



WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance

Deuxième édition - juin 2000

Organisation mondiale de la Santé

**Département des Maladies transmissibles- Surveillance et
Action**

©Organisation mondiale de la Santé

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagement que lesdits auteurs. La mention de firmes ou de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes ou ces produits sont agréés ou recommandés par l'OMS de préférence à d'autres.

Table des matières

Remerciements	3
Acronymes	5
Introduction	7
Coordination nationale de la surveillance des maladies transmissibles	8
Notes explicatives	13
Exemple de présentation	17
Surveillance des maladies transmissibles, par critère de sélection et par Division de l'OMS	18
Personnes à contacter dans les bureaux régionaux pour les maladies transmissibles.....	20
Maladies	
Brucellose	27
Charbon	29
Choléra	33
Coqueluche	37
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	41
Dengue	45
Diphtérie	49
Dracunculose	53
Maladie à virus Ebola et maladie de Marburg.....	55
Encéphalite japonaise	59
Fièvre jaune	61
Filariose lymphatique.....	65
Grippe	67
Maladie à <i>Haemophilus influenzae</i> type B (HiB).....	69
Hépatite virale aiguë.....	73
Fièvre de Lassa.....	77
Légionellose.....	79
Leishmaniose cutanée.....	83
Leishmaniose viscérale	85
Co-infections Leishmania/VIH.....	87
Lèpre.....	89
Leptospirose.....	93

Infection à méningocoques	97
Méningite virale	101
Onchocercose	103
Paludisme	105
Peste.....	109
Poliomyélite	113
Rage	117
Rougeole	121
Salmonellose.....	125
Schistosomiase	129
SIDA.....	133
Infection par le VIH	139
Syphilis.....	143
Tétanos néonatal.....	145
Trypanosomiase africaine	149
Trypanosomiase américaine	153
Tuberculose.....	157
Typhus à Orientia tsutsugamushi	161
Syndromes et problèmes de santé publique	
Fièvre hémorragique aiguë	163
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures et pneumonie.....	165
Diarrhées aqueuses aiguës.....	167
Diarrhées sanglantes aiguës.....	169
Syndromes et maladies sexuellement transmissibles	173
Résistance aux antimicrobiens.....	175
Résistance aux médicaments antituberculeux.....	177
Toxi-infections alimentaires.....	181
Annexe 1 : Définitions concernant la surveillance.....	185
Annexe 2 : Logiciels gratuits dans le domaine public	187
Annexe 3 : Rôle et utilisation des Systèmes d'Information Géographique (SIG) et de la cartographie dans la surveillance épidémiologique	191

Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé tient à remercier

**le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne
et d'Irlande du Nord
(Département du Développement international)**

et

le Gouvernement de l'Irlande

pour leur appui dans la production du présent document

Acronymes

9PGT	Neuvième programme général de travail de l'OMS couvrant la période 1996-2001
Ac	Anticorps
AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
Ag	Antigène
AMRO	Voir OPS
BAAR	Bacille acido-alcool résistant
CATT	[Card Agglutination Test for Trypanosomiasis] Test d'Agglutination sur Carte pour la Trypanosomiasis
CD4	Lymphocytes T4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA (États-Unis d'Amérique)
CIM-10	Classification internationale des Maladies, 10 ^e révision (OMS)
CIRC	Centre international de Recherche sur le Cancer (OMS, Lyon, France)
DEC	Di-éthylcarbamazine
DPT	[Vaccin] Diphtérie, Coqueluche [Pertussis], Tétanos
DT	[Vaccin] Diphtérie, Tétanos
DTC	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EEG	Électroencéphalogramme
ELISA	[Enzyme-linked immunosorbent Assay] Épreuve immunoenzymatique par Compétition
EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
ENP	Entérovirus non poliomyélitique
EPIET	[European Programme for Intervention Epidemiology Training] Programme européen de Formation à l'Épidémiologie d'Intervention
EURO	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
FETP	[Field Epidemiology Training Programme] Programme de Formation à l'Epidémiologie de Terrain
FTA-ABS	[Fluorescent treponemal antibody absorption] Test d'Immunofluorescence absorbée pour le Sérodiagnostic de la Syphilis
GPS	[Global Positioning System] Système de Positionnement universel
HAV	Virus de l'hépatite A
HbcAg	Antigène de surface du Virus de l'hépatite C
HbeAg	Antigène de surface du Virus de l'hépatite B
HbsAg	Antigène de surface du Virus de l'hépatite B
HBV	Virus de l'hépatite B
HCV	Virus de l'hépatite C
HDV	Virus de l'hépatite D

HepB3	Vaccin contre l'hépatite B
HEV	Virus de l'hépatite E
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type B
ID	Identification
IF	Immunofluorescence
IFA	Test d'Immunofluorescence
IFF	Insomnie fatale familiale
IGg	Immunoglobuline G
IGm	Immunoglobuline M
LCR	Liquide céphalo-rachidien
MCJ	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
MdS	Ministère de la Santé
MST	Maladies sexuellement transmissibles
nv-MCJ	Maladie de Creutzfeldt-Jakob, nouvelle variante
OIG	Organisation intergouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PFA	Paralysie flasque aiguë
PCR	[Polymerase Chain Reaction] Réaction en Chaîne par Polymérase
RPR	[Rapid Plasma Reagin] Recherche rapide de la Plasmine
RSI	Règlement sanitaire international
SEARO	Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SIG	Système d'Information Géographique
SIS	Système d'Information sanitaire
Td	[vaccin] Tétanos, Diphtérie [à dose moindre, pour adultes]
TPHA	[<i>Treponema pallidum</i> Haemagglutination Assay] Réaction d'Hémagglutination pour <i>Treponema pallidum</i>
TT	Anatoxine tétanique
VDRL	[Venereal Disease Research Laboratory] Laboratoire de Recherches pour les Maladies vénériennes
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
WPRO	Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental

Introduction

Ce document a été produit en commun par les groupes organiques techniques de l'OMS ainsi que par l'ONUSIDA, afin de rassembler les normes recommandées par l'OMS pour la surveillance des maladies transmissibles. Son but n'est pas de remplacer les lignes directrices existant déjà dans le domaine technique, ni d'être une description exhaustive de la surveillance de toutes les maladies. Il devra simplement servir de guide pour instaurer de bonnes pratiques et pourra contribuer à harmoniser les activités de surveillance¹.

Le présent manuel a pour objectif de servir de référence commode pour certains éléments clefs et d'apporter des informations sur les contacts à établir pour toute maladie ou syndrome transmissible dont traiterait aujourd'hui un ou plusieurs programmes OMS de lutte. Ce texte devrait se révéler particulièrement utile au niveau des ministères de la santé des États Membres pour aborder l'intégration de la surveillance des maladies et syndromes transmissibles.

Ce document est conçu pour être mis à jour régulièrement, reflétant ainsi la nature changeante des maladies infectieuses ainsi que du diagnostic et des méthodes de surveillance qui les accompagnent. C'est également le reflet de la nature pluridisciplinaire de la surveillance épidémiologique dans laquelle sont engagés de nombreux partenaires différents. Les maladies et les syndromes sont classés par ordre alphabétique (sauf pour l'infection à VIH et les co-infections VIH/Leishmania). Pour chacun d'eux, on trouvera une description des raisons de la surveillance, une définition de cas, les types de surveillance, les données minimales suggérées, l'analyse et les principales utilisations de ces données pour la prise de décision. De surcroît figurent les noms des personnes à contacter à l'OMS avec leurs coordonnées. Les codes de la CIM-10 sont fournis pour standardiser les notifications et permettre l'échange international des informations.

Une brève présentation de la méthode proposée pour élaborer un plan national pour la surveillance des maladies transmissibles suit l'introduction. L'Annexe 1 présente également des informations sur les logiciels applicables à la surveillance. On trouvera à l'Annexe 2 un glossaire des termes qui se rapportent à celle-ci, et à l'Annexe 3 une brève présentation des techniques de surveillance géographique et de cartographie applicables à la surveillance épidémiologique.

Une première version de ce manuel (novembre 1997) a suscité de nombreuses réactions et commentaires, dont il nous est agréable de prendre acte. En conséquence, la quasi-totalité des items a été révisée et cette deuxième édition est donc entièrement refondue. Les révisions techniques les plus importantes concernent le SIDA et l'infection par le VIH, la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et les maladies évitables par la vaccination. La dysenterie bacillaire a été omise pour cause de doublon avec le syndrome de diarrhée sanglante aiguë. Cette version contient deux nouveaux éléments : la maladie à *Haemophilus influenzae* type B et les syndromes de fièvre virale hémorragique.

¹ Pour autres informations, commentaires et suggestions, prière de s'adresser au Bureau régional compétent de l'OMS (voir les pages 17 à 22) ou au Siège de l'OMS à Genève (rodierg@who.ch / outbreak@who.ch), Département des Maladies transmissibles, – Surveillance et Action (CSR), Téléphone : (+4122) 7912109, Télécopie : (+4122) 7914198 ;
Courrier électronique : Surveillancekit@who.ch

COORDINATION NATIONALE POUR LA SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Le contrôle efficace des maladies transmissibles est fondé sur une surveillance efficace de ces maladies. Pour pouvoir agir sur les maladies transmissibles prioritaires, il est essentiel de pouvoir disposer d'un système national de surveillance des maladies transmissibles qui fonctionne efficacement. Ce système représente un élément-clé de la prise de décision en matière de santé publique pour tous les pays (identification des priorités, planification, mobilisation et allocation des ressources, prédiction et détection précoce des épidémies, surveillance continue et évaluation des programmes de prévention et de lutte contre les maladies).

Il est urgent de pouvoir bâtir sur les efforts en cours destinés à renforcer la surveillance des maladies transmissibles au niveau national. L'élaboration et le renforcement de systèmes nationaux de surveillance demandent un engagement important et à long terme en ressources matérielles et humaines, et commencent habituellement par une évaluation systématique des activités nationales de surveillance. À terme, cela aboutit à un plan national pour la surveillance des maladies transmissibles.

Qu'est-ce qu'un « système national de surveillance des maladies transmissibles » ?

De nombreux pays ont mis sur pied des activités de surveillance des maladies transmissibles afin d'assurer le suivi des maladies à fort impact, détecter les flambées de maladies à potentiel épidémique, et de suivre les progrès éventuels vers les buts de la lutte / élimination de maladies spécifiques au niveau national et international. En ce sens, la surveillance des maladies transmissibles est une activité nationale, et l'ensemble des activités de surveillance représente le « système national de surveillance des maladies transmissibles ». Ces diverses activités peuvent être intégrées au sein du Système d'Information sanitaire (SIS) ou survenir de façon autonome. Le développement des activités de surveillance a été très inégal. Il arrive souvent que des activités soient gérées au sein de programmes verticaux de lutte contre les maladies ; dans d'autres cas, les efforts de lutte sont très distants de la fonction de surveillance, et le bureau des statistiques sanitaires récolte des données sur un grand nombre d'événements qui ne sont pas nécessairement prioritaires pour le pays. Dans certains cas, la surveillance de certains phénomènes de santé est du ressort d'institutions académiques ou de centres de recherches dont les besoins en matières d'information sont très spécifiques.

Les activités de surveillance développées au sein d'un programme vertical permettent aux fonctions de surveillance et de lutte de rester proches l'une de l'autre. Par contre, la participation du personnel de première ligne à des activités multiples et complexes de récolte de données – et qui font appel à des méthodes, une terminologie, des formulaires et des calendriers divers – peut conduire à l'inefficacité et à la dispersion. Il s'ensuit des besoins accrus en matière de coûts et de formation, et ces difficultés entraînent une surcharge de travail et une démotivation des travailleurs de santé. Trop souvent, les organes centraux collectent d'immenses amas de données, mais l'analyse à laquelle peuvent mener ces données est nulle ou minime. C'est le besoin d'assembler et de faire circuler les données qui devient le moteur du système de surveillance, alors que

l'on néglige d'utiliser cette information pour prendre des décisions en matière de santé à chaque niveau du système de santé.

Qu'entend-on par « approche multiple de la surveillance des maladies » ?

L'approche multiple de la surveillance des maladies demande que l'on examine toutes les activités de surveillance entreprises par un État Membre en tant que service public général. Ces activités font appel à des structures semblables et très souvent aux mêmes ressources, aux mêmes processus et aux mêmes agents. La surveillance des maladies doit se fonder sur la récolte des seules données strictement nécessaires pour atteindre les objectifs de la lutte contre les maladies – lesquelles données peuvent évidemment varier d'une maladie à l'autre. Il est important de pouvoir recourir à des systèmes de surveillance spécialisés, surtout en présence de problèmes de surveillance complexes, avec des besoins très particuliers en matière d'information. Les programmes d'éradication et d'élimination peuvent devoir faire appel à un programme de surveillance très actif qui demande la détection et l'identification de chaque cas. En d'autres circonstances, c'est l'information sur le résultat de l'action qui est importante, tels que le pourcentage de traitements menés à bien et le taux de guérison, indicateurs essentiels de surveillance en matière de tuberculose par exemple. Il se peut que la surveillance de certaines maladies doive faire appel à plusieurs sources d'information afin de permettre de prendre des décisions à bon escient. Par exemple, en ce qui concerne la surveillance du VIH et du SIDA, il convient de suivre tout autant la proportion de la population positive pour le VIH que le nombre de nouveaux cas de SIDA. Il faut donc faire appel à une sérosurveillance VIH qui n'est d'habitude entreprise que dans certains sites représentatifs (« surveillance sentinelle »). Nonobstant la diversité des besoins en matière d'information, les données de surveillance présentent beaucoup d'éléments communs et la source des données est souvent un même individu ou une même famille, Il peut néanmoins y avoir des différences dans :

- la méthode de détection utilisée (détection active ou passive)
- la rapidité avec laquelle l'information doit passer au sein du système (information urgente ou de routine)
- la vitesse de réaction attendue (investigation immédiate des cas ou des flambées, ou analyse des données à intervalles réguliers, avec ajustement ultérieur du programme de lutte).

Pour que le système puisse fonctionner comme « système d'alerte précoce », il faut que la notification, la confirmation, la prise de décision et l'action surviennent rapidement. D'un autre côté, pour la plupart des maladies endémiques, il est important d'analyser soigneusement les données afin de pouvoir ajuster ou recentrer le programme de lutte. Il faut donc que le système national de surveillance soit capable de répondre à l'un et l'autre besoin, et il faudra parfois faire appel à des mécanismes d'information à deux vitesses.

Tous les systèmes de surveillance font appel à des fonctions semblables. On peut considérer le système dans son ensemble et envisager le développement et le renforcement de ce système de manière harmonieuse et coordonnée. Le défi consiste à :

- trouver où il est possible d'assurer la synergie entre les systèmes
- identifier les possibilités de coordination ou d'intégration entre diverses activités, tout en tenant compte des besoins particuliers de certains

programmes, qu'il s'agisse de la collecte d'informations complémentaires ou du recours à d'autres méthodes de surveillance.

Les fonctions essentielles à la surveillance de tout fait de santé sont :

- la détection du cas
- la notification
- l'investigation et la confirmation
- l'analyse et l'interprétation
- l'action
 - lutte/réaction
 - politique
 - rétroinformation.

Ces fonctions ne sont rendues envisageables que grâce à des activités de soutien qui améliorent les fonctions essentielles ci-dessus :

- établissement de normes (par exemple définition de cas)
- formation et supervision
- mise sur pied d'un soutien de laboratoire
- communications
- gestion des ressources.

Le niveau de coordination et d'intégration au sein du système national de surveillance affectera :

- la marche du système
- le coût du système
- la pérennité du système.

Définition des priorités

La liste des maladies ou des syndromes à surveiller en priorité est un des éléments importants du plan national de surveillance. Cette liste, qui doit être aussi courte que possible, sera établie en étroite collaboration avec les autorités sanitaires nationales. Pour définir les maladies prioritaires, on fera appel aux questions reprises ci-dessous, non seulement dans l'optique nationale mais en tenant compte également des aspects régionaux, voire internationaux, puisque les maladies peuvent se propager rapidement au-delà des frontières nationales :

- La maladie a-t-elle un impact significatif ?
(morbidité, incapacité, mortalité)
- La maladie a-t-elle un fort potentiel épidémique ?
(par exemple choléra, méningite à méningocoques, rougeole)
- La maladie constitue-t-elle une cible spécifique pour un programme de lutte national, régional ou international ?
(par exemple, maladie ciblée par le 9PGT, ou dont la surveillance est ciblée par un plan régional de l'OMS, maladie à déclaration obligatoire conformément au *Règlement sanitaire international*, programme de lutte OMS sur le plan régional ou international)

- L'information à recueillir aboutira-t-elle à une action importante en santé publique ?
(par exemple campagne de vaccination, autres mesures spécifiques de lutte à assurer au niveau central, notification internationale).

Outre les maladies spécifiques, il convient également d'envisager la surveillance de certains syndromes (par exemple le syndrome de fièvre hémorragique) ou de certaines questions de santé publique (par exemple la sensibilité de certains agents infectieux aux antibiotiques). Après – voire même avant – l'établissement d'une liste des maladies prioritaires, on procédera à un inventaire des activités de surveillance en cours. Cet inventaire reposera sur des visites de sites minutieuses et sur l'examen de tous les éléments clefs du système sanitaire, examen qui intéressera les secteurs publics et privés le cas échéant, ainsi que les organisations non gouvernementales impliquées dans des activités sanitaires à long terme dans le pays. Les éléments suivants sont à examiner pour chaque maladie ou syndrome sous surveillance :

- La définition du cas:
 - est-elle claire ?
 - est-elle adaptée ?
 - est-elle cohérente dans tout le système de surveillance ?
- Le mécanisme de notification :
 - est-il clair ?
 - est-il efficace ?
 - a-t-il une périodicité de notification adéquate ?
 - est-il accessible à toutes les personnes et établissements concernés ?
- L'analyse des données :
 - convient-elle ?
 - donne-t-elle matière à une présentation correcte ?
 - est-elle utilisée dans le processus décisionnel ?
- Le personnel impliqué :
 - a-t-il une bonne compréhension de la valeur du système de surveillance ?
 - a-t-il une compréhension claire des activités de surveillance qu'il accomplit ? s'intéresse-t-il à ces activités et les soutient-il ?
 - dispose-t-il de ressources humaines et matérielles suffisantes ?
- Le personnel impliqué :
 - est-il suffisamment formé ?
 - est-il adéquatement supervisé ?
- Le retour d'information de la part des niveaux intermédiaire et central:
 - est-il adapté ?
 - est-il suffisant ?
 - est-il motivant ?

Une fois l'évaluation des activités en cours effectuée, il faut répondre à la question suivante :

- Y a-t-il un programme de lutte opérationnel pour chacune des maladies prioritaires ?

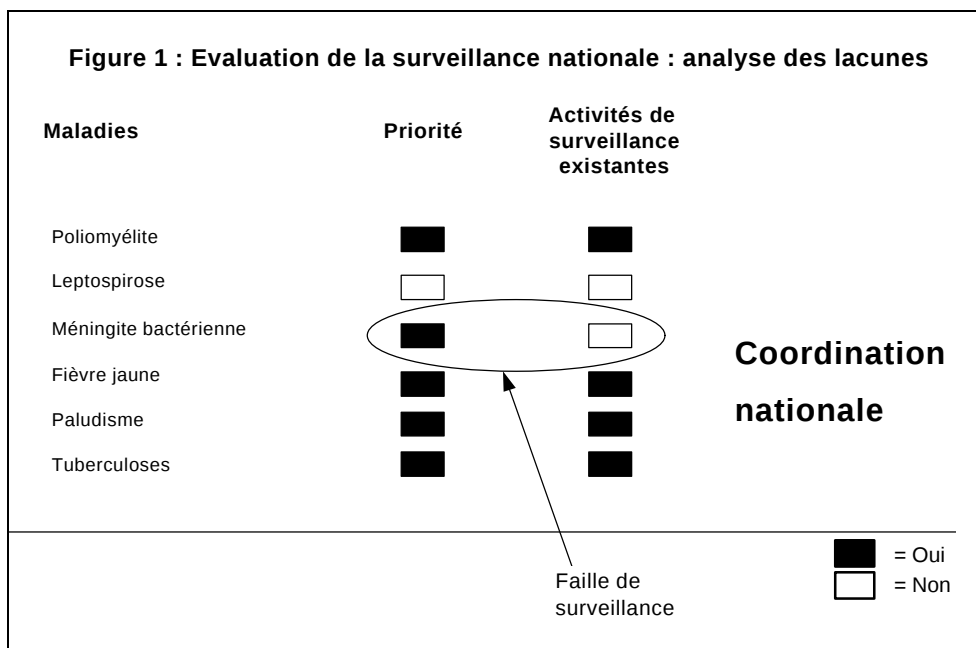
On examinera les activités de surveillance en cours par rapport aux besoins et l'on identifiera les lacunes éventuelles. Il se peut que certains syndromes et maladies fassent déjà l'objet d'une surveillance systématique (comme la notification périodique des données relatives aux cas de maladies sélectionnées) ou que l'on exige de procéder à leur notification dès que l'on soupçonne la survenue d'un cas ou dès confirmation du diagnostic. Tel est en particulier le cas pour les maladies pouvant entraîner une épidémie. On peut néanmoins appliquer à certaines pathologies des méthodes de surveillance différentes ou supplémentaires, comme celles qui reposent sur les laboratoires ou sur des réseaux sentinelles. On mettra l'accent sur l'ensemble minimum de données à recueillir, à analyser et à prendre en compte pour agir à tous les niveaux du système. Il ne faut collecter que l'information qui aide à décider en matière de santé publique.

Une fois les maladies prioritaires choisies et les lacunes identifiées, il conviendra d'élaborer un plan d'action pour la surveillance. On utilisera de préférence la méthode intégrée, qui tend à coordonner et à rationaliser les activités de surveillance. Un organisme central, qui peut être basé au Ministère de la Santé, agira en ce sens.

Les décisions essentielles pour l'élaboration d'une surveillance ont trait aux définitions de cas et aux méthodes de surveillance. Il arrive qu'il faille trouver des compromis en ce qui concerne le choix de la méthode de surveillance et le minimum d'information à recueillir afin de pouvoir assurer une démarche intégrée. Dans le présent document, les définitions de cas ont été adaptées aux besoins de la surveillance épidémiologique, en incluant souvent la définition des cas « cliniques » ou des cas « suspects ». Il existe un certain chevauchement entre les maladies et les syndromes. Dans certains cas une approche syndromique conviendra mieux, dans d'autres ce sera une approche spécifique des maladies. Il est en fait probable que les pays adopteront une approche syndromique au niveau périphérique mais qu'ils devront recourir à des diagnostics plus spécifiques lors de l'enquête et de la confirmation des flambées épidémiques. En tout état de cause, la terminologie doit être claire et acceptée par tous les partenaires qui assurent des activités de surveillance.

Les priorités en matière de surveillance doivent être adaptées à l'épidémiologie des maladies et des syndromes, ainsi qu'à l'infrastructure et aux ressources de chaque pays. Les systèmes nationaux de surveillance devront refléter les objectifs mondiaux pour la lutte contre les maladies transmissibles tels qu'ils sont établis par le programme général de travail de l'OMS et devront aussi s'accorder avec les plans régionaux de surveillance définis par les bureaux régionaux de l'Organisation. Il est essentiel que le système assure le retour de l'information par des boucles d'information prévues à cet effet. Cette « rétroinformation » peut prendre la forme d'un bulletin épidémiologique régulier avec tableaux et graphiques, qui montrera les tendances, décrira les progrès vers les objectifs, et fournira des rapports sur les enquêtes et les activités de lutte entreprises en cas de flambée épidémique. La formation du personnel aux activités de surveillance qu'il doit accomplir est cruciale ; il faut également assurer la formation continue à tous les niveaux, par le biais d'ateliers suivis d'une supervision attentive sur le terrain par exemple. Une étroite collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS et, si possible, la mise en place d'un programme national de formation en épidémiologie de terrain (par exemple FETP, EPIET) permettent d'assurer au mieux ces activités de formation/supervision.

La figure 1 montre un cas où la leptospirose n'est pas perçue comme étant prioritaire et ne fait donc pas l'objet d'activités de surveillance. La méningite bactérienne par ailleurs, pourtant perçue comme une maladie prioritaire, ne fait pas non plus l'objet d'une surveillance – et c'est une situation à laquelle il faut remédier.

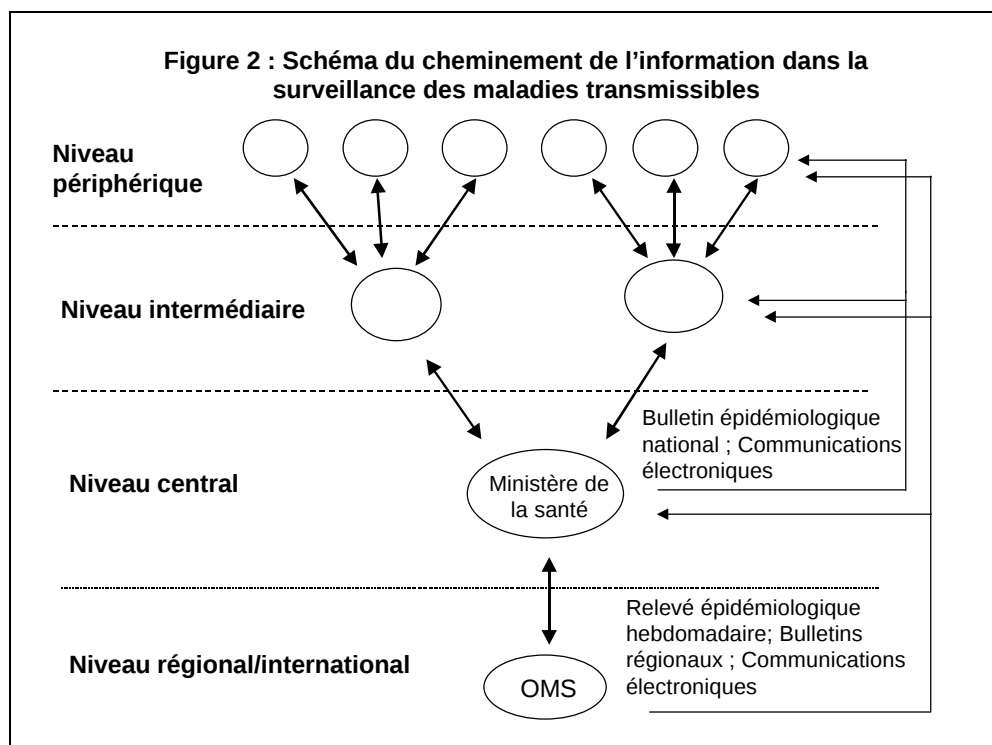


Notes explicatives

Le présent document tente d'identifier les activités et les tâches essentielles relatives à la surveillance d'une série de maladies transmissibles. Pour éviter les confusions, nous n'avons pas utilisé de dénominations de niveau administratif (comme « district » ou « province »). Nous avons plutôt essayé de répartir les activités de surveillance par niveau fonctionnel, en nous concentrant sur les diverses tâches effectuées à chaque niveau (périphérique, intermédiaire, central). Il est important de remarquer qu'il ne s'agit là que d'un prototype, lequel devra être adapté pour refléter la structure et le degré de complexité des services de santé existants. Quelle que soit la structure choisie, chaque niveau doit disposer de ressources suffisantes et recevoir une formation appropriée.

Le niveau périphérique : c'est à ce niveau que la personne malade entre en contact avec les services de santé pour la première fois. En général cette personne est vue par un médecin responsable des soins de santé primaire, par un autre agent de soins cliniques ou par une infirmière. Ce niveau offre donc en général la première occasion d'appliquer une surveillance épidémiologique. Il faut néanmoins se rappeler que la surveillance n'est qu'une des nombreuses tâches que doit accomplir le personnel de santé, personnel dont il est assez rare qu'il ait été bien formé à l'épidémiologie. Ce personnel peut même considérer que l'enregistrement et la notification des informations sont des procédures administratives sans importance réelle. La situation est encore aggravée par des définitions de cas déroutantes et difficiles à appliquer et par un nombre excessif de maladies à déclaration obligatoire. Pour que le recueil de l'information soit réussi, il doit être simple et il faut pouvoir en comprendre l'utilité sur place. On choisira à cette fin d'un nombre limité de maladies et de syndromes facilement reconnaissables ; normalement, leur identification ne devra pas impliquer de procédures de confirmation approfondies (sauf si ces procédures sont

indispensables). La méthode d'enregistrement doit s'harmoniser avec les pratiques courantes pour les dossiers médicaux et ne pas faire double emploi avec elles. En principe, on fera parvenir au niveau intermédiaire des notifications de cas suspects plutôt que de cas confirmés. Il est souhaitable que le personnel puisse lui-même présenter sous forme de tableaux et de graphiques les données qu'il a obtenues, afin de pouvoir suivre les tendances au niveau local. Enfin, la notification immédiate d'une maladie à potentiel épidémique doit être suivie d'une réponse tout aussi immédiate.



Tâches à accomplir au niveau périphérique

- diagnostic et prise en charge des cas
- notification des cas
- tabulations et graphiques simples des données.

Il arrive que certains états pathologiques fassent l'objet d'une *surveillance à assise communautaire*. Dans le contexte envisagé ici, cela signifie que, le plus souvent, des agents ou des responsables au sein de la communauté, après avoir reçu une formation élémentaire qui leur permette de reconnaître certaines maladies, détectent celles-ci à l'intérieur de la communauté et les notifient. La décision d'asseoir la surveillance au sein de la communauté doit reposer sur l'existence de besoins clairement identifiés et d'avantages indiscutables par rapport à la surveillance normalement assurée par les services de soins de santé. Les organisations non gouvernementales (ONG) travaillant sur le terrain, y compris les établissements de soins des missions et le secteur privé, jouent un rôle d'une importance croissante dans la surveillance des épidémies. Dans toute la mesure du possible, ces partenaires devront être pris en compte par le plan national de surveillance.

Le niveau intermédiaire collecte les données obtenues au niveau périphérique. L'analyse en continu de ces informations, afin de reconnaître les flambées épidémiques et les modifications des tendances, constitue la principale fonction à ce niveau dans le cadre de la surveillance des maladies transmissibles et de la lutte contre celles-ci. Ces analyses doivent entraîner des réponses : enquêtes ou interventions. Les mêmes sources d'informations peuvent servir à contrôler l'efficacité des interventions.

Certains pays peuvent avoir deux niveaux intermédiaires (par exemple districts et régions). Cela dépend de la taille du pays et de sa structure ainsi que du développement des services de santé. Très souvent, les professionnels à ce niveau ont d'autres tâches dans le domaine de l'administration des programmes. Il importe donc que les occupations de surveillance soient gérables et que les informations concernant la surveillance soient perçues comme ayant une utilité immédiate. Il peut se faire qu'il soit plus approprié de confier au niveau central l'exécution des enquêtes sur les flambées épidémiques.

Tâches à accomplir au niveau intermédiaire :

- prise en charge des cas lorsque celle-ci n'est pas possible au niveau périphérique
- analyse des données provenant du niveau périphérique pour établir :
 - les liens épidémiologiques
 - les tendances
 - le degré de réalisation des objectifs de lutte
- apport de données complémentaires par les laboratoires (ou diagnostic de laboratoire si possible)
- enquêtes en cas de suspicion de flambée épidémique
- retour de l'information au niveau périphérique
- notification des données et des flambées suspectées/confirmées au niveau central.

Le niveau central est en général le niveau où sont établies les politiques en matière de maladies infectieuses et où, le plus souvent, les ressources sont attribuées. Dans certains grands pays, le niveau central peut se trouver en fait au niveau fédéral. Le niveau central joue un rôle essentiel en soutenant les niveaux intermédiaires et en fournissant des services qui ne sont disponibles nulle part ailleurs (compétences élevées en épidémiologie ou services de laboratoires de haut niveau, par exemple). Il doit aussi réagir de manière coordonnée aux flambées épidémiques d'ampleur nationale. De surcroît, il peut analyser les tendances générales des maladies et cibler les ressources pour la lutte sur les zones à haut risque. Il doit assurer la liaison avec les autres pays et les organismes internationaux lors de la riposte à des flambées de portée internationale, dans la prise en charge des maladies soumises au *Règlement sanitaire international*, ou encore dans le cadre d'objectifs convenus pour la lutte ou l'élimination. Le niveau central pourra avoir accès à d'autres sources d'information comme les laboratoires nationaux de référence, où l'identification de microorganismes inhabituels doit déclencher une réaction.

Tâches à accomplir au niveau central :

- appui général aux activités nationales de surveillance et coordination de ces activités

- production des données de laboratoire si ces données ne sont pas disponibles au niveau intermédiaire (recours à des laboratoires régionaux ou internationaux de référence le cas échéant)
- analyse des données provenant du niveau intermédiaire pour établir :
 - les liens épidémiologiques
 - les tendances
 - le degré de réalisation des objectifs de lutte
- appui au niveau intermédiaire dans la lutte contre les flambées épidémiques
 - prise en charge des cas
 - laboratoire
 - épidémiologie
 - formation
 - logistique
- retour d'information au niveau intermédiaire et, si possible, au niveau périphérique
- rapports destinés à l'OMS, le cas échéant (*Règlement sanitaire international*, besoins spécifiques des programmes de lutte).

Il convient d'envisager *la collaboration avec des secteurs extra-médicaux* tels que l'agriculture, la médecine vétérinaire, l'environnement, là où elle s'impose (par exemple dans le cas des toxi-infections alimentaires, des maladies transmises par vecteur, des zoonoses et anthroponoses).

Notification zéro : quelle que soit la structure du système de surveillance, les informations sur les maladies prioritaires doivent y circuler d'une manière fluide et déclencher à tous les niveaux les réponses appropriées. Le système doit comporter la *notification zéro* : chaque site doit fournir une notification pour chaque période, même si la notification est de « zéro cas ». Cela permet d'éviter de confondre l'absence de notification avec l'absence de cas. En outre, le système de surveillance doit comporter des indicateurs de résultats concernant la notification (par exemple exhaustivité et régularité des rapports).

Retour d'information : Il n'est pas inutile de mentionner une fois de plus ici la nécessité d'intégrer des boucles de rétro-information dans le système. Il peut s'agir de bulletins épidémiologiques réguliers qui comportant des tableaux et des graphiques qui montrent les tendances et les progrès vers la réalisation des objectifs, ou de rapports sur les enquêtes et la lutte contre les flambées épidémiques.

Exemple de Présentation

A00	Cholera	Code CIM-10 Maladie ou syndrome
NOTIFICATION UNIVERSELLE DES CAS REQUISE PAR LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL		
JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE Le choléra provoque un nombre de décès estimé à 120 000 par an et il est prévalent dans 80 pays. Le monde connaît actuellement sa 7 ^{ème} pandémie. En Afrique, les épidémies sont devenues plus fréquentes avec une augmentation du taux de létalité. Les populations de réfugiés ou de personnes déplacées sont exposées à un risque majeur d'épidémie à cause des conditions régnant dans les camps (eau insalubre, mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement). La lutte contre la maladie nécessite une surveillance adaptée s'accompagnant d'une notification universelle des cas. L'éducation sanitaire des populations à risque et l'amélioration de leurs conditions de vie constituent des mesures de prévention essentielles. Le <i>Règlement sanitaire international</i> prévoit la notification universelle des cas.		Justification de la surveillance
DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE Définition du cas clinique - Dans une zone où la présence de la maladie est inconnue : déshydratation grave ou décès à la suite d'une diarrhée aqueuse aiguë chez un malade âgé de 5 ans ou plus ou - Dans une zone où sévit une épidémie de choléra : diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissements, chez un malade âgé de 5 ans ou plus*. Critères de laboratoire pour le diagnostic Isolement du <i>Vibrio cholerae</i> O1 ou O139 dans les selles de tout malade souffrant de diarrhée. Classification des cas Suspect : Cas répondant à la définition du cas clinique. Probable : Ne s'applique pas. Confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire. Remarque : Dans une zone menacée par le choléra, il faudra avoir essentiellement recours à la catégorie des « cas suspects » lorsque le nombre de cas « confirmés » augmente.		Définition de cas recommandée
SURVEILLANCE RECOMMANDÉE Surveillance systématique (à intégrer à celle des affections diarrhéiques : voir la section consacrée aux diarrhées aqueuses aiguës de l'enfance). Notification immédiate de chaque cas suspect, de la périphérie vers le niveau intermédiaire et vers le niveau central. On fera une enquête pour tous les cas suspects et grappes de cas. Les données cumulatives sur les cas seront intégrées dans les rapports hebdomadaires/ mensuels de la périphérie vers les niveaux intermédiaire et central. Au niveau international - obligation de notifier les cas suspects initiaux à l'OMS - obligation de transmettre les données cumulatives sur les cas à l'OMS En situation de flambée épidémique - intensification de la surveillance avec instauration du dépistage actif des cas - confirmation par le laboratoire à effectuer dès que possible - mise en place ultérieure de rapports hebdomadaires sur les cas, leur âge, les décès, les régions, les hospitalisations.		Surveillance recommandée
MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification - âge, sexe, informations géographiques - hospitalisation (O/N) - issue Données cumulatives à notifier - nombre de cas répartis selon l'âge et le sexe - nombre de décès.		Minimum d'informations à recueillir
ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS - utiliser des chiffres hebdomadaires, pas des moyennes variables - taux de létalité (graphiques) - représentations graphiques hebdomadaires/ mensuelles par zone géographique (district) et groupe d'âge (SIG) - comparaisons avec la même période au cours des cinq années précédentes.		Analyse des données, présentation et rapports recommandés
PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL détecter les flambées épidémiques, estimer l'incidence et le taux de létalité - enquêter en temps utile - évaluer la propagation et la progression de la maladie - planifier les fournitures pour les traitements, la prévention et les mesures de lutte - déterminer l'efficacité des mesures de lutte.		Principales utilisations des données dans le processus décisionnel
ASPECTS SPÉCIFIQUES On recommande la présence d'au moins un laboratoire de référence dans chaque pays pour l'identification de l'espèce. Une fois la présence du choléra certifiée dans une zone, il n'est plus nécessaire par la suite de confirmer tous les cas : on passera essentiellement à l'utilisation de la catégorie des « cas suspects ». Le suivi d'une épidémie doit néanmoins comporter de manière continue la confirmation par le laboratoire dans une petite proportion des cas. Dans les pays où le choléra est rare ou n'a pas été signalé auparavant, il faudra une confirmation en laboratoire des premiers cas (y compris la mise en évidence de <i>Vibrio cholerae</i> toxigène O1 ou O139 dans les selles, le cas échéant).		Aspects spécifiques
PERSONNES/ SERVICES À CONTACTER Dans les bureaux régionaux Voir en pages 18 à 23 les personnes ou les services à contacter dans les régions Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Riposte (CSR) Courrier électronique : chaignatc@who.ch / outbreak@who.ch Téléphone : (41 22) 791 3977 / 2662 / 2111 Télécopie : (41 22) 791 4893 / 0746 à l'attention de CSR.		Personnes/ services à contacter

SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES, PAR CRITÈRE DE SÉLECTION ET PAR DIVISION DE L'OMS

JUSTIFICATION	SITE	CONTACT
Ciblées pour éradication (9PGT 6.1)		
— dracunculose	CEE	N. Zagara
— poliomyélite	HTP/VAB	B. Aylward
Ciblées pour élimination (9PGT 6.2)		
— filariose lymphatique	CDS/CEE	E. Ottesen
— lèpre	CDS/CEE	D. Daumerie
— rougeole	HTP/VAB	A. Henao-Restrepo
— tétanos néonatal	HTP/VAB	M. Neill
— trypanosomiase américaine (Chagas)	TDR/TDF	A. Moncayo
Ciblées pour réduction d'incidence/prévalence (9PGT 6.3)		
— hépatite B	HTP/VAB	M. Kane
— paludisme	CDS/CPC	A. Rietveld
— tuberculose	CDS/CPC	M. Raviglione
Ciblée pour réduction de la transmission (9PGT 6.4)		
— SIDA/VIH	CDS/CSR	S. Lazzari
	ONUSIDA	B. Schwartzlander
Maladies soumises au <i>Règlement sanitaire international</i>		
— choléra	CDS/CSR	C.-L. Chaignat
— peste	CDS/CSR	E. Tikhomirov
— fièvre jaune	CDS/CSR	R. Arthur
Autres programmes internationaux de surveillance/lutte		
— brucellose	CDS/CSR	O. Cosivi
— coqueluche	HTP/VAB	P. Duclos
— dengue	CDS/CSR	R. Arthur
	CDS/CTD	M. Nathan
— diphtérie	HTP/VAB	J. Wenger
— dysenterie endémique	CDS/CSR	C.-L. Chaignat
— grippe	CDS/CSR	D. Lavanchy
— hépatite C	CDS/CSR	D. Lavanchy
— leishmaniose	CDS/CSR	P. Desjeux
— leptospirose	CDS/CSR	F. Meslin
— maladie de Creutzfeld-Jakob et variantes	CDS/CSR	F. Meslin
— méningite à méningocoques	CDS/CSR	E. Tikhomirov
— onchocercose	AFRO/OCF	A. Daribi
— rage	CDS/CSR	F. Meslin

– salmonellose (animale)	CDS/CSR	K. Stöhr
(d'origine alimentaire)	SDE/PHE	Y. Motarjemi
– schistosomiase et parasites intestinaux	CDS/CPC	L. Savioli
– trypanosomiase africaine	CDS/CSR	J. Jannin

Surveillance par syndrome ou voie de transmission

– affections diarrhéiques aiguës	CHS/CAH	C.-L. Chaignat
– fièvres hémorragiques virales	CDS/CSR	R. Arthur
– infections respiratoires aiguës	CHS/CAH	D. Robinson
– maladies sexuellement transmissibles (MST)	CHS/SHI	A. Gerbase
– résistance aux antibiotiques	CDS/CSR	R. Williams
– toxi-infections alimentaires	SDE/PHE	Y. Motarjemi
	CDS/CSR	K. Stöhr
– autres zoonoses	CDS/CSR	F. Meslin

Autres activités de surveillance en relation avec les maladies transmissibles

– enregistrement du cancer	CIRC*	D. Parkin
– données sanitaires et démographiques ; causes de décès, courbes de survie et tendances de mortalité	EIP/GPE	O. Frank

*Centre international de Recherche sur le Cancer,
150 Cours Albert Thomas F-69372 Lyon Cedex 08
Téléphone 33 (0) 4 72 73 84 32 Télécopie : 33 (0) 472 73 85 75
Courrier électronique : Parkin@iarc.fr

Surveillance régionale spécifique	AFRO	A. Kabore
	EMRO	Z. Hallaj
	EURO	B. Ganter
	OPS	S. Corber
	SEARO	A. V. Kumar
	WPRO	J.B. Bilous

PERSONNES À CONTACTER DANS LES BUREAUX RÉGIONAUX POUR LES MALADIES TRANSMISSIBLES

1. BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE (AFRO) *États Membres*

Afrique du Sud	Ghana	Ouganda
Algérie	Guinée	République centrafricaine
Angola	Guinée-Bissau	République démocratique du Congo
Bénin	Guinée équatoriale	République-Unie de Tanzanie
Botswana	Kenya	Rwanda
Burkina Faso	Lesotho	Sao Tomé-et-Principe
Burundi	Libéria	Sénégal
Cameroun	Madagascar	Seychelles
Cap-Vert	Malawi	Sierra Leone
Comores	Mali	Swaziland
Congo	Maurice	Tchad
Côte d'Ivoire	Mauritanie	Togo
Erythrée	Mozambique	Zambie
Ethiopie	Namibie	Zimbabwe
Gabon	Niger	
Gambie	Nigéria	

Personnes à contacter

Dr A. Kabore, Directeur f.f., Prévention et Lutte contre les Maladies
Téléphone direct : 1 407 73 92 36 Télécopie : 1 407 733 9009
Dr P. Lusamba, Conseiller régional, Lutte contre les Maladies émergentes et
autres Maladies transmissibles
Téléphone direct : 1 407 733 9338 Télécopie : 1 407 733 9009
Courrier électronique : ADIKPETOE@WHO.ORG
LUSAMBAP@WHO.ORG
ALEMUW@WHO.ORG
SAMBAE@HTSD.COM

Suite à la fermeture temporaire des bureaux d'AFRO à Brazzaville, un bureau
temporaire a été mis en place à Harare.
Téléphone : 263 4 706 951/707 493 Télécopie 263 4 705 619/702 044
En cas de difficultés à communiquer avec AFRO pour la surveillance des
maladies, veuillez prendre contact avec l'OMS, Genève
Courrier électronique : rodierg@who.ch / outbreak@who.ch
Téléphone : 41 22 791 2111 / 24142 / 2314 Télécopie 00 41 22 791 4198

Résumé du plan régional (AFRO) de des maladies transmissibles (AFR/RC/48/R2)

Maladies à éradiquer : dracunculose, poliomyélite
Maladies à éliminer : tétanos néonatal, lèpre
Maladies à potentiel épidémique : choléra, dysenterie bacillaire, fièvres
hémorragiques virales, fièvre jaune, méningite à méningocoques, peste,
rougeole.
Autres : diarrhée (moins de 5 ans), pneumonie (moins de 5 ans), VIH/SIDA,
MST, paludisme, trypanosomiase.

Les activités envisagées au sein du plan consisteront à :

1. procéder à une évaluation exhaustive des systèmes de surveillance
épidémiologique des maladies afin d'évaluer leurs faiblesses et leurs
besoins
2. évaluer la composante laboratoire des programmes de lutte afin de lui
accorder les moyens nécessaires
3. prendre les mesures nécessaires, y compris l'affectation de ressources,
afin de mettre en œuvre la stratégie régionale de surveillance des maladies
4. participer aux activités de coopération interpays dans l'esprit des
protocoles de coopération sous-régionale, y compris par la notification
rapide des épidémies à l'OMS et aux pays voisins.

2. BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES (AMRO, OPS) États Membres

Antigua-et-Barbuda	Cuba	Nicaragua
Anguilla	Dominique	Panama
Argentine	El Salvador	Paraguay
Aruba	Equateur	Pérou
Bahamas	États-Unis d'Amérique	Porto Rico*
Barbades	Grenade	République dominicaine
Belize	Guatemala	Sainte-Lucie
Bolivie	Guyana	Saint-Kitts-et-Nevis
Brésil	Haïti	Saint-Vincent-et-Grenadines
Canada	Honduras	Suriname
Chili	Îles Turks et Caïcos	Trinité-et-Tobago
Colombie	Jamaïque	Uruguay
Costa Rica	Mexique	Venezuela

* Membre associé

France	(Guyane française, Guadeloupe, Martinique)
Pays-Bas	(Antilles néerlandaises)
Royaume Uni	(Îles Vierges britanniques)

Personnes à contacter

Dr S. Corber, Directeur, Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles (HCP)
Téléphone (ligne directe) : 001 202 974-3648 ou 3643 Télécopie : 001 202 974-3632
Courrier électronique : CORBERST@PAHO.ORG

Dr G. Schmunis, Coordinateur, Programme des Maladies transmissibles (HCP/HCT)
Téléphone (ligne directe) : 001 202 974-3272 Télécopie : 001 202 974 36 88
Courrier électronique : SCHMUNIG@PAHO.ORG

Dr M. Libel, Programme des Maladies transmissibles (HCP/HCT)
Téléphone (ligne directe) : 001 202 974 31 29 Télécopie : 001 202 974 36 88
Courrier électronique : LIBELAMAR@PAHO.ORG

Dr R. Rodriguez, Programme des Maladies transmissibles (HCP/HCT)
Téléphone (ligne directe) : 001 202 974 34 94 Télécopie : 001 202 974 36 88
Courrier électronique : RODRIGRO@PAHO.ORG

Résumé du plan de surveillance des maladies transmissibles (OPS/AMRO) :

1. *Renforcer les réseaux de surveillance pour les maladies infectieuses* dans la région des Amériques. Les réseaux de surveillance, étroitement liés aux fonctions de diagnostic, fonctionnent en tant que systèmes d'alerte précoce. Une plate-forme électronique intégrée pourra récolter et disséminer sur le réseau Internet l'information sur la survenue de maladies infectieuses sélectionnées et de flambées reconnues.
2. *Mettre sur pied les infrastructures au niveau national et régional* pour assurer l'alerte précoce et la réaction rapide aux menaces de maladies infectieuses, en faisant appel au renforcement des laboratoires et à des programmes de formation pluridisciplinaires.
3. *Promouvoir le développement accru de la recherche appliquée* dans les domaines du diagnostic précoce, de l'épidémiologie et de la prévention. Il conviendra de développer les priorités de recherche spécifiques selon les besoins de chaque pays, en complément des activités destinées à combattre les défis qui émergent à travers la région, tels que le choléra, l'infection par le VIH et la tuberculose.
4. *Renforcer les capacités régionales de mise en œuvre des stratégies* pour la prévention et la lutte (composantes d'action et de rétro-information du Plan régional d'action).

3. BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE (EMRO) États Membres

Afghanistan	Iran (République islamique)	Pakistan
Arabie saoudite	Iraq	Qatar
Bahreïn	Jamahiriya arabe libyenne	République arabe syrienne
Chypre	Jordanie	Somalie
Djibouti	Koweït	Soudan
Egypte	Liban	Tunisie
Emirats arabes unis	Maroc	Yémen
	Oman	

Personnes à contacter

Dr M. H. Wahdan, Special Adviser, Polio
Téléphone (ligne directe) : 00 203 488 2300 Télécopie : 00 203 48 33 285
Courrier électronique : WAHDANM@WHO.SCI.EG
Dr Z. Hallaj, Director, Communicable Disease Control
Courrier électronique : HALLAJZ@WHO.SCI.EG Télécopie : 00 203 48 38 916
Dr E. El-Samani, Conseiller régional CSR Téléphone (ligne directe) : 00 203 488 2286
Télécopie (ligne directe) : 00 203 483 8916
Courrier électronique : ELSAMANIF@WHO.SCI.EG

Résumé du plan de surveillance des maladies transmissibles (EMRO)

1. Élaborer une liste de maladies prioritaires pour en assurer la surveillance.
2. Élaborer des lignes directrices pour la surveillance.
3. Mettre sur pied des systèmes nationaux de gestion des épidémies.
4. Mettre au point un système d'information publique efficace.
5. Identifier des Centres collaborateurs régionaux et renforcer leur rôle.
6. Mettre au point un système régional de riposte rapide.
7. Renforcer les courants de communication entre les États Membres et l'OMS.

4. BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE (EURO)**États Membres**

Albanie	France	Pays-Bas
Allemagne	Géorgie	Pologne
Andorre	Grèce	Portugal
Arménie	Hongrie	République de Moldova
Autriche	Irlande	République tchèque
Azerbaïdjan	Islande	Roumanie
Bélarus	Israël	Royaume-Uni de Grande-
Belgique	Italie	Bretagne et d'Irlande du
Bosnie-Herzégovine	Kazakhstan	Nord
Bulgarie	Kirghizistan	Saint-Marin
Croatie	Lettonie	Slovaquie
Danemark	Lituanie	Slovénie
Espagne	Luxembourg	Suède
Estonie	Malte	Suisse
Ex-République	Monaco	Tadjikistan
yougoslave	Norvège	Turkménistan
de Macédoine	Ouzbékistan	Turquie
Fédération de		Ukraine
Russie		Yougoslavie
Finlande		

Personnes à contacter

Dr R. Bertolini, Maladies transmissibles
Téléphone (ligne directe) 00 45 39 17 20 42
Télécopie : 00 45 39 17 18 18 Att : Maladies transmissibles
Courrier électronique : BER@who.dk
Dr B. Ganter, Conseiller régional, Département des Maladies transmissibles
Téléphone 00 45 39 17 13 98 Télécopie : 00 45 39 17 18 18
Att : Maladies transmissibles Courrier électronique : BGA@who.dk

Résumé du plan de surveillance des maladies transmissibles (EURO)

Le programme EURO en matière de maladies transmissible et de vaccinations est concentré sur les principaux problèmes de santé publique dans ce domaine : l'infection par le VIH et le SIDA, la tuberculose et les maladies évitables par vaccination (y compris l'éradication de la poliomyélite). Depuis les changements politiques et socio-économiques survenus en Europe orientale, on constate l'apparition ou la réapparition de nombreux problèmes de maladies transmissibles, parmi lesquels :

- des épidémies de diphtérie et de syphilis
- le VIH chez les utilisateurs de drogues par voie injectable et autres groupes à risque
- l'augmentation dramatique de la morbidité et de la mortalité par tuberculose
- l'observation croissante de résistance bactérienne aux antibiotiques
- la réapparition du paludisme dans les pays limitrophes de SEARO et de EMRO
- des flambées et des épidémies de maladies diarrhéiques liées aux aliments ou à l'eau.

Dans la partie orientale de la région, ces problèmes rendent prioritaire la surveillance des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies. Le Comité régional a approuvé le plan de travail pour la période biennale en cours.

5. BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'ASIE DU SUD-EST (SEARO) *États Membres*

Bangladesh	Maldives	République populaire
Bhoutan	Myanmar	démocratique de Corée
Inde	Népal	Sri Lanka
Indonésie		Thaïlande

Personnes à contacter

Dr Vijay Kumar, Directeur, Lutte intégrée contre les Maladies (ICD)
Téléphone: 00 91 11 331 7804 ext. 523/524 Télécopie : 00 91 11 331 8412
Dr M.V.H. Gunaratne, Conseiller régional sur les Maladies transmissibles (CDG)
Téléphone: 00 91 11 331 7804 Télécopie : 00 91 11 331 8607
Courrier électronique GUNARATNEM@WHOSEA.ORG
Dr A. G. Andjaparidze, Conseiller régional, Maladies transmissibles (CDA)
Téléphone : 00 91 11 331 7804 à 7823 Télécopie : 00 91 11 331 8412
Courrier électronique ANDJAPARIDZEA@WHOSEA.ORG
Dr Deoraj (Harry) Caussy, Epidémiologiste régional
Téléphone 00 9111331 7804 à 7823
Courrier électronique : CAUSSY@WHOSEA.ORG

Résumé du plan régional de SEARO pour la surveillance des maladies transmissibles

La Région a adopté une approche intégrée de lutte contre les maladies transmissibles importantes en santé publique. Les priorités régionales comportent :

- l'éradication ou l'élimination de la Région de maladies comme la dracunculose (Inde), la poliomyélite et la lèpre
- la limitation de l'impact du paludisme et de la tuberculose
- l'intensification de la prévention et de lutte contre les maladies transmissibles qui posent des problèmes majeurs de santé publique dans la Région, grâce à la mise en place de mécanismes adaptés de surveillance aux niveaux régional et national
- le renforcement de la surveillance et du suivi des maladies transmissibles prioritaires qui peuvent diffuser rapidement, et l'organisation d'une riposte efficace contre ces flambées/épidémies par la planification, le suivi et l'évaluation des programmes de lutte.

Voici, pour les prochaines années, les stratégies régionales qui seront employées dans la lutte contre les maladies transmissibles :

1. renforcement de la surveillance épidémiologique
2. renforcement des capacités et des services de laboratoire
3. établissement de mécanismes de riposte rapide
4. surveillance de la résistance aux antimicrobiens
5. établissement d'un réseau international de surveillance des maladies
6. plaidoyer et mobilisation de l'aide internationale.

6. BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL (WPRO) *États Membres*

Australie	Malaisie	République de Corée
Brunéi Darussalam	Micronésie (États fédérés de)	République démocratique populaire lao
Cambodge	Nauru	Samoa
Chine	Niue	Singapour
Fidji	Nouvelle-Zélande	Tokélaou*
Îles Cook	Palau	Tonga
Îles Marshall	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Tuvalu
Îles Salomon	Philippines	Vanuatu
Japon		Viet Nam
Kiribati		

* Membre associé

États-Unis d'Amérique	(Samoa américaine, Guam, Commonwealth des îles Mariannes du Nord)
France	(Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Îles Wallis et Futuna)
Portugal	(Macao)
Royaume Uni	(Île Pitcairn)

Personnes à contacter

Dr J.B. Bilous, Directeur, Lutte contre les Maladies (DPC)
 Téléphone (ligne directe) : 00 632 528 8001 Télécopie : 00 632 521 1036
 Courrier électronique : bilousj@who.org.ph
 Dr Chris Maher, Conseiller régional f.f. pour les Maladies transmissibles, CDS
 Téléphone (ligne directe) : 00 632 522 9964 Télécopie : 00 632 528 8001
 Courrier électronique : maherc@who.org.ph
 Dr Reiko Muto, Cadre associé, CDS Courrier électronique : mutor@who.org.ph

Résumé du plan régional de WPRO pour la surveillance des maladies transmissibles

Surveillance de la poliomyélite
 Surveillance de la rougeole
 Surveillance de la résistance aux antimicrobiens
 Surveillance des MST et du SIDA, y compris les infections à gonocoques
 Surveillance de la résistance aux médicaments antipaludiques et antituberculeux
 Surveillance de la grippe en Chine (souches humaines et animales)
 Pour les autres maladies infectieuses, notification annuelle ou mensuelle des cas à WPRO.
 WPRO élabore également des mécanismes de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jacob (laquelle n'existe pas pour l'instant dans la région), dans le cadre de la surveillance mondiale de cette affection.

A 23 Brucellose (humaine)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La brucellose est la zoonose la plus répandue ; elle se transmet par contact direct entre des animaux (bovins, moutons, chèvres, porcs, chameaux ou buffles) et le sang, le placenta, le fœtus ou les sécrétions utérines, ou par la consommation de produits contaminés crus d'origine animale (en particulier le lait et les produits laitiers). La brucellose humaine à *Brucella melitensis* a de graves conséquences en santé publique dans les zones où l'on élève ovins et caprins. A l'échelle mondiale, la brucellose a un impact important sur la santé humaine et l'industrie animale. Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire dans la plupart des pays. Les mesures de lutte reposent sur la prévention ; la surveillance est un élément clef pour gérer les programmes de prévention et de lutte.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Maladie se caractérisant par un début brutal ou insidieux, une fièvre continue, intermittente ou irrégulière de durée variable, des sueurs profuses, notamment la nuit, de la fatigue, une anorexie, une perte de poids, des céphalées, des arthralgies et des douleurs généralisées. Des infections localisées peuvent survenir dans divers organes.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- isolement de *Brucella spp.* à partir d'un échantillon clinique **ou**
- titre d'agglutination, par exemple séro-agglutination de Wright en tube : SAT_≥160 dans au moins un échantillon de sérum obtenu après le début des symptômes **ou**
- ELISA (IgA, IgG, IgM), test au 2-mercaptoéthanol, réaction de fixation du complément, test de Coombs, immunofluorescence, essai radioimmunologique pour détecter les anticorps antilipopolsaccharides ; contre-immunoélectrophorèse.

Classification des cas

- Suspect :** Cas compatible avec la description clinique **et** un lien épidémiologique avec des cas suspects ou confirmés chez l'animal ou des produits contaminés d'origine animale.
- Probable :** Cas suspect ayant une réaction positive à l'épreuve au rose Bengale.
- Confirmé :** Cas suspect ou probable confirmé par le laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Surveillance systématique, notamment pour les groupes à haut risque (fermiers, bergers, personnel des abattoirs, bouchers, vétérinaires, personnel de laboratoire...).

Déclaration immédiate obligatoire des cas par les personnes assurant des soins de santé ou les laboratoires auprès du niveau supérieur de la santé publique ainsi qu'au niveau approprié du secteur de la santé vétérinaire. Si, dans les pays d'endémie, il n'est pas possible d'enquêter sur tous les cas signalés, il conviendra d'enquêter sur une proportion représentative de ces cas.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- classification du cas (suspect/ probable/ confirmé)
code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques, profession et groupe ethnique le cas échéant
date du début de la maladie, date de la notification
- anamnèse de l'exposition
- issue

Données cumulatives

- nombre de cas dans chaque catégorie (suspect/ probable/ confirmé),
âge, sexe, zone géographique, profession

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Graphiques : nombre de cas probables/ confirmés par mois

Tableaux : nombre de cas probables/ confirmés par âge, sexe, mois et
endroit

Cartes : nombre de cas probables/ confirmés, par endroit.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Données de surveillance

- estimer l'ampleur du problème chez l'homme et l'animal
- suivre la répartition de l'infection chez l'homme et l'animal
- contrôler et évaluer l'impact des actions de prévention chez l'homme et
celui des mesures de lutte/ élimination chez l'animal.

Données d'enquête

- identifier les populations à risque
- identifier les produits d'origine animale potentiellement contaminés
- identifier les sources animales potentiellement contaminées (troupeaux
de gros et de petit bétail).

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Les activités de surveillance entreprises tant par le secteur de la santé publique que par celui de la santé vétérinaire doivent être complètement coordonnées et intégrées. Il faut créer des aménagements administratifs entre les deux secteurs pour la notification croisée immédiate des cas ou des flambées et les enquêtes conjointes sur ces cas ou flambées.

Il conviendra de promouvoir les programmes de surveillance et de lutte dans les zone d'élevage des caprins.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : cosivio@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2531 / 4687 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4893 / 0746 à l'attention de CSR.

A22 Charbon (humain)**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

Zoonose répandue transmise aux êtres humains à partir des animaux domestiques (bovins, moutons, chèvres, buffles, porcs, etc.) par contact direct ou par l'intermédiaire de produits d'origine animale. Le charbon humain pose un problème sérieux dans plusieurs pays et il existe un risque potentiel de flambées épidémiques explosives, notamment pour la forme intestinale. Les infections pulmonaires par inhalation ressortissent surtout aux maladies professionnelles, mais il ne faut pas oublier la menace que peut poser le charbon dans la guerre bactériologique. Le risque posé par la maladie affecte sérieusement le marché des produits animaux. La lutte contre le charbon est fondée sur la prévention chez le bétail : les programmes restreints à l'espèce humaine sont coûteux et auront peu d'effet sauf en cas de risques professionnels. Dans ce dernier cas, on dispose d'un vaccin efficace pour l'homme. On dispose aussi d'un vaccin pour le bétail, en particulier pour les troupeaux exposés de façon constante à des sols contaminés. Le charbon est dans la plupart des pays une maladie à déclaration obligatoire. La surveillance est importante pour contrôler les programmes de lutte et détecter les flambées.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description clinique**

Maladie d'installation brutale et se caractérisant par plusieurs formes cliniques :

(a) forme localisée

- *cutanée* : lésion dermique évoluant en un à six jours d'une papule à une escarre noirâtre, toujours accompagnée d'un œdème modéré à étendu, en passant par un stade vésiculeux.

(b) formes généralisées

- *gastro-intestinale (digestive)* : troubles abdominaux se caractérisant par des nausées, des vomissements, de l'anorexie et suivie de fièvre
- *respiratoire (pulmonaire par inhalation)* : phase prodromique brève ressemblant à une infection respiratoire virale aiguë, se poursuivant par une installation rapide de l'hypoxie, de la dyspnée et une forte température ; l'examen radiologique montre un élargissement de la zone médiastinale
- *méningée* : installation brutale d'une forte fièvre avec parfois convulsions et perte de conscience, signes et symptômes méningés ; ce tableau est courant dans toutes les infections systémiques.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Confirmation du laboratoire par **au moins une** des méthodes suivantes :

- isolement de *Bacillus anthracis* à partir d'un échantillon clinique (sang, lésions, écoulements)
- mise en évidence de *B. anthracis* dans un échantillon clinique au moyen de l'observation au microscope de frottis colorés de liquide vésiculaire, de sang, de liquide céphalo-rachidien, de liquide pleural, de selles
- sérologie positive (ELISA, Western blot, détection de la toxine, chromatographie, réaction d'immunofluorescence, réaction en chaîne par Polymérase).

Remarque : Il est parfois impossible de mettre en évidence *B. anthracis* dans les échantillons cliniques lorsque le malade a été traité avec des agents antimicrobiens.

Classification des cas

Suspect : Cas compatible avec la description clinique **et** lien épidémiologique avec un cas confirmé ou suspect chez un animal ou avec des produits contaminés d'origine animale.

Probable : Cas suspect présentant une réaction positive au test cutané allergologique (chez les individus non vaccinés).

Confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Le rapport des cas animaux aux cas humains est de l'ordre de 1 à 20, et il est donc peu efficace de ne fonder la surveillance que sur le signalement de cas humains. Il faut entreprendre une surveillance systématique, notamment chez les groupes à haut risque (personnes travaillant dans les abattoirs, bergers, vétérinaires, travailleurs de l'industrie de la laine et du cuir), et investiguer toute mort subite inexpliquée chez le bétail. Déclaration immédiate obligatoire des cas au niveau périphérique (agents de santé ou laboratoires) auprès des niveaux intermédiaires et centraux de la santé publique, ainsi qu'au niveau approprié de la santé vétérinaire. Chaque cas doit faire l'objet d'une enquête.

Notification mensuelle systématique des données cumulatives concernant les cas confirmés et les rapports d'enquêtes, du niveau intermédiaire au niveau central (santé et services vétérinaires).

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR**Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification**

- classification du cas par type (suspect/ probable/ confirmé) et par forme clinique (cutanée/ digestive/ respiratoire/ méningée)
- code d'identification unique, âge, sexe, données géographiques, profession
- date du début de la maladie, date de la notification
- histoire de l'exposition
- issue.

Données cumulatives à notifier au niveau central

- nombre de cas confirmés répartis par âge, sexe et forme clinique (cutanée/ gastro-intestinale/ pulmonaire (inhalation) / méningée)
- de même, pour le bétail, notification des flambées et des cas selon l'espèce et les zones géographiques ou administratives pertinentes.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Graphiques : nombre de cas suspects/ probables/ confirmés, dans le temps

Tableaux : nombre de cas suspects/ probables/ confirmés répartis dans le temps, par âge, par sexe et par zone géographique

Cartes : nombre de cas humains et animaux, par zone géographique.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL**Données de surveillance**

- estimer l'ampleur du problème chez les humains et les animaux
- suivre la répartition et la propagation de l'infection chez les humains et les animaux
- détecter les flambées chez les humains et les animaux
- contrôler et évaluer l'impact des actions de prévention chez les humains et des mesures de lutte chez les animaux.

Données d'enquête

- identifier les populations à risque
- identifier les produits d'origine animale potentiellement contaminés
- identifier les sources animales potentiellement contaminés (menu ou gros bétail).

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Les activités de surveillance entreprises tant par le secteur de la santé publique que par celui de la santé vétérinaire doivent être complètement coordonnées et intégrées. Il faut créer des aménagements administratifs entre les deux secteurs pour la notification croisée immédiate des cas ou des flambées et les enquêtes conjointes sur ces cas ou flambées. Il convient d'encourager les programmes de surveillance et de lutte dans les zones à risque élevé, par exemple les zones où le sol est calcaire ou acide.

PERSONNES/ SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : cosivio@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2531 / 4687 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4893 / 0746 à l'attention de CSR.

A00 Choléra

notification universelle

des cas requise par le règlement sanitaire international

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Le choléra provoque un nombre de décès estimé à 120 000 par an et il est prévalent dans 80 pays. Le monde connaît actuellement sa 7^{ème} pandémie. En Afrique, les épidémies sont devenues plus fréquentes avec une augmentation du taux de létalité. Les populations de réfugiés ou de personnes déplacées sont exposées à un risque majeur d'épidémie à cause des conditions régnant dans les camps (eau insalubre, mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement). La lutte contre la maladie nécessite une surveillance adaptée s'accompagnant d'une notification universelle des cas. L'éducation sanitaire des populations à risque et l'amélioration de leurs conditions de vie constituent des mesures de prévention essentielles. Le *Règlement sanitaire international* prévoit la notification universelle des cas.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Définition du cas clinique

- *dans une zone où la présence de la maladie est inconnue* : déshydratation grave ou décès à la suite d'une diarrhée aqueuse aiguë chez un malade âgé de 5 ans ou plus **ou**
- *dans une zone où sévit une épidémie de choléra* : diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissements, chez un malade âgé de 5 ans ou plus*.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

isolement du *Vibrio cholerae* O1 ou O139 dans les selles de tout malade souffrant de diarrhée.

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la définition du cas clinique

Probable : Ne s'applique pas

Confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire.

Remarque : Dans une zone menacée par le choléra, il faudra avoir essentiellement recours à la catégorie des « cas suspects » lorsque le nombre de cas « confirmés » augmente.

* Les enfants de moins de 5 ans peuvent avoir le choléra ; néanmoins, l'incorporation de tous les cas de diarrhée aqueuse aiguë dans le groupe des 2 à 4 ans à la notification du choléra réduirait beaucoup la spécificité de celle-ci. En ce qui concerne la *prise en charge*, on soupçonnera cette maladie dans tous les cas de diarrhée aqueuse aiguë dans une zone où sévit une épidémie de choléra.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Surveillance systématique (à intégrer à celle des affections diarrhéiques : voir la section consacrée aux diarrhées aqueuses aiguës de l'enfance).

Notification immédiate de chaque cas suspect, de la périphérie vers le niveau intermédiaire et vers le niveau central. On fera une enquête pour tous les cas suspects et grappes de cas.

Les données cumulatives sur les cas seront intégrées dans les rapports hebdomadaires/ mensuels de la périphérie vers les niveaux intermédiaire et central.

Au niveau international :

- obligation de notifier les cas suspects initiaux à l'OMS
- obligation de transmettre les données cumulatives sur les cas à l'OMS.

En situation de flambée épidémique :

- intensification de la surveillance avec instauration du dépistage actif des cas confirmation par le laboratoire à effectuer dès que possible mise en place ultérieure de rapports hebdomadaires sur les cas, leur âge, les décès, les régions, les hospitalisations.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- âge, sexe, informations géographiques
- hospitalisation (O/N)
- issue.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas répartis selon l'âge et le sexe
- nombre de décès.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- utiliser des chiffres hebdomadaires, pas des moyennes variables
- taux de létalité (graphiques)
- représentations graphiques hebdomadaires / mensuelles par zone géographique (district) et groupe d'âge (SIG)
- comparaisons avec la même période au cours des cinq années précédentes.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- détecter les flambées épidémiques, estimer l'incidence et le taux de létalité
- enquêter en temps utile
- évaluer la propagation et la progression de la maladie.
- planifier les fournitures pour les traitements, la prévention et les mesures de lutte.
- déterminer l'efficacité des mesures de lutte.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

On recommande la présence d'au moins un laboratoire de référence dans chaque pays pour l'identification de l'espèce. Une fois la présence du choléra certifiée dans une zone, il n'est plus nécessaire par la suite de confirmer tous les cas : on passera essentiellement à l'utilisation de la catégorie des « cas suspects ». Le suivi d'une épidémie doit néanmoins comporter de manière continue la confirmation par le laboratoire dans une petite proportion des cas.

Dans les pays où le choléra est rare ou n'a pas été signalé auparavant, il faudra une confirmation en laboratoire des premiers cas (y compris la mise en évidence de *Vibrio cholerae* toxigène O1 ou O139 dans les selles, le cas échéant).

PERSONNES/ SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : chagnatc@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3977 / 2662 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4893 / 0746 à l'attention de CSR.

A37.0 Coqueluche**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

La coqueluche est une cause importante de morbidité et de mortalité dans l'enfance. On estime à 45 millions le nombre annuel de cas, avec 400 000 morts. Le taux de létalité peut atteindre 15% dans les pays en développement. La prévention s'appuie principalement sur une couverture vaccinale élevée grâce à un vaccin efficace. Les données de la surveillance permettent de contrôler l'impact de la vaccination sur l'incidence et d'identifier les zones à haut risque et les flambées.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description du cas clinique**

Personne présentant une toux pendant au moins deux semaines avec **au moins un des signes suivants** :

- accès de toux paroxystique (quintes)
- « reprise » inspiratoire
- vomissements après la toux (c'est-à-dire déclenchés immédiatement par la toux) sans autre cause apparente.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- isolement de *Bordetella pertussis*, **ou**
- détection de séquences génomiques par PCR (réaction en chaîne par polymérase).

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la description du cas clinique.

Confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification mensuelle systématique des données cumulatives pour les cas suspects et confirmés, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central.

Toute flambée épidémique fera l'objet d'une enquête immédiate et sera confirmée par le laboratoire. Pendant une flambée, les données relatives à chaque cas doivent être recueillies.

Afin de suivre les manifestations épidémiologiques changeantes de la coqueluche dans les pays à faible incidence (où la couverture vaccinale dépasse en général 80%), on pourra assembler des données supplémentaires sur l'âge et le statut vaccinal. On pourra aussi envisager des enquêtes sentinelles, des enquêtes fondées sur les cas, ou bien une surveillance active ainsi que des enquêtes occasionnelles ou la confirmation en laboratoire des cas suspects.

Au niveau international : Les données cumulatives sur les cas cliniques (suspects) et confirmés doivent faire partie des rapports de surveillance mensuels envoyés systématiquement par tous les pays aux bureaux régionaux de l'OMS en conformité avec les spécifications régionales.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR**Données cumulatives à notifier**

- nombre de cas
- nombre de troisièmes injections du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC3) administrées aux nourrissons
- exhaustivité/ régularité des rapports mensuels.

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- code d'identification unique
- informations géographiques (district et province, par exemple)
- date de naissance
- date du début de la maladie
- nombre total de doses vaccinales contre la coqueluche 99=pas d'information
- classification (1=confirmé ; 2=suspect ; 3=rejeté)
- issue (1=vivant ; 2=décédé ; 3=non pris en compte).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Données cumulatives

- taux d'incidence en fonction du mois, de l'année et de la zone géographique
- couverture de DTC3 par année et zone géographique
- exhaustivité/ régularité de la notification mensuelle
- morbidité proportionnelle (par rapport aux autres maladies importantes en santé publique).

Données relatives aux cas individuels, les mêmes pour les données cumulées plus :

- taux d'incidence en fonction de l'âge
- statut vaccinal des cas
- taux de létalité
- mortalité proportionnelle (par rapport aux autres maladies importantes en santé publique).

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- Enquêter sur les flambées afin de comprendre l'épidémiologie de la coqueluche dans le pays, pourquoi la flambée s'est produite (par exemple échec du vaccin, de la vaccination de la population, accumulation de personnes sensibles, disparition de l'immunité) et afin de garantir une prise en charge adaptée des cas.
- Suivre le taux de létalité. S'il est élevé, en déterminer la cause (par exemple : mauvaise prise en charge des cas, manque d'antibiotiques, traitement symptomatique insuffisant, malades ne cherchant pas à se soigner suffisamment à temps).
- Déterminer le taux d'incidence en fonction de l'âge et de la zone géographique pour connaître les groupes à risque.
- Suivre le taux d'incidence pour évaluer l'impact des efforts de lutte.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Aucun.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme mondial OMS des Vaccins et Vaccinations (VAB)

Courrier électronique : duclosp@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 4527 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4193 à l'attention de VAB.

81.0 Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

L'incidence de la MCJ et de ses variantes n'est pas surveillée dans de nombreuses parties du monde à l'heure actuelle. En 1996, une nouvelle variante de MCJ (nvMCJ) a été reconnue au Royaume-Uni. On a par la suite établi un lien étiologique entre cette variante et l'agent de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB). On ne connaît pas la taille de la population exposée et sensible à cet agent au Royaume-Uni et on a en outre des incertitudes quant à la durée potentielle et à la distribution de la période d'incubation, ce qui rend difficile toute prévision utile du futur nombre de cas de nvMCJ. D'autres populations pourraient avoir été exposées lors de l'importation de bovins vivants ou de produits dérivés provenant de pays infectés par l'ESB, ou par l'utilisation de produits cosmétiques ou médicaux renfermant des tissus bovins. La surveillance mondiale de la nouvelle variante et des autres formes de MCJ permettra d'améliorer la compréhension de ces maladies, y compris celle des causes éventuelles de MCJ iatrogène, et de la répartition des diverses formes héréditaires. La surveillance fournira aussi l'information requise pour se protéger contre les risques de la maladie.

DÉFINITIONS DE CAS RECOMMANDÉES ET SOUS-TYPES DE MCJ

1. MCJ sporadique

(a) *MCJ présumée (possible)* :

- démence progressive **et**
- EEG atypique ou inconnu **et**
- durée inférieure à 2 ans **et**
- **au moins 2 des 4 manifestations cliniques suivantes** : myoclonie, troubles de la vision ou du cervelet, troubles pyramidaux/ extrapyramidaux, mutisme akinétique.

(b) *MCJ probable* :

(en l'absence d'autre diagnostic suggéré par les investigations standard)

- démence progressive **et au moins 2 des 4 manifestations cliniques suivantes** :
 - (1) myoclonie
 - (2) troubles de la vision ou du cervelet
 - (3) troubles pyramidaux/ extrapyramidaux
 - (4) mutisme akinétique

avec

- EEG typique, quelle que soit la durée clinique, **et/ou**
- test positif du liquide céphalo-rachidien pour 14-3-3 avec une durée inférieure à 2 ans jusqu'au décès.

(c) *MCJ confirmée*

- confirmation neuro-anatomopathologique **et/ou**
- mise en évidence de la protéine prion résistante à la protéase (*PrP*) par Western blot ou immunopathologie **et/ou**
- présence de fibrilles associées à la tremblante.

2. MCJ iatrogène

- syndrome cérébelleux évolutif chez un patient traité par des hormones hypophysaires prélevées sur des cadavres humains
- MCJ sporadique avec un risque d'exposition reconnu.

3. MCJ familiale

- MCJ probable ou confirmée **plus** MCJ probable ou confirmée chez un parent au premier degré **et/ou**
- troubles neuropsychiatriques **avec** mutation du gène *PrP* spécifique de la maladie.

Remarque : Aux fins de surveillance, on inclut dans cette catégorie le syndrome de Gerstmann-Sträussler-Schenker (GSS) et l'insomnie fatale familiale (IFF).

4. Nouvelle variante de la MCJ

Les manifestations cliniques ne suffisent pas à poser un diagnostic définitif à l'heure actuelle. En se basant sur les résultats des rares cas avec confirmation neuro-anatomopathologiques, on devra envisager le diagnostic de nvMCJ chez tout patient présentant un trouble neuropsychiatrique évolutif avec au moins 5 des 6 caractéristiques cliniques suivantes :

1. tableau psychiatrique précoce
2. paresthésie/ dysesthésie précoce et persistante
3. ataxie
4. chorée/ dystonie ou myoclonie
5. démence
6. mutisme akinétique.

La suspicion de nvMCJ sera renforcée si :

- il n'y a pas d'anamnèse d'exposition iatrogène
- la maladie dure depuis plus de 6 mois
- le ou la malade a moins de 50 ans lors de l'installation de la maladie
- il n'y a pas de mutation du gène *PrP*
- l'EEG ne présente pas l'aspect « typique »
- l'examen par Image de Résonance Magnétique (IRM) montre des signaux thalamiques anormaux et intenses sur le pulvinar en T2 axial et/ou des images avec forte densité en protons.

Un patient présentant un trouble neuropsychiatrique évolutif avec au moins cinq des six caractéristiques cliniques énumérés plus haut et répondant en outre à tous les critères de suspicion ci-dessus devra être considéré aux fins de surveillance comme un cas suspect de nvMCJ.

Cas de nvMCJ confirmé

L'examen neuro-anatomopathologique est obligatoire pour poser le diagnostic définitif de nvMCJ. Il ne faut pas recourir à la biopsie cérébrale *in vivo* sauf dans le but exprès d'identifier un autre diagnostic susceptible d'être traité avec succès. En cas de décès d'un cas suspect de nvMCJ, on aura systématiquement recours à l'autopsie (ou à la biopsie cérébrale *post mortem* si l'autopsie est impossible). Voir « Aspects spécifiques » pour les critères neuropathologiques dans les cas de MCJ et d'autres encéphalites spongiformes transmissibles chez l'homme.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Le niveau central doit désigner un centre unique pour effectuer la surveillance.

Toute notification doit comporter des données relatives aux cas individuels.

Tout cas certain, probable ou possible doit être notifié par les professionnels de santé appropriés (en général médecins, psychiatres, neurologistes, neuropathologistes) au centre responsable de la surveillance.

Remarque : Vérifier l'enregistrement des décès pour identifier les cas non dépistés par la surveillance systématique.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas à notifier

- sous-type et classification de la MCJ
- âge, sexe, pays de naissance, informations géographiques, profession
- date du début de la maladie, date du décès
- statut vital (vivant ou décédé).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- nombre de cas par sous-type, par catégorie, par groupe professionnel, par zone géographique
- nombre de cas par année du décès et par âge au moment du décès
- proportion hommes-femmes.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- obtenir une représentation graphique des tendances pour l'incidence des sous-types de MCJ
- détecter les agrégats spatio-temporels de cas qui demandent des compléments d'enquête
- identifier les facteurs de risque pour contracter la maladie.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Les critères neuro-anatomopathologiques pour MJC et autres encéphalopathies spongiformes transmissibles chez l'homme peuvent se résumer comme suit :

Maladie de Creutzfeldt-Jakob : *sporadique, iatrogène* (avec risque reconnu) ou *familiale* (même maladie chez un parent au premier degré ou mutation du gène *PrP* associée à la maladie) :

- encéphalopathie spongiforme dans le cortex cérébral ou cérébelleux et/ou la matière grise sous-corticale ; **et/ou**
- encéphalopathie avec immunoréaction à la protéine prion résistante à la protéase (*PrP*) – plaques et/ou lésions synaptiques diffuses et/ou périvacuolaires en lambeaux.

Nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob

- encéphalopathie spongiforme avec dépôts abondants de *PrP*, en particulier de nombreuses plaques fibrillaires de *PrP* entourées d'un halo de vacuoles spongiformes (plaques « florides », plaques « en marguerite ») et d'autres plaques *PrP*, ainsi que de dépôts amorphes vasculaires et périvasculaires de *PrP*, notamment dans la couche moléculaire cérébelleuse.

Maladie de Gerstmann-Sträussler-Scheinker : familiale, avec ataxie progressive à transmission dominante et/ou démence, ainsi que l'une ou l'autre des mutations du gène *PrP* :

- encéphalo(myélo)pathie avec plaques *PrP* multacentriques
- dégénérescence thalamique, modifications spongiformes variables du tissu cérébral.

Kuru

- encéphalopathie spongiforme chez les Fore de Papouasie-Nouvelle-Guinée.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : meslinf@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2575 / 4687 / 2111

Télécopie : 791 4893 / 0746 à l'attention de CSR.

**A90, A91 Dengue (A90)
y compris fièvre hémorragique due au virus de la dengue (A91)
et dengue avec syndrome de choc (A91)**

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La dengue, y compris la fièvre hémorragique due à ce virus et la dengue avec syndrome de choc, est la principale affection virale transmise par des arthropodes dans le monde. Elle survient dans plus de 100 pays et territoires et menace la santé de plus de 2,5 milliards de personnes habitant dans les régions tropicales et subtropicales. Il s'agit d'une maladie grave à fort potentiel épidémique. On estime à 500 000 le nombre de malades hospitalisés chaque année pour fièvre hémorragique ou syndrome de choc dus au virus de la dengue et 90% de ces malades ont moins de 15 ans. L'OMS a pour objectif d'accélérer la phase finale du développement d'un vaccin atténué contre la dengue.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

DENGUE

Description clinique

Maladie fébrile aiguë d'une durée comprise entre deux et sept jours et s'accompagnant **d'au moins 2** des symptômes suivants : céphalées, douleur rétro-orbitale, myalgies, arthralgies, éruption cutanée, manifestations hémorragiques, leucopénie.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Au moins un des critères suivants :

- isolement du virus de la dengue à partir du sérum, du plasma, des leucocytes ou de prélèvements d'autopsie
- multiplication au moins par quatre du titre des anticorps IgG ou IgM réciproques contre au moins un des antigènes viraux dans des échantillons de sérum appariés
- mise en évidence d'antigènes viraux dans des tissus à l'autopsie – au moyen de l'immunocytochimie ou de l'immunofluorescence, ou dans des échantillons de sérum – par dosage immuno-enzymatique
- détection de séquences génomiques virales dans du tissu d'autopsie, du sérum, du LCR – au moyen de la réaction en chaîne par polymérase (PCR).

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la description clinique.

Probable : Cas répondant à la description clinique et à **au moins un** des critères suivants :

- sérologie conforme (titre en anticorps inhibant l'hémagglutination réciproque supérieur ou égal à 1280, titre comparable des IgG en immunoenzymologie, ou test positif pour les anticorps IgM dans des échantillons de sérum prélevés à la fin de la phase aiguë ou en phase de convalescence)
- apparition en même temps et au même endroit que d'autres cas de dengue confirmés.

Confirmé : Cas répondant à la description clinique et confirmé par le laboratoire.

FIÈVRE HÉMORRAGIQUE DUE AU VIRUS DE LA DENGUE

Cas probable ou confirmé de dengue **et** tendances hémorragiques mises en évidence par **au moins un des critères suivants** :

- épreuve du garrot positive
- pétéchies, ecchymoses, purpura
- saignement des muqueuses, de l'appareil digestif, aux sites d'injection ou en d'autres endroits
- hématomène ou méléna **et**
- thrombopénie (100 000 plaquettes par mm³ ou moins)
- mise en évidence d'une fuite plasmatique due à une augmentation de la perméabilité vasculaire, se manifestant par **au moins un** des signes suivants :
 - augmentation de l'hématocrite moyen en fonction de l'âge et du sexe d'au moins 20%
 - diminution d'au moins 20% de l'hématocrite après un traitement de remplacement des liquides, par rapport à la valeur de départ
 - autres signes de fuite plasmatique (épanchement pleural, ascite hypoprotéique).

DENGUE AVEC SYNDROME DE CHOC :

Tous les critères mentionnés ci-dessus pour la fièvre hémorragique, accompagnés **en outre** de la mise en évidence d'une insuffisance circulatoire se manifestant par un pouls rapide et faible et une tension différentielle faible (supérieure ou égale à 20 mmHg) **ou** par une hypotension par rapport à l'âge, une peau moite et froide et une altération de l'état mental.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Zones où l'on n'a pas détecté de transmission de la dengue mais où *Aedes aegypti* existe :

Surveillance des cas suspects avec enquête pour les grappes de cas de dengue.

Pays où la dengue est endémique avec un accroissement saisonnier de la transmission, et zones où surviennent des épidémies de dengue :

Notification systématique hebdomadaire/ mensuelle des données cumulées pour les cas suspects, probables et confirmés, de la zone périphérique vers les niveaux intermédiaire et central.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas au niveau périphérique

- classification du cas (suspect/probable/ confirmé), sérotype, fièvre hémorragique/ choc (O/N)
- code d'identification unique, nom du malade, âge, sexe, informations géographiques
- date du début de la maladie
- hospitalisation (O/N)
- issue
- voyages au cours des deux semaines précédentes.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas regroupés par groupe d'âge
- nombre de cas confirmés (et sérotype)
- nombre de cas de fièvre hémorragique/de choc, par groupe d'âge
- nombre d'hospitalisations et de décès.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Pourcentage de cas de fièvre hémorragique/ de choc et d'hospitalisations
taux de létalité.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- cibler les zones à haut risque pour les interventions
- suivre les changements dans les sérotypes et les taux de fièvre hémorragiques et de dengue avec syndrome de choc
- suivre les tendances épidémiques de la maladie ou sa réapparition.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Parallèlement à la surveillance de la maladie, il convient de surveiller les populations du vecteur *Aedes aegypti* et *Ae. albopictus* aux stades larvaire et adulte.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : arthurr@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2658 / 2636 / 2111 Télécopie : (41 22) 791 4878.

A36 Diphtérie**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

La diphtérie est une maladie infectieuse grave et répandue, dotée d'un potentiel épidémique. La lutte contre cette infection repose sur les trois mesures suivantes :

1. Prévention primaire contre la maladie en assurant une immunité élevée dans la population au moyen de la vaccination.
2. Prévention secondaire de la propagation en enquêtant précocement sur les personnes en contact proche afin de les traiter comme il convient.
3. Prévention tertiaire des complications et des décès grâce à un diagnostic précoce et une prise en charge correcte.

On peut utiliser les données de la surveillance pour contrôler les niveaux de couverture vaccinale (objectif supérieur à 90%) et de maladie, et pour suivre les effets des programmes de lutte. Les épidémies récentes ont souligné le besoin d'une surveillance adaptée et de capacités d'intervention en cas de flambée.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description clinique**

Maladie se caractérisant par

- une laryngite **ou** une pharyngite **ou** une amygdalite, **et**
- une membrane adhérente sur les amygdales, le pharynx et/ou le nez

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- isolement de *Corynebacterium diphtheriae* à partir d'un échantillon clinique.

Remarque : La multiplication au moins par quatre du titre sérique des anticorps n'a de signification que si les deux échantillons de sérum ont été prélevés avant l'administration d'anatoxine diphtérique ou d'antitoxine. Ces conditions se rencontrent rarement au cours de la surveillance, et le diagnostic sérologique de la diphtérie ne sera probablement pas un sujet de discussion.

Classification des cas

Suspect : Ne s'applique pas.

Probable : Cas répondant à la description clinique.

Confirmé : Cas probable confirmé par le laboratoire ou ayant une relation épidémiologique à un cas confirmé par le laboratoire.

Remarque : Les personnes asymptomatiques donnant des cultures de *C. diphtheriae* positives (porteurs asymptomatiques) ne répondent pas aux critères de définition et doivent donc n'être notifiées ni comme cas probables ni comme cas confirmés.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

- notification mensuelle systématique des données cumulatives des cas probables et confirmés du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central
- enquête immédiate sur toute flambée et recueillir les données spécifiques à chaque cas
- en outre, pour les pays ayant atteint une faible incidence (en général avec une couverture supérieure à 85%-90%) : notification immédiate des données spécifiques à chaque cas probable ou confirmé du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central.

Les données cumulées des cas probables et confirmés apparaissant dans les rapports nationaux devront être notifiées chaque mois auprès des bureaux régionaux de l'OMS en conformité avec les normes régionales.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas
- nombre de troisièmes doses de vaccin Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (DTC3) administrées aux nourrissons

Données relatives à chaque cas

- code unique d'identification
- informations géographiques (par exemple le nom du district)
- date de naissance
- date du début de la maladie
- date du premier traitement et type de traitement : 1=antibiotique + antitoxine ; 2=antibiotique seul ; 3=antitoxine seule ; 4=pas de traitement ou autre traitement ; 9=inconnu)
- laboratoire (isolement de) : 1= *C. diphtheriae* toxogène ; 2= *C. diphtheriae* non toxogène ; 3= *C. diphtheriae* à pouvoir toxogène inconnu ; 4=*C. diphtheriae* non isolé ; 6=échantillon non prélevé ; 9=inconnu
- nombre total de doses vaccinales reçues (DTC, DT ou Td)
- date d'administration de la dernière dose
- classification finale du cas 1=confirmé ; 2=probable ; 3=éliminé
- issue : 1=vivant ; 2=décédé ; 9=inconnu.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Données agrégées :

- taux d'incidence par mois, année et zone géographique
- couverture en DTC3 par année et par zone géographique
- exhaustivité/ régularité de la notification mensuelle
- morbidité proportionnelle (comparée aux autres maladies importantes en santé publique).

Données relatives aux cas : Les mêmes que les données agrégées plus :

- taux d'incidence en fonction de l'âge
- répartition des cas selon le statut vaccinal, les résultats de laboratoire, le type de traitement
- cas traités « à temps » (dans les 7 jours suivant le début de la maladie)
- taux de létalité
- mortalité proportionnelle (comparée aux autres maladies importantes en santé publique).

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- suivre en continu le taux de létalité ; s'il est élevé, en déterminer la raison (prise en charge insuffisante des cas, manque d'antibiotiques ou d'antitoxine, malades ne consultant pas à temps) de façon à prendre les mesures correctives qui s'imposent
- déterminer les taux d'incidence en fonction de l'âge, de la zone géographique et de la saison afin de connaître les groupes et les périodes à risque
- suivre en continu le taux d'incidence pour évaluer les effets des actions de lutte

- suivre en continu la couverture vaccinale dans chaque zone géographique pour identifier les régions où le programme n'a pas de bons résultats
- détecter les flambées et mettre en place les mesures de lutte
- enquêter sur les flambées pour en comprendre l'épidémiologie, les causes (échec du vaccin ou de vaccination, accumulation de personnes sensibles, baisse d'immunité, nouvelle souche toxogène) et assurer une prise en charge correcte des cas.

Remarque : Outre la surveillance, des études sérologiques soigneusement élaborées peuvent servir à surveiller le statut immunitaire des différents groupes d'âge.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Des informations plus détaillées sont disponibles auprès du Programme élargi de vaccinations.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme mondial OMS des Vaccins et Vaccinations (VAB)

Courrier électronique : wengeri@who.ch / gpv@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 4511 / 4410 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 0746 à l'attention de VAB.

B72 Dracunculose (Ver de Guinée)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La dracunculose fait l'objet d'un programme mondial d'**éradication** (9PGT : cible 6.1). La surveillance joue un rôle essentiel pour identifier et isoler tous les cas individuels dans les pays d'endémie ainsi que dans ceux où les conditions de milieu permettraient la transmission locale de la maladie.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Définition du cas clinique

Un cas de dracunculose se définit comme une personne présentant ou ayant des antécédents de lésion dermique avec émergence d'un ver de Guinée. Seuls les antécédents récents (moins d'un an) de lésion dermique avec émergence du ver de Guinée (*Dracunculus medinensis*) sont pris en compte dans les programmes de surveillance.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Au niveau périphérique : Dans tous les pays d'endémie actuelle ou ancienne, la *surveillance basée dans les villages* a pour objectif de détecter les cas quand le ver est en phase de pré-émergence ou dans les 24 heures qui suivent son émergence, même dans les villages les plus éloignés. Les interventions à orientation communautaire pour isoler les cas s'associent à la surveillance pour interrompre la transmission ultérieure de la maladie. A cause du manque, dans les localités très éloignées, d'agents de santé formés au préalable et des besoins en agents de santé dans les villages d'endémie nouvellement identifiés, la formation reste une activité importante.

Aux niveaux intermédiaire et central : Les rapports (données cumulatives) sont rassemblées dans tous les villages et transmis tous les mois vers le niveau intermédiaire puis vers le niveau central. Cela s'associe en général aux activités de supervision à tous les niveaux effectuées par les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose. Lorsque l'incidence annuelle approche de zéro, on notifiera les cas chaque semaine, voire chaque jour.

Au niveau international : Les rapports des pays d'endémie sont rassemblés et transmis vers le niveau international chaque mois. C'est sur eux que se baseront les décisions prises par les programmes centraux, ainsi que les organismes d'aide extérieurs, en matière de politique d'orientation et en matière de gestion.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas

Code d'identification unique, sexe, âge, coordonnées géographiques du village impliqué, date du diagnostic, mesures prises pour isoler le cas.

Données cumulatives

Pour chaque village : nombre de cas par mois et par année.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Incidence mensuelle et annuelle par village, origine géographique des cas importés.

Analyse des modifications mensuelles et annuelles dans la répartition des villages infectés.

Mise en carte des données, y compris l'établissement de la correspondance entre les villages d'endémie et les données concernant la distribution d'eau, au moyen d'un logiciel SIG.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- planifier les interventions et la supervision à tous les niveaux du programme
- contrôler les progrès et le besoin en ressources diverses
- identifier les variations dans l'efficacité de l'isolement des cas
- identifier les difficultés opérationnelles et techniques à tous les niveaux
- identifier les zones nécessitant des interventions, une formation et une supervision spécifiques
- évaluer l'impact des activités du programme.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Aucun.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Prévention, Lutte et Éradication (CPE)

Courrier électronique : zagarian@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2574 / 4743

Télécopie : (41 22) 791 4777 / 0746 à l'attention de CEE/DRA.

A98.3, A98.4 Maladie à virus Ebola et maladie de Marburg**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

La fièvre hémorragique à virus Ebola est une maladie rare mais grave qui survient principalement dans les régions de la forêt tropicale humide. Elle se caractérise par une transmission de personne à personne par l'intermédiaire d'un contact étroit avec des malades, des cadavres ou des liquides physiologiques infectés. Les centres de soins de santé où les normes d'hygiène sont insuffisantes peuvent provoquer une amplification considérable des épidémies de fièvre à virus Ebola ; leur potentiel de contamination nosocomiale explosive constitue leur principale menace en santé publique. La surveillance de cette fièvre a pour objectif le dépistage précoce des cas afin d'éviter les épidémies et la propagation internationale éventuelle de la maladie.

Les infections à Virus Marburg sont très rares. Elles sont semblables aux infections à virus Ebola et sont passibles des mêmes recommandations.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description clinique**

La maladie à virus Ebola débute par une forte fièvre, une diarrhée qui peut être sanglante (« diarrhée rouge ») et des vomissements. Les céphalées, la nausée et les douleurs abdominales sont courantes. L'injection des conjonctives, la dysphagie et les symptômes hémorragiques (épistaxis, hémorragie gingivale, hématomène, méléna, purpura) peuvent ensuite se développer. Il arrive que certains malades présentent une éruption maculopapuleuse sur le tronc. Une déshydratation et un amaigrissement important surviennent au cours de la maladie. Au stade tardif, le système nerveux central est fréquemment atteint, ce qui se manifeste par de la somnolence, du délire ou le coma. Le taux de létalité s'établit entre 50% et 90%.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

D'appui :

- sérologie positive (recherche des IgG et/ou des IgM par ELISA) **ou**

De confirmation :

- isolement du virus (à n'entreprendre que dans un laboratoire avec un niveau 4 de sécurité biologique) **ou**
- biopsie cutanée positive (immunocytochimie)
- PCR positive

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la description clinique.

Probable : *En situation d'épidémie :*

- toute personne ayant été en contact avec un cas clinique de fièvre Ebola et présentant une fièvre aiguë, **ou**
- toute personne se présentant avec une fièvre aiguë et au moins 3 des symptômes suivants : céphalées, vomissements, nausées, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs articulaires ou généralisées, difficultés à la déglutition, difficultés respiratoires, hoquets, **ou**
- tout décès inexplicable.

Confirmé : Tout cas probable ou suspect confirmé par le laboratoire.

Contact : *En situation d'épidémie :*
personne n'ayant pas de symptômes mais qui a été en contact physique avec un cas probable ou confirmé ou avec ses liquides physiologiques au cours des 21 jours précédents (par exemple soins d'un malade, participation à un rite funéraire, manipulation d'échantillons de laboratoire potentiellement contaminés).

En situation d'épidémie et après confirmation par le laboratoire de quelques cas initiaux, il n'est plus nécessaire d'obtenir systématiquement une confirmation par le laboratoire pour chaque cas et les classifications en « cas suspects » ou « cas probables » suffisent dans le cadre de la surveillance et de la lutte.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Dans les zones d'endémie et en l'absence d'épidémie :

Notification immédiate des cas suspects de la périphérie aux niveaux intermédiaire et central afin de garantir une enquête rapide et une prompt confirmation par les laboratoires.

Remarque : la surveillance systématique de la fièvre hémorragique à virus Ebola doit s'intégrer à celle d'autres fièvres virales hémorragiques (Crimée-Congo, Lassa, vallée du Rift, fièvre jaune...).

En situation d'épidémie :

- intensifier la surveillance avec dépistage actif de tous les cas suspects et probables pour un isolement immédiat
- identifier tous les contacts et instaurer un suivi médical quotidien
- suivre la zone sous surveillance jusqu'à ce qu'un laps de temps correspondant à 2 durées d'incubation se soit écoulé après la date de sortie d'hôpital ou de décès du dernier cas
- mettre en place un registre des rumeurs afin d'instaurer l'enregistrement systématique des rumeurs de cas courant dans la population
- n'avoir qu'une seule source officielle d'information pour garantir la cohérence et éviter de semer le trouble dans le public.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- classification du cas (suspect/ probable/ confirmé)
- code d'identification unique, nom, âge, sexe,
- informations géographiques, nom du chef de famille, nom du père (s'il s'agit d'un enfant)
- profession, lieu de travail
- date du début de la fièvre, des symptômes et des manifestations
- date d'entrée à l'hôpital
- date de sortie ou (le cas échéant) de décès
- contact avec un cas précédent et date
- nature et date des échantillons cliniques prélevés pour les examens de laboratoire.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas (suspects/ probables/ confirmés) selon l'âge et le sexe
- nombre de décès.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS (EN SITUATION D'ÉPIDÉMIE)

Un bulletin épidémiologique doit parvenir quotidiennement aux autorités sanitaires locales et au Siège de l'OMS. Ce bulletin doit comporter les informations suivantes :

Cas :

- total cumulé des cas
- total cumulé des décès
- nombre actuel de malades
- nombre actuel de malades hospitalisés
- date de l'identification du dernier cas signalé
- date de la sortie d'hôpital ou du décès du dernier cas notifié.

On pourra également fournir la répartition des cas selon l'âge et le sexe.

Contacts :

- nombre actuel de contacts requérant un suivi
- nombre actuel de contacts faisant effectivement l'objet d'un suivi adapté.

On pourra également fournir la répartition des cas selon l'âge et le sexe.

On fournira autant que possible la répartition géographique des cas et des contacts, ainsi qu'une courbe épidémiologique simple.

On pourra également calculer, aux fins d'évaluation épidémiologique, les taux de létalité, d'atteinte, d'atteinte en fonction de l'âge.

On fournira chaque semaine un rapport plus détaillé pour résumer les événements et les données ; un rapport complet doit être disponible à la fin de l'épidémie.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Surveillance systématique

- détecter un cas isolé ou une flambée et prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour éviter une épidémie.

Dépistage actif des cas et la recherche des contacts sont des éléments essentiels de la lutte

- identifier tous les cas et contacts
- évaluer et suivre la propagation de la flambée épidémique
- évaluer les mesures de lutte
- fournir les éléments de base pour la recherche (données épidémiologiques, échantillons cliniques).

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Le recueil des échantillons, le transport et les examens de laboratoire impliquent des risques biologiques extrêmes; il est donc essentiel d'appliquer strictement les procédures de sécurité biologique et d'instaurer un isolement adéquat des malades.

Toutes les souches connues de virus Ebola en provenance d'Afrique sont pathogènes pour l'homme ; une souche venant des Philippines (Reston) a contaminé des être humains sans que ceux-ci ne développent la maladie.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : rodierg@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2109 / 2573 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4893 / 0746 à l'attention de CSR.

A83.0 Encéphalite japonaise

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Le virus de l'encéphalite japonaise est la cause la plus courante d'encéphalite dans une grande partie de l'Asie orientale. Cette encéphalite transmise par les moustiques est dotée d'un potentiel épidémique et peut entraîner un taux de létalité élevé. Trois stratégies de lutte fondées sur le cycle naturel de la transmission ont été proposées :

1. Lutte antivectorielle.
2. Vaccination des porcs.
3. Vaccination des êtres humains.

La surveillance doit cibler ces trois éléments.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

L'infection par le virus de l'encéphalite japonaise donne une maladie fébrile de gravité variable, associée à des symptômes neurologiques qui vont de la céphalée à la méningite ou à l'encéphalite. On pourra trouver parmi les symptômes : des céphalées, de la fièvre, des signes méningés, de la stupeur, une désorientation, un coma, des tremblements, une parésie (généralisée), de l'hypertonie, une perte de la coordination. Sur le plan clinique, l'encéphalite est impossible à distinguer d'autres infections du système nerveux central.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Présomptifs :

- détection pendant la phase aiguë d'une réponse immunitaire antivirale au moyen d'une des méthodes suivantes :
- mise en évidence d'un taux élevé et stable d'anticorps sériques par ELISA, inhibition de l'hémagglutination ou neutralisation du virus, **ou**
- mise en évidence des IgM sériques dirigées contre le virus.

De confirmation :

- détection du virus de l'encéphalite japonaise, de l'antigène ou du génome dans les tissus, le sang ou tout autre liquide corporel (par immunocytochimie, par immunofluorescence ou par PCR) **ou**
- détection d'IgM spécifiques du virus de l'encéphalite japonaise dans le LCR, **ou**
- au minimum, quadruplement du titrage des anticorps spécifiques du virus de l'encéphalite japonaise dans des sérums appariés (phase aiguë et phase de convalescence), mis en évidence par IgM/IgG, ELISA, inhibition de l'hémagglutination ou test de neutralisation du virus, chez un malade sans antécédents d'immunisation contre la fièvre jaune et chez qui on a pu exclure les réactions croisées avec d'autres flavivirus.

Remarque : Les infections par le virus de l'encéphalite japonaise sont courantes et en majorité asymptomatiques. Il arrive qu'elles surviennent de manière concomitante avec d'autres infections provoquant des symptômes dans le système nerveux central : la preuve sérologique d'une infection récente par le virus de l'encéphalite japonaise ne signifie pas forcément que ce virus est cause de la maladie.

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la description clinique.

Probable : Cas suspect avec des résultats de laboratoire présomptifs.

Confirmé : Cas suspect avec des résultats de laboratoire confirmant l'infection.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Zones où l'on n'a pas détecté de transmission de l'encéphalite japonaise mais où le vecteur est présent :

Surveillance des syndromes aigus touchant le système nerveux central ; enquêtes sur les grappes de cas de fièvre.

Pays où la maladie est endémique avec des augmentations saisonnières de la transmission, et zones où se déroule une épidémie d'encéphalite japonaise :

Notification hebdomadaire/ mensuelle systématique des données cumulatives sur les cas suspects, probables ou confirmés, de la périphérie vers les niveaux intermédiaire et central.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas au niveau périphérique

- classification du cas (suspect/probable/confirmé)
- code d'identification unique, nom, âge, sexe, informations géographiques
- date du début de la maladie
- voyages au cours des deux semaines précédentes
- hospitalisation (O/N)
- issue.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas par groupe d'âge
- nombre de cas suspects/confirmés
- nombre d'hospitalisations et de décès.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- nombre de cas et de décès par zone géographique
- nombre d'hospitalisations
- taux de létalité.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- cibler les interventions sur les zones à haut risque
- suivre les modifications dans l'épidémiologie et les modalités de la maladie
- suivre les tendances de l'endémie ou la réapparition de la maladie
- contrôler l'efficacité du vaccin.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Dans les régions à climat tempéré, la transmission est saisonnière (été ou saison des moussons).

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : arthurr@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2658 / 2636 / 2111 Télécopie : (41 22) 791 4878.

A95 Fièvre jaune **notification universelle des cas requise par le règlement** **sanitaire international**

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Maladie virale transmise par des moustiques dans les régions tropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud ; transmission sylvatique impliquant les moustiques et les singes dans la forêt. Transmission aux hommes dans les zones forestières de transition, puis en cycle urbain par *Aedes aegypti*. La maladie connaît une résurgence importante, notamment en Afrique, et de nombreuses villes sont menacées d'épidémies. Les données de surveillance permettent de contrôler l'incidence, de prévoir et détecter rapidement les flambées et de contrôler les mesures de lutte, qui comprennent : lutte contre *Ae. aegypti* dans les centres urbains, vaccination des nouveau-nés, campagnes de vaccination, prévention des flambées, détection des épidémies. Le *Règlement sanitaire international* requiert la notification universelle obligatoire des cas.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Installation brutale de fièvre et d'un ictère survenant dans les 2 semaines suivant l'apparition des premiers symptômes. Manifestations hémorragiques et des signes d'insuffisance rénale possibles.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- isolement du virus amaril, **ou**
- présence d'IgM antiamariles spécifiques ou la multiplication au moins par quatre des IgG sériques dans des sérums appariés (phase aiguë et convalescence), **ou**
- histopathologie positive du foie post-mortem, **ou**
- détection d'antigènes amarils dans les tissus par l'immunocytochimie **ou**
- détection de séquences génomiques du virus amaril dans le sang ou les organes (PCR).

Classification des cas

Suspect : Cas compatible avec la description clinique.

Probable : Ne s'applique pas.

Confirmé : Cas suspect confirmé en laboratoire (laboratoire national de référence) ou cas ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par laboratoire ou avec une flambée.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification hebdomadaire/ mensuelle systématique des données cumulatives pour les cas suspects et confirmés, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central. Notification zéro requise à chaque niveau.

Notification immédiate des cas suspects, de la périphérie vers les niveaux intermédiaire et central.

Tout cas suspect et toute flambée demande une enquête immédiate et confirmation par le laboratoire.

La surveillance des cas doit être instaurée dans les pays identifiés par l'OMS comme à risque amaril élevé. Recueil précoce des échantillons pour confirmer les épidémies, avec priorité au recueil d'échantillons dans les zones nouvelles ou voisines (autres que là où l'épidémie est déjà confirmée).

Au niveau international : Notification universelle obligatoire de tous les cas suspects et confirmés auprès de l'OMS dans les 24 heures.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas
- nombre de doses de vaccin anti-amaril administrées aux nourrissons, par zone géographique
- exhaustivité et régularité des rapports mensuels.

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- code d'identification unique
- zone géographique (district et province)
- date de naissance
- date de notification
- date de début des symptômes
- date de l'enquête
- le sujet a-t-il jamais reçu une dose de vaccin anti-amaril ? (1=oui ; 2=non ; 9=pas d'information)
- date à laquelle l'échantillon sanguin pour la phase aiguë est parvenu au laboratoire
- date à laquelle l'échantillon (phase de convalescence) parvient au laboratoire (le cas échéant)
- date de recueil de l'échantillon pour l'histopathologie (le cas échéant)
- selon le test de laboratoire pratiqué :
 - IgM (1=positif ; 2=négatif ; 3=pas d'échantillon étudié ; 9=inconnu)
 - isolement du virus (1=positif ; 2=négatif ; 3=pas d'échantillon étudié ; 9=inconnu)
 - IgG (quadruplement) (1=positif ; 2=négatif ; 3=pas d'échantillon étudié ; 9=inconnu)
 - histopathologie du foie (1=positif ; 2=négatif ; 3=pas d'échantillon étudié ; 9=inconnu)
- date de transmission initiale des résultats (IgM / isolement viral / rapport d'histopathologie / IgG)
- classification définitive (1=confirmé ; 2=suspect ; 3=rejeté)
- issue (1=vivant ; 2=décédé ; 9=pas d'information).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Données cumulatives

- taux d'incidence par mois, année et zone géographique
- couverture du vaccin anti-amaril en fonction de l'année et de la zone géographique
- exhaustivité et régularité de la notification mensuelle.

Données relatives aux cas : les mêmes que ci-dessus plus :

- répartition des cas confirmés (groupes d'âge, statut vaccinal, zone géographique, mois, année)
- taux de létalité
- classification définitive de tous les cas suspects.

Indicateurs de la qualité de la surveillance

Objectifs

Exhaustivité des notifications mensuelles	≥90%
pourcentage de cas suspects pour lesquels des échantillons ont été recueillis*	≥50%
IgM : résultats envoyés dans les 3 jours après réception de l'échantillon sanguin (phase aiguë)	≥80%
virus : résultats envoyés dans les 21 jours après réception de l'échantillon (phase aiguë)	≥80%
IgG : résultats envoyés dans les 3 jours après réception de l'échantillon de sang convalescent	≥80%

*Cet objectif vaut pour les périodes en dehors des flambées épidémiques. Une fois la flambée confirmée, la priorité devient de détecter et de confirmer par le laboratoire des flambées éventuelles dans les zones avoisinantes.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- enquêter sur les cas suspects et recueillir les échantillons de laboratoire pour confirmer les flambées et mobiliser les actions de vaccination en urgence
- suivre la couverture du vaccin anti-amaril en fonction de la zone géographique : contrôler les progrès et identifier les zones où les résultats sont insuffisants (mesures correctives)
- suivre l'incidence de la maladie pour mesurer l'impact des efforts de lutte.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Risque épidémique en **Afrique**: Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, République centrafricaine, République démocratique du Congo (ex-Zaïre), Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo ; en **Amérique** : Bolivie, Brésil, Colombie, Équateur, Guyana, Guyane française, Panama, Pérou, Suriname, Venezuela.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : arthurr@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2658 / 2636 / 2111 Télécopie : (41 22) 791 4878.

B74 Filariose lymphatique**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

La filariose lymphatique reste une des principales causes de morbidité évidente ou cachée dans une grande partie de l'Asie, de l'Afrique, du Pacifique occidental et dans certaines régions des Amériques, où elle représente la deuxième cause d'incapacité permanente ou à long terme. La prévalence augmente au niveau mondial et l'on compte au moins 120 millions de personnes à divers stades de la maladie. Tant la diéthylcarbamazine que l'ivermectine ont démontré leur efficacité pour diminuer la microfilarémie, particulièrement quand elles sont administrées ensemble, ou isolément, avec une dose unique d'albendazole.

Prenant en compte l'existence d'éléments très efficaces de diagnostic et de traitement, le Groupe spécial international pour l'éradication des maladies a fait de la filariose lymphatique une des six maladies infectieuses susceptibles d'être éradiquées. La politique actuelle de l'OMS consiste à obtenir l'**élimination** de la filariose chez l'homme en utilisant une association de médicaments administrés en dose unique dans des campagnes annuelles de traitement systématique pour l'ensemble de la population soumise à risque. La gestion des cas de dommage lymphatique dû à l'infection (éléphantiasis et lésions génitales) constitue le deuxième élément essentiel de la politique de l'OMS. La surveillance est essentielle pour identifier des foyers d'infection non identifiés auparavant et pour suivre la diminution du nombre des microfilaries consécutive aux efforts tendant à l'élimination de la maladie.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Définition du cas clinique**

Hydrocèle ou lymphœdème chez une personne résidant dans une zone d'endémie, après avoir exclu toute autre cause.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Mise en évidence des microfilaries, biopsie ou réaction antigénique positive.

Classification des cas

Suspect : Ne s'applique pas.

Probable : Cas répondant à la définition du cas clinique.

Confirmé : Cas probable confirmé par le laboratoire, même si cette personne ne répond pas à la définition clinique.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Il existe actuellement trois options et le choix dépendra de la situation locale :

- notification mensuelle systématique des données cumulatives sur les cas probables et confirmés de la périphérie vers les niveaux intermédiaire et central, **ou**
- enquêtes dans les populations par des réseaux sentinelles (standardisées ou périodiques) **ou**
- dépistage actif des cas au moyen d'enquêtes sur des groupes sélectionnés ou des études systématiques.

Au niveau international : Notification annuelle du niveau central à l'OMS (pour un nombre limité de pays).

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas au niveau périphérique

- classification du cas (probable/ confirmé)
- code d'identification unique
- informations géographiques (localisation)
- résultats du laboratoire

Données cumulatives à notifier

- nombre de nouveaux cas
- nombre de cas confirmés par le laboratoire
- nombre de cas de pathologies chroniques (hydrocèle ou lymphœdème).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- nombre de cas par zone géographique et par année
- incidence mensuelle et annuelle, prévalence ponctuelle (en cas de dépistage actif des cas)
- répartition selon l'origine géographique, le sexe et le diagnostic parasitologique.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- estimer l'ampleur du problème et définir les populations à risque
- améliorer et focaliser les activités de lutte
- améliorer la prise en charge et le suivi des maladies souffrant de filariose
- identifier les difficultés techniques et opérationnelles.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Aucun.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Prévention, Lutte et Éradication (CPE)

Courrier électronique : ottesene@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3225 / 2726 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4777 Attn CEE/FIL.

J10, J11 Grippe

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La surveillance de la grippe est essentielle pour la détection et l'évaluation précoces des nouveaux variants ou sous-types de virus grippal. Cette détection précoce accompagnée de la caractérisation des virus permet la mise à jour annuelle, en temps opportun, d'un vaccin qui permet d'éviter des décès et de diminuer la gravité de la maladie dans les groupes vulnérables de la population.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Définition du cas clinique

Personne présentant brusquement une fièvre supérieure à 38°C, une toux et un mal de gorge en l'absence d'autre diagnostic.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Isolement du virus : frottis des sécrétions rhino-pharyngées ou détection directe de l'antigène viral.

Sérologie : quadruplement du titre des anticorps entre sérum précoce et sérum tardif.

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la définition du cas clinique.

Confirmé : Cas répondant à la définition du cas clinique et confirmé par le laboratoire (dans les investigations épidémiologiques plutôt que pour la surveillance).

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification hebdomadaire systématique des données cumulatives ou par cas vers le niveau central (au moins pendant la durée de l'épidémie)

- cas suspects/ confirmés par les cabinets médicaux ou institutions qui font partie du réseau sentinelle
- cas confirmés par le laboratoire.

On peut aussi faire appel à d'autres sources de données (hôpitaux, cliniques, services d'urgence, laboratoires, offices statistiques).

Au niveau international : Données cumulatives hebdomadaires sur les cas confirmés transmises par les pays à l'OMS (FluNet), accompagnées de renseignements sur l'étendue de l'activité dans la communauté.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour la notification

- classification du cas (suspect/ confirmé)
- sous-type viral (s'il est connu)
- date du début de la maladie
- statut vaccinal (s'il est connu).

Données cumulatives à notifier

- pour chaque zone géographique (pays) et chaque semaine : nombre de cas par groupe d'âge, sous-type viral (s'il est connu), issues.

Données de laboratoire sur les cas

- numéro de laboratoire, date de l'échantillon (jour/ mois), âge du malade (années/ mois), ville, État ou province d'origine du malade, système d'isolement, type, sous-type, désignation de l'isolat, ressemble à la souche de référence (O/N), identification complémentaire en cours (O/N), transmission à un centre collaborateur de l'OMS (O/N).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- Graphique :** Nombre de cas par semaine, par groupe d'âge et par sous-type viral.
- Tableaux :** Nombre de cas par semaine, groupe d'âge, zone géographique, sous-type viral, issue.
- Cartes :** Nombre de cas par semaine, zone géographique, pays.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- isolement rapide et caractérisation antigénique des virus grippaux en vue de la planification de la formulation d'un vaccin pour la saison suivante
- détection précoce des épidémies de grippe permettant l'instauration de mesures de santé publique comme la vaccination des groupes à risque (il faut que les voisins soient mis sur le marché avant le début de l'épidémie) et la planification de l'impact possible de la maladie sur les services essentiels
- taux de morbidité et de mortalité afin d'estimer l'impact et les coûts des flambées épidémiques.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Il est crucial de fournir rapidement les isolats aux Centres collaborateurs de l'OMS.

La surveillance par les laboratoires est la plus spécifique et est le pilier de la surveillance en général.

La surveillance des syndromes grippaux par réseau sentinelle (médecins généralistes) est moins spécifique mais elle est sensible et rapide.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : lavanchyd@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2656 / 2850 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4878 / 0746 à l'attention de CSR.

B96.3 Maladie à *Haemophilus influenzae* type B (HiB)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Haemophilus influenzae type B (HiB) est la cause la plus fréquente de méningite bactérienne chez l'enfant, et l'une des 2 causes les plus courantes de pneumonie bactérienne grave (cause infectieuse la plus importante de mortalité chez l'enfant dans les pays en développement). HiB peut entraîner d'autres pathologies (arthrites, infections cutanées, épiglottites). La surveillance est essentielle pour établir le poids de la morbidité et évaluer l'impact des programmes d'immunisation. Dans beaucoup de pays, la pneumonie à HiB est plus fréquente que les autres types d'infection, mais le diagnostic en est malaisé. On concentrera la surveillance systématique sur les infections méningées et autres infections à HiB, susceptibles de diagnostic microbiologique (sang, le liquide céphalo-rachidien (LCR) et autres liquides corporels (liquide pleural) généralement abactériens). On donne à ces infections le nom de « maladie invasive à HiB ». Certains pays feront état de cas de méningite bactérienne probables comme indicateur de succès pour la détection du HiB et pour identifier la charge des méningites dues à l'ensemble des bactéries.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Fièvre d'apparition soudaine, avec céphalée et raideur de nuque. Les aspects méningés ne sont pas spécifiques de la maladie à HiB, qui ne peut être diagnostiquée sur des bases cliniques.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Culture : isolement de HiB à partir d'échantillons normalement stériles, par exemple le LCR ou le sang. L'isolement de HiB à partir d'un site non stérile comme la gorge ne permet pas d'identifier une maladie à HiB puisque cette bactérie croît normalement dans ce genre de sites sans entraîner de maladie.

Détection d'antigènes : identification d'antigènes dans des liquides normalement stériles (méthodes du type agglutination au latex ou contre-immunoélectrophorèse).

Classification des cas

Suspect : Syndrome clinique compatible avec une méningite bactérienne chez l'enfant.

Probable : Non applicable.

Confirmé : Cas confirmé par la culture ou l'identification de HiB dans le sang ou le LCR.

Remarque : toute personne chez qui HiB a été isolé dans le sang ou le LCR peut être signalée comme cas confirmé, même en l'absence de signes méningés cliniques.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

- notification mensuelle standard des données cumulées (cas confirmés), du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central
- notification zéro exigible à tous les niveaux
- pour le suivi des indicateurs de performance des laboratoires*, tous les cas probables devront être signalés.

* La confirmation du laboratoire est requise pour tous les cas, et la surveillance dépend des moyens de chaque pays. Il n'est pas nécessaire que la surveillance serve l'ensemble du pays pour que soient atteints les buts mentionnés sous « raisons de la surveillance » ci-avant. Un système fonctionnant bien dans certaines régions seulement est préférable à un système médiocre couvrant l'ensemble du pays.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR**Données cumulatives à notifier**

- nombre de cas
- nombre de troisièmes doses de vaccin anti-HiB administrées aux nourrissons

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- code d'identification unique
- Informations géographiques, noms
- date de naissance
- date de début de la maladie
- nature des échantillons prélevés (1=sang ; 2=LCR ; 3=les deux ; 4=autres)
- résultat de la culture, le cas échéant (1=positif ; 2=négatif ; 3=en cours ; 4=culture non faite)
- résultat de la recherche d'antigènes, le cas échéant (1=positif, 2=négatif, 3=en cours, 5=recherche non faite)
- numération des leucocytes par ml, le cas échéant
- issue (1=vivant ; 2=mort ; 3=issue inconnue)
- nombre de doses de vaccin anti-HiB reçues (1, 2, 3, 9=inconnu)
- classification finale (1=probable ; 2=confirmé).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS**Données cumulatives**

- taux d'incidence annuel par zone géographique
- couverture HiB3 par année et par zone géographique
- exhaustivité et promptitude des rapports.

Données relatives aux cas

Comme pour les données cumulatives, plus :

- taux d'incidence par âge
- taux de létalité
- taux selon le statut vaccinal.

Indicateurs de la qualité de la surveillance**Objectif**

Pourcentage des cas probables de méningite bactérienne pour lesquels on a obtenu du sang ou du LCR aux fins d'examen

supérieur ou égal à 90%

Pourcentage des cas probables de méningite bactérienne pour lesquels on a identifié une bactérie pathogène dans le sang ou le LCR

- LCR avec de 10 à 100 leucocytes/ml

supérieur ou égal à 20%

- LCR avec 100 leucocytes ou plus par ml

supérieur ou égal à 50%

Bien que la numération des leucocytes dans le LCR donne des résultats très variables d'un sujet à l'autre en cas de méningite bactérienne, la proportion de cas probables de méningite bactérienne à cause identifiée augmente néanmoins les valeurs de numération cellulaire obtenues dans le LCR. Aux fins d'évaluation de la performance, on pourra parfois déterminer la proportion de cas de méningite bactérienne probable où une cause bactérienne a pu être identifiée dans l'une ou l'autre des catégories ci-dessus. Un résultat inférieur aux niveaux visés indiquera que certains cas de méningite bactérienne ne sont pas identifiés ; il faudra procéder à un examen des pratiques cliniques et de laboratoire.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- déterminer l'incidence de la méningite et de la maladie invasive à HiB pour estimer leur impact
- mesurer l'impact des programmes de vaccination et identifier les zones qui requièrent des efforts
- supplémentaires
- suivre la couverture vaccinale et entreprendre des mesures correctives dans les régions où celle-ci est insuffisante.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Dans la mesure où une confirmation en laboratoire est indispensable, la surveillance au niveau national peut se heurter à des difficultés pratiques dans certains pays. Il est néanmoins possible d'en réaliser les objectifs en se limitant aux zones suffisamment équipées en matière de laboratoire et de ressources cliniques. La combinaison de données nationales sur la couverture vaccinale combinées à des informations locales sur la maladie permettra d'orienter les programmes de vaccination.

Pour informations complémentaires sur les méthodes de surveillance, voir : Orin S. LEVINE, Anne SCHUCHAT, Benjamin SCHWARTZ, Jay D. WENGER, John Elliott. *Protocole générique de surveillance des populations pour Haemophilus influenzae type b*. WHO/VRD/GEN/95.05, 1998.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme élargi de vaccination

Courrier électronique : wengerj@who.ch / gpv@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 4511 / 4440

Télécopie : (41 22) 791 4193 / 0746 à l'attention de VAB.

B15-B17 Hépatite virale aiguë**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

On estime qu'il y a 385 millions de porteurs du virus de l'hépatite B, 10 millions de porteurs du virus de l'hépatite C et plus d'un million de décès par an attribuables à l'hépatite B. La transmission est surtout fécale/orale pour les hépatites A et E, percutanée pour les hépatites B, C et D, et sexuelle pour l'hépatite B. La maladie peut être foudroyante (hépatite E au cours de la grossesse) ; les hépatites B, C et D peuvent entraîner une infection chronique et des séquelles importantes. Les mesures de lutte comportent le contrôle de la sécurité des transfusions et l'utilisation judicieuse des injections, ainsi que, pour l'hépatite A et l'hépatite B, des mesures d'immunisation. L'hépatite B est une maladie ciblée par l'OMS pour réduction d'incidence et de prévalence (9PGT 6.3).

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description clinique**

Maladie aiguë comportant ictère aigu, urines foncées, anorexie, état de malaise, fatigue extrême et sensibilité dans le quadrant supérieur droit. Les signes biologiques comportent un accroissement de l'urobilinogène urinaire et une alanine aminotransférase sérique deux fois et demie plus importante que la limite supérieure normale.

Remarque : La plupart des infections surviennent au cours de la petite enfance. Une proportion variable des infections à l'âge adulte restent asymptomatiques.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Hépatite A : IgM anti-HAV positif

Hépatite B : HBsAg positif **ou** IgM anti-HBc positive

Non-A,-non-B : IgM anti-HAV négative et IgM anti-HBc négative (ou HbsAg négatif).

Remarque 1 : Le test IgM anti HBc, spécifique pour l'infection aiguë, n'est pas disponible dans la plupart des pays. HbsAg, qui est disponible, ne distingue pas les infections aiguës nouvelles et les exacerbations d'une hépatite B chronique, même si une séropositivité persistante à HbsAg (plus de 6 mois) constitue un indicateur d'infection chronique.

Remarque 2 : Il est recommandé de poursuivre les analyses pour les malades présentant un résultat négatif aux marqueurs d'hépatites aiguës A ou B, afin de diagnostiquer l'hépatite C, D, ou E.

Hépatite C : anti-HCV positif

Hépatite D : HbsAg positif **ou**

IgM anti-HBc positif **plus** anti-HDV positif (ne survient qu'en co-infection ou surinfection de l'hépatite B).

Classification des cas

Suspect : Cas compatible avec la description clinique.

Probable : Ne s'applique pas.

Confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire **ou** (hépatite A seulement) cas compatible avec la description clinique chez une personne ayant eu, dans les 15 à 50 jours avant le début des symptômes, un lien épidémiologique avec une autre personne pour laquelle l'hépatite A a été confirmée par le laboratoire (c'est-à-dire qu'elle a partagé le même logement ou a eu des rapports sexuels avec une personne infectée).

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

- notification mensuelle systématique des données cumulatives pour les cas suspects et confirmés, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central avec, si possible, le nombre de cas confirmés pour chaque type d'hépatite
- notification zéro à tous les niveaux
- s'il n'est pas possible d'instaurer une surveillance dans tout le territoire national, une surveillance dans des zones ou hôpitaux sentinelles pourra fournir des informations utiles sur les sources d'infection potentielles
- toute flambée devra faire l'objet d'une enquête immédiate et d'une confirmation sérologique.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données cumulatives à notifier

- nombre de troisièmes doses de vaccin contre l'hépatite B (HBV3) administrées aux nourrissons
- nombre d'injections reçues au cours d'une période de six semaines à six mois avant l'apparition des symptômes d'hépatite aiguë (quelle que soit l'étiologie de celle-ci)
- nombre de cas suspects
- si possible, nombre de cas confirmés pour chaque type d'hépatite.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS : (SOURCES S'AJOUTANT AUX DONNÉES DE LA SURVEILLANCE)

- suivi de la couverture vaccinale contre l'hépatite B (HepB3) chez les nourrissons
- incidence des cas d'hépatite virale aiguë par année, par mois, par zone géographique, et (si les données sont disponibles) par groupe d'âge et par type de virus
- comparaison des proportions qui ont reçu une injection au cours d'une période de 6 semaines à 6 mois avant apparition des symptômes chez les cas d'hépatite A ou B pour tenter d'estimer la proportion des infections par le virus de l'hépatite B attribuable aux injections.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- contrôler la couverture de la vaccination HepB3 par zone géographique afin d'identifier les zones de faible performance et de prendre les mesures nécessaires
- enquêter sur toutes les flambées présumées ou notifiées
- déterminer la cause spécifique des cas d'hépatite virale aiguë (notifiés systématiquement ou pendant les flambées), de façon à prendre les mesures qui s'imposent
- déterminer l'efficacité des programmes pour la sécurité des injections
- mesurer la proportion des cas d'hépatite virale aiguë, d'affection chronique du foie, de cirrhose et de cancer primitif du foie qui sont porteurs du virus B ou C afin de :
 - déterminer l'importance de la maladie dans la population
 - déterminer sa priorité parmi les autres maladies importantes pour la santé publique
- choisir des stratégies de lutte adaptées.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Dans de nombreux pays en développement qui n'ont pas accès aux réactifs sérologiques nécessaires (et la plupart des infections restant asymptomatiques), il faut éviter de confondre faible incidence des rapports d'hépatite virale aiguë et faible incidence réelle de l'infection. La surveillance renforcée permet de mieux comprendre l'épidémiologie et l'impact de l'hépatite, y compris les séquelles d'hépatite B, C ou D (infections symptomatiques chroniques, hépatite chronique, cirrhose, cancer primitif du foie). Elle nécessite l'examen de données auxquelles les épidémiologistes en maladies infectieuses n'ont pas souvent recours : registres de sortie d'hôpital, données de mortalité hospitalière (hépatite chronique, cirrhose, cancer primitif du foie) et registres des cancers. Il faudra parfois des enquêtes de séroprévalence pour étudier la prévalence de l'infection à virus B et C dans la population en général et dans des groupes particuliers (donneurs de sang, femmes enceintes, recrues, agents de soins), chez des groupes de malades (personnes présentant des affections hépatiques, ou bien sous dialyse, hémophiles...) et sous-groupes ethniques. Le vaccin anti-HB est donné aux nourrissons (et dans certains pays industriels aux adolescents) pour éviter le développement d'affections hépatiques chroniques et du cancer du foie, avec une efficacité de 85% à 100% dans la prévention de l'état de porteur. L'évaluation de la couverture ressemble à celle des autres vaccins.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux Voir pp 20 à 25 les personnes ou services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme mondial des Vaccins et Vaccinations (VAB)

wengerj@who.ch / gpv@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 4408 / 4410 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 0746 à l'attention de VAB.

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

lavanchyd@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2656 / 2850 Télécopie : (41 22) 791 4878.

A96.2 Fièvre de Lassa

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Infection virale aiguë grave qui peut provoquer des épidémies, raison pour laquelle les mécanismes de surveillance permettant de détecter les flambées et de contrôler les mesures de lutte sont essentiels pour les pays affectés.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Maladie s'installant progressivement et entraînant au moins une des manifestations ci-après :

- état de malaise, fièvre, céphalées, irritation de la gorge, toux, nausées, vomissements, diarrhée, myalgies, douleurs thoraciques, perte de l'audition, **et**
- des antécédents de contact avec des excréta de rongeurs ou bien avec un cas probable ou confirmé de fièvre de Lassa.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- isolement du virus (*seulement dans des laboratoires dotés d'un niveau de sécurité biologique N°4*) à partir de sang, d'urine, de liquide de rinçage de la gorge **ou**
- sérologie positive des IgM ou séroconversion (anticorps IgG) dans des échantillons de sérum appariés **ou**
- mise en évidence de l'antigène du virus de Lassa dans des tissus prélevés à l'autopsie au moyen de l'immunocytochimie ou dans le sérum au moyen de la méthode ELISA
- PCR positive sur le sérum ou des tissus prélevés à l'autopsie.

Classification des cas

Suspect : Cas compatible avec la description clinique.

Probable : Cas suspect ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire.

Contact : Personne ayant un contact personnel étroit avec le malade (vie en commun, soins du malade), ou personne ayant réalisé des épreuves sur des échantillons d'un malade pour le laboratoire dans les trois semaines suivant l'installation de la maladie.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

En situation d'endémie :

Notification immédiate des données pour chaque cas suspect, probable ou confirmé, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central.

Tout cas doit faire l'objet d'une enquête, et la recherche des contacts doit être entreprise.

Notification mensuelle systématique des données cumulatives, du niveau intermédiaire vers le niveau central.

En situation de flambée épidémique :

Toute flambée présumée sera notifiée au niveau central. La surveillance sera alors intensifiée avec le dépistage actif des cas et la recherche des contacts. Les données agrégées chaque jour et chaque semaine devront être soumises aux niveaux intermédiaire et central par les équipes d'enquête.

La maladie est endémique en Sierra Leone, au Libéria, en Guinée et dans certaines régions du Nigéria. En dehors de ces zones, les symptômes correspondants doivent susciter une enquête et une notification s'ils concernent des personnes qui se sont rendues dans ces pays ou en reviennent.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- classification du cas (suspect/ probable/ confirmé)
- code d'identification unique, âge, sexe, lieu de résidence dans les trois semaines précédant le début de la maladie
- date du début de la maladie
- hospitalisation
- issue.

Données cumulatives à notifier

En situation d'endémie

- nombre de cas (suspects/ probables/ confirmés) par zone géographique et par issue
- contacts par zone géographique, succès dans la recherche des contacts, et par issue.

En situation de flambée épidémique

- nombre total de cas par village, zone géographique, date de déclenchement de la maladie, hospitalisation, issue
- Nouveaux cas et contacts identifiés depuis le dernier rapport
- nombre total de cas en fonction de l'issue
- Nouveaux contacts identifiés et retrouvés depuis le dernier rapport.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- cartographie de la répartition géographique des cas avec leur nombre
- pourcentage de contacts suivis
- taux de létalité.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- suivi de l'endémie dans le temps
- identification des groupes ou des zones à risque
- identification des grappes de cas ou des flambées épidémiques
- enquête sur les cas, les contacts et la source de la contamination.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

La manipulation des échantillons, leur transport et les études de laboratoire entraînent un risque biologique extrême.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : arthurr@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2658 / 2636 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4878 / 0746 attn CSR.

A48.1, A48.2 Légionellose
(maladie des légionnaires, pneumonie des légionnaires A48.1)
(maladie de Pontiac A48.2)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La maladie des légionnaires présente un potentiel épidémique et un taux de létalité élevés. La surveillance est importante pour détecter les épidémies et instaurer les enquêtes et les mesures de lutte qui conviennent. En outre, la surveillance des cas sporadiques pourra donner des indices sur l'étiologie et la prévention de la maladie.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Maladie se caractérisant par une infection aiguë des voies respiratoires inférieures accompagnée de signes focaux de pneumonie à l'examen clinique et/ou de signes radiologiques de pneumonie.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Présomptif : au moins un des points suivants :

- détection de l'antigène spécifique de *Legionella* dans les sécrétions respiratoires ou l'urine
- détection par immunofluorescence directe de l'organisme dans les sécrétions respiratoires ou les tissus pulmonaires en faisant appel à des réactifs monoclonaux évalués
- multiplication par 4 au moins du titre sérique des anticorps spécifiques de *Legionella* spp. autres que le sérotype 1 de *L. pneumophila*, en utilisant un test sérologique validé localement.

Confirmation : par au moins un des points suivants :

- isolement de *Legionella* à partir de sécrétions respiratoires, de tissu pulmonaire, de liquide pleural, de sang ou d'autres liquides normalement stériles
- multiplication par au moins quatre du titre sérique d'anticorps spécifiques de *L. pneumophila* sérotype 1 par immunofluorescence indirecte ou microagglutination.

Remarque : La plupart des pays d'Europe et les Etats-Unis d'Amérique incluent désormais la détection des antigènes du sérotype 1 de *L. pneumophila* dans l'urine parmi les tests de confirmation.

Classification des cas

Suspect : Ne s'applique pas.

Probable : Cas compatible avec la description clinique et donnant des résultats de laboratoire présomptifs.

Confirmé : Cas compatible avec la description clinique et donnant des résultats de laboratoire confirmant le diagnostic.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification immédiate des données pour chaque cas du niveau périphérique aux niveaux intermédiaire et central.

L'identification des cas doit susciter une enquête immédiate sur les facteurs de risques et sur les autres cas éventuels. Pour une réponse rapide, on préférera le dépistage actif des cas.

Au niveau international : Voyages et séjours à l'hôtel constituent des facteurs de risque importants : une surveillance internationale efficace est donc indispensable pour identifier et maîtriser la source ponctuelle des infections.

La légionellose est en général diagnostiquée après le retour du malade dans son pays de résidence, ce qui amène en toute probabilité à considérer le cas comme étant sporadique et unique.

Le modèle de surveillance comme celui qui a été mis au point par le Groupe de travail européen pour les légionelloses* (voir aspects spécifiques) permet la détection de grappes de cas (deux cas ou plus) pour la même source de transmission, car les notifications provenant des différents pays européens sont recueillies dans une même base de données.

* European Working Group for Legionella Infections, PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, 61 Colindale Avenue, Londres NW9 5EQ, Téléphone : (44) 181 200 6868
Télécopie : (44) 181 200 7868 Courrier électronique : respedsc@PHIS.co.uk.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques, date de début de la maladie, issue
- facteurs de risque sous-jacents (par exemple malade immunodéprimé, SIDA)
- risques d'exposition (hospitalisation, hôtels, autres formes d'hébergement, voyages effectués dans les deux semaines qui ont précédé le début de la maladie)
- informations du laboratoire (type de l'échantillon, date du recueil, isolement de *Legionella* spp.).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- examiner régulièrement les informations pour rechercher les groupements de cas dans le temps, l'espace ou les personnes (ce qui doit être entrepris à tous les niveaux)
- incidence de l'infection par mois, zone géographique, groupe d'âge, facteur de risque, facteur d'exposition.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- détecter les grappes de cas/ les flambées épidémiques
- identifier les zones à haut risque et les expositions
- suivre les effets des mesures de lutte au niveau de l'environnement.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

On reconnaît actuellement deux formes clinico-épidémiologiques distinctes :

- « maladie des légionnaires » (pulmonaire) et
- « fièvre de Pontiac » (non pulmonaire).

Les deux se caractérisent initialement par de l'anorexie, des vomissements, des myalgies, des céphalées et des vomissements, suivis dans la journée par une fièvre croissante et des frissons. Dans la forme pulmonaire, toux non productive, douleurs abdominales, diarrhée, états confusionnels et délire sont courants. Il n'est pas possible de distinguer sur le plan clinique la pneumonie à *Legionella* d'autres formes de pneumonie. Il faudra néanmoins la suspecter pour toute pneumopathie liée à certaines informations épidémiologiques (par exemple voyage récent, hospitalisation, rassemblements, immunodépression). En outre on

a montré que l'âge (plus de 50 ans), le sexe (masculin), le tabagisme, la consommation d'alcool étaient des facteurs de risque.

La fièvre de Pontiac n'est pas associée à une pneumonie ; il s'agit vraisemblablement d'une réaction à l'inhalation d'antigènes plutôt que de bactéries.

Le réservoir de *Legionella* est sans doute principalement aqueux (par exemple les systèmes à eau chaude, l'air conditionné, les tours de refroidissement, les condensateurs à évaporation). La surveillance de l'environnement et de la présence éventuelle de légionelles dans les sources d'eau fait en général partie des procédures d'enregistrement et d'homologation. En tout état de cause, la surveillance de l'environnement doit au moins avoir lieu pour les sources connues de flambées épidémiques afin d'assurer l'éradication du micro-organisme.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : tikhomirove@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2656 / 2850 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4878 / 0746 à l'attention de CSR.

B55.1, B55.2 Leishmaniose cutanée**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

La leishmaniose cutanée (LC) est endémique dans plus de 70 pays. On estime à 1 500 000 cas l'incidence annuelle. La maladie prend plusieurs formes cliniques : leishmaniose cutanée localisée, leishmaniose cutanée diffuse (LCD), la plus difficile à traiter, et la leishmaniose cutanéomuqueuse (LCM), la forme la plus grave car elle produit des lésions défigurantes et des mutilations du visage. Dans les foyers anthroponotiques, où l'on pense que l'homme est le seul réservoir, les épidémies sont liées à des migrations humaines des zones rurales aux zones démunies des banlieues. Dans les foyers zoonotiques, où les mammifères constituent le réservoir, les épidémies sont liées à des modifications du milieu et au déplacement de personnes non immunisées vers les zones rurales.

La surveillance joue un rôle essentiel pour établir l'impact de la maladie et surveiller les actions visant à lutter contre celle-ci et à détecter les épidémies.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description clinique**

Apparition d'une ou de plusieurs lésions sur des parties découvertes du corps. Le visage, le cou, les bras et les jambes sont les localisations les plus courantes. Un nodule apparaît au site d'inoculation, puis il s'agrandit et devient une ulcération non douloureuse. La lésion reste à ce stade pendant une durée variable avant de guérir et de laisser une cicatrice excavée. Chez certains individus, certaines souches peuvent migrer et provoquer des lésions muqueuses. Les séquelles impliquent alors les tissus rhinopharyngés et peuvent être très défigurantes.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- recherche et observation du parasite (frottis coloré ou culture à partir des lésions)
- en cas de leishmaniose cutanéomuqueuse seulement : sérologie positive (immunofluorescence indirecte, ELISA).

Classification des cas*Définition pratique de l'OMS*

Un cas de leishmaniose cutanée se définit comme une personne présentant les signes cliniques (lésion cutanée ou cutanéomuqueuse) avec confirmation parasitologique du diagnostic (frottis ou culture positive) **et/ou**, pour la leishmaniose cutanéomuqueuse seulement, un diagnostic sérologique.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Au niveau périphérique, les dossiers médicaux individuels doivent tous être conservés pour les enquêtes et la prise en charge des cas.

Notification mensuelle systématique des données cumulatives du niveau périphérique aux niveaux intermédiaire et central.

Le dépistage actif des cas par des études portant sur des groupes sélectionnés ou des enquêtes systématiques (standardisées ou périodiques) constitue une autre possibilité pour estimer la prévalence de la leishmaniose cutanée.

Au niveau international : notification annuelle du niveau central à l'OMS (nombre limité de pays).

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Dossiers médicaux individuels au niveau périphérique :

Identification : code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques, voyages effectués, durée de résidence au site actuel.

Leishmaniose : manifestations cliniques, date du diagnostic, sérologie (pour la leishmaniose cutanéomuqueuse seulement) et parasitologie, espèce de *Leishmania*, résultat du traitement.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas en fonction de l'âge, du sexe et du type de diagnostic.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Tableaux : Incidence par zone géographique, âge, sexe, diagnostic, mois/ année

Prévalence ponctuelle (si dépistage actif des cas)

Cartes : Incidence par village.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- évaluer l'ampleur réelle du problème et les principales populations à risque
- améliorer et concentrer les actions de lutte
- améliorer prise en charge et suivi de la leishmaniose cutanée/ leishmaniose cutanée disséminée et de la leishmaniose cutanéomuqueuse chez les malades (lignes directrices de l'OMS)
- identifier les problèmes techniques et opérationnels
- évaluer l'impact des interventions de lutte
- anticiper les épidémies.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Il y a une tendance à sous-estimer la leishmaniose cutanée dans la mesure où la plupart des données officielles ne sont obtenues que par détection passive des cas. D'autres facteurs conduisent à des diagnostics erronés ou à ne pas diagnostiquer cette maladie : grande dissémination des foyers, accès limité aux services médicaux, rareté des services de diagnostic, disponibilité limitée ou irrégulière des médicaments de première ligne.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : desjeuxp@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3870 Télécopie : (41 22) 791 4777 à l'attention de CSR.

B55.0 Leishmaniose viscérale (Kala-azar)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La leishmaniose viscérale (LV) est endémique dans 61 pays. On estime l'incidence annuelle à 500 000 cas. C'est la forme la plus grave de la maladie et elle peut être mortelle en l'absence de traitement. Des épidémies entraînant des décès surviennent fréquemment dans les foyers de leishmaniose viscérale anthroponotique du Bangladesh, de l'Inde, du Népal et du Soudan où l'on pense que l'homme est le seul réservoir. La surveillance joue un rôle essentiel pour établir l'impact de la maladie et suivre les actions visant à lutter contre la maladie et à détecter les épidémies.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Maladie ayant pour principaux symptômes une fièvre irrégulière prolongée, une splénomégalie et une perte de poids.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- recherche parasitologique positive (frottis colorés de moelle osseuse, de rate, de foie, de ganglion, de sang, ou culture du microorganisme à partir d'une biopsie ou d'une ponction)
- sérologie positive (immunofluorescence indirecte, ELISA).

Classification des cas

Définition pratique de l'OMS :

Un cas de leishmaniose viscérale se définit comme une personne présentant des symptômes cliniques (principalement fièvre irrégulière prolongée, splénomégalie et perte de poids) accompagnés de la confirmation du diagnostic par voie sérologique (éventuellement au niveau des zones périphériques) et/ou parasitologique (si elle est réalisable au niveau central).

Dans les zones d'endémie du paludisme, on soupçonnera une leishmaniose viscérale lorsque la fièvre dure plus de deux semaines et que l'on n'obtient pas de réaction à l'administration d'antipaludéens (dans la mesure où l'on a également envisagé la possibilité de paludisme pharmacorésistant).

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification mensuelle systématique des données cumulatives du niveau périphérique aux niveaux intermédiaire et central.

Le dépistage actif des cas par des études portant sur des groupes sélectionnés ou des enquêtes systématiques (standardisées ou périodiques) constitue une autre possibilité pour estimer la prévalence de la leishmaniose viscérale.

Au niveau international : notification annuelle du niveau central à l'OMS (pour un nombre limité de pays).

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Dossiers médicaux individuels au niveau périphérique :

- identification : code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques, voyages
- effectués, durée de résidence au site actuel
- leishmaniose : anifestations cliniques, date du diagnostic, sérologie et parasitologie, espèce de *Leishmania*, issue du traitement.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas en fonction de l'âge, du sexe et du type de diagnostic.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Tableaux : Incidence par zone géographique, âge, sexe, type de diagnostic, groupe à risque, manifestation clinique, mois/année.
Prévalence ponctuelle (si dépistage actif des cas).

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- évaluer l'ampleur réelle du problème et les principales populations à risque
- améliorer et concentrer les actions de lutte
- identifier les problèmes techniques et opérationnels
- évaluer l'impact des interventions de lutte
- anticiper les épidémies.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Beaucoup de cas de leishmaniose viscérale ont tendance à échapper à la notification, car la plupart des données officielles ne sont obtenues que par dépistage passif. Le nombre de personnes exposées à cette parasitose ou infectées sans symptômes est de loin supérieur au nombre de cas de leishmaniose viscérale détectés.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : desjeuxp@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3870 Télécopie : (41 22) 791 4777 à l'attention de CSR.

Pas de code CIM-10 Co-infections Leishmania/VIH

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Les co-infections *Leishmania*/VIH ont déjà été signalées dans 30 pays. Le chevauchement de la leishmaniose viscérale (LV) et du SIDA augmente à cause de la propagation de la pandémie de SIDA dans les zones rurales et celle de la LV dans les banlieues. En Europe méridionale, 25 à 70% des cas de leishmaniose viscérale adulte sont liés à l'infection par le VIH et 1,5% à 9% des cas de SIDA souffrent de leishmaniose viscérale nouvellement contractée ou réactivée.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Définition pratique de l'OMS :

Un cas de co-infection est une personne séropositive pour le VIH présentant des symptômes cliniques de leishmaniose (viscérale ou cutanée) avec confirmation parasitologique du diagnostic.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Surveillance par réseau sentinelle au niveau des hôpitaux et/ou des laboratoires.

Au niveau périphérique, les hôpitaux et les laboratoires membres du réseau de surveillance (28 institutions dans 13 pays à la rédaction de ces lignes) conservent les dossiers médicaux individuels. Ils utilisent les lignes directrices pour les diagnostics et un formulaire standard, récemment mis sur informatique, de notification des cas.

Notification semestrielle systématique des données cumulatives et individuelles pour tous les cas du niveau périphérique ou du niveau central à l'OMS.

Recueil, traitement et rediffusion des informations au niveau mondial (deux fois par an) au niveau du registre central mis en place par l'OMS.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour les dossiers médicaux individuels au niveau périphérique et pour la notification :

Identification : code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques, voyages effectués, durée de résidence au site actuel.

Leishmaniose : date du diagnostic, sérologie et parasitologie, espèce de *Leishmania*, manifestations cliniques.

VIH(si

disponibles) : date du diagnostic, sérologie, numération des CD4, groupes à risque, maladies définissant le SIDA, issue du traitement.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas selon l'âge, le sexe, le type de diagnostic et le groupe à risque.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Répartition géographique, répartition en fonction du sexe, de l'âge, les groupes à risque selon les pays, date du diagnostic du VIH, date du diagnostic de la leishmaniose, corrélation entre les deux diagnostics, paramètres immunologiques, diagnostic parasitologique, stade clinique, manifestations cliniques, maladies définissant le SIDA.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- évaluer l'ampleur réelle du problème et les principales populations à risque
- améliorer la prise en charge et le suivi des cas de co-infection par la mise en œuvre des lignes directrices
- identifier les problèmes techniques et opérationnels rencontrés par le réseau d'établissements soignants
- évaluer l'impact des interventions.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Un réseau aidera à :

- améliorer la fiabilité du recueil des données par l'utilisation du formulaire standardisé de notification
- améliorer la coordination entre les établissements
- améliorer la surveillance médicale active des principales populations à risque.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : desjeuxp@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3870 Télécopie : (41 22) 791 4777 à l'attention de CSR.

A30 Lèpre (Maladie de Hansen)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

On estimait en 1997 qu'il y avait 1,5 million de cas de lèpre dans le monde. La lutte contre la maladie s'est améliorée récemment grâce à l'instauration de la polychimiothérapie. L'OMS (9PGT 6.2) a fait de la lèpre une maladie-cible pour l'**élimination** (moins d'un cas pour 10 000 habitants) d'ici l'an 2000 par une approche souple et centrée, qui inclut de rendre la polychimiothérapie (PCT) disponible pour toutes les communautés et zones ainsi que d'assurer un diagnostic et un traitement adaptés et de bonne qualité, avec une évaluation par la surveillance épidémiologique et un suivi du programme.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Les manifestations cliniques de la maladie s'échelonnent sur un spectre continu entre deux formes extrêmes : la lèpre lépromateuse et la lèpre tuberculoïde.

- dans la lèpre lépromateuse (multibacillaire), les infiltrations diffuses, macules, nodules et papules sont symétriques, bilatéraux et en général nombreux et étendus ; l'atteinte de la muqueuse nasale peut entraîner la formation de croûtes, une obstruction des voies respiratoires et des épistaxis ; l'atteinte oculaire aboutit à une inflammation de l'iris et de la cornée.
- dans la lèpre tuberculoïde (paucibacillaire), on observe des lésions dermiques peu nombreuses (parfois une seule lésion), bien démarquées, insensibles ou peu douloureuses, et une atteinte bilatérale asymétrique des nerfs périphériques qui tend à être grave.
- la lèpre *borderline* a des manifestations des deux extrémités du spectre et est plus labile
- la lèpre indéterminée se manifeste par une macule peu colorée aux contours mal définis et, en l'absence de traitement, peut évoluer vers les formes tuberculoïde, *borderline* ou lépromateuse.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Présence de bacilles acido-alcoolo-résistants dans des frottis cutanés (incision-grattage).

En cas de lèpre paucibacillaire, il arrive que les bacilles soient si rares qu'on n'arrive pas à les mettre en évidence. Devant la prévalence croissante de l'infection par le VIH et de l'hépatite B dans de nombreux pays où la lèpre persiste à l'état endémique, il convient de limiter le plus possible le nombre de sites de collection de frottis dermiques et la fréquence de récolte de ces frottis.

Classification des cas

Définition pratique de l'OMS :

On définira un cas de lèpre comme une personne présentant un au moins des éléments ci-après, et qui n'a pas encore terminé la durée complète d'un traitement (cette définition exclut les individus guéris mais souffrant d'incapacités résiduelles dues à la lèpre) :

- lésions cutanées hypopigmentées ou rougeâtres avec une nette perte de la sensation
- atteinte des nerfs périphériques, avec épaissement net et perte de la sensation
- frottis dermique positif pour les bacilles acido-résistants.

Classification (microbiologique) :

Paucibacillaire (PB) : Cas à frottis négatif, indéterminés, *borderline*, tuberculoïdes.

Multibacillaire (MB) : Cas à frottis positif.

Classification (clinique) :

Paucibacillaire à lésion unique : 1 lésion sur la peau

Paucibacillaire (PB) : de 1 à 5 plaques ou lésions sur la peau

Multibacillaire (MB) : plus de 5 plaques ou lésions sur la peau.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Dossiers médicaux individuels conservés au niveau périphérique pour enquêtes et prise en charge.

Notification mensuelle systématique des données cumulatives pour tous les cas du niveau périphérique aux niveaux intermédiaire et central.

Au niveau international : Notification trimestrielle et annuelle des données cumulatives du niveau central à l'OMS.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Dossiers médicaux individuels

- code d'identification unique, nom, âge, sexe, informations géographiques, degré d'incapacité, examen de laboratoire, classification de la maladie (multi- ou paucibacillaire, voir les définitions), date du début du traitement, issue du traitement (incapacité, guérison, abandon), contacts.

Données d'ensemble à notifier – indicateurs essentiels (pour les pays d'endémie)

- nombre de cas enregistrés pour traitement à un moment donné (généralement la fin de l'année)
- nombre de cas nouveaux selon le type de lèpre
- nombre de cas traités par polychimiothérapie
- nombre de cas d'incapacité de degré 2 OMS parmi les nouveaux cas*
- nombre de cas guéris par la polychimiothérapie
- nombre de rechutes.

*Cotation des incapacités OMS pour la lèpre. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Série de Rapports techniques N°768, 1988 (Comité OMS d'experts de la lèpre : sixième rapport).

Indicateurs de la polychimiothérapie (voir aspects spécifiques)

Indicateurs d'approvisionnement en polychimiothérapie (malades multibacillaires adultes, multibacillaires enfants, paucibacillaires adultes, paucibacillaires enfants) :

- nombre de malades sous traitement
- utilisation des conditionnements sous blister (%).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Prévalence ponctuelle, dépistage annuel, couverture du traitement par polychimiothérapie, nombre de malades sortis des registres (si possible d'après des études de cohorte), nombre de cas enregistrés pour la chimiothérapie à la fin de l'année divisé par la population dans laquelle ces cas sont apparus.

Graphiques : Prévalence annuelle, détection annuelle, nombre de malades suivant la polychimiothérapie, nombre de malades par an guéris par la polychimiothérapie.

Cartes : Nombre de cas enregistrés, nombre de cas nouveaux, type de traitement, couverture par polychimiothérapie, le tout pour chaque zone géographique.

Tableaux : Prévalence, nouveaux cas dépistés, pourcentage d'enfants, pourcentage de sujets avec incapacité, pourcentage de sujets multibacillaires, nombre de cas guéris par la polychimiothérapie.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- évaluer l'ampleur du problème
- identifier les variations dans le dépistage des cas
- évaluer la politique d'élimination de la lèpre
- planifier la distribution
 - des médicaments
- identifier les difficultés techniques et opérationnelles rencontrées par le programme
- identifier les zones à haut risque pour mieux cibler les interventions
- évaluer l'effet des interventions.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

La lèpre tend à être sous-notifiée. Il n'y a néanmoins pas de méthodes robustes et d'un bon rapport qualité/prix qui permettraient d'en estimer la véritable prévalence avec exactitude.

Dans les pays endémiques, il convient de valider les indicateurs essentiels en faisant appel à des mécanismes indépendants afin d'évaluer la performance de la polychimiothérapie et les progrès vers l'élimination de la maladie au niveau local.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Prévention, Lutte et Éradication (CPE)

Courrier électronique : daumerie@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3919 Télécopie : (41 22) 791 4850.

A27 Leptospirose**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

La leptospirose est une zoonose présente dans le monde entier, qui survient plus fréquemment dans les pays à climat sub-tropical ou tropical, souvent de manière saisonnière et en relation avec certaines professions, parfois sous la forme de flambées épidémiques. De nombreuses espèces domestiques ou sauvages peuvent être à l'origine de l'infection par l'un des nombreux sérovars de *Leptospira*. L'infection se transmet aux êtres humains par contact direct avec l'urine des animaux infectés ou par contact avec un environnement contaminé par cette urine, principalement les eaux de surface, le sol et les plantes. Chez l'homme la gravité de la maladie va de modérée à mortelle. La leptospirose est une affection qui est probablement sous-notifiée dans de nombreux pays à cause de la difficulté du diagnostic clinique et du manque de services de laboratoire. La surveillance fournit une base pour des stratégies d'intervention en santé publique humaine et vétérinaire.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description clinique**

Maladie fébrile aiguë comportant des céphalées, des myalgies et une prostration associées à n'importe lequel des symptômes suivants :

- injection conjonctivale
- irritation méningée
- anurie ou oligurie et/ou protéinurie
- ictère
- hémorragies (intestinales ou notoirement pulmonaires dans certains endroits)
- arythmie ou insuffisance cardiaque
- éruption cutanée **et**
- des antécédents d'exposition à des animaux infectés ou à un environnement contaminé par de l'urine d'animaux.

Les autres symptômes fréquents sont les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales, la diarrhée et les arthralgies.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- isolement (et typage) à partir du sang ou d'autres échantillons biologiques par culture des leptospires pathogènes
- sérologie positive, de préférence établie par une épreuve de microagglutination microscopique utilisant un panel de souches de leptospires pour avoir des antigènes qui, dans l'idéal, sont représentatifs des souches existant localement.

Classification des cas

Suspect : Cas compatible avec la description clinique.

Probable : Ne s'applique pas.

Confirmé : Cas suspect confirmé par un laboratoire compétent.

Remarque : Il est difficile de poser le diagnostic clinique de leptospirose dans des régions où des maladies à symptômes similaires surviennent fréquemment.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification immédiate des cas individuels suspects ou confirmés, du niveau périphérique (hôpital/ généraliste/ laboratoire) vers le niveau intermédiaire. Chaque cas doit faire l'objet d'une enquête.

Notification mensuelle systématique des données cumulatives du niveau intermédiaire vers le niveau central. La sérosurveillance peut fournir des

informations sur la présence éventuelle de la leptospirose dans certaines régions ou au sein de certaines populations.

Au niveau international : La *Société internationale pour la Leptospirose (International Leptospirosis Society)** rassemble au niveau mondial les données concernant la survenue de la maladie.

* Koninklijk Tropen Instituut – Département de la Recherche biomédicale, Laboratoire NH Swellengrebel, Melbergdreef 39, 1105 AZ Amsterdam, Pays-Bas.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification

- âge, sexe, informations géographiques, profession
- symptômes cliniques (morbidity, mortalité)
- hospitalisation (O/N)
- antécédents et lieu de l'exposition (contact avec un animal, environnement)
- données microbiologiques et sérologiques
- date du diagnostic
- précipitations, inondations.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas
- nombre d'hospitalisations
- nombre de décès
- nombre de cas par type de leptospirose (séovar/ sérogroupe incriminé).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- nombre de cas en fonction de l'âge, du sexe, de la profession, de la zone, de la date de début de la maladie, des séovars/ sérogroupe incriminés, de la source d'infection (présumée), des conditions de transmission (graphiques, tableaux, cartes)
- distribution de la fréquence des signes et symptômes par cas et séovar incriminé (tableaux)
- rapports sur les flambées épidémiques, les mesures de prévention, surveillance de la population humaine et des populations d'animaux sauvages et domestiques.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- évaluer l'ampleur du problème dans les différentes régions, les divers groupes à risques et selon les situations et les régions
- identifier les flambées épidémiques
- identifier les sources animales de contamination
- suivre l'apparition de la leptospirose dans de nouvelles régions et de nouveaux groupes (professionnels) à risque
- concevoir des méthodes rationnelles de lutte et de prévention
- identifier les nouveaux séovars et leur répartition
- donner des informations sur les séovars locaux pour obtenir un panel représentatif pour les épreuves de microagglutination.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

L'anamnèse du malade peut donner des indices sur les sources de contamination et les conditions de transmission. La sérologie par microagglutination microscopique peut donner des informations présomptives sur les sérogroupes pathogènes. Il faut donc essayer d'isoler les leptospires et de typer les isolats pour identifier les sérovars qui circulent localement.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : cosivio@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2531 / 4687 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4893 / 0746 à l'attention de CSR.

A39 Infection à méningocoques **Méningite à méningocoques A39.0** **Méningococcémie A39.4)**

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Les infections à méningocoques surviennent sporadiquement ou au cours d'épidémies de méningite, chez des enfants de moins de 5 ans dans la majorité des cas. La méningite à méningocoques est la seule forme susceptible de provoquer des épidémies. Le taux de létalité est de 5% à 15%. Si ces infections touchent principalement l'Afrique subsaharienne, des épidémies peuvent se produire dans n'importe quel pays. Il existe des vaccins bivalents pour les sérogroupes A, C et des vaccins quadrivalents A, C, W135, Y ; on doit envisager l'utilisation des vaccins pour les populations dans leur ensemble en cas d'épidémie à méningocoques de séro groupe A ou C. Dans certains pays, pour éviter les cas secondaires, on vaccinera les proches contacts des malades présentant une maladie méningococcique de séro groupe A, C, W135 ou Y. On conseillera aussi la vaccination aux personnes se rendant dans les zones d'endémie. La surveillance est nécessaire pour mesurer et détecter les épidémies ainsi que pour mesurer l'impact de la maladie, sous sa forme épidémique ou non.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Définition du cas clinique

Maladie avec une soudaine apparition de fièvre (rectale supérieure à 38,5°C ou axillaire supérieure à 38°C) **et 1 au moins des symptômes suivants :**

- raideur du cou
- troubles de la conscience
- autres signes méningés **ou** éruption cutanée (pétéchies ou purpura).

On soupçonnera une méningite chez les enfants de moins d'un an lorsque la fièvre s'accompagne d'un bombement de la fontanelle.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- détection des antigènes dans le LCR **ou**
- culture positive.

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la définition du cas clinique.

Probable : Cas suspect tel que défini ci-dessus **et** LCR trouble (positif ou non à la coloration de Gram) **ou** épidémie en cours et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Confirmé : Cas suspect **ou** probable avec confirmation du laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Conserver au niveau périphérique les dossiers médicaux individuels (notamment pour pouvoir rechercher les contacts).

Notifier immédiatement tous les cas suspects ou probables du niveau périphérique vers le niveau intermédiaire.

Tous les cas doivent faire l'objet d'une enquête.

Le niveau intermédiaire doit chercher à obtenir toutes les données concernant les organismes identifiés et l'issue de la maladie.

Notification hebdomadaire/ mensuelle systématique des données cumulatives ou individuelles, du niveau intermédiaire vers le niveau central.

Une surveillance parallèle faisant appel à des laboratoires de référence pour les infections à méningocoques peut fournir, de manière centralisée, des renseignements microbiologiques détaillés sur les sérogroupe et les génotypes. Ils sont très utiles pour l'analyse épidémiologique.

Remarque 1 : Dans les pays ayant une infrastructure insuffisante, il est possible d'intégrer deux méthodes de surveillance clinique :

- tous les services de santé peuvent notifier une quantité limitée de données (par exemple les nouveaux cas et les décès chaque semaine)
- certains centres de santé sélectionnés, servant pour les orientations-recours, pourront notifier des renseignements plus complets.

Remarque 2 : Il est possible d'entreprendre une surveillance de la couverture vaccinale dans les zones où ont lieu des campagnes de vaccination ou dans les zones où la vaccination contre les infections à méningocoques est systématique.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

SURVEILLANCE CLINIQUE

Données relatives aux cas pour les dossiers médicaux individuels et la notification

- classification du cas (suspect/ probable/ confirmé), code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques, date du début de la maladie, date de la consultation, statut vaccinal, traitement reçu, antécédents d'exposition à un cas, contacts rapprochés.

Données cumulatives à notifier

- classification cas par cas (suspect/ probable/ confirmé), groupe d'âge, semaine, zone géographique et issue.

SURVEILLANCE DE LABORATOIRE

Notification des données concernant les isolats

- code d'identification unique, âge, sexe, date du début, date de l'échantillon, type d'échantillon, sérogroupe
- génotype.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas par groupe d'âge, type d'échantillon, sérogroupe et génotype.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- incidence en fonction de la semaine, du mois, de la zone géographique et du groupe d'âge
- utilisation des données sur l'incidence pour fixer des seuils épidémiques par rapport aux taux d'incidence hebdomadaires et à ceux observés au cours de la même période dans les 3 à 5 dernières années exemptes d'épidémies
- incidence des sérogroupe et des génotypes (si disponible)
- couverture vaccinale (si disponible).

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- détecter les épidémies d'infections à méningocoques et lutter contre elles dès que possible, notamment dans certains pays en développement où les épidémies de méningites suscitent des problèmes particuliers
- renforcer les moyens de riposte urgente contre les épidémies d'infections à méningocoques
- se mobiliser pour les activités de vaccination
- contrôler la couverture vaccinale dans chaque zone géographique afin de surveiller les progrès et d'identifier les zones de résultats insuffisants
- suivre l'impact de la vaccination sur l'incidence de la maladie et l'efficacité du vaccin au cours des épidémies.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Quand décider qu'une épidémie se produit (seuils épidémiques)

Dans les zones d'hyperendémie : La valeur-seuil généralement acceptée est de 15 cas pour 100 000 habitants en moyenne pendant deux semaines consécutives. Une fois l'épidémie détectée dans une zone donnée, on fixera une valeur seuil moins élevée pour les zones contiguës (par exemple 5 cas par semaine pour 100 000 habitants).

Dans les autres situations : Un triplement ou un quadruplement du nombre des cas par rapport à une période similaire les années précédentes, **ou** un doublement des cas d'une semaine à l'autre pendant trois semaines consécutives.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : tikhomirove@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2656 / 2850 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4893 / 0746 attn CSR.

A87 Méningite virale**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

La méningite virale survient sporadiquement ou par épidémies. Bien que le taux de létalité soit faible en général, l'infection peut provoquer une morbidité élevée et des séquelles à long terme chez ceux qui en sont atteints (surtout des enfants), mais en général la maladie est sans gravité et la guérison est complète. La détection précoce des épidémies par la surveillance épidémiologique permet l'identification de l'agent causal, l'instauration de mesures de lutte ciblées et une prise en charge efficace des cas.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Définition du cas clinique**

Cas présentant une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ainsi qu'au moins un des symptômes suivants :

- raideur de nuque
- céphalées importantes et inexpliquées
- douleurs cervicales **et au moins 2** des symptômes suivants :
 - photophobie
 - nausées
 - vomissements
 - douleurs abdominales
 - pharyngite exsudative.

Pour **les enfants de moins de 2 ans**, le cas se définit par de la fièvre supérieure ou égale à $38,5^{\circ}\text{C}$ **et au moins un** des symptômes suivants :

- irritabilité
- fontanelle bombée.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Présence du virus spécifique confirmée par culture cellulaire.

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la définition du cas clinique.

Probable : Cas suspect présentant au moins une des caractéristiques suivantes :

- glycorachie normale et protéinorachie normale ou légèrement augmentée (supérieure à 50 mg/dl), augmentation modérée de la numération cellulaire (supérieure à 500 éléments/ mm^3) et prédominance des lymphocytes (proportion supérieure à 50%)
- recherche positive des séquences génomiques virales par PCR (réaction en chaîne par polymérase) dans le liquide céphalo-rachidien (LCR)
- lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Confirmé : cas suspect **ou** probable confirmé par le laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Il faut garder au niveau périphérique les dossiers médicaux individuels.

Notification immédiate de tous les cas suspects ou probables, du niveau périphérique vers le niveau intermédiaire.

Tous les cas doivent faire l'objet d'une enquête. Les niveaux intermédiaire et central doivent chercher à obtenir toutes les données concernant les organismes identifiés et l'issue de la maladie.

Notification hebdomadaire des données cumulatives ou individuelles du niveau intermédiaire vers le niveau central.

Une surveillance parallèle faisant appel à des laboratoires de référence pour les infections virales peut fournir, au niveau national, des renseignements virologiques détaillés sur chaque agent causal spécifique. Ces renseignements sont très utiles pour l'analyse épidémiologique.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

SURVEILLANCE CLINIQUE

Données relatives aux cas pour les dossiers médicaux individuels et la notification

- classification du cas (suspect/ probable/ confirmé), code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques, date du début, date de la consultation, traitement administré.

Données cumulatives à notifier

- répartition des cas en fonction de leur classification (suspect/probable/confirmé), du groupe d'âge, de la semaine, de la zone géographique et de l'issue.

SURVEILLANCE DE LABORATOIRE

Notification des données concernant les isolats

- code d'identification, âge, sexe, date du début, date de l'échantillon, type d'échantillon, microorganisme identifié.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas par groupe d'âge, type d'échantillon, microorganisme identifié.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Incidence par semaine, mois, zone géographique, groupe d'âge, issue.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- détecter les épidémies de méningite virale et lutter contre elles le plus tôt possible
- renforcer les moyens de riposte en urgence aux épidémies de méningite virale.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Aucun.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : tikhomirove@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2656 / 2850 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4878 / 0746 attn CSR.

B73 Onchocercose (Cécité des rivières)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

L'onchocercose est endémique dans 34 pays d'Afrique, de la péninsule arabique et des Amériques. La stratégie du traitement larvicide contre les vecteurs pour interrompre la transmission a permis d'obtenir un succès exceptionnel dans la lutte contre cette maladie en Afrique de l'Ouest ; depuis 1988, on y a ajoutée le traitement par l'ivermectine, médicament sûr et efficace. La stratégie mondiale pour la lutte contre l'onchocercose se fonde sur l'administration annuelle de ce principe actif aux populations atteintes. La première étape consiste à cartographier l'endémicité potentielle ou connue de l'onchocercose dans les zones étudiées. Dans une deuxième étape, il s'agit de mettre au point des méthodes rentables et durables pour délivrer l'ivermectine, en concentrant les efforts sur les méthodes qui impliquent le traitement de communautés entières.

Une fois l'onchocercose maîtrisée (comme c'est actuellement le cas dans onze pays d'Afrique occidentale), il convient de maintenir le risque de recrudescence au niveau le plus bas possible. Pendant la période de cessation progressive des activités de 1998 à 2002 en Afrique de l'Ouest, les pays participant à ce programme veilleront à ce que la détection et la lutte contre les recrudescences de l'onchocercose soient systématiquement intégrées et deviennent une fonction habituelle dans les services nationaux de surveillance des maladies et de lutte.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Définition du cas clinique

Dans une zone d'endémie, personne présentant des nodules fibreux dans les tissus sous-cutanés.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Au moins un des points suivants

- présence de microfilaries dans des biopsies cutanées prélevées sur la crête iliaque
- présence de macrofilaries dans les nodules excisés
- présence de manifestations oculaires typiques, telles que l'observation sous lampe à fente de microfilaries dans la cornée, la chambre antérieure de l'œil ou le corps vitré.

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la définition du cas clinique.

Probable : Ne s'applique pas.

Confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Dans les zones d'endémie de l'onchocercose

Dépistage actif des cas (biopsies cutanées, examen ophtalmologique, essai avec un patch cutané de diéthylcarbamazine) ; la distribution de la maladie sera évaluée au moyen de la cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose (REMO), technique récemment mise au point.

Dans les zones débarrassées de l'onchocercose

Surveillance par un réseau de villages sentinelles :

Afin de détecter toute recrudescence de l'infection, au moins 260 villages situés dans les zones débarrassées de l'onchocercose seront maintenus sous

surveillance périodique (tous les 3 ans). Ils se trouvent près des anciens sites de reproduction et connaissaient des taux de prévalence élevés avant les interventions de lutte.

Surveillance systématique : Tous les cas suspects doivent faire l'objet d'une enquête locale, avec notification systématique des données cumulatives du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central. Ce principe n'est pas encore totalement opérationnel dans tous les pays à cause de la formation insuffisante des agents de santé.

Enquête sur les migrations : Si la surveillance épidémiologique découvre un cas, une enquête sur les déplacements est systématiquement menée pour identifier l'origine de l'infection et prendre les mesures qui s'imposent.

MINIMUM D'INFORMATION À RECUEILLIR

Dossier médical individuel au niveau périphérique

- âge, sexe, lieu de contamination, traitement (O/N), date du début du traitement à l'ivermectine, raison pour laquelle le ou la malade n'a pas été traité(e) (non-observance)

Données cumulatives à notifier

- prévalence et incidence en fonction de l'âge, du sexe et de la zone géographique
- charge microfilarienne communautaire
- nombre de cas traités
- nombre de cas non traités et raison pour laquelle ces cas n'ont pas été traités (grossesse, allaitement, autres causes d'abandon).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Graphiques : Nombre de cas par an, zone géographique, groupe d'âge.

Tableaux : Nombre de cas par an, zone géographique, groupe d'âge.

Cartes : Nombre de cas par zone géographique, en faisant appel à l'utilisation de systèmes d'information géographique (SIG).

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- éliminer l'onchocercose en tant que maladie ayant une importance sur le plan de la santé publique et dans le domaine socio-économique
- prévenir les recrudescences dans les zones débarrassées de l'onchocercose
- évaluer l'efficacité des interventions
- (en Afrique occidentale) décider de l'arrêt des activités larvicides.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Des tests nouveaux, par exemple les essais de patchs intradermiques au citrate de di-éthylcarbamazine (DEC) pourront convenir à une utilisation sur le terrain.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme de Lutte contre l'Onchocercose (OCP)/ Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (AFR/OCP)

Courrier électronique : daribia@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3883 / 2111 Télécopie : (41 22) 791 4190.

B50-54 Paludisme**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

Le paludisme est la maladie tropicale connaissant la plus forte prévalence et s'accompagne d'une morbidité et d'une mortalité élevées ainsi que d'un lourd impact social et économique. Le 9PGT mentionne la *Stratégie mondiale pour la Lutte antipaludique*, laquelle intègre les 4 éléments ci après.

1. Assurer un diagnostic et un traitement précoces.
2. Planifier et instaurer des mesures préventives qui soient sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle.
3. Détecter précocement, limiter et prévenir les épidémies.
4. Renforcer les capacités locales en matière de recherche fondamentale et appliquées pour permettre et encourager l'évaluation régulière de la situation du paludisme dans un pays, et en particulier les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie.

La surveillance est donc essentielle.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Applicable aux zones d'endémie et aux personnes exposées au paludisme (séjour dans une zone d'endémie dans les antécédents). Le paludisme se définit principalement par les symptômes cliniques associés. La définition du cas de paludisme ne peut pas être uniforme dans le monde entier : elle variera en fonction de la perception de la maladie dans un pays donné, des modalités locales de transmission et des conséquences de la maladie. Les définitions de cas indiquées seront donc délibérément larges. Chaque programme de lutte antipaludique doit adapter la définition et introduire des indicateurs complémentaires pour la rendre plus applicable à l'épidémiologie locale et aux objectifs de la lutte.

Description clinique

Les signes et les symptômes varient mais la plupart des malades présentent de la fièvre.

Splénomégalie et anémie sont des signes associés fréquents.

Les symptômes associés non spécifiques les plus fréquents comprennent : céphalées, douleurs dorsales, frissons, sueurs, myalgies, nausées, vomissements, diarrhée et toux.

En l'absence de traitement, l'infection à *Plasmodium falciparum* peut entraîner : coma, convulsions généralisées, hyperparasitémie, anémie isochrome, troubles hydroélectrolytiques et du pH, insuffisance rénale, hypoglycémie, hémoglobinurie paludique, collapsus cardiovasculaire avec choc, hémorragies spontanées (coagulation intravasculaire disséminée), œdème pulmonaire et décès.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Mise en évidence de l'hématozoaire dans des frottis sanguins.

Classification des cas

Zones sans accès à un diagnostic de laboratoire.

Paludisme simple probable : Personne présentant des signes/symptômes du paludisme qui reçoit un traitement antipaludique.

Paludisme grave probable : Malade nécessitant une hospitalisation pour des signes/symptômes de paludisme et recevant un traitement antipaludique.

Zones avec accès à un diagnostic de laboratoire.

Paludisme asymptomatique : Personne sans signes ni symptômes de paludisme qui présente une confirmation de laboratoire (hématozoaires dans le sang).

Paludisme simple confirmé : Malade présentant des signes/ symptômes du paludisme qui a reçu un traitement antipaludique, avec confirmation de laboratoire.

Décès probablement attribuable au paludisme : Décès d'un malade chez qui on a diagnostiqué un paludisme grave probable (sans confirmation de laboratoire).

Paludisme grave confirmé : Malade nécessitant une hospitalisation pour des signes/ symptômes de paludisme et recevant un traitement antipaludique, avec confirmation de laboratoire.

Décès confirmé comme étant dû au paludisme : Décès d'un malade chez qui on a diagnostiqué un paludisme grave, avec confirmation de laboratoire.

Certains services de santé enregistrent les malades sous la mention « paludisme présumé » jusqu'à ce que le diagnostic par la microscopie soit disponible. Ces malades passent ensuite dans la catégorie « paludisme confirmé ». Ces services doivent prendre garde à ne pas compter les patients deux fois et à enregistrer les cas confirmés comme un sous-groupe des cas présumés.

Les catégories **Décès probablement attribuable au paludisme** et **Décès confirmé comme étant dû au paludisme** sont mutuellement exclusives.

Échec du traitement antipaludique : Malade atteint de paludisme simple sans symptômes manifestes indiquant une autre maladie concomitante, qui a pris le traitement antipaludique à la posologie correcte et qui présente une détérioration de l'état clinique ou une récurrence des symptômes dans les 14 jours suivant le début du traitement, le tout associé à la présence de formes asexuées dans le sang.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

- notification mensuelle systématique, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central, des données cumulatives pour les cas de paludisme simple, paludisme grave, décès ayant le paludisme pour cause présumée ou confirmée et pour les échecs thérapeutiques
- enquêtes intégrées aux processus de supervision et de formation continue — elles doivent entre autres s'intéresser à la disponibilité et à l'utilisation des médicaments antipaludiques; tous les trois mois, les données cumulatives seront transmises par le niveau périphérique aux niveaux intermédiaire et central
- enquêtes spéciales et suivi des sites « sentinelles » couvrant l'utilisation des médicaments pour les cas de paludisme traités à domicile et dans le secteur privé, l'évaluation de l'efficacité thérapeutique des antipaludéens, et l'estimation des décès attribués au paludisme dans la communauté
- reconnaissance en temps opportun des épidémies de paludisme, et notification continue.

Remarque : L'objectif primaire de la surveillance consiste à guider les activités de lutte antipaludique au niveau où les informations sont recueillies. Les formulaires régulièrement remplis donnent une image chiffrée des tendances de l'incidence du paludisme et de la mortalité dans les divers services qui diagnostiquent et traitent cette maladie.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Remarque : Le paludisme peut toucher différents segments de la population en fonction des conditions épidémiologiques. Les groupes d'âges et le sexe sont des informations vitales, de même qu'il faut savoir si les femmes sont enceintes. Toutes les données concernant le paludisme seront rapportées selon l'âge (A), le sexe (S), avec une catégorie séparée pour les femmes enceintes (E).

Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification**Niveau périphérique sans microscopie**

- paludisme simple : A/ S/ E
- paludisme grave : A/ S/ E, orientation-recours (O/N)
- décès avec le paludisme comme cause présumée : A/ S/ E
- échec du traitement antipaludique présomptif * : A/ S/ E, traitement administré

*malades qui ne réagissent pas au traitement complet par un médicament de première intention et qui doivent donc recevoir un autre antipaludique.

Niveau périphérique disposant de services de laboratoire

Mêmes points que le cas précédent **plus**

- type de paludisme (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. vivax*)
- décès avec le paludisme comme cause confirmée : A/ S/ E.

Données cumulatives à notifier**Niveau périphérique sans services de laboratoire**

- nombre de cas de paludisme simple, grave, d'échecs du traitement antipaludique (par rapport au nombre de traitements administrés) A/ S/ E
- mortalité avec le paludisme comme cause présumée A/ S/ E

Niveau périphérique avec services de laboratoire

- type de paludisme (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. vivax*)
- décès avec un paludisme comme cause confirmée A/ S/ E.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Les programmes de lutte antipaludique se préoccupent principalement des tendances et du schéma épidémiologique.

- Rapports :** Rapports mensuels des données cumulatives au niveau supérieur pour chaque zone géographique (ou district)
- Graphiques :** Tendances dans le temps pour les différentes zones géographiques. Une augmentation des cas dépassant 2 écarts-types par rapport à la moyenne des données concernant les années précédentes « normales » pour la transmission peut indiquer la survenue d'une épidémie.
- Cartes :** Présence ou absence de cas de paludisme ; exhaustivité et régularité de la notification.
- Liste auxiliaire :** Niveaux périphériques ou intermédiaires n'envoyant pas de rapports mensuels ou ne les remettant pas à temps.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- identifier les groupes à haut risque et les zones posant problème (par exemple les districts où il est le plus urgent de mener des études d'efficacité thérapeutique)
- évaluer les effets des mesures de lutte
- ajuster et cibler les mesures de lutte
- diriger l'attribution des ressources et les actions de formation.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

De nombreux cas peuvent être traités à domicile par les médecins généralistes. L'intégration de ces traitements et de ces médecins dans la surveillance et la lutte antipaludique constitue pour ces programmes un défi à surmonter.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

AFRO	Télécopie 26 34 70 56 29	Téléphone 26 34 70 74 39
AMRO	Télécopie 1-202-974 36 63	Téléphone 1-202-974 30 00
EMRO	Télécopie 20-3-483 89 16	Téléphone 20-3-482 02 23
EURO	Télécopie 45 39 17 18 18	Téléphone 45 39 17 17 17
SEARO	Télécopie 91-11-331 86 07	Téléphone 91-11-331 78 04
WPRO	Télécopie 63-2-521 10 36	Téléphone 63-2-521 84 21
EURO	Télécopie 45 39 17 18 18	Téléphone 45 39 17 17 17

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Initiative « Faire reculer le Paludisme » (RBM)

Courrier électronique : rietvelda@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3753 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 0476 à l'attention de RBM.

A20 Peste (humaine)
notification universelle
des cas requise par le règlement sanitaire international

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Il s'agit d'une maladie endémique dans de nombreux pays et souvent dotée d'un potentiel épidémique. La peste est transmise aux êtres humains par les puces ou par l'exposition directe à des tissus infectés, ou à des gouttelettes infectieuses d'origine respiratoire, ou à des tissus animaux infectés. La surveillance de cette affection chez l'homme et l'animal est importante pour prévoir et détecter les épidémies ainsi que pour suivre les mesures de lutte.

Le *Règlement sanitaire international* prévoit la notification universelle des cas.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

La maladie se caractérise par l'apparition rapide de fièvre, frissons, céphalées, état de malaise grave et prostration, avec :

- *pour la peste bubonique* : gonflement très douloureux des ganglions (bubons)
- *pour la peste pulmonaire* : toux avec expectorations teintées de sang, douleurs dans la poitrine et respiration difficile.

Remarque : L'une et l'autre forme peut progresser vers la *forme septicémique* avec toxémie ; il est rare de rencontrer une forme septique sans bubons apparents.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- isolement par culture de *Yersinia pestis* à partir de bubons, de sang, de LCR, d'expectorations **ou**
- épreuve d'hémagglutination passive mettant en évidence au moins un quadruplement du titre des anticorps spécifiques de l'antigène F1 de *Y. pestis* dans des sérums appariés (inhibition de l'hémagglutination).

Classification des cas

Suspect : Cas compatible avec la description clinique
 On ne retrouve pas forcément au laboratoire les formes coccobacillaires bipolaires négatives à la coloration de Gram dans le matériel clinique (ponction de bubon, expectorations, tissu, sang).

Probable : Cas suspect **avec**

- recherche positive de *Y. pestis* par immunofluorescence dans des échantillons cliniques **ou**
- test par hémagglutination passive avec un titre d'anticorps d'au moins 1 :10, spécifiques pour les antigènes F1 de *Y. pestis* tels que déterminés par inhibition de l'hémagglutination, **ou**
- lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Confirmé : Cas suspect ou probable confirmé par le laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Dans toutes les situations : notification immédiate de chaque cas suspect, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central. La notification par les laboratoires des cas confirmés doit avoir lieu en tout état de cause.

En situation de flambée épidémique : Surveillance intensifiée – on entreprendra le dépistage actif des cas et la recherche des contacts afin de pouvoir commencer le traitement des cas et des contacts et de cibler les mesures destinées à l'environnement et à l'éducation des communautés. Un rapport quotidien sur le nombre des cas et des contacts ainsi que sur leur traitement et leur état de santé sera établi. Un rapport hebdomadaire résumera la situation de la flambée, les mesures de lutte prises et les mesures prévues pour arrêter la flambée épidémique.

Au niveau international : Notification obligatoire auprès de l'OMS dans les 24 heures pour tous les cas suspects et confirmés.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas au niveau périphérique pour l'enquête et la notification

- classification du cas (suspect/ probable/ confirmé), code d'identification unique, nom, âge, sexe, informations géographiques, syndrome clinique, antécédents de contacts avec des rongeurs, présence de piqûres de puces, contact au domicile ou face à face avec un malade dans les sept jours précédents, noms et informations géographiques sur les contacts.

Données relatives aux cas aux niveaux central et régional

- classification du cas (suspect/ probable/ confirmé), code d'identification unique, nom, âge, sexe, zone géographique, nombre de contacts identifiés, nombre de contacts traités.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- nombre de cas par semaine ou par mois, par zone géographique, selon l'âge et le sexe.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- détecter les tendances évolutives de la maladie sporadique ou endémique
- identifier les zones à haut risque
- donner une alerte précoce en cas de flambée épidémique
- détecter les grappes de cas et les flambées épidémiques
- confirmer l'impact des mesures de lutte et la fin de la flambée.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Surveillance de l'épizootie :

- les études périodiques sur les populations de rongeurs et leurs puces, ainsi que l'étude de l'activité de la peste que l'on y observe alerteront les autorités sanitaires sur l'accroissement des risques de peste humaine et permettent d'instaurer les mesures de prophylaxie et de lutte avant survenue d'un cas humain
- la surveillance sérologique des carnivores sauvages et des populations de chiens et de chats libres de vagabonder est recommandée dans les zones contiguës aux zones d'endémie
- les ports proches des zones d'endémie doivent être mis sous surveillance ; il faut y entreprendre des dératisations périodiques pour empêcher la croissance de la population de rongeurs
- les pays qui comportent des zones d'endémie doivent avoir une politique d'évaluation des risques pour chaque nouveau projet de développement impliquant éventuellement des modifications de l'écologie locale (routes, barrages, agriculture par exemple).

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : tikhomirove@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2656 / 2850 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4878 / 0746 à l'attention de CSR.

A36 Poliomyélite**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

Ciblée pour **éradication** (9PGT 6.1). Surveillance très sensible de la paralysie flasque aiguë (PFA) comprenant l'enquête immédiate sur les cas ; le prélèvement d'échantillons est essentiel pour détecter les poliovirus sauvages en circulation dans chaque zone géographique infectée avec, pour objectif final, l'éradication de la poliomyélite.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Définition du cas clinique**

Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë* ou toute personne souffrant d'une pathologie avec paralysie, quel que soit son âge, si l'on suspecte une poliomyélite.

* y compris le syndrome de Guillain Barré

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la définition du cas clinique.

Confirmé : Voir le diagramme « Aspects spécifiques demandant une explication ».

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Les données cumulatives pour tous les cas de PFA doivent figurer dans les rapports mensuels de surveillance.

La notification zéro doit être exigée à tous les niveaux.

Tous les cas de PFA (cas de poliomyélite possible) doivent faire l'objet d'une notification immédiate et d'une enquête dans les 48 heures (données individuelles). Des échantillons de selles seront recueillis dans les 14 jours suivant le début de la paralysie.

Toutes les flambées épidémiques doivent faire l'objet d'une enquête immédiate.

Une surveillance active sera instaurée dans des hôpitaux sélectionnés (« hôpitaux sentinelles »).

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR**Données cumulatives**

- nombre de troisièmes doses de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO3) administrées aux nourrissons
- nombre de cas de PFA.

Données relatives aux cas (à relier aux données concernant les échantillons)

- code d'identification unique
- zone géographique (province, district)
- date de naissance
- date de survenue de la paralysie
- date de notification
- date de l'enquête sur le cas
- nombre total de doses vaccinales reçues (99=inconnu)
- fièvre au début de la paralysie (1=ooui ; 2=non ; 9=pas d'information)
- progression de la paralysie après 4 jours (1=ooui ; 2=non ; 9=pas d'information)
- paralysie asymétrique (1=ooui ; 2=non ; 9=pas d'information)

- date de l'examen de suivi après 60 jours
- résultats de cet examen (1=faiblesse résiduelle ; 2=pas de faiblesse résiduelle ;
- 3=perdu de vue ; 4=décès avant l'examen de suivi)
- classification définitive (1=confirmé ; 2=compatible ; 3=rejeté).

Données relatives aux échantillons (à relier aux précédentes aux fins d'analyse)

- code d'identification unique
- numéro de l'échantillon (1=premier ; 2=deuxième ; 9=inconnu)
- date de l'installation de la paralysie
- date du dernier VPO
- date du recueil des échantillons de selles
- date d'envoi de l'échantillon de selles au laboratoire
- date de réception au laboratoire
- état de l'échantillon de selles (1=bon ; 2=mauvais ; 9=inconnu)
- date de l'envoi des résultats définitifs de la culture par le laboratoire
- date de l'envoi des résultats de la différenciation intratypique par le laboratoire à PEV.

RÉSULTATS

- isolement du poliovirus type 1 ?
(1=oui, sauvage ; 2=oui, Sabin ; 3=oui, différenciation intratypique en cours ; 4=oui, mélange Sabin/sauvage ; 5=pas d'isolement de P1 ; 6=spécimen non traité)
- isolement du poliovirus type 2 ?
(1=oui, sauvage ; 2=oui, Sabin ; 3=oui, différenciation intratypique en cours ; 4=oui, mélange Sabin/sauvage ; 5=pas d'isolement de P2 ; 6=spécimen non traité)
- isolement du poliovirus type 3 ?
(1=oui, sauvage ; 2=oui, Sabin ; 3=oui, différenciation intratypique en cours ; 4=oui, mélange Sabin/sauvage ; 5=pas d'isolement de P3 ; 6=spécimen non traité)
- isolement d'entérovirus non poliomyélitique ?
(1=oui ; 2=pas d'isolement d'entérovirus non-poliomyélitique ; 3=échantillon non étudié).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Données cumulatives :

- nombre de cas par mois, par année et par zone géographique
- couverture en VPO3 par année et par zone géographique
- exhaustivité/ régularité de la notification mensuelle.

Données relatives aux cas : les mêmes que ci-dessus avec en plus :

- cas confirmés par groupe d'âge, statut vaccinal, zone géographique, mois et année
- cas confirmés pour lesquels le poliovirus sauvage a été isolé
- cas avec poliovirus sauvage en fonction des zones géographiques

- cas compatibles* par zones géographiques
- répartition de tous les cas suspects en fonction de la classification définitive
- taux d'isolement d'entérovirus non poliomyélitique.

Indicateurs de la qualité de la surveillance**Objectif**

- | | |
|---|----------------|
| • nombre de notifications mensuelles reçues par rapport à celles attendues | ≥90% |
| • taux annuel de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants ≤15 ans | non <1/100 000 |
| • nombre de cas de PFA ayant fait l'objet d'une enquête dans les 48 heures | ≥80% |
| • % de cas de PFA ayant donné lieu à 2 recueils valables d'échantillons de selles à au moins 24 heures d'intervalle, dans les 14 jours au plus suivant le début de la PFA | ≥80% |
| • % d'échantillons arrivant au laboratoire en « bon état »** | ≥80% |
| • % d'échantillons arrivant dans un laboratoire agréé par l'OMS en moins de 3 jours | ≥80% |
| • % de résultats de laboratoire envoyés dans les 28 jours suivant la réception de l'échantillon | ≥80% |

* et ** voir « Aspects spécifiques » ci-après.

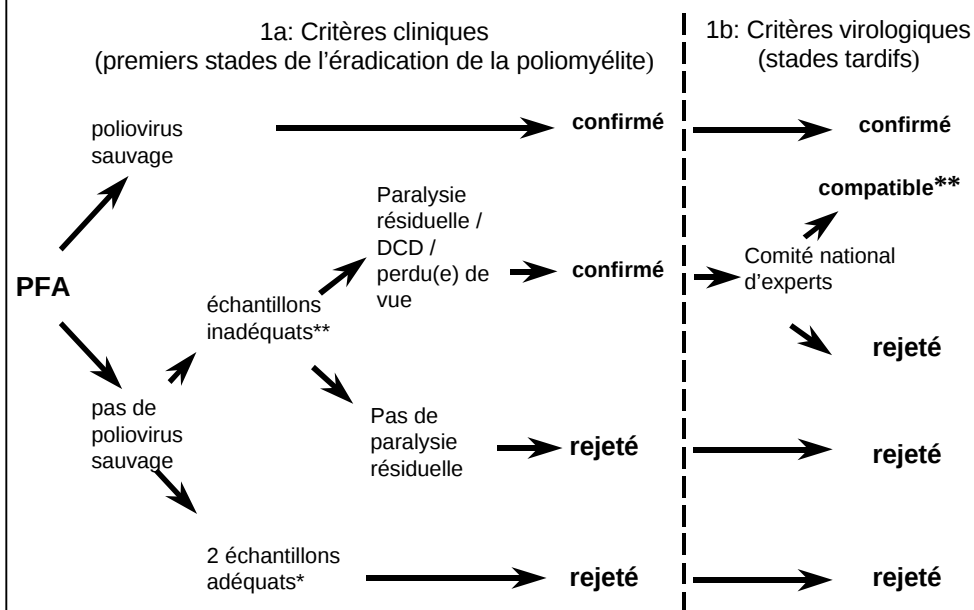
PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- retrouver les poliovirus sauvages en circulation
- classer les cas par catégories (confirmé, compatible avec la poliomyélite, rejeté – voir « aspects spécifiques »)
- contrôler la couverture systématique dans toutes les zones géographiques et centrer les efforts sur celles ayant de moins bons résultats
- identifier les zones à haut risque pour planifier la vaccination systématique de rattrapage
- contrôler le caractère saisonnier et déterminer la saison de faible transmission du poliovirus afin de planifier des journées nationales de vaccination (JNV)
- contrôler les résultats de la surveillance en faisant appel aux indicateurs standards et concentrer les efforts sur les zones ayant de moins bons résultats
- fournir les preuves établissant l'absence de poliomyélite en vue de la certification.

ASPECTS SPÉCIFIQUES REQUÉRANT UNE EXPLICATION

Il convient d'utiliser les deux schémas de la page suivante pour classer les cas de PFA. Chaque pays doit faire appel au premier jusqu'à ce que ses résultats de surveillance répondent aux trois critères suivants :

1. Taux de PFA non poliomyélitique d'au moins 1/100 000 chez les enfants de moins de 15 ans.
2. Obtention de 2 échantillons adéquats* recueillis dans au moins 60% des cas de PFA détectés.
3. Examen de tous les échantillons dans un laboratoire agréé par l'OMS.

Figure 1: Système de Classification, cas de Paralysie flasque aiguë (PFA)

* Par « échantillons adéquats », on entend 2 échantillons recueillis à un intervalle de 24 à 48 heures et dans les 14 jours suivant l'installation de la paralysie. Les échantillons parvenant au laboratoire doivent avoir un volume suffisant (8 à 10 grammes environ) et être en « bon état ». « Bon état » signifie qu'il n'y a pas eu de fuite, ni de dessiccation, qu'ils sont accompagnés des documents nécessaires (c'est-à-dire le formulaire de demande du laboratoire), que la chaîne du froid n'a pas été interrompue (présence de glace ou d'un indicateur de température).

** Les cas dits « compatibles » signalent des manquements dans la surveillance et l'on doit contrôler leur accumulation dans le temps et l'espace.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme élargi de vaccination (PEV)

Courrier électronique : aylwarda@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 4419 / 4363

Télécopie : (41 22) 791 4193 à l'attention du PEV.

A82 Rage

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La rage est présente sur tous les continents et endémique dans la plupart des pays d'Afrique et d'Asie. Zoonose virale mortelle transmise à l'homme par contact direct (en général morsures ou griffures) avec des animaux infectés domestiques ou sauvages. On estime à plus de 40 000 le nombre annuel des décès par rage chez l'homme dans le monde, la plupart dans les pays en développement, en Asie surtout. Les estimations avancent le chiffre de dix millions de personnes devant être traitées après exposition à des animaux suspects. Il est essentiel de surveiller la rage chez l'homme et chez l'animal pour détecter rapidement les zones à haut risque ainsi que les flambées de contrôler l'utilisation du vaccin. L'OMS encourage :

- la prophylaxie de la rage humaine par des traitements post-exposition bien ciblés et une disponibilité accrue des vaccins antirabiques modernes
- l'élimination de la maladie par la vaccination systématique des chiens et des autres animaux appartenant à des espèces-réservoirs.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Syndrome neurologique aigu (encéphalite) dominé par des formes d'hyperactivité (rage furieuse) ou des syndromes paralytiques (rage muette) qui évolue vers le coma ; la mort survient habituellement par insuffisance respiratoire dans les 7 à 10 jours suivant l'apparition des premiers symptômes en l'absence de soins intensifs. Il est en général possible de retrouver un épisode de morsure ou de griffure par un animal suspect dans les antécédents médicaux. La période d'incubation peut varier entre quelques jours et plusieurs années, mais est en général de 30 à 90 jours.

Critères de laboratoire pour le diagnostic : au moins l'un des points suivants

- détection d'antigènes viraux de la rage par immunofluorescence, de préférence sur du tissu cérébral (recueilli *post mortem*)
- détection par immunofluorescence sur un frottis cutané ou cornéen (recueilli avant le décès)
- immunofluorescence positive après inoculation de tissu cérébral, de salive ou de LCR sur une culture cellulaire à des souris ou des souriceaux à la mamelle
- titre détectable d'anticorps antirabiques dans le LCR d'une personne non vaccinée
- identification des antigènes viraux par PCR sur du tissu fixé recueilli *post mortem* ou dans un échantillon clinique (tissu cérébral, peau, cornée ou salive)
- isolation de virus rabique à partir de spécimens cliniques et confirmation de la présence d'antigènes viraux de la rage par immunofluorescence directe.

Classification des cas**RAGE HUMAINE**

Suspect : Cas compatible avec la description clinique.

Probable : Cas suspect ayant dans ses antécédents un contact avec un animal suspect de rage.

Confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire.

EXPOSITION HUMAINE À LA RAGE

Exposition possible : Personne ayant eu un contact rapproché (morsure ou griffure) avec un animal sensible à la rage dans une région infectée ou qui en provient.

Exposition : Personne ayant eu un contact rapproché (en général une morsure ou une griffure) avec un animal dont la rage a été confirmée par le laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE**SURVEILLANCE DANS LA POPULATION HUMAINE :**

Surveillance des expositions de l'homme à la rage : Au niveau périphérique dans les régions infectées par la rage, une enquête doit être entreprise dès qu'on signale une personne ayant été en contact (morsure ou griffure) avec un animal ; si nécessaire, le traitement devra être instauré en urgence. Le niveau périphérique notifiera régulièrement les niveaux intermédiaire et central les données relatives aux cas et les données cumulatives.

Surveillance des cas de rage humaine : Notification immédiate des cas suspects et confirmés, du niveau périphérique (médecins posant le diagnostic et laboratoire) vers les niveaux intermédiaire et central. Il faut établir un échange rapide de l'information avec les services chargés de la surveillance et de la lutte antirabique chez l'animal.

Enquête épidémiologique sur les flambées :

Enquête sur tous les foyers de rage, identification des sources de l'infection ainsi que des êtres humains ou des animaux avec exposition possible ou avérée.

SURVEILLANCE DE LA POPULATION ANIMALE (LUTTE ÉPIZOOTIQUE) :

Surveillance (laboratoires) de la rage animale et pathologies similaires dans les espèces sauvages et domestiques qui sont les réservoirs les plus vraisemblables de la maladie là où elle est endémique ou susceptible d'être réintroduite. Soumission immédiate des échantillons cérébraux d'animaux suspects au laboratoire, en cas d'exposition chez l'homme. Les animaux domestiques suspects à l'origine d'une exposition humaine et que l'on ne peut tuer doivent être gardés 10 jours en observation. Échange rapide d'information avec les services chargés de la surveillance et de la lutte antirabique chez l'animal.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR**EXPOSITION HUMAINE À LA RAGE :**

Données relatives aux cas : code d'identification unique, nom, âge, sexe, informations géographiques, date(s) des morsures ou griffures, lieu du/des épisodes de morsures ou griffures, catégorie d'exposition, traitement local de la blessure, antécédents vaccinaux, sérothérapie antérieure, traitement, issue ; détails sur l'animal mordeur, antécédents vaccinaux, issue.

Données cumulatives à notifier : expositions en fonction des informations géographiques sur les morsures, les animaux mordeurs, l'issue chez l'homme et l'animal.

SURVEILLANCE DES DÉCÈS PROVOQUÉS PAR LA RAGE CHEZ L'HOMME : code d'identification unique, nom, âge, informations géographiques, date d'installation des symptômes, date(s) des morsures ou griffures, informations géographiques sur le lieu du ou des épisodes de morsures/griffures, site corporel mordu, nature de la morsure, traitement local de la plaie, antécédents vaccinaux, sérothérapie antérieure, hospitalisation, détails du traitement, issue, détails sur l'animal mordeur, échantillons prélevés, résultats.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- nombre de décès humains et de cas de rage chez l'animal (espèce et date de présentation)
- expositions humaines en fonction des lieux et dates du/des épisode(s) de morsure ou de griffure, de l'espèce animale à l'origine de l'exposition et de l'issue chez l'homme et l'animal
- nombre de cas par zone géographique (district par exemple), dates de morsure ou griffure, type d'animal, profession et issue.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- détecter les flambées dans les zones d'endémie et les nouveaux cas dans celles qui ne connaissent pas la rage
- déterminer les zones à haut risque pour les interventions
- rationaliser l'utilisation des vaccins et des immunoglobulines
- évaluer l'efficacité des interventions (réservoirs animaux et populations humaines exposées).

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Coopération intersectorielle (services médicaux et vétérinaires), engagement et participation des communautés pour cibler les ripostes et la lutte sur le réservoir animal.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : meslinf@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2575 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4893 à l'attention de CSR.

B05 Rougeole**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

La rougeole fait partie (9PGT 6.2) des maladies ciblées pour une réduction d'incidence (90%) et de mortalité (95%). Sa surveillance doit évoluer avec chaque phase de la lutte.

Les pays en phase initiale de « lutte contre la rougeole » connaissent une situation d'endémie. Ils doivent concentrer leurs efforts pour augmenter la couverture de la vaccination systématique et centrer des actions de vaccination supplémentaire sur les zones à forte morbidité rougeoleuse.

Les pays en phase plus avancée de « prévention des flambées épidémiques » ont une couverture vaccinale systématique élevée et une faible incidence, avec des flambées périodiques. Dans ces pays, la surveillance doit servir à prévoir les flambées éventuelles et à identifier les zones et les populations à risque élevé.

Les pays en phase finale d'« élimination de la rougeole », au cours de laquelle l'objectif consiste à interrompre complètement la transmission, requièrent une surveillance intensive de chaque cas afin de dépister, étudier et confirmer chaque cas suspect dans la communauté.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description clinique**

- toute personne présentant :
- de la fièvre, **et**
- une éruption maculopapuleuse (non vésiculeuse), **et**
- de la toux, une rhinite (nez qui coule) ou une conjonctivite (yeux rouges) **ou**
- toute personne chez qui un clinicien soupçonne une rougeole

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- multiplication par au moins 4 du titre des anticorps **ou**
- isolement du virus de la rougeole **ou**
- présence d'IgM spécifiques de la rougeole.

Classification des cas

Confirmation clinique : Cas répondant à la définition du cas clinique.

Probable : Pas applicable.

Confirmation du laboratoire : Cas répondant à la définition du cas clinique et que le laboratoire a confirmé ou qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé par le laboratoire (*uniquement pour la confirmation des flambées et pendant la phase d'élimination*).

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Phase de lutte : Lorsque la rougeole est endémique, notification mensuelle systématique des données cumulatives pour les cas cliniques, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central. Seules les flambées épidémiques (et non chaque cas individuel) feront l'objet d'une enquête.

Au niveau international : Notification mensuelle des données cumulatives spécifiant la zone géographique et le mois du commencement de la flambée, du niveau central vers les bureaux régionaux de l'OMS.

Phase de prévention des flambées épidémiques : Lorsque l'on aura atteint une faible incidence, avec des flambées périodiques dues à l'accumulation d'individus susceptibles, on procédera à une notification mensuelle systématique des données cumulatives pour les cas cliniques, du

niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central. Une enquête sera immédiatement déclenchée pour toutes les flambées présumées et l'on recueillera les données individuelles pour chaque cas. Les tests sérologiques initiaux destinés à confirmer les épidémies présumées seront limités à quelques cas initiaux.

Au niveau international : Notification mensuelle des données cumulatives spécifiant la zone géographique, le mois de commencement, le groupe d'âge et le statut immunitaire.

Phase d'élimination : On mettra en place une surveillance des cas individuels et chaque cas fera l'objet d'une notification du niveau périphérique vers le niveau intermédiaire et d'une enquête immédiates. Le cas sera aussi inclus dans le système de notification hebdomadaire. Des échantillons destinés au laboratoire seront prélevés dans chaque cas.

Au niveau international : Notification systématique des données cumulatives sur les cas cliniques, selon les modalités régionales (zone, mois de commencement, groupe d'âge et statut immunitaire).

Pour chaque phase, il sera nécessaire d'assurer la « notification zéro ».

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Phase de lutte (données cumulatives) :

- nombre de cas
- nombre de doses de vaccin antirougeoleux administrées aux nourrissons (ou aux enfants d'un an, selon le calendrier adopté localement)

Phase de prévention des flambées épidémiques (données cumulatives) : les mêmes que pour la phase de lutte, **plus**

- répartition des cas par groupe d'âge et statut vaccinal
- pourcentage de flambées qui ont fait l'objet d'une enquête

Phase d'élimination (données individuelles pour chaque cas) :

- code d'identification unique
- zone géographique
- date de naissance
- date du début de l'éruption
- date de notification
- date de l'enquête sur le cas
- date de prélèvement d'un échantillon
- nombre de doses vaccinales administrées (99=inconnu)
- la source de la contamination a-t-elle été identifiée ? (1=oui ; 2= non ; 9=pas d'information)
- résultats de la sérologie
- (1=positive ; 2=négative ; 3=aucun échantillon examiné ; 9=inconnus)
- classification définitive
- (1=confirmation clinique ; 2=confirmation de laboratoire ; 3=confirmation par lien épidémiologique ; 9=rejeté).

Pour chaque phase, il conviendra de contrôler l'exhaustivité et la régularité de la notification hebdomadaire de la rougeole.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Pendant la phase de lutte

- taux d'incidence par mois, année et zone géographique
- couverture du vaccin antirougeoleux par année et zone géographique
- exhaustivité/ régularité de la notification mensuelle
- morbidité proportionnelle (par rapport à d'autres maladies importantes en santé publique).

Pendant la phase de prévention des flambées épidémiques

Les mêmes données que pour la phase de lutte, plus :

- taux d'incidence en fonction de l'âge
- répartition des cas par groupe d'âge et par statut vaccinal.

Phase d'élimination de la rougeole :

Comme pour la phase de prévention des flambées épidémiques plus les renseignements suivants :

Indicateur de résultats

Objectif

- | | |
|--|-----|
| • nombre de rapports hebdomadaires reçus | 80% |
| • nombre de cas* notifiés dans les 7 jours suivant le début de l'éruption cutanée | 80% |
| • nombre de cas* faisant l'objet d'une enquête dans les 48 heures suivant notification | 80% |
| • nombre de cas* pour lesquels on a un échantillon adéquat** et des résultats de laboratoire | 80% |
| • nombre de cas confirmés avec identification de la source de contamination | 80% |

* cas répondant à la définition du cas clinique ** échantillon prélevé 3 à 28 jours après début du rash.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

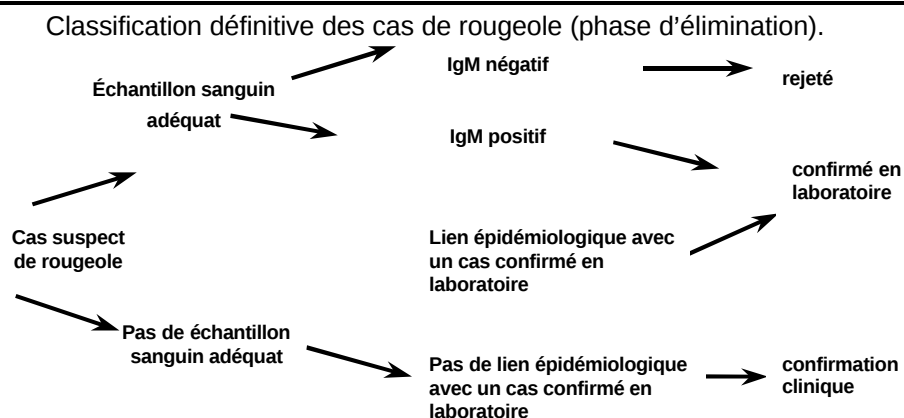
Phase de lutte : Suivre incidence et couverture vaccinale pour contrôler les progrès (diminution de l'incidence et augmentation de la couverture) et pour identifier les zones à risque élevé ou avec des résultats insuffisants.

Phase de prévention des flambées épidémiques : Décrire les modifications épidémiologiques pour la rougeole en terme d'âge et de périodicité inter-épidémique. Identifier les populations à risque élevé. Déterminer quand la flambée suivante pourrait se produire à cause de l'accumulation de personnes susceptibles et accélérer les activités avant l'apparition de la flambée éventuelle.

Phase d'élimination : Déterminer où le virus de la rougeole circule ou bien est susceptible de circuler (c'est-à-dire les risques élevés) et le fonctionnement du système de surveillance (par exemple temps de réaction pour la notification, recueil des échantillons) afin de détecter la circulation du virus ou les possibilités d'importation.

Au cours de chaque phase : Détecter les flambées et enquêter afin de garantir une prise en charge correcte des cas. Déterminer pourquoi la flambée s'est produite (par exemple manque de vaccination, échec du vaccin, accumulation de personnes susceptibles).

ASPECTS SPÉCIFIQUES DEMANDANT UNE EXPLICATION



PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme mondial OMS des Vaccins et Vaccinations (VAB)

Courrier électronique : henaorestrepa@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3402 / 43482/ 2111

Télécopie : (41 22) 791 4193 à l'attention du VAB.

A02.0 Salmonellose

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La salmonellose est l'une des toxi-infections alimentaires les plus répandues. La détection et la lutte contre les flambées épidémiques se compliquent par le fait qu'il existe plus de 2200 sérotypes de *Salmonella* spp. dont certains ont de multiples lysotypes. La surveillance des salmonelloses par les laboratoires, accompagnée du typage définitif et des antibiogrammes, permet une identification rapide des agrégats de cas. Les enquêtes peuvent alors se concentrer sur les cas dus à la souche « épidémique », ce qui conduit à une meilleure identification des facteurs de risque et des aliments impliqués. L'utilisation des méthodes moléculaires peut amener une identification encore plus précise des souches « épidémiques ».

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Patient présentant les symptômes suivants : diarrhée, crampes abdominales, fièvre, vomissements, état de malaise.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Isolement de *Salmonella* spp. à partir des selles ou du sang d'un malade.

Classification des cas

Suspect : Cas présentant une ou plusieurs des manifestations cliniques.

Confirmé : Cas suspect avec confirmation de laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Au niveau national : La surveillance des salmonelloses s'exerce dans les laboratoires. Les praticiens doivent prendre conscience de l'importance pour la santé publique de demander des examens de selles, notamment à chaque fois que l'on soupçonne une transmission par l'eau ou les aliments. La surveillance des salmonelloses doit reposer sur un réseau de laboratoires qui notifient systématiquement vers un niveau plus central les données concernant l'isolement de salmonelles. Toute flambée suspecte de salmonellose doit être signalée au niveau central et faire l'objet d'une enquête. De surcroît, les isolats de *Salmonella* spp. peuvent être envoyés à un laboratoire de référence pour un typage plus définitif. Les niveaux centraux peuvent analyser les données concernant ces typages sur une base géographique plus large, afin de détecter des flambées qui autrement passeraient inaperçues. Les niveaux intermédiaire et central doivent rassembler, sur chaque flambée et après enquête, un minimum de données, y compris les paramètres-clefs (temps, lieu, personne, source possible).

Remarque : Le réseau de laboratoires pour la surveillance des salmonelloses doit être aussi étendu et complet que possible. Il est utile de concentrer les services de typage définitif dans des laboratoires de référence pour maintenir un certain niveau de qualité. Il faut néanmoins prendre garde à ne pas se fier uniquement aux échantillons traités par ces laboratoires, car ces échantillons ne sont pas toujours représentatifs en termes de spectre clinique ou de distribution géographique.

Au niveau international : Les rapports sur l'investigation des flambées de toxi-infections alimentaires spécifiques, notamment celles qui impliquent un produit commercial, doivent parvenir à la *Banque OMS mondiale de Données sur les Flambées de Toxi-infections alimentaires*. Les rapports de notification, les données de laboratoire et les rapports sur les flambées doivent parvenir à la *Banque OMS mondiale de Données* et aux programmes régionaux de surveillance.

INTERNET (auparavant appelé SALM-NET) est un réseau international où les pays échangent, d'une façon similaire à ce qui se passe dans les pays eux-mêmes, les informations concernant les isollements de salmonelles et d'*Escherichia coli* O157 effectués par les laboratoires. Ce réseau permet de détecter les flambées d'importance internationale et d'avertir précocement les pays sur les produits contaminés.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas recueillies par les laboratoires

- code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques
- date du début de la maladie, date de collecte de l'échantillon
- type d'échantillon, organisme(s) identifié(s).

Données cumulatives provenant des laboratoires

- nombre de cas selon les espèces de salmonelles, la zone géographique et le groupe d'âge.

Données cumulatives sur les flambées épidémiques

- espèce et lysotype de la salmonelle identifiée
- nombre de personnes exposées/ malades/ hospitalisées
- nombre de décès
- Informations géographiques, cadre de la flambée (par exemple restaurant, hôpital, école)
- date du premier et du dernier cas
- aliment ou élément impliqué et preuve établissant cette relation (étude épidémiologique, isolement dans la nourriture)
- facteurs ayant contribué à la flambée (conservation inadaptée de la nourriture, cuisson insuffisante, contamination croisée, manipulateur infecté, facteurs environnementaux).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Données de la surveillance

Examen fréquent des données fournies par les laboratoires, à la recherche d'agrégats de cas dans le temps, dans l'espace ou dans la population. Tout agrégat soupçonné doit faire l'objet d'une enquête afin d'établir si une flambée a bien eu lieu.

Incidence des identifications dans les laboratoires par semaine, zone géographique, organisme, groupe d'âge et sexe (avec si possible une carte montrant la distribution géographique de l'incidence).

Données d'enquêtes sur les flambées

Incidence des flambées en fonction de l'espèce, du lysotype, du mois, de la zone géographique, de leur cadre, du taux d'attaque, des aliments incriminés et des facteurs ayant contribué à la flambée.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- déterminer l'ampleur du problème de santé publique
- détecter agrégats et flambées en temps opportun
- suivre les tendances de la salmonellose dans le temps
- identifier les aliments, les pratiques alimentaires et les populations présentant un risque élevé pour des agents pathogènes spécifiques
- identifier l'apparition de nouvelles espèces et lysotypes
- guider les politiques dans le domaine alimentaire ; suivre l'impact des mesures de lutte
- évaluer les risques et fixer des normes.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Activités de surveillance chez l'homme en relation avec les autorités s'occupant de la salubrité des aliments et de la lutte pour celle-ci.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

AFRO Dr Kamel Kellou courriel kellouk@who.afr.org

Télécopie 26 34 70 07 42 Tél : 26 34 70 69 51

AMRO Dr Genaro W. Garcia courriel garciage@paho.org

Télécopie 1-202-974 36 43 Tél : 1-202-974 3193

EMRO Dr A Verster courriel verstera@who.sci.eg

Télécopie 20-3-483 89 16/64329 Tél : 20-3-482 02 23

EURO (FAO) Dr Marco F.G. Jemini (FAO, Rome) courriel maj@who.it

Télécopie 39 06 487 7525 Tél : 39 06 487 7599

SEARO Dr Sultana Khanum courriel khanums@whosea.org

Télécopie 91-11-331 86 07 Tél : 91-11-331 78 04

WPRO Dr Tommaso Cavalli-Sforza courriel tommaso@who.org.ph

Télécopie 63-2-521 10 36 Tél : 63-2-528 9985

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme de Salubrité des Aliments (FOS)

Courrier électronique : motarjemiy@who.ch / foodsafety@who.int

Téléphone : (41 22) 791 3558 / 3445 Télécopie : (41 22) 791 4807 att FSF

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : outbreak@who.ch

Tél : (41 22) 791 2529 / 2660 / 2111 Fax : (41 22) 791 4893.

B65 Schistosomiase**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

Maladie tropicale la plus prévalente après le paludisme, et la cause principale de morbidité grave dans une grande partie de l'Afrique, de l'Asie et de l'Amérique du Sud, avec 600 millions de personnes exposées à ce risque, et 200 millions de personnes infectées, dont 20 millions gravement malades. Schistosomiase urinaire causée par *Schistosoma haematobium* et intestinale par *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. intercalatum*, *S. mekongi*. L'objectif de l'OMS est de maîtriser la maladie et de réduire ou (dans certains pays) d'éliminer le risque au moyen d'une forte surveillance et de programmes de lutte.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

SCHISTOSOMIASE URINAIRE

Définition et classification du cas

ZONES D'ENDÉMIE (PRÉVALENCE MODÉRÉE OU HAUTE)

Suspect : Pas applicable.**Probable :** Pas applicable.**Confirmé :** Personne présentant une hématurie visible à l'œil nu **ou** une hématurie décelée par une bandelette réactive **ou** des œufs de *S. haematobium* dans l'urine (observation au microscope).

ZONES SANS ENDÉMIE ET ZONES DE FAIBLE PRÉVALENCE

Suspect : Personne présentant une hématurie visible **ou** une hématurie décelée par une bandelette réactive.**Probable :** Pas applicable.**Confirmé :** Personne présentant des œufs de *S. haematobium* dans l'urine (au microscope).

SCHISTOSOMIASE INTESTINALE

Définition et classification du cas

ZONES SANS ENDÉMIE ET ZONES DE FAIBLE PRÉVALENCE

Suspect : Personne présentant des symptômes intestinaux chroniques ou récurrents (sang dans les selles, diarrhée sanglante, diarrhée, douleurs abdominales) **ou** à un stade ultérieur, une hépatosplénomégalie.**Probable :** Personne qui répond aux critères de traitement présumé selon les algorithmes diagnostiques applicables localement**Confirmé :** Personne présentant des œufs de *S. mansoni* **ou** *S. japonicum*/ *S. mekongi* dans les selles (au microscope).

ZONES SANS ENDÉMIE ET ZONES DE FAIBLE PRÉVALENCE

Suspect : Personne présentant des symptômes intestinaux chroniques ou récurrents (sang dans les selles, diarrhée sanglante, diarrhée, douleurs abdominales) **ou** à un stade ultérieur, une hépatosplénomégalie.**Probable :** Pas applicable.**Confirmé :** Personne présentant des œufs de *S. mansoni* **ou** *S. japonicum* dans les selles (au microscope).
Personne présentant une réaction positive au test immunoblot.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

La surveillance de la schistosomiase doit faire partie du système des soins de santé primaires.

Pour les zones de faible prévalence et là où l'objectif est l'éradication :

Notification mensuelle systématique des données cumulatives pour les cas suspects et confirmés du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central.

Au niveau international : Notification annuelle du niveau central à l'OMS.

Pour les zones d'endémie : S'il n'est pas possible d'intégrer la surveillance dans le système des soins de santé primaires : enquêtes ponctuelles de prévalence de l'infection dans la communauté. Les enfants d'âge scolaire constituent un bon groupe d'enquête (indicateur de prévalence dans la population en général).

Notification annuelle des données cumulatives, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central.

Remarque : Les données provenant des statistiques sanitaires générales sous-estiment souvent la prévalence mais peuvent néanmoins indiquer une prévalence relativement élevée dans une zone donnée. La surveillance doit tenir compte de la distribution de la maladie par foyer géographique. Des zones contiguës peuvent présenter des taux de prévalences très différents.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

POUR LES ZONES DE PRÉVALENCE FAIBLE ET LÀ OÙ L'OBJECTIF EST L'ÉRADICATION :

Dossiers médicaux individuels pour l'enquête

- numéro d'identification, âge, lieu de la contamination, date du diagnostic, village
- nombre d'œufs par gramme de selles ou millilitre d'urine

Données cumulatives

- nombre de cas par groupe d'âge, village et mois
- nombre de cas ayant plus de 50 œufs pour 10 ml d'urine et/ou hématurie visible à l'œil nu (*S. haematobium*).
- nombre de cas ayant plus de 400 œufs par gramme de selles (*S. mansoni* ou *S. japonicum*)

POUR LES ZONES D'ENDÉMIE :

Données cumulatives

- nombre de cas par groupe d'âge et village
- nombre de cas ayant plus de 50 œufs pour 10 ml d'urine et/ou hématurie visible à l'œil nu (*S. haematobium*).
- nombre de cas ayant plus de 400 œufs par gramme de selles (*S. mansoni* ou *S. japonicum*).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉ

- en cas de dépistage passif : incidence mensuelle et annuelle par groupe d'âge et village
- en cas de dépistage actif : prévalence ponctuelle
- cartographie

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- évaluer l'ampleur du problème
- planifier la distribution des médicaments : choisir des algorithmes diagnostiques au sein des services de santé et choisir la stratégie la plus efficace par rapport au coût pour la chimiothérapie dans la communauté (universelle, ciblée, sélective)
- évaluer le besoin de lutte contre les mollusques
- évaluer le besoin d'améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement
- évaluer le besoin en activités d'éducation sanitaire
- évaluer l'impact des interventions.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

- diagnostic : les méthodes quantitatives (Kato-Katz pour les formes intestinales, filtration de l'urine pour *S. haematobium*) indiquent l'importance de la parasitose en santé publique
- on encouragera le recueil des données d'utilité immédiate pour les décisions administratives (par exemple la fréquence des traitements et l'attribution des ressources)
- les efforts intersectoriels, l'éducation scolaire, l'assainissement, l'approvisionnement en eau saine, la gestion de l'environnement et la participation communautaire jouent un rôle important.
- on ne fait généralement pas appel à la biopsie rectale pour la surveillance.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Unité OMS de l'Elaboration et suivi de Lutte contre les Maladies parasitaires et la Lutte antivectorielle

Courrier électronique : saviolil@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2664 Télécopie : (41 22) 791 4869.

B20-B21-B22-B23-B24 SIDA **(Syndrome d'immunodéficience acquise)**

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Le SIDA est une maladie ciblée pour une réduction de l'incidence, de la prévalence et de la transmission (9PGT de l'OMS, cible 6.4). Les mesures de lutte reposent sur la prévention et les stratégies de soin. La surveillance est nécessaire pour évaluer les besoins nationaux en éducation, fournitures, soins de santé et pour anticiper la propagation dans les communautés. Elle fournit des données épidémiologiques qui serviront à la prévention nationale et à la planification des soins, et elle est essentielle pour évaluer les effets des activités de lutte.

DÉFINITIONS DE CAS RECOMMANDÉES

Les pays utilisent différentes définitions de cas, selon les facteurs démographiques (enfants, adultes, fréquence relative des infections opportunistes), les services de laboratoire existants et la formation disponible. Les définitions de cas actuellement en cours se répartissent en deux groupes selon que les pays disposent de services de laboratoire :

avancés

*CDC 1987 (1)

*CDC/CD4 (2)

*Européenne (3)

plus limités

*OMS élargie/surveillance (ex-Abidjan/OMS) (4)

*OMS/Surveillance(ex-Bangui/OMS Clinique) (4)

*Caracas/OPS (5) révision de Caracas/OPS (6)

1. DÉFINITION DE 1987 POUR LA SURVEILLANCE DU SIDA, CDC

1A. Sans mise en évidence par un laboratoire d'une infection par le VIH (en l'absence d'autres causes d'immunosuppression)

Maladie(s) indicatrice(s) formellement diagnostiquée(s)

- candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons
- cryptococcose extrapulmonaire
- cryptosporidiose avec diarrhée persistant plus d'un mois
- infections à cytomégalovirus d'organes autres que le foie ou la rate, ou tuméfaction des ganglions chez un malade âgé de plus d'un mois
- infections à Herpès simplex provoquant une ulcération cutanéomuqueuse persistant plus d'un mois; ou inflammation des bronches, des poumons ou de l'œsophage quelle que soit sa durée chez un malade âgé de plus d'un mois
- sarcome de Kaposi chez un malade âgé de moins de 60 ans
- lymphome (primaire) du cerveau touchant un malade âgé de moins de 60 ans
- infection à *Mycobacterium avium* complexe ou à *M. kansasii*, diffuse (localisée ailleurs ou en plus des poumons, de la peau ou des ganglions lymphatiques hilaires ou cervicaux)
- pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- leuco-encéphalopathie multifocale progressive
- toxoplasmose cérébrale chez un malade âgé de plus d'un mois.

Chez les enfants de moins de 13 ans : au moins deux infections bactériennes au cours d'une période deux ans (septicémie, pneumonie, méningite, infections ostéo-articulaires...) ou abcès d'une cavité interne ou d'un organe corporel – à l'exclusion de l'otite moyenne et des abcès superficiels.

1B Avec mise en évidence par le laboratoire d'une infection par le VIH.

Maladies indicatrices formellement diagnostiquées

- coccidioïdomycose diffuse (localisée ailleurs ou en plus des poumons ou des ganglions lymphatiques hilaires ou cervicaux)
- encéphalopathie à VIH
- histoplasmosse diffuse (localisée ailleurs ou en plus des poumons ou des ganglions lymphatiques hilaires ou cervicaux)
- isosporose avec diarrhée persistant plus d'un mois
- sarcome de Kaposi, à tout âge
- lymphome (primaire) du cerveau, à tout âge
- lymphome autre que le lymphome de Hodgkin
- toute affection mycobactérienne diffuse provoquée par une mycobactérie autre que *M. tuberculosis*
- infection extrapulmonaire à *M. tuberculosis*
- septicémie à salmonelles (non typhiques) récidivantes
- syndrome de cachexie du VIH

Maladies indicatrices avec diagnostic de présomption

- candidose œsophagienne
- rétinite à cytomégalo virus avec perte de la vision
- sarcome de Kaposi
- infection mycobactérienne diffuse
- pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- toxoplasmose cérébrale chez un patient âgé de plus d'un mois.

Chez l'enfant de moins de 13 ans : pneumonie lymphoïde interstitielle et/ou hyperplasie lymphoïde interstitielle.

2. CONDITIONS S'AJOUTANT À LA DÉFINITION DE 1987 POUR LA SURVEILLANCE DU SIDA DONNÉE PAR CDC (1B SUPRA)

Outre les conditions reprises en 1B

- numération des lymphocytes T CD4+ <200 x 10⁶/l (ou pourcentage de CD4 <14%)
- tuberculose pulmonaire
- cancer du col invasif
- pneumopathie récidivante (plus d'un épisode par période de 12 mois).

3. DÉFINITION EUROPÉENNE DU CAS DE SIDA

La même que la définition CDC révisée (2 ci-dessus), sans numération des lymphocytes T CD4+.

4. DÉFINITION OMS AUX FINS DE SURVEILLANCE (EX-BANGUI/OMS/CLINIQUE)

Définition clinique du cas de SIDA chez l'adulte ou l'adolescent(e) de plus de 12 ans lorsque les moyens de diagnostic sont limités : aux fins de surveillance, le SIDA chez l'adulte ou l'adolescent(e) se définit par l'existence d'au moins deux des symptômes/signes majeurs ci-après et d'un au moins des symptômes/signes mineurs ci-après, pour autant qu'ils ne dépendent pas d'une cause non liée à l'infection par le VIH.

Signes majeurs :

- perte de poids égale ou supérieure à 10% du poids corporel
- diarrhée chronique depuis plus d'un mois
- état fébrile prolongé depuis plus d'un mois (intermittent ou permanent)

Signes mineurs :

- toux persistante depuis plus d'un mois)
- dermatite prurigineuse généralisée
- antécédents de zona
- candidose oropharyngée
- infection herpétique chronique progressive ou généralisée
- adénopathie généralisée.

La présence d'un sarcome de Kaposi généralisé ou d'une méningite à cryptocoques suffit à elle seule pour poser le diagnostic de SIDA aux fins de surveillance.

5. DÉFINITION OMS ÉLARGIE AUX FINS DE SURVEILLANCE (EX-ABIDJAN)

Aux fins de surveillance épidémiologique, on considère qu'un adulte ou un(e) adolescent(e) de plus de 12 ans est atteint(e) du SIDA si le test de recherche des anticorps anti-VIH est positif, en présence de l'une au moins des affections ou manifestations suivantes :

- perte de poids (égale ou supérieure à 10%) ou cachexie, accompagnée de diarrhée et/ou de fièvre, intermittentes ou permanentes, pendant au moins un mois, et qui ne peuvent être attribuées à un trouble sans rapport avec l'infection par le VIH
- méningite à cryptocoques
- tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire
- sarcome de Kaposi
- troubles neurologiques suffisants pour empêcher le patient d'être autonome dans les activités de la vie quotidiennes et qui ne peuvent être attribués à un trouble sans rapport avec l'infection par le VIH (par exemple à un traumatisme ou à un accident vasculaire cérébral)
- candidose œsophagienne (dont on peut faire le diagnostic présomptif sur la base de la présence d'une candidose orale avec dysphagie)
- épisodes cliniquement reconnus de pneumonie, qui sont récurrents ou qui mettent la vie en danger, avec ou sans confirmation étiologique
- cancer invasif du col de l'utérus.

6. DÉFINITION RÉVISÉE DE CARACAS/PAHO POUR LE SIDA

On détermine qu'un patient a le SIDA lorsque

- le total des points attribués pour les différentes manifestations cliniques atteint ou dépasse 10 **et**
- la sérologie pour le VIH est positive.

On définit un « cas provisoire » lorsque le total des points est égale ou supérieur à 10 et que l'on attend les résultats de la sérologie. Il faut exclure les personnes souffrant de cancer, celles qui reçoivent une thérapie immunosuppressive et celles pour lesquelles on peut attribuer les manifestations ci-dessus à des états pathologiques autres que le VIH.

Symptômes/signes/diagnostic	nombre de points attribués
Sarcome de Kaposi	10
Tuberculose miliaire/ extrapulmonaire/ pulmonaire sans cavités	10
Candidose buccale/ leucoplasie chevelue	5
Tuberculose pulmonaire avec cavités ou non spécifiée	5
Herpès zoster chez une personne de moins de 60 ans	5
Troubles du système nerveux central	5
Diarrhée durant un mois ou plus	2
Fièvre (supérieure à 38°C) pendant un mois ou plus	2
Cachexie ou perte de poids supérieure à 10%	2
Asthénie pendant un mois ou plus	2
Dermatose persistante	2
Anémie, lymphocytopénie et/ou thrombopénie	2
Toux persistante ou toute pneumopathie (sauf la tuberculose) pendant un mois ou plus	2
Adénopathie d'un centimètre ou plus pour au moins deux sites non inguinaux	2
Total des points requis	≥10
Le programme national/régional de lutte contre le SIDA fournira la définition de cas utilisé dans chaque pays. Classification des cas Dépend de la définition de cas. A vérifier auprès des programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Références 1. SIDA : Révision 1987 de la définition CDC/OMS du cas de SIDA. <i>Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé</i>, 1998, 66(2) : 269-273 / Revision of the CDC surveillance case definition for the Acquired Immune Deficiency Syndrome. <i>Morbidity and Mortality Weekly Record</i>, August 14, 1987, 36 (suppl.): 1S-15S 2. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. <i>Morbidity and Mortality Weekly Record</i>, May 2, 1987, 36 (RR-10): 5-6 3. ANCELLE-PARK R2. Expanded European AIDS case definition. <i>Lancet</i>, 1993, 341: 441. 4. Voir aussi : <i>AIDS Surveillance in Europe</i>, Rapport trimestriel, 1993; numéro 37 5. BUEHLER JW, DE COCK K, BRUNET J-B. Définitions OMS du cas de sida aux fins de surveillance, pour les adultes et les adolescents. <i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>, 1994, 69(37) : 273-275. 6. Grupo de trabajo sobre definición de casos de SIDA. <i>Boletín epidemiológico de la OPS</i>, 1990, 10(4) : 9-11/ Working group on AIDS case definition, <i>PAHO epidemiological Bulletin</i>, 1990, 10(4) : 9-11. 7. Voir aussi : WENIGER BG, QUINHOES EP, SERENO AB, <i>et al.</i> A simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data. The Clinical AIDS Study Group, and the Working Group on AIDS case definition. <i>Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes</i>, 1992, 5(12) : 1212-1223. 8. BUEHLER JW, DE COCK K, BRUNET J-B. Surveillance definitions for AIDS. <i>AIDS</i> 1993, 7(suppl. 1) : S73-S81.	

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification mensuelle standard des données cumulées de la périphérie au niveau intermédiaire

Notification trimestrielle standard des données cumulées du niveau intermédiaire au niveau central

Au niveau international : rapports semestriels de mise à jour à envoyer à l'OMS *Relevé épidémiologique hebdomadaire*).

Autres sources d'informations :

- hôpitaux
- médecins
- services de soins de la tuberculose
- Rapports sur la mortalité et statistiques
- dépistage actif des cas.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données concernant les cas en vue de la notification

- code d'identification unique, âge, sexe, zone géographique, facteurs de risque (par exemple transfusion sanguine, utilisation de drogues par voie injectable, autres).

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas répartis selon l'âge, le sexe, les facteurs de risque (par exemple transfusion sanguine, utilisation de drogues par voie injectable, autres).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Graphiques : Nombre de cas par âge, par sexe, par zone géographique, par facteur de risque.

Tableaux : Nombre de cas par âge, par sexe, par zone géographique, par facteur de risque.

Cartes : Nombre de cas par zone géographique.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- évaluer l'ampleur du problème
- identifier les zones à haut risque pour des interventions ultérieures
- planifier les méthodes de mesure en santé publique
- évaluer l'impact sur les services cliniques
- planifier les services de soins de santé et les fournitures
- valider les données de surveillance de l'infection à VIH.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Utilisation de la surveillance du VIH (voir pages suivantes) pour prévoir l'incidence du SIDA.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Groupe technique de travail ONUSIDA/OMS pour la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles

Courrier électronique : surveillance@unaid.org

Téléphone : (41 22) 791 2403/ 2526 Télécopie : (41 22) 791 4198.

B20-B24 Infection par le VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

La surveillance de l'infection par le VIH constitue le meilleur moyen pour prévoir l'impact futur du SIDA sur les ressources sanitaires nationales. Elle permet également le conseil, le suivi et la chimioprophylaxie lorsqu'ils sont nécessaires au niveau individuel.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Il n'y a pas de description clinique et le diagnostic repose sur les critères de laboratoire.

La confirmation par une deuxième épreuve sérologique n'est nécessaire que dans les milieux où l'on estime que la prévalence de l'infection est inférieure à 10% de la population.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Sérologie positive pour le VIH (ELISA).

La confirmation s'effectue au moyen d'une deuxième épreuve ELISA ou d'un test simple/ rapide reposant sur une préparation différente d'antigènes et/ou sur un principe différent.

Classification des cas

Suspect : Ne s'applique pas.

Probable : Ne s'applique pas.

Confirmé : Cas confirmé par le laboratoire.

Remarque 1 : Sauf dans le cadre des tests anonymes non corrélés, les épreuves sérologiques doivent obligatoirement s'accompagner de services adaptés de conseil avant et après le test.

Remarque 2 : Dans les pays ayant suffisamment de ressources, on utilisera le Western Blot plutôt pour les confirmations individuelles que pour les études générales sur le VIH.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Pour les pays connaissant une prévalence basse (par exemple moins de 1% parmi les femmes enceintes ou autres groupes représentatifs de l'ensemble de la population) et où l'infection se concentre chez quelques groupes à risque élevé, la tendance actuelle est de suivre l'épidémie en utilisant les données de notification VIH (surveillance de cas VIH). Cette méthode s'applique pour l'instant principalement aux pays développés, où la majorité des personnes positives pour le VIH ont accès au test et y font appel.

Pour les pays à forte prévalence et dans les pays en développement, la méthode de choix est celle des tests anonymes non corrélés de la séroprévalence dans des sites sentinelles. Afin de contrôler les tendances dans le temps, il est nécessaire d'assurer la continuité du fonctionnement de ces sites sentinelles et, dans ces sites, le recours à un schéma d'échantillonnage identique et constant (périodique et normalisé).

Pour les pays à prévalence basse, les sites sentinelles devront s'attacher à tester les groupes à haut risque (malades venant se faire traiter pour des MST ou pour assuétude aux drogues injectables, travailleurs du sexe).

Pour les pays à prévalence plus élevée, on poursuivra également le contrôle des groupes à haut risque et l'on réalisera la surveillance d'autres groupes dans la population générale, comme les femmes enceintes venant se faire soigner dans les services prénatals.

Notification annuelle systématique des données cumulatives pour les cas confirmés à partir de chaque site sentinelle vers le niveau intermédiaire et, sans modification, vers le niveau central.

Certains pays ont une notification par cas.

Autres sources de données :

- hôpitaux
- cliniques prénatales
- dermatologues
- dispensaires spécialisés dans les MST
- centres de transfusion
- armée (données provenant des recrues)
- enquêtes spéciales
- rapports sur la mortalité.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour la notification

- âge, sexe, lieu, facteur de risque

Données cumulatives à notifier

- annuellement : nombre de cas testés répartis selon l'âge, le sexe, le facteur de risque, le site sentinelle (le cas échéant).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- analyse de la prévalence par âge, sexe, zone géographique, site urbain ou rural, sous-groupe de population, facteur de risque
- analyse des tendances de la prévalence dans le temps par âge, sexe, zone géographique, site urbain ou rural, sous-groupe de population
- graphiques et tableaux : prévalence et intervalles de confiance, par année, âge et sexe, site sentinelle, sous-groupe de population, zone géographique, site urbain ou rural
- cartes : niveaux de prévalence pour chaque site sentinelle.

Au niveau national, il convient d'indiquer les valeurs médianes par site sentinelle, avec les minima et les maxima observés.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- évaluer l'ampleur et les tendances actuelles de l'épidémie de VIH/SIDA
- faire des projections sur le nombre de cas de SIDA pendant les cinq années à venir
- identifier les sous-groupes à haut risque dans la population et/ou les zones géographiques où intervenir
- évaluer les effets des interventions spécifiques
- évaluer l'impact sur les services de santé, planifier les actions des services sociaux et sanitaires pour les personnes ayant le VIH/SIDA
- sensibiliser le public et la classe politique sur cette maladie.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Aucun.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Groupe technique de travail ONUSIDA/OMS pour la surveillance du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles

Courrier électronique : surveillance@unaids.org / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2403 / 2526 / Télécopie : (41 22) 791 4198.

A50-52 Syphilis**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

Depuis l'introduction de la pénicilline en 1946, l'incidence de la syphilis a chuté mais la maladie est réapparue à la fin des années 1960 pour se maintenir à des niveaux d'incidence élevés dans les pays en développement. Les pays développés connaissent désormais également des flambées et l'on observe une large recrudescence dans les pays en économie de transition.

La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes renseigne sur les formes latentes et symptomatiques de la maladie dans ce groupe et minimise les problèmes associés à la notification générale des syndromes liés aux MST. Sous réserve de modifications en matière du comportement en ce qui concerne la recherche des soins, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes peut être considérée comme une approximation de la prévalence générale dans la population.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE**Description clinique**

Les signes et les symptômes de la syphilis sont multiples. Le stade primaire comporte habituellement – mais pas toujours – une ulcération des organes génitaux externes et une lymphadénopathie locale : la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire ont surtout des manifestations dermatologiques et systémiques. Pour la surveillance, seuls les cas confirmés (voir ci-dessous) seront pris en compte.

Cas confirmé : Personne à sérologie positive confirmée pour la syphilis (RPR – recherche rapide de la réagine plasmatique, ou test VDRL confirmé par le test de l'hémagglutination du *Treponema pallidum* (TPHA) ou par le test FTA-ABS d'immunofluorescence absorbée du tréponème).

Classification des cas

Syphilis congénitale : Nourrisson à sérologie positive, que la mère ait ou non présenté une sérologie positive au cours de la grossesse.

Syphilis acquise : Tous les autres cas.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Seuls les cas confirmés doivent être notifiés vers les niveaux intermédiaires et central par :

- les rapports réguliers de la surveillance périodique
- la notification systématique individuelle de chaque cas ou la notification cumulée.

Surveillance par les laboratoires au moyen du dépistage chez les femmes enceintes

Notification systématique par les services de santé prénatale et par réseau sentinelle de ces services

Dépistage actif des cas à partir des études de prévalence chez les femmes enceintes.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR**Données cumulatives**

- nombre de cas à sérologie positive par groupe d'âge, mois, zone géographique
- nombre de cas de syphilis congénitale par groupe d'âge, année, zone géographique et rapporté au nombre de femmes enceintes.

Indicateurs de résultats

- taux de faux positifs signalés par les sites du réseau sentinelle par rapport au nombre de tests TPHA/FTA-ABS effectués.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Nombre de cas/ incidence (par zone géographique, âge, rang de la grossesse).

Comparaisons avec les groupes d'âge et les zones géographiques des années précédentes, sous forme de graphiques.

Taux de syphilis congénitale par zone géographique et par année, sous forme de graphiques.

Des résumés annuels de la surveillance doivent être produits vers les niveaux national et régional et donner lieu à un retour d'information.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- documenter la prévalence de la syphilis en dépistant les femmes enceintes, comme indicateur de la population générale
- suivre les tendances de l'incidence
- plaider en faveur de la lutte contre la syphilis et des interventions
- identifier les zones à haut risque pour cibler davantage les interventions
- identifier les zones et les populations où il conviendrait d'intensifier les activités de prévention de l'infection par le VIH.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

- Les taux de prévalence varient entre 3% et 19% chez les femmes enceintes dans les pays en développement. La syphilis de la femme enceinte est associée à la syphilis congénitale (chez environ un tiers des nouveau-nés issus de la grossesse) à des avortements spontanés et à des mort-nés. Comme la lésion primaire est le plus souvent indolore et que la syphilis secondaire n'est en général pas diagnostiquée, c'est principalement le dépistage sérologique qui permet d'identifier les femmes atteintes. Pour avoir la meilleure surveillance possible dans la population, il est donc recommandé d'effectuer ce dépistage chez les femmes enceintes.
- Afin de pouvoir dépister toutes les femmes enceintes, les directives nationales doivent prévoir la consultation précoce dans les services de soins prénatals, le prélèvement et l'envoi d'échantillons de sang par le personnel médical, la notification par le laboratoire des résultats au personnel du dispensaire. Les femmes doivent revenir en consultation pour chercher leurs résultats et le personnel médical est censé les soigner et leur donner une éducation sanitaire.
- La syphilis en cas d'ulcération génitale doit faire l'objet d'une notification séparée dans les pays où existe un accès à des services de laboratoire, afin d'éviter le double comptage.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions.

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Initiative contre le VIH/SIDA et les Infections sexuellement transmissibles (HSI)

Courrier électronique : gerbasea@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 4459 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4834 à l'attention de HSI.

A33 Tétanos néonatal

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Ciblé par l'OMS pour **élimination** en faisant appel aux trois stratégies ci-après :

- couverture élevée de la vaccination par l'anatoxine tétanique chez les femmes enceintes
- accouchement dans des conditions de propreté suffisante
- identification des zones à risque élevé et l'instauration dans ces zones de mesures correctives (vaccination des femmes en âge de procréer).

La surveillance épidémiologique est particulièrement utile pour identifier les zones à risque élevé de tétanos néonatal et pour suivre l'impact des interventions.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Définition du cas clinique et classification

Cas suspect : Tout décès néonatal entre le 3^e et le 28^e jour de la vie pour lequel la cause est inconnue ; tout nouveau-né signalé comme ayant souffert du tétanos néonatal entre le 3^e et le 28^e jour de la vie mais n'ayant pas fait l'objet d'une enquête.

Cas confirmé : Tout nouveau-né présentant une aptitude normale à téter et à crier pendant les deux premiers jours de la vie et ne pouvant téter normalement entre le 3^e et le 28^e jour de la vie, qui devient raide ou a des convulsions (secousses musculaires), ou les deux.

On considère que les cas de tétanos néonatal notifiés par les hôpitaux sont des cas confirmés. Le diagnostic est purement clinique et ne dépend pas d'une confirmation bactériologique.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

La mention des cas confirmés de tétanos néonatal doit faire partie des rapports mensuels systématiques de surveillance dans tous les pays et leur nombre doit être porté sous une rubrique séparée des autres formes de tétanos (non néonatal). Notification zéro requise à tous les niveaux.

Surveillance active régulière dans les principaux établissements de soins (au moins une fois par an).

Dans les zones géographiques à « faible risque » (incidence inférieure à un cas pour mille naissances vivantes avec une surveillance fonctionnant bien), tous les cas suspects doivent faire l'objet d'une *enquête* aux fins de confirmation et d'identification de la cause.

Surveillance communautaire dans les zones « silencieuses » (si la notification systématique n'est pas opérationnelle alors que, selon d'autres indicateurs, le tétanos néonatal pourrait poser problème).

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas
- doses d'anatoxine tétanique administrées aux femmes enceintes ou à celles en âge de procréer (selon les modalités nationales), ou pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance (voir Aspects spécifiques)
- exhaustivité/ régularité des rapports mensuels.

Données relatives aux cas, dossiers médicaux individuels pour l'enquête

- code d'identification unique
- Informations géographiques
- date de naissance
- âge du nouveau-né (en jours) au début de la maladie
- sexe
- rang de naissance (accouchements antérieurs plus celui-ci ou la grossesse en cours)
- date de l'enquête sur le cas
- lieu et conditions de l'accouchement (1=institution ; 2=à domicile avec sage-femme formée ; 3=à domicile avec assistante sans formation ; 4=à domicile sans aide ; 5=autre ; 9=inconnu)
- statut vaccinal de la mère vis-à-vis du tétanos au moment de l'accouchement (1=à jour ; 2=pas à jour ; 3=non vaccinée)
- classification définitive (1=confirmé ; 2=suspect ; 3=rejeté)
- administration subséquente d'une dose d'anatoxine tétanique à la mère du cas dans les trois mois suivant la notification (1=oui ; 2=non ; 9=pas d'information)
- vaccinations supplémentaires effectuées dans la localité où le cas est survenu (1=oui ; 2=non ; 9=pas d'information).

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Pour les données cumulatives (c'est-à-dire les notifications mensuelles systématiques)

- taux d'incidence pour 1000 naissances vivantes par zone géographique, mois et année
- nombre de deuxièmes injections d'anatoxine tétanique (ou pourcentage des nouveau-nés protégés à la naissance*) par année et par zone géographique (voir Aspects spécifiques)
- exhaustivité/ régularité de la notification mensuelle
- zones géographiques considérées comme exposées à un risque élevé par rapport à celles où des actions correctives ont été entreprises

Pour les données individuelles (provenant uniquement des enquêtes sur chaque cas), ajouter

- nombre de cas confirmés par type d'accouchement, sexe, et statut vaccinal de la mère
- pourcentage de cas confirmés où la mère a par la suite reçu une dose de protection d'anatoxine tétanique.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Données relatives aux cas, dossiers médicaux individuels pour l'enquête

- code d'identification unique
- Informations géographiques
- date de naissance
- âge du nouveau-né (en jours) au début de la maladie

- enquêter sur les cas suspects de tétanos néonatal dans les zones à faible risque, afin de confirmer les cas, d'en déterminer les causes et d'y remédier
- identifier les zones géographiques à haut risque et y organiser trois campagnes supplémentaires de vaccination antitétanique pour toutes les femmes en âge de procréer
- valider périodiquement la sensibilité de la notification pour le tétanos néonatal en comparant le nombre de cas notifiés avec celui des cas identifiés par la surveillance active.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Le calcul du « pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance » est une autre méthode servant à déterminer la couverture (notamment là où la double vaccination antitétanique n'est pas fiable). Pour surveiller cette donnée, les agents de santé notent au cours de la première injection de vaccin DTC si les nouveau-nés étaient protégés à la naissance par le statut vaccinal de la mère et/ou les conditions de l'accouchement (conditions de propreté ou non). Le pourcentage est ensuite estimé comme suit : (nombre d'enfants protégés) / (nombre de naissances vivantes). Si l'enfant n'était pas protégé, la mère doit recevoir une dose d'anatoxine tétanique lors de la même consultation, et un suivi sera assuré pour lui administrer une deuxième dose, nécessaire pour la protection.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Programme mondial OMS des Vaccins et Vaccinations (VAB)

Courrier électronique : neilmf@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 4693 / 4417 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4193 à l'attention de VAB.

B56-0, B56-1 Trypanosomiase africaine (Maladie du sommeil)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Le principe directeur pour la lutte contre la maladie du sommeil est de réduire le réservoir humain par le traitement des individus infectés et de diminuer le contact entre l'homme et les mouches au moyen d'une lutte antivectorielle adaptée. L'OMS appuie la démarche inter pays essentielle pour les activités de surveillance et de lutte. L'objectif de la surveillance consiste à identifier précisément et à évaluer correctement sur le plan épidémiologique tous les foyers d'endémie.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

Aux stades précoces, on trouvera parfois sur le site de morsure par la mouche tsé-tsé un chancre* douloureux, débutant par une papule, puis évoluant vers un nodule. Le malade présente parfois de la fièvre, des céphalées intenses, de l'insomnie, une adénopathie indolore, de l'anémie, un œdème local et une éruption cutanée. Au stade tardif surviennent la cachexie, la somnolence et les signes d'atteintes du système nerveux central. La maladie peut évoluer pendant plusieurs années dans le cas de *Trypanosoma brucei gambiense* (B56-0). Dans le cas de *T. b. rhodesiense* (B56-1) la maladie évolue rapidement et prend un tour aigu. Les deux formes sont mortelles si elles ne sont pas traitées.

* Le chancre douloureux est très rare avec *T. b. gambiense*

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Présomptifs : Sérologie : évaluation sur carte de la trypanosomiase (CATT) – *T. b. gambiense* seulement – ou épreuve d'immunofluorescence indirecte, surtout pour *T. b. rhodesiense* (éventuellement pour *T. b. gambiense*).

Confirmation : Parasitologie : détection au microscope des trypanosomes dans le sang, les ganglions lymphatiques ou les ponctions de LCR.

Classification des cas

Suspect : Cas compatible avec la description clinique et exposé au risque.**

Probable : Cas présentant un examen sérologique positif sans symptômes cliniques en l'absence d'anamnèse de diagnostic ou de traitement de trypanosomiase.

Confirmé : Cas présentant un examen parasitologique positif avec ou sans symptômes cliniques.***

** Dans de nombreux cas, au stade précoce ou au début du stade tardif de la maladie, il n'y a pas de symptômes cliniques. La suspicion repose alors sur le risque local de contracter l'affection et le contexte historique de celle-ci dans la région.

*** Les porteurs sains dont la positivité est confirmée représentent un risque majeur en santé publique. Ils constituent un réservoir de parasites, propagent la maladie et doivent être traités le plus tôt possible.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Le système de surveillance fait appel à une définition des villages qui répartit ceux-ci en 4 classes :

1. Village au statut épidémiologique inconnu
2. Village suspect
3. Village d'endémie
4. Village d'où la maladie est absente.

Dans le cadre des programmes de lutte, la surveillance donne des données utiles sur les villages, avec la localisation géographique précise de chacun d'entre eux grâce au système de positionnement universel (GPS). Les données sont analysées en faisant appel au système d'information géographique (SIG).

Dans les zones non couvertes par les activités de lutte, la surveillance donne des informations utiles sur les cas. Les résultats des enquêtes épidémiologiques, reposant sur la microCATT sont des indicateurs de l'endémicité.

Les informations recueillies au niveau des villages sont cumulées vers le niveau intermédiaire ou central, puis notifiées à l'OMS.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux villages :

Outre le nombre de cas confirmés par la parasitologie (mise en évidence de trypanosomes) et le nombre de cas probables (cas suspects avec un examen sérologique positif), le système doit donner des informations sur les points suivants :

- stratégie utilisée
- coordonnées géographiques du village (latitude, longitude)
- nom
- niveaux administratifs
- type de village
- population lors du dernier recensement, date de celui-ci, estimation de la population
- écoles (niveaux)
- infrastructures de soins (types, activités)
- sources d'eau protégées.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Cartes : carte des villages et de leur statut endémique vers les niveaux intermédiaire et central.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- connaissance des zones d'endémie et des zones suspectes afin de diriger les actions de lutte
- contrôle épidémiologique des foyers d'endémie
- évaluation de l'impact des programmes de lutte.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

- utilisation du système de positionnement universel (GPS) pour définir les coordonnées géographiques des villages
- la sensibilité des techniques parasitologiques est faible et dépend des services de laboratoire ainsi que des aptitudes du personnel.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO)

Dr A. Kabore, Directeur, Prévention et Lutte contre les Maladies (DDC)

Téléphone direct : 1 407 953 92 36 Télécopie : 1 407 733 909

Dr P. Lusamba, A/Conseiller régional, Prévention et Lutte contre les Maladies (DCC)

Téléphone direct : 1 407 733 93 38 26311 40 38 23

Télécopie : 1 407 733 9009

Courrier électronique : AFRO@WHO.ORG

LUSAMBAP@WHO.ORG

SAMBAE@HTSD.COM at INET

ALEMUW@WHOAFR.ORG

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : janninj@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3779/ 2111

Télécopie : (41 22) 791 4878 / 0746 à l'attention de CSR.

B57 Trypanosomiase américaine (Maladie de Chagas)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Ciblée par l'OMS pour **élimination** d'ici l'an 2000 (WHA45.1), la trypanosomiase américaine touche 17 pays ; plus de 100 millions de personnes sont exposées au risque et de 16 à 18 millions sont infectées. La maladie de Chagas est encore prévalente dans la partie nord de l'Amérique du Sud (région andine) et en Amérique centrale où elle menace près de 25 millions de personnes et où 5 à 6 millions sont infectées. La maladie est incurable et potentiellement mortelle ; un tiers des personnes infectées souffrent d'incapacités à cause des lésions cardiaques. La maladie se transmet aussi par l'intermédiaire des transfusions sanguines.

Il est possible d'éliminer efficacement l'infection par interruption de la transmission vectorielle et dépistage systématique des donneurs de sang – l'élimination a réussi dans certains pays du cône austral de l'Amérique du Sud (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Paraguay et Uruguay). La surveillance est nécessaire pour contrôler la prévention et les mesures de lutte.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

STADE AIGU

Description clinique

Les principaux signes cliniques sont de la fièvre, un état de malaise, une hépatosplénomégalie et une lymphadénopathie au cours de la phase aiguë. De nombreux patients sont asymptomatiques. La réaction inflammatoire sur le site du contage (« chagome ») peut durer jusqu'à huit semaines.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- examen parasitologique positif (direct, xénodiagnostic, culture sanguine) **et/ou**
- recherche sérologique positive des anticorps dirigés contre *Trypanosoma cruzi* (IgM) (hémagglutination indirecte, épreuve d'immunofluorescence indirecte (IFAT), épreuve d'agglutination directe et ELISA).

Classification des cas

Suspect : Ne s'applique pas.

Probable : *Zones d'endémie :* personne présentant une fièvre inexpliquée, une hépatosplénomégalie et un « chagome » (réaction inflammatoire sur le site du contage).

Confirmé : Cas compatible avec la description clinique et confirmé par le laboratoire.

Forme congénitale : Hépatosplénomégalie avec xénodiagnostic positif chez un nouveau-né en zone d'endémie.

Forme indéterminée : Recherche sérologique positive des anticorps anti-*T. cruzi* uniquement, sans autre signes cliniques de la maladie (par exemple chez les donneurs de sang).

Forme chronique : Sérologie ou parasitologie positive avec lésions cardiaques chroniques et/ou dilatation des viscères digestifs et/ou neuropathies périphériques.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Dans les zones d'endémie, il arrive que la seule méthode réalisable actuellement soit la surveillance par réseau sentinelle. La surveillance systématique de la trypanosomiase américaine devra être intégrée aux services de santé primaires chaque fois que ce sera possible. Les dossiers médicaux

individuels seront conservés au niveau périphérique. Notification mensuelle systématique des données cumulatives pour les cas suspects et confirmés du niveau périphérique vers le niveau intermédiaire. Notification semestrielle des données cumulatives au niveau central.

Tous les dons de sang feront l'objet d'un criblage local. Les enquêtes sérologiques (standardisées et périodiques) sont utilisées pour la surveillance et la lutte.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

SURVEILLANCE CLINIQUE

Dossiers médicaux individuels

- code d'identification unique, nom, âge, sexe, informations géographiques, résultats du laboratoire.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas identifiés chez les donneurs de sang
- nombre de cas en fonction de l'âge, du sexe et du moyen de diagnostic
- nombre de cas présentant une sérologie positive
- (nombre de maisons ou de communautés soumises à une lutte antivectorielle annuelle).

SURVEILLANCE DE LABORATOIRE

Données concernant les isolats pour la notification*

Nom scientifique de l'organisme, forme clinique, organe ou tissu, information géographique (localisation du malade), date de l'isolement, nom du laboratoire, numéro de l'isolement au laboratoire, méthodes d'identification utilisées, résultats.

* *Lutte contre la maladie de Chagas. Série des Rapports techniques de l'OMS*, N° 811, Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1992 : pages 85-86.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Graphiques : nombre de cas par zone géographique, mois et moyen de diagnostic.

Cartes : nombre de cas par zone géographique (activités de lutte antivectorielle/ zone géographique/ prévalence de la maladie).

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- surveiller la prévalence de la maladie et mesurer son impact
- suivre le programme d'élimination et de lutte
- cibler les ressources pour la prévention.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

La lutte dépendait jusqu'à présent de programmes verticaux, où surveillance et contrôle étaient menés lors d'enquêtes spécifiques. L'intégration du programme de lutte aux soins de santé primaires requiert pour les diagnostics un réseau de laboratoires avec différents services à différents niveaux.

Vu la variation de spécificité des tests, il faut définir des repères locaux en faisant appel à un panel de sérums standardisés, fournis par les laboratoires de référence du réseau intercontinental travaillant sur la sérologie standardisée au Brésil et en Argentine

Un réseau national de laboratoires sera créé dans chaque pays où la maladie de Chagas est endémique.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Dr S. Corber, Directeur, Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles (HCP)

Téléphone (ligne directe) : 001 202 974 38 50 Télécopie : 001 202 974 36 43

Courrier électronique : CORBERST@PAHO.ORG

Dr G. Schmunis, Coordinateur, Programme des Maladies transmissibles (HCP/HCT)

Téléphone (ligne directe) : 001 202 974 32 72 Télécopie : 001 202 974 36 88

Courrier électronique : SCHMUNIG@PAHO.ORG

Dr M. Libel, Programme des Maladies transmissibles (HCP/HCT)

Téléphone (ligne directe) : 001 202 974 31 29, télécopie : 001 202 974 36 88

Courrier électronique : LIBELAMAR@PAHO.ORG

Dr R. Rodriguez, Programme des Maladies transmissibles (HCP/HCT)

Téléphone (ligne directe) : 001 202 974 34 94, télécopie : 001 202 974 36 88

Courrier électronique : RODRIGRO@PAHO.ORG

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Maladies transmissibles (CDS/CRD)

Courrier électronique : moncayoa@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 3865 / 3903 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4854 / 0746 à l'attention de CRD.

A15-A19 Tuberculose**JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE**

Environ un tiers de la population mondiale est infecté par *Mycobacterium tuberculosis*, avec probablement de 7 à 8,8 millions de cas, dont 95% dans les pays en développement ; on notifie chaque année environ 3,3 millions de cas. Ces chiffres continueront à augmenter si tous les pays n'instaurent pas immédiatement une lutte dont l'objectif général sera de réduire morbidité, mortalité et transmission de la maladie jusqu'à ce qu'elle ne soit plus une menace pour la santé. L'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en 1991 2 cibles : taux de guérison de 85% des malades à frottis positifs en traitement et taux de dépistage de 70% d'ici l'an 2000. La surveillance permet d'observer l'évolution de l'épidémie et l'analyse de cohortes de patients d'évaluer l'issue des traitements.

DÉFINITIONS DE CAS RECOMMANDÉES (UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LES MALADIES PULMONAIRES)**1. Site et bactériologie****Tuberculose pulmonaire à frottis positif (TP+)**

- deux frottis initiaux d'expectoration positifs renfermant des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) à l'observation directe au microscope, **ou**
- recherche positive des bacilles acido-alcoolo-résistants dans les expectorations et présentant des anomalies radiologiques évocatrices d'une tuberculose pulmonaire évolutive selon le médecin traitant, **ou**
- échantillon d'expectoration positif lors de la recherche des bacilles acido-alcoolo-résistants et au moins un échantillon positif à la mise en culture.

Tuberculose pulmonaire à frottis négatif (TP-)

Patient dont les symptômes suggèrent une tuberculose et qui présente les caractéristiques ci-après :

- 3 recueils d'échantillons d'expectorations donnant à chaque fois une recherche négative des bacilles acido-alcoolo-résistants
- anomalies radiologiques évocatrices de la tuberculose pulmonaire et absence de réaction clinique à un traitement par un antibiotique à large spectre
- décision prise par un médecin d'administrer une chimiothérapie antituberculeuse complète.

Tuberculose pulmonaire à frottis négatif et culture positive

Symptômes suggérant une tuberculose, avec échantillons d'expectoration négatifs pour bacilles acido-alcoolo-résistants et au moins 1 expectoration avec culture positive pour le complexe *M. tuberculosis*.

Tuberculose extrapulmonaire

- atteinte d'autres organes que les poumons : plèvre, ganglions lymphatiques, abdomen, appareil urogénital, peau, os et articulations, méninges, etc.
- diagnostic fondé sur le résultat positif de la culture d'échantillon prélevé en site extrapulmonaire, ou sur des preuves histologiques ou fortement établies sur le plan clinique évoquant une tuberculose extrapulmonaire évolutive, le tout suivi par la décision d'un médecin d'administrer un traitement antituberculeux complet
- tout patient recevant un diagnostic de tuberculose à la fois pulmonaire et extrapulmonaire doit être classé comme un cas de tuberculose pulmonaire primaire.

2. Catégorie de patient

Nouveau cas : Malade jamais traité pour une tuberculose et n'ayant pas pris de médicaments antituberculeux pendant plus de 4 semaines.

Rechute : Malade déjà traité pour tuberculose et déclaré guéri par un médecin après une chimiothérapie complète, mais qui revient en consultation avec une culture ou des frottis positifs.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification des cas reconnus au niveau des districts.

Rapports trimestriels sur les notifications de cas et les analyses de cohorte concernant les résultats des traitements (aux niveaux périphérique, intermédiaire et central).

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Notifications des cas par catégorie

- nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif
- nombre de cas de rechutes pulmonaires
- nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis négatif
- nombre de nouveaux cas de tuberculose extrapulmonaire
- nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif répartis selon l'âge et le sexe (groupes d'âge suggérés : 0-14, 15-24, 25-34, 34-44, 45-54, 55-64, 65 et plus).

Résultats du traitement pour les nouveaux cas à frottis positif :

Calculés en pourcentage des nouveaux cas à frottis positif enregistrés au cours de la même période :

- nombre de cas ayant eu une conversion après la phase initiale du traitement
- nombre de cas guéris (traitement achevé et au moins deux frottis d'expectoration négatifs au cours de la phase d'entretien, dont un en fin de traitement)
- nombre de cas qui, après conversion du frottis à la fin de la phase initiale, achèvent leur traitement mais pour lesquels les résultats des frottis en fin de traitement sont inconnus
- nombre de cas décédés (quelle que soit la cause)
- nombre de cas où le traitement a échoué (frottis restés ou redevenus positifs cinq mois ou plus après le début du traitement)
- nombre de cas ayant interrompu ou abandonné leur traitement (ne sont pas venus chercher leurs médicaments pendant deux mois ou plus après leur inscription)
- nombre de cas transférés vers un autre service notificateur, dont on ne connaît pas les résultats.

Remarque : Dans les pays qui ont systématiquement recours à la culture comme outil de diagnostic, les résultats de traitement se fonderont sur une 2^{ème} culture récoltée pendant la phase d'entretien.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Analyse des rapports trimestriels relatifs aux zones géographiques (districts)

- **Taux de succès thérapeutique** : proportion de cas guéris et de patients ayant achevé leur traitement par rapport au total enregistré pendant la période en question.
- **Qualité des services de diagnostic** : proportion de nouveaux cas à frottis positif par rapport au total des cas de tuberculose pulmonaire.

Présentation et rapports

Graphiques : taux de notification sur plusieurs années (zone géographique, région et pays dans son ensemble)

- taux de notification répartis selon l'âge et le sexe (nouveaux cas à frottis positif)
- taux de dépistage : proportion de cas de tuberculose survenant dans le pays qui ont été détectés par le programme national de lutte antituberculeuse par rapport aux estimations.

Tableaux : description des rapports trimestriels en fonction du dépistage et des résultats des traitements.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- *au niveau local* : garantir que les services de traitement adaptés sont offerts, la recherche des contacts effectuée, les flambées locales reconnues et l'épidémiologie locale suivie.
- *au niveau national* : permettre le suivi de l'épidémiologie de la maladie et des résultats des programmes de traitement (capacité du programme national (PNAT) à dépister les cas, à diagnostiquer les cas à frottis positif, à traiter avec succès), ainsi que la planification des activités du programme (fourniture de médicaments, de matériel de laboratoire etc.)
- *au niveau international* : permettre d'examiner les tendances dans le temps et de faire des comparaisons entre les pays dans l'objectif de coordonner les actions de lutte.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Prévention, Lutte et Éradication (CPE)

Courrier électronique : outbreak@who.ch / Surveillancekit@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 25 98 Télécopie : (41 22) 791 41 99.

A 75.3 Typhus à *Orientia tsutsugamushi* (Fièvre fluviale du Japon, typhus des broussailles)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Le typhus des broussailles (fièvre fluviale du Japon, maladie de Tsutsugamushi) est une infection aiguë émergente et ré-émergente en Asie du Sud-Est et dans la région sud-ouest du Pacifique. Le taux de létalité peut atteindre 30% en l'absence de traitement. Les épidémies se produisent lorsque des sujets sensibles arrivent dans des zones d'endémie (par exemple lors d'opérations militaires). Dans certains pays (comme le Japon), c'est une maladie à déclaration obligatoire. La Thaïlande a signalé des pluri-résistances aux médicaments.

La surveillance est essentielle pour mieux comprendre l'épidémiologie de la maladie et pour détecter les flambées. En outre, la formation aux techniques de diagnostic est nécessaire.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Description clinique

La manifestation primaire est une ulcération dermique « à l'emporte pièce » (escarre*), suivie d'une installation brutale de la fièvre après plusieurs jours, s'accompagnant de céphalées, de sueurs abondantes, d'injection des conjonctives et de lymphadénopathie. Une éruption maculopapuleuse légère** sur le tronc apparaît au cours de la semaine et s'étend aux extrémités en quelques jours. La toux est également fréquente. La défervescence dans les 48 heures après un traitement aux dérivés des tétracyclines doit faire fortement penser à une étiologie rickettsiale.

* En cas de réinfection dans les zones très infestées l'escarre n'apparaît pas.

** L'éruption passe souvent inaperçue sur les peaux foncées dans les régions tropicales.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

Isolement de *Orientia** *tsutsugamushi* par inoculation du sang d'un malade sur une souris blanche (de préférence sous cyclophosphamide à 0,2 mg/g par voie intrapéritonéale ou intramusculaire aux jours 1, 2 et 4 après l'inoculation)

* Précédemment *Rickettsia*

Sérologie : Détection des IgM spécifiques à une dilution d'au moins 1:100 par test immunoenzymatique (EIA) à une dilution d'au moins 1:32 par test à l'immunoperoxidase (IP) à une dilution d'au moins 1:10 par immunofluorescence indirecte (IF).

Classification des cas

Suspect : Cas compatible avec la description clinique.

Confirmé : Cas suspect avec confirmation par le laboratoire.

Remarque : Les différences antigéniques des diverses souches de l'agent étiologique compliquent les tests sérologiques.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Notification mensuelle immédiate de tous les cas suspects, du niveau périphérique vers les niveaux intermédiaire et central. Tous les cas suspects ainsi que toutes les flambées doivent être confirmés. Un système parallèle de surveillance par les laboratoires notifie tous les cas confirmés au niveau central.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

Données relatives aux cas pour la notification

- classification du cas (suspect/ confirmé)
- code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques
- date de la notification
- hospitalisation (O/N)
- issue.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas par catégorie (suspect/confirmé), âge, sexe, informations géographiques, date de la notification
- nombre d'hospitalisations
- nombre de décès.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

Graphiques : nombre de cas en fonction de la date de notification.

Tableaux : nombre de cas par âge et zone géographique.

Cartes : nombre de cas par zone géographique.

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- détecter les flambées
- suivre les tendances de l'endémie
- suivre les modifications de l'épidémiologie et de l'évolution de la maladie.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

O. tsutsugamushi a une distribution qui s'étend au Nord jusqu'au Japon, à la Russie et à la région de Primorske Karai à l'extrême-est de ce pays, au Sud jusqu'à l'Australie septentrionale et aux îles Pacifiques occidentales et à l'Ouest à l'Afghanistan, au Pakistan et aux zones voisines de l'ex-URSS.

Malgré sa large distribution dans ces régions, *O. tsutsugamushi* n'apparaît pas partout. Parmi les maladies fébriles nécessitant une hospitalisation, le typhus des broussailles est l'une de celles qui sont le plus souvent sous-diagnostiquées et sous-notifiées. L'absence de symptômes certains et la dépendance générale vis-à-vis des tests sérologiques font qu'il est assez difficile de différencier cette affection d'autres maladies fébriles comme le typhus murin, la fièvre typhoïde ou la leptospirose.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER**Dans les bureaux régionaux****Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO)**

Dr Vijay Kumar, Directeur, Lutte intégrée contre les Maladies (ICD)

Téléphone: 00 91 11 331 7804 ext. 523/524 Télécopie : 00 91 11 331 8412

Dr M.V.H. Gunaratne, Conseiller régional sur les Maladies transmissibles (CDG)

Téléphone: 00 91 11 331 7804 Télécopie : 00 91 11 331 8607

Courrier électronique GUNARATNEM@WHOSEA.ORG

Dr A. G. Andjaparidze, Conseiller régional, Maladies transmissibles (CDA)

Téléphone : 00 91 11 331 7804 à 7823 Télécopie : 00 91 11 331 8412

Courrier électronique ANDJAPARIDZEA@WHOSEA.ORG

Dr Deoraj (Harry) Caussy, Epidémiologiste régional

Téléphone 00 9111331 7804 à 7823

Courrier électronique : CAUSSY@WHOSEA.ORG

En cas de difficultés, utiliser le télécopieur au 91 11 332 7972**Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental (WPRO)****Personnes à contacter**

Dr Chris Maher, Conseiller régional f.f. pour les Maladies transmissibles, CDS

Téléphone (ligne directe) : 00 632 522 9964 Télécopie : 00 632 5216 8001

Courrier électronique : maherc@who.org.ph

Dr Reiko Muto, cadre associé, CDS

Courrier électronique : mutor@who.org.ph.