

Initiative mondiale

pour l'éradication de la

poliomyélite



WHO/POLIO/02.03 ; mis à jour en janvier 2002

Certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite

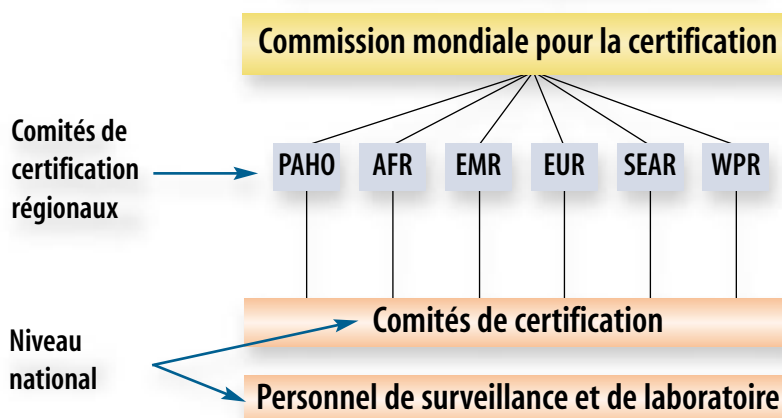
Objectif

On entend par « certification » la vérification indépendante de l'éradication du poliovirus sauvage. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a pour objectif de certifier le monde exempt de poliomyélite d'ici à la fin de 2005. Il ne sera possible de certifier que la poliomyélite a été éradiquée à l'échelle mondiale que lorsque toutes les Régions auront été certifiées exemptes de poliomyélite et que toutes les mesures de confinement du poliovirus sauvage des phases de pré-éradication et de post-éradication auront été mises en place (voir l'aide-mémoire sur le *confinement des stocks de poliovirus sauvage*). La certification mondiale constituera une étape importante dans l'élaboration d'une politique de vaccination antipoliomyélique après éradication.

Processus

La Commission mondiale pour la certification créée en 1995 par le Directeur général de l'OMS est chargée de mettre au point le processus et les critères de certification et, à terme, de certifier l'éradication mondiale de la poliomyélite. Pour cela, aucun cas de poliomyélite imputable au poliovirus sauvage ne doit avoir été détecté pendant au moins trois ans, alors que la surveillance est du niveau requis pour la certification dans les six Régions. Avant de certifier l'éradication mondiale, la Commission exige par ailleurs des six Régions qu'elles fournissent des données attestant la pleine application des mesures de confinement des phases de pré-éradication et de post-éradication exposées dans le *Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire*¹.

Processus de certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite



Pour la variole, chaque pays devait être certifié exempt de la maladie, tandis que, pour la poliomyélite, la certification se fait à l'échelle régionale : chaque pays et zone d'une Région de l'OMS doit fournir la preuve qu'aucun cas d'infection par un poliovirus sauvage autochtone n'est survenu depuis au moins trois ans, avec une surveillance du virus du niveau requis pour la certification. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est la référence absolue pour la certification, même si d'autres stratégies de surveillance ont été acceptées pour certains pays depuis longtemps exempts de poliomyélite dont le niveau d'assainissement est élevé et dotés de bons systèmes de santé. L'aptitude d'un pays à détecter et à étudier un nombre suffisant de cas de PFA en l'absence de poliomyélite garantit que le poliovirus serait détecté s'il était présent.

La documentation nécessaire à la certification est rassemblée et vérifiée par des comités de certification nationaux, puis transmise à une commission de certification régionale qui décide alors, sur la base des données, si la Région peut être certifiée exempte de la maladie. Les commissions de certification régionales sont des groupes spéciaux indépendants de huit à dix experts en santé publique, en épidémiologie, en virologie et/ou en médecine clinique reconnus au niveau international. La mise au point finale de la documentation dure plusieurs années et se fait en plusieurs étapes fondées sur un dialogue entre les comités de certification nationaux et la commission de certification régionale. La documentation doit également montrer la capacité de dépister et de notifier les cas de poliomyélite « importés », puis d'organiser une riposte.

Une fois qu'une Région est certifiée exempte de poliomyélite, avant que la certification mondiale puisse être envisagée, tous les pays de la Région doivent maintenir le niveau de surveillance requis pour la certification et mettre en oeuvre les mesures de confinement de post-éradication.



Organisation mondiale
de la Santé



¹ Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire (WHO/N&B/99.32).

Les cas importés n'ont aucune incidence sur la certification si les mesures qui s'imposent sont appliquées rapidement et s'ils n'engendrent pas une circulation prolongée ou importante du poliovirus (par exemple moins d'une année, avec une dissémination limitée géographiquement).

Après la certification mondiale, l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique exigera par ailleurs que les poliovirus dérivés de la souche vaccinale ne circulent plus et qu'une réserve mondiale de vaccins soit disponible en cas de besoin (voir l'aide-mémoire sur la *politique de vaccination antipoliomyélitique de post-éradication*).

Situation actuelle

La Commission mondiale pour la certification, qui se réunit chaque année depuis 1995, a mis au point le processus et les critères de certification décrits ci-dessus. Les Régions OMS des Amériques et du Pacifique occidental ont été respectivement certifiées exemptes de poliomyélite par les commissions de certification régionales en septembre 1994 et en octobre 2000. Aucun poliovirus sauvage autochtone n'a été détecté dans ces deux Régions par la suite, ce qui confirme la validité du processus et des critères de certification. Comme aucun poliovirus sauvage autochtone n'a été isolé dans le cadre de la surveillance du niveau requis pour la certification dans les Etats Membres de la Région européenne de l'OMS depuis novembre 1998, cette Région est en passe d'obtenir la certification en 2002.

Les Régions OMS africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont réalisé de grands progrès en vue de mettre un terme à la circulation du poliovirus d'ici à la fin 2002 : le 20 janvier 2002, seuls quatre, un et cinq pays, respectivement, avaient confirmé la circulation du poliovirus sauvage autochtone.

Toutes les Régions ont mis en place des commissions de certification régionales qui, chaque année, font rapport à la Commission mondiale pour la certification et lui soumettent des questions.

Enjeux

Comités de certification nationaux – Des comités de certification nationaux doivent être créés dans tous les pays ; les zones qui n'ont pas de gouvernements nationaux reconnus doivent bénéficier de l'appui des Nations Unies pour le recueil des données et les mécanismes de vérification.

Achèvement dans les délais des phases de pré-éradication et de post-éradication du *Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire* – Le programme de confinement en laboratoire doit être accéléré, notamment dans les pays industrialisés, si l'on veut parvenir à la certification mondiale dans les délais prévus (voir l'aide-mémoire sur le *confinement des stocks de poliovirus sauvage*).

Surveillance dans les zones en proie à des conflits – Il reste difficile d'instaurer une surveillance du niveau requis pour la certification dans les zones de conflits, notamment dans certaines régions de l'Angola. La certification ne sera possible qu'une fois que l'on aura la certitude que le poliovirus sauvage ne circule plus dans ces zones.

Maintien de l'infrastructure de surveillance – Cette infrastructure devra rester en place dans tous les pays, pendant et après la certification mondiale. Il faudra donc des ressources financières, humaines et techniques suffisantes dans un avenir proche pour recueillir tous les fruits de l'éradication de la poliomyélite.

Circulation du poliovirus dérivé de la souche vaccinale – La circulation prolongée ou à grande échelle du poliovirus dérivé de la souche vaccinale peut différer la certification régionale (dans les Régions non encore certifiées), voire la remettre en cause (dans les Régions certifiées). Vu que, en de rares occasions, le poliovirus dérivé de la souche vaccinale peut causer des flambées de poliomyélite, on est en train de mettre au point un processus pour vérifier, pendant la période de post-éradication, que le poliovirus dérivé de la souche vaccinale n'est pas en circulation.

Maintien d'une couverture vaccinale élevée – Il est essentiel que tous les pays maintiennent une couverture vaccinale infantile supérieure à 80 % grâce aux services de vaccination systématique ou à des activités de vaccination complémentaire, ou aux deux.

**Pour de plus amples renseignements sur la certification, veuillez vous adresser au Dr Rudi Tangermann (OMS/Genève),
Téléphone : + 41 22 791 4358, adresse électronique : tangermannr@who.int**

Lectures complémentaires

Report of the second meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis, Geneva, 1 May 1997, WHO/EPI/GEN/98.03.
Report of the sixth meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis, Washington DC, 28-29 March 2001, WHO/V&B/01.15.
Report of the sixth meeting of the Global Technical Consultative Group for Poliomyelitis Eradication, Geneva, 7-10 May 2001, WHO/V&B/01.32.
Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, WHO/V&B/99.32.

Pour d'autres renseignements sur l'éradication de la poliomyélite, visitez le site : www.polioeradication.org

La Commission mondiale pour la certification a souligné l'importance de trois indicateurs de l'efficacité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, notamment pour attester que le poliovirus sauvage n'est plus en circulation². Même si le poliovirus sauvage ne circule plus, les systèmes de surveillance devraient :

- dépister chaque année au moins un cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 personnes de moins de 15 ans ;
- recueillir des échantillons de selles de bonne qualité pour au moins 80 % des cas de PFA ;
- tester tous les échantillons dans un laboratoire accrédité par l'OMS.

2 Pour les critères relatifs au niveau de surveillance requis pour la certification, voir le rapport intitulé *Report of the second meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis*, Geneva, 1 May 1997, WHO/EPI/GEN/98.03.