

Identification des PAMIs pour le contrôle du choléra

Transcription du cours en ligne

MODULE 1

Méthode du GTFCC

Diapositive 1

Bienvenue au premier module du cours en ligne du GTFCC sur l'identification des PAMIs pour le contrôle du choléra.

Diapositive 2

Dans ce module, nous vous présenterons la méthode du GTFCC pour identifier les PAMIs pour le contrôle du choléra.

Diapositive 3

À l'issue de ce module, vous saurez :

- Comment l'indice de priorité est calculé ;
- Comment l'indice de priorité guide la prise de décision sur les PAMIs ;
- Quand et comment des PAMIs supplémentaires peuvent être envisagés ;
- Comment les parties prenantes établissent la liste finale des PAMIs ;
- Quelles sont les étapes suivant la validation par les parties prenantes.

Diapositive 4

L'identification des PAMIs pour le contrôle du choléra est applicable dans les pays où la transmission du choléra a été élevée à modérée au cours des dernières années. En principe, il s'agit de pays où plus de 5 % des unités géographiques ont signalé des cas de choléra au cours des cinq dernières années. Dans ces pays, l'identification des PAMIs vise à orienter efficacement le ciblage spatial d'un PNC pour contrôler le choléra.

Les autres pays, c'est-à-dire les pays où moins de 5% des unités géographiques ont signalé des cas de choléra au cours des cinq dernières années, doivent plutôt identifier les PAMIs pour l'élimination afin d'orienter efficacement le ciblage spatial d'un PNC pour éliminer le choléra. Si cela correspond à la situation de votre pays, nous vous encourageons à suivre le cours en ligne sur l'identification des PAMIs pour l'élimination.

Le contrôle du choléra s'envisage comme un objectif intermédiaire, jusqu'à ce que l'élimination de la maladie devienne un objectif atteignable.

Diapositive 5

L'identification des PAMI pour le contrôle du choléra repose sur l'identification des unités géographiques où l'atteinte par le choléra est la plus élevée.

Ceci s'articule en deux phases.

La première phase est axée sur les données. A cette phase, toutes les unités géographiques du pays sont notées en fonction d'un indice de priorité. Cet indice tient compte de multiples dimensions de l'atteinte par le choléra.

Le calcul de cet indice vise à guider une prise de décision objective afin de s'assurer que les PAMIs sont les unités géographiques les plus atteintes par le choléra.

La deuxième phase est celle de la prise de décision sur les PAMIs.

Cette prise de décision s'effectue par consensus entre les parties prenantes représentant divers secteurs, différents niveaux et de multiples organisations.

Ces parties prenantes décident ensemble, par consensus, d'un seuil pour l'indice de priorité calculé lors de la première phase.

Toutes les unités géographiques ayant un indice de priorité supérieur au seuil sont des PAMIs pour le contrôle du choléra.

Diapositive 6

Concentrons-nous tout d'abord sur la phase de collecte des données qui mène au calcul de l'indice de priorité.

Diapositive 7

L'indice de priorité est calculé pour chaque unité géographique d'un pays à partir des données rétrospectives de surveillance du choléra.

Du point de vue spatial, le niveau des unités géographiques considérées pour le calcul de l'indice de priorité est le niveau géographique auquel les interventions multisectorielles contre le choléra seront mises en œuvre dans le PNC.

Le niveau correspondant est propre à chaque pays. Cela signifie que chaque pays détermine l'échelle géographique la plus appropriée pour coordonner la mise en œuvre d'interventions multisectorielles

ciblées contre le choléra. Le plus souvent, les pays utilisent le niveau administratif 2 ou le niveau administratif 3, mais d'autres échelles géographiques peuvent également être considérées.

Au plan temporel, l'identification des PAMIs est basée sur des données rétrospectives de surveillance couvrant au minimum les cinq dernières années. Une période d'analyse plus longue peut être envisagée si des données de surveillance fiables sont disponibles pour une période supérieure, jusqu'à 15 ans au plus.

Des données épidémiologiques et des données sur les tests sont utilisées pour calculer l'indice de priorité.

Diapositive 8

En ce qui concerne les indicateurs épidémiologiques, trois dimensions sont prises en compte dans l'indice de priorité :

- L'incidence du choléra, c'est-à-dire le nombre de cas suspects ou confirmés de choléra signalés dans chaque unité géographique au cours de la période d'analyse des PAMIs.
- La persistance du choléra, c'est-à-dire le pourcentage de semaines où des cas suspects ou confirmés de choléra ont été signalés dans chaque unité géographique au cours de la période d'analyse des PAMIs.
- La mortalité due au choléra, c'est-à-dire le nombre de décès dus au choléra signalés dans chaque unité géographique au cours de la période d'analyse des PAMIs.

Diapositive 9

Chacun de ces trois indicateurs épidémiologiques est ensuite noté.

L'échelle de notation de chaque indicateur dépend de ses paramètres de distribution, en tenant compte de deux paramètres : la médiane et le 80^{ème} percentile.

Pour chaque indicateur, les paramètres de distribution sont déterminés en tenant compte des unités géographiques où des cas de choléra ou des décès dus au choléra ont été signalés au cours de la période d'analyse.

Diapositive 10

Illustrons ces modalités de notation par un exemple.

Imaginons un très petit pays comptant 20 unités géographiques au total.

Dans ce pays, des cas de choléra ont été signalés dans 10 unités géographiques au cours de la période d'analyse. Le taux d'incidence du choléra dans ces unités géographiques est présenté dans ce tableau.

Les paramètres de distribution sont déterminés en considérant les 10 unités géographiques où des cas ont été signalés, en laissant de côté les 10 unités géographiques sans cas rapportés.

Quelle est la médiane ? Dans la moitié des unités géographiques, soit 5 unités, l'incidence est inférieure à la médiane. La médiane est donc de 20.

Quel est le 80^{ème} percentile ? Dans 80 % des unités géographiques, soit 8 unités, l'incidence est inférieure au 80^{ème} percentile. Le 80^{ème} percentile est donc égal à 100.

Diapositive 11

L'échelle de notation de chaque indicateur épidémiologique est basée sur sa médiane et son 80^{ème} percentile.

Dans les unités géographiques où aucun cas de choléra ou de décès du au choléra n'a été signalé au cours de la période d'analyse, le score est de 0.

Dans les unités géographiques où un indicateur épidémiologique est supérieur à zéro mais inférieur à la médiane, le score est de 1.

Dans les unités géographiques où un indicateur épidémiologique est égal ou supérieur à la médiane mais inférieur au 80^{ème} percentile, le score est de 2.

Enfin, dans les unités géographiques où un indicateur épidémiologique est égal ou supérieur au 80^{ème} percentile, le score est de 3.

Diapositive 12

Illustrons cela de manière plus concrète en utilisant la même distribution fictive d'incidence que celle utilisée dans l'exemple précédent.

Dans dix unités géographiques, aucun cas de choléra n'a été signalé. Dans ces unités, le score d'incidence est de zéro.

Nous avons déterminé que, dans ce pays, la médiane de l'incidence est de 20 et que le 80^{ème} percentile de l'incidence est de 100.

Cinq unités géographiques ont une incidence supérieure à 0 et inférieure à la médiane. Ces unités géographiques obtiennent un score de 1 pour l'incidence.

Trois unités géographiques ont une incidence supérieure à la médiane et inférieure au 80^{ème} percentile. Ces unités géographiques obtiennent un score de 2 pour l'incidence.

Enfin, deux unités géographiques ont une incidence supérieure au 80^{ème} percentile. Ces unités géographiques obtiennent un score de 3 pour l'incidence.

Diapositive 13

Outre les indicateurs épidémiologiques, dans la mesure du possible, un indicateur sur les tests pour le choléra est également pris en compte dans l'indice de priorité.

La possibilité d'inclure un indicateur sur les tests dans l'indice dépend de la représentativité des tests pour le choléra.

Cela correspond à la comparabilité des tests dans l'espace et dans le temps, c'est-à-dire entre les unités géographiques et tout au long de la période d'analyse.

Les tests pour le choléra ne sont pas encore mis en œuvre de façon systématique dans tous les pays, surtout si l'on considère les périodes rétrospectives. Il peut en résulter un manque de représentativité des tests qui introduirait des biais dans les indicateurs sur les tests et des biais dans l'indice de priorité.

Pour déterminer si un indicateur sur les tests peut être inclus dans l'indice de priorité, il convient donc d'abord d'évaluer la représentativité des tests.

Diapositive 14

Un algorithme est utilisé pour classer la représentativité des tests en trois niveaux.

Cet algorithme est basé sur la couverture hebdomadaire des tests.

Si, dans au moins 80 % des unités géographiques, au moins un cas suspect a été testé au moins 50 % des semaines avec des cas suspects rapportés, la représentativité est considérée comme acceptable. Le cas échéant, le taux de positivité est l'indicateur inclus dans l'indice de priorité.

Si, dans au moins 80 % des unités géographiques, au moins un cas suspect a été testé certaines des semaines avec des cas suspects rapportés, la représentativité est considérée comme sous-optimale. Le cas échéant, le nombre d'années avec des cas testés positifs est inclus dans l'indice de priorité.

Enfin, si dans moins de 80% des unités géographiques, au moins un cas suspect a été testé certaines des semaines avec des cas suspects rapportés, la représentativité est considérée comme insuffisante. Le cas échéant, il n'y a pas d'indicateur sur les tests inclus dans l'indice de priorité.

Diapositive 15

Si la représentativité des tests pour le choléra est évaluée comme acceptable et que le taux de positivité est donc inclus dans l'indice de priorité, le taux de positivité des tests est noté sur une échelle de trois points.

Le taux de positivité reçoit zéro point s'il est égal à zéro.

Il reçoit 1 point s'il est inférieur à 10 %.

Il reçoit 2 points s'il est compris entre 10 et 30%.

Enfin, il reçoit 3 points s'il est supérieur à 30 %.

Si la représentativité des tests pour le choléra est évaluée comme sous-optimale et que le nombre d'années avec des cas qui ont été testés positifs est inclus dans l'indice de priorité, le nombre d'années avec des cas testés positifs est noté sur une échelle de deux points.

Le nombre d'années avec des cas testés positifs reçoit zéro point si aucun cas n'a été testé positif.

Il reçoit 1 point si des cas testés positifs ont été déclarés au cours d'une année.

Enfin, il reçoit 2 points si des cas testés positifs ont été déclarés plus d'une année.

Si la représentativité des tests pour le choléra est évaluée comme insuffisante, aucun indicateur relatif aux tests pour le choléra n'est inclus dans l'indice de priorité. En d'autres termes, il n'y a pas de score pour les tests dans l'indice de priorité.

Diapositive 16

Une fois que les indicateurs épidémiologiques et, si possible, un indicateur sur les tests ont été notés, l'indice de priorité peut être calculé.

L'indice de priorité est tout simplement la somme des scores de tous les indicateurs.

Pour illustrer cela par un exemple, si dans une unité géographique, l'incidence du choléra a obtenu un score de 3, la persistance un score de 2, la mortalité un score de 2 et la positivité aux tests un score de 1, la valeur de l'indice de priorité pour cette unité géographique est de 8, c'est-à-dire la somme des scores de tous les indicateurs.

Diapositive 17

Nous avons maintenant parcouru toutes les étapes du calcul de l'indice de priorité.

Cependant, vous n'aurez pas à effectuer ces calculs vous-même. Ils sont tous automatisés dans un outil Excel.

Vous en apprendrez plus sur cet outil dans les prochains modules de ce cours.

Diapositive 18

Avant d'utiliser l'indice de priorité pour guider la prise de décision sur les PAMIs, il est essentiel de réfléchir de manière critique à sa fiabilité afin de déterminer si, dans certaines unités géographiques, il se peut qu'il sous-estime le niveau d'atteinte par le choléra ou le risque.

Par exemple, si certaines unités géographiques présentent des lacunes en matière de surveillance, telles qu'une sous-déclaration importante, l'indice de priorité étant dérivé des données de surveillance, il risque de sous-estimer le niveau d'atteinte par le choléra.

Autre exemple, si dans certaines unités géographiques, la vaccination a été mise en œuvre sans que des améliorations significatives aient été apportées en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement, l'indice de priorité peut sous-estimer le risque pour le choléra.

Il est donc essentiel d'identifier les unités géographiques pour lesquelles l'indice de priorité peut manquer de fiabilité, par exemple en examinant les indicateurs de performance de la surveillance, les enregistrements des campagnes de vaccination et les données sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Après cet examen critique, s'il est déterminé que l'indice de priorité peut manquer de fiabilité dans des unités géographiques spécifiques, il est conseillé d'évaluer la vulnérabilité au choléra des zones concernées.

Diapositive 19

Pour évaluer la vulnérabilité au choléra d'unités géographiques spécifiques, la première étape consiste à déterminer quels facteurs de vulnérabilité sont associés à un risque accru de choléra dans le contexte propre au pays.

Cela peut se faire, par exemple, par le biais d'une revue documentaire ou de consultations d'experts. Une liste indicative de facteurs de vulnérabilité génériques du GTFCC peut également être considérée.

Il convient ensuite d'identifier les sources de données permettant d'évaluer la présence ou l'absence de chaque facteur de vulnérabilité dans chaque unité géographique pour laquelle la fiabilité de l'indice de priorité est insuffisante.

Diapositive 20

La phase d'identification des PAMIs axée sur les données est alors terminée. Nous allons maintenant aborder la phase suivante : la phase de prise de décision.

Diapositive 21

La prise de décision sur les PAMIs est effectuée par consensus entre de multiples parties prenantes en tenant compte de l'indice de priorité pour guider des décisions éclairées.

Pour établir la liste des PAMIs, les parties prenantes décident d'un seuil pour l'indice de priorité. En outre, s'il a été déterminé que dans certaines unités géographiques, l'indice de priorité manque de fiabilité, les parties prenantes peuvent également identifier des PAMIs supplémentaires en fonction de leur vulnérabilité au choléra.

Vous en apprendrez plus sur la manière d'organiser et de faciliter une validation participative par les parties prenantes dans le module 4.

Diapositive 22

L'indice de priorité est essentiel pour guider la prise de décision sur les PAMIs. Un seuil d'indice de priorité est fixé par consensus et toutes les unités géographiques ayant une valeur d'indice de priorité supérieure à ce seuil sont des PAMIs.

Pour décider d'un seuil d'indice de priorité approprié, les parties prenantes doivent trouver le meilleur point d'équilibre entre la faisabilité et l'impact de santé publique du PNC.

Si le seuil de l'indice de priorité est fixé à un niveau bas, de nombreuses unités géographiques seront des PAMIs. Dans ce cas, l'impact potentiel du PNC peut être élevé, mais sa faisabilité peut s'avérer difficile.

En revanche, si le seuil de l'indice de priorité est fixé à un niveau élevé, peu d'unités géographiques seront des PAMIs. Dans ce cas, la faisabilité du PNC peut être élevée, mais son impact peut être faible.

Par conséquent, fixer le seuil d'indice consiste donc à trouver le meilleur point d'équilibre entre la faisabilité et l'impact.

Diapositive 23

L'évaluation de la faisabilité et de l'impact potentiel du PNC repose sur des proxys.

Le nombre et le pourcentage d'unités géographiques qui sont des PAMIs et la population dans les PAMIs sont des proxys pour évaluer la faisabilité du PNC.

La proportion de cas de choléra et de décès dans les PAMIs sont des proxys pour évaluer l'impact potentiel du PNC.

Diapositive 24

De façon facultative, quelques unités géographiques ayant un indice de priorité inférieur au seuil d'indice retenu peuvent être considérées comme des PAMIs supplémentaires si elles remplissent deux critères : avoir un indice de priorité manquant de fiabilité et être très vulnérables au choléra.

Toutefois, le nombre de PAMIs supplémentaires doit rester limité. La faisabilité de l'inclusion de PAMIs supplémentaires doit être soigneusement évaluée afin de s'assurer que la faisabilité du PNC n'est pas compromise par l'inclusion de PAMI supplémentaires.

Diapositive 25

Récapitulons le processus décisionnel sur les PAMIs pour le contrôle du choléra.

Toutes les unités géographiques ayant un indice de priorité supérieur au seuil retenu par les parties prenantes sont des PAMIs.

De façon facultative, un nombre limité d'unités géographiques ayant un indice de priorité inférieur au seuil d'indice retenu peuvent également être ajoutées à la liste des PAMIs s'il est établi que leur indice de priorité manque de fiabilité et si elles sont considérées comme très vulnérables au choléra.

Les autres unités géographiques ne sont pas des PAMIs.

Diapositive 26

Une fois que les parties prenantes sont parvenues à un consensus sur la liste des PAMIs, les étapes suivantes consistent à documenter l'identification des PAMIs et à solliciter une revue des PAMIs.

Diapositive 27

L'identification des PAMIs doit être documentée dans un rapport afin de tracer la méthode utilisée et les résultats, ainsi que les décisions prises et leur justification. Cela est essentiel pour assurer la traçabilité de l'identification des PAMIs et pour pouvoir s'y référer ultérieurement.

Pour préparer un rapport complet sur l'identification des PAMIs, nous vous encourageons à suivre le modèle de rapport du GTFCC.

Dans le module 5, vous en apprendrez davantage sur la manière de documenter l'identification des PAMIs.

Diapositive 28

Le GTFCC effectue des revues techniques indépendantes de l'identification des PAMIs.

Ces revues sont l'occasion pour les pays de recevoir un retour d'information technique indépendant ainsi que des conseils et des recommandations pratiques, le cas échéant, afin d'optimiser le ciblage spatial de leur PNC.

Les revues des PAMIs par le GTFCC sont proposées à tous les pays et sont obligatoires pour les pays qui prévoient de demander des vaccins pour une utilisation préventive ou de soumettre leur PNC à l'approbation du GTFCC.

Dans le module 5, vous en apprendrez plus sur les revues des PAMIs par le GTFCC.

Diapositive 29

En conclusion de ce module, voici les points importants à retenir.

L'identification des PAMIs pour le contrôle du choléra s'adresse aux pays où plus de 5 % des unités géographiques ont signalé des cas de choléra au cours des dernières années.

La première phase de l'identification des PAMIs consiste à calculer un indice de priorité qui représente le niveau d'atteinte par le choléra. Cet indice tient compte de l'incidence, de la mortalité et de la persistance du choléra. En outre, si la représentativité des tests pour le choléra le permet, un indicateur relatif aux tests est également inclus dans l'indice.

La deuxième phase consiste à établir la liste des PAMIs en tenant compte de l'indice de priorité. Les parties prenantes conviennent par consensus d'un seuil d'indice de priorité équilibrant la faisabilité et l'impact potentiel du PNC. Toutes les unités géographiques ayant un indice de priorité supérieur au seuil retenu sont des PAMIs.

De façon facultative, quelques unités géographiques supplémentaires peuvent également être des PAMIs bien qu'elles aient un indice de priorité inférieur au seuil retenu s'il est déterminé que leur indice de priorité manque de fiabilité et qu'elles sont très vulnérables au choléra.

Diapositive 30

Avant de passer au module suivant, nous vous invitons à répondre à un quiz. Ce quiz comporte trois questions.

Diapositive 31

Question 1. Que représente l'indice de priorité dans le contexte des PAMI pour le contrôle du choléra ?

- a) L'impact économique du choléra dans une unité géographique.
- b) Le niveau d'accès aux soins de santé dans une unité géographique.
- c) Le niveau d'atteinte par le choléra dans une unité géographique.
- d) La gravité clinique d'un patient suspecté de choléra et le niveau de priorité correspondant pour son traitement.

Diapositive 32

La bonne réponse est c. L'indice de priorité représente le niveau d'atteinte par le choléra.

Diapositive 33

Question 2. Quels sont les indicateurs pris en compte dans le calcul de l'indice de priorité ?

- a) Taille de la population, accès aux soins de santé, précision des tests et taux de guérison.
- b) Incidence, persistance, mortalité et, si possible, indicateur sur les tests.
- c) Climat, assainissement, couverture vaccinale et positivité des tests.

d) Mortalité, persistance, infrastructure de soins de santé et densité de population.

Diapositive 34

La bonne réponse est b. L'incidence, la persistance, la mortalité et, si possible, un indicateur sur les tests sont inclus dans le calcul de l'indice de priorité.

Diapositive 35

Question 3. Il s'agit de la dernière question. Quel est l'objectif principal de la validation participative de l'identification des PAMIs ?

a) Examen par les parties prenantes des plans de préparation et de réponse au choléra.

b) Validation par les parties prenantes de la répartition des ressources entre les régions pour la lutte contre le choléra.

c) Décision des parties prenantes sur le seuil de l'indice de priorité.

d) Validation par les parties prenantes des plans d'intervention pour tous les piliers de la lutte contre le choléra dans les PAMIs.

Diapositive 36

La bonne réponse est c. Lors de la validation par les parties prenantes, celles-ci décident d'un seuil d'indice de priorité.

Diapositive 37

Nous avons maintenant terminé ce module.