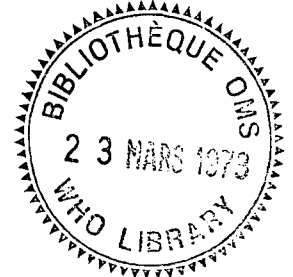




PROSPECTION ACTIVE DE LA VARIOLE - EXPERIENCE ETHIOPIENNE

par

C. A. de Quadros,¹ K. L. Weithaler,² J. Siemon³



1. Introduction

Un programme d'éradication de la variole a été lancé en Ethiopie en janvier 1971. L'accent y a été mis depuis le début sur la sélection et l'endiguement des poussées épidémiques par des équipes mobiles d'un ou deux membres qui groupent actuellement au total une centaine d'agents éthiopiens et de travailleurs sanitaires volontaires venus des Etats-Unis, du Japon et d'Autriche. Etant donné l'étendue du pays (1 221 900 kilomètres carrés), la dispersion et la difficulté d'accès de ses quelque 25 millions d'habitants et la faiblesse de l'infrastructure sanitaire, il a fallu limiter les programmes de vaccination systématique aux villes principales et aux populations touchées par les épidémies. En 1971, on a détecté 26 329 cas et appliqué des mesures d'endiguement lors de chaque épidémie. En 1972, le nombre des cas signalés était tombé à 16 976. La figure 1 fait ressortir l'efficacité des mesures prises. Après 14 mois d'incidence élevée, à l'exception d'une brève accalmie saisonnière en été 1971, le nombre des cas notifiés mensuellement a commencé en mars 1972 à baisser de manière constante sinon régulière. Cette régression s'est poursuivie tout au long de la période septembre-décembre, où pourtant il se produit normalement une recrudescence saisonnière. En mars 1972, la transmission avait apparemment été interrompue dans dix des quatorze provinces du pays.

Une expérience considérable a été acquise de l'organisation d'activités de surveillances efficaces dans les zones reculées. En effet, beaucoup des épidémies ont été décelées et endiguées dans des régions où les équipes devaient voyager à pied pendant plus de deux semaines dans un difficile terrain montagneux.

Quand la variole était largement répandue et frappait sévèrement de nombreux Awrajas (districts), la découverte des épidémies ne posait pas de problèmes. Mais à mesure que l'incidence se rapprochait de zéro dans un nombre croissant de régions, il devenait de plus en plus important de découvrir les épidémies à leur début, avant qu'elles n'aient pris une ampleur suffisante pour s'imposer à l'attention des instances de notification dispersées (centres de santé et fonctionnaires).

Les moyens de transport et le personnel affecté au programme étant limités, il était nécessaire de disposer de méthodes de prospection active qui permettent à une même équipe d'évaluer rapidement la situation dans une zone étendue. En déterminant avec une certaine marge de sécurité que la variole était absente d'un secteur donné, il devait être possible de réviser convenablement les priorités pour les activités futures.

¹ Epidémiologiste de l'OMS, Programme d'Eradication de la Variole, Ethiopie.

² Conseiller principal de l'OMS, Programme d'Eradication de la Variole, Ethiopie.

³ Volontaire du Peace Corps, précédemment agent d'évaluation du Programme d'Eradication de la Variole, Ethiopie.

L'expérience avait montré que les écoles et les marchés étaient une source particulièrement intéressante de renseignements sur la variole dans une région donnée, mais la sensibilité de cette méthode n'avait pas encore été mesurée. Aussi, une étude de terrain a-t-elle été entreprise à ce sujet en juillet 1972 dans un Awraja (district) où les postes de notification n'avaient plus signalé de cas depuis six mois. L'étude était conçue de telle sorte que l'évaluation soit achevée dans un délai de quinze jours.

Zone d'étude

On a choisi pour l'étude le district de Selale dans la province de Shoa. Il y avait été relevé 14 cas de variole entre janvier et mars 1971, puis à nouveau 14 cas en décembre 1971, dans un des sept sous-districts. De décembre 1971 à juillet 1972, aucun autre cas n'avait été signalé.

Le district, d'une superficie approximative de 4800 kilomètres carrés, compte environ 275 000 habitants. Il possède une seule route carrossable par tous les temps qui traverse la région du sud-est au nord-est; tous les autres secteurs sont accessibles à pied ou à dos de mulet, tout au long de l'année. Outre le bureau du gouverneur installé au chef-lieu, Fitché, il existe dans chacun des sept sous-districts un bureau de sous-gouverneur; tous ces bureaux sont tenus de signaler les épidémies de maladie transmissible. A cela s'ajoutent plus de cent fonctionnaires de rang moins élevé et chefs de village (gouverneurs Meketal Woreda, Chikashumus, Atbiadagnias et Balabuts).

Le district est desservi par un centre de santé, situé à Fitché, et quatre stations sanitaires dotées chacune d'un infirmier panseur. Tant les stations sanitaires que le centre de santé s'occupent essentiellement de médecine curative.

Au total, 3000 écoliers fréquentent l'école secondaire de Fitché et les écoles primaires des sous-districts. Ils viennent de tous les coins du district, et ceux qui sont pensionnaires retournent chez eux tous les un à deux mois. De grands marchés ont lieu une fois par semaine à Fitché et dans chaque chef-lieu de sous-district, et de plus petits marchés se tiennent çà et là dans tout le district. Les gens y viennent échanger marchandises et nouvelles, parfois au prix de deux à trois jours de voyage à pied.

Méthodes

Pendant la première semaine de juin, une équipe de surveillance composée d'un agent de surveillance et d'un vaccinateur s'est rendue dans le district pour y mener une opération de prospection active étalée sur 14 jours.

Dans les bureaux des gouverneurs et sous-gouverneurs, l'équipe s'est enquis des cas de variole qui auraient pu être constatés et s'est entretenue avec les chefs locaux qui avaient été convoqués spécialement. Pendant les deux semaines de l'enquête, elle a pu se mettre ainsi en rapport avec le gouverneur, sept sous-gouverneurs et 119 fonctionnaires de rang moins élevé et chefs de village.

Dans les formations sanitaires (fig. 2), l'équipe a discuté de la situation de la variole avec le personnel et a demandé à tous les consultants s'il s'était produit des cas de variole dans leur village.

Dans les écoles (fig. 2), l'agent de surveillance est passé de classe en classe en montrant la photo d'un varioleux (carte OMS pour l'identification de la variole) et en demandant aux élèves s'il y avait de tels malades dans leur village. Il a constaté qu'il était essentiel d'agir sans précipitation et avec patience pour surmonter la timidité initiale des enfants. Il commençait par leur expliquer ce qu'était la variole, à quoi elle ressemblait et pourquoi ils devaient l'aider à dépister les épidémies. Après cela, les enfants se montraient en général tout heureux d'apporter leur concours.

Dans les marchés (fig. 2), dont neuf ont été visités, l'agent de surveillance se mettait en contact avec les chefs locaux présents, puis parcourait successivement toutes les parties du marché en montrant des photos de varioleux et en se renseignant sur la présence de la maladie dans les villages. Quelques-uns des sujets interrogés venaient d'endroits situés jusqu'à trois jours de marche, mais la plupart habitaient dans un rayon de trois heures de marche. Il a été jugé qu'en pratique, à condition d'être suffisamment prolongées et intensives, les interrogations menées dans un marché permettaient de recueillir des renseignements raisonnablement complets sur l'occurrence de la variole dans un rayon de 12 kilomètres.

Résultats

Aucun des fonctionnaires, chefs de village ou personnels de santé n'avaient connaissance de cas de variole.

A l'école primaire et au marché de Gebra Guracha, l'équipe a été informée de la constatation de deux cas suspects en juin dans ce village (fig. 2). Ces cas ont été confirmés cliniquement et se sont révélés avoir été contractés dans le village d'Ijirri, à trois heures de marche de Gebra Guracha.

L'épidémie d'Ijirri, dont la nature variolique a été confirmée ultérieurement, avait impliqué 8 cas répartis entre trois ménages. Le premier cas était survenu huit semaines plus tôt. Bien qu'il se soit agi d'une épidémie limitée, elle a été signalée à l'équipe en cinq endroits différents : à l'école secondaire de Fitcha (à neuf heures de marche), à l'école primaire et au marché de Gebra Guracha (à trois heures de marche), au marché de Degem (à six heures de marche) et au marché de Gohalsion (à six heures de marche). Non seulement beaucoup de gens avaient connaissance de l'épidémie, mais encore les noms des chefs des familles où les cas s'étaient produits ont été communiqués à l'équipe.

Ijirri se trouve être un village d'environ 600 habitants composé de groupes de maisons très éparpillés, si bien qu'il faut environ une heure et demie de marche pour aller d'un bout à l'autre du village.

Le premier malade, qui était une femme de vingt ans, avait présenté un rash le 20 avril peu après son retour de la province voisine de Gojjam, zone d'endémie avérée. Un villageois a prélevé sur la patiente du matériel pustuleux dont il s'est servi pour varioliser deux enfants de trois et six ans d'une autre famille. Vers le 20 mai, la variole s'est déclarée chez une femme de 40 ans dans un troisième ménage. Quatre autres personnes ont ensuite été variolisées dans les deux premiers ménages, ce qui a porté le nombre de cas à neuf au total, dont sept résultaient de la variolisation. Selon toute probabilité, c'est la femme de 40 ans qui a infecté la fillette de trois ans tombée malade le 31 mai à Gebra Guracha. Le deuxième cas observé à Gebra Guracha est survenu le 17 juin chez une soeur, âgée d'un an, de la malade.

Outre ces cas de variole, vingt autres cas suspects ont été signalés à l'équipe, mais il a été établi qu'il s'agissait en fait de varicelle ou d'autres infections cutanées.

L'équipe de surveillance a simultanément procédé à des vaccinations et à la recherche de cas dans une vaste zone autour d'Ijirri et de Gebra Gerucha et sur les routes fréquentées par les villageois. Elle a pratiqué en tout 3632 vaccinations, mais n'a pas trouvé d'autres cas de variole.

Depuis l'enquête, aucun autre cas n'a été signalé ou dépisté dans le district de Selale.

Discussion

Les résultats de l'enquête donnent à penser qu'à condition d'être mené de manière raisonnablement consciencieuse le dépistage actif, en particulier dans les écoles et les marchés, est une méthode sensible de détection d'épidémie de variole même de faible importance et relativement éloignée.

Les gens identifiaient en général correctement la maladie, mais ce n'était pas toujours le cas, si bien qu'il était absolument indispensable de vérifier tous les cas suspects malgré tout le temps que cela exigeait. Il est à noter, par exemple, que la première mention de l'épidémie d'Ijirri émanait d'un homme qui a dit à l'équipe de surveillance qu'il y avait de la varicelle dans le village.

On ne saurait évidemment se fonder sur cette seule opération de prospection active pour affirmer avec certitude que tous les cas de variole existant dans le district ont été dépistés. Toutefois, s'il s'agissait d'un district situé dans une aire beaucoup plus étendue exempte de variole où l'importation de cas serait peu probable, des prospections répétées à intervalles de quatre à six mois, par exemple, autoriseraient à conclure, avec une certitude croissante, à l'absence de transmission de la variole. Pour que la variole persiste dans une région, il faut qu'une personne cliniquement malade en infecte une deuxième, qui en infecte une troisième et ainsi de suite selon une chaîne de transmission continue, de sorte qu'il suffit d'avoir détecté un seul cas pour pouvoir découvrir tous les autres. Par conséquent, à mesure que le temps passe et que les cas s'accumulent dans la région, il devient de plus en plus probable qu'une opération de prospection active du genre de celle qui vient d'être décrite permette de dépister un ou plusieurs cas dans la chaîne de transmission et d'identifier le foyer d'infection.

Ainsi donc, alors qu'il aurait pu sembler impossible de détecter les cas de variole dans les zones reculées et d'accès difficile, cette étude illustre la facilité et la rapidité avec lesquelles on peut y parvenir d'un façon très simple et très directe.

Résumé

En à peine plus de deux ans, le programme d'éradication de la variole en Ethiopie est parvenu à réduire l'incidence de la maladie de plus de 100 pour 100 000 (1971) à un niveau si bas qu'en mars 1972 10 des 14 provinces étaient exemptes de variole et que l'interruption complète de la transmission était prévisible dans un délai d'une année. Etant donné l'étendue du pays, la dispersion de la population, les difficultés de transport et la pénurie de personnel, il a fallu centrer les efforts sur le dépistage des cas et l'endigement des poussées épidémiques plutôt que sur la vaccination de masse systématique.

La prospection active et permanente des cas a été un des éléments majeurs du programme. Les enquêtes menées dans les écoles et les marchés se sont révélées être un moyen remarquablement efficace de détection des poussées épidémiques. Dans une étude spéciale de cette méthode, une équipe de deux hommes a mené pendant 14 jours une opération de prospection active dans une zone de 48 km² comptant 275 000 habitants. Elle a détecté deux poussées épidémiques associées impliquant respectivement neuf et deux cas et appliqué les mesures d'endigement nécessaires. Bien que l'infection n'ait été importée que huit semaines plus tôt, des renseignements sur l'épidémie ont été fournis à l'équipe dans six écoles et marchés situés à trois à neuf heures de marche du foyer principal.

Des méthodes de ce genre devraient pouvoir être utilisées avec profit dans le monde entier, aussi bien dans des zones d'endémie que dans les zones de non-endémie.

FIG. 1
ETHIOPIE - INCIDENCE DE LA VARIOLE

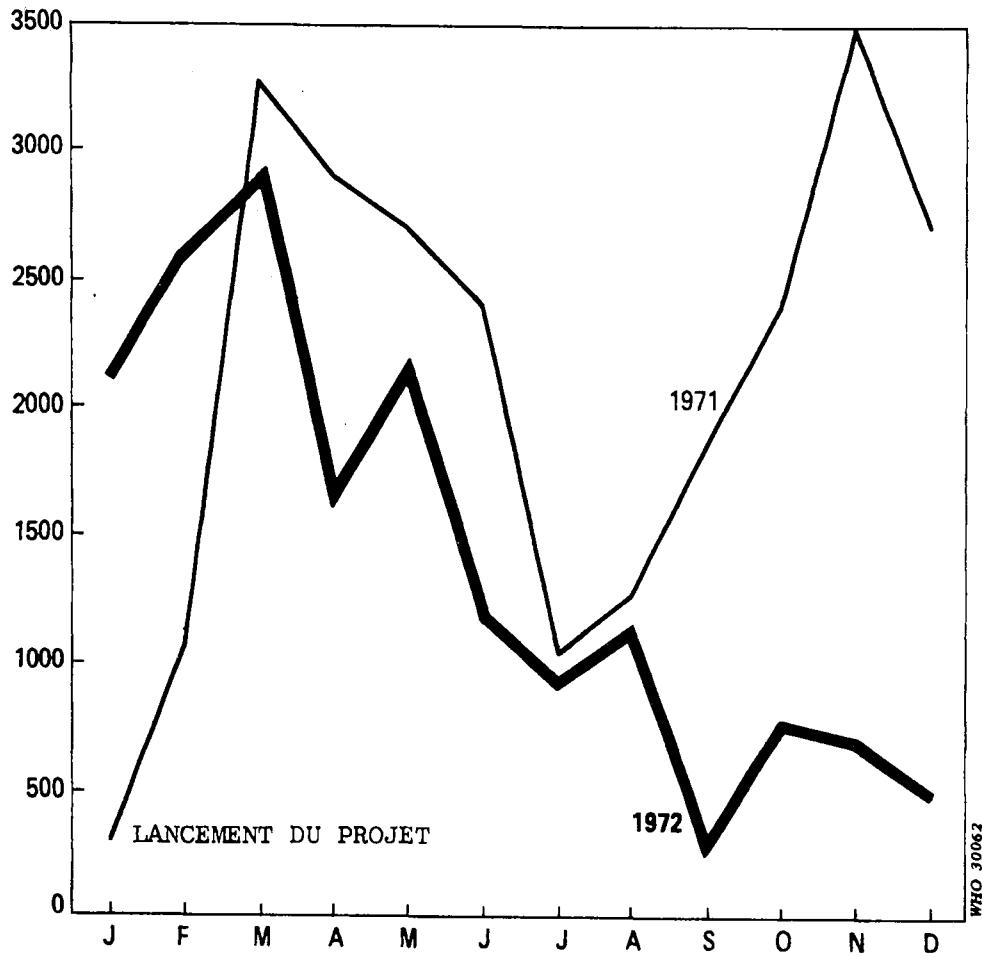


FIG. 2
POUSSEE EPIDEMIQUE DU DISTRICT DE SELALE, ETHIOPIE

