

Synthèse des mises à jour techniques concernant la 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 épidémie de poliovirus – première et deuxième parties – ont été publiés en avril 2016 afin de coïncider avec le remplacement synchronisé à l'échelle mondiale du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb). Les recommandations faites dans la version 2.1 ont mis l'accent sur la riposte dans les 12 premiers mois qui suivaient la transition effectuée (par exemple, au cours de la phase 1 qui s'est déroulée du 1^{er} mai 2016 au 30 avril 2017). Toutefois, en raison d'une grave pénurie des approvisionnements mondiaux de vaccins antipoliomyélitiques inactivés (VPI), une version 2.2 a été publiée en août 2016 pour modifier l'utilisation recommandée du vaccin antipoliomyélitique inactivé lors des campagnes de riposte aux flambées, en passant de l'injection intramusculaire d'une dose complète à l'administration de doses fractionnées du VPI par voie intradermique. La version 2.3 élaborée en mai 2017 reflète les orientations actualisées concernant la planification de la riposte, en particulier pour les événements et flambées de poliovirus de type 2, lesquelles orientations ont été faites en février 2017 par le groupe de travail sur la poliomyélite du Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS sur la vaccination (SAGE). D'autres sections des modes opératoires normalisés ont aussi fait l'objet de clarifications mineures à cette occasion.

Version 2.4 : recommandations révisées

La révision mineure actuelle (version 2.4) reflète l'accent marqué mis sur l'importance de la qualité et de la portée des activités de vaccination supplémentaires (AVS), comme l'ont recommandé le SAGE et des conseillers techniques de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Les principaux objectifs, les principes stratégiques et les composantes opérationnelles générales de la riposte au poliovirus restent quasiment inchangés.

Considérations de qualité, de portée et de vitesse

Pour la deuxième partie, section 4.4 : Riposte : AVS de grande qualité pour la riposte aux événements et aux épidémies »

Version actuelle

Toutes les épidémies de poliomyélite et tous les événements de poliomyélite de type 2 qui, selon l'évaluation faite, répondent aux critères de risque élevé de transmission nécessitent la mise en œuvre de campagnes de vaccination dans les 14 jours pour arrêter la

Version révisée

Il est recommandé de lancer la première AVS dans les 14 jours qui suivent la notification là où il est possible d'atteindre une couverture vaccinale élevée. Une évaluation détaillée des risques doit être faite par des experts nationaux et de l'IMEP afin de fixer la date de début et d'assurer ainsi une mise en œuvre de qualité.

circulation ultérieure du virus.

L'utilisation d'un tableau d'évaluation de la préparation doit désormais être présentée à l'organe d'orientation concerné de l'IMEP ou à un organe consultatif d'experts pour suivre l'état de préparation des pays à lancer des AVS (par exemple, le groupe consultatif sur le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 (VPOm2) ou l'équipe spéciale de préparation et riposte aux flambées (OPRTT)). Les options de riposte comprennent une AVS initiale de portée géographique limitée dans les 14 jours, suivie d'une AVS1 pour une population plus nombreuse lorsque la planification intensifiée peut maximaliser la qualité.

Justification : la révision proposée reflète l'accent marqué qui est mis sur la qualité, surtout dans le contexte des milieux complexes où peuvent survenir des flambées de poliomyélite et, dans le cas du poliovirus de type 2, où les risques de faible couverture ou de populations manquées continue d'augmenter à mesure que diminue l'immunité mucoale de la population après le remplacement du VPOt par le VPOb.

Mises à jour antérieures. Version 2.3 : résumé des recommandations

La détection de tout poliovirus de type 2 demeure une urgence de santé publique. Les modifications principales reflètent les changements spécifiques apportées aux stratégies de riposte ainsi que les lignes directrices actualisées de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sur la définition de la classification des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc)¹ et la gestion des stocks inutilisés de VPOm2.² Les sections pertinentes qui ont été modifiées par rapport aux versions antérieures sont indiquées ci-dessous.

X

Résumé d'orientation

Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale appelle à éradiquer toute flambée de poliovirus dans les 120 jours qui suivent sa détection. Depuis le remplacement du VPOt par le VPOb, la détection de **tout** poliovirus de type 2 (sauvage, dérivé de souches vaccinales ou Sabin) dans tout échantillon de n'importe quelle source est généralement considérée comme une urgence mondiale de santé publique. Les menaces de flambées de poliovirus de type 2 comprennent un risque élevé, mais surtout à court terme, d'apparition de poliovirus dérivé de souches vaccinales (PVDV2) ; un risque faible et à long terme qu'un poliovirus ne s'échappe d'un site de fabrication ou d'un laboratoire ; et une menace future posée par l'excrétion prolongée ou chronique du poliovirus par des personnes présentant une immunodéficience primaire liée aux lymphocytes B (par exemple, le poliovirus dérivé de souches vaccinales associé à l'immunodéficience (PVDVi)).

Les **principaux objectifs du protocole** sont les suivants : i) définir des stratégies pour détecter tout poliovirus de type 2 et y riposter de manière appropriée ; et ii) fournir aux responsables de la santé publique et aux décideurs aux niveaux mondial, régional et national les orientations pour prendre les mesures nécessaires.

Les mesures stratégiques prises après la détection d'un isolat de poliovirus de type 2 après l'arrêt du vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (VPO2) ont les mêmes approches et principes de base que les mesures que l'on doit prendre actuellement pour enquêter sur toute épidémie de poliomyélite et y riposter, telles qu'elles sont décrites dans le document portant sur les *modes opératoires normalisés pour la riposte à un événement lié au poliovirus et à une flambée de poliomyélite – Première partie : Généralités*.

Calendrier et public cible. Le présent protocole énonce les impératifs stratégiques généraux pour faire face à toutes les futures épidémies de poliovirus de type 2 **et fournit des recommandations et des orientations révisées pour la période de six mois allant du 1^{er} novembre 2017 jusqu'au 30 avril 2018.**

Principes stratégiques clés pour riposter à une épidémie de poliovirus de type 2

- Mettre en place une riposte rapide dans une population suffisamment nombreuse pour arrêter rapidement la circulation du virus.
- Utiliser des vaccins provenant d'un stock mondial de riposte aux épidémies pour tous les pays, que ceux-ci aient déjà acheté ou non des vaccins par l'intermédiaire de l'UNICEF.
- Limiter l'exposition au poliovirus Sabin de type 2 (par exemple issu du VPOm2) chez les populations non directement touchées, afin de prévenir l'apparition d'un nouveau poliovirus circulant de type 2 dérivé de souches vaccinales (PVDVc2).
- Valider l'absence de poliovirus de type 2 dans la population et l'environnement suite à la riposte à la flambée.

La **détection** d'un poliovirus de type 2 continuera de dépendre d'une surveillance sensible de la paralysie flasque aiguë et d'une surveillance environnementale dans les zones à haut risque d'apparition du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale, les zones à risque de transmission et de circulation silencieuses du poliovirus et les zones à risque en raison de la production de vaccins.

Notification. La détection de **tout poliovirus de type 2** (sauvage, dérivé de souches vaccinales, Sabin de type 2) doit être signalée à l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international (RSI, 2005).

Enquête et évaluation des risques. En cas de détection d'un poliovirus de type 2, les pays doivent mener des investigations rapides sur le terrain puis entreprendre une évaluation des risques, améliorer les examens virologiques et renforcer la surveillance. La nature du virus (par exemple, poliovirus sauvage, poliovirus dérivé de souches vaccinales ou poliovirus Sabin) et la qualité scientifique des données attestant de la circulation détermineront le risque d'une transmission ultérieure du poliovirus de type 2. Les habitudes de voyage et les tendances de migration au sein des communautés touchées peuvent influencer considérablement sur le risque et l'ampleur de la circulation du poliovirus.

Déterminer si l'apparition d'un poliovirus de type 2 représente un risque élevé ou moyen à faible de poursuite de la transmission, sur la base de l'évaluation du risque virologique, ainsi qu'en fonction du contexte local et du potentiel de propagation internationale. La désignation du risque permettra de définir la riposte appropriée.

Riposte. Les préparatifs en vue d'une administration de vaccins devraient être entrepris immédiatement après la réception des résultats du séquençage initial et ne devraient pas attendre une enquête épidémiologique complète ni la classification finale d'un isolat.

- La détection d'un poliovirus circulant de type 2 dérivé de souches vaccinales ou d'un poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) sans exposition confirmée est une preuve de transmission et indique de fait une situation à haut risque nécessitant une administration de vaccins. On doit planifier et exécuter deux activités de vaccination supplémentaires, notamment l'administration du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 dans toutes les zones touchées par l'épidémie et les zones à haut risque. Il importe en outre de surveiller de près la qualité des activités de vaccination supplémentaires (autrement dit, de viser des cibles de couverture supérieure à 90 % en veillant à ce que des enfants n'échappent pas constamment à la vaccination ou que la transmission ne soit pas continue). Il faut ajouter une ou des activités de vaccination supplémentaires si la qualité n'est pas satisfaisante. La première activité de vaccination supplémentaire doit être réalisée dans les 14 jours qui suivent la publication des résultats du séquençage initial là où il est possible de parvenir à une couverture vaccinale élevée, avec des AVS subséquentes à des intervalles de deux à trois semaines. Chaque activité de vaccination supplémentaire doit cibler environ un à deux millions d'enfants de moins de cinq ans – la portée finale doit être déterminée après une évaluation détaillée des risques. La portée de la riposte à l'épidémie peut être étendue en cas de forte mobilité de la population ou si d'autres facteurs de risque entrent en jeu.
- En cas de détection d'un nouveau poliovirus dérivé de souches vaccinales de type 2, on doit procéder à l'activité de vaccination supplémentaire si la situation est jugée à risque élevé de poursuite de la transmission. Si le risque est jugé moyen à faible, on doit plutôt intensifier les investigations sur le terrain, renforcer la surveillance et, s'il y a lieu, mener des activités supplémentaires de détection des cas.
- Si une enquête plus approfondie aboutit à une classification en tant que poliovirus ambigu dérivé de souches vaccinales (PVDVa) considéré comme présentant un risque élevé de transmission, l'on doit procéder à une administration de vaccins.
- Si une enquête plus approfondie aboutit à une classification en tant que poliovirus dérivés de souches vaccinales associé à l'immunodéficience, on doit organiser une prise en charge limitée des cas afin de protéger à la fois le cas et les contacts étroits.

Les pays se tournent vers l'OMS pour solliciter la mise à disposition du vaccin VPOm2 provenant du stock mondial. Le Directeur général de l'OMS est la seule personne habilitée à autoriser la libération de ce vaccin.

La détection de tout isolat du poliovirus Sabin de type 2 (deuxième activité de vaccination supplémentaire) dans un échantillon de cas de paralysie flasque aiguë ou dans un échantillon de cas humains, voire dans un échantillon environnemental dans tout pays

après le remplacement du VPOt par le VPOb ou dans les pays ayant utilisé le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2, plus de quatre mois après l'utilisation du VPOM2 dans le cadre d'une riposte à un événement ou à une flambée, devrait faire l'objet d'une investigation complète visant à déterminer si le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (ou le VPOM2) est toujours utilisé ou s'il peut y avoir une carence dans le confinement.

Évaluation et suivi de la riposte à la flambée ou à l'événement. Il faut procéder à une surveillance indépendante des activités de vaccination supplémentaires et de la méthode statique d'échantillonnage par lot (LQAS) au moins dès la deuxième activité de vaccination supplémentaire, et à une évaluation complète de la riposte à la flambée ou à l'événement au plus tard avant le troisième mois à partir du jour 0, puis trimestriellement par la suite, jusqu'à ce que 12 mois se soient écoulés sans que l'on ne détecte le moindre isolat de poliovirus de type 2. Il est extrêmement important de confirmer la fin de l'épidémie en validant l'absence de poliovirus de type 2 dans la population et l'environnement six à 12 mois après l'apparition ou la collecte du cas ou de l'isolat le plus récent, plus un mois au moins pour tenir compte de la détection du cas, des investigations, des tests et de la notification de tous les résultats en attente, ou conformément aux critères édictés par le Comité d'urgence du RSI pour donner la classification « États qui ne sont plus infectés (détection d'aucun nouveau poliovirus sauvage ou de poliovirus circulant dérivé de souches vaccinales) ».

Conclusions. Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale appelle à éradiquer toute épidémie de poliovirus dans les 120 jours qui suivent sa détection. Alors que le poliovirus sauvage reste endémique dans trois pays, les poliovirus dérivés de souches vaccinales continuent d'apparaître dans certaines parties des pays endémiques et non endémiques où l'immunité des populations est faible. La mise en œuvre de stratégies d'éradication de haute qualité incombe aux gouvernements nationaux, tandis que les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite fournissent les orientations et le soutien nécessaires. Les présents modes opératoires normalisés ont été approuvés par le Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS sur la vaccination afin d'aider les pays et les partenaires de l'IMEP à mettre au point des stratégies de riposte efficaces et appropriées aux événements liés au poliovirus et aux flambées de poliomyélite qui surviendraient après le retrait mondial du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2.