

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un but – Une foi

MINISTERE DE LA SANTE DE LA PREVENTION ET DE L'HYGIENE
PUBLIQUE



PLAN DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE UNE « PANDEMIE
GRIPPALE »

Mai 2009

SOMMAIRE

- I INTRODUCTION
- II CONTEXTE
- III ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE
- IV OBJECTIFS
- V RESULTATS ATTENDUS
- VI STRATEGIES D'INTERVENTION / ACTIVITES
- VII SYNTHESE DU BUDGET
- VIII ADMINISTRATION ET GESTION DU PLAN
- IX ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|--------|---|
| CHN | Centre Hospitalier National |
| CONAGA | Comité National de Prévention et de Lutte contre la Grippe Aviaire |
| DES | Direction des Etablissements de Santé |
| DHP | Direction de l'Hygiène Publique |
| DIREL | Direction de l'Elevage |
| DPL | Direction de la Pharmacie et des Laboratoires |
| DPM | Direction de la Prévention Médicale |
| DS | Direction de la Santé |
| ECD | Equipe cadre de District |
| ECR | Equipe cadre Région |
| FAO | Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture |
| GAHP | Grippe aviaire hautement pathogène |
| IEC | Information Education Communication |
| IPD | Institut Pasteur de Dakar |
| LNERV | Laboratoire National d'Elevage et de Recherche Vétérinaire |
| MSPHP | Ministère de la Santé de la Prévention et de l'Hygiène Publique |
| OMS | Organisation Mondiale de la santé |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| PNA | Pharmacie Nationale d'Approvisionnement |
| PRA | Pharmacie Régionale d'Approvisionnement |
| SIMR | Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte |
| SNEIPS | Service National de l'Education et de l'information pour la Santé |
| SNIS | Service National de l'Information Sanitaire |
| SSP | Soins de Santé Primaires |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |

INTRODUCTION

La grippe est une maladie virale aiguë des voies respiratoires, souvent caractérisée par de la fièvre, des maux de tête, une myalgie, de la prostration, du coryza, un mal de gorge et de la toux. La grippe ne peut être distinguée des autres maladies respiratoires virales, sans la confirmation d'un laboratoire.

Une pandémie grippale est caractérisée, quant à elle, par l'apparition d'un nouveau virus grippal contre lequel l'immunité de la population est faible ou nulle. Elle se traduit, sur l'ensemble du globe par une forte augmentation dans l'espace et le temps des cas et de leur gravité

Trois pandémies mondiales se sont produites, ces cent dernières années. La pandémie de 1918 (grippe A/H1N1) est considérée avoir tué au moins 40 millions de personnes dans le monde, les taux de mortalité les plus élevés se présentant chez les jeunes adultes. Deux autres pandémies ont eu lieu en 1957 (grippe A/H2N2) et en 1968 (grippe A/H3N2), causant une morbidité et une mortalité importantes. Contrairement aux épidémies de grippe saisonnières, ces trois pandémies ont été à l'origine d'une affection sévère chez les sujets bien portants, plus jeunes.

La persistance depuis 2003 d'un virus influenza aviaire hautement pathogène H5N1 dans l'environnement et dans l'avifaune tant sauvage que domestique dans de nombreux pays ainsi que le franchissement de la barrière des espèces observé dans les conditions naturelles font craindre l'émergence d'un virus grippal pandémique à partir de ce virus H5N1, sans qu'il faille pour autant exclure que la pandémie puisse être provoquée par un autre virus influenza (H7 ou H9 par exemple, voire H1).

Ce risque impose aux pays de prendre toutes les mesures appropriées pour retarder autant que possible l'émergence d'un virus pathogénique et le développement de la pandémie qui s'en suivrait. La réponse à la pandémie grippale relève d'approches multisectorielles très diverses à la croisée de planifications liées à d'autres risques de grande ampleur.

Les principaux objectifs du plan sont de protéger la population contre une menace de pandémie grippale. Il s'agit de préparer le pays à faire face à une épizootie d'influenza aviaire à virus hautement pathogène mais aussi de faire face à la nouvelle situation marquée par l'évolution de la nouvelle grippe A (H1N1), à la prise en charge de personnes malades de ce virus, ainsi qu'à une pandémie grippale de grande ampleur.

II – CONTEXTE

En 2009 une épidémie de grippe A(H1N1) qui a été d'abord détectée au Mexique et dans le Sud – Ouest des Etats-Unis a infecté de nombreuses personnes et provoqué la mort dans certains cas. Depuis mars 2009, plus de 21.000 cas de grippe ont été confirmés dans plus de 70 pays. Sur la base d'une évaluation de toutes les informations disponibles et à la suite de plusieurs consultations d'experts, le DG de l'OMS a décidé de passer au niveau d'alerte pandémique 6.

III- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale qui comprend :

III.1. Structures médicales

- à la base, un niveau périphérique appelé District sanitaire constitué de Centres de Santé et englobant un réseau de postes de santé eux mêmes supervisant les cases et les maternités rurales ;
- à l'échelon intermédiaire, un niveau stratégique appelé Région Médicale ;
- au sommet, un niveau politique comprenant le cabinet du Ministre, les directions et les services nationaux.

- **Le poste de santé**

Constituant la structure sanitaire de base, il assure les soins médicaux de base en couvrant une population de 5 000 à 20 000 habitants et est placé sous la responsabilité d'un Infirmier Chef de Poste. Le poste de santé rural polarise un réseau de cases de santé et maternités rurales gérées par les agents de santé communautaires (ASC) et des matrones.

- **Le District sanitaire**

Situé au second niveau de la pyramide, il est sous la responsabilité d'un Médecin chef qui dirige une équipe cadre composée au minimum d'un superviseur des SSP, d'un superviseur chargé de la santé maternelle et infantile ainsi que de la planification familiale, d'un responsable de l'EPS, d'un point focal SIMR et d'un agent de l'Hygiène. Il constitue le niveau opérationnel où s'applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. C'est le lieu d'exécution de tous les programmes de santé de façon intégrée et est constitué en moyenne de 15 à 20 postes urbains et/ou ruraux, dirigés chacun par un Infirmier Chef de Poste. .

Le Sénégal compte actuellement 69 districts (pour 73 centres de santé) qui couvrent une population de 100 000 à 250 000 habitants chacun. Certains districts disposent de deux à trois centres de santé où est assurée la prise en charge des soins qui ne peuvent pas être menées au niveau des postes

- **La Région Médicale**

La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, appuie les activités des districts sanitaires. ;

- **Le Niveau Central**

Le niveau central comprend, outre le Cabinet du Ministère, le Secrétariat General, les Directions et les Services rattachés dont les Régions Médicales.

A côté des postes de santé et centres de santé, la prise en charge des malades est assurée dans les structures de référence que sont les hôpitaux régionaux et nationaux dont les centres hospitaliers constituent le dernier recours.

Le secteur privé, largement concentré dans les régions de Dakar et de Thiès, joue également un rôle important. Il dispose d'un hôpital, 24 cliniques privées, 414 cabinets privés et des services médicaux d'entreprise. A cela, s'ajoutent des structures confessionnelles dont un hôpital, des structures de l'armée (deux hôpitaux et des services médicaux de garnisons servant aussi les civils).

III.2. Structures de prévention de biosécurité et d'hygiène

- **Le Poste d'hygiène**

C'est la structure de base du Service National de l'Hygiène ; cette structure non encore répandue se situe en quelques endroits du pays notamment à Kidira (frontière terrestre) à Rosso (frontière terrestre), Bargny, contrôle sanitaire du port, contrôle sanitaire de l'aéroport.

- **Les Sous brigades d'Hygiène**

Il existe des sous brigades d'hygiène dans chaque département du pays

- **Les Brigades Régionales d'Hygiène**

Au niveau région ces brigades couvrent l'ensemble des régions du pays

- **Le Niveau Central**

Constitué du Service National de l'Hygiène, il est chargé sur instruction du département de coordonner les activités de sensibilisation, de décontamination et de réponse aux maladies infectieuses. Avec un effectif de plus de 600 agents et un maillage national parfait le Service National de l'Hygiène est l'entité de réponse aux épidémies du Ministère de la Santé.

IV- OBJECTIFS

1. Objectif Général

Contribuer au renforcement de la sécurité sanitaire des populations par la surveillance, la prévention, et la lutte contre l'émergence ou l'extension de la nouvelle grippe A(H1N1) au Sénégal.

2. Objectifs spécifiques

En phase pandémique :

- détecter l'apparition du nouveau virus grippal A(H1N1) au Sénégal
- – limiter la diffusion du virus grippal A(H1N1)
 - organiser une réponse adaptée du système de santé à l'augmentation massive et rapide des besoins de prise en charge
 - limiter l'impact global sur la société

V. RESULTATS ATTENDUS

- Les risques d'infection humaine sont réduits
- Les cas sont détectés rapidement et correctement pris en charge
- Les mesures d'hygiène sont correctement appliquées
- La population est informée sur les mesures de prévention
- L'impact d'une épidémie est réduit.

VI. STRATEGIES D'INTERVENTION

La stratégie générale de préparation et de réponse à la pandémie grippale vise :

1. Le Renforcement de la surveillance épidémiologique

Il s'agira de renforcer le système actuel de surveillance intégrée des maladies et de la riposte en vigueur dans tout le pays avec un accent particulier pour les points d'entrée comme les Aéroports, le Port et certaines régions frontalières et/ou à fort mouvement de population comme St-Louis, Fatick, Kaolack, Ziguinchor, Kolda, Diourbel et Tambacounda.

La surveillance sera concentrée sur les collectivités fermées (par exemple écoles, camps militaires, établissements de santé) en particulier en milieu urbain, puisque ce sont les endroits où de nouveaux cas sont susceptibles de se produire.

La surveillance sera basée sur le cas pour tous les cas possibles détectés puis sera calquée sur la surveillance de base de la grippe et des viroses respiratoires dès qu'un cas de grippe A(H1N1) sera confirmé sur le territoire national sans lien avec des voyageurs.

Un appui pour le diagnostic sera également apporté au laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar à travers un renforcement des équipements, de la chaîne de froid et un approvisionnement en réactifs.

Cette stratégie permettra ainsi la mise en place d'un système d'alerte précoce permettant la détection rapide et l'investigation au laboratoire de tous les cas répondant aux critères définis (voir fiches en annexes)

2. L'organisation d'une prise en charge adéquate des cas

La prise en charge des cas sera modulée en fonction de l'évolution de l'épidémie dans le pays à savoir :

- dès lors que le nombre de personnes touchées devient important, prise en charge proportionnée à l'état des malades : traitement à domicile en l'absence de signes de gravité, décision d'hospitalisation en cas d'aggravation ;
- organisation de structures intermédiaires entre le domicile et l'hôpital : renforcement du SAMU 1515 de régulation médicale, centres de santé, regroupement des malades isolés, centres de coordination sanitaire et social ;
- mobilisation des établissements de santé publics ou privés au maximum de leur capacité ; organisation adaptée à la situation avec circuit particulier pour les patients grippés ;
- utilisation optimale des réserves préalablement constituées de produits de santé (antiviraux notamment, vaccin anti A (H1N1) en fonction des conclusions des experts, etc.), avec un souci de diversification permettant de substituer un produit qui se révélerait efficace à un autre qui le serait de facto moins ;
- maintien d'un approvisionnement adéquat en produits de santé, en matériels médicaux, en équipements de protection, etc.

a. Principes généraux de la prise en charge

Les malades seront pris en charge dans les formations sanitaires par un personnel qualifié.

Le Service des Maladies Infectieuses, l'hôpital d'enfant Albert Royer du CHN de Fann et l'hôpital Principal seront les centres de référence nationale. Ils devront être le lieu où seront capitalisées toutes les nouvelles connaissances sur le virus et les expériences en matière de prise en charge afin que les protocoles soient toujours adaptés à la phase de l'épidémie et au stade de mutation du virus. Le SAMU du Ministère de la Santé sera mis à contribution pour le transfert des cas suspects. (Voir en annexe fiche de régulation du SAMU)

En pratique, le cas suspect est une personne présentant un syndrome respiratoire aigu brutal :

- Fièvre > 38°.
- Toux et/ou dyspnée, ou courbature ou asthénie

Cette personne devient un cas possible si dans les 7 jours avant le début des signes :

- Elle a séjourné dans un pays où sévit la grippe A/H1N1.
- Elle a eu contact étroit avec un cas probable ou confirmé pendant sa phase symptomatique ou au plus tard 24 heures avant le début des signes.

Les contacts étroits sont définis :

- Personne partageant le même lieu de vie que le cas index : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat...
- Contact direct en face à face à moins d'1 mètre du cas index au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion : flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau, voisins immédiat du cas index dans un avion ou un train ; sport de combat ou collectif impliquant des contacts physiques durables.(cf. fiche en annexe)

Cette définition de cas sera adaptée en fonction de l'évolution de la situation au niveau national

b. Traitement antiviral

Les médicaments antiviraux sont destinés en priorité au traitement des malades dès l'apparition des premiers symptômes. Ils seront délivrés gratuitement sur prescription médicale.

Le traitement présomptif antiviral ciblé sera appliqué à tous les sujets contact des cas confirmés et au personnel de santé en contact avec des gouttelettes infectieuses émises par un patient alors qu'il ne portait pas de masque.

A la phase pandémique, le traitement sera réservé aux malades avec les conditions préexistantes de risque (enceintes, infectés par VIH ou vivant avec le SIDA, diabétiques, etc.) ou les cas hospitalisés avec une infection respiratoire aiguë sévère.

2. Renforcement des capacités du personnel de santé et des relais

Ce renforcement ciblera le personnel de soins aux différents niveaux du système de santé (poste de santé jusqu'au niveau hospitalier), les agents d'hygiène et le personnel communautaire chargé des activités d'information et de sensibilisation des populations. Il s'agira d'améliorer les capacités du personnel pour le diagnostic précoce aussi bien clinique que biologique, la prise en charge des cas et la prévention de la diffusion de la maladie. Les agents d'hygiène chargée de l'hygiène dans les structures sanitaires seront formés sur les techniques de désinfection spécifique. Cette formation concernera l'ensemble des régions médicales

3. Information, Education, Communication

Un large effort de communication, d'information et de formation qui s'inscrit à la fois dans la durée et dans un contexte international accompagnera toutes les actions du plan par :

- La préparation du pays (population, professionnels) à la gestion de ce risque en diffusant une information régulière et pédagogique sur les risques liés à la pandémie, en instaurant une culture de prévention et en encourageant la solidarité nationale
- Le maintien de l'esprit civique et de la cohésion sociale autour des institutions et des pouvoirs publics ;

- La coordination de la communication entre tous les acteurs pour garantir la cohérence et l'efficacité de l'information sur la crise elle-même et sur les éléments qui s'y rapportent.

4. Coordination Suivi évaluation

Toutes les activités retenues dans ce plan seront coordonnées, suivies et évaluées de manière périodique au sein de la Commission de veille et de suivi mise en place au niveau du Ministère de la Santé de la Prévention et de l'Hygiène Publique.

Cette commission placée sous la coordination du Secrétaire General du MSPHP comprend toutes les structures du Ministère de la Santé de la Prévention et de l'Hygiène Publique impliquées dans la mise en œuvre des activités de prévention et de lutte contre la grippe aviaire au Sénégal. Elle est aussi élargie aux partenaires au développement et aux institutions techniques intervenant dans le domaine.

La commission se réunit chaque semaine pour faire le point de l'évolution de la situation épidémiologique et évaluer l'état d'exécution du plan de contingence.

La commission a aussi en charge la préparation et la mise en œuvre des missions d'investigation, d'appui ou de supervision au niveau des régions et des districts sanitaires.

Aux niveaux intermédiaires et périphériques, la coordination des activités de ce plan est placée sous la responsabilité des médecins de régions et de districts en relation avec les autorités administratives locales coordonnatrices des comités régionaux et départementaux de prévention et de lutte contre la grippe aviaire. Le plan sera évalué à mi parcours et à la fin.

Tableau 1 : Renforcement de la surveillance épidémiologique

| Activités | Responsable | Budget | Période | Indicateurs | Observations |
|--|-------------|--------------------|------------------|---|----------------------|
| Reproduire les outils de surveillance de la grippe A(H1N1) et les diffuser à tous les niveaux | DPM | PM | Mai 2009 | Outils mis en place dans toutes les structures concernées par la surveillance | Outils déjà en place |
| Renforcer les réactifs et consommables pour le laboratoire | DPM IPD | 30 000 000 | Fin Octobre 2009 | Rapport de réception | |
| Renforcer les kits de prélèvements | DPM IPD | 30 960 000 | Fin juillet 2009 | Rapport de réception | |
| Constituer une équipe d'investigation rapide | DPM | PM | Fin juin 2009 | Equipe mise en place (note de service) | |
| Mettre en place un fond pour les missions d'intervention d'urgence | DPM | 10 000 000 | | Fonds Disponibles | |
| Mettre en place des relais opérationnels pour la surveillance communautaire au niveau des zones à risque | DPM | 30 000 000 | | Relais opérationnels | |
| Analyser régulièrement les données de surveillance de la grippe A(H1N1) | DPM | PM | | Promptitude et complétude des rapports attendus | |
| Diffuser les rapports de surveillance épidémiologique | DPM | PM | | Nombre de rapports transmis / nombre rapports attendus | |
| Sous-total 1 | | 100 960 000 | | | |

Tableau 2 : Prise en charge des cas

| Activités | Responsable | Budget | Période | Indicateurs | Observations |
|---|-------------|---------------------|--------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Elaborer les outils de prise en charge des cas | DS, DES, | PM | Mai 2009 | Documents élaborés | Documents disponibles et mis en place |
| Reproduire et diffuser les documents sur la prise en charge des cas | DS | 6 000 000 F | Juillet 2009 | Documents mis en place | |
| Acquérir 100 000 Masques FFP2 | DS | 10 000 000 F | Juillet 2009 | Masques disponibles | |
| Acquérir 1 500 000 Masques anti projection | DS | 10 000 000 F | Juillet 2009 | Masques disponibles | |
| Acquérir 5000 kits de protection pour les personnels de santé | DS, PNA | 5 000 000 F | Juillet 2009 | Kits disponibles | |
| Acquérir des médicaments antiviraux destinés à la prise en charge des cas (100 000 traitements adulte Tamiflu ; 10 000 traitements Relenza) | DPL, PNA | 50 000 000 F | Juillet 2009 | Médicaments disponibles | |
| Acquérir des Vaccins anti grippaux si disponibles | DPM | PM | Novembre | | |
| Sous-total 2 | | 81 000 000 F | | | |

Tableau 3 : Hygiène

| Activités | Responsable | Budget | Période | Indicateurs | Observations |
|---|-------------|---------------------|-----------------|-------------------------------------|--|
| Former le personnel de l'Hygiène | DHP | 21 450 000 | Juin-juillet | Nbre d'agents formés/ Nbre prévu | Formation des formateurs et des agents |
| Acquérir du matériel de désinfection (2 appareils de nébulisation à grand débit, 50 appareils de pulvérisation à moteur, 50 appareils de pulvérisation manuels) | DHP | 35 500 000 | juillet | Equipements reçus | |
| Acquérir des produits désinfectants (Chlore, Agrigerm, Chlorure de chaux) | DHP | 16 000 000 | juillet | PV de réception du matériel | |
| Acheter du Carburant pour appareils et déplacement | DHP | 3 000 000 | Juin - décembre | | |
| Acquérir des kits de protection pour les agents | DHP | PM | Juin | | |
| Sous-total 3 | | 75 950 000 F | | | |

Tableau 4 : Renforcement des capacités des agents de santé et des relais

| Activités | Responsable | Budget | Période | Indicateurs | Observations |
|--|---------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------|
| Former les membres des ECR et ECD dans la détection précoce et la prise en charge des cas de la grippe A(H1N1) | DPM, DS | 36 000 000 | Juillet 2009 | Nombre d'agents formés / nbre prévu | |
| Former les agents de santé dans la détection précoce et la prise en charge des cas de la grippe A(H1N1) | ECR, ECD | 46 668 200 | Août – Octobre 2009 | Nombre d'agents formés / nbre prévu | |
| Former les équipes de soin au niveau des hôpitaux régionaux sentinelles | DS, DES | 14 705 600 | Août – Octobre 2009 | Nombre d'agents formés / nbre prévu | |
| Former les relais sur la surveillance à base communautaire | DPM, ECR, ECD | 13 000 000 | Août – Octobre 2006 | Nombre de relais formés / nbre prévu | |
| Former les opérateurs du Numéro Vert | SNEIPS | 4 000 000 | Aout 09 | Nombre formé/nombre prévu | |
| Sous-total 4 | | 114 373 800 | | | |

Tableau 5 : Communication

| Activités | Responsable | Budget | Période | Indicateurs | Observations |
|---|-------------|--------------------|------------------------|---------------------------------------|---|
| Confection de supports imprimés (affiches, dépliants, flyers,...) | SNEIPS | 10 000 000 | Juillet 09 | Supports disponibles | Confection de supports imprimés (affiches, dépliants, flyers,...) |
| Confection de spots télé et radios | SNEIPS | 2 500 000 | Juillet 09 | Spots disponibles | Confection de spots télé et radios |
| diffusion de spot télé | SNEIPS | 15 000 000 | Juillet 09 | Spots diffusés | diffusion de spot télé |
| Diffusion spots radio | SNEIPS | 30 000 000 | Juillet 09 | Spots radio diffusés | Diffusion spots radio |
| Assurer la diffusion des spots au niveau de chaque région | BREIPS | 25 200 000 | Juil-Déc 09 | Spots diffusées | Assurer la diffusion des spots au niveau de chaque région |
| Mener des activités de causerie au niveau des districts | BREIPS | 60 000 000 | Juil- Déc 09 | Nombre causeries menées/ nombre prévu | Mener des activités de causerie au niveau des districts |
| Organiser des fora de sensibilisation et de mobilisation dans chaque région | SNEIPS | 28 000 000 | A partir de Juillet 09 | Nombre de fora organisé/nombre prévu | Organiser des fora de sensibilisation et de mobilisation dans chaque région |
| Tenir des points de presse avec les médias | MSPHP | 6 000 000 | Juin- Déc 09 | Nbre de points de presse tenus/Prévus | Tenir des points de presse avec les médias |
| Sous-total 4 | | 167 700 000 | | | |

Tableau 6 : Coordination et suivi-évaluation des activités

| Activités | Responsable | Budget | Période | Indicateurs | Observations |
|--|-------------|------------------|------------------------|--|--------------|
| Organiser des réunions périodiques du Comité de veille et de suivi | MSPHP | PM | Mai Décembre | PV de réunions disponibles | |
| Suivre l'évolution mondiale de la grippe A(H1N1) et mettre à jour les informations au niveau du site WEB du MSPM | MSPHP | PM | Mai Décembre | Nombre de bulletins hebdomadaires produits | |
| Participer aux réunions et rencontres internationales sur la grippe A(H1N1) | MSPHP | 5 000 000 | Mai Décembre | PV de réunions disponibles | |
| Evaluer le plan à mi-parcours et à la fin | MSPHP | | Septembre, Décembre | Rapport d'évaluation | |
| Sous-total 5 | | 5 000 000 | | | |

Tableau 7 : Synthèse du budget

| Stratégies | Budget |
|--|----------------------|
| Renforcement de la surveillance épidémiologique | 100 960 000 F |
| Prise en charge des cas | 81 000 000 F |
| Hygiène | 75 950 000 F |
| Renforcement des capacités des agents de santé et des relais | 114 373 800 F |
| Communication | 167 700 000 F |
| Coordination et suivi évaluation des activités | 5 000 000 F |
| Total | 544 983 800 F |

Annexes :

Conduite à tenir en cas de suspicion d'infection au virus émergent H1N1 (A/H1N1v) [MAJ au 28 avril 2009]

I Définition de cas

Il s'agit d'une personne présentant un syndrome respiratoire aigu brutal :

- Fièvre > 38°
- Et Toux ou dyspnée ou difficultés respiratoires ou courbature ou asthénie

Cette personne devient un cas possible si dans les 7 jours avant le début de ses signes :

1. elle a séjourné dans un pays où sévit la grippe porcine ou grippe Mexicaine
2. elle a eu un contact étroit avec un cas possible, probable (cf. infra) ou confirmé pendant la période symptomatique ou au plus tard 24h avant le début des signes.

Les contacts étroits sont définis comme :

- personnes partageant le même lieu de vie que le cas index : famille, même chambre d'hôpital ou internat, caserne ...
- contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas index au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas index dans un avion ou un train ; sport de combat ou collectif indiquant des contacts physiques durables.

Chaque cas possible doit faire l'objet d'un signalement à la Direction de la Prévention Médicale du ministère de Santé pour une évaluation épidémiologique Téléphone : +221 33 869 42 31/33 869 42 33, Fax : +221 33 869 42 09/+221 839 42 37) **et la confirmation du classement en cas possible.**

Toutefois, il est rappelé, au Centre de régulation du SAMU 1515, qu'il n'est pas nécessaire d'appeler la Direction de la Prévention Médicale du Ministère de la Santé lorsqu'un diagnostic différentiel est clairement posé ou que le sujet ne vient pas d'une zone dans laquelle une circulation du virus émergent H1N1 a été mise en évidence

Par ailleurs, tout épisode de cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses, défini par au moins 3 cas dans une même collectivité (famille, classe, unité de travail...), doit également être signalé à la **Direction de la Prévention Médicale du Ministère de la Santé** sans délai.

Tout résultat d'analyse d'un laboratoire listé doit être transmis à la **Direction de la Prévention Médicale du Ministère de la Santé** pour réévaluation du classement du cas.

Tout cas possible ou probable qui n'est ni exclu ni confirmé, est considéré comme "en cours d'investigation".

Cas suspect :

- un tableau sévère (syndrome de détresse respiratoire aiguë ou décès dans un tableau de syndrome infectieux respiratoire aigu)
- cas possible ayant eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé pendant la période de contagiosité de celui-ci

Cas confirmé : cas possible ayant été confirmé biologiquement comme une infection liée au virus grippal de type H1N1 d'origine porcine par le CNR-grippe.

Cas exclu : un cas suspect est exclu s'il ne rentre pas dans la définition de cas

II Régulation et transfert du patient suspect par le SAMU

- Les personnes qui répondent aux critères de la définition de cas possible ci-dessus doivent contacter le Centre de régulation 1515 du SAMU
- Le SAMU informe la structure de référence de l'arrivée du Patient
 - o Si absence de détresse vitale : Service des Maladies infectieuses (SMI) du CHNU de Fann Tel :

- Si détresse vitale : Service d'Urgence (SU) de l'Hôpital Principal de Dakar (SU HPD) Tel :
- Le SAMU informe la Direction de la Prévention Médicale du Ministère de la Santé
- Le SAMU envoie une ambulance pour le transport du patient avec un minimum de personnes (idéalement 3)
 - **Habillage de l'équipement** : une surblouse, un masque de type FFP2, une paire de gants, une paire de lunettes, un calot et des surchaussures (Kit de protection)
 - **Habillage du patient** : avec un masque chirurgical
 - **Transfert du patient** : soit vers SMI du CHNU, soit SU de l'HPD
 - **Déshabillage de l'Equipage** : Matériels de Protection laissés sur place au site de prise en charge du patient
 - **Désinfection du véhicule au SAMU selon la procédure du Centre du SAMU (en pièce jointe)**
 - **Relever la consommation des Kits de protection**

NB : Il est nécessaire de disposer d'un stock de kits de protection au niveau du SAMU

III Prélèvements naso-pharyngés :

Les prélèvements (nasal et pharyngé) sont à réaliser rapidement **avant tout traitement antiviral** en vue d'effectuer une recherche d'infection à Influenza A. Les deux écouvillons sont mis dans le même milieu transport et envoyés immédiatement sous triple emballage vers le laboratoire du Centre National de référence pour la Grippe de l'institut Pasteur de Dakar.

Il est rappelé de prendre contact avec le laboratoire destinataire (voire numéros ci-dessous) avant tout envoi de prélèvement.

L'Ambulance du SAMU amène le prélèvement le plus rapidement possible vers le laboratoire prévenu.

IV Traitement antiviral :

Les données actuelles disponibles indiquent que les inhibiteurs de la protéine virale M2 (amantadine et rimantadine) ne sont pas efficaces sur le virus émergent. Par contre, l'oseltamivir et le zanamivir sont efficaces (données in vitro). Les cas possibles doivent être traités préférentiellement par oseltamivir jusqu'à infirmation du diagnostique le cas échéant et selon les posologies rappelées ci-dessous

Tableau : Indications de l'Oseltamivir (Tamiflu®), Capsule de 75 mg pour les traitements curatifs et prophylactiques

| Tranche d'âge | | Traitement | Chimioprophylaxie |
|---|----------|---|---|
| Oseltamivir | | | |
| Adultes | | 75mg capsule 2 fois par jour pendant 5 jours | 75 mg capsule une fois par jour |
| Enfant (âge, 12 mois et plus, poids) | ≤15 kg | 60 mg /j réparti en 2 doses | 30 mg une fois par jour |
| | 15–23 kg | 90 mg /j réparti en 2 doses | 45 mg une fois par jour |
| | 24–40 kg | 120 mg/j réparti en 2 doses | 60 mg une fois par jour |
| | ≥40 kg | 150 mg /j réparti en 2 doses | 75 mg une fois par jour |
| Zanamivir | | | |
| Adulte | | 2 inhalations de 5 mg (total 10 mg) 2 fois par jour | 2 inhalations de 5 mg (total 10 mg) 1 fois par jour |
| Enfant | | 2 inhalations de 5 mg (total 10 mg) 2 fois par jour (enfants âgés de 7 ans et plus) | 2 inhalations de 5 mg (total 10 mg) 1 fois par jour (enfants âgés de 5 ans et plus) |

Source: CDC and Prevention, Atlanta, 2009

V Prise en charge des personnes contacts :

Il doit être recommandé aux **personnes contacts étroits des cas possibles** de rester à domicile et d'éviter les contacts avec des tiers.

Les **contacts étroits des cas probables et confirmés** doivent recevoir une prophylaxie par un inhibiteur de la neuraminidase sans attendre le résultat de l'investigation biologique et rester à domicile en période pré-pandémique.

En cas d'apparition de fièvre ou de signes respiratoires, les personnes contact doivent contacter le SAMU centre 1515 pour une réévaluation de leur situation.

A la phase pandémique, le traitement sera réservé aux malades avec les conditions préexistantes de risque (enceintes, infectés par VIH ou vivant avec le SIDA, diabétiques, etc.) ou les cas hospitalisés avec une infection respiratoire aigüe sévère

VI Protection des personnels :

Il est rappelé que toutes les mesures, barrières d'hygiène doivent être mises en œuvre, notamment le port d'un masque et l'usage fréquent de solutions hydro alcooliques pour les professionnels de santé et de secours.

Si un patient possiblement infecté nécessite la mise en œuvre d'un transport, le personnel au contact proche du patient chargé du transport doit se protéger par le port de masque FFP2.

Au sein des services d'urgence des établissements de santé, des cabinets de ville et de toute structure sanitaire dans lesquels un patient suspect peut se présenter, les bonnes pratiques d'hygiène doivent être rappelées. Si le patient présente des symptômes respiratoires fébriles, il doit être équipé d'un masque chirurgical et isolé. Le personnel impliqué dans sa prise en charge directe doit être protégé par le port de masque FFP2

Envoyer les échantillons (minimum deux écouvillonnages rhino-pharyngés) sous triple emballage au laboratoire de premier niveau par les moyens de transport à votre disposition (voiture de service, ambulance, etc.) ;

Le laboratoire national de référence pour la grippe de **l'Institut Pasteur de Dakar** est en capacité d'assurer une réception des échantillons 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 (y compris les jours fériés). Les analyses sont réalisées aux heures d'ouvertures du laboratoire. En cas d'urgence et sur demande de la direction de la prévention Médicale du Ministère de la Santé, le laboratoire peut réaliser une analyse la nuit.

Centre national de référence pour la Grippe Institut Pasteur de Dakar

Avenue Pasteur

Téléphone :

+221 33 839 92 25/+221 33 839 92 22

+221 33 839 92 00 poste 337

Urgences : +221 77 559 04 14

Fax : +221 33 839 92 24

Direction de la Prévention Médicale du Ministère de la Santé :

Téléphone : +221 33 869 42 31/33 869 42 33

Fax : +221 33 869 42 09/+221 839 42 37

DIRECTIVES POUR LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA GRIPPE

Devant tout cas suspect de grippe:

- Remplir correctement et complètement la fiche d'investigation individuelle de la grippe
- Faire un prélèvement (confère fiche technique sur la confirmation des cas suspects de grippe A(H1N1))
- Détruire le matériel à usage unique (incinérer si possible ou brûler et enfouir)
- Faire un conditionnement adéquat du prélèvement (cf. fiche technique sur la confirmation des cas suspects de grippe A(H1N1))
- Acheminer le prélèvement à **l'Institut Pasteur de Dakar**
Adresse : 36 avenue Pasteur, Dakar ;
- Prendre le soin de téléphoner pour avertir du départ du colis à :
 - L'Institut Pasteur de Dakar
Téléphone : 33 839 92 25 / 33 839 92 22
33 839 92 00 poste 337
Fax : 33 839 92 24
- Faire une copie de la fiche de notification et l'envoyer à :
 - La Direction de la Prévention Médicale
Fax: 33 869 42 09 / 33 869 42 37
e-mail : mba@minsante.sn

Avertissements :

- Ne jamais faire parvenir de prélèvements suspects d'Influenza A/H1N1 sans mentionner clairement cette suspicion.
- Chaque prélèvement doit impérativement être accompagné du formulaire correctement et complètement rempli

Nouvelle Grippe A/H1N1 - Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en période d'alerte pandémique.

Mise à jour : 07 mai 2009

Cette fiche ou les modalités de sa mise en œuvre pourront évoluer en fonction des connaissances sur la situation épidémiologique.

1. Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en phase 5 avec transmission interhumaine

Les principes de la conduite à tenir sont résumés ainsi qu'il suit :

- a. L'investigation autour du **cas possible** devra inclure également les sujets ayant été en contact étroit (cf. définition ci-dessous) du cas dans les 24 heures précédant le début des signes du cas ou après le début des signes du cas ;
- b. Il sera recommandé à ces sujets, ainsi qu'aux personnes co-exposées, de rester à domicile et de limiter les contacts avec des personnes extérieures pendant une période allant jusqu'à une semaine après leur dernier contact avec le cas ou la source d'exposition, ou jusqu'à l'exclusion du cas possible en cas de résultats négatifs des prélèvements virologiques ;
- c. En cas d'apparition de fièvre ou de signes respiratoires, ils doivent contacter le SAMU 1515 pour une évaluation de leur situation;
- d. Les contacts étroits des cas probables (voir définition ci-dessous) et des cas confirmés doivent recevoir une prophylaxie par un inhibiteur de la neuraminidase sans attendre le résultat de l'investigation biologique et être maintenus à domicile.
- e. Des conseils leur seront donnés sur les modalités du maintien à domicile et l'attitude en cas d'apparition de symptômes ;
- f. Si, compte tenu de l'évolution de la situation, le nombre de « cas possibles » crée dès ce stade des problèmes de gestion des hospitalisations, la prise en charge du patient pourra être réalisée à son domicile s'il n'y a pas de critère de gravité et si le suivi médical à domicile est possible, y compris sur le plan social.

Dans le cas où la personne est maintenue à domicile, le SAMU 1515 organise la réalisation et le transfert du prélèvement naso-pharyngé vers le laboratoire de l'IPD habilité

- la mise sous traitement antiviral du cas est réalisée sans délai ;
- des conseils de protection lui sont donnés ainsi qu'à son entourage
- un suivi médical est organisé ; la DSE est informée des résultats de ce suivi.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'évolution de la situation et des informations disponibles.

Annexe 1 : Définition de cas au 07/05/09

a. Cas Possible

Patient présentant un syndrome respiratoire aigu brutal avec :

- fièvre (>38°) et
- toux et/ou dyspnée, asthénie, courbatures et
- si dans les 7 jours avant le début des signes :
 - A séjourné Dans un Pays ou une zone où sévit la nouvelle grippe A(H1N1)
 - A eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé pendant sa phase symptomatique ou au plus tard 24 heures avant le début des signes de ce cas

Les contacts étroits sont définis comme :

- Personnes partageant le même lieu de vie que le cas index : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat.....
- Contact direct, en face à face, à moins d'un mètre d'un cas index au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; voisins du cas index dans un avion, bateau, voiture.

Par ailleurs, tout épisode de cas groupés d'infections respiratoires aiguës doit également être signalé à la Division de la Surveillance Epidémiologique.

b. Cas probable

- cas possible avec une PCR grippe A sur un écouvillon naso-pharyngé
- cas possible avec un tableau sévère (syndrome de détresse respiratoire aigüe ou décès dans un tableau de syndrome infectieux respiratoire aigu)
- cas possible ayant eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé dans les 24h avant le début des signes.

CONDUITE A TENIR A LA REGULATION DU SAMU DEVANT UN CAS DE SUSPICION DE GRIPPE A(H1N1)

Cas suspect:

Patient présentant un syndrome respiratoire aigu brutal avec :

- fièvre (>38°) et
- toux et/ou dyspnée, asthénie, courbatures et
- si dans les 7 jours avant le début des signes :
 - A séjourné Dans un Pays ou une zone où sévit la nouvelle grippe A(H1N1)
 - A eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé pendant sa phase symptomatique ou au plus tard 24 heures avant le début des signes de ce cas

Les contacts étroits sont définis comme :

- Personnes partageant le même lieu de vie que le cas index : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat.....
- Contact direct, en face à face, à moins d'un mètre d'un cas index au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; voisins du cas index dans un avion, bateau, voiture.

Régulation et transfert du patient par le SAMU:

- Les personnes qui répondent aux critères de la définition de cas possible ci-dessus doivent contacter le centre **1515** du SAMU.
- Le SAMU informe la structure de référence de l'arrivée du patient :
 - o Si absence de détresse vitale : Service des Maladies infectieuses de FANN
 - o Si détresse vitale : Hôpital Principal de Dakar
- Le SAMU informe la Direction de la Prévention Médicale
- Le SAMU envoie une ambulance pour le transport du patient, avec un minimum de personnes (idéalement 3).
- Habillage de l'équipage : une surblouse, un masque FFP2, une paire de gant, une paire de lunettes, un calot et des surchaussures.
- Habillage du patient avec un masque chirurgical.
- Transfert du patient vers le Service des maladies infectieuses ou vers HPD.
- Déshabillage de l'équipe et protections laissées à (Fann ou à HPD).
- Désinfection du véhicule au SAMU (ou à sa base) selon procédure (en pièce jointe).
- Relever consommation kit (en pièce jointe).

Nouvelle Grippe A/H1N1

Prise en charge des malades détectés sur le trajet de leur arrivée au Sénégal (Voies aériennes et maritimes).

Mise à jour : 07 mai 2009

L'Association internationale du transport aérien (IATA) a diffusé le 28 juillet 2008 des recommandations aux personnels de cabine pour les cas où se trouveraient à bord des avions des personnes suspectées de développer une maladie contagieuse. Dans le contexte d'une menace de pandémie grippale, il s'agit des personnes revenant de zones où sévit l'épidémie et répondant à la définition d'un cas possible.

La prise en charge de ces voyageurs sera effectuée selon les règles fixées par le Règlement Sanitaire International (RSI), les points d'entrée devront être désignés.

Le cas échéant, les avions et/ou les navires transportant des voyageurs suspects seront donc redirigés vers ces points d'entrée. Si ces points d'entrée désignés arrivent à saturation, de nouvelles structures pourront alors être conditionnées, selon des modalités préalablement établies.

1. En l'absence de transmission interhumaine (phase 3 OMS)

En phase 3, la mise en œuvre des dispositions figurant en italique (ci-dessous), pour tous les vols ou voyages maritimes directs se dirigeant vers le Sénégal à partir des zones où existent des cas humains de virus grippal pandémique ou potentiellement pandémique, est à la discrétion des compagnies ou des gestionnaires d'aérodromes ainsi que des autorités investies du pouvoir de police portuaire (capitainerie), au regard notamment de la situation épidémiologique internationale.

En l'absence de diagnostic, les mesures de protection respiratoire recommandées sont celles à prendre devant toute pathologie infectieuse respiratoire.

1.1. Voyage par avion

Si un passager présente pendant le vol des symptômes évoquant une infection grippale, le commandant de bord doit être immédiatement prévenu. Ce dernier alerte aussitôt les autorités aéroportuaires de destination afin que le passager soit pris en charge à son arrivée.

Un masque chirurgical doit être porté par le passager malade, sauf contre-indication médicale ; il doit être isolé, si possible, du reste des passagers, et *une cabine de toilette est réservée à son usage exclusif. Ce passager est pris en charge par un personnel de cabine dédié (de préférence celui qui s'est occupé de lui avant la survenue des signes évocateurs) respectant les protocoles d'hygiène et équipé de masques FFP2 dont les compagnies aériennes se sont dotées.*

Les déchets infectieux du passager et les déchets du personnel (masques, gants, etc...) sont placés dans un contenant approprié, et traités selon les bonnes pratiques d'élimination des déchets médicaux.

A l'arrivée, le SAMU ou le service médical intervenant sur l'aéroport monte à bord et prend en charge le passager de manière sécurisée (protections). Le passager est ensuite pris en charge selon les dispositions de la fiche (CAT phase 5). Le prélèvement naso-pharyngé sera effectué aux urgences de l'établissement de santé d'accueil (HPD ou MI FANN).

Les compagnies aériennes, informés par les gestionnaires d'aérodromes, distribuent les fiches de traçabilité à chacun des autres passagers et des membres de l'équipage et les récupèrent une fois remplies, avant l'atterrissage.

Après l'atterrissage, les compagnies aériennes transmettent les fiches de traçabilité aux gestionnaires d'aérodrome, qui se chargent de les transmettre aux autorités sanitaires.

Les passagers et l'équipage sont informés de la conduite à tenir en cas de survenue de signes évocateurs de grippe dans les sept jours suivants.

L'avion est ensuite nettoyé selon des procédures adaptées (nécessité d'agents nettoyant/désinfectants selon les recommandations de l'IATA) avant son départ.

1.2. Voyage maritime

Si un cas suspect est détecté en mer, le capitaine du navire se met en relation avec le service médical du Port Autonome de Dakar.

En tout état de cause, le capitaine du navire, avant l'arrivée, transmet la « déclaration maritime de santé » à la Capitainerie. En cas de problèmes mentionnés sur la déclaration, celle-ci se rapproche des autorités sanitaires. Les mesures à prendre, inspirées des recommandations faites pour les cas détectés à bord d'un avion, sont adaptées en fonction de la localisation du navire par rapport au port d'escale.

Dans le cas d'un navire arrivant dans un port Sénégalais, il appartient au service médical intervenant sur le port, en liaison avec le SAMU 1515, de définir les modalités spécifiques de prise en charge.

La cabine de la personne malade et les lieux de vie du navire devront faire l'objet d'un nettoyage approfondi avant l'autorisation de départ du navire.

Avant l'arrivée, le Capitaine du navire veille à la distribution et à la collecte des fiches de traçabilité remplies par les voyageurs. Après l'arrivée, les compagnies maritimes transmettent les fiches de traçabilité aux autorités sanitaires. Les voyageurs (passagers et équipage) sont informés de la conduite à tenir en cas de survenue de signes évocateurs de grippe dans les sept jours suivants. Le passager est ensuite pris en charge selon les dispositions de la fiche (CAT phase 5). Le prélèvement naso-pharyngé sera effectué au sein de l'établissement de santé d'accueil (HPD ou MI FANN)

2. En cas de transmission interhumaine (phase 4 et 5)

En cas de transmission interhumaine signalée dans le pays de provenance, lorsque le Sénégal est encore indemne (situation 4A et surtout situation 5A), les mesures à mettre en œuvre sont les mêmes. Les dispositions figurant ci-dessus en italique pour la phase 3 sont systématiquement appliquées.

Ces mesures pourront être complétées par la mise en quarantaine des passagers et des équipages.

2.1. Voyage par avion

Dès réception d'une alerte sanitaire, les autorités aéroportuaires de destination doivent immédiatement prévenir l'autorité médicale compétente pour qu'elle mette en œuvre le dispositif approprié.

L'aéronef est dirigé vers son aéroport de destination, sauf si le terrain de destination est inaccessible, ou s'il ne dispose pas de capacités de prise en charge médicale rapides et adéquates, ou s'il a été informé par les autorités locales de la saturation des capacités d'accueil médical ou aéroportuaire. Dans ces cas et si l'urgence l'oblige, l'aéronef sera orienté vers un autre aéroport

2.2. Voyage maritime

Dans le cas des voyages maritimes, compte tenu des temps d'incubation et de trajet, les mesures de prise en charge des navires ou de leurs voyageurs (passagers et membres d'équipages) seront discutées au cas par cas. Des mesures de prise en charge des voyageurs malades en mer pourront être organisées sous l'égide du Ministère compétent. Des mesures de déroutement de navires vers des ports dotés de capacités d'accueil suffisantes et de capacités de prise en charge médicale adéquate pourront être mises en œuvre en liaison avec les autorités sanitaires.

Enfin, la mesure de quarantaine sera discutée au cas par cas et pourrait être organisée à bord du navire, en lien avec les services de l'Etat du port et de l'Etat du pavillon.



REPUBLIQUE DU SENEGAL
 MINISTERE DE LA SANTE DE LA PREVENTION
 ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



DIRECTION DE LA PREVENTION MEDICALE

Les informations contenues dans cette fiche sont strictement réservées à un usage médical.
 Elles sont conservées temporairement dans une enveloppe scellée, détruite à la fin de cette période.

Cette fiche est importante pour votre santé

**FICHE DE TRACABILITE DES PASSAGERS
 A DES FINS DE SANTE PUBLIQUE**

Vous avez voyagé sur un vol en provenance
 d'une **zone affectée par une épidémie de grippe A(H1N1)**.

Dans l'hypothèse où un passager de votre vol présenterait
 une grippe A(H1N1), les autorités sanitaires pourraient être amenées
 à **vous contacter dans les 10 jours suivant votre retour** afin
 de vous assurer une **prise en charge adaptée**.

C'est pourquoi nous vous demandons de **remplir ce questionnaire**
(un par personne et pour chaque enfant voyageant avec vous)
 et d'indiquer précisément vos coordonnées.

INFORMATIONS SUR LE VOL

| Nom de la compagnie aérienne | N° de vol | Date d'arrivée | N° de siège |
|------------------------------|-----------|----------------|-------------|
| | | | |

INFORMATIONS PERSONNELLES

| | |
|--|--|
| Nom de famille/ Prénom | |
| Adresse du domicile permanent | |
| Adresse de votre séjour au Sénégal (y compris les hôtels) | |
| Téléphone (portable le cas échéant) | |
| Adresse e-mail | |
| Personne à contacter (nom, téléphone) | |