

## Techniques pour mesurer l'impact de la mortalité : Les Années Potentielles de Vie Perdues

### Introduction

Les données de mortalité représentent des éléments essentiels pour la quantification des problèmes de santé. Les estimations du nombre de décès et les taux de mortalité sont les indicateurs les plus simples pour analyser la mortalité. Ils représentent des mesures résumées de la mortalité d'une population qui peuvent être utilisées afin de d'établir les priorités et d'évaluer les objectifs de santé dans le temps. Cependant, les taux de mortalité générale bruts ou ajustés<sup>1</sup> sont fortement influencés par les problèmes de santé des groupes d'âge les plus avancés, qui subissent une grande part de la mortalité. En conséquence, lorsqu'elles sont mesurées seulement par des taux, les causes de décès caractéristiques des tranches d'âge plus avancés apparaissent souvent comme les premières causes de décès d'une population.

L'un des objectifs principaux de la santé publique est d'augmenter l'espérance de vie dans les meilleures conditions de santé possibles.<sup>2</sup> Il est donc important d'identifier et de suivre les tendances de la mortalité à tous les âges. Cet article présente une technique qui permet de refléter plus précisément l'expérience de mortalité des tranches d'âge les plus jeunes en donnant un poids plus important aux décès ayant lieu à un plus jeune âge. Cette technique est celle des Années Potentielles de Vie Perdues (APVP).

L'APVP est une mesure de l'impact relatif de plusieurs maladies et problèmes de santé d'une société,<sup>3</sup> qui illustre les pertes due au décès de personnes jeunes, ou décès prématurés. L'on considère qu'un décès est prématuré lorsqu'il a lieu avant un âge prédéterminé, qui correspond par exemple à l'espérance de vie à la naissance dans la population étudiée.

La prise en compte de l'âge du décès plutôt que du simple événement de la mort permet d'assigner un poids différent aux décès à différents moments de la vie. La présomption sous-jacente aux APVP est qu'un décès plus "prématuré" (c'est-à-dire à un âge moins avancé), produira une plus grande perte de vie. L'APVP pour une cause spécifique de décès dans une population est la somme, pour toutes les personnes qui meurent de cette cause, des années qu'elles auraient pu vivre si elles avaient survécu jusqu'à l'âge correspondant à leur espérance de vie.

L'objectif de cet indicateur est de fournir une vue plus large de l'importance relative des causes de mortalité prématurée, et il est utilisé principalement pour la planification et la définition de priorités de santé.<sup>4</sup>

### Considérations méthodologiques

L'indicateur APVP pour une cohorte spécifique est calculé à partir du nombre total d'années de vie que les gens qui décèdent de façon prématurée n'ont pas vécu. Il correspond à la somme cumulée des différences entre l'âge au décès et la limite d'âge choisie (limite supérieure). L'on utilise en général une limite d'âge de 70 ans; cependant, d'autres âges, ou même l'espérance de vie de la population étudiée, peuvent aussi être utilisées. Pour des populations présentant une longue espérance de vie, le choix d'une limite d'âge relativement basse peut être un inconvénient, car dans ce cas, les tranches d'âge ou les causes de décès qui peuvent fournir une information importante sur l'état de santé de la population âgée seront omises du calcul. Pour les populations avec une espérance de vie plus courte, il est recommandé d'utiliser une limite inférieure, par exemple de 65 ans.

### DANS CE NUMÉRO...

- *Notes méthodologiques en épidémiologie:*
  - Techniques pour mesurer l'impact de la mortalité: Les Années Potentielles de Vie Perdues
- *Normes et standards en épidémiologie:*
  - Définition de Cas: maladie à virus Ebola et maladie de Marburg; Onchocercose (Cécité des Rivières)



L'utilisation de l'espérance de vie à la naissance comme âge limite pour le calcul des APVP permet de l'ajuster au profil de la population du pays ou de la zone géographique étudiée. Le problème de cette approximation est que l'APVP ne sera pas comparable avec celui d'autres populations ayant une espérance de vie différente. Il est important de ne pas faire de comparaisons entre territoires si le critère utilisé est différent. Bref, la décision finale sur le critère de calcul est relativement arbitraire et dépend de l'objectif de l'analyse, qu'elle soit effectuée afin d'étudier une simple population ou pour comparer plusieurs populations.

Dans le calcul des APVP d'une population entière, les causes de mortalité infantile peuvent représenter un poids important dans l'indicateur. Cependant, il est recommandé d'inclure toutes les tranches d'âge à partir 0. Dans tous les cas, il convient d'indiquer clairement lorsque le calcul est effectué à des intervalles d'âge différents (par exemple, pour les adultes entre 25 et 65 ans). Le choix de l'intervalle d'âge pour le calcul des APVP dépendra du but de l'étude. Si l'APVP est utilisé dans une étude de la mortalité maternelle, par exemple, l'on pourra inclure le groupe des femmes entre 15 et 50 ans, en considérant les causes liées aux décès maternels exclusivement.

L'APVP est obtenu en additionnant les produits du nombre de décès à chaque âge et de la différence entre cet âge et la limite prédéfinie (voir figure 1). Cette somme est exprimée en années perdues. Selon la disponibilité de données, le calcul des années perdues peut être réalisé avec des décès individuels ou agrégés par tranches d'âge. Dans ce cas, il est

**Figure 1: Elements pour le calcul de l'APVP et de l'iAPVP**

Le calcul de l'APVP pour une cause définie consiste à additionner tous les décès dans chaque groupe d'âge et à multiplier cette somme par la différence entre la médiane de la tranche d'âge et la limite d'âge choisie, ou selon la formule suivante en utilisant les données individuelles:

$$A\ PVP = \sum_{i=1}^L [(L - i) \times d_i] \quad \text{où}$$

L est la limite d'Âge inférieure de l'étude  
L is la limite supérieure établie  
i est l'âge du décès  
d<sub>i</sub> est le nombre de décès à l'âge i

L'iAPVP est calculé comme suit:

$$iAPVP = \frac{APVP}{N} \times 1000 \quad (\text{ou un autre facteur}) \quad \text{où}$$

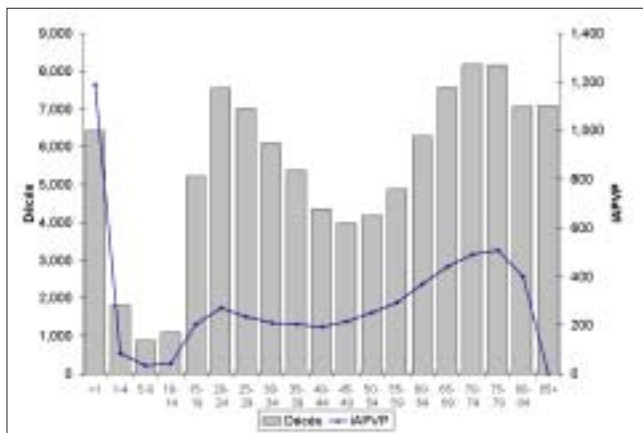
N est la population entre les limites d'âge inférieure et supérieure.

supposé que les décès ont lieu de manière uniforme dans la tranche d'âge, ce qui implique qu'il peut y avoir quelques différences entre les calculs utilisant des individus et des groupes d'individus. Cependant, le calcul est habituellement fait en utilisant des données groupées et l'on considère que les décès ont lieu à la médiane de la tranche d'âge. L'on recommande d'utiliser des tranches d'âge de 5 ans ou de 10 ans afin que l'hypothèse d'une distribution uniforme des décès soit plus réaliste<sup>4</sup>. Le résultat des APVP divisé par la population (au-dessous de la limite d'âge choisie) et multiplié par un facteur (1,000, 10,000 ou 100,000), produit l'indice

**Tableau 1: Calcul de l'APVP et de l'iAPVP chez les hommes, Colombie, 1995-1997**

Groupes d'âge (1)	Médiane de l'intervalle d'âge (MIA) (2)	85-MIA (3)	Décès (4)	APVP (5) = (3) x (4)	Population (6)	iAPVP (7) = (5) / (6) x 1,000
<1	0,5	84,5	6 417	542 237	456 024	1189,05
1-4	2,5	82,5	1 804	148 830	1 774 598	83,87
5-9	7,5	77,5	878	68 045	2 001 883	33,99
10-14	12,5	72,5	1 092	79 170	1 891 892	41,85
15-19	17,5	67,5	5 213	351 878	1 739 738	202,26
20-24	22,5	62,5	7 541	471 313	1 745 963	269,94
25-29	27,5	57,5	7 013	403 248	1 730 914	232,97
30-34	32,5	52,5	6 092	319 830	1 524 377	209,81
35-39	37,5	47,5	5 385	255 788	1 262 455	202,61
40-44	42,5	42,5	4 364	185 470	966 579	191,88
45-49	47,5	37,5	3 978	149 175	697 613	213,84
50-54	52,5	32,5	4 180	135 850	538 850	252,11
55-59	57,5	27,5	4 884	134 310	457 899	293,32
60-64	62,5	22,5	6 267	141 008	382 671	368,48
65-69	67,5	17,5	7 558	132 265	299 442	441,70
70-74	72,5	12,5	8 183	102 288	208 232	491,22
75-79	77,5	7,5	8 156	61 170	120 769	506,50
80-84	82,5	2,5	7 064	17 660	44 404	397,71
85+	85	0	7 075	0	28 552	0,00
			103 144	3 699 532	17 872 855	206,99

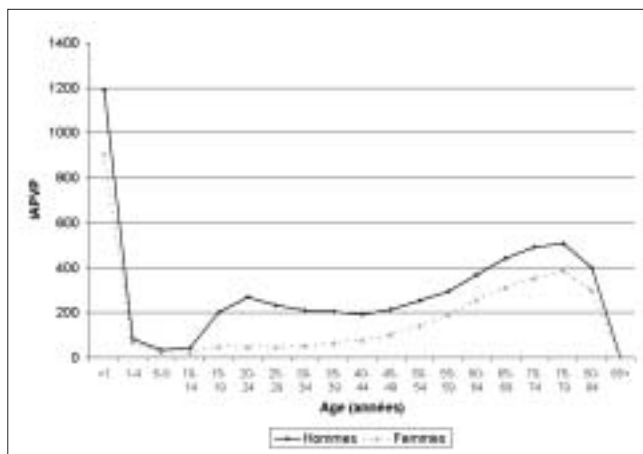
**Figure 1: Distribution de l'iAPVP chez les colombiens, 1995-1997**



des Années de Vie Potentielles Perdues (iAPVP). Il est important de garder à l'esprit que deux populations de tailles différentes présentant des mortalités différentes peuvent produire un nombre absolu semblable d'APVP. Pour obtenir un panorama plus complet de la situation, il est donc important de calculer le nombre absolu d'APVP ainsi que l'iAPVP.

L'APVP a l'avantage d'être facile à calculer, puisqu'il suffit de disposer des décès par âge et de la population totale. Si les décès sont disponibles par cause, l'APVP peut être calculé pour chaque cause. Cependant, comme pour toute étude basée sur des données de qualité fortement variable, la qualité de l'indicateur dépendra de la qualité de ses composants. Il est également important de prendre en compte que la structure d'âge de la population affecte cet indicateur. Les techniques de standardisation, qui ont été présentées dans un précédent numéro du *Bulletin Épidémiologique*,<sup>1</sup> peuvent être appliquées au calcul des APVP afin de contrôler les effets de certaines variables de confusion. Cependant, cet ajustement ne doit pas remplacer le processus décisionnel par lequel une limite d'âge supérieure est choisie pour le

**Figure 2: Distribution de l'iAPVP pour 1 000 hab. chez les colombiens et les colombiennes, 1995-97.**



**Tableau 2: Distribution de l'APVP des 29 départements du Chili, 1998**

Département	APVP 1998	Indice pour		
		Population	1000 hab.	Quartiles
Arica	15 171	193 649	78,34	1
Iquique	18 736	192 577	97,29	4
Antofagasta	44 196	456 083	96,90	3
Atacama	20 787	264 464	78,60	1
Coquimbo	45 907	561 665	81,73	1
Valparaiso-San Antonio	41 074	444 213	92,46	2
Viña del Mar-Quillota	71 718	863 923	83,01	2
San Felipe-Los Andes	17 598	217 358	80,96	1
Metropolitano Norte	59 668	628 146	94,99	3
Metropolitano Occidente	92 947	1 031 721	90,09	2
Metropolitano Central	64 753	788 900	82,08	1
Metropolitano Oriente	70 678	1 092 887	64,67	1
Metropolitano Sur	96 658	1 067 473	90,55	2
Metropolitano Sur Oriente	95 573	1 313 863	72,74	1
Lib. Bdo. O'Higgins	68 966	768 663	89,72	2
Maule	83 176	898 418	92,58	3
Ñuble	45 843	448 729	102,16	4
Concepción	52 595	556 383	94,53	3
Talcahuano	32 342	373 940	86,49	2
Bio-Bio	35 703	351 297	101,63	4
Araucanía-Sur	61 940	640 093	96,77	3
Valdivia	33 956	351 229	96,68	3
Osorno	23 560	222 082	106,09	4
Llanquihue	44 359	466 167	95,16	3
Gral. Carlos Ibañez	9 360	92 214	101,50	4
Magallanes	14 021	155 274	90,30	2
Arauco	16 716	164 811	101,43	4
Araucanía Norte	21 273	215 492	98,72	4
<b>Total</b>	<b>1 299 274</b>	<b>14 821 714</b>	<b>87,66</b>	

calcul de l'APVP, comme mentionné dans le paragraphe précédent.

Afin d'illustrer ce concept, le tableau 1 présente le calcul d'APVP et d'iAPVP pour toutes les causes de décès chez les hommes entre 0 et 85 ans en Colombie, entre 1995 et 1997. La distribution de ces données est présentée à la figure 1, qui présente les iAPVP chez les colombiens entre 1995 et 1997. La distribution présente trois sommets : un à l'âge le plus jeune, un chez les jeunes adultes et un troisième chez les adultes plus âgés (65 ans et plus). Bien que le nombre de décès soit semblable à ces trois points, l'iAPVP est 2 à 5 fois plus grand dans la tranche d'âge la plus jeune (où l'on retrouve plus de décès prématurés). La figure 2 présente la distribution de l'iAPVP chez les colombiens et chez les colombiennes pendant la même période. Le profil de la distribution par âge est semblable dans les deux sexes sauf dans le cas des jeunes adultes, où l'on peut détecter un maximum important chez les hommes. En termes de nombre absolu de décès, il y a 1,52 morts chez les hommes pour chaque décès chez les femmes. D'autre part, lorsque cette information est analysée selon l'iAPVP, l'on peut voir que pour chaque 100

APVP chez les femmes, il y en a 215,52 chez les hommes, la tranche d'âge des 20-24 ans montrant la différence la plus grande; pour chaque 100 APVP chez les femmes, il y en a 581,52 chez les hommes, c'est-à-dire 6 fois plus. Cela permet de mesurer de manière indirecte l'impact de la violence parmi les hommes jeunes dans ce pays.

Le tableau 2 présente le calcul des APVP en utilisant une limite de 70 ans dans les 29 départements du Chili. En plus de l'APVP pour chaque département, l'on y trouve également la population, qui permet de calculer l'iAPVP. Le département avec l'APVP le plus petit (Gral. Carlos Ibáñez) est comparable en termes d'iAPVP aux départements plus peuplés comme Arauco et Bio-bio. Dans ce cas, l'on a défini des quartiles où le quartile 1 (25 % des départements) correspond aux départements présentant le moins de problèmes de santé et le quartile 4 à celui présentant le plus.<sup>5</sup> Cet exemple est simple et permet d'ordonner les départements et de définir ceux qui présentent le risque le plus grand en utilisant cet indicateur de mortalité comme un outil de planification en santé.

En conclusion, les APVP peuvent être utilisés de différentes façons : en étudiant la valeur dans chaque groupe ou en évaluant le total pour la population; en le calculant par sexe ou pour un groupe de population particulier; ou en étudiant la valeur des APVP pour une cause spécifique. Les comparaisons entre les populations ou entre les causes de décès peuvent être réalisées à partir de ces valeurs. En analysant l'APVP par cause, l'on ne doit pas déduire que les années perdues en raison d'une cause spécifique n'auraient pas été perdues si la cause avait été contrôlée dans la population. En effet, le fait que le décès d'une personne ne soit

pas causé par une certaine cause ne veut pas dire que cette même personne n'aurait pas été exposée à d'autres risques qui pourraient aussi bien avoir causé son décès.<sup>4</sup> En étudiant l'évolution de cet indicateur dans le temps, il est également possible de comparer des périodes et d'effectuer des analyses de tendance. Cela permet de découvrir et de comparer des populations présentant une certaine mortalité prématurée.

Enfin, cet indicateur est également utilisé comme base méthodologique dans l'évaluation de la Mortalité Inutilement Prématurée et Évitable du point de vue Sanitaire (MIPSE, pour son nom espagnol). Ce sujet lié à l'évaluation de la mortalité sera passé en revue dans un autre numéro du *Bulletin Épidémiologique*, ainsi que d'autres techniques liées à l'analyse de la mortalité.

#### References:

- (1) PAHO. Standardization: A Classic Method for the Comparison of Rates. *Epidemiological Bulletin* 23(3):9-12; 2002
- (2) PAHO. Years of Potential Life Lost - Brazil, 1980. *Epidemiological Bulletin* 5(5):3-6; 1986
- (3) Last J. *A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition*. New York, New York: Oxford University Press. 2001
- (4) PAHO, Xunta de Galicia. *Ayuda del módulo de demografía. EPIDAT 3.0* [Computer program]. 2003 In print
- (5) Ministerio de Salud de Chile. Indicadores Comunales para el Estudio de la Desigualdad en Salud. *El Vigía*. 3(11):7-13; 2000

Source: Préparé par le Programme d'Analyse de la Santé et des Systèmes d'Information de l'OPS (AIS).

---

## Définition de Cas

### Maladie à virus Ebola et maladie de Marburg

#### Justification de la surveillance

La fièvre hémorragique à virus Ebola est une maladie rare mais grave qui survient principalement dans les régions de la forêt tropicale humide africaine. Elle se caractérise par une transmission de personne à personne par l'intermédiaire d'un contact étroit avec des malades, des cadavres ou des liquides physiologiques infectés. Les centres de soins de santé où les normes d'hygiène sont insuffisantes peuvent provoquer une amplification considérable des épidémies de fièvre à virus Ebola ; leur potentiel de contamination nosocomiale explosive constitue leur principale menace en santé publique. La surveillance de cette fièvre a pour objectif le dépistage précoce des cas afin d'éviter les épidémies et la propagation internationale éventuelle de la maladie.

Les infections à Virus Marburg sont très rares. Elles sont semblables aux infections à virus Ebola et sont passibles des mêmes recommandations.

#### Définition de cas recommandée

##### Description clinique

La maladie à virus Ebola débute par une forte fièvre, une diarrhée qui peut être sanglante (« diarrhée rouge ») et des vomissements. Les céphalées, la nausée et les douleurs abdominales sont courantes. L'injection des conjonctives, la dysphagie et les symptômes hémorragiques (épistaxis, hémorragie gingivale, hématomèse, méléna, purpura) peuvent ensuite se développer. Il arrive que certains malades présentent une éruption maculopapuleuse sur le tronc. Une déshydratation et un amaigrissement important surviennent au

cours de la maladie. Au stade tardif, le système nerveux central est fréquemment atteint, ce qui se manifeste par de la somnolence, du délire ou le coma. Le taux de létalité s'établit entre 50% et 90%.

### Critères de laboratoire pour le diagnostic

*D'appui :*

- Sérologie positive (recherche des IgG et/ou des IgM par ELISA) **ou**

*De confirmation :*

- Isolement du virus (à n'entreprendre que dans un laboratoire avec un niveau 4 de sécurité biologique) **ou**
- Biopsie cutanée positive (immunocytochimie)
- PCR positive

### Classification des cas

**Suspect :** Cas répondant à la description clinique.

**Probable :** *En situation d'épidémie :*

- Toute personne ayant été en contact avec un cas clinique de fièvre Ebola et présentant une fièvre aiguë, **ou**
- Toute personne se présentant avec une fièvre aiguë et au moins 3 des symptômes suivants : céphalées, vomissements/nausées, perte d'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs articulaires ou généralisées, difficultés à la déglutition, difficultés respiratoires, hoquets, **ou**
- Tout décès inexplicé.

**Confirmé :** Tout cas probable ou suspect confirmé par le laboratoire.

**Contact :** *En situation d'épidémie :* personne n'ayant pas de symptômes mais qui a été en contact physique avec un cas probable ou confirmé ou avec ses liquides physiologiques au cours des 21 jours précédents (par exemple soins d'un malade, participation à un rite funéraire, manipulation d'échantillons de laboratoire potentiellement contaminés).

*En situation d'épidémie et après confirmation par le laboratoire de quelques cas initiaux, il n'est plus nécessaire d'obtenir systématiquement une confirmation par le laboratoire pour chaque cas et les classifications en « cas suspects » ou « cas probables » suffisent dans le cadre de la surveillance et de la lutte.*

### Surveillance recommandée

**Dans les zones d'endémie et en l'absence d'épidémie :**

Notification immédiate des cas suspects de la périphérie aux niveaux intermédiaire et central afin de garantir une enquête rapide et une prompt confirmation par les laboratoires.

**Remarque :** la surveillance systématique de la fièvre hémorragique à virus Ebola doit s'intégrer à celle d'autres fièvres virales hémorragiques (Crimée-Congo, Lassa, vallée du Rift,

fièvre jaune...).

### En situation d'épidémie :

- Intensifier la surveillance avec dépistage actif de tous les cas suspects et probables pour un isolement immédiat, et de tous les contacts et instaurer un suivi médical quotidien
- Suivre la zone sous surveillance jusqu'à ce qu'un laps de temps correspondant à 2 durées d'incubation se soit écoulé après la date de sortie d'hôpital ou de décès du dernier cas
- Mettre en place un registre des rumeurs afin d'instaurer l'enregistrement systématique des rumeurs de cas courant dans la population
- N'avoir qu'une seule source officielle d'information pour garantir la cohérence et éviter de semer le trouble dans le public.

### Minimum d'informations à recueillir

*Données relatives aux cas pour l'enquête et la notification*

- Classification du cas (suspect/ probable/ confirmé)
- Code d'identification unique, nom, âge, sexe,
- Informations géographiques, nom du chef de famille, nom du père (s'il s'agit d'un enfant)
- Profession, lieu de travail
- Date du début de la fièvre, des symptômes et des manifestations
- Date d'entrée à l'hôpital
- Date de sortie ou (le cas échéant) de décès
- Contact avec un cas précédent et date
- Nature et date des échantillons cliniques prélevés pour les examens de laboratoire (le cas échéant).

*Données cumulatives à notifier*

- Nombre de cas (suspects/ probables/ confirmés) selon l'âge et le sexe
- Nombre de décès.

### Analyse des données, présentation et rapports recommandés (*en situation d'épidémie*)

Un bulletin épidémiologique doit parvenir quotidiennement aux autorités sanitaires locales et au Siège de l'OMS. Ce bulletin doit comporter les informations suivantes :

**Cas :**

- Total cumulé des cas
- Total cumulé des décès
- Nombre actuel de malades
- Nombre actuel de malades hospitalisés
- Date de l'identification du dernier cas signalé
- Date de la sortie d'hôpital ou du décès du dernier cas notifié.

On pourra également fournir la répartition des cas selon l'âge et le sexe.

### **Contacts :**

- Nombre actuel de contacts requérant un suivi
- Nombre actuel de contacts faisant effectivement l'objet d'un suivi adapté.

On pourra également fournir la répartition des cas selon l'âge et le sexe.

On fournira autant que possible la répartition géographique des cas et des contacts, ainsi qu'une courbe épidémiologique simple.

On pourra également calculer, aux fins d'évaluation épidémiologique, les taux de létalité, d'atteinte, d'atteinte en fonction de l'âge.

On fournira chaque semaine un rapport plus détaillé pour résumer les événements et les données ; un rapport complet doit être disponible à la fin de l'épidémie.

### **Principales utilisations des données dans le processus décisionnel**

#### *Surveillance systématique*

- Détecter un cas isolé ou une flambée et prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour éviter une épidémie.

*Dépistage actif des cas et la recherche des contacts sont des éléments essentiels de la lutte*

- Identifier tous les cas et contacts
- Évaluer et suivre la propagation de la flambée épidémique
- Évaluer les mesures de lutte
- Fournir les éléments de base pour la recherche (données épidémiologiques, échantillons cliniques).

### **Aspects spécifiques**

Le recueil des échantillons, le transport et les examens de laboratoire impliquent des risques biologiques extrêmes; il est donc essentiel d'appliquer strictement les procédures de sécurité biologique et d'instaurer un isolement adéquat des malades.

Toutes les souches connues de virus Ebola en provenance d'Afrique sont pathogènes pour l'homme ; une souche venant des Philippines (Reston) a contaminé des êtres humains sans que ceux-ci ne développent la maladie.

*Source : Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance, Deuxième édition - juin 2000 (WHO/CDS/CSR/ISR/99.2)*

---

## **Onchocercose (Cécité des Rivières)**

### **Justification de la surveillance**

L'onchocercose est endémique dans 34 pays d'Afrique, de la péninsule arabique et des Amériques. La stratégie du traitement larvicide contre les vecteurs pour interrompre la transmission a permis d'obtenir un succès exceptionnel dans la lutte contre cette maladie en Afrique de l'Ouest ; depuis 1988, on y a ajoutée le traitement par l'ivermectine, médicament sûr et efficace. En Afrique, la distribution annuelle d'ivermectine est utilisée en remplacement des activités de contrôle de la larve vecteur du Programme de Contrôle de l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP). Elle est distribuée annuellement dans les programmes nationaux administrés par la communauté et représente à l'heure actuelle le centre du Programme Africain de Contrôle de l'Onchocercose (APOC), qui couvre tous les pays africains non-OCP (ainsi que le Yémen) où l'onchocercose est endémique. Au fur et à mesure que l'OCP arrive à son terme, il devra assurer que la détection et le contrôle de la recrudescence de l'onchocercose sont intégrés dans les services nationaux de surveillance et de contrôle et qu'ils en deviennent une fonction régulière. Le risque de recrudescence doit être maintenu au minimum.

Si l'élimination n'est pas un objectif réaliste en Afrique, il l'est dans les Amériques. L'élimination d'une population parasite d'une zone géographique définie implique l'absence

de transmission soutenue jusqu'à ce que la population parasite adulte dans cette zone disparaisse naturellement ou soit exterminée par d'autres interventions. Cela devrait arriver dans les 15 ans qui suivent l'interruption de la transmission. De nombreux foyers dans les Amériques sont maintenant proches de cet objectif. L'élimination régionale de l'onchocercose sera achevée lorsque tous les pays de la Région auront certifié l'élimination de la maladie. En Amérique Latine, l'ivermectine, donnée tous les 6 mois, est à la base du plan stratégique pour l'élimination de l'onchocercose dans toutes les zones endémiques.

### **Définition de cas recommandée**

#### *Définition du cas clinique*

Dans une zone d'endémie, personne présentant des nodules fibreux dans les tissus sous-cutanés.

### **Critères de laboratoire et ophtalmiques pour la confirmation :**

#### *Au moins un des points suivants*

- Présence de microfilaires dans des biopsies cutanées
- Présence de vers adultes dans les nodules excisés
- Présence de manifestations oculaires typiques, telles que la kératite à points et/ou l'identification de microfilaires (par exemple sous lampe à fente de dans la cornée).

## Classification des cas

**Suspect** : Cas répondant à la définition du cas clinique.

**Probable** : Ne s'applique pas.

**Confirmé** : Cas suspect confirmé par le laboratoire par un des critères ci-dessus.

## Surveillance recommandée

*Dans les zones d'endémie de l'onchocercose des Amériques*

Les programmes du Mexique et du Guatemala sont parmi les plus vieux de la Région et ont identifié des foyers bien définis au travers d'évaluations réalisées au cours des 5 ou 6 dernières décennies. Tous les autres foyers connus (et communautés suspectes) dans les Amériques sont caractérisés par des évaluations épidémiologiques rapides (rapid epidemiological assessment, REA). Les REA sont basées sur la prévalence de nodules et/ou de microfilaires dans un échantillon de 30 adultes de sexe masculin ayant vécu dans la communauté pendant au moins 5 ans. La mise en place de programmes et l'évaluation de leur impact dépendent de la surveillance périodique dans les communautés sentinelles. Les communautés sentinelles sont des communautés hyperendémiques présélectionnées où sont réalisées les évaluations épidémiologiques en profondeur à intervalles réguliers ; tout d'abord avant le début du traitement, puis de nouveau après 2 ans, et enfin après cela à 4 ans d'intervalle. Ces évaluations incluent des indicateurs parasitologiques (microfilaires dans des biopsies et vers adultes dans des nodules), ophtalmologiques (microfilaires dans la chambre antérieure de l'œil et kératite à points), et entomologiques (par PCR).

La suppression de l'infectivité suite à 4 années de traitement biennuel ininterrompu implique l'absence de larves infectives (L3s) dans la population du vecteur démontrée par PCR ou quelque autre méthode valide, ainsi qu'une incidence cumulative de moins d'un cas pour 1 000 enfants de moins de 5 ans. Il est possible qu'il subsiste une population de vers adultes capables de réinitier la transmission si la pression du médicament n'est pas maintenue, même une fois que la suppression de l'infectivité a été achevée. L'interruption de la transmission sera obtenue seulement en maintenant la pression du médicament pendant toute la durée de vie du parasite adulte, c'est-à-dire 15 ans après le début des activités de traitement, avec une couverture d'au moins 85% de la population cible.

L'évaluation entomologique par PCR est recommandée pour détecter les larves parasites dans les populations de vecteurs, car l'infection humaine présente une longue période prépatente. Si des mouches positives sont détectées, des enquêtes épidémiologiques doivent être réalisées pour identifier et traiter les personnes infectées et la population à risque. La surveillance post-endémique doit être réalisée jusqu'à ce que l'élimination de l'onchocercose soit déclarée pour la Région.

L'Équipe Internationale de Certification est encouragée à utiliser d'autres villages (sites extra-sentinelles) pour les activités de suivi, de pré-certification et de certification.

*Enquête sur les migrations :*

Les programmes doivent réaliser une enquête de manière systématique afin d'écartier l'introduction de l'infection dans les zones avec potentiel de transmission (présence de vecteur) et où les migrations représentent un risque de dispersion du foyer.

Aucune surveillance active n'est réalisée dans les zones non-endémiques des Amériques.

## Minimum d'information à recueillir

*Dossier médical individuel au niveau périphérique*

– Nom, âge, sexe, Date et nombre de cycles de traitement et nombre de tablettes reçues.

*Données cumulatives à notifier*

- Couverture du traitement par rapport à la population à risque.
- Prévalence et incidence (microfilaires, nodules avec ver adulte, microfilaires dans les yeux, et/ou kératite à points) dans les communautés sentinelles.
- Charge microfilarienne communautaire (CMC) dans les communautés sentinelles

## Analyse des données, présentation et rapports recommandés

**Graphiques** : Couverture par rapport à la population cible.

**Tableaux** : Couverture par niveau d'endémicité.

**Cartes** : Couverture par zone géographique, emplacement des communautés par niveau d'endémicité, en faisant appel à l'utilisation de systèmes d'information géographique (SIG)

## Principales utilisations des données dans le processus décisionnel

- Éliminer l'onchocercose en tant que maladie ayant une importance sur le plan de la santé publique et dans le domaine socio-économique
- Prévenir les recrudescences dans les zones débarrassées de l'onchocercose
- Évaluer l'efficacité des interventions

## Aspects spécifiques

Des tests nouveaux, par exemple ceux basés sur la sérologie ou les essais de patchs intradermiques au citrate de diéthylcarbamazine (DEC) pourront convenir à une utilisation sur le terrain.

*Source* : Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance, Deuxième édition - juin 2000 (WHO/CDS/CSR/ISR/99.2)

# Mise à jour de la Classification internationale des maladies, dixième édition

## Contexte

L'Organisation mondiale de la Santé coordonne la révision périodique de la Classification internationale des maladies (CIM) depuis 1948. Par suite d'un processus amorcé en 1983, les trois volumes des versions anglaise et française de la dixième et dernière révision de la CIM (CIM10) ont été publiés entre 1992 et 1994. Ultérieurement, six Centres collaborateurs OMS<sup>1</sup> et d'autres établissements du monde ont coordonné la traduction de l'ouvrage en d'autres langues. Ainsi, la version espagnole a été publiée par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) en 1995.

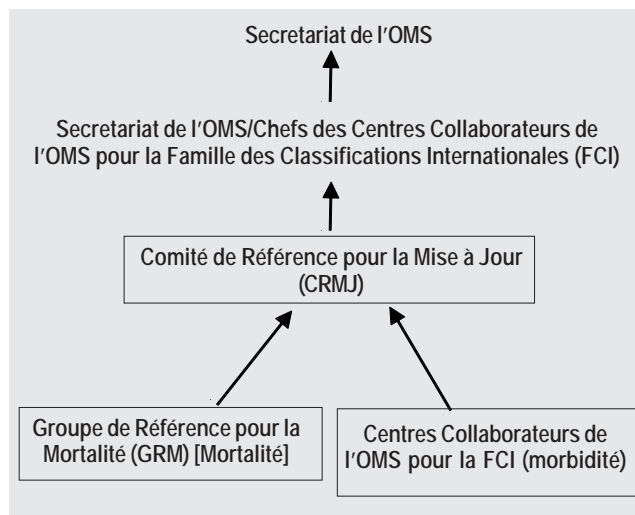
Avant la dixième révision, les mises à jour n'étaient pas publiées entre les révisions, qui paraissaient tous les 10 ans. Par conséquent, la CIM1, la première révision de la classification originale de Bertillon (1893), a paru en 1900, la CIM2 en 1910, et ainsi de suite jusqu'à la parution de la CIM9 en 1979. À la demande de plusieurs pays, la parution de la CIM10 a été retardée jusqu'en 1994, année où on a commencé à l'utiliser dans quelques pays d'Europe. La CIM10 est en usage dans le reste du monde depuis 1995.

## Processus de mise à jour

En 1989, on a recommandé à la conférence internationale de l'OMS sur la CIM10 d'établir un mécanisme de mise à jour qui permettrait la mise en œuvre des modifications entre les révisions. À cette fin, deux entités distinctes, soit le Groupe de référence sur la mortalité (GRM) et le Comité de référence pour la mise à jour (CRMJ), ont été mises sur pied en 1997 et en 1999, respectivement, afin de mettre en branle un tel mécanisme et d'assurer le suivi nécessaire (voir la figure 1).

Le GRM, qui se compose de membres des différents Centres collaborateurs OMS, prend des décisions au sujet de l'application et de l'interprétation de la CIM relativement à la mortalité, et formule des recommandations au CRMJ à propos des mises à jour proposées. Le CRMJ reçoit des propositions du GRM et des membres par l'entremise des Centres collaborateurs OMS pour la famille de classifications internationales<sup>2</sup> et présente aux Centres collaborateurs des recommandations au sujet des mises à jour proposées en ce qui concerne la mortalité et la morbidité. Contrairement à ce qui s'est produit par le passé, ces recommandations renforcent le processus de mise à jour de la CIM10 plutôt que de constituer la base de la CIM11. Ce processus continu est facilité par les rapports que les pays présentent à leur Centre collaborateur OMS pour la Classification des maladies au sujet des difficultés importantes que pose l'application de la CIM10. Dans la région des Amériques, le centre de langue

Figure 1 : Relations entre le CRMJ, le GRM, les Centres collaborateurs OMS et le Secrétariat de l'OMS et les chefs des Centres collaborateurs



anglaise est situé au National Centre for Health Statistics aux États-Unis, le centre de langue espagnole, au Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades au Venezuela, et le centre de langue portugaise, à la Universidade de São Paulo, au Brésil. À titre de bureau régional de l'OMS pour les Amériques, l'OPS sert également de lien fondamental entre les pays et le CRMJ pour la mise à jour de la Classification.

Les modifications à la CIM sont de nature variée, allant des légères corrections qui font l'objet de mises à jour dans la liste sous forme de tableau de la Classification chaque année, aux modifications importantes qui sont apportées tous les trois ans.

### Légères corrections

- Correction ou clarification d'une entrée d'index existante qui entraîne uniquement un changement de code dans la même catégorie de codes à trois caractères.
- Améliorations apportées à la liste sous forme de tableau ou à l'index (ajout d'un terme d'inclusion à un code existant; ajout d'une note d'exclusion; recoupement entre une entrée d'index existante et un autre terme principal; etc.).
- Modification de la description d'un code afin de l'améliorer plutôt que de modifier le concept.
- Modification d'une règle ou d'une directive qui n'a pas de répercussions sur l'intégrité de la collecte des données sur la morbidité ou la mortalité.



- Correction d’une erreur typographique.

*Modifications importantes :*

- Ajout d’un nouveau code.
- Suppression d’un code.
- Transfert d’un code à une autre catégorie ou à un autre chapitre.
- Modification à une entrée d’index existante qui entraîne l’attribution d’un nouveau code – passage d’une catégorie de codes à trois caractères à une autre catégorie de codes à trois caractères (transfert de termes).
- Modification d’une règle ou d’une directive qui a des répercussions sur l’intégrité de la collecte des données sur la morbidité ou la mortalité.
- Ajout d’un nouveau terme dans l’index.

Sont incorporées chaque année à l’index de la CIM toutes les mises à jour qui n’ont pas de répercussions sur la structure de la liste sous forme de tableau. Les mises à jour officielles aux volumes publiés de la CIM10 donnent lieu à la production 1) d’une liste cumulative des modifications apportées à la CIM10 depuis 1996; 2) d’une liste annuelle des modifications dont la CIM10 a fait l’objet depuis 1996. Ces deux listes peuvent être consultées à l’adresse suivante :

[www2.fhs.usyd.edu.au/ncch/WHO%20URC/who\\_urc.html#WHO\\_Off\\_Updates](http://www2.fhs.usyd.edu.au/ncch/WHO%20URC/who_urc.html#WHO_Off_Updates).

La version espagnole de la liste cumulative des mises à jour, qui est établie par l’OPS, sera accessible sous peu à l’adresse suivante : [www.paho.org](http://www.paho.org). En outre, dans le cas de la CIM en langue espagnole, les corrections et les mises à jour cumulatives jusqu’en janvier 2003 ont été incorporées à la *nouvelle édition (2003) de la CIM10* (voir l’encadré 1).

Par conséquent, tous les volumes de la CIM10 en langue espagnole incluront désormais toutes les modifications relevées entre 1996 et 2003. Les nouveaux acheteurs des volumes de la CIM10 n’auront donc pas à rechercher les modifications apportées durant la période comprise entre 1996 et 2002. Toutefois, il est important de souligner que la publication de la version de 2003 de la CIM10 ne signifie pas que les utilisateurs actuels devront remplacer leurs volumes de la Classification. En fait, bien qu’un nombre appréciable de corrections aient été apportées (neuf nouveaux codes ont été créés, huit ont été supprimés, certains états auxquels correspondait auparavant un code particulier se sont vu attribuer un nouveau code, certains critères d’application des règles de codage ont été révisés), elles ne sont, somme toute, pas suffisamment importantes pour justifier le remplacement des jeux actuels de volumes de la CIM10. De plus, les corrections et les mises à jour sont constamment diffusées grâce à divers mécanismes, notamment le « Forum-CIE » électronique en espagnol et le « ICD-Forum » en anglais<sup>3</sup>, ce qui permet aux utilisateurs de consigner manuellement les modifications dans

### Encadré 1 : « Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión », édition de 2003

Cette nouvelle édition espagnole de la dixième révision de la Classification internationale des maladies comprend toutes les mises à jour approuvées entre 1996 et 2003. Il est également possible de se la procurer en format CDROM.

1995 (réimpression avec mises à jour de 2003), ISBN 92 75 31554 X

- “Volumen 1” : Code: PC 554A; US\$ 68.00/51.00 dans le pays d’Amérique Latine et des Caraïbes
- “Volumen 2” : Code: PC 554B; US\$ 27.00/18.00 dans le pays d’Amérique Latine et des Caraïbes
- “Volumen 3” : Code: PC 554C; US\$ 40.00/32.00 dans le pays d’Amérique Latine et des Caraïbes
- Jeu complet: Code: ST 013; US\$ 122.00/90.00 dans le pays d’Amérique Latine et des Caraïbes

Contact: Bureaux de l’OPS/OMS dans les pays ou Siège de l’OPS à Washington, DC: Tel: (301) 617-7806; Fax: (301) 206-9789; courrier électronique: [paho@pmds.com](mailto:paho@pmds.com); <http://publications.paho.org>

leurs volumes de la CIM10. Enfin, un site Web consacré aux ressources qui existent en ce qui touche la CIM est en préparation.

### Dernières observations

Il convient de souligner que la révision courante de la CIM ne devrait pas faire l’objet de beaucoup d’autres modifications au cours des prochaines années, étant donné que le nombre d’erreurs et d’inexactitudes diminue plus on utilise la Classification. Comme il a été mentionné précédemment, l’OPS a déjà publié l’édition espagnole de 2003 de la CIM10. L’OMS se chargera de publier les versions anglaise et française de l’ouvrage. La publication de la version portugaise sera assurée par Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP) en collaboration avec l’OPS et le Centre collaborateur au Brésil.

- (1) Peking Union Medical College Hospital, Beijing, Chine (chinois), INSERM, Le Vésinet, France (français), Hôpital universitaire, Uppsala, Suède (pays nordiques), Universidade de São Paulo, São Paulo, Brésil (portugais), Institut N.A. Semaško, Moscou, Fédération de Russie (russe) et Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, Caracas, Venezuela (espagnol).
- (2) Voir le site Web suivant pour la liste des Centres collaborateurs qui existent dans le monde : (<http://www.who.int/whosis/icd10/collabor.htm>).
- (3) Pour vous abonner au Forum-CIE ou au ICD-Forum, envoyez un message électronique ([beckerro@paho.org](mailto:beckerro@paho.org) ou [hazlewom@paho.org](mailto:hazlewom@paho.org)) indiquant votre nom complet, votre ville, votre pays, le poste que vous occupez et le nom de votre établissement.

### Références

- World Health Organization. *Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. - 10th Revision. v.3 Tabular list.*

Geneva, Switzerland: WHO; 1994

- World Health Organization. *Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases*. Copenhagen, Denmark: WHO; 14-20 October, 1997. (WHO/HST/ICD/C/97.65)
- World Health Organization. *Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases*. Paris, France: WHO; 13-19 October 1998. (WHO/GPE/ICD/C/98.60)
- World Health Organization. *Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases*. Cardiff, Wales: WHO; 17-22 October 1999. (WHO/GPE/ICD/99.56)
- World Health Organization. *Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases*. Rio de Janeiro, Brazil: WHO; 15-21 October 2000. (WHO/GPE/ICD/C/00.71)
- World Health Organization. *Meeting of Heads of the WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases*. Bethesda, MD, U.S.A.: WHO; 21-27 October 2001. (WHO/GPE/CAS/C/01.97)

Source : Préparé par le Secteur de l'information et des systèmes d'information sur la santé (AIS) de l'OPS.

Traduction de l'anglais au français réalisée par la Division des Statistiques de la Santé de Statistique Canada/Statistics Canada.

---

La version intégrale du *Bulletin Épidémiologique* de l'Organisation Panaméricaine de la Santé est publiée chaque trimestre en anglais et en espagnol.

Cette publication est cataloguée et indexée par la Bibliothèque Nationale de Médecine des Etats-Unis.

Internet: <http://www.paho.org/english/dd/ais/beindexe.htm> et  
<http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>



**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION**

*Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the*

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**

525 Twenty-Third Street, N.W.

Washington, DC 20037