

# Pour une surveillance efficace

## Module 1 : Évaluation rapide de la surveillance des maladies évitables par la vaccination



### DÉPARTEMENT VACCINS ET PRODUITS BIOLOGIQUES



*Organisation mondiale de la Santé*  
Genève  
2001

---

**Le Département Vaccins et produits biologiques  
remercie les donateurs dont l'appui financier à but non spécifié  
a rendu possible l'élaboration du présent document.**

La série *Rendre la surveillance plus efficace* comprend quatre modules indépendants :

**Module 1 : Évaluation rapide de la surveillance des maladies évitables par la vaccination** (WHO/V&B/01.08) écrit par Mark Grabowsky et révisé par Philippe Duclos

**Module 2 : Planification et établissement d'un budget** (WHO/V&B/01.09)  
rédaction en cours

**Module 3 : Gestion de la logistique** (WHO/V&B/01.10)  
écrit par Marcus Hodge, Mojtaba Haghgou et Maureen Birmingham

**Module 4 : Gestion des données** (WHO/V&B/01.11)  
écrit par Annemieke van Middelkoop et Anthony Burton

Le présent document a été élaboré par  
l'équipe Evaluation et surveillance des vaccins  
du Département Vaccins et produits biologiques

*Numéro de référence pour les commandes : WHO/V&B/01.08  
Imprimé en décembre 2001  
(Version anglaise imprimée en juillet 2001)*

**Ce document ainsi que d'autres documents produits  
par V&B sont disponibles sur Internet :**  
[www.who.int/vaccines-documents/](http://www.who.int/vaccines-documents/)

**Pour commander des exemplaires, s'adresser à :**

Organisation mondiale de la Santé  
Département Vaccins et produits biologiques  
CH-1211 Genève 27, Suisse

• Télécopie : + 41 22 791 4227 • Adresse électronique : [vaccines@who.int](mailto:vaccines@who.int) •

© Organisation mondiale de la Santé 2001

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 sans aucune restriction, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

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

---

# Table des matières

<i>Sigles et abréviations</i> .....	v
<b>Partie 1. Cadre général</b> .....	<b>1</b>
1.1 Surveillance des maladies évitables par la vaccination .....	2
1.2 Suivi de la couverture vaccinale .....	2
1.3 Objectif du protocole .....	3
<b>Partie 2. L'évaluation</b> .....	<b>4</b>
2.1 Objectif général de l'évaluation .....	4
2.2 Objectifs particuliers de l'évaluation .....	5
2.3 Méthode d'évaluation .....	6
Étape 1 – Accord sur le mandat de la mission, la composition et le rôle de l'équipe d'évaluation .....	7
Étape 2 – Recueil, présentation et clarification des données de base .....	8
Étape 3 – Recensement des sites à visiter .....	12
Étape 4 – Conduite de l'évaluation sur chaque site .....	14
Étape 5 – Préparation du bilan de l'évaluation et des recommandations. ....	20
Étape 6 – Présentation des résultats et des recommandations .....	21
Étape 7 – Suivi et mise en œuvre des recommandations .....	22
<b>Références et ouvrages recommandés</b> .....	<b>23</b>



---

# Sigles et abréviations

CDS	Département Maladies transmissibles (OMS)
DTC	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
DTC3	troisième injection du vaccin DTC
FJ	fièvre jaune
IgG	immunoglobuline G
IgM	immunoglobuline M
MEV	maladies évitables par la vaccination
ONG	organisation non gouvernementale
PFA	paralysie flasque aiguë
TN	tétanos néonatal
TT2+	deux injections ou plus d'anatoxine tétanique
VPO3	troisième injection du vaccin antipoliomyélitique oral



---

# Partie 1.

## Cadre général

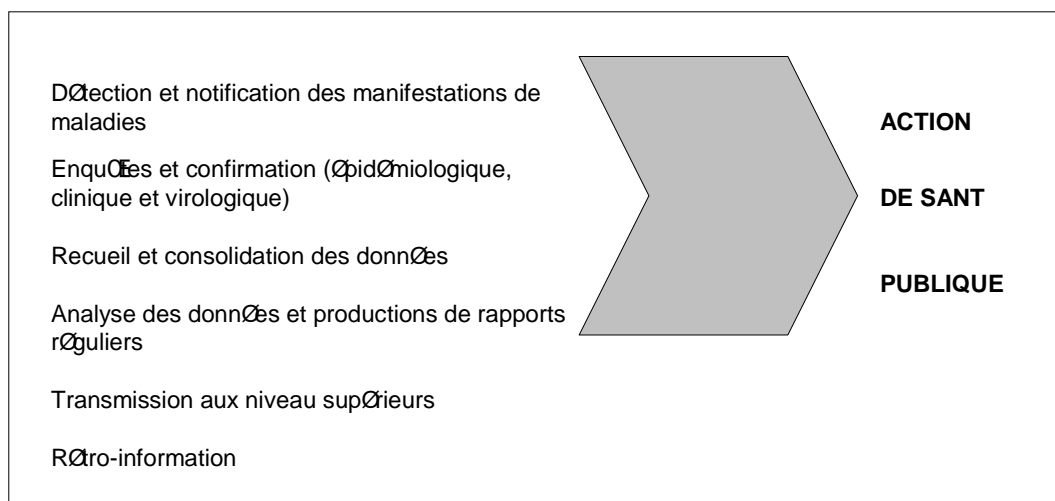
La surveillance des maladies et le suivi de la couverture vaccinale constituent des éléments essentiels de la lutte contre les maladies transmissibles en général et des systèmes de vaccination en particulier.

La surveillance a été définie comme :

« le recueil, l'analyse et l'interprétation systématiques et continus de données et la diffusion de l'information à l'intention des personnes qui ont besoin d'être informées pour que des mesures puissent être prises. L'objectif de la surveillance est de fournir des informations en temps utile pour guider la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions et des systèmes de santé publique ».

En d'autres termes, la surveillance est une **activité d'information en vue d'une action de santé publique.**

La surveillance possède six fonctions universelles :



La capacité d'un système de surveillance à assurer efficacement le suivi des manifestations de maladies dépend d'un certain nombre de ses caractéristiques propres, notamment sa sensibilité, sa spécificité, sa représentativité, son respect des délais, sa simplicité, sa souplesse, son acceptabilité et, découlant des caractères qui viennent d'être cités, son utilité.

---

## 1.1 Surveillance des maladies évitables par la vaccination

La surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV), considérée comme un important élément des systèmes de vaccination, a très tôt été encouragée. *Une surveillance efficace détecte les populations à haut risque et les zones où des interventions complémentaires peuvent s'avérer nécessaires pour atteindre les objectifs de la lutte contre les maladies.* De même, une surveillance efficace révèle les tendances sur le long terme, lesquelles permettent de mettre en évidence l'efficacité des services de vaccination.

Dans de nombreux pays, la mise en place d'une surveillance des MEV a été moins efficace que celle de la vaccination. Une surveillance insuffisamment efficace peut avoir pour résultat de retarder les interventions de lutte contre les maladies, de faire régner une confiance excessive et d'entraîner des stratégies de vaccination inappropriées. L'insuffisance du suivi de la performance de la surveillance au moyen d'indicateurs de performance uniformes constitue l'une des causes du manque d'efficacité de la surveillance. Ces indicateurs aident à repérer les éléments faibles du système, permettant ainsi de cibler les efforts de renforcement de la surveillance. Les informations objectives sur la performance de la surveillance fournies aux personnels des niveaux périphériques aident ceux-ci à s'auto-évaluer et les incitent à rechercher des améliorations.

## 1.2 Suivi de la couverture vaccinale

En 1998, on estimait que, dans le monde, près de 76 % des enfants recevaient au cours de leur première année de vie au moins trois injections du vaccin antidiphtérique – antitétanique – anticoquelucheux (DTC) et du vaccin antipoliomyélitique. On estimait également que 71 % de tous les enfants avaient reçu au moins une injection de vaccin antirougeoleux avant d'avoir atteint l'âge de deux ans. Ces chiffres sont tirés des données relatives à la couverture vaccinale nationale déclarées par les États membres de l'OMS au siège de l'Organisation par l'intermédiaire des bureaux régionaux de celle-ci. L'exactitude et la validité de ces estimations est fonction non seulement de l'exactitude des données transmises mais également des données manquantes.

Naturellement, ces valeurs globales dissimulent de larges variations entre les pays. Ainsi, en 1998, les chiffres déclarés pour DTC3 se situaient entre 18 % et 100 %. De même, les estimations nationales agrégées peuvent masquer de fortes disparités à l'intérieur d'un pays. Un suivi efficace de la couverture vaccinale permet de repérer les zones où la mise en œuvre du système présente des insuffisances et donc de prendre des mesures accordant la priorité à celles-ci afin d'améliorer la couverture.

Il faut noter que la couverture vaccinale mondiale a augmenté régulièrement jusqu'au début des années 1990, mais qu'elle stagne quelque peu ces dernières années. Étant donné la stagnation des niveaux de la couverture et la plus grande complexité des mesures de lutte contre les maladies dans le contexte de la lutte contre les MEV ou de leur élimination, il est encore plus crucial d'évaluer et de renforcer les méthodes de suivi de la couverture vaccinale et de la surveillance des MEV.

---

### 1.3 Objectif du protocole

Le présent protocole a été conçu pour fournir un *cadre* à l'évaluation de la surveillance des MEV et au suivi de la couverture vaccinale dans les pays. Il a pour but de constituer un document pratique de référence portant essentiellement sur la surveillance des MEV. Il peut être utilisé à divers niveaux du système de santé et par tous les pays. Il sera peut-être nécessaire d'adapter quelque peu ce protocole pour répondre aux besoins précis de chaque situation et de le moduler selon le niveau de développement des systèmes de surveillance et de vaccination.

Le protocole présenté ici peut également servir à évaluer certains aspects précis du suivi de la vaccination, tels que le suivi de la sécurité de la vaccination. Le processus d'évaluation peut aussi fournir l'occasion de vérifier le fonctionnement d'autres actions de lutte contre les maladies ou de certains éléments du système de vaccination du pays, tels que la chaîne du froid et la distribution de vitamine A. De telles occasions devraient être saisies lorsque cela est possible. Les personnes chargées de l'évaluation devraient de ce fait commencer par examiner la meilleure manière d'utiliser le protocole.

---

# Partie 2.

## L'évaluation

### 2.1 Objectif général de l'évaluation

L'objectif de l'évaluation des systèmes de surveillance des MEV ou du suivi de la couverture vaccinale est de dégager les manières d'améliorer les systèmes évalués. Il devrait être possible d'établir ce qui fonctionne bien et pourquoi et, inversement, ce qui ne fonctionne pas bien et pourquoi.

La principale méthode d'évaluation utilisée est l'audit des pratiques et des archives du système de surveillance. L'intention première est de présenter des recommandations appropriées et réalistes pour améliorer le système. La tâche la plus difficile est de faire en sorte que l'évaluation soit utile au pays et que les recommandations soient mises en œuvre.

En résumé, une évaluation bien ciblée peut déboucher sur :

- le recueil d'une documentation sur les systèmes de surveillance des maladies ou de suivi de la couverture vaccinale ;
- le diagnostic des points forts et des points faibles des systèmes ;
- des recommandations en vue de l'amélioration de la performance du système de surveillance ;
- des indications relatives à des activités concrètes qu'il est suggéré au pays de mettre en place pour améliorer la surveillance des MEV.

Ces recommandations devraient contribuer à définir les besoins en formation du personnel et devraient comporter une justification de l'attribution de ressources à la surveillance.

Il est important de distinguer clairement entre l'évaluation des systèmes de surveillance ou de suivi et l'évaluation du système de vaccination ou de l'action de lutte contre les maladies. Bien qu'une partie de l'évaluation puisse comprendre une recherche limitée de cas d'une maladie précise, il ne s'agit pas là de l'objectif principal si le but fixé est d'évaluer le système. Le plus souvent, les conclusions de l'évaluation indiquent si le système de surveillance atteint les objectifs de lutte fixés pour chacune des maladies sous surveillance.

---

## 2.2 Objectifs particuliers de l'évaluation

À la fin d'un processus d'évaluation ayant pour objectif de diagnostiquer les points forts et les points faibles du système, il devrait être possible de répondre à un certain nombre de questions, qui parfois se recouvrent partiellement. La liste de questions ci-dessous a été établie pour servir d'aide à la mise au point des objectifs particuliers. Elle n'est nullement exhaustive. L'équipe d'évaluation devrait élaborer des objectifs clairs dans le contexte du pays et du programme, en collaboration avec le ministère de la santé.

### *Système de surveillance des maladies*

- Les objectifs de la surveillance sont-ils clairement définis pour chaque maladie ?
- Le système atteint-il ces objectifs de manière efficace ?
- Les politiques, stratégies et méthodes de surveillance sont-elles clairement définies et mises en œuvre de manière uniforme ?
- Les ressources humaines et financières consacrées à la surveillance sont-elles suffisantes en matière d'investissement initial et de dépenses de fonctionnement ?
- Les éléments logistiques de la surveillance sont-ils en place et sont-ils bien gérés ?
- La coordination entre tous les secteurs du système de surveillance, y compris le secteur privé, est-elle satisfaisante ?
- Les données produites par le système sont-elles utiles et sont-elles utilisées – en d'autres termes ces données influent-elles sur la politique, les stratégies et les activités en cours ?
- Le système est-il capable de réagir avec suffisamment de souplesse et à temps pour permettre des enquêtes et des réactions rapides ? Est-il suffisamment flexible pour s'adapter à des besoins en évolution ?
- Le système est-il inscrit dans la durée ? Les diverses activités de surveillance sont-elles judicieusement intégrées pour que l'utilisation des ressources puisse être rationalisée ?
- Comment le système peut-il être renforcé pour atteindre son potentiel maximum ?
- Les données produites par le système sont-elles directement liées à des actions de santé publiques précises ?

---

## ***Suivi de la couverture vaccinale***

- Existe-t-il des indications écrites sur la manière dont les estimations de la couverture vaccinale doivent être enregistrées et déclarées à chaque niveau ?
- Existe-il une bonne documentation sur les méthodes de suivi de la couverture vaccinale au niveau national et aux divers niveaux administratifs ?
- Comment les doses vaccinales administrées (c'est-à-dire le numérateur) sont-elles enregistrées et déclarées à chaque niveau ?
- Quelle est la source des données utilisées pour estimer la population cible à chaque niveau ?
- Quels facteurs influent-ils sur la précision des estimations des taux de vaccinations faisant l'objet de déclarations ? Y a-t-il tendance à sous-estimer ou à surestimer la couverture vaccinale ?
- Comment peut-on améliorer les méthodes et les pratiques de suivi de la couverture vaccinale ?
- Les données relatives aux taux de vaccination sont-elles utilisées efficacement pour guider les efforts d'amélioration du système de vaccination (en d'autres termes, les données sont-elles analysées par des unités sous-nationales afin de mettre en lumière les disparités existantes dans la performance du système et localiser les éléments exigeant des ressources et des efforts plus ciblés) ?

### **2.3 Méthode d'évaluation**

Le processus d'évaluation prend normalement entre huit et 15 jours. Cinquante pour cent du temps au moins devrait être consacré à des travaux sur le terrain, le reste à planifier les activités, examiner les données, préparer un rapport et présenter les conclusions. Idéalement, le recensement des sites à visiter et, surtout, le collationnement des données de base, devraient se faire au cours de la phase de planification, préalablement à la mise en route de l'évaluation.

Le processus d'évaluation de la surveillance comporte les principales étapes suivantes :

- Étape 1 – Accord sur le mandat de la mission, la composition et le rôle de l'équipe d'évaluation.
- Étape 2 – Recueil, présentation et clarification des données de base.
- Étape 3 – Recensement des sites à visiter.
- Étape 4 – Conduite de l'évaluation sur chaque site.
- Étape 5 – Préparation du bilan de l'évaluation et des recommandations.
- Étape 6 – Présentation des résultats et des recommandations.
- Étape 7 – Suivi et mise en œuvre des recommandations.

Chaque étape comprend les activités décrites ci-dessous.

---

## Étape 1 – Accord sur le mandat de la mission, la composition et le rôle de l'équipe d'évaluation

### *Mandat de la mission*

Il est préférable que le pays intéressé prenne l'initiative de l'évaluation et planifie le processus. Le mandat de la mission doit clairement indiquer les objectifs, lesquels déterminent l'ampleur et les suites de l'évaluation. Les évaluateurs externes, tels que les représentants de l'OMS, en collaboration avec les responsables du ministère de la santé, doivent parvenir à un accord sur le mandat de la mission bien avant l'évaluation.

Le ministère de la santé devrait approuver le calendrier de l'évaluation et éviter les dates excluant la pleine participation des personnels occupant un poste clé au niveau national. Tous les responsables intéressés devraient être informés à l'avance des objectifs de l'évaluation et de ce que l'on attend d'eux. Au cours de l'évaluation, l'équipe doit se rendre dans différentes zones géographiques du pays ainsi que dans des ministères, des institutions et dans diverses installations de santé, y compris du secteur privé. L'équipe doit examiner les archives et s'entretenir avec les personnels occupant une position clé. Le ministère de la santé doit veiller à ce que les procédures administratives appropriées soient engagées avant l'évaluation afin de faciliter celle-ci.

Le ministère de la santé devrait organiser une réunion préparatoire avec l'équipe d'évaluation au début du processus et une séance de compte rendu de mission à la fin de la visite. Les personnes chargées de la mise en œuvre des recommandations devraient être invitées à participer à ces deux réunions. Il peut s'avérer utile, à la fin de l'évaluation, d'organiser un atelier avec les cadres occupant un poste clé pour permettre une meilleure planification de la mise en œuvre des recommandations.

### *Composition et rôle de l'équipe d'évaluation*

Comme l'évaluation de la surveillance est plus fréquemment qualitative que quantitative et fait souvent intervenir un jugement subjectif, il est important que l'équipe soit dirigée par un épidémiologiste expérimenté et qu'elle comprenne parmi ses membres des personnes possédant des compétences en rapport avec les domaines techniques soumis à l'évaluation. Par exemple, des spécialistes des maladies visées par l'évaluation seraient indiqués, tout comme des personnes possédant une bonne connaissance du travail des laboratoires. L'équipe devrait comprendre des personnes bien au fait du fonctionnement du système de surveillance, ainsi que, s'il y a lieu, des personnels de niveau périphérique.

L'équipe peut aussi comprendre des représentants d'organismes bilatéraux et d'organisations non gouvernementales (ONG) fournissant un appui aux activités de vaccination ou de surveillance dans le pays et devrait compter en son sein des membres nationaux et internationaux. Il peut également s'avérer utile d'inclure dans l'équipe des participants de pays limitrophes. L'effectif de l'équipe doit refléter la taille du pays et sa population et devrait être suffisamment important pour permettre la formation de sous-groupes lors de visites sur le terrain.

---

Avant de procéder à l'évaluation, la personne à la tête de l'équipe devrait s'assurer que tous les membres sont informés du mandat de la mission et de ses objectifs, de leur rôle au sein de l'équipe, du plan d'action du pays pour la surveillance ainsi que des recommandations de l'OMS sur la question. Des documents explicatifs devraient être distribués plusieurs semaines avant le début de l'évaluation. Une liste des documents de référence pertinents figure en fin d'ouvrage.

Il est important de s'assurer que les membres de l'équipe disposeront sur place ou se muniront des outils et matériels (ordinateurs et imprimantes par exemple) nécessaires à la préparation des rapports, à la présentation des conclusions et à l'organisation de l'atelier prévu à la fin de l'évaluation.

### **Éléments essentiels d'une bonne préparation**

- Initiative nationale et sentiment du pays d'être partie prenante à l'évaluation
- Objectifs clairs, préalablement mis au point
- Équipe mixte – nationale and internationale
- Compétences appropriées de l'équipe, en fonction des objectifs
- Préparation adéquate des membres de l'équipe :
  - au fait du contexte du pays et des recommandations de l'OMS
  - disposant des matériels nécessaires
- Équipe libre d'examiner toutes les données et d'avoir des entretiens avec les personnels occupant un poste clé à tous les niveaux

## **Étape 2 – Recueil, présentation et clarification des données de base**

Avant la date prévue pour l'évaluation, les responsables dans le pays devraient préparer une documentation de base relative à la surveillance et une information plus détaillée sur les maladies suivies. Dans certains cas, il est bon d'avoir un groupe de coordination composé de responsables du ministère de la santé travaillant en étroite collaboration avec le bureau de pays de l'OMS. Il peut s'avérer des plus utiles pour l'équipe de rencontrer des responsables de haut niveau au début du processus pour qu'il y ait harmonie des vues et que les résultats de l'évaluation soient bien accueillis.

Un bref résumé des politiques pertinentes, des buts à atteindre, des objectifs immédiats, des stratégies, des plans d'action et des directives relatifs à la vaccination et au système de surveillance des maladies évitables par la vaccination devrait notamment être présenté au cours de la première réunion.

Les membres de l'équipe devraient entre autres disposer des données suivantes :

### ***Profil du pays***

- Carte du pays indiquant tous les niveaux administratifs.
- Profil démographique comprenant les données de recensement et des données sur l'urbanisation et les mouvements de populations, en particulier les personnes déplacées à la suite de migrations intérieures et les réfugiés.

---

### ***Système de soins de santé***

- Liste des établissements de soins, précisant le type et le taux d'occupation moyen.
- Description de l'accès aux soins de santé et recensement des zones à haut risque.
- Niveau de privatisation des soins de santé.
- Participation d'ONG et d'institutions religieuses dans le système de soins de santé.

### ***Système de vaccination***

- Description du système de vaccination, notamment du calendrier des vaccinations.
- Récapitulatif des politiques existantes en matière de vaccination et de lutte contre les maladies, en particulier les objectifs, les plans d'action, les guides pratiques et les directives à l'intention des personnels de santé.
- Description de la méthode employée pour enregistrer, déclarer et calculer la couverture vaccinale à chaque niveau.
- Données relatives à la couverture vaccinale pour chaque service administratif.
- Activités vaccinales complémentaires.

### ***Système de surveillance***

#### **Structure**

- Description du système de surveillance, notamment du réseau de déclaration, et de son intégration dans l'ensemble des systèmes de surveillance et d'information.
- Description des méthodes de recueil des données, du flux des données et des méthodes de déclaration.
- Personnels chargés de la surveillance à chaque niveau.
- Aperçu général des politiques et du soutien des laboratoires (dans le domaine de la surveillance des maladies).
- Gestion des données, méthodes d'analyse et données de sortie.
- Mécanismes de réaction et de suivi.
- Mécanismes de retour d'information et de transmission de l'information aux niveaux plus centraux.
- Activités d'encadrement et de formation menées dans le domaine de la surveillance.
- Ressources disponibles pour la surveillance.

---

## Publication des données

Les rapports réguliers produits par le système de surveillance devraient être fournis, accompagnés d'analyses par sous-régions. Ces analyses devraient faire apparaître les régions à haut risque ou à faible performance, ainsi que la performance de la surveillance. La réunion d'information devrait apporter certaines indications sur l'épidémiologie des diverses MEV, mais devrait essentiellement être axée sur la performance du système de suivi et de surveillance.

## Performance

L'information fournie porte sur l'utilisation des indicateurs de performance de la surveillance ci-après :

- exhaustivité de la notification, c'est-à-dire nombre de déclarations attendues effectivement reçues, divisé par le nombre de déclarations attendues ;
- respect des délais, c'est-à-dire le nombre de déclarations attendues reçues dans les délais définis par l'administration nationale, divisé par le nombre de déclarations attendues ;
- proportion des flambées épidémiques déclarées ayant fait l'objet d'une enquête.

Pour certaines MEV, les indicateurs de performance de la surveillance propres à la maladie figurent au tableau 1.

## *Autres documents ou informations*

- Résultats d'évaluations précédentes centrées sur l'évaluation de la surveillance ou de la qualité des données.
- Comptes rendus d'études spécialisées, par exemple des enquêtes locales englobant les MEV, des études sérologiques, des études sur la couverture vaccinale et des études sur l'efficacité de vaccins.

Après avoir étudié leur mandat et les documents de travail, les membres de l'équipe d'évaluation devraient demander des précisions sur des points précis. L'équipe doit repérer les points forts et les faiblesses manifestes, entendre et comprendre les préoccupations des personnels du pays et déceler les parties du système qui justifient une enquête ou une vérification d'ordre pratique. L'équipe ne doit pas aborder les pratiques et les progrès du pays de manière critique et négative, mais fournir des informations en retour et des commentaires constructifs.

**Tableau 1. Exemples de données nécessaires au niveau national, dont les indicateurs de performance de la surveillance**

Rougeole	Tétanos néonatal	Surveillance de la poliomyélite/de la paralysie flasque aiguë (PFA)	Fièvre jaune
<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'incidence mensuel, annuel et par zones géographiques.</li> <li>Taux de couverture vaccinale de la rougeole par an et par zones géographiques.</li> <li>Taux d'incidence par âge.</li> <li>Proportion des cas par tranches d'âge et situation vaccinale.</li> <li>Exhaustivité/ respect des délais des déclarations mensuelles.</li> <li>Proportion des flambées épidémiques connues et confirmées par des examens de laboratoire.</li> </ul> <p><i>NB : la surveillance de la rougeole en phase d'élimination nécessite des données par cas et des indicateurs de performance plus précis que ceux décrits ci-dessus (voir « Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance »).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié de deux doses vaccinales ou plus d'anatoxine tétanique (TT2+), sur le plan national et par districts.</li> <li>Taux de protection à la naissance si cette méthode est appliquée, sur le plan national et par districts.</li> <li>Taux d'incidence pour 1 000 naissances d'enfants vivants, sur le plan national et par districts.</li> <li>Taux d'accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène, sur le plan national et par districts.</li> <li>Pourcentage de soins prénatals par districts.</li> <li>Exhaustivité/ respect des délais des déclarations mensuelles sur le plan national et par districts.</li> <li>Pourcentage de cas ayant fait l'objet d'une enquête, sur le plan national et par districts.</li> <li>Mise en œuvre d'une surveillance active et examen des registres des hôpitaux pour détecter les cas de TN non notifiés.</li> <li>Couverture DTP1 et DTP3.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de cas de poliomyélite.</li> <li>Taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, sur le plan national et par provinces.</li> <li>Pourcentage de cas de PFA ayant fait l'objet d'une enquête dans les 48 heures.</li> <li>Pourcentage de cas de PFA pour lesquels deux échantillons adéquats de selles ont été prélevés.</li> <li>Pourcentage de résultats transmis par le laboratoire national dans les 28 jours après réception des échantillons.</li> <li>Exhaustivité/respect des délais des déclarations mensuelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de cas notifiés (déclaration obligatoire en application du Règlement sanitaire international).</li> <li>Nombre et pourcentage de districts atteints.</li> <li>Nombre de décès et taux de létalité.</li> <li>Cas confirmés par tranches d'âge et situation vaccinale, zone géographique, voyages effectués au cours des deux semaines, du mois, de l'année ayant précédé l'apparition de la maladie.</li> <li>Nombre et pourcentage de cas suspects pour lesquels un échantillon a été soumis à un laboratoire d'analyse (cible &gt; 50 %).</li> <li>Si une recherche des IgM est effectuée, pourcentage des résultats de laboratoire transmis dans les trois jours après réception d'un échantillon sanguin prélevé sur un malade aigu (cible = 80 %).</li> <li>Si y a diagnostic par isolement du virus, pourcentage des résultats transmis dans les 21 jours après réception d'un échantillon sanguin prélevé sur un malade aigu (cible = 80 %).</li> <li>Si une recherche des IgG est effectuée, pourcentage des résultats transmis dans les trois jours après réception d'un échantillon sanguin prélevé sur un malade convalescent (cible = 80 %).</li> </ul>

NB : Le tableau ci-dessus ne fournit que des exemples des données nécessaires. Pour une description complète des éléments et des indicateurs de performance de la surveillance, se reporter au manuel *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance*.

---

### Étape 3 – Recensement des sites à visiter

Le nombre de visites de sites est limité par le temps disponible, le nombre de membres composant l'équipe, les distances, les difficultés de transport, la possibilité d'obtenir une autorisation des services de sécurité dans les zones difficiles, ainsi que la disponibilité de véhicules, de chauffeurs et de logement. Il est parfois opportun d'obtenir des informations sur les restrictions imposées aux visites sur le terrain étant donné que des facteurs du même type peuvent également entraver les activités du système de surveillance. L'enquête sera plus ou moins approfondie selon le stade de développement du système de surveillance au niveau national.

De nombreux sites susceptibles de bénéficier d'une enquête sont situés dans la capitale ou dans d'autres grandes zones urbaines. Parmi ceux-ci figurent notamment l'unité centrale de surveillance, les services de la statistique, les grands hôpitaux, en particulier les services des maladies infectieuses et de neurologie, et les centres de pédiatrie et de réadaptation (ces deux derniers plus spécialement pour la surveillance de la PFA), les laboratoires de diagnostic et de recherche, ainsi que les centres universitaires d'épidémiologie, d'enquête et de recherche. Il peut également être utile de se rendre dans certains sites ou régions où des projets de surveillance ou de recherche sont en cours.

Traditionnellement, parmi les sites à visiter figurent des centres de soins et des postes ou centres de santé extrahospitaliers. L'équipe peut également se rendre dans des hôpitaux publics, des hôpitaux ou des cabinets médicaux privés ou voir des guérisseurs, des centres et des écoles de réadaptation ainsi que des centres de soins de jour. Il est parfois intéressant, par ailleurs, d'avoir des entretiens avec les personnalités locales et les pharmaciens. Il est souvent utile de rencontrer des représentants des organisations professionnelles ainsi que des organisations internationales et des ONG fournissant un appui au programme de vaccination. Chaque équipe devrait se rendre sur des sites de tous les niveaux (central, intermédiaire et local) et un responsable d'un niveau plus central devrait participer à chaque visite. L'équipe devrait être scindée en sous-groupes pour les visites des divers sites. Selon les sites à visiter, certains sous-groupes peuvent avoir besoin de la présence d'un membre possédant des connaissances spécialisées (par exemple pour les visites de laboratoires).

Étant donné qu'une évaluation complète de la surveillance nécessiterait que l'équipe se rende sur un grand nombre de sites, il faut sélectionner les sites à visiter. Les deux méthodes de sélection des sites sont décrites ci-dessous.

#### ***Sélection selon le critère de la représentativité***

Cette méthode postule que la sélection des sites doit être représentative de l'ensemble du système si l'on veut que les recommandations soient adaptées à tout le système. Pour une évaluation de la surveillance nationale, le système sera donc examiné à tous les niveaux administratifs, dans divers sous-districts, districts et provinces. Les sites sélectionnés seront répartis de manière égale entre les zones géographiques, les densités de population et les types d'unités de recueil des données.

La plupart des pays peuvent profiter d'une évaluation de l'ensemble du système de surveillance fondée sur une sélection représentative d'un large éventail de sites à visiter. Cette méthode est la plus fréquemment recommandée pour l'évaluation des systèmes de surveillance.

### ***Sélection selon le critère du haut risque***

Certains pays qui souhaitent étudier le « scénario catastrophe » auquel ils pourraient devoir faire face sur leur territoire préféreront probablement cette autre méthode. La méthode du haut risque consiste à repérer les zones où la maladie est le plus susceptible d'apparaître et où la surveillance de la maladie est probablement la moins bonne. Bien que ces sites ne soient pas représentatifs de l'ensemble du système, leur évaluation est davantage susceptible de faire apparaître les lacunes et les faiblesses. Cette méthode est particulièrement adaptée dans le cadre d'un processus visant à certifier un pays exempt d'une maladie et pour les pays proches de l'élimination d'une maladie. Dans la méthode fondée sur le critère du haut risque, les sites peuvent être sélectionnés en coopération avec le personnel national, qui connaît les zones où la couverture vaccinale est faible et l'incidence de la maladie élevée, où les minorités sont nombreuses et où la surveillance est insuffisante.

Le tableau 2 ci-dessous indique comment sélectionner des zones à haut risque pour certaines maladies évitables par la vaccination.

**Tableau 2. Caractéristiques des zones à haut risque pour certaines maladies évitables par la vaccination**

Rougeole	Tétanos néonatal	Poliomyélite	Fièvre jaune
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 90 % de couverture vaccinale <b>OU</b> pourcentage inférieur à la cible nationale.</li> <li>• Zones où l'on rencontre des grappes de cas.</li> <li>• Zones à forte densité de population.</li> <li>• Sites où sont installés des réfugiés ou des personnes déplacées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zones où le taux d'incidence du TN est élevé (&gt; 1/1 000 naissances d'enfants vivants).</li> <li>• Zones où la couverture vaccinale TT2 ou DTC est inconnue ou faible.</li> <li>• Zones où l'on rencontre les facteurs de risque suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– zones rurales</li> <li>– personnes demeurant à proximité d'animaux d'élevage</li> <li>– accès insuffisant aux soins de santé, en particulier pour permettre aux femmes d'accoucher dans de bonnes conditions d'hygiène</li> <li>– pratiques dangereuses relatives aux soins du cordon ombilical.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zones où des cas confirmés ou compatibles de poliomyélite ont été enregistrés au cours des trois dernières années.</li> <li>• Zones de faible couverture vaccinale VPO3.</li> <li>• Zones menacées par la transmission du poliovirus sauvage (c'est-à-dire zones à haute densité de population, mauvaise hygiène et mouvements de populations en provenance de zones où la maladie est endémique).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zones qui ne déclarent pas de cas.</li> <li>• Zones ayant déjà connu des cas de FJ, notamment celles où des cas ont été signalés au cours des 15 dernières années.</li> <li>• Zones où la couverture vaccinale de la FJ est faible (couverture souhaitée : 80 %).</li> <li>• Zones de végétation définies comme savanes humides (zones d'émergence de la FJ).</li> </ul>

---

## Étape 4 – Conduite de l'évaluation sur chaque site

Sur le terrain, l'évaluation se déroule au moyen d'entretiens avec les professionnels de la santé qui sont interrogés sur leur connaissance des objectifs, des normes et des méthodes de fonctionnement de la surveillance. Les données recueillies par le site, entre autres les indicateurs de performance de la surveillance, devraient être examinées, tout comme les méthodes de fonctionnement habituelles pour ce qui concerne l'enregistrement des données, leur consolidation, la transmission aux niveaux plus centraux, les analyses de routine et le retour de l'information. Des questions devraient être posées sur les fonctions d'appui, telles que la date de la dernière session de formation, les visites du personnel d'encadrement et les informations reçues en retour, ainsi que sur les ressources disponibles pour la surveillance et leur gestion. À chaque niveau, des questions seront posées aux personnels sur la manière dont ils utilisent les données pour orienter les stratégies de lutte contre les maladies. Il faudra également leur demander de fournir des exemples de situations au cours desquelles ils ont utilisé les données pour influencer sur des décisions relatives à la stratégie la mieux appropriée pour lutter contre une maladie.

Les évaluations devraient, dans la mesure du possible, être quantitatives. Bien que les évaluations qualitatives, les impressions et les anecdotes puissent fournir des indications importantes et qu'il soit au besoin utile d'en faire état, ceci ne devrait pas remplacer l'information quantitative. L'utilisation d'indicateurs objectifs limite les distorsions dues à la subjectivité de l'observateur et permet des comparaisons à l'intérieur du pays, entre les pays et dans le temps. Même si la mission concerne essentiellement certaines maladies, les évaluations devraient aussi porter sur des aspects plus généraux du système, notamment son intégration à la lutte contre d'autres maladies ou à d'autres systèmes, ou ses liens avec ceux-ci.

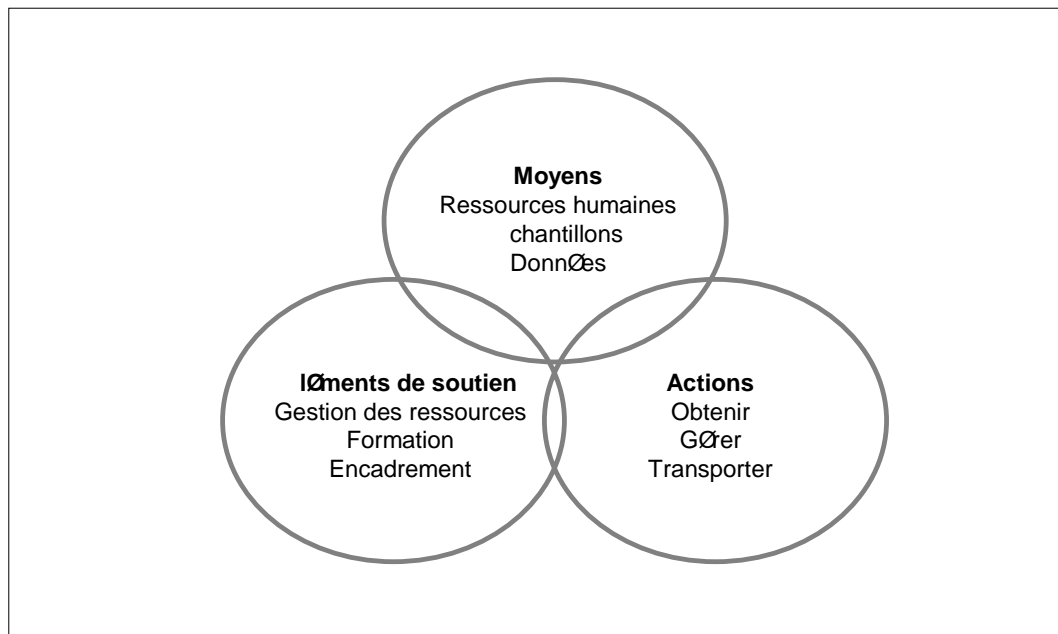
Il peut être utile de préparer une liste de contrôle pour que des informations objectives semblables soient recueillies au cours de toutes les visites sur le terrain. Cette liste doit être adaptée à la situation locale, mais elle devrait généralement englober les points suivants :

- objectifs du système ;
- population sur laquelle porte la surveillance (topographie, démographie, mobilité, services de soins de santé, accessibilité) ;
- manifestations sous surveillance ;
- comment et où les manifestations sont dépistées (notamment les activités de surveillance active) ;
- modalités à suivre pour les déclarations obligatoires ;
- méthodes de recueil et de consolidation des données ;
- méthodes de recueil et d'expédition des échantillons ;
- schéma de la circulation des données et des échantillons dans le système ;
- analyses des données à chaque niveau ;
- décisions et mesures prises sur la base des données recueillies ;
- méthodes utilisées pour le retour de l'information ;

- mécanismes de transmission de l'information à des niveaux plus centraux ;
- ressources dont dispose le système (ressources humaines, financières, en infrastructures) ;
- logistique et efficacité générales du système.

La logistique nécessaire à la surveillance englobe le personnel, les échantillons et données et la manière de les obtenir, de les gérer et de les transporter. Une bonne logistique s'appuie sur une formation, un encadrement et une gestion des ressources de qualité (figure 1). Pour plus de précisions sur la logistique de la surveillance et du suivi, se reporter à *Pour une surveillance efficace. Module 3 : Gestion de la logistique* (WHO/V&B/01.10).

**Figure 1. Les moyens, les actions et les éléments de soutien logistiques de la surveillance**



L'évaluation devrait déterminer si le système de surveillance répond aux besoins des objectifs de la lutte contre certaines maladies précises. Par exemple, la surveillance nécessaire pour lutter contre la rougeole est différente et moins intense que celle qu'exige l'élimination de la maladie. Pour de plus amples renseignements sur les divers types de surveillance, se reporter au document : *WHO-recommended standards for surveillance of selected vaccine-preventable diseases* (WHO/EPI/GEN/98.01 Rev. 2).

Après avoir tenu une réunion permettant de présenter les objectifs de l'évaluation et de poser des questions, l'équipe d'évaluation devrait avoir des entretiens avec le personnel local à tous les niveaux pour que chaque personne puisse s'exprimer sur la manière dont fonctionne le système, ses propres responsabilités, l'information produite (c'est-à-dire l'incidence des maladies, les tendances, l'exhaustivité et la qualité des données déclarées) et l'utilité de celle-ci. L'équipe devrait obtenir quelques exemplaires des formulaires et vérifier comment ils sont utilisés.

---

L'équipe devrait examiner avec chaque niveau les problèmes et les points faibles recensés. Généralement, les activités de terrain devraient comprendre une évaluation des éléments ci-dessous.

### ***Indicateurs de performance de la surveillance et couverture vaccinale***

Les indicateurs de performance devraient toujours comporter l'exhaustivité des déclarations et le respect des délais fixés, et peuvent aussi comprendre la performance de la surveillance de certaines maladies précises. Si des indicateurs de performance de la surveillance sont utilisés, l'équipe vérifiera leur exactitude, s'ils sont correctement calculés et s'ils servent à corriger les défauts du système. La capacité à gérer les données devra être examinée (y compris, dans certains cas, les moyens informatiques). Le tableau 1 fournit pour certaines maladies des exemples d'indicateurs de surveillance recommandés par l'OMS.

### ***Politiques et pratiques de la surveillance de routine.***

L'équipe devrait vérifier si les politiques nationales en matière de surveillance, lorsqu'elles existent, sont correctement mises en œuvre à tous les niveaux.

Les principes de surveillance recommandés par l'OMS pour les MEV sont les suivants :

- établissement d'objectifs clairs pour la surveillance, directement liés à la lutte contre les maladies ;
- utilisation de définitions de cas types pour les déclarations ;
- déclaration des cas mensuelle ou hebdomadaire et, dans certaines circonstances, notification immédiate ;
- déclaration « zéro cas » lorsqu'aucun cas n'a été détecté ;
- méthodes de recueil et de consolidation des données efficaces et normalisées ;
- analyse des données et production de rapports réguliers (comportant une présentation graphique des données) ;
- enquêtes cliniques, épidémiologiques et de laboratoire sur les cas / les flambées, s'il y a lieu (selon l'action de lutte contre la maladie) ;
- classification type des cas (éventuellement confirmés par un examen de laboratoire) ;
- information en retour transmises régulièrement aux personnels de tous les niveaux ;
- participation du secteur privé ;
- bonne collaboration / communication régulière entre les personnels médical, de vaccination, de laboratoire et de surveillance ;
- interprétation et utilisation des données pour la prise de décisions dans le domaine de la santé publique.

---

Des activités complémentaires de surveillance plus intense peuvent être nécessaires pour certaines MEV, notamment, au cours de la phase d'élimination ou d'éradication de la maladie. Pour plus de précisions, se reporter à des documents sur la question, en particulier à la bibliographie qui figure à la fin du présent module. Parmi ces activités figurent :

- la surveillance fondée sur les cas ;
- la déclaration immédiate ;
- la surveillance active.

La politique ou le plan national relatif au système de surveillance devrait comprendre des normes minimales à chaque niveau administratif, comme il est indiqué ci-dessous.

#### ***Niveau central*** (national)

Existence de politiques, de définitions de cas, responsables officiels dotés d'un statut approprié, circuits de communication des déclarations clairement établis, suivi des indicateurs de performance (c'est-à-dire exhaustivité et respect des délais fixés), présence de personnels qualifiés, bonne gestion des données, notamment analyse des données, rapports et information en retour systématiques, indications que les données de surveillance sont utilisées avec dynamisme pour guider l'élaboration de politiques ou de stratégies.

#### ***Niveau intermédiaire*** (provinces, régions, districts)

Présence de directives, présence de personnels qualifiés, suivi des indicateurs de performance des niveaux plus périphériques, bonne gestion et analyse des données (transmises sur support papier ou informatique), bonne lisibilité de la présentation des données (listage, tableaux, graphiques, cartes), indications que les données sont utilisées pour suivre la performance et prendre des mesures.

#### ***Niveau périphérique*** (prestation de services)

Connaissance des dispositions en matière de surveillance et de déclaration, des définitions de cas au niveau national, existence de responsables officiellement chargés des déclarations, mécanismes établis d'enregistrement et de déclaration efficaces, présence de personnels qualifiés, présence de formulaires de déclaration, doubles des formulaires remplis facilement accessibles.

#### ***Analyse et utilisation des données***

Il est important d'effectuer certaines vérifications et de poser des questions sur les points suivants :

- analyse de cas par tranches d'âge et par situation vaccinale (si des données relatives à l'âge et à la situation vaccinale des malades sont recueillies) ;
- variation des taux d'incidence par âge dans le temps (si des données relatives à l'âge sont recueillies) ;
- caractéristiques temporelles de la maladie (périodicité ou caractère saisonnier par exemple) ;

- 
- répartition géographique de la maladie (apparition de grappes dans certaines zones ou groupes particuliers de la population) ;
  - cohérence entre les données de la surveillance et celles de la couverture vaccinale (les taux d'incidence sont-ils élevés lorsque la couverture vaccinale est faible, et vice-versa ?) ;
  - proportion de malades vaccinés suggérant l'existence d'un problème lié à la chaîne du froid (en d'autres termes, la situation vaccinale des malades est-elle semblable à celle de la population générale ?) ;
  - données utilisées comme dénominateur pour calculer la couverture vaccinale et les taux d'incidence de la maladie à chaque niveau (tous les niveaux utilisent-ils les mêmes sources de données ?) ;
  - méthode de calcul de la couverture vaccinale à chaque niveau ;
  - participation du secteur privé au système de déclaration des doses vaccinales administrées et des cas détectés ;
  - existence d'un suivi de l'exhaustivité des déclarations et du respect des délais fixés ;
  - analyse et utilisation des données à divers niveaux ;
  - transmission d'informations en retour à chaque niveau.

### ***Enquêtes sur les cas de maladie et mesures prises pour faire face aux flambées.***

Les enquêtes sur les cas de maladie et les flambées épidémiques (notamment les enquêtes sur l'origine des cas et la recherche d'autres cas) ainsi que les mesures prises pour faire face aux flambées constituent les éléments fondamentaux des stratégies de résorption des maladies. L'équipe vérifiera la présence de ces éléments et évaluera s'ils sont mis en œuvre correctement, régulièrement et complètement. Elle examinera les dossiers d'enquêtes relatives à de récentes flambées et vérifiera si celles-ci sont en concordance avec les politiques nationales et les méthodes de fonctionnement normales.

### ***Registres des consultations ou registres de sortie des malades***

Lors de l'examen de ces documents, l'équipe devra rechercher des cas récents et établir si ces cas ont été déclarés, s'ils ont fait l'objet d'une enquête adaptée (s'il s'agit de la stratégie habituelle dans un tel cas) et d'un suivi, conformément aux directives en matière de surveillance. Il peut s'avérer utile dans certaines situations d'examiner également les tableaux des malades hospitalisés et ceux des consultations externes.

### ***Études spéciales***

L'équipe devrait examiner toute étude spéciale récemment menée dans le pays, notamment les enquêtes réalisées au niveau local sur la mortalité et la morbidité, les enquêtes sérologiques et les enquêtes sur la couverture vaccinale. La qualité et les résultats des enquêtes devraient être évalués en vérifiant leur concordance avec d'autres rapports portant sur la même période.

---

### ***Recherche active de cas***

Selon l'objectif recherché, une recherche active de cas de maladie peut être entreprise au cours de l'évaluation. S'il est décidé de procéder à ce type d'investigation, l'équipe devrait concentrer ses recherches sur les zones à haut risque et accorder la priorité à l'examen de documents courants et fiables et à des entretiens avec les personnels des hôpitaux, des centres de soins et des services de réadaptation plutôt qu'avec la population locale. Il faut garder à l'esprit que la recherche active de cas de maladie peut exiger un temps considérable avant d'aboutir, notamment lorsque la maladie recherchée est rare. Ce type de recherche ne sera donc entrepris au cours de l'évaluation que s'il a été clairement fixé comme objectif.

### ***Surveillance intégrée et chevauchement des systèmes***

Le niveau de coordination ou d'intégration devrait être évalué du point de vue des éléments centraux et des éléments d'appui (figure 1). Les synergies éventuelles devraient être repérées et mises en lumière au cours de l'évaluation. Par exemple, la surveillance de la rougeole et du tétanos néonatal peut bénéficier de liens avec les activités de surveillance de la paralysie flasque aiguë en cours dans les établissements de soins ou de toute activité de surveillance en cours au niveau local (comme les activités de surveillance de la dracunculose).

### ***Laboratoires***

La collaboration de laboratoires est essentielle dans un système de surveillance et l'équipe devra donc visiter certains de ces établissements afin d'évaluer les éléments suivants :

- situation au regard des autorisations (s'il y a lieu) ;
- résultats du dernier test d'aptitude ;
- indicateurs de performance des activités du laboratoire, notamment nature des examens effectués ;
- indicateurs de performance des activités sur le terrain ayant une répercussion sur la performance du laboratoire (par exemple manipulation correcte des échantillons) ;
- qualité des échantillons reçus ;
- types d'examens effectués, méthodes de validation et niveau de l'assurance qualité ;
- charge de travail, niveau des effectifs et temps d'exécution des tâches ;
- adaptation de la taille des locaux, infrastructure, matériel et fournitures ;
- communication avec d'autres collègues du même réseau de laboratoires ;
- communication entre personnels de laboratoire, de surveillance et de vaccination ;
- recueil de données essentielles types telles qu'elles ont été définies au plan national ;
- consignes de sécurité pour le travail en laboratoire et le personnel ;
- existence de procédures types.

---

Exemples de problèmes fréquemment relevés dans les systèmes de surveillance et dans le suivi de la couverture vaccinale :

- utilisation de mauvaises données en dénominateur ;
- incohérence dans l'utilisation du numérateur/dénominateur ;
- définitions de cas inappropriées ou absence de définitions de cas ;
- sensibilisation insuffisante des médecins se traduisant par une mauvaise compréhension des définitions de cas et des politiques et mécanismes de déclaration ;
- absence de politique claire en matière de surveillance ;
- formation insuffisante des personnels ;
- déclaration « zéro cas » non respectée ;
- retards dans les déclarations ;
- qualité médiocre de l'analyse, l'interprétation et l'utilisation des données ;
- mauvaise gestion des données ;
- conflit de priorités (par exemple : trop grand nombre de formulaires) ;
- autres sources d'information non prises en compte ;
- coordination insuffisante gênant l'efficacité, la bonne organisation et la pérennité du système ;
- logistique inadaptée au soutien des activités de surveillance (par exemple insuffisance des mécanismes de transport, des nécessaires et sacs en plastique pour le transport des échantillons, des communications) ;
- absence d'information en retour ;
- absence d'évaluation.

Parmi les problèmes importants souvent recensés dans le contexte de la surveillance de la poliomyélite/de la paralysie flasque aiguë on peut citer l'insuffisance de la participation du secteur privé et l'absence de déclaration des cas de paralysie flasque aiguë diagnostiqués avec certitude comme des cas autres que la poliomyélite (syndrome de Guillain-Barré par exemple).

### **Étape 5 – Préparation du bilan de l'évaluation et des recommandations.**

Lorsqu'elle se réunit à nouveau à la fin de la phase de recueil des données, l'équipe devrait faire le point sur ses résultats et en discuter. Ceci permet parfois de prendre conscience de la nécessité de recueillir des données complémentaires ou de demander des explications supplémentaires au personnel national.

La personne à la tête de l'équipe devrait veiller à ce que le point de vue de tous les membres de l'équipe soit sollicité et pris en compte. Il est important de recenser les points forts et les points faibles du système. La cause des points faibles doit être cernée. La personne à la tête de l'équipe devrait guider l'équipe qui doit dégager les principaux problèmes à mettre en lumière.

---

L'équipe devrait classer par ordre de priorité ses recommandations et envisager de laisser de côté des recommandations mineures étant donné qu'il est habituellement plus efficace de fournir une liste courte de recommandations essentielles plutôt qu'une longue liste exhaustive. L'équipe devrait également prendre en considération le coût et la faisabilité de la mise en œuvre des recommandations. Pour s'assurer de la faisabilité des recommandations et de leur utilité maximale, il est important de les mettre au point en pleine consultation avec les homologues nationaux. Les recommandations devraient préciser qui est chargé de faire quoi et dans quels délais. Le rapport devrait comprendre un suivi des évaluations précédentes, s'il y en a eu, et tenir compte du niveau de mise en œuvre des recommandations précédentes.

## **Étape 6 – Présentation des résultats et des recommandations**

À la fin de l'évaluation, l'équipe présente ses résultats et ses recommandations aux instances appropriées, en soulignant les points les plus importants ou les urgences, et en suggérant les personnes ou groupes à qui la responsabilité des mesures de suivi pourrait être confiée, ainsi qu'un calendrier des activités correspondantes. À ce stade, il est essentiel que la personne à la tête de l'équipe serve de médiateur afin de parvenir à un consensus avec les autorités nationales au sujet des recommandations.

Lors de la présentation des résultats, l'équipe devrait rappeler les termes de son mandat, expliquer la méthodologie employée, résumer ses observations (étayées par des informations objectives), fournir des recommandations et remercier de leur contribution toutes les personnes qui ont permis de mener à bien la mission d'évaluation. Si des supports visuels sont utilisés au cours de l'exposé, il convient d'en laisser quelques exemplaires aux autorités nationales pour que celles-ci puissent les utiliser ultérieurement lors de réunions ou de séances de formation.

Si l'évaluation a été menée par une équipe internationale chargée de la rédaction du rapport, une version préliminaire de celui-ci ainsi qu'un résumé des principaux résultats et recommandations devraient être remis aux responsables nationaux et aux organisations participantes avant que l'équipe ne quitte le pays.

Habituellement, un moyen très efficace pour développer le sentiment que le pays est partie prenante aux recommandations et pour inciter les divers acteurs à prendre des mesures destinées renforcer le système consiste à tenir un atelier participatif immédiatement après l'évaluation, à condition toutefois que les personnels nationaux et internationaux compétents y assistent et participent. De manière générale, les personnels du ministère de la santé devraient figurer au nombre des participants et notamment les responsables du système de vaccination, ceux du système de surveillance et du soutien fourni par les laboratoires, ainsi que des médecins, des chercheurs d'établissements appropriés, des personnels enseignants des écoles de médecine et des partenaires tels que d'autres organismes des Nations Unies. L'atelier peut avoir pour but de former des personnes occupant un poste clé, lesquelles à leur tour formeront des personnels à des niveaux plus périphériques.

Il peut s'avérer extrêmement constructif pour l'équipe de résumer le processus d'évaluation. Il devrait y avoir de francs échanges de vues sur l'adaptation de la composition de l'équipe et la répartition des tâches ainsi que des réflexions sur les obstacles rencontrés, de manière générale, au cours du processus. Les recommandations peuvent contribuer à améliorer les futures évaluations.

---

## **Étape 7 – Suivi et mise en œuvre des recommandations**

Il est extrêmement important qu'il y ait un suivi convenable de la mise en œuvre des recommandations. En premier lieu, il faut s'assurer que toutes les parties intéressées reçoivent un exemplaire du rapport dans sa version définitive. Le ministère de la santé peut avoir besoin d'une assistance pour mettre en œuvre certaines recommandations. Ce point doit avoir été soulevé pendant l'évaluation et, si nécessaire, le bureau de pays de l'OMS doit faciliter la tâche du ministère. Il peut être convenu d'un calendrier provisoire pour la prochaine évaluation afin de favoriser le développement continu du système.

---

# Références et ouvrages recommandés

## Documents essentiels

1. *Protocole pour l'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique.* WHO/EMC/DIS/97.2.
2. *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance. Deuxième édition. 2000.* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2.
3. *Guidelines for evaluating surveillance systems.* Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, États-Unis d'Amérique.
4. *Morbidity and Mortality Weekly Report 1988; 37 (Suppl. N° S-5, p. 1 à 18).* Centers for Disease Control, Atlanta, États-Unis d'Amérique.
5. *WHO vaccine preventable diseases monitoring system: 1999 global summary.* Vaccines and Biologicals, World Health Organization. WHO/V&B/99.17.
6. *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.
7. *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.

## Poliomyélite / paralysie flasque aiguë

8. *Guide pratique des activités supplémentaires d'éradication de la poliomyélite. Révision de 1996.* WHO/EPI/GEN/95.01 Rev. 1.
9. *Global eradication of poliomyelitis. Report of the second meeting of the Global Technical Consultative Group (TCG).* 28 avril 1997. WHO/EPI/GEN/98.04.
10. *Global eradication of poliomyelitis: Report of the second meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis.* Genève, 1<sup>er</sup> mai 1997. WHO/EPI/GEN/98.03.
11. *Éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000 : plan d'action.* WHO/EPI/GEN/96.03.

## Tétanos néonatal

12. *Manuel d'application pratique pour l'élimination du tétanos néonatal.* WHO/V&B/99.14.

---

## **Rougeole**

13. *WHO guidelines for epidemic preparedness and response to measles outbreaks.* WHO/CDS/CSR/ISR/99.1.
14. *La lutte contre la rougeole dans les années 1990 : plan d'action pour la lutte mondiale contre la rougeole.* WHO/EPI/GEN/92.3.
15. *Comment utiliser les données de la surveillance et l'étude des flambées épidémiques pour renforcer les programmes de vaccination contre la rougeole.* WHO/EPI/GEN/96.02.

## ***Haemophilus influenzae***

16. *Protocole générique de surveillance des populations pour haemophilus influenzae type b.* WHO/VRD/GEN/95.05.

## **Vitamine A**

17. *Intégration de la supplémentation en vitamine A et de la vaccination : politique et répercussions programmatiques. Rapport d'une réunion. 12-13 janvier 1998, UNICEF, New York.* WHO/EPI/GEN/98.07.

## **Fièvre jaune**

18. *Fièvre jaune : Surveillance de la fièvre jaune : lignes directrices à l'échelon du district.* WHO/EPI/GEN/98.09.
19. *Fièvre jaune : Réunion technique de consensus, Genève, 2-3 mars 1998.* WHO/EPI/GEN/98.08.
20. *Fièvre jaune.* WHO/EPI/GEN/98.11.

## **Manifestations postvaccinales indésirables**

21. *Surveillance des manifestations postvaccinales indésirables. Guide pratique à l'intention des directeurs des programmes de vaccination.* WHO/EPI/TRAM/93.02 REV.1.

## **Surveillance intégrée de la maladie**

22. *Surveillance intégrée de la maladie en Afrique : stratégie régionale pour les maladies transmissibles (1999-2003).* OMS, Bureau régional pour l'Afrique. AFR/RC48/8.

## **Modules de formation**

23. *Formation des cadres moyens. Contrôler la couverture vaccinale.* WHO/EPI/MLM/91.6.
24. *Vaccination pratique Modules 1 à 11 : La surveillance de la couverture vaccinale.* WHO/EPI/TRAM/98.01-11.