

Vaccination contre la poliomyélite chez certaines communautés à risque

AVIS SCIENTIFIQUE

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC

SEPTEMBRE 2022

SOMMAIRE

Questions au CIQ	1
Réponses du CIQ	2
Évaluation du risque	5
Recommandations et indications de vaccination actuelles au Québec et ailleurs	6
Recommandations du CIQ	8

QUESTIONS AU CIQ

En juin dernier, un cas de paralysie flasque causée par une souche vaccinale de la poliomyélite a été rapporté dans une communauté de la région de New York. Récemment, on a détecté la présence du virus vaccinal de la polio dans les eaux usées de cette région. Cette communauté a des contacts avec d'autres groupes dans les régions de Montréal et des Laurentides, connus pour avoir des couvertures vaccinales basses.

Considérant :

- que l'Organisation mondiale de la Santé et que l'Organisation panaméricaine de la Santé ont émis, en juin dernier, une alerte de risque de flambée du poliovirus en Amérique; et
- qu'il y a un risque de transmission du virus de souche vaccinale dans les communautés québécoises en provenance de la communauté américaine,

il est souhaité qu'une vaccination leur soit offerte.

Pour la population âgée de 18 ans et plus, la vaccination contre la poliomyélite n'est pas indiquée sauf si la personne est à risque élevé d'être exposée au virus sauvage de la poliomyélite. Dans ce contexte :

- serait-il recommandé de vacciner cette clientèle avec une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) , bien que ce soit le virus issu de la souche vaccinale qui soit actuellement en circulation?
- serait-il recommandé de vacciner les voyageurs de 18 ans et plus qui se rendent dans un pays où le risque d'exposition au virus de souche vaccinale est élevé, s'ils n'ont pas eu de primo-vaccination ou si leur dernière dose date de plus de 10 ans?

RÉPONSES DU CIQ

1 Généralités sur la poliomyélite

La poliomyélite est une maladie infectieuse d'origine virale qui se manifeste cliniquement par l'apparition aiguë d'une paralysie flasque. L'infection aux poliovirus (PV) survient soit via la muqueuse intestinale ou la muqueuse oropharyngée. Les PV se répliquent au sein de ces muqueuses, se propagent localement via le système lymphatique puis de manière systémique par voie hématogène (virémie). Les PV disséminés par voie hématogène peuvent par la suite infecter le système nerveux central (SNC), causant une méningite aseptique ou une paralysie aiguë potentiellement irréversible. La paralysie peut toucher notamment les jambes, les bras et les muscles responsables de la respiration ou de la déglutition, selon les zones du SNC qui sont atteintes par l'infection. La paralysie des muscles respiratoires et/ou de la déglutition peut être fatale (1,2).

L'infection aux PV demeure asymptomatique dans environ 90 % des cas. Des symptômes systémiques tels que la fièvre, des malaises généralisés, des céphalées, des nausées et des vomissements sont présents dans environ 10 % des cas. Moins de 1 % des cas d'infection aux PV causent une maladie sévère (paralysie flasque aiguë ou méningite aseptique) (1).

Les PV sont excrétés dans les selles et dans les sécrétions oropharyngées. Le virus est contracté lors de l'ingestion d'eau, d'aliments ou autres particules contaminées par des selles contenant des PV (voie fécale-orale) ou par l'inhalation de sécrétions oropharyngées contenant des PV (voie orale-orale). La voie de transmission fécale-orale est prédominante dans les pays en voie de développement, alors que la voie orale-

orale serait vraisemblablement prédominante dans les pays développés, en raison des meilleures conditions de vie, d'hygiène et de salubrité (1).

Trois sérotypes distincts de PV sont connus, soit les types 1, 2 et 3. Les poliovirus sauvages (PVS) de type 2 et 3 ont été éradiqués. Le sérotype 1 demeure endémique à l'état sauvage dans deux pays, soit l'Afghanistan et le Pakistan, mais a récemment été détecté au Malawi et au Mozambique. Les sérotypes 2 et 3 qui circulent toujours en 2022 sont exclusivement des poliovirus dérivés de souches vaccinales (voir ci-dessous) (3).

Le contrôle de la transmission des PV est possible grâce à deux types de vaccin, soit un vaccin vivant atténué administré sous forme orale (VPO) et un vaccin inactivé sous forme injectable (VPI). Les virus atténués utilisés dans les VPO se répliquent dans l'organisme, peuvent être excrétés dans les selles et les sécrétions oropharyngées, et être transmis subséquentement à des individus non vaccinés. Le vaccin oral permet ainsi de rejoindre les populations non vaccinées et a joué un rôle central dans l'élimination de la poliomyélite dans plusieurs pays. Toutefois, dans de très rares occasions (< 1 cas sur 3,3 millions de doses administrées), la vaccination avec le VPO peut causer une maladie paralytique. Il est également démontré que les virus vaccinaux contenus dans les VPO peuvent muter et réacquérir leur potentiel de neurovirulence. Ces mutants sont appelés poliovirus dérivés de souche vaccinale (PVDV) et se comportent de manière similaire aux PVS, tant au niveau de la transmission que de la neurovirulence. Par contre, étant complètement inactivé, le VPI ne peut pas causer de poliomyélite paralytique et ne peut pas entraîner

l'apparition de mutants neurovirulents. C'est pourquoi la grande majorité des pays développés, ayant éliminé la poliomyélite, utilisent exclusivement le VPI dans leurs programmes de vaccination systématique (4).

Le VPI est trivalent, c'est-à-dire qu'il contient des antigènes provenant des trois sérotypes de PV, alors que les VPO peuvent être trivalents (VPOt), bivalents (VPOb) ou monovalents (VPOm). En raison de l'éradication mondiale du PVS2, le VPO trivalent a été progressivement retiré en 2016, pour être remplacé par un VPO bivalent contre les sérotypes 1 et 3. Les VPO monovalents sont utilisés presque exclusivement comme outil de réponse en cas d'éclotions où le sérotype responsable est identifié (4).

2 Efficacité du VPI

L'efficacité du VPI à prévenir la poliomyélite paralytique est excellente et a été démontrée par un grand nombre d'études (4). Selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'efficacité de 2 doses de VPI contre la maladie paralytique est supérieure à 90 % et l'efficacité de 3 doses de VPI est de 99 à 100 % (5). Le Guide canadien d'immunisation cite une efficacité de plus de 95 % contre la maladie paralytique (à tout sérotype) à la suite de 3 doses de VPI (6).

L'efficacité du VPI seul à prévenir la transmission des PV demeure débattue. Il a été démontré que des individus vaccinés au VPI seul peuvent être infectés par les PV et les excréter dans les selles. Ceci s'explique par le fait que le VPI seul induit une faible réponse immunitaire au niveau des muqueuses intestinales, contrairement aux VPO qui eux induisent une forte immunité intestinale. La vaccination au VPI seul permettrait tout de même de réduire la quantité de virus excrétée

dans les selles et la durée de l'excrétion, ce qui contribuerait à diminuer la transmission, sans toutefois l'arrêter complètement. Par contre, des études ont démontré que le VPI seul peut induire une réponse immunitaire nasopharyngée suffisante pour empêcher la transmission par voie orale-orale (4).

L'efficacité du VPI à bloquer la transmission communautaire des PV peut être estimée indirectement à partir de plusieurs observations épidémiologiques. Tout d'abord, plusieurs pays scandinaves n'ont jamais utilisé le VPO et ont tout de même réussi à éliminer rapidement la circulation des VPS sur leur territoire. Par exemple, la Suède et l'Islande ont introduit le VPI seul dans les années 1950 et ont éliminé la circulation des VPS au début des années 1960. Aux États-Unis, le VPI a été utilisé seul entre 1958 et 1962; au cours de cette période, la réduction des cas de poliomyélite était supérieure au niveau attendu si l'effet de la vaccination était limité aux vaccinés, démontrant la présence d'une immunité de groupe (4). Ces observations suggèrent que le VPI seul est capable d'interrompre la transmission des PV et de générer une immunité populationnelle et ce, malgré la faible réponse immunitaire intestinale qu'il induit.

3 Situation épidémiologique dans les pays développés

Depuis le début de l'année 2022, trois pays développés (Israël, Royaume-Uni et États-Unis) ont recueilli des preuves épidémiologiques confirmant la circulation locale de PVDV de type 2 ou 3.

En Israël, un cas de poliomyélite paralytique à PVDV3 a été confirmé le 7 mars 2022 à Jérusalem, chez un enfant non vacciné de 3 ans et 9 mois (début des symptômes le 17 février 2022) (7). Plusieurs autres cas d'infection sans paralysie ont été détectés par la suite à Jérusalem et ailleurs au pays, en grande majorité chez des enfants non vaccinés (8). Aucun cas n'a été détecté chez les individus ayant complété la primo-vaccination du calendrier israélien. Des PVDV de type 2 et 3 ont aussi été détectés dans des échantillons d'eaux usées d'au moins six villes du pays depuis septembre 2021 (7,8). En réponse à cette éclosion, les autorités de santé publique d'Israël ont mené une campagne nationale de vaccination ciblant les enfants de 6 semaines à 17 ans.

Dans le nord et l'est de la ville de Londres (Royaume-Uni), des PVDV2 sont régulièrement détectés dans les eaux usées depuis février 2022. Aucun cas de poliomyélite paralytique ou d'infection à PVDV n'a été confirmé par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) jusqu'à maintenant. Les données génétiques sur les isolats sont incompatibles avec un ou quelques excréteurs prolongés, et suggèrent plutôt une transmission communautaire soutenue (9). En réponse à cet incident, la UK Health Security Agency a déclaré une urgence de santé publique. Une campagne de vaccination contre la poliomyélite est en cours à Londres. Cette campagne utilise le vaccin inactivé (VPI) et vise à administrer une dose de VPI à tous les enfants de 1 à 9 ans de la ville de Londres, quel que soit leur statut vaccinal. Les objectifs de la campagne sont d'accroître la protection contre la poliomyélite paralytique et réduire la transmission.

Un cas de poliomyélite paralytique à PVDV2 a été confirmé le 18 juillet 2022 chez un jeune adulte immunocompétent non vacciné du comté de Rockland (État de New York, États-Unis), sans histoire de voyage (10). Le début des symptômes remonte au mois de juin 2022. L'enquête épidémiologique n'a mis en évidence aucune exposition notable, outre une participation à un rassemblement huit jours avant le début des symptômes. Il s'agirait ainsi d'un cas de poliomyélite acquis en communauté, le premier aux États-Unis depuis 2005 et le second depuis 1979. Aucun autre cas de poliomyélite paralytique ou d'infection à PVDV n'a été confirmé jusqu'à maintenant dans l'État de New York. En réponse à cet incident, un dépistage des poliovirus dans les eaux usées du comté de Rockland et des comtés avoisinants a été entrepris. Des échantillons positifs aux PVDV ont été détectés dans le comté de Rockland, le comté d'Orange, le comté de Sullivan, le comté de Nassau et la ville de New York. Au moins 20 de ces spécimens ont été reliés génétiquement au cas confirmé. Des cliniques de vaccination contre la poliomyélite ont été ouvertes dans le comté de Rockland et la ville de New York. Ces cliniques offrent la vaccination à toute personne qui vit ou travaille dans l'État de New York et ciblent particulièrement tous les individus qui ne sont pas vaccinés, qui n'ont pas complété leur vaccination de base, et/ou qui sont à risque élevé de contracter la poliomyélite. La gouverneure de l'État de New York a décrété un état d'urgence sanitaire en date du 9 septembre 2022.

ÉVALUATION DU RISQUE

En 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la propagation des poliovirus comme étant une urgence de santé publique à portée internationale. Cet état d'alerte est toujours en vigueur, ayant été reconduit la dernière fois par le Comité d'urgence sur la poliomyélite du Règlement sanitaire international le 24 juin 2022 (11). Dans cette dernière déclaration, le Comité d'urgence souligne que le risque de propagation internationale des PVDV de type 2 demeure élevé, citant en exemple plusieurs éclosions récentes en Afrique de l'Ouest. Le Comité note également que les pays développés ne sont pas à l'abri d'éclosions de PVDV; il y persiste des communautés où les enfants¹ sont moins immunisés, pouvant soutenir une transmission locale des PVDV. Le Comité mentionne enfin l'affaiblissement récent des programmes d'immunisation systématiques à la suite de la pandémie de COVID-19 comme facteur contributoire à la propagation des PVDV.

Autant à Londres que dans l'État de New York, la circulation des PVDV se produit au sein de communautés où la couverture vaccinale contre la poliomyélite est insuffisante (9,10). Par exemple, dans les comtés de Rockland et d'Orange, la couverture vaccinale contre la poliomyélite est estimée à environ 60 % (12), alors que la couverture requise pour contrôler la transmission des poliovirus est d'au moins 80 % (13).

Au Québec, la couverture vaccinale contre la poliomyélite avec au moins trois doses de VPI chez les enfants de 1 an se situe au-delà de 97 % depuis 2014 (14). Malgré cela, il existe toujours certaines communautés où la couverture vaccinale est plus faible. Le risque principal au Canada et au Québec est l'importation d'un poliovirus dans ces communautés moins bien vaccinées, et la transmission communautaire subséquente (15). Puisque l'infection à poliovirus cause la poliomyélite paralytique dans moins de 1 % des cas, il demeure possible qu'une transmission communautaire silencieuse et soutenue puisse se produire au Québec, avant qu'elle ne soit détectée cliniquement. La diminution de ce risque au Québec reposerait en majeure partie sur l'augmentation de la couverture vaccinale chez les enfants, qui constituent le moteur principal de la transmission des poliovirus. Il est important de souligner que le Canada possède un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë chez les jeunes âgés de moins de 15 ans (SCSPFA), qui permettrait de détecter rapidement des cas éventuels de poliomyélite paralytique.

¹ Les enfants de moins de 10 ans constituent vraisemblablement les foyers de transmission locale les plus importants, principalement en raison de leur niveau d'hygiène personnelle inférieur à celui des individus plus âgés (9).

RECOMMANDATIONS ET INDICATIONS DE VACCINATION ACTUELLES AU QUÉBEC ET AILLEURS

a. OMS

L'OMS recommande que « tous les enfants dans le monde soient entièrement vaccinés contre la poliomyélite, et que chaque pays devrait s'efforcer d'obtenir et maintenir des niveaux élevés de couverture par les vaccins antipoliomyélitiques à l'appui de l'engagement mondial à éradiquer la poliomyélite » (16). Dans les pays où la poliomyélite est éliminée, où le risque d'importation est faible et où les couvertures vaccinales sont élevées, le vaccin inactivé peut être utilisé seul. En cas d'épidémie, l'OMS privilégie toutefois le recours à un vaccin oral spécifique au sérotype circulant pour interrompre la transmission.

Selon l'OMS, les personnes résidant dans un endroit où circulent des PVS ou des PVDV, ou qui désirent voyager doivent être complètement vaccinées selon leur calendrier national et recevoir une dose additionnelle de vaccin (VPI ou VPOb) entre 4 semaines et 12 mois avant leur départ. Les pays exempts de poliomyélite peuvent exiger une preuve de vaccination auprès des voyageurs provenant de pays infectés. Les voyageurs qui se rendent dans un pays où circulent des PVS ou des PVDV devraient être complètement vaccinés selon leur calendrier national (16).

b. Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, l'objectif du programme d'immunisation est de vacciner tous les individus avec un minimum de 5 doses de vaccin antipoliomyélitique au cours de la vie

(3 doses pour la primo-vaccination et 1 dose de rappel à 3 ans et 4 mois et 1 dose de rappel à 14 ans) (17). L'indication de vacciner s'applique autant aux adultes qu'aux enfants, le choix du vaccin à utiliser dépendant de l'âge et du besoin de protéger simultanément contre d'autres maladies. Les voyageurs se rendant dans une zone épidémique ou endémique devraient s'assurer d'être complètement vaccinés selon le calendrier national.

c. États-Unis

Aux États-Unis, les CDC recommandent la vaccination de routine chez les enfants et nourrissons avec 4 doses de vaccin (3 doses pour la primo-vaccination et 1 dose de rappel entre 4 et 6 ans) (18). Les CDC recommandent également la vaccination contre la poliomyélite chez les adultes non vaccinés, incomplètement vaccinés ou qui ont un risque élevé d'exposition aux poliovirus (19). Les individus à risque élevé d'exposition incluent : (i) les voyageurs se rendant dans une zone épidémique ou endémique, (ii) les travailleurs de laboratoire en contact avec des spécimens pouvant contenir des poliovirus, (iii) les travailleurs de la santé, (iv) les contacts étroits d'individus pouvant être infectés par un poliovirus et (v) les adultes non-vaccinés en contact avec un enfant qui recevra un vaccin oral (19).

Pour les voyageurs, il est recommandé d'être complètement vacciné contre la poliomyélite selon le calendrier national. Pour les voyageurs complètement vaccinés se rendant dans un pays où le risque d'exposition est plus élevé, une dose de rappel avant le départ est recommandée (20).

d. Canada

Le Guide canadien d'immunisation contient une indication de vacciner les nourrissons et enfants de 2 mois à 17 ans avec 4 doses de VPI (3 doses pour la primo-vaccination et 1 dose de rappel). Pour ce qui est des adultes de 18 ans et plus, le Guide recommande également la vaccination pour prévenir l'introduction et la propagation de la poliomyélite. Les efforts de vaccination chez les adultes devraient toutefois cibler les personnes à risque élevé d'exposition, qui incluent : (i) personnes se rendant dans des régions où l'on sait ou soupçonne qu'il y a circulation du poliovirus, ou qui reçoivent des voyageurs en provenance de ces régions, (ii) membres de communautés ou de groupes de population précis, atteints d'une maladie due au poliovirus, (iii) travailleurs de la santé ou autres personnes qui sont en contact étroit avec des patients ou sujets pouvant excréter le poliovirus sauvage ou le poliovirus de souche vaccinale, (iv) personnel de laboratoire qui manipule des échantillons pouvant contenir un poliovirus, et (v) membres de la famille ou proches parents d'enfants adoptés à l'étranger qui pourraient avoir reçu, ou qui recevront, le VPO (6).

Le Guide recommande que les voyageurs non immunisés ou incomplètement vaccinés devraient recevoir un VPI qui convient à leur âge. Les enfants non immunisés devraient recevoir une série vaccinale primaire complète avant de voyager dans une région à risque. Pour les adultes complètement vaccinés qui voyagent dans une zone à risque élevé d'exposition aux PVS ou PVDV, une dose de rappel unique à vie est recommandée; les enfants complètement vaccinés n'ont pas besoin de cette dose de rappel.

e. Québec

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) définit trois indications de vaccination contre la poliomyélite : (i) la vaccination systématique des enfants de 2 mois à 17 ans, (ii) la primovaccination des personnes âgées de 18 ans et plus qui courent un risque élevé d'exposition aux poliovirus sauvages (PVS) et (iii) une dose de rappel unique à vie chez les personnes âgées de 18 ans et plus qui courent un risque élevé d'exposition aux PVS. Dans le PIQ, les personnes désignées à risque élevé d'exposition incluent : (i) les voyageurs qui se rendent dans un pays où les PVS circulent, et (ii) les travailleurs de laboratoire pouvant manipuler des spécimens contenant des PVS (21).

Aucune indication de primovaccination chez les personnes âgées de 18 ans et plus dans la population générale du Québec n'est inscrite au PIQ. Aucune indication de vaccination en lien avec un risque d'exposition aux PVDV n'est inscrite au PIQ.

Par ailleurs, le Guide d'intervention santé-voyage de l'Institut national de santé publique du Québec recommande de s'assurer d'une primo-immunisation adéquate pour tous les voyageurs qui se rendent dans l'une des régions suivantes : (i) pays endémiques pour le poliovirus, (ii) pays ayant rapporté des cas de PVS dans les 13 derniers mois et pays où des PVS ont été détectés (par exemple dans les eaux usées), (iii) pays ayant rapporté des cas de PVDV dans les 13 derniers mois, (iv) pays qui demeurent vulnérables à la réintroduction des PVDV (pays avec cas de PVS ou PVDV dans les 24 derniers mois, mais sans cas depuis plus de 13 mois), et (v) pays à risque d'importation de PVS ou PVDV en raison de leur localisation géographique. Pour certains pays, une dose de

rappel unique est recommandée aux adultes si la dernière dose de la série primaire remonte à plus de 10 ans.

RECOMMANDATIONS DU CIQ

Considérant :

- l'urgence internationale de santé publique décrétée par l'OMS pour contrer la propagation des poliovirus;
- la recommandation de l'OMS que tous les voyageurs se rendant dans une zone où circulent des PVS ou des PVDV soient vaccinés selon leur calendrier national (16);
- les preuves épidémiologiques démontrant la circulation active de PVDV à Londres et dans l'État de New York;
- l'existence de communautés sous-vaccinées contre la poliomyélite au Québec;
- le risque possible d'importation de cas et de transmission communautaire subséquente au sein de ces communautés;
- l'efficacité du vaccin inactivé à protéger contre la poliomyélite paralytique causée par les PVDV (22,23);
- le rôle important des enfants dans la transmission de la poliomyélite;

le CIQ recommande :

- de proposer la primo-vaccination ou la dose unique de rappel aux adultes à risque élevé d'exposition aux poliovirus, selon les indications prévues au PIQ, qu'il s'agisse de poliovirus sauvages ou dérivés de souche vaccinale;
- de proposer la primo-vaccination aux adultes non vaccinés ou incomplètement vaccinés qui font partie d'une communauté avec

couverture vaccinale basse et où le risque de circulation de la poliomyélite est plausible advenant une introduction, après évaluation des autorités de santé publique;

- de poursuivre les efforts pour améliorer la couverture vaccinale contre la poliomyélite chez les enfants, selon le calendrier vaccinal actuellement en vigueur au Québec, notamment dans les localités ou communautés où la couverture vaccinale est sous-optimale.

Le CIQ ne considère pas pertinent de recommander la vaccination systématique contre la poliomyélite chez les adultes au Québec étant donné le risque très faible d'infection et la couverture vaccinale très élevée chez les enfants depuis des décennies. Un adulte non vacciné pourrait toutefois recevoir une primovaccination contre la poliomyélite, à sa demande.

RÉFÉRENCES

1. Heymann DL, American Public Health Association, Heymann DL. Control of communicable diseases manual. 20th edition. Washington, DC: American Public Health Association; 2015.
2. Ghendon Y, Robertson SE. Interrupting the transmission of wild polioviruses with vaccines: immunological considerations. Bull World Health Organ. 1994;72(6):973-83.
3. Duintjer Tebbens RJ, Kalkowska DA, Thompson KM. Global certification of wild poliovirus eradication: insights from modelling hard-to-reach subpopulations and confidence about the absence of transmission. BMJ Open. 1 janv 2019;9(1):e023938.
4. Plotkin SA 1932, Orenstein WA, Offit PA. Plotkin's vaccines [Internet]. Seventh edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/book/9780323357616>
5. Polio Vaccine Effectiveness and Duration of Protection | CDC [Internet]. 2022 [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/efectiveness-duration-protection.html>
6. Canada A de la santé publique du. Vaccin contre la poliomyélite : Guide canadien d'immunisation [Internet]. 2007 [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-17-vaccin-contre-poliomyelite.html>
7. Circulating vaccine-derived poliovirus type 3 – Israel [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON366>
8. Israel's polio outbreak finally under control - public health chief [Internet]. The Jerusalem Post | JPost.com. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.jpost.com/health-and-wellness/article-711466>
9. Joint Committee on Vaccination and Immunisation statement on vaccination strategy for the ongoing polio incident [Internet]. GOV.UK. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/vaccination-strategy-for-ongoing-polio-incident-jcvi-statement/joint-committee-on-vaccination-and-immunisation-statement-on-vaccination-strategy-for-the-ongoing-polio-incident>
10. Link-Gelles R. Public Health Response to a Case of Paralytic Poliomyelitis in an Unvaccinated Person and Detection of Poliovirus in Wastewater — New York, June–August 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2022 [cité 24 août 2022];71. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/m7133e2.htm>
11. Statement of the Thirty-second Polio IHR Emergency Committee [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/24-06-2022-statement-of-the-thirty-second-polio-ihremergency-committee>
12. NYSDOH and NYCDOHMH Wastewater Identifies Polio and Urge Unvaccinated New Yorkers to Get Vaccinated - NYC Health [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www1.nyc.gov/site/doh/about/press/pr2022/nysdoh-and-nycdohm-wastewater-monitoring-finds-polio-urge-to-get-vaccinated.page>
13. Lai YA, Chen X, Kunasekaran M, Rahman B, MacIntyre CR. Global epidemiology of vaccine-derived poliovirus 2016-2021: A descriptive analysis and retrospective case-control study. EClinicalMedicine. août 2022;50:101508.
14. Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an, 2 ans et 7 ans en 2019 [Internet]. INSPQ. [cité 25 août 2022]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2776>
15. Brown C. Canada not immune to spread of polio. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 8 juill 2014;186(10):738.

16. World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé. Weekly Epidemiological Record, 2022, vol. 97, 25 [full issue]. Wkly Epidemiol Rec Relevé Épidémiologique Hebd. 24 juin 2022;97(25):277-300.
17. Polio: the green book, chapter 26 [Internet]. GOV.UK. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/polio-the-green-book-chapter-26>
18. Routine Polio Vaccination | CDC [Internet]. 2022 [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/routine-polio-vaccination.html>
19. Polio Vaccination Recommendations for Specific Groups | CDC [Internet]. 2022 [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/recommendations.html>
20. CDC. Polio: For Travelers [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/polio/what-is-polio/travelers.html>
21. VPI: vaccin inactivé contre la poliomyélite - Vaccins - Professionnels de la santé - MSSS [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/vpi-vaccin-inactive-contre-la-poliomyelite/>
22. Grassly NC. Immunogenicity and effectiveness of routine immunization with 1 or 2 doses of inactivated poliovirus vaccine: systematic review and meta-analysis. J Infect Dis. 1 nov 2014;210 Suppl 1(Suppl 1):S439-446.
23. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, November 2012 – conclusions and recommendations. Releve Epidemiol Hebd. 4 janv 2013;88(1):1-16.

Comité sur l'immunisation du Québec

MEMBRES ACTIFS

Sapha Barkati, Centre universitaire de santé McGill

Julie Bestman-Smith, Centre hospitalier universitaire de Québec Hôpital de l'Enfant Jésus

Nicholas Brousseau

Rodica Gilca

Vladimir Gilca

Gaston De Serres

Philippe De Wals

Étienne Racine

Chantal Sauvageau

Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Michaël Desjardins, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Jesse Papenburg, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill

Caroline Quach-Thanh, Présidente
Département de microbiologie, infectiologie et immunologie, Université de Montréal, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Bruce Tapiéro, Service des maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Université de Montréal

MEMBRES DE LIAISON

Dominique Biron

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Clinique pédiatrique Sainte-Foy

Ngoc Yen Giang Bui, Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs

Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Hélène Gagné

Représentante de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Direction de santé publique

Catherine Guimond

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Monique Landry, Groupe sur l'acte vaccinal du MSSS (GAV) Ministère de la Santé et des Services sociaux

Marc Lebel, Association des pédiatres du Québec
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Benoît Morin

Association québécoise des pharmaciens propriétaires

Lina Perron, Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Eveline Toth, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique

Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES D'OFFICE

Dominique Grenier

Patricia Hudson

Direction des risques biologiques,
Institut national de santé publique du Québec

Geneviève Soucy

Laboratoire de santé publique du Québec

Vaccination contre la poliomyélite chez certaines communautés à risque

AUTEUR

Comité sur l'immunisation du Québec
Étienne Racine
Direction des risques biologiques

MISE EN PAGE

Marie-France Richard, agente administrative

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :

<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-92946-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

N° de publication : 3238