

Synthèse des mises à jour techniques pour une riposte à un événement lié au poliovirus de type 2 et à une flambée de poliomyélite

Les *modes opératoires normalisés pour la riposte à un événement lié au poliovirus et à une flambée de poliomyélite* – Deuxième partie : *Protocole pour faire face au poliovirus de type 2* a été publié pour la première fois en avril 2016 et a coïncidé avec la transition synchronisée à l'échelle mondiale du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb). Les recommandations faites dans cette première version 2.1 avaient pour objectif de mettre l'accent sur la riposte nécessaire au cours de la phase 1, notamment les douze premiers mois consécutifs à cette transition (c'est-à-dire du 1^{er} mai 2016 au 30 avril 2017). Toutefois, en raison d'une pénurie significative des approvisionnements mondiaux de vaccins antipoliomyélitiques inactivés (VPI), une version 2.2 actualisée a été publiée en août 2016 pour prendre en compte la nécessité de passer à l'administration recommandée à dose fractionnée du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) par voie intradermique, au lieu de l'injection intramusculaire d'une dose complète lors des campagnes de riposte aux flambées.

S'appuyant sur d'autres difficultés majeures enregistrées dans l'approvisionnement du VPI, et sur l'expérience épidémiologique et de riposte aux événements liés au poliovirus de type 2 et aux flambées de poliomyélite à ce jour, le groupe de travail sur la poliomyélite du Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS sur la vaccination (SAGE) a recommandé en février 2017 l'introduction de plusieurs autres changements dans les lignes directrices pour la riposte au poliovirus de type 2.

Le présent aperçu de la version 2.3 deuxième partie, donne un résumé de ces modifications qui sont par ailleurs intégrées dans le corps du texte ou les figures, le cas échéant. La Première partie a également été modifiée pour tenir compte des recommandations révisées.

La première et la deuxième parties des *modes opératoires normalisés pour la riposte à un événement lié au poliovirus ou à une flambée de poliomyélite* (version 2.3) sont applicables depuis avril 2017 et remplacent la précédente version. Une version révisée, consolidée des modes opératoires normalisés est prévue pour octobre 2017.

Introduction à la Version 2.3 : synthèse des recommandation révisées

Les principaux objectifs, les principes stratégiques et les composantes opérationnelles générales de la riposte au poliovirus de type 2 restent inchangés. La détection de tout poliovirus de type 2 reste une urgence de santé publique. Les premières modifications reflètent les changements spécifiques apportées aux stratégies de riposte, ainsi qu'aux lignes directrices actualisées de l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite (IMEP) sur la définition pour la classification¹ des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) et la gestion des stocks inutilisés de vaccin antipoliomyélitique monovalent de type 2 (VPOm2).² Les rubriques qui ont été modifiées par rapport aux précédentes versions sont indiquées ci-dessous :

¹ IMEP. Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV), août 2016.

² IMEP. Gestion, suivi, retrait et validation du vaccin antipoliomyélitique monovalent de type 2 (VPOm2), octobre 2016.

4.3. Investigation et évaluation des risques : principales questions et déterminations pour l'évaluation des risques	
Définition du PVDVc	
<i>Version actuelle</i>	<i>Version révisée</i>
Voir la définition du PVDVc à la page 14 .	Réviser la définition du PVDVc et supprimer la référence à la classification en fonction du nombre de changements nucléotidiques.
Justification : reflète les mises à jour du réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) que les modifications nucléotidiques seules constituent une détermination imprécise des virus circulants. Disponible à l'adresse : http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_EN.pdf	

4.3. Évaluation des risques : facteurs qui influencent le type et l'ampleur de la riposte	
Zones à risque de transmission → éléments de risque d'autres transmissions	
<i>Version actuelle</i>	<i>Version révisée (voir Annexe pour plus de détails)</i>
Trois zones en fonction des caractéristiques du pays et de la population, reposant principalement sur les niveaux anticipés d'immunité (page 20)	<p>Déterminer si l'isolement d'un poliovirus de type 2 représente un « scénario de risque » élevé ou moyen – faible de transmission sur la base des évaluations qualitatives en trois catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>risque virologique</i> (degré de dérive génétique par rapport à la souche parentale Sabin par exemple), • <i>risque contextuel</i> (accès limité du fait de conflit, détection récente de poliovirus, forte virulence de l'infection, mouvements des populations, etc.), et • <i>risque potentiel de propagation internationale</i> (zone frontalière avec une grande mobilité des populations, etc.). <p>Classer qualitativement chaque facteur en tant que risque élevé/moyen/faible et déterminer le niveau général de risque pour définir la riposte : risque élevé : vaccination supplémentaire risque moyen/faible : renforcement de la surveillance et/ou de l'investigation</p>
Justification : simplifier les critères et introduire plus de flexibilité dans l'évaluation. L'annexe donne davantage d'orientations. L'immunité de la population vis-à-vis du poliovirus de type 2 baissera par elle-même dans toutes les zones où il n'y a pas de campagne de vaccination systématique adéquate au moyen du VPI. NOTE : le PVDVc est par définition la signe d'un scénario à haut risque. La circulation concomitante du poliovirus sauvage (PVS) de type 1 et de <u>tout</u> poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDV2) représente un risque inhérent élevé et pourrait nécessiter des interventions spécialement adaptées. Voir ci-dessous pour ce qui est des implications de la riposte supplémentaire.	

4.4. Riposte : stratégies de riposte pour la phase 1 (environ 12 à 18 mois après la transition)	
<i>Vaccin choisi</i>	
Version actuelle	Version révisée
Utiliser le vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 (VPOm2) comme vaccin choisi, mais suivre les rôles spécifiques ciblés pour l'administration de doses fractionnées de VPI injectées par voie intradermique : 1) utiliser dans une activité de vaccination supplémentaire (AVS) avec le VPOm de type 2 (VPOm2) pour vacciner une cible étendue de sous-populations à haut risque en réponse au PVDVc ; 2) vacciner les proches contacts des cas de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à une immunodéficience (PVDVi).	Utiliser le VPOm2 comme vaccin choisi. Le VPI à dose fractionnée n'est plus recommandé pour la riposte au PVDVc2 ou aux PVDV2 considérés comme « à haut risque ». Poursuivre la vaccination des proches contacts des cas de PVDVi au moyen du VPI.
Justification : le groupe de travail du SAGE a recommandé que les difficultés actuelles liées à l'approvisionnement militent en faveur d'une priorisation de l'utilisation du VPI pour protéger l'ensemble de la population à travers la vaccination systématique dans les pays à risque d'émergence et de propagation du PVDV2 (groupes 1 et 2) plutôt que pour riposter aux flambées où l'impact est moins prononcé	

4.4. Riposte : stratégies de riposte pour la phase 1 – paramètres de la riposte vaccinale	
<i>Nombre optimal d'AVS, calendrier, intervalle et population cible pour les ripostes aux flambées</i>	
Version actuelle	Version révisée pour toutes les ripostes vaccinales
<ul style="list-style-type: none"> Organiser 4 à 5 AVS par le VPOm2 en riposte au PVDVc et 3 AVS au moyen du VPOm2 en riposte à un poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale (PVDVa). Organiser une AVS dans les 14 jours qui suivent les résultats du séquençage initial et des AVS subséquentes à 2-3 jours d'intervalle (mais cette mesure pourrait être élargie pour la phase de VPOm + VPI). Une AVS (phase de riposte rapide) : 500 000 enfants de moins de cinq ans ; les AVS subséquentes devraient cibler au moins 2 millions d'enfants, mais pourraient être élargies en fonction des conditions locales. 	<p>Planifier et mettre en œuvre 2 AVS par le VPOm2 dans toutes les zones de flambées et à haut risque. Suivre de près la qualité des AVS (c'est-à-dire un taux de couverture >80 % et s'assurer qu'il n'y a pas de données probantes d'enfants qui échappent systématiquement à la vaccination ou de transmission continue). Ajouter une/des AVS si la qualité n'est pas satisfaisante.</p> <ul style="list-style-type: none"> Organiser une AVS dans un délai de 14 jours après les résultats du séquençage initial à 2 à 3 semaines d'intervalle. Cibler environ 1 à 2 millions d'enfants de moins de cinq ans à chaque AVS, le nombre total devant être déterminé après examen de l'évaluation des risques. Les autres populations et une extension supplémentaire de la taille de la riposte à la flambée doivent être envisagées si les circonstances extraordinaires l'imposent du fait de la forte mobilité des populations ou d'autres facteurs de risque.
Justification : d'autres données probantes sont disponibles et montrent la grande qualité du VPOm2 et	

son efficacité à arrêter la transmission à condition de parvenir à une « grande qualité » à travers un taux de couverture élevé et un ciblage d'enfants non vaccinés au cours des AVS subséquentes. Les pays et les systèmes d'administration de vaccins ont démontré leur capacité à s'organiser et à mettre en œuvre avec succès des AVS à grande échelle dans un délai de 14 jours. Les circonstances locales détermineront la taille de la population cible, mais il est important d'identifier et de gérer les populations à haut risque voisines d'une zone de flambée, même si ces dernières s'étendent au-delà d'une frontière internationale. À ce moment, le risque de transmission continue l'emporte sur le risque de répandre d'autres PVDV par l'utilisation du VPOM2. Dans toutes les situations, les populations cibles doivent être définies en fonction du risque, et les stratégies de mise en œuvre pour vacciner ces dernières ne devraient pas dépasser la capacité du programme à atteindre un taux de couverture élevé.

4.4. Riposte : scénarios de riposte pour la phase 1 (environ 12 à 18 mois après la transition)

PVDVc (voir Fig. 3a)

Version actuelle	Version révisée
AVS initiale à petite échelle pour toutes les zones. Pour les zones à risque de transmission de niveau 1 ou 2, enchaîner avec l'AVS2 par le VPOM2 + VPI et les AVS 3, 4 et 5 par le VPOM2. Pour la zone à risque de transmission de niveau 3, enchaîner avec les AVS 3, 4 par le VPOM2.	Voir les recommandations révisées ci-dessus qui s'appliquent aux révisions pour toutes les ripostes vaccinales.
Justification : propose une riposte plus efficace et plus efficiente en cas de données probantes d'une transmission de poliovirus de type 2 (par ex. PVDVc2 détecté chez un individu infecté ou dans l'environnement).	

4.4. Riposte : scénarios de riposte pour la phase 1 (environ 12 à 18 mois après la transition)

« nouveau » PVDV ou PVDV non classé (voir Fig. 3a)

Version actuelle	Version révisée
Présumé comme étant une « transmission probable », initier alors l'AVS 1 pour une riposte rapide par le VPOM2, sauf si le « risque est faible » (par exemple, l'action par défaut consiste à riposter)	Passer à la riposte par l'AVS seulement si le risque de transmission est jugé élevé. (Voir 4.4 ci-dessus sur les scénarios de risque). Autrement, intensifier les investigation de terrain, renforcer la surveillance et, le cas échéant, mettre en œuvre les activités supplémentaires de détection de cas.
Si d'autres résultats de terrain et du séquençage indiquent des liens avec le précédent PVDV, classer comme PVDVc et suivre le protocole de vaccination approprié avec les AVS multiples selon la zone à risque de transmission.	Si d'autres investigations aboutissent à la classification comme PVDVc, initier la riposte vaccinale correspondante. Si d'autres investigations aboutissent à la classification comme poliovirus ambigu dérivé
Si d'autres résultats de terrain et du séquençage écartent tout PVDVi et n'indiquent aucun lien avec les PVDV précédents, classer comme PVDVa et envisager deux AVS supplémentaires par le VPOM2.	d'une souche vaccinale (PVDVa) dont le risque de transmission est jugé élevé, passer à une riposte vaccinale. Si d'autres investigations aboutissent à la classification comme PVDVi, procéder à une riposte restreinte telle qu'indiquée dans la version actuelle.
Justification : tient compte de l'expérience selon laquelle la surveillance environnementale élargie a	

permis de détecter de multiples PVDV avec seulement un nombre limité de modifications nucléotidiques présentant un risque minimal de transmission continue. Introduit la flexibilité tout en mettant aussi l'accent sur l'utilisation du VPOM2 dans les zones ayant un niveau de risque présumé élevé.

4.4. Scénarios de riposte pour la phase 1 (environ 12 à 18 mois après la transition)

Cas de PVS chez l'homme (voir Fig. 3b)

Version actuelle	Version révisée
Pour les cas de PVS chez l'homme sans exposition connue, procéder aux AVS multiples telles que définies pour les situations de transmission confirmée en fonction de la zone à risque de transmission.	Pour les cas de PVS chez l'homme sans exposition connue, procéder à la riposte vaccinale pour les scénarios à « haut risque » telle qu'identifiée dans les paramètres révisés.
Justification : tient compte des nouveaux paramètres de vaccination pour les scénarios à haut risque.	

4.4. Scénarios de riposte pour la phase 1 (environ 12 à 18 mois après la transition)

Cas de poliovirus de souche Sabin chez l'homme ou dans l'environnement

Version actuelle	Version révisée
Notifier les autorités au titre du Règlement sanitaire international (RSI) et mener une autre investigation approfondie et une surveillance active pour toute détection de poliovirus de souche Sabin type 2 plus de quatre mois après la transition (ou après la dernière utilisation du VPOM2).	Notifier les autorités du RSI, et mener une investigation approfondie et une surveillance active. Autres outils et références fournis : <i>Voir : IMEP. Guide d'investigation du poliovirus Sabin type 2 chez l'homme ou dans l'environnement. Mars 2017.</i> <i>Voir : IMEP. Outil d'investigation du poliovirus Sabin type 2 chez l'homme ou dans l'environnement. Mars 2017.</i>
Justification : du fait de la découverte sporadique, mais persistante du poliovirus Sabin 2 plus de quatre mois après la transition, d'autres orientations ont été élaborées pour aider au suivi recommandé. Disponible à l'adresse : http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/	

Annexe 1.7d. Cadre opérationnel – logistique

Orientations générales sur la gestion des stocks inutilisés de VPOM2

Version actuelle	Version révisée
Dispositions telles que définies dans les <i>modes opératoires normalisés pour la gestion des vaccins</i>	<i>Voir Nouvelles lignes directrices de l'IMEP : Orientations techniques sur la gestion, le suivi, le retrait et la validation du VPOM2. Octobre 2016.</i>
Justification : les nouvelles lignes directrices tiennent compte des recommandations plus spécifiques et plus détaillées nécessaires pour les situations traitant des stocks non utilisés de VPOM2. Disponible à l'adresse : http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/11/Technical-guidance-mOPV2-	

[management-monitoring-removal-and-validation_Oct2016_EN.pdf](#)

Autres : situations spéciales

Zones d'endémie (circulation concomittante du PVS1 et du PVDV2) – comprennent souvent les zones touchées par les conflits

Version actuelle	Version révisée
Non couvert	Outre le PVS1, une riposte immédiate et appropriée au PVDV2 devrait être mise en œuvre en grande priorité dans toutes les cas. Dans les situations où le VPOb et le VPOM2 sont nécessaires, les deux Vaccins peuvent être administrés séparément à deux semaines d'intervalle (ou moins, si cela est faisable sur le plan opérationnel). Une phase d'AVS pourrait être organisée avec utilisation du VPOM2, suivie 10 à 14 jours plus tard par une AVS avec utilisation du VPOb.
Justification : dans les pays d'endémie, la nécessité d'interrompre à la fois la transmission du PVS et du PVDVc2 est essentielle. Il existe un risque croissant de flambées significatives dues aux poliovirus de type 2 en raison de la baisse de l'immunité au niveau des muqueuses vis-à-vis du poliovirus de type 2 et de la longue tradition consistant à accorder plus d'attention à l'interruption de la transmission du PVS qu'à celle du PVDVc.	

PROOF

Fig. 3a. Stratégies générales de riposte par scénarios de détection d'un isolat de PVDVc au cours de la phase 1 (12 à 18 mois après la transition)

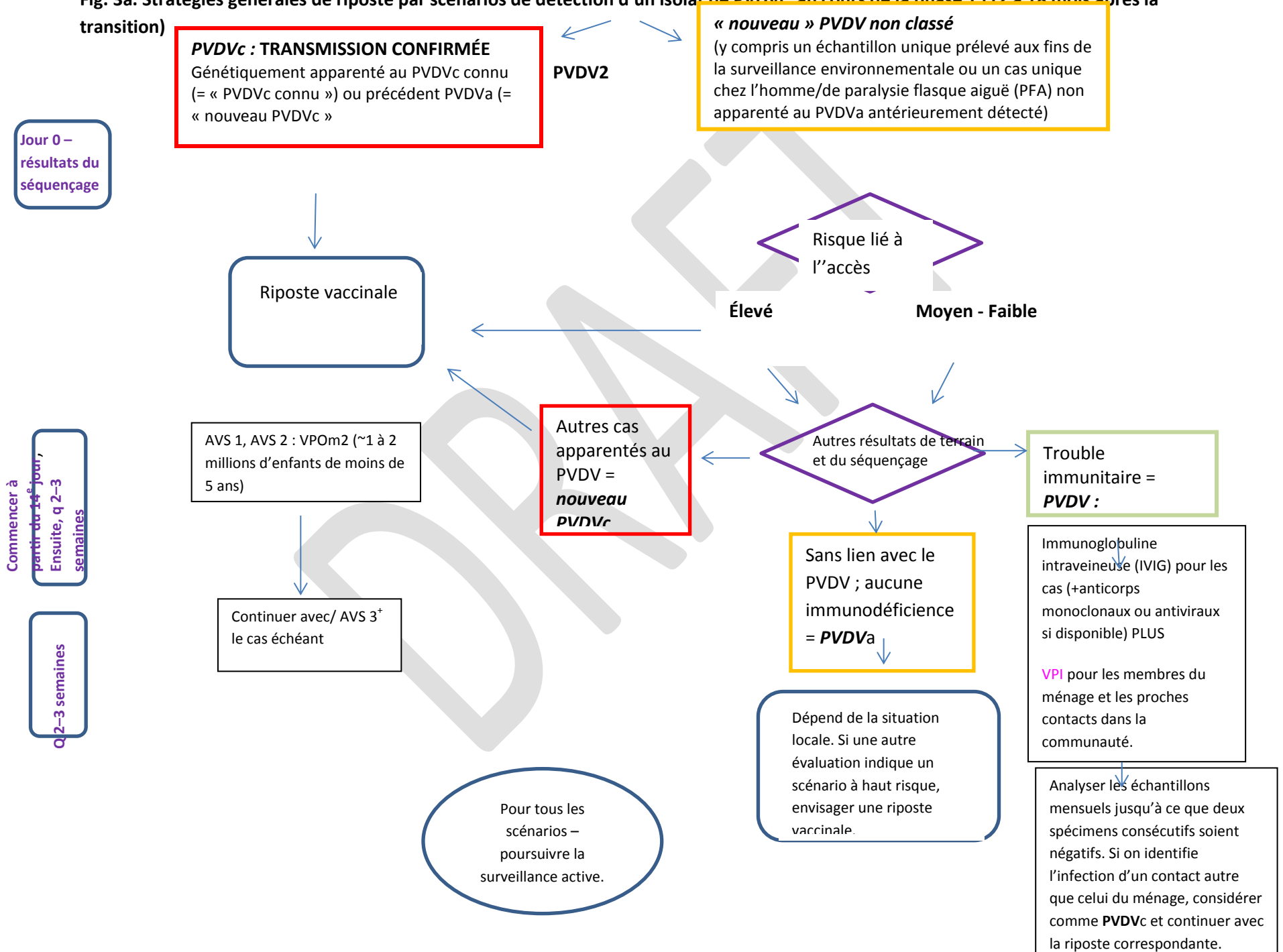
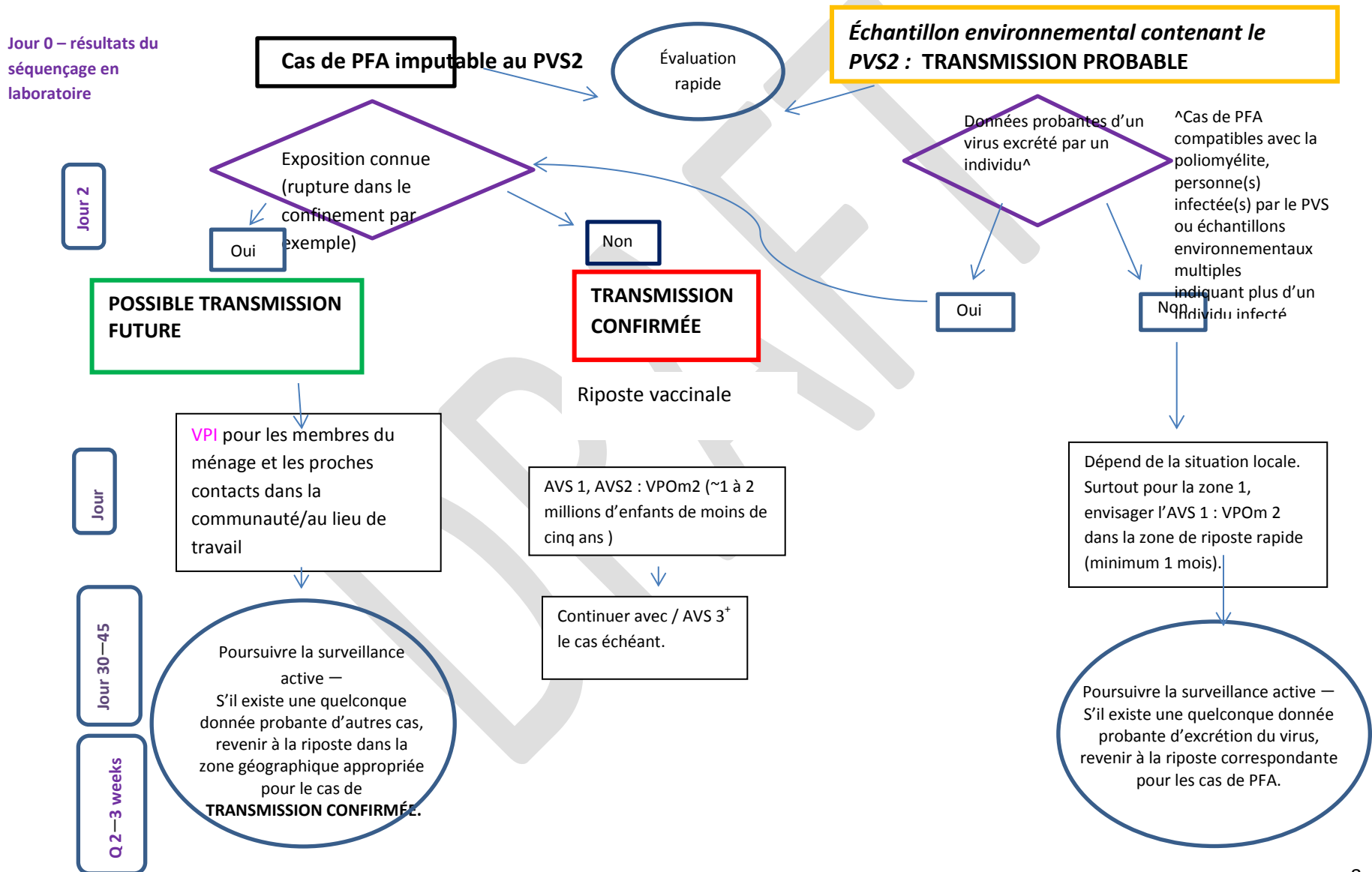


Fig. 3b. Stratégies générales de riposte selon les stratégies de détection d'un isolat du PVS2 au cours de la phase 1 (12 à 18 mois après la transition)



DRAFT