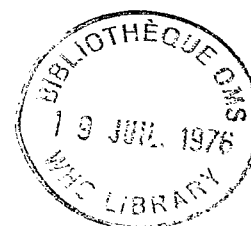




OPERATION VARIOLE ZERO

par

le Dr Z. Jezek¹ et le Dr R. N. Basu²



En Inde, le dernier cas connu de variole indigène s'est produit le 17 mai 1975 dans le village de Pachera, district de Katihar, Etat de Bihar. Depuis lors, un seul autre cas a été dépisté le 24 mai 1975; il avait été importé du district de Sylhet, Bangladesh, dans la ville de Karimganj, porte du Cachar et de tout l'Etat d'Assam.

L'élimination rapide de la variole en Inde (sous l'effet de la campagne antivariolique intensifiée qui a commencé en automne 1973 et a atteint son objectif au bout de 18 mois seulement) a été décrite par le Premier Ministre de l'Inde, Mme Indira Gandhi, comme un événement important et par le Ministre de la Santé de l'Union, le Dr Karan Singh, comme une réussite dont la nation tout entière pouvait à juste titre s'enorgueillir. Le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Halfdan T. Mahler, a déclaré que c'était le succès le plus important dans l'histoire de la santé publique, et qu'on pouvait aller jusqu'à parler de miracle.

Au Bangladesh, le dernier cas connu de variole s'est produit le 16 octobre 1975 dans le village de Kurulia, île de Bhola, district de Barisal. Outre que c'était le dernier cas connu de variole sur le continent asiatique, c'était aussi le dernier cas connu de variole majeure dans le monde.

Nous ne pouvons ignorer cependant l'expérience d'autres pays qui, ces dernières années, ont atteint l'incidence zéro. Huit mois après que le Brésil et l'Indonésie eurent passé ce stade, on découvrait encore des foyers de variole jusque-là demeurés inaperçus, preuve que la maladie peut continuer de se propager sans être dépistée, et cela non seulement dans la jungle, ou les régions montagneuses écartées et inaccessibles, mais même à proximité des métropoles, et parfois non loin des quartiers généraux nationaux de l'éradication de la variole. C'est dire combien il est nécessaire de disposer de systèmes de surveillance efficaces et de haute qualité capables de dépister toute transmission de la variole, et de maintenir cette surveillance en état d'alerte constant pendant au moins deux ans après que se soit produit le dernier cas connu dans le pays.

Autrefois, la découverte de poussées de variole constituait en soi une motivation qui poussait les travailleurs de la santé publique à trouver d'autres cas. A mesure que ceux-ci ont disparu, les travailleurs sanitaires ont eu tendance à être gagnés par l'optimisme et, dans certaines régions, au niveau du "bloc", du district et de l'Etat, les médecins ont reporté leur attention sur d'autres problèmes qui absorbent une partie croissante de leur temps et de leurs ressources.

¹ Médecin, Organisation mondiale de la Santé, Ring Road, New Delhi.

² Sous-Directeur général des services de santé, Nirman Bhavan, New Delhi.

"Le plus grand danger qui nous guette est maintenant l'optimisme béat" a déclaré le Dr D. A. Henderson, Chef du Programme mondial d'Eradication, qui a poursuivi : "nous devons comprendre la responsabilité grave, terrifiante qui est la nôtre, et faire en sorte que la variole soit véritablement éradiquée. Nous ne pouvons nous contenter d'une certitude à 90 % ni même à 99,9 %; il nous faut une certitude à 100 %".

Il ne suffit pas que nous ayons une certitude; nous devons aussi être en mesure de démontrer ce que nous avons réalisé et de faire la preuve de l'efficacité de notre système de surveillance devant la Commission nationale à la fin de cette année, et devant la Commission internationale qui se rendra en Inde au printemps de 1977 pour déterminer si le pays satisfait aux normes internationales fixées pour certifier que l'éradication a été réalisée.

L'opération Variole Zéro doit consolider notre victoire sur la variole et simultanément maintenir des activités de surveillance efficaces jusqu'en mai 1977. Plusieurs techniques et opérations de surveillance importantes devront être maintenues en place tout au long de cette période.

1. Opérations périodiques de dépistages actifs

Il faudra poursuivre les dépistages de porte à porte menés dans toute l'Inde, dans les régions rurales comme dans les régions urbaines. Au début de la campagne, les dépistages actifs étaient menés tous les mois. En 1975, après que se fut produit le dernier cas connu de variole, les dépistages dans la plupart des Etats n'ont plus été effectués que tous les deux ou trois mois. En 1976, on prévoit de conduire sur tout le territoire trois opérations de dépistage actif seulement, à savoir :

- une campagne de dépistage menée dans la majorité des Etats et des Territoires de l'Union de février à avril;
- une campagne de dépistage urbain couvrant la majorité des secteurs urbains de l'Inde, pendant la mousson;
- une campagne de dépistage menée en automne, après la période des moussons, et couvrant tous les secteurs urbains et ruraux du pays.

Avec un si petit nombre d'opérations de dépistage pour toute l'année, une planification et une organisation efficaces sont essentielles pour que les travailleurs sanitaires de tous les niveaux soient bien informés de ce qu'ils auront à faire, sérieusement motivés et correctement encadrés.

2. Surveillance dans les marchés, les foires, les fêtes, les hôpitaux et les consultations

L'expérience de terrain acquise à l'occasion des "dépistages sur les marchés" indique qu'il s'agit là d'une méthode économique de rassemblement ou de diffusion des informations sanitaires. Les marchés, foires et fêtes diverses ont lieu à des périodes régulières et prévisibles, ce qui permet de procéder à des dépistages systématiques avec des moyens relativement limités. Dans certains Etats et Territoires de l'Union, ces opérations sont devenues particulièrement utiles pour repérer, entre les dépistages systématiques, les cas de variole suspects, les décès par varicelle, et les cas de fièvre avec éruption.

Dans chaque centre de santé publique et dans chaque bureau de santé de district, certains travailleurs sanitaires devraient être affectés, à temps complet ou partiel, aux "dépistages sur les marchés". Chaque bureau sanitaire de district devrait établir un plan pour tirer le meilleur parti de cette technique.

3. Surveillance spéciale dans certaines régions à risque élevé

Dans tous les Etats ou Territoires de l'Union, il existe des régions géographiques ou des groupes de populations qui posent des problèmes de surveillance particuliers parce qu'ils sont pratiquement inaccessibles ou que des foyers inconnus de variole peuvent y subsister. Ces régions ont été repérées ces derniers mois et des activités spéciales de surveillance doivent y être menées ou maintenues; en particulier, des "dépistages spéciaux" peuvent être prévus.

organisés et exécutés par les équipes de surveillance d'Etat, les brigades mobiles de district et le personnel sanitaire local, notamment dans les régions possédant les caractéristiques suivantes :

- régions écartées pouvant échapper aux dépistages hebdomadaires;
- régions où se sont récemment produits des cas de variole;
- régions frontalières ou régions qui, pour diverses raisons, attirent des visiteurs de pays voisins;
- régions coupées du reste du pays à certaines saisons;
- régions de pèlerinages, de rassemblements, de foires et de fêtes;
- régions où, pour des raisons quelconques, le personnel de santé fait défaut, ou bien où personne n'a précédemment assumé de responsabilités sanitaires;
- régions comptant des mendiants et des nomades;
- régions où se trouvent des travailleurs saisonniers, des populations de passage et des groupes socio-économiques défavorisés;
- autres régions vulnérables, telles que mines de charbon, zones de fabrication de charbon de bois, camps de réfugiés, lieux de constructions.

4. Surveillance continue exercée par des équipes de surveillance

L'objectif essentiel des équipes de surveillance, par exemple des équipes de surveillance d'Etat, des équipes de surveillance municipale et les escadrons mobiles de district, est d'aider à établir et à maintenir un système de surveillance vigilant et efficace dans leurs aires d'opérations. Elles doivent notamment exercer les fonctions suivantes : inciter les travailleurs sanitaires à se rendre fréquemment dans les villages et les mohallas pour dépister et notifier les cas fébriles avec éruption; organiser et exécuter des dépistages spéciaux dans les régions à risques, ou écartées et inaccessibles dans lesquelles des opérations périodiques n'ont pas été menées; introduire la technique appropriée de dépistage dans les marchés et esquisser des plans de surveillance des marchés; favoriser l'établissement d'un système de surveillance secondaire efficace couvrant toute la région qui leur est affectée et inciter les employés d'Etat, les enseignants, les personnels du développement local, les chowdikars, les postiers, les notabilités de panchayat et de village, et les organes du service public, à participer à la surveillance.

5. Surveillance de routine exercée de manière permanente par tous les personnels de santé

Dans les régions rurales comme dans les régions urbaines, il existe actuellement un grand nombre de programmes d'action sanitaire dynamiques auxquels participent des travailleurs de la lutte antipaludique, de la planification familiale et de la lutte antilépreuse, qui se rendent fréquemment dans chaque village, s'entretiennent avec des groupes de villageois et discutent avec eux des problèmes de santé. Chacun de ces travailleurs doit savoir qu'il peut s'enquérir des cas de variole suspects, des décès par varicelle, des cas fébriles avec éruption, et qu'il a la possibilité de gagner 1000 roupies s'il dépiste un cas de variole.

Les responsables du programme d'éradication de la variole dans chaque Etat ou Territoire de l'Union doivent faire en sorte que chaque travailleur sanitaire comprenne que la surveillance doit être maintenue pendant deux ans, soit capable de diagnostiquer un cas de variole s'il en rencontre un, et sache où il doit notifier les cas de variole suspects. Chaque travailleur sanitaire doit en outre savoir qu'il lui faut dépister les cas de variole suspects ou les décès par varicelle tout au long de l'année dans le cadre de ses fonctions habituelles, et non pas seulement pendant la période de dépistage actif des cas.

6. Surveillance des cas/poussées épidémiques de fièvre avec éruption

Ces derniers mois, on a mis au point un nouvel élément de la surveillance, "la surveillance des cas/poussées épidémiques de fièvre avec éruption". Dans le cadre de ce nouvel élément, chaque travailleur sanitaire sait qu'il doit notifier les cas de fièvre avec éruption, et où.

Les "registres des rumeurs de variole" doivent être tenus à jour dans toutes les unités de notification de base, c'est-à-dire dans les centres de santé primaires, dans les bureaux sanitaires des municipalités, dans les hôpitaux et les dispensaires faisant office de centres de santé publique. La personne responsable de ces unités doit tenir à jour les registres et consigner tous les cas de fièvre avec éruption signalés à l'unité.

Chaque rapport devra être vérifié promptement par un agent sanitaire expérimenté, par un médecin ou par un contrôleur sanitaire. Les résultats de la vérification seront consignés au registre et communiqués par lettre à la personne qui aura signalé le cas, avec des remerciements pour le service public important qu'elle aura rendu.

7. Système de surveillance secondaire

L'expérience de terrain a montré qu'un système de surveillance secondaire surajouté au système primaire exclusivement composé de travailleurs sanitaires, outre qu'il augmente les chances de dépistage des cas de variole suspects, des décès par varicelle et des poussées épidémiques de fièvre avec éruption, conduit souvent aussi à une amélioration du réseau de surveillance primaire. Un réseau de surveillance secondaire devra faire appel aux employés du Gouvernement, aux enseignants, aux personnels de développement local, aux notabilités de panchayat et de village et aux organismes du service public.

Dans chaque cas, il faudra organiser une réunion pour fournir des instructions aux personnes participant à la surveillance, les informer des procédures de notification courante, et leur faire connaître la récompense qui sera remise à toute personne découvrant un cas de variole.

8. Publicité autour des récompenses attribuées pour la découverte de cas de variole

Les récompenses accordées aux personnes notifiant des cas de variole ont eu des répercussions très favorables sur toutes les formes de la surveillance. Une large publicité par inscriptions murales, haut-parleurs, annonces à la radio et à la télévision, affiches, annonces dans la presse, doit être organisée, de manière à ce que tous les segments de la population soient au courant de la récompense.

La forme de publicité la plus efficace à cet égard reste l'information de bouche à oreille, généralement colportée par les chercheurs eux-mêmes, ou par d'autres travailleurs sanitaires au cours de leurs tournées.

Dans les villes, les marchés, les foires, les fêtes et les assemblées, etc., les mégamikes sont plus efficaces que les brochures. Dans les régions rurales, il est essentiel d'entreprendre, plusieurs jours avant que le dépistage ne commence, une campagne de publicité massive et soigneusement organisée informant constamment les citoyens de l'opération qui est menée, aussi bien que du lieu où ils devront signaler les cas suspects.

9. Notifications systématiques et rapports périodiques

Le système de notifications systématiques et de rapports périodiques constitue le cadre et l'élément essentiel de la surveillance. Ces dernières années, le système de rapports a été simplifié. On a organisé un réseau de centres de rapports à différents niveaux comportant des unités de base, comme les centres de santé primaires, les bureaux de santé municipaux, les hôpitaux et dispensaires faisant office de centres de santé publique aussi bien que des bureaux du programme national d'éradication de la variole au niveau des Etats et du Gouvernement central.

L'unité de notification et de rapports de base rassemble les informations fournies par le personnel sanitaire local et envoie aux échelons supérieurs des rapports épidémiologiques hebdomadaires ainsi que des résumés mensuels de tous les rapports sur les cas de fièvre avec éruption. Elle établit même des rapports "néant".

Plus de 5300 unités de rapports de base réparties dans 381 districts du pays participent à ce travail.

Pour les cas suspects de variole, aussi bien que pour les décès par varicelle, des télégrammes doivent être envoyés au Gouvernement de l'Inde, à l'OMS, et au Bureau du Programme dans l'Etat. L'évaluation systématique des rapports reçus à chaque échelon et le contrôle aléatoire des registres par des fonctionnaires de la surveillance à tous les échelons contribuent tout particulièrement à accélérer les opérations et à améliorer l'exactitude des rapports, de manière que les données reflètent fidèlement la situation épidémiologique. De même, tous les rapports sur les résultats de recherches et tous les rapports d'évaluation des recherches doivent être soigneusement contrôlés et analysés.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'opération Variole Zéro a pour objectif de maintenir des activités de surveillance efficaces jusqu'au mois de mai 1977 et de consolider ainsi notre victoire sur la variole. Nous ne pouvons nous reposer sur nos lauriers et nous satisfaire d'un optimisme béat. Dans les prochains mois une pensée nous accompagnera : "C'est une chose que de ne pouvoir trouver un cas de variole, mais c'est tout autre chose que d'être convaincu et que de convaincre la Commission nationale et la Commission internationale qu'il n'y a aucun cas de variole dans un pays aussi vaste que l'Inde".

* * *