



Organisation mondiale de la Santé

WHO/EPI/GEN/93.21

Distribution : Générale

Original : anglais

Une approche intégrée

pour
une couverture vaccinale élevée
la lutte contre la rougeole
l'élimination du tétanos néonatal
l'éradication de la poliomyélite

Une notion nouvelle :

L'approche fondée sur la notion de haut risque



Programme élargi de Vaccination

Genève

1993

L'OMS tient à remercier les Gouvernements
des pays suivants, dont la collaboration
a permis l'élaboration du présent module :

Australie
Chine
Danemark
Finlande
Norvège
Pays-Bas

© Organisation mondiale de la Santé, 1993

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

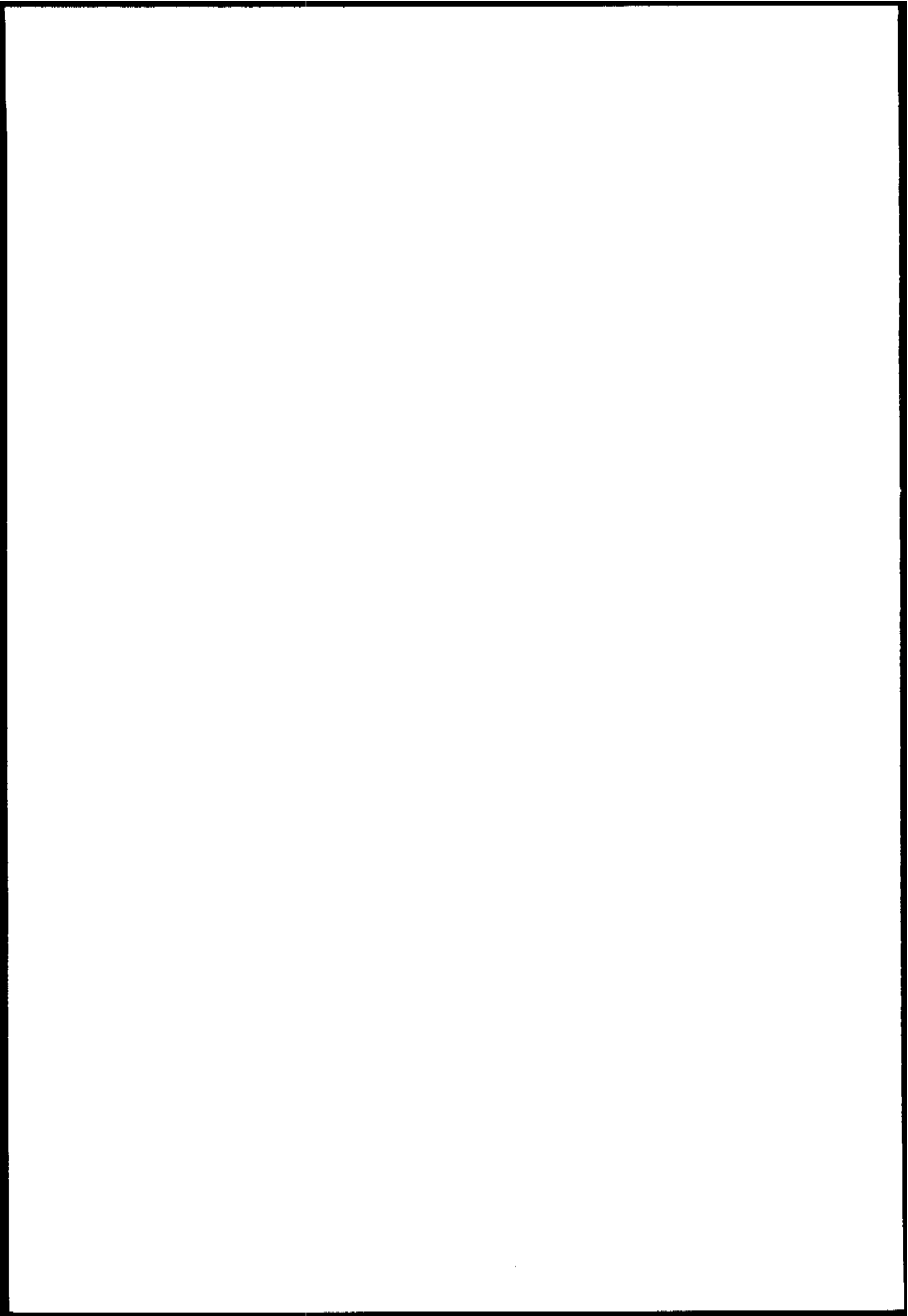
The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Table des matières

1.	Historique	1
2.	Stratégies de réduction de la morbidité	3
2.1	Rougeole	3
2.2	Tétanos néonatal	3
2.3	Poliomyélite	3
3.	Mise en oeuvre des stratégies : les avantages d'une approche intégrée	5
4.	Amélioration de la couverture	7
5.	Surveillance des maladies	11
5.1	Surveillance courante	11
5.2	Activités de surveillance et études spéciales	17
6.	Contrôle de l'efficacité de la surveillance : les indicateurs qualitatifs	19
7.	Données nécessaires à une bonne gestion	20
8.	Approche fondée sur la notion de haut risque	23
9.	Activités de soutien	28
10.	Elaboration de plans nationaux d'action intégrés	30
11.	Bibliographie	31



1. Historique

L'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) a fait siens (résolution WHA45.17) les objectifs vaccinaux suivants fixés par le Sommet mondial pour les enfants:

- maintien d'un niveau élevé de couverture vaccinale (au moins 90 % des enfants âgés de moins d'un an d'ici l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose, ainsi que contre le tétanos chez les femmes en âge de procréer;
- d'ici à 1995, réduction de 95 % de la mortalité due à la rougeole et réduction de 90 % des cas de rougeole par rapport aux niveaux prévaccaux, ce qui constituerait un grand pas vers l'éradication mondiale de la rougeole à long terme;
- élimination du tétanos néonatal d'ici 1995; et
- éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000.

L'Assemblée mondiale de la Santé a souligné que la réalisation des objectifs de lutte contre des maladies déterminées devrait s'opérer suivant des modalités propres à renforcer le développement du PEV dans son ensemble, en favorisant le rôle que celui-ci est susceptible de jouer, à son tour, dans le développement de l'infrastructure sanitaire et des soins de santé primaires (SSP).

Compte tenu de ces objectifs, l'OMS a élaboré des plans d'action pour les trois initiatives de lutte contre des maladies déterminées :

Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000 - Plan d'action. Révision 1992. (WHO/EPI/POLIO/92.2);

Plan d'action révisé pour l'élimination du tétanos néonatal (WHO/EPI/GEN/94.4);

Plan d'action révisé pour la lutte contre la rougeole dans le monde (WHO/EPI/GEN/94.2).

Les plans mondiaux d'action pour l'élimination du tétanos néonatal (TN) et de la poliomyélite ont été précédés par des plans d'action adoptés dans certaines Régions de l'OMS et dans plusieurs pays. Les plans mondiaux seront révisés au fur et à mesure du développement des connaissances techniques et des données d'expérience à caractère opérationnel.

Objectifs et portée du présent document

La nécessité de disposer de principes directeurs relatifs à l'intégration des activités recommandées dans les trois plans d'action distincts apparaît de plus en plus clairement à mesure que des pays plus nombreux s'engagent dans des activités visant à maîtriser la rougeole, à éliminer le TN et éradiquer la poliomyélite. Le présent document fait donc le

point des trois plans mondiaux et cerne les activités communes aux trois initiatives. Les directeurs nationaux pourront juger opportun de mener les activités préconisées en s'efforçant d'atteindre les buts fixés pour chacune des trois maladies grâce à des actions communes. Simultanément, ces activités amélioreront la couverture vaccinale grâce au développement continu d'infrastructures sanitaires viables et de compétences gestionnaires. Les plans mondiaux d'action pour la lutte antirougeoleuse, l'élimination du TN et l'éradication de la poliomyélite contiennent suffisamment d'informations techniques pour permettre de mieux appréhender les raisons des activités proposées.

Dans ce contexte, l'intégration signifie que lorsqu'une activité est commune aux trois plans d'action, elle devrait, en règle générale, être conduite de manière à promouvoir simultanément la mise en oeuvre des trois initiatives. Ces dernières prévoient un grand nombre d'activités communes de ce type, dont la surveillance et la riposte aux données qu'elle engendre. Si elle améliore l'efficacité de la mise en oeuvre des plans, l'intégration n'exclut toutefois pas pour autant les activités spécifiques indispensables à la réalisation des buts fixés pour chacune des trois maladies. Même dans le cas de programmes de vaccination bien établis ayant permis d'atteindre un taux de couverture de 70 % à 80 % pour tous les vaccins du PEV, y compris l'anatoxine tétanique pour les femmes, des opérations spéciales continueront de s'imposer pour l'élimination du tétanos du nouveau-né et l'éradication du poliovirus sauvage. Le choix du moment du lancement des activités de ce type dépend, dans une large mesure, des capacités gestionnaires à tous les niveaux du programme et des ressources disponibles. Font exception les activités complémentaires propres à l'éradication de la poliomyélite lorsqu'un pays où la couverture par les services de vaccination ordinaires est faible vient à se trouver dans une zone géographique exempte de poliomyélite par suite de l'élargissement de celle-ci. Dans ce cas, une aide extérieure s'impose pour la gestion du programme et l'approvisionnement en vaccins.

L'efficacité de la gestion du programme est la condition indispensable d'un impact aussi élevé que possible des activités programmatiques sur la morbidité et du meilleur usage de ressources peu abondantes. A cet effet, un outil gestionnaire nouveau a été élaboré : l'approche fondée sur la notion de haut risque.

2. Stratégies de réduction de la morbidité

Les stratégies à mettre en oeuvre pour réaliser les objectifs de réduction de la morbidité sont présentées dans le détail dans les trois plans distincts d'action pour la lutte contre la rougeole, l'élimination du tétanos néonatal et l'éradication de la poliomyélite. Les principales stratégies s'établissent comme suit :

2.1 Rougeole

- 1) Porter la couverture vaccinale à 90 % des enfants dans tous les secteurs.
- 2) Vacciner tous les enfants dans les zones à forte densité démographique, y compris les taudis urbains.
- 3) Identifier d'autres populations à haut risque grâce à une surveillance efficace de la maladie et faire des données recueillies un outil gestionnaire pour la focalisation des activités de lutte.
- 4) Traiter correctement les cas de rougeole afin d'abaisser les taux de létalité. Dans les secteurs où l'avitaminose A représente un problème de santé publique, on administrera de la vitamine A aux rougeoleux; cette thérapeutique devrait être envisagée également dans d'autres secteurs pour les cas graves.

2.2 Tétanos néonatal

- 1) Veiller à ce que les femmes en âge de procréer reçoivent au moins deux doses d'anatoxine tétanique et à ce que toutes les femmes enceintes soient correctement immunisées afin de protéger leur nourrissons du tétanos néonatal.
- 2) Identifier les secteurs à haut risque de TN; y vacciner toutes les femmes en âge de procréer et promouvoir les pratiques hygiéniques d'accouchement.
- 3) Procéder à des investigations sur tous les cas de tétanos néonatal afin d'en découvrir les raisons, et appliquer les mesures correctives appropriées (vaccination et pratiques hygiéniques d'accouchement) dans la population épidémiologiquement appropriée afin d'éviter l'apparition de cas nouveaux.

2.3 Poliomyélite

- 1) Obtenir un taux de couverture vaccinale élevé (par exemple 80 %) en administrant toutes les doses prévues de vaccin antipoliomyélitique au cours de la première année de vie. Le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) est le vaccin de choix pour l'éradication du poliovirus sauvage.
- 2) Mettre au point un système de surveillance suffisamment sensible pour déceler tous les cas possibles de poliomyélite - par exemple tous les cas de paralysie flasque aiguë, notamment chez les enfants de moins de cinq ans.

- 3) Organiser des journées nationales ou régionales de vaccination dans les pays situés dans des zones exemptes de poliomyélite en voie d'expansion et dans ceux qui sont de grands exportateurs potentiels de poliovirus. Dans le cadre de ces campagnes, le VPO sera administré à tous les enfants de moins de cinq ans au cours d'un bref laps de temps, puis de nouveau quatre à six semaines plus tard.
- 4) Enquêter sur chaque cas présumé de poliomyélite et veiller à une riposte rapide et gérée par des experts.
- 5) Procéder à des opérations de ratissage dans les zones à haut risque où la transmission du poliovirus sauvage pourrait se poursuivre.

Ces cinq stratégies principales d'éradication de la poliomyélite sont complémentaires; l'idéal serait qu'elles se fassent suite dans le cadre d'un programme de vaccination bien établi. Dans la pratique, on pourra appliquer simultanément plus d'une stratégie (par exemple la première, la deuxième et la troisième ou encore la deuxième et la cinquième). Il faut toutefois noter que, pour la plupart des programmes de vaccination relativement récents la première stratégie, visant à obtenir une couverture élevée par le VPO, est la plus importante; dans les programmes bien rodés, au contraire, lorsque la poliomyélite est devenue peu fréquente et que les cas sont focalisés dans quelques districts, le ratissage devient essentiel.

3. Mise en oeuvre des stratégies : les avantages d'une approche intégrée

Il résulte clairement de ce qui précède que les trois maladies considérées comportent deux grandes composantes communes. Des niveaux élevés et uniformes de couverture par les vaccinations systématiques servent de base à la fixation des objectifs de réduction des maladies; ils ont été arbitrairement fixés à 70 %-80 %. Il est toutefois bien évident que des taux élevés de couverture – pouvant même dépasser les 90 % visés pour l'an 2000 – ne permettront pas par eux-mêmes d'atteindre ces objectifs. L'autre composante commune des stratégies, à savoir la focalisation d'activités vaccinales complémentaires sur des secteurs et des populations à haut risque, devient dès lors indispensable. L'approche fondée sur la notion de haut risque (section 8) exige un système efficace de surveillance des maladies (section 5).

Le facteur temps est important pour chacune des trois initiatives pour la réduction de la morbidité. La date cible pour la rougeole et le tétanos néonatal sera atteinte dans trois ans. Les pays ne peuvent donc pas se permettre d'échelonner les opérations respectives; s'ils veulent atteindre les objectifs, ils doivent focaliser leur action sur les deux maladies. Il conviendra donc d'assigner un degré élevé de priorité aux mesures de lutte contre ces affections susceptibles d'une application simultanée. Les pays où la couverture par les vaccinations systématiques n'atteint pas un taux de 70 % à 80 % doivent renforcer leurs activités pour l'améliorer, mais préparer et conduire en même temps des activités vaccinales complémentaires plus focalisées visant à atteindre des zones et des populations fortement exposées au risque de rougeole et de tétanos néonatal. L'approche qui pourrait paraître souhaitable au point de vue opérationnel, c'est-à-dire un échelonnement des activités - l'accent étant placé initialement sur des taux de couverture uniformément élevés, les activités vaccinales complémentaires ne commençant qu'ensuite - n'est donc pas suffisante puisqu'elle ne permettra pas d'atteindre le but fixé à temps. Et surtout, l'association entre vaccinations systématiques et complémentaires pourrait se révéler plus efficace pour abaisser la morbidité et la mortalité.

Les mêmes considérations s'appliquent à la poliomyélite. La cible de l'éradication mondiale en l'an 2000 concerne non seulement l'élimination de cette maladie, mais aussi l'éradication du virus. Compte tenu du plan d'action mondial échelonné, il faudra consentir de très importants efforts au cours des huit années restantes pour réaliser ce but. On suppose maintenant d'une façon générale que la plupart des pays d'endémicité poliomyélique devront organiser des journées nationales (ou le plus souvent régionales) de vaccination pendant plusieurs années. A cette condition, les cas de maladie dus au poliovirus sauvage ne subsisteront que dans certains foyers qui pourront ensuite faire l'objet d'opérations de ratissage. Dans le cas de la poliomyélite, les pays à faible couverture vaccinale devront peut-être entreprendre également des activités vaccinales complémentaires avant de pouvoir obtenir une couverture élevée par les services de vaccination systématique. Le VPO, seul vaccin du PEV administré par voie buccale, peut être distribué par des personnels autres que les agents de santé (par exemple des volontaires communautaires), ce qui facilitera les campagnes. Les opérations de ratissage exigent le porte-à-porte, mais pour les journées de vaccination on peut établir des points fixes où les enfants remplissant les conditions nécessaires pourront être

vaccinés facilement et efficacement si l'on dispose d'une chaîne du froid fiable pour tous les vaccins.

Comme on vient de le voir, il existe donc plusieurs raisons importantes, d'ordre technique ou opérationnel, d'intégrer les activités communes de manière à atteindre les objectifs de réduction des diverses maladies et la couverture vaccinale à 90 %. Au surplus, une approche intégrée permettra d'utiliser le plus efficacement possible les maigres ressources en personnel au niveau du terrain ainsi que les fonds émanant de sources nationales et internationales. Outre qu'elle est valable au point de vue technique et opérationnel et qu'elle permet de faire le meilleur usage de ressources limitées, l'approche intégrée garantit aussi le degré le plus élevé de viabilité.

4. Amélioration de la couverture

D'ici à l'an 2000, la couverture vaccinale devrait s'établir au moins à 90 %. A sa réunion de 1991, le Groupe consultatif mondial du PEV a recommandé que ce taux atteigne au minimum 80 % dans toutes les régions d'ici 1995 et 90 % d'ici à l'an 2000, à l'âge d'un an, pour la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose. Le taux de couverture par la vaccination antirougeoleuse devrait s'élever dans le monde entier à 90 % au moins d'ici à 1995. Dans toutes les régions où le risque de tétanos néonatal est élevé, tous les nouveau-nés devraient être protégés d'ici à 1995 grâce à la vaccination des femmes en âge de procréer par l'anatoxine tétanique. Si le degré de risque n'est pas connu, on le supposera élevé.

Dans l'optique de 1992, une augmentation substantielle de la couverture par les vaccinations courantes est particulièrement importante pour la rougeole et le tétanos néonatal. Pour atteindre l'objectif d'une réduction de 90 % de la morbidité rougeoleuse, il faut une couverture d'au moins 95 % par les vaccins actuellement disponibles, particulièrement dans les régions à forte densité démographique. Au plan mondial, la couverture par deux doses ou plus d'anatoxine tétanique s'établit aux environs de 40 %; elle est plus faible encore dans de nombreuses régions menacées. Dans le cas du tétanos néonatal, une augmentation générale de la couverture a donc la priorité absolue. Toutefois, la réalisation de l'objectif de 1995 dépendra en l'espèce de la mise en place rapide d'un système efficace de surveillance permettant de déceler les groupes fortement exposés à cette maladie, auxquels le programme devrait porter une attention particulière. En dernière analyse, la survenue de cas même isolés doit être perçue comme un échec de la part du système de santé qui n'aura pas assuré à toutes les femmes la vaccination par l'anatoxine tétanique et des services d'accouchement respectant les principes de l'hygiène.

Le Tableau 4.1 énumère les activités nécessaires pour améliorer la couverture.

Au cours des dernières années, l'inclusion du vaccin anti-amaril dans le calendrier des vaccinations courantes a été recommandée pour 33 pays exposés de la Région africaine. Quant à l'inclusion du vaccin anti-hépatite B dans le programme de vaccination des nourrissons, elle a été préconisée pour tous les pays, notamment ceux où l'infection par le virus de cette maladie pose un grave problème de santé publique.

Tableau 4.1. Couverture vaccinale

Sujet	Activités communes	Activités spécifiques additionnelles		
		Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite
Calendrier		Une dose à 9 mois	Anatoxine tétanique x 5 (3 x DTC = 2 x anatoxine tétanique) Femmes en âge de procréer et femmes enceintes dans les régions à risque de tétanos néonatal	VPO x 4 à la naissance, puis à 6, 10 et 14 semaines ¹
Objectif	1995 : 80 % dans le monde 2000 : 90 % dans le monde	1995 : couverture à 90 % des nourrissons dans le monde au cours de la première année		
Stratégies nécessaires pour atteindre l'objectif	Vaccination courante dans des structures : - fixes - périphériques - mobiles ² Approche fondée sur la notion de haut risque ³ Journées nationales de vaccination ⁴			Journées nationales de vaccination : VPO x 2 aux enfants jusqu'à 5 ans ⁵
Surveillance	Système de surveillance systématique par les districts et les structures sanitaires Il y aura lieu de confirmer les déclarations sur la couverture nationale par les vaccinations systématiques, par exemple grâce à des enquêtes sur la couverture ⁶		Surveillance systématique de l'immunisation des femmes enceintes et, à partir de 1993, du nombre d'enfants immunisés à la naissance (évalués après la première dose de DTC) Enquêtes périodiques sur la couverture concernant l'immunisation à la naissance dans toutes les zones à haut risque	

Observations relatives au Tableau 4.1 : Couverture vaccinale

1. Il est recommandé d'administrer quatre doses de VPO au cours de la première année. Si la dose à la naissance est omise, la quatrième dose sera donnée lors d'un contact ultérieur, quatre semaines au moins après la troisième.
2. Une amélioration durable de la couverture suppose le développement de l'infrastructure sanitaire requise. Dans de nombreux pays, il faudra intensifier les activités vaccinales courantes, y compris à la périphérie. Les antennes mobiles sont coûteuses et ne doivent être utilisées que lorsqu'il est impossible d'atteindre certains groupes de la population à l'aide des services fixes ou périphériques. Dans les pays à taux de couverture faible ou moyen, la poursuite du développement de ces activités vaccinales de base, destinées à obtenir une couverture à 80 %, devrait figurer en tête de la liste des priorités. Quant aux pays où ce taux existe déjà, ils devront en assurer le maintien par les vaccinations courantes et user de l'approche fondée sur la notion de haut risque (voir la section 8) pour le porter à 90 %, ainsi que pour vacciner complètement les enfants par le VPO dans les secteurs où la transmission du poliovirus sauvage se poursuit, ainsi que les femmes en âge de procréer par l'anatoxine tétanique dans les régions et les populations fortement exposées au tétanos néonatal.
3. L'approche fondée sur la notion de haut risque est traitée dans la section 8.
4. On envisagera des activités vaccinales spéciales, fondées sur des campagnes telles que les journées nationales de vaccination, dans les pays ou les régions où la création ou le développement suffisant des infrastructures sanitaires à base de centres de santé fixes ne paraît guère réalisable dans un proche avenir. Les journées de vaccination sont conçues pour améliorer les services de manière à pouvoir administrer tous les vaccins appropriés du PEV aux jeunes enfants (au cours de leur première année) et aux femmes en âge de procréer. Dans certaines circonstances, on pourra élargir la tranche d'âge visée de manière, par exemple, à vacciner par le VPO les enfants jusqu'à cinq ans et par le vaccin antirougeoleux les enfants de moins de 2 ans. Dans les régions difficiles d'accès, dont certaines ne reçoivent qu'une fois par an la visite du personnel du PEV, l'anatoxine tétanique pourra être donnée à toutes les femmes de moins de 45 ans, voire à l'ensemble de la population.

Toutes les campagnes devront viser à atteindre 100 % des enfants et des femmes remplissant les conditions voulues. Si dans la zone visée la couverture augmente de moins de 20 % au cours d'une campagne, on procédera à une évaluation minutieuse afin de cerner et de résoudre les difficultés avant de renouveler ces activités ailleurs. Toutes les campagnes de vaccination devront être planifiées et menées de manière à déboucher sur une augmentation du nombre des sites ou des activités de vaccination permanentes, disposant du soutien logistique nécessaire.

Le PEV du Siège de l'OMS publiera prochainement des directives à l'intention des directeurs de programmes sur l'organisation des campagnes de vaccination (voir la bibliographie en page 31.)

Ces campagnes ont été utilisées avec succès dans certains pays de la Région des Amériques qui cherchent à éliminer ou à éradiquer la rougeole.

5. Des journées de vaccination pourront aussi se révéler nécessaires dans des pays situés dans des zones exemptes de poliomyélite en voie d'extension, où le taux de couverture par la vaccination courante est élevé mais où la transmission du poliovirus se poursuit et n'est pas localisée dans un secteur géographique déterminé. En pareil cas, le VPO sera administré à tous les enfants de 0 à 3 ou 5 ans – sans égard à leur situation vaccinale – au cours d'un bref laps de temps, puis de nouveau 4 à 6 semaines plus tard. En règle générale, on utilisera les structures sanitaires pour les activités vaccinales au cours des journées nationales de vaccination; à condition de disposer d'un soutien logistique suffisant, celles-ci pourront donc porter sans trop de difficultés sur l'ensemble des vaccins du PEV.
6. Les enquêtes par grappes sont un outil très efficace, dont l'utilité va au-delà de la simple mesure de la couverture vaccinale destinée à vérifier l'exactitude des déclarations. Les enquêtes sur la couverture doivent toujours englober l'immunisation contre le tétanos à la naissance.

Les enquêtes sur la couverture génèrent des informations essentielles à la gestion du programme et notamment le nombre estimatif des abandons, des occasions manquées, des intervalles incorrects entre vaccinations ainsi que l'âge lors des vaccinations et un grand nombre d'autres indicateurs. Tous ces renseignements sont indispensables aux directeurs des programmes pour rechercher les points faibles de ces derniers, ainsi que pour les aider à concentrer leurs maigres ressources sur les secteurs où les besoins sont le plus grands.

5. Surveillance des maladies

5.1 Surveillance courante

Le but le plus important de la surveillance des maladies est de servir d'outil de gestion pour permettre au directeur du programme de cerner les secteurs où l'existence de cas des maladies cibles témoigne de la nécessité de mesures appropriées et, éventuellement, d'améliorations du programme. La surveillance joue un rôle capital dans le suivi des progrès dans la voie de la maîtrise des maladies cibles.

Une surveillance efficace des maladies est une condition préalable de la réalisation des objectifs fixés par les trois initiatives de lutte contre des maladies déterminées. Même s'il ne s'agit que d'atteindre la couverture vaccinale à 90 %, cette surveillance est importante pour découvrir les poches résiduelles d'individus exposés, puis orienter les ressources du programme vers ces zones où elles sont le plus nécessaires. Aux fins du PEV, le système de surveillance des maladies a pour objet de dépister et de signaler tous les cas de rougeole, de tétanos néonatal et de poliomyélite en fonction des définitions types, afin de faire démarrer des activités visant à maîtriser davantage les maladies visées. Dans les stades initiaux, lorsque l'incidence de ces dernières reste élevée, on placera l'accent sur la soumission en temps voulu de déclarations mensuelles complètes de la part de tous les établissements sanitaires désignés à cet effet. A mesure que l'incidence diminuera, ces déclarations devront devenir de plus en plus précises, tous les cas diagnostiqués étant déclarés. Les cas présumés de poliomyélite doivent être signalés immédiatement au niveau responsable d'activités telles que les enquêtes et la mise en route de mesures de riposte. La participation active des communautés à la recherche et à la notification des cas présumés aux services sanitaires devient de plus en plus importante; elle permet de faire en sorte que tous les cas survenus parviennent à la connaissance de la structure sanitaire locale.

Afin que l'information issue de la surveillance conduise rapidement et efficacement à des activités de prévention et de lutte, la responsabilité de la gestion du système de surveillance et de la riposte appropriée aux données qu'elle génère sera décentralisée aux niveaux du district et du centre de santé et attribuée à des agents de santé désignés à cet effet.

On trouvera des renseignements détaillés sur les conditions nécessaires au fonctionnement d'un système de surveillance courante des maladies infectieuses, répondant aux besoins du PEV dans le document intitulé "Améliorer les systèmes de surveillance courante des maladies infectieuses (y compris les maladies cibles du PEV) : Directives à l'intention des directeurs des programmes nationaux" (WHO/EPI/TRAM/93.1).

Le tableau 5.1 montre que presque toutes les activités de surveillance sont communes aux trois initiatives de réduction de la morbidité : le nombre des activités spécifiques requises est faible.

Tableau 5.1. Surveillance des maladies

Sujet	Activités communes	Activités spécifiques additionnelles		
		Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite
Données à déclarer	<p>Détermination du nombre de cas suivant les définitions types¹</p> <p>Déclarations, par mois et par unité</p> <p>Déclarations de toutes les structures sanitaires désignées³</p> <p>Dans les secteurs à faible incidence : déclaration immédiate des poussées épidémiques (≥ 1 cas)</p>		<p>Déclaration de tous les décès de nouveau-nés, avec l'indication "associé au tétanos néonatal" ou "non associé au tétanos néonatal" (seulement dans les régions où cette maladie est rare)²</p>	
Classement et analyse	<p>Une personne désignée et correctement formée est responsable à tous les niveaux</p> <p>Enregistrement de la date de réception des déclarations émanant des niveaux périphériques</p> <p>Préparation d'un résumé du nombre des cas</p> <p>Etablissement de cartes des foyers et de graphiques</p> <p>Recherche des tendances</p> <p>Comparaison entre les statistiques de morbidité et la couverture, par secteur</p> <p>Détermination des zones et des groupes à haut risque⁴</p> <p>Soumission en temps voulu de déclarations au niveau supérieur</p>			

Sujet	Activités communes	Activités spécifiques additionnelles		
		Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite
Riposte fondée sur les données issues de la surveillance	<p>Mise en route d'enquêtes sur le(s) cas ou la flambée⁵</p> <p>En cas de tendances ascendantes : recherche des motifs et prise de mesures appropriées</p> <p>Ripostes appropriées en cas de flambées⁷</p> <p>Suivi des établissements n'ayant pas soumis de déclarations⁸</p> <p>Diffusion des données issues de la surveillance et rétro-information à l'intention des unités dont émanent les déclarations⁹</p>			<p>Prélèvement d'échantillons⁶</p> <p>Intensification de la surveillance pendant les 60 jours suivant le dernier cas, en veillant à la participation de la communauté au dépistage et à la notification</p>

Observations relatives au tableau 5.1 : Surveillance des maladies

1. Il n'est pas recommandé de rendre compte des décès dus aux maladies cibles du PEV par le canal du système courant de surveillance des maladies. Ces données de routine sont inutilisables pour le calcul des taux généraux de létalité et ne fournissent donc qu'un tableau très incomplet des ravages causés par ces maladies. Au surplus, l'obligation de signaler les cas de ces dernières et des décès qui leur sont imputables complique la tâche des agents de santé périphériques. Les taux de létalité doivent être étudiés dans le cadre des enquêtes sur les flambées, ainsi que de celles sur les maladies réalisées par les hôpitaux ou les communautés.

Il importe que les personnels de santé des structures sanitaires périphériques connaissent bien les définitions types des maladies à déclaration obligatoire adoptées par les autorités nationales.

A l'heure actuelle, l'OMS recommande les définitions types ci-après :

Rougeole : Eruption maculopapillaire généralisée plus une température corporelle de 38°C ou plus plus l'une au moins des manifestations ci-après :

- toux
- coryza
- conjonctivite

Définition à l'usage profane :

- antécédents de fièvre et d'éruption cutanée plus l'une des manifestations ci-après :
- toux, écoulement nasal, yeux rouges

Tétanos néonatal : Tétées et pleurs normaux pendant les deux premiers jours de la vie plus apparition de signes de maladie entre le troisième et le vingt-huitième jour, plus impossibilité de téter suivie d'une raideur et/ou de "convulsions".

Définition à l'usage profane :

Antécédents : Chez un enfant qui tète et pleure normalement pendant les deux premiers jours, apparition, au cours du premier mois de vie, d'une incapacité de s'alimenter, suivie d'une raideur et/ou de mouvements musculaires convulsifs.

Poliomyélite : Dans les pays d'endémie, la définition est la suivante : Tout enfant de moins de cinq ans atteint d'une paralysie flasque aiguë (comprenant le syndrome de Guillain-Barré) qui ne s'explique par aucune autre cause.

Dans les pays indemnes, pour autant qu'on le sache, de poliovirus sauvage depuis de longues années, les individus plus âgés peuvent être menacés de poliomyélite.

Définition à l'usage profane :

Apparition soudaine d'une faiblesse et d'une paralysie d'une ou des deux jambes, d'un ou des deux bras et/ou du tronc, chez un sujet dont on sait que cette paralysie n'existait pas à la naissance ou n'est pas associée à un traumatisme grave ou à une arriération mentale.

2. La mission première des structures sanitaires périphériques est de signaler tous les cas diagnostiqués de tétanos néonatal survenus dans leur secteur, d'enquêter sur les cas, d'en dresser la liste et d'appliquer des mesures correctives (pratiques hygiéniques d'accouchement et vaccinations) dans le groupe de femmes auxquelles appartient la mère de l'enfant atteint. Une fois cet ensemble d'activités relativement bien organisé, les établissements sanitaires doivent chercher à s'assurer la collaboration des communautés de leur secteur pour qu'elles leur communiquent tous les décès de nouveau-nés. Il appartiendra ensuite aux agents de santé de déterminer (en s'appuyant

sur la définition type) si les décès sont ou non imputables au tétanos néonatal, puis de rendre compte en conséquence à l'échelon du district (nombre total des décès néonataux enregistrés; nombre de ceux associés au tétanos néonatal et de ceux qui ne sont pas dans ce cas). Le nombre total des cas de tétanos néonatal déclarés par une structure sanitaire périphérique englobera ceux présentés dans cet établissement et les décès néonataux signalés par la communauté et diagnostiqués par les agents de santé comme imputables au tétanos du nouveau-né. Pour éviter qu'un même cas ne figure deux fois dans les statistiques, il sera indispensable d'établir la liste des cas de tétanos néonatal ayant fait l'objet d'une enquête, ce qui permettra de dénombrer ceux adressés à un hôpital pour traitement.

3. A sa réunion de 1991, le Groupe consultatif mondial a recommandé qu'à la fin de 1992 au plus tard, tous les pays aient organisé la déclaration complète et en temps voulu¹ des cas de rougeole, de tétanos néonatal et de poliomyélite paralytique (y compris les déclarations "zéro cas") une fois par mois au moins par tous les postes désignés à cet effet.
4. Pour la détermination des zones et des groupes à haut risque, voir la section 8.
5. La responsabilité de la mise en route urgente d'enquêtes sur un ou plusieurs cas ou sur une flambée doit être clairement attribuée à une seule personne. Suivant les politiques nationales, ces investigations pourront être réalisées par des personnes relevant de différents niveaux du système de santé. Dans le cas du tétanos néonatal, elles devraient être effectuées par l'établissement sanitaire avec lequel la mère d'un cas présumé a été en contact. Les enquêtes sur les flambées de rougeole et de poliomyélite devraient être effectuées - surtout lorsque le taux d'incidence est tombé à des niveaux faibles - par des professionnels formés et expérimentés travaillant à des échelons plus élevés, éventuellement celui du district.

On trouvera des directives concernant les enquêtes sur les cas et sur les flambées épidémiques dans les documents ci-après : "Guidelines for Investigating Suspected Cases of Neonatal Tetanus" (WHO/EPI/TRAM/93.3) et "Répondre à une flambée épidémique suspectée de polio : Enquête sur les cas, surveillance et contrôle - Liste de contrôle du responsable" (WHO/EPI/POL/91.3)

6. Le prélèvement d'échantillons de selles de chaque cas présumé de poliomyélite acquiert une importance croissante à mesure que l'incidence décroît, et qu'un réseau de laboratoires est mis en place et fonctionne en conformité avec la politique nationale.
7. La nature de la riposte à une flambée épidémique de rougeole ou de poliomyélite ou à une grappe de cas de tétanos néonatal doit varier suivant la maladie, la couverture

¹ Pour une définition de la soumission de déclarations complètes en temps voulu, voir le document de référence N° 4, page [31].

vaccinale et les particularités locales (situation géographique/accessibilité, caractère saisonnier, pratiques, etc.). Ainsi, une poussée épidémique de rougeole ou de poliomyélite dans une zone à forte endémicité et à faible couverture vaccinale appelle avant tout un renforcement des moyens de vaccination courante, alors que dans le cas d'un pays où la couverture vaccinale générale est bonne et l'incidence faible, elle doit donner lieu à une analyse minutieuse des causes et à l'application des mesures correctives appropriées (journées de vaccination, vaccinations post-épidémiques d'urgence ou ratissage). Lorsque l'incidence de la poliomyélite tombe à des niveaux très bas, chaque cas signalé devient une urgence au regard de la santé publique.

En règle générale, les flambées locales de rougeole sont prévues même dans des zones à haute couverture vaccinale et il n'est pas recommandé de lancer immédiatement une riposte sous la forme d'une campagne de vaccination qui n'exercerait guère d'effets sur le déroulement de l'épidémie. Là où l'application énergique de mesures de vaccination est susceptible de contribuer à maîtriser cette dernière – par exemple dans les métropoles et les grandes villes, ou dans d'autres zones à forte densité de population –, on envisagera néanmoins ce type d'actions afin de limiter le nombre des décès provoqués par la maladie, à condition que leur mise en oeuvre ne risque pas de compromettre les vaccinations courantes. Le renforcement des services curatifs en vue d'une meilleure prise en charge de l'enfant atteint de rougeole devrait toujours constituer l'un des éléments de la riposte à une poussée de cette maladie. Les pays qui cherchent à l'éliminer ou à l'éradiquer devront toujours réagir vigoureusement à une flambée. Dans le cas de la poliomyélite, s'il s'agit d'un pays où le programme de vaccination systématique est bien établi, une pression politique s'exercera inévitablement pour obtenir que le système de santé s'efforce de maîtriser la flambée par une campagne de vaccination. Comme l'infection par le poliovirus sauvage pourra être déjà répandue lorsque la flambée sera découverte et fera l'objet d'une enquête, il est plus que probable que les campagnes locales n'exerceront que peu d'effets sur la propagation de ce virus. La riposte initiale sera donc mise en oeuvre afin de garantir la poursuite de la coopération du public et de stimuler une surveillance active; mais elle sera limitée et suivie d'activités de lutte soigneusement planifiées et appliquées dans un vaste secteur, de manière à interrompre la transmission du poliovirus sauvage. L'effectif et la fourchette des âges de la population ciblée dépendront de l'épidémiologie de la poliomyélite dans le pays; toutefois, elle ne comprendra généralement que les enfants jusqu'à cinq ans. A mesure que le nombre des cas de poliomyélite diminuera, les vaccinations post-épidémiques d'urgence couvriront des populations de plus en plus étendues. Le mieux sera de conduire l'opération en porte-à-porte afin d'atteindre tous les enfants de l'âge prévu, quelle que soit leur situation vaccinale; elle devra être répétée quatre à six semaines plus tard.

Dans les pays où les programmes de vaccination systématique sont solidement établis, les flambées épidémiques de rougeole et de poliomyélite, ainsi que la survenue de cas de tétanos néonatal doivent toujours faire l'objet d'enquêtes et d'analyses minutieuses permettant de découvrir les facteurs auxquels il convient de remédier (voir la section 8 sur l'approche fondée sur la notion de haut risque). On utilisera les situations de ce type pour mieux sensibiliser la communauté et les décideurs politiques à l'importance d'un programme efficace de vaccination.

8. Dans le cadre du suivi des postes qui ne soumettent pas les déclarations attendues, on placera l'accent sur la recherche des difficultés qui s'opposent à la transmission de

données complètes en temps voulu. On s'attachera ensuite à les éliminer grâce à des contacts plus étroits - par exemple, des visites de contrôle plus fréquentes - ou encore à la formation ou au recyclage du personnel des structures sanitaires en cause.

9. Les statistiques communiquées seront transformées en données de surveillance d'une compréhension aisée. Elles seront ensuite transmises à tous les établissements sanitaires dont on attend des déclarations. Elles devraient aussi être largement diffusées, à intervalles réguliers, aux décideurs politiques et administratifs.

5.2 Activités de surveillance et études spéciales

Le système de surveillance systématique des maladies constitue l'élément de base pour l'enregistrement du nombre de cas; il repose sur des déclarations mensuelles (ou hebdomadaires) présentées par toutes les structures sanitaires, y compris les déclarations "zéro cas". Ce dispositif représente l'outil gestionnaire permettant à tous les niveaux de cibler les activités programmatiques et de procéder à des interventions spéciales afin d'améliorer la prévention et la lutte contre les maladies. Dans les systèmes avancés capables de réagir face à la survenue de cas individuels, la communication immédiate de l'apparition de cas isolés de certaines maladies prioritaires pour la santé publique (par exemple la poliomyélite) fait partie du système de surveillance courant.

Toutefois, celui-ci ne peut fournir certaines informations importantes pour la planification ou la refonte des programmes, l'adaptation des stratégies et le suivi des progrès réalisés. On trouvera dans le Tableau 5-2 la liste des activités nécessaires pour se procurer ce type de données; elles comprennent des études sur l'activité des vaccins, la détermination de la fréquence réelle de certaines maladies dans une communauté, les taux de létalité et les facteurs de risque. Les renseignements sur la répartition par âge et la situation vaccinale des cas proviendront des investigations sur les flambées, éléments essentiels des systèmes de surveillance courants des programmes avancés. Dans certains pays, les données de ce type peuvent, toutefois, être recueillies systématiquement grâce à des postes spécialement désignés pour présenter des rapports spécialisés - souvent connus sous le nom de sites sentinelles - sur lesquels le choix pourra s'être porté du fait qu'ils servent de structure d'orientation-recours pour des maladies déterminées.

Tableau 5-2 : Activités spéciales de surveillance

Activités communes	Activités spécifiques additionnelles		
	Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite
Etudes sur l'activité des vaccins dans le cadre d'enquêtes sur les flambées		Etudes cas-témoins destinées à déceler les zones à haut risque	Prélèvement d'échantillons dans l'environnement pour la recherche des poliovirus ²
Taux de létalité, dans le cadre d'enquêtes sur les poussées épidémiques		Études cas-témoins des facteurs de risque	Prélèvement d'échantillons de selles d'enfants non suspects de poliomyélite ²
Analyse des dossiers hospitaliers, destinée à vérifier l'exactitude des déclarations et des taux de létalité			Banque des souches de virus sauvage
Enquêtes dans la communauté sur les taux réels d'incidence et de létalité ¹			

Observations relatives au Tableau 5-2 : Activités spéciales de surveillance

1. Les enquêtes sur les maladies sont coûteuses et nécessitent beaucoup de temps ; de surcroît, ces deux facteurs ne feront que s'accroître avec la chute des taux d'incidence. Elles ne devraient donc jamais faire partie des activités courantes de surveillance, mais être menées ponctuellement dans des situations particulières. Les enquêtes à base communautaire sur le tétanos néonatal ont été préconisées pour les pays dépourvus de données de base sur la fréquence de cette maladie.
2. Dans le cas de la poliomyélite, les activités visant à rechercher la présence du virus sauvage dans une communauté deviennent essentielles là où des activités complémentaires de vaccination par le VPO, conçues pour interrompre la transmission du virus sauvage (Journées nationales de vaccination, vaccinations post-épidémiques d'urgence et ratissage) ont été menées et où les cas de poliomyélite paralytique ont disparu.

6. Contrôle de l'efficacité de la surveillance : Les indicateurs qualitatifs

Les trois principaux indicateurs de la qualité des déclarations et de l'efficacité de l'utilisation des données communiquées sont les suivantes :

- 1) **Ponctualité et complétude** des déclarations, mesurées au nombre des déclarations mensuelles (ou hebdomadaires) reçues en temps voulu au niveau du district, de l'état ou de la province et à l'échelon national, comparées au nombre des structures sanitaires désignées pour communiquer des données. La signification de l'expression "ponctualité" doit être définie par les administrations nationales en fonction de l'état du système local de communication; dans le cas des déclarations mensuelles, la date limite pour les structures sanitaires périphériques est souvent fixée vers le milieu du mois suivant, voire avant la fin de la période de notification suivante. Dans la plupart des pays, huit semaines devraient suffire pour traiter les données et les transmettre du niveau périphérique au niveau national.
- 2) Le nombre **des cas ou des flambées épidémiques ayant fait l'objet d'une enquête**, comparé au nombre des cas et des flambées signalés. Pour le tétanos néonatal et la poliomyélite dans les pays de faible endémicité, ce paramètre devrait se rapporter aux cas signalés. En ce qui concerne la poliomyélite dans les pays à forte endémicité ainsi que la rougeole, il devrait porter sur les flambées/grappes de cas signalés.
- 3) Pour le tétanos néonatal et la poliomyélite, le nombre des ripostes à un cas ou à une flambée, comparé au nombre des cas et des flambées ayant fait l'objet d'une enquête.

Diverses limites chronologiques peuvent être intégrées aux indicateurs 2 et 3 - par exemple le nombre des cas de poliomyélite ayant fait l'objet d'une enquête dans les 48 heures suivant la réception d'une déclaration. Pour les autres maladies, des indicateurs différents pourront être contrôlés sous l'angle de la qualité ou de l'efficacité des divers aspects opérationnels, comme on le verra dans la section ci-après.

7. Données nécessaires à une bonne gestion des programmes nationaux de vaccination

Pour bien gérer un programme de vaccination, il faut disposer de renseignements sur les résultats et les effets, ainsi que sur l'efficacité et la qualité des grandes activités programmatiques. Ces indicateurs devront rester aussi peu nombreux et simples que possible. On les limitera, par exemple, à l'information sur la fréquence d'une maladie, la couverture vaccinale, ainsi que la ponctualité et la complétude de la notification des maladies. Dans les pays dotés de programmes plus avancés (ayant atteint, par exemple, une couverture supérieure à 80 %) qui s'efforcent d'éliminer le tétanos néonatal et d'éradiquer le poliovirus sauvage, des indicateurs plus nombreux sont nécessaires pour que les activités programmatiques soient efficaces et puissent devenir courantes; mais pour l'OMS au niveau régional et mondial, il suffit de bien moins de données pour permettre le suivi général des programmes et l'évaluation des stratégies. On trouvera des propositions concernant les données à prévoir pour la gestion et l'évaluation des programmes au niveau national dans le Tableau 7-1, lequel indique également les renseignements à communiquer à l'OMS.

Tableau 7-1. Données requises au niveau national

La mention (OMS) indique les statistiques nationales minimales à communiquer couramment à l'Organisation. Les régions pourront décider de données additionnelles à déclarer.

Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite
<ul style="list-style-type: none"> * Couverture (OMS) * Nombre de cas (OMS) * Situation vaccinale des cas (résultant de l'enquête sur la flambée) 	<ul style="list-style-type: none"> * Couverture (OMS) * Nombre de cas (OMS) * Nombre de décès néonataux (seulement là où le tétanos néonatal est rare)¹ * Pourcentage des districts qui notifient les cas (OMS) * Situation vaccinale des mères des enfants atteints (résultant de l'enquête sur les cas) 	<ul style="list-style-type: none"> * Couverture (OMS) * Nombre de cas (OMS) * Nombre de cas de paralysie flasque aiguë (après enquête sur le(s) cas) * Pourcentage des districts infectés (par exemple, un cas au cours des 12 mois précédents) (OMS) * Situation vaccinale des cas (résultant de l'enquête sur la flambée/le(s) cas)
<ul style="list-style-type: none"> * Répartition par âge (résultant de l'enquête sur la flambée) 		<ul style="list-style-type: none"> * Répartition par âge (résultant de l'enquête sur la flambée/le(s) cas)

Tableau 7-1. Données requises au niveau national (cont.)

Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite
* Nombre des déclarations reçues en temps voulu, comparé au nombre des déclarations attendues (OMS)	* Nombre des déclarations reçues en temps voulu, comparé au nombre des déclarations attendues (OMS) * Pourcentage des décès néonataux ayant fait l'objet d'une enquête	* Nombre des déclarations reçues en temps voulu, comparé au nombre des déclarations attendues (OMS) * Pourcentage des cas notifiés dans l'espace d'une semaine, de 2 semaines et de plus de 2 semaines à partir de l'apparition de la paralysie * Pourcentage des cas ayant fait l'objet d'une enquête
		* Pourcentage des cas ayant fait l'objet d'une enquête dans les 48 heures suivant la détection * Pourcentage des cas ayant donné lieu à une riposte à la flambée * Pourcentage des cas ayant donné lieu à une riposte à la flambée dans les 24 heures suivant l'enquête
	* Pourcentage des décès néonataux ayant fait l'objet d'une enquête dans le mois suivant la détection (dans la structure sanitaire) ou la notification (aux districts) * Pourcentage des cas de tétanos néonatal suivis de mesures correctives dans le mois suivant l'enquête * Pourcentage des femmes enceintes fréquentant les structures sanitaires pour les soins prénatals (x 1, 2 etc.) ²	* Pourcentage des cas ayant fait l'objet d'une enquête dans les 48 heures suivant la détection * Pourcentage des cas ayant donné lieu à une riposte à la flambée * Pourcentage des cas ayant donné lieu à une riposte à la flambée dans les 24 heures suivant l'enquête * Pourcentage des cas ayant donné lieu à une enquête chez lesquels 1 ou 2 échantillons de selles ont été prélevés
	* Nombre des décès maternels (communiqués par les maternités) ³	* Taux des cas de paralysie flasque aiguë décelés, pour 100 000 enfants de moins de 5 ans

Observations relatives au tableau 7-1 : Données requises au niveau national

1. La fréquence des décès néonataux est un paramètre important dans les communautés des pays en développement, mais elle est difficile à mesurer. En règle générale, elle n'est pas prévue dans les systèmes de surveillance courante. La mise en place de dispositifs efficaces, à base communautaire, de surveillance des décès néonataux devrait être prioritaire dans les programmes avancés de vaccination; voir la note 2 relative au tableau 5-1 (p. 14). Dans les districts où le tétanos du nouveau-né a été éliminé, un système de notification des décès néonataux devient indispensable et il conviendra de le mettre en place. Là où les décès néonataux sont déclarables, il y aura lieu de mener une enquête sur chaque cas enregistré et de le notifier à l'échelon supérieur, en précisant s'il est ou non associé au tétanos néonatal; la ponctualité et la complétude des enquêtes serviront alors d'indicateur qualitatif (pourcentage des décès néonataux signalés ayant fait l'objet d'une enquête dans le mois suivant).

2. Les données relatives à cet indicateur peuvent être disponibles au niveau local dans de nombreux pays, mais il conviendra de mettre en place un système de classement des données, en collaboration étroite avec les programmes de santé maternelle et infantile (SMI).

3. Cet indicateur est généralement difficile à obtenir. La méthodologie du classement est simple, mais il faut l'appliquer systématiquement dans le cadre des programmes de SMI. Les décès maternels peuvent être signalés par cause présumée du décès, y compris le tétanos.

8. Approche fondée sur la notion de haut risque

Le principe qui a présidé à l'élaboration de l'approche fondée sur la notion de haut risque est la focalisation d'efforts spéciaux sur les secteurs et les populations particulièrement exposées à une maladie. Lorsque les ressources financières et humaines sont insuffisantes, cette approche représente une manière efficace de poursuivre l'amélioration des taux de couverture, de lutter contre la rougeole, d'éliminer le tétanos néonatal et d'éradiquer le poliovirus sauvage.

Les tableaux 8-1 et 8-2 résument les modes de détermination des zones et des populations à haut risque, ainsi que les mesures à prendre à leur égard. Souvent, il y aura chevauchement pour la rougeole et la poliomyélite; quant aux zones et aux groupes à haut risque de tétanos néonatal, ils pourront aussi se révéler sujets à un risque relativement plus élevé de poliomyélite et de rougeole.

L'approche fondée sur la notion de haut risque est essentielle pour l'éradication du poliovirus sauvage, mais se révélera aussi importante pour les deux autres initiatives de lutte contre des maladies spécifiques, ainsi que pour la viabilité des programmes de vaccination en général. Une fois que les agents de santé au niveau national et à l'échelon des districts se sont familiarisés avec ce concept, l'approche fondée sur la notion de haut risque peut aussi être utile pour d'autres activités des systèmes de soins de santé primaires.

Au niveau national, les secteurs à haut risque sont généralement identifiés à partir des taux de couverture et d'incidence des maladies. A cet échelon, ils seront souvent définis comme des districts et des villes particulièrement exposés. Au niveau des districts, les zones et les groupes à haut risque seront établis à partir des données sur la couverture et l'incidence et aussi de tous les autres paramètres mentionnés. A l'échelon des structures sanitaires, des connaissances plus détaillées encore (d'ordre démographique, culturel, géographique et autres) sur les habitants de la zone desservie pourront servir à cerner les populations particulièrement exposées.

La possibilité, ou l'impossibilité, de consacrer aux zones ou aux populations à haut risque ainsi déterminées des activités spéciales de vaccination dépendront de l'étendue de ces zones ou de l'effectif de ces groupes ainsi que de l'aptitude des services de santé à entreprendre des activités additionnelles. Il appartient aux gestionnaires au niveau des pays et des districts d'assurer l'équilibre entre besoins et ressources. Si l'on découvre que de vastes régions géographiques sont fortement exposées, il faudra fixer des priorités à l'intérieur de ces régions pour des interventions spéciales (en utilisant, par exemple, l'accessibilité et la forte densité démographique en tant que critères de sélection ou de choix). Toutefois, il sera souvent possible d'entreprendre certaines activités dans la totalité des secteurs identifiés, par exemple en intensifiant les activités vaccinales au voisinage immédiat des structures sanitaires et dans les villes. Il faut souligner que la conduite d'actions spécifiques ou intensifiées dans les zones à haut risque ne devra pas compromettre la poursuite des activités vaccinales courantes.

Tableau 8-1. Détermination des zones et des groupes à haut risque

Caractéristiques communes	Caractéristiques spécifiques additionnelles		
	Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite
Zones à faible couverture vaccinale	Forte densité démographique (par exemple, populations urbaines démunies) ³	Mères d'enfants atteints de tétanos néonatal	Forte densité démographique
Populations à faible couverture vaccinale	Enfants hospitalisés	Réfugiés	
Populations à faible accès aux services de santé ou mal desservies	Réfugiés Mères potentiellement infectées par le VIH	Taux élevé d'accouchements sous la surveillance de personnes non qualifiées	
Secteurs comportant des groupes à haut risque ¹	Populations souffrant d'avitaminose A		
Zones où des cas surviennent (indépendamment du taux de couverture)			Zones où des cas sont survenus au cours des trois années précédentes ⁴
Zones au sujet desquelles il n'existe pas de renseignements			Zones où le poliovirus sauvage reste présent ⁵
Zones de guerre			
"Intime conviction"			

Observations relatives au Tableau 8-1 : Détermination des zones et des groupes à haut risque

1. Dans les zones comportant un groupe particulièrement exposé à une maladie (par exemple en raison d'un faible taux de couverture), l'ensemble de la population juvénile peut risquer davantage de la contracter, même si elle est généralement mieux protégée que le groupe à risque. Il faudra donc envisager de prendre des mesures de lutte au profit de tous les enfants (ou de certaines tranches d'âge) dans le secteur et non pas seulement du groupe particulièrement exposé.

2. Nous entendons par "intime conviction" le fait que les directeurs savent très souvent, sans procéder à une analyse systématique des paramètres mentionnés, où se situent leurs zones et groupes à haut risque.
3. Les pauvres des villes doivent être considérés comme un groupe particulièrement exposé à la rougeole. Le surpeuplement se traduit par un taux élevé de transmission du virus de cette maladie. Ces populations pourraient constituer un réservoir important pour la propagation du virus aux populations rurales.
4. On n'envisagera de mener des activités spéciales de lutte dans les secteurs où des cas de poliomyélite sont survenus au cours des trois années précédentes qu'au cours de la dernière phase de l'éradication du poliovirus.
5. En l'absence de tout cas, on pourra déceler la présence du poliovirus sauvage lorsqu'on le trouvera dans les selles d'enfants non suspectés de poliomyélite et dans l'environnement.

Tableau 8-2 : Activités spéciales dans les zones et les populations à haut risque

Activités communes	Activités spécifiques additionnelles		
	Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite
Analyser et déterminer les raisons qui font que le secteur ou le groupe sont à haut risque	Activités vaccinales spéciales dans les quartiers de taudis urbains	Vaccination en porte-à-porte de toute la population féminine	Journées nationales de vaccination ¹
Mise au point de mesures appropriées (dont des journées de vaccination dans les cas appropriés)	Vaccination de tous les enfants de 6 mois ou plus lors de leur hospitalisation ³	Vaccination des mères d'enfants atteints de tétanos néonatal ⁴	Ratissage ²
	Vaccination de tous les enfants de 6 à 59 mois à leur arrivée dans les camps de réfugiés ³	Dans les camps de réfugiés : administration d'anatoxine tétanique à toute la population féminine	

Note : Une analyse et une planification minutieuses s'imposent avant de choisir les approches vaccinales appropriées. Il y aura lieu de prendre en compte toutes les données disponibles sur la fréquence des maladies, la couverture vaccinale et la capacité de l'infrastructure sanitaire existante.

Observations relatives au Tableau 8-2 : Activités spéciales dans les zones et les groupes à haut risque

1. Les journées nationales ou subnationales de vaccination constituent une activité complémentaire importante pour l'éradication du poliovirus sauvage – voir la note N° 5 au Tableau 4-1, page 10.

2. Le ratissage est une stratégie réservée aux stades ultimes de l'éradication dans les pays où l'on n'observe qu'une circulation focalisée du poliovirus. Il se définit comme l'administration de VPO, en porte-à-porte, dans les secteurs à haut risque de transmission du poliovirus sauvage, à tous les enfants appartenant à la tranche d'âge visée – généralement de 0 à 5 ans – quelle que soit leur situation vaccinale. Deux doses sont données à des intervalles de quatre à six semaines. Le ratissage doit viser les zones définies à haut risque à partir des données issues de la surveillance. Il sera organisé, autant que possible, pendant la saison où la transmission du poliovirus et autres entérovirus est faible.

Le ratissage doit constituer une mesure exceptionnelle et soigneusement planifiée; il ne s'agit donc pas d'une mesure d'urgence à mettre en oeuvre à titre de réaction immédiate à une poussée épidémique.

L'objectif du ratissage consiste à obtenir grâce à une large distribution de VPO, des niveaux élevés d'immunisation dans un bref laps de temps en déplaçant le poliovirus sauvage présent dans une zone étendue ou une population nombreuse. On opérera dans un secteur aussi large que possible et le groupe cible sera le plus souvent celui des enfants de moins de 3 ou 5 ans. Plus la zone sera géographiquement étendue et la population visée, nombreuse, plus l'opération de déplacement du poliovirus sauvage sera efficace. La définition des zones et des groupes constitue une décision gestionnaire importante, à prendre aux niveaux du district et du pays.

Le ratissage est une activité soigneusement planifiée; en principe, il devrait donc être possible d'administrer aussi les autres vaccins du PEV aux enfants de moins de 12 mois, suivant leur situation vaccinale. Le VPO étant le seul de ceux du PEV donné par voie buccale, il peut toutefois être administré par des volontaires n'appartenant pas aux professions médicales. Si l'on a adjoint à l'opération d'autres vaccins du PEV, il faudra faire davantage appel à des agents de santé, d'autant que le ratissage exige le porte-à-porte. A son tour, cette condition accroîtra le risque de mettre en péril le bon fonctionnement des services de vaccination ordinaires; il faudra donc bien réfléchir avant de se décider. Le volontaire devra toujours profiter de la visite à domicile pour inculquer aux parents l'importance de faire pratiquer tous les vaccins, en leur indiquant la date, l'heure et le lieu où ils seront disponibles. Pendant les journées nationales de vaccination, on pourra en revanche se servir des structures sanitaires existantes; il sera donc relativement facile d'y inclure tous les vaccins du PEV, à condition de disposer d'un soutien logistique suffisant.

3. Les enfants ayant reçu le vaccin antirougeoleux standard avant l'âge de 9 mois devront être vaccinés à nouveau à cet âge, ou le plus tôt possible après l'avoir atteint.

4. Les mères d'enfants victimes du tétanos néonatal risquent davantage de voir un autre nouveau-né mourir de la même maladie. Il y a donc lieu de les vacciner à leur premier contact avec une structure sanitaire (par exemple quand elles conduisent à l'hôpital leur enfant souffrant du tétanos néonatal) ou lorsqu'elles ont été identifiées sur le terrain.

9. Activités de soutien

Ces activités comprennent :

- * la formation;
- * la supervision;
- * la gestion de la chaîne du froid et de la logistique;
- * la mobilisation sociale et la participation communautaire.

Ces composantes et l'importance de chacune d'elles pour le succès global d'un programme de vaccination sont bien connues des directeurs des programmes; leur analyse détaillée sortirait du cadre du présent document. Il n'est toutefois pas inutile d'en mentionner quelques aspects.

Formation

Dès lors qu'on semble attacher une importance croissante à la lutte contre les maladies, il devient absolument indispensable de se souvenir que la plupart des activités - comme on l'a vu plus haut - restent communes aux trois initiatives de lutte contre des affections spécifiques.

En conséquence, la majeure partie des stages et des ateliers de formation devraient être planifiés et organisés dans l'optique d'une approche commune aux trois initiatives. Il en va ainsi pour la formation dans les domaines ci-après :

- * gestion du programme à tous les niveaux
- * couverture vaccinale
- * surveillance des maladies et ripostes appropriées
- * approche fondée sur la notion de haut risque
- * communication

Suivant les priorités nationales, l'accent pourra être placé sur telle ou telle initiative de lutte contre une maladie. Il ne faudrait pas pour autant négliger les deux autres. Dans l'un et l'autre cas, la formation devrait viser des tâches spécifiques et s'adresser aux responsables de la mise en oeuvre aux niveaux appropriés. Les méthodes de formation devraient s'appuyer essentiellement sur la participation et prévoir toujours tout le temps nécessaire à la mise en pratique des compétences acquises.

Supervision

Lors de leurs visites régulières, les superviseurs devraient s'occuper de l'ensemble des objectifs de la lutte contre les maladies et des problèmes de couverture. Il importe donc qu'ils soient familiarisés avec les avantages et les aspects pratiques d'une approche intégrée.

Chaîne du froid et logistique

L'approche globale de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination suppose une évaluation des besoins correspondant à toutes les initiatives de lutte contre les maladies, y compris en vaccins, en réparations, en matériel de remplacement et supplémentaire, en distribution et autres aspects liés au transport. On recherchera des moyens de réduire le taux

des pertes pour tous les vaccins utilisés par les programmes nationaux de vaccination sans compromettre le taux élevé de couverture.

Mobilisation sociale et participation communautaire

Certes, tous les aspects précédemment mentionnés d'un programme de vaccination doivent être pris en compte par les gestionnaires des divers niveaux. Il n'en demeure pas moins que toutes ces approches techniques ne suffisent pas pour réaliser les objectifs fixés. Les communautés doivent jouer un rôle de plus en plus actif. Il ne suffit pas même que les parents soient tout disposés à faire vacciner leurs enfants une fois que les services ont été mis en place; ils doivent réclamer activement ces services et veiller à ce qu'ils soient maintenus et améliorés, afin qu'un nombre croissant des enfants soit desservi par des composantes plus nombreuses encore des soins de santé primaires. L'expérience a maintes fois démontré que la mise en place de services efficaces de vaccination constitue un premier pas important dans l'introduction des soins de santé primaires au niveau communautaire, un impact réellement incitatif sur la morbidité et la mortalité juvéno-infantiles pouvant être obtenu au cours d'une période relativement brève.

Les efforts visant à mobiliser les communautés devraient mettre l'accent sur toutes les maladies évitables par la vaccination ainsi que sur d'autres composantes des soins de santé primaires prévues à ce moment dans les politiques nationales.

Quel que soit le programme de lutte contre une maladie, les seuls cas traités sont ceux venus à la connaissance des agents de santé. Dans le cas des maladies évitables par la vaccination, la survenue de cas traduit en principe un échec du programme de vaccination. Si ces cas ne sont pas vus par des agents de santé, ils ne seront pas déclarés et aucune mesure corrective ne pourra être prise. La seule manière de s'assurer qu'ils entrent dans le filet du système consiste à obtenir la participation de la communauté. A mesure que les maladies visées par un programme de réduction, d'élimination ou d'éradication se font rares, il devient plus important encore d'engager la communauté dans la surveillance et la lutte contre les maladies. Les agents de santé communautaire, les tradipraticiens, les accoucheuses traditionnelles et les responsables communautaires devraient connaître les maladies à notification obligatoire et la manière de les reconnaître. On les encouragera à surveiller l'apparition de cas de ces maladies dans leur population, ainsi qu'à inciter vivement les malades ou leurs parents à se faire soigner et à signaler les cas suspects à la structure sanitaire locale. Un suivi par les agents de santé locaux de tout cas qui leur aura été signalé ou adressé, ainsi que la reconnaissance formelle de la participation communautaire par des cérémonies ou de toute autre façon, constituent de bons moyens d'encourager ces communautés à devenir un élément du système national de surveillance des maladies. Une participation communautaire active de ce type peut seule permettre d'atteindre les objectifs pour la rougeole, le tétanos néonatal et la poliomyélite.

10. Elaboration de plans nationaux d'action intégrés

L'amélioration de la couverture grâce aux services de vaccination courants constitue le meilleur moyen de faire bénéficier un nombre croissant d'enfants et de femmes des soins de santé et plus précisément d'empêcher chaque année des milliers d'enfants de succomber à des maladies évitables par la vaccination, dont la coqueluche.

Tant les pays que les Régions de l'OMS pourront choisir d'assigner des degrés différents de priorité à diverses composantes de leurs programmes de vaccination. Certains pays ont choisi la composante éradication de la poliomyélite comme moteur de la vaccination et autres activités de SSP; d'autres accordent, au contraire, davantage d'importance à la lutte contre le tétanos néonatal et la rougeole qui sont les plus meurtrières des maladies évitables par la vaccination.

Quelle que soit l'importance attribuée par les pays et les Régions aux divers éléments du programme de vaccination, il est bien évident que les activités susceptibles de favoriser simultanément toutes ses composantes devraient figurer en très bonne place dans la liste des priorités. Outre qu'elles favorisent les activités nationales de vaccination d'une manière générale, ces activités constitueront aussi la meilleure des plates-formes pour la coordination d'autres services de SSP destinés aux femmes et aux enfants.

De nombreux pays ont élaboré des plans distincts d'action pour l'élimination du tétanos néonatal et l'éradication de la poliomyélite, auxquels ils adjoignent actuellement des activités de lutte contre la rougeole. Comme on l'a vu dans les sections précédentes, plusieurs composantes sont communes à ces activités de lutte contre les maladies, notamment l'élément essentiel de la surveillance y compris l'approche fondée sur la notion de haut risque et les mesures de lutte sur lesquelles elle débouche.

Les directeurs nationaux des programmes de vaccination seront donc bien inspirés de mettre au point des plans intégrés d'action pour les programmes nationaux de vaccination. S'ils axent ces plans sur les **activités** (pour atteindre un plus grand nombre de nourrissons et d'enfants, assurer la surveillance des maladies, prendre les mesures subséquentes, etc.) plutôt que sur des **maladies**, il sera plus facile de leur adjoindre d'autres services de santé ciblés sur les enfants et les femmes, particulièrement ceux de prévention et de lutte contre les maladies orientés grâce à des systèmes de surveillance efficaces.

Bibliographie

1. Plan d'action révisé pour la lutte contre la rougeole dans le monde.
(WHO/EPI/GEN/94.2)
2. Plan d'action révisé pour l'élimination du tétanos néonatal. (WHO/EPI/GEN/94.4)
3. Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000 - Plan d'action.
(WHO/EPI/POLIO/92.2)
4. Améliorer les systèmes de surveillance courante des maladies infectieuses (y compris les maladies cibles du PEV) : Directives à l'intention des directeurs des programmes nationaux.
(WHO/EPI/TRAM/93.1)
5. Guidelines for Investigating Suspected Cases of Neonatal Tetanus.
(WHO/EPI/TRAM/93.3, 1993)
6. Répondre à une flambée épidémique suspectée de polio : enquête sur les cas, surveillance et contrôle. Liste de contrôle du responsable.
(EPI/POL/91.3)
7. Formation des cadres moyens - Diriger la surveillance des maladies.
(WHO/EPI/MLM/91.4, 1991)
8. Guidelines for EPI Programme Managers to Reach the 1995 Measles Control Targets
(en préparation).

