



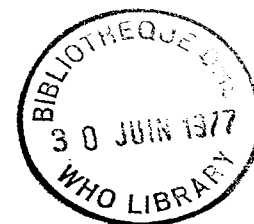
LA COMMISSION NATIONALE POUR L'EVALUATION
DU PROGRAMME D'ERADICATION DE LA VARIOLE EN INDE

par

le Dr R. N. Basu^a

et

le Dr L. N. Khodakevich^b



Le dernier cas de variole connu en Inde dû à une transmission indigène s'est déclaré le 17 mai 1975 dans le district de Katihar, Etat de Bihar. Une semaine plus tard, le 24 mai, une femme qui passait souvent la frontière pour aller mendier au Bangladesh a été atteinte de variole alors qu'elle séjournait sur le quai de la gare de Karimganj, dans le Cachar, district le plus méridional de l'Etat d'Assam.¹ Elle avait contracté la maladie dans un village du district de Sylhet, au Bangladesh. On pense que ce fut là le dernier cas de variole importé en Inde.

Depuis lors, une surveillance intensive a été exercée à travers tout le pays. Pendant le reste de l'année 1975, on a procédé dans les différents Etats à une recherche porte à porte des cas de variole, et cette recherche a été répétée d'une à cinq fois selon les endroits. En 1976, deux campagnes de recherche ont été menées à l'échelon national, l'une au printemps, l'autre en automne. Pendant la mousson, toutes les régions urbaines accessibles ayant une population égale ou supérieure à 5000 habitants ont fait l'objet d'une recherche des cas maison par maison. Pendant les mois s'écoulant entre ces opérations de recherche, les travailleurs sanitaires de base ont recueilli des informations sur les maladies comportant une éruption cutanée accompagnée de fièvre au cours de leur activité de routine dans les villages et les villes, les écoles, les marchés, les rassemblements populaires et les hôpitaux. On a fait une importante publicité concernant la récompense de 1000 roupies qui serait remise aux personnes notifiant des cas de variole, afin de motiver la population pour qu'elle signale toute maladie ressemblant à la variole. Malgré ces activités de recherche intensives à la fin de 1975 et en 1976, aucun cas de variole n'a été découvert dans le pays.

Le Comité OMS d'experts de l'Eradication de la Variole (1972) a déclaré que "... dans tous les pays où existe un programme de surveillance d'efficacité normale, ... il faut un délai d'au moins deux ans après le dépistage du dernier malade connu avant d'admettre que la transmission a été interrompue".²

Une commission internationale d'épidémiologistes et d'administrateurs de la santé éminents de différents pays a été formée pour visiter l'Inde en avril 1977 et confirmer de manière indépendante que la variole a bien été éradiquée.

Il a été décidé qu'une "vérification technique interne" réalisée par des travailleurs de la santé publique expérimentés, indiens et internationaux, serait extrêmement utile pour s'assurer que tous les Etats étaient correctement préparés pour accueillir cette commission internationale, et de là est née l'idée d'instituer une commission nationale.

^a Sous-Directeur général des services de Santé (Variole), Gouvernement de l'Inde.

^b Médecin, OMS.

Objectifs

Les objectifs suivants ont été assignés à la Commission nationale :

- a) observer en détail l'évolution de toutes les activités de surveillance de la variole;
- b) déterminer s'il existe des signes indiquant l'apparition de foyers de variole depuis le dernier cas notifié;
- c) motiver le personnel à tous les niveaux pour qu'il maintienne une surveillance de niveau élevé jusqu'à l'arrivée de la Commission internationale; et
- d) recommander un plan d'opérations afin de renforcer la surveillance pendant les trois premiers mois de l'année 1977.

Composition de la Commission

La Commission était dirigée par le Dr P. P. Goel, Directeur général des services de Santé, qui assumait les fonctions de Président, tandis que le Dr N. A. Ward, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et le Dr R. N. Basu, Sous-Directeur général des services de Santé, étaient les secrétaires responsables de la planification, de l'organisation et de la coordination du programme d'évaluation. La Commission, composée au total de 32 membres représentant le Gouvernement de l'Union indienne, 12 gouvernements d'Etats et l'OMS, a été divisée en six équipes. Parmi les membres représentant l'OMS et le Gouvernement de l'Inde figuraient des épidémiologistes expérimentés n'ayant pas participé auparavant au programme d'éradication de la variole.

Première réunion

Les membres de la Commission ont tenu à Delhi les 13 et 14 décembre 1976 une première réunion au cours de laquelle ils ont discuté et mis au point la méthode d'évaluation. Le Professeur Kostrzewski, Secrétaire de la Commission internationale, qui avait examiné précédemment les programmes de lutte contre la variole dans quatre Etats de l'Inde, a présenté ses conclusions et recommandations. Ses observations ont aidé les membres de la Commission à apprécier les normes de surveillance nécessaires pour satisfaire la Commission internationale. Le Dr Arita, médecin du Siège de l'OMS, a souligné devant le groupe qu'il était nécessaire que chacun arrive à se convaincre lui-même de l'absence de cas de variole dans chaque région en étudiant la surveillance à tous les niveaux. La liste des documents et des indices de surveillance devant être utilisés au niveau de l'Etat, du district, des centres de santé primaires et des municipalités a été expliquée et une esquisse de plan a ensuite été remise aux membres de la Commission pour les aider dans la préparation du rapport sur chaque visite. Chacune des équipes a reçu deux exemplaires du rapport régional concernant chaque Etat qu'elle devait visiter, afin de l'étudier en détail.

Méthode de travail

Les membres de la Commission ont été répartis en six équipes dont chacune était responsable d'un groupe d'Etats. Le groupe visitant un Etat ou un Territoire de l'Union était composé d'un à quatre membres, et la durée de leur séjour allait d'un jour (Delhi, Chandigarh, Dadra et Nagar Haveli, Pondichéry, Goa) à huit jours (Uttar Pradesh). Les membres de la Commission visitant chaque Etat se sont répartis en groupes et ont été aidés pendant leurs visites aux différentes unités par des responsables au niveau de l'Etat.

Les membres de la Commission ont surtout choisi les régions dans lesquelles il semblait possible que la variole ait persisté. Ces régions ont été choisies après un examen approfondi du programme au niveau de l'Etat, grâce à l'étude du "rapport régional" et à la suite de discussions au niveau de l'Etat, du district et du Centre de santé primaire. Les critères suivants ont présidé au choix des régions à visiter :

- a) Le lieu de la dernière flambée de variole connue dans l'Etat, le district ou le Centre de santé primaire.

- b) L'unité où il y a eu le plus de lacunes dans la présentation des rapports de routine, tels que les relevés épidémiologiques hebdomadaires ou les relevés mensuels sur les cas de fièvre accompagnée d'éruption.
- c) Le lieu du dernier cas mortel de varicelle connu ou du dernier cas présumé de variole.
- d) La région dans laquelle on n'a observé aucune amélioration des résultats durant les deux dernières campagnes de recherche.
- e) Les régions susceptibles d'avoir été mal couvertes lors des opérations de recherche, comme par exemple les zones tribales, les îles, le désert, etc.
- f) Les districts situés à la frontière de pays voisins où la variole était encore endémique à une date récente.
- g) Les régions largement atteintes par la variole précédemment.

Cette liste montre que l'on a choisi pour l'évaluation les régions où la surveillance avait été la plus faible et qui présentaient donc le plus de risques d'abriter des cas de variole.

Outre l'impression générale que les membres de la Commission ont recueillie pendant leurs visites sur le terrain, leurs entretiens et leurs contacts avec le personnel local, et grâce à l'étude des relevés et à l'évaluation sur le terrain dans les villages et les quartiers urbains, ils ont aussi étudié soigneusement les indices suivants de l'efficacité du programme :

- a) Recherches actives - informations sur l'adéquation du nombre d'enquêteurs responsables d'une population cible, le rapport numérique entre surveillants et enquêteurs, le nombre de cas de fièvre accompagnée d'éruption dépistés au cours de la recherche, les résultats exacts de l'évaluation effectuée à l'occasion des recherches réalisées au printemps et à l'automne 1976.
- b) Surveillance entre les recherches - l'efficacité du dépistage et de la notification des cas de fièvre accompagnée d'éruption entre les campagnes de recherche.
- c) Le pourcentage des cas de fièvre accompagnée d'éruption vérifiés personnellement par un médecin et par d'autres membres du personnel de surveillance.
- d) L'efficacité des rapports périodiques fournis, tels que les relevés épidémiologiques hebdomadaires, les relevés mensuels sur les cas de fièvre accompagnée d'éruption et les rapports sur les décès par varicelle et les cas présumés de variole.
- e) La tenue à jour des archives et de la documentation sur le programme sous forme de cartes, de tableaux et de dossiers.
- f) L'ampleur et l'efficacité de la publicité concernant l'attribution d'une récompense de 1000 roupies à la première personne signalant une flambée de variole.
- g) La participation des médecins responsables et de l'administration générale au programme.

Lorsque des visites ont été effectuées dans les villages et les quartiers urbains pour bien vérifier que le programme était appliqué sur le terrain, les facteurs suivants ont fait l'objet d'un examen :

- l'information de la population sur la nécessité de signaler rapidement les cas de variole s'il s'en produisait, et l'endroit où il fallait les signaler;
- les manifestations de la publicité concernant l'attribution d'une récompense de 1000 roupies à toute personne signalant un cas de variole;
- une enquête sur les cicatrices de maladie pour découvrir toute trace de cas n'ayant pas été notifiés précédemment;
- l'étude de toute flambée actuelle de cas de fièvre accompagnée d'éruption ou l'étude des rapports concernant un cas difficile à diagnostiquer;
- la qualité de la recherche épidémiologique réalisée par le personnel local.

Travail sur le terrain

Les six équipes ont commencé les études sur le terrain le 15 décembre et ont terminé leurs travaux le 8 janvier 1977. Elles se sont rendues dans tous les Etats et Territoires de l'Union à l'exception des îles Andaman et Nicobar. En plus des visites à la Direction de la Santé de l'Etat, ou du Territoire de l'Union, et notamment au Bureau d'éradication de la variole, 144 bureaux de la santé de district, 46 agglomérations et municipalités, 237 centres de santé primaires et 191 villages ont fait l'objet d'une étude en profondeur. La dernière zone où s'était produite une flambée de variole (si elle était postérieure à 1973) a été étudiée dans 20 des 31 Etats ou Territoires de l'Union. Douze districts situés à la frontière de pays voisins, à savoir du Népal, du Bangladesh, du Pakistan et du Bhoutan, ont été visités. Avant leur départ, les membres de la Commission ont discuté des travaux de surveillance et de la documentation dans l'Etat/Territoire de l'Union avec les autorités sanitaires. Ils ont recommandé des mesures destinées à améliorer le programme.

Tous les chefs d'équipe ont présenté un bref rapport sur leur visite dans chaque Etat sous trois rubriques principales : i) zone visitée, ii) principales conclusions, iii) recommandations pour améliorer les activités.

Les conclusions et recommandations de la Commission ont fait l'objet d'une discussion lors d'une réunion nationale de synthèse qui s'est tenue à New Delhi les 20 et 21 janvier. Les directeurs des services de santé et les responsables du programme à l'échelon des Etats ont signalé les mesures correctives qu'ils avaient prises pour appliquer les recommandations de la Commission. Ils ont aussi expliqué en détail leur stratégie de surveillance pour les trois prochains mois.

Conclusions de la CommissionGénéralités

Tous les membres de la Commission ont déclaré catégoriquement qu'ils n'avaient découvert aucun signe de variole depuis le dernier cas notifié dans toutes les régions qu'ils ont visitées. En règle générale, ils étaient satisfaits de l'état d'avancement des programmes de surveillance dans la plupart des Etats. Les possibilités d'amélioration de différentes composantes du programme à différents niveaux ont été mises en évidence, et l'attention des autorités sanitaires compétentes a été attirée sur les lacunes qui subsistaient. Chaque équipe a classé les Etats qu'elle a visités d'après ces données; il est apparu que certains d'entre eux devaient faire l'objet d'une attention particulière de la part des autorités supérieures, et il en a été de même pour certaines sous-régions dans chaque Etat. Ainsi, par exemple, l'agglomération d'Ahmedabad s'est révélée comme étant la zone où la surveillance avait été la plus médiocre dans le Goudjérate; de même, les districts de Medak dans l'Andhra Pradesh, de Karbi Anglon dans l'Assam, de Kolar dans le Karnataka, de Doda dans le Jammu et Cachemire, ainsi que plusieurs districts dans le Maharashtra, les districts montagneux de l'Uttar Pradesh et les districts du nord du Bihar ont tous été signalés comme comportant une moins bonne surveillance que les autres zones de ces Etats.

Opération de recherche active des cas de novembre 1976

La dernière opération de recherche active des cas de variole dans tout le pays a eu lieu en novembre 1976. Elle avait été précédée de réunions d'information aux niveaux des Etats, des districts et des centres de santé primaires en vue d'informer tout le personnel et de souligner l'importance vitale de cette dernière opération de recherche. Tout le personnel sanitaire, y compris les responsables du programme de lutte antipaludique et ceux de la planification familiale, avait été mobilisé. Le nombre des agents et du personnel d'encadrement participant à cette recherche était plus élevé que pour toutes les opérations antérieures. Quatre-vingt-huit pour cent des villages de l'Inde ont été couverts. Dans plusieurs Etats - Pendjab, Karnataka, Uttar Pradesh et Andhra Pradesh - la recherche a été conduite au cours de semaines différentes dans les régions urbaines et rurales de manière à pouvoir détacher le personnel des centres de santé primaires pour renforcer le personnel limité des municipalités. Dans les Etats d'Uttar Pradesh et de Haryana, la recherche dans différents groupes de district a été réalisée en deux phases

pour assurer une meilleure supervision au niveau de l'Etat. La prévalence des cas de fièvre avec éruption rapportés par les enquêteurs et les résultats de l'évaluation réalisée par les médecins des centres de santé primaires, des districts et des équipes de surveillance a montré que les méthodes adoptées et les ressources mobilisées étaient suffisantes pour que la recherche soit efficace. En général, plus de 81 % des ménages interrogés étaient au courant de la visite du membre de l'équipe de recherche et de l'attribution d'une récompense de 1000 roupies, et ils savaient où notifier les cas de variole éventuels.

La Commission a considéré que l'opération de recherche avait été satisfaisante, sauf dans quelques endroits.

Surveillance entre les opérations de recherche

Les activités de surveillance réalisées au cours des six mois séparant les opérations de recherche du printemps et de l'automne ont aussi fait l'objet d'une évaluation.

Bien que la Commission ait considéré que l'éventualité d'une persistance non décelée de la transmission de la variole soit extrêmement faible, la notification des autres maladies fébriles avec éruption n'a pas été efficace dans de nombreux Etats pendant cette période. Tous les Etats à l'exception de l'Assam, de l'Himachal Pradesh, du Kerala, du Pendjab et de Tripura avaient signalé une incidence beaucoup plus faible de maladies fébriles accompagnées d'éruption que pendant les mois où l'on avait procédé à des opérations de recherche active des cas. On a remarqué qu'un certain nombre de centres de santé primaires et de municipalités n'avaient signalé aucun cas de fièvre accompagnée d'éruption pendant trois mois ou plus. Dans l'une des régions géographiques du district d'Aurangabad, dans l'Etat de Maharashtra, six des 19 centres de santé primaires n'avaient signalé aucun cas de fièvre accompagnée d'éruption pendant toute la période entre les opérations de recherche.

Les visites de routine du personnel sanitaire dans les villages devraient constituer la meilleure source d'information sur les cas de fièvre accompagnée d'éruption. Bien que ces agents participent de très près aux opérations de recherche active des cas, la Commission a constaté qu'ils étaient mal utilisés pour la surveillance de routine des cas de fièvre accompagnée d'éruption dans la plupart des Etats pendant la période séparant les phases de recherche active. En général, les hôpitaux ne signalent pas les cas de fièvre accompagnée d'éruption, et la surveillance secondaire à laquelle devraient participer les instituteurs, les travailleurs sanitaires de village et d'autres catégories de personnel est rarement pratiquée dans de nombreux Etats. Bien que de nombreuses unités disposent de cartes délimitant les régions à risque élevé, il était très rare qu'il existe un programme de surveillance spécial dans ces collectivités les plus vulnérables.

La recherche sur les marchés constitue un outil efficace pour connaître les rumeurs de flambées de variole, mais elle s'est avérée inefficace pour obtenir des renseignements sur les cas de fièvre accompagnée d'éruption. Bien que la plupart des centres de santé primaires maintiennent une liste des marchés, indiquant les jours où ils ont lieu et la zone desservie, dans la plupart des centres de santé primaires, aucune information concernant les cas de fièvre accompagnée d'éruption n'a été communiquée à partir des recherches sur les marchés. Le faible résultat de cette recherche est peut-être dû au fait qu'un seul membre du personnel était chargé de cette recherche, sans qu'il soit supervisé ou guidé par le personnel supérieur. Dans plusieurs districts, on a décelé des contradictions entre les rapports mensuels concernant la recherche des cas sur les marchés et le registre des cas de fièvre accompagnée d'éruption. Il a été conseillé aux Etats d'utiliser la même méthode de recherche sur les marchés dans tous les endroits où des habitants de nombreux villages peuvent se rassembler, comme par exemple les consultations externes, les foires et les pèlerinages. Le personnel affecté aux foires et aux pèlerinages a eu tendance à mettre l'accent sur la publicité concernant l'attribution d'une récompense de 1000 roupies plutôt que sur la recherche des cas de fièvre accompagnée d'éruption.

Vérification du diagnostic dans les flambées de fièvre accompagnée d'éruption

En moyenne, 30 % des flambées de fièvre accompagnée d'éruption ont été vérifiées par des médecins, 40 % par d'autres membres du personnel d'encadrement, et les 30 % restants par des vaccinateurs ou des travailleurs sanitaires de base. Dans de nombreux centres de santé primaires, le pourcentage des vérifications effectuées par des médecins ou des membres du personnel d'encadrement était plus faible que la moyenne pour l'ensemble de l'Inde. Dans les Etats d'Assam, Bihar, Haryana, Himachal Pradesh, Karnataka, Kerala, Orissa, Tripura et Uttar Pradesh, le pourcentage des notifications de cas de fièvre accompagnée d'éruption vérifiées par un médecin était faible. La Commission a noté avec inquiétude que lorsque le médecin se rendait sur le lieu de la flambée pour procéder à la vérification, le fait n'était pas toujours mentionné de façon satisfaisante dans le dossier.

Collecte d'échantillons

En 1976, on a reçu plus de 500 échantillons destinés au diagnostic de laboratoire en provenance des Etats et des Territoires de l'Union. Selon les directives opérationnelles, il convient d'adresser un échantillon pour tous les cas présumés de variole et toutes les flambées de varicelle ayant entraîné un décès. Pendant le deuxième semestre de 1976, il a aussi été conseillé aux Etats d'envoyer des échantillons pour les cas dont le diagnostic avait soulevé des difficultés. Au Bengale occidental, pour 111 poussées de varicelle ayant entraîné un décès, il n'y a eu que 41 cas pour lesquels des échantillons ont été prélevés. Dans le Kerala, aucun échantillon n'avait été recueilli dans 75 % des flambées de varicelle ayant entraîné un décès, tandis que seules 41 poussées avaient entraîné l'envoi d'un échantillon. Dans plusieurs districts, il n'existait pas de matériel de collecte d'échantillons. En 1976, c'est l'Etat de Bihar qui a recueilli le plus grand nombre d'échantillons, et tous les districts de cet Etat en ont envoyés quelques-uns. Dans les Etats de Goudjérate, Tamil Nadu et Orissa, le nombre des échantillons recueillis était nettement trop faible par rapport à celui des flambées de fièvre accompagnée d'éruption qui avaient été signalées.

Surveillance dans les municipalités

Dans la plupart des Etats, ce sont les agglomérations et municipalités qui ont été signalées par la Commission comme constituant les maillons les plus faibles du réseau de surveillance. Les agglomérations d'Ahmedabad et de Madras et la municipalité de Bilaspur (Etat de Madhya Pradesh) n'avaient apparemment déployé aucune activité de surveillance entre les deux opérations de recherche active des cas. La documentation et les archives concernant le programme étaient de qualité médiocre et parfois inexistantes dans certaines des agglomérations et municipalités. La coordination entre les hôpitaux pour contagieux et les autorités sanitaires municipales laissait à désirer, et il n'existait pas de registre des cas de fièvre accompagnée d'éruption à l'hôpital pour contagieux de Delhi. Les malades atteints de fièvre accompagnée d'éruption admis dans ces hôpitaux, y compris même les malades décédés de varicelle, n'avaient pas été signalés au fonctionnaire de la santé responsable de l'agglomération ou du district. Trois décès par varicelle survenus à l'hôpital pour contagieux de Nagpur n'ont été connus des autorités sanitaires qu'à l'occasion de la visite de la Commission. A Calcutta, il ne semblait y avoir aucune surveillance particulière des sans-logis couchant dans la rue ou des individus faisant partie de la catégorie socio-économique la plus défavorisée, qui constituent les groupes présentant le plus haut risque dans les zones urbaines.

Rapports périodiques

Il s'est avéré que la distribution des rapports périodiques (relevés épidémiologiques hebdomadaires, relevés mensuels des cas de fièvre accompagnée d'éruption, relevés trimestriels des décès par varicelle et des cas présumés de variole, etc.) s'est nettement améliorée depuis le début de l'année. Néanmoins, dans un certain nombre d'Etats, les rapports sont encore souvent en retard ou distribués de façon sporadique. Vingt et un des 45 districts du Madhya Pradesh et 13 des 25 districts du Maharashtra envoyaient leurs relevés épidémiologiques hebdomadaires de façon irrégulière. Dans ces Etats, on a constaté que 40 à 60 % des unités de notification de base n'envoyaient pas leurs relevés au district à temps. Les districts de Samastipur, Sitamarhi et Vaishali dans l'Etat de Bihar ont été mentionnés tout particulièrement à ce propos. Par ailleurs, ce sont les municipalités qui ont surtout été prises en faute en ce qui concerne

l'envoi des relevés épidémiologiques hebdomadaires. Dans certains Etats, des relevés épidémiologiques hebdomadaires ont été adressés au niveau central sans qu'ils soient basés sur des faits précis. Dans le Maharashtra, le rapport de la semaine N° 49 a été adressé avec la mention "NEANT" pour tous les districts, alors que nombre d'entre eux n'avaient pas encore fait rapport à l'Etat. Le Meghalaya n'a adressé des rapports au niveau central que jusqu'en juin 1976.

Tenue des archives et de la documentation

Dans la plupart des Etats et Territoires de l'Union, on établit, à divers niveaux, des cartes, des graphiques muraux et des dossiers présentant les activités de surveillance anti-variologique. La documentation s'est révélée satisfaisante dans la plupart des bureaux au niveau de l'Etat. Par contre, comparés à ceux des bureaux sanitaires de district et des centres de santé primaires, les dossiers des agglomérations et des municipalités étaient assez mal tenus. Dans de nombreuses unités, les cartes et les diagrammes n'étaient pas rangés dans le bon ordre et étaient mêlés à des dossiers sans rapport avec ce sujet. Dans certaines unités du Bihar et du Maharashtra, les cartes et les diagrammes ont été préparés sous forme d'albums car on ne disposait pas de suffisamment de place pour les afficher au mur. On a parfois observé que le médecin s'en remettait entièrement à ses assistants pour expliquer ou clarifier certains points concernant les cartes ou les diagrammes lors de la présentation du programme à la Commission. Dans la plupart des unités, on n'appréciait pas pleinement l'importance des graphiques, et de nombreux rapports contenaient de multiples contradictions et erreurs. Les données contenues dans les relevés hebdomadaires concernant les fièvres accompagnées d'éruption, les registres des cas de fièvre et d'éruption, et les résumés des opérations de recherche ne correspondaient pas toujours.

Résultats en matière de vaccination

Dans les directives opérationnelles, la politique de vaccination indiquait clairement que la vaccination néonatale constituait un objectif prioritaire. Or, il est apparu de toute évidence que la vaccination des nouveau-nés n'était pas toujours pratiquée conformément aux directives. Les enquêtes sur les cicatrices vaccinales menées dans plusieurs villages du Madhya Pradesh ont montré que de nombreux nourrissons n'étaient pas protégés, le pourcentage des enfants non protégés dans le groupe d'âge de 1 à 4 ans allant de 25 à 54 %. Plusieurs centres de santé primaires du Maharashtra et du Bihar n'avaient pas de stock de vaccin antivariologique lyophilisé, tandis qu'au Sikkim, plusieurs unités utilisaient encore des lancettes rotatives.

Participation des médecins

Les membres de la Commission ont pu observer que, dans presque tous les Etats, les responsables du programme au niveau de l'Etat étaient très motivés et extrêmement compétents sur le plan technique. Les directeurs des services de santé ont, presque sans exception, témoigné d'un vif intérêt pour le programme; ils en ont exposé le déroulement avec compétence et ont accompagné les équipes de la Commission sur le terrain. Les médecins civils et les responsables sanitaires de district sont chargés de l'exécution du programme au niveau du district et, bien que leur action ait été importante dans la plupart des districts, ils ont dans certains cas confié la réalisation du programme à un assistant paramédical. Dans plusieurs districts du Bihar, notamment celui de Champaran-Est et à Muzaffarpur, les responsables sanitaires de district connaissaient très mal le programme. Les médecins chargés des centres de santé primaires sont responsables du programme à ce niveau. Bien que leur participation ait été satisfaisante dans la majorité des cas, la Commission a trouvé que leur engagement dans l'activité sur le terrain, l'encadrement du personnel d'exécution et la vérification des rapports était insuffisant dans certains centres de santé primaires : dans quelques-uns, en effet, l'examen des rapports était confié aux inspecteurs sanitaires, sans vérification par le médecin, ce qui a été à l'origine de certaines incohérences.

La Commission a noté que la participation des médecins des centres de santé primaires était faible au Bengale occidental, où le programme est géré au niveau des cercles de santé publique rurale, qui relèvent d'inspecteurs sanitaires. Les 130 équipes de surveillance d'Etat réparties dans le pays se sont révélées compétentes sur le plan technique et extrêmement utiles au niveau des Etats, des districts et des centres de santé primaires.

La Commission a noté que les équipes de surveillance d'Etat étaient nettement sous-utilisées dans les Etats du Rajasthan et de Maharashtra.

Publicité

La publicité que l'on a faite autour de l'attribution d'une récompense de 1000 roupies s'est avérée satisfaisante dans la plupart des Etats. Cela s'est traduit par le fait qu'un pourcentage élevé d'habitants connaissait l'existence de cette récompense et savait où notifier les cas de variole éventuels. La Commission a noté plusieurs innovations destinées à intensifier cette publicité, par exemple le port d'insignes par le personnel de la campagne d'éradication de la variole, la pose d'autocollants sur les voitures, l'utilisation de fanions et de panonceaux métalliques, la projection de diapositives dans les salles de cinéma, les almanachs et les slogans muraux. Les communiqués de presse distribués à l'échelon local informaient constamment les départements administratifs de l'état d'avancement du programme. Dans certains Etats - Pendjab et Haryana - le gouvernement a imprimé des brochures contenant, à l'intention du personnel sanitaire, des directives pour la lutte contre la variole. Plusieurs revues telles que "Sehat" au Pendjab, "Newsletter" des aciéries de Bhilai, "Swasth Hind" de Delhi, ont publié tous les mois des articles sur la variole.

Recommandations

La Commission a souligné qu'il fallait accorder la priorité absolue au programme d'éradication de la variole.

Etant donné l'importance des trois derniers mois précédant la visite de la Commission internationale, il a été recommandé de mettre en oeuvre immédiatement les mesures suivantes.

Renforcement et poursuite de la surveillance

D'après les renseignements épidémiologiques des dernières années, l'incidence des cas de fièvre accompagnée d'éruption, et en particulier de varicelle, risque fort d'augmenter régulièrement pendant les trois prochains mois. On peut utiliser ce fait comme indice pour évaluer l'efficacité de la surveillance en cours dans différentes régions. Le nombre de cas de fièvre accompagnée d'éruption dépistés au cours des opérations de recherche de novembre peut être pris comme base de départ, l'incidence rapportée devant alors augmenter au cours des mois suivants dans toutes les unités. Pour les Etats du Sud, on a estimé que le nombre de cas de varicelle passera de 15 pour 100 000 habitants au mois de novembre à 45 pour 100 000 habitants en avril. D'après cette estimation, on peut fixer le nombre de rapports attendus pour toutes les unités de notification de base. Pour s'assurer que tous les cas suspects soient correctement notifiés, il convient de renforcer la surveillance par les mesures suivantes.

1. Opérations spéciales de recherche

Il faudra renforcer la surveillance dans tous les Etats/Territoires de l'Union en choisissant en moyenne deux ou trois unités de notification de base par district pour procéder à des opérations spéciales de recherche fondées sur les critères définis ci-après. Les recherches, qui doivent être bien conçues et supervisées, devront être terminées à la fin de février. Les rapports sur ces recherches devront être disponibles aux niveaux des centres de santé primaires et des districts.

Critères de sélection :

- Les centres de santé primaires qui n'ont signalé aucun cas de fièvre accompagnée d'éruption pendant au moins trois mois en 1976 ou qui n'ont décelé aucun cas durant l'opération de recherche de novembre.
- Les régions montagneuses, les villages tribaux, les collectivités isolées, les centres de réinstallation (par exemple, Delhi), les régions d'accès difficile qui n'auront probablement été visitées que rarement par le personnel sanitaire.
- Les régions où l'évaluation a montré que les opérations de recherche de l'automne 1976 avaient été médiocres, ou les régions où aucune évaluation n'a été faite.

2. Vérification des flambées de fièvre accompagnée d'éruption

Toutes les flambées de fièvre accompagnée d'éruption doivent être vérifiées par un médecin ou un membre du personnel de surveillance du centre de santé primaire.

Tous les rapports concernant des cas présumés de variole ou des décès par varicelle doivent être étudiés en détail par le médecin responsable, tandis que le diagnostic des autres cas de la poussée devra être confirmé par le laboratoire. Par ailleurs, il convient de prélever des échantillons destinés à des épreuves de laboratoire chez les malades atteints de varicelle atypique, et lors des flambées de varicelle :

- lorsque l'éruption atteint la plante des pieds et/ou la paume des mains;
- lorsqu'il existe une éruption importante sur tout le corps dans les cas de varicelle grave;
- lorsqu'on ne peut pas trouver de contact connu pour des cas de varicelle isolés.

Il conviendra d'identifier dans chaque Etat les régions où le système de surveillance s'avère déficient. Le responsable du programme, l'épidémiologiste ou l'équipe de surveillance d'Etat devront s'y rendre en vue d'apporter l'assistance nécessaire pour améliorer la situation. Les unités de notification de base qui adressent leurs rapports de façon irrégulière ou qui ne notifient qu'un faible nombre de cas de fièvre accompagnée d'éruption par rapport au nombre de cas découverts au cours des recherches effectuées en novembre, doivent être considérées comme des points faibles. Du point de vue administratif, si le personnel local n'améliore pas les normes de surveillance, les régions concernées devront figurer sur la liste des régions à haut risque. Les facteurs sociaux et géographiques, tels que les grands rassemblements populaires, les mouvements de population, les régions reculées, etc., serviront aussi pour identifier les régions qui doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Les nouvelles recherches sur les flambées de variole survenues en 1975 et sur la dernière flambée dans tous les Etats où elle s'est produite en 1974 devront comporter une enquête sur les cicatrices de maladie dans le village affecté et dans les trois villages voisins. Cela a d'ailleurs été en grande partie réalisé. Il faudra aussi que le médecin visite le lieu de la dernière flambée de variole survenue en 1974 dans la circonscription de chaque centre de santé primaire, et qu'on entreprenne une enquête sur les cicatrices de maladie pour s'assurer qu'aucun cas de variole non dépisté ne subsiste depuis le dernier cas connu. Les dossiers de ces enquêtes sur les cicatrices de maladie devront pouvoir être consultés au centre de santé primaire.

Au cours des trois prochains mois, tous les Etats devront réussir à obtenir que les relevés épidémiologiques hebdomadaires et les relevés sur les cas d'éruption accompagnée de fièvre soient transmis à temps. Ces relevés devront être étudiés attentivement par le médecin avant d'être distribués, de façon que les données fournies correspondent aux documents de base, tels que les graphiques, les dossiers et les registres qui sont établis à l'unité de base.

Il faut continuer à faire une publicité importante au sujet des récompenses promises jusqu'à ce que la Commission internationale se rende en Inde.

3. Documentation

Il convient de présenter les documents sur toutes les activités de surveillance sous forme de cartes, de graphiques et de dossiers conformément à la liste figurant dans le rapport régional de l'Etat. Les cartes et graphiques doivent constituer une série afin d'être présentés successivement dans un ordre logique. La Commission conseille d'adopter l'ordre suivant :

- informations de base concernant l'unité;
- épidémiologie de la variole;
- déroulement des activités de surveillance;
- autres renseignements pertinents, par exemple résultats en matière de vaccination, matériel de publicité, etc.

Un médecin qui s'est occupé activement du programme et s'en occupe encore doit être désigné pour exposer les activités de surveillance à chaque niveau à la Commission internationale.

4. Information et participation du personnel

Dans le Maharashtra, le Rajasthan, le Madhya Pradesh et le Sikkim, la Commission a recommandé de tenir des réunions d'information au niveau de l'Etat, du district et du centre de santé primaire pour expliquer la stratégie de surveillance et montrer les documents qui doivent être exposés dans chaque unité. Le programme pourra être passé en revue sous ses divers aspects - collecte des relevés sur les cas de fièvre accompagnée d'éruption, vérification de ces relevés et collecte d'échantillons - lors des réunions des médecins des centres de santé primaires au niveau du district. Ces réunions pourront aussi permettre de discuter du diagnostic différentiel de la variole et de la varicelle, ainsi que des progrès réalisés en ce qui concerne la documentation au niveau de l'unité.

Il a été conseillé au personnel de surveillance au niveau de l'Etat et du district d'intensifier les activités sur le terrain et en particulier de développer la motivation chez les travailleurs sanitaires au niveau périphérique.

Pour fournir le soutien administratif nécessaire, la Commission a vivement recommandé d'éviter dans la mesure du possible le transfert du personnel sanitaire actuel avant 1977. Le personnel du programme national d'éradication de la variole devrait être dispensé de toute autre activité, afin de pouvoir consacrer tout son temps au programme de surveillance. Des communiqués de presse devraient attirer l'attention de tout le personnel sanitaire et du public cultivé sur la signification et l'importance de la visite de la Commission internationale.

Il a été souligné que la vaccination néonatale devait être pratiquée dans tous les hôpitaux, dispensaires de protection maternelle et infantile et services de consultations externes par des infirmières auxiliaires sages-femmes et par des vaccinateurs pendant les tournées de surveillance de santé maternelle et infantile dans les villages. Tous les centres de santé primaires doivent disposer de vaccin antivariolique lyophilisé.

Conclusion

Au cours de sa visite dans les Etats et Territoires de l'Union, la Commission nationale a mis l'accent sur le mécanisme de surveillance; son passage devrait se traduire par une amélioration de la documentation concernant le programme. Les discussions franches et libres qui ont eu lieu sur le programme à différents niveaux ont été bénéfiques pour tous les intéressés, notamment le personnel local. Les gouvernements des Etats ont préparé des plans d'action s'inspirant des recommandations de la Commission nationale.

Le fait que dans plusieurs Etats les ministres de la santé et les secrétaires à la santé aient discuté des résultats avec les membres de la Commission et leur aient donné l'assurance qu'ils accorderaient tout le soutien administratif nécessaire au programme souligne bien l'importance que les Etats attachent à la Commission nationale. Un certain nombre de circulaires soulignant l'importance du programme au niveau national et décrivant les principales activités prévues pour les trois prochains mois ont été adressées aux administrateurs de districts par les secrétaires principaux, les ministres de la santé, les secrétaires du Département de l'Intérieur et les secrétaires à la Santé des Etats.

Conformément aux recommandations de la Commission, des réunions d'examen ont eu lieu au niveau de l'Etat dans douze Etats. Elles ont été suivies de réunions d'information au niveau des districts et/ou des centres de santé primaires.

Au Madhya Pradesh, les responsables de la santé dans les municipalités ont reçu certaines consignes lors d'une réunion au niveau de l'Etat. Les recommandations de la Commission ont fait l'objet d'une discussion approfondie avec tous les épidémiologistes et chefs d'équipes de surveillance de l'Etat.

Les Etats d'Uttar Pradesh, Bihar et Assam, où la variole sévissait à l'état endémique en 1974-75, ont signalé que des opérations de recherche supplémentaires étaient nécessaires dans 10 à 30 % en moyenne des centres de santé primaires des différents districts. Ces recherches ont été menées en février 1977.

On espère que cette intensification des efforts permettra de répondre en totalité aux exigences nécessaires pour confirmer l'éradication de la variole en Inde.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Jezek, Z. et al. (1975) La dernière flambée de variole enregistrée en Inde (1976) (Document WHO/SE/76.84)

Organisation mondiale de la Santé (1972) Comité d'experts de l'Eradication de la Variole - Deuxième rapport, Sér. Rapp. techn. N° 493, Genève

CARTE DES DISTRICTS VISITES PAR LA COMMISSION NATIONALE

