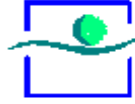


ROYAUME DU MAROC  
*ministère de la santé*



المملكة المغربية  
وزارة الصحة

Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies

# Guide

# Normes de la surveillance épidémiologique

Edité avec le soutien de l'OMS (*Logo de l'OMS*)

***CE DOCUMENT EST DESTINE AU PERSONNEL DE TERRAIN A TOUS LES NIVEAUX ET DE TOUS LES SECTEURS. IL A ETE INSPIRE DU DOCUMENT DES "NORMES RECOMMANDEES PAR L'OMS POUR LA SURVEILLANCE". CETTE PREMIERE EDITION A POUR OBJECTIF PRINCIPAL DE METTRE A LA DISPOSITION DES PRATICIENS UNE DEFINITION STANDARDISEE DES CAS DE MALADIES SOUS SURVEILLANCE.***

## **COMITE DE LECTURE**

Dr Mohamed Jamal BELHADJ  
Dr Abdelilah BENLAHCEN  
Dr Youssef CHAMI KHAZRAJI  
Dr Fatiha GUEZZAR  
Dr Jamila LAMANI  
Dr Chakib NEJJARI  
Mme Nabila ROUABI  
Dr Azeddine TAHA  
Dr Ahmed ZIDOUH

## Table des matières

Abréviations.....	3
Préface.....	4
Surveillance épidémiologique	
Introduction.....	8
Réglementation de la déclaration des maladies.....	13
Normes de surveillance des maladies	
Bilharziose.....	21
Brucellose Humaine.....	22
Choléra.....	24
Coqueluche.....	27
Diphtérie.....	29
Fièvre typhoïde	
Fièvre paratyphoïde.....	31
Hépatites virales épidémiques (Hépatites A et E).....	33
Infection par le VIH	
(Virus de l'Immunodéficience Humaine).....	35
Leishmanioses cutanées.....	34
Leishmaniose viscérale.....	39
Lèpre.....	41
Méningites aiguës.....	44
Paludisme.....	47
Poliomyélite	
Paralysies Flasques Aiguës (PFA).....	49
Rage humaine.....	52
Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA).....	54
Rougeole.....	56
Syndrome d'ulcération génitale.....	58
Syndrome d'écoulement urétral.....	60
Syndrome des pertes vaginales.....	62
Syphilis.....	64
SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise).....	66
Tétanos.....	71
Tétanos néonatal.....	73
Toxi-infections Alimentaires Collectives.....	75
Trachome.....	77
Préparation et riposte aux épidémies	
Mesures de préparation et de contrôle des épidémies.....	81
Méthodes d'investigation d'un épisode épidémique.....	85

## ABREVIATIONS

## PREFACE

Avec les programmes sanitaires de prévention et la prise en charge médicale, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, la troisième mission majeure de tout système de santé prétendant à la globalité relève de sa capacité à réagir par rapport à certains phénomènes pouvant présenter un danger potentiel pour la population.

La surveillance épidémiologique constitue à cet égard un des éléments fondamentaux pour le contrôle des phénomènes de santé et de sa nature et de la qualité de ses liens avec l'appareil d'intervention sanitaire découle la performance de cet axe de système de santé. Chargé de décrire la distribution et la tendance des maladies, d'alerter de l'imminence ou de la survenue d'un phénomène anormal ou d'une épidémie probable et d'évaluer l'impact des mesures de lutte, le système de surveillance épidémiologique est, avant tout, un générateur de décisions et d'actions à l'échelle locale.

A cet égard, la mise en place des Observatoires Régionaux d'Epidémiologie et des Cellules Provinciales d'Epidémiologie est un premier pas vers la création d'un véritable réseau national de surveillance épidémiologique.

Le personnel affecté à ces structures bénéficie, par ailleurs, d'une formation ciblée, notamment en matière d'épidémiologie d'intervention, de système d'alerte et d'informatique appliquée.

L'élaboration de ce présent « **guide des normes de la surveillance épidémiologique** » vient compléter ce tableau en normalisant et en standardisant les définitions de cas de toutes les maladies objet d'une déclaration dans notre pays. Ces définitions ont cette particularité d'être aussi simples et précises que possible pour être interprétées et exploitées de manière identique par les professionnels de santé et d'induire, par suite, des comportements systématiques similaires.

Outre cet aspect, ce guide offre l'opportunité de fixer les principes de base de la surveillance épidémiologique, et se veut, ainsi, un outil pratique pour une notification homogène et harmonieuse.

De la sorte, le Maroc se dote d'un véritable appareil de surveillance épidémiologique qui répond à notre souhait de tisser un réseau territorial de prévention de toute altération des conditions sanitaires du pays. Notre satisfaction n'a d'égal que notre détermination à approfondir et de consolider

cette action d'envergure dont les retombées sur la population n'en seront que bénéfiques pour le bien être des marocains et de marocaines.

*Thami El KHYARI*

*Ministre de la santé*

# **Surveillance épidémiologique**

## LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

### INTRODUCTION

L'épidémiologie étant l'étude de la distribution et des déterminants de la fréquence des phénomènes de santé chez l'Homme, c'est un outil indispensable dans le domaine de la santé. En effet, par sa composante descriptive de l'état sanitaire de la population et de l'état de son environnement, l'épidémiologie fournit les éléments de base pour l'orientation de la politique sanitaire ; par sa composante analytique, elle permet de cibler les actions de contrôle ou de prévention à entreprendre et d'en évaluer l'impact.

La démarche épidémiologique consiste à mesurer la fréquence d'un phénomène de santé, telle qu'une maladie, d'en faire la distribution selon les caractéristiques de personne, de lieu et de temps afin d'émettre des hypothèses sur les déterminants de cette fréquence. Une fois les hypothèses vérifiées, des actions appropriées seront menées pour contrôler voire éliminer le phénomène en question. L'impact des actions implantées sur la fréquence du phénomène de santé est ensuite évalué.

La mesure de la fréquence est l'étape de la quantification de la survenue ou de l'existence du phénomène de santé dans la population. Cette mesure ne peut se faire que par la surveillance épidémiologique qui est la source des données en épidémiologie.

*La surveillance épidémiologique*  
=  
*Source des données en épidémiologie*

### DEFINITION

En 1963, Alexander Langmuir a défini la surveillance des maladies comme étant «*l'observation attentive et continue de leurs distributions et de leurs tendances à travers la collecte systématique, la compilation et l'analyse des données de morbidité, de mortalité et d'autres données pertinentes, ainsi que la dissémination régulière et à temps à ceux qui ont besoin de savoir*».

En 1968, la 21<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé a décrit la surveillance comme étant la collecte systématique et l'utilisation des informations épidémiologiques pour la planification, l'implantation et l'évaluation du contrôle des maladies ; en résumé, *«la surveillance, c'est de l'information pour l'action»*.

En pratique, la surveillance épidémiologique est un processus systématique et continu, composé de quatre activités principales :

- Collecte de données pertinentes sur une population et une région spécifiques ;
- Regroupement et tabulation de ces données sous une forme significative et exploitable ;
- Analyse et interprétation des données ;
- Diffusion des données et des résultats aux personnes et services intéressés

La finalité de la surveillance étant la prise de décision et l'action, les données de la surveillance et leurs résultats sont d'abord destinés pour être utilisés au niveau local.

*La surveillance  
c'est de l'information pour l'action*

*Grande différence entre  
Données de surveillance  
et  
Information sanitaire*

La surveillance est un recueil ciblé d'informations avec des variables spécifiques qui doivent faire l'objet d'un traitement systématique et rapide ; le but étant l'alerte et la riposte immédiate.

L'information sanitaire est un recueil d'informations de base, sans notion d'action immédiate ; le but étant d'utiliser les données pour la gestion des programmes en particulier et du système de santé en général.

## **OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE**

Le principal objectif de la surveillance est la détection de changements de distribution ou de tendance des maladies, afin d'entreprendre les investigations et les mesures de contrôle nécessaires.

La surveillance a pour but de :

- Apprécier l'ampleur d'un phénomène de santé et de suivre ses tendances selon les caractéristiques de temps, de personne et de lieu = *décrire*,
- Détecter les épidémies = *alerter*,
- Evaluer l'impact des mesures de prévention et de contrôle = *évaluer*,
- Emettre des hypothèses,
- Identifier des phénomènes pour la recherche épidémiologique,
- Faire les projections des besoins en soins de santé.

## **ELEMENTS DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE**

Les données épidémiologiques les plus importantes sont celles issues des activités de routine. Ces données fournissent des indications grossières sur l'existence ou la survenue des maladies, dans le temps et dans l'espace, dans une communauté donnée. En réalité, il existe un large éventail de sources de données épidémiologiques mais qui sont en pratique peu ou pas du tout exploitées, telles que :

- Déclarations des décès,
- Déclarations des maladies,
- Déclarations des épidémies,
- Rapports des investigations des épisodes épidémiques,
- Rapport des enquêtes autour des cas,
- Déclarations et rapports des laboratoires,
- Etudes épidémiologiques,
- Informations sur la distribution des réservoirs et des vecteurs,
- Informations sur la distribution des médicaments,

- Données démographiques,
- Données environnementales,
- Informations publiques et médiatiques.

## **TYPES DE SURVEILLANCES**

### **- Surveillance passive**

Les informations sont acheminées sans sollicitation ou intervention de la part des services responsables de la surveillance. Le système attend les notifications.

### **- Surveillance active**

C'est la collecte de données de façon périodique par un contact régulier avec les services concernés pour s'enquérir de la présence ou de l'absence de nouveaux cas d'une maladie particulière. Le système cherche l'information.

### **- Surveillance sentinelle**

- Surveillance sentinelle par réseau : c'est généralement un groupe de services, de cliniques, de cabinets médicaux ou de laboratoires qui déclarent, à des intervalles de temps réguliers, le nombre de cas enregistré d'une maladie particulière, et ce, en général, dans le cadre d'un engagement volontaire.
- Surveillance sentinelle par site : c'est une surveillance spéciale qui s'effectue d'une façon limitée dans le temps et dans l'espace et qui est répétée régulièrement à la même période de l'année. Elle permet de suivre la tendance d'une maladie spécifique, dans un site précis et chez des groupes particuliers de la population.

## **CRITERES DE QUALITE D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE**

### **- Simplicité**

Un système de surveillance simple est facile à comprendre et à appliquer. Sa structure est légère, ses procédures de recueil et de transmission de l'information sont rapides et standardisées. Il est peu coûteux.

### **- Souplesse**

C'est la capacité du système de s'adapter facilement à des changements de la définition de cas, des données à collecter ou des sources d'information.

#### **- Acceptabilité**

C'est le niveau d'adhésion des personnes et des structures qui participent au système de surveillance. Cette qualité est affectée par la complexité des procédures et des supports utilisés, ainsi que par le nombre et le type de données à collecter.

#### **- Sensibilité**

C'est la capacité de détecter un phénomène quand il existe réellement. Le système doit être capable d'identifier tous les cas.

#### **- Valeur prédictive positive**

C'est la capacité de détecter correctement un vrai phénomène. Lorsque le système identifie un cas, celui-ci doit être un vrai cas.

#### **- Représentativité**

C'est la capacité d'un système de décrire correctement la distribution des phénomènes de santé selon les caractéristiques de temps, de lieu et de personne.

#### **- Réactivité**

Elle est représentée par la rapidité de circulation de l'information, de détection des épisodes épidémiques et de l'instauration de mesures de contrôle. C'est le délai entre l'apparition du phénomène surveillé et l'intervention.

### **REGLEMENTATION**

Au Maroc, la surveillance épidémiologique repose sur la déclaration obligatoire d'un certain nombre de maladies aux autorités médicales les plus proches. Cette déclaration est réglementée par le décret Royal n° 554-65 du 17 Rabii I 1387 (26 juin 1967) et dont les modalités d'application sont fixées par l'arrêté Ministériel n° 683-95 du 30 Chaoual 1415 (31 mars 1995).

## **REGLEMENTATION DE LA DECLARATION DES MALADIES**

**Décret Royal n° 554-65 du 17 Rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant les mesures prophylactiques propres à enrayer ces maladies (Bulletin Officiel du 05 juillet 1967, P. 737).**

### **ARTICLE 1<sup>er</sup>**

Les cas de maladies quaranténaires, de maladies à caractère social, de maladies contagieuses ou épidémiques dont la liste est établie par arrêté du Ministre de la Santé Publique sont obligatoirement et immédiatement déclarés par les membres des professions médicales qui en ont constaté l'existence, simultanément à l'autorité administrative locale et à l'autorité médicale préfectorale ou provinciale.

Les membres des professions paramédicales légalement autorisés à exercer sont également tenus chaque fois qu'ils soupçonnent l'existence d'un cas des dites maladies d'en faire la déclaration immédiate à l'autorité médicale préfectorale ou provinciale, laquelle doit faire confirmer ce cas de maladie par un médecin.

### **ARTICLE 2**

Les formes, les conditions et les délais dans lesquels doivent être faites ces déclarations sont fixés par arrêté du Ministre de la Santé Publique.

### **ARTICLE 3**

L'autorité médicale préfectorale ou provinciale doit faire procéder à la désinfection ou à la désinsectisation des locaux habités et du mobilier utilisé par toute personne atteinte de certaines des maladies visées à l'article premier dont la liste est établie par arrêté du Ministre de la Santé Publique.

### **ARTICLE 4**

En cas de danger grave pour la santé publique nécessitant des mesures d'urgence, le médecin chef de la province ou de la préfecture, auquel est laissé le soin d'apprécier le degré de gravité et d'urgence du cas, est habilité à ordonner d'office l'hospitalisation de toute personne atteinte d'une des maladies prévues à l'article premier ou de toute personne susceptible de propager cette maladie.

### **ARTICLE 5**

Pour l'exécution du présent décret royal, les autorités locales sont tenues de prêter leur concours aux autorités médicales.

### **ARTICLE 6**

Les infractions aux dispositions du présent décret royal et aux textes pris pour son application sont punies de l'emprisonnement de six jours à deux mois et d'une amende de 40 à 2400 Dirhams ou l'une de ces peines seulement.

#### **ARTICLE 7**

Sont abrogés les dahirs du 1<sup>er</sup> rabii I 1332 (28 janvier 1914) rendant obligatoire la déclaration des maladies contagieuses ou épidémiques, tel qu'il a été modifié ou complété et du 03 hija 1356 (04 février 1938) établissant la feuille de situation et le bulletin mensuel d'information statistique, démographique et sanitaire de l'ancienne zone du protectorat espagnol.

#### **ARTICLE 8**

Le Ministre de la Santé Publique et le Ministre de l'Intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret royal portant loi qui sera publié au Bulletin Officiel.

**Arrêté du ministre de la santé publique n° 683-95 du 30 chaoual 1415 (31 mars 1995) fixant les modalités d'application du décret royal n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer les maladies.**

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Vu le décret royal n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer les maladies et notamment ses articles 1, 2 et 3.

ARRETE :

**ARTICLE PREMIER.** - Les maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu de l'article premier du décret royal n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi précitée, sont :

1) Maladies soumises au règlement sanitaire international :

- La peste ;
- La fièvre jaune ;
- Le choléra.

2) Maladies pouvant donner lieu à des poussées épidémiques :

- La diphtérie ;
- Le tétanos ;
- La poliomyélite et les paralysies flasques aiguës ;
- La rougeole ;
- La tuberculose ;
- Le paludisme ;
- La bilharziose ;
- La lèpre ;
- Le syndrome d'immunodéficience acquise ;
- Les uréthrites masculines gonococciques et non gonococciques ;
- La syphilis primo-secondaire ;
- Les infections méningococciques (méningites à méningocoque et méningococcémies) ;
- Les fièvres typhoïde et paratyphoïde ;
- Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ;
- La rage humaine ;
- Le trachome.

3) Autres maladies à déclaration obligatoire :

- Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) ;
- Les leishmanioses ;
- Le charbon humain ;
- La brucellose ;
- Les hépatites virales ;
- La leptospirose ;
- Le typhus exanthématique ;

- La fièvre récurrente ;
- La conjonctivite gonococcique du nouveau-né.

**ART. 2.** - Outre les maladies visées à l'article premier ci-dessus, les maladies de causes connues ou inconnues qui se présentent sous une allure épidémique sont également à déclaration obligatoire.

**ART. 3.** - Les déclarations prévues par le décret royal n° 554-65 susvisé sont faites sur fiche de déclaration conformément au modèle fixé en annexe du présent arrêté. Ces fiches de déclaration sont transmises par voie postale au ministère de la santé publique.

**ART. 4.** - Les maladies donnant lieu à désinfection obligatoire sont :

- La peste ;
- Le choléra ;
- Les fièvres typhoïde et paratyphoïde ;
- La tuberculose ;
- La poliomyélite ;
- La leptospirose.

**ART. 5.** - Les maladies donnant lieu à désinsectisation obligatoire sont :

- La peste ;
- La fièvre jaune ;
- Le choléra ;
- Le paludisme ;
- Les leishmanioses ;
- Les fièvres typhoïde et paratyphoïde
- Le typhus exanthématique.

**ART. 6.** - Les maladies donnant lieu à une dératisation sont :

- La peste ;
- La leptospirose ;
- Les rickettsioses.

**ART. 7.** - Le présent arrêté, qui sera publié au Bulletin Officiel, abroge l'arrêté du Ministre de la Santé Publique n° 511-65 du 27 juin 1967 fixant les modalités d'application du décret royal n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer ces maladies.

*Rabat, le 30 chaoual 1415 (31 mars 1995)*

Dr AHMED ALAMI

**Arrêté du ministre des affaires sociales n° 2822-97 du 6 rajab 1418 (7 novembre 1997) complétant l'arrêté du ministre de la santé publique n° 683-95 du 30 chaoual 1415 (31 mars 1995) fixant les modalités d'application du décret royal n° 554-65 du 17 rabii I**

**1387 (26 juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer les maladies.**

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Vu l'arrêté du ministre de la santé publique n° 683-95 du 30 chaoual 1415 (31 mars 1995) fixant les modalités d'application du décret royal n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer les maladies, notamment son article premier.

ARRETE :

**ARTICLE PREMIER.** - L'article premier de l'arrêté du Ministre de la Santé Publique susvisé n° 683-95 du 30 chaoual 1415 (31 mars 1995) est complété ainsi qu'il suit :

« *Article premier.* - Les maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu de l'article premier du décret royal n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi susvisé, sont :

«.....

«.....

« 2 - Maladies pouvant donner lieu à des poussées «épidémiques» :

«.....

«.....

« - la rougeole ;

« - la coqueluche ;

« - la tuberculose.

(La suite sans modification).

**ART. 2.** - Le présent arrêté sera publié au Bulletin Officiel.

*Rabat, le 6 rajab 1418 (7 novembre 1997)*

ABDELLATIF GUERRAOUI

**Arrêté du Ministre de la santé n° 1715-00 du 3 ramadan 1421 (30 novembre 2000) complétant l'arrêté du ministre de la santé publique n° 683-95 du 30 chaoual 1415 (31 mars 1995) fixant les modalités d'application du décret royal n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer les maladies.**

LE PREMIER MINISTRE.

Vu l'arrêté du ministre de la santé publique n° 683-95 du 30 chaoual 1415 (31 mars 1995) fixant les modalités d'application du décret royal n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26-juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer les maladies.

ARRETE :

**ARTICLE PREMIER.** - L'article premier de l'arrêté susvisé n° 683-95 du 30 chaoual 1415 (31 mars 1995) est complété ainsi qu'il suit :

«*Article premier.* - Les maladies dont la déclaration est «obligatoire en vertu de l'article premier du décret royal» n° 554-65 du 17 rabii I 1387 (26 juin 1967) portant loi précité, sont :

- « 1) .....
- « 2) .....
- « 3) Autres maladies à déclaration obligatoire :
- « - .....
- « - .....
- « - .....
- « - .....
- « - La conjonctivite gonococcique du nouveau-né ;
- « - La maladie de Creutzfeldt-Jakob et les maladies apparentées. »

**ART. 2.** - Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel*.

*Rabat, le 3 ramadan 1421 (30 novembre 2000).*

THAMI EL KHIYARI.

ROYAUME DU MAROC

**Ministère de la Santé Publique**

-----

*Province ou préfecture de :* .....

**FICHE DE DECLARATION OBLIGATOIRE DE MALADIE**

- \* Maladie : ..... Code : .....
- \* Nom ou initiales du malade (1) : .....
- \* Age : ..... Sexe: M - F ..... Profession : .....
- \* Adresse exacte (2) : .....  
.....
- \* Lieu de travail ou école fréquentée (2) : .....
- \* Date de début de la maladie: / \_\_/ \_\_/ / \_\_/ \_\_/ / \_\_/ \_\_/
- \* Cas clinique : / \_\_/
- \* ou cas confirmé : / \_\_/ Type de confirmation : .....
- \* Observations et remarques éventuelles : .....  
.....  
.....

Date de déclaration : / \_\_/ \_\_/ / \_\_/ \_\_/ / \_\_/ \_\_/

*Nom , adresse et signature  
du médecin déclarant*

---

(1) Pour le SIDA et les MST seules les initiales seront mentionnées.  
(2) A ne pas remplir en cas de SIDA et des MST.

# **Normes de surveillance des maladies**

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Eliminer la bilharziose,
- Identifier les zones à haut risque ;
- Adapter les moyens de lutte au contexte local ;
- Evaluer l'impact des différentes actions entreprises ;

**2- Définition de cas :**

- **Cas suspect** : personne présentant une hématurie,
- **Cas probable** : ne s'applique pas,
- **Cas confirmé** : personne présentant d'œufs de *S. hématobium* dans les urines.

**3- Méthode de surveillance :**

- Dépistage actif, passif et de masse au niveau des localités et établissements scolaires situés dans les zones à risque ;
- Enquêtes autour de tous les cas dépistés ;
- Surveillance malacologique ;
- Rapport mensuel (niveau périphérique) et trimestriel (pour le niveau central).

**4- Données à recueillir :**

Répartition des cas par secteurs sanitaires, communes, localités, âge et sexe.

**5-Analyse des données/indicateurs de résultats:**

- Taux de positivité par localité;
- Taux de couverture de la localité par le dépistage ( actif, passif et enquête de masse) ;
- Incidence de la maladie chez la population exposée.

**6- Mesures de prévention et de lutte:**

- Dépistage et traitement précoce des cas ;
- Lutte contre le mollusque hôte intermédiaire par des actions physiques et chimiques ;
- IEC.

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances,
- Détecter et contrôler les épidémies,
- Identifier les facteurs de risque,
- Evaluer les mesures de prévention et de lutte.

**2- Définition de cas :****Description clinique :**

Fièvre d'installation brutale ou insidieuse, intermittente, de durée variable, associée aux signes suivants :

- Sueurs profuses nocturnes,
- Arthralgies (hanche, genou, épaule, coude),
- Sensation d'abattement,
- Anorexie, perte de poids,
- Céphalées.

**Critères de laboratoire pour le diagnostic :**

- Test du rose Bengale positif
- Test de Wright complété par le test indirect de Coombs positif,
- ELISA positif,
- Isolement de Brucella.

**Classification des cas :****- Cas suspect :**

Cas compatible avec la description clinique avec notion d'exposition à un animal ou à un produit d'animal suspect ;

**- Cas probable :**

Cas suspect avec test de Rose Bengale positif ;

**- Cas confirmé :**

Cas suspect ou probable et

- Isolement de Brucella ou
- ELISA positif ou
- Test Wright-Coombs positif

### **3- Méthodes de surveillance :**

- Notification systématique :
  - Immédiate des cas suspects, probables ou confirmés,
  - Relevé mensuel du SIAAP à la région et au niveau central,
- Déclaration immédiate et investigation de toute épidémie
- Investigation autour du cas index.

### **4- Données à recueillir :**

Identification, résidence, profession et lieu de travail, date de début et d'hospitalisation, classification du cas et issue de la maladie (cf. fiche de déclaration d'un cas de zoonose).

### **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Notification systématique
  - Suivi de la tendance de l'incidence mensuel du nombre de cas suspect, probables ou confirmés ;
  - Suivi du taux de confirmation par province
- Epidémie de brucellose (système exhaustif)  
Au moins 2 cas groupés (suspects, probables ou confirmés)

### **6- Mesures de lutte :**

- Information éducation de la population,
- Prise en charge des cas.

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Détecter les épidémies,
- Identifier les facteurs de risque,
- Identifier et caractériser les souches.

**2- Définition d'une situation d'urgence ou menace d'épidémie :**

Apparition d'au moins un cas de choléra dans une province où le *Vibrio cholerae* sérotype O1 a été isolé ou alors le sérotype O139 dans les selles durant la saisonnalité de la maladie (mai - décembre).

**3- Définition de cas clinique :**

- En période d'épidémie, association des caractères suivants :
  - diarrhée aiguë aqueuse (3 selles ou plus par 24 heures),
  - Signes de déshydratation, chez un malade âgé de 5 ans ou plus.
- Hors saisonnalité : déshydratation grave ou décès à la suite d'une diarrhée aqueuse aiguë chez un malade âgé de 5 ans ou plus.

**4- Critères de laboratoire pour le diagnostic**

Isolement de *Vibrio cholerae*

**Classification des cas :**

**Cas suspect** : Cas répondant à la définition de cas clinique.

**Cas probable** : Ne s'applique pas.

**Cas confirmé** : Cas suspect confirmé par le laboratoire.

**5- Méthodes de surveillance :**

- Notification systématique et immédiate des cas suspects ou confirmés de la périphérie vers le niveau intermédiaire et central ;
- Relevé hospitalier hebdomadaire des cas de diarrhées aiguës aqueuses ;
- Recherche active d'éventuels autres cas autour du cas index et dans les formations sanitaires ;

- Recherche active d'éventuels cas chez les pèlerins dès leur retour ou dans leur entourage.

#### **6- Données à recueillir :**

Données relatives au cas : dates de début de déclaration et d'hospitalisation, circonscription sanitaire, secteur, commune, milieu, âge, sexe, classification du cas, issue de la maladie (cf. fiche de déclaration de cas).

Données relatives à la période hors saisonnalité : hôpital, population drainée, tranche d'âge, nombre de décès (cf. fiche de relevé hospitalier hebdomadaire des cas de diarrhées aiguës aqueuses).

#### **7- Analyse des données/indicateurs de résultats :**

- ***En période d'épidémie :***

- Incidence hebdomadaire, voire quotidienne avec les caractéristiques sur l'âge, sexe, milieu...
- Suivi du taux de létalité par province,
- Suivi du taux de confirmation par province.

- ***Hors saisonnalité :***

(Données du relevé hospitalier hebdomadaire des cas de diarrhées aqueuses)

- Incidence, taux de létalité hebdomadaire des cas de diarrhées aiguës aqueuses
- Rapport entre le nombre de cas de diarrhées aiguës aqueuses au niveau du rayon d'attraction de l'hôpital et la moyenne des cas hebdomadaires enregistrés au cours de la même période des 3 à 5 dernières années ;
- Comparaison du nombre de cas de diarrhées aiguës aqueuses observés et celui des semaines précédentes : le doublement du nombre de cas d'une semaine à une autre, pendant 3 semaines consécutives signale un excès.
- Ratio du nombre de cas chez les personnes âgées de 15 à 59 ans et le nombre de cas chez les moins de 5 ans : l'augmentation du rapport est en faveur d'une diarrhée spécifique.

#### **8- Mesures de prévention et de lutte :**

### **8.1- Mesures prophylactiques :**

- Eliminer les selles dans des conditions hygiéniques
- Protéger, purifier et chlorer l'eau d'approvisionnement public
- Respecter les règles de propreté dans la préparation et la manutention des aliments.

### **8.2- Mesures concernant le malade :**

- Déclaration obligatoire
- Hospitalisation et isolement des malades
- Désinfection des matières fécales et vomis en cours de maladie
- Désinfection de l'environnement du cholérique
- Chimio prophylaxie des sujets contacts
- Investigation des sujets contacts et recherche de la source d'infection
- Traitement spécifique des malades

### **8.3- Mesures en cas d'épidémie :**

- Créer un comité de coordination
- Aménager des installations pour la prise en charge
- Améliorer la desserte en eau et des conditions d'assainissement de base (déchets solides, liquides et vecteurs)
- Entreprendre une investigation pour trouver la source de contamination
- Surveiller attentivement les aliments et les boissons
- Renforcer les campagnes d'IEC en plus d'actions dans l'entourage des cas

**A37.0**

**Coqueluche**

### **1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances et prévenir les épidémies
- Détecter les épisodes épidémiques

## **2- Définition de cas :**

### **Définition du cas clinique :**

Toute personne présentant une toux pendant au moins 2 semaines avec au moins l'un des signes suivants : accès de toux (quintes), reprise inspiratoire en chant de coq, vomissement après la toux sans autre cause apparente.

### **Critères de laboratoire pour le diagnostic**

- Isolement de *Bordetella pertussis*
- Présence d'IgG ou d'IgA dirigées contre la toxine coquelucheuse ou
- Présence d'antigène de l'hémagglutinine de structure filamenteuse (FHA)

### **Classification des cas :**

**Cas suspect** : Cas répondant à la définition du cas clinique.

**Cas confirmé** : Cas suspect confirmé par le laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par le laboratoire.

## **3- Méthodes de surveillance :**

- Notification immédiate et systématique des cas suspects
- Notification mensuelle des cas
- Investigation de flambées épidémiques

## **4- Données à recueillir :**

- Enquête épidémiologique autour d'un cas de coqueluche : date de déclaration, nom, âge sexe, résidence, date du début de la maladie, classification du cas, évolution de la maladie, statut vaccinal ...
- Relevé mensuel des maladies sous surveillance : statut vaccinal, circonscription sanitaire.

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Incidence en rapport avec l'âge, sexe, milieu, statut vaccinal,
- Analyse de la tendance.

## **6- Mesures de prévention et de lutte recommandées :**

### **6.1- Mesures préventives**

- Education sanitaire de la population en général et des parents en particulier
- Vaccination

### **6.2- Mesures concernant le malade et l'entourage**

- Notification et référence aux structures de santé pour prise en charge
- Isolement du malade
- Suivi du cas

### **6.3- Mesures en cas d'épidémie**

- Prise en charge des cas
- Investigation à la recherche d'autres cas
- Chimio prophylaxie du personnel exposé, des enfants de moins d'un an non immunisés et des femmes dans les trois dernières semaines de grossesse,
- Rattrapage des enfants non vaccinés de moins de cinq ans.

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances et prévenir les épidémies
- Détecter les épisodes épidémiques

**2- Définition de cas :****Définition du cas clinique :**

Toute personne présentant une laryngite ou une pharyngite ou une amygdalite et une membrane adhérente sur les amygdales, le pharynx et/ou le nez.

**Critères de laboratoire pour le diagnostic :**

- Isolement de *Corynebacterium diphtheriae*
- Multiplication au moins par 4 du titre d'anticorps sériques

**Classification des cas :**

**Cas suspect** : ne s'applique pas,

**Cas probable** : cas répondant à la définition du cas clinique,

**Cas confirmé** : cas probable confirmé par le laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par le laboratoire.

**3- Méthodes de surveillance :**

- Notification immédiate et systématique des cas
- Notification mensuelle des cas
- Investigation de flambées épidémiques

**4- Données à recueillir :**

- Enquête épidémiologique autour d'un cas de diphtérie :  
Date de déclaration, nom, âge sexe, résidence, date du début de la maladie, classification du cas, évolution de la maladie, statut vaccinal ...
- Relevé mensuel des maladies sous surveillance :  
Statut vaccinal, circonscription sanitaire.

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Incidence en rapport avec l'âge, sexe, milieu, statut vaccinal,
- Analyse de la tendance.

## **6- Mesures de prévention et de lutte recommandées :**

### **6.1- Mesures préventives**

- Education sanitaire de la population en général et des parents en particulier
- Vaccination

### **6.2- Mesures concernant le malade et l'entourage**

- Notification et référence aux structures de santé pour prise en charge
- Isolement du malade
- Suivi du cas

### **6.3- Mesures en cas d'épidémie**

- Prise en charge des cas
- Investigation à la recherche d'autre cas
- Vaccination de l'entourage

**A01.0**

**A01.1 – A01.4**

**Fièvre typhoïde**

**Fièvres paratyphoïdes**

### **1- Objectifs de la surveillance :**

- Détecter et contrôler les épidémies
- Identifier leurs causes
- Suivre les tendances

### **2- Définition du cas :**

#### **Description clinique :**

Début insidieux fait de fièvre, céphalées, douleurs abdominales, anorexie, constipation, myalgies, bradycardie relative, taches roses lenticulaires de la peau abdominale.

#### **Classification des cas :**

- **Cas suspect :** cas répondant à la description clinique
- **Cas probable :** ne s'applique pas
- **Cas confirmé :** cas suspect avec isolement de *Salmonella typhi* ou *paratyphi* (A, B ou C)

### **3- Méthode de surveillance :**

- Notification systématique du nombre de cas tous les 15 jours de la périphérie (CS, hôpital) vers la province et chaque mois de la province vers la région et le service central.
- Déclaration immédiate et investigation de tout épisode épidémique.

### **4- Données à recueillir :**

#### **- Données relatives à la notification systématique**

Nombre de cas, classification des cas, hospitalisation, par CS et par secteurs.

#### **- Données relatives aux épisodes épidémiques :**

Situation géographique de l'épisode, début de l'épisode, distribution des cas dans le temps, mesures prises (cf. fiche d'investigation d'un épisode épidémique).

## **5-Analyse des données/indicateurs de résultats :**

- Notification systématique mensuelle  
Incidence mensuelle du nombre de cas suspects ou confirmés  
Taux de létalité mensuel.
- Epidémie de fièvre typhoïde et paratyphoïde  
Augmentation de 2 fois du rapport entre le nombre de cas hebdomadaire et la moyenne du nombre de cas enregistrés au cours de la même semaine des 5 dernières années non épidémiques.

## **6- Mesures de prévention et de lutte :**

### **6.1- Mesures prophylactiques :**

- Protéger, purifier et chlorer l'eau d'approvisionnement public
- Respecter les règles de propreté dans la préparation et la manutention des aliments.

### **6.2- Mesures concernant le malade :**

- Déclaration obligatoire
- Prise en charge des malades
- Désinfection de l'environnement
- Investigation des sujets contacts et recherche de la source d'infection

### **6.3- Mesures en cas d'épidémie :**

- Améliorer la desserte en eau et des conditions d'assainissement de base (déchets solides, liquides et vecteurs)
- Entreprendre une investigation pour trouver la source de contamination
- Surveiller attentivement les aliments et les boissons
- Renforcer les campagnes d'IEC en plus d'actions dans l'entourage des cas.

## **1- Objectifs de la surveillance :**

- Détecter et contrôler les épidémies
- Identifier leurs causes
- Suivre les tendances
- Evaluer les mesures de lutte et de prévention

## **2-Définition de cas :**

### **Description clinique :**

Maladie aiguë comportant un ictère aigu, des urines foncées, une anorexie, un état de malaise, une asthénie extrême et une sensibilité de l'hypocondre droit.

### **Classification des cas :**

- **Cas suspect** : cas répondant à la définition du cas clinique
- **Cas probable** : ne s'applique pas,
- **Cas confirmé** : cas suspect confirmé par le laboratoire ;  
Pour l'hépatite A seulement : cas compatible avec la description clinique qui a un lien épidémiologique avec un cas d'hépatite A confirmé par laboratoire.

## **3-Méthode de surveillance :**

- Notification systématique mensuelle des cas suspects ou confirmés
- Déclaration immédiate et investigation de tout épisode épidémique

## **4-Données à recueillir :**

- Relevé mensuel : nombre de cas par CS,
- Données relatives aux épisodes épidémiques :  
Situation géographique de l'épisode, début de l'épisode, distribution des cas dans le temps, mesures prises (cf. fiche d'investigation d'un épisode de fièvre typhoïde).

## **5-Analyse des données/indicateurs de résultats :**

- Notification systématique mensuelle  
Incidence mensuelle du nombre de cas suspects ou confirmés

- Episode épidémie :

Augmentation de 2 fois du rapport entre le nombre de cas hebdomadaire et la moyenne du nombre de cas enregistrés au cours de la même semaine des 5 dernières années non épidémiques.

## **6- Mesures de prévention et de lutte :**

### **6.1- Mesures prophylactiques :**

- Protéger, purifier et chlorer l'eau d'approvisionnement public
- Respecter les règles de propreté dans la préparation et la manutention des aliments.

### **6.4- Mesures concernant le malade :**

- Déclaration obligatoire
- Prise en charge des malades
- Désinfection de l'environnement
- Investigation des sujets contacts et recherche de la source d'infection

### **6.5- Mesures en cas d'épidémie :**

- Améliorer la desserte en eau et des conditions d'assainissement de base (déchets solides, liquides et vecteurs)
- Entreprendre une investigation pour trouver la source de contamination
- Surveiller attentivement les aliments et les boissons
- Renforcer les campagnes d'IEC en plus d'actions dans l'entourage des cas.

## **B24 Infection par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)**

### **1- Objectifs de la surveillance :**

- Evaluer l'ampleur et les tendances de l'épidémie ;
- Faire des projections sur le nombre de cas de SIDA ;
- Identifier les sous-groupes et les régions à risque ;
- Evaluer l'impact sur les services de santé, planifier les actions des services sociaux et sanitaires pour les personnes infectées ;
- Sensibiliser le public et les décideurs.

## **2- Définition de cas :**

### **Description clinique :**

Il n'y a pas de description clinique, le diagnostic repose sur les critères de laboratoire.

### **Critères de laboratoire pour le diagnostic :**

Confirmation par le test de Western Blot,  
Isolement du virus

### **Classification des cas :**

- *Suspect* : ne s'applique pas
- *Probable* : ne s'applique pas
- *Confirmé* : cas confirmé par le laboratoire.

## **3- Méthodes de surveillance :**

- La surveillance sentinelle en utilisant le dépistage anonyme non corrélé.
- Déclaration des séropositifs, cas par cas,
- Dépistage systématique chez les donneur de sang, relevé trimestriel
- Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

## **4- Données à recueillir :**

### **- Données relatives aux cas**

Age, sexe, résidence, facteur de risque, mode de transmission, données biologiques (cf. fiche de déclaration des de VIH/SIDA).

### **- Données surveillance sentinelle**

Nombre de cas testés et de cas séropositifs par groupe selon l'âge, le sexe.

### **- Relevé trimestriel des CTS**

Nombre de donneurs et nombre de séropositifs.

## **5- Analyse des données / indicateurs de résultats :**

- **Surveillance sentinelle** : prévalence par site, groupe, âge et sexe ;
- **Déclaration des séropositifs** : tendance de l'incidence, distribution selon l'âge, le milieu et le mode de transmission.
- **Donneurs de sang** : séroprévalence.

#### **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- Promouvoir un comportement sexuel à moindre risque d'infection
  - Education sexuelle,
  - Promotion de l'utilisation du préservatif.
- Asepsie du matériel de soins et utilisation de seringues à usage unique.
- Suivre régulièrement les patients séropositifs
- Traiter les patients séropositifs éligibles
- Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant :
  - Traitement de la femme enceinte séropositive ;
  - Contre-indication de l'allaitement maternel chez la femme séropositive ;
  - Traitement du nouveau-né.
- Prophylaxie après exposition accidentelle au sang :
  - Entreprendre immédiatement soins locaux de la plaie,
  - Evaluer le risque de l'accident,
  - S'enquérir de l'état du patient source (sérologie VIH),
  - Prophylaxie par les ARV si nécessaire (dans les 4 heures, au plus tard 48 heures après l'exposition).

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Evaluer l'ampleur du problème et suivre les tendances,
- Détecter les épidémies,
- Planifier et gérer les activités de lutte,
- Evaluer l'impact des interventions de lutte.

**2-Définition du cas :****- Description du cas clinique**

La leishmaniose cutanée est caractérisée par l'apparition d'une ou de plusieurs lésions sur les parties découvertes du corps. Le visage, le cou, les bras et les jambes sont des localisations courantes. Un nodule apparaît au lieu de l'inoculation, puis il s'agrandit et devient une ulcération non douloureuse. La lésion non infectée reste à ce stade pendant 2 à 3 mois avant de guérir laissant une cicatrice excavée indélébile.

**- Critère de laboratoire :**

Mise en évidence des leishmanies à partir des lésions.

**- Classification des cas :**

Le diagnostic de certitude de la leishmaniose cutanée repose sur la mise en évidence des leishmanies à partir des lésions.

L'aspect clinique et le contexte épidémiologique peuvent suffire pour poser le diagnostic de leishmaniose cutanée clinique.

C'est à travers les résultats de l'enquête épidémiologique qu'un cas de leishmaniose cutanée est classé soit comme à *Leishmania major* ou à *Leishmania tropica*.

**3- Méthodes de surveillance :**

- Le dépistage actif des leishmanioses cutanées est assuré par l'équipe mobile et les itinérants.

- Le dépistage passif est systématique au niveau de toutes les formations sanitaires ambulatoires et hospitalières, il est basé sur l'examen clinique complété par un examen de parasitologie de confirmation.
- Notification systématique cas par cas, en plus d'un rapport trimestriel envoyé de la province au service central.

#### **4- Données à recueillir :**

Données sur la résidence du malade, l'âge, sexe... (cf. fiche d'enquête épidémiologique sur le cas de leishmaniose).

#### **5- Analyse des données / indicateurs de résultats :**

- Incidence par types de leishmaniose,
- Distribution des cas dans le temps et l'espace et selon l'âge et le sexe

#### **6-Mesures de prévention et de lutte :**

- Dépistage et traitement précoce des malades,
- Lutte contre les rongeurs réservoirs de la maladie,
- Lutte contre le phlébotome vecteur,
- IEC.

## **1- Objectifs de la surveillance :**

- Evaluer l'ampleur du problème et suivre les tendances,
- Détecter les épidémies,
- Planifier et gérer les activités de lutte,
- Evaluer l'impact des interventions de lutte.

## **2-Définition de cas :**

**Description clinique :** fièvre irrégulière prolongée, une splénomégalie et une perte de poids.

### **Critère de laboratoire :**

- Mise en évidence des leishmanies à partir de prélèvements (moelle osseuse, foie, ganglions lymphatiques).
- Sérologie positive (IFI, ELISA).

### **Classification des cas :**

Le diagnostic de certitude de la leishmaniose viscérale repose sur la mise en évidence des leishmanies à partir des lésions.

## **3- Méthodes de surveillance :**

- Enquêtes sérologiques humaines et animales ponctuelles menées dans quelques provinces pour estimer la prévalence de cette maladie,
- Dépistage actif des cas,
- Dépistage passif est systématique au niveau de toutes les formations ambulatoires et hospitalières,
- Enquête épidémiologique dans l'entourage du cas.

La notification systématique cas par cas, en plus d'un rapport trimestriel envoyé de la province au service central.

## **4- Données à recueillir :**

Distribution des cas par âge, sexe, lieu de résidence, manifestations cliniques, mode de dépistage, classification des cas et l'évolution.

### **5- Analyse des données / indicateurs de résultats :**

- Incidence,
- Distribution des cas dans le temps et l'espace et selon l'âge et le sexe.

### **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- Dépistage et traitement précoce des malades,
- Lutte contre les réservoirs de la maladie,
- Lutte contre le phlébotome vecteur,
- IEC.

**1- Objectifs :**

- Evaluer l'ampleur du problème ;
- Suivre les tendances ;
- Identifier les zones à risque pour mieux cibler les interventions ;
- Evaluer l'impact des interventions ;
- Eliminer la lèpre dans le pays d'ici l'an 2010

**2- Définition de cas :****2-1- Description du cas clinique :**

Différents tableaux cliniques se répartissant entre 2 formes extrêmes : la lèpre lépromateuse et la lèpre tuberculoïde.

- Dans la **lèpre lépromateuse** (multibacillaire), les infiltrations diffuses, macules, papules et nodules sont symétriques, bilatéraux et en général nombreux et étendus. L'atteinte de la muqueuse nasale peut entraîner la formation de croûtes, une obstruction des voies respiratoires et des épistaxis. L'atteinte oculaire aboutit à une inflammation de l'iris et de la cornée.

- Dans la **lèpre tuberculoïde** (paucibacillaire), on observe des lésions dermiques peu nombreuses (parfois une seule lésion), bien démarquées, insensibles ou peu douloureuses, et une atteinte bilatérale asymétrique des nerfs périphériques qui tend à être grave.

Parmi les formes intermédiaires les plus rencontrées :

- La lèpre borderline se manifeste par des signes appartenant aux deux formes extrêmes ; elle est plus labile
- La lèpre indéterminée se manifeste par une macule peu colorée aux contours mal définis qui, en l'absence de traitement, peut évoluer vers les formes tuberculoïde, borderline ou lépromateuse.

**2-2-Critères de laboratoire :**

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

## **2-3- Classification des cas :**

### **Définition pratique de l'OMS :**

"Personne présentant des symptômes cliniques de la lèpre avec ou sans confirmation bactériologique du diagnostic et qui a besoin de la chimiothérapie". Cette définition exclut les individus guéris mais souffrant d'incapacités résiduelles dues à la lèpre.

### **Cas microbiologique :**

Paucibacillaire (PB) : comprend les cas à frottis négatif, indéterminés, borderline et tuberculoïde.

Multibacillaire (MB) : comprend tous les frottis positifs.

### **Cas clinique :**

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

Multibacillaire (MB) : > 5 plaques.

## **3- Méthodes de Surveillance :**

Notification cas par cas (courrier ordinaire)

Relevé semestriel et annuel des données cumulatives

## **4- Données à recueillir :**

### **Dossiers médicaux individuels :**

Code d'identification, nom, âge, sexe, informations géographiques, degré d'incapacité, examen de laboratoire, classification de la maladie, date du début du traitement, issue du traitement, contacts.

### **Données d'ensemble à notifier**

- Nombre de cas nouveaux / anciens/ incapacités.
- Nombre de cas d'incapacité de degré 2 OMS parmi les nouveaux cas.
- Nombre d'enfants de moins de 15 ans parmi les nouveaux cas.
- Nombre de patients multibacillaires parmi les nouveaux patients.
- Nombre de malades guéris avec la polychimiothérapie.
- Couverture du traitement.
- Nombre de malades ayant terminé le traitement.

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats :**

- Prévalence annuelle
- Incidence annuelle (% d'enfants, % de sujets avec incapacité, % de sujets multibacillaires)
- Nombre de malades par an suivant la chimiothérapie,
- Nombre de malades par an guéris.

#### **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- Organisation des campagnes de dépistage des nouveaux cas.
- Prise en charge des malades sur le plan médico-social.
- Formation des professionnels de la santé.
- Information et éducation des patients.

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances
- Détecter les épidémies
- Evaluer les mesures de prévention et de lutte
- Identifier les facteurs de risque

**2- Définition de cas :****Description clinique :**

Début brutal, avec apparition d'une fièvre  $>38^{\circ}\text{C}$  et l'un des symptômes suivants :

- Raideur de la nuque
- Céphalées,
- Vomissements

Chez les enfants de moins d'un an : bombement de la fontanelle.

**Critères de laboratoire :**

- Culture du LCR positive
- Hémoculture positive,
- Détection d'antigènes solubles dans le LCR,
- Examen direct du LCR positif (cocci gram négatif).

**Classification des cas :**

- **Cas suspect :** cas répondant à la description clinique,
- **Cas probable de méningite bactérienne :** cas suspect et aspect du LCR trouble,
- **Cas probable de méningite à méningocoque :** cas suspect de méningite bactérienne et au moins un des critères suivants :
  - Pétéchies ou purpura,
  - Examen direct du LCR positif,
  - Contexte épidémique.
- **Cas confirmé :** Cas suspect ou probable et culture du LCR positive ou hémoculture positive ou détection d'antigènes solubles dans le LCR.

**3- Méthodes de surveillance :**

- Notification immédiate de tout cas de méningite par téléphone ou par fax,
- Notification systématique du nombre de cas tous les 15 jours de la périphérie (CS, hôpital) vers la province et chaque mois de la province vers la région et le service central.
- Déclaration immédiate et investigation de tout épisode épidémique.
- Surveillance sentinelle des méningites bactériennes par réseau de laboratoires,
- Recherche active d'éventuels cas chez les pèlerins dès leur retour et dans leur entourage.

#### **4- Données à recueillir :**

##### **- Données relatives à la déclaration du cas :**

Résidence, âge, sexe, date d'hospitalisation, résultats du laboratoire, issue de la maladie.

##### **- Données relatives à l'investigation autour du cas index :**

Données démographiques, épidémiologiques, cliniques et biologiques, mesures prises (cf. fiche d'enquête autour d'un cas de méningite).

##### **- Données relatives aux épisodes épidémiques :**

Situation géographique de l'épisode, début de l'épisode, distribution des cas dans le temps, mesures prises (cf. fiche d'investigation d'un épisode épidémique).

##### **- Données mensuelles : nombre de cas par CS, décès (cf. relevé mensuel)**

#### **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Incidence hebdomadaire par CS, selon les différentes caractéristiques (âge, sexe, milieu)
- Incidence mensuelle des sérogroupes
- Taux de létalité
- Seuils d'alerte épidémique :
  - 1-taux d'attaque hebdomadaire dépasse 5 cas pour 100 000 habitants, pendant deux semaines de suite et ceci pour une population d'environ 30 000 habitants.
  - 2-Taux d'attaque double d'une semaine à une autre pendant 3 semaines consécutives
  - 3-Augmentation 2 fois du rapport entre le nombre de cas hebdomadaire et la moyenne du nombre de cas enregistrés au cours de la même semaine des 5 dernières années non épidémiques.

#### **6- Mesure de prévention et de lutte**

- Prise en charge des cas ;

- Vaccination et Chimio prophylaxie de l'entourage des cas de méningite à méningocoque probable ou confirmé séro groupe A ou C ;
- Vaccination de collectivité fermée ;
- IEC.

**1-Objectifs de la surveillance :**

- Eliminer le paludisme autochtone au terme de l'année 2002 ;
- Prévenir l'introduction du paludisme importé.

**2- Définition clinique de cas :****Description clinique :**

Le paludisme à *plasmodium vivax* (seule forme qui existait au Maroc), se caractérise par des accès de fièvre tierce associée à une asthénie, des céphalées, des nausées ou des vomissements et parfois diarrhée. Sans traitement, la symptomatologie disparaît après plusieurs accès fébriles, mais des rechutes par reviviscences schizogoniques apparaissent dans un délai variable qui peut aller jusqu'à cinq années.

**Critères de laboratoire pour le diagnostic :**

Mise en évidence de l'hématozoaire dans le frottis sanguin.

**Classification des cas**

- Cas suspect et probable ne s'appliquent pas,
- Cas confirmé : cas répondant à la description clinique avec mise en évidence de l'hématozoaire.

**3- Méthodes de surveillance :**

- Déclaration immédiate
- Enquêtes épidémiologiques autour du cas.
- Rapport des activités de lutte contre le paludisme.
- Le dépistage actif est effectué au niveau des localités sous surveillance par les infirmiers itinérants ou par l'équipe mobile.
- Le dépistage passif est effectué au niveau de toutes les formations sanitaires.

**4- Données à recueillir :**

Données démographiques, données éco-épidémiologiques, données sur la prise en charge.

## **5- Analyse des données/ indicateurs de résultats :**

- TAEH par localités et par niveau de risque de transmission,
- Fréquence de passage pour dépistage actif au niveau des localités,
- Incidence du paludisme autochtone et importé,
- Répartition des cas selon leur origine, sexe, âge et type de dépistage.

## **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- IEC,
- Dépistage et prise en charge des cas,
- Lutte contre le vecteur,
- Renforcement des actions contre le vecteur entre le mois d'avril et d'octobre,
- Elimination des gîtes,
- Contrôle du paludisme importé.

### 1- Objectifs de la surveillance :

- Détecter les poliovirus sauvages en circulation
- Eradiquer la poliomyélite

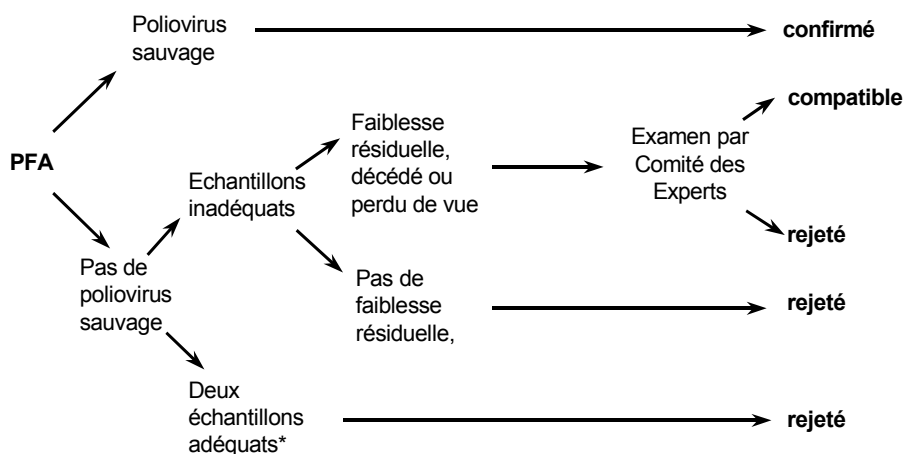
### 2- Définition d'un cas de PFA :

"Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë, y compris le syndrome de Guillain-Barré, ou toute personne souffrant d'une pathologie avec paralysie, quel que soit son âge, si l'on suspecte la poliomyélite".

### 3- Classification des cas :

- **Cas suspect de poliomyélite** : cas répondant à la définition d'un cas de PFA.
- **Cas confirmé de poliomyélite**
- **Cas compatible**
- **Cas rejeté**

#### *Schéma de classification de cas de PFA*



\* Deux échantillons de selles recueillis à 24 heures d'intervalle au minimum, dans les 14 jours suivant le début de la paralysie et arrivant au laboratoire en bonnes conditions.

### **3- Méthodes de surveillance :**

- Déclaration immédiate des cas de PFA,
- Surveillance active hebdomadaire des PFA au niveau des hôpitaux,
- Relevé mensuel des maladies sous surveillance,
- Notification du zéro cas exigée à tous les niveaux.

### **4- Données à recueillir :**

#### **Données relatives au cas :**

- Données d'identification du cas ( nom, âge, sexe, adresse, ...)
- Statut vaccinal
- Données cliniques
- Résultats d'examens paracliniques,
- Résultats de la virologie des selles,
- Suivi après 60 jours,
- Classification définitive du cas ( confirmé, compatible, rejeté, diagnostic final)

#### **Données relatives aux échantillons : (Cf. fiche de laboratoire de cas de PFA)**

- Données d'identification
- Données sur la vaccination
- Données sur l'état de l'échantillon à l'arrivée au laboratoire
- Résultats du laboratoire

### **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

#### **Données relatives aux cas**

- Nombre de cas de PFA par régions et provinces
- Distribution des cas de PFA dans le temps.

#### **Indicateurs de performance de la surveillance**

- Nombre de cas notifiés par rapport au nombre de cas attendus
- Taux annuel des PFA non poliomyélitiques pour 100 000 enfants de moins de 15 ans ;
- Proportion des cas de PFA investigués dans les 48 heures ;
- Proportion des cas de PFA avec deux échantillons de selles adéquats ;
- Proportions d'échantillons arrivant au laboratoire dans les 72 heures de leur prélèvement et dans de bonnes conditions ;

- Proportion des résultats rendus dans les 28 jours qui suivent la réception des spécimens ;
- Proportion des spécimens positifs en entérovirus non-polio.
- Exhaustivité et régularité des rapports de la surveillance active.

#### **6- Mesures de prévention et de lutte contre la poliomyélite :**

- IEC,
- Vaccination,
- Investigation autour des cas de PFA
- Recherche de virus sauvage dans l'environnement.

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances
- Evaluer les mesures de prévention et de lutte
- Détecter les épidémies

**2- Définition de cas :****Description clinique :**

Syndrome neurologique aigu (encéphalite) dominé par une symptomatologie spastique ou paralytique, qui évolue vers le coma et le décès dans les 7 à 10 jours suivants l'apparition des premiers symptômes ; avec notion d'exposition et d'incubation compatibles avec celle de la rage (un à trois mois en moyenne).

**Critères de laboratoire pour le diagnostic :**

Détection par immunofluorescence sur tissu cérébral (recueilli post-mortem)

**Classification des cas :**

- **Cas suspect** : cas compatible avec la description clinique,
- **Cas probable** : cas suspect avec notion d'exposition à un animal suspect,
- **Cas confirmé** : cas suspect ou probable confirmé par laboratoire.

**3- Méthodes de surveillance :**

- Notification systématique :
  - Immédiate des cas suspects, probable ou confirmés,
  - Relevé mensuel des maladies sous surveillance,
- Investigation autour des cas,

**4- Données à recueillir :**

- Données relatives au cas :  
Identité, résidence, hospitalisation, données biologiques, données cliniques, traitement, données sur l'animal (cf. fiche de déclaration d'un cas de rage humaine) ;
- Données mensuelles : nombre de cas et de traitements antirabiques par CS (cf. relevé mensuel des maladies sous surveillance).

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats :**

- Suivi de l'incidence des cas de rage humaine suspects, probables ou confirmés, par province ;
- Suivi du nombre des traitements antirabiques.

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre la tendance du RAA
- Identifier les facteurs de risque
- Evaluer l'impact des mesures de prévention

**2- Définition de cas :****Description du cas clinique :**

Maladie inflammatoire secondaire à une infection par le streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A.

Critères majeurs : cardite, polyarthrite, chorée, érythème marginé, nodosités sous-cutanées de Meynet ;

Critères mineurs : a) antécédent personnel de RAA ou cardite rhumatismale, b) arthralgies, c) fièvre, d) VS accélérée, hyperleucocytose, "C-reactive protein" (CRP) positive, e) allongement de PR à l'ECG.

**Critères de laboratoire :**

Il n'existe pas de test spécifique pour le diagnostic du RAA.

**Classification des cas :****Cas confirmé :**

- Présence de 2 critères majeurs ou d'un critère majeur et de 2 critères mineurs ;
- Et confirmation de l'infection par le streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (élévation significative des ASLO, ou prélèvement de gorge positif pour streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A, ou scarlatine récente).

**3- Méthodes de surveillance :**

- Notification au cas par cas au niveau des C/S
- Notification trimestrielle des cas au niveau central

**4- Données à recueillir :**

Identification du malade, tranche d'âge, antécédents d'angines, milieu, signes cliniques, résultats de la biologie, traitement, suivi médical, rechutes, issues...

**5- Analyse des données/indicateurs de résultats :**

- Incidence annuelle
- Evaluation du suivi de la prévention secondaire

**6- Principales utilisations des données dans le processus décisionnel :**

- Ajustement de la stratégie nationale de lutte contre le RAA

**7- Mesures de prévention et de lutte :**

- Traitement correct des angines streptococciques de l'enfant
- Traitement préventif des Rhumatismes cardiaques et des rechutes
- IEC sur l'importance de la prévention primaire et secondaire du RAA.

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances,
- Détecter les épidémies,
- Isoler les souches épidémiques,

**2- Définition de cas :****Description du cas clinique :**

Toute personne présentant une fièvre, une éruption maculopapuleuse et l'un des signes suivants : toux, rhinite ou conjonctivite.

**Critères de laboratoire :**

- Multiplication du titre d'anticorps au moins par 4,
- Isolement du virus de la rougeole,
- Présence d'IgM spécifiques de la rougeole.

**Classification des cas :**

- Cas suspect : cas répondant à la définition du cas clinique,
- Cas probable : ne s'applique pas,
- Cas confirmé : cas suspect confirmé par le laboratoire ou qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

**3- Méthodes de surveillance :**

- Notification des cas suspects,
- Notification immédiate et suivi des épidémies,
- Investigation biologique de quelques cas par épisode épidémique,
- Relevé mensuel des cas.

**4- Données à recueillir :**

Tranches d'âge, statut vaccinal, milieu de résidence ...

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Tendances de l'incidence par régions et provinces,
- Distribution selon l'âge, le statut vaccinal et le milieu.

## **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- Vaccination,
- Education sanitaire.

### **1- Objectifs**

- Estimer l'importance des ulcérations génitales;
- Surveiller les tendances dans le temps;
- Identifier les zones à haut risque pour cibler d'avantage les interventions;
- Surveiller les méthodes de diagnostic et de traitement;
- Evaluer l'impact du programme.

### **2- Définition de cas:**

#### **Description du cas clinique :**

Ulcération génitale avec ou sans adénopathie inguinale, localisée au niveau du pénis ou du scrotum chez l'homme, des lèvres, du vagin ou du col de l'utérus chez la femme.

#### **Critères de laboratoire:**

Dans le cadre de l'approche syndromique en matière de prise en charge des IST, le laboratoire n'est pas nécessaire pour la définition de cas.

**Classification de cas :** Ne s'applique pas.

### **3- Méthodes de Surveillance :**

- Notification mensuelle des ulcérations génitales par étiologie (chancre mou, syphilis), âge, sexe et province;
- Notification trimestrielle par syndrome, âge, sexe et province;
- Surveillance du syndrome d'ulcération génitale par les sites sentinelles

### **4- Données à recueillir :**

#### **Données cumulatives à notifier**

- Nombre de cas par groupe d'âge, sexe et zone géographique (C/S, province, région);
- Nombre de syndromes par groupe d'âge, sexe et zone géographique;
- Nombre de syndromes traités.

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Incidence trimestrielle des syndromes par sexe, groupes d'âge, provinces,
- Suivi de la tendance selon le groupe d'âge, la province et le trimestre

## **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- **Promouvoir un comportement sexuel à moindre risque:**
  - Education sanitaire et counselling;
  - Promotion de l'utilisation du préservatif;
  - Sensibilisation des partenaires.
- **Traiter les cas diagnostiqués :** selon l'algorithme approprié

## **1- Objectifs :**

- Surveiller les tendances dans le temps;
- Identifier les zones à haut risque pour cibler les interventions.

## **2- Définition de cas:**

### **Description du cas clinique :**

Ecoulement urétral chez l'homme, avec ou sans dysurie.

### **Critères de laboratoire:**

Dans le cadre de l'approche syndromique en matière de prise en charge des IST, le laboratoire n'est pas nécessaire pour la définition de cas.

### **Classification de cas :**

Ne s'applique pas.

## **3- Méthodes de surveillance :**

- Notification mensuelle du syndrome de l'écoulement urétral par âge, et provinces ;
- Notification trimestrielle par âge et provinces ;
- Surveillance par les sites sentinelles.

## **4- Données à recueillir :**

- Nombre de cas par groupes d'âge et provinces ;
- Nombre de syndromes d'écoulement par groupes d'âge et provinces ;
- Nombre de syndromes d'écoulements traités.

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Incidence trimestrielle du syndrome par groupes d'âge et provinces ;
- Suivi de la tendance selon le groupe d'âge et la zone géographique (province, région);

## **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- **Promouvoir un comportement sexuel à moindre risque de MST:**
  - Education sanitaire et counselling ;
  - Promotion de l'utilisation du préservatif ;
  - Sensibilisation des partenaires.
- **Traiter les cas diagnostiqués** selon l'algorithme approprié

**Sans code spécifique CIM-10**

**Syndrome des pertes vaginales**

## **1- Objectifs :**

- Surveiller les tendances dans le temps;
- Identifier les zones à haut risque pour cibler les interventions.

## **2- Définition de cas :**

### **Description du cas clinique:**

Ecoulement vaginal anormal (quantité, couleur et odeur) avec ou sans douleur du bas ventre, avec ou sans symptômes spécifiques, avec ou sans facteurs de risque spécifiques.

### **Critères de laboratoire:**

Dans le cadre de l'approche syndromique en matière de prise en charge des IST, le laboratoire n'est pas nécessaire pour la définition de cas.

### **Classification de cas :**

Ne s'applique pas.

## **3- Méthodes de surveillance :**

- Notification mensuelle et trimestrielle des pertes vaginales par âge et par zones géographiques ( province, région) ;
- Surveillance du syndrome des pertes vaginales par les sites sentinelles.

## **4-Données à recueillir :**

- Nombre de cas traités pour vaginite par zones géographiques (province, région)
- Nombre de cas traités pour cervicite par zones géographiques (province, région)
- Nombre de cas selon la gravité (maladie inflammatoire pelvienne) selon le groupe d'âge et la zone géographique.

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Incidence mensuelle et trimestrielle selon le groupe d'âge et la zone géographique ( province, région);

- Suivi de la tendance selon le groupe d'âge et la zone géographique ( province, région);

#### **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- **Promouvoir un comportement sexuel à moindre risque de MST:**
  - Education sanitaire et counselling ;
  - Promotion de l'utilisation du préservatif ;
  - Sensibilisation des partenaires.
  
- **Traiter les cas diagnostiqués** selon l'algorithme approprié.

**A50-52**

**Syphilis**

#### **1-Objectifs :**

- Surveiller les tendances de l'incidence;

- Identifier les zones à haut risque pour cibler les interventions.

## **2-Définition de cas :**

Personne à sérologie positive confirmée pour la syphilis (VDRL confirmé par TPHA).

## **3-Methodes de Surveillance :**

- Surveillance par les centres de transfusion sanguine (dépistage systématique);
- Surveillance par les laboratoires (femmes enceintes);
- Notification systématique par les services de santé prénatale;
- Notification par réseau sentinelle des IST SIDA;
- Etudes de prévalence chez les femmes enceintes et les femmes consultant aux services de Planification Familiale.

Seuls les cas confirmés doivent être notifiés vers le niveau intermédiaire et central par :

- Notification systématique individuelle de chaque cas;
- Relevés mensuels et trimestriels.

## **4-Données à recueillir :**

- Nombre de cas à sérologie positive/ groupe d'âge/ mois/ zone géographique ( province, région) rapporté au nombre de patients;
- Nombre de cas de syphilis congénitale/ mois/ zone géographique;
- Nombre de cas de syphilis congénitale/ âge (de la mère)/ année/ zone géographique rapporté au nombre de femmes enceintes.

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats :**

- Incidence par âge et zones géographiques ;
- Suivi de la tendance selon le groupe d'âge et la zone géographique (C/S, provinces et régions);
- Incidence annuelle de la syphilis congénitale par zone géographique (C/S, province, région);
- Taux de **Faux Positifs** signalés par les sites du réseau sentinelle par rapport au nombre de tests TPHA effectués

## **6- Mesures de prévention et de lutte :**

- Dépistage systématique de toute femme enceinte au premier trimestre de la grossesse.
- Faire un test sérologique à toute personne à risque d'IST.
- Traiter toute personne à sérologie positive (Benzathine-Pénicilline ou Extencilline : dose unique de 2,4 millions UI en IM profonde).

## **B20-B21-B22-B23-B24      SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise)**

### **1- Objectifs :**

- Evaluer l'ampleur du problème;
- Identifier les zones à haut risque pour des interventions ultérieures;
- Evaluer l'impact des interventions;

## **2- Définition de cas :**

### **- Adultes et adolescents**

Elle comprend trois catégories cliniques : A, B et C (Tableau 1)

**Tableau 1 : Classification de l'infection par le VIH 1993 (Catégories cliniques)**

#### **Catégorie A**

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B ou C:

- \*Infection par le VIH asymptomatique;
- \*Lymphadénopathie persistante généralisée;
- \*Primo-infection symptomatique.

#### **Catégorie B**

Ce sont des manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH qui ne font pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes. Ces manifestations sont liées au VIH ou indiquent un déficit immunitaire; elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH.

Les pathologies suivantes sont classées dans la catégorie B, la liste n'est pas limitative:

- \*Angiomatose bacillaire;
- \*Candidose oropharyngée;
- \*Candidose vaginale;
- \*Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ;
- \*Syndrome constitutionnel avec fièvre (38.5°C) ou diarrhée > 1 mois;
- \*Leucoplasie chevelue de la langue;
- \*Zona récurrent envahissant plus dermatome;
- \*Purpura thrombocytopénique idiopathique;
- \*Salpingite, en particulier lors de complication par abcès tubo-ovariens;
- \*Neuropathie périphérique.

Cette classification est hiérarchique, c'est à dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A que lorsque les signes cliniques ont disparu.

#### **Catégorie C**

Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C.

- \*Candidose bronchique, trachéale, ou pulmonaire,
- \*Candidose de l'œsophage ;

- \*Cancer invasif du col<sup>(1)</sup> ;
- \*Coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire ;
- \*Cryptococcose extrapulmonaire;
- \*Cryptosporidiose intestinale > 1 mois;
- \*Infection à CMV (autre que le foie, la rate ou les ganglions);
- \*Rétinite à CMV avec perte de la vision;
- \*Encéphalopathie due au VIH;
- \*Infection herpétique, ulcères chroniques > 1 mois, ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne ;
- \*Histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire;
- \*Isosporidiose intestinale chronique (> 1 mois);
- \*Sarcome de Kaposi;
- \*Lymphome de Burkitt;
- \*Lymphome immunoblastique;
- \*Lymphome cérébral primaire;
- \*Infection à Mycobactérium avium ou kansasii, disséminée ou extrapulmonaire;
- \*Infection à Mycobactérium tuberculosis, quel que soit le site (pulmonaire<sup>(1)</sup> ou extrapulmonaire) ;
- \*Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire;
- \*Pneumopathie à Pneumocystis carinii;
- \*Pneumopathie bactérienne récurrente<sup>(1)</sup>;
- \*Leucoencéphalopathie multifocale progressive;
- \*Septicémie à Salmonella non typhi récurrente;
- \*Toxoplasmose cérébrale;
- \*Syndrome cachectique dû au VIH.

(1): nouvelles pathologies ajoutées en 1993.

### - Enfants :

La définition clinique de l'infection par le VIH de l'enfant diffère de celle de l'adulte. Elle comporte 4 catégories : N, A, B et C (Tableau 2).

<b>Tableau 2 : Définition des stades cliniques de l'infection par le VIH chez l'enfant</b>
--

<b>Catégorie N : asymptomatique</b>
-------------------------------------

### **Catégorie A : symptomatologie mineure**

- Au moins 2 des signes suivants et aucun signe de la catégorie B ou C.
- Lymphadénopathie > 0,5 cm de diamètre au niveau de deux aires ganglionnaires;
- Hépatomégalie;
- Splénomégalie;
- Parotidite;
- Dermatite;
- Infection ORL ou bronchique récidivante.

### **Catégorie B : symptomatologie modérée**

- Signes imputables au VIH, autres que ceux de la catégorie A et C.
- Anémie (< 10 mg/dl), neutropénie (< 1 000/mm<sup>3</sup>), thrombopénie (< 100 000/mm<sup>3</sup>);
- Infection bactérienne (méningite, pneumopathie, septicémie);
- Muguet (candidose oro-pharyngée) prolongée;
- Stomatite herpétique récidivante;
- Zona (> 2 épisodes distincts dans 2 territoires);
- Leiomyosarcome;
- Cardiomyopathie;
- Pneumopathie interstitielle lymphoïde;
- Néphropathie.

### **Catégorie C : symptomatologie sévère**

Une des affections suivantes en l'absence d'une autre cause non liée au VIH.

- Encéphalopathie.
- Infections bactériennes sévères (à l'exception des otites, des abcès superficiels, des infections de cathéter), documentées (prouvées par culture) et récidivantes (> 2 épisodes en 2 ans).
- Infections opportunistes:
  - Pneumonie à *Pneumocystis carinii*;
  - Candidose œsophagienne, bronchique ou pulmonaire;
  - Infection herpétique cutanée ulcérée, bronchique, pulmonaire, œsophagienne;
  - Cryptococcose;
  - Cryptosporidiose digestive;
  - Infection par le CMV (en dehors de l'infection néonatale par le CMV);
  - Infection à *Mycobacterium tuberculosis* extra pulmonaire;
  - Infection disséminée à *Mycobacterium avium* ou *Kansasii*;
  - Toxoplasmose cérébrale.
- Lymphome ou cancer:

- Lymphome cérébral primitif;
- Lymphome de haut grade (Burkitt, immunoblastique, grandes cellules);
- Cachexie caractérisée par:
  - perte de poids > 10%;

### **3- Méthodes de surveillance :**

- Notification au cas par cas.

### **4- Données à recueillir :**

#### **Données concernant les cas:**

Age, sexe, état matrimonial, niveau d'instruction, profession, province d'origine, lieu de résidence, facteurs de risque, mode de transmission, données biologiques.

#### **Données cumulatives :**

Nombre de cas répartis selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence, les facteurs de risque, le mode de transmission par semestre et par année.

### **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

Nombre de cas par âge, sexe, lieu de résidence, facteur de risque, mode de transmission, statut matrimonial, province et région;

### **6- Mesures de prévention et de lutte :**

#### **- Promotion du comportement sexuel à moindre risque :**

- Education sexuelle;
- Promotion de l'utilisation du préservatif.

#### **- Asepsie du matériel de soins et utilisation des seringues à usage unique.**

#### **- Traitement des patients séropositifs éligibles**

#### **- Traitement par ARV de tous les patients symptomatiques.**

#### **- Suivi régulier des patients sous traitement ARV : mesure de la charge virale plasmatique et dosage des lymphocytes CD4, une fois/ semestre ;**

#### **- Traitement des infections opportunistes**

#### **- Prévention de la transmission de la mère à l'enfant :**

- Traitement ARV de la femme enceinte séropositive ;
- Contre-indication de l'allaitement maternel chez la femme séropositive ;
- Traitement ARV du nouveau-né.

**- Prophylaxie après exposition accidentelle au sang :**

- Entreprendre immédiatement soins locaux de la plaie,
- Evaluer le risque de l'accident,
- S'enquérir de l'état du patient source (sérologie VIH),
- Prophylaxie par les ARV si nécessaire (dans les 4 heures, au plus tard 48 heures après l'exposition).

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances et prévenir les épidémies,
- Détecter les épidémies,
- Identifier les zones à risque,
- Evaluer l'impact des mesures de prévention et de lutte.

**2- Description clinique :**

Cas présentant des contractions musculaires douloureuses sous forme de spasme généralisé, induit par des stimuli sensoriels, dont la forme typique est l'opisthotonos et le rire sardonique.

Les critères biologiques ne sont d'aucune utilité.

**3- Méthodes de surveillance :**

- Notification immédiate et systématique des cas,
- Investigation autour d'un cas de tétanos,
- Relevé mensuel des cas.

**4- Données à recueillir lors de la notification :**

Date de déclaration,  
Date début de la maladie,  
Nom, sexe, adresse, profession,  
Statut vaccinal du cas,  
Notions sur la mobilité de la personne,  
Signes cliniques,  
Origine : post-traumatique, postopératoire, post-partum, autre...  
Traitement reçu.

**5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Tendances de l'incidence par régions et provinces,
- Distribution selon l'âge, le sexe, le statut vaccinal et le milieu.

## **6- Mesures de prévention et de lutte recommandées :**

- Education sanitaire,
- Vaccination,
- Prise en charge correcte des plaies,
- Recherche des sources de contamination.

## **1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances et prévenir les épidémies,
- Détecter les épidémies,
- Identifier les zones à risque,
- Evaluer l'impact des mesures de prévention et de lutte,
- Eliminer la maladie.

## **2- Définition de cas :**

**Cas suspect :** Tout décès néonatal, entre le 3<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jours de la vie, pour lequel la cause est inconnue ; ou tout nouveau-né signalé comme ayant souffert du tétanos néonatal entre le 3<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jours de la vie mais n'ayant pas fait l'objet d'une enquête.

**Cas confirmé :** Tout nouveau-né présentant une aptitude normale à téter et à crier pendant les 2 premiers jours de la vie et ne pouvant plus téter normalement entre le 3<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jours de la vie, qui devient raide ou a des convulsions (secousses musculaires) ou les deux.

Le diagnostic est purement clinique et ne dépend pas d'une confirmation bactériologique (Isolement de *Clostridium tetani*).

## **3- Méthodes de surveillance :**

- Notification immédiate et systématique des cas,
- Investigation autour d'un cas de tétanos,
- Relevé mensuel des cas.

## **4- Données à recueillir :**

Date de déclaration  
Date de début de la maladie  
Nom, sexe, lieu et adresse  
Renseignements sur la famille  
Etat vaccinal de la mère  
Milieu de l'accouchement  
Soins de l'ombilic

Signes cliniques à la naissance et pendant les 2 premiers jours  
Prise en charge.

## **5- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Tendances de l'incidence par régions et provinces,
- Distribution selon l'âge, le sexe, le statut vaccinal et le milieu.

## **6- Mesures de prévention et de lutte recommandées :**

- IEC,
- Education sanitaire et formation des accoucheuses traditionnelles,
- Vaccination des femmes en âge de procréer,
- Vaccination des femmes enceintes non ou incomplètement vaccinées,
- Accouchement dans des conditions de propreté suffisante,
- Recherche des sources de contamination.

## **Sans code spécifique    Toxi-infections alimentaires collectives**

### **1- Objectifs de la surveillance :**

- Détecter les épisodes de TIAC
- Identifier les causes
- Suivre les tendances des épisodes de TIAC
- Evaluer l'impact des mesures de prévention et de lutte

### **5- Définition de cas :**

**Définition clinique du cas :** Elle varie avec la maladie

#### **Définition d'un épisode de TIAC :**

Une toxi-infection alimentaire collective est définie par l'apparition d'au moins deux cas groupés d'une symptomatologie similaire toxique ou infectieuse, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter l'origine à la consommation d'un aliment ou d'un repas commun suspect.

Deux exceptions : un cas de botulisme ou une intoxication chimique constitue un épisode de TIAC.

#### **Critères de laboratoire pour le diagnostic :**

Isolement de l'agent causal pathogène ou recherche positive de toxiques à partir d'un échantillon clinique (selles, vomissements, urines, sang, ...) ou d'un prélèvement d'aliment.

#### **Classification des cas :**

##### **Cas suspect**

Cas répondant à la description clinique pour la toxi-infection alimentaire en cause.

##### **Cas probable :**

Ne s'applique pas.

##### **Cas confirmé :**

Cas suspect avec isolement de l'agent pathogène ou recherche de toxiques positive à partir d'un échantillon clinique.

## **6- Surveillance recommandée :**

- Notification systématique et immédiate de tout épisode de TIAC,
- Investigation de chaque épisode.

## **7- Données à recueillir :**

Identification de l'épisode, nombre de cas, symptomatologie, les aliments suspects, modes de préparation et les prélèvements. (cf. fiche de déclaration d'un épisode de TIAC)

Listing des personnes avec données épidémiologiques, cliniques, hospitalisations, issue de la maladie, les aliments, les prélèvements (cf. fiche d'investigation d'un épisode de TIAC).

## **8- Analyse des données/indicateurs de résultats**

- Incidence des épisodes de TIAC,
- Distribution des TIAC par provinces, agents étiologiques, aliments impliqués
- Analyse descriptive des cas en termes de temps de lieu et de personne.
- Hypothèses sur les sources de contamination.

**1- Objectifs de la surveillance :**

- Suivre les tendances,
- Evaluer l'impact des mesures de prévention et de lutte,
- Eliminer le trachome cécitant d'ici l'an 2020,
- Evaluer les méthodes d'intervention.

**2- Définition du cas clinique :** Cotation :**TF** Inflammation trachomateuse folliculaire

Présence d'au moins 5 follicules (0.5mm ou plus de diamètre) sur la conjonctive tarsienne supérieure.

**TI** Inflammation trachomateuse intense

Epaississement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne supérieure qui masque plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse.

**TS** Cicatrisation trachomateuse

Présence de cicatrices nettement visibles dans la conjonctive tarsienne.

**TT** Trichiasis trachomateux

Au moins un cil frotte contre le globe oculaire ou traces d'épilation.

**CO** Opacité cornéenne

Opacité cornéenne nettement visible sur la pupille.

**Critères de laboratoire pour le diagnostic (pour des études spéciales)**

- Isolement de *Chlamydia trachomatis* (sérotypes A, B, C ou autre) à partir d'un échantillon clinique
- Mise en évidence de *Chlamydia trachomatis* à l'examen direct de frottis conjonctivaux colorés au Giemsa ou à l'immunofluorescence
- PCR

**Classification de cas :**

Ne s'applique pas

### **3- Méthodes de surveillance :**

- Notification systématique par relevé des cas cotés
- Enquête de prévalence tous les 2 ans

### **4- Données à recueillir :**

- Relevé mensuel : Cf. relevé trimestriel (données cumulatives)
- Données relatives à l'enquête de prévalence : âge, sexe.

### **5- Analyses des données/indicateurs de résultats :**

Notification systématique :  
Prévalence des cas cotés

- Enquête de prévalence :

Prévalence des cas cotés dans les zones d'endémicité :

- \* TF et/ou TI chez les moins de 10 ans
- \* TI chez les moins de 10 ans
- \* TT chez les femmes âgées de plus de 15 ans
- \* CO

### **6- Mesures de lutte et de prévention:**

- Mise en place de la stratégie CH.A.N.CE
  - CH : décentralisation des activités de la chirurgie du trichiasis au niveau des centres de santé des différentes provinces endémiques ;
  - A : examen systématique de tous les malades qui se présentent dans les formations sanitaires, organisation des campagnes de dépistage et de traitement au niveau des écoles et traitement familial des cas atteints par la pommade tétracycline 1% et/ou azithromycine ;
  - N : encouragement de la population à l'adoption d'une meilleure hygiène individuelle en insistant sur la propreté des mains et du visage ;
  - CE : une prise en charge efficace du trachome doit être soutenue par l'amélioration de l'infrastructure sociale et économique qui ne pourra être atteinte que par une contribution réelle des autres secteurs.

- Formation du personnel à tous les niveaux de compétence et de responsabilité.

# **Préparation et riposte aux épidémies**

## MESURES DE PREPARATION ET DE CONTROLE DES EPIDEMIES

Les mesures d'intervention pour le contrôle des épidémies comportent :

- La désignation d'un comité de contrôle des épidémies avec définition de ses responsabilités,
- Les mesures de riposte et de contrôle des épidémies proprement dites,
- L'évaluation des mesures de contrôle,
- Des mesures à appliquer en post épidémie.

### **I. Le comité de contrôle des épidémies**

1. **Un comité provincial** et éventuellement des comités par circonscription sanitaire (CS) doivent être désignés ;

#### **2. Composition :**

- Le responsable des services de santé de la province ou de la CS,
- Les membres de l'équipe chargée des investigations et des interventions,
- Les représentants des services hospitaliers,
- Un représentant des autorités et collectivités locales.

Ce comité fixe devra être complété par d'autres personnes représentant d'autres départements selon le type du problème ou de l'épidémie en question.

#### **3. Responsabilités :**

- Préciser les tâches et les responsabilités des services et du personnel impliqués dans la lutte contre l'épidémie,
- Identifier et mobiliser les ressources nécessaires,
- Appliquer la stratégie et les mesures de contrôle,
- Coordonner les activités d'IEC,
- Assurer le suivi et la notification de l'épidémie,
- Communiquer les données relatives à la situation.

## **II. Les mesures de contrôle des épidémies**

Le contrôle d'une épidémie de maladie infectieuse se fait par :

- L'élimination ou la réduction de la source d'infection,
- L'interruption de la transmission,
- La protection des personnes à risque.

La priorité doit être donnée à l'interruption de la transmission car les mesures spécifiques nécessitent l'identification de l'agent causal.

### **1. Plan de réponse/riposte aux épidémies**

Un plan de réponse/riposte aux épidémies doit être préétabli et appliqué dès la confirmation de l'épidémie. Ce plan comprend essentiellement :

- Investigation de l'épidémie et la notification des cas ;
- Identification des structures sanitaires disponibles (hôpitaux, laboratoires), des ressources à mobiliser pour le contrôle de l'épidémie, des supports logistiques et financiers nécessaires ;
- Application ou renforcement des mesures de prévention et de contrôle chez la population générale, les groupes à risque, les malades, les sujets contacts et les décès ;
- Organisation de campagnes d'IEC.

Dans le plan de réponse/riposte aux épidémies il est important de déterminer les responsabilités et le rôle de chacun des différents intervenants (services de santé et services extra-santé) et pour chaque niveau d'intervention.

### **2. Mesures de contrôle en cas d'épidémie**

Ces mesures doivent être appliquées aux patients, aux contacts et à la population générale.

#### **a) Prise en charge des malades**

**b) Précautions générales :** le type des mesures dépend du degré de contagiosité de la maladie et de la voie de transmission : isolement, masques, gants, lavage des mains, utilisation du matériel jetable, etc.

#### **c) Désinfection :**

- Au cours de la maladie : vomis, excréta, urines, matériel utilisé, etc.
- En fin de certaines maladies : domicile, salle d'hospitalisation, cadavres, etc.

#### **d) Protection des sujets contacts**

e) **Surveillance sanitaire / quarantaine** : fonction du type de contact et du type de la maladie ; peut aller d'une simple surveillance sanitaire à l'isolement strict durant le reste de la durée de contagiosité.

f) **Autres méthodes de protection**, s'il y a lieu :

- Vaccination : la stratégie de vaccination pour le contrôle des épidémies doit être clairement définie au préalable et dépend du type de maladie,
- Chimio prophylaxie : elle n'est acceptée comme mesure que lorsqu'elle est ciblée sur les sujets contacts,
- Restrictions aux rassemblements et aux mouvements de la population,
- Lutte contre les vecteurs (moustiques, rongeurs, etc.),
- Hygiène alimentaire, surveillance et contrôle des toxi-infections alimentaires,
- Approvisionnement en eau de boisson saine,
- Assainissement liquide et solide,
- Actions des services vétérinaires s'il s'agit de zoonoses.
- Participation de la population : l'information et l'éducation de la population peuvent réduire le risque et améliorer la participation communautaire.

### **III. Suivi et évaluation des mesures de contrôle**

Un suivi journalier des mesures de contrôle doit être assuré durant l'épidémie pour appuyer ou réorienter les mesures de contrôle et un rapport final doit être élaboré.

L'une des fonctions du comité de contrôle des épidémies est l'évaluation de l'efficacité des mesures de contrôle et des services de soins selon des indicateurs préétablis se résumant comme suit :

#### **1. Indicateurs d'évaluation de l'efficacité des mesures de contrôle :**

- Taux d'attaque journalier,
- Densité des vecteurs, densité des rongeurs, etc.

NB : une analyse critique est nécessaire pour vérifier si la diminution du taux d'attaque est due à l'efficacité des mesures de contrôle ou s'explique par un autre phénomène :

- Toute la population réceptive est affectée,
- Défaillance de la notification,
- Réduction de la source d'infection par un phénomène naturel.

## **2. Indicateurs d'évaluation de l'efficacité des services de soins :**

- Durée d'hospitalisation,
- Proportion des complications,
- Taux de létalité.

**3. La fin de l'épidémie est déclarée** après deux fois la durée d'incubation maximale à partir de la date de guérison ou de décès du dernier cas.

## **IV. Les mesures en post épidémie.**

Après la fin de l'épidémie deux types d'investigations épidémiologiques sont préconisés pour déterminer l'origine et l'impact de la maladie et sélectionner les indicateurs appropriés pour la surveillance et la prévention :

1. **Etude sérologique** pour définir les zones infectées, le taux d'infection dans différents groupes de population.
2. **Etude écologique** pour déterminer les sources, les véhicules, les réservoirs, les facteurs socio-économiques et les facteurs climatiques.

**METHODE D'INVESTIGATION D'UN EPISODE  
EPIDEMIQUE**

La méthode d'investigation d'un épisode épidémique peut être résumée en 10 étapes groupées en 2 phases successives :

**\* La 1<sup>ère</sup> phase est descriptive et comporte :**

- l'affirmation de l'épisode épidémique ;
- la confirmation du diagnostic ;
- la définition et le décompte des cas ;
- l'organisation des données en termes de temps, de lieu et de caractéristiques individuelles.

A l'aide de ces informations descriptives, on doit émettre des hypothèses sur la source et le mode de contamination.

**\* La 2<sup>ème</sup> phase fait appel aux méthodes de l'épidémiologie analytique et repose sur :**

- la confirmation d'hypothèses pouvant expliquer l'exposition spécifique impliquée dans la survenue de la maladie,
- la confrontation de l'hypothèse retenue avec les faits observés,
- le développement d'une étude épidémiologique analytique complémentaire,
- la rédaction d'un rapport scientifique et la mise en place de mesures de lutte et de prévention.

### **ETAPE ①: Affirmer l'existence de l'épisode épidémique**

La confirmation d'un épisode épidémique repose sur l'observation d'un nombre de cas supérieur au nombre de cas attendus pendant la même période au sein de la même population et dans la même région. Les données de surveillance épidémiologique hebdomadaire ou mensuelle permettent souvent cette comparaison. Mais, il faut toujours vérifier cette augmentation par la consultation de plusieurs sources d'information.

### **ETAPE ② : Confirmer le diagnostic**

Il est indispensable de confirmer le diagnostic clinique et puis faire les investigations biologiques nécessaires : sérologie, Isolement de l'agent causal, etc. Il n'est pas nécessaire de confirmer tous les cas ; si la plupart des malades

présentent des signes cliniques similaires la confirmation du diagnostic pour 15 à 20% suffit.

### **ETAPE ③: Définir et compter les cas**

- **Définition d'un cas** : C'est la base de l'investigation. Elle repose sur des critères cliniques et/ou biologiques ainsi que sur la précision des notions de temps, de lieu et de caractéristiques des personnes. Souvent on a recours à plusieurs définitions : cas suspect, cas probable, cas certain.

Il faut toujours prendre en considération la sensibilité et la spécificité d'une définition de cas. Une définition très sensible aura comme avantage la détection de la plupart des cas ; mais elle va inclure même des faux positifs. Une définition très spécifique ne va identifier que les cas presque certains.

- **Compter les cas** : On commence par la recherche des cas de façon active ; parfois on fait appel à des enquêtes pour identifier les cas. En même temps on collecte des informations démographiques (âge, sexe, taille de la population, etc.). Puis on décompte les cas et on calcule des taux d'attaque.

### **ETAPE ④ : Organiser les données en termes de temps, de lieu et de caractéristiques individuelles.**

- **Le temps** : La courbe épidémique représente la distribution des cas d'une épidémie en fonction du temps, souvent selon la date de début des symptômes. Elle a pour but :
  - de mesurer son importance,
  - d'apprécier son évolution,
  - de déterminer la période probable de l'exposition,
  - de déterminer le type d'épidémie : source commune, transmission de personne à personne, mixte ...
- **Le lieu** : la distribution géographique des cas permet d'identifier les zones à risque.
- **Les caractéristiques individuelles** : La description des caractéristiques : âge, sexe, religion, niveau socio-économique, etc. aide à dresser le portrait particulier des cas. L'examen des taux spécifiques permet d'identifier des groupes à risque.

### **ETAPE ⑤: Déterminer qui est à risque**

Les données descriptives fournies par les 4 premières étapes peuvent souvent préciser les sous-groupes de la population ayant un risque élevé de développer la maladie. Néanmoins, quel que soit le degré de présomption, il faut confirmer les hypothèses au cours de la phase analytique.

#### **ETAPE ⑥ : Tester les hypothèses.**

- **L'approche cas- témoins** : comparaison d'un groupe de cas (malades) et de témoins en ce qui concerne leur exposition à un facteur.
- **L'approche de cohorte** : comparaison des taux d'attaque observés parmi les exposés et les non exposés.

#### **ETAPE ⑦ : Confronter l'hypothèse retenue avec des faits établis**

Après l'utilisation des méthodes épidémiologiques et des tests statistiques il faut confronter l'hypothèse retenue avec des données cliniques, les résultats de laboratoire et d'autres connaissances. Les données cliniques, biologiques et épidémiologiques doivent être cohérentes.

#### **ETAPE ⑧ : Développer une étude plus approfondie**

Si les résultats de la première étude ne sont pas concluants, le développement d'une étude plus approfondie est souvent nécessaire.

#### **ETAPE ⑨ : Rédiger un rapport d'investigation**

Etape capitale qui documente l'investigation, ses résultats et les recommandations.

Le rapport doit comprendre la méthode utilisée, les résultats et les recommandations pour la mise en place des mesures de lutte et de prévention.

#### **ETAPE ⑩ : Mettre en place des mesures de lutte et de prévention**

Cette étape relève de la responsabilité des autorités sanitaires en utilisant les recommandations formulées par les enquêteurs ; souvent on n'attend pas la fin de l'enquête pour formuler les recommandations et mettre en place des mesures de lutte et de prévention.

