



# Gestion en santé publique de l'exposition à des poliovirus vivants associée aux établissements >>>

Orientations relatives à la gestion des personnes exposées à  
l'intention des pays hébergeant des établissements qui  
conservent des poliovirus vivants

Juillet 2020



Organisation  
mondiale de la Santé





# Gestion en santé publique de l'exposition à des poliovirus vivants associée aux établissements »»»

Orientations relatives à la gestion des personnes exposées à  
l'intention des pays hébergeant des établissements qui  
conservent des poliovirus vivants

Juillet 2020



Organisation  
mondiale de la Santé

Publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour le compte de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP)

Gestion en santé publique de l'exposition à des poliovirus vivants associée aux établissements : orientations relatives à la gestion des personnes exposées à l'intention des pays hébergeant des établissements qui conservent des poliovirus vivants

ISBN 978-92-4-000784-0 (version électronique)

ISBN 978-92-4-000785-7 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2020

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>)

**Citation suggérée.** Gestion en santé publique de l'exposition à des poliovirus vivants associée aux établissements : orientations relatives à la gestion des personnes exposées à l'intention des pays hébergeant des établissements qui conservent des poliovirus vivants. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page : [delsig@synaptec.ch](mailto:delsig@synaptec.ch)

# ► Table des matières

Abréviations	vii
Préface	2
1. Contexte	4
2. Objet	6
3. Définitions	8
4. Champ d'application	10
4.1 Portée de la réponse à l'événement	10
4.2 Portée virologique	11
4.3 Exclusions	13
5. Rôles et responsabilités	14
5.1 Public cible	14
5.2 Rôles	14
5.3 Notification	15
5.4 Gestion des événements et coordination	17
6. Aperçu des stratégies de lutte	18
7. Considérations éthiques	20
8. Évaluation des risques associés à l'exposition au PV	22
9. Gestion des personnes exposées à des PV et de leurs contacts à risque, mise en quarantaine et isolement	24
9.1 Recherche des contacts	24
9.2 Gestion des personnes exposées et infectées, et de leurs contacts	25
9.3 Prévention et gestion des conséquences négatives	30
10. Assainissement	32
11. Nettoyage et désinfection à l'hôpital / à domicile	34
12. Surveillance renforcée	36
13. Formation des agents de santé et du personnel de nettoyage	38
14. Stratégie de communication	40
15. Gestion des épidémies et campagnes de vaccination	42
16. Compte rendu après action et révision des orientations	44



## ➤ Abréviations

ANC	autorité nationale chargée du confinement
EPE	établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus
EPI	équipement de protection individuelle
GAPIII	Plan d'action mondial pour réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral
GCC	Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite
LNP	laboratoire national pour la poliomyélite
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PFA	paralysie flasque aiguë
PSEPP	Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018.
PV	poliovirus
PV1, 2, 3	poliovirus des types 1, 2, 3
PVDV	poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PVDV2	poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2
PVS	poliovirus sauvage
PVS1, 2, 3	poliovirus sauvage des types 1, 2 et 3
RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
RSI	Règlement sanitaire international 2005
RT-PCR	réaction en chaîne par polymérase après transcription inverse
PFN	point focal national RSI
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPI	vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	vaccin antipoliomyélitique oral
VPO2	vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
VPOb	vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOm2	vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2





## ➤ Préface

Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, le confinement des poliovirus est un domaine d'activité qui évolue constamment et qui revêt une importance particulière depuis la déclaration de l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 (PVS2), en 2015, et le retrait du composant de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO2) de la vaccination systématique en 2016. Le poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) a également été déclaré éradiqué en 2019 et, à l'avenir, le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) le sera aussi, ce qui signifie que la portée du confinement des poliovirus va s'étendre.

Les présentes orientations ont été élaborées par le Département Éradication de la poliomyélite de l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève (Suisse), sur la base d'avis d'experts et de principes scientifiques. Elles visent aussi donc à aider les pays confrontés à une défaillance de confinement, mais peuvent être adaptées en fonction de la situation et du contexte du pays, notamment le contexte juridique. Avec l'évolution des connaissances et de l'expérience, ces orientations devront peut-être être revues et actualisées. Ces orientations ont bénéficié de la contribution de nombreux experts, issus notamment de laboratoires pour la poliomyélite, d'autorités nationales chargées du confinement, d'organismes de santé publique des États Membres de l'OMS et d'autres entités concernées. Ces orientations ont été approuvées par la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite le 18 octobre 2019 après une consultation publique de six mois. La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite, composée des présidents des six commissions régionales de certification de l'OMS, est l'organe suprême de certification du confinement des poliovirus.



## ➤ 1. Contexte

L'éradication de tous les poliovirus sauvages (PVS) est proche. Les poliovirus sauvages de type 2 (PVS2) et de type 3 (PVS3) ont été déclarés éradiqués par la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (GCC) en 2015 et en octobre 2019, respectivement, et le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) n'a été détecté que dans trois pays depuis 2015 : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan.

Selon le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 (PSEPP), approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé, une fois que toute transmission du PVS aura cessé, l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO) contenant des virus Sabin vivants atténués cessera également. Cela se fait de manière progressive, en commençant par le poliovirus de type 2 (PV2). L'éradication du PVS2 a permis de retirer du VPO le composant de type 2 dans le cadre des programmes de vaccination en 2016, afin de réduire la probabilité d'apparition de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV), en particulier dans les zones où l'immunité de la population est faible.

Le confinement sécurisé des poliovirus (PV) éradiqués est un objectif clé du PSEPP 2019-2023. Cet objectif vise à garantir que tous les stocks de PV non nécessaires sont détruits. Lorsque cela est nécessaire pour des activités nationales ou internationales essentielles<sup>1</sup>, telle que la production de vaccins, la surveillance et la recherche, les PV doivent être confinés de manière sûre et sécurisée afin de réduire au minimum le risque de réintroduction de ces virus dans la population et, par conséquent, de réapparition de la poliomyélite. Le *Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation*

---

<sup>1</sup> Y compris la production de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) Salk et de VPI Sabin, le développement et la conservation de stocks de vaccins antipoliomyélitiques oraux, l'assurance qualité des vaccins, la production de réactifs à usage diagnostique, les fonctions de diagnostic et de référence des virus, et la recherche cruciale.



du vaccin antipoliomyélitique oral (GAPIII)<sup>2</sup> décrit les conditions nécessaires au confinement des stocks nécessaires dans les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus (EPE)<sup>3</sup>.

Une infection par le PV associée aux établissements ou sa libération dans l'environnement au cours de la période suivant son utilisation aux fins de l'éradication constituerait un événement de santé publique majeur ayant des répercussions internationales.

Ces orientations sont basées sur une approche de gestion des risques pour les situations d'urgence biologique qui tient compte des points suivants :

- une libération de PV ou une défaillance de confinement ne se produira que rarement ;
- l'impact potentiel sur la santé publique peut être très important ;
- la base de données probantes sur laquelle repose la prise de décisions est limitée et en évolution ;  
et
- la préoccupation de la communauté concernant une défaillance de confinement peut être disproportionnée par rapport au niveau de risque.

---

<sup>2</sup> GAPIII : Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral, troisième édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208873/WHO\\_POLIO\\_15.05\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208873/WHO_POLIO_15.05_fre.pdf), consulté le 27 juillet 2020)

<sup>3</sup> Etablissement désigné par le ministère de la santé ou par un autre organe ou autorité nationaux habilités remplissant des fonctions essentielles aux niveaux national ou international qui impliquent la manipulation et le stockage de matériels nécessaires contenant un PV infectieux ou potentiellement infectieux selon les conditions fixées dans le GAP III.

## ➤ 2. Objet

Ces orientations ont été préparées principalement pour les autorités de santé publique des pays hébergeant un EPE, afin de fournir des conseils sur les mesures à prendre en cas d'exposition ou d'infection humaine liée à un déversement ou à une défaillance de confinement connus impliquant un PV, qu'il s'agisse d'un PVS, d'un PVDV ou d'un poliovirus Sabin ou de type Sabin, provenant d'un EPE quel qu'il soit. Le paradigme retenu pour l'élaboration de ces orientations repose sur le fait que les mesures rigoureuses recommandées sont justifiées s'agissant d'un agent pathogène éradiqué ou sur le point de l'être, dans la mesure où toutes les précautions de santé publique pertinentes doivent être prises pour réduire autant que possible le risque de rétablissement d'une transmission communautaire à la suite d'une exposition. Compte tenu des ressources financières et humaines très importantes (y compris les décès d'agents de santé chargés de la vaccination contre la poliomyélite) investies dans l'éradication du PVS, et du risque de recul des progrès accomplis en cas d'exposition accidentelle ou de défaillance de confinement, l'isolement rigoureux des personnes exposées ou infectées et la mise en quarantaine des contacts à risque sont considérés comme justifiés et proportionnés à ce risque.

Ces orientations pourraient également être utiles aux autorités de santé publique d'autres pays où un être humain a été exposé à un PV à la suite d'un déversement dans un laboratoire ou dans un autre contexte où des PV sont stockés ou manipulés. Elles n'ont pas pour but de fournir des conseils aux pays touchés par une exposition naturelle à un PV qui circule encore dans la communauté (ou aux autres pays où un PV a été importé).

L'application de ces mesures par un pays dépendra fortement du cadre réglementaire relatif aux risques biologiques. En ce qui concerne la préparation juridique, les pays qui prévoient d'héberger un EPE doivent déterminer si leur législation en matière de santé publique est suffisante pour imposer l'isolement d'une personne dont on sait ou dont on suspecte qu'elle est infectée par un organisme éradiqué afin de l'empêcher de transmettre l'infection, faute de quoi elle deviendrait un risque pour la santé publique. Une autre condition préalable est l'accès aux tests de diagnostic recommandés, qui



doivent être réalisés par un laboratoire accrédité par le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RLMP), de préférence situé dans le pays, car à l'avenir, le transport international de PV éradiqués pourrait être soumis à des réglementations plus strictes. Lorsque les dispositions pour la mise en œuvre de ces orientations font défaut, il convient de prendre des mesures pour combler les lacunes, ou bien pour reconsidérer le bien-fondé ou l'intérêt d'héberger un EPE. En outre, la préparation juridique doit inclure une planification en cas de non-respect des prescriptions, comme lorsqu'une personne infectée refuse ou se soustrait à un isolement approprié. Des sanctions adaptées proportionnelles au risque encouru devront être appliquées.

Les EPE peuvent envisager d'inclure dans les conditions d'emploi de leur personnel des dispositions sur la nécessité éventuelle d'isoler les employés exposés au PV ainsi que certains aspects des présentes orientations dans les programmes d'initiation et de formation du personnel.

## ➤ 3. Définitions

On considère qu'il y a exposition au PV lorsqu'un être humain entre en contact direct avec un poliovirus par ingestion, inhalation ou contact cutané (un contact cutané limité et immédiatement identifié suivi d'un lavage approprié peut ne pas être considéré comme une exposition au PV). Dans le cas des PV confinés, une exposition peut résulter d'une défaillance de confinement si un virus n'est plus confiné dans l'espace défini et contrôlé désigné comme la zone de confinement. Le GAPIII exige que des mesures de protection primaires (pour prévenir l'infection et la libération de matières contaminées provenant d'un EPE), des mesures de protection secondaires (telles que l'immunité de la population dans le pays hôte hébergeant l'établissement) et des mesures de protection tertiaires (telles que les normes d'hygiène domestique et environnementale) soient mises en place pour le confinement.

La probabilité de déterminer qu'une exposition au PV s'est produite dépend de plusieurs facteurs clés, tels que :

- si le virus est neuropathique (PVS et PVDV) et donc paralysant ou atténué (de type Sabin) ;
- si un incident connu s'est produit entraînant une exposition au PV ou une défaillance de confinement identifiée au moment de sa survenue, ou si une défaillance présumée est identifiée par un cas humain ou un isolement du virus dans l'environnement, ce qui implique une détection et une réponse tardives ; et
- le volume et la concentration de virus auxquels la personne est exposée, le risque potentiel le plus élevé étant associé aux établissements qui travaillent régulièrement avec des volumes importants de matériel viral, comme les fabricants de vaccins, tandis que dans le cas d'une exposition qui implique par exemple du matériel potentiellement infectieux tel que défini dans le GAPIII, le risque est nul ou négligeable.



Dans le présent document, une « exposition » au PV est définie comme tout incident survenu dans un établissement qui expose potentiellement l'homme à un PV, alors qu'une « défaillance de confinement de PV » fait spécifiquement référence à la libération d'un PV soumis au confinement au sein d'un EPE, actuelle ou future, selon la définition du GAPIII.

Conformément aux définitions utilisées dans le *Règlement sanitaire international (2005)*<sup>4</sup> (RSI), l'« isolement », dans ce document, désigne la séparation des personnes infectées ou contaminées, c'est-à-dire des personnes qui ont été directement exposées à un PV, tandis que la « quarantaine » désigne la séparation de leurs contacts, afin d'éliminer de manière préventive le risque d'une transmission ultérieure. Nonobstant l'utilisation de ces termes, le présent document tient compte du fait qu'ils peuvent faire l'objet de définitions juridiques particulières dans certains pays et qu'une autorité juridique spécifique peut être nécessaire pour faire appliquer l'isolement ou la quarantaine.

---

<sup>4</sup> Règlement sanitaire international (2005), troisième édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 28 juillet 2020).



## ➤ 4. Champ d'application

Comme indiqué précédemment, ces orientations s'adressent principalement aux pays qui hébergent des EPE, mais peuvent être utiles à d'autres pays, en fonction de la réglementation nationale et des capacités à mettre en œuvre les mesures.

### 4.1 Portée de la réponse à l'événement

La portée de la réponse est limitée à la gestion initiale en santé publique d'une exposition et/ou d'une infection humaine due à une exposition accidentelle connue au PV, à une défaillance de confinement ou à une libération intentionnelle, y compris la gestion des contacts. Dans certaines circonstances, on peut appliquer ces orientations lorsqu'une infection humaine est détectée et qu'il est prouvé qu'elle s'est produite en raison d'une défaillance de confinement non identifiée ; par exemple, si l'on détecte une infection par le PVS2 chez un employé travaillant dans un EPE, même si aucune défaillance de confinement n'est connue, la réponse à adopter pourrait suivre ces orientations si aucune transmission durable n'a encore été identifiée.

S'il existe des preuves ou une probabilité de transmission durable, il convient de se référer aux procédures opérationnelles standardisées pour la gestion d'une épidémie (voir [les Procédures opérationnelles standardisées : riposte à une flambée de poliomyélite](#)).<sup>5</sup>

Pour obtenir des conseils sur les procédures de diagnostic à appliquer, se référer au document du RMLP intitulé « Diagnostic procedures following accidental exposure to polioviruses » (procédures de diagnostic à la suite d'une exposition accidentelle à des poliovirus), qui peut être consulté à l'adresse : <http://polioeradication.org/tools-and-library/policy-reports/gpln-publications/>.

Ces orientations ne couvrent pas la gestion environnementale ou le « nettoyage » d'un déversement dans un établissement. Toutefois, au niveau des pays et des établissements, ces orientations doivent

<sup>5</sup> Procédures opérationnelles standardisées : riposte à une flambée de poliomyélite, version 3.1. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240002999>, consulté le 30 juillet 2020).



être suivies et mises en relation avec le plan de préparation et le protocole en situation d'urgence mis en place par l'établissement en cas de libération accidentelle ou intentionnelle de PV en son sein. Les présentes orientations développent les composantes de la gestion des risques biologiques du GAPIII, annexes 2 et 3 suivants : élément 9 (soins de santé), élément 10 (intervention d'urgence et établissement de plans d'urgence) et élément 11 (enquête sur les accidents/incidents).

## 4.2 Portée virologique

Les mesures décrites dans ces orientations doivent être appliquées à tous les PV qui doivent être confinés dans un EPE conformément aux phases de la mise en œuvre du GAPIII. En octobre 2019, ces mesures étaient limitées au PV2, mais à l'avenir elles s'appliqueront également aux poliovirus des types 1 et 3 (PV1 et PV3). Néanmoins, en fonction des politiques nationales, il est recommandé d'appliquer également ces orientations pour les expositions à d'autres PV, en particulier les PVS et les PVDV, comme indiqué ci-dessous.

### PV2

Le PVS2 et le poliovirus dérivé de souche vaccinale de type 2 (PVDV2) sont actuellement soumis à un confinement dans les EPE, comme convenu par l'Assemblée mondiale de la Santé. Les mesures les plus rigoureuses de ces orientations s'appliquent aux expositions ou infections, ou aux défaillances de confinement, impliquant tout PVS2, en tant qu'organisme éradiqué. Dans la plupart des cas, les expositions, les infections ou les défaillances de confinement impliquant le PVDV2 seront considérées comme identiques à celles impliquant le PVS2, mais une réflexion plus poussée pourra s'avérer nécessaire si le PVDV2 est déjà en circulation dans le pays. De même, dans de nombreux pays, des mesures rigoureuses doivent aussi être appliquées au virus Sabin ou de type Sabin de type 2, à l'approche de la fin de la phase I (inventaire, destruction et préparation du confinement du PV2) du GAPIII. Cependant, si le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 (VPOm2) a été utilisé dans le pays en raison d'une épidémie due à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2), un événement impliquant le virus Sabin ou de type Sabin de type 2 peut ne pas nécessiter la mise en œuvre de ces orientations ; la décision sera prise en fonction de l'évaluation des risques en tenant compte de la portée géographique et du temps écoulé depuis l'utilisation du VPOm2.

À l'échelle mondiale, à mesure que l'immunité intestinale de la population contre le PV2 diminue dans les pays qui utilisaient auparavant le VPO2 et où la couverture par le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) est sous-optimale, et à mesure que la taille de la cohorte d'enfants nés après le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) augmente, le risque de survenue d'une flambée épidémique de PV2 d'évolution rapide augmentera en cas de défaillance de confinement entraînant une transmission communautaire.

Ces orientations peuvent également s'appliquer à des situations inattendues où l'exposition au PV2 s'est produite en dehors d'un EPE, comme par exemple dans un laboratoire de diagnostic de la poliomyélite, où l'échantillon a fui ou a été mal emballé et ouvert à l'extérieur de l'enceinte de sécurité biologique, et où il s'est avéré par la suite qu'il contenait le PV2.

### **PV1 et PV3**

Le PVS1 et le PVS3 devront être confinés conformément au GAPIII une fois que la transmission aura cessé et avant la certification mondiale de l'éradication du PVS. Il est également recommandé d'appliquer les mesures décrites dans les présentes orientations lors de tout déversement ou libération de PV qui menace l'éradication mondiale de la poliomyélite. Par exemple, comme le PVS3 a été déclaré éradiqué le 24 octobre 2019, tout déversement ou libération impliquant le PVS3 nécessite également une réponse vigoureuse, car le rétablissement de la circulation du PVS3 constituerait un recul majeur pour l'éradication de la poliomyélite. De même, les libérations impliquant le PVS1 dans des pays où la poliomyélite n'est pas endémique doivent également donner lieu à une réponse vigoureuse. Ces mesures ne s'appliquent pas aux déversements ou aux libérations des types 1 et 3 des virus Sabin ou de type Sabin pour le moment, car ces virus sont courants dans le monde entier en raison de l'utilisation généralisée du VPOb ; les mesures s'appliqueront à ces virus après l'arrêt du VPO et le confinement définitif de tous les PV.

### **Matériels potentiellement infectieux**

Les échantillons de matières fécales, respiratoires, d'eaux usées concentrées ou les dérivés de ces échantillons peuvent être potentiellement contaminés par le PV s'ils ont été conservés dans des conditions qui maintiennent la viabilité du PV. Si ces échantillons ont été recueillis dans un lieu et à un moment où le PVS ou le PVDV était en circulation, ils constituent des matériels potentiellement contaminés par le PVS/PVDV et sont soumis au confinement complet décrit dans l'annexe 2 du GAPIII,



et devront être conservés et manipulés dans un EPE. Si le PVS/PVDV n'était pas en circulation, mais que le VPO était utilisé, ces échantillons constituent des matériels potentiellement contaminés par le VPO/virus Sabin et ne peuvent être manipulés en dehors d'un EPE que sous certaines conditions, décrites dans le document *Guidance for non-poliovirus facilities to minimize risk of sample collections potentially infectious for polioviruses*.<sup>6</sup>

### 4.3 Exclusions

Les mesures décrites dans ces orientations peuvent ou non s'appliquer à l'exposition au PV dans les pays ou les zones infranationales où le virus en question qui a été libéré ou déversé circule déjà ou est présumé circuler. La situation des pays au regard de la poliomyélite peut être consultée sur le site Web de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (voir <http://polioeradication.org/where-we-work/polio-outbreak-countries>).

Par exemple, au Pakistan, où le PVS1 est endémique, une libération hypothétique de PVS2 (ou de PVS3 comme indiqué ci-dessus) à partir d'un EPE dans le pays serait gérée conformément aux présentes orientations, tandis qu'une libération de PVS1 serait gérée conformément aux protocoles nationaux existants.

Une défaillance de confinement impliquant le virus Sabin ou de type Sabin de type 2 dans un pays ayant utilisé le VPOm2 au cours des 12 mois précédents peut éventuellement être exclue de la mise en œuvre de ces mesures ; cela dépendra de l'évaluation des risques en tenant en compte la portée géographique de l'utilisation du VPOm2.

Lorsqu'une défaillance de confinement implique plusieurs PV, la réponse doit être décidée en fonction du virus qui a été évalué comme présentant le risque le plus élevé pour la santé publique (voir section 8 ci-dessous).

<sup>6</sup> Guidance for non-poliovirus facilities to minimize risk of sample collections potentially infectious for polioviruses. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-containment-guidance-for-non-poliovirus-facilities-20180410-en.pdf>, consulté le 30 juillet 2020).

## ➤ 5. Rôles et responsabilités

### 5.1 Public cible

Ces orientations s'adressent aux groupes cibles qui mettront en œuvre les mesures, notamment :

- les autorités nationales et infranationales et/ou locales de santé publique, et toute autre agence de santé relevant de leur juridiction, y compris les centres de santé, les hôpitaux ou les centres de quarantaine ;
- tout établissement manipulant des PV et le responsable de la sécurité biologique désigné, la direction et le personnel de la santé au travail ;
- les autorités nationales chargées du confinement (ANC) lorsqu'elles existent ; et
- les laboratoires de diagnostic qui en ont connaissance et qui appliquent les directives du RMLP sur cette question (voir la section 4.1).

D'autres publics peuvent avoir besoin de connaître orientations, notamment :

- d'autres organismes gouvernementaux, tels que ceux chargés de la gestion de l'environnement, les organismes de réglementation des laboratoires, etc. ;
- les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS.

### 5.2 Rôles

Les rôles et les responsabilités peuvent varier en fonction de la structure et des pouvoirs législatifs du pays mais, de manière générale, ce sont les suivants :

- Autorité nationale de santé publique : notification à l'OMS (voir ci-dessous), coordination d'un événement à l'échelle nationale, déclaration d'une urgence de santé publique nationale (si nécessaire), planification de la réponse en cas d'événement impliquant des PV, notamment en veillant à ce que les mesures à prendre en cas de défaillance de confinement soit incluses dans le plan d'action en cas de flambée épidémique de poliomyélite, mise à l'essai du plan et surveillance de la législation de la santé publique concernant les pouvoirs en matière d'isolement et de quarantaine.



- Autorité de santé publique infranationale et/ou locale, en coopération avec l'autorité nationale de santé publique : mise en œuvre des mesures (y compris l'isolement des personnes exposées et infectées et la mise en quarantaine des contacts, incorporation des mesures à prendre en cas de défaillance de confinement dans le plan d'action local si un EPE est situé dans la zone, déclaration d'une urgence de santé publique infranationale) et recueil des échantillons et leur transport vers un laboratoire accrédité par le RMLP, conformément aux règlements de l'OMS relatifs au transport des échantillons et des matières infectieuses.<sup>7</sup>
- Autorité nationale chargée du confinement (ANC) dans les pays hébergeant des EPE : certification d'un EPE, enquête sur les défaillances de confinement, réévaluation du statut de certification de l'EPE, recertification d'un EPE (le cas échéant et s'il cela est approprié) et surveillance du rétablissement du confinement.
- Laboratoire accrédité par le RMLP, situé de préférence dans le pays : réception et analyse des échantillons.
- OMS : réception des notifications, communication avec les États Membres si nécessaire, évaluation du risque de transmission et de l'impact sur la certification du pays comme étant exempt de poliomyélite, le cas échéant, et assistance et appui techniques selon les besoins.
- Commission régionale / mondiale de certification : examen des cas de défaillance de confinement et de leurs conséquences à la lumière de l'impact sur le statut de Région de l'OMS exempte de poliomyélite.

### 5.3 Notification

Le RSI fournit le cadre juridique pour la notification des événements de santé publique impliquant des PV.

*Détection de cas ou de PV dans l'environnement (PVS, PVDV, poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 2)*

Selon l'annexe 2 du RSI 2005, le point focal national (PFN) RSI<sup>8</sup> doit notifier immédiatement au point de contact régional de l'OMS tout cas de poliomyélite dû à un PVS (normalement au plus tard 24 heures après la détection de l'événement). Conformément à la définition de cas du RSI, cette exigence s'étend à la détection de tout cas de PVDV ou de PVDV dans l'environnement et, depuis le retrait

7 Guide pratique sur l'application du Règlement relatif au transport des matières infectieuses 2019-2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2019.20/fr/>, consulté le 29 juillet 2020).

8 Définitions relatives aux quatre maladies devant être notifiées en toutes circonstances en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Genève, Organisation mondiale de la Santé ([https://www.who.int/ihr/surveillance\\_response/Revised-Case-Definitions-IHR-notification-2017-fr.pdf](https://www.who.int/ihr/surveillance_response/Revised-Case-Definitions-IHR-notification-2017-fr.pdf), consulté le 28 juillet 2020).

mondial du VPO2 en 2016, à tout poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 2 détecté chez l'homme ou dans l'environnement.

*Déversement, libération de PV ou défaillance de confinement (sans transmission humaine ni contamination environnementale connue ou avérée)*

## **PV2**

Étant donné que le PVS2 a été éradiqué, que le VPO2 a été retiré et que tous les PV2 sont actuellement ciblés pour être détruits, transférés ou confinés dans un EPE, toute exposition au PV2 ou défaillance de confinement du PV2 doit également être considérée comme un événement à déclaration obligatoire pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) conformément à l'annexe 2 du RSI. Elle doit donc être notifiée par le PFN au contact régional de l'OMS.

## **PV1 et PV3**

Le déversement et la libération de PV1 ou de PV3 doivent également être notifiés conformément à l'annexe 2 du RSI, si l'événement répond à au moins deux des critères suivants :

- 1) Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont graves.
- 2) L'événement est inhabituel ou inattendu.
- 3) Le risque de propagation internationale est important.
- 4) Le risque de restrictions aux voyages ou aux échanges commerciaux internationaux est important.

L'annexe 2 du RSI donne davantage de conseils sur l'interprétation de ces critères. De manière générale, toute défaillance de confinement impliquant le PVS/PVDV de type 1 et de type 3 doit également être notifiée à l'OMS.

Lorsqu'un établissement identifie une défaillance de confinement au moment où elle se produit, il incombe à la direction de l'établissement d'informer immédiatement (dès que possible et au plus tard dans les 24 heures) l'autorité de santé publique compétente dans pays où l'événement s'est produit. Le canal de communication mis en place doit être clairement défini dans le plan d'action en cas de situation d'urgence de l'établissement et impliquer tous les niveaux de gouvernement ou d'autorité administrative concernés. Il incombe alors à l'autorité nationale de santé publique de



notifier l'événement à l'OMS par l'intermédiaire du point focal national RSI, conformément aux dispositions du RSI.

L'OMS, en tant que secrétariat, informera la GCC.

#### **5.4 Gestion des événements et coordination**

Il est vivement conseillé de constituer une équipe chargée de la gestion des incidents, placée sous l'autorité compétente et dont les rôles et responsabilités sont clairement définis, car toutes les parties doivent coordonner au mieux leurs efforts pour éviter les chevauchements, les lacunes ou les activités contradictoires.

Au niveau national, la mise en œuvre globale de ces orientations relève de la responsabilité des autorités nationales de santé publique, notamment la gestion de tout cas, contact ou contamination environnementale et la surveillance renforcée. Le protocole national doit décrire le rôle des autorités de santé publique locales, régionales et nationales dans chaque composante des stratégies d'enquête, d'intervention et de lutte.

La direction de l'EPE est responsable de l'action institutionnelle immédiate en cas de défaillance de confinement à la suite de leur plan d'action en cas de situation d'urgence exigé au titre du GAPIII, comme la fourniture de premiers soins ou la décontamination des employés ou visiteurs exposés, et l'application de mesures de rectification éventuellement requises à plus long terme, y compris les mesures correctives et préventives.

L'ANC, lorsqu'elle existe, est principalement responsable de la surveillance de l'enquête sur les causes profondes de la défaillance de confinement et de la décision, en collaboration avec le CCG, de suspendre ou de retirer la certification de l'établissement. Si l'événement déclenche un audit de l'établissement, le CCG peut demander à un auditeur indépendant de se joindre à l'équipe d'audit nationale.

Pour toute défaillance de confinement devant être notifiée en vertu du RSI, l'OMS doit être informée et impliquée dans la réponse conformément aux articles correspondants du RSI (RSI Titre II - Information et action de santé publique).



## ➤ 6. Aperçu des stratégies de lutte

Les stratégies de lutte présentées dans ces orientations sont basées sur les mesures standard pour la gestion des cas de poliomyélite, stratifiées par niveau de risque évalué et augmentées pour tenir compte du fait que le PVS2 et le PVS3 sont des agents pathogènes éradiqués et que tous les PV2 sont actuellement en cours de confinement, de destruction ou de transfert vers des établissements de confinement.

Les principales composantes ou stratégies utilisées pour répondre à une défaillance de confinement et prévenir l'établissement éventuel d'une nouvelle transmission comprennent l'évaluation des risques, l'isolement des personnes exposées et la mise en quarantaine de leurs contacts, l'analyse des échantillons de selles et des prélèvements de gorge pour évaluer l'excrétion des PV, la lutte contre l'infection et la désinfection, la vaccination ciblée et l'intensification de la surveillance. Comme indiqué précédemment dans le présent document, et conformément au RSI 2005, l'isolement fait référence à la gestion des personnes exposées/infectées, tandis que la quarantaine s'applique à leurs contacts.

Les facteurs essentiels sur lesquels repose la réussite de la réponse seront la réalisation en temps utile de :

- l'identification et la notification de l'incident (section 5) ;
- l'évaluation approfondie mais rapide des risques associés à la défaillance de confinement (section 8) ;
- l'identification de la source ou de la cause, l'analyse de la cause profonde de la défaillance de confinement et sa rectification, y compris la prévention de défaillances futures (GAPIII) ;
- l'identification de toutes les personnes exposées ou infectées par le PV, et leur isolement le cas échéant (section 9) ;
- la recherche des contacts et leur mise en quarantaine le cas échéant (section 9) ;
- les tests<sup>9</sup> visant à déterminer l'excrétion du PV et la vaccination des personnes exposées et de leurs contacts (section 9).

<sup>9</sup> Chez les personnes vaccinées, l'excrétion orale de PV est rare, mais doit être incluse dans les tests car elle a des implications sur les mesures d'isolement et de quarantaine utilisées (c'est-à-dire si des précautions contre les gouttelettes sont également nécessaires).



L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a soutenu le développement d'agents antiviraux pour éliminer l'infection prolongée ou chronique par le PV chez les personnes souffrant de troubles de l'immunodéficience primaire, pour la prophylaxie postexposition et, éventuellement, pour la lutte contre les épidémies. Un agent antiviral pourrait également être disponible à l'avenir pour la prophylaxie postexposition chez les personnes exposées au PV, dans le cadre d'un protocole de recherche de nouveaux médicaments.

## ➤ 7. Considérations éthiques

Compte tenu du coût élevé de l'éradication de la poliomyélite, notamment des ressources humaines et financières considérables, et des sacrifices personnels et des dangers auxquels sont confrontés de nombreux personnels et volontaires pour parvenir à l'éradication, le maintien du confinement des PV pendant une longue période et une réponse vigoureuse à toute défaillance de confinement constituent un impératif éthique majeur. Le GAPIII et le dispositif de certification du confinement visent à prévenir l'exposition aux PV après l'éradication, tandis que les présentes orientations visent à limiter les conséquences d'une exposition accidentelle. La réduction du nombre d'EPE est un moyen important de réduire le risque de rétablissement d'une transmission à l'avenir.

L'article 3 du RSI, Principes, dispose que « Le présent Règlement est mis en œuvre en respectant pleinement la dignité des personnes, les droits de l'homme et les libertés fondamentales ». Les restrictions à la liberté de circulation, telles que l'isolement et la quarantaine, peuvent imposer une charge importante sur les individus et les communautés, causant du stress ou des tensions. Selon les orientations de l'OMS<sup>10</sup>, en cas d'épidémies de maladies infectieuses, ces mesures peuvent être justifiées par la valeur éthique de la protection de la communauté et de la santé publique, mais ne doivent pas être mises en œuvre sans porter une attention particulière aux considérations suivantes (reflétées dans les Tableaux 1 et 2, à la section 9) :

- a) base factuelle justifiant l'imposition de restrictions ;
- b) mise en œuvre des mesures de manière à imposer le moins de contraintes possible pour atteindre l'objectif de santé publique ;
- c) conditions humaines, par exemple la possibilité de satisfaire les besoins essentiels ;
- d) conséquences financières et sociales pour les individus ;
- e) protection des droits de la défense, avec mise en place de mécanismes de plainte et de réexamen ;
- f) application équitable et non arbitraire des mesures ; et
- g) communication et transparence pour renforcer la confiance du public et le respect des règles.

<sup>10</sup> Lignes directrices pour la gestion des questions éthiques lors des flambées de maladies infectieuses. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275799/9789242549836-fre.pdf>, consulté le 28 juillet 2020).



L'identité des personnes concernées ne doit être communiquée qu'en cas de besoin, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être divulguée au public, afin d'éviter la stigmatisation et la discrimination.

## ➤ 8. Évaluation des risques associés à l'exposition au PV

Étant donné que les risques de transmission et de rétablissement de la circulation varient considérablement selon le contexte et que la réponse doit être proportionnée et adaptée en fonction du risque et de l'impact potentiel, une stratification des risques liés aux événements a été établie. Cette stratification, qui place les expositions au PV2 au niveau le plus élevé, est basée sur les faits suivants :

- le PVS2 et le PVS3 sont les seuls PV qui ont été officiellement éradiqués ;
- depuis le retrait du VPO2 en 2016, l'immunité intestinale de la population contre le PV2 est inférieure à celle contre le PV1 ou le PV3 ;
- le VPI offre une protection contre la poliomyélite, mais il est moins efficace contre l'infection intestinale, l'excrétion et donc la transmission ;
- tandis que le PVS1 a été éliminé dans la plupart des pays et le PVS3 dans tous les pays, la disponibilité du VPOb indique que l'immunité de la population est probablement plus élevée contre le PV1 et le PV3 que contre le PV2.

Une évaluation des risques doit être menée par l'autorité de santé publique compétente et, dans l'idéal, être réalisée dans les 48 heures suivant une défaillance de confinement, afin d'identifier par exemple les éléments suivants :

- les caractéristiques de la défaillance (volume, concentration, exposition potentielle ou confirmée du personnel, site dans l'établissement, libération survenue à l'extérieur de l'établissement le cas échéant) ;
- la voie d'exposition (l'ingestion présenterait un risque plus important que l'exposition cutanée) ;
- l'utilisation d'un équipement de protection individuelle (EPI) adéquat au moment de la défaillance, les procédures pour mettre et enlever la blouse et les procédures de décontamination ;
- le temps écoulé depuis la défaillance (s'il est connu) ;
- l'historique de vaccination des personnes exposées et de leurs contacts ;
- les éventuels voyages effectués par les personnes exposées après l'incident, y compris au sein de la communauté locale ;



- le profil immunitaire de la population locale et les zones où la couverture vaccinale est sous-optimale ;
- tout antécédent de transmission de PV dans la communauté ;
- les sous-populations à haut risque, comme les contacts proches non immunisés ou les communautés locales sous-immunisées ; et
- les risques environnementaux qui augmenteraient les craintes d'une transmission.

Les principales informations sur la poliomyélite sont disponibles en anglais, en arabe, en chinois, en espagnol, en français et en russe sur le site Web de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ poliomyelitis>.

### Risque très élevé

- Toute défaillance de confinement ou toute exposition impliquant le PVS2 ou le PVDV2.

### Risque élevé

- Toute exposition impliquant le PVS1/PVDV de type 1 ou le PVS3/PVDV de type 3.
- Toute exposition impliquant un poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 2, dans un pays ou une zone environnante (dans un rayon de 100 km) où l'immunité contre le type 2 est insuffisante (moins de 90 % de couverture par le VPI selon le calendrier national<sup>11</sup>) OU dans lequel l'accès à l'assainissement de base ou géré en toute sécurité est insuffisant (moins de 95 % de la population selon les données du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement (JMP)<sup>12</sup>).

### Risque faible

- Toute exposition impliquant un poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 2 dans un pays et ses environs où l'immunité contre le type 2 est suffisante (couverture par le VPI supérieure à 90 %) ET dans lequel l'accès à l'assainissement de base ou géré en toute sécurité est suffisant (l'inverse du risque élevé décrit ci-dessus).
- Toute exposition impliquant des matières potentiellement contaminées par le PVS2/PVDV2.

### Risque minimal

- Toute exposition impliquant des matières potentiellement contaminées par le poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 1 ou de type 3 ; il s'agit d'une situation de risque minimal qui n'est pas traitée dans le cadre des présentes orientations pour le moment, mais qui devra l'être dans une révision future de ces orientations après l'arrêt du VPO prévu ultérieurement.
- Toute exposition impliquant des matières potentiellement contaminées par le poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 2.

<sup>11</sup> Selon les estimations UNICEF/OMS de la couverture vaccinale nationale.

<sup>12</sup> Données du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement (<https://washdata.org/data>, consulté le 28 juillet 2020).

## ➤ 9. Gestion des personnes exposées à des PV et de leurs contacts à risque, mise en quarantaine et isolement

### 9.1 Recherche des contacts

Pour limiter la propagation potentielle du PV, qui se caractérise par de nombreuses infections asymptomatiques, la recherche des contacts entreprise par les autorités de santé publique est importante pour identifier les personnes potentiellement infectées. Six catégories de personnes doivent être recherchées et testées d'urgence car elles peuvent avoir été en contact avec les personnes exposées (ou avec leurs selles) et peuvent donc être également exposées au risque d'infection par le PV ou de transmission du virus.

- a) Contacts domestiques : personnes ayant vécu avec la personne exposée et partagé des toilettes pendant la période infectieuse. Ces personnes, en particulier les enfants et les personnes non immunisées, sont les plus à risque, car elles peuvent avoir eu des contacts avec la personne potentiellement infectée avant la détection du virus. Les contacts sexuels doivent être considérés comme constituant un risque similaire.
- b) Contacts ayant partagé des toilettes : autres personnes (contacts non domestiques) qui ont partagé des toilettes avec la personne exposée pendant la période infectieuse, avant le nettoyage ou la désinfection des toilettes, comme les personnes partageant des toilettes sur le lieu de travail et les visiteurs au domicile de la personne exposée. Ces contacts sont particulièrement importants lorsque l'isolement de la personne est retardé.
- c) Contacts ayant consommé des aliments préparés par la personne exposée au PV.
- d) Les secouristes des établissements ou les premiers intervenants qui ont prêté assistance à la personne exposée, sans utiliser d'EPI. Toute personne directement exposée doit être considérée comme potentiellement infectée et gérée en conséquence.
- e) Les agents de santé qui ont soigné la personne exposée pendant la période infectieuse.
- f) Les employés des services des eaux usées qui, bien que présentant un risque très faible, doivent également être pris en considération dans les situations d'infection avérée, lorsqu'une personne



infectée par le PV2 a excrété le virus dans les eaux usées avant son isolement et avant la collecte et l'incinération / l'inactivation des selles.

Pour prévenir efficacement toute nouvelle propagation, la recherche des contacts doit être plus rapide que la propagation du virus. Au-delà des contacts domestiques, qui peuvent être les plus exposés en raison de l'étendue et de la durée de l'exposition à une personne infectée, la priorité doit être donnée à la recherche et à la gestion des contacts à haut risque, tels que les agents de santé, les manipulateurs de produits alimentaires et les puériculteurs, qui sont susceptibles de propager l'infection à de nombreuses personnes. Les contacts à risque doivent être évalués afin de déterminer leur statut immunitaire et être informés sur les symptômes de l'infection par le PV et les règles d'hygiène personnelle.

La recherche des contacts n'empêche pas en soi un contact d'être infecté par le PV, mais un échantillonnage des selles des contacts domestiques et des agents de santé incomplètement vaccinés (comme indiqué au Tableau 1) et une surveillance accrue des symptômes cliniques tels que la paralysie flasque aiguë (PFA) permettront d'identifier la propagation du virus et de prévenir toute nouvelle transmission.

La recherche des contacts doit être effectuée dans le respect de la confidentialité des personnes concernées et de manière équitable, en évitant toute discrimination réelle ou perçue.

## **9.2 Gestion des personnes exposées et infectées, et de leurs contacts**

La gestion des personnes exposées et de leurs contacts est présentée dans le Tableau 1. Si les tests détectent une infection au cours des activités présentées dans le Tableau 1, le Tableau 2 s'appliquera alors, ce qui nécessitera un recours plus large à la mise en quarantaine des contacts à risque.



Tableau 1 : Gestion des personnes exposées au PV et de leurs contacts

Activité	Événement à faible risque	Événement à risque élevé ou très élevé
>>> Personne exposée		
Isolement - lieu	Au domicile	Si possible et si le cadre juridique national/local le permet, une chambre d'isolement à l'hôpital avec une seule salle de bain, si elle est disponible, doit être envisagée pour les événements à très haut risque, en particulier si le respect des autres mesures de lutte risque d'être médiocre.  Sinon, on peut recourir à l'isolement à domicile. Les agents de santé publique doivent fréquemment surveiller le respect des mesures afin de garantir un isolement strict à l'écart des contacts domestiques, notamment des toilettes et une salle de bain séparées, un nettoyage, une désinfection et une élimination des déchets rigoureux. Les selles doivent être collectées et incinérées.
Isolement - durée	Sept jours si le dépistage est négatif.	
Collecte et transport des échantillons vers un laboratoire accrédité par le RMLP	Les échantillons de selles et de prélèvements de gorge doivent être collectés quotidiennement pour rechercher la présence du PV pendant au moins sept jours. Un échantillon de sang de référence doit être prélevé le jour de l'exposition et 15 à 21 jours plus tard, conformément aux recommandations du RMLP (voir la section 4.1).	
Gestion des matières fécales	Réseau des eaux usées	Risque très élevé : matières collectées et incinérées / inactivées, voir également la section 10.  Risque élevé : matières collectées et incinérées / inactivées si les toilettes ne sont pas reliées à un système adéquat de gestion des eaux usées
Agents de santé	Promotion du lavage des mains et de l'hygiène	Mesures barrière appropriées : précautions entériques avec port d'une blouse et de gants.  Des précautions respiratoires peuvent être nécessaires si la personne n'est pas vaccinée, jusqu'à ce que les prélèvements de gorge soient négatifs.
Nettoyage et désinfection	Eau de Javel ordinaire ou équivalent approprié (voir la section 11)	Nettoyage et désinfection renforcés (voir la section 11)
Élimination des déchets, y compris les échantillons de laboratoire	Encourager les bonnes pratiques	Les déchets doivent être traités comme des déchets infectieux.
Manipulation des aliments (pour d'autres personnes)	Non autorisée	Non autorisée
Garde d'enfants (hors du ménage)	Non autorisée	Non autorisée
Visiteurs	Les visiteurs doivent être limités à la famille proche / aux amis / aux soignants ayant une immunité prouvée ou des antécédents de vaccination contre le PV. Éducation des visiteurs concernant le lavage des mains.	Les visiteurs doivent être limités à la famille proche / aux amis / aux soignants ayant une immunité prouvée ou des antécédents de vaccination contre le PV, et le respect des mesures doit être contrôlé. Les visiteurs doivent prendre des précautions entériques, c'est pourquoi des gants et des blouses doivent être fournis aux visiteurs à domicile ; des précautions contre les gouttelettes peuvent également être nécessaires si la personne exposée n'a pas été vaccinée.

Activité	Événement à faible risque	Événement à risque élevé ou très élevé
>>> Contacts		
Contacts domestiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de quarantaine</li> <li>• Donner des conseils d'hygiène.</li> <li>• Prélever deux échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant trois jours après la première exposition du contact.</li> <li>• Considérer les contacts comme négatifs seulement quand deux échantillons de selles espacés de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en quarantaine à domicile, avec sanitaires séparés.</li> <li>• Prélever deux échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant trois jours après la première exposition du contact.</li> <li>• Lever la quarantaine quand deux échantillons de selles espacés de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV</li> </ul>
Contacts ayant partagé des toilettes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de quarantaine</li> <li>• Donner des conseils d'hygiène.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarantaine à domicile</li> <li>• Prélever deux échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant trois jours après la première exposition du contact.</li> </ul>
Contacts ayant consommé des aliments	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prélever deux échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant trois jours après la première exposition du contact.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lever la quarantaine lorsque deux échantillons de selles espacés de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV.</li> </ul>
Secouristes qui n'ont pas utilisé d'EPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérer les contacts comme négatifs seulement quand deux échantillons de selles espacés de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV.</li> </ul>	
Vaccination – tous les contacts à risque	Prélever et tester un échantillon de sérum de référence avant la vaccination avec une dose de rappel de VPI ou, si le statut vaccinal n'est pas connu, avec une primovaccination complète avec le VPI. La vaccination ne doit pas être retardée dans l'attente des résultats du test de détection des anticorps.	
Vaccination – communauté	Encourager l'évaluation de la couverture vaccinale de la communauté et l'amélioration du calendrier de vaccination systématique (par exemple, le VPI).	



Si le dépistage de la personne exposée et des contacts permet de détecter une infection par le PV avérée, certaines activités de gestion à mener sont présentées dans le Tableau 2. En substance, lorsque l'infection par le PV est avérée, il peut être nécessaire de recourir plus largement à la quarantaine.

Tableau 2. Gestion ultérieure lorsque le dépistage des personnes exposées ou de leurs contacts révèle une infection par le PV (à l'exclusion des poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 1 ou de type 3)

Activité	Poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 2	PVS, PVDV
>>> Gestion des cas		
Isolement - lieu	Isolement à domicile avec surveillance fréquente nécessaire pour s'assurer que la personne infectée par le poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 2 et les contacts au sein du ménage appliquent rigoureusement les mesures de lutte. Les agents de santé publique doivent vérifier le respect d'un isolement strict à l'écart des contacts domestiques, notamment des toilettes et une salle de bain séparées, et un nettoyage, une désinfection et une élimination des déchets rigoureux. Les selles doivent être collectées et incinérées / inactivées.	Une chambre d'isolement à l'hôpital dotée d'une salle de bain privative et d'un dispositif pour la gestion appropriée des déchets est recommandée.
Isolement – durée	Jusqu'à ce que trois échantillons de selles prélevés sur trois jours consécutifs soient négatifs.	
Contacts parmi les soignants	Mesures barrière appropriées : précautions entériques avec port d'une blouse et de gants. Les EPI doivent être éliminés correctement après utilisation. En cas d'infection avérée symptomatique par le PVS/PVDV, ou de prélèvement de gorge positif, des précautions contre les gouttelettes doivent également être prises.	
Gestion des matières fécales	Les matières fécales doivent être collectées et incinérées ou autrement inactivées (voir également la section 10).	
Nettoyage et désinfection	Un nettoyage et une désinfection renforcés sont nécessaires (voir la section 11)	
Élimination des déchets	Les déchets doivent être gérés comme des déchets infectieux.	
Manipulation des aliments (pour d'autres personnes)	La manipulation des aliments n'est pas autorisée.	
Garde d'enfants (hors du ménage)	La garde d'enfants n'est pas autorisée.	
Visiteurs	Les visiteurs doivent être limités et, s'ils sont autorisés, ils ne peuvent être que des membres de la famille proche / des amis / des soignants, et seuls ceux qui ont une immunité prouvée ou des antécédents de vaccination contre le PV peuvent rendre visite, mais doivent prendre des précautions entériques. Si les prélèvements de gorge sont positifs, des précautions contre les gouttelettes sont également requises.	



Activité	Poliovirus Sabin ou de type Sabin de type 2	PVS, PVDV
>>> Contacts de la personne infectée par le PV		
Contacts domestiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarantaine à domicile.</li> <li>• Deux autres prélèvements d'échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant au moins trois jours après l'exposition <u>la plus récente</u> du contact.</li> <li>• Levée de la quarantaine seulement quand deux échantillons de selles dont le prélèvement est espacé de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarantaine à domicile, si elle n'est pas déjà mise en œuvre.</li> <li>• Deux autres prélèvements d'échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant au moins trois jours après l'exposition <u>la plus récente</u> du contact.</li> <li>• Levée de la quarantaine seulement quand deux échantillons de selles dont le prélèvement est espacé de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV.</li> </ul>
Contacts ayant partagé des toilettes Contacts ayant consommé des aliments	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarantaine à domicile.</li> <li>• Deux autres prélèvements d'échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant au moins trois jours après l'exposition <u>la plus récente</u> du contact.</li> <li>• Levée de la quarantaine quand deux échantillons de selles dont le prélèvement est espacé de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarantaine à domicile, si elle n'est pas déjà mise en œuvre.</li> <li>• Deux autres prélèvements d'échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant au moins trois jours après l'exposition <u>la plus récente</u> du contact.</li> <li>• Levée de la quarantaine quand deux échantillons de selles dont le prélèvement est espacé de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV.</li> </ul>
Employés des services des eaux usées exposés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de quarantaine.</li> <li>• Deux autres prélèvements d'échantillons de selles, espacés de 24 à 48 heures, en commençant au moins trois jours après l'exposition la plus récente du contact. Les employés peuvent être considérés comme négatifs seulement lorsque deux échantillons de selles dont le prélèvement est espacé de 24 à 48 heures se révèlent négatifs pour le PV.</li> </ul>	
Vaccination – tous les contacts à risque	Prélever et tester un échantillon de sérum de référence avant la vaccination avec une dose de rappel de VPI ou, si le statut vaccinal n'est pas connu, avec une primovaccination complète avec le VPI. La vaccination ne doit pas être retardée dans l'attente des résultats du test de détection des anticorps.	
Vaccination – communauté	Encourager l'évaluation de la couverture vaccinale de la communauté et l'amélioration du calendrier de vaccination systématique (par exemple, le VPI).	

### 9.3 Prévention et gestion des conséquences négatives

Tout doit être mis en œuvre pour éviter de causer des pertes financières ou matérielles aux personnes soumises à la quarantaine et à l'isolement, et lorsque ces pertes sont inévitables, une indemnisation doit leur être accordée dans la mesure du possible.

Il convient d'expliquer soigneusement les raisons de l'isolement / de la quarantaine. L'accès à des services de conseil doit être assuré.

Les autorités de santé publique doivent faire tout leur possible pour éviter la stigmatisation qui pourrait être associée à la quarantaine et à l'isolement. Cela pourrait consister par exemple à éviter de mettre les EPI devant le logement de la personne, à éviter d'utiliser des véhicules susceptibles d'attirer l'attention sur le fait que les habitants du logement sont soumis à l'isolement / à la quarantaine, etc.



## ➤ 10. Assainissement

Les matières fécales doivent être collectées et incinérées / inactivées conformément aux Tableaux 1 et 2.

Une autre possibilité dans certaines situations peut consister à utiliser des toilettes à chasse d'eau ou des latrines qui ne sont pas utilisées par d'autres personnes, à condition de suivre les procédures standard pour le traitement des eaux usées<sup>13</sup>, notamment, au minimum, un traitement en fosse septique sur place, qui sera par la suite vidangée sous contrôle en vue du traitement ultérieur des eaux usées. Le confinement des eaux usées pendant un certain temps avant le traitement biologique secondaire permet de tuer naturellement le PV et réduit substantiellement la concentration du virus et d'autres agents pathogènes éventuellement présents.

Pour la gestion ultérieure des eaux usées, tout contact humain direct avec les excreta doit être évité et tous les personnels doivent porter un EPI complet. Cet équipement comprend des gants en caoutchouc résistants, une blouse et un tablier imperméables, des chaussures fermées (par exemple, des bottes), une protection faciale (masque et lunettes de protection ou écran facial) et, dans l'idéal, un couvre-chef. Les personnels doivent être correctement formés pour mettre, utiliser et enlever l'EPI afin de maintenir ces barrières de protection et les garder intactes.

En ce qui concerne les « eaux grises » ou les eaux provenant du lavage des EPI, des surfaces et d'autres objets potentiellement contaminés, il est recommandé d'utiliser de l'eau chlorée (hypochlorite à 0,5 %) pour laver les EPI réutilisables, ainsi que les surfaces qui peuvent avoir été en contact avec des liquides biologiques. Cette concentration de chlore est suffisante pour inactiver le PV dans une eau relativement exempte de solides (teneur inférieure à 10 mg/l).

<sup>13</sup> OMS, 2002. Environmental health in emergencies and disasters. Organisation mondiale de la Santé ([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/emergencies/emergencies2002/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/emergencies2002/en/), consulté le 27 juillet 2020).





## ➤ 11. Nettoyage et désinfection à l'hôpital / à domicile

Un nettoyage et une désinfection appropriés des zones en contact avec une personne infectée sont nécessaires pour prévenir une transmission ultérieure.<sup>14</sup> L'objectif du nettoyage est d'éliminer les salissures qui peuvent héberger des particules virales et les protéger de la désinfection. Les désinfectants efficaces sont ceux qui contiennent du chlore libre, tels que l'hypochlorite de sodium ou l'eau de Javel, les solutions de glutaraldéhyde, les solutions de formaldéhyde et les iodophores. Le temps de contact est également important pour inactiver le virus.

Le linge souillé doit être éliminé en toute sécurité, et le reste du linge doit être mis à tremper dans un désinfectant chloré (dilué selon les instructions du fabricant) pendant au moins 15 minutes.

Certains désinfectants courants tels que l'éthanol à 70 %, l'isopropanol, le Lysol et les composés d'ammonium quaternaire ne sont pas efficaces contre le PV. Le virus est également résistant aux solvants lipidiques (tels que le « Dettol ») et il est stable dans de nombreux détergents à température ambiante. Pour l'inactivation thermique, une température de 60 °C pendant une heure ou de 70 °C pendant 10 minutes est nécessaire.

<sup>14</sup> Des températures plus basses et un taux d'humidité élevé favorisent la survie du PV. Une fois excrété, le virus peut survivre à l'extérieur du corps humain pendant des semaines à température ambiante. Des études en laboratoire ont montré que la survie du PV dans l'environnement est meilleure lorsque l'humidité relative est élevée. En interpolant les données de diverses études, Dowdle et Birmingham ont estimé que l'infectiosité du PV diminuait de « 90 % tous les 20 jours en hiver et tous les 1,5 jour en été, dans les eaux usées tous les 26 jours à 23° C, dans l'eau douce tous les 5,5 jours à température ambiante, et dans l'eau de mer tous les 2,5 jours dans les mêmes conditions » (voir Dowdle W, Birmingham M. The Biologic Principles of Poliovirus Eradication. J Infect Dis. 1997; 175(Suppl 1): S286-S292. doi: 10.1093/infdis/175.Supplement\_1.S286). Le PV a survécu sur des tissus en coton avec une perte minimale pendant 24-48 heures à température ambiante et à 35 % d'humidité relative, et une perte rapide après 48 heures. Le PV a survécu plus longtemps sur les tissus en laine, avec une récupération après 20 semaines à la même humidité.



## ➤ 12. Surveillance renforcée

La surveillance doit être intensifiée aux alentours de l'établissement où la défaillance de confinement s'est produite, et à proximité du domicile, du lieu de travail ou de tout autre lieu important sur le plan épidémiologique de la personne exposée.

- a) Alerter les laboratoires de diagnostic locaux de la possibilité d'une détection de PV et prévoir l'envoi d'échantillons vers des installations dotées d'un système de confinement approprié.
- b) Alerter les pédiatres et autres cliniciens sur la nécessité de participer à la surveillance intensifiée des cas de PFA ou à la surveillance clinique des cas suspects de poliomyélite. Il peut être nécessaire de vérifier les dossiers hospitaliers à la recherche de cas de PFA la gestion appropriée des personnes exposées et des contacts a été retardée.
- c) Envisager une surveillance environnementale ad hoc d'une durée limitée autour du domicile de la personne exposée et de l'EPE, en consultation avec le Bureau régional de l'OMS. Le choix des points de prélèvement possibles autour d'un EPE doit être effectué lors de la planification de l'établissement d'un EPE.

Il peut être nécessaire de mettre en œuvre un plan pour l'intensification des activités en laboratoire. Le nombre de prélèvements à tester provenant des contacts des personnes exposées peut rapidement augmenter. Les tests d'amplification génomique (réaction en chaîne par polymérase après transcription inverse, RT-PCR) se prêtent mieux à des tests à haut débit que la culture virale, mais ils ne sont pas encore entièrement validés et mis en œuvre pour le dépistage direct sur les selles. Le laboratoire national de la poliomyélite (LNP) doit être en mesure de fournir aux autorités de santé publique les résultats des tests, soit au LNP, soit dans un laboratoire de référence régional / mondial, en gardant à l'esprit que seuls les EPE désignés peuvent travailler avec le PV2 pour le moment ; cela s'appliquera également au PV1 et au PV3 à l'avenir. En consultation avec les principales parties prenantes, la réponse de la santé publique pourrait être basée sur le dépistage par RT-PCR des échantillons de patients, le calendrier de la culture virale de confirmation dépendant du nombre de cas impliqués.



Les aspects éthiques du renforcement de la surveillance comprennent :

- La protection de la confidentialité des informations personnelles – La divulgation non autorisée d'informations personnelles collectées lors d'un événement (notamment le nom, l'adresse, le diagnostic, les antécédents familiaux, etc.), peut exposer les individus à un risque important. Les pays doivent s'assurer qu'il existe une protection suffisante contre ces risques, notamment des lois qui protègent la confidentialité des informations générées par les activités de surveillance, et qui limitent strictement les circonstances dans lesquelles ces informations peuvent être utilisées ou divulguées à des fins différentes de celles pour lesquelles elles ont été initialement recueillies.
- L'évaluation de l'importance de la participation universelle – La surveillance de la santé publique est généralement effectuée sur une base obligatoire, sans possibilité de refus individuel. La collecte d'informations de surveillance sur une base obligatoire est éthiquement appropriée pour des raisons d'intérêt public si une autorité gouvernementale responsable a déterminé que la participation universelle était nécessaire pour atteindre des objectifs de santé publique impératifs. Toutefois, il ne faut pas supposer que les activités de surveillance doivent toujours être menées sur une base obligatoire.
- La divulgation d'informations aux personnes et aux communautés – Indépendamment du fait que les individus aient le choix de se soustraire aux activités de surveillance ou non, le processus de surveillance doit être mené de manière transparente. Au minimum, les personnes et les communautés doivent être informées du type d'informations qui seront recueillies à leur sujet, des fins auxquelles ces informations seront utilisées et de toutes les circonstances dans lesquelles les informations recueillies peuvent être partagées avec des tiers. En outre, des informations sur les résultats des activités de surveillance doivent être mises à disposition dès que cela est raisonnablement possible. Une attention particulière doit être accordée à la manière dont ces informations sont communiquées, afin de réduire au minimum le risque de stigmatisation ou de discrimination des personnes surveillées.

## ➤ 13. Formation des agents de santé et du personnel de nettoyage

Dans le cadre de la stratégie de lutte, l'éducation sera essentielle. Il faut rappeler aux agents de santé les précautions à prendre lors des contacts, les tests et les vaccinations appropriés. Le personnel de nettoyage devra être informé des agents de nettoyage et des temps de contact appropriés ainsi que des précautions à prendre, et travailler en étroite collaboration avec le personnel de santé pour garantir l'efficacité du nettoyage.



## ➤ 14. Stratégie de communication

Une défaillance dans un établissement manipulant des PV qui expose des personnes ou des populations à un organisme éradiqué est susceptible d'attirer grandement l'intérêt des médias. Un expert en communication de l'autorité de santé publique doit être impliqué dès les premières étapes de la réponse et des porte-parole doivent être désignés.

La stratégie de communication doit garantir la fourniture d'informations exactes aux médias et à la communauté, car la diffusion d'informations inexactes ou prématurées peut avoir de graves répercussions sur la personne concernée, sa famille, les agents de santé et leur communauté. La stratégie de communication doit contrer les rumeurs que les médias sociaux sont susceptibles de répandre. L'identité de la personne exposée doit rester confidentielle dans la mesure du possible. Les médias peuvent également jouer un rôle important pour sensibiliser le public au risque évalué et au rôle de la désinfection, du lavage des mains et de la vaccination dans la réponse à l'incident.

Il est important de présenter aux médias des informations actualisées et factuelles afin de réduire au minimum les spéculations et les inquiétudes du public. Il est important que les principales parties prenantes aient convenu d'une stratégie nationale de notification et de communication, et qu'une coordination permanente entre les parties soit assurée pour garantir la cohérence des messages et de l'approche.

Des efforts doivent être faits avant qu'un incident ne se produise pour sensibiliser la communauté aux risques associés à l'hébergement d'un EPE. Toutefois, cette implication doit être proportionnelle aux risques liés à l'EPE et doit éviter de susciter inutilement l'inquiétude ou les craintes de la communauté.



Les documents suivants donnent des informations sur les communications efficaces dans les médias pendant une situation d'urgence de santé publique :

- Communication du risque pendant les urgences sanitaires : directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/risk-communication/guidance/download/fr/>);
- Effective Media Communication during Public Health Emergencies: WHO Field Guide. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 ([http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_CDS\\_2005\\_31a/en](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_31a/en)).



## ➤ 15. Gestion des épidémies et campagnes de vaccination

En cas de transmission continue du PVS/PVDV, c'est-à-dire lorsqu'une défaillance de confinement donne lieu à une flambée épidémique, une campagne de vaccination devra être mise en œuvre d'urgence conformément aux procédures opérationnelles standardisées pour la gestion des épidémies (voir les [Procédures opérationnelles standardisées : riposte à une flambée de poliomyélite](#)).<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Procédures opérationnelles standardisées : riposte à une flambée de poliomyélite, version 3.1. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240002999>, consulté le 30 juillet 2020).



## ➤ 16. Compte rendu après action et révision des orientations

Après chaque événement, il faut entreprendre et achever rapidement un examen après action collaboratif des mesures d'intervention mises en œuvre à chaque niveau et recommander des améliorations des présentes orientations et du plan en cas de situation d'urgence. Il convient de communiquer les enseignements tirés aux parties prenantes concernées. Les autorités compétentes doivent surveiller la mise en œuvre du plan d'action correctif et préventif mis en place par l'établissement et les autorités sanitaires locales et nationales. Ces orientations seront révisées si nécessaire après chaque événement important afin de mettre à profit les enseignements tirés.







**Organisation  
mondiale de la Santé**