

Lignes directrices pour la surveillance des poliovirus dans la Région africaine de l'OMS

Brazzaville, le 23 Juillet 2024

Version prépubliée

Table des matières

Remerciements	5
Liste des acronymes et sigles	6
Principaux objectifs du guide pratique	8
1 Introduction	9
1.1 Poliovirus et poliomyélite	9
1.2 Éradication de la poliomyélite	10
1.3 Surveillance des poliovirus	12
1.4 Grandes étapes de l'éradication de la poliomyélite et des poliovirus dans la Région africaine de l'OMS	13
1.5 Principales difficultés liées à la surveillance de la poliomyélite dans la Région africaine	14
2 Principes de la surveillance de la paralysie flasque aiguë	14
2.1 Classement de la paralysie flasque aiguë comme syndrome à déclaration obligatoire.....	15
2.2 Analyse de tous les échantillons de selles par un laboratoire accrédité par l'OMS.....	16
2.3 Principaux indicateurs de qualité pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë.....	17
3 Stratégies de surveillance de la paralysie flasque aiguë	18
3.1 Surveillance passive (systématique) de la paralysie flasque aiguë.....	18
3.2 Surveillance active de la paralysie flasque aiguë.....	20
3.3 Surveillance communautaire de la paralysie flasque aiguë.....	29
3.4 Stratégies complémentaires de surveillance de la poliomyélite pour les populations spécifiques	33
4 De la détection à la classification finale des cas de paralysie flasque aiguë	36
4.1 Détection et notification des cas	39
4.2 Vérification et investigation des cas de paralysie flasque aiguë	39
4.3 Prélèvement et transport des selles au laboratoire	42
4.4 Prélèvement d'échantillons chez des contacts de cas de paralysie flasque aiguë	45
4.5 Examen de suivi à 60 jours.....	47
4.6 Classification finale des cas de paralysie flasque aiguë	48
5 Gestion, suivi et évaluation des données de surveillance de la paralysie flasque aiguë	52
5.1 Gestion des données relatives à la paralysie flasque aiguë.....	52
5.2 Principaux outils et formulaires de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus – Région africaine de l'OMS.....	54
5.3 Applications mobiles et collecte de données mobiles.....	55
5.4 Cartographie et systèmes d'information géographique (SIG).....	57
5.5 Suivi du programme de lutte contre la poliomyélite.....	58

5.6	Évaluation de la surveillance de la poliomyélite.....	60
6	Surveillance environnementale (SE) des poliovirus	62
6.1	Raison d'être de la surveillance environnementale et cas où elle peut s'avérer utile.....	62
6.2	Facteurs affectant la fiabilité de la surveillance environnementale	64
6.3	Coordination et planification de la mise en place d'une surveillance environnementale des poliovirus	65
6.4	Sélection des zones où la surveillance environnementale sera mise en œuvre	65
6.5	Sélection des sites d'échantillonnage dans le cadre de la surveillance environnementale	66
6.6	Établissement d'un calendrier de prélèvement des échantillons dans le cadre de la surveillance environnementale	68
6.7	Renforcement des capacités et ressources nécessaires pour la surveillance environnementale	69
6.8	Prélèvement, conditionnement et transport jusqu'au laboratoire des échantillons de surveillance environnementale	70
6.9	Résultats de laboratoire pour les échantillons de surveillance environnementale et interprétation de ces résultats	73
6.10	Supervision, suivi et évaluation de la surveillance environnementale des poliovirus	74
6.11	Fermeture d'un site de surveillance environnementale non performant.....	75
6.12	Principales difficultés liées à la mise en œuvre de la surveillance environnementale	76
7	Rôle du laboratoire référent pour les poliovirus.....	76
7.1	Réseaux régional africain et mondial de laboratoires pour la poliomyélite.....	76
7.2	Coordination entre la surveillance sur le terrain et en laboratoire.....	77
7.3	Résultats de laboratoire possibles.....	78
7.4	Suivi de la promptitude des activités de laboratoire.....	79
8	Fonctions et logistique à l'appui de la surveillance de la poliomyélite.....	80
8.1.	Planification de la surveillance de la poliomyélite.....	80
8.2.	Sensibilisation et mobilisation sociale pour la surveillance.....	80
8.3	Communication dans le cadre de la surveillance	81
8.4	Constitution et maintien d'un effectif qualifié	82
8.5	Supervision de soutien.....	83
8.6	Logistique nécessaire aux activités de surveillance.....	83
9	Surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus en situation de flambée	85
9.1	Amélioration de la surveillance de la paralysie flasque aiguë.....	86
9.2	Investigation des cas de paralysie flasque aiguë dans le cadre d'une flambée	88
9.3	Activités de formation et de sensibilisation	89
9.4	Surveillance environnementale pendant une flambée	90
9.5	Coordination avec le laboratoire pour la poliomyélite.....	90

10 Certification de l'éradication de la poliomyélite et confinement en laboratoire des poliovirus	91
10.1 Principes de la certification de l'éradication de la poliomyélite.....	91
10.2 Rôles des groupes en charge de la certification aux niveaux national, régional et mondial.	92
10.3 Confinement des poliovirus en laboratoire : grands principes et objectifs principaux.....	94
10.4 Mener et superviser les activités de confinement au niveau national.....	96
10.5 Principales mesures de confinement dans les pays de la Région africaine.....	97
11 Systèmes de surveillance intégrée des maladies	98
11.1 Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) dans la Région africaine	98
11.2 Transition pour la poliomyélite et stratégie post-certification.....	101
11.3 Surveillance globale des maladies à prévention vaccinale dans le cadre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030	102
12 Annexes.....	103
Annexe 1. Poliovirus, poliomyélite et vaccins antipoliomyélitiques	103
Annexe 2. Classification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et riposte	111
Annexe 3. Chronologie de l'éradication de la poliomyélite et des poliovirus dans la Région africaine	112
Annexe 4. Indicateurs de qualité pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë	114
Annexe 5. Exemples de formulaires	122
IDENTIFICATION Nom du district sanitaire le plus proche	124
Diagnostic provisoire-----	124
Antécédents vaccinaux	124
Prélèvement des échantillons de selles	125
Annexe 6. Investigation des cas de paralysie flasque aiguë	133
Annexe 7. Groupes de population spécifiques	137
Annexe 8. Échantillonnage des selles des contacts proches des cas de paralysie flasque aiguë	142
Annexe 9. Promptitude de détection des cas et des virus	144
Annexe 10. Ressources techniques de référence	146
Formulaire d'investigation des cas détaillé.....	149
Aucun	150
Fournir toute autre information jugée pertinente pour décrire la zone dans laquelle réside le foyer concerné.	150
Droit(e)	152
Modèle de formulaire d'investigation des poliovirus à partir d'échantillons environnementaux	163

Remerciements

Les présentes lignes directrices révisées rendent compte des contributions des épidémiologistes, des personnels de laboratoire, ainsi que d'autres spécialistes de la santé publique chargés de la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë et des poliovirus au niveau des districts, des provinces, des pays et de toute la Région africaine de l'OMS. Les nombreux enseignements tirés lors des revues documentaires et des examens sur le terrain des activités de surveillance de la paralysie flasque aiguë ont également été pris en considération.

Nous souhaitons saluer les contributions des experts en surveillance des principaux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) œuvrant au sein du groupe de travail sur la surveillance de l'IMEP, notamment les représentants de l'OMS à l'échelle mondiale et régionale, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Fondation Bill et Melinda Gates et le Rotary International.

Nous tenons à remercier les auteurs des divers articles, documents de travail et autres rapports pertinents cités dans la partie dédiée aux références des présentes lignes directrices.

Enfin, nous remercions le D^rTicha Johnson Muluh, responsable régional de la surveillance des maladies à prévention vaccinale (UCN/AFRO), le D^r Anfumbom Womeyi Kfutwah, coordonnateur régional du réseau mondial des laboratoires pour la poliomyélite (PEP/AFRO) et le D^r Rudi Tangermann, consultant à la Fondation Bill et Melinda Gates, pour la coordination de la mise à jour des présentes lignes directrices en 2023, ainsi que le D^r Ahmed Jamal, coordonnateur du programme d'éradication de la poliomyélite au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, pour la création d'un environnement propice au travail et au soutien.

Liste des acronymes et sigles

AFR	Région africaine de l'OMS	PVDV1	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1
AMR	Région OMS des Amériques	PVDV2	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2
ANC	Autorité nationale chargée du confinement	PVDV3	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 3
ARN	Acide ribonucléique	PVDVa	Poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale
AVADAR	Détection auto-visuelle et notification des cas de paralysie flasque aiguë	PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
AVS	Activité de vaccination supplémentaire	PVDVc1	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1
CNC	Comité national de certification	PVDVc2	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2
CNEP	Comité national d'experts de la poliomyélite	PVDVc3	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019	PVDVi	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficiences
DG	Directeur général de l'OMS	PVS	Poliovirus sauvage
DIP	Déficit immunitaire primitif	PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
DIT	Différenciation intra typique	PVS2	Poliovirus sauvage de type 2
EIIP	Événements indésirables d'intérêt particulier	PVS3	Poliovirus sauvage de type 3
ELV	Événement lié au vaccin	RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
EMG	Électromyographie	SA	Surveillance active
EMR	Région OMS de la Méditerranée orientale	SC	Surveillance communautaire
EPE	Établissement autorisé à détenir des stocks essentiels de poliovirus	SE	Surveillance environnementale
EPID	Identification épidémiologique	SEAR	Région OMS de l'Asie du Sud-Est
ERC	Comité d'experts	SGB	Syndrome de Guillain-Barré
EUR	Région européenne de l'OMS	SIG	Système d'information géographique
EVNP	Entérovirus non poliomyélitique	SL	Type Sabin
GACVS	Comité consultatif mondial de l'OMS pour la sécurité des vaccins	VP1	Protéine virale 1
GCC	Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite	VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
GPS	Système de positionnement mondial	VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
GTN	Groupe de travail national pour le confinement	VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	VPOm	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
JNV	Journée nationale de vaccination	VPOm1	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 1
LCS	Liquide cérébrospinal	VPOm2	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2
LNP	Laboratoire national pour la poliomyélite	VPOm3	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 3
LRR	Laboratoire régional de référence	VPOn	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral
MPV	Maladie à prévention vaccinale	VPOn2	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
OMS	Organisation mondiale de la Santé	VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
ONG	Organisation non gouvernementale	WebIFA	Information en ligne pour l'action
OUA	Organisation de l'Unité africaine	WPR	Région du Pacifique occidental de l'OMS
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays		
PEV	Programme élargi de vaccination		
PFA	Paralysie flasque aiguë		
PFANP	Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique		
POLIS	Système d'information sur la poliomyélite		
POS	Procédures opérationnelles standardisées		
PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin		
PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale		

Liste des tableaux

Tableau 1. Sites de surveillance active classés par ordre de priorité et fréquence des visites	23
Tableau 2. Symptômes et diagnostics consignés dans les registres indiquant un cas de paralysie flasque aiguë	26
Tableau 3. Exemples d'activités par type de population spécifique	35
Tableau 4. Principales utilisations des données de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus pour les décideurs des programmes	54
Tableau 5. Exemples de technologies mobiles numériques utilisées dans les pays de la Région africaine de l'OMS.....	56
Tableau 6. Indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë relatifs à la promptitude	60
Tableau 7. Résultats de laboratoire possibles lors de la recherche de poliovirus – analyse de selles et d'échantillons environnementaux.....	78
Tableau 8. Indications d'utilisation des VPO par sérotype	109
Tableau 9. Indicateurs globaux de la promptitude de détection	115
Tableau 10. Indicateurs de promptitude des activités de terrain	116
Tableau 11. Indicateurs de la promptitude des activités de laboratoire.....	116
Tableau 12. Indicateurs essentiels de la qualité de la surveillance de paralysie flasque aiguë ..	117
Tableau 13. Indicateurs non essentiels de la surveillance de la paralysie flasque aiguë* [†]	119
Tableau 14. Indicateurs non essentiels concernant les comportements de recours aux soins* [†]	119
Tableau 15. Indicateurs non essentiels concernant la surveillance communautaire.....	120
Tableau 16. Indicateurs liés au genre	121
Tableau 17. Groupes de population spécifiques	137
Tableau 18. Échantillonnage des selles des contacts proches des cas de paralysie flasque aiguë	142
Tableau 19. Retards dans la détection et mesures d'atténuation possibles	144
Tableau 20. Ressources techniques pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus	146

Principaux objectifs du guide pratique

Le présent document fournit aux agents de santé chargés de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus à tous les niveaux du système de santé au sein des États Membres de la Région africaine un outil complet pour guider et faciliter la mise en œuvre des activités de surveillance. Les lignes directrices régionales sont une actualisation d'un document précédent et mettent en lumière les récentes évolutions techniques et opérationnelles importantes en matière de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus. Elles constitueront un document de référence utile et serviront également pour la formation et la sensibilisation des techniciens et des médecins sur le terrain impliqué dans la surveillance de la poliomyélite.

Public cible. Ce guide pratique vise à aider les personnes chargées de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus dans leurs tâches quotidiennes, mais aussi dans la clarification et la résolution des problèmes de surveillance rencontrés sur le terrain. Cet outil sera également très utile dans le cadre de l'initiation et de la formation en situation de travail de tout personnel de santé publique nouvellement recruté dont le mandat comprend la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus. Un autre groupe cible est constitué par les gestionnaires de données qui recueillent, analysent et diffusent les données de vaccination et de surveillance, et doivent se familiariser avec les principes et les processus de base de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus.

Globalement, les lignes directrices font ressortir trois aspects essentiels à la réussite du programme d'éradication de la poliomyélite :

- 1) la vitesse de détection des poliovirus ;
- 2) la qualité de la surveillance au niveau infranational ; et
- 3) la nécessité d'intégrer la surveillance des poliovirus à la surveillance d'autres maladies à prévention vaccinale, tout en préservant la qualité de la surveillance de la poliomyélite.

Contenu principal. Les lignes directrices actualisées présentent des stratégies et des activités bien établies en matière de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus à l'intention des pays afin qu'ils puissent établir et maintenir un système de surveillance suffisamment sensible pour détecter tout poliovirus circulant, notamment les poliovirus sauvages, les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et les virus de type Sabin, ou conclure que leur territoire reste exempt de poliovirus.

Ce document s'appuie sur plusieurs lignes directrices mondiales et documents techniques récemment publiés, notamment le [Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024](#) (voir également l'Annexe 10. Ressources techniques de référence) et les Lignes directrices mondiales actualisées pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë.¹ (Voir également [l'Annexe 5.](#))

Les principaux défis liés à la surveillance dans la Région africaine sont mis en évidence et de nouveaux outils sont présentés, en particulier ceux visant à améliorer la sensibilité de la surveillance et à accroître la vitesse de détection des poliovirus circulants. Parallèlement aux indicateurs bien établis pour évaluer la qualité de la surveillance, les lignes directrices actualisées exposent de nouveaux indicateurs, notamment pour rendre de l'exécution en temps utile des activités sur le terrain.

Résumé des chapitres. Le présent document s'articule autour de 11 chapitres indépendants pour une consultation rapide d'un sujet d'intérêt spécifique sans nécessité de parcourir l'ensemble des pages. Après un exposé des objectifs généraux, le [chapitre 1](#) propose une introduction à la poliomyélite et un

¹ Publié mi-2023.

aperçu de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite, notamment de la situation actuelle dans la Région africaine, suivi de chapitres sur les principes ([chapitre 2](#)) et les principales stratégies ([chapitre 3](#)) de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Le [chapitre 4](#) détaille toutes les activités de détection, de notification et d'investigation des cas de paralysie flasque aiguë. Les chapitres suivants portent sur le suivi de l'efficacité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë ([chapitre 5](#)), la surveillance environnementale ([chapitre 6](#)), le rôle des laboratoires ([chapitre 7](#)) et les fonctions de soutien et logistique liées à la surveillance ([chapitre 8](#)). Le [chapitre 9](#) décrit les activités nécessaires pour améliorer la surveillance lors de flambées épidémiques, tandis que le [chapitre 10](#) donne un aperçu des principes de certification du statut de pays exempt de poliomyélite et du confinement des poliovirus en laboratoire. Le [chapitre 11](#) souligne la nécessité pour tous les pays de la Région africaine de renforcer l'intégration de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus dans les systèmes nationaux de surveillance des maladies à prévention vaccinale et des maladies infectieuses.

Précisions pour les chapitres importants dans les annexes. Pour que le texte principal conserve toute sa lisibilité, certains documents plus détaillés, tels que les modes opératoires normalisés, d'autres protocoles et listes, figurent dans des [annexes](#). Les notes et les liens dans les chapitres respectifs renvoient les lecteurs qui souhaitent en savoir plus sur un sujet donné vers ces annexes. Enfin, [l'Annexe 10](#) énumère les documents de référence et ressources pertinents, avec des hyperliens pour les documents disponibles sur Internet.

Toutes les entrées de la table des matières au début du document comportent un hyperlien vers le chapitre et la section respectifs, ce qui facilitera la navigation pour les lecteurs utilisant la version numérique du document.

1 Introduction

1.1 Poliovirus et poliomyélite

La poliomyélite est une maladie très contagieuse causée par un entérovirus humain appelé poliovirus. Le poliovirus possède un génome constitué d'acide ribonucléique (ARN) protégé par une enveloppe protéique appelée capsid. Chacun des trois sérotypes de poliovirus sauvage (PVS, de type 1, de type 2 et de type 3) présente une protéine de capsid légèrement différente. De manière générale, l'immunité contre un sérotype ne confère pas d'immunité contre les autres sérotypes.

Le virus se transmet principalement par voie oro-fécale à la suite d'un contact avec les selles d'une personne infectée, le plus souvent dans des zones où les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène sont insuffisants. La transmission se produit également par les gouttelettes émises lors d'éternuements ou de toux (transmission oro-orale), bien qu'elle soit moins fréquente et survienne essentiellement lorsque les conditions d'hygiène et d'assainissement sont relativement meilleures. Le poliovirus pénètre dans l'organisme par la bouche et se multiplie dans l'intestin. Les personnes infectées excrètent le poliovirus pendant plusieurs semaines dans l'environnement où il peut se propager rapidement au sein d'une communauté, en particulier si les conditions d'assainissement sont mauvaises.

Chez les personnes non immunisées, l'infection par un poliovirus (poliovirus sauvage ou poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale) se traduit généralement de deux façons :

- dans la plupart des cas, l'infection par le poliovirus est asymptomatique ou ne s'accompagne que de symptômes bénins non spécifiques, sans atteinte du système nerveux central ;

- dans moins de 1 % des cas, l'infection par le poliovirus atteint le système nerveux central et provoque une paralysie, évoluant vers une maladie potentiellement mortelle appelée poliomyélite paralytique.

Bien qu'il n'existe pas de traitement curatif de la poliomyélite, il est possible de prévenir cette maladie par la vaccination. Deux types de vaccin sont disponibles : le vaccin antipoliomyélitique vivant atténué administré sous forme orale (que l'on appelle le vaccin antipoliomyélitique oral, en abrégé VPO) directement dans la bouche, et le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), « tué », sous forme injectable.

Indications relatives aux annexes

Cette section donne un aperçu général du poliovirus. Des informations plus détaillées figurent à l'[Annexe 1. Poliovirus](#).

Si ces deux types de vaccin présentent un profil d'innocuité et d'efficacité bien établi, le succès de la campagne d'éradication de la poliomyélite est néanmoins en grande partie lié à l'utilisation généralisée du vaccin antipoliomyélitique oral qui offre un bon rapport coût-efficacité. En effet, contrairement au vaccin antipoliomyélitique inactivé, le vaccin antipoliomyélitique oral stimule non seulement une réponse immunitaire humorale assurée par la production d'anticorps, mais induit aussi une immunité muqueuse dans les intestins du receveur. Ainsi, le vaccin antipoliomyélitique oral renforce plus efficacement l'immunité collective ou la protection de l'ensemble de la population par rapport aux effets du vaccin antipoliomyélitique inactivé.

Malheureusement, dans de très rares circonstances (environ 1 cas sur 2,7 millions), les souches Sabin atténuées contenues dans le vaccin antipoliomyélitique oral provoquent une poliomyélite paralytique associée au vaccin chez la personne vaccinée ou un contact proche et non immunisé.

De plus, l'excrétion et la transmission prolongées au sein de populations mal vaccinées peuvent, en de rares occasions, entraîner une mutation génétique du virus vaccinal du vaccin antipoliomyélitique oral pour devenir un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV). Les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale peuvent reverser vers la virulence, provoquer des cas de poliomyélite paralytique et commencer à circuler, causant des flambées de poliomyélite. L'identification des trois sérotypes (voir ci-dessus) de PVDV indique que le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent utilisé pendant de nombreuses années dans le cadre des campagnes d'éradication de la poliomyélite contenait des virus atténués des trois sérotypes.

Il existe trois catégories de PVDV : circulants, associés à une immunodéficience et ambigus. Les PVDV, notamment les flambées épidémiques de poliomyélite provoquées par ces virus, constituent un obstacle à l'éradication de la maladie.

Indications relatives aux annexes

Pour plus d'informations sur les PVDV, voir l'[Annexe 2. Classification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et riposte](#).

Malgré les progrès considérables réalisés en vue d'éradiquer le poliovirus sauvage dans le monde et la Région africaine de l'OMS, qui est devenue la cinquième Région de l'OMS à être certifiée exempte de poliovirus sauvage en 2020, des flambées de PVDV circulant continuent de sévir dans cette Région, notamment de type 2. Les activités de riposte aux flambées causées par les PVDV circulants sont devenues un axe majeur du programme d'éradication de la poliomyélite.

1.2 Éradication de la poliomyélite

L'incidence mondiale de la poliomyélite a rapidement diminué grâce à l'utilisation généralisée du vaccin antipoliomyélitique au milieu du 20^e siècle. Face à l'éradication quasi-totale du poliovirus sauvage dans la

Région des Amériques de l'OMS où sont menées des campagnes nationales de vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral (la Région a été certifiée exempte de poliovirus sauvage en 1994), l'Assemblée mondiale de la Santé adopte en 1988 une résolution appelant à l'éradication mondiale de la poliomyélite.

L'éradication mondiale de la poliomyélite présente au moins trois avantages :

1. **Réduction de la morbidité et de la mortalité.** Avant la vaccination, la poliomyélite était la principale cause de handicap. Avec l'éradication des poliovirus sauvages de types 2 et 3 (PVS2 et PVS3), l'incidence de l'infection a été réduite à zéro cas, ce qui a permis d'éviter des milliers de décès liés à la poliomyélite et de protéger des millions d'enfants contre les risques de handicap à vie.
2. **Systèmes de santé renforcés.** Le programme d'éradication de la poliomyélite a non seulement renforcé la collaboration entre les systèmes de surveillance et les réseaux de laboratoires, mais a aussi contribué à revitaliser les programmes de vaccination et à améliorer la planification, la gestion et l'évaluation du système de santé.
3. **Impact économique.** L'éradication du dernier sérotype (PVS1) supprimerait la nécessité de vacciner contre la poliomyélite, entraînant une économie totale estimée à 1,5 milliard de dollars É.-U. par an.

L'éradication de la poliomyélite est possible car :

- le poliovirus infecte uniquement l'intestin humain – il n'existe pas de réservoir animal ;
- le poliovirus ne survit que pendant une durée limitée dans l'environnement ;
- il existe des vaccins peu coûteux et efficaces pour protéger la population et prévenir complètement la maladie.

Plus de 200 pays et territoires sont parvenus à éliminer la circulation du poliovirus sauvage grâce à des stratégies éprouvées pour :

- atteindre une couverture vaccinale systématique élevée (> 90 %) au cours de la première année de vie avec au moins trois (3) doses de vaccin antipoliomyélitique ;
- mener des activités de vaccination supplémentaires de haute qualité visant à enrayer les flambées et à interrompre la propagation du virus ;
- mettre en place un système de surveillance sensible du poliovirus.

La certification de l'éradication des poliovirus sauvages doit respecter les critères suivants (voir également le [chapitre 10](#)) :

- aucune transmission de poliovirus sauvage détectée d'aucune source pendant une période d'au moins trois (3) ans ;
- surveillance mondiale des poliovirus de qualité adéquate et conforme à la certification ;
- confinement sûr et sécurisé de tous les poliovirus sauvages conservés dans des établissements, tels que les laboratoires et les installations de fabrication de vaccins.

La certification mondiale de l'éradication des poliovirus sauvages devra être soutenue par des exigences de confinement de tous les poliovirus utilisés dans la fabrication de vaccins et conservés en laboratoire, ainsi que par l'arrêt de l'utilisation de tous les vaccins antipoliomyélitiques vivants afin d'éliminer le risque d'émergence de PVDV.

Depuis son lancement en 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a réalisé des progrès considérables vers l'objectif d'éradication des poliovirus sauvages. Cinq des six Régions de l'OMS ont été certifiées exemptes de tout poliovirus sauvage : la Région des Amériques (1994), la Région du Pacifique occidental (2000), la Région européenne (2002), la Région de l'Asie du Sud-Est (2014) et la Région africaine (2020).

La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a certifié l'éradication mondiale de deux des trois sérotypes de poliovirus, le type 2 et le type 3, notifiés respectivement pour la dernière fois en 1999 et 2012. Au premier trimestre 2023, période de rédaction du présent rapport, seul le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) reste en circulation dans deux pays de la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS toujours classés comme pays d'endémie, à savoir l'Afghanistan et le Pakistan.

1.3 Surveillance des poliovirus

À mesure que l'IMEP se rapproche de l'objectif mondial d'éradication du poliovirus sauvage, il devient de plus en plus important de mettre en place une surveillance sensible permettant de conclure avec certitude à l'absence de circulation du poliovirus. Cela vaut en particulier pour la Région africaine de l'OMS, où les pays exempts de poliovirus sauvages ont besoin d'une surveillance continue de haute qualité pour s'assurer de conserver leur statut et de maintenir leur territoire libre de circulation de poliovirus sauvages. Ces pays doivent également être en mesure de détecter de nouvelles flambées liées à des importations de virus ou à l'émergence d'un PVDV et d'intervenir rapidement.

De même, une surveillance sensible est indispensable pour suivre les progrès accomplis vers la maîtrise des flambées de PVDV circulants dans les pays concernés de la Région africaine.

À ce jour, la surveillance des poliovirus permettant la détection fiable et rapide de tous les types de poliovirus (poliovirus sauvages, PVDV, virus de type Sabin) est principalement assurée par une surveillance des cas de paralysie flasque aiguë et environnementale.

1. **Surveillance de la paralysie flasque aiguë.** Ce système de surveillance syndromique basée sur l'identification des cas est utilisé à l'échelle mondiale et dans les 47 États Membres de la Région africaine. L'objectif est d'identifier tous les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) chez les enfants de moins de 15 ans et de confirmer la présence ou l'absence de poliovirus en analysant les échantillons de selles prélevés de cas de paralysie flasque aiguë dans des laboratoires accrédités par l'OMS. La surveillance de la paralysie flasque aiguë est essentielle pour guider les progrès de l'éradication de la poliomyélite dans le monde et la Région africaine (voir les [chapitres 2, 3, 4 et 5](#)).
2. **Surveillance environnementale.** La surveillance de la paralysie flasque aiguë est complétée par la surveillance environnementale qui consiste à analyser systématiquement des échantillons d'eaux usées à la recherche de poliovirus dans des lieux spécifiques. La surveillance environnementale est mise en œuvre dans un nombre croissant de pays à l'échelle du monde. Au niveau de la Région africaine de l'OMS, 42 des 47 États Membres (89 %) utilisent cet outil à la fin du premier semestre 2023. Mise en œuvre de façon supervisée dans des lieux appropriés, la surveillance environnementale fournit des données qui peuvent accroître de manière significative la sensibilité de détection des poliovirus en vue de démontrer une poursuite de la circulation ou de renforcer la certitude qu'une zone ou un pays est exempt de poliomyélite (voir le [chapitre 6](#)).
3. **Surveillance des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à une immunodéficiences (PVDVi).** Un troisième système de surveillance spécialisée – la surveillance des PVDVi – est actuellement mis en place dans certains pays de la Région africaine et dans le monde, afin

d'identifier les personnes atteintes d'un déficit immunitaire primitif caractérisé par une dysfonction des lymphocytes B servant à la production d'anticorps. Dans certains cas, le système immunitaire de ces personnes est incapable d'éliminer l'infection intestinale due au vaccin antipoliomyélique oral, pouvant entraîner l'excrétion de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (« ²PVDVi ») sur de longues périodes. Ces excréteurs chroniques de poliovirus représenteront un grave problème à l'avenir, après l'arrêt de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral à l'échelle mondiale, car ils pourraient être à l'origine d'une nouvelle circulation de poliovirus au sein de communautés. (Voir également l'[annexe 2](#).)

Les trois systèmes ci-dessus bénéficient d'un soutien vital de la part du Réseau régional africain de laboratoires pour la poliomyélite (voir le [chapitre 7](#)) ainsi que de laboratoires mondiaux spécialisés dans la poliomyélite. Ces laboratoires effectuent des tests de confirmation sur des échantillons de selles et environnementaux, selon des procédures d'isolement du virus, de différenciation intra typique et de séquençage génomique.

Les données épidémiologiques et virologiques générées par les systèmes de surveillance de la paralysie flasque aiguë et de surveillance environnementale sont communiquées au Bureau régional de l'Afrique (voir le [chapitre 5](#)) où elles sont analysées, intégrées et transmises chaque semaine au niveau mondial de l'OMS afin d'évaluer « en temps réel » les progrès accomplis vers l'éradication mondiale.

1.4 Grandes étapes de l'éradication de la poliomyélite et des poliovirus dans la Région africaine de l'OMS

Lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur l'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale en 1998, le poliovirus sauvage était endémique dans l'ensemble des États Membres et des sous-régions de la Région africaine de l'OMS. La plupart des pays de la Région africaine de l'OMS ont mis en œuvre des activités d'éradication de la poliomyélite à partir de 1998, soit 10 ans après la résolution de 1988. (Voir également l'Annexe 3. Chronologie de l'éradication de la poliomyélite et des poliovirus dans la Région africaine).

En 2000, onze pays africains ont commencé à notifier des poliovirus sauvages par confirmation en laboratoire de cas de paralysie flasque aiguë déclarés. Des flambées épidémiques de poliomyélite ont été détectées en Angola en 1999 (55 cas), ainsi qu'à Cabo Verde (12 cas). En 2001, seuls 14 des 47 États Membres de la Région africaine de l'OMS avaient atteint une qualité de surveillance des cas de paralysie flasque aiguë conforme à la norme de certification.

Grâce aux progrès de l'IMEP dans toutes les Régions d'endémie restantes de l'OMS, le nombre de pays d'endémie de poliomyélite est passé à 10 (Afghanistan, Angola, Égypte, Éthiopie, Inde, Niger, Nigéria, Pakistan, Somalie et Soudan) en 2001, puis à six en 2003 (Afghanistan, Égypte, Inde, Niger, Nigéria et Pakistan).

Au milieu de l'année 2003, la suspension des activités de vaccination dans les États d'endémie de poliomyélite au nord du Nigéria en raison de fausses rumeurs sur le vaccin a entraîné une résurgence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine. À la fin de 2004, plus d'une douzaine de pays de la Région africaine et au-delà ont été touchés par des importations de poliovirus sauvage en

² Guidelines for Implementing Poliovirus Surveillance among Patients with Primary Immunodeficiency Disorders (PID), OMS, 2022. Disponible en anglais à l'adresse : https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Guidelines-for-Implementing-PID-Suveillance_EN.pdf

provenance du Nigéria. Cinq pays ont observé une reprise de la transmission du poliovirus sauvage sur leur territoire : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la République centrafricaine et le Tchad.

À la fin de 2005, des campagnes de vaccination de masse ont permis d'interrompre la transmission dans la plupart des pays touchés par des flambées épidémiques, à l'exception d'un pays considéré comme « endémique » (Nigéria), de deux pays ayant connu une reprise de la transmission (Mali et Tchad) et de quatre pays où des importations récentes ont été à l'origine d'épidémies.

1.5 Principales difficultés liées à la surveillance de la poliomyélite dans la Région africaine

Actuellement, la qualité et la sensibilité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë dans la Région africaine se heurtent aux difficultés suivantes :

- des lacunes au niveau de la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë persistent à l'échelle infranationale dans de nombreux pays de la Région, en particulier dans des zones reculées et difficiles d'accès ou lorsque les réseaux de surveillance ne couvrent pas des groupes de population spécifiques ;
- des retards considérables dans l'envoi des échantillons aux laboratoires accrédités par l'OMS subsistent dans la Région, ce qui retarde la confirmation des cas de poliomyélite et la riposte aux flambées épidémiques, et permet au poliovirus de continuer de se propager ;
- la rotation et l'attrition rapides du personnel ainsi que la formation, la supervision et le suivi insuffisants affectent la qualité de la surveillance sur le terrain et en laboratoire et entraînent la perte de compétences, d'aptitudes et de mémoire institutionnelle ;
- dans les pays exempts de poliomyélite depuis de nombreuses années, la priorité n'étant plus accordée aux activités de lutte contre la poliomyélite, la qualité et la sensibilité de la surveillance diminuent. Par conséquent, les importations de poliovirus ou les nouvelles émergences de PVDV et les flambées qu'elles déclenchent ne sont détectées que très tardivement, ce qui a une incidence sur l'efficacité de la riposte ;
- la faible couverture vaccinale systématique dans certains pays et le grand nombre de personnes sensibles sont propices à une transmission virale persistante ;
- une faible appropriation de la surveillance de la part des pouvoirs publics de nombreux pays qui dépendent largement des donateurs en raison des financements nationaux insuffisants ;
- l'insécurité qui crée des zones/géographies inaccessibles aux activités de surveillance, y compris de supervision et de recherche des cas.

2 Principes de la surveillance de la paralysie flasque aiguë

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est un système de surveillance basé sur l'identification des cas qui permet de détecter et de signaler le syndrome de paralysie flasque aiguë chez des enfants de moins de 15 ans³, et d'analyser des échantillons de selles de tous les cas de paralysie flasque aiguë à la recherche de poliovirus. L'OMS a développé et normalisé la surveillance de la paralysie flasque aiguë, un outil utilisé par la majorité des États Membres de l'organisation, soit plus de 150 pays. Des processus, formulaires et outils similaires, des indicateurs de qualité de la surveillance et des systèmes de notification sont utilisés dans tous les pays, y compris dans les 47 États Membres de la Région africaine de l'OMS.

³ Une PFA peut également être signalée chez des personnes âgées de plus de 15 ans si le clinicien suspecte une poliomyélite paralytique.

Chaque semaine, les pays transmettent à l'OMS des données uniformes collectées grâce à ce système standardisé aux niveaux régional et mondial. Ainsi, il est possible de suivre en temps réel les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs d'éradication régionaux et mondiaux, mais aussi de détecter et de cibler les zones où la qualité de la surveillance est insuffisante.

La détection des poliovirus circulants est particulièrement difficile du fait de l'épidémiologie et des caractéristiques de la poliomyélite :

- seule une infection par le poliovirus sauvage sur 200 entraîne une paralysie chez des personnes non immunisées. La grande majorité des infections à poliovirus sont donc « silencieuses », car elles ne provoquent pas de paralysie. Néanmoins, les personnes infectées mais asymptomatiques excrètent le virus pendant plusieurs semaines et peuvent transmettre la maladie ;
- même si une infection par un poliovirus provoque une paralysie, le tableau clinique de la poliomyélite paralytique n'est pas propre à la poliomyélite, mais très similaire à celui d'autres maladies neurologiques, telles que le syndrome de Guillain-Barré (SGB) – la cause non poliomyélitique la plus courante de la paralysie flasque aiguë.

Pour surmonter ces difficultés, deux mesures essentielles ont été convenues dans les années 1990 pour améliorer la sensibilité du système de surveillance :

- classer la paralysie flasque aiguë comme syndrome à déclaration obligatoire ;
- analyser les échantillons de selles provenant de cas de paralysie flasque aiguë dans des laboratoires accrédités et dont la qualité est contrôlée par l'OMS, afin de distinguer les cas de paralysie flasque aiguë dus à la poliomyélite des cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique.

2.1 Classement de la paralysie flasque aiguë comme syndrome à déclaration obligatoire

Au lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), la plupart des pays ne notifiaient que des cas de poliomyélite cliniquement confirmés. La poliomyélite n'était que l'une des nombreuses maladies notifiées au moyen de systèmes de surveillance des maladies, souvent une seule fois par an. Compte tenu de l'épidémiologie et des caractéristiques de la poliomyélite, les cas cliniques ne représentent que la « partie émergée de l'iceberg » de nombreuses infections silencieuses, il était difficile de détecter de nouveaux cas et de riposter aux flambées épidémiques de poliomyélite de manière rapide et efficace.

Définition d'un cas de paralysie flasque aiguë

Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque ou une faiblesse musculaire soudaine ou toute personne, quel que soit son âge, atteinte d'une maladie paralytique, pour laquelle un clinicien suspecte une poliomyélite.

De plus, la notification de « cas de poliomyélite cliniquement confirmés » incluait très probablement un certain nombre de cas de paralysie aiguë *non* liés à la poliomyélite, car les premiers symptômes de certaines maladies neurologiques sont proches de ceux de la poliomyélite. L'éradication devait s'appuyer sur un système de surveillance sensible pour détecter le poliovirus.

Plutôt que de notifier uniquement les cas qui semblaient être liés à une poliomyélite sur le plan clinique, il a été décidé de mettre en place un système de détection, de notification et d'investigation rapides de tous les cas présentant une paralysie de type poliomyélitique, autrement dit des cas de paralysie flasque aiguë, suivis d'analyses en laboratoire pour confirmer ou exclure la poliomyélite comme cause. Ainsi, la paralysie flasque aiguë, ou **PFA**, a été classée comme **syndrome** à déclaration obligatoire.⁴ Il convient de

⁴ De même, l'éradication de la variole a adopté la détection et l'investigation du syndrome « éruption cutanée et fièvre ».

noter que la paralysie flasque aiguë n'est ni un diagnostic ni une maladie, mais le syndrome principal (ensemble de symptômes associés) de plusieurs maladies neurologiques, notamment la poliomyélite paralytique.

Cette définition syndromique sensible basée sur l'identification des cas englobe non seulement la poliomyélite aiguë, mais aussi d'autres maladies aux symptômes similaires, notamment le syndrome de Guillain-Barré, la myélite transverse et la névrite traumatique. Par conséquent, tout cas de paralysie flasque aiguë doit être caractérisé par des analyses en laboratoire afin de confirmer ou d'exclure une poliomyélite. (L'[Annexe 1. Poliovirus, poliomyélite et vaccins antipoliomyélitiques](#) fournit de plus amples informations sur les poliovirus, la poliomyélite, les signes et symptômes cliniques de la poliomyélite et les vaccins antipoliomyélitiques).

2.2 Analyse de tous les échantillons de selles par un laboratoire accrédité par l'OMS

Les poliovirus se transmettent principalement d'une personne à l'autre par la voie oro-fécale dans des zones où l'assainissement et l'hygiène sont insuffisants et où l'accès à l'eau potable est limité. Ils se répliquent (se multiplient) dans l'intestin humain et sont excrétés par intermittence (et non en continu) dans les selles des individus infectés. L'excrétion est plus intense jusqu'à deux semaines après l'apparition de la paralysie, mais peut se poursuivre encore six à huit semaines.

Ces caractéristiques d'une infection par le poliovirus doivent être prises en considération lors des analyses effectuées en laboratoire afin de confirmer ou d'exclure une poliomyélite chez des enfants atteints de paralysie flasque aiguë. Les nombreuses années d'expérience du programme mondial d'éradication ont permis de confirmer que le moyen le plus fiable de tester des enfants atteints de paralysie flasque aiguë était le suivant :

- prélever deux (2) échantillons de selles, à 24 heures d'intervalle, pour chaque cas de paralysie flasque aiguë – étant donné que l'excrétion dans les selles n'est pas continue ;
- prélever ces deux échantillons le plus tôt possible, mais au plus tard dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie chez le cas de paralysie flasque aiguë ;
- utiliser une boîte de transport appropriée pour transporter les échantillons de selles vers un laboratoire accrédité par l'OMS dans les 3 jours du prélèvement des échantillons (pour plus de détails, voir la [section 4.3](#)).

Principaux indicateurs de qualité pour la paralysie flasque aiguë, Région africaine

Taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique attendu

- ✓ Au moins deux (2) cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique par an pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.
- ✓ Dans les zones touchées par une épidémie, au moins trois (3) cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique par an pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Taux d'échantillons de selles adéquats attendu

- ✓ Au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë notifiés ont fait l'objet de prélèvements de selles adéquats (2 prélèvements, >= à 24 heures d'intervalle, ET <= 14 jours d'apparition de la paralysie ET reçus au laboratoire en bon état).

Voir l'Annexe 4 pour les indicateurs essentiels et non essentiels de surveillance de la paralysie flasque aiguë.

2.3 Principaux indicateurs de qualité pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë

Pour les pays concernés, l'une des tâches les plus importantes consiste à contrôler constamment la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë afin de s'assurer de la fiabilité des données. À cette fin, l'IMEP a établi un certain nombre d'indicateurs pour suivre la sensibilité et la performance de la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Les résultats de la surveillance ne sont considérés comme fiables que si les principaux indicateurs de qualité de la surveillance atteignent et dépassent les seuils convenus.

Deux indicateurs de qualité principaux sont utilisés pour évaluer la sensibilité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë : le « taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique » et le pourcentage de cas de paralysie flasque aiguë notifiés pour lesquels des « échantillons adéquats » ont été prélevés et envoyés à un laboratoire accrédité par l'OMS.

Pour ces deux indicateurs, des seuils ont été fixés afin d'indiquer le niveau de surveillance considéré comme suffisamment fiable pour confirmer ou infirmer une circulation du poliovirus dans une zone donnée.

- 1) *Taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique.* Cet indicateur mesure le niveau de précision avec lequel le système détecte et signale tous les cas de paralysie flasque aiguë chez des personnes de moins de 15 ans. L'expérience de nombreux pays a montré que, même en l'absence de circulation de poliovirus, un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë n'est suffisamment sensible pour détecter des poliovirus que si au moins un (1) cas de paralysie flasque aiguë *non dû à la poliomyélite* (également appelé PFA non poliomyélitique) par an est signalé pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans. Dans la Région africaine de l'OMS, en raison du risque accru de poliomyélite dans de nombreux pays, le taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique attendu a été augmenté à au moins 2 cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans par an.

Définition d'échantillons de selles adéquats

Les échantillons de selles de cas de paralysie flasque aiguë sont considérés comme adéquats si a) deux échantillons ont été prélevés à au moins 24 heures d'intervalle, b) dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, c) arrivant au laboratoire en « bon » état, autrement dit les échantillons sont de quantité suffisante et conservés dans un contenant adapté à une température inférieure à 8 °C, et non séchés.

Voir l'Annexe 4 pour les indicateurs essentiels et non essentiels de la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

- 2) *Taux d'échantillons de selles adéquats (ou « adéquation des échantillons de selles »),* à savoir le pourcentage de cas de paralysie flasque aiguë notifiés pour lesquels des échantillons de selles adéquats (voir l'encadré ci-dessus) sont disponibles pour une analyse dans un laboratoire accrédité par l'OMS. Ce pourcentage doit être au moins égal à 80 %.

Cet indicateur est important car la présence ou l'absence du poliovirus comme cause de paralysie flasque aiguë ne peut être déterminée de manière fiable par le laboratoire que si deux échantillons « adéquats » ont été prélevés et envoyés dans les délais convenus.

Le taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique cible attendue d'au moins 2/100 000 cas âgés de moins de 15 ans peut être élevé dans les scénarios où la surveillance de la paralysie flasque aiguë doit être améliorée, par exemple en cas de présence ou de suspicion de poliovirus. Dans les pays à risque ou touchés par une flambée épidémique, le taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique attendu sera porté à 3/100 000 pour une meilleure notification des cas de paralysie flasque aiguë. ([Voir l'Annexe 4. Indicateurs de qualité pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë.](#))

3 Stratégies de surveillance de la paralysie flasque aiguë

La surveillance épidémiologique consiste en la collecte, l'analyse, l'évaluation et la diffusion systématiques et continues de données sanitaires aux fins de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des mesures de lutte contre les maladies. La surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus est une composante essentielle des efforts d'éradication mondiale et régionale de la poliomyélite. En effet, sans surveillance sensible, il serait impossible de cibler les campagnes de vaccination et de suivre les progrès accomplis vers l'objectif d'éradication.

Dans les pays de la Région africaine de l'OMS, deux grandes stratégies sont utilisées pour détecter et notifier les cas de paralysie flasque aiguë : la surveillance passive ou systématique de la paralysie flasque aiguë et la surveillance active de la paralysie flasque aiguë. La notification générale des cas de paralysie flasque aiguë est complétée par la notification communautaire, ainsi que par d'autres stratégies de détection et de notification des cas de paralysie flasque aiguë dans des groupes de population spécifiques et des zones inaccessibles ou difficiles d'accès.

3.1 Surveillance passive (systématique) de la paralysie flasque aiguë

Qu'est-ce que la surveillance passive (systématique) de la paralysie flasque aiguë ? La surveillance passive ou systématique de la paralysie flasque aiguë se définit comme la notification régulière des cas de paralysie flasque aiguë par les sites de notification, tels que les établissements de santé et les hôpitaux. Dans le cadre de la surveillance passive, contrairement à la surveillance active (voir ci-dessous), le personnel de surveillance des provinces ou des districts ne recherche pas activement les cas de paralysie flasque aiguë, mais dépendent de milliers de points focaux au sein d'établissements de santé pour détecter et notifier les cas de paralysie flasque aiguë.

Définition de la surveillance systématique

La surveillance systématique est un processus par lequel les sites de notification sont tenus a) de notifier immédiatement tout cas de paralysie flasque aiguë observé sur un site et b) d'envoyer des rapports hebdomadaires réguliers aux autorités de santé publique, même si aucun cas de paralysie flasque aiguë n'a été observé (« notification de zéro cas »).

La PFA est un syndrome à déclaration obligatoire pour l'ensemble de la Région. Dans la plupart des pays, la surveillance passive (systématique) de la paralysie flasque aiguë fait partie d'un système de notification des maladies à déclaration obligatoire existant.

Pour la notification passive (systématique) des cas de paralysie flasque aiguë, les points focaux du site de notification sont tenus de vérifier chaque semaine dans leur établissement si un cas de paralysie flasque aiguë a été observé. Tout cas de paralysie flasque aiguë détecté sur place doit être immédiatement

signalé, ou notifié, aux autorités de santé publique au niveau du district ou de la province. Les points focaux doivent également envoyer un rapport hebdomadaire au niveau du district, même si aucun cas de paralysie flasque aiguë n'a été constaté. C'est pourquoi la notification passive (systématique) des cas de paralysie flasque aiguë est également appelée *notification de zéro cas*. L'obligation d'envoyer régulièrement des notifications de zéro cas permet de sensibiliser les sites de notification à la nécessité de notifier tous les cas de paralysie flasque aiguë.

Chaque semaine, les équipes au niveau du district envoient des résumés des rapports sur les établissements de santé des provinces/régions, d'où ils sont envoyés au niveau national.

a) Suivi de la surveillance passive (systématique) de la paralysie flasque aiguë. Tous les pays sont tenus de contrôler l'exhaustivité et la promptitude de la notification systématique des cas de paralysie flasque aiguë, afin de détecter rapidement les lacunes au niveau de la notification et de la qualité de la surveillance. Les indicateurs de suivi de l'exhaustivité et de la promptitude de la surveillance systématique de la paralysie flasque aiguë au niveau du district et de la province/région sont les suivants :

- le pourcentage de sites désignés qui envoient des rapports hebdomadaires (« notifications de zéro cas » comprises), même en l'absence de cas, sur une période donnée (*exhaustivité*) ;
- le pourcentage de sites désignés qui envoient des rapports hebdomadaires (« notifications de zéro cas » comprises), même en l'absence de cas, dans les délais convenus (*promptitude*).

Les équipes de surveillance devraient utiliser ces indicateurs pour identifier et suivre les sites prioritaires qui n'envoient pas leur rapport hebdomadaire ou qui le font tardivement.

Les rapports sur l'exhaustivité et la promptitude de la notification passive (systématique) des districts figurent dans les rapports annuels actualisés envoyés par les pays de la Région africaine à la Commission régionale africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite chargée d'examiner ces données importantes pour la qualité de la surveillance, et de constater le maintien du statut de région exempte de poliomyélite.

b) Notification immédiate de tout cas de paralysie flasque aiguë identifié. La paralysie flasque aiguë est un syndrome à déclaration obligatoire dont les cas constituent une urgence de santé publique potentielle, dans la mesure où ils peuvent être un signe de nouvelle flambée de poliomyélite.

Par conséquent, les points focaux des sites prioritaires, ainsi que tout autre médecin, agent de santé ou informateur communautaire qui identifie un cas de paralysie flasque aiguë, sont tenus de le notifier immédiatement, à savoir dans les 24 heures, à une équipe de surveillance de la santé publique désignée en vue de procéder rapidement à une investigation et à un prélèvement d'échantillons de selles.

En plus de la notification immédiate, les informations sur le cas de paralysie flasque aiguë identifié doivent être consignées dans le formulaire de notification hebdomadaire des maladies à déclaration obligatoire. Les rapports de surveillance hebdomadaires, y compris les notifications de zéro cas, doivent être régulièrement examinés afin de détecter tout cas de paralysie flasque aiguë non signalé ayant été inclus dans le rapport hebdomadaire mais non notifié immédiatement et qui pourrait également avoir été omis par le [système de surveillance active](#).

c) Difficultés liées à la mise en œuvre d'une surveillance passive (systématique). L'expérience montre que la mise en œuvre d'une surveillance passive (systématique) de la paralysie flasque aiguë peut se heurter aux principales difficultés suivantes.

- **Rapports hebdomadaires incomplets.** Le défaut répété d'envoi de rapports hebdomadaires d'un site de notification peut s'expliquer par la capacité limitée de l'équipe au niveau du district ou de la province à assurer un suivi avec des sites de notification « silencieux » ou à mener des activités

de formation et de sensibilisation pour tous les sites de notification. Il est important de contacter ces sites afin de connaître la raison de ce manquement. Dans ce type de situation, la surveillance active (voir ci-dessous) permet de renforcer la surveillance systématique par des visites auprès des points focaux des sites de notification importants.

- **Recul de la sensibilisation à la notification des cas de paralysie flasque aiguë.** Le manque de sensibilisation des prestataires de santé aux principes de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, à savoir l'importance de notifier les cas de paralysie flasque aiguë comme syndrome et maladie à déclaration obligatoire plutôt que la notification des cas de poliomyélite comme diagnostic, peut contribuer à la non-détection de cas de paralysie flasque aiguë sur le site de notification. Ceci peut être problématique, en particulier dans les établissements ayant un taux élevé de rotation des effectifs.

d) Confusion entre surveillance passive et active pouvant conduire à une implication insuffisante des secteurs formel et informel de la santé. Dans le cadre de la surveillance passive (systématique), les équipes de surveillance de district et de province dépendent de la notification des cas de paralysie flasque aiguë du site de notification. En revanche, pour la surveillance active (voir la section 3.2 ci-dessous), les équipes de surveillance de district et de province s'impliquent activement dans la recherche des cas de paralysie flasque aiguë en se rendant régulièrement sur les sites de surveillance.

Les enquêtes qu'un point focal de l'établissement devrait mener pour vérifier les cas de paralysie flasque aiguë avant d'envoyer le rapport hebdomadaire ont parfois été considérées comme une « surveillance active ». Néanmoins, par définition, seules les visites et les recherches du personnel externe à l'établissement sont qualifiées de *surveillance active*. Une autre pratique incorrecte observée consiste pour le personnel de santé publique chargé de la surveillance active à se rendre sur le site de surveillance active et à récupérer simplement la notification hebdomadaire « zéro cas », au lieu de rester pour rechercher des cas de paralysie flasque aiguë non notifiés dans l'établissement.

3.2 Surveillance active de la paralysie flasque aiguë

L'expérience accumulée au cours de la première phase du programme mondial d'éradication a montré que la surveillance passive (systématique) de la paralysie flasque aiguë n'est peut-être pas suffisante à elle seule, et qu'une combinaison de surveillance passive et active de la paralysie flasque aiguë correctement mise en œuvre représente la stratégie la plus efficace pour s'assurer d'une sensibilité suffisante pour détecter toute transmission en cours des poliovirus.

Cette combinaison de surveillance active et passive est vivement recommandée dans les 47 États Membres de la Région africaine.

Définition de la surveillance active

Le personnel de surveillance formé se rend régulièrement sur tous les sites de surveillance prioritaires (établissements de santé et structures communautaires prioritaires) pour entamer des recherches et une investigation de tous les cas de paralysie flasque aiguë non notifiés. Lors d'une visite, il est demandé aux points focaux sur place s'ils ont constaté un cas de paralysie flasque aiguë. Les registres et les services hospitaliers d'un

Qu'est-ce que la surveillance active ? Dans le cadre de la surveillance active, le personnel de surveillance de la santé publique formé se rend régulièrement sur les sites de notification prioritaires pour mener des recherches et une investigation des cas de paralysie flasque aiguë non notifiés. Ces sites peuvent faire partie soit du secteur formel de la santé, comme les hôpitaux tertiaires, secondaires et de district, les dispensaires, les centres de santé et les centres de réadaptation, soit du secteur informel de la santé, comme les centres de santé communautaires gérés par des ONG, les locaux des tradipraticiens, guérisseurs spirituels, rebouteux ou accoucheuses traditionnelles, les fournisseurs de médicaments brevetés ou les pharmacies.

établissement de santé ou d'un site de notification sont contrôlés afin de s'assurer qu'aucun cas de paralysie flasque aiguë n'a été omis. Ces visites servent également à sensibiliser le personnel à la surveillance de la paralysie flasque aiguë et à des autres maladies à prévention vaccinale.

Lors des visites, le personnel chargé de la surveillance active mène des entretiens avec les agents de santé et les autres informateurs potentiels, examine les dossiers des établissements de santé (registres, dossiers médicaux) et se rend dans toutes les unités et tous les services concernés des hôpitaux. Ces visites permettent également d'informer et de sensibiliser les agents de santé et le personnel des établissements de santé à l'éradication de la poliomyélite et à la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Pour être efficaces, les visites de surveillance active, notamment dans les grands hôpitaux, devraient être assurées par un personnel qualifié qui comprend le programme d'éradication de la poliomyélite et possède de bonnes compétences interpersonnelles.



- *L'expérience montre que certains pays ont utilisé efficacement la surveillance active des paralysies flasques aiguës comme plateforme de surveillance des maladies à prévention vaccinale ou d'autres maladies à tendance épidémique.*
- **[Télécharger les Meilleures pratiques de la surveillance active pour l'éradication de la poliomyélite.](#)**

a) Mise en œuvre de la surveillance active. Les principales activités de mise en œuvre d'une surveillance active efficace de la paralysie flasque aiguë sont les suivantes :

1. créer un réseau avec sélection et hiérarchisation des sites de surveillance active, suivies d'un contrôle régulier, d'un reclassement et d'un éventuel ajustement ultérieur du réseau. Il est recommandé de revoir la hiérarchisation des sites tous les six mois ;
2. identifier, pour chaque site, une personne servant de « point focal » pour la surveillance et sensibiliser les agents de santé et les informateurs potentiels à l'éradication de la polio et à la surveillance de la paralysie flasque aiguë ;
3. former et renforcer les capacités du personnel de surveillance à mener des visites de surveillance active et des activités liées à la paralysie flasque aiguë ;
4. veiller à ce que les visites de surveillance active suivent une procédure structurée pour garantir leur efficacité et qu'aucun cas de paralysie flasque aiguë n'est omis.

b) Sélection des sites de surveillance active. Un réseau de surveillance active se composera majoritairement d'établissements du secteur formel de la santé (hôpitaux, dispensaires, etc.), certains sites étant également issus du système de santé informel (dispensaires d'ONG installés dans des camps de personnes déplacées internes, tradipraticiens actifs, accoucheuses traditionnelles, etc.).

Le principal facteur à prendre en considération lors de la sélection des établissements ou des sites à intégrer dans un réseau de surveillance active est *la probabilité de prise en charge d'enfants de moins de 15 ans atteints de paralysie flasque aiguë sur place*. Dans les pays et les zones où la population a accès aux hôpitaux, les hôpitaux de moyenne et grande taille (tertiaires et secondaires), en particulier ceux dotés d'un service de pédiatrie et de neurologie, seront donc intégrés en priorité dans le réseau de surveillance active.

L'importance des grands hôpitaux a souvent été confirmée lorsque les pays constatent que la majorité des notifications de paralysie flasque aiguë à l'échelle nationale proviennent d'un nombre relativement restreint d'établissements, à savoir les hôpitaux de moyenne et grande taille (tertiaires et secondaires) du pays. En effet, lorsqu'ils sont confrontés à une urgence telle que l'apparition soudaine d'une paralysie chez leur enfant, les parents et les aidants vont plus probablement éviter les centres de santé et les petits hôpitaux locaux pour se rendre directement dans le plus grand hôpital accessible.

Sélection des sites de surveillance active

Les réseaux de surveillance active comprennent des sites de notification issus des secteurs formel et informel de la santé.

Le principal facteur à prendre en considération lors de la sélection des sites à intégrer dans le réseau de surveillance active est la probabilité que de prise en charge d'enfants de moins de 15 ans atteints de paralysie flasque aiguë par l'établissement.

Par conséquent, le principal facteur à prendre en considération lors de la sélection des sites de surveillance active devrait être :

- la probabilité de prise en charge d'enfants de moins de 15 ans atteints de paralysie flasque aiguë par l'établissement.

Les sites de surveillance active devraient également être sélectionnés de façon à garantir que :

- le réseau de surveillance active est bien réparti aux niveaux géographique et démographique et représentatif de la population d'une province ou d'un district ;
- les établissements du réseau *représentent tous les secteurs du système de santé*, des hôpitaux publics et privés aux dispensaires et centres de santé, en passant par les pharmacies, les tradipraticiens, les chefs religieux ou d'autres ressources communautaires locales.

Les prestataires de santé du secteur informel de la santé jouent un rôle essentiel, notamment dans les pays et les zones où les hôpitaux ne sont pas faciles d'accès et où les familles et les communautés s'adressent en premier recours à eux pour obtenir des soins ou des conseils. Ainsi, les prestataires de santé informels (tradipraticiens, guérisseurs spirituels, etc.) susceptibles d'être consultés par les aidants de personnes atteintes de paralysie flasque aiguë doivent être identifiés, sensibilisés et orientés vers la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Ils doivent également obtenir les noms et numéros de téléphone des personnes à contacter.

De manière générale, il est important d'évaluer et de tenir compte du comportement de recours aux soins de la population lors de la sélection et de la hiérarchisation des sites de surveillance.

c) Classement par ordre de priorité des sites de surveillance active. En fonction de la probabilité de détection de cas de paralysie flasque aiguë, tous les établissements et les sites sélectionnés pour le réseau de surveillance active doivent se voir attribuer l'une des quatre priorités suivantes : absolue, haute, moyenne et faible. Ce classement par ordre de priorité détermine la fréquence des visites du personnel de surveillance de district et de province (voir le Tableau 1). Les visites ont lieu deux fois par semaine pour les sites prioritaires absolus, une fois par semaine pour les sites hautement prioritaires, deux fois par mois

pour les sites moyennement prioritaires et une fois par mois pour les sites faiblement prioritaires. La priorité absolue doit être accordée aux sites qui enregistrent le plus grand nombre de cas de paralysie flasque aiguë.

Les sites prioritaires absolus sont les établissements ou les sites situés dans des camps de personnes déplacées internes et de réfugiés ou desservant des communautés de ces populations. Les sites hautement prioritaires comprennent généralement des établissements de santé et des hôpitaux de plus grande taille, avec un flux important de patients dans le groupe d'âge cible. Il est également recommandé de se rendre sur les sites non prioritaires de chaque district au moins une fois tous les trois mois, car les personnes atteintes de paralysie flasque aiguë peuvent consulter n'importe où.

Tableau 1. Sites de surveillance active classés par ordre de priorité et fréquence des visites

Classement		Fréquence des visites de site
Sites prioritaires absolus	Sites situés dans des camps de personnes déplacées internes ou de réfugiés, ou sites au sein de communautés accueillant ces camps.	Deux fois par semaine
Sites hautement prioritaires	Très grands hôpitaux de recours nationaux (dans certains pays) Tous les hôpitaux publics et privés tertiaires et secondaires et tous les hôpitaux dotés d'une unité de pédiatrie	Une fois par semaine
Sites moyennement prioritaires	Hôpitaux de taille moyenne, petits hôpitaux et grands centres de santé (dans certains pays) Tradipraticiens réputés pour leur capacité à traiter la paralysie (dans certaines communautés)	Toutes les deux semaines
Sites faiblement prioritaires	Postes de santé, petits établissements de santé, tradipraticiens, pharmacies susceptibles de détecter un cas de paralysie flasque aiguë	Une fois par mois
Sites non prioritaires	Site ne faisant pas partie du réseau de surveillance active, mais du réseau de surveillance systématique	Au moins une fois par trimestre

PFA = paralysie flasque aiguë



- *D'après l'expérience des pays d'endémie de poliomyélite, le nombre de sites des groupes de priorité absolue et élevée devrait être le plus faible, avec davantage de sites dans le groupe de priorité moyenne et les sites restants dans le groupe de faible priorité, à condition que le classement soit établi correctement.*

d) Actualisation du réseau de surveillance active. Les équipes de surveillance aux niveaux du pays, des provinces et des districts devraient évaluer le réseau de surveillance active deux fois par an et apporter des ajustements, si nécessaire, car le classement d'un site peut évoluer au fil du temps. Des établissements ont pu fermer ou des nouveaux ouvrir. Dans de nombreux pays, le secteur privé de la

santé connaît une croissance rapide et les nouveaux établissements pourraient appartenir principalement à ce secteur. Il convient de supprimer ou d'ajouter les sites du réseau en conséquence.

Il est particulièrement important d'ajuster le réseau de surveillance active dans les zones de conflit, car l'insécurité peut perturber le système de santé. Aussi, les équipes de surveillance de la santé publique doivent réagir en actualisant et éventuellement en élargissant le réseau de surveillance active dans les régions du pays voisines des zones inaccessibles et les

Évaluation et ajustement du réseau de sites

Le réseau de surveillance active doit être évalué et actualisé deux fois par an afin de tenir compte de l'ouverture et de la fermeture d'établissements de santé et de refléter les changements sociodémographiques de la population.

communautés d'accueil de personnes déplacées ou de réfugiés, en fonction de leur comportement de recours aux soins. Lorsque les populations n'ont plus accès régulièrement aux établissements de santé, les activités de surveillance devraient être élargies pour intégrer la notification directe des communautés touchées, en incluant les camps de personnes déplacées internes et de réfugiés, ou les ONG qui fournissent des services de santé (voir également [Surveillance communautaire](#) et [l'annexe 7](#)). Les établissements au sein de ces camps sont généralement désignés comme des sites de surveillance active « prioritaires absolus ».

e) Points focaux et agents de la surveillance des sites. Selon la taille du pays, les agents de la surveillance au niveau des districts, des provinces ou du pays seront chargés d'organiser et de programmer des visites de surveillance active régulières des sites de notification situés dans leur zone.

Pour chaque site de surveillance active, un point focal pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë doit être identifié ou désigné, le cas échéant. Bien que différents groupes puissent être envisagés pour cette fonction, selon la taille de l'établissement de santé, la priorité devrait toujours être donnée à un pédiatre, si disponible.

Le point focal pour la surveillance active a plusieurs rôles et responsabilités, notamment :

- notifier immédiatement un cas de paralysie flasque aiguë identifié et apporter un appui à son investigation ;
- collaborer avec le personnel de santé publique lors des visites de surveillance active ;
- contrôler les établissements et soumettre des rapports hebdomadaires/notifications de zéro cas pour les établissements du secteur formel de la santé.



- *L'expérience montre que, pour être efficace, une surveillance active doit faire appel à des cadres supérieurs habitués à travailler avec des cliniciens chevronnés, en particulier dans les grands hôpitaux tels que les hôpitaux universitaires. Ces professionnels peuvent être épaulés par du personnel subalterne, qui apprendra à son tour à établir des relations avec les cliniciens et éventuellement à effectuer des visites de surveillance active de manière indépendante.*

Dans le secteur informel de la santé, par exemple les locaux des tradipraticiens, les pharmacies privées ou les membres éminents de la communauté, le point focal désigné par défaut sera le prestataire de services chargé de notifier immédiatement tout nouveau cas de paralysie flasque aiguë. Ces établissements informels

ne font généralement pas partie du système de surveillance systématique et ne sont donc pas censés fournir des notifications « zéro cas » hebdomadaires.

f) Procédures pour les visites de surveillance active. Au niveau du district ou de la province, les responsables de la surveillance de la santé publique doivent se coordonner afin de planifier et d'effectuer des visites de surveillance, conformément au classement des sites et à un calendrier des visites (voir le [Tableau 1](#)).

Ci-dessous figurent les principaux points et activités que les responsables de la surveillance devraient connaître avant et pendant la visite d'un site ou d'un hôpital pour s'assurer de l'efficacité de la surveillance active.

Indications relatives aux annexes

Les agents de la surveillance doivent toujours suivre des procédures normalisées pour structurer les visites de surveillance active. Voir l'[annexe 5](#) pour obtenir un exemple de formulaire de visite de surveillance active et faciliter la collecte et le suivi des données.

1. Veiller à emporter les listes actuelles des cas de paralysie flasque aiguë pour le district ou la zone de santé où se situe l'établissement visité. Il arrive que des cas de paralysie flasque aiguë détectés dans le cadre d'une surveillance active aient déjà été notifiés précédemment. Apporter également des copies des formulaires d'investigation des cas de paralysie flasque aiguë et de demande d'analyse en laboratoire, ainsi que d'autres documents (à des fins de sensibilisation, comme le guide pratique de la paralysie flasque aiguë), si nécessaire.
2. Rencontrer, en début de visite, le point focal chargé de la surveillance dans l'établissement pour lui demander si des cas de paralysie flasque aiguë ont été détectés depuis la dernière visite et faire le point sur la surveillance et l'éradication de la poliomyélite (ou sur les progrès accomplis en faveur de la riposte aux flambées, dans les zones touchées par des flambées).
3. Visiter les unités et les services concernés et examiner les registres de patients.
 - Rechercher les cas de paralysie flasque aiguë omis ou non notifiés depuis la date de la dernière visite. Rechercher des signes, des symptômes ou des diagnostics de paralysie flasque aiguë ou associés à la paralysie flasque aiguë (voir le [Tableau 2](#) ci-dessous). Étant donné que la surveillance de la paralysie flasque aiguë cible un syndrome, il est indispensable d'examiner à la fois les diagnostics et les symptômes répertoriés dans les registres.
 - Mettre en évidence tous les cas de paralysie flasque aiguë (ou cas de paralysie flasque aiguë possibles) trouvés dans le registre directement dans celui-ci à l'aide d'un marqueur de couleur, si possible, puis vérifier par rapport à la liste des cas de paralysie flasque aiguë (ou cas de paralysie flasque aiguë possibles) trouvés dans le registre.
 - Dater et signer tous les registres de patients qui ont été examinés.
4. Effectuer un suivi des cas de paralysie flasque aiguë détectés pendant la visite.
 - Comparer avec la liste du district – si un cas de paralysie flasque aiguë a déjà été signalé et que des investigations ont été menées, aucune autre mesure n'est nécessaire.
 - Demander à consulter les dossiers médicaux à des fins de recherche d'informations lorsque des cas de paralysie flasque aiguë non notifiés auparavant sont identifiés. Rendre visite aux patients à l'hôpital s'ils sont encore hospitalisés. En cas de sortie, obtenir leur adresse pour se rendre à leur domicile. Si le cas est confirmé comme étant une PFA, procéder à une investigation et au prélèvement d'échantillons (voir les points **investigation et validation des cas** dans les [activités liées à la surveillance de la paralysie flasque aiguë](#), ainsi que l'[annexe 4](#)). Demander également au médecin ou au personnel infirmier pourquoi le cas n'a pas encore été signalé et les sensibiliser au signalement immédiat des cas dès à présent. Effectuer des visites de suivi pour s'assurer

qu'aucun autre cas de paralysie flasque aiguë n'est omis et que tout le personnel concerné a été sensibilisé.

5. Évaluer aussi l'état général des fonctions liées à la poliomyélite pendant la visite.

- Saisir les occasions de sensibiliser le personnel des unités et des services hospitaliers à la surveillance de la poliomyélite et à la paralysie flasque aiguë.
- Déterminer si une formation est nécessaire et à quel moment, et proposer d'en organiser une, par exemple lors d'une réunion hebdomadaire du personnel ou à la suite d'une rotation du personnel.
- Veiller à ce que l'établissement dispose de fournitures et de ressources suffisantes, notamment de formulaires, de kits de prélèvement de selles et d'affiches, et vérifier les pratiques de manipulation et de stockage des échantillons de selles. L'une des tâches du responsable de la surveillance (au niveau du district) chargé des visites de surveillance active consiste à apporter les outils correspondants, notamment des formulaires d'investigation des cas, des kits de prélèvement de selles, des affiches murales sur la paralysie flasque aiguë, etc.
- Vérifier les fournitures et le matériel de vaccination, tels que les vaccins (vaccins antipoliomyélitiques oraux ou vaccin antipoliomyélitique oral et/ou vaccins antipoliomyélitiques inactivés ou vaccin antipoliomyélitique inactivé), le matériel de conservation et de transport avec maintien de la chaîne du froid.
- Vérifier la coordination de la surveillance de la paralysie flasque aiguë avec les autres fonctions de surveillance des maladies à prévention vaccinale, autrement dit la mise en œuvre de la *surveillance intégrée des maladies* (voir le [chapitre 11](#)). À mesure que la surveillance de la paralysie flasque aiguë est intégrée à la surveillance des maladies à prévention vaccinale, les visites doivent également être l'occasion de rechercher et de collecter des données sur d'autres maladies à prévention vaccinale ou à potentiel épidémique.

Tableau 2. Symptômes et diagnostics consignés dans les registres indiquant un cas de paralysie flasque aiguë

Maladie se présentant toujours sous la forme d'une PFA	<ul style="list-style-type: none"> • Poliomyélite paralytique • Syndrome de Guillain-Barré (SGB) • Myélite transverse • Névrite traumatique
Maladie pouvant se présenter initialement sous la forme d'une PFA	<ul style="list-style-type: none"> • Mal de Pott (tuberculose spinale) • Méningite bactérienne ou tuberculeuse • Encéphalite • Accidents vasculaires cérébraux (AVS) • Hémiplégie
Autres signes et antécédents faisant suspecter la présence initiale d'une PFA	<ul style="list-style-type: none"> • Chutes fréquentes • Faiblesse, parésie • Démarche anormale, incapacité à marcher, difficulté à marcher • Fatigabilité

PFA = paralysie flasque aiguë ; SGB = syndrome de Guillain-Barré

g) Suivi et supervision de la surveillance active. L'exhaustivité et l'adéquation des visites de surveillance active doivent être suivies à l'échelle du district, de la province et du pays. Pour connaître la liste des indicateurs utilisés pour le suivi de la surveillance active, voir [l'Annexe 4. Indicateurs de qualité pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë](#).

Il est préférable d'effectuer le suivi au moyen d'un formulaire rempli par l'agent de surveillance et soumis après chaque visite à un superviseur au niveau de la province. L'[annexe 5. Exemples de formulaires](#) contient un modèle de rapport de visite pour la surveillance active. Ce formulaire recueille des données essentielles sur toutes les visites de surveillance active : date, heure et lieu, établissement visité et liste des services visités dans les grands hôpitaux, si un cas de paralysie flasque aiguë non détecté a été identifié lors de la visite, si des activités de sensibilisation à la paralysie flasque aiguë ou d'orientation ont été menées et si des fournitures ont été remises à l'établissement (par exemple, des kits de prélèvement de selles ou des affiches).

La supervision de la surveillance active est essentielle afin de s'assurer de l'efficacité des visites des agents. Pour ce faire, les superviseurs doivent accompagner l'agent de surveillance lors d'une visite, en observer le déroulement, noter les éventuelles lacunes et faire part de ses commentaires et suggestions d'amélioration à la fin de la visite. Ces visites de supervision doivent être régulières, en particulier pour la supervision de la surveillance active dans les établissements de priorité absolue ou élevée ([voir également la section 8.5](#)).



- *Le suivi des visites de surveillance active au moyen des données mobiles et la visualisation des données analysées peuvent contribuer à identifier les points faibles du réseau de surveillance et à accélérer les mesures correctives.*
- *Dans la Région africaine, il est vivement recommandé de documenter toutes les visites de surveillance active à l'aide de la liste de contrôle e-Surv sur Open Data Kit (ODK).*
- *Voir le [suivi de la surveillance de la paralysie flasque aiguë](#) pour davantage d'innovations dans la surveillance des maladies.*

h) Difficultés liées à la mise en œuvre de la surveillance active. Les équipes de surveillance de la santé publique peuvent rencontrer plusieurs difficultés lors de la mise en œuvre de la surveillance active.

Ressources insuffisantes. À la suite de la mise en place du réseau de notification, les équipes de surveillance dénoncent souvent une insuffisance des ressources (manque de temps, de personnel qualifié ou de moyens de transport) pour effectuer des visites sur tous les sites de surveillance active du réseau.

- Face à la pénurie de ressources humaines, entre autres, les équipes doivent veiller à ce qu'au moins tous les sites prioritaires absolus et hautement prioritaires fassent l'objet de visites régulières, suivis par autant de sites moyennement et faiblement prioritaires que possible. Cette tâche devrait être réalisable dans la mesure où la majorité des sites hautement prioritaires (grands hôpitaux, par exemple) se situent dans des capitales nationales ou provinciales et sont relativement proches du bureau de surveillance national ou provincial. Les sites prioritaires absolus sont généralement limités aux zones accueillant des personnes déplacées internes ou des réfugiés et devraient être visités en priorité.
- Lorsqu'une visite est impossible, il convient de contacter le point focal chargé de la surveillance de l'établissement concerné par téléphone ou par courriel, OU d'utiliser l'outil ACS à distance dans ODK, en plus du suivi des rapports passifs (systématiques) envoyés par ces sites.
- La liste des sites et le calendrier des visites devraient être revus ou réajustés régulièrement jusqu'à ce que davantage de ressources soient disponibles.

Manque d'attention accordée aux capitales. Les indicateurs de qualité de la paralysie flasque aiguë des capitales nationales et des régions capitales de nombreux pays du monde et de la Région africaine de l'OMS ont tendance à être faibles. Cette constatation est surprenante, car ces zones accueillent de grands hôpitaux de soins tertiaires et secondaires et sont densément peuplées, induisant un nombre élevé de cas de paralysie flasque aiguë attendus.

En effet, dans les capitales, la charge de travail des personnels de surveillance de la paralysie flasque aiguë est souvent plus importante que prévu car de nombreux cas de paralysie flasque aiguë provenant des provinces voisines ou même éloignées sont orientés vers les grands hôpitaux ou y sont soignés. À moins de leur accorder plus de temps pour mener une surveillance active, les personnels des capitales ne seront pas en mesure de faire face à la surcharge de travail, ce qui entraînera une omission de cas de paralysie flasque aiguë. C'est pourquoi il est important de désigner un point focal formé à la surveillance dans chaque site.

La surveillance sensible de la paralysie flasque aiguë, et en particulier la surveillance active de haute qualité de cette maladie, doit être une priorité absolue dans les capitales des pays de la Région africaine.

- Les grands hôpitaux et les soins tertiaires hautement prioritaires devraient être cartographiés et recrutés en tant que sites de notification. De plus, des visites devraient être planifiées et effectuées de manière régulière et fréquente.
- Compte tenu de la forte densité de population des capitales et de l'arrivée de cas de paralysie flasque aiguë supplémentaires en provenance d'autres provinces, les personnels devraient se voir allouer suffisamment de temps pour effectuer des visites de surveillance active dans tous les sites hautement et moyennement prioritaires des capitales.
- Les visites de surveillance active doivent être confiées à des agents de surveillance formés et expérimentés en sensibilisation qui sont aussi à l'aise avec le personnel médical. Cet aspect est particulièrement important pour les interactions avec les médecins-chefs des grands hôpitaux. Les visites devraient faire l'objet d'une supervision et d'un suivi pour s'assurer de leurs exhaustivité et promptitude.

Personnel inexpérimenté chargé des visites de surveillance active. Pour garantir l'efficacité des visites de surveillance active dans le cadre d'une sensibilisation continue des cliniciens et autres personnels hospitaliers au concept et aux pratiques de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, les agents de santé publique doivent être formés à établir des relations avec le personnel médical, notamment les chefs d'unité, dont certains peuvent ne pas accepter ou comprendre pleinement la surveillance syndromique de la paralysie flasque aiguë (voir également la [section 8.2](#)).

- Les programmes nationaux devraient intégrer le renforcement des capacités du personnel subalterne au moyen d'une supervision formative. Grâce à un mentorat et à une formation adaptée, le personnel acquiert une qualification et de solides compétences en communication interpersonnelle.
- Une attention particulière doit être portée aux agentes de santé publique pouvant rencontrer des barrières de genre lors de leurs interactions avec le personnel médical et administratif des hôpitaux.

Manque d'accès aux hôpitaux et établissements privés. Les visites de surveillance active posent parfois des problèmes dans les établissements privés, militaires ou spécifiques à un autre secteur. Tout en gardant ce fait à l'esprit, les agents de surveillance peuvent nécessiter l'appui de responsables de niveau supérieur afin de négocier un accès pour des visites régulières de surveillance active et d'être autorisés à

examiner les registres et les dossiers médicaux. L'expérience montre que l'accès du personnel de surveillance active à certains hôpitaux du secteur privé de la santé doit être renégocié à intervalles réguliers.

Aucun accès aux dossiers médicaux dans les hôpitaux ayant mis en place le dossier patient informatisé.

Le personnel de surveillance peut ne pas avoir la possibilité de consulter les registres et les dossiers des patients dans les hôpitaux modernes où la plupart des données des patients sont numérisées. Les équipes de surveillance à l'échelle de la province et du district devraient visiter ces hôpitaux et discuter d'autres moyens d'examiner les registres de patients, comme fournir une copie papier des variables pertinentes des patients consultés depuis la dernière visite de surveillance active.

Couverture ou représentativité géographiques et démographiques insuffisantes du réseau de surveillance active. Le réseau de surveillance active peut présenter des faiblesses géographiques ou démographiques. Les équipes de surveillance devraient faire preuve de vigilance afin d'identifier :

- les groupes de population négligés qui vivent dans des zones éloignées ou difficiles d'accès ;
- les populations mobiles négligées, telles que les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ;
- les sites négligés du secteur informel de la santé, notamment les établissements de soins de santé confessionnels ou de médecine traditionnelle, ou d'autres sites de soins de santé, tels que les établissements militaires ou privés, les fournisseurs de médicaments brevetés, les pharmacies, les accoucheuses traditionnelles ;
- les sites de surveillance active non visités depuis une longue période ;
- les sites de surveillance active non actualisés, entraînant l'omission d'établissements plus récents ou d'éventuels grands praticiens ;
- les sites de surveillance active ayant fermé leurs portes.

L'actualisation du réseau de surveillance active n'est possible qu'au moyen d'examens réguliers et d'une cartographie complète des sites de soins de santé. Il est recommandé d'actualiser les sites deux fois par an dans chaque district, de préférence en février et en juillet. Les populations spécifiques, ainsi que les comportements de recours aux soins des cas et de leurs aidants doivent également être pris en considération lors de l'identification et de la correction des faiblesses et des lacunes de la couverture et de la représentativité géographiques et démographiques du réseau de surveillance active.

3.3 Surveillance communautaire de la paralysie flasque aiguë

a) Qu'est-ce que la surveillance communautaire ? La surveillance communautaire est une stratégie qui s'appuie sur des membres formés de la communauté pour notifier les cas suspects de paralysie flasque aiguë à un point focal désigné, selon une définition simple de cas de paralysie flasque aiguë.⁵

Définition de la surveillance communautaire

⁵ Il est recommandé d'utiliser une définition simplifiée de cas de PFA lors de la sensibilisation des informateurs communautaires, plutôt que la définition complète (voir le chapitre 2 *Principes de la surveillance de la paralysie flasque aiguë*) : « signaler tout enfant présentant une paralysie flasque ou une faiblesse soudaine ».

La surveillance communautaire se distingue de la surveillance systématique et active en ce que la détection des cas a lieu en dehors des établissements de santé et les personnes qui en sont chargées sont des membres de la communauté et non des professionnels de la santé.

La surveillance communautaire est une stratégie de surveillance de la paralysie flasque aiguë qui s'appuie sur des membres formés de la communauté pour identifier des cas possibles de paralysie flasque aiguë dans les zones et les communautés ayant un accès limité aux établissements de santé.

La surveillance communautaire est un moyen indispensable d'atteindre des zones et des communautés difficiles d'accès qui ne sont pas couvertes par le système habituel de surveillance de la paralysie flasque aiguë (voir les [stratégies complémentaires pour des populations spécifiques](#) ci-dessus). La surveillance communautaire peut être particulièrement utile dans les « zones silencieuses » (zones où aucun cas de paralysie flasque aiguë n'est signalé) et les contextes ou les zones à haut risque de transmission de poliovirus non détectée ou à risque de nouvelles flambées dues à une importation ou à l'émergence de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV).

La surveillance communautaire peut s'avérer très utile dans les cas suivants :

- les zones d'insécurité ;
- les populations mobiles, comme les nomades et les travailleurs saisonniers ;
- les populations spécifiques mal desservies, comme les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les habitants des bidonvilles, les minorités ethniques, les communautés religieuses isolées ou les populations des zones difficiles d'accès ;
- les zones ou les populations largement dépendantes de la médecine traditionnelle qui sont moins susceptibles d'avoir accès à un établissement de santé.

La surveillance communautaire établit un lien entre les communautés et le système de santé par l'intermédiaire de points focaux désignés. Elle a la capacité d'accroître la participation des communautés aux soins de santé et l'acceptation des activités de vaccination et de surveillance.

Dans la Région africaine, de nouvelles technologies, comme le système AVADAR (détection et notification auto-visuelle des cas de paralysie flasque aiguë⁶) sur smartphone ont été utilisées avec succès dans le cadre d'une approche de surveillance communautaire, afin de notifier rapidement les cas suspects de paralysie flasque aiguë depuis des zones éloignées ou difficiles d'accès à l'équipe de surveillance au niveau du district ou de la province.

Si la surveillance communautaire peut accroître la sensibilité et la rapidité de la détection des cas de paralysie flasque aiguë, elle nécessite d'importantes ressources et ne devrait être utilisée que dans les établissements de santé où la surveillance est inefficace ou impossible. L'intensité d'utilisation des ressources varie selon les méthodes de surveillance communautaire. La formation, la sensibilisation et la supervision sont des activités essentielles minimales. Tout ajout d'activité entraîne une augmentation des coûts. Parmi les principaux facteurs de coût figurent : la formation (formation initiale et continue), la

⁶ La détection et la notification auto-visuelle des cas de PFA (AVADAR) est une plateforme numérique communautaire qui collecte et diffuse les informations en temps réel. AVADAR permet de notifier les cas suspects de paralysie sur le terrain au niveau central.

supervision, les incitations à la notification ou le paiement mensuel et l'utilisation de la technologie numérique, des téléphones portables ou d'autres outils (coûts initiaux et récurrents).

Enfin, les pays devraient tenir compte du fait que la surveillance communautaire peut présenter un meilleur rapport coût-efficacité si cette stratégie couvre plusieurs maladies plutôt qu'une seule.

b) Mise en œuvre de la surveillance communautaire. L'instauration d'une surveillance communautaire doit être évaluée avec attention étant donné qu'elle nécessite de nombreuses ressources. D'autres activités de sensibilisation ou ajustements du réseau de surveillance active pourraient être plus efficaces pour combler les lacunes de la surveillance. Aussi, il est conseillé aux programmes d'envisager d'abord des solutions plus durables et plus rentables.

Une évaluation des besoins doit être réalisée afin de déterminer la nécessité de mettre en œuvre une surveillance communautaire. Cette évaluation des besoins aborde des questions centrales comme : Le système actuel de surveillance de la paralysie flasque aiguë couvre-t-il ou atteint-il des populations spécifiques ou des zones difficiles d'accès ? Quels sont les véritables problèmes à l'origine des lacunes en matière de surveillance ? Les activités de surveillance communautaire sont-elles actuellement menées pour d'autres maladies ? Voir l'Annexe 7. Groupes de population spécifiques pour d'autres questions pouvant éclairer une évaluation des besoins de la surveillance communautaire.

Les activités suivantes constituent les étapes à suivre pour établir une surveillance communautaire.

1. Identifier les principaux membres de la communauté, tels que les chefs locaux et religieux.
2. Sensibiliser et informer ces personnes à propos de la poliomyélite et de la paralysie flasque aiguë, ainsi que d'autres maladies à prévention vaccinale, et leur demander conseil pour la sélection des bénévoles communautaires.
3. Sélectionner et former les bénévoles à leur rôle dans la surveillance communautaire. Mobiliser des bénévoles communautaires, hommes et femmes. Les femmes peuvent faciliter la surveillance communautaire dans les zones où il n'est pas d'usage pour des hommes de rencontrer des femmes chefs de famille ou d'autres femmes de la communauté. De même, la présence d'une femme dans l'équipe peut faciliter l'accès aux communautés plus traditionnelles.
4. Mettre les bénévoles en relation avec un point focal ou un agent de surveillance désigné qui assurera le suivi, vérifiera que la première notification concerne bien un cas de paralysie flasque aiguë réelle (« vraie »), procédera à une investigation et prélèvera des échantillons de selles.



Dans certains pays, la surveillance communautaire peut servir uniquement à des fins de surveillance de la paralysie flasque aiguë, tandis que dans d'autres, elle est déjà en place et pleinement intégrée au système de santé publique pour les maladies à prévention vaccinale et les maladies à tendance épidémique, dont la surveillance de la paralysie flasque aiguë n'est qu'une partie.

c) Suivi de la surveillance communautaire. La surveillance communautaire doit faire l'objet d'un suivi attentif, notamment concernant les défis spécifiques au contexte, comme les populations difficiles à atteindre et les zones inaccessibles.

Les principaux indicateurs de suivi de la surveillance communautaire sont :

- le nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés par la surveillance communautaire par rapport au nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés par les sites de notification de la zone concernée ;
- le pourcentage de premiers cas de paralysie flasque aiguë notifiés par la surveillance communautaire et considérés comme des « PFA réelles » parmi tous les premiers cas de paralysie flasque aiguë notifiés par la surveillance communautaire.

La liste complète des indicateurs figure dans le [Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024](#).

c) Difficultés liées à la surveillance communautaire. Les principales difficultés et problématiques à tenir compte lors de la mise en œuvre de la surveillance communautaire sont les suivantes.

- La mise en œuvre et le maintien d'une surveillance communautaire efficace peuvent nécessiter beaucoup de ressources, comme indiqué précédemment. Les ressources nécessaires à la surveillance communautaire dépendent du contexte national, des résultats de l'évaluation des besoins citée et des décisions de l'équipe de surveillance.
- Les zones difficiles d'accès posent des défis particuliers pour la garantie d'une ligne de communication fiable entre les informateurs communautaires et les agents de surveillance. Pour y remédier, certaines équipes proposent des téléphones portables ou une petite somme d'argent en remboursement des frais de communication.
- En raison du faible niveau d'alphabétisation dans les communautés locales, le personnel de santé publique nécessitera plus de temps et devra déployer plus d'efforts pour adapter les protocoles de formation et de sensibilisation à la surveillance de la paralysie flasque aiguë.
- Les zones partiellement ou totalement inaccessibles peuvent constituer un sérieux frein au suivi et à la supervision formative des informateurs de la surveillance communautaire et créer des problèmes pour la vérification et l'investigation des cas de paralysie flasque aiguë. Ainsi, il peut être nécessaire de déplacer les cas de paralysie flasque aiguë hors des zones inaccessibles à des fins d'investigation ; une telle initiative avait été nécessaire dans certaines zones de l'État de Borno, au Nigéria.
- Un pourcentage considérable de notifications de « cas suspects de paralysie flasque aiguë » peut ne pas correspondre à la définition de cas de paralysie flasque aiguë et donner peu de cas de paralysie flasque aiguë réelle (« vraie »), ce qui peut se traduire par une augmentation de la charge de travail du personnel de santé publique qui devra consacrer plus de temps aux vérifications et aux investigations.



Les bénévoles qui participent à des activités de surveillance communautaire de la poliomyélite sont également appelés « réseau d'informateurs », « bénévoles de la lutte contre la polio dans les villages » ou « informateurs ». Selon les pays, les bénévoles communautaires peuvent être, ou non, rémunérés ou motivés financièrement et peuvent travailler, ou non, à plein temps sur la surveillance de la poliomyélite.

3.4 Stratégies complémentaires de surveillance de la poliomyélite pour les populations spécifiques

Certains groupes de population ne sont mal voire pas desservis par les systèmes de santé formels et risquent d'échapper aux efforts de surveillance. Bien que d'origines diverses, l'une des raisons de ces lacunes s'explique par le fait que les groupes de population négligés appartiennent souvent à des populations mobiles à haut risque ou résident dans des zones difficiles d'accès ou inaccessibles, notamment les zones d'insécurité et de conflit.

Ces groupes de population spécifiques sont particulièrement importants pour les programmes de lutte et d'éradication des maladies. En effet, leur couverture vaccinale étant faible, ils sont plus sensibles à l'infection et donc plus susceptibles de transmettre des virus et d'être omis par les systèmes de surveillance.

Un document de l'IMEP intitulé [*Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas and Populations*](#) (Lignes directrices pour la mise en œuvre de la surveillance de la poliomyélite dans les zones et les populations difficiles d'accès) présente de façon détaillée certaines stratégies (dont la surveillance communautaire est une approche) pour la mise en œuvre de la surveillance chez des populations spécifiques, en mettant l'accent sur les populations mobiles à haut risque.⁷

a) Que sont les populations spécifiques ? Il s'agit de différents groupes de population marginalisés exposés à un risque d'être mal desservis ou omis par les efforts de surveillance.

Ce sont notamment :

- les populations mobiles, à savoir les nomades et les migrants saisonniers (par exemple, les travailleurs agricoles ou miniers, les ouvriers des briqueteries ou du bâtiment) ;
- les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays vivant dans des camps et dans des communautés d'accueil ;
- les populations vivant dans des zones mal desservies par les services de santé existants, comme les populations transfrontalières, les habitants de bidonvilles, les minorités ethniques, les insulaires, les pêcheurs et les habitants des zones difficiles d'accès ;
- les groupes de population totalement inaccessibles, comme ceux qui vivent dans des zones d'insécurité ou de conflit.

b) Identification et cartographie des groupes spécifiques. Grâce à l'identification, à la cartographie et à l'établissement du profil des populations non ou mal desservies, des stratégies de surveillance spéciales peuvent être adoptées afin d'assurer la couverture vaccinale et la surveillance de la poliomyélite chez ces populations

Les informations suivantes sont essentielles pour mieux décrire et atteindre ces groupes :

- la localisation géographique et la taille des groupes mobiles : itinéraires et routes migratoires, calendrier et saisonnalité éventuelle des déplacements nomades ;

⁷ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf>).

- l'accès actuel aux services de santé et le comportement de recours aux soins (voir l'Annexe 10. Ressources techniques de référence – Comportement de recours aux soins) ;
- la disponibilité du réseau de surveillance existant (dans les établissements ou au niveau communautaire) pour détecter les cas de paralysie flasque aiguë dans cette population spécifique ;
- l'identification de prestataires de services qui sont en activité dans la zone, mais ne participent pas encore aux activités de lutte contre la poliomyélite (publics et privés, y compris les ONG ou les organisations confessionnelles) ;
- les options disponibles de création d'activités de communication ciblant ces populations spécifiques ;
- les moyens de communication grâce à la couverture du réseau et/ou à l'utilisation facilement disponible de téléphones portables pour les agents de santé publique, les agents communautaires et les bénévoles ;
- les informations générales, comme la langue, l'alphabétisation, la structure communautaire relativement aux chefs et aux influenceurs.

c) **Mise en œuvre d'un ensemble de stratégies de surveillance pour chaque groupe spécifique.** Après avoir identifié et établi le profil des populations spécifiques, les approches de surveillance des poliovirus peuvent être adaptées afin de couvrir chaque groupe de manière adéquate (voir le tableau 3 ci-dessous). Il est recommandé d'adopter un ensemble ou une combinaison de stratégies de surveillance proposées pour chaque type de population spécifique.

Les principales stratégies recommandées sont les suivantes :

- **La surveillance améliorée de la paralysie flasque aiguë** avec recherche ad hoc des cas de paralysie flasque aiguë et prélèvement systématique d'échantillons chez les contacts.

- La recherche ad hoc des cas de paralysie flasque aiguë lors de grands rassemblements de nomades. Par exemple, dans le cadre d'activités de vaccination supplémentaires et de services mobiles de proximité ou durant des cérémonies sociales tels les baptêmes au Nigéria, etc.
- Le prélèvement systématique d'échantillons chez des contacts de cas de paralysie flasque aiguë pour tous les échantillons de paralysie flasque aiguë inadéquats. Par exemple, un échantillon de trois contacts d'un cas de paralysie flasque aiguë dont des échantillons sont inadéquats. Grâce à une coordination avec les équipes de surveillance et de laboratoire, il est toutefois possible d'étendre ces activités à tous les cas de paralysie flasque aiguë des populations spécifiques.

- **L'échantillonnage ciblé d'enfants en bonne santé**, également appelé « échantillonnage communautaire » dans la Région africaine, chez des populations spécifiques à haut risque de contracter la poliomyélite. N'étant pas systématique, cette stratégie nécessite une coordination avec les équipes de surveillance et de laboratoire au niveau national et régional, ainsi que leur

Indications relatives aux annexes

Pour connaître les stratégies de surveillance adaptées aux différentes populations spécifiques, voir l'[annexe 7. Groupes de population spécifiques](#).

approbation (pour en savoir plus, voir également le chapitre 9 des lignes directrices pour la mise en œuvre de la surveillance de la poliomyélite dans les zones et les populations difficiles d'accès, en anglais uniquement, [Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard to Reach Areas and Populations](#)).

- **Les sites d'échantillonnage dans le cadre de la surveillance environnementale ad hoc** pour améliorer la surveillance dans les zones considérées comme à haut risque de circulation des poliovirus en raison d'une flambée ou de l'afflux soudain d'une population à risque.⁹ Cette stratégie ne devrait être envisagée qu'à la suite du renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et en coordination avec le laboratoire. (Pour plus d'informations, voir également le chapitre 11 des lignes directrices pour la mise en surveillance de la poliomyélite dans les zones difficiles d'accès, en anglais uniquement, [Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard to Reach Areas & Populations](#).)

Tableau 3. Exemples d'activités par type de population spécifique

Type de population	Exemples d'activités
Populations vivant dans des zones d'insécurité	<p>Cartographie des accès et analyse des dynamiques et des mouvements de population ; négociation de l'accès, si nécessaire.</p> <p>Coordination avec les forces ou les groupes armés et les partenaires concernés.</p> <p>Analyse du réseau de surveillance et mise en œuvre d'une surveillance à base communautaire, le cas échéant, avec identification et formation de points focaux appropriés.</p> <p>Surveillance améliorée dans les régions du pays limitrophes de zones inaccessibles et les zones d'accueil de personnes déplacées internes ayant quitté une zone inaccessible (par exemple, ajout de sites de notification en fonction d'un comportement de recours aux soins, identification et formation d'informateurs locaux).</p>
Populations nomades	<p>Cartographie et établissement du profil des groupes nomades en coordination avec leurs chefs ; désignation de points focaux pour la paralysie flasque aiguë pour chaque groupe nomade.</p> <p>Détermination des itinéraires et des routes migratoires ; cartographie des établissements et des prestataires de soins de santé, ainsi que les vétérinaires, le long du parcours.</p> <p>Sensibilisation à la paralysie flasque aiguë des prestataires de soins et dans les lieux publics le long des routes migratoires (sur les marchés, aux points d'eau et dans les camps fréquentés par les nomades) ; étude des comportements de recours aux soins des nomades.</p> <p>Maintien d'une communication régulière avec les points focaux pour la paralysie flasque aiguë.</p> <p>Une approche similaire devrait être utilisée pour d'autres groupes de population mobiles, le cas échéant : migrants saisonniers, ouvriers des mines, des briqueteries et du bâtiment, etc.</p>
Réfugiés et personnes déplacées dans des camps	<p>Identification, désignation et intégration des points focaux pour la paralysie flasque aiguë dans le réseau de surveillance active.</p> <p>Établissement du profil des nouveaux arrivants : origine, statut vaccinal, etc.</p> <p>Recherche active de cas de paralysie flasque aiguë.</p> <p>Mise en place d'une équipe permanente de vaccination et de surveillance.</p>

⁹ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Standard Operating Procedures (SOPs) for Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Investigation of a Poliovirus Event or Outbreak. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/SOPs-for-Polio-ES-enhancement-following-outbreak-20210208.pdf>).

Déplacés internes informels et réfugiés dans les communautés d'accueil et en dehors des camps	<p>Identification et intégration des informateurs clés de la communauté dans le réseau de surveillance active (voir Surveillance communautaire).</p> <p>Suivi des personnes déplacées et des réfugiés dans la communauté réalisée par des « équipes de suivi » spéciales pour mieux comprendre leur comportement de recours aux soins.</p> <p>Ajustement du réseau de surveillance active afin d'inclure les prestataires au service des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.</p>
Groupes transfrontaliers	<p>Cartographie des postes frontaliers officiels et non officiels, des villages et des agglomérations, des groupes spécifiques, des lieux de rassemblement et des déplacements saisonniers ; installations de réseaux de surveillance des deux côtés de la frontière.</p> <p>Estimation du nombre moyen de personnes qui se déplacent et traversent les frontières.</p> <p>Communication régulière entre les agents de surveillance de la paralysie flasque aiguë des deux côtés de la frontière afin d'assurer le partage des données, la notification croisée, l'investigation conjointe et le suivi des groupes mobiles.</p> <p>Identification des organisations travaillant aux points d'entrée et de sortie des frontières (par exemple, les services d'immigration, de santé portuaire et de police) ; formation et sensibilisation des agents de santé des deux côtés à la poliomyélite et à la surveillance de la paralysie flasque aiguë.</p>
Communautés vivant dans des bidonvilles	<p>Établissement du profil des communautés et de leur origine.</p> <p>Étude des comportements de recours aux soins, avec ajustement du réseau de surveillance active.</p> <p>Recherche active de cas de paralysie flasque aiguë.</p> <p>Évaluation de la nécessité d'ajouter des sites de surveillance environnementale.</p>
Autres communautés difficiles à atteindre	<p>Cartographie et établissement du profil des populations spécifiques vivant dans des zones reculées, telles que les insulaires et les montagnards, ou des minorités ethniques n'ayant pas toujours accès aux mêmes établissements de santé que l'ensemble de la population.</p> <p>Identification et communication régulière avec les principaux informateurs locaux.</p> <p>Étude des comportements de recours aux soins de ces communautés et ajustement du réseau.</p>

PFA = paralysie flasque aiguë

La décision d'élaborer, de mettre en œuvre et éventuellement de modifier ces stratégies devrait faire l'objet de discussions entre toutes les parties prenantes concernées au niveau local, national et régional, y compris les laboratoires nationaux ou régionaux.

d) Difficultés liées aux stratégies complémentaires pour les populations spécifiques. Les difficultés à anticiper lors de la mise en œuvre de la surveillance des poliovirus dans des groupes spécifiques sont semblables à celles qui ont été citées pour la surveillance communautaire. Voir également l'[annexe 7. Groupes de population spécifiques](#).

4 De la détection à la classification finale des cas de paralysie flasque aiguë

La surveillance de la paralysie flasque aiguë a pour principal objectif de détecter les poliovirus en circulation de manière fiable et de cibler les activités de vaccination de sorte à en interrompre la transmission.

La détection ou l'émergence de poliovirus constitue une urgence de santé publique qui devrait déclencher des activités efficaces de riposte à la flambée dès que possible après la confirmation en laboratoire du

poliovirus, en particulier pour les zones et les pays considérés comme exempts de poliomyélite. Tout retard dans la détection du virus ou le lancement des activités de riposte favorise la propagation du virus et complique l'interruption de la transmission.

Par conséquent, il est nécessaire de coordonner rapidement la surveillance sur le terrain et en laboratoire pour l'ensemble des activités requises après la détection d'un cas de paralysie flasque aiguë – depuis l'apparition de la paralysie chez un patient jusqu'à la notification et à l'investigation du cas, en passant par le prélèvement et l'analyse des échantillons de selles et la classification finale du cas de paralysie flasque aiguë (voir la Figure 1). Chaque étape du processus illustré à la Figure 1 devrait intégrer des interventions rapides, car la promptitude sera suivie de près.

Les récentes [orientations sur la surveillance de la poliomyélite publiées par l'IMEP](#) se sont concentrées principalement sur l'amélioration des délais de détection des flambées épidémiques et de riposte (voir Annexe 4. Indicateurs de qualité pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë).

À des fins de certification, dans tous les pays, les définitions et les seuils applicables au prélèvement et à l'adéquation des échantillons de selles resteront inchangés (soit une cible d'adéquation des échantillons de selles d'au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë avec 2 échantillons prélevés à au moins 24 heures d'intervalle, tous deux dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, et reçus en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS).

Des activités à mener à l'échelle nationale, régionale et mondiale ont été identifiées afin d'aider à atteindre ces nouvelles cibles dans les pays prioritaires (voir également le Tableau 19. Retards dans la détection et mesures d'atténuation possibles).

Rapidité de détection des poliovirus : norme de certification inchangée

Aux fins de la certification, les définitions et les seuils pour le prélèvement et l'adéquation des échantillons de selles resteront inchangés dans tous les pays :

- cible d'adéquation des selles d'au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë, avec 2 échantillons prélevés dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et reçus en bon état au laboratoire dans les 3 jours suivant le prélèvement.

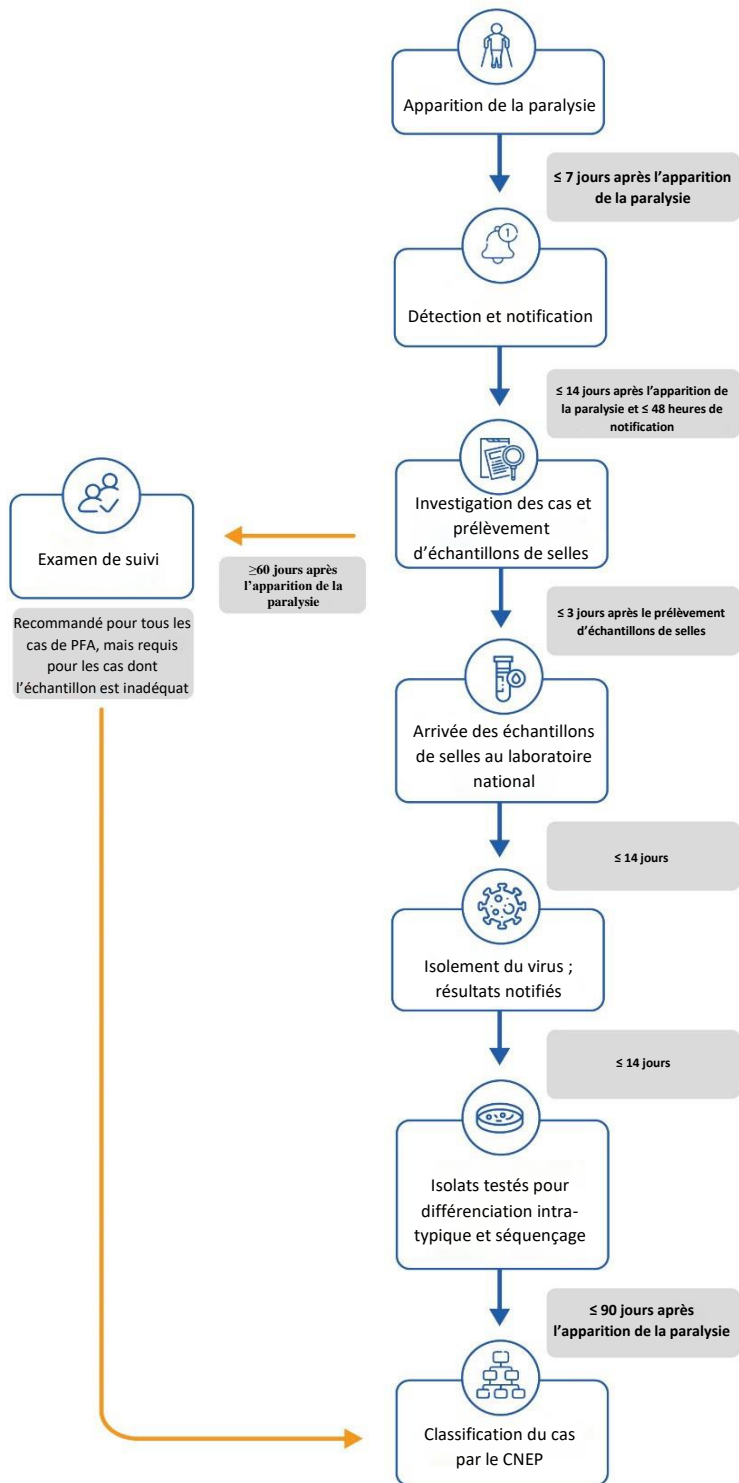


Figure 1. Processus de surveillance de la paralysie flasque aiguë, avec échéances et intervalles requis.

4.1 Détection et notification des cas

Un médecin, un agent de santé, un informateur communautaire ou un bénévole qui identifie un cas de paralysie flasque aiguë doit le signaler ou le notifier **immédiatement** à l'équipe de surveillance de la santé publique au niveau du district ou de la province. La notification sera faite, de préférence, **moins de sept (7) jours** après l'apparition de la paralysie.

Les cas de paralysie flasque aiguë peuvent être détectés et notifiés tardivement pour deux raisons. Tout d'abord, les parents ou les aidants du cas de paralysie flasque aiguë peuvent consulter tardivement un prestataire de soins de santé, que ce soit dans le système de santé informel ou formel. Toutefois, l'expérience de l'éradication de la poliomyélite montre que cela arrive très rarement ; la paralysie aiguë chez un enfant est plutôt inquiétante pour la famille, qui demandera généralement de l'aide dès la constatation du problème.

La raison la plus fréquente des retards de détection et de notification réside dans le fait qu'un ou plusieurs agents de santé ont été consultés et ont effectivement examiné le cas de paralysie flasque aiguë, mais ne sont pas parvenus à le reconnaître et à le notifier. C'est pourquoi, il est important d'assurer une détection et une notification rapides des cas de paralysie flasque aiguë par la mise en place et le maintien d'un vaste réseau dynamique de notification pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Les agents de santé et les prestataires des secteurs formel et informel, ainsi que les informateurs communautaires et les bénévoles, doivent être sensibilisés au concept de la paralysie flasque aiguë et à l'obligation de notification.

Pour chaque cas de paralysie flasque aiguë notifié au-delà de 7 jours après l'apparition de la paralysie, les équipes de surveillance mèneront une enquête afin de savoir s'il a déjà été observé, mais pas notifié, par un ou plusieurs agents de santé ou informateurs communautaires. Ces antécédents de recours aux soins des cas de paralysie flasque aiguë signalés tardivement devraient être consignés dans le formulaire d'investigation des cas. Les prestataires de soins ou les informateurs qui ont observé le cas de paralysie flasque aiguë mais ne l'ont pas signalé devraient être contactés et sensibilisés à la surveillance de la paralysie flasque aiguë afin d'éviter que cela ne se reproduise.

4.2 Vérification et investigation des cas de paralysie flasque aiguë

Lorsqu'un cas de paralysie flasque aiguë est notifié, un point focal ou un agent de surveillance formé et désigné doit d'abord vérifier dans les 48 heures qu'il s'agit bien d'une PFA, selon la définition correspondante, puis mener et documenter une investigation approfondie du cas à l'aide du formulaire d'investigation des cas de paralysie flasque aiguë.

Pour faciliter la procédure, les fournitures et le matériel doivent être préparés à l'avance afin de permettre un déploiement rapide de l'équipe d'investigation. Il s'agit, notamment, des formulaires d'investigation des cas, des formulaires de demande d'analyse en laboratoire, des kits de prélèvement d'échantillons de selles et des glacières pour conserver les échantillons.

Afin de réduire au minimum le risque d'omission d'informations clés susceptibles d'expliquer une détection tardive, les formulaires d'investigation des cas tiennent compte du profil social des cas et de leur communauté, ainsi que des comportements de recours aux soins et des informations liées au genre. (Voir l'[annexe 5. Exemples de formulaires.](#))

a) Vérification des cas de paralysie flasque aiguë. Avant de procéder à l'investigation, le point focal ou le responsable de la surveillance doit vérifier si le cas correspond à la définition de cas de la paralysie flasque aiguë. Un cas de paralysie flasque aiguë est défini comme :

« Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque ou une faiblesse musculaire soudaine ou toute personne, quel que soit son âge, atteinte d'une maladie paralytique, pour laquelle un clinicien suspecte une poliomyélite. »

La personne chargée de la vérification et de l'investigation des cas de paralysie flasque aiguë est tenue de :

- mener une investigation exhaustive du cas, à l'aide du formulaire d'investigation des cas national, si la définition de cas de paralysie flasque aiguë est respectée ;
- cesser l'investigation, si la **définition de cas de paralysie flasque aiguë n'est manifestement pas respectée**, et enregistrer le cas comme « non PFA » sur le formulaire d'investigation des cas. Un cas n'est pas considéré comme une PFA si la personne est âgée de plus de 15 ans, si la paralysie n'est pas récente (à savoir plus de 6 mois ou problème congénital) et s'il s'agit d'une paralysie spastique (non flasque) ou d'un traumatisme récent. Les raisons expliquant le rejet d'un cas considéré comme « non PFA » doivent être clairement documentées. Une liste de ces cas initialement déclarés et vérifiés comme n'étant pas des cas de paralysie flasque aiguë doit être conservée séparément.
- Si un clinicien soupçonne une poliomyélite paralytique chez une personne âgée de plus de 15 ans, l'équipe de surveillance du district (ou de la province et du pays) devrait être informée afin d'alerter le laboratoire pour la poliomyélite de la réception et de l'analyse d'échantillons prélevés sur une personne plus âgée.

Néanmoins, en cas de doute sur la présence ou non d'une paralysie flasque aiguë, il convient d'inclure le cas comme une PFA (avec investigation et prélèvement d'échantillons de selles) plutôt que de l'exclure.

Ainsi, les investigateurs devraient :

- considérer le cas comme une PFA, même si des doutes subsistent quant au respect de la définition du cas de paralysie flasque aiguë ; par exemple, un nourrisson gravement déshydraté présentant une hypotonie musculaire générale ou un jeune enfant présentant une forme sévère de malnutrition protéino-énergétique. Auquel cas, il convient de mener une investigation exhaustive et de prélever des échantillons de selles ;
- procéder à une investigation, même si le cas est décédé entre-temps. Les antécédents (date d'apparition de la paralysie ; voyages effectués ; antécédents de recours aux soins ; membres du ménage et visiteurs) et les échantillons prélevés chez les contacts du cas de paralysie flasque aiguë (voir ci-dessous) seront renseignés dans le formulaire d'investigation des cas. Ces cas seront envoyés au Comité national d'experts de la poliomyélite à des fins de classification.

b) Investigation des cas de paralysie flasque aiguë. Pour tous les cas qui correspondent à la définition de cas de paralysie flasque aiguë (tous les cas vérifiés comme étant une PFA, conformément au paragraphe précédent), l'agent de surveillance procède à une investigation exhaustive selon les étapes ci-dessous qu'il consignera dans le formulaire d'investigation des cas national.

Le médecin traitant ou l'agent de santé ayant signalé le cas sera invité à participer à l'investigation du cas.

1. Poser des questions sur l'**orientation diagnostique (ou le diagnostic « provisoire »)** envisagée, si le cas a été examiné par un médecin, et la consigner. Lors de l'anamnèse et de l'examen clinique, les signes et les symptômes à surveiller sont *la paralysie flasque asymétrique, la fièvre à l'apparition de la paralysie, la progression rapide de la paralysie, sans altération de la fonction des nerfs sensitifs.*

2. Établir et consigner dans le formulaire d'investigation des cas l'**anamnèse** (chronologie, type et gravité des symptômes), notamment les voyages effectués (voyage récent vers un ou plusieurs lieux éloignés du domicile) et si les parents ou les aidants ont consulté un ou plusieurs autres prestataires de santé pour cette maladie (pour plus de détails, voir l'[annexe 6](#)).
3. Réaliser un **examen clinique**. L'objectif de l'examen clinique réalisé dans le cadre de l'investigation des cas de paralysie flasque aiguë ne consiste *pas* à poser un diagnostic médico-neurologique exact. Au contraire, il devrait être *établi même si le patient ne présente pas actuellement de paralysie ou de parésie correspondant à une PFA, indépendamment du diagnostic médical provisoire actuel* (pour plus de détails, voir l'[annexe 6](#)).
4. Commencer à organiser le prélèvement de deux échantillons de selles.

c) Attribution d'un numéro EPID. Un numéro d'identification épidémiologique unique (N° EPID) doit être attribué à chaque cas de paralysie flasque aiguë. Ce numéro doit figurer sur tous les documents et les formulaires liés à ce cas, y compris sur les documents et les outils contenant des informations sur l'investigation, le prélèvement d'échantillons de selles, les résultats des analyses de laboratoire, le suivi à 60 jours et la classification finale. L'utilisation systématique du numéro EPID est obligatoire pour chaque cas de paralysie flasque aiguë. En effet, il s'agit du seul moyen de relier de manière fiable tous les formulaires, les documents et les résultats de laboratoire se rapportant à un cas de paralysie flasque aiguë.

Le numéro EPID (voir les Figures 2 et 3 ci-dessous) contient non seulement des informations sur le lieu de résidence du cas, à l'aide d'un code à 3 chiffres associés au pays, à la province et au district, et sur l'année d'apparition de la paralysie, mais comprend aussi un « numéro consécutif » pour chaque cas du district de résidence (premier cas, deuxième cas, etc. de paralysie flasque aiguë pour cette année dans le district). Dans les petits pays, les trois derniers chiffres peuvent représenter un « numéro consécutif » au niveau national, en particulier si les numéros EPID sont octroyés à cette échelle.

En fonction du contexte du pays, le numéro EPID doit être attribué de préférence au moment de l'investigation des cas, afin qu'il puisse être utilisé immédiatement pour relier le formulaire d'investigation des cas et le formulaire de demande d'analyse, qui accompagne les échantillons jusqu'au laboratoire. Selon le pays, l'attribution des numéros EPID peut être coordonnée au niveau du district, de la province ou du pays.

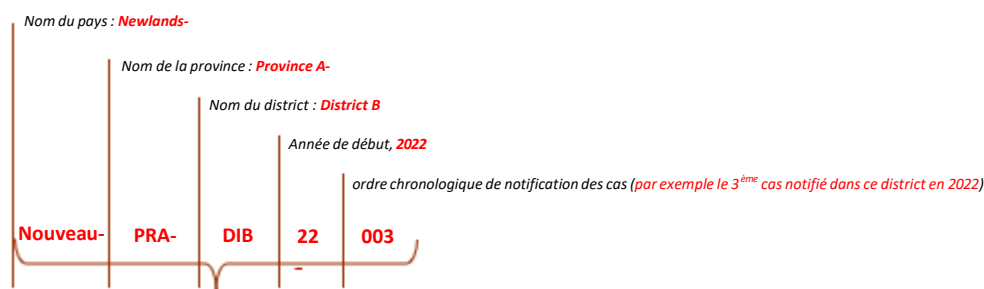
Le numéro EPID est une chaîne de 14 caractères composée des codes suivants (**Figures 2 et 3**).

- 1^{er} au 3^e caractère : code du pays en lettres.
- 4^e au 6^e caractère : premier niveau administratif (généralement la province) en lettres.
- 7^e au 9^e caractère : second niveau administratif (généralement le district) en lettres.
- 10^e et 11^e caractère : année d'apparition de la paralysie.
- 12^e au 14^e caractère : numéro à 3 chiffres du cas (par ordre chronologique).

Numéro EPID associé au cas de Paralyse flasque aiguë (PFA)

Pays-Province-District-Année-Nombre de cas de PFA

Figure 2. Nomenclature du numéro EPID



Numéro EPID associé au cas de Paralyse flasque aiguë (PFA)

Figure 3. Composants du numéro EPID

d) **Notification croisée nationale et internationale.** Si la paralysie apparaît dans un autre pays que celui de détection du cas de paralysie flasque aiguë, ce dernier sera attribué au pays où la paralysie est apparue et où, pour les cas de poliomyélite, il a probablement été infecté. Toutes les parties devraient être informées, notamment les équipes de surveillance sur le terrain, des données et des laboratoires. La notification croisée internationale est facilitée par le Bureau régional de l'OMS. La notification croisée nationale, par exemple entre deux provinces différentes, est généralement coordonnée au niveau national, conformément aux lignes directrices nationales. Le numéro EPID attribué au cas peut également devoir être modifié en conséquence, surtout après une investigation approfondie sur le terrain.

e) **Validation des cas de paralysie flasque aiguë.** Pour un sous-ensemble de cas de paralysie flasque aiguë (au moins 50 % environ, selon les lignes directrices nationales relatives à la surveillance), l'exactitude des données collectées doit être « validée » par une personne autre que celle qui a mené l'investigation initiale du cas. Les cas de paralysie flasque aiguë à valider devraient être sélectionnés au hasard ou sur la base de critères propres à chaque pays. Idéalement, la validation intervient dans les 14 jours suivant l'investigation initiale du cas par les cadres supérieurs de surveillance, généralement des superviseurs secondaires et tertiaires qui interrogent le cas et les parents ou les aidants.

La validation des cas consiste à recouper des données essentielles : date d'apparition, lieu d'apparition, zones visitées avant l'apparition, dates/processus de prélèvement des échantillons de selles, doses de vaccin reçues dans le cadre de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaires, antécédents de recours aux soins, à savoir un ou plusieurs prestataires de santé ont été consultés avant la détection et la notification du cas, et collecte d'échantillons chez des contacts appropriés. D'après les résultats de l'exercice de validation, les données de surveillance de la paralysie flasque aiguë devraient être actualisées et corrigées, si nécessaire. Toute divergence de données entre l'investigation initialement consignée et la validation devrait être systématiquement enregistrée.

4.3 Prélèvement et transport des selles au laboratoire

Pour optimiser l'isolement du poliovirus dans un laboratoire accrédité par l'OMS, deux échantillons de selles doivent être prélevés dès que possible, de préférence dans les 14 jours et au plus tard 60 jours après l'apparition de la paralysie.

Il convient de noter que, dans les pays prioritaires, le prélèvement de 2 échantillons (11 jours maximum) et le transport au laboratoire (3 jours) devraient être réalisés dans un délai de 14 jours, conformément au Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024.

Lorsqu'un cas de paralysie flasque aiguë est dû à un poliovirus, la probabilité que le poliovirus soit réellement isolé en laboratoire est plus élevée si les deux échantillons :

- sont prélevés dès que possible après l'apparition de la paralysie (le premier échantillon doit donc être prélevé au moment de l'investigation ou sitôt après) ;
- sont prélevés dans les 14 jours et au plus tard 60 jours après l'apparition de la paralysie ;
- sont prélevés à au moins 24 heures d'intervalle ;
- parviennent en « bon état » au laboratoire accrédité par l'OMS dans les trois (3) jours suivant le prélèvement d'échantillons.

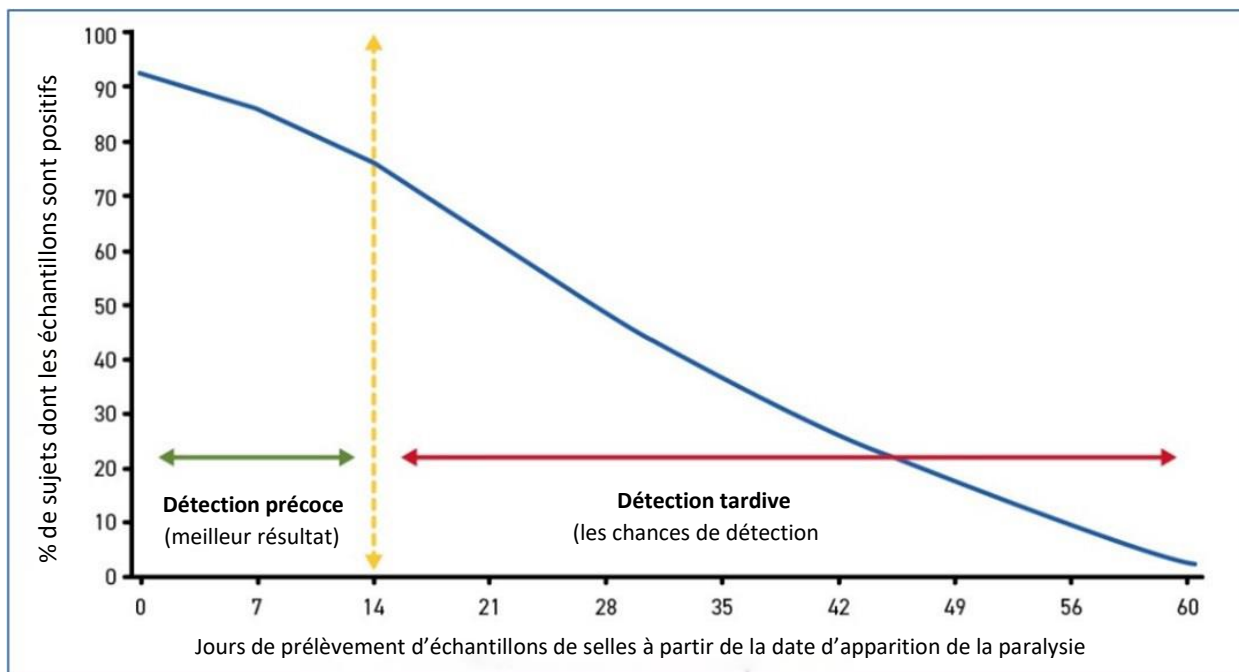
Début de paralysie constaté depuis 14 jours au maximum	Début de paralysie constaté depuis 14 à 60 jours	Début de paralysie constaté Depuis 60 jours à six mois	Début de paralysie constaté depuis plus de six mois
<p><i>Phase initiale de l'investigation relative à un cas de PFA</i></p> <p>Prélever des échantillons de selles</p> <p>Souvenez-vous, les échantillons de selles peuvent être considérés comme insuffisants une fois au laboratoire.</p>	<p><i>Phase initiale de l'investigation relative à un cas de PFA</i></p> <p>Prélever des échantillons de selles</p> <p>De plus, réaliser : un prélèvement d'échantillon sur un contact de patient atteint de PFA, accompagné d'un examen de suivi à 60 jours.</p>	<p>Réaliser et documenter les investigations de cas puis les introduire dans la base de données sur la PFA</p> <p>Réaliser un examen de suivi à 60 jours</p> <p>Ne pas prélever d'échantillons de selles chez les patients atteints de PFA ou chez leurs contacts</p>	<p>Inscrire les informations sur la liste sommaire des « cas de PFA non notifiés »</p> <p>Aucune investigation des cas de PFA</p> <p>Aucun échantillon de selles n'a été prélevé chez les patients atteints de PFA ou chez leurs contacts</p>

Figure 4. Prélèvement d'échantillons de selles par rapport à la date d'apparition de la paralysie

Les personnes infectées par un poliovirus n'excrètent pas le virus en permanence mais par intermittence. Par conséquent, la probabilité de détecter le virus chez une personne infectée augmente en prélevant non pas un mais deux échantillons à au moins 24 heures d'intervalle.

L'excrétion du virus est plus intense au cours des deux premières semaines suivant l'apparition de la paralysie, d'où la nécessité de prélever les deux échantillons dès que possible, de préférence dans les 14 jours. Des échantillons de selles peuvent encore être prélevés *après* deux semaines, mais *au plus tard 60 jours* suivant l'apparition de la paralysie (voir la Figure 4 ci-dessus). Pour les cas de paralysie flasque aiguë détectés très tardivement, au-delà de 60 jours et jusqu'à six mois suivant l'apparition de la paralysie, aucun échantillon de selles ne devrait être prélevé. Néanmoins, un formulaire d'investigation des cas doit être rempli et saisi dans la base de données sur la paralysie flasque aiguë.

Les échantillons de selles devraient être prélevés au sein d'un établissement de santé par un personnel formé. Si le prélèvement d'échantillons est impossible dans un établissement de santé et doit être effectué par un soignant au domicile du cas, une trousse de prélèvement et de transport des échantillons contenant des accumulateurs de froid doit être laissée à la disposition des soignants. Les instructions doivent être clairement comprises, à l'aide d'un langage simple si nécessaire, et comporter les coordonnées des personnes à contacter en cas de questions ou de problèmes. Un rendez-vous doit être pris pour changer les accumulateurs de froid et prélever les deux échantillons.



Source : adapté de Alexander JP, Gary HE, Pallansch MA, Duration of Poliovirus Excretion and Its Implications for Acute Flaccid Paralysis Surveillance: A Review of Literature, J Infect Dis 175(1):S175-82;1997 (https://doi.org/10.1093/infdis/175.Supplement_1.S176).

Figure 5. Probabilité d'excrétion de poliovirus à partir de la date d'apparition de la paralysie.

L'[annexe 6 – Formulaire d'investigation des cas](#) décrit une procédure normalisée, étape par étape, pour le prélèvement d'échantillons de selles, notamment une liste du matériel et des fournitures nécessaires.

a) Échantillons de selles adéquats et inadéquats. L'adéquation des échantillons de selles est l'un des deux principaux indicateurs de qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Pour au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë, des échantillons adéquats devraient être disponibles afin de maximiser les chances d'isolement et de confirmation du poliovirus en laboratoire. Le faible niveau d'adéquation des échantillons, ou un pourcentage d'échantillons inadéquats dans une zone supérieur à 20 % des cas de paralysie flasque aiguë, indique des lacunes dans la qualité de la surveillance et peut signifier que la transmission du virus passe inaperçue.

Les échantillons de selles de cas de paralysie flasque aiguë sont considérés comme « adéquats » si *deux échantillons sont prélevés à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et reçus en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS, accompagnés la documentation requise* (voir l'encadré).

Échantillons de selles adéquats
<ul style="list-style-type: none"> • Deux (2) échantillons de selles. • Prélevés à au moins 24 heures d'intervalle. • Prélevés dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie. • Reçus en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS (au moins 8 grammes, maintien de la chaîne du froid inverse depuis le prélèvement jusqu'à l'arrivée au laboratoire, sans dessiccation ni fuite constatée) et accompagnés d'une documentation adéquate.

Compte tenu de cette définition, les échantillons sont considérés comme **inadéquats** si :

- le prélèvement des échantillons est réalisé tardivement – l'un ou les deux échantillons sont prélevés 14 jours après l'apparition de la paralysie chez le cas de paralysie flasque aiguë en raison d'une détection, d'une notification et d'une investigation tardives du cas de paralysie flasque aiguë ;

- aucun échantillon ou un seul échantillon parvient au laboratoire pour les raisons suivantes :
 - le cas de paralysie flasque aiguë décède ou est introuvable (« perdu de vue ») avant le prélèvement des échantillons, les échantillons ont été prélevés mais perdus durant le transport vers le laboratoire, ou l'équipe n'a pas réussi à prélever un deuxième échantillon ;
- les **échantillons ne sont pas en « bon » état** à leur arrivée au laboratoire (voir encadré ci-dessus) :
 - le prélèvement est incorrect, le conteneur utilisé est inadéquat, entraînant une fuite ou une dessiccation des échantillons pendant le transport, ou la quantité de selles est trop faible ;
 - la température est supérieure à 8 °C dans le conteneur de transport à l'arrivée au laboratoire causée par un rupture de la « chaîne du froid inverse ».

b) Stockage et transport des échantillons de selles. Une fois le prélèvement effectué, les échantillons doivent être stockés et transportés à une température comprise entre 4 °C et 8 °C jusqu'à leur arrivée au laboratoire. Il s'agit du système appelé « chaîne du froid inverse », par rapport à la « chaîne du froid » utilisée pour transporter les vaccins du niveau central vers le niveau périphérique.

Dans de nombreux pays, l'OMS et les ministères de la Santé ont conclu des contrats avec des sociétés de coursiers pour le transport terrestre ou aérien des échantillons. Selon des indicateurs établis, le temps de transport entre le prélèvement du deuxième échantillon de selles et l'arrivée au laboratoire accrédité par l'OMS ne doit pas dépasser trois (3) jours, même si le laboratoire est situé en dehors du pays. Les échantillons de selles doivent arriver au laboratoire en *bon état* (voir la définition ci-dessus) et être accompagnés d'une documentation complète (formulaire d'investigation des cas et formulaire de demande d'analyse en laboratoire).

c) Maintien de la chaîne du froid inverse des échantillons. Les programmes nationaux de lutte contre la poliomyélite doivent garantir le maintien de la « chaîne du froid inverse » nécessaire au stockage et au transport en toute sécurité des échantillons. Toute rupture de la chaîne du froid inverse, à savoir l'exposition des échantillons à des températures plus élevées, peut inactiver le poliovirus dans les échantillons et réduire la capacité du laboratoire à l'isoler. S'il est prévu que la durée du transport des échantillons sera supérieure à 72 heures entre le prélèvement du deuxième échantillon de selles et l'arrivée au laboratoire, des dispositions doivent être prises pour changer les accumulateurs de froid ou assurer un stockage au froid intermédiaire des échantillons.

4.4 Prélèvement d'échantillons chez des contacts de cas de paralysie flasque aiguë

Les échantillons prélevés sur des cas de paralysie flasque aiguë qui, pour les raisons expliquées ci-dessus, sont considérés comme « inadéquats » ne permettent plus au laboratoire de produire des résultats d'analyses fiables. De ce fait, le poliovirus peut passer inaperçu dans les échantillons provenant de cas de paralysie flasque aiguë infectés par un poliovirus.

C'est pourquoi l'IMEP recommande de prélever des échantillons de selles chez les personnes directement en contact avec le cas de paralysie flasque aiguë pour tous les cas de paralysie flasque aiguë dont les échantillons sont inadéquats. Si la poliomyélite est à l'origine de la paralysie, il est probable que le virus circule dans la famille et parmi les proches contacts. Le prélèvement d'échantillons chez des contacts du cas de paralysie flasque aiguë peut donc accroître la probabilité de détecter le virus en circulation ; si l'un des contacts directs est positif au virus, le cas de paralysie flasque aiguë sera confirmé comme étant un cas de poliomyélite (voir l'[annexe 8. Échantillonnage des selles des contacts proches des cas de paralysie flasque aiguë](#)).

Si l'investigation est menée tardivement et qu'il est manifestement impossible de prélever deux échantillons de selles à temps (dans les 14 ou 11 jours suivant l'apparition de la paralysie), un échantillonnage des contacts doit être effectué pendant l'investigation du cas de paralysie flasque aiguë, de préférence dans les 7 jours suivant la notification de la paralysie flasque aiguë. Il peut encore être possible jusqu'à 60 jours après l'apparition de la paralysie, bien que la probabilité de détecter rapidement le virus diminue avec le temps.

Pour augmenter la sensibilité de la détection des poliovirus, l'échantillonnage des contacts du cas de paralysie flasque aiguë peut être réalisé dans le cadre des activités régulières de surveillance de la paralysie flasque aiguë ou des activités de riposte à la flambée. Néanmoins, toute décision d'élargir cette pratique doit faire l'objet d'une consultation entre les équipes régionales et nationales de lutte contre la poliomyélite et le laboratoire spécialisé afin de s'assurer qu'il existe une raison suffisante justifiant l'échantillonnage supplémentaire et que le laboratoire peut faire face à l'augmentation de la charge de travail.

L'échantillonnage des contacts ne doit **pas être effectué** si le cas de paralysie flasque aiguë a déjà été confirmé comme étant un poliovirus sauvage ou un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale, ou si l'apparition de la paralysie date de plus de 60, car il ne fournira pas d'informations nouvelles ou supplémentaires utiles au programme.

e) Comment prélever des échantillons sur un contact de cas de paralysie flasque aiguë ?

L'échantillonnage des contacts de cas de paralysie flasque aiguë doit suivre une procédure normalisée.

- Identifier les contacts potentiels. Accorder la priorité aux jeunes enfants, de moins de cinq ans, qui sont fréquemment en contact direct avec le cas de paralysie flasque aiguë. Inclure les frères et sœurs, les membres du ménage ou les camarades de jeu. Si le cas de paralysie flasque aiguë a séjourné dans d'autres lieux une semaine avant ou deux semaines après l'apparition de la paralysie, d'autres contacts sont à identifier dans ces lieux.
- Expliquer l'objectif du prélèvement d'échantillons aux parents ou aux tuteurs du contact sélectionné.
- Prélever un échantillon de selles de trois contacts différents.
- Respecter les protocoles de surveillance de la paralysie flasque aiguë pour le prélèvement, le stockage et le transport des échantillons de selles (pour plus de détails, voir l'[annexe 6](#)).
- Remplir un formulaire de demande d'analyse en laboratoire distinct pour chaque contact.

Chaque échantillon devrait être clairement étiqueté comme contact du cas de paralysie flasque aiguë en utilisant le numéro EPID du cas de paralysie flasque aiguë avec un indicateur de contact supplémentaire (« C ») et un nombre compris entre 1 et 3 (...C1,C2, C3). Voir également l'[annexe 7](#).

f) Comment interpréter et utiliser les résultats des échantillons des contacts de cas de paralysie flasque aiguë ? Ci-dessous figure une explication de la façon d'interpréter et d'utiliser les résultats de laboratoire des échantillons prélevés chez les contacts d'un cas de paralysie flasque aiguë.

1. En l'absence de détection de PVS ou de PVDV dans les échantillons prélevés chez le cas indicateur de paralysie flasque aiguë, *l'isolement de PVS ou de PVDV chez un contact sain confirme l'infection par PVS ou PVDV du cas de paralysie flasque aiguë*, même si les échantillons de selles du cas de paralysie flasque aiguë étaient adéquats.

2. En présence de résultat positif au PVS ou au PVDV du cas de paralysie flasque aiguë, l'isolement du PVS ou du PVDV chez un contact constitue toujours une information utile pour le programme. Néanmoins, les contacts dont les échantillons sont positifs au virus ne sont **pas** classés comme cas confirmés de poliovirus parce qu'ils ne répondent pas à la définition de cas, qui requiert la présence d'une PFA. Ces résultats de laboratoire sont inclus comme « autres » ou « autre source humaine » dans le nombre d'isolats de poliovirus.

4.5 Examen de suivi à 60 jours

L'une des particularités de la poliomyélite paralytique est qu'une majorité de cas ne se rétablit pas complètement et présente des séquelles neurologiques permanentes ou « paralysies résiduelles ». Un examen neurologique réalisé au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie indique clairement si la poliomyélite est à l'origine de la paralysie flasque aiguë. C'est la raison pour laquelle tous les cas de paralysie flasque aiguë étaient soumis à un examen de « suivi à 60 jours » faute de confirmation en laboratoire.

a) Quels cas de paralysie flasque aiguë doivent être soumis à un examen de suivi à 60 jours ? Lorsque les échantillons sont adéquats, les résultats d'un laboratoire accrédité par l'OMS constituent un test très sensible qui permet de distinguer une PFA due à une poliomyélite d'une PFA non poliomyélitique. Dans ce cas, le suivi à 60 jours n'est pas nécessaire.

Dans la Région africaine de l'OMS, **seuls les cas de paralysie flasque aiguë dont les échantillons sont inexistantes ou inadéquats doivent être soumis à un examen de suivi à 60 jours.** (En l'absence de résultats de laboratoire fiables due à une inadéquation du cas de paralysie flasque aiguë, le résultat du suivi à 60 jours permettra de déterminer si la poliomyélite est la cause de la paralysie flasque aiguë).

Le Comité national d'experts de la poliomyélite (CNEP), responsable de la classification des cas de paralysie flasque aiguë, examinera de près tous les cas, en particulier ceux dont les échantillons sont inadéquats et présentant une paralysie résiduelle à 60 jours, afin de décider s'il convient de l'écarter comme cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ou de le classer comme « compatible avec une poliomyélite » (voir également la Figure 9 et [la section sur la classification des cas de paralysie flasque aiguë](#) ci-dessous).

b) Comment réaliser un examen de suivi à 60 jours ? Le résultat de l'examen de suivi à 60 jours repose en grande partie sur l'expérience et les compétences cliniques de la personne en charge. Dans l'idéal, cet examen devrait être réalisé par un pédiatre expérimenté dans ce domaine. Des pédiatres dûment formés seront à même de détecter d'infimes degrés de faiblesse résiduelle qui pourraient échapper aux agents de santé moins formés. Il est également préférable de confier le suivi au médecin qui a examiné le cas en premier. Faute de pédiatre disponible, les agents de surveillance peuvent également être formés aux examens de suivi à 60 jours.

Quels cas de paralysie flasque aiguë doivent être soumis à un examen de suivi à 60 jours ?

Dans la Région africaine de l'OMS, un examen de suivi est nécessaire pour :

- les cas de paralysie flasque aiguë sans prélèvement d'échantillons ;
- les cas de paralysie flasque aiguë dont les échantillons sont inadéquats ;
- les cas de paralysie flasque aiguë avec isolement du poliovirus de type vaccinal (type Sabin, type VPOn).

Un examen de suivi à 60 jours est réalisé à l'aide du formulaire d'investigation des cas et du formulaire d'examen de suivi à 60 jours ([annexe 5. Exemples de formulaires](#)). Pendant l'examen, le clinicien ou le médecin devrait évaluer systématiquement le patient et :

- vérifier auprès de la famille que toutes les informations figurant sur le formulaire d'investigation des cas précédemment renseigné sont correctes ;
- se renseigner pour savoir si la paralysie ou la faiblesse musculaire a complètement disparu, s'est améliorée, est restée stable ou a progressé ;
- observer le mouvement des membres ou des zones affectées du corps de l'enfant. Il convient d'observer l'enfant marcher ou bouger les bras et de rechercher des signes d'atrophie (atrophie musculaire) ;
- examiner le tonus, la puissance et les réflexes musculaires. Il convient de vérifier que la sensation est normale – même une faiblesse résiduelle légère doit être considérée comme une « paralysie résiduelle » ;
- remplir intégralement le formulaire d'examen de suivi à 60 jours et l'envoyer au Programme élargi de vaccination (PEV) national ou au programme de lutte contre la poliomyélite.

Les résultats possibles de l'examen de suivi à 60 jours sont les suivants.

- Pas de paralysie résiduelle : 60 jours après la date d'apparition de la maladie, aucune faiblesse ni paralysie du ou des membres initialement touchés ; toutes les fonctions ont été rétablies.
- Paralysie résiduelle : 60 jours après la date d'apparition de la maladie, une faiblesse ou une paralysie persiste (pas d'amélioration ou légère amélioration).
- Aucun examen de suivi n'a été possible, car le cas n'a pas pu être retrouvé (« perdu de vue ») ou est décédé avant que le suivi ne puisse être effectué.

4.6 Classification finale des cas de paralysie flasque aiguë

Une fois les résultats finaux de laboratoire reçus et l'examen de suivi de 60 jours terminé, tous les cas de paralysie flasque aiguë doivent faire l'objet d'une classification finale. Ainsi, les cas de paralysie flasque aiguë sont soit :

- a) confirmés comme cas de poliomyélite ;*
- b) rejetés comme cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ;*
- c) classés comme « compatibles avec la poliomyélite » (pour plus de précisions, voir ci-dessous).*

L'IMEP a fixé comme cible de classer tous les cas de paralysie flasque aiguë au plus tard dans les 90 jours suivant l'apparition de la paralysie.

Concernant la classification finale, les équipes nationales de lutte contre la poliomyélite, soutenues par le Comité national d'experts de la poliomyélite, doivent respecter les critères de classification des cas de paralysie flasque aiguë de l'OMS.

a) Classification des cas de paralysie flasque aiguë en fonction du statut d'adéquation des échantillons et des résultats de laboratoire. Les cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels tout échantillon de selles, qu'il soit adéquat ou non, est *positif pour le poliovirus sauvage ou le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale* dans un laboratoire accrédité par l'OMS sont classés comme « poliomyélite confirmée » ; les cas

négatifs pour le virus sont également confirmés si le poliovirus sauvage ou le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale est isolé chez un contact proche.

Les cas pour lesquels *les échantillons adéquats sont négatifs pour le poliovirus* sont par défaut classés comme *rejetés* car considérés comme une *PFA non poliomyélitique* par le programme. En effet, si les échantillons sont adéquats, le résultat d'un laboratoire accrédité par l'OMS est accepté car il indique l'absence de poliovirus sauvage ou de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale dans les échantillons, autrement dit que l'infection par un poliovirus n'est pas la cause de la paralysie flasque aiguë.

Les cas de paralysie flasque aiguë *sans échantillons ou avec des échantillons inadéquats* sont plus difficiles à classer, car la classification ne repose sur aucun résultat de laboratoire fiable, mais uniquement sur des données cliniques et sur le résultat du suivi à 60 jours. La classification finale de ce groupe de cas est effectuée par le Comité national d'experts de la poliomyélite.

b) Rôle du Comité national d'experts de la poliomyélite. Le Comité national d'experts de la poliomyélite est un groupe d'experts en pédiatrie, neurologie, virologie et épidémiologie, qui se réunit régulièrement – au moins quatre fois par an, ou plus souvent, en fonction du nombre de cas de paralysie flasque aiguë – afin d'aider à la classification des cas de paralysie flasque aiguë.

Dans la Région africaine, le rôle du Comité national d'experts de la poliomyélite consiste à :

- procéder à un examen approfondi et à une classification des cas de paralysie flasque aiguë sans échantillons ou avec des échantillons inadéquats ; si le secrétariat est chargé de classer tous les cas *adéquats*, ceux-ci doivent également être présentés au Comité national d'experts de la poliomyélite pour validation ;
- examiner les cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels des échantillons adéquats ont été testés positifs pour le poliovirus de type Sabin, afin de décider d'un éventuel diagnostic de poliomyélite paralytique associée au vaccin ;
 - dans ce contexte, les cas de poliomyélite paralytique associée au vaccin ayant reçu le vaccin antipoliomyélitique oraln2 doivent être orientés vers le « *Comité d'évaluation du lien de causalité* » afin de vérifier une éventuelle association avec l'utilisation du nVPO2. Pour certains pays utilisant le vaccin antipoliomyélitique oraln2 dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques, le mandat du Comité national d'experts de la poliomyélite comprend la fonction de « *Comité d'évaluation du lien de causalité* » (pour en savoir plus, consulter le [Guide de surveillance des événements indésirables d'intérêt particulier \(EIIP\) lors de l'utilisation du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 \(nVPO2\)](#)).
- fournir d'autres conseils et un appui technique concernant les cas de paralysie flasque aiguë et la surveillance de la paralysie flasque aiguë, par exemple en intervenant dans des cours de formation sur la surveillance de la paralysie flasque aiguë et d'autres activités de plaidoyer pour augmenter la sensibilisation à ce syndrome, en particulier parmi les cliniciens ;
- à titre exceptionnel, le Comité national d'experts de la poliomyélite peut demander qu'un examen clinique détaillé d'un cas de paralysie flasque aiguë soit réalisé par un neurologue afin d'apporter des informations neurologiques complémentaires qui pourraient faciliter la classification finale de ce cas.

c) Comment le Comité national d'experts de la poliomyélite classe-t-il les cas de paralysie flasque aiguë en l'absence d'échantillons ou en présence d'échantillons inadéquats ?

Conformément au système de classification de l'OMS le Comité national d'experts de la poliomyélite classera les cas comme suit :

- *poliomyélite confirmée* si un poliovirus sauvage ou un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale a été détecté dans des échantillons de selles *d'un cas de paralysie flasque aiguë ou d'un contact direct* ;
- *compatible avec une poliomyélite*,¹⁰ si le Comité national d'experts de la poliomyélite a conclu qu'après un examen approfondi, la poliomyélite ne pouvait être exclue car :
 - le patient présente une paralysie résiduelle au moment du suivi à 60 jours ; ou
 - aucun examen de suivi n'a pu être effectué car le patient est décédé ou n'a pas pu être retrouvé (« perdu de vue lors du suivi »); ou
- *rejeté comme paralysie flasque aiguë non poliomyélitique*, si aucune paralysie résiduelle n'a été observée lors de la visite de suivi à 60 jours ; notez que le Comité national d'experts de la poliomyélite *peut* rejeter comme non poliomyélitiques même des cas *présentant une paralysie résiduelle, ou sans examen de suivi*, s'il estime qu'il y a suffisamment de données probantes (provenant des notes cliniques ou d'autres documents) pour démontrer que l'affection n'était *pas cliniquement compatible avec la poliomyélite*.

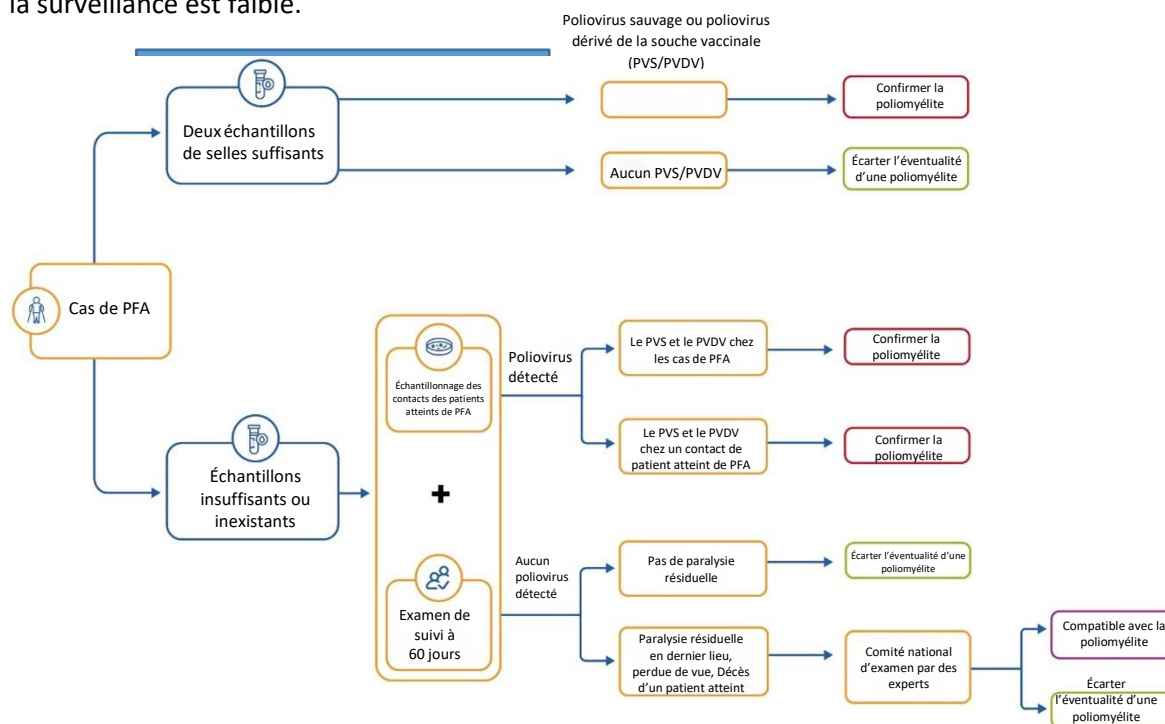
d) Importance des cas compatibles avec une poliomyélite. Seul le Comité national d'experts de la poliomyélite peut classer un cas de paralysie flasque aiguë comme « compatible avec une poliomyélite ». Faute de résultats de laboratoire fiables, les cas de paralysie flasque aiguë « compatibles » ne sont ni confirmés comme étant des cas de poliomyélite ni rejetés comme étant des cas non poliomyélitiques. Les cas compatibles avec une poliomyélite sont toutefois importants sur le plan programmatique. Comme l'exclusion de la poliomyélite ne peut être établie de manière fiable, de tels cas témoignent d'un échec de la surveillance à l'une des étapes nécessaires à l'obtention d'échantillons adéquats, susceptible d'être intervenu à tout moment du prélèvement ou du transport des échantillons : d'un recours tardif aux services de soins pour un cas de paralysie flasque aiguë à l'arrivée des échantillons en mauvais état au laboratoire pour la poliomyélite accréditée par l'OMS.

La survenue d'une grappe de cas compatibles avec une poliomyélite en un court laps de temps est préoccupante, car il ne peut pas être exclu que la poliomyélite soit l'une des raisons de son apparition. La cartographie et l'examen réguliers des cas compatibles avec une poliomyélite permettent de repérer les zones où la surveillance est insuffisante, afin de remédier au problème sous-jacent qui a entraîné un prélèvement tardif des échantillons.

Les comités nationaux d'experts de la poliomyélite devraient retenir la catégorie « compatible avec la poliomyélite » dès lors que les documents disponibles ne sont pas suffisants pour exclure de manière fiable la poliomyélite. La Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite (ARCC) a noté à plusieurs reprises que les comités nationaux d'experts de la poliomyélite dans de nombreux pays de la Région ont tendance à rejeter comme PFA non poliomyélitique une proportion considérable des cas de paralysie flasque aiguë dont les échantillons sont « inadéquats », en l'absence de données probantes cliniques suffisantes. La Commission régionale a rappelé aux présidents des comités nationaux d'experts de la poliomyélite et aux équipes nationales de lutte contre la poliomyélite de ne pas rejeter de manière excessive les cas de paralysie flasque aiguë, mais d'avoir recours à la catégorie de classification

¹⁰ Il convient de noter qu'un cas classé comme *compatible avec une poliomyélite* n'est ni confirmé comme étant un cas de poliomyélite, ni écarté comme étant un cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique

« compatible avec la poliomyélite » et d'utiliser et de cartographier ces cas pour répertorier les zones où la surveillance est faible.



PFA = paralysie flasque aiguë ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS = poliovirus sauvage. Source : OMS.

Figure 6. Système OMS de classification des cas de PFA

e) Rôle d'appui du secrétariat du Comité composé de personnels de l'OMS et du Ministère de la santé au Comité national d'experts de la poliomyélite. Lors de chaque réunion du Comité national d'experts de la poliomyélite, le personnel de l'OMS et du ministère de la santé chargé de la surveillance, agissant en qualité de secrétariat du Comité, présentera toutes les données disponibles sur les cas de paralysie flasque aiguë pour la classification desquels l'appui du Comité est requis ; le Comité national d'experts de la poliomyélite examinera les cas concernés et suggérera la catégorie de classification appropriée.

Pour préparer la réunion du Comité national d'experts de la poliomyélite, le secrétariat devrait constituer pour chaque cas un dossier contenant, au minimum, les documents suivants :

- le formulaire d'investigation des cas dûment complété, et toute autre note ou tout autre rapport supplémentaire préparé après l'investigation du cas ;
- pour les cas de paralysie flasque aiguë ayant donné lieu à une hospitalisation, des copies de tous les dossiers médicaux et notes cliniques, ainsi que de tout autre document et résultat d'analyse ;
- pour les patients atteints de paralysie flasque aiguë décédés, une copie du certificat de décès ;
- une copie du formulaire de suivi à 60 jours dûment rempli et de toute autre note clinique prise par le clinicien qui a réalisé l'examen de suivi.

Le secrétariat composé des personnels de l'OMS et du Ministère de la santé devrait présenter brièvement chaque cas, avec tous les détails pertinents, au Comité national d'experts de la poliomyélite, en mettant l'accent sur toute affection sous-jacente ou tout antécédent médical pouvant être indicatif d'une affection susceptible de provoquer une paralysie. Dans la mesure du possible, un représentant de l'équipe de

district qui a été la première à notifier et investiguer le cas de paralysie flasque aiguë devrait participer à la réunion du Comité national d'experts de la poliomyélite et intervenir lors de la présentation du cas.

5 Gestion, suivi et évaluation des données de surveillance de la paralysie flasque aiguë

Un système performant d'information et de gestion des données sur la paralysie flasque aiguë est un outil essentiel pour les programmes nationaux de vaccination et d'éradication de la poliomyélite car il permet de fournir aux administrateurs de programme les données nécessaires à la prise de mesures appropriées pour orienter le programme de la manière la plus efficace possible.

Conjointement avec les données sur la couverture de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaire contre la poliomyélite, l'analyse des données de surveillance de la paralysie flasque aiguë devrait permettre aux administrateurs des programmes de lutte contre la poliomyélite d'assurer une évaluation et un suivi réguliers des principaux risques de poliomyélite, tels que le risque de nouvelles flambées à la suite de l'importation d'un poliovirus ou de l'émergence d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.

Les données de surveillance sont suivies et utilisées par les décideurs des programmes dans plusieurs domaines :

- l'analyse régulière des indicateurs de qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë permet de suivre les performances et la sensibilité de la surveillance, de détecter les zones où la surveillance est peu efficace et d'axer les mesures correctives sur ces zones ;
- dans les zones d'endémie persistantes et dans les pays touchés par des flambées, les données de surveillance de la paralysie flasque aiguë sont exploitées pour suivre la circulation des poliovirus sauvages ou des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale ainsi que les progrès accomplis en vue de l'interruption de la transmission ;
- les données de surveillance de la paralysie flasque aiguë fournissent aux groupes nationaux et régionaux de certification des éléments probants quant à la qualité de la surveillance ; elles contribuent ainsi à assurer le suivi du statut d'exemption de la poliomyélite dans les Régions certifiées et constitueront à terme la base factuelle sur laquelle reposera la certification de l'éradication du poliovirus sauvage au niveau régional (seule la Région de la Méditerranée orientale n'était pas encore certifiée à la mi-2023) et au niveau mondial.

5.1 Gestion des données relatives à la paralysie flasque aiguë

Collecte et gestion des données. La disponibilité en temps opportun de données complètes et exactes est essentielle au bon suivi du programme d'éradication de la poliomyélite. Pour que les données soient utiles, les outils de collecte et de traitement des données doivent être utilisés de façon appropriée, et les données doivent être analysées régulièrement et interprétées correctement afin de produire des informations suffisamment fiables pour éclairer la prise de décision.

Le programme recueille et exploite des données de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) provenant de plusieurs sources :

- *les données sur les cas de paralysie flasque aiguë* collectées au moyen des principaux outils de collecte de données, tels que les formulaires d’investigation des cas (CIF) et les formulaires d’examen de suivi à 60 jours, sont compilées dans une base de données et transmises chaque semaine au Bureau régional OMS de l’Afrique et au Siège de l’OMS. Elles sont également mises à disposition sur une plateforme mondiale en ligne de données sur la poliomyélite, le *Système d’information sur la poliomyélite (POLIS)* ;
- *les données de laboratoire basées sur des échantillons*, quelle que soit la source de prélèvement (échantillons de selles provenant de cas de paralysie flasque aiguë, de contacts de cas et échantillons communautaires – également appelés « échantillons d’enfants en bonne santé » et échantillons environnementaux), incluant les résultats de laboratoire, sont compilées dans une base de données de laboratoire et partagées chaque semaine avec le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique et le Siège de l’OMS ;
- les résultats du séquençage génétique des isolats de poliovirus fournis par les laboratoires spécialisés mondiaux constituent également une source de données pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë ;
- les données de surveillance systématique (passive) (notification « zéro cas ») sont collectées auprès de tous les sites de notification et compilées au niveau du district, au niveau provincial et au niveau national pour déterminer l’exhaustivité et la promptitude des notifications ;
- les dates des visites de surveillance active (SA) dans les établissements de santé et chez les prestataires de soins à tous les niveaux de priorité du réseau de surveillance sont également recueillies et compilées à tous les niveaux, pour évaluer l’exhaustivité de ces visites.

Rôle des gestionnaires de données sur la poliomyélite. D’une manière générale, la gestion des données de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus est indispensable pour éclairer la prise de décisions (Tableau 4).

En matière de surveillance de la paralysie flasque aiguë, le rôle des gestionnaires de données consiste à s’assurer que les données relatives à la paralysie flasque aiguë sont :

- collectées et, le cas échéant, partagées, en temps voulu ;
- complètes et exemptes d’erreurs de saisie (contrôle de la qualité des données) ;
- exactes (p. ex. chronologie logique des dates) ;
- classées et archivées de manière appropriée.

En collaboration avec les agents chargés de la surveillance de la poliomyélite, les gestionnaires de données sur la poliomyélite veillent également à ce que :

- les analyses portent sur des données exactes et à jour, et les informations soient présentées clairement, afin d’étayer au mieux la prise de décision fondée sur les données ; et
- les rapports et les retours d’information soient complets et fournis en temps voulu, en particulier les données utilisées pour assurer le suivi de la performance de la surveillance.

Tableau 4. Principales utilisations des données de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus pour les décideurs des programmes

Contexte	Utilisation des données de surveillance de la paralysie flasque aiguë
Tous les pays	<ul style="list-style-type: none"> • Calculer les indicateurs de qualité standard pour évaluer les performances de la surveillance de la paralysie flasque aiguë au moins au niveau national et aux niveaux des provinces et des districts • Concentrer les efforts correctifs sur les domaines peu performants
Tous les pays	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir aux organismes régionaux et nationaux de certification des données probantes sur la qualité de la surveillance qui serviront de base factuelle pour la certification de l'exemption de poliomyélite aux niveaux régional et mondial
Pays d'endémie, zones de flambée	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre la circulation des PVS et des PVDV afin d'orienter les activités de vaccination et d'évaluer les progrès réalisés en vue d'interrompre la transmission

PFA = paralysie flasque aiguë ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS = poliovirus sauvage.

Le calcul et le partage systématiques des données clés incluent la détermination, au niveau national et au premier niveau infranational, des indicateurs de performance clés de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, tels que les taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique et d'adéquation des échantillons de selles, et des indicateurs relatifs à la promptitude du transport des échantillons de selles et des analyses de laboratoire ainsi que les données sur l'exhaustivité et la promptitude des rapports de notification passive (systématique, « zéro cas ») de la paralysie flasque aiguë et des visites de surveillance active.

5.2 Principaux outils et formulaires de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus – Région africaine de l'OMS

Le registre des cas de paralysie flasque aiguë (également appelé « liste sommaire des cas de paralysie flasque aiguë ») est la principale base de données tenue à jour au niveau du district, de la province et du pays, qui contient toutes les données et informations pertinentes sur tous les cas de paralysie flasque aiguë notifiés. Les cas de paralysie flasque aiguë devraient être consignés dans le registre selon l'ordre dans lequel ils sont notifiés à l'aide du numéro d'identification épidémiologique EPID attribué individuellement. Le registre des cas, également appelé « liste sommaire des cas de paralysie flasque aiguë » dans de nombreux pays, peut être tenu sur papier au niveau du district et de la province, mais son contenu est ensuite informatisé et constitue l'essentiel des données sur les cas de paralysie flasque aiguë transmises chaque semaine au niveau national, au Bureau régional de l'Afrique et au niveau mondial.

Le registre des cas de paralysie flasque aiguë contient toutes les informations pertinentes collectées par le personnel de surveillance enquêtant sur le cas de paralysie flasque aiguë dans le formulaire d'investigation des cas (voir ci-dessous). Des données supplémentaires importantes sont ajoutées par la suite dès lors qu'elles sont disponibles, notamment les résultats des analyses de laboratoire et de l'examen de suivi à 60 jours (en l'absence d'échantillons ou en cas d'échantillons inadéquats).

Le formulaire d'investigation des cas de paralysie flasque aiguë. Le formulaire d'investigation des cas est le formulaire rempli par les personnes qui mènent l'enquête sur le cas. Toutes les parties et variables du

formulaire d'investigation des cas doivent être renseignées de façon exhaustive et correcte, car les informations fournies dans ce formulaire servent à enregistrer et documenter toutes les données de base sur le cas de paralysie flasque aiguë relatives « au moment, au lieu et à la personne concernée », qui sont nécessaires afin de réaliser d'importantes analyses épidémiologiques.

Les principales données à saisir sur le formulaire d'investigation des cas comprennent les informations d'identification, à savoir : le numéro d'identification épidémiologique EPID, les informations personnelles, l'adresse complète de résidence ou de localisation, ainsi que des données sur le site de surveillance et le premier agent de santé ayant notifié le cas. Il convient de consigner les dates importantes, notamment la date d'apparition de la paralysie, la date de consultation, d'investigation et de notification, ainsi que les informations sur les antécédents cliniques, les principaux symptômes, le statut vaccinal, la date de prélèvement des échantillons de selles, les résultats des analyses de laboratoire et de l'examen de suivi à 60 jours, et la classification finale du cas.

Le formulaire d'envoi des échantillons de selles. Tous les échantillons de selles doivent être accompagnés d'un formulaire d'envoi d'échantillons de selles dûment rempli, sur lequel sont renseignées les informations d'identification importantes, telles que le numéro EPID, le nom du patient et les dates de prélèvement des échantillons de selles. Ce formulaire sert également à consigner des informations importantes sur l'itinéraire emprunté par les échantillons jusqu'à leur arrivée au laboratoire, ainsi que des détails sur le maintien de la chaîne du froid inverse (c'est-à-dire le changement des accumulateurs de froid et toute autre observation concernant l'état des échantillons pendant le transport).

Le formulaire d'examen de suivi à 60 jours. Ce formulaire est rempli par la personne qui réalise l'examen de suivi à 60 jours pour les cas dont les échantillons sont inadéquats. Ce formulaire comporte les éléments d'identification habituels, le plus important étant le numéro EPID, et des détails sur les résultats de l'examen clinique du cas de paralysie flasque aiguë pratiqué 60 jours après la date d'apparition de la paralysie.

Le formulaire de gestion logistique. Dans la Région africaine de l'OMS, ce formulaire est utilisé pour documenter et suivre l'utilisation des transports disponibles lors de la réalisation de tâches liées à la surveillance, telles que les visites sur le terrain pour la supervision, la surveillance active ou les activités de sensibilisation communautaire. Ce formulaire doit être rempli pour chaque mission menée en lien avec des activités de surveillance.

Voir aussi les exemples des principaux formulaires de surveillance de la paralysie flasque aiguë présentés en [annexe 5](#).

5.3 Applications mobiles et collecte de données mobiles

L'utilisation des technologies de communication numérique peut contribuer à accélérer les processus de surveillance et à améliorer l'efficacité de la gestion des données. L'application de ces technologies innovantes s'est avérée très utile pour améliorer, d'une part, la promptitude des prélèvements, du stockage, des analyses et de la notification des données et, d'autre part, le suivi et la supervision des activités (voir également la [section 8.5](#)). Il existe également de nouveaux outils numériques permettant d'aider à localiser les populations et à mieux comprendre la portée du réseau de surveillance.

Tableau 5. Exemples de technologies mobiles numériques utilisées dans les pays de la Région africaine de l'OMS

Innovation	Description	Avantages	Outil
e-Surv (Surveillance électronique)	Système de suivi et de notification en temps réel des visites de surveillance active (SA).	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistre la date, l'heure et le lieu des visites de SA, ainsi que les données du dossier • Suit la couverture des visites de SA 	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone portable ou tablette
ISS (Supervision de soutien intégrée)	Système de suivi et de notification en temps réel des visites de supervision pour la vaccination essentielle, la chaîne du froid et les vaccins, et l'incidence des maladies à prévention vaccinale.	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistre la date, l'heure et le lieu des visites de supervision, ainsi que les données du dossier • Suit la couverture des visites de supervision • Affiche les tendances dans le temps et en fonction des zones géographiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Téléphone portable ou tablette
AVADAR Détection et notification auto-visuelles des cas de paralysie flasque aiguë ¹¹	Outil de notification et de suivi pour la surveillance communautaire destiné à permettre aux membres des communautés (accoucheuses, tradipraticiens, guérisseurs de village, par exemple) de détecter et de signaler les cas de paralysie flasque aiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Envoie des rappels invitant à rechercher les cas de paralysie flasque aiguë • Enregistre la date, l'heure et le lieu de la notification du « cas suspect de paralysie flasque aiguë » • Dirige la notification électronique du cas suspect de paralysie flasque aiguë vers le (ou les) superviseur(s) 	Téléphone portable ou tablette
Géolocalisation	Les appareils mobiles équipés de récepteurs GPS (Global Positioning System) peuvent permettre la géolocalisation des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Permet la localisation exacte des cas de paralysie flasque aiguë ou des établissements de santé 	Téléphone portable ou tablette
WebIFA Information en ligne pour l'action	Est conçu pour collecter, transmettre et analyser des données de surveillance à l'aide d'un appareil mobile	<ul style="list-style-type: none"> • Assure la centralisation et l'harmonisation des données relatives aux prélèvements sur le terrain et des données de laboratoire notifiées dans le cadre de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, la surveillance environnementale et la surveillance des PVDVi • Améliore la qualité des données, rationalise le flux de travail entre les équipes de surveillance 	Téléphone portable ou tablette, ordinateur
Code-barres	Système de code QR pour le suivi des échantillons, du prélèvement à l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Permet un suivi en temps réel des échantillons • Évite les erreurs de saisie des données • Est lié à WebIFA pour le suivi et la vérification des données 	Téléphone portable ou tablette Actuellement en phase de test pilote

WhatsApp	Groupes de discussion	<ul style="list-style-type: none"> • Améliore la communication au sein des équipes de surveillance, renforce et met en lien les équipes • Facilite la diffusion directe des informations et la résolution des problèmes • Motive les acteurs des efforts de surveillance en première ligne, crée des opportunités de formation en offrant la possibilité de prendre et partager des photos du travail effectué par les agents sur le terrain 	Téléphone portable
----------	-----------------------	---	--------------------

L'utilisation généralisée d'appareils mobiles (smartphones) a permis une saisie de données plus propre, plus rapide et plus fiable et facilite grandement la communication entre les agents chargés de la surveillance et le réseau de soins de santé. Un certain nombre de technologies innovantes de ce type sont déjà utilisées avec succès dans le cadre du programme de lutte contre la poliomyélite dans les pays de la Région africaine de l'OMS (voir

Tableau 5). Il est recommandé que les programmes nationaux consultent le Bureau régional de l'Afrique pour décider de l'application qui convient le mieux à l'objectif visé, tout en respectant les normes requises en matière de données.

5.4 Cartographie et systèmes d'information géographique (SIG)

La cartographie grâce aux systèmes d'information géographique et l'imagerie par satellite sont également utiles pour identifier et localiser les populations et les zones desservies. Les SIG sont désormais largement utilisés par le programme non seulement pour les campagnes de vaccination, mais aussi dans le contexte de la surveillance pour :

- cartographier les cas de paralysie flasque aiguë et le réseau de surveillance (réseau de sites de surveillance environnementale) en fonction de leurs coordonnées géographiques respectives et pour s'assurer que les populations sont couvertes par le réseau de surveillance ;
- mieux comprendre les mouvements de population et la localisation des populations. Cela permet de mieux appréhender les performances du système de surveillance (indicateurs) et les zones où les stratégies de surveillance doivent être adaptées (par exemple, les populations inaccessibles et difficiles à atteindre, comme dans le nord-est du Nigéria) ;
- suivre les mouvements des poliovirus et les campagnes de riposte aux flambées pour identifier les zones où des poliovirus ont été signalés et où les campagnes de vaccination précédentes étaient de faible qualité ou inexistantes. Ces éléments permettent d'orienter la prise de décision lors de l'évaluation des risques de poliomyélite ;
- cartographier les indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA non poliomyélitique, adéquation des échantillons de selles) et les superposer à d'autres données de surveillance afin d'identifier les zones où les lacunes sont critiques.

Bien que cela ne soit pas possible dans tous les contextes, le déploiement et l'utilisation à plus grande échelle de la cartographie à l'aide des SIG et de l'imagerie par satellite sont encouragés, notamment pour saisir les coordonnées GPS du lieu de résidence des patients atteints de paralysie flasque aiguë, des établissements de santé, des sites de notification, etc., et pour mieux visualiser les zones desservies.

5.5 Suivi du programme de lutte contre la poliomyélite

Le suivi devrait être effectué régulièrement et mettre en lumière les tendances et les anomalies en termes de performances et de qualité de la surveillance.

Collecte, analyse et utilisation des données. Les données devraient être consolidées et analysées au niveau du district, de la province et au niveau national pour évaluer la sensibilité, la promptitude et la qualité de la surveillance. Toutes les données devraient être mises à jour rapidement lorsque des erreurs sont détectées. Les données devraient également être mises à jour après la réception des résultats de laboratoire et après l'attribution d'une classification finale des cas.

Un suivi devrait être effectué :

- pour les données sur les cas et les échantillons (dans le registre ou la liste sommaire des cas de paralysie flasque aiguë) et suivre la qualité des investigations des cas (y compris l'exhaustivité des formulaires) et veiller à ce que des données précises et actualisées sur les cas et les échantillons soient disponibles pour les analyses de performance ;
- pour les visites sur site, dont les visites de surveillance active et les visites de supervision et vérifier que les visites de surveillance active et les visites de supervision sont exhaustives et réalisées en temps et en heure, et que les données connexes sont complètes et disponibles en temps voulu ; et
- pour les rapports, notamment les rapports sur la surveillance active et la notification « zéro cas » et suivre l'exhaustivité des données et la promptitude de la notification.

Les données devraient faire l'objet d'une ventilation spatio-temporelle :

- selon la zone géographique et/ou plusieurs zones : par communauté locale, district, province ou au niveau national ; et
- selon une période donnée : par mois, trimestre, semestre ou année.

Les données devraient également être ventilées, dans la mesure du possible et chaque fois qu'une analyse plus descriptive est nécessaire :

- par sexe (par exemple, « nombre de cas de paralysie flasque aiguë non notifiés par sexe identifiés lors des visites de surveillance active ») ;
- par groupe de population spécifique (par exemple, « nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés par catégorie de population spécifique ») ; et
- par historique de recours aux soins (par exemple, « nombre de cas de paralysie flasque aiguë observés par 2 prestataires de soins ou plus avant d'être notifiés »).

Les analyses systématiques comprennent l'ensemble des rapports et des produits suivants :

- graphique des cas confirmés de poliomyélite par année (indique les progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite) ;
- graphique des cas de paralysie flasque aiguë notifiés et des cas de poliomyélite confirmés par mois et premier niveau administratif (indique le regroupement possible de cas de paralysie flasque aiguë notifiés dans le temps et l'espace) ;

- carte de répartition par points des cas confirmés de poliomyélite (montre où les poliovirus circulent et les zones à haut risque qui doivent être ciblées par des stratégies spécifiques) ;
- carte de répartition par points des cas de paralysie flasque aiguë et des cas compatibles avec une poliomyélite (identifie les zones possibles de faible performance) ;
- tableau présentant les indicateurs clés de performance de la surveillance selon le premier niveau administratif (voir l'[annexe 4](#)) ;
- ventilation des indicateurs par sexe et par population spécifique/groupe ou zone à haut risque (aide à mettre en évidence les raisons possibles des performances sous-optimales ou des lacunes dans la surveillance ; et peut par conséquent orienter vers les solutions possibles) ; et
- graphique du statut vaccinal (VPO/VPI et nombre de doses reçues) des cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique, âgés de 6 à 59 mois (indique s'il convient d'intensifier les efforts de vaccination ainsi que les zones où il existe un risque possible d'émergence et/ou de propagation du virus).

Dans certaines situations, l'investigation du cas initiale devrait être complétée par une enquête plus détaillée permettant de mieux comprendre le contexte et les circonstances de l'apparition du cas ou de la grappe de cas et, partant, de découvrir les raisons possibles de leur survenue et d'évaluer le risque de propagation du virus s'il est présent.

Ainsi, l'une quelconque des situations suivantes justifie une investigation rapide et plus approfondie du cas :

- un isolat unique de PVS provenant d'un cas de paralysie flasque aiguë ou de la surveillance environnementale ;
- un isolat unique de PVDV1, PVDV2 ou PVDV3 provenant d'un cas de paralysie flasque aiguë ou de la surveillance environnementale ;
- tout poliovirus de type Sabin 2 dans une zone où aucune campagne de vaccination récente avec le vaccin contenant le poliovirus de type 2 n'a eu lieu ;
- une grappe de cas de paralysie flasque aiguë classés comme compatibles avec une poliomyélite, définie habituellement comme deux cas ou plus dans un seul district ou deux districts voisins dans un délai de quatre semaines ;
- une grappe de cas de paralysie flasque aiguë au sein d'un district ou dans des districts voisins, correspondant à au moins deux fois le nombre de cas de paralysie flasque aiguë habituellement notifiés en un mois, dans une zone géographique limitée.

Indicateurs de performance de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Les indicateurs de performance, essentiels et non essentiels, sont utilisés pour suivre la qualité de la surveillance des maladies et des résultats de laboratoire. Une liste complète est présentée en annexe 4. Indicateurs de qualité pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

Deux indicateurs restent la référence pour évaluer la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë :

- ✓ le taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique, et
- ✓ l'adéquation des échantillons de selles.

Tableau 6. Indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë relatifs à la promptitude

Promptitude	Indicateur
De la détection	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë disposant de résultats de laboratoire définitifs pour le PVS/PVDV ≤35 jours après l'apparition de la paralysie
De la notification	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés ≤7 jours après l'apparition de la paralysie
De l'investigation	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë ayant fait l'objet d'une enquête ≤48 heures après la notification
Du prélèvement des échantillons de selles	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels 2 échantillons de selles ont été prélevés à un intervalle ≥24 heures dans un délai de 14 jours suivant l'apparition de la paralysie (<i>pays non prioritaires</i>), et • Nombre de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels 2 échantillons de selles ont été prélevés à un intervalle ≥24h heures et expédiés dans un délai de 14 jours (délai de 11 jours pour le prélèvement et 3 jours pour l'expédition) suivant l'apparition de la paralysie (<i>pays prioritaires</i>).

PFA = paralysie flasque aiguë ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS = poliovirus sauvage.

Les indicateurs de promptitude des activités, tels que présentés dans la stratégie 2022-2026 de l'IMEP, sont particulièrement importants (voir le Tableau 9).

Ces indicateurs, qui ciblent la rapidité d'exécution, s'appliquent en particulier aux pays touchés par des flambées et aux pays à risque. Un retard dans la détection peut survenir à n'importe quel stade des activités, que ce soit sur le terrain, au niveau logistique ou en laboratoire. Les pays doivent suivre la promptitude d'exécution à chaque étape du processus. Un ensemble complet d'indicateurs de qualité (essentiels et non essentiels) concernant la paralysie flasque aiguë, conforme au Plan d'action mondial 2022-2024, est détaillée en [annexe 4](#) et un aperçu des causes des retards et des moyens par lesquels le programme peut y remédier est présenté en [annexe 9](#).

5.6 Évaluation de la surveillance de la poliomyélite

Les évaluations peuvent prendre la forme d'audits, de revues documentaires ou d'examens sur le terrain. Pour les pays touchés par une flambée épidémique, des évaluations de la qualité de la riposte aux flambées (OBRA) sont également menées.

Réalisation d'audits. Tous les pays bénéficient d'audits annuels internes de leur système de surveillance de la paralysie flasque aiguë destinés à en identifier et combler les lacunes en matière de gestion et de performances au niveau infranational. Les conclusions d'un audit sont particulièrement utiles pour la planification annuelle de la surveillance.

Les audits impliquent la réalisation d'analyses portant sur des données ventilées par statut de risque, sexe et comportement en matière de recours aux soins. Ils examinent également les facteurs de risque

spécifiques au contexte, tels que les populations spécifiques ou les zones géographiques difficiles à atteindre.

Les audits devraient évaluer toutes les composantes du système de surveillance de la paralysie flasque aiguë : notification passive, surveillance active, y compris la qualité des visites de surveillance active, surveillance communautaire (le cas échéant), personnel, logistique, financement, et plus encore. Les audits sont généralement réalisés en interne par l'équipe nationale et peuvent inclure des revues documentaires et/ou des examens sur le terrain.

Revue documentaires et examens sur le terrain de la surveillance de la poliomyélite. Des évaluations périodiques des systèmes de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus sont réalisées par le biais de revues documentaires, souvent suivies d'examens sur le terrain. Ces deux types d'examens s'inscrivent en règle générale dans le cadre d'activités « externes » et sont donc menés sous l'égide ou avec la participation d'experts basés à l'étranger.

- **Les revues documentaires** consistent en un examen approfondi des données existantes et une analyse des indicateurs de qualité de la surveillance pour évaluer l'efficacité globale de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Elles fournissent une vue d'ensemble de la sensibilité de la surveillance sur une période donnée, habituellement trois ans, et visent à mettre en lumière les possibles lacunes. Ces revues peuvent être réalisées à distance dans un bureau, contrairement aux examens sur le terrain qui impliquent des visites sur site. En règle générale, l'activité d'examen sur le terrain inclut une composante de revue documentaire.

Les revues documentaires constituent un excellent outil pour identifier et mettre en évidence la portée et le type de lacunes existant en matière de qualité de la surveillance, ainsi que leur localisation. Toutefois, elles ne suffisent le plus souvent pas à elles seules à clarifier les causes précises des problèmes détectés ou à permettre de formuler des recommandations adaptées pour les résoudre.

- **Les examens sur le terrain** s'appuient sur les revues documentaires précédentes en ciblant un ensemble de provinces ou de districts où prévoir les visites. Les examens sur le terrain sont réalisés par une équipe d'examineurs pairs, rassemblant généralement des examineurs internes et externes, qui évaluent la performance du système de surveillance et la qualité du réseau de surveillance.

Les recommandations issues des revues documentaires et des examens sur le terrain sont traduites en un plan de surveillance visant à améliorer davantage le système, en mettant particulièrement l'accent sur son renforcement là où des lacunes ont été relevées en termes de performances. En fonction de l'objet et de la portée de ces examens, une attention particulière devrait être accordée aux zones et aux populations à haut risque ou dont l'accès est compromis ou difficile, car elles nécessitent des stratégies spécifiques et des ressources supplémentaires.

Réalisation d'évaluations de la riposte aux flambées

(OBRA). La qualité de la surveillance des poliovirus est un élément clé des évaluations des ripostes aux flambées (OBRA) menées par l'IMEP pour toutes les flambées de poliomyélite. Ces évaluations visent à déterminer si les activités de vaccination et de surveillance sont suffisamment solides pour détecter et

L'IMEP a publié des orientations relatives aux exigences en matière de surveillance spécifiques au vaccin antipoliomyélitique oral n2, à l'intention des pays touchés par des flambées qui utilisent le vaccin antipoliomyélitique oral n2 dans le cadre de leurs efforts de riposte.

[Télécharger les Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2](#)

arrêter la transmission des poliovirus. Elles permettent également d'identifier d'autres activités pouvant combler les lacunes restantes et contribuer à interrompre la transmission du virus responsable de la flambée.

Les évaluations de la riposte aux flambées sont menées régulièrement tout au long d'une flambée épidémique jusqu'à ce qu'une mission d'évaluation déclare la fin de la flambée. La clôture de la flambée ne peut être envisagée qu'en présence d'éléments probants attestant de la haute qualité de la sensibilité de la surveillance.¹²

6 Surveillance environnementale (SE) des poliovirus

La surveillance environnementale (SE) des poliovirus désigne le prélèvement et l'analyse systématiques d'échantillons environnementaux (eaux usées/eaux d'égout) provenant de sites désignés afin de rechercher la présence de poliovirus. Dans le cadre de la surveillance environnementale, les sites de prélèvement sont généralement des stations d'épuration ou des collecteurs d'eaux usées situés en aval des zones de populations à haut risque, qu'ils desservent. Si elle est bien mise en œuvre, la surveillance environnementale peut servir de complément idéal à la surveillance de la paralysie flasque aiguë car elle est susceptible de détecter le virus excrété par les personnes infectées dans la communauté, indépendamment de la manifestation de symptômes.

Le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) a mis au point et normalisé des méthodes sensibles pour prélever et concentrer des échantillons d'eaux usées et d'eaux d'égout, les analyser en vue de détecter la présence de poliovirus puis les différencier plus précisément entre poliovirus sauvages et poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) ou de type Sabin. Le séquençage génétique peut ensuite être utilisé pour établir des liens avec d'autres isolats de poliovirus provenant d'échantillons de selles de cas de paralysie flasque aiguë ou d'échantillons environnementaux, afin de confirmer la circulation du poliovirus et de suivre les voies de transmission.

6.1 Raison d'être de la surveillance environnementale et cas où elle peut s'avérer utile

Une surveillance environnementale bien mise en œuvre peut augmenter considérablement la sensibilité de la surveillance des poliovirus dans une zone ou une région donnée. La surveillance environnementale est utilisée depuis plus de 70 ans comme système de surveillance pour détecter les poliovirus. Son utilisation systématique dans des pays longtemps exempts de poliomyélite a permis de détecter la réintroduction de poliovirus sauvages, comme en Finlande, aux Pays-Bas et en Israël, et de suivre les progrès vers l'interruption des flambées respectives. La surveillance environnementale s'est également avérée extrêmement utile pendant la phase finale de l'éradication dans des pays où la poliomyélite était auparavant endémique, notamment en Égypte et en Inde. À plusieurs reprises, la transmission de la

¹² Ressources en lien avec les évaluations de la riposte aux flambées (OBRA) : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Aide-mémoire, version 2. Évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite (Outbreak Response Assessment – OBRA). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/Evaluation-de-la-réponse-à-une-épidémie-de-polio-Aide-Memoire-Version-2-December-2019-201912.pdf>). Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite, version 4. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2023/02/OBR-SOP-20221028-FR.pdf>). Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Interim Quick Reference on Strengthening Polio Surveillance during a Poliovirus Outbreak. Genève : Organisation mondiale de la Santé, non daté, uniquement disponible en anglais (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference_Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf).

poliomyélite a été détectée grâce à la surveillance environnementale même dans des zones où plus aucun cas de paralysie flasque aiguë positif au virus n'était détecté, ce qui souligne le rôle complémentaire que ce système sentinelle joue dans la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

La surveillance environnementale est de plus en plus utilisée dans le cadre de la certification de l'éradication du poliovirus sauvage. Elle donne un gage de confiance supplémentaire quant au fait que la transmission du virus a été véritablement interrompue, à mesure que les pays d'endémie atteignent la phase finale d'éradication et que les pays touchés par des flambées en enravent la circulation. Elle constitue également une assurance supplémentaire pour le maintien du statut d'exemption de poliomyélite dans une zone ou un pays. Alors que les pays où le PVS est endémique étaient auparavant en première ligne dans l'utilisation de la surveillance environnementale, cette dernière s'est imposée comme un outil précieux au-delà des pays d'endémie, notamment dans le contexte de l'évolution des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 (PVDV2c). En 2023, 42 des 47 États Membres de la Région africaine de l'OMS utilisaient déjà systématiquement la surveillance environnementale.

En résumé, la surveillance environnementale est indiquée dans les situations suivantes (à condition que des sites de surveillance appropriés puissent être identifiés et établis) :

- a) dans les *pays d'endémie*,¹³ la surveillance environnementale complète la surveillance de la paralysie flasque aiguë en permettant de détecter la circulation du poliovirus et d'apporter des données probantes et une assurance supplémentaire à l'appui de l'interruption de la circulation ;
- b) dans les *pays auparavant exempts de poliomyélite ayant connu des flambées à la suite de l'importation du PVS ou de l'émergence de PVDVc*, la surveillance environnementale s'avère utile dans les contextes suivants :
 - *au sein des communautés infectées connues*, afin d'évaluer la transmission de PVS ou de PVDVc et de déterminer si les activités de riposte aux flambées épidémiques ont été suffisantes pour arrêter la transmission (c'est-à-dire les cas d'infection survenue malgré la vaccination) ; et *lorsque le nouveau vaccin antipoliomyélique oral 2 (VPOn2) a été utilisé dans les flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2*, afin de surveiller la persistance éventuelle et la transmission potentielle du virus Sabin 2 ;
 - *en dehors des communautés infectées connues*, pour surveiller toute propagation potentielle à partir de zones connues pour être infectées, pour orienter l'expansion potentielle de la riposte à une flambée, et pour surveiller le virus Sabin de type 2 partout où le vaccin antipoliomyélique oral n2 a été utilisé (voir ci-dessus).
- c) Dans les *pays exempts de poliomyélite*, la surveillance environnementale est utile en tant qu'outil de suivi dans les *pays et zones où le risque de flambée est le plus élevé* à la suite de l'importation d'un PVS ou d'un PVDV ou de l'émergence d'un tel virus, ainsi que dans les pays où la surveillance de la paralysie flasque aiguë enregistre des résultats chroniquement faibles.

¹³ En août 2023, le PVS1 ne restait endémique que dans deux pays : l'Afghanistan et le Pakistan.

Après le retrait de certaines composantes du vaccin antipoliomyélitique oral (arrêt de la souche Sabin 2 par le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent ou arrêt futur prévu du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent), l'utilisation de la surveillance environnementale dans les pays les plus à risque sera importante pour permettre la détection précoce de l'émergence de nouveaux PVDV, la documentation de l'élimination de tous les virus de type Sabin, et le suivi de l'efficacité du confinement des poliovirus dans les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus (voir le [chapitre 10](#) sur le confinement des poliovirus)

Ce chapitre récapitulatif décrivant la surveillance environnementale ne vise pas à remplacer les orientations plus détaillées récemment publiées par l'IMEP¹⁴ sur la mise en place et la mise en œuvre d'une surveillance environnementale de qualité, axées sur la sélection des sites de prélèvement, la collecte et le transport des échantillons et l'utilisation des données issues de la surveillance environnementale pour éclairer l'action. D'autres documents, tels que les lignes directrices de 2015 sur la surveillance environnementale pour la détection des poliovirus,¹⁵ contiennent des informations détaillées sur les procédures de laboratoire utilisées pour la détection de la présence de poliovirus dans des échantillons environnementaux.

6.2 Facteurs affectant la fiabilité de la surveillance environnementale

La probabilité de détecter des poliovirus dans les échantillons d'eaux usées dépend d'un certain nombre de variables, telles que :

- la durée d'excrétion et la quantité de poliovirus excrété par une ou plusieurs personnes infectées dans la zone couverte par le site de surveillance environnementale ;
- l'effet de facteurs physiques, mécaniques ou chimiques sur la dilution et la survie du poliovirus dans le réseau d'évacuation des eaux usées ayant fait l'objet d'un échantillonnage sur un site de surveillance environnementale ;
- le lieu où se trouvait l'excréteur par rapport au site de prélèvement de l'échantillon ;
- la fréquence des prélèvements et la capacité du laboratoire à détecter le poliovirus présent dans l'échantillon ;
- et les variations saisonnières dans l'isolement des entérovirus.

Ainsi, la surveillance environnementale pourrait ne pas être réalisable dans tous les endroits souhaités. De fait, c'est dans les zones comptant des réseaux d'évacuation des eaux usées confluents que la surveillance environnementale s'avère la plus performante. L'absence de réseaux d'évacuation des eaux usées convergents dans les zones rurales et certaines zones urbaines des pays en développement diminue la faisabilité (et/ou le rapport coût/efficacité) de la surveillance environnementale, réduisant ainsi son

¹⁴ Guide de terrain pour la mise en œuvre de la surveillance environnementale du poliovirus
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374296/9789240070080-fre.pdf>

¹⁵ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Guidelines on environmental surveillance for detection of poliovirus. Genève : World Health Organization ; 2015.
http://polioeradication.org/wpcontent/uploads/2016/07/GPLN_GuidelinesES_April2015.pdf

avantage par rapport à la surveillance de la paralysie flasque aiguë dans certaines zones les plus à risque de circulation des poliovirus.

Par conséquent, pour maintenir la surveillance des poliovirus aux niveaux de sensibilité et de spécificité élevés requis pour atteindre et certifier l'éradication, les pays peuvent s'appuyer sur une combinaison de surveillance environnementale et de surveillance de la paralysie flasque aiguë, en mettant en œuvre les meilleures pratiques visant à optimiser leur efficacité sur le terrain.

Compte tenu des facteurs mentionnés ci-dessus, les résultats de la surveillance environnementale devraient être interprétés avec prudence : les résultats négatifs n'excluent pas la transmission du virus dans une zone et les résultats positifs pour le poliovirus ne peuvent être reliés à aucun individu en particulier, mais indiquent simplement qu'une ou plusieurs personnes excréant du poliovirus sont présentes dans la zone couverte par le réseau d'évacuation des eaux usées dans lequel le prélèvement de l'échantillon a été effectué.

6.3 Coordination et planification de la mise en place d'une surveillance environnementale des poliovirus

Toute nouvelle création ou extension d'un système de surveillance environnementale nécessite une coordination étroite avec les équipes du bureau régional et du Siège de l'OMS et avec les réseaux régionaux et mondial de laboratoires pour la poliomyélite. Cette entreprise devrait suivre une évaluation soigneuse des avantages des sites de surveillance environnementale nouvellement établis, dans le contexte des objectifs régionaux et nationaux en matière de surveillance des poliovirus. On ne soulignera jamais assez le rôle joué par les équipes nationales et la collaboration avec d'autres parties prenantes au sein du pays, telles que le ministère de l'Environnement et les autorités en charge de l'assainissement, dans la coordination et la réussite de la surveillance environnementale.

La gestion des sites de surveillance environnementale comprend les phases suivantes : sélection et ouverture, exploitation et suivi, et fermeture des sites, lorsque cela est jugé nécessaire.

Un plan d'action national complet devrait être élaboré pour la surveillance environnementale, détaillant les caractéristiques des sites choisis, notamment la

population estimée du bassin démographique couvert, le calendrier d'échantillonnage, les tâches et les responsabilités, la logistique nécessaire, les besoins du laboratoire pour la poliomyélite, notamment en termes d'espace, de personnel, d'équipement et de réactifs, le transport des échantillons vers le laboratoire, en particulier si ce dernier se trouve à l'étranger, les procédures de laboratoire et le renforcement des capacités du personnel, la gestion des données et la notification des résultats, ainsi que la formation et l'assurance de la qualité.

6.4 Sélection des zones où la surveillance environnementale sera mise en œuvre

Le choix des zones spécifiques où établir les sites de surveillance environnementale devrait se fonder sur le profil de risque de poliomyélite et la situation épidémiologique du pays. Les sites sélectionnés devraient se trouver dans les zones où ils sont le plus susceptibles de contribuer à compléter et renforcer les efforts généraux de surveillance des poliovirus. Les emplacements optimaux au sein du pays peuvent être identifiés en cartographiant les populations et les zones géographiques vulnérables, qui présentent un

risque de circulation du poliovirus ou qui offrent la possibilité d'accéder à des communautés auparavant inaccessibles et très mobiles.

Exemples de critères de sélection :

- les zones dont les populations présentent un risque épidémiologique de circulation du poliovirus (antécédents de transmission de PVS ou de PVDV ou frontière commune avec des zones ou des pays ayant connu récemment une transmission endémique ou épidémique) ;
- les zones où l'on soupçonne des lacunes en matière d'immunité en raison d'un accès inadéquat à la vaccination (par exemple, les zones où vivent des minorités, des travailleurs temporaires, des migrants sans papiers) ou comptant un nombre élevé de refus de vaccination ;
- les camps et communautés d'accueil pour les réfugiés ou les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, en particulier s'ils fuient des zones de circulation active ou récente du poliovirus ; les communautés ayant un accès sous-optimal à l'assainissement et aux soins de santé, telles que les communautés vivant dans des bidonvilles, des aménagements urbains ou périurbains illégaux, et les zones comptant une forte proportion de groupes issus de minorités ;
- les zones où les indicateurs de la surveillance de la paralysie flasque aiguë sont sous-optimaux et les zones où circulent des « virus orphelins », c'est-à-dire des isolats de poliovirus dont les caractéristiques génétiques indiquent que la souche virale circule sans être détectée depuis un certain temps ;
- les plaques-tournantes des réseaux de transport, les centres commerciaux ou les lieux de grands rassemblements (festivals, marchés et lieux de pèlerinage, par exemple) enregistrant la présence de femmes et de nourrissons.

6.5 Sélection des sites d'échantillonnage dans le cadre de la surveillance environnementale

Une fois que les zones d'intérêt épidémiologique ont été sélectionnées au sein du pays, des visites sur le terrain seront nécessaires pour identifier des sites d'échantillonnage ou des points de prélèvement dans ces zones, où le prélèvement d'échantillons environnementaux sera à la fois faisable et d'un bon rapport coût/efficacité et sera susceptible de permettre la détection de la présence de poliovirus, si ceux-ci circulent dans la zone.

Dans le cadre du processus de sélection d'un site d'échantillonnage, le programme national devrait consulter des ingénieurs sanitaires locaux et des experts en épidémiologie qui pourront aider à évaluer les systèmes d'égouts et d'évacuation des eaux usées de la zone et fournir des informations sur la taille et le type de populations et les zones couvertes par le site envisagé.

Population desservie : le nombre de personnes vivant dans la zone couverte par un site de surveillance environnementale a une incidence sur la sensibilité de la détection de poliovirus au sein d'une population. En général, la taille optimale du bassin de population desservi recommandée pour un site de prélèvement pour permettre l'isolement d'un poliovirus qui circulerait au sein de la population est d'environ 100 000 à 300 000 personnes.

Si des cartes du réseau d'égouts ne sont pas disponibles, la collecte des coordonnées GPS (Global Positioning System) le long des voies d'évacuation des eaux usées permettra de créer des cartes numériques du réseau qui peuvent être modélisées avec un logiciel spécifique afin d'estimer la population desservie pour un point de prélèvement donné.

Type de système d'évacuation des eaux usées :

- **Les réseaux d'égouts fermés et convergents** qui se raccordent aux sanitaires des ménages et s'écoulent jusqu'aux stations d'épuration sont la configuration idéale pour la surveillance environnementale systématique. Le meilleur emplacement où établir un site d'échantillonnage est la bouche d'égout la plus proche de l'entrée dans la station d'épuration, où les eaux usées contenant des matières fécales humaines provenant d'un plus grand bassin de population peuvent être recueillies avant qu'elles ne soient traitées.
- **Les canaux ouverts ou les voies d'eau** où s'écoulent les eaux usées peuvent être le seul choix disponible pour établir des sites de surveillance environnementale dans les pays en développement. Le principal inconvénient de ce type de sites réside dans la faible probabilité qu'un échantillon qui y est prélevé soit aussi représentatif d'un grand bassin de population qu'un échantillon prélevé en aval d'un système d'égouts convergents. Lorsque l'on s'appuie sur des canaux ouverts ou voies d'eau, il est par conséquent d'autant plus important de réaliser une cartographie exhaustive de la taille et du type de population établie en amont du site potentiel d'échantillonnage pour la surveillance environnementale.
- La sélection des sites doit se faire en collaboration avec les ingénieurs en traitement des eaux usées locaux afin de détecter d'éventuelles obstructions des conduites d'eaux usées qui pourraient exclure certains segments du bassin de population couvert et d'identifier les sources potentielles de déchets toxiques entrant dans le canal d'évacuation des eaux usées, ce qui pourrait réduire les chances de détecter des entérovirus et des poliovirus dans les eaux usées. L'utilité de tels sites devra être surveillée attentivement (c'est-à-dire le pourcentage d'échantillons contenant des entérovirus).
- Dans les zones où les déjections humaines sont éliminées dans des **latrines, des fosses septiques ou à ciel ouvert** sans système convergent, l'échantillonnage environnemental n'est pas

Sélection des sites de surveillance environnementale

Il conviendra de choisir les zones d'intérêt en s'appuyant sur le programme élargi de vaccination et le profil de risque et d'évaluer l'adéquation du site dans la zone. Dans l'idéal, le site devra :

- être alimenté par des réseaux d'égouts convergents ;
- se situer en aval des eaux courantes et des eaux usées ;
- se trouver à l'écart des sites industriels ;
- enregistrer un débit régulier assuré ;
- être facilement accessible, sans obstacle physique.

recommandé, car le nombre d'individus qui éliminent leurs déjections à un endroit donné est trop faible.

Impact des substances et composés toxiques :

Plusieurs types de substances et de composés biologiques et chimiques peuvent réduire la survie des entérovirus et des poliovirus dans un échantillon d'eaux usées. Avant de sélectionner un site d'échantillonnage, il convient d'identifier les points où des substances et des composés potentiellement toxiques peuvent pénétrer dans les égouts ou le canal d'évacuation des eaux usées, en amont du site envisagé. En cas de présence de substances ou composés potentiellement toxiques en amont d'un site, celui-ci ne devrait pas être retenu aux fins de la surveillance environnementale.

La couleur et l'odeur des eaux usées sur le site d'échantillonnage peuvent indiquer la présence de produits toxiques. Dans les cas où les égouts ou canaux d'évacuation des eaux usées sont situés à proximité d'activités agricoles ou industrielles (comme des fermes laitières, des usines, des garages ou des sites de teinture des tissus), le point de prélèvement devrait être déplacé en amont de ces installations, même en l'absence d'observation manifeste de la présence de déchets toxiques dans le canal au cours de l'exploration.

Accessibilité :

- Il est également important d'évaluer l'accessibilité globale de tout site candidat, notamment les contraintes en matière de logistique et de transport, car les agents chargés du prélèvement des échantillons devront marcher et se tenir debout dans ces espaces publics pendant 30 minutes pour réaliser les prélèvements conformément aux procédures requises.
- Dans les zones inaccessibles une partie de l'année en raison d'inondations, de neige ou d'autres facteurs saisonniers, les sites ne devraient pas être établis de manière permanente, mais uniquement comme sites de surveillance environnementale ad hoc ou temporaires, dans des situations spécifiques, par exemple pour accroître la sensibilité de la surveillance lors de la riposte à une flambée épidémique.
- Les zones touchées par un conflit actif ou d'autres situations qui pourraient menacer la sécurité des agents chargés de la surveillance environnementale devraient être évitées.

6.6 Établissement d'un calendrier de prélèvement des échantillons dans le cadre de la surveillance environnementale

Pour chaque site de surveillance environnementale sélectionné, le moment de la journée optimal pour procéder au prélèvement des échantillons est décidé après discussion avec les ingénieurs sanitaires locaux et après observation sur place du débit des eaux usées au point de prélèvement à différents moments de la journée pendant l'évaluation initiale. Il est également nécessaire de discuter et de convenir du calendrier d'échantillonnage avec le laboratoire en charge de la recherche de poliovirus qui recevra les échantillons de surveillance environnementale.

- **Date de prélèvement :** les jours et dates des prélèvements devraient être programmés de manière à optimiser l'utilisation des moyens de transport et des ressources de laboratoire. Par exemple, des échantillons peuvent être prélevés sur plusieurs sites le même jour ou sur plusieurs jours consécutifs de sorte que les échantillons puissent être envoyés au laboratoire par lots, afin de réduire les coûts d'expédition. Il est important de veiller à coordonner les calendriers de prélèvement et d'expédition

avec le laboratoire pour le poliovirus destinataire pour permettre à ce dernier d'optimiser son flux de travail et éviter tout retard dans les analyses et notifications.

- **Moment de la journée optimal pour réaliser les prélèvements** : en règle générale, les échantillons prélevés tôt le matin (par exemple pendant les heures de pic d'utilisation des toilettes, notamment de 6 h 30 à 8 h 30) sont plus propices à la détection de la présence de poliovirus. Le moment exact du débit maximal d'écoulement des eaux usées au cours de l'échantillonnage dépendra de la distance entre le point de prélèvement et la population desservie et de la pente des réseaux d'évacuation.
- **Fréquence d'échantillonnage** : pour les sites de surveillance systématique, la fréquence minimale d'échantillonnage est mensuelle. La décision d'augmenter ou non la fréquence de prélèvement (c'est-à-dire de passer d'une à deux fois par mois) doit être prise en mettant en balance l'amélioration potentielle de la sensibilité ou de la rapidité de détection avec l'augmentation de la charge de travail pour le laboratoire.

Quel que soit le site, le prélèvement des échantillons devrait être mensuel (ou bimensuel, dans certaines conditions).

Échantillons groupés ou composites : l'idéal est d'utiliser des échantillons groupés ou composites sur 24 heures, préparés à partir d'aliquotes prélevées plusieurs fois par jour, car ils seront plus représentatifs de la zone desservie. Cependant, cette méthode d'échantillonnage est coûteuse et n'est réalisable qu'avec un système d'égouts convergents. Il n'est généralement pas possible d'utiliser cette méthode lorsque l'échantillonnage est effectué à partir de canaux d'évacuation des eaux usées ouverts et accessibles au public.

6.7 Renforcement des capacités et ressources nécessaires pour la surveillance environnementale

Dans le cadre du programme national de lutte contre la poliomyélite, il convient de veiller à ce que le personnel participant aux activités de surveillance environnementale sur le terrain soit bien formé et équipé et à ce qu'une supervision de soutien suffisante soit assurée.

- **Formation** : tout personnel impliqué dans le prélèvement d'échantillons de surveillance environnementale doit être dûment formé. Les lignes directrices et les conseils fournis par l'IMEP et le Coordonnateur du réseau régional des laboratoires de la poliomyélite au Bureau de l'OMS pour l'Afrique devraient être suivis lors de la formation des agents en charge du prélèvement des échantillons aux procédures de prélèvement spécifiques. Le prélèvement et le transport des échantillons devraient être effectués à l'aide du matériel de prélèvement normalisé approprié fourni par l'OMS. Généralement, un agent principal en charge des prélèvements d'échantillons et un agent remplaçant sont formés pour chaque site afin d'assurer la continuité des prélèvements d'échantillons même lorsque l'agent principal n'est pas disponible.
- **Fournitures** : les agents en charge des prélèvements d'échantillons devraient avoir accès à toutes les fournitures réutilisables et jetables nécessaires à la réalisation des prélèvements, tels que décrits dans le tableau ci-dessous. Avant de se rendre sur un site de prélèvement, il incombe à ces agents de s'assurer que toutes les fournitures nécessaires sont disponibles, y compris le matériel nécessaire au maintien de la chaîne du froid. Les échantillons doivent être placés dans des récipients dédiés à la

chaîne du froid immédiatement après leur prélèvement, et la chaîne du froid inverse doit être maintenue sans interruption jusqu'à l'arrivée du récipient au laboratoire.

Matériel réutilisable	Matériel jetable
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seau de 5 litres ✓ Corde ou bâton (environ 7 mètres) ✓ Entonnoir en plastique ✓ Bottes en caoutchouc et bottes en caoutchouc épais ✓ Marqueur permanent ✓ Stylo ✓ Téléphone avec le logiciel ODK installé (le cas échéant) ✓ Porte-vaccins dédié (marqué pour le transport des échantillons environnementaux uniquement) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Équipement de protection individuelle (EPI) : masque chirurgical ou masque de protection respiratoire, gants, blouse ou tablier jetables ✓ Eau de Javel liquide, eau et gaze ou papier absorbant pour nettoyer les fournitures ✓ Récipient résistant pour liquides (1 à 1,5 litre) ✓ Parafilm ✓ Étiquettes préremplies (avec code-barres, si disponible) ✓ Sacs en plastique ou petits sacs à fermeture éclair pour les formulaires papier, grands sacs pour les échantillons ✓ Accumulateurs de froid congelés à l'intérieur du porte-vaccins dédié (les accumulateurs de froid et le porte-vaccins doivent être utilisés uniquement pour la surveillance environnementale)

6.8 Prélèvement, conditionnement et transport jusqu'au laboratoire des échantillons de surveillance environnementale

La méthode de prélèvement d'échantillons de surveillance environnementale actuellement recommandée par l'OMS est appelée « méthode Grab » (échantillonnage ponctuel). Cette méthode consiste à prélever un échantillon d'environ un litre (1 l) d'eaux usées. Cet échantillon de 1 l sera généralement concentré en un échantillon d'environ 20 ml (c'est-à-dire 50 à 100 fois plus concentré) au laboratoire. Le prélèvement d'échantillons au moyen d'un système de filtration BMFS est une autre méthode de prélèvement acceptée par l'OMS et utilisée par plusieurs pays.

Lors du prélèvement d'échantillons de surveillance environnementale, les agents chargés du prélèvement des échantillons doivent connaître toutes les directives techniques concernant le lieu de prélèvement des échantillons, l'échantillonnage au milieu du courant principal et les conditions environnementales susceptibles d'avoir une incidence sur l'échantillonnage.

- **Lieu d'échantillonnage** : les échantillons devraient toujours être prélevés au même « point de prélèvement » que celui décidé lors de l'évaluation initiale du site sur le terrain.
 - Si des changements interviennent dans l'accessibilité du point de prélèvement dans un rayon de quelques mètres autour du point initial, le décalage du point de prélèvement n'est acceptable que s'il n'implique pas la perte ou l'ajout d'embranchements dans l'égout ou le canal d'évacuation des eaux usées.
 - Si le nouveau point de prélèvement se trouve à plus de 50 mètres du point de prélèvement initial, ou si le changement implique une perte ou un gain de branches convergentes en provenance du bassin de population couvert, l'agent en charge des prélèvements doit consulter le superviseur et le point focal en charge de la surveillance avant de procéder au changement. Ce type de

changement plus radical de l'emplacement du point de prélèvement sur le terrain peut être nécessaire en raison d'une construction ou de l'apparition d'une toxicité.

- Une fois la modification approuvée, une notification devrait être effectuée dans la base de données.
- **Échantillonnage au milieu du courant principal** : les échantillons devraient être prélevés au milieu du courant, c'est-à-dire au milieu de l'écoulement des eaux usées. Selon la largeur et la profondeur du canal, de la bouche d'égout ou du trou d'homme, l'agent chargé des prélèvements devra peut-être utiliser une corde attachée à un seau ou une longue poignée attachée à un récipient de collecte.
 - Il convient d'éviter le fond du canal, où une grande quantité de débris solides et de composés potentiellement toxiques peut être incluse par inadvertance dans l'échantillon.
 - Il est également important d'éviter d'effectuer le prélèvement aux endroits où le débit est très lent ou inexistant en raison de l'accumulation de débris, et à un autre moment de la journée que l'heure convenue, car cela pourrait faire manquer le pic de débit associé à une utilisation importante des toilettes.
- **Conditions environnementales** : les conditions suivantes devraient être évitées lors du prélèvement d'échantillons.
 - En règle générale, il convient d'éviter de prélever des échantillons lors de fortes pluies. Il est recommandé de retarder d'un ou deux jours le prélèvement des échantillons par forte pluie pour assurer la sécurité des personnes, protéger le matériel et éviter la dilution des échantillons. Le prélèvement d'échantillons pour le mois ne devrait être annulé que si une situation critique, telle qu'une inondation, un tremblement de terre ou tout autre problème de sécurité, empêche l'accès au site pour une période supérieure à une ou deux semaines. Le laboratoire devrait dans ce cas être informé de ces circonstances inhabituelles.
 - Dans les cas où l'odeur des eaux usées et leur couleur ou d'autres signes tendent à indiquer la présence de substances potentiellement toxiques au point de prélèvement, il convient de contacter le superviseur pour consigner cette observation.
 - Si la toxicité présumée semble devenir permanente, la possibilité de modifier le point de prélèvement ou le moment de la collecte devrait être étudiée. Tout changement dans le lieu et le calendrier d'échantillonnage devrait être communiqué afin de mettre à jour la base de données de surveillance environnementale.
- **Formulaire de prélèvement et de demande d'analyse d'échantillon environnemental**
 - À chaque visite d'échantillonnage, l'agent chargé du prélèvement des échantillons utilise un formulaire pour consigner les informations pertinentes concernant les caractéristiques de l'échantillon et les détails du prélèvement. Les programmes peuvent choisir d'utiliser des formulaires distincts pour le prélèvement des échantillons et la demande d'analyse ou d'intégrer le recueil de ces informations dans un dispositif unique de collecte des données et de notification (voir le Formulaire xx en annexe XX.).
 - Des codes-barres peuvent être utilisés pour faciliter le suivi des échantillons. Si le programme utilise un formulaire électronique pour documenter le prélèvement des échantillons, comme le logiciel Open Data Kit (ODK) pour téléphones portables, les données devraient être mises à la disposition du point focal et du personnel de laboratoire.

- **Conditionnement des échantillons de surveillance environnementale**

- Les échantillons environnementaux devraient être conditionnés soigneusement avant l'expédition et le transport de manière à garantir la préservation des entérovirus vivants présents dans l'échantillon pour les analyses de laboratoire.
- *Récipients dédiés* : les échantillons environnementaux devraient être transportés au laboratoire dans des récipients dédiés, résistants, pour liquides ou échantillons, conditionnés en respectant le système de « triple emballage » prévu pour les produits biologiques ou les échantillons à visée diagnostique. Les échantillons de paralysie flasque aiguë et les échantillons environnementaux devraient être conditionnés dans des récipients de transport assurant le maintien de la chaîne du froid distincts et dûment étiquetés.



- **Transport des échantillons et chaîne du froid inverse** : les échantillons devraient être expédiés et conservés de manière qu'ils arrivent intacts au laboratoire pour y être analysés, en veillant à ce qu'aucune toxicité ni prolifération bactérienne n'apparaisse et que tous les entérovirus présents soient préservés.

- *Transport rapide* : l'acheminement vers le laboratoire devrait être effectué dans les trois (3) jours suivant le prélèvement. Pour les échantillons nécessitant une expédition internationale, un délai de sept (7) jours entre le prélèvement et l'arrivée au laboratoire est acceptable.
- *Chaîne du froid inverse* : si les échantillons ne peuvent pas être expédiés au laboratoire le jour même, il convient de les conserver dans un

Les échantillons d'eaux usées (échantillons de surveillance environnementale) ne devraient pas être conservés dans le même réfrigérateur que les échantillons cliniques des cas de paralysie flasque aiguë ou destinés au diagnostic de toute autre affection en raison du risque élevé de contamination.

réfrigérateur à 4 °C (plage de températures acceptable : 2 °C–8 °C). Si les échantillons ne sont pas expédiés immédiatement, il convient de les conserver à -20 °C dans un congélateur et de les expédier congelés.

- **Logistique de transport** : le personnel sur le terrain et le personnel de laboratoire devraient coordonner l'échantillonnage de surveillance environnementale de façon à limiter la logistique de transport et à éviter les retards dans les analyses de laboratoire.
 - **Logistique requise** : il est important d'identifier toute la logistique nécessaire (moyens et itinéraires de transport, et transporteur requis), et de prévoir des référents désignés à chaque étape.
 - **Budget** : le programme devrait budgétiser les coûts de transport en fonction du nombre prévu d'échantillons par mois sur chaque site.
 - **Autorisations** : si l'expédition internationale vers un autre pays est prévue, il convient d'identifier le processus nécessaire pour obtenir les permis d'importation du pays et de l'Association internationale du transport aérien (IATA).
 - **Contrats** : il est impératif de s'assurer que les contrats avec les transporteurs stipulent clairement les conditions de transport des échantillons d'eaux usées et l'acceptation de ces conditions.

6.9 Résultats de laboratoire pour les échantillons de surveillance environnementale et interprétation de ces résultats

Les résultats des analyses d'échantillons environnementaux devraient être communiqués par le laboratoire et immédiatement téléchargés dans la base de données régionale et mondiale sur la poliomyélite. Les échantillons environnementaux contiennent souvent des mélanges d'entérovirus (c'est-à-dire des entérovirus non poliomyélitiques, ainsi que des poliovirus Sabin ou PVDV) et des étapes supplémentaires peuvent être nécessaires en laboratoire pour le typage et le séquençage des virus. La communication des résultats définitifs par les laboratoires peut par conséquent prendre plus de temps que pour les échantillons de selles de cas de paralysie flasque aiguë.

Le laboratoire accrédité par l'OMS devrait veiller à ce que les résultats soient communiqués au programme national en temps voulu et de manière exhaustive, et apporter son soutien à l'interprétation des résultats de laboratoire et de leur signification.

Voici les principaux points à prendre en considération dans l'interprétation des résultats de la surveillance environnementale :

- **Des résultats positifs** indiquent une excrétion virale par une ou plusieurs personnes, mais il est difficile de déterminer la source exacte du virus : la ou les personnes qui excrètent le virus ne peuvent pas être identifiées.
- **Des résultats négatifs** n'excluent pas la circulation du poliovirus dans la zone, car la transmission virale peut être de très faible niveau et l'excrétion par des personnes infectées peut se poursuivre dans une zone non couverte par les sites de surveillance environnementale actuellement établis.
- **L'échantillonnage répété** augmente la probabilité de détecter une transmission existante de poliovirus à bas bruit.

- **Signification de la détection d'entérovirus non poliomyélitiques** : même en l'absence de détection de poliovirus, une proportion considérable (au moins 50 %) des échantillons de surveillance environnementale devrait au moins contenir d'autres entérovirus non poliomyélitiques (EVNP).

La répétition et la persistance de résultats négatifs lors de la recherche de *tout entérovirus* (c'est-à-dire l'absence de détection de poliovirus et de poliovirus non poliomyélitiques) devraient conduire à un examen visant à vérifier :

- si le site de surveillance environnementale a été sélectionné de manière appropriée ;
 - si les échantillons de surveillance environnementale sont transportés au laboratoire en temps voulu et dans des conditions adéquates de chaîne du froid inverse (c'est-à-dire à une température comprise entre 5 °C et 8 °C dans glacières contenant des accumulateurs de froid) ; et
 - si les procédures de laboratoire sont de bonne qualité.
- **Les résultats de la surveillance environnementale doivent être interprétés avec précaution** : les résultats de la surveillance environnementale reflètent uniquement la situation dans la zone géographique correspondant au bassin de population couvert par le site de surveillance environnementale, aussi devraient-ils être interprétés avec prudence.

6.10 Supervision, suivi et évaluation de la surveillance environnementale des poliovirus

• Supervision de la surveillance environnementale

- Il est de la plus haute importance de veiller à ce que toutes les étapes du prélèvement et du transport des échantillons soient conformes aux lignes directrices et procédures établies, et que les activités de surveillance environnementale sur le terrain fassent l'objet d'un suivi régulier. Des superviseurs formés devraient accompagner les agents chargés du prélèvement des échantillons afin d'assurer une supervision de soutien visant à identifier et à corriger tout problème observé pendant le prélèvement, le conditionnement et le transport des échantillons environnementaux.
- Les programmes nationaux devraient, sur une base trimestrielle, s'assurer que chaque site d'échantillonnage pour la surveillance environnementale a fait l'objet d'une supervision sur site pour au moins 80% des prélèvements d'échantillons et documenter cette supervision.
- Un outil de suivi permettant d'évaluer la performance des sites est disponible à l'Annexe 6 du [Guide de terrain pour la mise en œuvre de la surveillance environnementale du poliovirus](#).

• Suivi et évaluation de la surveillance environnementale

- Le suivi et l'évaluation continus des performances de la surveillance environnementale, incluant l'utilisation d'indicateurs de suivi des processus spécifiques au site d'échantillonnage et d'indicateurs de suivi spécifiques au laboratoire, sont importants pour s'assurer que les données de surveillance environnementale sont fiables et fournissent des résultats pertinents pour les programmes. Les indicateurs essentiels de qualité de la surveillance environnementale sont disponibles dans le [Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite \(GPSAP, 2022-2024\), annexe E, tableau E5](#).
- L'IMEP a publié des lignes directrices détaillées relatives au suivi de la surveillance environnementale. Un résumé utile de ces dernières est disponible à la section 3 du [Guide de terrain pour la mise en œuvre de la surveillance environnementale du poliovirus](#) susmentionné.

En outre, la réalisation de revues documentaires de la surveillance environnementale trimestrielles dans les pays et les Régions et semestrielles au niveau mondial est recommandée dans le Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite (GPSAP, 2022-2024).

- Bien que chaque pays puisse développer ses propres opérations de collecte de données de surveillance environnementale, le Bureau régional de l'Afrique recommande aux pays de collecter un ensemble de variables standard, en utilisant un flux de notification normalisé. L'Annexe 6 du Guide de terrain susmentionné contient plusieurs formulaires et listes de contrôle recommandés par l'OMS destinés à faciliter l'identification et l'enregistrement des sites de surveillance environnementale ainsi que la collecte et le partage des données et des résultats des échantillons.

6.11 Fermeture d'un site de surveillance environnementale non performant

Si un site n'est pas performant, c'est-à-dire s'il ne répond pas au niveau attendu d'indicateurs de qualité, ou si le réseau de sites de surveillance environnementale d'un pays doit être optimisé, il peut être nécessaire de prendre la décision de fermer un site.

La décision de ne plus avoir recours à un site de surveillance environnementale établi ne devrait être prise qu'à l'issue d'une enquête approfondie et de discussions entre tous les groupes concernés, dont l'équipe en charge de la lutte contre la poliomyélite au sein du Bureau régional de l'OMS.

• Critères de fermeture d'un site de prélèvement :

- *Le site peut ne plus répondre aux besoins du programme* : l'évaluation des risques par pays ou par ville suggère fortement que le profil de risque a changé et que le site de surveillance environnementale n'est plus représentatif d'un bassin de population considérée comme à risque.
- *Les priorités ont changé* : le risque est plus élevé ailleurs dans le pays.
- *Des limites affectant les capacités des laboratoires à traiter les échantillons de surveillance environnementale* peuvent imposer une rationalisation du réseau de surveillance environnementale.
- *Le site de prélèvement affiche de mauvaises performances pendant au moins six mois consécutifs*, sans qu'aucune cause n'ait été identifiée ou sans amélioration des performances après la mise en œuvre des mesures correctives.

• Processus de prise de décision pour la fermeture d'un site :

- Le programme national *documente la nécessité de fermer* un ou plusieurs sites de prélèvement, présente la justification et le calendrier en coordination avec le bureau de pays de l'OMS et les partage avec le Bureau régional de l'OMS et (selon les besoins) le Siège de l'OMS.
- *Les conseils de l'IMEP peuvent être demandés*, auquel cas les recommandations seront renvoyées au pays dans la semaine. Un site ouvert en réponse à une flambée devrait être fermé en consultation avec la personne qui dirige la riposte à cette flambée.
- L'OMS (l'équipe du bureau de pays, en coordination avec le Bureau régional et le Siège) informe toutes les parties prenantes de la décision au moyen d'un *bref rapport de synthèse*.
- Le formulaire de données sur le site (électronique ou sur papier) est mis à jour pour refléter le nouveau statut dans la base de données des sites de surveillance environnementale.

6.12 Principales difficultés liées à la mise en œuvre de la surveillance environnementale

Les principaux enjeux et difficultés à anticiper en lien avec la mise en œuvre de la surveillance environnementale sont les suivants :

- *des difficultés à trouver des sites de prélèvement appropriés, c'est-à-dire qu'aucun système d'égouts convergents ou confluents n'est disponible, et que la seule option est de prélever des échantillons de surveillance environnementale dans des canaux d'évacuation des eaux usées ouverts ;*
- *le coût de l'échantillonnage, du transport des échantillons et du traitement en laboratoire. Les ressources financières allouées à la surveillance de la poliomyélite sont en baisse. Le programme doit donc envisager de collaborer avec d'autres programmes pour assurer la pérennité de la surveillance environnementale à long terme ;*
- *des problèmes logistiques concernant le prélèvement des échantillons, notamment le maintien de la chaîne du froid inverse et le transport des échantillons de surveillance environnementale (échantillons de 1 litre) ;*
- *l'accès limité aux sites de prélèvement régulier des eaux usées dans les zones difficiles d'accès et inaccessibles ;*
- *le non-respect des lignes directrices et des procédures opérationnelles standardisées relatives à la surveillance environnementale, malgré des performances du site médiocres documentées ;*
- *le volume d'échantillons de surveillance environnementale provenant de sites peu performants surcharge les laboratoires, gaspille les ressources et peut générer un faux sentiment de sécurité résultant d'une interprétation à tort des résultats négatifs persistants comme indiquant la non-circulation du virus ;*
- *la coordination et le retour d'information insuffisants entre les équipes en charge de la surveillance et les équipes de laboratoire.*

7 Rôle du laboratoire référent pour les poliovirus

L'analyse en laboratoire d'échantillons de selles provenant de cas de paralysie flasque aiguë ou de contacts en bonne santé et d'échantillons environnementaux est l'élément de surveillance le plus important afin de mettre en place une surveillance suffisamment sensible pour permettre la détection des poliovirus dans le cadre du programme d'éradication de la poliomyélite. Bien que la composante « laboratoires » soit d'une importance capitale, l'utilisation optimale des résultats de laboratoire dépendra d'une collaboration efficace entre les cliniciens, les épidémiologistes, les programmes de vaccination et les laboratoires pour la poliomyélite aux niveaux national, régional et mondial.

7.1 Réseaux régional africain et mondial de laboratoires pour la poliomyélite

Les réseaux régionaux et mondial de laboratoires pour la poliomyélite de l'OMS ont été mis en place par l'OMS pour garantir la disponibilité de services de diagnostic de haute qualité pour les programmes de lutte contre la poliomyélite dans tous les pays. À l'échelle mondiale, plus de 220 000 échantillons de selles provenant de cas de paralysie flasque aiguë et de leurs contacts et plus de 12 000 échantillons d'eaux usées sont traités chaque année. En 2022, 87 483 échantillons de selles provenant de cas de paralysie flasque aiguë et de leurs contacts et 8978 échantillons d'eaux usées ont été traités par le Réseau régional africain de laboratoires pour la poliomyélite. Ces chiffres ont considérablement augmenté depuis 2020,

principalement en raison de l'augmentation des flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) et de l'extension de la surveillance environnementale dans la Région.

En 2022, le réseau mondial se composait de 146 laboratoires pour la poliomyélite accrédités par l'OMS, répartis dans 92 pays dans les six Régions de l'OMS (Figure 9). Parmi ceux-ci, 123 sont des laboratoires de niveau national ou infranational, 17 des laboratoires régionaux de référence et six des laboratoires spécialisés mondiaux. Le réseau africain de lutte contre la poliomyélite comprend 16 laboratoires pour la poliomyélite, répartis dans 15 pays. Parmi ceux-ci, 13 sont des laboratoires de niveau national et trois des laboratoires régionaux de référence.

Pour être inclus dans le réseau, les laboratoires doivent avoir les capacités et les moyens avérés de détecter, d'identifier et de notifier rapidement et de manière fiable les PVS et les PVDV qui peuvent être présents dans les échantillons cliniques et environnementaux. De même, le programme doit pouvoir s'appuyer sur des résultats négatifs provenant d'un laboratoire (« aucun virus isolé »), comme preuve qu'une zone ou un pays est exempt de poliomyélite.

L'accréditation par l'OMS signifie que les laboratoires pour la poliomyélite sont conformes aux normes communes, ou aux codes de pratique communs, du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) de l'OMS pour la détection et la caractérisation des poliovirus à partir d'échantillons de selles et d'échantillons d'eaux usées. L'exactitude et la qualité des analyses de chaque laboratoire sont contrôlées par l'OMS dans le cadre d'un programme annuel d'accréditation prévoyant des examens sur site de l'infrastructure, de l'équipement, des modes opératoires normalisés (MON), des méthodes de travail et des performances, ainsi que des essais d'aptitude externes.

Selon leur degré de spécialisation, les laboratoires du réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite ont notamment pour rôle :

- de détecter les poliovirus à partir d'échantillons de selles et d'échantillons d'eaux usées par isolement, en utilisant la culture cellulaire ;
- d'identifier et de différencier les poliovirus sauvages, vaccinaux ou dérivés d'une souche vaccinale, en utilisant la différenciation intra-typique (DIT) ;
- de caractériser génétiquement les poliovirus au moyen de méthodes de séquençage, ce qui permet également de déterminer si les virus isolés sont sauvages, de type vaccinal ou dérivés d'une souche vaccinale ;
- de retracer rapidement l'origine géographique des nouveaux poliovirus isolés à partir de cas de paralysie flasque aiguë, de contacts ou d'échantillons d'eaux usées, en comparant la séquence génétique des virus isolés à une banque de référence de séquences nucléotidiques virales.

7.2 Coordination entre la surveillance sur le terrain et en laboratoire

Les équipes de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire coopèrent étroitement pour :

- s'assurer que le laboratoire est informé à l'avance de l'envoi des échantillons de selles, et que le numéro EPID du cas de paralysie flasque aiguë nouvellement attribué est mentionné sur le formulaire de demande d'analyse de laboratoire ;
- s'assurer que le laboratoire fournit un retour d'information sur l'état des échantillons de selles à leur arrivée au laboratoire, en particulier si d'autres prélèvements d'échantillons sont nécessaires ;

- veiller à ce que les laboratoires soient informés en temps utile de toute activité de surveillance sur le terrain ayant une incidence sur leur charge de travail et leurs capacités d'analyse, comme un échantillonnage supplémentaire des contacts ou d'enfants en bonne santé, par exemple au début d'une nouvelle flambée épidémique ;
- partager régulièrement toutes les données disponibles pour garantir l'exactitude des données sur les cas (par exemple, les numéros EPID), et prendre des mesures correctives en cas de problème ;
- partager mutuellement les conclusions épidémiologiques, les résultats de laboratoire, les résultats du séquençage génomique et la classification finale des cas ; et
- réduire le délai *entre l'identification d'un cas de paralysie flasque aiguë et les résultats de laboratoire définitifs* afin de pouvoir réagir le plus rapidement possible en cas de nouveaux cas positifs pour le virus. Pour une analyse plus détaillée des retards pouvant intervenir entre la détection des cas de paralysie flasque aiguë et les résultats de laboratoire définitifs, veuillez également consulter [l'annexe 9](#).

Les principaux indicateurs de promptitude à suivre pour le transport des échantillons et les analyses de laboratoire sont les suivants :

- la durée du transport des échantillons du terrain au laboratoire : ≥80 % des échantillons de selles devraient arriver dans un laboratoire pour la poliomyélite accrédité par l'OMS dans des conditions respectant la chaîne du froid inverse dans les trois (3) jours suivant le prélèvement du deuxième échantillon de selles ; et
- la durée qui s'écoule entre la réception des échantillons au laboratoire et la communication des résultats de laboratoire définitifs : cet intervalle ne devrait pas dépasser 21 jours pour au moins 80 % des échantillons de cas ou des échantillons environnementaux.

7.3 Résultats de laboratoire possibles

Les résultats de laboratoire possibles que les laboratoires pour la poliomyélite sont susceptibles de communiquer sont présentés dans le Tableau 7. Il s'agit notamment des résultats suivants :

- de type VPO, de type Sabin (SL) ou de type VPOn2, c'est-à-dire que l'isolat viral est un virus analogue aux souches vaccinales (VPO, ou vaccin antipoliomyélitique oraln2) ;
- poliovirus sauvage (PVS) ;
- poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV) ;
- entérovirus non poliomyélitique (EVNP), autres virus (non-entérovirus), ou
- aucun virus isolé (AVI).

Tableau 7. Résultats de laboratoire possibles lors de la recherche de poliovirus – analyse de selles et d'échantillons environnementaux.

Résultats de laboratoire	Type de virus	Notification
De type VPO ou de type Sabin (SL), ou de type VPOn2	Poliovirus de souche vaccinale de type 1, 2 ou 3	SL1, SL2, SL3, de type VPOn
Poliovirus sauvage	Poliovirus sauvage de type 1, 2 ou 3	PVS1, PVS2 et PVS3

Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale	<p>Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1, 2 ou 3, classé plus précisément dans l'une des sous-catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PVDV circulant (PVDVc) ; • PVDV associé à une immunodéficiência (PVDVi) ; • PVDV ambigu (PVDVa). • La classification est établie en associant les résultats de laboratoire aux informations épidémiologiques et cliniques. <p>* Pour le vaccin antipoliomyélitique oraln2, une terminologie spécifique sera utilisée lorsqu'un faisceau de données suffisamment large aura été réuni</p>	<p>PVDV1, PVDV2, PVDV3, classés plus précisément dans l'une des sous-catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PVDVc1, PVDVc2, PVDVc3 • PVDVi1, PVDVi2, PVDVi3 • PVDVa1, PVDVa2, PVDVa3
Entérovirus non poliomyélitiques	Entérovirus non poliomyélitiques	EVNP ou NPENT
Non-entérovirus	Non-entérovirus	NEV
Aucun virus isolé	Aucun virus isolé	AVI

AVI = aucun virus isolé ; EVNP ou NPENT = entérovirus non poliomyélitique ; NEV = non entérovirus ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (de type 1, 2 ou 3) ; PVDVa = poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale ; PVDVc = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (de type 1, 2 ou 3) ; PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (de type 1, 2 ou 3) lié à une immunodéficiência ; PVS = poliovirus sauvage (de type 1, 2 ou 3) ; SL = de type Sabin (de type 1, 2 ou 3) ; VPO = vaccin antipoliomyélitique oral ; VPOn = nouveau vaccin antipoliomyélitique oral ; VPOn2 = nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2

7.4 Suivi de la promptitude des activités de laboratoire

La promptitude des activités des laboratoires membres du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite est évaluée de façon systématique en regard des indicateurs suivants et des cibles correspondantes relatives au traitement des échantillons de selles. Il convient de noter que les délais cibles visés pour les laboratoires diffèrent selon que l'échantillon provient ou non d'un pays qui utilise déjà une méthode de laboratoire nouvellement introduite appelée « détection directe ». L'utilisation de la détection directe réduit considérablement le délai d'obtention d'un résultat de laboratoire définitif.

- Pour ≥ 80 % des échantillons, les résultats de laboratoire définitifs sont disponibles dans un délai de 21 jours après réception des échantillons dans un laboratoire pour la poliomyélite accrédité par l'OMS depuis un pays disposant de la détection directe OU de 28 jours depuis un pays ne disposant pas de la détection directe.
- Pour ≥ 80 % des échantillons, les résultats de laboratoire définitifs concernant les PVS/PVDV sont disponibles dans un délai de 21 jours après réception des échantillons dans un laboratoire pour la poliomyélite accrédité par l'OMS depuis un pays disposant de la détection directe OU de 28 jours depuis un pays ne disposant pas de la détection directe.
- Pour ≥ 80 % des échantillons, les résultats de séquençage sont disponibles dans un délai de sept jours après la réception de l'isolat dans un laboratoire de séquençage accrédité par l'OMS.

La cible et l'indicateur globaux concernant la promptitude d'obtention des résultats de laboratoire définitifs (délai entre l'apparition de la paralysie, d'une part, et l'analyse de l'échantillon et l'obtention des résultats, d'autre part) pour les pays prioritaires sont les suivants :

- Pour ≥ 80 % des PVS et PVDV, les résultats de laboratoire définitifs sont notifiés dans un délai de 35 jours après l'apparition de la paralysie.

8 Fonctions et logistique à l'appui de la surveillance de la poliomyélite

Plusieurs fonctions d'appui importantes doivent être établies et mises en œuvre efficacement pour que la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus atteigne les niveaux de sensibilité requis. Ces fonctions comprennent :

- la **planification** des activités de surveillance ;
- le recours à la **mobilisation sociale** et à la communication pour sensibiliser les agents de santé et les communautés à la notion de paralysie flasque aiguë et à la nécessité de notifier les cas de paralysie flasque aiguë ;
- la création de réseaux de **communication efficaces** entre toutes les parties prenantes à la surveillance de la poliomyélite ;
- la **constitution et le maintien d'un effectif qualifié**, par le biais d'un programme de **sensibilisation et de formation** continues sur la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus à l'intention des agents de santé et des points focaux communautaires ;
- la **supervision de soutien** du personnel chargé de la surveillance sur le terrain ; et
- la garantie que toute la **logistique nécessaire à la surveillance**, en particulier les moyens de transport pour les visites de surveillance active et les visites d'investigation des cas, ainsi que tout le matériel et toute la logistique requis pour le prélèvement et le transport des échantillons, sont facilement disponibles en tant que de besoin.

8.1. Planification de la surveillance de la poliomyélite

La planification des activités de surveillance de la paralysie flasque aiguë doit être rigoureuse. Elle doit prendre en compte les résultats et les recommandations de l'analyse de l'évaluation des risques, des audits de surveillance, ainsi que des revues documentaires et des examens sur le terrain. La planification de la surveillance devrait être intégrée dans le plan de travail global du PEV/pour l'éradication de la poliomyélite, lequel devrait inclure un poste budgétaire spécifique pour la surveillance afin de garantir que tous les besoins financiers et humains liés à la surveillance peuvent être satisfaits.

Les plans de surveillance doivent être réévalués régulièrement, par exemple dans le cadre d'audits annuels ou semestriels, afin de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre et l'amélioration des activités de surveillance essentielles et de prendre les mesures appropriées pour remédier aux lacunes et aux obstacles identifiés en matière de qualité.

8.2. Sensibilisation et mobilisation sociale pour la surveillance

Dans les pays exempts de poliomyélite et en particulier dans les pays touchés par des flambées, les équipes de surveillance doivent assurer un programme continu de sensibilisation à la notion de la paralysie flasque aiguë et à la nécessité de notifier les cas de paralysie flasque aiguë, tant auprès des agents de santé dans les systèmes de santé formels et informels qu'au niveau communautaire.

Toute occasion devrait être mise à profit pour mener des actions de sensibilisation, ciblant le personnel des hôpitaux et des autres établissements de santé, mais aussi d'autres parties prenantes au sein des associations médicales, des organisations communautaires et des ONG, des pharmacies, ainsi que les enseignants et les chefs religieux.

Les visites de surveillance active dans les hôpitaux et les dispensaires, les salles d'attente de ces établissements ou des événements organisés au niveau communautaire sont autant d'occasions et de lieux offrant la possibilité d'accroître la sensibilisation. Il est particulièrement important de sensibiliser les médecins à la paralysie flasque aiguë. Pour ce faire, l'équipe de surveillance doit établir de bonnes relations avec des médecins de premier plan, en particulier des pédiatres et des neurologues. Dans l'idéal, il convient de recruter ces médecins aguerris en tant qu'« ambassadeurs » de la surveillance de la paralysie flasque aiguë pour promouvoir celle-ci et diriger de brefs séminaires sur l'éradication de la poliomyélite et la surveillance de la paralysie flasque aiguë, y compris lors des réunions de leurs propres associations professionnelles.

Sensibilisation continue des cliniciens à la différence entre la paralysie flasque aiguë (PFA) et la poliomyélite. Dans ce contexte, il convient de rappeler que la plupart des cliniciens, et en particulier les grands spécialistes, ont dans un premier temps du mal à comprendre le concept de surveillance syndromique de la paralysie flasque aiguë. S'ils sont disposés à apporter leur concours à la surveillance de la paralysie flasque aiguë, ils ne comprennent ou n'acceptent souvent pas immédiatement la nécessité de notifier la paralysie flasque aiguë en tant que syndrome, quel que soit le diagnostic actuel, plutôt que de notifier des « cas de poliomyélite ». Lors des séances de sensibilisation, il convient donc de rappeler aux cliniciens la différence entre la notification de « cas de poliomyélite » utilisée dans le passé et la notification d'enfants atteints de paralysie flasque aiguë, un syndrome, et non un diagnostic, dans le contexte de l'éradication mondiale.

Au niveau communautaire, et en particulier dans les zones difficiles d'accès ou d'insécurité où la surveillance communautaire est la méthode de choix pour la surveillance, les équipes de surveillance devraient identifier les responsables locaux, y compris les enseignants et les chefs religieux, qui devraient être formés à la compréhension de la notion de paralysie flasque aiguë et à la nécessité de notifier les cas de paralysie flasque aiguë. Ces dirigeants locaux devraient, à leur tour, travailler avec les familles et les communautés, dans la langue locale et le respect des coutumes locales, pour s'assurer qu'elles signalent tout enfant présentant soudainement une faiblesse ou une paralysie aiguë.

Les messages à faire passer au niveau communautaire devraient être aussi simples que possible. Par exemple, la définition standard des cas de paralysie flasque aiguë pourrait être simplifiée pour dire, dans la langue locale :

« Veuillez signaler au centre de santé le plus proche tout enfant de moins de 15 ans présentant soudainement une faiblesse d'un ou des deux bras ou jambes. La faiblesse doit être apparue récemment, il n'y a pas si longtemps ».

8.3 Communication dans le cadre de la surveillance

Un bon système de communication est essentiel pour la mise en œuvre efficace de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Les membres du personnel en charge de la surveillance au sein du Ministère de la santé doivent pouvoir communiquer rapidement et de manière fiable entre eux, ainsi qu'avec le niveau opérationnel de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus, à savoir avec les établissements de santé et les agents de santé sur le terrain, avec les laboratoires pour la poliomyélite et avec les équipes de l'OMS au niveau local, du bureau de pays ou du bureau régional.

L'utilisation généralisée de smartphones connectés à Internet à des fins de surveillance des maladies a été une quasi-révolution dans la communication au sein des réseaux de surveillance et de santé publique. Les communications vocales directes, ainsi que le transfert de courriels et de données par Internet à l'aide de programmes simples de collecte et de téléchargement de données, se sont avérées inestimables pour les équipes d'éradication de la poliomyélite, en particulier dans la Région africaine de l'OMS.

Les réseaux de téléphonie mobile, y compris les réseaux de données, sont désormais disponibles dans tous les pays de la Région africaine. L'utilisation de téléphones portables facilite la saisie et le transfert de données plus propres, plus rapides et plus fiables, et augmente la portée et la vitesse de la communication entre les agents chargés de la surveillance et le réseau de soins de santé. Ces nouvelles technologies ont également grandement contribué à améliorer les processus de surveillance, en facilitant le suivi et la supervision, et en permettant une localisation plus précise des populations (voir également le [chapitre 5, section 3](#) ci-dessus).

8.4 Constitution et maintien d'un effectif qualifié

La qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë repose en grande partie sur les agents de santé formés et qualifiés présents sur le terrain. Aucun agent de santé ne devrait se voir confier la responsabilité d'assurer la surveillance de la paralysie flasque aiguë avant d'avoir suivi une formation appropriée sur les activités essentielles de surveillance de ce syndrome.

Un module de formation sur la surveillance de la PFA est disponible en ligne.

[Télécharger le module de formation ici](#)

Pour s'assurer que tout le personnel participant à la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus possède les compétences techniques et interpersonnelles les plus récentes, les administrateurs de programmes devraient collaborer avec les superviseurs et les responsables des efforts de surveillance pour sélectionner, former et soutenir un personnel de surveillance efficace et motivé.

1. *Sélection du personnel* : la sélection des agents chargés de la surveillance, des superviseurs, des points focaux pour la surveillance systématique et des informateurs communautaires devrait se faire en fonction des compétences du candidat dans l'exercice de ses fonctions et de son potentiel de perfectionnement. L'équilibre entre les sexes et l'adéquation à la culture et aux normes devraient être prioritaires et respectés pour tous les postes.
2. *Renforcement des capacités grâce à la formation* : bien que le renforcement des capacités soit une fonction plus large qui représente une responsabilité partagée entre les encadrants et le personnel, il repose fondamentalement sur la formation. Tout membre du personnel chargé de la surveillance devrait suivre une formation initiale « d'introduction ». Des séances régulières de recyclage ainsi qu'une formation formelle avancée, en présentiel ou en ligne, devraient être proposées au moins tous les deux ans.
3. *Maintien des performances* : les responsables devraient assurer un suivi de la formation et du renforcement des capacités pour s'assurer que le personnel sur le terrain est soutenu dans ses fonctions, de sorte que ses compétences soient appliquées et davantage développées.

8.5 Supervision de soutien

Afin de veiller au maintien d'une bonne sensibilité du système, les activités de surveillance de la paralysie flasque aiguë doivent faire l'objet d'un suivi et d'une supervision continus. Cette supervision devrait respecter un plan prédéfini, être réalisée au moyen de listes de contrôle visant à évaluer les performances du personnel, et prévoir des retours d'information fournis par le personnel et le suivi des éventuelles mesures correctives prescrites. À tous les niveaux, les visites de supervision et toute autre visite effectuée sur site devraient être documentées, et un retour d'information constructif devrait être fourni par écrit (c'est-à-dire en utilisant le manuel de supervision des établissements).

Les visites de supervision de soutien des équipes de surveillance provinciales et de district ne devraient pas être considérées comme des « inspections », ni se concentrer sur la recherche de fautes, mais mettre l'accent sur la sensibilisation, la formation, la résolution des problèmes et la communication bidirectionnelle.

Le mentorat individuel contribue à renforcer les capacités et la confiance du personnel de terrain. Dans le cadre de leurs rôles de mentorat et de suivi, les superviseurs devraient accompagner régulièrement le personnel de terrain lors des visites de surveillance active et des enquêtes sur les cas, et saisir cette occasion pour fournir un mentorat ponctuel et individuel.

Les responsables devraient organiser des *réunions d'examen* – à la fois des réunions de groupe régulières (dans l'idéal une fois par trimestre) et des entretiens individuels – pour discuter des performances du personnel, fournir des informations et consignes actualisées et fixer des objectifs et des buts.

8.6 Logistique nécessaire aux activités de surveillance

La conduite d'une surveillance de grande qualité de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus requiert un appui logistique considérable, en particulier dans les pays de la Région africaine dont les ressources sont souvent limitées. Dans le cadre de cet appui, les logisticiens du Ministère de la santé bénéficieront en général du soutien de leurs homologues logisticiens travaillant dans les bureaux de l'UNICEF et de l'OMS du pays.

Les principaux domaines dans lesquels la participation directe de logisticiens expérimentés est nécessaire, mais auxquels il convient également de sensibiliser et de former les agents chargés de la surveillance, sont les suivants :

- a) **le transport** : assurer la disponibilité de véhicules au moment et à l'endroit où les agents de surveillance sur le terrain en ont besoin pour la surveillance active ou les investigations de cas, ainsi que pour le transport des échantillons de selles vers le laboratoire, c'est-à-dire la

Moyens d'améliorer la supervision de soutien

- Inclure des visites de supervision régulières (mensuelles ou au moins trimestrielles) dans les plans de travail et en prévoir le coût récurrent et le financement.
- Observer le personnel sur le terrain en l'accompagnant lors d'une visite de surveillance active dans un grand hôpital hautement prioritaire.
- Structurer les visites et, pour ce faire, partager les objectifs, assurer le suivi des recommandations précédentes et présenter des informations et consignes actualisées ou des séances de recyclage.
- Identifier les lacunes et aider à résoudre les problèmes et, à cet effet, formuler des commentaires positifs en public et prodiguer des conseils visant à améliorer les performances en privé.
- Discuter ouvertement des conclusions et recommandations.

coordination avec les services de courrier ou les transporteurs ; dans les grands pays, des experts en gestion de flotte de véhicules et en entretien de véhicules sont nécessaires, de même que l'appui d'experts pour organiser des transports aériens nationaux réguliers et internationaux occasionnels, tant pour le personnel que pour les échantillons ;

- b) **le matériel nécessaire pour la collecte et le transport des échantillons de selles** : assurer que les kits de prélèvement d'échantillons de selles, les porte-échantillons, les accumulateurs de froids et les dispositifs de contrôle de la température sont disponibles à l'endroit et au moment où ils sont nécessaires, afin de maintenir la chaîne du froid inverse pendant toute la durée du transport des échantillons ;
- c) pour les pays dotés d'un **laboratoire pour la poliomyélite, une expertise logistique** s'avère nécessaire afin d'aider le laboratoire à garantir l'achat et la disponibilité en temps voulu et en respectant les quantités requises des matériels de laboratoire, y compris des consommables, réactifs, etc. ; les laboratoires ont également besoin d'un soutien pour organiser le transport national et international des échantillons de selles et des échantillons environnementaux ainsi que des isolats de poliovirus ;
- c) **la communication et la gestion des données** : faire en sorte que l'équipe de surveillance dispose des capacités requises pour la communication vocale et la communication des données, que ce soit par le biais de la mise à disposition de téléphones portables ou du remboursement de l'utilisation d'appareils privés ; dans les pays plus vastes, une aide d'experts est nécessaire pour l'achat et l'entretien d'ordinateurs et d'autres équipements numériques (c'est-à-dire les appareils SIG).

Les **tâches principales des logisticiens** dans le cadre de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus consistent à s'assurer a) que le transport est disponible là où et quand il est nécessaire, et b) que les fournitures sont achetées et disponibles

« dans les bonnes quantités, dans les bonnes conditions, au bon endroit, au bon moment et au bon coût ».

Pour ce faire, le responsable de la logistique, en étroite coordination avec d'autres responsables de programme, doit veiller à ce que les aspects logistiques de la surveillance soient suffisamment pris en compte dans la planification et la budgétisation de la surveillance, ainsi que lors de la formation du personnel chargé de la surveillance, et que toutes les ressources nécessaires (fournitures et matériel) soient achetées en temps voulu et entretenues comme il se doit.

Le *matériel* de surveillance devant être acheté et géré par le logisticien inclut principalement les éléments suivants :

- matériel de laboratoire, porte-échantillons, réfrigérateurs/congérateurs, véhicules, motos, vélos, bateaux, etc., matériel informatique et autre matériel numérique, matériel de communication, etc.

Les *fournitures* requises pour la surveillance sont les suivantes :

- consommables de laboratoire, kits de prélèvement d'échantillons de selles, sacs pour l'expédition des échantillons, carburant, maintenance du matériel informatique et de communication, impression et distribution des formulaires de surveillance standard, production et distribution du matériel destiné aux activités de mobilisation sociale pour la surveillance, etc.

9 Surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus en situation de flambée

Une surveillance sensible de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus est indispensable pour détecter rapidement les flambées de poliomyélite survenant à la suite d'une importation de poliovirus sauvage ou de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale, ou de l'émergence d'un poliovirus circulant dériver d'une souche vaccinale, et y riposter. La surveillance est une stratégie qui revêt une importance cruciale pour la riposte aux flambées. Comme indiqué dans les Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un évènement ou à une flambée de poliomyélite¹⁶ publiées par l'IMEP, tous les pays touchés par des flambées de poliomyélite devraient veiller à ce que la surveillance soit renforcée rapidement afin d'être suffisamment solide et sensible pour que les progrès vers l'interruption et, à terme, la « clôture » de la flambée épidémique puissent être suivis de manière fiable.

Dès que la flambée est confirmée en laboratoire, une évaluation rapide des risques, incluant l'analyse des données de surveillance et de vaccination, est effectuée pour déterminer le type et la portée de la riposte vaccinale à grande échelle requise. Dans la plupart des flambées de poliomyélite nouvellement détectées, seules des zones infranationales relativement petites semblent être touchées au départ. Cependant, il est probable que le virus responsable de la flambée circule déjà largement et se propage rapidement, mais que l'ampleur totale de la transmission ne puisse pas encore être détectée en raison de la faiblesse de la surveillance. Le Ministère de la santé et l'IMEP devraient définir conjointement un plan de renforcement de la vaccination et de la surveillance, ainsi qu'un budget, afin d'orienter les activités de riposte aux flambées.

C'est pourquoi le renforcement et l'amélioration de la surveillance, le plus rapidement possible, font partie intégrante des activités de riposte aux flambées. Les éléments suivants résument les activités actuellement recommandées à l'échelle mondiale pour la surveillance de la poliomyélite (surveillance de la paralysie flasque aiguë, surveillance environnementale et surveillance de laboratoire) afin d'atteindre la sensibilité requise. En plus de préciser la portée de la riposte vaccinale, les plans nationaux et infranationaux de riposte aux flambées épidémiques devraient contenir des sections détaillées sur la manière de renforcer la surveillance afin de combler les lacunes identifiées en matière de qualité de la surveillance et d'atteindre un niveau élevé de sensibilité. Les ressources techniques et financières nécessaires à la mise en œuvre des activités, y compris le personnel de surveillance dédié à tous les niveaux, devraient être identifiées et également incluses dans les plans de riposte aux flambées épidémiques.

Une flambée ne peut pas être considérée comme clôturée, c'est-à-dire qu'on ne peut pas supposer que la transmission est interrompue, si le système de surveillance de la poliomyélite n'est pas suffisamment sensible. Les équipes de surveillance à tous les niveaux devraient être préparées à fournir un résumé complet des performances de la surveillance dans le cadre des évaluations de la riposte aux flambées de l'IMEP (OBRA, voir également la [section 5.6](#)). Ces évaluations visent à déterminer si les activités de vaccination et de surveillance sont suffisamment solides pour interrompre la transmission et fournir des données probantes permettant de documenter les progrès de manière fiable. Si les conclusions de l'évaluation de la riposte aux flambées indiquent qu'une flambée ne peut pas encore être considérée

¹⁶ Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un évènement ou à une flambée de poliomyélite. OMS, 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332921/9789240007802-fre.pdf>

comme interrompue, d'autres activités seront identifiées et recommandées afin de combler les lacunes restantes en vue d'interrompre la transmission du virus à l'origine de la flambée.

9.1 Amélioration de la surveillance de la paralysie flasque aiguë

De nombreuses flambées de poliomyélite, qu'elles soient dues à des importations de poliovirus ou à l'émergence de PVDVc, surviennent dans des pays exempts de poliomyélite depuis longtemps, où la qualité des activités de surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus a souvent diminué au fil du temps. Des efforts supplémentaires, allant bien au-delà du simple maintien de la surveillance de routine, sont nécessaires pour *accroître rapidement* la sensibilité de la surveillance.

Il est recommandé de prendre les mesures clés ci-après pour améliorer et renforcer la surveillance de la paralysie flasque aiguë lorsqu'une flambée est confirmée. Les lecteurs trouveront de plus amples informations à ce sujet dans une ressource spéciale de l'OMS : [Quick Reference on Strengthening Polio Surveillance during a Poliovirus Outbreak](#).

a) Notifier immédiatement le personnel chargé de la surveillance et le personnel de laboratoire. Dès que la flambée est confirmée par le laboratoire, le personnel à tous les niveaux doit en être informé afin d'éviter tout retard dans le démarrage des activités de riposte à la flambée. Une communication informelle peut être nécessaire jusqu'à ce qu'une communication officielle puisse être établie. Il devrait être prévu, dans le cadre de la notification, de rappeler au personnel l'importance d'améliorer rapidement toutes les activités de surveillance, notamment de réaliser une surveillance active et passive régulière (et la notification « zéro cas »), et d'examiner les données et les indicateurs relatifs à la qualité de la surveillance pour repérer et combler les lacunes en la matière.

b) Porter le taux cible annualisé de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique à >3 pour 100 000 enfants <15 ans dans les zones touchées par la flambée et les zones à haut risque de poliomyélite, ou dans l'ensemble du pays (selon la taille du pays), afin d'accroître la sensibilité de la détection des poliovirus. La cible relative à l'adéquation des échantillons de selles reste fixée à >80 %. La nouvelle cible établie pour la paralysie flasque aiguë non poliomyélitique doit être atteinte jusqu'à 12 mois après le dernier cas confirmé ou le dernier isolat du virus responsable de la flambée quelle qu'en soit la source.

c) Examiner et mettre à jour le réseau de notification de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, y compris le classement par ordre de priorité des sites, dans toutes les provinces et tous les districts. Il est urgent de vérifier que le réseau de notification est solide et qu'il réunit tous les sites de notification de manière à refléter avec précision les prestataires de services de santé actuels dans les provinces et les districts, y compris les établissements de santé publics et privés (par exemple, les hôpitaux, les dispensaires, les centres de santé), les organisations non gouvernementales (ONG) et les camps de réfugiés. En fonction de l'évolution de l'épidémiologie de la flambée et des comportements en matière de recours aux soins des populations à haut risque de poliovirus, le réseau de notification devrait être élargi pour inclure d'autres prestataires, notamment au niveau communautaire, comme les tradipraticiens, les pharmaciens et les informateurs communautaires clés.

d) S'assurer que des visites de surveillance active (SA) sont effectuées régulièrement à l'échelle nationale et qu'un suivi de la surveillance active est réalisé. Donner la priorité aux sites hautement et moyennement prioritaires dans les zones touchées par la flambée et les zones à haut risque, si les ressources humaines sont limitées. Vérifier que les listes prioritaires des sites de notification, ainsi que les calendriers et les plans des visites de surveillance active et la logistique requise, sont disponibles et que les visites de surveillance active sont supervisées et documentées régulièrement. Contrôler et vérifier sur les sites et dans les établissements hautement et moyennement prioritaires que l'agent chargé de la surveillance effectue une visite efficace, et notamment qu'il examine les dossiers médicaux et les registres

dans toutes les unités, tous les services et départements concernés, et qu'il interroge et sensibilise le personnel médical à la notification des cas de poliomyélite et de paralysie flasque aiguë.

e) S'assurer de l'exhaustivité et de la promptitude de la surveillance systématique (passive). Après la confirmation et la notification d'une flambée épidémique, les agents chargés de la surveillance dans l'ensemble du pays devraient examiner les données de suivi de la surveillance systématique (passive) pour vérifier que les cibles relatives à l'exhaustivité et à la promptitude de la notification sont atteintes. Si les ressources nationales et infranationales sont limitées, il convient de donner la priorité aux zones touchées par les flambées et aux zones à haut risque de poliomyélite pour permettre l'adoption de mesures correctives immédiates.

f) Procéder à des recherches rétrospectives ad hoc afin d'identifier les cas de paralysie flasque aiguë non notifiés. Des « recherches actives des cas » ponctuelles, également appelées examens rétrospectifs des dossiers médicaux, devraient être menées dans les établissements de santé hautement prioritaires, en particulier dans la région de la capitale nationale, même si la capitale ne se trouve pas dans la zone de la flambée. Les activités menées pendant ces visites sont similaires à la surveillance active, à la différence que les dossiers devraient être passés en revue rétrospectivement sur une période d'au moins 6 mois précédant la visite afin de rechercher tout cas de paralysie flasque aiguë non détecté. Ces visites devraient servir à sensibiliser les agents de santé à la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

Toutes les occasions, telles que les visites pour l'investigation des cas de paralysie flasque aiguë ou la sensibilisation à la paralysie flasque aiguë, devraient être saisies pour mener également des recherches actives des cas au niveau communautaire, par exemple en demandant aux membres et responsables de la communauté s'ils connaissent des personnes présentant des symptômes de paralysie flasque aiguë. La recherche active des cas devrait être incluse dans les formations destinées aux équipes de vaccination sur le terrain, qui devraient poser des questions sur les cas de paralysie flasque aiguë lors des campagnes de vaccination en porte-à-porte.

g) S'assurer que les groupes de population spécifiques sont couverts par les activités de surveillance. Les agents chargés de la surveillance devraient travailler en collaboration avec les partenaires du secteur public et des ONG dans leur province et leur district pour identifier les groupes de population spécifiques qui sont mobiles, difficiles à atteindre ou inaccessibles pour d'autres raisons. Des efforts devraient être mis en œuvre pour associer et inclure activement ces groupes de population et faire en sorte qu'ils soient couverts par les activités de surveillance de la poliomyélite. Voir la [section 3.4](#) et l'[annexe 7](#) du présent document, ainsi que les lignes directrices de l'IMEP pour la mise en œuvre de la surveillance de la poliomyélite dans les zones et les populations difficiles à atteindre¹⁷ (uniquement en anglais) pour connaître les approches recommandées en la matière.

h) Assurer une supervision de soutien et un suivi des agents chargés de la surveillance. La supervision de soutien et le suivi du personnel chargé de la surveillance, en particulier dans les zones touchées par une flambée et les zones à haut risque de poliomyélite, peuvent nécessiter de retirer du personnel d'autres régions du pays, y compris au niveau provincial et national, pour garantir la régularité et l'efficacité des activités de surveillance. La documentation des activités de supervision est nécessaire pour faciliter les mesures correctives ; l'utilisation d'outils électroniques est encouragée.

i) Assurer un suivi des performances de la surveillance et utiliser les données pour éclairer l'action. Dès le début de la flambée, les performances de la surveillance de la paralysie flasque aiguë devraient faire l'objet d'un suivi étroit, mettant l'accent sur un examen régulier du taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique, sur l'adéquation des échantillons de selles et sur des indicateurs de processus, afin

¹⁷ Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-reach Areas & Populations <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf>

d'identifier et de corriger les lacunes en matière de qualité qui peuvent contribuer au fait que le virus circule sans être détecté.

L'analyse des données devrait être utilisée pour suivre régulièrement l'évolution de l'épidémiologie de la flambée afin d'orienter les activités de riposte. Les données essentielles devant faire l'objet d'un examen régulier comprennent la répartition géographique et par âge, ainsi que la vaccination et l'appartenance des cas confirmés à un groupe à risque. Les résultats pourraient indiquer la nécessité d'élargir les activités de vaccination supplémentaire sur le plan géographique, en mettant l'accent en priorité sur certains groupes de population spécifiques. Les grappes de cas de paralysie flasque aiguë devraient faire l'objet d'une investigation approfondie car elles peuvent indiquer la présence d'un virus circulant non détecté.

j) Donner la priorité aux enquêtes sur les districts et les provinces dits « silencieux ». Si aucun cas de paralysie flasque aiguë n'a été notifié dans une province ou un district donné, cela devrait alerter l'équipe de surveillance, car cette absence de cas signalé pourrait indiquer de graves lacunes en matière de qualité de la surveillance dans cette zone dite « silencieuse », d'autant plus si elle compte >50 000 enfants âgés de moins de 15 ans. Les raisons pour lesquelles la zone reste silencieuse doivent être immédiatement examinées et traitées. Le programme devrait se rendre dans ces zones et effectuer des « recherches actives de cas » rétrospectives ad hoc visant à identifier les cas de paralysie flasque aiguë qui n'ont peut-être pas été notifiés. Voir aussi les lignes directrices pour la surveillance de la poliomyélite dans les zones difficiles d'accès (en anglais uniquement) [Guidelines for polio surveillance in hard to reach areas](#).

9.2 Investigation des cas de paralysie flasque aiguë dans le cadre d'une flambée

a) Collecte de données supplémentaires pendant les investigations de cas. Pour mieux comprendre la dynamique de la flambée, le personnel enquêtant sur les cas devrait recueillir des données supplémentaires, en complément des informations incluses dans le formulaire d'investigation des cas ; il devrait notamment :

- faire un point détaillé sur les voyages récents effectués par les cas de paralysie flasque aiguë et/ou des membres du foyer (lieu, dates, personnes rencontrées), et sur les visiteurs éventuellement reçus au domicile avant et après l'apparition de la paralysie ;
- consigner l'historique des vaccinations contre la poliomyélite du cas de paralysie flasque aiguë, en répertoriant séparément les doses reçues dans le cadre de la vaccination systématique et les doses reçues dans le cadre d'une campagne de vaccination supplémentaire, et en indiquant les informations détaillées sur la vaccination avec le vaccin antipoliomyélitique oral n2 (VPOm2), notamment les dates d'administration.

Les pays qui prévoient d'utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral n2 dans le cadre de la riposte à une flambée devraient se référer aux [Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2](#)¹⁸ pour connaître les modifications spécifiques à apporter au formulaire d'investigation des cas de paralysie flasque aiguë.

b) Échantillonnage des selles des contacts des cas de paralysie flasque aiguë. Il convient de procéder à un échantillonnage des selles des contacts des cas de paralysie flasque aiguë pour tous les cas dont les échantillons de selles sont inadéquats à l'échelle nationale (voir la [section 4.4](#) et [l'Annexe 8](#)). L'échantillonnage des contacts pour tous les cas de paralysie flasque aiguë, y compris ceux dont les échantillons de selles étaient adéquats, peut être entrepris pendant une période limitée dans des zones

¹⁸ Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2 <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/Polio-Field-and-Laboratory-Surveillance-requirements-in-the-context-of-nOPV2-use-20201031-FR.pdf>

géographiques spécifiques pour améliorer la probabilité de détecter des poliovirus. Toutefois, il convient de noter que toute décision d'étendre l'échantillonnage des selles des contacts de cas de paralysie flasque aiguë ne devrait être prise qu'en étroite coordination et collaboration avec le personnel en charge de la surveillance et le personnel de laboratoire au niveau national.

9.3 Activités de formation et de sensibilisation

En règle générale, la sensibilisation à l'éradication de la poliomyélite et à la paralysie flasque aiguë a considérablement diminué dans les pays exempts de poliomyélite depuis un certain temps qui se voient confrontés à une nouvelle flambée de poliomyélite. Les améliorations rapides à apporter à la surveillance de la poliomyélite dépendront de l'organisation de séances de recyclage et de sensibilisation sur la paralysie flasque aiguë ciblant le plus grand nombre possible d'agents de santé (voir également [les sections 8.2 et 8.3](#)).

a) Formations de recyclage à l'intention du personnel de surveillance et des autres personnels de santé publique. Il est préférable que le personnel de surveillance et de santé publique reçoive une formation formelle, incluant des exercices pratiques, dispensée par des formateurs expérimentés. Toutefois, lorsque cela n'est pas possible dans l'immédiat, des formations informelles et une sensibilisation à la surveillance de la paralysie flasque aiguë devraient être mises en place jusqu'à ce qu'une formation formelle puisse être organisée, afin que les équipes de santé publique et de surveillance disposent des connaissances nécessaires.

b) Séances de sensibilisation à la paralysie flasque aiguë à l'intention des prestataires de soins et des cliniciens. De brèves séances de sensibilisation devraient être organisées à l'intention des agents de santé et des cliniciens, en particulier dans les hôpitaux de grande et de moyenne envergures, consacrées à l'explication de l'approche syndromique de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, c'est-à-dire à la nécessité de détecter et de notifier les cas de syndrome de paralysie flasque aiguë plutôt que de notifier les cas cliniques de poliomyélite. Toutes les occasions devraient être saisies pour intégrer ces efforts de sensibilisation, par exemple lors des visites de surveillance active ou d'autres réunions telles que les réunions d'associations professionnelles de médecins. Des affiches murales, de courts « aide-mémoires » et une liste des numéros de téléphone à appeler en cas de besoin devraient être fournis.

c) Sensibilisation à la notification de cas de paralysie flasque aiguë au niveau communautaire. Pendant les flambées, la notification de la paralysie flasque aiguë peut être améliorée en sensibilisant les membres de la communauté qui font office de volontaires pour la poliomyélite, d'informateurs communautaires, d'agents de santé communautaires, ainsi que les dirigeants de la communauté et la communauté au sens large, à la nécessité de notifier les cas de paralysie flasque aiguë. La sensibilisation à la paralysie flasque aiguë dans les populations spécifiques où la surveillance communautaire de la paralysie flasque aiguë est déjà en place car la surveillance n'est pas possible dans les établissements doit être considérée comme une priorité.

d) Sensibilisation des autres organisations publiques et non gouvernementales à la flambée et à la surveillance de la paralysie flasque aiguë, en particulier celles qui s'occupent de populations spécifiques et fournissent des services à ces populations, comme dans les camps de réfugiés. Le soutien et la participation des ONG à la notification des cas de paralysie flasque aiguë peuvent contribuer à élargir la portée de la surveillance de la poliomyélite au sein du pays.

9.4 Surveillance environnementale pendant une flambée

Veillez également vous référer au [chapitre 6](#). – Un document présentant des procédures opérationnelles standardisées pour l'amélioration de la surveillance environnementale de la poliomyélite à la suite d'une enquête sur un événement ou une flambée de poliovirus est disponible sur le site Web de l'IMEP.¹⁹ Veuillez-vous reporter à ces procédures opérationnelles standardisées pour obtenir des détails sur les mesures à prendre dans le cadre de l'amélioration de la surveillance environnementale au cours de la riposte à une flambée épidémique.

Les deux mesures principales à prendre sont les suivantes :

- a) déterminer (réévaluer) l'adéquation des sites de surveillance environnementale existants, et**
- b) identifier les zones à haut risque pour élargir la surveillance environnementale pendant une flambée épidémique, en ayant recours à des sites de surveillance environnementale ad hoc.**

Il convient de noter que l'expansion de la surveillance environnementale, matérialisée notamment par le recours à des sites de surveillance environnementale temporaires ou ad hoc, pendant une flambée suppose une charge de travail et des dépenses supplémentaires considérables, en particulier pour le laboratoire. Par conséquent, avant toute décision d'expansion, tous les acteurs concernés, mais au minimum le personnel chargé de la surveillance et le personnel de laboratoire, devraient être inclus dans les discussions sur le rôle que doit jouer la surveillance environnementale dans la riposte à la flambée.

9.5 Coordination avec le laboratoire pour la poliomyélite

a) Assurer une capacité de laboratoire suffisante pour répondre à une demande accrue. L'augmentation du volume d'échantillons de selles et d'eaux usées à analyser et conserver peut submerger les ressources et le personnel du laboratoire s'il n'en a pas été informé en amont pour pouvoir en anticiper la planification. Le point de basculement peut intervenir rapidement lorsque la demande d'analyses est supérieure aux capacités de laboratoire disponibles. Il convient de s'assurer qu'un plan d'urgence permettant d'assurer l'analyse des échantillons est disponible et qu'il peut être facilement mis en œuvre, le cas échéant.

b) Une communication régulière et continue entre l'équipe de surveillance et l'équipe du laboratoire. Il est essentiel que le personnel chargé de la surveillance et le personnel de laboratoire communiquent l'un avec l'autre de manière systématique, au moins une fois par semaine, au sujet de l'évolution des ressources de laboratoire requises, et qu'ils discutent des résultats de laboratoire et harmonisent les données en leur possession.

c) Veiller au respect des bonnes pratiques en matière de prélèvement des échantillons de selles et des échantillons de surveillance environnementale, au maintien de la chaîne du froid inverse et au transport jusqu'au laboratoire dans les délais impartis. L'approvisionnement en fournitures nécessaires au prélèvement des échantillons de selles et des échantillons environnementaux devrait être ajusté pour répondre aux besoins accrus ; le prélèvement d'échantillons devrait être effectué correctement, et la chaîne du froid inverse doit être maintenue, en particulier pour les échantillons provenant de zones reculées ou difficiles d'accès. La fiabilité et la promptitude du transport des échantillons de selles et des échantillons environnementaux doivent être examinées et assurées. Si des goulots d'étranglement

¹⁹ Standard Operating Procedures for Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Investigation of a Poliovirus Event or Outbreak. OMS, 2022.

<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/SOPs-for-Polio-ES-enhancement-following-outbreak-20210208.pdf>

entraînant des retards dans l'acheminement des échantillons sont identifiés, il faudra revoir l'organisation du transport, si nécessaire, pour garantir l'arrivée des échantillons au laboratoire dans les meilleurs délais.

Veillez également vous référer au [Chapitre 7](#).

10 Certification de l'éradication de la poliomyélite et confinement en laboratoire des poliovirus

La surveillance sensible de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus est d'une importance cruciale pour deux autres axes de travail en vue de l'éradication de la poliomyélite : la certification de l'éradication du poliovirus sauvage et le confinement des poliovirus. Par conséquent, tout le personnel participant à la surveillance de la poliomyélite devrait avoir connaissance des objectifs et des principes qui sous-tendent les travaux de la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite (ARCC), des comités nationaux de certification (CNC) et des groupes de travail nationaux pour le confinement des poliovirus (GTN).

Les grands principes de ces deux activités et la situation actuelle en matière de certification et de confinement dans la Région africaine ainsi que la façon dont le personnel participant à la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus peut contribuer à la réalisation des objectifs visés pour les activités nationales de certification et de confinement sont décrits dans le chapitre suivant.

10.1 Principes de la certification de l'éradication de la poliomyélite

Depuis le début de l'IMEP, et sous la direction de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (GCC), les commissions régionales de certification, dont la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite (ARCC), travaillent avec les comités nationaux de certification (CNC) dans chaque pays pour évaluer les progrès accomplis sur la voie de l'éradication du poliovirus sauvage au niveau régional et mondial.

La certification de l'éradication de la poliomyélite due au poliovirus sauvage intervient au niveau régional. La certification d'une Région ne peut être envisagée que lorsque l'absence de transmission de tout poliovirus sauvage a été attestée dans tous les pays de la zone géographique concernée pendant au moins trois années consécutives par des activités de surveillance de la poliomyélite réalisées selon les normes de la certification. Cinq des six Régions ont déjà été certifiées exemptes de poliovirus sauvage par leurs commissions régionales de certification respectives (voir également le chapitre 1), dont la dernière en date, la Région Africaine, en 2020. La Région de la Méditerranée orientale, où le poliovirus sauvage reste endémique dans certaines parties de l'Afghanistan et du Pakistan, est la dernière région à ne pas encore être certifiée.

Après la certification régionale de l'éradication du poliovirus sauvage, les commissions régionales de certification et comités nationaux de certification dans toutes les Régions restent actifs. Lors de leurs réunions annuelles, ces groupes procèdent à des examens et à des évaluations des risques détaillés afin de vérifier si les pays et la Région sont parvenus à maintenir leur statut de pays et Région exempts de poliomyélite. Dans le cadre de cette évaluation, les commissions régionales de certification s'intéressent tout particulièrement au niveau d'immunité (c'est-à-dire à la couverture vaccinale), ainsi qu'à la qualité et à la sensibilité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus.

Depuis leur instauration, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite et les commissions régionales de certification se sont efforcées de définir des critères de préparation au

confinement à terme des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant des poliovirus dans tous les établissements qui détiennent encore de tels matériels et elles examinent les progrès réalisés vers cet objectif.

10.2 Rôles des groupes en charge de la certification aux niveaux national, régional et mondial

Une description succincte des rôles et des responsabilités des groupes en charge de la certification aux niveaux national, régional et mondial, incluant une explication de l'appui que doivent fournir les équipes nationales de lutte contre la poliomyélite au travail mené par les commissions nationale et régionale de certification est présentée ci-après.

Les comités nationaux de certification (CNC). Les comités nationaux de certification sont des groupes d'experts indépendants dans des disciplines pertinentes pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, telles que la santé publique, la vaccination, l'épidémiologie, la pédiatrie, les maladies infectieuses, la neurologie et la virologie. Leur composition est arrêtée par le gouvernement national en consultation avec les bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les membres du comité national de certification agissent à titre personnel uniquement et ne peuvent être responsables d'aucune activité liée à la mise en œuvre l'éradication de la poliomyélite dans le pays.

Les comités nationaux de certification ont pour mission d'évaluer et de vérifier la documentation nationale attestant de l'éradication de la poliomyélite compilée par le Ministère de la santé avec le soutien de l'OMS. Les responsables des équipes du Programme élargi de vaccination et de lutte contre la poliomyélite travaillant au niveau national et provincial ont un rôle clé à jouer pour veiller à ce que les comités nationaux de certification disposent d'informations et de données exactes et actualisées, en particulier pour ce qui est des données de surveillance.

Les comités nationaux de certification ne peuvent pas certifier l'éradication de la poliomyélite dans leur propre pays. Seule la commission régionale de certification peut certifier que la Région dans son ensemble est exempte de tout poliovirus sauvage, après examen de la documentation fournie par chaque pays. La certification de l'éradication du poliovirus sauvage au niveau régional requiert l'absence de transmission de tout poliovirus sauvage, quelle qu'en soit la source (échantillons de cas de paralysie flasque aiguë, échantillons communautaires et échantillons d'eaux usées) pendant au moins trois (3) années consécutives ainsi qu'une surveillance sensible et en temps voulu de la paralysie flasque aiguë qui satisfait aux normes de certification de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite et aux indicateurs de performance suivants :²⁰

- détection d'au moins un (1) cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique par an pour 100 000 enfants de âgés de moins de 15 ans ;
- prélèvement d'échantillons de selles adéquats pour au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë ;
- analyse de tous les échantillons dans un laboratoire accrédité par l'OMS.

Dans les Régions de l'OMS qui ne sont pas encore certifiées exemptes de poliovirus sauvage (PVS) et pour les États Membres de l'OMS dans lesquels aucun PVS n'a été détecté, quelle qu'en soit la source, depuis au moins trois (3) ans dans des conditions de surveillance conformes aux critères de certification standard,

²⁰ Compte tenu des progrès réalisés par les programmes en matière d'analyse génomique et de l'utilisation généralisée de la surveillance environnementale dans de nombreux pays, la Commission mondiale de certification procède actuellement au réexamen des critères et pourrait recommander une certification mondiale avant le délai de trois ans précédemment requis. Toute modification de ces exigences sera publiée sur le site Web de l'IMEP (à l'adresse <https://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/certification>).

les comités nationaux de certification fournissent à la commission régionale de certification la documentation requise sur tous les aspects en lien avec l'éradication de la poliomyélite, notamment les activités de vaccination, la surveillance, l'appui aux laboratoires et le confinement (y compris la surveillance environnementale des eaux usées rejetées par les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, EPE).

Une fois que la commission régionale de certification aura accepté officiellement ces documents, et validé les conclusions des comités nationaux de certification attestant de l'interruption de la transmission de tout poliovirus sauvage dans le pays, les comités nationaux de certification continueront à lui soumettre des rapports annuels sur le maintien du statut de pays exempt de poliomyélite. Les comités nationaux de certification transmettront également à leurs gouvernements respectifs toute recommandation de la commission régionale de certification visant à améliorer les activités de lutte contre la poliomyélite. Tous les États Membres de l'OMS à travers le monde restent tenus de fournir des rapports annuels tant que la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite n'a pas été obtenue.

La Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite (ARCC). Comme toutes les autres commissions régionales de certification, la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite est un groupe indépendant d'experts internationaux de la santé publique établi par le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique en 1998, qui conseille le Bureau régional de l'Afrique sur toutes les questions liées à la certification de l'éradication du poliovirus sauvage et, depuis la certification de l'éradication du poliovirus sauvage en 2020, sur le maintien du statut de Région exempte de poliovirus sauvage.

La Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite se réunit une ou deux fois par an et examine les documents actualisés soumis par les comités nationaux de certification de chaque État Membre sur le maintien du statut de pays exempt de poliovirus sauvage, à savoir sur la vaccination, la surveillance, l'appui aux laboratoires pour la poliomyélite et le confinement des poliovirus.

La Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite communique ensuite les conclusions de l'évaluation des risques et les mesures recommandées d'atténuation des risques au pays concerné et au Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Concernant le confinement des poliovirus, la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite collabore avec les comités nationaux de certification pour examiner les rapports et la documentation nationaux, et notamment dresser et tenir à jour un inventaire complet des établissements qui conservaient auparavant des poliovirus sauvages ou tout autre matériel infectieux ou potentiellement infectieux contenant des poliovirus.

La Commission mondiale de certification (CMC). La Commission mondiale de certification est l'organe mondial de surveillance indépendant qui publiera, le moment venu, un rapport final adressé au Directeur général de l'OMS pour certifier l'éradication mondiale des poliovirus sauvages. La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite supervise également le confinement des poliovirus au niveau mondial. Elle reçoit les rapports annuels des commissions régionales de certification portant sur les activités d'investigation sur les poliovirus et d'inventaire des poliovirus dans les six Régions de l'OMS, telles que notifiées par les comités nationaux de certification dans les rapports annuels qu'ils transmettent aux commissions régionales de certification en vue de l'obtention ou du maintien du statut de pays exempt de poliovirus sauvage.

Compte tenu des progrès réalisés par les programmes en matière d'analyse génomique et de l'utilisation généralisée de la surveillance environnementale dans de nombreux pays, la Commission mondiale de certification procède actuellement au réexamen des critères d'obtention de la certification mondiale de

l'éradication du poliovirus sauvage et pourrait recommander que la « règle des trois ans » ne s'applique plus, c'est-à-dire qu'il pourrait être possible de certifier le monde exempt de poliovirus sauvage avant que les 3 années sans détecter aucun cas de poliovirus sauvage, quelle qu'en soit la source, ne se soient écoulées. Toute modification de ces exigences sera publiée [sur le site Web de l'IMEP](#) si et quand la Commission mondiale de certification aura rendu sa décision.

À terme, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite devrait également valider l'absence de tout poliovirus dérivé d'une souche vaccinale et certifier que le confinement mondial de tous les matériels contenant des poliovirus vivants conservés, à savoir les souches de poliovirus sauvage, Sabin et de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) de tous types, est assuré et maintenu. Il n'a pas encore été décidé si la Commission mondiale de certification existera encore lorsque l'on parviendra à confiner tous les matériels contenant des poliovirus (PVS, Sabin et PVDV). Au moment de la rédaction du présent document, le mandat confié à la Commission mondiale de certification par le Directeur général de l'OMS reste la certification de l'éradication du poliovirus sauvage.

En 2023, cinq des six Régions de l'OMS étaient certifiées exemptes de poliovirus sauvage ; cependant, tant que le poliovirus sauvage n'est pas éradiqué à l'échelle mondiale, les comités nationaux de certification et les commissions régionales de certification ont encore un rôle à jouer pour assurer le suivi des performances de la surveillance de la poliomyélite dans leur pays respectif et en rendre compte à la Commission mondiale de certification. La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite pourrait également recommander que les organismes de certification aux niveaux mondial, régional et national soient chargés de superviser la validation de l'absence de tout poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; les modalités requises et le rôle exact des groupes de certification font actuellement l'objet de discussions.

Pour plus d'informations sur la certification, consulter la page Web de l'IMEP consacrée à la préparation d'un monde exempt de poliomyélite intitulée [Preparing for a Polio-Free World](#) (en anglais). Les rapports sur les réunions annuelles de la Commission mondiale de certification et des commissions régionales de certification sont disponibles [ici](#).²¹

10.3 Confinement des poliovirus en laboratoire : grands principes et objectifs principaux

En ce qui concerne le confinement des poliovirus, un ensemble d'exigences en matière de sécurité et de sûreté biologiques dans le cadre de la gestion des risques biologiques a été établi, que tous les laboratoires, les sites de production de vaccins ou toute autre installation manipulant ou conservant des poliovirus devraient respecter. L'objectif principal du confinement des poliovirus est de réduire au minimum le risque de réintroduction de poliovirus dans une population une fois que l'éradication mondiale de tous les poliovirus sauvages (PVS) aura été certifiée, que l'absence de tout poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV) aura été validée et que l'utilisation de tous les vaccins antipoliomyelitiques oraux (VPO) vivants aura cessé.

Deux des trois souches de poliovirus sauvage ont été déclarées éradiquées à l'échelle mondiale. La Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a déclaré l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 en septembre 2015, et celle du poliovirus sauvage de type 3 en octobre 2019. Toutefois, un certain nombre d'établissements dans le monde manipulent ou conservent encore ces virus pour des activités telles que la production de vaccins, le diagnostic de la poliomyélite et la recherche. De plus, des vaccins antipoliomyelitiques oraux contenant le type 2 ou le type 3, fabriqués à partir de virus vaccinaux vivants affaiblis, continuent d'être utilisés dans le monde entier à des fins de riposte aux flambées ou de vaccination systématique.

²¹ <https://polioeradication.org/tools-and-library/policy-reports/certification-reports/global-certification-commission/>

Outre l'éradication mondiale des poliovirus, le confinement approprié de tous les matériels contenant des poliovirus (PV) dans les établissements, y compris les matériels contenant des souches sauvages, de type Sabin et dérivées de souches vaccinales, est par conséquent un objectif clé de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 de l'IMEP, et sera essentiel pour atteindre et maintenir un monde exempt de poliomyélite.

Pourquoi le confinement est-il essentiel à l'éradication de la poliomyélite ? Compte tenu des investissements énormes en ressources financières et humaines consentis par les pays et les partenaires mondiaux pour éradiquer la poliomyélite, toutes les parties prenantes doivent comprendre l'importance du confinement des poliovirus pour l'éradication. Tant que des matériels contenant des poliovirus demeureront dans un établissement quel qu'il soit, la libération potentielle de poliovirus constituera un risque grave pour les pays et les régions certifiés – risque qui augmentera au cours de la période post-éradication. Le confinement en laboratoire des poliovirus est souvent appelé « l'autre moitié de l'éradication de la poliomyélite », ce qui témoigne de l'importance de cette activité aux yeux de l'IMEP.

Une fois que l'éradication mondiale de la poliomyélite aura été atteinte et que les campagnes de vaccination de masse avec le vaccin antipoliomyélitique oral ne seront plus menées, l'immunité de la population contre les poliovirus diminuera, en particulier dans les pays et les zones où les programmes de vaccination essentielle sont peu performants ou inexistantes. Les conséquences d'une libération ou d'une « fuite » involontaire de poliovirus vivant dans la communauté seraient graves. Ce risque est réel, comme l'illustrent plusieurs incidents signalés depuis la création de l'IMEP.²²

Principaux objectifs du confinement mondial des poliovirus. Les trois objectifs stratégiques suivants devront être atteints pour le confinement des poliovirus parallèlement au processus d'interruption de la transmission des PVS et des PVDVc – et au-delà, jusqu'à la période post-certification :

- 1 réduire au minimum le nombre d'établissements qui détiennent des matériels contenant des poliovirus ;
- 2 veiller à ce que tous les matériels contenant des poliovirus dans les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus²³ (EPE) soient stockés et manipulés conformément aux normes internationales afin de maintenir un confinement à long terme ; et
- 3 renforcer et soutenir les programmes nationaux et internationaux pour assurer la pérennité et la continuité du confinement des poliovirus pendant la période post-certification.

Comment réduire le nombre d'établissements détenant des poliovirus ? Pour atteindre cet objectif, les efforts de confinement se sont, dès le départ, concentrés sur quatre activités principales :

Identifier ð	Détruire ð	Transférer ð	Confiner
--------------	------------	--------------	----------

²² Bandyopadhyay AS, Singh H, Fournier-Caruana J, Modlin JF, Wenger J, Partridge J, Sutter RW, Zaffran MJ. Facility-Associated Release of Polioviruses into Communities—Risks for the Posteradication Era. *Emerg Infect Dis.* 2019;25(7):1363-69 (https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/25/7/18-1703_article).

²³ Les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus exercent des fonctions nationales et internationales essentielles et conservent la capacité de travailler avec et/ou de conserver des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant des poliovirus. Ils sont soumis à un processus de certification rigoureux visant à s'assurer qu'ils respectent bien toutes les normes relatives aux risques biologiques requises au niveau international

Tous les États Membres de l'OMS procèdent à une enquête auprès de leurs laboratoires, des fabricants de vaccins et autres établissements afin de recenser et de constituer des inventaires des établissements manipulant et/ou conservant des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant des poliovirus (MI et MPI).	Une fois les inventaires dressés, tous les laboratoires et installations identifiés doivent détruire tous les matériels qui ne sont pas nécessaires à des fins de diagnostic, de recherche ou de production de vaccins au niveau national ou international.	Les laboratoires et autres établissements qui n'appliquent pas de mesures de confinement appropriées et qui ne sont pas désignés comme établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus peuvent transférer tout matériel contenant des poliovirus nécessaire à un établissement essentiel désigné/certifié.	À terme, les seuls lieux autorisés à détenir les poliovirus éradiqués seront les établissements essentiels, tels que désignés par les États Membres, qui devront être pleinement certifiés conformes à toutes les normes internationales en matière de gestion des risques biologiques requises, comme décrit dans le Plan d'action mondial.
--	---	---	--

10.4 Mener et superviser les activités de confinement au niveau national

La réalisation d'enquêtes et la constitution et la tenue d'un inventaire des établissements détenant à la fois des matériels infectieux et potentiellement infectieux contenant des poliovirus (MI et MPI) est une activité de référence essentielle requise dans tous les pays. Elle est menée par les groupes de travail nationaux pour le confinement des poliovirus (GTN), sous la direction d'un coordonnateur national du confinement des poliovirus, avec l'appui et la supervision de comités nationaux de certification indépendants.

Les groupes de travail nationaux pour le confinement doivent examiner et mettre à jour les inventaires régulièrement, car certains établissements peuvent avoir fermé ou de nouveaux établissements peuvent avoir été ouverts, ou bien une nouvelle importation de poliovirus ou une flambée de poliomyélite peut s'être produite amenant un ou plusieurs établissements à détenir de nouveaux matériels infectieux (MP) ou potentiellement infectieux (MPI), y compris des flacons de VPO et de nouveau vaccin antipoliomyélique oral (VPOn).

Tous les pays de la Région africaine de l'OMS ont réalisé leurs enquêtes de référence pour dresser un inventaire des établissements qui détiennent des poliovirus, il y a longtemps ; les pays sont maintenant dans la phase d'entretien, au cours de laquelle les groupes de travail nationaux actualisent ces enquêtes et inventaires sur une base annuelle.

Notifier les activités nationales de confinement du niveau national au niveau régional. Les commissions régionales de certification dans chaque Région de l'OMS, y compris dans la Région africaine, exigent des rapports annuels des comités nationaux de certification de l'éradication de la poliomyélite de tous les États Membres sur le maintien de leur statut de pays exempt de poliovirus sauvage, présentant une évaluation de la qualité de leurs activités de surveillance et de vaccination, ainsi que les progrès accomplis dans la mise en œuvre des mesures de confinement des poliovirus, comme les enquêtes et les inventaires (activités de la phase I du confinement).

Réaliser des enquêtes auprès des établissements qui détiennent des matériels potentiellement infectieux (MPI). En plus d'identifier les établissements qui détiennent des matériels connus pour être infectieux contenant des poliovirus (PVS, PVDV, VPO/Sabin), les pays sont également tenus d'identifier les laboratoires et autres établissements qui détiennent des matériels *susceptibles* de contenir des poliovirus – matériels appelés « matériels potentiellement infectieux (MPI) ». Souvent, ces établissements ne sont même pas conscients qu'ils puissent détenir des matériels potentiellement infectieux. Des matériels potentiellement infectieux peuvent être trouvés dans des échantillons prélevés

à d'autres fins que les travaux associés au poliovirus dans les pays où des PVS et des PVDVc étaient en circulation ou dans lesquels le vaccin antipoliomyélitique oral ou le vaccin antipoliomyélitique oral nonavalent étaient utilisés.

Suivre une approche spécifique au type de poliovirus pour les activités de confinement. À la suite de la déclaration de l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) et de l'arrêt coordonné au niveau mondial de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPO2) dans le cadre de la vaccination essentielle, l'ensemble des États Membres de l'OMS se sont engagés à confiner tous les poliovirus de type 2, notamment les poliovirus sauvages, dérivés de souches vaccinales et de souches Sabin. En conséquence, les activités de confinement, notamment la conduite d'enquêtes et la réalisation des inventaires au sein des établissements concernés, ont porté dans un premier temps sur les poliovirus de type 2.

Cependant, tel que requis par l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA71.16 de 2018, il est important que tous les poliovirus de type 2 et tous les poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale de type 3 soient détruits ou confinés de manière sûre et sécurisée afin d'éviter tout risque de dissémination des poliovirus à partir des établissements qui les conservent. Il convient également de réaliser les inventaires des vaccins non utilisés contenant des souches vivantes de type 2 et de les détruire de façon appropriée, conformément aux lignes directrices de l'IMEP en matière de riposte aux flambées de poliomyélite. Actuellement, les mesures ne s'appliquent qu'aux vaccins vivants contenant le virus de type 2 utilisés à des fins de riposte aux flambées.

10.5 Principales mesures de confinement dans les pays de la Région africaine

Désignation des établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus (EPE) dans la Région africaine. Contrairement aux autres Régions de l'OMS, seul un pays de la Région africaine, l'Afrique du Sud, a déjà désigné un établissement (l'Institut national des maladies transmissibles, ou NICD) comme « établissement essentiel » pour le poliovirus. Cet établissement est le seul laboratoire mondial spécialisé dans la poliomyélite sur le continent. Cependant, le laboratoire du NICD chargé de conserver les poliovirus a interrompu en février 2023 ses préparatifs en vue de la certification finale de l'établissement comme satisfaisant à toutes les exigences internationales en matière de sécurité biologique relatives au confinement des poliovirus, telles que définies dans la [Stratégie mondiale pour le confinement des poliovirus](#) et le [Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral \(VPO\), quatrième édition \(GAP IV\)](#). Il convient de noter que l'Afrique du Sud a été l'un des premiers pays au monde à désigner et à mettre en place une autorité nationale du confinement (ANC), chargée de superviser le processus en plusieurs étapes menant à la certification.

En Afrique, l'accent est mis principalement sur la tenue des inventaires à jour. Bien que seuls certains types de poliovirus soient à notifier dans le rapport annuel des pays à la Commission régionale de certification dans la Région africaine (ARCC), le travail mené actuellement dans tous les États Membres pour achever et tenir à jour les enquêtes et les inventaires, concernant à la fois le matériel infectieux (MI) ou potentiellement infectieux (MPI) contenant du poliovirus, devrait être intensifié pour inclure les poliovirus sauvages, dérivés d'une souche vaccinale des trois types et Sabin.

Gestion des risques associés au confinement découlant de l'utilisation de vaccins contenant le poliovirus de type 2 dans le cadre de la riposte aux flambées de PVDVc2. En raison de la survenue de multiples flambées épidémiques de PVDVc2 dans plusieurs pays de la Région africaine (au premier trimestre 2023), il est important que les inventaires soient actualisés chaque fois que et partout où des

vaccins contenant le poliovirus de type 2 (VPOm2, VPOt et VPOn2) sont utilisés dans le cadre de la riposte aux flambées de PVDVc2.

En outre, tous les pays africains et les partenaires de l'IMEP impliqués dans la riposte aux flambées de PVDVc2 devraient collaborer pour s'assurer que les risques associés à la manipulation, au transport et à la conservation éventuelle d'isolats de virus issus des flambées de PVDVc2 (et à l'utilisation de vaccins contenant le vaccin antipoliomyélitique oral2, tels que le vaccin antipoliomyélitique oral m2, le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent et le vaccin antipoliomyélitique oral n2) sont pleinement pris en compte. Les problématiques de confinement pertinentes devraient être couvertes aussi bien dans les plans de riposte aux flambées que dans les évaluations de la riposte à ces dernières.

11 Systèmes de surveillance intégrée des maladies

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est l'une des pierres angulaires de la mise en œuvre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). La plupart des pays du monde, y compris l'ensemble des États Membres de la Région africaine de l'OMS, ont déjà établi depuis de nombreuses années des systèmes de surveillance de la paralysie flasque aiguë. La majorité des pays de la Région ont pris le parti de rationaliser leurs ressources en utilisant le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë pour notifier d'autres affections, le plus souvent en y ajoutant la surveillance d'autres maladies à prévention vaccinale, ou pour faciliter la surveillance et la riposte pour d'autres maladies à potentiel épidémique.

La Région africaine est l'une des premières Régions de l'OMS à avoir créé et mis en œuvre dès la fin des années 1990 un *système de surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR)*²⁴ (voir ci-dessous). Des efforts de mise en œuvre de la SIMR ont été déployés dans de nombreux pays africains, où les ressources pour la surveillance des maladies sont limitées, en particulier au niveau des districts. Dès le départ, ces efforts d'intégration ont été soutenus par des ressources externes supplémentaires, rendues disponibles grâce à la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

Cependant, alors que le monde se prépare à concrétiser l'objectif mondial d'éradication de la poliomyélite et que la Région africaine a été certifiée exempte de poliovirus sauvage en 2020, les financements externes supplémentaires et les ressources fournies par l'IMEP, notamment pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë, ont été réduits. Le financement supplémentaire de la surveillance a été supprimé dans la plupart des pays et maintenu uniquement dans un nombre limité de pays prioritaires de la Région où le risque reste élevé. L'OMS et d'autres partenaires de l'IMEP travaillent activement à la mise en place d'un programme de transition visant à veiller à ce que les principales ressources et capacités mises en place dans le cadre du programme de lutte contre la poliomyélite, y compris la surveillance, ne soient pas perdues mais intégrées avec succès dans d'autres programmes.

11.1 Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) dans la Région africaine

En vue d'une meilleure utilisation des ressources limitées disponibles, la Région africaine de l'OMS a commencé à travailler plus tôt que les autres Régions à l'intégration de la surveillance de la santé publique et des maladies. En 1998 déjà, une stratégie pour l'élaboration et la mise en place de systèmes complets de surveillance et de riposte en matière de santé publique dans les pays africains, appelée Surveillance

²⁴Surveillance intégrée des maladies et riposte. Disponible à l'adresse :

²⁴<https://www.afro.who.int/fr/publications/guide-technique-pour-la-surveillance-integree-de-la-maladie-et-la-riposte-dans-la>

intégrée des maladies et riposte (SIMR), avait été adoptée dans la Région et largement mise en œuvre dans les États Membres. Le système de SIMR dépendait dans une large mesure de la structure et des ressources supplémentaires disponibles pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

D'autres raisons ont conduit à ces efforts d'intégration. L'entrée en vigueur en 2007 du Règlement sanitaire international (RSI 2005), l'émergence de nouvelles maladies et la formulation de stratégies de gestion des risques de catastrophe (GRC) ont mis un nouveau coup de projecteur sur la sécurité sanitaire d'une manière générale et ont réaffirmé la nécessité de se doter d'un système d'alerte précoce et de riposte efficace.

Dans la plupart des pays, les programmes de santé publique et de lutte contre les maladies ont développé et utilisent chacun leurs propres systèmes de surveillance des maladies, qui existent souvent en parallèle les uns des autres. Chaque programme s'est efforcé d'améliorer au fil du temps sa capacité à obtenir en temps utile des données pour réunir des informations fiables pouvant orienter la prise de mesures. Ces systèmes font appel aux mêmes fonctions et utilisent souvent les mêmes structures, les mêmes procédures et le même personnel, en particulier au niveau du district et des établissements de santé. C'est là qu'intervient la stratégie de SIMR, car elle prévoit une utilisation conjointe rationnelle des ressources pour la prévention et la lutte contre les maladies.

Toutefois, les avancées vers l'établissement d'un système de surveillance intégré et coordonné dans les pays africains ont été limitées. La quasi-totalité des pays de la Région africaine et leurs partenaires ont investi des ressources humaines et matérielles dans le processus de renforcement des capacités des systèmes de surveillance de la santé publique en vue d'accélérer la détection, la confirmation et la riposte aux menaces pour la santé publique. Ce processus tente de relier les niveaux de la communauté, de l'établissement de santé, du district et du pays.

a) Objectifs généraux de la SIMR. L'objectif global de la stratégie SIMR est de fournir une base rationnelle pour la prise de décisions et la mise en œuvre d'interventions de santé publique efficaces contre les maladies transmissibles prioritaires. Pour mettre en œuvre la SIMR, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a proposé aux pays un système simplifié d'outils de collecte de données et de mesures de riposte. Ces outils de collecte de données devraient contribuer à une prise de décision rapide et efficace fondée sur l'utilisation d'informations actualisées en temps voulu, la sélection de mesures appropriées et la mise à profit efficace des ressources disponibles pour prévenir et lutter contre les maladies transmissibles.

Au niveau du district, l'objectif de la SIMR est d'améliorer la capacité des districts à détecter et à combattre les maladies et les affections qui causent des taux élevés de mortalité, de morbidité et d'incapacités dans la zone couverte. Le renforcement des compétences et des ressources pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte aura un impact positif sur la santé et le bien-être des communautés du district.

Dans cette optique, la surveillance intégrée des maladies vise à :

- renforcer la capacité des États Membres à mener des activités de surveillance efficaces ;
- intégrer les différents systèmes de surveillance pour une meilleure efficacité au niveau de l'utilisation des formulaires, du personnel et des ressources ;
- améliorer l'exploitation des données à des fins de prise de décision ;
- faciliter la circulation des données de surveillance entre les différents échelons du système de santé et au sein de chacun de ces échelons ;
- renforcer les capacités des laboratoires à identifier les agents pathogènes ;

- promouvoir la participation des cliniciens au système de surveillance ;
- promouvoir la participation de la communauté à la détection des problèmes de santé publique et à la riposte ;
- renforcer la participation du personnel de laboratoire à la surveillance épidémiologique.

b) Mise au point et mise en œuvre des activités de surveillance intégrée. Les ressources matérielles et organisationnelles suivantes ont été développées dans le cadre des activités de surveillance de la poliomyélite et de la paralysie flasque aiguë et pourront aussi être mises à profit immédiatement dans le cadre plus large de la SIMR :

- réseau de communication ;
- participation communautaire ;
- installations d'appui et de laboratoire (le cas échéant) ;
- réunions techniques, examen et suivi réguliers ;
- planification et conduite des activités conjointes (Ministère de la Santé, avec les partenaires) ;
- partenariat (comités de coordination inter-organisations aux niveaux national et provincial) ;

Ci-après sont proposées des mesures à prendre pour soutenir l'intégration au niveau des pays :

- élaboration d'un plan de travail global pour la surveillance opérationnelle au niveau national (ou provincial) ;
- instauration et formation d'une équipe centrale de personnels qualifiés aux niveaux national et infranational ;
- harmonisation des outils de collecte de données et de l'infrastructure de gestion des données de surveillance ;

Prestations spécifiques d'un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë performant qui pourront aussi être mises à profit lors de l'intégration d'autres maladies, en particulier d'autres maladies à prévention vaccinale (MPV) :

- utilisation du réseau de surveillance de la paralysie flasque aiguë, prévoyant une notification hebdomadaire systématique (passive) par les établissements de santé, le cas échéant, ainsi que la notification par les prestataires de soins informels ;
- surveillance active, notamment des visites réalisées par du personnel de surveillance formé dans les établissements de santé prioritaires et les prestataires informels du réseau de surveillance automatisée ;
- réseaux de surveillance communautaire dans certaines zones, notamment là où ils ont été mis en place pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë ;
- activités visant à renforcer la surveillance, telles que la recherche rétrospective des cas dans les établissements de santé lors de la survenue de flambées épidémiques ;
- évaluation régulière de la qualité de la surveillance à l'aide d'indicateurs standard convenus, devant être satisfaits aux niveaux national et infranational.

Pour plus de détails, consulter la dernière édition des lignes directrices du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur la planification et la mise en œuvre de la stratégie de surveillance intégrée de la maladie et la riposte, présentées dans une série de cinq livrets techniques, à l'adresse suivante <https://www.afro.who.int/publications/technical-guidelines-integrated-disease-surveillance->

[and-response-african-region-third](https://www.afro.who.int/fr/publications/guide-technique-pour-la-surveillance-integree-de-la-maladie-et-la-riposte-dans-la) : <https://www.afro.who.int/fr/publications/guide-technique-pour-la-surveillance-integree-de-la-maladie-et-la-riposte-dans-la>

11.2 Transition pour la poliomyélite et stratégie post-certification

L'objectif du plan de transition pour la poliomyélite est de maintenir le niveau requis de surveillance des poliovirus dans chaque pays, mais aussi de renforcer la surveillance globale des maladies et de la santé publique en l'intégrant à la plateforme de lutte contre la poliomyélite et en s'en inspirant, dans la mesure du possible.

À mesure que le monde se rapproche de l'objectif d'éradication de la poliomyélite, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique s'emploie activement, aux côtés d'autres partenaires de l'IMEP, à aider les pays à transférer l'ensemble des ressources et des capacités du programme de lutte contre la poliomyélite vers d'autres programmes de santé publique et de lutte contre les maladies. La surveillance, en tant que principale stratégie d'éradication de la poliomyélite, constitue probablement l'atout le plus précieux pour le programme de transition.

Le plan de transition pour la poliomyélite vise à garantir que les principaux actifs du programme de lutte contre la poliomyélite, notamment la surveillance, ne soient pas perdus, mais contribuent à :

- renforcer la préparation aux situations d'urgence, la détection et la capacité de riposte dans les pays afin de mettre pleinement en œuvre le Règlement sanitaire international (2005) ;
- renforcer les systèmes de vaccination, y compris la surveillance des maladies à prévention vaccinale ;
- garantir un monde exempt de poliomyélite après l'éradication des poliovirus en veillant au maintien des activités essentielles de lutte contre la poliomyélite, telles que la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

Les efforts déjà accomplis par un certain nombre de pays dans le monde pour intégrer les ressources consacrées à la lutte contre la poliomyélite, notamment sa surveillance, ainsi que les enseignements tirés sont bien documentés, y compris dans la présente publication, et peuvent être examinés.²⁵

Pour des informations actualisées sur le plan de transition pour la poliomyélite, consulter le site Internet suivant : <https://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning>,

En vue de faciliter la planification des activités postérieures à la certification, l'IMEP a publié en 2018 la « Stratégie post-certification de la poliomyélite ».²⁶ La nécessité de poursuivre la surveillance des poliovirus après la certification mondiale d'éradication de la poliomyélite est un élément essentiel de la stratégie post-certification. Une révision du document a été prévue à la mi-2023 afin de tenir compte des avancées de l'IMEP au cours des dernières années.

²⁵ Using Acute Flaccid Paralysis Surveillance as a Platform for Vaccine-Preventable Disease Surveillance Steven G. F. Wassilak, Cheryl L. Williams, Christopher S. Murrill, Benjamin A. Dahl, Chima Ohuabunwo, Rudolf H. Tangermann https://academic.oup.com/jid/article/216/suppl_1/S293/3935052

²⁶ Stratégie post-certification de la poliomyélite : Une stratégie d'atténuation des risques pour un monde sans poliomyélite. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018. <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-fr.pdf>.

Les informations actualisées sur la stratégie post-certification sont disponibles à l'adresse : <https://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/polio-post-certification-strategy>

11.3 Surveillance globale des maladies à prévention vaccinale dans le cadre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Des orientations supplémentaires sur l'intégration de la surveillance des maladies à prévention vaccinale sont disponibles dans la « Stratégie mondiale pour la surveillance globale des maladies à prévention vaccinale »,²⁷ publiée par l'OMS dans le cadre du « [Programme mondial pour la vaccination à l'horizon 2030](#) ».

Le document recense les options permettant de mettre en place des systèmes de surveillance globale performants qui soient complets pour couvrir toutes les menaces de maladies à prévention vaccinale (MPV) auxquelles est confronté un pays, dans toutes les zones géographiques et pour toutes les populations, à l'aide de toutes les méthodes de laboratoire et autres moyens nécessaires, afin de détecter les MPV de manière fiable.

Il fournit également des orientations sur l'intégration de la surveillance des maladies à prévention vaccinale. Il s'agit, dans la mesure du possible, de tirer parti d'infrastructures partagées pour différentes composantes de la surveillance, telles que la gestion des données et les systèmes de laboratoire.

²⁷

https://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/Global_Comprehensive_VPD_Surveillance_Strategy_IA2030_FR.pdf

12 Annexes

Annexe 1. Poliovirus, poliomyélite et vaccins antipoliomyélitiques

Le poliovirus appartient au sous-groupe d'entérovirus de la famille des *Picornaviridae*. Les *picornavirus* sont des virus de petite taille dont le génome est constitué d'acide ribonucléique (ARN). La chaleur, le formaldéhyde, le chlore et les rayons ultraviolets (UV) inactivent rapidement les poliovirus.

Il existe trois sérotypes de poliovirus : le type 1, le type 2 et le type 3. Les trois sérotypes de poliovirus provoquent une affection paralytique et l'immunité croisée entre eux est minime.

Épidémiologie

Réservoir. L'homme constitue le seul réservoir connu pour les poliovirus (c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'hôte animal). Ils sont transmis le plus souvent par des personnes présentant une infection silencieuse et asymptomatique. Il n'existe pas de cas de porteur à long terme asymptomatique, excepté chez les personnes immunodéprimées dont le système immunitaire n'est pas capable d'éliminer l'infection par le poliovirus.

Transmission et schéma temporel. Le poliovirus se transmet à la fois par voie féco-orale (c'est-à-dire que le poliovirus se multiplie dans les intestins et se transmet par contact avec les selles) et par voie respiratoire. L'infection touche plus fréquemment les nourrissons et les jeunes enfants. La poliomyélite apparaît plus tôt chez les enfants vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène. Dans les régions au climat tempéré, les infections à poliovirus sont plus courantes en été et en automne. Dans les régions tropicales, la saisonnalité est moins marquée.

La paralysie apparaît entre 7 à 21 jours après l'infection par le poliovirus. Le virus se propage rapidement chez les populations non immunisées et la transmission est généralement déjà très étendue au sein d'une communauté au moment où les symptômes paralytiques apparaissent chez les premiers cas de paralysie. Le virus est excrété de manière intermittente pendant un mois ou plus après l'infection. L'excrétion fécale du virus est maximale juste avant et pendant les deux premières semaines suivant l'apparition de la paralysie.

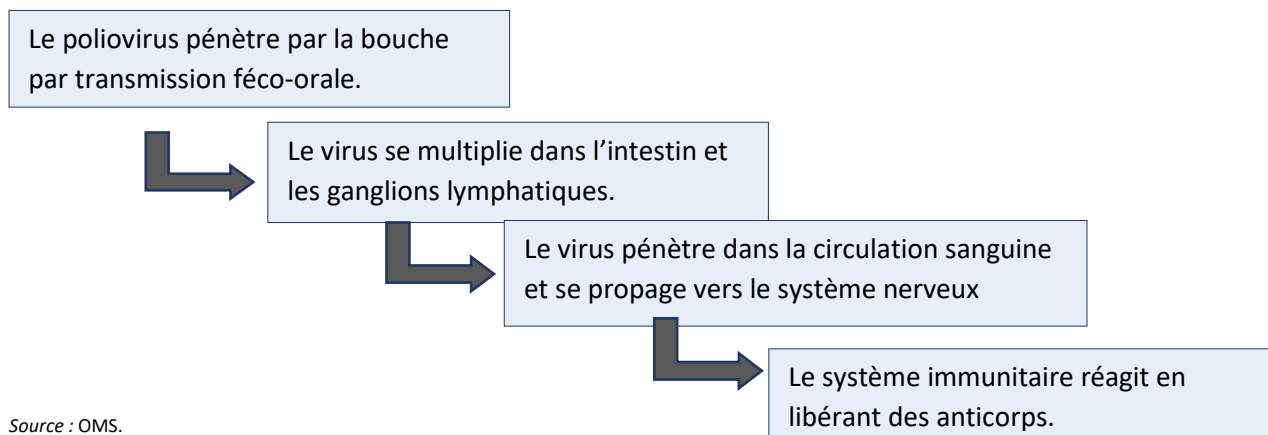
Transmissibilité. La poliomyélite est une maladie virale très contagieuse. Lorsqu'une personne du foyer est infectée, près de 100 % des enfants contacts non immunisés et plus de 90 % des adultes du foyer sont infectés.

Immunité. L'infection naturelle et la vaccination entraînent l'acquisition d'une immunité protectrice contre les poliovirus. L'immunité contre un sous-type de poliovirus ne protège pas contre l'infection par d'autres types de poliovirus. L'immunité acquise consécutivement à une infection naturelle ou à l'administration d'un vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) vivant semble durer toute la vie. La durée de persistance des anticorps protecteurs après l'administration d'un vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) n'est pas établie, mais ils semblent rester actifs toute la vie après un schéma complet de vaccination.²⁸ Les nourrissons nés de mères présentant un taux élevé d'anticorps contre le poliovirus sont protégés pendant les premières semaines de vie.

Pathogenèse – comment le poliovirus provoque-t-il la paralysie ? Le virus pénètre dans l'organisme par la bouche à la suite d'un contact par voie féco-orale ou respiratoire. La multiplication primaire du virus se

Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hall E, Wodi AP, Hamborsky J, *et al.*, eds. 14th ed. Chapter 18: Poliomyelitis. Washington, D.C.: Public Health Foundation; 2021 (<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/polio.pdf>).

produit au niveau du site de fixation du récepteur du poliovirus, principalement dans les tissus lymphatiques, à savoir les amygdales, les cellules intestinales, l'intestin ou les « plaques de Peyer » qui tapissent l'intestin grêle, et les ganglions lymphatiques.



Le virus est généralement présent dans la gorge et dans les selles avant l'apparition des symptômes cliniques. Une semaine après l'apparition de la paralysie, il reste une faible quantité de virus dans la gorge, mais il continue d'être excrété dans les selles pendant plusieurs semaines. Après l'infection, le virus pénètre dans la circulation sanguine et peut, dans de rares cas, passer la barrière du système nerveux central.

Les poliovirus ont un « tropisme », c'est-à-dire une préférence, pour les tissus nerveux, et l'on pense qu'ils se propagent le long des neurones (« axones ») jusqu'à la moelle épinière. La réplication du poliovirus dans les neurones moteurs de la corne antérieure de la moelle épinière et du tronc cérébral détruit les cellules nerveuses et provoque des paralysies, qui sont les manifestations classiques de la poliomyélite. L'étendue de la paralysie dépend de la proportion de neurones moteurs perdus.

Symptômes de l'infection par le poliovirus (symptômes). La période d'incubation de la poliomyélite paralytique, c'est-à-dire la période entre l'infection et l'apparition des premiers symptômes de paralysie, est habituellement de 7 à 21 jours (mais elle peut être comprise entre 3 et 35 jours).

L'infection par un poliovirus peut entraîner toute une série de symptômes et d'issues cliniques, qui vont d'une infection asymptomatique « silencieuse » au décès, en passant par une maladie fébrile non spécifique, une méningite aseptique ou une affection paralytique. Chez 90 à 95 % des personnes infectées non immunisées, l'infection par le poliovirus ne provoque aucun symptôme.

Les infections symptomatiques peuvent se présenter sous l'une des formes décrites ci-après.

- Une **maladie fébrile non spécifique**, également appelée « poliomyélite abortive » (car aucune paralysie visible ne s'est développée), survient dans 4 à 8 % des cas ; elle se caractérise par une fièvre légère, des maux de gorge, des vomissements, des douleurs abdominales, une perte d'appétit et des malaises. Il s'ensuit un rétablissement complet et rapide, sans paralysie. Cette maladie non spécifique ne peut généralement pas être distinguée d'autres maladies virales bénignes dont les manifestations respiratoires ou gastro-intestinales sont légères.
- Une **méningite aseptique (c'est-à-dire virale) non paralytique** survient dans 1 à 2 % des cas d'infection ; elle se manifeste par des céphalées, des douleurs au niveau du cou, du dos et/ou de la région abdominale et des différents membres, de la fièvre, des vomissements, une léthargie et une

irritabilité, à la suite d'une première phase non spécifique, semblable à la « poliomyélite abortive ». Le rétablissement a lieu dans les 2 à 10 jours. Cette maladie ne peut être cliniquement distinguée des autres causes de méningite aseptique.

- **La poliomyélite paralytique** survient dans moins de 1 % des cas à la suite d'une affection mineure, parfois après plusieurs jours sans symptômes (maladie « biphasique »). Les symptômes paralytiques apparaissent généralement 1 à 10 jours après les symptômes prodromiques et évoluent pendant 2 à 3 jours. Les symptômes commencent par des douleurs musculaires intenses, des spasmes et un retour de la fièvre, suivis par l'apparition rapide d'une paralysie flasque (molle) d'un ou plusieurs membres, s'accompagnant d'une diminution des réflexes tendineux profonds. La paralysie atteint son pic et cesse de progresser dans les 72 heures. Les patients ne présentent pas de perte sensorielle ni d'altérations cognitives/de la conscience.
- En fonction du siège de la paralysie, la poliomyélite peut être classée en tant que maladie spinale, bulbaire ou bulbo-spinale. Généralement, certains groupes de muscles sont affectés selon un schéma asymétrique. Les membres inférieurs sont plus souvent touchés que les membres supérieurs, et en particulier une jambe ou une partie de la jambe. Les muscles touchés sont faibles et flasques.

Dans un très petit nombre de cas, une poliomyélite bulbaire se développe, c'est-à-dire que le virus attaque les cellules nerveuses motrices qui contrôlent les muscles du visage, de la gorge, de la langue et les muscles respiratoires. La capacité du patient à avaler, à parler et à respirer est atteinte ; la poliomyélite bulbaire peut entraîner la mort. Sur l'ensemble des cas de poliomyélite paralytique, 2 à 10 % sont mortels en raison de l'atteinte des muscles respiratoires, 10 % se rétablissent complètement et les reste des cas présentent une paralysie résiduelle ou une incapacité permanente.

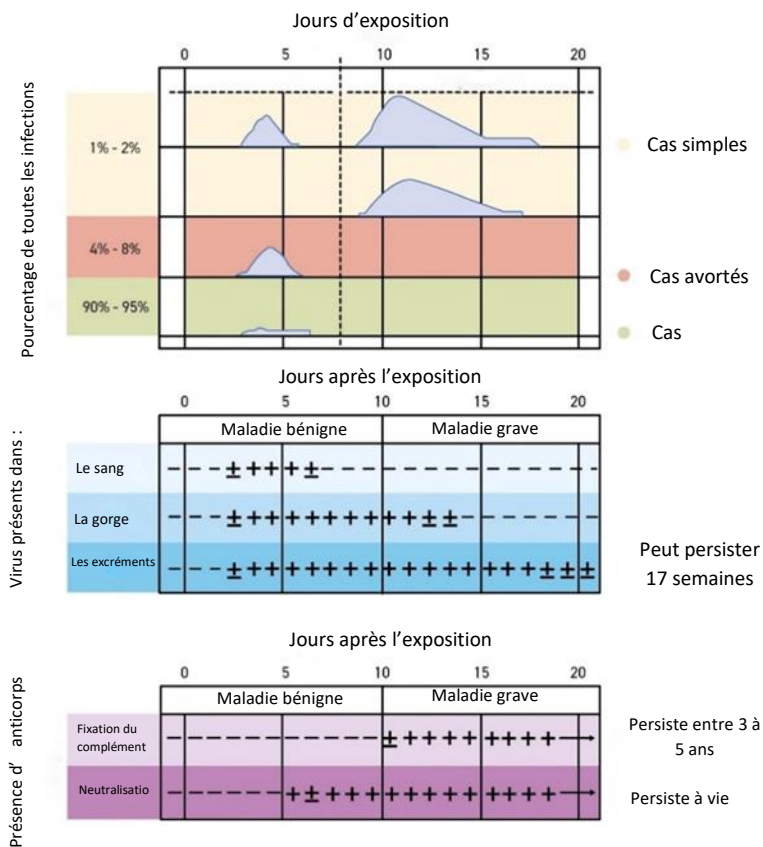


Figure 7. Chronologie des symptômes, de la présence du virus et du développement des anticorps après exposition au poliovirus

Source : OMS. Field guide for supplementary activities aimed at achieving polio eradication, Rev. 1996. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 ;4 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63478/WHO_EPI_GEN_95.01_REV.1.pdf).

Diagnostic différentiel de la paralysie flasque aiguë. Le diagnostic différentiel de la paralysie flasque aiguë (PFA) inclut le plus souvent la poliomyélite paralytique, le syndrome de Guillain-Barré (SGB), la névrite traumatique et la myélite transverse. Les étiologies les moins courantes sont la névrite traumatique, l'encéphalite, la méningite, d'autres infections à entérovirus et les tumeurs.

Les caractéristiques distinctives de la poliomyélite paralytique sont la paralysie flasque asymétrique, la fièvre à l'apparition des symptômes, la progression rapide de la paralysie, une paralysie résiduelle à 60 jours et la préservation de la fonction neurosensorielle.

	Poliomyélite	Syndrome de Guillain- Barré	Névrite traumatique	Myélite transverse
Début de paralysie	Paralysie complète au bout de 24 à 48 heures	De quelques heures à dix jours	De quelques heures à quatre jours	De quelques heures à quatre jours
Apparition de la fièvre	Fortes fièvre, toujours présente au début de la paralysie flasque, puis disparaît le lendemain	Peu fréquente	Généralement présente avant, pendant et après la paralysie flasque	Rarement présente
Paralysie flasque	Aiguë, généralement asymétrique, principalement proximale	Généralement aiguë, symétrique et distale	Asymétrique, aiguë et ne touchant qu'un seul membre	Aiguë, membres inférieurs, symétrique
Tonus musculaire	Réduit ou absent dans le membre atteint	Hypotonie globale	Réduit ou absent dans le membre atteint	Hypotonie des membres inférieurs
Réflexes tendineux profonds	Réduits à absents	Globalement absents	Réduits à absents	Absence d'hyperréflexie précoce tardive dans les membres inférieurs
Sensation	Myalgie sévère, mal de dos, pas de modifications sensorielles	Crampes, picotements, hypo-anesthésie des paumes de mains et de la plante des pieds	Douleur dans le gluteus, hypothermie	Anesthésie des membres inférieurs avec des niveaux sensoriels
Atteinte crânienne	Uniquement en cas d'atteinte bulbaire	Souvent présente au niveau des nerfs VII, IX, X, XI, XII	Absente	Absente
Insuffisance respiratoire	Uniquement en cas d'atteinte bulbaire	Dans les cas graves, exacerbés par une pneumonie bactérienne	Absente	Dans certains cas

Figure 8. Diagnostic différentiel de la paralysie flasque aiguë (PFA)

La Figure 8 présente une comparaison des quatre diagnostics différentiels les plus courants de la paralysie flasque aiguë. Il convient toutefois de rappeler aux lecteurs et aux lectrices que ces informations sont fournies à titre de référence pour les cliniciens et les agents de santé. Le problème de santé sous surveillance ici, la paralysie flasque aiguë, est un syndrome et non un diagnostic. Il existe de nombreuses autres étiologies et affections possibles qui peuvent se manifester par une PFA, laquelle devrait être notifiée comme un syndrome, indépendamment du diagnostic possible.

Prise en charge clinique des cas. Il n'existe pas de traitement spécifique pour la poliomyélite. Les cas suspects de paralysie flasque aiguë doivent être orientés d'urgence vers un hôpital en vue d'une prise en charge médicale immédiate. Tout problème respiratoire suggérant une atteinte du diaphragme nécessite une attention immédiate. Des soins de soutien devraient être dispensés aux patients atteints de paralysie sous la direction d'un médecin.

Prévention de la poliomyélite

Les vaccins antipoliomyélitiques constituent la meilleure protection contre la poliomyélite, car ils permettent de prévenir totalement l'infection. Il existe deux principaux types de vaccins antipoliomyélitiques : le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), qui contient une forme affaiblie de poliovirus, et le vaccin antipoliomyélitique injectable inactivé (VPI). Pour plus de détails sur l'ensemble des vaccins antipoliomyélitiques, consulter la page Web dédiée l'IMEP.²⁹

Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Le vaccin antipoliomyélitique oral est le principal vaccin utilisé dans la lutte contre la poliomyélite en vue de son éradication (voir le Tableau 8). Le(s) poliovirus affaibli(s) ou atténué(s) contenu(s) dans le vaccin antipoliomyélitique oral peut (peuvent) se multiplier efficacement dans le tractus intestinal et ainsi permettre aux individus de développer une réponse immunitaire contre le virus. Tous les pays qui sont parvenus à éradiquer la poliomyélite depuis le lancement de l'IMEP ont utilisé le vaccin antipoliomyélitique oral pour interrompre la transmission interhumaine du virus.

Avantages

- Les VPO sont sûrs, efficaces et peu coûteux, et comme ils peuvent être administrés par voie orale, les enfants peuvent être vaccinés sans avoir recours à un professionnel de santé.
- Pendant plusieurs semaines après la vaccination, le virus vaccinal se réplique dans l'intestin, est excrété et peut être transmis à d'autres personnes en contact étroit et les immuniser ainsi efficacement. Dans les zones où l'hygiène et l'assainissement sont insuffisants, la vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral peut par conséquent entraîner une vaccination « passive » des personnes non vaccinées.

Inconvénients

- Le vaccin antipoliomyélitique oral est sûr et efficace. Toutefois, dans des cas extrêmement rares (environ 2 à 4 cas pour 1 million de naissances), le virus vaccinal vivant et affaibli contenu dans le vaccin antipoliomyélitique oral peut lui-même provoquer une paralysie.³⁰ Dans certains cas, cela peut s'expliquer par un déficit immunitaire. Le risque extrêmement faible de poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) est considéré comme acceptable par la plupart des programmes de santé publique.
- Très rarement, lorsque la couverture vaccinale des nourrissons est insuffisante au sein d'une communauté, le virus vaccinal peut commencer à circuler, à muter et, en l'espace de 12 à 18 mois, retrouver sa neuro-virulence, c'est-à-dire sa capacité à provoquer des paralysies. C'est ce que l'on appelle un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc).³¹

Une fois la poliomyélite éradiquée, l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral sera abandonnée afin de prévenir la reprise de la transmission due aux poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV).

²⁹ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Page Web sur les vaccins (en anglais). (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-vaccines>).

³⁰ Platt, Lauren R., Concepción F. Estívariz, and Roland W. Sutter. "Vaccine-associated paralytic poliomyelitis: a review of the epidemiology and estimation of the global burden." *The Journal of Infectious Diseases*. S380-S389.

³¹ Burns, Cara C., Ousmane M. Diop, Roland W. Sutter, and Olen M. Kew. "Vaccine-derived polioviruses." *The Journal of Infectious Diseases*. S283-S293.

Tableau 8. Indications d'utilisation des VPO par sérotype

Type de VPO	Sérotype	Indications d'utilisation
Vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents (VPOm)	Type 1 (VPOm1)	Ils induisent la meilleure réponse immunitaire contre le sérotype qu'ils ciblent. Des stocks de VPOm2 sont constitués en cas de flambée de PVDVc2, mais celui-ci est progressivement remplacé par le vaccin antipoliomyélitique oraln2.
	Type 2 (VPOm2)	
	Type 3 (VPOm3)	
Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOn2)	Type 2 (VPOn2)	Il offre une protection comparable contre les poliovirus de type 2 tout en étant plus stable génétiquement, ce qui rend beaucoup moins probable l'émergence de PVDV2 dans des contextes de faible immunité. Au moment de la rédaction des présentes lignes directrices (2023), bien que le vaccin antipoliomyélitique oraln2 soit utilisé pour la riposte aux flambées de poliovirus type 2, il figure toujours sur la liste d'utilisation d'urgence de l'OMS.
Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb)	Type 1 et type 3 (VPOb)	Il contient le virus atténué des sérotypes 1 et 3. Le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent induit une meilleure réponse immunitaire contre les poliovirus de types 1 et 3 que le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent, mais il ne confère pas d'immunité contre le sérotype 2. Depuis avril 2016, le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) est remplacé par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent dans le cadre de la vaccination essentielle et de la riposte aux flambées épidémiques des poliovirus de types 1 et 3.
Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt)	Type 1, type 2 et type 3 (VPOt)	Retiré en avril 2016 de la vaccination essentielle et remplacé par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent peut encore être utilisé dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques dans des circonstances spécifiques, telles que la co-circulation des poliovirus de type 1 et de type 2.

VPOb = vaccin antipoliomyélitique oral bivalent ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; VPOm1 = vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 1 ; VPOm2 = vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 ; VPOm3 = vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 3 ; VPOn2 = nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ; VPOt = vaccin antipoliomyélitique oral trivalent ; PVDV2 = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; OMS = Organisation mondiale de la Santé

Vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI). Le vaccin antipoliomyélitique inactivé contient des souches de poliovirus inactivées (tuées) des trois types de poliovirus. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé est administré par injection intramusculaire ou intradermique et doit donc être administré par un agent de santé qualifié. Il produit dans le sang des anticorps dirigés contre les trois types de poliovirus. En cas d'infection, ces anticorps préviennent la propagation du virus au système nerveux central et protègent contre la paralysie.

Le vaccin antipoliomyélitique inactivé est utilisé dans le cadre de la vaccination systématique et, dans certains cas, dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques de poliomyélite. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé n'arrêtant pas la transmission du virus, le vaccin antipoliomyélitique oral reste le vaccin de choix pour les activités de riposte aux flambées, y compris dans les pays qui s'appuient exclusivement sur le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le cadre de leur programme de vaccination essentielle.

Avantages

- Étant donné que le vaccin antipoliomyélitique inactivé n'est pas un vaccin « vivant » et qu'il est administré par injection directe (c'est-à-dire qu'il n'est pas excrété par les sujets vaccinés), il ne comporte aucun risque de poliomyélite paralytique associée au vaccin ou d'apparition d'un poliovirus dérivé de la souche vaccinale. Il s'agit de l'un des vaccins les plus sûrs parmi ceux actuellement utilisés.
- Le vaccin antipoliomyélitique inactivé déclenche une excellente réponse immunitaire protectrice chez la plupart des personnes.

Inconvénients

- Le vaccin antipoliomyélitique inactivé induit une très faible immunité intestinale. Par conséquent, lorsqu'une personne vaccinée par le vaccin antipoliomyélitique inactivé est infectée par le poliovirus sauvage, ce virus peut encore se multiplier à l'intérieur des intestins et être excrété dans les selles, faisant ainsi perdurer le risque de circulation.
- L'administration du vaccin exige l'intervention d'agents de santé qualifiés, ainsi que l'utilisation de matériel et de procédures d'injection stériles.
- Le vaccin antipoliomyélitique inactivé est cinq fois plus cher que le vaccin antipoliomyélitique oral.

Annexe 2. Classification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et riposte

Il existe trois catégories de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV), chacune ayant une classification unique et un mode de riposte associé.

Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) : la transmission en série de virus vaccinaux dans une communauté sous-vaccinée peut permettre aux poliovirus vaccinaux atténués (affaiblis) de retrouver la neuro-virulence et les caractéristiques de transmission du poliovirus sauvage (PVS). Les PVDV qui ont émergé ou qui sont désormais établis en raison de leur circulation au sein des communautés sous-vaccinées sont classés comme des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc).

Les PVDVc sont devenus une problématique urgente à traiter pour le programme d'éradication de la poliomyélite, car les PVDVc, principalement de type 2, ont causé des milliers de cas de poliomyélite depuis leur première identification en 2000.³² Le renforcement des systèmes de vaccination systématique et la conduite d'activités de vaccination supplémentaires sont nécessaires pour réduire le risque d'émergence de PVDVc. Une fois la transmission communautaire établie, l'interruption des PVDVc passe par la mise en œuvre de mesures de riposte aux flambées, notamment des AVS de qualité pour atteindre chaque enfant au sein des communautés touchées.³³

Poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à une immunodéficiences (PVDVi) : les PVDV qui se développent chez les personnes nées avec un déficit immunitaire primaire (DIP) héréditaire et qui sont excrétés par celles-ci constituent un problème beaucoup plus modeste mais potentiellement grave pour le maintien de l'éradication mondiale de la poliomyélite à l'avenir. Les DIP affectent les lymphocytes B, la partie du système immunitaire qui produit des anticorps. Après avoir reçu les virus du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) ou y avoir été exposés, les patients atteints de DIP sont susceptibles d'excréter un type de PVDV classé comme *poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficiences* (PVDVi), qui peut provoquer une poliomyélite paralytique chez la personne porteuse du PVDVi, mais surtout, favoriser une reprise de la transmission de PVDV au sein d'une communauté.

En raison de la déficience de leur système immunitaire, la réplication intestinale du vaccin antipoliomyélitique oral ne peut être interrompue chez certains patients atteints de DIP et ceux-ci peuvent continuer à excréter des PVDVi pendant des mois voire des années. Un patient atteint de DIP peut finir par présenter une paralysie due au poliovirus et être à l'origine de la circulation du virus au sein de la communauté. Afin de réduire le risque que représentent les PVDVi pour chaque patient atteint de DIP et pour la communauté pendant la phase finale de la lutte contre la poliomyélite et la phase post-éradication, il conviendra de mettre en place une surveillance des patients atteints de DIP et des PVDVi. Après l'identification, dans le cadre des programmes nationaux, des patients atteints de DIP qui excrètent des poliovirus sans présenter de paralysie, la surveillance des PVDVi permet de mettre en place des stratégies et des traitements visant à éliminer le risque posé par ces virus pour les individus et les communautés.³⁴

³² Public Health Dispatch: Outbreak of Poliomyelitis --- Dominican Republic and Haiti, 2000. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(48);1094,1103 (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4948a4.htm>).³² Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP).

Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite, version 4. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2023/02/OBR-SOP-20221028-FR.pdf>).

³⁴ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) Lignes directrices sur la mise en œuvre de la surveillance du poliovirus chez les patients atteints de déficit immunitaire primaire (DIP), révisées en 2022. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Guidelines-for-Implementing-PID-Surveillance_FR.pdf).

Poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale (PVDVa) : une dernière catégorie de poliovirus couvre les *poliovirus ambigu dérivés d'une souche vaccinale* (PVDV). Le terme « ambigu » est utilisé car le virus n'est ni un PVDVc ni un PVDVi : l'isolat de PVDV ne provient pas d'un individu atteint d'un déficit immunitaire connu et aucun isolat lui étant génétiquement lié n'a (encore) été mis en évidence. Les PVDVa peuvent être une indication précoce du développement potentiel d'un PVDVc, et la surveillance doit donc être renforcée dès qu'un PVDVa est détecté.

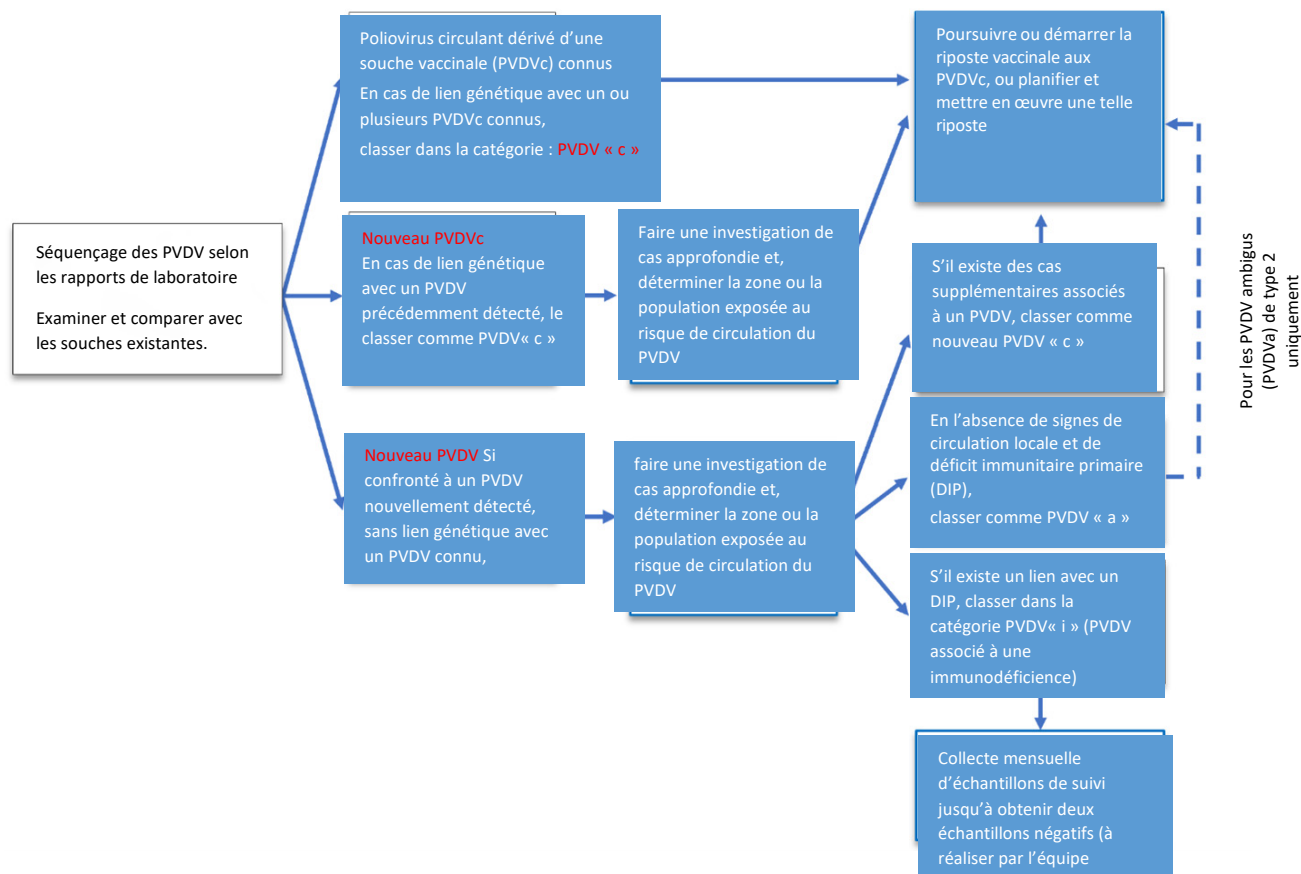


Figure 9. Classification des isolats de cas de PVDV notifiés et riposte

Remarque : il est à noter que la classification des isolats de PVDV est effectuée par le laboratoire de séquençage en collaboration avec l'équipe régionale de l'OMS chargée de la lutte contre la poliomyélite. PVDVa = poliovirus ambigu dérivés d'une souche vaccinale ; PVDVc = poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ; PVDVi = poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à une immunodéficience ; DIP = déficit immunitaire primaire ; PVDV = poliovirus dérivés d'une souche vaccinale. *Source* : IMEP Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPV_Aug2016_EN.pdf).

Annexe 3. Chronologie de l'éradication de la poliomyélite et des poliovirus dans la Région africaine

1918	Première grande épidémie de poliomyélite observée en Afrique du Sud.
1948	Flambée de poliomyélite la plus importante en Afrique du Sud. 3000 cas, 200 décès – Création de la Fondation de recherche sur la poliomyélite en 1950.

1949-1954	Grandes épidémies de poliomyélite en Afrique du Sud, Afrique équatoriale francophone, Angola, Kenya, République démocratique du Congo, Ouganda, Zimbabwe.
1961-1962	Augmentation des cas de poliomyélite dans 24 des 34 pays africains notifiant les cas à l'OMS.
1974	168 000 cas de poliomyélite estimés chaque année en Afrique, ce qui est bien supérieur aux prévisions initiales. Ces données se fondent sur des « enquêtes sur la boiterie » menées dans 14 pays africains, dont le Ghana.
1976	Afrique du Sud : ouverture du laboratoire de la Fondation pour la recherche sur la poliomyélite, qui deviendra plus tard l'Institut national de virologie.
1988	Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé visant à éradiquer la poliomyélite à l'échelle mondiale et lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP).
1989	Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique adopte la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1988 et approuve l'objectif de l'éradication régionale de la poliomyélite.
1996	L'Organisation de l'Unité africaine adopte la Déclaration de Yaoundé portant sur l'éradication de la poliomyélite en Afrique. Nelson Mandela lance la campagne « Bouter la polio hors d'Afrique ».
1999	Premières campagnes de vaccination menées en porte-à-porte au Nigéria ; les Nations Unies négocient un cessez-le-feu entre les parties belligérantes en République démocratique du Congo pour permettre à dix millions d'enfants d'être vaccinés contre la poliomyélite ; vaste flambée épidémique de poliomyélite de type 3 à Luanda (Angola).
2003	Boycott du vaccin antipoliomyélique au nord du Nigéria : une épidémie s'étendra à 20 pays du monde jusqu'en 2008.
2005	Importation d'un poliovirus sauvage de type 1 depuis l'Inde : flambées à Luanda, en Angola et en 2006 en Namibie.
2008	L'OMS appelle le Nigéria à réagir rapidement face à une épidémie de poliomyélite qui toucherait 15 pays d'Afrique centrale et occidentale en 2010, avant d'organiser des campagnes transfrontalières synchronisées dans l'ensemble de la Région.
2011	La surveillance environnementale du poliovirus est mise en œuvre pour la première fois au Nigéria, une première dans la Région.
2012	Le Nigéria concentre 50 % des cas d'infection par le poliovirus sauvage dans le monde. Le Nigéria se dote d'un centre d'opérations d'urgence contre la poliomyélite et lance un plan d'urgence national, ce qui favorise les avancées dans la lutte contre la poliomyélite.
2013	À la suite de la propagation en Éthiopie et au Kenya d'une flambée épidémique de poliovirus sauvage de type 1 ayant débuté en Somalie, des campagnes de vaccination à grande échelle sont organisées dans tous les pays de la Corne de l'Afrique.
2014	L'OMS déclare que les poliovirus sauvages et les poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale constituent une urgence de santé publique de portée internationale.
2015	L'éradication à l'échelle mondiale du poliovirus sauvage de type 2 est déclarée ; le dernier cas avait été détecté en Inde en 1999.

2016	Après trois années sans cas, quatre cas d'infection sont détectés dans le nord-est du Nigéria, dans la zone du lac Tchad. Une importante riposte d'urgence menée dans cinq pays autour du lac Tchad cible plus de 45 millions d'enfants.
2016	155 pays et territoires dans le monde, y compris en Afrique, passent du vaccin antipoliomyélitique oral « trivalent » au vaccin antipoliomyélitique oral « bivalent », qui ne contient pas la souche de type 2 éradiquée.
2016	Un examen indépendant portant sur huit pays africains a montré que le programme de lutte contre la poliomyélite a apporté d'importantes améliorations aux systèmes de santé des pays africains, notamment dans le domaine de la surveillance des maladies, de la vaccination systématique et de la riposte aux flambées épidémiques.
2017	La République démocratique du Congo connaît une vague de flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale paralysant 29 enfants.
2018	Le nombre de cas signalés d'infection par des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale est en augmentation dans toutes les régions d'Afrique. Des cas sont signalés dans 12 pays
2019	Le poliovirus sauvage de type 3 est certifié avoir été éradiqué à l'échelle mondiale.
2019	Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique met sur pied une équipe d'intervention rapide chargée de coordonner la riposte aux flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale.
2019	Le Nigéria commémore les trois années qui se sont écoulées depuis son dernier cas d'infection par le poliovirus sauvage, ce qui marque le début du processus visant à certifier la Région africaine exempte de poliovirus sauvages.
2020	La Région africaine de l'OMS est certifiée par la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite (ARCC) comme ayant éradiqué le poliovirus sauvage après plus de 4 ans sans poliovirus sauvage détecté par la surveillance des maladies selon les normes de certification.
2021-2023	Flambées continues de PVDVc ; en 2022, cas de PVDVc2 détectés dans 15 pays et cas de PVDVc1 détectés dans 5 pays de la Région africaine.
2022	Importation d'un poliovirus sauvage de type 1 du Pakistan en Afrique de l'Est – cas au Malawi et au Mozambique ; transmission du PVS1 interrompue d'ici à la fin de 2022.

Annexe 4. Indicateurs de qualité pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë

Des indicateurs essentiels de promptitude d'exécution des activités ont été recensés dans la Stratégie 2022-2026 de l'IMEP. Ils reflètent la capacité globale du programme à identifier rapidement tout poliovirus sauvage (PVS) ou poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV).

Cette capacité a été définie comme suit : 1) la capacité du programme à notifier rapidement tout cas positif de paralysie flasque aiguë (PFA) afin que la riposte puisse être mise en place le plus tôt possible ; et 2) la capacité à traiter rapidement tout échantillon positif (**Tableau 3.1**). Des indicateurs supplémentaires mettent en évidence la capacité du programme à notifier rapidement tout résultat de laboratoire, quel que soit le résultat définitif.

À des fins de certification, dans tous les pays, les définitions et les seuils applicables au prélèvement et à l'adéquation des échantillons de selles resteront inchangés (soit une cible d'adéquation des échantillons de selles d'au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë avec 2 échantillons prélevés à au moins 24 heures d'intervalle, tous deux dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, et reçus en bon état dans un laboratoire de la poliomyélite accrédité par l'OMS).

Toutefois, il a été dressé dans le Plan d'action 2022-2024 pour la surveillance mondiale de la poliomyélite une liste de « pays prioritaires », principalement dans la Région africaine, où une nouvelle norme devrait être appliquée en tant que cible programmatique, afin d'améliorer la rapidité de la détection :

- deux échantillons de selles adéquats devraient être **prélevés chez tous les cas de paralysie flasque aiguë et parvenir au laboratoire en bon état dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie** (c'est-à-dire que 2 échantillons devraient être prélevés dans les 11 jours suivant l'apparition de la paralysie et parvenir au laboratoire dans les 3 jours suivant leur prélèvement, voir la Figure 2 ci-dessous) ;
- les résultats des analyses et du séquençage et/ou du séquençage génomique complet, c'est-à-dire les **résultats définitifs des analyses de laboratoire, devraient être communiqués dans les 35 jours** suivant l'apparition de la paralysie.

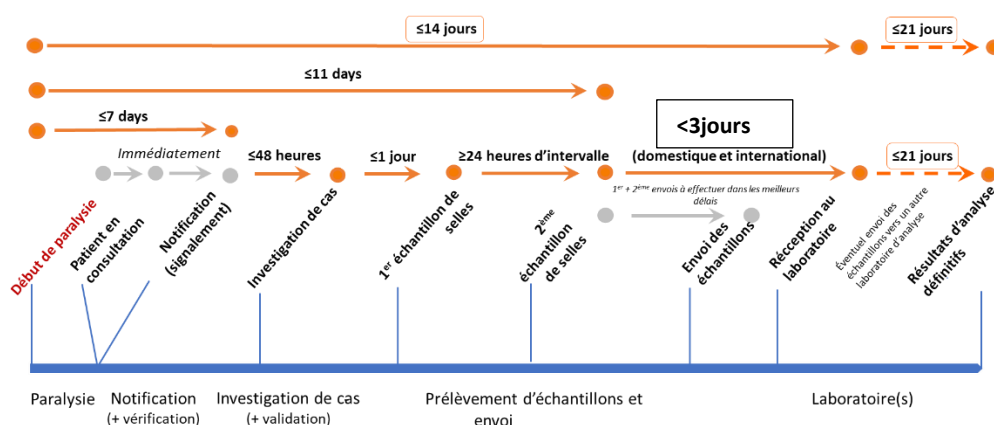


Figure 10. Délai de détection (cas de paralysie flasque aiguë), 35 jours (depuis l'apparition de la paralysie jusqu'au résultat de laboratoire définitif)

Tableau 9. Indicateurs globaux de la promptitude de détection

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible	
Détection globale des PVS/PVDV	Pour la paralysie flasque aiguë (1)	$\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë* disposant de résultats de laboratoire définitifs pour le PVS/PVDV} \leq 35 \text{ jours après l'apparition de la paralysie}}{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë* disposant de résultats de laboratoire définitifs pour le PVS/PVDV}}$	≥80 %
	Capacité du système (2) [†]	$\frac{\text{Nombre de cas de PVS/PVDV dont les résultats de laboratoire définitifs sont disponibles dans un délai} \leq 35 \text{ jours après l'apparition de la paralysie pour les cas de paralysie flasque aiguë.}}{\text{Nombre de cas de PVS/PVDV}}$	≥80 %

Détection de cas de paralysie flasque aiguë – système	<p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë* dont les résultats de laboratoire définitifs sont disponibles dans un délai ≤35 jours après l'apparition de la paralysie</p> <p>/</p> <p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë*</p>	≥80 %
--	---	-------

PFA = paralysie flasque aiguë ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS = poliovirus sauvage.*Résultats agrégés : tous les résultats de laboratoire (PFA + contacts) utilisés pour classer les cas de paralysie flasque aiguë comme confirmés/infirmés

†Calcul sur la base des échantillons

Tableau 10. Indicateurs de promptitude des activités de terrain

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Promptitude de la notification	<p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés ≤7 jours après l'apparition de la paralysie</p> <p>/</p> <p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë</p>	≥80 %
Promptitude de l'investigation	<p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë ayant fait l'objet d'une investigation ≤48 heures après la notification</p> <p>/</p> <p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë</p>	≥80 %
Promptitude des activités sur le terrain	<p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels 2 échantillons de selles ont été prélevés à un intervalle ≥24 heures ET dans un délai ≤11 jours suivant l'apparition de la paralysie</p> <p>/</p> <p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë</p>	≥80 %
Promptitude des activités sur le terrain et d'expédition	<p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels 2 échantillons de selles ont été prélevés à un intervalle ≥24 heures ET reçus en bon état* au laboratoire accrédité par l'OMS ET dans un délai ≤14 jours après l'apparition de la paralysie</p> <p>/</p> <p>Nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés</p>	≥80 %
Promptitude de l'expédition des échantillons de selles	<p>Nombre d'échantillons de selles qui arrivent en bon état* dans un laboratoire accrédité par l'OMS ET dans un délai ≤3 jours après leur prélèvement</p> <p>/</p> <p>Nombre d'échantillons de selles prélevés</p>	≥80 %

PFA = paralysie flasque aiguë ; OMS = Organisation mondiale de la Santé

*Pour les calculs : état des selles manquant = mauvais état

Tableau 11. Indicateurs de la promptitude des activités de laboratoire

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
PFA : promptitude de la communication des résultats de laboratoire (performance du système)	<p>Nombre d'échantillons de selles dont les résultats de laboratoire définitifs sont disponibles dans un délai ≤21 jours après réception des échantillons dans un laboratoire accrédité par l'OMS depuis un pays disposant de la détection directe OU ≤28 jours depuis un pays ne disposant pas de la détection directe</p> <p>/</p> <p>Nombre d'échantillons de selles prélevés</p>	≥80 %
PFA : promptitude de la communication des résultats concernant le PVS/PVDV (détection)	<p>Nombre d'échantillons de selles dont les résultats de laboratoire définitifs pour le PVS/PVDV sont disponibles dans un délai ≤21 jours après réception des échantillons dans un laboratoire accrédité par l'OMS depuis un pays disposant de la détection directe OU ≤28 jours depuis un pays ne disposant pas de la détection directe.</p>	≥80 %

	/	
	Nombre d'échantillons de selles prélevés positifs pour le PVS/PVDV	
PFA : promptitude de la communication des résultats de laboratoire concernant le poliovirus	Nombre d'échantillons de selles positifs pour le poliovirus dont les résultats de séquençage sont disponibles dans un délai ≤7 jours après leur réception dans un laboratoire de séquençage accrédité par l'OMS	≥80 %
	/	
	Nombre d'échantillons de selles positifs pour le poliovirus aux tests DIT nécessitant un séquençage	

PFA = paralysie flasque aiguë ; DIT = différenciation intra-typique ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; OMS = Organisation mondiale de la Santé ; PVS = poliovirus sauvage

Tableau 12. Indicateurs essentiels de la qualité de la surveillance de paralysie flasque aiguë

Indicateur	Calcul	Cible
Taux de paralysie flasque aiguë non paralytique*	(Nombre de cas de paralysie flasque aiguë non paralytique chez les enfants âgés de moins de 15 ans / Nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans) x 100 000 par an Remarque : les pays endémiques sont encouragés à avoir un taux ≥3	AFR, EMR, SEAR : ≥2 AMR, EUR, WPR : ≥1 Pays touché par une épidémie : † ≥2
Taux de paralysie flasque aiguë non paralytique – infranational	(Nombre de districts comptant ≥100 000 enfants âgés de moins de 15 ans qui atteignent la cible du taux de paralysie flasque aiguë non paralytique / Nombre de districts comptant ≥100 000 enfants âgés de moins de 15 ans) x 100 Remarque : nécessité d'atteindre un taux ≥3 pour 100 000 dans tous les districts à haut risque d'un pays touché par une flambée épidémique	AFR, EMR : ≥80 % SEAR : ≥50 % AMR, EUR, WPR : S.O. Districts touchés par une épidémie* : 100 %
Adéquation des échantillons de selles	(Nombre de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels 2 échantillons de selles ont été prélevés à un intervalle 24≥ heures ET dans un délai ≤14 jours après l'apparition de la paralysie ET reçus en bon état ‡ dans un laboratoire accrédité par l'OMS. / Nombre de cas de paralysie flasque aiguë) x 100 Remarque : indicateur de certification (14 jours)	≥80 %

PFA = paralysie flasque aiguë ; AFR = Région africaine ; AMR = Région des Amériques ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; EUR = Région européenne ; S.O. = sans objet ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ; FB = flambée ; SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est ; OMS = Organisation mondiale de la Santé ; WPR = Région du Pacifique occidental

*Le taux devrait être annualisé.

†Un pays touché par une flambée épidémique est défini comme suit : tout pays connaissant une flambée de PVS/PVDVc actuellement ou au cours des 12 derniers mois.

*Pour les calculs : état des selles manquant = mauvais état

Tableau 12 (suite).

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Adéquation des échantillons de selles – infranational	(Nombre de districts ayant notifié ≥5 cas de paralysie flasque aiguë qui atteignent la cible d'adéquation des selles / Nombre de districts ayant notifié ≥5 cas de paralysie flasque aiguë) x 100	≥80 %

Promptitude du prélèvement des échantillons de selles	(Nombre de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels 2 échantillons de selles ont été prélevés à un intervalle ≥ 24 heures ET dans un délai ≤ 14 jours après l'apparition de la paralysie / Nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés) x 100 Remarque : indicateur de certification (14 jours après l'apparition)	≥ 80 %
État des selles	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë disposant de deux échantillons de selles reçus en bon état* dans un laboratoire accrédité par l'OMS / Nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés	≥ 80 %
Indice composite – national	Population vivant dans des districts qui atteignent à la fois la cible du taux de paralysie flasque aiguë non paralytique et la cible d'adéquation des échantillons de selles / Population de l'ensemble des districts (Admin2)	≥ 80 %
Indice composite – infranational	Nombre de districts comptant $\geq 100\ 000$ enfants âgés de moins de 15 ans qui atteignent la cible du taux de paralysie flasque aiguë non paralytique et la cible d'adéquation des échantillons de selles / Nombre de districts comptant $\geq 100\ 000$ enfants âgés de moins de 15 ans	≥ 80 %
Adéquation des visites de surveillance active[†] (2 calculs)	1. Nombre de visites de sites HP effectuées/Nombre de visites de sites HP prévues 2. Nombre de sites HP visités / Nombre total de sites HP	1. ≥ 80 % 2. 100 %
Exhaustivité des suivis à 60 jours	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë aux échantillons inadéquats pour lesquels un examen de suivi de la paralysie résiduelle est réalisé dans un délai compris entre 60 jours ET 90 jours après l'apparition de la paralysie / Nombre de cas de paralysie flasque aiguë aux échantillons inadéquats	≥ 80 %
Exhaustivité de la notification hebdomadaire « zéro cas »	Nombre de sites envoyant les notifications / Nombre de sites de notification désignés pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë	≥ 80 %
Respect des délais pour la notification « zéro cas »	Nombre de sites envoyant leur notification avant la date limite / Nombre de sites de notification désignés pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë	≥ 80 %

PFA = paralysie flasque aiguë ; HP = hautement prioritaires ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique

*Pour les calculs : état des selles manquant = mauvais état

†a) Les sites hautement prioritaires correspondent aux établissements où il y a une forte probabilité de découvrir un cas de paralysie flasque aiguë ; ils font l'objet d'une visite au moins une fois par semaine et parfois plus souvent ; b) Indicateur combiné où la condition « tous les sites HP reçoivent ≥ 1 visite chaque mois » est à surveiller ; c) Calculé par mois.

Tableau 13. Indicateurs non essentiels de la surveillance de la paralysie flasque aiguë*†

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Cas de paralysie flasque aiguë non notifiés découverts dans le cadre de la surveillance active	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë non notifiés trouvés dans le registre lors des visites de surveillance active / mois	Aucun
Pourcentage de visites de surveillance active supervisées‡	Nombre de visites de surveillance active supervisées par mois / Nombre de visites de surveillance active effectuées par mois	≥25 %
Nombre de visites de surveillance active dans les sites hautement prioritaires :	≥4 visites par mois sur le site HP / Nombre de visites prévues sur le site HP	100 %
Validation sur le terrain des cas de paralysie flasque aiguë Note : par opposition à une validation clinique ; elle serait effectuée par un superviseur ou un supérieur hiérarchique de la personne ayant notifié le cas.	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë validés dans un délai ≤14 jours d'investigation / Nombre de cas de paralysie flasque aiguë	≥50 %
Exhaustivité de l'échantillonnage des contacts de cas de paralysie flasque aiguë	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë aux échantillons inadéquats pour lesquels des échantillons ont été prélevés chez des contacts§ / Nombre de cas de paralysie flasque aiguë aux échantillons inadéquats	≥80 %
Promptitude de l'échantillonnage des contacts de cas de paralysie flasque aiguë	Nombre d'échantillons de selles prélevés chez des contacts des cas aux échantillons inadéquats dans un délai ≤7 jours d'investigation / Nombre d'échantillons de selles prélevés chez des contacts des cas aux échantillons inadéquats	≥80 %

PFA = paralysie flasque aiguë ; HP = hautement prioritaire

* Pour les pays prioritaires (risque très élevé, risque élevé et risque moyen à élevé), les indicateurs devraient être analysés mensuellement.

† Pour les pays non prioritaires, les indicateurs devraient être examinés trimestriellement et inclus dans les revues documentaires.

‡ Calculé par site prioritaire, par zone géographique et par trimestre

§ Échantillons prélevés auprès de 2 ou 3 contacts de chaque cas de paralysie flasque aiguë aux échantillons inadéquats, selon la recommandation régionale.

Tableau 14. Indicateurs non essentiels concernant les comportements de recours aux soins*†

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Consultations médicales des cas de paralysie flasque aiguë‡	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë comptant ≤2 consultations médicales entre l'apparition de la paralysie et la notification / Nombre de cas de paralysie flasque aiguë	≥80 %
Caractère adéquat de la notification par catégorie socioprofessionnelle	Nombre de premières consultations médicales ayant donné lieu à une notification par catégorie socioprofessionnelle [source de la notification]§ / 	≥80 %

	Nombre de consultations médicales assurées par cette même catégorie socioprofessionnelle	
Adéquation du réseau de surveillance	$\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë ayant eu leur première consultation avec un site de notification au sein du réseau de surveillance de la paralysie flasque aiguë}}{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë}}$	≥80 %
Cas de paralysie flasque aiguë notifiés tardivement : exhaustivité des informations sur les consultations médicales	Parmi les cas de paralysie flasque aiguë notifiés >14 jours après l'apparition de la paralysie : $\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë sans information sur les consultations médicales}}{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés dans un délai >14 jours après l'apparition de la paralysie}}$	≥80 %

PFA = paralysie flasque aiguë

* Pour les pays prioritaires (risque très élevé, risque élevé et risque moyen à élevé), les indicateurs devraient être analysés mensuellement.

† Pour les pays non prioritaires, les indicateurs devraient être examinés trimestriellement et inclus dans les revues documentaires.

‡ Les résultats devraient être ventilés par sexe.

§ Il s'agit du « pourcentage des 1^{ères} consultations assurées par catégorie socioprofessionnelle (par exemple médecin, infirmier/-ère, tradipraticien, vaccinateur, autre) qui ont conduit à la notification d'un cas de paralysie flasque aiguë ».

Tableau 15. Indicateurs non essentiels concernant la surveillance communautaire

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Proportion de cas de paralysie flasque aiguë notifiés dans le cadre de la SC*	$\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë (figurant sur la liste) identifiés par l'informateur communautaire}}{\text{Nombre de cas PFA sur la liste}}$	À déterminer
Proportion de cas de paralysie flasque aiguë « vérifiés » notifiés dans le cadre de la SC	$\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë (figurant sur la liste) identifiés par l'informateur communautaire}}{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë « vérifiés » par les responsables de la surveillance}}$	À déterminer
Exhaustivité de la notification hebdomadaire/mensuelle « zéro cas »	$\frac{\text{Nombre de rapports reçus de la part des informateurs communautaires}}{\text{Nombre de rapports attendus de la part des informateurs communautaires}}$	≥80 %
Respect des délais pour la notification « zéro cas »	$\frac{\text{Nombre de rapports reçus à temps de la part des informateurs communautaires}}{\text{Nombre de rapports attendus de la part des informateurs communautaires}}$	≥80 %
Proportion d'informatrices	$\frac{\text{Nombre d'informatrices}}{\text{Nombre total d'informateurs hommes et femmes}}$	≥50 %-80 %*
Proportion d'informateurs locaux	$\frac{\text{Nombre d'informateurs locaux}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	≥80 %*

PFA = paralysie flasque aiguë ; SC = surveillance communautaire ; TBD = à déterminer

* Cible à ajuster au niveau national ; les pays prioritaires devraient procéder à des analyses régulières.

Tableau 15 – suite.

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Supervision des informateurs^{†,‡}	$\frac{\text{Nombre d'informateurs ayant reçu au moins une visite de supervision au cours des trois derniers mois}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	≥80 %
Formation des informateurs^{‡, §}	$\frac{\text{Nombre d'informateurs ayant suivi une formation au cours de l'année écoulée}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	≥80 %
Taux de rotation des informateurs^{‡, §, ¶}	$\frac{\text{Nombre d'informateurs ayant quitté leurs fonctions au cours de l'année précédente}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	À déterminer

† À examiner tous les trimestres ; les pays prioritaires à analyser régulièrement. Suggérer de ventiler les résultats par superviseur.

‡ Les résultats devraient être ventilés par sexe.

§ À revoir chaque année ; les pays prioritaires à analyser régulièrement.

¶ Le taux de rotation des informateurs constitue un indicateur à surveiller ; la cible est à définir au niveau national. Les calculs doivent être basés sur le nombre d'informateurs au début de la période d'examen.

Tableau 16. Indicateurs liés au genre

Indicateurs	Calcul (exprimé en pourcentage)
Détection des cas	$\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë* par sexe dont les résultats de laboratoire définitifs sont disponibles dans un délai } \leq 35 \text{ jours après l'apparition de la paralysie}}{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë}}$
Promptitude des activités sur le terrain	$\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë par sexe avec 2 échantillons prélevés à un intervalle } \geq 24 \text{ heures, tous deux dans les 11 jours suivant l'apparition de la paralysie}}{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés}}$
Promptitude de la notification	$\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë par sexe notifiés dans les 7 jours suivant l'apparition de la paralysie}}{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë notifiés}}$
Consultations médicales	$\frac{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë par sexe avec } \leq 2 \text{ consultations médicales entre l'apparition de la paralysie et la notification}}{\text{Nombre de cas de paralysie flasque aiguë}}$
Profil professionnel par sexe (par catégorie)	$\frac{\text{Nombre de femmes [profil professionnel]}}{\text{Nombre total de membres du personnel ou d'informateurs (par catégorie : agent de surveillance, superviseur, informateur de la SC)}}$
Personnel ayant suivi une formation sur la PRSEAH	$\frac{\text{Nombre d'agents de surveillance ayant suivi une formation sur la PRSEAH}}{\text{Nombre d'agents}}$

PFA = paralysie flasque aiguë ; SC = surveillance communautaire ; PRSEAH = prévention et répression de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels

*Résultats agrégés : tous les résultats de laboratoire (PFA + contacts) utilisés pour classer les cas de paralysie flasque aiguë comme confirmés/infirmez

Annexe 5. Exemples de formulaires

5.1 – Formulaire de visite pour la surveillance active

Surveillance active (SA) de la paralysie flasque aiguë (PFA)

Nom de l'agent : _____

Date de la visite : _____

Année : _____

Mois de la visite : _____

Province : _____

District : _____

Nom de l'établissement de santé (+ autre identifiant) : _____

N°	Point	Statut			Observations
1	Entretien avec				
1.1	Médecin responsable	Oui	Non	S.O.	
1.2	Point focal pour la surveillance/PFA	Oui	Non	S.O.	
1.3	Pédiatre de l'établissement	Oui	Non	S.O.	
1.4	Neurologue de l'établissement	Oui	Non	S.O.	
1.5	Kinésithérapeute de l'établissement	Oui	Non	S.O.	
1.6	Autres personnels de l'établissement de santé. <i>Préciser :</i> _____	Oui	Non	S.O.	
2	Vérification des nouveaux cas de paralysie flasque aiguë/cas non détectés			Détails concernant les nouveaux cas de paralysie flasque aiguë :	
2.1	Vérification de la présence de cas de paralysie flasque aiguë dans le registre des patients admis en ambulatoire	Oui	Non	S.O.	
2.2	Vérification de la présence de cas de paralysie flasque aiguë dans le registre des patients hospitalisés	Oui	Non	S.O.	
2.3	Unité/service de médecine interne	Oui	Non	S.O.	
2.4	Service de neurologie	Oui	Non	S.O.	
2.5	Service d'orthopédie	Oui	Non	S.O.	
2.6	Unité de kinésithérapie	Oui	Non	S.O.	
2.7	Autres départements / unités / services. <i>Préciser :</i> _____	Oui	Non	S.O.	
3	Vérification de la disponibilité des fournitures et du matériel				
3.1	Kit(s) de prélèvement d'échantillons de selles	Oui	Non	S.O.	
3.2	Glacière porte-échantillons	Oui	Non	S.O.	
3.3	Affiche(s) sur la paralysie flasque aiguë visible(s) dans l'établissement	Oui	Non	S.O.	
4	<i>Synthèse :</i> Nouveaux cas et cas non notifiés <i>depuis la dernière visite</i>	Nouveaux (entièrement nouveaux)	Non notifiés (parmi les nouveaux cas découverts)		Si déjà notifiés, préciser le n° EPID.
4.1	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë découverts depuis la dernière visite				
5	Retour d'information	Nombre			EPID des cas dont le résultat est en attente
5.1	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels les résultats n'ont pas été reçus par l'établissement dans un délai de 60 jours				
6	Autres vérifications effectuées				Observations

6.1	Chaîne du froid des vaccins pleinement fonctionnelle	Oui	Non	S.O.	
6.2	Vaccins antipoliomyélitiques en stock	Oui	Non	S.O.	
6.3	Autre : _____	Oui	Non	S.O.	
Nom de la personne en charge de l'établissement : _____ Signature de la personne en charge de l'établissement : _____ Date : _____ Signature de l'agent : _____ Date : _____					

5.2 - Formulaire d'investigation des cas (utilisé depuis décembre 2020 dans tous les pays de la Région africaine)

PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE : PARALYSIE FLASQUE AIGÛÈ

FORMULAIRE D'INVESTIGATION DES CAS

Pour usage officiel

uniquement Numéro EPID : _____ Reçu : ____/____/____
 Pays Région/Prov. Districts Année début Numéro du cas par le programme au niveau national

IDENTIFICATION

Nom du district sanitaire le plus proche

District : _____ Région/Province : _____ Établissement : _____
 Adresse : _____ Village : _____ Ville : _____

Coordonnées des cas de paralysie flasque aiguë (*format WGS 1984*) : Longitude : _____ Latitude : _____

Nom du patient : _____ Père/Mère : _____

Date de naissance ____/____/____ Âge : _____ ans _____ mois
 (Si date de naissance inconnue) M=Masculin Sexe : F=Féminin

NOTIFICATION/INVESTIGATION :

Date de Notifié par : _____ Date de Notification ____/____/____ Investigation : ____/____/____

HOSPITALISATION

Hospitalisé : 1=O Date d'admission, le cas échéant : ____/____/____
 2=N

N° du dossier à l'hôpital : _____ Nom de l'hôpital/Adresse : _____

ANTÉCÉDENTS CLINIQUES de la paralysie ?

Fièvre à l'appari-
 ≤ 3 jours ?
 1=O, 2=N, 99=Inconnu

Paralysie progressive

Membre

 Membre
 Membre

 Membre

Date d'apparition de la paralysie : ____/____/____ La paralysie est-
 flasque et aiguë
 1=O, 2=N, 99=Inconnu 1=O, 2=N, 99=Inconnu

asymétrique ?

Site de la paralysie

Membre(s) paralysé(s) sensible(s) à la douleur : Oui/Non
 Y a-t-il eu une injection juste avant l'apparition de la paralysie ? Oui/Non

Si oui, indiquez le site d'injection dans le tableau ci-dessous.

DIAGNOSTIC PROVISOIRE

APRÈS INVESTIGATION, ÉTAIT-CE RÉELLEMENT UN CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGÛÈ ? 1=O Si non, ne pas remplir le reste du formulaire et inscrire 6 dans la classification finale

ANTÉCÉDENTS VACCINAUX

Nbre total de doses de vaccin antipoliomyélitique Exclure Dose de VPO à la naissance ____/____/____ 2^e ____/____/____ 4^e ____/____/____
 1^{ère} ____/____/____ 3^e ____/____/____ Dernière dose ____/____/____ Si >4
 99=Inconnu

Nbre total de doses de VPO reçues dans le cadre des AVS : 99=Inconnu Nbre total de doses de VPO reçues dans le cadre de la vaccination systématique : 99=Inconnu.

--	--

--	--

Date de la dernière dose de VPO reçue dans le cadre des AVS : ____/____/____

Nombre total de doses de VPI reçues dans le cadre des AVS : 99=Inconnu Nbre total de doses de VPI reçues dans le cadre de la vaccination systématique
99=Inconnu

Date de la dernière dose de VPI reçue dans le cadre des AVS : ____/____/____ Source d'information sur la vaccination systématique : Carnet Rappel
Choisir une option

PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS DE SELLES

Date du 1er échantillon _____ Date du 2nd échantillon _____
niveau national
Date d'envoi des échantillons _____
au niveau national

_____ Date d'envoi des échantillons au laboratoire interpays/national

_____ Date de réception des échantillons au

RÉSULTATS DES ÉCHANTILLONS DE SELLES :

_____ 1= Adéquats
Date de réception des échantillons _____ 2=Inadéquats
de réception des résultats au
laboratoire interpays/national

_____ _____ Date
Date de la culture cellulaire combinée Date d'envoi des résultats au Date

Résultats disponibles PEV national PEV national

État des échantillons à la
réception au laboratoire

Résultat final de
la culture cellulaire 1 = Suspicion de poliovirus

3=NPENT
4-Suspicion de poliovirus + NPENT

2= Négatif

Discordant

PVS1 PVS2 PVS3 Sabin SL1 SL2 SL3 (R) NPENT NEV

_____ Date d'envoi depuis le laboratoire interpays/national
intra-typique au PEV de la différenciation intra-typique au PEV

_____ Date d'envoi des résultats de la
1=0, 2=N Type 1,2,3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

_____ Date de réception des résultats
1=positif, 2=négatif

_____ Date de séquençage

_____ Date d'envoi des résultats du séquençage au programme

Résultats de
laboratoire
définitifs

EXAMEN DE SUIVI

_____ Date de l'examen de suivi
MIG MID
5= Paralysie spastique résiduelle

MSG Paralysie
résiduelle
4=Décès avant le suivi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = Paralysie flasque résiduelle

MSD Résultats
de l'examen 2=Pas de paralysie résiduelle
3= Perdu de vue

Suspicion d'état d'immunodépression : 1=0, 2=N, 99=Inconnu

CLASSIFICATION FINALE

1=Poliomyélite confirmée
2=Compatible
3=Exclu
6=Pas un cas de paralysie flasque aiguë
8=PVDVa
9=PVDVi

7=PVDVc Sérotype (1, 2, 3)

Renseigner cette section avant de signer le formulaire

Lister toutes les structures sanitaires où l'enfant a été successivement pris en charge avant de se présenter dans cet établissement :

1). Lieu : _____ Durée : mois _____ jours _____ 2) Lieu : _____ Durée : mois _____ jours _____

3). Lieu : _____ Durée : mois _____ jours _____ 4) Lieu : _____ Durée : mois _____ jours _____

INVESTIGATEUR : Nom _____ Titre _____

Service : _____ Adresse _____ Tél. : _____

Formulaire de prélèvement d'échantillons de selles chez les contacts – (pour les cas de paralysie flasque aiguë aux échantillons inadéquats)						
Numéro EPID du contact <i>(numéro EPID du cas index de paralysie flasque aiguë – C1, C2 ou C3)</i>						
Numéro EPID de l'échantillon communautaire CCC-PPP-JJJ-AA-000CC1 etc.						
Motif du prélèvement	Inadéquat	Cas urgent	Zone difficile d'accès	Autres		
Nom du contact/cas communautaire						
Adresse						
Zone						
District						
Province						
Pays						
Numéro d'échantillon (en cas d'échantillons multiples provenant du contact)						
Date de prélèvement						
Date d'envoi des selles au laboratoire						
Nom du cas index						
Lien avec le cas index	Membr e du foyer avec lien de parent é	Membre du foyer sans lien de parenté	Membre de la famille en dehors du foyer	Voisin	Camarade de jeu/camara de d'école	Autre
Période d'exposition au cas de paralysie flasque aiguë index	<input type="checkbox"/> plus de 7 jours avant l'apparition de la paralysie <input type="checkbox"/> dans les 7 jours avant l'apparition de la paralysie <input type="checkbox"/> dans les 2 semaines suivant l'apparition de la paralysie ou S.O.					
Date de naissance ou âge en mois	___/___/___ mois					

Sexe	Masculin	Féminin
Nombre de doses de VPO/VPI dans le cadre de la vaccination systématique		
Nombre de doses de VPO/VPI dans le cadre des AVS		
Date de la dernière dose de VPO/VPI		
Date de réception des échantillons de selles au laboratoire		
Numéro de série du laboratoire		
Date d'envoi des résultats de la culture par le laboratoire au PEV		
Observations et signature :		

Instructions :

1. Prélever systématiquement 1 échantillon chez 3 contacts de tout cas de paralysie flasque aiguë aux échantillons inadéquats
2. Prélever les échantillons de préférence chez les contacts âgés de moins de cinq ans vivant dans le même foyer que le cas de paralysie flasque aiguë.
3. S'il y a moins de 5 contacts dans le foyer, choisissez les camarades de jeu ou les voisins les plus proches du cas de paralysie flasque aiguë.
4. Remplir un formulaire de prélèvement d'échantillons pour chaque contact. Ou un formulaire distinct pour chaque cas communautaire.
5. Appliquer les mêmes procédures de prélèvement et la même chaîne de froid inverse que pour le prélèvement d'échantillons chez les cas de paralysie flasque aiguë.
6. Utiliser une glacière porte-échantillons différente pour les échantillons de contact et les échantillons de cas de paralysie flasque aiguë.

C=Contact

CC= Echantillon communautaire

Signature : _____

5.3 – Formulaire détaillé d’investigation des cas

Les principaux éléments à inclure dans un formulaire ou un rapport d’investigation des cas détaillé sont les suivants ³⁵.

- **Notification du cas**
 - Nom et numéro unique d’identification épidémiologique (EPID)
 - Date de notification
 - Nom de la personne interrogée et lien avec le cas
 - Nom de l’investigateur, coordonnées et affiliation
 - Date de l’investigation du cas
- **Données démographiques**
 - Résidence (province, district, village, etc.)
 - Date de naissance, âge
 - Sexe
- **Vaccination**
 - Nombre total de doses de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) reçues dans le cadre de la vaccination essentielle (utiliser le code 99 si ce nombre est inconnu)
 - Nombre total de doses de VPO reçues dans le cadre des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (utiliser le code 99 si ce nombre est inconnu)
 - Nombre total de doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) reçues dans le cadre de la vaccination essentielle (utiliser le code 99 si ce nombre est inconnu)
 - Nombre total de doses de VPI reçues dans le cadre des AVS (utiliser le code 99 si ce nombre est inconnu)
 - Date de la dernière dose de VPO
- **Données cliniques**
 - Date d’apparition de la paralysie :
 - Fièvre à l’apparition de la paralysie ?
 - Paralysie asymétrique ?
 - Examen neurologique
- **Facteurs de risque**
 - Profession des parents/responsables
 - Origine ethnique
 - Population spécifique (cocher toutes les cases pertinentes) : population réfugiée, population déplacée à l’intérieur du pays, population résidant dans une zone où la sécurité est menacée, population migrante/mobile
 - Voyages effectués par le cas et des membres du foyer (en dehors du district ou du pays) dans un délai d’un (1) mois avant l’apparition de la paralysie
 - Participation du cas et des membres du foyer à un rassemblement (marché/foire à grande échelle, autre) dans un délai d’un (1) mois avant l’apparition de la paralysie
 - Liste des personnes ayant rendu visite au foyer dans un délai d’un (1) mois avant l’apparition de la paralysie
- **Échantillons**
 - Numéros des échantillons
 - Date de prélèvement des échantillons de selles
 - Date de réception des échantillons de selles au laboratoire
 - État des échantillons de selles (bon, mauvais, inconnu)
- **Résultats de laboratoire**
- **Antécédents de recours aux soins avant la notification**
 - Nom et localisation des sites/installations où le cas s’est rendu entre l’apparition de la paralysie et la notification
 - Dates des visites
- **D’autres cas de paralysie flasque aiguë dans le secteur ?**
- **Données géographiques et démographiques, taille de la population de la zone concernée**
- **Enquête rapide sur la couverture par le vaccin antipoliomyélitique oral/VPI dans cette zone**
- **Couverture par la vaccination essentielle et les AVS**
- **Carte**

³⁵ Un exemple de formulaire détaillé d’investigation des cas est disponible sur le site Web de l’IMEP (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Detailed-Case-Investigation-Form_July2011_EN.doc).

Si le poliovirus a été détecté au moyen de la surveillance environnementale (SE), une attention particulière devrait être accordée à l'analyse de la zone couverte par ce site de surveillance, des caractéristiques sociodémographiques et du niveau de couverture vaccinale de la population vivant dans cette zone. En outre, l'investigation devrait viser à rechercher les cas de paralysie flasque aiguë non détectés dans/autour de la zone couverte par le site de SE.

5.4 – Formulaire de suivi à 60 jours

FORMULAIRE D'EXAMEN DE SUIVI À 60 JOURS POUR LES CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUË

(à remplir à partir du 60^e jour suivant le début de la paralysie et au plus tard le 90^e jour)

Numéro EPID :

Pays : Région/province : District : Année d'apparition de la paralysie : Numéro du cas : Reçu au niveau national :

Identification

District : Région : Établissement de santé :

Adresse : Nomade :1= OUI, 2=NON Village : Ville :

Nom du cas : Père/Mère :

Si la date de naissance n'est pas connue

Date de naissance : _____ Âge : ____ ans, et ____ mois SEXE : H =homme, F=femme

Évolution de la maladie chez le patient :

Fièvre à l'apparition de la paralysie :

Apparition rapide de la paralysie 0-3 jours :

Membre sup. gauche	Membre sup. droit
Membre inf. gauche	Membre inf. droit

Date d'apparition de la paralysie : __/__/__ Paralysie flasque aiguë : Asymétrie :
X=Paralysie

1=OUI, 2=NON, 99= INCONNU

1= OUI, 2=NON, 99= INCONNU

Examen de suivi Paralysie résiduelle

Membre sup. gauche	Membre sup. droit
Membre inf. gauche	Membre inf. droit

Observation durant le suivi

1. Paralysie résiduelle
2. Pas de paralysie résiduelle
3. Patient perdu de vue
4. Patient décédé avant le suivi

Antécédents médicaux :

Examen clinique et signes physiques :

Autres informations : _____

Enquêteur :

Nom : _____ Intitulé du poste : _____

Affiliation : _____ Adresse : _____ TÉL : _____

Date de l'investigation : _____

Notes explicatives accompagnant le formulaire d'examen de suivi à 60 jours pour les cas de paralysie flasque aiguë

1. NUMÉRO EPID, identification, évolution de la maladie chez le patient, examen de suivi.

(pour plus d'information sur la façon de remplir cette section, consultez les instructions figurant sur le formulaire d'investigation des cas de paralysie flasque aiguë)

2. Antécédents médicaux

Mentionnez d'autres évènements relatifs au patient survenus depuis le dernier examen, comme les vaccinations et d'autres maladies pouvant expliquer son état actuel.

3. Examen clinique (symptômes actuels)

Mentionnez tous les symptômes présentés par le patient lors de l'entretien entre les parents, les soignants et le patient lui-même.

4. Signes physiques

Décrire les signes physiques observés lors de l'examen, y compris l'état des membres.

5. Autres informations

Mentionnez toute autre information sur l'état de santé de l'enfant qui pourrait guider les membres du comité national d'experts sur la poliomyélite dans leur processus de décision.

ANNEXE II :

District : _____
l'investigateur : _____

Date : _____

Nom de

Service d'hospitalisation : _____

Agglomération : _____

Annexe 6. Investigation des cas de paralysie flasque aiguë

6.1 Comment documenter les antécédents du cas de paralysie flasque aiguë ? Lors de l'examen du patient visant à détecter des signes de paralysie ou de faiblesse, l'agent de surveillance devrait recueillir les antécédents du cas auprès du responsable du patient (ou du patient lui-même, s'il s'agit d'un enfant plus âgé), en reprenant les principaux éléments du formulaire d'investigation des cas, notamment ceux cités ci-après :

(1) Identification du patient

- Identification du patient/responsable du patient (noms, adresse, téléphone portable, etc.), qui sera essentielle pour contacter la famille, si nécessaire.
- Date d'apparition de la paralysie. Importante pour des analyses supplémentaires.

(2) Antécédents vaccinaux

- Nombre de doses de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) et/ou de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) reçues avant l'apparition de la faiblesse ou de la paralysie, que ce soit dans le cadre des activités de vaccination supplémentaires (AVS) ou de la vaccination essentielle (confirmer avec le carnet de vaccination, si disponible).
- Statut vaccinal des frères et sœurs (VPO et/ou vaccin antipoliomyélitique inactivé).

(3) Anamnèse

- Premiers symptômes, date et lieu d'apparition de la faiblesse ou de la paralysie (important pour l'attribution du numéro d'identification épidémiologique [EPID]), fièvre ou autres symptômes à l'apparition, et demander notamment si la faiblesse a progressé rapidement ou non, et si elle a affecté les deux côtés de manière égale ou non.
- Si un ou plusieurs prestataires de soins (formels, informels) ont été consultés avant la notification du cas, il convient de l'indiquer, ainsi que les dates et les noms des prestataires et, le cas échéant, le traitement fourni.
- Il convient de demander au responsable de l'enfant si d'autres personnes présentent des symptômes similaires au sein de la communauté.

(4) Voyages effectués

- Liste des voyages du patient ou de tout autre membre du foyer au cours des 30 jours précédant l'apparition de la faiblesse (noter les détails : personne, lieu, heure).
- Liste des personnes ayant rendu visite au patient ou à tout autre membre du foyer au cours des 30 jours précédant l'apparition de la faiblesse (noter les détails : personne, lieu, heure).

(5) Population spécifique ou groupe à haut risque

- Il devrait être précisé sur le formulaire d'investigation des cas si le cas est issu d'une population spécifique, dont font partie les nomades, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les réfugiés et les personnes vivant dans des zones inaccessibles, entre autres populations spécifiques ou groupes à haut risque.

6.2 Comment réaliser l'examen clinique

L'objectif de l'examen clinique dans le cadre de l'investigation d'un cas de paralysie flasque aiguë (PFA) est d'établir *s'il existe un degré quelconque de paralysie ou de parésie ou non*, quel que soit le diagnostic clinique actuel. Il ne s'agit donc PAS d'établir un diagnostic médico-neurologique exact. L'examen physique devrait alors être effectué, dans l'idéal, par une personne qualifiée – soit la personne chargée de l'investigation, soit le médecin traitant de l'hôpital.

L'examen clinique dans le cadre de la surveillance de la PFA a pour objectif d'établir la présence ou non d'une paralysie ou d'une parésie. Il ne s'agit donc **PAS** d'établir un diagnostic médico-neurologique exact.

Dans la plupart des cas, la première observation du patient suffira à fournir à l'investigateur une bonne indication de la présence ou de l'absence de paralysie flasque. En fonction de l'âge du patient et de sa capacité à coopérer, l'investigateur devrait demander au patient de marcher (s'il y a une atteinte des membres inférieurs) afin d'observer sa démarche. Si les membres supérieurs sont touchés, demander au patient de lever les bras. Bien que l'examen physique soit plus facile avec un enfant plus âgé et coopératif, il doit également être réalisé chez les nourrissons et les enfants en bas âge, et ceux-ci devront se sentir en confiance.

L'examen devrait consister en des tests neurologiques simples, notamment en l'évaluation de la motricité, du tonus musculaire et des réflexes. La sensibilité devrait être vérifiée. Un bref examen clinique général devrait être effectué pour évaluer l'état de santé de l'enfant, avec une prise de température afin de détecter une éventuelle fièvre et tout signe de malnutrition et de déshydratation. Lorsque cela est possible, un examen neurologique peut être réalisé par un pédiatre ou un neurologue et renseigné dans le formulaire d'investigation des cas, mais il n'est *pas indispensable*.

6.3 Comment prélever et conserver des échantillons de selles de cas de paralysie flasque aiguë

Matériel et fournitures

- ✓ Glacière porte-échantillons
- ✓ Accumulateurs de froid (4)
- ✓ Formulaire d'investigation des cas
- ✓ Formulaire de demande d'analyse en laboratoire
- ✓ 2 récipients de prélèvement d'échantillons à bouchon vissant
- ✓ Étiquettes récipients (adhésives)
- ✓ Stylo résistant à l'eau pour l'étiquetage
- ✓ Matériel absorbant (par ex., du coton)
- ✓ Gants
- ✓ 4 sacs en plastique à fermeture à glissière (pouvant contenir les récipients et les formulaires)
- ✓ Coordonnées des parents ou responsables légaux
- ✓ Numéro EPID, si disponible

Instructions étape par étape pour le prélèvement des échantillons de selles

Pour visualiser le processus de prélèvement d'échantillons de selles pour les cas de paralysie flasque aiguë, voir la **Figure 11**.

1. Utiliser uniquement la glacière porte-échantillons prévue à cet effet (et non la glacière porte-vaccins), qui doit être tapissée d'accumulateurs de froid congelés.



2. Utiliser les récipients à échantillons prévus à cet effet, munis d'un bouchon à vis. En l'absence de tels récipients, utiliser un récipient ou un flacon sec, propre et étanche.
3. PORTER DES GANTS LORS DU PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS !
4. Pour les patients qui ont besoin de plus de temps pour fournir un échantillon, mettre tout le matériel énuméré ci-dessus à disposition de l'établissement de santé ou de la famille. Expliquer la procédure de collecte dans un langage simple. Revenir pour prélever les échantillons et fournir de nouveaux accumulateurs de froid.
5. Recueillir des selles fraîches dans les couches ou le plat bassin du patient, ou lui demander de déféquer sur un morceau de papier ou de plastique.
6. Prélever un volume de selles équivalent à la taille de deux ongles de pouce d'adulte (environ 8 à 10 grammes). Il est à noter que le laboratoire peut rejeter des échantillons extrêmement liquides. Par ailleurs, il considère l'écouvillonnage rectal comme inadéquat.
7. Utiliser la spatule fournie dans le kit pour placer l'échantillon prélevé dans un récipient propre, étanche et à bouchon vissant, puis visser fermement le bouchon.
8. Reporter les éléments suivants sur l'étiquette autocollante (ou un morceau de ruban adhésif, ou directement sur le pot, si les étiquettes ne sont pas disponibles) à l'aide d'un marqueur indélébile ou permanent :
 - a. Nom et prénom du cas
 - b. Numéro EPID
 - c. Date de prélèvement pour chaque échantillon
 - d. Heure de prélèvement pour chaque échantillon
 - e. Numéro d'échantillon (« 1^{er} » ou « 2^e »)
 - f. « Cas urgent »
9. Coller l'étiquette sur le récipient approprié.
10. Visser fermement le bouchon du récipient, le placer dans le sac plastique à glissière et sceller le sac. Si possible, envelopper le récipient dans du matériel absorbant avant de le placer dans le sac en cas de choc ou de fuite pendant le transport.
11. Placer immédiatement l'échantillon dans la glacière, au milieu des quatre (4) accumulateurs de froid congelés. Ne jamais placer d'échantillons de selles dans des réfrigérateurs ou des congélateurs contenant des vaccins ou de la nourriture.
12. Retirer les gants et les jeter de façon appropriée. Se laver les mains à l'eau et au savon après avoir terminé le prélèvement et jeté les gants.
13. Répéter les étapes 1 à 11 pour le deuxième échantillon, à prélever au moins 24 heures après le prélèvement du premier échantillon.
14. Remplacer les accumulateurs de froid par de nouveaux blocs congelés toutes les 24 heures.
15. Une fois les deux échantillons de selles placés dans la glacière porte-échantillons, combler l'espace vide avec du papier ou du coton de sorte que les récipients ne puissent pas bouger lors du transport.
16. Placer le formulaire d'investigation des cas complété dans un sac en plastique à glissière et déposer ce dernier dans la glacière.

17. Mettre le formulaire de demande d'analyse en laboratoire dûment rempli pour le cas dans un sac en plastique à glissière scellé et le déposer dans la glacière avant de l'envoyer au laboratoire.

Figure 11. Processus de prélèvement, de conditionnement et de transport des échantillons

1. Tous les cas de PFA ont fait l'objet d'une enquête, y compris le prélèvement d'échantillons de selles.



2. Apposez une étiquette sur le récipient contenant l'échantillon en indiquant le nom du patient, son numéro d'identification unique, la date du prélèvement et le numéro de



3. Prélevez une quantité appropriée de selles (taille de l'ongle du pouce de l'adulte) et placez-la dans un récipient libellé.



4. Un second échantillon doit être prélevé au moins 24 heures après le premier puis conditionné et stocké tel que décrit.



5. Placez chaque échantillon dans un sac en plastique, puis conservez-le dans un porte-échantillons contenant des poches de glace givrées. Les poches de glace doivent être remplacées toutes les 24 heures.



6. Le formulaire d'investigation des cas renseigné doit être placé dans un sac en plastique. Les deux poches à échantillons et la poche contenant le formulaire d'investigation des cas doivent être placées dans une autre poche en plastique plus grande.



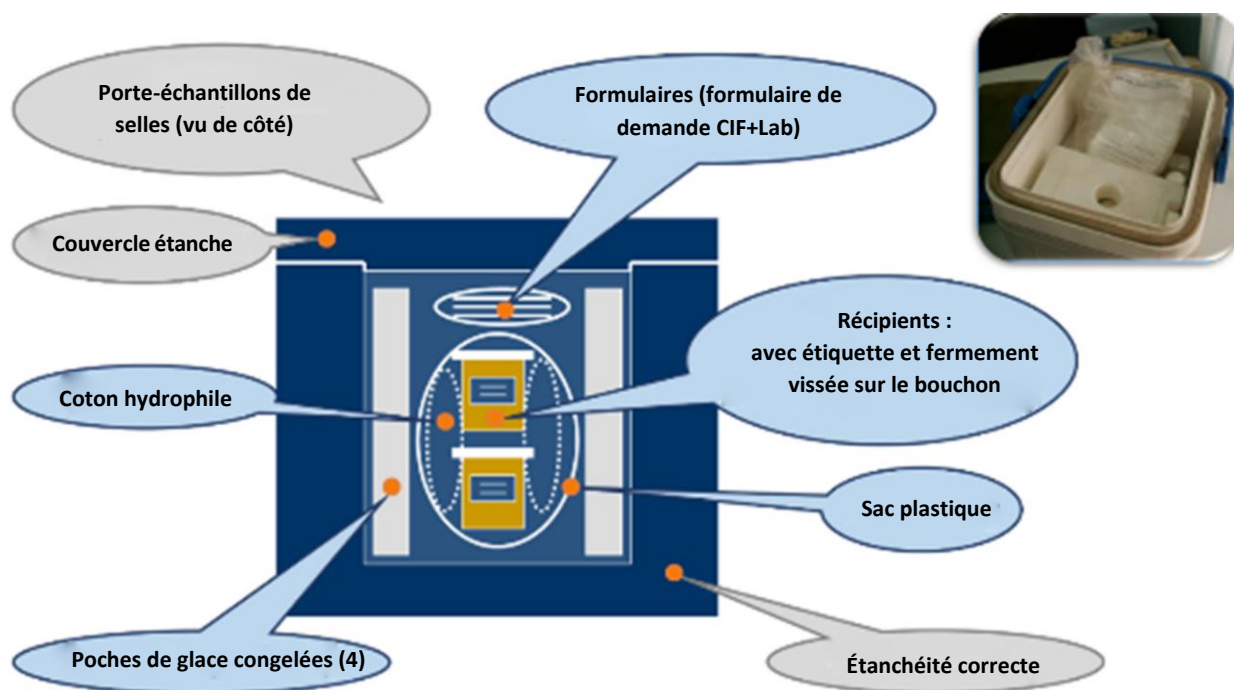
7. Les échantillons et le formulaire d'investigation des cas doivent être conservés dans un porte-échantillons avec des poches de glace givrées jusqu'à leur arrivée au laboratoire.



8. Expédiez les échantillons le plus tôt possible.

Source : OMS.

Figure 12. Positionnement des échantillons et des fournitures dans la glacière porte-échantillons, vue de côté



Source : OMS.

Annexe 7. Groupes de population spécifiques

Tableau 17. Groupes de population spécifiques

Groupes de population spécifiques	
Définition	Les populations spécifiques sont des groupes de populations qui ne sont pas desservis ou qui sont mal desservis par le système de prestation de soins habituel.
Catégories	<ol style="list-style-type: none"> 1. Populations vivant dans des zones d'insécurité. 2. Populations mobiles : nomades et migrants saisonniers (par exemple, travailleurs agricoles ou miniers, ouvriers des briqueteries, ouvriers du bâtiment, etc.). 3. Réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays vivant dans des camps et dans des communautés d'accueil. 4. Populations spécifiques dans les zones habitées (par exemple, population transfrontalière, bidonvilles, insulaires, pêcheurs, etc.).
Identification et cartographie	<p>Il est important d'identifier ces populations et d'établir leur profil sur la base des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la localisation géographique, la taille de la population, les itinéraires de déplacement, la période/saisonnalité des déplacements ; • l'accès aux services de santé, les comportements de recours aux soins, la capacité du réseau de surveillance actuel (établissements de santé, communauté) à détecter les cas de paralysie flasque aiguë au sein du groupe ; • l'identification des prestataires de services (publics et privés, y compris les ONG, les organisations professionnelles, etc.) ; • la couverture vaccinale et le statut immunitaire ; et

	<ul style="list-style-type: none"> ● l'existence d'activités de communication ciblant ces populations spécifiques.
Justification de la mise en œuvre d'activités spéciales visant à atteindre les populations spécifiques	<p>Ces populations peuvent être plus vulnérables et sont plus susceptibles de ne pas être immunisées et donc de transmettre le virus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les populations mal desservies peuvent ne pas être couvertes par le système de surveillance. ● Il est probable que l'immunité de la population soit plus faible en raison du faible taux de vaccination. ● Du fait de leurs déplacements importants, ces populations sont susceptibles de transmettre le virus aux populations vulnérables.
Difficultés et enjeux de la surveillance au sein des populations spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Difficultés liées à la cartographie et à l'estimation de ces populations. ● Manque de coordination avec les parties prenantes. ● Faible participation communautaire. ● Coût élevé des ressources et de la logistique : formations, transport, supervision, suivi. ● Insécurité.
Facteurs de réussite	<p>La surveillance au sein des populations spécifiques est facilitée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● des équipes spéciales dédiées à la surveillance des populations spécifiques ; ● une coopération étroite avec les partenaires (le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, l'Organisation internationale pour les migrations, les ONG internationales, la société civile, les services vétérinaires, etc.).
Stratégies de surveillance applicables aux populations spécifiques	<p>1. Populations vivant dans des zones d'insécurité.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cartographie et analyse des accès identifiant les partenaires et groupes clés, la dynamique de la population et les changements qui l'affectent. ● Négociation de l'accès. ● Sensibilisation et information de l'armée, des partenaires concernés et des membres de la communauté sur la poliomyélite et la notification des cas de paralysie flasque aiguë. ● Analyse du réseau de surveillance afin d'identifier et de former des points focaux pour la notification des cas, notamment pour la surveillance communautaire (SC), selon qu'il convient. ● Conduite périodique d'une recherche active de cas au sein de la communauté et des établissements de santé. ● Prélèvement d'échantillons chez des contacts des cas de paralysie flasque aiguë (un échantillon, trois contacts). ● Réalisation d'analyses de prélèvements de selles chez des enfants en bonne santé et d'une surveillance environnementale ad hoc, devant être décidée en coordination avec les équipes régionales et de pays de l'OMS. ● Cartographie de l'accès et analyse des données ventilées pour suivre la surveillance par groupe de population.

2. Populations mobiles

- Cartographie et établissement du profil de population avec les responsables ou les référents identifiés comme points focaux pour la surveillance.
- Détermination des itinéraires de la population et cartographie des établissements et des prestataires de soins de santé (y compris les vétérinaires) le long du parcours.
- Sensibilisation de la population et des prestataires de soins.
- Sensibilisation sur les marchés le long de l'itinéraire et à proximité des points d'eau et des camps.
- Maintien d'une communication régulière avec les points focaux pour les rappels et le retour d'information sur la notification.
- Recherche active de cas lors des grands rassemblements de groupes nomades pendant les AVS et les interventions de proximité mobiles.
- Prélèvement d'échantillons chez des contacts des cas de paralysie flasque aiguë (un échantillon, trois contacts).
- Réalisation d'analyses de prélèvements de selles chez des enfants en bonne santé en coordination avec les équipes régionales et de pays de l'OMS.
 - Une approche similaire sera utilisée pour d'autres groupes de population mobiles, le cas échéant (par exemple, les travailleurs agricoles ou miniers, les ouvriers des briqueteries, les ouvriers du bâtiment, etc.)

3a. Réfugiés/personnes déplacées à l'intérieur du pays vivant dans des camps

- Identifier les points focaux dans les camps (personnes déplacées ou réfugiées) à inclure dans le réseau de surveillance.
- Établissement du profil des nouveaux arrivants (origine et statut vaccinal).
- Recherche active de cas dans les centres de santé des camps et lors des AVS.
- Prélèvement d'échantillons chez des contacts des cas de paralysie flasque aiguë (un échantillon, trois contacts).
- Prélèvement de selles chez des enfants en bonne santé (nouveaux enfants de moins de cinq ans), à décider en coordination avec les équipes régionales et de pays de l'OMS.
- Mise en place d'une équipe permanente de vaccination/surveillance.

3b. Déplacés internes informels et réfugiés vivant dans une communauté d'accueil

- Identification des informateurs clés de la communauté à inclure dans le réseau de surveillance.
- Fourniture d'outils de travail appropriés.
- Suivi communautaire des personnes déplacées et des réfugiés (équipe de suivi).
- Identification des comportements de recours aux soins.
- Ajustement du réseau de surveillance.
- Recherche active de cas lors des AVS et des interventions mobiles.
- Prélèvement d'échantillons chez des contacts des cas de paralysie flasque aiguë (un échantillon, trois contacts).
- Prélèvement de selles chez des enfants en bonne santé (centres de santé auxquels ont recours les personnes déplacées ou réfugiées), à décider en coordination avec les équipes régionales et de pays de l'OMS.

4. Populations spécifiques dans les zones habitées

Populations transfrontalières

- Cartographie des postes frontaliers officiels et non officiels.
- Cartographie des mouvements saisonniers.
- Estimation des flux moyens de population.
- Cartographie et établissement du profil des villages/agglomérations, des populations spécifiques, de la sécurité et de l'accès, des lieux de rassemblement des deux côtés.
- Cartographie des zones d'un district/pays accessibles uniquement à partir du district ou du pays voisin.
- Cartographie du réseau de surveillance des deux côtés.
- Identification des organisations travaillant aux points d'entrée et de sortie des frontières (par exemple, les services d'immigration, de santé portuaire, la police).
- Formation et sensibilisation des populations et des prestataires de soins de santé des deux côtés.
- Recours à des stratégies supplémentaires.
- Recherche active de cas des deux côtés au sein de la communauté (points d'entrée, sites de vaccination permanents, marchés) et des établissements de santé.
- S'il y a des zones où la sécurité est menacée ou s'il y a des populations spécifiques comme des réfugiés ou des personnes déplacées à l'intérieur du pays, il convient de mettre en œuvre les activités ou stratégies spécifiques proposées.

Groupes de population spécifiques (suite)

	<ul style="list-style-type: none">● 4. Populations spécifiques dans les zones habitées (suite)● Bidonvilles.● Établissement du profil des communautés et de leur origine.● Étude des comportements de recours aux soins et modification du réseau de surveillance.● Recherche active des cas.● Ajout de sites de surveillance environnementale, selon qu'il convient.
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none">● Réaliser une analyse ventilée par groupe de population pour garantir la couverture et la qualité de la surveillance au sein de ces groupes (en commençant par une collecte des données appropriée).● Réalisation régulière d'une cartographie et d'une évaluation des risques.● Examen/évaluation de la mise en œuvre des plans.● Mobilisation des partenaires pour un suivi indépendant.

PFA = paralysie flasque aiguë ; SC = surveillance communautaire ; SE = surveillance environnementale ; PDI = population déplacée à l'intérieur du pays ; ONGI = organisation non gouvernementale internationale ; OIM = Organisation internationale pour les migrations ; ONG = organisation non gouvernementale ; HCR = Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; OMS = Organisation mondiale de la Santé

Annexe 8. Échantillonnage des selles des contacts proches des cas de paralysie flasque aiguë

Tableau 18. Échantillonnage des selles des contacts proches des cas de paralysie flasque aiguë

Échantillonnage des contacts des cas de paralysie flasque aiguë	
Également appelé	Échantillonnage des contacts directs et échantillonnage des contacts proches
Définition	<p>Prélèvement et analyse d'un échantillon de selles chez trois personnes en contact avec un cas de paralysie flasque aiguë (PFA). Les enfants qui sont fréquemment en contact avec un cas de paralysie flasque aiguë (par exemple, en touchant, en partageant des jouets ou de la nourriture) doivent être identifiés pour effectuer un prélèvement d'échantillon de selles chez eux. Il est recommandé dans les lignes directrices relatives à la surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de se concentrer sur les enfants, de préférence de moins de cinq ans ; • de se concentrer sur les personnes ayant été en contact avec un cas de paralysie flasque aiguë dans la semaine précédant et/ou les deux semaines suivant l'apparition de la paralysie ; • de se concentrer par exemple, sur les frères et sœurs ou les autres enfants vivant au sein du même foyer et/ou les enfants du voisinage qui ont joué avec le cas de paralysie flasque aiguë pendant la période concernée ; • de prélever des échantillons de selles chez des contacts des cas de paralysie flasque aiguë jusqu'à 60 jours après l'apparition de la paralysie, les poliovirus pouvant être excrétés pendant deux mois ou plus ; et • de prélever les échantillons de selles au sein de la communauté de résidence du cas de paralysie flasque aiguë. Toutefois, si le cas de paralysie flasque aiguë a séjourné dans d'autres communautés une semaine avant et/ou deux semaines après l'apparition de la paralysie, il peut aussi être justifié de prélever des échantillons auprès de contacts de ce cas dans ces lieux.
Objectif et justification	<p>L'échantillonnage des contacts de cas de paralysie flasque aiguë est utilisé pour apporter la preuve en laboratoire de la présence du poliovirus chez un cas de paralysie flasque aiguë. Les personnes en contact avec des cas de paralysie flasque aiguë ont une probabilité plus élevée d'infection asymptomatique et d'excrétion du virus que les personnes qui n'ont pas été en contact avec eux. Le prélèvement d'échantillons de selles auprès de contacts des cas de paralysie flasque aiguë constitue un moyen supplémentaire de déterminer si le poliovirus est la cause de la paralysie chez un cas de paralysie flasque aiguë. Les résultats de laboratoire positifs des échantillons de contacts permettent de confirmer l'infection par le poliovirus chez un cas de paralysie flasque aiguë n'ayant pas pu être confirmée par d'autres méthodes de laboratoire.</p>

Indications	<p>Le prélèvement d'échantillons chez des contacts des cas de paralysie flasque aiguë devrait être effectué dans le cadre des activités régulières de surveillance de la paralysie flasque aiguë. Il est également possible d'y recourir plus largement dans le cadre des activités de riposte.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Activités régulières de surveillance de la paralysie flasque aiguë conformément aux recommandations du Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024 relatives au prélèvement d'échantillons chez les contacts des cas de paralysie flasque aiguë. ● Tous les cas de paralysie flasque aiguë dont les échantillons de selles sont inadéquats. Exemples d'échantillons de selles inadéquats : a) 0 ou 1 échantillon de selles prélevé ; b) au moins un échantillon de selles prélevé >14 jours après l'apparition de la paralysie ; c) deux échantillons de selles prélevés à un intervalle <24 heures ; et d) mauvais état de l'échantillon de selles (par exemple, l'échantillon était tiède à l'arrivée au laboratoire). ● En étroite coordination avec les partenaires de la surveillance et les laboratoires nationaux, il convient de prendre en considération tous les cas de paralysie flasque aiguë résidant dans des zones où la sécurité est menacée ou qui sont difficiles d'accès afin de tirer parti des occasions limitées d'atteindre ces personnes et ces communautés. ● Activités de riposte aux flambées : dans certaines circonstances, il peut être justifié d'étendre l'échantillonnage des contacts à des fins de renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Ce recours élargi à l'échantillonnage des contacts devrait se faire en étroite coordination et collaboration avec les partenaires de la surveillance et les laboratoires nationaux. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tous les cas de paralysie flasque aiguë dans un pays touché par une flambée épidémique afin d'améliorer la détection de tous les virus. ○ Tous les cas de paralysie flasque aiguë détectés en dehors de la zone de flambée infranationale, afin d'accroître la probabilité de détecter les mouvements du virus au-delà de la zone de flambée concernée.
--------------------	---

Autres informations importantes	
Quand ?	<p>L'échantillonnage des contacts des cas de paralysie flasque aiguë devrait être réalisé au cours de la phase initiale ou de suivi de l'investigation des cas de paralysie flasque aiguë (c'est-à-dire avant que les résultats de laboratoire ne soient disponibles).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Phase initiale de l'investigation d'un cas de paralysie flasque aiguë</i> : procéder au prélèvement d'échantillons chez des contacts du cas de paralysie flasque aiguë en cas d'impossibilité de prélever les deux échantillons nécessaires en temps voulu. ● <i>Phase de suivi</i> : procéder au prélèvement d'échantillons chez des contacts du cas de paralysie flasque aiguë si le laboratoire indique que les échantillons de selles du cas de paralysie flasque aiguë ont été reçus en mauvais état.
Étiquetage des échantillons	<p>Chaque échantillon devrait être clairement étiqueté comme étant celui d'un contact du cas de paralysie flasque aiguë. Le numéro d'identification unique doit être celui du cas de paralysie flasque aiguë, suivi d'un indicateur de contact (« C ») et un d'un suffixe numérique (#) (par exemple C1, C2, C3).</p>
Classification « Autre »	<p>Les contacts pour lesquels les résultats de laboratoire sont positifs ne sont <u>pas</u> classés comme cas confirmés de poliovirus parce qu'ils ne répondent pas à la définition de cas, qui requiert la présence d'une paralysie flasque aiguë. Les résultats sont classés sous la catégorie « autres » dans le cadre du recensement des isolats de poliovirus.</p>
Procédures	<p>Pour plus d'informations, consulter le Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024 de l'IMEP.</p>

PFA = paralysie flasque aiguë ; IMEP = Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Annexe 9. Promptitude de détection des cas et des virus

Un retard dans la détection pouvant survenir à n'importe quel stade des activités, que ce soit sur le terrain, au niveau logistique ou en laboratoire, les pays doivent contrôler le respect des délais à chaque étape du processus, en particulier au niveau infranational et surtout lors du prélèvement et du transport des échantillons de selles. Ce n'est qu'avec une vision claire des retards que des mesures rapides peuvent être prises pour remédier aux blocages identifiés (**Tableau 14.1**). De plus, il est fortement recommandé d'anticiper les problèmes et d'identifier de manière proactive les alternatives dans le cadre de la préparation.

Tableau 19. Retards dans la détection et mesures d'atténuation possibles

Étape	Cible	Cause possible	Mesures d'atténuation et solutions possibles
De l'apparition de la paralysie au recours aux soins	Cas de paralysie flasque aiguë notifiés ≤ 7 jours après l'apparition de la paralysie (idéalement immédiatement)	<ul style="list-style-type: none"> Distance jusqu'à l'établissement/le prestataire le plus proche Méfiance à l'égard du système de santé Coût du service Barrière de la langue Obstacles liés au genre (notamment l'absence de femme médecin/d'infirmière, absence d'autorisation de se rendre dans un établissement de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Modifier les outils de collecte des données et procéder à une analyse des données ventilées selon le profil social ou linguistique, par groupe de population à risque, par sexe et en fonction des comportements en matière de recours aux soins. Effectuer une cartographie sociale périodique (semestrielle) dans le cadre de l'examen du réseau de surveillance active afin d'identifier les lacunes en matière de couverture. Sur la base des résultats, aborder toutes les problématiques (par exemple, les cliniques mobiles, les agents de santé de sexe féminin, la consultation et la sensibilisation de la communauté).
Du recours aux soins à la notification	Cas de paralysie flasque aiguë notifiés ≤ 7 jours après l'apparition de la paralysie (idéalement immédiatement)	<ul style="list-style-type: none"> Manque de sensibilisation des prestataires de soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer régulièrement des visites de supervision de soutien dans les unités de notification. Assurer la formation et la sensibilisation de chaque nouveau membre du personnel. Fournir des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) incluant une définition des cas, les exigences en matière de notification et la marche à suivre, ainsi que les coordonnées des agents de surveillance.
De la notification à l'investigation	≤ 48 heures	<ul style="list-style-type: none"> Manque de formation Absence de personne qualifiée pour mener l'investigation Retard dans la localisation du cas Cas perdu de vue (cas introuvable) Priorités concurrentes, charges de travail importantes 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à la disponibilité permanente des kits d'investigation des cas (équipement, fournitures et matériel). Établir des responsabilités claires et des charges de travail raisonnables (notamment en assurant la disponibilité d'un remplaçant en cas d'absence de l'agent de principal). Organiser des formations régulières à l'intention des agents de la surveillance et des remplaçants (par exemple, d'autres personnels de santé publique) sur le terrain.

De l'investigation au premier prélèvement	≤1 jour	<ul style="list-style-type: none"> ● Absence de kit ● Impossibilité de localiser le cas (en raison de sa sortie, d'un voyage, etc.) ● Le cas est décédé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Veiller à la disponibilité permanente des kits d'investigation des cas (équipement, fournitures et matériel). ● S'assurer de la disponibilité des coordonnées et de l'adresse du cas. ● Si le prélèvement des échantillons de selles doit être effectué par le responsable de l'enfant, s'assurer qu'il est effectué de manière adéquate.
Du premier prélèvement au second prélèvement d'échantillon de selles	≥24 heures d'intervalle	<ul style="list-style-type: none"> ● Le cas est décédé ● Le cas n'est plus au même endroit (problèmes de suivi) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fournir des instructions claires au personnel infirmier et aux parents ou responsables sur la manière de prélever l'échantillon de selles. ● Fournir des instructions claires sur l'échantillonnage des contacts en cas d'échantillons inadéquats.

PFA = paralysie flasque aiguë ; SA = surveillance active ; IEC = information, éducation et communication

Tableau 17 (suite)

Étape	Cible	Cause possible	Mesures d'atténuation et solutions possibles
Du prélèvement du second échantillon de selles jusqu'à l'expédition au niveau national	Échantillons de selles 1 et 2 arrivés au laboratoire ≤3 jours après le prélèvement de l'échantillon de selles 2 (dans l'idéal immédiatement)	<ul style="list-style-type: none"> ● Peu ou pas de communication sur le moment du prélèvement de l'échantillon de selles 2 ● Mauvaise coordination avec le transporteur ● Problèmes liés aux itinéraires de transport (par exemple, confinements, fermeture de routes) ● Regroupement des échantillons en lots 	<ul style="list-style-type: none"> ● Effectuer un suivi électronique des échantillons de selles. ● Planifier le transport à l'avance et anticiper les imprévus. ● Obtenir une autorisation spéciale pour le transport d'échantillons, si nécessaire. ● Identifier des itinéraires et des transporteurs alternatifs. ● Augmenter la capacité de stockage, identifier les points de stockage. ● Ne pas regrouper les échantillons par lots. ● Prioriser les échantillons à expédier en cas de suspicion de cas de poliomyélite (cas urgent)
De l'expédition au niveau national jusqu'à l'arrivée au niveau national	Échantillons de selles 1 et 2 arrivés au laboratoire ≤3 jours après le prélèvement de l'échantillon de selles 2	<ul style="list-style-type: none"> ● Mauvaise planification du transport et de l'expédition ● Insécurité ou fermeture de routes ● Échantillons conservés au niveau national jusqu'à ce que plusieurs échantillons soient prélevés et expédiés (envoi par lots) ● Fermetures des frontières internationales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Effectuer un suivi électronique des échantillons de selles. ● Élaborer des plans d'urgence proposant d'autres itinéraires ou laboratoires. ● Examiner et adopter des solutions ad hoc en cas de conflit ou d'insécurité (par exemple, utiliser des vols humanitaires pour le transport, envoyer des échantillons à un autre laboratoire accrédité par l'OMS).
De l'arrivée au niveau national jusqu'à l'expédition vers le laboratoire au niveau (inter)national	Échantillons de selles 1 et 2 arrivés au laboratoire ≤3 jours après le prélèvement de l'échantillon de selles 2		

De l'expédition vers le laboratoire (inter)national à l'arrivée au laboratoire (inter)national	(dans l'idéal immédiatement)	<ul style="list-style-type: none"> ● Suspension des vols 	
	Échantillons de selles 1 et 2 arrivés au laboratoire ≤3 jours après le prélèvement de l'échantillon de selles 2		
De l'arrivée au laboratoire (inter)national à l'obtention des résultats définitifs (résultats négatifs ou résultats de séquençage pour les échantillons positifs)	Les échantillons de selles 1et 2 sont traités conformément aux procédures normalisées du RMLP dans les délais cibles définis pour chacune des procédures.	<ul style="list-style-type: none"> ● Fermetures des frontières internationales ● Problèmes liés à l'expédition des isolats au laboratoire de séquençage ● Pénurie de réactifs essentiels ● Ambiguïté dans les résultats des tests (par exemple, numéros EPID non concordants ou manquants, suspicion de contamination croisée). ● Réception de grands lots d'échantillons. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Veiller à disposer d'un stock tampon suffisant (consommables et réactifs essentiels) pour couvrir les besoins d'une année lors de la passation des commandes pour 2022. ● Conclure un contrat d'expédition avec plusieurs transporteurs du pays. ● Élaborer un autre plan d'expédition national et international avec plusieurs laboratoires de séquençage.

PFA = paralysie flasque aiguë ; EPID = numéro unique d'identification épidémiologique ; RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite ; OMS = Organisation mondiale de la Santé

Annexe 10. Ressources techniques de référence

Tableau 20. Ressources techniques pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus

Domaine	Ressources
Informations programmatiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) : polioeradication.org ● Le site Web de l'IMEP contient des données mondiales actualisées sur les cas de poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale. <ul style="list-style-type: none"> ● Pour d'autres publications sur la poliomyélite, notamment sur la surveillance, les flambées épidémiques et la détection, ainsi que sur des sujets plus spécifiques comme le confinement, consulter les pages Web suivantes : ● Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR): www.cdc.gov/mmwr/index.html ● Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH) : www.who.int/wer/fr

<p>Surveillance de la paralysie flasque aiguë</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024 https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/05/GPSAP-2022-2024-FR.pdf ● Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2018-2020 https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-FR-1.pdf ● Quick Reference on Strengthening Polio Surveillance during a Poliovirus Outbreak polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference-Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks-24-March-2021.pdf ● Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf ● Job Aid: Use of AFP contact sampling and targeted healthy children stool sampling polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf ● Best practices in active surveillance for polio surveillance polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practices-in-active-surveillance-for-polio-eradication.pdf ● Lignes directrices sur la mise en œuvre de la surveillance du poliovirus chez les patients atteints de déficit immunitaire primaire (DIP) https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Guidelines-for-Implementing-PID-Surveillance_FR.pdf ● Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV). https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_FR.pdf ● Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2023/02/OBR-SOP-20221028-FR.pdf ● Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2 https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/07/nOPV2-surveillance-guidance-FR.pdf ● Interim guidance for the poliomyelitis (polio) surveillance network in the context of coronavirus disease (COVID-19) www.who.int/publications/i/item/WHO-POLIO-20.04
<p>Surveillance communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Technical Contributors to the June 2018 WHO meeting. A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. Euro Surveillance 2019;24(2): pii=1800681. ● doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681
<p>Détection des poliovirus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Département de la vaccination, des vaccins et des produits biologiques de l'Organisation mondiale de la Santé. Polio Laboratory Manual, 4^e édition, Genève, 2004. Organisation mondiale de la Santé. WHO/IVB/04.10. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68762/WHO_IVB_04.10.pdf
<p>Formation sur les questions liées au genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Gender and Polio Introductory Training: Facilitation Guide polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Gender-and-polio-introductory-training-facilitation-guide-20220620.pdf ● Gender and Polio Introductory Training: Presentation Slides polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Presentation-Gender-and-Polio-Training.pdf ● Gender and Polio profile polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Gender-and-Polio-Profile-20220620.pdf

Surveillance des maladies à prévention vaccinale	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance standards for vaccine-preventable diseases, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2018. • www.who.int/publications/i/item/surveillance-standards-for-vaccine-preventable-diseases-2nd-edition • Stratégie mondiale pour la surveillance globale des maladies à prévention vaccinale https://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/Global_Comprehensive_VPD_Surveillance_Strategy_IA2030_FR.pdf
---	--

Latitude-----
Longitude-----

Nomade _____ ; Non Nomade _____

Île _____ ; Continent _____

FORMULAIRE DÉTAILLÉ D'INVESTIGATION DES CAS

Insérer une photo du cas

Numéro EPID : _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Motif de l'investigation :

Cocher une option : PVS1 _____ PVS3 _____ PVDVc-(Type.....) _____ Compatible _____ Inadéquat _____ Sabin _____ VPOn2 _____
Zéro dose _____ Cas de paralysie flasque aiguë urgent _____

Cas index _____ contact _____

DATE CONFIRMATION DU LABORATOIRE/RAPPORT CNEP REÇU le jj/mm/aaaa ____/____/____

DATE DE DÉBUT DE CETTE INVESTIGATION jj/mm/aaaa ____/____/____ DATE DE FIN ____/____/____

Si plus de 48 heures se sont écoulées entre la réception de la confirmation du laboratoire/du rapport du CNEP et la fin de l'investigation des cas, EXPLIQUER la raison du retard (s'applique uniquement au PVS1, au PVS3 et au PVDVc2 : _____

INDIQUER LES NOMS DES INVESTIGATEURS ET DE L'ORGANISATION :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'INVESTIGATION DÉTAILLÉ

OMS – Programme d'éradication de la poliomyélite

1. Le formulaire doit être complété intégralement et de façon lisible.
2. Utiliser le format jj/mm/aaaa dans les champs des dates.
3. Après avoir été dûment rempli, le formulaire doit être envoyé au Ministère de la santé, aux bureaux de pays de l'OMS et à l'IMEP.

Nom de l'informateur : _____

(Les informateurs devraient de préférence être les personnes en charge de l'enfant ou du cas dans les deux semaines précédant et suivant l'apparition de la paralysie)

Lien de l'informateur avec le cas de paralysie flasque aiguë faisant l'objet de l'investigation : _____

I. DONNÉES D'IDENTIFICATION

1. Numéro EPID : _____
2. Date d'apparition de la paralysie : (jj/mm/aaaa) ____/____/_____
3. Nom : _____
4. Sexe (Cocher une seule réponse) : Masculin __ Féminin ____
5. Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____/____/_____

(Si la date de naissance n'est pas connue) Âge en mois ou en années au moment de l'apparition de la paralysie :

6. Date de notification, ____/____/_____
7. Date de l'investigation, ____/____/_____
8. Date du 1^{er} prélèvement de selles, ____/____/____ Date du 2nd prélèvement de selles, ____/____/_____
9. Date d'envoi des échantillons de selles au laboratoire, ____/____/_____
10. Date d'arrivée des échantillons de selles au laboratoire, ____/____/_____
11. État des échantillons de selles à l'arrivée au laboratoire : Adéquat ____ Inadéquat ____
12. Motif d'inadéquation des échantillons de selles :

Deux échantillons prélevés >14 jours après l'apparition de la paralysie	O/N
Un seul échantillon prélevé	O/N
Échantillon n'arrivant pas au laboratoire en « bon état »	O/N
Aucun échantillon prélevé	O/N
Autre raison	

13. Nom du père : _____ Âge du père : _____
14. Profession du père : _____
15. Nom de la mère : _____
16. Profession de la mère : _____
17. Religion : Musulmane : _____ Chrétienne : _____ Autre (veuillez préciser) : _____
- Lieu :
18. Adresse : _____ Village : _____
19. Agglomération : _____ Aire de santé : _____

20. District/sous-district _____ Province/État _____

21. Depuis combien de temps l'enfant vit-il à cet endroit ?

(Préciser en jours, mois ou années) _____

22. La famille du cas est-elle nomade ? Oui _____ Non _____

23. L'enfant vivait-il à un endroit différent le mois précédant le début de la paralysie ? (Oui ou non) _____

Si oui, veuillez indiquer le lieu : Agglomération : _____ Sous-district/District : _____

Province/État _____

II Autres informations

1. Niveau d'instruction des parents (cocher la case du niveau d'instruction le plus élevé de chaque parent)

Niveau d'instruction le plus élevé	Père	Mère
Aucun		
École coranique		
Enseignement primaire		
Enseignement secondaire		
Enseignement post-secondaire ou supérieur		

2. Classe socio-économique du foyer du cas (selon votre meilleure évaluation personnelle)

Pauvre : _____ Moyenne : _____

3. Description de la zone de résidence (cocher une case)

Urbaine de classe supérieure	
Urbaine de classe moyenne	
Bidonville	
Ville	
Village	
Île	

Fournir toute autre information jugée pertinente pour décrire la zone dans laquelle réside le foyer concerné.

4. La famille vit-elle dans une structure permanente ? Oui _____ Non _____

5. Nombre d'établissements de santé proposant des services de vaccination systématique dans ce sous-district ou cette aire de santé _____.

6. Performance du DISTRICT en matière de vaccination (indicateurs) pour les trois dernières années et l'année en cours (janv.-)

Indicateur	Année...	Année...	Année...	Année en cours (janv-.....)
VPO3				
VPI				

7. Quelle est la couverture cumulée par le vaccin antipoliomyélitique oral3 et le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans ce sous-district/cette aire de santé/zone administrative ? VPO3 : ___ VPI : ____,
8. Quel est le nombre total d'agglomérations/de villages dans ce sous-district/cette aire de santé/zone administrative ? _____.
9. Distance (estimée en km) entre le lieu de résidence du cas et l'établissement de santé le plus proche ?
—
10. Nom de l'établissement de santé le plus proche. _____
11. Cet établissement de santé propose-t-il des services de vaccination systématique dans le cadre du PEV ?
Oui _____ Non _____
12. Combien d'agglomérations/villages compte la zone de desserte de l'établissement de santé ?
_____.
13. L'ensemble des agglomérations/villages que compte la zone de desserte de l'établissement de santé sont-ils couverts et atteints ? Oui : ___ NON : ___
14. Quelle est la couverture du vaccin antipoliomyélitique oral/VPI dans cet établissement de santé ? _VPO : _____
_____VPI : _____
15. Existe-t-il des camps nomades à moins de 5 km du foyer du cas ? Oui ___ Non ___
16. Existe-t-il un marché hebdomadaire dans un rayon de 5 km autour du foyer du cas ?
Oui : _____ Non : _____
17. La famille a-t-elle connaissance d'autres cas de paralysie flasque aiguë dans les environs ? Oui ___ Non ___
—

Si oui, indiquer le nom et la localisation des cas et indiquer s'ils ont déjà fait l'objet d'une investigation ou non :
(indiquer ces informations ci-dessous)

III. Données cliniques (ces informations devraient être confirmées par la famille et ne pas être recopiées à partir du formulaire d'investigation de cas d'origine)

Données de l'examen initial

1. Y avait-il de la fièvre à l'apparition de la paralysie ? Oui _____ Non _____
2. Combien de temps, en jours, s'est-il écoulé entre l'apparition de la paralysie et la fin de sa progression ?
_____ jours

3. Parties du corps touchées par la paralysie/faiblesse : (cocher toutes les cases pertinentes)

	Partie supérieure du bras	Partie inférieure du bras	Partie supérieure de la jambe	Partie inférieure de la jambe
Droit(e)				
Gauche				

4. La paralysie/faiblesse était-elle asymétrique ? Oui _____ Non _____
5. Décrire le tonus musculaire des membres paralysés/affaiblis au moment de l'apparition de la paralysie (cocher une seule réponse) :

Normal _____ Amoindri/mou _____

6. Les échantillons de selles étaient-ils adéquats ? Oui _____ Non _____

Si non, expliquer pour quelle raison : _____

7. Y a-t-il eu des antécédents de traumatisme dans les jours ou les semaines ayant précédé l'apparition de la paralysie ? Oui ___ Non ___

Si oui, veuillez préciser _____

8. Des injections ont-elles été reçues dans les jours ou les semaines ayant précédé l'apparition de la paralysie ?
Oui ___ Non ___

Si oui, veuillez préciser : _____

IV. Voyages effectués

1. Le cas de paralysie flasque aiguë a-t-il voyagé au cours des 30 jours ayant précédé l'apparition de la paralysie/faiblesse ? Oui ___ Non _____

2. Si oui, où ? (Expliquer brièvement et indiquer les dates le plus précisément possible.) _____

3. Des membres de la famille proche ont-ils voyagé en dehors de la localité dans les 30 jours ayant précédé l'apparition de la paralysie ?

Oui _____ Non _____

Si oui, où ? (Explique brièvement et indiquer les dates le plus précisément possible) _____

4. Le foyer a-t-il reçu des visiteurs venant de l'extérieur de la localité dans les 30 jours ayant précédé l'apparition de la paralysie ? Oui _____ Non _____

Si oui, d'où venaient-ils ? (Expliquer brièvement et indiquer les dates le plus précisément possible) _____

5. Le cas de paralysie flasque aiguë a-t-il voyagé depuis l'apparition de la paralysie/faiblesse ? Oui _____
Non _____

Si oui, où ? (Expliquer brièvement et indiquer les dates le plus précisément possible) _____

V. Antécédents vaccinaux

V.I Vaccination systématique

1. Nombre total de doses de VPO que l'enfant a reçues dans le cadre de la vaccination systématique (*ne pas inclure les doses reçues après l'apparition de la paralysie*) _____
2. Nombre total de doses de VPI que l'enfant a reçues dans le cadre de la vaccination systématique _____
3. Quelle est la source d'information sur la vaccination systématique ?
Anamnèse _____ Carnet de vaccination _____ (Cocher une seule réponse)
4. Si l'enfant n'est pas entièrement vacciné (trois doses de VPO dans le cadre de la vaccination systématique avant l'âge de 12 mois, dose à la naissance non comprise), expliquer pourquoi : _____

V.II Activités de vaccination supplémentaires :

1. Nombre total de doses de VPO reçues dans le cadre des AVS : _____
2. Date de la dernière dose de VPO reçue dans le cadre des AVS : ____/____/____ Vaccin utilisé : VPOb : ____
VPOn : ____
3. Nombre total de doses de VPI reçues dans le cadre des AVS : _____
4. Date de la dernière dose de VPI reçue dans le cadre des AVS : ____/____/____

5. Énumérer toutes les campagnes de vaccination menées dans la région au cours des 12 derniers mois. Indiquer dans le tableau ci-dessous si l'enfant a reçu le vaccin antipoliomyélitique oral ou le vaccin antipoliomyélitique inactivé et, si ce n'est pas le cas, en indiquer la raison.

Date de campagne	Type de campagne (par exemple, JNVS, JNV, ratissage, semaine SMNE)	L'enfant a-t-il reçu le vaccin antipoliomyélitique oral ? (OUI, NON)	L'enfant a-t-il reçu le vaccin antipoliomyélitique inactivé ? (OUI, NON)	Si non, indiquer le motif (voir les codes relatifs au motif ci-dessous)*

*Raisons pour lesquelles l'enfant n'a pas reçu toutes les doses :

1 = Enfant non éligible car âgé de plus de cinq ans au moment de la campagne

2 = Aucune équipe n'est venue au domicile

3 = La famille a refusé la vaccination (en cas de refus, expliquer le motif en détail ci-dessous)

4 = Autre

Si la réponse est « autre » ou « refusée », expliquer la raison. _____

6. Nombre total de doses de VPO auxquelles l'enfant était éligible au cours des campagnes. _____

7. Nombre total de doses de VPO que l'enfant a effectivement reçues dans le cadre de la vaccination systématique et des AVS _____

8. Nombre total de doses de VPI que l'enfant a effectivement reçues dans le cadre de la vaccination systématique et des AVS _____

9. Entretien avec les parents de l'enfant :

9a. Que souhaitez-vous savoir de plus sur la vaccination pour pouvoir faire vacciner votre enfant ?

(Cocher les réponses dans la liste ci-dessous)

- Le vaccin antipoliomyélitique oral est-il sûr ? -----
- À quoi sert le porte-à-porte ? -----
- Pourquoi de nombreuses campagnes sont-elles organisées ? -----
- Quels sont les effets secondaires du vaccin antipoliomyélitique oral ? -----
- Que contient le vaccin antipoliomyélitique oral ? -----
- Pourquoi le vaccin antipoliomyélitique oral est-il gratuit ? -----
- Pourquoi le vaccin antipoliomyélitique oral uniquement ? -----
- Quels avantages la vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral présente-t-elle ? -----
- Quels sont les risques de paralysie ? -----

9b. Qui, au sein de votre communauté, a toute votre confiance et saurait vous convaincre de faire vacciner entièrement votre enfant ?

(Cocher des réponses dans la liste ci-dessous)

- Un responsable politique-----
- Un agent de santé qualifié-----
- Un responsable religieux-----
- Un chef traditionnel-----
- Un tradipraticien-----
- Une accoucheuse traditionnelle/femme d'influence au sein de la communauté-----
- Un leader de la jeunesse-----
- Un responsable communautaire-----
- Un proche-----
- Autres-----

9c. À quelle source d'information sur la vaccination/le vaccin antipoliomyélitique oral auriez-vous donné plus de crédit ?

(Cocher des réponses dans la liste ci-dessous)

- Un responsable politique-----
- Un chef traditionnel-----
- Un responsable religieux/Imam-----
- -----
- Un crieur public-----
- Un responsable communautaire/philanthrope-----
- -----
- Un mobilisateur communautaire bénévole-----
- -----
- Équipe de vaccination-----
- Agent de santé-----
- Radio-----
- Journaux-----
- Télévision-----

9d. Quelles autres interventions de santé associées à la vaccination vous auraient-elles conduit à procéder à la vaccination complète de votre enfant ? (Cocher des réponses dans la liste ci-dessous)

- L'inclusion d'autres antigènes (Rougeole, Penta, BCG, FJ, etc.) -----
- -----
- Les consultations prénatales-----
- -----
- La gratuité/disponibilité à prix réduit des médicaments-----
- -----
- La distribution d'antipaludéens-----
- -----
- La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide-----
- -----
- La gratuité des consultations médicales-----
- La distribution de fauteuils roulants pour les enfants paralysés-----
- -----
- Des services cliniques/hospitaliers-----

9e. Apporteriez-vous votre soutien à la vaccination des enfants de moins de cinq ans au sein de votre communauté ?

- Oui -----
- Non-----
- Indécis(e)-----

9f. Comment soutiendriez-vous la vaccination des enfants de moins de cinq ans au sein de votre communauté ? (Cocher des réponses dans la liste ci-dessous)

- En sensibilisant les familles réticentes-----
- En faisant vacciner mes propres enfants publiquement-----
- En essayant de convaincre mes voisins/membres de ma famille et d'autres personnes-----
- -----

10. Dans la zone touchée, y a-t-il des indications montrant que les chefs traditionnels soutiennent activement les équipes de vaccination, par exemple en les accompagnant lors des campagnes de vaccination ? Les équipes de vaccination sont-elles sélectionnées dans la zone concernée ? Oui ___ Non ___

Si non, veuillez expliquer pour quelle
raison : _____

11. L'équipe spéciale au niveau du DISTRICT est-elle fonctionnelle ? Oui ... Non ...

Si non, veuillez expliquer pour quelle raison :

12. Y a-t-il des éléments attestant de l'existence de lacunes dans la microplanification des AVS ? Oui _____
Non _____

Si oui, veuillez préciser _____

13. Y a-t-il des éléments attestant de l'existence de lacunes dans la performance des équipes de vaccination Oui
_____ Non _____

Si oui, veuillez préciser _____

VI. Instructions pour l'enquête sur la couverture vaccinale

- Sélectionner 30 foyers comptant au moins un enfant âgé de moins de cinq ans dans les environs du foyer du cas concerné. Enregistrer les informations suivantes sur tous les enfants de moins de cinq ans au sein de ces 30 foyers (**si le foyer compte plus d'un enfant de moins de cinq ans, poser uniquement les questions pour l'enfant le plus jeune**) : *âge de l'enfant en mois, nombre de doses de VPO reçues dans le cadre de la vaccination systématique, si l'enfant a reçu une dose de VPI dans le cadre de la vaccination systématique, si l'enfant a reçu le vaccin antipoliomyélitique oral au cours de la dernière campagne de vaccination et si l'enfant a reçu le vaccin antipoliomyélitique oral au cours de la campagne de vaccination précédente. Si aucune dose n'a été administrée lors des AVS, en indiquer la raison.*
- Pointer à l'aide de l'appendice II, puis compléter les informations sur l'appendice I.

VII. Surveillance de la paralysie flasque aiguë

- Qui a notifié ce cas ? Point focal du district/Point focal de l'établissement --/Clinicien ---/Équipe de vaccination _/Informateur___/Autre : _____
 - Si la réponse est « autre », veuillez préciser _____
- Performance du DISTRICT en matière de surveillance de la paralysie flasque aiguë (indicateurs) pour les trois dernières années et l'année en cours (janv-.)

Indicateur	Année...	Année...	Année...	Année en cours (janv-.....)
Taux de paralysie flasque aiguë non paralytique				
% d'adéquation des échantillons de selles				

- Existe-t-il des éléments attestant qu'une surveillance active a été menée dans l'établissement de santé le plus proche conformément aux lignes directrices ? (signature sur le registre de l'établissement de santé, sur le registre des visiteurs, etc.) ?
Oui _____ Non _____
Existe-t-il des éléments attestant qu'une recherche rétroactive des cas a été menée au niveau des districts et des établissements de santé au cours des deux dernières années ? Oui _____ Non _____
Si oui, renseigner le tableau ci-dessous.

Établissement de santé/informateur le plus proche – Recherche active des cas :

N°	Nom de l'établissement de santé/informateur	Statut prioritaire des sites (prioritaires absolus/hautement prioritaires/moyennement prioritaires/faiblement prioritaires/autres)	Date de la dernière visite de l'établissement de santé par le point focal du district/le point focal de l'aire de santé/autres	Nombre de cas de paralysie flasque aiguë non notifiés détectés

4. Des virus orphelins ont-ils circulé dans la province ou le district au cours de l'année précédente ou de cette année ? Oui _____ Non _____
5. Existe-t-il dans le district d'autres cas compatibles dont la date d'apparition de la paralysie est inférieure ou égale à 8 semaines ? Oui----Non---
6. Tendance des cas confirmés de poliovirus et des cas compatibles dans l'État/pendant ces deux dernières années et l'année en cours (janv-)

Échelle	Année			Année			Année en cours (janv-)		
	Nbre de cas de PVS	Nbre de cas de PVDVc2/PVDV2	Nbre de cas compatibles	Nbre de cas de PVS	Nbre de cas de PVDVc	Nbre de cas compatibles	Nbre de cas de PVS	Nbre de cas de PVDVc	Nbre de cas compatibles
État									
DISTRICT									

7. Principales lacunes identifiées dans la surveillance de la paralysie flasque aiguë :

-
-
-
-

8. Résultats de la surveillance à partir d'une enquête en porte à porte

Dans le cadre l'enquête en porte à porte, combien de cas de paralysie flasque aiguë non détectés ont été identifiés et combien de nouveaux cas ont fait l'objet d'investigations

9. Instructions pour le prélèvement d'échantillons :

1. **Échantillons de selles** : un échantillon de selles de chacun des contacts
2. **Échantillon de sang** : un échantillon de sang doit être prélevé chez le cas à la recherche d'un déficit immunitaire.

VIII. Conclusion

Raisons pour lesquelles l'enfant peut être considéré comme atteint de poliomyélite :

Raisons pour lesquelles les échantillons de l'enfant peuvent être considérés comme inadéquats :

IX. Principales recommandations

N°	Recommandation	Calendrier	Responsable
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
6			
7			

APPENDICE I. Enquête sur la couverture vaccinale

Calculer et reporter le résultat à l'aide des données de l'appendice II :

1. Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 35 mois ayant reçu **3 doses de VPO dans le cadre de la vaccination systématique.** _____%
 2. Pourcentage d'enfants âgés de 3 à 12 mois ayant reçu **1 dose de VPI dans le cadre de la vaccination systématique.** _____%
 3. Raisons de l'absence de vaccination par VPO ou vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le cadre de la vaccination systématique (examiner les codes ci-dessous et indiquer le pourcentage)

 4. Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 5 ans ayant reçu **le vaccin antipoliomyélitique oral au cours de la dernière campagne de vaccination.** _____%
 5. Raisons de l'absence de vaccination lors de la dernière campagne de vaccination _____
 6. Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 5 ans ayant reçu **le vaccin antipoliomyélitique oral au cours de la campagne de vaccination précédente.** _____%
 7. Raisons de l'absence de vaccination lors de la campagne de vaccination précédente _____
 8. Raison de l'absence de vaccination dans le cadre des AVS (examiner les codes ci-dessous et indiquer le pourcentage) _____
- _____
9. Indiquer le taux de couverture du PEV notifié (taux définitif pour l'année dernière et taux cumulé le plus à jour possible pour l'année en cours) concernant le vaccin antipoliomyélitique oral pour le DISTRICT dans lequel vit le cas (selon les données communiquées par le programme PEV) _____%

ANNEXE II :

District : _____ Date : _____ Nom de l'investigateur : _____

Service d'hospitalisation : _____

Agglomération : _____

Numéro de la maison	Nom de l'enfant	Sexe (H/F)	Âge (mois)	Carte de vaccination systématique vue (OUI/NON)	SITUATION DU VPO								PFA		
					Nombre total de doses de VPO reçues dans le cadre de la vaccination de routine	Nombre total de doses de VPO reçues dans le cadre de la vaccination de routine	*Motif si zéro dose pour la vaccination systématique (Utilisez les codes ci-dessous)	Nbre total de doses de VPO reçues dans le cadre des AVS	*Motif si zéro dose pour les AVS (Utilisez les codes ci-dessous)	Vacciné lors de la dernière tournée (OUI/NON)	*Motif si non vacciné lors de la dernière tournée	Vacciné au cours de la tournée avant la dernière tournée (OUI/NON)		Motif si non vacciné au cours de la tournée avant la dernière tournée (OUI/NON)	Y a-t-il des cas de paralysie flasque aiguë dans le foyer ? (OUI/NON)
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															

Latitude -----

Longitude-----

(NB : coordonnées du site de prélèvement environnemental où l'échantillon a été prélevé)

Formulaire d'investigation des poliovirus confirmés à partir d'échantillons environnementaux

NB : remplir au stylo de n'importe quelle couleur, sauf noir, en lettre minuscules

Numéro EPID : _____

Type de poliovirus (Cocher une seule réponse) : PVS1 _____ PVS3 _____

PVDV (Préciser 1, 2 ou 3/a ou c/Non classé) _____

Date de confirmation par le laboratoire : jj/mm/aaaa ____/____/____

Date de début de l'investigation : jj/mm/aaaa __/__/__

Insérer une photo du site de surveillance environnementale

N°	Nom des investigateurs	Organisation	Numéro de téléphone
1			
2			
3			

Date de fin de l'investigation : __/__/__

Expliquer la raison du retard si l'intervalle entre la réception de la confirmation par le laboratoire et la fin de l'investigation du cas de flambée épidémique est supérieur à 48 heures _____

Instructions pour remplir le formulaire d'investigation des poliovirus

4. Le formulaire doit être entièrement rempli, à l'aide d'un stylo de n'importe quelle couleur (sauf noir), en lettres minuscules bien lisibles, avec la mention « sans objet » si nécessaire.
5. Utiliser le format jj/mm/aaaa dans les champs des dates.

Modèle de formulaire d'investigation des poliovirus à partir d'échantillons environnementaux

1. Profil de la province/région

Nom de la province/de l'État _____ Nombre de districts/zones administratives locales _____ Nombre d'aires de santé/de sous-districts _____

Population totale de la province/ de l'État _____ Population vaccination systématique (<1 an) _____

Population faisant l'objet de la surveillance (<15 ans) _____ Nbre d'établissements de santé (publics/privés) ____/____

Nbre d'établissements de santé proposant des services de vaccination systématique (publics/privés) ____/____

Date du passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent _____

Date d'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé _____

Date de la dernière activité de vaccination supplémentaire pour le vaccin antipoliomyélitique oral _____

Date de la dernière activité de vaccination supplémentaire pour le vaccin antipoliomyélitique oral^{m2} _____

Compléter le tableau ci-dessous en indiquant la période

N°	Indicateurs	Période de l'année en cours	Valeurs
1	Couverture par le vaccin antipoliomyélitique oral ³		
2	Couverture par le vaccin antipoliomyélitique inactivé		
3	Couverture par le penta ³		

4	Nombre d'enfants non vaccinés âgés <1 an		
5	Taux de paralysie flasque aiguë non paralytique		
6	Taux d'adéquation des échantillons de selles		
7	Pourcentage des aires de santé notifiant des cas de paralysie flasque aiguë		
8	Taux de NPENT		

Indiquer la présence ou l'absence de groupes à haut risque dans la province

N°	Groupes à haut risque	Présence/Absence	Observations
1	Réfugiés		
2	Populations inaccessibles pour des raisons géographiques		
3	Populations inaccessibles pour des raisons d'insécurité		
4	Camps nomades		
5	PDI		
6	Autres (préciser)		

2. Profil DU DISTRICT

Nom du district _____ Nbre d'aires de santé _____ Nbre d'agglomérations /villages _____

Population totale du district _____ Population vaccination systématique (<1 an) _____

Population faisant l'objet de la surveillance (<15 ans) _____ Nbre d'établissements de santé (publics/privés) ____/____

Nbre d'établissements de santé proposant des services de vaccination systématique (publics/privés) ____/____

Date du passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent _____

Date d'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé _____

Date de la dernière activité de vaccination supplémentaire pour le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent _____

Date de la dernière activité de vaccination supplémentaire pour le vaccin antipoliomyélitique oral m2

Compléter le tableau ci-dessous en indiquant la période

N°	Indicateurs	Période de l'année en cours	Valeurs
1	Couverture par le vaccin antipoliomyélitique oral3		
2	Couverture par le vaccin antipoliomyélitique inactivé		
3	Couverture par le penta3		
4	Nombre d'enfants non vaccinés âgés <1 an		
5	Taux de paralysie flasque aiguë non paralytique		
6	Taux d'adéquation des échantillons de selles		
7	% de sous-districts notifiant des cas de paralysie flasque aiguë		
8	Taux de NPENT		

Indiquer la présence ou l'absence de groupes à haut risque dans l'État

N°	Groupes à haut risque	Présence/Absence	Observations
1	Réfugiés		
2	Populations inaccessibles pour des raisons géographiques		
3	Populations inaccessibles pour des raisons d'insécurité		
4	Camps nomades		
5	PDI		
6	Autres (préciser)		

Compléter à l'aide des données concernant les cinq dernières AVS organisées dans le district

Date de l'AVS	Type d'AVS*	Type de VPO utilisé**	Population cible	Nombre d'enfants vaccinés	Couverture administrative	Résultats de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité

*(JNVS, JNV, ratissage, riposte à une flambée, journées de la santé de la mère et de l'enfant)

**VPOt, VPOb, VPOm1, VPOm2, VPI, VPIf

3. Échantillon environnemental

Numéro EPID : _____ Nom du site de prélèvement _____

District _____ Aire de santé _____ Agglomérations/villages _____

Date de prélèvement de l'échantillon _____ Fréquence de prélèvement _____

Date de début d'échantillonnage sur ce site _____

Date du dernier isolat de PVS prélevé sur ce site _____

Date et type du dernier isolat de PVDV prélevé sur ce site _____

Date du dernier isolat de Sabin 2 prélevé sur ce site _____

Date du dernier isolat de NPENT prélevé sur ce site _____

Remplir le tableau ci-dessous par zone administrative locale/sous-district/agglomération desservi(e) par le site de surveillance environnementale

N°	Nom du district desservi par le site de SE	Nom de l'aire de santé desservie par le site de SE	Nom des agglomérations/villages par aire de santé desservie par le site de SE	Population âgée de moins de cinq ans dans chaque agglomération/village par aire de santé
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Total				

Ajouter autant de lignes que nécessaire en fonction du nombre d'agglomérations

4. Vaccination systématique et enquête communautaire autour du site de prélèvement des échantillons pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë

Prélever des échantillons auprès d'au moins 30 foyers comptant des enfants âgés de moins de cinq ans par aire de santé desservie par le site et déterminer le statut vaccinal de la communauté/du camp de personnes déplacées. Utiliser le formulaire d'enquête sur la couverture vaccinale communautaire figurant à l'Annexe I.

Note : prélever UN échantillon de selles chez 20 enfants en bonne santé âgés de <5 ans vivant dans la zone de desserte, choisis au hasard. Préciser sur le formulaire d'enquête « enfants en bonne santé ».

Résultats concernant la couverture vaccinale communautaire :

Nombre de foyers échantillonnés _____

Vaccination systématique

Remplir le tableau ci-dessous concernant la vaccination systématique

Type d'antigène	Groupe d'âge	Nombre total d'enfants inclus dans l'enquête	EVPA		PVPA		NV	
			Nombre d'enfants vaccinés	%	Nombre d'enfants vaccinés	%	Nombre d'enfants	%
VPO	<12 mois							
	1 à 5 ans							
	0 à 5 ans							
VPI	14 sem. à 1 an							
	1 à 5 ans							
	14 sem. à 5 ans							

EVPA=entièrement vacciné pour l'âge, PVPA=partiellement vacciné pour l'âge, NV=non vacciné, sem. = semaines

Activités de vaccination supplémentaires

Remplir le tableau ci-dessous concernant la dernière AVS

Type d'antigène	Groupe d'âge	Nombre d'enfants	Nombre d'enfants inclus dans l'enquête	Taux de couverture
VPO	<12 mois			
	1 à 5 ans			
	0 à 5 ans			
VPI	14 sem. à <12 mois			
	1 à 5 ans			
	14 sem. à 5 ans			

Remplir le tableau ci-dessous pour les trois dernières AVS

Type d'antigène	Groupe d'âge	Nombre d'enfants vaccinés dans le cadre des 3 AVS	Nombre d'enfants inclus dans l'enquête	Taux de couverture
VPO	<12 mois			
	1 à 5 ans			
	0 à 5 ans			
VPI	14 sem. à <12 mois			
	1 à 5 ans			
	14 sem. à 5 ans			

c) Résultats des cas de paralysie flasque aiguë identifiés dans les établissements de santé et au sein de la communauté

N°	Nom du cas de paralysie flasque aiguë	Date d'apparition de la paralysie			Recherche rétroactive des cas dans les établissements de santé (RRAC) OU recherche active des cas au sein de la communauté (RACC)	Établissement : Public/Privé	Le cas de paralysie flasque aiguë identifié réside-t-il au sein de la communauté ? Oui/Non	Des échantillons ont-ils été prélevés ? Oui/Non	Un suivi est-il nécessaire ? Oui/Non	Observations
		0-14 jours	15-60 jours	>60 jours						
	TOTAL									

(DAP = Date d'apparition de la paralysie)

d) Résumé des résultats de la recherche de cas de paralysie flasque aiguë au sein des établissements de santé et des communautés

Nombre de districts concernés _____

Nombre d'aires de santé concernées _____

Nombre d'agglomérations/villages/camps de personnes déplacées concernés _____

Nombre de foyers couverts _____

Nombre d'agents de santé concernés _____

Nombre d'établissements de santé visités _____

Nombre de cas de paralysie flasque aiguë non détectés découverts dans les établissements de santé visités _____

Nombre de cas de paralysie flasque aiguë non détectés découverts au sein de la communauté _____

Nombre de cas de paralysie flasque aiguë ayant déjà fait l'objet d'une investigation (déjà dans la base de données) _____

Nombre de cas de paralysie flasque aiguë non détectés ne figurant pas dans la base de données et répondant aux conditions suivantes :

- Date d'apparition de la paralysie = de 0 à 14 jours : _____ Date d'apparition de la paralysie = de 15 à 60 jours : _____
- Date d'apparition de la paralysie ≥ 60 jours : _____

Nombre de cas de paralysie flasque aiguë non détectés pour lesquels deux échantillons de selles ont été prélevés : _____

Résultats de l'enquête sur la couverture communautaire :

- Couverture par le vaccin antipoliomyélitique oral3 dans le cadre de la vaccination systématique chez les enfants de moins de 1 an -----
- Couverture par le vaccin antipoliomyélitique oral3 dans le cadre de la vaccination systématique chez les enfants de 1 à 5 ans -----
- Couverture par le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le cadre de la vaccination systématique chez les enfants de moins de 1 an -----
- Couverture par le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le cadre de la vaccination systématique chez les enfants de 1 à 5 ans -----
- Proportion d'enfants vaccinés lors de la dernière AVS mise en œuvre dans le district-----
- Proportion d'enfants vaccinés lors des 3 dernières AVS mises en œuvre dans le district-----

5. Résultats de laboratoire (y compris les résultats de séquençage génétique)

.....

6. Synthèse des résultats (*Énumérer les principaux résultats sous forme de liste à puces*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Conclusion (*énumérer les principales conclusions sous forme de liste à puces, c'est-à-dire, entre autres, ce qui peut être observé, déduit et conclu en tenant compte des principaux résultats, de l'origine probable du virus*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Recommandations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....

FORMULAIRE D'ENQUÊTE AUPRÈS DE LA COMMUNAUTÉ

Enquête auprès de la communauté : Nom de l'agglomération _____														
1	Numéro de l'enfant contrôlé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total		
2	Enfant contrôlé âgé de moins de 1 an (en mois)													
3	Enfant contrôlé âgé de 1 an à 5 ans (en années)													
4	Sexe de l'enfant contrôlé (M/F)											M	F	
5	Un carnet de santé ou de vaccination permet-il d'établir une liste des vaccins que l'enfant a reçus ?											O	N	
6	L'enfant est-il entièrement ou correctement vacciné pour son âge (EVPA)/partiellement vacciné pour son âge (PVPA)/non vacciné (NV) selon le calendrier de vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral ?											EVPA	PVPA	NV
7	L'Enfant est-il entièrement ou correctement vacciné pour son âge (EVPA)/partiellement vacciné pour son âge (PVPA)/non vacciné (NV) selon le calendrier de vaccination par le vaccin antipoliomyélitique inactivé ?											EVPA	PVPA	NV
8	**Raison pour laquelle l'enfant n'est pas à jour de la vaccination systématique (choisir parmi les codes ci-dessous)													
9	L'enfant a-t-il été vacciné lors de la dernière AVS organisée pour le vaccin antipoliomyélitique oral dans la zone administrative locale ?													
10	L'enfant a-t-il reçu les 3 doses de vaccin antipoliomyélitique dans le cadre des 3 AVS organisées dans la zone administrative locale en sa présence ?													
11	L'enfant a-t-il reçu le vaccin antipoliomyélitique inactivé lors d'une AVS organisée dans la zone administrative locale ?											O	N	
**Code pour remplir les options de l'enquête auprès de la communauté : 1= Pas connaissance de la vaccination systématique, 2=Attitude de l'agent de santé, 3=Ne croit pas à la vaccination, 4=Insatisfaction à l'égard de l'agent de santé, 5=Indisponibilité des vaccins, 6=Absence de services de vaccination dans l'agglomération, 7=MAPI, 8= Croyances religieuses, 9=Autres														
Mesure prise :														

