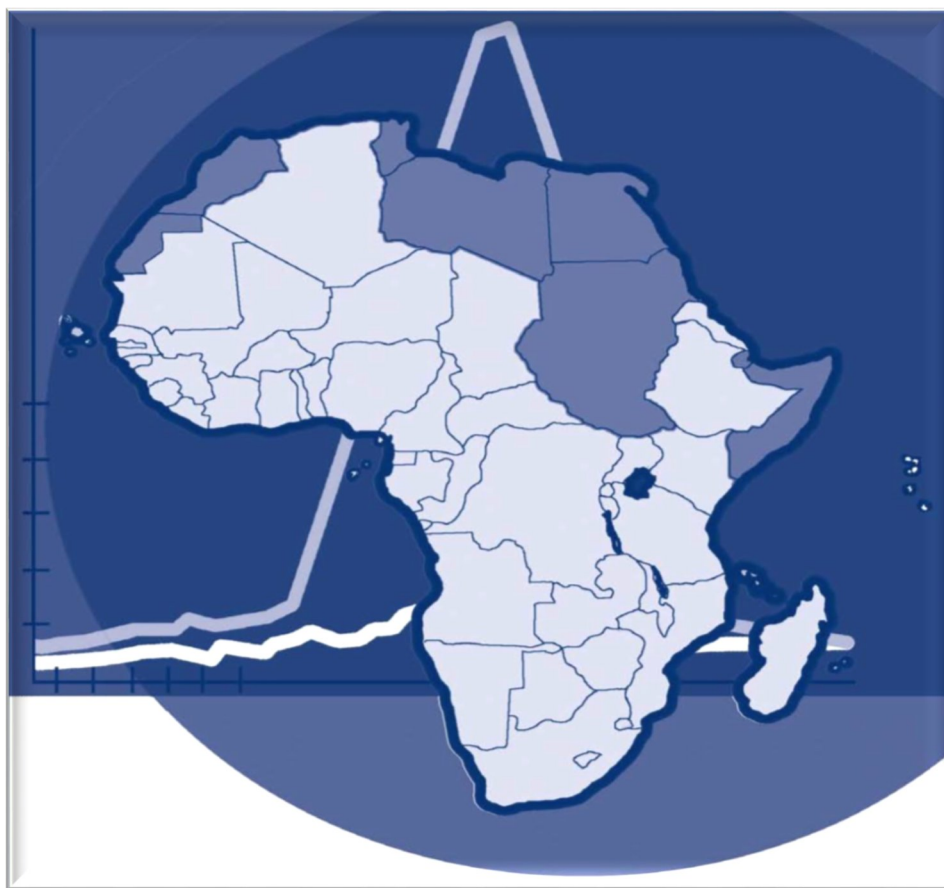


GUIDE TECHNIQUE POUR

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

TROISIÈME ÉDITION

VOLUME 2 – SECTIONS 1, 2 ET 3



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 1 – Détecter et enregistrer les cas de maladies, d'affections et d'événements prioritaires

Section 2 – Notifier les maladies, les affections et les événements prioritaires

Section 3 – Analyser et interpréter les données

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

TROISIÈME ÉDITION

VOLUME 2 – SECTIONS 1, 2 ET 3

MARS 2019

Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région Africaine : Volume 2 – Section 1, 2, et 3

WHO/AF/WHE/07/2019

© 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 2 – Section 1, 2 et 3. 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

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES	vi
AVANT-PROPOS	vii
REMERCIEMENTS	ix
SECTION 1 : DÉTECTER ET ENREGISTRER LES CAS DE MALADIES, D’AFFECTIONS ET D’ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES.....	1
1. DÉTECTER ET ENREGISTRER LES CAS DE MALADIES, D’AFFECTIONS ET D’ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES.....	1
1.1 Détection des maladies, des affections et des événements prioritaires	1
1.2 Surveillance basée sur les indicateurs et surveillance des événements utilisées pour détecter les maladies, les affections et les événements	3
1.3 Utiliser des définitions de cas standard.....	3
1.4 Instaurer la surveillance des événements à tous les niveaux	6
1.5 Mettre à jour les procédures de surveillance et de riposte au niveau du district	7
1.6 Rôle du laboratoire dans la surveillance et la riposte	10
1.7 Annexes à la section 1	14
Annexe 1A Définitions de cas standard recommandées par le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique pour la notification des cas présumés de maladies, d’affections et d’événements prioritaires	15
Annexe 1B Définitions de cas au niveau communautaire à l’aide des principaux signes et symptômes.....	28
Annexe 1C Guide pour la mise en place de la surveillance des événements aux niveaux national, régional ou provincial, des districts et des établissements de santé	31
Annexe 1D Liste des sites de notification du district	43
Annexe 1E Fonctions des laboratoires aux différents niveaux du système de santé.....	44
Annexe 1F Responsabilités des points focaux de laboratoires à tous les niveaux.....	46
Annexe 1G Liste des laboratoires nationaux chargés de confirmer les maladies et les affections prioritaires	48
1.8 Références	49
SECTION 2 : NOTIFIER LES MALADIES, LES AFFECTIONS ET LES ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES ..	53
2. NOTIFIER LES MALADIES, LES AFFECTIONS ET LES ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES	53
2.1 Maladies, affections et événements prioritaires à notifier immédiatement.....	54
2.2 Récapituler les maladies à notifier immédiatement et chaque semaine.....	59

2.3	Notifier mensuellement et trimestriellement les informations sommaires systématiques pour les autres maladies importantes pour la santé publique	61
2.4	Améliorer les pratiques de notification systématique	63
2.5	Protection et sécurité des données pour assurer la confidentialité des informations relatives aux patients	69
2.6	Annexes à la section 2	70
Annexe 2A	Instrument de décision du RSI 2005	71
Annexe 2B	Algorithme de notification des maladies, des affections ou des événements à notifier immédiatement	72
Annexe 2C	Formulaire de notification de l'alerte communautaire	73
Annexe 2D	Fiche mensuelle de surveillance communautaire des présomptions de maladies et d'événements de santé publique	74
Annexe 2E	Structure de notification pour l'alerte et la vérification communautaires	75
Annexe 2F	Formulaire SIMR de notification immédiate des cas	76
Annexe 2G	Formulaire SIMR de notification des cas par le laboratoire	77
Annexe 2H	Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire ou mensuelle	78
ANNEXE 2I	Registre des notifications et données échangées dans le cadre de la SIMR	81
Annexe 2J	Liste de contrôle de la qualité des données SIMR au niveau des districts	82
Annexe 2K	Formulaire de notification des décès maternels et formulaires de notification des décès périnataux	85
Annexe 2L	Format de la semaine épidémiologique de l'OMS, 2019-2020	91
2.7	Références	93
SECTION 3 : ANALYSER LES DONNÉES		97
3.	ANALYSER LES DONNÉES	97
3.1	Recevoir, traiter et stocker les données des sites de notification	98
3.2	Analyser les données en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles	101
3.3	Analyser les résultats en fonction des seuils pour décider des actions de santé publique	112
3.4	Tirer des conclusions à partir des constations pour générer des informations	114
3.5	Résumer et utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer les actions de santé publique	115
3.6	Annexes à la section 3	116
Annexe 3A	Élaborer un plan pour l'analyse systématique des données de surveillance	117
Annexe 3B	Comment réaliser un graphique manuellement	119

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.



Dr^e 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 DES MALADIES ET LA RISPOSTE

TROISIÈME ÉDITION



SECTION 1 – DÉTECTER ET ENREGISTRER LES CAS DE MALADIES, D'AFFECTIONS ET D'ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES

MARS 2019

SECTION 1 – DÉTECTER ET ENREGISTRER LES CAS DE MALADIES, D'AFFECTIONS ET D'ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES

1. DÉTECTER ET ENREGISTRER LES CAS DE MALADIES, D'AFFECTIONS ET D'ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES

La stratégie de la SIMR comprend à la fois la surveillance basée sur les indicateurs et la surveillance des événements afin de détecter rapidement les maladies, les affections et les événements prioritaires. Cette section décrit comment identifier les maladies, les affections et les événements prioritaires à l'aide de définitions de cas standard. Elle donne également des orientations sur la mise en place de la surveillance des événements et l'utilisation de cette approche pour la détection, le triage et la vérification des alertes afin de détecter les événements de santé publique. De plus, cette section donne une description des procédures à suivre lors de la planification de l'amélioration des activités de surveillance et de riposte dans votre zone d'intervention et souligne le rôle des laboratoires dans la surveillance et la riposte.

1.1 Détection des maladies, des affections et des événements prioritaires

Le personnel de santé (humaine, animale et environnementale) exerce des activités de surveillance à tous les niveaux du système de santé (public et privé), de façon à pouvoir détecter les problèmes sanitaires préoccupants pour la communauté.

Les membres de la communauté jouent également un rôle important dans la surveillance en facilitant la détection précoce des maladies, des affections et des événements prioritaires et la prise de mesures appropriées. Les membres de la communauté doivent être orientés vers la surveillance afin de participer activement à la détection, à la notification, à la riposte et au suivi des événements sanitaires liés aux humains ou aux animaux dans leur zone d'intervention.

Divers événements de santé publique ou risques peuvent également se produire aux points d'entrée ; et ces événements sanitaires peuvent être reconnus avant, pendant ou après le voyage, souvent lorsque les voyageurs ont déjà quitté le point d'entrée. Le personnel aux points d'entrée doit être vigilant en s'assurant que ces événements soient identifiés et notifiés à temps afin de faciliter la riposte.

Les priorités de la surveillance peuvent être des maladies transmissibles et non transmissibles, des affections ou des événements qui incluent des priorités nationales ou locales telles que des

flambées aiguës et des décès, ou des épisodes liés à des événements de santé humaine ou animale susceptibles d'avoir des conséquences directes sur la santé humaine. Une fonction essentielle d'un système de surveillance de la santé publique consiste à faire preuve de vigilance dans sa capacité à détecter non seulement les menaces connues pour la santé publique à l'aide de définitions de cas établies et de voies de notification officielles, mais aussi les événements ou risques qui ne sont pas expressément inclus dans le système de notification officiel. Il peut s'agir d'événements tels que des groupes de tableaux de morbidité ou de rumeurs de décès inexplicables.

Ces maladies, ces affections et ces événements peuvent être portés à l'attention du système de santé de plusieurs façons.

Par exemple,

- a) une personne tombe malade et va se faire soigner dans un établissement de santé ;
- b) un taux élevé d'hospitalisation pour les mêmes maladies ou symptômes ;
- c) les membres de la communauté signalent des événements ou des faits inhabituels au niveau local, par exemple une série de décès ou un tableau de morbidité atypique dans l'établissement de santé, ou une école signale des absences insolites dues à des signes et à des symptômes similaires, tels qu'un syndrome de type grippal ;
- d) le personnel de santé qui examine régulièrement les dossiers pour trouver des cas d'une maladie précise constate que des cas d'une autre maladie prioritaire n'ont pas été notifiés. Par exemple, un agent qui consulte normalement le registre de la clinique à la recherche de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) constate également qu'un cas de choléra a été récemment inscrit dans le registre de la clinique ;
- e) le personnel de santé consulte régulièrement le registre du laboratoire et observe les cas confirmés enregistrés de maladies prioritaires telles que la fièvre jaune ou le choléra ;
- f) la radio, la télévision, les journaux ou les réseaux sociaux (WhatsApp, Facebook, etc.) rapportent une rumeur à propos d'événements rares ou inexplicables dans la région qui pourraient exposer les humains ;
- g) les registres d'état civil révèlent une augmentation de la mortalité maternelle ;
- h) des cas de maladie inhabituels déclarés parmi les agents de santé ;
- i) lors de l'analyse des rapports systématiques de tous les établissements de la zone, l'agent de district constate que d'autres établissements de santé de la zone d'intervention ont également signalé des décès d'adultes dus à une diarrhée sanglante qui pourrait indiquer l'existence d'un foyer de dysenterie bacillaire ou d'*Escherichia coli* ;

- j) une ou plusieurs morts inhabituelles parmi les animaux, tels que le bétail, des oiseaux ou des rongeurs, ou un nombre inhabituellement élevé d'animaux malades présentant les mêmes signes ;
- k) des agents de l'environnement observent pendant l'évaluation des plans d'eau une contamination qui pourrait être due à des produits chimiques tels que le plomb ou à d'autres produits chimiques issus d'activités minières, ce qui pourrait constituer un déclencheur précoce d'interventions de santé publique.

1.2 Surveillance basée sur les indicateurs et surveillance des événements utilisées pour détecter les maladies, les affections et les événements

- a) La stratégie de la SIMR utilise à la fois la surveillance basée sur les indicateurs et la surveillance des événements pour détecter les maladies, les affections et les événements.
- b) Dans le cadre des efforts visant à accroître la sensibilité du système de surveillance, tous les pays doivent instaurer un système de surveillance des événements en plus de la surveillance basée sur les indicateurs à tous les niveaux du système de santé, c'est-à-dire aux niveaux national, régional ou provincial, des districts, des formations sanitaires et des communautés.
- c) La surveillance basée sur les indicateurs implique l'utilisation de définitions de cas standard pour identifier les maladies, les affections et les événements, tandis que la surveillance des événements utilise la détection, le triage et la vérification des alertes pour détecter les événements.
 - i) Contrairement aux définitions de cas qui sont restreintes et spécifiques à une maladie, la surveillance des événements exige la détection et la notification immédiate des alertes, qui sont larges et indiquent la possibilité d'un événement de santé publique grave. Une fois vérifiées, les alertes sont classées dans la catégorie des événements.
- d) La surveillance basée sur les indicateurs et la surveillance des événements sont partie intégrante des activités de SIMR systématique du personnel de surveillance.
- e) La surveillance basée sur les indicateurs et des événements doit utiliser les ressources et les infrastructures existantes prévues pour la stratégie régulière de la SIMR.

1.3 Utiliser des définitions de cas standard

Une définition de cas standard est un ensemble de critères convenus utilisés pour décider si une personne est atteinte d'une maladie ou d'une affection particulière présumée. La définition précise les critères cliniques, les diagnostics de laboratoire et les spécifications concernant le moment, le lieu et la personne.

Pourquoi a-t-on besoin de définitions de cas ?

- a) Pour aider à décider si une personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un événement présumé, ou pour exclure le diagnostic d'autres maladies potentielles.
- b) Pour s'assurer que chaque cas est diagnostiqué de la même façon, peu importe où et quand il s'est produit, ou qui l'a identifié.
- c) Pour prendre des mesures afin de notifier et d'enquêter rapidement si le diagnostic clinique prend plus de temps à confirmer les cas.
- d) Pour comparer le nombre de cas de maladies, d'affections ou d'événements survenus à un moment ou à un endroit avec le nombre de cas survenus à un autre moment ou à un autre endroit.

L'utilisation de définitions de cas standard est également importante dans la mise en œuvre du RSI 2005. C'est pourquoi il est important que le personnel de santé à tous les niveaux, y compris au niveau communautaire, connaisse les définitions de cas standard des maladies, des affections ou des événements susceptibles d'affecter non seulement la population locale, mais aussi de se propager au-delà des frontières géographiques.

En décrivant les définitions de cas standard, pour le niveau des établissements de santé, un **système de classification à trois niveaux est normalement utilisé – présumé, probable, confirmé** :

- a) **cas présumé** : tableau clinique indicatif, c'est-à-dire que le patient aura des caractéristiques cliniques moins nombreuses ou atypiques sans être un cas confirmé ou probable ;
- b) **cas probable** : tableau clinique clair (répondant à la définition de cas clinique), c'est-à-dire que le patient présente des caractéristiques cliniques typiques de la maladie ou est lié épidémiologiquement à un cas confirmé, mais qu'un échantillon de laboratoire ne peut être prélevé parce que le cas est perdu ou décédé, ou qu'un échantillon a été prélevé mais n'était pas disponible pour les tests de laboratoire ou n'était pas viable pour un nombre suffisant de tests en laboratoire ;
- c) **cas confirmé** : cas présumé ou confirmé, vérifié par une analyse de laboratoire.

La classification peut varier en fonction de l'épidémiologie des différentes maladies.

Dans tous les scénarios d'épidémie, il faut toujours utiliser une définition de cas plus sensible pour identifier tous les cas présumés. L'identification des cas dans ces scénarios utilisera l'approche de surveillance syndromique où la détection des cas sera fondée sur des caractéristiques cliniques sans aucun diagnostic de laboratoire (voir le chapitre « Introduction »

pour la description de la surveillance syndromique). Si, au milieu d'une épidémie, la cause de l'agent a été établie, l'on peut continuer à classer les cas comme présumés ou confirmés. Une catégorie supplémentaire, à savoir une « définition de cas probable », peut être ajoutée si les responsables estiment qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer des tests de laboratoire sur chaque patient présentant un tableau clinique cohérent et des antécédents d'exposition (par exemple, la rougeole).

Au niveau communautaire, les définitions de cas sont généralement simplifiées et utilisées pour faciliter la détection rapide de maladies, d'événements et d'affections prioritaires ou d'autres risques dans la communauté. Les définitions de cas à ce niveau utilisent les signes et les symptômes clés pour aider la communauté à savoir quand elle doit orienter une personne présentant ces signes et ces symptômes vers un traitement et informer l'établissement de santé. L'annexe 1B présente des exemples de description des principaux signes et symptômes dans les définitions de cas.

Tous les cas (présumés, probables et confirmés) doivent toujours être consignés dans un registre reconnu de l'établissement et dans les formulaires de notification de la SIMR.

1.3.1 L'approche « Une seule santé » dans l'identification des événements

L'approche « Une seule santé » vise à appliquer une approche holistique dans la détection conjointe des événements et l'évaluation des risques face à d'éventuels événements de santé publique se produisant à l'interface entre les humains, les animaux et l'environnement. La détection des événements dans le cadre de l'approche « Une seule santé » exige donc que tous les niveaux (communautaire, district, régional et national) renforcent la collaboration entre les secteurs et partagent la responsabilité de détecter les événements susceptibles d'avoir un impact sur les humains, les animaux et l'environnement.

Parmi les exemples de l'approche « Une seule santé », on peut citer la détection d'un animal enragé ou les notifications de maladies animales par le secteur vétérinaire, ce qui peut faciliter les enquêtes sur les cas humains de maladie ou les notifications de maladies humaines pouvant être retracées par exposition à des produits chimiques dangereux dans l'environnement.

La détection des événements aux points d'entrée nécessite également l'utilisation de l'approche « Une seule santé », ce qui exige la participation de tous les secteurs concernés tels que les ministères responsables de la santé, de l'agriculture, de l'élevage, de l'environnement, de l'immigration et de la défense.

Tous les événements détectés doivent être notifiés aux secteurs concernés dans le cadre de l'approche « Une seule santé ».

1.3.2 Distribuer les définitions de cas et des registres standards aux établissements de santé

Le personnel des établissements de santé à tous les niveaux, y compris aux points d'entrée, doit connaître et disposer des définitions de cas standard, spécifiées au niveau national (notamment celles relatives à la notification d'événements inhabituels, de tableaux de morbidité ou de décès inexpliqués).

Dans certains pays, les définitions de cas standard des maladies sous surveillance sont diffusées sous forme d'affiches ou de volumes de poche. Ces outils renforcent l'utilisation des définitions de cas standard pour détecter et notifier les maladies, les affections et les événements prioritaires.

Le personnel de l'établissement de santé doit être informé du processus d'enregistrement et de notification, y compris les sites de déclaration. Les établissements de santé doivent également enregistrer les rumeurs. Les registres qui sont normalement utilisés dans la plupart des pays sont ceux des services de consultations externes et ceux des services d'hospitalisation. Les agents de surveillance doivent toujours être en contact avec le responsable de l'information sanitaire afin d'extraire du registre les maladies prioritaires de la SIMR.

Des définitions de cas proposées sur la base de programmes établis pour des maladies spécifiques figurent à l'annexe 1A et à la section 11 du présent guide.

1.3.3 Distribuer des définitions de cas au niveau communautaire en utilisant les principaux signes et symptômes

Il convient de fournir des informations aux agents de santé communautaires, aux guérisseurs traditionnels, aux accoucheuses, aux chefs communautaires et aux volontaires communautaires sur la façon de reconnaître et de notifier des maladies, des affections ou des événements prioritaires à l'établissement de santé. Les définitions de cas au niveau communautaire doivent être plus simples que celles utilisées dans les établissements de santé. Une liste d'exemples de définitions de cas à utiliser au niveau communautaire figure à l'annexe 1B de cette section.

Dans le même temps, il faut insister sur la nécessité d'orienter vers un traitement toute personne souffrant de la maladie ou de l'affection présumée. Il faut également leur fournir des procédures de notification, y compris le moment et le destinataire de la notification ; et veiller à ce que les outils nécessaires soient mis à leur disposition. Il importe de concevoir des formulaires d'alerte communautaires simples pour notifier les événements, ainsi que des outils

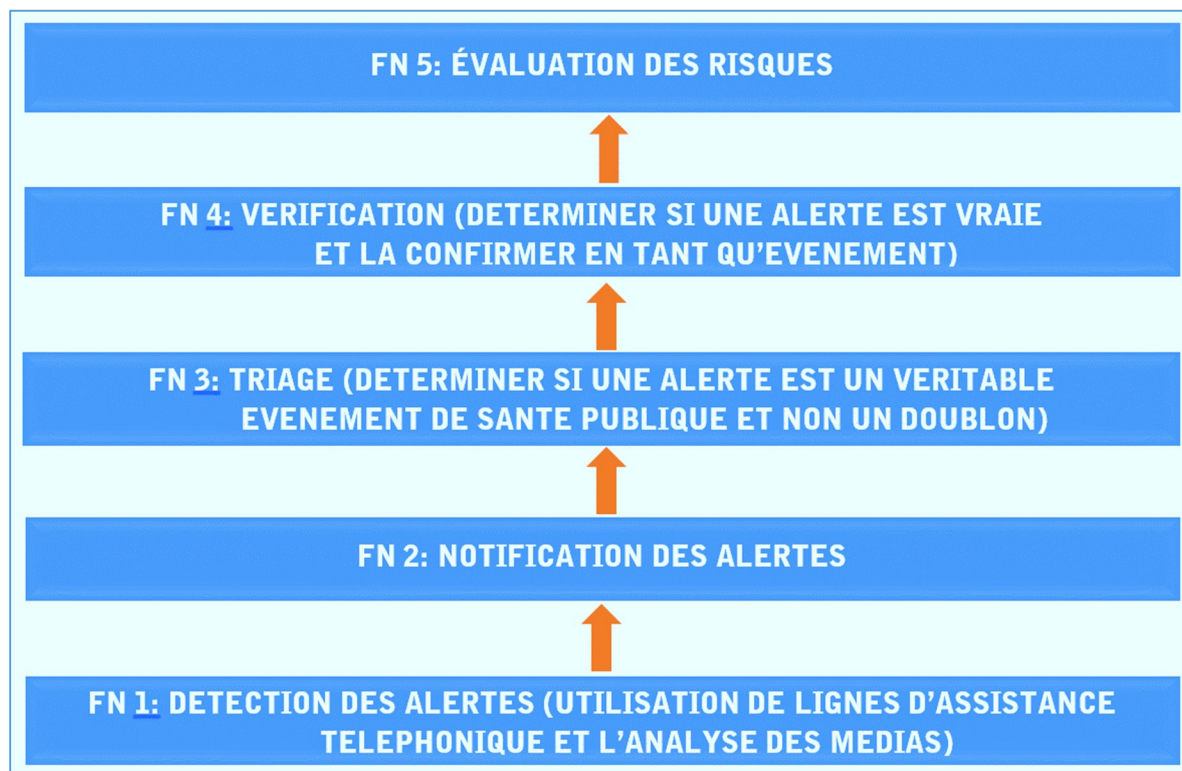
(voir l'annexe 2B) pour leur permettre d'orienter un cas suspect et leur montrer comment le remplir. Pour ceux qui ne savent pas lire et écrire, il faut élaborer des mécanismes pour recueillir des informations sur les événements auprès d'eux. Pensez à des mécanismes tels que l'identification d'un membre de la famille qui peut aider à la rédaction. Il faut également informer la population sur les maladies prioritaires, à l'aide d'affiches, de bulletins d'information ou d'annonces lors des réunions communautaires. Indiquez également des méthodes de retour d'information, ainsi que le moment où les informations seront fournies à la communauté, sachant que cela encouragera les membres de la communauté à participer aux activités de surveillance et de riposte, et de comprendre les membres de leur communauté et les changements qui se produisent dans leur santé.

1.4 Instaurer la surveillance des événements à tous les niveaux

Tous les pays doivent veiller à ce que le système de surveillance des événements soit mis en place à tous les niveaux du système de santé, parallèlement au système de surveillance basée sur les indicateurs.

La mise en place de la surveillance des événements implique la prise en compte des fonctions de ladite surveillance telles qu'illustrées à la figure 1.

Figure 1. Fonctions de la surveillance des événements à tous les niveaux du système de santé



Voici les étapes à suivre pour l’instauration et le suivi d’un système de surveillance des événements :

- Étape 1 – Mettre en place des lignes d’assistance téléphonique et un système d’analyse des médias pour la surveillance des événements, afin de détecter les alertes
- Étape 2 – Détection des alertes
- Étape 3 – Enregistrement des alertes de la surveillance des événements
- Étape 4 – Effectuer le triage des alertes de la surveillance des événements
- Étape 5 – Procéder à l’évaluation et à la caractérisation des risques
- Étape 6 – Effectuer la vérification des alertes de la surveillance des événements

Les étapes de la mise en place de la surveillance des événements aux niveaux national, régional ou provincial, des districts et des établissements de santé sont décrites à l’annexe 1C de la présente section.

1.5 Mettre à jour les procédures de surveillance et de riposte au niveau du district

Chaque année, les responsables sanitaires nationaux, régionaux et de district doivent collaborer pour mettre à jour et ajuster en conséquence les procédures de surveillance et de riposte.

1.5.1 Mettre à jour la description de la zone géographique desservie

Les informations sur la zone desservie (établissements de santé, points d’entrée, laboratoires) doivent être mises à jour au moins une fois par an. Cette activité doit faire partie de la planification sanitaire aux niveaux du district, de la région et du pays. Une description des caractéristiques de la population locale dans la zone desservie, des activités en cours, des risques à prendre en compte, des moyens de surveillance et des lacunes doit être assurée.

La cartographie des risques doit s’étendre à tous les risques pour la santé publique tels que spécifiés par le RSI 2005, y compris les risques chimiques, zoonotiques, radiologiques et nucléaires. Il est important d’y inclure également les résultats de la cartographie des risques. L’OMS a mis au point un outil intégré de profilage des risques pour évaluer les risques pour la santé publique, et cet outil peut être utilisé dans le cadre élargi de la gestion des risques de catastrophes. (Outil OMS d’évaluation stratégique des risques (STAR), OMS, version provisoire, 3.3.1, juillet 2017).

Voici quelques exemples de risques potentiels : les sources d’eau contaminées, le manque de moyens de transfert rapide vers un établissement de recours pour les femmes en couches, des mesures de sécurité insuffisantes dans les mines, les chantiers ou les bidonvilles, où les risques

pour la santé publique sont particulièrement importants pendant les fortes pluies ou du fait de l'absence de latrines.

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

- a) la taille des principales populations cibles à tous les niveaux : enfants de moins de cinq ans, enfants d'âge scolaire, femmes en âge de procréer, personnes âgées de 1 à 30 ans, personnes vivant dans les camps de réfugiés, camps de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, jeunes déscolarisés et autres groupes vulnérables ;
- b) les principales activités de santé publique menées dans la région, y compris les activités de vaccination des organisations publiques, privées et non gouvernementales, les projets d'eau potable, les cliniques de planning familial, les centres d'alimentation pour enfants malnutris, les activités sanitaires dans les camps de réfugiés, les informations relatives aux facteurs de risque des maladies non transmissibles, etc.

Pour mettre à jour le profil du district, vous pouvez utiliser plusieurs méthodes, parmi lesquelles la création d'un forum réunissant les principaux acteurs de la santé à tous les niveaux, où l'on discutera des activités de surveillance et de riposte relatives aux événements sanitaires prioritaires au niveau du district, ce qui peut faciliter la collecte d'informations à jour auprès des intervenants sur les divers domaines clés de la surveillance et de la riposte dans lesquels ils sont impliqués. Vous pouvez le faire au cours d'une réunion mensuelle ou trimestrielle. Profitez de ces réunions pour leur apporter un retour d'information sur les données de surveillance transmises par leurs institutions au district. Impliquez des responsables d'autres secteurs pertinents dans le forum afin d'aborder les questions de santé suivant l'approche « Une seule santé ».

1.5.2 Mettre à jour la liste des sites de notification et les noms des points focaux de la surveillance dans le district

Il faut identifier tous les établissements de santé, points d'entrée et autres sites du pays, y compris les points focaux communautaires tenus de notifier les données de surveillance ou les événements inhabituels au niveau supérieur. Il convient d'établir des relations avec les établissements privés et les ONG, notamment les sites confessionnels présents dans le pays, et de les faire participer aux activités de surveillance. Dans certains pays, il peut y avoir des laboratoires séparés et ceux-ci doivent être enregistrés comme sites de notification.

L'emplacement des établissements de santé et des points d'entrée, ainsi que les noms des membres du personnel responsables des activités de surveillance doivent être enregistrés (et mis à jour si nécessaire). Il faut également mettre à jour les dossiers des points focaux

communautaires, qui peuvent comprendre des agents de santé communautaire, des accoucheuses formées, des leaders communautaires, des responsables de la sécurité publique, etc. Leurs numéros de téléphone et leurs adresses électroniques doivent être enregistrés. Veuillez également à déterminer, lors de l'enregistrement ou de la mise à jour des points focaux, s'ils ont été formés à la surveillance ou non, afin de planifier une nouvelle formation ou une orientation en vue d'actualiser leurs compétences. L'annexe 1C présente un modèle de formulaire permettant de dresser la liste des sites de notification et des personnes à contacter sur chaque site.

1.5.3 Identifier des représentants potentiels de la communauté qui peuvent être impliqués dans la surveillance communautaire

Tous les membres de la communauté acceptables par celle-ci peuvent servir de points focaux de la surveillance communautaire. Ils doivent être choisis par les communautés dans lesquelles ils vivent afin d'accroître la responsabilisation et l'appropriation de la surveillance communautaire. La représentation peut provenir de services communautaires de base tels que des accoucheuses formées, des agents de santé communautaires ou villageois, ou des prestataires de soins, des chefs de villages (religieux, traditionnels ou politiques), des enseignants, des vétérinaires, des agents de vulgarisation sanitaire, des vendeurs de produits chimiques, des guérisseurs traditionnels et dans de nombreuses communautés, une personne respectée, mais n'appartenant pas au secteur de la santé, comme le coiffeur, le commerçant, le personnel de sécurité ou une grand-mère qui parle régulièrement aux membres des communautés. Toutes ces personnes peuvent être des points focaux efficaces.

Un inventaire des personnes sélectionnées doit être tenu à jour, avec leurs coordonnées, y compris l'établissement de santé correspondant. Il faut s'assurer qu'ils disposent d'une liste de définitions de cas communautaires simplifiées pour faciliter la détection et la notification des cas. L'annexe 1C présente un modèle de formulaire permettant de dresser la liste des sites de notification et des personnes à contacter sur chaque site.

1.5.4 Distribuer des formulaires de collecte de données mis à jour, des outils de notification, des listes, des registres et des guides techniques

Lorsque vous effectuez des mises à jour de la description de la zone d'intervention, vérifiez que tous les sites de notification disposent d'outils de notification en quantité suffisante (formulaires, listes, registres ou autres moyens pour communiquer les données de surveillance au district). Cette vérification doit s'effectuer lors des visites de supervision régulières. Profitez des réunions trimestrielles de district avec les établissements de santé et les autres sites de notification pour distribuer les formulaires et les procédures actualisés de notification,

d'investigation et de riposte aux événements sanitaires. Veillez à tenir et à mettre à jour un inventaire de tous les renseignements nécessaires pour vous aider dans les suivis nécessaires.

1.6 Rôle du laboratoire dans la surveillance et la riposte

Plusieurs maladies ou affections présentent des signes et des symptômes identiques ou similaires. Par exemple, un enfant qui a de la fièvre et des éruptions cutanées sur tout le corps peut recevoir un diagnostic de rougeole, même s'il y a plusieurs causes à la présentation clinique de l'enfant (scarlatine, rubéole, etc.).

Les laboratoires doivent être utilisés comme mécanismes d'alerte précoce pour détecter les agents pathogènes et d'autres risques susceptibles de se propager, par exemple, l'émergence de souches résistantes à l'hôpital ou dans la communauté (à l'instar de la tuberculose multirésistante aux médicaments). La confirmation en laboratoire des diagnostics de maladies, d'affections et d'événements sous surveillance est essentielle pour :

- a) confirmer de façon précise le diagnostic chez un patient ; et
- b) vérifier la cause (ou l'étiologie) d'un foyer présumé.

1.6.1 Prélèvement, conservation et transport des échantillons

Le type d'échantillon prélevé et son emballage (moyen de conservation) dépendent de la maladie présumée. Les échantillons doivent être prélevés en quantité suffisante dans des récipients appropriés au niveau de l'établissement de soins de santé ou, si nécessaire, sur le terrain au cours d'une enquête sur une épidémie. Tous les échantillons doivent être emballés trois fois et étiquetés correctement, et accompagnés des formulaires de laboratoire appropriés afin qu'ils arrivent au laboratoire en bon état et fournissent des résultats fiables. Il faut également minimiser les délais entre le prélèvement de l'échantillon et son analyse en laboratoire.

Veillez à ce que les établissements de santé disposent d'un personnel formé et de matériel, ainsi que de réactifs et de fournitures adéquats pour permettre le prélèvement d'échantillons. Un processus de transport clairement défini est nécessaire pour permettre aux établissements de santé de savoir où envoyer les échantillons.

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

- a) un prélèvement n'a pas été réalisé correctement (par exemple, un échantillon sanguin hémolysé) ;

- b) un retard dans le transport ou l'analyse risque d'entraîner une contamination bactérienne dans un prélèvement (par exemple, dans un échantillon d'urine) ;
- c) l'utilisation d'un mauvais milieu de transport ou de conservation risque de réduire la viabilité du microorganisme présumé ;
- d) des antibiotiques sont administrés à un patient avant de prélever des échantillons pour les cultures ;
- e) une température incorrecte est utilisée pour la conservation de l'échantillon.

Les tableaux de référence relatifs aux maladies spécifiques qui figurent à la section 11 comprennent une liste des procédures de laboratoire conseillées pour confirmer les maladies et les affections prioritaires, notamment :

- a) le test diagnostique permettant de confirmer la maladie ou l'affection ;
- b) l'échantillon à prélever ;
- c) quand prélever l'échantillon ;
- d) comment prélever l'échantillon ;
- e) comment préparer, conserver et transporter l'échantillon ;
- f) quand attendre les résultats ; et
- g) les sources d'informations complémentaires.

Il est nécessaire de prendre des mesures de santé publique avant même d'avoir reçu la confirmation du laboratoire. Il convient de noter que le patient doit être confiné en fonction des signes et des symptômes et que la prise en charge doit être initiée immédiatement, avant même les résultats de laboratoire, comme dans le cas des fièvres hémorragiques virales.

1.6.2 Créer un réseau de laboratoires

Les points focaux locaux de la surveillance et des laboratoires à chaque niveau du système de santé doivent tenir à jour une liste des laboratoires qui ont la capacité d'effectuer les analyses de laboratoire requises. L'annexe 1F présente un modèle de formulaire permettant de dresser la liste des laboratoires nationaux chargés de confirmer les cas de maladies et d'affections prioritaires. Il faut fournir à tous les établissements de santé les procédures pour l'envoi des prélèvements, notamment leur préparation, leur manipulation, leurs conditions d'expédition et leur conservation. Veillez à diffuser des informations sur l'emballage et le transport de matériel infectieux conformément aux directives de la politique nationale.

Au niveau des établissements de santé et des systèmes de santé du district et de la région, l'accent sera mis sur le prélèvement, la manipulation, le transport et le traitement sécurisés des

échantillons, ainsi que sur la fourniture rapide d'un retour d'information. Le responsable de la surveillance locale ou du laboratoire doit établir ou renforcer la communication régulière avec les laboratoires identifiés qui reçoivent des prélèvements de l'établissement de santé ou du district sanitaire. Ce contact régulier vise à renforcer la communication entre les établissements de santé du district qui envoient des échantillons et les laboratoires qui les reçoivent. Il est important d'élaborer des procédures, de sorte que chaque entité comprenne son rôle et ses responsabilités. Il convient de s'assurer de la clarté et de la fiabilité des procédures, à la fois pour le prélèvement et l'expédition des échantillons, la confirmation des cas de maladie ou d'affection grâce à des analyses en laboratoire, et la notification des résultats.

Pour soutenir les laboratoires régionaux ou de district au sein du réseau, l'autorité sanitaire nationale conclura un protocole d'accord avec les laboratoires en dehors de la zone ou du réseau qui ont la capacité d'effectuer des procédures de diagnostic spécifiques non disponibles localement. Le niveau national doit également soutenir le laboratoire par le biais d'un plaidoyer auprès des décideurs afin de mettre en place les mécanismes et les structures nécessaires pour s'approvisionner et permettre un accès rapide, en cas de besoin, aux fournitures requises pour prélever, manipuler, stocker et expédier les spécimens en toute sécurité via le réseau.

En outre, il est essentiel d'améliorer la collaboration entre les laboratoires de santé humaine et vétérinaire et les autres laboratoires de santé publique concernés, conformément à l'approche « Une seule santé ».

1.6.3 Mettre à jour l'inventaire des fournitures, des réactifs et du matériel utilisés pour la confirmation des maladies par les laboratoires effectuant les analyses

Les activités de surveillance doivent être menées en collaboration avec les laboratoires pour ce qui est des fournitures, des réactifs et du matériel afin d'éviter les doubles emplois. Il faut également tenir à jour une liste des fournitures, des réactifs et du matériel disponibles dans chaque laboratoire. Ce doit être le cas en particulier dans les établissements de santé publics, mais il faudrait aussi tenter d'obtenir un inventaire complet auprès des établissements privés. Cet inventaire doit également comprendre les numéros de téléphone des points focaux des laboratoires.

1.6.4 Décrire les procédures de laboratoire utilisées pour la confirmation des cas de maladies et d'affections prioritaires

Le niveau national doit veiller à ce que des protocoles et des directives de laboratoire soient établis et connus à tous les niveaux. Un point focal de laboratoire doit être désigné à tous les niveaux. Chaque point focal de laboratoire doit s'assurer que les protocoles, les lignes directrices et les procédures du laboratoire sont respectés au niveau qui lui est assigné. Consulter l'annexe 1E pour connaître les rôles et responsabilités des points focaux des laboratoires à tous les niveaux.

1.6.5 Établir un programme de contrôle et d'assurance de la qualité en laboratoire

Un programme d'assurance de la qualité (contrôle de qualité interne et externe) est à la base du bon fonctionnement d'un laboratoire. Le contrôle et l'assurance de la qualité du laboratoire sont essentiels pour renforcer la confiance dans les résultats obtenus. L'établissement ou le renforcement des programmes d'assurance de la qualité des laboratoires permettra d'améliorer la fiabilité et la reproductibilité des résultats de laboratoire. Il convient d'établir une coordination avec les autorités de laboratoire au niveau national ou régional pour mettre en place des activités garantissant la qualité des résultats fournis.

Les modes opératoires normalisés comptent parmi les documents les plus importants dans un laboratoire de diagnostic. Veillez à ce que chaque laboratoire dispose de modes opératoires normalisés écrits et à jour pour toutes les techniques appliquées dans le laboratoire. Ces modes opératoires doivent être les mêmes dans l'ensemble du réseau de laboratoires d'un pays afin que chaque laboratoire effectue les tests de la même manière. Ces modes opératoires normalisés doivent également comporter des contrôles de qualité internes. En outre, les laboratoires doivent participer aux programmes d'assurance de la qualité et aux mesures correctives mises en œuvre sur la base de résultats insuffisants ou médiocres, afin de maintenir l'excellence dans le laboratoire. Les laboratoires doivent être encouragés à s'engager dans le **Processus graduel OMS d'amélioration des laboratoires en vue de leur accréditation (SLIPTA)** s'ils ne sont pas encore accrédités. Voir le **Processus graduel OMS d'amélioration des laboratoires en vue de leur accréditation (SLIPTA)** [Liste de contrôle des laboratoires cliniques et de santé publique, version 2:2015, pour savoir comment effectuer une évaluation SLIPTA et <http://apps.who.int/iris/handle/10665/204423>].

1.7 Annexes à la section 1

- Annexe 1A Définitions de cas standard recommandées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour la notification des cas présumés de maladies, d'affections et d'événements prioritaires par les établissements de santé au niveau du district
- Annexe 1B Définitions de cas au niveau communautaire à l'aide des principaux signes et symptômes
- Annexe 1C Guide pour l'établissement de la surveillance des événements aux niveaux national, régional ou provincial, des districts et des établissements de santé
- Annexe 1D Liste des sites de notification du district
- Annexe 1E Fonctions des laboratoires aux différents niveaux du système de santé
- Annexe 1F Responsabilités des points focaux de laboratoires à tous les niveaux
- Annexe 1G Liste des laboratoires nationaux de santé humaine et vétérinaire chargés de confirmer les cas de maladies, d'affections et d'événements prioritaires

Annexe 1A : Définitions de cas standard recommandées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour la notification des cas présumés de maladies, d'affections et d'événements prioritaires par les établissements de santé au niveau du district

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique conseille aux établissements de santé d'utiliser les définitions de cas standard suivantes pour notifier au district les cas présumés de maladies, d'affections et d'événements prioritaires. Pour plus d'informations sur chacune des maladies prioritaires ciblées pour la surveillance par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, voir les directives spécifiques à la section 11, qui comprennent également les mesures à prendre en cas d'alerte ou de franchissement des seuils épidémiques.

Maladies et affections prioritaires	
Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
Syndrome de fièvre hémorragique aiguë	<p>Cas présumé : apparition aiguë d'une fièvre d'une durée de moins de trois semaines chez un patient gravement malade ou une personne décédée ET deux des manifestations suivantes : éruption hémorragique ou purpurique ; épistaxis (saignement de nez) ; hématomène (sang dans les vomissements) ; hémoptysie (sang dans les crachats) ; sang dans les selles ; autres symptômes hémorragiques et aucun facteur prédisposant connu aux manifestations hémorragiques OU suspicion clinique d'une maladie virale.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé avec confirmation en laboratoire ou lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.</p> <p>Remarque : lors d'une épidémie, des définitions de cas peuvent être modifiées pour les adapter à un événement local. Il est important de noter qu'au cours des épidémies, la plupart des cas peuvent ne pas présenter de manifestation hémorragique et qu'il est crucial d'effectuer une anamnèse appropriée</p>
Hépatite virale aiguë et chronique	<p>a) Hépatite virale aiguë :</p> <p>cas présumé : toute personne présentant une maladie aiguë d'apparition discrète avec les signes ou les symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) maladie infectieuse aiguë (par exemple, fièvre, malaise, fatigue), ii) lésions hépatiques (par exemple, anorexie, nausées, jaunisse, urine foncée, sensibilité du quadrant supérieur droit du corps) OU iii) taux d'alanine aminotransférase (ALT) plus de dix fois supérieurs à la limite supérieure de la normale ; <p>Cas confirmé : cas présumé confirmé en laboratoire par des biomarqueurs spécifiques au virus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hépatite A aiguë : IgM anti-HAV positive ou positive pour l'ARN du HAV, • hépatite B aiguë : antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) positif ET antigène IgM de base de l'hépatite B (anti-HBc) positif, ADN du HBV positif, • hépatite C aiguë : ARN du VHC positif (charge virale), antigène de base du VHC positif (le cas échéant) et IgM anti-VHC positive. Les marqueurs de l'hépatite A aiguë (IgM anti-HAV) et de l'hépatite E (IgM anti-HEV) sont négatifs ; • hépatite D aiguë : HBsAg positif (ou IgM anti-HBc positif) plus anti-HDV positif (habituellement IgM) et ARN du HDV (l'infection par HDV se produit UNIQUEMENT comme co-infection ou surinfection de l'hépatite B) ; • hépatite E aiguë : IgM anti-HEV positive.

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
	<p>b) Définition de cas de l'hépatite virale chronique (VHB et VHC) :</p> <p>hépatite B chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'HBsAg est le premier marqueur sérologique à apparaître. La persistance de l'HBsAg pendant au moins six mois indique une infection chronique, • anti-HBc positif (généralement IgG) ; <p>hépatite C chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ARN positif au virus de l'hépatite C chez une personne présentant un anti-HCV positif (habituellement IgG), • ARN du HCV positif OU antigène de base du HCV positif. <p>NB : la détection d'anticorps (à savoir VHC Ab positif) ne permet pas de faire la différence entre une infection aiguë, une infection chronique et une infection antérieure.</p>
Manifestations postvaccinales indésirables (MPI)	Tout événement médical fâcheux qui survient après la vaccination et qui n'a pas nécessairement de lien de cause à effet avec l'utilisation du vaccin. L'événement indésirable peut être tout signe défavorable ou non intentionnel, tout résultat de laboratoire anormal, tout symptôme ou toute maladie.
Anthrax	<p>Cas présumé : toute personne manifestant brutalement les symptômes d'une des formes cliniques de la maladie, à savoir :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. forme cutanée : toute personne présentant une lésion cutanée évoluant sur une période de 1 à 6 jours, passant d'une papule à une vésicule, puis se transformant en escarre noirâtre, systématiquement accompagnée d'un œdème plus ou moins étendu ; 2. forme gastro-intestinale : toute personne souffrant de troubles abdominaux caractérisés par des nausées, des vomissements, une anorexie et suivis de fièvre ; 3. forme respiratoire (inhalation) : toute personne présentant un bref prodrome évoquant une maladie respiratoire virale aiguë, suivi de l'apparition rapide d'hypoxie, de dyspnée et d'une forte fièvre, avec un élargissement du médiastin visible à la radiographie ; 4. forme méningée : toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale, pouvant être accompagnée de convulsions, d'une perte de conscience, de signes et de symptômes méningés ; forme fréquemment observée dans les infections systémiques, mais qui peut ne manifester aucun autre symptôme clinique de l'anthrax ET ayant un lien épidémiologique avec des cas présumés ou confirmés chez l'animal ou avec des produits contaminés d'origine animale. <p>Cas confirmé :</p> <p>cas cliniquement compatible avec les formes cutanée, respiratoire, gastro-intestinale, confirmé en laboratoire par :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. isolement de B. anthracis à partir d'un prélèvement de tissu ou du site affecté ; ou 2. mise en évidence d'une infection à B. anthracis à l'aide d'au moins deux tests diagnostiques. <p>Remarque : Il n'est pas toujours possible de mettre en évidence la présence de B. anthracis dans des prélèvements cliniques, lorsque le malade a été traité avec des agents antimicrobiens.</p>
Ulcère de Buruli	Cas présumé : toute personne présentant un nodule cutané, une plaque ou un ulcère indolores, qui réside ou qui s'est rendue dans une

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
(infection à <i>Mycobacterium ulcerans</i>)	<p>région d'endémie pour l'ulcère de Buruli.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé confirmé par au moins un test de laboratoire (présence de bacilles acido-alcoolrésistants confirmée par coloration de Zielh-Neelsen, PCR, culture ou histologie) ; confirmation de la présence de mycolactone dans les lésions cutanées.</p>
Chikungunya	<p>Cas présumé : toute personne présentant une forte fièvre d'apparition soudaine >38.5 °C, accompagnée d'une grave arthralgie ou arthrite que n'expliquent pas d'autres affections cliniques.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé confirmé en laboratoire.</p>
Choléra	<p>Cas présumé de choléra : dans les régions où une épidémie de choléra n'a pas été déclarée : tout patient âgé de deux ans et plus présentant une diarrhée aqueuse aiguë et une déshydratation sévère ou mort d'une diarrhée aqueuse aiguë.</p> <p>Dans les régions où une épidémie de choléra est déclarée : toute personne présentant ou mourir de diarrhée aqueuse aiguë.</p> <p>Cas confirmé de choléra : cas présumé de <i>Vibrio cholerae</i> O1 ou O139 confirmé par culture ou par amplification génique (PCR) et pour lequel, dans les pays où le choléra n'est pas présent ou a été éliminé, la souche O1 ou O139 du <i>Vibrio cholerae</i> s'est avérée toxigène.</p>
Dengue	<p>Cas présumé de dengue : toute personne présentant une maladie fébrile aiguë d'une durée comprise entre 2 et 7 jours, s'accompagnant d'au moins deux des symptômes suivants : céphalées, douleur rétro-orbitale, myalgie, arthralgie, éruption cutanée, manifestations hémorragiques, leucopénie.</p> <p>Cas confirmé de dengue : cas présumé avec confirmation en laboratoire (anticorps IgM positifs, multiplication par quatre ou plus du nombre de titres d'anticorps IgG dans des échantillons de sérum appariés (aigu et convalescent), PCR positive ou isolement du virus de la dengue par culture cellulaire).</p> <p>Dengue hémorragique : cas présumé ou confirmé de dengue présentant des tendances hémorragiques mises en évidence par au moins un des éléments suivants : test positif du tourniquet ; pétéchiés, ecchymoses ou purpura ; hémorragies des muqueuses, du tube digestif, des sites d'injections ou d'autres localisations ; hématomèse ou méléna ; thrombocytopénie (100 000 plaquettes ou moins par mm³) et signes de fuite plasmatique due à l'augmentation de la perméabilité vasculaire, se manifestant par au moins un des signes suivants : augmentation d'au moins 20 % au-dessus de la moyenne de l'hématocrite ajusté sur l'âge et le sexe ; baisse de l'hématocrite de 20 % par rapport à la moyenne après traitement de compensation volumique ; signes de fuite plasmatique (épanchements pleuraux, ascites, hypoprotéinémie).</p> <p>Syndrome de choc de la dengue : tous les critères ci-dessus, plus des signes de défaillance circulatoire, se manifestant par un pouls rapide et faible, une pression artérielle différentielle pincée (≤ 20 mm Hg) ou une hypotension selon l'âge, une peau froide et moite et un état mental altéré.</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
Diabète	<p>Nouveau cas présumé : toute personne présentant les symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sensation de soif accrue ; b) augmentation de la faim ; c) miction fréquente. <p>Nouveau cas confirmé : toute personne ayant une glycémie à jeun de 6,1 mmol/L (110 mg/dl), veineuse ≥ 7 mmol/L (126 mg/dl) ou capillaire $\geq 6,1$ mmol/L (110 mg/dl) OU toute personne présentant après les repas une glycémie veineuse $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dl) ou une glycémie capillaire $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dl).</p>
Diarrhée sanglante (dysenterie)	<p>Cas présumé : personne souffrant de douleurs abdominales et de diarrhée avec du sang visible dans les selles.</p> <p>Cas confirmé : cas suspect dont la coproculture est positive pour <i>Shigella dysenteriae</i> type 1.</p>
Diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de cinq ans	<p>Cas présumé : au moins trois selles molles ou liquides au cours des dernières 24 heures, avec ou sans déshydratation et : déshydratation relative -- au moins deux des signes suivants : agitation, irritabilité ; yeux enfoncés ; sensation de soif ; après avoir été pincée, la peau retrouve lentement son aspect initial, ou déshydratation sévère -- au moins deux des signes suivants : léthargie ou perte de conscience ; yeux enfoncés ; incapacité ou difficulté à boire ; après avoir été pincée, la peau retrouve très lentement son aspect initial.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé confirmé par culture de selles pour un agent pathogène entérique connu.</p> <p>Remarque : la confirmation en laboratoire de l'agent spécifique causant l'épidémie n'est pas systématiquement recommandée à des fins de surveillance.</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
Draconculose	<p>Rumeur</p> <ul style="list-style-type: none"> Informations sur l'apparition de la maladie du ver de Guinée (dracunculose), quelle qu'en soit la source. <p>Cas présumé</p> <ul style="list-style-type: none"> Personne présentant une lésion cutanée avec des démangeaisons ou des ampoules et vivant dans une zone endémique ou à risque du ver de Guinée, avec l'émergence d'un ver. <p>Cas confirmé</p> <p>Un cas de maladie du ver de Guinée est une personne présentant une lésion de la peau avec apparition d'un ver de Guinée, et chez laquelle ce ver est confirmé par des tests en laboratoire comme étant un <i>D. medinensis</i>. Cette personne n'est comptée comme un cas qu'une fois au cours de l'année civile, c'est-à-dire lorsque le premier ver apparaît chez cette personne. Tous les spécimens de vers doivent être obtenus à partir de chaque cas en attente de confirmation par un laboratoire et envoyés aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique (CDC). Tous les cas doivent être contrôlés au moins deux fois par mois pendant le reste de l'année civile pour la détection rapide de l'apparition éventuelle de nouveaux vers de Guinée.</p>
Maladies à virus Ébola ou de Marburg	<p>Surveillance systématique :</p> <p>cas présumé : toute personne souffrant d'une forte fièvre qui ne répond à aucun traitement des causes habituelles de fièvre dans la région, et qui présente au moins l'un des signes suivants : diarrhée sanglante, hémorragie gingivale, hémorragies cutanées (purpura), injection des conjonctives et présence de sang dans les urines ;</p> <p>cas confirmé : cas suspect avec confirmation en laboratoire (recherche positive d'anticorps IgM, PCR positive ou isolement viral) ou lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.</p> <p>En contexte épidémique, les définitions de cas standard suivantes peuvent guider la détection appropriée des cas :</p> <p>cas présumé : toute personne, vivante ou décédée, souffrant ou ayant souffert d'une forte fièvre soudaine et ayant été en contact avec : – un cas présumé, probable ou confirmé de maladie à virus Ébola ou de Marburg ; – un animal mort ou malade (pour la maladie à virus Ébola) ; – une mine (pour la maladie à virus de Marburg) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> toute personne présentant une forte fièvre soudaine et au moins trois des symptômes suivants : – céphalées – léthargie – anorexie ou perte d'appétit – douleurs musculaires ou articulaires – douleurs abdominales – difficulté à avaler – vomissements – difficulté à respirer – diarrhée – hoquet ; toute personne ayant des saignements inexplicables ; OU toute mort soudaine et inexplicable ; <p>Cas probable :</p> <p>- tout cas présumé évalué par un clinicien ; OU</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
	- tout cas présumé décédé (chez qui il n'a pas été possible de prélever des échantillons pour confirmation en laboratoire) ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé. Remarque : si les échantillons de laboratoire sont prélevés en temps voulu...
Épilepsie	<p>Cas présumé : toute personne faisant ou ayant fait une crise épileptique.</p> <p>Nouveau cas présumé : notifier uniquement le premier diagnostic du cas dans le centre de santé.</p> <p>Cas confirmé : toute personne présentant une récurrence d'au moins deux crises d'épilepsie. Une réponse positive au traitement avec n'importe quel DEA renforce l'hypothèse d'un cas confirmé. Une crise épileptique dure 30 secondes à trois minutes. Lorsque les crises se compliquent sans discontinuer, elles peuvent mener à l'état de mal épileptique.</p>
Grippe humaine provoquée par un nouveau sous-type	<p>Cas présumé de H5N1 : toute personne présentant une maladie aiguë des voies respiratoires inférieures, inexpliquée, avec fièvre (>38 °C), toux, souffle court OU difficulté respiratoire ET une ou plusieurs des expositions suivantes dans les sept jours précédant le début des symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) contact proche (à moins d'un mètre – par exemple, en prenant soin de lui, en lui parlant ou en le touchant) avec un cas présumé, probable ou confirmé de H5N1 ; (b) exposition (par exemple, manipulation, abattage, plumage, dépeçage, préparation à la consommation) à des volailles, des oiseaux sauvages, leurs restes ou des environnements contaminés par leurs excréments dans une zone où des infections par le virus H5N1 chez des animaux ou des humains ont été suspectées ou confirmées au cours du dernier mois ; (c) consommation de produits avicoles crus ou insuffisamment cuits dans une zone où la présence d'infections par le virus H5N1 chez des animaux ou des humains a été suspectée ou confirmée au cours du dernier mois ; (d) contact proche avec un animal autre que des volailles ou des oiseaux sauvages dont l'infection par le virus H5N1 est confirmée ; (e) manipulation d'échantillons (animaux ou humains) soupçonnés de contenir le virus H5N1 en laboratoire ou dans un autre environnement. <p>Cas confirmé de H5N1 : toute personne remplissant les critères d'un cas présumé ET présentant des résultats d'analyse positifs obtenus par un laboratoire dont les résultats des tests H5N1 sont acceptés par l'OMS comme constituant une confirmation.</p> <p>NB : Inclure une définition de cas du RSI pour la notification de l'infection humaine par un nouveau virus grippal</p>
Hypertension	<p>Nouveau cas présumé à la première visite : toute personne ayant une tension artérielle au repos (mesure réalisée sur trois lectures en moyenne) ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique.</p> <p>Cas confirmé : toute personne qui, à deux reprises au moins, présente une tension artérielle au repos (trois lectures en moyenne) ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique.</p>
Syndrome de type grippal	<p>Infection aiguë des voies respiratoires chez l'enfant ou l'adulte avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une fièvre soudaine (> 38 °C) ET • une toux apparue au cours des dix derniers jours. <p>Cas confirmé de grippe : cas répondant à la définition de cas clinique et confirmé en laboratoire (les résultats des analyses de laboratoire doivent montrer la présence du virus de la grippe).</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
Traumatismes (accidents de la circulation)	<p>Traumatisme dû à un accident de la circulation : toute personne souffrant d'un traumatisme suite à un accident de la circulation, vue en consultation pour la première fois.</p> <p>Décès dû à un accident de la circulation : toute personne tuée sur le coup ou décédée dans les 30 jours, suite à un accident de la circulation.</p>
Fièvres hémorragiques de Lassa et de Crimée-Congo (FHCC)	<p>Cas présumé de FHCC : toute personne présentant une fièvre d'apparition soudaine, un état de malaise, une faiblesse généralisée, une irritabilité, des céphalées, de vives douleurs dans les membres et la région lombaire et une anorexie marquée ; une congestion précoce du visage et du thorax, conjonctives injectées, exanthème hémorragique du voile du palais, de la luette et du pharynx, et très souvent éruption constituée de fines pétéchies s'étendant du thorax et de l'abdomen à tout le reste du corps avec, parfois, de grandes surfaces purpuriques.</p> <p>Cas confirmé de FHCC : cas présumé confirmé en laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive, isolement du virus ou séroconversion IgG par ELISA ou IFA) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.</p> <p>Cas présumé de fièvre de Lassa : toute personne présentant une maladie qui s'installe progressivement avec au moins une des manifestations suivantes : malaise, fièvre, céphalées, maux de gorge, toux, nausées, vomissements, diarrhée, myalgie, douleurs thoraciques, perte de l'audition, et ayant des antécédents de contact avec des excréta de rongeurs ou avec un cas de fièvre de Lassa.</p> <p>Cas confirmé de fièvre de Lassa : cas présumé confirmé en laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive, isolement du virus) ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par le laboratoire.</p>
Lèpre	<p>Cas présumé : personne présentant au moins l'un des trois signes essentiels de la lèpre : lésion cutanée hypo-pigmentée ou rougeâtre, perte ou diminution de la sensibilité cutanée, épaississement du nerf périphérique.</p> <p>Cas confirmé : personne présentant au moins deux signes essentiels de la lèpre et qui n'a pas encore terminé la polychimiothérapie.</p>
Filariose lymphatique	<p>Cas présumé : personne présentant des signes cliniques d'hydrocèle ou de lymphœdème, et résidant dans une zone d'endémie, après exclusion de toute autre cause.</p> <p>Cas confirmé : personne présentant un diagnostic de laboratoire positif : microfilarémie sur un frottis sanguin, antigènes filaires ou échographie positive.</p>
Paludisme	<p>Cas présumé de paludisme sans complication : toute personne vivant dans une zone à risque de paludisme, fébrile ou ayant eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures, ne manifestant aucun signe de la forme grave de la maladie (dysfonctionnement des organes vitaux) est cliniquement diagnostiquée comme paludéenne.</p> <p>Cas confirmé de paludisme sans complication : toute personne fébrile ou ayant eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures, avec confirmation en laboratoire : examen microscopique d'un frottis sanguin ou autre test diagnostique pour les parasites du paludisme.</p> <p>Cas présumé de paludisme grave :</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
	<p>patient vivant dans une zone à risque de paludisme, hospitalisé avec une forte fièvre et chez qui un diagnostic clinique révèle un dysfonctionnement des organes vitaux.</p> <p>Cas confirmé de paludisme grave :</p> <p>patient hospitalisé avec une parasitémie à <i>P. falciparum</i> (formes asexuées) confirmée en laboratoire, s'accompagnant des signes et des symptômes de la forme grave de la maladie (dysfonctionnement des organes vitaux) diagnostiquée par un laboratoire).</p>
Malnutrition	<p>Insuffisance pondérale à la naissance : nouveau-né d'un poids de naissance inférieur à 2500 grammes (ou 5,5 livres).</p> <p>Malnutrition chez les enfants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) enfants de moins de cinq ans en insuffisance pondérale (indicateur : ZScore-poids pour âge <-2) ; b) enfants de 6 à 59 mois avec un périmètre brachial <11,5 cm (risque de mortalité élevé) ; c) œdèmes bilatéraux des extrémités. <p>Malnutrition chez les femmes enceintes : femmes enceintes donnant naissance à des bébés de faible poids (< 2.5 Kg) (le mauvais état nutritionnel et le mauvais état de santé des mères permettent de prévoir quels sont les groupes de population susceptibles de tirer profit d'une amélioration des soins prénatals de la mère et néonataux pour les nourrissons).</p>
Décès maternels	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement ou l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle, ni fortuite.
Rougeole	<p>Cas présumé : toute personne présentant de la fièvre, une éruption généralisée maculopapulaire (non vésiculaire) et de la toux, un rhume ou une conjonctivite (yeux rouges), ou toute personne chez qui un clinicien soupçonne une rougeole.</p> <p>Cas confirmé : Cas présumé confirmé en laboratoire (recherche positive d'anticorps IgM) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.</p>
Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)	<p>NB : Plusieurs définitions de cas sont possibles, selon qu'une personne réside ou non au Moyen-Orient. Pour plus d'informations, voir la section 11.</p> <p>Cas présumé :</p> <p>personne atteinte d'une infection respiratoire aiguë, ayant des antécédents de fièvre et de toux et des signes de maladie pulmonaire parenchymateuse (par exemple, pneumonie ou SDRA), sur la base de données cliniques ou radiologiques probantes, et qui s'est rendue, dans les 14 jours précédant l'apparition de la maladie, au Moyen-Orient² ou dans des pays où la présence du MERS-CoV est connue pour circuler chez les dromadaires ou où des infections humaines sont survenues récemment.</p> <p>Les personnes atteintes d'une maladie respiratoire aiguë, quelle qu'en soit la gravité, qui, dans les 14 jours précédant l'apparition de la maladie, ont été exposées à l'une ou l'autre des situations suivantes (remarque : voir la section sur les Recommandations pour les tests</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
	<p>groupés associés aux établissements de soins de santé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) contact physique étroit¹ avec un cas confirmé ou probable d'infection à MERS-CoV, alors que le patient était malade ; b) un établissement de soins de santé dans un pays où des infections nosocomiales à MERS-CoV ont été signalées ; c) contact direct avec des dromadaires, consommation ou exposition à des produits de dromadaires (viande crue, lait non pasteurisé, urine) dans des pays où le MERS-CoV circule parmi les populations de dromadaires ou où des infections humaines ont été causées par une transmission zoonotique présumée. <p>Cas confirmé :</p> <p>personne dont l'infection à MERS-CoV a été confirmée en laboratoire, indépendamment des signes et des symptômes cliniques.</p>
Méningite bactérienne	<p>Cas présumé de méningite :</p> <p>toute personne présentant une fièvre soudaine (>38,5 °C dans le rectum ou 38 °C aux aisselles), une raideur de la nuque ou d'autres signes méningés, y compris une fontanelle saillante chez les nourrissons.</p> <p>Cas probable de méningite :</p> <p>tout cas présumé d'aspect macroscopique de liquide céphalorachidien (LCR) turbide, trouble ou purulent ; ou dont la numération leucocytaire du LCR est supérieure à 10 cellules/mm³ ou avec des bactéries identifiées par la coloration de Gram dans le LCR ; ou de détection d'antigènes (par exemple, par agglutination du latex) dans le LCR.</p> <p>Chez les nourrissons : numération des leucocytes du LCR >100 cellules/mm³ ; ou numération des leucocytes du LCR de 10 à 100 cellules/mm³ et un taux de protéine élevé (>100 mg/dl) ou un taux de glucose réduit (<40 mg/dl).</p> <p>Cas confirmé de méningite :</p> <p>tout cas suspect ou probable confirmé en laboratoire par culture ou identification (c'est-à-dire par amplification génique) d'un agent pathogène bactérien (<i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i> type b) dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) ou le sang.</p>
Variole du singe	<p>Cas présumé : maladie aiguë avec fièvre > 38,3 °C (101 F), céphalées intenses, adénopathie lymphatique, maux de dos, myalgie et asthénie intense, suivis un à trois jours plus tard par une éruption cutanée progressive qui commence souvent sur le visage (la plus dense) et se répand ensuite ailleurs sur le corps, y compris sur la plante des pieds et la paume des mains.</p> <p>Cas probable : cas correspondant à la définition de cas clinique, non confirmé par le laboratoire, mais ayant un lien épidémiologique avec un cas probable ou confirmé.</p> <p>Cas confirmé : cas cliniquement compatible, confirmé par le laboratoire.</p> <p>Diagnostic différentiel : d'autres causes de symptômes cliniques qui doivent être prises en considération comprennent d'autres maladies à éruptions cutanées comme la variole, la varicelle, la rougeole, les infections bactériennes de la peau, la gale, la syphilis et les allergies médicamenteuses.</p>
Tétanos	<p>Cas présumé : tétanos néonatal--tout nouveau-né ayant une capacité normale de téter et de pleurer pendant les deux premiers jours de</p>

Maladies et affections prioritaires	
Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
néonatal/tétanos non néonatal	<p>sa vie et qui, entre le 3^e et le 28^e jour, ne peut téter normalement et devient raide ou a des convulsions ou les deux.</p> <p>Tétanos non néonatal – toute personne âgée de plus de 28 jours présentant l'apparition aiguë de l'un des symptômes suivants : trismus, spasme soutenu des muscles faciaux ou spasmes musculaires généralisés.</p> <p>Cas confirmé : aucune confirmation de laboratoire n'est recommandée.</p>
Nouveau cas de VIH	Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique recommande aux pays d'utiliser les définitions de cas de VIH/sida de Bangui ou d'Abidjan. Un test positif ELISA confirmant l'infection à VIH, doublé d'un test rapide de confirmation du résultat positif, suffit à définir un cas épidémiologique d'infection par le VIH.
Noma	<p>Nouveau cas présumé : tout enfant présentant un ulcère buccal et d'autres signes d'alerte tels que : malnutrition, mauvaise hygiène, maladie récente (rougeole, diarrhée persistante ou paludisme), doit être considéré comme un cas potentiel de noma.</p> <p>Nouveau cas confirmé : toute personne présentant une affection gangréneuse débutant par un ulcère de la muqueuse gingivale qui s'étend rapidement de la bouche au visage, en détruisant les tissus mous et durs.</p>
Onchocercose	<p>Cas présumé : dans une zone d'endémie, toute personne présentant des nodules fibreux dans les tissus sous-cutanés.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé confirmé en laboratoire par la présence d'au moins un des signes suivants : microfilaires dans des biopsies cutanées, vers adultes dans les nodules excisés ou manifestations oculaires caractéristiques (observation sous lampe à fente de microfilaires dans la cornée, la chambre antérieure de l'œil ou l'humeur vitrée).</p>
Peste	<p>Cas présumé :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) présentation clinique compatible (fièvre soudaine, frissons, céphalées, malaise important, prostration et gonflement très douloureux des ganglions lymphatiques ou toux avec crachats teintés de sang, douleurs thoraciques et difficulté à respirer) et b) des caractéristiques épidémiologiques cohérentes, telles que l'exposition à des animaux ou à des humains infectés ou des signes de piqûres de puces ou la résidence ou le déplacement dans un lieu endémique connu au cours des 10 jours précédents. <p>Cas confirmé :</p> <p>cas présumé confirmé par l'isolement de <i>Yersinia pestis</i> à partir de sang, l'aspiration de bubons, une séroconversion spécifique ou un test de diagnostic rapide ayant permis de détecter l'Ag F1 dans des zones endémiques.</p>
Poliomyélite (paralysie flasque aiguë)	<p>Cas présumé : tout enfant de moins de 15 ans atteint d'une paralysie flasque aiguë ou toute personne atteinte d'une maladie paralytique à tout âge chez qui le clinicien soupçonne une poliomyélite.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé confirmé par l'isolement du virus dans les selles.</p>
Décès périnataux	<p>Un décès périnatal est défini comme le décès d'un bébé d'au moins 28 semaines de gestation ou d'un poids de 1000 g et le décès néonatal précoce (dans les sept premiers jours après la naissance).</p> <p>Une mortinaissance est définie comme tout décès d'un bébé avant la naissance et sans signe de vie à la naissance d'au moins 1000 g de poids à la naissance ou d'au moins 28 semaines de gestation et 35 cm de longueur.</p> <p>Un décès néonatal précoce est défini comme tout décès d'un nouveau-né vivant survenant avant les sept premiers jours complets de la vie. Le jour 1 est cliniquement considéré comme le premier jour de la vie.</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
Rage humaine	<p>Cas présumé : toute personne suspectée d'avoir été en contact avec un animal enragé et présentant au moins l'un des signes suivants : céphalées, douleurs dans la nuque, nausées, fièvre, hydrophobie, anxiété, agitation, sensations de picotement anormales ou douleurs au site de la morsure.</p> <p>Confirmé : cas présumé confirmé en laboratoire.</p>
Fièvre de la vallée du Rift	<p>Cas présumé</p> <p>Stade précoce de la maladie :</p> <ol style="list-style-type: none"> maladie fébrile aiguë (température axillaire >37,5 °C ou orale >38 °C) qui dure plus de 48 heures, qui ne répond pas au traitement antibiotique ou antipaludéen, et qui est associée à : <ol style="list-style-type: none"> un contact direct avec un animal malade ou mort ou à ses produits OU une résidence ou un récent voyage (au cours de la semaine précédente) dans une région où, après de fortes pluies, les taux de mortalité ou d'avortement du bétail sont élevés, et où l'activité du virus de la FVR est suspectée/confirmée OU l'apparition brutale d'au moins un des signes suivants : épuisement, maux de dos, douleurs musculaires, céphalées (souvent violentes), sensibilité à la lumière, nausées/vomissements OU nausées/vomissements, diarrhée OU douleurs abdominales avec au moins un des signes suivants : <ul style="list-style-type: none"> teint pâle (ou Hb < 8 gm/dL) ; faible taux de plaquettes (thrombocytopénie) qui se traduit par de petites hémorragies de la peau et des muqueuses (pétéchies) (ou taux de plaquettes < 100x10⁹/dL) ; signes d'insuffisance rénale (œdème, miction réduite) (ou créatinine > 150 mol/L) OU saignements cutanés, saignements aux sites de piqûre, saignements des muqueuses ou du nez, saignements gastro-intestinaux et saignement vaginal inhabituel OU ictère (taux de transaminases trois fois supérieur à la normale). <p>Stades tardifs de la maladie ou complications (2 à 3 semaines après l'apparition des premiers symptômes) :</p> <ol style="list-style-type: none"> patients ayant souffert au cours du mois précédent d'un syndrome grippal répondant à des critères cliniques, et qui développent en plus : <ol style="list-style-type: none"> des troubles du SNC évoquant une méningo-encéphalite OU une perte inexplicable de l'acuité visuelle OU décès inexplicable suite à l'apparition soudaine d'un syndrome grippal aigu accompagné d'hémorragies, d'une méningo-encéphalite ou d'une perte de l'acuité visuelle dans le mois précédent. <p>Cas confirmé : tout patient chez qui, après dépistage clinique, le test ELISA IgM anti-FVR ou les tests de RT-PCR (réaction en chaîne par polymérase avec transcriptase inverse) sont positifs (apparition caractéristique des anticorps entre quatre et six jours après l'apparition des symptômes).</p>
Infections respiratoires aiguës	<p>Infection respiratoire aiguë sévère (personnes âgées de cinq ans ou plus) : toute personne gravement malade présentant les manifestations d'une infection aiguë des voies respiratoires inférieures avec :</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
sévères	<ul style="list-style-type: none"> a) apparition soudaine de fièvre (>38 °C) b) toux ou maux de gorge c) souffle court ou difficulté à respirer d) avec ou sans observations cliniques ou radiologiques de pneumonie OU toute personne décédée d'une affection respiratoire inexpliquée.
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	<p>Cas présumé de SRAS : toute personne présentant :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) un antécédent de poussée fébrile, ou une fièvre documentée $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ET 2) au moins un symptôme d'affection des voies respiratoires inférieures (toux, difficulté à respirer, souffle court) ; 3) présence à la radiographie thoracique d'infiltrations pulmonaires compatibles avec une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) ou résultats d'autopsie compatibles avec une pneumonie ou un SDRA sans cause identifiable ET 4) aucun autre diagnostic ne permet d'expliquer totalement la maladie. <p>Cas confirmé de SRAS : personne ayant des résultats positifs pour l'infection par le coronavirus du SRAS à l'issue des tests recommandés par l'OMS.</p>
Pneumonie grave chez les enfants de moins de cinq ans	<p>Définition (PCIME) du cas clinique de pneumonie : enfant présentant une toux ou des difficultés à respirer et :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) une fréquence respiratoire ≥ 50 mouvements par minute chez l'enfant de 2 mois à 1 an ; b) une fréquence respiratoire ≥ 40 mouvements par minute chez l'enfant de 1 à 5 ans. <p>Remarque : Dans le cadre de la PCIME, un nourrisson de 0 à 2 mois présentant une toux et une respiration rapide est classé comme un cas d'« infection bactérienne grave » et orienté vers un examen plus poussé.</p> <p>Définition (PCIME) du cas clinique de pneumonie grave : un enfant présentant une toux ou des difficultés à respirer et tout signe général de danger, un tirage sous-costal ou stridor chez l'enfant au repos. Signes généraux de danger chez les enfants de 2 mois à 5 ans : incapacité à boire ou à prendre le sein, vomissements persistants, convulsions, léthargie ou perte de connaissance.</p> <p>Cas confirmé : La confirmation d'une pneumonie par radiographie ou en laboratoire n'est pas toujours possible dans la plupart des districts.</p>
Infections sexuellement transmissibles	<p>Syndrome d'ulcère génital (non-vésiculaire) :</p> <p>cas présumé : tout homme présentant un ulcère de la verge, du scrotum ou du rectum, avec ou sans adénopathie inguinale, ou toute femme présentant un ulcère des lèvres, du vagin ou du rectum, avec ou sans adénopathie inguinale.</p> <p>cas confirmé : cas présumé confirmé par un test de laboratoire.</p> <p>Syndrome d'écoulement urétral :</p> <p>cas présumé : tout homme présentant un écoulement urétral avec ou sans dysurie.</p> <p>cas confirmé : cas présumé confirmé par un test de laboratoire (par exemple, coloration de Gram mettant en évidence la présence de</p>

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
	diplocoques intracellulaires à Gram-négatifs).
Variole	<p>Cas présumé : apparition brutale d'une forte fièvre > 38,3 °C (101 °F), suivie d'une éruption caractérisée par des vésicules ou des pustules dures, au même stade de développement, sans autre cause apparente.</p> <p>Cas probable : cas correspondant à la définition de cas clinique, non confirmé par le laboratoire, mais ayant un lien épidémiologique avec un cas probable ou confirmé.</p> <p>Cas confirmé : cas cliniquement compatible, confirmé par le laboratoire.</p>
Trachome	<p>Cas présumé : tout patient ayant les yeux rouges et vitreux et se plaignant de douleurs et de démangeaisons oculaires.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé chez qui l'examen des yeux confirme un des stades de l'infection par Chlamydia trachomatis d'après le Système OMS de codage simplifié du trachome.</p>
Trypanosomiase	<p>Cas présumé :</p> <p>stade précoce : apparition d'un chancre douloureux débutant par une papule qui évolue ensuite en nodule au site de piqûre par la mouche tsé-tsé. La personne peut souffrir de fièvre, de céphalées intenses, d'insomnie, d'une lymphadénopathie indolore, d'anémie, d'un œdème local et d'une éruption cutanée.</p> <p>stade tardif : cachexie, somnolence et signes d'atteinte du système nerveux central.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé confirmé par test d'agglutination sur carte (CATT) ou par isolement de trypanosomes dans le sang, les ganglions lymphatiques ou le liquide céphalorachidien.</p>
Tuberculose	<p>Cas présumé : toute personne toussant depuis au moins 3 semaines.</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>tuberculose pulmonaire à frottis positif : a) malade présumé avec au moins deux frottis d'expectoration positifs pour les bacilles acido-alcoolrésistants (BAAR), b) un frottis d'expectoration positif pour la présence de BAAR à l'examen microscopique et des anomalies radiologiques évocatrices d'une tuberculose pulmonaire active conformément au diagnostic du médecin traitant ou c) un frottis d'expectoration positif pour la présence de BAAR à l'examen microscopique et un prélèvement d'expectoration positif pour la culture de BAAR.</p> <p>Tuberculose pulmonaire à frottis négatif : malade remplissant tous les critères suivants : a) deux échantillons d'expectoration, prélevés à au moins deux semaines d'intervalle, négatifs pour la présence de BAAR à l'examen microscopique, anomalies radiologiques évocatrices d'une tuberculose pulmonaire et absence de réponse clinique après une semaine de traitement avec des antibiotiques à large spectre, décision prise par un médecin de donner un traitement antituberculeux complet, b) gravement malade, au moins deux échantillons d'expectoration négatifs pour la présence de BAAR à l'examen microscopique, anomalies radiologiques évocatrices d'une tuberculose pulmonaire étendue (interstitielle et miliaire), décision prise par un médecin de donner un traitement antituberculeux complet ou c) patient dont les frottis d'expectoration initiaux étaient négatifs, mais pour lequel on a tout de même fait une culture qui s'est révélée positive.</p>
Fièvre typhoïde	<p>Cas présumé : apparition progressive d'une fièvre persistante s'intensifiant, accompagnée de frissons, de malaises, de céphalées, de maux de gorge, de toux et, parfois, de douleurs abdominales et de constipation ou de diarrhée.</p> <p>Cas confirmé : cas présumé confirmé par isolement de Salmonella typhi dans le sang, la moelle osseuse, les fluides</p>

Maladies et affections prioritaires	
Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
	intestinaux ou les selles.
Fièvre à virus West Nile	<p>Cas présumé : malade hospitalisé pour une encéphalite d'origine inconnue.</p> <p>Cas confirmé : confirmation de la fièvre à virus West Nile par des tests diagnostiques de laboratoire qui identifient les IgM dirigées contre le virus West Nile.</p>
Pian et syphilis endémique ou bétel	<p>Cas présumé : personne ayant des antécédents de résidence dans une zone endémique (passée ou présente) qui présente des lésions de pian cliniquement actives (visibles).</p> <p>Cas confirmé : cas présumé avec un test sérologique positif (test tréponémique rapide pour la syphilis confirmé par le test DPP).</p> <p>Cas importé : personne présentant un pian cliniquement actif confirmé sérologiquement dans une région où le pian n'est pas connu pour être endémique.</p> <p>Cas indicateur : premier cas de pian détecté dans une communauté.</p> <p>Contact d'un cas : personne qui a des contacts étroits et fréquents avec la personne infectée. Aux fins de l'éradication du pian, un contact est un membre du ménage, un camarade de classe ou un camarade de jeu proche identifié par le contact.</p>
Fièvre jaune	<p>Cas présumé : toute personne présentant une brutale montée de fièvre, avec apparition d'un ictère dans les 14 jours suivant l'apparition des premiers symptômes.</p> <p>Cas probable : cas présumé PRÉSENTANT ÉGALEMENT un des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un lien épidémiologique avec un cas confirmé ou une épidémie ; b) une histopathologie du foie postmortem positive. <p>Cas confirmé : cas probable PRÉSENTANT ÉGALEMENT un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) détection d'IgM anti-amariles spécifiques* ; b) détection de titres d'IgM ou IgG contre la fièvre jaune quatre fois plus élevés entre le sérum de phase aiguë et le sérum de phase convalescente ; c) détection d'anticorps neutralisants spécifiques* du virus amaril ; <p>*Spécifique à la fièvre jaune signifie que les tests de recherche d'anticorps (IgM ou anticorps neutralisants) contre les autres flavivirus prévalents sont négatifs. Cette analyse doit comporter des tests IgM au moins pour le virus de la dengue et le virus West Nile et éventuellement pour d'autres flavivirus en fonction de l'épidémiologie locale.</p> <p>OU</p> <p>un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) détection de séquences génomiques du virus amaril dans le sang ou les organes par PCR ; b) détection immunohistochimique d'antigènes du virus amaril dans le sang, le foie ou d'autres organes.

Maladies et affections prioritaires

Maladie ou affection	Définition de cas standard pour les cas présumés
Maladie à virus Zika	<p>Cas présumé :</p> <p>Une personne présentant une éruption cutanée ou de la fièvre et au moins l'un des signes ou des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) arthralgie ; b) arthrite ; ou c) conjonctivite (non purulente/hyperémique). <p>Cas probable :</p> <p>cas présumé avec présence d'anticorps IgM contre le virus Zika et d'un lien épidémiologique (sans signe d'infection par d'autres flavivirus).</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>personne dont l'infection récente par le virus Zika a été confirmée en laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • présence d'ARN ou d'antigène du virus Zika dans le sérum ou d'autres échantillons (par exemple, salive, urine, tissus, sang total) ; ou anticorps IgM contre le virus Zika positives (ELISA disponible dans le commerce). Ces définitions de cas peuvent changer en fonction de nouvelles connaissances.

Annexe 1B : Définitions de cas au niveau communautaire à l'aide des principaux signes et symptômes

Informez les chefs de communautés, agents de santé communautaires, guérisseurs traditionnels, accoucheuses et personnels de santé travaillant sur le terrain dans les zones reculées des maladies et des affections prioritaires sous surveillance dans votre région. Pour les définitions de cas au niveau communautaire, utilisez les principaux signes et symptômes décrits avec des mots simples et plus faciles à comprendre que ceux des définitions de cas de la SIMR dans les établissements de santé. Voici quelques exemples de définitions de cas que l'on peut utiliser pour aider la communauté à reconnaître les cas de maladie et à orienter les personnes présentant les signes décrits vers un traitement et à en notifier l'établissement de santé.

Comment décrire les principaux signes et symptômes dans les définitions de cas au niveau communautaire – Quelques exemples	
Paralysie flasque aiguë (PFA)	Tout enfant de moins de 15 ans présentant un début soudain de faiblesse ou d'incapacité à utiliser ses mains ou ses jambes
Diarrhée aqueuse aiguë	Toute personne présentant trois selles liquides ou plus au cours des dernières 24 heures
Syndrome de fièvre hémorragique aiguë	Toute personne ayant une maladie inexpliquée accompagnée de fièvre et de saignements ou toute personne décédée des suites d'une maladie grave inexpliquée accompagnée de fièvre et d'hémorragies
Manifestation postvaccinale indésirable (MPI)	Manifestation inhabituelle consécutive à la vaccination
Diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans	Tout enfant présentant au moins trois selles liquides ou aqueuses au cours des dernières 24 heures, avec ou sans signe de déshydratation
Diarrhée sanglante (dysenterie)	Toute personne faisant une diarrhée accompagnée de douleurs abdominales, avec présence de sang visible dans les selles
Maladie du ver de Guinée (draconculose)	Toute personne présentant une lésion cutanée et vivant dans une zone endémique ou à risque de la maladie du ver de Guinée, avec l'émergence d'un ver.
Hépatite	Toute personne atteinte de fièvre accompagnée d'un jaunissement du blanc de l'œil
Morsure d'animaux (rage potentielle)	Toute personne mordue par un chien ou un autre mammifère
Syndrome de type grippal	Toute personne présentant une fièvre accompagnée de toux, de maux de gorge ou d'un rhume
Lèpre	Toute personne présentant des lésions cutanées avec perte de sensibilité

Comment décrire les principaux signes et symptômes dans les définitions de cas
au niveau communautaire – Quelques exemples

Paludisme	<p>[Dans un pays endémique] : toute personne ayant de la fièvre ou ayant eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures ou présentant une pâleur (blancheur) de la paume des mains chez les jeunes enfants</p> <p>[Dans un pays non endémique] : toute personne qui a été exposée à une piqûre de moustique et qui a eu de la fièvre au cours des trois jours précédents</p>
Rougeole	Toute personne présentant de la fièvre et des éruptions
Méningite	Toute personne présentant de la fièvre et une raideur de la nuque
Décès maternel	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement
Décès néonatal	Tout décès d'un nouveau-né vivant survenu avant les 28 premiers jours complets de sa vie
Tétanos néonatal	Tout nouveau-né qui est normal à la naissance, puis après 2 jours, devient raide et incapable de téter ou de se nourrir, a des convulsions ou des crises
Onchocercose	Toute personne présentant des nodules fibreux sous-cutanés dans les zones d'endémie
Peste	Toute personne présentant une tuméfaction douloureuse sous les bras ou dans la région de l'aîne. Dans une région où sévit la peste, toute personne souffrant de toux, de douleurs à la poitrine et de fièvre
Pneumonie	Tout enfant de moins de cinq ans souffrant de toux et ayant le souffle court ou des difficultés respiratoires
Rage (humaine)	Toute personne souffrant d'angoisse, de maux de tête, de fièvre, de malaises et de sensations anormales très souvent au site d'une morsure par un animal. L'agitation et l'hydrophobie sont des symptômes fréquents.
Infections sexuellement transmissibles (IST)	Tout homme ou toute femme souffrant d'écoulement urétral ou vaginal respectivement, ou de douleur ou d'ulcère génital.
Tuberculose	Toute personne toussant depuis trois semaines ou plus
Fièvre typhoïde	Toute personne présentant une fièvre persistante depuis au moins trois semaines.
Fièvre hémorragique virale	Toute personne souffrant d'une fièvre et d'au moins deux autres symptômes (céphalées, vomissements, jaunissement des yeux, diarrhée, asthénie) ou décédée des suites d'une maladie grave s'accompagnant de fièvre ou de saignements.
Fièvre jaune	Toute personne souffrant d'une fièvre et d'au moins deux autres symptômes (céphalées, vomissements, diarrhée, asthénie, jaunissement des yeux) ou décédée des suites d'une maladie grave s'accompagnant de fièvre ou de saignements.

Comment décrire les principaux signes et symptômes dans les définitions de cas au niveau communautaire – Quelques exemples

Événements sanitaires inhabituels

- Deux personnes ou plus présentant une maladie grave similaire dans le même milieu (ménage, lieu de travail, école, rue, par exemple) en une semaine ;
- Deux personnes ou plus qui décèdent dans la même communauté au cours d'une semaine ;
- Augmentation du nombre de maladies ou de décès d'animaux, y compris de volailles, en une semaine ;
- Toute maladie ou mort humaine consécutive à une exposition à des animaux et à des produits d'origine animale, y compris de la volaille (par exemple, la consommation ou la manipulation) ;
- Toute personne qui a été mordue, griffée ou dont la blessure a été léchée par un chien ou un autre animal ;
- Deux personnes ou plus qui font des selles aqueuses ou vomissent après avoir mangé ou bu dans un lieu donné (par exemple, un mariage, des funérailles, un festival, une cantine, des marchands de nourriture, etc.) ;
- Un nombre inattendu d'enfants absents de l'école à cause de la même maladie ;
- Tout événement dans la communauté qui cause de l'anxiété dans la population.

Annexe 1C : Guide pour la mise en place de la surveillance des événements aux niveaux national, régional ou provincial, des districts et des établissements de santé

La surveillance des événements est la collecte organisée et rapide d'informations relatives à des événements susceptibles de constituer un risque pour la santé publique. Les informations sont d'abord recueillies sous forme d'alertes qui sont considérées par le système d'alerte et d'intervention rapides comme des alertes représentant un risque potentiel aigu pour la santé humaine, à l'instar d'une épidémie. Toutes les alertes peuvent ne pas devenir des événements et doivent donc toutes être triées et vérifiées avant que la riposte ne soit lancée.

La surveillance des événements permet de détecter rapidement les événements et, ainsi, d'intervenir au moment opportun. Il est donc obligatoire que tous les pays s'efforcent d'instaurer la surveillance des événements en plus de la surveillance basée sur les indicateurs à tous les niveaux du système de santé, à savoir aux niveaux national, régional ou provincial, de district, de sous-district ou des établissements de santé et des communautés.

Voici une description des étapes à suivre pour instaurer la surveillance des événements aux niveaux national, régional ou provincial, de district et de sous-district ou des établissements de santé.

NB : la surveillance des événements au niveau communautaire est décrite dans la section d'introduction de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR.

I. Étapes de la mise en place de la surveillance des événements aux niveaux national, régional ou provincial

Étape 1 : Mettre en place des lignes d'assistance téléphonique et un système d'analyse des médias pour la surveillance des événements, afin de détecter les alertes

Cette étape comporte deux activités principales, à savoir la mise en place de lignes d'assistance téléphonique et la création de centres d'analyse des médias destinés à la surveillance des événements, comme décrit ci-dessous :

A. Créer des lignes d'assistance téléphonique pour la surveillance des événements

- a) Une ligne d'assistance téléphonique est une ligne téléphonique que le public peut utiliser pour obtenir des informations auprès d'une organisation ou pour lui en fournir. Il s'agit d'un numéro abrégé pour recevoir des appels téléphoniques directs ou des informations provenant de réseaux sociaux tels que WhatsApp, Facebook ou Twitter.
- b) Il doit être gratuit (le coût de la notification des alertes aux autorités de santé publique doit être nul).

- c) Il est recommandé d'avoir un numéro unique pouvant être utilisé comme ligne directe facile à retenir pour effectuer des notifications. Le même numéro peut être utilisé pour l'assistance téléphonique, l'envoi de SMS et les réseaux sociaux afin d'éviter toute confusion. Par exemple, si le numéro de la ligne d'assistance téléphonique est le 499, le même numéro devrait pouvoir servir pour l'envoi de SMS ou de messages par Facebook Messenger.
- d) Les résidents de la collectivité doivent être motivés à notifier eux-mêmes les événements susceptibles d'avoir une incidence sur la santé de la population, y compris les événements émergents de santé publique ou les flambées.
- e) Diffuser le numéro de la ligne d'assistance téléphonique par des actions de plaidoyer, par le biais des autorités sanitaires, des bénévoles en santé communautaire, des organisations non gouvernementales, des chefs religieux et autres, ou des écoles, et faire de la publicité dans les langues locales à la télévision, à la radio et dans les journaux.
- f) Développer un partenariat avec les entreprises de communication qui peuvent diffuser le numéro de la ligne d'assistance téléphonique par des messages de test à leurs clients. Les messages envoyés doivent comprendre l'objet de la surveillance des événements, l'importance de notifier immédiatement les alertes et la façon dont les alertes peuvent être signalées.
- g) Former une équipe d'employés pour faire fonctionner la ligne d'assistance téléphonique de la surveillance des événements 24 heures sur 24 afin de répondre aux appels ou de demander des informations à la communauté.

Méthodologie de l'appel

- a) La personne qui répond à l'appel doit commencer par remercier son interlocuteur d'avoir pris l'initiative de notifier au ministère de la Santé ou à tout autre ministère hébergeant la ligne d'assistance téléphonique des événements potentiels de santé publique préoccupants.
- b) Ensuite, l'employé doit poser une série de questions préparées, sur le modèle des questions posées dans le registre des alertes.
- c) L'appel doit être conclu en remerciant l'appelant pour sa disponibilité, sa patience et son attitude proactive.
- d) L'employé doit consigner directement dans le registre approprié les alertes qui correspondent à la liste prédéfinie des alertes.
- e) Les informateurs doivent être rappelés dès que possible au cas où un appel est interrompu ou déconnecté, ou si les appels sont effectués pendant que la personne chargée de répondre est occupée ; cela permettra de s'assurer que toutes les alertes sont recueillies.

Méthodologie de la messagerie

- a) Une fois qu'un message est reçu par SMS ou par les réseaux sociaux, un message automatique instantané doit saluer l'expéditeur, le remercier et lui indiquer qu'un opérateur le contactera.
- b) Des questions ou des répondeurs automatiques peuvent permettre de recueillir des renseignements auprès de l'expéditeur.
- c) Les données doivent être enregistrées directement dans le journal des alertes selon la liste prédéfinie des alertes du pays.
- d) Des informations sur l'expéditeur doivent être collectées pour une communication ultérieure et des détails sur les alertes notifiées. Un appel direct à l'expéditeur peut être nécessaire si davantage d'informations sont requises.

NB : Des lignes d'assistance téléphonique doivent être mises en place aux niveaux national, régional ou provincial et des districts.

- a) Au niveau national : la ligne d'assistance téléphonique peut être mise en place au Centre national d'opérations pour les situations d'urgence de santé publique (PHEOC) afin de recueillir et d'enregistrer les alertes provenant de l'ensemble du pays.
- b) Aux niveaux régional ou provincial et des districts : la ligne d'assistance téléphonique peut être mise en place dans les locaux des autorités sanitaires régionales ou provinciales ou au centre régional ou provincial d'opérations pour les situations d'urgence de santé publique, s'il y a lieu, pour recueillir et enregistrer les alertes de la région ou de la province.
- c) Au niveau des districts : la ligne d'assistance téléphonique peut être mise en place dans les locaux de l'autorité sanitaire du district pour recueillir et enregistrer les alertes provenant du district, y compris ceux des établissements de santé et des points focaux communautaires.

B. Mettre en place un centre d'analyse des médias

- a) Les médias sont des canaux de communication générale au sein d'une population et servent d'outils de collecte utilisés pour stocker et diffuser des informations ou des données. Il s'agit par exemple des journaux, des magazines, de la télévision, de la radio, des bulletins d'information et d'autres formes imprimées de communication, ainsi que des sources électroniques ou en ligne.
- b) L'analyse des médias est un processus actif qui doit être réalisé en utilisant différents moyens.
- c) Il est recommandé d'effectuer l'analyse des médias au niveau national.
- d) Il convient de former le personnel de santé à l'analyse régulière des médias, par exemple tous les jours.

e) Les sources d'analyse des médias peuvent être **officielles** et **non officielles**.

i) **Sources médiatiques officielles :**

- **NB : les alertes détectées à partir de sources officielles sont fiables et ne nécessitent de vérification supplémentaire.**

Exemples de sources médiatiques officielles :

- sites Web du secteur public, y compris ceux des ministères de la Santé, de l'Agriculture, de l'Environnement, des Affaires étrangères, etc. ;
- sites Web d'organismes officiels tels que les universités et les centres de recherche reconnus à l'échelle internationale ;
- sites Web officiels de l'OMS pour l'alerte rapide, par exemple le site OMS d'information sur les événements pour les points focaux nationaux du RSI, une plateforme sécurisée accessible uniquement aux points focaux nationaux ;
- bulletin d'information sur les flambées épidémiques de l'OMS ;
- sites Web des bureaux régionaux de l'OMS, par exemple AFRO, EMRO EURO, SEARO, WPRO, OPS ;
- sites Web consacrés à des maladies spécifiques, par exemple le système mondial de surveillance de la grippe et de riposte.

ii) **Sources médiatiques non officielles :**

- **NB : les alertes détectées par ces sources ne sont pas fiables et doivent être vérifiées.**

Exemples de sources médiatiques non officielles :

- journaux et magazines ;
- contenu en ligne des chaînes de télévision et de radio ;
- réseaux sociaux, par exemple Facebook, Twitter ;
- sites Web non officiels tels que ProMED, le Réseau mondial d'information en santé publique, HealthMap, MEDISYS, etc.

Méthodes d'analyse des médias en ligne

L'analyse des informations en ligne peut se faire de façon **manuelle** et **automatique**.

Étapes de l'analyse manuelle

- a) Dresser une liste de contrôle pour l'examen périodique (quotidien, par exemple) des sources en ligne ;
- b) Dresser une liste d'alertes prioritaires concernant les stratégies, les capacités et les ressources du pays ;
- c) Dresser une liste de mots-clés liés aux alertes prioritaires, y compris les maladies, les syndromes ou les événements ;

- d) Consulter tous les sites Web prédéterminés dans la liste de contrôle des sources en ligne pour rechercher des mots-clés.

Analyse automatisée

- a) Il existe de nombreux outils technologiques automatisés qui peuvent être utilisés pour analyser des informations en ligne à partir de sources prédéfinies.
- b) Ces outils peuvent permettre de gagner du temps et d'économiser des efforts, et favoriser la détection précoce des menaces pour la santé publique.
- c) Exemples d'analyse automatisée :
 - i) les flux de dépêches (ou fils RSS) sont des outils logiciels standard qui surveillent des sites Web prédéfinis et informent l'utilisateur par des mises à jour ;
 - ii) les sources contributives sont basées sur le partage d'informations entre les professionnels de la santé, dans lesquelles des individus recueillent des informations accessibles par le biais de flux partagés, par exemple ProMed ;
 - iii) des flux ou des services d'information automatisés élaborés par des gouvernements ou des organisations internationales, qui recueillent des informations sanitaires à partir de plusieurs sources et qui peuvent ainsi réduire le temps consacré à la recherche de sources individuelles. Ce sont des agrégateurs de données.

Étape 2 : Détection des alertes

- a) La détection des alertes est le processus de collecte d'informations sur les événements de santé publique potentiels signalés à la ligne d'assistance téléphonique.
- b) Le grand public peut communiquer avec le service d'assistance téléphonique par téléphone, par SMS, par messagerie instantanée sur les réseaux sociaux ou par discussion en ligne.
- c) L'équipe du service d'assistance téléphonique doit filtrer les notifications reçues des appelants afin de déterminer quelles alertes sont valides.
- d) Une liste d'alertes élaborée par les autorités nationales de santé publique doit être fournie aux opérateurs du service d'assistance téléphonique ou aux personnes chargées de répondre au public, afin qu'ils puissent continuer à enregistrer les alertes.
- e) L'opérateur doit enregistrer les alertes valides dans un registre prévu à cet effet.
- f) Les alertes peuvent également être détectées par analyse manuelle ou automatisée des médias.

g) Exemples d'alertes prédéterminées :

Code	Alertes à notifier
01	Deux personnes ou plus souffrant d'une maladie grave similaire dans le même milieu (ménage, lieu de travail, école, rue, par exemple) en une semaine
02	Grand nombre inexpliqué de décès de volailles, de bétail, d'autres animaux domestiques ou d'animaux sauvages
03	Maladie grave d'un travailleur de la santé après exposition à des patients présentant des symptômes similaires
04	Un ou plusieurs patients hospitalisés souffrant d'une maladie grave inexpliquée, y compris l'absence de réponse au traitement standard

Étape 3 : Enregistrement des alertes de la surveillance des événements

- a) Les alertes qui sont recueillies à partir des médias et des lignes d'assistance téléphonique, et qui correspondent à la liste prédéfinie des alertes doivent être enregistrées dans un registre prévu à cet effet. Voir un échantillon de registre d'alertes pour les lignes d'assistance téléphonique ou l'analyse des médias à la page suivante.
- b) Chaque alerte recueillie doit inclure des données sur la détection, le triage et la vérification de l'alerte, jusqu'à la riposte.
- c) L'enregistrement de l'alerte doit inclure l'ensemble minimal de données pour le suivi des alertes, par exemple :
 - i) source ou informateur : nom, numéro de téléphone de la personne à contacter, date et heure de l'appel ou de la détection ;
 - ii) alerte : quand c'est arrivé, qui a été affecté (cas, décès) et où cela commence et se propage ;
 - iii) suivi de l'alerte : triage, vérification, évaluation des risques et riposte.

Modèle de registre d'alertes pour les lignes d'assistance téléphonique ou l'analyse des médias

REGISTRE D'ALERTES POUR LES LIGNES D'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE OU L'ANALYSE DES MÉDIAS	
[NB : Il doit être rempli par l'agent chargé de répondre aux appels ou d'analyser les médias]	
Variables	Riposte
1. Source d'information :	
a) Source : CBS, HEBS, analyse des médias, ligne d'assistance téléphonique (la catégorisation peut être plus poussée)	
b) Informations sur l'auteur de la notification : employé de l'équipe nationale, bénévole en santé communautaire, travailleur de la santé, etc.	
c) Date et heure de la détection/réception de l'alerte (JJ/MM/AAAA et HH:MM)	___/___/___ :__
d) Référence/contact : lien, nom et numéro de téléphone de la personne à contacter	
2. Informations sur l'alerte :	
a) Type d'alerte : humaine, animale, environnementale	
b) Alerte : tirée de la liste des alertes du pays	
c) Localisation : détails sur la localisation, qui peut suivre les niveaux administratifs	
d) Date de début : quand cela a-t-il commencé ?	
e) Cas : nombre de cas	
f) Décès : nombre de décès	
g) Description : texte narratif pour toute information supplémentaire, y compris toute activité de riposte (menée par la communauté, l'autorité sanitaire ou quelqu'un d'autre)	
3. Activités de suivi	
a) Suivi : rejeter, surveiller, vérifier Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	___/___/___ :__
b) Envoyé pour vérification : oui/non Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	___/___/___ :__
c) Vérifié : oui/non Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	___/___/___ :__
d) Évaluation des risques : très faible/faible/modéré/élevé/très élevé	
e) Envoyé pour riposte : oui/non Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	___/___/___ :__
f) État de la riposte : non commencée ; en cours ; achevée Date et heure : JJ/MM/AAAAAA/HH:MM	___/___/___ :__

Étape 4 : Effectuer le triage des alertes de la surveillance des événements

Effectuer l'évaluation des alertes à des fins de vérification

- a) Si l'alerte correspond à l'une des alertes prioritaires pour le pays, elle doit immédiatement être vérifiée.
- b) Si l'alerte est définie de façon générique, par exemple un événement inhabituel pouvant constituer une menace pour la santé publique, un spécialiste ou un chef d'équipe qualifié en santé publique doit l'évaluer pour décider s'il faut la rejeter ou procéder à une vérification.

Étape 5 : Effectuer la vérification des alertes de surveillance des événements

- a) La vérification est une étape essentielle pour confirmer la validité des alertes recueillies et doit être effectuée par des experts en la matière, par exemple des spécialistes en santé publique.
- b) La vérification doit être effectuée au niveau local le plus proche de la localisation de l'alerte.
- c) Si l'alerte est détectée au niveau national, elle est notifiée au point focal de la région ou de la province (équipe sanitaire régionale ou provinciale) où elle a été détectée, par appel téléphonique, SMS, courrier électronique, etc.
- d) L'équipe sanitaire régionale ou provinciale avise ensuite l'équipe sanitaire de district concernée.
- e) Une équipe de santé de district formée avec l'appui d'experts régionaux ou nationaux doit effectuer la vérification des alertes.
- f) Toutes les alertes doivent être vérifiées dans les 24 heures.
- g) Dès lors qu'une alerte est vérifiée et nécessite une action, elle est considérée comme un événement.
- h) L'équipe sanitaire de district, avec l'appui d'experts régionaux ou nationaux, doit rapidement commencer les enquêtes en recueillant davantage d'informations sur le terrain (examens physiques, prélèvements d'échantillons de laboratoire, etc.) en utilisant les formulaires d'enquête existants sur les cas ou les événements de la SIMR.
- i) Les événements confirmés qui répondent à la définition de cas standard doivent être consignés par l'équipe de santé de district concernée dans le système de surveillance basée sur les indicateurs et signalés au niveau suivant du système de santé, c'est-à-dire au moyen des outils de collecte de données existants et en suivant les procédures de notification de la SIMR (voir la section 2 de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR).

Étape 6 : Procéder à l'évaluation et à la caractérisation des risques

- a) Une fois qu'une alerte est vérifiée et confirmée en tant qu'événement, l'évaluation des risques commence.
 - i) L'évaluation des risques est un processus systématique et continu de collecte, d'évaluation et de documentation de l'information qui sert de fondement aux mesures de gestion et de réduction des conséquences négatives d'un événement aigu de santé publique.
- b) La première évaluation des risques d'un événement doit avoir lieu dans les 48 heures suivant la détection d'une ou de plusieurs alertes.
- c) L'équipe nationale doit diriger l'évaluation des risques avec les équipes sanitaires de la région ou de la province et du district concernés.
- d) Chaque évaluation est un processus par lequel les informations disponibles sur un événement réel sont analysées et un jugement est porté sur la question de savoir si ledit événement présente un risque immédiat pour la santé publique. Dans ce cas, une évaluation complète des risques est effectuée (voir la section 4 de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR).
 - i) Dans le cas des alertes dont la véracité a été démontrée, mais qui ne constituent pas une menace immédiate pour la population, l'équipe doit suivre l'événement et entreprendre des évaluations des risques lorsque de nouvelles informations sont disponibles.

II. Étapes de la mise en place de la surveillance des événements au niveau du district

- a) Les étapes de la mise en place de la surveillance des événements au niveau du district sont les mêmes qu'au niveau national.
- b) Cependant, les autorités sanitaires de district reçoivent principalement des informations relatives à la surveillance des événements sous la forme d'alertes provenant essentiellement des établissements de santé et des communautés par le biais d'appels téléphoniques, de SMS et de messages WhatsApp.
- c) Recevoir et documenter les notifications d'alertes :
 - i) enregistrer les informations orales ou écrites des établissements de santé et des communautés sur les foyers suspectés, les rumeurs, les événements ou les alertes inexplicables dans le journal du district consacré aux foyers présumés (voir la section 4, annexe 4A de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR).
- d) L'équipe sanitaire de district doit remplir les fonctions suivantes : triage, vérification et évaluation des risques.
- e) **Trier les alertes**
 - i) Lorsque l'équipe sanitaire de district reçoit des informations sur une alerte notifiée, elle doit procéder au triage en posant les questions suivantes :

- Les informations communiquées sont-elles de nature à justifier une alerte précoce ? (En d'autres termes, cette alerte pourrait-elle constituer un véritable événement de santé publique ?)
- Cette alerte a-t-elle déjà été notifiée ? (En clair, s'agit-il d'un doublon ?)
- ii) Le triage peut se faire en personne sur le terrain, par SMS ou par téléphone.
- iii) Après le triage :
 - Si la notification n'est pas pertinente ou s'il s'agit d'un doublon, elle peut être rejetée. Aucune autre mesure n'est nécessaire.
 - Si l'alerte doit être rejetée, communiquer les informations suivantes aux points focaux de la surveillance des événements sanitaires qui ont notifié l'alerte :
 - qu'ils continuent de suivre la situation et informent le district si la situation change et qu'une alerte se fait jour ;
 - ce n'est pas grave s'ils ont notifié une alerte qui s'est révélée fausse, qu'ils continuent de notifier les alertes lorsqu'ils en détectent.
 - Si l'alerte est pertinente et ne constitue pas un doublon, elle doit être vérifiée par l'équipe sanitaire du district qui a reçu l'information.
- f) **Vérifier les alertes**
 - i) L'équipe sanitaire de district doit vérifier tous les alertes triées qui relèvent de la surveillance des événements.
 - ii) L'équipe sanitaire de district qui reçoit des alertes des formations sanitaires et des communautés doit également vérifier ces alertes avant qu'elles ne soient considérées comme des événements.
 - iii) La vérification consiste à déterminer si une alerte est valide (c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'une fausse alerte ou d'une fausse rumeur), fiable et correspond à au moins une des alertes prédéfinies pour la mise en œuvre de la surveillance des événements.
 - iv) Les critères de vérification peuvent comprendre des questions à poser aux personnes qui ont notifié l'alerte pour s'assurer qu'elles l'ont bien comprise, que l'alerte a été confirmée ou non par au moins deux sources différentes, ou que l'alerte a été notifiée par une personne ayant autorité médicale (par exemple un vétérinaire, un médecin ou un assistant de laboratoire).
 - v) Pour effectuer la vérification, l'équipe sanitaire de district posera des questions à la personne ayant notifié l'alerte, et éventuellement à d'autres personnes. Il peut s'agir du patient, de sa famille et de ses amis ou d'autres membres de la communauté.
 - vi) La vérification peut se faire en personne, par visite sur le terrain ou par téléphone.
 - vii) Utiliser l'outil de vérification de la surveillance des événements ; voir un exemple à la page suivante.
 - viii) Le résultat de la vérification est la confirmation que l'alerte est vraie ou fausse. Une fois l'alerte vérifiée, elle devient un événement.
 - ix) Après la vérification :

- Si l'alerte est considérée comme un événement de santé publique, elle est immédiatement notifiée à la région ou à la province.
- Si l'alerte n'est pas considérée comme un événement de santé publique, la situation sera surveillée pour s'assurer qu'elle ne le devienne pas.
- Enregistrer les événements confirmés dans les outils et les plateformes de collecte de données de la SIMR existants et les notifier au niveau suivant (voir la section 2 de la troisième édition du Guide technique pour la SIMR).

g) Effectuer une évaluation des risques conformément aux orientations nationales.

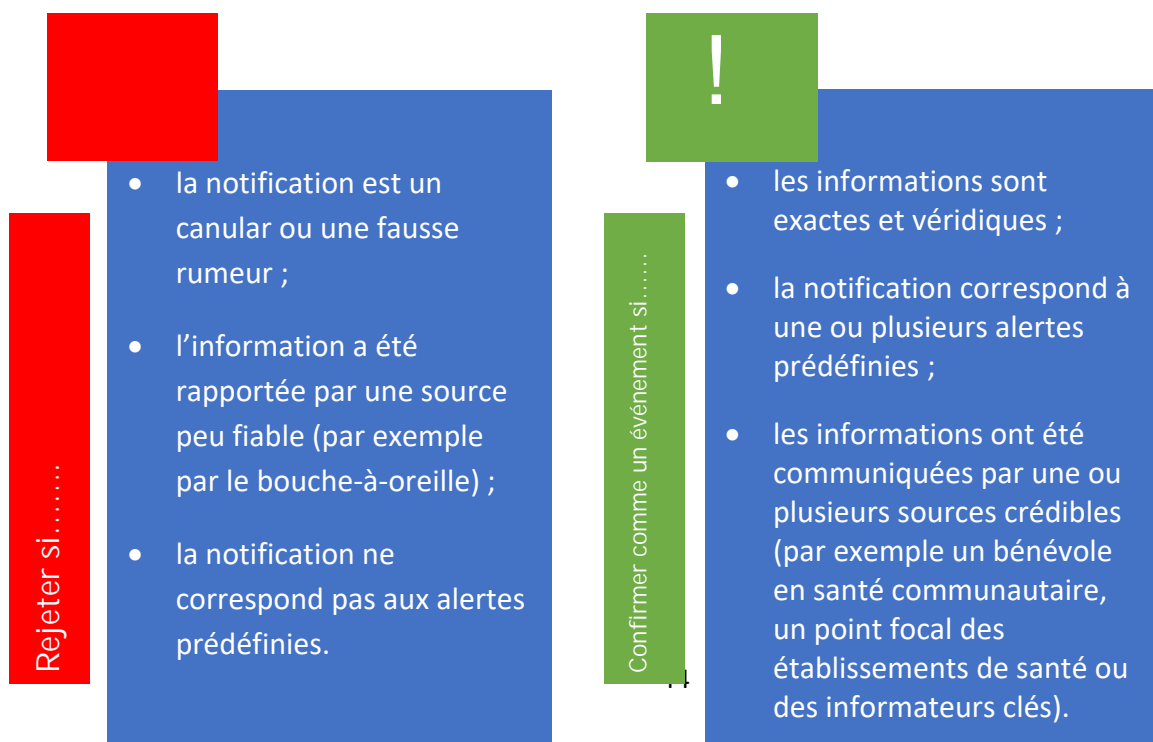
Exemple de surveillance des événements : outil de vérification

Lorsqu'une alerte est notifiée par un point focal de la surveillance communautaire ou un établissement de santé, l'équipe sanitaire de district doit utiliser cet outil pour vérifier si l'alerte est VRAIE ou FAUSSE.

Le processus de vérification des alertes doit répondre à trois questions principales :

- a) La notification est-elle exacte (c'est-à-dire vraie) ?
- b) L'information a-t-elle été communiquée par une ou plusieurs sources fiables ?
- c) La notification répond-elle aux critères d'une ou de plusieurs alertes ?

Le graphique ci-dessous peut être utilisé pour déterminer le résultat de la vérification de l'alerte, une fois que suffisamment d'informations ont été recueillies et validées.



III. Étapes à suivre pour la surveillance des événements au niveau des établissements de santé

Les étapes consistent à prendre en compte les éléments importants suivants :

- a) La surveillance basée sur les indicateurs dans les établissements de santé englobe la déclaration immédiate, hebdomadaire ou mensuelle d'une liste prédéterminée de maladies sur la base des définitions de cas.
- b) La surveillance des événements dans les établissements de santé forme les cliniciens, les infirmières et les autres professionnels de la santé concernés à notifier des alertes de tableaux de morbidité, tels qu'un groupe de maladies et n'est pas spécifique à une maladie.
- c) La surveillance des événements peut permettre la détection de menaces émergentes ou réémergentes pour la santé publique parce qu'elle n'est pas spécifique à une maladie, qu'elle nécessite une notification immédiate et qu'elle est très sensible et très large.
- d) De plus, étant donné que la notification n'exige pas de résultat de laboratoire et repose sur l'expérience des cliniciens, la surveillance des événements est plus pratique et relativement simple à mettre en place et à maintenir.
- e) Les établissements de santé doivent participer à la fois à la surveillance basée sur les indicateurs et à la surveillance des événements puisque les deux se complètent et permettent la détection précoce des maladies, des affections et des événements.

Étapes à suivre pour la surveillance des événements dans les établissements de santé

Étape 1 : Détection des alertes

- a) Sélectionner et former les points focaux de la surveillance des événements dans les établissements de santé : les points focaux de la surveillance présents dans les établissements de santé peuvent être formés pour jouer ce rôle.
- b) Les points focaux de la surveillance des événements dans les établissements de santé doivent demander aux autres membres du personnel de les informer immédiatement lorsqu'ils voient ou entendent parler d'une alerte dans leur lieu de travail.
- c) Les professionnels de santé, y compris les cliniciens, les infirmières et les agents de lutte contre les infections, doivent être sensibilisés pour reconnaître les alertes et les notifier immédiatement.
- d) Détecter une alerte signifie identifier ou suspecter la présence d'une alerte prédéterminée par les autorités nationales de santé publique.
- e) Exemples d'alertes de la surveillance des événements dans les établissements de santé :

Code	Alertes de la surveillance des événements dans les établissements de santé devant être notifiées
01	Toute maladie grave observée chez le personnel de santé après qu'il a soigné un patient atteint d'une maladie similaire
02	Augmentation importante et soudaine du nombre d'hospitalisations pour toute maladie grave du même type
03	Toute maladie grave, inhabituelle et inexplicable, y compris l'absence de réponse au traitement standard
04	Usage accru d'un médicament en particulier

Étape 2 : Notification des alertes

- a) La notification des alertes implique de communiquer avec un ou plusieurs points focaux de la surveillance des événements dans les établissements de santé qui entendent notifier immédiatement l'équipe de district.
- b) Cette notification peut se faire par téléphone, par SMS ou en personne, mais elle doit se faire immédiatement : le jour même et le plus tôt possible.

Étape 3 : Triage et vérification

- a) L'équipe de santé de district, dès réception de la notification des alertes, doit toutes les trier et les vérifier dans les 24 heures suivant leur détection à l'aide de l'outil de vérification.
- b) En cas d'événement réel, des enquêtes et des mesures de riposte sont immédiatement mises en œuvre en fonction des structures existantes de la SIMR.
- c) L'équipe de district doit tenir régulièrement informés de la situation les établissements de santé effectuant des notifications.

Annexe 1D : Liste des sites de notification du district

Notez les informations permettant de contacter les agents de santé, les agents de santé communautaires ou les agents aux points d'entrée qui transmettent au district les données sur la surveillance et la détection des épidémies et des événements. Veuillez indiquer, par exemple, les noms et les coordonnées des agents de santé communautaires, des accoucheuses qualifiées, des leaders communautaires et des responsables de la sécurité publique. Cette liste doit être mise à jour régulièrement, en y ajoutant les nouveaux sites et en retirant ceux qui ne sont plus en service ou qui ne participent pas.

Exemple :

Nom de l'établissement de santé ou du point de contact du patient avec le service de santé	Adresse ou emplacement de l'établissement ou du point de contact	Point focal désigné pour la surveillance et la riposte	Téléphone ou adresse électronique (ou autres coordonnées)
Centre de santé de Lima	BP 123 Zone de Mlima	D ^r Moyo	Tél. : 123-458 ou envoyer un message grâce au contact quotidien par le chemin de fer avec la gare de Mlima

Annexe 1E : Fonctions des laboratoires aux différents niveaux du système de santé

Fonctions des laboratoires aux différents niveaux du système de santé			
Niveau	Prélever	Confirmer	Notifier
Établissements de santé	<p>Utiliser les définitions de cas standard pour déterminer à quel moment prélever des échantillons ;</p> <p>Aider le laboratoire de première ligne à prélever les échantillons conformément aux directives agréées ;</p> <p>Documenter les prélèvements avec les antécédents cliniques ;</p> <p>Transporter les prélèvements au laboratoire de première ligne ou au laboratoire de recours, conformément aux directives agréées, accompagnés du formulaire SIMR de notification de cas par le laboratoire.</p>	<p>Utiliser les définitions de cas standard pour démarrer ou demander des analyses appropriées pour la confirmation des maladies ;</p> <p>Manipuler les prélèvements conformément aux modes opératoires normalisés et aux directives approuvées.</p>	<p>Consigner les données relatives au prélèvement et au transport des échantillons ;</p> <p>Recevoir les résultats des analyses et fournir un retour d'information.</p>
District ou province	<p>Communiquer aux prestataires les principes et procédures de prélèvement ;</p> <p>Demander du matériel de prélèvement supplémentaire, selon les besoins ;</p> <p>Conserver les échantillons dans les conditions appropriées, en attendant leur transport ou des analyses complémentaires ;</p> <p>Ordonner des prélèvements supplémentaires, le cas échéant, en fonction de l'enquête sur l'épidémie ;</p> <p>Organiser le transport des prélèvements au laboratoire de première ligne et au laboratoire de recours, conformément aux directives agréées, accompagnés du formulaire SIMR de notification de cas par le laboratoire.</p>	<p>Effectuer des analyses de laboratoire pour un diagnostic présomptif, s'il y a lieu ;</p> <p>Conserver les échantillons représentatifs pour les transporter conformément aux directives ;</p> <p>Effectuer une analyse systématique des résultats de laboratoire ;</p> <p>Observer les changements de tendance lors de l'analyse systématique des résultats de laboratoire.</p>	<p>Enregistrer, stocker et sauvegarder les résultats de laboratoire et les détails des tests de laboratoire, y compris tous les tests effectués et l'opportunité des analyses ;</p> <p>Communiquer les résultats au personnel clinique et aux patients ;</p> <p>Veiller à recevoir régulièrement les résultats de laboratoire du niveau national ;</p> <p>Mettre à jour les listes avec les résultats de laboratoire et faire le suivi de tout résultat manquant auprès du laboratoire effectuant les analyses ;</p> <p>Notifier les résultats et les informations sur les délais au niveau suivant ;</p> <p>Signaler les changements de tendance observés lors de l'analyse systématique des résultats de laboratoire au niveau national ;</p> <p>Utiliser les synthèses d'information pour enquêter sur les épidémies.</p>

Fonctions des laboratoires aux différents niveaux du système de santé

Niveau	Prélever	Confirmer	Notifier
Laboratoires nationaux de recours (certains laboratoires fonctionnent à la fois comme des laboratoires de première ligne et de recours)	<p>Établir les directives, politiques et procédures de prélèvement avec les autorités nationales ;</p> <p>Distribuer des kits de prélèvement et de transport d'échantillons appropriés pour les maladies à potentiel épidémique ;</p> <p>Demander au laboratoire ou aux prestataires des prélèvements supplémentaires en fonction des besoins ;</p> <p>Conserver les échantillons dans des conditions agréées, en attendant leur transport ou des analyses complémentaires.</p>	<p>Établir les principes et procédures de confirmation avec les autorités nationales ;</p> <p>Réaliser les analyses de laboratoire appropriées pour confirmation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • microscopie, culture, antibiogramme, sérotypage, test sérologique, détections et identification moléculaire, séquençage génomique. <p>Conserver les isolats représentatifs de l'épidémie, le cas échéant.</p>	<p>Enregistrer, stocker et sauvegarder les résultats de laboratoire et les détails des tests de laboratoire, y compris tous les tests effectués et l'opportunité des analyses ;</p> <p>Notifier les résultats aux équipes sanitaires régionales ou de district et à toutes les parties prenantes concernées aux niveaux national et régional ou du district pour transmission ultérieure à l'établissement de santé ou au laboratoire demandeur ;</p> <p>Notifier les données des cas et les données sommaires conformément au protocole convenu ;</p> <p>Notifier les résultats de laboratoire du dépistage des populations sentinelles vivant sur les sites cibles ;</p> <p>Effectuer un examen systématique des analyses, des données et des résultats de laboratoire et scruter les changements de tendances.</p>
Référence mondiale	<p>Établir les directives, politiques et procédures de prélèvement des échantillons et les transmettre aux autorités nationales ;</p> <p>Demander le prélèvement d'échantillons supplémentaires, le cas échéant.</p>	<p>Effectuer des analyses supplémentaires sur les prélèvements ou les isolats transmis, le cas échéant.</p>	<p>Enregistrer, stocker et sauvegarder les résultats de laboratoire et les détails des tests de laboratoire, y compris tous les tests effectués et l'opportunité des analyses ;</p> <p>Notifier les résultats du laboratoire au laboratoire national de référence ou au laboratoire national ;</p> <p>Équipe de coordination de la diffusion à venir.</p>

Annexe 1F : Responsabilités des points focaux de laboratoires à tous les niveaux

Point focal de laboratoire au niveau national

- a) Coordonner toutes les activités de laboratoire à l'appui de la préparation, de la surveillance et de la riposte aux maladies ;
- b) Établir et soutenir la collaboration avec les épidémiologistes ou les agents de surveillance ;
- c) Définir les capacités d'analyse des laboratoires dans le pays et ceux qui servent de recours au niveau international et partager ces informations avec toutes les parties prenantes ;
- d) Tenir à jour une liste des laboratoires qui effectuent les analyses requises ;
- e) Tenir et mettre à jour la liste des stocks de fournitures, de réactifs et de matériel de tous les laboratoires ;
- f) Conclure des accords avec des laboratoires internationaux pour la fourniture de diagnostics ou de confirmations de maladies prioritaires qui ne sont pas encore disponibles dans le pays et en assurer la coordination ;
- g) Soutenir le laboratoire par des activités de plaidoyer auprès des échelons supérieurs pour qu'il ait accès aux infrastructures, au matériel et aux fournitures nécessaires pour prélever, manipuler, tester, stocker et expédier les échantillons en toute sécurité ;
- h) S'assurer qu'il existe un cadre de transport des échantillons à l'intérieur et à l'extérieur du pays pour faciliter le transport des échantillons ;
- i) Veiller à ce que les résultats de laboratoire soient communiqués en temps opportun à tous les intervenants pertinents et utilisés de façon appropriée pour éclairer les mesures de santé publique et la prise en charge clinique des patients ;
- j) S'assurer que les résultats de laboratoire sont enregistrés comme il convient ;
- k) Veiller à ce que les laboratoires disposent d'un programme d'assurance de la qualité pour améliorer la fiabilité et la reproductibilité des résultats de laboratoire.

Point focal de laboratoire régional

- a) Tenir à jour la liste des laboratoires qui effectueront les analyses de requises ;
- b) Fournir des informations à tous les établissements de santé pour le transport approprié des échantillons ;
- c) Tenir et mettre à jour la liste des stocks de fournitures, de réactifs et de matériel de tous les laboratoires de la région ;
- d) S'assurer que les procédures de confirmation en laboratoire établies au niveau national sont connues et suivies dans la région et les districts ;
- e) Veiller à ce que le prélèvement des échantillons, le matériel de transport et les tests de diagnostic en laboratoire soient disponibles pour permettre la détection rapide des maladies prioritaires ;
- f) Coordonner avec les établissements de santé et le laboratoire le prélèvement, l'emballage en toute sécurité et le transport fiable de l'échantillon approprié pour la confirmation du cas présumé ;

- g) Réceptionner les résultats du laboratoire et les communiquer rapidement, conformément aux procédures nationales, à tous ceux qui en ont besoin pour l'action de santé publique et les soins cliniques aux patients ;
- h) S'assurer que les résultats du laboratoire sont enregistrés comme il convient ;
- i) Communiquer avec les points focaux des laboratoires de référence et des laboratoires nationaux selon les besoins ;
- j) Veiller à ce que les laboratoires disposent d'un programme d'assurance de la qualité pour améliorer la fiabilité et la reproductibilité de leurs résultats.

Point focal de laboratoire de district

- a) Établir ou renforcer la communication systématique avec les laboratoires identifiés qui reçoivent des prélèvements et les établissements de santé ou les districts sanitaires qui les envoient ;
- b) Tenir et mettre à jour la liste des stocks de fournitures, de réactifs et de matériel de tous les établissements de santé et laboratoires du district ;
- c) S'assurer de la clarté et de la fiabilité des procédures, à la fois pour le prélèvement et l'expédition des échantillons, la confirmation des cas de maladie ou d'affection et la notification des résultats ;
- d) Communiquer avec le point focal du laboratoire régional ;
- e) Communiquer avec le laboratoire national de référence, le cas échéant ;
- f) S'assurer que les résultats du laboratoire sont enregistrés comme il convient ;
- g) Veiller à ce que les laboratoires disposent d'un programme d'assurance de la qualité pour améliorer la fiabilité et la reproductibilité de leurs résultats.

Point focal de laboratoire d'établissement de santé

- a) Tenir et mettre à jour la liste des stocks de fournitures, de réactifs et de matériel de l'établissement de santé ;
- b) S'assurer de la disponibilité et du respect des modes opératoires normalisés, à la fois pour le prélèvement et l'expédition des échantillons, la confirmation des cas de maladie ou d'affection et la notification des résultats ;
- c) Communiquer avec les points focaux des laboratoires du district et de la région, le cas échéant ;
- d) S'assurer que les résultats du laboratoire sont enregistrés comme il convient ;
- e) S'assurer que le laboratoire dispose d'un programme d'assurance de la qualité (contrôle de qualité interne et externe) pour améliorer la fiabilité et la reproductibilité de ses résultats.

Annexe 1G : Liste des laboratoires nationaux chargés de confirmer les maladies et les affections prioritaires

Mettez à jour périodiquement la liste des laboratoires de votre district ou de ceux désignés au niveau national pour confirmer les maladies et les affections prioritaires. Précisez sur cette liste la personne à contacter pour obtenir une assistance. La liste ci-dessous n'est qu'un exemple.

Exemple :

Maladies, affections et événements prioritaires	Point focal, nom du laboratoire, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique
Poliomyélite	Exemple : John Zimbe, Laboratoire national, 145 Kenyatta Road, Pretoria, Afrique du Sud, 234-70134252555
Choléra	
VIH	
Tuberculose	
Rougeole	
Peste	
Grippe humaine causée par un nouveau sous-type	
Fièvre de la vallée du Rift	
Dengue	
Événements de santé publique de portée nationale ou internationale	
Anthrax	
Chikungunya	
Fièvre typhoïde	

1.8 Références

1. Gestion des risques de catastrophe : Une stratégie pour le secteur de la santé dans la Région africaine. AFR/RC62/6 (2012-2022)
2. Rapport de la réunion technique et ministérielle de l'OMS sur l'approche « Une seule santé » pour faire face aux zoonoses et aux menaces pour la santé publique – Dakar, novembre 2016.
3. Community-Based Surveillance guiding principles March 2017(IFRC)
4. WHE-IDSr Key Performance Indicators (KPI results). June 2017
5. Ministry of Health Liberia, National Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response, June 2016
6. Government of Sierra Leone. Ministry of Health and Sanitation. Community based surveillance training manual 2016
7. « 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.
8. « Coordination de la surveillance épidémiologique entre points d'entrée et systèmes nationaux de surveillance – Principes et propositions pour la renforcer ». WHO/HSE/GCR/LYO/2014.12
http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.12/fr/
9. A guide for establishing community-based surveillance disease surveillance and response programme. WHO, Disease Prevention and Control Cluster, 2014.
10. World Health Organization. Trachoma epidemiologic survey protocol. Geneva: World Health Organization, 1993
http://www.who.int/blindness/prevalence_protocol_trachoma_english.pdf.
11. CDC Trachoma.<http://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/disease/trachoma.html>
12. The Carter Center. <http://www.cartercenter.org/health/trachoma/index.html>
13. Ali Ahmed Yahaya, Jean Bosco Ndiokubwayo, Sheick Oumar Coulibaly, Bartholomew Akanmori, Jason Mwenda, Annick Dosseh, Charles Rutebarika Byabamazima, Philip Chukwuka Onyebujoh, Samuel Kariuki and Francis Chisaka Kasolo Laboratory capacity in 2012 for diagnosis of epidemic prone diseases in the context of Integrated Disease Surveillance and Response in the WHO African Region. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, Congo
14. Laboratory Quality Management System Handbook (WHO, 2011)
15. WHO Stepwise Laboratory Quality Improvement Process towards Accreditation (SLIPTA) for Clinical and Public Health Laboratories. Checklist Version 2:2015
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/204423>
16. Global Task Force on Cholera Control (Ending Cholera, A Global Road Map to 2030)

GUIDE TECHNIQUE POUR LA SURVEILLANCE DES MALADIES ET RIPOSTE

TROISIÈME ÉDITION



SECTION 2 – NOTIFIER LES MALADIES, LES AFFECTIONS ET LES ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES

MARS 2019

SECTION 2. NOTIFIER LES MALADIES, LES AFFECTIONS ET LES ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES

2. NOTIFIER LES MALADIES, LES AFFECTIONS ET LES ÉVÉNEMENTS PRIORITAIRES

La surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) est un système capable d'assurer la fourniture d'informations épidémiologiques fiables au niveau national pour répondre aux exigences du RSI 2005. Il est important d'assurer une notification des données de surveillance dans l'ensemble du système. Une notification fiable met des informations à la disposition des responsables de la surveillance, des autorités régionales, provinciales ou de district, des épidémiologistes, et de l'autorité compétente aux points d'entrées, des gestionnaires de programmes, du coordonnateur national du RSI, du point focal à l'OMS, et d'autres personnels de santé pour :

- a) identifier les problèmes ou affections émergents et organiser la riposte appropriée, en informant notamment le personnel ou les niveaux concernés ;
- b) prendre des mesures en temps voulu ;
- c) suivre l'évolution des maladies dans la Région ;
- d) évaluer l'efficacité de la riposte.

La présente section décrit comment notifier les maladies, les affections et les événements prioritaires dans les délais prescrits. En matière de SIMR, la collecte et la notification des données doivent respecter des délais différents et pour des objectifs différents :

- a) La notification immédiate des informations sur les cas permet la détection précoce des événements de santé publique hautement pathogènes ou mortels. Toutes les maladies et les affections à notification immédiate doivent aussi être notifiées dans le bulletin récapitulatif hebdomadaire en utilisant la fiche de notification récapitulative hebdomadaire de la SIMR.
- b) La notification récapitulative hebdomadaire fournit des données pour la surveillance des tendances des maladies, des affections ou des événements pour une détection précoce des épidémies.
- c) La notification récapitulative mensuelle ou trimestrielle fournit des données de surveillance de l'état de santé de population et l'incidence de programmes spécifiques de lutte contre les maladies, et de planification de l'affectation des ressources.

NB : Il revient à la politique nationale de déterminer les exigences de notification et les événements de santé publique à notifier, et si les données provenant des districts et des établissements de soins doivent être notifiés immédiatement, toutes les semaines, tous les mois, ou tous les trois mois.

Les outils sur papier sont les plus communément utilisés pour la notification des maladies, événements et affections. Certes, les outils sur papier peuvent fournir des informations en temps voulu, mais les pays doivent se doter d'outils électroniques afin de faciliter une transmission rapide des données pour permettre une riposte en temps voulu aux menaces contre la santé publique (SIMR électronique). Les avantages potentiels de l'utilisation d'outils électroniques pour la SIMR électronique sont notamment : notification, enquêtes et riposte davantage en temps voulu sur les épidémies. La notification électronique pourrait aussi améliorer la qualité des données ; renforcer la surveillance virtuelle, presque en temps réel des maladies et des événements ; réduire les coûts du système, et générer plus facilement des alertes automatiques. Par ailleurs, les informations peuvent être plus facilement stockées et consultées. Voir le Guide du Système de SIMR électronique pour les pays (e-SIMR) à la section 9.

Le personnel de santé publique ciblé par la SIMR est principalement constitué du personnel du système de santé (humaine et animale) à tous les niveaux, du personnel de gestion des données qui supervisera le volet technologie de l'information et de la communication (TIC) du système, le personnel de supervision et celui dédié à des programmes spécifiques aux maladies à tous les niveaux, autrement dit le district, la région et les décideurs au niveau national. Il est important que les pays adoptent une approche interopérable du renforcement de la SIMR électronique en établissant des liens systématiques et des plateformes de partage de l'information. Et cela peut se faire à travers la formalisation des accords entre les services des ministères de la Santé, à savoir HMIS, SIMR, surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) et des nouveau-nés (PDSR), le système d'information de la fourniture des services de santé, le laboratoire national et les laboratoires régionaux de santé publique de référence, les réseaux de laboratoire, et les services du Ministère de l'agriculture, de l'élevage ou de la faune, à savoir les services de surveillance, les établissements ou institutions vétérinaires, les services de surveillance du Ministère de l'environnement.

2.1 Maladies, affections et événements à notification immédiate

La notification immédiate est recommandée lorsqu'une maladie à potentiel épidémique ou une autre urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) est suspectée ou exigée par le Règlement sanitaire international (2005). Les maladies et événements jugés prioritaires au

niveau national qui ne seraient pas nécessairement des maladies et des USPPI doivent être notifiés immédiatement. Ces maladies, affections et événements qui nécessitent une notification immédiate au niveau supérieur figurent dans le tableau 2. La notification immédiate permet de prendre des mesures en temps voulu afin de prévenir la résurgence de la transmission rapide des maladies ou des événements à potentiel épidémique dans leur propagation, surtout ceux dus aux agents virulents infectieux, chimiques, biologiques, ou radionucléaires.

La notification immédiate d'une information, comme les cas uniques ou des groupes d'événements à notification obligatoire, générera une alerte et lancera un système de notification des cas. Cela signifie que des informations spécifiques sur le cas présumé, ou s'il s'agit d'un groupe de cas, des informations spécifiques sur chaque cas identifié, seront collectées intégralement et transmises au niveau supérieur. En même temps, une enquête initiale sera lancée. Pour les événements notifiés au point d'entrée, l'information est communiquée au prochain niveau (district dans lequel le point d'entrée est situé) et en même temps au coordonnateur national du RSI. Les services de notification qui ne disposent pas de capacités de diagnostic, utiliseront la définition de cas présumée pour identifier et notifier les maladies, les affections et les événements. Par ailleurs, les informations sur les contacts doivent être collectées. La section 4 décrit comment mener la recherche des contacts et les notifier.

Pour les affections telles que les décès maternels et périnatals, les circonstances ayant entraîné le décès doivent être identifiées et analysées, et les prestataires de soins doivent utiliser la surveillance nationale des décès maternels et périnatals et riposte (SDMPR) en collaboration avec les responsables nationaux compétents.

Dans la SIMR, deux types de seuil sont utilisés pour lancer la riposte : un seuil d'alerte et un seuil épidémique. Ces seuils sont normalement exprimés en nombre (ou proportion) de cas d'une maladie et point critique (seuil) au-delà duquel, il faut prendre des mesures. Le personnel de santé qualifié doit toujours déterminer le seuil d'alerte et le seuil épidémique. Le seuil d'alerte et le seuil épidémique pour les maladies, les affections et les événements à potentiel épidémique figurent dans la section 11.

Voir la section 11 pour les informations spécifiques aux maladies, notamment les définitions de cas, le seuil d'alerte et le seuil épidémique pour la notification de cas ou événements présumés.

Tableau 2.1 : Maladies, affections ou événements à notification immédiate

1. Syndrome de fièvre hémorragique aiguë (maladie à virus Ebola, Marburg, Fièvre de Lassa, Fièvre de la Vallée du Rift, de Crimée-Congo)	16. Tétanos néonatal
2. Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI)	17. Décès périnataux
3. Anthrax	18. Lèpre
4. Méningite bactérienne	19. Poliomyélite (paralysie flasque aiguë) (PFA)
5. Chikungunya	20. Rage (humaine)
6. Choléra	21. SARI
7. Fièvre de la dengue	22. SRAS
8. Diarrhée sanglante (Shigellose)	23. Variole
9. Dracunculose (maladie du ver de Guinée)	24. Fièvre typhoïde
10. Grippe due à un nouveau sous-type viral	25. Pian, syphilis endémique ou bétel
11. Listériose	26. Fièvre jaune
12. Décès maternels	27. Maladie du virus Zika
13. Rougeole	28. <u>Groupe de maladies/décès inexpliqués d'origine humaine ou animale/aviaire*</u>
14. Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS)	29. Tout événement de santé publique de portée internationale (infection, zoonose, infection alimentaire, contamination chimique, radioactive ou événement d'origine inconnue)
15. Orthopoxvirose simienne	

* Exemples de groupes :

- Tout groupe de maladies ou décès survenus chez des personnes vivant dans la même communauté au cours d'une période précise (par exemple, une semaine)
- Groupe de décès d'animaux/oiseaux survenus au cours d'une période précise (par exemple, une semaine)
- Maladies ou décès survenus chez des personnes après le contact avec des animaux
- Agents de santé malades après exposition à des patients souffrant des mêmes maladies
- Hausse inattendue du nombre d'hospitalisations dans les établissements de santé de personnes présentant les mêmes symptômes graves
- Maladie apparue soudainement chez une personne qui a effectué un voyage hors du pays au cours des 14 derniers jours
- Toute maladie inhabituelle ou soudaine dans la communauté au cours d'une période précise (par exemple, une semaine)
- Absence inattendue d'un nombre élevé d'enfants absents à l'école à cause de la même maladie au cours d'une même période de sept jours.
- Nombre élevé d'achats inattendus dans les pharmacies de traitements contre la même maladie.

NB : S'assurer que la bonne information est collectée sur les événements notifiés. Certains événements pourraient avoir un lien avec le secteur de l'agriculture ou de l'élevage, ou même de la faune, de l'alimentation, voire d'autres secteurs. Collecter des informations auprès de ces secteurs.

2.1.1 Notifier les informations sur les cas au niveau supérieur

Si une maladie, une affection, ou une autre urgence de santé publique dont la notification est obligatoire est suspectée, l'établissement de santé doit communiquer les informations sur les cas au niveau supérieur dans un délai de 24 heures. L'information obtenue à travers une enquête préliminaire sur un cas présumé comprend :

- a) le lieu où se trouve le patient ;
- b) l'établissement (les établissements) ayant pris en charge ou orienté le patient ;
- c) l'identité du patient et les informations d'ordre démographique le concernant ;
- d) les informations sur les signes et les symptômes, notamment la date d'apparition, les antécédents de vaccination (le cas échéant) et les informations sur tous les facteurs de risque pertinents ;
- e) les résultats de laboratoire (le cas échéant) ;
- f) les antécédents de voyage ;
- g) les contacts (humains ou animaux).

Tout décès maternel ou périnatal doit être notifié immédiatement dans un délai de 48 heures. Un échantillon de fiche de notification pour les deux types de décès est présenté à l'annexe K. renvoi doit être fait aux directives nationales pour la surveillance intégrée des décès maternels et périnatals et riposte.

- a) Effectuer la notification initiale en utilisant le moyen le plus rapide possible (téléphone, courriel, radiotéléphone, texto, médias sociaux). L'établissement de santé doit prendre immédiatement attache avec les autorités sanitaires de district et leur communiquer des informations sur le patient ou l'événement.
- b) Assurer le suivi du rapport verbal initial à travers un rapport en utilisant la fiche de définition de cas standardisée. L'échantillon de la fiche de notification des cas pour l'enregistrement des informations sur les cas figure dans l'annexe 2F à la fin de cette section. Si un ordinateur ou un autre appareil électronique est disponible pour la surveillance ou la gestion des cas, remplir et soumettre la version électronique de la fiche au niveau supérieur. Sur les plateformes électroniques, s'assurer de protéger la vie privée du patient en codant les données liées à son identité afin que peu d'agents de santé puissent y avoir accès, ou instaurer des droits d'utilisateur notamment en créant un mot de passe lorsque vous utilisez un ordinateur de bureau.
- c) Si un échantillon de laboratoire est exigé, assurez-vous que les données d'identification du patient figurent sur l'échantillon, la fiche d'analyse de laboratoire, et la fiche individuelle de notification des cas concordent. Bien emballer l'échantillon pour garantir la fiabilité des

résultats. Assurez-vous aussi qu'une copie de la fiche de notification des cas accompagne la fiche de laboratoire et l'échantillon. Un échantillon de fiche de laboratoire est compris dans l'annexe 2G.

- d) Les fiches de notification pour les maladies et affections particulières (par exemple, paralysie flasque aiguë, choléra, fièvre hémorragique virale, décès maternel, et tuberculose multirésistante ou ultrarésistante) figurent dans l'annexe à la fin de la section 11. Ces fiches peuvent être utilisées pour commencer à collecter les informations en vue d'une investigation des cas.
 - Remarque : Certaines maladies ou affections à potentiel épidémique comme les décès maternels et périnataux peuvent nécessiter une notification particulière en fonction des politiques nationales ou régionales. Consulter les exigences particulières dans la section 11 de ce guide.
- e) Assurer que des informations suffisantes sont disponibles sur les événements notifiés, étant donné que certains événements peuvent avoir des liens avec les secteurs de l'agriculture, de l'élevage, de la faune, de l'alimentation, de l'environnement, etc., y compris la communauté. Ce partage d'informations est crucial et doit commencer au niveau de la communauté, de l'établissement de soins, du district et de la région. Au niveau national, le coordonnateur national du RSI devrait notifier l'OMS de tout événement qui peut devenir une urgence de santé publique de portée internationale en utilisant l'instrument de décision qui figure dans le RSI, 2005 (voir annexe 2A).
- f) Pour tous les événements, il faut établir une liste prioritaire de cas, d'événements ou d'affections présumés notifiés dans le cadre d'une investigation initiale en cours et s'assurer qu'elle est constamment actualisée, tout en maintenant le lien avec les secteurs concernés en fonction de la maladie ou de l'événement particulier. Une liste prioritaire doit être établie en cas d'épidémie présumée et au cas où une unité d'isolement est ouverte. Mais si plusieurs unités d'isolement sont ouvertes, le district doit établir une liste combinée. Voir l'échantillon de liste prioritaire qui est présenté à l'annexe 4E.

2.1.2 Notification d'une urgence de santé publique de portée internationale conformément au RSI 2005

Si une possible urgence de santé publique de portée internationale (telle que définie dans l'annexe 2 du RSI 2005) est suspectée, le responsable de la surveillance de district devrait immédiatement notifier le coordonnateur national du RSI en utilisant le moyen de communication le plus rapide, sans oublier le responsable régional et provincial de la surveillance. Si une urgence de santé publique de portée internationale est détectée au point d'entrée, il faut aussi immédiatement notifier le district, la région ou la province (voir le cadre de notification qui est présenté à l'annexe 2B).

Le processus de notification des événements à l'OMS conformément au RSI 2005 prévoit le recours à l'«Instrument de décision contenu dans le Règlement. Il s'agit d'une fonction du niveau national coordonnée par le coordonnateur national du RSI avec l'appui des experts compétents, en fonction du degré d'urgence.

2.1.3 Notification des événements de sources communautaires

Tout événement présumé survenu dans la communauté, y compris les événements liés à la santé maternelle et néonatale, devrait être immédiatement notifié. Les mécanismes de déclenchement de la notification doivent être clairement définis et l'information notifiée immédiatement au responsable de la surveillance, s'il est déjà identifié, au responsable d'un établissement de santé ou d'un sous-district proche. Les informations collectées devraient au minimum comprendre :

- a) La date de l'événement et la date de la notification ;
- b) La maladie, l'affection ou l'événement présumé ;
- c) Ce qui s'est passé ?
- d) Quand cela s'est-il produit ? (jour, mois, année)
- e) Où cela s'est-il produit ? (lieu exact, village, district/comté, province/État/région)
- f) Qui est affecté ? (âge, sexe, profession, etc.)
- g) Combien de personnes ont été touchées ?
- h) Y a-t-il eu des décès ? Si oui, combien ?
- i) L'événement est-il en cours ?
- j) Y a-t-il eu des décès d'animaux/exposition à des animaux ?
- k) Antécédents immédiats de voyage dans une région touchée ;
- l) Autres informations dont vous disposez.
- m) Nom et numéro de téléphone de la personne qui effectue la notification ;
- n) Éventuelles mesures prises.

Voir l'annexe 2C pour le format de notification lorsqu'un événement est identifié, l'annexe 2 pour le récapitulatif mensuel, et l'annexe 2E pour la structure de notification des alertes communautaire et la vérification des événements de sources communautaires.

2.2 Récapituler les maladies à notification immédiate et les maladies à notification obligatoire

Après la détection d'un premier cas, d'une épidémie présumée ou confirmée, les données récapitulatives sont importantes pour l'analyse et le suivi. Par exemple, au niveau de l'établissement de santé ou du district, le responsable de la surveillance peut tracer une courbe épidémique pour vérifier si et quand les seuils épidémiques de maladies particulières ont été franchis. Par ailleurs, les données issues des investigations de l'épidémie peuvent être utilisées pour vérifier si le taux de létalité est inférieur, égal ou supérieur à l'objectif visé. L'analyse des données hebdomadaires de l'épidémie présumée ou confirmée devrait contribuer à mettre en évidence les possibles groupes à risque par rapport la situation géographique ou le lieu de résidence, le groupe d'âge, le sexe, et l'exposition du cas d'un patient lors des événements sociaux (par exemple, des funérailles), à des risques professionnels (par exemple, la boucherie), la consommation de la viande de brousse, ou la consommation de la nourriture ou de la boisson contaminée.

Au niveau du district, l'analyse des données hebdomadaires comprend la vérification de la qualité des données provenant des sites de notification et l'exhaustivité et l'opportunité de ces rapports. Pour la surveillance intégrée des maladies et riposte en ligne (SIMR électronique) une personne doit être chargée de garantir que la vérification des données est effectuée et approuvée pour transmission à un niveau supérieur. Par ailleurs, une analyse approfondie des fiches individuelles de notification des cas reçues des sites de notification sera aussi effectuée, en plus des données récapitulatives hebdomadaires. Les taux d'incidence et de létalité doivent être calculés et comparés avec le seuil d'alerte et le seuil épidémique afin d'établir si l'épidémie s'étend ou décroît. Les courbes épidémiques doivent être actualisées régulièrement afin de surveiller les tendances et l'évolution d'une épidémie qui se déclare dans le district. Les districts qui disposent d'ordinateurs sont encouragés à stocker des informations en format électronique et à transmettre les ensembles de données de surveillance au niveau supérieur dans ce format.

I. Notification hebdomadaire des cas à notification obligatoire :

La notification hebdomadaire fournit des données permettant de suivre les tendances des maladies ou affections pour détecter les épidémies à un stade précoce. Il est nécessaire d'assurer que le format de la notification hebdomadaire est respecté dans tous les établissements de santé les districts afin de faciliter la comparaison au sein des établissements et les districts, entre ceux-ci.

Immédiatement après la notification au niveau supérieur des cas de maladies, d'affections, ou d'événements à notification obligatoire, il faut collecter et notifier des informations récapitulatives hebdomadaires sur l'événement, la maladie, ou l'affection que vous avez notifié,

ainsi que d'autres maladies, affections et événements prioritaires notifiés chaque semaine, qui figurent dans le tableau 2. Voir Annexe 2H pour le format d'élaboration d'une fiche récapitulative hebdomadaire qui est un condensé de la fiche de notification des cas.

Avec la SIMR électronique (voir Section 9), la mise à jour dans la base de données sera automatique, alors que dans les pays qui font de la notification sur papier, elle sera faite manuellement et sera ensuite enregistrée dans un ordinateur. Cette agrégation est importante pour comprendre les tendances des maladies à notification immédiate et la planification d'une intervention efficace. Pour une détection précoce des épidémies à travers la notification récapitulative hebdomadaire, il est recommandé de conserver au moins les variables, et dans l'idéal, communiquer uniquement le nombre de cas et de décès, pour éviter d'augmenter inutilement la pression sur les établissements de soins et optimiser l'efficacité de la notification.

Sur la base des données épidémiologiques, les pays peuvent décider d'ajouter d'autres maladies, affections et événements à la notification hebdomadaire, par exemple, le paludisme, la tuberculose multirésistante, la diarrhée avec déshydratation sévère chez les enfants de moins de cinq ans, la malnutrition sévère, et les décès néonataux. Seules les maladies, les affections ou les événements susceptibles de susciter des mesures de santé publique devraient être enregistrés dans la liste de notification récapitulative hebdomadaire. Certains événements de santé publique rares mais à haut risque doivent être retirés de la notification systématique récapitulative, pour être notifiés immédiatement. La liste des événements de santé publique prioritaires à notifier par les établissements de soins sera établie par un groupe de parties prenantes concernées issues du système national de surveillance de la santé publique et liées à celui-ci.

II. Enregistrer un zéro

Si aucun cas de maladie à notification immédiate n'a été diagnostiqué durant la semaine, enregistrer un zéro (0) sur la fiche de notification pour cette maladie. Si cet espace est laissé vide, le personnel qui reçoit la fiche ne pourra tirer aucune information d'un espace vide. Le fait d'enregistrer zéro pour une maladie à notification immédiate lorsqu'aucun cas n'a été enregistré pendant la semaine permet au personnel au niveau supérieur de savoir que la fiche a été remplie de manière exhaustive.

2.3 Notifier tous les mois et tous les trois mois des données récapitulatives sur d'autres maladies importantes pour la santé publique

Il faut au moins communiquer chaque mois les données récapitulatives sur d'autres maladies endémiques au niveau supérieur. Ces données sont cruciales pour les programmes ciblant des maladies spécifiques et peuvent être utilisées dans le suivi des progrès des activités de prévention et de lutte, et la détection de tous les événements, émergents, inexplicables ou inhabituels, ou les tendances des maladies.

Il faut communiquer le nombre total de cas et de décès enregistrés pendant une période (par ex., tous les mois ou tous les trois mois) pour d'autres maladies importantes pour la santé publique. Tous les établissements de santé, y compris les hôpitaux de référence, les hôpitaux régionaux et les hôpitaux universitaires doivent notifier les totaux récapitulatifs au district de leur zone de couverture. Les districts devraient synthétiser les comptes rendus provenant de tous les sites de notification et fournir les totaux récapitulatifs aux niveaux provincial, régional ou au niveau central. Chaque niveau devrait observer toute hausse inhabituelle ou tout événement inhabituel lors de l'analyse des totaux récapitulatifs mensuels. Les résultats récapitulatifs devraient être analysés et utilisés pour le suivi des progrès vers les objectifs de lutte contre la maladie, et l'évaluation des réalisations des activités de prévention de la maladie dans le district, la région ou la province, et l'identification de flambées ou de problèmes cachés afin que des mesures de riposte soient prises.

Tableau 2.2 : Maladies et affections à notification mensuelle ou trimestrielle

1. Hépatite virale sévère et chronique	11. Malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans
2. Ulcère de Buruli	12. Épilepsie
3. Diabète sucré (nouveaux cas)	13. Noma
4. Diarrhée avec déshydratation sévère chez les enfants de moins de cinq ans	14. Tétanos non néonatal
5. VIH/sida (nouveaux cas)	15. Onchocercose
6. Hypertension (nouveaux cas)	16. Pneumonie sévère chez les enfants de moins de cinq ans
7. Blessures (accidents de la circulation)	17. Maladies sexuellement transmises (MST)
8. Lèpre (trimestrielle)	18. Schistosomiase
9. Filariose lymphatique	19. Trachome
10. Paludisme	20. Trypanosomiase
	21. Tuberculose (trimestrielle)
	22. Faible poids de naissance (moins de 2500 g)

Remarque : Sur la base de la cartographie du risque et de la charge de morbidité, les pays peuvent décider de classer toutes les autres maladies, affections ou tous les événements parmi les catégories à notification immédiate, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle.

Tous les mois, l'établissement de soins devrait calculer le nombre total de cas (présumés et confirmés en laboratoire) et les décès dus aux maladies, conditions et événements prioritaires enregistrés dans l'établissement. Les totaux partiels sont calculés pour les cas ambulatoires et les cas hospitalisés. Les totaux récapitulatifs sont enregistrés sur une fiche (voir l'annexe 2H) et transmis au niveau du district. Le district fait la synthèse des totaux envoyés par tous les établissements qui ont notifié et envoyé les totaux récapitulatifs aux niveaux provincial, régional ou central. Dans les pays où il existe des sous-districts, les établissements de soins peuvent communiquer les données récapitulatives aux sous-districts pour transmission aux districts.

Il faut déployer des efforts particuliers afin d'obtenir du système d'information sanitaire, le nombre total des patients ambulatoires et des patients hospitalisés enregistrés pour chaque affection (notamment celles qui ne figurent pas dans la liste de la SIMR) pendant la période de notification. De manière régulière (chaque semaine ou chaque mois), examiner le système d'information de gestion de la santé (HMIS) afin d'assurer que les données ont été correctement saisies. Tous les mois, les données doivent être validées, et des vérifications régulières effectuées avant la transmission au niveau supérieur.

Au cas où un ordinateur est disponible pour la surveillance ou la gestion des cas, les dossiers des patients peuvent être analysés afin de produire les rapports hebdomadaires, mensuels ou trimestriels. Ces données sont importantes pour l'élaboration des rapports de situation nationaux et infranationaux. Tous les ensembles de données doivent être partagés avec les autorités sanitaires avec copie au programme pertinent de prévention et de lutte contre la maladie : cela est important pour la coordination au niveau central, et pour la construction et le renforcement de la base de données du système national de SIMR.

En fonction du niveau des services de laboratoire, les données de laboratoire devraient être consignées dans un registre afin de calculer des récapitulatifs mensuels. Lors des épidémies, la communication des récapitulatifs hebdomadaires des prélèvements traités, des types de prélèvements et de leurs résultats devrait contribuer à compléter les variables qui figurent dans le registre descriptif. Des efforts devraient être faits pour mettre à jour le volet laboratoire des données de la SIMR et établir des liens entre ces données et les données épidémiologiques/cliniques. Les récapitulatifs mensuels peuvent inclure des tests de base effectués pour lesquels le pays a sélectionné des pathogènes comme indicateur sur la base des principales USPI. Ce qui est important, étant donné que l'analyse peut produire des tendances susceptibles de nécessiter des investigations approfondies.

2.4 Améliorer les pratiques de notification systématique

Dans certains établissements de soins, il existe parfois plusieurs personnes chargées d'enregistrer les informations sur les patients vus dans l'établissement. Par exemple, le clinicien consigne le nom du patient et son diagnostic dans un registre clinique. Plus tard dans la journée, un(e) infirmier(e) compte le nombre de cas et de décès vus dans le service de consultations externes. L'infirmier(e) du service d'hospitalisation compte le nombre de cas hospitalisés.

Toutes les semaines, tous les mois ou tous les trimestres, un employé chargé des registres ou un statisticien calcule le total des cas de maladie et les enregistre sur une fiche standardisée. Les événements doivent être récapitulés séparément des maladies. Si l'établissement de soins est équipé d'ordinateurs, on pourra saisir les données individuelles des patients, à partir desquelles on extraira les données de surveillance qui seront analysées pour préparer les récapitulatifs hebdomadaires, mensuels ou trimestriels requis.

En situation d'épidémie, les services d'isolement qui sont différents des établissements de soins peuvent être ouverts, et ils utiliseront un registre à part pour enregistrer les maladies ou les événements. Il est que ces données doivent être saisies dans les récapitulatifs hebdomadaires, mensuels ou trimestriels globaux.

2.4.1 Étudier la circulation des informations sur le site de notification

À l'occasion des visites de supervision des sites de notification, il faut s'assurer que:

- a) tous les sites de notification, notamment les hôpitaux secondaires et tertiaires dans la zone couverte par votre district sont visités ;
- b) les médecins consignent les informations dans les registres des patients en utilisant les définitions de cas recommandées, afin que le personnel de santé chargé de répertorier les cas, en fin de journée, puisse enregistrer de façon fiable les diagnostics sur la fiche récapitulative ;
- c) les médecins, les cadres infirmiers ou autres responsables remplissent les formulaires individuels de notification des cas, de préférence en présence du patient ;
- d) les médecins enregistrent les résultats de laboratoire dans les registres de patients ;
- e) dans les établissements équipés de laboratoires, les laboratoires devraient enregistrer les résultats des maladies prioritaires de la SIMR dans les registres de laboratoire en faisant des liens avec les données épidémiologiques ;

- f) l'intégration des laboratoires de résultats dans les fiches de notification de la SIMR devrait être faite au niveau de l'établissement de santé
- g) les opérateurs de saisie ou les statisticiens disposent de fiches récapitulatives comportant des espaces pour l'enregistrement des cas et des décès dus aux maladies ou affections prioritaires suivant les définitions des standardisées ;
- h) le personnel de santé examine les totaux récapitulatifs hebdomadaires, mensuels ou trimestriels et formule des observations sur les fiches sur les résultats vus lors de l'analyse des données (voir la section 3).
- i) le personnel de santé consigne les totaux récapitulatifs sur un formulaire de notification hebdomadaire, mensuel ou trimestriel (voir Annexe 2G).

2.4.2 Conservation des archives et procédures de gestion des fiches de notification

Garder une copie des fiches SIMR et des notifications reçues. Cette copie constitue une source de données essentielle au calcul des indicateurs de notification de la SIMR du pays et au suivi de leur performance. Un exemplaire de registre des notifications et des données échangées dans le cadre de la SIMR est présenté à l'annexe 2I.

Vérifier périodiquement avec les sites de notification supervisés (communauté, établissement de soins, sous district et district) que le personnel dispose des bonnes fiches et des indications exactes pour enregistrer et notifier correctement les cas de maladies et affections prioritaires :

- a) veiller à ce que tous les membres du personnel de santé connaissent les définitions de cas standardisées recommandées par la politique nationale et y accèdent. Établir des procédures ou modifier celles en vigueur afin que tous les employés soient en mesure d'appliquer ces définitions standardisées pour la détection et la notification des cas, des épidémies ou des événements prioritaires ;
- b) sensibiliser le personnel sur les maladies ou affections devant faire l'objet d'une notification immédiate pour la surveillance au cas par cas, notamment en ce qui concerne les urgences sanitaires de portée internationale et les autres maladies ou événements de portée nationale ou régionale. Par exemple, l'ensemble du personnel de santé devrait savoir quelles sont les maladies à potentiel épidémique pour lesquelles un cas unique représente un risque d'épidémie nécessitant une intervention immédiate, et les événements inhabituels ou inexpliqués susceptible d'affecter la santé humaine ;
- c) examiner avec le personnel de santé le rôle que jouent les informations individuelles pour identifier les facteurs de risque et les modes de transmission de la maladie ou d'exposition aux risques sanitaires. S'assurer que le personnel a accès aux formulaires recommandés pour la notification individuelle des cas ;

- d) s'assurer que l'unité de surveillance a accès à des moyens de communication rapides (télécopie, connexion Internet, téléphone, texto, courrier électronique, télégramme, messages personnels, ou autre moyen de communication rapide). Indiquer au district comment communiquer les données au niveau régional ou national et la personne à contacter à chacun de ces niveaux.

2.4.3 Vérifier périodiquement la qualité des données

Il est vrai que chaque fournisseur a ses méthodes préférées de remplissage des fiches, de description des maladies, ou d'abréviation des termes, mais il est essentiel que chaque niveau de notification (établissement de soins, district, région ou province, niveau national) utilise une méthode standardisée pour enregistrer les données et notifier, puisque les données ne sont pas comparables et pourraient conduire à la prise de décisions inappropriées.

Les facteurs susceptibles d'affecter la qualité de données qui doit être vérifiée régulièrement sont, entre autres :

- a) fiches mal remplies (valeurs manquantes, etc.) ;
- b) fiches incomplètes (par exemple, présence de vides) ;
- c) sous-notification ou surnotification de cas ;
- d) double comptage ;
- e) collecte et communication non systématiques de données ;
- f) notification trompeuse, (par exemple, enregistrer un zéro, alors qu'une flambée de maladies à potentiel épidémique est en cours).
- g) formats de notification discordants (fiches) ;
- h) communication ou notification tardive ;
- i) périodes de notification discordantes ;
- j) erreurs de calcul dans les rapports récapitulatifs ;
- k) absence de documents et perte de sources de données ou de dossiers.

Pendant la supervision, il faut mettre l'accent sur l'importance de la qualité des données et de la surveillance ; des données fiables permettent l'analyse, l'interprétation, et les informations qui seront transmises déboucheront sur l'action et l'évaluation. IL est recommandé que les pays procèdent régulièrement à des contrôles de la qualité des données sur les sites de notification. (Voir l'annexe 2J pour la liste de vérification des éléments essentiels à vérifier les contrôles de la qualité des données).

2.4.4 Favoriser les liens pour renforcer la surveillance communautaire

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

Représentants de la communauté susceptibles d'être membre de l'équipe de surveillance communautaire

Tout membre de la communauté qui peut être accepté par la communauté peut être une source communautaire. Il peut faire partie de ceux qui fournissent des services essentiels au village, notamment les accoucheuses, les agents de santé communautaire ou du village, ou des prestataires de soins similaires, des professionnels ou des volontaires de la santé communautaire, des autorités villageoises (religieuses, traditionnelles ou politiques) ou des enseignants, des vétérinaires, des agents communautaires d'intervention sanitaire, des pharmaciens, et des tradipraticiens de santé. Une fois sélectionnées, les personnes-relais doivent être formées et assurer la supervision de soutien sur la reconnaissance de certaines maladies ou affections pour pouvoir notifier les cas présumés.

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

Le personnel de district peut identifier, au sein de la communauté, des personnes-relais qui pourront donner des indications sur l'état de santé de la population locale. On peut citer comme exemples :

- a) les pharmaciens ;
- b) les enseignants ;
- c) le personnel des dispensaires privés ;
- d) les chefs de village ;

- e) les chefs religieux ;
- f) les tradipraticiens de santé ;
- g) les accoucheuses ;
- h) les agents de santé communautaire ;
- i) les agents de santé animale communautaire ;
- j) les organisations communautaires ;
- k) autres leaders associatifs ;
- l) les agents de santé vétérinaire ;
- m) toute personne impliquée dans la surveillance du voisinage ou d'autres méthodes de surveillance ; et
- n) les autres personnes ressources au sein de la communauté.

En fonction de l'événement, de la disponibilité des ressources et du contexte, les pays peuvent choisir leur source d'information. Le district peut organiser les personnes-relais de la surveillance communautaire en :

- a) travaillant avec les leaders communautaires pour identifier les membres de la communauté devant recevoir la formation pertinente ;
- b) assurant la formation et en fournissant des emplois (par exemple, les registres communautaires, des volumes contenant les définitions de cas, etc.) sur les maladies prioritaires et les événements de santé publique ou les risques encourus par les informateurs de la santé communautaire. Fournir suffisamment de renseignements sur la maladie afin que la source communautaire puisse référer les cas à l'établissement de soins, ou notifier l'établissement de l'apparition d'événements sanitaires inhabituels ou inexplicables au sein de la communauté ;
- c) faire participer les personnes-relais à la cartographie du risque, aux exercices en situation d'urgence et à la communication sur le risque pendant les épidémies ;
- d) assurer que la surveillance communautaire fait régulièrement le retour d'information sur les maladies ou les événements notifiés par le niveau communautaire ; les districts doivent s'assurer de l'engagement soutenu des sources communautaires, et par conséquent collaborer continuellement avec elles ; et
- e) diffuser les seuils d'alerte et les seuils épidémiques.

Voir à l'annexe 1B la liste des signes et symptômes clés à utiliser dans les définitions de cas pour la surveillance communautaire qui figure.

2.4.5 Renforcer les liens entre les données de laboratoire et les données de surveillance

Le système de laboratoire de santé publique complète la surveillance syndromique des maladies.

- a) En cas d'événement de santé publique, le laboratoire où a lieu la confirmation transmet les résultats de laboratoire à l'établissement de santé d'où provient le prélèvement et au responsable de la surveillance, et en même temps au niveau national, au district, à la région ou à la province, aussitôt après la confirmation.
- b) Afin de remporter les liens entre les données épidémiologiques et les données de laboratoire, le cas notifié et les échantillons de laboratoire devraient avoir le même identifiant unique.
- c) La transmission des récapitulatifs hebdomadaires des échantillons traités, et les types d'échantillons, ainsi que les résultats, doit être faite chaque fois qu'il y'a une épidémie, afin de contribuer à compléter les variables qui figurent dans le registre des listes descriptives.
- d) Lors de la supervision sur les sites de notification, assurer la liaison avec le responsable des laboratoires afin d'assurer que les laboratoires saisissent correctement les données sur les maladies sous surveillance et qu'un registre existe.
- e) S'assurer que les résultats de tests sont liés aux données de la SIMR aux niveaux national, régional, et au niveau du district.
- f) La partie des fiches de notification récapitulative hebdomadaire ou mensuelle de notification de la SIMR devrait être régulièrement actualisée dès que les résultats de laboratoire de la maladie concernée sont prêts.
- g) Assurer la liaison avec le secteur de la santé animale, afin de disposer aussi d'un rapport complet provenant du laboratoire vétérinaire, surtout s'il a consigné des données sur les animaux susceptibles de poser des risques pour la santé publique.

2.4.6 Promouvoir une approche multisectorielle « Une seule santé » avec la participation effective des secteurs de la santé animale et de l'hygiène de l'environnement, ainsi que d'autres secteurs concernés pour renforcer la notification

Il faut mettre en œuvre l'approche « Une seule santé » afin d'améliorer la notification des risques pour la santé publique à tous les niveaux, avec un accent sur le niveau communautaire. Il faut mettre l'accent sur le renforcement des capacités techniques du personnel de santé et en matière de surveillance communautaire dans tous les secteurs pertinents (notamment les

médecins ou personnels infirmiers, les vétérinaires pour le bétail et la faune, et les inspecteurs de l'environnement).

Des plateformes interopérables et interconnectées avec un accent sur le renforcement des systèmes d'information entre les secteurs de la santé humaine, de la santé animale, et de l'hygiène environnementale seraient l'idéal pour renforcer l'échange d'informations en temps réel. Des efforts conscients devraient être faits pour formaliser le système d'échange d'informations avec d'autres secteurs, à savoir la santé animale, la santé humaine, l'hygiène de l'environnement, etc.

Les autres acteurs multisectoriels clés de promotion de la collaboration dans la notification et l'évaluation des risques pour la santé publique incluent : le secteur privé, la société civile, les organisations confessionnelles, les forces de défense et de sécurité, les prisons, les déplacés internes et les camps de réfugiés, les partenaires techniques et financiers, les institutions universitaires et les organismes de recherche. Il faut s'assurer qu'ils sont aussi impliqués afin de renforcer la notification systématique et l'analyse des risques et des événements de santé publique.

2.5 Protection des données pour préserver la vie privée des patients

La communauté de la santé publique reconnaît que la notification par nom de données sur la santé privée pourrait poser des risques pour les individus et les communautés.

Dans le but d'assurer la protection de la confidentialité des données sur les patients et leur vie privée lors de la notification, il faut utiliser des identifiants uniques tels que des nombres au lieu de noms, ce qui toute divulgation malencontreuse des identités. Les données susceptibles de permettre d'identifier les patients devraient toutefois être conservées là où les interventions de santé publique sont mises en œuvre, généralement au niveau de l'établissement de soins. Les districts doivent disposer de directives sur la vie privée et la confidentialité des données sur la santé, qui devraient être inspirées des directives nationales.

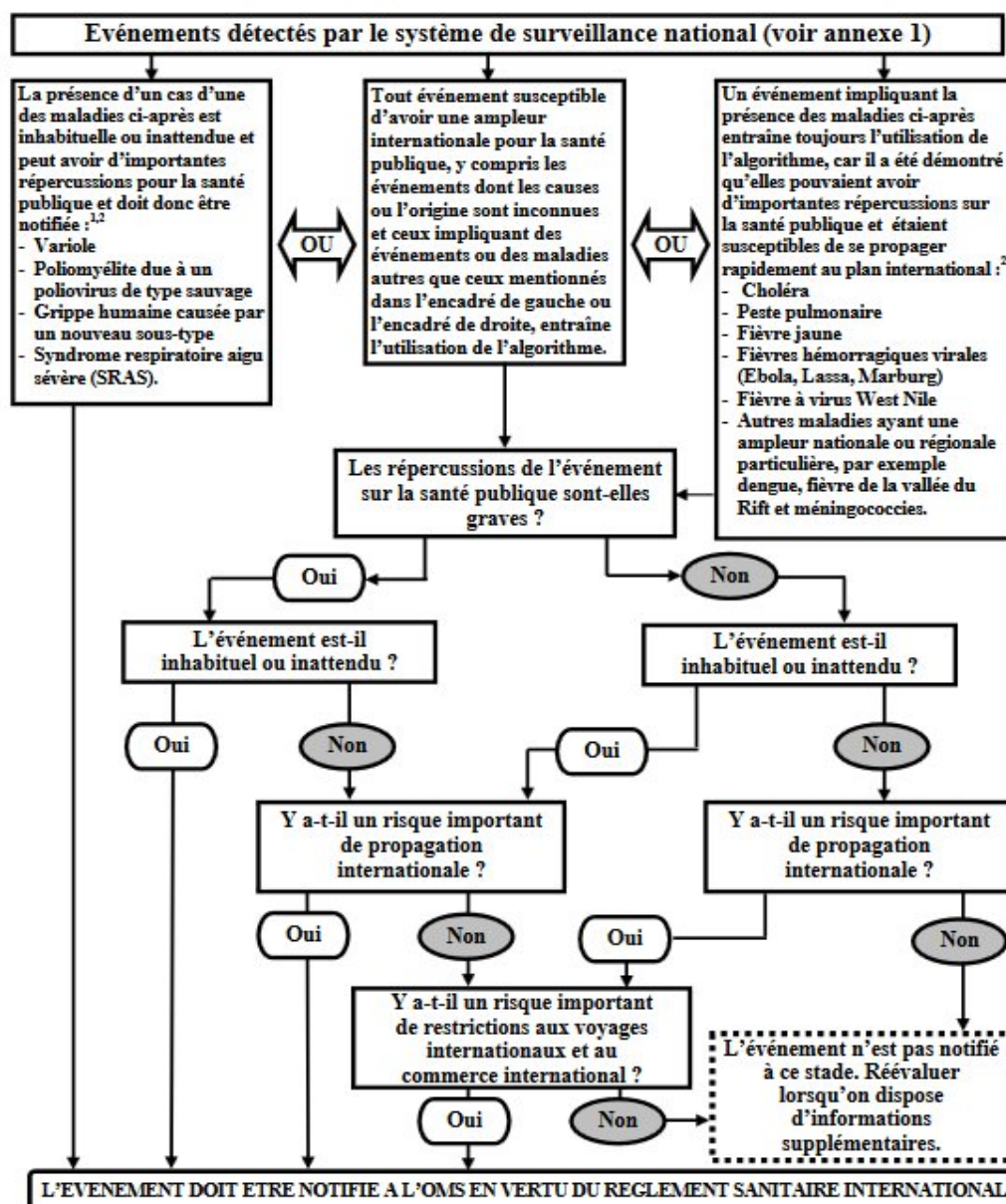
Remarque : l'utilisation des noms peut être nécessaire lors d'une flambée de maladies infectieuses afin de rechercher les contacts. Voir la section 4 sur la recherche et l'enregistrement des contacts.

2.6 Annexes à la section 2

Annexe 2A	Instrument de décision du RSI 2005
Annexe 2B	Algorithme de notification des maladies, affections ou événements à notification immédiate
Annexe 2C	Fiche de notification des alertes communautaires pour la notification des événements de sources communautaires
Annexe 2D	Registre mensuel de surveillance communautaire des cas présumés de maladies et d'événements de santé publique
Annexe 2E	Organisation de la notification pour l'alerte et la vérification au sein de la communauté
Annexe 2F	Fiche individuelle de notification immédiate de la SIMR
Annexe 2G	Fiche SIMR de notification des cas par le laboratoire
Annexe 2H	Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire ou mensuelle de la SIMR
Annexe 2I	Registre des notifications et données échangées dans le cadre de la SIMR
Annexe 2J	Liste de contrôle de la qualité des données de la SIMR au niveau du district
Annexe 2K	Fiche de déclaration des décès maternels et fiche de déclaration des décès périnataux
Annexe 2L	Format du relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, 2019-2020

Annexe 2A : Instrument de décision du RSI (2005)

INSTRUMENT DE DECISION PERMETTANT D'EVALUER ET DE NOTIFIER LES EVENEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTE PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE

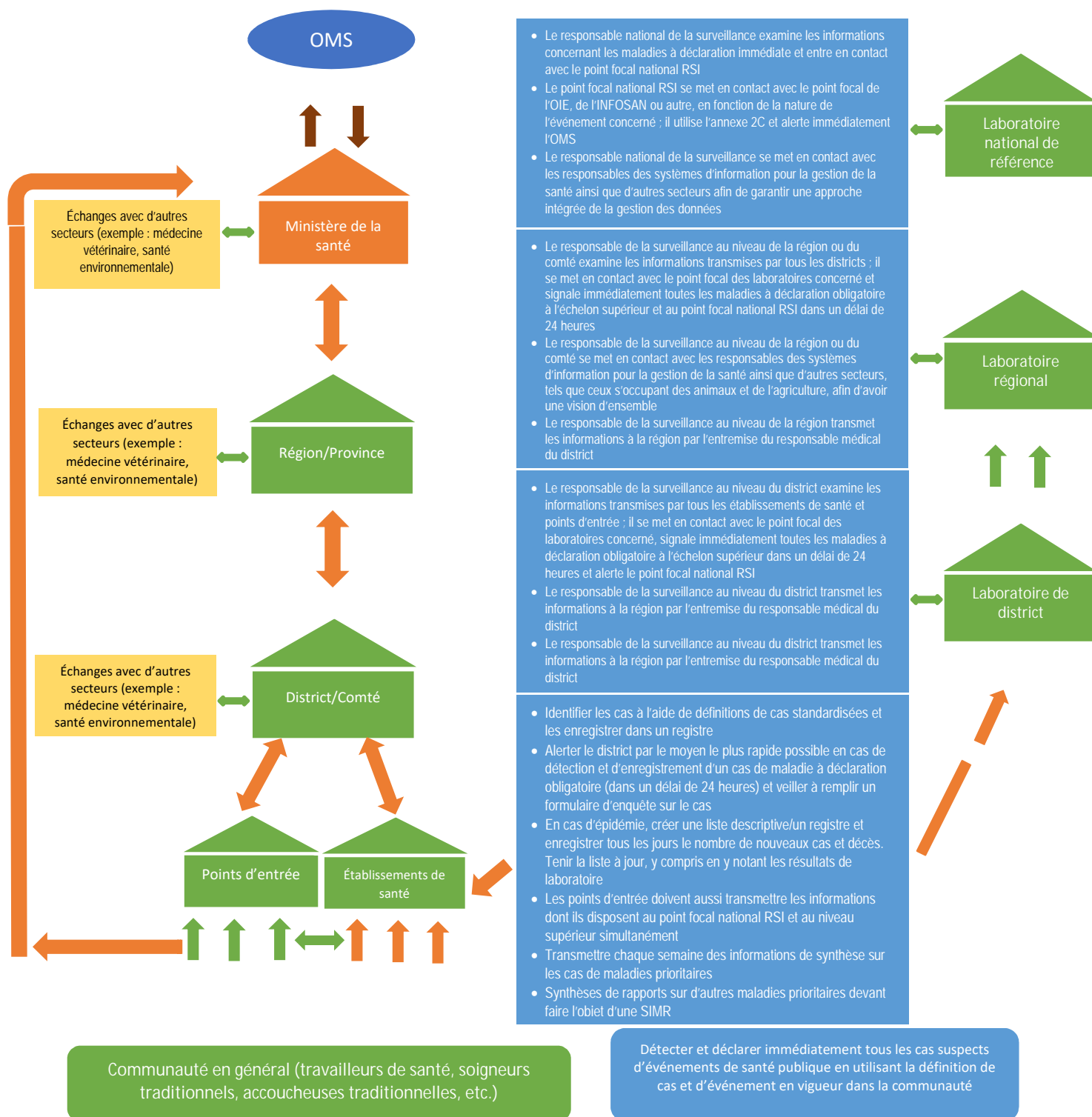


¹ Selon les définitions de cas de l'OMS.

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

*States Parties that answer "yes" to the question whether the event meets any two of the four criteria above shall notify WHO according to Article 6 of the IHR

Annexe 2B : Algorithme de notification des maladies, affections ou événements à notification immédiate



Annexe 2C : Fiche de notification des alertes communautaires

[Envoyer immédiatement cette fiche à votre superviseur ou à l'établissement de soins le plus proche]

Instructions : Cette fiche est remplie par la personne-relais au sein de la communauté et transmise immédiatement à la personne-relais de l'établissement de soins/sous-district de surveillance le plus proche, chaque fois qu'il ou elle identifie une maladie ou un événement de santé publique conforme à la définition de cas pour la surveillance communautaire. Elle est également remplie pour les événements/alertes inhabituels qui ne cadrent pas avec cette définition de cas.

Fiche de notification des alertes communautaires [Envoyer immédiatement à votre superviseur ou l'établissement de santé le plus proche]	
1. Nom du point focal de la surveillance communautaire : _____	
2. Numéro de téléphone : _____ Communauté _____ District _____	
3. Date de notification (jour, mois, année) ____/____/____	
4. Type de maladie ou affection/événement/alerte (veuillez décrire) : _____	
5. Date (Jour/Mois/Année) ; Heure	____/____/____
6. Date/heure de la détection (Date : Jour/Mois/Année) ; Heure :	____/____/____
7. Lieu (Lieu : communauté, pavillon/sous-district, district)	
8. Combien de personnes ont été touchées ?	
9. Y a-t-il eu des décès ? Si oui, combien ?	
10. Des animaux malades ou morts sont-ils impliqués ?	
11. L'événement est-il en cours au moment de cette notification?	
12. Quelles mesures ont été prises ?	

NB : les pays doivent adopter cette fiche afin de l'utiliser pour rendre compte des maladies prioritaires du pays et les notifier (surveillance basée sur les indicateurs) et des événements/alertes (surveillance des événements) qui surviennent dans la communauté. On peut lui donner la forme d'un carnet et envoyer une copie au centre de santé le plus proche et faire conserver une autre copie au niveau de la communauté par le point focal de la surveillance communautaire. Les parties du registre doivent comprendre des photos ou des images des définitions de cas communautaires et des événements/alertes prédéterminés pour faciliter la détection au niveau communautaire.

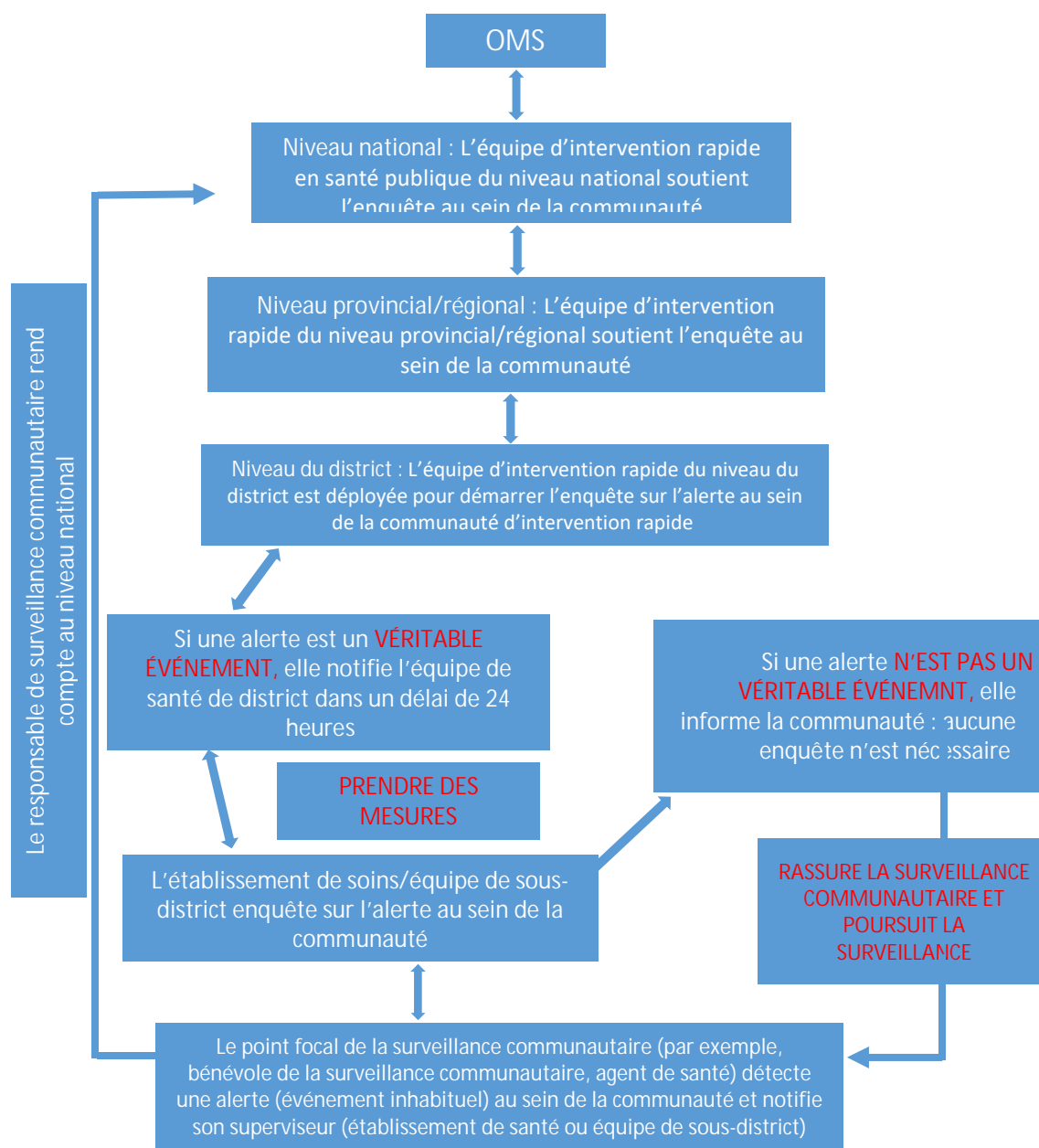
Annexe 2D : Registre mensuel de surveillance communautaire des cas présumés de maladies et d'événements de santé publique

Instructions : cette fiche présente une liste descriptive des maladies, événements ou alertes identifiés pendant le mois. Elle est remplie par le point focal de la surveillance communautaire et soumise tous les mois au responsable de la surveillance de l'établissement de santé ou du sous-district le plus proche.

Registre mensuel de la surveillance communautaire de cas présumés de maladies et d'événements de santé publique						
District _____ Pavillon/Sous-district _____						
Communauté : _____ Mois _____ Année _____						
Numéro de série	Type de maladie/ Affection/Événement/Alerte	Quand cela s'est-il produit ? (JJ/MM/AAA)	Où cela s'est-il produit ? (Communauté, District)	Combien de personnes ont été touchées?	Combien sont décédées ?	Quelle mesure a été prise ?

NB : les pays doivent adopter cette fiche afin de l'utiliser pour rendre compte des maladies prioritaires du pays et les notifier (surveillance basée sur les indicateurs) et des événements/alertes (surveillance des événements) qui surviennent dans la communauté. On peut lui donner la forme d'un carnet et envoyer une copie au centre de santé le plus proche et faire conserver une autre au niveau de la communauté par le point focal de la surveillance communautaire.

Annexe 2E : Organisation de la notification pour l'alerte et la vérification au sein de la communauté



Annexe 2F : Fiche SIMR individuelle de notification immédiate des cas

Fiche SIMR individuelle de notification immédiate des cas		
Variables ou questions		Réponse – N° de cas
X	Identifiant unique pour le registre (ANNÉE-SEMAINE-CCC-PPP-DDD-Cas n°)	
1	Pays	
2	Province ou région	
3	District	
4	Site de notification (Établissement, Camp, Village...)	
5	Maladie ou événement (diagnostic): *	
6	Patient vu en consultation externe ou hospitalisé ?	
7	Date de consultation à l'établissement de santé (jour/mois/année)	_ _ _ _ \
8	Nom (s) du (des) patient(s)	
9	Date de naissance (jour/mois/année)	_ _ _ _ \
10	Âge (...ans/...mois/...jours).	
11	Sexe : M =Masculin F=Féminin	
12	Lieu de résidence du patient : Nom de la communauté/ quartier	
13	Nom de la ville	
14	Nom du district de résidence	
15	Zone urbaine ou zone rurale ? (U =Urbaine R=Rurale)	
16	Adresse, numéro de téléphone (cellulaire) ... le cas échéant, nom de la mère et du père s'il s'agit d'un nouveau-né ou d'un enfant	
17	Profession	
18	Date d'apparition (jour/mois/année) des premiers symptômes	_ _ _ _ \
19	Antécédents de voyage (Oui ou Non), si oui, indiquer la destination	
20	Nombre de doses de vaccin reçues antérieurement contre la maladie notifiée**	
21	Date de la dernière vaccination	_ _ _ _ \
22	Date de prélèvement de l'échantillon	
23	Date de l'échantillon envoyé au laboratoire	
24	Résultats de laboratoire	
25	Issue de la maladie : (Vivant, Décédé, Transféré, Perdu de vue ou Inconnu)	
26	Classification finale : Confirmé, Probable, Compatible, Infirmé	
27	Date à laquelle l'établissement de soins a envoyé la notification au District (jour/mois/année)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ \
28	Date à laquelle le formulaire a été envoyé au district (Jour/mois/année)	_ _ _ _ \
29	Personne ayant rempli le formulaire : nom, fonction, signature	

* Maladie/Événement (Diagnostic) :
PFA, Anthrax, Choléra, Diarrhée sanglante, Dracunculose (maladie du ver de Guinée, Tétanos néonatal, Tétanos néonatal, Rougeole, Dengue, Fièvre jaune, Chikungunya, Méningite, Orthopoxvirose simienne, Fièvre jaune, SRAS, SARI, Décès maternels, Décès néonataux, Fièvre hémorragique virale, Peste, Fièvre typhoïde, Rage (humaine), Variole, SRAS, Variole, Grippe due à de nouveaux sous-types, Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI), autre événement ou maladie présentant un risque pour la santé publique (Préciser)

** Rougeole, Tétanos néonatal (tétanos maternel), Fièvre jaune, et Méningite, etc.
Pour les cas de rougeole, tétanos néonatal (tétanos maternel), Fièvre jaune, et Méningite ; 9= Inconnu

Annexe 2G : Fiche SIMR de notification des cas par le laboratoire

Fiche SIMR de notification des cas par le laboratoire

I^{ère} Partie : À remplir par le personnel médical et à envoyer au laboratoire avec le prélèvement

	Variables	Réponses
1	Date du prélèvement (jour/mois/année)	
2	Maladie ou affection suspectée	
3	Type de prélèvement *	
4	Identifiant unique du prélèvement **	
5	Nom du patient	
6	Sexe (M = Masculin F= Féminin)	
7	Âge (..... Années/.....Mois/.....Jours).	
8	Date d'envoi du prélèvement au laboratoire	_____\
9	N° de téléphone et adresse du médecin	

II^e Partie. À remplir par le laboratoire et à retourner à l'équipe du district et au médecin

	Variables	Réponses
1	Nom et adresse du laboratoire	
2	Date de réception du prélèvement (jj/mm/aaaa)	_____\
3	État du prélèvement : (Satisfaisant/Non satisfaisant)	
4	Type de test(s) réalisé(s)	
5	Résultats finaux de laboratoire(s)	
6	Date (jj/mm/aaaa) d'envoi des résultats à l'équipe du district	_____\
7	Date d'envoi des résultats au médecin (jj/mm/aaaa)	_____\
8	Date de réception des résultats par l'équipe du district (jj/mm/aaaa)	_____\

* Sang, Plasma, Sérum, Liquide obtenu par aspiration, LCR, Pus, Salive, Biopsie, Selles, Écoulement Urétral/Vaginal, Urine, Crachat, Prélèvement d'eau, échantillon d'aliments

** Le même que l'identifiant unique du patient dans le formulaire SIMR individuel de notification immédiate

Annexe 2H : Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire ou mensuelle

Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire ou mensuelle					
Année :		Semaine :		Mois :	
Pays :		Province ou région :		District :	Population :
Code ISO du district :		Nom du site de notification :		Identifiant unique du rapport:	
Notifications officiellement attendues :		Nombre de notifications reçues :			Notifications reçues en temps voulu :
Maladies et événements à notification obligatoire		Cas	Décès	Cas confirmés en laboratoire	Observations
1	Paralysie flasque aiguë				
2	Syndrome de fièvre hémorragique aiguë				
3	Hépatite virale aiguë				
4	Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI)				
5	Anthrax				
6	Ulcère de Buruli				
7	Méningite bactérienne				
8	Chikungunya				
9	Choléra				
10	Hépatite virale chronique B (nouveaux cas)				
11	Hépatite virale chronique C (nouveaux cas)				
12	Fièvre de la dengue				
13	Diabète sucré (nouveaux cas)				
14	Diarrhée avec sang				
15	Diarrhée avec déshydratation sévère <5 ans				
16	Dracunculose (maladie du ver de Guinée)				
17	VIH/sida (nouveaux cas)				
18	Hypertension (nouveaux cas)				
19	Syndrome pseudo-grippal				
20	Lèpre				

Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire ou mensuelle					
Année :		Semaine :		Mois :	
Pays :		Province ou région :		District :	Population :
Code ISO du district :		Nom du site de notification :		Identifiant unique du rapport:	
Notifications officiellement attendues :		Nombre de notifications reçues :			Notifications reçues en temps voulu :
Maladies et événements à notification obligatoire		Cas	Décès	Cas confirmés en laboratoire	Observations
21	Listériose				
22	Paludisme				
23	Malnutrition < 5 ans				
24	Décès maternels				
25	Rougeole				
26	Affection neurologique (épilepsie)				
27	Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS)				
28	Orthopoxvirose simienne				
29	Tétanos néonatal				
30	Tétanos non néonatal				
31	Faible poids de naissance (moins de 2500 g)				
32	Noma				
33	Onchocercose				
34	Décès périnataux				
35	Peste				
36	Poliomyélite (AFP)				
37	Événements de santé publique de portée internationale ou				
38	Rage (humaine)				
39	SRAS				
40	Infections respiratoires aiguës sévères (SARI)				
41	Pneumonie sévère <5 ans				

Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire ou mensuelle

Année :		Semaine :		Mois :	
Pays :		Province ou région :		District :	Population :
Code ISO du district :		Nom du site de notification :		Identifiant unique du rapport:	
Notifications officiellement attendues :		Nombre de notifications reçues :			Notifications reçues en temps voulu :
Maladies et événements à notification obligatoire		Cas	Décès	Cas confirmés en laboratoire	Observations
42	Infections sexuellement transmissibles				
43	Variole				
44	Trachome				
45	Trypanosomiase				
46	Fièvre typhoïde				
47	Fièvre hémorragique virale				
48	Fièvre jaune				
49	Maladie à virus Zika				

Analyse, Interprétation, Décision, Action et Recommandations

Observations épidémiologiques	
Décisions et mesure(s) prises	
Recommandations	
Date de la notification : _ _ _ _ _	Personne responsable :
(jj/mm/yyyy)	

Annexe 21 : Registre des notifications et données échangées dans le cadre de la SIMR

[illegible]

Rapports : hebdomadaire sur la PFA due à la polio ; hebdomadaire sur les Maladies à potentiel épidémique ; hebdomadaire sur les sites sentinelles de la grippe et résultats de laboratoire ; mensuel sur les données SIMR agrégées incluant le paludisme et la dracunculose ; mensuel sur les données de surveillance de la méningite bactérienne pédiatrique ; mensuel sur les données de laboratoires pour la rougeole, la fièvre jaune et le tétanos néonatal ; données mensuelles de laboratoire ; données de surveillance mensuelles pour le rotavirus ; rapport trimestriel sur la tuberculose ; rapport trimestriel sur la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose MDR et XDR) ; rapport trimestriel sur la lèpre ; rapport trimestriel sur la trypanosomiose ; données annuelles de surveillance du VIH, etc.

** (Utiliser une notation épidémiologique pour enregistrer la période couverte par le rapport, par exemple S-18-2010 pour les données hebdomadaires ; T-2-2010 pour les données trimestrielles)

Remarque : les indications pour remplir les formulaires peuvent être imprimées au verso si on utilise un formulaire papier, ou données sous format électronique si les rapports sont remplis et transmis par ordinateur

Annexe 2J : Liste de contrôle de la qualité des données de la SIMR au niveau du district

Liste de contrôle de la qualité des données de la SIMR au niveau du district

Nom du chargé des notifications : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Établissement de santé : _____ District : _____

Région/Province : _____ Date : ____/____/____

Personnes rencontrées et leurs titres

ACTIVITÉ PRINCIPALE	INFORMATIONS À RECHERCHER DANS L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS
	Informations générales			
1. COLLECTE DE DONNÉES POUR IDENTIFIER LES CAS PRÉSUMÉS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT	1. Existe-t-il un format pour la notification du niveau du district (diagramme ou description) ?			
	2. À quelle fréquence examinez et collectez-vous les données (par exemple, chaque jour, chaque semaine, tous les mois) ?			
	3. Existe-t-il une liste de maladies à notification obligatoire du pays ?			
	4. Existe-t-il une liste de maladies/affections/événements prioritaires à notification obligatoire ?			
	5. Pour chaque maladie prioritaire, affection ou événement à notification obligatoire, cet établissement a-t-il des définitions de cas pour les cas présumés et les cas confirmés ?			
	6. Maladies/affections/ événements prioritaires à notification obligatoire avec définitions de cas			
	Maladie (exemples uniquement. Veuillez modifier la liste en fonction de votre contexte.)	Oui	Non	Observations
	PFA (Cas présumé de polio)			
	Tuberculose			
	Fièvres hémorragiques virales, par exemple, fièvre Ebola			
	Fièvre jaune			
	Orthopoxvirose simienne			
	Autres : préciser			
	Notification de cas, fiche de maladies prioritaires, fiches SIMR de notification récapitulative hebdomadaire ou mensuelle			
	1) La fiche de cas ou la fiche de maladie prioritaire ou la fiche SIMR hebdomadaire ou mensuelle est-elle sur papier ou électronique ?			
	2) Si elle est sur papier, êtes-vous suffisamment fourni en fiches de cas ou en fiches de maladie prioritaire ?			
	3) Votre établissement les utilise-t-il ?			
	4) Recevez-vous le retour d'information sur le diagnostic définitif ?			

Réflexions sur les problèmes potentiels de notification de cas, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Collecte de données et procédures de notification non systématiques à cause de l'ignorance des agents de santé • Absence de résultats de laboratoire à cause du manque de retour d'information des niveaux supérieurs ou des laboratoires sollicités 	Énumérer les causes probables des omissions ou des problèmes.	
	Énumérer les solutions recommandées, notamment la date cible et la personne responsable.	
2. ENREGISTREMENT DES CAS	1. Pour les cas présumés, quels sont les éléments examinés pour les déterminer (par exemple, fiche/dossier/carte du patient, archives de l'établissement, fiche de cas, liste prioritaire) ?	
	2. Pour les cas présumés, comment le diagnostic a-t-il été établi (par exemple, tests de confirmation en laboratoire, signes ou symptômes du patient, antécédents du patient, ou consultation) ?	
	3. Les maladies prioritaires à notification obligatoire figurent-elles dans le registre ou la liste prioritaire de l'établissement selon le pays	
	4. Sélectionner 3 maladies prioritaires de manière aléatoire ; vérifier le processus de diagnostic et d'enregistrement	
Réflexions sur les problèmes potentiels de notification de cas, par exemple : Manque de documents/d'enregistrement Données ou dossiers perdus Fiches remplies avec des erreurs (valeurs manquantes, fiches non remplies, présence de vides, etc.).	Énumérer les causes probables des omissions ou des problèmes	
	Énumérer les solutions recommandées, notamment la date cible et la personne responsable	
3. NOTIFICATION	1. Qui est responsable de la notification des maladies à notification immédiate (prestataire de soins, laboratoire, institution) ?	
	2. À quand remonte la dernière visite d'un superviseur dans votre établissement ?	
	3. À quelle fréquence communiquez-vous des informations au niveau supérieur ?	
	4. Existe-t-il une méthode standard pour notifier une maladie à notification immédiate ?	
	5. Existe-t-il une méthode standard pour la notification sommaire de chaque maladie prioritaire ?	
	6. Existe-t-il une méthode standard pour la notification d'une épidémie ?	
	7. La notification se fait-elle par cas ou est-elle agrégée ?	
	8. Le protocole de notification est-il défini ou résumé dans un format narratif et facilement visible au sein de l'établissement (par exemple, affiché sur le mur) ?	
	9. Pour les maladies prioritaires, les « 0 » sont-ils enregistrés et notifiés ?	
	10. Le nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire vus dans l'établissement pendant une période définie de notification est-il égal au nombre de cas notifiés au niveau du district ? (Choisir de façon aléatoire	

	« maladies à notification obligatoire et vérifier)			
	11. Chacune des maladies à notification immédiate est-elle systématiquement notifiée en temps utile ?			
	Maladies à notification immédiate			Observations
	Maladie	Oui	Non	
<p>Énumérer les constatations effectuées</p> <p>Par exemple : Sous-notification ou surnotification de cas.</p> <p>Notification double</p> <p>Notification trompeuse, (par exemple, aucune notification, alors qu'une flambée de maladies à potentiel épidémique est en cours)</p> <p>Formats de notification discordants (fiche).</p> <p>Soumission/notification tardive.</p> <p>Périodes de notification discordantes,</p>				
Réflexions sur le rapport	Énumérer les causes probables des omissions ou des problèmes			
	Énumérer les solutions recommandées, notamment la date cible et la personne responsable			

Annexe 2K : Fiche de déclaration des décès maternels et fiche de déclaration des décès périnataux

Fiche de déclaration des décès maternels		
La fiche doit être remplie pour tous les décès, y compris les interruptions de grossesse et les décès liés à une grossesse extra-utérine, survenus chez les femmes enceintes ou dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, indépendamment de la durée ou du lieu de la grossesse		
Questions ou variables		Réponses
1	Pays	
2	District	
3	Site notificateur	
4	Combien de décès maternels de ce type se sont produits au total cette année sur ce site ?	
5	Date du décès maternel (jour/mois/année)	
6	Localité du décès maternel (village ou ville)	
7	Identifiant unique du registre (année-code pays-district-site-catégorie de décès maternel)	
8	Site du décès maternel (communauté, centre de santé, hôpital de district, hôpital de référence ou hôpital privé, sur le chemin de l'établissement de santé ou de l'hôpital)	
9	Âge (en années) de la défunte mère	
10	Gravité : combien de fois la défunte a-t-elle été enceinte ?	
11	Parité : Combien de fois la défunte a-t-elle accouché d'enfants nés à <u>22 semaines/500 g</u> ou plus?	
12	Moment du décès (préciser « pendant la grossesse, à l'accouchement, pendant l'accouchement, période suivant immédiatement l'accouchement, ou longtemps après l'accouchement »)	
13	En cas d'interruption de grossesse : était-elle spontanée ou provoquée ?	
Antécédents de la mère et facteurs de risque		
14	La femme décédée recevait-elle des soins prénatals ? (Oui/Non)	
	Souffrait-elle de paludisme ? (Oui ou Non)	
15	Était-elle hypertendue ? (Oui ou Non)	
16	Était-elle anémiée ? (Oui ou Non)	
17	La présentation du fœtus était-elle anormale ? (Oui ou Non)	
18	Avait-elle précédemment accouché par césarienne ? (Oui ou Non)	
19	Quel était son statut sérologique pour le VIH? (choisir « HIV+; HIV-; ou Statut inconnu »)	
	Accouchement, puerpérium et informations sur le nouveau-né	
20	Quelle a été la durée (en heures) du travail ?	

Fiche de déclaration des décès maternels

La fiche doit être remplie pour tous les décès, y compris les interruptions de grossesse et les décès liés à une grossesse extra-utérine, survenus chez les femmes enceintes ou dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, indépendamment de la durée ou du lieu de la grossesse

Questions ou variables		Réponses
21	Quel a été le type d'accouchement ? (choisissez une réponse : « 1 = accouchement par voie basse sans assistance, 2 = accouchement par voie basse avec assistance instrumentale (ventouse obstétricale, forceps) ou 3 = césarienne »)	
22	L'enfant était-il vivant ou mort à la naissance ?	
23	Si l'enfant est né vivant, est-il encore vivant ou est-il mort dans les 28 jours suivant sa naissance ? (choisissez 1 = encore vivant, 2 = décès néonatal, 3 = mort après 28 jours)	
24	La défunte a-t-elle été orientée vers un établissement de santé ou un hôpital ? (Oui/ Non/Ne sait pas)	
25	Si oui, combien de temps (en heures) a pris le transfert ?	
26	La défunte a-t-elle reçu des soins médicaux ou une intervention obstétricale/ chirurgicale a-t-elle été pratiquée pour tenter d'empêcher ce qui a causé sa mort ? (Oui/Non/Ne sait pas)	
27	Si oui, indiquez où, et le traitement qui a été administré*	
28	Cause principale du décès maternel	
29	Cause secondaire du décès maternel	
30	Analyse et interprétation des informations recueillies jusqu'ici (opinion de l'enquêteur sur le décès)	
31	Observations	
32	Date de déclaration du décès maternel (jour/mois/année)	
33	Enquêteur (titre, nom et fonction)	
	*Traitement administré	
Solutions intraveineuses ; plasma ; transfusion sanguine ; antibiotiques ; ocytocine ; anticonvulsifs ; oxygène ; antipaludique ; autre traitement médical ; opération chirurgicale ; retrait manuel du placenta ; aspiration manuelle intra-utérine ; curetage, laparotomie, hystérectomie, accouchement avec assistance instrumentale (forceps, ventouse obstétricale), césarienne, anesthésie (générale, rachidienne, péridurale, locale)		
Définitions		
Gravidité : Nombre de grossesses- Parité : nombre d'enfants nés à 22 semaines/500 g ou plus mis au monde, vivants ou morts		

Fiche de notification – Décès périnataux

La fiche doit être remplie pour certains décès périnataux, notamment les mortinaissances et les décès néonataux précoces

Questions / Variables		Réponses
Identification		
1	Pays	
2	District	
3	Site/établissement notificateur	
4	Lieu du décès périnatal (village ou ville)	
5	Lieu du décès (communauté, établissement de soins, hôpital du district, hôpital de référence ou hôpital privé, sur le chemin de l'établissement de soins ou de l'hôpital)	
6	Date du décès périnatal (jour/mois/année)	
7	Identifiant unique du registre (année- code pays-district-site) pour la mère.	
8	Identifiant unique du registre (année- code pays-district-site) pour le bébé (décédé).	
Évolution de la grossesse et soins (historique du décès maternel et facteurs de risque)		
9	Âge de la mère (en années)	
10	Type de grossesse (simple/jumellaire/multiple)	
11	La mère du bébé décédé a-t-elle bénéficié de soins prénatals ? (Oui/Non/Inconnu),	
12	Si vous répondez Oui à la question 11, combien de visites a-t-elle effectuées ? _____	
13	La mère du défunt bébé souffrait-elle du paludisme ? (Oui/Non/Inconnu)	
14	Si vous répondez par Oui à la question 13, la mère a-t-elle reçu un traitement ? (Oui/Non/Inconnu)	
15	La mère de l'enfant décédé souffrait-elle de pré-éclampsie ? (Oui/Non/Inconnu)	
16	Si vous répondez par Oui à la question 15, la mère a-t-elle reçu un traitement ? (Oui/Non/Inconnu)	
17	La mère de l'enfant décédé souffrait-elle d'anémie sévère (HB, 7g/dl)? (Oui/Non/Inconnu)	
18	Si vous répondez par Oui à la question 17, la mère a-t-elle reçu un quelconque traitement 17 ? (Oui/Non/Inconnu)	
19	La mère de l'enfant décédé avait-elle reçu les vaccins maternels recommandés (par exemple, anatoxine tétanique) (Oui/ Non/Inconnu)	
20	La mère de l'enfant décédé avait-elle une incompatibilité du facteur rhésus (Rh) ou une incompatibilité ABO avec le bébé ? (Oui/ Non/Inconnu)	

Fiche de notification – Décès périnataux

21	Si la mère était de facteur rhésus positif, avait-elle reçu une injection anti-D pendant la grossesse ? (Oui/ Non/Inconnu)	
22	La présentation du fœtus était-elle anormale (notamment une présentation par le siège) ? (Oui/ Non/Inconnu)	
23	Quel était le statut sérologique de la mère pour le VIH? (choisir « VIH+; VIH-; ou statut sérologique pour le VIH inconnu »)	
24	Quel a été le résultat du test de la mère pour la syphilis ?? (Positive (+) ou négatif (-)) Si le test de la syphilis était positif, a-t-elle reçu un traitement	
Travail, naissance, puerpérium		
25	Date de naissance (jour/mois/année)	
26	Soins obstétricaux à l'accouchement (Infirmière/sage-femme/médecin/autre-préciser).	
27	Le rythme cardiaque du fœtal a-t-il été évalué au moment de l'hospitalisation? (Oui, Non)	
	Quel est le type d'accouchement? (choisir « 1=Accouchement normal non assisté par voie basse, 2= Accouchement assisté par voie basse (ventouse/forceps), ou 3=Césarienne	
28	Sexe de l'enfant (1=masculine ; 2=féminin, 3=ambigu)	
29	Poids de naissance en grammes (>=2500 ; 1500-2499 (FPN); 1000-1499g (TFPN); <1000 (PNEF))	
30	La mère de l'enfant décédé a-t-elle connu une rupture prématurée des membranes (PROM)? (Oui/Non/Inconnu)	
31	La mère du défunt enfant dégageait-elle une odeur nauséabonde?	
32	Âge gestationnel (en semaines) Méthode d'estimation : Ultrasons /date des dernières règles (JJ/MM/AA)	
33	Quelle a été la durée du travail (en heures)?	
Informations concernant le décès et mesures prises avant et après le décès		
30	Mortinaissance – âge gestationnel (en semaines) du fœtus	
31	Décès néonatal – âge (en jours) du nouveau-né	
32	Si l'enfant décédé est né vivant, quel était le score d'APGAR ?	
33	Si l'enfant décédé est né vivant, a-t-on tenté la réanimation avec masque et sac ?	
34	Si l'enfant est né vivant, a-t-il été référé vers un centre de santé ou un hôpital? (Oui/Non/Inconnu)	
35	Si l'enfant est né vivant, a-t-il reçu des soins autres que la réanimation ? (Oui/Non/Inconnu)	
	: Si oui, préciser où et le traitement reçu : *Perfusions ; Plasma, Transfusion sanguine, Antibiotique, Oxygène, Autre traitement médical	

Fiche de notification – Décès périnatals		
	Cause principale du décès :	
	Cause secondaire du décès :	
	Affection maternelle (le cas échéant)	
34	Moment du décès (1-mort-né frais ; 2-mort-né macéré)	
35	Le bébé avait-il une quelconque malformation physique ? (Oui/Non)	
	Si oui, préciser le type de malformation (avec une description complète) :	
Rapport de l'enquêteur		
36	Analyse et interprétation des informations collectées jusqu'à présent (avis de l'enquêteur sur ce décès)	
37	Date de notification du décès périnatal (jour/mois/année)	
38	Enquêteur (titre, nom et fonction)	

Formulaire récapitulatif de notification mensuelle des mortinaissances et des décès néonataux

Le formulaire doit être rempli pour les mortinaissances et les décès néonataux								
Questions ou variables								Réponses
Identification								
1	Données pour le mois de							
2	Pays							
3	District							
4	Site ou établissement déclarant							
5	Naissance							
		Total des naissances	Mortinaissances			Décès néonataux		
			Antepartum	Intrapartum	Inconnu	Précoces	Tardifs	
	<1000 g (PEFN)							
	1000–1499 g (TFPN)							
	1500–1999 g (FPN)							
	2000–2499 g (PNMF)							
	2500 + g							
	Total							
Évolution et soins de grossesse (Historique des décès périnataux et des facteurs de risque)								
6	Grossesses multiples							
7	Naissances avant l'arrivée à l'établissement de santé							
8	Mode d'accouchement							
	Accouchement normal par voie basse	Ventouse	Forceps	Césarienne	Inconnu			
9	Âge gestationnel							
	À terme	Post-terme	Extrême prématurité (<1000g)	Grande prématurité (1000-1499)	Prématurité moyenne (1500-2499)	Inconnu		
10	Statut sérologique pour le VIH							
	Négatif		Positif		Inconnu			
11	Sérologie de la syphilis							
	Négatif		Positif		Inconnu			
12	Âge de la mère							
	>34 ans	20-34	18-19 ans		<18 ans	Inconnu		

Annexe 2L : Format du Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, 2019-2020

Numéro de semaine	2019	2020
01	31-12-18 au 06-01-19	30-12-19 au 05-01-20
02	07-01-19 au 13-01-19	06-01-20 au 12-01-20
03	14-01-19 au 20-01-19	13-01-20 au 19-01-20
04	21-01-19 au 27-01-19	20-01-20 au 26-01-20
05	28-01-19 au 03-02-19	27-01-20 au 02-02-20
06	04-02-19 au 10-02-19	03-02-20 au 09-02-20
07	11-02-19 au 17-02-19	10-02-20 au 16-02-20
08	18-02-19 au 24-02-19	17-02-20 au 23-02-20
09	25-02-19 au 03-03-19	24-02-20 au 01-03-20
10	04-03-19 au 10-03-19	02-03-20 au 08-03-20
11	11-03-19 au 17-03-19	09-03-20 au 15-03-20
12	18-03-19 au 24-03-19	16-03-20 au 22-03-20
13	25-03-19 au 31-03-19	23-03-20 au 29-03-20
14	01-04-19 au 07-04-19	30-03-20 au 05-04-20
15	08-04-19 au 14-04-19	06-04-20 au 12-04-20
16	15-04-19 au 21-04-19	13-04-20 au 19-04-20
17	22-04-19 au 28-04-19	20-04-20 au 26-04-20
18	29-04-19 au 05-05-19	27-04-20 au 03-05-20
19	06-05-19 au 12-05-19	04-05-20 au 10-05-20
20	13-05-19 au 19-05-19	11-05-20 au 17-05-20
21	20-05-19 au 26-05-19	18-05-20 au 24-05-20
22	27-05-19 au 02-06-19	25-05-20 au 31-05-20
23	03-06-19 au 09-06-19	01-06-20 au 07-06-20
24	10-06-19 au 16-06-19	08-06-20 au 14-06-20
25	17-06-19 au 23-06-19	15-06-20 au 21-06-20
26	24-06-19 au 30-06-19	22-06-20 au 28-06-20
27	01-07-19 au 07-07-19	29-06-20 au 05-07-20
28	08-07-19 au 14-07-19	06-07-20 au 12-07-20
29	15-07-19 au 21-07-19	13-07-20 au 19-07-20
30	22-07-19 au 28-07-19	20-07-20 au 26-07-20
31	29-07-19 au 04-08-19	27-07-20 au 02-08-20
32	05-08-19 au 11-08-19	03-08-20 au 09-08-20
33	12-08-19 au 18-08-19	10-08-20 au 16-08-20
34	19-08-19 au 25-08-19	17-08-20 au 23-08-20
35	26-08-19 au 01-09-19	24-08-20 au 30-08-20
36	02-09-19 au 08-09-19	31-08-20 au 06-09-20
37	09-09-19 au 15-09-19	07-09-20 au 13-09-20
38	16-09-19 au 22-09-19	14-09-20 au 20-09-20

Numéro de semaine	2019	2020
39	23-09-19 au 29-09-19	21-09-20 au 27-09-20
40	30-09-19 au 06-10-19	28-09-20 au 04-10-20
41	07-10-19 au 13-10-19	05-10-20 au 11-10-20
42	14-10-19 au 20-10-19	12-10-20 au 18-10-20
43	21-10-19 au 27-10-19	19-10-20 au 25-10-20
44	28-10-19 au 03-11-19	26-10-20 au 01-11-20
45	04-11-19 au 10-11-19	02-11-20 au 08-11-20
46	11-11-19 au 17-11-19	09-11-20 au 15-11-20
47	18-11-19 au 24-11-19	16-11-20 au 22-11-20
48	25-11-19 au 01-12-19	23-11-20 au 29-11-20
49	02-12-19 au 08-12-19	30-11-20 au 06-12-20
50	09-12-19 au 15-12-19	07-12-20 au 13-12-20
51	16-12-19 au 22-12-19	14-12-20 au 20-12-20
52	23-12-19 au 29-12-19	21-12-20 au 27-12-20
53		28-12-20 au 03-01-21

2.7 Références

1. eIDSR in the context of Integrated Disease Surveillance and Response in the WHO African Region: An essential platform for priority diseases, conditions and events surveillance and response. WHO technical report. World Health Organization Regional Office for Africa, 2015
2. Community-Based Surveillance guiding principles March 2017(IFRC)
3. Ministry of Health Liberia, National Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response, June 2016
4. « 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.
5. Government of Sierra Leone. Ministry of Health and Sanitation. Community based surveillance training manual 2016
6. A guide for establishing community-based surveillance disease surveillance and response programme. WHO, Disease Prevention and Control Cluster, 2014.
7. IHR (2005) Monitoring and Evaluation framework. Joint External Evaluation tool (JEE tool). Authors: Global Capacities Alert and Response (GCR). www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/en/ (accessed June 2017)
8. The United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare, National DSR guidelines, 2nd edition 2011
9. Amy B. Bernstein, Marie Haring Sweeney. Public Health Surveillance Data: Legal, Policy, Ethical, Regulatory, and Practical Issues. National Center for Health Statistics, CDC, Division of Surveillance, Hazard Evaluations & Field Studies, National Institute for Occupational Safety and Health, CD. MMWR. Supplements July 27, 2012 / 61(03);30-34.
10. Basic course curriculum for Tanzania FELTP, 2017
11. ICD 10: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70929/9789241548458_eng.pdf;jsessionid=862B3C6054CED65E30EDE6605FFAEDF4?sequence=1
12. ICD10: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf?sequence=1>

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

TROISIÈME ÉDITION



MODULE 3 – ANALYSER ET INTERPRÉTER LES DONNÉES

MARS 2019

SECTION 3 – ANALYSER ET INTERPRÉTER LES DONNÉES

3. ANALYSER LES DONNÉES

Il ne suffit pas de collecter des données, d'enregistrer et de communiquer des informations numériques sur les maladies, les décès et le handicap dans la zone ; les données doivent aussi être analysées à tous les niveaux où elles sont collectées. L'organisation et l'analyse des données sont une fonction importante de la surveillance. L'analyse des données fournit les informations utilisées pour prendre des mesures pertinentes, opportunes et appropriées de santé publique. L'analyse des données de surveillance permet :

- a) d'observer les tendances dans le temps et d'alerter le personnel de santé et les parties prenantes concernées sur les événements émergents ou inhabituels ;
- b) d'identifier les zones géographiques exposées à un risque plus élevé ;
- c) de décrire les variables individuelles comme l'âge, le sexe ou la profession qui exposent un individu à un risque plus élevé relativement à la maladie ou l'événement ;
- d) de suivre et évaluer les interventions de santé publique.

En général, l'analyse des données de la surveillance systématique doit répondre aux questions ci-après.

- a) Des maladies prioritaires ou d'autres urgences de santé publique de portée internationale ont-elles été détectées pendant la période de notification (cette semaine, par exemple) ? Suspectez-vous une épidémie ou un événement de santé publique inhabituel ?
- b) Combien de cas ont été confirmés parmi les cas, les décès ou les événements détectés ?
- c) Où sont-ils survenus ?
- d) Quels sont les points communs entre la situation observée et les périodes d'observation cette année ou l'année dernière ? Par exemple, lorsqu'on la compare au début de la période notification, le problème s'aggrave-t-il ?
- e) Les tendances des maladies sont-elles stables, s'améliorent ou s'aggravent-elles ?
- f) Les informations de surveillance notifiées sont-elles suffisamment représentatives de la zone où est situé le site de notification ? Parmi les sites qui devraient faire de la notification, combien le font effectivement ?
- g) Quelle a été l'opportunité des données reçues des sites de notification ?
- h) À quelle période (saisonnalité) surviennent-ils ?
- i) Qui est touché ? Quels sont les groupes professionnels les plus à risque ?

Chaque site qui collecte ou reçoit des données doit élaborer et suivre un plan d'analyse des informations de la surveillance systématique (voir l'annexe 3A de la présente section).

La présente décrit comment recevoir et analyser les données de surveillance selon le temps, le lieu et la personne. L'analyse peut être effectuée électroniquement ou manuellement. Les méthodes d'analyse et les étapes d'interprétation et de synthèse des résultats sont aussi présentées. Les informations fournies dans cette section peuvent être appliquées aux niveaux du pays entier, du district, de l'établissement de soins et de la communauté.

3.1 Recevoir, gérer et stocker les données des sites de notification

Les données de surveillance partent généralement des sites de notification vers le niveau supérieur, jusqu'au niveau central. Un site de notification est un site qui communique des données de surveillance et sur les épidémies au niveau supérieur. Il s'agit de tous les établissements de santé (publics, privés et quasi-publics, confessionnels), les laboratoires autonomes, et les points d'entrée. Un site de notification dispose aussi des rapports sur les événements provenant de la surveillance communautaire et riposte.

Au niveau de l'établissement de soins, les services de soins ambulatoires et d'hospitalisations sont des sites de surveillance. Les informations collectées sur le site sont compilées sur des fiches standard (fiches récapitulatives de notification hebdomadaire et mensuelle de la SIMR, les fiches d'investigation de cas, les fiches de listes descriptives, etc.), analysées et ensuite transmises à l'équipe de gestion du district de santé. Dans les zones où la surveillance électronique existe déjà, les données sont saisies à l'aide d'un téléphone mobile ou d'un ordinateur, et où l'équipe de gestion du district de santé peut accéder aux informations compilées à partir d'un ordinateur (voir la section 9 sur la SIMR électronique sur des exemples plus spécifiques à certains pays). Dans certains pays, une équipe de sous-district collecte auprès des communautés et des établissements de santé de sa zone et les transmet à l'équipe de district. Les districts fusionnent, agrègent et transmettent leurs données et rapports aux provinces, régions ou États et, ensuite aux autorités sanitaires centrales.

Il faut assurer une protection et une sécurité adéquates des données. Il faut veiller à ne pas laisser des documents contenant des informations personnelles relatives à la santé et concernant des affections à notification obligatoire sur son bureau ou à un autre endroit où elles seraient accessibles à des personnes non autorisées. Les copies sur papier des informations sur des affections à notification obligatoire doivent être conservées dans des armoires fermées en lieu sûr. Les données stockées sur un ordinateur doivent être protégées

par un mot de passe et avec accès restreint. Les infrastructures de réseau et toutes les copies de sauvegarde de données sur les affections à notification obligatoire doivent être protégées par un mot de passe ou stockées dans un endroit sûr.

3.1.1 Recevoir les données

Il faut soigneusement enregistrer toutes les données provenant des sites de notification. L'équipe de surveillance à chaque niveau ou site de notification où les données arrivent devrait :

- a) accuser réception des données du rapport ;
- b) consigner dans un registre approprié tout ensemble de données ou tout rapport de surveillance provenant d'un site de notification (voir l'annexe 2G à la section 2) ;
- c) porter dans le registre la date de réception des données, l'objet et l'expéditeur du rapport ;
- d) vérifier si les données sont arrivées à temps ou tardivement ;
- e) vérifier l'exhaustivité des données ou des rapports, à savoir, le nombre d'ensembles de données ou de rapports par rapport au nombre d'ensembles de données ou de rapports attendus ;
- f) examiner la qualité des données :
 - i) en vérifiant si la fiche (copie sur papier ou copie électronique) est correctement remplie ;
 - ii) s'assurer que la fiche est entièrement remplie (par exemple, sans vides) ;
- g) vérifier que la fiche ne comporte pas de discordances. Vérifier auprès du site de notification (par téléphone, courriel ou message texte) et corriger toute discordance ;
- h) fusionner et stocker les données dans une base de données ;
- i) pour la surveillance électronique, voir la section 9.

3.1.2 Saisir et apurer les données

À tous les niveaux où des données sont reçues (établissement de santé, district, province ou niveau central), l'équipe de surveillance doit toujours assurer la liaison avec le coordonnateur du système d'information sur la santé afin d'extraire les maladies prioritaires de la SIMR du registre et les consigner correctement sur les fiches récapitulatives de la SIMR provenant de tous les sites de notification. Il est important de repérer les problèmes et d'apurer les données avant d'en débiter l'analyse. C'est une partie essentielle du traitement des données. En effet, les tendances et la cartographie des maladies seront imprécises, si on ne dispose pas d'informations exactes concernant le nombre de cas, le moment de leur apparition ou leur localisation géographique. Chaque visite d'inspection doit donc être l'occasion de sensibiliser les médecins sur l'importance d'utiliser de bonnes pratiques pour consigner tous les

renseignements concernant les patients dans les registres ou les formulaires de notification. Bien insister sur le fait que les registres de patients sont des sources de données pour la notification d'informations de santé publique et qu'ils sont donc susceptibles de jouer un rôle dans la détection d'un événement inhabituel, d'un problème de santé publique.

Il faut s'assurer que le personnel de l'établissement de soins maîtrise l'algorithme de notification, y compris les niveaux de notification. Il faut aussi assurer la disponibilité des registres, y compris les registres de rumeurs. Les registres normalement utilisés dans la plupart des pays sont des registres de patients ambulatoires et des registres de patients hospitalisés, et le responsable de la surveillance doit toujours assurer la liaison avec la personne ressource en matière d'informations sanitaires, et afin d'extraire les maladies prioritaires de la SIMR des registres.

Les données peuvent être saisies et compilées manuellement ou électroniquement si on dispose d'un ordinateur. Quelle que soit la méthode, il faut mettre en œuvre les pratiques suivantes :

- a) mettre à jour les totaux récapitulatifs pour chaque semaine ou chaque mois où des données ont été communiquées ;
- b) enregistrer un zéro quand aucun cas n'a été notifié. Si un espace qui aurait dû être rempli est vide ou rempli par un tiret ou par Néant, le niveau suivant risque de se faire une idée fausse de la situation, dans la mesure où il ne pourra pas savoir s'il s'agit d'une donnée manquante ou si aucun cas n'a été notifié. Un « zéro » permet au niveau suivant de savoir que la surveillance n'a pas détecté de cas d'une maladie ou d'une affection particulière ;
- c) s'assurer que les totaux récapitulatifs englobent uniquement les cas où les décès effectivement notifient pour cette semaine épidémiologique (de lundi à dimanche). Les notifications tardives des semaines précédentes doivent être saisies dans la semaine correspondante et les totaux recalculés, en conséquence ;
- d) éviter de dupliquer les entrées en utilisant l'identifiant unique inscrit sur le dossier ou la fiche de notification du cas. Cet identifiant afin de prévenir et d'éviter que les mêmes données soient saisies plusieurs fois ;
- e) établir des contacts fréquents avec les sites de notification, afin de résoudre les problèmes d'informations manquantes ou d'erreurs et discuter des éventuelles incohérences détectées dans la notification ;
- f) assurer la cohérence et l'harmonisation des données ;
- g) assurer la mise à jour de l'information sur les résultats de laboratoire en la liant à l'identifiant unique du cas correspondant.

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

Lors d'une épidémie, s'assurer que les données sont collectées à l'aide d'une liste descriptive.

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

Les résultats de l'analyse des données peuvent déclencher des investigations et la riposte ultérieure à une épidémie, une affection ou un événement de santé publique. Les données doivent donc être analysées en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles (voir le tableau 3.1 ci-dessous).

Tableau 3.1 : Types d'analyse, objectifs, outils et méthodes

Type d'analyse	Objectif	Méthode	Outils d'affichage des données
Temps	Détecter les changements brusques ou progressifs intervenus dans les maladies et les événements sanitaires extraordinaires, en ce qui concerne leur nombre, leur saisonnalité et le temps qui sépare l'exposition et l'apparition des symptômes.	Comparer le nombre de notifications de cas reçues pour la période en cours au nombre reçues au cours de la période précédente (jours, semaines, mois, trimestres, saisons ou années).	Enregistrer les totaux récapitulatifs dans un tableau, un graphique, un histogramme, ou des cartes séquentielles.
Lieu	Identifier les lieux où apparaissent les cas (par exemple, pour identifier la région à risques ou les endroits où vivent les populations à risque en ce qui concerne la maladie.	Situer les cas sur une carte et rechercher des groupes ou des liens entre les emplacements géographiques des cas et l'événement sanitaire objet de l'enquête (par exemple, cas situés près d'une rivière, cas situés près d'un marché)	Situez les cas sur une carte du district ou de la région affectée pendant une épidémie. L'analyse de la densité des points peut aussi servir à représenter le nombre de cas suivant le lieu. NB : l'information peut aussi être présentée sous forme de tableau ou de diagramme, mais situer les cas sur un tableau permettra une évaluation rapide et une prompt intervention.
Personne	Décrire les facteurs de l'évolution de l'apparition des maladies, comment elle est intervenue, les personnes les est plus exposées à la maladie, et les facteurs de risque potentiels.	En fonction de la maladie, décrire les cas suivant les données communiquées pour la surveillance des cas, notamment l'âge, le sexe, le lieu de travail, le statut vaccinal, l'assiduité à l'école, et d'autres facteurs de risque connus pour les maladies.	Extraire des données spécifiques sur la population touchée et les résumer dans un tableau, un diagramme à barre ou un diagramme circulaire.

3.2.1 Analyser les données en fonction du temps

Les données de ce type d'analyse sont généralement présentées sous forme de graphique. Le nombre ou le taux de cas ou de décès est placé sur l'axe vertical ou axe des ordonnées (y). La période de temps étudiée est placée sur l'axe horizontal ou axe des abscisses (x). Les événements susceptibles d'affecter la maladie analysée peuvent également être indiqués sur le graphique.

Les graphiques permettent de représenter le nombre de cas et de décès survenus sur une période donnée. Il est plus facile d'observer des variations du nombre de cas et de décès sur un graphique, surtout quand ces nombres sont élevés ou pour observer leur évolution dans le temps.

On mesure le nombre de cas en fonction du temps, Les graphiques sont soit sous forme de courbes (courbe de tendance), soit sous forme de barres (diagramme en barres ou histogramme) pour mesurer le nombre de cas dans le temps. L'annexe 3B de cette section explique comment tracer un graphique.

Figure 3.1. Exemple de graphique : courbe de tendance du nombre de cas notifiés de méningite cérébrospinale au Gondwana, semaines 1 à 9, 2017

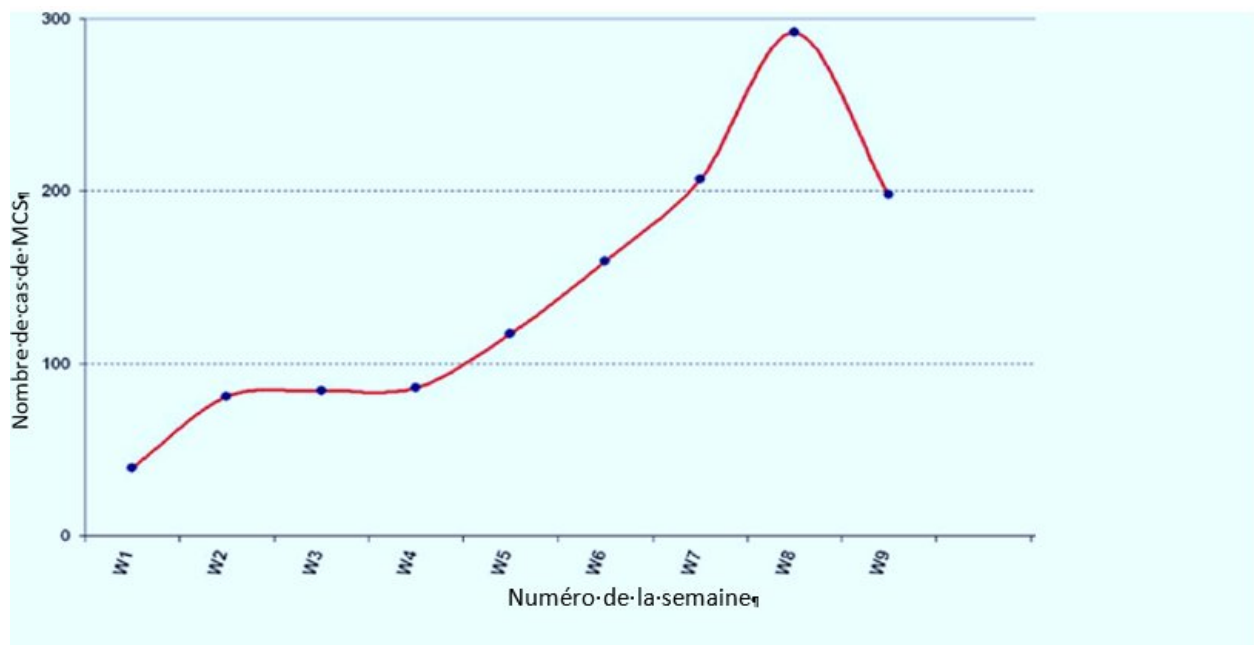


Figure 3.2. : Courbe de tendance hebdomadaire, Burkina Faso

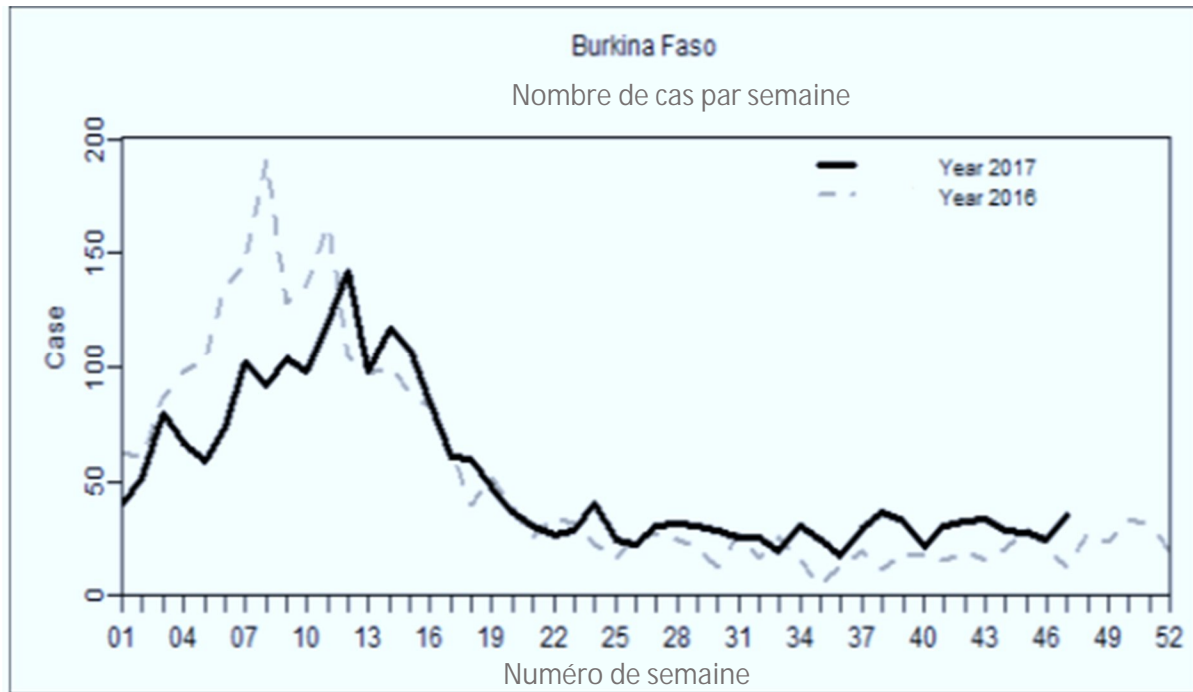
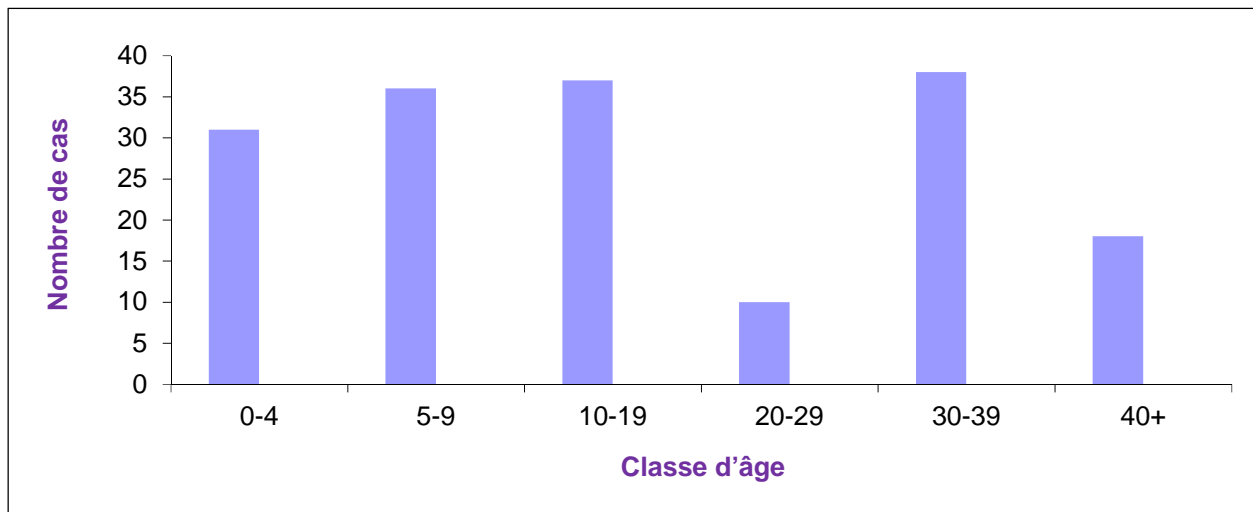


Figure 3.3 : Exemple de graphique à barres – Exemple : ventilation selon l'âge des cas de diarrhée pendant une flambée dans la ville X, en 2004



Utiliser un histogramme

Tracer un histogramme avec les données des fiches de notification ou des listes descriptives. À l'aide de symboles, représenter chaque cas sur l'histogramme en fonction de sa date de survenue. Une courbe épidémique se dessine progressivement. Le titre de l'histogramme devrait comprendre la zone géographique représentée par cette courbe.

Indiquer par des flèches les événements importants sur l'histogramme. Par exemple, à partir du registre des épidémies notifiées, repérer les dates suivantes :

- a) l'apparition du premier cas (ou cas indicateur) ;
- b) la notification au district par l'établissement de soins ;
- c) le premier cas vu à l'établissement de soins ;
- d) le début de l'investigation des cas au niveau du district ;
- e) la confirmation de l'épidémie par le laboratoire ;
- f) le début de la riposte ;
- g) la notification du niveau suivant par le district.

Les résultats de cette analyse en fonction du temps permettent aux utilisateurs de ces informations de jeter un regard rétrospectif sur l'épidémie et de répondre à des questions concernant les patients qui ont été exposés à la maladie et la durée de la période d'incubation, le type de source, le temps écoulé entre la détection et la confirmation de l'épidémie, et le mode de transmission de la maladie et du moment probable d'exposition à l'agent étiologique.

Figure 3.4 : Exemple d'histogramme (courbe épidémique) représentant les cas de choléra détectés par semaine épidémiologique, semaines 1 à 31, 2016

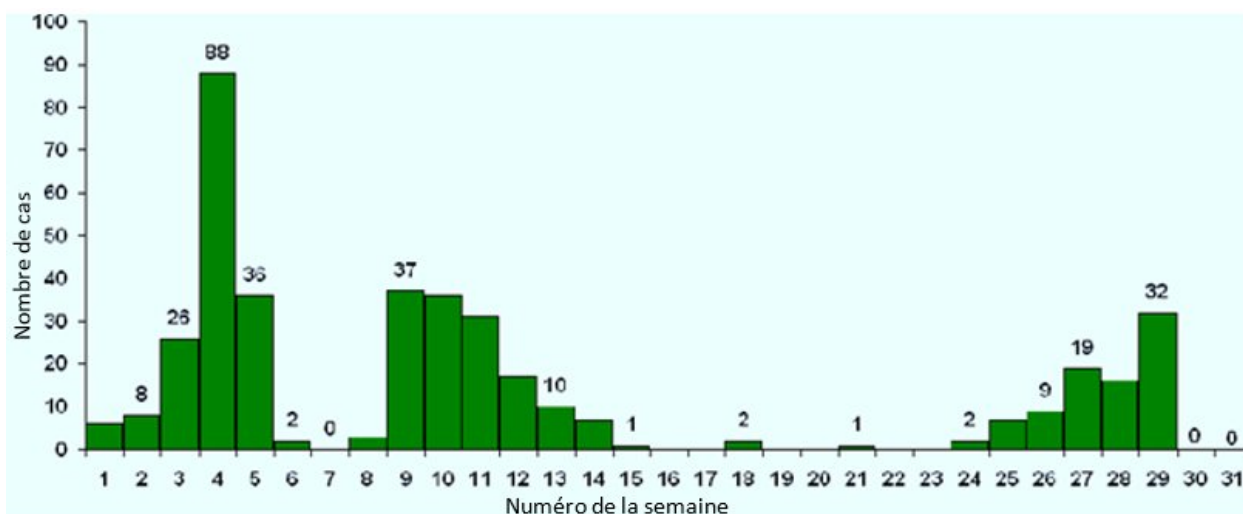
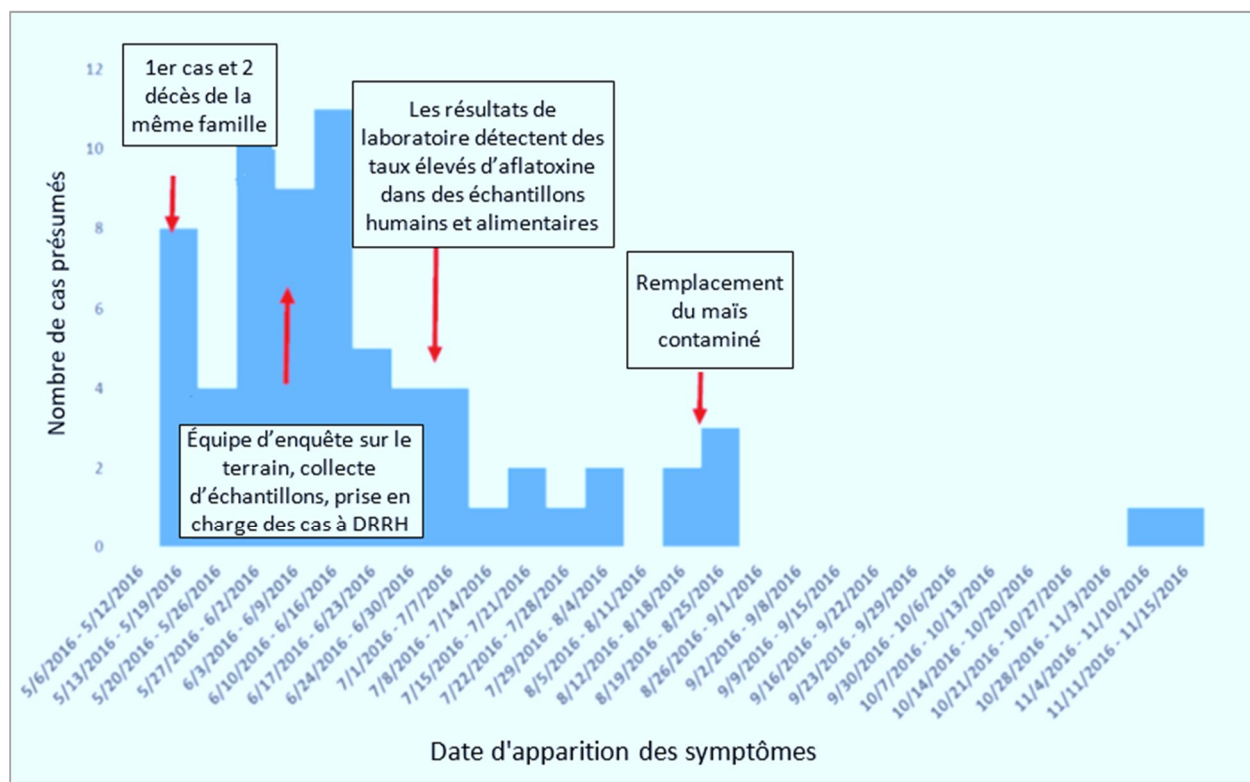


Figure 3.5 : Cas d'aflatoxicoses selon la date d'apparition des symptômes, régions de Dodoma et de Manyara (République-Unie de Tanzanie), 2016



3.2.2 Analyser les données en fonction du lieu

L'analyse des données en fonction du lieu fournit des renseignements sur l'endroit où survient une maladie. L'élaboration d'une carte détaillée des cas pour certaines maladies et sa mise à jour régulière permet d'avoir une idée de l'endroit, du mode et de la cause de propagation de la maladie.

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

- les groupes de cas survenant dans une région particulière ;
- les schémas de voyage en rapport avec le mode de transmission de la maladie ; et
- les sources d'infection communes à tous ces cas.

Utiliser des méthodes manuelles ou des systèmes d'information géographique (SIG) en accès libre pour réaliser des cartes à utiliser dans le cadre de l'analyse systématique des données de surveillance de la maladie. Sur une carte de la région où sont survenus les cas, indiquer :

- a) les routes, les points d'eau, la localisation de communautés particulières et d'autres facteurs associés à la transmission du risque de maladie ou de l'affection en cours d'investigation. Ainsi, pour le tétanos néonatal, indiquer sur la carte les lieux où exercent des accoucheuses traditionnelles, ainsi que les structures de soins où les mères viennent accoucher. Les lieux de résidence des patients ou des principales caractéristiques géographiques de cette maladie ou affection (par exemple, par village, voisinage, camp de travail, ou camp de réfugiés). Autre exemple : dans le cas d'une épidémie de méningite chez de jeunes patients, penser à indiquer sur la carte l'école où les patients sont scolarisés ou d'autres lieux pertinents selon la maladie ou l'affection sous investigation. Voir la section 11 pour les directives spécifiques aux maladies à propos des recommandations particulières pour l'analyse des données en fonction du lieu).

Figure 3.6 : Exemple de carte détaillée de district indiquant la localisation des cas présumés et confirmés

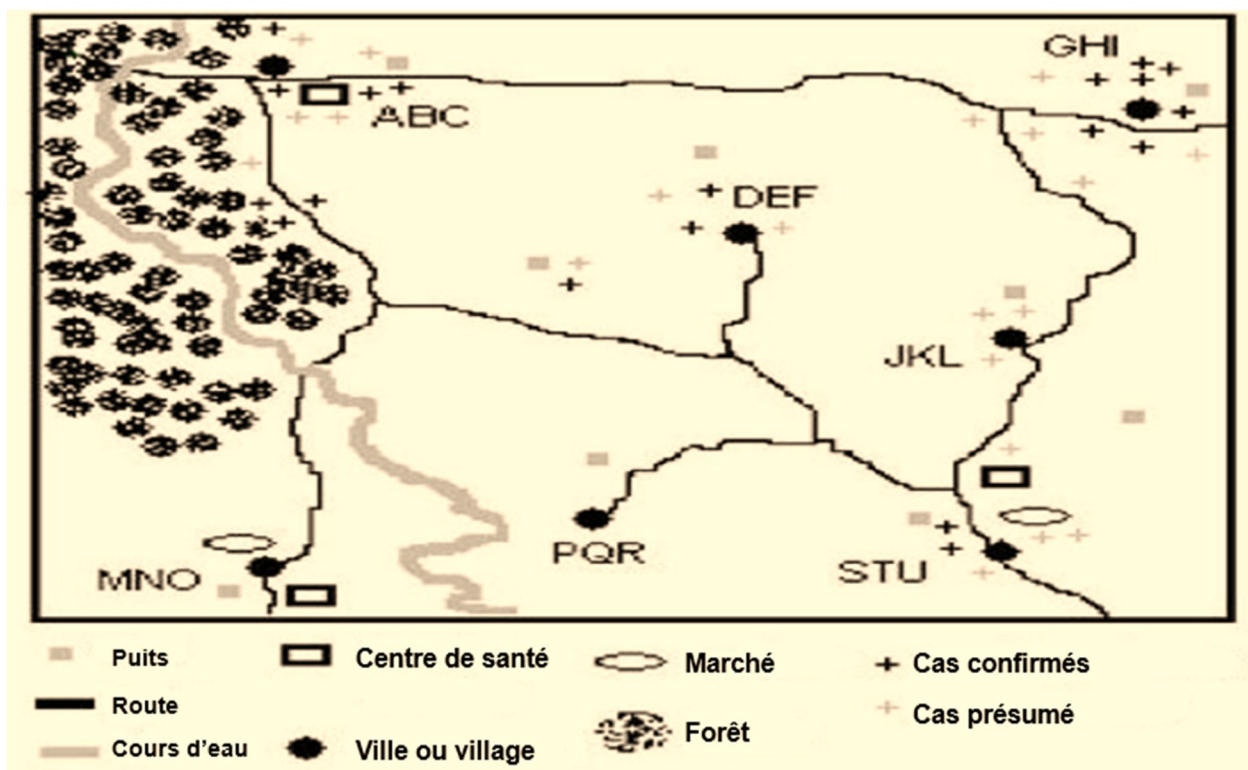
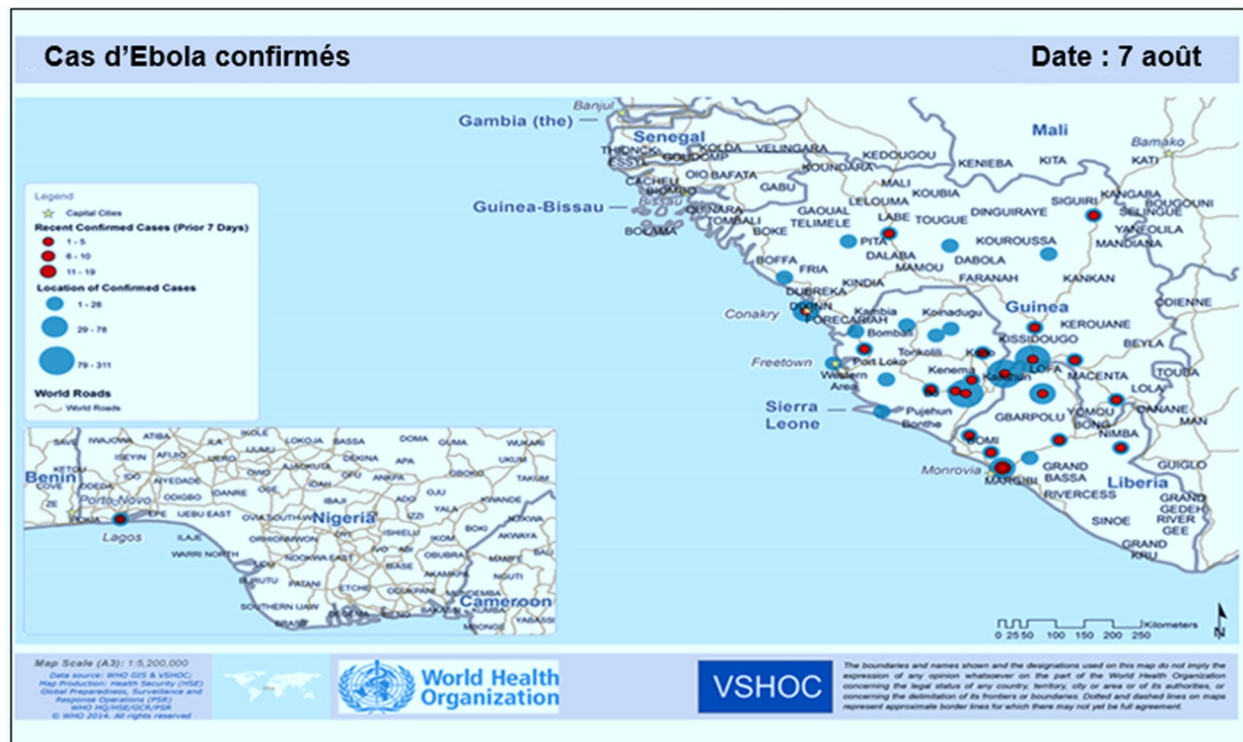


Figure 3.7 : Exemple de carte conçue à l'aide d'un logiciel SIG montrant la concentration des cas dans une région particulière



3.2.3 Analyser les données en fonction des caractéristiques individuelles

L'analyse en fonction des caractéristiques individuelles décrit à la fois la population affectée et celles qui courent le risque de contracter l'affection ou d'être exposées aux facteurs qui lui sont associés. Ces facteurs peuvent fournir des indications pour la compréhension de la maladie, de la cause de son apparition et de la stratégie pour la combattre, empêchant ainsi qu'elle se propage davantage. Il faut procéder à une répartition des cas en fonction de chaque variable individuelle inscrite dans la fiche de notification. Par exemple, on peut comparer le nombre total et la proportion de cas présumés et confirmés en fonction :

- b) du groupe d'âge ;
- c) du sexe ;
- d) de la profession ;
- e) du lieu de résidence en zone rurale ou en zone urbaine ;
- f) du statut vaccinal ;
- g) des facteurs de risque ;
- h) de l'issue de la maladie ; et
- i) de la classification finale.

Utiliser l'information spécifique à la maladie pour choisir les variables à comparer. Par exemple, si on a recueilli des renseignements sur une épidémie de paludisme, préciser les tranches d'âge ciblées par le Programme national de lutte contre le paludisme. Comparer le nombre de cas détectés par groupe d'âge : jeunes enfants (2 mois à 59 mois), enfants plus âgés (5 à 14 ans) et adultes (plus de 15 ans).

Cette analyse des données en fonction des caractéristiques individuelles est généralement recommandée pour la description de la population à risque. Elle est plus facile à réaliser quand on dispose de données au cas par cas.

Identifier les numérateurs et les dénominateurs

Dénombrer les cas ne suffit pas à fournir toute l'information nécessaire pour comprendre l'impact d'une maladie au niveau de la communauté, de l'établissement de soins ou du district. Il faut pour cela calculer des pourcentages et des taux qui permettent de comparer l'information notifiée au district. Lors de l'analyse des données individuelles, la première étape consistera donc à identifier le numérateur et le dénominateur pour le calcul des pourcentages et des taux.

- a) Le **numérateur** correspond au nombre d'événements spécifiques mesurés, tel que le nombre réel de cas ou de décès imputables à une maladie particulière (par exemple : nombre de cas de rougeole survenus pendant l'année, chez les enfants d'âge scolaire).
- b) Le **dénominateur** correspond au nombre de personnes au sein de la population qui ont été victimes des cas ou des décès dus à une maladie particulière, ou la population à risque.

Utiliser des pourcentages simples

Le calcul de simples pourcentages permet de comparer les informations relatives à des populations de tailles différentes. Par exemple :

Établissement de santé	Nombre de cas de rougeole recensés cette année chez les enfants d'âge scolaire
A	42
B	30

Si on se fie uniquement au nombre de cas notifiés, il semble que l'incidence de la rougeole soit plus fréquente dans le ressort territorial de l'établissement de soins A. Mais si on compare le nombre de cas notifiés par chaque établissement de soins au nombre total d'enfants d'âge scolaire résidant dans son ressort, la situation est différente.

Établissement de santé	Nombre d'enfants d'âge scolaire vivant dans la zone couverte
A	1 150
B	600

En calculant le pourcentage de cas de rougeole (autrement dit, le nombre de nouveaux cas) au cours des 12 derniers mois chez les enfants d'âge scolaire, le responsable de district peut comparer l'incidence de la maladie au niveau de chaque établissement. Pour chaque zone desservie, le numérateur correspond au nombre de nouveaux cas survenus en une année, et le dénominateur correspond au nombre total d'enfants d'âge scolaire. Dans cet exemple, le taux d'incidence de la maladie est finalement plus élevé dans le ressort de l'établissement B.

Établissement de santé	Incidence de la rougeole par groupe de 100 enfants d'âge scolaire au cours des 12 derniers mois
A	4 %
B	5 %

3.2.4 Créer un tableau pour l'analyse des données en fonction des caractéristiques individuelles

Pour chaque maladie ou affection prioritaire faisant l'objet d'une surveillance, utiliser un tableau pour étudier les caractéristiques des patients qui contractent la maladie ou l'affection. Un tableau correspond à un ensemble de données présentées de façon simplifiée sous forme de colonnes et de lignes. Pour la surveillance et le suivi des maladies, utiliser un tableau pour indiquer le nombre de cas et de décès imputables à une maladie donnée, sur une période donnée.

Pour réaliser un tableau, il faut :

- choisir le type d'information à présenter. Prenons l'exemple de l'analyse par groupe d'âge des cas de rougeole et des décès connexes ;
- déterminer le nombre de colonnes et de lignes nécessaires. Prévoir une ligne supplémentaire au bas du tableau et une colonne supplémentaire sur la droite pour y porter les totaux. Dans l'exemple choisi, on aura besoin d'une ligne par groupe d'âge et d'une colonne pour chaque variable (groupe d'âge, nombre de cas, nombre de décès) ;
- légender chaque ligne et chaque colonne, y compris les estimations du temps. Dans l'exemple ci-dessous, l'analyse est annuelle. L'analyse des données selon les caractéristiques individuelles est également recommandée pour les données d'une épidémie ;

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

Groupe d'âge	Nombre de cas de rougeole notifiés par an	Nombre de décès par an
0-4 ans	40	4
5-14 ans	9	1
15 ans et plus	1	0
Âge inconnu	28	0
Total	78	5

3.2.5 Calculer le pourcentage de cas dans un groupe d'âge donné

Après avoir saisi les totaux récapitulatifs pour chaque groupe d'âge, on peut calculer le pourcentage de cas survenus dans un groupe d'âge donné. Pour ce faire, il faut :

- identifier le nombre total de cas notifiés pour chaque groupe d'âge à partir des données récapitulatives pour lesquelles on dispose de caractéristiques temporelles et individuelles. (Par exemple : 40 cas de rougeole chez les enfants de 0 à 4 ans) ;
- calculer le nombre total de cas pour la période de temps ou la caractéristique individuelle étudiée (dans cet exemple, 78 cas de rougeole notifiés) ;
- diviser le nombre total de cas notifiés pour groupe d'âge par le nombre total de cas notifiés toutes tranches d'âge confondues (par exemple, pour le groupe d'âge de 0 à 4 ans, diviser 40 par 78. Résultat : 0,51) ;
- multiplier le résultat par 100 pour obtenir le pourcentage ($0,51 \times 100 = 51 \%$).

Groupe d'âge	Nombre de cas notifiés	Pourcentage de cas notifiés pour chaque groupe d'âge
0-4 ans	40	51 %
5-14 ans	9	12 %
15 ans et plus	1	1 %
Âge inconnu	28	36 %
Total	78	100 %

3.2.6 Calculer les taux d'atteinte

Le taux d'atteinte mesure la fréquence de la morbidité, ou la vitesse de propagation, dans une population à risque. Un taux d'attaque décrit le risque de contracter la maladie pendant une période déterminée, telle que la durée d'une épidémie. Le taux d'atteinte est défini comme la fréquence d'occurrence d'un événement (comme un nouveau cas de maladie) au sein d'une population à risque sur une période déterminée, et il est généralement calculé dans un scénario d'épidémie. Il est exprimé par le nombre de personnes à risque ; par exemple : 4,5/100 000 personnes.

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas pendant une période déterminée}}{\text{Taille de la population à risque au début de la période}} \quad (\quad 100 \% \quad 1000)$$

Exemple :

16 cas de choléra dans un village comptant 800 habitants. Taux d'atteinte = $16/800 = 0,02$

$0,02 \times 100 = 2,0$, autrement dit, 2 cas pour 100 personnes = 2 %

Lors d'une épidémie, ce paramètre devra être actualisé régulièrement (souvent tous les jours) pour voir si l'information reçue change les idées en ce qui concerne les causes de l'épidémie.

3.2.7 Calculer le taux de létalité

Le taux de létalité permet de :

- a) savoir si un cas est identifié et rapidement pris en charge ;
- b) déceler tout problème de prise en charge des cas, une fois la maladie diagnostiquée ;
- c) identifier un agent pathogène plus virulent, émergent ou chimiorésistant ;
- d) mettre en évidence l'absence de soins médicaux ou leur mauvaise qualité ;
- e) comparer la qualité de la prise en charge entre les régions, les villes et les districts ;
- f) évaluer les comportements de recours aux soins ;
- g) identifier des conditions prédisposant aux formes graves de la maladie (par exemple, déficit immunitaire).

Les programmes de santé publique peuvent réduire les taux de létalité en assurant une détection rapide des cas et une bonne qualité de la prise en charge. Certaines recommandations relatives à la lutte contre des maladies spécifiques s'appuient sur la réduction du taux de létalité pour mesurer l'efficacité de la riposte à une épidémie.

Pour calculer un taux de létalité, il faut :

- 1) calculer le nombre total de décès (utilisons l'exemple précédent de la rougeole avec cinq décès toutes tranches d'âge confondues) ;
- 2) diviser le nombre total de décès (5) par le nombre total de cas notifiés (78) : $5 \div 78 = 0,06$;
- 3) multiplier le résultat par 100 : $0,06 \times 100 = 6 \%$.

Groupe d'âge	Nombre de cas notifiés	Nombre de décès	Taux de létalité
0–4 ans	40	4	10 %
5–14 ans	9	1	11 %
15 ans et plus	1	0	0
Âge inconnu	28	0	0
Total	78	5	6 %

Voir les directives spécifiques aux maladies, section 11.0, concernant les recommandations relatives aux principales variables à comparer pour chaque maladie.

3.3 Comparer les résultats de l'analyse avec les seuils pour les mesures de santé publique

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

Les seuils sont déterminés sur la base d'informations provenant de deux sources différentes :

- a) dans certains cas, il pourrait déjà y avoir une analyse de la situation décrivant les risques d'apparition d'une maladie particulière, quelles seraient les personnes à risque pour la maladie, et la description d'une mesure qui doit être mise en œuvre dès que les risques sont identifiés afin d'empêcher une flambée de plus grande envergure ;
- b) les recommandations internationales formulées par des experts techniques et des spécialistes des programmes de lutte contre les maladies.

Ce document traite de deux types de seuils : le seuil d'alerte et le seuil épidémique ou seuil d'intervention. Certaines maladies ou affections n'utilisent pas les deux seuils, néanmoins, il

existe un point où chaque maladie ou affection doit être notifiée et des mesures doivent être prises.

Le **seuil d'alerte** indique au personnel de santé et à l'équipe de surveillance qu'il est nécessaire d'approfondir les investigations. Selon la maladie ou l'affection, le seuil d'alerte peut être atteint dès la notification d'un seul cas présumé (comme pour une maladie à potentiel épidémique ou faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication) ou lorsqu'on observe dans les notifications récapitulatives mensuelles ou hebdomadaires une augmentation de cas inexplicable ou un tableau de morbidité inhabituel sur une certaine période.

Le **seuil épidémique ou seuil d'intervention** déclenche une riposte. Il témoigne de l'existence de données particulières ou d'un résultat d'investigation indiquant la nécessité d'une intervention allant bien au-delà d'une simple confirmation ou d'un éclaircissement du problème. Il peut s'agir de : transmettre la confirmation par le laboratoire aux établissements de soins concernés, mettre en place une riposte d'urgence (par exemple, la vaccination), mener une campagne de sensibilisation auprès de la communauté, ou améliorer les pratiques de lutte contre l'infection dans le milieu médical. Plusieurs seuils d'intervention ont été proposés pour la prise de mesures en fonction des résultats de la surveillance. Pour les maladies rares ou faisant l'objet de mesures d'éradication, la détection d'un seul cas suggère une épidémie. En effet, dans de telles circonstances, l'apparition d'un cas est inhabituelle et constitue donc un événement sanitaire grave, car ces maladies rares ou ciblées pour l'éradication présentent un potentiel de propagation rapide ou des taux de létalité élevés.

Dans d'autres situations, il faudra un certain nombre de cas pour déclencher une riposte. Par exemple, dans les pays de la ceinture de la méningite, le seuil épidémique pour la méningite cérébrospinale est fixé à 10 cas pour 30 000 à 100 000 habitants par semaine et à moins de 30 000 habitants pour 5 cas présumés en une semaine ou le doublement du nombre de cas en trois semaines (au moins deux cas par semaine) et le seuil d'alerte est fixé 3 cas présumés pour 30 000 à 100 000 habitants par semaine et à moins de 30 000 habitants pour trois cas suspects par semaine ou une incidence en comparaison avec les précédentes années non-épidémiques (Source : Relevé épidémiologique hebdomadaire n° 51/52, 577-588, 19 décembre 2014(<http://www.who.int/wer>)).

Le seuil épidémique pour le paludisme dans certains pays est fixé au troisième quartile de cas confirmés de paludisme au cours des cinq dernières années ; le seuil d'alerte au deuxième quartile/médiane de cas confirmés de paludisme.

En pratique, le niveau national est chargé de communiquer les seuils pour les maladies prioritaires à tous les sites de notification du système de santé. Ce qui facilite l'utilisation des données de surveillance pour prendre des mesures à tous les niveaux où elles sont collectées. Périodiquement, les seuils de surveillance sont évalués et révisés aux niveaux national et international suivant les tendances observées des maladies, des événements ou affections sous surveillance.

La section 11.0 présente les seuils d'intervention suggérés pour des maladies, affections et événements prioritaires.

3.4 Tirer les conclusions des résultats de l'analyse pour générer des informations

- a) Collecter ou présenter systématiquement (chaque semaine, chaque mois ou chaque trimestre) les graphiques, cartes et tableaux, et rencontrer l'équipe sanitaire de district ou les parties prenantes concernées pour examiner les résultats de l'analyse et discuter des conclusions.
- b) Examiner systématiquement les conclusions suivant le plan d'analyse du district (voir Annexe 3A), s'il existe.
- c) Assurez-vous de corrélérer votre analyse avec d'autres sources de données, notamment celles provenant des animaux (animaux domestiques ou sauvages), ou de l'environnement pour une bonne interprétation de vos conclusions. Par exemple, si vous avez diagnostiqué des cas de rage humaine, il est important d'obtenir des informations auprès du secteur de la santé animale sur l'état d'éventuelles investigations sur les morsures, les animaux placés en quarantaine, ou les chiens vaccinés.
- d) Prendre en compte la qualité des données dans l'interprétation des résultats, par exemple :
 - i) les données manquantes (exhaustivité par mois, par événement).
 - ii) les incohérences (entre les données liées – validation).
 - iii) les erreurs de calcul (dans la corrélation ou l'agrégation).
 - iv) les fluctuations évidentes (augmentation ou chute brutale par mois, par événement).

Dans un système où la SIMR en ligne a été mise sur pied, il est important de disposer d'outils pour améliorer la qualité des données, notamment :

- a) la validation de la saisie des données ;
- b) les valeurs maximales et minimales ;
- c) les règles de validation ;
 - i) À tout le moins, examiner les conclusions pour :
 - établir si la situation s'améliore ou non,
 - comparer les données collectées aux données attendues,
 - envisager une possible explication de la hausse apparente du nombre de cas.
 - Le nombre d'établissements de soins qui communiquent des données a-t-il varié ?
 - Les procédures de notification ou le système de surveillance a-t-il évolué ?
 - La définition de cas utilisée pour notifier la maladie ou l'affection a-t-elle changé ?
 - La hausse ou la baisse est-elle saisonnière ?

- Y a-t-il eu une évolution des programmes de dépistage ou de traitement, des actions de proximité ou des activités d'éducation sanitaire susceptibles d'augmenter le nombre de personnes qui recourent aux soins?
- Y a-t-il récemment eu de l'immigration ou de l'émigration dans la région ou une augmentation du nombre de réfugiés ?
- Y a-t-il un changement de la qualité des services proposés dans l'établissement (par exemple, les queues sont moins longues, le personnel de santé est plus serviable, les médicaments sont disponibles, des frais de consultations sont imposés) ?
- Y a-t-il eu une hausse ou une amélioration des procédures de test ou de diagnostic en laboratoire ?
- Le public est-il mieux sensibilisé sur la maladie ? Par exemple, une campagne de vaccination de masse et la sensibilisation sur une maladie particulière entraîneront une hausse du nombre de cas vus dans l'établissement.
- U Des cas accumulés sont-ils notifiés alors qu'ils auraient dû être notifiés plus tôt ?

3.5 Synthétiser et utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer les mesures de santé publique

Préparer une synthèse concise, axée sur l'action, et la communiquer à toutes les parties intéressées qui ont besoin de cette information. Utiliser des tableaux, des graphiques et des cartes simples pour présenter les résultats, en faire une description claire et concise, les interpréter, formuler des observations et des recommandations.

Formuler des déclarations décrivant les conclusions tirées des résultats de l'analyse des données de surveillance et les utiliser pour :

- a) mener une enquête afin de déterminer les raisons de l'augmentation/la baisse du nombre de cas ;
- b) collaborer avec les programmes spécifiques de lutte contre la maladie pour intensifier la surveillance lorsqu'un seuil d'alerte est franchi ;
- c) mobiliser les dirigeants politiques et la communauté afin d'obtenir davantage de ressources, si l'augmentation du nombre de cas est liée au manque de moyens.

L'échange d'informations constitue un volet important de la surveillance ainsi qu'un puissant mécanisme de coordination, dans la mesure où elle motive le personnel qui envoie les notifications et instaure un esprit de partenariat grâce à la transparence affichée. Il est donc important de partager les résultats de l'analyse et d'assurer le retour d'information en temps

utile. Voir les Sections 7 et 8 de ce document pour des renseignements et des exemples relatifs à la communication et au retour d'information.

3.6 Annexes à la section 3

Annexe 3A : Élaborer un plan pour l'analyse systématique des données de surveillance et exemple de plan d'analyse pour le choléra dans le pays A, 2017.

Annexe 3B : Comment réaliser un graphique manuellement.

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

Un plan minimum pour l'analyse systématique des données de surveillance doit comporter les informations suivantes que l'on pourrait présenter sous forme de tableaux, de cartes et de graphiques.

1. Évaluer l'exhaustivité et la promptitude de la notification. Une des premières étapes essentielles de l'analyse des données de surveillance consiste à contrôler si les comptes rendus de surveillance sont reçus à temps et si tous les sites de notification ont bien envoyé des notifications. Cela permet à l'équipe de surveillance de district (ou d'un autre niveau) d'identifier les zones silencieuses (zones où des événements sanitaires peuvent survenir sans être notifiés) ou les sites de notification qui ont besoin d'aide pour transmettre leurs comptes rendus. Cette étape permet de savoir si les données sont assez représentatives du niveau concerné.
2. Calculer pour chaque district (ou autre niveau) des totaux hebdomadaires (ou mensuels). Mettre à jour le nombre de cas et de décès notifiés sur toute l'année. Cette synthèse de l'information permet de décrire plus facilement ce qui s'est passé durant la période de notification.
3. Calculer les totaux récapitulatifs des cas, des décès et des taux de létalité, depuis le début de la période de notification.
4. Utiliser les variables géographiques (hôpitaux, lieu de résidence, site de notification, voisinage, village, etc.) pour étudier la répartition des cas en fonction du lieu. Cette information facilitera l'identification des zones à risque.
5. Analyser les tendances, au moins pour les maladies prioritaires dans le district. Suivre les variations des nombres de cas et de décès et des taux de létalité pour identifier toute augmentation ou profil inhabituel de la maladie.
6. Validation et analyse de la qualité des données. Créer une équipe de validation des données à tous les niveaux. Des réunions doivent se tenir périodiquement pour examiner les notifications. La cohérence de toutes les notifications envoyées avec les diverses sources doit être vérifiée.

Un exemple de résultats d'un plan d'analyse des données de surveillance systématique figure à la page suivante.

Exemple de données analysées pour le choléra dans le pays A, 2017

Répartition selon le temps				
Semaine d'apparition	Total	Issue		Taux de létalité
		Vivant	Décédé	
26	23	16	7	30
27	97	92	5	5
28	88	87	1	1
29	21	19	2	10
32	11	11	0	0
33	11	9	2	18
Total	251	234	17	7
Répartition selon le lieu				
District	Total	Issue		Taux de létalité
		Vivant	Décédé	
District 1	1	1	0	0
District 2	92	86	6	7
District 3	158	147	11	7
Total	251	234	17	7
District		Population	Cas	Taux d'atteinte
District 1		179 888	92	51
District 2		78 524	158	201
Répartition en fonction de caractéristiques individuelles				
Groupe d'âge	Total	Issue		Taux de létalité
		Vivant	Décédé	
0-4 ans	37	35	2	5
5-9 ans	55	50	5	9
10-14 ans	30	28	2	7
15-19 ans	23	23	0	0
20-24 ans	28	27	1	4
25-29 ans	26	24	2	8
30-34 ans	12	11	1	8
35-39 ans	8	6	2	25
40 + ans	32	30	2	6
Total	251	234	17	7
Sexe	Total	Issue		Taux de létalité
		Vivant	Décédé	
Féminin	122	114	8	7
Masculin	129	120	9	7
Total	251	234	17	7

Annexe 3B : Comment réaliser un graphique manuellement

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