

POLIO

Aperçu de la maladie

La poliomyélite est une maladie évitable par la vaccination, causée par les types 1, 2 et 3 du poliovirus (genre Enterovirus). Historiquement, le poliovirus sauvage (PVS) a longtemps sévi partout dans le monde. Cependant, grâce à la vaccination et à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le PVS reste endémique dans quelques pays seulement. Outre ce type dit « sauvage », la poliomyélite peut être observée à partir d'un poliovirus dérivé d'un vaccin (PVDV) ou constituer une poliomyélite paralytique associée à la vaccination (PPAV). Le PVDV peut se développer dans les communautés à faible couverture vaccinale lorsque le virus vivant du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) mute en se propageant d'une personne sous-vaccinée à une autre sur une longue période. Lorsqu'il existe des preuves d'une transmission d'une personne à une autre du PVDV dans une communauté, ce virus est dit « circulant » (PVDVc). Des foyers de PVDVc sont observés partout dans le monde, mais ils sont rares. La PPAV constitue une possible complication de l'administration d'un VPO avec un virus vivant.

Symptômes

Chez la plupart des personnes (environ 75 %), la polio ne provoque aucun symptôme. Cependant, dans environ 25 % des cas, la fièvre, les maux de gorge, les maux de tête, les malaises et les symptômes gastro-intestinaux, comme des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements, peuvent être présents. Le virus de la polio peut infecter le système nerveux, notamment le cerveau, la colonne vertébrale et les nerfs. Une telle infection risque d'entraîner une paralysie, partielle ou totale (dans environ 1 cas sur 200). La faiblesse ou la paralysie peut persister 60 jours après l'apparition de la maladie. La paralysie peut entraîner une invalidité permanente, voire la mort.

Réservoir

Les humains, plus particulièrement les enfants, sont le seul réservoir connu de poliovirus.

Mode de transmission

Le mode de transmission est principalement d'une personne à l'autre; il s'agit plus couramment d'une transmission fécale-orale à partir de cas infectés. Il arrive que la polio soit transmise par les sécrétions de la bouche (respiratoires) d'une personne infectée, mais c'est très rare.

Période d'incubation

Généralement de 7 à 14 jours pour les cas de paralysie, peut aller de 3 à 35 jours.

Pour les cas associés au vaccin, la période d'incubation peut atteindre jusqu'à 60 jours.

Période de transmissibilité

Pas précisément définie, mais la transmission est possible tant et aussi longtemps que le virus est excrété.

Bien que les cas soient considérés comme plus infectieux pendant les jours précédant et suivant l'apparition des symptômes (lorsque le virus est présent en forte concentration dans la gorge et les selles), la transmissibilité commence très rapidement après l'acquisition du poliovirus. Le poliovirus

est excrété dans les sécrétions de la gorge dès 36 heures et dans les selles 72 heures après l'exposition à l'infection, tant dans les cas cliniques que dans ceux sans signes apparents. Le virus persiste généralement dans la gorge pendant une à deux semaines et dans les selles pendant trois à six semaines.

Les patients immunodéficients atteints de poliomyélite vaccinale ou sauvage peuvent excréter le virus pendant de nombreux mois, voire des années.

Les personnes ayant reçu le VPO peuvent avoir le poliovirus présent dans la gorge pendant une à deux semaines et excrété dans les selles pendant plusieurs semaines après la vaccination.

Facteurs de risque

La poliomyélite est plus fréquente chez les enfants de moins de cinq ans. Cependant, quel que soit l'âge, toute personne qui n'est pas immunisée contre le poliovirus peut être infectée. Les personnes non vaccinées ou ne l'étant pas complètement qui se rendent dans des pays où le poliovirus circule (endémie ou éclosion) sont également plus à risque. De même, l'utilisation du VPO ou les déplacements dans les zones où il est utilisé constituent un risque de polio de souche vaccinale.

Les facteurs de risque de la maladie paralytique comprennent des inoculations plus importantes de poliovirus, l'âge avancé, la grossesse, l'exercice physique intense, l'amygdalectomie et les injections intramusculaires administrées alors que le patient est infecté par le poliovirus.

Définition de cas aux fins de surveillance

Classification des cas

Un **cas confirmé** est une maladie clinique caractérisée par l'ensemble des éléments suivants :

Classification des cas	Cas confirmé
Poliomyélite paralytique	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques cliniques* compatibles avec la poliomyélite paralytique avec confirmation en laboratoire de la présence d'un poliovirus de type sauvage, dérivé d'une souche vaccinale ou de type Sabin ou analogue détecté dans un échantillon clinique ou • Caractéristiques cliniques* compatibles avec la poliomyélite paralytique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire.
Infection à poliovirus non paralytique	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne sans symptômes de poliomyélite paralytique avec confirmation en laboratoire de la présence d'un poliovirus de type sauvage, dérivé d'une souche vaccinale ou de type Sabin ou analogue détecté dans un échantillon clinique et • Personne n'ayant pas été vaccinée par le VPO dans les six semaines précédant la date de prélèvement de l'échantillon.
<p>* Caractéristiques cliniques – La présence d'un certain nombre ou de la totalité de ces caractéristiques cliniques peut suggérer une poliomyélite paralytique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une paralysie flasque touchant un ou plusieurs membres • une diminution ou absence des réflexes ostéotendineux au niveau des membres 	

touchés

- une faiblesse des muscles faciaux, oropharyngés ou respiratoires
- l'absence de perte sensorielle ou cognitive avec la paralysie
- aucune autre cause apparente (y compris au terme d'une recherche en laboratoire pour exclure d'autres causes d'un syndrome similaire)

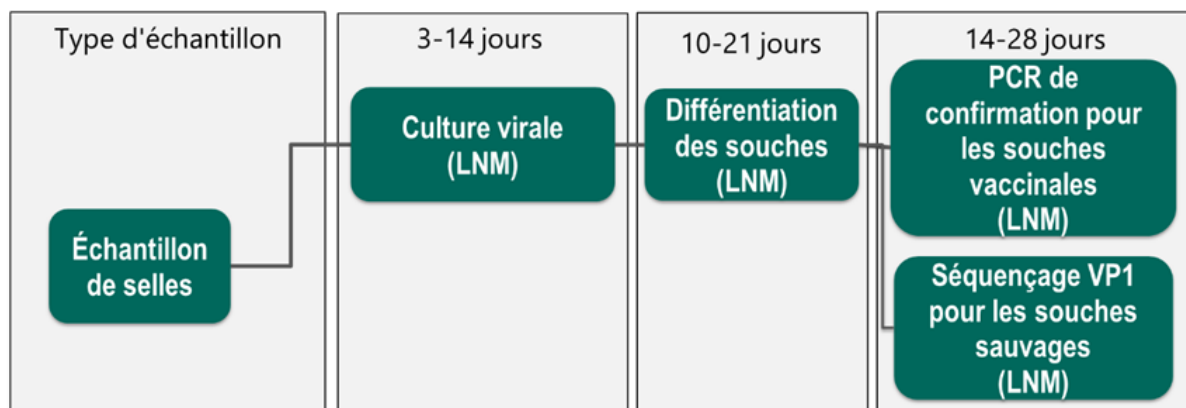
Un **cas probable** de maladie clinique sans détection du poliovirus à partir d'un échantillon clinique approprié et sans preuve d'infection par d'autres virus neurotropes, mais avec l'une des confirmations d'infection en laboratoire suivantes :

- Une augmentation importante (c.-à-d. au moins quatre fois) du titre des IgG de la poliomyélite selon n'importe quel test sérologique normalisé entre le sérum de la phase aiguë et celui de la phase convalescente
- OU**
- Un test sérologique positif pour l'anticorps IgM de la polio en l'absence d'un vaccin récent contenant le poliovirus

Un **cas soupçonné** est une maladie clinique, mais sans confirmation d'infection en laboratoire (aucune détection du poliovirus ou preuve sérologique), y compris des résultats de test négatifs et une enquête inadéquate ou inexistante.

Diagnostic et lignes directrices à l'intention des laboratoires

La poliomyélite doit être distinguée des autres états de paralysie par l'isolement du virus dans des échantillons de selles, du liquide céphalorachidien ou des sécrétions de la gorge. Un échantillon de selles reste le meilleur échantillon en cas de suspicion de poliovirus. Tous les tests sont effectués au Laboratoire national de microbiologie (LNM) à Winnipeg. Les tests comprennent l'isolement viral à des fins de détection et la différenciation intratypique pour les souches sauvages ou vaccinales. Les souches vaccinales suspectées sont ensuite confirmées par PCR, et les souches sauvages sont séquencées en vue d'une identification plus poussée. Consulter les politiques et procédures de la région régionale de la santé (RRS) concernant la collecte et le transport d'échantillons.



Déclarations

Conformément à la politique 2.2, il faut déclarer à SPNB les maladies et autres événements dans la section pertinente.

- Déclaration urgente de maladie transmissible pour tous les cas probables, suspects et confirmés de poliomyélite.
- Surveillance régulière (SSMADO) de tous les cas confirmés
- Formulaire d'enquête nationale sur les cas de poliomyélite, et ce, pour tous les cas confirmés de poliomyélite; envoi des résultats à l'unité de prévention et de contrôle des infections (CDCUnit@gnb.ca) dans les 24 heures suivant la détection.

Gestion de cas

Les directives suivantes s'appliquent aux cas confirmés. Certains aspects peuvent également s'appliquer aux cas suspectés en attendant les résultats de laboratoire, selon le niveau de suspicion de poliomyélite (par exemple s'il y a paralysie et si le VPO a été administré dans les 35 jours précédents, ou si la personne fait partie d'une communauté où sévit une flambée épidémique). Certaines des recommandations ou considérations possibles suivantes sont pertinentes jusqu'à ce que le cas soit considéré comme n'étant plus infectieux. Il faut prélever chaque semaine des échantillons de selles jusqu'à l'obtention du premier résultat négatif, puis une fois par jour (à intervalle d'au moins 24 heures) jusqu'à ce que le cas soit considéré comme n'étant plus infectieux. Un cas peut être considéré comme n'étant plus infectieux si 3 échantillons de selles négatifs consécutifs sont prélevés à au moins 24 heures d'intervalle. Toutes les analyses d'échantillons de selles doivent être effectuées par le LNM. Le délai d'isolement du poliovirus en culture cellulaire au LNM est de 14 jours. Chez les personnes dont les échantillons de selles demeurent positifs, la fréquence des analyses de selles peut être déterminée au cas par cas

Enquête

En cas de détection du poliovirus, les autorités de la santé publique doivent :

- Lancer une enquête dans les **24 heures** suivant la détection provinciale-territoriale (P/T) ou par le LNM – ne pas attendre le séquençage ou la classification finale du virus par le LNM.
- Déterminer s'il y a des antécédents de voyage récent dans une zone endémique ou d'exposition à une personne ayant des antécédents de voyage (jusqu'à six semaines après le retour à domicile).
- Obtenir les antécédents de symptômes et de vaccination.
- Évaluer les antécédents médicaux pour déceler tout facteur neurologique anormal ou immunodéprimé.
- Envisager une poliomyélite associée au vaccin si la personne a été récemment vaccinée avec le VPO (vaccin antipoliomyélitique oral vivant atténué), en particulier après la première dose ou l'exposition à une personne ayant reçu le VPO (jusqu'à six semaines après l'administration du VPO).

L'occurrence d'un cas indigène est une situation d'urgence publique, nécessitant une vaste campagne de vaccination sur une grande région géographique.

Éducation

La personne infectée ou le soignant concerné doit être informé de ce qui suit :

- La nature de l'infection, la durée de la période de transmissibilité et le mode de transmission.
- La transmission au sein d'un ménage peut déjà avoir eu lieu, avant que le cas ne soit reconnu, mais les mesures suivantes doivent être prises pour limiter toute transmission ultérieure :
 - Les contacts étroits avec les autres membres de la famille doivent être évités autant que possible, y compris en dormant dans une chambre séparée si possible.
 - La personne devrait, si possible, utiliser une salle de bain séparée (qui n'est utilisée par personne d'autre). Si la salle de bain doit être utilisée par d'autres personnes, elle doit être nettoyée et désinfectée après que la personne atteinte ait évacué des selles. Pour la désinfection, utiliser de l'eau de Javel ou du peroxyde d'hydrogène accéléré à 0,5 %.
 - De plus, nettoyer et désinfecter toutes les salles de bain au moins une fois par jour. Pour la désinfection, utiliser de l'eau de Javel ou du peroxyde d'hydrogène accéléré à 0,5 %.
 - Renforcer l'hygiène des mains auprès de tous les membres de la famille, notamment après avoir utilisé les toilettes, changé des couches, nettoyé la salle de bain, et avant de préparer des aliments, de servir des repas ou de manger.
 - La personne infectée ne doit pas partager d'objets personnels avec d'autres membres du ménage, comme les serviettes, le linge de lit, ou les ustensiles de cuisine, la vaisselle ou les verres non lavés.
 - Restreindre les contacts avec les membres du ménage qui sont immunodéprimés, non vaccinés ou insuffisamment vaccinés (comme les jeunes enfants). Si la personne infectée doit fournir des soins ou avoir un contact direct avec des membres de son ménage, elle doit d'abord veiller à l'hygiène des mains.
- Les visites au domicile de la personne infectée ou dans sa chambre au centre de soins doivent être limitées aux personnes considérées comme étant essentielles. Les enfants qui ne sont pas en mesure de se laver les mains correctement (généralement ceux de moins de huit ans), les visiteurs immunodéprimés et les visiteurs non vaccinés ou insuffisamment vaccinés ne doivent pas visiter la personne infectée.
 - Les visiteurs essentiels devraient éviter d'utiliser les salles de bain utilisées par la personne infectée ainsi que toutes celles se trouvant dans son domicile. Il ne faut pas leur servir de nourriture ou de boissons. Ces visiteurs doivent éviter tout

contact étroit avec la personne infectée et réduire au minimum ceux avec les autres membres du ménage.

Surveillance

- Les responsables de la santé publique doivent communiquer régulièrement avec la personne infectée, s'il y a lieu, pour s'assurer que les mesures recommandées sont respectées et pour aider à résoudre les problèmes qui se posent.
- Effectuer une évaluation de suivi de l'issue de la paralysie 60 jours après son apparition, le cas échéant.

Exclusion et distanciation sociale

La personne infectée devrait rester isolée chez elle jusqu'à ce qu'elle ne soit plus contagieuse. Elle peut quitter son domicile pour aller à l'extérieur, si elle se rend à un endroit qui ne la mettra pas en contact étroit avec d'autres personnes ou qui n'implique pas de toucher des surfaces communes. Si elle ne se sent pas bien, elle doit téléphoner avant de se rendre chez son fournisseur de soins primaires ou de se présenter aux urgences. Elle ne devrait utiliser aucune autre salle de bain que celle(s) de son domicile.

Des prestations spéciales pourraient être versées aux personnes toujours infectées après six semaines. Cette option est à déterminer au cas par cas en consultation avec des spécialistes de la santé publique et des maladies infectieuses. Dans une telle éventualité, il faudrait toujours éviter ce qui suit :

- Se rendre ou travailler dans des milieux de garde d'enfants tant que l'infection est présente.
- Préparer des aliments pour d'autres personnes en dehors du ménage ou manipuler des aliments au travail.
- Travailler comme fournisseur de soins de santé.
- Entrer en contact avec des personnes immunodéprimées, non vaccinées ou ne l'étant pas complètement à l'extérieur du ménage.

Traitement

- Il n'existe encore aucun traitement pharmaceutique ou de médicament antiviral particulier contre la polio, bien que certaines options thérapeutiques expérimentales soient disponibles.
- La prise en charge clinique est assurée par les cliniciens traitants et comprend des soins de soutien visant à traiter les symptômes et les complications de la maladie aiguë et de la paralysie. La consultation d'un spécialiste des maladies infectieuses et d'un neurologue est recommandée, de même qu'une thérapie de réadaptation précoce.

Immunisation

Comme l'infection ne fournit qu'une immunité propre à un type, les personnes aucunement ou insuffisamment vaccinées devraient se voir offrir le vaccin antipoliomyélitique (VPI) et d'autres

vaccins en attente une fois qu'elles ne sont plus contagieuses, conformément aux critères d'admissibilité énoncés dans le [Guide du programme d'immunisation \(gnb.ca\) du Nouveau-Brunswick](#) et le [Guide canadien d'immunisation – Canada.ca](#).

Gestion des contacts

Il faut procéder à une évaluation des risques pour déterminer si le ou les contacts sont à risque élevé ou à faible risque. Pour mener cette évaluation, et pour des renseignements sur l'évaluation, utiliser le document de l'ASPC, [tableau 2 : Contacts potentiels d'un cas infecté par le poliovirus et risque possible d'acquisition ou de transmission](#), à la section 8.1.4 intitulée Suivi des contacts. Une fois le niveau de risque des contacts déterminé, il faut continuer à suivre les directives du document du Nouveau-Brunswick, comme il est mentionné ci-dessous concernant l'enquête et d'autres mesures de santé publique.

Le suivi des contacts est important pour repérer une source potentielle d'infection si elle n'est pas immédiatement apparente (source d'acquisition) et pour déterminer les personnes qui pourraient avoir été infectées par le cas (risque de transmission) et ainsi prévenir une propagation ultérieure.

Contacts à risque élevé

- Personnes vivant dans le même ménage ou ayant eu des contacts étroits avec la personne infectée (p. ex. contact sexuel, partage d'une chambre à coucher ou jeu en commun pendant plus de 4 heures) dans les 30 jours précédant le début de la maladie;
- Enfants fréquentant les mêmes services de garde que la personne infectée et travailleurs s'occupant d'enfants;
- Personnes ayant été en contact avec les selles ou les matières fécales de la personne infectée dans les 30 jours précédant le début de la maladie, sans avoir pris les précautions appropriées pour lutter contre l'infection;
- Autres personnes dans des milieux de vie en groupe qui ont partagé une salle de bain avec la personne infectée ou qui ont eu des interactions étroites avec elle (p. ex. dortoirs, refuges, centres de détention, foyers de groupe, maisons d'accueil).

Enquête

Il faut évaluer les antécédents de voyage des membres du ménage et d'autres contacts à risque élevé dans les 30 jours suivant l'apparition des cas ainsi que leurs antécédents de vaccination (y compris l'obtention du VPO dans les 30 jours suivant l'apparition des cas ou la présence dans une zone où a eu lieu une vaccination de masse par le VPO).

Éducation

Les recommandations ou considérations suivantes sont pertinentes jusqu'à ce que le contact à risque élevé ne soit plus jugé infectieux, sur la base de 2 échantillons de selles négatifs consécutifs

prélevés à des intervalles d'au moins 48 heures, le premier ayant été prélevé au moins 4 jours après la dernière exposition du contact avec le cas avant la prise des mesures de prévention et de contrôle de l'infection adéquates.

Si le contact à risque élevé vit dans le même ménage que le cas, le contact à risque élevé doit :

- Éviter de partager des articles personnels avec les membres du ménage, comme des serviettes ou des ustensiles, de la vaisselle ou des verres non lavés.
- Nettoyer et désinfecter toutes les salles de bain au moins une fois par jour. Pour la désinfection, utiliser de l'eau de Javel ou du peroxyde d'hydrogène accéléré à 0,5 %. Idéalement, la personne infectée devrait utiliser une salle de bain séparée qui n'est pas utilisée par les contacts. Si les contacts utilisent la même salle de bain, voir la section Éducation sous Gestion des cas pour les mesures supplémentaires que la personne infectée devrait prendre.
- Adopter une bonne hygiène des mains. Les responsables de la santé publique devraient insister sur la nécessité d'une bonne hygiène des mains auprès du contact et de tous les membres du ménage, plus particulièrement après avoir utilisé la salle de bain, changé des couches et nettoyé la salle de bain, et avant de préparer, de servir ou de manger de la nourriture.

Si le contact à risque élevé vit dans un ménage séparé de celui du cas (ce qui signifie que les autres membres du ménage du contact ne sont pas également des contacts), le contact à risque élevé doit :

- Réduire au minimum les contacts avec les autres membres de son ménage, y compris le fait de dormir dans une chambre à coucher séparée, si possible.
- Utiliser une salle de bain séparée qui n'est utilisée par personne d'autre, si possible, et nettoyer et désinfecter cette salle de bain au moins tous les jours. Veiller à nettoyer et à désinfecter la salle de bain si celle-ci doit être utilisée par d'autres personnes, après que le contact a évacué des selles ainsi que tous les jours. Pour la désinfection, utiliser de l'eau de Javel ou du peroxyde d'hydrogène accéléré à 0,5 %.
- Éviter, si possible, les contacts avec les membres du ménage qui sont immunodéprimés, non vaccinés ou sous-vaccinés (comme les jeunes enfants). Si le contact à risque élevé doit fournir des soins ou avoir un contact direct avec ces personnes, il doit procéder à une bonne hygiène des mains avant tout geste.

Isolement et distanciation sociale

Le contact à risque élevé ne doit pas travailler comme préposé à la manipulation des aliments. Il doit également éviter de préparer des aliments pour d'autres personnes qui n'ont pas été identifiées comme des contacts étroits du cas. Le contact à risque élevé doit procéder à une bonne hygiène des mains avant la préparation de toute nourriture.

Le contact à risque élevé ne doit pas utiliser une salle de bain à l'extérieur de son domicile ni être en contact étroit avec d'autres personnes à l'extérieur de son domicile. Par conséquent, il ne doit pas aller à la garderie, à l'école ou au travail à l'extérieur du domicile ou dans d'autres lieux publics intérieurs.

Les visites au domicile du contact à risque élevé devraient être limitées aux personnes qui sont essentielles.

Les visiteurs essentiels doivent éviter d'utiliser les salles de bain du domicile. Si ce n'est pas possible, ils doivent éviter d'utiliser la salle de bain utilisée par le contact, se laver les mains correctement par la suite et ne pas utiliser de serviettes partagées. Il ne faut pas leur servir de nourriture ou de boissons. Ils doivent réduire au minimum tout contact étroit avec le contact et avec les autres membres du ménage.

Les enfants qui ne sont pas en mesure de se laver les mains correctement (généralement les enfants de moins de huit ans), les visiteurs immunodéprimés et ceux qui ne sont pas vaccinés ou sous-vaccinés ne doivent pas se rendre au domicile du contact.

Contacts à faible risque

Les contacts à faible risque comprennent, entre autres, les personnes qui ont partagé des toilettes avec le cas, les personnes qui ont mangé de la nourriture préparée par le cas, les travailleurs de la santé qui ont fourni des soins au cas ou les travailleurs de laboratoire qui ont manipulé les échantillons du cas (à moins qu'ils ne soient classés comme présentant un risque plus élevé ou aucun risque, voir le tableau 2).

Les travailleurs de la santé ou de laboratoire qui ont utilisé un équipement de protection individuelle adéquat et des pratiques de prévention et de contrôle des infections pourraient ne pas être considérés comme des contacts.

Recommandations

- Insister sur l'importance d'une bonne hygiène des mains auprès du contact et de tous les membres du ménage, y compris après avoir utilisé la salle de bain, changé des couches et nettoyé la salle de bain, et avant de préparer, de servir ou de manger de la nourriture.
- Conseiller aux contacts à faible risque de rester à l'affût des symptômes et de communiquer **immédiatement** avec un responsable de la santé publique si des symptômes apparaissent. Il faut s'assurer que tous les fournisseurs de soins de santé prenant soin de contacts à faible risque symptomatiques sont entièrement vaccinés contre le poliovirus et ne sont pas immunodéprimés.
- Offrir aux contacts non vaccinés ou sous-vaccinés la vaccination contre la polio (VPI) et d'autres vaccins en attente, conformément au Guide canadien d'immunisation.

Prophylaxie

Sans objet.

Immunisation

- Une fois qu'il a été établi qu'ils ne sont pas infectés par le poliovirus, les contacts aucunement ou insuffisamment vaccinés doivent se voir offrir la vaccination antipoliomyélitique (VPI) et d'autres vaccinations en attente, conformément aux critères d'admissibilité énoncés dans le [Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick \(gnb.ca\)](http://gnb.ca) et le [Guide canadien d'immunisation – Canada.ca](http://Canada.ca).
- Offrir une seule dose de rappel unique à vie pour adulte de vaccin contenant du VPI pour les contacts adultes qui n'en ont pas reçu à l'âge de 18 ans ou après cet âge.
- Si le contact vit dans un ménage différent du cas, s'assurer que les membres du ménage du contact sont entièrement vaccinés et envisager d'offrir une seule dose de rappel unique à vie pour adultes de vaccin contenant du VPI pour les adultes qui n'en ont pas reçu à l'âge de 18 ans ou après cet âge.

Remarque : La vaccination est recommandée pour protéger une personne contre une exposition continue et non comme immunoprophylaxie post-exposition pour les contacts.

Gestion des éclosions

Activer le plan local en cas d'éclosion lorsqu'une éclosion est déclarée.

Ressources

[Lignes directrices relatives à l'intervention et à la gestion d'un événement ou d'une éclosion de poliovirus au Canada - Canada.ca : dernière version : 4 août 2023](#)

[Polio : Pour les professionnels de la santé Dernière mise à jour : 4 août 2023](#)