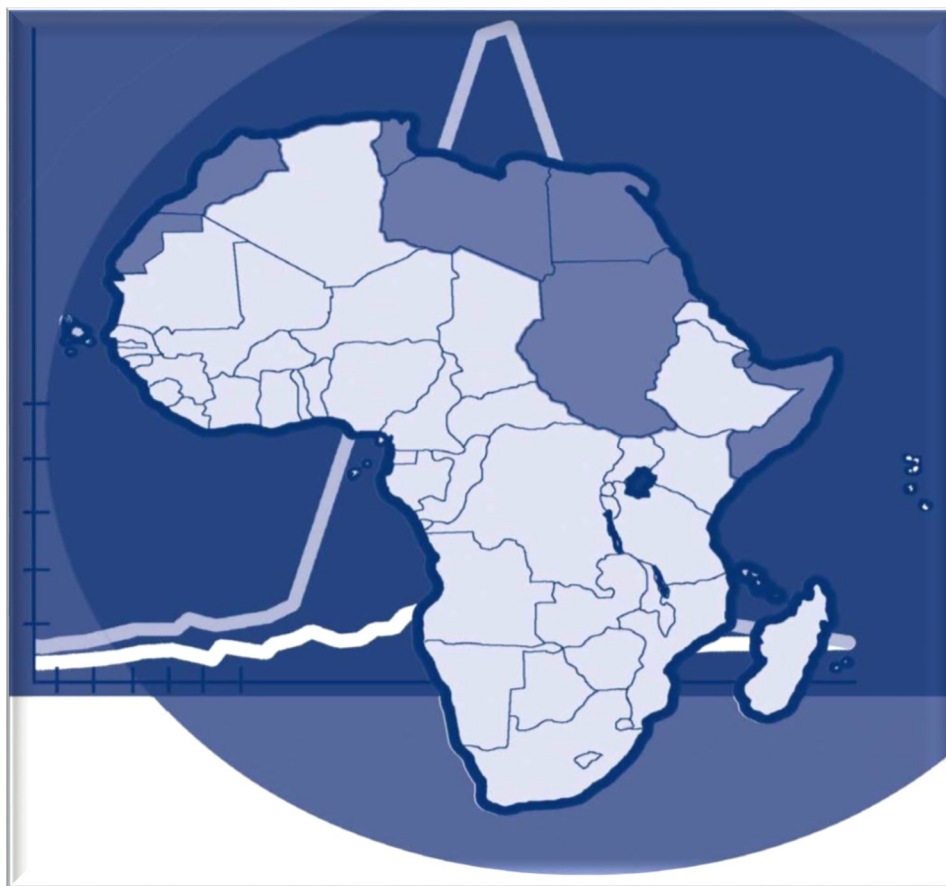


GUIDE TECHNIQUE POUR

LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE DANS LA RÉGION AFRICAINNE DE L'OMS

TROISIÈME ÉDITION

VOLUME 3 – SECTIONS 4, 5, 6 ET 7



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation
mondiale de la Santé
Afrique

Le présent volume se compose des sections suivantes du Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte :

Section 4 – Enquête sur les présomptions d'épidémies et autres événements de santé publique

Section 5 – Préparation et riposte aux épidémies et autres événements de santé publique

Section 6 – Riposte aux épidémies et autres événements de santé publique

Section 7 – Communication sur les risques

GUIDE TECHNIQUE POUR LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE DANS LA RÉGION AFRICAINNE DE L'OMS

TROISIÈME ÉDITION

VOLUME 3 – SECTIONS 4, 5, 6 ET 7

MARS 2019

**Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région Africaine :
Volume 3 – Section 4, 5, 6 et 7**

WHO/AF/WHE/08/2019

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région africaine : Volume 3 – Section 4, 5, 6 et 7. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et impression : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	vi
AVANT-PROPOS.....	viii
REMERCIEMENTS	x
SECTION 4 ENQUÊTE SUR LES PRÉSUMPTIONS D'ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE	1
4.1 Préparer une enquête.....	5
4.2 Vérifier et confirmer les présomptions d'épidémies ou autres événements de santé publique.....	10
4.3 Définir et rechercher d'autres cas	11
4.4 Établir une liste et enregistrer l'information sur d'autres cas	13
4.5 Analyser les données sur les épidémies	14
4.6 Établir un rapport et publier les résultats.....	18
4.7 Mettre en place des mesures pour prévenir et endiguer les épidémies	19
4.8 Effectuer une évaluation pour déterminer si l'évènement constitue une urgence potentielle de santé publique de portée internationale (PHEIC)	20
4.9 Maintenir et renforcer la surveillance	20
4.10 Effectuer une évaluation régulière des risques après la confirmation de l'épidémie.....	21
4.11 Annexes à la section 4.....	21
Annexe 4A Registre du district des présomptions et rumeurs d'épidémies	22
Annexe 4B Liste de vérification des fournitures de laboratoire nécessaires aux enquêtes	23
Annexe 4C Liste des équipements de protection individuelle recommandés	25
Annexe 4D Comment réaliser l'examen des registres.....	26
Annexe 4E Listes des échantillons	28
Annexe 4F Fiches d'enregistrement de contacts	29
Annexe 4G Formulaire de localisation des contacts (suivi)	30
Annexe 4H Types de triple emballage des échantillons pendant une épidémie.....	31
Annexe 4I Exemple d'une étude analytique pour vérifier l'hypothèse.....	32
Annexe 4J Exemple de profil de transmission	33
4.12 Référence	34

SECTION 5 PRÉPARATION ET RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES	
ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE	37
5.1 Créer un centre de gestion des situations d'urgence de santé publique (centre de commande et de contrôle) pour la supervision des activités de préparation et de riposte aux situations d'urgence de santé publique	38
5.2 Créer un comité de gestion des situations d'urgences de santé publique aux niveaux régional, national et du district (PHEMC)	40
5.3 Créer un sous-comité de gestion des situations d'urgence de santé publique à tous les niveaux.....	46
5.4 Constituer des équipes de riposte rapide aux situations d'urgence de santé publique à tous les niveaux.....	52
5.5 Établir une carte des risques d'épidémies et autres événements de santé publique	53
5.6 Établir une cartographie des ressources.....	54
5.7 Établir un plan de préparation et de riposte aux situations d'urgence de santé publique	54
5.8 Annexes à la Section 5	58
Annexe 5A Principales fournitures à stocker pour la riposte aux épidémies.....	59
Annexe 5B Rapport de situation du stock	60
Annexe 5C Fiche SIMR de mouvements et de situation du stock	61
Annexe 5D Mission du comité chargé de l'élaboration du plan de préparation et de riposte	62
5.9 Référence	63
SECTION 6 RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE	67
6.1 Notifier une épidémie et activer les structures de riposte.....	68
6.2 Mobiliser des équipes de riposte rapide pour une action immédiate dans les situations d'urgence de santé publique (PHERRT)	68
6.3 Identifier et mener les activités appropriées de riposte aux événements de santé publique	70
6.4 Produire régulièrement des rapports de situation sur l'épidémie et les événements de santé publique	83
6.5 Documenter la riposte	84
6.6 Annexes à la Section 6	84

Annexe 6A Traitement des patients pendant une épidémie.....	85
Annexe 6B Préparation de solutions désinfectantes à partir de produits ménagers usuels	91
Annexe 6C Planification d'une activité de vaccination d'urgence	92
Annexe 6D Évaluation des stocks de vaccins pour les activités de vaccination d'urgence	95
Annexe 6E Pratiques de vaccination recommandées	97
Annexe 6F Modèles de messages éducatifs à l'intention de la communauté.....	98
Annexe 6G Communication en période d'épidémie.....	103
Annexe 6H Guide des mesures de lutte contre l'infection	104
Annexe 6I Riposte aux événements aux incidents radiologiques, nucléaires et chimiques.....	112
6.7 Référence	119
SECTION 7 COMMUNICATION SUR LES RISQUES	123
7.1 Communiquer dans le contexte de la SIMR.....	124
7.2 Établir les principes fondamentaux liés entre eux pour une communication efficace.....	128
7.3 Créer un environnement propice pour une communication efficace avec des populations à risques	131
7.4 Communiquer avant, pendant et après l'épidémie.....	133
7.5 Annexes à la Section 7	144
Annexe 7A Fiche d'évaluation	145
Annexe 7B Modèle de rapport de district sur l'épidémie	149
Annexe 7C Modèle de bulletin de santé publique	152
Annexe 7D Modèle de rapport d'investigation sur l'épidémie	153
Annexe 7E Capacités principales pour la surveillance de la communication sur les risques selon le règlement sanitaire international	162
Annexe 7F Liste des parties prenantes et des partenaires pour la communication sur les risques	163
7.6 Référence	164

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

AAR	examens a posteriori
AFRO	Bureau régional de (l’OMS pour) l’Afrique
AWD	diarrhée aqueuse aiguë
CBIS	système d’information à base communautaire
CBS	surveillance communautaire
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (des États-Unis d’Amérique)
CDO	responsable du diagnostic au niveau du comté
CEBS	surveillance communautaire des événements
CFR	taux de létalité
CHA	assistants sanitaires communautaires
CHO	responsable de santé au niveau du comté
CHSS	superviseur des services de santé communautaires
CHT	équipe soignante au niveau du comté
CHV	volontaire en santé communautaire
CSO	responsable de la surveillance au niveau du comté
DDO	responsable districale du diagnostic
DHIS2	logiciel District Health Information System version 2
DHO	responsable de santé au niveau districale
DHT	équipe soignante au niveau districale
DPC	département Lutte contre la maladie
DSO	responsable de la surveillance au niveau districale
EBS	surveillance des événements
eDEWS	système électronique d’alerte rapide en cas de maladie
EOC	centre d’opérations d’urgence
EPI	équipement de protection individuelle
EPR	préparation aux situations d’urgence et organisation des secours
FHV	fièvre hémorragique virale
GRC	gestion des risques de catastrophe
HCF	établissement de santé ou formation sanitaire
HCW	agent de santé
HIV/AIDS	virus de l’immunodéficience humaine/syndrome d’immunodéficience acquise
HMER	unités Systèmes d’information de gestion de la santé, Suivi et évaluation, et Recherche
HMIS	système d’information de gestion de la santé
HPO	responsable de la promotion de la santé
IBS	surveillance basée sur les indicateurs
IDSR	surveillance intégrée de la maladie et riposte

IEC	information, éducation et communication
IMC	International Medical Corps
IMS	système de gestion des incidents
IPC	lutte contre les infections ; lutte anti-infectieuse ; prévention et maîtrise des infections
IRC	International Rescue Committee
JEE	évaluation externe conjointe
LISGIS	Liberian Institute of Statistics and Geo-Information Services (Institut libérien de la statistique et des services de géo-information)
MCH	santé de la mère et de l'enfant
MDR	polypharmacorésistance
MEF	cadre de suivi et d'évaluation
MOA	Ministère de l'agriculture
MOH	Ministère de la santé
MPI	manifestations postvaccinales indésirables
MTI	Medical Teams International
MVE	maladie à virus Ebola
NGO	organisation non gouvernementale
NNT	tétanos néonatal
NSTCC	Comité national de coordination technique de la surveillance
OIC	Responsable par intérim
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCI	Project Concern International
PEV	programme élargi de vaccination
PFA	paralysie flasque aiguë
PHE	événements de santé publique
PHEMC	Comité de gestion des situations d'urgence de santé publique
PoE	points d'entrée
RRT	équipe d'intervention rapide
RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)
RTA	accident de la circulation
SARS	syndrome respiratoire aigu sévère
SCI	Save the Children International
SFP	point focal pour la surveillance
SIMEX	exercice de simulation
STI	infections sexuellement transmissibles
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USPPI	urgence de santé publique de portée internationale
XDR	ultrarésistant ou à bacilles ultrarésistants

AVANT-PROPOS

Depuis plus de 20 ans, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique travaille avec ses partenaires techniques dans le but de concevoir et de mettre en œuvre des systèmes intégrés de surveillance de la santé publique et de riposte dans les pays de la Région africaine.

La première édition du Guide technique pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR, 2002) a été largement adoptée et adaptée par les États Membres de la Région. La deuxième édition (2010) a été publiée pour faire face à de nouveaux défis, à savoir la révision du Règlement sanitaire international (RSI, 2005), l'émergence de nouvelles maladies, affections et événements, et l'élaboration de stratégies axées sur la gestion des risques de catastrophe. En outre, il était devenu nécessaire de s'attaquer à la charge des maladies non transmissibles, de renforcer la surveillance communautaire et d'aligner les actions sur les objectifs de renforcement du système de santé au sens large.

La flambée épidémique sans précédent de maladie à virus Ebola qui a sévi en 2014 en Afrique de l'Ouest et les autres situations d'urgence sanitaire récentes démontrent que la sécurité sanitaire demeure une priorité pour l'OMS.

En effet, la mise en place de systèmes de surveillance solides est le point de départ de la sécurité sanitaire. Cette troisième édition du Guide pour la SIMR décrit ce qui doit être fait à chaque niveau du système de santé afin de détecter et de confirmer les maladies, les affections ou les événements de santé, puis d'organiser la riposte. Le présent Guide devrait être utilisé par :

- les travailleurs de santé à tous les niveaux (notamment les responsables de la surveillance, les cliniciens, le personnel de laboratoire et les agents de santé publique) ;
- les équipes de santé provinciales et de district ;
- les administrateurs de données ;
- le point focal national RSI et les autres secteurs qui appliquent le RSI ;
- les autorités compétentes aux points d'entrée ;
- les vétérinaires et autres agents de santé de la faune ;
- les responsables de l'hygiène du milieu ;
- les établissements de formation en santé ;
- les responsables de la chaîne d'approvisionnement ;
- d'autres experts des questions de santé publique, y compris des organisations non gouvernementales (ONG).

Le présent Guide peut être utilisé comme :

- une référence générale pour les activités de surveillance, à tous les niveaux et une référence autonome pour découvrir les responsabilités propres à chaque niveau ;
- un ensemble de définitions standards pour les niveaux seuils qui déclenchent des actions de riposte à des maladies spécifiques ;
- une ressource utile pour définir les contours de la formation, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités de surveillance ;
- une boussole pour améliorer la détection précoce et la riposte aux maladies à potentiel épidémique.

Les États Membres, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et d'autres parties prenantes concernées ont travaillé en étroite collaboration avec le Secrétariat de l'OMS pour élaborer le présent Guide. À cet égard, je lance un appel à tous pour que la troisième édition du Guide technique pour la SIMR soit mise en œuvre dans le contexte élargi du renforcement des systèmes de santé pour atteindre la couverture sanitaire universelle, ainsi que dans les contextes d'une meilleure coordination entre la surveillance de la santé humaine et animale et les autres secteurs impliqués dans l'approche « Une seule santé », d'une utilisation plus rationnelle des capacités des réseaux de laboratoires dans le cadre de la surveillance et de la riposte, et d'une participation accrue des communautés aux interventions de santé publique.

Conscient du fait que la surveillance est un produit de santé publique et une intervention rentable, je formule le vœu que toutes les parties prenantes se mobilisent en vue de la mise en œuvre du présent Guide. Ensemble, nous pouvons offrir à un milliard de personnes une meilleure protection face aux situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine.



D^{re} Matshidiso Moeti
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

REMERCIEMENTS

La troisième édition du Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte a été préparée par le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE), avec la participation active des unités chargées de la surveillance des maladies au Bureau régional de l'Afrique (AFRO) à Brazzaville (Congo). La revue technique du document a été assurée par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

La révision du Guide technique pour la SIMR a pour objet :

- a) d'aligner le document sur la situation actuelle et sur les besoins des États Membres ;
- b) d'aligner le Guide sur les objectifs, cibles et autres éléments énoncés dans la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020 ;
- c) de mettre à jour le document en y renseignant des informations actualisées et en tenant compte de nouveaux développements tels que l'apparition et la réapparition de maladies, d'affections et d'événements prioritaires pour la santé publique ;
- d) d'intégrer les recommandations récentes des groupes d'experts sur le renforcement du RSI (2005) qui s'appuient sur l'approche « Une seule santé » ;
- e) d'aborder de façon intégrée les stratégies de gestion des risques de catastrophe ;
- f) de tenir compte des leçons tirées de la flambée épidémique sans précédent de maladie à virus Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest, de l'éradication de la poliomyélite et de la gestion d'autres crises humanitaires ;
- g) de tirer parti des progrès technologiques et d'exploiter les possibilités offertes par Internet et la téléphonie mobile pour étendre la mise en œuvre de la surveillance communautaire des événements en temps réel (CEBS), grâce à des plateformes solides adossées sur le système d'information géographique (SIG) ;
- h) de généraliser d'autres systèmes de surveillance électronique et d'intégrer de nouvelles façons de renforcer les capacités à l'aide des outils d'apprentissage en ligne de la SIMR.

Dans le cadre de la planification de la mise à jour de ces lignes directrices, les équipes qui ont préparé les première et deuxième éditions du Guide technique pour la SIMR ont été sollicitées pour des suggestions et des conseils visant à améliorer les recommandations issues de ces deux premières éditions. La présente révision s'appuie sur l'expertise technique de plus de 100 experts de la surveillance et de la lutte contre la maladie à l'OMS, dans les CDC et dans les Ministères de la santé des pays africains qui ont conçu et produit les première et deuxième éditions du Guide technique pour la SIMR.

Le processus de révision a consisté en une consultation interne à l'OMS, suivie par une consultation élargie menée dans le cadre d'une série de réunions avec divers partenaires et États Membres. En outre, le groupe de travail sur la SIMR a été constitué pour accompagner ce

processus de révision. Le projet final a fait l'objet d'un examen collégial au sein du groupe de travail spécial, et une dernière réunion consultative des partenaires a eu lieu en mars 2018.

La révision du Guide technique a bénéficié d'une subvention de coopération du Bureau de l'USAID pour l'Afrique (USAID/AFR), basé à Washington, D.C.

Compilé et édité par :

D^r Ibrahima Soce Fall, MD, PHD
Directeur régional pour les situations
d'urgence, AFRO
OMS/WHE, Brazzaville (Congo)

D^r Zabulon Yoti, MD, MPH
Coordonnateur technique
OMS/WHE, Brazzaville (Congo)

D^r Ali Ahmed Yahaya, MD, MPH
Administrateur de programme
OMS/WHE/CPI, Brazzaville (Congo)

D^r Mamoudou Djingarey, MD, MPH
Programme Manager
OMS/WHE/IHM, Brazzaville (Congo)

D^r Ambrose Otau Talisuna, MD, PHD
Conseiller régional, RSI/GHS
OMS/WHE/CPI, Brazzaville (Congo)

D^{re} Soatiana Rajatonirina, MD, MPH
Médecin, SIMR
OMS/WHE/CPI, Brazzaville (Congo)

D^{re} Janneth Maridadi Mghamba, MD, MSc
(Épidémiologiste)
Consultante
OMS/WHE/CPI, Brazzaville (Congo)

Helen Perry, PhD
Consultante

Le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique remercie les personnes dont les noms suivent, qui ont contribué à la préparation de ce document révisé en examinant les premières moutures et en formulant des observations constructives :

Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d’Amérique	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
D ^r Christopher S. Murrill	D ^{re} Nuha Mahmoud, IDSR/WCO Libéria
D ^{re} Olga Henao	D ^r Njuguna Charles Kuria, IDSR/WCO Sierra Leone
M. Victor Etuk	D ^r Wamala Joseph Francis, DPC/WCO Soudan du Sud
M ^{me} Michelle Sloan	D ^{re} Grace Saguti, DPC/WCO République-Unie de Tanzanie
D ^{re} Stephanie Salyer	M. Komakech Innocent, WHE/WCO Ouganda
Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)	D ^r Clement Peter, DPC/WCO Nigéria
M ^{me} Andrea Long-Wagar	D ^{re} Ishata Conteh, EMO/WHE
M ^{me} Sylvia Alford	D ^{re} Mary Stephen, IHR/CPI/WHE
M ^{me} Kristina Celentano	M ^{me} Sakuya Oka, COM/WHE
D ^{re} Kendra Chittenden	D ^r Patrick Abok, EMO/WHE
D ^r Andrew Clements	D ^r Boukare Bonkougou, Formation/CPI/WHE
M ^{me} Ellyn Ogden	D ^r Xu Honghi, HIK/HSS
M ^{me} Kama Garrison	D ^r Lokombe Tarcisse Elongo, SDS/HSS
D ^{re} Linda Mobula	D ^r Sheick Oumar Coulibaly, HTI/HSS
D ^{re} Sarah Paige	D ^r Nino Dal Dayanghirang, SDS/HSS
M. Anton Schneider	M. Derrick Muneene, HIK/HSS
M ^{me} Angela Wang	D ^r Jason Mwenda Mathiu, IVD/FRH
Partenaires techniques	D ^r André Arsène Bita Fouda IVD/FRH
D ^{re} Olivia Namusisi, AFENET	D ^r Balcha Girma Masresha, IVD/FRH
D ^{re} Hasifa Bukirwa, AFENET	D ^{re} Gaya Manori Gamhewage, IHM/WHE
D ^r Donewell Bangure, CDC africain	D ^r Alexandre Tiendrebeogo, NTD/CDS
D ^r Charles Bebay, FAO	D ^r Andrew Seidu Korkora, CDU/CDS
	D ^{re} Noémie Yetema Nikiema, CDU/CDS
	D ^{re} Olufunmilayo Lesi, CDU/CDS
	M. Hani Farouk Abdel Hai Mohamed, ORD/PEP
	D ^{re} Maria Van Kerkhove, IHM/WHE
	D ^{re} Katelijn Vandemaele, GIP/IHM/WHE
	D ^{re} Asheena Khalakdina, PAT/IHM/WHE
	D ^{re} Erika Garcia, PAT/IHM/WHE
	D ^{re} Eve Lackritz, PAT/IHM/WHE
	D ^r Eric Gérard Georges Bertherat, PAT/IHM
	D ^r Sergey Romualdovich Eremin, AMR/SUV
	D ^r José Guerra, PCB/CPI/WHE
	D ^r Pierre Nabeth, CPI/WHE
États Membres/Ministère de la santé	
D ^r Dzotsi Emmanuel, Ghana	D ^{re} Naomi Adeline, Seychelles
D ^r Nagbe Thomas, Libéria	M. Mathew Tut Moses Kol, Soudan du Sud
M ^{me} Ntsoaki Mokete, Lesotho	D ^r Georges Cosmas Kauki, République-Unie de Tanzanie
M. Sebastian Yennan, Nigéria	D ^{re} Salma Masauni, Zanzibar
M. Roland Mohamed Conteh, Sierra Leone	D ^{re} Anne Nakinsinge, Ouganda

GUIDE TECHNIQUE POUR LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET LA RISPOSTE

TROISIÈME ÉDITION



SECTION 4 – ENQUÊTE SUR LES PRÉSUMPTIONS D'ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

MARS 2019

SECTION 4 – ENQUÊTE SUR LES PRÉSUMPTIONS D'ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

4. INVESTIGATION SUR LES PRÉSUMPTIONS D'ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

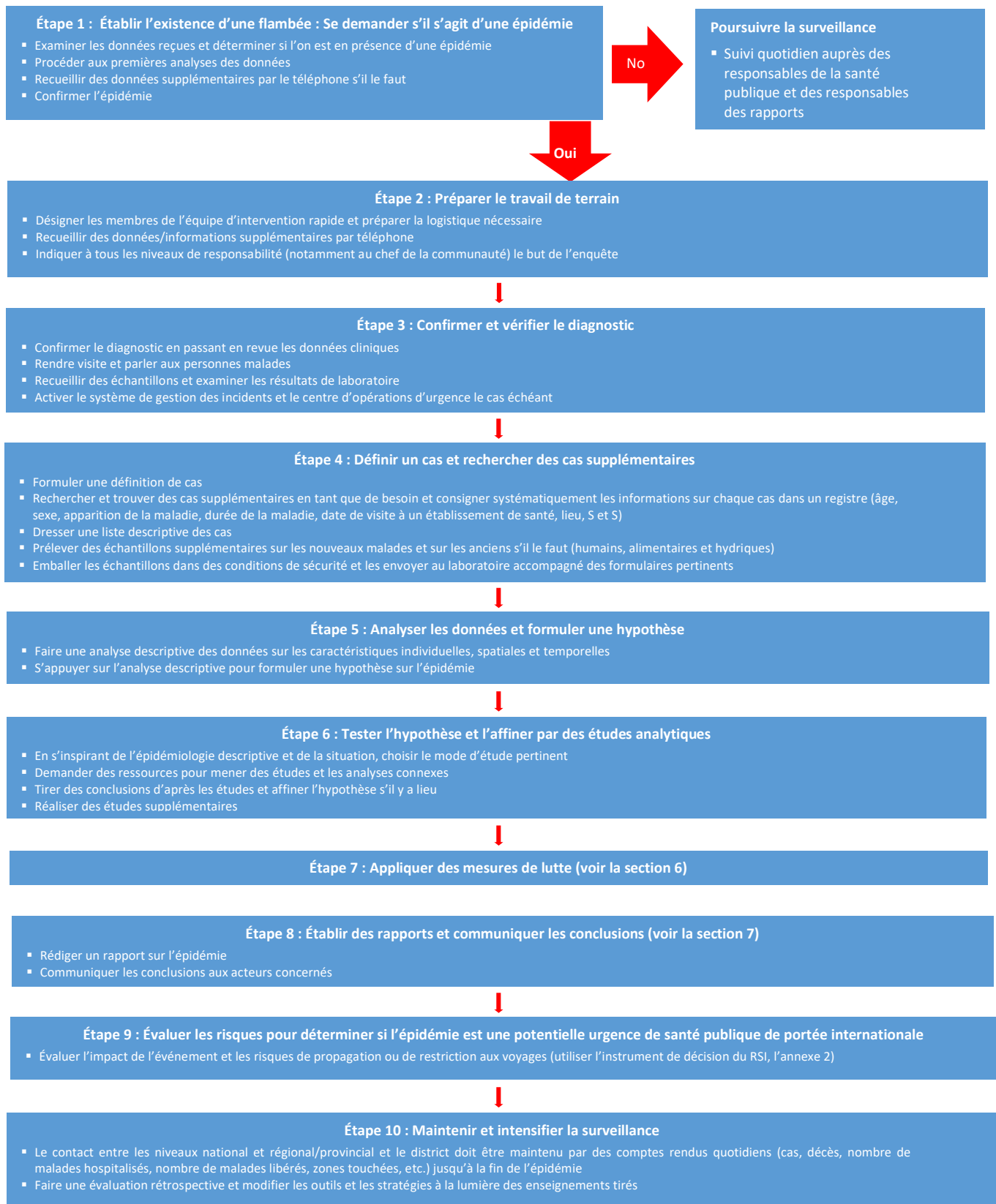
Cette section propose les actions à mener dans l'investigation sur une épidémie. Une épidémie est la brusque augmentation du nombre de cas d'une maladie ou d'un événement au-delà de ce qui est normalement attendu au sein d'une population dans une zone géographique ou pendant une saison donnée. Lorsqu'une épidémie ou tout autre événement de santé publique sont détectés et signalés, plusieurs actions doivent être menées au moment de l'investigation sur l'épidémie (voir figure 4.1.) Même si ces actions sont classées par ordre de priorité, elles ne sont pas toujours menées de façon consécutive. Il est important de connaître ces actions afin de mener une enquête appropriée, en utilisant le bon sens et la logique pour déterminer à quel moment, à quelle fréquence et dans quelle mesure ces différentes actions devraient être menées dans le cadre d'une véritable enquête. Ces actions peuvent être également menées pour enquêter sur d'autres événements de santé publique au niveau du district tels que la flambée constatée des maladies chroniques ou non transmissibles.

Les résultats d'une enquête qui vise une épidémie ou autre événement de santé publique consistent en l'identification et l'évaluation de personnes exposées à une maladie infectieuse ou affectées par un événement de santé publique inhabituel.

Une enquête a pour but :

- a) de vérifier l'épidémie ou l'événement de santé publique et les risques ;
- b) d'identifier et traiter les cas additionnels qui n'ont pas été signalés ou reconnus ;
- c) de collecter l'information et les échantillons pour les laboratoires afin de confirmer le diagnostic ;
- d) d'identifier la source de l'affection ou la cause de l'épidémie ;
- e) de décrire la situation épidémiologique en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles ;
- f) de décrire comment la maladie est transmise, et les populations à risque ;
- g) d'identifier les activités de riposte appropriées pour lutter contre l'épidémie ou l'événement de santé publique ;
- h) de renforcer les activités de lutte contre l'épidémie afin d'éviter l'incidence d'une nouvelle épidémie.

Figure 4.1. Les étapes de l'enquête sur une épidémie



I. Décider d'enquêter sur une épidémie ou un événement de santé publique signalés

La responsabilité d'une entité et sa capacité à enquêter sur une flambée d'épidémie dépendent de la politique nationale, des ressources disponibles et de la politique locale. Dans la plupart des pays, les districts ont l'entière responsabilité d'enquêter sur les flambées d'épidémies. Les présentes directives techniques sont par conséquent destinées au district qui a la responsabilité de diriger l'enquête ; elles sont également destinées aux établissements de soins, aux provinces ou régions.

Pour certaines maladies transmissibles, un seul cas présumé peut justifier le déclenchement de l'intervention, la notification au niveau supérieur et une enquête. Certaines maladies sont en effet particulièrement dangereuses car elles peuvent se transmettre rapidement ou entraîner des taux de létalité élevés si les cas ne sont pas traités rapidement. Pour d'autres maladies, le déclenchement se fera lorsque les cas franchissent un seuil préalablement défini (par exemple un certain nombre de cas pour 100 000 habitants) au sein d'une communauté, dans une zone géographique ou pendant une saison donnée. Parfois, un seul cas de maladie transmissible longtemps disparue d'une population, ou causée par un agent pathogène (exemple, une bactérie ou un virus), qui n'était pas connue dans cette communauté ou zone, ou bien l'apparition soit d'une maladie soit d'un événement de santé publique pas connus, pourrait également constituer une flambée d'épidémie et devrait être signalée et faire l'objet d'une enquête.

À partir de là, le personnel de santé devra rapidement mener une enquête et traiter les personnes atteintes immédiatement. Il se préparera également à appliquer des mesures de riposte plus larges en matière de santé publique. Les seuils d'alerte et d'intervention sont décrits en détail à la section 11.

REMARQUE : pour certaines maladies, les seuils ne varient pas d'un district à l'autre ni d'un établissement de soins à l'autre, car ces seuils déclenchent une notification immédiate, et sont déterminés par la politique nationale.

Certains événements sanitaires revêtent un caractère d'urgence nécessitant de démarrer immédiatement les investigations. **Quoiqu'il en soit, les districts devraient s'employer à mener des enquêtes sur les épidémies et les événements sanitaires présumés dans les 48 heures après leur notification en aval.**

Il convient de mener une enquête lorsque :

- a) le district reçoit un rapport sur un cas présumé de maladie à déclaration immédiate ;
- b) on constate un accroissement inhabituel du nombre de cas ou de décès au cours de l'analyse systématique des données ;
- c) les seuils d'alerte ou d'épidémie ont été atteints pour des maladies prioritaires données, le lieu de déclenchement initial de maladies émergentes et à propension épidémique pouvant être le laboratoire ;
- d) les communautés ou les médias sociaux rapportent des rumeurs de décès ou un grand nombre de cas en-dehors des établissements de soins ;
- e) il se présente une série groupée de décès dont la cause est inexpliquée ou inhabituelle (par exemple, un adulte décède suite à une diarrhée sanglante, une série de maladies chez les personnels de santé, une série groupée de décès d'animaux domestiques ou sauvages ; par exemple, la mort très répandue d'oiseaux par suite de la grippe aviaire, la mort parmi le bétail par suite de contact avec l'anthrax, l'avortement inhabituel parmi les animaux du bétail).

II. Vérifier l'information signalée

Dans la mesure où l'enquête sur les épidémies et des événements de santé publique demande des ressources humaines, logistiques et financières conséquentes, il convient de vérifier rapidement si l'information est exacte et correspond bien à une véritable flambée d'épidémie ou événement de santé publique en vue d'une bonne utilisation des ressources. Pour vérifier l'information, il faut prendre en compte les facteurs suivants :

- la source d'information (par exemple, la source de la rumeur est-elle fiable ?
- le rapport provient-il d'un établissement de soins, de la communauté ou des médias sociaux ?) ;
- la gravité de la maladie notifiée et l'utilisation de définitions de cas standardisées lors de la notification ;
- le nombre de cas et de décès notifiés ;
- l'âge et le sexe des cas ou des décès rapportés ;
- le mode de transmission de l'agent pathogène présumé et le risque de propagation ;
- les considérations politiques et géographiques ;
- l'importance de maintenir de bonnes relations avec les partenaires et la communauté ;
- les ressources disponibles ;
- la distinction entre un événement de portée nationale ou internationale.

À la lumière des facteurs précités, il peut apparaître que la situation nécessite une riposte plus urgente que celle initialement prévue. Ainsi, la notification des cas présumés de fièvre hémorragique virale est traitée de façon plus urgente que la notification des maladies moins virulentes à cause du taux de mortalité élevé et du risque de transmission et de propagation rapides.

Indépendamment de tous ces facteurs, toutes les présomptions d'épidémies ou d'événements de santé publique (notamment ceux qui sont à déclaration immédiate) doivent être notifiées par les établissements de soins dans un délai de 24 à 48 heures.

III. Enregistrer les notifications d'épidémies, d'événements de santé publique et les rumeurs

Il convient d'adopter une méthode pour garder la trace des notifications d'épidémies, d'événements de santé publique et de rumeurs envoyées au district et de s'assurer que ces notifications sont suivies d'actions et de résolutions. L'enregistrement de ces données facilitera la collecte des informations qui permettent d'évaluer la promptitude et l'exhaustivité de l'enquête sur l'épidémie et du processus de riposte.

Un modèle de formulaire pour l'enregistrement des notifications d'épidémies et de rumeurs figure en annexe 4A de la présente section. Au cas où le district utilise un livret d'analyse pour consigner et analyser les tendances sur le long terme, on pourra y incorporer ledit formulaire.

Dans la mesure du possible, les alertes aux épidémies devraient être enregistrées et traitées au moyen de systèmes électroniques de gestion des événements de santé publique (voir section 9.)

4.1 Préparer l'enquête

4.1.1 Mobiliser l'équipe d'intervention rapide dans les situations d'urgence de santé publique (PHERTT)

Il faudra prendre toutes les mesures nécessaires pour préparer l'enquête sur une épidémie. Il s'agira de fournir à l'équipe d'intervention l'information et les données appropriées sur la maladie présumée afin de savoir dans quel sens orienter l'enquête et quelles seront les précautions à prendre. Si la maladie est connue, l'équipe devra accorder une attention particulière aux symptômes, à la définition des cas, aux modes de transmission, aux tests de diagnostic, et aux mesures de lutte contre la maladie.

Il faudra mobiliser l'équipe d'intervention rapide dans les situations d'urgence de santé publique (PHERRT) du district pour préparer l'enquête sur les cas présumés. La PHERRT est une équipe technique, multidisciplinaire qui intervient dans la mobilisation et le déploiement rapides pour appuyer la riposte sur le terrain à une épidémie ou évènement de santé publique présumés ou confirmés. Le responsable au niveau districte de la surveillance de la maladie ou de l'évènement de santé publique faisant l'objet de l'enquête et tout autre personnel de santé ayant été déjà identifié et formé pour faire partie de l'équipe de riposte rapide dans la planification de l'enquête. (Remarque : vérifier et mettre à jour périodiquement le statut vaccinal du personnel participant aux activités d'enquête et de riposte aux maladies infectieuses.) Il est souhaitable de tenir une base de données sur les personnels de santé qualifiés, qui pourraient être mobilisés rapidement pour remplir les fonctions suivantes :

- a) coordination ;
- b) surveillance ;
- c) confirmation en laboratoire ;
- d) gestion des cas cliniques ;
- e) prévention et lutte contre les infections ;
- f) santé environnementale et assainissement ;
- g) mobilisation sociale et communication sur les risques ;
- h) santé animale ;
- i) logistique.

En cas de ressources limitées, on pourrait faire appel aux experts capables de remplir plus d'une fonction au sein de la PHERRT.

Remarque : Dans ce texte, les intitulés de fonctions désignent les fonctions elles-mêmes et non les personnes qui en sont titulaires. Il faut par conséquent entendre, selon le cas : Un/Une (etc.)

La PHERRT devrait se composer au moins comme suit :

- a) un responsable de l'équipe de coordination ;
- b) un clinicien – pour superviser la gestion des cas ; y compris la lutte contre les infections (IPC) ;
- c) un infirmier de santé publique ;
- d) un responsable de la surveillance ;
- e) un épidémiologiste ;
- f) un gestionnaire des données ;

- g) un chercheur en laboratoire ;
- h) un responsable ou chercheur en santé environnementale ;
- i) un vétérinaire/spécialistes des animaux d'élevage/agents de la faune ;
- j) un responsable de la mobilisation sociale et de la communication sur les risques ;
- k) un responsable du soutien psychologique (PSS) ;
- l) un responsable de la logistique ;
- m) la désignation des autres membres de l'équipe sera basée sur les caractéristiques spécifiques de l'épidémie (exemple,, un expert du secteur de l'eau dans le cas d'une épidémie de choléra, un expert des produits chimiques ou de la technologie nucléaire voire des denrées alimentaires et produits pharmaceutiques dans les cas d'empoisonnement présumé imputable aux mines.

La composition des autres équipes sera détaillée dans la section 5 au moment de la riposte à une épidémie et autres événements de santé publique.

Il faudra ensuite définir avec l'équipe les objectifs de l'enquête, de façon à collecter les informations essentielles à la mise en place de mesures de riposte appropriées et pertinentes. Il faudra également discuter des acteurs et parties prenantes qui seront impliqués et déployer, aux niveaux national et régional/provincial, le personnel en appui aux districts pour l'enquête et la riposte à l'épidémie ou aux situations d'urgences de santé publique et ce dans le cadre de la politique nationale.

Inclure les directives et procédures/modes opératoires normalisés (MON) correspondant à la maladie ou à l'affection faisant l'objet de l'enquête (par exemple, type de prélèvements pour les analyses de laboratoire, directives pour la gestion des cas, formulaires pour l'enquête sur les cas, fiches descriptives des cas.)

4.1.2 Préciser les tâches et rôles respectifs qui incombent aux membres de la PHERRT

Le personnel de santé devra être informé des tâches qu'il est censé accomplir. Pendant l'enquête et des fonctions auxquelles il devra apporter son appui. On veillera également à motiver les enquêteurs, en s'assurant, par exemple, que l'équipe chargée de l'enquête comprend bien le rapport entre les résultats de l'enquête et l'ensemble des activités de riposte, qui permettront de prévenir la propagation de la maladie et de sauver des vies. Il faut également s'assurer qu'aussi bien le personnel de santé que le personnel des secteurs non sanitaires de l'équipe disposent d'un équipement de protection individuelle nécessaire dont ils

savent se servir et qu'ils connaissent les mesures de précaution universelles à appliquer pour prévenir les causes de l'épidémie ou l'évènement de santé publique présumés.

4.1.3 Définir les procédures de supervision et la stratégie de communication

Il convient d'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, y compris le niveau le plus périphérique. Il s'agit de définir, par exemple, qui va communiquer avec le ministère de la santé, les médias et la communauté. **On définira 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 radiotéléphone, téléphone portable, télécopie, courrier électronique ou audioconférences. Sur le diagramme, on indiquera les niveaux de responsabilité et le rôle de chaque membre de l'équipe. En ce qui concerne le personnel non sanitaire, son rôle et la manière dont il sera supervisé doivent être également définis.

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

4.1.4 Déterminer où aura lieu l'enquête

Après avoir examiné les informations disponibles sur la maladie présumée, y compris son mode de transmission et les facteurs de risque, on définira les limites géographiques et la population cible de l'enquête. Les recherches débiteront dans la zone la plus touchée.

Il y aura lieu de contacter les établissements de soins avoisinants pour savoir s'ils ont eu à traiter des cas semblables ou observé une augmentation du nombre de cas avec le même diagnostic. Il faut faire participer la communauté et le personnel de l'établissement de soins local à la planification et à la réalisation de l'enquête. Écouter et chercher des informations sur les coutumes, la culture et les habitudes de la population locale, qui pourraient compromettre le succès de l'enquête.

4.1.5 Obtenir les autorisations nécessaires

Il importe d'obtenir les autorisations et permissions nécessaires pour réaliser l'enquête et de respecter les normes éthiques. En plus des autorisations officielles, il faudra obtenir l'accord des personnalités locales influentes dans la communauté.

4.1.6 Mettre au point les formulaires et méthodes pour la collecte de l'information et le prélèvement d'échantillons

Choisir les variables pour l'identification, l'enregistrement et l'analyse des données relatives à la maladie faisant l'objet de l'enquête. (Une sélection de formulaires d'enquête comportant les principales variables mentionnées figure à l'annexe 4A à cette section.) Selon les responsabilités du personnel, étudier comment :

- a) Enregistrer l'information relative aux cas sur une liste descriptive qui sera utilisée plus tard pour faire la synthèse des variables qui servira à l'analyse des données en fonction de caractéristiques temporelles, spatiales et individuelles ;
- b) Remplir les formulaires de demande appropriés, étiqueter convenablement les échantillons et utiliser un numéro d'identification unique pour un cas donné ;
- c) Préparer (et mettre à jour si besoin) une courbe épidémique ;
- d) Établir une cartographie indiquant la position des variables géographiques telles que la localisation des cas et des décès ;
- e) Préparer des tableaux d'analyse par facteur de risque, par tranche d'âge, par sexe, par statut vaccinal, etc.

4.1.7 Organiser les déplacements et autres aspects logistiques

Il faut organiser les déplacements à destination et en provenance du site d'enquête, ainsi que les voyages effectués dans le cadre de l'enquête. Vérifier également que le transport des échantillons prélevés vers les laboratoires appropriés a été prévu avant le départ de l'équipe. D'autres logistiques tels que le matériel médical, les vaccins et l'équipement de protection individuelle doivent être également prévus.

4.1.8 Rassembler le matériel nécessaire pour le prélèvement d'échantillons destinés aux analyses au laboratoire

Certains districts pourraient déjà disposer d'une trousse d'intervention rapide contenant le matériel et des équipements à l'usage des enquêteurs (notamment du matériel de laboratoire).

Si cette trousse n'est pas disponible dans le 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 nécessaires pour le prélèvement, la conservation et le transport des échantillons (se référer à l'annexe 4B.)

L'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) et de matériel de désinfection est fortement recommandée (se référer à l'annexe 4C.)

En ce qui concerne l'équipement de laboratoire, se référer aux directives relatives aux différentes maladies figurant dans la section 11.

4.2 Vérifier et confirmer l'épidémie ou l'évènement de santé publique

4.2.1 Rechercher les antécédents cliniques et épidémiologiques

Examiner le patient pour vérifier si les signes et les symptômes qu'il présente correspondent à la définition de cas. (Ne pas oublier d'utiliser le minimum d'équipement de protection individuelle.) Poser les questions suivantes au patient ou à un membre de la famille pouvant répondre en son nom :

- a) Où habitez-vous ?
- b) Quand les symptômes sont-ils apparus ?
- c) Y a-t-il d'autres personnes malades chez vous, dans votre école, à votre lieu de travail, dans votre village, dans votre quartier ?
- d) Où avez-vous voyagé récemment ?
- e) Où habitiez-vous pendant les 3 semaines qui ont précédé le début des symptômes (lieu de résidence au moment de l'infection) ?
- f) Quelqu'un vous a-t-il rendu visite récemment ?
- g) Qui s'est occupé de vous lorsque vous avez commencé à vous sentir malade ?
- h) Avez-vous été récemment en contact avec des animaux malades ou morts (animaux domestiques et animaux sauvages pour les zoonoses) ?
- i) Avez-vous été en contact avec une personne malade ou bien un cadavre ?
- j) Quelqu'un est-il décédé récemment dans la communauté où vous vivez ?
- k) Avez-vous assisté aux funérailles ? (Quel rôle y avez-vous joué ?)
- l) Quels vaccins avez-vous reçus récemment (pour les manifestations post vaccinales indésirables) ?

4.2.2 Faire des prélèvements et obtenir les résultats des analyses de laboratoire pour confirmer le diagnostic

Si la maladie peut être confirmée par des analyses de laboratoire, se référer aux indications figurant dans la section 11 pour déterminer le test diagnostique et le prélèvement à effectuer. Les exigences spécifiques de laboratoire indiquent également comment collecter, conserver et transporter les échantillons prélevés et le nombre d'échantillons à recueillir pour confirmer l'épidémie. Voir à l'annexe 4H comment emballer les échantillons en utilisant la technique de triple emballage. À noter que pour certaines pathologies, des prélèvements additionnels d'échantillons alimentaires et environnementaux pourraient être nécessaires pour établir le diagnostic et s'assurer que ces échantillons sont prélevés ; exemple, échantillons d'eau pour les cas d'épidémie de choléra et échantillons d'aliments pour les foyers de toxi-infection alimentaire.

Examiner les résultats des tests diagnostiques avec l'équipe chargée de l'enquête, les cliniciens et les techniciens du laboratoire de l'établissement de soins. Les résultats des tests concordent-ils avec les résultats des examens cliniques ? Pour clarifier certains points concernant les résultats des analyses de laboratoire, il est possible de demander une assistance complémentaire auprès des directeurs de programmes ou des experts techniques nationaux.

4.3 Définir et rechercher les cas supplémentaires

Une fois que les premiers cas ont été cliniquement confirmés et que le traitement a commencé, il convient de rechercher activement d'autres cas.

4.3.1 Définir un cas

Une fois qu'une épidémie est en cours et que le diagnostic est correct, il est essentiel de définir ce qui constitue un cas dans cette enquête. Dans la section 11, une liste des définitions de cas standard pour la plupart des maladies prioritaires SIMR est déjà disponible. Même dans les situations où une définition de cas pourrait être disponible, d'autres détails peuvent être ajoutés dans les définitions de cas d'épidémies spécifiques, à savoir la zone géographique, la participation à un événement ou le voyage dans un lieu donné. Dans certaines circonstances, une nouvelle pathologie non répertoriée à la section 11 pourrait apparaître dont il faudra élaborer une définition de cas opérationnel. Les éléments communs d'une définition de cas comportent des informations sur les symptômes, la date d'apparition des symptômes, les résultats des analyses de laboratoire et les caractéristiques individuelles de la personne, du lieu et du temps.

4.3.2 Isoler et traiter les cas selon les besoins

Se baser sur la définition de cas pour isoler les cas. L'isolement est une mesure importante pour limiter la propagation de la maladie, rendre accessibles les établissements de soins et les personnels de santé disponibles. En fonction de la maladie présumée, l'isolement immédiat pourrait être requis pour protéger le personnel, les patients et les membres de la communauté. Il faudra faire en sorte que les cas en isolement ont accès à l'eau et aux installations sanitaires et, selon les directives concernant la prise en charge des cas, renforcer la prévention et la lutte contre l'infection (en isolant le malade si nécessaire) et améliorer la prise en charge des cas à domicile ou en établissement de soins, en donnant des conseils, en apportant une assistance et en fournissant du matériel aux structures sanitaires.

Prendre les précautions qui s'imposent avec tous les patients dans l'établissement de soins et dans la communauté, surtout en cas d'épidémie de maladie transmissible par contact avec les objets contaminés et les liquides biologiques.

4.3.2 Rechercher d'autres cas

Une fois que les premiers cas ont été cliniquement confirmés et que le traitement a commencé, il convient de rechercher activement d'autres cas.

I. Rechercher les cas présumés et les décès suspects dans les registres des établissements de soins

Dans les établissements de soins ayant notifié des cas, on cherchera dans les registres si d'autres cas et d'autres 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. L'équipe devrait demander aux agents de santé de rechercher des cas similaires dans les établissements de soins avoisinants et dans d'autres structures sanitaire dans lesquelles le malade était passé dans ses déplacements.

L'annexe 4D, à la fin de la présente section, donne des indications pour l'examen des registres. Il faut également assurer le suivi des patients autorisés à rentrer chez eux.

II. Rechercher les personnes en contact avec les cas et les décès suspects dans la communauté

Identifier toutes les zones à risque où les patients ont vécu, travaillé ou voyagé, notamment les fêtes, la famille hors du pays, les zoos, les fermes avicoles, les laboratoires ou les parties de

chasse. Discuter également avec les sources d'information au sein de la communauté, notamment les marchands de produits chimiques, les maîtres d'école, les vétérinaires (pour s'informer de la situation de la santé animale), les agriculteurs et les chefs communautaires.

Le choix des zones où s'effectuera la recherche dépendra de la maladie, de son mode de transmission et des facteurs de risque liés au temps, au lieu et aux caractéristiques individuelles. Il faudra effectuer des visites dans ces lieux pour interroger les personnes ayant eu des contacts, ou susceptibles d'en avoir eu avec le patient ; demander 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 ; chercher à savoir si une autre personne vivant dans une zone avoisinante de celle où réside le patient a été malade et a présenté des signes ou symptômes correspondant à la définition de cas ; demander s'il y a eu récemment des décès. S'il y a eu des décès récemment, il faut chercher à savoir quels sont les signes et symptômes qu'ont eu les personnes décédées. Demander des renseignements sur les personnes qui se sont occupées de ces victimes lorsqu'elles étaient malades et de leurs dépouilles avant et pendant l'inhumation. Collecter les informations qui contribueront à décrire l'ampleur et l'étendue géographique de l'épidémie.

Référer les cas récemment identifiés vers l'établissement de soins pour traitement. Voir les annexes 4E et 4F de cette section, les exemples de formulaires pour enregistrer et suivre les contacts en vue de la recherche d'autres cas.

4.4 Établir une liste et enregistrer l'information sur d'autres cas

Pour chaque nouveau cas consigné dans le registre de l'établissement de soins ou repéré au cours de recherches au sein de la communauté, et dont la définition correspond à celle des cas faisant l'objet de surveillance, **il convient d'enregistrer l'information recueillie soit sur un formulaire individuel de notification**, soit sur une liste descriptive ou autre formulaire indiqué. Inclure une cartographie de la zone, le cas échéant. Le registre permettra de conserver les données fondamentales utiles pour les cas déjà connus ou les cas qui seront identifiés au fil du temps (voir l'annexe 4E pour un exemple de registre.) Enregistrer tous les contacts sur le formulaire prévu à cette fin et veiller à suivre quotidiennement les signes et les symptômes de la maladie au cours de la période indiquée (voir les annexes 4F et 4G.)

Enregistrer l'information pour tous les cas sur un « formulaire individuel de notification » (voir le modèle à l'annexe 2A.) Pour chaque cas, enregistrer au moins les informations suivantes :

- a) nom et adresse du patient, village ou quartier où il vit et ses coordonnées complètes. S'il n'a pas une adresse précise, enregistrer des informations permettant de contacter le

patient au cas où l'on aurait besoin de renseignements complémentaires ou pour lui communiquer les résultats des analyses de laboratoire et de l'enquête ;

- b) âge et sexe du patient : cette information servira à décrire les caractéristiques de la population affectée par la maladie ;
- c) date du début des symptômes et date à laquelle le patient a été vu pour la première fois dans l'établissement de soins ;
- d) situation du patient : est-il décédé ou vivant ? S'il est décédé, enregistrer la date de décès ;
- e) informations relatives aux principaux facteurs de risque, par exemple statut vaccinal du patient si la maladie faisant l'objet de l'enquête est évitable par la vaccination, ou bien sa fonction si l'on soupçonne que l'épidémie vise les personnes exerçant une fonction particulière ;
- f) nom et fonction de la personne ayant transmis l'information : pour certaines maladies il existe des formulaires individuels d'enquête plus détaillés, qui demandent certaines informations particulières. Les modèles de ces formulaires pour l'enquête sur des maladies spécifiques figurent aux annexes de la section 11 ;
- g) formulaire d'enquête sur les cas à remplir pour tout nouveau cas (voir l'annexe 2A) et enregistrer les détails sur le formulaire individuel (annexe 4^E.)

4.5 Analyser les données relatives à l'épidémie

Les méthodes d'analyse des données relatives à l'épidémie sont les mêmes que celles préconisées pour l'analyse des données récapitulatives dans la section 3. Les données épidémiologiques sont analysées et ré-analysées plusieurs fois au cours de l'épidémie.

Lors de l'analyse initiale, récapituler la situation concernant l'épidémie ou l'évènement de santé publique et chercher des indices sur les endroits où sévissent et progressent l'épidémie ou l'évènement de santé publique, leur source (s'il s'agit d'une source unique, par exemple un puits ou des funérailles) et les personnes à risque (par exemple, les jeunes enfants, les réfugiés, les personnes vivant en zone rurale, etc.) Présenter les données en tenant compte du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles (voir la section 3), de la manière suivante :

- a) tracer la courbe épidémique représentant l'évolution de la maladie (courbe épidémiologique) ;
- b) représenter les cas sur une carte détaillée ;
- c) dresser des tableaux contenant les principales caractéristiques des cas (en comparant, par exemple, les tranches d'âge et le statut vaccinal, la répartition par sexe, l'incidence des cas selon le type de profession, etc.) ;

- d) calculer les taux de létalité (se référer aux procédures décrites dans la section 3) ;
- e) calculer également les **taux d'attaque** (se référer aux procédures décrites dans la section 3), en plus du calcul des taux de létalité dans les situations d'épidémie.

4.5.1 Interpréter les résultats de l'analyse

En identifiant les facteurs de risque potentiels liés à l'épidémie, reprendre les résultats de l'analyse en cherchant, par exemple, à répondre aux questions suivantes :

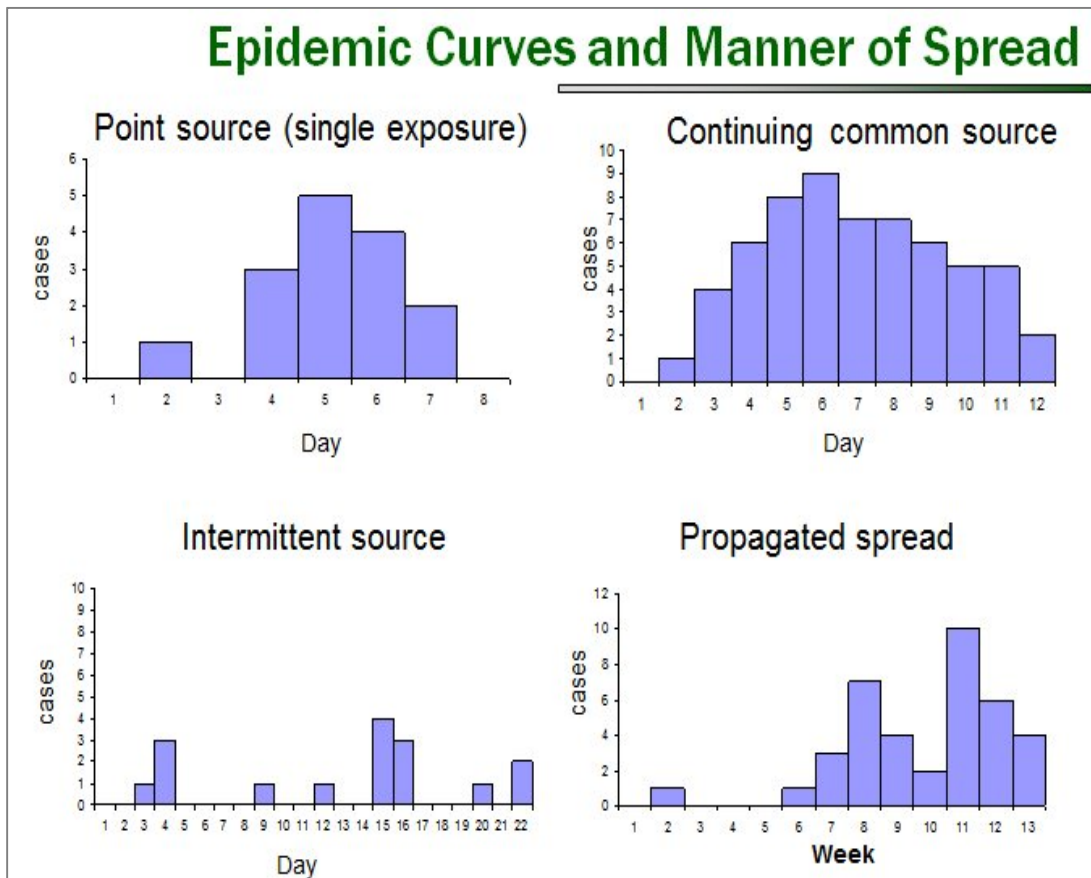
- a) quel est l'agent pathogène responsable de l'épidémie ?
- b) quelle est la source de l'infection ?
- c) quel est le mode de transmission ?
- d) quelles mesures ont été prises pour endiguer l'épidémie et quel est le résultat ?

I. Interpréter les résultats de l'analyse chronologique

Examiner l'histogramme. La forme de la 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 brusquement 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.
- Vous trouverez ci-après quelques exemples de courbes épidémiques et leur interprétation possible.

Figure 4.2. Types de courbes épidémiques et propagation



II. Interpréter les résultats de l'analyse en fonction de la localisation géographique

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.

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

Les informations provenant de l'analyse des cas individuels sont essentielles pour planifier la riposte à 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 consistant à vacciner devra cibler les enfants de cette tranche d'âge.

On trouvera ci-après une analyse de données en fonction des caractéristiques individuelles (âge), qui montre comment les résultats pourraient servir à planifier les interventions. Le tableau ci-après présente les taux les plus élevés de maladie chez les personnes de 15 ans et plus.

Tableau 4.1. Taux d'attaque de choléra par tranche d'âge, Mankhowkwe Camp, Malawo, mars-mai 1988

Tranche d'âge	Nombre de cas	Population	Taux d'attaque (%)
<5	131	5303	2,5 %
5–14	261	12351	2,1 %
>15	392	12091	3,2 %
Total	784	29745	2,6 %

Source: Reproduit avec l'autorisation de l'éditeur, Moren et al., 1991

IV. Analyser les données et construire une hypothèse

- a) Faire une analyse descriptive des données (caractéristiques individuelles, lieu et temps).
 - À partir des observations recueillies dans l'analyse descriptive, on peut construire une hypothèse sur les causes des tendances observées et les facteurs qui augmentent le risque pour une épidémie donnée. Par exemple, dans le tableau 4.1 ci-dessus, on pourrait émettre l'hypothèse que plus le patient est âgé, plus il risque de tomber malade. On pourrait par conséquent déterminer si l'âge est associé à la maladie.
- b) Se baser sur une analyse descriptive, construire une hypothèse pour déterminer l'ampleur d'une épidémie.
 - Vérifier une hypothèse et, grâce au processus d'épidémiologie analytique, répondre aux questions de savoir comment et pourquoi la population a été affectée.

V. Vérifier et confirmer l'hypothèse avec une étude analytique

- a) Choisir le type d'étude appropriée sur la base de l'épidémiologie descriptive et de la situation.
- b) Obtenir les ressources nécessaires pour effectuer l'analyse et l'étude.
- c) Tirer les conclusions de l'étude et, si nécessaire, confirmer l'hypothèse.

Différents modèles d'études peuvent être utilisés pour mener des études analytiques. Celles-ci comprennent des études de contrôle des cas, des études de cohorte et des études expérimentales. L'Annexe 4I donne un exemple d'étude analytique (étude de contrôle des cas) visant à vérifier l'hypothèse. Se référer à la bibliographie pour plus d'indications sur la manière de concevoir des modèles d'études analytiques.

4.6 Établissement de rapports et communication des résultats de l'enquête

Tous les rapports (préliminaires, intérimaires et finaux) doivent toujours être diffusés, même si aucun facteur de risque déterminant n'a été identifié pour une épidémie donnée. Préparez également des rapports de situation (SitReps) de l'épidémie en question et distribuer aux parties prenantes concernées. La section 7 décrit les différents canaux de communication en cas d'épidémie.

Si les facteurs de risque sont déjà connus, formuler des conclusions et recommandations par rapport à l'épidémie :

- a) situation confirmée : il s'agit bien d'une épidémie ou d'un événement de santé publique ;
- b) population affectée et à risque ;
- c) causes possibles de l'épidémie ou l'événement de santé publique, résultats de laboratoire, source de l'infection, mode de transmission, taux d'attaque, taux de létalité et facteurs de risque possibles ;
- d) mesures déjà mises en place pour endiguer l'épidémie ;
- e) recommandations : des enquêtes ou études complémentaires pourraient être recommandées pour maîtriser la situation. L'équipe d'enquête rapide du district doit alors préparer immédiatement un rapport d'enquête sur la flambée d'épidémie. Ce rapport d'enquête détaillé doit être distribué immédiatement à l'établissement de soins où l'épidémie s'est déclarée, ainsi qu'au district, à la région et à l'OMS.

Voir à l'annexe 7A de la section 7 un modèle de plan pour la rédaction du rapport d'enquête.

- **Pour comprendre la propagation de la maladie, il faut décrire les profils de transmission en commençant par les sources probables de l'infection.** De plus, les profils de transmission permettent de comprendre la contribution des différents environnements à la propagation de l'épidémie dans une zone géographique donnée, et sont donc essentiels pour réguler la transmission de l'infection et adopter des mesures pour endiguer l'épidémie. La reconstruction d'une chaîne de transmission ou des profils de transmission est possible à condition de tirer l'information d'une liste prioritaire et d'examiner la chronologie des dates de l'infection ou le contact avec d'autres cas, des enquêtes sur le terrain et d'une évaluation rapide des risques. Les profils de transmission sont très importants car ils facilitent l'enquête sur les voies de transmission dans une zone géographique donnée, ainsi

que la planification des interventions. Les profils de transmission doivent être mis à jour régulièrement et si un nouveau groupe de cas apparaît dans n'importe quelle partie du district, il faudra poser des questions pour savoir s'il existe un lien quelconque. Voir à l'annexe 4J un exemple de description des profils de transmission.

4.7 Mettre en place des mesures pour prévenir et endiguer les épidémies

Une fois l'épidémie identifiée, les mesures pour endiguer l'épidémie s'imposent pour interrompre la transmission de la maladie et limiter l'exposition à la source de l'infection. Si un agent pathogène ou une autre source présumée de l'épidémie sont identifiés, ces mesures doivent viser des agents, des sources ou des réservoirs d'infection spécifiques. La section 11 fournit une description de certaines des mesures de lutte contre chaque maladie prioritaire et la bibliographie, à toutes fins utiles.

Les mesures mises en place pour endiguer les épidémies visent à :

- a) identifier la source de l'infection ;
- b) interrompre la transmission secondaire ;
- c) endiguer les futures épidémies.

REMARQUE :

- Les mesures pour prévenir et endiguer les épidémies devraient être mises en place en premier lieu dès le début de l'enquête et devraient s'appliquer en même temps que d'autres étapes de l'enquête. Souvent, des mesures non spécifiques peuvent être mises en place quels que soient le type de maladie ou la source.
- Un engagement multisectoriel est essentiel tout au long de la riposte surtout au niveau communautaire et avec d'autres parties prenantes non liées à la santé qui pourraient jouer un rôle crucial dans la gestion d'épidémies particulières. Par exemple, pour faire respecter la réglementation, il faudra peut-être solliciter l'assistance du ministère de l'Intérieur (agents de police.)
- À un moment donné au cours de l'épidémie, la riposte de santé publique pourrait inclure les essais à effectuer sur de nouvelles contre-mesures potentielles, notamment les vaccins et des substances thérapeutiques. Ainsi, la recherche biomédicale peut être considérée comme un aspect important, mais distinct de la riposte. Les efforts de santé publique doivent toujours être au premier plan de la riposte globale à l'épidémie. La recherche doit s'effectuer sur une base scientifique solide et respecter des normes éthiques pour aboutir le plus rapidement possible à des conclusions définitives quant à l'efficacité et à la sécurité. Dans de telles situations, il incombe à l'autorité centrale de consulter les comités d'éthique au niveau local pour qu'ils fournissent des directives utiles pour des principes analogues en cas d'épidémie.

4.8 Effectuer une évaluation pour déterminer si l'évènement constitue une urgence potentielle de santé publique de portée internationale (PHEIC)

L'équipe d'enquête désignée doit entamer le plus tôt possible l'évaluation des risques afin de répondre aux questions suivantes :

- L'épidémie a-t-il un impact grave sur la santé publique ?
- L'épidémie est-elle inhabituelle ou inattendue ?
- Existe-t-il un risque significatif de propagation de portée internationale ?
- Existe-t-il un risque significatif de restrictions du commerce ou de voyages internationaux ?

On peut faire appel à l'autorité centrale pour participer à l'évaluation du risque qui permettra de déterminer si l'évènement constitue une urgence potentielle de santé publique de portée internationale (PHEIC), ce qui justifierait sa notification (se référer à l'instrument de décision du RSI, 2005 [sur le site http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf](http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf).)

4.9 Maintenir et renforcer la surveillance

Les autorités centrale et régionale devraient rester en contact avec le district pour recevoir des mises à jour quotidiennes (cas, décès, nombre d'admis dans les établissements de soins, nombre de personnes ayant pris congé, zones affectées, etc.) jusqu'à la fin de l'épidémie.

Il faudra s'assurer que le même mécanisme SIMR est utilisé pour améliorer la surveillance des épidémies et que le système est suffisamment flexible pour permettre l'adaptation d'autres variables à collecter au moyen du système déjà existant. Cela évitera les signalements parallèles qui peuvent créer une confusion sur l'évolution de l'épidémie.

- Rendre compte périodiquement de l'état d'avancement de la riposte et préparer des rapports de situation quotidiens pouvant être utilisés pour l'évaluation de la riposte.
- Mettre à jour les listes, effectuer une analyse des données en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles.
- Surveiller l'efficacité de l'activité de riposte en cas d'épidémie.

Il est important d'intensifier la surveillance au cours de l'enquête avec les districts avoisinants pour s'assurer que l'épidémie ne se propage pas à un autre district, de partager des informations et de planifier des activités conjointes de surveillance et de riposte. Les districts avoisinants peuvent également envisager la mise en place de comités de surveillance des maladies et de riposte transfrontaliers, de manière à partager les données de surveillance, les informations épidémiologiques et autres informations connexes au cours de l'épidémie.

4.10 Effectuer une évaluation régulière des risques après la confirmation de l'épidémie

Dès que l'épidémie est confirmée, il faut procéder à une évaluation régulière à chaque stade de l'épidémie. L'évaluation est nécessaire pour orienter et cibler les interventions. L'évaluation des risques devrait consister à :

- a) évaluer la prédisposition de la population aux maladies et la possibilité de propagation de l'épidémie tant dans les zones affectées que dans les zones avoisinantes ;
- b) évaluer le risque de transmission ultérieure, de morbidité et de mortalité. À cette fin, les facteurs à prendre en compte sont les caractéristiques démographiques telles que la taille, la densité, le mouvement et la diversité : le taux de mortalité chez les moins de cinq ans; la période de l'année (en tenant compte des risques d'épidémie saisonnière) et les plans pour toutes festivités ou autre événement social susceptible d'accroître la possibilité de propagation; l'accès aux services de santé, etc.

L'évaluation des risques doit se répéter à mesure que de nouvelles informations deviennent disponibles. Elle peut également se faire selon un calendrier régulier. Pour certains événements de santé publique, différentes équipes d'évaluation des risques pourraient collaborer pour recueillir les informations afin d'avoir une idée précise du risque (par exemple, la gravité clinique, la dynamique de la transmission et les mesures pour endiguer l'épidémie.) À la fin de l'épidémie, toutes les évaluations de risques devraient être examinées. L'analyse systématique des évaluations de risques bien documentées permet d'identifier les domaines dans lesquels des améliorations pourraient être apportées quant à la gestion des événements aigus de santé publique.

4.11 Annexes à la section 4

Annexe 4A	Registre du district des présomptions et rumeurs d'épidémies
Annexe 4B	Liste de vérification des fournitures de laboratoire nécessaires aux enquêtes
Annexe 4C	Liste des équipements de protection individuelle recommandés
Annexe 4D	Comment réaliser l'examen des registres
Annexe 4E	Listes des échantillons
Annexe 4F	Fiches d'enregistrement de contacts
Annexe 4G	Formulaire de localisation des contacts (suivi)
Annexe 4H	Types de triple emballage des échantillons pendant une épidémie
Annexe 4I	Exemple d'une étude analytique pour vérifier l'hypothèse
Annexe 4J	Exemple de profil de transmission

Annexe 4A. Registre du district des présomptions et rumeurs d'épidémies

Enregistrer les informations fournies verbalement ou par écrit sur les épidémies présumées, les rumeurs ou les événements inexpliqués provenant des établissements de soins, de la communauté ou des médias sociaux. Enregistrer les mesures prises et les activités de riposte mises en œuvre.

Situation, maladie ou événement (1)	Source d'épidémie présumée, rumeurs (journaux, téléphone, etc.) (2)	Nombre de cas initialement notifiés (3)	Nombre of décès initialement notifiés (4)	Lieu (centre) de santé (5)	Date de notification au district (6)	Date d'enquête sur l'épidémie présumée par le district (7)	Résultat de l'enquête par le district (épidémie confirmée, infirmée ou incertaine) (8)	Date début épidémie (9)	Date début cas index (10)	Date du dépassement seuil ou du premier groupe de cas (11)	Date du premier cas vu dans un établissement de soins (12)	Date de la première intervention spécifique (13)	Type d'intervention concrète mise en place (14)	Date de notification de l'épidémie par le district à l'autorité centrale (15)	Date de réception par le district de la riposte nationale (16)	Commentaires et observations (échantillons prélevés et résultats) (17)	Nom et signature

Annexe 4B. Liste de vérification des fournitures de laboratoire nécessaires aux enquêtes

Pour des précautions de sécurité standard lors du prélèvement et de la manipulation des échantillons

- _____ Pain de savon pour se laver les mains
- _____ Eau de Javel pour désinfecter
- _____ Équipement de protection individuelle (gants, masques, blouses, etc.)
- _____ Emballage triple et réfrigérant pour le transport des prélèvements
- _____ Boîtes de sécurité pour l'enlèvement des fournitures et équipements contaminés
- _____ Équipement (poste de sécurité microbiologique)

Pour le prélèvement des échantillons destinés aux examens de laboratoire

Sang

- _____ Aiguilles stériles, différentes tailles
- _____ Seringues stériles
- _____ Récipients à vide
- _____ Tube à essai pour sérum
- _____ Désinfectant antiseptique pour la peau
- _____ Garrots
- _____ Tubes à bouchon à vis pour transport
- _____ Milieux de transport (Cary-Blair, Trans-Isolate, VTM)

Frottis sanguins (paludisme)

- Lancette stérile ou à usage unique
- Lames et lamelles de verre
- Boîtes de lames

Echantillons respiratoires

- _____ Ecouvillons
- _____ Milieu de transport pour virus

Liquide céphalo-rachidien (LCR)

- _____ Anesthésique local
- _____ Aiguilles et seringues pour anesthésique
- _____ Désinfectant antiseptique pour la peau
- _____ Tubes à bouchon à vis et portoir
- _____ Boîte de lames pour microscope
- _____ Milieu de transport Trans-Isolate
- _____ Kit Latex
- _____ Coloration de Gram
- _____ Kit May Grunwald Giemsa

Selles

- _____ Flacons pour prélèvement de selles
- _____ Ecouvillons rectaux
- _____ Milieu de transport Cary-Blair

Peste

- _____ Kit pour coloration de Gram
- _____ Test de diagnostic rapide (dipstix AgF1)
- _____ Milieu de transport Cary-Blair

Si l'établissement de soins est équipé d'une centrifugeuse

- _____ Pipette stérile et poire
- _____ Tube stérile en verre ou en plastique, ou flacon avec bouchon à vis

Pour l’emballage et l’envoi des prélèvements

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

Réactifs et fournitures pour le diagnostic

- _____ Réactifs
- _____ Moyen (MacConkey, gélose de sang)
- _____ Autres

Équipement de protection individuelle (EPI) adapté (pour toutes les maladies à potentiel épidémique ou pandémique comme les fièvres hémorragiques virales, la grippe aviaire présumée, etc.)

Dans certains cas de fièvre, il peut être important de porter des kits de diagnostic rapide du paludisme s’ils ne sont pas disponibles dans un établissement de soins à proximité.

Annexe 4C. Liste des équipements de protection individuelle (EPI) Recommandés

Les équipements de protection suivants devront être mis à la disposition de tout le personnel enquêtant sur un cas présumé de maladie hautement contagieuse ; exemple, la fièvre hémorragique virale, la grippe aviaire, etc. (Voir la bibliographie pour les directives et choisir les EPI à la fin de la section.) Ces équipements doivent être fournis par l'autorité provinciale ou régionale au cas où les kits EPI seraient inadéquats. Les EPI devraient être disponibles dans les provinces/régions à haut risque où ces épidémies spécifiques pourraient être notifiées ou qui ont été identifiées par l'évaluation des risques comme étant une zone à risque. Voir l'annexe 5A pour le reste du matériel dont on peut avoir besoin dans le cadre de la riposte à une épidémie présumée.

Composition de l'EPI	Kit d'hygiène de l'OMS
1 blouse chirurgicale	100 blouses chirurgicales
1 combinaison	100 combinaisons
1 coiffe	100 coiffes
2 paires de lunettes de protection	50 paires de lunettes de protection
1 paire de gants en caoutchouc	100 paires
1 masque N95	200 pièces
1 surbottes*	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 en caoutchouc	20 paires de bottes en caoutchouc
1 pulvérisateur à main	2 pulvérisateurs de 1,5 litre chacun
1 pulvérisateur à dos	1 pulvérisateurs à dos de 10-12 litres
Conteneurs pour prélèvement	
Rouleau de scotch	3 rouleaux
Antibuée pour lunettes de protection	3 bouteilles
Eau de javel	
N.B: Il est possible d'acheter localement l'eau de javel; il faut également acheter des sacs ziploc pour la gestion des déchets des EPI.	
* Non essentiel	

Annexe 4D. Comment réaliser l'examen des registres

1. Contexte

L'examen des registres consiste à collecter les informations relatives aux cas admis dans l'établissement de soins pendant une période donnée. Les informations recueillies serviront à déterminer l'origine de l'épidémie ou de l'augmentation du nombre de cas. On examinera :

- les registres des services d'hospitalisation de **plus de dix lits**, en donnant la priorité aux établissements de soins publics ;
- les registres des grands hôpitaux de référence ou des centres hospitaliers universitaires dotés de services de pédiatrie, qui reçoivent les patients envoyés par les autres structures sanitaires ;
- les registres des hôpitaux de proximité ou des établissements de soins desservant les zones reculées et les populations à haut risque (par exemple, groupes nomades, réfugiés) ou des régions n'ayant pas de services de soins réguliers.

2. Expliquer le but de l'examen au personnel de l'établissement de soins

Expliquer aux cadres supérieurs de l'établissement de soins l'objectif de cet examen des registres. Les informations recueillies vont aider le district et le centre de soins à déterminer l'action la plus appropriée pour limiter le risque de propagation de l'épidémie et empêcher ainsi l'apparition de nouveaux cas. Insister sur le fait que cette activité n'est pas destinée à évaluer la performance des agents de santé, mais à collecter des informations.

3. Organiser la procédure d'examen des registres

Convenir d'une période pendant laquelle le personnel chargé 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, l'affection ou l'évènement de santé publique faisant l'objet de l'enquête, vérifier les registres hospitaliers des services de pédiatrie et de maladies infectieuses. Le registre hospitalier du service pédiatrique constitue une excellente source d'information, car il comporte la liste de tous les enfants admis dans cette unité. Les rapports récapitulatifs annuels ne sont pas toujours précis et les registres des services de consultation externe ne reprennent souvent que des diagnostics présomptifs.

Passer en revue le système et les procédures utilisés par les agents de santé pour noter dans les registres les informations concernant le diagnostic. Vérifier que les données nécessaires pour l'enquête sur un cas présumé sont disponibles. Le registre doit au moins comporter les éléments suivants :

- nom et adresse du patient ;
- signes et symptômes ;
- date du début des symptômes et issue (par exemple, date de décès, le cas échéant) ;
- statut vaccinal, si la maladie le justifie.

Si l'établissement de soins n'a pas conservé un minimum d'informations, il faudra voir avec les cadres comment améliorer l'enregistrement des données.

5. Effectuer l'examen des registres au jour et à l'heure fixés

Il faut se rendre dans les services sélectionnés au moment convenu. Au cours de la visite, rechercher dans les registres les cas et les décès que l'on soupçonne imputables aux maladies prioritaires. Ces cas et décès devront répondre à la définition standardisée des cas présumés. Déterminer ensuite si les cas présumés ont fait l'objet d'une enquête et ont été notifiés conformément aux directives nationales.

6. Reporter sur une liste descriptive les cas présumés détectés

Enregistrer l'information concernant les cas présumés. Cette information sera utilisée lors des activités d'enquête sur les cas.

7. Fournir un retour d'information au personnel de l'établissement de soins

Examiner avec le directeur de l'établissement de soins les résultats de l'examen des registres. Par la même occasion, étudier avec le personnel de l'établissement de soins tous les aspects de la prise en charge des patients atteints de la maladie concernée. Souligner l'importance de la notification immédiate et de l'enquête des cas comme outils de prévention pour les maladies et affections prioritaires. Saisir l'occasion pour insister sur l'importance de la lutte contre les infections et de l'utilisation d'un minimum d'EPI.

8. Notifier tous les cas présumés au niveau directement supérieur

Notifier les cas présumés conformément aux procédures locales. Faire une enquête plus approfondie sur les cas, afin de déterminer quels sont les facteurs qui ont exposé les patients au risque de maladie ou d'affection. Elaborer une riposte appropriée au cas par cas.

Annexe 4E. Liste d'échantillons

N°	Nom du patient	District ou communauté	Unité	Localité	Âge	Sexe (M/F)	Profession	Date de l'apparition de l'infection	Date de visite du centre de santé	Diarrhée (Y/N)	Grave déshydratation (Y/N)	Échantillon	Résultats	Hospitalisation (Y/N)	Lieu d'hospitalisation	Traitement reçu	Issue	Date de prise de conge ou décès	Observations
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			

Annexe 4F. Fiche d'enregistrement des contacts

Fiche d'enregistrement des contacts¹

Patient Nom	Nombre de cas
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	1
14	1
15	1
16	1
17	1
18	1
19	1
20	1
21	1
22	1
23	1
24	1
25	1
26	1
27	1
28	1
29	1
30	1
31	1
32	1
33	1
34	1
35	1
36	1
37	1
38	1
39	1
40	1
41	1
42	1
43	1
44	1
45	1
46	1
47	1
48	1
49	1
50	1
51	1
52	1
53	1
54	1
55	1
56	1
57	1
58	1
59	1
60	1
61	1
62	1
63	1
64	1
65	1
66	1
67	1
68	1
69	1
70	1
71	1
72	1
73	1
74	1
75	1
76	1
77	1
78	1
79	1
80	1
81	1
82	1
83	1
84	1
85	1
86	1
87	1
88	1
89	1
90	1
91	1
92	1
93	1
94	1
95	1
96	1
97	1
98	1
99	1
100	1

Village/quartier	Chef ou responsable communautaire
-------------------------	--

District/Ville	Province/Région
----------------	-----------------

Date d'apparition de l'infection _____ Hospitalisation/Notification dans la communauté _____

Si hospitalisé, adresse de l'hôpital _____ Date de l'hospitalisation : _____

[illegible]

Sont considérées comme contacts les personnes qui :

1. Ont dormi dans la même maison que le cas présumé ;
2. Ont eu des contacts physiques directs avec le cas (vivant ou décédé),
3. Ont touché son linge ou ses liquides biologiques ;
4. Ont mangé ou touché un animal malade ou mort.

Annexe 4G. Formulaire de localisation des contacts (suivi)

Formulaire de localisation des contacts – par l'équipe du village Nom du volontaire

Chef du villageou responsable communautaire.....

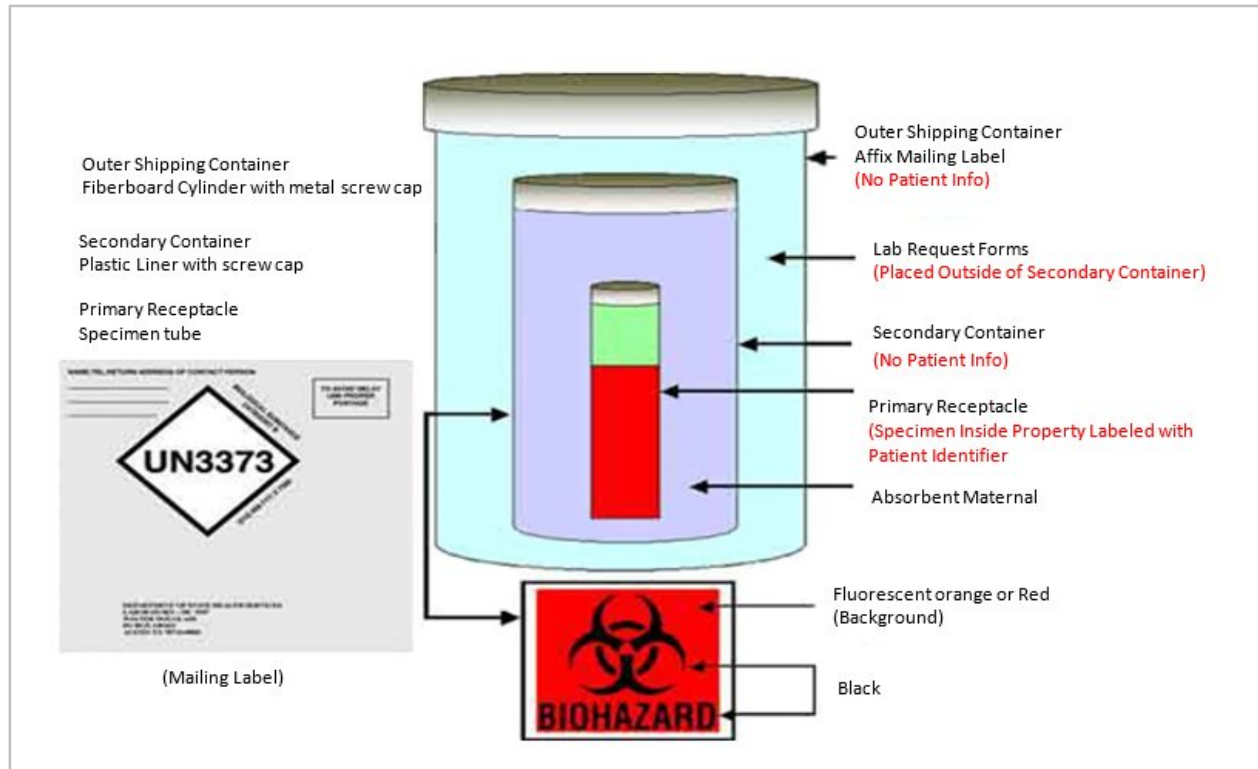
District/Ville Province/Région

[illegible]

Ecrire « O » si le contact n'a pas présenté de fièvre ni de saignements

Ecrire « X » si le contact est décédé ou a présenté une fièvre ou des saignements (compléter le formulaire individuel d'enquête et, si le patient est vivant, le transférer à l'hôpital)

Annexe 4H. Types de triple emballage des échantillons pendant une épidémie



Source: <https://medicine-science-and-more.com>

Annexe 4I. Exemple d'une étude analytique pour vérifier l'hypothèse

Dans le cadre d'une étude de cas visant à déterminer les expositions potentielles au choléra en République centrafricaine, l'analyse comparative non ajustée indique que les personnes qui mangeaient des feuilles froides de manioc (l'un des aliments de base dans la région (rapport de cotes (OR) = 3,07 avec un intervalle de confiance à 95 % = 1,155; 8,163]; P = 0,020) étaient plus à même d'avoir le choléra. Cette hypothèse était très plausible à P < 0,05.

Facteurs de risque	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95 %	P valeurs
Boire l'eau du fleuve Oubangui	1,16	[0,415 ; 3,239]	0,983
Boire l'eau vendue dans la rue	0,25	[0,027 ; 2,421]	0,422
Manger des feuilles de manioc froides	3,07	[1,155 ; 8,163]	0,020
Manger des feuilles de manioc chaudes	0,57	[0,090 ; 3,669]	0,900
Assister aux funérailles à partir de septembre 2011	0,56	[0,192 ; 1,643]	0,627
Se laver les mains après avoir utilisé les toilettes	0,85	[0,295 ; 2,493]	0,395
Ne pas manger chez soi	0,66	[0,259 ; 1,713]	0,206
Manger de la viande séchée	0,45	[0,184 ; 1,208]	0,062
Manger de la viande crue	0,41	[0,143 ; 1,228]	0,060
Manger du poisson fumé chaud	0,83	[0,328 ; 2,111]	0,354
Manger du poisson fumé froid	0,89	[0,360 ; 2,235]	0,410
Se laver les mains avant de manger	1,05	[0,318 ; 3,512]	0,466

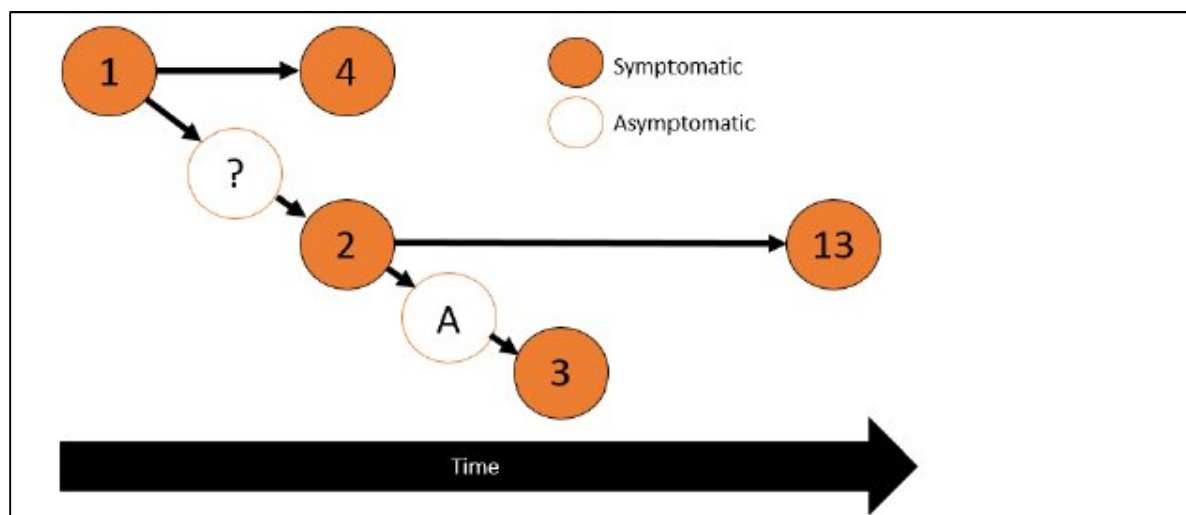
Extrait tiré du site consulté <https://www.cdcfoundation.org/sites/default/files/upload/pdf/2011CholeraOutbreakReport.pdf>

Annexe 4J. Un exemple de profil de transmission

Prenons le scénario suivant, qui décrit une flambée de maladie respiratoire, pour laquelle l'équipe d'enquête disposait d'informations sur 13 cas.

- a) Le premier cas était un étudiant universitaire âgé de 25 ans, présentant les premiers symptômes le 21 mars 2012. Il a été admis à l'hôpital public de Zarqa le 4 avril 2012 après une semaine de toux, de fièvre et d'essoufflement. Une pneumonie et une péricardite ont été diagnostiquées chez le patient, et il a été rapidement transféré à l'unité de soins coronariens. Alors que son état s'aggravait, il a été transféré à l'hôpital Prince Hamzah pour la suite du traitement ; le lendemain, il a été intubé aux soins intensifs et est décédé le 25 avril 2012. Les enquêteurs ont appris que pendant sa maladie, le patient était en contact étroit avec sa mère (qui n'avait pas signalé de maladie) et deux agents de santé (cas 2 et 3). Sa maladie a ensuite été confirmée en laboratoire comme étant le nouveau coronavirus (3).
- b) Le deuxième cas était un infirmier âgé de 30 ans de l'unité de soins intensifs de l'hôpital de Zarqa. Ses symptômes ont débuté vers le 29 mars 2012. Il n'avait pas voyagé ni été en contact avec des animaux au cours des 10 jours ayant précédé sa maladie, même s'il a été en contact fréquent avec le premier cas survenu dans l'unité de soins intensifs. Le 8 avril, le cas 2 a été admis aux soins intensifs de Zarqa avec essoufflement et pneumonie. Il a ensuite été libéré sans séquelles de l'hôpital islamique le 23 avril. Le patient était en contact étroit avec deux membres de sa famille, dont sa mère (cas 13) et un homme qui n'a pas été malade (qui était également le frère du cas 3) (3).
- c) Le cas 3 était une infirmière de l'hôpital de Zarqa, âgée de 40 ans, dont la maladie avait été confirmée par un laboratoire après son décès. Ses symptômes ont commencé le 2 avril 2012 et elle a été admise à l'unité de soins intensifs de l'hôpital de Zarqa après avoir contracté une pneumonie 7 jours plus tard. Elle a ensuite été transférée aux soins intensifs de l'hôpital islamique où elle est décédée le 19 avril. Au cours de sa maladie, elle était en contact direct avec 4 membres de sa famille, dont un autre frère tombé malade 10 jours après l'exposition (cas 9) et trois autres non affectés. Un mois avant sa maladie, sa sœur était venue d'Arabie saoudite (3).
- d) Le cas 4 était un médecin de sexe masculin âgé de 65 ans dont les symptômes de fièvre et de fatigue ont débuté le 2 avril 2012 et se sont transformés en pneumonie. Le médecin a choisi de rester à la maison pendant sa maladie et s'est rapidement rétabli. Il n'avait pas voyagé ni été en contact avec des animaux dans les 10 jours précédant sa maladie. Les membres de sa famille n'ont signalé aucune maladie (3).
- e) Les cas 5 à 13 se sont produits au cours de la deuxième phase de l'épidémie, avec l'apparition des symptômes entre le 11 et le 26 avril 2012. Tous sauf le cas 13, qui était la mère du cas 2, ont eu un contact direct avec un ou deux des cas confirmés en laboratoire. Aucun des agents de santé n'a voyagé ni de contact avec des animaux. Ils ont signalé qu'ils utilisaient uniquement des gants pour soigner les patients afin d'éviter de les stigmatiser.

En se basant sur ces informations et sur une liste, un profil de transmission peut être conçu comme suit :



Note: Extrait de «Scénarios d'études de cas de santé publique utilisés pour la formation de professionnels de la santé publique. Études de cas développées dans le cadre de l'accord CDC/AFENET.» Transformer la surveillance de la santé publique. (pages : sous presse). Lieu: Elsevier

4.12 Référence

1. Ministry of Health Liberia, National Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response, June 2016
2. Government of Sierra Leone. Ministry of Health and Sanitation. Technical Guidelines for IDSR. April 2015
3. Détection précoce, évaluation et réponse lors d'une urgence de santé publique : mise en œuvre de l'alerte précoce et réponse notamment la surveillance fondée sur les événements. WHO/HSE/GCR/LYO/2014.4
4. Guide pour la surveillance fondée sur les événements. Région du Pacifique occidental
5. Un guide pour la mise en place d'un programme de surveillance et de lutte contre la maladie sur la base communautaire. OMS, Groupe de prévention et de lutte contre les maladies, 2014
6. République-Unie de Tanzanie, Ministry of Health and Social Welfare, National IDSR guidelines, 2nd edition 2011
7. FETP Basic Course Curriculum (Modèle de la Tanzanie)
8. L'OMS met à jour ses directives relatives aux équipements de protection individuelle pour la riposte au virus Ebola
9. Guide pour la sélection et l'utilisation des équipements de protection individuelle dans les services de soins de santé. <https://www.cdc.gov/hai/prevent/ppe.html>
10. www.searo.who.int/topics/disease_outbreaks/en/
11. OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 51/52, 577-588, 19 décembre 2014 (<http://www.who.int/wer>).][pokjhx
12. Modèles d'études épidémiologiques http://www.who.int/ipcs/publications/ehc/216_disinfectants_part_4.pdf

DIRECTIVES TECHNIQUES POUR LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DES MALADIES ET LA RIPOSTE DANS LA RÉGION AFRICAINE

TROISIÈME ÉDITION



SECTION 5 : PRÉPARATION ET RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

MARS 2019

SECTION 5 : PRÉPARATION ET RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

5. PRÉPARATION ET RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

Une urgence de santé publique telle qu'une épidémie présumée ou autre événement de santé publique, appelle non seulement à une riposte immédiate, mais elle est aussi une des capacités essentielles requises par le Règlement sanitaire international 2005. Par conséquent, l'un des rôles cruciaux que doivent jouer le district, les autorités régionale et nationale, est de se préparer à détecter et à faire face à un tel événement ou une telle situation.

La préparation et la riposte aux événements de santé publique consistent à :

- a) mettre en place le comité de gestion des situations d'urgence de santé publique (PHEMC) ;
- b) créer des centres fonctionnels d'intervention d'urgence de santé publique, qui agira comme un centre de commande et de contrôle pour la coordination des urgences ou événements de santé publique au moins au niveau national, ainsi qu'une structure de coordination similaire au niveau sous-national ;
- c) développer des politiques, plans et procédures de conduite des opérations, dresser l'inventaire des ressources disponibles, faire une estimation, constituer ses stocks de réserve et organiser des exercices de simulation pour tester les systèmes ;
- d) identifier et assurer la formation des principaux membres des sous-comités de gestion des situations d'urgence de santé publique et des équipes de riposte rapide aux situations d'urgence (PHERRT).

En outre, il est important de disposer d'un plan de préparation et de riposte aux urgences de santé publique (PHEPR). Le PHEPR devrait inclure la structure de coordination, la cartographie des risques et la manière d'exécuter et de suivre le plan d'intervention d'urgence en cas d'événements pertinents, y compris la capacité de soutenir les opérations au niveau primaire lors des urgences de santé publique. Le PHEPR est le plan global et doit être complété par un plan PHEOC et un plan spécifique à un événement ou à un incident (ISP). Le plan PHEOC oriente les opérations du centre de commandement et de coordination, en décrivant les procédures opérationnelles standard relatives au fonctionnement de chaque domaine fonctionnel et à la manière dont ils fonctionnent ensemble; et l'ISP est un plan élaboré pour traiter les urgences hautement prioritaires sur la base d'une analyse des risques et est toujours joint en annexe au plan PHEPR.

5.1 Créer un centre de gestion des situations d'urgence de santé publique (centre de commande et de contrôle) pour la supervision des activités de préparation et de riposte aux situations d'urgence de santé publique

La réaction aux événements de santé publique ne serait efficace que grâce à une coordination plus cohérente et plus efficiente des divers acteurs représentant une équipe multisectorielle dans le contexte de l'approche « Un monde, une santé », ce qui contribuerait également à réduire l'impact de l'événement sur la communauté. Le Règlement sanitaire international (RSI, 2005) exige que les États Parties développent, renforcent et maintiennent leur capacité à réagir rapidement et efficacement aux risques de santé publique et aux urgences de santé publique.

Les pays devraient créer le PHEOC, ne serait-ce qu'au niveau national, qui jouera le rôle de centre de commandement et de contrôle pour renforcer la coordination et superviser les activités de préparation et de riposte aux urgences de santé publique. Pour établir un PHEOC, les pays devraient élaborer une législation ou une directive administrative autorisant le ministère de la Santé ou l'institution en charge de la santé publique à créer et gérer un PHEOC. Ces instruments définiront ensuite les rôles et responsabilités du ministère ou de l'institution en charge de la santé publique, mettront en place les mécanismes de coordination dotés des ressources nationales globales pour la gestion des catastrophes, et un mécanisme de financement des activités du PHEOC. Le PHEOC servira ensuite de centre de commandement et de contrôle, et de plateforme pour la coordination des informations et des ressources en appui aux activités de gestion des événements de santé publique en vue d'une riposte coordonnée aux situations d'urgence ayant des conséquences sur la santé et constituant des menaces pour la santé publique.

Pour être pleinement fonctionnel dans le cadre de son appui à la préparation et à la riposte aux urgences, le PHEOC devra développer les éléments essentiels suivants :

- a) les plans et procédures pour les opérations ;
- b) la technologie et les infrastructures de télécommunication nécessaires pour une communication en temps voulu ;
- c) le système d'information permettant de prendre des décisions en connaissance de cause ;
- d) les ressources humaines qualifiées.

Le PHEOC devra surveiller les événements en utilisant différentes sources de données ; faciliter et améliorer la communication entre le personnel de santé publique et le personnel de gestion des urgences; et faciliter la coordination avec plusieurs partenaires d'intervention. Le PHEOC servira également d'appui au centre national d'opérations d'urgence pour la gestion des risques

de catastrophe en cas d'événements d'importance nationale. Il est fortement recommandé que le PHEOC soit placé au plus haut niveau, où il existe déjà un organe qui assure la coordination des urgences de santé publique. Le PHEOC est situé dans les bureaux du médecin-chef dans certains pays et du bureau du directeur général de la santé dans d'autres. Dans les pays dotés d'un institut national de santé publique, le PHEOC est situé dans les bureaux du directeur des instituts de santé publique. Dans la plupart des pays, le PHEOC relève du ministre de la santé.

Dans les situations d'urgence de santé publique, le PHEOC, qui est le centre de commandement et de contrôle dirigé par le PHEMC national, est activé et sert de centre de prise de décision et de coordination des informations et des ressources pour la gestion stratégique des événements et des urgences de santé publique. Le PHEOC utilise le système de gestion des incidents (IMS), qui est une approche standardisée de la gestion et de la coordination de la riposte, en établissant une hiérarchie commune pour le personnel de riposte. Dans le contexte de la SIMR, l'IMS est représenté par le comité de gestion des urgences de santé publique (PHEMC) au niveau stratégique, qui se réunit lors de l'activation de le PHEOC, et par les sous-comités nationaux de gestion des situations d'urgence de santé publique, qui sont également présents au niveau opérationnel. L'IMS décrit les rôles et responsabilités spécifiques des intervenants dans un événement, et fournit un cadre commun permettant au gouvernement, au secteur privé et aux organisations non gouvernementales de travailler ensemble et dans la transparence. Dans le système de gestion des incidents, chaque personne se voit attribuer un rôle spécifique et suit une structure de commandement définie. Le système peut être doté d'équipes supplémentaires d'experts en la matière, d'analystes, de logisticiens et de personnel d'appui, en fonction de la situation. La structure opérationnelle du PHEOC (centre de commandement et de contrôle) peut également être renforcée aux fins d'efficacité ; elle peut être modulaire (c'est-à-dire qu'elle peut être activée en partie ou entièrement) en fonction des besoins de la situation (voir [Cadre de l'OMS pour une santé publique, Centre d'opérations d'urgence.](#))

Plus important encore, le système de gestion de l'information devrait être opérationnel à tous les niveaux de prestation des services de santé (national, régional / provincial et de district). Une fois le système IMS activé dans les situations d'urgence de santé publique, le PHEMC doit se réunir régulièrement (au moins une fois par jour ou chaque semaine) pour faciliter la coordination, la communication et le partage d'information, adopter des mesures de confinement ; et faciliter le déploiement de l'Équipe de riposte rapide en cas d'urgence de santé publique (ERREP). Lors de l'activation, le PHEOC contribuera également à assurer le flux d'information horizontalement et verticalement vers les services, les secteurs et les partenaires concernés, pour faciliter les opérations de secours.

Il est important de disposer d'un centre de commandement et de contrôle pour la préparation et la riposte aux événements de santé publique. Si les ressources sont disponibles, les régions et les districts devront disposer de PHEOC dotés d'installations de base pour assurer la coordination directe de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence de santé publique, faciliter la communication et l'information en temps réel entre les différentes parties prenantes à leur niveau et veiller à la mise en place d'un mécanisme de partage d'informations avec le PHEOC au niveau national. Cependant, dans certains pays, il existe actuellement des structures ou mécanismes de coordination similaires au niveau sous-national (région/province et district), qui servent également de centre de commandement et de contrôle ; c'est-à-dire que le PHEMC de district et les sous-comités de gestion associés, utilisent également la même structure IMS que le PHEOC dans les situations d'urgence de santé publique. Ces structures devraient servir à soutenir la coordination des activités de préparation et de riposte, afin de garantir une communication en temps réel et un partage d'information entre les différents acteurs à ces niveaux et au niveau national.

Lorsqu'il est inactif, le PHEOC (centre de commandement et de contrôle) a généralement une taille réduite et les membres des différents sous-comités de gestion des situations d'urgence de santé publique retournent à leurs postes de travail respectifs. Les quelques membres du personnel restant au centre assurent ensuite la liaison avec les sections ou les départements respectifs pour continuer à maintenir les plans et procédures; organiser des exercices de formation et de simulation, ainsi que des activités de surveillance de routine basées sur des événements; et préserver la base de données systématique des ressources disponibles, telles que les numéros de téléphone importants, les noms et adresses des principaux représentants gouvernementaux et non gouvernementaux, d'organismes internationaux et d'ONG.

5.2 Créer un comité de gestion des situations d'urgences de santé publique aux niveaux régional, national et du district (PHEMC)

Des comités de gestion des situations d'urgence de santé publique (PHEMC) devraient être mis en place à tous les niveaux - national, régional et de district, et les membres du PHEMC devraient œuvrer en étroite collaboration avec leurs homologues pour planifier et surveiller la mise en œuvre des plans d'urgence de santé publique. Ces comités de coordination, composés de membres techniques et non techniques des secteurs de la santé et autres secteurs, devraient opérer à leurs niveaux respectifs. Le PHEMC a pour rôle d'élaborer et de superviser la mise en œuvre de stratégies, de plans d'action et de procédures de préparation aux situations d'urgence.

Le PHEMC peut également être appelé groupe de stratégie. Au niveau national, le PHEMC donne des directives pour la mise en œuvre et le fonctionnement du PHEOC national, assure la supervision, fournit des orientations politiques et stratégiques sur la mise en œuvre de PHEOC fonctionnels ou de structures ou mécanismes de coordination similaires au niveau sous-national.

Le PHEMC mobilisera des fonds pour le développement et la durabilité du PHEOC. Il assurera la supervision des opérations de PHEOC et, en l'absence de dispositions relatives à l'entraide et préétablies avec d'autres juridictions, il pourra également être l'autorité chargée de la gestion des demandes d'assistance matérielle ou financière extérieure, en particulier dans les situations d'urgence complexes, multisectorielles ou intergouvernementales.

5.2.1 Comité de gestion des situations d'urgence de santé publique (PHEMC)

- a) assurer la coordination et l'intégration des activités de surveillance et de riposte à tous les niveaux ;
- b) élaborer un plan de préparation et de riposte en cas d'urgence aux niveaux national/régional/de district afin de gérer toutes les situations d'urgence potentielles, y compris les flambées d'épidémie et la détection d'autres événements ou dangers émergents de santé publique ; et stipuler clairement la capacité de riposte en cas d'urgence de santé publique aux niveaux du district, de la région ou du pays ;
- c) établir la cartographie des ressources humaines et matérielles disponibles : experts, logistique, y compris distribution, finances, etc.
- d) examiner et mettre à jour périodiquement le plan en réponse à tout changement de situation soit à caractère technique, soit en matière de gestion, soit d'ordre épidémiologique, ou bien à tout autre risque identifié ;
- e) assurer la liaison avec l'Agence nationale de gestion des catastrophes (NDMA) en vue de la préparation et de la riposte multisectorielles ;
- f) établir un plan de communication au niveau communautaire pour l'échange d'informations avec les populations avant, pendant et après toute urgence de santé publique. Ce plan doit présenter la cartographie de toutes les voies de communication - radio communautaire, données sur la pénétration cellulaire et Internet, réseaux ONG/FBO, accords préétablis avec les entreprises de téléphonie mobile, autres plates-formes (groupes de femmes, etc.) pouvant être exploitées pour atteindre le public. Le plan doit également prévoir des activités de liaison avec les partenaires concernés dans plusieurs secteurs, notamment les points d'entrée et autres sites de notification ;

- g) coordonner à l'intérieur du district les activités de cartographie des risques pour la population et s'assurer que tous les sites de notification savent se servir des seuils pour notifier les épidémies ou les événements de santé publique ;
- h) identifier et mobiliser des ressources pour la prévention et le contrôle des situations d'urgence, avec notamment la fourniture du matériel nécessaire à la riposte et à la communication. Prévoir également un mécanisme pour surveiller l'utilisation des ressources avant, pendant et après la situation d'urgence ;
- i) veiller au contrôle, à l'approvisionnement et la mise à jour réguliers des stocks de matériel d'urgence aux niveaux du district, de la région et du pays ;
- j) renforcer les liens avec les personnes relais chargés de la surveillance au sein de communautaire afin de garantir la circulation des informations permettant la détection précoce des événements de santé publique ;
- k) coordonner la formation d'agents communautaires, du personnel des établissements de soins aux niveaux du district/régional/national à la préparation et à la riposte aux situations d'urgence ;
- l) organiser périodiquement des activités de simulation de riposte aux situations d'urgence aux niveaux national, régional, communautaire et du district ;
- m) coordonner l'évaluation post-urgence et prévoir la communication des résultats aux communautés affectées ;
- n) assurer un appui efficace en matière de gestion administrative et financière, notamment en matière de ressources humaines, de prévisions de trésorerie, en faisant les estimations, en suivant la trace des dépenses et en approuvant les dépenses de riposte ; suivre et coordonner le financement provenant de toutes les sources ;
- o) s'assurer que la technologie de la communication et le système d'information des installations permettront de faire face à toutes situations d'urgence ;
- p) superviser l'activation du PHEOC national et des structures de coordination similaires au niveau sous-national (région/province et district), dans les situations d'urgences de santé publique. En outre, activer la structure IMS moyennant la création de sous-comités de gestion des situations d'urgence de santé publique et déployer des équipes de riposte rapide dans les situations d'urgence de santé publique ;
- q) tenir régulièrement des réunions pour renforcer la capacité de préparation (par exemple, former les agents de santé) en l'absence de situations d'urgence de santé publique.

5.2.2 Identifier les membres des comités de gestion des situations d'urgence de santé publique (PHEMC)

Faire en sorte que le PHEMC soit constitué d'un ensemble de représentants des secteurs public, non gouvernemental (ONG) et privé pour correspondre aux fonctions citées plus haut. Par exemple, au niveau du Comité de district, les membres issus du secteur public pourraient être les suivants:

- a) administrateur/directeur de coordination ou équivalent ;
- b) commissaire de police du district;
- c) représentant municipal /chef de district ou responsable communautaire, maire ;
- d) responsable des services de santé du district ;
- e) médecin de district ;
- f) médecins surintendants en charge des hôpitaux ;
- g) directeur des services vétérinaires ou agricoles de district, ou équivalent ;
- h) infirmier/infirmière de santé publique ;
- i) responsable de la lutte contre les maladies de district ou équivalent ;
- j) responsable de la santé environnementale de district ou équivalent ;
- k) responsable de l'éducation de district ;
- l) responsable districale chargé de l'eau ;
- m) ingénieur de district ;
- n) spécialiste de la faune sauvage ;
- o) spécialiste des ressources naturelles et vétérinaire ;
- p) technicien ou technologue du laboratoire de district (santé humaine et santé animale) ;
- q) responsable du développement communautaire au niveau du district ;
- r) responsable de l'immigration ;
- s) responsable de la communication sur les risques ;
- t) responsable des questions juridiques ;
- u) officier supérieur/responsable de la sécurité nationale;
- v) leaders influents — membres du parlement, chefs traditionnels, chefs religieux, etc.

NB : Aux niveaux régional et national, un équivalent des titres susmentionnés pourrait être utilisé afin d'avoir une structure multisectorielle plus complète. Au niveau national, il faudra envisager d'inclure des directeurs d'autres ministères concernés,

des directeurs d'organismes et des instituts nationaux de recherche en santé (humaine et animale). Les membres du point focal national RSI doivent toujours faire partie de l'équipe nationale.

Membres issus d'organisations non gouvernementales menant des activités de soins de santé dans la région, ainsi que des représentants suivants :

- a) représentants des programmes de santé communautaire et des formations sanitaires confessionnelles ;
- b) représentants de la Croix-Rouge, du Croissant-Rouge ou d'agences similaires œuvrant dans la région ;
- c) représentants des ONG locales ;
- d) représentants des organisations de la société civile ;
- e) représentants des institutions des Nations Unies.

Les membres issus du secteur privé sont :

- a) représentants des établissements de soins privés;
- b) représentants des laboratoires privés ;
- c) pharmaciens ou chimistes ;
- d) représentants du milieu des affaires ;
- e) institutions de recherche et de formation ;
- f) représentants des associations de professionnels.

N.B : Le PHEMC devrait avoir un président, c'est-à-dire une personne ayant le poste politique le plus élevé du district.

5.2.3 Réunions du comité de gestion des situations d'urgence de santé publique (PHEMC)

En l'absence d'épidémie ou de tout autre événement de santé publique, le PHEMC devrait se réunir régulièrement, sur une base mensuelle ou trimestrielle, afin :

- a) d'examiner le plan national de préparation et de riposte aux situations d'urgence de santé publique ;
- b) d'échanger des informations sur la surveillance des risques. Il convient de souligner que les autres secteurs de la santé concernés peuvent également tirer parti des informations fournies par le secteur de la santé humaine et inversement. Dans certaines situations, les cas humains peuvent être les premiers signes d'une menace pour d'autres secteurs.

Par exemple, les services de santé animale seront affectés par les cas de fièvre hémorragique de Crimée-Congo, les cas chez l'homme constituant le principal indicateur de la circulation virale chez les animaux, car l'infection est asymptomatique chez les animaux d'élevage. Par exemple, la vaccination du bétail pourrait être indispensable si des cas humains d'anthrax ou de fièvre de la vallée du Rift ont été détectés comme un signe de maladie asymptomatique chez les animaux ;

- c) d'examiner les tendances des maladies et les mises à jour sur les étapes de préparation ;
- d) d'examiner le niveau de préparation au début de chaque saison épidémique (avant la période d'augmentation du nombre de cas de méningite) ;
- e) de surveiller les stocks d'équipement aux fins d'enquête et de riposte en cas de situations d'urgence de santé publique ;
- f) de partager les conclusions et recommandations issues de ces réunions avec les comités respectifs à tous les niveaux ;
- g) d'organiser des exercices/manœuvres de simulation pour tester l'efficacité et l'efficience des plans EPR.

Il convient de noter que le PHEOC, s'il est déjà créé, servira de centre de coordination de ces activités. Sinon, une structure ou un mécanisme de coordination similaire servirait le même but.

Lors de **la riposte à une épidémie ou à une situation d'urgence** de santé publique, le PHEMC devrait :

- a) se réunir dès que l'épidémie ou l'évènement est identifié ;
- b) effectuer une analyse de la situation et noter le niveau de l'évènement ;
- c) activer le PHEOC ou des structures de coordination similaires aux niveaux national et sous-national et déployer la PHERRT sur le terrain aux fins d'enquête et de riposte. Le PHEOC activera à son tour les sous-comités de gestion des situations d'urgence de santé publique (se référer au paragraphe 5.3 pour une description détaillée d'une partie des équipes techniques avec leurs rôles et responsabilités) ;
- d) évaluer les besoins et, si nécessaire, demander l'assistance du niveau hiérarchique supérieur. Par exemple, un district demandera l'assistance de l'EPR régionale ou nationale, ou bien celle des équipes de riposte rapide (PHERRT) ;
- e) se réunir quotidiennement au début de l'épidémie ou évènement de santé publique, chaque semaine pendant toute la durée de la riposte ;
- f) étudier régulièrement les résultats de la riposte et prendre les mesures nécessaires pour améliorer les actions de lutte contre l'épidémie ;
- g) documenter les actions de riposte et en informer le niveau hiérarchique supérieur ;
- h) effectuer un examen après action.

5.3 Créer un sous-comité de gestion des situations d'urgence de santé publique à tous les niveaux

Le PHEMC met sur pied les sous-comités de riposte aux situations d'urgence de santé publique pour superviser la gestion quotidienne des situations d'urgence de santé publique. Ils se composent d'équipes techniques et non techniques, chargées de surveiller la gestion quotidienne de l'événement/de l'incident et fournissent un retour d'information au comité PHEMC pour la prise de décision.

Ces sous-comités sont subdivisés en équipes techniques et non techniques en fonction de leurs activités, comme indiqué dans le tableau 5.1 ci-dessous.

Table 5.1. Fonctions des sous-comités de gestion des situations d'urgence de santé publique

Sous-comité	Membres (experts, organisations)	Description des tâches
Coordination/Gestion	<p>Direction générale EPR : (Secrétaire général/Directeur général aux niveaux national et sous-national, hauts responsables de l'État nommés au rang d'administrateur ou équivalent)</p> <p>Exemple de membres au niveau du district :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable de district / coordonnateur ou équivalent • Commissaire de police de district • Représentant de la participation civique ou communautaire (par exemple, le plus haut responsable de districale) • Directeur des services de santé de district • Médecin chef de district • Médecins surintendants en charge des hôpitaux • Responsable districale des services vétérinaires/agricoles ou équivalent • Infirmier/Infirmière de santé publique de district • Responsable districale de lutte contre les maladies ou équivalent • Responsable districale de santé environnementale ou équivalent • Responsable districale chargé de l'éducation • Responsable districale chargé de l'eau • Ingénieur de district • Spécialiste de la faune sauvage • Spécialistes des ressources naturelles et vétérinaires • Technicien ou technologiste du laboratoire de district, santé humaine et santé animale • Responsable districale du développement communautaire • Responsable des question d'immigration • Responsable de la communication sur les risques <p>Organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine des soins de santé dans la région :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les opérations de riposte dans tous leurs aspects, y compris planification et gestion : désignation des organisations participantes attribution des responsabilités • Concevoir, entreprendre et évaluer le activités de lutte contre les maladies • Coordonner les sous-comités techniques EPR, assurer la liaison avec les partenaires • Soumettre un rapport de situation quotidien sur l'évolution de l'épidémie • Assurer la gestion de l'information destine au public aux médias • Fournir l'appui opérationnel, y compris la mobilisation des ressources • Veiller au bien-être et à la sécurité du personnel

Sous-comité	Membres (experts, organisations)	Description des tâches
	<ul style="list-style-type: none"> Programmes de santé communautaire et de formations sanitaires confessionnelles Croix-Rouge, Croissant-Rouge ou agences similaires travaillant dans la région ONG locales Organisations de la société civile <p>Représentants du secteur privé</p> <ul style="list-style-type: none"> Établissements de soins privés ; Laboratoires privés ; Pharmaciens ou chimistes ; Milieu des affaires ; Institutions de recherche et de formation ; associations de professionnels. 	

(i) Finance et administration

Finance et Administration	<p>Haut responsable : PS au niveau national Au niveau du district : Administrateur de district/Responsable/Responsable planification et budget</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> Responsables locaux de la santé, des finances/comptabilité, budget et spécialiste de la logistique. <p>Personnel technique – Médecin de district ou Médecin-chef, techniciens de laboratoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> Suivre la trace des dépenses, effectuer les paiements et fournir les services administratifs Assurer la gestion appropriée de la trésorerie, contrôler les ressources matérielles et humaines, surveiller l'évolution des dépenses, préparer et surveiller l'exécution du budget et tenir les documents administratifs
----------------------------------	---	---

(ii) Logistique

Logistique	<p>Responsable: Pharmacien/ Responsable de la logistique</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> Approvisionnements/Assistants magasiniers Pharmaciens ou distributeurs Assistance technique du Ministère de la santé Partenaires appuyant la gestion de la logistique 	<ul style="list-style-type: none"> Apporter un soutien budgétaire/ financer la préparation et la riposte aux épidémies Doter en équipements et en fournitures Entretenir les stocks, le matériel et les fournitures Prévoir des systèmes de transport et de communication Assurer la liaison avec d'autres agences pour l'appui logistique Rendre compte de toutes les ressources utilisées au titre de la préparation et de la riposte aux épidémies
-------------------	---	---

(iii) Planification

Planification	<p>Responsable : Un cadre supérieur du gouvernement ayant rang d'administrateur civil ou équivalent</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> Responsables de tous les sous-comités Membres désignés du comité EPR 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer la situation (collecte et analyse de l'information), examiner les options disponibles et contrôler l'utilisation des ressources.
---------------	--	--

(iv) Sous-comités techniques

Sous-comités	Membres (experts, organisations)	Description des tâches
Gestion des cas, prévention et lutte contre les épidémies	<p>Responsables : Médecin ou médecin assistant soit du Ministère de la santé, soit du district, soit de l'hôpital régional soit de l'hôpital de référence</p> <p>Exemple de membres au niveau du district :</p> <ul style="list-style-type: none"> Commissaire de police de district Directeur des services de santé de district Médecin chef de district Médecins surintendants en charge des hôpitaux Responsable districale des services vétérinaires/agricoles ou équivalent Infirmier/Infirmière de santé publique de district Responsable districale de lutte contre les maladies ou équivalent Responsable districale de santé environnementale ou équivalent Responsable districale chargé de l'éducation Responsable districale chargé de l'eau Ingénieur de district Spécialiste de la faune sauvage Spécialistes des ressources naturelles et vétérinaires Technicien ou technologiste du laboratoire de district, santé humaine et santé animale Responsable districale du développement communautaire Responsables des questions douanières Responsable des questions d'immigration <p>Organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine des soins de santé dans la région :</p> <ul style="list-style-type: none"> Programmes de santé communautaire et de formations sanitaires confessionnelles Croix-Rouge, Croissant-Rouge ou agences similaires 	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de l'existence de directives et de MON pour la gestion des cas, la prévention et la lutte contre les épidémies dans tous les établissements de soins Renforcer les installations d'isolement et renforcer les mesures de prévention et de lutte contre les épidémies Effectuer une évaluation des risques des agents de santé S'assurer que les soins médicaux appropriés sont fournis aux patients Fournir des services d'ambulance - ramassage des cas présumés dans la communauté grâce au système d'aiguillage défini Collecter les données de tous les centres de santé (si disponibles) et les soumettre au sous-comité de surveillance Assurer une désinfection appropriée des maisons et des environnements ayant des cas présumés/probables/confirmés/décès des suites d'une maladie infectieuse Enfouir selon les normes requises les corps des malades décédés dans les centres d'isolement et de ceux décédés dans la communauté Assurer la formation et le recyclage des agents de santé dans les centres d'isolement et autres établissements de soins du district affecté

Sous-comités	Membres (experts, organisations)	Description des tâches
	<p>travaillant dans la région</p> <ul style="list-style-type: none"> • ONG locales • Organisations de la société civile <p>Représentants du secteur privé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de soins privés • Laboratoires privés • Pharmaciens ou chimistes • Milieu des affaires • Institutions de recherche et de formation • associations de professionnels. 	
Surveillance et laboratoire	<p>Responsable : Responsable de la surveillance ou épidémiologiste (Niveau national/régional/du district)</p> <p>Co-responsable : Point focal du laboratoire</p> <p>Exemple de membres au niveau du district :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commissaire de police de district • Directeur des services de santé de district • Médecin chef de district • Médecins surintendants en charge des hôpitaux • Responsable districale des services vétérinaires/agricoles ou équivalent • Infirmier/Infirmière de santé publique de district • Responsable districale de lutte contre les maladies ou équivalent • Responsable districale de santé environnementale ou équivalent • Responsable districale chargé de l'éducation • Responsable districale chargé de l'eau • Ingénieur de district • Spécialiste de la faune sauvage • Spécialistes des ressources naturelles et vétérinaires • Technicien ou technologiste du laboratoire de district, santé humaine et santé • Responsable districale du développement communautaire • Responsable des questions d'immigration • Conseillers • Technicien/Ouvrier de montage/assemblage • Agent de santé portuaire 	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'existence de toutes les directives et outils de surveillance requis pour les formations sanitaires • Assurer l'utilisation de la définition de cas d'épidémie • Effectuer une recherche active des cas, des enquêtes sur les cas, rechercher et suivre les contacts • Vérifier les cas/notifications/rumeurs présumés dans la communauté • S'assurer de bien remplir les formulaires d'enquête de cas, de recherche et de suivi des contacts • Assurer une collecte, un emballage, un transport et des tests appropriés des prélèvements faits sur les cas présumés/probables/de décès • Communiquer les résultats du test aux services cliniques • Assurer la gestion des données, effectuer des analyses épidémiologiques et produire régulièrement des rapports • Former le personnel de santé à la surveillance des maladies • Établir des liens étroits avec les groupes d'inhumation, de lutte contre les épidémies et de mobilisation sociale.

Sous-comités	Membres (experts, organisations)	Description des tâches
	<p>Organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine des soins de santé dans la région :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmes de santé communautaire et de formations sanitaires confessionnelles • Croix-Rouge, Croissant-Rouge ou agences similaires travaillant dans la région • ONG locales • Organisations de la société civile <p>Représentants du secteur privé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de soins privés • Laboratoires privés • Pharmaciens ou chimistes • Milieu des affaires • Institutions de recherche et de formation • associations de professionnels. 	
Communication sur les risques et mobilisation	<p>Responsable : Agent de promotion de la santé</p> <p>Exemple de membres au niveau du district :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commissaire de police de district • Directeur des services de santé de district • Médecin chef de district • Médecins surintendants en charge des hôpitaux • Responsable districale des services vétérinaires/agricoles ou équivalent • Infirmier/Infirmière de santé publique de district • Responsable districale de lutte contre les maladies ou équivalent • Responsable districale de santé environnementale ou équivalent • Responsable districale chargé de l'éducation • Responsable districale chargé de l'eau • Ingénieur de district • Spécialiste de la faune sauvage • Spécialistes des ressources naturelles et vétérinaires • Technicien ou technologiste du laboratoire de district, santé humaine et santé animale • Responsable districale du développement communautaire • Responsable des questions d'immigration <p>Organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine des soins de santé dans la région :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmes de santé communautaire et de formations sanitaires confessionnelles • Croix-Rouge, Croissant-Rouge ou agences similaires travaillant dans la région 	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'existence des équipements et plans de communication sur les risques • Effectuer une évaluation rapide pour établir les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements de la communauté par rapport aux risques/événements de santé publique prédominants • Organiser la sensibilisation et la mobilisation des communautés • Servir de point focal pour les informations à publier à la presse et au public • Assurer la liaison avec les différents sous-comités, les responsables locaux et les ONG impliquées dans les activités de mobilisation des communautés.

Sous-comités	Membres (experts, organisations)	Description des tâches
	<ul style="list-style-type: none"> ONG locales Organisations de la société civile <p>Représentants du secteur privé</p> <ul style="list-style-type: none"> Établissements de soins privés Laboratoires privés Milieu des affaires Institutions de recherche et de formation associations de professionnels. 	
Soutien psychosocial	<p>Responsable : Coordonnateur des membres du groupe psychosocial (national/régional/au niveau du district) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Conseillers Cliniciens de la santé mentale Psychologues cliniciens Travailleurs sociaux Assistance technique du Ministère de la santé Partenaires soutenant les services psychosociaux 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir un soutien psychologique et social aux cas présumés/probables/ confirmés, aux familles et communautés affectées Fournir des soins de bien-être et un soutien psychologique à l'équipe de riposte Préparer les familles/communautés endeuillées aux enterrements Préparer les communautés à la réintégration des cas de convalescence/patients guéris
Eau, assainissement et hygiène (WASH)	<p>Responsable : Inspecteur de santé environnemental ou ingénieur des eaux (national/régional/du district.</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> Spécialiste de la santé environnementale ou agent WASH Ministère des travaux publics Inspecteurs de la santé Assistance technique du Ministère de la santé Partenaires soutenant WASH, exemple, UNICEF 	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer l'évaluation du risque des épidémies pour la santé environnementale Assurer l'approvisionnement en eau propre Améliorer la gestion de l'eau au niveau des ménages et des communautés. Planifier une campagne d'amélioration de l'assainissement Planifier de meilleures pratiques d'hygiène, notamment le lavage des mains, l'hygiène alimentaire et l'assainissement.
8. Campagne de vaccination	<p>Responsable : Membre soit de Survie de l'enfant, soit point focal EPI, soit technicien de la chaîne du froid au niveau national/régional/ du district :</p> <ul style="list-style-type: none"> Responsable de la santé de la mère et de l'enfant Clinicien Infirmier/infirmière Coordonneurs en santé reproductive et infantile Partenaires appuyant la campagne de vaccination exemple, OMS, UNICEF Chefs communautaires Assistance technique du Ministère de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les groupes à haut risque pendant l'épidémie, devant être ciblés pour la vaccination Faire une estimation de la population ciblée pour la campagne de vaccination Effectuer une microplanification de toute la logistique de vaccination, y compris les installations de la chaîne du froid, la livraison et la distribution des vaccins, les besoins en ressources humaines, la gestion des déchets, la mobilisation sociale. Mener la campagne de vaccination et la validation de la campagne post-vaccination

5.4 Constituer des équipes de riposte rapide dans les situations d'urgence de santé publique à tous les niveaux

Une équipe de riposte rapide dans les situations d'urgence de santé publique (PHERRT) est une équipe technique multidisciplinaire prête à être mobilisée et déployée rapidement en cas d'urgence afin d'enquêter et d'intervenir efficacement dans les situations d'urgence et d'événements de santé publique préjudiciables à l'homme, aux animaux et à l'environnement et ce, indépendamment de l'origine ou de la source. Les PHERRT devraient être créées aux niveaux régional, national et du district. Voir la section 4.2 pour la composition du PHERRT.

Rôle et responsabilité des PHERRT aux niveaux national, régional et du district

- a) enquêter sur les rumeurs et les épidémies notifiées, vérifier le diagnostic et les autres urgences de santé publique, y compris les tests de laboratoire ;
- b) faire d'autres prélèvements sur de nouveaux et d'anciens cas si nécessaire (humain, animal, nourriture et eau) ;
- c) effectuer un suivi en visitant et en interrogeant des personnes exposées, établir une définition de cas et travailler avec la communauté pour rechercher d'autres cas ;
- d) aider à la mise en place de mécanismes de mise en œuvre de mesures de prévention et de lutte proposées contre les épidémies ;
- e) aider à établir une liste de cas et à effectuer une analyse descriptive des données (personne, lieu et heure) afin de dégager une hypothèse, y compris la planification d'une étude analytique supplémentaire ;
- f) proposer des stratégies et mesures de lutte appropriées, notamment des activités de communication sur les risques ;
- g) établir un système de communication sur les risques approprié et coordonné par l'intermédiaire d'un porte-parole qualifié ;
- h) coordonner les actions de riposte rapide avec les autorités nationales et locales, les partenaires et autres agences ;
- i) mettre en œuvre les mesures de lutte contre les épidémies, notamment le renforcement des capacités ;
- j) suivre et évaluer l'efficacité des mesures de lutte contre les épidémies grâce à une analyse épidémiologique continue de l'événement ;
- k) procéder à l'évaluation des risques afin de déterminer si l'épidémie constitue une urgence potentielle de santé publique de portée internationale (PHEIC) ;
- l) préparer des rapports d'enquête détaillés à partager avec le comité PHEMC ;
- m) faire sa contribution à l'évaluation en cours et à l'évaluation finale de toute riposte à une épidémie ;

- n) se réunir tous les jours pendant les flambées d'épidémies et tous les trimestres en l'absence d'épidémie ;
- o) participer à des exercices de simulation.

5.5 Cartographie des risques et autres événements de santé publique

La vulnérabilité, l'évaluation et la cartographie des risques sont utilisées comme une aide à la préparation pour identifier les zones ou les populations à risque, pour classer les activités de préparation et pour nouer le dialogue avec les partenaires politiques et opérationnels clés. Il s'agit d'établir la carte et d'évaluer les risques (dans le bassin démographique) susceptibles d'affecter la santé de la communauté. Cette cartographie doit couvrir tous les risques graves pour la santé et ne doit pas être limitée aux maladies transmissibles. À cet égard, l'identification et la cartographie devraient couvrir tous les niveaux (national, régional et du district), par exemple, l'évaluation des sources d'eau potable, des méthodes de stockage des aliments, ainsi que des zones d'élevage et de mouvement des animaux.

Ce processus devrait être continu et mis à jour périodiquement. Par exemple, évaluer ces risques une fois par an et enregistrer les informations sur une carte. Ces informations sont utiles lorsque l'on examine les fournitures, le transport et autres ressources nécessaires à la riposte.

Les pays peuvent utiliser l'outil d'évaluation stratégique des risques (STAR) de l'OMS pour hiérarchiser les risques. Il s'agit d'un outil permettant d'évaluer un large éventail de risques, notamment les conséquences sur la santé des urgences naturelles ou provoquées par l'homme, les événements de santé publique couverts par le RSI (zoonose, nucléaire, sécurité alimentaire) ainsi que des événements survenus dans des pays ou régions voisins. Cet outil aidera l'autorité centrale aux niveaux régional, national et de district à formuler des priorités pour l'élaboration de plans d'urgence et de riposte spécifiques, et pourra également servir à définir les besoins potentiels en renforcement des capacités nationales en termes de préparation et de riposte (Outil stratégique d'évaluation des risques), STAR, WHO, DRAFT Version 3.3.1 (2017/07/27). Les pays peuvent également utiliser le document tripartite de 2008 intitulé "Les maladies zoonotiques : guide pour l'établissement d'une collaboration entre les secteurs de la santé animale et humaine au niveau des pays", qui doit être mis à jour et devenir un document mondial d'ici à fin 2019 (<https://.oie.int/doc/ged/D12060.PDF>).

5.6 Cartographie des ressources

Au moment de la préparation aux épidémies, il est nécessaire de dresser une carte des ressources pour identifier les ressources disponibles dans chaque zone géographique. Cela permet la mobilisation et la distribution rapides de ces ressources (matérielles et humaines) en cas d'épidémie. Certaines des ressources peuvent également être obtenues soit auprès d'autres secteurs du district soit de la région soit auprès de partenaires de développement et d'ONG à leurs niveaux respectifs.

5.7 Elaborer un plan pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence de santé publique

Tous les plans de risque doivent être élaborés pour la préparation et la riposte aux niveaux national, régional et de district. Les plans à tous les niveaux doivent être conformes au plan national global de préparation et de riposte pour le secteur de la santé, et aux politiques, plans et principes de gestion des urgences au niveau national. L'objectif de ce plan est de renforcer la capacité de l'autorité centrale aux niveaux national et sous-national à réagir rapidement dès la détection d'une épidémie ou autre événement de santé publique.

Ce plan doit :

- a) s'appuyer sur les évaluations des risques effectuées selon une approche multisectorielle et préciser les ressources disponibles pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence de santé publique ;
- b) tenir compte des maladies potentiellement épidémiques dans le pays, la région, le district et les pays voisins ;
- c) tenir compte de tous les autres événements de santé publique (approche tous risques) et s'étendre aux capacités spécifiées dans le RSI et énoncées à l'annexe 1A - Principales capacités requises pour la surveillance et l'action (RSI, 2005, troisième édition) ;
- d) tenir compte des activités aux points d'entrée pour renforcer la surveillance et la riposte ;
- e) formuler un concept de fonctionnement (CONOPS) qui prévoit des règles en matière de responsabilité, des autorités et processus décisionnels, des procédures d'activation/désactivation, des appels à l'assistance, etc. ;
- f) décrire la capacité à riposter rapidement aux situations d'urgence de santé publique préoccupantes aux niveaux national, régional et du district ;
- g) fournir des estimations de la population à risque de maladies à propension épidémique et d'autres situations d'urgence de santé publique ;
- h) indiquer clairement pour chaque épidémie présumée quel est le laboratoire de référence chargé de la confirmation ;
- i) estimer les besoins en médicaments, vaccins, fournitures, réactifs de laboratoire et consommables pour chaque maladie susceptible de provoquer une épidémie ;

- j) identifier les besoins en formation et élaborer un plan de formation pour tout le personnel, y compris les équipes de riposte rapide en cas d'urgence de santé publique ;
- k) décrire les procédures et les plans de réaffectation ou de mobilisation de ressources pour appuyer la riposte ;
- l) décrire les procédures de communication sur des risques ;
- m) tester le plan avant sa mise en œuvre, et périodiquement au moyen d'exercices de simulation.

NB : Le plan devrait également prévoir les moyens d'institutionnaliser le renforcement de la résilience des établissements de soins et des communautés, ainsi que les interventions préventives basées sur l'analyse et la cartographie des risques.

Table 5.2. Éléments du plan de préparation et de riposte aux situations d'urgence de santé publique

Le plan de préparation et de riposte en cas d'urgence de santé publique devrait comporter les principales sections suivantes :	
1.	des structures de coordination bien conçues, notamment des comités ;
2.	une matrice des principaux acteurs et partenaires soutenant les activités de santé [personnes, animaux (domestiques, bétail et espèces sauvages), environnement, etc.], ainsi que leurs rôles et responsabilités ;
3.	des activités d'épidémiologie et de surveillance, notamment la gestion de l'information sur la santé ;
4.	des étapes à suivre pour mettre en place une stratégie de communication sur les risques, y compris la mobilisation sociale ;
5.	des actions opérationnelles en fonction des phases prévues de l'épidémie ;
6.	la collecte, la manipulation, le transport, le traitement et la gestion de l'information sur les échantillons de laboratoire ;
7.	la gestion des cas, y compris les traitements (antiviral, antimicrobien, décontamination, désinfection ou autres, selon les indications), la prévention et la lutte contre les infections, les installations d'isolement, la gestion des accidents graves ;
8.	le traitement prophylactique avant et après exposition à la maladie ;
9.	les stratégies de vaccination ;
10.	les activités de confinement rapide et les méthodes supplémentaires en cas d'échec du confinement rapide ;
11.	le soutien psychosocial pour toutes les personnes affectées, notamment les membres de la communauté et les intervenants ;
12.	la communication sur les risques et la mobilisation sociale ;
13.	le renforcement des capacités, y compris la formation requise, les réunions de sensibilisation et la simulation ;
14.	la logistique, notamment les listes de fournitures ;
15.	l'environnement, l'eau et l'assainissement ;
16.	la décontamination des patients et de l'environnement, y compris la gestion des cadavres ;
17.	la surveillance du foyer ou de l'événement de santé publique ;
18.	la mobilisation de ressources et les procédures de réaffectation ou de mobilisation de ressources pour soutenir la riposte.

5.7.1 Constituer des stocks d'urgence de médicaments, vaccins, réactifs et fournitures

Les épidémies et autres urgences de santé publique nécessitent la mobilisation rapide de ressources telles que les vaccins, les médicaments et les fournitures de laboratoire. Il est prudent de répertorier les ressources disponibles pour connaître l'état des stocks de produits pharmaceutiques, de l'équipement de protection individuelle (EPI) et de tout autre équipement, afin de constituer le stock de matériel avant une situation d'urgence de santé publique. Il est également important, en établissant la cartographie au niveau national pour le stockage, de connaître les stocks régionaux et mondiaux de différents produits pouvant être utilisés lors des flambées d'épidémies.

Dans le cadre du suivi de l'activité d'évaluation des risques pour la santé publique, l'autorité centrale à chaque niveau - district, régional ou national - devrait constituer un stock d'urgence de médicaments, vaccins, réactifs et fournitures pour assurer une gestion rapide des premiers cas. Cela est essentiel pour le niveau sous-national, avant que le soutien n'arrive des niveaux supérieurs ; et des mécanismes devraient être en place pour l'envoi rapide de fournitures à partir du niveau central. De plus, il convient de surveiller régulièrement et attentivement les stocks d'urgence afin d'éviter les pénuries et l'expiration des médicaments, vaccins, réactifs et fournitures. Des exemples d'outils de gestion des stocks figurent aux annexes à la fin de la présente section. Le contenu du stock d'urgence dépend de la nature des maladies à potentiel épidémique et du risque d'épidémie dans le district. Les activités d'évaluation des risques aident à dresser la liste d'un minimum de matériel devant être stocké au niveau du district et de la communauté. Si un minimum de matériel ne peut être stocké au niveau de tous les districts et communautés, il faudra identifier un point (centre de santé, district) pour la mise à disposition rapide de ces éléments lors d'une flambée, en cas de besoin.

Au préalable, des partenariats devraient être établis à tous les niveaux (national, régional et de district) avec d'autres agences d'exécution, telles que les ONG, pour stocker les médicaments, vaccins et autres matériels appropriés.

Une liste de médicaments et de fournitures d'urgence est proposée à l'annexe 5A à la fin de la présente section.

5.7.2 Gérer les stocks pour la riposte aux épidémies

Disposer d'un stock suffisant de fournitures et de matériel permettant de faire face à une flambée d'épidémie ou à un événement de santé publique, le cas échéant. Ces fournitures doivent être stockées dans des conditions sûres et adéquates, selon les besoins.

Utiliser une liste de contrôle, comme celle que celle proposée en annexe 5B, afin de répertorier les stocks de fournitures disponibles pour être utilisées lors de la riposte. Si les fournitures sont déjà disponibles, déterminer si elles peuvent être réservées pour être utilisées lors d'une riposte. Si elles ne sont pas disponibles, peut-on les acheter ou bien s'en procurer par le système national d'approvisionnement ?

Vérifier périodiquement (par exemple, tous les 4 mois) et s'assurer que les fournitures sont stockées dans un milieu sec, propre, ne sont pas périmées ni détériorées, sont prêtes à être utilisées, et que les mécanismes pour les évaluer sont disponibles.

Prendre un minimum de dispositions pour faire une estimation des fournitures nécessaires à la riposte, inventorier celles qui sont disponibles et planifier l'achat de celles qui manquent. Il faut selon le niveau :

- a) Dresser la liste de ce dont on a besoin pour les activités de surveillance, les analyses de laboratoire et la riposte ; la détection et la riposte aux maladies prioritaires, aux affections et aux événements de santé publique. S'assurer que les articles suivants sont disponibles :
 - i) les affiches de définition de cas, registres, notamment la fiche d'état du stock ; et les formulaires de notification/formulaires de référence requis ;
 - ii) les réactifs et fournitures de laboratoire, ainsi que les réactifs et kits de diagnostic ;
 - iii) les kits de prélèvement, de stockage et de transport des échantillons, y compris des conteneurs à triple emballage ;
 - iv) les différentes directives de surveillance et de riposte aux maladies spécifiques ainsi que les MON de laboratoire ;
 - v) les directives de gestion de cas, les médicaments, les fournitures et autres matériels de riposte sur le terrain ;
- b) faire un inventaire et noter la quantité de chaque article disponible ;
- c) compléter et mettre à jour régulièrement une fiche d'état des stocks pour chaque article ;
- d) contrôler les dates de péremption et appliquer les bonnes pratiques logistiques en matière d'emballage, d'expédition, de stockage et d'élimination des fournitures et du matériel ;
- e) définir pour chaque article la quantité indispensable ou minimale dont il faut disposer pour les activités d'enquête ou de riposte. Tenir compte des facteurs logistiques et épidémiologiques au moment de déterminer les quantités minimales ;
- f) contrôler l'état des stocks par rapport aux quantités indispensables établies ;
- g) indiquer régulièrement l'état des stocks disponibles pour la SIMR. Un exemple de fiche de mouvements et d'état des stocks figure en annexe 5C.

5.7.3 Mettre à jour les ressources humaines et tout autre appui logistique disponibles pour la riposte aux événements de santé publique à tous les niveaux

- a) mettre à jour la liste annuelle de tous les points focaux de surveillance pour tous les sites de notification, y compris au niveau communautaire ;
- b) mise à jour de la liste des équipes de riposte rapide aux situations d'urgence de santé publique ;
- c) mettre à jour d'autres éléments logistiques tels que les véhicules, le carburant, les cartes téléphoniques, etc. ;
- d) mettre à jour la liste du personnel de santé formé, notamment le personnel de laboratoire ;
- e) cartographier les laboratoires qui respectent les normes de contrôle de la qualité et qui répondent aux normes requises pour garantir des résultats fiables, notamment les MON définissant les procédures de biosécurité pour la collecte, l'emballage, l'étiquetage, l'expédition, la manipulation et l'élimination des prélèvements. Cartographier également le réseau de référence/transport des prélèvements, y compris les horaires ; et en l'absence de ces réseaux, mettre en place le mécanisme permettant d'assurer l'envoi rapide des prélèvements en cas de présomption d'épidémie ;
- f) cartographier et mettre à jour les salles d'isolement pour la gestion des patients atteints de maladies hautement infectieuses, y compris les détails sur les contacts, le lieu, la capacité en lits, le niveau d'expertise et le type de patients/maladies pouvant être traités ;
- g) mettre en place un système d'orientation des patients pour les maladies hautement infectieuses, y compris les mécanismes de transport ;
- h) faire le bilan des procédures opérationnelles standard pour la communication des risques à différents niveaux.

5.8 Annexes à la section 5

Annexe 5A Principales fournitures à stocker pour la riposte aux épidémies

Annexe 5B Rapport de situation du stock

Annexe 5C Fiche SIMR de mouvements et d'état du stock

Annexe 5D Mission du comité chargé de l'élaboration du plan de préparation et de riposte aux épidémies

Annexe 5A. Principales fournitures à stocker pour la riposte aux épidémies

Principales fournitures à stocker pour la riposte aux épidémies				
Médicaments	Désinfectants, insecticides et rodenticides	Fournitures	Vaccins	Équipement
Ceftriaxone	Désinfectants	Seringues autobloquantes	Vaccins contre la méningite AC, ACW135/ A, C, Y, W135, vaccin antiméningococcique conjugué (MACV), vaccins antiméningococciques conjugués	PPE
			Vaccins contre le choléra	Housses mortuaires
Ciprofloxacine	2 % Chlore		Sérum antitétanique	Seaux
Diazépam	Eau de javel	Moustiquaires	Vaccin anti amaril	Kit de camping
Doxycycline	Hypochlorite de calcium	Équipement de protection individuelle (voir annexe 4C)	Immunoglobuline antirabique	Bougies
Médicaments de confort	Crésol	Fournitures de laboratoire (voir Annexe 4B)	Autres vaccins, par exemple, vaccin contre la grippe	Ordinateur
Erythromycine	Hypochlorite de sodium			Conteneurs
	Pesticides	Sondes nasogastriques 2,7 mm de diamètre, 38 cm		Articles de cuisine
	Cyperméthrine	Sondes nasogastriques 5,3 mm de diamètre, 50 cm		Diésel
Sels de réhydratation orale	Malathion	Aiguilles et seringues		Lampe frontale
Paracétamol	Perméthrine	Kit pour injections intraveineuses (différentes tailles)		GPS
Pénicilline V	Rodenticides	Cuillères		Lampe à kérosène
Liquides de réhydratation:	Brodifacom	Pulvérisateurs (pompe et brumisateur)		Lab: voir annexe 4b
Ribavirine	Bromadione			Lampes
Ringer lactate				Cartes
Oseltamivir				Kérosène
				Téléphones
				Feuilles plastifiées
				Groupe électrogène
				Radio
				Pulvérisateur

NB: Une liste détaillée figure en annexe 4B

Annexe 5B. Rapport de situation du stock

Surveillance, préparation et riposte aux épidémies: Rapport de situation du stock	
Année :	
Date du rapport (jour/mois/année) :	
Période couverte par le rapport :	
Site du rapport :	
District :	
Province :	
Pays :	

[illegible]

Annexe 5C. Fiche SIMR de mouvements et d'état du stock

Fiche SIMR de mouvements et d'état du stock																	
Nom du laboratoire ou de l'entrepôt	Description de l'article (Nom)	Présentation (Unité des achats)	Date d'expiration	Fabricant	Numéro de lot	Localisation dans l'entrepôt	Bordereau de transport aérien	Numéro d'attribution	Expédition & coût des opérations (\$EU)	Date de la transaction (jour/Mois/Année)	Quantité reçue	Donateur ou fournisseur	Quantité sortie	Destination ou Bénéficiaire	Solde de stock	Signature (Nom et fonctions)	Observations/ commentaires
															0		Inventaire

Utiliser une fiche par article, et la remettre à jour après chaque transaction

Annexe 5D. Mission du comité chargé de l'élaboration du plan de préparation et de riposte aux épidémies

Tâche	Membres désignés au sein du comité
Structures de coordination désignées, y compris des comités	
Cadre organisationnel des principaux acteurs et partenaires soutenant des activités de santé (humaine, animale, environnementale, etc.), ainsi que des rôles et des responsabilités	
Épidémiologie et activités de surveillance, y compris la gestion de l'information sur la santé	
Définir les rôles et responsabilités des membres lors d'une épidémie	
Développer la cartographie des risques	
Étapes pour mener à bien une stratégie de communication sur les risques, y compris la mobilisation sociale	
Actions opérationnelles en fonction des phases attendues de l'épidémie	
Collecte, manipulation, transport, traitement et gestion de l'information sur les échantillons de laboratoire	
Gestion de cas, y compris traitements (antiviraux, antimicrobiens, décontamination, désinfection ou autres, selon les indications), lutte contre les infections, installations d'isolement, gestion d'un événement entraînant un lourd bilan humain	
Traitement prophylactique avant et après et l'exposition à une infection	
Stratégies de vaccination	
Activités de confinement rapides et méthodes supplémentaires en cas d'échec du confinement rapide	
Soutien psychosocial pour toutes les personnes affectées, notamment les membres de la communauté et les intervenants	
Communication sur les risques et mobilisation sociale	
Renforcement des capacités, y compris formation requise, réunions de sensibilisation et simulation	
Logistique, y compris les listes de fournitures	
Environnement, eau et assainissement	
Décontamination des patients et de l'environnement, y compris la gestion des cadavres	
Surveillance de l'épidémie ou de l'événement de santé publique	
Mobilisation de ressources et procédures pour la réaffectation ou la mobilisation des ressources en appui à la riposte	

5.9 Référence

1. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2012 (WHO/HSE/GAR/ARO/2012.1; http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HSE_GAR_ARO_2012.1_eng.pdf, consulté en juin 2017).
2. Operational guidance on rapid risk assessment methodology. Stockholm : ECDC; 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1108_TED_Risk_Assessment_Methodology_Guidance.pdf, consulté en juin 2017).
3. Procédures opérationnelles standard, Observatoire africain de la Santé (AFRO SHOC). Programme de surveillance et de riposte aux maladies Groupe de prévention et de lutte contre les maladies, décembre 2014
4. Stratégie régionale africaine de l'OMS pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016–2020

DIRECTIVES TECHNIQUES POUR LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DES MALADIES ET LA RIPOSTE DANS LA RÉGION AFRICAINE

TROISIÈME ÉDITION



SECTION 6 : RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUX ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

MARS 2019

SECTION 6 : RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

6. APERÇU SUR LA RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE

La surveillance intégrée et la riposte aux maladies consistent à utiliser les données pour des interventions ou des actions de santé publique. Cette section décrit les différentes étapes des interventions de riposte à suivre pour notifier une flambée de maladie et activer les structures de riposte, mener une riposte de santé publique et donner des indications générales pour les actions immédiates à mener en réponse aux principales causes de maladie, de décès et de handicap. Consulter les directives pertinentes de l'OMS à la fin de la section en ce qui concerne la riposte à des événements de santé publique d'origine chimique, biologique, radiologique et nucléaire.

Lorsqu'une flambée de maladie, un événement ou une situation grave de santé publique sont détectés, il faut mener une enquête pour en déterminer la cause, comme indiqué à la section 4. Les résultats de l'enquête orienteront le choix de la riposte. Dans le cadre des programmes de prévention et de lutte contre les maladies, les actions d'intervention menées sont pour la plupart couronnées de succès : les campagnes de vaccination de masse quand il s'agit de maladies évitables par la vaccination, le renforcement de l'aide alimentaire et de l'appui nutritionnel pour les enfants souffrant de malnutrition, l'administration de médicaments contre le paludisme, d'antibiotiques ou d'antiviraux, selon la maladie. Pour être efficaces, ces actions doivent être menées avec la participation de la communauté et comporter un volet éducatif et viser à modifier les comportements au niveau de la communauté.

Il est également important d'assurer une coordination efficace des activités de riposte, étant donné que de nombreux acteurs ou parties prenantes seront impliqués dans ces activités. Il est tout aussi important d'identifier à l'avance tous ces acteurs ou parties prenantes, y compris leurs domaines d'activité, leurs rôles et responsabilités, en vue d'une riposte harmonieuse lors d'une épidémie ou de tout autre événement de santé publique. Il s'agit là du rôle de la PHEMC (définie à la section 5) qui, par son activation, assurera la coordination efficace des activités d'intervention entre différents secteurs et donateurs (voir la section 5).

Quelle que soit la riposte spécifique recommandée, le pays, la région ou le district doivent jouer un rôle crucial dans le choix et la mise en œuvre de la riposte recommandée afin de préserver la santé et le bien-être des communautés aux niveaux respectifs.

D'après le Règlement sanitaire international (RSI, 2005), les districts doivent être impliqués dans la riposte aux événements de santé publique d'origine infectieuse, zoonotique, chimique, radiologique, nucléaire ou de sécurité alimentaire, et autres événements d'origine inconnue s'ils sont détectés.

6.1 Notifier une épidémie et activer les structures de riposte

Une fois qu'un seuil épidémique est atteint au niveau du district, le chef de l'équipe de gestion de la santé du district doit en informer la région, puis le niveau national (autorité nationale responsable de la santé publique (NPHA)). Au niveau national et, selon l'ampleur de l'événement, le NPHA et le PFN RSI détermineront, sur la base de l'instrument de décision du Règlement sanitaire international, s'il s'agit d'un potentiel événement de santé publique de portée internationale (PHEIC). Le PFN contactera le médecin-chef ou le directeur général au ministère de la Santé, pour en informer l'unité RSI au Bureau régional. Ils alerteront ensuite les districts proches (et les provinces ou régions, le cas échéant) de l'épidémie pour s'assurer de la coordination des efforts de riposte. En attendant la confirmation du diagnostic de laboratoire, le ministre de la Santé ou le ministère du secteur compétent peuvent notifier l'épidémie.

6.2 Mobiliser des équipes de riposte rapide pour une action immédiate dans les situations d'urgence de santé publique

Les équipes de riposte rapide pour une action immédiate dans les situations d'urgence (PHERRT) 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.

6.2.1 Réunir le comité de gestion des situations d'urgence de santé publique au niveau du district (PHEMC)

Lorsqu'une épidémie ou un événement est confirmé, le comité de gestion des situations d'urgence de santé publique doit collaborer avec l'administrateur du district désigné par le gouvernement pour convoquer une réunion avec le PHEMC pour évaluer et mettre en place la riposte. Ils activeront également l'IMS (voir à la section 5). Ensuite, il convient de suivre les étapes suivantes :

- a) demander le déblocage des fonds pour la riposte à l'épidémie ou à l'événement de santé publique ;

- b) alerter les districts voisins à l'intérieur et à l'extérieur du pays sur l'épidémie. S'ils signalent une épidémie similaire, coordonner les efforts de riposte avec eux. S'il existe déjà un cadre de surveillance et de riposte transfrontalières avec un pays voisin, informer-en le district voisin de ce pays. Dans le cas contraire, le PFN RSI doit communiquer avec le PFN voisin pour l'informer de l'événement de santé publique. Cela facilitera la coordination de la riposte à l'événement de santé publique et limitera la propagation de la maladie au-delà de la zone affectée ;
- c) attribuer des responsabilités claires pour chacune des activités de riposte spécifiques pour diriger le comité technique. Ils examineront également l'équipe du SGI pour s'assurer qu'elle est bien composée ; c'est-à-dire que tous les membres techniques et non techniques sont réunis (voir la section 5) ;
- d) donner à l'équipe de riposte du district et au personnel des établissements de soins concernés des indications ou une formation, leur fournir un stock de fournitures dont ils ont besoin et en quantité suffisante ;
- e) passer en revue les ressources disponibles comme indiqué dans le plan de préparation et déterminer s'il faut des ressources supplémentaires.
Prendre en compte par exemple :
 - i) les ressources humaines qui peuvent être mobilisées pour gérer l'épidémie;
 - ii) les financements disponibles pour soutenir les activités de riposte;
 - iii) autre appui logistique; par exemple, véhicules et carburant, téléphones ;
- f) demander des stocks d'urgence ou un équipement de protection individuelle (EPI), une désinfection, les médicaments et autres fournitures médicales nécessaires, tels que des kits de transport d'échantillons ;
- g) prévoir un laboratoire pour le diagnostic en vue de la confirmation des agents pathogènes responsables des épidémies. Si le district n'a pas la capacité de collecter, d'emballer et d'expédier les échantillons en toute sécurité, contacter le laboratoire de référence pour obtenir de l'aide. Pour les laboratoires où l'aiguillage est difficile, envisager l'utilisation des kits de diagnostic rapide ou tout autre système de diagnostic au point de traitement, s'ils sont disponibles ;
- g) mobiliser les moyens logistiques (déplacements de l'équipe de riposte rapide, hébergement, communication, autres équipements essentiels) pour les niveaux du district et de la communauté ;
- h) si les fournitures ne sont pas disponibles localement :
 - i) contacter les niveaux régional/provincial ou central pour leur demander de faire appel à d'autres fournisseurs ;
 - ii) collaborer avec d'autres services, organisations non gouvernementales ou pharmacies/laboratoires privés de votre région ;

- iii) identifier les produits de substitution pratiques et bon marché.
- i) Mettre en place des lignes de communication claires et désigner un porte-parole.

6.3 Identifier et mener les activités appropriées de riposte aux événements de santé publique

Analyser les résultats de l'enquête et l'interprétation de l'analyse des données fournies par l'équipe de riposte rapide aux situations d'urgence de santé publique (ERREP) pour sélectionner les activités de riposte appropriées, qui permettront d'endiguer l'épidémie ou l'événement de santé publique confirmés. Quelles que soient les causes spécifiques de l'épidémie ou de l'événement, la réussite de la riposte dépend de l'efficacité du système de gestion de l'information et de la mise en œuvre de stratégies de riposte telles que :

- a) la coordination générale ;
- b) la gestion des cas, l'infection, la prévention et la lutte contre les maladies (IPC) ;
- c) la logistique et la gestion de la chaîne d'approvisionnement ;
- d) la surveillance de laboratoire ou diagnostic et épidémiologie ;
- e) la mobilisation sociale et la communication sur les risques ;
- f) la vaccination réactive ;
- g) l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) ;
- (h) la lutte contre les vecteurs pathogènes.

Se référer à la section 11 et aux directives nationales spécifiques à une maladie pour sélectionner les activités de riposte, notamment :

- a) des mesures éprouvées pour prévenir les décès ou les handicaps évitables dus à des causes spécifiques ;
- b) un ensemble d'activités permettant de contrôler immédiatement le problème à court terme et de réduire le risque de persistance de la transmission à long terme grâce à des activités de prévention ;
- c) la participation de la communauté, des établissements de soins et du personnel de district ;
- d) la participation d'autres parties prenantes clés appartenant à des organisations privées, des entités commerciales, des guérisseurs traditionnels, des associations de vendeurs d'aliments et d'autres personnes capables d'influencer les activités de riposte.

Les activités de riposte en cas d'épidémie, de situations d'urgence ou d'évènement de santé publique pourraient consister à :

- a) assurer la gestion de cas ;
- b) mener des campagnes de vaccination d'urgence, lorsqu'elles sont recommandées pour l'homme ou les animaux ;
- c) proposer une chimioprophylaxie et une vaccination appropriées aux agents de santé ;
- d) améliorer l'accès à l'eau potable ;
- e) améliorer l'élimination sans danger des déchets d'origine humaine et animale ;
- f) améliorer les pratiques de manipulation des aliments ;
- g) réduire l'exposition aux moustiques et autres vecteurs pathogènes ;
- h) lutter contre les vecteurs pathogènes ;
- i) impliquer d'autres experts (socio anthropologue, sociologue) ;
- j) renforcer les mesures de surveillance spécifiques au point d'entrée ;
- k) renforcer les activités de mobilisation sociale et de changement de comportement ;
- l) renforcer les médias et la communication publique (presse, radio, télévision, médias sociaux, etc.).

L'exécution d'une réponse 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 (traitement et surveillance des événements indésirables chez les patients, en particulier lors de l'utilisation de médicaments expérimentaux ou de vaccins), et la mise au point de IPC appropriés, l'approvisionnement en fournitures et disponibilité de personnel de santé qualifié.

Les activités planifiées pour la riposte aux épidémies ou aux événements de santé publique sont de :

- a) renforcer la prise en charge des cas et des mesures de lutte contre l'infection ;
- b) renforcer les capacités du personnel de riposte ;
- c) renforcer la surveillance au cours des activités de riposte ;
- d) renforcer la surveillance dans le district frontalier voisin ;
- e) faire participer la communauté aux activités de riposte ;
- f) informer et éduquer la communauté ;
- g) mener une campagne de vaccination de masse ;
- h) améliorer l'accès à une eau propre et salubre ;
- i) assurer l'élimination sans danger des déchets infectieux

- j) améliorer les pratiques de manipulation des aliments ;
- k) réduire l'exposition aux risques infectieux ou environnementaux ;
- l) assurer l'inhumation et la manipulation des cadavres dans des conditions de dignité et dans l'honneur ;
- m) fournir une logistique et mettre à disposition des fournitures appropriées et adéquates.

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

Prendre des mesures pour aider à améliorer les pratiques cliniques dans le district. Voir les recommandations, en annexe 6A et à la section 11 pour le traitement des cas de différentes maladies pendant une épidémie. Il s'agit, notamment de :

- a) former et outiller les agents de santé au niveau des districts pour appliquer ces mesures ;
- b) s'assurer que les cliniciens reçoivent bien les résultats de la confirmation du laboratoire, si nécessaire ;
- c) veiller à ce que les agents de santé enregistrent tous les patients dans un registre standard facilement identifiable et sur une liste hiérarchique ;
- d) demander au responsable de chaque établissement de soins de déterminer une zone pouvant servir à accueillir un grand nombre de patients lors d'épidémies impliquant un grand nombre de cas ;
- e) fournir des MON comportant les directives IPC ;
- f) instaurer des mesures IPC visant à réduire les risques, à savoir :
 - i) mettre en place un service de tri et d'isolement pour les maladies très contagieuses (Ebola, choléra, SRAS, etc.). Voir à l'annexe 6H un plan pour le centre de traitement du choléra ;
 - ii) s'assurer que le personnel de santé bénéficie des mesures de sécurité et de protection individuelle contre les maladies infectieuses (en particulier Ebola et le SRAS) ;
 - iii) veiller à la mise en place de pratiques sûres et à la protection des non-agents de santé (personnel d'appui, agents de sécurité, personnel d'entretien, personnel administratif) ;
 - iv) évaluer et assurer les normes WASH pour les établissements de soins ;
 - v) superviser l'élimination des EPI et autres fournitures contaminées ;
 - vi) assurer une biosécurité et une biosécurité appropriées pour les animaux (fermes, marchés, etc.).
- g) veiller à ce que les médicaments et les fournitures de traitement nécessaires soient disponibles ;
- h) s'assurer que les protocoles de traitement appropriés sont disponibles ;

- i) examiner les procédures opérationnelles standard pour le système d'aiguillage ;
- ii) s'assurer qu'un protocole de sortie approprié des cas liés aux travailleurs sociaux est disponible.

6.3.2 Renforcer les compétences du personnel de riposte

Donner au personnel de riposte la possibilité de s'informer et de mettre à jour ses connaissances concernant la définition de cas d'épidémie ou d'événement de santé publique, de procédures de gestion de cas, de processus de notification et les données à fournir. Il est essentiel que les membres de la PHERRT disposent d'un équipement de protection individuelle et connaissent les pratiques IPC de lutte contre les épidémies. Si certaines maladies ou affection particulières en matière nécessitent une vaccination, vérifier que les membres de la PHERRT sont à jour des vaccinations indiquées.

Pour mettre à niveau les compétences du personnel de santé et de l'équipe de riposte rapide :

- a) donner des indications claires et concises aux agents de santé et aux autres membres du personnel participant aux actions de riposte.
- b) choisir les thèmes à traiter lors des séances de formation. Mettre l'accent sur la prise en charge des patients d'une maladie donnée et sur la prévention et la lutte contre les infections et ce, conformément aux recommandations spécifiques à cette maladie. D'autres thèmes peuvent être abordés en fonction du risque d'exposition pour la santé publique, par exemple :
 - i) les protocoles de gestion des cas ;
 - ii) les précautions habituelles (utilisation d'eau potable, lavage des mains et élimination sécurisée des objets tranchants) ;
 - iii) mesures barrière et utilisation de vêtements de protection ;
 - iv) précautions d'isolement ;
 - v) protocoles de traitement tels que l'administration de sels de réhydratation orale (SRO) et l'utilisation de perfusions intraveineuses ;
 - vi) désinfecter les surfaces, les vêtements et les équipements ;
 - vii) sépulture sécurisée des cadavres et inhumation digne ;
 - viii) élimination des carcasses d'animaux en toute sécurité ;
 - ix) autres thèmes jugés nécessaires, dont les interactions client-patient, les compétences en matière de conseil, l'orientation sur la manière dont un agent de santé devrait interagir avec les personnes de contact de la SCS, etc.
- c) donner l'orientation et la formation :
 - i) orienter ou réorienter la formation des membres du PHEMC de district, de l'équipe de riposte rapide aux situations de santé publique, du personnel de santé et de tout

le personnel impliqué dans la gestion des situations d'urgence, en fonction de l'épidémie en cours.

- ii) en situation d'urgence, on manque souvent de temps pour une formation conventionnelle. On donnera donc une formation en cours d'emploi, en fonction des besoins, en s'assurant que le médecin ou le personnel infirmier chargé de la formation pourra suivre les stagiaires lors de la pratique.
- iii) évaluer la performance des participants et vérifier les compétences, si nécessaire.

6.3.3 Renforcer la surveillance durant les activités de riposte

Lors de la riposte à une épidémie, le personnel de santé de tous les établissements de soins doit rester vigilant quant à la surveillance de la maladie, de la situation ou des événements de santé publique, en gardant le contact avec l'agent de santé communautaire ou toute personne désignée comme point focal de la communauté. Par exemple, les membres des équipes de riposte et le personnel de santé dans les établissements affectés doivent :

- a) rechercher d'autres personnes ayant contracté la maladie en question et les orienter vers l'établissement de soins ou les centres de traitement ou, si nécessaire, mettre le ménage en quarantaine et prendre en charge le patient, en veillant à ce qu'il ait accès à la nourriture, à l'eau, aux produits de première nécessité (savon, chlore, bois de chauffage, médicaments, serviettes hygiéniques, etc.) ;
- b) échanger en temps voulu les informations de laboratoire avec l'équipe ;
- c) mettre à jour les lignes descriptives des cas, analyser les données en fonction du temps (courbe épidémique), des caractéristiques individuelles (âge et sexe) et du lieu (cartographie des cas) ;
- d) surveiller l'efficacité des activités de riposte à l'épidémie ;
- e) produire un rapport quotidien au début de l'épidémie ; à mesure que l'épidémie progresse, le PHEMC de district pourra décider d'en modifier la fréquence différente ;
- f) rechercher activement les contacts et faire leur suivi, en conséquence (se référer à la section 4 qui traite de la définition et de la recherche d'autres cas.)

6.3.4 Renforcer la surveillance avec les districts voisins

Pendant les activités de riposte, il est important de collaborer étroitement avec les districts avoisinants pour éviter que l'épidémie ne se propage dans un autre district. Il faut partager les informations et planifier conjointement les activités de surveillance et de riposte.

Il est tout aussi important de mettre en place des comités transfrontaliers de surveillance et de riposte aux maladies, qui fourniront une plateforme pour le partage des données de surveillance, des informations épidémiologiques et autres informations connexes au cours de l'épidémie. Le comité devrait être composé de membres des deux districts voisins, à savoir :

- a) la personne responsable de l'IDSR ;
- b) le responsable des services de laboratoire ;
- c) le médecin-hygiéniste ;
- d) la personne responsable de la santé environnementale ;
- e) le responsable des services cliniques ;
- f) la personne responsable de la santé animale (animaux domestiques ou faune sauvage), les agents d'immigration locaux, et le commissaire de district local.

Le comité peut également coopter d'autres membres en fonction du profil de la maladie et de la flambée d'épidémie/situations d'urgence de santé publique.

Le comité se réunira dès qu'une urgence de santé publique est identifiée, puis toutes les semaines ou toutes les deux semaines. Il continuera de tenir des réunions trimestrielles de routine au cours de la période interépidémique pour examiner les tendances en termes de maladies, d'autres systèmes d'alerte précoce et le niveau de préparation de son district.

6.3.4 Faire participer la communauté aux activités de riposte

Les points focaux de la surveillance à base communautaire (voir la définition à la section Introduction) peuvent être les premiers à intervenir et prendre des mesures afin de rendre la situation la plus rassurante que possible pour la communauté. Certaines des actions à mener sont les suivantes :

- a) impliquer et informer les responsables communautaires en leur fournissant des informations sur la situation et les actions pouvant être menées pour atténuer la situation ;
- b) fournir les premiers secours et appeler ou envoyer un médecin ;
- c) Tenir les personnes bien loin d'une zone « à risque » (source d'eau potentiellement contaminée) ;
- d) isoler avec respect toute personne présentant les symptômes d'une maladie potentiellement infectieuse en accordant une attention particulière aux sensibilités culturelles.
- e) mettre les animaux en quarantaine, fermer les marchés, etc. ;
- f) éduquer la communauté sur les actions spécifiques qu'elle peut prendre pour se protéger ;

- g) s'engager dans la promotion de l'IPC et de l'hygiène en coordonnant tous les efforts visant à rendre disponibles les matériaux/infrastructure pour l'IPC et l'hygiène ;
- h) identifier les canaux locaux efficaces pour la transmission des informations à la communauté ;
- i) organiser des campagnes de porte-à-porte avec des personnes de confiance pour atteindre chaque foyer de la zone affectée afin d'enrayer la propagation de la maladie et d'encourager les personnes à rapporter elles-mêmes les résultats, le traitement suivi et le comportement sain pour une bonne santé des personnes ayant eu contact avec l'événement de santé publique ou présumés d'être des cas d'événement de santé publique ;
- j) faire participer les membres de la communauté non seulement en tant qu'acteurs à même de résoudre les problèmes, mais également en tant que bénéficiaires.

6.3.6 Informer et éduquer la communauté

La communication efficace sur les risques est un des éléments essentiels de la gestion des événements de santé publique. Il s'agit d'une activité transversale qui peut avoir un impact sur d'autres aspects techniques de la riposte, tels que WASH, la vaccination, la surveillance de la communauté, etc. Il est également essentiel de créer un climat de confiance entre les premiers intervenants et la communauté. Lorsqu'un risque réel ou potentiel menace la santé de la population, il se peut que les options de traitement soient limitées, que l'organisation de ripostes directes prenne du temps et que les ressources soient insuffisantes. Il est donc extrêmement important de donner des conseils et des directives considérés comme l'outil de santé publique dans la gestion de ce risque.

Tenir le public informé pour apaiser ses craintes et encourager sa coopération dans le cadre des activités de riposte. Développer 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 consulter les services de soins pour un traitement. Ces activités de communication avec la communauté doivent débuter dès l'identification de l'épidémie ou de l'événement de santé publique. Il faut également identifier les groupes communautaires, les ONG locales ou les équipes de sensibilisation pouvant aider à recueillir des informations et à relayer les messages. Assurer la cohérence du contenu des messages entre tous les messagers (chefs communautaires, personnel de santé, chefs religieux, etc.).

Les éléments suivants doivent être pris en compte pour une communication efficace sur les risques:

- a) déterminer ce qu'il faut communiquer en se référant aux recommandations spécifiques à une maladie à la section 11. Veiller à inclure les informations suivantes :
 - i) signes et symptômes de la maladie ;
 - ii) moyen de traitement de la maladie à domicile, si un traitement à domicile est recommandé, et mode de préparation des produits désinfectants ;
 - iii) comportements préventifs faciles à appliquer et susceptibles d'empêcher la transmission de la maladie ;
 - iv) quand se rendre dans l'établissement de soins pour un bilan ou un traitement ;
 - v) recommandations concernant la vaccination, le cas échéant.

Dans le même temps, maintenir des processus actifs pour la collecte d'informations qualitatives nécessaires pour confirmer et gérer des rumeurs qui circulent.

- b) déterminer la manière de formuler le message. S'assurer que les messages :
 - i) utilisent la terminologie locale ;
 - ii) sont culturellement appropriés ;
 - iii) sont clairs et concis ;
 - iv) s'appuient sur les traditions locales ;
 - v) prennent en compte les croyances relatives à la maladie.

NB : Envisager de vérifier la véracité des messages provenant d'établissements similaires avant leur diffusion. Des exemples de messages d'éducation communautaire se trouvent à l'annexe 6F à la fin de cette section.

- c) Choisir les moyens de communication appropriés et disponibles dans le district. Par exemple :
 - i) les moyens de communication de masse (radio, télévision, journaux) ;
 - ii) les réunions avec le personnel de santé, la communauté, les chefs religieux, les leaders d'opinion et responsables politiques) ;
 - iii) le matériel pédagogique et de communication (affiches, brochures) ;
 - iv) les présentations multimédias (films, vidéos, ou diapositives commentées) sur les marchés, dans les centres de santé, les écoles, auprès des groupes de femmes, autres associations communautaires, organismes prestataires de services, et dans les centres religieux ;
 - v) les médias sociaux (Facebook, Twitter, WhatsApp, etc.) ;
 - vi) les troupes théâtrales/groupes de théâtre communautaires ;
 - vii) les systèmes de sonorisation ;
 - viii) les sites web d'entreprise/d'institutions ;

- ix) les abonnements e-mail/SMS.
- d) transmettre les messages d'éducation sanitaire aux groupes communautaires et aux organismes prestataires de services en leur demandant de les diffuser lors de leurs réunions.
- e) transmettre les messages d'éducation sanitaire aux responsables communautaires de confiance et respectés en leur demandant de les diffuser au sein de la communauté.
 - i) une personne désignée par le ministère de la santé devrait servir de porte-parole. Communiquer aux médias le nom du porte-parole et préciser que toutes les informations relatives à l'épidémie seront transmises par cette personne.
 - ii) communiquer les informations aux médias uniquement par l'intermédiaire du porte-parole pour que la communauté reçoive des informations claires et cohérentes.
- f) les médecins responsables des districts et des régions rencontrent régulièrement les responsables locaux pour communiquer :
 - i) des informations fréquentes et actualisées sur l'épidémie et la riposte ;
 - ii) des messages de santé clairs et simples à l'intention des médias ;
 - iii) des instructions claires de la PHEMC aux médias concernant les messages et informations d'éducation sanitaire.

6.3.7 Mener une campagne de vaccination de masse

Collaborer avec les directeurs/administrateurs de programmes nationaux de vaccination et de lutte contre les maladies (PEV) pour mener une campagne de vaccination de masse, si indiqué. Développer ou mettre à jour un microplan pour la campagne de vaccination de masse le plus tôt possible. En effet, la rapidité est essentielle pour les vaccinations d'urgence, compte tenu des délais pour obtenir et distribuer le vaccin.

Déterminer la population cible à vacciner en se basant sur les résultats de l'enquête sur les cas et sur l'épidémie (voir les directives du programme de diagnostic in vitro (PEV) concernant les recommandations spécifiques pour l'administration des vaccins.)

Deux fiches de travail intitulées « Planification d'une campagne de vaccination de masse » et « Évaluation des stocks de vaccins pour les activités de vaccination » se trouvent à la fin de cette section, respectivement aux annexes 6C et 6D. Dans l'intervalle, l'Annexe 6E décrit les pratiques de vaccination recommandées pour les campagnes de vaccination.

6.3.8 Améliorer l'accès à l'eau propre et potable

Les récipients d'eau potable peuvent être des vecteurs de propagation des épidémies, notamment le choléra, la typhoïde, les maladies à shigella, et les hépatites A et E. S'assurer que la communauté dispose d'un approvisionnement suffisant en eau propre et potable pour la consommation et autres usages. Le tableau ci-dessous présente les besoins quotidiens en eau par personne en situation non épidémique. En période d'épidémie, en particulier lors des épidémies de maladies diarrhéiques, les besoins en eau sont beaucoup plus importants.

Table 6.1. Besoins quotidiens en eau par personne

Besoins quotidiens en eau par personne*		
	Situation non épidémique	Lors d'une épidémie de maladies diarrhéiques
A domicile	20 litres par jour	50 litres
Dans un établissement de soins	40 à 60 litres par jour	50 litres dans les services d'hospitalisation, 100 litres en chirurgie, 10 litres en cuisine

****Santé des réfugiés. Une approche des situations d'urgence. Médecins sans Frontières, 1997. MacMillan.**

L'eau potable saine comprend :

- l'eau chlorée canalisée ;
- l'eau de boisson saine obtenue par chloration au point d'utilisation ;
- l'eau provenant de sources protégées (tels que des puits fermés avec un couvercle, l'eau de pluie collectée dans un récipient propre) ;
- l'eau bouillie provenant de n'importe quelle source.

Si, pendant une situation d'urgence, aucune source d'eau potable locale n'est disponible, il peut être nécessaire de faire venir de l'eau de l'extérieur. Pour s'assurer que les familles disposent d'eau potable saine et salubre à domicile (même si la source est sûre), procéder comme suit :

- éduquer la communauté sur la façon de conserver l'eau potable à domicile. Se référer à l'annexe 6f pour des exemples de messages destinés à la communauté et des indications pour la conservation et la purification de l'eau potable à domicile.
- donner des récipients conçus pour prévenir la contamination de l'eau. Par exemple, des pots avec des ouvertures étroites dans lesquelles les utilisateurs ne peuvent pas contaminer l'eau en introduisant la main.
- s'assurer que les points d'élimination des déchets, y compris les matières fécales, soient situés à au moins 30 mètres des sources d'eau.

6.3.9 Assurer l'élimination des déchets potentiellement infectieux

Assurer une élimination sûre des excréments humains afin d'éviter les infections secondaires dues au contact avec des substances contaminées :

- a) affecter des équipes à l'inspection des zones locales en vue de l'élimination des déchets humains et animaux. Les pratiques sûres incluent l'élimination des matières fécales dans une latrine ou leur enfouissement dans le sol à une distance de plus de 10 mètres de la source d'eau.
- b) informer la communauté s'il s'avère que les pratiques utilisées, telles que la défécation à l'air libre, comportent des risques. Et faire construire des latrines adaptées aux conditions locales avec la coopération de la communauté.
- c) mener des activités d'éducation communautaire efficace sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement.

6.3.10 Améliorer les pratiques de manipulation des aliments

On s'assurera qu'à domicile, dans les restaurants, dans les magasins de vente d'aliments et dans les usines, les aliments sont manipulés en toute sécurité. Se reporter aux normes et procédures nationales établies pour la manipulation et la transformation des aliments.

Pour assurer une bonne hygiène alimentaire, il convient de prendre les mesures suivantes :

- a) organiser des sessions d'éducation communautaire sur les pratiques d'hygiène alimentaire à l'intention du grand public et des acteurs de l'industrie alimentaire ;
- b) inspecter les restaurants, les vendeurs de denrées alimentaires, les usines de conditionnement d'aliments et autres sites pour évaluer les pratiques de manipulation des aliments, en attachant une attention particulière à l'hygiène telles que le lavage des mains, la propreté et le respect des normes nationales ;
- c) fermer les restaurants, les lieux de vente ou les usines si l'inspection révèle des pratiques non sécurisées de manipulation des aliments ;
- d) renforcer si nécessaires les contrôles nationaux pour la sécurité alimentaire.

6.3.11 Réduire l'exposition aux risques infectieux ou environnementaux

Prendre des mesures pour réduire l'exposition aux risques ou aux facteurs contribuant à l'épidémie ou à l'événement de santé publique. Il peut s'agir d'agents chimiques, physiques ou biologiques. Les exigences techniques pour réduire l'exposition seront déterminées en fonction

de la politique nationale et en collaboration avec ceux qui ont de l'expérience dans ces domaines. Ainsi, l'exposition aux métaux lourds (par exemple, le plomb) associée à la profession ou à une pollution industrielle nécessitera une coordination entre plusieurs 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 à des produits chimiques et autres risques.

Pour les maladies à transmission vectorielle, travailler avec des experts, tel qu'un entomologiste, pour identifier les interventions appropriées permettant de réduire l'exposition aux vecteurs (par exemple, le moustique Anophèles.) Travailler avec le programme de lutte anti paludique du district pour:

- a) promouvoir la pulvérisation résiduelle à l'intérieur ;
- b) sensibiliser la communauté à l'utilisation appropriée des moustiquaires et à la prévention des piqûres de moustique du crépuscule à l'aube ;
- c) promouvoir l'utilisation de moustiquaires imprégnées et d'autres produits traités avec un insecticide disponibles localement (moustiquaires de lit, couvertures, vêtements, draps, rideaux, etc.) ;
- d) encourager la propreté de l'environnement (par exemple, drainer l'eau stagnante, nettoyer les buissons, etc.).

Promouvoir la prévention des maladies transmises par les rongeurs en aidant les habitants du district à réduire leur exposition à ces animaux. Par exemple, les rongeurs peuvent transmettre le virus responsable de la fièvre de Lassa ou être infestés de puces porteuses de la peste. Travailler avec le responsable de la lutte antivectorielle du district pour encourager la communauté à :

- a) éviter le contact avec l'urine, les excréments et autres sécrétions des rongeurs ;
- b) couvrir les aliments et l'eau conservés à domicile afin d'éviter toute contamination par les rongeurs ;
- c) garder la maison et la cuisine propres et en ordre afin d'éviter que les rongeurs ne viennent y nicher ;
- d) utiliser de manière appropriée les produits chimiques (insecticides, rodenticides, larvicides, etc.) et les pièges, en fonction des conditions environnementales et entomologiques ;
- e) éduquer la communauté sur la protection individuelle pour réduire l'exposition.

6.3.12 Assurer la manipulation et l'inhumation des cadavres de manière digne et sécurisée

La gestion des cadavres est essentielle pour lutter contre la propagation des maladies infectieuses, aussi bien pour la détection et la surveillance des cas que pour la gestion du matériel potentiellement infectieux. Les fièvres hémorragiques virales, le choléra et les décès inexpliqués dans des circonstances suspectes exigent une manipulation minutieuse des cadavres. Vu le caractère infectieux des maladies potentiellement épidémiques, il est important de s'assurer que les cadavres sont éliminés de manière sûre et dans la dignité par un personnel qualifié. La désinfection ou la décontamination systématiques des maisons et des salles d'hôpital (où des personnes sont décédées des suites d'une maladie infectieuse) s'imposent.

Il faut élaborer un guide sur la désinfection ou la décontamination appropriée des maisons et des hôpitaux où des personnes sont décédées des suites d'une maladie infectieuse présumée.

Dans les directives sur la gestion des cadavres, des équipes formées sont chargées de distinguer désormais les cadavres à haut risque des cadavres à faible risque. Les décès considérés à haut risque peuvent être traités comme une forme de surveillance et de détection de cas de fièvres hémorragiques virales ou éventuellement d'autres infections lorsque les moyens appropriés sont disponibles pour l'analyse.

Des inhumations sécurisées peuvent être effectuées dans des lieux approuvés, à la discrétion des familles. En cas d'une flambée de maladie infectieuse, le comité de gestion des situations d'urgence de santé publique (PHEMC) peut être chargé d'élaborer un plan d'urgence pour l'inhumation en toute sécurité et dans la dignité. Ce plan sera examiné périodiquement pour être adapté à l'évolution de l'épidémie.

6.3.13 Assurer la logistique et l'approvisionnement appropriés et adéquats

Une équipe chargée uniquement de la logistique est indispensable pour les activités de riposte à une épidémie.

Pendant l'épidémie, contrôler l'efficacité du système logistique et d'approvisionnement en matériels essentiels. Faire une planification logistique pour s'assurer que le transport est utilisé de la manière la plus efficace. Surveiller la fiabilité de la communication entre les équipes au cours de l'épidémie et vérifier s'il faut du matériel supplémentaire (par exemple, des minutes supplémentaire pour les téléphones portables), fournir aux équipes ce dont elles ont besoin pour mener à bien les actions de riposte.

La surveillance de la gestion de l'épidémie ou de l'événement de santé publique est cruciale pour endiguer l'épidémie. Les résultats de la surveillance seront inclus dans le compte rendu soumis aux autorités supérieures et aux chefs communautaires. De plus, ces résultats sont utiles pour les actions futures de sensibilisation.

Par exemple, assurer une surveillance continue :

- a) des tendances de la maladie de façon à pouvoir évaluer l'efficacité des mesures de riposte, la propagation de l'épidémie et les facteurs de risque ;
- (b) de l'efficacité de la réponse : taux de létalité, incidence ;
- c) de la mise en place de la riposte : couverture du programme, réunions du comité de gestion de l'épidémie, etc.
- d) de la disponibilité et de l'utilisation de ressources, fournitures et équipements nécessaires ;
- e) de l'acceptabilité des efforts de riposte par la communauté ;
- f) de la soumission, sur une base régulière, de rapports sur les stocks de fournitures sorties dans les situations d'urgence de santé publique.

6.4 Transmettre régulièrement des comptes rendus de situation sur les épidémies et les événements

Transmettre régulièrement des rapports sur les progrès de la riposte à l'épidémie (se référer à l'Annexe 6G). Transmettre aux communautés et aux établissements de soins concernés les informations fournies par le comité de gestion des urgences sanitaires (PHEMC). Lors des mises à jour de la situation :

- a) fournir des informations détaillées sur les activités de riposte, notamment les dates, lieux et 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 ;
- b) signaler les changements par rapport au compte-rendu de situation précédent ;
- c) indiquer l'efficacité de la riposte: taux de létalité, incidence ;
- d) souligner la mise en œuvre de la riposte du comité d'Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie (EPR) etc. ;
- e) indiquer les difficultés et lacunes opérationnelles ;
- f) indiquer les modifications qui pourraient améliorer la riposte aux épidémies. Suggérer, par exemple, une modification de la stratégie de vaccination pour augmenter son efficacité ; ou une modification des procédures d'acheminement des prélèvements pour qu'ils arrivent plus vite et en bon état au laboratoire de référence.

Les comptes rendus de situation jouent un rôle important dans l'évaluation de la riposte et l'élaboration du rapport final. Un modèle de rapport suggéré figure en Annexe 7A, Section 7. La Section 8 décrit les étapes de supervision et d'évaluation de la riposte.

6.5 Documenter la riposte

Au cours et à la fin d'une épidémie, l'équipe de gestion sanitaire du district doit :

- a) recueillir tous les documents, y compris les minutes des réunions, les comptes rendus d'activités ou de procédures; les rapports d'épidémie; les rapports d'évaluation, ainsi que tous autres documents pertinents ;
- b) préparer une page de garde listant tous les documents mentionnés ci-dessus ;
- c) documenter les enseignements tirés et les améliorations recommandées et, en conséquence, mettre à jour le plan de EPR du pays, le plan spécifique à un événement/une maladie et d'autres procédures opérationnelles standardisées (POS) et outils pertinents, le cas échéant (Revue après action - RAA) .

Ce dossier constituera une source de données essentielle pour évaluer la riposte. La Section 8 décrit comment contrôler et évaluer les activités de SIMR.

6.6 Annexes à la Section 6

- Annexe 6A** Traiter les patients pendant l'épidémie
- Annexe 6B** Préparer des solutions désinfectantes à partir de produits ménagers usuels
- Annexe 6C** Planifier une campagne de vaccination d'urgence
- Annexe 6D** Évaluer les stocks de vaccins pour les activités de vaccination
- Annexe 6E** Pratiques de vaccination recommandées
- Annexe 6F** Modèles de messages éducatifs à l'intention de la communauté
 - Lavage des mains
 - Manipulation sécurisée des aliments
 - Élimination sécurisée des déchets d'origine humaine
 - Salubrité et conservation de l'eau de boisson
 - Pratiques funéraires sécurisées
 - Réduire l'exposition aux moustiques
- Annexe 6G** Communication en période d'épidémie
- Annexe 6H** Principales mesures de prévention et de contrôle des infections (IPC)
 - Enfiler et enlever
 - Guide pour le lavage des mains
 - Guide pour la mise en place de centres de traitement du choléra (CTC)
- Annexe 6I** Riposte aux événements chimiques et radionucléaires

Annexe 6A. Traiter les patients pendant l'épidémie

Utiliser les médicaments et traitements appropriés pour soigner les patients lors d'une épidémie. Ci-dessous figurent les traitements recommandés pour les épidémies de:

- a) choléra;
- b) dysenterie;
- c) rougeole; et
- d) méningite bactérienne.

Note: Pour des directives de traitement détaillées concernant ces maladies et d'autres maladies prioritaires, veuillez vous reporter aux directives spécifiques.

1. Traitement du choléra en situation épidémique

Dans : WHO guidelines for management of the patient with cholera, WHO/CDD/SER/91.15 et The New Emergency Health Kit 98, WHO/DAP/98.10

- a) Évaluer le niveau de déshydratation du patient. Voir le guide d'évaluation ci-dessous.
- b) Donner des liquides selon le plan de traitement approprié (voir la page suivante).
- c) Recueillir des échantillons de selles chez les cinq premiers cas présumés de choléra.
- d) Donner un antibiotique par voie orale aux patients qui présentent une déshydratation sévère.

Évaluer le niveau de déshydratation du patient

- Évaluer l'état général du patient. Est-il léthargique ou inconscient ? agité et irritable ?
- A-t-il les yeux enfoncés ?
- Offrir à boire au patient. Est-il : incapable de boire, ou boit-il difficilement, boit-il avec avidité, a-t-il soif ?
- Pincer la peau de l'abdomen du patient. Revient-elle en place très lentement (plus de 2 secondes) ? Ou lentement ?

Déterminer si le patient souffre ou non de déshydratation, sévère ou modérée, et lui donner des liquides selon le plan de traitement

Si deux des signes suivants sont présents:

- Léthargie ou inconscience
 - Yeux enfoncés
 - Incapacité ou difficulté à boire
 - Retour très lent de la peau après pincement
- DÉSHYDRATATION SÉVÈRE*
Administrar des liquides de réhydratation
(Plan C)

* Chez les adultes et les enfants de plus de 5 ans, l'absence de pouls radial et l'hypotension sont des signes supplémentaires de déshydratation sévère.

Si deux des signes suivants sont présents :

- Agitation, irritabilité
 - Yeux enfoncés
 - Boit avec avidité, soif intense
 - Retour lent de la peau après pincement
- DÉSHYDRATATION MODÉRÉE
(Administrar des liquides de réhydratation)
(Plan B)

S'il n'y pas suffisamment de signes pour classer le patient dans la catégorie

Déshydratation modérée ou sévère

PAS DE DÉSHYDRATATION

Donner à boire et à manger pour traiter la diarrhée à domicile.
(Plan A)

Plan C : Thérapie par voie intraveineuse pour la déshydratation sévère

- a) Une déshydratation sévère est une urgence médicale et les patients doivent être traités de toute urgence. Les secondes peuvent faire la différence.
- b) Les patients souffrant de déshydratation sévère devraient commencer à absorber des liquides par voie intraveineuse (IV) immédiatement.
- c) Dès que le patient peut boire, donner également la solution de SRO 5 ml / kg / heure simultanément.
- d) Le lactate de Ringer est le premier choix parmi tous les liquides intraveineux. Si le lactate de Ringer n'est pas disponible, d'autres solutions stériles peuvent constituer une option :
 - i) Solution saline normale ;
 - ii) 5 % de glucose dans une solution saline normale ;
 - iii) sérum physiologique du choléra (contenant Na ⁺, 133; K ⁺, 20; Cl⁻, 98; acétate, 48 m mol / L).
- e) Une solution simple de glucose à 5 % (dextrose) n'est pas recommandée.
- f) Donner un total de 100 ml / kg de solution de lactate de Ringer divisée en deux périodes, comme indiqué ci-dessous :

Age	Première période	Seconde période	Total
< 1 an	30 ml/kg en 1 heure	70ml/kg en 5 heures	100 ml/kg en 6 heures
≥ 1 an et adultes	30 ml/kg en 30 min	70 ml/kg en 2 ½ heures	100 ml/kg en 3 heures

- a) Plus d'une intraveineuse (IV) peut être nécessaire pour administrer le premier traitement par bolus.
- b) Lorsque la réhydratation par IV n'est pas possible et que le patient ne peut pas boire, la solution de SRO peut être administrée par sonde nasogastrique.
 - Ne pas utiliser de sonde nasogastrique chez les patients inconscients ou qui vomissent.
- c) Si possible, mesurer le débit de fluide et ajouter des volumes équivalents à la quantité décrite pour le traitement initial.
- d) Surveiller le patient de près et effectuer une réévaluation fréquente (toutes les 15 à 30 minutes).
- e) Si l'hydratation ne s'améliore pas, administrez le perfusion IV plus rapidement. 200 ml / kg ou plus peuvent être nécessaires au cours des 24 premières heures de traitement.
- f) Après 6 heures (nourrissons) ou 3 heures (patients plus âgés), effectuer une réévaluation complète. Passer à la solution de SRO si l'hydratation est améliorée et si le patient peut boire.

Complications - Un œdème pulmonaire peut survenir si un excès de liquide intraveineux a été administré ; insuffisance rénale si trop peu de solution intraveineuse est administrée ; et hypoglycémie et hypokaliémie chez les enfants atteints de malnutrition réhydratés avec du lactate de Ringer uniquement. La réhydratation doit être surveillée de près par le personnel médical.

Traitement antibiotique

- g) Le laboratoire devrait être interrogé sur les profils de résistance de la souche au début et pendant l'épidémie et adapter le traitement en conséquence.
- h) Des antibiotiques ne devraient être administrés que dans des cas graves, afin de réduire la durée des symptômes et le portage de l'agent pathogène.
- i) Les antibiotiques sont administrés dès que le patient est capable de prendre des médicaments par voie orale (une fois que les vomissements ont cessé) :
 - i) Doxycycline : une dose unique (300 mg pour les adultes ; 2-4 mg / kg pour un enfant âgé de 1 à 14 ans) est l'antibiotique de choix pour tous les patients, y compris les femmes enceintes.
 - ii) En cas de résistance à la doxycycline, utilisez l'azithromycine (1 g par voie orale en dose unique pour les adultes et 20 mg / kg (max 1 g)) par voie orale en dose unique pour les enfants de moins de 12 ans

	First-line	Alternative
Adultes (y compris les femmes enceintes)	Doxycycline 300 mg en dose unique	Azithromycine PO 1g en dose unique
Enfants < 12 ans	Doxycycline 2-4 mg/kg dose unique	Azithromycine PO 20mg/kg dose unique
Supplémentation en zinc pour les enfants La supplémentation en zinc dans la prise en charge des enfants de 6 mois à 5 ans atteints de diarrhée aqueuse réduit la fréquence et la gravité de l'épisode, ainsi que la fréquence des diarrhées ultérieures. Si possible, une supplémentation (20 mg de zinc par jour) doit être initiée immédiatement.		

Plan B : Réhydratation orale chez les patients souffrant de déshydratation

- Les patients présentant des signes de déshydratation doivent être admis au CTC / CTU.
- Traitement initial, administrer une SRO en fonction du poids du patient (75 ml / kg au cours des 4 premières heures).
- Les patients atteints de choléra présentant certains signes de déshydratation n'ont pas besoin de liquide de remplacement par voie intraveineuse, mais ils doivent faire l'objet d'une surveillance étroite pendant les 4 premières heures :
 - Si à tout moment des signes de déshydratation grave apparaissent, passer immédiatement au Plan de traitement C.
 - S'il reste des signes de déshydratation après les 4 premières heures, répéter le plan de traitement B pendant 4 heures et réévaluer.
 - S'il n'y a aucun signe de déshydratation après les 4 premières heures de traitement, les patients peuvent être renvoyés chez eux avec les mêmes instructions que celles décrites ci-dessus sous le Plan de traitement A.
- Si le patient vomit en prenant un liquide, attendre 10 minutes. Permettre ensuite au patient de recommencer à manger, mais plus lentement.
- Continuer à surveiller le patient et à remplacer le liquide jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.
- Lorsque le patient est prêt à quitter l'établissement, lui prodiguer des conseils sur le traitement de la diarrhée à domicile.
- Consulter les directives de la PCIME sur le traitement des enfants de moins de 5 ans et les directives nationales pour plus d'informations sur le traitement de la diarrhée aqueuse aiguë et du choléra confirmé.

Plan A. Réhydratation orale chez les patients ne présentant aucun signe de déshydratation

- Les patients ne présentant aucun signe de déshydratation doivent être traités avec une solution de réhydratation orale (SRO).
- Il n'est pas nécessaire d'admettre les patients ne présentant aucun signe de déshydratation à la CTU / CTC. Ils peuvent être traités avec des SRO à domicile, dans des centres de traitement de l'urgence ou dans la zone de consultation externe de l'établissement de santé.
- Si le patient est vu dans l'établissement de santé, le garder sous observation pendant 2 à 4 heures pour s'assurer qu'il tolère la SRO.
- Pendant l'observation et avant le retour à la maison, donner des instructions claires pour les soins. Conseiller aux patients ou aux soignants de continuer à administrer la SRO après chaque selle mouillée et de revenir immédiatement si l'état de santé se détériore (vomissements répétés, nombre de selles accru ou si le patient boit ou mange mal)
- Les SRO doivent être préparés avec de l'eau potable (bouillie ou traitée avec un produit à base de chlore ou d'eau de Javel domestique). Ils ne devraient pas être conservés plus de 24 heures (rafraîchir chaque jour).
- Les SRO devraient être administrés régulièrement, en petites quantités. Si un patient vomit des SRO, ralentir l'administration de ces derniers, puis les augmenter lentement à nouveau lorsque le vomissement cesse.

- g) Les patients devraient recevoir des SRO après chaque selle molle pour rester hydratés jusqu'à ce que la diarrhée cesse.
- h) Les patients devraient recevoir les quantités suivantes de SRO après chaque selle molle :

Age	Quantité de SRO
<2 ans	50–100 ml
2–9 ans	100–200 ml
≥10 ans	Autant que voulu

Sortie de l'hôpital

- a) Envisager la sortie si le patient :
- ne présente aucun signe de déshydratation ;
 - est capable de prendre des SRO sans vomissements ;
 - n'a pas fait de selles liquides pendant 4 heures ;
 - est capable de marcher sans aide ;
 - passe de l'urine ;
 - a été informé de la date de son retour à l'hôpital/CTC.
- b) Avant la sortie de l'hôpital, donner aux patients et à leurs soignants des SRO et des instructions sur la manière de les apprêter.
- c) Informer le patient, les membres de sa famille et les soignants des précautions à prendre et des instructions à suivre au niveau du ménage :
- Pour les enfants, continuer d'allaiter les nourrissons et les jeunes enfants.
 - Boire et utiliser de l'eau potable.
 - Se laver les mains aux moments critiques, notamment après avoir utilisé les toilettes (y compris après avoir aidé un enfant) et avant de préparer et de manger de la nourriture. Si l'on soigne un patient, se laver toujours les mains après avoir assuré les soins et après avoir remis des objets souillés tels que des vêtements ou du linge de maison.
 - Cuire les aliments à fond et les manger encore chauds.
 - Enlever et laver, avec la solution de chlore appropriée (0,02 %), toute literie ou tout vêtement ayant pu entrer en contact avec des selles diarrhéiques. Si le chlore n'est pas disponible, la literie et les vêtements des patients peuvent être désinfectés en les remuant pendant 5 minutes dans de l'eau bouillante, en les séchant à la lumière directe du soleil ou en les lavant avec du savon et en les séchant à fond à la lumière directe du soleil.
 - Utiliser des toilettes à chasse d'eau ou une fosse septique approuvée ; doubler le sac des matériaux souillés lors de la mise au rebut à la poubelle.
 - Utiliser n'importe quel désinfectant domestique ou une solution d'eau de Javel diluée au 1/10 (une partie d'eau de javel pour 9 parties d'eau) pour nettoyer toute zone susceptible d'entrer en contact avec des matières fécales, dès que possible après qu'elle a été souillée.
 - Si un membre de la famille développe une diarrhée aqueuse aiguë, administrer une solution de réhydratation orale et solliciter immédiatement des soins de santé.
 - Lorsque vous soignez des personnes atteintes du choléra, ne pas donner à manger ou à boire à des personnes qui ne font pas partie du ménage.
 - Les visiteurs peuvent être autorisés si la personne malade veut de la compagnie ; les visiteurs doivent également observer les recommandations d'hygiène des mains.
 - Informer les patients sur les soins à domicile avant qu'ils ne quittent l'établissement de santé, en leur indiquant les signes de danger et le moment opportun pour revenir dans l'établissement. Les patients doivent reprendre le traitement s'ils développent l'un des symptômes suivants :

- nombre croissant de selles liquides ;
- difficulté à boire et à manger ;
- soif importante ;
- vomissements répétés ;
- fièvre ;
- sang dans les selles.

(a) **Donner un antibiotique oral approprié pour les épidémies de diarrhée sanglante à *Shigella dysenteriae* type 1.**

	ACIDE NALIDIXIQUE # Quatre fois par jour pendant 5 jours	CIPROFLOXACINE # Deux fois par jour pendant 5 jours	COTRIMOXAZOLE (triméthoprim + sulphaméthoxazole) # Deux fois par jour pendant 5 jours		
POIDS	COMPRIMÉ 250 mg	COMPRIMÉ 250 mg	COMPRIMÉ ADULTE 80 mg Triméthoprim + 400 mg sulphaméthoxazole	COMPRIMÉ PÉDIATRIQUE 20 mg triméthoprim + 100 mg sulphaméthoxazole	SIROP 40 mg triméthoprim + 200 mg sulphaméthoxazole pour 5 ml
Dose enfant					
3–5 kg	¼	¼	¼	2	5 ml
6–9 kg	¼	¼	½	2	5 ml
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		

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

Donner de la vitamine A aux enfants atteints de rougeole

- Donner la première dose au centre de soins ou au dispensaire.
- Remettre une dose à la mère pour qu'elle l'administre à l'enfant le lendemain, au domicile.

ÂGE	Capsules de Vitamine A		
	200 000 IU	100 000 UI	50 000 UI
Jusqu'à 6 mois		½ capsule	1 capsule
De 6 mois à 12 mois	½ capsule	1 capsule	2 capsules
De 12 mois à 5 ans	1 capsule	2 capsules	4 capsules

D'après: Guide OMS pour la préparation et la riposte aux flambées épidémiques de rougeole OMS/CDS/CSR/ISR/99.1

(b) Donner l'antibiotique approprié aux patients atteints de méningite bactérienne lors et en dehors d'une épidémie

Dans :

Managing meningitis epidemics in Africa: A quick reference guide for health authorities and health-care workers Revised 2015, WHO/HSE/GAR/ERI/2010.4. Rev.

Meningitis outbreak response in sub-Saharan Africa. WHO guideline, WHO/HSE/PED/CED/14.5

Weekly Epidemiological Record No 51/52, 577-588, 19 December 2014(<http://www.who.int/wer>)

Standard Operating Procedures for Surveillance of Meningitis, Preparedness and Response to Epidemics in Africa, WHO document. WHO/AFRO/FRH October 2018, Brazzaville

1. Admission du patient dans l'établissement de soins pour le diagnostic et le traitement.
2. Après la ponction lombaire, traiter chaque nouveau patient suspecté de méningite avec des antibiotiques dans les meilleurs délais ; la ceftriaxone est le traitement de première intention de la méningite bactérienne (protocoles de traitement dans le tableau ci-dessous).
3. S'assurer que tout enfant de moins de 2 ans ou tout patient présentant des symptômes graves est admis dans le centre de santé pour y être hospitalisé et ajuster le traitement si nécessaire.
4. L'isolement du malade n'est pas nécessaire. Donner un traitement symptomatique et simplifier la prise en charge des cas.

Âge	Protocoles de traitement de la méningite bactérienne durant les épidémies en Afrique (sans confirmation de laboratoire)
Chez les enfants de 0 à 2 mois	Ceftriaxone 100 mg / kg / jour, IM ou IV, une fois par jour pendant 7 jours
Chez les enfants de plus de 2 mois	Ceftriaxone 100 mg / kg / jour une fois par jour (maximum 2 g), IM ou IV, pendant 5 jours
Chez les enfants de plus de 14 ans et les adultes	Ceftriaxone 2g / jour une fois par jour, IM ou IV, pendant 5 jours
Remarque : En dehors des épidémies, la durée du traitement doit être de 7 à 10 jours pour tous les âges	

Prophylaxie pour les contacts domestiques

Les antibiotiques sont recommandés en tant que mesure prophylactique pour les contacts domestiques de tout âge en périodes non épidémiques, mais pas pendant les épidémies. La ciprofloxacine est l'agent prophylactique préféré, la ceftriaxone étant une autre option lorsque la ciprofloxacine est contre-indiquée.

Annexe 6B. Préparer des solutions désinfectantes à partir de produits ménagers usuels

Dans le cadre de la riposte à une épidémie de maladie transmise par contact direct avec des liquides biologiques infectieux (sang, urine, selles, sperme et crachats par exemple), on peut utiliser un système peu coûteux à partir d'eau de javel.

Le tableau ci-dessous décrit comment préparer des solutions chlorées à 1 :10 et 1:100 à partir de l'eau de javel et d'autres produits chlorés de ménage.

Produit chloré à utiliser	Pour préparer une solution à 1:10 servant à désinfecter	Pour préparer une solution à 1:100 servant à désinfecter:
	<ul style="list-style-type: none">• les excréments• les cadavres• les éclaboussures de liquides biologiques infectieux	<ul style="list-style-type: none">• les mains gantées• les mains et la peau nues• les sols• les vêtements• les équipements• la literie
Eau de javel à 5 % de chlore actif	1 litre d'eau de javel pour 10 litres d'eau	100 ml pour 10 litres d'eau ou 1 litre de solution désinfectante à 1:10 pour 9 litres d'eau
Hypochlorite de calcium (HTH) en poudre ou en granulés (70 % de chlore actif)	7 grammes ou ½ cuillerée à soupe pour 1 litre d'eau	7 grammes ou 1/2 cuillerée à soupe pour 10 litres d'eau
Eau de javel concentrée (30 % de chlore actif)	16 grammes ou 1 cuillerée à soupe pour 1 litre d'eau	16 grammes ou 1 cuillerée à soupe pour 10 litres d'eau

Pour désinfecter les vêtements :

- Désinfecter rapidement et à fond les effets personnels du patient et son environnement immédiat à l'aide de l'un des désinfectants suivants :
 - Poudre de chaux chlorée
 - Solution chlorée à 1 %
 - Solution de phénol à 1-2 %
- Désinfecter rapidement et à fond les vêtements du patient :
 - Faire bouillir ou laisser tremper dans une solution désinfectante
 - Laver les vêtements au savon et à l'eau
 - Laisser sécher au soleil
 - Laver les ustensiles à l'eau bouillante ou avec une solution désinfectante
- Ne pas laver les articles contaminés dans les rivières ou les mares utilisées pour l'eau de boisson ou près d'un puits.

Annexe 6C. Planifier une campagne de vaccination d'urgence

1. Examiner avec les agents de santé la nécessité de planifier les campagnes de vaccination et préciser la population visée par la vaccination.
2. Évaluer les quantités nécessaires de vaccins, de diluants et de matériels de vaccination : seringues stériles, aiguilles stériles, boîtes isothermes, porte-vaccins et boîtes de sûreté.
 - a) Travailler en collaboration avec le programme national de vaccination et de prévention et contrôle des maladies (IVD), le bureau de pays de l'OMS et les bureaux de l'UNICEF afin de prendre les dispositions appropriées pour la fourniture des vaccins et fournitures nécessaires.
 - b) Une liste des vaccins pré qualifiés par l'OMS est disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list_en/en/. Si un pays a déjà un CCI, s'assurer qu'il y a discussion et accord sur le type de vaccin à administrer, à qui l'administrer et sur la méthodologie à utiliser.
 - c) Contacter le niveau national pour obtenir les vaccins. S'il n'y a pas de stock national de réserve, le responsable national du PEV demandera à l'OMS un approvisionnement d'urgence.
3. Choisir les sites de vaccination et informer la communauté.
 - a) Identifier les sites de vaccination avec le programme PEV/PVI ou le programme de lutte contre les maladies de votre district.
 - b) Identifier les établissements de soins qui pourront prendre part à l'activité de vaccination.
 - c) Identifier, si besoin, une équipe mobile de vaccination.
 - d) Déterminer les zones difficilement accessibles (camp temporaire de travailleurs par exemple) et former une équipe mobile de vaccination pour les atteindre.
 - e) Contacter les établissements de soins et organiser l'activité sur les sites de vaccination.
 - f) Vérifier que les capacités sont suffisantes pour conserver des quantités de vaccin supplémentaires pendant le stockage et le transport jusqu'au site de vaccination.
4. Mener une microplanification complète pour la campagne. Un micro plan est le plan opérationnel d'une campagne au niveau du comté ou du niveau inférieur. S'assurer que le plan comporte au moins les éléments suivants :
 - a) estimation du nombre d'équipes de vaccination nécessaires et de leur composition, notamment les rôles et responsabilités des membres de l'équipe, ainsi que le nombre de superviseurs et de contrôleurs ;
 - b) liste des superviseurs ainsi que leurs coordonnées ;
 - c) plan de voyage pour les équipes et les superviseurs, notamment les exigences de transport ;
 - d) cartographie de la coordination avec les autres partenaires et les partenaires locaux des régions /districts, tels que les ONG, les organisations confessionnelles et civiles, etc.
 - e) cartes de la zone ciblée ;
 - f) exigences et maintenance de la chaîne du froid ;
 - g) plan de répartition de la logistique ;

- h) plans d'élimination des déchets de la campagne ;
 - i) plan de mobilisation sociale avec les leaders de la communauté élaboré et engagé ;
 - j) calendrier de formation ;
 - k) prévisions budgétaires pour les différentes composantes de la campagne, notamment la formation et la planification avant la mise en œuvre et l'élimination des déchets après la mise en œuvre.
5. Former les équipes de vaccinateurs. Pour 100 à 150 personnes à vacciner sur le site, on prévoira le personnel suivant :
- a) un à deux vaccinateurs pour effectuer les vaccinations ;
 - b) une personne chargée de l'enregistrement sur les cartes de vaccination ;
 - c) agents de santé communautaires s'ils sont déjà disponibles ou un bénévole de la communauté identifié pour vérifier l'âge et le statut vaccinal.
6. En collaboration avec l'équipe du PEV/IVD, organiser, à l'intention des vaccinateurs, des cours de recyclage sur les pratiques de vaccination recommandées. S'assurer que les instructions sont données pour l'utilisation de techniques d'injection sûres.
7. Mobiliser la communauté. Informer le public de la campagne de vaccination d'urgence tout en s'assurant de ce qui suit :
- a) un plan de communication clair comprenant des informations faciles à comprendre sur la nécessité de la campagne ;
 - b) un groupe cible clairement défini pour la campagne ;
 - c) une compréhension claire des dates de la campagne ;
 - d) un mécanisme dans le plan de communication permettant d'identifier et de traiter rapidement les rumeurs pouvant survenir pendant la campagne ;
 - e) un point de contact unique, connaissant bien la communication en situation de risque et la culture locale ;
 - f) un plan clair de surveillance des effets indésirables.
8. Organiser le transport du personnel jusqu'au site de vaccination.
- a) Prévoir le transfert de l'équipe jusqu'au site et son retour.
 - b) Réserver des véhicules et prévoir le carburant et autres frais.
 - c) Évaluer le coût des per diem et organiser l'hébergement si le site est situé en dehors du lieu d'affectation habituel des agents de santé.
9. Contrôler l'ensemble du processus de campagne et le nombre de vaccins administrés.
- a) Recueillir les fiches récapitulatives quotidiennes des équipes.
 - b) Calculer la quantité des stocks restants et des fournitures nécessaires pour le lendemain.
 - c) Veiller à ce que le nombre estimé d'individus vaccinés fasse l'objet d'un contrôle quotidien et d'un suivi par rapport à la population cible.

- d) Des plans de visite de suivi devraient être préparés pour les individus manqués, sur la base des informations figurant sur les fiches de pointage/récapitulatives.
- e) Documenter tous les ménages/personnes manquants qui devraient faire l'objet d'un suivi les jours suivants.
- f) Examiner l'équipe disponible sur le site et, si nécessaire, réaffecter / déployer les équipes sur d'autres sites en fonction de la charge de travail.
- g) Organiser de brèves séances de restitution à la fin de chaque journée avec les équipes de vaccination et apporter les corrections nécessaires à mi-parcours.

NB : Un guide rapide des problèmes courants du SIA et des solutions rapides est disponible à l'adresse suivante :

<http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/1c.QuickFixesforSIA20100914.pdf>

Donner des instructions pour l'utilisation de techniques d'injection sûres. Examiner, avec les agents de santé, la nécessité de planifier des campagnes de vaccination.

Annexe 6D Évaluer les stocks de vaccins

Épidémie: _____ Date de confirmation _____

Population cible : _____ enfants de 0 à 5 ans
- enfants de 9 mois à 14 ans ; enfants et adultes de 0 à 30 ans ; femmes en âge de procréer ayant entre 15 et 45 ans ; population générale, enfants et adultes

1. Taille de la population cible à vacciner. Si l'on ne veut vacciner qu'une partie de la population générale, estimer la taille cette population. Multiplier le nombre total d'habitants par le pourcentage d'enfants ou d'adultes dans la population cible. Si l'on ne connaît pas exactement la distribution par âge dans la zone géographique, on pourra utiliser les estimations suivantes :

- | | |
|--|------|
| • enfants de 0 à 5 ans | 20 % |
| • enfants de 9 mois à 14 ans | 45 % |
| • enfants et adultes de 1 à 30 ans | 70 % |
| • femmes en âge de procréer de 15 à 45 ans | 20 % |

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

3. Pertes. Prévoir 20 % de pertes. Multiplier la taille de la population cible (étape 1) par le nombre de doses recommandées, puis par 1,20.

	X	x 1.20 =	
Taille de la population cible	Nombre de doses recommandées	Pertes	Nombre de doses nécessaires, pertes comprises

NB : Il est recommandé que le facteur de perte de 20 % ne soit utilisé qu'au niveau national pour estimer les besoins en vaccins au cours d'une épidémie. Utiliser un facteur de perte de 15 % aux niveaux sous-national et du district et 10 % au niveau de la formation sanitaire.

4. Prévoir un stock correspondant à 25 % des besoins. Multiplier le nombre estimé de doses, pertes comprises, par 1,25 pour obtenir une estimation du nombre de doses nécessaires.

_____	X	1.25	=	
Nombre de doses	Facteur de contingence			Nombre total de doses nécessaires, pertes comprises

NB: Il est recommandé que le stock de réserve ne soit conservé qu'au niveau national. Cependant, si un niveau sous-national dispose de la capacité adéquate de stockage de vaccins, il peut également conserver un stock d'urgence.

5. Pour obtenir le nombre total de vaccins à commander, diviser le nombre total de doses nécessaires par le nombre de doses contenues dans un flacon. (L'étiquette porte généralement cette mention : 1 dose, deux doses, cinq doses, dix doses ou vingt doses).

_____	÷	_____	=	_____
Nombre total de doses estimé		Nombre de doses par flacon		Nombre total de flacons nécessaires

6. Si le vaccin doit être dilué, multiplier le nombre de millilitres de diluant par flacon, par le nombre total de flacons nécessaires.

$$\begin{array}{ccccc} \underline{\hspace{2cm}} & \times & \underline{\hspace{2cm}} & = & \underline{\hspace{2cm}} \\ \text{Diluant nécessaire} & & \text{Nombre total de} & & \text{Quantité totale de diluant à commander par flacon} \\ & & \text{flacons} & & \end{array}$$

7. Estimer le nombre d'aiguilles et de seringues stériles nécessaires à la vaccination. Si l'on utilise des aiguilles et seringues à usage unique, la quantité à commander est la même que le nombre estimé de doses (étape 4).
8. Estimer également le nombre de seringues nécessaires à la dilution, lors de la préparation du vaccin. D'après : Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication, Organisation mondiale de la santé, Genève 1997. District guidelines for yellow fever surveillance, Division of Emerging and other communicable disease surveillance and control, Organisation mondiale de la santé, Genève 1998.
9. Estimer le nombre de boîtes de sûreté nécessaires.

Annexe 6E. Pratiques de vaccination recommandées

En collaboration avec l'équipe du PEV, organiser un cours de recyclage à l'intention des équipes de vaccinateurs chargés de la vaccination d'urgence. S'assurer que ces équipes savent au moins :

1. Reconstituer correctement le vaccin :
 - a) Déterminer la quantité de diluant nécessaire pour reconstituer le vaccin lyophilisé.
 - b) Utiliser à chaque fois une seringue et une aiguille stériles.
- c) A l'aide de la seringue de dilution, aspirer le diluant et l'injecter dans le flacon contenant le vaccin à plusieurs reprises, pour bien mélanger le vaccin reconstitué.
2. Envelopper le flacon dans du papier aluminium ou le couvrir avec un morceau de tissu sombre pour le 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 saletés et les mouches.
4. Placer immédiatement les flacons de vaccin reconstitué et les flacons de vaccin liquide une fois ouverts dans un récipient contenant de la glace ou les poser sur un paquet de glace. Garder la glace et les vaccins à l'ombre.
5. Suivre la politique de flacons multi doses, le cas échéant; par exemple pour la rougeole et la polio.
6. Noter la dose injectée sur la carte de vaccination de chacune des personnes vaccinées, si la politique nationale stipule que les personnes vaccinées doivent être munies d'une carte.
7. Rassembler les données permettant de contrôler l'activité. Par exemple, enregistrer sur une fiche de pointage le nombre de doses administrées de manière à pouvoir calculer la couverture vaccinale de la campagne.
8. Rappeler aux agents de santé qu'ils peuvent contracter des maladies transmises par le sang, suite aux piqûres accidentelles avec les aiguilles. Relire les pratiques sécurisées de manipulation et d'élimination des instruments tranchants et des aiguilles.
9. A la fin de la vaccination, organiser l'élimination sécurisée du matériel utilisé pour les injections. Ce matériel peut être brûlé ou enterré selon les directives d'élimination des déchets médicaux.

Annexe 6F. Modèles de messages éducatifs à l'intention de la communauté

Améliorer le lavage des mains

Le moyen le plus efficace d'éviter la transmission de certains microbes responsables de maladies infectieuses est probablement de se laver les mains à l'eau et au savon. Il est donc important d'encourager les familles à se laver les mains, en particulier après être allé à la selle, après avoir lavé un enfant qui est allé à la selle, après s'être débarrassé des selles d'un enfant, avant de préparer ou de manipuler des aliments et avant de manger.

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 boisson de l'eau utilisée pour le lavage. 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 de la cendre ou de la terre. Après s'être lavé les mains, ne pas les essuyer avec un linge sale. Les faire sécher à l'air.

Message:

ÊTES-VOUS PROTÉGÉ CONTRE LA DYSENTERIE (diarrhée sanglante)?

En vous lavant les mains, vous vous protégez vous-même et vous protégez les autres contre la maladie.

Toujours se laver les mains:

- Après être allé à la selle
- Après avoir nettoyé un enfant qui vient d'aller à la selle
- Après s'être débarrassé des selles d'un enfant
- Avant et après les repas

Message:

AVEZ-VOUS CE QU'IL FAUT POUR VOUS LAVER LES MAINS ?

- De l'eau propre et du savon (ou si vous n'avez pas de savon, vous pouvez utiliser des cendres ou de la terre pour vous laver les mains)
- Une serviette propre pour vous essuyer.

Manipulation sécurisée des aliments

Encourager les pratiques de sécurité sanitaire des aliments :

- Bien se laver les mains au savon avant de préparer la nourriture.
- Laver soigneusement les fruits et les légumes verts avec de l'eau propre avant de les consommer.
- Faire cuire les aliments jusqu'à ce qu'ils soient uniformément chauds.
- Consommer les aliments quand ils sont encore chauds ou les réchauffer avant de manger.
- Laver 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.
- Couvrir les aliments pour les protéger.

Message:

PRÉPAREZ-VOUS LA NOURRITURE EN TOUTE SÉCURITÉ? La cuisson tue les germes

- Faire bien cuire la viande, le poisson et les légumes.
- Manger la viande, le poisson et les légumes cuits quand ils sont encore chauds.

La propreté protège contre la maladie

- Bien se laver les mains avant de préparer ou de servir la nourriture.
- Laver les plats et ustensiles de cuisine à l'eau et au savon.
- Laver soigneusement les planches à découper à l'eau et au savon.

L'épluchage protégé contre la maladie

- Manger uniquement des fruits fraîchement pelés (bananes et oranges par exemple).

IL FAUT ÊTRE PROPRE: FAIRE CUIRE, PELER OU JETER .

Cinq clés pour des aliments plus sûrs

- Respecter la propreté
- Séparer les aliments crus et les aliments cuits
- Faire bien cuire les aliments
- Conserver la nourriture à la température indiquée
- Utiliser de l'eau saine et des produits crus sains

Cinq clefs pour des aliments plus sûrs



Prenez l'habitude de la propreté

- ✓ Lavez-vous les mains avant de toucher des aliments et relavez-les souvent pendant que vous faites la cuisine
- ✓ Lavez-vous les mains après être allé aux toilettes
- ✓ Lavez et désinfectez toutes les surfaces et le matériel en contact avec les aliments
- ✓ Tenez les insectes, les rongeurs et les autres animaux à l'écart des aliments et de la cuisine

Pourquoi ?

La plupart des micro-organismes ne provoquent pas des maladies mais beaucoup de micro-organismes dangereux sont présents dans le sol et dans l'eau, ainsi que chez les animaux et les êtres humains. Ces micro-organismes dangereux sont véhiculés par les mains, les torchons et les ustensiles, et en particulier les planches à découper. Le plus léger contact suffit pour qu'ils passent dans les aliments et provoquent des maladies d'origine alimentaire.



Séparez les aliments crus des aliments cuits

- ✓ Séparez la viande, la volaille et le poisson crus des autres aliments
- ✓ Ne réutilisez pas pour d'autres aliments le matériel et les ustensiles tels que les couteaux et les planches à découper que vous venez d'utiliser pour des aliments crus
- ✓ Conservez les aliments dans des récipients fermés pour éviter tout contact entre les aliments crus et les aliments prêts à consommer

Pourquoi ?

Les aliments crus, en particulier la viande, la volaille et le poisson, et leurs sucs, peuvent contenir des micro-organismes dangereux susceptibles de contaminer d'autres aliments au cours de la préparation ou de la conservation.

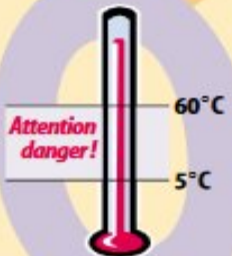


Faites bien cuire les aliments

- ✓ Faites bien cuire les aliments, en particulier la viande, la volaille, les œufs et le poisson
- ✓ Portez les mets tels que les soupes et les ragoûts à ébullition pour vous assurer qu'ils ont atteint 70°C. Pour la viande et la volaille, vérifiez que la chair n'est plus rose ou, mieux encore, utilisez un thermomètre
- ✓ Faites bien réchauffer les aliments déjà cuits

Pourquoi ?

Une cuisson à cœur élimine la plupart des micro-organismes dangereux. Des études ont montré que des aliments cuits à 70°C peuvent être consommés sans danger. Certains aliments comme les viandes hachées, les rûts roulés, les grandes pièces de viande et les volailles entières exigent une attention particulière.



Maintenez les aliments à bonne température

- ✓ Ne laissez pas des aliments cuits plus de deux heures à température ambiante
- ✓ Réfrigérez rapidement tous les aliments cuits et les denrées périssables (de préférence à moins de 5°C)
- ✓ Maintenez les aliments cuits très chauds (à plus de 60°C) jusqu'au moment de les servir
- ✓ Ne conservez pas des aliments trop longtemps même dans le réfrigérateur
- ✓ Ne décongelez pas les aliments surgelés à température ambiante

Pourquoi ?

À température ambiante, les micro-organismes se multiplient très rapidement dans les aliments. À moins de 5°C ou à plus de 60°C, la croissance des micro-organismes est ralentie ou interrompue. Certains micro-organismes dangereux continuent de se multiplier à moins de 5°C.



Utilisez de l'eau et des produits sûrs

- ✓ Utilisez de l'eau saine ou traitez-la de façon à écarter tout risque de contamination
- ✓ Choisissez des aliments frais et sains
- ✓ Préférez des aliments traités de telle façon qu'ils ne présentent plus de risque comme, par exemple, le lait pasteurisé
- ✓ Lavez les fruits et les légumes, surtout si vous les consommez crus
- ✓ N'utilisez pas d'aliments ayant dépassé la date de péremption

Pourquoi ?

Les produits bruts, de même que l'eau et le lait, peuvent contenir des micro-organismes dangereux et des produits chimiques. Des substances chimiques toxiques peuvent se développer dans les aliments avariés ou mois. Les produits bruts présentent d'autant moins de risques qu'ils ont été soigneusement choisis, ou simplement lavés et pelés.

Élimination sécurisée des déchets d'origine humaine

L'élimination sécurisée des déchets d'origine humaine est toujours prioritaire, surtout pendant les épidémies de diarrhée. Il faut construire des systèmes sanitaires adaptés aux conditions locales, avec la coopération de la communauté.

Messages à l'adresse de la communauté :

- Tout le monde, même les enfants, doit utiliser correctement les latrines.
- Jeter les excréments des enfants dans les latrines avec une pelle ou les enterrer dans un trou.
- Eviter de déféquer sur le sol, dans la source d'approvisionnement en eau ou à proximité.

Lors des grands rassemblements publics, notamment à l'occasion de foires, de funérailles ou de festivals religieux, on s'assurera que l'élimination des déjections ne présente pas de risque pour la santé. S'il n'y a pas de latrines, il faut définir une aire à cet effet et fournir une pelle pour y enterrer les excréments.

Message :

ÊTES-VOUS PROTÉGÉ CONTRE LA DYSENTERIE (diarrhée sanglante) ? UTILISEZ-VOUS DES TOILETTES OU DES LATRINES ?

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

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

IL FAUT ÊTRE PROPRE: UTILISEZ DES TOILETTES OU DES LATRINES

Salubrité et conservation de l'eau de boisson

Approvisionnement et conservation de l'eau potable dans la communauté

1. **Eau courante** : Pour être potable et saine, l'eau courante doit être correctement traitée au chlore. Pour éviter que l'eau de la nappe phréatique contaminée pénètre dans les conduites, réparer les joints qui fuient et maintenir une pression constante dans le système.
2. **Puits fermé** : Les margelles de puits doivent être équipées d'un radier d'écoulement ainsi que d'une poulie, d'un treuil ou d'une pompe.
3. **Par camion** : Si l'eau disponible localement risque d'être contaminée, l'eau de boisson peut être apportée par camions citernes ou transportée dans des bidons si elle est correctement chlorée et si le ravitaillement peut être assuré de façon régulière. Mais cette forme d'approvisionnement est onéreuse et 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 au domicile

Lorsque la salubrité de l'eau de boisson est incertaine, il faut la chlorer ou la faire bouillir.

Pour éviter la contamination de l'eau, 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 long réservée à cet usage.
2. **Récipients à bec étroit** dont l'ouverture est trop petite pour que l'on puisse y passer la main. L'eau en est extraite par versage ou à l'aide d'un robinet.

L'eau utilisée pour la toilette, la lessive ou d'autres usages que la boisson n'a pas besoin d'être traitée et doit être conservée à part.

Pratiques funéraires sécurisées

Les liquides biologiques des personnes décédées de choléra ou de fièvre hémorragique virale restent infectieux. Aussi faut-il être extrêmement prudent lors de la préparation du corps de défunts dont on suspecte qu'ils sont morts du choléra ou de fièvre hémorragique virale. Encourager les pratiques et rituels d'inhumation sécurisés

Réduire l'exposition aux moustiques

La lutte anti-moustiques est l'intervention principale pour la réduction de la transmission du paludisme. Elle peut permettre d'abaisser la transmission d'un niveau très élevé à un niveau proche de zéro. Dans les zones de forte transmission, la lutte anti-moustiques permet de réduire significativement le taux de mortalité infantile et maternelle. La protection individuelle contre les piqûres de moustiques représente la première ligne de défense contre le paludisme.

Message :

ÊTES-VOUS PROTÉGÉ CONTRE LES PIQÛRES DE MOUSTIQUES ?

Quand cela est possible :

- Éviter de sortir entre le crépuscule et l'aube, période propice aux piqûres de moustiques
- Porter des vêtements à manches longues et un pantalon long à l'extérieur la nuit, et éviter les couleurs sombres qui attirent les moustiques
- Appliquer un répulsif sur la peau découverte (si produit disponible)
- Installer des moustiquaires aux portes et aux fenêtres.
- Imprégner d'insecticide les moustiquaires se trouvant au-dessus des lits
- Utiliser un spray anti-moustiques ou un diffuseur d'insecticide (si disponible)

La transmission du paludisme peut être rapidement réduite par l'utilisation des pulvérisations intra domiciliaires à effet rémanent. Cette méthode est efficace durant 3 à 12 mois, selon l'insecticide utilisé et la surface traitée.

Annexe 6G. Communication en période d'épidémie

Introduction

Suite à la confirmation et à la vérification de l'évènement, les autorités sanitaires de niveau primaire et de district devront prendre contact avec les autorités nationales pour discuter avec elles et recevoir des indications concernant les messages communs à fournir aux médias.

Depuis la première annonce et tout au long de l'épidémie, la communication au niveau du district doit s'aligner sur les messages clés élaborés au niveau national, en concertation avec l'équipe de terrain, ce qui permettra de fournir des informations cohérentes et de parler d'une seule voix.

Même si la communication est coordonnée par les autorités nationales, les médias prendront néanmoins contact avec les autorités sanitaires locales et de district pour obtenir des informations de première main, directement à la source.

Par ailleurs, le directeur de l'hôpital de district devra participer à la communication et apporter son expertise scientifique pour justifier les mesures de riposte à l'épidémie

Actions au niveau du district

- identifier un ou des porte-parole au niveau du district (politique et technique) ;
- rester en contact avec les autorités nationales pour leur fournir des informations de première main (émanant de la communauté locale, des médias et des parties concernées au niveau local) ;
- rester en contact avec les autorités nationales qui transmettront des indications et des réponses aux questions les plus fréquemment posées pour alimenter les médias locaux ;
- être disponible pour répondre aux demandes d'interviews des médias locaux et leur fournir des informations exactes, transparentes et actualisées, accompagnées de messages clés clairement exprimés, suivant les directives du niveau national ;
- organiser des points presse pour fournir régulièrement des informations aux médias locaux, suivant les directives nationales ;
- développer et entretenir de bonnes relations avec les médias locaux pour délivrer à la population des messages exacts, clairs et en temps utile ;
- utiliser le matériel élaboré au niveau national comportant des messages clairs et cohérents, pour donner des conseils à la population ;
- identifier les canaux de communication locaux pour diffuser l'information à la population ;
- rencontrer régulièrement les responsables locaux pour diffuser correctement les messages de prévention et de surveillance à la population ;
- organiser des campagnes de prévention porte-à-porte pour atteindre les zones rurales reculées et promouvoir la prévention et la surveillance, suivant les directives nationales.

Annexe 6H. Guide des mesures de prévention et de contrôle des infections

Lavage des mains

But : Protéger le patient, le personnel et les soignants contre les infections croisées

Responsabilité : Cliniciens, praticiens en santé environnementale, soignants

Étapes du lavage des mains

- Les mains sont soigneusement lavées pendant au moins 10 à 15 secondes avec du savon (ordinaire ou antimicrobien) et de l'eau courante (robinet ou vidage).
- Enlevez les bijoux (bagues, bracelets) et les montres avant de vous laver les mains, assurez-vous que les ongles sont coupés courts (ne portez pas d'ongles artificiels), retroussiez les manches jusqu'au coude.
- Mouiller les mains et les poignets en gardant les mains plus basses que les coudes (pour que l'eau coule au bout des doigts et éviter toute contamination des bras).
- Appliquez du savon (ordinaire ou antimicrobien ou de la cendre) et faites bien mousser.
- Utilisez des mouvements circulaires fermes pour laver les mains et les bras jusqu'aux poignets, en couvrant toutes les zones, y compris les paumes, le dos des mains, les doigts, entre les doigts et le côté latéral du cinquième doigt, les jointures et les poignets
- Frottez pendant au moins 10 à 15 secondes.
- Répétez le processus si les mains sont très sales. Nettoyer sous les ongles.
- Rincez-vous soigneusement les mains en maintenant les mains plus basses que les avant-bras. Si l'eau courante n'est pas disponible, utilisez un seau et une cruche.
- Ne plongez pas vos mains dans une cuvette pour vous rincer, au risque de les contaminer de nouveau. Récupérez l'eau utilisée dans un bassin et versez-la dans un évier, un drain ou des toilettes.
- Séchez-vous soigneusement les mains avec un essuie-tout ou des serviettes en papier jetables, une serviette sèche ou séchez-les à l'air libre. Jetez la serviette usagée dans un récipient approprié sans toucher le couvercle. Utilisez une serviette en papier, une serviette propre ou votre coude / pied pour fermer le robinet afin d'éviter une nouvelle contamination.

Différents types de désinfection antiseptique :

Utilisation d'antiseptiques, de gels pour les mains ou de tampons imbibés d'alcool pour l'antisepsie des mains :

- Appliquez le produit dans la paume de la main. Le volume nécessaire pour une application varie selon les produits.
- Frottez-vous les mains, en couvrant toute la surface des mains et des doigts, jusqu'à ce que vos mains soient sèches.
- Ne pas rincer.

Note :

- En cas de salissure visible des mains, il convient de les laver au savon et à l'eau avant d'utiliser des gels pour mains sans eau ou des tampons imbibés d'alcool.
- Au cas où le savon n'est pas disponible, les cendres peuvent être utilisées pour se laver les mains

Techniques d'hygiène des mains

Il s'agit d'un processus qui élimine mécaniquement la saleté et les débris de la peau et réduit le nombre de microorganismes transitoires. Se laver les mains avec du savon ordinaire et de l'eau propre est aussi efficace pour se laver les mains et éliminer les microorganismes transitoires que le lavage avec des savons antimicrobiens et provoque moins l'irritation de la peau.

Étapes:

- Bien mouiller les mains.
- Appliquez un agent de lavage des mains (savon liquide) ; un agent antiseptique n'est pas nécessaire.
- Frottez vigoureusement toutes les zones des mains et des doigts pendant 10 à 15 secondes (astuce : 10 respirations moyennes), en portant une attention particulière aux ongles et à la zone entre les doigts.
- Rincez-vous soigneusement les mains avec de l'eau courante de robinet ou du seau.
- Sécher les mains avec une serviette en papier ou une serviette propre et sèche ou les sécher à l'air libre.
- Utilisez une serviette en papier ou une serviette propre et sèche pour couper l'eau s'il n'y a pas de commande au pied ou de fermeture automatique.



D'après : Organisation mondiale de la santé (OMS) 2005.

NB:

- Si vous utilisez des morceaux de savon en barre, fournissez des petits morceaux et des porte-savons qui laissent passer de l'eau.
- Utilisez de l'eau courante et évitez de tremper les mains dans une cuvette contenant de l'eau stagnante ; même avec l'ajout d'un agent antiseptique, les microorganismes peuvent survivre et se multiplier dans ces solutions.
- N'ajoutez pas du savon à un distributeur de savon liquide partiellement vide. Cette pratique de « remplissage » des distributeurs peut entraîner une contamination bactérienne du savon.
- Lorsque les distributeurs de savon sont réutilisés, ils doivent être soigneusement nettoyés avant leur remplissage.
- Lorsqu'il n'y a pas d'eau courante disponible, utilisez un seau avec un robinet qui peut être ouvert pour se faire mousser les mains et rallumé pour le rinçage, ou utilisez un seau et un pichet.
- L'eau usée doit être collectée dans une cuvette et versée dans une latrine en l'absence de drain.

Étapes à suivre pour porter un EPI OMS y compris une combinaison

1. Enlevez tous les objets personnels (bijoux, montres, téléphones portables, stylos, etc.).
2. Mettez la combinaison et les bottes en caoutchouc * dans le vestiaire.
3. Rendez-vous vers la zone propre à l'entrée de l'unité d'isolement.
4. Prenez l'EPI au préalable. Choisissez la bonne combinaison.
5. Mettez l'équipement de protection individuelle selon les conseils et sous la supervision d'un collègue.
6. Effectuez l'hygiène des mains.
7. Mettez des gants intérieurs (examen, nitrile).
8. Enfilez une combinaison.
9. Trou pour le pouce (ou le majeur) dans la manche ou la boucle du pouce.
10. Mettez le masque.
11. Mettez une protection du visage (visière ou lunettes de protection).
12. Mettez un couvre-tête : bonnet ou capuchon chirurgical.
13. Mettez un tablier imperméable jetable.
14. Mettez des gants extérieurs (examen, nitrile) sur la manche.
15. Contrôlez en vous regardant dans un miroir.
16. Contrôlez le collègue et écrivez le nom / la profession / le temps d'entrée.

Étapes pour enfiler l'équipement de protection individuelle (EPI) comprenant une combinaison

1 Enlevez tous vos effets personnels (bijoux, montres, téléphones portables, stylos, etc.).

2 Enfilez la tenue de travail et les bottes en caoutchouc¹ dans le vestiaire.

3 Dirigez-vous vers la zone propre à l'entrée de l'unité d'isolement.

4 Procédez à une inspection visuelle pour vérifier que les tailles des différents éléments de l'EPI sont adaptées et que la qualité est appropriée.

5 Suivez la procédure pour enfiler l'EPI sous la direction et la supervision d'un observateur formé (collègue).

6 Appliquez les mesures d'hygiène des mains.

7 Enfilez les gants (gants d'examen en nitrile).

8 Enfilez la combinaison.²

9 Enfilez le masque.

10 Enfilez l'écran facial OU les lunettes.

11 Enfilez l'article recouvrant votre tête et votre cou ; il peut s'agir au choix d'une coiffe chirurgicale couvrant le cou et les côtés de la tête (de préférence avec un écran facial) OU d'une cagoule.

12 Enfilez le tablier jetable imperméable (si vous ne disposez pas de ce type de tablier, utilisez un tablier résistant imperméable et réutilisable).

13 Enfilez une deuxième paire de gants (de préférence recouvrant largement le poignet³ par-dessus la manche).

1 Si vous ne disposez pas de bottes, utilisez des chausures fermées (à enfiler, sans lacets et couvrant totalement le cou-de-pied et les chevilles) ainsi que des surchausures (à enfiler et de préférence imperméables).

2 Utilisez pas de ruban adhésif pour attacher les gants. Si les gants ou les manches de la combinaison ne sont pas assez longs, faites un trou pour le pouce (ou le majeur) dans la manche de la combinaison pour vous assurer que votre avant-bras n'est pas exposé lorsque vous faites des mouvements amples. Certains modèles de combinaisons sont équipés d'anneaux pour les doigts au niveau des manches.

Organisation mondiale de la Santé

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Étapes à suivre pour enlever un EPI y compris la blouse

1. Retirez toujours les EPI sur les conseils et sous la supervision d'un observateur qualifié (collègue).
2. Entrez dans la zone de décontamination en passant par le bac à chlore.
3. Effectuez l'hygiène des mains sur les mains gantées (0,5 % de chlore).
4. Enlevez le tablier en prenant soin d'éviter de contaminer vos mains en le décollant.
5. Effectuez l'hygiène des mains sur les mains gantées (0,5 % de chlore).
6. Retirez la capuche ou le bonnet en prenant soin de ne pas contaminer votre visage.
7. Effectuez l'hygiène des mains sur les mains gantées (0,5 % de chlore).
8. Retirez la combinaison et la paire de gants externe.
9. Inclinez la tête en arrière pour atteindre la fermeture éclair, ouvrez la fermeture éclair complètement sans toucher la peau ou en évitant les boursouflures, retirez la combinaison de haut en bas.
10. Après avoir libéré les épaules, retirez les gants extérieurs tout en tirant les bras hors des manches.
11. Avec les gants intérieurs, enroulez la combinaison, de la taille vers le bas et de l'intérieur de la combinaison vers le haut des bottes.
12. Utilisez une botte pour retirer la combinaison de l'autre botte et inversement, puis éloignez-vous de la combinaison et jetez-la en toute sécurité.
13. Effectuez l'hygiène des mains sur les mains gantées (0,5 % de chlore)
14. Retirez les lunettes de protection ou la visière faciale à partir de l'arrière de la tête (gardez les yeux fermés)
15. Effectuez l'hygiène des mains sur les mains gantées (0,5 % de chlore).
16. Enlevez le masque à partir de l'arrière de la tête (gardez les yeux fermés).
17. Effectuez l'hygiène des mains sur les mains gantées (0,5 % de chlore).
18. Enlevez les gants intérieurs de manière appropriée et jetez-les en toute sécurité.
19. Décontaminez les bottes de manière appropriée et rendez-vous en marchant dans la zone à risque en contrebass pas à pas et effectuer l'hygiène des mains (0,05 % de chlore).

Étapes pour retirer l'équipement de protection individuelle (EPI) comprenant une blouse

- 1 Retirez toujours l'EPI sous la direction et la supervision d'un observateur formé (collègue). Vérifiez que des conteneurs pour déchets infectieux sont à disposition dans la zone où vous vous déshabillez afin de jeter l'EPI sans prendre de risques. Il doit y avoir d'autres conteneurs pour les articles réutilisables.
- 2 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.¹
- 3 Retirez le tablier en vous penchant vers l'avant et en prenant soin d'éviter de contaminer vos mains. Lorsque vous retirez un tablier jetable, déchirez-le au niveau du cou et enroulez-le sans toucher l'avant. Dénouez ensuite l'arrière et enroulez le tablier vers l'avant.
- 4 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.
- 5 Retirez la paire de gants extérieure et jetez-la sans prendre de risques. Utilisez la technique montrée à l'étape 17.
- 6 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.
- 7 Retirez l'article recouvrant votre tête et votre cou ; prenez soin d'éviter de contaminer votre visage en commençant par le bas de la cagoule à l'arrière et en l'enroulant de l'arrière vers l'avant et de l'intérieur vers l'extérieur. Jetez cet article sans prendre de risques.
- 8 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.
- 9 Retirez la blouse en commençant par défaire le nœud, puis en la tirant de l'arrière vers l'avant et en l'enroulant de l'intérieur vers l'extérieur ; jetez-la sans prendre de risques.
- 10 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.
- 11 Retirez la protection des yeux en tirant l'attache depuis l'arrière ; placez-la sans prendre de risque dans le conteneur correspondant.
- 12 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.
- 13 Retirez le masque depuis l'arrière de la tête ; passez d'abord l'attache inférieure par dessus votre tête et laissez-le tomber à l'avant, puis faites la même chose avec l'attache supérieure. Jetez le masque sans prendre de risques.
- 14 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.
- 15 Retirez les bottes en caoutchouc sans les toucher (ou les surchaussures le cas échéant). Si les mêmes bottes doivent être utilisées en dehors de la zone à haut risque, gardez-les aux pieds, mais nettoyez-les et décontaminez-les correctement avant de quitter la zone où vous vous déshabillez.²
- 16 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.
- 17 Retirez les gants avec précaution en utilisant la technique appropriée ; jetez-les sans prendre de risques.
- 18 Appliquez les mesures d'hygiène des mains sur les mains gantées.

¹ Lorsque vous travaillez dans la zone de soins aux patients, les gants extérieurs doivent être changés entre chaque patient et avant de sortir de la zone (après avoir vu le dernier patient).
² Pour décontaminer correctement les bottes, vous devez pénétrer dans un bain de pieds avec une solution chlorée à 0,5 % (et enlever la saleté à l'aide d'une brosse pour toilettes si les bottes sont très souillées de boue et/ou de matières organiques). Vous devez ensuite troyer tous les côtés avec une solution chlorée à 0,5 %. Au moins une fois par jour, les bottes doivent être désinfectées en les plongeant dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 30 minutes, puis rincées et séchées.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Mise en place d'un camp/unité d'isolement du choléra/centre de traitement du choléra (CTC)

Gestion du site

Les recommandations sont différentes en fonction des situations/circonstances.

En milieu urbain et dans les camps des réfugiés :

Mettre en place des CTC + plusieurs points de réhydratation orale (PRO)

L'idéal serait que le CTC soit situé à l'intérieur des locaux de l'hôpital existant, mais soient clairement séparés et isolés des autres départements pour éviter la propagation de l'infection aux patients ne souffrant pas de choléra. Si les locaux de l'hôpital ne conviennent pas, un autre site doit être trouvé. En milieu urbain ou dans un camp, il est préférable d'avoir un seul CTC et plusieurs PRO plutôt que de créer plusieurs CTC, ce qui accroît les sources potentielles d'infection. Lorsque les zones touchées sont trop éloignées du CCT, l'accès peut devenir un problème. Des ambulances peuvent être fournies pour l'acheminement des malades vers d'autres établissements de santé, ou bien une UTC peut être établie en tant que structure intermédiaire. L'utilisation de taxis / bus devrait être découragée, étant donné le risque élevé de contamination pendant le voyage.

En milieu rural :

Mettre en place des unités de traitement du choléra (UTC)

L'UTC doit être située à l'intérieur ou à proximité de l'établissement de santé. Si cela n'est pas possible, d'autres structures existantes peuvent être utilisées. Les UTC peuvent paralyser les services de santé de routine, dans la mesure où la prise en charge appropriée des cas nécessite l'intervention de nombreux agents de santé, et où d'autres services de santé peuvent pâtir d'une pénurie de personnel. Dans les zones éloignées de toute installation de traitement, il peut être possible de décentraliser l'UTC au niveau des villages touchés.

Points de réhydratation orale (PRO)

Les points de réhydratation orale ont deux objectifs : traiter les patients, sélectionner les patients gravement déshydratés et les orienter vers les CTC / UTC. Ceci permet de réduire la pression sur les CTC ou UTC surchargés. Ceux-ci peuvent être décentralisés au niveau de la communauté. Pour lui permettre d'atteindre les objectifs fixes, l'agent de santé communautaire doit recevoir une formation rapide et être régulièrement approvisionné en fournitures.

Conception d'un CTC

Critères de sélection

Lors de la mise en place d'un centre de traitement du choléra, les éléments suivants doivent être pris en compte pour le choix du site :

- proximité de la zone touchée ;

- accès facile pour les patients et les fournitures ;
- protection contre les vents (il devrait y avoir des brise-vents) ;
- espace suffisant ;
- compatibilité avec les structures et activités existantes adjacentes ;
- disponibilité d'un approvisionnement adéquat en eau potable / salubre à proximité de manière à éviter toute contamination ;
- bon drainage du site ;
- mise à disposition d'installations de gestion des déchets (déchets cliniques et généraux) ;
- disponibilité d'installations sanitaires (temporaires) ;
- prise de dispositions pour l'extension du CTC (d'après les estimations de l'épidémiologiste).

Mise en place d'un camp de traitement du choléra

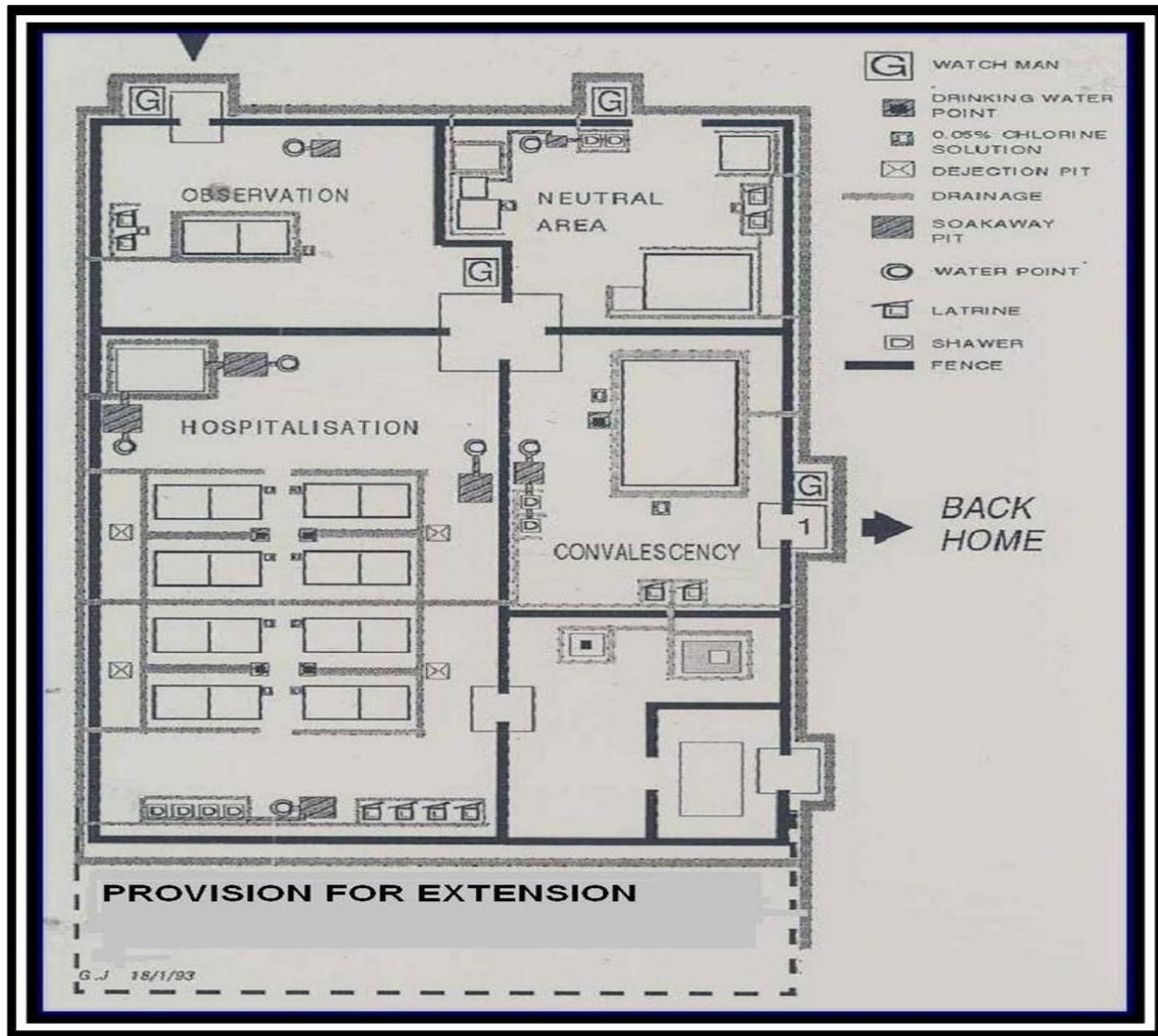
- Lors de la mise en place d'un camp de traitement du choléra, vous pouvez utiliser un bâtiment existant ou installer des tentes.
- Il est important de prendre en compte la sécurité des patients et la ventilation, dans la mesure où les températures élevées contribuent à la déshydratation des patients.
- Le camp de traitement du choléra doit fonctionner 24 heures sur 24, indépendamment des autres établissements de santé, et par conséquent, le personnel nécessaire doit être recruté.
- Le camp doit être approvisionné en matériel médical nécessaire, destiné spécifiquement au centre.
- Une enceinte ou une autre forme d'écran acceptable devrait être prévue autour du camp de traitement du choléra.
- Les différents postes de travail doivent être clairement étiquetés et les directions indiquées.
- Le CTC doit être un « système fermé » où la contamination pourrait être introduite par les patients et devrait être enrayée à l'intérieur de la structure. En aucun cas la contamination ne doit en résulter (du fait des patients, de l'eau, des matériels, des déchets solides et liquides, etc.).

Règles générales pour une bonne conception :

- Mouvement nécessaire strict pour le personnel et les patients
- Chaque zone est un « cadre fermé »
- Désinfection systématique entre les zones
- Discipline et contrôle mutuel pour le patient, le préposé et le personnel en matière d'hygiène.

Un bon contrôle des infections signifie que tout ce qui sort est exempt de contamination.

Le diagramme ci-dessous montre le plan du centre de traitement du choléra.



1. Triage et observation

- Les patients sont examinés par un médecin pour dépistage. S'il s'agit du choléra, les patients sont admis ; sinon ils sont adressés à un dispensaire normal.
- Les patients sont admis avec un préposé (soignant) si nécessaire.
- Les patients admis sont inscrits sur la liste de choléra.
- Un bain de pieds devrait être prévu à l'entrée.
- Les toilettes et l'eau devraient être facilement accessibles aux patients.
- Des toilettes et de l'eau devraient être facilement accessibles aux patients.
- Une zone de désinfection doit être prévue pour le transport des véhicules et des articles contaminés utilisés sur les patients.

- h) Des tables, des chaises, des réservoirs d'eau munis de robinets et des bacs à ordures devraient être fournis dans ces zones.
- i) Fournir de l'eau potable.
- j) Mettre en place un coin réservé au PRO.

2. Zone des admissions

- a) Les patients souffrant de déshydratation grave et / ou de vomissements incontrôlables doivent être hospitalisés pour une réhydratation immédiate.
- b) Chaque patient est allongé sur un lit pour malade du choléra avec un seau destiné à la collecte des selles sous le trou du lit et un seau à côté du lit dans lequel le patient peut vomir. Ce qui suit devrait être mis en place ou fourni dans la zone d'admission :
 - chambres / tentes séparées pour les hommes et les femmes, si possible;
 - chambres séparées pour les enfants, les femmes âgées et les femmes enceintes, dans la mesure où le risque d'avortement augmente avec le choléra;
 - des installations de bain de pied et de lavage des mains (avec des désinfectants) à l'entrée ;
 - prise de dispositions pour la désinfection du linge et des vêtements souillés ;
 - accès aux toilettes et aux installations de lavage (avec désinfectant) ou aux douches si possible) pour les patients ;
 - des lits pour malades du choléra avec des seaux récepteurs, des seaux pour recueillir les vomissures et des réservoirs d'eau pour les patients ;
 - tables et chaises pour le personnel ;
 - bacs à déchets ;
- c) Les patients devraient être examinés par le personnel médical et classés en fonction de leur statut.

3. Zone de convalescence/rétablissement

- a) La zone de convalescence ou de rétablissement est destinée à la réhydratation orale après hospitalisation lorsque la surveillance est moindre. Les patients peuvent s'allonger sur des nattes ou s'asseoir sur des bancs, comme dans la zone d'observation.
- b) Les patients qui ne vomissent plus ou ne souffrent plus de diarrhée et qui, par conséquent, font l'objet d'une moindre attention médicale, peuvent être placés dans ce service.
- c) Des chambres / tentes séparées devraient être prévues pour les hommes et les femmes.

Annexe 6I. Riposte aux événements d'origine chimique et radionucléaire

Riposte aux événements radiologiques

Si un accident est suspecté:

- prévenir toute ingestion accidentelle de contamination (par exemple, porter des gants, ne pas fumer ni manger) ;
- prendre des mesures de sauvetage et fournir les premiers soins pour les blessures graves immédiatement, avant de procéder à la surveillance radiologique ;
- éloigner les personnes de toute source d'exposition potentielle (à 10 m au moins du public) ;
- prendre des dispositions pour le transport des personnes gravement blessées vers un centre médical local ;
- enveloppez-les dans une couverture pour contrôler la propagation de la contamination et indiquez aux personnes transportant les victimes et à l'installation médicale réceptrice que la personne pourrait être contaminée et que le risque pour ceux qui traitent un tel patient est négligeable, tout en veillant à éviter toute ingestion involontaire de contamination ;
- identifier et enregistrer les personnes potentiellement exposées / contaminées; recueillir des informations qui pourraient être utiles pour reconstruire leur dose, y compris les symptômes médicaux et la description des événements;
- rendre compte aux autorités compétentes et obtenir des instructions. En cas de blessure moins grave, restez dans la zone en attendant qu'elle fasse l'objet de surveillance.

Riposter au seuil d'intervention

Si un accident est confirmé :

- réévaluer et examiner les mesures de protection à moyen et à long terme, telles que les restrictions imposées à la chaîne alimentaire, avec les ministères et organismes concernés ;
- fournir à la population des informations utiles, opportunes, véridiques, cohérentes et appropriées sur les effets potentiels de l'urgence sur la santé, en se référant aux connaissances existantes ;
- procéder à un examen clinique et radiologique détaillé des personnes touchées ;
- communiquer rapidement au public les résultats de tout examen médical ;
- établir et maintenir un programme de surveillance de la maladie approprié ;
- ouvrir un registre des personnes qui doivent faire l'objet d'une observation et d'un suivi à long terme ;
- fonder l'inscription dans le registre sur des critères objectifs indiquant un potentiel d'augmentation de l'incidence du cancer induit par la radiation ;
- commencer la surveillance de tout groupe à risque identifié, par exemple, dépistage de l'affection thyroïdienne chez les enfants d'une zone touchée par la libération d'iode radioactif ;
- aider les pouvoirs publics à planifier un retour à la vie normale pour la population touchée.

Contamination externe

Utiliser la surveillance de la contamination instrumentale. Utilisez des cotons tiges pour la peau, les narines, les conduits auditifs, les plaies ou tout objet contaminé. Chaque écouvillon doit être placé dans une éprouvette étiquetée pour le comptage.

Contamination interne

Utiliser des méthodes de détection instrumentales telles que l'anthroporadiométrie, la gamma-caméra, la numération de la thyroïde. Les radionucléides peuvent être dans le sang ou être excrétés dans les fèces ou l'urine. Les excréments doivent être placés dans des récipients appropriés et les échantillons de sang dans des éprouvettes pour numération.

Procédures de décontamination

- Matériels : eau tiède, savon ou détergent ordinaire, brosse douce, éponges, feuilles de plastique, ruban adhésif, serviettes, feuilles, comprimés ou solution d'iode.
- Priorité procédurale : enlever tous les vêtements et les mettre dans des sacs en plastique. Prenez d'abord des mesures de sauvetage. Identifiez les zones contaminées, marquez-les clairement et couvrez-les jusqu'à ce que la décontamination intervienne. Commencez par décontaminer les plaies lorsqu'elles sont présentes et passez à la zone la plus contaminée du corps.

Contamination locale :

- Couvrir la zone non contaminée avec une feuille de plastique et des morceaux de ruban adhésif. Mouiller la zone contaminée, frotter doucement avec du savon et bien rincer. Répéter le cycle et observer les changements d'activité. Un cycle ne devrait pas durer plus de 2 à 3 min. Éviter de frotter vigoureusement. Une solution d'isotopes stables peut faciliter le processus.
- Pour les plaies, irriguer à maintes reprises avec une solution saline normale. Un débridement chirurgical pourrait être envisagé dans certains cas. Les yeux et les oreilles peuvent être irrigués doucement avec une solution saline isotonique.

Contamination étendue :

- Faire prendre la douche à ceux qui ne sont pas gravement blessés. Le bain peut être fait sur la table d'opération ou sur la civière pour les personnes gravement blessées.
- Il convient également de respecter le cycle : mouiller – frotter – rincer.

Inhalation : Irriguer le nasopharynx et la bouche.

Ingestion : Administrer la cathartique pour les matériaux insolubles. Administrer des diurétiques en forçant des fluides pour les contaminants solubles.

Mesures prophylactiques

- Couvrir la zone non contaminée avec une feuille de plastique et des morceaux de ruban adhésif.
- Répéter le lavage après avoir laissé la peau se reposer.

Traitement

- L'érythème et la desquamation sèche peuvent faire l'objet de traitements symptomatiques. Des lotions ou des sprays contenant de l'hydrocortisone peuvent être utilisés pour soulager les symptômes associés à un érythème grave accompagné d'un œdème. Pour traiter la desquamation humide, des pansements quotidiens et un bain de la peau affectée dans des solutions antiseptiques sont utiles. Des crèmes antibiotiques peuvent également être utilisées.
- En cas d'ulcération, il est recommandé d'isoler le membre dans un environnement stérile ou de panser et de laver quotidiennement l'ulcère dans une solution antiseptique. Des analgésiques ou des opioïdes plus forts peuvent être nécessaires. En cas d'infection secondaire soupçonnée ou vérifiée, une antibiothérapie topique ou systémique doit être envisagée.
- Pour la nécrose, seul le traitement chirurgical est efficace. La toilette chirurgicale est indiquée. L'excision d'une nécrose profonde suivie d'une greffe de peau ou d'autres types de greffe peut être pratiquée lorsque cela est indiqué.
- Les indications d'amputation comprennent des lésions très graves avec destruction des tissus sous-jacents, notamment des lésions vasculaires, des douleurs rebelles et un manque de contrôle des infections.

Résultat attendu

L'activité des radionucléides n'est plus détectable ou bien diminuée.

Riposte aux événements/attaques chimiques

Composantes des services médicaux et de secours :

- équipes de recherche et de secours ;
- équipes médicales d'urgence utilisées pour les urgences quotidiennes (médecins, infirmières, secouristes, ambulances) ;
- services médicaux sur le terrain (équipes et postes médicaux sur le terrain) ;
- plans et procédures d'intervention d'urgence médicale ;
- personnel et équipements visant à renforcer les ressources disponibles pour les urgences quotidiennes ;
- service de transport pour les évacuations médicales ;
- hôpitaux avec des unités pour blessés et des services chirurgicaux.

Sur le site de l'urgence :

- opérer aussi près que possible (mais à distance de sécurité) du site d'urgence ;
- collaborer étroitement avec différentes équipes de secours (génie, pompiers, groupes de décontamination et de secours humains) ;
- veiller à ce que tous les secouristes mettent des EPI appropriés ;

- évaluer la situation pour déterminer qu'il n'y a pas de danger éminent ;
- les équipes de secours doivent localiser les victimes et les tirer du danger ;
- l'équipe de secours doit procéder à une évaluation médicale de base pour identifier et prendre en charge les affections mettant la vie en danger. Évaluer :
 - les voies respiratoires
 - la respiration
 - la circulation sanguine ;
- L'équipe de secours doit fournir les premiers soins et consigner les détails des premiers secours avant de transmettre les victimes aux équipes médicales de terrain ;
- poste/s de services médicaux sur le terrain: mettre en place un/des postes médicaux sur le terrain ;
- attribuer une catégorie de triage aux victimes en fonction de l'évaluation médicale ;
- initier le traitement approprié ;
- préparer les blessés à l'évacuation vers l'hôpital en fonction de la catégorie de triage ;
- poursuivre la documentation des victimes ;
- assurer la surveillance des victimes attendant l'évacuation ;
- être en liaison avec le service de transport des victimes ;
- évacuer les blessés vers les établissements de santé appropriés, en fonction des priorités ;
- assurer la continuité des soins médicaux pour les blessés tout au long de la chaîne, du site d'urgence à l'hôpital ;
- fournir des informations aux établissements de santé d'accueil tout au long de la chaîne, du site des urgences à l'hôpital ;
- traiter les blessures mineures qui ne nécessitent pas une hospitalisation.

Services hospitaliers :

- préparer l'accueil des blessés ;
- procéder à une évaluation médicale pour identifier et prendre en charge les affections mettant la vie en danger ;
- attribuer une catégorie de triage sur la base des évaluations ;
- fournir un traitement approprié en fonction des priorités de triage et des ressources hospitalières disponibles ;
- poursuivre la documentation médicale des victimes ;
- procéder à des interventions chirurgicales si nécessaire ;
- dispenser des soins postopératoires et libérer les blessés.

Reconnaître et diagnostiquer les effets sur la santé des produits chimiques lors d'événements chimiques

Type d'agent	Nom de l'agent	Caractéristiques uniques	Effets initiaux
Nerf	Sarin cylohexyl Sarin (GB) Soman (GD) Tabun (GA) VX	Miose (micro pupille) Sécrétions abondantes Contraction/fasciculation musculaire	Miose (micro pupille) Vision floue/obscurcie Maux de tête Nausée, vomissements Diarrhée Sécrétions abondantes Transpiration Contraction/fasciculation musculaire Difficulté à respirer Crises épileptiques
Asphyxiant/Arsine de sang	Chlorure de cyanogène Cyanure d'hydrogène	Peau rouge cerise possible Cyanose possible	Gelure possible Confusion Nausée Le patient peut avoir le souffle coupé, ressemblant à une asphyxie mais avec un début plus brutal Crise épileptique avant la mort
Étouffement/Trouble pulmonaire	Chlore Chlorure d'hydrogène Oxyde d'azote Phosgène	Le chlore est jaune verdâtre avec une odeur piquante Le gaz phosgène sent le foin ou l'herbe fraîchement coupés Gelure possible	Irritation des yeux et de la peau Irritation des voies respiratoires Dyspnée, toux Gorge irritée Oppression thoracique
Ampoules/Vésicant	Moutarde/Soufre Moutarde (HD, H) Moutarde (gaz) Ypérite à l'azote Lewisite (L)	Décontaminer immédiatement la peau; rincer les yeux avec de l'eau ou une solution saline normale pendant 10-15 minutes; en cas de difficultés respiratoires, donner de l'oxygène et des soins de soutien	Œdème pulmonaire possible La moutarde a une période de latence asymptomatique Il n'y a pas d'antidote ou de traitement pour la moutarde Le lewisite provoque une douleur brûlante immédiate, des ampoules plus tard L'antidote spécifique British Anti Lewisite (BAL) peut diminuer les effets systémiques du Lewisite
Incapacitant/modification du comportement	Agent 15/BZ	Peut apparaître comme une intoxication massive à la drogue avec un comportement élastique, des hallucinations distinctes et de la confusion Hyperthermie Mydriase (dilatation des paupières)	Peut causer la mort Sécheresse de la bouche et de la peau Tachycardie initiale Altération de la conscience, délire, déni de maladie, belligérance Hyperthermie Ataxie (manque de coordination) Hallucinations Mydriase (dilatation des paupières)

Décontamination et traitement

Type d'agent	Décontamination	Accès aux premiers secours	Autre considération pour le patient
Nerf	Enlevez les vêtements immédiatement. Laver doucement la peau avec du savon et de l'eau Ne pas abraser la peau Pour les yeux, rincer à grande eau ou avec une solution saline normale	Atropine avant d'autres mesures Chlorure de pralidoxime (2PAM)	Le début des symptômes du contact cutané avec les formes liquides peut être retardé Une administration d'antidote répétée peut être nécessaire
Asphyxiant/Arsine de sang	Enlevez immédiatement les vêtements - si vous n'avez pas de gelure Doux lavage de la peau avec du savon et de l'eau	Traitement rapide à l'oxygène Pour le cyanure, utilisez des antidotes (nitrite de sodium, puis thiosulfate de sodium).	L'arsine et le chlorure de cyanogène peuvent causer un œdème pulmonaire retardé
Étouffement/Trouble pulmonaire	Enlevez les vêtements immédiatement. Laver doucement la peau avec du savon et de l'eau Ne pas abraser la peau Pour les yeux, rincer à grande eau ou avec une solution saline normale	Air frais Repos forcé À moitié debout Si des signes de détresse respiratoire sont présents, de l'oxygène avec ou sans pression positive des voies respiratoires peut être nécessaire Autre thérapie de soutien au besoin	Peut causer un œdème pulmonaire retardé, même après une période sans symptômes dont la durée varie en fonction de la quantité
Ampoules/Vésicant	La décontamination immédiate est essentielle pour minimiser les dommages Enlevez les vêtements immédiatement. Laver doucement la peau avec du savon et de l'eau Ne pas abraser la peau Pour les yeux, rincer à grande eau ou avec une solution saline normale	Décontaminer immédiatement la peau, rincer les yeux avec de l'eau ou une solution saline normale pendant 10 à 15 minutes	Œdème pulmonaire possible La moutarde a une période de latence asymptomatique, il n'y a pas d'antidote pour la moutarde Le Lewisite provoque une douleur brûlante immédiate, des ampoules plus tard Un antidote spécifique British Anti-Lewisite (BAL) peut diminuer les effets systémiques du Lewisite L'oxine phosgène provoque une douleur immédiate
Incapacitant/modification du comportement	Enlevez les vêtements immédiatement. Laver doucement la peau avec du savon et de l'eau Ne pas abraser la peau	Enlevez les vêtements lourds Évaluer l'état mental Utilisez des moyens de contention au besoin Surveiller attentivement la température centrale Soins de soutien	L'hyperthermie et l'automutilation sont des risques ciblés Difficile à détecter car il s'agit d'une substance inodore et non irritante Arythmies graves possibles Un antidote spécifique (physostigmine) peut être disponible

Recommandation d'antidotes après exposition au cyanure

Patient	Doux (Conscient)	Grave (inconscient)	Autre traitement
Enfant	Les antidotes peuvent ne pas être nécessaires	Nitrite de sodium:) .12-0,33 ml / kg, sans dépasser 10 ml de solution à 3 %. Voie intraveineuse lente, pas moins de 5 minutes, ou plus lentement si l'hypotension se développe Thiosulfate de sodium : 1,65 ml / kg de solution à 25 % par voie intraveineuse pendant 10 à 20 minutes	En cas d'hypotension orthosatique induite par les nitrites de sodium, une perfusion de solution saline normale et une position couchée sont recommandées. Si le patient est toujours apnéique après l'administration d'antidote, envisager le bicarbonate de sodium pour une acidose sévère.
Adulte	Les antidotes peuvent ne pas être nécessaires	Nitrite de sodium : 10 à 20 ml de solution à 3 % par voie intraveineuse lente, pas moins de 5 minutes, ou plus lentement si l'hypotension se développe Thiosulfate de sodium : 50 ml de solution à 25 % par voie intraveineuse pendant 10 à 20 minutes	

Note:

1. Les victimes dont les vêtements ou la peau sont contaminés par du liquide ou une solution d'acide cyanhydrique peuvent contaminer en second lieu le personnel d'intervention par contact direct ou par l'intermédiaire de vapeurs dégageant de l'air
2. Évitez tout contact cutané avec les victimes contaminées par le cyanure ou avec le contenu gastrique des victimes qui auraient pu ingéré des matières contenant du cyanure.
3. Les victimes exposées uniquement à l'acide cyanhydrique ne posent aucun risque de contamination aux sauveteurs. Si le patient est victime d'une récente inhalation de fumée (peut présenter des taux élevés de carboxyhémoglobine), on ne peut lui administrer que du thiosulfate de sodium.
4. Si le nitrite de sodium n'est pas disponible, administrer le nitrite d'amyle par inhalation à partir d'ampoules broyables.
5. Disponible dans le kit Pasadena Cyanide Antidote, anciennement Kit Lilly Cyanide

6.7 Références

1. Emergency Response Framework. World Health Organization. 2nd Edition
2. Republic of Kenya, Ministry of Public Health and Sanitation. Integrated Disease Surveillance and Response. Technical Guidelines. 2nd Edition, 2012
3. Ministry of Health Liberia, National Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response, June 2016
4. Government of Sierra Leone. Ministry of Health and Sanitation. Community-based surveillance training manual 2016
5. Government of Sierra Leone. Ministry of Health and Sanitation. Technical Guidelines for IDSR. April, 2015
6. United Republic of Tanzania. Ministry of Health, Community Health, Gender, Elderly and Children, National Guidelines for Prevention and Control of Cholera. 2nd Edition, 2011.
7. Uganda IDSR Training Modules and Training PPT for IDSR. 2017
8. International Health Regulations and Chemical events © World Health Organization 2015.
9. Cholera Task Force on Cholera Control. Cholera Outbreak Response Field Manual. Draft Working, 2018
10. Meningitis outbreak response in sub-Saharan Africa. WHO guideline, WHO/HSE/PED/CED/14.5
11. Weekly Epidemiological Record No 51/52, 577-588, 19 December 2014 (<http://www.who.int/wer>)
12. Standard Operating Procedures for Surveillance of Meningitis, Preparedness and Response to Epidemics in Africa, WHO document. WHO/AFRO/FRH October 2018, Brazzaville
13. Managing meningitis epidemics in Africa: A quick reference guide for health authorities and health-care workers Revised 2015, WHO/HSE/GAR/ERI/2010.4. Rev.1
14. Standard Operating Procedures for Surveillance of Meningitis, Preparedness and Response to Epidemics in Africa, WHO document. WHO/AFRO/FRH October 2018, Brazzaville

GUIDE TECHNIQUE POUR LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE

TROISIÈME EDITION



SECTION 7: COMMUNICATION SUR LES RISQUES

MARS 2019

SECTION 7 : COMMUNICATION SUR LES RISQUES

7. COMMUNICATION SUR LES RISQUES

La communication sur les risques est un élément essentiel de la préparation et de la riposte aux catastrophes et aux situations d'urgence et constitue l'une des capacités essentielles du Règlement sanitaire international de 2005 (RSI, 2005). La communication sur les risques est un échange bidirectionnel d'informations, de perceptions et de conseils entre évaluateurs de risques, gestionnaires de risques et divers groupes de la société sur la probabilité et les conséquences des dommages résultant de l'événement (OMS, 2005). Son objectif ultime est de faire en sorte que chaque personne à risque puisse prendre des décisions en connaissance de cause pour atténuer les effets de la menace (danger), telle qu'une épidémie, et prendre des mesures de protection et de prévention. La communication sur les risques utilise un mélange de stratégies et de tactiques de communication et d'engagement, notamment, mais pas exclusivement, la communication médiatique, les médias sociaux, les campagnes de sensibilisation de masse, la promotion de la santé, l'engagement des parties prenantes, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire.

Le 21ème siècle actuel est marqué par une croissance exponentielle des voyages, des échanges commerciaux, des migrations, ainsi que par une révolution technologique de la communication qui a élargi l'accès à une variété de moyens de communication et d'information. Le public et les communautés ont été exposés à une variété de médias dynamiques et en évolution rapide, formels et informels, de médias sociaux et de réseaux sociaux complexes qui influent sur la manière dont le risque est communiqué, perçu et mis en œuvre. Les dernières bases factuelles montrent que la pratique de la communication sur les risques est une tâche complexe constituant une intervention de santé publique essentielle dans toute riposte aux flambées épidémiques/épidémies, pandémies et autres urgences sanitaires Communicating Risk in Public Health Emergencies: Genève. Organisation mondiale de la Santé 2017, License CC BY-NC-SA 3' IGO).

Il est donc important que la communication sur les risques soit conduite efficacement, de manière à promouvoir l'objectif principal de la santé publique qui est d'endiguer rapidement les épidémies et de prévenir les décès évitables et les maladies, en provoquant le moins de perturbations possible dans les économies et la société. Au cours des épidémies et des pandémies, ainsi que des crises humanitaires et des catastrophes naturelles, une communication efficace sur les risques permet aux personnes les plus exposées de comprendre et d'adopter des comportements de protection. Elle permet aux autorités et aux experts de prendre en compte et de répondre aux préoccupations et aux besoins des personnes, et de prodiguer des conseils pertinents, fiables et acceptables.

La présente section décrit comment organiser la communication sur les risques avant, pendant et après une épidémie. Une communication efficace permet aux personnes à risque d'acquérir les connaissances dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées en vue d'une action de protection. Elle fournit également aux décideurs des informations récapitulatives, en particulier sur la riposte aux épidémies, leur permettant d'examiner la manière dont les ressources ont été utilisées pour circonscrire l'événement.

7.1 Communication sur les risques dans le cadre de SIMR

La stratégie de Surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) est une approche permettant d'améliorer la surveillance de la santé publique et la riposte face aux maladies, affections et événements prioritaires aux niveaux de la communauté, des établissements de santé, des districts et au niveau national. Étant donné que la SIMR peut potentiellement garantir la fourniture fiable d'informations au niveau national en vue de satisfaire aux exigences du RSI, la communication sur les risques devrait être incluse dans toutes les fonctions et activités essentielles de la SIMR, en particulier la détection, la collecte d'échantillons, la notification, l'analyse et l'interprétation, ainsi que le retour d'information, la riposte et la préparation. Les fonctions et activités essentielles de la SIMR pour chaque niveau du système de santé sont bien illustrées dans la section Introduction de cette directive. Une communication efficace sur les risques est donc nécessaire pour atteindre les objectifs de la stratégie SIMR.

Si la communication sur les risques est bien planifiée et intégrée dans la stratégie SIMR, elle peut améliorer la prise de décision et l'adoption des comportements recommandés par les communautés, tout en contribuant à la prévention, au contrôle et à la riposte aux maladies prioritaires et à d'autres événements de santé publique. Cette communication doit être soigneusement planifiée, mise en œuvre et correctement intégrée aux activités et opérations de gestion des urgences aux niveaux de la communauté, du district, de la région ou de la province/du comté et au niveau national afin de soutenir toutes les fonctions essentielles de la SIMR et les activités connexes.

7.1.1 Avantages de la communication sur les risques

La communication sur les risques améliore la prise de décision, l'observance du traitement et les comportements requis pour les actions préventives. Elle favorise également la transparence et la responsabilisation et renforce la confiance avec les individus, les leaders communautaires, les agents de santé et les décideurs. Lorsque la communication sur les risques est correctement menée, elle promeut le principal objectif de santé publique qui est d'endiguer rapidement les épidémies, en évitant ainsi les décès et les maladies évitables et en perturbant le moins possible les économies et la société. Pendant les épidémies, les pandémies, les crises

humanitaires et les catastrophes naturelles, une communication efficace sur les risques permet aux personnes les plus exposées de comprendre et d'adopter des comportements de protection. Elle permet aux autorités et aux experts de prendre en compte les préoccupations et les besoins de la population, d'y répondre et d'offrir des conseils pertinents, fiables et acceptables. Il est essentiel que la communication sur les risques ne vise pas uniquement la riposte à une épidémie ; les plans de communication sur les risques devraient inclure les activités menées avant, pendant et après l'épidémie.

Lorsque le public fait face à une menace réelle ou potentielle pour la santé, l'organisation des interventions directes peut prendre du temps et les ressources peuvent être limitées. Par conséquent, le fait de communiquer des conseils et des orientations est souvent le premier et le plus important outil de santé publique dans la gestion d'un risque. La communication proactive sur les risques encourage le public et les prestataires de services à adopter des comportements de protection lorsqu'ils sont liés à des systèmes et services qui fonctionnent. Elle facilite la surveillance accrue de la maladie, réduit la confusion et minimise les problèmes de communication et les mensonges (rumeurs) liés à la cause et à la transmission d'une maladie, ainsi que les mesures de protection efficaces dont l'efficacité a été prouvée. Elle permet une meilleure utilisation des ressources, qui est essentielle à une riposte efficace (OMS, 2008).

7.1.2 Publics cibles pour la communication sur les risques

- Communauté : toutes les personnes risquant de contracter une maladie ou ayant besoin de services de santé dans le contexte d'un événement de santé publique.
- Prestataires de soins de santé et premiers intervenants
- Hôpitaux privés et personnel de clinique
- Agents de surveillance
- Personnel de laboratoire
- Points d'entrée et de sortie
- Personnel des compagnies aériennes
- Agents d'immigration
- Voyageurs
- Parties prenantes (décideurs, ministères de la Santé, organisations de santé maternelle et infantile, partenaires, organisations communautaires, etc.)
- Les médias en tant que canal pour atteindre ces publics
- Écoles et lieux de travail
- Autorités traditionnelles et religieuses

7.1.3 Engagement de la communauté et sa pertinence par rapport à la préparation et à la riposte aux urgences de santé publique

L'engagement communautaire est crucial pour la communication sur les risques. L'engagement communautaire est le processus de collaboration avec et à travers des personnes liées par leur proximité géographique, un intérêt particulier ou des situations similaires pour se pencher sur des problèmes qui affectent leur bien-être. Il est souvent utilisé comme méthode active de mise en œuvre du changement. Lors de la communication sur les risques, l'accent est mis sur l'établissement de relations et la confiance. Les étapes de l'engagement communautaire comprennent les aspects suivants :

- a) fixer les objectifs du plan ;
- b) déterminer qui impliquer ;
- c) mettre au point des stratégies d'implication ;
- d) prioriser les activités ;
- e) concevoir un plan de mise en œuvre ; et
- f) suivre votre progrès.

L'engagement effectif de la communauté vous permet :

- a) de connaître la communauté (ses problèmes et besoins) ;
- b) de comprendre les croyances, attitudes et pratiques existantes en matière de santé ;
- c) d'écouter la communauté attentivement ;
- d) d'analyser la dynamique communautaire ; et
- e) d'impliquer la communauté dans tous les aspects de la riposte, dès la phase de planification.

7.1.4 Approches en matière de communication sur les risques

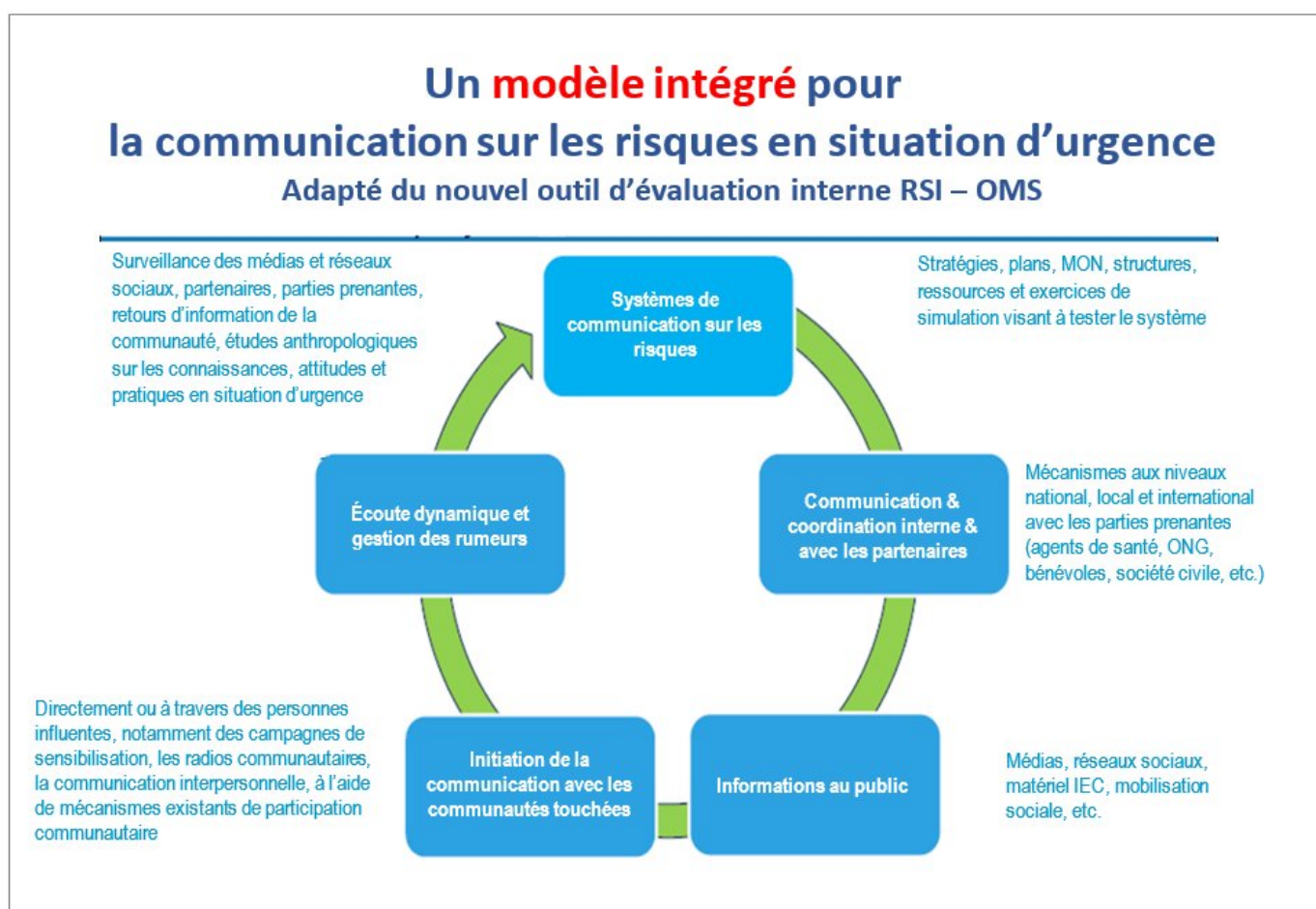
Les éléments nécessaires à une communication efficace sur les risques en situation d'urgence sont notamment les suivants :

- a) éducation à la santé ;
- b) mobilisation sociale ;
- c) implication de la communauté ;
- d) médias et médias sociaux ;
- e) communication en situation d'épidémie ;
- f) communication de crise ;
- g) messagerie (information, éducation et communication (IEC) et communication pour le

- changement de comportement (CCC)) ;
- h) surveillance et gestion des rumeurs ; et
- i) plaidoyer.

7.1.5 Modèle de communication intégrée sur les risques

La communication sur les risques étant une activité complexe qui implique différents publics, il est crucial d'adopter une approche intégrée. Les éléments clés de la communication intégrée sur les risques en situation d'urgence sont présentés dans la Figure 1. Ce modèle permet de concevoir et de mettre en œuvre avec succès une stratégie de communication efficace. Il souligne la nécessité d'une approche empreinte de collaboration entre différents publics cibles à tous les niveaux.



7.2 Principes interdépendants clés pour une communication efficace

Il existe cinq principes clés pour une communication efficace, comme cela est indiqué ci-dessous :

I. Créer et maintenir la confiance

La création et le maintien de la confiance constituent sans doute la fonction la plus importante d'une communication efficace en cas d'épidémie ou d'événement de santé publique et devraient comprendre :

- a) des informations opportunes et transparentes sur la nature de la menace ;
- b) la riposte à l'événement ; et
- c) des conseils concrets sur les mesures de protection que les gens peuvent prendre pour améliorer l'efficacité personnelle, combinés à des services opérationnels.

Ceci crée la confiance dans la riposte et dans les équipes de riposte et augmente la probabilité qu'elles suivent les conseils donnés. **La confiance est maintenant considérée comme la condition la plus importante pour une communication efficace sur les risques.**

Selon les dernières données disponibles, la communication sur les risques en situation d'urgence sanitaire devrait inclure une véritable participation de la population, en tenant compte de trois éléments clés, à savoir :

- a) compréhension du contexte spécifique, des préoccupations, croyances, pratiques et traditions de la population concernée en vue de développer des informations et des explications scientifiques et logistiques qui répondent aux préoccupations de la communauté (intelligence en sciences sociales) ;
- b) la fourniture de conseils compréhensibles et fiables qu'ils sont susceptibles de suivre pour sauver des vies et réduire l'épidémie dans les plus brefs délais; ces conseils sont prodigués dans leurs propres langues, adaptés à leurs niveaux d'éducation et à leurs préférences (par exemple, orales ou visuelles) et diffusés par leurs canaux et interlocuteurs préférés (communication translationnelle) ; et
- c) un engagement communautaire significatif et la participation de (leurs) interlocuteurs/messagers de confiance (moyens de diffusion).

La communication sur les risques doit comprendre des informations opportunes, transparentes, compréhensibles, transmises à la population affectée et à risque sur :

1. la nature du risque sanitaire qu'elle court ;
2. la riposte qui est en train d'être organisée ; et
3. ce qu'elle peut faire pour se protéger elle-même ainsi que les personnes qui lui sont chères.

La confiance est donc la monnaie pour toutes les interventions de santé publique et, en cette période marquée par la surabondance d'informations, elle apparaît comme l'élément essentiel d'une communication efficace sur les risques (c'est-à-dire qu'il est essentiel que les avis des experts soient pris en compte par les principales parties prenantes et les populations affectées et à risque). La communication sur les risques devrait donc viser à créer, à maintenir ou à rétablir la confiance du public en ceux qui sont chargés de la gestion des risques. Les dernières données disponibles sur les épidémies du 21ème siècle révèlent que, pour renforcer la confiance, les activités de communication sur les risques doivent :

- a) être liées à des services opérationnels et accessibles ;
- b) être transparentes et opportunes ;
- c) être faciles à comprendre par les populations cibles (c'est-à-dire, dans leurs formats oraux ou visuels préférés; dans leurs propres langues ou dialectes; et adaptées à leurs niveau d'éducation et à leurs références culturelles) ;
- d) reconnaître et communiquer l'incertitude (ni trop rassurer, ni spéculer; plutôt communiquer fréquemment afin que l'évolution de l'événement et la compréhension du public soient transparentes et ne détruisent pas la confiance) ;
- e) avoir un lien avec l'auto-efficacité (les gens peuvent-ils vraiment faire ce que vous leur demandez? Ont-ils l'aptitude, les équipements, les services et l'éducation dont ils ont besoin pour adopter nos conseils?) ;
- f) être diffusées en utilisant les multiples plateformes, méthodes et canaux ;
- g) identifier, impliquer les personnes auxquelles la communauté fait confiance et collaborer avec elles lors de la prise de décisions et pas seulement pour la diffusion d'informations, les interventions et toute communication concernant la communauté sont ainsi appropriées au contexte et la communauté se les approprie.

II. Annonces opportunes et transparence:

Dans la plupart des cas, la réaction du public à une menace pour la santé dépend de la manière dont les premières annonces et les suivantes sont faites. Ceci signifie qu'un événement ou une menace doit être annoncé dès qu'il survient, même lorsque les informations sont incomplètes ou évoluent rapidement. Ceci implique à son tour que communiquer l'incertitude est la pierre angulaire de la communication sur les risques. La communication par les autorités, les responsables de la riposte ou le personnel de première ligne doit inclure :

- a) des informations sur les incertitudes liées au risque, à l'événement et aux interventions ;
- b) des informations indiquant ce qui est connu et inconnu à chaque instant donné ;
- c) un engagement et un suivi visant à tenir les personnes fréquemment informées et au courant de l'évolution de la situation incertaine ;

- d) de multiples plates-formes, mécanismes et interlocuteurs de confiance pour garantir que des informations cohérentes et coordonnées parviennent aux parties prenantes et à la population.

III. Écouter, comprendre et respecter les préoccupations du public

La compréhension des perceptions, préoccupations, craintes et attentes du public est aussi essentielle pour la communication sur les risques que la compréhension des pratiques et des comportements à risque qui affectent le risque. La compréhension des communautés doit commencer avant et pendant une urgence. Il y a plusieurs manières d'améliorer la prise de conscience par rapport aux préoccupations de la communauté et de comprendre les contextes qui déterminent si les conseils qui lui sont donnés sur les pratiques correctives ou préventives seront réellement acceptés et pris en compte. Il s'agit notamment des enquêtes ou mini-enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP), des visites de la communauté, des discussions de groupe, des entretiens avec des informateurs clés, du retour d'information des parties prenantes, de la surveillance des médias sociaux et des médias, etc. Il faut s'efforcer sérieusement d'exécuter des interventions sanitaires et de fournir des conseils en matière de santé, en fonction des bases factuelles réunies en utilisant ces méthodes et d'autres approches des sciences sociales.

IV. Planification préalable

La communication sur les risques est plus efficace lorsqu'elle est intégrée à la préparation aux urgences, à l'analyse des risques et à la riposte (gestion des risques). Ceci signifie qu'un plan de communication sur les risques doit être élaboré pendant la phase de préparation. La planification de la communication sur les risques d'urgence doit se faire avant et constituer un processus continu axé sur la préparation, la prévention et la riposte. La planification doit être sensible aux besoins des parties prenantes, participative, adaptée au contexte des groupes affectés et doit tenir compte du retour d'information de ces groupes.

Le Règlement sanitaire international (RSI) fait obligation à tous les gouvernements de développer leurs capacités nationales en matière de détection, d'alerte et de riposte en cas d'urgence de santé publique. Une des capacités essentielles est la communication sur les risques. En conséquence, la planification de la communication sur les risques doit inclure les systèmes nécessaires (stratégies, plans, MON et mécanismes aux niveaux national, régional et du district); la coordination des partenaires, des secteurs et des parties prenantes; la capacité d'une communication publique rapide et efficace dans les langues et les canaux préférés de la population; la capacité de suivre et de gérer rapidement les

préoccupations, les perceptions, les rumeurs et la désinformation; et l'engagement de communication avec les communautés affectées et à risque.

V. Assurer l'équité

Tous les citoyens ont le droit de s'approprier les informations sur les risques pour la santé, notamment sur les mesures à prendre en réponse aux menaces pour leur santé. Malheureusement, de larges segments de la société sont exclus de la communication de routine sur les menaces pour la santé. La communication sur les risques doit donc garantir un partage équitable des informations avec le public et éviter l'exclusion des membres marginalisés de la société de l'action sanitaire. Ceci signifie qu'il convient de prêter l'attention à la portée de la communication, en utilisant des canaux et des interlocuteurs de confiance; en évitant le jargon ou le langage technique; en utilisant les propres langues et dialectes des populations; en adaptant les messages aux niveaux de compréhension et d'éducation des gens; et en veillant à ce que les actions promues soient celles que les gens peuvent changer de manière réaliste. Une attention particulière doit être accordée à l'analyse des dynamiques de pouvoir dans les communautés et à la prise de mesures spéciales en direction des groupes les plus difficiles à atteindre (les femmes, les minorités, les personnes très âgées et les jeunes, les personnes handicapées, les personnes démunies, les migrants et les réfugiés, etc.).

7.3 Créer un environnement propice pour une communication efficace aux populations à risque

- a) Mettre en place des systèmes et des structures de communication sur les risques aux niveaux du district, régional/provincial et national.
 - i) S'ils ne sont pas disponibles, créer des comités ou des structures de communication multisectoriels à tous les niveaux; c'est-à-dire aux niveaux national, régional/provincial et de district (voir l'Annexe 5E pour des exemples de membres du sous-comité de la communication et leurs rôles). Les TDR peuvent être étendus en tenant compte des phases pré-épidémie, épidémie et post-épidémie en ligne avec chaque fonction. Voir l'Annexe 7F pour une liste plus complète des parties prenantes possibles.
 - ii) Passer en revue les structures et mécanismes de communication sur les risques existants
- b) S'assurer que le système de communication a un lien avec la structure de direction de la communauté, dans la mesure où celle-ci exerce une grande influence au sein de la communauté. Une évaluation rapide peut être réalisée pour appréhender le cadre de la communication sur les risques d'urgence en santé publique, notamment :

- i) en procédant à une évaluation pour identifier les besoins en communication sur les risques en fonction du profil de risque ;
 - ii) en élaborant une cartographie et en mettant au point une base de données des parties prenantes de la communication sur les risques à tous les niveaux ; et
 - iii) en élaborant une cartographie des ressources en matière de communication sur les risques.
- c) Réaliser une cartographie des langues et dialectes ; des religions ; des moyens/canaux et des interlocuteurs (sources) préférés et de confiance en matière de communication ; ainsi que des pratiques traditionnelles pertinentes aux risques sanitaires prioritaires et utiliser toutes ces informations pour élaborer des stratégies et des plans de communication sur les risques.
- d) Si aucun n'est disponible aux niveaux du district et de la région/province, identifier un porte-parole des pouvoirs publics et s'assurer qu'il/elle soit formé aux procédures de communication publique.
- e) Outre le personnel chargé de la communication sur les risques, tous les membres du personnel de première ligne devraient suivre une formation de base en communication sur les risques (surveillance, recherche de contacts, prise en charge des cas, mobilisation sociale, engagement communautaire, équipes d'inhumation, personnel de santé, volontaires).
- f) Élaborer un plan de communication sur les risques pour les urgences de santé publique aux niveaux des districts, des régions, des provinces et du pays et veiller à ce que les principales parties prenantes reçoivent des orientations sur les procédures de communication sur les risques.
- g) Concevoir une plateforme de coordination ainsi que des mécanismes de communication internes et avec les partenaires pour impliquer les principales parties prenantes, y compris les médias et les réseaux de radio communautaires, et définir les rôles et responsabilités.
- h) Disposer de budgets détaillés et plaider fermement en faveur de la mobilisation des ressources et de la collaboration multisectorielle pour la mise en œuvre des activités de communication sur les risques, et pour les urgences de santé publique à tous les niveaux.
- i) Créer un système d'écoute dynamique et de gestion des rumeurs.

Note: Voir Annexe 7E pour la liste de contrôle de suivi de la communication sur les risques.

7.4 Communiquer avant, pendant et après l'épidémie

7.4.1 Communication sur les risques pré-épidémie/de routine

Une grande partie des activités de communication devrait être mise en œuvre dans la phase pré-urgence afin d'assurer une meilleure préparation. Les responsables des activités de communication devraient tirer parti de l'absence d'une urgence pour renforcer la capacité de communication nationale et élaborer des plans et des outils de communication qui permettront au pays d'atteindre un niveau élevé de préparation en matière de communication. La phase pré-urgence devrait également servir à élaborer les messages et matériels de communication nécessaires et à promouvoir la pratique de comportements de prévention des risques

Avant une épidémie, il convient de prendre les précautions suivantes :

- Veiller à ce que le sous-comité de la gestion des urgences de la santé publique chargé de la communication sur les risques se réunisse au moins une fois par mois ou par trimestre pour :
 - examiner le plan de communication sur les risques et le matériel/la logistique de communication sur les risques requis;
 - élaborer, tester au préalable, imprimer et diffuser des matériels d'IEC appropriés fondés sur le risque commun pour la santé publique; et
 - organiser la formation des équipes de ressources en communication sur les risques.
- S'assurer que le mécanisme de coordination de la communication est en place avec des termes clairs et des rôles et responsabilités bien définis pour chaque entité.
- Organiser des rencontres périodiques avec les parties prenantes qui seront impliquées dans la communication sur les risques pour la prévention et la préparation ou la riposte au cas où un événement ou une urgence survient Il s'agit notamment des médias de district, régionaux/provinciaux ou nationaux; des radios communautaires; de la société civile; et des parties prenantes d'autres secteurs, comme le secteur de la santé animale, dans des pays où la grippe zoonotique constitue une menace prioritaire.
- Passer en revue les interventions de communication d'urgence passées, afin de tirer des enseignements, de s'inspirer des pratiques couronnées de succès et d'éviter les pratiques négatives.
- Recueillir et analyser des données épidémiologiques et sociales sur les catastrophes et les épidémies périodiques : les saisons d'apparition de maladies courantes ; les communautés/ populations à risque attendues; ainsi que les canaux de communication accessibles et crédibles.
- Renforcer les capacités de communication en cas d'épidémie et identifier/former des porte-parole qui doivent être prêts en cas d'épidémie.

- Alerter toutes les entités concernées et les informer de leur rôle au cas où l'épidémie attendue survient.
- S'assurer que les messages et les matériels sont élaborés, testés au préalable et sont prêts pour production et diffusion.
- S'assurer que tous les modules de formation, les lignes directrices et les listes de contrôle de suivi requis sont élaborés et mis à jour.
- Élaborer et partager les procédures opérationnelles standardisées (POS) pour la mobilisation sociale et l'engagement de la communauté et assurer l'intégration de la communication sur les risques dans le plan global de riposte aux urgences.
- Identifier et préparer la base de données des parties prenantes et des partenaires, tels que les groupes ou organisations axés sur les jeunes ou les femmes ; les écoles ; les institutions religieuses ; les OSC ; les groupes de théâtre, ainsi que d'autres groupes communautaires qui peuvent diffuser des messages au niveau de la base et de les impliquer dans les activités de préparation.
- Identifier tous les canaux de communication disponibles pour diffuser le message et évaluer la portée et la crédibilité de ces canaux.
- Produire un « kit de riposte » comprenant les questions les plus fréquemment posées, des dossiers de presse, un manuel de formation, des outils de microplanification, des listes/ outils de contrôle, des modèles de plan de communication et des messages/matériels clés pour distribution rapide. Ce kit est destiné aux praticiens de la communication à tous les niveaux.
- Établir des lignes de communication avec les médias, les journalistes et les stations de radio/ télévision ; les former et leur fournir des informations régulièrement.
- Organiser des activités avec des troupes de théâtre, des musiciens et des artistes communautaires traditionnels.
- Identifier et former des agents de santé communautaires, des leaders communautaires, des autorités religieuses, des personnalités influentes, des groupes de femmes, des groupes de jeunes et d'autres mobilisateurs sociaux de SBCC et de la communication sur les risques.
- Identifier les mécanismes de communication avec les populations difficiles à atteindre et vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, enfants, nomades) et avec les communautés isolées pour s'assurer qu'elles ont accès aux informations et à l'assistance en matière de protection de la santé.
- Définir les canaux de communication qui peuvent être utilisés pour atteindre les groupes vulnérables.
- Diffuser des messages décrivant les mesures prises par le gouvernement pour protéger le public et les agents de santé, sensibiliser les gens aux menaces imminentes pour la santé,

aux comportements et mesures de prévention que peuvent prendre les individus, les familles et les communautés pour réduire les risques. Ceci peut se faire par le biais des médias de masse, tels que les radios communautaires locales, les adresses de santé publique, les groupes de théâtre communautaires, la télévision, la presse écrite et les médias sociaux (Facebook, Twitter, etc.).

- Mener des activités d'engagement communautaire et établir des relations de confiance entre les autorités et les communautés par le biais de la formation, du dialogue, des concertations et du renforcement des capacités. Il convient de relever qu'un engagement communautaire efficace repose sur des relations de confiance entre les responsables et les communautés. Il est donc important de saisir toutes les occasions possibles pour renforcer ces relations pendant les périodes où l'on n'est pas confronté à des urgences.
- Utiliser l'éducation permanente en matière de santé, la promotion de la santé et d'autres moyens pour créer, tester et renforcer la confiance dans les systèmes. Les interlocuteurs peuvent être utilisés pour la communication sur les risques en situation d'urgence.
- Prendre des dispositions pour ouvrir une ligne téléphonique d'urgence, qui peut démarrer immédiatement, lorsque la situation d'urgence survient.
- Mettre en place une équipe d'observation des médias chargée de suivre les nouvelles et les médias sociaux.
- Maintenir et mettre à jour une liste de maisons de presse.
- Élaborer des plans pour l'observation de routine des informations erronées et des rumeurs et mettre en place un système d'observation des médias pour suivre les comportements et les pratiques liés à la situation d'urgence.

Noter ce qui suit :

- Il est important d'intégrer, dans la mesure du possible, les données de sciences sociales qui devraient également être rassemblées. Des données sur le contexte et des informations socioculturelles (notamment l'éducation, les pratiques traditionnelles, les comportements et croyances de recherche de soins de santé et de soins de santé) relatives aux risques prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique devraient également être obtenues. Ceci permettra de resituer dans le contexte les données épidémiologiques et de créer une véritable intelligence fondée sur les risques et, partant, d'adapter les interventions sanitaires possibles en conséquence.
- Il est important d'organiser des rencontres périodiques avec les parties prenantes qui seront impliquées dans la communication sur les risques pour la prévention et la préparation ou dans la riposte, si un événement ou une situation d'urgence survient. Il s'agit des médias locaux, régionaux / provinciaux ou nationaux ; des radios communautaires ; de la société

civile et des acteurs d'autres secteurs tels que le secteur de la santé animale dans les pays où les gripes zoonotiques constituent une menace prioritaire.

7.4.2 Pendant la riposte à l'épidémie

Pendant la riposte à l'épidémie et lorsque le public court un risque réel ou potentiel pour la santé, les options de traitement peuvent être limitées, les interventions directes peuvent prendre du temps à s'organiser et les ressources peuvent être limitées. Par conséquent, la communication des conseils et orientations est souvent l'outil de santé publique le plus important dans la gestion du risque. La communication sur les épidémies vise principalement à promouvoir le contrôle de l'épidémie et à atténuer les perturbations dans la société, en communiquant avec le public sur la manière de créer, de maintenir ou de rétablir la confiance.

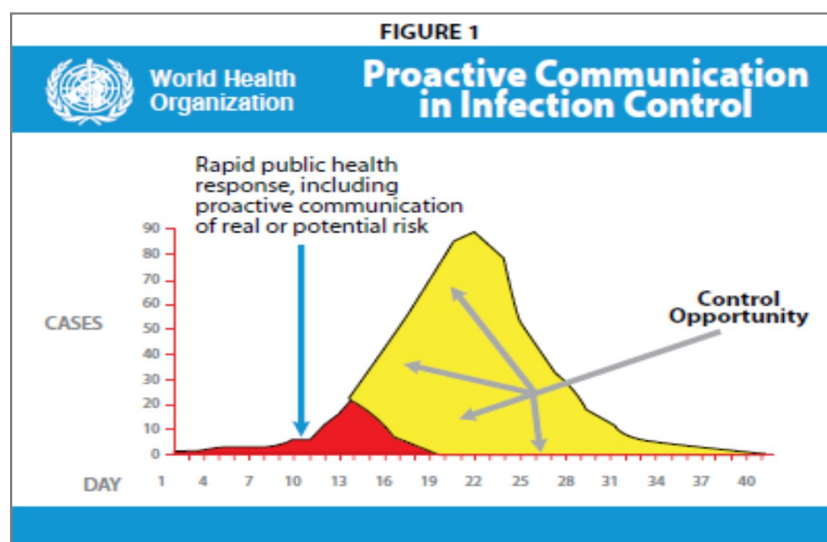
Une communication proactive encourage le public à adopter des comportements de protection, facilite la surveillance accrue de la maladie, réduit la confusion et la peur et permet une meilleure utilisation des ressources, nécessaires à une riposte efficace. Une communication proactive montre également que les autorités sanitaires contrôlent la situation et se préoccupent du public. Par conséquent, elle renforce la confiance entre ces autorités et la communauté en général.

Les populations ont un droit fondamental à l'information et à la participation. Outre les objectifs de santé publique, rappelez-vous que les populations ont le droit d'être informées des actions de protection et qu'elles ont également le droit de participer et de déterminer des interventions acceptables pour elles.

La figure 7.1 illustre une courbe épidémique typique qui indique le nombre de cas pouvant survenir au cours d'une épidémie de maladie infectieuse. La zone jaune représente le nombre de cas qui pourraient être évités grâce à la possibilité de contrôle d'une riposte rapide à la menace.

La flèche bleue indique le point où la communication proactive joue un rôle crucial pour soutenir une riposte aussi rapide. En alertant la population et les partenaires par rapport à un risque de maladie infectieuse, la surveillance des cas potentiels augmente, des comportements de protection sont adoptés, la confusion est limitée et les ressources de communication sont plus susceptibles d'être ciblées. Une communication efficace peut contribuer à limiter la propagation d'une maladie et finalement à sauver des vies. Elle minimise également les dommages causés aux sociétés et aux économies et peut aider les communautés à se remettre plus rapidement d'un événement ou d'une urgence sanitaire.

Figure 7.1. Courbe épidémique montrant l'importance de la communication proactive



D'après : adapté de la figure 2, page XII, Rapport sur la santé dans le monde 2007

7.4.2.1 Identifier et coordonner les partenaires et autres parties prenantes lors d'une épidémie

Les épidémies créent généralement la peur dans la communauté. L'implication de plusieurs parties prenantes différentes se traduit parfois par un manque de coordination et par le chevauchement des efforts. La fourniture d'informations opportunes et précises par le biais d'un mécanisme bien coordonné est importante.

La coordination interne de la communication entre les parties prenantes nationales est cruciale en situation d'urgence. Le sous-comité de la communication sur les risques et de la mobilisation sociale décrit à la section 5 est chargé de veiller à ce qu'un système de communication interne soit mis en place entre les parties prenantes nationales afin de garantir le flux d'informations en temps voulu vers les différents secteurs gouvernementaux.

La coordination des partenaires est un autre élément essentiel lors des épidémies et de la riposte aux événements. Elle vise à favoriser l'appropriation, la participation effective des principaux acteurs et l'utilisation rationnelle des ressources. Voir l'Annexe 7F, en ce qui concerne les partenaires et les parties prenantes potentiels susceptibles d'être impliqués. Elle permet d'établir des structures de communication systématique entre les agents de santé, la communauté et les partenaires. Elle contribue à s'assurer que ce lien vital est disponible et fonctionnel en situation d'urgence. Si un district, une région, une province ou un pays dispose d'un plan de communication sur les risques, celui-ci doit être pris en compte dans le plan.

La coordination permet de s'assurer que les messages qui parviennent à la population sont cohérents et ne sont ni contradictoires ni déroutants ; elle favorise ainsi la confiance et la probabilité que des conseils d'experts soient suivis.

Le Comité de gestion des urgences de santé publique (PHEMC), à travers le Centre d'opérations des urgences de santé publique (PHEOC) ou une structure de coordination similaire au niveau national, peut veiller à ce que les communications soient cohérentes et reflètent les données analyses, et que l'objectif des activités de communication soit transparent et précis et prenne en compte les expériences et les attentes de la communauté concernant l'épidémie.

Faire la distinction entre la communication avec les parties prenantes qui sont des experts et avec celles qui font partie de la réponse et qui exigent une description et des explications plus simples. Celles-ci et d'autres interlocuteurs importants, tels que les médias et la société civile (et la population en général), auront besoin de produits et de messages ciblés et adaptés. Ceci signifie qu'il est essentiel de segmenter et de cibler minutieusement les publics et d'adapter les matériels, les messages et les mécanismes à chaque groupe.

7.4.2.2 Communiquer avec la communauté affectée et les parties prenantes

La communication avec les communautés affectées et les parties prenantes, notamment les médias, est essentielle lors de la riposte à une épidémie ou à un événement. Ainsi, la mise en place de structures et de processus de communication de routine entre les partenaires de la santé et de la communauté contribue à faire en sorte que ce lien vital soit disponible et fonctionnel lors d'une urgence. Les options de communication entre les différents partenaires peuvent aller des communiqués de presse, des conférences de presse, des messages télévisés et radiophoniques, des réunions (personnel de santé, leaders communautaires, autorités religieuses, leaders d'opinion et responsables politiques), du matériel éducatif et de communication (affiches, dépliants) aux présentations multimédias (films, vidéos ou diaporamas commentés) dans les marchés, les centres de santé, les écoles, les groupes de femmes et autres groupes communautaires et organisations des services, les centres religieux, les médias communautaires locaux, les médias sociaux (Facebook, Twitter, WhatsApp, etc.), SMS, téléphone, message porté en main, troupes de théâtre/groupes récréatifs communautaires; visites de sites; télécopie, mises à jour par courrier électronique et échanges de supports de communication par le biais de comités décisionnels plus formels. Peu importe le mécanisme, veillez à mettre l'accent sur une communication transparente et fiable tenant compte des expériences de la communauté.

Prendre en compte les points suivants lors de la préparation des messages :

- **S'assurer que les messages sont clairs et compréhensibles par le public :** qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi et comment cela se passe ? Quelles menaces pour la santé existent ou sont susceptibles de survenir ? Que doit faire le public ? Où les gens peuvent-ils obtenir des services ou des informations ? Quelles assurances peuvent être données ? Les messages sont-ils rédigés dans un langage compréhensible et adapté au niveau de compréhension du public ? Il ressort des recherches que le risque ne doit pas être expliqué dans un langage technique.
- **Prendre en compte les facteurs suivants lors de la diffusion des messages :** quel est votre public ? Que voulez-vous que votre public fasse après avoir entendu le message ? Le public bénéficie-t-il d'un environnement favorable pour suivre les conseils qui lui sont prodigués ? Existe-t-il des services fonctionnels et accessibles permettant au public de suivre ces conseils ?
- **Promouvoir le dialogue :** s'assurer qu'il existe une communication ou un échange bidirectionnel ; écouter les préoccupations du public et y répondre de manière appropriée plutôt que de se contenter simplement d'informer.
- **Faire preuve d'empathie et de compassion :** faites-vous preuve d'empathie pour leurs souffrances ? Êtes-vous trop froid et insensible ? Êtes-vous respectueux ?
- **Fournir des messages harmonisés et cohérents :** veiller à ce que des messages cohérents parviennent au public, malgré la diversité des partenaires impliqués dans la diffusion de l'information. Utilisez des cartes de messages et d'autres outils pour conserver le même cadre et la même logique pour la messagerie, dans la mesure où cela permettrait aux partenaires de s'adapter au contexte de publics plus segmentés. Les messages sont-ils cohérents quel que soit l'auteur ? Les messages incohérents ou contradictoires créent de la confusion et détruisent la confiance dans la riposte et les autorités.
- **Mettre en place un mécanisme permettant de recueillir en permanence des faits et des chiffres sur l'événement de santé publique.**
- **Mettre à jour les messages d'information du public et les partager** avec les parties prenantes impliquées dans la diffusion des informations.
- **Veiller à la pertinence :** communiquer les données/informations qui illustrent le mieux votre argument, en tenant compte des préoccupations de la communauté. Utiliser des exemples qui concernent le public

NB : envisager de tester au préalable les messages provenant de milieux similaires avant leur diffusion.

En cas de rumeurs, y remédier rapidement et corriger les inexactitudes en général, et particulièrement au sein de la communauté spécifique où elles se produisent. Envisager de mettre en place un système d'observation des rumeurs.

Les rumeurs préjudiciables répandues doivent être contrées par des déclarations publiques ou des conférences de presse. Fournissez des informations complètes pour éviter que votre réponse ne génère des rumeurs.

Construisez, maintenez et rétablissez la confiance lorsque vous communiquez et soyez aussi courtois que possible dans votre communication. Donnez des messages d'éducation à la santé à des leaders communautaires de confiance et respectés et demandez-leur de les transmettre à la communauté. Seules des personnes habilitées et crédibles doivent communiquer en périodes de crises.

Les médecins du district et de la région devraient régulièrement rencontrer les leaders locaux pour leur fournir :

- des informations fréquentes et actualisées sur l'épidémie et la riposte ;
- des messages relatifs à la santé clairs et simples pour les médias ;
- des instructions claires leur indiquant de ne communiquer aux médias que des messages d'information et d'éducation à la santé fournis par le comité (PHEMC).

7.4.2.3 Distribuer les matériels d'IEC et élaborer des fiches récapitulatives

Les fiches récapitulatives sont des résumés succincts de 1 à 2 pages. Elles sont généralement préparées par le personnel de santé pour le grand public et portent sur un seul sujet ou message. Par exemple, une fiche récapitulative sur une épidémie de shigellose dans un district peut contenir les informations suivantes pour la communauté : les causes de la shigellose, son mode de transmission, les mesures de prévention et les mises à jour sur le nombre de cas et de décès. Les fiches récapitulatives pourraient être affichées sur un tableau d'affichage ou distribuées aux groupes communautaires qui envisagent d'organiser des campagnes d'éducation à la santé. Si possible, transformez les fiches récapitulatives en produits audio (fichiers audio, enregistrements audio courts sur téléphone), en scripts ou en produits visuels (comme les affiches ou les infographies). Celles-ci peuvent être utilisées en fonction des préférences du public (communication orale ou visuelle/écrite/illustrée). Voir l'exemple ci-joint à l'annexe 7A.

Distribuez également d'autres matériels IEC élaborés. Assurez-vous qu'ils ont été testés au préalable auprès du public cible afin de s'assurer de leur compréhension et de leur signification.

7.4.2.4 Élaborer et diffuser des rapports de situation de santé publique lors des épidémies

Dans de nombreux pays, le niveau national ou la région/province publie un bulletin national de santé publique. Plutôt que d'être publiés uniquement lors d'une épidémie, ces bulletins devraient être produits plus régulièrement et décrire l'épidémie, y compris les tendances ; c'est-à-dire des rapports de situation (Sitrep). Ces rapports de situation ou ces bulletins sont destinés à un public plus large que le personnel de santé d'un district ou d'un établissement de santé particulier. Ils sont généralement succincts (2 à 8 pages) et sont également lus par les décideurs, les législateurs et autres décideurs. Ce sont des canaux précieux pour atteindre les partenaires techniques et les donateurs.

Ces bulletins contiennent au moins :

- a) un tableau récapitulatif indiquant le nombre de cas et de décès signalés à ce jour pour chaque maladie prioritaire ;
- b) un commentaire ou message sur une maladie ou un thème donné ;
- c) toutes données des sciences sociales pertinentes sur les pratiques, comportements et autres facteurs à risque.

Si un rapport de situation national sur la santé publique est envoyé au bureau de district, affichez-le à un endroit où tout le monde peut le voir. Faites des copies et distribuez-les au personnel de l'établissement de santé. Emportez une copie du rapport pour votre prochaine visite de supervision afin de montrer aux agents de santé que les données produites au cours d'une épidémie contribuent à la santé publique. Vous trouverez en Annexe 7C un modèle pour l'élaboration d'un rapport de situation.

7.4.2.5 Communiquer aux médias

Les médias exercent une influence majeure et doivent être considérés comme un partenaire dans la communication sur les risques. Toutefois, les médias sont souvent associés à des partis politiques ou à des intérêts privés et peuvent donc avoir leurs propres partis pris. Ils sont également capables de découvrir les préoccupations des gens et d'en rendre compte, de faire du sensationnel sans toujours se fonder sur des faits et des données factuelles. Par conséquent, il est essentiel de rencontrer régulièrement les médias, de les informer et de les informer sur les risques prioritaires et les systèmes d'intervention, et de leur fournir les informations appropriées de manière à instaurer avec eux une relation de confiance et de respect. Les médias assureront une plus large diffusion des messages à la radio ou sur d'autres canaux appropriés.

Dans le cadre de votre plan de communication sur les risques, déterminez comment vous allez annoncer la nouvelle de l'épidémie, puis tenez les médias régulièrement informés. Les communiqués de presse et les points de presse sont souvent des outils appropriés pour communiquer avec les médias. Si la situation d'urgence est complexe, il est utile de convoquer un atelier avec les médias ciblés pour assurer la diffusion des informations correctes, étant donné que la plupart des journalistes n'ont reçu une formation ni en médecine, ni en santé publique.

En outre, il est bon de mettre au point des kits pour les médias, qui pourraient comprendre des fiches récapitulatives et des messages destinés à la communauté, sur les maladies et les événements prioritaires.

Avant l'épidémie, assurez-vous d'avoir pris l'attache des médias et d'avoir identifié les principaux organes de presse avec lesquels vous devrez travailler lors d'une épidémie. Il est également bon d'identifier, avant une urgence, le processus de dédouanement des produits destinés aux médias et d'apprécier les points suivants :

- Assurez-vous un accès rapide et fréquent à des experts, à des officiels et à des porte-parole qui s'exprimeront avec autorité et de manière crédible sur le problème concerné.
- Dispensez une formation en médias aux porte-parole.
- Les porte-parole devraient être en mesure de s'exprimer en langage de profane, d'expliquer clairement les idées et les termes scientifiques ; d'éviter de parler en jargon et d'illustrer les informations fournies avec des histoires ou des exemples faciles à comprendre. Des points de discussion comportant les informations les plus récentes pourraient être utilisés, avec des messages aussi simples que possible. Assurez-vous que les porte-parole identifiés sont capables de communiquer clairement l'incertitude liée à un événement en évolution et de l'admettre lorsqu'ils ne savent pas quelque chose. Les définitions de cas et les supports de travail de la communauté aideront le porte-parole à transmettre des messages corrects.
- Répondez rapidement aux appels des journalistes afin de leur montrer les égards que vous avez pour eux.
- Fournissez-leur des informations précises et bien expliquées.
- Donnez des informations et accordez des interviews exclusives afin de présenter une perspective différente.
- Proposez des reportages.
- Donnez-leur des documents (écrits, audio, visuels ou audiovisuels) clairs et faciles à utiliser.

NB : communiquez les informations aux médias uniquement par l'intermédiaire du porte-parole, afin de vous assurer que la communauté reçoit des informations claires et cohérentes.

Observez les médias tous les jours pour voir comment l'épidémie est rapportée. Intégrez les médias sociaux dans votre stratégie d'observation. Si vous avez le sentiment que des messages erronés sont diffusés, élaborer une stratégie pour remédier à cette désinformation

7.4.2.6 Communiquer avec les agents de santé

Communiquez régulièrement avec les agents de santé en leur fournissant des informations correctes sur l'épidémie. Il convient de communiquer avec le personnel de santé, à différents niveaux, sur les données envoyées (y compris les lacunes), les résultats d'analyse de ces données et les mesures prises pour faire face à l'événement de santé publique potentiel signalé. La communication peut également inclure la fourniture aux agents de santé concernés de tout rapport portant sur la riposte à une épidémie ou à un événement, pour référence future.

Assurez-vous que les agents de santé fournissent des informations correctes sur le nombre de cas et de décès survenus. Assurez-vous également de fournir des informations évolutives sur la prise en charge des cas ou sur toute autre intervention liée à la riposte.

Encouragez les agents de santé à garder des informations actualisées et à les mettre à jour en temps réel pendant un événement ou une urgence, en recourant à des sources fiables telles que la plate-forme de transfert des connaissances de l'OMS (www.OpenWHO.org) sur les maladies à tendance épidémique courantes, réémergentes et émergentes, et la communication sur les risques.

De plus en plus, lors des ripostes d'urgence en cas d'épidémie, l'OMS dispense, en temps réel, une formation en ligne, hors ligne ou face-à-face, afin de mettre à jour les connaissances des agents de santé et des équipes d'intervention. Ceci permet à ces personnes et à ces équipes d'actualiser leurs connaissances ou d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences.

7.4.3 Riposte postépidémique

7.4.3.1 Préparer un rapport de riposte à l'épidémie ou à l'événement

Après une riposte à une épidémie ou à un événement, le personnel du district qui a mené l'investigation doit élaborer un rapport. Le rapport a pour objectif de documenter la manière dont le problème a été identifié et étudié et dont on y a répondu ; quel a été le résultat ;

quelles décisions ont été prises et quelles recommandations ont été faites. Veillez à ce que l'unité de santé qui a signalé les premiers cas reçoive un exemplaire du rapport. Voir les annexes 7B et 7D à la fin de cette section pour des exemples de formats et d'échantillons recommandés.

7.4.3.2 Évaluer les enseignements tirés afin de renforcer des ripostes publiques appropriées à des urgences similaires à l'avenir.

- a) Évaluer l'efficacité de l'équipe de communication dans chaque phase et domaine de travail.
- b) Évaluer l'efficacité des réunions.
- c) Évaluer l'efficacité du flux interne de communications.
- d) Évaluer l'observation des communications et des médias.
- e) Évaluer la réaction des moyens de communication.
- f) Évaluer les produits et les résultats de la communication sur les risques et de l'engagement de la communauté.

7.4.3.3 Test périodique du plan de communication sur les risques

Procéder à des simulations pour tester le plan de communication sur les risques afin de détecter d'éventuelles faiblesses ou lacunes à corriger avant une urgence. Réviser le plan sur la base des enseignements tirés de l'exercice de simulation, du RAA ou d'une autre évaluation effectuée.

L'OMS propose des exercices de simulation de bureau et autre, prêts à l'emploi, sur le site www-OpenWHO.org

7.5 Annexes à la Section 7

- Annexe 7A** Échantillon de fiche récapitulative
- Annexe 7B** Modèle pour la rédaction du rapport de district sur l'épidémie
- Annexe 7C** Modèle pour l'élaboration du rapport de situation sur l'événement de santé publique
- Annexe 7D** Échantillon de rapport d'investigation sur l'épidémie
- Annexe 7E** Questionnaire sur le suivi des principales capacités pour le RSI en matière de communication sur les risques
- Annexe 7F** Liste des parties prenantes et des partenaires concernés par la communication sur les risques

Annexe 7A. Échantillon de fiche récapitulative

Virus de la grippe A

Informations générales sur les infections par le virus de la grippe A chez l'homme

(Référence http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/faq_H7N9/en/)

Les virus de la grippe A H7 sont un groupe de virus de la grippe qui circulent normalement parmi les oiseaux. Le virus grippal A (H7N9) est un sous-groupe du plus grand groupe de virus H7. Bien que certains virus H7 (H7N2, H7N3 et H7N7) aient parfois infecté l'homme, aucune infection humaine par le virus H7N9 n'a été signalée jusqu'à ce que des informations récentes émanant de Chine en fassent cas.

Quels sont les principaux symptômes d'une infection humaine par le virus de la grippe A (H7N9)?

Jusqu'à présent, la plupart des patients infectés ont eu une pneumonie grave. Les symptômes sont notamment la toux et l'essoufflement. Toutefois, les informations concernant l'ensemble des maladies qui peuvent être provoquées par le virus de la grippe A (H7N9) sont encore limitées.

Pourquoi ce virus infecte-t-il l'homme maintenant ?

Nous ne connaissons pas encore la réponse à cette question, car nous ne connaissons pas la source d'exposition à ces infections humaines. Cependant, l'analyse des gènes de ces virus suggère que, bien qu'ils aient évolué à partir de virus aviaires (oiseaux), ils montrent des signes d'adaptation à la croissance chez les mammifères. Ces adaptations incluent une capacité à se lier aux cellules de mammifères et à se développer à des températures proches de la température corporelle normale des mammifères (inférieure à celle des oiseaux).

Que sait-on des précédentes infections humaines par le virus de la grippe H7 dans le monde ?

De 1996 à 2012, des infections humaines à virus H7 (H7N2, H7N3 et H7N7) ont été signalées aux Pays-Bas, en Italie, au Canada, aux États-Unis d'Amérique, au Mexique et au Royaume-Uni. La plupart de ces infections sont survenues en association avec des épidémies de volaille. Les infections ont principalement entraîné une conjonctivite et des symptômes bénins des voies respiratoires supérieures, à l'exception d'un décès survenu aux Pays-Bas. Jusqu'à présent, aucune infection humaine par le virus de la grippe H7 n'a été signalée en Chine.

Le virus de la grippe A (H7N9) est-il différent des virus de la grippe A (H1N1) et A (H5N1) ?

Oui. Les trois virus sont des virus de la grippe A, mais ils sont distincts les uns des autres. H7N9 et H5N1 sont considérés comme des virus de la grippe animale infectant parfois l'homme. Les virus H1N1 comprennent ceux qui infectent généralement l'homme et ceux qui infectent généralement les animaux.

Comment l'homme est-il infecté par le virus de la grippe A (H7N9) ?

Certains des cas confirmés étaient en contact avec des animaux ou avec un environnement animal. Le virus a été trouvé chez un pigeon dans un marché à Shanghai. On ne sait pas encore comment les hommes ont été infectés. La possibilité d'une transmission d'un animal à l'homme fait l'objet d'une investigation, de même que la possibilité d'une transmission homme à homme.

Comment prévenir l'infection par le virus grippal A (H7N9) ?

Bien que la source d'infection et le mode de transmission soient incertains, il est prudent de suivre des pratiques d'hygiène de base pour prévenir l'infection. Il s'agit notamment des mesures d'hygiène des mains et d'hygiène respiratoire et des mesures de sécurité alimentaire.

Hygiène des mains : Lavez-vous les mains avant, pendant et après la préparation de la nourriture ; avant de manger ; après avoir utilisé les toilettes ; après avoir manipulé des animaux ou des déchets d'animaux ; quand vos mains sont sales ; et après avoir prodigué des soins lorsque quelqu'un est malade chez vous. L'hygiène des mains empêchera également la transmission des infections à vous-même (après avoir touché des surfaces contaminées) et dans les hôpitaux aux patients, aux agents de santé et autres. Lavez-vous les mains avec du savon et de l'eau courante lorsqu'elles sont manifestement sales ; si elles ne sont pas manifestement sales, lavez-vous les mains à l'eau et au savon ou bien utilisez un nettoyant pour mains à base d'alcool. **Hygiène respiratoire :** couvrez-vous la bouche et le nez avec un masque médical, un mouchoir en papier ou une manche ou le coude fléchi lorsque vous toussiez ou éternuez ; jetez le mouchoir en papier utilisé dans une poubelle fermée immédiatement après usage ; effectuez l'hygiène des mains après le contact avec les sécrétions respiratoires.

Peut-on, sans risque, manger de la viande ; c'est-à-dire des produits de la volaille et du porc ?

Les virus de la grippe ne sont pas transmis par la consommation d'aliments bien cuits. Parce que les virus de la grippe sont inactivés par les températures normales utilisées pour la cuisson (de sorte que les aliments atteignent les 70 ° C – dans toutes ses parties « bien chaudes », pas de parties « roses »), manger de la viande bien préparée et cuite, y compris de la volaille et du gibier à plumes ne présente aucun risque. Les animaux malades et ceux qui sont morts de

maladies ne doivent pas être consommés. Dans les zones touchées par des épidémies, les produits à base de viande peuvent être consommés en toute sécurité à condition que ces produits soient correctement cuits et manipulés correctement lors de la préparation de la nourriture. La consommation de viande crue et de plats à base de sang non cuits est une pratique à haut risque et devrait être découragée.

Peut-on sans risque visiter des marchés d'animaux vivants et des fermes dans des zones où des cas humains ont été enregistrés ?

Lorsque l'on visite des marchés d'animaux vivants, éviter tout contact direct avec des animaux vivants et les surfaces en contact avec des animaux. Si vous vivez dans une ferme et élevez des animaux pour la nourriture, tels que des porcs et de la volaille, veillez à éloigner les enfants des animaux malades et morts ; maintenir les espèces animales séparées autant que possible ; et signaler immédiatement aux autorités locales tout cas d'animaux malades ou morts. Les animaux malades ou morts ne doivent pas être abattus et préparés pour consommation.

Existe-t-il un vaccin contre le virus de la grippe A (H7N9) ?

Aucun vaccin pour la prévention des infections par le virus de la grippe A (H7N9) n'est actuellement disponible. Toutefois, des virus ont déjà été isolés et caractérisés à partir des premiers cas. La première étape dans la mise au point d'un vaccin est la sélection des virus candidats susceptibles d'être incorporés dans un vaccin. L'OMS, en collaboration avec ses partenaires, continuera de caractériser les virus disponibles de la grippe A (H7N9) afin d'identifier les meilleurs virus candidats. Ces virus candidats au vaccin peuvent ensuite être utilisés pour la fabrication de vaccins si cette étape devient nécessaire.

Existe-t-il un traitement contre l'infection par le virus de la grippe A (H7N9) ?

Des tests de laboratoire menés en Chine ont montré que les virus de la grippe A (H7N9) étaient sensibles aux médicaments antigrippaux connus sous le nom d'inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir et zanamivir). Lorsque ces médicaments sont administrés au début de la maladie, ils se sont révélés efficaces contre le virus de la grippe saisonnière et l'infection par le virus de la grippe A (H5N1). Toutefois, à ce jour, il n'existe aucune expérience concernant l'utilisation de ces médicaments pour le traitement de l'infection au H7N9.

La population en général est-elle exposée au virus de la grippe A (H7N9) ?

Nous n'en savons pas encore assez sur ces infections pour déterminer s'il existe un risque sérieux de propagation dans la communauté. Cette possibilité fait l'objet d'investigations épidémiologiques en cours.

Les agents de santé sont-ils exposés au virus de la grippe A (H7N9) ?

Les agents de santé sont souvent en contact avec des patients atteints de maladies infectieuses. Par conséquent, l'OMS recommande que des mesures appropriées de prévention et de contrôle des infections soient systématiquement appliquées dans les établissements de soins de santé et que l'état de santé des personnels de santé soit étroitement surveillé. Parallèlement aux précautions habituelles, les agents de santé s'occupant des personnes soupçonnées d'avoir une infection au virus de la grippe A (H7N9) ou dont l'infection est confirmée, doivent prendre des précautions supplémentaires.

Ce virus de la grippe constitue-t-il une menace pandémique ?

Tout virus grippal animal qui peut infecter l'homme est un risque théorique susceptible de provoquer une pandémie. Toutefois, on ignore si le virus grippal A (H7N9) peut effectivement causer une pandémie. On a constaté que d'autres virus de la grippe animale qui infectent occasionnellement des êtres humains n'ont pas fini par causer une pandémie.

Prévenir l'infection humaine par les virus de la grippe aviaire A

Le meilleur moyen de prévenir l'infection par le virus grippal aviaire A est d'éviter les sources d'exposition. La plupart des infections humaines par les virus grippal aviaire A sont survenues après un contact direct ou étroit avec de la volaille infectée.

La vaccination antigrippale saisonnière n'empêchera pas l'infection par le virus grippal aviaire A, mais peut réduire le risque de co-infection par les virus grippaux A humains et aviaires.

Etant donné que de rares épisodes de transmission limitée et irrégulière du virus de l'HPAI H5N1, d'homme à homme, ont été signalés, les gens doivent éviter les patients souffrant d'infections suspectées ou confirmées par le virus de l'IAHP H5N1. Le personnel de santé qui prend en charge des patients souffrant d'infections suspectées ou confirmées par le virus de l'IAHP H5N1, doit porter les équipements de protection individuelle recommandés et respecter les mesures de contrôle des infections recommandées (précautions contre les infections standard, par gouttelette, par contact, par voie aérogène).

Annexe 7B. Modèle pour la rédaction du rapport de district sur l'épidémie

Titre/Description (notamment maladie/affection faisant l'objet de l'enquête)

Période _____ Lieu (village, quartier, district, province) _____

Résumé exécutif : _____

I. Introduction :

- Contexte
- Raisons de l'enquête (importance en santé publique, seuil atteint, etc.)
- Investigation et préparation à l'épidémie

II. Méthodes :

- Dates d'investigation
- Site(s) d'investigation (établissements de soins, villages, autres)
- Recherche des cas (indiquer ce qui a été fait concernant la recherche des cas, exemple, examen des registres médicaux, enquête de proximité, alerte des autres établissements de soins, autres)
- Echantillons de laboratoire prélevés
- Description de la riposte et de l'intervention (préciser les dates)
- Traitement des données

III. Résultats :

- Date et lieu du premier cas détecté (ou cas index)
- Date et coordonnées de l'établissement de soins ou le premier cas a été vu par le système de santé
- Résultats de la recherche supplémentaire de cas
- Analyses de laboratoire et résultats
- Description des principales caractéristiques de l'analyse des résultats en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles
- Résultats détaillés en fonction du temps (courbe EPI), du lieu (carte) et des caractéristiques individuelles (tableaux), et fichiers informatiques
- Résultats de la riposte et preuve de son impact

IV. Auto-évaluation de la promptitude et de la qualité de la préparation, de la détection, de l'investigation et de la riposte à l'épidémie :

Préparation à l'épidémie

Indicateur	Oui	Non
Les médicaments et les fournitures étaient-ils disponibles dès l'apparition de l'épidémie ?		
Les agents de santé disposaient-ils de protocoles de traitement ?		
Le comité de district de gestion des urgences sanitaires s'est-il réuni régulièrement dans le cadre de la préparation aux épidémies		

Détection de l'épidémie

Indicateur	Date 1	Date 2	Intervalle
Intervalle entre l'apparition du cas index (ou l'apparition d'un groupe de cas inhabituel au niveau de la communauté) [date 1] et l'arrivée du premier cas à l'établissement de soins [date 2] (Objectif : <3 jours)(objectif : <3 jours)			
Intervalle entre le moment où le premier cas a été vu à l'établissement de soins (ou date à laquelle le seuil épidémique a été franchi à l'établissement de soins) [date 1] et la notification à l'équipe sanitaire du district [date 2] (objectif : dans les 24 heures)			
Intervalle cumulatif entre l'apparition du cas index (ou l'apparition d'un groupe de cas inhabituel au niveau de la communauté) [date 1] et la notification au district [date 2] (Objectif : <7 jours)			

Investigation de l'épidémie

Indicateur	Oui	Non
Les formulaires/listes de cas ont-ils été remplis ?		
Des échantillons ont-ils été prélevés pour le laboratoire (en cas de besoin) ?		

Indicateur	Date 1	Date 2	Intervalle
Intervalle entre la notification au district [date 1] et l'investigation sur le terrain [date 2] (Objectif : dans les 48 heures)			
Intervalle entre l'envoi des échantillons au laboratoire [date 1] et la réception des résultats par le district [date 2] (Objectif : 3 à 7 jours, selon le type d'analyse)			

Riposte à l'épidémie:

Indicateur	Date 1	Date 2	Intervalle
Intervalle entre la notification de l'épidémie au district [date 1] et la réponse concrète du district [date 2] (Objectif : dans les 48 heures après la notification)			

Evaluation et retour d'information:

Indicateur	Date 1	Date 2	Intervalle
Intervalle entre la fin de l'épidémie [date 1] et la finalisation du rapport sur l'épidémie et l'envoi des fiches/listes de cas au niveau national [date 2] (objectif : 2 semaines)			

Indicateur	Oui	Non
Le comité de gestion des urgences sanitaires s'est-il réuni pour examiner les résultats de l'investigation ?		
Les établissements de soins et la population ont-ils reçu un retour d'information ?		

V. Evaluation des autres aspects de la riposte :

VI. Interprétations, discussion et conclusions :

VII. Actions de santé publique recommandées :

Les commenter aux différents niveaux : communauté, établissements de soins, district, partenaires, province et niveau national.

Président du Comité de district de gestion des urgences sanitaires :

Nom _____ Signature _____

Médecin chef du District :

Nom _____ Signature _____

Date du rapport : _____

Annexe 7C. Modèle pour la rédaction du rapport de situation de l'événement de santé publique

District _____ Semaine épidémiologique _____ Fin de la semaine (date) _____

I. Situation épidémiologique : Semaine (insérer ici le numéro de la semaine et la date)

Tableau 1. Situation épidémiologique : Semaine _____

Maladie	Cas	Décès	Létalité (%)	Districts en alerte	Districts touchés par l'épidémie	Semaine notifiée	Promptitude (%)	Exhaustivité (%)
D1								
D2								
Dn...								
Total								

Commentaires :

Nous contacter :

II. Récapitulatif de la situation épidémiologique (insérer ici les semaines notifiées)

Tableau 2. Situation épidémiologique : Semaines _____

Districts	Cas	Décès	Létalité (%)	Districts en alerte	Districts touchés par épidémie	Semaine notifiée	Promptitude (%)	Exhaustivité (%)
D1								
D2								
Dn								
Total								

Commentaires :

Nous contacter :

III. Graphiques (Cette partie donne une représentation graphique des données)

IV. Tendances de l'épidémie

Annexe 7D. Échantillon de rapport d'investigation d'une épidémie

INVESTIGATION DE L'ÉPIDÉMIE D'ANTHRAX DANS LA RÉGION DU KILIMANJARO, DÉCEMBRE 2015–JANVIER 2016

1. INTRODUCTION

L'anthrax est une maladie aiguë, provoquée par *Bacillus anthracis*, bactérie sporulée Gram positif en forme de bâtonnets. La maladie affecte généralement les herbivores sauvages et domestiques, les êtres humains et les carnivores sont des hôtes connexes. Parmi les trois formes d'épidémie chez l'homme figurent l'anthrax cutané, par inhalation et gastro-intestinal. La maladie peut être transmise par l'intestin (ingestion), les voies respiratoires (inhalation) et la peau (cutanée) à partir de tissus animaux infectés et de personnes infectées.

L'estimation mondiale de la charge de morbidité n'est pas bien connue ; cependant des épidémies occasionnelles surviennent (OMS 2005).

Une épidémie d'anthrax à Marangu, DC de Moshi, dans la Région du Kilimanjaro, a été signalée au Ministère de la Santé et du Bien-être social par le responsable médical régional du Kilimanjaro. Par conséquent, il était nécessaire de mener une investigation pour déterminer ce qui se passait dans le district affecté.

Objectifs de l'investigation de l'épidémie

Les objectifs de l'investigation étaient les suivants :

- a) confirmer et déterminer l'ampleur de l'épidémie en recherchant activement les cas ;
- b) caractériser l'épidémie en termes de temps, lieu et personnes ;
- c) identifier la source de l'infection en collectant des échantillons animaux et des échantillons cliniques ;
- d) générer et tester les hypothèses des flambées ; et
- e) formuler des recommandations et aider les équipes de district dans la riposte et le contrôle de la flambée épidémique.

Hypothèses pour l'épidémie d'anthrax dans le district rural de Moshi

- Le dépeçage d'une vache morte par infection à l'anthrax est associé au fait que l'homme a contracté la maladie.
- La manipulation / consommation de viande provenant d'une vache morte tuée par l'anthrax est associée au fait que l'homme contracte la maladie.

2. MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale portant sur des patients présentant des signes et des symptômes de l'anthrax qui avaient été admis dans un établissement de santé ou consultés à domicile. Une recherche active de cas dans la communauté a été effectuée pour identifier les cas. Des échantillons cliniques ont été prélevés et acheminés au laboratoire pour confirmation.

Zone d'étude : L'épidémie présumée d'anthrax est survenue dans les villages de Rauya, dans le district de Marangu Mashariki, et de Mae Juu, dans le district de Siha; les deux districts sont situés dans la région du Kilimandjaro en Tanzanie.

Lieux visités

Nous avons identifié les domiciles des cas qui ont sollicité un traitement auprès des établissements de santé de Marangu et Siha, avec l'aide du Responsable régional de la santé du Kilimanjaro, des responsables de la santé de district (Moshi DC et Siha), des responsables vétérinaires de district (Siha et Moshi DC) et des leaders communautaires. Nous avons visité les deux villages les plus affectés, c'est-à-dire Mae Juu et Rauya.

Période d'étude : l'investigation de l'épidémie a eu lieu du 8 au 14 janvier 2015

Définition de cas utilisée :

Définition de cas : Les définitions de cas standard utilisées pour identifier les cas étaient :

Cas d'anthrax suspecté	S'IL Y A UNE ÉPIDÉMIE D'ANTHRAX : Tout résident de Marangu présentant une maladie clinique et ayant un lien épidémiologique avec un cas animal confirmé ou suspecté ou un produit animal contaminé à partir du 12 décembre 2015
Définition des cas d'anthrax probables	Tout résident de Marangu présentant des ulcères cutanés se développant dans les deux semaines suivant le contact avec un animal malade ou mort, confirmé comme ayant l'anthrax ou mourant de maladies inconnues depuis le 12 décembre 2015
Définition des cas d'anthrax confirmés	Un cas suspecté ou probable dans lequel des tests de laboratoire ont confirmé la présence du <i>Bacillus anthracis</i> par coloration de Gram, culture ou PCR

Méthodes de collecte des données

Des questionnaires semi-structurés ont été utilisés pour recueillir des informations auprès des patients et de leurs familles. Lorsque le patient n'était pas disponible ou ne pouvait pas s'exprimer, on faisait appel à un mandataire bien informé.

3. CONSTATS

Village de Rauya, DC de Moshi, Région du Kilimanjaro

Le cas indicateur s'est présenté au dispensaire de Rauya le 6/12/2015. Le cas indicateur (Erasto Kingstone) était un homme âgé de 39 ans, vivant dans le village de Rauya, dans le quartier de Marangu Mashariki. Le cas indicateur était le fils du propriétaire de la vache morte. (Cette famille avait une vache et une chèvre). La flambée serait survenue après l'abattage de la vache morte. Il a été noté que la vache est morte le 3/12/2015. La famille n'a pas notifié l'agent vétérinaire pour inspection. La vache a été dépecée à domicile par Erasto avec l'aide d'un voisin appelé Elibariki, qui a également distribué la viande à des proches et à des voisins. La peau de vache a été donnée aux chiens. Le lendemain (12/12/2015), le cas indicateur ouvrait la tête de la vache morte lorsqu'il s'est piqué accidentellement un doigt avec un os de vache. Le 6/12/2015, le cas indicateur avait un doigt enflé (le doigt piqué). Le 7/12/2015, la chèvre est morte et a été dépecée par le cas indicateur. La viande de chèvre a été consommée uniquement par les membres de la famille. Le 8/12/2015, le cas indicateur s'est rendu compte que la main piquée était enflée et il a été transporté à l'hôpital de Marangu RC. Suspectant que le patient était atteint de l'anthrax, le médecin lui a administré de l'amoxiline pendant cinq jours ainsi que des analgésiques. Après quelques jours, sentant que son état ne s'améliorait pas, le patient est reparti à l'hôpital le 12/12/2015 et s'est présenté avec membre supérieur droit et une poitrine enflés et sa poitrine avait une escarre sur la plaie. L'hôpital en charge l'a adressé à l'hôpital luthérien de Marangu, qui l'a adressé, à son tour, à l'hôpital KCMC.



Photo 1 : Une photo montrant une lésion sur la main du cas indicateur dans le village de Rauya, Moshi, Région du Kilimanjaro

Village de Mae Juu, District de Siha, Région du Kilimanjaro

Le premier cas dans le district de Siha a été signalé le 17/12/2015. C'était un homme de 25 ans vivant dans le village de Mae Juu dans le district de Siha. Ce cas a été transporté inconscient à l'établissement de santé de Siha; il avait des ampoules et des lésions aux bras. Il a été impliqué dans la vente de la viande d'une vache morte qui avait été abattue.

La communauté a été informée d'une flambée d'anthrax le 22/12/2015. Elle a également été informée que ceux de ses membres qui auraient pu entrer en contact avec la viande infectée ou qui l'auraient consommé, devaient se rendre à l'hôpital. Du 23/12/2015 au 28/12/2015, 760 personnes au total se sont présentées à l'hôpital et ont toutes été traitées à la doxycycline (7 jours) ou à l'amoxiline (5 jours)

Dans le district de Siha, quatre vaches mortes ont été identifiées. L'équipe a pu retrouver trois vaches mortes, abattues et dont la viande a été vendue dans l'une des boucheries. Elle a également constaté que la viande n'avait pas été inspectée par le vétérinaire. Un ménage a fait inspecter sa vache, mais l'on s'est rendu compte que la personne qui avait inspecté la vache était un inséminateur artificiel qui ne savait pas comment inspecter les vaches et n'était pas un vétérinaire.

Un total de 904 contacts liés à la viande infectée ont été obtenus (68 étaient liés à la vache morte dans le village de Rauya, DC de Moshi et un total de 836 contacts ont été obtenus dans le district de Siha). Sur un total de 904 contacts, 23 sujets répondaient à la définition de cas standard et aucun décès n'avait été rapporté. L'âge médian des cas était de 36 ans, le plus jeune étant âgé de 1 an et le plus âgé de 98 ans. La tranche d'âge des 10 à 19 ans représentait 29,1 % des cas. Les autres caractéristiques sociodémographiques des contacts et des cas sont présentées dans les tableaux 1 et 2 ci-dessous

Tableau 1. Caractéristiques générales des sujets d'étude de l'épidémie d'anthrax dans la Région du Kilimanjaro

Variable		Nombre	Pourcentage	95 % CI
Sexe				
	Masculin	427	47,2	44,0, 50,6
	Féminin	477	52,8	49,4, 56,0
Activité				
	Paysan	128	14,1	11,9, 16,5
	Emploi formel	138	15,3	13,0, 17,8
	Chômeur	85	9,4	7,6, 11,6
	Étudiant	314	34,8	31,7, 38,0
	Berger	113	12,5	10,5, 14,9
	Autres	126	14,0	11,8, 16,4
Niveau d'éducation				
	Sans instruction	91	10	8,1, 12,2
	Enseignement primaire	480	53,2	49,8, 56,4
	Enseignement secondaire	237	26,2	23,4, 29,3
	Enseignement supérieur	96	10,6	8,7, 12,9
Tranche d'âge				
	0 à 9 ans	157	17,5	15,1, 20,2
	10 à 19 ans	233	26,1	23,2, 29,1
	20 à 29 ans	108	12,1	10,1, 14,4
	30 à 39 ans	80	9,0	7,2, 11,1
	40 à 49 ans	111	12,4	10,4, 14,8
	50 à 59 ans	83	9,3	7,5, 11,4
	60 et plus	122	13,6	11,5, 16,1
Lieu de résidence				
	Village Mae Juu, District de Siha	836	92,5	90,5, 94,1
	Village Rauya, DC Moshi	68	7,5	5,9, 9,5

Les autres sont notamment ceux qui n'étaient pas disponibles physiquement pour l'entretien concernant les enfants de moins de cinq ans.

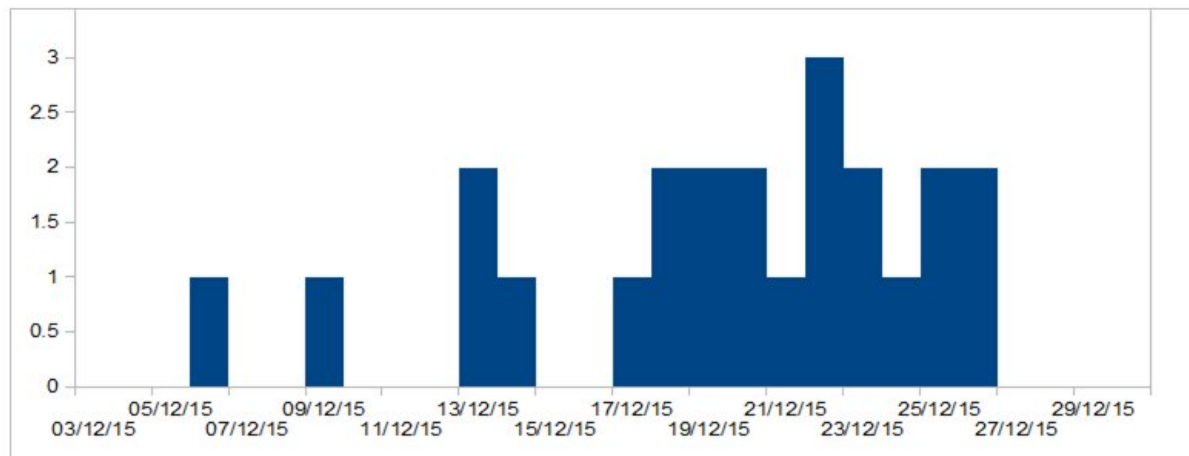
Tableau 2. Répartition sociodémographique des cas d'anthrax dans la Région du Kilimanjaro, Janvier 2016

Variable		Nombre	Pourcentage	95 % CI
Sexe				
	Masculin	13	60,9	34,0, 90,6
	Féminin	8	39,1	9,9, 65,1
Activité				
	Paysan	4	17,4	1,9, 36,5
	Chômeur	6	26	7,6, 41,6
	Étudiant	5	21,7	6,7, 48,0
	Berger	8	34,9	10,5, 54,9
Niveau d'éducation				
	Sans éducation	2	8,7	1,1 22,2
	Enseignement primaire	11	47,9	29,8 66,4
	Enseignement secondaire	4	17,4	3,4 39,3
	Enseignement supérieur	6	26,1	8,7 42,9
Tranche d'âge				
	0 à 9 ans	2	8,7	2,1 20,2
	10 à 19 ans	5	21,7	6,2 49,1
	20 à 29 ans	6	26,1	10,1 44,4
	50 à 59 ans	4	26,1	7,5 41,4
	60 et plus	6	17,4	3,5 36,1
Lieu de résidence				
	Village Mae Juu, District de Siha	19	82,6	65,5 99,1
	Village Rauya, DC de Moshi	4	17,4	1,9 39,5

Tableau 3. Classification des cas, épidémie de l'anthrax, Région du Kilimanjaro, janvier 2016

	Classification des cas	Nombre	Pourcentage
1	Suspectés	10	43,5
2	Probables	11	47,8
3	Confirmés	2	8,7

Figure 1 : Courbe épidémique, épidémie de l'anthrax, Région du Kilimanjaro, janvier 2016



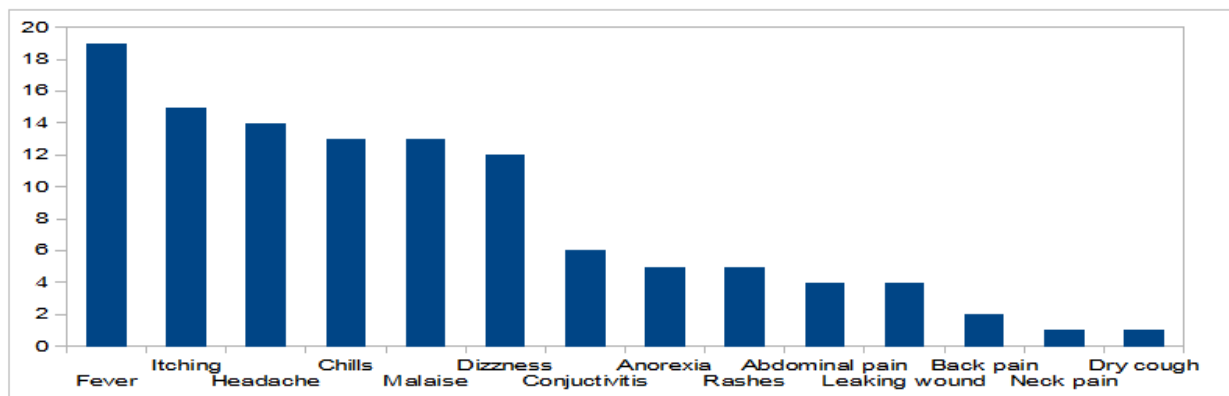
La courbe épidémique montre que la première vache est morte dans le village de Rauya le 3/12/2015 et que le premier cas humain impliqué dans le dépeçage de la vache morte a présenté des symptômes le 6/12/2015. Le pic de l'épidémie a été le 22/12/2015. Le dernier cas a été signalé le 28/12/2015. Parmi toutes les expositions potentielles indiquées dans le tableau 4 ci-dessous, le dépeçage et la manipulation de la viande étaient associés de manière significative à un risque accru de contracter la maladie.

Tableau 4. Exposition potentielle au risque de contracter la maladie de l'anthrax dans la Région du Kilimanjaro, janvier 2016

		Ratio de prévalence	95 % CI	Valeur P
1	Impliqué dans le dépeçage de la vache	5	1,2 23,5	0,01
2	Impliqué dans la manipulation de la viande	3,2	0,9 11,3	0,02
3	Contact avec une vache, une chèvre morte (enfouissement)	2	0,7 10,5	0,2
4	Manger la viande	7,6	2,2 18,9	0,07
5	Contact avec d'autres produits d'origine animale (peau, lait)	1,7	0,3 15,6	0,6

Caractérisation de la maladie

La période entre l'exposition de la vache morte et l'apparition des symptômes allait de 2 à 15 jours avec une moyenne de 7,6 jours. Parmi les 23 patients infectés par l'anthrax, trois (13 %) ont été hospitalisés. Le taux d'infectiosité était de 23/904 (2,5 %). La fièvre, comme le montre la figure 2 ci-dessous, était le symptôme le plus courant.



Autres constats

- L'équipe nationale a travaillé main dans la main avec des vétérinaires qui ont affirmé qu'il y avait beaucoup de bovins non vaccinés. Par conséquent, la couverture vaccinale est assez faible ; peu de vaches du village ont été vaccinées. La communauté a indiqué qu'elle ne pouvait pas payer les frais de vaccination de 2 000 shillings kényans par vache et de 1 000 shillings par chèvre.
- La communauté n'était pas bien informée sur l'anthrax et sur la manière de manipuler les animaux malades et mourants

Mesures prises

- Mise en quarantaine de la viande et des produits carnés imposée dans les zones affectées.
- Vaccination des vaches contre l'anthrax et ciblée sur les quartiers affectés.
- L'éducation de la communauté par le biais de réunions de village, d'églises, de mosquées et d'écoles. Les leaders de la communauté étaient présents pour s'adresser à la population.
- Tous les cas de lésions cutanées présentés à l'hôpital ont été traités et une prophylaxie a été administrée à tous les contacts identifiés (prophylaxie à la doxycycline (7 jours) ou à l'amoxiline (5 jours)).
- Les responsables de la DVO, de la DHO et du ministère de la Santé et du Bien-être social ont tenu une réunion commune au fur et à mesure que de nouvelles discussions avaient lieu sur différentes interventions.
- Désinfection des étables et des sites d'abattage à l'aide de la poudre de calcaire.

4. PROBLÈMES

- La couverture vaccinale était assez faible ; peu de vaches dans les villages ont été vaccinées, en raison des pénuries de vaccins.
- La communauté n'était pas bien informée sur l'anthrax et sur la manière de manipuler les animaux malades et mourants.
- Il n'y a pas de lien étroit entre RMO/DMO et DVO sauf en cas d'apparition de flambées zoonotiques.

5. RECOMMANDATIONS

- Le secteur vétérinaire devrait intensifier ses programmes de vaccination en augmentant la couverture et en fournissant de régulièrement et à temps des vaccins pour le bétail, en particulier contre les zoonoses à potentiel épidémique.
- La communauté devrait être bien informée sur l'anthrax et sur les autres zoonoses et sur la manière de manipuler les animaux malades et mourants.
- Il devrait exister un lien étroit entre RMO/DMO et DVO dans la prise en charge des maladies zoonotiques. Ceci favorisera l'approche une seule santé.
- Les tests diagnostiques préliminaires pour les animaux devraient être le point de départ avant toute autre chose. Ces tests fourniront la clé pour identifier l'événement.

6. CONCLUSION

L'épidémie d'anthrax dans la Région du Kilimandjaro a été établie suite à la confirmation en laboratoire de cas humains et animaux. Tous les cas étaient liés aux vaches mortes, ce qui en faisait la cause principale de l'épidémie. Le dépeçage des vaches mortes et la manipulation de leur viande étaient les principaux facteurs de risque de transmission de la maladie à l'homme. L'épidémie a été déclarée terminée le 14 janvier 2016.

Annexe 7^E. Principales capacités du RSI pour le suivi de la communication sur les risques

Questionnaire sur le suivi des principales capacités pour le RSI : Communication sur les risques
1. Les partenaires et parties prenantes en matière de communication sur les risques ont-ils été identifiés ?
2. Un plan de communication sur les risques a-t-il été élaboré ?
3. Le plan de communication des risques a-t-il été mis en œuvre ou testé par le biais d'un exercice réel de simulation ou d'urgence et mis à jour au cours des 12 derniers mois ?
4. Des politiques, procédures opérationnelles standardisées (POS) ou directives ont-elles été élaborées sur l'autorisation B et la divulgation des informations en période d'urgence sanitaire ?
5. Les sources d'information régulièrement mises à jour sont-elles accessibles aux médias et au public pour la diffusion des informations ? ^C
6. Y-a-t-il des supports d'IEC (information, éducation et communication) accessibles et pertinents adaptés aux besoins de la population ? ^D
7. Au cours des trois dernières urgences nationales ou internationales de santé publique, les populations et les partenaires ont-ils été informés d'un risque réel ou potentiel dans les 24 heures suivant la confirmation ?
8. Une évaluation de la communication en santé publique a-t-elle été effectuée après les urgences, pour vérifier l'opportunité, la transparence et la pertinence des communications ?
9. Les résultats des évaluations des efforts de communication sur les risques lors d'une urgence de santé publique ont-ils été partagés avec la communauté mondiale ?
Notes :
A. Le plan comprend un inventaire des partenaires, des points focaux, des parties prenantes en matière de communication et de leurs capacités dans le pays.
B. Les procédures sont en place pour que le personnel scientifique, technique et des communications donne un avis, avant que des informations ne soient divulguées lors des événements de santé publique.
C. Ceci peut comprendre un site Web / une page Web (niveau national), des réunions communautaires, des émissions de radio à l'échelle nationale, le cas échéant, etc.
D. Les points de vue et les perceptions des individus, des partenaires et des communautés affectés par les urgences de santé publique devraient être systématiquement pris en compte ; ceci inclut les groupes vulnérables, minoritaires, défavorisés ou autres populations à risque.
E. La transparence implique ici ouverture, communication et responsabilité, c'est-à-dire que toutes les informations sur les risques pour la santé publique sont ouvertes et librement disponibles.

Annexe 7 F. Liste des parties prenantes et des partenaires en matière de communication sur les risques

Ministère en charge de la santé
Ministère en charge de l'éducation
Ministère en charge de l'agriculture
Ministère en charge des collectivités locales
Ministère en charge de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement
Ministère en charge des communications et de l'information
Ministère en charge des transports
Ministère en charge de l'environnement et des forêts
Ministère en charge du tourisme
Ministère en charge de l'information et de la radiodiffusion
Ministère en charge de l'information et de la radiodiffusion
Département de l'aviation civile
Autorité nationale de gestion des catastrophes
Instituts de recherche agricole)
Département en charge de l'énergie atomique et de l'énergie nucléaire
Institutions en charge d'événements chimiques
Département ou institution en charge de la santé au travail
Universités et collèges
Instituts nationaux de santé publique
Institutions de recherche agricole
Hôpitaux
Laboratoires
Pompiers
Service de police
Fabricants de médicaments
Fournisseurs de médicaments
Organisation des Nations Unies: OMS / Fonds international de secours à l'enfance (UNICEF), ONUSIDA
Centres africains de prévention et de contrôle des maladies (Afrique CDC)
Centres américains de prévention et de contrôle des maladies (CDC)
Médecins Sans Frontières (MSF)
CROIX ROUGE
Organisations non gouvernementales (ONG)
Organisations confessionnelles
Associations médicales

7.6 Références

1. Ministry of Health Liberia, National Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response, June 2016
2. The United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare, National DSR guidelines, 2nd edition 2011
3. The United Republic of Tanzania, National Communication Guidelines for Public Health risks and emergencies, 2016
4. World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide, 2008 Edition
5. Tanzania Field Epidemiology and Laboratory Training Program (Residents Outbreak reports)
6. Communication for behavioural impact (COMBI)
7. http://www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/
8. Effective Media Communication during Public Health Emergencies
9. http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_31/en/
10. Outbreak Communication. Best practices for communicating with the public during an outbreak
11. http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32/en/
12. WHO outbreak communication planning guide
13. <http://www.who.int/ihr/publications/outbreak-communication-guide/en/>