



Organisation mondiale de la Santé

WHO/EPI/GEN/98.22  
Distribution : Générale  
Original : anglais

*Protocole pour l'évaluation de la  
qualité de la surveillance et  
de la lutte contre les maladies du PEV*



Programme élargi de Vaccination  
Genève  
1998

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.

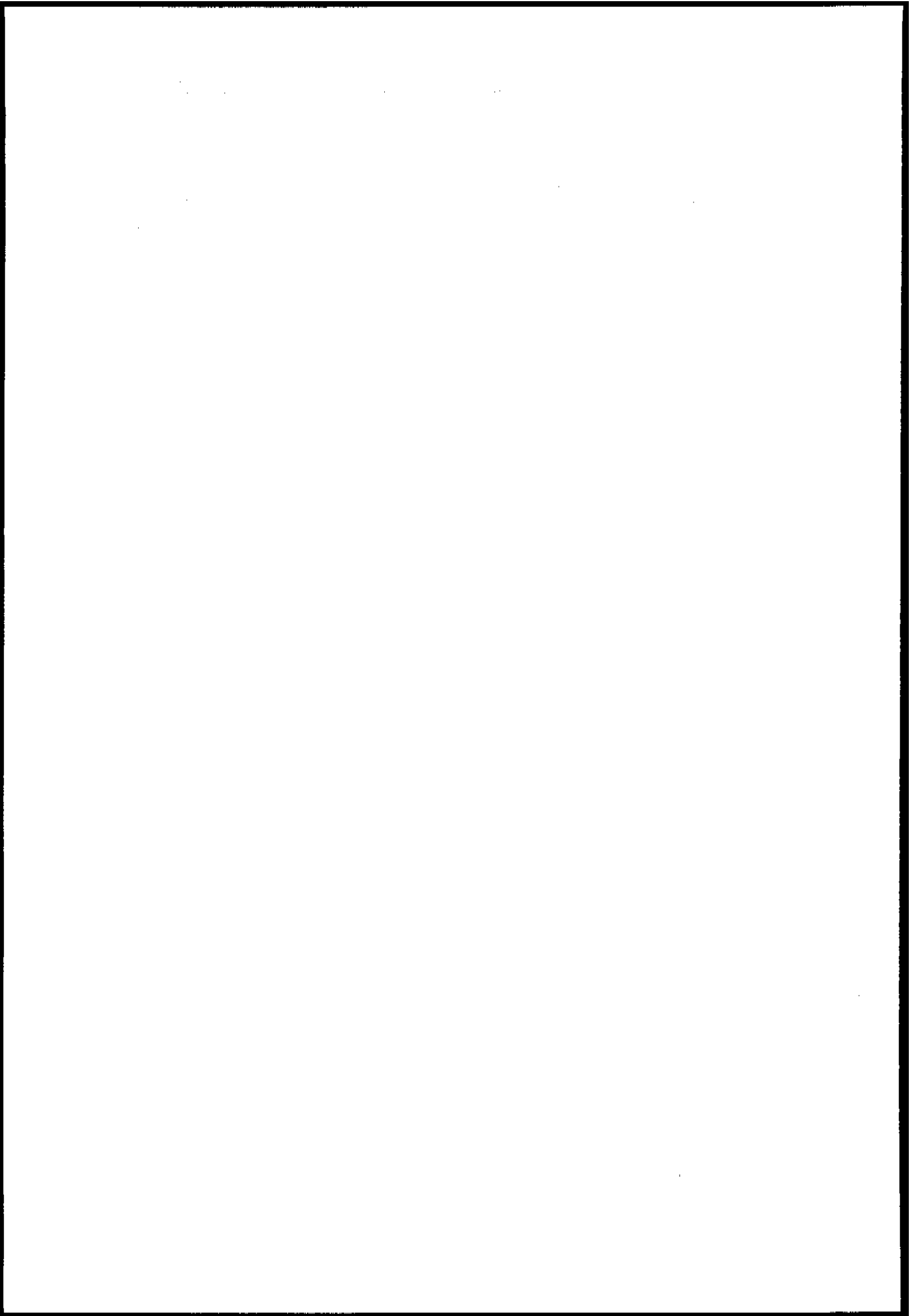
The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

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.	Avant-propos .....	1
2.	Méthode d'évaluation .....	3
	Première étape. Accord sur le mandat .....	3
	Deuxième étape. Collecte et présentation de données de base .....	4
	Troisième étape. Explications relatives aux données de base .....	6
	Quatrième étape. Recenser les sites à visiter .....	7
	Cinquième étape. Effectuer une évaluation correcte sur chaque site .....	8
	Sixième étape. Elaboration du résumé de l'évaluation et des recommandations .....	10
	Septième étape. Présentation des conclusions et des recommandations .....	11
Annexe 1	Lectures conseillées .....	12
Annexe 2	Activités suggérées pour chaque site .....	13
Annexe 3	Contrôle de l'efficacité de la surveillance : les indicateurs qualitatifs .....	14



## 1. Avant-propos

En 1990, des estimations ont indiqué qu'à l'échelle mondiale, 80 % des enfants recevaient tous les vaccins recommandés pendant la première année de leur vie. Ce taux de couverture élevé a pu être calculé en confrontant la notification périodique des vaccinations effectuées à une estimation des cohortes annuelles de naissances. Ces estimations du taux de couverture ont été confirmées par la technique de l'échantillonnage aléatoire par grappes. Des études indépendantes de programmes élargis de vaccination (PEV) nationaux ont été conduites occasionnellement pour vérifier à la fois les résultats obtenus par les services de vaccination et la qualité de leur travail.

De tout temps, la surveillance des six maladies cibles a été considérée comme un élément important du PEV. Une surveillance efficace peut permettre de localiser les régions et les populations à haut risque et de déceler les faiblesses du programme. De plus, en déterminant les tendances de la maladie, elle peut aider à évaluer quel sera l'impact de la vaccination et son rapport coût/efficacité.

Dans la plupart des pays, la surveillance des maladies cibles du PEV a été beaucoup plus difficile à mettre en place que les activités de vaccination. L'une des raisons majeures de ces problèmes tient à la difficulté de quantifier les résultats des activités de surveillance, ce qui permettrait de disposer de points de comparaison pour évaluer les progrès réalisés. Dans presque tous les pays en développement, on estime que la notification systématique des maladies du PEV a porté sur moins de 10 % de l'incidence réelle.

Les efforts déployés depuis 1985 dans la Région des Amériques, et depuis 1988-1989 à l'échelle mondiale, pour atteindre les cibles de réduction des maladies ont rendu indispensable la mise en place d'une surveillance qui est un élément essentiel pour la collecte de données en vue de l'élaboration de nouvelles mesures de lutte contre les maladies.

Il importe également, pour atteindre les cibles de réduction des maladies, d'évaluer si la surveillance est assez efficace pour garantir une détection rapide des cas éventuels. Toute faiblesse non détectée dans la surveillance retardera et rendra plus difficiles les mesures de lutte, conduira à un laisser-aller au cas où la maladie semblerait avoir disparu et empêchera la mise au point des stratégies de vaccination nécessaires.

Le présent protocole constitue une méthode d'évaluation rapide de la surveillance dans un pays. Il est principalement destiné aux pays dotés de programmes de vaccination bien au point et dans lesquels l'incidence notifiée des cas de poliomyélite, de tétanos néonatal ou de rougeole est faible. Il vise à évaluer le système de surveillance et, même si une partie de ce protocole concerne la recherche des cas de maladie dans les régions à haut risque, il ne saurait en aucun cas servir à surveiller les maladies cibles. L'évaluation, une fois terminée, ne permettra pas d'affirmer qu'une maladie n'existe pas dans le pays, mais uniquement de confirmer que des cas existent. De fait, cette évaluation servira surtout à établir si le système de surveillance dans un pays donné est suffisamment efficace pour détecter les cas éventuels et, par conséquent, si l'incidence notifiée est crédible.

Puisque l'évaluation de la surveillance est plutôt qualitative que quantitative et implique bien souvent un jugement subjectif, il importe qu'elle soit conduite par un épidémiologiste expérimenté avec une équipe de spécialistes des domaines faisant l'objet de l'évaluation.

Il serait bon, en outre, de pouvoir disposer d'un nombre suffisant de personnes pour former des sous-groupes en vue des visites sur le terrain. A part le chef d'équipe, les spécialistes et les consultants des institutions internationales, des représentants des organisations bilatérales et des institutions non gouvernementales qui s'intéressent aux activités du PEV dans le pays pourraient aussi faire partie de l'équipe.

L'évaluation consistera essentiellement à contrôler les méthodes utilisées et les résultats obtenus par le système de surveillance des maladies.

Elle devrait permettre de répondre à un certain nombre de questions :

- i) Le système de surveillance est-il suffisamment efficace à tous les échelons pour détecter les cas de maladies cibles ?
- ii) Le système est-il suffisamment au point pour effectuer une enquête compétente sur tous les cas ou flambées correspondant à la définition des cas ou flambées de maladies cibles ?
- iii) Une fois les cas identifiés, le système est-il suffisamment fiable et rapide pour assurer leur notification ?
- iv) La coordination entre tous les secteurs et entre les différentes catégories de professionnels de la santé est-elle suffisante pour que les cas détectés fassent l'objet d'une enquête et soient notifiés conformément à la politique nationale ?
- v) Y a-t-il une bonne coordination entre le système de surveillance et les stratégies de lutte pour l'établissement de listes, la représentation géographique et le recensement des zones et des groupes à haut risque ?
- vi) Comment le système de surveillance actuel pourrait-il être amélioré pour gagner encore en efficience et en efficacité ?
- vii) Quels types d'activités supplémentaires pourrait-on introduire pour accroître la probabilité d'atteindre les trois cibles de réduction des maladies ?

Une documentation est annexée au présent document (annexe 1). Il importe de veiller à respecter une certaine cohérence dans l'évaluation et les conseils fournis par les institutions internationales aux administrateurs de programmes nationaux de vaccination. Avant de chercher à évaluer les progrès réalisés et les résultats obtenus, les membres de l'équipe devraient se conformer scrupuleusement aux recommandations du groupe consultatif mondial de l'OMS concernant le PEV en général et la surveillance en particulier.

## 2. Méthode d'évaluation

La procédure d'évaluation de la surveillance comporte plusieurs étapes clés :

**Première étape.** Le pays concerné doit approuver le mandat de la mission d'évaluation. Les membres de l'équipe doivent recevoir des instructions concernant l'évaluation et leur rôle respectif au sein de l'équipe.

**Deuxième étape.** Les autorités responsables dans le pays doivent préparer, avant la visite de l'équipe, une documentation de base relative à la surveillance et aux caractéristiques des maladies auxquelles elle s'applique.

**Troisième étape.** A son arrivée, l'équipe doit examiner les données et demander, le cas échéant, des explications et des informations complémentaires.

**Quatrième étape.** Après avoir examiné ces renseignements, l'équipe doit établir une liste des régions et des institutions à visiter, en précisant si possible le nom des personnes à interroger, et élaborer un projet de circuit en prévoyant que les différents membres de l'équipe enquêtent sur les questions techniques qui relèvent de leur compétence.

**Cinquième étape.** L'équipe peut alors effectuer les évaluations nécessaires pour chaque site.

**Sixième étape.** Lorsque la collecte de données et l'évaluation sont achevées, l'équipe se réunit à nouveau et établit après discussion un condensé de ses activités, de ses conclusions et de ses recommandations.

**Septième étape.** L'équipe présente un compte rendu de ses résultats et de ses recommandations aux autorités sanitaires.

Chacune de ces étapes est examinée de façon plus détaillée ci-après.

### *Première étape. Accord sur le mandat*

- Il convient d'obtenir suffisamment à l'avance l'accord du pays hôte sur le mandat de la mission d'évaluation.
- Les responsables concernés doivent être informés, non seulement des objectifs de la visite, mais aussi de ses limites, c'est-à-dire du fait que l'équipe ne sera pas en mesure de confirmer si les maladies existent encore ou si les cibles ont été atteintes.
- Le Ministère doit être invité à organiser une entrevue avec l'équipe à la fin de la visite pour que celle-ci lui présente son rapport et, le cas échéant, un atelier à l'intention des principaux responsables pour les aider à planifier la mise en oeuvre des recommandations.

- Les autorités locales doivent comprendre que l'équipe a besoin et qu'elle a le droit de se rendre dans différentes régions géographiques et de visiter des ministères, des établissements, des services de santé, y compris, si possible, dans le secteur privé. Au cours de ces visites, il doit être entendu que l'équipe pourra examiner les registres de ces établissements et s'entretenir avec les personnes concernées.
- Avant la visite, les membres de l'équipe doivent être mis au courant, si possible par lettre, du mandat de l'évaluation, de leur rôle au sein de l'équipe et des recommandations du PEV/OMS en la matière.
- A son arrivée dans le pays, le chef d'équipe s'assurera dès que possible que tous les membres de l'équipe ont bien compris leur rôle, les objectifs de l'évaluation, les recommandations du PEV/OMS, les méthodes de travail au sein de l'équipe et leurs responsabilités en matière d'analyse de données et d'élaboration de rapports et de comptes rendus de fin de mission.

### ***Deuxième étape. Collecte et présentation de données de base***

Un exposé général des activités nationales de surveillance des maladies cibles du PEV et des résultats obtenus dans ce domaine doit être remis à l'équipe.

Ces données sont propres à la situation de chaque pays, mais doivent porter sur les aspects suivants :

- un aperçu des politiques existantes en matière de vaccination, de surveillance et de lutte contre les maladies, ainsi que des cibles, stratégies, plans d'action, manuels et directives à l'intention des agents de santé;
- des renseignements d'ordre démographique ainsi que sur les possibilités d'accès aux soins de santé, les populations minoritaires et leurs modes de vie, l'urbanisation, les régions à haut risque, l'importance du secteur privé dans les soins de santé;
- des explications concernant le programme de vaccination, et notamment le calendrier fixé, la chaîne du froid, la formation, la supervision, les données relatives à la couverture par division administrative (par exemple, district), les activités de vaccination complémentaires;
- une description du système de surveillance, c'est-à-dire le réseau et la procédure utilisés pour la notification, le personnel désigné, l'existence d'un laboratoire et les directives concernant son utilisation, les méthodes de collecte des données, le niveau de développement et l'état d'avancement de l'analyse des données, l'utilisation d'ordinateurs, le retour d'informations et la formation aux activités de surveillance, ainsi que la communication des résultats de toute évaluation préalable portant sur les activités de surveillance;
- l'utilisation d'indicateurs de performance pour les activités de surveillance. Ces renseignements devraient porter au minimum sur les trois indicateurs clés présentés au chapitre 6 du document intitulé " 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" (WHO/EPI/GEN/93.21). Ces indicateurs, qui sont énumérés à l'Annexe 3, concernent la mesure dans laquelle les rapports sont complets et présentés en temps utile, la proportion des cas et des flambées ayant fait l'objet d'une enquête et la proportion de ceux qui donnent lieu à des mesures d'intervention. Dans les pays où les programmes se trouvent à un stade avancé (par exemple taux de couverture supérieur à 80 %), qui sont les principales cibles du présent protocole, il faut recourir à des indicateurs supplémentaires afin de déterminer si les activités du programme sont efficaces et durables d'une manière générale. Ces indicateurs figurent dans le Tableau 1, "Renseignements à fournir à l'échelon national", ainsi que dans le Tableau 7.1 du document susmentionné;

- les études de surveillance consacrées à un thème particulier, par exemple: enquêtes sur le tétanos néonatal, recensement des cas de claudication, études sérologiques, enquêtes sur les épidémies et études de l'efficacité des vaccins.

**Tableau 1. Renseignements à fournir à l'échelon national**

RENSEIGNEMENTS A FOURNIR A L'ECHELON NATIONAL		
ROUGEOLE	TETANOS NEONATAL	POLIOMYELITIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couverture*</li> <li>- Nombre de cas*</li> <li>- Etat vaccinal des cas (d'après les enquêtes sur les flambées)</li> <li>- Répartition par âge (d'après les enquêtes sur les flambées)</li> <li>- Nombre de rapports reçus dans les délais par rapport au nombre de rapports attendus*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couverture*</li> <li>- Nombre de cas*</li> <li>- Nombre de décès par TN (uniquement si les cas de TN sont rares)</li> <li>- Pourcentage des districts qui se soumettent à la procédure de notification*</li> <li>- Etat vaccinal des mères (d'après les enquêtes sur les cas)</li> <li>- Nombre de rapports reçus dans les délais par rapport au nombre de rapports attendus*</li> <li>- Pourcentage des décès de nouveau-nés ayant fait l'objet d'une enquête</li> <li>- Pourcentage des décès par TN ayant fait l'objet d'une enquête moins d'un mois après la détection du cas (dans le centre de santé) ou la notification du cas (au district)</li> <li>- Pourcentage des cas de TN ayant donné lieu à des activités correctives moins de deux mois après la détection du cas</li> <li>- Pourcentage des femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales (x 1, 2, etc.)</li> <li>- Nombre de décès maternels (chiffres communiqués par les maternités)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couverture*</li> <li>- Nombre de cas*</li> <li>- Nombre de cas de paralysie flasque aiguë (d'après les enquêtes sur les cas)</li> <li>- Pourcentage des districts infectés (un cas signalé au cours des 12 derniers mois)*</li> <li>- Etat vaccinal des cas (d'après les enquêtes sur les flambées ou sur les cas)</li> <li>- Répartition par âge (d'après les enquêtes sur les flambées ou sur les cas)</li> <li>- Nombre de rapports reçus dans les délais par rapport au nombre de rapports attendus*</li> <li>- Pourcentage des cas signalés une semaine, deux semaines ou plus de deux semaines après le début de la paralysie</li> <li>- Pourcentage des cas ayant fait l'objet d'une enquête</li> <li>- Pourcentage des cas ayant fait l'objet d'une enquête moins de 48 heures après leur détection</li> <li>- Pourcentage des cas ayant bénéficié des mesures prises pour lutter contre l'épidémie</li> <li>- Pourcentage des cas ayant bénéficié dans les 24 heures des mesures d'intervention face à une épidémie</li> <li>- Pourcentage des cas ayant fait l'objet d'une enquête pour lesquels un ou deux échantillons de selles ont été prélevés</li> <li>- Proportion des cas de PFA détectés sur 100 000 enfants âgés de moins de 5 ans</li> </ul>

\* Renseignements nationaux minimums qui devraient être systématiquement communiqués à l'OMS. Des renseignements supplémentaires peuvent être demandés par les Régions.

### *Troisième étape. Explications relatives aux données de base*

Le premier jour de leur arrivée, les membres de l'équipe internationale rencontreront leurs homologues nationaux et, après avoir étudié l'information élémentaire établie à leur intention

ou assisté à un exposé de ces données par le personnel du programme, ils demanderont toutes les précisions nécessaires. L'équipe sera appelée à déceler les forces et les faiblesses apparentes, écouter et comprendre les préoccupations du personnel du programme, et identifier les secteurs du programme qui devraient faire l'objet d'une enquête pratique ou d'une vérification.

Il est essentiel que l'équipe d'évaluation ne critique pas les pratiques utilisées et les progrès réalisés dans le pays. Toutefois, elle doit relever aussi bien les succès obtenus que les faiblesses et les lacunes du système pour que ses recommandations ultérieures soient utiles et pratiques.

### ***Quatrième étape. Recenser les sites à visiter***

Le nombre de sites à visiter sera fonction du temps disponible, du nombre de membres de l'équipe, des distances et des difficultés des communications. De plus, l'enquête sera plus ou moins approfondie selon le degré de développement des activités de surveillance à l'échelon national.

D'une manière générale, on peut relever deux aspects qui devraient favoriser une utilisation optimale du temps disponible :

- i) Bon nombre des sites susceptibles de faire l'objet d'une enquête sont habituellement concentrés dans la capitale ou dans d'autres zones urbaines importantes. C'est le cas notamment de l'unité centrale de surveillance, du service de statistiques et des principaux hôpitaux, ainsi que des centres de convalescence pour les enfants et pour les personnes atteintes de maladies infectieuses, des laboratoires de diagnostic et de recherche, des centres universitaires d'épidémiologie, d'enquête et de recherche.
- ii) Les sites doivent être sélectionnés après évaluation du risque, étant donné qu'il s'avérera sans doute extrêmement utile d'étudier les résultats de la surveillance dans les régions où elle est particulièrement nécessaire. La sélection de ces sites peut être faite en coopération avec le personnel national qui devrait logiquement connaître parfaitement les régions caractérisées par une faible couverture, une forte incidence des maladies et une représentation importante des groupes minoritaires ou une surveillance insuffisante.

Les éléments pris en considération pour la sélection des sites seront certes probablement différents dans chaque pays, cependant des lignes directrices sont proposées par l'OMS sous forme d'une liste des caractéristiques des régions à haut risque pour chacune des maladies cibles :

### **Rougeole**

- couverture inférieure à la moyenne;
- couverture par le vaccin antirougeoleux inférieure à 90 %;
- zones à forte densité de population;
- sites de réfugiés;

- taudis urbains;
- régions dans lesquelles les cas sont concentrés;
- régions ou groupes dans lesquels des cas ont été signalés.

### **Tétanos néonatal**

- régions dans lesquelles les cas sont concentrés;
- groupes dans lesquels l'incidence est élevée;
- régions ou groupes dans lesquels on a signalé des cas de récurrence;
- districts dans lesquels les taux notifiés de TN sont supérieurs à 1 pour 1000 naissances vivantes;
- régions dans lesquelles une très faible proportion des accouchements sont pratiqués dans des conditions d'hygiène;
- districts dans lesquels la couverture par le TT2 n'est pas connue ou est faible;
- districts présentant des facteurs de risque :
  - zones rurales;
  - bétail à proximité des habitations;
  - infrastructure sanitaire et accès aux services de santé insuffisants.

### **Poliomyélite**

- régions dans lesquelles on a signalé un ou plusieurs cas de poliomyélite au cours des trois dernières années;
- régions caractérisées par une faible couverture par le VPO3;
- régions pour lesquelles l'épidémiologie de la poliomyélite, d'une manière générale, peut laisser supposer que le risque de transmission du poliovirus sauvage est toujours élevé, notamment :
  - les taudis urbains;
  - les nouveaux quartiers de taudis;
  - les quartiers dans lesquels les conditions d'hygiène sont précaires.

Il se peut que les régions à haut risque soient les mêmes pour différentes maladies. Des enquêtes doivent être réalisées en priorité dans les régions où l'on estime que la surveillance est insuffisante. Il est recommandé aux équipes d'effectuer une enquête approfondie dans un petit nombre de régions à haut risque plutôt que d'examiner superficiellement un plus grand nombre de sites.

Dans les régions à haut risque sélectionnées, l'équipe devrait en principe évaluer les résultats de la surveillance dans les établissements à l'échelon de la province, du district et du sous-district, y compris dans les centres de santé et les postes de santé communautaire, ou encore dans des hôpitaux, dans le secteur privé, auprès des guérisseurs traditionnels et dans les écoles et les garderies.

### ***Cinquième étape. Effectuer une évaluation correcte sur chaque site***

L'équipe aura décelé, dans les régions à haut risque, les caractéristiques particulières qui font qu'un site doit faire l'objet d'une visite d'évaluation, et identifié le facteur de risque.

L'évaluation comporte toujours une discussion avec le personnel local afin de connaître ses idées et son expérience sur l'incidence de la maladie, les tendances, la qualité et le caractère exhaustif du système de notification. A chaque étape, le système de surveillance est caractérisé par des responsabilités et des caractéristiques sur lesquelles doit porter l'évaluation. On trouvera à l'annexe 2 une liste indicative d'activités à entreprendre pour chaque niveau de l'institution ou du site.

D'une manière générale, les activités proposées sont les suivantes :

- **Evaluation de l'utilisation d'indicateurs de surveillance et de réduction de la maladie.**

Ces indicateurs devraient toujours servir à vérifier si les déclarations sont complètes et présentées à temps. Pour s'assurer que la notification est efficace et complète et suivre son évolution, il peut s'avérer nécessaire d'examiner les registres de surveillance. Si des indicateurs de surveillance sont utilisés, l'équipe doit s'assurer qu'ils sont exacts, qu'ils ont été correctement calculés et qu'ils servent à corriger les défauts éventuels du système.

Les indicateurs de surveillance recommandés par l'OMS sont ceux qui sont présentés ci-dessus dans la deuxième étape.

- **Evaluation des politiques de surveillance systématique.**

L'équipe doit évaluer si les politiques nationales ou celles qui sont recommandées par l'OMS sont correctement appliquées.

Les principes recommandés par l'OMS pour la surveillance des maladies cibles du PEV sont les suivants :

- utiliser des définitions de cas types;
- faire une déclaration mensuelle ou hebdomadaire des cas;
- notifier immédiatement les maladies faisant l'objet d'une surveillance spéciale;
- faire une déclaration zéro si on a constaté l'absence de cas;
- établir des registres des cas;
- mettre en place une surveillance active pour détecter d'autres cas;
- reporter les cas sur une carte géographique;
- faire parvenir l'information au personnel chargé des déclarations;
- faire appel à un laboratoire, le cas échéant;
- faire classer les diagnostics définitifs par un comité d'experts.

- **Enquête sur les cas et mesures prises en cas d'épidémie.**

L'équipe doit s'assurer que ces deux composantes essentielles des stratégies élaborées par le PEV pour réduire l'incidence des maladies sont effectivement appliquées et qu'elles le sont de manière correcte, sérieuse et régulière. Elle devra examiner le

registre des dernières enquêtes effectuées sur des flambées épidémiques et les confronter aux instructions nationales y relatives.

- **Examen des dossiers cliniques et des registres des sorties.**

L'équipe devrait examiner ces dossiers afin d'y rechercher les cas récents et d'établir s'ils ont fait l'objet d'une enquête sérieuse et d'une notification conformément aux directives nationales en la matière.

- **Examen des études spéciales.**

L'équipe devrait examiner toutes les études spéciales récemment effectuées dans le pays, notamment les analyses épidémiologiques, études d'intervention, enquêtes sur le tétanos ou recensements des cas de claudication. Elle devrait évaluer la qualité de ces études et comparer leurs résultats avec les registres portant sur la même période.

- **Dépistage actif.**

Le dépistage actif peut être une opération de longue haleine et si les cas sont rares dans la région, il convient d'enquêter sur une large fraction de la population pour avoir une chance raisonnable de détecter des cas. L'équipe ne devrait pas tenter de faire du dépistage aléatoire, mais plutôt se concentrer sur les régions à haut risque et mettre l'accent sur les hôpitaux, les centres de santé et les centres de réadaptation plutôt que sur la communauté. Le dépistage actif est à éviter si cela risque de nuire à l'efficacité de l'évaluation de la surveillance dans les établissements de santé.

### ***Sixième étape.   Elaboration du résumé de l'évaluation et des recommandations***

Lorsqu'elle se réunit à nouveau, après avoir rassemblé toutes les données, l'équipe doit procéder à un examen des résultats de ses recherches. Ces discussions peuvent faire apparaître la nécessité de rassembler des données complémentaires ou de demander un complément d'explication au personnel national.

Le chef d'équipe doit faire en sorte que tous les membres de l'équipe soient invités à donner leur point de vue sur la mission qu'ils étaient appelés à remplir. Il est essentiel que l'étude fasse état des succès autant que des problèmes. En ce qui concerne les problèmes, il est indispensable d'en préciser les causes, c'est-à-dire de déterminer s'ils proviennent d'insuffisances sur le plan local ou national. Le chef d'équipe devra faire preuve de discernement pour sélectionner parmi les recommandations celles qui sont indispensables, celles qui sont importantes et celles qui sont facultatives ou inutiles en partant du principe que les recommandations mineures bénéficieront automatiquement de l'application des recommandations les plus importantes. Un petit nombre de recommandations essentielles aura peut-être un plus grand impact et incitera davantage les autorités nationales à la compréhension qu'une longue liste dans laquelle figureraient aussi des recommandations

mineures. Il importe en outre que ces recommandations soient élaborées en concertation avec les partenaires nationaux.

Le rapport proprement dit comprendra une évaluation des conclusions de l'équipe dans lesquelles figurera une évaluation de la lutte contre les maladies dans le pays. Dans la mesure du possible, cette évaluation devrait être exprimée sous forme de chiffres, au moyen de graphiques, de tableaux, de cartes et en accordant une attention particulière aux indicateurs relatifs à la maladie et aux activités de surveillance. Il convient de veiller en priorité à la conformité entre le nombre de cas de maladie déclarés dans le cadre du système de surveillance systématique et les conclusions de l'équipe en ce qui concerne l'efficacité de la surveillance.

### *Septième étape. Présentation des conclusions et des recommandations*

Avant de quitter le pays, l'équipe, sous la direction de son chef, présentera ses conclusions et ses recommandations aux autorités nationales, en insistant si possible sur les lacunes auxquelles il est important ou urgent de remédier et en suggérant des solutions ainsi qu'un calendrier indicatif pour l'introduction de ces améliorations.

Les recommandations devraient porter essentiellement sur la manière d'améliorer la surveillance et la lutte contre les maladies. Certaines proposeront des moyens de renforcer l'application des politiques actuelles et suggéreront une réorientation de ces politiques.

Des recommandations spéciales pourront être formulées le cas échéant concernant la mise au point et l'utilisation d'indicateurs de surveillance.

L'équipe devra aussi formuler des recommandations, à la lumière de son évaluation, sur l'opportunité de mettre en place ou d'améliorer des stratégies de lutte contre des maladies spécifiques. Elle voudra peut-être aussi recommander aux autorités nationales d'effectuer d'autres recherches ou enquêtes en vue de parvenir à une meilleure définition de l'efficacité et des capacités du système de surveillance, des enquêtes sur les flambées épidémiques et des études d'efficacité des vaccins.

## Annexe 1

### Lectures conseillées

Les documents ci-après ont été utilisés pour la préparation du présent document et seront peut-être utiles aux équipes d'évaluation, notamment en ce qui concerne les politiques actuelles du PEV/OMS en matière de surveillance et de lutte contre la maladie. Certains sont des documents provisoires ou inédits, qui ont été établis par EPI/HQ ou EPI/AFRO.

- 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
- 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. WHO/EPI/GEN/93.21.
- Rapport de la Troisième Consultation sur l'éradication de la poliomyélite. WHO/EPI/POLIO/90.3.
- Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000. Plan d'action - Révision 1992. WHO/EPI/POLIO/92.2.
- Neonatal Tetanus Elimination by 1995. (GAG Presentation). WHO/EPI, October 1992.
- EPI TECHCOM : Eradication de la poliomyélite. WHO/EPI/POLIO/92.1.
- Plan d'action révisé pour la lutte contre la rougeole dans le monde. WHO/EPI/GEN/94.2 (en préparation).

## Activités suggérées pour chaque site

Sites/Régions/personnes	Interroger la personne responsable	Examiner les indicateurs de surveillance	Examiner les politiques de surveillance	Examiner les enquêtes sur les cas et les mesures de lutte contre les flambées épidémiques	Examiner les dossiers cliniques	Examiner les rapports de notification ou les registres des cas	Examiner les études spéciales	Faire du dépistage actif
Unités de surveillance au niveau central	X	X	X	X		X	X	
Hôpitaux	X		X		X	X		
Centres de réadaptation	X		X		X	X		X
Laboratoires de diagnostic ou de recherche	X						X	
Centres d'épidémiologie ou de recherche	X							X
Ecoles/gardiéries	X							
Cas récents signalés	X		X	X				X
<b>Régions à haut risque</b>								
Province, district, sous-district	X	X	X	X		X		
Centres de santé	X				X	X		
Hôpitaux	X				X	X		
Postes sentinelles	X	X	X	X	X	X	X	
Praticiens privés	X		X		X			
Guérisseurs traditionnels	X		X		X			X

## Annexe 3

### 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 suivants :

- 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.