

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

3.2 SURVEILLANCE ET CERTIFICATION DE L'ERADICATION MONDIALE DE LA POLIOMYELITIE

La confirmation de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage repose sur une surveillance solide. Cette confirmation est suivie par la certification de régions exemptes de poliomyélite qui ont maintenu les niveaux de surveillance nécessaires. En raison des délais pris pour détecter la transmission du poliovirus dans certaines zones en 2003–2004, les normes de surveillance concernant les taux de détection* de la paralysie flasque aiguë (PFA) ont été doublées depuis 2005 dans les zones à risque élevé. Ajoutons à cela la fiabilité des nouvelles procédures de laboratoire qui réduisent de moitié la durée de confirmation pour le poliovirus.

■ ETAPES 2006

ETAPE 1: PAYS NON CERTIFIES ATTEINDRONT LES NORMES DE SURVEILLANCE POUR LA CERTIFICATION.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — 97 % des pays non certifiés ont atteint les normes de surveillance pour la certification (les exceptions sont l'Algérie, le Bhoutan, Djibouti, le Timor oriental, la Guinée-Bissau et le Liban).

ETAPE 2: 100 % DES ECHANTILLONS PRELEVES SUR DES CAS DE PFA SERONT EXAMINES DANS UN LABORATOIRE AGREE PAR L'OMS.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT — Tous les échantillons prélevés sur des cas de PFA ont été examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS.

ETAPE 3: 100 % DES PAYS AURONT ACHEVE LA PHASE I DU CONFINEMENT BIOLOGIQUE EN LABORATOIRE.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — 75 % des pays exempts de poliomyélite ont achevé les activités de phase I, y compris tous les pays de la Région OMS de l'Europe.

ETAPE 4: 85 % DES PAYS AURONT SOUMIS LES DOCUMENTS « FINAUX » POUR LA CERTIFICATION.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — 80 % des pays éligibles ont soumis les documents finaux pour la certification.

*Les normes de surveillance pour la certification sont définies comme la capacité à détecter au moins un cas de PFA non poliomyélique pour chaque groupe de 100 000 enfants de moins de 15 ans, à prélever deux échantillons de selles adéquats sur au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë et à faire examiner tous les spécimens dans un laboratoire agréé par l'OMS.

LA SENSIBILISATION A LA SURVEILLANCE DE LA PFA CONTINUE D'AUGMENTER

La très forte sensibilité et la fiabilité de la surveillance de la PFA ont été maintenues et encore améliorées en 2006. Toutes les Régions OMS, y compris celles déjà certifiées comme régions exemptes de poliomyélite (Régions des Amériques, du Pacifique occidental, et de l'Europe), ont maintenu la surveillance de la PFA à un niveau égal ou nettement supérieur aux normes de certification (voir tableau 1).

La surveillance sensible et continue de la PFA dans les pays exempts de poliomyélite est indispensable si l'on veut protéger les pays des importations de poliovirus et permettre une réponse rapide à la flambée le cas échéant. Les Commissions de certification régionales et nationales viennent en aide aux pays et régions qui ont du mal à maintenir ou à atteindre ce statut.

La qualité de la surveillance de la PFA dans les trois régions endémiques, dépassant déjà nettement les normes de certification, s'est encore améliorée en 2006. Le nombre total de cas de PFA non poliomyélitique rapportés dans les Régions OMS de l'Afrique (AFR), de la Méditerranée orientale (EMR) et de l'Asie du sud-est (SEAR) est passé de 52 062 en 2005 à 57 849 en 2006, en grande partie du fait de la surveillance accrue et de l'augmentations des cas de PFA dans les quatre pays d'endémie restants dans ces régions : l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan. L'augmentation nette des cas de PFA recensés en 2006 dans ces régions a abouti à un taux global de PFA non poliomyélitique égal ou supérieur à 3 pour 100 000 – après analyse des échantillons de selles, la vaste majorité des cas de PFA étant attribuables à des conditions autres que la poliomyélite. Les trois régions ont également enregistré une augmentation du deuxième indicateur de qualité de la surveillance, à savoir le pourcentage des cas de PFA avec prélèvement d'échantillons de selles adéquats.

La qualité de la surveillance de la PFA dans les trois régions d'endémie, dépassant déjà nettement les normes de certification, s'est encore améliorée en 2006.

Tableau 1 : Qualité des notifications de PFA par Région OMS en 2005 et 2006¹

Région OMS	Cas de PFA rapportés		Taux de PFA non poliomyélitique		% de PFA avec échantillons adéquats	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Afrique	11 683	12 478	3,3	4,0	86	89
Amériques	2 213	2 154	1,3	1,1	80	79
Méditerranée orientale	8 849	8 740	3,7	3,9	88	89
Europe	1 479	1 550	1,1	1	82	82
Asie du sud-est	31 530	36 631	5,4	5,9	82	83
Pacifique occidental	6 680	6 873	1,7	1,7	88	88
Total mondial	62 434	68 426	3,3	3,6	84	85

¹Données 2006 en date du 17 avril 2007

Une analyse pays par pays de la qualité de la surveillance de la PFA met en évidence des améliorations dans la grande majorité des cas. Le pourcentage de pays ayant atteint un niveau de notification de PFA égal ou supérieur à 2 pour 100 000 dans les deux régions endémiques affichant le plus grand fardeau de la maladie est passé de 62 % à 75 % pour les pays d'AFR et de 54 % à 63 % pour les pays d'Asie de SEAR.

Un nombre limité de pays dans chaque région d'endémie n'a pas atteint les normes de surveillance de la PFA pour la certification. Ces pays incluent l'Algérie et la Guinée-Bissau en AFR, le Bhoutan et le Timor oriental en SEAR, et Djibouti et le Liban en EMR. Quelques autres pays et territoires d'EMR ont à peine atteint les seuils limites de certification mesurés par les indicateurs de la PFA, et sont tout de même considérés comme ayant maintenu les normes de surveillance de la PFA pour la certification : il s'agit du Maroc, des Emirats arabes unis, du Liban, de la Cisjordanie et de la bande de Gaza.

LE RESEAU DE LABORATOIRES CONFIRME LA PRESENCE DU VIRUS DEUX FOIS PLUS RAPIDEMENT

Les résultats de laboratoire sont utilisés pour confirmer la présence du poliovirus, pour pouvoir ensuite planifier les réponses de vaccination et suivre les progrès accomplis vers l'objectif d'éradication. Des résultats de laboratoire rapides et précis sont essentiels à la réalisation de ces objectifs. Un réseau mondial de 145 laboratoires continue de soutenir la surveillance de la PFA. Le programme d'assurance qualité du réseau inclut un programme d'accréditation géré par l'OMS qui comprend des évaluations annuelles (généralement menées sur place) des établissements et procédures, les résultats des épreuves de compétence, ainsi que l'opportunité et la précision des résultats. 97% des laboratoires ont été entièrement accrédités en 2006 et tous les échantillons des cas de PFA ont été testés dans des laboratoires accrédités. Lorsque les performances des laboratoires sont jugées médiocres, des dispositifs d'analyse parallèle des échantillons sont utilisés.

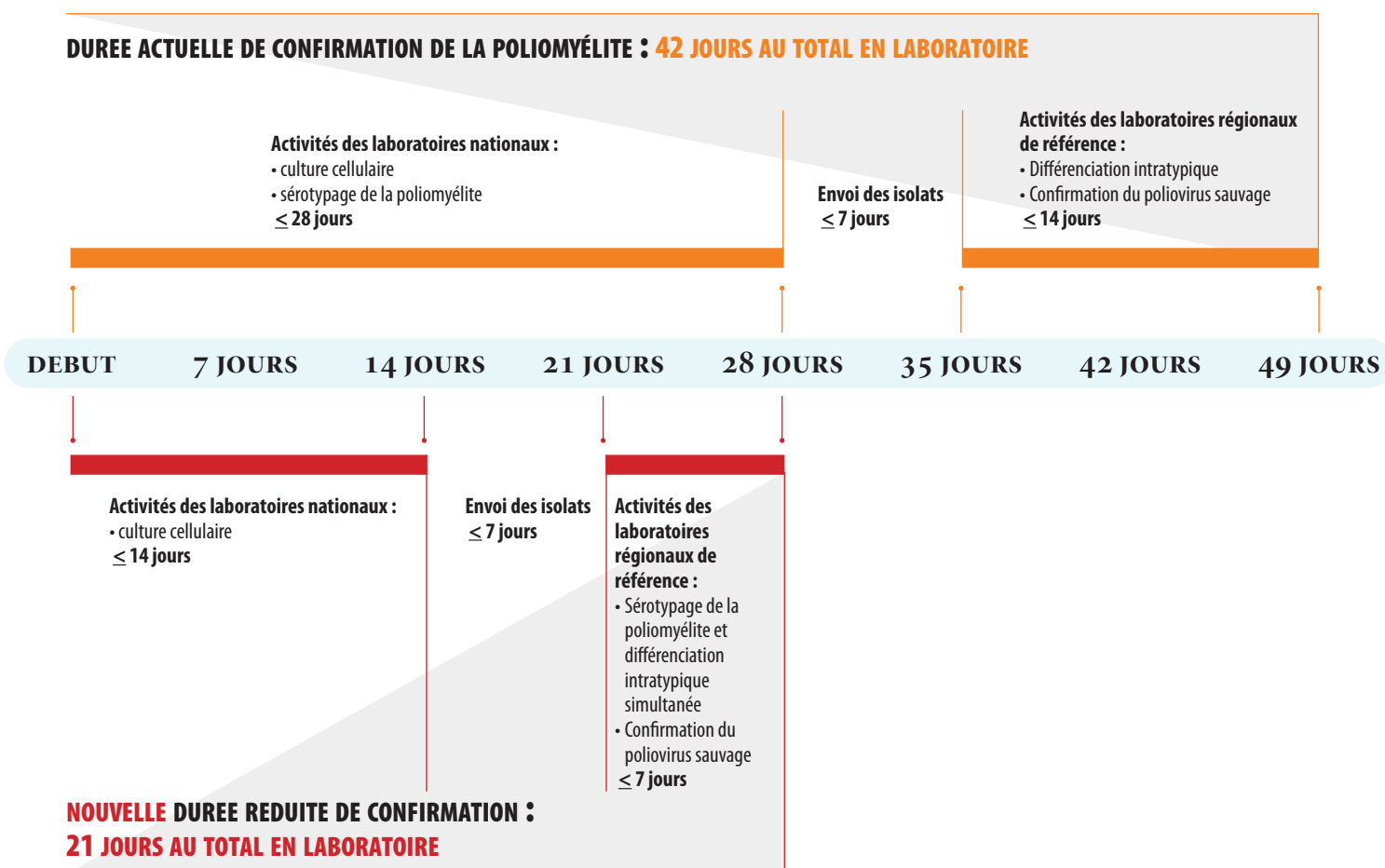
En 2006, les laboratoires du réseau ont analysé approximativement 125 000 échantillons de matières fécales, prélevés sur 63 000 cas de PFA et 8 600 cas autres que la PFA. Le volume de travail pour les cas de PFA analysés était 25 % supérieur à celui de 2005. Les virus sauvages ont été isolés dans des cas de PFA dans 16 pays en 2006.

La caractérisation génétique des isolats a montré que des virus indigènes avaient été transmis dans quatre pays (l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan). Cinq pays ont connu une transmission continue d'importations de virus en 2005 (l'Angola, l'Éthiopie, l'Indonésie, la Somalie et le Yémen), tandis que d'autres pays ont souffert d'importations de nouveaux virus (le Bangladesh, le Cameroun, le Tchad, la Namibie, le Népal, le Niger, le Kenya et la République démocratique du Congo). Les virus de cinq pays (l'Angola, le Bangladesh, la République démocratique du Congo, la Namibie et le Népal) ont été génétiquement associés à des virus provenant d'Inde, alors que toutes les autres importations de virus semblaient provenir directement ou indirectement (via transmission dans les pays intermédiaires) du Nigéria.

En 2006, le réseau de laboratoires a évalué puis adopté une nouvelle stratégie d'analyse, qui réduit de moitié la durée de confirmation de la présence du poliovirus en laboratoire (de 42 jours avec l'approche traditionnelle à 21 jours), sans pour

autant compromettre la sensibilité de détection du poliovirus. La nouvelle approche implique l'utilisation de technologies déjà disponibles au sein du réseau, mais fonctionnant avec un algorithme différent (c.-à-d. séquence d'essais). La stratégie a été évaluée dans des laboratoires de référence à Atlanta aux Etats-Unis, à Islamabad au Pakistan et à Mumbai en Inde. Quelque 5 200 échantillons de selles, y compris 900 échantillons positifs au poliovirus, ont été analysés pendant l'évaluation sur le terrain. La nouvelle stratégie devrait augmenter les coûts de culture cellulaire de 25 % et les coûts de différenciation intratypique (ITD) de 100 %.

Pour obtenir plus rapidement les résultats souhaités, il faudra tester les échantillons dans des laboratoires pouvant isoler les virus en culture cellulaire et utiliser la différenciation intratypique (de virus sauvages ou dérivés de souche vaccinale) à l'aide de la réaction en chaîne de polymérase (PCR) et de tests de dosage immunoenzymatique (tests ELISA). Le réseau s'est fixé comme objectif d'analyser au moins 75 % d'échantillons de selles de régions polio-endémiques dans des laboratoires équipés de ces techniques d'ici décembre 2007. Cela nécessitera la modernisation de 11 laboratoires nationaux existants pour pouvoir réaliser les tests d'ITD, ce qui implique d'investir dans des équipements et des réactifs spécifiques et de former le personnel. La formation du personnel a déjà commencé. Un atelier de formation sur l'ITD a été organisé en Ouganda en novembre 2006 pour les participants de huit laboratoires du réseau. En outre, le personnel de quatre laboratoires ITD existants d'Asie du sud-est a été formé sur les exigences de la nouvelle stratégie d'analyse en avril 2006.



En 2006, le réseau de laboratoires a évalué puis adopté une nouvelle stratégie d'analyse, qui réduit de moitié la durée de confirmation de la présence du poliovirus en laboratoire.

Le réseau a subi un revers en 2006, lorsqu'un incendie a détruit l'unité de séquençage du laboratoire spécialisé de Mumbai, en Inde, endommageant l'unité de culture cellulaire et les bureaux de l'établissement. Les conséquences ont été les suivantes : perte d'équipements, fermeture du laboratoire pour nettoyage et rénovation, transfert de plus de 10 000 échantillons de selles et 6 000 isolats de poliomyélite vers deux autres laboratoires de réseau (situés à Lucknow et Chennai, en Inde) pour analyse, perte de 15 employés qualifiés qui ont trouvé un travail ailleurs, interruption de l'analyse des échantillons d'eaux usées prélevés à Mumbai, interruption de l'analyse des tests de mycoplasme en culture cellulaire utilisés dans 16 laboratoires d'Asie du sud-est, et retards importants pour obtenir les données de séquençage des poliovirus provenant d'Inde. En fin d'année, le séquençage était effectué à Mumbai dans un laboratoire ne faisant pas partie du réseau, ayant généreusement offert un accès partiel à ses équipements. Le laboratoire de poliomyélite de Mumbai devrait être à nouveau fonctionnel d'ici mi-2007, une fois que les travaux de rénovation seront finis.



PHOTO © WHO/F. PALADIN

Les participants de huit laboratoires du réseau de poliomyélite sont formés en Ouganda en novembre 2006, sur l'utilisation du nouveau protocole réduisant la durée nécessaire pour confirmer la présence du poliovirus.

PROGRES NOTABLES DANS LA PREPARATION DU CONFINEMENT POUR LE POLIOVIRUS

Le confinement du poliovirus en laboratoire fait partie intégrante des activités d'éradication de la poliomyélite dans les six Régions OMS. En 2006, des réunions régionales et sous-régionales sur le confinement en laboratoire ont été organisées pour suivre les progrès accomplis vers la mise en place de la phase I ou examiner la documentation des pays affirmant avoir achevé le processus.

Des progrès notables pour achever la phase I ont été notés en Chine, en Amérique centrale et en Afrique de l'est et du sud. La Chine a mené avec succès une étude minutieuse sur tous les établissements sous la tutelle du Ministère de la Santé, et prévoit en 2007 de mener à bien l'étude auprès des établissements restants. De même, le Mexique a indiqué qu'il avait étendu son étude initiale des établissements

pour inclure 50 000 laboratoires supplémentaires à travers le pays. En Afrique du sud et de l'est, tous les pays exempts de poliomyélite ont, soit soumis un rapport sur la réalisation des activités à la Commission de certification régionale lors de leur réunion en 2006, soit indiqué que le processus était en cours.

Dans les Régions OMS où de nombreux pays ont déjà achevé les activités de phase I, le travail continue pour veiller à ce que la documentation complète sur le processus soit examinée par les Commissions de certification régionales (CCR). Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a passé en revue la documentation de 16 pays ayant indiqué qu'ils avaient achevé la phase I. Les pays ont dû soumettre des informations normalisées, qui ont d'abord été examinées par l'OMS, puis par des experts indépendants. Les résultats seront rendus disponibles à la CCR lors de sa réunion en 2007.

Les activités de phase I sur le confinement en laboratoire ont pour objectif d'identifier les établissements contenant du matériel infectieux et de sensibiliser le personnel à la nécessité de confiner le poliovirus une fois l'éradication achevée. A ce jour, plus de 75 % des pays exempts de poliomyélite ont achevé les activités de phase I, y compris tous les pays de la Région OMS de l'Europe.

AUGMENTATION DU NOMBRE DE PAYS SOUMETTANT LES DOCUMENTS FINAUX DE CERTIFICATION

Les Comités nationaux de certification (CNC) et les Commissions de certification régionales (CCR) dans les régions d'endémie ont continué à examiner minutieusement la documentation nationale des pays qui remplissent les conditions requises* déclarant être exempts de poliomyélite. Le nombre de ces pays pour lesquels les CCR ont accepté les documents finaux de certification est passé de 10 à 14 en AFR (parmi 46 Etats Membres), et de 6 à 8 en SEAR (parmi 11 Etats Membres). Le chiffre est resté constant en EMR dans 15 des 22 Etats Membres, car plusieurs pays, y compris le Soudan, ont été réinfectés après avoir soumis avec succès leurs documents finaux de certification. Le pourcentage de tous les Etats Membres de l'OMS ayant soumis avec succès leurs documents finaux de certification a légèrement augmenté, passant de 78 % en 2005 à 80 % en 2006.

Plus de 75 % des pays exempts de poliomyélite ont achevé les activités de phase I sur le confinement et ont fait l'inventaire des stocks de poliovirus.

*Les pays qui remplissent les conditions requises sont ceux pour lesquels aucun cas de poliovirus sauvage n'a été observé pendant au moins trois ans, en présence d'une surveillance de qualité pour la certification. Les pays peuvent déposer des documents mais ils ne pourront pas être certifiés exempts de poliomyélite, la certification étant uniquement octroyée à l'ensemble d'une Région OMS.

Progrès accomplis en vue de la phase I du confinement mondial

