

# MALADIES INFECTIEUSES À PRÉVENTION VACCINALE

Surveillance épidémiologique

Vaccins inclus dans le calendrier vaccinal

Synthèse annuelle 2017

---

# QUI NOUS SOMMES

---

SCIENSANO, ce sont plus de 700 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ». Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur 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. Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

**Sciensano**  
**Epidémiologie et santé publique**  
-  
**Epidémiologie des maladies infectieuses**

Mai 2019 • Bruxelles • Belgique  
Référence interne : D/2019/14.440/22

—  
WYNDHAM-THOMAS C

•

GRAMMENS T

•

LITZROTH A

•

SIZAIRE V

•

BOON N

•

MUYLDERMANS G

•

LERNOUT T

Chloé Wyndham-Thomas • T+32 2 642 57 47 chloe.wyndham-thomas@sciensano.be

Avec le soutien financier de :



Le service Epidémiologie des maladies infectieuses de Sciensano remercie toutes les personnes ayant contribué à la collecte des données ainsi que les collègues Yves Dupont, Mathias Leroy, Hubert De Krahe, Annabel Motte, Lydwine Colmant et Sophie Quoilin pour leur collaboration et contribution à l'élaboration de ce rapport.

Merci de citer cette publication comme suit : Wyndham-Thomas C, Grammens T, Litzroth A, Sizaire V, Boon N, Muyldermans G, Lernout T. Maladies infectieuses à prévention vaccinale. Synthèse annuelle 2017. Bruxelles, Belgique : Sciensano; 2019. Numéro de rapport : D/2019/14.440/22. Disponible en ligne : <https://epidemiowiv-isp.be/ID/Pages/Publications.aspx>

# TENDANCES GENERALES EN 2017

En Belgique, quatorze maladies infectieuses sont incluses dans le calendrier vaccinal recommandé par le [Conseil Supérieur de la Santé](#). Ce rapport donne un aperçu des principales tendances épidémiologiques en 2017 pour douze d'entre-elles<sup>1</sup> : la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B, les infections invasives à *Haemophilus influenzae*, à méningocoques et à pneumocoques, les oreillons, la poliomyélite, le rotavirus, la rougeole, la rubéole, et le tétanos. Des résultats plus détaillés par pathogène<sup>2</sup> sont disponibles sur le site Epidémiologie des maladies infectieuses <https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/diseases/Pages/Vaccination.aspx>. Un chapitre dédié à la couverture vaccinale en Belgique et un chapitre décrivant l'organisation de la politique vaccinale en Belgique sont disponibles par le même lien.

Le suivi épidémiologique des maladies infectieuses à prévention vaccinale, décrites ici, se base sur les données issues de réseaux de laboratoires de microbiologie (laboratoires vigies et centres nationaux de référence), de réseaux de médecins (PediSurv ou réseau des médecins vigies) ainsi que sur les données de la déclaration obligatoire ou du Résumé Hospitalier Minimum (RHM). Les données issues de la plupart de ces systèmes de surveillance ne sont pas exhaustives et ne permettent donc pas d'estimer le nombre exact de nouveaux cas en Belgique. Aussi, une surveillance basée sur la déclaration de cas par des laboratoires et des médecins ne donne qu'une image des cas pour lesquels le patient consulte un médecin et/ou un diagnostic de laboratoire a été posé. Néanmoins, la surveillance permet de suivre des tendances au cours du temps. Une description détaillée de la méthode de surveillance est disponible sur <https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/Surveillance/Pages/default.aspx>.

Les vaccins introduits dans les programmes de vaccination belges ont considérablement changé l'épidémiologie des maladies infectieuses qu'ils ciblent, réduisant fortement leurs incidences. Certaines infections sont devenues sporadiques, comme la diphtérie, ou ont été éliminées du pays, comme la poliomyélite. La vaccination et la surveillance restent néanmoins nécessaires en raison du risque d'importation et de la sévérité de ces maladies. Aussi la surveillance de la poliomyélite est cruciale dans le cadre de l'objectif mondial de l'éradication de cette maladie, auquel la Belgique s'est engagée.

Pour certaines de ces maladies infectieuses à prévention vaccinale, malgré une nette diminution de leur circulation sur le territoire suite à l'introduction de la vaccination, des foyers épidémiques surviennent encore, comme l'illustre l'épidémie de rougeole survenue en Wallonie en 2017. Ceci est entre autre imputé à une couverture vaccinale insuffisante pour la dose de rappel du vaccin RRO.

Concernant les infections invasives à méningocoques, pneumocoques et *Haemophilus influenzae*, les vaccins disponibles couvrent certains sérogroupes/sérotypes, mais pas tous. En 2017, le nombre de maladies invasives causées par les sérotypes/sérogroupes ciblés par les programmes de vaccination belge (agents causaux principaux en période pré-vaccinale) reste faible. Par contre, on observe actuellement l'émergence de sérogroupes/sérotypes non couverts par les vaccins utilisés, comme le pneumocoque 19A, les méningocoques de sérogroupes Y et W, ou encore les souches de *Haemophilus influenzae* non encapsulées.

La coqueluche a été marquée par une recrudescence depuis plusieurs années. En 2017, les résultats de la notification obligatoire ont montrés une diminution du nombre de cas à Bruxelles et en Wallonie, mais pas encore en Flandre. Les enfants de moins d'un an, en particulier les nourrissons âgés de moins de 4 mois, restent les plus touchés.

Une autre tendance observée en 2017, et à suivre de près, est une augmentation du nombre de cas de rotavirus enregistrés chez les  $\geq 4$ ans. Cette augmentation n'est pas observée chez les enfants de  $< 2$ ans, groupe d'âge le plus à risque de contracter la maladie.

<sup>1</sup>Les résultats de la surveillance épidémiologique de la grippe sont disponibles dans un rapport séparé ([lien](#)), et la coordination de la surveillance épidémiologique des infections à l'HPV est menée par le Centre du cancer de Sciensano ([lien](#)).

<sup>2</sup>Pas de chapitre spécifique pour rubéole ou tétanos

# TENDANCES PAR PATHOGENE EN 2017

## Coqueluche : ([lien](#))

En 2017, toutes les sources de données utilisées pour la surveillance de la coqueluche indiquaient une baisse du nombre de cas, hormis le système de déclaration obligatoire en Flandre, montrant une légère hausse (2016 : n=1060, 2017 : n=1108). À Bruxelles (2016 : n=250, 2017 : n=102) comme en Wallonie (2016 : n=759, 2017 : n=289), le nombre de cas recensés par notification obligatoire a diminué de plus de la moitié. Les données des laboratoires vigies faisaient état d'une légère diminution (2016 : n=1021, 2017 : n=985) et celles du centre national de référence d'une forte régression (2016 : n=1486, 2017 : n=1038).

Les enfants de moins d'un an, en particulier les nourrissons âgés de moins de 4 mois, étaient les plus touchés, suivis par les enfants de 10 à 12 ans et par les sujets adultes de 40 à 45 ans.

En dépit d'une couverture vaccinale élevée, la Belgique enregistre depuis 2011 une hausse du nombre de cas de coqueluche. La maladie suit un cycle épidémique de 3 à 5 ans, mais le pic le plus récent (2014) a atteint un niveau trois fois supérieur au précédent. En Flandre, les chiffres de 2017 étaient encore dans la lignée de ceux observés pendant le pic de 2014. D'où l'importance d'atteindre des taux élevés de vaccination contre la coqueluche pendant la grossesse.

## Diphthérie : ([lien](#))

En 2017, trois cas de diphthérie causés par des souches de corynebactéries toxigènes ont été enregistrés : deux infections cutanées des membres inférieurs à *C. diphtheriae* et une infection respiratoire à *C. ulcérans* chez une patiente trachéotomisée. Il n'y a pas eu de décès.

De 2000 à 2017 inclus, 14 cas ont été enregistrés en Belgique, dont quatre infections à *C. diphtheriae* et 10 à *C. ulcérans*. Les formes cutanées étaient plus fréquentes (n=10) que les formes ORL dites « classiques » (n=4). Un décès a été rapporté suite à une infection ORL chez un enfant de trois ans. Si la diphthérie est historiquement une maladie infantile, l'âge médian des cas pour la période 2000-2017 était de 22 ans pour les infections à *C. diphtheriae* contre 69 ans pour les infections à *C. ulcérans*. Le ratio homme/femme était de 3/10 (1 inconnu). Ces tendances épidémiologiques observées en Belgique sont similaires à celles observées dans les pays voisins.

En Belgique et en Europe de l'ouest, les cas de diphthérie à *C. diphtheriae* restent typiquement des cas importés de pays endémiques, tandis que les infections par *C. ulcérans* sont généralement autochtones. *C. ulcérans* y est considérée comme une zoonose émergente, transmise principalement par les animaux domestiques (chiens et chats).

## Hépatite B : ([lien](#))

En 2017, les laboratoires vigies ont rapporté 1650 nouveaux cas d'infection active par le virus de l'hépatite B (VHB), chiffre stable par rapport à l'année précédente (1662 cas en 2016). Le VHB est survenu le plus souvent dans le groupe d'âge des 25-44 ans (50,5 % des cas).

Une diminution de la proportion des infections par le VHB chez les moins de 25 ans (groupe d'âge ayant bénéficié de la gratuité de la vaccination, initiée en 1999 pour les nourrissons et les jeunes adolescents) a été observée : 10,8 % du nombre de cas enregistrés entre 2013 et 2017 étaient âgés de moins de 25 ans alors que cette proportion était de 16,6 % au cours des années 2008 à 2012.

## Infections invasives à *Haemophilus influenzae* : ([lien](#))

Le nombre de cas d'infection invasive à *H. influenzae* enregistrés par le réseau des laboratoires vigies est resté assez stable en 2017 (67 cas contre 81 en 2016, et 65 en 2015). Le plus grand nombre de cas a été recensé chez les sujets âgés de plus de 65 ans (44,8 %). Si, en 1992, 79 % (105 /133) des cas étaient observés chez les moins de cinq ans, ce groupe d'âge ne représentait plus que 11,9 % (8/67) des cas en 2017.

Le Centre national de référence a reçu 103 souches invasives d'*H. influenzae* en 2017, dont 78,6 % étaient des souches non encapsulées dites « non-typables ». L'émergence des souches non-typables a également été observée dans les autres pays européens. Parmi les souches encapsulées, le sérotype f était le plus fréquent (n=12), suivi du sérotype b (n=5). Avant la mise en place de la vaccination contre le sérotype b, ce dernier était le principal agent responsable de méningites bactériennes chez les enfants âgés de moins de 5 ans (250-300 cas par an en période pré-vaccinale).

### **Infections invasives à *Neisseria meningitidis* : ([lien](#))**

Depuis 2008, le nombre de cas d'infection à méningocoques confirmés par le Centre national de référence s'est stabilisé autour d'une centaine de cas par an, soit 96 cas en 2017 (0,85 cas confirmés/100 000 habitants). En 2017, 9 décès ont été signalés par les services en charge de la déclaration obligatoire, dont 8 en Flandre. Ce chiffre est plus élevé que les années précédentes.

Le sérotype B restait le plus fréquent (n=60). Le nombre de cas à sérotype C a continué à diminuer (n=6). Par contre on a observé une tendance à la hausse du nombre de cas à sérotype Y depuis 2016, et du sérotype W depuis 2015. Ensemble, ces 2 sérotypes représentaient 29,2% des cas en 2017.

Les sérotypes B et W étaient distribués à travers les différentes catégories d'âge. Un tiers des cas présentant une infection invasive par le sérotype Y appartenait à la catégorie d'âge de 15 à 19 ans (6/19 cas). Un seul cas d'infection par le sérotype C a été observé parmi les ≤ 18ans (cas survenu chez un enfant de < 1 an), et 4 cas ont été identifiés chez des personnes âgées de > 55 ans.

### **Infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* : ([lien](#))**

Depuis l'introduction de la vaccination en 2007, sur base des données du Centre national de référence et des laboratoires vigies, une tendance à la baisse du nombre de cas d'infections invasives à pneumocoques chez les enfants âgés de ≤ 15 ans a été globalement observée.

Néanmoins, depuis le passage du PCV13 au PCV10 en 2015, une augmentation du nombre de cas a été observée dans le groupe des enfants de moins de 12 mois en Flandre, principalement par des sérotypes non couverts par le vaccin conjugué disponible.

Parmi ces sérotypes, le 19A représentait en 2017 14,7 % des cas d'infections invasives enregistrés chez les enfants de moins de deux ans, contre 2,1 % en 2016.

### **Oreillons : ([lien](#))**

Entre 2011 et mi-2013, la Belgique a connu une épidémie nationale d'oreillons, touchant surtout les jeunes adultes dans les villes estudiantines. Depuis le second semestre de 2013, une forte régression du nombre de cas a été observée. En 2017, 183 cas ont été rapportés par le réseau des laboratoires vigies contre 633 cas en 2013.

### **Poliomyélite : ([lien](#))**

Aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré en Belgique en 2017. Le dernier cas autochtone est survenu en 1979 et le dernier cas importé en 1989.

Le risque d'épidémie en Belgique reste négligeable grâce à une haute couverture vaccinale (> 95% ; vaccination obligatoire des enfants depuis 1967). Néanmoins, tant que le virus circulera dans le monde, un cas de poliomyélite pourrait être importé et le virus transmis à une ou plusieurs personnes non ou incomplètement vaccinées.

Dans le cadre de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, les pays indemnes de la maladie, comme la Belgique, doivent disposer d'un système de surveillance sensible pouvant démontrer l'absence de circulation du poliovirus sur son territoire. La surveillance passe par l'enregistrement et l'investigation microbiologique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), de toutes causes confondues, chez les personnes de < 15 ans. Selon les indicateurs de l'OMS, 1 cas de PFA pour 100 000 individus de < 15 ans doit être détecté et investigué pour que

le système de surveillance soit considéré comme suffisamment sensible. En 2017, quatre cas de PFA ont été détectés par le système de surveillance belge, soit 0,2 pour 100 000 individus de <15 ans. Le système mis en place n'a donc pas encore rencontré les exigences de l'OMS.

### Rotavirus : ([lien](#))

Un cycle bisannuel est apparu dans l'épidémiologie du rotavirus depuis 6 saisons, avec une alternance entre une saison à activité plus intense et une saison à activité moindre. La saison 2016-2017 était une saison à activité intense, avec 3441 cas confirmés rapportés par le réseau des laboratoires vigies. Il s'agit du plus haut nombre enregistré depuis la saison 2007-2008. Avant l'introduction du vaccin en 2006, le nombre de cas confirmés s'élevait à 8616 cas (saison 2005-2006). Ces vaccins ne font pas partie des programmes de vaccination de la communauté (avec des vaccins gratuits), mais sont recommandés et doivent être achetés à la pharmacie sur ordonnance.

Pour la saison 2016-2017, 64 % des cas enregistrés concernaient des enfants de moins de 2 ans et 20 % concernaient les plus de 4 ans (contre respectivement > 80 % et 4 % en période pré-vaccinale). Parmi ce groupe de ≥ 4 ans, 629 cas ont été enregistrés en 2016-2017, comparés à une moyenne annuelle de 303 cas en période pré-vaccinale (1999-2006).

Comme pour la saison épidémiologique précédente, les géotypes les plus fréquents en 2016-2017 étaient le G2P[4] (76,4 %) et le G9P[8] (12,7 %), suivi du G3P[8] (6,7 %) et du G1P[8] (2,5 %).

### Rougeole : ([lien](#))

En 2017, la Belgique a dû faire face à une importante épidémie de rougeole en Wallonie, avec un pic en mars. Des foyers plus petits ont également été observés en Flandres et à Bruxelles.

Au total, 367 cas de rougeole ont été notifiés en Belgique, dont 10 cas étaient importés. C'est une augmentation considérable comparée aux années précédentes, au cours desquelles 60 cas en moyenne (43-78) ont été enregistrés par an pour la période 2013 et 2016. L'incidence estimée était la plus élevée en Wallonie avec 8,1/100 000 habitants, suivie de 2,0/100 000 habitants à Bruxelles et de 0,6/100 000 habitants en Flandre. En collaboration avec le Bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tous les pays européens se sont engagés à éliminer la rougeole d'ici 2020. L'objectif est d'atteindre une incidence de moins de 1 cas par million d'habitants.

Sur tous les cas notifiés en 2017, 56,4% étaient âgés de 15 ans ou plus et 27,2% étaient âgés de moins de 5 ans. L'incidence était la plus élevée dans le groupe d'enfants de moins d'1 an (34,6/100.000 habitants), suivi par le groupe d'enfants de 1 à 4 ans (11,4/100.000 habitants) et par le groupe de jeunes âgés de 25 à 29 ans (8,2/100.000 habitants). Le statut vaccinal n'était pas connu pour 47,1 % des cas, et 36,5 % n'étaient pas vaccinés.

### Rubéole :

En 2017, aucun cas de rubéole n'a été identifié par le Centre national de référence pour la rougeole, la rubéole et les oreillons. Par ailleurs, aucun cas de syndrome de rubéole congénitale n'a été enregistré par le système de surveillance en place (Centre national de référence des infections congénitales, notification obligatoire en Wallonie, et PediSurv).

### Tétanos :

La seule source d'informations sur le nombre de cas de tétanos en Belgique est le Résumé Hospitalier Minimum (RHM). Depuis 2000, <5 à 11 cas de tétanos ont été enregistrés par an comme diagnostic principal d'hospitalisation (selon le code ICD-9 O-37 et le code ICD-10 A-35 depuis 2016) ([lien](#)).



# TABLEAUX DE SYNTHÈSE

Tableau 1 | Evolution du nombre de cas de rapportés, par source d'information, 2014-2017, Belgique

Maladie	Source	Indicateur	2014	2015	2016	2017
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	1394	1171	1486	1038
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	667	863	1021	985
<b>Diphthérie</b>	Centre national de référence	Nombre de cas tox+	0	3	6	3
<b>Hépatite B</b>	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	1552	1735	1662	1650
<b>Infections à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	97	116	104	103
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	56	65	81	67
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	87	98	107	96
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	63	70	89	60
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	167	171	169	200
	Centre national de référence	Nb cas invasifs/ 100 000 ≤ 2 ans	31	40	38	47
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	96	112	100	127
	PediSurv	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	141	136	103	68
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	14	12	3	2
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	221	163	152	183
	Médecins vigies	Incidence estimée/100 000	18,3	21,3	15	16,3
	PediSurv	Nombre de cas notifiés	46	16	4	3
<b>Poliomyélite</b>	Combinaison de sources <sup>1</sup>	Nombre de PFA <sup>2</sup> ≤ 15 ans	3	7	7	4
<b>Rotavirus</b>	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés <sup>3</sup>	-	2930	1431	3441
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	39	24	42	243
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Nombre de cas	75	46	78	367
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Incidence estimée/1 000 000	6,7	4,1	6,9	32,4
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome Rubéole Congénitale	0	0	0	0
	PediSurv	Syndrome Rubéole Congénitale	0	0	0	0
<b>Tétanos</b>	Résumé hospitalier minimum	Nb de cas, diagnostic principal	<5	-	<10	<10
	Résumé hospitalier minimum	Nb de cas, diagnostic secondaire	<5	-	8	14

<sup>1</sup> PediSurv et déclaration obligatoire

<sup>2</sup> PFA= paralysie flasque aiguë

<sup>3</sup> Par saison épidémiologique et non par année

<sup>4</sup> PediSurv, Centre national de référence, laboratoires vigies, et la déclaration obligatoire



**Tableau 2 | Evolution du nombre de cas de rapportés, 2014-2017, Flandre**

Maladie	Source	Indicateur	2014	2015	2016	2017
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	683	648	684	710
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	420	619	645	787
<b>Diptérie</b>	Centre national de référence	Nombre de cas tox+	0	0	2	1
<b>Hépatite B</b>	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	762	1156	1114	1068
<b>Infections à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	40	54	49	55
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	23	44	54	50
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	36	45	48	58
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	34	33	49	8
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	99	90	101	135
	Centre national de référence	Nb cas invasifs/ 100 000 ≤ 2 ans	32	40	39	60
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	63	76	65	94
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	2	11	2	1
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	96	143	123	147
	Médecins vigies	Incidence estimée /100 000	8,5	17,6	16,2	20,8
	PediSurv	Nombre de cas notifiés	7	7	2	0
<b>Poliomyélite</b>	Combinaison de sources <sup>1</sup>	Nombre de cas de PFA <sup>2</sup> ≤ 15 ans	2	4	3	1
<b>Rotavirus</b>	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés <sup>3</sup>	-	1908	868	2390
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	33	5	12	33
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Nombre de cas	54	6	22	45
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Incidence estimée/1 000 000	8,4	0,9	3,4	6,3
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome Rubéole Congénitale	0	0	0	0
	PediSurv	Syndrome Rubéole Congénitale	0	0	0	0

<sup>1</sup> PediSurv et déclaration obligatoire

<sup>2</sup> PFA= paralysie flasque aiguë

<sup>3</sup> Par saison épidémiologique et non par année

<sup>4</sup> PediSurv, Centre national de référence, laboratoires vigies, et la déclaration obligatoire

**Tableau 3 | Evolution du nombre de cas de rapportés, 2014-2017, Wallonie**

Maladie	Source	Indicateur	2014	2015	2016	2017
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	603	394	583	231
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	187	159	228	112
<b>Diptérie</b>	Centre national de référence	Nombre de cas tox+	0	3	4	2
<b>Hépatite B</b>	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	241	157	112	101
<b>Infections à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	39	45	36	35
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	30	14	16	11
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	34	13	40	31
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	16	28	20	15
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	41	55	35	38
	Centre national de référence	N° cas invasifs/ 100 000 < 2 ans	28,9	40,1	29,3	27,7
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	26	18	12	16
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	2	0	0	0
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	46	5	12	11
	Médecins vigies	Incidence estimée /100 000	30,6	19,9	18,2	11,1
	PediSurv	Nombre de cas notifiés	3	3	0	1
<b>Poliomyélite</b>	Combinaison de sources <sup>1</sup>	Nombre de cas de PFA <sup>2</sup> ≤ 15 ans	1	0	1	2
<b>Rotavirus</b>	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés <sup>3</sup>	-	649	359	479
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	3	17	15	186
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Nombre de cas	10	35	20	295
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Incidence estimée/1 000 000	2,8	9,7	5,6	80,8
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome Rubéole Congénitale	0	0	0	0
	PediSurv	Syndrome Rubéole Congénitale	0	0	0	0

<sup>1</sup> PediSurv et déclaration obligatoire

<sup>2</sup> PFA= paralysie flasque aiguë

<sup>3</sup> Par saison épidémiologique et non par année

<sup>4</sup> PediSurv, Centre national de référence, laboratoires vigies, et la déclaration obligatoire

**Tableau 4 | Evolution du nombre de cas de rapportés, 2014-2017, Bruxelles**

Maladie	Source	Indicateur	2014	2015	2016	2017
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	98	114	205	95
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	50	61	126	71
<b>Diptérie</b>	Centre national de référence	Nombre de cas tox+	0	0	0	0
<b>Hépatite B</b>	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	353	358	362	416
<b>Infections à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	13	14	15	10
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	3	7	9	6
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	17	10	13	7
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	10	6	17	8
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	27	21	32	27
	Centre national de référence	N° cas invasifs/ 100 000 < 2 ans	30,4	38,8	52,8	36,9
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs ≤ 15 ans	9	17	22	19
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	10	1	1	1
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	73	13	13	17
	Médecins vigies	Incidence estimée /100 000	48,8	47,2	0	9,3
	PediSurv	Nombre de cas notifiés	36	5	2	2
<b>Poliomyélite</b>	Combinaison de sources <sup>1</sup>	Nombre de cas de PFA <sup>2</sup> ≤ 15 ans	0	2	3	1
<b>Rotavirus</b>	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés <sup>3</sup>	-	299	175	305
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	3	2	15	24
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Nombre de cas	10	5	36	27
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Incidence estimée/1 000 000	8,6	4,2	30,5	20,1
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome Rubéole Congénitale	0	0	0	0
	PediSurv	Syndrome Rubéole Congénitale	0	0	0	0

<sup>1</sup> PediSurv et déclaration obligatoire

<sup>2</sup> PFA= paralysie flasque aiguë

<sup>3</sup> Par saison épidémiologique et non par année

<sup>4</sup> PediSurv, Centre national de référence, laboratoires vigies, et la déclaration obligatoire

## CONTACT

Chloé Wyndham-Thomas [chloe.wyndham-thomas@sciensano.be](mailto:chloe.wyndham-thomas@sciensano.be) • T +32 2 642 57 47

### PLUS D'INFORMATIONS

—

Voir notre site web  
[Epidémiologie des maladies  
infectieuses](#)