



Orientations sur les mesures temporaires de lutte antipaludique dans les pays affectés par le virus Ebola¹

Dernière version : 13 novembre 2014²

L'efficacité de la riposte contre le virus Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone peut être encore optimisée en prenant des mesures ciblées pour réduire le nombre des cas de fièvre. La présente note de l'OMS récapitule un ensemble de recommandations temporaires à l'intention des trois pays les plus sévèrement touchés par la flambée d'Ebola. (Le dernier ajout au présent document est la section 3 sur la distribution de masse des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.)

Informations générales

En Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, la transmission du paludisme est continue toute l'année. Au cours de la saison des pluies, de mai à octobre, on observe une augmentation importante du nombre des cas et des décès. Dans ces trois pays, l'accès aux établissements de soins est actuellement très faible : la plupart des postes de santé sont toujours fermés et, pour ceux qui sont ouverts, le taux des consultations externes atteint seulement 10 % par rapport à la fréquentation normale par crainte du virus Ebola.

La détection et la prise en charge d'Ebola et du paludisme ont été difficiles pour les cliniciens, le tableau clinique initial des deux maladies étant similaire (fièvre, céphalées, faiblesse et douleurs articulaires³). De plus, la crainte généralisée du virus Ebola a dissuadé de nombreux patients fébriles de venir dans les établissements de santé, ce qui complique la prise en charge des deux maladies. Dans les trois pays, le paludisme est la cause la plus courante de fièvre mais, par un ensemble de mesures ciblées, on peut réduire le nombre global des cas de fièvre.

Les stratégies de lutte contre le paludisme et de prévention décrites dans le présent document visent à atteindre trois objectifs : 1) réduire la morbidité et la mortalité imputables au paludisme ; 2) faire baisser le nombre de patients présentant un épisode fébrile de paludisme pour « désencombrer » les services d'évaluation pour Ebola ; et 3) renforcer la protection des agents de santé en première ligne pour lutter contre ces deux maladies mortelles.

-
1. La présente note a été élaborée au Siège de l'OMS (HTM/GMP, MCA et SDS) et au Bureau régional OMS de l'Afrique (AFRO/MAL et AFRO/PHE). L'OMS remercie pour leur contribution technique les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, l'UNICEF et l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA).
 2. Des notes pour les recommandations relatives au paludisme ont tout d'abord été transmises aux Programmes de lutte antipaludique dans les pays affectés par le virus Ebola en septembre 2014. Toutes ces notes sont désormais réunies en un seul document, qui sera réactualisé si l'une des recommandations provisoires venait à changer ou à être davantage développée.
 3. Définitions de cas recommandées pour la surveillance des maladies à virus Ebola ou Marburg, OMS, 2014 (anglais : <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-case-definition-contact-en.pdf>) (français : http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola_definition_cas_contacts_rev_fr.pdf?ua=1).

1. Dépistage et traitement du paludisme dans les régions affectées par Ebola

1. Renforcer la nécessité des précautions standard « en permanence et pour tous les « patients » dans le cadre des soins de santé (y compris l'hygiène des mains et le port des gants), de la sécurité des injections (éviter les piqûres accidentelles) et de l'élimination sans risque des déchets.
2. Si l'on utilise des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme, ils doivent répondre aux critères de sélection recommandés par l'OMS⁴ basés sur les résultats du programme d'essai de l'OMS pour ces tests, et les lots doivent être testés avant leur déploiement sur le terrain.
3. Les exigences concernant l'équipement de protection individuelle (EPI)⁵ pour faire un test de diagnostic rapide du paludisme doivent être énoncées explicitement dans les documents d'orientation.

Exigences concernant l'EPI pour faire un TDR :

- i. Si le patient ne vomit pas, ne saigne pas et n'a pas de diarrhée :
Double paire de gants d'examen, écran facial (ou masque et lunettes de protection) et blouse jetable.
 - ii. Si le patient vomit, saigne ou a de la diarrhée (risque d'éclaboussures pendant l'acte) :
Double paire de gants d'examen, blouse imperméable (ou blouse non imperméable et tablier en latex), masque médical, écran facial ou lunettes de protection, protection couvrant la tête, bottes).
4. Si les exigences relatives à l'EPI ne peuvent être appliquées, il faut suspendre provisoirement les TDR jusqu'à ce que le niveau requis ait été atteint pour l'EPI et qu'une formation suffisante ait été donnée, ou jusqu'à ce qu'on ait officiellement déclaré que la situation d'urgence nationale concernant le virus Ebola est terminée. En l'absence de TDR :
 - a. les cas suspects de paludisme recevront un traitement empirique avec la dose complète d'une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA). On peut attendre la réponse clinique à la CTA dans les 48 heures ;
 - b. l'absence de réponse au traitement par la CTA (c'est-à-dire si la fièvre n'a pas disparu dans les 48 heures) exclut pratiquement le paludisme des causes de la fièvre et renforce la probabilité d'une autre maladie fébrile, y compris l'infection à Ebola.
 5. Prise en charge du cas de fièvre au niveau communautaire par les agents de santé locaux :
 - a. Compte tenu de la difficulté pour garantir un EPI au niveau requis, les agents de santé communautaires participant aux programmes de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire dans les régions affectées par le virus Ebola doivent recevoir la formation pour diagnostiquer le paludisme sur la seule base des antécédents de fièvre (sans faire un TDR).
 - b. L'utilisation des TDR pour confirmer le diagnostic du paludisme sera interrompue et le traitement antipaludique sera administré seulement sur présentation de fièvre jusqu'à la déclaration officielle de la fin de l'épidémie.

4. Note d'information sur les critères de sélection recommandés pour l'acquisition de tests de diagnostic rapide du paludisme. OMS, 2014 (http://www.who.int/malaria/publications/atoz/rdt_selection_criteria/fr/).

5. Adapté de : Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus dans les établissements de santé, avec un accent particulier sur le virus Ebola. OMS, 2014. (http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/filovirus_infection_control/fr/).

- c. La pneumonie (respiration rapide) et la diarrhée seront prises en charge selon les lignes directrices de la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire⁶ et les cas suspects d’Ebola seront transférés vers un établissement de soins approprié.

2. Distribution des moustiquaires à imprégnation durable (MID) dans les régions affectées par Ebola

1. Dès qu’on dispose d’un nombre suffisant de ces moustiquaires dans le pays pour atteindre les niveaux souhaitables de couverture dans les zones ciblées prioritaires (celles les plus touchées par Ebola), des campagnes de distribution doivent être mises en œuvre sans délai. Pour éviter la transmission dans les zones affectées par le virus Ebola, tous les agents de santé, en particulier ceux participant directement à la distribution des moustiquaires ou des bons porte à porte, doivent être formés à la nécessité d’appliquer « **en permanence** » les précautions suivantes :
 - a. éviter les poignées de mains ;
 - b. ne pas toucher les malades, ne pas leur dispenser de soins ;
 - c. ne pas toucher d’objets personnels (assiettes, tasses, ustensiles) et de surfaces dans les foyers, en particulier s’il y a un malade dans la maison ;
 - d. se laver souvent les mains au cours de la distribution, soit avec une solution hydroalcoolique, soit, s’il n’y en a pas, à l’eau et au savon ;
 - e. garder au moins un mètre de distance dans toutes les interactions avec les gens.
2. En elle-même, la formation doit être organisée de façon à éviter un trop grand rassemblement de personnes et en prenant en considération les précautions pour la protection personnelle.
3. Les campagnes de communication et de mobilisation sociale doivent informer les communautés des changements spécifiques qui seront appliqués aux distributions de moustiquaires dans les communautés affectées pour éviter la formation des foules et des contacts trop proches entre les personnes qui attendent qu’on leur remette les moustiquaires. Les campagnes doivent également prévoir des messages standard sur l’utilisation des moustiquaires, réaffirmant qu’elles sont distribuées gratuitement et expliquant clairement la différence entre Ebola et le paludisme.
4. Compte tenu de la forte pression subie par les services de santé et le personnel, les exigences en matière de collecte des données et d’enregistrement devront être simplifiées au maximum, en envisageant des approches pragmatiques (par exemple un nombre standard de MID par ménage, sur la base de la taille moyenne des ménages si cela permet une couverture universelle dans les zones ciblées). Il convient de fournir à la population des clous et de la ficelle pour limiter les déplacements à la recherche de matériel pour suspendre les moustiquaires.
5. **La distribution de MID porte à porte** peut être envisagée pour limiter le nombre de personnes se présentant aux centres de distribution à un moment donné, dans la mesure où il existe des moyens suffisants de distribution directe aux familles permettant de couvrir la population ciblée dans un délai raisonnable.
6. **La distribution porte à porte de bons** pour des moustiquaires gratuites peut également être envisagée pour réduire les besoins en transport et en logistique. Pour limiter les contacts proches entre les personnes, on peut remettre des bons à un nombre limité de

6. Voir : Caring for newborns and children in the community, adaptation for high HIV or TB settings, OMS, 2014 (http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/9789241548045-2.pdf).

ménages, par exemple 10 au maximum à un moment donné, pour qu'ils aillent chercher les MID dans un centre et à un moment précis (par exemple le matin ou l'après-midi d'un jour donné). Chaque bon doit comporter les informations suivantes :

- a. nombre de moustiquaires à remettre par bon ;
- b. lieu de distribution où les moustiquaires seront remises ;
- c. périodes recommandées pour récupérer les moustiquaires et le matériel pour les suspendre.

Le bon peut également inclure des messages sur les comportements appropriés pour éviter la transmission du paludisme et du virus Ebola.

7. Les campagnes de distribution des MID doivent également cibler **tous les centres de santé ayant des services d'hospitalisation**, y compris les centres d'orientation-recours pour Ebola et les centres de traitement d'Ebola, pour fournir à tous les patients hospitalisés des moustiquaires individuelles, assurant une protection correcte contre le paludisme. Les moustiquaires utilisées par des cas suspects ou confirmés d'Ebola doivent être mises dans des sacs en plastique réservés aux déchets hautement infectieux puis incinérées. L'incinération des moustiquaires en plein air peut entraîner le dégagement de fumées toxiques. Pour manipuler les MID souillées par des cas suspects ou confirmés d'Ebola, il faut porter une double paire de gants, une blouse imperméable, des chaussures fermées (bottes, par exemple) et une protection du visage (masque et lunettes de protection ou écran facial).
8. Les moustiquaires à éliminer doivent être immédiatement remplacées par de nouvelles. Pour compléter les efforts et assurer le remplacement des MID usagées/déchirées, **la distribution systématique de MID** doit se prolonger pendant et après la campagne (si c'est faisable et déjà mis en place en application de la politique nationale).
9. Les personnes distribuant les MID doivent respecter en permanence les mesures renforcées d'hygiène mentionnées ci-avant mais n'ont pas besoin de porter un équipement de protection individuelle (EPI), des masques ou des gants. Les solutions hydroalcooliques pour les mains doivent être fournies à tous ceux qui participent directement à la distribution des moustiquaires après leur avoir assuré une formation complète sur les modalités de l'hygiène des mains et sur les mesures de sécurité « no touch », c'est-à-dire sans contact tactile.
10. L'inclusion des MID dans la distribution des kits d'hygiène ou de lutte contre l'infection destinés aux ménages, et/ou leur association avec d'autres services de lutte contre la maladie et de prévention, doit prendre en considération les principes énoncés ci-dessus, ainsi que les besoins supplémentaires sur le plan logistique, financier et au niveau du personnel. La communication devra faire clairement le lien entre les moustiquaires et la prévention du paludisme, afin d'éviter la perception qu'elles protègent d'Ebola ou d'autres maladies dont s'occupent d'autres services. Il faut continuer à inciter les populations à aller consulter en cas d'épisode fébrile.

3. Administration massive des CTA dans les régions affectées par Ebola

1. L'administration massive de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA), c'est-à-dire le traitement de masse de toute une population, ou d'une grande partie de la population, quels que soient les symptômes, peut ramener très rapidement la charge du paludisme à de très faibles niveaux pendant un certain temps.
2. L'OMS recommande l'administration massive des CTA dans les régions qui sont fortement touchées par la flambée d'Ebola où la transmission du paludisme est élevée et l'accès aux

traitements antipaludiques est très faible du fait que les patients ne vont pas dans les établissements de santé ou ne consultent pas les services communautaires pour se faire soigner. Dans ce contexte, on peut escompter de la distribution massive des CTA les avantages suivants :

- a. baisse rapide de la morbidité et de la mortalité imputables au paludisme ;
 - b. diminution de l'incidence des épisodes fébriles dus au paludisme, d'où une baisse du nombre des patients se présentant avec de la fièvre aux services d'évaluation pour Ebola, ce qui entraînera un risque plus faible de transmission du virus Ebola aux patients atteints de paludisme et allègera la charge de travail dans ces services ;
 - c. amélioration de la crédibilité de la prestation des services de santé, y compris lors des actions communautaires ;
 - d. possibilité d'associer la mesure avec d'autres interventions (voir ci-dessous).
3. On envisagera, pour l'administration massive, les CTA qui ont un effet prophylactique prolongé après le traitement et ne sont pas prescrites en première intention, comme la dihydroartémisinine-pipéraquline. Pour un déploiement rapide, cependant, l'artésunate-amodiaquine (ASAQ), traitement de première intention dans les pays touchés, pourra être préférable au vu de sa disponibilité immédiate et de son acceptabilité par la population. L'administration massive couvrira à la fois les agents de santé et l'ensemble de la population.
4. Les campagnes d'administration massive doivent s'appuyer sur une communication efficace pour expliquer aux populations les avantages escomptés, en insistant particulièrement sur le potentiel de réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme, sur la baisse de fréquence des épisodes fébriles pouvant être diagnostiqués à tort comme étant dus à Ebola, sur la participation de la communauté et sur une acceptation maximale. Les agents locaux et les agents de santé engagés dans l'administration massive des CTA doivent être formés à la mobilisation sociale et à la communication sur l'importance d'une observance complète du traitement, ainsi qu'à la prise en charge des effets indésirables des médicaments susceptibles de survenir pendant la campagne.
5. La distribution se fera de porte à porte pour toutes les personnes vivant dans les ménages ciblés et visera une couverture totale. Si possible, la première dose d'ASAQ sera délivrée en surveillant directement la prise du traitement et les deuxième et troisième doses seront autoadministrées à domicile. On peut donner l'ASAQ à toute la population, à l'exception des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse, aux nourrissons pesant moins de 5 kg, à ceux qui ont déjà pris ce médicament au cours du mois écoulé et aux patients sous zidovudine, éfavirenz ou cotrimoxazole.
6. Pour éviter la transmission dans les zones affectées par le virus Ebola, tous les agents de santé, en particulier ceux participant directement aux visites dans les foyers pour enregistrer les résidents et distribuer les médicaments porte à porte, doivent être formés à la nécessité d'appliquer **en permanence** les précautions suivantes :
- a. éviter les poignées de mains ;
 - b. ne pas toucher les malades, ne pas leur dispenser de soins ;
 - c. ne pas toucher d'objets personnels (assiettes, tasses, ustensiles) et de surface dans le foyer, en particulier s'il y a un malade dans la maison ;
 - d. se laver souvent les mains au cours de la distribution des médicaments, soit avec une solution hydroalcoolique, soit, s'il n'y en a pas, à l'eau et au savon ;
 - e. garder au moins un mètre de distance dans toutes les interactions avec les gens.

7. L'administration massive de médicaments peut être planifiée et associée avec la distribution d'autres produits, comme les MID, le savon, les sels de réhydratation orale, etc. Les détails opérationnels sur la manière de procéder varieront en fonction de la situation locale. Les médicaments seront distribués tous les mois et, après deux ou trois tournées, la nécessité de poursuivre l'administration massive sera évaluée.⁷ L'opération sera suspendue une fois qu'on aura officiellement déclaré que la situation d'urgence nationale concernant le virus Ebola est terminée ou plus tôt, si un accès fiable aux CTA a été instauré par l'intermédiaire du système de santé ou par d'autres points de distribution.
8. Après l'arrêt des opérations, la population doit avoir accès aux MID pour éviter une recrudescence de la transmission du paludisme due à une capacité vectorielle élevée.

7. Au Libéria, Médecins sans frontières a entrepris récemment une campagne d'administration massive d'artésunate-amodiaquine à toutes les personnes âgées de >6 mois à Monserrat, une zone densément peuplée de Monrovia. L'administration de l'ASAQ se fait porte à porte, avec des équipes d'enregistrement et des agents chargés de délivrer le médicament visitant chaque ménage plusieurs jours consécutifs et appliquant une politique « no touch » (pas de contacts tactiles). Les plans pour refaire des tournées seront réévalués en fonction des résultats obtenus et de l'évolution de la situation.