

AVIS

relatif à l'ajout du poliovirus au projet d'arrêté fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales

13 octobre 2017

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu le 19 juin 2017 une saisine de la Direction générale de la santé (DGS) relative à l'ajout du poliovirus au projet d'arrêté fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales.

La saisine concerne l'évaluation de la pertinence de l'ajout des poliovirus à la liste des maladies transmissibles précisées dans cet arrêté, notamment au regard des risques de dissémination de ces virus dans l'environnement par une personne décédée d'une poliomyélite et inhumée sans mesures particulières (annexe 1).

Le HCSP a pris en considération les éléments suivants :

1. Les textes réglementaires relatifs aux opérations funéraires :

- L'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales [1] ;
- L'arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R.2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales qui prévoit pour certaines infections transmissibles l'interdiction de soins de conservation [2].

2. La diminution drastique du nombre de cas de poliomyélite dans le monde suite aux renforcements des programmes de vaccination :

- Le nombre des cas de poliomyélite a diminué de plus de 99% depuis 1988, passant de 350 000 à 67 cas notifiés en 2017 (notifications au 11 octobre 2017). L'élimination a été certifiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1994 dans la région des Amériques, en 2000 dans la région du Pacifique occidental et en 2002 dans la région Europe.
- Sur les 3 types de poliovirus sauvage (PVS), types 1, 2 et 3, le poliovirus de type 2 a été éradiqué en 1999.
- La circulation de souches de PVS de type 1 persiste en 2017 dans 3 pays endémiques avec un risque potentiel de propagation internationale : Afghanistan, Pakistan et Nigeria [3].
- Dans certaines régions où la couverture vaccinale poliovirus est insuffisante (inférieure à 45%), la nécessité d'utiliser du vaccin poliovirus oral peut faciliter la circulation prolongée de poliovirus vaccinaux. En 2017, c'est le cas en République démocratique du Congo (RDC) et en Syrie, avec une augmentation significative du nombre de cas cliniques de poliomyélite dans ce dernier pays. Tous les cas de poliomyélite (pour les 9 premiers mois de 2017 : 9 en RDC et 47 en Syrie) sont dus à la souche vaccinale de type 2 [4].

Les réversions génétiques de souches vaccinales vers le phénotype sauvage peuvent entraîner des cas de poliomyélite ayant les mêmes caractéristiques cliniques que ceux liés aux PVS. Aucun cas dû à un PVS n'a été détecté dans ces deux pays.

- Certains pays sont indemnes depuis 2016 de cas de poliomyélite dues à des PVS (Cameroun, Niger, République Centre-Africaine, Tchad) ou à des dérivés de souches vaccinales (Guinée, Laos, Madagascar, Myanmar, Ukraine), mais restent sensibles à la propagation de ces virus.
- En 2013, Israël signalait l'isolement d'un PVS de type 1 dans des prélèvements environnementaux (eaux usées) et dans les selles de 42 personnes asymptomatiques ; mais aucun cas clinique de poliomyélite n'a été recensé, compte tenu d'une couverture vaccinale élevée contre les poliovirus en population générale et de l'utilisation de vaccin poliovirus inactivé trivalent depuis 2005. Cette souche était identique à celle identifiée au Pakistan et isolée dans des prélèvements environnementaux en Egypte (au Caire) [5].
- En France, le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé à 1995 ; tous deux concernaient des adultes. Le dernier isolement de PVS chez un sujet n'ayant pas voyagé récemment remonte à 1989 [6]. Depuis 2000, année de mise en place du Réseau de surveillance des entérovirus, cette surveillance continue en clinique humaine a permis d'identifier, en l'absence de signes d'appel cliniques, 11 souches de poliovirus vaccinaux (3 de type 1, 5 de type 2 et 3 de type 3) ainsi qu'une souche de poliovirus dérivé de la souche vaccinale de type 2, toutes importées. Aucun PVS n'a été identifié depuis 2000 [5].
- La déclaration de la poliomyélite est obligatoire en France depuis 1936. Tout cas suspect de paralysie flasque aiguë ou confirmé de poliomyélite doit être signalé aux Agences régionales de santé avec investigation du cas et de son entourage.

3. La majorité des infections à poliovirus est asymptomatique ou pauci-symptomatique :

- La transmission des poliovirus est interhumaine, soit directe (fécale-orale ou par contact avec les sécrétions pharyngées d'une personne infectée), soit indirecte par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Le seul réservoir est l'homme.
- La très grande majorité des infections reste pauci ou asymptomatique. On estime ainsi que, sur 100 personnes en zone d'endémie qui excrètent du virus dans les selles, une seule d'entre elles fera une forme paralytique [7].
- Sur le plan clinique, l'infection peut s'exprimer selon une symptomatologie variée mais reste inapparente dans la très grande majorité des cas (plus de 70% des cas chez l'enfant) et épargne le système nerveux central dans plus de 90% des cas. L'excrétion du poliovirus est habituellement de courte durée (2 à 3 semaines, dépassant rarement 2 mois) chez la personne immunocompétente. En revanche, plusieurs cas de réplication et d'excrétion prolongées de poliovirus dérivés de souches vaccinales ont été rapportés, pendant 2 ans et plus, chez des patients immunodéprimés, notamment chez les personnes agammaglobulinémiques [8].

4. Les risques de contamination de l'environnement par les poliovirus :

- La probabilité de contamination d'une nappe phréatique par un cadavre en décomposition avec présence d'un poliovirus dans son tube digestif est très faible à nulle.
- L'homme infecté par des virus entériques, dont les poliovirus, excrète dans ses selles des quantités importantes de particules virales qui diffusent dans l'environnement et contaminent le milieu hydrique à des niveaux très variables en fonction de facteurs géographiques, hygiéniques, socio-économiques et saisonniers [9]. Dans le milieu hydrique, les virus entériques sont sensibles à plusieurs facteurs naturels :

- physiques, notamment la température (inactivation de 99% du nombre de poliovirus respectivement en 11 et 24 jours, dans une eau d'adduction supérieure à 23 °C et 15 °C) [10] et le rayonnement ultra-violet ;
 - chimiques (pH, force ionique) ;
 - et biologiques (micro-organismes).
- Dans l'objectif d'éradication de la poliomyélite, la surveillance environnementale des poliovirus par analyse des eaux d'assainissement est recommandée par l'OMS [11]. Elle est effective dans de nombreux pays dont ceux pour lesquels des souches de PVS ou dérivées de souches vaccinales sont isolées, avec une augmentation du nombre d'échantillons environnementaux testés et une amélioration des performances diagnostiques.
- En France, une surveillance environnementale portant sur l'analyse virologique des eaux d'égout et des boues des stations d'épuration des eaux est effective en région parisienne depuis 1975 [12]. Il s'agit d'une surveillance menée par le laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris et le Centre National de Référence (CNR) Entérovirus à Lyon. La fréquence d'isolement de poliovirus dans les eaux usées de la région parisienne a fortement diminué avec moins de 1 isolat par an depuis 1991. Depuis 2000, 5 poliovirus vaccinaux de type 2 et 2 poliovirus vaccinaux de type 1 ont été détectés. Le dernier isolement dans l'environnement de PVS de type 3 remonte à 1996 (annexe 2).

5. Le risque de réintroduction sur le territoire français de PVS ou de poliovirus dérivés de souches vaccinales :

La réintroduction sur le territoire français et en Europe occidentale d'une façon générale, d'un poliovirus sauvage ou dérivé de souche vaccinale, y compris à partir d'une personne asymptomatique, depuis les pays ayant des foyers endémiques et pour lesquels la couverture vaccinale vis-à-vis de la poliomyélite est insuffisante ou depuis les pays frontaliers avec ces pays, ne peut être écartée [13]. Cependant, en France, le risque potentiel est extrêmement faible (non déterminé), compte tenu :

- des modalités de surveillance renforcée des entérovirus qui visent à limiter la diffusion des poliovirus chez l'homme et dans l'environnement ;
- de la déclaration des cas de poliomyélite obligatoire depuis 1936 et l'investigation de cas suspect ou confirmé de poliomyélite ;
- du plan mondial de confinement des poliovirus en laboratoire, mis en place depuis la certification de l'élimination de la poliomyélite de la région OMS Europe en juin 2002 (la conservation en laboratoire de souches de PVS ou de poliovirus vaccinal est strictement interdite) ;
- de la couverture vaccinale élevée par le vaccin poliovirus injectable dans la population générale ;
- du rappel vaccinal contre la poliomyélite pour certains voyageurs dans le contexte actuel d'urgence sanitaire décrétée par l'OMS, compte tenu de la circulation active de souches de PVS dans certains pays [14].

6. Le risque d'exposition d'un soignant et d'un professionnel pratiquant la thanatopraxie est maîtrisé par le respect de l'application des mesures techniques et de sécurité sanitaire :

- En secteur hospitalier, la prise en charge d'un patient présentant un cas suspect d'infection par un poliovirus repose sur la mise en place de mesures de précautions contact, en plus des mesures de précautions standard [15, 16]. Cela implique, outre l'hygiène des mains et le port d'un masque lors de soins, une chambre individuelle avec une signalisation, le port de gants non stériles à usage unique (sauf en cas de contact avec la peau saine), le port d'une surblouse ou d'une tenue de protection adaptée et le

port d'un masque de type chirurgical à visière (ou à défaut associé à des lunettes de protection) en cas de risque d'exposition par projection ou aérosolisation à un produit biologique d'origine humaine.

- En ce qui concerne les professionnels pratiquant la thanatopraxie, les mesures d'hygiène qu'ils doivent respecter, dérivées de celles préconisées en milieu de soins, ont été récemment définies par le Haut Conseil de santé publique [17, 18]. La réalisation des soins de conservation dans des locaux spécifiquement dédiés et une gestion scrupuleuse des déchets répondant aux exigences de la réglementation des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRIA) s'appliquent *de facto* à un corps potentiellement porteur de poliovirus au niveau digestif [19, 20].

7. La couverture vaccinale élevée pour faire régresser la circulation des poliovirus :

- Dans le cadre du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, l'OMS recommande de renforcer les programmes de vaccination de tous les nourrissons. Dans les calendriers vaccinaux qui reposent sur l'administration de vaccins poliovirus vivants atténués (vaccins poliovirus oraux), l'introduction d'au moins une dose de vaccin poliovirus inactivé est recommandée afin d'atténuer les conséquences potentielles d'une possible réémergence de poliovirus de type 2 après le retrait prévu du vaccin poliovirus oral (VPO) de type 2 [21].
- En 2016, la couverture vaccinale des nourrissons (3 doses de vaccin poliovirus de types 1, 2 et 3) est de 85% dans le monde mais celle-ci peut être plus faible dans les pays où les calendriers vaccinaux ont été interrompus par des conflits ou lors de déplacements de population [21].
- En France, en population générale, la vaccination contre la poliomyélite est obligatoire jusqu'à l'âge de 13 ans par l'administration de vaccins combinés inactivés incluant les valences poliovirus de types 1, 2 et 3. Depuis 2013, l'administration de rappels est recommandée chez l'adulte aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans, puis tous les 10 ans à partir de 65 ans [22].
- La couverture vaccinale est très élevée dans l'enfance, comprise entre 96% à 2 ans et 84% à 15 ans, documentée respectivement par l'analyse des certificats de santé des nourrissons et lors d'enquêtes en milieu scolaire [23]. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 44% d'entre elles étaient à jour de leur rappel vaccinal (enquête téléphonique, conduite en 2011) [24].
- La vaccination contre diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTPolio) est obligatoire pour les professionnels de santé exerçant dans un établissement de prévention ou de soins, les personnels des services de secours, les personnels des services funéraires en lien avec les établissements de prévention ou de soins. Cette vaccination est recommandée pour les professionnels de santé libéraux, les personnels des services funéraires et les thanatopracteurs [25]. Chez les soignants, la couverture vaccinale dTPolio est supérieure à 95% (81,7-99) [23], mais non documentée chez les thanatopracteurs.

8 - Enfin, selon l'OMS, aucun autre pays que la France ne s'est posé la question des risques de poliomyélite liés à la gestion des corps.

Au total :

- Alors que l'élimination de la poliomyélite a été certifiée dans les régions des Amériques, du Pacifique occidental et d'Europe, des foyers épidémiques de poliomyélite sont observés dans des pays dont la couverture vaccinale est insuffisante.
- Dans la stratégie d'éradication de la poliomyélite, l'OMS recommande la surveillance renforcée des entérovirus, dont les poliovirus, chez l'homme et dans l'environnement, celle-ci étant effective dans la plupart des pays.
- L'isolement dans les selles de PVS ou de poliovirus dérivés de souches vaccinales est beaucoup plus le fait de personnes provenant de pays utilisant des vaccins poliovirus vivants atténués dans leurs programmes de vaccination que de cas cliniquement avérés de poliomyélite.
- Même si le risque de contamination de l'environnement par les poliovirus excrétés dans les selles des personnes infectées n'est pas nul, les virus entériques, dont les poliovirus, sont sensibles à plusieurs facteurs physiques dont la température, le pH, l'exposition aux ultraviolets et la composition du milieu.
- En France, alors que le dernier isolement de PVS date de 1989, le risque de réintroduction de cas de poliomyélite dus à un PVS ou un poliovirus dérivé de souche vaccinale circulante est extrêmement faible sinon nul, compte tenu des modalités de surveillance des poliovirus chez l'homme et dans l'environnement, ainsi que de la couverture vaccinale très élevée de la population générale.
- Le risque potentiel de contamination des thanatopracteurs est très faible et maîtrisé par le respect des bonnes pratiques lors d'opérations funéraires.
- En tant que professionnels, les thanatopracteurs sont l'objet d'une recommandation de vaccination contre la poliomyélite.

En conséquence, le Haut Conseil de la Santé Publique considère qu'il n'est pas justifié d'ajouter les infections dues aux poliovirus aux listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires telles que précisées dans l'arrêté du 12 juillet 2017.

Le Haut Conseil de la Santé Publique rappelle que les pratiques de thanatopraxie dans des locaux dédiés sur le corps d'un patient connu comme porteur de poliovirus ou décédé d'une infection à poliovirus entraînent le respect des mesures intégrant la protection de ces professionnels vis-à-vis de risque infectieux avec l'utilisation d'équipements de protection individuelle incluant des mesures de protection complémentaires contact, en plus des précautions standard.

Le Haut Conseil de la santé publique rappelle le calendrier vaccinal vis-à-vis de la poliomyélite :

- Cette vaccination est **obligatoire** jusqu'à l'âge de 13 ans en population générale.
- Dans le cadre du calendrier vaccinal pour les professionnels de santé, de secours et des services funéraires, la vaccination contre la poliomyélite est **obligatoire** pour :
 - les étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques,
 - les professionnels de santé des établissements ou organismes de prévention ou de soins, dont la liste est fixée par l'arrêté du 15 mars 1991,
 - les personnels des laboratoires d'analyses médicales susceptibles d'être exposés aux risques de contamination,
 - les personnels des entreprises de transport sanitaire,
 - les personnels des services de secours et d'incendie,
 - les personnels des entreprises de pompes funèbres, des entreprises de transports de corps avant mise en bière, en lien avec les établissements de prévention ou de soins.

- **La vaccination contre la poliomyélite est recommandée chez :**
- les professionnels de santé libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins,
 - les secouristes,
 - les personnels des entreprises de pompes funèbres, des entreprises de transports de corps avant mise en bière,
 - les thanatopracteurs.

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

La Commission spécialisée Maladies infectieuses et maladies émergentes a tenu séance le 13 octobre 2017 : 12 membres qualifiés sur 18 membres qualifiés votant étaient présents ; 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 12 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

Références bibliographiques

1. Article R.2213-1 du Code général des collectivités territoriales : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070633&idArticle=LEGIARTI000028538342> (consulté le 28/09/17).
2. Arrêté du 12 juillet 2017, fixant la liste des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R.2213-2-1 du code général des collectivités territoriales : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/12/SSAP1719262A/jo> (consulté le 26/09/17).
3. Organisation mondiale de la Santé. Circulation des poliovirus sauvages : http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/09/WPV_2012-2017_19SEP17.pdf (consulté le 26/09/17).
4. Organisation mondiale de la Santé. Cas des poliovirus dérivés de souche vaccinale <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus/> (consulté le 26/09/17).
5. Santé publique France. Site Internet. Dossier Poliomyélite : données épidémiologiques mises à jour le 24/08/2016. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Poliomyelite/Donnees-epidemiologiques> (consulté le 26/09/17).
6. Antona D, Guérin N. Eradication de la poliomyélite : où en est-on en 2010 ? *Bull épidémiol hebd* 2010 ; 48 : 489-493. http://www.invs.sante.fr/beh/2010/48/BEH_48.pdf
7. Atkinson W, Wolfe S and Hamborsky J (eds). *Epidemiology and Prevention of Vaccine-preventable Diseases*. Washington DC: Centers for Disease Control and Prevention, 2012. Chapter Poliomyelitis. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/chapters.html>
8. Wood, D.J., Sutter, R.W. and Dowdle, W.R. Arrêter de vacciner contre la poliomyélite après l'éradication : problèmes et enjeux. *Bull World Health Organ* [online]. 2000, 78 (3) : 347-357. ISSN 0042-9686. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862000000300010>
9. Schwartzbrod L. et Bosch A. Principes généraux de mise en évidence des virus du milieu hydrique in "Virologie des milieux hydriques". Schwartzbrod L. ed. (1991). Tec. et Doc. Lavoisier, Paris.
10. Enriquez C.E., Husrt C.J. and Gerba C.P. Survival of the enteric Adenoviruses 40 and 41 in tap, sea, and wastewater. *Water Res.*, 1995 ; 29 : 2548-2553.
11. Organisation mondiale de la Santé. Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite 2013-2018. <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/surveillance-indicators/> (consulté le 28/09/17)
12. Prevost B., Lucas FS, Goncalves A., Richard F., Moulin L. and Wurtzer S. Large scale survey of enteric viruses in river and waste water undermines the health status of local population. *Environment International* 2015 ; 79 : 42-50.
13. Organisation mondiale de la Santé. Bureau Europe. Review of polio-related risks in the WHO European Region as global eradication nears. Mise à jour du 19/06/2017. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/news/news/2017/06/review-of-polio-related-risks-in-the-who-european-region-as-global-eradication-nears> (consulté le 28/09/17).
14. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 8 juillet 2014 relatif à la vaccination de rappel contre la poliomyélite pour certains voyageurs dans le contexte actuel d'urgence sanitaire décrétée par l'OMS. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=446> (consulté le 26/09/17).

15. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for isolation Precautions. Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html> (consulté le 28/09/17)
16. Société française d'Hygiène hospitalière. Prévention de la transmission croisée : Précautions complémentaires contact. *HygièneS*. 2009; 17 : 81-137.
17. Haut Conseil de la santé publique. Rapport du 20 décembre 2012 relatif aux recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie. 2012. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=303> (consulté le 28/09/17)
18. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 1^{er} septembre 2016 relatif aux conditions d'intervention des thanatopracteurs. (non publié).
19. Arrêté du 10 mai 2017 fixant les conditions de réalisation des soins de conservation à domicile. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/5/10/AFSP1703920A/jo/texte>
20. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 23 janvier 2017 relatif à une demande d'aide à la gestion et à la maîtrise des risques concernant les conditions d'intervention des thanatopracteurs lorsqu'ils interviennent à domicile. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=592> (consulté le 28/09/17)
21. Organisation mondiale de la santé. Note de synthèse sur les vaccins antipoliomyélitiques, mars 2016. *WER* 2016 ; 91 : 145-168. <http://www.who.int/wer/2016/wer9112.pdf>
22. Calendrier vaccinal français 2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf, (consulté le 28/09/17).
23. Santé publique France. Couverture vaccinale vis-à-vis de la diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche. Mise à jour 16/06/2017. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Diphtherie-tetanos-poliomyelite-coqueluche>. (consulté le 28/09/2017)
24. Guthman JP. Enquête nationale de couverture vaccinale, France, janvier 2011. Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière dans les groupes cibles et mesure de l'efficacité vaccinale. Couverture vaccinale par les vaccins diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTP) et antipneumococcique chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 21 p
25. Haut Conseil de santé publique. Avis du 26 septembre 2016 relatif aux obligations vaccinales chez les professionnels de santé. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=577>, (consulté le 28/09/17).

ANNEXE 1

Saisine de la Direction générale de la santé par lettre du 19 juin 2017



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé
Sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire
Bureau de la préparation aux crises

Personne chargée du dossier :
François-Xavier CHAUVIAC
Tél. : 01.40.56.73.14
Mél : francois-xavier.chauviac@sante.gouv.fr

17-14026



Paris, le 19 JUIN 2017

Le Directeur général de la santé

à

Monsieur le Président du Haut Conseil de la Santé
Publique (HCSP)

Objet : Opérations funéraires : Demande d'avis sur l'ajout du *poliovirus* au projet d'arrêté fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales

Réf. :

- Demande d'avis sur le projet d'arrêté fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales ;
- Avis des 9 et 27 septembre 2016 relatif au projet d'arrêté fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires.

P.J. : Projet d'arrêté.

Pour faire suite à la saisine et à l'avis mentionné *supra* et dans le cadre de l'Initiative mondiale de confinement des *poliovirus*, je vous demande d'évaluer la pertinence de l'ajout des *poliovirus* au projet d'arrêté fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré en 2012 que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite constitue « une urgence programmatique pour la santé publique mondiale ». Un plan stratégique pour l'éradication de cette pathologie a donc été élaboré avec une date butoir en 2018.

L'éradication au niveau mondial du *poliovirus* sauvage de type 2 a été déclarée par l'OMS en septembre 2015. Depuis l'Initiative mondiale de confinement des *poliovirus* est dans la phase I du GAPIII : vise à réduire au minimum le risque d'exposition au *poliovirus* associé aux établissements après l'éradication des *poliovirus* sauvages par types et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral. Cette phase I implique une préparation au confinement de tous les *poliovirus* de type 2, sauvages ou vaccinaux dans un nombre limité d'établissements chargés de la conservation des *poliovirus* essentiels.

Au niveau national, j'ai lancé une campagne de recensement, de destruction ou de transfert de toutes les souches sauvages ou vaccinales de *poliovirus* en vue de leur confinement au sein de laboratoires désignés.

Par ailleurs, il me paraît essentiel de limiter au maximum les risques de dissémination notamment dans l'environnement des *poliovirus* suite à l'inhumation, sans mesures appropriées, du corps d'un éventuel cas de poliomyélite décédé sur le territoire national.

Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir me transmettre votre expertise pour le 30 juin 2017.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur Général de la Santé,



Professeur Benoît VALLET

ANNEXE 2

Organisation mondiale de la santé. Annual progress report on polio eradication activities for 2016

ANNUAL PROGRESS REPORT ON POLIO ERADICATION ACTIVITIES FOR 2016

FRANCE

STATUS OF POLIOMYELITIS ERADICATION AT A GLANCE

Please indicate the most recent estimate of population in numbers

Total population	As of 01/01/2017 66,990,826 (INSEE)
Children < 1 year of age	746,977
Children < 5 years of age	3,905,318
Children < 15 years of age	13,29,312

Please indicate the dates of last detection of polioviruses (date of onset or detection) by type of poliovirus surveillance)

You may leave it blank if it has been reported in 2016

Poliovirus:	AFP surveillance	Enterovirus surveillance	Environmental surveillance
Wild poliovirus type 1	NR	1995	1986
Wild poliovirus type 2	NR	1984	1982
Wild poliovirus type 3	NR	1989	1996
VDPV1*	NR	NR (<2006)	0
VDPV2 *	NR	2006 (immunodeficiency related, imported from Tunisia)	0
VDPV3*	NR	NR (<2006)	0
Sabin poliovirus type 2		22/07/2014	2007

* Please indicate a type of VDPV: (a) – ambiguous, (i) – immunodeficiency-related or (c) – circulating. Please update line list of all VDPV and/or Sabin poliovirus type 2 isolates if any type was detected in 2016 (under section 2.7)

Composition du groupe de travail

Denise ANTONA, Département des maladies infectieuses, Santé publique France, relectrice

Christian CHIDIAC, HCSP, président de la CS MIME

Nathalie GARREC, HCSP, membre de la CS RE

Benoit GASSILOUD, Laboratoire d'Hydrologie de Nancy, ANSES

Jean-François GEHANNO, HCSP, membre de la CS MIME, co-pilote du groupe de travail

Bruno LINA, CNR coordonnateur Entérovirus, Hospices civils de Lyon

Elisabeth NICAND, HCSP, membre de la CS MIME, pilote du groupe de travail

Bruno POZZETTO, HCSP, membre de la CS MIME

Secrétariat général du HCSP

Annette COLONNIER

Avis produit par la Commission spécialisée Maladies infectieuses et maladies émergentes

Le 13 octobre 2017

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr