

Définitions de cas relatives aux quatre maladies devant être notifiées en toutes circonstances en vertu du Règlement sanitaire international (2005)

A) Grippe humaine causée par un nouveau sous-type

Définition de cas pour la notification de la grippe humaine causée par un nouveau sous-type conformément au RSI (2005)

Les Etats Parties au RSI (2005) sont tenus de notifier immédiatement à l'OMS tout cas confirmé au laboratoire d'infection humaine récente due à un virus grippal A susceptible de provoquer une pandémie. Les preuves de la maladie ne sont pas nécessaires pour cette déclaration.

Un virus grippal A est considéré comme susceptible de provoquer une pandémie s'il a montré sa capacité à infecter l'homme et si son gène de l'hémagglutinine (ou sa protéine) n'est pas un variant ni une forme mutée de ceux qui circulent très largement dans la population humaine, à savoir A/H1 ou A/H3.

Une infection est considérée comme récente si elle a été confirmée par des résultats positifs de l'amplification génique (PCR), de l'isolement viral ou des tests sérologiques appariés réalisés en phase aiguë et en phase de convalescence. Un titre d'anticorps obtenu dans un sérum unique n'est souvent pas suffisant pour confirmer une infection récente et doit être évalué en se référant aux définitions de cas OMS en vigueur pour les infections humaines par des sous-types particuliers du virus grippal A.

B) Poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage

Définition de cas pour la notification de la poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage en vertu du RSI (2005)

En vertu du RSI (2005), un cas de poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage qui doit être notifié est défini comme un cas présumé,* un poliovirus sauvage ayant été isolé dans les échantillons de selles¹ de ce cas ou dans ceux d'un de ses contacts proches.

* Un cas présumé est défini comme suit : enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë (PFA²), ou toute personne quel que soit son âge présentant une maladie paralytique si l'on soupçonne une poliomyélite.

¹ La procédure standard consiste à recueillir deux échantillons de selles d'un cas de PFA dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie. Comme l'excrétion virale dans les selles diminue au-delà de deux semaines après le début de la paralysie, pour accroître la sensibilité de la détection virale, des échantillons de selles supplémentaires provenant de jusqu'à cinq contacts proches sont prélevés pour les cas de PFA pour lesquels on ne dispose pas de deux échantillons de selles recueillis dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie.

² La poliomyélite ne peut être diagnostiquée de façon fiable à partir des seuls signes et symptômes cliniques parce que d'autres affections peuvent provoquer une paralysie aiguë ressemblant à la poliomyélite. La surveillance exercée dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite exige donc la notification de tous les cas d'enfants <15 ans présentant brutalement une paralysie flasque et pour lesquels des tests de laboratoire sont ensuite réalisés sur des échantillons de selles.

Note relative à la notification des poliovirus sauvages ou dérivés de souches vaccinales provenant de sources autres que les cas de PFA

En plus de la notification des cas de poliomyélite dus à un poliovirus de type sauvage confirmés au laboratoire (maladie désignée dans l'annexe 2 du RSI (2005) comme étant « inhabituelle ou inattendue et qui peut avoir d'importantes répercussions pour la santé publique »), l'isolement de poliovirus sauvages ou dérivés de souches vaccinales à partir d'autres sources humaines ou non humaines (auprès de personnes ne présentant pas de paralysie, ou dans des échantillons prélevés dans l'environnement) doit en général aussi être notifié à l'OMS dans le cadre de la notification séparée exigée pour des « événements qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale » puisqu'ils remplissent au moins deux des quatre critères de notification.

C) Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Définition de cas pour la notification du SRAS en vertu du RSI (2005)

Dans la période qui suit une flambée de SRAS, un cas de SRAS qui doit être notifié est défini comme étant le cas d'un sujet présentant une confirmation au laboratoire d'une infection par le coronavirus du SRAS qui **soit** correspond à la définition clinique du cas de SRAS **soit** a travaillé dans un laboratoire manipulant des coronavirus du SRAS vivants ou conservant des échantillons infectés par le coronavirus du SRAS.

Définition d'un cas clinique de SRAS :

1. Des antécédents de fièvre, ou une fièvre documentée

ET

2. Un ou plusieurs symptômes d'une affection des voies respiratoires inférieures (toux, difficulté respiratoire, essoufflement)

ET

3. Des signes radiographiques d'infiltrats pulmonaires correspondant à une pneumonie ou à un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), ou des résultats d'autopsie correspondant à l'anatomopathologie de la pneumonie ou du SDRA sans qu'il y ait de cause identifiable

ET

4. Aucun autre diagnostic ne peut complètement expliquer la maladie.

Tests diagnostiques nécessaires pour la confirmation au laboratoire du SRAS :

A) Réaction classique d'amplification génique au moyen de la transcriptase inverse (RT-PCR) et RT-PCR en temps réel pour la détection de l'ARN viral présent dans:

1. Au moins deux échantillons cliniques différents (par exemple rhinopharyngé et selles)
OU
2. Le même échantillon clinique recueilli à au moins deux occasions au cours de la maladie (par exemple aspirats rhinopharyngés successifs)
OU
3. Un nouvel extrait de l'échantillon clinique original testé positif par deux dosages différents ou en refaisant la RT-PCR/RT-PCR en temps réel à chaque fois
OU
4. Une culture virale provenant de l'un quelconque des échantillons cliniques.

B) Titrage avec un immunoabsorbant lié à une enzyme (ELISA) et titrage en immunofluorescence (IFA)

1. Une recherche d'anticorps négative sur du sérum recueilli au cours de la phase aiguë de la maladie, suivie d'une recherche positive dans du sérum de convalescence, les deux étant testés simultanément
OU
2. Un titre d'anticorps contre le coronavirus du SRAS multiplié par au moins quatre entre un échantillon de sérum de phase aiguë et un échantillon de sérum de phase de convalescence (sérum appariés), testés simultanément.

Note :

En l'absence de transmission connue du coronavirus du SRAS à l'homme, la valeur prédictive positive d'un test de diagnostic du coronavirus du SRAS est extrêmement faible ; par conséquent, le diagnostic doit être vérifié indépendamment dans un ou plusieurs des laboratoires du réseau international OMS de laboratoires de référence et de vérification pour le SRAS. Un cas unique de SRAS doit être notifié à l'OMS en vertu du RSI (2005).

Une histoire détaillée de l'exposition constitue une partie essentielle du travail diagnostique pour toute personne soumise à une recherche du SRAS. On trouvera davantage d'informations sur la surveillance du SRAS à l'adresse suivante : http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_ARO_2004_1/en/index.html.

Les infections par le coronavirus du SRAS qui se produisent par suite du non-respect des règles de sécurité/sûreté biologique au laboratoire doivent faire l'objet d'une enquête approfondie.

Une fois qu'une épidémie de SRAS aura été vérifiée de façon indépendante par un ou plusieurs laboratoires du réseau international OMS de laboratoires de référence et de vérification pour le SRAS, l'OMS mettra à disposition les définitions de cas appropriées pour la surveillance et la notification par le biais de ses mécanismes habituels bien rodés.

D) Variole

Définition du cas pour la notification de la variole en vertu du RSI (2005)

Les Etats Parties au RSI (2005) sont tenus de notifier immédiatement à l'OMS tout cas de variole confirmé. La définition d'un cas de variole confirmé comprend ce qui suit :

Cas de variole confirmé :

Tout individu, quel que soit son âge, présentant un accès brutal de fièvre ($\geq 38,3^{\circ}\text{C}/101^{\circ}\text{F}$), un malaise et un état de prostration grave accompagné de céphalées et de dorsalgies survenant deux à quatre jours avant l'apparition d'une éruption cutanée

ET

Une éruption maculopapulaire ultérieure débutant sur la face et les avant-bras puis s'étendant au tronc et aux jambes et évoluant dans les 48 heures en vésicules profondément implantées, fermes/dures et bien circonscrites donnant par la suite des pustules, qui peuvent devenir ombiliquées ou confluentes

ET

Des lésions qui apparaissent au même stade de développement (c'est-à-dire qui sont toutes des vésicules ou des pustules) sur une partie donnée du corps (par exemple la face ou le bras)

ET

Sans qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer la maladie

ET

Avec confirmation au laboratoire.

Note :

Contrairement à la varicelle qui présente des lésions plus superficielles et centripètes, la plupart des cas de variole se manifeste par une éruption caractéristique qui évolue lentement en plusieurs jours (chaque stade durant un à deux jours) à la même vitesse et avec une distribution centrifuge, c'est-à-dire concentrée surtout sur la face et les deux extrémités avec atteinte habituelle des paumes et des plantes des pieds. On trouvera davantage d'informations et des exemples illustrant les différences entre variole et varicelle à l'adresse suivante : <http://www.who.int/csr/disease/smallpox/preparedness/en/index.html>.

On pondère le risque de ne pas identifier un tableau atypique de variole par rapport au risque extrêmement faible de réintroduction de cette maladie et du risque très élevé d'obtenir des résultats de laboratoire faussement positifs. Compte tenu de ce qui précède, les tests de laboratoire visant à confirmer un cas de variole doivent être limités à des sujets qui correspondent à la définition d'un cas clinique indiquée ci-dessus. Si un cas unique de variole confirmé au laboratoire devait se produire, il serait alors considéré comme une flambée puisque la variole n'existe plus en tant que maladie survenant naturellement.