

# GUIDE POUR LA PRISE EN CHARGE DES ÉPIDÉMIES EN OCÉANIE



**Réseau océanien de surveillance de la santé  
publique  
(ROSSP)**

**Mars 2016**

Les informations figurant dans ce guide peuvent être reproduites ou traduites à des fins scientifiques ou éducatives, mais pas pour être vendues ou utilisées à des fins commerciales. Toute citation de ce guide doit être accompagnée d'une mention de la source.

## Remerciements

Le présent guide a été élaboré par le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP). Le ROSSP est un groupement volontaire de pays et d'organisations qui se consacre à la promotion de la surveillance de la santé publique et s'efforce de répondre efficacement aux problèmes de santé qui se posent dans les 22 États et Territoires insulaires océaniques.

Ce guide a été initialement rédigé par Anthony Kolbe, Jennie Musto, Boris Pavlin et Jacob Kool. Le ROSSP remercie tout particulièrement l'ensemble des cliniciens et professionnels de la santé publique qui ont apporté leur contribution à l'actualisation de ce manuel.

Le ROSSP tient également à remercier les organisations suivantes, qui ont appuyé l'élaboration de ce manuel :

- Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Communauté du Pacifique (CPS)
- Hunter New England Local Health District et Hunter Medical Research Institute

# GUIDE POUR LA PRISE EN CHARGE DES ÉPIDÉMIES EN OCÉANIE

## Table des matières

Introduction .....	5
Section 1 : Directives générales d'intervention en cas d'épidémie .....	7
Qu'est-ce qu'une épidémie ? .....	7
Comment les épidémies sont-elles détectées ? .....	7
Réagir à la déclaration d'une flambée épidémique .....	7
Responsabilité en matière de déclaration : urgence de santé publique de portée internationale .	15
Maladies nécessitant une réponse immédiate .....	15
Section 2 : Directives de prise en charge des principales entités nosologiques faisant l'objet de la surveillance syndromique .....	16
Fièvre éruptive .....	16
Syndrome grippal (SG) .....	19
Diarrhée .....	22
Fièvre prolongée .....	25
Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques .....	27
Paralysie flasque aiguë (PFA)/polio .....	27
Chikungunya .....	30
Choléra .....	33
Ciguatera .....	36
Dengue .....	38
Hépatite épidémique .....	41
Leptospirose .....	44
Paludisme .....	47
Rougeole .....	50
Infection à méningocoques .....	53
Coqueluche .....	56
Rubéole .....	60
Infection respiratoire aiguë sévère (IRAS) .....	63
Tuberculose .....	66
Fièvre typhoïde .....	72

Zika.....	75
Maladies infectieuses émergentes .....	79
Annexe 1 .....	80
Ressources supplémentaires .....	80
Annexe 2 .....	81
Équipes EpiNet – mandat.....	81
Annexe 3 .....	83
Annexe 3 .....	84
Enjeux de la communication sur les risques en cas d'épidémies .....	84
Annexe 4 .....	85
Format de rapport de situation à utiliser sur PacNet .....	85
Exemples de rapports de situation récents de PacNet.....	86
Annexe 5 .....	88
Annexe 6 .....	92
Principes de la lutte anti-infectieuse .....	92
Annexe 7 .....	95
Informations à l'intention des patients et de leur famille.....	95
Annexe 8 .....	98
Glossaire .....	98
Annexe 9 .....	104
Exemple de formulaire de synthèse d'une investigation épidémiologique .....	104

## Introduction

Il est important de détecter les épidémies de maladies infectieuses afin de pouvoir mettre en œuvre des mesures pour leur faire obstacle. Certaines maladies épidémiques peuvent être à l'origine de cas graves et de décès si elles ne sont pas rapidement maîtrisées. Un système de surveillance efficace favorise une alerte précoce en cas d'épidémie. Une réponse efficace permettra de réduire la propagation et l'impact de la maladie.

### Objet du présent guide

Le présent ouvrage est un guide pratique relatif à la prise en charge des maladies infectieuses critiques au regard de la santé publique, à l'usage des agents de santé océaniques. La détection d'un *foyer épidémique* doit toujours être soumise à l'avis d'un spécialiste.

Chaque pays et territoire est encouragé à adapter ce guide aux conditions locales – par exemple en y ajoutant les protocoles de test, recommandations de traitement, formulaires, etc. en vigueur localement. Il est également suggéré de faire figurer en annexe de ce document la liste des « maladies à déclaration obligatoire » du pays ou du territoire, avec des instructions relatives aux exigences locales en matière de déclaration, ou « notification », de ces maladies.

Les directives de prise en charge clinique figurant dans ce guide n'ont pas vocation à être exhaustives ni à se substituer à un jugement clinique solide. Toujours consulter des ressources supplémentaires si nécessaire. Des renvois sont faits vers des directives spécifiques le cas échéant, et une liste de ressources complémentaires est disponible à l'annexe 1.

### Structure du guide

Ce guide comporte trois sections et neuf annexes.

La **Section 1** contient des informations générales sur la réponse aux épidémies et des directives relatives à l'urgence de cette réponse.

La **Section 2** contient des directives relatives aux principales entités nosologiques faisant l'objet de la *surveillance syndromique*. La surveillance syndromique repose sur la déclaration de syndromes cliniques, comme la « diarrhée » ou la « fièvre éruptive », plutôt que de maladies spécifiques confirmées en laboratoire, comme la salmonellose ou la rougeole.

Pour de plus amples informations sur la surveillance syndromique, consulter :

<https://www.pphsn.net/services/systeme-oceanien-de-surveillance-syndromique/?lang=fr>

Si vous souhaitez recevoir les rapports hebdomadaires de surveillance syndromique du ROSSP, veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante :

[FocalPointPPHSN-CB@spc.int](mailto:FocalPointPPHSN-CB@spc.int)

PacNet est un espace dédié à l'échange d'informations sur les urgences de santé publique, y compris celles de portée internationale.

La section 3 contient des directives spécifiques à certaines maladies.

Pour chaque maladie figurent généralement les rubriques suivantes :

- **Nom du syndrome/de la maladie**
- **Degré de priorité au regard de la santé publique**

Urgence : les maladies relevant de cette catégorie doivent être déclarées et faire l'objet d'une investigation dans un délai de 24 heures.

Priorité élevée : les maladies relevant de cette catégorie doivent faire l'objet d'une investigation dans un délai de deux jours ouvrés.

Routine : les maladies relevant de cette catégorie doivent faire l'objet d'une investigation dans un délai de trois jours ouvrés.

- **Définition de cas** (définit ce qui doit être considéré comme un cas et ce qui ne doit pas l'être, à des fins de surveillance uniquement)
- **Nombre de cas nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation**
- **Description des signes et symptômes cliniques**
- **Cause(s) infectieuse(s) (lorsqu'il existe une cause spécifique connue ou probable)**
- **Sources d'infection (réservoir)**
- **Modalités de propagation de la maladie (transmission)**
- **Période d'incubation**
- **Période de contagiosité**
- **Prise en charge clinique**

#### **PROCÉDURE D'INTERVENTION :**

- **Lutte anti-infectieuse**
- **Déclaration**
- **Investigation**
- **Échantillons** (méthode de prélèvement des échantillons à analyser)
- **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**
- **Gestion des contacts**
- **Prévention**
- **Autres maladies associées à des signes et symptômes similaires**
- **Ressources complémentaires** (prise en charge clinique, autres directives d'intervention, etc.)

Figurent en annexe l'instrument de décision du Règlement sanitaire international (RSI, 2005), les lignes directrices pour la lutte anti-infectieuse et une liste de ressources complémentaires. Figurent également les définitions de termes potentiellement inconnus. Les termes figurant dans le glossaire (annexe 8) sont signalés en *italique* dans le texte.

## Section 1 : Directives générales d'intervention en cas d'épidémie

### Qu'est-ce qu'une épidémie ?

Une épidémie est une hausse inattendue du nombre de cas d'une maladie. On parle d'épidémie lorsque le nombre de cas réels est supérieur au nombre de cas attendus dans une population spécifique sur une période donnée.

Par conséquent, le nombre de cas nécessaires pour parler de *flambée épidémique* varie en fonction des maladies, des régions et des pays. Tout dépend également du nombre de cas normalement observés dans une population, en tenant compte de facteurs comme la saison, un éventuel accroissement démographique, une évolution du système de *surveillance* (par ex. augmentation du nombre de sites de déclaration ou formation récente de professionnels de santé à la surveillance des maladies). Par exemple, un grand pays enregistrera toujours, à un moment donné, quelques cas d'infection respiratoire, et la plupart des maladies à *transmission* vectorielle seront plus fréquentes pendant la saison des pluies, lorsque les moustiques sont plus nombreux. Il est donc nécessaire de savoir combien de cas d'une maladie sont normalement attendus dans une zone spécifique à certaines périodes de l'année. Ce niveau normal de la maladie est appelé « niveau *endémique* ».

Pour certaines maladies (comme une paralysie flasque aiguë, ou une suspicion de rougeole ou de choléra), la déclaration d'un seul cas peut suffire à constituer une épidémie nécessitant des mesures d'urgence. Pour d'autres, le nombre de cas doit dépasser un certain *seuil* avant qu'une investigation plus approfondie soit nécessaire (syndrome grippal par exemple).

### Comment les épidémies sont-elles détectées ?

Les épidémies peuvent être détectées par l'intermédiaire de la *surveillance syndromique* ou de routine, les déclarations des professionnels de santé, ou les déclarations informelles (rumeurs) d'autres organismes ou de particuliers. Tous les signalements de flambées épidémiques doivent être pris au sérieux, vérifiés et faire l'objet d'une investigation rapide afin de mettre en œuvre des mesures de lutte appropriées. La surveillance syndromique et les rapports de laboratoire constituent des exemples de surveillance des indicateurs. Le signalement d'un événement inhabituel au sein de la communauté (comme des décès inexplicables dans un village) par un agent de santé ou dans les médias constitue un exemple de *surveillance des événements de santé*.

### Réagir à la déclaration d'une flambée épidémique

Chaque pays ou territoire insulaire océanien doit disposer de sa propre équipe d'intervention pour enquêter sur une épidémie et la gérer. Cette équipe d'intervention doit être en relation avec l'équipe nationale EpiNet, qui est l'organe d'intervention du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (voir annexe 2 pour un aperçu des rôles et responsabilités des équipes EpiNet).

La réponse à toute épidémie signalée doit toujours suivre le déroulement suivant :

1. Confirmer la flambée épidémique
2. Tenter d'établir un diagnostic (bien qu'un diagnostic précis ne soit pas nécessaire pour enquêter sur une épidémie)
3. Établir une *définition de cas*
4. Trouver des cas et obtenir des informations
5. Dresser un tableau récapitulatif des cas
6. Décrire les cas et interpréter les données

## Section 1 : Directives générales d'intervention en cas d'épidémie

7. Mettre en œuvre des mesures de lutte
8. Communiquer les résultats

Ces étapes ne se déroulent pas toujours exactement dans cet ordre. Par exemple, les mesures de lutte doivent être mises en œuvre dès que possible (les mesures de lutte initiales sont habituellement d'ordre général – par exemple, faire bouillir l'eau et se laver les mains ; l'investigation épidémiologique aidera à les cibler) et la communication doit être permanente.

Avant de lancer l'investigation, il est important de bien connaître la région dans laquelle vous allez intervenir, notamment du point de vue de la géographie, de la politique, de l'existence éventuelle d'une couverture médiatique de l'épidémie signalée ou de sensibilités culturelles ou ethniques. Vous devez également recenser les parties prenantes importantes (service et cadre de santé locaux, chef-fe de la communauté, etc.) et déterminer si vous avez besoin d'autorisations spéciales pour voyager ou travailler dans la zone épidémique.

### 1. Confirmer la flambée épidémique

La vérification des informations relatives à l'épidémie est une première étape importante de l'investigation, car les déclarations peuvent parfois s'appuyer sur des informations erronées, des rapports incorrects ou des rumeurs. De même, une hausse des cas peut être due à un changement de saison ou un accroissement démographique, et ne pas constituer une véritable épidémie. Assurez-vous que les cas signalés existent réellement, qu'ils présentent le même syndrome ou la même maladie, et que la hausse du nombre de cas n'est pas due, par exemple, à une augmentation du nombre de sites de surveillance, à la modification d'un test de laboratoire, ou à une erreur de laboratoire.

Une fois qu'une hausse probable du nombre de cas d'une certaine maladie a été confirmée, une équipe d'investigation (et d'intervention) doit être convoquée.

### 2. Tenter d'établir un diagnostic

Les cas peuvent être détectés par la surveillance syndromique, un diagnostic clinique ou des tests de laboratoire réalisés localement. Il est impossible de pratiquer des tests pour toutes les maladies possibles, c'est pourquoi il est essentiel de dialoguer avec les agents de santé afin de déterminer les maladies les plus probables – et décider quels tests réaliser. Il convient également de s'entretenir avec le personnel de laboratoire afin de s'assurer que les échantillons prélevés sont adaptés, et qu'ils sont conservés et transportés de manière appropriée. Il peut être nécessaire de réaliser des tests spécialisés dans un *laboratoire de référence* à l'étranger. Le réseau LabNet du ROSSP est en mesure de donner des conseils sur les méthodes de prélèvement des échantillons et les laboratoires. Consulter la dernière page du catalogue LabNet pour obtenir les coordonnées de spécialistes qui pourront vous aiguiller.

<https://www.pphsn.net/services/labnet-2/?lang=fr>

### 3. Établir une définition de cas

Il convient d'établir une *définition de cas* afin de recenser les cas associés à la flambée épidémique. À défaut, les différents agents de santé ne définiront pas les cas de la même façon, ce qui peut poser un grave problème, car des patients atteints d'autres pathologies risquent d'être comptabilisés comme des « cas ». La définition de cas est spécifique à l'épidémie sur laquelle vous enquêtez. Elle est différente des définitions de cas plus générales utilisées à des fins de surveillance.

La définition de cas doit être élaborée et utilisée par tous les participants à l'investigation



épidémiologique. Elle doit être simple, claire et pouvoir être utilisée de manière systématique par tous les participants à l'investigation, des agents de santé aux équipes d'intervention, en passant par le personnel chargé de la saisie des données. Une difficulté majeure consiste à élaborer une définition de cas qui ne soit pas trop sensible (risque d'inclusion de faux cas) et pas trop spécifique (risque d'exclusion de véritables cas).

La définition de cas doit inclure des informations sur :

- la personne – âge, sexe
- le lieu – école, village, province, île
- le moment – la période à laquelle la maladie est apparue
- les caractéristiques cliniques – il s'agit généralement d'une description des signes et des symptômes. Il est possible d'inclure les résultats de laboratoire.

Il arrive qu'une définition de cas doive être modifiée au cours d'une investigation épidémiologique, généralement après réception de nouvelles informations.

Exemples de définitions de cas :

- Épidémie de typhoïde  
Un cas peut être défini comme suit : toute personne vivant dans le district X de l'île X, qui se présente dans un établissement de santé entre une date X et aujourd'hui avec une *fièvre* persistant depuis au moins 3 jours, et manifeste un ou plusieurs des symptômes suivants : sensation de malaise, céphalées sévères, toux sèche, perte d'appétit, douleurs abdominales, constipation, diarrhée, ou taches roses sur le thorax.
- Épidémie de rotavirus  
Un cas peut être défini comme suit : tout enfant âgé de 0 à 5 ans, vivant sur l'île X, qui souffre d'une diarrhée apparue soudainement entre une date X et aujourd'hui.

#### 4. Trouver des cas et obtenir des informations

Il est possible de renforcer le système de surveillance existant en informant les centres de santé, les hôpitaux, les laboratoires et la communauté sur l'épidémie, et en encourageant les malades à se manifester. Vous pouvez demander au personnel d'enregistrer les cas conformes à la définition en remplissant des formulaires de déclaration de cas, puis vous pouvez utiliser ces informations pour commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas. Le personnel des cliniques et des hôpitaux sera occupé à gérer les patients. Ainsi, si vous leur demandez de consacrer du temps à la collecte d'informations, il est **très** important que vous utilisiez les données recueillies. Les visites sur place, si elles sont possibles, permettent souvent de recueillir des informations importantes qui ne sont pas forcément évidentes à obtenir lors de conversations téléphoniques ou de l'examen d'un tableau récapitulatif des cas.

Les informations sur les cas peuvent être recueillies au moyen d'un questionnaire standardisé (voir modèle, annexe 9), et doivent inclure des informations démographiques comme l'âge, le sexe, l'adresse et le numéro de téléphone, ainsi que des informations cliniques (date de début de la maladie, signes et symptômes, hospitalisation), les résultats de laboratoire et les expositions probables (aliments consommés, exposition environnementale, etc.) Il est important d'interroger les cas sur les causes possibles de leur maladie. Les informations à recueillir dépendent de l'épidémie et peuvent inclure les voyages effectués, les antécédents de vaccination ou des détails sur la profession exercée. Les épidémiologistes peuvent aider à élaborer les questionnaires et à poser les bonnes questions.

En fonction de l'épidémie, il peut également être important d'interroger les *contacts*.

## 5. Dresser un tableau récapitulatif des cas

Les informations importantes recueillies doivent être consignées dans un tableau récapitulatif des cas. Chaque cas est saisi sur une ligne, avec un identifiant unique (comme un numéro d'identification de cas). Voir un exemple au tableau 1.

Ce tableau peut être établi sur papier ou à l'aide d'un tableur comme Excel.

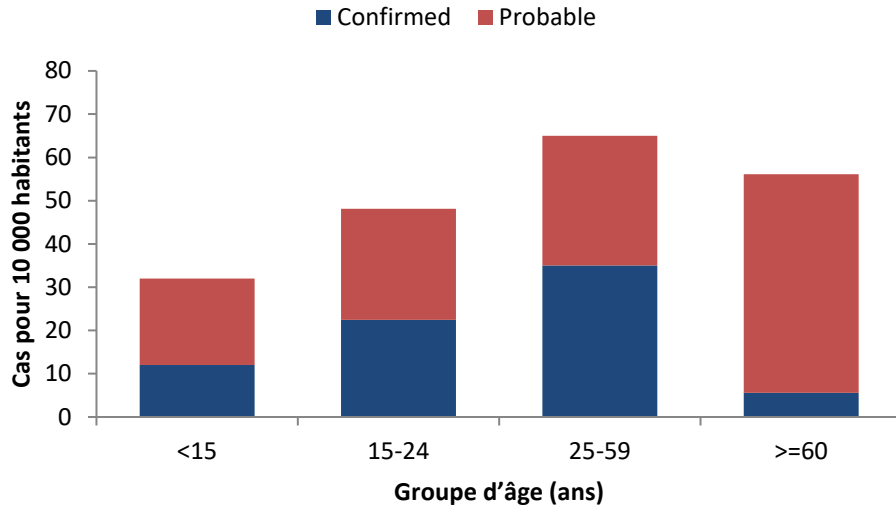
ID	Prénom	Nom	Date de la déclaration	Données démographiques		Date d'apparition	Signes et symptômes			Résultats de laboratoire
				Sexe	Âge		X	Y	Z	Positifs
1	Kelepi	Fatani	06/12/13	M	36	04/12/13	Oui	Oui	Oui	Oui
2	Isileli	Koula	06/12/13	M	68	04/12/13	Oui	Non	Oui	Oui
3	Sone	Tatafu	05/12/13	M	37	02/12/13	Oui	Non	Oui	Oui
4	Lia	Nalatu	07/12/13	F	22	05/12/13	Non	Non	Non	SO
5	Teo	Lopeti	08/12/13	M	34	07/12/13	Oui	Oui	Non	Oui

Tableau 1 : Exemple de tableau récapitulatif des cas

## 6. Décrire les cas

Une fois le tableau récapitulatif constitué, vous pouvez commencer à décrire l'épidémie. On parle alors d'*épidémiologie descriptive*. Lors de chaque flambée épidémique, il convient de décrire chaque cas au moyen d'**informations personnelles (personne), géographiques (lieu), temporelles (moment), et de caractéristiques cliniques.**

- Informations personnelles : informations relatives au·à la patient·e, comme le sexe, le groupe d'âge, la profession, etc. Toutes ces informations vont permettre de trouver des indices pour expliquer l'épidémie. On peut éventuellement calculer le nombre de cas par unité de population (taux d'attaque), ce qui peut donner des informations pour déterminer quels groupes sont les plus à risque (par ex. les hommes ou les femmes, les enfants ou les adultes) (Figure 1).



Cases per 10,000 population	Cas pour 10 000 habitants
Confirmed	Confirmés
Probable	Probables
Age group (years)	Groupe d'âge (ans)

Figure 1 : Répartition des cas confirmés et probables par groupe d'âge

- Informations géographiques : informations se rapportant aux lieux où les cas se déclarent. Il s'agit souvent du lieu de résidence des patients, mais il peut aussi s'agir du lieu où la maladie s'est déclarée ou du lieu d'exposition. Il est parfois judicieux de placer les cas sur une carte, car celle-ci peut donner des informations utiles sur la source d'une maladie (figure 2).

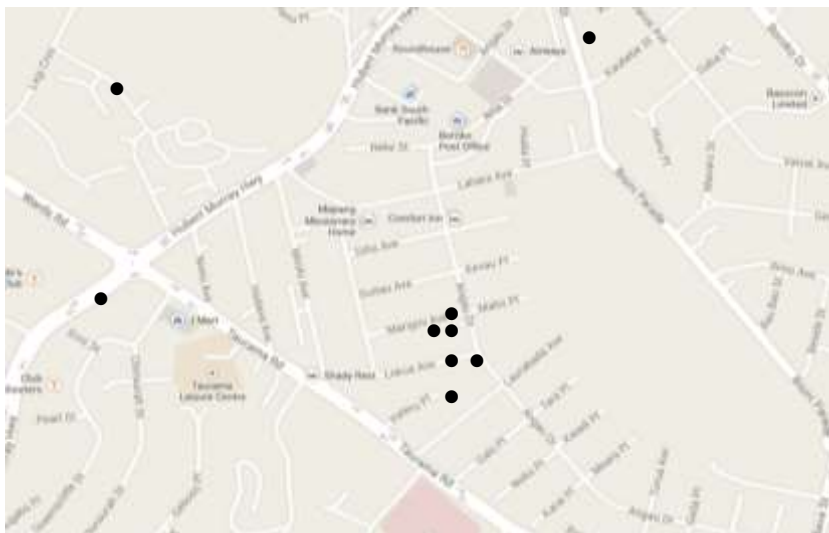
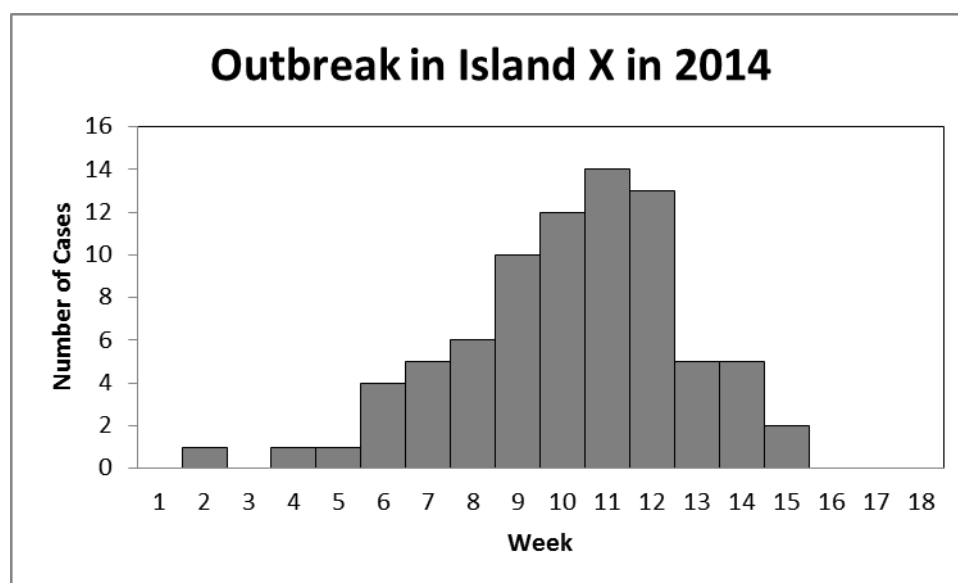


Figure 2 : Exemple de carte indiquant la répartition géographique des cas

- Informations temporelles : informations se rapportant à la date et au moment de l'apparition de la maladie. À défaut, il est possible d'utiliser la date de diagnostic ou d'arrivée du/de la patient-e dans l'établissement de santé. Il est très utile de tracer une courbe épidémique, qui représente le nombre de cas d'une maladie en fonction du temps. L'axe des x (axe horizontal, en bas) représente une mesure du temps, par exemple des heures, des jours, des semaines ou des mois. L'axe des y (axe vertical, sur le côté) indique le nombre de cas par unité de temps (voir la figure 3 à titre d'exemple). Ces informations permettent également de mettre en évidence le moment auquel

l'exposition aux facteurs de risque a pu avoir lieu.



Outbreak in Island X in 2014	Épidémie sur l'île X en 2014
Number of Cases	Nombre de cas
Week	Semaine

Figure 3 : La courbe épidémique montre l'évolution du nombre de cas dans le temps

- Les **caractéristiques cliniques** correspondent aux signes et symptômes associés aux cas, ainsi qu'aux résultats de laboratoire s'ils sont disponibles.

Après avoir décrit et analysé les informations figurant dans le tableau récapitulatif, vous pouvez commencer à émettre des idées sur la cause ou la source de l'épidémie, et sur les facteurs de risque qui peuvent rendre certains membres de la population plus vulnérables à l'infection. C'est ce qu'on appelle la « *génération d'hypothèses* ». Cela nécessite une connaissance approfondie des maladies qui sévissent dans la région – par exemple, les groupes d'âge généralement touchés, les *périodes d'incubation*, les modes de *transmission* et les profils de symptômes. Une erreur courante consiste à passer à côté d'indices importants issus de l'*épidémiologie descriptive*. Il convient de passer systématiquement en revue l'épidémiologie descriptive avec des médecins expérimentés du pays et des épidémiologistes médicaux des autorités régionales.

Une fois que vous avez une idée de la cause de l'épidémie (hypothèse), vous êtes mieux à même d'entreprendre les tests les plus appropriés pour confirmer cette cause. Il peut s'agir d'analyses de la qualité de l'eau, d'échantillons alimentaires et/ou de la collecte et de l'analyse d'échantillons biologiques (par ex. prélèvements *nasopharyngés*, expectorations, selles).

Dans certains cas, on tente de tester une idée (hypothèse) au moyen de l'*épidémiologie analytique*. Cela nécessite généralement la réalisation d'une étude de cohorte ou d'une étude cas-témoins. L'aide d'épidémiologistes peut être nécessaire à ce stade. L'épidémiologie analytique fait l'objet de manuels entiers, il n'est donc pas possible de l'aborder dans le présent guide. Dans la plupart des situations épidémiques, il n'est pas nécessaire d'avoir des connaissances en épidémiologie analytique pour pouvoir investiguer et réagir de manière appropriée.

## 7. Mettre en œuvre des mesures de lutte

Comme mentionné précédemment, les mesures de lutte doivent être mises en œuvre dès que

possible. Elles sont souvent assez générales au départ (par ex. éducation à l'hygiène respiratoire ou des mains, promotion de la santé) et deviennent plus spécifiques au fur et à mesure que la cause de l'épidémie se précise.

Il est possible de mettre en œuvre des mesures de lutte en cas de suspicions à l'égard d'une **source** (retrait de la vente d'aliments suspects, fermeture d'un restaurant, chloration d'une source d'eau), d'un mode de transmission (lutte antivectorielle, messages auprès des communautés, mesures d'hygiène des mains) ou d'une **population** vulnérable (vaccination, *prophylaxie*). Le nombre de cas devrait diminuer une fois les mesures de lutte mises en œuvre. Une surveillance continue visant à détecter une diminution du nombre de cas permettra d'évaluer si les mesures de lutte ont été efficaces.

### 8. Communiquer

Au cours de l'investigation épidémiologique, il est essentiel de communiquer des informations sur l'épidémie aux intervenants, notamment aux cadres supérieurs de la santé, aux cliniciens, aux laboratoires, aux décideurs et à d'autres disciplines et secteurs. Cela permet d'assurer une réponse coordonnée et de tenir les décideurs informés de la situation.

Pour gérer les besoins d'informations, il est utile de produire quotidiennement un rapport de situation simple d'une ou deux pages. Ce rapport de situation doit contenir des informations sur l'épidémie et les réponses mises en œuvre. Il peut également inclure une analyse de l'évolution probable de la situation, ainsi qu'une section décrivant les ressources supplémentaires nécessaires (personnel, envoi de nouveaux échantillons).

Il est également important d'informer de la menace non seulement les hauts responsables nationaux, mais aussi les professionnels de santé des autres Pays et Territoires insulaires océaniques, et de les inciter à se préparer. La plateforme PacNet du ROSSP permet de diffuser des informations sur les urgences de santé publique en cours dans la région, notamment celles de portée internationale. L'idéal est de publier rapidement un message sur PacNet, avant même que toutes les informations pertinentes soient disponibles.

Voir l'annexe 4 pour un aperçu du format du rapport de situation et du message à diffuser sur PacNet.

Une fois l'investigation épidémiologique terminée, il est important de la documenter, ainsi que les mesures mises en œuvre par la communauté et les agents de santé. Il convient d'inclure dans les rapports destinés aux professionnels de santé les principales conclusions épidémiologiques et les résultats de laboratoire, ainsi qu'une évaluation de l'investigation et de la réponse à l'épidémie. L'évaluation doit décrire les principaux enseignements tirés, et toute recommandation de modification du système de surveillance et de réponse visant à améliorer la gestion des prochaines épidémies.

#### Communication sur les risques

La communication sur les risques fait référence à la communication avec le public. Elle permet de sauver des vies et de faire reculer la maladie. De cette communication dépend la réussite ou l'échec d'une intervention de santé publique face à une épidémie.

Une communication efficace peut :

- contribuer à ralentir, interrompre ou prévenir les épidémies ;
- maintenir et renforcer la confiance du public envers les autorités sanitaires ;

## Section 1 : Directives générales d'intervention en cas d'épidémie

- aider les individus à surmonter la peur et l'anxiété ;
- aider les individus à prendre des décisions éclairées sur la façon dont ils peuvent se protéger ; et
- réduire l'impact économique, social et politique d'une épidémie.

En cas d'épidémie suspectée ou confirmée, les informations et les messages sanitaires doivent être rapidement communiqués au public afin d'instaurer la confiance, motiver un changement de comportement et atténuer la peur et la confusion.

Il peut être nécessaire de recourir à plusieurs méthodes de communication pour atteindre le public cible, c'est-à-dire les personnes les plus exposées. Parmi les méthodes courantes de communication des risques au public, citons :

- les communiqués de presse ou les interviews à la radio, à la télévision ou dans les journaux,
- les interventions publiques lors de rassemblements communautaires (par ex. lieux de rencontre communautaires, églises),
- la production et la distribution d'affiches et d'autres informations.

Un·e porte-parole doit être désigné·e dès le début de l'épidémie. Cette personne doit être un·e professionnel·le de santé respecté·e et reconnu·e. D'autres personnes reconnues au sein de la communauté peuvent également être désignées comme porte-parole ; toutefois, il est essentiel que les informations communiquées soient cohérentes.

La confiance est un aspect essentiel de la communication en épidémiologie. Sans cette confiance, le public ne croira pas les informations sanitaires qui lui sont communiquées, et n'agira pas. La confiance se construit au travers des étapes suivantes :

1. Faire une annonce le plus tôt possible : informer la population de la situation le plus tôt possible. Informer le public d'un risque sanitaire réel ou potentiel. Peu importe si vous n'avez pas toutes les réponses. Une annonce tardive brisera la confiance dans la capacité des autorités sanitaires à gérer l'épidémie.  
Voir l'annexe 3 pour un modèle d'annonce.
2. Ne rien cacher : tenir le public informé. En l'absence de nouvelles informations, continuer à insister sur les messages essentiels afin que la population reste en sécurité. Faire preuve d'une honnêteté absolue. Promettre et effectuer des mises au point régulières. Conserver des comptes rendus détaillés des réunions décisionnelles, et communiquer non seulement sur les décisions, mais aussi sur la manière dont vous les avez prises.
3. Écouter : dire la vérité puis écouter. Il n'est pas possible de maintenir la confiance si vous ne savez pas ce que la population entend, pense et ressent. Écouter pour comprendre les objections du public, détecter les points prêtant à confusion, et répondre aux inquiétudes, que vous les jugiez rationnelles ou non.
4. Planification : il ne faut pas attendre la survenue d'une épidémie pour commencer à réfléchir à la manière de communiquer avec le public et les autres parties prenantes. Il est utile d'élaborer un plan générique de communication en cas d'épidémie, de sorte ce plan puisse être rapidement mis en œuvre si une épidémie survient.

Voir l'annexe 3 pour plus d'informations sur les enjeux de la communication sur les risques, et d'autres ressources de communication sur les épidémies.

## **Responsabilité en matière de déclaration : urgence de santé publique de portée internationale**

En vertu du Règlement sanitaire international (RSI de 2005), tout événement susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) doit être signalé dès que possible à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il n'est pas nécessaire de confirmer les détails de la flambée épidémique.

Pour savoir ce qui peut potentiellement être considéré comme une USSPI, consulter l'instrument de décision du RSI à l'annexe 5 et le point focal national RSI. Vous pouvez également vous adresser de manière informelle à un membre du personnel de l'OMS pour obtenir de l'aide.

## **Maladies nécessitant une réponse immédiate**

Les paragraphes ci-après sont des **directives**. Certains lieux où les maladies ci-après existent à l'état *endémique* peuvent avoir besoin d'ajuster leur *seuil* d'intervention en fonction des conditions locales (par exemple, si l'on recense 10 cas de dengue chaque mois, une intervention n'est pas forcément nécessaire jusqu'à ce que 15 ou 20 cas soient détectés au cours d'un seul mois – chaque site doit fixer son propre seuil d'intervention).

### **1. Cas isolés**

- fièvre éruptive
- paralysie flasque aiguë/polio
- rougeole
- rubéole
- maladie à méningocoques
- fièvre typhoïde
- choléra
- dengue (dans les régions où la dengue n'est pas présente, un seul cas doit entraîner une réponse immédiate)
- ciguatera

### **2. Foyers épidémiques (groupes de cas)**

**(Remarque importante :** ces chiffres sont fournis **à titre d'exemple uniquement** ; ils doivent être adaptés à la situation locale et au nombre de cas normalement observés dans une région).

- au moins 5 cas liés de diarrhée  
(au moins 3 cas liés si la diarrhée est sanglante (dysenterie))
- au moins 5 cas liés de syndrome grippal (SG)
- au moins 2 cas liés d'infection respiratoire aiguë sévère
- au moins 2 cas liés d'hépatite épidémique
- au moins 2 cas liés de leptospirose

### **3. Tout événement grave entraînant un nombre anormalement élevé de cas présentant des symptômes similaires ou sévères**

Selon la maladie, les cas liés sont considérés comme des cas issus d'une même famille, d'un même quartier ou village, d'une même institution (par exemple, école) ou d'un même rassemblement, ou exposés de la même façon.

## Section 2 : Directives de prise en charge des principales entités nosologiques faisant l'objet de la surveillance syndromique

### Fièvre éruptive

Une surveillance de la fièvre éruptive a été mise en place pour détecter précocement d'éventuelles flambées épidémiques de rougeole. Il est impossible de savoir avec certitude si un-e patient-e présentant une fièvre éruptive souffre de rougeole ou d'une autre maladie (voir la liste ci-dessous). C'est pourquoi un échantillon de sang doit être prélevé le plus rapidement possible et envoyé à un laboratoire pour rechercher les anticorps de la rougeole.

#### Degré de priorité au regard de la santé publique

Urgence

#### Définition de cas

Personne de tout âge présentant une maladie fébrile *aiguë* et une éruption cutanée aiguë non *vésiculeuse*.

**Nombre de cas nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation :** un

#### Description des signes et symptômes

*Fièvre* suivie d'une éruption non vésiculeuse (absence de cloques) quelques jours après.

#### Cause(s) infectieuse(s)

- virus de la rougeole (principal motif de surveillance des cas de fièvre éruptive)
- autres maladies susceptibles d'entraîner une fièvre éruptive (voir la liste ci-dessous)

#### Sources d'infection (*réservoir*)

Spécifiques à la maladie – voir Section 3

#### Modalités de propagation de la maladie (*transmission*)

Les modalités de propagation d'une maladie lui sont propres, mais tous les cas de fièvre éruptive doivent être considérés comme extrêmement contagieux, sauf si l'agent pathogène en cause est connu et ne se propage pas facilement.

#### Période d'incubation

Spécifique à la maladie – voir Section 3.

#### Période de contagiosité

Le-La patient-e doit être considéré-e comme extrêmement contagieux-se et placé-e en isolement jusqu'à ce qu'un diagnostic soit établi. En présence de cas suspects de dengue, il convient d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.

#### Prise en charge clinique

Isoler les cas des autres patients. Administrer du paracétamol plutôt que de l'aspirine aux patients âgés de moins de 18 ans en cas de fièvre, et en cas de suspicion de dengue. Le traitement spécifique dépendra de la cause.



## **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

### **Lutte anti-infectieuse**

Tous les cas de fièvre éruptive doivent être pris en charge comme des cas suspects de rougeole jusqu'à réception de résultats de laboratoire négatifs pour la rougeole, ou l'établissement d'un autre diagnostic. Cela signifie qu'ils doivent être considérés comme extrêmement contagieux et placés en isolement à l'hôpital en appliquant les précautions STANDARD et AIR (voir annexe 6).

Il convient de fournir un masque au patient, et de le tenir éloigné autant que possible des autres.

### **Déclaration**

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect de rougeole.
- Veiller à informer le-la coordinateur-riche du système de surveillance active en milieu hospitalier de l'OMS.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas suspects.

### **Investigation**

Il convient d'étudier les foyers épidémiques avant d'établir un diagnostic. En présence d'un cas isolé, il convient de donner la priorité à l'établissement d'un diagnostic et à la recherche d'autres cas.

### **Échantillons**

Des échantillons de sang doivent être prélevés et analysés dès que possible pour confirmer le diagnostic. Si la fièvre atteint 38 °C, une *hémoculture* doit être réalisée. Il convient d'utiliser des tests rapides si possible, par ex. pour la dengue ou la leptospirose. Il est important de recourir à un *échantillon apparié* si possible.

Le prélèvement sur buvard (tache de sang séché) est de plus en plus utilisé pour rechercher la dengue, la leptospirose et le chikungunya. Il convient de s'informer auprès d'un interlocuteur LabNet sur la logistique et les protocoles associés à cette méthode.

### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Se rapporter au dossier d'information sur le système océanien de surveillance active en milieu hospitalier et à la fiche d'étude de cas de la fièvre éruptive.

[Pacific HBAS Information Folder - July 2005.doc \(pphsn.net\)](#)

[https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/AnnexB1-AFP\\_Case\\_Investigation\\_Form.pdf](https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/AnnexB1-AFP_Case_Investigation_Form.pdf)

[https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/AnnexC2-AFR\\_Laboratory\\_Request\\_Form.pdf](https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/AnnexC2-AFR_Laboratory_Request_Form.pdf)

Il convient de collecter des informations sur :

- l'âge, le sexe et le lieu de résidence du cas
- le lieu d'apparition, le moment, la source et le type de vaccins
- les détails cliniques, notamment la date d'apparition des symptômes
- les résultats des tests de laboratoire
- les contacts avec d'autres cas ou voyageurs et les voyages effectués récemment

## Section 2 : Directives de prise en charge des principales entités nosologiques faisant l'objet de la surveillance syndromique

- la fréquentation éventuelle d'une école ou d'un autre établissement collectif

### **Gestion des contacts**

La gestion des *contacts* dépendra du diagnostic, mais les contacts présentant des symptômes doivent être isolés jusqu'à ce qu'un diagnostic soit établi.

### **Prévention**

Se rapporter aux directives spécifiques aux maladies – voir Section 3.

### **Maladies importantes susceptibles de provoquer ces symptômes (liste non exhaustive)**

- rougeole
- rubéole
- autres éruptions virales, comme le parvovirus B19, le virus Coxsackie A, la roséole
- dengue
- leptospirose
- chikungunya
- virus Zika
- réaction à un médicament
- méningococcémie

### **Ressources supplémentaires**

OMS, Bureau régional du Pacifique occidental. Measles Elimination Field Guide 2013.

[http://www.wpro.who.int/immunization/documents/measles\\_elimination\\_field\\_guide\\_2013.pdf](http://www.wpro.who.int/immunization/documents/measles_elimination_field_guide_2013.pdf)

## Syndrome grippal (SG)

La surveillance syndromique des syndromes grippaux est recommandée pour permettre la détection précoce des épidémies et la détection rapide des nouveaux virus. Les nouveaux virus influenza peuvent provoquer des *pandémies* majeures, mais également des maladies plus graves que les virus qui circulent chaque année.

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Routine

### Définition de cas

- Fièvre mesurée  $\geq 38$  °C ; ou fièvre autodéclarée\*
- ET toux ;
- ET apparition des symptômes au cours des 10 jours précédents

\*Voir le glossaire pour une définition plus précise de la fièvre

Remarque : la définition de cas du SG a été modifiée en septembre 2015 conformément aux normes de surveillance de l'OMS.

**Nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation** : dépend de la situation locale.

Le nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation dépend de la situation. Par exemple : la surveillance syndromique régulière du SG peut fournir des informations précieuses sur le nombre habituel de cas de cette maladie. Le personnel ayant de l'expérience en matière de surveillance syndromique du SG est en mesure de détecter une hausse du nombre de cas au-dessus de la normale et effectuer une déclaration. Lorsqu'aucun cas de SG n'a été détecté depuis plusieurs mois, la déclaration précoce de 2 ou 3 cas liés peut alerter sur l'imminence d'une épidémie. Un petit nombre de cas graves ou inhabituels ou de cas associés à des animaux ou des oiseaux malades doit déclencher une déclaration et une investigation immédiates.

### Description des signes et symptômes

En plus de correspondre à la définition de cas, les personnes atteintes d'un SG sont susceptibles de présenter un ou plusieurs symptômes parmi les suivants : écoulement nasal, céphalées, douleurs musculaires et éternuements.

### Cause(s) infectieuse(s)

- virus influenza
- virus parainfluenza
- nombreux autres virus et bactéries

### Sources d'infection (*réservoir*)

- humains, animaux et oiseaux (pour la grippe)
- plusieurs animaux suspects (pour le SRAS [syndrome respiratoire aigu sévère])

### Modalités de propagation de la maladie (*transmission*)

Transmission de personne à personne principalement ; plus rarement de mammifères (comme les porcs) et d'oiseaux à l'être humain.

### Période d'incubation

Les agents pathogènes les plus fréquemment en cause dans le syndrome grippal ont une *période d'incubation* de 1 à 3 jours, voire plus selon la cause.

## Section 2 : Directives de prise en charge des principales entités nosologiques faisant l'objet de la surveillance syndromique

### Période de contagiosité

Cette variable dépend de la cause de l'infection.

### Prise en charge clinique

Isoler le cas des autres membres du foyer en le faisant dormir dans une chambre séparée, ou dans une chambre d'hôpital individuelle si possible. En cas de suspicion de grippe, un traitement antiviral est recommandé pour les personnes à risque de forme grave. Un traitement antibiotique doit être envisagé en cas de pneumonie.

## PROCÉDURE D'INTERVENTION

### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD plus GOUTTELETTES (voir annexe 6).

### Déclaration

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un *foyer épidémique*.
- Contacter immédiatement une autorité de santé animale si la maladie est liée à l'exposition à des animaux malades.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Le SRAS doit obligatoirement être déclaré à l'OMS en vertu du RSI de 2005.
- La grippe humaine causée par un nouveau sous-type de virus doit obligatoirement être déclarée à l'OMS en vertu du RSI de 2005 (voir annexe 5).

### Investigation

Il est recommandé d'enquêter sur les groupes de cas graves. Demander conseil à l'OMS.

### Échantillons

Des prélèvements doivent être effectués à l'arrière du nez ou de la gorge et analysés à la recherche du virus de la grippe (et du virus respiratoire syncytial [VRS], le cas échéant) au moyen de diverses méthodes, comme la *microscopie de fluorescence*, la *réaction en chaîne par polymérase (PCR)* et la *culture virale*. Si les prélèvements sont réalisés dans une région reculée où il n'est pas possible de les réfrigérer, ou s'ils sont envoyés à un *laboratoire de référence*, ils doivent être placés dans de l'éthanol à 95-100 % avant expédition ; si de la glace sèche est disponible, ils peuvent être placés dans un *milieu de transport viral*, congelés immédiatement dans la glace sèche et expédiés. Vérifier auprès d'un interlocuteur LabNet le type d'échantillon à collecter en fonction de votre localisation et du laboratoire qui recevra vos échantillons.

Des tests rapides sont également disponibles pour rechercher les virus de la grippe, mais ils ne sont pas forcément très fiables.

En cas de pneumonie, des échantillons d'expectorations doivent être systématiquement prélevés et mis en culture.

En cas d'épidémie, seuls les premiers cas sont susceptibles de nécessiter un prélèvement. Suggérer un entretien avec l'OMS, la CPS ou les CDC.

### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

Il convient de conseiller aux personnes touchées de s'isoler pour éviter de propager la maladie. Elles doivent être sensibilisées à l'hygiène des mains, à l'hygiène respiratoire (ne pas tousser ou éternuer en présence d'autres personnes et éviter les personnes qui toussent ou éternuent) et à la *distanciation sociale*.

### Gestion des contacts

Des *cas secondaires* peuvent survenir chez les *contacts* étroits des patients infectés. Il convient de les informer sur la prévention des infections, les symptômes susceptibles d'apparaître et les mesures à prendre en cas de symptômes.

### Prévention

- La vaccination est la mesure la plus efficace contre la grippe.
- Assurer une bonne hygiène des mains.
- Assurer une bonne hygiène respiratoire.
- Se tenir à l'écart des personnes visiblement malades.

### Maladies importantes susceptibles de provoquer ces symptômes (liste non exhaustive)

- virus influenza
- virus du SRAS
- virus respiratoire syncytial (VRS)
- virus parainfluenza
- autres virus respiratoires
- *Streptococcus pneumoniae* et autres pneumonies bactériennes
- pneumonies fongiques
- tuberculose
- *Coxiella burnetii* (fièvre Q)
- *Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient* (MERS)
- toxines inhalées

### Ressources supplémentaires

Bien que le syndrome grippal soit une maladie courante dans les pays insulaires océaniques et qu'il soit généralement causé par les virus influenza et un large éventail d'autres virus, il ne faut pas écarter d'autres causes inhabituelles. Voir les infections respiratoires aiguës sévères à la section 3 pour de plus amples informations.

Les rapports de surveillance hebdomadaires du ROSSP contiennent des informations sur les déclarations de syndromes grippaux :

<https://www.pphsn.net/reports/pacific-syndromic-surveillance/>

L'OMS tient à jour un site Web sur la surveillance et le suivi de la grippe, qui propose des informations actualisées :

[http://www.wpro.who.int/emerging\\_diseases/Influenza/en/index.html](http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/Influenza/en/index.html)

## Diarrhée

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition de cas

Au moins trois selles molles ou liquides sur une période de 24 heures.

**Nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation** : le nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une déclaration peut varier selon les circonstances et dépendra de la taille de la population et de la fréquence à laquelle cette affection est observée/rapportée. La collecte régulière de données de surveillance syndromique permettra de fixer un *seuil* d'intervention. Si la diarrhée contient du sang visible (dysenterie), 3 cas liés ou plus doivent déclencher une investigation.

### Causes infectieuses

Agent	Période d'incubation	Caractéristiques cliniques	Réservoir	Transmission
Toxine de <i>Staphylococcus aureus</i>	0,5 à 8 heures	Crampes abdominales, vomissements et diarrhée	Humains	Personne à aliments
Toxine de <i>Bacillus cereus</i>	0,5 à 6 heures (vomissements) 6 à 24 heures (diarrhée)	Malaise, vomissements et/ou diarrhée	Environnement	Aliments
<i>Vibrio cholerae</i>	Quelques heures à 3 jours	Diarrhée aqueuse	Humains, fruits de mer	Aliments, eau
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	4 à 30 heures	Nausées, vomissements, crampes abdominales et diarrhée	Fruits de mer	Aliments
Toxine de <i>Clostridium perfringens</i>	6 à 24 heures	Crampes abdominales, diarrhée et nausées	Fruits de mer	Aliments
Norovirus	24 à 48 heures	Nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhée, fièvre	Humains, fruits de mer	Personne à personne, aliments
Rotavirus	24 à 72 heures	Nausées et vomissements	Humains	Personne à personne
Salmonelles	6 à 72 heures	Céphalées, fièvre, crampes abdominales, diarrhée et nausées	Volaille, œufs, animaux	Aliments, animal à personne
Shigelles	1 à 3 jours	Diarrhée sanglante, crampes abdominales, fièvre	Humains	Personne à personne
<i>Campylobacter</i>	1 à 10 jours	Fièvre, nausées, crampes abdominales et diarrhée (parfois sanglante)	Volaille	Aliments, eau
<i>Cryptosporidium</i>	1 à 12 jours	Diarrhée, crampes abdominales	Animaux, humains	Eau
<i>Escherichia coli</i> (STEC/EHEC)	3 à 4 jours	Diarrhée (souvent sanglante), crampes abdominales	Bétail, humains	Aliments, personne à personne
<i>Giardia lamblia</i>	7 à 10 jours	Crampes abdominales, diarrhée	Humains, eau	Personne à personne, eau

Tableau 2 : Sources, transmission et caractéristiques cliniques des différentes causes de diarrhée

### **Période de contagiosité**

Généralement seulement pendant la durée des symptômes, ou pendant une courte période après leur arrêt. Certaines maladies peuvent se propager même en l'absence de symptômes.

### **Prise en charge clinique**

Évaluer le degré de déshydratation du/de la patient-e. Une réhydratation par voie orale est généralement suffisante, mais une réhydratation intraveineuse peut être nécessaire en cas de déshydratation sévère.

Les enfants, en particulier, présentent un risque élevé de déshydratation sévère due à la diarrhée.

Les antibiotiques sont systématiquement recommandés en cas de dysenterie (diarrhée sanglante). Le choix des antibiotiques dépend des schémas locaux de résistance aux antibiotiques, mais la ciprofloxacine ou le cotrimoxazole sont généralement une bonne option.

Pour les autres causes de diarrhée, la réhydratation est le seul traitement requis (la formule suivante permet de préparer un soluté de réhydratation orale : 6 cuillères à café rases de sucre et ½ cuillère à café de sel dans 1 litre d'eau potable. Il est également possible d'utiliser un sachet de soluté de réhydratation orale (SRO) mélangé à 1 litre d'eau potable). En cas de diarrhée normale, des médicaments ne sont administrés que si le-la patient-e est très gravement malade, ou si le laboratoire met en évidence un *micro-organisme* nécessitant une antibiothérapie ou un traitement antiparasitaire.

### **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

#### **Lutte anti-infectieuse**

Précautions STANDARD. Si le-la patient-e porte des couches ou est incontinent-e, appliquer également les précautions CONTACT (voir annexe 6).

#### **Déclaration**

- Contacter le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) le jour même en cas de suspicion de foyer épidémique.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

#### **Investigation**

La mise en évidence d'expositions communes à tous les cas doit déclencher une investigation environnementale. Par exemple, si les cas ont tous consommé les mêmes aliments, bu la même eau ou fréquentent la même école.

#### **Échantillons**

Il convient d'analyser les selles des patients présentant l'un des antécédents suivants :

1. diarrhée sanglante
2. fièvre persistant plus de 2 jours
3. diarrhée aqueuse sévère
4. déshydratation sévère
5. mise en évidence d'un foyer épidémique

Recueillir 5 à 10 grammes (une « noix ») de selles fraîches dans un récipient en plastique muni à bouchon à vis et les envoyer immédiatement au laboratoire. L'envoi doit être rapide, moins de 2 heures de préférence. Sinon, placer l'échantillon en milieu Cary-Blair et le réfrigérer jusqu'à expédition.

## Section 2 : Directives de prise en charge des principales entités nosologiques faisant l'objet de la surveillance syndromique

Prélever du sang pour *culture* si le-la patient·e présente une fièvre supérieure à 38 °C.

### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

Il convient d'interroger les cas afin de mettre en évidence des liens avec des aliments spécifiques, l'eau de distribution, et d'autres sources possibles d'infection – par exemple un restaurant ou une école. La mise en évidence d'une source doit déclencher une investigation environnementale.

Organiser la collecte d'échantillons de selles.

Le cas doit être informé du type d'infection et du mode de *transmission*. Expliquer au cas et aux soignants l'importance de se laver les mains, en particulier après être allé aux toilettes ou avoir changé des couches, et avant de manipuler de la nourriture. Une personne atteinte de diarrhée ne doit pas cuisiner pour les autres pendant au moins 24 heures après la disparition de ses symptômes.

### Gestion des contacts

*Des cas secondaires* peuvent survenir chez les membres de la famille exposés aux fèces ou aux vomissures des cas. Il convient de les informer sur le lavage des mains et les mesures à prendre en cas de symptômes.

### Prévention

- approvisionnement en eau potable
- lavage des mains
- évacuation sans risque des matières fécales
- latrines hygiéniques

Les établissements doivent diffuser des informations claires en matière d'hygiène alimentaire, comme les « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs » (voir annexe 7) :

- assurer correctement l'entretien ménager
- stocker séparément les denrées alimentaires crues et les denrées alimentaires cuites
- bien cuire les aliments
- les conserver à une température adaptée
- utiliser de l'eau potable

### Ressources

Les rapports de surveillance hebdomadaires du ROSSP contiennent des informations sur les cas déclarés de diarrhée :

<https://www.pphsn.net/reports/pacific-syndromic-surveillance/>



## Fièvre prolongée

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition de cas

Toute fièvre persistant au moins 3 jours.

**Nombre de cas nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation** : trois, s'ils sont liés.

### Cause(s) infectieuse(s)

- *Salmonella typhi*
- bactéries *Leptospira*
- virus de la dengue
- paludisme
- grippe
- infections à rickettsies (typhus des broussailles, typhus, etc.)
- autres bactéries ou virus

### Sources d'infection (réservoir)

Dépend de la cause.

### Modalités de propagation de la maladie (transmission)

Dépend de la cause.

### Période d'incubation

Dépend de la cause.

### Période de contagiosité

Les patients sont plus susceptibles d'être contagieux lorsqu'ils ont de la fièvre, bien que la durée de contagiosité exacte dépende de la cause de la fièvre.

### Prise en charge clinique

En cas de suspicion de fièvre typhoïde ou de leptospirose, il convient d'administrer immédiatement des antibiotiques, conformément aux protocoles de traitement locaux.

Il convient d'administrer du paracétamol contre la fièvre. Une réhydratation orale est généralement suffisante pour lutter contre la déshydratation, mais les patients doivent être hospitalisés s'ils présentent des signes de déshydratation sévère.

### PROCÉDURE D'INTERVENTION

#### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD (voir annexe 6). En cas de suspicion d'infection respiratoire, il convient d'appliquer également les précautions GOUTTELETTES.

#### Déclaration

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler une suspicion de foyer épidémique.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas suspects.

#### Investigation

## Section 2 : Directives de prise en charge des principales entités nosologiques faisant l'objet de la surveillance syndromique

Il convient d'étudier les foyers épidémiques avant d'établir un diagnostic. En présence d'un cas isolé, il convient de donner la priorité à l'établissement d'un diagnostic et à la recherche d'autres cas.

### Échantillons

Le diagnostic doit être confirmé par le prélèvement et l'analyse d'échantillons de sang. Il convient de réaliser une hémoculture, et d'utiliser des tests rapides si possible. Des échantillons de selles doivent être prélevés en cas de suspicion de typhoïde.

Le prélèvement sur buvard (tache de sang séché) est de plus en plus utilisé pour rechercher la dengue, la leptospirose, le chikungunya et le Zika dans les zones reculées. Il convient de s'informer auprès d'un interlocuteur LabNet sur la logistique et les protocoles associés à cette méthode.

### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

Il convient de collecter des informations sur :

- l'âge, le sexe et le lieu de résidence du cas ;
- les détails cliniques, notamment la date des premiers symptômes ;
- les résultats des analyses de laboratoire ;
- les contacts avec d'autres cas ou voyageurs, et les voyages effectués récemment ; et
- la fréquentation éventuelle d'une école ou d'un autre établissement collectif.

### Gestion des contacts

Des *cas secondaires* peuvent survenir chez les membres de la famille exposés aux fèces ou aux vomissures des cas, ou à la même source. Il convient de leur donner des informations sur le lavage des mains, les symptômes à surveiller, et les mesures à prendre en cas de symptômes.

### Prévention

Se référer aux directives de prise en charge d'autres maladies spécifiques – Section 3.

### Maladies importantes susceptibles de provoquer ces symptômes (liste non exhaustive)

- fièvre typhoïde
- dengue
- leptospirose
- pneumonie
- surinfections bactériennes
- paludisme
- nombreuses autres causes

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Paralysie flasque aiguë (PFA)/polio

#### Degré de priorité au regard de la santé publique

Urgence

#### Définition d'un cas suspect

Tous les enfants de moins de 15 ans atteints de paralysie flasque aiguë (PFA), y compris ceux considérés comme des cas de *syndrome de Guillain-Barré*, ou les personnes de tout âge considérées comme des cas suspects de polio paralytique.

#### Définition d'un cas confirmé

Toute personne chez laquelle un poliovirus est isolé à partir d'un échantillon clinique adéquat (par ex. selles, liquide céphalorachidien [LCR] ou sécrétions oropharyngées), la confirmation par typage et séquençage étant réalisée par un *laboratoire de référence* reconnu.

**Nombre de cas suspects nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation :** un

#### Description des signes et symptômes

La quasi-totalité (99 %) des poliomyélites sont subcliniques (asymptomatiques) ou se manifestent sous la forme d'une affection vaguement fébrile. Les cas paralytiques peuvent débuter par une fièvre, une sensation de malaise, des céphalées et des nausées, suivies de douleurs ou de raideurs musculaires, puis d'une paralysie partielle ou complète d'un ou de plusieurs membres. On observe un affaiblissement ou une disparition des réflexes tendineux dans les membres affectés, sans aucune perte sensorielle. La maladie survient généralement soudainement, et la paralysie n'affecte ordinairement pas les deux côtés du corps de la même façon. Jusqu'à 10 % des cas paralytiques décèdent en cas d'épidémie, le plus souvent en raison d'une paralysie des muscles respiratoires.

#### Cause(s) infectieuse(s)

Poliovirus 1, 2 et 3

#### Sources d'infection (*réservoir*)

Les humains, asymptomatiques en particulier ; il n'existe pas de *porteurs* chroniques.

#### Modalités de propagation de la maladie (*transmission*)

La *transmission* se fait de personne à personne, principalement par voie *féco-orale*.

#### Période d'incubation

Généralement 7 à 14 jours, mais peut s'échelonner de 2 jours à un mois.

#### Période de contagiosité

Le virus peut être retrouvé dans la gorge pendant une semaine environ, et dans les selles pendant une durée pouvant atteindre 6 semaines. Toutefois, la contagiosité est maximale quelques jours avant et après le début des symptômes.

#### Prise en charge clinique

Le-La patient-e doit être hospitalisé-e immédiatement. La prise en charge se limite à un traitement de soutien, mais une ventilation mécanique peut être nécessaire.

## **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

### **Lutte anti-infectieuse**

Précautions STANDARD plus CONTACT (voir annexe 6)

### **Déclaration**

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect.
- Veiller à informer le-la coordinateur-riche du système de surveillance active en milieu hospitalier.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas suspects.

La polio doit obligatoirement être déclarée à l'OMS en vertu du RSI de 2005 (voir annexe 5).

### **Investigation**

La détection d'un seul cas de PFA doit déclencher une investigation. Il est recommandé de procéder à une recherche approfondie d'autres cas dans la région où vit le cas recensé. Demander conseil auprès de l'OMS, de la CPS ou des CDC.

### **Échantillons**

- Recueillir 5 à 10 g de selles fraîches (une « noix »).
- Les déposer dans un récipient en plastique muni d'un bouchon à vis et les placer au réfrigérateur, pas au congélateur.
- Suivre la procédure standard d'emballage et d'expédition. Il est essentiel de respecter la chaîne du froid (0–8 °C).

### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Se rapporter au dossier d'information sur le système océanien de surveillance active en milieu hospitalier et à la fiche d'étude de cas de la paralysie flasque aiguë.

Il convient de collecter des informations sur :

- l'âge, le sexe et le lieu de résidence du cas ;
- le lieu d'apparition, le moment, la source et les éventuels vaccins contre la polio ;
- les détails cliniques, notamment la date des premiers symptômes, les *complications*, et si le cas est atteint d'une maladie affectant le système immunitaire ;
- les résultats des analyses de laboratoire ;
- les contacts avec d'autres cas ou voyageurs, les voyages effectués récemment, et les personnes à risque de contracter la polio ; et
- la fréquentation éventuelle d'une école ou d'un autre établissement collectif.

### **Gestion des contacts**

La vaccination des *contacts* étroits est recommandée.

Lorsque le-la coordinateur-riche national-e du programme élargi de vaccination (PEV) le juge nécessaire, après consultation de spécialistes, ou lorsque le poliovirus est isolé dans les selles d'un cas de PFA, tous les enfants de moins de cinq ans vivant sur l'île concernée doivent recevoir deux gouttes de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), quel que soit leur statut vaccinal. Il arrive que le-la coordinateur-riche national-e du PEV élargisse la tranche d'âge concernée par la vaccination.

En cas d'isolement du poliovirus, un deuxième cycle de vaccination par VPO doit avoir lieu quatre semaines après le premier.

### **Prévention**

La vaccination est la méthode de prévention la plus efficace contre la polio.

**Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

- poliomyélite paralytique
- *syndrome de Guillain-Barré*
- les entérovirus non poliomyélitiques provoquent rarement une atteinte paralytique
- autres infections (rares), comme les myélopathies parasitaires
- tumeurs
- toxines
- AVC

**Ressources supplémentaires**

Site Web du ROSSP : <https://www.pphsn.net/reports/hospital-based-active-surveillance/>

## Chikungunya

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition d'un cas suspect

Fièvre aiguë >38,5 °C d'apparition soudaine ET arthralgie/arthrite sévère non expliquée par d'autres causes médicales ET résidence ou voyage en zone de circulation connue du virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.

### Définition d'un cas confirmé

Isolement du virus ou détection d'antigènes ou d'anticorps spécifiques du chikungunya dans le sang par une analyse approfondie en laboratoire.

**Nombre de cas nécessaires pour déclencher une investigation** : un cas confirmé, en l'absence de flambée épidémique connue faisant déjà l'objet d'une investigation.

### Description des signes et symptômes

Fièvre, arthralgie (souvent dans les articulations de la main, du poignet et de la cheville), mal de dos et céphalées ; de nombreux patients développent également une éruption *maculopapuleuse* de courte durée.

### Cause(s) infectieuse(s)

Virus du chikungunya.

### Sources d'infection (réservoir)

Les humains servent de *réservoir* au virus du chikungunya en période épidémique. Un certain nombre de vertébrés servent également de réservoirs pendant les périodes inter-épidémiques, comme les rongeurs, les oiseaux et d'autres vertébrés. La nature exacte des réservoirs océaniques n'a pas été documentée.

Le virus du chikungunya est transmis d'une personne à une autre par des moustiques du genre *Aedes*. Ces moustiques piquent pendant la journée, mais surtout tôt le matin et le soir.

### Modalités de propagation de la maladie (transmission)

Par la piqûre de moustiques infectés. Les personnes atteintes du chikungunya doivent être placées sous des moustiquaires afin d'empêcher les moustiques de les piquer et de transmettre ensuite l'infection à d'autres personnes.

### Période d'incubation

De 2 à 12 jours, généralement entre 4 et 8.

### Période de contagiosité

Pas de preuve d'une *transmission* directe de personne à personne. Les humains peuvent contaminer les moustiques pendant cinq jours environ après l'apparition de la maladie.

### Prise en charge clinique

Le traitement est symptomatique. Le paracétamol est le traitement de choix. Éviter l'aspirine et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la dengue étant un *diagnostic différentiel* courant. L'exercice léger et la physiothérapie sont recommandés en phase de récupération.

Adresser les cas se trouvant dans l'une des situations suivantes à un établissement de santé de niveau supérieur : grossesse, oligurie, hypotension, troubles de la coagulation, confusion, signes de

méningisme (raideur de la nuque + intolérance à la lumière vive + céphalées), fièvre persistant plus d'une semaine, et âges extrêmes – personnes de plus de 60 ans et nourrissons (moins d'un an).

En cas d'épidémie confirmée, tous les cas ne doivent pas nécessairement faire l'objet d'examen de laboratoire.

Tous les cas suspects doivent être placés sous des moustiquaires pendant la période fébrile.

Les communautés résidant dans les zones touchées doivent être informées des mesures anti-moustiques à mettre en œuvre dans les locaux hospitaliers et les logements (annexe 7).

## **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

### **Lutte anti-infectieuse**

Précautions STANDARD ; en outre, les patients doivent être protégés par une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action afin que les moustiques ne puissent pas les piquer et transmettre ensuite la maladie à d'autres personnes.

### **Déclaration**

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect dans une zone où la maladie n'est pas *endémique*.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

### **Investigation**

Il convient de commencer à étudier les foyers épidémiques avant d'établir un diagnostic. En présence d'un cas suspect isolé, il convient de donner la priorité à l'établissement d'un diagnostic et à la recherche d'autres cas.

### **Échantillons**

Un échantillon de sang doit être prélevé dans un tube à bouchon rouge aux fins de la recherche d'anticorps ou du virus du chikungunya. Il convient de réfrigérer l'échantillon, et de suivre la procédure standard d'emballage et d'expédition. Il existe également des tests rapides.

Le prélèvement sur buvard (tache de sang séché) est de plus en plus utilisé pour rechercher le chikungunya dans les zones reculées. Il convient de s'informer auprès d'un interlocuteur LabNet sur la logistique et les protocoles associés à cette méthode.

### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Il convient d'interroger les patients atteints afin de déterminer les lieux d'exposition possibles, mettre en œuvre des mesures de lutte, et détecter d'autres cas.

### **Gestion des contacts**

Les personnes résidant dans la zone où l'infection a vraisemblablement eu lieu doivent être informées du risque d'être piquées par des moustiques porteurs du virus, et être incitées à lutter contre ces nuisibles, notamment en éliminant les gîtes larvaires (objets contenant de l'eau stagnante, comme les coques de noix de coco, les pneus, les boîtes de conserve), et à mettre en œuvre des mesures de protection personnelle, en utilisant par exemple des sprays répulsifs et des moustiquaires (voir annexe 7).

### **Prévention**

La prévention des piqûres de moustiques est le meilleur moyen d'éviter l'infection.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### **Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

- leptospirose
- dengue
- Zika
- paludisme
- méningite
- fièvre rhumatismale

### **Ressources supplémentaires**

WHO Guidelines on Clinical Management of Chikungunya Fever. 2008. SEA-CD-180

[http://www.wpro.who.int/mvp/topics/ntd/Clinical\\_Mgmt\\_Chikungunya\\_WHO\\_SEARO.pdf](http://www.wpro.who.int/mvp/topics/ntd/Clinical_Mgmt_Chikungunya_WHO_SEARO.pdf)



## Choléra

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Urgence

### Définition d'un cas suspect

Déshydratation sévère ou décès imputables à une diarrhée aqueuse *aiguë* chez un-e patient-e âgé-e de 5 ans ou plus.

### Définition d'un cas confirmé

Isolement de *Vibrio cholerae* O1 ou O139 toxigène (c'est-à-dire produisant la toxine cholérique) à partir de selles ou de vomissures. Des preuves sérologiques d'une infection récente sont également très évocatrices.

**Nombre de cas suspects nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation :** un

### Description des signes et symptômes

La plupart des cas ne présentent aucun symptôme ou souffrent d'une diarrhée légère. On observe chez les cas graves une abondante diarrhée indolore d'apparition soudaine (selles « riziformes »), des vomissements occasionnels, une déshydratation rapide et un choc. En l'absence de traitement adapté, le taux de mortalité est élevé (20 à 30 %).

### Cause(s) infectieuse(s)

*Vibrio cholerae*

### Sources d'infection (réservoir)

Êtres humains et parfois fruits de mer ; *Vibrio cholerae* est un microbe présent dans l'environnement, que l'on retrouve en faible quantité dans les plans d'eau salée, et qui se multiplie chez l'être humain en période épidémique.

### Modalités de propagation de la maladie (transmission)

Par l'absorption d'eau contaminée ou d'aliments pêchés dans une eau insalubre ou lavés avec de l'eau contaminée par une personne atteinte du choléra, par exemple des fruits de mer, ou des fruits et légumes.

### Période d'incubation

Généralement 2 à 3 jours (parfois de quelques heures à 5 jours).

### Période de contagiosité

En général, uniquement pendant la durée de la diarrhée et pendant quelques jours après l'arrêt des symptômes, mais parfois pendant quelques mois.

### Prise en charge clinique

Évaluer le degré de déshydratation du-de la patient-e. Le traitement consiste principalement en une réhydratation immédiate avec un soluté de réhydratation orale (6 cuillères à café rases de sucre et une ½ cuillère à café de sel ou un sachet de SRO prêt à l'emploi dilués dans 1 litre d'eau potable).

Si la déshydratation est sévère, il convient d'administrer des solutions intraveineuses (lactate de Ringer/solution de Hartmann/solution saline ordinaire). Demander l'avis d'un spécialiste concernant le volume, le débit et la teneur en potassium des solutions intraveineuses en cas de déshydratation sévère.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

Des antibiotiques ne doivent être administrés qu'en cas de déshydratation sévère.

### **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

#### **Lutte anti-infectieuse**

Précautions STANDARD plus CONTACT (voir annexe 6)

#### **Déclaration**

- Contacter le-la Directeur-riche de la santé publique ou une autorité équivalente le jour même.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Le choléra doit TOUJOURS être évalué à l'aide de l'instrument de décision (voir annexe) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

#### **Investigation**

Il convient de lancer une investigation épidémiologique et environnementale si le choléra est détecté dans un lieu où il n'est pas *endémique*. Demander conseil au-la Directeur-riche de la santé et à d'autres organismes comme l'OMS, la CPS ou les CDC.

#### **Échantillons**

Il convient d'envoyer immédiatement au laboratoire 5 à 10 g de selles fraîches (environ une « noix ») recueillies dans un récipient en plastique muni d'un bouchon à vis pour la *culture* de *Vibrio cholerae*.

#### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Les cas doivent être interrogés afin de déterminer les sources d'exposition, par exemple :

- contact avec d'autres personnes atteintes de diarrhée ;
- sources d'eau ;
- consommation de produits de la mer, notamment de fruits de mer ; et
- déplacements dans une zone touchée par le choléra.

Le-cas doit recevoir des informations sur le type d'infection et son mode de *transmission*. Souligner l'importance des pratiques d'hygiène, notamment du lavage des mains après être allé aux toilettes. Il convient d'informer la personne concernée qu'elle ne doit pas aller travailler et qu'elle doit éviter de préparer les repas et de s'occuper d'autres personnes tant qu'elle présente des symptômes.

#### **Gestion des contacts**

Les personnes à risque d'infection sont celles qui vivent avec une personne atteinte du choléra ou ont partagé des repas ou des boissons avec elle, ou celles qui ont consommé des aliments ou de l'eau contaminés. Informer les *contacts* du risque d'infection, et leur demander de surveiller l'apparition des signes ou symptômes du choléra pendant 5 jours après un contact avec une personne malade ou une exposition à une source contaminée. Ils doivent être informés de la nécessité de consulter un médecin si des symptômes apparaissent.

Les contacts doivent également être contactés tous les jours pendant 5 jours afin de détecter rapidement les nouveaux cas et réduire la propagation.

#### **Prévention**

- approvisionnement en eau potable
- lavage des mains
- évacuation sans risque des matières fécales
- latrines hygiéniques
- vaccination

Les établissements doivent diffuser des informations claires en matière d'hygiène alimentaire, comme les « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs » (voir annexe 7) :

- assurer correctement l'entretien ménager
- stocker séparément les denrées alimentaires crues et les denrées alimentaires cuites
- bien cuire les aliments
- les conserver à une température adaptée
- utiliser de l'eau potable

Il existe un vaccin contre le choléra, mais son utilisation dans les situations d'épidémie est encore à l'étude.

#### **Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

Parfois, une diarrhée aqueuse abondante peut être liée à une autre maladie diarrhéique, mais elle est rarement aussi grave que le choléra.

#### **Ressources supplémentaires**

Flambées de choléra : évaluation des mesures mises en œuvre en cas de flambée et amélioration de la préparation : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69410>

OMS : Premières étapes de la prise en charge d'une flambée de diarrhée aiguë

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70712>

Le traitement de la diarrhée : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé qualifiés  
OMS

2005 :

<http://www.a2zproject.org/pdf/WHOdiarrheaTreatmentFRENCH.pdf>

## Ciguatera

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition d'un cas suspect

Présence d'un ou plusieurs symptômes parmi les suivants : nausées, vomissements ou diarrhée **et** signes neurologiques, dans les 24 heures suivant la consommation de poissons de récif.

### Définition d'un cas confirmé

Le diagnostic de ciguatera s'appuie généralement sur les caractéristiques cliniques et épidémiologiques. Il est également possible de recourir à un test diagnostique pour rechercher la ciguatoxine dans un poisson de récif consommé par une personne présentant une maladie cliniquement compatible, mais cette solution est rarement utilisée.

**Nombre de cas suspects nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation :** Un, en cas de symptômes neurologiques classiques (d'autres personnes risquant de tomber malades si elles consomment le même poisson).

### Description des signes et symptômes

Nausées, vomissements et/ou diarrhée. La ciguatera se traduit par des symptômes neurologiques comme des engourdissements et des picotements, une ataxie (mouvements instables et marche titubante) et une inversion de la température (les objets froids semblent brûlants sur la peau).

### Cause(s) infectieuse(s)

La ciguatera est causée par des toxines naturellement présentes dans les poissons de récif.

### Sources d'infection (*réservoir*)

De nombreux types de poissons posent problème, notamment le barracuda, le vivaneau, la saumonée léopard, le thazard du lagon, l'empereur rouge, les labres, le mérou pintade, l'esturgeon, la carangue, le thazard rayé, le mérou et la sérieole limon.

### Modalités de propagation de la maladie (*transmission*)

Origine alimentaire.

### Période d'incubation

De moins d'une heure à 24 heures.

### Période de contagiosité

Il n'existe pas de preuve convaincante d'une transmission de personne à personne. Cette maladie est transmise uniquement par la consommation de poisson.

### Prise en charge clinique

Traitement de soutien et traitement par mannitol intraveineux ou d'autres diurétiques osmotiques. Demander l'avis d'un spécialiste.

## PROCÉDURE D'INTERVENTION

### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD (voir annexe 6).

### Déclaration

- Contacter immédiatement le·la Directeur·rice de la santé publique (ou une autorité équivalente)

pour signaler un foyer épidémique.

- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.

### **Investigation**

Si d'autres personnes ont consommé le même poisson, une investigation environnementale doit être lancée à la recherche des autres cas. Les poissons restants doivent être jetés.

### **Échantillons**

Il n'existe pas de tests disponibles à grande échelle pour la ciguatera humaine. Les restes de poisson peuvent être testés à la recherche de la toxine de la ciguatera, mais dans la plupart des cas, cela n'est ni nécessaire ni pratique.

### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Il convient d'interroger les cas afin de mettre en évidence d'éventuels liens avec des aliments et sources d'infection spécifiques, comme un restaurant ou une école. La mise en évidence d'une source doit déclencher une investigation environnementale, et tout reste de poisson doit être jeté.

### **Gestion des contacts**

D'autres cas peuvent survenir chez les personnes ayant consommé le même repas que le-la patient·e infecté·e. Les informer sur les mesures à prendre en cas de symptômes.

### **Prévention**

- Le seul moyen de prévenir une intoxication par la ciguatera consiste à éviter de consommer les gros poissons provenant de certaines zones de récifs. Consulter les autorités locales pour déterminer quels poissons représentent le plus grand risque dans votre région.
- Communication publique pour informer la population sur les risques.

### **Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

- intoxication au fugu
- intoxication neurologique par fruits de mer
- intoxication paralysante par fruits de mer
- botulisme
- intoxication par des pesticides organophosphatés

### **Ressources supplémentaires**

Ciguatera Fish Poisoning: Treatment, Prevention and Management. 2008. Friedman, M.A. Mar. Drugs 6:456–479

[www.mdpi.com/1660-3397/6/3/456/pdf](http://www.mdpi.com/1660-3397/6/3/456/pdf)

WHO Ciguatera Poisoning: Questions and Answers

[www.searo.who.int/entity/emergencies/documents/guidelines\\_for\\_health\\_emergency\\_ciguatera\\_qa.pdf](http://www.searo.who.int/entity/emergencies/documents/guidelines_for_health_emergency_ciguatera_qa.pdf)

Ciguatera un guide pratique

[http://www.spc.int/coastfish/index.php?option=com\\_content&Itemid=30&id=340](http://www.spc.int/coastfish/index.php?option=com_content&Itemid=30&id=340)

## Dengue

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

Urgence : si un nouveau *sérotipe* est suspecté ou si des cas de dengue sévère sont détectés.

### Définition d'un cas suspect

Fièvre *aiguë* persistant plus de 2 jours accompagnée de **deux ou plusieurs** symptômes parmi les suivants :

- anorexie et nausées
- courbatures et douleurs
- éruption cutanée
- leucopénie (faible taux de globules blancs)
- test du tourniquet positif
- signes d'alerte

Les signes d'alerte sont les suivants :

- douleur ou sensibilité abdominale ;
- vomissements persistants ;
- saignements des muqueuses ;
- hépatomégalie >2 cm ;
- accumulation clinique de liquide ;
- léthargie, agitation ; et
- en laboratoire : augmentation de l'hématocrite concomitante à une diminution rapide des plaquettes.

### Définition d'un cas confirmé

Isolement du virus de la dengue ou détection d'antigènes ou d'anticorps spécifiques de la dengue dans les tissus, le sang, le LCR ou d'autres liquides biologiques par une analyse approfondie en laboratoire.

**Nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une investigation** : deux (dans une zone où la dengue n'est pas *endémique*, ou en l'absence d'épidémie connue).

### Description des signes et symptômes

Fièvre *aiguë* persistant au moins 2 jours, accompagnée des symptômes décrits dans la définition de cas. Les nourrissons et les personnes de moins de 15 ans peuvent présenter une vague atteinte fébrile accompagnée d'une éruption *maculopapuleuse* (taches en relief).

La dengue, dont les **signes avant-coureurs** sont des douleurs ou une sensibilité abdominale, des vomissements persistants, une accumulation de liquide, des saignements des muqueuses, une léthargie ou une agitation, nécessite un strict maintien sous observation et un traitement médical.

Une **dengue sévère** est caractérisée par :

- une hypotension artérielle ;
- un pouls rapide ou faible ;
- un remplissage capillaire lent ;
- une peau froide et moite ;
- une anurie ; et
- des signes d'hémorragie.

### **Cause(s) infectieuse(s)**

Il existe quatre types de virus de la dengue (numérotés de 1 à 4), qui provoquent tous la maladie.

### **Sources d'infection (réservoir)**

Humains. Le virus de la dengue est transmis d'une personne à une autre par des moustiques du genre *Aedes*. Ces moustiques piquent pendant la journée, mais surtout tôt le matin et le soir.

### **Modalités de propagation de la maladie (transmission)**

Par la piqûre des moustiques infectés. Les personnes atteintes de la dengue doivent être placées sous des moustiquaires afin d'empêcher les moustiques de les piquer et de transmettre ensuite l'infection à d'autres personnes.

### **Période d'incubation**

De 3 à 14 jours, généralement entre 7 et 10.

### **Période de contagiosité**

Pas de transmission directe de personne à personne, mais un cas fébrile peut infecter un moustique, généralement pendant 3 à 5 jours. Les moustiques restent infectieux toute leur vie et peuvent infecter de nombreuses autres personnes.

### **Prise en charge clinique**

Il n'existe pas de traitement spécifique de la dengue. La prise en charge clinique comprend la prise en charge de la fièvre avec du paracétamol (pas d'aspirine ni d'AINS) et un remplacement liquidien suffisant. Se référer aux directives de l'OMS sur la dengue pour le diagnostic, le traitement et la lutte anti-infectieuse.

Les décès évitables de la dengue surviennent généralement aux premiers stades de l'épidémie chez des patients soignés par des cliniciens n'ayant pas d'expérience de la prise en charge de cette maladie. Il est impératif de mettre en place **de toute urgence** une formation continue des cliniciens fondée sur les directives de l'OMS concernant la dengue. Une détection précoce et un traitement adapté du syndrome de choc de la dengue sont essentiels pour prévenir les décès.

## **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

### **Lutte anti-infectieuse**

Précautions STANDARD ; en outre, les patients doivent être protégés par une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action afin que les moustiques ne puissent pas les piquer et transmettre ensuite la maladie à d'autres personnes.

### **Déclaration**

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

### **Investigation**

Il convient de commencer à étudier le foyer épidémique avant d'établir un diagnostic. En présence d'un cas isolé, il convient de donner la priorité à l'établissement d'un diagnostic et à la recherche d'autres cas.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Échantillons

Un échantillon de sang doit être prélevé dans un tube à bouchon rouge aux fins de la recherche d'anticorps, ou de la recherche de l'« antigène NS-1 » de la dengue par un test de diagnostic rapide (TDR). Dans les cinq premiers jours suivant l'apparition de la maladie, la recherche d'antigènes par TDR est le test le plus approprié. Si un test rapide effectué au cours des cinq premiers jours suivant l'apparition des symptômes est négatif, le-la patient-e doit le refaire au cinquième jour de la maladie. Si ce test est toujours négatif, il faut alors envisager d'autres causes. Il convient de réfrigérer l'échantillon, et de suivre la procédure standard d'emballage et d'expédition.

Le prélèvement sur buvard (tache de sang séché) est de plus en plus utilisé pour rechercher la dengue dans les zones reculées. Il convient de s'informer auprès d'un interlocuteur LabNet sur la logistique et les protocoles associés à cette méthode.

### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

Il convient d'interroger les patients atteints afin de déterminer les lieux d'exposition possibles, mettre en œuvre des mesures de lutte, et détecter d'autres cas.

### Gestion des contacts

Les personnes résidant dans la zone où l'infection a vraisemblablement eu lieu doivent être informées du risque d'être piquées par des moustiques porteurs du virus et être incitées à lutter contre ces nuisibles, notamment en éliminant les gîtes larvaires (objets contenant de l'eau stagnante, comme les coques de noix de coco, les pneus, les boîtes de conserve), et à mettre en œuvre des mesures de protection personnelle, en utilisant par exemple des sprays répulsifs et des moustiquaires (voir annexe 7).

### Prévention

La prévention des piqûres de moustiques est le meilleur moyen d'éviter l'infection.

### Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)

- leptospirose
- fièvre typhoïde
- chikungunya
- Zika
- nombreuses autres causes infectieuses et non infectieuses.

### Ressources supplémentaires

WHO Dengue Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871_eng.pdf)



## Hépatite épidémique

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Urgence

### Définition d'un cas suspect

Maladie *aiguë* associée à des symptômes d'apparition soudaine, et soit un ictère (peau ou yeux jaunes, ou urine foncée), soit des enzymes hépatiques élevées mises en évidence par des tests en laboratoire.

### Définition d'un cas confirmé

Test *IgM* (Immunoglobulines M anti-virus de l'hépatite A (anti-VHA) ou anti-virus de l'hépatite E (anti-VHE)) positif. D'autres méthodes moins fréquentes sont disponibles.

**Nombre de cas nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation** : au moins 2 cas présentant un *lien personnel (personne), géographique (lieu) et temporel (moment)*.

### Description des signes et symptômes

Le tableau clinique habituel est une fièvre *aiguë*, une sensation de malaise, une perte d'appétit, des nausées et un inconfort abdominal, suivis quelques jours plus tard par l'apparition d'une urine foncée et d'un ictère. Les symptômes durent généralement quelques semaines.

### Cause(s) infectieuse(s)

Virus de l'hépatite A (VHA), virus de l'hépatite E (VHE).

### Sources d'infection (*réservoir*)

Humains.

### Modalités de propagation de la maladie (*transmission*)

Les hépatites A/E se transmettent presque exclusivement par voie *féco-orale*. La transmission peut être liée à la contamination d'aliments imputable à de mauvaises méthodes de manipulation, à une contamination fécale de l'eau potable, ou à la consommation de coquillages (des huîtres par exemple) issus d'eaux polluées. Des données prouvent que l'hépatite E peut également être transmise par les animaux, en particulier les porcs.

### Période d'incubation

De 15 à 50 jours, généralement entre 28 et 30.

### Période de contagiosité

De la deuxième moitié de la *période d'incubation* à quelques jours après le début des symptômes ; généralement, l'infection disparaît après une semaine d'ictère.

### Prise en charge clinique

Soins de soutien uniquement.

### PROCÉDURE D'INTERVENTION

#### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD plus CONTACT (voir annexe 6)

#### Déclaration

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un foyer épidémique.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

### Investigation

Il convient de rechercher des informations sur les expositions survenues au cours de la période comprise entre 15 et 50 jours avant l'apparition de l'ictère. Ces informations doivent notamment porter sur :

- les *contacts* familiaux et sexuels qui ont présenté une affection évocatrice de l'hépatite ;
- les restaurants fréquentés par le cas ;
- les rassemblements sociaux lors desquels le cas a consommé de la nourriture ;
- toutes les sources d'eau potable ;
- la consommation de fruits de mer crus ou partiellement cuits ;
- les centres d'accueil d'enfants éventuellement fréquentés par le cas ou les contacts familiaux, ou dans lesquels ils travaillent ;
- l'exposition à l'eau (par ex. natation) ;
- l'exposition aux eaux usées ou à des systèmes d'évacuation des eaux usées défectueux ; et
- la recherche d'autres cas, notamment parmi les membres de la famille des enfants en lien avec le milieu scolaire ou l'environnement d'accueil.

### Échantillons

Un échantillon de sang doit être prélevé dans un tube à bouchon rouge aux fins du *test sérologique* des anticorps du virus de l'hépatite A, du virus de l'hépatite E, du panel de tests de l'hépatite B et éventuellement du test de l'hépatite C. Il convient de réfrigérer l'échantillon, et de suivre la procédure standard d'emballage et d'expédition.

### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

Le cas et ses soignants doivent être informés du type d'infection et de son mode de transmission. Ils doivent être formés aux pratiques d'hygiène, notamment au lavage des mains avant la préparation et la consommation de repas, et après être allé aux toilettes.

Il convient également de recommander aux personnes infectées de ne pas préparer ni manipuler d'aliments destinés à la consommation d'autres personnes pendant la *période de contagiosité*.

### Gestion des contacts

Voici une liste générale des personnes considérées comme des *contacts* en cas d'exposition à des personnes infectées :

- tous les membres de la famille proche, les membres du foyer et les partenaires sexuels ;
- toutes les personnes ayant consommé des aliments non cuits préparés par la personne infectée ;
- toutes les personnes qui s'occupent des cas portant des couches.

Il convient de conseiller aux contacts de consulter un médecin en cas d'ictère. Il convient également de leur donner des conseils en matière d'hygiène, en particulier sur le lavage des mains à l'eau et au savon après avoir utilisé les toilettes.

Dans certains contextes, une vaccination d'urgence contre l'hépatite A peut être nécessaire. Les immunoglobulines (un type spécial de transfusion sanguine) ne sont utilisées que pour les contacts à très haut risque. Demander l'avis d'un spécialiste.

### Prévention

- approvisionnement en eau potable
- lavage des mains

## Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

- évacuation sans risque des matières fécales
- latrines hygiéniques

Les établissements doivent diffuser des informations claires en matière d'hygiène alimentaire, comme les « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs » (voir annexe 7) :

- assurer correctement l'entretien ménager
- stocker séparément les denrées alimentaires crues et les denrées alimentaires cuites
- bien cuire les aliments
- les conserver à une température adaptée
- utiliser de l'eau potable

#### **Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

- hépatite B aiguë
- hépatite C aiguë
- hépatite D
- leptospirose
- mononucléose infectieuse
- toxines

#### **Ressources supplémentaires**

OMS. Hépatite A. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.7:

[http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisA\\_whocdscsredc2000\\_7.pdf](http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisA_whocdscsredc2000_7.pdf)

CDC. Hépatite A Information for Health Professionals:

<http://www.cdc.gov/hepatitis/hav/>

OMS. Hépatite E. WHO/CDS/CSR/EDC/2001.12:

[http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisE\\_whocdscsredc2001\\_12.pdf](http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisE_whocdscsredc2001_12.pdf)

CDC. Hépatite E Information for Health Professionals:

<http://www.cdc.gov/hepatitis/HEV/>

## Leptospirose

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition d'un cas suspect

Fièvre *aiguë* accompagnée de céphalées ET de douleurs musculaires (souvent dans les jambes), associée à N'IMPORTE LEQUEL des symptômes/signes suivants :

- gonflement ou présence de sang dans le blanc des yeux
- anurie ou oligurie
- ictère
- toux, expectorations de sang et dyspnée
- hémorragie (intestinale ou pulmonaire)
- irritation méningée (céphalées sévères, intolérance à la lumière vive, raideur de la nuque)
- arythmie ou insuffisance cardiaque
- éruption cutanée

### Définition d'un cas confirmé

Isolement de la bactérie *Leptospira* à partir d'un échantillon clinique ; OU mise en évidence de la présence de la bactérie *Leptospira* dans un échantillon clinique par immunofluorescence OU *test de confirmation* mettant en évidence une séroconversion ou un quadruplement du titre dans des *sérums appariés*, pratiqué par un *laboratoire de référence*.

**Nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une investigation** : deux

### Description des signes et symptômes

Les cas de leptospirose peuvent avoir un tableau clinique très variable, mais sont généralement associés à de la fièvre, des céphalées, des douleurs musculaires intenses et une *conjonctivite*.

### Cause(s) infectieuse(s)

Bactérie *Leptospira*

### Sources d'infection (*réservoir*)

La leptospirose se manifeste chez les animaux sauvages et domestiques, principalement les rats, les chiens et les porcs, et les humains sont infectés après avoir été exposés à de l'eau contaminée par l'urine de ces animaux.

### Modalités de propagation de la maladie (*transmission*)

Principalement par contact de la peau éraflée avec de l'eau ou de la terre contaminée par l'urine d'animaux infectés. (Des infections peuvent survenir chez les personnes exposées à des eaux de crue/des flaques d'eau/des chutes d'eau).

### Période d'incubation

De 4 à 19 jours, généralement entre 7 et 10.

### Période de contagiosité

Seulement de très rares cas de transmission de personne à personne. Il est beaucoup plus probable que des personnes faisant partie d'un même groupe tombent malades parce qu'elles ont été exposées à la même source d'eau contaminée.

### Prise en charge clinique

Il est recommandé de traiter la fièvre par du paracétamol et un remplacement liquidien (par voie orale

ou intraveineuse). Il est recommandé d'administrer des antibiotiques à tous les patients. Se rapporter aux protocoles de traitement nationaux. La doxycycline ou la benzylpénicilline sont généralement de bonnes options.

## **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

### **Lutte anti-infectieuse**

Précautions STANDARD.

### **Déclaration**

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler une suspicion de foyer épidémique.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

### **Investigation**

La mise en évidence d'une source commune à un certain nombre de cas de leptospirose doit déclencher une investigation environnementale.

### **Échantillons**

Un échantillon de sang doit être prélevé dans un tube à bouchon rouge pour la recherche d'anticorps. Il convient de réfrigérer l'échantillon, et de suivre la procédure standard d'emballage et d'expédition. Il est recommandé de prélever deux échantillons de sang à 10-14 jours d'intervalle afin de détecter la hausse des anticorps. Les tests pratiqués dans les *laboratoires de référence* permettent de détecter des types spécifiques de leptospirose. Il existe également des tests rapides.

Le prélèvement sur buvard (tache de sang séché) est de plus en plus utilisé pour rechercher la leptospirose dans les zones reculées. Il convient de s'informer auprès d'un interlocuteur LabNet sur la logistique et les protocoles associés à cette méthode.

### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Il convient d'interroger les cas afin de déterminer les lieux d'exposition possibles, mettre en œuvre des mesures de lutte, et détecter d'autres cas.

### **Gestion des contacts**

La leptospirose se transmet très rarement de personne à personne.

Il convient d'inviter les personnes susceptibles d'avoir été exposées à la même source environnementale que le-la patient-e de consulter un médecin si elles développent des symptômes.

### **Prévention**

Il convient de porter des vêtements de protection (par exemple des bottes, des gants), en particulier si la peau est abîmée, en cas de contact avec de la terre ou de l'eau potentiellement infectée (par exemple pour travailler dans une porcherie).

### **Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

- dengue
- grippe
- fièvre typhoïde
- méningite

### Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

- hépatite aiguë

#### **Ressources supplémentaires**

OMS. 2003. Human leptospirosis: guidance for diagnosis, surveillance and control

[http://www.who.int/csr/don/en/WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002.23.pdf](http://www.who.int/csr/don/en/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.23.pdf)

CDC. Leptospirosis [www.cdc.gov/leptospirosis/index.html](http://www.cdc.gov/leptospirosis/index.html)

## Paludisme

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition d'un cas suspect

Fièvre persistant au moins 3 jours chez un-e patient-e résidant dans une zone où le paludisme est *endémique* ou qui en est revenu-e depuis moins de 12 mois.

### Définition d'un cas confirmé

Détection de parasites du paludisme dans des frottis sanguins épais ou minces ; OU détection de l'ADN du parasite dans un échantillon de sang par *réaction en chaîne par polymérase (PCR)*

**Nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une investigation** : un (dans les zones où le paludisme n'est pas endémique) ; plusieurs (en fonction du *seuil*, dans les zones endémiques). Dans le Pacifique, seuls la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Îles Salomon et Vanuatu sont considérés comme endémiques du paludisme.

### Description des signes et symptômes

L'infection palustre la plus grave, le paludisme à *falciparum*, peut se manifester de plusieurs façons, notamment par un ou plusieurs des symptômes suivants : fièvre, frissons, sueurs, perte d'appétit, nausées, fatigue, céphalées, douleurs musculaires et articulaires, toux et diarrhée. Une anémie et/ou une splénomégalie (augmentation du volume de la rate) apparaissent souvent quelques jours après. Si elle n'est pas traitée correctement, la maladie peut évoluer vers une forme grave, qui peut entraîner : des lésions cérébrales *aiguës* (paludisme cérébral), une anémie grave, un ictère, une insuffisance rénale (fièvre des eaux noires), une hypoglycémie, des difficultés respiratoires et un choc. Le paludisme grave est une cause possible de coma et d'autres symptômes neurologiques chez tout voyageur revenu récemment d'une zone tropicale. Le paludisme à *falciparum* doit être pris en charge dans les meilleurs délais, même dans les cas bénins, car des lésions permanentes peuvent survenir rapidement ; le taux de mortalité chez les enfants non traités et les adultes non vaccinés peut atteindre 10 à 40 % ou plus.

Les autres formes de paludisme humain, *vivax*, *malariae* et *ovale*, n'engagent généralement pas le pronostic vital. Au début, la maladie peut se manifester par de vagues symptômes et une fièvre qui augmente progressivement pendant plusieurs jours. Surviennent ensuite des frissons puis une montée rapide de la température, généralement accompagnés de céphalées et de nausées, et enfin des sueurs abondantes concomitantes à une chute de la température. Après une période sans fièvre, le cycle des frissons, de la fièvre et des suées (« accès palustre ») se répète quotidiennement, tous les deux jours, ou tous les trois jours. Une crise non traitée peut durer d'une semaine à un mois ou plus, et être associée à une fatigue extrême, une anémie et une splénomégalie. Des crises répétées peuvent se produire.

### Cause(s) infectieuse(s)

Quatre types de parasites – *P. falciparum* ; *P. vivax* ; *P. ovale* ; et *P. malariae*. Seuls *P. falciparum* et *P. vivax* sont connus dans le Pacifique.

### Sources d'infection (réservoir)

Humains.

### Modalités de propagation de la maladie (transmission)

Par la piqûre de moustiques *Anopheles* infectés. La plupart des moustiques *Anopheles* piquent la nuit.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

Les personnes atteintes du paludisme doivent être placées sous des moustiquaires afin d'empêcher les moustiques de les piquer et de transmettre ensuite l'infection à d'autres personnes.

### Période d'incubation

De 9 à 14 jours pour *P. falciparum*. De 12 à 18 jours for *P. vivax* et *P. ovale* ; et de 18 à 40 jours pour *P. malariae*.

### Période de contagiosité

Pas de transmission directe de personne à personne. Les humains peuvent infecter les moustiques tant que des parasites infectieux sont présents dans leur sang ; tout dépend de l'espèce de parasite et de la réponse au traitement. Les patients non traités ou dont le traitement est mal adapté peuvent infecter les moustiques pendant plusieurs années dans le cas du paludisme *malariae*, jusqu'à cinq ans dans le cas du paludisme *vivax*, et généralement pas plus d'un an dans le cas du paludisme *falciparum* ; quant au moustique, il reste infectieux à vie.

### Prise en charge clinique

Une fois le diagnostic de paludisme établi, un traitement par un antipaludéen sûr et efficace (qui fonctionne même en présence d'une résistance à certains médicaments dans la région) doit être instauré immédiatement. Pour éviter les formes graves de paludisme, souvent mortelles, un traitement efficace doit être instauré dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.

Se rapporter aux lignes directrices l'OMS pour le traitement du paludisme (WHO Guidelines for the Treatment of Malaria) :

<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241547925/en/index.html>

## PROCÉDURE D'INTERVENTION

### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD ; en outre, les patients doivent être protégés par une MOUSTIQUAIRE afin que les moustiques ne puissent pas les piquer et transmettre ensuite la maladie à d'autres personnes (voir annexe 7).

### Déclaration

#### Dans un pays non endémique

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

### Investigation

Il convient d'étudier les foyers épidémiques avant de confirmer le diagnostic. En présence d'un cas isolé, il convient de donner la priorité à l'établissement d'un diagnostic et à la recherche d'autres cas.

### Échantillons

Du sang doit être prélevé au patient aux fins de la réalisation d'un frottis sanguin et d'une microscopie. Il existe également des tests rapides.

### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

Il convient d'interroger les cas afin de déterminer les lieux d'exposition possibles, mettre en œuvre des mesures de lutte, et détecter d'autres cas.



### **Gestion des contacts**

Les personnes résidant dans la zone où l'infection a eu lieu doivent être informées du risque d'être piquées par des moustiques porteurs du paludisme. Il convient de leur informer sur les moyens de prévenir les piqûres de moustiques (voir annexe 7).

### **Prévention**

Étant donné que la plupart des moustiques *Anopheles* se nourrissent la nuit, la principale mesure de prévention est l'utilisation de moustiquaires (imprégnées d'insecticide à longue durée d'action) pendant la nuit dans les zones de paludisme. Autres mesures essentielles : la lutte contre les moustiques et le traitement préventif régulier du paludisme chez les femmes enceintes. (Pour un examen plus approfondi des stratégies de lutte contre le paludisme, voir les « Ressources supplémentaires » à la fin de cette section).

### **Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

- virus de la dengue
- leptospirose
- fièvre typhoïde
- méningite bactérienne et virale
- hépatite
- grippe
- tuberculose
- nombreuses autres causes infectieuses et non infectieuses

### **Ressources supplémentaires**

(WHO Guidelines for the Treatment of Malaria) :

<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241547925/en/index.html>

## Rougeole

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Urgence

### Définition d'un cas suspect

1. Toute personne présentant de la fièvre **et** une éruption *maculopapuleuse* (rouge, en relief, sans cloques) **et** une toux ou un écoulement nasal ou une *conjonctivite*.

**Ou**

2. Toute personne chez laquelle un·e clinicien·ne soupçonne une infection par la rougeole.

### Définition d'un cas confirmé

*Culture* du virus de la rougeole à partir d'un échantillon clinique ; OU détection de la rougeole par PCR ; OU augmentation significative des anticorps sériques contre la rougeole dans des *sérums appariés* ; OU sérologie positive pour les anticorps *IgM* contre la rougeole.

**Nombre de cas nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation** : un

### Description des signes et symptômes

La rougeole est une maladie très contagieuse causée par le virus de la rougeole. Elle se manifeste par une forte fièvre, une toux, une *conjonctivite* et un écoulement nasal. Entre le 3<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour, une éruption *maculopapuleuse non vésiculeuse* apparaît sur tout le corps, en commençant par la tête. Les enfants souffrant de malnutrition peuvent développer une forme grave.

### Cause infectieuse

Virus de la rougeole.

### Sources d'infection (*réservoir*)

Humains.

### Modalités de propagation de la maladie (*transmission*)

Transmission par voie aérienne par les éternuements, la toux ou les conversations/le chant, ou par contact avec des sécrétions. La rougeole fait partie des maladies les plus contagieuses.

### Période d'incubation

Généralement 10 jours ; entre 7 et 18 jours.

### Période de contagiosité

Depuis la veille de l'apparition des premiers symptômes, quels qu'ils soient, jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption cutanée.

### Prise en charge clinique

Le·La patient·e doit être considéré·e comme extrêmement contagieux·se jusqu'à quatre jours après l'apparition de l'éruption cutanée, et être placé·e en isolement, comme pour la tuberculose (TB). Tout enfant hospitalisé présentant une fièvre et une éruption cutanée doit être isolé à l'admission. Administrer du paracétamol plutôt que de l'aspirine aux patients âgés de moins de 18 ans en cas de fièvre. Une *complication* grave de la rougeole est la cécité chez les patients présentant une carence en vitamine A. Il convient d'envisager de supplémenter en vitamine A les patients présentant un risque de carence, notamment ceux souffrant de malnutrition.

## **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

### **Lutte anti-infectieuse**

Les précautions STANDARD, CONTACT et AIR doivent être mises en œuvre en présence de cas suspects et confirmés de rougeole (voir annexe 6).

### **Déclaration**

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect.
- Veiller à informer le-la coordinateur-riche du système de surveillance active en milieu hospitalier.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas suspects.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

### **Investigation**

La recherche active d'autres cas qui ont été en contact avec la personne infectée doit se poursuivre pendant au moins 2 périodes d'incubation (soit environ 1 mois).

### **Échantillons**

Tous les cas suspects doivent faire l'objet d'un prélèvement de sang qui doit être analysé à la recherche d'anticorps de la rougeole. Le dépistage de la rougeole par PCR peut être réalisé à partir de sang, de prélèvements rhinopharyngés ou d'urine.

### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Se rapporter au dossier d'information sur le système océanien de surveillance active en milieu hospitalier et à la fiche d'étude de cas de la fièvre éruptive.

- Un diagnostic en laboratoire doit être réalisé dès la détection des premiers cas.
- Les cas ne doivent pas fréquenter d'établissements collectifs (école/crèche/garderie/travail) entre l'apparition des symptômes et jusqu'à 4 jours après le début de l'éruption, et doivent rester à la maison (sauf s'ils sont placés en isolement à l'hôpital). Les cas doivent éviter tout contact avec des personnes non vaccinées, en particulier les femmes enceintes.
- Demander aux hôpitaux et aux centres de santé de signaler rapidement les nouveaux cas.
- En situation épidémique, seuls les 5 premiers cas de fièvre et d'éruption nécessitent généralement l'envoi d'échantillons.

### **Gestion des contacts**

- Toute personne qui s'est trouvée dans la même pièce que le cas est considérée comme un *contact*.
- Les contacts non vaccinés doivent l'être.
- Retirer les contacts non vaccinés de l'école pendant 18 jours après leur dernier contact avec le cas infectieux.
- Demander aux contacts d'être attentifs aux signes et aux symptômes de la fièvre éruptive, et conseiller aux personnes qui présentent des symptômes de téléphoner, si possible, avant d'aller consulter (afin d'éviter de fréquenter les salles d'attente des centres de santé ou des hôpitaux et de propager l'infection).

Lorsque le-la coordinateur-riche national-e du programme élargi de vaccination (PEV) le juge nécessaire, une campagne de vaccination contre la rougeole peut être mise en œuvre dans une zone touchée. Une dose unique de vaccin contre la rougeole sera administrée à un groupe d'âge cible, qu'il soit déjà vacciné ou non.

Toute épidémie de rougeole doit être mise à profit pour promouvoir la vaccination de rattrapage des

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

enfants non vaccinés dans la région touchée.

### Prévention

Une couverture vaccinale élevée dans la communauté permet de prévenir les épidémies de rougeole.

### Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)

- rubéole
- scarlatine
- mononucléose infectieuse
- dengue

### Ressources supplémentaires

OMS, Bureau régional du Pacifique occidental. 2013. Measles Elimination Field Guide.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207664/9789290616054\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207664/9789290616054_eng.pdf)

OMS. 2013. Mémento de soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes de l'enfance, 2<sup>e</sup> éd.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/187940>

Se rapporter au dossier d'information sur le système océanien de surveillance active en milieu hospitalier, à la fiche d'étude de cas de la fièvre éruptive et au formulaire de demande d'analyses en laboratoire.

[https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/Pacific\\_HBAS\\_Information\\_Folder-July2005.pdf](https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/Pacific_HBAS_Information_Folder-July2005.pdf)

[https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/AnnexB1-AFP\\_Case\\_Investigation\\_Form.pdf](https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/AnnexB1-AFP_Case_Investigation_Form.pdf)

[https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/AnnexC2-AFR\\_Laboratory\\_Request\\_Form.pdf](https://www.pphsn.net/wp-content/uploads/2018/03/AnnexC2-AFR_Laboratory_Request_Form.pdf)

## Infection à méningocoques

« Méningocoque » est l'autre nom de la bactérie *Neisseria meningitidis*. Les maladies invasives à méningocoques comprennent la méningite à méningocoques, la *septicémie* à méningocoques (méningococcémie) ou les deux.

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Urgence. Les infections invasives à méningocoques constituent une urgence médicale et de santé publique.

### Définition d'un cas suspect

Fièvre soudaine ET

un ou plusieurs des symptômes suivants : somnolence, irritabilité ou agitation, céphalées intenses, douleurs dans les jambes, vomissements, raideur de la nuque, sensibilité à la lumière vive et niveau de conscience réduit

OU

éruption cutanée à extension rapide qui se présente initialement sous la forme de taches rougeâtres ou violacées (éruption *pétéchiale* ou *purpurique*) qui ne s'estompent pas lorsqu'on les presse avec le fond d'un verre (test du verre).

### Définition d'un cas probable

Maladie cliniquement compatible ET contact étroit avec un cas confirmé en laboratoire au cours des 60 jours précédents.

### Définition d'un cas confirmé

*Culture* de méningocoques à partir d'un site corporel normalement stérile. Il peut s'agir de sang ou de liquide céphalorachidien (LCR) ou, plus rarement, de liquide articulaire, pleural (entourant les poumons) ou péricardique (entourant le cœur), ou encore de liquide provenant des lésions *purpuriques* de l'éruption.

La détection d'ADN par PCR à partir d'un site stérile permet également de confirmer la présence de méningocoques, mais il ne s'agit pas d'une technique très utilisée.

### Définition d'une épidémie

Une épidémie d'infection à méningocoques est définie comme  $\geq 3$  cas confirmés ou probables d'infection à méningocoques du même sérotype en moins de 3 mois dans une même zone géographique, se traduisant par un taux d'attaque supérieur à 10 cas/100 000 habitants au sein de la communauté.

### Nombre de cas nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation : un

#### Description des signes et symptômes

Une fièvre *aiguë* accompagnée de signes/symptômes neurologiques est préoccupante car elle peut être associée à une méningite bactérienne, y compris une infection à méningocoque.

Les maladies invasives à méningocoques s'accompagnent généralement de fièvre, vomissements, céphalées, douleurs musculaires et articulaires et d'une somnolence. Les symptômes peuvent apparaître et progresser rapidement. Les patients peuvent présenter un état de choc. Les nourrissons atteints de méningite présentent souvent des symptômes non spécifiques : fièvre, irritabilité, léthargie, perte d'appétit, vomissements et diarrhée, et la fontanelle peut être bombée. Les signes évocateurs d'une infection à méningocoques sont la confusion, les douleurs aux jambes, la sensibilité

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

à la lumière (photophobie survenant plus de 12 heures après l'apparition des symptômes), les éruptions cutanées (survenant plus de 12 heures après) et les douleurs/raideurs de la nuque (survenant plus de 12 heures après). Les premiers signes d'alerte d'une infection à méningocoques sont des douleurs dans les jambes, et des mains et des pieds froids malgré la fièvre. La survenue du coma et du choc peut être rapide.

Une éruption *pétéchiale* ou *purpurique* est présente chez la plupart des patients atteints d'une infection invasive à méningocoques (pas tous), mais elle survient tardivement (12 à 36 heures après l'apparition des symptômes). Une éruption cutanée qui blanchit à la pression n'exclut pas le méningocoque. Aux premiers stades de la maladie, l'éruption cutanée peut être absente ou prendre une forme différente. Par exemple, elle peut se présenter sous la forme de quelques minuscules taches rouges/violacées situées au niveau de l'aîne ou des pieds.

Le taux de mortalité peut être supérieur à 50 % en l'absence de traitement, et atteint tout de même 5 à 10 % avec l'instauration d'un traitement antibiotique et de soutien rapide et approprié.

### **Cause(s) infectieuse(s)**

Bactérie *Neisseria meningitidis*. Les groupes à l'origine de la maladie sont les groupes A, B, C, W135, X et Y.

### **Sources d'infection (réservoir)**

Humains. Les bactéries méningococciques sont présentes dans le nez et la gorge de personnes asymptomatiques (*porteurs*).

### **Modalités de propagation de la maladie (transmission)**

Gouttelettes respiratoires. La transmission se fait généralement lors de contacts très étroits, comme des contacts avec des membres du foyer ou des baisers.

### **Période d'incubation**

De 3 à 4 jours (généralement entre 2 et 10).

### **Période de contagiosité**

Les patients sont considérés comme contagieux jusqu'à 24 heures le début d'un traitement antibiotique intraveineux adéquat.

Le *portage* du méningocoque est très fréquent ; environ 10 % de la population porte la bactérie dans le nez et la gorge à un moment donné.

### **Prise en charge clinique**

L'infection à méningocoques peut être mortelle et doit toujours être considérée comme une urgence médicale. Elle nécessite une hospitalisation. Si possible, les patients doivent être isolés jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique. Dans le cas contraire, les précautions Gouttelettes doivent être appliquées jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.

### **Échantillons**

Si possible, tous les cas suspects d'infection à méningocoques doivent faire l'objet d'une *hémoculture* avant le début du traitement antibiotique. Les patients présentant des symptômes de méningite doivent subir une ponction lombaire (rachicentèse) au plus tôt afin de prélever du LCR, sous réserve que cette intervention ne leur fasse courir aucun risque. Le LCR doit être mis en *culture* afin de rechercher un méningocoque et d'autres causes bactériennes de méningite. Le traitement antibiotique ne doit pas être retardé dans l'attente de la ponction lombaire.

Des échantillons doivent également être envoyés aux fins de l'identification du sérotype, afin

d'orienter les mesures de lutte à l'échelon communautaire (par ex. s'il s'agit d'un sérotype contre lequel existe un vaccin).

### Traitement

- Des antibiotiques doivent être administrés par voie intraveineuse dès lors que l'on suspecte une infection à méningocoques (si un accès intraveineux ne peut être établi dans les 15 minutes, une administration intramusculaire est alors justifiée).
- Si possible, prélever des hémocultures avant d'administrer les antibiotiques.
- La ceftriaxone par voie intraveineuse/intramusculaire ou le céfotaxime par voie intraveineuse sont les antibiotiques de premier choix (c'est également le cas contre *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae* type b chez les enfants non vaccinés). À défaut, administrer de la pénicilline par voie intraveineuse/intramusculaire.
- Le traitement antibiotique ne doit pas être retardé dans l'attente d'autres examens.

Certains antibiotiques, y compris la pénicilline, n'éliminent pas de manière fiable le portage nasopharyngé de méningocoques, de sorte que des antibiotiques efficaces contre le portage doivent également être utilisés (voir les directives nationales de traitement standard).

Tous les patients, quel que soit leur âge, doivent recevoir immédiatement une dose de benzylpénicilline par voie intraveineuse/intramusculaire avant leur admission à l'hôpital en cas de suspicion d'infection à méningocoque.

- Adultes et enfants âgés de 10 ans ou plus : 1,2 g
- Enfants âgés de 1 à 9 ans : 600 mg
- Enfants de moins d'un an : 300 mg

## PROCÉDURE D'INTERVENTION

### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD et GOUTTELETTES (voir annexe 6).

Les précautions Gouttelettes doivent être appliquées strictement pendant au moins 24 heures après le début du traitement intraveineux par antibiotiques.

### Déclaration

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche national de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler tout cas correspondant à la définition.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

### Investigation

L'étude des cas isolés d'infection à méningocoques doit commencer immédiatement afin de détecter d'éventuels autres cas et prendre en charge les contacts (voir ci-dessous).

### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

Il convient de collecter des informations sur :

- l'âge, le sexe et le lieu de résidence du-de la patient-e ;
- les détails cliniques, notamment la date des premiers symptômes ;
- les résultats des analyses de laboratoire ;

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

- les contacts étroits ; et
- la fréquentation éventuelle d'une école ou d'un autre établissement collectif.

### Gestion des contacts

- En cas d'infection invasive à méningocoques, les autres membres du foyer sont des *contacts* à risque. Le risque est maximal au cours de la première semaine suivant la détection du cas, et diminue rapidement par la suite.
- La recherche des contacts vise à recenser les personnes en contact étroit avec le cas en vue de leur administrer une antibiothérapie préventive. Toutes les personnes ayant été en contact étroit avec le cas durant les 7 jours précédant l'apparition de ses symptômes, par exemple les membres de la famille, les enfants et le personnel des centres d'accueil, les enfants ayant été présents dans la même pièce, les pensionnaires des internats et les partenaires intimes (baisers), doivent être recensées et informées des signes et symptômes de l'infection à méningocoques. Autres contacts étroits : passagers assis à proximité immédiate du cas lors d'un voyage longue distance (durée > 8 heures) en avion, en train, en bus ou dans un autre véhicule.
- Il convient de recommander aux contacts de consulter un médecin si des symptômes apparaissent.
- La rifampicine (un antibiotique) peut être administrée à toutes les personnes qui ont été en contact étroit avec le cas dans les 7 jours suivant l'apparition de la maladie, afin d'éliminer les bactéries présentes dans le nez et la gorge.
- La rifampicine ne traitera pas l'infection chez une personne développant peut-être déjà la maladie. Il s'agit de mettre fin au *portage* et d'empêcher une éventuelle propagation de la bactérie. Si un contact qui a reçu un antibiotique contre le portage, comme la rifampicine, développe des symptômes de méningite ou de *septicémie*, il est considéré comme un cas, et aura tout de même besoin d'antibiotiques par voie intraveineuse.
- La rifampicine ne doit pas être administrée pendant la grossesse. Il convient de la remplacer par de la ceftriaxone 250 mg (âge > 12 ans) administrée par voie intramusculaire en une seule dose.
- Surveiller la survenue de *cas secondaires* chez les contacts étroits pendant une durée de 48 heures en les contactant quotidiennement pour leur demander s'ils présentent des symptômes.

### Prévention

- Il convient d'éviter une surpopulation d'élèves et d'étudiants dans les écoles, les internats et les établissements d'enseignement supérieur.
- Le vaccin antiméningococcique est disponible dans certains pays à titre préventif et pour lutter contre les épidémies de certains sérogroupes de méningocoques.

### Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)

- Méningite à *Streptococcus pneumoniae*
- Méningite à *Haemophilus influenzae* b (lorsque les taux de vaccination sont faibles)
- Méningite virale (« méningite aseptique ») – causée par une diversité de virus
- Méningite fongique
- Méningite à *Mycobacterium tuberculosis*
- Certains médicaments et toxines

### Ressources supplémentaires

Invasive Meningococcal Disease CDNA National Guidelines for Public Health Units (Australia)  
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cdna-song-IMD.htm>

[Meningococcal disease: guidance on public health management - GOV.UK \(www.gov.uk\)](http://www.gov.uk)



## Coqueluche

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition d'un cas suspect

Toux persistant au moins 2 semaines, associée à au moins un des symptômes suivants :

- quintes de toux, OU
- « chant du coq » au moment de l'inspiration, OU
- vomissements après les quintes de toux.

### Définition d'un cas confirmé

Culture de la bactérie *Bordetella pertussis* à partir d'un échantillon clinique ; OU PCR positif pour la coqueluche ; OU toux chez une personne liée par un moment, une personne ou un lieu à un cas confirmé en laboratoire.

**Nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une investigation :** deux

### Description des signes et symptômes

Aux premiers stades de la maladie, le·la patient·e présente une légère toux irritante qui évolue progressivement vers des quintes de toux caractéristiques, généralement en une à deux semaines. Ces accès de toux durent un à deux mois, voire plus longtemps. Les quintes de toux se caractérisent par une toux violente et répétée ; chaque quinte est composée de secousses expiratoires en série sans inspiration et peut être suivie d'un cornage (bruit inspiratoire grave) classique ou d'une inspiration sifflante (« chant du coq »). Les quintes de toux sont souvent suivies de vomissements. Il arrive fréquemment que le « chant du coq » ou les accès de toux caractéristiques ne soient pas présents chez les nourrissons de moins de 6 mois, les enfants vaccinés, les adolescents et les adultes. Le dernier stade est un stade de récupération.

Le nombre de décès dans les populations vaccinées est faible. La plupart des décès surviennent chez les nourrissons de moins de 6 mois, souvent trop jeunes pour avoir terminé la primovaccination. Dans les populations non vaccinées, en particulier celles atteintes de malnutrition et d'infections gastro-intestinales et respiratoires à répétition, la coqueluche fait partie des maladies les plus mortelles pour les nourrissons et les jeunes enfants. Les *complications* possibles sont les suivantes : pneumonie, collapsus pulmonaire, spasmes, œdème cérébral, perte de poids, hernies et décès ; la pneumonie est la cause la plus fréquente de décès.

Les cas survenant chez des personnes vaccinées mettent en évidence une baisse de *l'immunité* conférée par les vaccinations précédentes.

### Cause(s) infectieuse(s)

Bactérie *Bordetella pertussis*.

### Sources d'infection (réservoir)

Humains uniquement.

### Modalités de propagation de la maladie (transmission)

La transmission se fait par les gouttelettes respiratoires d'une personne infectée. La coqueluche est très contagieuse : la quasi-totalité des *contacts* non vaccinés peuvent être infectés.

### Période d'incubation

9 à 10 jours en moyenne ; entre 6 et 20 jours.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Période de contagiosité

Forte contagiosité aux premiers stades de la toux et au début de la phase de quintes (2 premières semaines). La contagiosité diminue progressivement et disparaît en 3 semaines environ, même si la toux est encore présente. Lorsqu'ils suivent un traitement antibiotique adapté, les patients ne sont plus contagieux au bout de 5 jours.

### Prise en charge clinique

Un antibiotique macrolide administré pendant 5 à 7 jours raccourcit la durée de contagiosité et peut réduire la gravité des symptômes s'il est administré à un stade très précoce. La clarithromycine et l'azithromycine, si disponibles, sont mieux tolérées que l'érythromycine.

### PROCÉDURE D'INTERVENTION

#### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD plus GOUTTELETTES (voir annexe 6)

#### Déclaration

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler une suspicion de foyer épidémique.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

#### Investigation

Il convient d'étudier les foyers épidémiques avant d'établir un diagnostic. En présence d'un cas isolé, il convient de donner la priorité à l'établissement d'un diagnostic et à la recherche d'autres cas. La prise en charge des *contacts* nécessite d'obtenir des informations sur les antécédents de vaccination.

#### Échantillons

Il convient de réaliser des prélèvements à l'arrière du nez ou de la gorge (*nasopharynx*) aux premiers stades de la toux et au début de la phase de quintes, et de les placer en milieu Cary-Blair pour envoi à un *laboratoire de référence* aux fins d'une *culture* ou d'un test PCR.

Il est possible de prélever deux échantillons de sang aux fins d'un diagnostic sérologique – un pendant la maladie et un pendant la convalescence – mais ils ne conviennent pas aussi bien que les échantillons respiratoires.

#### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

Pendant les trois premières semaines de toux, les patients coquelucheux peuvent transmettre la maladie à d'autres personnes. Ils ne sont plus contagieux après 5 jours de traitement antibiotique. Ils doivent prendre les antibiotiques pendant au moins 7 jours, même s'ils se sentent mieux. Les cas suspects de coqueluche qui ne prennent pas d'antibiotiques doivent se tenir à distance des autres personnes pendant 3 semaines à compter de l'apparition de la toux, ou jusqu'à ce qu'elle cesse. Il est extrêmement important qu'ils se tiennent à l'écart des nourrissons qui ne sont pas complètement vaccinés contre la maladie.

#### Gestion des contacts

L'administration d'une *prophylaxie* post-exposition aux *contacts* familiaux asymptomatiques dans les 21 jours suivant l'apparition de la toux chez le *cas index* peut prévenir une infection symptomatique. L'instauration d'un traitement de 5 à 7 jours par érythromycine, clarithromycine ou azithromycine doit être envisagée chez les contacts étroits asymptomatiques. L'instauration de ce traitement est particulièrement importante dans les foyers comptant un enfant de moins d'un an ou une femme enceinte dans les 3 dernières semaines de grossesse (pour éviter une infection du nouveau-né).

## Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

Les enfants vivant au même domicile que le cas sont susceptibles d'être exclus des écoles, des garderies et des rassemblements publics pendant 21 jours après la dernière exposition s'ils ne sont pas complètement vaccinés. Il n'est plus nécessaire d'*exclure* les cas et les contacts qui ont suivi un traitement antibiotique adéquat pendant 5 jours (ce traitement devant durer au minimum 7 jours). Tous les contacts doivent vérifier et mettre à jour leur statut vaccinal (à noter que cela ne les empêchera pas de contracter la maladie si une épidémie est déjà en cours).

#### **Prévention**

La vaccination est le principal moyen de lutter contre la coqueluche. En situation épidémique, il est possible de réduire le délai entre les doses chez les personnes qui ne sont pas complètement vaccinées et qui n'ont pas encore été exposées. Demander conseil auprès de l'OMS, de la CPS ou des CDC.

#### **Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

- pneumonie bactérienne (en particulier *Mycoplasma*)
- virus respiratoire syncytial (VRS)
- autres causes infectieuses d'une maladie respiratoire des voies supérieures

#### **Ressources supplémentaires**

CDC. 2005. Recommended Antimicrobial Agents for the Treatment and Postexposure Prophylaxis of Pertussis

<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5414.pdf>

## Rubéole

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition d'un cas suspect

1. Toute personne présentant de la fièvre, **ainsi qu'une éruption maculopapuleuse (non vésiculeuse)** et des douleurs ou un œdème articulaires, une *lymphadénopathie* ou une *conjonctivite* (yeux rouges)\*.

### OU

2. Toute personne chez laquelle un-e clinicien-ne soupçonne une infection par la rubéole.

\* Si une personne présente de la fièvre, une éruption maculopapuleuse (non vésiculeuse) et une *conjonctivite*, elle correspond également à la définition de cas de la rougeole ; dans ce cas, il convient d'écarter d'urgence le diagnostic de rougeole (au moyen de tests de laboratoire par exemple) avant qu'un diagnostic de rubéole puisse être établi.

### Définition d'un cas confirmé

*Culture* du virus de la rubéole à partir d'un échantillon clinique ; OU test PCR positif à la rubéole ; OU augmentation significative des anticorps IgG contre la rubéole dans des *sérums appariés* ; OU *test sérologique* positif pour les *IgM* contre la rubéole.

### Nombre de cas nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation : un

### Description des signes et symptômes

Le tableau clinique habituel de la rubéole est une fièvre légère accompagnée d'une éruption maculopapuleuse (non vésiculeuse) sur tout le corps. Les enfants présentent généralement peu ou pas d'autres symptômes, mais les adolescents et les adultes peuvent présenter des symptômes précoces : fièvre de faible intensité, céphalées, sensation de malaise, écoulement nasal léger et *conjonctivite* (yeux rouges). Une augmentation de volume des ganglions lymphatiques est fréquente et survient 5 à 10 jours avant l'éruption.

Une maladie appelée « syndrome de rubéole congénitale » se manifeste chez la quasi-totalité des enfants nés de mères non vaccinées qui ont contracté la rubéole pendant leur grossesse.

### Cause(s) infectieuse(s)

Virus de la rubéole.

### Sources d'infection (réservoir)

Humains.

### Modalités de propagation de la maladie (transmission)

Contact avec le mucus du nez ou de la gorge. Propagation de gouttelettes.

### Période d'incubation

Généralement entre 14 à 17 jours, peut s'étendre jusqu'à 21 jours.

### Période de contagiosité

Environ 1 semaine avant et au moins 4 jours après l'apparition de l'éruption. La rubéole est une maladie extrêmement contagieuse.

### Prise en charge clinique

Un-e patient-e doit être considéré-e comme extrêmement contagieux-se jusqu'à quatre jours après

l'apparition de l'éruption cutanée, et doit être placé-e en isolement. Tout enfant hospitalisé présentant une fièvre et une éruption cutanée doit être isolé à l'admission. Administrer du paracétamol plutôt que de l'aspirine aux patients âgés de moins de 18 ans en cas de fièvre.

### **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

#### **Lutte anti-infectieuse**

Précautions STANDARD et GOUTTELETTES (voir annexe 6).

#### **Déclaration**

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect.
- Veiller à informer le-la coordinateur-riche du système de surveillance active en milieu hospitalier.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas suspects.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

#### **Investigation**

La recherche active d'autres cas doit se poursuivre pendant au moins 2 périodes d'incubation.

#### **Échantillons**

En présence de cas suspects, il convient de prélever du sang et de rechercher les anticorps de la rubéole (après exclusion de la rougeole).

#### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Se rapporter au dossier d'information sur le système océanien de surveillance active en milieu hospitalier et à la fiche d'étude de cas de la fièvre éruptive.

- Les premiers cas doivent faire l'objet d'analyses de laboratoire.
- Demander aux hôpitaux et aux centres de santé de signaler rapidement les nouveaux cas.
- En situation épidémique, seuls les 5 premiers cas de fièvre et d'éruption nécessitent généralement l'envoi d'échantillons. Consulter l'OMS, la CPS ou les CDC.
- Les cas ne doivent pas fréquenter d'établissements collectifs (école/crèche/garderie/entreprise) entre l'apparition des symptômes et jusqu'à 7 jours après l'apparition de l'éruption, et doivent rester à la maison (sauf s'ils sont placés en isolement à l'hôpital). Ils doivent éviter tout contact avec des personnes *réceptives*, en particulier les femmes enceintes.

#### **Gestion des contacts**

- Toute personne qui s'est trouvée dans la même pièce que le cas est considérée comme un contact. Les *contacts* non vaccinés doivent l'être.
- *Exclure* les contacts non vaccinés de l'école ou des autres établissements collectifs.
- Demander aux contacts d'être attentifs aux signes et aux symptômes de la fièvre éruptive, et conseiller aux personnes qui présentent des symptômes de téléphoner, si possible, avant d'aller consulter (afin d'éviter de fréquenter les salles d'attente des centres de santé ou des hôpitaux).
- Une attention particulière doit être portée au dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes qui ont été en contact avec un cas.
- Toute épidémie de rubéole doit être mise à profit pour promouvoir la vaccination de rattrapage des enfants non vaccinés sur l'île touchée.

#### **Prévention**

Une couverture vaccinale élevée dans la communauté permet de prévenir les épidémies de rubéole.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)

- rougeole
- dengue

### Ressources supplémentaires

Rubella in Pregnancy. Société des gynécologues et obstétriciens du Canada.

<http://sogc.org/guidelines/rubella-in-pregnancy/>

Site de l'OMS sur la rubéole.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rubella>

## Infection respiratoire aiguë sévère (IRAS)

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée, en présence d'un foyer épidémique ou en cas de circulation d'un nouveau virus influenza.

### Définition de cas

Infection respiratoire aiguë sévère avec :

- antécédents de fièvre\* ou fièvre mesurée  $\geq 38$  °C ;
- ET toux ;
- ET apparition au cours des 10 derniers jours ;
- ET nécessité d'une hospitalisation.

\*Voir le glossaire pour une définition plus précise de la fièvre

Remarque : la définition de cas de l'IRAS a été modifiée en septembre 2015 conformément aux normes de surveillance de l'OMS.

**Nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation** : deux

### Description des signes et symptômes

En plus de correspondre à la définition de cas, les personnes atteintes d'IRAS peuvent également présenter des maux de gorge, un écoulement nasal, des céphalées, des douleurs musculaires, des étournelements, des douleurs thoraciques et une pleurésie (douleur thoracique lors de l'inhalation).

### Cause(s) infectieuse(s)

- virus influenza
- virus respiratoire syncytial (VRS)
- pneumocoque (pneumonie à streptocoques) et autres causes de pneumonie bactérienne
- coronavirus associés au SRAS

### Sources d'infection (*réservoir*)

- Humains, animaux et oiseaux (grippe)
- Plusieurs animaux suspects (SRAS)

### Modalités de propagation de la maladie (*transmission*)

Transmission de personne à personne principalement. Plus rarement de mammifères, comme les porcs, et d'oiseaux à l'être humain.

### Période d'incubation

Les agents pathogènes les plus fréquemment en cause dans l'infection respiratoire aiguë sévère ont une *période d'incubation* comprise entre 1 et 3 jours, voire plus en fonction de la cause.

### Période de contagiosité

Cette variable dépend de la cause de l'infection.

### Prise en charge clinique

Les cas suspects de pneumonie doivent être traités avec des antibiotiques conformément aux protocoles de traitement locaux. Isoler les cas des autres patients si possible.

## **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

### **Lutte anti-infectieuse**

Précautions STANDARD plus GOUTTELETTES (voir annexe 6).

### **Déclaration**

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un foyer épidémique.
- Contacter immédiatement une autorité de santé animale si la maladie est liée à l'exposition à des animaux malades.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- La grippe humaine causée par un nouveau sous-type de virus doit obligatoirement être déclarée à l'OMS en vertu du RSI de 2005 (voir annexe 5).

### **Investigation**

Il est recommandé d'enquêter sur les groupes de cas graves. L'OMS formulera également des recommandations spécifiques concernant l'investigation des flambées épidémiques en cas d'infection par une nouvelle souche de virus influenza en circulation. Demander conseil à l'OMS.

### **Échantillons**

Des prélèvements doivent être effectués à l'arrière du nez ou de la gorge (prélèvements *nasopharyngés*) et analysés à la recherche du virus de la grippe (et du VRS, le cas échéant) au moyen de diverses méthodes, comme la *microscopie de fluorescence*, la *réaction en chaîne par polymérase (PCR)* et la *culture virale*. Si les prélèvements doivent être envoyés à un *laboratoire de référence*, ils doivent être placés dans de l'éthanol à 95-100 % avant expédition ; si de la glace sèche est disponible, ils peuvent être placés dans un *milieu de transport viral (VTM)*, congelés immédiatement dans la glace sèche et expédiés.

Des tests rapides permettant de rechercher divers virus de la grippe sont également disponibles, mais ils ne sont pas forcément très fiables. Tous les cas de pneumonie doivent faire l'objet de prélèvements d'expectorations qui sont ensuite mis en culture – consulter l'OMS, la CPS ou les CDC pour obtenir de l'aide.

### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Les cas doivent être placés en isolement pour éviter de propager la maladie. Ils doivent être sensibilisés à l'hygiène des mains, à l'hygiène respiratoire (ne pas tousser ou éternuer en présence d'autres personnes et éviter les personnes qui toussent ou éternuent) et à la *distanciation sociale*.

### **Gestion des contacts**

Des *cas secondaires* peuvent survenir chez les *contacts* étroits des patients infectés. Il convient de les informer sur la prévention des infections, le lavage des mains et les mesures à prendre en cas de symptômes.

### **Prévention**

- La vaccination est la mesure la plus efficace contre la grippe saisonnière et le pneumocoque.
- Assurer une bonne hygiène des mains.
- Assurer une bonne hygiène respiratoire.
- Se tenir à l'écart des personnes visiblement malades.

### **Autres maladies importantes susceptibles de causer ces symptômes (liste non exhaustive)**

- pneumonie bactérienne (causée par *Streptococcus pneumoniae* par exemple)
- virus influenza



Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

- virus respiratoire syncytial (VRS), surtout chez les très jeunes enfants
- tuberculose
- virus du SRAS
- toxines inhalées

## Tuberculose

Se rapporter aux directives nationales sur la tuberculose en vigueur dans votre pays.

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

### Définition d'un cas suspect

Toux persistant au moins 2 semaines ; OU 2 ou plusieurs des symptômes suivants, en l'absence d'autre diagnostic :

- toux sanglante
- difficulté à respirer
- douleurs thoraciques
- fièvre/frissons
- sueurs nocturnes
- fatigue ou faiblesse extrême
- perte d'appétit
- perte de poids inexplicée

### Définition de cas

Cas confirmé : patient infecté par le bacille *Mycobacterium tuberculosis* identifié à partir d'un échantillon clinique mis en culture ; OU détection de *M. Tuberculosis* par PCR (c'est-à-dire Xpert MTB/RIF).

Cas certain : dans les pays ayant uniquement recours aux frottis d'expectoration, un cas pulmonaire avec un ou plusieurs frottis positifs (c'est-à-dire contenant des bacilles acido-alcoolo-résistants) est également considéré comme un cas certain, à condition qu'un programme d'assurance qualité externe (AQE) fonctionnel soit en vigueur dans le laboratoire.

**Nombre de cas liés nécessaires pour déclencher une investigation** : un

### Description des signes et symptômes

En l'absence de traitement, environ 65 % des patients atteints de tuberculose active meurent dans les cinq ans, la plupart dans les deux ans.

La classification de la tuberculose à des fins de traitement se fonde principalement sur la présence de bactéries dans les expectorations. Si le frottis d'expectoration est positif, le-la patient-e est extrêmement contagieux-se.

Une fatigue, une fièvre, des sueurs nocturnes et une perte de poids peuvent survenir aux premiers stades de la maladie, ou plus tard. Aux stades avancés, les symptômes sont les suivants : toux, douleurs thoraciques, expectorations sanglantes et enrouement. Les radiographies thoraciques mettent en évidence des manifestations pulmonaires typiques.

La tuberculose pulmonaire est plus fréquente (70 %) que les formes atteignant d'autres parties du corps (30 %). Les enfants et les personnes immunodéprimées, comme les personnes infectées par le VIH, présentent un risque plus élevé de tuberculose extrapulmonaire, mais la forme pulmonaire reste la plus courante à travers le monde. La tuberculose peut toucher n'importe quel organe ou tissu.

### Cause(s) infectieuse(s)

Complexe *Mycobacterium tuberculosis* (comprend *Mycobacterium tuberculosis* et *Mycobacterium bovis*).

### Sources d'infection (réservoir)

Les humains sont la principale source d'infection par *M. tuberculosis*.

D'autres animaux, en particulier les bovins, sont parfois responsables de la tuberculose humaine. Il s'agit généralement d'infections à *Mycobacterium bovis*. Les cas sont rares dans le Pacifique.

### Modalités de propagation de la maladie (transmission)

La *transmission* se fait PAR VOIE AÉRIENNE par l'intermédiaire de gouttelettes, généralement propagées par la toux, le chant ou les éternuements d'un-e patient-e dont les poumons ou la gorge sont infectés. Les patients présentant un frottis positif, une tuberculose pulmonaire cavitaire et une tuberculose laryngée sont les plus contagieux.

*M. bovis* peut également être transmis par l'ingestion de lait cru, bien que cela soit rare dans le Pacifique.

### Période d'incubation

Deux semaines seulement, mais la tuberculose devient généralement *latente* et peut émerger à n'importe quel moment plus tard au cours de la vie (5 % de risque au cours des 2 premières années, 5 % de risque à vie par la suite).

### Période de contagiosité

La contagiosité est permanente en l'absence de traitement.

- Dans le cadre de l'investigation épidémiologique, on considère généralement que la *période de contagiosité* commence 3 mois avant l'apparition des premiers symptômes, d'un frottis d'expectoration positif ou de signes de tuberculose à la radiographie pulmonaire. Si le-la patient-e est asymptomatique et présente un frottis d'expectoration négatif et une radiographie thoracique normale, la période de contagiosité commence 1 mois avant le diagnostic.
- Elle prend généralement fin après 2 semaines de traitement adapté ET après que les symptômes du-de la patient-e ont commencé à disparaître. Il convient toutefois de noter qu'elle peut durer un peu plus de 2 semaines, en fonction de la charge bactérienne au moment du diagnostic initial.

Les enfants tuberculeux âgés de moins de 5 ans ne sont généralement pas considérés comme contagieux. Une tuberculose se manifestant ailleurs que dans les poumons ou la gorge n'est généralement pas considérée comme contagieuse.

### Prise en charge clinique

Le traitement de la tuberculose consiste en une combinaison d'antibiotiques administrés pendant 6 mois (parfois plus) selon un schéma standardisé. Le traitement de la tuberculose prend généralement la forme d'un traitement sous surveillance directe : un-e agent-e de santé ou une autre personne qualifiée observe le-la patient-e tuberculeux-se au moment de la prise de ses médicaments.

En cas de suspicion de tuberculose multirésistante (TB-MR), il est souvent préférable d'attendre le prélèvement d'un échantillon d'expectoration approprié avant de commencer le traitement médicamenteux, le choix du traitement étant guidé par les résultats de l'antibiogramme. Toutefois, si le-la patient-e est très malade, un *traitement empirique* peut être administré en attendant les résultats de la *culture* et de l'antibiogramme. Il convient également de demander au *laboratoire de référence* de pratiquer un test moléculaire rapide.

Il est probable que la tuberculose MR soit sous-déclarée dans les pays océaniques en raison de la capacité limitée de certains d'entre eux à réaliser des cultures et des antibiogrammes. La résistance aux antibiotiques doit être prise en charge en consultation avec des spécialistes de la gestion de cas cliniques de tuberculose.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

Dans certaines régions, la co-infection VIH/TB complique encore la prise en charge de la TB. Demander l'avis d'un spécialiste.

### **PROCÉDURE D'INTERVENTION**

#### **Lutte anti-infectieuse**

Des précautions AIR (voir annexe 6) doivent immédiatement être mises en œuvre en cas de suspicion de tuberculose (NE PAS ATTENDRE UN FROTTIS D'EXPECTORATION POSITIF !) Un·e patient·e peut sortir d'isolement après 2 à 3 semaines de traitement sous surveillance directe et l'atténuation de ses symptômes.

Les expectorations doivent être recueillies dans un récipient jetable pouvant être fermé hermétiquement à l'aide d'un couvercle. Les récipients doivent être correctement fermés, en veillant à ne pas contaminer leur surface extérieure, et expédiés immédiatement au laboratoire dans un sachet fermé.

Voir également « Prise en charge des cas à des fins de santé publique ».

#### **Déclaration**

- Déclarer le cas au·à la responsable du programme national de lutte contre la tuberculose dans les 48 heures suivant le diagnostic.
- Contacter le·la Directeur·rice de la santé publique (ou une autorité équivalente) dans un délai de 24 heures pour signaler un cas suspect de tuberculose multirésistante.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas si un foyer épidémique est suspecté.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

#### **Investigation**

Si les ressources le permettent, une recherche des *contacts* peut être mise en œuvre après chaque diagnostic de tuberculose par frottis d'expectoration positif. Il est important de rechercher d'autres cas parmi les contacts et d'évaluer qui est susceptible de présenter une tuberculose active ou une infection tuberculeuse *latente*. En outre, lorsque la tuberculose est diagnostiquée chez un enfant – en particulier un enfant de moins de 5 ans – il est probable qu'il ait été infecté par un contact étroit. Une investigation doit donc être menée pour détecter le cas source. Il est essentiel de détecter et de traiter les nouvelles infections à un stade précoce afin d'éviter d'autres cas. C'est particulièrement important pour les formes résistantes aux médicaments.

#### **Échantillons**

La principale méthode de diagnostic de la tuberculose est l'examen microscopique des frottis d'expectoration. Les patients doivent apprendre à fournir un échantillon adapté (il convient par exemple de leur apprendre à inspirer profondément 2 ou 3 fois, à tousser pour faire remonter une expectoration du plus profond des poumons, et à cracher dans le récipient de recueil, au lieu de se contenter de salive). L'expectoration peut être colorée localement par la méthode de Ziehl-Neelsen (coloration acido-alcoolo-résistante). Souvent, les enfants de moins de 5 ans ne parviennent pas à produire suffisamment d'expectorations, une aspiration bronchique peut donc être nécessaire.

Les protocoles varient d'un pays à l'autre quant à la nécessité de prélever systématiquement un échantillon à des fins de *culture* en présence de cas suspects. Se référer aux directives nationales.

Il est recommandé d'envoyer un échantillon à un *laboratoire de référence* pour culture et antibiogramme dans les cas suivants, au minimum :

- Au début du traitement
  - Ensemble des patients déjà traités pour une tuberculose
  - Contacts proches symptomatiques d'un cas confirmé de TB-MR

## Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

- Personnes développant une tuberculose après une exposition avérée à un·e patient·e atteint·e de tuberculose multirésistante documentée
- Tous les nouveaux cas de TB dans les pays où le taux de TB-MR est >3 % parmi les nouveaux cas
- Patients séropositifs présentant une tuberculose active
- Pendant le traitement
  - Nouveaux patients tuberculeux et patients précédemment traités dont les frottis d'expectoration sont toujours positifs à trois mois (c'est-à-dire nouveaux patients tuberculeux dont la phase intensive du traitement a été prolongée d'un mois, et à la fin de la phase intensive pour les patients précédemment traités pour une tuberculose).
  - Nouveaux patients tuberculeux et patients déjà traités présentant un frottis d'expectoration positif à 5 mois ou plus tard (c'est-à-dire considérés en échec thérapeutique).

La tuberculose extrapulmonaire nécessite des techniques de prélèvement avancées – demander l'avis d'un spécialiste.

#### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

En cas d'admission d'un cas suspect, il doit être isolé dans une chambre individuelle, de préférence dans une chambre à pression négative si c'est possible. À défaut de chambre à pression négative, le-la patient·e doit être placé·e dans une chambre individuelle fenêtres ouvertes.

Il convient d'appliquer les précautions AIR. Tous les agents de santé et visiteurs pénétrant dans la chambre doivent porter un masque P2 ou N95, et être formés aux tests d'ajustement. Les patients contagieux doivent porter un masque chirurgical lorsqu'ils quittent leur chambre pour se promener dans l'enceinte de l'hôpital, ou pendant leur transport.

Il est conseillé aux enfants et aux bébés de ne pas rendre visite aux cas contagieux.

Les personnes atteintes de tuberculose infectieuse doivent être tenues à l'écart des personnes immunodéprimées jusqu'à ce qu'elles ne soient plus contagieuses. Il est préférable que les membres du personnel immunodéprimés (par ex. diabétiques, séropositifs) évitent les services accueillant des cas de tuberculose infectieuse.

Les cas de tuberculose non respiratoire, ou les cas traités dont les frottis d'expectoration sont négatifs ne sont soumis à aucune restriction de déplacements.

Une fois diagnostiqué, tout cas doit être signalé au programme national de lutte contre la tuberculose et enregistré dans le registre national de la tuberculose.

Un traitement efficace de la tuberculose repose sur l'administration d'un régime médicamenteux standardisé de qualité garantie dans le cadre d'un traitement sous surveillance directe. Cela signifie que tous les cas sont observés physiquement au moment de la prise quotidienne (par voie orale, injection) de leurs médicaments antituberculeux. Ce dispositif est important dans tous les cas, mais plus particulièrement pour les patients tuberculeux en retraitement et ceux présentant une tuberculose multi-résistante.

Pour plus d'informations sur la prise en charge des cas de tuberculose, consulter la rubrique « Ressources supplémentaires » à la fin de cette section.

#### Gestion des contacts

Plus le contact est étroit et plus la durée d'exposition est longue, plus le risque d'être infecté par *M. tuberculosis* est élevé. Les *contacts* étroits sont des personnes qui partagent le même espace au sein d'un foyer ou évoluent dans un environnement restreint pendant une période prolongée (plusieurs jours ou semaines, pas plusieurs minutes ou heures) avec une personne atteinte de tuberculose pulmonaire ou pharyngée.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

Outre les contacts étroits, les personnes suivantes présentent également un risque plus élevé d'exposition à l'infection et de maladie. Les personnes citées ci-dessous, qui sont également des contacts étroits, doivent être prioritaires.

- personnes présentant des signes et symptômes de tuberculose
- agents de santé
- enfants de moins de 5 ans
- personnes de plus de 50 ans
- maladies affaiblissant le système immunitaire
  - SIDA
  - diabète
  - médicaments affaiblissant le système immunitaire (par exemple stéroïdes)
  - certains cancers

Tous les contacts étroits d'un cas de tuberculose infectieuse qui ont été exposés au cours de la période de contagiosité (voir ci-dessus) doivent se soumettre à un dépistage. Il convient notamment de leur demander s'ils présentent des symptômes de tuberculose et s'ils ont été vaccinés contre cette maladie. Les personnes symptomatiques doivent se soumettre à un dépistage complet de la tuberculose, notamment un examen microscopique des frottis d'expectoration, un test cutané à la tuberculine (si disponible et indiqué par les directives nationales sur la tuberculose), un examen physique et une radiographie pulmonaire. Les patients asymptomatiques doivent subir des tests cutanés pour rechercher la maladie. Tous les tests cutanés doivent être renouvelés 8 à 12 semaines après le test initial.

Se rapporter aux directives nationales sur la recherche de contacts de cas de tuberculose ou à :

CPS. Directives sur la recherche de contacts de cas de tuberculose dans les États et Territoires insulaires océaniques. 2010 : <https://purl.org/spc/digilib/doc/rnqjd>

En cas de présomption de tuberculose, les contacts doivent être rapidement adressés aux autorités de santé publique pour investigation.

Tous les contacts atteints d'une infection tuberculeuse *latente* (ITL ; test cutané positif en l'absence de maladie active) doivent recevoir si possible un traitement préventif par isoniazide (TPI). Les cas de tuberculose latente les plus à risque de développer une tuberculose-maladie doivent être prioritaires :

- réinfection au cours des 2 dernières années (c'est-à-dire un test cutané négatif devenu positif)
- enfants de moins de 5 ans
- personnes de plus de 50 ans
- personnes immunodéprimées (par ex. infection au VIH)

### Prévention

Le principal moyen de prévention de la tuberculose est la détection correcte des cas et de leurs contacts, suivie de l'instauration d'un traitement approprié et complet afin de maîtriser l'infection. D'autres mesures sociétales, comme une réduction du surpeuplement, une meilleure alimentation, etc., permettent également de réduire considérablement les taux de *transmission* de la tuberculose.

Il existe un vaccin contre la tuberculose, appelé Bacille de Calmette-Guérin (BCG). Son utilisation vise principalement à prévenir les formes plus graves de tuberculose (par ex. méningite) chez les enfants. Il ne joue aucun rôle dans la lutte contre les épidémies de tuberculose.

### Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)

- pneumonie bactérienne
- abcès pulmonaire
- cancers (surtout pulmonaires, lymphomes)

## Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

- sarcoïdose
- histoplasmosse
- nombreuses autres causes infectieuses et non infectieuses

#### Ressources supplémentaires

OMS. 2012. Treatment of Tuberculosis: Guidelines: fourth edition

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf)

OMS. Principes directeurs à l'intention des programmes antituberculeux pour la prise en charge des tuberculoses pharmacorésistantes

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44125/9789242547580\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44125/9789242547580_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

CDC. 2005. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings

<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5417.pdf>.

et FAQ :

<http://www.cdc.gov/tb/publications/guidelines/AdditionalFAQs.pdf>.

CDC. Guidelines for the Investigation of Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis

<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5415.pdf>.

(voir également les errata associés : <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm5450.pdf>)

CPS. 2010. Framework to address multidrug-resistant tuberculosis in Pacific Island countries and territories : <https://purl.org/spc/digilib/doc/28ku2>

NSW Health. Principles of Fit Checking - How to don and fit check P2 or N95 Masks

[http://www0.health.nsw.gov.au/resources/quality/hai/pdf/tool\\_protective2\\_presentation.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/resources/quality/hai/pdf/tool_protective2_presentation.pdf)

## Fièvre typhoïde

Il s'agit d'une maladie grave. Elle peut entraîner la mort dans 20 % des cas en l'absence de traitement antibiotique. Les antibiotiques comme la ciprofloxacine sont très efficaces et sauvent généralement la vie du-de la patient-e s'ils sont administrés suffisamment tôt.

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Urgence

### Définition d'un cas suspect

Fièvre persistant 3 jours ou plus, plus un ou plusieurs des symptômes suivants : sensation de malaise, céphalées sévères, toux sèche, perte d'appétit, douleurs abdominales, constipation, diarrhée ou taches roses sur le thorax.

### Définition d'un cas confirmé

Isolement de la bactérie *Salmonella typhi* dans le sang, les selles ou d'autres échantillons cliniques. Les preuves sérologiques (anticorps) ne sont pas suffisantes pour confirmer le diagnostic.

**Nombre de cas nécessaires pour déclencher une déclaration et une investigation :** un

### Description des signes et symptômes

La fièvre typhoïde peut varier d'une forme légère, qui s'accompagne d'une fièvre de faible intensité et d'une sensation de malaise, à une forme grave, associée à une fièvre persistante, une diarrhée ou une constipation, une anorexie et des céphalées sévères.

La fièvre typhoïde est très difficile à diagnostiquer. La maladie peut se manifester très différemment d'un-e patient-e à l'autre. Le symptôme qui revient le plus fréquemment est une forte fièvre persistante.

Il est donc très important de confirmer la maladie par des analyses de laboratoire (hémo- ou coproculture). Malheureusement, les hémo- et les coprocultures ne sont pas parfaitement fiables et sont positives dans moins de la moitié des cas de fièvre typhoïde.

### Cause(s) infectieuse(s)

*Salmonella typhi*

*Salmonella paratyphi* entraîne une pathologie similaire (bien que souvent plus bénigne), la fièvre paratyphoïde.

### Sources d'infection (réservoir)

L'être humain est le seul réservoir de *Salmonella typhi*. Les personnes peuvent être *porteuses* pendant des années, ce qui signifie qu'elles sont contagieuses mais asymptomatiques.

### Modalités de propagation de la maladie (transmission)

La maladie est transmise par des aliments et de l'eau contaminés par les matières fécales des patients et des *porteurs*. Les épidémies peuvent être provoquées par des fruits de mer, des légumes ou fruits crus ou du lait contaminés. Les personnes qui manipulent des aliments et sont *porteuses* de la typhoïde représentent un risque majeur. Les mouches peuvent également contaminer les aliments avec des bactéries provenant des matières fécales.

### Période d'incubation

De 3 à 60 jours, généralement entre 8 et 14.

### Période de contagiosité

Les selles du-de la patient-e sont infectieuses dès lors que la personne présente des symptômes.



Jusqu'à 5 % des personnes infectées deviennent des *porteurs* sains chroniques.

### Prise en charge clinique

Tous les cas suspects de typhoïde doivent être hospitalisés. Il convient de vérifier si le-la patient-e est déshydraté-e et de procéder à un remplacement liquidien suffisant par voie orale ou intraveineuse afin de compenser la déshydratation. Il convient d'administrer du paracétamol contre la fièvre aux patients âgés de moins de 18 ans. Tous les patients ont besoin d'antibiotiques ; le choix de l'antibiotique dépend des schémas locaux de résistance aux antibiotiques. La ciprofloxacine, si elle est disponible, est un bon choix, car elle agit rapidement et est administrée moins longtemps que les autres antibiotiques. Il peut être nécessaire de modifier le traitement antibiotique à l'issue d'un antibiogramme.

### PROCÉDURE D'INTERVENTION

#### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD ; si le-la patient-e porte des couches ou est incontinent-e, appliquer également les précautions CONTACT (voir annexe 6).

#### Déclaration

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect.
- En présence de 2 cas ou plus, commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire.

#### Investigation

La mise en évidence d'une source commune à un certain nombre de cas de fièvre typhoïde doit déclencher une investigation environnementale. Les cas isolés peuvent nécessiter la recherche d'un *porteur* chronique parmi les *contacts* étroits, si les ressources le permettent.

En cas de flambée ponctuelle d'origine alimentaire ou hydrique :

- lancer une recherche des cas et mener une investigation pour déterminer l'ampleur de l'exposition ;
- dépister les personnes qui manipulent des aliments ;
- retirer et tester les aliments/l'eau suspects ;
- rechercher les sources environnementales possibles, comme un débordement des eaux usées.

#### Échantillons

Des hémocultures et coprocultures sont nécessaires pour confirmer le diagnostic. Chez une personne souffrante, une hémoculture est préférable, car elle est susceptible de donner un résultat positif plus rapidement qu'une coproculture.

Si l'on soupçonne un *contact* d'être *porteur* chronique, le prélèvement d'un échantillon de selles ou d'écouillons rectaux convient si les ressources le permettent.

Les échantillons de selles doivent être traités de préférence dans les deux heures suivant leur prélèvement. En cas de retard, les échantillons doivent être conservés au réfrigérateur à une température de 4 °C ou dans une glacière avec des pains de glace, et doivent être transportés au laboratoire dans une glacière. La coproculture peut améliorer le taux de positivité des cultures de 5 % en cas de fièvre typhoïde aiguë. S'il n'est pas possible d'obtenir un échantillon de selles, on peut recourir à des écouillons rectaux placés en milieu de transport Cary-Blair, mais ils sont moins fiables.

## Section 3 : Directives de prise en charge d'autres syndromes à potentiel épidémique et maladies spécifiques

### Prise en charge des cas à des fins de santé publique

- Il convient d'interroger les cas afin de mettre en évidence d'éventuels liens avec des aliments spécifiques, l'eau consommée, et d'autres sources possibles d'infection – par exemple un restaurant ou une école. La mise en évidence d'une source doit déclencher une investigation environnementale.
- Organiser la collecte d'échantillons de selles afin de s'assurer que les antibiotiques ont éliminé les bactéries. Trois échantillons de selles doivent être prélevés à plus de 24 heures d'intervalle, au moins un mois après l'apparition des symptômes et au moins 48 heures après l'arrêt des antibiotiques. Les trois échantillons doivent être testés, car les bactéries ne sont pas excrétées en continu dans les selles.
- Le patient-e doit être informé-e du type d'infection et du mode de *transmission*. Bien insister sur l'importance de se laver les mains, en particulier après être allé aux toilettes ou avoir changé des couches, et avant de consommer ou de préparer des aliments.
- Les *porteurs* de *Salmonella typhi* qui manipulent des aliments doivent être dispensés de service jusqu'à ce qu'ils aient suivi un traitement et qu'on ne retrouve plus de bactéries typhoïdes dans leurs selles.

### Gestion des contacts

- Il convient d'informer les *contacts* étroits sur les symptômes de la fièvre typhoïde et de les inviter à se rendre dans un établissement de santé si de tels symptômes apparaissent.
- En cas de contamination d'aliments ou de boissons consommés à grande échelle, dresser une liste des aliments sources potentiels (lait et eau compris) et retirer tous les aliments suspects encore disponibles. Poser des questions sur l'origine, la préparation et le stockage des aliments suspects, et recueillir des échantillons de selles après des personnes manipulant les aliments, si nécessaire.
- Une *antibioprophylaxie* n'est pas recommandée.

### Prévention

- approvisionnement en eau potable
- lavage des mains
- évacuation sans risque des matières fécales
- propreté des latrines/toilettes

Les établissements doivent diffuser des informations claires en matière d'hygiène alimentaire, comme les « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs » (voir annexe 7).

- assurer correctement l'entretien ménager
- stocker séparément les denrées alimentaires crues et les denrées alimentaires cuites
- bien cuire les aliments
- les conserver à une température adaptée
- utiliser de l'eau potable

### Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)

- dengue
- leptospirose
- fièvre paratyphoïde

### Ressources supplémentaires

OMS. the diagnosis, treatment and prevention of typhoid fever

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_V&B\\_03.07.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_V&B_03.07.pdf)

## Zika

Le Zika est un virus émergent qui n'est pas bien caractérisé. Le 1<sup>er</sup> février 2016, des foyers épidémiques de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques liés au virus Zika ont été déclarés urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) en vertu du Règlement sanitaire international de 2005. Les informations les plus récentes sur le virus Zika et ses *complications* sont disponibles sur le site de l'OMS ([www.who.int](http://www.who.int)).

### Degré de priorité au regard de la santé publique

Priorité élevée

**Définition d'un cas suspect** : personne présentant une éruption cutanée et/ou de la fièvre et au moins l'un des signes ou symptômes suivants :

- arthralgie ; ou
- arthrite ; ou
- *conjonctivite* (non purulente/hyperémie).

Remarque : bien qu'une fièvre puisse être présente, la plupart des cas présentent une température normale ou une fièvre de faible intensité (<38 °C).

Définition d'un **cas probable** : cas suspect avec présence d'anticorps *IgM* dirigés contre le virus Zika et un lien épidémiologique.

Définition d'un **cas confirmé** : personne dont les analyses en laboratoire confirment une infection récente par le virus Zika :

- présence d'ARN ou d'antigène du virus Zika dans le sérum ou d'autres échantillons (par ex. salive, tissus, urine, sang total) ; ou
- anticorps de type *IgM* dirigés contre le virus Zika positifs et un test PRNT90 pour le virus Zika avec un titre  $\geq 20$  et un ratio du titre PRNT90 pour le virus Zika par rapport à d'autres flavivirus  $\geq 4$  ; et exclusion des autres flavivirus.

**Nombre de cas requis pour déclencher une investigation** : un cas confirmé, en l'absence de flambée épidémique connue faisant déjà l'objet d'une investigation.

### Description des signes et symptômes

Les cas développent habituellement une éruption cutanée (typiquement *maculopapuleuse*) souvent accompagnée d'une fièvre de faible intensité, d'une *conjonctivite* non purulente, de céphalées, d'arthralgie, de myalgie, d'œdème (mains et pieds) et, moins fréquemment, de douleurs rétro-orbitaires, d'anorexie, de vomissements, de diarrhée et de douleurs abdominales. La maladie à virus Zika est généralement bénigne.

Récemment, des cas de troubles neurologiques graves liés à des épidémies de virus Zika ont été signalés. Des cas de microcéphalie et d'autres malformations fœtales, en présence du virus Zika, ont été signalés dans un certain nombre de pays.

Dans le contexte de la circulation du virus Zika, un certain nombre de pays ont également signalé une hausse de l'*incidence* du syndrome de Guillain-Barré (SGB), une paralysie flasque ascendante pouvant conduire à une insuffisance respiratoire et au décès. Bien que le lien entre le virus Zika et ces troubles neurologiques ne soit pas prouvé au moment de la rédaction de ce rapport (mars 2016), les preuves de la responsabilité du Zika s'accumulent.

## Diagnostic en laboratoire

Des *tests sérologiques*, comme les essais immuno-enzymatique (ELISA), peuvent confirmer la présence d'anticorps dirigés contre le virus Zika de type *IgM* et *IgG*. La détection d'une augmentation des anticorps dans des *sérums appariés* est recommandée. Les anticorps *IgM* devraient être détectables 5 à 6 jours après l'apparition de la maladie. Des réactions sérologiques croisées avec d'autres flavivirus comme le virus de la dengue sont possibles. Les résultats des *IgM* doivent donc être interprétés avec prudence dans les zones où circulent plusieurs flavivirus.

Dans la pratique, un outil courant pour confirmer le diagnostic est la technique RT-PCR, qui permet de détecter l'ARN du virus Zika dans les liquides biologiques, en particulier le sérum, la salive et l'urine. En résumé :

- Sérum : échantillon biologique standard utilisé dans la plupart des *laboratoires de référence* pour la détection de l'ARN du virus Zika.
- Salive (écouvillon oral) : des études limitées mettent en évidence une meilleure détection virale. En revanche, la fenêtre de détection n'est pas plus large que celle du sérum.
- Urine : des études limitées mettent en évidence une fenêtre de détection plus large par rapport au sérum, l'ARN du virus Zika étant détecté plus de 7 jours après l'apparition des symptômes.

À moins que des échantillons de sérum ne soient prélevés très tôt au cours de la maladie, des faux négatifs sont probables. Les laboratoires de référence ne testent pas tous les types d'échantillons biologiques. Il convient de se renseigner auprès de son laboratoire avant la collecte et l'envoi des échantillons.

## Cause(s) infectieuse(s)

Virus Zika.

## Sources d'infection (réservoir)

La nature exacte des *réservoirs* de virus Zika dans le Pacifique n'a pas été documentée.

En Afrique et en Asie, des études ont mis en évidence une infection passée de divers animaux par le virus Zika, notamment des primates non humains, des zèbres, des éléphants, des buffles d'eau et des rongeurs.

## Modalités de propagation de la maladie (transmission)

Le virus Zika est susceptible d'être transmis par la piqûre de moustiques infectés du genre *Aedes*. Ils piquent toute la journée, mais surtout tôt le matin et le soir. Les personnes infectées par le virus Zika doivent être placées sous des moustiquaires afin d'empêcher les moustiques de les piquer et de transmettre ensuite l'infection à d'autres personnes. Les moustiques ne sont pas les seuls vecteurs de *transmission*. La maladie peut également se transmettre par contact sexuel et transfusion sanguine.

## Période d'incubation

La période d'incubation exacte n'a pas été déterminée avec certitude, mais il est probable qu'elle soit similaire à celle d'autres flavivirus comme la dengue (2 à 14 jours).

## Période de contagiosité

La *période de contagiosité* n'a pas été établie mais on estime qu'elle est de courte durée. Les humains peuvent vraisemblablement contaminer les moustiques pendant cinq jours maximum après l'apparition de la maladie. Un certain nombre de transmissions par contact sexuel et transfusion de produits sanguins ont été signalées.

Pendant les cinq jours suivant l'apparition de la maladie, les cas suspects ne doivent pas donner leur sang. Il est conseillé d'utiliser des préservatifs ou d'éviter les rapports sexuels pendant plusieurs semaines.

Femmes enceintes :

- il convient de leur conseiller de ne pas voyager dans les zones de flambée de maladie à virus Zika.
- Celles dont les partenaires sexuels vivent ou voyagent dans des zones de circulation du virus Zika doivent adopter des pratiques sexuelles sûres ou s'abstenir de tout rapport sexuel pendant toute la durée de leur grossesse.

### Prise en charge clinique

Le traitement est symptomatique. Le paracétamol est le traitement de choix. Éviter l'aspirine et les autres AINS, la dengue étant un *diagnostic différentiel* courant. L'exercice léger et la physiothérapie sont recommandés en phase de récupération.

En présence d'un des éléments suivants, adresser les cas à un centre de santé ou un hôpital en mesure d'offrir un meilleur niveau de prise en charge : oligurie, hypotension, troubles de la coagulation, confusion, fièvre persistant plus d'une semaine ou symptôme neurologique quelconque.

En cas d'épidémie confirmée, il n'est pas nécessaire de tester tous les cas.

Les communautés résidant dans les zones touchées doivent être informées des mesures anti-moustiques à mettre en œuvre dans les locaux hospitaliers et les logements (annexe 7).

### PROCÉDURE D'INTERVENTION

#### Lutte anti-infectieuse

Précautions STANDARD ; en outre, les patients doivent être protégés par une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action afin que les moustiques ne puissent pas les piquer et transmettre ensuite la maladie à d'autres personnes.

#### Déclaration

- Contacter immédiatement le-la Directeur-riche de la santé publique (ou une autorité équivalente) pour signaler un cas suspect dans une zone où la maladie n'est pas *endémique*.
- Commencer à dresser un tableau récapitulatif des cas.
- Utiliser l'instrument de décision du RSI (voir annexe 5) afin de déterminer si une déclaration à l'OMS en vertu du RSI de 2005 est nécessaire

#### Investigation

L'investigation des foyers épidémiques doit commencer sans attendre la confirmation du laboratoire. En présence d'un cas suspect isolé, il convient de donner la priorité à l'établissement d'un diagnostic et à la recherche d'autres cas.

#### Échantillons

Écouvillons oraux. Il convient de recueillir la salive en frottant les écouvillons à l'intérieur de la bouche pendant environ 30 secondes. Remettre ensuite l'écouvillon dans le sac en papier ou le tube prévu à cet effet. Ouvrir légèrement le sac ou le tube pour laisser sécher l'écouvillon. Fermer le sac ou le tube et le conserver à une température de 4 °C jusqu'à expédition. Les écouvillons peuvent être expédiés à température ambiante. Des exemples d'écouvillons oraux adaptés figurent ci-dessous.



Il est également possible de prélever du sérum afin de rechercher l'ARN ou les anticorps du virus Zika. Ces échantillons doivent être conservés et expédiés congelés. Il convient de suivre la procédure standard d'emballage et d'expédition. Le prélèvement sur buvard (tache de sang séché) est potentiellement moins sensible que les autres méthodes de collecte et n'est actuellement pas recommandé pour le dépistage du virus Zika.

Recueil de l'urine – Les échantillons d'urine de milieu de jet doivent être recueillis dans un flacon stérile prévu à cet effet et envoyés au laboratoire. Les échantillons (dans le flacon de recueil) doivent être conservés à une température comprise entre 2 et 8 °C en attendant d'être envoyés au laboratoire.

Conservation de l'urine – placer 2 écouvillons oraux secs dans un récipient contenant de l'urine et attendre qu'ils soient complètement imbibés. Placer les écouvillons imbibés dans un flacon stérile (bouchon rouge) et attendre qu'ils soient complètement secs avant de refermer le bouchon. Indiquer les références du/de la patient-e sur le flacon, le placer dans un sac pour échantillons à risque biologique et fermer le sac. Conserver l'échantillon à une température comprise entre 2 et 8 °C.

Au cours des 3 à 5 premiers jours suivant l'apparition des symptômes, il est possible de détecter l'ARN viral au moyen de tests RT-PCR.

### **Prise en charge des cas à des fins de santé publique**

Il convient d'interroger les cas afin de déterminer les lieux d'exposition possibles aux moustiques et mettre en œuvre des mesures de lutte visant à prévenir de nouvelles infections et détecter d'autres cas.

### **Gestion des contacts**

Les personnes résidant dans la zone où l'infection a vraisemblablement eu lieu doivent être informées du risque d'être piquées par des moustiques porteurs du virus Zika, et être incitées à lutter contre ces nuisibles, notamment en éliminant les gîtes larvaires (objets contenant de l'eau stagnante, comme les coques de noix de coco, les pneus, les boîtes de conserve), et à mettre en œuvre des mesures de protection personnelle, en utilisant par exemple des sprays répulsifs et des moustiquaires. Voir annexe 7.

### **Prévention**

La prévention des piqûres de moustiques est le meilleur moyen d'éviter l'infection.

### **Diagnostic différentiel (liste non exhaustive)**

- Chikungunya
- Leptospirose
- Dengue
- Paludisme
- Méningite
- Fièvre rhumatismale
- Rougeole

### **Ressources supplémentaires**

Une application Zika a été conçue pour mettre à disposition des informations utiles et à jour sur le virus.

- iOS :

<https://itunes.apple.com/en/app/who-zikaapp/id1090088404?mt=8>

- Android : <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.universaldocor.zika>

## Maladies infectieuses émergentes

Une *maladie infectieuse* émergente est une maladie qui apparaît pour la première fois au sein d'une population, ou qui a éventuellement existé auparavant mais dont l'*incidence* ou la portée géographique augmente rapidement.

Parmi les exemples récents, citons la maladie à virus Ebola (EVD), le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et le virus Nipah.

Des informations à jour sont disponibles sur le site Web de l'OMS dédié aux maladies émergentes [http://www.who.int/topics/emerging\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/emerging_diseases/en/)

## Annexe 1

### **Ressources supplémentaires**

*Les références ci-après sont fournies à titre indicatif uniquement. Le ROSSP ne recommande pas spécifiquement les produits énumérés ici.*

- Connolly, M.A. (dir. pub.) 2005. Communicable disease control in emergencies: A field manual. Organisation mondiale de la santé.
- Cook, G. et Zumla, A. 2008. Manson's Tropical Diseases, 22nd Edition. Saunders Books.
- Gilbert, D.N., Moellering, R.C. et Eliopoulos, G.M. 2010. Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. Sanford.
- Heymann, D.L. (dir. pub.) 2015. Control of Communicable Diseases Manual 20th edition, An Official Report of the American Public Health Association. American Public Health Association.
- Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- Mandell, G.L., Bennett, J.E. et Dolin, R. 2010. Mandell, Douglas, et Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th Edition. Elsevier Books.



## Annexe 2

### **Équipes EpiNet – mandat**

<https://purl.org/spc/digilib/doc/zbp93>

Ce mandat a été conçu et présenté à l'atelier régional EpiNet qui s'est tenu à Suva en septembre 2003. Il peut servir de modèle aux États et Territoires souhaitant établir clairement le rôle de leur équipe EpiNet.

Le nom générique « équipe EpiNet » désigne l'équipe formée par les membres statutaires des équipes de lutte contre les maladies transmissibles, des comités, des équipes spéciales, et d'autres entités exerçant des activités dans les États et Territoires insulaires océaniques. Cette équipe peut porter un nom différent.

#### **Domaines de spécialité de l'équipe EpiNet**

Les membres d'une équipe EpiNet possèdent des compétences spécialisées dans un ou plusieurs des domaines suivants :

- gestion de données concernant les maladies à déclarer,
- médecine clinique,
- techniques de laboratoire,
- enquêtes de terrain,
- salubrité de l'environnement,
- gestion de la santé publique et supervision.

L'équipe peut également compter des professionnels dotés de compétences dans d'autres domaines (par ex. lutte anti-infectieuse, vaccination, politique sanitaire, gestion des catastrophes naturelles, promotion de la santé et communication).

#### **Taille des équipes EpiNet**

Elle dépend de chaque État ou Territoire. Dans nombre d'États et Territoires insulaires océaniques, une équipe est composée de cinq personnes. Toutefois, dans les pays plus petits, elle ne compte souvent que deux ou trois personnes. Dans les grands pays, elle peut être un peu plus étoffée. Elle peut également compter des ramifications à l'échelle infranationale (par ex. État, province ou district).

#### **Rôle des membres d'une équipe EpiNet**

Il appartient à l'État ou au Territoire concerné de définir le rôle des membres de l'équipe en matière de surveillance et de réponse, en fonction de sa situation particulière. Outre la coordination des activités de surveillance et de réponse sur le terrain, EpiNet a également pour mission d'instaurer et d'actualiser des procédures et des protocoles de surveillance et de réponse adaptés pour les maladies visées par le ROSSP, notamment en ce qui concerne les aspects techniques des actions de santé publique et les considérations liées aux ressources.

Il est proposé d'attribuer aux membres des équipes EpiNet les rôles suivants :

- constituer l'équipe officielle de surveillance et de réponse nationale (ou infranationale), ou une branche de cette équipe ;

- être prêts à se mobiliser pour faire face à une flambée ou une épidémie ;
- former l'équipe spéciale plurisectorielle afin d'organiser la réponse à une flambée épidémique, ou conseiller les autorités compétentes sur la composition de cette équipe, et constituer l'organe technique de l'équipe spéciale d'intervention ;
- mobiliser des soutiens politiques pour les activités de lutte contre les maladies transmissibles et d'autres maladies ;
- participer et apporter son soutien à un réseau océanien de professionnels de santé communiquant régulièrement, de préférence par courrier électronique et dans un cadre confidentiel, au sujet de la surveillance de maladies transmissibles à potentiel épidémique et de la réponse à leur apporter : PacNet, PacNet-restricted (sous réserve de l'accord des directeurs des services de santé) ;
- en fonction des besoins, définir clairement les voies de communication à emprunter à l'intérieur du pays, entre États/pays et avec les autres membres du ROSSP ;
- signaler immédiatement (ou en temps voulu) et de façon appropriée, la survenue de flambées épidémiques à d'autres professionnels de santé du pays et aux autres membres du ROSSP, en communiquant à l'aide de PacNet ou de PacNet-restricted ;
- élaborer, adapter et mettre en œuvre les directives, recommandations et le cadre stratégique du ROSSP, applicables à la surveillance des maladies transmissibles visées par le ROSSP et à la réponse à ces maladies ;
- lancer immédiatement une investigation en cas de suspicion d'épidémie ;
- arrêter les mesures de santé publique nécessaires à une réponse en temps voulu à l'épidémie ; et
- rechercher des conseils appropriés et un soutien technique auprès du ROSSP, aussi souvent que nécessaire.

Les membres des équipes EpiNet doivent également assister aux réunions ayant pour thème la surveillance des maladies transmissibles à potentiel épidémique et la réponse à leur apporter, et figurer parmi les personnes considérées par les pouvoirs publics comme bénéficiaires potentiels d'un complément de formation à la surveillance et à la réponse, le cas échéant. (La désignation des participants à des réunions ou à des formations est toujours soumise à la décision et à la discrétion du ministère de la Santé).

Un interlocuteur principal doit être nommé pour chaque équipe EpiNet. La personne exerçant cette fonction sera le correspondant du ROSSP et fera en sorte que les autres membres de l'équipe soient correctement informés. Cette fonction pourra être déléguée de temps à autre.

## Annexe 3

### Modèle de communiqué de presse de première annonce

La première annonce permet de transmettre au public, et plus particulièrement aux populations à risque, toutes les informations relatives à l'épidémie dont ils peuvent avoir besoin. Elle doit répondre aux questions « qui, quoi, où, quand, comment (cela s'est produit) » et doit :

- donner des instructions ou des conseils, par exemple sur les comportements à adopter pour se protéger, sur les mesures à mettre en œuvre si l'on pense être malade, et les personnes à contacter.
- répondre aux craintes et à l'inquiétude du public, surtout s'il s'agit d'une crise très médiatisée dans laquelle la perception du risque et la peur sont des enjeux importants.
- indiquer clairement les modalités de diffusion des nouvelles informations liées à cet événement, par ex. conférences de presse quotidiennes à midi, rapports de situation en ligne, etc.
- indiquer les numéros de téléphone ou la ligne d'assistance téléphonique que les parties concernées peuvent contacter.

#### Aperçu du contenu :

- Titre : il s'agit du principal message adressé au public.
- Décrire la situation en cours en deux ou trois phrases, en indiquant la date et l'heure de l'événement/du cas.
- Citer un-e porte-parole officiel-le de façon à mettre en évidence son esprit d'initiative et sa sollicitude à l'égard des victimes.
- Dresser la liste des mesures/réponses actuellement mises en œuvre par les autorités sanitaires
- Dresser la liste des mesures/réponses qui seront mises en œuvre ultérieurement.
- Donner des informations sur les réactions possibles du public (par ex. nous savons qu'il s'agit d'une question d'intérêt public) et sur la façon dont les citoyens peuvent agir (par ex. si vous vous sentez mal, vous pouvez appeler l'hôpital le plus proche ou vous y rendre).
- Citer une parole rassurante d'un-e porte-parole officiel-le (par ex. nous faisons tout ce qui est en notre pouvoir, nous travaillons avec nos partenaires pour maîtriser la situation).
- Indiquer les coordonnées des personnes à contacter, les moyens d'obtenir davantage d'informations et de ressources.

---

Il convient d'utiliser le modèle suivant :

[Insérer le logo]

POUR DIFFUSION IMMÉDIATE

**[TITRE]**

[Date (ville)]

[Texte]

**Pour de plus amples informations, veuillez contacter :**

**Nom**

Fonction

Ministère

Téléphone : (+000) 000 000

Courriel : xx@xx.xx.

Pour de plus amples informations sur [la maladie] :  
[Liens vers des sujets en rapport avec la santé]

## Annexe 3

### ***Enjeux de la communication sur les risques en cas d'épidémies***

#### **Faire face aux rumeurs**

Les rumeurs peuvent être très préjudiciables aux efforts de lutte contre une épidémie. Elles contribuent à faire circuler des informations erronées sur les moyens de protection, ou à susciter la méfiance à l'égard des responsables de la santé publique (par exemple en cas de rumeur laissant entendre que le gouvernement ment au public).

Les rumeurs se propagent vite et il faut les prendre en charge rapidement. La meilleure façon de lutter contre les rumeurs est d'empêcher leur émergence en diffusant des informations honnêtes très en amont. Toutefois, lorsque les rumeurs se propagent, il ne faut pas les ignorer. Il ne faut pas non plus ignorer les personnes qui y croient, ni se moquer.

Il ne faut pas non plus perdre de temps à tenter de les démentir. Dire simplement au public que l'on est au courant des rumeurs, puis dire la vérité.

#### **Problèmes rencontrés au moment de communiquer**

- nécessité de communiquer sans avoir encore toutes les réponses
- sentiment de malaise à l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle
- rumeurs
- maintien de la cohérence du message
- crainte que les médias présentent les mauvaises nouvelles ou les informations incertaines de manière inadaptée
- crainte que le public ne supporte pas les mauvaises nouvelles ou qu'il panique
- rupture de la communication entre les différentes autorités
- mauvaises décisions résultant d'une mauvaise communication
- situation évoluant rapidement

#### **Erreurs fréquentes**

- attendre d'avoir toutes les réponses avant de commencer à communiquer
- rassurer de manière excessive – « tout est sous contrôle ».
- cacher les mauvaises nouvelles
- ne pas dire à la population à quoi elle doit s'attendre
- imaginer qu'un simple exposé des faits suffit
- croire qu'en ignorant le problème, il va se résoudre de lui-même
- ne pas écouter le public
- ne pas admettre ses erreurs
- ne pas faire preuve d'humanité

#### **Ressources supplémentaires**

Lignes directrices de l'OMS sur la communication lors des flambées de maladies  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/69371>

## Annexe 4

### **Format de rapport de situation à utiliser sur PacNet**

Envoyer le message à [pacnet@lists.spc.int](mailto:pacnet@lists.spc.int) en utilisant le format proposé ci-après :

#### **Description de l'épidémie**

- agent pathogène responsable (ou suspecté)
- nombre de cas : total, graves et mortels
- moment/lieu/personne :
  - période concernée, *incidence* quotidienne ou hebdomadaire
  - répartition géographique et propagation (lieu d'apparition et progression dans le temps)
  - répartition par âge et par sexe (et autres informations pertinentes, par ex. profession)
- définition de cas utilisée et détails cliniques, le cas échéant
- méthodes diagnostiques, nombre d'échantillons testés, laboratoire concerné
- schéma épidémiologique dominant : *endémique* ou épidémique, situation épidémiologique récente

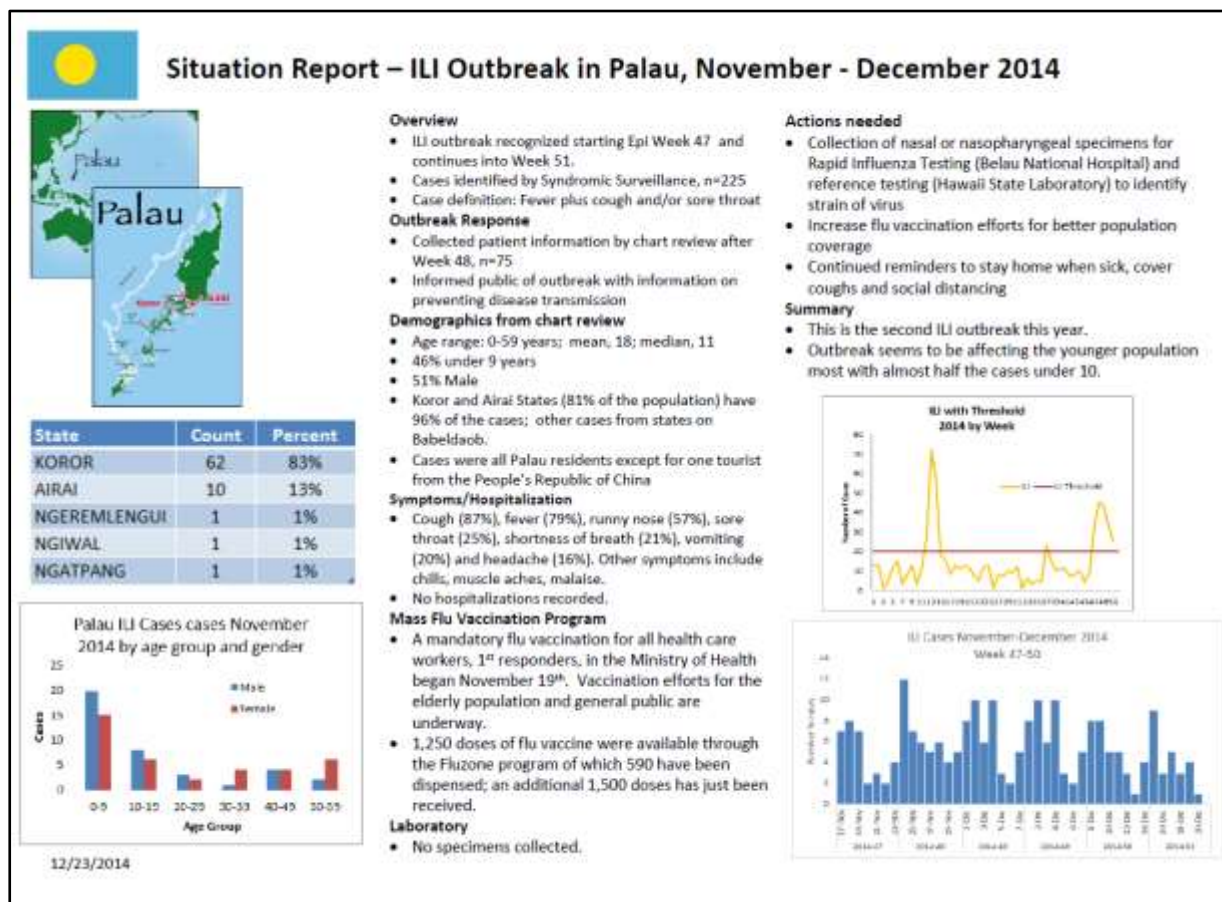
#### **Mesures mises en œuvre ou envisagées**

- tests supplémentaires
- investigation complémentaire (source, facteurs de risque)
- mesures de santé publique (par ex. stratégie de vaccination, gestion des patients et des *contacts*, lutte antivectorielle, sécurité sanitaire de l'eau et des aliments)

#### **Ressources supplémentaires nécessaires pour confirmer/surveiller/contrôler l'épidémie (le cas échéant)**

- assistance d'un *laboratoire de référence*
- conseil ou assistance technique (par ex. situation épidémique régionale, stratégies de vaccination, expertise épidémiologique, directives de prise en charge des patients ou de lutte antivectorielle, protocoles de prélèvement et d'expédition des échantillons)
- assistance matérielle (par ex. vaccins, médicaments, moustiquaires, insecticides, matériel de promotion de la santé)

## Exemples de rapports de situation récents de PacNet

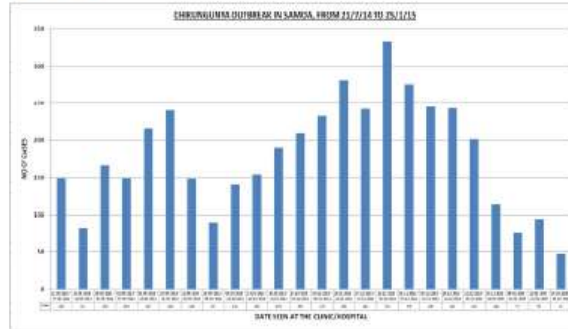




# CHIKUNGUNYA OUTBREAK IN SAMOA

Over 27 weeks, we have seen a total of 4,431 cases (as of 25th January 2015). Attack rate of 23.6 per 1,000. 2.4% of Samoa's population have been infected (only those that present to the hospitals).  
The case numbers continue to decline each week.

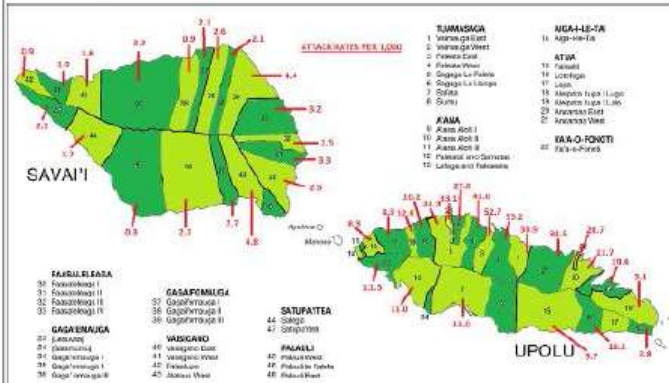
## EPI-CURVE



### CONTROL MEASURES

- Multi-media awareness programs e.g. television ads and targeted mass text messaging are continuing, with emphasis on source reduction
- Community mobilization on source reduction also continues
- Targeted peri-focal spraying will also resume shortly

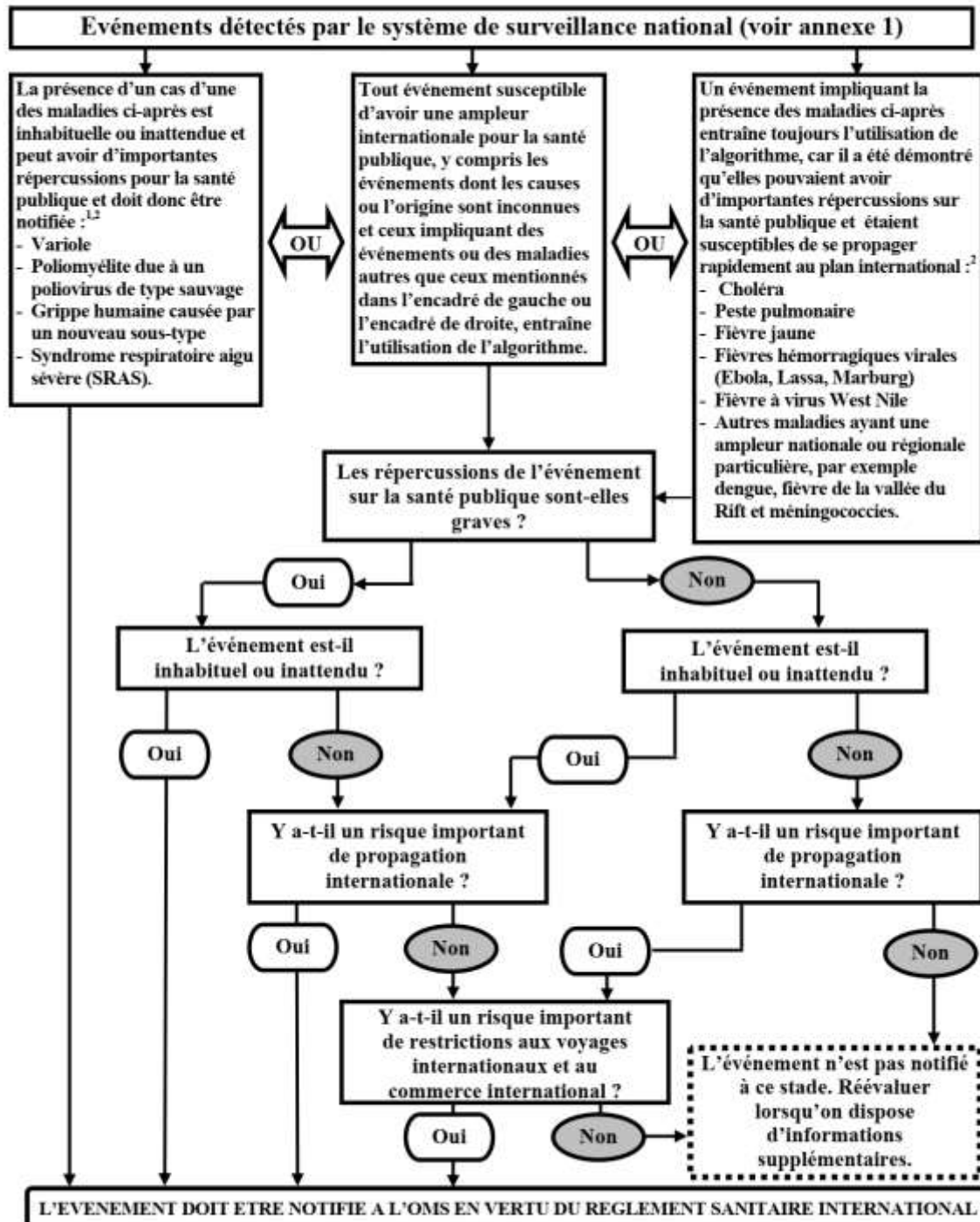
Age group	Attack rate (per 1,000)
0-4	26.5
5-9	23.0
10-14	24.3
15-19	34.9
20-24	44.1
25-29	40.1
30-34	34.6
35-39	18.6
40-44	18.2
45-49	12.8
50-54	13.2
55-59	2.9
60-64	11.8
65-69	17.5
70-74	14.5
75+	11.6



Gender	No of cases
F	2454
M	1977
<b>Grand Total</b>	<b>4431</b>

## Annexe 5

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



<sup>1</sup> Selon les définitions de cas de l'OMS.

<sup>2</sup> Cette liste de maladies est à utiliser uniquement aux fins du présent Règlement.



**EXEMPLES POUR L'APPLICATION DE L'INSTRUMENT DE DECISION  
A L'EVALUATION ET LA NOTIFICATION D'EVENEMENTS QUI PEUVENT  
CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTE PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE**

*Les exemples figurant dans la présente annexe n'ont pas de caractère contraignant et sont fournis à titre indicatif pour aider à l'interprétation des critères applicables à l'instrument de décision.*

**L'EVENEMENT REpond-IL A DEUX AU MOINS DES CRITERES SUIVANTS ?**

<b>Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?</b>	<b>I. Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?</b>
	1. <i>Le nombre de cas et/ou le nombre de décès pour ce type d'événement est-il élevé pour le lieu, la période ou la population considérés ?</i>
	2. <i>L'événement risque-t-il d'avoir d'importantes répercussions sur la santé publique ?</i> EXEMPLES DE CIRCONSTANCES POUVANT AVOIR D'IMPORTANTES RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Événement causé par un agent pathogène ayant un fort potentiel épidémique (infectiosité de l'agent, taux de létalité élevé, voies de transmission multiples ou porteur sain).</li> <li>✓ Indication de l'échec du traitement (résistance nouvelle ou émergente aux antibiotiques, échec du vaccin, résistance aux antidotes ou échec des antidotes).</li> <li>✓ L'événement constitue un risque important pour la santé publique, même si le nombre de cas recensés chez l'être humain est nul ou très faible.</li> <li>✓ Cas signalés parmi le personnel de santé.</li> <li>✓ Les populations à risque sont particulièrement vulnérables (réfugiés, couverture vaccinale insuffisante, enfants, personnes âgées, immunodéprimés, dénutris, etc.).</li> <li>✓ Facteurs concomitants susceptibles d'entraver ou de retarder l'action de santé publique (catastrophes naturelles, conflits armés, conditions météorologiques défavorables, foyers multiples dans l'Etat Partie).</li> <li>✓ L'événement survient dans une zone à forte densité de population.</li> <li>✓ Propagation de matériel toxique ou infectieux ou de matériel dangereux pour d'autres raisons, d'origine naturelle ou autre, qui a contaminé ou risque de contaminer une population et/ou une vaste zone géographique.</li> </ul>
	3. <i>Une aide extérieure est-elle nécessaire pour détecter, étudier, endiguer et maîtriser l'événement en cours, ou pour éviter de nouveaux cas ?</i> EXEMPLES DE CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES UNE AIDE PEUT ÊTRE NÉCESSAIRE : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ressources humaines, financières, matérielles ou techniques insuffisantes, en particulier :                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– moyens de laboratoire ou épidémiologiques insuffisants pour étudier l'événement (matériel, personnel, ressources financières) ;</li> <li>– manque d'antidotes, de médicaments et/ou de vaccins et/ou de matériel de protection, de décontamination ou de soutien pour satisfaire les besoins estimés ;</li> <li>– incapacité du système de surveillance existant à détecter de nouveaux cas en temps utile.</li> </ul> </li> </ul>
LES RÉPERCUSSIONS DE L'ÉVÉNEMENT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE SONT-ELLES GRAVES ? <b>Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 1, 2 ou 3 ci-dessus.</b>	

	<b>II. L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?</b>
<b>L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?</b>	<p>4. <i>L'événement est-il inhabituel ?</i></p> <p>EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INHABITUELS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'événement est causé par un agent inconnu, ou bien la source, le vecteur, la voie de transmission sont inhabituels ou inconnus.</li> <li>✓ L'évolution des cas est plus grave que prévu (notamment le taux de morbidité ou de létalité) ou s'accompagne de symptômes inhabituels.</li> <li>✓ La survenue de l'événement est inhabituelle pour la zone, la saison ou la population.</li> </ul>
	<p>5. <i>L'événement est-il inattendu dans une perspective de santé publique ?</i></p> <p>EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INATTENDUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'événement est causé par une maladie/un agent qui a déjà été éliminé(e) ou éradiqué(e) dans l'Etat Partie ou qui n'a pas été signalé(e) précédemment.</li> </ul>
	<p><b>L'ÉVÉNEMENT EST-IL INHABITUEL OU INATTENDU ?</b></p> <p><b>Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 4 ou 5 ci-dessus.</b></p>

	<b>III. Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?</b>
<b>Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?</b>	<p>6. <i>Y a-t-il des signes de lien épidémiologique avec des événements semblables dans d'autres Etats ?</i></p>
	<p>7. <i>Y a-t-il un facteur quelconque qui fasse craindre la possibilité d'un mouvement transfrontières de l'agent, du vecteur ou de l'hôte ?</i></p> <p>EXEMPLES DE CIRCONSTANCES FAVORABLES À UNE PROPAGATION INTERNATIONALE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quand il y a des signes de propagation locale, un cas indicateur (ou d'autres cas qui lui sont associés) observé[s] le mois précédent : <ul style="list-style-type: none"> <li>– sujet ayant effectué un voyage international au cours de cette période (ou pendant une durée équivalant à la période d'incubation si l'agent pathogène est connu) ; ou</li> <li>– sujet ayant participé à un rassemblement international (pèlerinage, manifestation sportive, conférence, etc.) ; ou</li> <li>– sujet ayant eu un contact rapproché avec un voyageur international ou une population très mobile.</li> </ul> </li> <li>✓ Événement causé par une contamination de l'environnement qui risque de se propager au-delà des frontières internationales.</li> <li>✓ Événement survenant dans une zone de trafic international intense ayant une capacité limitée de contrôle sanitaire, de détection dans l'environnement ou de décontamination.</li> </ul>
	<p><b>Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE PROPAGATION INTERNATIONALE ?</b></p> <p><b>Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 6 ou 7 ci-dessus.</b></p>

	<b>IV. Y a-t-il un risque important de restrictions aux voyages ou aux échanges internationaux ?</b>
<b>Y a-t-il un risque important de restrictions sur le plan international ?</b>	8. <i>Des événements semblables survenus dans le passé ont-ils entraîné l'imposition de restrictions aux échanges et/ou aux voyages internationaux ?</i>
	9. <i>Soupçonne-t-on ou sait-on que la source est un produit alimentaire, de l'eau ou toute autre marchandise susceptibles d'être contaminés, qui ont été exportés vers d'autres Etats ou importés d'autres Etats ?</i>
	10. <i>L'événement s'est-il produit dans le cadre d'un rassemblement international ou dans une zone de tourisme international intense ?</i>
	11. <i>L'événement a-t-il suscité des demandes d'informations supplémentaires de la part de responsables étrangers ou de médias internationaux ?</i>
	<b>Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE RESTRICTIONS AUX ÉCHANGES OU AUX VOYAGES INTERNATIONAUX ?</b> <b>Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 8, 9, 10 ou 11 ci-dessus.</b>

Les Etats Parties ayant répondu « oui » à la question de savoir si l'événement satisfait à deux des quatre critères (I-IV) énoncés ci-dessus doivent adresser une notification à l'OMS, en vertu de l'article 6 du Règlement sanitaire international.

## Annexe 6

### **Principes de la lutte anti-infectieuse**

Voir également les Lignes directrices pour la lutte anti-infectieuse du ROSSP :

<https://www.pphsn.net/services/picnet/>

#### **Précautions standard.**

(Tous les liquides biologiques, à l'exception de la sueur, sont considérés comme potentiellement infectieux.)

##### Lavage des mains

- Se laver les mains après tout contact avec du sang, des liquides biologiques, des sécrétions et des objets contaminés, indépendamment du port éventuel de gants.
- Se laver les mains immédiatement après avoir retiré les gants, entre chaque patient, et en cas d'intervention sur différentes parties du corps d'un même patient afin d'éviter la contamination croisée des différents sites corporels.
- Utiliser un savon ordinaire (non antimicrobien) pour le lavage systématique des mains.

##### Gants

- Porter des gants (propres, non stériles) en cas de contact avec du sang, des liquides biologiques, des sécrétions, des excréments, des objets contaminés, des muqueuses et de la peau non intacte. Changer de gants entre deux interventions sur un même patient, après un contact avec un matériau susceptible d'être porteur d'une forte concentration de *micro-organismes*. Retirer rapidement les gants après usage, sans toucher les surfaces non contaminées et avant d'aller voir un autre patient, et se laver immédiatement les mains.

##### Masque

- Porter un masque lors d'actes associés à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, de liquides biologiques, de sécrétions et d'excréments.

##### Blouse (ou tablier en plastique)

- Porter une blouse (propre, non stérile) ou un tablier en plastique lors d'actes associés à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, de liquides biologiques, de sécrétions et d'excréments. La retirer dès que possible et se laver immédiatement les mains.

##### Équipements de soins

- Si l'équipement est souillé par du sang, des liquides biologiques, des sécrétions ou des excréments, il convient d'éviter d'exposer la peau et les muqueuses, de contaminer les vêtements et de transmettre les micro-organismes à d'autres patients et environnements. Veiller à ce que le matériel réutilisable ne soit pas utilisé sur autre patient avant d'avoir été nettoyé ou désinfecté. Veiller à ce que les articles à usage unique soient éliminés comme il se doit et ne soient pas réutilisés.

##### Contrôle de l'environnement

- Un simple nettoyage des surfaces environnantes suffit, sauf en cas de souillure importante par des liquides biologiques potentiellement infectieux. Si c'est le cas, une *désinfection* est nécessaire.

##### Linge

- Lorsqu'il est souillé par du sang, des liquides biologiques, des sécrétions et des excréments, manipuler, transporter et traiter le linge suivant une méthode permettant d'éviter d'exposer la

peau et les muqueuses et de contaminer les vêtements, afin d'empêcher la transmission de micro-organismes à d'autres patients et environnements.

Santé au travail et maladies infectieuses transmissibles par le sang

- Veiller à prévenir les blessures lors de l'utilisation d'aiguilles, de scalpels et d'autres instruments ou dispositifs pointus ou tranchants, de la manipulation d'instruments pointus ou tranchants juste après un acte, du nettoyage des instruments après usage et de l'élimination des aiguilles usagées. Ne jamais recapuchonner les aiguilles usagées, et ne pas utiliser de technique nécessitant d'orienter manuellement la pointe des aiguilles des seringues jetables. Ne pas plier, casser ou manipuler à mains nues les aiguilles usagées. Placer les seringues et aiguilles jetables usagées, les lames de scalpel et autres objets pointus ou tranchants dans des récipients imperforables adaptés, qui doivent être situés aussi près que possible du lieu d'intervention.
- Préférer les embouts buccaux, les sacs de réanimation ou d'autres dispositifs de ventilation aux méthodes de réanimation par bouche-à-bouche lorsqu'une réanimation est nécessaire.

### **Précautions Contact**

Les appliquer en complément des précautions standard.

Placement des patients

- Installer le-la patient-e dans une chambre individuelle. À défaut de chambre individuelle, installer le-la patient-e dans une chambre avec un ou plusieurs patients présentant une infection active par le même micro-organisme, mais pas d'autre infection.

Gants et lavage des mains

- Porter des gants au moment d'entrer dans la chambre. Changer de gants après avoir été en contact avec du matériel infectieux pouvant contenir de fortes concentrations de micro-organismes (matières fécales et drainage de plaies). Retirer les gants avant de quitter l'environnement du-de la patient-e et se laver immédiatement les mains avec un savon antimicrobien ou un antiseptique sans eau. Veiller ensuite à ce que les mains n'entrent pas en contact avec des environnements potentiellement contaminés, afin d'éviter la transmission de micro-organismes à d'autres patients ou environnements.

Blouse (ou tablier en plastique)

- Porter une blouse (ou un tablier en plastique) (une blouse propre et non stérile suffit) en entrant dans la chambre, lorsque les vêtements sont susceptibles d'entrer en contact avec le-la patient-e ou l'environnement. Retirer la blouse avant de quitter l'environnement du-de la patient-e. Après retrait de la blouse, veiller à ce que les vêtements n'entrent pas en contact avec des surfaces potentiellement contaminées.

Transport du-de la patient-e

- Limiter les déplacements et le transport du-de la patient-e à l'extérieur de la chambre aux cas d'absolue nécessité et éviter de salir l'environnement.

Équipements de soins

- Dans la mesure du possible, réserver les équipements de soins non critiques à un-e seul-e patient-e (ou à une cohorte de patients présentant la même infection). Si les équipements sont partagés, les nettoyer et les désinfecter soigneusement.

### **Précautions Gouttelettes**

Les appliquer en complément des précautions standard.

Placement des patients

- Installer de préférence le·la patient·e dans une chambre individuelle. Maintenir les portes de la chambre fermées et le·la patient·e à l'intérieur de la chambre. À défaut de chambre privée, installer le·la patient·e dans une chambre avec des patients présentant une infection active par le même micro-organisme, mais pas d'autre infection.

#### Protection respiratoire

- Un·e soignant·e non vacciné·e ne doit pas pénétrer dans la chambre de cas confirmés ou suspects si d'autres soignants *immunisés* (personnel vacciné contre la maladie) sont disponibles. Il convient de porter un masque chirurgical/médical standard.

#### Transport du·de la patient·e

- Limiter les déplacements et le transport du·de la patient·e à l'extérieur de la chambre aux cas d'absolue nécessité et le·la munir d'un masque pendant le transport.

### **Précautions Air**

Utiliser en complément des précautions standard.

#### Placement des patients

- Placer le·la patient·e dans une chambre d'isolement à pression négative. À défaut, il est possible de recourir à une chambre individuelle avec une bonne ventilation extérieure (fenêtres ouvertes) ; tenir les personnes l'écart de la fenêtre.
- Maintenir les portes de la chambre fermées et le·la patient·e à l'intérieur de la chambre.
- À défaut de chambre privée, installer le·la patient·e dans une chambre avec des patients présentant une infection active par le même micro-organisme, mais pas d'autre infection (en dernier recours).

#### Protection respiratoire

- En cas de rougeole et de varicelle : une personne *réceptive* ne doit pas entrer dans la chambre de cas confirmés ou suspects. Le·La patient·e doit être pris·e en charge par des soignants immunisés (personnel vacciné contre la maladie ou infecté préalablement), si possible. Les personnes réceptives amenées à pénétrer dans la chambre doivent porter à tout moment un masque correctement ajusté (par exemple P2 ou N95).
- En cas de tuberculose : tous les membres du personnel, visiteurs ou soignants amenés à pénétrer dans la chambre doivent porter à tout moment un masque correctement ajusté (par exemple P2 ou N95).

#### Transport du·de la patient·e

- Limiter les déplacements et le transport du·de la patient·e à l'extérieur de la chambre aux cas d'absolue nécessité et le·la munir d'un masque pendant le transport (par ex. P2 ou N95)

## Annexe 7

### ***Informations à l'intention des patients et de leur famille***

Remettre ces informations aux patients et à leur famille afin de prévenir la maladie et empêcher sa transmission au sein du foyer et de l'entourage.

### **Maladies d'origine alimentaire**

#### **1. Assurer l'entretien ménager**

- Se laver les mains avant de manipuler des aliments, et souvent au cours de leur préparation.
- Se laver les mains après être allé aux toilettes.
- Laver et nettoyer toutes les surfaces et tous les équipements utilisés pour la préparation des aliments.
- Protéger les différentes zones de la cuisine et les denrées alimentaires contre les insectes, les animaux domestiques et autres animaux.

#### **2. Séparer les aliments crus des aliments cuits**

- Séparer la viande, la volaille et les fruits de mer crus des autres aliments.
- Utiliser des équipements et des ustensiles distincts, comme des couteaux et des planches à découper, pour préparer les aliments crus.
- Conserver les aliments dans des récipients afin d'éviter tout contact entre les aliments crus et les aliments préparés.

#### **3. Bien cuire les aliments**

- Bien cuire les aliments, en particulier la viande, la volaille, les œufs et les fruits de mer.
- Faire bouillir les aliments comme les soupes et les ragoûts afin de s'assurer qu'ils atteignent une température de 70 °C. Pour la viande et la volaille, veiller à ce que les jus soient clairs et non rosés. Utiliser idéalement un thermomètre.
- Bien réchauffer les aliments cuits.

#### **4. Conserver les aliments à une température adaptée**

- Ne pas laisser les aliments cuits à température ambiante plus de 2 heures.
- Réfrigérer rapidement tous les aliments cuits et périssables (de préférence à une température inférieure à 5 °C).
- Maintenir les aliments cuits bien chauds (plus de 60 °C) avant de les servir.
- Ne pas conserver les aliments trop longtemps, même au réfrigérateur.
- Ne jamais décongeler les aliments à température ambiante

#### **5. Utiliser de l'eau et des matières premières sûres**

- Utiliser de l'eau potable ou traitée
- Choisir des aliments frais et nourrissants
- Choisir des aliments ayant subi un traitement visant à prévenir une contamination, comme le lait pasteurisé.
- Laver les fruits et les légumes, surtout s'ils sont consommés crus.

- Ne pas consommer les aliments au-delà de leur date de péremption.

Voir figure 4 : Affiche de l'OMS à la page suivante

<http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys/en/>

## Cinq clefs pour des aliments plus sûrs



### Prenez l'habitude de la propreté

**Pourquoi ?**

Les bactéries et autres organismes nuisibles peuvent être transmis par les mains sales, les surfaces de cuisine, les ustensiles de cuisine, les animaux de compagnie, les insectes et les rongeurs, et en particulier les plâtres à plâtrer. Le plus léger contact suffit pour qu'ils passent dans les aliments et provoquent des maladies d'origine alimentaire.

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



### Séparez les aliments crus des aliments cuits

**Pourquoi ?**

Les aliments crus, en particulier la viande, le poisson et le poulet, peuvent contenir des bactéries nocives qui peuvent être transférées sur les aliments cuits.

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



### Faites bien cuire les aliments

**Pourquoi ?**

Une cuisson à une température adéquate tue les micro-organismes dangereux. Les états solides sont atteints que les aliments sont à 70°C pendant une courte durée ou de long. Certains aliments comme les viandes hachées, les œufs crus, les produits prêts à manger et les produits laitiers exigent une attention particulière.

- ✓ Faites bien cuire les aliments, en particulier la viande, le poisson, les œufs et le poulet.
- ✓ Portez les œufs très chauds et les légumes à réchauffer pour vous assurer qu'ils ont atteint 70°C. Pour la viande et le poisson, vérifiez que la chair n'est plus rose ou rouge et utilisez un thermomètre.
- ✓ Faites bien sécher les aliments déjà cuits.



### Maintenez les aliments à bonne température

**Pourquoi ?**

À température ambiante, les micro-organismes se multiplient très rapidement dans les aliments. À moins de 5°C ou à plus de 60°C, leur croissance est considérablement ralentie. Les aliments doivent être réfrigérés à moins de 5°C et réchauffés à plus de 60°C.

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



### Utilisez de l'eau et des produits sûrs

**Pourquoi ?**

Les produits prêts à manger qui sont et le plus souvent contiennent des micro-organismes dangereux et des produits dangereux. Les substances chimiques nocives peuvent se développer dans les aliments au fil du temps. Les produits laitiers pasteurisés doivent être réfrigérés et les produits laitiers non pasteurisés doivent être réfrigérés et consommés rapidement.

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

**Savoir = Prévenir**



## **Maladies transmissibles par les moustiques**

1. **Éliminer les gîtes larvaires** au domicile, au travail, à l'école, dans les cliniques et les hôpitaux, ainsi que chez les voisins et la famille s'ils ne peuvent s'en occuper eux-mêmes (par ex. personnes âgées). Les gîtes larvaires sont tous les récipients dans lesquels l'eau est susceptible de stagner plus de deux jours. Il s'agit notamment des pneus, de la vaisselle laissée à l'extérieur, des coques de noix de coco, des seaux et des fûts utilisés pour recueillir l'eau de pluie, et des gouttières. Certains moustiques porteurs de la dengue, du chikungunya et du Zika se retrouvent à l'intérieur des logements. Il est donc important d'éliminer ou de couvrir toute source d'eau, comme les soucoupes des plantes en pot ou les réservoirs d'eau.
2. **Éviter les piqûres de moustique.** Pour ce faire, il est possible d'utiliser des sprays anti-moustiques, des moustiquaires de portes et de fenêtres, des moustiquaires de lit (en particulier pour les personnes qui dorment pendant la journée comme les nourrissons, les travailleurs de nuit et les personnes malades) et des ventilateurs. Il est très important que toute personne atteinte d'une infection transmise par les moustiques soit placée sous une moustiquaire jusqu'à ce qu'elle ne soit plus contagieuse, afin d'empêcher les moustiques de la piquer et de transmettre l'infection à d'autres personnes.
3. Consulter un médecin en cas d'apparition de symptômes d'une maladie comme la dengue, le paludisme ou le chikungunya (fièvre, douleurs musculaires et articulaires, céphalées) chez soi ou chez une personne de son entourage. Ne pas prendre de médicament contenant de l'aspirine avant d'avoir consulté. Si les services de santé sont en mesure de détecter rapidement une flambée épidémique, ils prendront des mesures supplémentaires de lutte contre les moustiques, afin d'éviter que d'autres personnes ne contractent l'infection.

## Annexe 8

### **Glossaire**

#### **Aiguë**

D'apparition soudaine. Contraire de « chronique ».

#### **Cas index**

Premier cas au sein d'une famille ou d'un autre groupe défini, par exemple un village, porté à l'attention d'un investigateur.

#### **Cas primaire**

Individu qui introduit la maladie infectieuse dans la famille ou le groupe à l'étude.

#### **Cas secondaires**

Personnes infectées par un « *cas primaire* ».

#### **Cause infectieuse**

Toute cause d'une infection, par exemple un virus, une bactérie, un champignon, un protozoaire ou un ver.

#### **Complication**

Conséquence grave d'une maladie.

#### **Conjonctivite**

Rougeur du blanc de l'œil.

#### **Contact**

Personne exposée à un cas pendant la période de contagiosité.

#### **Culture**

Test consistant à cultiver un micro-organisme infectieux en laboratoire.

#### **Définition de cas**

Signes et symptômes typiques d'une maladie ou d'une affection, qui aident à déterminer qui est atteint ou non de cette maladie ou affection.

#### **Démographie**

Étude des caractéristiques d'une population. En épidémiologie, ces caractéristiques comprennent généralement l'âge, le sexe, le lieu de résidence, etc.

#### **Désinfection**

Mise en œuvre d'une méthode de nettoyage visant à tuer les agents infectieux, comme l'application de désinfectants et l'autoclavage (désinfection par la vapeur).

#### **Diagnostic différentiel**

Liste des maladies susceptibles de provoquer des signes et des symptômes similaires.

#### **Distanciation sociale**

Stratégies visant à réduire la propagation de certaines maladies infectieuses. Il s'agit par exemple de se tenir à une certaine distance d'autrui et de minimiser les rassemblements.

### **Échantillon/sérum apparié**

Deux échantillons de sang prélevés sur une même personne à deux semaines d'intervalle. Il est possible de pratiquer des tests afin de vérifier si les anticorps contre une maladie infectieuse spécifique augmentent. Cette procédure peut aider à confirmer le diagnostic en l'absence de test rapide ou de test de *réaction en chaîne par polymérase (PCR)*.

### **Endémique**

Une maladie est dite « endémique » lorsqu'elle est habituellement présente dans une population, un lieu ou à un moment particuliers.

### **Épidémie (ou flambée épidémique)**

Augmentation du nombre de cas d'une maladie dans une population, un lieu ou à un moment particuliers, au-delà du niveau normalement attendu. Un seul cas peut suffire à constituer une épidémie si la maladie n'est habituellement pas présente dans la population.

### **Épidémiologie analytique**

Étude des causes d'une flambée épidémique, qui consiste généralement à vérifier les hypothèses élaborées au moyen de l'épidémiologie descriptive.

### **Épidémiologie descriptive**

Processus de description systématique d'un problème de santé. Dans le cadre d'une investigation épidémiologique, il s'agit de décrire la personne, le lieu, la date et les caractéristiques cliniques. L'épidémiologie descriptive fournit des informations permettant d'élaborer des hypothèses qui seront vérifiées au moyen de l'épidémiologie analytique.

### **Exclure**

Décider qu'une maladie infectieuse spécifique n'est pas celle dont souffre un-e patient-e.

### **Fièvre**

Température corporelle d'au moins 38 °C. À défaut de thermomètre, la fièvre ou les frissons rapportés par le-la patient-e peuvent également être pris en compte (il est toutefois important de différencier la fièvre autodéclarée de la sensation de chaleur due aux conditions météorologiques).

### **Flambée épidémique (épidémie)**

Augmentation du nombre de cas d'une maladie dans une population, un lieu ou à un moment particuliers, au-delà de ce qui est normalement attendu. Un seul cas peut constituer une épidémie si la maladie n'est habituellement pas présente dans la population.

### **Foyer épidémique**

Groupe de patients atteints de la même maladie ou affection, au même moment et dans un même lieu. Le nombre de patients composant un foyer épidémique dépend de la maladie.

### **Génération d'hypothèses**

Processus de réflexion sur les causes éventuelles d'une épidémie. Une hypothèse est une « supposition » éclairée.

### **IgM (anticorps IgM)**

Anticorps dont la présence montre qu'un-e patient-e a été infecté-e relativement récemment.

### **Immunisé-e/immunité**

Une personne immunisée ne contractera pas l'infection, même si elle est exposée au micro-organisme à l'origine de cette infection. L'immunité varie en fonction des maladies, selon que la personne a été

vaccinée ou qu'elle a déjà contracté l'infection ou non (contraire de « *réceptif·ve* »).

### **Incidence**

Nombre de *nouveaux* cas d'une maladie pendant une période et dans un lieu donnés (ne pas confondre avec « *prévalence* »).

### **Infection latente**

Infection déjà présente chez une personne, et susceptible d'émerger ou de se développer, mais qui n'est pas encore visible ou symptomatique. Par exemple, de nombreuses personnes présentent une tuberculose latente.

### **Laboratoire de référence**

Laboratoire disposant des outils et des compétences nécessaires pour diagnostiquer une maladie infectieuse. Le groupe LabNet du ROSSP a élaboré un catalogue des laboratoires de référence de chaque pays :

<http://www.pphsn.net/Services/LabNet/intro.htm>

### **Lien personnel, géographique et temporel**

Plusieurs cas présentent un lien personnel (personne), géographique (lieu) et temporel (moment) lorsque l'ensemble des critères suivants sont remplis :

- Les patients présentaient un point commun avant l'apparition de la maladie. Par exemple, ils ont peut-être été en contact direct (parce qu'ils se sont touchés ou se sont trouvés dans la même pièce, par exemple) ou ont été exposés en même temps à l'agent infectieux (ils ont par exemple consommé la même nourriture).
- Les patients se trouvaient dans un même lieu (qui peut être défini de manière très étroite ou très large, selon la situation) pendant la période d'infection supposée.
- Les moments auxquels les différents patients ont été exposés (ou sont tombés malades) sont suffisamment proches les uns des autres pour qu'on puisse les relier de manière crédible. Le laps de temps permettant de considérer deux dates comme « suffisamment proches » varie en fonction de la situation.

### **Lymphadénopathie**

Augmentation de volume des ganglions lymphatiques.

### **Maculopapuleuse (éruption)**

Éruption cutanée caractérisée par un changement de couleur (macule) et une surélévation (papule) de la surface normale de la peau, sans cloques (différente de « *vésiculeuse* »).

### **Maladie infectieuse (maladie transmissible)**

Maladie causée par la transmission de micro-organismes (bactéries, virus, champignons ou parasites) à une personne par d'autres personnes, des animaux ou l'environnement, aliments et eau compris.

### **Micro-organismes**

Causes des maladies infectieuses ; il s'agit généralement de bactéries, virus, champignons, protozoaires ou parasites.

### **Microscopie de fluorescence**

Technique de laboratoire consistant à examiner au microscope des échantillons de laboratoire colorés avec certains colorants qui brillent en présence d'un marqueur d'une maladie infectieuse.

### **Milieu de transport viral (VTM)**

Liquide jaunâtre ou rosâtre, généralement contenu dans de petits tubes, utilisé par le laboratoire pour conserver les virus afin de les expédier à un laboratoire de référence.

### **Nasopharynx (nasopharyngé)**

Le nasopharynx est l'endroit où les voies nasales rejoignent la gorge. Il est atteint par le nez lors du prélèvement d'écouvillons nasopharyngés.

### **Pandémie**

Épidémie ou flambée épidémique qui s'est propagée sur une vaste zone géographique, par exemple plusieurs continents, voire dans le monde entier.

### **Période de contagiosité**

Durée pendant laquelle une personne infectée peut transmettre une infection à une autre personne.

### **Période d'incubation**

Période comprise entre l'exposition à l'infection et l'apparition des symptômes.

### **Pétéchies (pétéchial)**

Minuscules taches de sang rouges ou violettes sur la peau, qui ne blanchissent (s'éclaircissent) pas sous la pression.

### **Polypnée**

1 à 2 mois	60 respirations/minute ou plus
2 à 12 mois	50 respirations/minute ou plus
1 à 5 ans	40 respirations/minute ou plus
6 à 12 ans	30 respirations/minute ou plus
13 ans à l'âge adulte	20 respirations/minute ou plus

### **Porteur (portage)**

Un porteur est une personne qui ne présente aucun symptôme de la maladie mais est susceptible d'infecter d'autres personnes. Le portage désigne le fait d'être porteur.

### **Prévalence**

Nombre de nouveaux cas d'une maladie à un moment donné dans un lieu donné (ne pas confondre avec « incidence »)

### **Prophylaxie**

Traitement administré à un-e patient-e potentiellement exposé-e à une maladie infectieuse mais qui n'a pas encore développé de symptômes, afin d'éviter qu'il-elle tombe malade.

### **Purpura (purpurique)**

Taches rouges ou violettes qui ne s'éclaircissent pas sous la pression. Plus grandes que des « pétéchies ».

### **Réaction en chaîne par polymérase (PCR)**

Technique de laboratoire qui consiste à analyser l'échantillon d'un-e patient-e à la recherche d'ADN ou d'ARN d'une maladie infectieuse.

### **Réceptif·ve**

Caractéristique d'une personne susceptible de tomber malade après avoir été exposée à une maladie infectieuse (contraire d'« immunisé·e »).

## **Réservoir**

Site naturel d'où provient une maladie infectieuse.

## **Septicémie**

Empoisonnement bactérien du sang.

## **Sérotype**

Groupe de bactéries ou de virus classés dans la même catégorie.

## **Seuil**

Nombre minimum de cas d'une maladie au-delà duquel des mesures sont nécessaires. Par exemple, si l'on enregistre normalement 5 à 8 cas d'une maladie en une semaine, le seuil d'investigation peut être fixé à 10 ou 20 cas. Ce seuil variera en fonction des maladies et du lieu.

## **Surveillance**

Collecte régulière et systématique d'informations sur le nombre de cas dans la communauté aux fins de la mise en œuvre de mesures de lutte.

## **Surveillance des événements de santé**

Surveillance des maladies par la recherche ou le recensement d'événements inhabituels au sein de la communauté (comme des décès inexplicables dans un village) plutôt que par le comptage des cas d'une maladie spécifique dans un établissement de santé.

## **Syndrome de Guillain-Barré**

Trouble neurologique (d'origine nerveuse) aigu provoquant des engourdissements, des picotements ou des douleurs et une paralysie, qui débute généralement dans les mains et les pieds et remontent vers le haut du corps.

## **Syndromique**

Diagnostic fondé sur un groupe de symptômes (comme la fièvre et la toux) plutôt que sur une infection spécifique (comme la grippe).

## **Test de confirmation**

Test de laboratoire, généralement pratiqué dans un « *laboratoire de référence* », qui permet de prouver la cause d'une maladie.

## **Test sérologique**

Identification diagnostique dans le sérum d'anticorps formés en réponse à une infection (contre un micro-organisme spécifique). Ces tests sont généralement effectués sur des « *échantillons appariés* ». En cas d'incertitude quant à la nécessité de demander un test sérologique pour une maladie particulière, contacter un spécialiste du réseau LabNet du ROSSP.

## **Traitement empirique**

Traitement administré en attendant les résultats des tests de confirmation du diagnostic, un retard de prise en charge étant susceptible de nuire au patient ou à autrui.

## **Transmission**

Fait référence à la manière dont une infection est transmise ou propagée au sein d'une communauté. Les maladies infectieuses peuvent se propager de différentes manières : par l'air ; par contact direct ou indirect avec une autre personne, des objets souillés, la peau ou les muqueuses, la salive, l'urine, le sang et les sécrétions corporelles ; par contact sexuel ; et par la nourriture et l'eau contaminées.

**Transmission féco-orale**

Propagation d'une maladie par l'ingestion de minuscules quantités de selles infectées, transmises par exemple par de la nourriture, de l'eau ou des mains contaminées après un passage aux toilettes.

**Vésiculeuse (éruption)**

Éruption cutanée se caractérisant par la présence de cloques (généralement claires) remplies de liquide.

## Annexe 9

### **Exemple de formulaire de synthèse d'une investigation épidémiologique**

Ce type de formulaire peut être utilisé pour résumer les informations communiquées par un établissement de santé ou un membre de la communauté, en vue de leur transmission à l'équipe de santé publique. Il n'est pas destiné à remplacer un tableau récapitulatif des cas ou un rapport de situation.

Date du jour :			Nom de la personne qui remplit le formulaire :					
Informations sur la personne signalant la flambée épidémique ou l'événement								
Nom :			Prénom :					
Adresse :								
Organisation/affiliation :								
Coordonnées :			Téléphone (journée) :			Téléphone (en dehors des heures de travail) :		
Informations sur la flambée épidémique/l'événement								
Nom du village/de la localité :				Nom du district/de la région :				
Description de l'épidémie/de l'événement : (Décrire la maladie, comment elle a été découverte, qui est touché, si l'épidémie augmente ou diminue, la gravité et la durée de la maladie, les oiseaux ou les animaux s'ils sont concernés).								
Principaux symptômes ressentis par les personnes concernées : (Entourer)								
Fièvre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrhée (non sanglante)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrhée (sanglante)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Expectorations (non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Céphalées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vomissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Expectorations (sanglantes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nausées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polypnée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hémorragie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ictère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paralyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perte de conscience	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Léthargie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres symptômes :								
Syndrome possible :								
Nombre de cas humains suspects :			Adultes :			Enfants :		
Date du premier cas suspect :				Date du cas le plus récent :				



À votre avis, quelle est la cause de l'épidémie et pourquoi ?

## **Réseau océanien de surveillance de la santé publique**

Le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) est un groupement volontaire de pays et d'organisations qui se consacre à la promotion de la surveillance de la santé publique et s'efforce de répondre efficacement aux problèmes de santé qui se posent dans les 22 États et Territoires insulaires océaniques. Les maladies transmissibles sont ses priorités absolues, en particulier les maladies à potentiel épidémique. Le réseau comprend cinq services qui ont chacun des objectifs opérationnels spécifiques :

- 1) le Système océanien de surveillance syndromique, chargé de la détection des épidémies ;
- 2) PacNet, le système d'alerte précoce pour l'échange en temps utile d'alertes et d'informations sur les maladies à risque et la communication globale ;
- 3) LabNet, le réseau à trois niveaux des laboratoires de santé publique en charge de la confirmation et l'identification des agents pathogènes ;
- 4) EpiNet, les équipes d'intervention nationales et régionales en charge de la préparation, de la réponse et du renforcement des capacités, et
- 5) PICNet, le réseau régional de lutte anti-infectieuse.

Le ROSSP a pour but d'améliorer de façon durable la surveillance de la santé publique et la réponse aux épidémies dans les îles du Pacifique.

Il a été créé en 1996 sous l'égide commune de la Communauté du Pacifique (CPS) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Pour en savoir plus, consulter le site Web du ROSSP : [www.pphsn.net](http://www.pphsn.net)