



Préparation et Réponse aux Épidémies dans les Camps de Réfugiés

Principes Directeurs Destinés aux Fonctionnaires
de la Santé Publique

Octobre 2011

© UNHCR, 2011. Tous droits réservés.

La reproduction et la diffusion des informations contenues dans le présent document à des fins éducatives ou autres fins non commerciales sont autorisées sans l'accord préalable écrit des détenteurs des droits d'auteur, à condition que la source soit clairement mentionnée. La reproduction pour la revente ou autre motif commercial, ou la traduction pour quel que motif que ce soit, sans l'autorisation écrite des détenteurs des droits d'auteur, sont interdites. Les demandes d'autorisation doivent être adressées à l'unité Santé Publique et VIH du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) à l'adresse suivante : HQPHN@unhcr.org

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'UNHCR afin de vérifier les informations contenues dans le présent document. Toutefois, les informations publiées sont diffusées sans aucune sorte de garantie, ni expresse ni implicite. La responsabilité relative à l'interprétation et à l'utilisation de ces informations incombe au lecteur. L'UNHCR ne peut en aucune façon être tenu responsable d'un dommage survenant suite à l'utilisation de ces informations.

On peut se procurer des copies du présent document à l'adresse suivante :

UNHCR

Division of Programme Support and Management

Public Health and HIV Section

CP 2500

1202 Geneva, Switzerland

E-mail: HQPHN@unhcr.org

Photo de couverture : République Démocratique du Congo (RDC) / personnes déplacées internes (PDI) en file d'attente pour une distribution de L'UNHCR. Craignant une éventuelle épidémie de choléra ou de fièvre typhoïde au camp de Kibati, l'UNHCR est en train de distribuer 100 000 barres de savon et 28000 jerrycans. Le camp de Kibati est situé à 5 kilomètres au nord de Goma, en République Démocratique du Congo. / UNHCR / P. Taggart / Novembre 2008

Conception graphique : A. Mannocchi/ Rome

Préparation et Réponse aux Épidémies dans les Camps de Réfugiés

Principes Directeurs Destinés aux Fonctionnaires de la Santé Publiques

Table des matières :

ACRONYMES	2
INTRODUCTION	3
ASPECTS STRATÉGIQUES DE LA RÉPONSE ET DE LA PRÉPARATION AUX ÉPIDÉMIES	4
Coordination.....	4
Planification de la continuité des activités	6
Surveillance de la santé animale.....	7
Surveillance de la santé publique.....	8
Mobilisation de la communauté.....	9
Planification des établissements et services de santé	11
Prévention des infections dans les centres de soins de santé.....	12
PLANS DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE AUX ÉPIDÉMIES.....	13
Plan d'urgence en cas d'épidémie	13
Plan de gestion des épidémies	15
ANNEXES.....	22
1) Glossaire.....	22
2) Liste vérificative pour la préparation et la réponse aux épidémies.....	24
3) Format du rapport initial relatif à une épidémie.....	26
4) Format du rapport hebdomadaire relatif à une épidémie	28
5) Format du rapport de fin d'épidémie.....	29
6) Format de la liste récapitulative sur la rougeole.....	30
7) Format de la liste récapitulative sur le choléra	31
8) Format de la liste récapitulative sur la méningite.....	32
9) Critères de sélection du lieu du centre de traitement contre le choléra.....	33
10) Exemple de schéma d'un centre de traitement contre le choléra	34
11) Recommandations relatives au prélèvement d'échantillons en cas de suspicion d'épidémie.....	35
12) Estimation du nombre de cas attendu de grippe pandémique	35
13) Calcul des ressources nécessaires en cas d'épidémie de choléra	36
14) Références et liens vers des documents techniques	37

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ASC	Agent de Santé Communautaire
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CTC	Centre de traitement contre le choléra
EPI	Équipement de Protection Individuelle
HPAI	Grippe aviaire hautement pathogène
IEC	Information, éducation et communication
MdS	Ministère de la Santé
OCT	Équipe chargée de la lutte contre les épidémies
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCA	Plan de Continuité des Activités
PHO	Fonctionnaire Santé Publique
SIS	Système d'Information Sanitaire
UN	Nations Unies
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WASH	Eau, assainissement et hygiène

INTRODUCTION

Depuis 2008, d'importantes ressources ont été mobilisées dans le monde entier afin d'améliorer la capacité à réagir face à une menace de grippe pandémique et au taux de mortalité et de morbidité potentiellement élevés qu'elle entraînerait. Des leçons ont été tirées, notamment en ce qui concerne la planification des différents composants de la préparation à une pandémie. Ces leçons s'appliquent dans une certaine mesure à d'autres maladies transmissibles pouvant potentiellement provoquer une épidémie.

Le présent manuel dresse le bilan de ce qui a été accompli et fournit des principes directeurs aux opérations du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) et plus spécifiquement aux partenaires et aux fonctionnaires Santé Publique (PHO) au niveau national. Ces principes portent sur le développement et la mise en place de capacités de préparation et d'intervention face à une épidémie de maladies transmissibles dans les camps et colonies de réfugiés.

La lutte contre les maladies transmissibles constitue en effet un défi pour la plupart des opérations de l'UNHCR. Pendant une phase d'urgence aiguë, les conditions de vie dans les camps présentent un environnement favorable aux épidémies de maladies transmissibles. Dans le cas des réfugiés en situation plus prolongée, même si les conditions de vie globales des réfugiés sont meilleures, de nombreuses normes d'urgence (par ex. disponibilité de l'eau, assainissement et espace de vie) sont souvent à peine respectées.

La prévention des maladies transmissibles demeure toujours une intervention prioritaire. Il est toutefois essentiel d'être préparé à identifier et à gérer une épidémie de maladie transmissible.

Ce manuel présente des mesures concrètes pour établir et maintenir une préparation et une réponse face aux épidémies/pandémies dans les camps et colonies de réfugiés.

Le terme **épidémie** est utilisé dans ce manuel pour faire référence à la survenue d'un plus grand nombre de cas de maladies que prévu, dans une région donnée ou parmi un groupe spécifique de personnes sur une période de temps donné. Le terme **pandémie** fait référence à une épidémie qui survient dans une zone très vaste (plusieurs pays ou continents) et qui touche généralement une grande proportion de la population. Un glossaire est disponible en annexe.

ASPECTS STRATÉGIQUES DE LA PRÉPARATION ET DE LA RÉPONSE FACE À UNE ÉPIDÉMIE

COORDINATION

La coordination avec l'ensemble des acteurs est essentielle afin de s'assurer que le programme est en mesure de répondre rapidement, et elle est associée au programme national d'intervention et de lutte contre les épidémies. La coordination doit garantir :

- La cohérence avec les activités de préparation et de réponse au niveau national.
- Le plaidoyer visant à inclure les réfugiés aux plans nationaux de lutte contre les épidémies spécifiques à une maladie.
- L'échange rapide d'information dans les deux sens entre les autorités, les agences et les établissements de santé pertinents.
- La cohérence des messages diffusés sur les risques.
- Le transfert d'échantillons et la référence des patients, si nécessaire.
- L'amélioration globale du rapport coût-efficacité des activités de préparation et de réponse.

La coordination s'effectue à trois niveaux : pays, district et camp. La coordination mondiale et régionale n'est pas abordée ici. La coordination inclut tous les acteurs, y compris le Ministère de la Santé (MdS), d'autres services gouvernementaux essentiels, les partenaires de l'UNHCR dans les camps de réfugiés, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et d'autres agences des Nations Unies (UN).

Une prise de contact peut être faite initialement avec le MdS, l'OMS et/ou l'UNICEF. La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres organisations peuvent fournir d'autres supports IEC utiles. Les agences donatrices ou les ambassades peuvent apporter un appui en plaidoyer. Dans le cas des opérations de l'UNHCR pour lesquelles les PHOs ne sont pas basés dans la capitale, la coordination avec les agences au niveau national s'avère un défi. Dans ce cas, l'UNHCR peut mandater du personnel basé dans la capitale à assister régulièrement aux réunions de coordination au niveau national. Toutefois, les PHOs qui se trouvent sur le terrain doivent s'efforcer de participer à ces réunions tous les trimestres ou semestres, tout en renforçant la coordination au niveau du district et de la province.

L'équipe chargée de la lutte contre les épidémies (OCT) doit être active et se réunir régulièrement, avec les compte-rendus des réunions documentés et partagés avec toutes les agences et les individus participants. Le rôle de l'OCT avant une épidémie consistera principalement à définir et à maintenir un plan de contingence, à identifier les fonctions critiques et à mettre en place un plan de continuité des activités. Pendant une épidémie, son rôle sera plus vaste puisqu'il inclura la coordination des services essentiels, la mise en œuvre de mesures de santé publique, la gestion des informations de santé publique et la limitation des perturbations sociales.

Actions clés :

Au niveau national, le PHO doit :

- Participer de manière proactive aux réunions de coordination consacrées à la planification de la préparation aux épidémies.
- Collecter et partager avec les partenaires tous les documents et matériels connexes, y compris les plans nationaux de préparation et de réponse aux épidémies ou aux pandémies, ainsi que les supports d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC).
- Plaider pour que les réfugiés soient inclus à tous les plans nationaux liés aux épidémies (par ex. plans de lutte contre les épidémies ou les pandémies spécifiques à une maladie, plans contingence contre les catastrophes naturelles).

Au niveau de la province et du district, le PHO doit :

- Faciliter et participer activement aux réunions de coordination avec les autorités, les partenaires de mise en œuvre et les partenaires opérationnels, et promouvoir les activités de préparation contre les menaces réelles d'épidémie. La population cible doit englober toutes les personnes qui vivent dans la région, y compris les réfugiés.
- Plaider pour la mise en place d'une OCT si celle-ci n'existe pas encore, et y jouer un rôle actif.

Au niveau du camp de réfugiés, le PHO doit :

- S'assurer que les mesures de préparation et de réponse aux épidémies sont intégrées aux activités de coordination du camp.
- Promouvoir la mise en place d'une équipe chargée de la préparation et de la réponse aux épidémies qui implique tous les acteurs du camp, y compris les autorités, les partenaires et les réfugiés.
- S'assurer que les épidémies sont abordées et que des décisions/mesures sont prises lors des réunions périodiques de coordination de la santé.

PLANIFICATION DE LA CONTINUITÉ DES ACTIVITÉS

Des crises majeures telles que les catastrophes naturelles (par ex. un tremblement de terre, des inondations) mais également des épidémies de maladies excessivement contagieuses au sein d'une population non immunisée (grippe pandémique, par ex.) peuvent gravement perturber les activités de routine, y compris les activités vitales. De telles crises doivent être anticipées et des mécanismes de d'adaptation doivent être prévus. Le plan de continuité des activités (BCP) constitue un enjeu mondial. Des plans doivent être élaborés dans tous les secteurs et dans toutes les organisations. L'UNHCR possède son propre BCP. Le présent document est axé sur les composantes de la santé publique. Cependant en pratique, de nombreux secteurs sont interdépendants (par ex. la logistique, la sécurité, l'alimentation). La composante Santé Publique du BCP doit être élaborée en parfaite connaissance de ce qui a été planifié par les autres secteurs.

Identifier des fonctions de santé publique essentielles et des capacités d'appui

L'un des rôles les plus importants du PHO au sein du BCP consiste à identifier toutes les fonctions sanitaires essentielles qui devront être maintenues pendant une crise majeure. Une formation préalable sera peut-être nécessaire pour que le personnel stratégique mène à bien ses rôles.

Les fonctions non essentielles qui seront suspendues temporairement doivent également être identifiées car le personnel assigné à ces activités peut être utilisé pour appuyer des fonctions essentielles. Il est primordial de procéder à des mises à jour régulières de la liste du personnel (au moins une fois par an ou chaque trimestre en cas de rotation rapide). Ces mises à jour seront de préférence effectuées par les agents des ressources humaines de l'UNHCR et les partenaires /de mise en œuvre/ opérationnels.

Actions clés :

- Identifier les fonctions essentielles et attribuer les responsabilités correspondantes (c.-à-d. qui sera en charge de leur exécution).
- Identifier les fonctions non essentielles pouvant être suspendues temporairement et réaffecter le personnel afin d'appuyer les fonctions essentielles, le cas échéant.
- S'assurer de la mise à jour régulière de la liste du personnel essentiel en mesure d'exécuter les fonctions critiques.
- Organiser une formation d'appoint si nécessaire.

Plan de continuité d'activité

Outre l'identification des fonctions critiques et du personnel, l'OCT doit élaborer un plan détaillé quant à la continuité de la prestation de services essentiels. Pour ce faire, l'OCT doit prendre en compte la diminution des capacités due au personnel en congé maladie et à son absentéisme, l'évacuation du personnel international, etc... et définir un plan qui prenne en compte tous les secteurs interdépendants.

Actions clés :

La planification des activités/services suivants doit être prise en considération :

- Distribution de denrées alimentaires : planification conjointe avec le Programme Alimentaire Mondial (PAM) concernant la chaîne alimentaire, la distribution des denrées et les aspects connexes prenant en compte les défaillances potentielles du système pendant les urgences, telles que les pandémies et le risque de santé publique d'exercer les activités habituelles.
- Approvisionnement en eau : les systèmes d'approvisionnement en eau existants doivent être maintenus en assurant la disponibilité du personnel, des réserves telles que le carburant, et des équipements tels que les générateurs et les pièces détachées.
- Fourniture de services de santé essentiels: ceci implique la fourniture de soins médicaux d'urgence et traitement des maladies courantes pendant les phases d'urgence, et requiert entre autres, la disponibilité, d'un personnel qualifié adéquat, de médicaments et de fournitures ainsi que leur préservation. Plans de restructuration des services y compris des points de prestation de services, l'extension des structures, etc. doivent également être pris en compte.
- Assurer la sécurité de la population et du personnel.
- Assurer la communication interne et externe avec les divers réseaux et agences.

SURVEILLANCE DE LA SANTÉ ANIMALE

La présence de volailles dans les camps de réfugiés et la menace d'une épidémie de grippe aviaire hautement pathogène (IAHP) rendent ce point très pertinent. Dans les camps de réfugiés, il est fréquent que les animaux vivent très proches des humains. En général, les activités génératrices de revenus qui consistent à élever des animaux ont des effets positifs sur le bien-être des réfugiés et ne doivent pas être suspendus pour des mauvaises raisons. En principe, les stratégies qui consistent à réduire le risque de transmission de l'IAHP parmi les réfugiés doivent être similaires à celles employées pour la population locale.

L'UNHCR et ses partenaires doivent s'assurer que la surveillance de la santé animale est appliquée. Ceci comprends identifier le/la représentant(e) du camp, clarifier la voie du flux d'information, identifier le vétérinaire/responsable de la santé officiel et mettre à jour les contacts. Dans le

contexte d'une IAHP, l'objectif de la surveillance de la santé animale est de minimiser le contact entre les humains et les animaux/oiseaux malades ou morts.

Il est important d'établir des mécanismes de coordination et des liens opérationnels avec les autorités vétérinaires nationales/régionales afin de prévenir et répondre de façon appropriée aux maladies d'origine animale, tout en évitant de réagir de manière excessive tel que l'abattage inapproprié de la volaille à la moindre rumeur de décès parmi des oiseaux.

Actions clés :

- Former/reformer les agents de santé communautaires (CHW) sur la surveillance animale.
- Organiser pour les réfugiés des activités IEC portant sur la santé animale, la surveillance et la biosécurité, et sensibiliser continuellement la population à la surveillance animale et aux précautions à suivre en cas d'animaux/d'oiseaux malades ou morts.
- Encourager les réfugiés à écarter les animaux des espaces de vie, si possible.
- Créer et maintenir le contact avec les autorités vétérinaires locales/régionales et l'Organisation Internationale pour la Santé Animale (OIE) via l'OCT.
- Mettre en place des voies de collecte de prélèvements et d'analyse sur les animaux malades dans les camps.
- S'assurer que des établissements appropriés se débarrassent des animaux malades ou morts.
- Établir des processus décisionnels clairs afin de répondre aux suspicions d'animaux/d'oiseaux malades trouvés dans les camps ou dans les zones hôtes environnantes.

SURVEILLANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN MATIÈRE DE MALADIES TRANSMISSIBLES¹

Tous les camps doivent avoir une surveillance active des maladies avec des systèmes d'alerte précoce, y compris pour des maladies à propension épidémique dans la région. La détection précoce des cas permettra :

- Une initiation précoce des mesures de lutte afin de réduire la morbidité et la mortalité.
- L'activation de plans d'actions face aux épidémies : des ressources de santé seront mises en place afin de répondre à l'augmentation attendue de patients et de poursuivre la fourniture de services essentiels.

¹ Voir le système d'information sanitaire de l'UNHCR : <http://www.unhcr.org/4613888c2.html>

Une détection précoce nécessite:

- De disposer de définitions de cas, de les connaître et de les utiliser.
- De reconnaître et de signaler les premiers cas le plus rapidement possible.

La priorisation des maladies sous surveillance permettra d'améliorer la réactivité globale du système. Il est par conséquent recommandé de se focaliser sur les maladies transmissibles qu'il est important de détecter de manière précoce. La liste de ces maladies doit être élaborée en fonction du contexte et devra être revue périodiquement.

Actions clés :

- Assurer le fonctionnement du système de surveillance des maladies dans les camps.
- S'assurer que les maladies sous surveillance correspondent à des définitions de cas connues et utilisées par les agents de santé.
- Former/reformer les agents de santé sur l'utilisation des définitions de cas.
- Identifier et former les responsables de la surveillance dans chaque camp afin d'assurer l'exactitude des données collectées et d'analyser les données du camp.
- Définir des procédures claires de rapport des données et assurer un rapport régulier et des actions appropriées.

MOBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ

La mobilisation de la communauté est la clé d'une prévention et d'une lutte réussies contre les épidémies. Les activités de mobilisation communautaire doivent focaliser sur les aspects suivants :

1. Renforcer la sensibilisation sur les maladies concernées, les épidémies et l'hygiène au sein des communautés.
2. Encourager et impliquer les réfugiés à adopter des comportements favorables à la prévention et à la lutte contre des épidémies.
3. Augmenter le niveau de vigilance et de préparation face aux épidémies.
4. Maximiser l'impact de la surveillance et la gestion des cas.
5. Développer la capacité communautaire à prendre soin des malades à domicile pendant les épidémies.
6. S'assurer que la communauté détient un rôle clé dans la détection active des cas.

Actions clés:

Le PHO doit assurer la bonne planification des activités de mobilisation communautaire. Cela inclut :

- Etablir un cadre stratégique : quelles sont les maladies/conditions qui doivent faire partie des activités IEC en fonction du potentiel local des épidémies, quel type de messages/matériels doit être utilisé pour chaque épidémie/maladie potentielleⁱ, activités IEC en cours, activités IEC pendant une épidémie, etc...
- Implication des communautés : afin d'assurer l'appropriation et l'acceptabilité de l'information, l'adéquation culturelle des messages et des méthodes de diffusion sont essentielles.
- IEC : identification des partenaires et des agents IEC, formation des ASC (agents de santé communautaire), création d'une banque IEC listant les sources et la disponibilité du matériel pendant et en dehors d'une épidémie, reproductibilité, etc...
- Populations en transit (afflux ou retour ou déplacement vers un nouveau lieu) : assurer une information de masse pour cette population en cas de risque potentiel d'épidémie ou en cas de schémas pathologiques différents dans les régions vers lesquelles elle se déplace (paludisme, choléra, par ex.).
- Messages essentiels : ceux-ci doivent être diffusés de manière innovante et attrayante et via diverses voies de communication:
 - Informations écrites, matériels IEC tels que des brochures, des posters, des banderoles, des bandes dessinées, etc.
 - Centres de santé, promoteurs de santé et groupes de stratégie avancée.
 - Groupes de femmes, formation par les pairs et autres activités de groupe.
 - Médias de masse y compris les chaînes de télévision et de radio nationales et locales.
 - Visites à domicile en portant une attention particulière aux patients et à leurs familles.
 - Evènements publics, rassemblements religieux, écoles, théâtres, foires consacrées à la santé, festivals, etc.
 - Points d'entrée/de sortie dans le pays ou la région (par ex. posters et banderoles dans les aéroports et les points de contrôle).
 - Conférences de presse diffusées à la télévision ou à la radio.
 - Compétitions sportives et de questions.
 - Sites Web et journaux.

i Défini de préférence en coordination avec les autorités nationales pour une cohérence maximum des messages.

PLANIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES SERVICES DE SANTÉ

Stocks/fournitures de médicaments et de matériels

Pendant une épidémie, des fournitures essentielles sont nécessaires d'urgence alors que le transport peut être perturbé. Il est par conséquent crucial d'avoir du stock. L'entreposage préalable des stocks coûte toutefois de l'argent et demande des efforts continus en matière de gestion des stocks. Une approche équilibrée est par conséquent nécessaire lors de la planification des stocks. La décision relative au lieu (par ex. au niveau du camp, du district ou de la région) dépendra de la capacité de stockage et des perturbations attendues du transport pendant une épidémie. Les perturbations sont spécifiques à la maladie (par ex., la grippe pandémique aura probablement un impact plus important que le choléra).

Actions clés:

En collaboration avec les partenaires, le PHO doit :

- Préparer une liste de médicaments et de matériels - en mettant l'accent sur le contrôle de l'infectionⁱ - qui doivent être stockés au préalable et intégrés au système d'approvisionnement classique en tant que stock tampon.
- Identifier les sources d'approvisionnement locales et les inclure aux plans de préparation.
- Contrôler le stock au moins une fois par an (par ex. l'usage, les dates d'expiration, le gaspillage).

ⁱ Supports éducatifs sur la santé, savon, désinfectants, matériel de nettoyage, antibiotiques, perfusions, autre matériel médical pertinent, équipement de protection individuelle (EPI, masques, gants, par ex.) et tentes pour offrir si nécessaire des zones isolées supplémentaires équipées du matériel adéquat (lit, linge, par ex.).

En cas d'épidémie d'une maladie qui peut être prévenue grâce à un vaccin, rougeole par ex, et qui peut inclure la possibilité d'une vaccination de masse, la disponibilité et les procédures d'achat des vaccins et du matériel de vaccination, qui proviennent généralement du Ministère de la Santé et/ou de l'UNICEF, doivent être identifiées.

Agrandissement des établissements de santé et salles d'isolement²

La nécessité d'agrandir les établissements de santé et/ou de créer une salle d'isolement peut survenir brutalement dans certaines circonstances. Les plans de contingence doivent répondre à une telle éventualité.

Action clé :

- Le PHO, en collaboration avec le planificateur du site, les ingénieurs eau et assainissement et les partenaires, doit décider du lieu de la salle d'isolement et effectuer tout le travail de préparation nécessaire.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION DANS LES CENTRES DE SOINS DE SANTÉ

La prévention de l'infection n'est pas spécifique à une épidémie, mais constitue cependant une tâche majeure dans le contrôle et l'atténuation de l'épidémie. Les principaux objectifs de la prévention et du contrôle de l'infection consistent à protéger les patients, les prestataires de soins et le personnel auxiliaire et à réduire la propagation de l'infection.

Actions clés:

- Le PHO doit contrôler et s'assurer que les partenaires ont développé des protocoles de prévention de l'infection et qu'ils les respectent.
- L'ajustement nécessaire de l'infrastructure (par ex. l'installation de l'eau courante dans les établissements de santé, la construction d'incinérateurs) doit être budgété et mis en œuvre.
- Une formation de perfectionnement sur la prévention et le contrôle de l'infection dans les centres de santé doit être organisée pour les spécialistes de l'hygiène et le personnel soignant dans tous les camps au moins tous les deux ans, en fonction du renouvellement du personnel.
- Des posters doivent être affichés sur les murs afin de rappeler au personnel soignant les mesures de prévention et de contrôle de base contre les infections, comme le lavage des mains.
- Une évaluation systématique doit être faite, conjointement par l'UNHCR/ partenaires et au moins une fois par an, de tous les aspects de la prévention et du contrôle des infections.

2 Également abordé au chapitre vi : Gestion des cas – plan de gestion des épidémies

PLANS DE PRÉPARATION ET D'INTERVENTION FACE AUX ÉPIDÉMIES

Le PHO de l'UNHCR dans le pays, en coordination avec les partenaires de santé, est chargé du développement des plans spécifiques au pays (c'est-à-dire un plan de contingence et des plans de gestion spécifiques aux maladies annexés au plan de contingence) pour les camps/colonies de réfugiés.

Les plans de gestion spécifiques aux maladies doivent uniquement inclure les maladies les plus courantes/probables selon la prévalence de la maladie et l'historique des épidémies dans la région (ils doivent être limités à 3 maladies maximum). Les plans doivent être mis à jour chaque année.

PLAN DE CONTINGENCE EN CAS D'ÉPIDÉMIE

Le plan de contingence est spécifique à chaque pays. Il doit être considéré comme un document de travail qui fait état des progrès réalisés en matière de préparation à gérer une situation de crise due à une épidémie, selon les scénarios possibles. Les informations contenues dans le document sont significatives seulement si elles sont mises à jour régulièrement et présentées de façon claire.

Les plans de contingence destinés aux camps de réfugiés doivent être détaillés en fonction des aspects énumérés ci-dessous et élaborés conformément à la stratégie discutée préalablement :

Coordination

- a) Identification des agences responsables et des points focaux.
- b) Identification des fonctions critiques.
- c) Constitution d'une OCT avec des rôles clairement définis.
- d) Plan de continuité des activités : offre de services clés et maintien du personnel essentiel (par ex. nourriture, eau, soins de santé).
- e) Plan de sécurité pour les pandémies.
- f) Plan de communication.

Surveillance, alerte précoce et réponse

- a) Définitions de cas simples pour la surveillance de la santé humaine et animale.
- b) Identification et formation du personnel.
- c) Protocoles et la chaîne de responsabilités des services vétérinaires et de laboratoire.

Mobilisation sociale, information sanitaire et éducation

- a) Activités d'éducation sanitaire liées à une épidémie potentielle.
- b) Cohérence des messages d'éducation sanitaire : quels sont les messages à transmettre ? quand et comment ?
- c) Supports IEC recueillis et stockés dans une banque de données.
- d) Détection des cas au sein de la communauté.

Planification des établissements et services de santé

- a) Estimation des besoins en termes de santé.
- b) Identification de la région pour la gestion des cas et extension possible des services.
- c) Gestion des cas, y compris des protocoles de référence.
- d) Fournitures : stocks, approvisionnement local, etc.
- e) Planification de systèmes d'approvisionnement en eau et d'installations sanitaires appropriés.

Protection du personnel

- a) Précautions universelles.
- b) Plan de protection spécifique à la maladie et formations connexes.
- c) Fournitures : EPI, autres médicaments et matériels.

Plans de gestion des épidémies

- a) Liste des épidémies potentielles par camp, en fonction de la situation locale et de l'historique.
- b) Directives relatives à la réponse apportée lorsqu'une épidémie de maladie spécifique se déclare.

PLAN DE GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE

Le plan de gestion d'une épidémie est spécifique à la maladie. Il fait partie du plan de contingence, doit être annexé au plan de contingence et sera utilisé pour initier la réponse au moment de l'épidémie.

Certains des points énumérés ici ont déjà été abordés dans de précédents chapitres. Ils devront toutefois être revus en fonction de la planification de la réponse spécifique à l'épidémie.

Alerte à l'épidémie

Une alerte consiste à signaler rapidement une épidémie. Les alertes aux épidémies sont généralement données par :

1. le personnel soignant (le plus fréquemment).
2. les données de surveillance (lorsque le seuil est atteint).
3. les personnes/groupes touchés.

Actions clés :

- Établir la liste des événements déclencheurs qui pourraient alerter d'une épidémie pour une maladie spécifiqueⁱ.
- Pour les maladies sujettes aux épidémies, définir un seuil d'alerte dans le système de surveillance, soit en tant que multiple de base, soit en tant que nombre quantitatif.
- Continuer à sensibiliser les praticiens locaux aux événements déclencheurs et aux voies de rapport (par ex. utiliser un formulaire d'alerte afin de signaler l'alerte aux PHO concernés)ⁱⁱ.
- Définir clairement par écrit qui sera chargé d'enquêter (ou pas) sur une alerte et comment.

i Par ex. alerte au choléra : déshydratation sévère ou décès du à une diarrhée aqueuse aigüe chez un patient âgé de 5 ans ou plus

ii Voir le Système d'Information Sanitaire de l'UNHCR : <http://www.unhcr.org/4613888c2.html>

En cas d'alerte, l'équipe chargée du control des épidémies doit être activée.

Mobilisation d'une OCT

Les représentants des autorités locales, l'UNHCR, les partenaires, les éducateurs en santé et les leaders communautaires font, entre autres, partie de l'OCT.

L'OCT démarre l'enquête et décide rapidement si des experts externes doivent être réquisitionnés. Il existe des équipes nationales d'enquêteurs sur les épidémies qui sont en attente dans certains pays. En fonction de la maladie suspectée, un large éventail de spécialistes peut être requis, y compris des épidémiologistes, des microbiologistes, des cliniciens, des vétérinaires, des ingénieurs chargés de contrôler les vecteurs, l'eau et l'assainissement. Ces experts travaillent principalement au Ministère de la Santé, à l'OMS et parfois dans des instituts de recherche.

Actions clés :

- Pendant la phase de planification, évaluer la présence d'experts dans la région, de bureaux d'enquête sur les épidémies, d'instituts de recherche (nationaux ou internationaux) qui, si nécessaire, pourraient être mobilisés rapidement pour enquêter sur une épidémie.
- S'assurer que les ressources requises dans le cadre de l'enquête sur l'épidémie (matériels et transport) sont disponibles.

Enquête – premières étapes

Confirmation de l'existence d'une épidémie

Actions clés :

- Vérifier les données/informations et les analyser en termes de personnes, de lieu et de temps.
- Examiner certains patients sur le plan clinique et éliminer les erreurs évidentes de diagnostic.
- Effectuer une révision critique des données et éliminer les artefacts tels que les variations saisonnières, les modifications du système de surveillance ou des techniques de diagnostic.

Des mesures de lutte immédiates doivent être lancées à ce stade, y compris l'activation de l'équipe chargée du contrôle des épidémies dans les camps.

Confirmation du diagnostic

Dans la mesure du possible, une confirmation du laboratoire est nécessaire pour les quelques premiers cas. Une fois que le diagnostic de la maladie en question est confirmé, il n'est pas nécessaire de confirmer systématiquement les cas suivants. Les protocoles et techniques de test requis varient en fonction de la maladie. Les exigences spécifiques doivent être connues, les laboratoires de référence identifiés et les procédures de recueil et de transport des échantillons doivent être précisées. Le transport des échantillons peut être dangereux et doit respecter des réglementations de soumission strictes. Le Ministère de la Santé et l'OMS peuvent aider à fournir ces réglementations.

Actions clés :

- Évaluer les capacités des laboratoires.
- Signer un accord avec un/des laboratoire(s), assurer des moyens de transport appropriés (par ex. matériel, financier, logistique).

Tchad / réfugiés Soudanais originaires de la région du Darfour au Soudan / Un garçon réfugié Yong est vacciné contre la polio par l'UNICEF et IRC, Bahai, 8 Juillet 2004. UNHCR / H. Caux.



Élaboration d'une définition des cas et dénombrement des cas

Une fois qu'une épidémie est confirmée, une simple définition de cas doit être établie afin de diagnostiquer, de dénombrer et de gérer les cas ultérieurs. La définition appelée « définition des cas d'épidémie »³ peut différer de la « définition des cas de surveillance » :

- Elle doit être facile à employer par tous les agents de santé (par ex., être obtenue à la suite d'un examen clinique rapide).
- Elle doit être normalisée et utilisée par tous les agents de santé dans les camps.
- Elle doit être relativement sensible afin de détecter la plupart des cas réels.

Lorsque le nombre de cas est élevé, la valeur positive prévisible de la définition de cas est également plus élevée. À la fin d'une épidémie, la définition de cas doit basculer de nouveau sur la définition de cas de surveillance plus spécifique.

Actions clés :

- Établir une définition de cas d'épidémie avec le Ministère de la Santé et l'OMS et former tout le personnel à son utilisation.
- Commencer un dépistage actif des cas et renforcer la surveillance passive.
- Calculer et transmettre les indicateurs (par ex. taux d'attaque, taux de létalité).



République Démocratique du Congo (RDC) / personnes déplacées internes (PDI) en file d'attente pour une distribution de L'UNHCR. Craignant une éventuelle épidémie de choléra ou de fièvre typhoïde au camp de Kibati, l'UNHCR est en train de distribuer 100 000 barres de savon et 28000 jerrycans. Le camp de Kibati est situé à 5 kilomètres au nord de Goma, en République Démocratique du Congo. / UNHCR / P. Taggart / Novembre 2008

3 Les définitions de cas de surveillance sont relativement plus spécifiques tandis que les définitions de cas d'épidémie sont plus sensibles.

Enquête – étapes suivantes

Elles ne sont pas systématiques et dépendent de la maladie en question. Pour des maladies bien connues, certaines étapes peuvent ne pas être nécessaires.

Épidémiologie descriptive

Définir l'étendue de l'épidémie en fonction du temps, de la personne et du lieu. Répondre aux questions de base : Qui ? Où ? et Quand ?

Une quantité suffisante d'informations doit être recueillie pour chaque cas. Outre le recueil d'information rétrospective, il est important de s'assurer que des données (prospectives) suffisamment détaillées sont recueillies de façon continue. Cela peut nécessiter la mise en œuvre d'un système d'enregistrement pour une maladie spécifique ou le renforcement du système de surveillance existant.

Déterminer la population à risque

Identifier les groupes à haut risque en reprenant les données épidémiologiques et en utilisant les connaissances sur la maladie et le contexte.

Déterminer la propagation potentielle de l'épidémie et par conséquent, la taille de la population à risque (les personnes susceptibles) au moyen des chiffres du recensement ou des estimations de population. Cela permettra éventuellement d'aider à prioriser une réponse pour les groupes à haut risque et à estimer approximativement le nombre attendu d'admissions à l'hôpital et de patients externes dans les zones touchées.

Générer et évaluer une hypothèse

Des connaissances sur la maladie (par ex., source habituelle, modes de transmission, facteurs de risque) et la revue des données épidémiologiques (analyse descriptive) peuvent générer une hypothèse quant à la source/aux sources et au(x) voies de l'épidémie. L'identification et l'élimination de la source de l'infection peuvent permettre d'éviter l'apparition de cas supplémentaires. Même si une épidémie est essentiellement terminée, il peut être nécessaire de procéder à une enquête pour d'autres raisons, comme par exemple, faire des recommandations quant aux stratégies qui permettent d'empêcher de nouvelles épidémies, approfondir les connaissances sur la maladie, évaluer les stratégies de prévention existantes (par ex. des programmes de vaccination) et répondre aux préoccupations du public.

Contrôle de l'épidémie

Les stratégies de contrôle ainsi que les activités associées sont présentées dans le tableau ci-dessous:

Source de contrôle	Protection des personnes sensibles	Interruption de la transmission
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement des cas et des porteurs ▪ Isolation des cas ▪ Surveillance des suspects ▪ Contrôle des réservoirs animaux ▪ Notification des cas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Immunisation ▪ Chimio prophylaxie ▪ Protection individuelle ▪ Meilleure nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygiène environnementale ▪ Hygiène personnelle ▪ Contrôle des vecteurs ▪ Désinfection et stérilisation ▪ Restriction des mouvements de population

Actions clés :

- Les plans de gestion des épidémies spécifiques à la maladie doivent procurer des détails sur les stratégies de contrôle, les activités et les fournitures nécessaires (par ex., médicaments, matériels).
- La stratégie d'approvisionnement, y compris la mise en stock, l'approvisionnement local, la commande d'urgence, etc... doivent être planifiés en fonction des besoins anticipés et des mesures de contrôle (par ex., restriction des mouvements).
- Le personnel doit être identifié et formé à la lutte contre les épidémies.

Gestion des cas

Protocoles de traitement

Les protocoles de traitement doivent être « standards » (approuvés par le Ministère de la Santé et/ou l'OMS), mis à jour en fonction des dernières connaissances (en particulier pour les maladies émergentes) et présentés dans un format clair et simple. Si possible, le diagnostic et la gestion des cas doivent être illustrés sur un graphique afin que le personnel disposant d'une formation minimum puisse les utiliser correctement.

Stratégie en matière de soins des patients

En cas d'épidémies de grande ampleur (par ex. grippe pandémique), les établissements de santé situés dans les camps seraient rapidement saturés. La gestion à domicile représentera une composante importante de la gestion des cas. Dans le plan de préparation, les stratégies de gestion à domicile doivent être illustrées (par ex., interventions non pharmaceutiques communautaire

pour la grippe) et des principes directeurs doivent être introduits à la population pendant la phase de mobilisation communautaire. Contrairement à la grippe pandémique, la plupart des patients atteints de choléra – qu'il s'agisse d'une forme bénigne ou grave - auront besoin d'un traitement dans un établissement de santé et cela doit être planifié. La plupart des patients atteints de la rougeole peuvent être pris en charge comme patient externe, seuls les cas compliqués bénéficiant d'une hospitalisation.

Isolement des patients

Afin d'empêcher la contamination à l'hôpital, il est préférable de disposer d'unités séparées, à la fois pour les services de consultations externes et d'hospitalisation. Si nécessaire, il convient également d'imposer une certaine distance entre les patients dans les salles d'attente réservées aux consultations externes.

Actions clés :

- Être prêt à diffuser rapidement le protocole standard mis à jour (de préférence sous la forme d'un organigramme).
- Planifier une stratégie en matière de soins des patients.
- Planifier les besoins en termes d'isolement et préparer des plans pour les centres d'isolement.
- Planifier les besoins en personnel pour le fonctionnement du centre d'isolement et former le personnel.

Rapports et communication

Un rapport initial illustrant l'alerte, l'enquête et la confirmation - suivi de rapports périodiques avec une mise à jour de la situation et la description des interventions - doit être mis à disposition.

Actions clés :

- Informer verbalement le pays et les cadres hiérarchiques techniques (région/sièges) de l'existence d'une alerte.
- Compléter les formulaires de rapport standard sur les épidémies (initial, hebdomadaire et de fin d'épidémie) puis les envoyer à outbreak@unhcr.org avec une copie au PHO régional.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE

Les définitions ci-dessous s'appliquent aux termes tels qu'ils sont utilisés dans le présent manuel. Ils peuvent avoir une signification différente dans d'autres contextes.

Cluster : Agrégation des événements ou maladies relativement rares dans l'espace et/ou dans le temps, avec des chiffres estimés ou perçus comme étant supérieurs à ceux qui pourraient être dus au hasard.

Définition des cas : Ensemble de critères standards permettant de décider si une personne est atteinte d'une maladie particulière ou si elle a un problème de santé particulier, en spécifiant des critères cliniques et des limites en termes de temps, de lieu et de personne.

Dépistage actif des cas : Processus de recherche des cas ou des événements de santé sous surveillance (par ex. visites à domicile dans le cadre des visites dans la communauté afin d'identifier certains cas ou recherche active des dossiers médicaux afin d'identifier les cas en fonction des signes et des symptômes documentés).

Endémie : Présence constante d'une maladie ou d'un agent infectieux au sein d'une zone géographique ou d'un groupe de population.

Épidémie : Survenue de plus de cas de maladies que prévu dans une région donnée ou parmi un groupe de personnes spécifique sur une période de temps donnée.

Épidémiologie descriptive : Aspect de l'épidémiologie concerné par l'organisation et la synthèse des données sanitaires en fonction du temps, du lieu et de la personne.

Groupe à haut risque : Groupe au sein de la communauté qui présente un risque élevé de maladie.

Pandémie : Épidémie qui survient dans une zone très vaste (plusieurs pays ou continents) et qui touche généralement une grande proportion de la population.

Précautions universelles : Ensemble de recommandations standards permettant de minimiser le risque de transmission de pathogènes transmissibles par le sang, en particulier le VIH et l'hépatite B, par les agents de santé et de sécurité publique.

Sensibilité : Capacité d'un système à détecter les épidémies et autres modifications d'apparition d'une maladie. Proportion de personnes atteintes d'une maladie et qui sont correctement identifiées au moyen d'un test de dépistage ou d'une définition de cas comme étant atteintes d'une maladie.

Spécificité : Proportion de personnes qui ne sont pas atteintes d'une maladie et qui sont correctement identifiées au moyen d'un test de dépistage ou d'une définition de cas comme n'étant pas atteintes d'une maladie.

Surveillance de la santé publique : Recueil, analyse, interprétation et dissémination systématiques et continus des données sanitaires afin d'acquérir des connaissances sur le schéma d'apparition de la maladie et le potentiel au sein d'une communauté, afin de contrôler et de prévenir les maladies dans la communauté.

Taux d'attaque (AR) : Proportion des personnes exposées à un agent infectieux et qui tombent malades. Il s'agit de l'incidence cumulative de l'infection dans un groupe particulier observé pendant des périodes de temps limitées et dans certaines circonstances, comme pendant une épidémie. Ce taux est généralement exprimé en pourcentage mais il peut également être exprimé par 100 ou 1 000 personnes.

Taux d'incidence : Mesure de la fréquence à laquelle un événement, tel qu'un nouveau cas de maladie, survient dans une population sur une certaine période de temps. Le dénominateur est la population à risque alors que le numérateur est le nombre de nouveaux cas survenus pendant une durée donnée.

Taux de létalité (CFR) : Proportion de personnes atteintes d'une maladie particulière (cas) et qui décèdent des suites de cette maladie. Le dénominateur est le nombre de cas incidents et le numérateur est le nombre de décès par cause spécifique parmi ces cas.

Valeur prédictive positive : Mesure de la valeur prédictive d'une épidémie ou d'un cas signalé ; proportion des cas signalés par un système de surveillance, ou classés selon une définition de cas, qui sont de véritables cas.

ANNEXE 2. LISTE VÉRIFICATIVE POUR LA PRÉPARATION ET LA RÉPONSE AUX ÉPIDÉMIES

Composante de la préparation		Indicateur	Capitale	Camp 1	Camp 2	Camp 3	Commentaires
Coordination	1	OCT établie et active avec termes de référence mis à jour					
	2	Plan de préparation interagence existant et mis à jour					
	3	Intégration des réfugiés à la planification nationale/régionale					
Surveillance & détection	4	Système de surveillance avec mécanisme d'alerte précoce en place					
	5	Capacité d'enquête sur l'épidémie (y compris l'équipe et les kits)					
	6	Équipe/point focal de la surveillance identifié et formé					
	7	Formation liée à la surveillance dispensée au personnel					
Laboratoire	8	Capacité de recueil des échantillons (par ex. équipement, containers d'échantillon avec moyens appropriés, formation sur les techniques d'échantillonnage)					
	9	Moyens disponibles pour une manipulation/un emballage sécurisé des échantillons pendant leur recueil et le transport					
	10	Moyens disponibles pour le transport d'échantillons vers le laboratoire local/de référence					
	11	Laboratoire de référence identifié et ayant accepté de tester des échantillons					
Gestion des cas	12	Plan de contingence spécifique au camp disponible et mis à jour					
	13	Protocoles de traitement standard disponibles					
	14	Personnel soignant formé à la gestion des cas et aux protocoles de traitement					
	15	Système de référence, y compris le le transport est disponible					
	16	Services de consultations externes et d'hospitalisation organisés de manière appropriée et capables de gérer les cas, avec une possibilité d'extension					
		Salle d'isolement des patients disponible					
Mise en stock	17	Stock adéquat de biomédicaments (par ex. antibiotiques, SRO, perfusion) disponible					
	20	Stock adéquat d'équipements de protection individuelle disponible					
		Personnel formé à l'utilisation d'équipements de protection individuelle					
	21	Stock adéquat d'antiseptiques et de désinfectants disponible					
	22	Stock adéquat de savon disponible					

Composante de la préparation		Indicateur	Capitale	Camp 1	Camp 2	Camp 3	Commentaires
Vaccins et chaîne du froid	23	Plan de vaccination en vigueur					
	24	Sources des vaccins identifiées					
	25	Stockage adéquat et capacité de transport disponible en matière de vaccins					
	26	Équipes de vaccination formées et expérimentées					
	27	Gestion appropriée de la chaîne du froid en vigueur					
	28	Boîtes de sureté disponibles et utilisées					
	29	Transport, carburant et autres logistiques disponibles					
	30	Mobilisation sociale et éducation pour la vaccination planifiées					
Lutte contre les infections dans les établissements de soins de santé	31	Isolement pour le traitement des patients hospitalisés y compris capacité d'augmentation (par ex., salle d'isolement, tentes)					
	32	Utilisation d'EPI (par ex., des gants, des masques, des tabliers, des lunettes)					
	33	Élimination des déchets en toute sécurité (par ex. incinération, tranchées)					
	34	Désinfection de tous les stocks et équipements non jetables					
	35	Eau propre disponible pour le lavage des mains					
	36	Toilettes disponibles					
	37	Morgue/housses mortuaires/inhumations sûres disponibles					
	38	Personnel formé aux thèmes associés au contrôle des infections (par ex., utilisation des EPI, désinfection, gestion des déchets, soins en isolement et précautions universelles)					
Mobilisation sociale et éducation sanitaire	39	Équipes de mobilisation sociale disponibles et formées					
	40	Messages et matériels éducatifs sur la santé disponibles et diffusés					
	41	Mise en œuvre du dépistage actif des cas					
Continuité des activités	42	Personnel de base identifié chez les partenaires et l'UNHCR					
	43	Personnel de base formé					
	44	Protection adéquate du personnel de base (EPI, autre)					
	45	Plan de continuité pour l'eau, l'assainissement, les soins de santé et l'approvisionnement en nourriture					
	46	Stratégie de communication					
	47	Plan de gestion de la sécurité					

ANNEXE 3 : FORMAT DU RAPPORT INITIAL RELATIF À UNE ÉPIDÉMIE⁴

Résumé/abstract

- Confirmation de l'épidémie – seuil utilisé.
- Caractéristiques de l'épidémie ; qui, ou, quand.
- Degré de gravité – potentiel de propagation, mortalité et complications.
- Source et modes de transmission possibles.
- Mesure en cours (capacité).
- Recommandations – mesure supplémentaire requise.

Introduction/contexte

- Données démographiques.
- Données de surveillance.
- Épidémies antérieures similaires.
- Description de la région/du site/de l'établissement.
- Points inhabituels ou facteurs contributifs ?

Description de l'épidémie

- Histoire initiale – Comment l'épidémie a-t-elle été signalée ? Quelles mesures ont été prises pour la confirmer ?
- Pourquoi une enquête a-t-elle été conduite ? Objectifs de l'enquête.
- Quelle a été la réponse à ce jour – une équipe a-t-elle été mise en place pour coordonner les interventions, quelle enquête a déjà été faite par d'autres, quelles mesures de contrôle ont déjà été prises ?

⁴ Source: Guidelines for Epidemics – General Procedures: MSF, 2nd edition, 2005.

Méthodes

- Épidémiologique – définition des cas, dépistage des cas.
- Confirmation du laboratoire (le cas échéant).
- Étude de cas témoins (si réalisée).
- Évaluation environnementale (si elle est effectuée).

Résultats

- Résultats Epidémiologiques , y compris le nombre de cas, la courbe épidémique (période), les taux d'attaque spécifiques à l'âge, les taux d'incidence, les taux de létalité (personne), la distribution géographique des cas – cartes de localisation (lieu), groupes particuliers à risque.
- Confirmation du laboratoire (si elle est faite).
- Résultats des études épidémiologiques supplémentaires et / ou évaluations environnementales (si elles ont été réalisées) – les sources et voies de transmission ont-elles été identifiées ?
- Brève description de la capacité d'intervention nationale et internationale (humain, matériel, médical, etc...).

Discussion

- Conclusions, avec une interprétation claire des principaux résultats.
- Limitations et biais possibles.
- Réponses initiales – ont-elles été adéquates ?

Recommandations

- Que faire pour contrôler cette épidémie ? Stratégies et priorités opérationnelles, que faire pour empêcher de futures épidémies ?
- Soyez spécifique – à qui s'adresse le rapport ?
- Soyez réaliste – proposer des actions réalisables.

ANNEXE 4 : FORMAT DU RAPPORT HEBDOMADAIRE RELATIF À L'ÉPIDÉMIE⁵

Mise à jour hebdomadaire sur l'épidémie

MOIS.....DATE : DE.....À.....ANNÉE.....SEMAINE EPI.....

Pays : Lieu : Épidémie : Date du premier signalement :										
I. Diagnostic										
Cas et décès nouveaux/cumulés										
ii. Données		Semaine épidémique ^a							Total	
		1	2	3	4	5	6	7		8
	Nouveaux cas									
	Cas cum. ^b									
	Nouveaux décès									
	Décès cum.									
iii. Actions										
<p>a Utilisez les chiffres des semaines épidémiologiques</p> <p>b Cum. = cumulé</p>										

- Cellule # 1 = représente la première semaine de l'apparition de l'épidémie ; écrire le nombre actuel de la semaine épidémique selon le calendrier de l'OMS ou du SIS (UNHCR) si vous utilisez le SIS.
- Cellule # 8 (ou supérieure, le cas échéant !) = cette cellule doit indiquer la semaine à laquelle se termine l'épidémie déclarée (en interne à l'UNHCR) et AUCUN rapport supplémentaire n'est requis.
- Les colonnes ne doivent pas toutes être complétées dès le début de l'épidémie. Elles seront remplies au fur et à mesure jusqu'à la fin.

⁵ Source: UNHCR.

ANNEXE 5 : FORMAT DU RAPPORT DE FIN D'ÉPIDÉMIE⁶

Rapport de fin d'épidémie

Date du rapport : _____

1	Agent chargé du rapport :	2	Titre :	3	Organisation :
4	Pays :	5	Lieu(x) / camp(s) d'affectation :		
6	Type d'épidémie :				
7	Date et semaine épidémiologique à laquelle l'épidémie a commencé :				
8	Date et semaine épidémiologique à laquelle l'épidémie a été officiellement finie:				
9	Diagnostic (statut de laboratoire - confirmé ou suspecté) :				
10 Données	1. Nombre total de cas cumulés (A)		3. Taux d'attaque (A/population totale) x 100%		
	2. Nombre total de décès cumulés (B)		4. Taux de létalité (CFR) (B/A) x 100%		
11	Brève description de la population affectée, du lieu et de la période :				
12	Réponse à l'épidémie :				
13	Évaluation/Conclusions :				
14	Recommandations clés en vue d'une amélioration future :				

⁶ Source : UNHCR. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unhcr.org/4bc579619.html>

ANNEXE 6 : FORMAT DE LA LISTE RÉCAPITULATIVE SUR LA ROUGEOLE

(échantillon à adapter au lieu spécifique)

LISTE RÉCAPITULATIVE ET FORMULAIRE DE RAPPORT RELATIF À LA ROUGEOLE

PAYS : HÔPITAL : CAMP : SEMAINE EPI : DATE: de.....à

N°	Détection du cas		1	2	3	4	5	6	7	8
	Lieu de la détection du cas	Date de la détection du cas								
	Caractéristiques du patient									
	Date de l'arrivée au camp	jj/mm/aa								
	Doses de vaccins contre la rougeole auto-déclarées	# doses								
	Sexe	Femme/homme								
	Âge	# Années/mois								
	Bloc	Lieu d'habitation de la personne								
	Camp									
	Nom	Personne/ Gardien								
	Historique de la maladie									
	Date du début de l'éruption cutanée (le cas échéant)	jj/mm/aa								
	Éruption cutanée	O/N								
	Fièvre	O/N								
	Toux	O/N								
	Yeux rouges	O/N								
	Coryza (nez qui coule)	O/N								
	Décision	Admis/ Sorti								
	Résultat	Vivant/Décédé								
	Date du décès (le cas échéant)	jj/mm/aa								
	Laboratoire									
	Échantillon prélevé ?	O/N								
	Date du prélèvement de l'échantillon	jj/mm/aa								
	Résultat final d'analyses	Positif/								

LISTE RECAPITULATIVE SUR LE CHOLÉRA

ANNEXE 7 : FORMAT DE LA LISTE RÉCAPITULATIVE SUR LE CHOLÉRA

(échantillon à adapter au lieu spécifique)

PAYS : HÔPITAL : CAMP : SEMAINE EPI : DATE: de: à

N°	Nom	Âge Année/ Mois	Sexe (M/F)	Adresse Bloc/N°	Date de début jj/mm/ aa	Date de détection jj/mm/aa	Échantillon de laboratoire			Traitement prescrit ^a	Lieu ^b		Résultat (I/R/D) ^c	Classification finale (S/C) ^d
							O/N	Type	Résultat		SRO/IV	OPD		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
a	Traitement prescrit : SRO = sels de réhydratation orale IV = perfusion ATB = Antibiotiques				Lieu : OPD = service des consultations externes IPD = service des hospitalisations			c	Résultat : I = actuellement malade R = en cours de rétablissement D = Décès		d	Classification finale : S = cas soupçonné avec diagnostic clinique C = cas confirmé avec diagnostic laboratoire ou test rapide		

ANNEXE 8 : FORMAT DE LA LISTE RÉCAPITULATIVE SUR LA MÉNINGITE

(échantillon à adapter au lieu spécifique)

LISTE RÉCAPITULATIVE SUR LA MÉNINGITE

PAYS : HÔPITAL : SEMAINE EPI : DATE: de.....à.....

CAMP:

N°	Date d'admission	Date de sortie	Nom	Âge	Sexe	Réfugié/ local	Adresse	Historique de voyage récent (≤ 2 semaines)	Diagnostic initial	Vaccination auto- déclarée	Confirmation du laboratoire	Résultat
	jj/mm/aa	jj/mm/aa		Années	H/F		Camp/ bloc	O/N		O/N		Vivant/ décédé
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

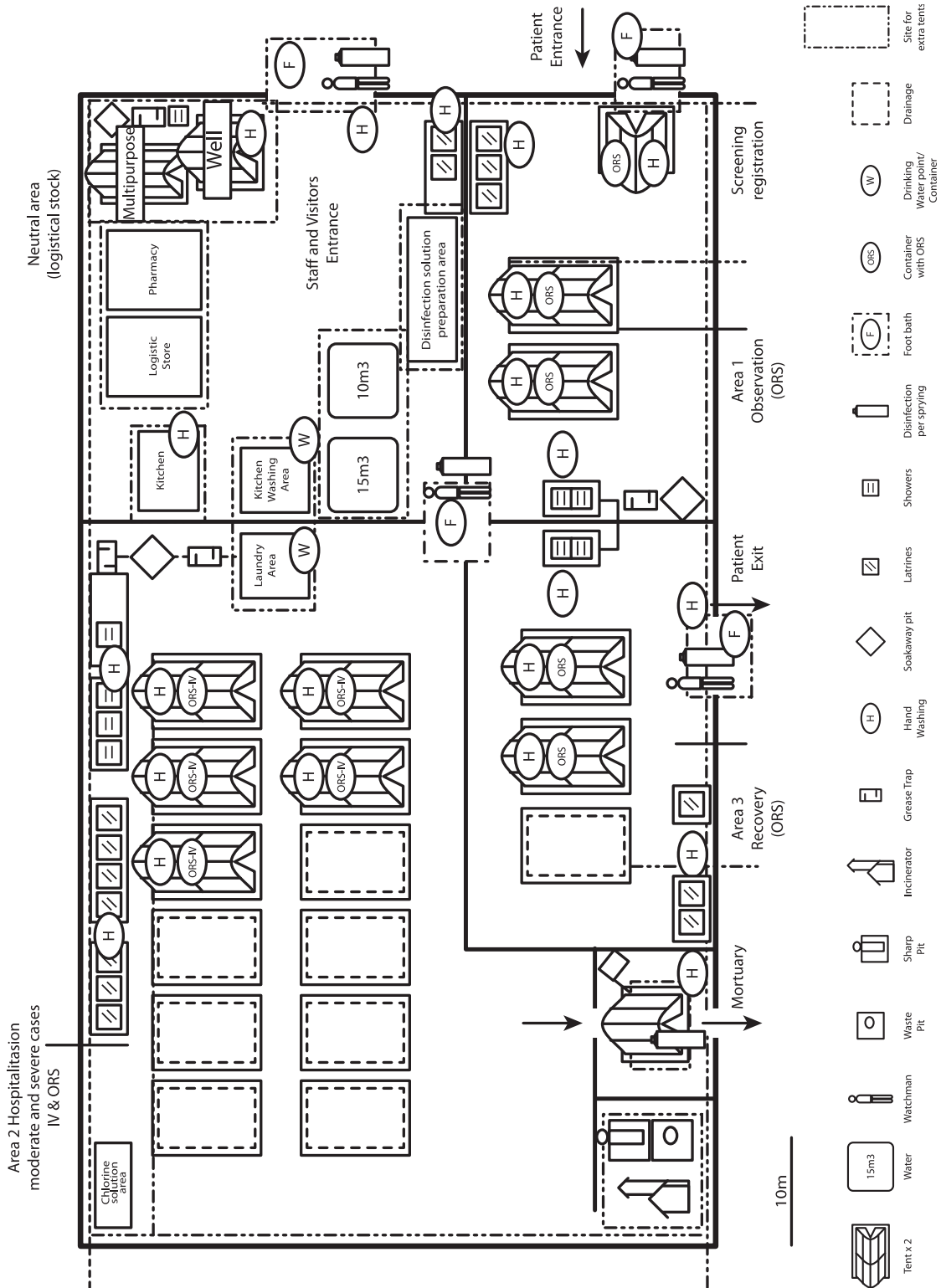
ANNEXE 9 : CRITÈRES DE SÉLECTION DU LIEU DU CENTRE DE TRAITEMENT CONTRE LE CHOLÉRA (CTC)⁷

Résumé des critères de sélection d'un CTC :

Caractéristiques de l'établissement	Liste des critères
Localisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas sélectionner un sol bas ni une dépression. Un sol élevé avec un bon drainage constitue la meilleure option. ▪ Consulter les responsables locaux afin de déterminer le meilleur endroit
Distances	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jusqu'au marché: supérieure ou égale à 100 m. ▪ Jusqu'à une source d'eau : supérieure ou égale à 40 m pour un sol sablonneux, 15 m pour un sol argileux. ▪ Jusqu'aux autres bâtiments, et en particulier jusqu'aux logements : supérieure ou égale à 100 m.
Sol et murs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dalle de béton ou, dans le cas d'une structure temporaire, une bâche en plastique afin de faciliter le nettoyage
Ventilation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne ventilation.
Accès	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des camions sont nécessaires pour le transport de l'eau, de la nourriture, etc. Il est donc important que les routes soient de bonne qualité.
Espace et surface	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'espace doit être adéquat à un agrandissement futur éventuel ▪ Capacité de la salle : 2,5 m² par patient + 1 gardien. ▪ Une tente de 30 m² peut accommoder 10 patients + gardiens. ▪ Une tente de 80 m² peut accommoder 30 patients + gardiens.
Éclairage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les salles d'hospitalisation doivent être bien éclairées (il n'est pas facile de placer une perfusion à l'aide d'une lampe de poche !) ▪ Toutes les sources de lumière sont nécessaires (par ex. lampes kérosène, lampes solaires, générateurs). ▪ S'assurer régulièrement des stocks de kérosène, carburant, etc.... ▪ Il est recommandé de disposer d'un générateur de secours, même s'il y a une alimentation en électricité au niveau local.

⁷ Source : Preparedness and response plan for acute watery diarrhoea in Dolo-Ado refugee camps, 2011. Acute Diarrhea Technical Working Group convened by Ethiopian Health and Nutrition Research Institute, Federal Ministry of Health, Ethiopia.

**ANNEXE 10 : EXEMPLE DE SCHÉMA DU CENTRE DE TRAITEMENT
CONTRE LE CHOLÉRA⁸**



8 Source: Cholera Guidelines, 2nd edition: MSF, 2004.
Available at: <http://www.bvscde.paho.org/texcom/cd045364/choleraguide.pdf>

ANNEXE 11 : RECOMMANDATIONS RELATIVES AU PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS EN CAS DE SUSPICION D'ÉPIDÉMIE

Maladie suspectée	Échantillon	Test diagnostic	Informations supplémentaires
Choléra	Selles fraîches/ prélèvement rectal	Culture, TDR ^a	Sensibilité aux antibiotiques
Rougeole	Sérum	IgM	
Hépatite A/E	Sérum (+4 C)	Détection des antigènes	
Paludisme	Sang	Lecture de lames, TDR	
Shigellose	Selles fraîches/ prélèvement rectal	Culture, TDR	Sensibilité aux antibiotiques
Fièvre typhoïde	Sang dans des flacons d'hémoculture	Culture	

a TDR = Test de Diagnostic Rapide

ANNEXE 12 : ESTIMATION DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS DE GRIPPE PANDÉMIQUE⁹

Dans une période de 2 mois	Pour 100 000 personnes
Taux d'attaque : 15-30 % de la population peut tomber malade	15000 à 35000
Hospitalisation : 4 à 5 % de la population	4 à 5000 (limité par la capacité)
Infection secondaire : 10 à 25 % des personnes malades	1500 à 8750
Taux de létalité : 1 à 2 % des personnes malades	150 à 700

⁹ Source : Pandemic influenza preparedness and mitigation in refugee and displaced populations: WHO training modules for humanitarian agencies. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/training/influenza/en/index.html

ANNEXE 13 : ESTIMATION DES RESSOURCES NÉCESSAIRES EN CAS D'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA¹⁰

Hypothèses générales :

1. Population à risque à identifier.
2. Taux d'attaque = 2 % (0,02) ou calculez et utilisez le chiffre exact si des données antérieures sont disponibles.
3. Nombre de cas graves attendus = 20 % ou calculez le chiffre exact si des données antérieures sont disponibles.
4. Mères enceintes = 2 %

Articles	Hypothèses	Formule
Sachets de sels de réhydratation orale (1 litre chacun)	650 sachets pour 100 cas	Nombre de cas de choléra attendus x 6,5
Solution de Ringer Lactate (1 litre, avec le kit de perfusion)	120 sachets pour 20 cas graves	Nombre de cas graves x 6
Canule intraveineuse	1 canule par cas grave	Nombre de cas graves chez l'ADULTE x 1
Sondes épicroâniennes	1 canule par cas grave, et 50 % en ont besoin	50 % du nombre de cas graves chez l'ENFANT x 1
Sonde naso-gastrique pour adulte	1 sonde par cas grave, et 15% en ont besoin	15 % du nombre de cas graves chez l'ADULTE
Sonde naso-gastrique pédiatrique	1 sonde par cas grave, et 15% en ont besoin	15 % du nombre de cas graves chez l'ENFANT
Tetracycline 250 mg ^b ou Doxycycline, 100 mg	24 capsules pour une personne gravement malade, ou 3 capsules pour une personne gravement malade	Nombre de cas graves x 24 ou Nombre de cas graves x 3
Erythromycine 250 mg	12 capsules pour une femme ENCEINTE gravement malade	2% du nombre de cas graves
Amoxicilline 250 mg/5 ml en suspension, 100 ml/flacon	1 flacon par ENFANT gravement malade	15% du nombre de cas graves
Grands distributeurs d'eau avec robinet (marquage au niveau 5 litres et 10 litres) pour préparer des solutions SRO en gros volume	2 tous les 100 patients	2 x nombre de patients attendus / 100
Bouteilles (1 litre) pour SRO (par ex. des flacons de perfusion vides)	20 tous les 100 patients	20 x nombre de patients attendus / 100
Bouteilles (0,5 litre) pour SRO	20 tous les 100 patients	20 x nombre de patients attendus / 100
Gobelets, 200 ml	40 tous les 100 patients	40 x nombre de patients attendus / 100
Cuillères à café	20 tous les 100 patients	20 x nombre de patients attendus / 100
Ouate	5 kg tous les 100 patients	5 x nombre de patients attendus / 100
Bobines de ruban adhésif	3 tous les 100 patients	3 x nombre de patients attendus / 100
Centre de traitement du choléra		
a	Si le Ringer lactate n'est pas disponible, il peut être substitué par une solution saline normale.	
b	Les antibiotiques doivent être adaptés en fonction des tests de sensibilité aux médicaments.	

¹⁰ Adapté de : Preparedness and response plan for acute watery diarrhoea in Dolo-Ado refugee camps, 2011. Acute Diarrhea Technical Working Group convened by Ethiopian Health and Nutrition Research Institute, Federal Ministry of Health, Ethiopia.

ANNEXE 14 : RÉFÉRENCES ET LIENS DE DOCUMENTS TECHNIQUES UTILES CONSACRÉS À LA PRÉPARATION ET À LA RÉPONSE AUX ÉPIDÉMIES

Rougeole :

WHO Guidelines for epidemic preparedness and response to measles outbreaks, 1999.
http://www.who.int/csr/resources/publications/measles/WHO_CDS_CSR_ISR_99_1/en/

Response to measles outbreaks in measles mortality reduction settings. WHO, 2009
http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IVB_09.03_eng.pdf

Choléra :

Prevention and control of cholera outbreaks: WHO policy and recommendations.
http://www.emro.who.int/csr/Media/PDF/cholera_whopolicy.pdf

Acute diarrhoeal diseases in complex emergencies, critical steps: WHO, 2004.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_CDS_CPE_ZFK_2004.6_Rev.1_eng.pdf

Cholera outbreak: Assessing the outbreak response and improving preparedness: WHO, 2004.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CDS_CPE_Zfk_2004.4_eng.pdf

First steps for managing an outbreak of acute diarrhoea: WHO, 2010.
<http://www.who.int/cholera/publications/firststeps/en/index.html>

Cholera guidelines: MSF, 2004.
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/choleraguide.pdf>

Shigellose :

Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to *Shigella dysenteriae* type 1.
WHO, 2005
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592330.pdf>

Méningite :

Managing meningitis epidemics in Africa: A quick reference guide for health authorities and health-care workers: WHO, 2010.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSE_GAR_ERI_2010.4_eng.pdf

Management of epidemic meningococcal meningitis: MSF, 2008.

http://www.refbooks.msf.org/MSF_Docs/En/Meningitis/Mening_en.pdf

Grippe pandémique :

Pandemic influenza preparedness and response: WHO, 2009.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547680_eng.pdf

Pandemic influenza preparedness and mitigation in refugee and displaced populations: WHO, 2008.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HSE_EPR_DCE_2008.3_eng.pdf

Paludisme :

Prevention and control of malaria epidemics: 3rd Meeting of the Technical Support Network: WHO, 2002.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_RBM_2002.40.pdf

Systems for the early detection of malaria epidemics in Africa: An analysis of current practices and future priorities: WHO, 2006.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241594882_eng.pdf

Afrique du Sud / violences xénophobes / Un des plus grands sites abritant les réfugiés à Johannesburg est en dehors de l'aéroport de Rand à Germiston. Leur avenir étant en balance et le jour que le camp était censé fermer, la plupart des gens vaquaient à leurs activités quotidiennes comme d'habitude. Un léger chaos a éclaté lorsque les personnes étaient en queue d'attente de cartes d'asile du Ministère de l'Intérieur et pour des distributions de vivres. Certains réfugiés sont vus faire leur emballage. D'autres ont envoyé leurs effets à des amis / famille dans d'autres régions comme Spruitview, à garder jusqu'à ce que leur avenir devienne clair/ UNHCR / J. Oatway / 15 août 2008.



