

Surveillance épidémiologique de la Poliomyélite

Virus de la polio & enterovirus non-polio - 2022

Auteurs: Kimberley Hansford¹, Laura Cornelissen¹, Lize Cuypers², Elke Wollants²
Révision : Paloma Carrillo³, Naïma Hammami⁴, Veerle Jong⁴, Christian Huvelle⁵, Maïté Delpire⁵, Aynur Mutlu⁵, Adrae Taame⁶

¹Epidemiologie van infectieziekten, Sciensano; ²Nationaal referentiecentrum voor enterovirussen, UZ Leuven;
³Office de la Naissance et de l'enfance; ⁴Departement Zorg; ⁵Agence pour une Vie de Qualité; ⁶Vivalis.

Points clés

- Aucun cas de poliomyélite n'a été signalé en Belgique depuis 1999.
- La Belgique est actuellement classée dans la catégorie des pays à risque intermédiaire de transmission de la poliomyélite selon l'OMS.
- La couverture vaccinale reste élevée (97,6 %, 3 doses), mais des populations vulnérables existent et sont toujours à risque.
- Trois cas de paralysie flasque aiguë ont été signalés en 2022. Pour avoir une surveillance suffisamment sensible, 19 cas auraient dû être déclarés.
- Les systèmes de surveillance actuels nécessitent un engagement plus important de la part des professionnels de la santé afin d'améliorer leur couverture.
- La mise en œuvre de la surveillance des eaux usées peut compléter les systèmes de surveillance actuels.

Table des Matières

1. Les sources de données	3
Déclaration obligatoire de la poliomyélite	3
Surveillance de la paralysie flasque aiguë	3
Surveillance des entérovirus	3
2. Définition de cas	4
3. Représentativité des données.....	4
Déclaration obligatoire de la poliomyélite	4
Surveillance de la paralysie flasque aiguë	5
Surveillance des entérovirus	6
4. Résultats de la surveillance	7
4.1. Poliomyélite	7
4.2. Paralysie flasque aiguë (PFA)	7
4.3. Entérovirus	8
4.3.1 Données du réseau des laboratoires vigies)	8
4.3.2 Données du Centre National de Référence)	9
5. Importance pour la santé publique	14
6. Plus d'informations.....	15
7. Annexes(1)	16

1. Les sources de données

L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ([GPEI](#)), en collaboration avec l'organisation mondiale de la santé (l'OMS) exige que tous les pays disposent d'un système de surveillance complet (la paralysie flasque aiguë (PFA), l'entérovirus ou la surveillance environnementale).

Dans les pays qui sont considérés comme "exempts de polio", comme la Belgique, ce système doit être particulièrement sensible pour démontrer l'absence de poliovirus circulant sur leur territoire et pour détecter rapidement toute réintroduction du virus.

La surveillance de la poliomyélite¹ en Belgique est basée sur des données provenant de différentes sources :

Déclaration obligatoire de la poliomyélite

En Belgique, tout cas de poliomyélite doit être signalé par une déclaration obligatoire aux autorités sanitaires régionales. Le dernier cas indigène de poliomyélite en Belgique est survenu en 1979 et le dernier cas importé a été enregistré en 1989. Le dernier cas confirmé de poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) est survenu en 1999.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est considérée comme le "gold-standard" et constitue le principal système de surveillance en Belgique. Elle implique la déclaration de tous les cas de PFA chez les individus âgés de moins de 15 ans, quelle qu'en soit la cause. En Belgique, ces cas sont déclarés par le biais de déclarations obligatoires et d'une déclaration mensuelle via un réseau de pédiatres et de médecins généralistes ([PediSurv](#)). En outre, les participants à PediSurv peuvent soumettre des notifications zéro-cas, indiquant l'absence de PFA. Ce réseau de surveillance couvre l'ensemble de la Belgique avec la participation de 403 pédiatres (Belgique) et médecins généralistes (Bruxelles) en 2022.

Surveillance des entérovirus

Si la surveillance de la PFA indique l'absence de poliovirus circulant en Belgique, elle n'est pas assez sensible pour détecter rapidement une réintroduction du virus.

Le poliovirus ne provoque aucun symptôme dans 95% des cas et la PFA ne survient que dans 1 cas sur 200 à 1000. Par conséquent, l'identification d'un cas de paralysie indique que de nombreux cas d'infections par le poliovirus sont déjà présents dans la population, avec la possibilité que le virus se soit propagé dans une vaste zone géographique.

La [surveillance des entérovirus](#) peut être utilisée à cette fin et a été proposée par l'OMS comme un complément à la surveillance de la PFA. Le poliovirus est l'un des nombreux entérovirus qui peuvent être détectés par la surveillance des entérovirus. Comme la polio ne se manifeste pas toujours par une PFA, la surveillance des entérovirus peut être utile pour identifier les cas présentant des symptômes moins graves et non paralytiques (par exemple, infections des voies respiratoires supérieures, troubles gastro-intestinaux, méningite

¹ Des rapports récents et plus d'informations sur la poliomyélite peuvent être trouvés sur notre site web sous la rubrique santé '[Maladies à prévention vaccinale](#)'

aseptique ou méningoencéphalite). Le [réseau des laboratoires vigies](#) rapporte des échantillons positifs pour tous les entérovirus isolés par culture ou PCR. Le Centre national de référence ([CNR](#)) pour les entérovirus effectue le génotypage de tous les entérovirus sur des échantillons envoyés volontairement par les laboratoires de toute la Belgique.

2. Définition de cas

Source: *European Centre for Disease Prevention and Control* ([ECDC](#))

Critères cliniques:

- Tout sujet de moins de 15 ans atteint d'une paralysie flasque aiguë (PFA),
OU
- Tout sujet chez qui un médecin suspecte une polio.

Critères de laboratoire

Au moins un des trois critères suivants :

- Isolement dans les selles d'un poliovirus de type « sauvage »
- Isolement dans les selles d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
- Isolement dans les selles d'un poliovirus de type « Sabin »

Critères épidémiologiques

Au moins un des deux liens épidémiologiques suivants:

- Transmission interhumaine.
- Antécédents de voyage dans un pays endémique ou avec épidémies.

Classification des cas

- Cas possible : Tout sujet répondant aux critères cliniques.
- Cas probable : Tout sujet avec critères cliniques et présentant un lien épidémiologique.
- Cas confirmé : Tout sujet répondant aux critères cliniques et aux critères de laboratoire.

**Les critères cliniques pour la Wallonie et Bruxelles figurent à l'annexe 1. Pour la déclaration obligatoire en Flandre, le critère clinique est adapté comme suit : « personne présentant une paralysie flasque aiguë à un ou plusieurs membres avec réflexes tendineux réduits ou absents, sans déficience sensorielle ou cognitive ».*

3. Représentativité des données

Déclaration obligatoire de la poliomyélite

Compte tenu de la gravité et du caractère exceptionnel de la poliomyélite en Belgique, tous les cas doivent obligatoirement être notifiés dans tout le pays. Cependant, l'absence de cas

déclarés ne prouve pas l'absence de circulation du virus, car de nombreux cas sont asymptomatiques et ne permet pas de détecter rapidement une réintroduction du virus.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

La performance minimale de la surveillance est définie comme l'obtention d'un taux de PFA non poliomyélitique d'au moins un cas pour 100 000 habitants âgés de moins de 15 ans (soit 19 cas/ans pour la Belgique), avec des échantillons de selles adéquats recueillis chez au moins 80 % des cas. Les échantillons sont définis comme "adéquats" si deux échantillons sont collectés dans les 14 jours suivant le début de la paralysie, à au moins 24 heures d'intervalle, et arrivent au laboratoire en bon état. Tous les échantillons doivent être analysés dans un laboratoire accrédité par l'OMS. En Belgique, il s'agit du centre national de référence ([CNR](#)) du poliovirus et de l'entérovirus.

Les données des systèmes de surveillance actuels ne sont pas exhaustives et ne permettent pas de connaître exactement le nombre de cas de PFA en Belgique. Depuis la mise en place de la surveillance des PFA en Belgique en 2003, 87 cas de PFA ont été signalés en Belgique (**Figure 1**), le nombre moyen étant de 5 cas par an. La répartition géographique correspond à peu près à la répartition de la population belge 2016-2022 (Flandre ~57,6%, Wallonie ~31,8% et Bruxelles ~10,6%) et suggère que les insuffisances de la surveillance ne sont pas liées à des variations régionales, mais plutôt à un manque de participation à l'échelle nationale.

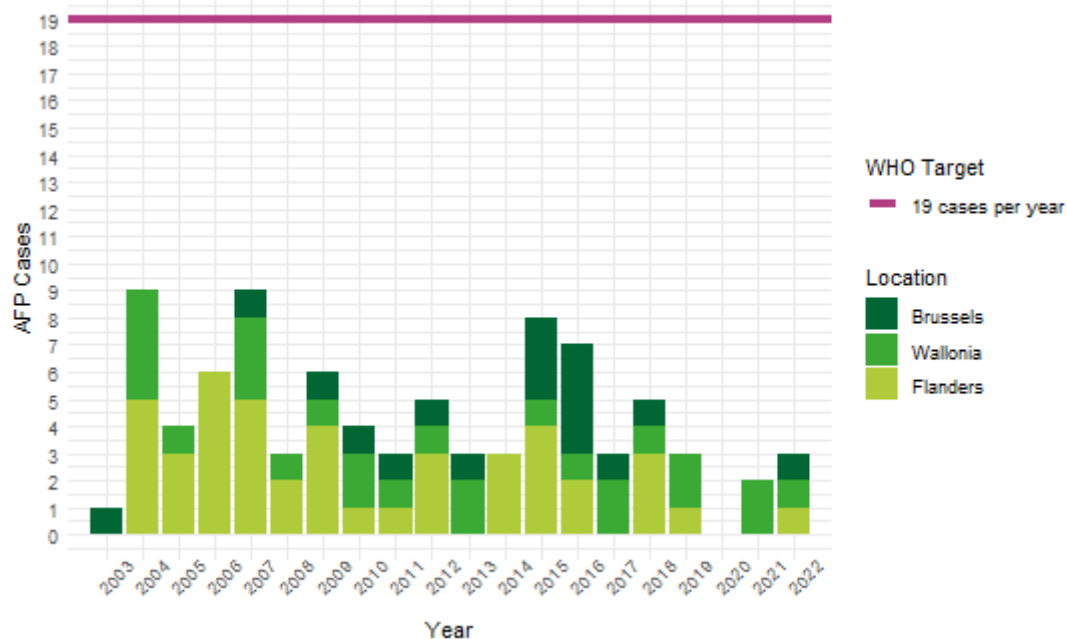


Figure 1 – Nombre de cas de PFA déclarés en Belgique de 2003 à 2022. Flandre = 44 cas (50,6%), Wallonie = 26 cas (29,9%), Bruxelles = 17 cas (19,5%)
(Sources : déclaration obligatoire et 'PediSurv')

En outre, le système PediSurv signale à la fois les cas de poliomyélite et de PFA mais aussi les cas nuls, confirmant ainsi l'absence de ces maladies dans la pratique des médecins participants. Environ 403 médecins ont participé au moins une fois en 2022. La carte (**Figure 2**) montre la proportion d'hospitalisations pédiatriques couvertes par le réseau PediSurv, par commune, pour 2022.

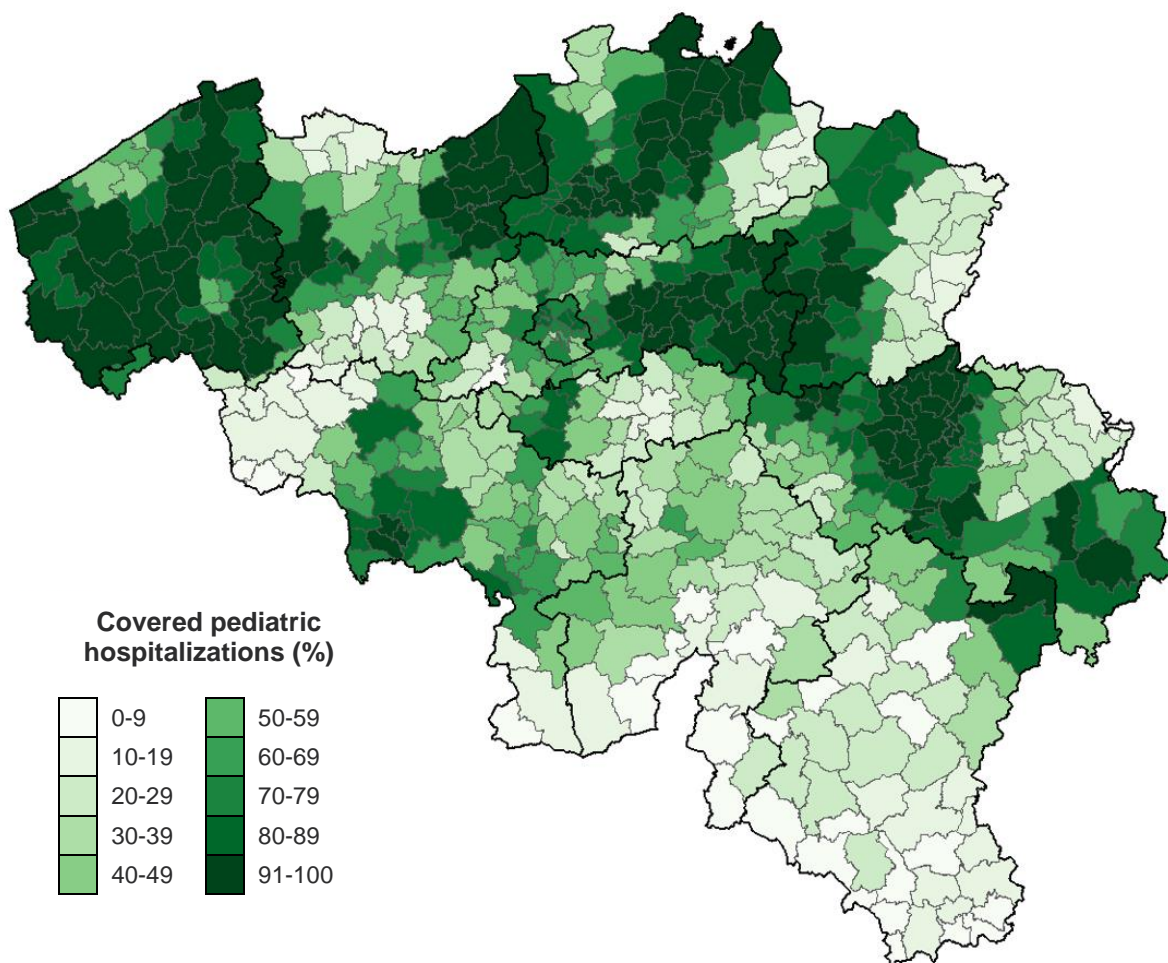


Figure 2 – Couverture par le réseau "PediSurv" des hospitalisations pédiatriques par commune en 2022
(Source : "PediSurv")

Surveillance des entérovirus

Depuis 2003, les laboratoires vigies rapportent les cas d'entérovirus. Bien que ce réseau ne soit pas exhaustif, il est relativement stable et permet de suivre les tendances. La **Figure 3** montre la distribution des laboratoires ayant rapporté au moins un cas d'entérovirus en Belgique (2022). Il convient également de noter que la Flandre est mieux représentée par ce réseau.

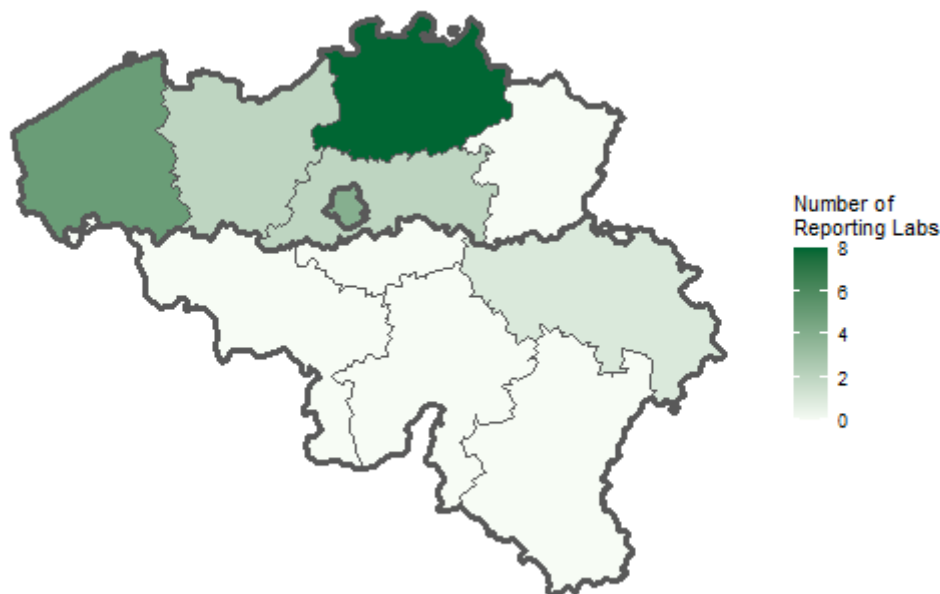


Figure 3 – Répartition des laboratoires ayant signalé la présence d'entérovirus en 2022 (25 labos)
(Source : réseau des laboratoires vigies)

4. Résultats de la surveillance

4.1. Poliomyélite

Aucun cas de poliomyélite n'a été signalé en 2022.

Selon le système de déclaration des zéro-cas de PediSurv, l'absence de poliomyélite et de PFA a été confirmée en moyenne par 267 médecins/mois en 2022.

4.2. Paralysie flasque aiguë (PFA)

La PFA n'est pas seulement révélatrice de la poliomyélite, elle est également révélatrice d'un certain nombre d'autres maladies telles que le syndrome de Guillain-Barré (le plus fréquent) ou la myélite transverse aiguë et peut avoir de nombreuses causes, comme entre autres une infection par des entérovirus non poliomyélitiques ou des adénovirus (Error! Reference source not found.).

La Belgique est actuellement classée par l'OMS dans la catégorie "risque intermédiaire" de transmission de la polio, car le système de surveillance de la PFA est non performant.

La performance standard de certification est définie comme l'obtention d'un taux de PFA non poliomyélitique d'au moins un cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 habitants âgés de moins de 15 ans. Par conséquent, pour avoir une bonne qualité de surveillance PFA, un minimum de 19 cas par an doit être détecté via le système de surveillance des PFA. En 2022, seulement 3 cas ont été déclarés (**Tableau 1**). Ces chiffres sont donc inférieurs aux objectifs de surveillance de PFA.

Le deuxième critère est que des échantillons de selles adéquats doivent être prélevés dans au moins 80 % des cas. Les échantillons sont définis comme "adéquats" si deux échantillons

sont collectés dans les 14 jours suivant le début de la paralysie, à au moins 24 heures d'intervalle, et arrivent au laboratoire en bon état. Pour les 3 cas signalés en 2022, seulement 1 a été correctement échantillonné (Cas 3, Flandre).

Tableau 1 – Cas de PFA rapporté par le surveillance, Belgique, 2022
(Sources: Notification obligatoire, 'PediSurv')

Année	Source de données	Région	Age	Diagnostic	Vacciné contre la polio	Voyage récent
2022	Déclaration obligatoire	Bruxelles	9-14 ans	Autre cause neurologique	Inconnu	Inconnu
	Déclaration obligatoire	Wallonie	5-9 ans	Inconnu	Inconnu	Inconnu
	Déclaration obligatoire	Flandre	1-4 ans	Coxsackie A4	Oui (4 doses)	Non

Selon le système de déclaration des cas nuls de PediSurv, l'absence de PFA a été confirmée par une moyenne de 234 médecin/mois en 2022.

4.3. Entérovirus

4.3.1. Données du réseau des laboratoires vigies

La **Figure 4** montre le nombre de cas d'entérovirus chez les individus <15 ans de 2003 à 2022. Les données comprennent tous les échantillons recueillis à partir de selles, d'échantillons respiratoires (comme les prélèvements de gorge et les aspirations) et de liquide céphalo-rachidien (LCR), par ordre décroissant de sensibilité pour la détection du poliovirus. La **Error! Reference source not found.** présente les mêmes données mais uniquement pour les échantillons de LCR. Au cours de cette période 2003-2022, on observe une tendance générale à l'augmentation des cas signalés, quel que soit le type d'échantillon. Cependant, on peut également observer que cette augmentation correspond à une augmentation du nombre de laboratoires vigies rapportant leurs données (de 4 laboratoires en 2003 jusqu'à 23 en 2013). Depuis 2014, le nombre de laboratoires enregistrant des cas oscille entre 15 et 36.

En 2020 et 2021, une réduction significative du nombre de cas d'entérovirus signalés ainsi que du nombre de laboratoires déclarant des cas a été observée. L'hypothèse émise est qu'il s'agissait d'une conséquence de la pandémie de COVID-19. Cette réduction est plausible, car les mesures mises en place pour réduire la propagation du coronavirus ont également permis de réduire la propagation d'autres virus. La réduction du nombre de laboratoires déclarants peut être due au fait que les établissements de santé ont consacré des ressources à la pandémie de COVID-19 et se sont moins concentrés sur d'autres maladies infectieuses à ce moment-là. Les **Figure 4** and **Error! Reference source not found.** indiquent que le nombre de cas d'entérovirus déclarés et le nombre de laboratoires déclarants ont tous deux augmenté

en 2022. Bien qu'ils ne soient pas revenus aux niveaux antérieurs à la pandémie, on s'attend à ce qu'ils continuent d'augmenter en 2023.

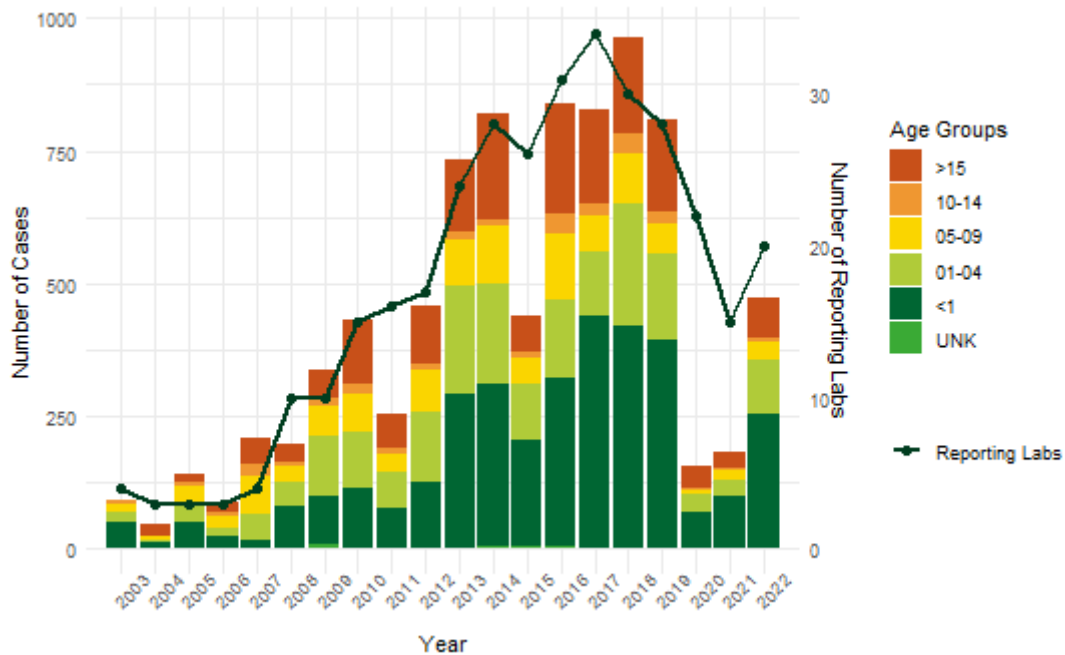


Figure 4 – Nombre de cas d'entérovirus signalés par groupe d'âge de 2003 à 2022 et nombre de laboratoires participants - comprend tous les échantillons recueillis à partir de selles, d'échantillons respiratoires (écouvillons de gorge, aspirations nasopharyngées) et de liquide céphalorachidien (LCR)
(Source : Réseau de laboratoires vigies)

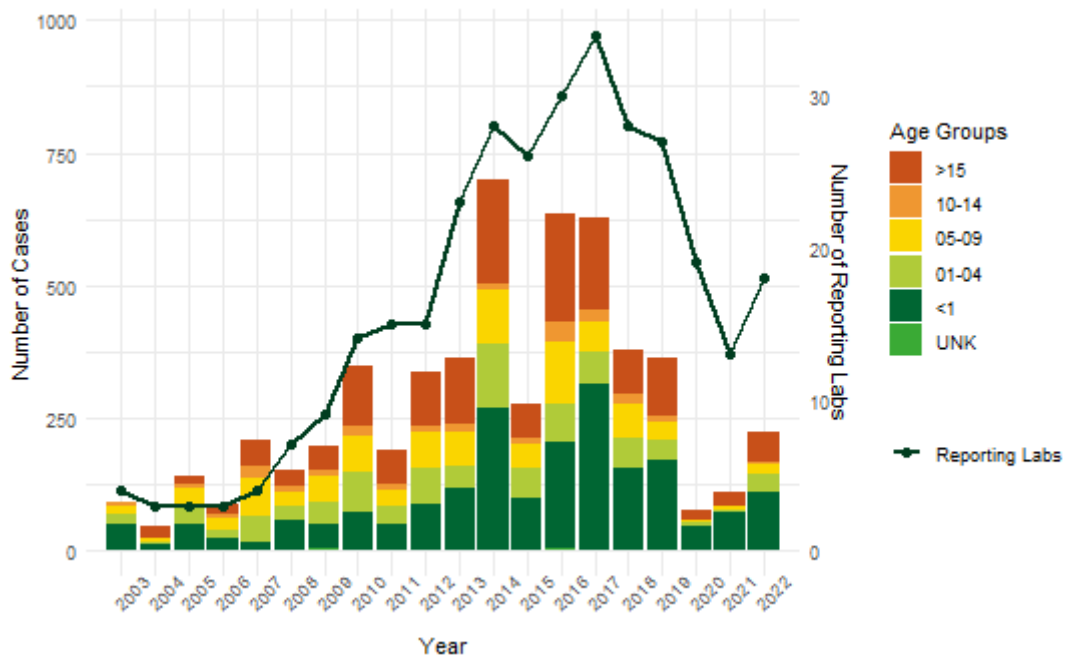


Figure 5 – Nombre de cas d'entérovirus signalés par groupe d'âge de 2003 à 2022 et nombre de laboratoires participants - comprend tous les échantillons recueillis à partir du liquide céphalorachidien (LCR)
(Source : Réseau de laboratoires vigies)

4.3.2. Données du Centre National de Référence

Pour 2022, le CNR a détecté 615 échantillons positifs pour les entérovirus (**Figure 6**) provenant de 596 personnes. Ces échantillons sont présentés par type d'échantillon (liquide

céphalo-rachidien, lavage bronchoalvéolaire, selles et "autres"). Une grande partie des échantillons "autres" ont été identifiés comme étant des frottis nasaux/de gorge. Étant donné que le poliovirus peut être facilement isolé des échantillons respiratoires chez des personnes infectées, ces échantillons constituent une source potentielle de données pour les infections polio non paralytiques et sont dès lors inclus dans l'analyse. Pour la grande majorité des échantillons respiratoires, le typage systématique n'est pas effectué chaque année, contrairement aux échantillons de liquide céphalorachidien et de selles.

Un typage supplémentaire a été effectué pour 69% (427/615) des échantillons positifs pour les entérovirus, y compris une grande proportion d'échantillons respiratoires positifs pour les entérovirus, ce qui se reflète dans le nombre de rhinovirus détectés (63,5%). En outre, 0,5 % des échantillons ont été typés comme entérovirus du groupe A, 4,2 % comme virus Coxsackie A, 4,0 % comme entérovirus du groupe B, 8,0 % comme virus Coxsackie B, 18,3 % comme échovirus et 1,6 % comme entérovirus du groupe D.

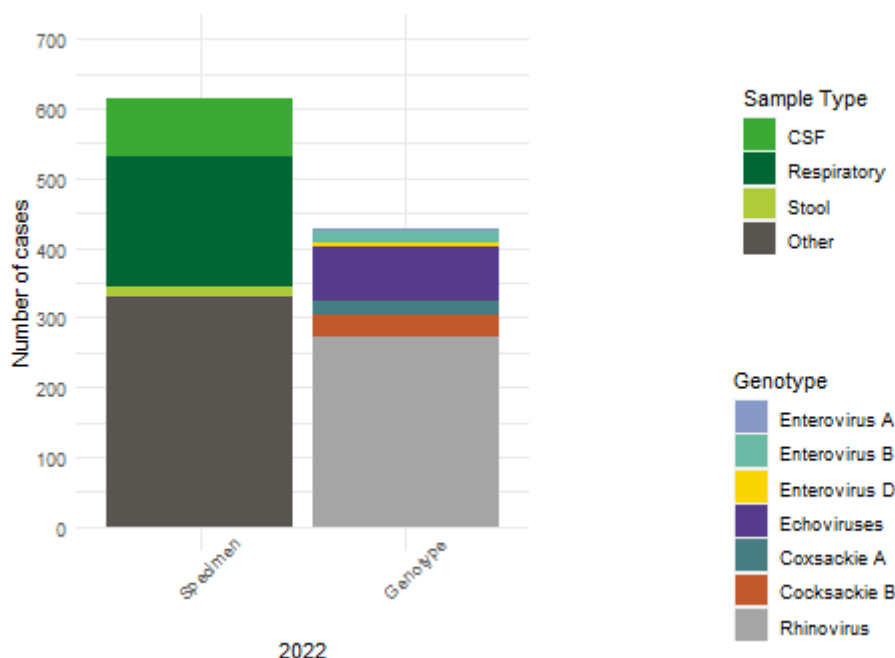


Figure 6 - Proportion d'échantillons positifs testés pour le génotype (2022 : 427 sur 615) et génotype correspondant. (Source : NRC)

Les entérovirus A71 et D68 sont des entérovirus non polio dont l'association à des cas de PFA est bien documentée. Il a été constaté que ces virus peuvent provoquer une paralysie similaire à celle de la poliomyélite, mais ils diffèrent sur le plan diagnostique et sont souvent désignés sous le nom de myélite flasque aiguë (MFA). Des épidémies d'AFM ont été documentées [aux États-Unis](#), au [Royaume-Uni](#), en [Australie](#) et [aux Pays-Bas](#). Bien que rares, l'augmentation de ces cas nécessite de prendre en compte les cas de ces génotypes viraux lors de l'analyse des échantillons d'entérovirus.

En 2022, seuls 1,6 % (7 cas) des entérovirus identifiés étaient des D68 et 0 % des A71. Il s'agit d'une réduction par rapport aux années précédentes. Les données cliniques concernant ces cas ne sont pas disponibles. Toutefois, il ne semble pas y avoir de lien entre les cas d'entérovirus D68 ou A71 et une augmentation des cas de PFA.

La surveillance des entérovirus peut également servir à contrôler les entérovirus non poliomyélitiques (ENPV). Bien que la grande majorité des infections à ENPV soient bénignes et spontanément résolutes, il arrive que des sérotypes graves de ENPV soient signalés en plus grand nombre. En 2022-2023, deux exemples notables sont survenus.

1) Echo 11

De juillet 2022 à avril 2023, 9 cas de septicémie sévère et d'insuffisance hépatique chez des nouveau-nés, liés à un nouveau variant d'echo 11, ont été identifiés en France². À la suite d'une alerte internationale, d'autres cas ont été identifiés en Italie, en Espagne, au Royaume-Uni, en Suède et en Croatie. Toutefois, l'Autriche, le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège et le Portugal n'ont pas signalé d'augmentation du nombre de cas³.

Sur les 31 cas signalés, 12 furent confirmés, 10 probables et 9 possibles ; au total, 8 décès ont été signalés. Les cas étaient principalement masculins et la transmission verticale a été confirmée dans de nombreux cas. Parmi les cas, 6 paires de jumeaux mâles prématurés ont été comptabilisées et 7 décès ont été signalés parmi eux. Les virus isolés en Italie appartiennent au même groupe que les cas français, ce qui indique une nouvelle lignée divergente.

En Belgique, 19 cas d'écho 11 ont été identifiés en 2022 dans tous les groupes d'âge (**Figure 7**). Parmi ces cas, 10 concernaient des bébés de moins d'un an et 4 des nouveau-nés (moins de 28 jours). Il semble y avoir eu une augmentation des cas en 2015 et 2019, ce qui suggère que les pics et les creux de l'écho 11 ne sont pas inhabituels en Belgique.

Il est également important de noter qu'avant 2021, il n'était pas courant de génotyper tous les échantillons et la priorité était souvent donnée aux échantillons de LCR, car ils indiquent une hospitalisation et une gravité accrue de la maladie. Sur les 4 nouveau-nés infectés par l'écho 11 en 2022, l'infection a été détectée par des échantillons de LCR dans 3 cas (**Figure 8** – Cas d'echo 11 par groupe d'âge et par type d'échantillon (2022)), ce qui indique une augmentation des cas d'écho 11 en 2022. Aucune analyse supplémentaire n'a été effectuée pour déterminer si ces échantillons partageaient la lignée génétique des cas français et italiens. Sur la base des données disponibles, il n'est pas possible de déterminer si les cas ont coïncidé avec une augmentation des décès de nouveau-nés liés à la septicémie.

Il est possible que nous observions à nouveau une augmentation générale des virus en circulation à la suite de COVID-19, qui reviendra à une tendance plus stable dans les années à venir.

² [Piralla A, Borghesi A, Di Comite A, Giardina F, Ferrari G, Zanette S, Figar TA, Angelini M, Pisoni C, Pitrolo AMG, Paolucci S, Rovida F, Pellicoli I, Bonanomi E, Baldanti F, Ghirardello S. Fulminant echovirus 11 hepatitis in male non-identical twins in northern Italy, April 2023. Euro Surveill. 2023 Jun;28\(24\):2300289. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2023.28.24.2300289. PMID: 37318763; PMCID: PMC10318938.](#)

³ <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-echovirus-11-infections-neonates>

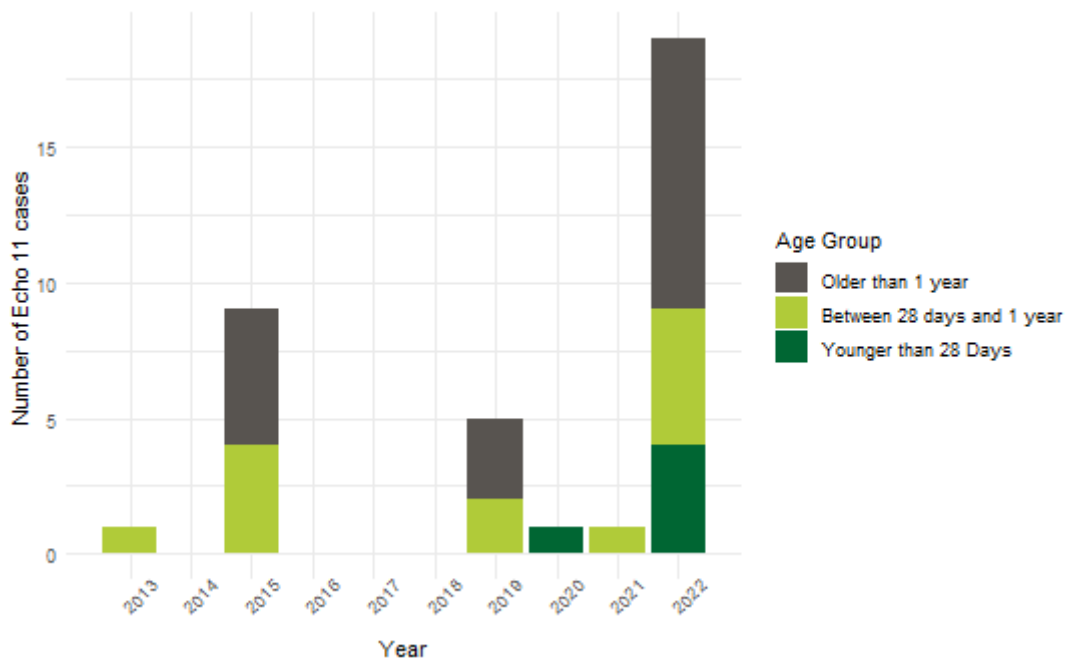


Figure 7 – Cas d'echo 11 par groupe d'âge (2013-2022)
(Source: NRC)

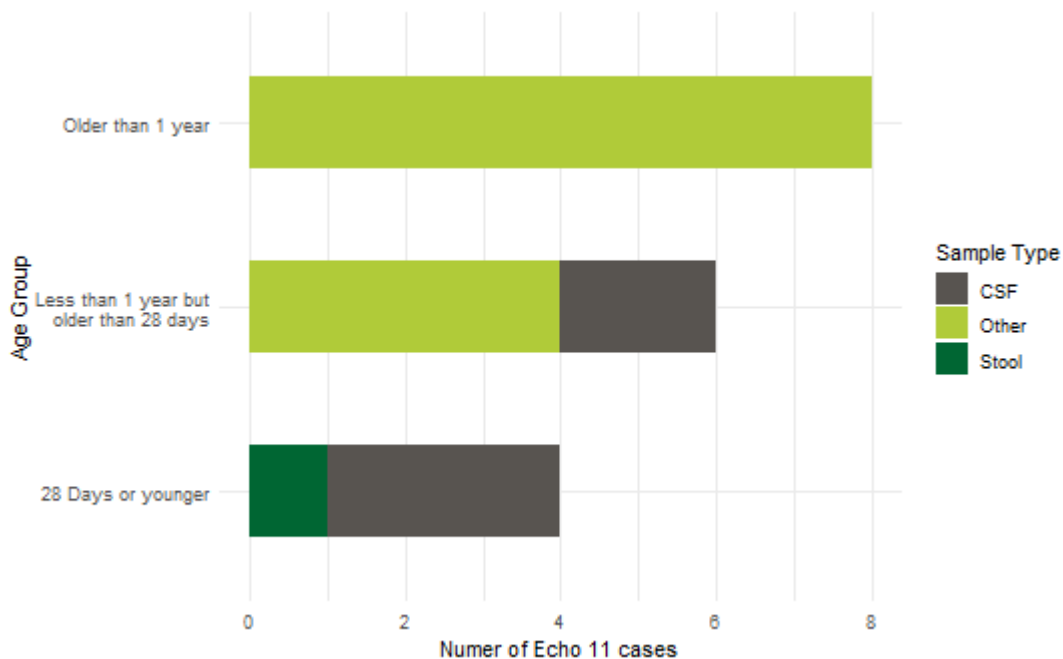


Figure 8 – Cas d'echo 11 par groupe d'âge et par type d'échantillon (2022)
(Source: NRC)

2) Virus Coxsackie B

De juin 2022 à avril 2023, 20 cas de myocardite entérovirale néonatale liés au virus Coxsackie B sont signalés au Royaume-Uni⁴. 16 cas ont nécessité des soins intensifs et 2 décès ont été

⁴ [Singanayagam A, Moore C, Froude S, Celma C, Stowe J, Hani E, Ng KF, Muir P, Roderick M, Cottrell S, Bibby DF, Vipond B, Gillett S, Davis PJ, Gibb J, Barry M, Harris P, Rowley F, Song J, Shankar AG, McMichael D, Cohen JM, Manian A, Harvey C, Primrose LS, Wilson S, Bradley DT, Paranthaman K, Beard S, Zambon M, Ramsay M, Saliba V, Ladhani S,](#)

signalés. Dix-sept des souches d'entérovirus ont été typées, 9 étaient des Coxsackie B3, 6 des Coxsackie B4, 1 des Coxsackie B5 et 1 des Coxsackie B1. Les cas étaient principalement concentrés dans le sud du Pays de Galles et le sud-ouest de l'Angleterre. La tendance à l'augmentation des cas de virus Coxsackie B n'a pas été observée dans d'autres pays européens (**Figure 9**).

En Belgique, en 2022, 31 cas de virus Coxsackie B ont été identifiés dans tous les groupes d'âge. Parmi eux, 18 étaient des bébés de moins d'un an et 8 des nouveau-nés (moins de 28 jours). Toutefois, sur base de la prévalence des années précédentes, cela ne signifie pas une augmentation des virus Coxsackie B. La **Figure 10** montre la distribution des virus Coxsackie B par génotype. Il convient de noter qu'il est difficile d'établir des comparaisons sur cette période en raison des changements radicaux intervenus dans les méthodes de dépistage ; en outre, les tests respiratoires n'ont été inclus qu'en 2016. Bien qu'une comparaison directe ne soit pas possible, les données indiquent que les fluctuations des virus Coxsackie B ne sont pas rares en Belgique.

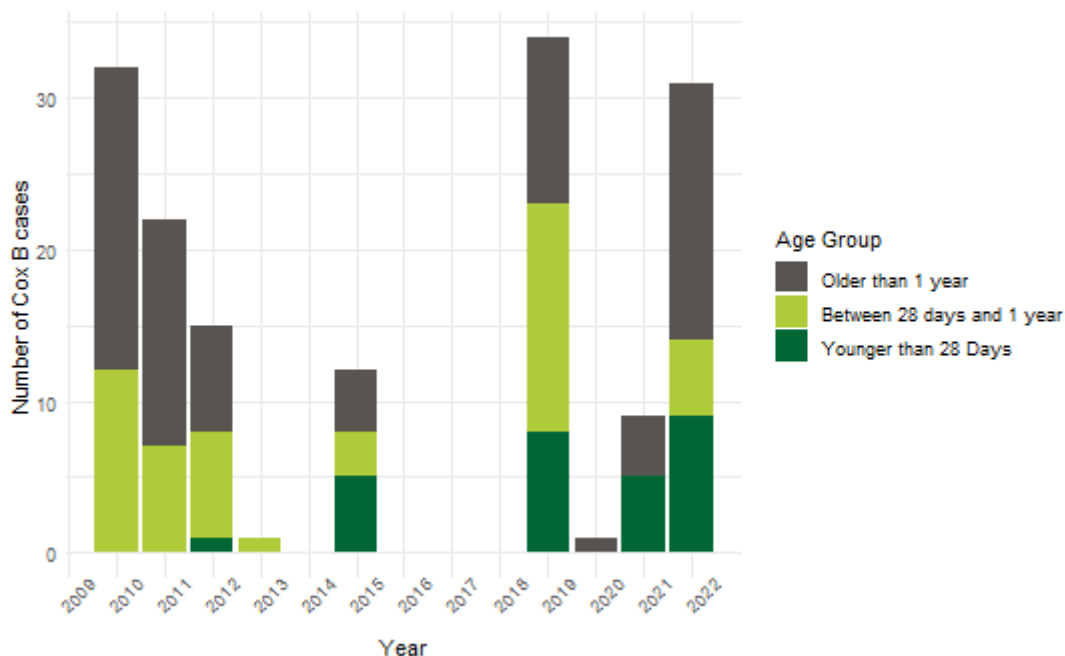


Figure 9 – Cas de Coxsackie B par groupe d'âge (2010-2022), by age group.
(Source: NRC)

[Williams C. Increased reports of severe myocarditis associated with enterovirus infection in neonates, United Kingdom, 27 June 2022 to 26 April 2023. Euro Surveill. 2023 Sep;28\(39\):2300313. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2023.28.39.2300313. PMID: 37768558; PMCID: PMC10540513.](#)

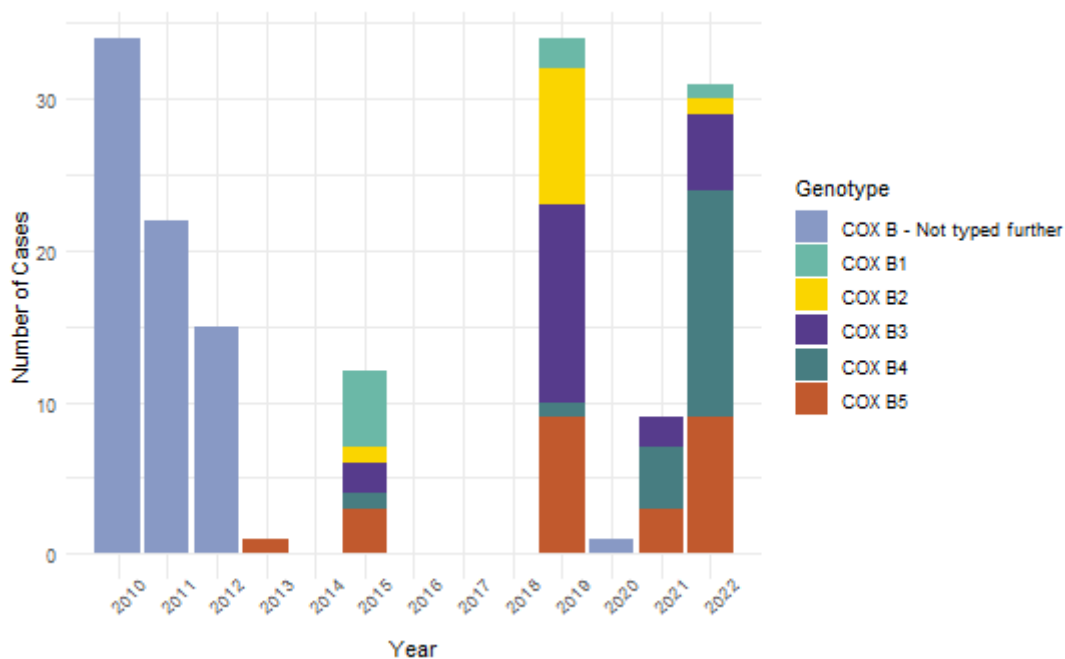


Figure 10 – Cas de Cocksackie B from 2010-2022, par génotype.
(Source: NRC)

4. Importance pour la santé publique

La Belgique est classée comme un pays à risque de transmission "intermédiaire" pour la polio depuis 2016. Des systèmes de surveillance appropriés existent pour améliorer cette situation mais ils ne sont pas suffisamment performants à l'heure actuelle. Une plus grande implication des professionnels de la santé et une amélioration de la couverture des réseaux de surveillance existants sont nécessaires avant que la Belgique puisse être considérée comme à "faible risque" de réintroduction et de transmission du poliovirus.

Pour ce faire, des améliorations devraient être apportées au système de surveillance de la PFA afin de garantir que tous les cas sont notifiés et font l'objet d'une enquête appropriée. La couverture et la sensibilisation au système de surveillance des entérovirus devraient également être améliorées en incitant les laboratoires et les médecins à envoyer davantage d'échantillons au CNR.

Une surveillance supplémentaire peut être mise en place pour compléter les systèmes actuels, comme la surveillance des eaux usées ([Surveillance Environnementale des Poliovirus en Belgique – Etude de Faisabilité](#)). Des systèmes de surveillance environnementale similaires sont couramment utilisés dans un certain nombre de pays ([République tchèque](#), [Égypte](#), [Estonie](#), [Finlande](#), [Inde](#), [Israël](#), [Japon](#), [Lettonie](#), [Pays-Bas](#), [Nouvelle-Zélande](#), [Pakistan](#), [Russie](#), [Slovaquie](#), [Suisse](#) et [Royaume-Uni](#)) et consistent à analyser les eaux usées d'une région pour déterminer la présence d'un agent pathogène au niveau de la population.

La présence du poliovirus dans les eaux usées indique la présence de l'agent pathogène circulant avant que les patients ne se présentent aux médecins avec des symptômes. Cette détection rapide du virus améliore les réponses aux épidémies et lors d'une éventuelle réintroduction du virus en Belgique.

En Belgique, la vaccination contre la poliomyélite est obligatoire depuis 1967. La couverture vaccinale est donc toujours élevée (>95%⁵, moyenne du pays) et reste supérieure à 95% dans les trois régions depuis 2006, pour 3 doses. Cette couverture vaccinale élevée signifie qu'en cas d'épidémie, le risque de transmission généralisée est faible. Toutefois, il existe encore des populations vulnérables exposées au risque d'infection, comme les enfants incomplètement vaccinés, les réfugiés et les immigrants non vaccinés et les personnes qui refusent les vaccins.

5. Plus d'informations

- Définitions des cas (cas suspects, probables ou confirmés de poliomyélite) : [ECDC](#)
- Les sources de données en Belgique :
 - Réseau sentinelle de pédiatres [PediSurv](#)
 - Déclaration obligatoire auprès des entités fédérées ([Bruxelles](#), [Wallonie](#), [Flandre](#))
 - [Centre National de Référence](#), UZ Leuven
 - [Réseau de laboratoires vigies](#)
- Informations générales sur la poliomyélite :
 - [Poliomyelitis Sciensano](#)
 - [Fiche MATRA](#)
 - [OMS](#)
 - [Global Action Plan IV](#)
- Informations générales sur les entérovirus non-polio :
 - [Diagnostic](#) (ENPEN)
 - [ECDC surveillance and laboratory detection](#)
 - [Recommendations for enterovirus diagnostics](#)
- Informations concernant le vaccin et la vaccination contre la poliomyélite :
 - [Conseil Supérieur de la Santé](#)
- Epidémiologie internationale de la poliomyélite : [GPEI](#)

Vous êtes face à une **SUSPICION de POLIO** ou d'une **PARALYSIE FLASQUE AIGUE?**

Bruxelles: [Cliquez ici](#)

Wallonie : [Cliquez ici](#)

Flandre : [Cliquez ici](#)

Ce projet est soutenu financièrement par:



⁵ Francis E. André. "Control of Poliomyelitis by Vaccination in Belgium." *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 6, 1984, pp. S419–23. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/4453386>. Accessed 8 Jan. 2024.

6. Annexes(1)

Annex 1: Définition des Paralysies Flasques Aiguës (PFA)

Tableau clinique aigu de parésie ou de paralysie focale avec diminution du tonus sans cause apparente (telle qu'un trauma). Ce syndrome clinique est caractérisé par l'apparition rapide d'une faiblesse, incluant (moins fréquemment) une faiblesse respiratoire et de la déglutition, progressant en plusieurs jours à plusieurs semaines.

Diagnostics différentiels évoqués devant un cas de PFA :

- syndrome de Guillain-Barré
- myélite transverse aiguë
- encéphalomyélite aiguë disséminée (EMAD)
- botulisme
- infection par un virus neurotrope (ex : autres entérovirus, herpès virus)
- poliomyélite
- paralysie par morsure de tique,
- rage paralytique,
- intoxication au nerprun,
- myasthénie grave et Lambert-Eaton,
- béribéri aigu...