



Numéro thématique Éradication de la poliomyélite : la situation en 2005

Éditorial

Le programme d'éradication mondiale de la poliomyélite, lancé par l'OMS en 1988 avait réussi, au prix d'un effort considérable, à faire disparaître cette maladie et la circulation des poliovirus, de la plupart des pays dès le début des années 2000. S'ajoutant à la vaccination généralisée des jeunes enfants, ce programme a reposé sur deux volets : le renforcement de la vaccination de routine par des campagnes de masse, et la mise en place d'une surveillance renforcée, clinique et virologique, des paralysies flasques aiguës.

Espérée d'abord pour l'an 2000, l'éradication mondiale, qui ne pourra être prononcée que 3 ans après le dernier cas confirmé

dans le monde, a pris du retard, du fait de difficultés d'application de la vaccination dans deux régions : le sous-continent indien (Inde, Pakistan, Afghanistan), et en Afrique (Égypte, Niger et surtout Nord-Nigeria, devenu récemment le principal réservoir mondial de la poliomyélite, la population ayant été incitée par un certain courant islamiste à refuser la vaccination, accusée de stériliser les femmes et de propager le Sida). C'est à partir du Nord-Nigeria que la poliomyélite a été dernièrement réimportée en Afrique subsaharienne, puis au Moyen-Orient et aujourd'hui en Indonésie, où viennent d'être observés, après 10 ans d'interruption, plusieurs centaines de cas (poliovirus 1, souche nigériane). En Afrique subsaharienne 11 pays, de la Guinée à l'Ouest jusqu'en Somalie à l'Est, qui avaient réussi à éliminer la poliomyélite, ont déclaré des cas importés, et dans six d'entre eux (Mali, Burkina, Côte d'Ivoire, Tchad, RCA, Soudan) celle-ci a même été ré-endémisée.

En France le dernier cas de poliomyélite autochtone date de 1989, le dernier cas importé de 1995 : il s'agissait d'un coopérant de 27 ans, très partiellement vacciné, hospitalisé à son retour de Côte d'Ivoire pour une tétraplégie avec détresse respiratoire. Avec l'usage exclusif, depuis 1986 du vaccin inactivé injectable, la couverture vaccinale se maintient à un niveau élevé. La mise en place de la surveillance exhaustive des paralysies flasques aiguës, dont la plupart relèvent du syndrome de Guillain-Barré, n'a pas été jugée nécessaire, comme dans plusieurs pays industrialisés. Par contre la surveillance clinique et virologique de la polio a été renforcée à l'échelle nationale par la mise en place en 2000 d'un Réseau national de surveillance des entérovirus, auquel s'ajoute une surveillance de l'environnement. Quelques rares souches de poliovirus vaccinal ont été détectées par ces deux systèmes de surveillance, toutes importées, le plus souvent d'Afrique. Mais le risque accru d'importa-

tion d'infections à poliovirus sauvages oblige à maintenir une vigilance clinique et virologique rigoureuse, et à re-sensibiliser périodiquement les cliniciens concernés.

Si le vaccin inactivé injectable est utilisé maintenant dans la plupart des pays industrialisés, c'est encore le vaccin vivant oral qui est administré à la majorité des enfants du monde. Facile à administrer, peu onéreux, ce vaccin très efficace est toutefois susceptible de devenir neuropathogène, voire épidémiogène, comme l'ont montré quelques épidémies récentes.

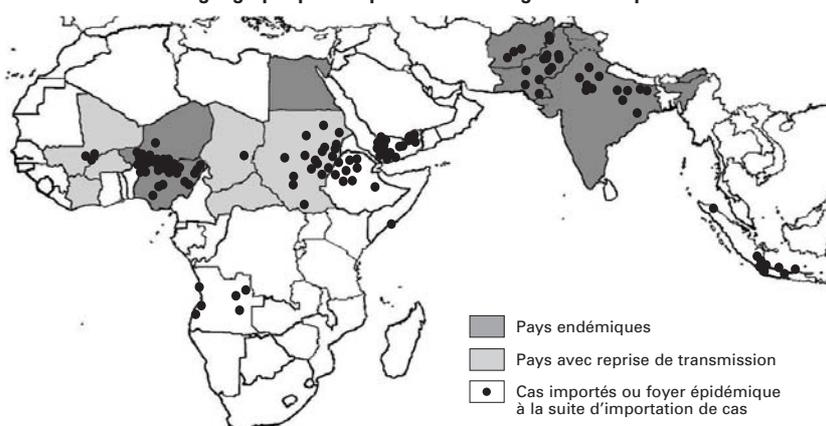
Quand l'éradication mondiale sera enfin obtenue, il ne sera pas possible de désarmer avant de longues années, pendant la

période de « post-éradication ». La poursuite ultérieure de la vaccination généralisée par le vaccin vivant oral est remise en question, à la différence de la vaccination par le vaccin inactivé. Le maintien prolongé d'une surveillance clinique et virologique rigoureuse est indispensable. Enfin, pour réduire le risque ultérieur de réintroduction (accidentelle, voire criminelle) de poliovirus dans des populations redevenues réceptives, il faudra restreindre la conservation de ces virus à quelques laboratoires de haute sécurité.

Michel Rey

Président de la commission nationale de certification de l'élimination de la poliomyélite en France¹

Distribution géographique des poliovirus sauvages au 13 septembre 2005*



* Excluant les poliovirus identifiés dans l'environnement et ceux dérivés des poliovirus vaccinaux. D'après les données OMS.

¹ Commission actuellement composée de D. Antona, S. Dubrou, M. Dumas, N. Guérin, H. Kopecka, D. Levy-Bruhl, B. Lina, J.C. Raphaël, M. Rey, coordonnée par S. Lerasle.

SOMMAIRE

Poliomyélite : état des lieux en France en 2005	p. 198
Surveillance des entérovirus en France métropolitaine, 2000-2004	p. 200
Confinement des poliovirus en laboratoire	p. 203

Coordination scientifique du numéro :
Denise Antona, Département des maladies infectieuses,
Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice