



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent treizième session
Point 8.3 de l'ordre du jour

EB113/33 Rev.1
23 janvier 2004

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Rapport du Secrétariat

EPIDEMIOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE

1. Le 5 juillet 2003, l'OMS a annoncé l'interruption de la dernière chaîne connue de transmission interhumaine du coronavirus du SRAS, qui mettait fin à la première flambée d'une nouvelle affection respiratoire grave qui s'était déclarée à la mi-novembre 2002 en Chine australe et s'était propagée par-delà les frontières fin février 2003.
2. Les pays les plus touchés ont été la Chine (y compris Hong Kong (région administrative spéciale de Chine) et Taïwan (Chine)), le Canada, Singapour et le Viet Nam, où toutes les flambées se sont déclarées avant que l'OMS ne donne l'alerte les 12 et 15 mars 2003. Selon les données recueillies en août 2003, 8422 cas au total avaient été observés dans 29 pays, y compris 908 cas mortels dans les quatre pays précités, et 8 décès seulement dans les 25 autres pays ayant déclaré des cas. Le surcroît de vigilance, la sensibilisation aux mesures de lutte et l'état de préparation qui ont suivi l'alerte mondiale ont probablement contribué à prévenir de nouvelles flambées importantes.
3. Les épidémiologistes chinois et du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie, qui ont étudié a posteriori les dossiers de certains malades, font remonter au 16 novembre 2002 le début de la première chaîne de transmission dans la province chinoise australe de Guangdong. Entre cette date et la mi-janvier 2003, on a recensé de petits groupes indépendants de cas dans sept municipalités provinciales. A ce jour, aucun lien n'a été établi entre ces premiers groupes de cas, ce qui plaide en faveur des théories selon lesquelles le virus du SRAS est passé d'une espèce animale ou d'un autre réservoir environnemental existant en Chine australe à l'homme.
4. Les premières observations donnaient à penser qu'il existait un lien entre les cas et des contacts avec des animaux sauvages capturés ou élevés et commercialisés aux fins de la consommation humaine. Des chercheurs ont détecté récemment un virus presque identique au coronavirus du SRAS chez deux espèces animales, la civette (*Paguma larvata*) et le chien viverrin (*Nyctereutes procyonoides*). Il faudra cependant pousser plus avant les recherches avant de tirer des conclusions quant à l'existence d'un réservoir animal du virus, au rôle de la transmission entre espèces dans l'origine du SRAS, et au risque de nouvelle transmission du virus de l'animal à l'homme.
5. Les principaux modes de transmission observés dans tous les foyers étaient l'exposition à des gouttelettes contaminées d'origine respiratoire lors de contacts interpersonnels rapprochés et l'exposition à des contagions. Dans les services de soins, des traitements comme la nébulisation et des

gestes tels que l'intubation ont favorisé la transmission en augmentant le risque de transmission nosocomiale dans des hôpitaux modernes. La non-reconnaissance de cas atypiques, chez qui les symptômes étaient souvent masqués par une maladie sous-jacente, et le transfert de malades d'un établissement à un autre pendant la période d'incubation ont aussi contribué à étendre ou réactiver les flambées.

6. A Hong Kong, une flambée, qui s'est déclarée fin mars 2003 parmi les résidents d'un grand ensemble et s'est soldée par 329 cas et 42 décès, a maintenant été imputée à des gouttelettes d'eaux usées contaminées et à un système défectueux d'évacuation des eaux-vannes. L'enquête menée dans un hôtel de Hong Kong, où les contacts avec un client infecté sur un même étage ont été cause d'au moins 16 cas et de la propagation internationale de la maladie, attribue la transmission à l'exposition à une source concentrée de virus dans le couloir.

7. Le SRAS présente de nombreuses caractéristiques cliniques inhabituelles et sa pathogénie reste incomplètement connue. La maladie chez les enfants revêt une forme atténuée, assortie d'un taux de mortalité extrêmement faible. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés chez les personnes âgées et les personnes souffrant d'une maladie chronique sous-jacente. Chez ces malades, le SRAS a souvent un tableau atypique, ce qui complique encore le diagnostic. Contrairement à la plupart des personnes atteintes d'autres affections respiratoires, le pic de contagion, chez les malades du SRAS, se situe 10 jours environ après le début de la maladie. A ce stade, et pour des raisons inconnues, certains malades guérissent spontanément, tandis que d'autres développent rapidement une affection respiratoire grave, nécessitant souvent une assistance respiratoire. On pense que la destruction du tissu pulmonaire résulte d'une réponse immunitaire exacerbée et non des effets directs de la réplication du virus. Contrairement à ce qu'on observe avec les affections respiratoires, le coronavirus du SRAS est présent non seulement dans les sécrétions respiratoires, mais aussi dans les selles et d'autres liquides biologiques.

EFFETS ET IMPORTANCE

8. L'ampleur des incidences économiques du SRAS témoigne de l'importance que peut revêtir une nouvelle maladie grave dans des communautés mondiales étroitement interdépendantes et d'une grande mobilité. On n'a pas encore fini de calculer le coût économique. Les estimations publiées, essentiellement fondées sur le coût des voyages annulés et du recul des investissements en Asie, oscillent entre US\$ 30 et 140 milliards. Dans la plupart des zones gravement touchées, ce sont les services et les compagnies aériennes qui ont subi les plus grandes pertes.

9. Le SRAS a provoqué d'importants bouleversements sociaux et suscité une grande inquiétude dans le public, y compris dans des zones très éloignées des foyers de maladie. Des hôpitaux, des écoles, et certaines frontières ont été fermés. Des milliers de personnes ont été placées en quarantaine, volontaire ou d'office. La décision prise par quantité de personnes de ne pas se rendre dans certaines régions était sans commune mesure avec le risque, de même que le port généralisé de masques chirurgicaux. Des malades et certains groupes ethniques ont fait l'objet de discrimination. On n'a pas encore mesuré toute l'ampleur des incidences psychologiques du SRAS sur les soignants, les personnes affectées, leur famille et la communauté. La sensibilisation du public au SRAS a toutefois été bénéfique dans la mesure où la population générale a été convaincue de la nécessité de contrôler fréquemment sa température et de signaler rapidement les symptômes, ce qui a largement contribué à réduire l'intervalle entre l'apparition des symptômes et l'isolement des malades, d'où un moindre risque de nouvelles expositions.

10. Le SRAS fait peser une menace considérable sur la santé publique. Toute nouvelle maladie infectieuse est (par définition) mal comprise et souvent associée à des taux de mortalité élevés. Le SRAS ne fait pas exception et il s'est avéré particulièrement difficile à diagnostiquer et à soigner. De nombreuses maladies nouvelles, du fait de certaines caractéristiques, ont un potentiel de propagation internationale restreint. Certaines ne se prêtent jamais à une transmission interpersonnelle. D'autres ont besoin, pour leur transmission, d'un moustique ou d'autres vecteurs. D'autres encore restent étroitement liées à une région géographique ou à un écosystème particulier. Dans le cas de certaines maladies, les patients sont visiblement trop mal pour voyager pendant la période de contagion maximale.

11. Le SRAS, en revanche, n'a eu aucune difficulté à se transmettre d'une personne à une autre, il n'a pas eu besoin de vecteur, il n'avait pas d'affinité géographique particulière, il imitait les symptômes de nombreuses autres maladies, ses victimes appartenaient surtout au personnel hospitalier, il a tué quelque 11 % des personnes infectées et il s'est propagé dans le monde avec une aisance inquiétante. L'endiguement du SRAS moins de quatre mois après la première alerte mondiale, alors qu'il n'existait ni vaccin ni traitement efficace ni test diagnostique extemporané fiable, est un triomphe pour la santé publique à porter au crédit du pouvoir de la détermination politique. Cette réussite témoigne également de la volonté de la communauté internationale d'opposer un front uni à une menace commune, et atteste des résultats.

12. Les interventions d'urgence et l'attention médiatique suscitées par le SRAS ont peut-être modifié la perception par le public et les responsables politiques des risques associés aux maladies émergentes à tendance épidémique. Tant les publications scientifiques et les médias que les organismes publics de plusieurs pays conviennent généralement que le SRAS a permis de rehausser l'image de la santé publique en démontrant la gravité des retombées qu'un problème de santé peut avoir sur l'économie, la stabilité sociale et les carrières politiques.

13. L'endiguement réussi du SRAS au moyen de mesures de santé publique classiques – dépistage des cas, isolement des malades, lutte contre l'infection et recherche des contacts – est encourageant pour les nombreuses autres initiatives sanitaires qui se sont fixé des buts ambitieux malgré l'absence d'instruments modernes comme des vaccins et des médicaments. L'utilisation d'un instrument aussi simple que le thermomètre, jointe aux campagnes de masse d'information et d'éducation du public, a joué un rôle déterminant dans le dépistage précoce du SRAS au sein de la population. Ces mesures ont toutefois nécessité des ressources considérables et entraîné des bouleversements sociaux, interrompant parfois d'autres campagnes de santé publique importantes, notamment en faveur de la vaccination des enfants et de la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose.

14. La réussite des interventions déployées contre le SRAS peut être imputée en partie à la chance, qui ne se manifesterait pas nécessairement à nouveau lors de la prochaine flambée de maladie nouvelle qui ne manquera pas de se produire. Les principales flambées se sont toutes déclarées dans des zones dotées de systèmes de santé modernes. Si le SRAS avait élu domicile dans des zones aux infrastructures sanitaires peu développées, la maladie n'aurait probablement pas été maîtrisée si rapidement, si toutefois elle avait été maîtrisée. Peu de pays en développement sont capables de résister à une maladie qui sollicite autant les systèmes de santé, qui touche de nombreux personnels de santé, nécessite du matériel de protection et des installations d'isolement hautement spécialisés, oblige à administrer des soins intensifs prolongés à de nombreux malades, et requiert des mesures de lutte à forte intensité de ressources et aux effets déstabilisants. Il est donc d'autant plus important de renforcer la capacité de tous les pays à détecter et combattre les flambées, et l'OMS coordonne plusieurs initiatives dans cet objectif.

ROLE DES RECOMMANDATIONS AUX VOYAGEURS

15. En coordonnant l'action internationale déployée contre le SRAS, l'OMS voulait avant tout empêcher que le SRAS ne devienne une maladie endémique et elle s'est principalement employée à prévenir toute possibilité de propagation internationale. Le SRAS ayant emprunté les lignes aériennes internationales, les recommandations aux voyageurs ont joué un rôle important dans la stratégie d'endiguement mondiale.

16. Après avoir analysé les données relatives à la transmission du SRAS en vol (27 cas ont été rattachés à une exposition sur cinq vols), l'OMS a publié le 27 mars 2003 des recommandations concernant l'examen des passagers aériens embarquant depuis les foyers de la maladie. Aucun cas confirmé associé à une exposition en vol n'a été déclaré à l'OMS après cette date.

17. Le 2 avril, l'OMS a publié une première recommandation invitant les voyageurs à envisager de différer tout déplacement n'étant pas absolument indispensable vers une zone jugée à haut risque. Ces recommandations s'appuyaient sur un ensemble de critères épidémiologiques incluant l'ampleur et la dynamique de la flambée, la notion de chaînes de transmission à l'extérieur de milieux fermés comme les lieux où sont dispensés les soins de santé, et des signes d'exportation du SRAS dans d'autres pays.

18. Les recommandations aux voyageurs ont été levées lorsque les critères épidémiologiques ont révélé un risque moindre pour les voyageurs. Cet objectif à lui seul a encouragé les pouvoirs publics et les populations à participer à la maîtrise des flambées. De nombreux pays se sont également fixé comme deuxième objectif leur retrait de la liste des zones de transmission locale récente. Il est possible que la détermination à atteindre cet objectif ait aidé à accélérer l'interruption mondiale de la transmission interhumaine.

RECOMMANDATIONS ET ACTIVITES POST-FLAMBEE

19. L'OMS a publié sur son site Internet des directives relatives aux activités d'alerte, de vérification et de prise en charge du SRAS par la santé publique dans la période suivant une flambée. Elle donne notamment des conseils concernant l'évaluation des risques, la définition d'une alerte au SRAS, les définitions clinique et biologique des cas et la gestion recommandée d'une alerte au SRAS par la santé publique. Elle recommande aussi des mesures de surveillance pour trois niveaux de risque de résurgence du SRAS dans une zone géographique donnée, et elle insiste sur la nécessité de ne pas relâcher la vigilance.

20. L'existence de plans pour faire face à la menace et la déclaration immédiate et officielle des cas suspects donnent confiance au public, et pourraient aider ultérieurement à atténuer en partie l'inquiétude qu'a suscitée l'émergence du SRAS et ses effets économiques et sociaux considérables. Des plans d'intervention en cas de résurgence du SRAS ont été mis en place dans tous les principaux foyers et certains ont été testés. La déclaration et l'examen de plusieurs cas suspects dans l'après-flambée témoignent du niveau élevé de vigilance. Un seul de ces cas suspects a été confirmé au laboratoire. La rapidité du dépistage et la prise en charge appropriée de ce cas, qui a été imputé à un accident de laboratoire, ont stoppé la transmission, preuve de l'utilité des plans d'intervention. Ce cas rappelle aussi le risque sérieux de résurgence du SRAS associé aux accidents pouvant survenir dans les nombreux laboratoires qui font des recherches sur le virus ou détiennent des prélèvements provenant de malades.

21. L'OMS continue de s'appuyer sur les réseaux internationaux de collaboration en temps réel qui ont permis de connaître rapidement le SRAS et d'en déterminer l'agent étiologique peu de temps après que la flambée se soit déclarée. Des téléconférences sont organisées régulièrement avec des épidémiologistes, des cliniciens et des biologistes, et un nouveau réseau, auquel participe la FAO, coordonne désormais les recherches sur l'existence possible d'un réservoir animal du virus.

22. L'OMS a créé un comité consultatif de la recherche scientifique sur le SRAS. Sa première réunion, en octobre 2003, a été suivie d'ateliers et de réunions sur les questions relatives aux laboratoires, la recherche clinique et la mise au point de vaccins. Les participants à la réunion sur les laboratoires ont évalué les progrès accomplis sur la voie de la mise au point indispensable d'une épreuve diagnostique fiable et ils ont examiné la question de la sécurité biologique au laboratoire. La réunion sur les aspects cliniques avait pour objectif d'établir des protocoles internationaux types pour les essais cliniques des médicaments contre le SRAS. En cas de résurgence du SRAS, ces protocoles permettront la coordination en temps réel d'études éthiquement et scientifiquement fiables, réalisées conformément à un protocole commun, dans tous les foyers. On pense que ces procédures réduiront le temps nécessaire pour obtenir des résultats qui bénéficieront à tous les malades et encourageront l'adoption d'un traitement unique dans le monde entier. Les participants à la troisième consultation ont examiné les progrès concernant la mise au point et l'évaluation de vaccins potentiels contre le SRAS et ils ont convenu des priorités de la recherche.

23. On ne pourra pas dire avec certitude si le SRAS réapparaîtra tant qu'on ne connaîtra pas mieux l'écologie naturelle du virus. De nombreuses affections respiratoires d'origine virale, et notamment d'autres coronavirus humains, sont cependant saisonnières, d'autant moins fréquentes que la température et le taux d'humidité sont élevés, et ne réapparaissant que lorsque le temps fraîchit. Un schéma saisonnier de ce type ne peut être exclu pour le SRAS. La saison de la grippe est particulièrement préoccupante, car il est probable que, face aux grappes de cas de malades fébriles présentant des symptômes respiratoires, on suspectera le SRAS et que cela entraînera des recherches coûteuses qui engendreront des perturbations. L'OMS a publié des recommandations relatives à la vaccination contre la grippe qui s'inscrivent dans le cadre de l'inquiétude suscitée par le SRAS.

24. Nul autre pays mieux que la Chine, où se sont déclarés les premiers cas de SRAS et la flambée la plus importante, n'apportera les réponses à plusieurs questions, en particulier concernant les origines du SRAS et les conditions qui pourraient favoriser sa résurgence. L'OMS, qui travaille avec plusieurs organismes chinois à l'établissement d'un programme de recherches par hypothèses, veut s'assurer que les chercheurs chinois bénéficient du soutien de leurs collègues internationaux. Il est particulièrement urgent de déterminer s'il existe un réservoir animal du coronavirus du SRAS. Si tel est le cas, la réduction ou l'élimination des contacts humains avec cette espèce contribuerait efficacement à protéger les populations contre la menace persistante de résurgence du SRAS.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

25. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du présent rapport.

= = =