

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité

MINISTERE DE LA SANTE

AGENCE NATIONALE DE SECURITE SANITAIRE



**GUIDE NATIONAL D'EMPLOI DES EQUIPES
PREFECTORALES D'ALERTE ET DE RIPOSTE
AUX EPIDEMIES (EPARE) EN GUINEE**

Aout 2017

Table des matières

Abréviations:	3
CHAP I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
CHAP II. OBJECTIFS DES EPARE	4
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
CHAP III. Composition de l'Equipe (EPARE)	4
CHAP IV. MISSIONS/FONCTIONS DES EPARE	5
Missions individuelles des membres de l'EPARE	5
1. Médecin chargé de la maladie	5
2. L'Epidémiologiste (Suppléant MCM)	6
3. L'Hygiéniste	6
4. Le Laborantin	6
5. Le Médecin (CTEPI, infectiologue)	6
6. Le Logisticien	6
7. Autres personnels	6
CHAP V. La gestion des Taches par les EPARE	6
1. Investigation :	6
2. Préparation d'un plan de Riposte :	7
3. Riposte :	7
CHAP VI. La Relation COU/ERARE/EPARE/CTEPI	7
CHAP VII. Formation des EPARE	8
CHAP VIII. Procédures d'intervention des EPARE	8
A- Les Fièvres Hémorragiques Virales	8
B- La Méningite	8
C- La Rougeole	9
D- La Fièvre jaune	9
E- Le Cholera	10
F- La Paralysie Flasque Aigue/Polio	10
CHAP IX. Annexes	11
Annexe 1 : Composition en personnel de l'EPARE	11
Annexe 2 : Composition matériels pour le COU et la Riposte	11
1- MATERIELS POUR LE COU	11
2- MATERIELS POUR LA RIPOSTE	12
Annexe 3 : Modules de formation	13
Référence :	20

Abréviations:

ANSS: Agence Nationale de Sécurité Sanitaire

CTEPI : Centre de Traitement Epidémiologique

COU: Centre d'Opération d'Urgence

DPS:Direction Préfectorale de la Santé

DRS : Direction Régionale de la Santé

ERARE : Equipe Régionale d'Alerte et de Riposte aux Epidémies

EPARE: Equipe Préfectorale d'Alerte et de Riposte aux Epidémies

EPI : Equipement de Protection Individuelle

FETP: Field Epidemiology Training Programme

FHV: Fièvre Hémorragique Virale

MCM: Médecin Chargé de la Maladie

SBC: Surveillance à Base Communautaire

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PEV: Programme Elargie de Vaccination

PFA: Paralysie Flasque Aigue

SMIR: Surveillance Intégrée de Maladie et de Réponse

CHAP I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le système de surveillance en Guinée est décrit selon les périodes suivantes, de 1958 à 2000 le système est caractérisé par une surveillance parcellaire non intégrée, par la transmission hebdomadaire par des véhicules de marché et des radios VHF (ONCHO) et mise en place des centres pilotes pour les programmes PEV/SSP/ME; de 2001 à 2013 l'introduction du SIMR et du Règlement Sanitaire International (2008), la transmission des données par flotte téléphonique et l'extension du programme PEV/SSP/ME ; de 2014 à nos jours la mise en œuvre des dispositifs de renforcement de la surveillance pendant et après l'épidémie d'Ebola ainsi que la création de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS).

Pour poursuivre le renforcement de la surveillance, les actions suivantes ont été menées : la formation du personnel en SIMR, FETP, WARDS, épidémiologie d'intervention , mise en place des kits informatiques, mise en place de la surveillance à base communautaire, la mise en place des COU préfectoraux et régionaux pour faciliter les interventions sur le terrain tout en organisant une éventuelle riposte, mise en place des laboratoires de confirmation des maladies à potentiels épidémiques dans les capitales régionales, la mise à disposition d'un laboratoire P3 par le gouvernement Russe, la construction de 34 CTEPI dans les districts sanitaires et la construction en cours de l'Institut Pasteur de Guinée.

Actuellement au niveau des 08 régions administratives, il existe des Equipes Régionales d'Alerte et de Riposte aux Epidémies (ERARE) avec pour principale fonction de riposter contre les épidémies.

Malgré tous ces dispositifs sanitaires, les ERARE étant loin de certains districts et dans le cadre de réduire notre temps de réactivité, il est nécessaire de mettre en place dans les districts sanitaires une Equipe Préfectorale d'Alerte et de Riposte aux Epidémies (EPARE) pour renforcer les capacités d'action des DPS en les dotant d'une force d'action rapide dans la gestion des alertes, des investigations et la participation à la riposte.

CHAP II. OBJECTIFS DES EPARE

Objectif général

Réduire le temps de réponse des événements de santé publique.

Objectifs spécifiques

- Procéder à l'investigation ;
- Proposer ou préparer un plan de riposte ;
- Participer à la riposte au niveau préfectoral.

CHAP III. Composition de l'Equipe (EPARE)

Le souci étant de mettre en place une équipe d'intervention mobilisable rapidement et à moindres ressources, une EPARE comprendra les membres ci-après :

- Médecin Chargé des Maladies / Coordonnateur-régulateur
- Médecin épidémiologiste (Suppléant MCM)
- Un médecin (CTEPI, infectiologue);
- Un socio anthropologue ou mobilisateur social

- Un logisticien;
- Un hygiéniste;
- Un laborantin ;
- Un agent de l'élevage
- Un agent de l'environnement

Ces agents peuvent provenir des structures existantes déjà au niveau de la préfecture, notamment les cadres de la DPS (COU, MCM, SBC, Chargé de statistique...), les agents de l'Hôpital préfectoral ou le CTEPI, le laboratoire préfectoral ou centres de santé. Ils seront identifiés et seront mobilisés en cas de besoin par la DPS.

CHAP IV.MISSIONS/FONCTIONS DES EPARE

Les maladies-cibles des EPARE sont l'ensemble des pathologies à fort risque épidémique.

A ce titre, et aux vues des épidémies passées en Guinée, les équipes agiront principalement sur les maladies habituelles, ne s'étendant pas dans plus de 2 sous-préfectures. Ces maladies sont :

- Les fièvres hémorragiques
- La rougeole
- Le choléra
- La méningite
- La fièvre jaune
- PFA/Polio

Sous la coordination du Directeur préfectoral de la santé assisté par le MCM, EPARE a comme rôles essentiels :

- L'investigation;
- Le transport des échantillons vers les laboratoires appropriés;
- Le transfert des malades vers les CTEPI;
- La préparation et la participation à la mise en œuvre de la riposte.

Missions individuelles des membres de l'EPARE

1. Médecin chargé de la maladie

Sous les ordres du Directeur Préfectoral de la Santé (DPS), il est :

- Garant du personnel et du matériel de l'EPARE ;
- Responsable du suivi du personnel (remplacements éventuels,) et du matériel :
 - ✓ Organise des exercices de simulation ;
 - ✓ Organise les formations de maintien des acquis ;
 - ✓ Gère les interventions (relève les personnels, demande de renforts sur les lieux, contact avec les autorités locales) ;
 - ✓ Il est non seulement le garant de la sécurité de son équipe, mais aussi les yeux du DPS sur la zone d'intervention, c'est pourquoi il lui fera des points de situation réguliers.
- Suit la situation épidémiologique et organise l'alerte ;
- Coordonne les opérations :

- ✓ Demande les moyens supplémentaires nécessaires aux DPS (renfort de la DRS, demande d'approvisionnement en matériels) ;
- ✓ Assurer le lien avec les autorités locales ;
- ✓ Envoyer régulièrement les points de situation aux DPS ;

2. L'Epidémiologiste (Suppléant MCM)

Conduit les investigations en respectant les 10 étapes décrites dans le guide SIMR.

3. L'Hygiéniste

- Réalise le balisage ;
- Réalise et/ou supervise des actions d'hygiène et de biosécurité ;
- Prépare le matériel et les solutions de désinfection ;
- Participe au conditionnement des prélèvements ;
- Participe au transfert des prélèvements vers une structure d'analyse ;
- Gère les déchets
- S'assure de la propreté et désinfection des lieux et du matériel tout au long de la mission.

4. Le Laborantin

- Prépare le matériel nécessaire aux prélèvements ;
- Effectue les prélèvements, les emballages et les TDR sur prescription ;
- S'assure du bon déroulement du transport du prélèvement et de la biosécurité ;
- Achemine le prélèvement en urgence vers le laboratoire préfectoral

5. Le Médecin (CTEPI, infectiologue)

- Au niveau du terrain, organise le tri ;
- Participe à l'organisation du transfert vers le (CTEPI) ;
- Contrôle et veille à la sécurité du personnel.

6. Le Logisticien

Il est responsable du matériel de l'EPARE (disponibilité et entretien) et a pour missions :

- Mensuellement :
 - ✓ Vérifier l'état quantitatif et qualitatif du matériel ;
 - ✓ Rendre-compte au coordonnateur-régulateur.
- Gérer les flux de véhicules, intrants et déchets.

7. Autres personnels

(Médecin vétérinaire, entomologiste, socio-anthropologue, environmentaliste...) interviendront spécifiquement selon leurs domaines d'intervention.

CHAP V. La gestion des Taches par les EPARE

1. Investigation :

Généralement, une équipe d'investigation agira en premier, conjointement avec le staff des centres de santé de la localité. Au moins, un laborantin sera toujours présent dans l'équipe

pour prélèvement de tout cas suspect. Dans les limites du possible, les tests rapides seront priorités au niveau du site d'investigation, mieux au niveau du centre de santé de l'aire de santé, pour permettre une orientation rapide de la riposte. Dans le cas contraire, les échantillons seront acheminés directement au laboratoire préfectoral à chaque fin de journée.

Le respect des 10 étapes d'investigation décrites dans le guide SIMR

Phase descriptive :

- a- Affirmer la réalité d'une épidémie
- b- Confirmer le diagnostic
- c- Définir et décompter les cas
- d- Collecter les cas
- e- Décrire l'épidémie dans ses composantes spatio-temporelles

Phase analytique:

- f- Formuler les hypothèses
- g- Tester les hypothèses par une enquête étiologique
- h- Rechercher la preuve biologique
- i- Communiquer les conclusions de l'investigation
- j- Prendre les mesures de prévention

2. Préparation d'un plan de Riposte :

Préciser les localités à risque épidémique et définir les besoins pour la riposte.

3. Riposte :

a- Prise en charge des cas au CTEPI: cas suspects ou MAPI

- ✓ Utilisation des EPI selon le contexte ;
- ✓ Faire le triage des cas :
 - Si « non cas », référer au centre de santé le plus proche ;
 - Si cas suspect, transporter le cas au CTEPI selon les normes et procédures;
- ✓ Faire la désinfection des lieux selon le protocole en vigueur.

b- Riposte spécifique :

Préparer la riposte spécifique selon la situation (vaccination, fumigation, traitement de l'eau de boisson,...)

CHAP VI. La Relation COU/ERARE/EPARE/CTEPI

Une fois l'alerte émise, le COU est activé, l'EPARE est déployée par le DPS. Le DRS en collaboration le DPS, met l'ERARE en alerte. Le DPS veillera systématiquement à informer les responsables des services d'appartenance des membres de l'EPARE mobilisés (DPS, hôpital préfectoral/laboratoire/CTEPI).

Plus de 20 personnes atteintes ou Au-delà de 2 districts, l'ERARE sera mise à contribution pour appuyer le district dans la riposte.

Une fois la situation d'urgence contrôlée, le COU déclare la fin de l'alerte et le DPS peut arrêter les interventions de l'EPARE selon les procédures opérationnelles standardisées pour poursuivre la surveillance habituelle.

CHAP VII. Formation des EPARE

- **Pour l'investigation** : le Guide SIMR /FETP (Epidémiologie de Terrain)
- **Pour la prise en charge** : le Guide de prise en charge MPE, Guide clinique et thérapeutique MSF.

CHAP VIII. Procédures d'intervention des EPARE

Evénement	Missions/tâches/Procédures d'intervention
A- Les Fièvres Hémorragiques Virales	<p>Si un seul cas est suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmer ou infirmer l'alerte • Investiguer le cas • Renforcer la précaution standard • Mettre en contribution ERARE pour la Riposte • Remonter l'information à l'ANSS
	<p>Si un seul cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remonter l'information à l'ANSS pour la Riposte • Maintenir des pratiques strictes de lutte contre les infections de fièvre hémorragique virale pendant toute la durée de l'épidémie • Participer au suivi des cas contacts • Participer à la riposte • Participer à l'investigation

Evénement	Missions/tâches/Procédures d'intervention
B- La Méningite	<p>Si le seuil d'alerte est atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remonter l'information à la DRS/ERARE et l'ANSS ▪ Investiguer sur les cas ▪ Transfert des cas suspects au CTEPI ▪ Proposer ou Préparer la campagne de vaccination
	<p>Si le seuil d'action est atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre à contribution l'ANSS ▪ Mettre à contribution les ERARE ▪ Transfert des cas au CTEPI ▪ Participer à la campagne de vaccination de masse ▪ Transfert des cas de MAPI au CTEPI

Événement	Missions/tâches/Procédures d'intervention
<p style="text-align: center;">C- La Rougeole</p>	<p>S'il y a présomption d'épidémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le cas présumé au niveau supérieur (DRS/ERARE/ANSS). • Effectuer des prélèvements sanguins pour confirmer l'épidémie. • Transférer tous les cas suspects au CTEPI • Enquêter sur le cas pour en identifier les causes • Investiguer sur les cas
	<p>S'il Ya confirmation d'épidémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en contribution l'ANSS • Plus de 20 personnes affectées ou plus de deux sous-préfectures atteintes, mettre en contribution les ERARE • Proposer ou préparer un plan de riposte • Continuer les investigations sur les cas • Continuer les prélèvements sanguins pour tous les cas suspects. • Transférer tous les cas suspects au CTEPI • Participer à la riposte

Événement	Missions/tâches/Procédures d'intervention
<p style="text-align: center;">D- La Fièvre jaune</p>	<p>S'il y a un seul cas ou groupe de cas présumés ou probables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remonter l'information à ANSS ▪ Mettre à contribution ERARE ▪ Envoyer immédiatement une notification au niveau supérieur (ANSS) ▪ Prélever les patients suspects ▪ Transfert des cas suspects au CTEPI ▪ Préparer la campagne de vaccination.
	<p>si un seul cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer ou préparer un plan de riposte ▪ Continuer / achever l'investigation de l'épidémie, y compris le screening du statut vaccinal. ▪ Initier une enquête entomologique si nécessaire ▪ Transfert des cas au CTEPI ▪ Participer à la campagne de vaccination dans les villages, districts ou villes affectés en fonction des données épidémiologiques. ▪ Transfert des cas de MAPI au CTEPI

Événement	Missions/tâches/Procédures d'intervention
<p>E- Le Cholera</p>	<p align="center">Si un seul cas est suspecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier immédiatement en donnant des renseignements détaillés sur le cas ▪ Remonter l'information au niveau supérieur (ANSS, DRS/ERARE). ▪ Transfert du cas suspect au CTEPI ▪ Recueillir des échantillons de selles ▪ Sensibiliser la communauté sur les mesures de prévention
	<p align="center">Si un cas suspect est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre à contribution l'ANSS ▪ Mettre à contribution les ERARE ▪ Transfert des cas au CTEPI ▪ Participer à la prise en des cas (si débordement du CTEPI) ▪ Sensibiliser la communauté sur les mesures de prévention

Événement	Missions/tâches/Procédures d'intervention
<p>F- La Paralyse Flasque Aigue/Polio</p>	<p align="center">S'il y a un seul cas présumé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remonter l'information au niveau supérieur (ANSS, DRS/ERARE). ▪ Transfert du cas suspect au CTEPI ▪ Recueillir des échantillons de selles.
	<p align="center">Si un cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre à contribution l'ANSS ▪ Continuer / achever l'investigation de l'épidémie, y compris le screening du statut vaccinal. ▪ Transfert des cas au CTEPI ▪ Participer à la campagne de vaccination dans les villages, districts ou villes affectés ▪ Transfert des cas de MAPI au CTEPI

CHAP IX. Annexes

Annexe 1 : Composition en personnel de l'EPARE

- Médecin Chargé des Maladies / Coordonnateur-régulateur
- Médecin épidémiologiste (Suppléant MCM)
- Un médecin (CTEPI, infectiologue);
- Un socio anthropologue ou mobilisateur social
- Un logisticien;
- Un hygiéniste;
- Un laborantin ;
- Un agent de l'élevage
- Un agent de l'environnement

Annexe 2 : Composition matériels pour le COU et la Riposte

Pour accomplir ses missions, l'ERARE doit être équipé des matériels dont la liste suit. Ces matériels sont mis en place dans chaque DPS. Ces matériels sont répartis en différents lots qui correspondent aux différents modules.

1- MATERIELS POUR LE COU

KIT	MATERIELS	QUANTITE
Bureautique	- Ordinateur portable avec sacoche de transport	3
	- Régulateur de voltage automatique	3
	- Onduleur	1
	- Imprimante multifonctions	1
	- Cartouches d'encre pour imprimante	3
Téléphonie	- Clef 3G (équipée de carte SIM-Orange)	3
	- Téléphone portable + carte SIM-Orange	3
	- Cartes de recharges (250 000 GNF)	Forfait

2- MATERIELS POUR LA RIPOSTE

KIT	MATERIEL	QUANTITE
Administratif	- Guide de prise en charge d'une épidémie de rougeole (MSF)	1
	- Fiche médicale de l'avant	100
	- Porte-documents	2
	- Écritoire à pince	2
	- Papier blanc format A4 (2500 feuilles)	1
	- Stylo à bille	10
	- Ordinateur portable avec sacoche de transport	1
	- Régulateur de voltage automatique	1
	- Onduleur	1
	- Clef USB (32 Go)	1
	- Marqueur encre indélébile couleur noire	10

Annexe 3 : Modules de formation

1- LES FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES

<p>Présentation de la maladie</p>	<p>Il s'agit d'un syndrome fait de fièvre avec saignements, pouvant être causé par les virus suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virus Ebola ou virus de Marburg (<i>filovirus</i>), la fièvre Lassa, la fièvre de la Vallée du Rift, la fièvre hémorragique du Congo-Crimée et la dengue. • La maladie est transmise de personne à personne (<i>Ebola, Marburg, Lassa, fièvre hémorragique du Congo-Crimée</i>). Ou par les moustiques (<i>vallée du Rift, dengue</i>), les tiques (<i>fièvre hémorragique du Congo-Crimée</i>), les rongeurs (<i>Lassa</i>) ou le contact avec des animaux infectés (<i>fièvre de la vallée du Rift, fièvre hémorragique Congo-Crimée</i>). • Les virus Ebola et de Marburg peuvent être transmis par contact sexuel. • Certaines fièvres hémorragiques virales (FHV) sont à potentiel épidémique explosif. D'où le fait qu'une notification internationale à l'OMS de tout cas même suspect soit requise dans les 24 heures. • La période d'incubation est variable, de 3 à 21 jours selon l'étiologie. • La minorité des cas a des symptômes hémorragiques, mais chez les sujets qui ont ces symptômes, le taux de létalité est élevé (15% à 90%). • Facteurs de risque : en milieu médical, les épidémies peuvent être amplifiées quand les précautions standard de barrière ne sont pas prises, ou dans les cérémonies impliquant le contact avec des patients ou des sujets infectés décédés ou avec leurs sécrétions. Des cas sporadiques peuvent survenir suite à un contact sexuel ou par une exposition à la forêt (par exemple par la profession), ou suite éventuellement à un contact direct avec des animaux infectés. • D'autres affections hémorragiques qui peuvent ressembler à une fièvre hémorragique virale sont : la fièvre jaune, le charbon, la leptospirose, les rickettsioses, les fièvres récurrentes et certaines intoxications.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'investigation ; • Participer à la riposte au niveau préfectoral.
<p>Investigation</p>	<p>Cas suspect: Maladie avec début de fièvre rebelle au traitement des causes habituelles de fièvre dans la zone, et au moins un des signes suivants : diarrhée sanguinolente, saignement des gencives, saignement de la peau, saignement des yeux et hématurie.</p> <p>Cas confirmé: Un cas suspect avec confirmation de laboratoire (anticorps IgM positif ou isolement viral), ou lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie de la maladie.</p> <p>Si un seul cas est suspecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • notifier l'information cas par cas immédiatement aux instances compétentes. • Prendre immédiatement les précautions d'isolement des cas de fièvre hémorragique virale et renforcer les précautions standard sur l'ensemble du milieu médical. Utiliser du matériel (y compris les vêtements) de protection, désinfecter les surfaces et les éclaboussures, destruction sans risque des matériels utilisés pour la prise en charge du patient et évacuation sans risque des déchets du patient. • Transfert des patients suspects au CTEPI par l'ERARE
<p>Riposte</p>	<p>Si un seul cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en contribution ERARE pour la Riposte • Remonter l'information à l'ANSS pour le renforcement de la Riposte • Participer à l'investigation • Participer à la riposte • Maintenir des pratiques strictes de lutte contre les infections de fièvre hémorragique virale pendant toute la durée de l'épidémie.
<p>Reference</p>	<p>Lutte contre les infections à fièvre hémorragique virale en milieu médical africain, OMS, 1998. OMS/EMC.</p>

2- LA ROUGEOLE

<p>Présentation</p>	<p>La rougeole est une maladie éruptive fébrile, due à un virus de la famille des <i>Paramyxoviridae</i> (<i>Morbillivirus</i>) qui se transmet par voie aérienne, d'une personne à l'autre, par les gouttelettes respiratoires en suspension dans l'air. Dans de nombreux pays africains, la rougeole est la quatrième cause majeure de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La période d'incubation dure de 7 à 18 jours, entre l'exposition et l'apparition de la fièvre. • Chez les enfants souffrant de malnutrition et d'une déficience en vitamine A, l'infection par le virus de la rougeole peut provoquer une maladie grave due au virus lui-même et aux surinfections bactériennes, en particulier la pneumonie ; les cas graves sont une minorité. • La rougeole est l'une des maladies humaines les plus contagieuses. D'importantes épidémies se déclarent chaque année dans les régions où la couverture vaccinale est faible et où il y a une forte concentration de personnes n'ayant jamais été infectées ou vaccinées. L'incidence réelle de la rougeole est de loin supérieure aux cas notifiés. • Les facteurs de risque incluent notamment la faible couverture vaccinale (<85 à 90%) qui permet la concentration d'un grand nombre de personnes fortement susceptibles de contracter la rougeole. Les épidémies de rougeole peuvent être explosives dans les régions à forte densité démographique. • D'autres maladies virales, comme la rubéole, peuvent contribuer ou provoquer des épidémies similaires à celles de la rougeole
<p>But de la Surveillance</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'investigation ; • Proposer ou préparer un plan de riposte ; • Participer à la riposte au niveau préfectoral. 	
<p>Investigation</p>	
<p>Cas présumé :</p> <p>Toute personne présentant de la fièvre, une éruption généralisée maculopapulaire (non vésiculaire) et de la toux ou un rhume ou une conjonctivite (yeux rouges), ou toute personne chez laquelle un médecin soupçonne une rougeole.</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>Cas présumé confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.</p> <p>S'il y a présomption d'épidémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier le cas présumé au niveau supérieur (DRS/ERARE/ANSS). ▪ Effectuer des prélèvements sanguins pour confirmer l'épidémie. ▪ Transférer tous les cas suspects au CTEPI ▪ Enquêter sur le cas ou l'épidémie pour en identifier les causes, ▪ Plus de 20 personnes affectées ou plus de deux districts atteints, mettre en contribution les ERARE. 	
<p>Riposte</p>	
<p>S'il y a confirmation d'épidémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préciser les localités à risque épidémique et définir les besoins pour la riposte ▪ Participer à la vaccination de riposte. ▪ Transférer les cas de MAPI au CTEPI 	
<p>Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Using surveillance data and outbreak investigations to strengthen measles immunization programs</i>, Genève, Organisation mondiale de la santé. WHO/EPI/GEN/96.02 ▪ Guide OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies de rougeole WHO/CDS/CSR/ISR/99.1

3- LA MENINGITE

<p>Présentation de la Maladie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë du système nerveux central généralement causée par <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, ou <i>Streptococcus pneumoniae</i>, bactéries encapsulées transmises de l'homme à l'homme par des gouttelettes de flugge véhiculées par l'air. • Dans les pays où la méningite est épidémique, de grandes épidémies dues à <i>N.meningitidis</i>(incidence supérieure à 1 cas pour 1000 habitants) peuvent se déclarer de novembre à mai.En dehors de la région où la méningite est épidémique, des flambées moins importantes peuvent éclater toute l'année. La période d'incubation dure de 2 à 10 jours. Le taux d'attaque est plus élevé chez les enfants de moins de 15 ans. La létalité se situe généralement entre 10 et 20% chez les malades traités, et à plus de 70% pour les cas non traités. On n'a pas encore détecté de résistance antimicrobienne de <i>N. meningitidis</i> au chloramphénicol en Afrique. Cependant, la résistance aux sulfamides est répandue. • La méningite virale ou tuberculeuse et les infections opportunistes liées au VIH peuvent simuler la méningite épidémique. La méningite à hémophilus survient surtout chez les moins de 5 ans.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'investigation ; • Proposer ou préparer un plan de riposte ; • Participer à la riposte au niveau préfectoral.
<p>Investigation</p>	<p>Cas suspect: Toute personne présentant une fièvre apparue subitement (>38,5°C de température rectale ou 38,0°C de température axillaire) et l'un des signes suivants : raideur de la nuque, conscience altérée ou autre signe méningitique.</p> <p>Cas probable : Signes cliniques cas suspect avec LCR trouble</p> <p>Cas confirmé: Cas suspect confirmé par isolement de <i>N.meningitidis</i>du liquide céphalorachidien ou du sang.</p> <hr/> <p>Si le seuil d'alerte est atteint : Population supérieure à 30 000habitants, 5 cas pour 100 000 habitants par semaine. Population inférieure à 30 000 habitants, 2 cas en 1 semaine ou augmentation du nombre par rapport à la même période les années précédentes.</p> <p>Répondre au seuil d'alerte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remonter l'information à la DRS/ERARE et l'ANSS • Transfert des cas suspects au CTEPI • Préparer la campagne de vaccination
<p>Riposte</p>	<p>Si le seuil d'action est atteint : Population supérieure à 30 000 : une survenue de 15 cas pour 100 000 habitants par semaine confirme l'épidémie en toute circonstance. S'il n'y a pas eu d'épidémie au cours des 3 dernières années et si la couverture vaccinale pour la méningite à méningocoques est < 80%, le seuil d'action se situe à 10 cas pour 100 000 habitants par semaine. Population inférieure à 30 000 : 5 cas en 1 semaine ou la multiplication par deux (dédoublment) du nombre de cas sur une période de 3 semaines.</p> <p>Répondre au seuil d'action:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à contribution les ERARE • Transfert des cas au CTEPI • Participer à la campagne de vaccination de masse • Transfert des cas de MAPI au CTEPI
<p>Reference</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevé épidémiologique hebdomadaire No 38, Septembre 2000 (http://www.who.int/wer/pdf/2000/wer7538.pdf) ▪ WHO Regional Office for Africa Standard Operating Procedures for Enhanced Meningitis Surveillance in Africa, Août 2009 ▪ Lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque. Guide pratique OMS, 2ième Edition.WHO/EMC/BAC/98.3.http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/WHO_EM_C_BAC_98_3_FR/en/index.html ▪ "Techniques de laboratoire pour le diagnostic des meningitis à <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>et <i>Haemophilus influenzae</i>." Document OMS WHO/CDS/EDC/99.7, Genève http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_EDC_99.7_fre.pdf

4- LA FIEVRE JAUNE

Présentation

- Maladie hémorragique aiguë d'origine virale causée par un flavivirus à transmission interhumaine, par l'intermédiaire de moustiques domestiques appartenant à l'espèce *Aedes* (épidémies urbaines) ou transmis aux humains à partir du réservoir constitué par les primates, par l'intermédiaire de moustiques appartenant à des espèces sylvatiques (cycle sylvatique).
 - De grandes épidémies se produisent tous les 3 à 10 ans dans les villages ou les villes en l'absence de vaccination de masse. Des cas sporadiques surviennent régulièrement dans les zones d'endémie. Résurgence de la maladie en Afrique depuis le milieu des années 1980. L'incidence réelle est largement supérieure aux cas déclarés.
 - Période d'incubation de 3 à 6 jours après piqûre d'un moustique infecté. Environ 15% des infections évoluent en maladie fébrile et jaunisse.
 - Seule une minorité des cas sont graves, mais le taux de létalité se situe entre 25% et 50% chez les patients présentant un syndrome hémorragique avec jaunisse et maladie rénale.
- ☑ Facteurs de risque : cas sporadiques souvent liés à la profession ou la localisation du village à proximité de forêts hébergeant de nombreux singes. Personnes non vaccinées.
- Notification internationale à l'OMS dans les 24 heures.
 - Les autres fièvres hémorragiques virales (FHV) et d'autres maladies parasitaires, virales ou bactériennes comme le paludisme, la dengue, le Chikungunia, la leptospirose, les hépatites A-E, les infections par le virus d'Epstein-Barr, le virus du Nil occidental, la fièvre Q, l'anthrax, les rickettsies, etc., et certaines intoxications peuvent ressembler à la fièvre jaune.
 - Il est possible de prévenir l'infection et la maladie par la vaccination. L'efficacité vaccinale est > 95% et la durée de l'immunité d'au moins 10 ans.

But de la surveillance

- Procéder à l'investigation ;
- Proposer ou préparer un plan de riposte ;
- Participer à la riposte au niveau préfectoral.

Investigation

Cas présumé :

Toute personne présentant une brutale montée de fièvre, avec apparition d'un ictère dans les 14 jours suivant l'apparition des premiers symptômes.

Cas probable :

Cas présumé

ET

Un des éléments suivants :

☑ Lien épidémiologique avec un cas confirmé ou une flambée épidémique

☑ Histopathologie du foie post-mortem positive

Cas confirmé :

Cas probable

ET

Un des éléments suivants :

☑ Détection d'IgM anti-amariles spécifiques

☑ Détection de titres d'IgM et/ou IgG contre la FJ 4 fois plus élevés entre le sérum de phase aiguë et le sérum de phase convalescente

☑ Détection d'anticorps neutralisants spécifiques* du virus amaril

Ou

Un des éléments suivants

☑ Détection de séquences génomiques du virus amaril dans le sang ou les organes par PCR

☑ Détection immunohistochimique d'antigènes du virus amaril dans le sang, le foie ou d'autres organes

Isolement du virus amaril.

Répondre au seuil d'alerte

S'il y a un seul cas ou groupe de cas présumés ou probables

- Mettre en contribution ERARE
- Envoyer immédiatement une notification au niveau supérieur (ANSS)
- Prélever les patients suspects
- Transfert des cas suspects au CTEPI
- Préparer la campagne de vaccination.

Riposte**Outre la réponse au seuil d'alerte, si un seul cas est confirmé :**

- Continuer / achever l'investigation de l'épidémie, y compris le screening du statut vaccinal.
- Initier une enquête entomologique si nécessaire
- Transfert des cas au CTEPI
- Participer à la campagne de vaccination dans les villages, districts ou villes affectés en fonction des données épidémiologiques.
- Transfert des cas de MAPI au CTEPI

RÉFÉRENCE

- *District guidelines for yellow fever surveillance.* WHO 1998 WHO/GPVI/EPI/98.09
- Yellow Fever. 1998. WHO/EPI/Gen/98.11
- Fièvrejaune. Investigation des épidémies de fièvre jaune en Afrique. Guide opérationnel. OMS
- Recommendation of Expert Meeting on Yellow Fever Surveillance and Response in Africa. Brazzaville, Congo, 13-15 octobre 2010

5- LE CHOLERA

<p>Présentation</p>	<p>Maladie grave caractérisée par des diarrhées liquides abondantes, aiguës, causées par <i>Vibrio cholerae</i> de groupes sérologiques O1 ou O139. La maladie se contracte principalement lorsqu'on mange ou boit des aliments ou de l'eau contaminée, autrement dit, le vibrion cholérique se transmet à travers la voie oro - fécale.</p> <p>Le choléra cause plus de 100 000 décès par an. Il peut provoquer des épidémies à évolution rapide ou des pandémies. Des cas sporadiques (moins de 5% de tous les cas de diarrhée non-liées aux épidémies) et de petites flambées peuvent être observés dans les régions endémiques.</p> <p>La période d'incubation varie de quelques heures à 5 jours, et dure très souvent de 2 à 3 jours.</p> <p>Il y a eu à partir du milieu des années 1980 une résurgence de choléra en Afrique, où sont apparus 80% de l'ensemble des cas en 1999, la majorité de cas se déclarant de janvier à avril.</p> <p>Le choléra peut provoquer une déshydratation grave en quelques heures seulement. La létalité peut dépasser 50% chez les malades non traités présentant une déshydratation grave. En cas de traitement correct de malades utilisant à temps les services de santé, le taux de létalité est généralement inférieur à 1%. Au moins 90% des cas de choléra sont bénins, et passent inaperçus.</p> <p>Facteurs de risque : consommation d'aliments contaminés tels que les fruits de mer crus ou des crustacés provenant des estuaires, manque d'accès permanent à de l'eau de boisson et à des denrées alimentaires saines, participation à de grands rassemblements, y compris des cérémonies telles que mariages ou enterrements, contact physique avec des personnes décédées de choléra.</p> <p>D'autres diarrhées entériques peuvent provoquer des diarrhées liquides, surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Bien vouloir se référer au tableau récapitulatif des directives sur la Diarrhée accompagnée de déshydratation.</p>
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'investigation ; • Proposer ou préparer un plan de riposte ; • Participer à la riposte au niveau préfectoral.
<p>Investigation</p>	<p>Cas suspect:</p> <p>Chez un malade âgé de 5 ans ou plus, déshydratation grave ou décès des suites de diarrhée aqueuse aiguë.</p> <p>En cas d'épidémie de choléra, toute personne âgée de 5 ans ou plus présentant une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissement constitue un cas suspect.</p> <p>Cas confirmé:</p> <p>Cas suspect dans les selles duquel le vibrion cholérique O1 ou O139 a été isolé.</p> <p>Si un seul cas est suspecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier immédiatement en donnant des renseignements détaillés sur le cas ▪ Remonter l'information au niveau supérieur (ANSS, DRS/ERARE). ▪ Transfert du cas suspect au CTEPI ▪ Recueillir des échantillons de selles
<p>Riposte</p>	<p>Si un cas suspect est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfert des cas au CTEPI • Participer à la prise des cas (si débordement du CTEPI) • Mettre à contribution les ERARE
<p>Référence</p>	<p><i>Prise en charge du malade souffrant du choléra, Organisation mondiale de la Santé, 1992. WHO/CDD/SER/91.15 REV1 (1992).</i></p> <p><i>Préparation et riposte à la maladie diarrhéique épidémique – Formation et pratique. Manuels du facilitateur et du participant. Organisation mondiale de la Santé, 1997. WHO/EMC/DIS/97.3 et WHO/EMC/DIS/97.4.</i></p>

6- LA PARALYSIE FLASQUE AIGUE/POLIO

Presentation
<p>Les poliovirus (genre Enterovirus) de sérotypes 1, 2 et 3 sont transmis d'un individu à l'autre par voie orofécale.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La période d'incubation dure de 7 à 14 jours pour les cas paralytiques et varie de 3 à 35 jours environ. Les personnes immunodéprimées peuvent excréter le virus pendant plusieurs années.▪ Généralement asymptomatique, l'infection peut cependant provoquer un syndrome fébrile avec ou sans méningite. Moins de 5% des infections se soldent par une paralysie, souvent d'une seule jambe.▪ L'infection touche presque exclusivement les enfants. L'infection peut se produire avec n'importe lequel des 3 sérotypes de poliovirus. L'immunité est spécifique du type sérologique et dure toute la vie.▪ Bien qu'elle ne soit pas mortelle, la poliomyélite paralytique a des conséquences sociales et économiques dévastatrices pour les individus affectés.▪ Le Programme d'éradication de la polio a pratiquement interrompu la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, grâce à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Au plan mondial, le poliovirus type 2 semble avoir été éliminé. Les sérotypes 1 et 3 circulent encore dans plusieurs pays africains et la surveillance n'est pas encore suffisante pour assurer l'éradication dans de nombreux pays.▪ Les régions à faible couverture vaccinale pourraient permettre la transmission actuelle du poliovirus sauvage.▪ D'autres maladies neurologiques peuvent être à l'origine d'une paralysie flasque aiguë (PFA), par exemple le syndrome de Guillain-Barré et la myélite transverse.
But de la surveillance
<ul style="list-style-type: none">• Procéder à l'investigation ;• Proposer ou préparer un plan de riposte ;• Participer à la riposte au niveau préfectoral.
Investigation
<p>Cas présumé : Tout enfant de moins de 15 ans présentant une PFA ou toute personne souffrant de paralysie, quel que soit son âge, chez laquelle le médecin soupçonne une poliomyélite.</p> <p>Cas confirmé : Cas présumé confirmé par l'isolement du virus dans les selles</p> <p>Répondre au seuil d'alerte S'il y a un seul cas présumé :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Remonter l'information au niveau supérieur (ANSS, DRS/ERARE).▪ Transfert du cas suspect au CTEPI▪ Recueillir des échantillons de selles .
Riposte
<p>Si un cas est confirmé:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Continuer / achever l'investigation de l'épidémie, y compris le screening du statut vaccinal.• Transfert des cas au CTEPI• Participer à la campagne de vaccination dans les villages, districts ou villes affectés• Transfert des cas de MAPI au CTEPI
References
<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication.</i> Organisation mondiale de la Santé.▪ Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire. WHO/V&B/99.32, Genève, 1999 http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF00/www500.pdf▪ Manual for the virological investigation of polio, WHO/ EPI/GEN/97.01, Genève, 2004 <p>☒ Supplement to the Manual for the virological investigation of Polio- WHO/EPI 2007</p>

Référence :

La conception des EPARE s'appuie en particulier sur les textes suivants :

1. Guide d'emploi des Equipes Régionales d'Alerte et de Riposte aux Epidémies (ERARE)
2. Textes et cadres organiques du ministère de la santé et de l'hygiène publique, République de Guinée, version 2012 ;
3. Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte en Guinée, Direction nationale de la prévention et de la santé communautaire, Division prévention et lutte contre la maladie, édition décembre 2011.
4. Guide clinique et thérapeutique pour les programmes curatifs des hôpitaux et dispensaires à l'usage des prescripteurs, Médecin Sans Frontières (MSF), édition février 2013 ;
5. Guide de prise en charge des MPE, ANSS, OMS, 2016