



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Directives & Recommandations

Recommandations en cas d'apparition de poliomyélite en Suisse

2024

Résumé

Agent infectieux et tableau clinique

La poliomyélite est une maladie infectieuse provoquée par une infection à poliovirus. Le poliovirus est détectable dans le pharynx au plus tôt 36 heures après l'infection. Il est excrété par gouttelettes dans les sécrétions nasopharyngées pendant environ une semaine. L'excrétion par les selles commence après 2 à 3 jours et peut durer jusqu'à six semaines. Les poliovirus se transmettent généralement par contact direct via les mains sales, l'eau ou les aliments contaminés par des matières fécales (transmission féco-orale), ainsi que par des gouttelettes provenant du pharynx. Le taux de reproduction (R0) de la poliomyélite est de 5 à 7 [1, 2]. Le risque d'infection est particulièrement élevé pour les personnes non protégées vivant dans le même ménage. La vaccination est le seul moyen de se protéger de cette maladie.

Chez 90 % des personnes infectées, l'infection par le poliovirus est asymptomatique. Les cas de maladie se manifestent généralement par un syndrome grippal ou des symptômes gastro-intestinaux. Moins de 1 % des personnes infectées développent le tableau classique de la poliomyélite avec des paralysies flasques (généralement d'un seul côté, aux jambes plus fréquemment qu'aux bras). Une paralysie respiratoire est plus rare.

La poliomyélite en Suisse

La Suisse est considérée comme exempte de poliomyélite depuis le début des années 1990. Toutefois, tant que le poliovirus existe dans d'autres pays, le risque de réintroduction dans des pays où celui-ci avait été éliminé demeure.

Ces recommandations présentent les scénarios possibles ainsi que les mesures de protection à prendre contre les infections si un cas de poliomyélite survenait en Suisse. Les autorités cantonales compétentes sont responsables de la mise en œuvre de ces mesures.

Enquête épidémiologique et examen de laboratoire

Il y a lieu de réaliser un examen de laboratoire sur deux échantillons de selles en cas de suspicion de poliomyélite. Les deux échantillons de selles sont prélevés à un intervalle de 24 à 48 heures. En cas d'échantillon de selles positif, il faut en outre effectuer deux prélèvements pharyngés à 24 heures d'intervalle durant la première semaine de maladie. Le diagnostic de confirmation à partir des échantillons doit être effectué par le Laboratoire national de référence pour la poliomyélite (NZPo).

Mesures de protection relatives à la personne malade

L'isolement du cas suspect ou du cas index (CI) a lieu dans un hôpital disposant des ressources nécessaires en termes de compétences, de personnel et de structure. Les poliovirus se transmettant par voie féco-orale, le cas suspect ou la personne malade doit disposer de ses propres toilettes. Il faut veiller notamment à une hygiène stricte. L'isolement est maintenu jusqu'à ce que quatre échantillons de selles prélevés soient négatifs. Deux échantillons de selles doivent être prélevés à 24–48 heures d'intervalle, suivis de deux autres échantillons de selles sept jours plus tard (ces deux échantillons doivent également être prélevés à 24–48 heures d'intervalle). Si l'état clinique de la personne permet un isolement à domicile, il convient d'en évaluer les conditions au cas par cas (en tenant compte, p. ex., du statut vaccinal des membres du ménage).

Mesures de protection pour les personnes-contacts proches

Sont considérées comme personnes-contacts proches toutes les personnes qui, durant la phase infectieuse¹ de la personne malade, ont manifestement utilisé les mêmes toilettes qu'elle (p. ex. membres de la famille, membres du ménage, personnes-contacts en visite prolongée, soignants ou personnes accueillies dans un établissement collectif, contacts hospitaliers). Il y a lieu de vérifier leur statut vaccinal (et, le cas échéant, de le compléter) et d'ordonner une quarantaine à domicile jusqu'au prélèvement de deux échantillons de selles négatifs à un intervalle de 24 à 48 heures (à prélever au plus tôt trois jours après le dernier contact).

Mesures de protection pour toutes les personnes-contacts

Deux échantillons de selles sont prélevés à un intervalle de 24 à 48 heures chez toutes les personnes-contacts identifiées, dont le statut vaccinal doit par ailleurs être vérifié et, si nécessaire, complété. Il convient également de les informer sur les règles d'hygiène strictes à respecter et de les inviter à s'auto-observer. La réadmission au sein des établissements collectifs dépendra de leur statut vaccinal.

Vaccins supplémentaires

Les autorités cantonales compétentes doivent procéder à une vaccination préventive postexpositionnelle supplémentaire avec le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) afin de combler d'éventuelles lacunes en matière d'immunité. Il faut s'assurer que toute personne présentant un risque accru d'infection (indépendamment d'un contact identifiable avec un cas confirmé) dispose d'une protection vaccinale suffisante. La première vaccination préventive doit avoir lieu le plus rapidement possible (au plus tard dans les quatre semaines suivant la confirmation d'éventuels cas secondaires).

¹ Il y a infectiosité tant que le poliovirus est excrété, le virus étant détectable dans les sécrétions pharyngées au plus tôt 36 heures (jusqu'à une semaine) après l'infection et dans les selles après deux à trois jours (jusqu'à six semaines) [3, 4].

Table de matières

1.	Introduction	6
1.1.	Objectif de ce document	6
1.2.	Scénarios d'apparition possibles d'un cas de poliomyélite en Suisse	6
1.3.	Critères de déclaration	7
1.3.1.	Déclaration de résultats d'analyses cliniques	7
1.3.2.	Déclaration de résultats de laboratoire	7
1.4.	Poliomyélite : définition de cas	7
1.4.1.	Critères cliniques	7
1.4.2.	Critères de laboratoire	7
1.4.3.	Critères épidémiologiques	8
1.4.4.	Classification des cas	8
2.	Apparition d'un cas de poliomyélite en Suisse	9
2.1.	Aperçu des principales mesures à prendre pour faire face à un cas de poliomyélite	9
2.2.	Facteurs déterminants pour gérer avec succès un cas de poliomyélite en Suisse	9
2.3.	Mesures à prendre en cas de suspicion ou de confirmation en Suisse d'un cas de poliomyélite répondant à la définition de cas	10
2.3.1.	Examen du cas	10
2.3.1.1.	<i>Examen de laboratoire</i>	10
2.3.1.2.	<i>Enquête épidémiologique et analyse du risque</i>	11
2.3.2.	Mesures de prévention des infections	14
2.3.2.1.	<i>Mesures relatives au cas index</i>	14
2.3.2.2.	<i>Durée de l'isolement du cas index</i>	15
2.3.2.3.	<i>Mesures pour les personnes-contacts proches</i>	15
2.3.2.4.	<i>Mesures pour toutes les personnes-contacts</i>	16
2.3.3.	Réadmission des personnes-contacts au sein des établissements collectifs	17
2.3.4.	Vaccinations supplémentaires et procédure à suivre pour les cas secondaires	17

2.3.5.	Surveillance intensive des cas de poliomyélite paralytiques et non paralytiques	18
2.3.6.	Communication et gestion des médias en cas d'apparition de la poliomyélite en Suisse	18
3.	Informations de base sur la poliomyélite	19
3.1.	Agent infectieux et transmission	19
3.2.	Tableau clinique	19
4.	Situation épidémiologique	20
4.1.	Nombre global de cas de poliomyélite à virus sauvage	20
4.2.	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale	20
4.3.	Situation internationale	20
5.	Situation en Suisse	22
5.1.	Aperçu historique	22
5.2.	Schéma de vaccination contre la poliomyélite en Suisse	22
5.3.	Taux de couverture vaccinale contre la poliomyélite en Suisse	22
5.4.	Surveillance de la PFA en Suisse	22
5.5.	Risque de poliomyélite de type 2 en Suisse	23
5.6.	Populations à risque particulier de poliomyélite	23
5.7.	Vaccination des requérants d'asile et des personnes en quête de protection	23
6.	Adresses utiles	24

1. Introduction

1.1. Objectif de ce document

Ce document a été élaboré pour se préparer à l'apparition d'un cas de poliomyélite en Suisse. Il constitue également la base pour l'évaluation et l'exécution des mesures par les autorités cantonales compétentes lors d'un tel événement.

Les chapitres [1](#) et [2](#) décrivent les mesures de laboratoire et les interventions nécessaires². Les chapitres [3](#) à [5](#) fournissent des informations de contexte.

Le risque de voir apparaître un cas local de poliomyélite provoqué par des poliovirus importés en Suisse par une personne infectée est extrêmement faible, compte tenu de la couverture vaccinale élevée de la population suisse et des bonnes infrastructures sanitaires dont dispose notre pays.

Même si le risque est considéré comme très faible, il est nécessaire de s'y préparer, car il peut augmenter en raison de l'évolution actuelle de la situation épidémiologique (voir [4.3](#)) et de la migration de personnes en provenance de pays où la poliomyélite est endémique ou dans lesquels la circulation du poliovirus est suspectée (voir [5.6](#)).

L'apparition en Suisse d'un cas de poliomyélite ou d'un cas de transmission locale de poliovirus sauvage (PVS), ou de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV) serait considérée comme un événement épidémique, et les mesures appropriées devraient être prises³. La poliomyélite est une maladie infectieuse très contagieuse qui touche principalement les enfants. La contamination par le poliovirus peut entraîner des paralysies à vie, voire la mort, chez les personnes qui n'ont pas reçu la vaccination complète.

1.2. Scénarios d'apparition possibles d'un cas de poliomyélite en Suisse

La poliomyélite pourrait apparaître en Suisse dans les situations suivantes :

1. Importation d'un cas de PVS ou d'un cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc);
2. Identification du poliovirus par biologie moléculaire chez une personne atteinte de paralysie flasque aiguë (PFA);
3. Identification par biologie moléculaire du PVS ou du PVDV dans l'environnement⁴;
4. Fuite de laboratoire du PVS ou du PVDV.

1.3. Critères de déclaration

² Les mesures ont été élaborées sur la base du *Leitfaden für Gesundheitsämter zum Vorgehen bei Fällen von Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland* [\[5\]](#) et du *Poliovirus Infection Outbreak Response Plan for Australia* [\[6\]](#) et du <https://www.kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/7317/Poliomyelitis-Investigation-Guideline-PDF>.

³ Cf. *Global Polio Eradication Initiative: GPEI Tools, Protocols and Guidelines*

⁴ Il n'y a actuellement pas de surveillance environnementale du poliovirus en Suisse. Une évaluation des coûts et de l'utilité d'un tel système, réalisée dans les années 1990, a conclu que sa mise en œuvre serait trop coûteuse, compte tenu de la probabilité extrêmement faible de détecter le poliovirus dans le pays [\[7\]](#).

1.3.1. Déclaration de résultats d'analyses cliniques

En cas de poliomyélite, les résultats d'analyses cliniques doivent être déclarés dans les 24 heures à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et au service du médecin cantonal compétent⁵.

1.3.2. Déclaration de résultats de laboratoire

Les résultats de laboratoire indiquant la présence de poliovirus doivent être déclarés dans les 24 heures à l'OFSP et au service du médecin cantonal compétent⁶.

1.4. Poliomyélite : définition de cas

1.4.1. Critères cliniques

Les critères cliniques de la poliomyélite sont les suivants :

- a) La personne a moins de 15 ans et souffre de PFA **OU** ;
- b) Le médecin de la personne suspecte une poliomyélite **OU** ;
- c) La personne répond à l'**ensemble** des critères cliniques suivants :
 1. Paralyse flasque aiguë d'un, voire de plusieurs membres ou d'un, voire de plusieurs nerfs crâniens ;
 2. Réduction ou absence de réflexes tendineux dans les membres concernés ou d'un ou de plusieurs réflexes bulbaires (notamment réflexe de toux, réflexe de déglutition, réflexe cornéen) ;
 3. Aucun déficit sensoriel ou cognitif.

1.4.2. Critères de laboratoire

Le résultat de laboratoire est positif avec **au moins une** des méthodes suivantes :

- a) Isolement de poliovirus dans les selles et différenciation intratypique ;
- b) Identification du PVS ;
- c) Identification du PVDV lorsque la séquence nucléotidique du PVDV présente au moins 85 % de similitude avec la séquence du virus vaccinal dans la région génomique VP1⁷ ;
- d) Identification du poliovirus de type Sabin : différenciation intratypique réalisée par un laboratoire poliomyélite accrédité par l'OMS (pour le PVDV, différence au niveau de la séquence VP1 de plus de 1 % et de 15 % maximum par rapport à la souche vaccinale du même sérotype)⁸.

1.4.3. Critères épidémiologiques

⁵ Conformément à l'art. 12 de la loi sur les épidémies (LEp; RS 818.101) en relation avec l'art. 6 de l'ordonnance sur les épidémies (OEp; RS 818.101.1) et l'annexe 1, ch. 36, de l'ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme (ODMT; RS 818.101.126). Informations sur la déclaration des maladies à déclaration obligatoire : [Office fédéral de la santé publique OFSP : Déclaration](#)

⁶ Conformément à l'art. 12 de la loi sur les épidémies (LEp; RS 818.101) en relation avec l'art. 8 de l'ordonnance sur les épidémies (OEp; RS 818.101.1) et l'annexe 3, ch. 37, de l'ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme (ODMT; RS 818.101.126). Informations sur la déclaration des maladies à déclaration obligatoire : [Office fédéral de la santé publique OFSP : Déclaration](#)

⁷ La région génomique VP1 code une protéine de capsid du virus et est modérément conservée.

⁸ On distingue les souches Sabin, les souches de type Sabin et les PVDV [8]. On parle de souches de type Sabin si la séquence VP1 présente moins de dix mutations pour les types 1 et 3 ou moins de six mutations pour le type 2. Si le nombre de mutations est supérieur à ces seuils, on considère qu'il s'agit de PVDV. Cela se base sur un taux de mutation moyen de 0,025 nucléotides par jour, ce qui correspond à neuf mutations par an. Ainsi, si un isolat présente dix mutations ou plus par rapport à la souche Sabin, on peut supposer qu'il circule depuis plus d'un an.

Confirmation épidémiologique par **au moins** un des éléments de preuve suivants, en tenant compte de la période d'incubation⁹ :

- a) Transmission interhumaine (lien épidémiologique confirmé par une analyse de laboratoire ayant détecté la présence d'une infection) ;
- b) Voyage effectué dans un pays où la poliomyélite est endémique ou dans lequel la circulation du poliovirus est suspectée, voire confirmée, ou voyage dans un pays où le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) est utilisé ;
- c) Travail avec des poliovirus actifs.

1.4.4. Classification des cas

1. **Cas certain** : toute personne répondant aux critères cliniques et aux critères de laboratoire (confirmation par un examen clinique et des analyses de laboratoire) ;
2. **Cas probable** : toute personne répondant aux critères cliniques et à un critère épidémiologique (confirmation clinique et épidémiologique) ;
3. **Cas possible** : toute personne répondant aux critères cliniques (diagnostic clinique) ;
4. **Cas exclu** : les critères cliniques sont remplis, mais la preuve d'une autre cause est apportée¹⁰.

⁹ La période d'incubation de la poliomyélite non paralytique est de trois à six jours et celle de la poliomyélite paralytique de sept à vingt et un jours [9].

¹⁰ Il s'agit notamment des paralysies flasques d'origine traumatique et des tableaux cliniques ressemblant à la poliomyélite (p. ex. syndrome de Guillain-Barré).

2. Apparition d'un cas de poliomyélite en Suisse

2.1. Aperçu des principales mesures à prendre pour faire face à un cas de poliomyélite

Pour lutter contre les maladies transmissibles, la loi sur les épidémies (LEp) prévoit que les autorités cantonales compétentes ordonnent les mesures à prendre à l'égard de certaines personnes (p. ex. isolement, quarantaine, etc.) (cf. art. 31 et suivants LEp).

Les mesures pour faire face à un cas de poliomyélite en Suisse visent principalement à empêcher l'éventuelle propagation du virus. Elles comprennent :

1. L'isolement et les tests réguliers du cas index (CI)¹¹ ;
2. L'évaluation des risques afin de préparer les étapes suivantes ;
3. L'identification et les soins apportés aux personnes-contacts, le prélèvement d'échantillons de selles chez les personnes-contacts, l'ordonnance de quarantaine pour les personnes-contacts ;
4. Vaccination et contrôle du statut vaccinal des personnes-contacts ;
5. Campagne de vaccination ciblée ;
6. Rappeler à la population en général l'importance de la vaccination ;
7. La prévention d'une éventuelle contamination de l'environnement afin d'éviter un risque durable¹² ;
8. Le renforcement des mesures de surveillance, y compris la communication au corps médical concernant une possible apparition de la PFA et l'importance de contrôler le statut vaccinal des patients ;
9. La coordination des laboratoires de test dans le but de s'assurer que ceux-ci disposent de protocoles adéquats pour envoyer et utiliser le matériel potentiellement infectieux contenant des poliovirus (échantillons de selles et d'expectorations).

2.2. Facteurs déterminants pour gérer avec succès un cas de poliomyélite en Suisse

Les facteurs suivants sont déterminants pour gérer avec succès un cas de poliomyélite en Suisse :

1. Identification et déclaration à temps du cas (suspect) de poliomyélite ;
2. Évaluation des populations à risque et des risques liés à la contamination par l'environnement (p. ex. réservoir de virus) ;
3. Identification de la source d'infection du CI (distinguer si celle-ci a été importée ou si elle autochtone) et identification d'autres personnes potentiellement infectées par cette même source ;
4. Identification des potentielles personnes-contacts (enregistrement en détail des données épidémiologiques et anamnèse) ;
5. Campagnes de vaccination pour les populations présentant un risque particulièrement élevé de poliomyélite.

¹¹ Le cas index est le premier cas documenté dans un événement épidémiologique. Il est considéré comme étant à l'origine d'une chaîne d'infection.

¹² Les poliovirus peuvent survivre jusqu'à deux mois dans les eaux usées [10–13].

2.3. Mesures à prendre en cas de suspicion ou de confirmation en Suisse d'un cas de poliomyélite répondant à la définition de cas

2.3.1. Examen du cas

2.3.1.1. Examen de laboratoire

Il y a lieu de demander immédiatement l'examen de laboratoire correspondant en cas de suspicion de poliomyélite (pour la classification des cas, voir [1.4.4](#)).

1. Celle-ci comprend le prélèvement de deux échantillons de selles à un intervalle de 24 à 48 heures pendant les premiers quatorze jours (idéalement pendant les deux premiers jours) suivant le début des symptômes¹³:
 - a. En cas d'isolement de poliovirus, la souche est transmise dans des récipients stériles dans les 48 heures au Laboratoire national de référence pour la poliomyélite (NZPo) pour le diagnostic de confirmation et le séquençage du génome^{6,14}. Afin de confirmer le diagnostic, les échantillons doivent être envoyés par le NZPo au Centre national de référence pour la poliomyélite et les entérovirus (NRZ PE) du Robert Koch Institut (RKI), en Allemagne;
 - b. Si l'échantillon de selles est positif, il faut également procéder aux prélèvements suivants et envoyer les échantillons au NZPo:
 - i. Deux prélèvements pharyngés à réaliser impérativement pendant la première semaine de la maladie, à 24 heures d'intervalle;
 - ii. Prélèvement de sérum¹⁵;
 - iii. Ponction lombaire¹⁶ (si possible, mais pas indispensable).

¹³ Chaque échantillon doit peser environ 5 grammes (quantité idéale: 5 à 10 g). Deux échantillons sont nécessaires au vu de l'intermittence de l'excrétion du virus. Les échantillons doivent être conservés à 4 °C jusqu'à l'envoi. Il faut les congeler si l'envoi ne s'effectue qu'après 72 heures.

¹⁴ Il y a lieu de respecter les prescriptions de transport de l'ADR (Accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route): N° ONU 2814 pour la catégorie A (cultures, isolats) ou N° ONU 3373 pour la catégorie B (échantillons prélevés sur des patients) au sens du chap. 2.2.62 [ADR 2023 Volume 1](#) (Matières infectieuses, p. 198 à 205) et les instructions d'emballage figurant au chap. 4.1 [ADR 2023 Volume 2](#): P650 pour la cat. B, N° ONU 3373, voir p. 118–119, et P620 pour la cat. A, N° ONU 2814, voir p. 115–116.

¹⁵ Le 1^{er} échantillon de sérum est prélevé au début de la maladie et le 2^e échantillon après deux semaines. La quantité minimale est de 300 µL de sérum ou de 5 ml de sang. Une détection d'anticorps ne peut pas remplacer une détection directe de l'agent infectieux.

¹⁶ Quantité minimale: 1 ml de liquide céphalo-rachidien

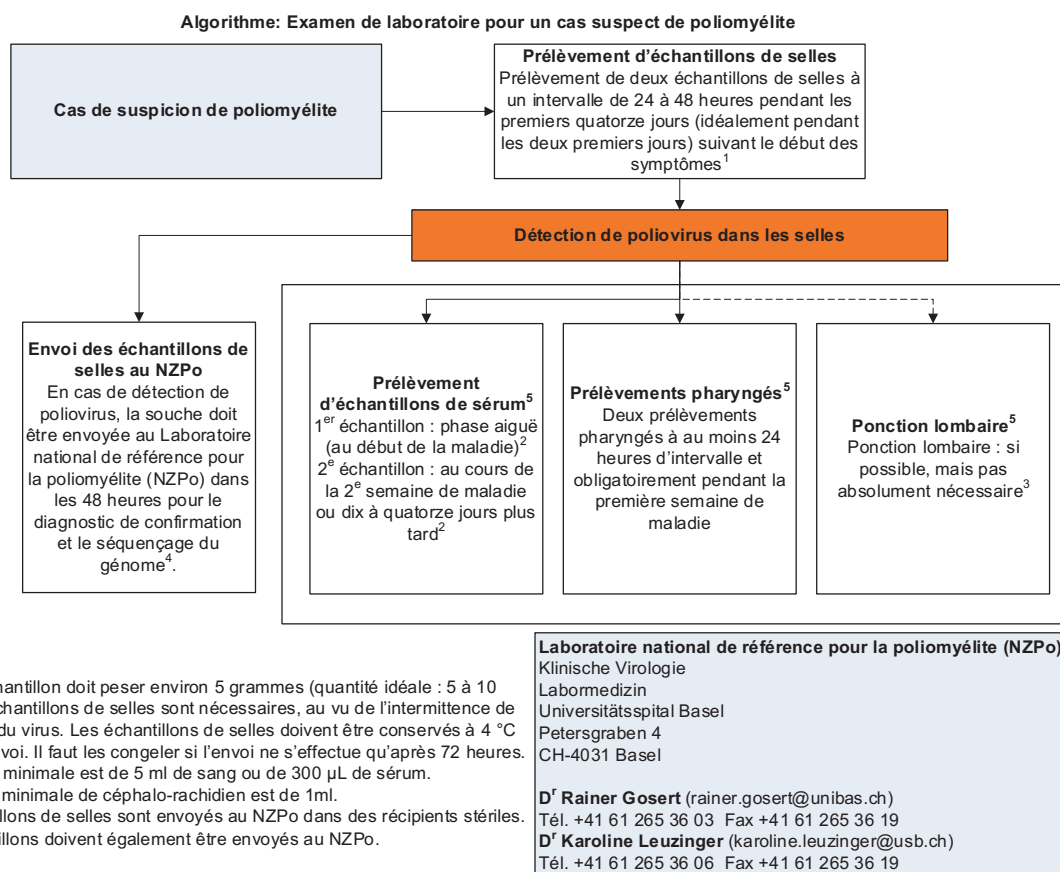


Illustration 1: Examen de laboratoire pour un cas suspect de poliomyélite.

2.3.1.2. Enquête épidémiologique et analyse du risque

L'enquête épidémiologique vise à déterminer où l'infection a eu lieu (identification de la source de l'infection) et s'il y a pu avoir une transmission locale. Cette enquête doit être réalisée dans les 72 heures qui suivent la confirmation du cas de poliomyélite par le laboratoire.

Il est particulièrement important de lancer rapidement cette enquête auprès des personnes n'ayant ni voyagé, ni été exposées en laboratoire (suspicion de transmission autochtone). On peut craindre qu'un grand nombre de personnes soient potentiellement exposées au virus avant qu'un cas de PFA ne soit diagnostiqué¹⁷, compte tenu de la période d'incubation relativement courte (sept à quatorze jours en moyenne) et du fait que même les personnes infectées de manière asymptomatique excrètent des poliovirus.

Conformément à l'art. 15 LEp, l'enquête épidémiologique est menée par les autorités cantonales compétentes et comprend les aspects suivants :

1. Prise de contact avec le médecin ayant posé le diagnostic de suspicion ou demandé le prélèvement d'échantillons. Enregistrement des données suivantes :
 - a. Données cliniques :
 - i. Début des symptômes avec date ;
 - ii. Paralysie : début (date), zone paralysée (p. ex. spinale, bulbaire, spino bulbaire) ;
 - iii. Évolution clinique de la maladie.
 - b. Données démographiques du patient (date de naissance, nationalité, sexe, coordonnées) ;

¹⁷ Il est généralement difficile d'évaluer l'ampleur de la circulation du virus lors de l'apparition d'un cas clinique (PFA).

- c. Prélèvement d'échantillons et évaluation du diagnostic de laboratoire (déterminer si d'autres diagnostics de laboratoire sont nécessaires):
 - i. Le prélèvement d'échantillons doit être réalisé selon le point [2.3.1.1](#).
 - d. Hospitalisations (lieu et durée du séjour);
 - e. Injections reçues 30 jours avant le début des symptômes, afin de pouvoir exclure d'autres diagnostics différentiels (p. ex. lésions neurologiques survenues après une injection i.m.):
 - i. Date de l'injection;
 - ii. Type d'injection (p. ex. antibiotiques, vaccination, autres) et description (spécification);
 - iii. Zone de l'injection (p. ex. épaule gauche ou droite, jambe gauche ou droite, fessier gauche ou droit).
 - f. Dossier médical, rapport de suivi, rapport de laboratoire et rapport de sortie (s'il n'est pas possible d'obtenir ces informations auprès du médecin et que le cas suspect est hospitalisé);
2. Détermination de l'exposition potentielle durant la période d'incubation (période allant de trois à trente-cinq jours)¹⁸:
- a. Voyage ou séjour dans un pays où la poliomyélite est endémique ou dans lequel la circulation du poliovirus est suspectée, voire confirmée, ou voyage dans un pays utilisant le VPO:
 - i. Moment de l'exposition;
 - ii. Dates de voyage (lieu, date d'arrivée, date de départ).
 - b. Contact avec des personnes ayant elles-mêmes voyagé précédemment (jusqu'à dix semaines avant) dans un pays où la poliomyélite est endémique ou dans lequel la circulation du poliovirus est suspectée, voire confirmée, ou dans un pays où le VPO est utilisé:
 - i. Moment de l'exposition, type d'exposition;
 - ii. Dates de voyage (lieu, date d'arrivée, date de départ);
 - iii. Coordonnées de la personne-contact;
 - iv. Relation avec la personne-contact.
 - c. Contact avec des cas de (suspicion de) poliomyélite ou avec leurs personnes-contacts:
 - i. Moment de l'exposition, type d'exposition;
 - ii. Coordonnées de la personne-contact;
 - iii. Relation avec la personne-contact.
 - d. Contact avec des personnes vaccinées avec le VPO au cours des dix dernières semaines:
 - i. Moment de l'exposition, type d'exposition;
 - ii. Coordonnées de la personne-contact;
 - iii. Relation avec la personne-contact;
 - iv. Date de vaccination avec le VPO;
 - v. Informations sur le vaccin (numéro de lot, fabricant et dose de vaccin).
 - e. Travail avec des poliovirus actifs (exposition possible à des souches de laboratoire de poliovirus):
 - i. Lieu de travail;
 - ii. Activité professionnelle.

¹⁸ La période d'incubation de la poliomyélite non paralytique est de trois à six jours et celle de la poliomyélite paralytique de sept à vingt et un jours [\[9\]](#). Toutefois, la fourchette peut aller de deux à trente-cinq jours [\[14\]](#).

- f. Recherche d'éventuelles maladies de type poliomyélite (*polio-like illness*) dans l'entourage;
- 3. Statut vaccinal, y compris les dates auxquelles les vaccinations ont eu lieu et le vaccin utilisé;
- 4. Évaluation du potentiel de propagation par le cas suspect:
 - a. Activité dans le domaine de la santé;
 - b. Séjour ou travail dans un établissement collectif;
 - c. Contacts à l'armée;
 - d. Contacts en prison;
 - e. Travail dans le secteur alimentaire;
 - f. Contact avec des enfants.

En fonction de l'ampleur des chaînes d'infection, l'enquête épidémiologique (y.c. le prélèvement d'échantillons de selles) inclut également les établissements collectifs locaux (p. ex. les structures d'accueil pour enfants, les écoles, les centres d'asile).

En vertu des art. 15 et 31 ainsi que 33, LEp, les autorités cantonales compétentes effectuent l'analyse des contacts et recueillent les informations suivantes :

1. Activités du cas suspect ou du cas confirmé au cours des dix jours précédant ou suivant l'apparition des symptômes:
 - a. Établissements collectifs: enregistrement des dates, lieux et activités (en tant que personne participante ou employée, ou personne vivant dans le même foyer qu'une personne participante ou employée);
 - b. Activités professionnelles et activités présentant un risque de transmission (manipulation de denrées alimentaires, garde d'enfants, soins apportés aux patients, travail au sein d'un établissement collectif, armée);
 - c. Fréquentation d'écoles ou de crèches.
2. Saisie des personnes-contacts (pour la définition des personnes-contacts, voir chapitres [2.3.2.3](#) et [2.3.2.4](#)):
 - a. Nom, adresse et téléphone de la personne-contact;
 - b. Enregistrement du statut vaccinal de la personne-contact et des éventuels symptômes;
 - c. Informations sur la profession de la personne-contact;
 - d. Fréquentation d'écoles, de crèches ou de centres d'asile par la personne-contact.
3. Suivi des contacts symptomatiques en tant que cas suspects.

2.3.2. Mesures de prévention des infections

2.3.2.1. Mesures relatives au cas index

Un seul cas de poliomyélite est déjà considéré comme une flambée³ nécessitant des mesures d'endiguement².

Tableau 1 : Mesures d'endiguement et de prévention des infections en lien avec le cas suspect ou la personne infectée (CI)

Mesure	Description
Prélèvement d'échantillons et examen de laboratoire	Voir 2.3.1.1
Isolement stationnaire du CI	<ul style="list-style-type: none"> • L'isolement du CI a lieu dans un hôpital adéquat, dans une chambre individuelle ou un espace séparé des autres patients (pour la durée d'isolation, voir 2.3.2.2). • Le CI doit disposer de ses propres toilettes¹⁹. • Veiller à une hygiène stricte lors de la prise en charge du CI; il importe particulièrement d'éviter les infections par transmission féco-orale grâce aux désinfections et au lavage des mains. • Seuls les professionnels de la santé disposant d'une couverture vaccinale complète contre la poliomyélite selon le plan de vaccination suisse peuvent intervenir dans la prise en charge et les soins apportés aux CI [15]. • Un échantillon de selles est prélevé chez le CI une fois par semaine. • Si les membres de la famille et du ménage de la PI ne sont pas totalement immunisés, l'hospitalisation dure au moins deux semaines afin de garantir l'immunisation complète des personne-contact proches (membres de la famille et du ménage).
Isolement du CI à domicile	<p>Si l'évolution clinique permet un isolement à domicile, il convient d'en examiner les conditions au cas par cas²⁰. L'isolement à domicile du CI est possible uniquement si les conditions suivantes sont respectées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la famille ou du ménage sont complètement vaccinés contre la poliomyélite conformément au plan de vaccination suisse [15]. • Le CI utilise obligatoirement des toilettes séparées. • Les toilettes et le linge utilisés par le CI doivent être nettoyés et désinfectés correctement après usage²¹. • Le CI n'utilise pas la cuisine commune. • Les membres de la famille et les personnes chargées d'apporter des soins au CI veillent à avoir une bonne hygiène et à se laver régulièrement les mains.
Transport du CI ou d'un cas suspect	<ul style="list-style-type: none"> • Le transport s'effectue dans un véhicule d'intervention classique dont les surfaces proches du patient seront ensuite désinfectées²¹. • Le CI doit porter un masque chirurgical (pour autant que son état de santé le permette) pour réduire la transmission potentielle par gouttelettes.

¹⁹ La poliomyélite se transmet principalement par voie féco-orale. Il faut impérativement éviter que les autres personnes utilisent les mêmes toilettes ou la même cuisine que le CI.

²⁰ Il faut, lors de l'examen, prendre en compte le statut vaccinal des membres de la famille ou du ménage, le respect des mesures d'isolement (pas d'utilisation commune des toilettes et de la cuisine) ainsi que l'information sur les mesures d'hygiène.

²¹ Lors du choix du désinfectant, l'efficacité contre les poliovirus doit être prise en compte. Des études ont montré que l'hypochlorite, par exemple, était efficace [\[16, 17\]](#).

**Prélèvement
d'échantillons sur un
CI immunodéficient**

- Chez un CI dont l'immunodéficiência est avérée, un échantillon de selles est prélevé une fois par mois (se fait en concertation avec le spécialiste).
- Il y a lieu d'informer la personne sur les pratiques d'hygiène adéquates et de vérifier s'il est nécessaire d'adapter son activité professionnelle (p.ex. en cas d'activité dans le secteur de la santé ou de manipulation de denrées alimentaires).

2.3.2.2. Durée de l'isolement du cas index

Les autorités cantonales compétentes ordonnent l'isolement du CI et émettent l'ordre d'isolement en bonne et due forme. L'isolement dure jusqu'à ce que l'on puisse exclure tout risque de propagation de la maladie par le CI²². L'isolement peut être levé au plus tôt deux semaines après le début de la maladie ou la constatation de l'excrétion virale. L'isolement est maintenu jusqu'à ce que quatre échantillons de selles prélevés soient négatifs. Deux échantillons de selles doivent être prélevés à 24–48 heures d'intervalle, suivis de deux autres échantillons de selles sept jours plus tard (ces deux échantillons doivent également être prélevés à 24–48 heures d'intervalle).

2.3.2.3. Mesures pour les personnes-contacts proches**Définition des personnes-contacts proches :**

- Membres de la famille et du ménage du CI ;
- Personnes ayant rendu visite au CI durant plus d'un jour lors de la phase infectieuse ;
- Personnel d'encadrement ou personnes accueillies dans un établissement collectif (p. ex. une structure d'accueil pour enfants) ;
- Contacts hospitaliers et personnes assurant la prise en charge médicale²³ ;
- Toute personne ayant manifestement utilisé les mêmes toilettes que le CI lors de la phase infectieuse du CI²².

Tableau 2: Mesures de quarantaine à domicile pour les personnes-contacts proches.

Mesure	Description
Quarantaine à domicile et prélèvement d'échantillons chez les personnes-contacts proches	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonner une quarantaine à domicile pour les personnes-contacts proches jusqu'à ce qu'une infection ou une excrétion virale puisse être exclue après la fin de l'exposition. • Deux échantillons de selles sont prélevés à un intervalle de 24 à 48 heures et au plus tôt trois jours après le dernier contact avec le CI ou le cas suspect. • La quarantaine peut être levée si deux échantillons de selles prélevés à un intervalle de 24 à 48 heures sont négatifs.

²² Il y a infectiosité tant que le poliovirus est excrété, le virus étant détectable dans les sécrétions pharyngées au plus tôt 36 heures (jusqu'à une semaine) après l'infection et dans les selles après deux à trois jours (jusqu'à six semaines) [3, 4]. L'excrétion peut durer plus longtemps chez les personnes atteintes d'une immunodéficiência (poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficiência [PVDVi]) [18].

²³ Les personnes assurant la prise en charge médicale ne sont pas considérées comme des personnes-contacts proches si une vaccination complète contre la poliomyélite a été effectuée selon le plan de vaccination suisse [15] et que les mesures d'hygiène ont été respectées.

2.3.2.4. Mesures pour toutes les personnes-contacts

Les mesures relatives aux personnes-contacts ont pour but de déceler d'autres cas, des cas suspects et des excréteurs non identifiés.

Définition des personnes-contacts :

- Personnes-contacts proches (voir [2.3.2.3](#));
- Personnes du cercle d'amis, de la classe d'école (le cas échéant, tout l'établissement);
- Personnes de l'environnement social proche ayant eu un contact régulier avec le CI ou le cas suspect;
- Contacts secondaires (personnes-contacts des personnes-contacts proches);
- Toutes les personnes pour lesquelles on ne peut exclure la possibilité d'un contact avec le CI ou le cas suspect;
- Personnes ayant peut-être partagé les mêmes toilettes que le CI ou le cas suspect lors de de la phase infectieuse du CI.

Tableau 3: Mesures pour **toutes** les personnes-contacts, quel que soit leur statut vaccinal (ces mesures s'appliquent également aux personnes-contacts proches).

Mesure	Description
Exclusion des établissements collectifs (pour la réadmission dans les établissements collectifs, voir 2.3.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes-contacts complètement vaccinées sont exclues des collectivités jusqu'à ce qu'elles aient reçu la vaccination préventive postexpositionnelle. • Les personnes-contacts sans couverture vaccinale ou avec une couverture vaccinale incomplète sont exclues des établissements collectifs au moins jusqu'à une semaine après avoir reçu la vaccination préventive postexpositionnelle.
Prélèvement d'échantillons	<ul style="list-style-type: none"> • Deux échantillons de selles doivent être prélevés à un intervalle de 24 à 48 heures et au plus tôt trois jours après le dernier contact avec le CI ou le cas suspect.
Mesures d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> • Il convient d'informer les personnes-contacts sur les règles d'hygiène (respect d'une hygiène stricte des mains, en particulier après être allé aux toilettes, cette mesure permettant de se protéger contre les excréteurs non identifiés jusqu'ici). • Tousser et éternuer dans un mouchoir ou dans le creux du coude (le poliovirus peut aussi se transmettre par gouttelettes). • Il est nécessaire de suivre les mesures d'hygiène pendant au moins six semaines après le dernier contact avec le CI ou le cas suspect.
Auto-observation	<ul style="list-style-type: none"> • Les autorités cantonales compétentes informent les personnes-contacts sur les symptômes pouvant survenir et donnent les instructions à suivre en cas d'apparition de tels symptômes. • Inviter les personnes à s'auto-observer: une consultation médicale s'impose si des symptômes apparaissent. • En cas de symptômes, annoncer par téléphone la suspicion de cas de poliomyélite avant la consultation médicale.
Vaccination préventive postexpositionnelle (voir 2.3.4)	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a lieu d'administrer une dose de VPI aux personnes-contacts, quel que soit leur statut vaccinal. • La vaccination avec le VPI doit être effectuée sans délai. • Informer sur la nécessité d'une vaccination complète contre la poliomyélite, selon le plan de vaccination suisse [15].
Identification des personnes à risque qui doivent être vaccinées en priorité	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes. • Personnes immunodéficientes. • Enfants qui ne sont pas encore complètement immunisés (conformément au plan de vaccination suisse [15]). • Personnes sans couverture vaccinale ou avec une couverture vaccinale incomplète.

2.3.3. Réadmission des personnes-contacts au sein des établissements collectifs

Tableau 4: Conditions de réadmission des personnes-contacts au sein des établissements collectifs

Groupe de personnes	Mesure
Personnes-contacts proches avec une couverture maximale complète contre la poliomyélite	Une analyse des selles est réalisée au plus tôt trois jours après le dernier contact avec le CI ou le cas suspect. La réadmission dans les établissements collectifs est possible après le prélèvement de deux échantillons de selles négatifs à un intervalle de 24 à 48 heures et après la vaccination préventive postexpositionnelle.
Personnes-contacts avec une couverture maximale complète contre la poliomyélite	Il n'est plus nécessaire d'exclure les personnes des établissements collectifs si celles-ci ont reçu la vaccination préventive postexpositionnelle.
Personnes-contacts sans couverture vaccinale ou avec une couverture vaccinale incomplète (concerne toutes les personnes-contacts)	Une vaccination postexpositionnelle unique peut conférer une protection vaccinale suffisante de courte durée (apparition de l'effet protecteur après sept jours). La réadmission dans les établissements collectifs est possible au plus tôt une semaine après la vaccination postexpositionnelle. Deux échantillons de selles négatifs doivent de plus être prélevés à un intervalle de 24 à 48 heures, au plus tôt trois jours après le dernier contact avec le CI ou le cas suspect. Ce n'est que lorsque les deux échantillons de selles sont négatifs que la réadmission dans les collectivités est possible.

2.3.4. Vaccinations supplémentaires et procédure à suivre pour les cas secondaires

La vaccination postexpositionnelle avec le VPI, considérée comme une activité de vaccination supplémentaire (AVS), permet d'interrompre la circulation du virus au sein de la population²⁴. D'autres cas de poliomyélite confirmés qui apparaîtraient, avec ou sans lien direct avec le CI, mais dans un contexte temporel ou géographique proche de celui-ci, sont à qualifier de cas secondaires. Les cas secondaires sont un indice de circulation du virus.

1. Il convient de mettre en place des mesures de prévention des infections pour les cas secondaires (voir [2.3.2](#)).
2. Les autorités cantonales compétentes proposent une AVS à titre de prophylaxie postexpositionnelle à la population en général :
 - La réalisation et l'organisation des AVS relèvent des autorités cantonales compétentes.
 - Il y a lieu de s'assurer que toute personne présentant un risque accru d'infection (indépendamment d'un contact identifiable avec un cas confirmé) dispose d'une protection vaccinale suffisante :
 - On peut ainsi, le cas échéant, effectuer une vaccination de rappel ou une vaccination de base.
 - Jusqu'à la généralisation de la vaccination préventive, une première mesure consistera à administrer sans délai une dose unique de VPI à toutes les personnes-contacts des cas secondaires, indépendamment de leur statut vaccinal.
 - La première vaccination préventive doit avoir lieu le plus rapidement possible (au plus tard dans les quatre semaines qui suivent la confirmation du cas secondaire).
3. **Si le stock de vaccins est suffisant :** une vaccination de rappel avec le VPI est proposée à toutes les personnes, quel que soit leur statut vaccinal actuel.
4. **Si le stock de vaccins est limité :** les personnes non vaccinées, les personnes à risque (voir [Tableau 3](#)) et les enfants jusqu'à 9 ans sont vaccinés en priorité.

²⁴ Les personnes vaccinées avec le VPI peuvent néanmoins être infectées par le poliovirus, l'excréter sans s'en rendre compte et par conséquent le propager [19, 20].

2.3.5. Surveillance intensive des cas de poliomyélite paralytiques et non paralytiques

Il convient de rechercher intensivement les cas de poliomyélite paralytiques et non paralytiques dans la région concernée afin de les détecter rapidement et d'empêcher leur propagation. Les médecins, tout comme les hôpitaux, sont informés qu'ils doivent déclarer les cas suspects, lesquels feront l'objet d'un diagnostic de laboratoire adéquat (prélèvement d'échantillons de selles). Une surveillance intensifiée débute dans les 48 heures suivant la confirmation du cas de poliomyélite. L'objectif de la surveillance de la PFA est de diagnostiquer plus de trois cas de PFA non poliomyélitique par an pour 100 000 personnes de moins de 15 ans (pendant au moins un an après le dernier cas confirmé).

Les maladies suivantes devraient être incluses dans la surveillance de la PFA, indépendamment de l'âge :

- Syndrome de Guillain-Barré ;
- Myélite transverse ;
- Méningite/encéphalite virale ou aseptique.

2.3.6. Communication et gestion des médias en cas d'apparition de la poliomyélite en Suisse

Clarifier les compétences en matière de communication permet d'informer la population de manière concertée si un cas d'infection au poliovirus survient en Suisse.

Ces compétences sont définies comme suit :

- a) La communication au niveau local et régional incombe aux autorités cantonales compétentes ;
- b) La communication à l'échelle nationale est du ressort de l'OFSP.

Il convient d'informer les milieux politiques, le public spécialisé, le corps médical, la population en général et les médias. Les autorités cantonales compétentes publient un premier communiqué de presse, en concertation avec l'OFSP.

Ce communiqué de presse doit inclure les éléments suivants :

1. Analyse de la situation par le canton concerné ;
2. Analyse des risques (notamment évaluation des risques pour la population) ;
3. Mesures d'endiguement prises ;
4. Recommandations pour la population ;
5. Information sur le risque de contracter la poliomyélite et encouragement aux consultations médicales pour combler les lacunes en matière de vaccination.

3. Informations de base sur la poliomyélite

3.1. Agent infectieux et transmission

La poliomyélite est une maladie infectieuse provoquée par une infection à poliovirus. Le poliovirus est détectable dans le pharynx au plus tôt 36 heures après l'infection. Il est également excrété par gouttelettes dans les sécrétions nasopharyngées pendant environ une semaine. L'excrétion dans les selles commence après 2 à 3 jours et peut durer jusqu'à six semaines [3, 4]²⁵. Chez les personnes infectées présentant un déficit immunitaire, l'excrétion peut durer des mois, voire des années [18]. Les poliovirus se transmettent généralement par contact direct via les mains sales, l'eau ou les aliments contaminés par des matières fécales (transmission féco-orale), éventuellement aussi par des gouttelettes provenant du pharynx. La vaccination est le seul moyen de se protéger de cette maladie. Les quatre doses de VPI recommandées permettent d'atteindre une protection vaccinale comprise entre 99 et 100 % [23].

3.2. Tableau clinique

Chez 90 % des personnes, une infection avec le poliovirus se déroule sans symptômes. Les cas de maladie se manifestent généralement par un syndrome grippal ou des symptômes gastro-intestinaux. Moins de 1 % des personnes infectées développent le tableau classique de la poliomyélite avec des paralysies flasques (généralement d'un seul côté, aux jambes plus fréquemment qu'aux bras). Une paralysie respiratoire est plus rare. Il n'existe à ce jour aucun traitement antiviral, seuls les symptômes peuvent être atténués. Le syndrome postpoliomyélitique, caractérisé par une faiblesse musculaire et des douleurs, peut se développer même après des décennies.

²⁵ Les personnes vaccinées avec le VPI excrètent des poliovirus, car la vaccination avec le VPI n'induit pas ou très peu d'immunoglobine IgA [19–22].

4. Situation épidémiologique

4.1. Nombre global de cas de poliomyélite à virus sauvage

Lancée en 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a permis de réduire de plus de 99 % le nombre de cas de PVS dans le monde [24]. Il convient de distinguer les trois différents sérotypes de PVS : le type 1 (PVS1), le type 2 (PVS2) et le type 3 (PVS3). Le PVS2 a été déclaré éradiqué en 2015, suivi du PVS3 en 2019 [25, 26]. Le nombre de cas confirmés de PVS1 dans le monde a fluctué à un niveau relativement bas au cours des dernières années. 140 cas de PVS1 ont été déclarés dans le monde en 2020, 6 cas en 2021, 30 cas en 2022 et 12 cas en 2023 [27]. La transmission du PVS1 est endémique au Pakistan et en Afghanistan. Le Pakistan a connu une flambée de 20 cas de PVS1 en 2022 [28]. Il est nécessaire de poursuivre les efforts d'éradication et de combler les éventuelles lacunes en matière de vaccination tant que les poliovirus ne sont pas entièrement éradiqués.

4.2. Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale

Il existe deux types de vaccins pour la prévention de la poliomyélite : le VPI et le VPO. Alors que le VPI contient des agents pathogènes morts, le VPO utilise des agents infectieux atténués qui ne présentent pas de neurovirulence dans le corps humain. L'utilisation du VPO est cependant associée au risque d'émergence de PVDV : dans de rares cas, il peut se produire une réversion des agents atténués, de telle sorte qu'ils deviennent des poliovirus virulents provoquant une poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV). Ces dérivés de souches vaccinales mutantes circulent surtout dans les régions où la couverture vaccinale de routine est faible. Les chiffres de l'OMS indiquent que des cas de PVDVc sont apparus à plusieurs reprises ces dernières années. En 2023, 133 cas de PVDVc de type 1 (PVDVc1) et 386 cas de PVDVc de type 2 (PVDVc2) ont été déclarés chez les personnes atteintes de PFA dans le monde. [29]. Le VPO n'est plus recommandé en Suisse depuis 2001 et n'est plus administré aujourd'hui.

4.3. Situation internationale

Tant qu'il existe des groupes de population non vaccinés ou insuffisamment vaccinés et que la poliomyélite n'est pas éradiquée dans le monde, le risque de réintroduction du virus dans des zones où celui-ci avait été éliminé demeure.

Au cours de l'année 2022, des analyses d'eaux usées au Canada [30], aux États-Unis (USA) [31], en Grande Bretagne [32] et en Israël [33, 34] ont révélé à plusieurs reprises la présence de poliovirus. Il s'agissait d'agents infectieux associés à la vaccination orale (PVDVc).

En décembre 2022, des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale de type 2 (PVDV2) ont été détectés dans deux échantillons d'eaux usées de la région de Montréal (Canada) [30]. On a supposé qu'une personne avait été vaccinée à l'étranger avec le VPO et qu'elle avait ensuite voyagé au Canada [35].

En juillet 2022, un cas de poliomyélite symptomatique avec PFA a été diagnostiqué aux États-Unis (comté de Rockland, New York) chez un adulte non vacciné, le PVDV2 ayant été identifié dans l'échantillon de ses selles [31]. Notons que le risque de propagation et d'épidémie de PVDV est particulièrement élevé dans les communautés dont la population n'est pas vaccinée. En août 2022, la couverture vaccinale des enfants de moins de 24 mois dans le comté de Rockland était d'environ 60,3 %, et descendait à 37,3 % sur une portion du territoire. Sur la même période, des échantillons d'eaux usées prélevés dans ce même comté ainsi que dans le comté voisin d'Orange ont mis en évidence la présence de PVDV2 dérivés du VPO. Un lien génétique a pu être établi avec l'isolat de PVDV2 préalablement détecté chez le patient susmentionné. Comme ce dernier n'avait pas d'anamnèse de voyage particulière et que le VPO a été abandonné aux États Unis depuis 2000, la présence du PVDV2 dans les échantillons de ses selles indiquait une chaîne de transmission à l'intérieur des États-Unis. Cette transmission a probablement été causée par une personne

vaccinée avec le VPO à l'étranger ou ayant été exposée à l'étranger à des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale. L'analyse des échantillons a en outre révélé que le PVDV2 avait été retrouvé dans les eaux usées de la région 25 jours avant le début des symptômes du patient [31].

En juin 2022, le PVDV2 a été découvert dans des échantillons d'eaux usées issus de Londres, ce qui suggère une circulation d'agents vaccinaux dans la population [32]. Face à cette situation, les autorités sanitaires (*Joint Committee on Vaccination and Immunisation*, JCVI) ont incité, en août 2022, à administrer un rappel de vaccin avec une dose de VPI à tous les enfants âgés de 1 à 9 ans [36].

Un autre cas de poliomyélite symptomatique avec PFA est survenu en mars 2022 en Israël (région de Jérusalem) chez un enfant de 4 ans non vacciné, le PVDV de type 3 (PVDV3) ayant été décelé dans ses selles [34]. On a aussi trouvé des PVDV3 génétiquement apparentés au cas susmentionné dans des échantillons d'eaux usées entre septembre 2021 et janvier 2022 [34]. Six autres enfants asymptomatiques ont été diagnostiqués positifs au PVDV3 [37]. Des échantillons d'eaux usées prélevés dans la région de Jérusalem entre avril et juillet 2022 ont également révélé la présence de PVDV2 [33].

Il est possible d'expliquer cette résurgence des cas de poliomyélite dans les différents pays par le fait que les poliovirus atténués issus du VPO peuvent circuler chez les personnes non vaccinées et dans les régions où le VPO n'est plus utilisé comme vaccin [38]. On a par ailleurs constaté une parenté génétique entre les isolats identifiés aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Israël, ce qui indique une transmission au-delà des frontières nationales [39].

5. Situation en Suisse

5.1. Aperçu historique

En Suisse, le dernier cas de PVS a été déclaré en 1982 [7] et le pays est considéré comme exempt de poliomyélite depuis le début des années 1990. La mise en place de la vaccination contre la poliomyélite avec le VPI, introduit en 1957, puis le VPO dès 1961, a entraîné une importante diminution des cas. Entre 1950 et 1955, c'est-à-dire avant l'introduction des vaccins, on recensait annuellement environ 850 cas, dont 70 décès, alors qu'entre 1962 et 1968, on ne comptait plus que cinq cas en moyenne [40]. Le dernier cas documenté de PVDV a été signalé en 1989. Le VPO n'est plus recommandé en Suisse depuis septembre 2001 et n'est plus disponible.

5.2. Schéma de vaccination contre la poliomyélite en Suisse

Le VPI utilisé en Suisse offre une protection suffisante contre la maladie due aux poliovirus et fait partie des vaccinations de base selon le plan de vaccination suisse [15]. Le schéma de vaccination suivant (quatre doses) s'applique depuis 2019 : une dose aux âges de 2, 4 et 12 mois et une dose de rappel entre 4 et 7 ans. La vaccination de rattrapage chez les adultes non vaccinés comprend trois doses (aux temps 0, 2 et 8 mois). Des rappels supplémentaires sont nécessaires pour les personnes exposées à un risque accru. Cela concerne les voyageurs dans des pays endémiques pour la poliomyélite ou dans des pays présentant un risque d'exposition au poliovirus²⁶, ainsi que les personnes travaillant avec des poliovirus. Les examens médicaux réguliers et les consultations médicales avant les voyages sont donc de bonnes occasions de vérifier et de compléter les vaccinations.

5.3. Taux de couverture vaccinale contre la poliomyélite en Suisse

La collecte triennale de données de vaccination indique que la couverture vaccinale à l'âge de 16 ans est d'environ 95 % [IC 95 % (93,8–95,5)] pour quatre doses de VPI²⁷.

À cet égard, il convient de mentionner que le taux de vaccination régional sera déterminant si un cas de poliomyélite apparaît en Suisse. Bien que la couverture vaccinale soit élevée au niveau national, une faible part de la population (5–11 %) [42] reste critique à l'égard de la vaccination et la rejette partiellement, voire totalement. Le seuil d'immunité collective²⁸ pour la poliomyélite est de 80 à 86 % [1, 2], ce qui permet de supposer qu'il existe un risque non négligeable d'épidémie dans les groupes de population qui ne sont pas suffisamment vaccinés.

5.4. Surveillance de la PFA en Suisse

En Suisse, la déclaration des cas de paralysie flasque est garantie d'une part par le système de déclaration obligatoire (à annoncer dans les 24 heures) qui recense les cas de poliomyélite ou des suspicions de poliomyélite et, d'autre part, par une déclaration volontaire à l'OFSP des cas d'AFP par la SPSU (*Swiss Paediatric Surveillance Unit*) [7]²⁹.

²⁶ Les Recommandations pour les voyageurs sont disponibles sur www.healthytravel.ch ou [41].

²⁷ Cf. [Office fédéral de la santé publique: Suivi cantonal de la couverture vaccinale en Suisse](#)

²⁸ Le seuil d'immunité collective (*herd immunity threshold*) est défini comme la proportion minimale d'individus immunisés dans une population nécessaire pour empêcher la propagation d'une infection. Il dépend de deux facteurs : le R0 et l'efficacité de la protection vaccinale, et se calcule comme suit : $1 - 1/R0$. Lors de l'interprétation des seuils d'immunité collective, il faut tenir compte des différentes caractéristiques des vaccins VPI et VPO [1, 2].

²⁹ La Suisse effectue fondamentalement une surveillance de la PFA due à la poliomyélite. Elle se base sur les valeurs de référence suivantes : les cas de PFA ont une probabilité d'environ 1/100 000 d'apparaître chez les personnes âgées de ≤ 15 ans, et dans ≥ 80 % des cas de PFA, les deux échantillons de selles requis pour la détection virologique sont envoyés au NZPo [40].

5.5. Risque de poliomyélite de type 2 en Suisse

Le passage du VPO au VPI a eu lieu en Suisse en 2001, de sorte que le risque de propagation du PVS2 ou du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) est quasiment nul dans notre pays.

Les laboratoires suisses concernés ont confirmé que tous les échantillons contenant des poliovirus de type 2 ont été éliminés en 2016. Si le PVS2 ou le PVDVc2 étaient à nouveau isolés, la Section sécurité biologique, génétique humaine et procréation médicalement assistée de l'OFSP, responsable du confinement correct du poliovirus conformément aux prescriptions du GAPIV (*Global Action Plan for Poliovirus Containment*) de l'OMS, serait immédiatement avertie (une politique de réaction immédiate est appliquée de facto, et la destruction sans délai de ce matériel préoccupant est exigée).

5.6. Populations à risque particulier de poliomyélite

Les cas de poliovirus détectés aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Israël indiquent que la transmission de poliovirus provenant de pays endémiques ou de pays utilisant encore le VPO est possible. Une réintroduction de poliovirus en Suisse ne pourra être exclue que lorsque la poliomyélite sera éradiquée dans le monde entier.

La Suisse accueille chaque année plusieurs milliers de réfugiés en provenance de pays dont le système de santé s'est effondré ou qui ne sont pas en mesure d'offrir des soins de base à leur population en raison de troubles ou de conflits armés.

Les chiffres du Secrétariat d'État aux migrations (SEM) montrent que la part des demandes d'asile a augmenté de plus de 23.3 % en 2023 par rapport à l'année précédente [43], le principal pays d'origine des requérants d'asile étant l'Afghanistan (7934 demandes, soit environ 26 %). Le PVS risque par conséquent d'être importé par des personnes dont la couverture vaccinale est incomplète, voire insuffisante. L'Afghanistan, en particulier, compte une population assez élevée d'enfants non vaccinés (« *zero dose children* ») [44–47]. Selon les données de l'OMS, la couverture vaccinale avec le vaccin trivalent chez les enfants d'1 an en Afghanistan était de 76 % en 2022 [48].

L'arrivée de personnes en quête de protection qui ont fui l'Ukraine, où le taux de vaccination est parfois tombé en dessous de 50 % en 2014, comporte un autre risque d'importation de poliovirus. En octobre et décembre 2021, le PVDVc2 a été détecté chez deux enfants atteints de PFA et chez 19 autres personnes-contacts asymptomatiques dans l'ouest du pays [49]. Les efforts de vaccination qui auraient dû suivre n'ont pas pu être mis en œuvre en raison de la guerre. La surveillance et la déclaration de nouveaux cas de poliomyélite ont par ailleurs été temporairement interrompues. L'épidémie de poliomyélite en Ukraine a entre temps été déclarée terminée [50].

Il convient d'accorder en outre une attention particulière aux membres de la communauté des Gens du voyage (estimés à 3400 personnes en Suisse) [51]. Très mobiles par définition, ils sont souvent isolés socialement et politiquement, et par conséquent difficiles à atteindre (taux de couverture vaccinale potentiellement faible).

5.7. Vaccination des requérants d'asile et des personnes en quête de protection

Il est recommandé, dans le cadre de l'asile, de contrôler le carnet de vaccination lors de la première consultation médicale. Le vaccin contre la poliomyélite fait partie des vaccins prioritaires à administrer sans délai [52]. En cas de statut vaccinal incomplet ou inconnu, il y a lieu d'effectuer le vaccin contre la poliomyélite selon le schéma de vaccination du plan de vaccination suisse [15]. Afin de prévenir les infections, il est primordial que toutes les personnes en quête d'asile et de protection (enfants comme adultes) disposent d'une couverture vaccinale complète contre la poliomyélite et les autres maladies transmissibles.

6. Adresses utiles

Nom	Adresse	Contact
Laboratoire national de référence pour la poliomyélite (NZPo)	Laboratoire national de référence pour la poliomyélite Klinische Virologie Labormedizin Universitätsspital Basel Petersgraben 4 CH-4031 Basel	D ^r Rainer Gosert Tél. +41 61 265 36 03 Fax +41 61 265 36 19 rainer.gosert@unibas.ch D ^r Karoline Leuzinger Tél. +41 61 265 36 06 Fax +41 61 265 36 19 karoline.leuzinger@usb.ch
Office fédéral de la santé publique (OFSP) Unité de direction Prévention et services de santé Division Maladies transmissibles	Schwarzenburgstrasse 157 3003 Berne Suisse	Centre de service Tél. +41 58 463 87 06 epi@bag.admin.ch

Références

1	Doherty M, Buchy P, Standaert B, Giaquinto C, Prado-Cohrs D. Vaccine impact: Benefits for human health. <i>Vaccine</i> 2016;34(52):6707-14. 10.1016/j.vaccine.2016.10.025.	retour
2	Fine PE. Herd immunity: history, theory, practice. <i>Epidemiologic reviews</i> 1993;15(2):265-302. 10.1093/oxfordjournals.epirev.a036121.	retour
3	Alexander JP, Gary HE, Pallansch MA. Duration of poliovirus excretion and its implications for acute flaccid paralysis surveillance: a review of the literature. <i>The Journal of infectious diseases</i> 1997;175 Suppl 1:S176-82. 10.1093/infdis/175.supplement_1.s176.	retour
4	Robert Koch-Institut. RKI-Ratgeber: Poliomyelitis. [Accessed 2024 Mar 12]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Poliomyelitis.html .	retour
5	Nationale Kommission für die Polioeradikation in der Bundesrepublik Deutschland. Leitfaden für Gesundheitsämter zum Vorgehen bei Fällen von Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland. Stand: 13.12.2019; 2019 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/PolioKommission/Dokumente/Leitfaden.pdf?__blob=publicationFile .	retour
6	Australian Government Departement of Health: Office of Health Protection. Poliovirus Infection Outbreak Response Plan for Australia [Accessed 2024 Mar 13]. Available from: https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/05/poliovirus-infection-outbreak-response-plan-for-australia.pdf .	retour
7	Bundesamt für Gesundheit (BAG). Weltweite Eradikation der Poliomyelitis: Ist auch die Schweiz frei von Polio? <i>Bull BAG</i> 2000; Nr. 13:268-70.	retour
8	Burns CC, Diop OM, Sutter RW, Kew OM. Vaccine-derived polioviruses. <i>The Journal of infectious diseases</i> 2014;210 Suppl 1:S283-93. 10.1093/infdis/jiu295.	retour
9	Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hall E., Wodi A.P., Hamborsky J., et al., eds. 14th ed. Washington, D.C. Public Health Foundation, 2021. Pages 275-88 [Accessed 2024 May 14]. Available from: https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/polio.html .	retour
10	Böttiger M, Herrström E. Isolation of polioviruses from sewage and their characteristics: experience over two decades in Sweden. <i>Scandinavian journal of infectious diseases</i> 1992;24(2):151-5. 10.3109/00365549209052605.	retour
11	Pöyry T, Stenvik M, Hovi T. Viruses in sewage waters during and after a poliomyelitis outbreak and subsequent nationwide oral poliovirus vaccination campaign in Finland. <i>Applied and environmental microbiology</i> 1988;54(2):371-4. 10.1128/aem.54.2.371-374.1988.	retour
12	Dowdle WR, Birmingham ME. The biologic principles of poliovirus eradication. <i>The Journal of infectious diseases</i> 1997;175 Suppl 1(Suppl 1):S286-92. 10.1093/infdis/175.Supplement_1.S286.	retour
13	Ndiaye AK, Diop PAM, Diop OM. Environmental surveillance of poliovirus and non-polio enterovirus in urban sewage in Dakar, Senegal (2007-2013). <i>The Pan African medical journal</i> 2014;19:243. 10.11604/pamj.2014.19.243.3538.	retour
14	Mehndiratta MM, Mehndiratta P, Pande R. Poliomyelitis: historical facts, epidemiology, and current challenges in eradication. <i>The Neurohospitalist</i> 2014;4(4):223-9. 10.1177/1941874414533352.	retour
15	Bundesamt für Gesundheit (BAG), Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF). Schweizerischer Impfplan 2024. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2024.	retour
16	Orel I, Graf H, Riou P. Decontamination efficacy of sodium hypochlorite solutions for poliovirus. <i>Biologicals journal of the International Association of Biological Standardization</i> 2020;67:75-80. 10.1016/j.biologicals.2020.07.007.	retour
17	Eterpi M, McDonnell G, Thomas V. Disinfection efficacy against parvoviruses compared with reference viruses. <i>The Journal of hospital infection</i> 2009;73(1):64-70. 10.1016/j.jhin.2009.05.016.	retour
18	Guo J, Bolivar-Wagers S, Srinivas N, Holubar M, Maldonado Y. Immunodeficiency-related vaccine-derived poliovirus (iVDPV) cases: a systematic review and implications for polio eradication. <i>Vaccine</i> 2015;33(10):1235-42. 10.1016/j.vaccine.2015.01.018.	retour

19	Wright PF, Wieland-Alter W, Ilyushina NA, Hoen AG, Arita M, Boesch AW et al. Intestinal immunity is a determinant of clearance of poliovirus after oral vaccination. The Journal of infectious diseases 2014;209(10):1628–34. 10.1093/infdis/jit671.	retour
20	Hird TR, Grassly NC. Systematic review of mucosal immunity induced by oral and inactivated poliovirus vaccines against virus shedding following oral poliovirus challenge. PLoS pathogens 2012;8(4):e1002599. 10.1371/journal.ppat.1002599.	retour
21	Donlan AN, Petri WA. Mucosal immunity and the eradication of polio. Science (New York, N.Y.) 2020;368(6489):362–3. 10.1126/science.abb8588.	retour
22	Connor RI, Brickley EB, Wieland-Alter WF, Ackerman ME, Weiner JA, Modlin JF et al. Mucosal immunity to poliovirus. Mucosal immunology 2022;15(1):1–9. 10.1038/s41385-021-00428-0.	retour
23	O'Grady M, Bruner PJ. StatPearls: Polio Vaccine. Treasure Island (FL); 2023.	retour
24	World Health Organization. Poliomyelitis, 4 July 2022 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis .	retour
25	Global Polio Eradication Initiative. Global eradication of wild poliovirus type 2 declared, 20.09.2015 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://polioeradication.org/news-post/global-eradication-of-wild-poliovirus-type-2-declared/ .	retour
26	World Health Organization. Two out of three wild poliovirus strains eradicated, 24.10.2019 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/two-out-of-three-wild-poliovirus-strains-eradicated .	retour
27	World Health Organization. Global Wild Poliovirus 2018 – 2024 [Accessed 2024 Mar 13]. Available from: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2024/03/weekly-polio-analyses-WPV-20240305.pdf .	retour
28	World Health Organization. Statement of the thirty-fourth Polio IHR Emergency Committee, 02.02.2023 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/news/item/02-02-2023-statement-of-the-thirty-fourth-polio-ih-er-emergency-committee .	retour
29	World Health Organization. Global Circulating Vaccine-derived Poliovirus (cVDPV) [Accessed 2024 Mar 13]. Available from: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2024/03/weekly-polio-analyses-cVDPV-20240305.pdf .	retour
30	Santé et Services sociaux. Poliomyélite détectée dans les eaux usées, 30.01.2023 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/poliomyelite-detectee-dans-eaux-usees-45421 .	retour
31	Link-Gelles R, Lutterloh E, Schnabel Ruppert P, Backenson PB, St George K, Rosenberg ES et al. 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. Morbidity and mortality weekly report 2022;71(33):1065–8. 10.15585/mmwr.mm7133e2.	retour
32	UK Health Security Agency. Poliovirus detected in sewage from North and East London, 22.06.2022 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.gov.uk/government/news/poliovirus-detected-in-sewage-from-north-and-east-london .	retour
33	Zuckerman NS, Bar-Or I, Sofer D, Bucris E, Morad H, Shulman LM et al. Emergence of genetically linked vaccine-originated poliovirus type 2 in the absence of oral polio vaccine, Jerusalem, April to July 2022. Euro surveillance bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin 2022;27(37). 10.2807/1560-7917.ES.2022.27.37.2200694.	retour
34	Global Polio Eradication Initiative. Circulating vaccine-derived poliovirus type 3 confirmed in Israel, 17.03.2022 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://polioeradication.org/news-post/circulating-vaccine-derived-poliovirus-type-3-confirmed-in-israel/ .	retour
35	Government of Canada. Polio (poliomyelitis): Wastewater surveillance [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/poliomyelitis-polio/wastewater-surveillance.html .	retour
36	UK Health Security Agency. All children aged 1 to 9 in London to be offered a dose of polio vaccine, 10.08.2023 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.gov.uk/government/news/all-children-aged-1-to-9-in-london-to-be-offered-a-dose-of-polio-vaccine .	retour
37	Diedrich S, Keeren K. Impfvirus-abgeleitete Polioviren Impfvirus-abgeleitete Polioviren zirkulieren auch in Europa Epid Bull 2022;15:21–23 DOI 10.25646/9915.	retour
38	Hill M, Bandyopadhyay AS, Pollard AJ. Emergence of vaccine-derived poliovirus in high-income settings in the absence of oral polio vaccine use. Lancet (London, England) 2022;400(10354):713–5. 10.1016/S0140-6736(22)01582-3.	retour

39	Global Polio Eradication Initiative. Short report on type 2 polioviruses detected in the USA, ISRAEL and the UK [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/07/VP1-narrative-ISR-NY-UK-29072022.pdf .	retour
40	Gosert R, Hirsch HH. Aktuelle Situation und neue diagnostische Entwicklungen: Überwachung der Poliomyelitis in der Schweiz. Swiss Med Forum 2015;15(09). 10.4414/smf.2015.02185.	retour
41	Expertenkomitee für Reisemedizin (EKRM). Aktualisierte Empfehlungen zur Auffrischungsimpfung gegen Poliomyelitis bei Reisenden. Bull BAG 2024; Nr. 20:10-13.	retour
42	Institute of Communication and Health der Università della Svizzera italiana, Lugano. Vertiefungsstudie zur Gesundheitskompetenz betreffend Impfungen in der Schweizer Bevölkerung 2018. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Abteilung Gesundheitsstrategien. Bern 2018.	retour
43	Staatssekretariat für Migration (SEM). Asylstatistik 2023 [Accessed 2024 May 15]. Available from: https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/sem/medien/mm.msg-id-100040.html#:~:text=lm%20Jahr%202023%20hat%20das,0%20%25%20im%20Jahr%202022 .	retour
44	Shenton LM, Wagner AL, Carlson BF, Mubarak MY, Boulton ML. Vaccination status of children aged 1-4 years in Afghanistan and associated factors, 2015. Vaccine 2018;36(34):5141-9. 10.1016/j.vaccine.2018.07.020.	retour
45	Farrenkopf BA, Zhou X, Shet A, Olayinka F, Carr K, Patenaude B et al. Understanding household-level risk factors for zero dose immunization in 82 low- and middle-income countries. PLoS one 2023;18(12):e0287459. 10.1371/journal.pone.0287459.	retour
46	Wigley A, Lorin J, Hogan D, Utazi CE, Hagedorn B, Dansereau E et al. Estimates of the number and distribution of zero-dose and under-immunised children across remote-rural, urban, and conflict-affected settings in low and middle-income countries. PLOS global public health 2022;2(10):e0001126. 10.1371/journal.pgph.0001126.	retour
47	Wonodi C, Farrenkopf BA. Defining the Zero Dose Child: A Comparative Analysis of Two Approaches and Their Impact on Assessing the Zero Dose Burden and Vulnerability Profiles across 82 Low- and Middle-Income Countries. Vaccines 2023;11(10). 10.3390/vaccines11101543.	retour
48	World Health Organization. Polio (Pol3) immunization coverage among 1-year-olds (%) [Accessed 2024 May 15]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/polio-(pol3)-immunization-coverage-among-1-year-olds(-) .	retour
49	Honeyman DA, Moa A, Chen X, MacIntyre R. Re-emergence of poliomyelitis in the Ukraine, caused by circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (cVDPV2). Global Biosecurity 2022;4. 10.31646/gbio.157.	retour
50	Global Polio Eradication Initiative. Polio outbreak in Ukraine closed, 21.09.2023 [Accessed 2023 Oct 30]. Available from: https://polioeradication.org/news-post/polio-outbreak-in-ukraine-closed/ .	retour
51	Marie Vuilleumier. Nomade en Suisse: un mode de vie semé d'embûches, 23.09.2019 [Accessed 2023 Oct 5]. Available from: https://www.swissinfo.ch/fre/minorit%C3%A9-nomade-en-suisse--un-mode-de-vie-sem%C3%A9-d-emb%C3%B4ches/45216054#:~:text=En%20Suisse%2C%20leur%20nombre%20est,consituent%20un%20groupe%20ethnique%20autochtone .	retour
52	Notter J., Ehrenzeller S., Tarr P. Empfehlungen für Impfungen sowie zur Verhütung und zum Ausbruchmanagement von übertragbaren Krankheiten in den Asylzentren des Bundes und den Kollektivunterkünften der Kantone (Stand Januar 2023). Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-i/gesundheitsversorgung-asyl/empfehlungen-impfungen-ausbruchmanagement-asyl.pdf.download.pdf/empfehlungen-impfungen-ausbruchmanagement-asyl-de.pdf .	retour

Recommandations en cas d'apparition de poliomyélite en Suisse

Abréviations

AVS	Activité de vaccination supplémentaire
CI	Cas index
GAP	Global Action Plan for Poliovirus Containment
I&B	Section Contrôle de l'infection et mesures de lutte
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la polio
JCVI	Joint Committee on Vaccination and Immunisation
NRZ PE	Centre national de référence pour la poliomyélite et les entérovirus (Allemagne)
NZPo	Laboratoire national de référence pour la poliomyélite
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PFA	Paralysie flasque aiguë
PPAV	Poliomyélite paralytique associée aux vaccins
PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PVDV1	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1
PVDV2	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2
PVDV3	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 3
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc1	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1
PVDVc2	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2
PVDVc3	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3
PVDVi	Poliovirus dérivé d'une source vaccinale associé à une immunodéficience
PVS	Poliovirus sauvage
PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
PVS2	Poliovirus sauvage de type 2
PVS3	Poliovirus sauvage de type 3
RKI	Robert Koch-Institut
R0	Taux de reproduction
SEM	Secrétariat d'État aux migrations
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
WPV3	Wildtype Poliovirus type 3

Impressum

Éditeur

Office fédéral de la santé publique OFSP

Contact

Division Maladies transmissibles, OFSP, 3003 Berne

Téléphone: +41 (0)58 463 87 06; e-mail: epi@bag.admin.ch

Date de publication

2024

Versions linguistiques

La présente publication est disponible en français et en allemand.

Conception du contenu et du graphisme

Division Communication et campagnes

Section Information sanitaire et campagnes

Publications