

Bulletin hebdomadaire infections respiratoires aiguës

Semaine 45 (03/11/2025 - 09/11/2025)



Sciensano

Rapport préparé par :

Fierens S¹, Brugerolles C¹, Lafort Y¹, Hanoteaux S¹, Lajot A¹, Vandromme M¹, Dockx Y¹, Mpakaniye P¹,
Bossuyt N², Nahimana M², Denayer S³, Nganda S¹, Callies M⁴, Van Imschoot L⁴, Hermans L⁵, Fonnesu M¹,
Couvreur S¹, Janssens R¹, Meyers A¹, De Mot L¹.

En collaboration avec :

Brondeel R¹, Bustos Sierra N¹, Correia Vieira D³, De Schreye R², De Sterck C³, Dufrasne F³, Hubert P³, Hutse
V¹, Maloux H¹, Mertens K⁴, Moreels S², Parys A³, Rouvez F², Stevens Y³, Thulliez J³.

¹ Épidémiologie des maladies infectieuses

² Etudes des Soins de Santé

³ Maladies virales

⁴ Infections liées aux Soins et Antibiorésistance

⁵ Universiteit Hasselt / Universiteit Antwerpen (Infectieradar)

(voir coordonnées en dernière page)

Avec le soutien financier de



Numéro de rapport : ISSN 2983-6921

Disponible en ligne : <https://www.sciensano.be/fr/node/72870>

TABLE DES MATIÈRES

1. REMERCIEMENTS	3
2. AVANT-PROPOS	3
3. POINTS CLÉS	5
4. SURVEILLANCE SYNDROMIQUE	7
4.1 Infectieradar : symptômes d'infections aiguës des voies respiratoires dans la population générale	7
4.2 Charge de travail des médecins généralistes due aux infections respiratoires aiguës	9
4.3 Consultations de généralistes pour des symptômes grippaux (ILI)	10
4.4 Consultations de généralistes pour d'autres infections respiratoires aiguës (ARI)	11
4.5 Surveillance sentinelle pour des symptômes grippaux (ILI) dans les maisons de repos (et de soins)	12
4.6 Nouvelles admissions à l'hôpital pour infection respiratoire aiguë sévère (SARI)	13
4.7 Surmortalité (toutes causes confondues) dans la population et en maisons de repos (et de soins)	14
4.8 Absences au travail pour cause de maladies	18
5. QUELS SONT LES VIRUS QUI CIRCULENT ACTUELLEMENT ?	19
5.1 Virus chez les patients souffrant d'infections respiratoires aiguës en soins primaires.	19
5.2 Diagnostic des germes dans les laboratoires vigies	20
5.3 Virus chez les patients hospitalisés pour une infection aiguë sévère des voies respiratoires (SARI)	21
5.4 Virus chez les résidents de maisons de repos (et de soins) présentant des symptômes grippaux	22
6. SARS-COV-2	23
6.1 Activité	23
6.2 Sévérité des infections : nouvelles admissions à l'hôpital	26
6.3 Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2	27
6.4 Surveillance basée sur les eaux usées	28
6.5 Vaccination COVID-19	29
7. INFLUENZA	31
7.1 Activité	31
7.2 Sévérité des infections: nouvelles admissions à l'hôpital	34
7.3 Surveillance basée sur les eaux usées	35
7.4 Vaccination contre la grippe	36
8. RSV 37	
8.1 Activité	37
8.2 Sévérité des infections : nouvelles admissions à l'hôpital (SARI)	39
8.3 Surveillance basée sur les eaux usées	40
9. ADENOVIRUS	42
9.1 Activité	42
10. PARAINFLUENZAVIRUS	43
10.1 Activité	43
11. MYCOPLASMA PNEUMONIAE	44
11.1 Activité	44
12. HUMAN METAPNEUMOVIRUS	45
12.1 Activité	45
ANNEXE: SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODES	46

1. REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier sincèrement tous les participants aux surveillances pour leur coopération. Sans leurs efforts continus, souvent dans des circonstances difficiles, la surveillance et le rapport ne seraient pas possibles.

2. AVANT-PROPOS

Dans le présent rapport, les termes **ILI**, **ARI** et **SARI** sont souvent utilisés :

- Par **ILI (Influenza-like Illness, ou syndrome grippal)**, nous entendons les symptômes de type grippal, à savoir : fièvre d'apparition soudaine, symptômes respiratoires et généraux, tels que malaise général ou douleurs musculaires. Ces symptômes peuvent être causés par de nombreux germes différents, et pas seulement par le virus de la grippe. Il n'est pas possible de savoir quel germe en est la cause en se basant uniquement sur les symptômes.
- Par **ARI (acute respiratory infection, ou infection respiratoire aiguë)**, nous entendons les symptômes respiratoires, avec ou sans fièvre ou malaise, y compris un large éventail d'épisodes tels que rhume, rhinite, (rhino-)pharyngite, amygdalite, sinusite, otite moyenne aiguë, laryngite, (laryngo-)trachéite, bronchite, bronchiolite, et (broncho)pneumonie, mais à l'exclusion des syndromes grippaux (ILI).
- Par **SARI (Severe Acute Respiratory Infection, ou infection respiratoire aiguë sévère)**, nous entendons une hospitalisation d'au moins 24 heures, pour au moins 2 des signes suivants d'infection des voies respiratoires : fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (mesurée à l'hôpital) ou antécédents de fièvre, toux, signes de détresse respiratoire (y compris, mais sans s'y limiter, la dyspnée), auscultation anormale des poumons, et chez les enfants : apnée ou cyanose ; ces signes étant survenus soudainement (dans les 10 derniers jours précédant l'admission), et les infections nosocomiales étant exclues.
- Une **complication grave de SARI** est définie comme un décès, un ARDS (syndrome de détresse respiratoire aiguë), une admission en unité de soins intensifs, ECMO (oxygénation par membrane extracorporelle) ou ventilation invasive.

Vous trouverez de plus amples informations sur les sources de données et les méthodes à la fin du rapport (Section Annexe).

Adaptations définitives du bulletin des infections respiratoires aiguës à partir d'Août 2025

- A partir d'août, les graphiques présentant les résultats de la surveillance hospitalières SARI utilisent les données collectées avec la nouvelle définition de cas de SARI, implémentée dans la collecte des données depuis la semaine 46 de 2023 (voir le détail dans la section Annexe réseau des hôpitaux vigies).
 - Cette nouvelle définition est plus large et capte donc plus de cas que l'ancienne définition utilisée. L'incidence de SARI avec la nouvelle définition est plus élevée que celle obtenue avec l'ancienne définition. Les données récentes (collectées avec la nouvelle définition) ne peuvent donc pas être directement comparées avec les données historiques (collectées avec l'ancienne définition de cas). Pour pouvoir néanmoins permettre cette comparaison, nous avons modélisé, pour les données des saisons 2022-2023 et 2023-2024 (jusqu'à la semaine 46 de 2023), l'incidence qui aurait été obtenue avec la nouvelle définition de cas SARI (voir le détail dans la section Annexe réseau des hôpitaux vigies).
 - La collecte des données concernant les complications SARI (précédemment appelé « SARI sévère ») a été améliorée et présente moins de délai qu'avant. Cet indicateur est ajouté au Respi-radar.
 - Les seuils utilisés dans le Respi-radar pour les indicateurs « SARI » et « complications SARI » ont été modifiés sur base de la nouvelle définition de cas.
 - Plusieurs graphiques présentant les résultats de la surveillance hospitalière SARI par groupe d'âge ont également été ajoutés.
-

3. POINTS CLÉS

- **Surveillance syndromique:**
 - **Surveillance par les médecins généralistes:** L'incidence des consultations en médecine générale pour symptômes grippaux a diminué à 72 consultations pour 100 000 habitants durant la semaine 45.
 - **Surveillance des symptômes grippaux dans les maisons de repos (et de soins):** Au cours de la semaine 45, le nombre de cas et d'hospitalisations pour 1.000 résidents était 6 et 0,9 respectivement. Cette semaine, aucun décès lié à un ILI n'a été signalé.
 - **Admissions à l'hôpital:** Durant la semaine 44, l'incidence hebdomadaire des hospitalisations pour infections respiratoires aiguës sévères a diminué par rapport à la semaine précédente à 8,3/100 000 habitants.
 - **Mortalité (toutes causes confondues):** La semaine 43 (20 octobre) n'a pas présenté de surmortalité sur l'ensemble de la semaine. Aucune surmortalité n'a été observée parmi les résidents de MR/MRS. Le nombre hebdomadaire de décès toutes causes confondues a augmenté par rapport à la semaine précédente, et reste dans la marge des fluctuations habituelles.
- **SARS-CoV-2:**
 - **Vaccination:** La proportion de personnes ayant reçu une dernière dose de vaccin au cours des 6 derniers mois était de 32,5% pour les personnes âgées de 65 à 84 ans et de 38,3% pour les personnes âgées de 85 ans et plus.
 - **Surveillance par les médecins généralistes:** L'incidence des consultations chez le médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 est resté stable et a diminué pour COVID-19 confirmé en semaine 45 pour atteindre respectivement 21,1 consultations pour 100 000 habitants et 9,4 consultations pour 100 000 habitants.
 - **Admissions à l'hôpital:** L'incidence hebdomadaire des admissions à l'hôpital pour des infections aiguës sévères des voies respiratoires (SARI) causées par le SARS-CoV-2 dans le réseau d'hôpitaux de surveillance est à 0,4 admission pour 100 000 habitants au cours de la semaine 44.
 - **Surveillance des eaux usées:** Le SARS-CoV-2 est à un niveau bas.
 - **Surveillance génomique:** Au cours de la période allant du 15 septembre au 26 octobre, le variant XFG était le variant le plus fréquemment détecté (72/82 échantillons).
- **RSV:** Les différents indicateurs sont à un niveau bas, sous le seuil épidémique. Cependant, la légère augmentation, observée la semaine passée dans toutes les surveillances (chez les 0-4 ans), se maintient.
- **Influenza:** Les différents indicateurs sont au niveau de base.
- **Situation internationale:** la situation épidémiologique des autres pays européens est consultable sur le site [ERVISS](#).

Tableau 1: Respi-Radar

(voir https://www.sciensano.be/sites/default/files/20230823_rag_respi-radar_tool_to_monitor_respiratory_viruses.pdf)

Les résultats de la semaine 45 sont basés sur 39 cabinets de médecins généralistes, 70 maisons de repos (et de soins) et 30 stations d'épuration. Les résultats de la semaine 44 sont basés sur 8 hôpitaux vigies.

Notes :

- A partir de la semaine 40, les seuils du Respi-radar (ILI, ARI, et maisons de repos) ont été mis à jour suite au début de la nouvelle saison hivernale.
- Les méthodes de calcul des différents seuils du Respi-radar sont présentées en annexe.

		Indicateurs infections respiratoires						Évaluation RAG
Semaine		ILI ^a	ARI ^b	Maisons de repos ^c	SARI ^d	Complications SARI ^e	Eaux usées ^f	Niveau d'alerte
2025w36	01/09 - 07/09	68	494	2	6,1	1,1	modéré	vert
2025w37	08/09 - 14/09	92	727	5	6,5	1,0	modéré	vert
2025w38	15/09 - 21/09	143	740	5	8,7	0,9	modéré	vert
2025w39	22/09 - 28/09	126	962	15	9,3	1,3	modéré	vert
2025w40	29/09 - 05/10	214	960	15	9,1	1,1	haut	vert
2025w41	06/10 - 12/10	184	1005	11	8,9	0,9	haut	vert
2025w42	13/10 - 19/10	143	892	10	7,9	1,2	modéré	vert
2025w43	20/10 - 26/10	99	903	7	9,6	1,2	modéré	vert
2025w44	27/10 - 02/11	82	696	7	8,3	1,6	modéré	vert
2025w45	03/11 - 09/11	72	620	6			bas	vert

a - Consultations de médecins généralistes pour des symptômes grippaux, incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants.

b - Consultations de médecins généralistes pour d'autres infections respiratoires aiguës, incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants.

c - Symptômes grippaux (ILI) dans les maisons de repos (et de soins), Incidence hebdomadaire pour 1000 résidents MR/MRS.

d - Admissions à l'hôpital pour des infections SARI, incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants.

e - Admissions à l'hôpital pour des infections SARI avec complications graves (décès, ARDS, admission en USI, ECMO, ou ventilation invasive), incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants.

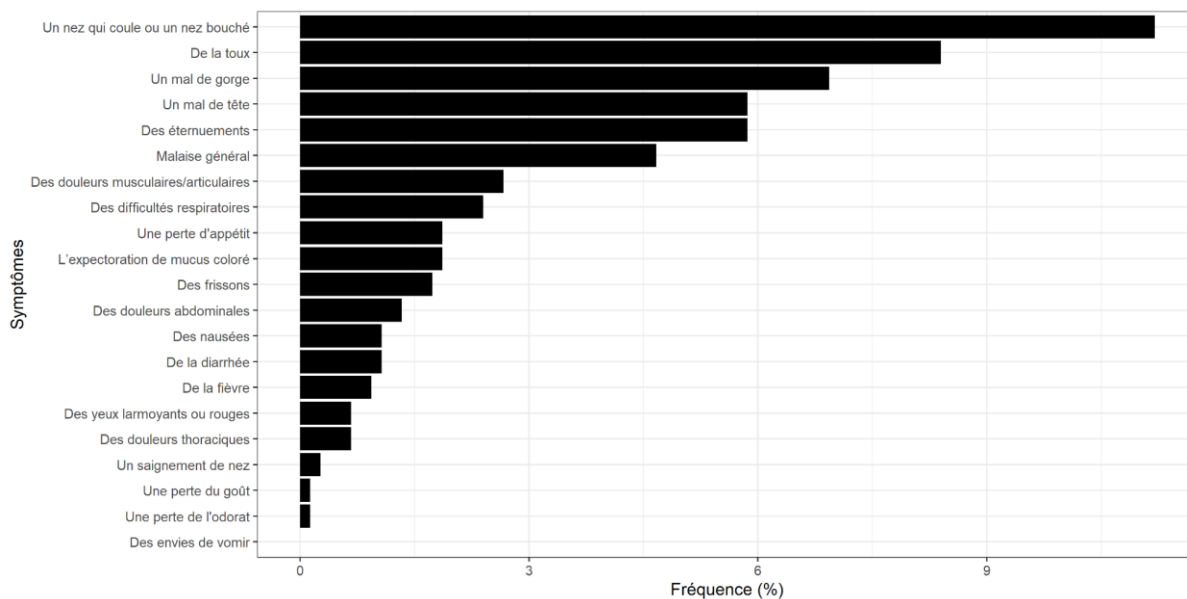
f - Concentration dans les eaux usées, niveau d'activité le plus haut obtenu entre celui établi pour SARS-CoV-2, influenza et RSV. En semaine 36, la méthodologie a été ajustée pour quantifier le SARS-CoV-2, le VRS et la grippe. Dans le but de comparer les résultats obtenus avec la nouvelle méthode à ceux de l'ancienne, un facteur de correction est appliqué. Cependant, en raison d'un problème technique, ce facteur de correction a dû être recalculé. Avec le facteur de correction initial, les niveaux d'activité du SARS-CoV-2 étaient sous-estimés, cette situation a désormais été corrigée grâce à la valeur recalculée.

Seuils	ILI ^a	ARI ^b	Maisons de repos ^c	SARI ^d	Complications SARI ^e	Eaux usées ^f
vert	0 - 234	0 - 1337	0 - 6	0 - 13,9	0 - 2,0	bas
jaune	> 234 - 544	> 1337 - 1534	> 6 - 13	> 13,9 - 19,7	> 2,0 - 3,5	modéré
orange	> 544 - 902	> 1534 - 2046	> 13 - 19	> 19,7 - 22,6	> 3,5 - 5,9	haut
rouge	> 902	> 2046	> 19	> 22,6	> 5,9	très haut

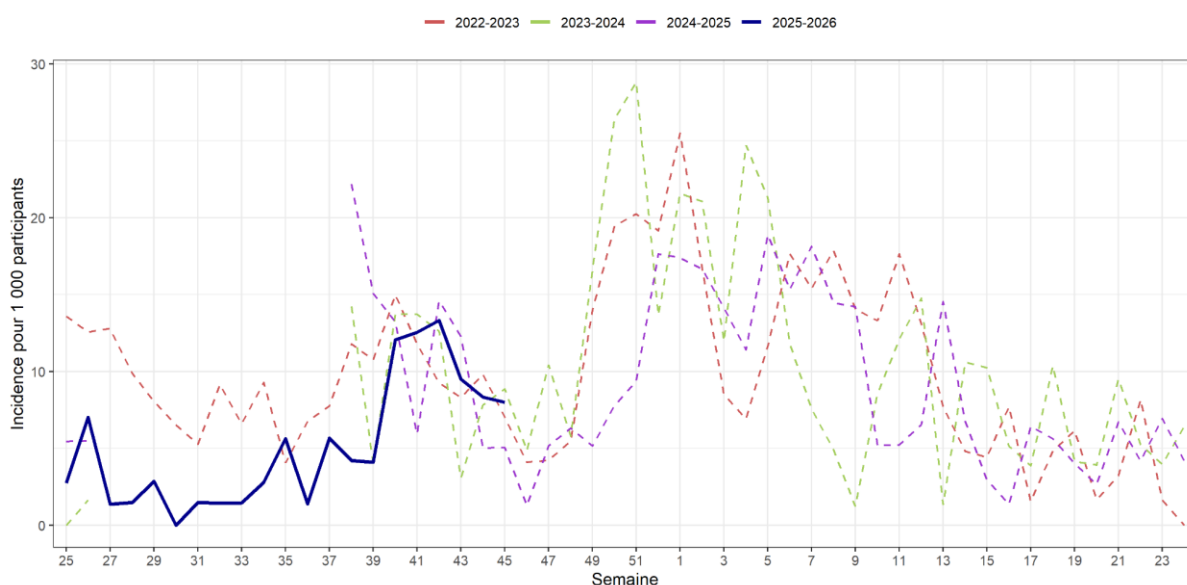
4. SURVEILLANCE SYNDROMIQUE

4.1 Infectieradar : symptômes d'infections aiguës des voies respiratoires dans la population générale

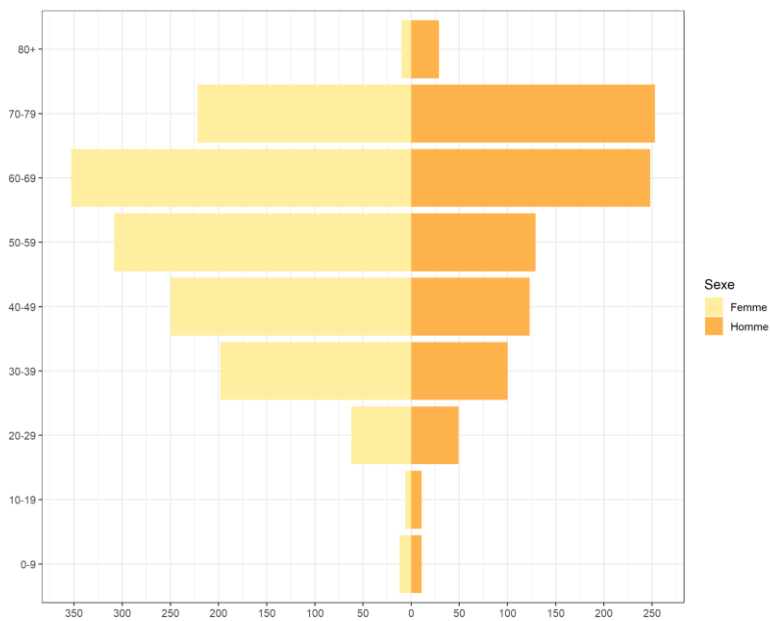
Chaque semaine, nos participants indiquent s'ils ont ressenti un ou plusieurs symptôme(s). Dans 81.5% des questionnaires complétés, aucun symptôme n'a été signalé. Ce graphique indique le pourcentage de participants ayant signalé un symptôme particulier. Une combinaison de symptômes peut indiquer une maladie infectieuse spécifique telle que la grippe, la COVID-19, le RSV, etc. Ce graphique montre le pourcentage de participants qui ont signalé un symptôme au cours de la dernière semaine. Au cours de cette semaine, 18.3% des participants ont consulté un médecin généraliste à cause de ces plaintes.



L'incidence des participants présentant des symptômes pseudo-grippaux est restée stable à 8 personnes pour 1000 participants. Ce graphique montre le nombre de participants pour 1.000 personnes présentant des symptômes de type grippal sur une période prolongée.

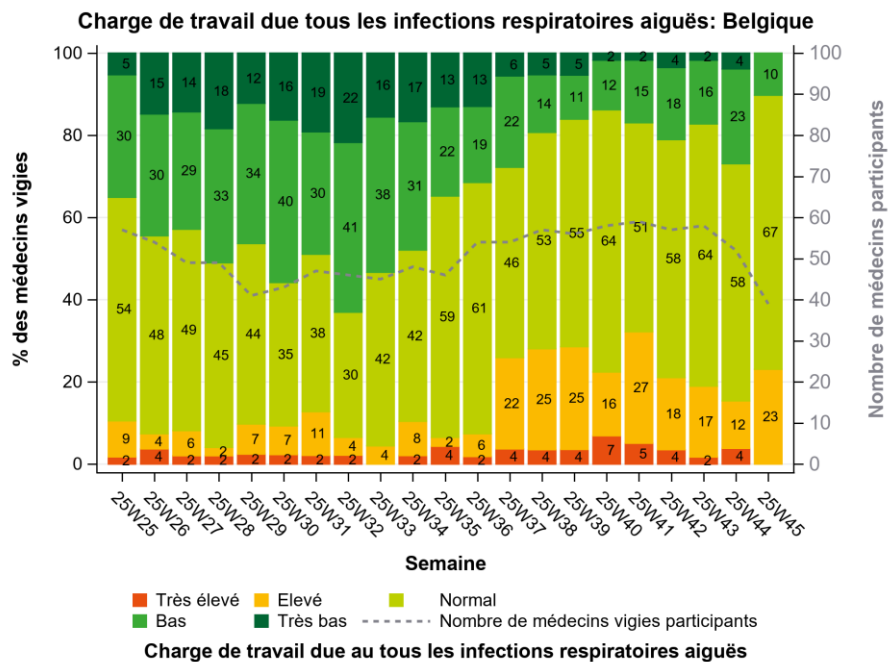


Le graphique ci-dessous présente la répartition par âge et par sexe des participants.



4.2 Charge de travail des médecins généralistes due aux infections respiratoires aiguës

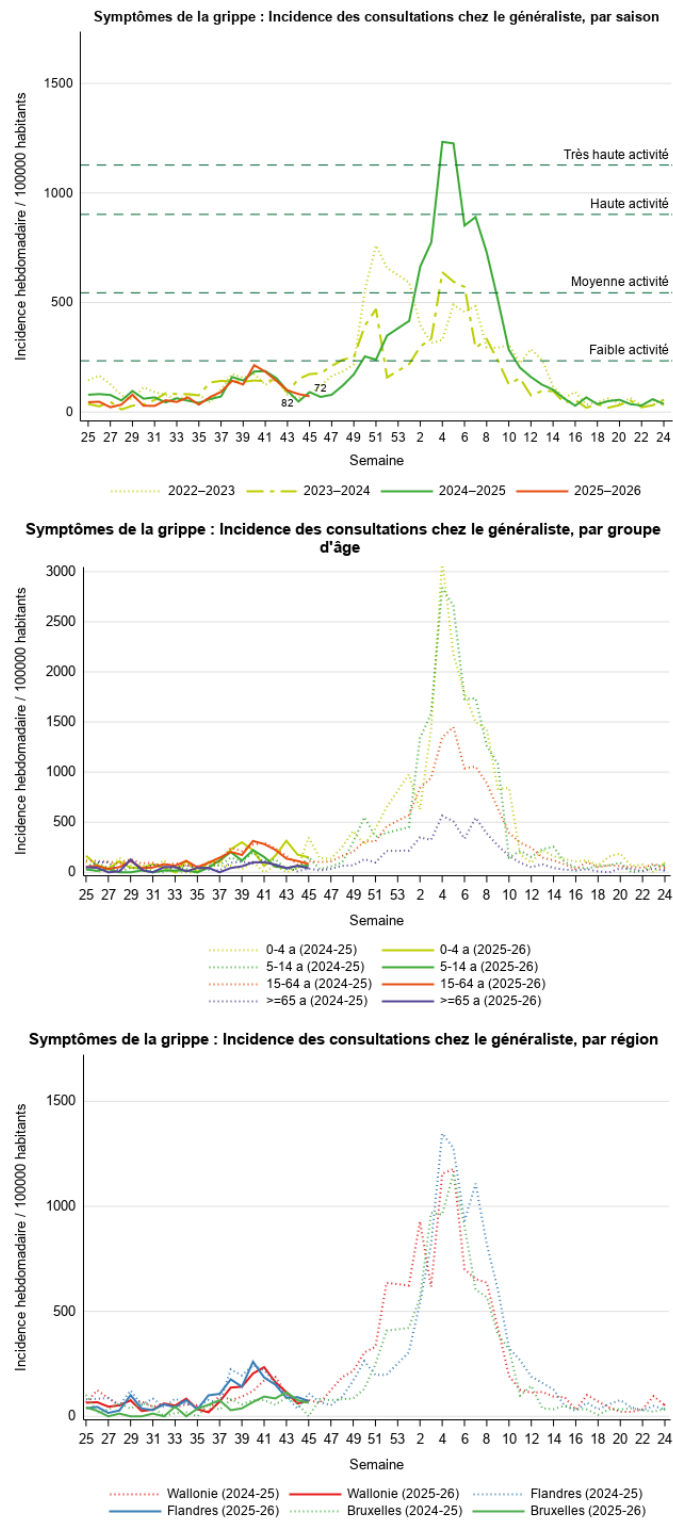
Au cours de la semaine 45, 23 % des médecins vigies ont considéré que la charge de travail due aux consultations pour infections respiratoires était élevée ou très élevée. Ce chiffre augmente par rapport à la semaine précédente.



4.3 Consultations de généralistes pour des symptômes grippaux (ILI)

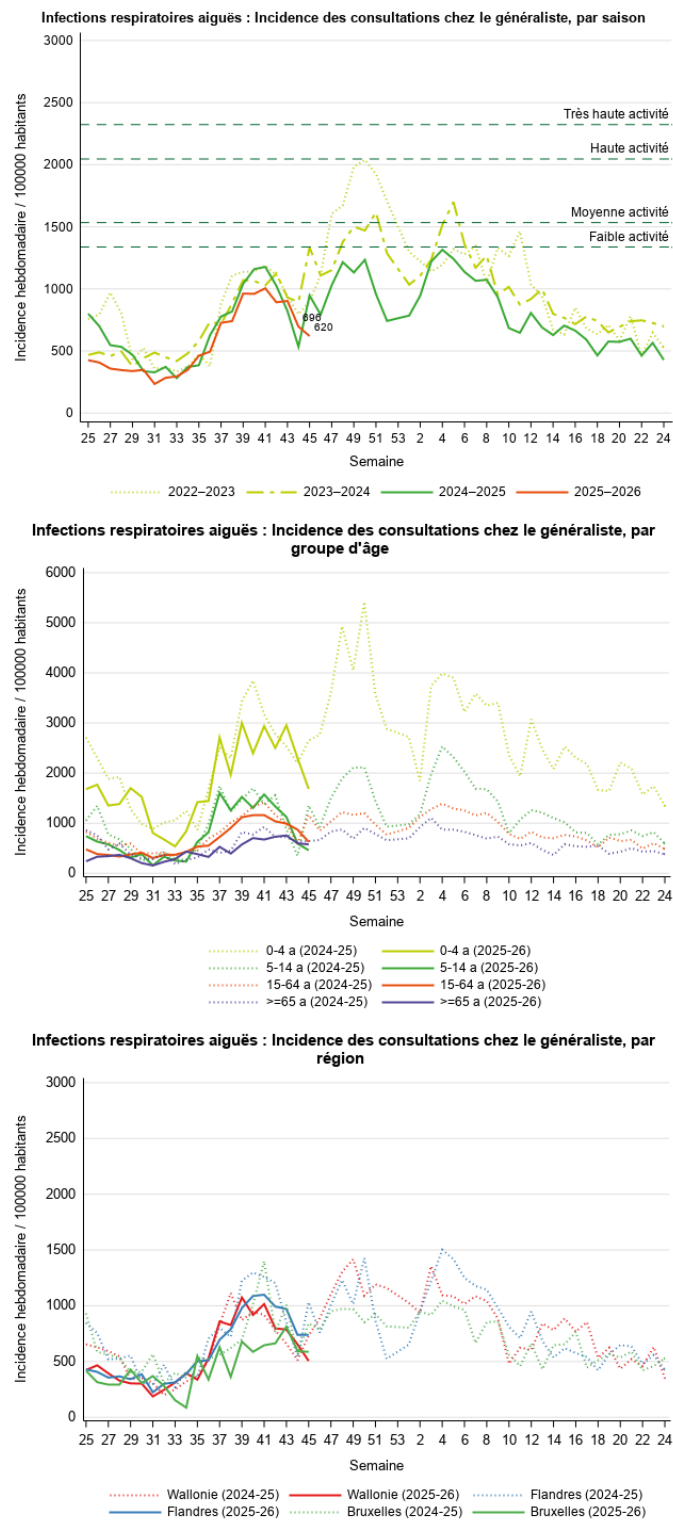
L'incidence des consultations en médecine générale pour symptômes grippaux a diminué à 72 consultations pour 100 000 habitants durant la semaine 45.

Ces données font référence aux symptômes de la grippe. Ceux-ci peuvent également être causés par d'autres germes que le virus de la grippe.



4.4 Consultations de généralistes pour d'autres infections respiratoires aiguës (ARI)

L'incidence hebdomadaire des consultations en médecine générale pour d'autres infections respiratoires aiguës (ARI) a diminué à 620 consultations pour 100 000 habitants durant la semaine 45.

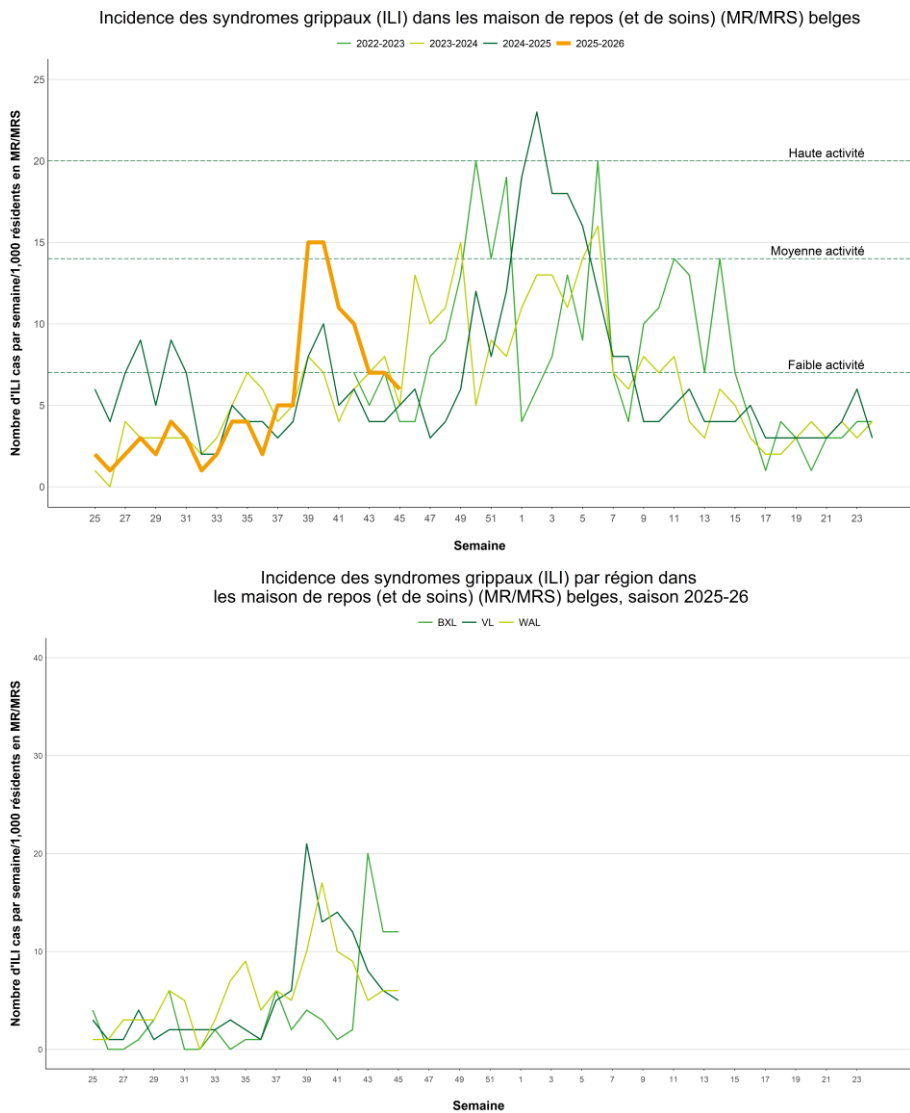


4.5 Surveillance sentinelle pour des symptômes grippaux (ILI) dans les maisons de repos (et de soins)

Au cours de la semaine 45, le nombre de cas et d'hospitalisations pour 1.000 résidents était 6 et 0,9 respectivement. Cette semaine, aucun décès lié à un ILI n'a été signalé.

Ces chiffres peuvent varier car certaines maisons de repos (et de soins) continuent de déclarer des cas pour la période concernée après la clôture du présent rapport. Jusqu'à présent, 70 maisons de repos (et de soins) (35 en Flandre, 30 en Wallonie, et 5 à Bruxelles) ont rapporté pour la semaine 45.

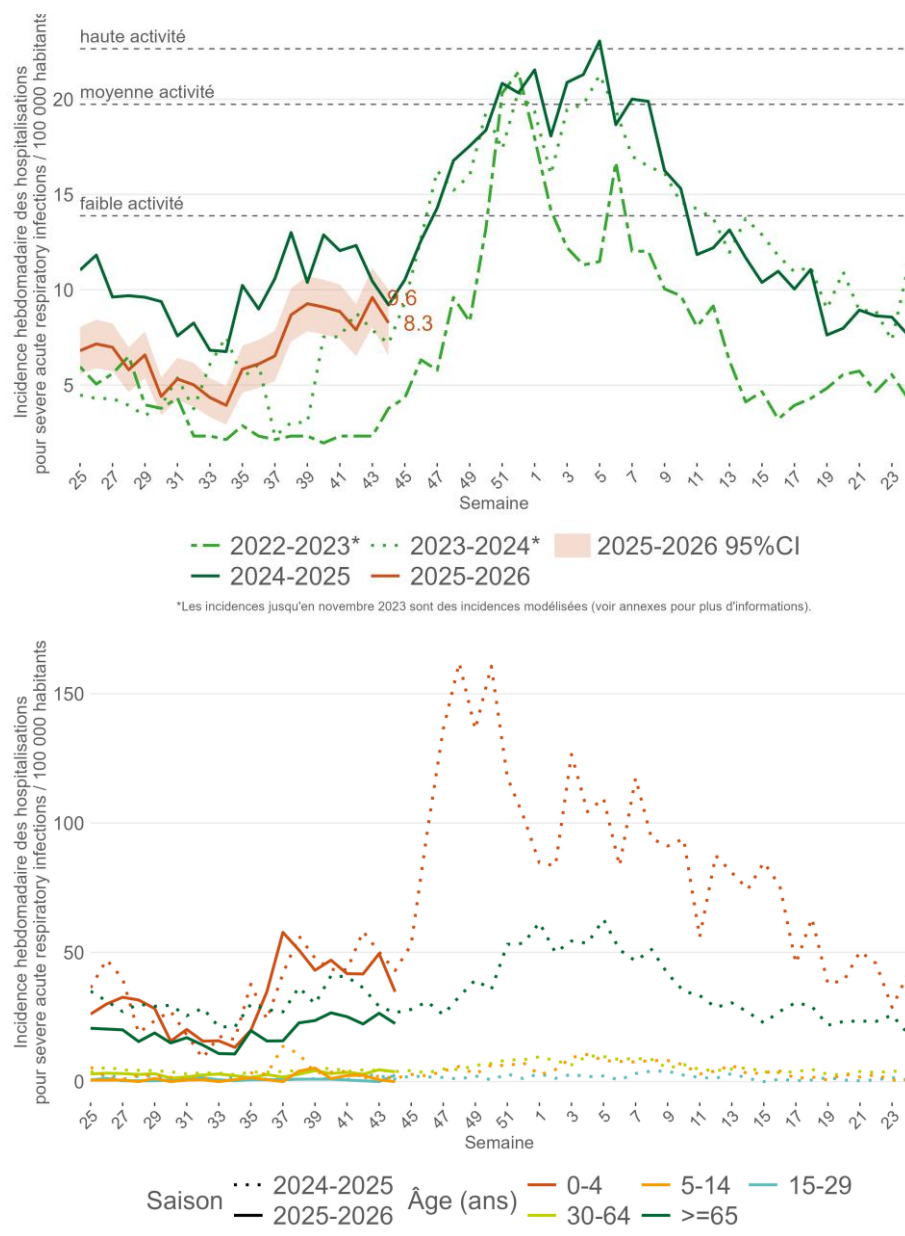
Ces données font référence aux symptômes de la grippe. Ceux-ci peuvent également être causés par d'autres germes que le virus de la grippe.



4.6 Nouvelles admissions à l'hôpital pour infection respiratoire aiguë sévère (SARI)

Durant la semaine 44, l'incidence hebdomadaire des hospitalisations pour infections respiratoires aiguës sévères a diminué par rapport à la semaine précédente à 8,3/100 000 habitants.

Ces chiffres ne concernent que les personnes hospitalisées en raison de certains symptômes bien définis (fièvre et toux ou dyspnée).



4.7 Surmortalité (toutes causes confondues) dans la population et en maisons de repos (et de soins)

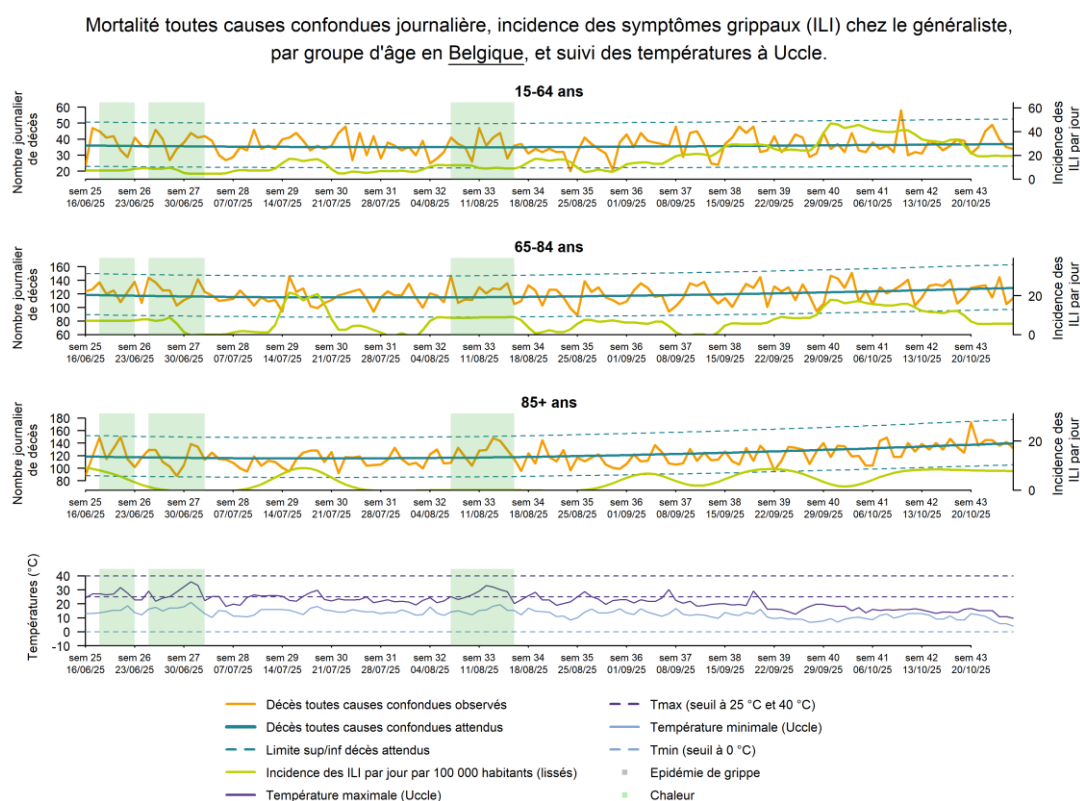
Surveillance Be-MOMO (Belgian Mortality Monitoring) sur base des données provenant du Registre national.

La semaine 43 (20 octobre) n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative, que ce soit sur l'ensemble de la population belge ou au niveau régional.

Le nombre hebdomadaire de décès toutes causes confondues a augmenté par rapport à la semaine précédente, et reste dans la marge des fluctuations habituelles.

Surveillance Be-MOMO en MR/MRS sur base des données provenant du Statbel.

La semaine 43 (20 octobre) n'a pas présenté de surmortalité statistiquement significative parmi les résidents de MR/MRS.

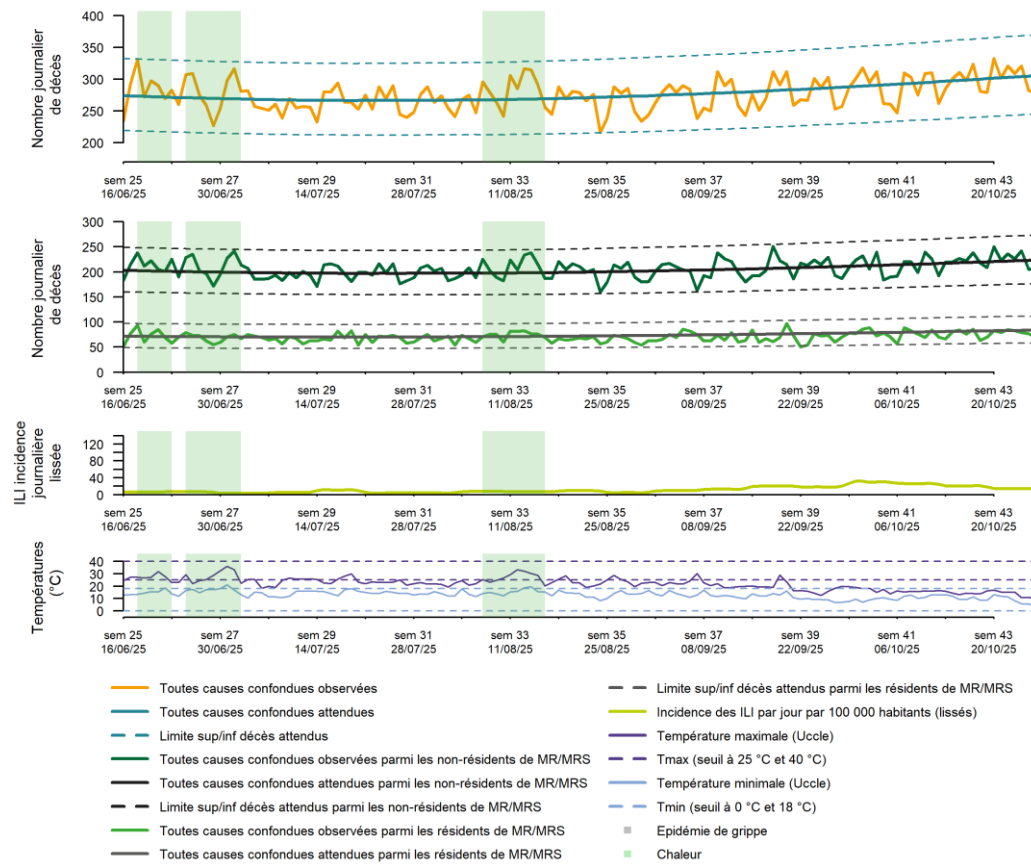


Comment lire ce graphique ? Quand le nombre de décès par jour (ligne orange) dépasse les limites supérieures ou inférieures des décès prévus par la modélisation (lignes pointillées grises), il y a une surmortalité ou une sous-mortalité statistiquement significative dans ce groupe d'âge. La courbe verte correspond au nombre quotidien de consultations de généralistes pour des symptômes grippaux.

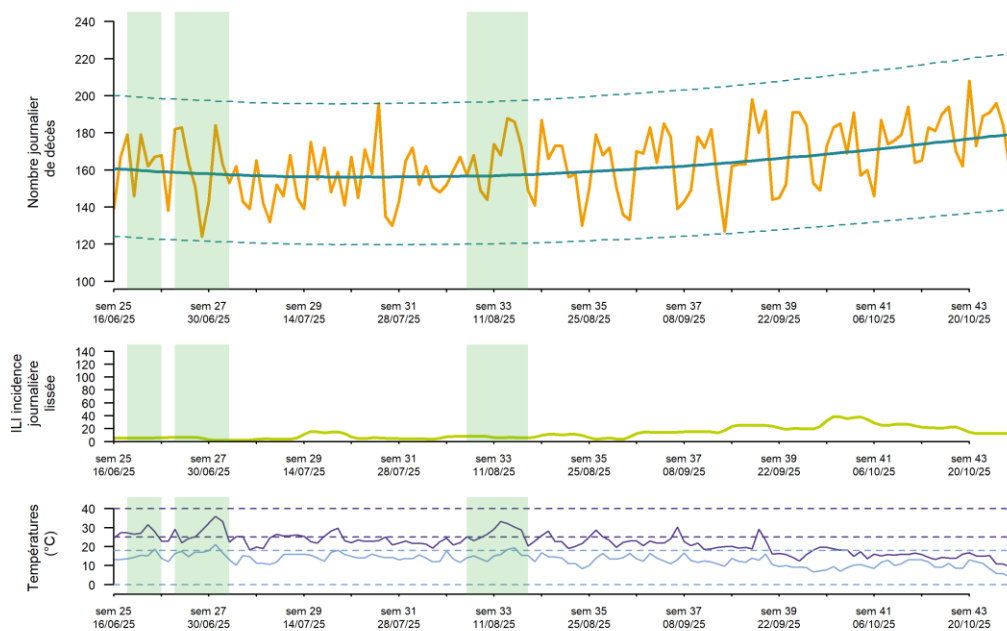
<https://epistat.sciensano.be/momo/>

<https://www.sciensano.be/fr/projets/belgian-mortality-monitoring-en-maisons-de-repos-et-de-soins>

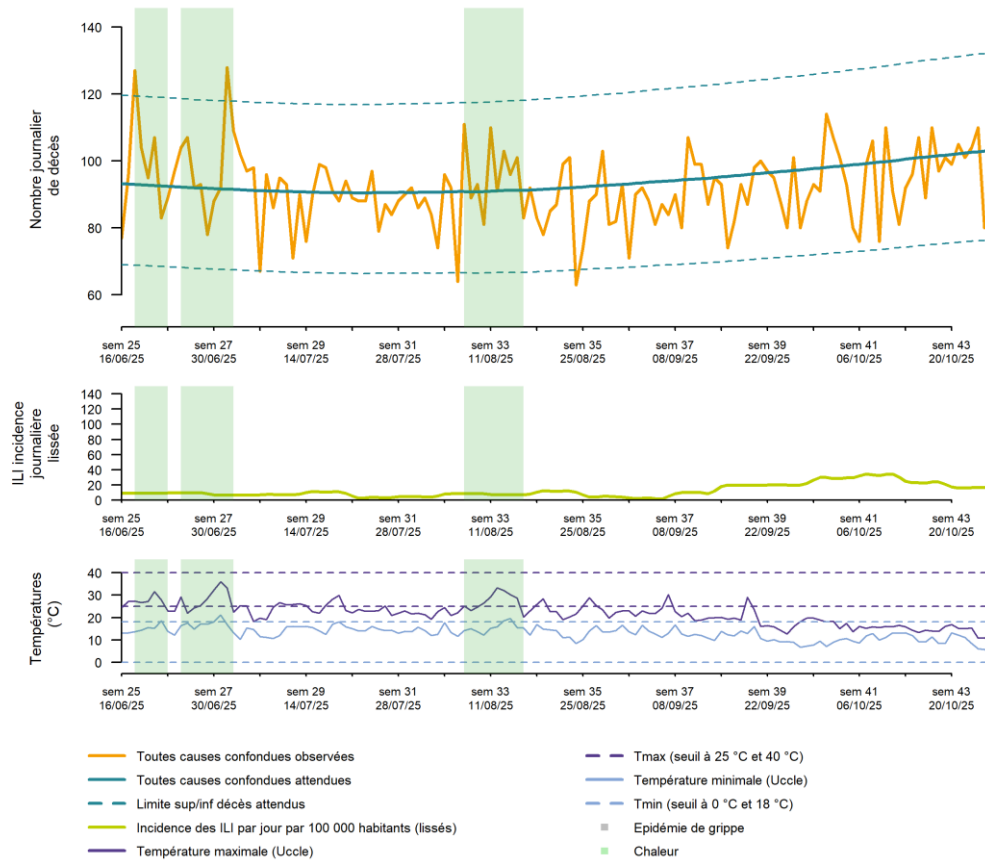
Mortalité toutes causes confondues journalière dans la population générale,
dans les maisons de repos (et de soins), incidence des symptômes grippaux (ILI) chez le généraliste,
en Belgique, et suivi des températures à Uccle.



Mortalité toutes causes confondues journalière dans la population générale,
incidence des symptômes grippaux (ILI) chez le généraliste,
en Flandre, et suivi des températures à Uccle.



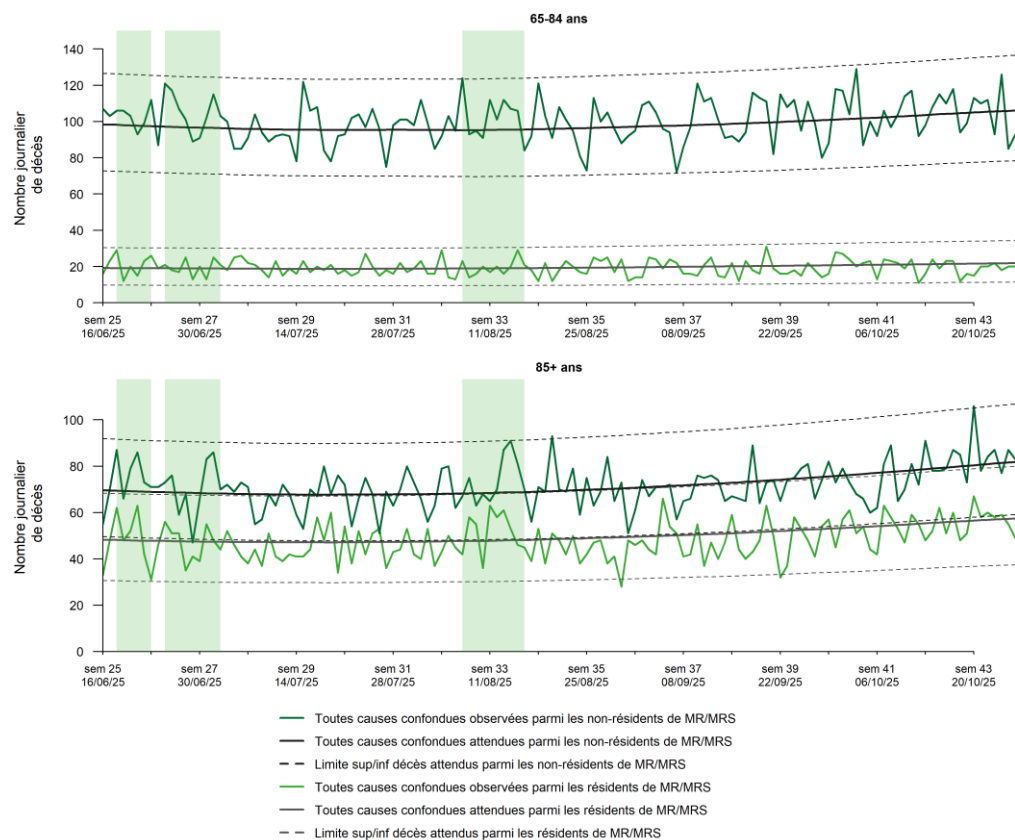
Mortalité toutes causes confondues journalière dans la population générale,
incidence des symptômes grippaux (ILI) chez le généraliste,
en Wallonie, et suivi des températures à Uccle.



Mortalité toutes causes confondues journalière dans la population générale,
incidence des symptômes grippaux (ILI) chez le généraliste,
à Bruxelles, et suivi des températures à Uccle.



Mortalité toutes causes confondues journalière dans les maisons de repos (et de soins) belges, par groupe d'âge.



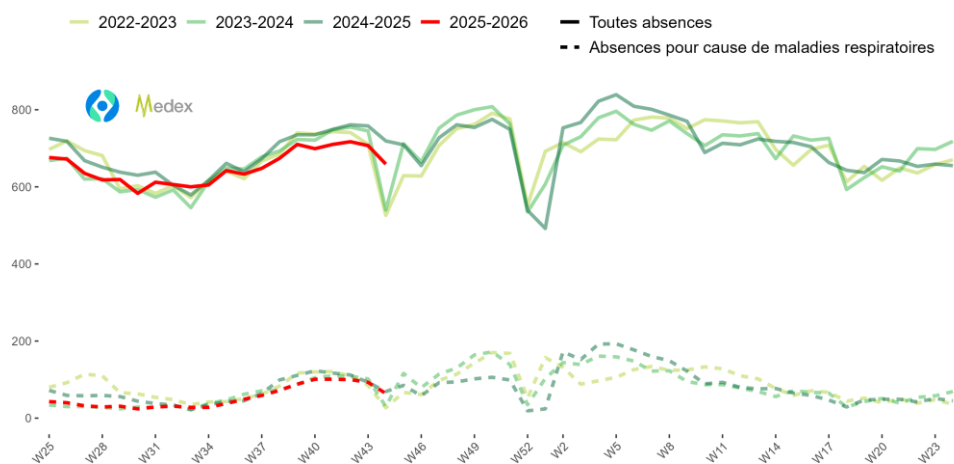
4.8 Absences au travail pour cause de maladies

Source: [MEDEX](#)

Le diagnostic posé par le médecin est disponible sur le certificat MEDEX d'incapacité de travail. Ces données sont regroupées sur base des codes ICD 9 (Nomenclature OMS) et de texte libre. Sur la base du diagnostic mentionné sur le certificat, il est possible de déduire si l'absence est liée à une affection respiratoire.

La figure ci-dessous montre le nombre total de fonctionnaires absents et le nombre d'absents pour cause de maladie respiratoire, par rapport aux années précédentes.

Nombre d'absences pour maladie par 10 000 fonctionnaires (MEDEX)



Les dénominateurs par an sont basés sur le nombre de fonctionnaires enregistrés auprès du Medex au 1er juillet de la période concernée.

5. QUELS SONT LES VIRUS QUI CIRCULENT ACTUELLEMENT ?

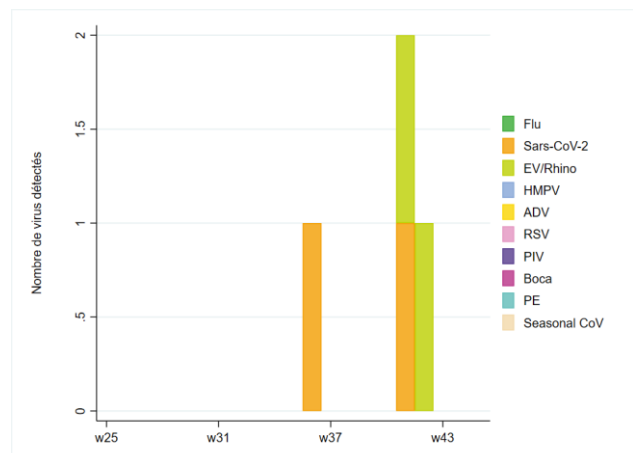
Note : Le rapport intitulé « Profil de risque et gravité de la maladie chez les patients adultes atteints d'une infection sévère à VRS, grippe ou COVID-19 » est paru récemment. Vous pouvez le consulter via ce [lien](#).

5.1 Virus chez les patients souffrant d'infections respiratoires aiguës en soins primaires.

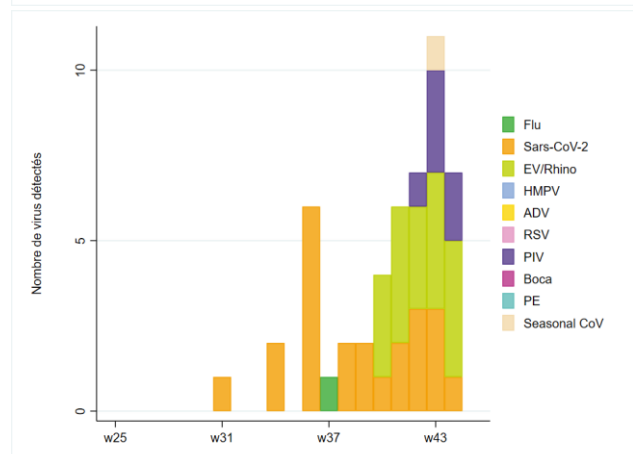
Ces dernières semaines, nous avons principalement observé des infections par entéro-rhinovirus, et dans une moindre mesure le parainfluenza et le SARS-CoV-2, dans les échantillons prélevés par les médecins généralistes.

Les échantillons rapportés proviennent de personnes qui ont présenté certaines plaintes bien définies.

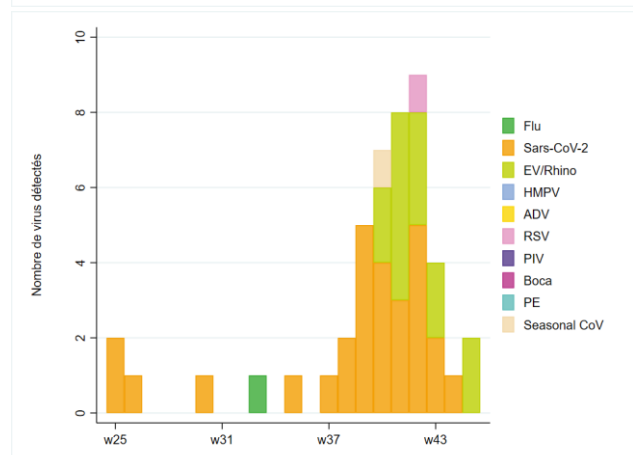
Enfants (0-14 ans)



Adultes (15-64 ans)



Personnes âgées (≥65 ans)

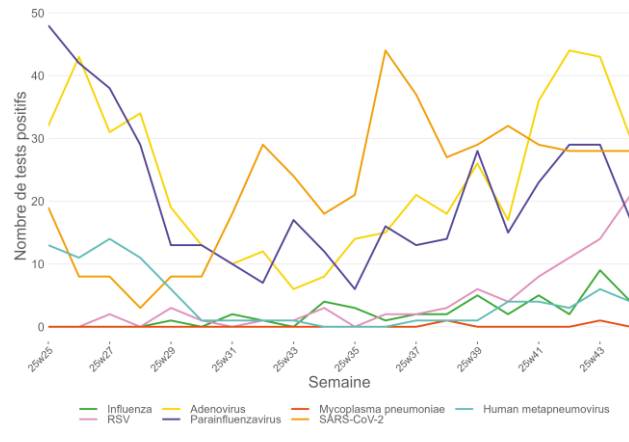


5.2 Diagnostic des germes dans les laboratoires vigies

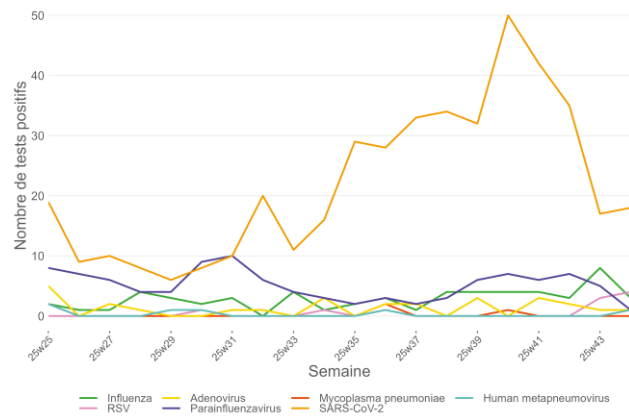
Le graphique montre le nombre d'infections signalées dans un sous-ensemble de laboratoires qui déclarent régulièrement les six agents pathogènes suivants : adénovirus, RSV, virus parainfluenza, grippe, SARS-CoV-2 et Mycoplasma pneumoniae. Le graphique vise uniquement à montrer la distribution relative de ces agents pathogènes, mais ne dit rien sur les chiffres absolus.

Note : Les critères d'inclusion des laboratoires rapportant la grippe ont été modifiés depuis la semaine 37. Les graphiques à partir de la semaine 38 ne peuvent donc pas être comparés avec ceux des bulletins précédents

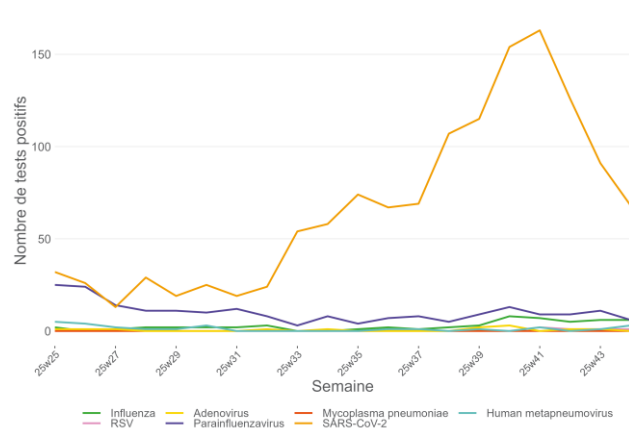
Enfants (0-14 ans)



Adultes (15-64 ans)



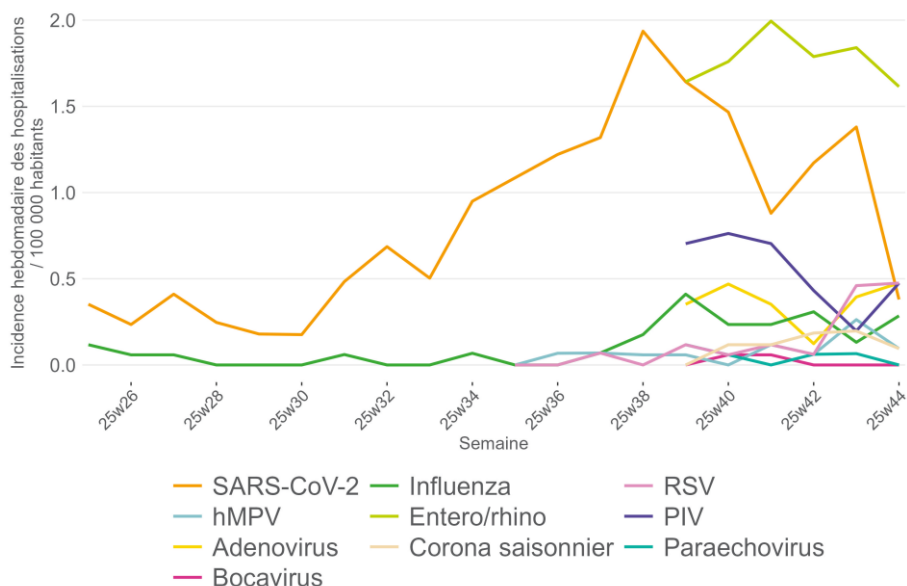
Personnes âgées (≥65 ans)



5.3 Virus chez les patients hospitalisés pour une infection aiguë sévère des voies respiratoires (SARI)

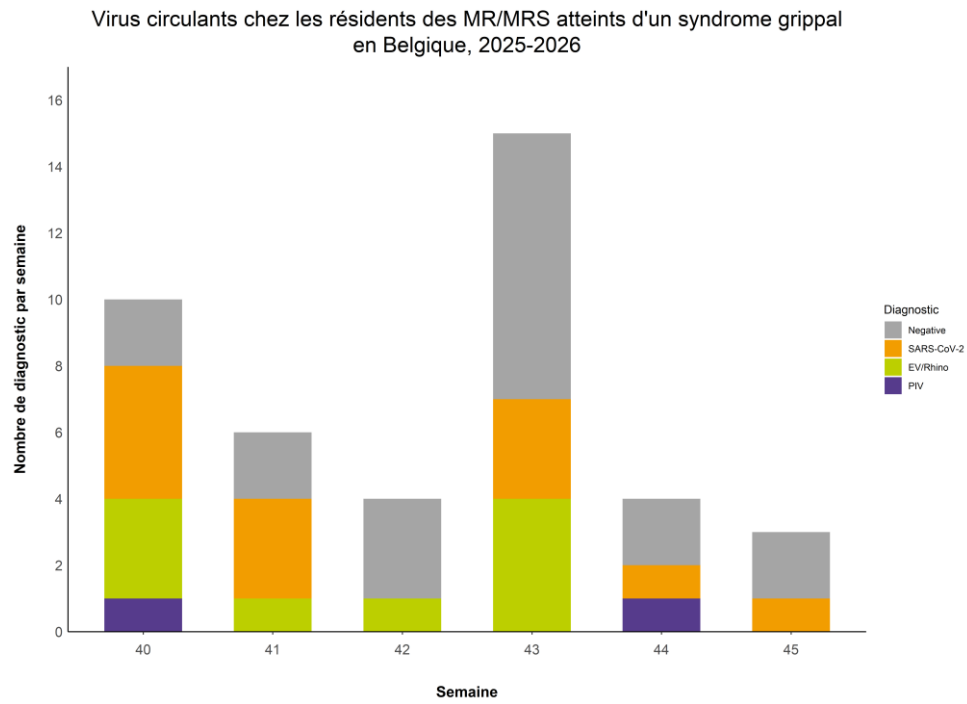
Parmi les patients hospitalisés en raison d'une infection respiratoire aiguë (SARI) les admissions sont principalement dues à entéro/rhinovirus ces dernières semaines.

Remarque: durant la période printemps/été, les échantillons provenant des surveillances des généralistes (ILI/ARI) et des hôpitaux (SARI) n'étaient testés que pour les virus de la grippe et du SARS-CoV-2. A partir du 01 septembre 2025, les surveillances du RSV et du hMPV ont repris. Le reste des surveillances a repris le 01 Octobre 2025 avec le début de la saison hivernale.



5.4 Virus chez les résidents de maisons de repos (et de soins) présentant des symptômes grippaux

Le diagramme à barres montre les virus en circulation dans les maisons de repos (et de soins) participantes.



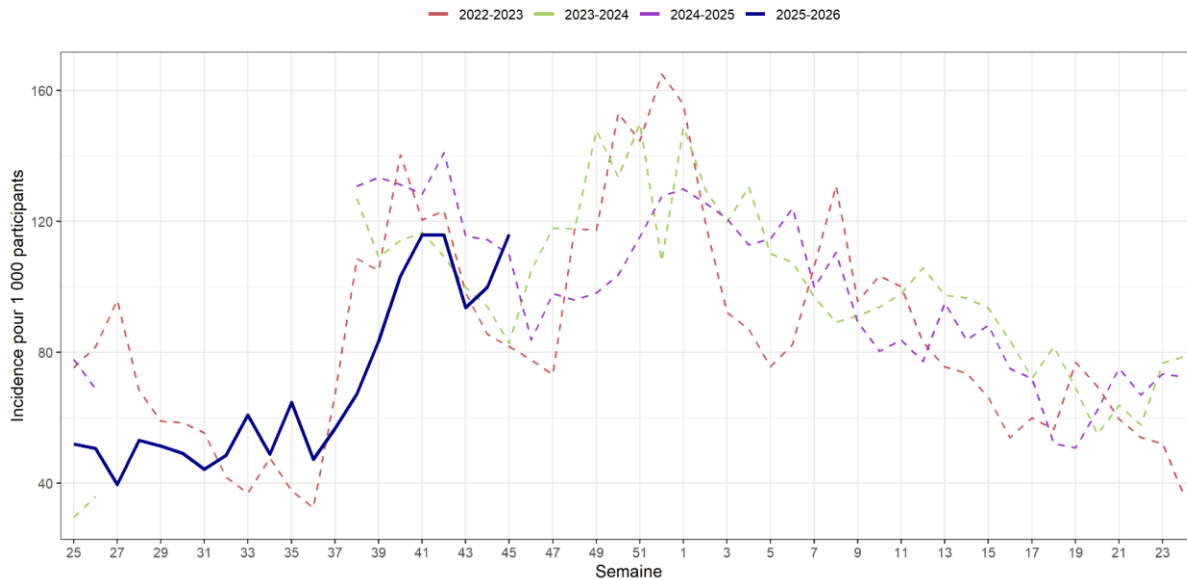
6. SARS-COV-2

6.1 Activité

6.1.1 Suspicion de COVID-19 dans la population générale

L'incidence des participants présentant des symptômes COVID-19 a augmenté à 116 personnes pour 1000 participants.

Ce graphique montre le nombre de participants pour 1.000 personnes présentant des symptômes de type coronavirus sur une période prolongée.



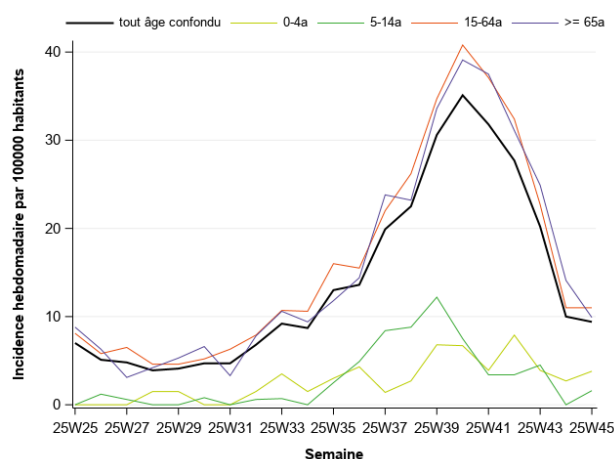
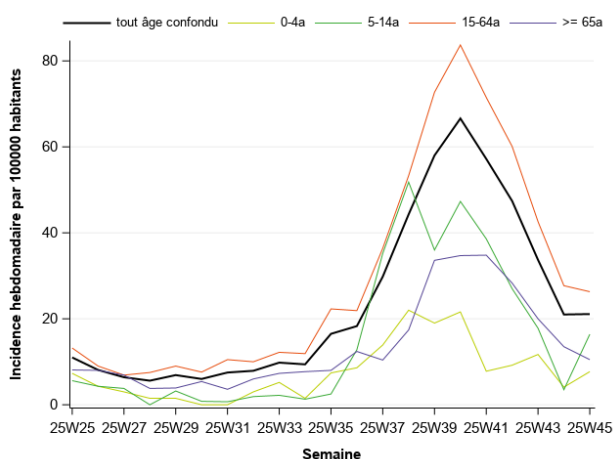
6.1.2 Consultations de médecins généralistes en raison (d'une suspicion) de COVID-19

6.1.2.1 Consultations de médecins généralistes pour (suspicion de) COVID-19 (source : Baromètre des infections en médecine générale)

Au cours de la semaine 45, l'incidence des consultations chez le médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 est restée stable à 21,1 consultations pour 100 000 habitants, tandis que l'incidence des consultations pour COVID-19 confirmée a diminué pour atteindre 9,4 consultations pour 100 000 habitants.

Résultats basés sur 870 – 895 pratiques de médecine générale durant la semaine 45.

Remarque : Un contrôle approfondi de la qualité des données a mis en évidence un problème dans les données précédemment reçues pour la tranche d'âge des 5 à 49 ans. Par conséquent, les graphiques publiés dans le présent rapport diffèrent pour cette tranche d'âge de ceux publiés les semaines précédentes. Nous vous prions de nous excuser pour la confusion que cela a pu causer.



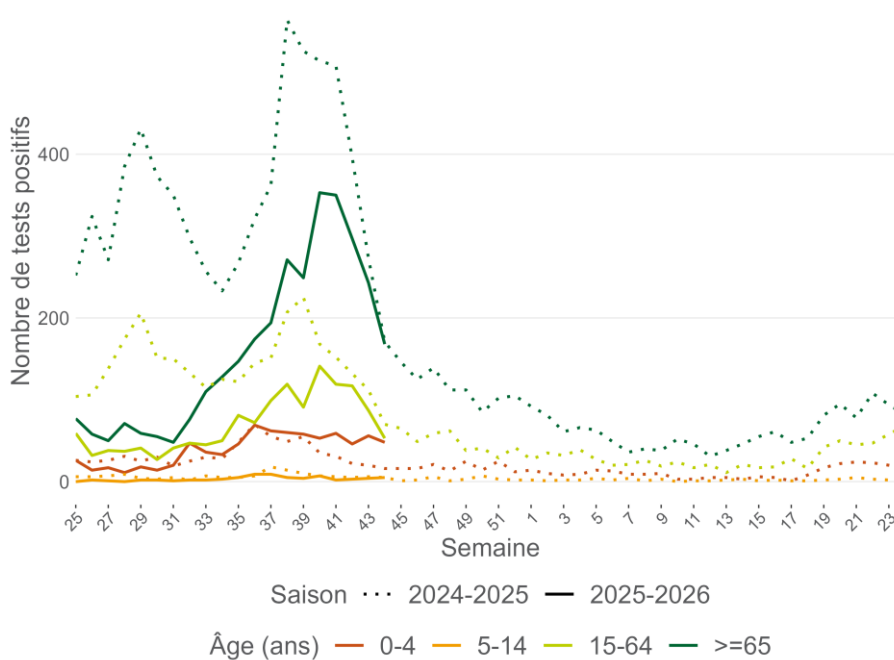
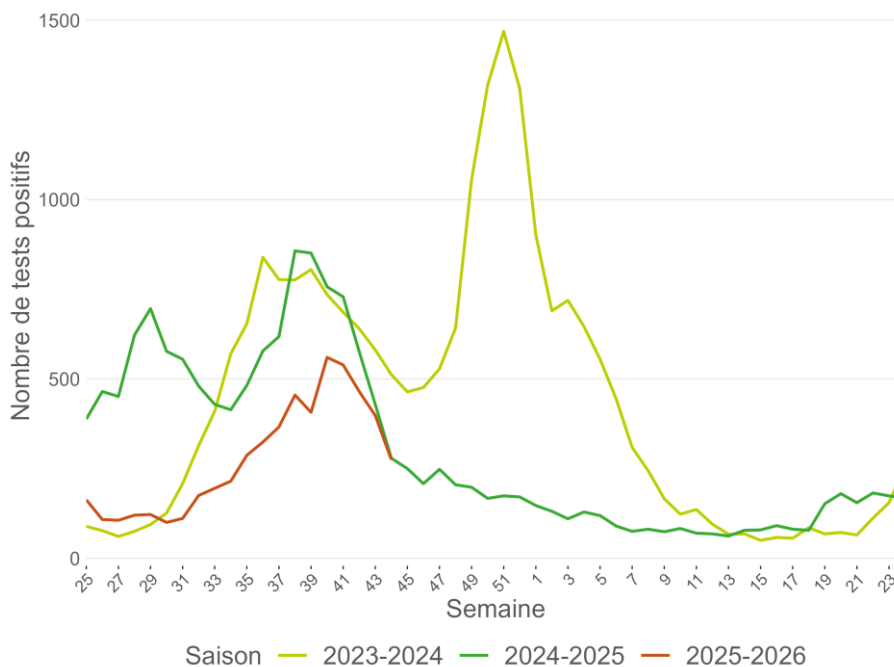
Consultations pour suspicion de COVID-19.

Consultations pour COVID-19 confirmé

Plus d'informations sur <https://www.sciensano.be/fr/projets/barometre-des-infections-des-medecins-generalistes>

6.1.3 Tests de laboratoire confirmés pour le COVID-19

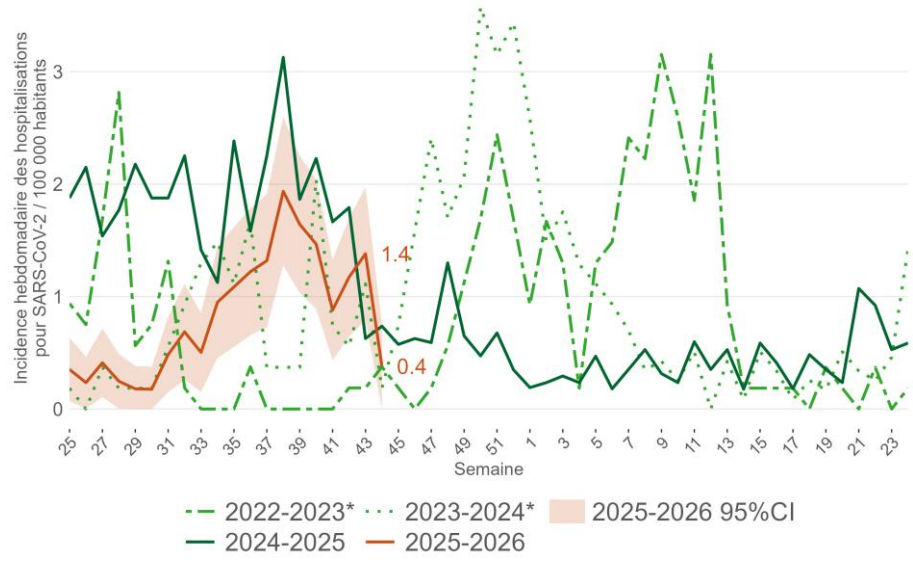
Depuis le 1er mai 2025, le service épidémiologie des maladies infectieuses ne reçoit plus de données sur le nombre de tests et de cas de COVID-19 rapportés via la plateforme healthdata.be. A partir de cette date, le nombre de cas de COVID-19 est suivi sur base du nombre de tests positifs rapportés par les laboratoires vigies du réseau Epilabo.



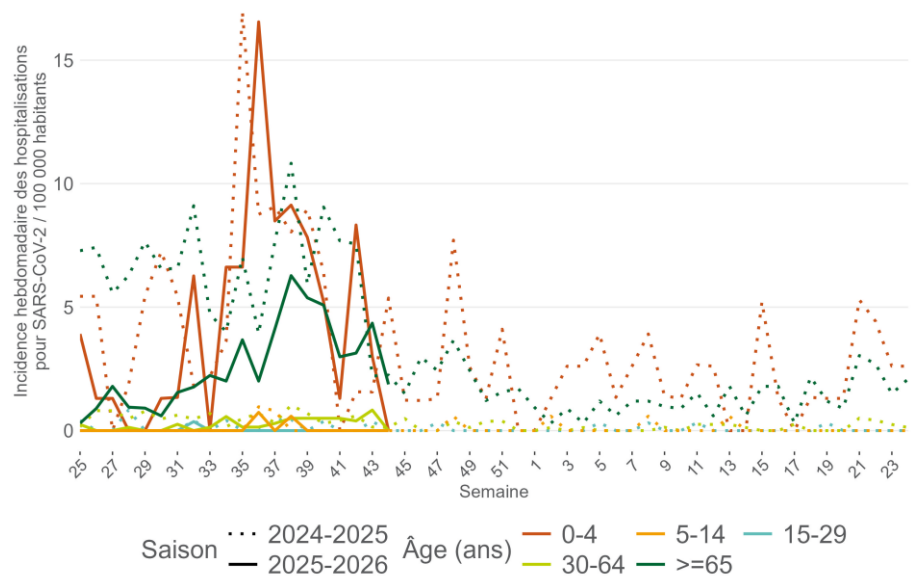
6.2 Sévérité des infections : nouvelles admissions à l'hôpital

L'incidence hebdomadaire des admissions à l'hôpital pour des infections aiguës sévères des voies respiratoires (SARI) causées par le SARS-CoV-2 dans le réseau d'hôpitaux de surveillance est à 0,4 admission pour 100 000 habitants au cours de la semaine 44.

L'incidence pour le groupe d'âge 0-4 des dernières semaines doit être interprétée avec prudence, car elle est calculée sur la base d'un petit nombre d'échantillons positifs.



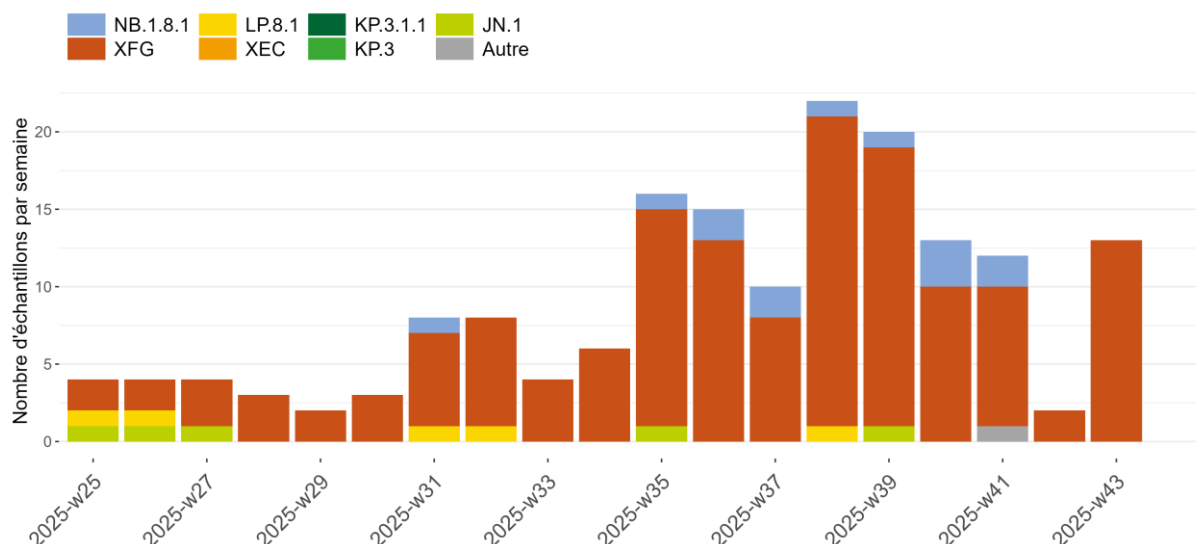
*Les incidences jusqu'en novembre 2023 sont des incidences modélisées (voir annexes pour plus d'informations).



6.3 Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2

Dans le cadre de la surveillance moléculaire, une analyse de séquence est réalisée sur les échantillons SARS-CoV-2 positifs détectés dans le cadre de la surveillance des infections aiguës sévères des voies respiratoires (SARI) par le réseau des hôpitaux vigies. Il est à noter que le nombre total d'échantillons analysés au cours d'une semaine donnée peut être inférieur au nombre total d'admissions à l'hôpital pour SARI causé par le SARS-CoV-2 au cours de la même semaine (voire la section [6.2](#) à ce propos).

Nombre d'échantillons par variant identifié dans le cadre de la surveillance du SARI en Belgique, par date de prélèvement



Le variant JN.1 est un sous-variant de Omicron BA.2.86. Les variants KP.2, KP.3 et LP.8.1 sont des sous-variants de JN.1. Le variant XEC est un recombinant d'un sous-variant de KP.3, c'est-à-dire KP.3.3, avec un autre sous-variant de JN.1, c'est-à-dire KS.1.1. Le variant NB.1.8.1 est un sous-variant de XDV, qui est lui-même issu de plusieurs sous-variants et recombinants d'Omicron BA.2.86, dont XBB et JN.1. Le variant XFG est un recombinant de deux sous-variants de JN.1, c'est-à-dire LF.7 et LP.8.1.2. Le variant KP.3.1.1 est un sous-variant de KP.3. Les catégories présentées comprennent toujours le variant indiqué et tous ses sous-variants, à l'exception des sous-variants qui sont répertoriés dans une catégorie distincte.

Source: Sciensano, réseau des hôpitaux vigies

6.4 Surveillance basée sur les eaux usées

Les derniers résultats mesurés la semaine 45 (03/11/2025), indiquent que :

- Le SARS-CoV-2 est à un niveau bas. Au cours de la vague débutant en août 2025, le variant XFG était dominant.

Plus d’informations sur la méthodologie et l’analyse des résultats peuvent être obtenus dans le [dernier rapport hebdomadaire](#) et sur le [dashboard public](#) de la surveillance du SARS-CoV-2 dans les eaux usées ainsi que dans le document sur la [méthodologie](#), accessibles en ligne sur le site de Sciensano.

Ratio entre SARS-CoV-2 et PMMoV agrégées au niveau national.

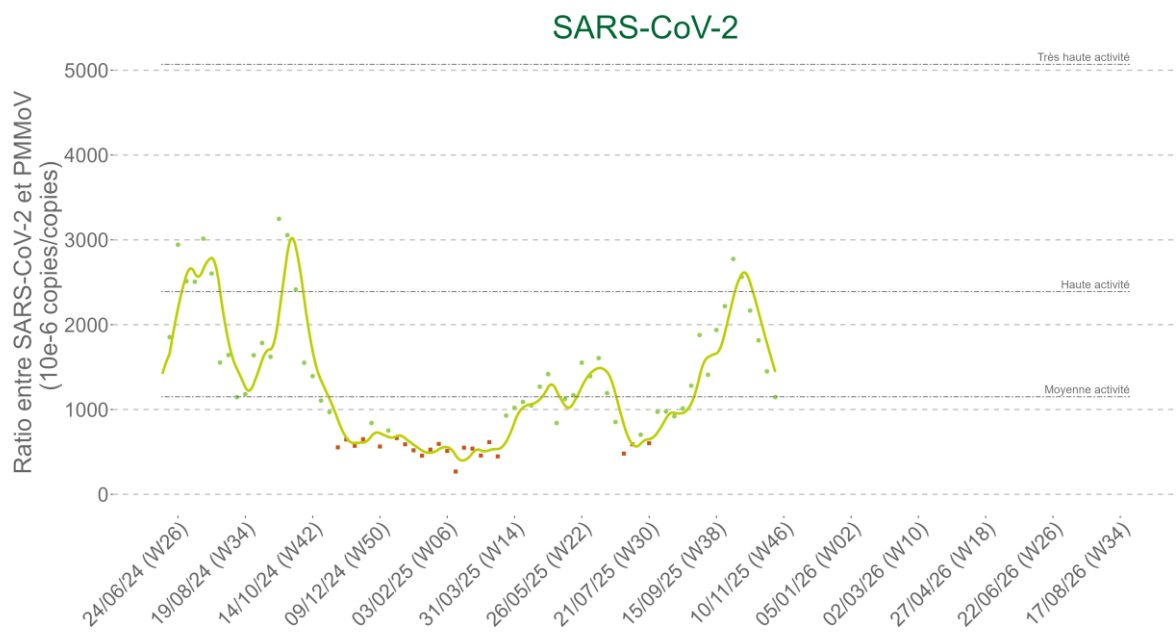


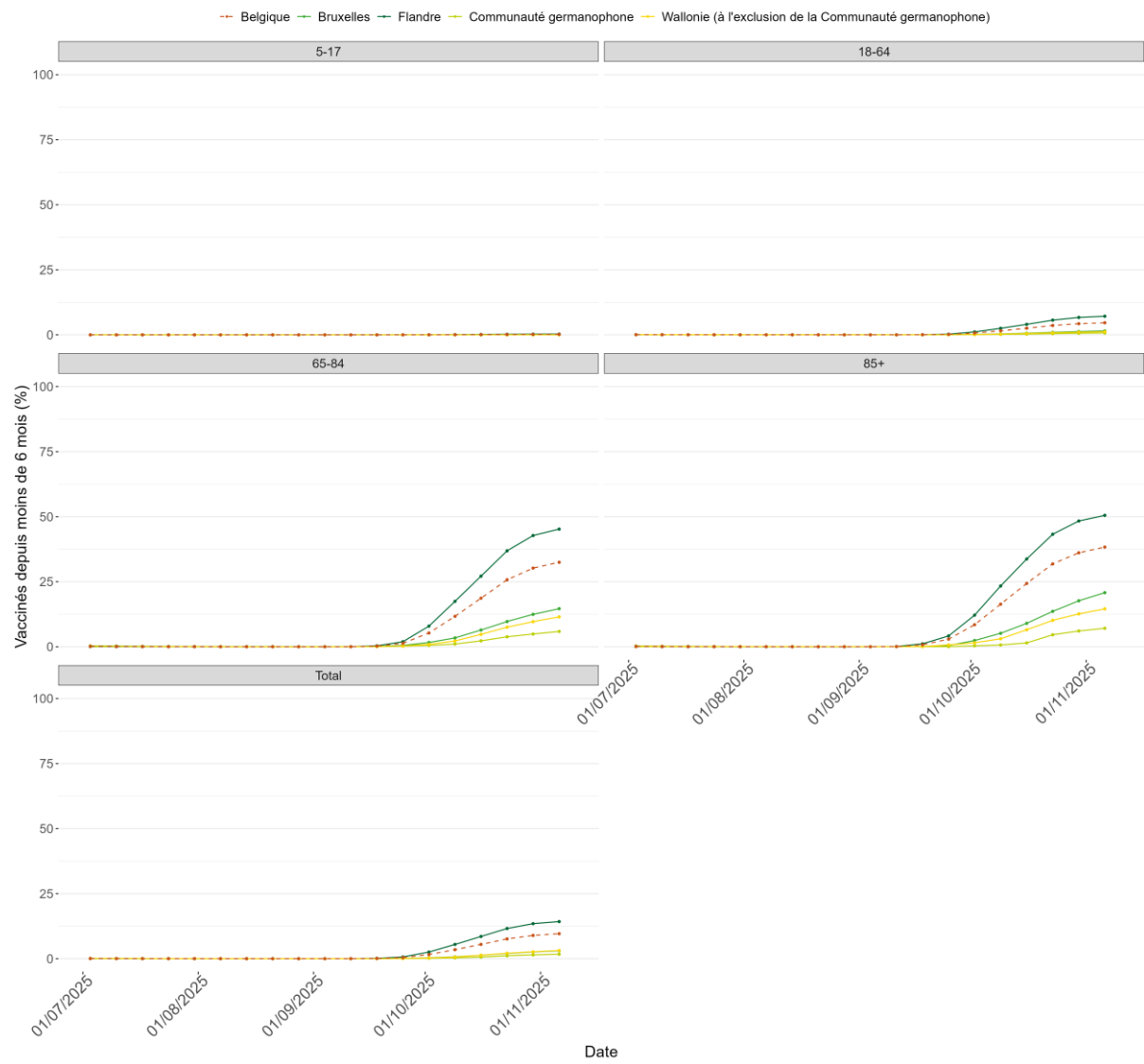
Table • Niveaux d’activité du SARS-CoV-2 à l’échelle nationale au cours des 10 dernières semaines. Les données manquantes sont indiquées par un « / » et les données inférieures à la limite de quantification sont indiquées par « bLOQ ».

Date	Niveau d'activité	Ratio viral moyen (10e-6)	Jours consécutifs d'augmentation
2025-W36	Jaune	1878	17
2025-W37	Jaune	1409	24
2025-W38	Jaune	1937	31
2025-W39	Jaune	2218	38
2025-W40	Orange	2775	45
2025-W41	Orange	2564	52
2025-W42	Jaune	2166	0
2025-W43	Jaune	1815	0
2025-W44	Jaune	1450	0
2025-W45	Vert	1147	0

6.5 Vaccination COVID-19

Au 10 novembre 2025, 1 171 470 doses de vaccin COVID-19 ont été administrées au cours de la dernière campagne de vaccination (débutée en septembre 2025).

Le graphique montre l'évolution du pourcentage de la population en Belgique ayant reçu une dernière dose de vaccin COVID-19, quelle qu'elle soit, au cours des 6 derniers mois par groupe d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone ⁽¹⁾.



⁽¹⁾ Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2025 publiés par STATBEL.

Le tableau ci-dessous présente le **pourcentage de la population qui, au 10 novembre 2025, a reçu une dernière dose de vaccin COVID-19 au cours des 6 derniers mois**. Les informations sont présentées par groupes d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone.

		Population totale ⁽¹⁾	Population âgée de 5-17 ans ^(1,2)	Population âgée de 18-64 ans ^(1,2)	Population âgée de 65-84 ans ^(1,2)	Population âgée de 85 ans et plus ^(1,2)
Dernière dose < de 6 mois	Belgique	9,6%	0,2%	4,7%	32,5%	38,3%
	Bruxelles	3,0%	0,0%	1,5%	14,6%	20,8%
	Flandre	14,3%	0,3%	7,1%	45,2%	50,5%
	Wallonie ⁽³⁾	3,1%	0,0%	1,2%	11,5%	14,6%
	Communauté germanophone	1,7%	0,0%	0,7%	5,9%	7,1%

Le tableau ci-dessous indique par groupes d'âge, pour la Belgique, ses 3 régions et la Communauté germanophone, **le pourcentage de la population qui, au 3 février 2025** (fin de la campagne de vaccination précédente), **a reçu une dose de vaccin au cours des 6 derniers mois**. Ces données sont fournies uniquement à titre indicatif, afin de pouvoir comparer l'évolution de la campagne de vaccination actuelle avec les derniers chiffres de la campagne précédente.

		Population totale ⁽¹⁾	Population âgée de 5-17 ans ^(1,2)	Population âgée de 18-64 ans ^(1,2)	Population âgée de 65-84 ans ^(1,2)	Population âgée de 85 ans et plus ^(1,2)
Dernière dose < de 6 mois au 3 février 2025	Belgique	12,2%	0,2%	6,5%	40,3%	47,8%
	Bruxelles	4,7%	0,1%	2,7%	21,5%	28,5%
	Flandre	17,3%	0,4%	9,5%	53,3%	60,1%
	Wallonie ⁽³⁾	5,4%	0,0%	2,3%	19,3%	24,6%
	Communauté germanophone	2,5%	0,0%	1,1%	8,2%	11,4%

⁽¹⁾ Les dénominateurs utilisés pour ces calculs sont les chiffres de la population belge au 01/01/2025 publiés par STATBEL.

⁽²⁾ Les personnes dont l'âge n'était pas connu ne sont pas incluses dans ces calculs

⁽³⁾ A l'exclusion de la Communauté germanophone

Sciensano a pour rôle de surveiller l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 afin de déterminer quelle part de la population est efficacement protégée, ainsi que d'évaluer l'impact de la vaccination sur le nombre d'hospitalisations ou de décès liés à la COVID-19. Une étude récente menée par Sciensano a examiné le nombre de décès évités grâce à la vaccination contre la COVID-19 en Belgique. Sur la période de janvier 2021 à janvier 2023, ont été estimé près de 13 000 décès évités dans la population belge âgée de 65 ans et plus. L'article complet est disponible [ici](#).

Des informations complémentaires sur la vaccination contre la COVID-19 sont disponibles sur le tableau de bord de Sciensano - Epistat – [Vaccination contre la COVID-19](#).

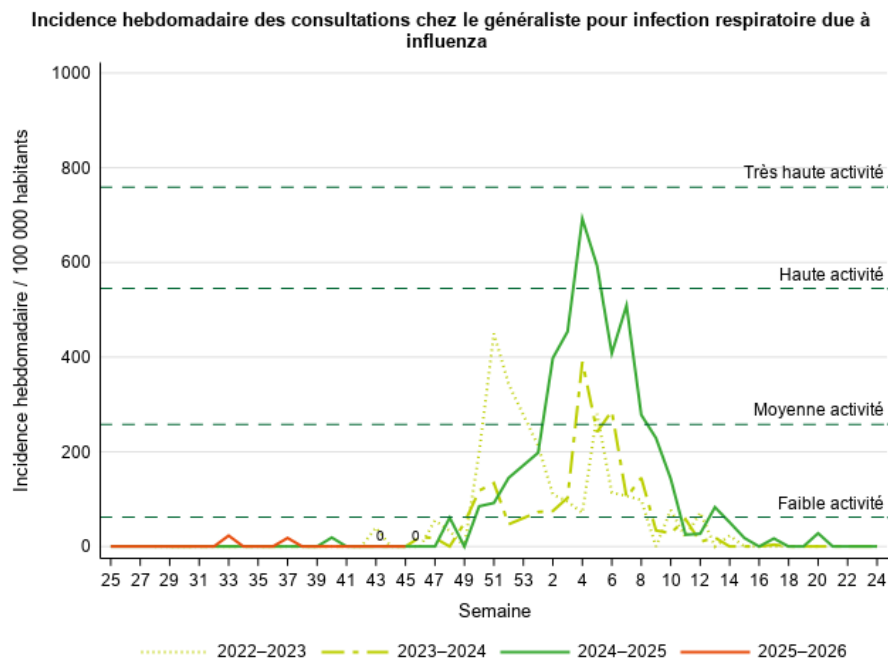
7. INFLUENZA

7.1 Activité

7.1.1 Consultations de médecins généralistes en raison de la grippe

L'incidence des consultations de médecins généralistes pour syndrome grippal (ILI) due à influenza est au niveau de base.

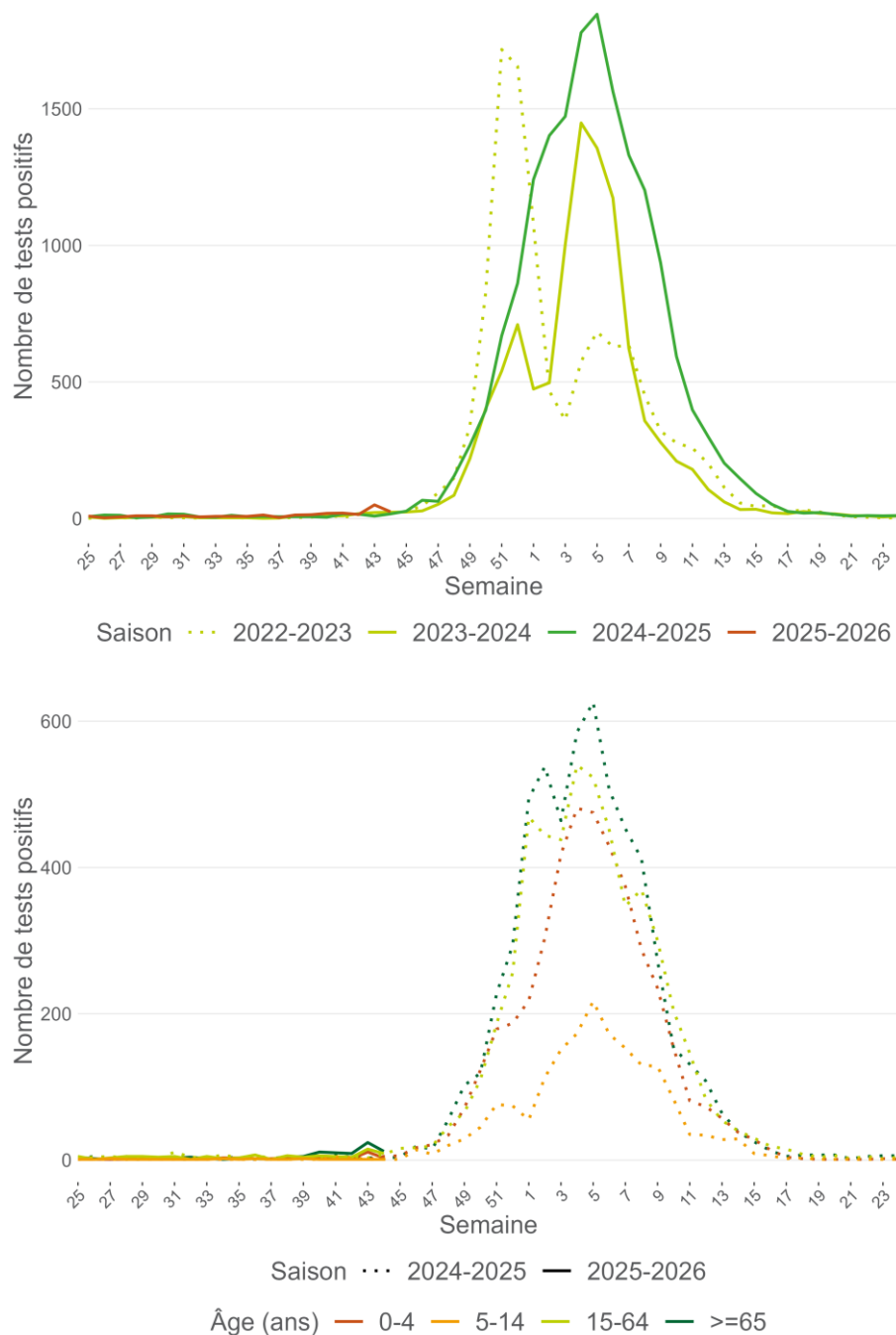
Note : Le nombre de consultations médicales dues à la grippe est basé sur le nombre de consultations pour des symptômes grippaux combiné au pourcentage d'échantillons positifs pour le virus de la grippe.



7.1.2 Tests de laboratoires confirmés pour la grippe

Le nombre d'infections grippales enregistré par le réseau vigie de laboratoire est au niveau de base.

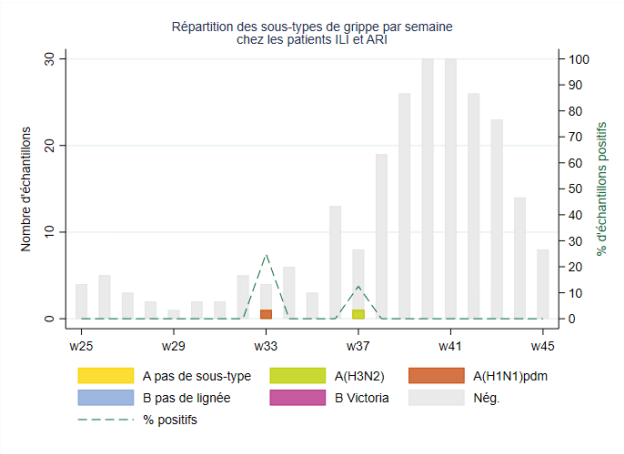
Note : Les critères d'inclusion des laboratoires rapportant la grippe ont été modifiés depuis la semaine 37. Les graphiques à partir de la semaine 38 ne peuvent donc pas être comparés avec ceux des bulletins précédents.



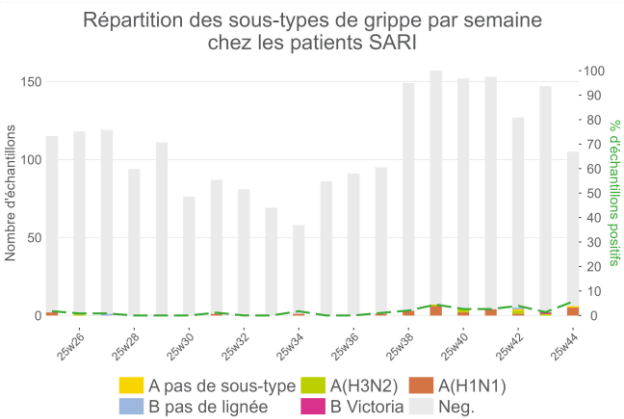
7.1.3 (Sous-)types circulants

Actuellement, très peu de virus grippaux sont détectés dans les systèmes de surveillance.

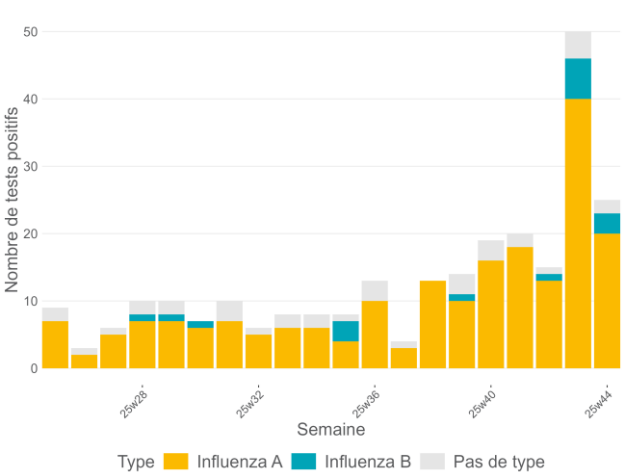
Patients des médecins généralistes avec une infection respiratoire aiguë



Patients hospitalisés pour une infection respiratoire aiguë sévère (SARI, nouvelle définition de cas)

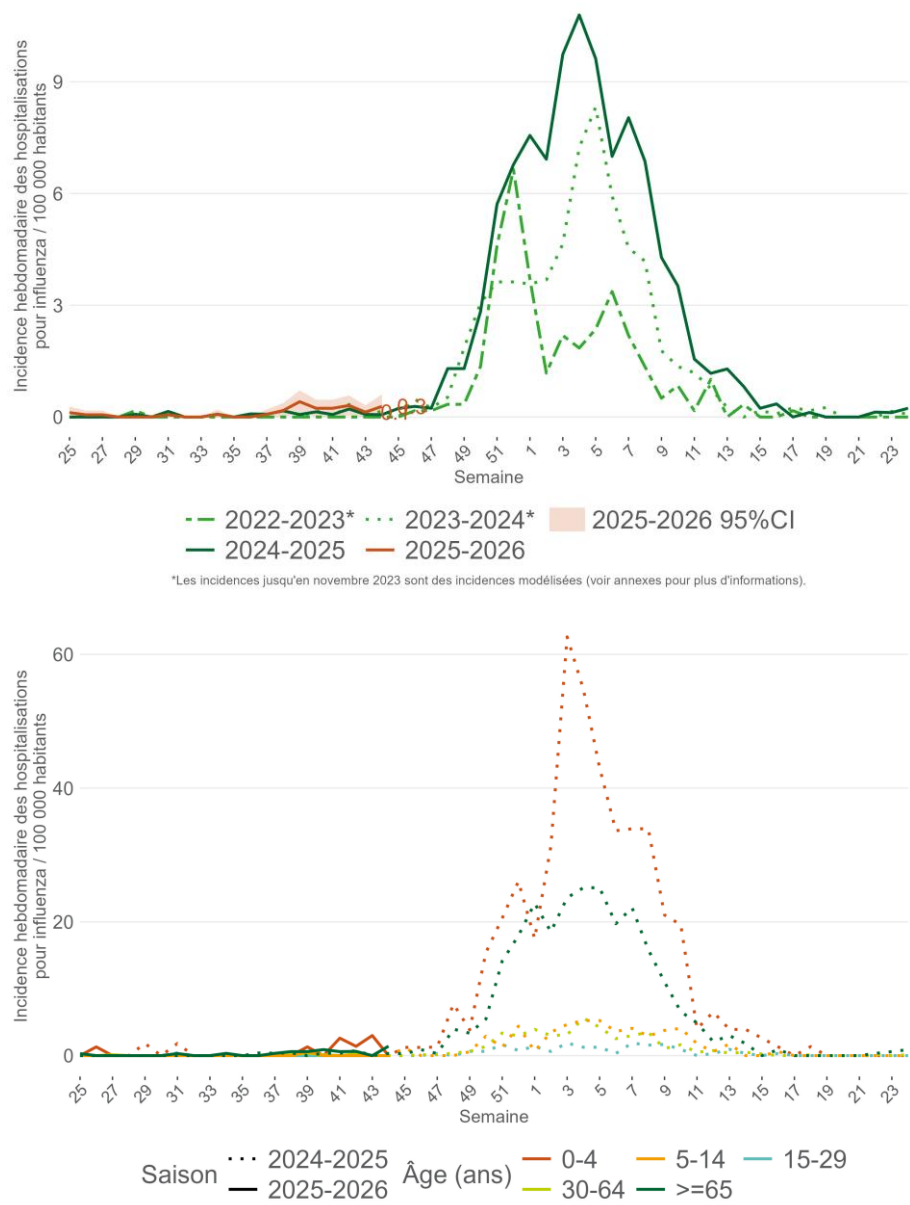


Laboratoires vigies



7.2 Sévérité des infections: nouvelles admissions à l'hôpital

Dans la surveillance SARI (réseaux des hôpitaux), l'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë sévère due à la grippe est au niveau de base.



7.3 Surveillance basée sur les eaux usées

Les derniers résultats mesurés la semaine 45 (03/11/2025), indiquent que :

- La concentration de influenza est à un niveau bas.

Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats peuvent être obtenus dans le [dernier rapport hebdomadaire](#) et sur le [dashboard public](#) de la surveillance dans les eaux usées ainsi que dans le document sur la [méthodologie](#), accessibles en ligne sur le site de Sciensano.

Ratio entre influenza et PMMoV agrégées au niveau national.

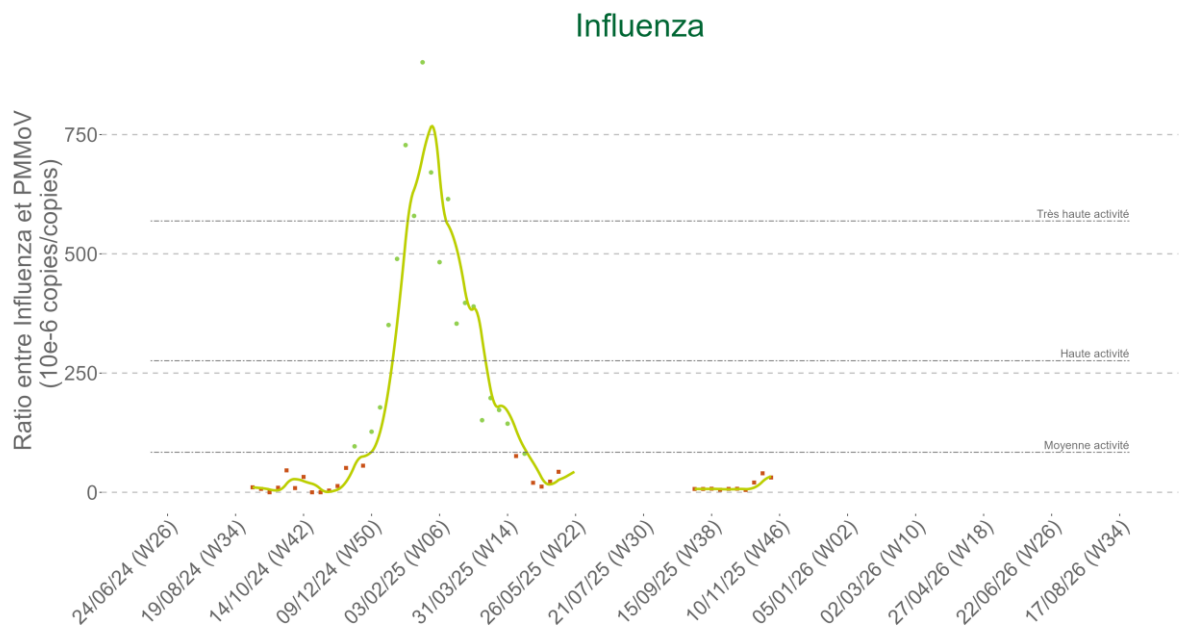
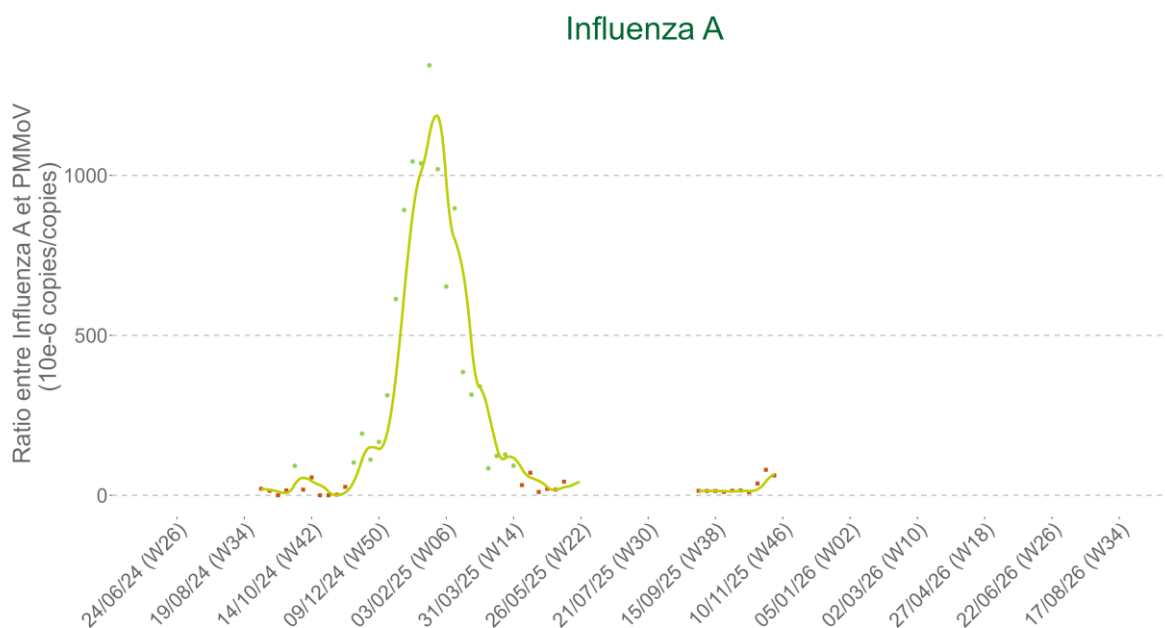


Table • Niveaux d'activité du virus influenza à l'échelle nationale au cours des 10 dernières semaines.
Les données manquantes sont indiquées par un « / » et les données inférieures à la limite de quantification sont indiquées par « bLOQ ».

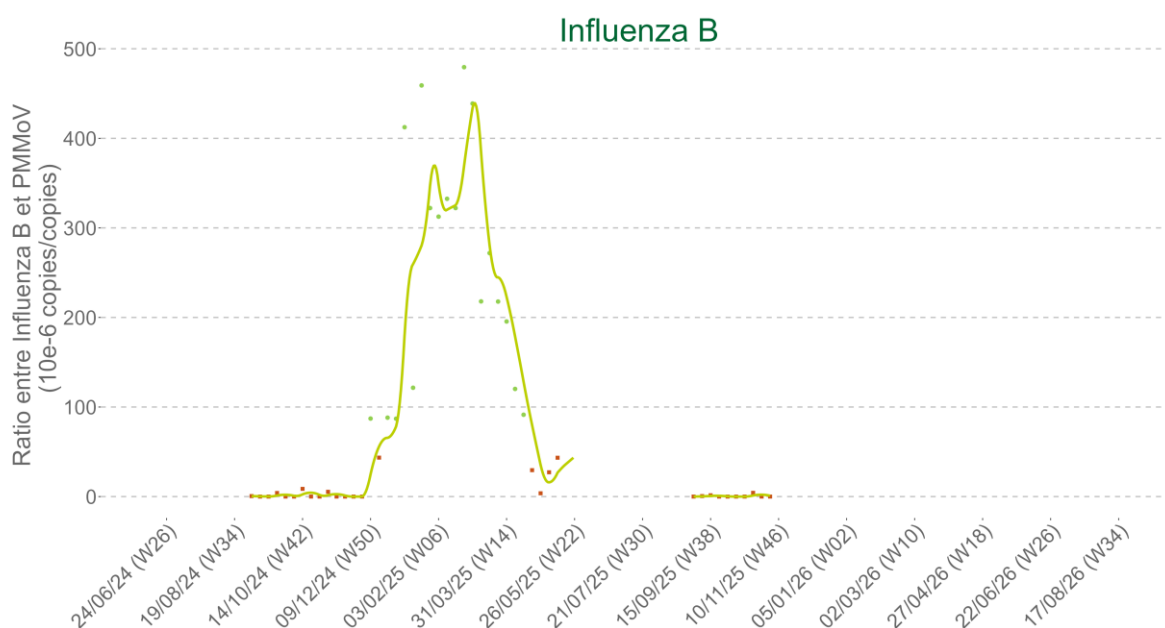
Date	Niveau d'activité	Ratio viral moyen (10e-6)	Jours consécutifs d'augmentation
2025-W36	Vert	bLOQ	
2025-W37	Vert	bLOQ	7
2025-W38	Vert	bLOQ	14
2025-W39	Vert	bLOQ	0
2025-W40	Vert	bLOQ	0
2025-W41	Vert	bLOQ	7
2025-W42	Vert	bLOQ	0
2025-W43	Vert	bLOQ	6
2025-W44	Vert	bLOQ	13
2025-W45	Vert	bLOQ	20

7.3.1 Sous-types en circulation

Ratio entre influenza A et PMMoV agrégées au niveau national.



Ratio entre influenza B et PMMoV agrégées au niveau national.



7.4 Vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe est recommandée pour les personnes à risque et le personnel de santé. Vous pouvez consulter les recommandations nationales en suivant ce [lien](#)

8. RSV

Note:

- Un rapport sur l'impact du Nirsevimab sur les infections pédiatriques au VRS en Belgique en 2024-2025 a été publié récemment. Vous pouvez le consulter via ce [lien](#).
- La saison de RSV a débuté le 01 octobre, suivant la définition proposée par Sciensano et consultable via ce [lien](#). (Remarque : la définition de la saison n'est pas liée au nombre de cas observés. Il ne s'agit pas du début de l'épidémie).

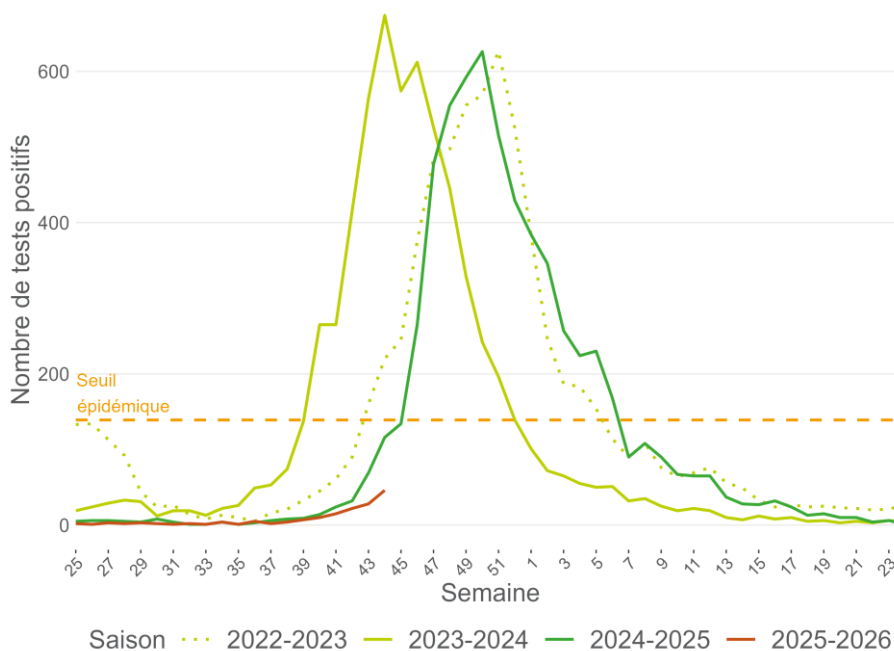
8.1 Activité

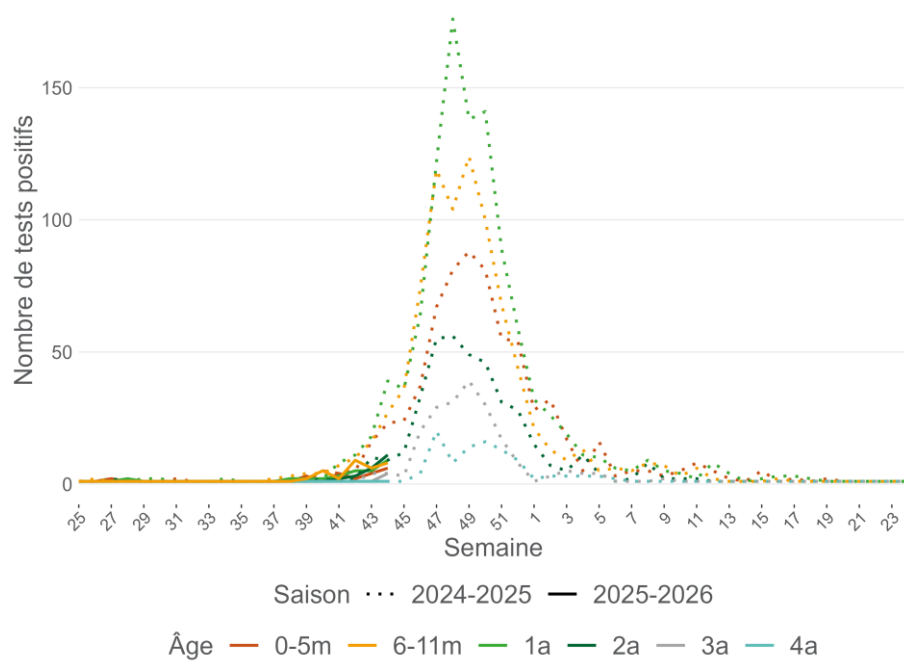
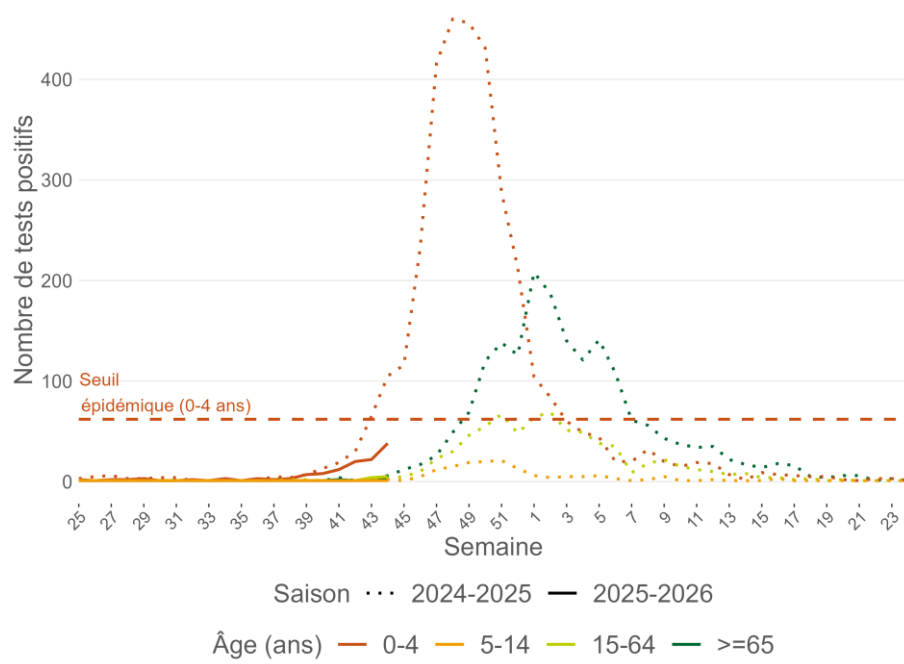
8.1.1 Tests de laboratoires pour le RSV

Le nombre de tests de laboratoire positifs pour le RSV est au niveau de base.

Note :

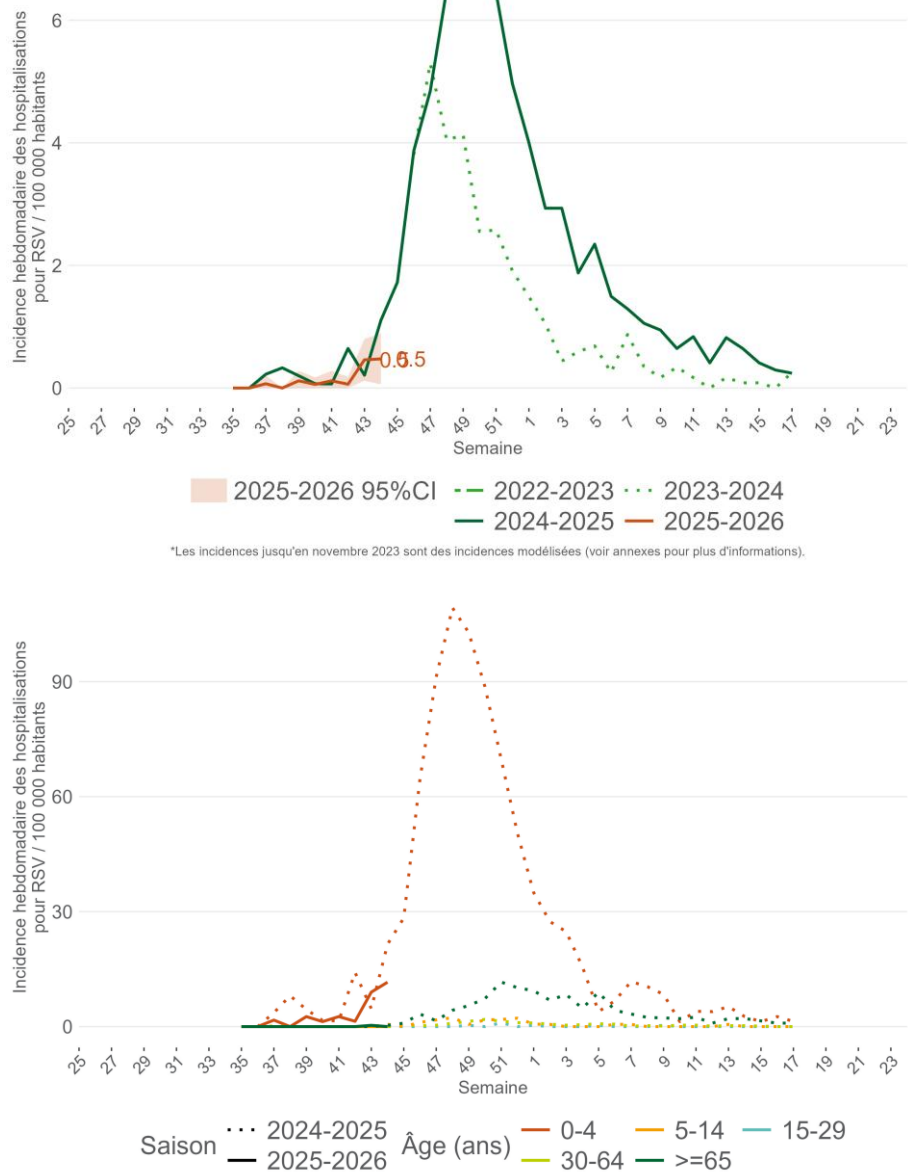
- Les critères d'inclusion des laboratoires rapportant le RSV ont été modifiés depuis la semaine 37. Les graphiques à partir de la semaine 38 ne peuvent donc pas être comparés avec ceux des bulletins précédents.
- Le seuil épidémique tout âge confondu est fixé à 139 cas par semaine. Pour les enfants de moins de 5 ans, le seuil épidémique est fixé à 62 cas par semaine.





8.2 Sévérité des infections : nouvelles admissions à l'hôpital (SARI)

Dans la surveillance SARI (réseaux des hôpitaux), l'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë sévère due à RSV est au niveau de base.



8.3 Surveillance basée sur les eaux usées

Les derniers résultats mesurés la semaine 45 (03/11/2025), indiquent que :

- La concentration de RSV est à un niveau bas.

Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats peuvent être obtenus dans le [dernier rapport hebdomadaire](#) et sur le [dashboard public](#) de la surveillance dans les eaux usées ainsi que dans le document sur la [méthodologie](#), accessibles en ligne sur le site de Sciensano.

Ratio entre RSV et PMMoV agrégées au niveau national.

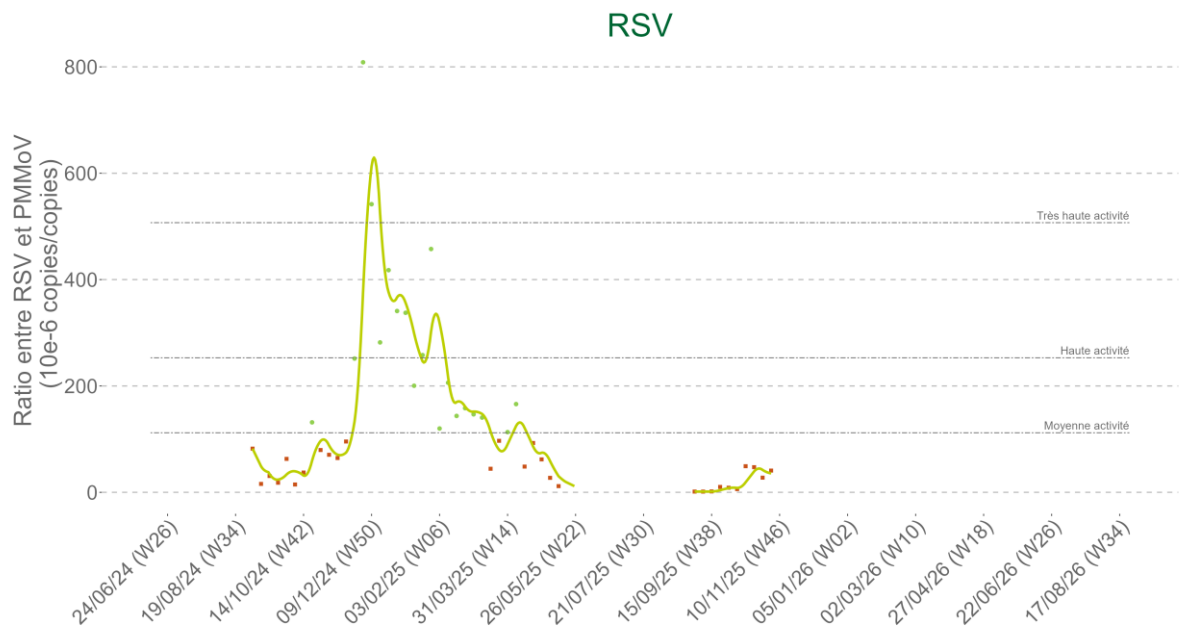
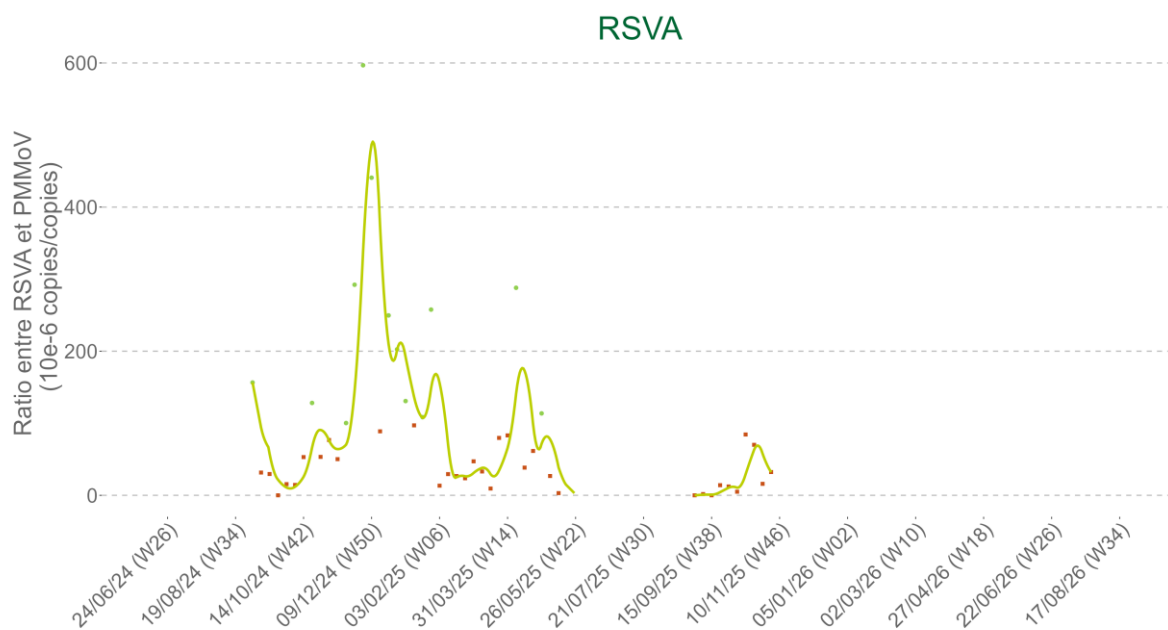


Table • Niveaux d'activité du RSV à l'échelle nationale au cours des 10 dernières semaines. Les données manquantes sont indiquées par un « / » et les données inférieures à la limite de quantification sont indiquées par « bLOQ ».

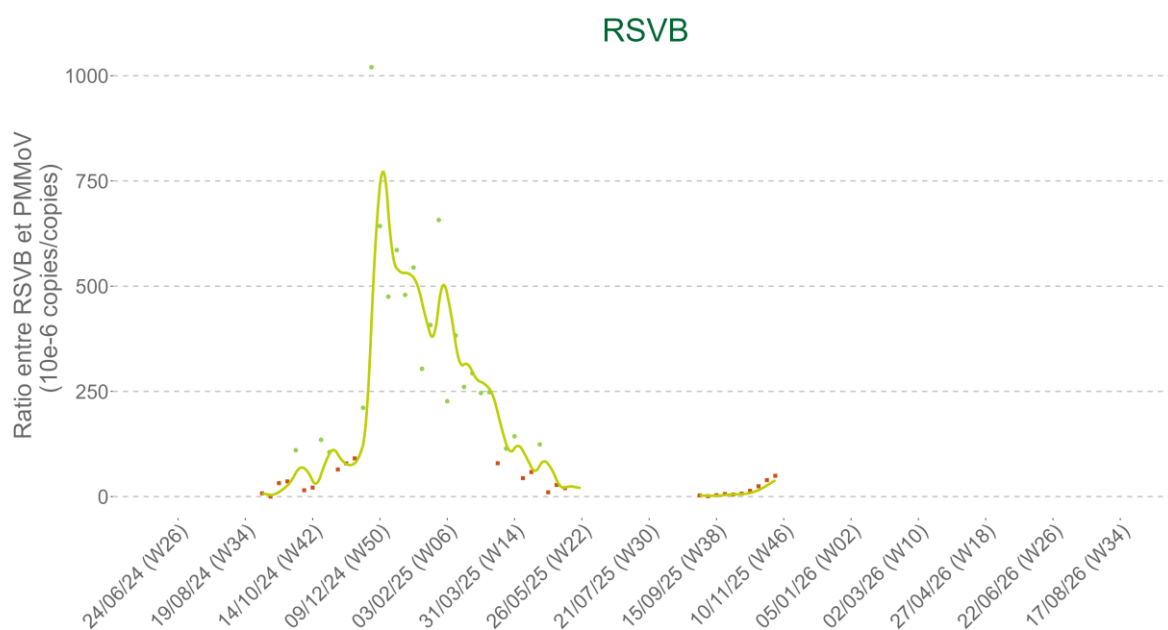
Date	Niveau d'activité	Ratio viral moyen (10e-6)	Jours consécutifs d'augmentation
2025-W36	Vert	bLOQ	
2025-W37	Vert	bLOQ	0
2025-W38	Vert	bLOQ	7
2025-W39	Vert	bLOQ	14
2025-W40	Vert	bLOQ	21
2025-W41	Vert	bLOQ	0
2025-W42	Vert	bLOQ	7
2025-W43	Vert	bLOQ	14
2025-W44	Vert	bLOQ	0
2025-W45	Vert	bLOQ	0

8.3.1 Sous-types en circulation

Ratio entre RSVA et PMMoV agrégées au niveau national.



Ratio entre RSVB et PMMoV agrégées au niveau national.

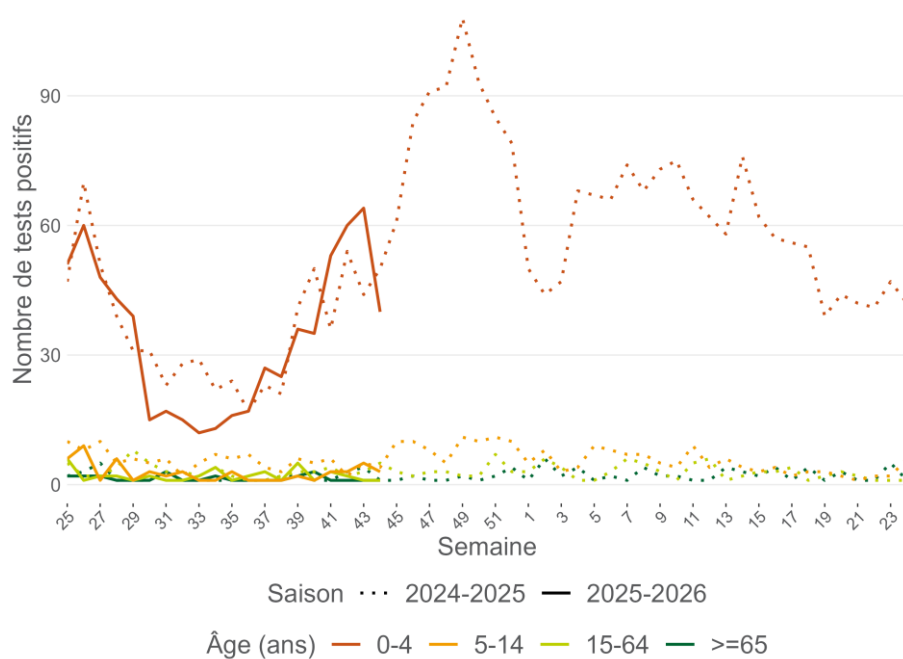
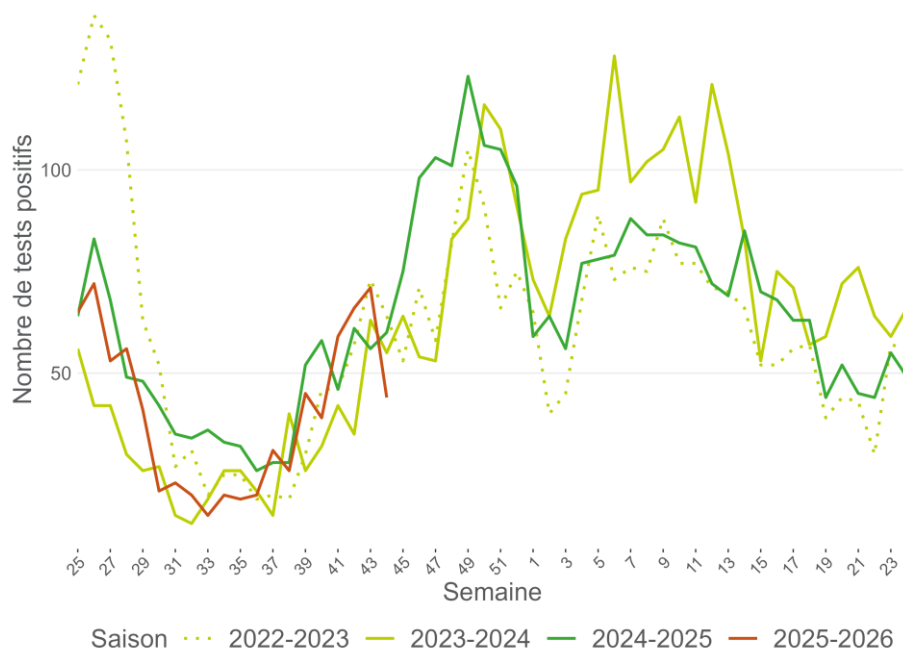


9. ADENOVIRUS

9.1 Activité

9.1.1 Tests de laboratoire confirmés pour adénovirus

Le nombre hebdomadaire d'infections par l'adénovirus rapporté par le réseau des laboratoires vigies a diminué.

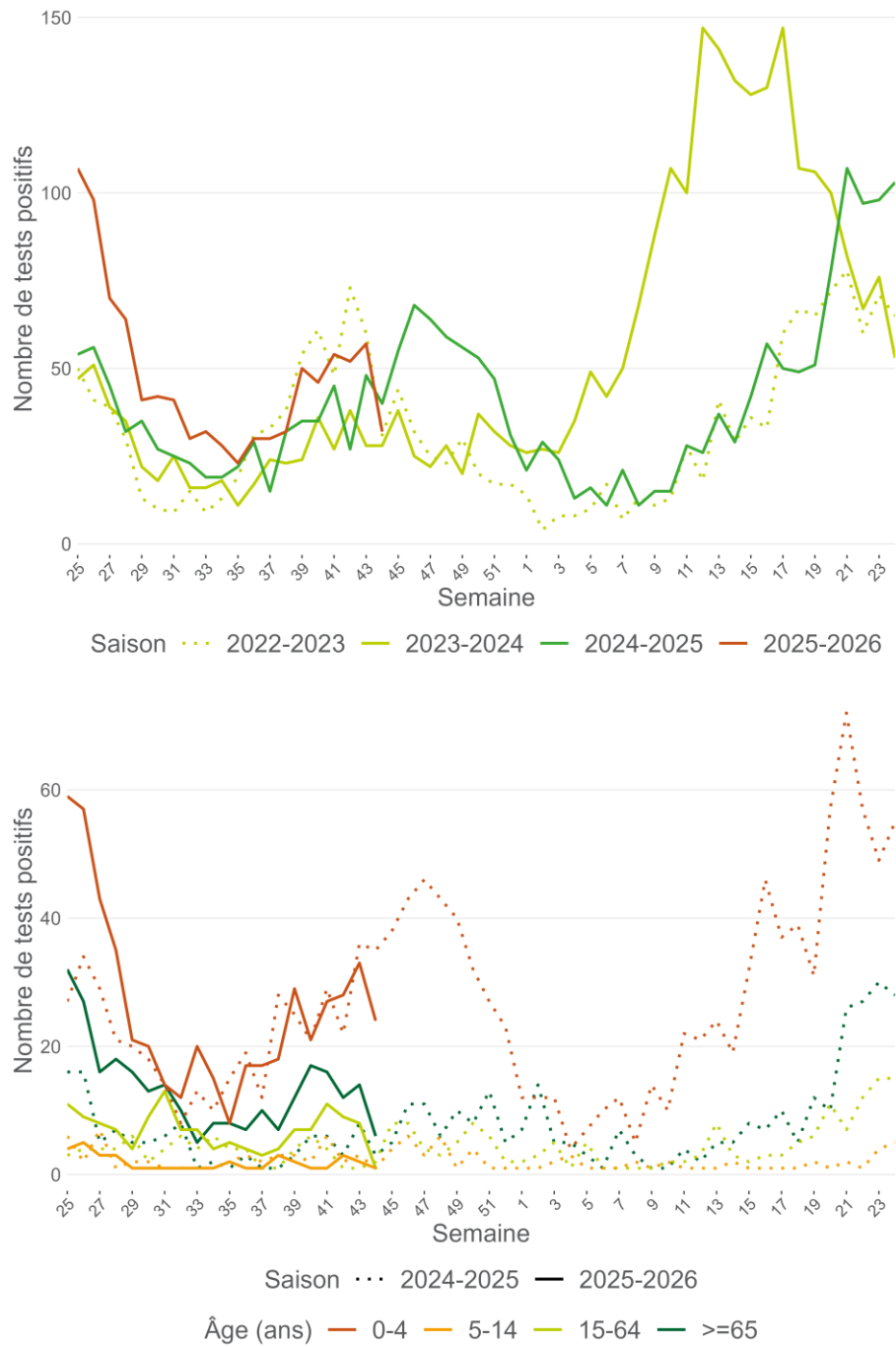


10. PARAINFLUENZAVIRUS

10.1 Activité

10.1.1 Tests de laboratoires confirmés pour parainfluenzavirus

Le nombre hebdomadaire d'infections par le parainfluenzavirus rapporté par le réseau des laboratoires vigies a diminué.

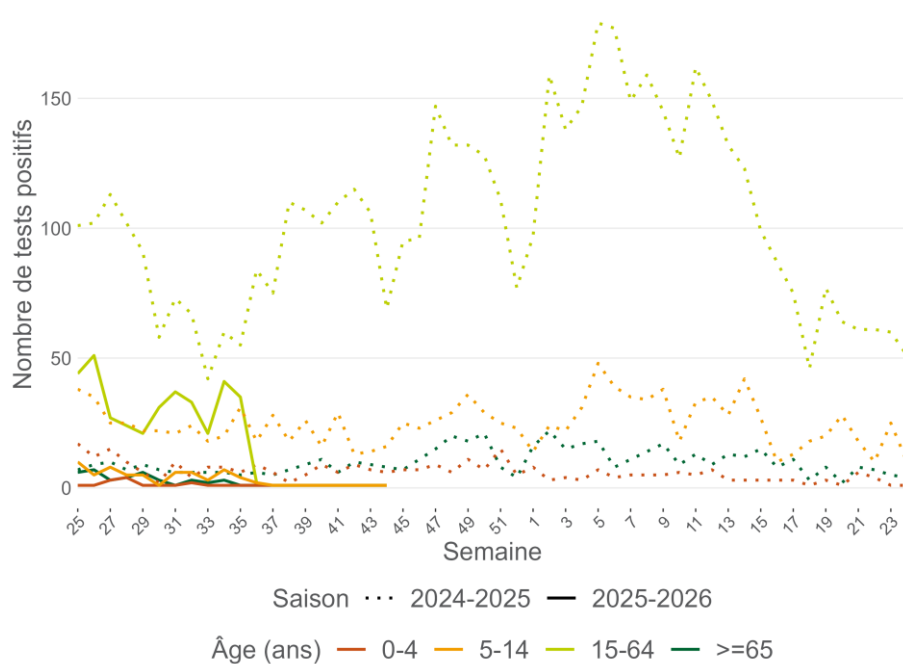
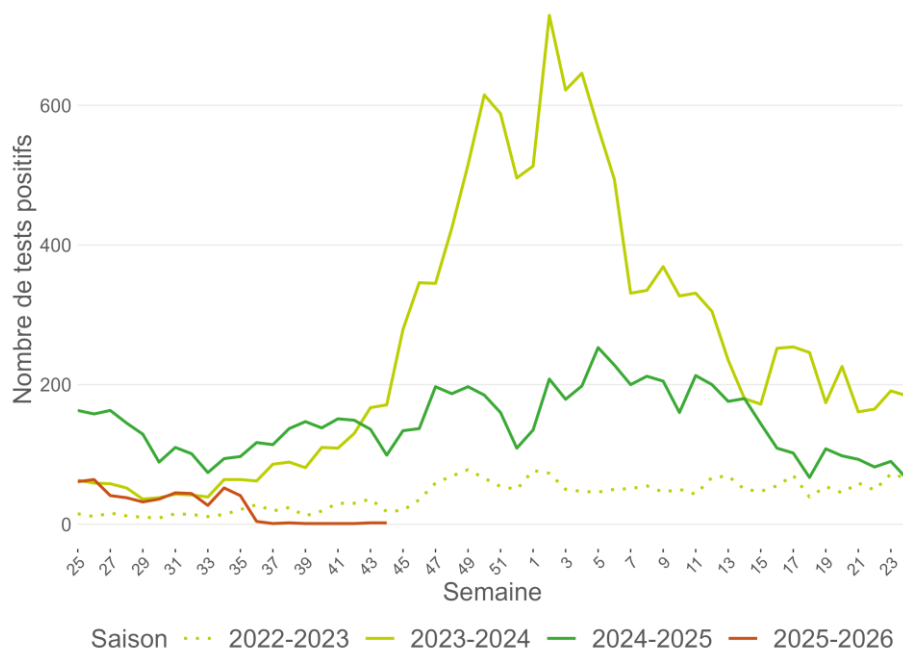


11. MYCOPLASMA PNEUMONIAE

11.1 Activité

11.1.1 Tests de laboratoire confirmés pour *Mycoplasma pneumoniae*

Le nombre d'infections par *Mycoplasma pneumoniae* rapporté par le réseau des laboratoires vigies est bas.

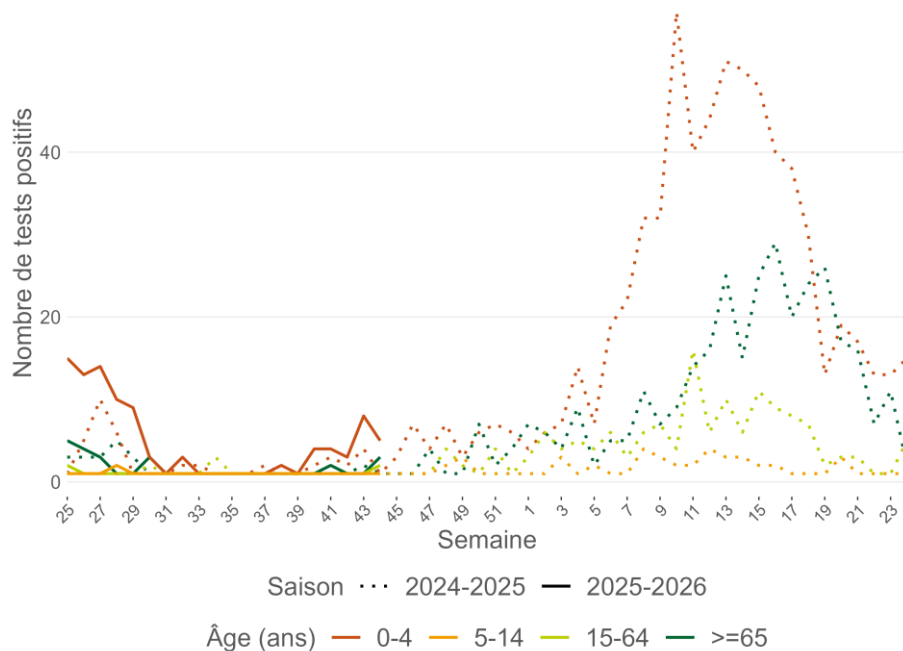
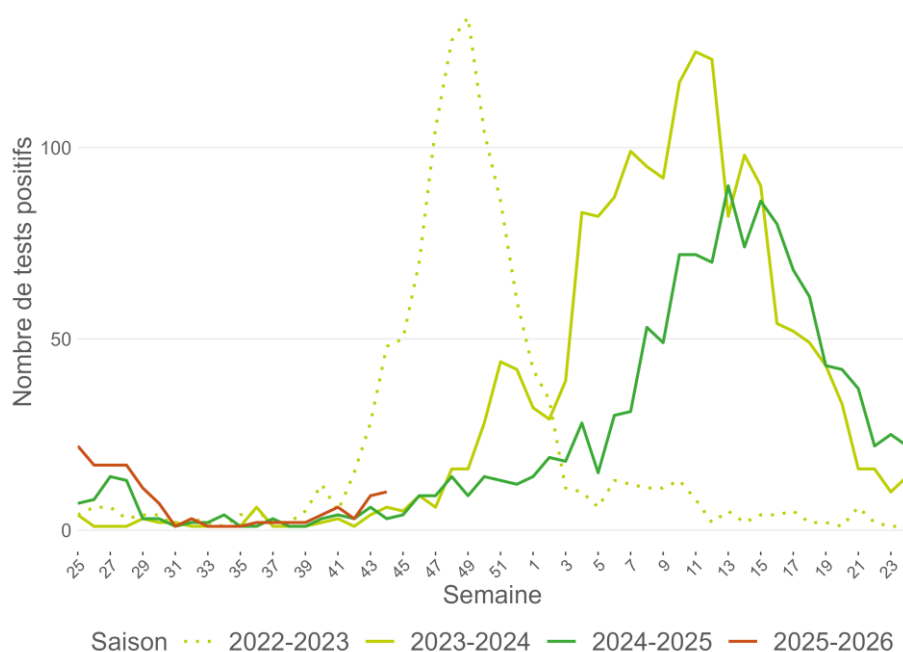


12. HUMAN METAPNEUMOVIRUS

12.1 Activité

12.1.1 Tests de laboratoire confirmés pour human meta-pneumovirus

Le nombre d'infections par *hmpv* rapporté par le réseau des laboratoires vigies a légèrement augmenté, mais reste bas.



ANNEXE: SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODES

Calcul des seuils pour le Respi-radar

Pour la surveillance des médecins généralistes, nous utilisons les seuils fournis par l'ECDC, calculés avec la méthode MEM (Moving Epidemic Method).

Pour les autres surveillances, nous utilisons un modèle HMM (hidden Markov model) pour catégoriser chaque semaine des dernières saisons dans un état parmi trois possibles. Nous considérons les semaines dans l'état présentant les incidences les plus élevées comme épidémiques. Les seuils pour une activité faible, modérée et élevée correspondent aux 5e, 70e et 99e percentiles des incidences dans l'état épidémique.

CNR Pathogènes respiratoires

Le laboratoire influenza de Sciensano est actif depuis 1977, et a été officiellement reconnu comme Centre National de Référence (CNR) pour l'Influenza en 2010. À partir du 01.01.2025, les anciens CNR pour l'influenza et [CNR Pathogènes respiratoires](#) ont été fusionnés en un grand CNR Pathogènes respiratoires.

Le CNR des pathogènes respiratoires teste des échantillons cliniques collectés d'une part dans le cadre de la surveillance des syndromes grippaux, par le réseau de médecins généralistes vigies et de la surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (SARI) par un réseau d'hôpitaux vigies, et d'autre part, il teste des échantillons prélevés en dehors du contexte d'une surveillance.

Réseau des médecins vigies

Le [réseau national des médecins vigies](#) enregistre et communique des informations sur les maladies infectieuses et non infectieuses depuis 1979.

Chaque semaine, les médecins vigies enregistrent le nombre de consultations pour des problèmes de grippe et des infections aiguës des voies respiratoires. Ils prélèvent également des échantillons respiratoires sur un échantillon de leurs patients, qui sont analysés et typés par le CNR (Centre national de référence) Influenza.

À partir du 29 juin 2020, les médecins vigies ont enregistré également les résultats des tests de dépistage du SARS-CoV-2 sur un échantillon de leurs patients.

Réseau des hôpitaux vigies

Le réseau existe depuis 2012. Neuf hôpitaux généraux (6 jusqu'en 2024) participent à la [surveillance belge des infections respiratoires aiguës sévères \(SARI\)](#). Le réseau couvre des patients de toutes les provinces belges et sont tous des hôpitaux à forte activité de soins intensifs. Tous les services hospitaliers de ces hôpitaux participent à la surveillance. Depuis la semaine 46 de 2023, une admission pour SARI est définie comme :

- Une hospitalisation d'au moins 24 heures,
- pour au moins 2 des signes suivants d'infection des voies respiratoires :
 - fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (mesurée à l'hôpital) ou antécédents de fièvre,
 - toux,
 - signes de détresse respiratoire (y compris, mais sans s'y limiter, la dyspnée),
 - auscultation anormale des poumons
 - chez les enfants : apnée ou cyanose
- survenus soudainement (dans les 10 derniers jours précédant l'admission),
- les infections nosocomiales étant exclues.

Pour certains indicateurs, l'incidence qui aurait été obtenue avec cette définition de cas a été estimée au cours des saisons 2021-2022 et 2022-2023 (jusqu'à la semaine 45) à l'aide d'une régression linéaire. Ce modèle a été créé sur la base des données les plus récentes (à partir de la semaine 46 de 2023), où il décrivait la relation entre l'incidence avec les deux définitions de cas de façon satisfaisante.

Pour chaque admission SARI à l'hôpital, les hôpitaux suivent les patients tout au long de leur séjour et enregistrent divers paramètres. Les informations recueillies comprennent les caractéristiques démographiques, les symptômes, les facteurs de risque et les comorbidités, le statut vaccinal, le traitement, la gravité et l'issue de la maladie. Outre l'enregistrement des données cliniques, un échantillon est également prélevé dans la gorge et/ou le nez de chaque patient au moyen d'un écouvillon. L'échantillon est testé pour les virus respiratoires par le laboratoire de Sciensano du [Centre National de Référence pour la grippe](#).

Réseau des laboratoires vigies

Depuis 1983, le service d'épidémiologie de Sciensano, chargé de la surveillance des maladies infectieuses, coordonne un réseau de laboratoires microbiologiques appelés laboratoires vigies. Les données recueillies par ce réseau constituent les informations de base permettant de décrire l'épidémiologie des maladies infectieuses en Belgique et dans ses régions.

Réseau sentinelle des maison de repos et de soins

Dans le réseau sentinelle des maison de repos et (de soins) (MR/MRS), nous visons une sélection d'institutions géographiquement représentatifs de la population belge des MR/MRS. Ce réseau de surveillance est actif depuis la saison grippale 2022-2023.

Les MR/MRS rapportent chaque semaine le nombre de résidents présentant des symptômes de grippe et le nombre d'admissions à l'hôpital et de décès parmi ces résidents. Pendant la période d'activité grippale accrue, des échantillons des voies respiratoires sont également prélevés sur une partie des résidents. Ces échantillons sont analysés par le CNR de la grippe.

Infectieradar.be

Infectieradar.be fait partie d'Influenzanet, un partenariat européen entre diverses universités et autorités publiques. La plateforme de surveillance de la Belgique est active depuis le 29 mars 2021.

L'objectif d'Influenzanet est de cartographier et de surveiller les symptômes des infections, telles que la COVID-19, et de la grippe, et ce, auprès de citoyens européens. Toutes les personnes qui résident en Belgique et qui ont accès à Internet peuvent participer à Infectieradar.be, sur une base volontaire, et pour la durée qu'elles souhaitent. Vous pouvez participer en vous inscrivant sur Infectieradar.be au moyen d'une adresse électronique et d'un mot de passe personnel. Les personnes qui se sont inscrites comme participant à Infectieradar.be transmettent une fois par semaine à Infectieradar.be si elles ont développé de la fièvre ou d'autres plaintes au cours de la semaine écoulée. Ces données nous permettent de suivre l'évolution des plaintes en matière de santé en Belgique et leur développement au fil du temps.



Surveillance Be-MOMO

La surveillance Be-MOMO ([Epistat](#)) est active depuis début 2004. Elle est chargée de la surveillance la mortalité toutes causes confondues en Belgique, aux niveaux national et régional.

Réalisée sur une base hebdomadaire, elle peut détecter et quantifier en temps quasi réel la mortalité inhabituelle pouvant résulter d'épidémies comme la grippe, ou de conditions météorologiques ou environnementales extrêmes telles que les vagues de froid ou de chaleur, les pics d'ozone ou les pics de particules fines.

Surveillance Be-MOMO en maisons de repos (et de soins)

La collaboration entre l'équipe Be-MOMO de Sciensano et Statbel pendant la pandémie de COVID-19 a donné naissance à l'idée de Be-MOMO en MR/MRS ([page project](#)). Chaque semaine, Statbel identifie les résidents de MR/MRS dans les données de mortalité toutes causes confondues et envoie les données nécessaires à Sciensano. S'appuyant sur le cadre établi par Be-MOMO, le projet Be-MOMO en MR/MRS en 2024 vise à étendre et à affiner le suivi de la mortalité en se concentrant spécifiquement sur la population des MR/MRS et en la comparant au reste de la population. En outre, Be-MOMO en MR/MRS permet une surveillance durable et efficace de la surmortalité sans surcharger les MR/MRS ou les autorités sanitaires régionales.

Baromètre des infections en médecine générale

Le Baromètre des infections en médecine générale, une extension du Baromètre COVID-19 des médecins généralistes, est un nouveau système de surveillance syndromique qui extrait automatiquement des données agrégées à partir des dossiers électroniques des patients (en utilisant le système de codage ICPC-2), garantissant ainsi une charge de déclaration minimale pour les cabinets de médecine générale. Il fournit des données en temps réel sur 50 diagnostics infectieux, y compris les infections respiratoires aiguës, les infections gastro-intestinales, les maladies évitables par la vaccination, la gale et l'impétigo, répartis en 10 groupes d'âge. La collecte des données a débuté le 16/10/2024 et inclut actuellement plus de 1 370 cabinets de médecins généralistes répartis dans les 43 districts de Belgique. Seules les données provenant des cabinets ayant codé au moins 70 % de leurs diagnostics quotidiens sont prises en compte pour l'analyse. Le système de surveillance est géré par Sciensano.

Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2

La surveillance moléculaire du SARS-CoV-2 a pour but de suivre l'évolution de la diversité génétique du virus SARS-CoV-2, sur la base de l'analyse de la séquence du génome viral complet. La surveillance moléculaire de base est basée sur un échantillonnage de tous les échantillons positifs à la PCR en Belgique, sur lequel une analyse de séquence est effectuée par les laboratoires du plateforme d'analyse du génome.

La surveillance moléculaire sentinelle est basée sur l'analyse du génome des échantillons positifs à SARS-CoV-2 détectés dans le cadre de la surveillance des infections aiguës sévères des voies respiratoires (SARI) au sein du réseau d'hôpitaux vigies (section Réseau des hôpitaux vigies de cette annexe).

Absences au travail pour cause de maladies

L'administration de l'expertise médicale (MEDEX) est responsable du contrôle de la santé du personnel des services publics fédéraux. Le réseau compte 13 centres régionaux où les examens médicaux sont réalisés. Ce contrôle permet ainsi de mesurer les conséquences des maladies, des accidents du travail ou d'autres types d'absence chez les fonctionnaires du gouvernement belge (base de données MEDEX, n = 80 529 le 1er janvier 2022). Les données MEDEX des absences journalières des fonctionnaires par maladie sont utilisées pour la surveillance des infections respiratoires, car elles peuvent être considérées comme un indicateur de celles-ci sur la population active.

Surveillance dans les eaux usées

En Belgique, la surveillance des eaux usées permet de suivre la circulation de trois virus respiratoires d'importance pour la santé publique. Le programme de surveillance a débuté à la mi-septembre 2020 avec le SARS-CoV-2 (le virus responsable du COVID-19). L'influenza (le virus responsable de la grippe) et le virus respiratoire syncytial (VRS) ont été ajoutés en janvier 2024. La surveillance couvre 38% de la population belge. Cet outil est basé sur l'analyse d'échantillons d'eaux usées prélevés une fois par semaine, le lundi, dans les influents de 30 stations d'épuration réparties sur l'ensemble du territoire belge, principalement dans des zones à forte densité de population.

Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats peuvent être obtenus dans le [dernier rapport hebdomadaire](#) de la surveillance dans les eaux usées ainsi que dans le document sur la [méthodologie](#), accessibles en ligne sur le site de Sciensano.

Données de vaccination COVID-19

Toutes les doses de vaccins COVID-19 administrées en Belgique sont enregistrées dans [Vaccinnet+](#), le registre national des vaccins COVID-19. Seules les vaccinations enregistrées dans cette base de données sont incluses dans les chiffres et les analyses de Sciensano. Toutes les informations relatives aux vaccins et campagnes de vaccinations en Belgique sont reprises dans le document des [Questions Fréquemment Posées de la Surveillance de COVID-19](#).

QUI NOUS SOMMES

Sciensano, ce sont plus de 950 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la santé. Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au coeur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept « One health » ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous. Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

CONTACT:

Surveillance épidémiologique des infections respiratoires aiguës : epirespi@sciensano.be

Centre national de référence Influenza : respivir@sciensano.be

Réseaux de médecins généralistes : ppmv@sciensano.be

Surveillance du syndrome grippal dans les maisons de retraite : mlena.callies@sciensano.be

Surveillance de la surmortalité : momo@sciensano.be

Infectieradar UHasselt : lisa.hermans@uhasselt.be

COVID-19 vaccination : covacsurv@sciensano.be

Résultats de tests COVID-19 : covid.data@sciensano.be

Surveillance basée sur les eaux usées : wastewater.info@sciensano.be

Sciensano • Rue Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussels • Belgium • T + 32 2 642 51 11 • T press + 32 2 642 54 20 info@sciensano.be • www.sciensano.be

Editeur responsable: Christian Léonard, Directeur • Rue Juliette Wytsman 14 • Brussels • Belgium