

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
PACIFIQUE SUD**



**SYSTEME OCEANIEN DE
SURVEILLANCE ACTIVE EN
MILIEU HOSPITALIER**

**(POLIO, ROUGEOLE, RUBEOLE &
TETANOS NEONATAL)**

DOSSIER D'INFORMATION

Deuxième édition

Juillet 2005

Table des matières

	Page
1. Système de surveillance active en milieu hospitalier : le contexte	3
2. Transmission de la fiche de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier	5
2.1 Obtention des informations auprès des principaux cliniciens	5
2.2 Examen des registres d'admission	5
2.3 Soumission de la fiche de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier	6
2.4 Fiche de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier	6
2.5 Indicateurs utilisés pour évaluer le degré d'application du suivi du système de surveillance active en milieu hospitalier	6
3. Etude d'un cas de paralysie flasque aiguë (PFA)	8
3.1 Définition d'un cas de PFA	8
3.2 Etude et notification d'un cas de PFA	8
3.3 Prélèvement d'échantillons de selles pour confirmation de PFA	10
3.4 Expédition des échantillons de selles pour confirmation de PFA	10
3.5 Communication des résultats de laboratoire	11
3.6 Examens rétrospectifs des dossiers de PFA	12
3.7 Indicateurs utilisés pour mesurer le degré d'application de la surveillance de la PFA	12
4. Etude d'un cas de fièvre éruptive	13
4.1 Définition d'un cas de fièvre éruptive	13
4.2 Etude et notification d'un cas de fièvre éruptive	13
4.3 Investigation auprès des contacts dans un cas de fièvre éruptive	15
4.4 Expédition de sérum pour confirmation de fièvre éruptive	15
5. Etude d'un cas de tétanos néonatal	17
5.1 Définition d'un cas de tétanos néonatal	17
5.2 Etude et notification d'un cas de tétanos néonatal	17
5.3 Indicateurs utilisés pour mesurer le degré d'application de la surveillance du tétanos néonatal	17
6. ANNEXES	
A. Fiche de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier	
B. Fiches d'étude de cas (PFA, fièvre éruptive et tétanos néonatal)	
C. Demandes de confirmation biologique (PFA et fièvre éruptive)	
D. Transport d'échantillons : Instructions d'emballage, de marquage et d'étiquetage et documents exigés.	

- E. Australian Customs and Quarantine Declaration**
- F. Coordonnées : OMS, ROSSP, VIDRL et laboratoires de niveau L2 du réseau océanien LabNet**
- G. Examens rétrospectifs des dossiers médicaux pour intensifier la surveillance de la polio dans le Pacifique**

1. SYSTEME DE SURVEILLANCE ACTIVE EN MILIEU HOSPITALIER : LE CONTEXTE

En 1997, dans le contexte de l'Initiative mondiale d'éradication de la polio, l'OMS a créé pour la région du Pacifique un système de surveillance active en milieu hospitalier qui entrera dans le cadre stratégique du ROSSP. Ce système a un double objectif : d'une part, démontrer que le Pacifique est exempt de poliovirus et qu'il peut servir de référence dans la procédure de certification et d'autre part, veiller à ce qu'il conserve son statut de région exempte de polio. Par ailleurs, on reconnaît désormais qu'un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) pourrait jouer un rôle certain dans la surveillance intégrée du PEV. C'est pourquoi les "suspensions de rougeole" et le tétanos néonatal ont été pris en compte dès le début.

Depuis lors, le système de surveillance active en milieu hospitalier s'est élargi puisqu'il compte désormais 58 hôpitaux de 20 pays et territoires insulaires océaniques et 200 cliniciens pédiatres. En 2001, la surveillance a été étendue de la "suspension de rougeole" à la fièvre éruptive pour faciliter l'identification des cas de rougeole et d'autres maladies comme la rubéole et la dengue.

Le système de surveillance active en milieu hospitalier s'appuie essentiellement sur les cliniciens pédiatres des hôpitaux du Pacifique qui transmettent chaque mois une fiche standard de surveillance au coordinateur hospitalier chargé de la surveillance active, pour déclarer tout cas éventuel de PFA, de fièvre éruptive ou de tétanos néonatal. Le coordinateur hospitalier communique ensuite l'information au coordinateur national qui regroupe les rapports parvenus de tous les sites de surveillance active en milieu hospitalier. Des rapports nationaux sont soumis à l'OMS à intervalles pouvant varier de un à trois mois.

Le système de surveillance active en milieu hospitalier est considéré comme suffisamment vaste pour assurer la détection de tous les cas de PFA dans le Pacifique mais il fonctionne avant tout comme un système sentinelle pour la détection des cas de fièvre éruptive. En effet, on suppose que les personnes souffrant de fièvre éruptive ne se présenteront pas toutes à un hôpital ou à un centre de soins. Toutefois, la surveillance de la fièvre éruptive en milieu hospitalier est jugée suffisamment réactive pour qu'une flambée éventuelle de la maladie puisse être détectée et donne lieu à une alerte. Cela s'est avéré récemment à l'occasion des flambées de rubéole survenues aux Tonga (2002) et à Samoa (2003).

Ce dossier d'information est la première mise à jour importante du premier dossier de surveillance PEV/PFA préparé par l'OMS en 1997. Les principales modifications sont les suivantes :

- Fiche d'étude d'un cas de PFA remise à jour, qui devrait être plus facile à utiliser.
- Nouvelle fiche d'étude d'un cas de fièvre éruptive, qui remplace la précédente fiche d'étude d'un cas de "suspension de rougeole" et qui peut être utilisée pour des maladies similaires comme la rubéole ou la dengue.
- Nouvelle fiche d'étude d'un cas de tétanos néonatal

- Nouvelle fiche de demande de confirmation biologique de fièvre éruptive
- Mise à jour des instructions relatives à l'expédition des échantillons, qui tient compte des modifications apportées par les Nations Unies dans la classification des matières infectieuses.

2. TRANSMISSION DE LA FICHE DE SUIVI MENSUEL POUR LA SURVEILLANCE ACTIVE EN MILIEU HOSPITALIER

2.1 Obtention des informations auprès des principaux cliniciens

Au début de chaque mois, les coordinateurs hospitaliers travaillant dans les hôpitaux qui participent au suivi de la surveillance active en milieu hospitalier doivent s'enquérir auprès de tous les cliniciens responsables (des pédiatres le plus souvent), sur le lieu de travail de ces derniers, s'ils se sont trouvés, au cours du mois précédent, face à :

1. Des enfants de moins de 15 ans souffrant de paralysie flasque aiguë (PFA)
2. Un patient, quel que soit son âge, chez lequel on suspecte un cas de polio
3. Des enfants de moins de 15 ans souffrant de fièvre éruptive
4. Un cas suspect de tétanos néonatal

La classification des cas doit être conforme aux définitions de cas standards, telles que présentées plus avant dans ce manuel.

Le clinicien doit indiquer s'il a reçu l'un de ces cas en cochant la case correspondante dans la colonne "Oui" ou "Non", sur la fiche de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier (Annexe A). Il doit ensuite signer et dater la fiche.

Si le coordinateur hospitalier est absent, son remplaçant désigné devra veiller à ce que la fiche soit remplie rapidement. Si l'un des cliniciens de la liste est absent, le coordinateur hospitalier indiquera la raison de cette absence à l'emplacement de la signature (par ex. "transféré" ou "en congés").

Si un nouveau "clinicien responsable" (c.-à-d. responsable de patients relevant du service de pédiatrie) prend ses fonctions à l'hôpital, le coordinateur hospitalier ajoutera son nom sur la fiche qu'il lui fera signer chaque mois.

2.2 Examen des registres d'admission

Lorsqu'il a reçu les rapports de tous les cliniciens responsables, le coordinateur hospitalier doit examiner les admissions et les sorties enregistrées au cours du mois précédent pour s'assurer que des cas éventuels de PFA ou de fièvre éruptive chez des enfants de moins de 15 ans ou de tétanos néonatal, n'ont pas été oubliés.

Il est important de vérifier que les registres des admissions de tous les services hospitaliers où des enfants de moins de 15 ans ont pu être admis, ont bien été examinés. Dans certains pays par exemple, le service de pédiatrie prend en charge les enfants jusqu'à 12 ans seulement. Les enfants plus âgés sont admis dans les services pour adultes. Dans cet exemple, les registres d'admission des services pour adultes devront être examinés pour rechercher d'éventuels cas de PFA chez des enfants de 12 à 15 ans.

L'examen d'un registre d'admission doit porter sur les enfants de moins de 15 ans qui présentent une paralysie flasque aiguë, un syndrome de Guillain-Barré ou des signes permettant de suspecter une PFA, comme :

- Totale incapacité à remuer un membre
- Survenue d'une faiblesse d'un membre, ou perte de la force motrice d'un autre ou d'autres muscle(s)
- Forte anomalie dans la démarche ou incapacité à marcher

2.3 Soumission de la fiche de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier

Le coordinateur hospitalier devra envoyer chaque mois, après l'avoir rempli, un exemplaire de la fiche de suivi mensuel pour la surveillance active au coordinateur national. Il en conservera un exemplaire dans le dossier de surveillance active du site concerné.

Le coordinateur national devra envoyer au bureau OMS de Suva un exemplaire de toutes les fiches de suivi mensuel pour la surveillance active qu'il aura reçues des différents sites de surveillance de son pays, soit par l'intermédiaire du bureau de l'OMS dans son pays, soit directement au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud, à Suva (les coordonnées des bureaux de l'OMS sont données en Annexe F1).

2.4 Fiche de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier

La fiche de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier est présentée en Annexe A. Cette fiche peut être utilisée comme un modèle par tous les sites de surveillance ou servira lors de la mise à jour de la liste des cliniciens. Une version électronique de cette fiche est également jointe au CD qui accompagne le présent manuel. On peut aussi l'obtenir sur demande transmise au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud, à Suva.

Le coordinateur hospitalier utilisera ce modèle pour produire chaque année les fiches de suivi mensuel pour la surveillance active en milieu hospitalier remplies sur tous les sites de surveillance. Il devra également vérifier que la liste des cliniciens responsables est à jour. S'il apporte d'éventuelles modifications, il devra en informer le coordinateur national.

2.5 Indicateurs utilisés pour évaluer le degré d'application du suivi du système de surveillance active en milieu hospitalier

- Taux annuel de soumission des fiches de suivi du système de surveillance active en milieu hospitalier par le site de surveillance = nombre de fiches soumises par chaque site de surveillance au coordinateur national, divisé par 12 (nombre total de fiches que chaque site de surveillance devrait envoyer).

- Taux de ponctualité du site de surveillance dans l'envoi des fiches de suivi = % de fiches de suivi pour la surveillance active en milieu hospitalier reçues par l'OMS dans le mois qui suit le mois concerné par le suivi.
- Application annuelle du système de surveillance active en milieu hospitalier d'un pays = nombre de fiches de suivi pour la surveillance active en milieu hospitalier effectivement transmises par tous les sites de surveillance du pays à l'OMS, divisé par le nombre de fiches de suivi que l'OMS devrait recevoir.

3. ETUDE D'UN CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE (PFA)

3.1 Définition d'un cas de PFA

L'OMS définit un cas de PFA comme "tout cas de paralysie flasque aiguë, y compris le syndrome de Guillain-Barré, chez les enfants de moins de 15 ans, et tout cas présumé de poliomyélite chez une personne de tous âges".

3.2 Etude et notification d'un cas de PFA

3.2.1 Etude de cas

Lorsqu'un clinicien se trouve en présence d'un enfant atteint de PFA ou d'un patient, quel que soit son âge, chez lequel il suspecte un cas de polio, il doit impérativement :

- 1) Notifier le cas au coordinateur hospitalier (ou au coordinateur national si aucun coordinateur hospitalier n'est désigné).
- 2) Faire hospitaliser le patient et obtenir le prélèvement d'échantillons de selles. S'il n'est pas prévu de faire hospitaliser l'enfant, le clinicien doit tout de même veiller à ce que deux échantillons de selles soient prélevés à au moins 24 heures d'intervalle (voir la procédure de prélèvement d'un échantillon de selles au paragraphe 3.3).
- 3) Remplir une fiche d'étude d'un cas de paralysie flasque aiguë (Annexe B1), en veillant à donner le plus de détails possible. Des informations cliniques complémentaires peuvent être notées au verso de la fiche, si l'espace disponible est insuffisant.
- 4) Envoyer un exemplaire de la fiche d'étude de cas, ainsi remplie, au coordinateur hospitalier.
- 5) Penser à bien cocher la colonne "Oui" sur la fiche de suivi mensuel du système de surveillance active en milieu hospitalier, pour le mois concerné. Veiller à ce que les détails permettant d'identifier le cas soient donnés au verso de la fiche.
- 6) Indiquer la date prévue de l'examen de suivi à 60 jours et faire en sorte que le patient soit examiné le plus rapidement possible après cette date et que les résultats soient transmis au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud, à Suva.

3.2.2 Notification d'un cas

Sur notification d'un cas de PFA, le coordinateur hospitalier devra impérativement :

- 1) Contacter le coordinateur national pour communiquer les détails du cas, prendre les mesures nécessaires pour l'expédition des échantillons de selles et veiller à ce que les récipients de transport appropriés soient disponibles. Si nécessaire, le coordinateur

national pourra contacter le bureau de l'OMS pour le Pacifique sud pour demander la fourniture de récipients de transport et une aide pour expédier les échantillons.

- 2) Veiller à ce que deux (2) échantillons de selles de l'enfant soient prélevés dans un intervalle de 24 heures, comme exigé et soient stockés à la bonne température (voir le paragraphe 3.3) jusqu'à leur expédition. Il faudra peut-être que le coordinateur hospitalier et les infirmières du service restent en liaison pour le prélèvement des échantillons.
- 3) Veiller à ce que le clinicien remplisse rapidement la fiche d'étude de cas de PFA, étudie les informations fournies et apporte les précisions nécessaires avant de transmettre la fiche.
- 4) Envoyer un exemplaire de la fiche d'étude de cas au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud, à Suva (par l'intermédiaire du coordinateur national) et en conserver un double dans le dossier des sites de surveillance.
- 5) Veiller à ce que le coordinateur national réapprovisionne le site de surveillance en récipients de transport d'échantillons de selles.
- 6) Prendre note de la date prévue du suivi de l'enfant à 60 jours. Après ce suivi, veiller à ce que les conclusions soient communiquées au coordinateur national, qui les transmettra à son tour au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud.

Sur notification d'un cas de PFA, le coordinateur national devra impérativement :

- 1) Transmettre la fiche d'étude de cas, dès sa réception, au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud
- 2) Confirmer que les récipients appropriés pour les échantillons de selles et les boîtes de transport sont disponibles.
- 3) Se mettre en contact avec le laboratoire des sites de notification, le bureau de l'OMS pour le Pacifique sud et le laboratoire de dépistage de la polio dans le Pacifique, au VIDRL (Victorian Infectious Disease Reference Laboratory) à Melbourne, Australie pour s'assurer que l'expédition des échantillons de selles se déroule de façon satisfaisante et que le VIDRL a bien reçu les avis d'expédition.
- 4) Faire en sorte que le site de notification soit rapidement réapprovisionné en récipients pour échantillons de selles et en boîtes de transport.
- 5) Prendre note de la date prévue du suivi de l'enfant à 60 jours et se mettre en contact avec le coordinateur hospitalier pour que ce suivi ait lieu sans délai et que les résultats soient transmis au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud.

3.3 Prélèvement d'échantillons de selles pour confirmation de PFA

- 1) Obtenir DEUX (2) échantillons de selles de l'enfant à au moins 24 heures d'intervalle et ce, dans les 14 jours qui suivent la survenue de la paralysie (ou le plus tôt possible passé ce délai). Le volume nécessaire de selles pour permettre la confirmation biologique doit correspondre à peu près au volume du pouce d'un adulte. Vous pouvez utiliser des suppositoires de glycérine pour aider l'enfant à produire une selle mais il faudra alors éliminer soit le premier tiers de l'échantillon soit toute matière de selle qui se sera trouvée en contact direct avec le suppositoire.
- 2) Si l'enfant n'est pas hospitalisé, ou si l'hospitalisation est retardée, les échantillons devront être recueillis comme dans le cas d'un patient suivi en ambulatoire ou comme dans un centre de santé périphérique. Ils seront conservés de manière appropriée puis expédiés à l'hôpital dans une boîte réfrigérante ou conservant le froid, si possible en même temps que le patient.
- 3) Sceller le récipient avec de l'adhésif, l'envelopper dans un matériau absorbent comme de la ouate et le placer dans un sachet plastique étanche.
- 4) Conserver les échantillons de selles à une température constante comprise entre +2 et +8°C après leur prélèvement et pendant le transport (le mode de transport utilisera une chaîne du froid inverse). Vérifier que la mention "MAINTENIR SANS INTERRUPTION A UNE TEMPERATURE COMPRISE ENTRE +2 et +8°C. NE PAS CONGELER" est indiquée sur la lettre de transport aérien et à l'extérieur de la boîte de transport.
- 5) Si l'expédition est retardée de plus de 72 heures après le prélèvement de l'échantillon, celui-ci devra être congelé. La mention "NE PAS RECONGELER. CONSERVER AU FRAIS, A TEMPERATURE COMPRISE ENTRE +2 ET +8°C" devra apparaître dans l'éventualité où l'échantillon se trouverait décongelé.
- 6) Conserver les échantillons de selles à distance des vaccins. Si ce n'est pas possible, enveloppez les échantillons dans 3 à 4 sachets plastiques pour éviter toute contamination.

3.4 Expédition des échantillons de selles pour confirmation de PFA

- 1) Le coordinateur national ou hospitalier doit coopérer avec les laboratoires des hôpitaux pour faire en sorte que les échantillons de selles pour confirmation de PFA soient expédiés immédiatement au laboratoire du VIDRL, désigné laboratoire de référence pour la polio dans le Pacifique. Les échantillons de selles doivent être expédiés dans des boîtes de transport spéciales qui auront été fournies par l'OMS. Les instructions d'emballage et d'étiquetage sont données en Annexe D.

- 2) Les échantillons de selles doivent être accompagnés d'une demande de confirmation biologique de la PFA (Annexe C1), et porteront une étiquette indiquant :
 - Le nom du patient et le numéro de l'hôpital
 - Sa date de naissance
 - La date de survenue de la paralysie
 - La date de prélèvement de l'échantillon
 - Le nom de l'hôpital où l'échantillon a été prélevé
 - La date de la dernière administration de VPO (selon le cas)

- 3) Les échantillons de selles expédiés au VIDRL doivent être accompagnés : 1) d'une "Autorisation d'importation de matières soumises à quarantaine" en cours de validité, délivrée par le Service australien d'inspection et de quarantaine AQIS (Australian Quarantine and Inspection Service). Cette autorisation peut être obtenue auprès du bureau de l'OMS pour le Pacifique sud ou auprès du VIDRL (la version actuelle est donnée en Annexe E3 [nota expire le 10 mai 2007]) et 2) d'une déclaration auprès des douanes australiennes (modèle présenté en Annexe E1) qui doit être remplie par le laboratoire de l'hôpital chargé de l'expédition.

- 4) Avant d'expédier les échantillons au VIDRL, envoyer un avis d'expédition au laboratoire de référence pour la polio au numéro +61 3 9342 2665 (télécopie) ou à l'adresse électronique polio@mh.org Dans la mesure du possible, confirmer l'avis d'expédition par téléphone (+61 3 9342 2607) et transmettre les détails du transport : numéro de la lettre de transport aérien, numéro du vol et heure d'arrivée estimée. Les coordonnées du laboratoire de référence pour la polio, au VIDRL sont données en Annexe F2.

- 5) De plus, s'assurer que des exemplaires de la fiche d'étude de cas, de la demande de confirmation biologique et des détails de l'expédition sont bien transmis par télécopie ou par courriel au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud, à Suva.

3.5 Communication des résultats de laboratoire

La présence ou l'absence de poliovirus dans ces échantillons sera déterminée par culture virale. Cette recherche est extrêmement importante puisqu'il s'agit de démontrer l'absence continue de poliovirus sauvage prouvant que le Pacifique est toujours exempt de polio ou de détecter rapidement et sûrement l'importation dans la région d'un poliovirus sauvage en provenance d'une zone où il est toujours en circulation.

Les résultats de laboratoire sont normalement disponibles au VIDRL dans les 14 à 28 jours. Le VIDRL transmettra un exemplaire des résultats au laboratoire qui a effectué la demande, avec copie au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud. Dès réception des résultats, le laboratoire devra veiller à ce que le médecin à l'origine de la demande et le coordinateur national soient informés des résultats.

Les membres du Comité sous-régional océanien de certification d'exemption de la polio procédera à une classification finale du cas, en s'appuyant sur les informations cliniques et biologiques. Ce comité se compose de pédiatres et d'experts en biologie issus d'îles océaniques. Il est chargé de veiller à ce que le Pacifique reste exempt de polio. Dès que le cas sera définitivement classé, les résultats seront envoyés au coordinateur hospitalier et au coordinateur national, dans le pays d'où émane la demande.

3.6 Examens rétrospectifs des dossiers de PFA

Le coordinateur hospitalier et le coordinateur national doivent procéder régulièrement à l'examen rétrospectif des dossiers médicaux de tous les sites de surveillance active en milieu hospitalier pour s'assurer qu'aucun cas de PFA n'a échappé à la vigilance de l'enquêteur, et ce, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de sites de surveillance qui ont transmis trop tard leur rapport de suivi. Un résumé de ces examens doit être communiqué à l'OMS pour que le Comité sous-régional océanien de certification les étudie.

L'Annexe G présente la procédure à suivre pour soumettre les dossiers de PFA à un examen rétrospectif.

3.7 Indicateurs utilisés pour mesurer le degré d'application de la surveillance de la PFA

Les indicateurs standards ci-dessous sont utilisés dans le monde par l'initiative d'éradication de la polio pour déterminer le degré d'application des systèmes de surveillance de la PFA :

% de tous les rapports escomptés de suivi mensuel de la PFA qui sont effectivement transmis	Objectif : ≥ 90 %
Taux de PFA non-poliomyélitique chez les enfants de moins de 15 ans	Objectif : $\geq 1 / 100\ 000$
% de cas de PFA étudiés dans les 48 heures suivant le rapport	Objectif : ≥ 80 %
% de cas de PFA ayant donné lieu à 2 prélèvements de selles à 24 h d'intervalle, moins de 14 jours après la survenue de la paralysie	Objectif : ≥ 80 %
Échantillons de selles parvenus au laboratoire dans les 3 jours qui suivent leur expédition	Objectif : ≥ 80 %
Échantillons de selles parvenus au laboratoire "en bon état"	Objectif : ≥ 90 %
% de cas de PFA pour lesquels les prélèvements de selles et le suivi à 60 jours n'ont pas été conformes aux instructions	Objectif : ≥ 80 %
% de cas de PFA pour lesquels les résultats de la différenciation intratypique pour isoler le poliovirus (pour savoir s'il s'agit de poliovirus sauvages, dérivés d'un vaccin ou de souche vaccinale) ont été disponibles dans les 60 jours après la survenue de la paralysie.	Objectif : ≥ 80 %

4. ETUDE D'UN CAS DE FIEVRE ERUPTIVE

4.1 Définition d'un cas de fièvre éruptive

Le système de surveillance active en milieu hospitalier définit un cas de fièvre éruptive comme "tout enfant de moins de 15 ans qui présente une affection fébrile aiguë avec éruption non-vésiculaire." Ce signe clinique est considéré comme un marqueur de la rougeole, de la rubéole et éventuellement de la dengue.

4.2 Étude et notification d'un cas de fièvre éruptive

Si un clinicien se trouve en présence d'un enfant de moins de 15 ans atteint de fièvre éruptive, or d'un patient, quel qu'en soit l'âge, chez lequel il suspecte un cas de rougeole, de rubéole ou de dengue (ou d'une autre maladie), il doit impérativement :

4.2.1 Etude de cas et prélèvement sérologique

- 1) Pour les cas isolés de fièvre éruptive, et pour les 10 à 20 premiers cas d'une suspicion de flambée de rougeole ou de rubéole, remplir une fiche d'étude de cas de fièvre éruptive (Annexe B2) et prélever un échantillon de sérum entre les 4-6 jours et les 28 jours qui suivent l'apparition de l'éruption pour recherche d'IgM.
- 2) Cocher la colonne "Oui" sur la fiche de suivi mensuel pour le mois concerné sous le titre "Fièvre éruptive" et donner les détails d'identification pertinents au verso de la fiche (sauf s'ils ont été enregistrés ailleurs).
- 3) Prélever cinq (5) ml de sang à la première rencontre avec le cas suspect. (Les IgM sont plus facilement détectées entre le 4^{ème} jour (rougeole) et le 6^{ème} jour (rubéole) après le début de l'éruption. Leur taux est maximal à 1-2 semaines jusqu'à environ 4 semaines après le début de l'éruption.)
- 4) Prélever le sang par ponction veineuse dans un tube stérile sur lequel seront indiquées les données d'identification du patient et la date de prélèvement.
 - Centrifuger le sang total à 1000 g pendant 10 minutes pour isoler le sérum ;
 - Conserver le sang entre +4 et +8°C pendant au maximum 24 heures avant d'isoler le sérum
 - Ne pas congeler le sang total ;
 - En l'absence de centrifugeuse, conserver le sang au réfrigérateur jusqu'à complète rétraction du caillot ;
 - Prélever soigneusement le sérum en évitant d'entraîner des globules rouges, et le transférer dans des conditions d'asepsie dans un flacon stérile étiqueté ;
 - Inscrire sur l'étiquette le nom ou l'identifiant du patient, la date du prélèvement et le type d'échantillon ;

- 5) Le sérum stérile doit être expédié sur de la glace fondue dans les 48 heures ou être conservé à une température comprise entre +4 et +8°C pendant un maximum de sept jours. Il doit être congelé à -20°C pour une conservation plus longue. Il sera alors expédié au laboratoire dans des sachets de glace. Les alternances de congélation et de fonte risquent d'être préjudiciables à la stabilité des anticorps IgM.

La collecte d'échantillons de sang séché et l'expédition d'échantillons de sang sont actuellement à l'étude dans le cadre du soutien aux laboratoires du système de surveillance active en milieu hospitalier. Cette méthode devrait être introduite dans un futur proche.

4.2.2 Notification d'un cas de fièvre éruptive

Sur notification d'un cas de fièvre éruptive, le coordinateur hospitalier doit impérativement:

- 1) Contacter le coordinateur national pour lui communiquer les détails de ce cas, prévoir l'aide nécessaire pour l'expédition d'un échantillon de sérum et veiller à ce que les récipients de transport conformes aux normes soient disponibles. Le cas échéant, le coordinateur national peut contacter le bureau de l'OMS pour le Pacifique sud pour demander assistance dans l'envoi du sérum et la mise à disposition des récipients.
- 2) Veiller à ce que l'échantillon de sérum soit prélevé et conservé aux températures spécifiées jusqu'à l'expédition de l'échantillon.
- 3) Vérifier que le clinicien remplit rapidement la fiche d'étude d'un cas de fièvre éruptive (Annexe B2) ; étudier les informations communiquées et ajouter toute précision jugée utile.
- 4) Envoyer un exemplaire de la fiche d'étude d'un cas de fièvre éruptive au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud, à Suva (par l'intermédiaire du coordinateur national) et en conserver un double dans le dossier de surveillance active des sites de surveillance.
- 5) Veiller à ce que le coordinateur national réapprovisionne le site de surveillance en récipients de transport d'échantillons.

Sur notification d'un cas de fièvre éruptive, le coordinateur national doit impérativement :

- 1) Transmettre la fiche d'étude de cas, dès sa réception, à l'OMS et veiller à ce que les récipients de collecte du sérum soient disponibles.
- 2) Se mettre en contact avec le laboratoire des sites de notification, l'OMS et le laboratoire de niveau L2 du réseau océanien LabNet pour s'assurer que l'expédition des échantillons de sérum se déroule de façon satisfaisante et que les avis d'expédition sont bien parvenus à destination.
- 3) Vérifier que le site de notification a bien été réapprovisionné en récipients de transport des échantillons de sérum.

- 4) Discuter avec le ministère et l'OMS de la décision d'alerter les pays voisins par le biais de la liste restreinte de PacNet.

4.3 Investigation auprès des contacts dans un cas de fièvre éruptive

Planifier le plus rapidement possible une visite de suivi au domicile du patient pour chercher dans la famille et parmi les amis un signe de fièvre éruptive et administrer un vaccin si nécessaire. De plus, rechercher la trace des personnes qui se sont trouvées en contact avec le patient pour identifier la source de l'infection et déterminer si d'autres sites ont été exposés ou se trouvent exposés au risque d'une flambée. Si le laboratoire confirme la flambée, il est inutile de prélever du sang sur chaque cas suspecté de rougeole ou de rubéole. Par ailleurs, les sites de surveillance et les coordinateurs œuvrant dans des zones ou des îles voisines doivent être informés qu'un cas suspect a été identifié par l'intermédiaire de la liste restreinte de PacNet.

D'autres informations sur les mesures à prendre en cas de flambée de rougeole ou de rubéole peuvent être obtenues dans les directives de l'OMS pour l'élimination de la rougeole sur le terrain ("Measles Field Guidelines") et dans les Directives du ROSSP sur la surveillance de la fièvre éruptive, disponibles au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud ou auprès du ROSSP.

4.4 Expédition de sérum pour confirmation de fièvre éruptive

- 1) Si la suspicion ou l'évaluation clinique initiale s'oriente sur un cas de dengue, les tests de confirmation devront être réalisés dans un laboratoire de niveau L1. En cas de résultat négatif, les échantillons devront être expédiés pour un diagnostic de rougeole ou de rubéole.
- 2) Si la suspicion ou l'évaluation clinique initiale s'oriente sur un cas de rougeole ou de rubéole, le coordinateur national/hospitalier devra collaborer avec les laboratoires des hôpitaux pour s'assurer que les échantillons sérologiques sont expédiés le plus rapidement possible soit à l'un des laboratoires de niveau L2 du réseau océanien LabNet, en Nouvelle-Calédonie, à Guam, dans les Iles Fidji ou en Polynésie française, soit au laboratoire de référence de la rougeole pour le Pacifique occidental, le VIDRL. Les coordonnées du VIDRL et de tous les laboratoires de niveau L2 du réseau LabNet sont données en Annexe F2.
- 3) Les échantillons de sérum doivent être expédiés dans des récipients de transport spéciaux fournis par l'OMS. Les instructions d'emballage et d'étiquetage sont les mêmes que celles s'appliquant aux échantillons de selles pour diagnostic de PFA. Elles sont données en Annexe D.
- 4) Les échantillons de sérum doivent être accompagnés d'une demande de confirmation biologique de fièvre éruptive (Annexe C2), et porteront une étiquette indiquant :

- Le nom du patient et le numéro de l'hôpital
 - La date de naissance
 - La date de survenue de la fièvre et de l'éruption
 - La date de prélèvement de l'échantillon
 - Le nom de l'hôpital où l'échantillon a été prélevé
 - La date de l'administration de la dernière dose de vaccin antirougeoleux (selon le cas)
- 5) Les échantillons de sérum expédiés au VIDRL doivent être accompagnés des documents suivants : 1) une "Autorisation d'importation de matières soumises à quarantaine" en cours de validité, délivrée par le Service australien d'inspection et de quarantaine AQIS (Australian Quarantine and Inspection Service). Cette autorisation peut être obtenue auprès du bureau de l'OMS pour le Pacifique sud ou auprès du VIDRL (la version actuelle est donnée en Annexe E3 [nota : expire le 10 mai 2007]) et 2) une déclaration auprès des douanes australiennes (modèle présenté en Annexe E1) qui doit être remplie par le laboratoire de l'hôpital chargé de l'expédition. Dans le cas des échantillons de sérum envoyés à l'un des laboratoires de niveau L2 du réseau LabNet, s'assurer que les fiches appropriées sont jointes à l'envoi, suivant les conseils du laboratoire.
- 6) Avant d'expédier les échantillons de sérum à un laboratoire, s'assurer qu'un avis d'expédition a bien été transmis auparavant pour communiquer le numéro de la lettre de transport aérien, le numéro du vol et l'heure d'arrivée prévue.
- 7) Par ailleurs, penser à transmettre au bureau de l'OMS pour le Pacifique sud, à Suva, par télécopie ou par courriel, des exemplaires de la fiche d'étude de cas, de la demande de confirmation biologique et des détails de l'expédition.

5. ETUDE D'UN CAS DE TETANOS NEONATAL

5.1 Définition d'un cas de tétanos néonatal

Tout nouveau-né ayant une capacité normale à téter ou à crier pendant les deux premiers jours de la vie puis qui, entre 3 et 28 jours, devient incapable de téter ou de crier normalement, a des raideurs ou des convulsions, ou les deux.

5.2 Etude et notification d'un cas de tétanos néonatal

Si un clinicien se trouve en présence d'un cas de tétanos néonatal, ou s'il est informé d'une suspicion de tétanos néonatal, il doit impérativement :

- 1) Hospitaliser le nouveau-né pour lui administrer les soins de soutien appropriés.
- 2) Remplir une fiche d'étude de cas de tétanos néonatal (Annexe B3). Lorsque le cas ne se trouve pas en milieu hospitalier, s'assurer que l'agent de santé exerçant localement ou au niveau du district, chargé d'étudier le cas de tétanos néonatal, a rempli une fiche d'étude de cas pour enregistrer les informations relatives à ce cas.
- 3) Veiller à ce qu'il ait bien coché la colonne "Oui" sur la fiche de suivi mensuel du système de surveillance active en milieu hospitalier correspondant au mois concerné et que tous les détails d'identification du cas sont indiqués au verso de la fiche.
- 4) Collaborer avec les agents de santé publique pour évaluer le risque encouru pour la communauté et le cas échéant, intensifier les campagnes de vaccination. Identifier les problèmes avec les services de vaccination antitétanique, les pratiques dans les accouchements et les soins du cordon et vérifier éventuellement l'activité du vaccin (cas de congélation du vaccin par ex.)
- 5) Au minimum, administrer 2 doses de vaccin antitétanique à la mère du nouveau-né et aux autres femmes en âge d'enfanter qui vivent dans l'entourage du cas, selon leur statut vaccinal. Respecter un intervalle de 4 semaines entre les 2 doses.
- 6) Envisager l'éducation sanitaire des femmes en âge d'enfanter et des femmes enceintes sur le tétanos néonatal, en coordination avec d'autres services de santé de la mère et de l'enfant.

5.3 Indicateurs utilisés pour mesurer le degré d'application de la surveillance du tétanos néonatal

- Nombre de cas de tétanos néonatal notifiés et incidence du tétanos néonatal par district (pour 1 000 naissances vivantes)
- Existence d'une notification zéro

- Fiches de notification complètement remplies par l'ensemble des sites de surveillance > 80%