



## Les îles du Pacifique exemptes de polio

### Examens rétrospectifs des dossiers médicaux pour intensifier la surveillance de la polio dans le Pacifique

#### I. Le contexte

Les pays et territoires océaniques (à l'exception de la Papouasie-Nouvelle-Guinée) constituent une sous-région de la Région du Pacifique occidental et sont considérés comme une entité épidémiologique à part entière dans le programme d'éradication de la poliomyélite. Pour que le Pacifique reste exempt de poliomyélite, il faut offrir à la population une protection immunitaire de haut niveau grâce à des programmes de vaccination de qualité et à des systèmes de surveillance réactifs qui permettent de détecter rapidement et sûrement la réapparition d'un poliovirus dans la région.

Le réseau de surveillance en milieu hospitalier s'appuie sur cinquante-huit hôpitaux répartis dans l'ensemble des 20 pays et territoires océaniques et sur la participation active de 20 coordinateurs nationaux, de 58 coordinateurs hospitaliers et d'environ 200 cliniciens pédiatres.

Normalement, la stratégie de surveillance de la poliomyélite paralytique consiste à assurer une surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), c'est-à-dire à notifier et à étudier tous les cas de PFA, à collecter rapidement et dans les conditions exigées deux échantillons de selles et enfin à assurer un suivi clinique approprié dans les 60 jours qui suivent la survenue de la paralysie. Dans la plupart des pays, la procédure de notification est toujours la même : tous les trois mois au moins, le coordinateur hospitalier doit transmettre un exemplaire du formulaire mensuel, dûment rempli, au coordinateur national, avec copie à l'OMS.

En matière de détection, les pays et territoires océaniques ont atteint la cible, à savoir au moins un cas de PFA non poliomyélitique détecté sur 100 000 enfants de moins de 15 ans depuis 1997, à l'exception de l'année 2002 où huit cas ont été notifiés, ce qui a porté le taux de PFA non poliomyélitique à 0.8 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. En 2003, dix cas ont été notifiés. Le taux annualisé de PFA non poliomyélitique a donc été de 1 pour 100 000 enfants de moins de 15

ans. Toutefois, il convient de noter que sur les dix cas, neuf ont été signalés par les Îles Fidji et un par les Îles Salomon. On est donc en droit de suspecter une sous-évaluation des cas dans les autres pays et territoires océaniques. Sur la période 1997-2003, les Îles Cook, Nauru, Nioué, les Palaos et Tokelau n'escomptaient aucun cas. En 2004, 14 cas de PFA ont été notifiés par six pays (Etats fédérés de Micronésie, Îles Fidji, Îles Marshall, Nouvelle-Calédonie, Îles Salomon et Vanuatu).

Alors que plusieurs pays et territoires océaniques étudient régulièrement des cas de PFA et atteignent les taux escomptés sur une année ou sur plusieurs années (lorsque les populations sont insuffisantes pour escompter des cas chaque année), plusieurs pays et territoires n'ont notifié des cas que sur une ou deux années, ou parfois n'en ont notifié aucun. Cela laisse supposer qu'ils ne connaissent pas suffisamment l'importance de leur propre système de surveillance.

Le tableau ci-dessous montre le total des cas de PFA notifiés par chaque pays et territoire océanique sur une période de huit années (1997-2004) :

Pays	Population totale de moins de 15 ans	97	98	99	00	01	02	03	04	Nombre de cas de PFA		Taux de PFA non-polio sur 1997-2004
										notifiés	escomptés	
										1997-2004		
Iles Fidji	288 000	4	3	2	5	3	2	9	7	35	23	1,39
Iles Salomon	182 400	0	1	2	4	2	1	1	1	12	15	0,86
Polynésie française	73 800	0	0	0	4	0	0	0	0	4	6	0,77
Vanuatu	85 100	0	2	0	1	0	1	0	2	6	7	0,67
Samoa	73 000	0	0	4	0	1	0	0	0	5	6	0,98
E.F. Micronésie	62 000	2	0	2	0	0	1	0	1	6	5	1,15
Nouvelle-Calédonie	69 900	3	4	1	3	3	2	0	2	18	6	3,27
Guam	53 100	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	0,27
Tonga	41 000	0	0	0	1	1	0	0	0	2	3	0,70
Kiribati	34 600	3	0	1	0	1	0	0	0	5	3	2,06
Samoa américaines	22 600	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0,63
Iles Mariannes du Nord	19 600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,00
Iles Marshall	22 800	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,00
Wallis&Futuna	5 100	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2,80
Tuvalu	3 500	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	4,08
<b>TOTAL</b>	<b>1 036 500</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>98</b>	<b>83</b>	<b>1,16</b>

Le pourcentage mondial normal de 80 % d'échantillons de selles prélevés rapidement n'a jamais été atteint dans les pays et territoires océaniques. Sur les neuf cas identifiés en 2002, deux seulement (29 %) ont donné lieu au prélèvement en temps voulu de deux échantillons de selles. Concernant les 10 cas survenus en 2003, 50 % seulement ont donné lieu à des prélèvements de selles effectués en temps voulu. Des échantillons de selles ont été prélevés dans les conditions exigées pour seulement huit (57 %) des 14 cas de PFA étudiés en 2004. Même si la sous-région du Pacifique a atteint l'objectif de détection des cas de PFA, il est indispensable de redoubler d'efforts pour que, lorsque des cas sont identifiés, une plus grande proportion d'échantillons de selles soit prélevée dans les bonnes conditions.

Le taux normal (80 %) d'examens de suivi à 60 jours n'a pas été atteint en 2002, puisque seulement trois des huit cas (38 %) ont fait l'objet d'un suivi. Ce pourcentage a été amélioré puisqu'il était de 90 % en 2003 et de 93 % en 2004.

Si la surveillance active de la PFA reste le moyen idéal de dépister la poliomyélite et si les programmes doivent toujours viser le niveau recommandé de qualité, plusieurs activités complémentaires de surveillance doivent être mises en place et notamment certaines méthodes permettant d'évaluer la réactivité des systèmes.

Le Comité sous-régional océanien de certification (SCC) qui continue de superviser le maintien du statut de région exempte de polio a affirmé à plusieurs reprises qu'il était nécessaire d'intensifier la surveillance active de la PFA en milieu hospitalier et, en particulier, de relancer une surveillance efficace de la PFA dans les pays et territoires océaniques et dans les hôpitaux où ces mesures ont été insuffisantes.

Pour améliorer la surveillance de la PFA, le SCC recommande tout particulièrement que l'on procède à l'examen rétrospectif des dossiers médicaux de patients hospitalisés (et, selon le cas, de patients suivis en ambulatoire) conservés dans les registres des 2 ou 3 dernières années pour valider la qualité des données déjà soumises et rechercher des cas de PFA qui auraient pu échapper à la vigilance de l'enquêteur.

Nous décrivons dans ce document la mise en œuvre de ces examens rétrospectifs de dossiers médicaux.

## **II. Objectifs**

Pour le Pacifique, l'examen rétrospectif de certains dossiers médicaux répond à des objectifs spécifiques :

1. Identifier et caractériser les sources des données pertinentes de surveillance de la PFA dans un contexte clinique donné.
2. Identifier et caractériser la structure, les politiques et les procédures de surveillance de la PFA actuellement en place dans un contexte clinique donné.
3. Valider la qualité des données soumises dans le cadre de la surveillance de la PFA.
4. Identifier les cas qui ont échappé à l'enquêteur.
5. Déterminer la réactivité des systèmes de surveillance de la PFA ou de la polio.
6. Identifier les causes d'une surveillance insuffisante de la PFA.
7. Faire comprendre l'importance de la surveillance de la PFA en incitant les principaux membres du personnel local à participer.
8. Formuler des recommandations pour améliorer les politiques et les procédures de surveillance de la PFA.

## **III. Procédure**

- Procéder dans un premier temps sur une période d'au moins deux années
- Etudier chaque année pour évaluer la réactivité des systèmes de surveillance dans les années à venir
- Examiner les dossiers dans certains des principaux hôpitaux de premier recours et centres de réadaptation
- Utiliser un nombre limité de codes de la classification internationale des maladies (CIM) :

Poliomyélite aiguë  
Poliomyélite/encéphalite

CIM 9 - 045-045.9  
CIM 9 - 323.2

Encéphalite/encéphalomyélite post-vaccinale	CIM 9 - 323.5
Encéphalite, sans précision	CIM 9 - 323.9
Syndrome de Guillain-Barre	CIM 9 - 357.0
Paralysie musculaire flasque	CIM 9 - 359.9
Névrite traumatique	CIM 9 - 956.0, 956.1, 956.9
Myélite transverse	CIM 9 - divers
Monoplégie – membres inférieurs	CIM 9 - 344.3
Monoplégie – membres supérieurs	CIM 9 - 344.4
Monoplégie – sans précision	CIM 9 - 344.8

Poliomyélite aiguë	CIM 10 - A80
Infections virales du système nerveux central	CIM 10 - A80-A89
Syndrome de Guillain-Barre	CIM 10 - G61
Névrite traumatique	CIM 10 - G57.0
Myélite transverse	CIM 10 - G37.3
Encéphalite, myélite, encéphalomyélite	CIM 10 - G04
Paralysie périodique	CIM 10 - G72.3
Méningite tuberculeuse	CIM 10 - A17.0 (G01)
Mal de Pott	CIM 10 - M49.0 (A18.0)

- Dans les hôpitaux où l'information n'est pas (encore) (complètement) informatisée, examiner le registre des admissions (et le cas échéant du registre des patients suivis en ambulatoire) et rechercher le diagnostic ayant justifié l'admission ou la sortie, comme par exemple :

- Poliomyélite
- Syndrome de Guillain Barre
- Myélite transverse
- Névrite traumatique (due généralement à une injection intramusculaire maladroite)
- Encéphalite
- Méningo-encéphalite
- Mal de Pott (destruction des vertèbres par la tuberculose)
- Méningite tuberculeuse- hypotonie musculaire (perte de la tonicité musculaire due à une autre cause)
- Paralysie hypokaliémique (faiblesse due à une chute du taux de potassium sanguin; souvent associée à une diarrhée et rapidement réversible)
- Paralysie
- Parésie (diminution de la force musculaire)
- Paralysie flasque (expression associée à d'autres termes)
- Faiblesse (d'un membre, origine mal définie, etc.)
- Trouble de la démarche

- Identifier tous les patients de moins de 15 ans sous ces codes
- Rechercher un signe de PFA dans les dossiers individuels
- Pour tous les cas de PFA trouvés, procéder comme suit :
  1. Remplir un formulaire standard d'étude de cas ;
  2. Résumer tous les résultats cliniques (pertinents) ;
  3. Rassembler les résultats des examens de suivi ;
  4. Présenter au SCC toutes les conclusions, y compris les diagnostics justifiant l'admission ou la sortie pour classification finale par l'intermédiaire du Secrétaire de l'OMS.

**Tableau 1.1 - Principaux aspects du système de surveillance active**

<b>Site</b>	<b>Détails</b>
Pays	
Hôpital	
<b>Problème</b>	<b>Détails</b>
<b>Aspects structurels</b>	
Coordinateur national (nom et coordonnées)	
Coordinateur hospitalier (nom et coordonnées)	
Principaux cliniciens (noms et coordonnées)	
<b>Aspects liés à la procédure</b>	
Les formulaires mensuels vous ont-ils posé un problème ?	
Pouvez-vous trouver le Dossier blanc (surveillance mensuelle) ?	
Disposez-vous de récipients pour le prélèvement d'échantillons de selles ?	
Les instructions sur le conditionnement et la documentation exigés pour le transport sont-elles disponibles ?	
Le laboratoire dispose-t-il de boîtes de transport ?	
<b>Examen des dossiers (&lt;15 ans)</b>	
Registre des admissions/sorties du service de pédiatrie.	
Tranche d'âge couverte par le registre	
Synthèse des résultats	
Examen des dossiers électroniques – données de sortie de l'hôpital	
<b>Autre</b>	
Recherche d'antécédents de suspicion de PFA	

Site	Détails
Pays	
Hôpital	
Problème	Détails
Rencontres avec des dirigeants et des membres du personnel administratif	

*Tableau 1.2 – Examen du registre des admissions en service de pédiatrie*

<i>Problèmes / Affections</i>	<i>Détails / résultats</i>
Hôpital	
Hospitalisés en pédiatrie	
Période concernée (mois/année)	
Nombre d'admissions en pédiatrie sur la période concernée (à l'exception des admissions en chirurgie)	
Qualité des données	
<i>Affections sous surveillance active</i>	
PFA ou suggestions de “faiblesse” ou “paralysie” ou autres symptômes/signes exigeant un examen approfondi	
Tétanos néonatal (optionnel)	
Rougeole (fièvre éruptive) (optionnel)	
<i>Autres affections évitables par la vaccination (optionnel)</i>	
Méningite HIB	
Méningite (sans précision)	
Hépatite B	
Coqueluche	
Rubéole	

<i>Problèmes / Affections</i>	<i>Détails / résultats</i>

**Tableau 1.3 – Examen du registre des admissions en salle(s)**

<b>Problèmes / Affections</b>	<b>Détails / résultats</b>
Hôpital	
Population (sous-groupe)	
Période concernée (mois/année)	
Nombre d'admissions en pédiatrie pendant la période concernée (à l'exception des admissions en chirurgie)	
Qualité des données	
<b>Affections sous surveillance active</b>	
PFA ou suggestions de “faiblesse” ou “paralyse” ou autres symptômes/signes exigeant un examen approfondi	
Tétanos néonatal (optionnel)	
Rougeole (fièvre éruptive) (optionnel)	
<b>Autres affections évitables par la vaccination (optionnel)</b>	
Méningite HIB	
Méningite (sans précision)	
Hépatite B	
Coqueluche	
Rubéole	



**Tableau 1.4 – Examen des données de sortie électroniques**

<b>Problèmes/affections</b>	<b>Détails / résultats</b>
Hôpital	
Source des données (nom du registre)	
Population	
Période concernée (mois/année)	
Nombre de sorties pendant cette période	
<b>PFA possible [10 codes CIM]</b>	
Poliomyélite aiguë [A80]	
Infections virales touchant le système nerveux central [A80-A89]	
Syndrome de Guillain-Barre [G61]	
Névrite traumatique [G57.0]	
Myélite transverse [G37.3]	
Encéphalite, myélite, encéphalomyélite [G04]	
Paralysie périodique [G72.3]	
Méningite tuberculeuse [A17.0 (G01)]	
Mal de Pott [M49.0 (A18.0)]	
<b>Autres affections sous surveillance active</b>	<i>(optional)</i>
Tétanos néonatal 771.3 [A33]	
Rougeole 055, 055.0-055.2, 055.7-055.9 [B05]	
<b>Autres maladies évitables par la vaccination</b>	<i>(optional)</i>
Diphthérie (laryngée) [A36]	
Hépatite B [B16]	
Hépatite, sans précision [B19]	
Méningite HIB [G00.0]	
Méningite (sans précision) [G03]	
Coqueluche (organisme non précisé) [A37]	
Rubéole [B06]	
<b>Contrôles de la qualité des données</b>	<i>(optionnel)</i>
Pas de code CIM 9 [CIM 10] pour les premiers diagnostics	
Naissances normales (code 650 pour les moins de 5 ans et les plus de 65 ans)	

<b><i>Problèmes/affections</i></b>	<b>Détails / résultats</b>
Naissances normales (code 650) pour les personnes de sexe masculin	