



# Tétanos néonatal

*Dernière mise à jour le 5 septembre 2018*





## CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE ET DU VACCIN

L'OMS a estimé le nombre de décès dus au tétanos néonatal (TN) dans le monde entier à 34 000 en 2015 (1). Cette réduction de 96 % par rapport au nombre estimé de 787 000 cas de décès dus au TN depuis 1988 représente un progrès significatif vers l'atteinte de l'objectif d'élimination du tétanos maternel et néonatal (ETMN). Cependant, la maladie demeure un important problème de santé publique d'intérêt mondial, en particulier dans les milieux à forte mortalité néonatale et parmi certaines des sous-populations les plus pauvres et les plus marginalisées du monde entier.

Le tétanos est causé par des souches toxigènes de *Clostridium tetani* qui est bactérie Gram positif. Les spores de *C. tetani* sont omniprésentes dans l'environnement. Le tétanos TN survient le plus souvent lorsqu'on coupe le cordon ombilical à l'aide de techniques non stériles ou lorsqu'on applique des remèdes traditionnels non stériles au moignon du cordon ombilical. Cependant, l'infection du moignon ombilical n'est pas toujours évidente. Les accouchements effectués par des personnes aux mains sales ou sur une surface contaminée sont également des facteurs de risque du tétanos maternel et néonatal (TMN). Le tétanos *ne se transmet pas* de personne à personne.

Le *C. tetani* produit une toxine qui agit sur le système nerveux central pour causer une rigidité musculaire et des spasmes typiques du tétanos. Dans le cas du tétanos

TN, les symptômes apparaissent 3 à 28 jours après la naissance, en moyenne 7 jours après. Le premier signe de tétanos chez un nouveau-né est généralement l'incapacité à sucer ou à allaiter et des pleurs excessifs. Les traits caractéristiques du tétanos sont un trismus (contracture de la mâchoire ou incapacité à ouvrir la bouche), un *rictus sardonique* (sourire forcé et froncement de sourcils), et un opisthotonos (hyperextension de la colonne vertébrale). Voir figures 1 et 2. Un dysfonctionnement du système nerveux autonome (hypertension artérielle, pouls anormal) et des spasmes des muscles respiratoires et du larynx peuvent entraîner une insuffisance respiratoire. Le taux de létalité du tétanos TN non traité avoisine les 100 %, bien que ce taux puisse être réduit à 10 à 20 % avec des soins intensifs (1).

L'OMS recommande un calendrier vaccinal contenant six doses de vaccins contenant une anatoxine tétanique (VCAT) : l'administration d'une première série de trois doses aux nourrissons et trois doses de rappel administrées entre 12 et 23 mois, 4 et 7 ans et 9 et 15 ans. Les femmes enceintes et leurs nouveau-nés sont protégés contre le tétanos si la mère a reçu six doses de VCAT pendant son enfance ou 5 doses si un calendrier de vaccination de rattrapage a été lancé après l'âge de 1 an. Dans les pays où le TMN demeure un problème de santé publique, les femmes enceintes sans document

FIGURE  
1

**Nourrisson souffrant de tétanos et présentant des signes de trismus et de rictus sardonique**



source : Ministère cambodgien de la Santé

FIGURE  
2

**Infant with tetanus demonstrating opisthotonus**



source : Ministère cambodgien de la Santé

de vaccination fiable doivent recevoir au moins deux doses de VCAT, de préférence le Td (vaccin contenant de l'anatoxine tétanique pour les plus âgés contenant une faible dose d'anatoxine diphtérique), avec un intervalle minimum de quatre semaines entre les doses. À chaque nouvelle grossesse, une dose de VCAT doit être administrée comme indiqué pour garantir une protection à long terme jusqu'à la fin de la série.

La stratégie pour l'ETMN inclut la forte couverture de VCAT chez les femmes enceintes et les activités de vaccination supplémentaires (AVS) des femmes en âge de procréer dans les zones très vulnérables, ainsi que la promotion de services d'accouchement et de pratiques de soins du cordon sains. La surveillance de haute qualité du TN est l'un des éléments clés de la stratégie d'ETMN.



## JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SURVEILLANCE

Chaque cas de TN est un événement qui marque l'échec de plusieurs niveaux du système de santé. Le principal objectif de la surveillance du TN est la détection des cas de tétanos néonatal en vue d'un suivi de la concrétisation et du maintien de l'ETMN qui se définit comme l'obtention de moins d'un cas de TN pour 1 000 naissances par année dans chaque district. Les données de surveillance du tétanos (ou leur absence)

servent à identifier les secteurs et les sous-populations très vulnérables face au TN et à orienter les mesures de santé publique efficace en vue de l'ETMN. Des données de surveillance de grande qualité et d'autres principaux indicateurs de programme doivent être utilisés au niveau national et infranational (districts) pour surveiller l'impact des interventions et la concrétisation et le maintien de l'ETMN.

### ENCADRÉ

#### 1

### Relation entre la surveillance du tétanos néonatal et du tétanos maternel pour l'ETMN

Le tétanos maternel est défini comme le tétanos survenant pendant la grossesse ou dans les 6 semaines suivant la fin de la grossesse (avec naissance, fausse couche ou avortement). Il a les mêmes facteurs de risque et moyens de prévention que le tétanos néonatal. Pour cette raison, l'élimination du TN (< 1 cas pour 1 000 naissances vivantes) est considérée comme un indicateur de l'élimination du tétanos maternel. La surveillance du tétanos non-néonatal doit permettre de détecter les cas de tétanos maternel, mais dans la plupart des pays, elle se fait par le biais de rapports sommaires dans lesquels ne figure aucune information sur l'âge, le sexe et l'état de grossesse permettant de distinguer le tétanos maternel. Voir le chapitre **Tétanos non-néonatal** pour plus d'informations.



## TYPES DE SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

La norme minimale recommandée pour la surveillance du TN est la surveillance à l'échelle nationale et basée sur les cas, ce qui signifie que tout cas suspect de TN doit être étudié et classé comme cas confirmé ou rejeté. La surveillance des cas de TN est basée sur la population et comprend tous les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours. La confirmation en laboratoire ne fait pas partie de la surveillance du tétanos néonatal, car la base du diagnostic du tétanos est clinique et non basée sur des examens en laboratoire.

### DÉTECTION DES CAS

- **Basée sur les établissements.** Menez une surveillance en établissement en sensibilisant les points focaux de surveillance et le personnel clinique clé (tels que le personnel des services pédiatriques et des pouponnières de soins spéciaux) des sites de signalement désignés afin qu'ils signalent immédiatement chaque cas de tétanos néonatal au personnel de surveillance désigné. Le réseau de sites de signalement doit inclure aussi bien des établissements publics que des établissements privés.
- **Surveillance passive.** Signalez le nombre de cas de TN rencontrés sur les sites de signalement désignés et à la fréquence spécifiée (de façon hebdomadaire ou mensuelle) au niveau hiérarchique suivant, même en l'absence de cas (« rapports sans déclaration »). Les rapports des établissements de santé doivent être régulièrement contrôlés et vérifiés par le personnel de surveillance.
- **Surveillance active.** Effectuer des visites régulières sur les sites de signalement les plus susceptibles d'admettre des patients souffrant de TN (de façon

hebdomadaire dans les grands établissements de santé) ou dans le cadre de la recherche active de paralysie flasque aiguë (PFA) et de rougeole et rubéole. Lors des visites, examinez les registres de l'établissement destinés aux cas de tétanos néonatal non déclarés et demandez au personnel clinique clé si de nouveaux cas de tétanos néonatal ont été identifiés depuis la dernière visite. Au minimum, chaque établissement doit étudier les registres des cas de TN une fois par an. La surveillance active peut également être effectuée dans la communauté au cours des visites de sensibilisation, des AVS ou des études de cas.

- **Surveillance à base communautaire.** La surveillance à base communautaire doit être effectuée dans les zones à haut risque par le biais d'un réseau d'accoucheuses traditionnelles, des leaders communautaires, des guérisseurs traditionnels ou d'autres membres de la communauté qui sont sensibilisés au signalement des cas de TN et des décès aux autorités sanitaires.

### LIENS AVEC LES AUTRES TYPES DE SURVEILLANCE

En principe, la surveillance du TN est liée à la surveillance active de la PFA et de la rougeole-rubéole et à la surveillance globale de routine pour les rapports sans déclaration dans le cadre de la Surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR). Le lien avec la surveillance des événements vitaux et la surveillance de la mortalité néonatale (2) peut s'avérer utile pour l'amélioration de la sensibilité de la surveillance du TN et la préservation des ressources.



## DÉFINITIONS ET CLASSIFICATION FINALE DES CAS

**Tous les cas présumés de TN doivent faire l'objet d'une enquête.** La base du classement des cas est entièrement clinique et ne dépend pas de la confirmation en laboratoire.

### DÉFINITION DE CAS SUSPECT POUR LA RECHERCHE DE CAS

Un cas suspect de TN est un cas répondant à l'un des deux critères suivants :

- tout nouveau-né qui pouvait téter et pleurer normalement pendant les deux premiers jours de vie et qui a développé une maladie similaire au tétanos ou qui est décédé à un âge compris entre 3 et 28 jours
- OU
- tout nouveau-né qui est mort d'une cause inconnue pendant le premier mois de vie.

### CLASSIFICATION FINALE DES CAS

**Cas confirmé.** Un cas confirmé est tout cas présumé de TN remplissant toutes les trois conditions suivantes d'après l'étude de cas :

- capacité normale à téter et pleurer pendant les deux premiers jours de vie

**ET**

- incapacité à téter normalement entre 3 et 28 jours d'âge

**ET**

- présentation de signes de raideur musculaire ou de spasmes (mouvements saccadés).

**Cas rejeté.** Un cas rejeté est un cas qui a fait l'objet d'une enquête et qui ne répond pas aux critères cliniques de confirmation ou qui a un autre diagnostic.

**Non étudié.** Tout cas suspect n'ayant fait l'objet d'aucune enquête, ou pour lequel aucune information sur l'âge et les symptômes n'est disponible pour le confirmer, doit recevoir le classement final « non étudié ».



## ÉTUDE DE CAS

En principe, tous les cas de TN doivent faire l'objet d'une enquête. Cependant, avant de parvenir à l'ETMN, l'accent doit être mis sur la mise en œuvre des AVS et des interventions communautaires en vue de réduire le fardeau du tétanos néonatal dans les zones connues à haut risque.

Une fois l'ETMN réalisée, chaque cas présumé de TN ou de décès doit être examiné par un personnel qualifié afin de confirmer ou de rejeter les cas, de préférence dans les sept jours suivant la date de notification. Plus tôt la mère et les personnes qui ont assisté à la naissance sont visitées, plus il y a de chance qu'elles soient disponibles et se souviennent des détails pertinents.

Tous les cas signalés ou les décès doivent être étudiés à l'aide d'un formulaire d'étude de cas standard pour confirmer le diagnostic sur la base des antécédents du cas et des symptômes. L'enquête doit déterminer la raison pour laquelle le nourrisson a contracté le tétanos, comme l'absence de vaccination de la mère, une naissance sans surveillance ou assistée par un personnel non qualifié, l'utilisation d'outils de coupe non hygiéniques ou l'application de substances au moignon ombilical. Un algorithme simplifié peut être utilisé pour déterminer si la mère et le nourrisson étaient protégés à la naissance (PAN) contre le tétanos sur la base des antécédents de vaccination de la mère (voir l'encadré 2 ci-dessous).

Étant donné que le diagnostic du tétanos néonatal est entièrement clinique, un diagnostic erroné peut survenir en raison d'un manque de formation ou d'un manque d'exposition à des cas de tétanos néonatal dans les milieux à faible incidence. Les cas mal diagnostiqués comme cas de TN sont généralement des cas de méningite, de septicémie (y compris la septicémie ombilicale) ou des anomalies congénitales. Le trismus n'est pas un signe de ces maladies. En outre, il n'y a aucun bombement de la fontanelle dans le cas du TN. Pendant les spasmes dus au tétanos, l'enfant est conscient et le spasme est souvent provoqué par des stimuli tels que la lumière et le son, contrairement aux convulsions dues à d'autres causes telles qu'une forte fièvre au cours desquelles l'enfant est inconscient. En plus de la présentation clinique, les détails de l'étude de cas (tels que l'absence de vaccination maternelle, l'incompétence de l'accoucheur ou l'application de substances insalubres au cordon) peuvent appuyer le diagnostic du tétanos néonatal.

Assurez-vous que le formulaire d'étude de cas rempli donne des détails sur les résultats et les mesures prises ou recommandées et qu'il est envoyé au niveau suivant. Donnez également une rétroaction écrite à l'établissement ou à la communauté émettant le rapport.

## ENCADRÉ

### 2

## Méthode simplifiée de protection à la naissance (PAN)

Pendant des études de cas, le personnel de surveillance peut utiliser une méthode de PAN simplifiée pour déterminer si une naissance est protégée contre le tétanos sur la base des dossiers de vaccination des mères et des informations fournies par ces dernières sur le nombre de doses de VCAT reçues au cours de la dernière grossesse et le nombre de doses reçues à l'âge scolaire, au cours des grossesses antérieures ou des campagnes ou sensibilisations organisées à n'importe quel moment avant la dernière grossesse. Une naissance est protégée si la mère a reçu :

» deux doses de VCAT pendant la grossesse du dernier enfant (la seconde dose étant administrée au moins deux semaines avant la naissance)

OU

» une dose de VCAT pendant la grossesse du dernier enfant (administrée au moins deux semaines avant la naissance) et une ou plusieurs doses à n'importe quel moment avant la grossesse

OU

» aucune dose pendant la grossesse du dernier enfant et au moins trois doses à l'adolescence ou à l'âge adulte à n'importe quel moment avant la grossesse (3).

### MESURE DE SANTÉ PUBLIQUE

La mère du cas présumé de TN et toute autre femme non protégée en âge de procréer dans la communauté doit recevoir le VCAT de la manière indiquée (deux doses espacées de quatre semaines) pour se protéger et protéger ses nourrissons lors des naissances futures. Si possible, la mère doit recevoir une dose de VCAT avant de quitter l'hôpital, dans le cadre de la vaccination de proximité organisée en association avec l'étude de cas ou dans un délai de six mois après la confirmation du cas de TN.

L'identification d'un cas confirmé de TN peut indiquer un problème plus systématique. Une rapide évaluation de la communauté doit être effectuée afin de déterminer les besoins en intervention.

- À partir de la maison où le cas confirmé de TN a été détecté, passer de maison en maison pour interroger 10 à 15 autres mères de la communauté qui ont accouché au cours des deux dernières années sur leur statut vaccinal, le lieu de l'accouchement et l'accoucheuse, l'application de substances au cordon ombilical, et le statut de survie et de vaccination de leur dernier-né.
- Si au moins 80 % des mères sont protégées (soit par la salubrité de l'accouchement et des pratiques hygiéniques de soins du cordon), l'intervention peut être limitée à la vaccination de la mère du cas de TN et la promotion de soit par la salubrité de l'accouchement et pratiques hygiéniques de soins du cordon.
- Si moins de 80 % des mères sont protégées, déterminer la cause de l'absence de protection et formuler une intervention appropriée. Si moins de 80 % des mères sont protégées par vaccination, s'assurer que cette communauté est ajoutée au microplan des séances de vaccination de routine, y compris les séances de sensibilisation qui doivent inclure la vaccination des femmes enceintes avec le VCAT. Faire une deuxième visite avec un éventail d'interventions, y compris l'administration de VCAT aux femmes enceintes.
- Si moins de 90 % des derniers-nés ont reçu le DTC3, renforcer les services de vaccination de routine dans la zone (par exemple, incorporer la communauté aux microplans de sensibilisation, réduire les opportunités manquées lors des séances de sensibilisation, lors des visites prénatales et des visites des enfants malades à l'hôpital).
- Toutes les mesures correctives basées sur les facteurs ayant exposé le nourrisson au tétanos NT. Les mesures correctives peuvent comprendre l'immunisation maternelle, l'enseignement des pratiques d'accouchement et de soins de cordon appropriés et une meilleure coordination avec les services de santé maternelle et infantile.



## PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLON

Aucun échantillon n'est prélevé pour les cas de TN, car il n'y a aucun diagnostic en laboratoire du tétanos néonatal.



## LABORATOIRE

Le diagnostic du tétanos est entièrement basé sur des caractéristiques cliniques et ne dépend pas de la confirmation en laboratoire. Le *C. tetani* n'est récupéré à partir de la culture microbiologique des plaies que dans environ 30 % des cas et le cas est parfois isolé des

patients ne souffrant pas de tétanos. En présence de souches non toxigènes supplémentaires de *C. tetani*, le diagnostic de laboratoire définitif n'est souvent pas possible.



## COLLECTE, TRANSMISSION ET UTILISATION DES DONNÉES

### ÉLÉMENTS DE DONNÉES RECOMMANDÉS

- Notification des cas
  - » Nom (si la confidentialité est un sujet de préoccupation, le nom peut être omis tant qu'un identifiant unique existe)
  - » Identifiant unique de cas\*
  - » Date de la notification\*
  - » Source de la notification (emplacement de l'établissement de santé, nom de la personne)
  - » Date de l'étude de cas\*
- Informations géographiques
  - » Lieu de résidence (ville, district et province)
  - » Établissement de santé de signalement
- Informations démographiques
  - » Date de naissance\*
  - » Sexe\*
- Données cliniques
  - » Âge du bébé en jours à l'apparition des symptômes
  - » Date d'apparition (date d'apparition du trismus ou de l'incapacité à téter)\*
  - » Date d'hospitalisation
  - » Signes et symptômes, y compris, au moins :
    - La capacité à téter et à pleurer pendant les deux premiers jours de vie\*
    - Incapacité à téter normalement entre 3 et 28 jours d'âge\*
    - Raideur musculaire ou spasmes (mouvements saccadés)\*
- Issue néonatale
  - » Aboutissement final de la maladie de l'enfant : vivant, mort, inconnu\*
  - » Classement final : confirmé, rejeté, non étudié
  - » Date de sortie ou de décès
- Facteurs de risque maternel et périnatal
  - » Âge de la mère
  - » Groupe ethnique
  - » Statut de migrant (durée de résidence de la mère dans la localité où elle a accouché)
  - » Nombre d'accouchements de naissances vivantes (y compris le tout récent) de la mère
  - » Nombre de naissances précédentes avec des symptômes similaires et si l'enfant ou les enfants ont survécu
  - » Nombre de visites prénatales de la mère avec un professionnel de la santé qualifié au cours de cette dernière grossesse

- » Lieu des visites prénatales (pour le suivi des opportunités manquées de vaccination)
  - » Statut de la PAN de la dernière naissance (voir encadré 2)\*
  - » Lieu de naissance : hôpital, centre de santé, maison, autre ou inconnu\*
  - » Assistance lors de l'accouchement : personnel de santé (accoucheuse qualifiée), accoucheuse traditionnelle, membre de la famille/seul, autre, ou inconnu\*
    - S'il ne s'agit pas du personnel de santé, demandez si une surface et des mains propres ont été utilisées pour l'accouchement
  - » Outil(s) utilisé(s) pour couper le cordon ombilical et stérilisation de l'outil (nettoyé et bouilli)\*
  - » Substance mise sur le cordon ombilical\*
  - » Issue pour la mère (morte, vivante ; cause du décès)
  - Mesure de santé publique
    - » Dose de VCAT administrée à la mère (par exemple, le Td) au moment de la détection ou de l'étude du cas ou dès que possible par la suite (oui, non, pas nécessaire/déjà protégée, inconnu/non disponible)
      - En cas d'administration de dose de protection, noter la date à laquelle la dose de VCAT a été administrée
- \* Variables de base désignées qui doivent être renseignées dans le cadre d'une étude de cas adéquate.

## EXIGENCES ET RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE SIGNALEMENT

Les cas de TN et de non-TN doivent être déclarés séparément par les sites de signalement désignés chaque semaine, chaque mois ou à une autre fréquence spécifiée, à commencer par les cas TN, même en l'absence de cas (rapports sans déclaration). Des copies des formulaires d'étude de cas ou des données électroniques de ces formulaires doivent être transmises au niveau national.

Les cas de TN doivent être déclarés chaque année à l'OMS et l'UNICEF et séparément des cas de tétanos non-néonatal par le biais du formulaire de rapport conjoint OMS/UNICEF. La déclaration du TN n'est pas exigée par le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005.

## ANALYSES DE DONNÉES RECOMMANDÉES

- Nombre et incidence des cas de TN confirmés par 1000 de naissances vivantes par mois, année, sexe, et district
- Pourcentage de cas de TN confirmés qui étaient PAN par la vaccination maternelle (voir encadré 2)
- Pourcentage de cas de TN confirmés dont la mère a bénéficié de soins prénatals et parmi celles ayant bénéficié de soins prénatals, celles qui ne sont pas vaccinées (pour l'analyse des opportunités manquées)
- Pourcentage de la répartition des cas de TN confirmés par
  - » Lieu de naissance (établissement de santé ou accouchement à domicile)
  - » Type d'assistance à la naissance
  - » Type d'outils de coupe de cordon utilisés
  - » Type de pansement de cordon ombilical utilisé
  - » Âge de la mère
  - » Parité de la mère (première naissance c. naissances multiples)
- Répartition des issues (décès, a survécu, inconnu) des cas de TN confirmés
- Pourcentage de cas de TN confirmés dont la mère a reçu au moins une dose de VCAT après la survenance du cas de TN, à la suite de la détection ou de l'étude de cas ou peu après
- Pourcentage de décès néonataux attribuables au tétanos néonatal (dans le cadre d'une surveillance de la mortalité néonatale)
- Évaluations de risque (voir section **Utilisation des données pour la prise de décisions** ci-dessous)

Comme dans le cas des autres maladies, les données de surveillance doivent être triangulées avec les données issues du programme de vaccination telle que la couverture vaccinale, l'historique des AVS, la couverture des VP et la couverture des accouchements médicalisés assurés par du personnel qualifié afin de comprendre le mécanisme général de la maladie lors de la formulation des conclusions et des nouvelles politiques ou stratégies.

### UTILISATION DES DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS

- Surveiller l'accomplissement et le maintien de l'ETMN (< 1 cas de TN par 1000 de naissances vivantes dans chaque district) et documenter les preuves en vue de la validation de l'élimination.
- Saisir les données dans les évaluations annuelles des risques afin d'identifier les zones géographiques à haut risque pour les améliorations ciblées des services prénataux, obstétricaux et de vaccination et l'exécution d'AVS ciblées pour les femmes en âge de procréer.
- Identifier les facteurs de risque du TN tels que le lieu/type d'accouchement, les soins du cordon, l'âge et la parité de la mère, le statut de migrant et l'origine ethnique afin de concevoir des messages et interventions appropriés.
- Surveillance de l'incidence des interventions, y compris les AVS.
- Identifier les opportunités manquées de vaccination maternelle avec le VCAT, telles que les visites prénatales, les visites des enfants malades dans les hôpitaux et la sensibilisation.
- Documenter les preuves nécessaires pour un changement de politique ou stratégie de vaccination (par exemple, l'introduction des doses de rappel recommandées par l'OMS et la vaccination en milieu scolaire si les nouvelles mères ne sont pas vaccinées lors des visites prénatales).
- Identifier rapidement les cas pour une prise en charge des cas appropriée (référer les cas de tétanos NT vers les soins médicaux et administrer une dose de VCAT à la mère).
- Surveiller les indicateurs de performance de la surveillance et identifier les zones nécessitant des examens ou renforcements ciblés de la surveillance (cela peut s'avérer nécessaire lorsque les données de surveillance semblent peu fiables par rapport au risque de TN).



## INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE

Évaluer la surveillance des cas de TN à travers des revues nationales périodiques tous les cinq ans environ, l'intégration avec d'autres MEV, y compris la triangulation des rapports globaux et des rapports basés sur les cas de TN, ainsi qu'un examen des dossiers des établissements de santé pour les cas manqués.

Procéder à un examen rétrospectif des registres d'établissement dans les hôpitaux et les grandes cliniques de santé au moins une fois par an afin d'identifier les cas de TN non signalés précédemment en même temps que d'autres MEV et d'autres maladies.

Dans le cadre des réunions trimestrielles d'examen des données du PEV, passer en revue les données de surveillance, de couverture et de performance du programme au niveau national et infranational afin de faciliter l'identification des zones où des lacunes de surveillance pourraient exister ou celles où la surveillance doit être renforcée.

Passer en revue les indicateurs énumérés dans le tableau 1 ci-dessous au moins une fois par an.

TABEAU

1

## Indicateurs de performance de la surveillance du tétanos néonatal

INDICATEUR DE SURVEILLANCE	DESCRIPTION	OBJECTIF	FORMULE	NOTES
<b>EXHAUSTIVITÉ DES RAPPORTS</b>	Pourcentage de sites de signalement désignés pour la déclaration des données relatives au TN, même en l'absence de cas (rapport sans déclaration)	≥ 90 %	Nombre de sites désignés pour la déclaration des cas de TN/Nombre de sites de signalement désignés pour la surveillance des cas de TN x 100 (pour une période donnée)	
<b>PROMPTITUDE DES DÉCLARATIONS</b>	Pourcentage de sites de signalement désignés pour la déclaration ponctuelle des données relatives au TN, même en l'absence de cas (rapport sans déclaration)	≥ 80 %	Nombre d'unités de surveillance dans le pays envoyant leurs rapports avant la date limite/ Nombre de sites de signalement désignés pour la surveillance du TN x 100	À chaque niveau, les rapports devraient être reçus à la date exigée ou avant celle-ci.
<b>EXHAUSTIVITÉ DE L'ENQUÊTE</b>	Proportion de cas présumés de tétanos néonatal ayant fait l'objet d'une enquête (uniquement parmi les cas signalés par les établissements de santé)	≥ 90 %	Nombre d'études de cas de TN/Nombre de cas présumés de TN signalés x 100	Si la base de données des cas n'inclut que les données sur les études de cas effectuées, cet indicateur peut être calculé de la manière suivante : nombre de cas présumés dans l'ensemble de données basé sur les cas/nombre de cas présumés dans le rapport global x 100 Cet indicateur sera une indication de la représentativité de la surveillance basée sur les cas et de l'efficacité des études de cas.
<b>PROMPTITUDE DE L'ENQUÊTE</b>	Pourcentage de tous les cas présumés ayant fait l'objet d'une enquête dans les 7 jours suivant la notification	≥ 80 %	Nombre de cas présumés de tétanos NT ayant fait l'objet d'une enquête dans les 7 jours suivant la notification/Nombre de cas présumés de TN ayant fait l'objet d'une enquête x 100	
<b>PERTINENCE DE L'ENQUÊTE</b>	Pourcentage de cas présumés avec des informations complètes pour toutes les variables de base	≥ 80 %	Nombre de cas présumés de tétanos NT ayant fait l'objet d'une enquête appropriée avec collection de 12 variables de base/ Nombre de cas présumés de TN ayant fait l'objet d'une enquête x 100	<b>Note 1 :</b> Les variables de base sont les suivantes : identification du cas, date de naissance, sexe, lieu de résidence habituel, date de début de la maladie, date de notification, date de l'enquête, symptômes dans la définition de cas, issue (vivant/mort), antécédents de vaccination maternelle, lieu/type d'accouchement, outil de coupe de cordon et matériel appliqué au cordon. <b>Note 2 :</b> Pour tous les cas, si les informations sur l'une quelconque des variables de base sont absentes, l'enquête est inappropriée.

INDICATEUR DE SURVEILLANCE	DESCRIPTION	OBJECTIF	FORMULE	NOTES
<b>ACCOMPLISSEMENT ET MAINTIEN DE L'ETMN</b>	Pourcentage de districts avec < 1 cas de TN par 1 000 naissances vivantes	100 %	Nombre de districts avec < 1 cas de TN par 1 000 naissances vivantes / Nombre total de districts x 100	De préférence, cet indicateur doit être calculé à l'aide des cas de tétanos NO confirmés. Si l'exhaustivité de l'enquête sur les cas suspects est < 90 %, l'indicateur peut être calculé à l'aide des cas suspects pour mettre en évidence les districts ayant besoin plus d'investigation, d'interventions ciblées et de renforcement de programme.
<b>RÉPONSE DE CAS APPROPRIÉE</b>	Pourcentage de cas de TN confirmés pour lesquels la mère a reçu une dose de VCAT conjointement avec la détection ou l'étude des cas	100 %	Nombre de mères de cas de TN ayant reçu une dose de VCAT conjointement avec la détection ou l'étude des cas / Nombre total d'études de cas de TN x 100	



## PRISE EN CHARGE DES CAS CLINIQUES

Le tétanos néonatal est une urgence médicale nécessitant une hospitalisation et un traitement immédiat avec l'immunoglobuline antitétanique (TIG, en anglais), des médicaments permettant de contrôler les spasmes musculaires (de préférence les benzodiazépines) et les antibiotiques (de préférence le métronidazole ou la pénicilline G). Une dose unique par voie intramusculaire de TIG humaine est recommandée le plus tôt possible afin de prévenir la progression de la maladie. En cas d'indisponibilité du TIG, le sérum antitoxine tétanique (SAT) d'équidé peut être administré en dose unique par voie intraveineuse après les tests d'hypersensibilité. Par ailleurs, l'immunoglobuline intraveineuse (IgIV) peut être utilisée.

Des soins de soutien doivent être fournis, y compris le maintien des patients dans un environnement sombre et silencieux afin de réduire le risque de spasmes réflexes et l'alimentation par voie nasogastrique. Si des spasmes musculaires se produisent, il est essentiel de maintenir un environnement sain. Si aucune ventilation mécanique n'est disponible, les patients doivent être surveillés de près afin de réduire les spasmes et les dysfonctionnements autonomes tout en évitant l'insuffisance respiratoire.



## RECHERCHE ET PRISE EN CHARGE DES SUJETS EXPOSÉS

Étant donné que le tétanos n'est pas contagieux, aucune recherche de contact n'est nécessaire.



## SURVEILLANCE, ENQUÊTE ET INTERVENTION EN CAS D'ÉPIDÉMIE

Le téτανos n'est pas considéré comme une maladie prédisposée aux épidémies. En général, on n'est pas confronté à des épidémies de téτανos néonatal, mais des grappes liées à une même source de soins cliniques de qualité inférieure ont été observées. Pour les grappes de cas de maladie dans les pays où une ETMN a été réalisée, tous les cas doivent néanmoins faire l'objet d'une

enquête, et il ne devrait y avoir aucun changement du processus de surveillance. Avant l'accomplissement de l'ETMN, les grappes de cas de maladie doivent être étudiées afin de déterminer les facteurs de risque, mais l'accent doit être mis sur la mise en œuvre des AVS dans les zones connues à haut risque afin de réduire la charge de morbidité du TN.



## CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES POUR LA SURVEILLANCE DU TÉTANOS NÉONATAL

### LES ÉVALUATIONS DES RISQUES

Les évaluations des risques du téτανos néonatal sont utilisées pour identifier les zones à haut risque pour des AVS ciblées, l'amélioration du programme et l'évaluation sur le terrain au cours de la validation de l'ETMN. Pour les pays n'ayant pas encore accompli l'ETMN, l'évaluation des risques de TN doit être effectuée au moins tous les un à trois ans en triangulant les données sur l'incidence de TN au niveau du district, les accouchements médicalisés assurés par du personnel qualifié, la couverture de la PAN/de l'anatoxine téτανique tirée des AVS et des activités de routine, ainsi que d'autres indicateurs représentatifs. Pour les pays déjà parvenus à l'ETMN, des évaluations de risque régulières doivent être effectuées à l'aide des mêmes apports. Les détails de ces évaluations seront présentés dans le prochain document de l'OMS, *La protection de tous : le guide d'élimination durable du téτανos maternel et néonatal* (3).

### QUESTIONS D'ÉQUITÉ ET D'ÉTHIQUE

Les discussions sur les décès néonataux peuvent être un sujet sensible, en particulier dans certaines cultures et dans certains groupes ethniques. Le téτανos néonatal peut survenir plus fréquemment parmi les groupes marginalisés manqués par le programme de vaccination tel que les migrants, les sans-abris et les personnes résidant dans les taudis urbains, qui peuvent être sensibles aux questions d'agents gouvernementaux externes. Servez-vous des orientations du personnel local de santé sur la meilleure manière de surmonter ces obstacles.

### SONDAGES SUR LA MORTALITÉ NÉONATALE

La contribution relative du téτανos néonatal à la mortalité néonatale peut être évaluée à travers des audits de la mortalité néonatale dans les établissements de

santé ou en milieu communautaire comme décrit dans le document intitulé *Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths (Faire en sorte que chaque bébé compte: audit et examen de la mortinaissance et de la mortalité néonatale)* (2) et mise en œuvre dans certains pays dans le cadre du plan *Every Newborn: an action plan to end preventable deaths* (disponible à: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/newborns/every-newborn/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/every-newborn/en/)). Dans certains pays, les activités dans les communautés sentinelles peuvent approcher ou atteindre la déclaration en temps réel des décès néonataux et des efforts doivent être consentis pour lier la détection des cas de TN à l'enquête par le biais de la surveillance fondée sur les cas. Il convient de noter que des enquêtes sur les grappes de mortalité néonatale (avec autopsies verbales) sont également menées dans les districts les plus exposés au téτανos néonatal lors des exercices de validation de l'ETMN (4).

### ENQUÊTES SÉROLOGIQUES OU SURVEILLANCE SÉROLOGIQUE

Lorsque cela est possible, des enquêtes sérologiques des anticorps antitéτανique IgG chez les femmes adultes doivent être envisagées comme outil complémentaire pour la surveillance des risques de TMN et l'orientation des stratégies de vaccination. Étant donné que l'immunité ne découle pas d'une infection naturelle, la séroprotection contre le téτανos reflète l'immunité de la population par la vaccination. Une attention particulière devrait être portée à l'objectif de l'enquête, aux stratégies d'échantillonnages et des méthodes de laboratoire afin de garantir la validité et l'interprétabilité des résultats (voir annexe 2). La surveillance ne doit pas remplacer la surveillance du téτανos néonatal.



## RÉFÉRENCES

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse: position de l'OMS sur les vaccins antitétaniques.— février 2017. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2017;92(6):53–76 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254582/1/WER9206.pdf?ua=1>).
2. Organisation mondiale de la Santé. *Pour que chaque enfant compte. Audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255352/9789242511222-fre.pdf?sequence=1>).
3. Organisation mondiale de la Santé. *Protecting all: sustaining maternal and neonatal tetanus elimination guide [La protection de tous: le guide d'élimination durable du tétanos maternel et néonatal]*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; à paraître en 2018.
4. OMS, UNICEF. *Directives pour l'évaluation de la prévalidation [pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal]*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; version préliminaire de 2013. Disponible sur demande auprès de l'Organisation mondiale de la Santé.

### REFERENCES SUPPLEMENTAIRES

5. Organisation mondiale de la Santé. *Manuel d'application pratique pour l'élimination du tétanos néonatal*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1999 (disponible en français)([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83323/1/WHO\\_V-B\\_99.14\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83323/1/WHO_V-B_99.14_eng.pdf)).
6. Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines for investigating suspected cases of neonatal tetanus*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1993 (en anglais)([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61474/1/WHO\\_EPI\\_TRAM\\_93.3.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61474/1/WHO_EPI_TRAM_93.3.pdf)).
7. Organisation mondiale de la Santé. *Report of the SAGE Working Group on maternal and neonatal tetanus elimination and broader tetanus prevention*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 (en anglais)([http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/1\\_Report\\_of\\_the\\_SAGE\\_Working\\_Group\\_on\\_Maternal\\_and\\_Neonatal\\_Tetanus\\_27Sep2016.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/1_Report_of_the_SAGE_Working_Group_on_Maternal_and_Neonatal_Tetanus_27Sep2016.pdf)).
8. Stroh G, Birmingham M. *Protocol for assessing neonatal tetanus mortality in the community using a combination of cluster and lot quality assurance sampling: field test version*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2002 (en anglais) ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67193/1/WHO\\_V-B\\_02.05\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67193/1/WHO_V-B_02.05_eng.pdf)). La version actualisée sera disponible en 2018 à l'adresse: [http://www.who.int/immunization/diseases/MNTE\\_initiative/en/](http://www.who.int/immunization/diseases/MNTE_initiative/en/).
9. UNICEF, UNFPA & Organisation mondiale de la Santé. *Achieving and sustaining maternal and neonatal elimination: strategic plan 2012–2015*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2011 (en anglais) ([http://www.who.int/immunization/diseases/MNTEStrategicPlan\\_E.pdf](http://www.who.int/immunization/diseases/MNTEStrategicPlan_E.pdf)).
10. *Validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, y compris un guide sur l'utilisation de l'assurance de la qualité des lots – enquêtes par grappes pour évaluer la mortalité néonatale due au tétanos*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2009. Disponible sur demande auprès de l'OMS.
11. Organisation mondiale de la Santé. *Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2016 — conclusions et recommandations*. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2016;91(48):561–84 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251810/1/WER9148.pdf?ua=1>).