



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT  
VOLKSGEZONDHEID  
INSTITUT SCIENTIFIQUE  
DE SANTÉ PUBLIQUE

# 2014

## MALADIES INFECTIEUSES PÉDIATRIQUES À PRÉVENTION VACCINALE



Service Epidémiologie des Maladies Infectieuses  
Institut Scientifique de Santé Publique



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT  
VOLKSGEZONDHEID  
INSTITUT SCIENTIFIQUE  
DE SANTÉ PUBLIQUE

# **MALADIES INFECTIEUSES PÉDIATRIQUES À PRÉVENTION VACCINALE**

Synthèse annuelle 2014

*Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance  
Service Épidémiologie des Maladies Infectieuses  
Rue Juliette Wytsman 14  
1050 Bruxelles – Belgique  
[www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be)*

D/2015/2505/75

### Auteurs

**Martine SABBE<sup>1</sup>, Tine GRAMMENS<sup>1</sup>, Toon BRAEYE<sup>1</sup>, Corinne BLEYENHEUFT<sup>1</sup>, Elise MENDES da COSTA<sup>1</sup>, Sophie QUOILIN**

### Co-auteurs

**Sophie BERTRAND<sup>2</sup>, Anne DEDISTE<sup>3</sup>, Marie Luce DELFORGE<sup>4</sup>, Corinne HEYMANS<sup>3</sup>, Kris HUYGEN<sup>5</sup>, Veronik HUTSE<sup>6</sup>, Stéphanie JACQUINET<sup>7</sup>, Ruud MAK<sup>8</sup>, Wesley MATHEUS<sup>2</sup>, Sarah MOREELS<sup>9</sup>, Gaetan MUYLDERMANS<sup>1</sup>, Denis PIERARD<sup>10,11</sup>, Carole SCHIRVEL<sup>7</sup>, Béatrice SWENNEN<sup>12</sup>, Heidi THEETEN<sup>13</sup>, Geert TOP<sup>8</sup>, Jean-Marie TREMERIE<sup>14</sup>, Viviane VAN CASTEREN<sup>9</sup>, Marc VAN RANST<sup>15,16</sup>, Jan VERHAEGEN<sup>17</sup>, Véronique ZINNEN<sup>7</sup>**

Merci à :

Yves DUPONT<sup>1</sup>, Mathias LEROY<sup>1</sup>, Nathalie VERHOCHT<sup>1</sup>

1 Service Épidémiologie des maladies infectieuses, direction opérationnelle Santé publique et Surveillance, WIV-ISP

2 Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, Service Maladies bactériennes, direction opérationnelle Maladies transmissibles et infectieuses, WIV-ISP

3 Centre national de référence pour *Haemophilus influenzae*, Laboratoire de Microbiologie, Laboratoire de la Porte de Hal – CHU St-Pierre

4 Centre national de référence pour les infections congénitales, Hôpital Universitaire Erasme-ULB

5 Centre national de référence pour *Bordetella pertussis* (partenaire associé à l'UZ Brussel), Service Immunologie, direction opérationnelle Maladies transmissibles et infectieuses, WIV-ISP

6 Centre national de référence pour les virus de la rougeole et de la rubéole, Service Maladies virales, direction opérationnelle Maladies transmissibles et infectieuses, WIV-ISP

7 Cellule de surveillance des maladies infectieuses, Agence pour une Vie de Qualité (AViQ), Wallonie

8 Service Prévention, Agence Soins et Santé, Flandre

9 Service Études des soins de santé, direction opérationnelle Santé publique et Surveillance, WIV-ISP

10 Centre national de référence pour les Corynebactéries toxigènes, Microbiologie et Hygiène dans les hôpitaux, UZ Brussel

11 Centre national de référence pour *Bordetella pertussis*, Microbiologie et Hygiène des hôpitaux, UZ Brussel

12 PROVAC, Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles

13 Service Vaccinologie, VAXINFECTIO, Faculté de Médecine, Président du Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique

14 Service d'Inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale

15 Centre national de référence pour les *Enterovirus*, incluant les poliovirus et les parechovirus, Département Médecine de laboratoire – Laboratoire de virologie clinique, UZ Leuven/KU Leuven. Président du Comité belge de certification (CBC) pour l'éradication de la poliomyélite

16 Centre national de référence pour les rotavirus, Département de Médecine de laboratoire – Laboratoire de virologie clinique, UZ Leuven/KU Leuven.

17 Centre national de référence pour les infections invasives à *Streptococcus pneumoniae*, Département de Médecine de laboratoire – Microbiologie, UZ Leuven/KU Leuven

## Contact

Dr. Martine Sabbe  
Institut Scientifique de Santé Publique  
Santé publique et Surveillance  
Rue Juliette Wytsman 14  
1050 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : +32 2 642 57 47  
E-mail : martine.sabbe@wiv-isp.be

## Remerciements

Le service Épidémiologie des maladies infectieuses du WIV-ISP remercie tous les médecins et microbiologistes qui ont contribué à la collecte des données.

Nos remerciements vont aussi aux médecins infectiologues des différentes régions et aux membres du Comité belge de certification (CBC) pour l'éradication de la poliomyélite, du Comité pour l'Élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique, du comité PediSurv et du Comité des infections invasives à pneumocoques chez les enfants.

---

Ce projet est soutenu financièrement par



# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>5</b>
Tendances et évolutions en Flandre, 2014.....	5
Tendances et évolutions en Wallonie, 2014 .....	8
Tendances et évolutions à Bruxelles, 2014 .....	11
<b>MALADIES INFECTIEUSES PÉDIATRIQUES À PRÉVENTION VACCINALE .....</b>	<b>14</b>
1. Poliomyélite .....	14
2. Diphtérie .....	16
3. Coqueluche .....	16
4. Haemophilus influenzae .....	20
5. Infections à méningocoques.....	21
6. Rougeole .....	22
7. Oreillons .....	27
8. Rubéole .....	28
9. Rotavirus .....	28
10. Infections invasives à pneumocoques .....	29
<b>ANNEXES.....</b>	<b>31</b>
Annexe 1. Tableau de synthèse pour la Belgique .....	31
Annexe 2. Cartes et Graphiques pour la Flandre .....	32
Annexe 3. Cartes et Graphiques pour la Wallonie.....	42
Annexe 4. Cartes et Graphiques pour Bruxelles.....	52

## RÉSUMÉ

### TENDANCES ET ÉVOLUTIONS EN FLANDRE, 2014

Le texte qui suit donne un aperçu de l'occurrence en 2014 des maladies infectieuses contre lesquelles les enfants sont vaccinés. En complément au rapport détaillé de 2013<sup>1</sup>, ce rapport intermédiaire livre un bref aperçu des principales tendances observées en 2014.

Nous avons consulté différentes sources d'information pour suivre l'impact de la vaccination, telles que les Déclarations obligatoires, les données des Laboratoires vigies, des Centres nationaux de référence et des réseaux de surveillance des pédiatres (PediSurv) ou des médecins généralistes (Médecins vigies). Lorsque cela était possible, nous avons utilisé, en plus des chiffres nationaux, les données rapportées au niveau des régions. Pour une description détaillée de la méthodologie de surveillance, nous renvoyons le lecteur au rapport de 2013<sup>1</sup>.

Il existe une tendance claire à l'amélioration du contrôle des maladies infectieuses évitables par la vaccination. Des maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la polio, la rubéole, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b et à méningocoques du sérogroupe C ne surviennent désormais plus ou rarement. On observe aussi une diminution considérable du nombre de cas de rougeole, d'infections à rotavirus et d'infections invasives à pneumocoques. Dans ce rapport intermédiaire, nous présentons une description épidémiologique plus détaillée de la rougeole, ceci dans le cadre des objectifs d'élimination de la maladie, et de la coqueluche, en raison de la hausse constatée en 2014.

#### *Poliomyélite*

En mai 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la poliomyélite 'public health emergency of international concern'. Cette déclaration était justifiée par la forte augmentation du nombre de cas de polio au Pakistan et par l'importation de la polio de pays infectés vers des pays où la polio était éradiquée. A la suite de cette déclaration, le Comité belge de certification pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré des recommandations spécifiques pour la vaccination contre la polio pour les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants issus de pays endémiques. Des recommandations spécifiques pour la vaccination contre la polio ont également été formulées pour les voyageurs vers les pays endémiques<sup>2</sup>.

#### *Coqueluche*

Pour la coqueluche, une forte hausse a été constatée depuis 2012 par rapport aux années précédentes. Cette hausse s'est poursuivie en 2014 et a été enregistrée dans tous les réseaux de surveillance. Si la hausse a été la plus forte dans les catégories plus âgées, c'est la catégorie d'âge des nourrissons qui reste la plus souvent touchée. Il n'y a pas de répartition géographique spécifique des cas de coqueluche ; la densité des cas de coqueluche est étroitement liée à la densité de la population.

En vue de protéger le groupe le plus vulnérable, la Flandre a décidé sur l'avis du Conseil Supérieur de la Santé de recommander la vaccination contre la coqueluche de toutes les

---

<sup>1</sup> Voir : [Sabbe M, Grammens T, Braeye T, Bleyenheuft C, Quoilin S et al. Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale. Rapport annuel 2013. Institut scientifique de Santé publique, Bruxelles. 2015. D/2015/2505/05](#)

<sup>2</sup> Voir : Institut de Médecine Tropicale : <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?L=F&WPID=31&MIID=333>

femmes enceintes à partir d'août 2013. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, le vaccin contre la coqueluche est offert gratuitement aux femmes enceintes et aux autres adultes en Flandre (à l'occasion de l'injection de rappel contre le tétanos et la diphtérie). En 2014, il était encore trop tôt pour se prononcer sur l'effet de l'adaptation récente du schéma de vaccination.

#### *Infections invasives à méningocoques*

Depuis l'introduction de la vaccination contre les méningocoques C (2001-2002), le nombre de cas a diminué de manière considérable. En 2014, l'incidence des infections invasives à méningocoques était de 0,56/100.000 habitants en Flandre. Les méningocoques du sérotype B représentaient la part la plus importante, avec 77,8 %, suivis par les méningocoques d'autres sérotypes (19,5 %) et par ceux du sérotype C (2,9 %).

#### *Rougeole*

Après les épidémies de rougeole observées en 2011 et 2012, l'incidence de la maladie a considérablement régressé. En Flandre, l'incidence était en 2014 de 7,8/million d'habitants, une augmentation en comparaison avec l'incidence de 1,4/million d'habitants en 2013. Cette augmentation s'explique par une épidémie survenue fin avril-mai dans une crèche de la province d'Anvers, où 32 cas ont été recensés. Parmi ceux-ci, 23 enfants avaient moins d'un an et étaient donc trop jeunes pour être vaccinés.

#### *Oreillons*

Depuis la généralisation de la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, l'incidence de ces maladies a considérablement diminué. En 2011 et 2012, il y a toutefois eu une épidémie d'oreillons qui a surtout touché des jeunes adultes dans les villes universitaires. Au cours du second semestre 2013 et en 2014, le nombre de signalements de cas d'oreillons dans les différents systèmes de surveillance du pays a connu une forte baisse. Afin de surveiller ces épidémies, les oreillons sont suivis depuis octobre 2012 par le réseau des Médecins vigies et depuis 2013 également par les Laboratoires vigies. L'agence Soins et Santé (Flandre) a mis fin à la surveillance via le réseau de Déclaration obligatoire en novembre 2013. En Flandre, l'incidence des consultations chez les Médecins vigies était estimée à 99,5/100.000 (IC à 95 % : 81,9-119,7) personnes-années en 2013 et a chuté à 8,5/100.000 (IC à 95 % : 3,9-16,2) en 2014. Les données des Laboratoires vigies, du réseau de surveillance pédiatrique (PediSurv) et du Centre national de référence pour les oreillons ont, elles aussi, confirmé une diminution des cas en 2014.

#### *Rubéole*

La surveillance de la rubéole reste insuffisante en Flandre et dans toute la Belgique et le nombre annuel de signalements de cas de rubéole congénitale est probablement incomplet. De ce fait, la circulation du virus de la rubéole dans la population est mal connue et il est dès lors difficile de déterminer si la norme fixée par l'OMS (< 1 cas/100.000 naissances vivantes) est atteinte pour 2014.

#### *Infections à rotavirus*

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination contre le rotavirus depuis janvier 2007. Toutefois, ces vaccins ne sont pas repris dans le schéma de vaccination de base des régions, mais sont néanmoins systématiquement proposés par les vaccinateurs et partiellement remboursés par l'INAMI. On observe depuis lors une diminution considérable du nombre de cas de rotavirus confirmés en laboratoire. En 2013-2014, la Flandre a noté une baisse de 89 % par rapport à 2005-2006. Par ailleurs, le pic d'incidence est survenu 6 semaines plus tard en 2013-2014 en comparaison avec la période pré-vaccinale.

#### *Infections invasives à pneumocoques*

En 2014, l'incidence en Flandre des infections invasives à pneumocoques chez les enfants de moins de 5 ans a été estimée à 27,4/100.000 habitants (2013 : 40,2/100.000). Les sérotypes

contenus dans le vaccin pneumococcique heptavalent ont quasiment disparu. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011, le vaccin pneumococcique heptavalent a été remplacé par le vaccin 13-valent. Depuis lors, on a observé une nette diminution des cas d'infections à pneumocoques causées par les 6 sérotypes additionnels contenus dans le vaccin 13-valent : dans le groupe d'âge des moins de 2 ans, ces sérotypes ont baissé de 93 % en 2014 par rapport à la période 2007-2010.

### *Surveillance*

Une surveillance continue de l'impact des maladies, du taux de vaccination et de la séroprévalence reste nécessaire pour étayer la politique de vaccination et optimiser le schéma vaccinal. Les vaccins plus récents qui offrent une protection contre certains sérogroupes ou sérotypes, comme dans le cas des infections à pneumocoques, rendent le suivi de l'efficacité de la vaccination plus complexe. Une amélioration de la surveillance est donc également nécessaire afin de suivre les changements de présentation clinique ou de sérotype.

## TENDANCES ET ÉVOLUTIONS EN WALLONIE, 2014

Le texte qui suit donne un aperçu de l'occurrence en 2014 des maladies infectieuses contre lesquelles les enfants sont vaccinés. En complément au rapport détaillé de 2013<sup>3</sup>, ce rapport intermédiaire donne un bref aperçu des principales tendances observées en 2014.

Nous avons consulté différentes sources d'information pour suivre l'impact de la vaccination, telles que les Déclarations obligatoires, les données des Laboratoires vigies, des Centres nationaux de référence et des réseaux de surveillance des pédiatres (PediSurv) ou des médecins généralistes (Médecins vigies). Lorsque cela était possible, nous avons utilisé, en plus des chiffres nationaux, les données rapportées au niveau des régions. Pour une description détaillée de la méthodologie de surveillance, nous renvoyons le lecteur au rapport de 2013<sup>3</sup>.

Il existe une tendance claire à l'amélioration du contrôle des maladies infectieuses évitables par la vaccination. Des maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la polio, la rubéole, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b et à méningocoques du sérotype C ne surviennent désormais plus ou rarement. On observe aussi une diminution considérable du nombre de cas de rougeole, d'infections à rotavirus et d'infections invasives à pneumocoques. Dans ce rapport intermédiaire, nous présentons une description épidémiologique plus détaillée de la rougeole, ceci dans le cadre des objectifs d'élimination de la maladie, et de la coqueluche, en raison de la hausse constatée en 2014.

### *Poliomyélite*

En mai 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la poliomyélite 'public health emergency of international concern'. Cette déclaration était justifiée par la forte augmentation du nombre de cas de polio au Pakistan et par l'importation de la polio de pays infectés vers des pays où la polio était éradiquée. A la suite de cette déclaration, le Comité belge de certification pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré des recommandations spécifiques pour la vaccination contre la polio pour les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants issus de pays endémiques. Des recommandations spécifiques pour la vaccination contre la polio ont également été formulées pour les voyageurs vers les pays endémiques<sup>4</sup>.

### *Coqueluche*

Pour la coqueluche, une forte hausse a été constatée depuis 2012 par rapport aux années précédentes. Cette hausse s'est poursuivie en 2014 et a été enregistrée dans tous les réseaux de surveillance. Si la hausse a été la plus forte dans les catégories plus âgées, c'est la catégorie d'âge des nourrissons qui reste la plus souvent touchée. Il n'y a pas de répartition géographique spécifique des cas de coqueluche ; la densité des cas de coqueluche est étroitement liée à la densité de la population.

En vue de protéger le groupe le plus vulnérable, il a été décidé sur l'avis du Conseil Supérieur de la Santé de recommander la vaccination contre la coqueluche de toutes les femmes enceintes à partir d'août 2013. Le vaccin est proposé gratuitement aux femmes enceintes en Wallonie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

---

<sup>3</sup> Voir : [Sabbe M, Grammens T, Braeye T, Bleyenheuft C, Quoilin S et al. Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale. Rapport annuel 2013. Institut scientifique de Santé publique, Bruxelles. 2015. D/2015/2505/05](#)

<sup>4</sup> Voir : Institut de Médecine Tropicale : <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?L=F&WPID=31&MIID=333>

### *Infections invasives à méningocoques*

Depuis l'introduction de la vaccination contre les méningocoques C (2001-2002), le nombre de cas a diminué de manière considérable. En 2014, l'incidence des infections invasives à méningocoques était de 0,95/100.000 habitants en Wallonie. Les méningocoques du sérotype B représentaient la part la plus importante, avec 61,8 %, suivis par les méningocoques d'autres sérotypes (20,6 %) et par ceux du sérotype C (17,7 %).

### *Rougeole*

Après les épidémies de rougeole observées en 2011 et 2012, l'incidence de la maladie a considérablement régressé. En Wallonie, l'incidence est passée de 3,9/million d'habitants en 2013 à 1,9/million d'habitants en 2014.

### *Oreillons*

Depuis la généralisation de la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, l'incidence de ces maladies a considérablement diminué. En 2011 et 2012, il y a toutefois eu une épidémie d'oreillons qui a surtout touché des jeunes adultes dans les villes universitaires. Au cours du second semestre 2013 et en 2014, le nombre de signalements de cas d'oreillons dans les différents systèmes de surveillance du pays a connu une forte baisse. Afin de surveiller ces épidémies, les oreillons sont suivis depuis octobre 2012 par le réseau des Médecins vigies et depuis 2013 également par les Laboratoires vigies. En Wallonie, l'incidence des consultations chez les Médecins vigies a été estimée à 112,2/100.000 (IC à 95 % : 81,6-150,7) personnes-années en 2013 et a chuté à 30,6/100.000 (IC à 95 % : 15,8-53,4) en 2014. Les données des Laboratoires vigies, du réseau de surveillance pédiatrique (PediSurv) et du Centre national de référence pour les oreillons ont, elles aussi, confirmé une diminution des cas en 2014.

### *Rubéole*

La surveillance de la rubéole reste insuffisante en Wallonie et dans toute la Belgique et le nombre annuel de signalements de cas de rubéole congénitale est probablement incomplet. De ce fait, la circulation du virus de la rubéole dans la population est mal connue et il est dès lors difficile de déterminer si la norme fixée par l'OMS (< 1 cas/100.000 naissances vivantes) est atteinte pour 2014.

### *Infections à rotavirus*

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination contre le rotavirus depuis janvier 2007. Toutefois, ces vaccins ne sont pas repris dans le schéma de vaccination de base des régions, mais sont néanmoins systématiquement proposés par les vaccinateurs et partiellement remboursés par l'INAMI. On observe depuis lors une diminution considérable du nombre de cas de rotavirus confirmés en laboratoire. En 2013-2014, la Wallonie a noté une baisse de 83 % par rapport à 2005-2006. Par ailleurs, le pic d'incidence est survenu 6 semaines plus tard en 2013-2014 en comparaison avec la période pré-vaccinale.

### *Infections invasives à pneumocoques*

En 2014, l'incidence en Wallonie des infections invasives à pneumocoques chez les enfants de moins de 5 ans a été estimée à 17,5/100.000 habitants (2013 : 27,4/100.000). Les sérotypes contenus dans le vaccin pneumococcique heptavalent ont quasiment disparu. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011, le vaccin pneumococcique heptavalent a été remplacé par le vaccin 13-valent. Depuis lors, on a observé une nette diminution des cas d'infections à pneumocoques causées par les 6 sérotypes additionnels contenus dans le vaccin 13-valent : dans le groupe d'âge des moins de 2 ans, ces sérotypes ont baissé de 93 % par rapport à la période 2007-2010.

### *Surveillance*

Une surveillance continue de l'impact des maladies, du taux de vaccination et de la séroprévalence reste nécessaire pour étayer la politique de vaccination et optimiser le schéma vaccinal. Les vaccins plus récents qui offrent une protection contre certains sérogroupes ou sérotypes, comme dans le cas des infections à pneumocoques, rendent le suivi de l'efficacité de la vaccination plus complexe. Une amélioration de la surveillance est donc également nécessaire afin de suivre les changements de présentation clinique ou de sérotype.

## TENDANCES ET ÉVOLUTIONS À BRUXELLES, 2014

Le texte qui suit donne un aperçu de l'occurrence en 2014 des maladies infectieuses contre lesquelles les enfants sont vaccinés. En complément au rapport détaillé de 2013<sup>5</sup>, ce rapport intermédiaire donne un bref aperçu des principales tendances observées en 2014.

Nous avons consulté différentes sources d'information pour suivre l'impact de la vaccination, telles que les Déclarations obligatoires, les données des Laboratoires vigies, des Centres nationaux de référence et des réseaux de surveillance des pédiatres (PediSurv) ou des médecins généralistes (Médecins vigies). Lorsque cela était possible, nous avons utilisé, en plus des chiffres nationaux, les données rapportées au niveau des régions. Pour une description détaillée de la méthodologie de surveillance, nous renvoyons le lecteur au rapport de 2013<sup>5</sup>.

Il existe une tendance claire à l'amélioration du contrôle des maladies infectieuses évitables par la vaccination. Des maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la polio, la rubéole, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b et à méningocoques du sérogroupe C ne surviennent désormais plus ou rarement. On observe aussi une diminution considérable du nombre de cas de rougeole, d'infections à rotavirus et d'infections invasives à pneumocoques. Dans ce rapport intermédiaire, nous présentons une description épidémiologique plus détaillée de la rougeole, ceci dans le cadre des objectifs d'élimination de la maladie, et de la coqueluche, en raison de la hausse constatée en 2014.

### *Poliomyélite*

En mai 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la poliomyélite 'public health emergency of international concern'. Cette déclaration était justifiée par la forte augmentation du nombre de cas de polio au Pakistan et par l'importation de la polio de pays infectés vers des pays où la polio était éradiquée. A la suite de cette déclaration, le Comité belge de certification pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré des recommandations spécifiques pour la vaccination contre la polio pour les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants issus de pays endémiques. Des recommandations spécifiques pour la vaccination contre la polio ont également été formulées pour les voyageurs vers les pays endémiques<sup>6</sup>.

### *Coqueluche*

Pour la coqueluche, une forte hausse a été constatée depuis 2012 par rapport aux années précédentes. Cette hausse s'est poursuivie en 2014 et a été enregistrée dans tous les réseaux de surveillance. Si la hausse a été la plus forte dans les catégories plus âgées, c'est la catégorie d'âge des nourrissons qui reste la plus souvent touchée. Il n'y a pas de répartition géographique spécifique des cas de coqueluche ; la densité des cas de coqueluche est étroitement liée à la densité de la population.

En vue de protéger le groupe le plus vulnérable, il a été décidé sur l'avis du Conseil Supérieur de la Santé de recommander la vaccination contre la coqueluche de toutes les femmes enceintes à partir d'août 2013.

---

<sup>5</sup> Voir : [Sabbe M, Grammens T, Braeye T, Bleyenheuft C, Quoilin S et al. Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale. Rapport annuel 2013. Institut scientifique de Santé publique, Bruxelles. 2015. D/2015/2505/05](#)

<sup>6</sup> Voir : Institut de Médecine Tropicale : <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?L=F&WPID=31&MIID=333>

### *Infections invasives à méningocoques*

Depuis l'introduction de la vaccination contre les méningocoques C (2001-2002), le nombre de cas a diminué de manière considérable. En 2014, l'incidence des infections invasives à méningocoques était de 1,47/100.000 habitants à Bruxelles. Les méningocoques du sérotype B représentaient la part la plus importante, avec 64,7 %, suivis par les méningocoques d'autres sérotypes (23,5 %) et par ceux du sérotype C (11,8 %).

### *Rougeole*

Après les épidémies de rougeole observées en 2011 et 2012, l'incidence de la maladie a considérablement régressé. À Bruxelles, l'incidence est passée de 13,9/million d'habitants en 2013 à 8,6/million d'habitants en 2014.

### *Oreillons*

Depuis la généralisation de la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, l'incidence de ces maladies a considérablement diminué. En 2011 et 2012, il y a toutefois eu une épidémie d'oreillons qui a surtout touché des jeunes adultes dans les villes universitaires. Au cours du second semestre 2013 et en 2014, le nombre de signalements de cas d'oreillons dans les différents systèmes de surveillance du pays a connu une forte baisse. Afin de surveiller ces épidémies, les oreillons sont suivis depuis octobre 2012 par le réseau des Médecins vigies et depuis 2013 également par les Laboratoires vigies. À Bruxelles, l'incidence des consultations chez les Médecins vigies a été estimée à 29,1/100.000 (IC à 95 % : 9,4-67,9) personnes-années en 2013 avant de grimper à 48,8/100.000 (IC à 95 % : 22,3-92,6) en 2014 (différence non significative). Les données du réseau des Médecins vigies de Flandre et de Wallonie, des Laboratoires vigies, du réseau de surveillance pédiatrique (PediSurv) et du Centre national de référence pour les oreillons ont toutefois confirmé une diminution du nombre de cas en 2014.

### *Rubéole*

La surveillance de la rubéole reste insuffisante à Bruxelles et dans toute la Belgique et le nombre annuel de signalements de cas de rubéole congénitale est probablement incomplet. De ce fait, la circulation du virus de la rubéole dans la population est mal connue et il est dès lors difficile de déterminer si la norme fixée par l'OMS (< 1 cas/100.000 naissances vivantes) est atteinte pour 2014.

### *Infections à rotavirus*

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination contre le rotavirus depuis janvier 2007. Toutefois, ces vaccins ne sont pas repris dans le schéma de vaccination de base des régions, mais sont néanmoins systématiquement proposés par les vaccinateurs et partiellement remboursés par l'INAMI. On observe depuis lors une diminution considérable du nombre de cas de rotavirus confirmés en laboratoire. En 2013-2014, Bruxelles a noté une baisse de 75 % par rapport à 2005-2006. Par ailleurs, le pic d'incidence est survenu 6 semaines plus tard en 2013-2014 en comparaison avec la période pré-vaccinale.

### *Infections invasives à pneumocoques*

En 2014, l'incidence à Bruxelles des infections invasives à pneumocoques chez les enfants de moins de 5 ans a été estimée à 27,2/100.000 habitants (2013 : 34,4/100.000). Les sérotypes contenus dans le vaccin pneumococcique heptavalent ont quasiment disparu. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011, le vaccin pneumococcique heptavalent a été remplacé par le vaccin 13-valent. Depuis lors, on a observé une nette diminution des cas d'infections à pneumocoques causées par les 6 sérotypes additionnels contenus dans le vaccin 13-valent : dans le groupe d'âge des moins de 2 ans, ces sérotypes ont baissé de 93 % par rapport à la période 2007-2010.

### *Surveillance*

Une surveillance continue de l'impact des maladies, du taux de vaccination et de la séroprévalence reste nécessaire pour étayer la politique de vaccination et optimiser le schéma vaccinal. Les vaccins plus récents qui offrent une protection contre certains sérogroupes ou sérotypes, comme dans le cas des infections à pneumocoques, rendent le suivi de l'efficacité de la vaccination plus complexe. Une amélioration de la surveillance est donc également nécessaire afin de suivre les changements de présentation clinique ou de sérotype.

## MALADIES INFECTIEUSES PÉDIATRIQUES À PRÉVENTION VACCINALE

### 1 POLIOMYÉLITE

- Tant que le virus de la polio n'aura pas été éradiqué, les enfants non vaccinés, quel que soit leur pays d'origine, présenteront un risque de contracter la poliomyélite.
- La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) chez les enfants de moins de 15 ans reste la pierre angulaire permettant de démontrer à l'Organisation mondiale de la Santé qu'aucun virus de la polio ne circule en Belgique.
- La qualité de la surveillance de la PFA est cependant insuffisante : en 2014, seuls trois cas ont été signalés (Tableau 1) via le réseau de surveillance pédiatrique PediSurv, alors que 19 cas sont attendus annuellement en Belgique. Ceci peut s'expliquer en partie par le caractère non exhaustif du réseau de surveillance, ainsi que par le phénomène de sous-notification.
- En 2014, aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré en Belgique via le système de Déclaration obligatoire. Le dernier cas de poliomyélite non importé date de 1979.
- Le 5 mai 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la polio 'public health emergency of international concern'. Cette déclaration était justifiée par la forte augmentation du nombre de cas de polio au Pakistan et par l'importation de la polio de pays infectés vers des pays où la polio était éradiquée.
- En vue de contrer la propagation de la maladie, l'OMS a chargé les pays touchés par la polio (Pakistan, Syrie, Cameroun et Guinée équatoriale) de contrôler le statut vaccinal vis-à-vis de la polio des personnes qui quittent le pays après y avoir séjourné plus de 4 semaines. Une (re)vaccination contre la polio est exigée durant la période allant de 4 semaines à 12 mois avant leur départ du pays en question.
- A la suite de la déclaration faite par l'OMS en mai 2014, le Comité belge de certification pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré des recommandations spécifiques pour la vaccination contre la polio pour les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants issus de pays endémiques<sup>7</sup>. Des recommandations spécifiques pour la vaccination contre la polio ont également été formulées pour les voyageurs vers les pays endémiques<sup>8</sup>.
- En 2014, les Laboratoires vigies ont détecté 299 cas d'entérovirus dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) d'enfants de moins de 15 ans, ce qui représente une augmentation par rapport à 2013 (206 cas) et à 2012 (233 cas) (Figure 1). Dans 44 % des cas, il s'agissait en 2014 d'enfants âgés de moins d'un an.

---

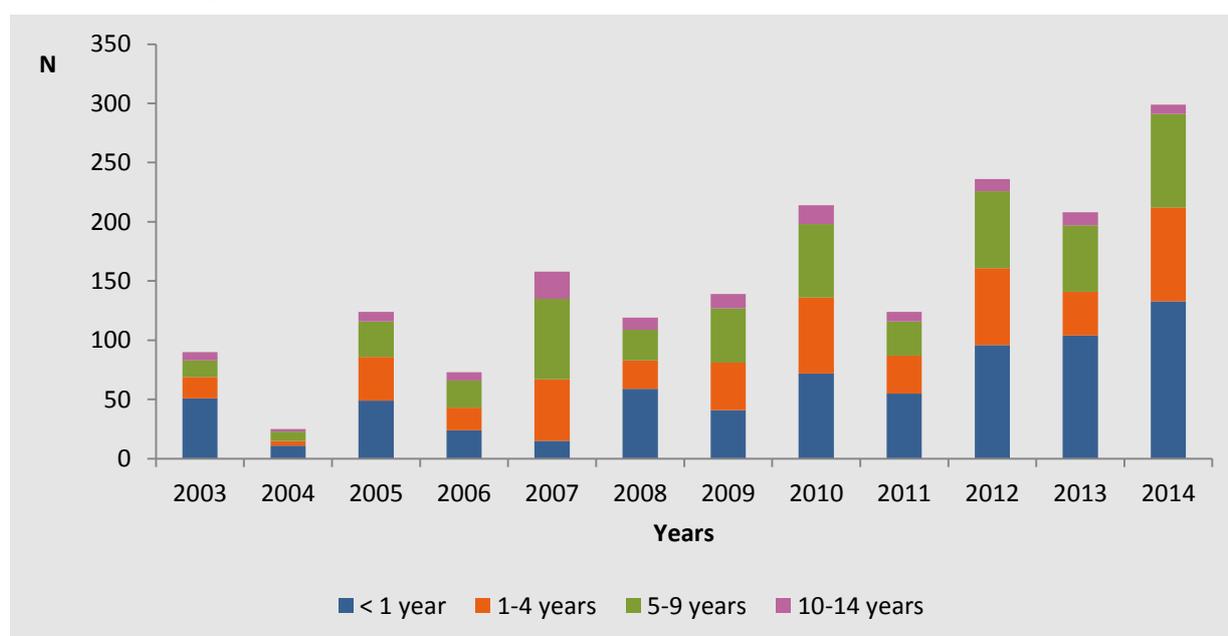
<sup>7</sup> Voir : <http://www.cbip.be/Folia/Index.cfm?FoliaWelk=F41F05C>

<sup>8</sup> Voir : Institut de Médecine Tropicale :  
<http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?L=F&WPID=31&MIID=333>

Tableau 1 | Nombre de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) attendu/rapporté par province, 2014, Belgique (Source: PediSurv, WIV-ISP)

Province/Région	Population < 15 ans	Nombre de cas de PFA attendu	Nombre de cas de PFA rapporté
Anvers	298.036	3,0	0
Brabant wallon	68.916	0,7	0
Bruxelles	283.090	2,8	0
Hainaut	234.558	2,3	1
Liège	186.466	1,9	0
Limbourg	132.581	1,3	1
Luxembourg	52.241	0,5	0
Namur	84.969	0,8	0
Flandre orientale	237.555	2,4	0
Brabant flamand	185.645	1,9	0
Flandre occidentale	175.984	1,8	1
<b>Total</b>	<b>1.940.041</b>	<b>19,4</b>	<b>3</b>

Figure 1 | Nombre de cas d'entérovirus dans le liquide céphalorachidien par groupe d'âge et par année chez les enfants de moins de 15 ans, 2003-2014, Belgique (Source: Réseau des Laboratoires vigies, WIV-ISP)



## 2 DIPHTÉRIE

- La diphtérie a considérablement régressé en Europe, mais elle circule toujours. Elle se présente principalement sous forme de cas sporadiques importés à *C. diphtheriae* et de cas autochtones à *C. ulcerans* d'origine zoonotique.
- La couverture vaccinale pour le DTP3 (3<sup>ème</sup> dose du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche) était entre 98 et 99 % dans les différentes régions, selon les dernières études réalisées en 2012.
- Le risque d'épidémie en Belgique est minimal.
- En 2014, aucun cas toxigène (tox+) de *C. diphtheriae* ou *C. ulcerans* n'a été déclaré en Belgique.
- Actuellement, il n'y a pas d'antitoxine disponible en Belgique.

## 3 COQUELUCHE

- Depuis 2012, la Belgique connaît une augmentation du nombre de cas rapportés de coqueluche causés par la bactérie *Bordetella pertussis*, et ce en dépit d'une importante couverture vaccinale.
- En général, la coqueluche survient sous forme de pics apparaissant environ tous les 3 à 5 ans. Cependant, le pic observé en 2014 dépasse le double du pic précédent enregistré en 2007. L'augmentation a été enregistrée par les différents réseaux de surveillance (Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires, Centres nationaux de référence).
- Il n'y a pas de répartition géographique spécifique des cas de coqueluche ; la densité des cas de coqueluche est étroitement liée à la densité de la population.
- La majorité des cas de coqueluche sont signalés chez les enfants (< 1 an), en particulier chez les nourrissons de moins de 4 mois. La proportion des 40-60 ans touchés par la coqueluche est en augmentation.
- Ces dernières années, la diversité génétique de *B. pertussis* reste limitée à MLST5 en Belgique. Les isolats contiennent principalement PRN2.

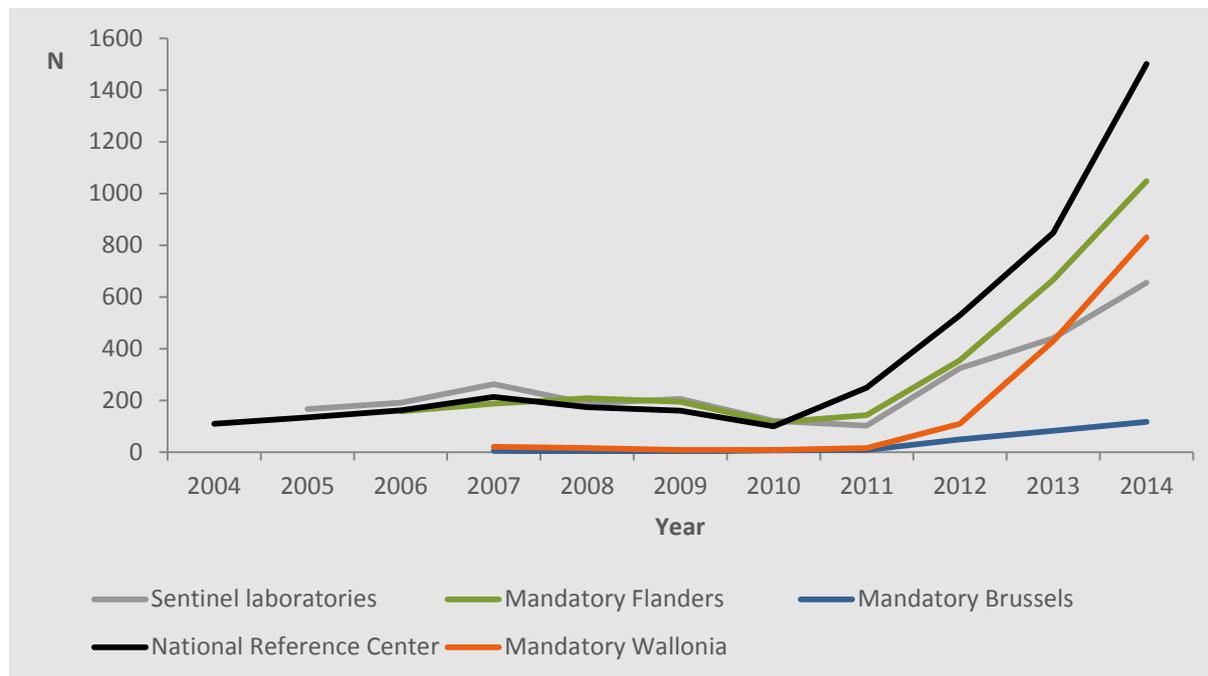
### *Cas rapportés selon le système de surveillance*

Le nombre de cas de coqueluche augmente depuis 2012, et ce dans tous les réseaux de surveillance (Figure 2). En 2014, le réseau des Laboratoires vigies a enregistré 668 cas de coqueluche. C'est plus qu'en 2011 (N = 102), 2012 (N = 325) et 2013 (N = 460).

En 2014, 1.056 cas de coqueluche ont été rapportés via le système de Déclaration obligatoire en Flandre, en comparaison avec 666 cas seulement en 2013. En Wallonie, 830 cas ont été rapportés en 2014, pour 429 en 2013. À Bruxelles, 117 cas ont été rapportés en 2014, contre 83 en 2013.

Les Centres nationaux de référence pour la coqueluche (UZ Brussel et WIV-ISP) ont fait état de 1.501 cas de coqueluche en 2014, contre 848 en 2013.

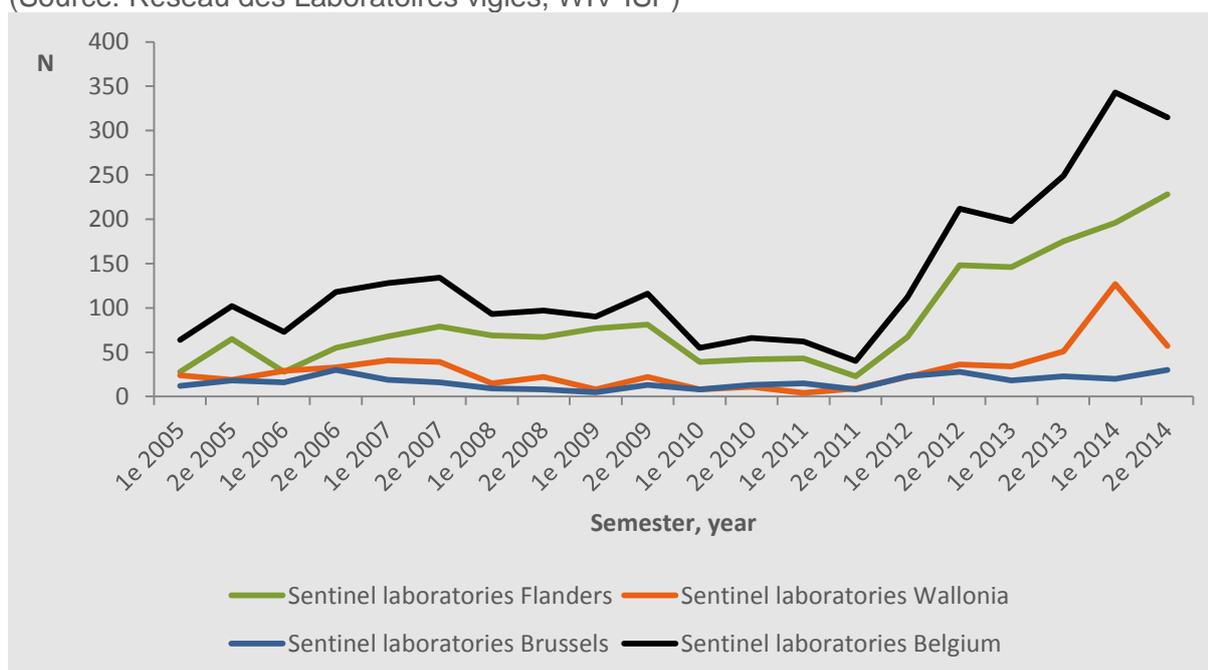
Figure 2 | Nombre de cas de coqueluche selon la source d'information, 2004-2014, Belgique (Sources: Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires, Centres nationaux de référence)



### Nombre de cas par région

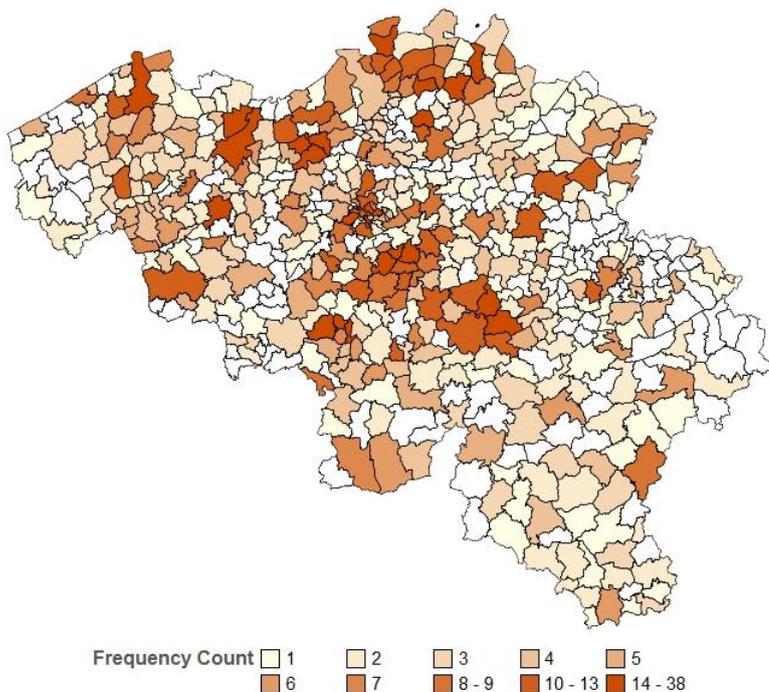
Le nombre de cas de coqueluche a augmenté dans toutes les régions. D'après les données recueillies par les Laboratoires vigies, c'est en Wallonie que la plus forte hausse (115 %) a été observée sur l'année 2014 (par rapport à 2013). Dans le même temps, la Flandre a connu une augmentation de 32 % et Bruxelles une hausse de 22 %. Le tout résulte en une augmentation totale de 46 % sur l'ensemble de la Belgique pour l'année 2014 par rapport à l'année 2013 (Figure 3).

Figure 3 | Nombre de cas de coqueluche par région et par semestre, 2005-2014, Belgique (Source: Réseau des Laboratoires vigies, WIV-ISP)



Le nombre de cas rapportés était le plus élevé à Anvers et à Gand, ainsi qu'en province du Brabant wallon (Figure 4).

Figure 4 | Répartition géographique des cas de coqueluche rapportés par commune, 2014, Belgique (Sources: Centres nationaux de référence, Réseau des Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires)



### *Nombre de cas par groupe d'âge*

En 2014, le nombre de cas a augmenté dans toutes les tranches d'âges, surtout chez les adultes de 40-60 ans (Figure 5). Le plus grand nombre de cas de coqueluche a été rapporté chez les enfants (< 1 an). Chez les nourrissons, la plupart des cas ont été notifiés dans le groupe des moins de 4 mois (Figure 6).

Figure 5 | Répartition des cas de coqueluche par groupe d'âge, années 2011 à 2014, Belgique (Source: Réseau des Laboratoires vigies, WIV-ISP)

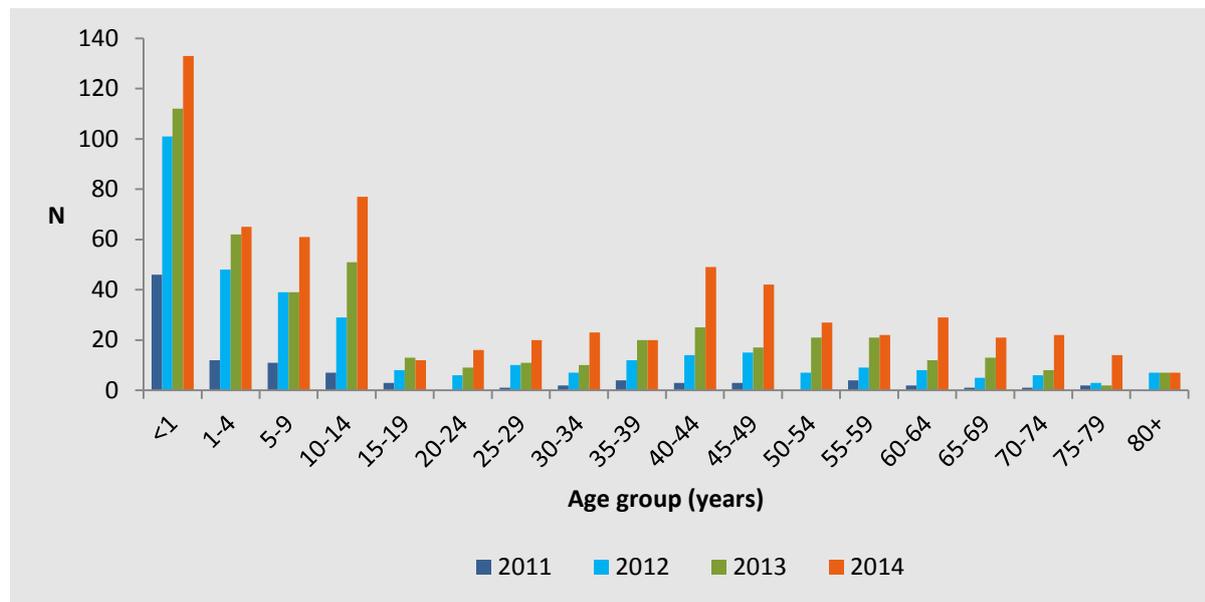
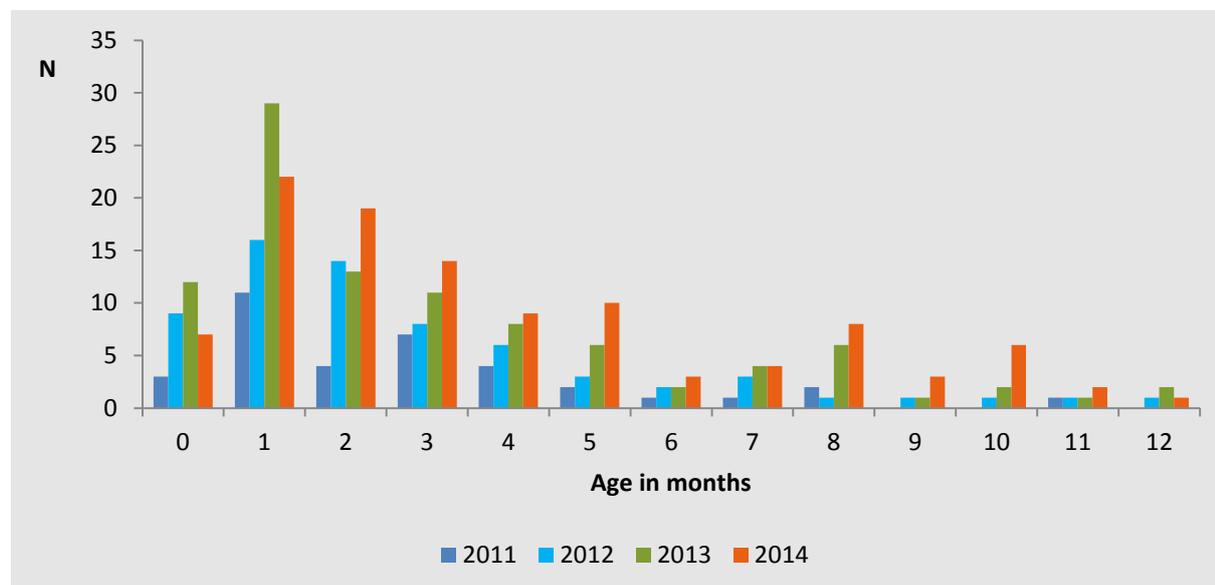
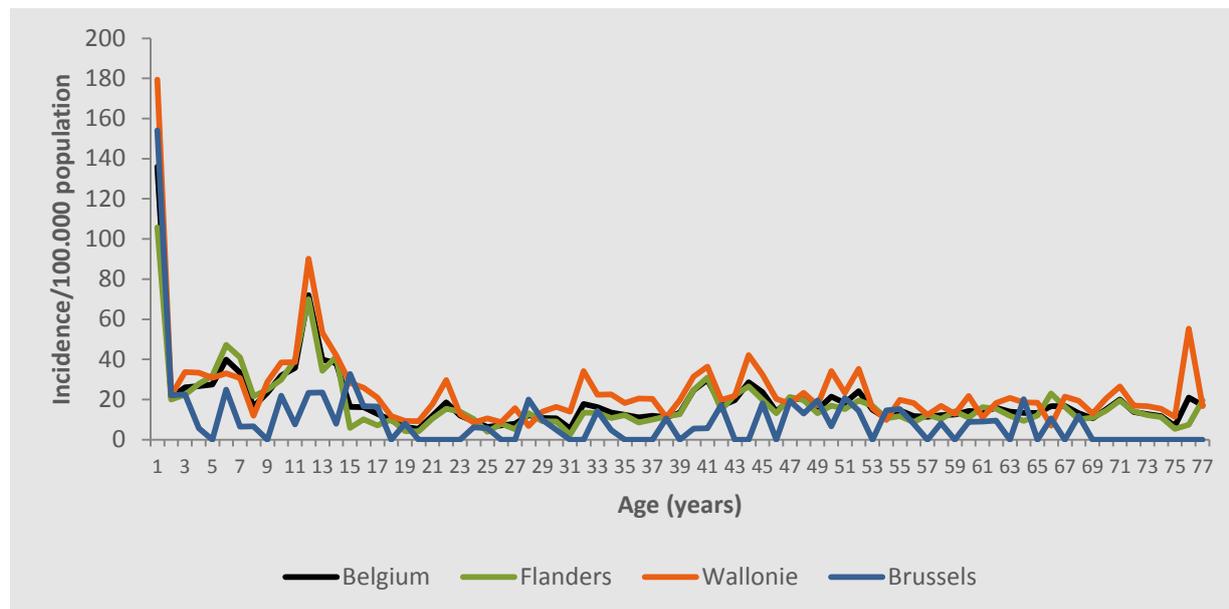


Figure 6 | Nombre de cas de coqueluche chez les enfants de moins d'un an, selon l'âge exprimé en mois, 2011-2014, Belgique (Sources: Centres nationaux de référence UZ Brussel et WIV-ISP)



L'incidence, estimée sur base des Déclarations obligatoires, était la plus élevée chez les enfants de moins d'un an (141,5/100.000) et chez les enfants âgés de 11 ans (74,5/100.000) (Figure 7).

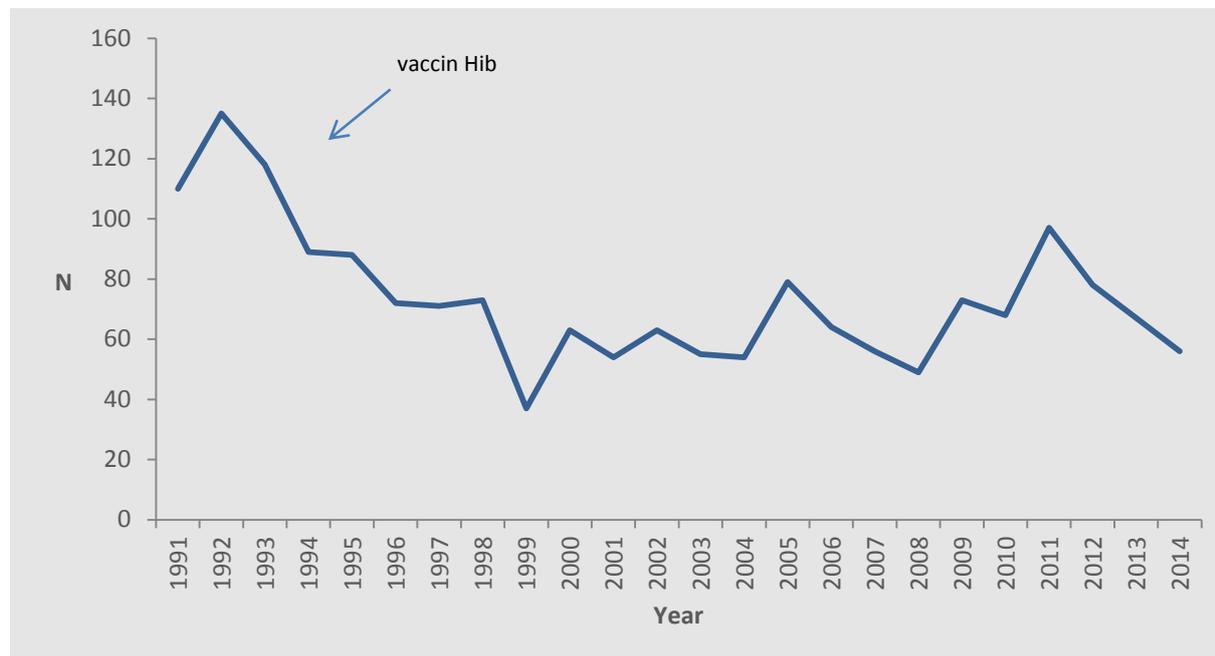
Figure 7 | Incidence de la coqueluche par 100.000 habitants selon l'âge en années et par région, 2014, Belgique (Source: Déclarations obligatoires)



#### 4 HAEMOPHILUS INFLUENZAE

- Les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) sont en nette régression depuis la recommandation de la vaccination anti-Hib en 1993.
- Entre 2011 et 2014, les Laboratoires vigies ont enregistré une diminution progressive du nombre de cas d'infections invasives à *Haemophilus influenzae* (de 97 cas en 2011 à 56 cas en 2014) (Figure 8).
- Durant cette période, la moitié (51 %) des infections invasives à *H. influenzae* (tous types) ont été diagnostiquées chez des personnes âgées de plus de 65 ans.
- En 2014, la plupart des souches invasives à *Haemophilus influenzae* rapportées par le Centre national de référence étaient non typables (87,6 %). Au total, 6 cas d'infections invasives à Hib ont été détectés, dont 1 en Flandre et 5 en Wallonie.

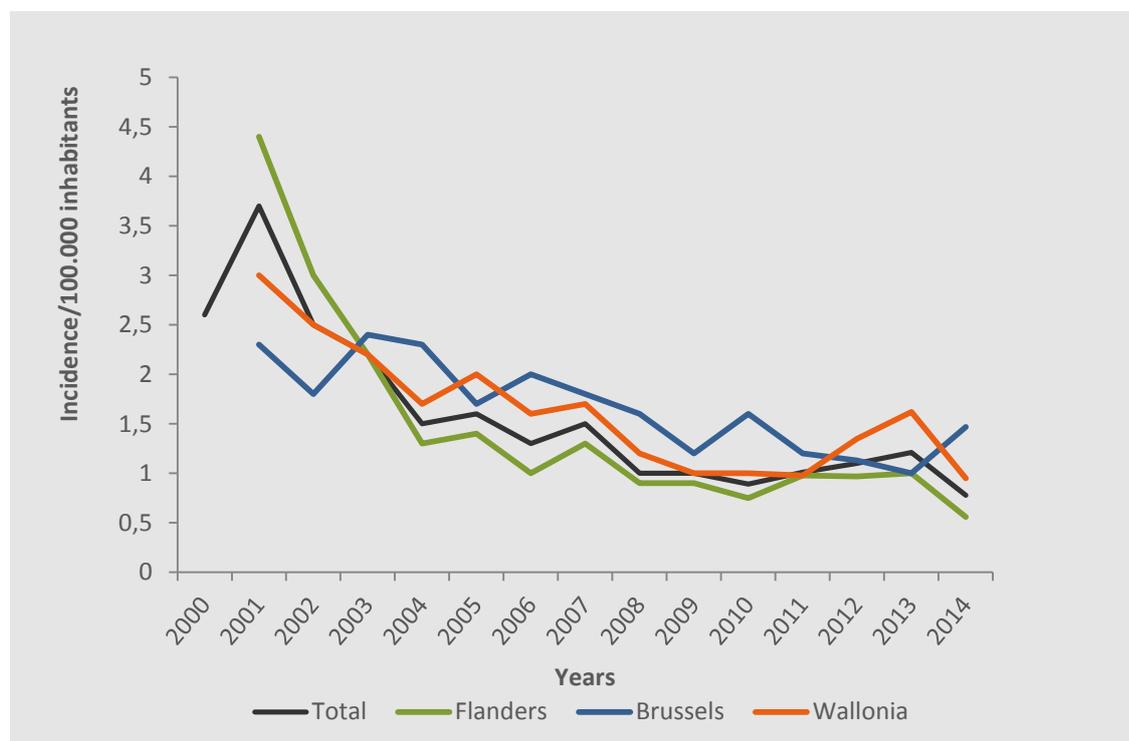
Figure 8 | Nombre de cas d'infections invasives à *H. influenzae* entre 1991 et 2014, Belgique (Source: Réseau des Laboratoires vigies, WIV-ISP)



## 5 INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES

- Depuis 2002, l'incidence des infections à méningocoques a diminué grâce à la vaccination systématique contre le sérotype C. Une diminution a également été observée au niveau du sérotype B.
- En 2014, le Centre national de référence a diagnostiqué 87 cas d'infections invasives à méningocoques (méningite ou état septique), soit une incidence annuelle de 0,78/100.000 habitants en comparaison avec 1,21/100.000 en 2013 ; 1,1/100.000 en 2012 et 1,0/100.000 en 2011.
- Dans la plupart des cas, on a observé le sérotype B (69,0 %). Le sérotype C est resté stable par rapport à 2013 (10,3 % en 2014 contre 10,4 % en 2013); parmi les 9 cas liés au sérotype C, 6 ont été constatés en Wallonie.
- En 2014, 41,4 % des cas ont été observés en Flandre (incidence de 0,56/100.000 habitants), 39,1 % en Wallonie (0,95/100.000 habitants) et 19,5 % à Bruxelles (1,47/100.000 habitants) (Figure 9).
- En 2014 le groupe d'âge le plus touché était les enfants de moins de 5 ans, qui représentaient 37,9 % des cas (35,8 % en 2013 ; 39,1 % en 2012 et 37,5 % en 2011) ; les jeunes de 15 à 19 ans représentaient 14,9 % des cas (13,4 % en 2013 ; 18,7 % en 2012 et 13,4 % en 2011) ; et les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 14,9 % des cas (8,2 % en 2013 ; 9,8 % en 2012 et 16,1 % en 2011).

Figure 9 | Incidence des infections invasives à méningocoque confirmées, par 100.000 habitants, par région, de 2000 à 2014, Belgique (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)



## 6 ROUGEOLE

- La rougeole est l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses et elle entraîne des complications dans près de 30 % des cas. Tous les pays européens se sont engagés à éliminer la rougeole d'ici 2015, comme l'a proposé le Bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- En 2014, on a rapporté 75 cas de rougeole, parmi lesquels 7 cas importés. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 2013, année pendant laquelle 43 cas ont été rapportés.
- Cette augmentation est due à une épidémie survenue fin avril-mai dans une crèche de Flandre, où 32 cas ont été recensés. Parmi ceux-ci, 23 enfants avaient moins d'un an et étaient donc trop jeunes pour être vaccinés.
- Pour la Belgique, l'incidence était de 6,1/1.000.000 d'habitants en 2014, en comparaison avec 3,5/1.000.000 en 2013. En 2014, l'incidence était de 8,6/1.000.000 d'habitants à Bruxelles, de 7,8/1.000.000 d'habitants en Flandre, et de 1,9/1.000.000 d'habitants en Wallonie.
- Le statut vaccinal était connu dans 74,7 % des cas. La plupart des patients (69,6 %) n'étaient pas vaccinés. Parmi les non-vaccinés, 64,1 % étaient âgés de moins de 12 mois.
- Le groupe d'âge le plus touché en Belgique en 2014 est celui des enfants de moins d'un an, avec une incidence estimée à 198,7/1.000.000 d'habitants, suivi par le groupe des 1-4 ans, avec une incidence estimée à 40,2/1.000.000 d'habitants.

### Nombre de cas et incidence

En 2014, on a signalé 75 cas de rougeole en Belgique, parmi lesquels 7 cas importés, ce qui donne une incidence rapportée de 6,1/1.000.000 d'habitants (sans tenir compte des cas importés) et de 6,7/1.000.000 d'habitants (en tenant compte des cas importés). Le nombre de

cas et l'incidence étaient plus élevés en 2014 qu'en 2013, mais nettement moins élevés qu'en 2012 et 2011 (Figure 10 et Tableau 2).

L'augmentation observée en 2014 est due à une épidémie, qui a touché une crèche de la province d'Anvers au mois de mai. Cette épidémie représente près de la moitié des cas recensés en Belgique (32 cas), mais 23 d'entre eux concernaient des enfants de moins d'un an, trop jeunes pour être vaccinés. L'épidémie a été maintenue sous contrôle par les services de lutte contre les maladies infectieuses de la Communauté flamande qui ont pris des mesures de prévention, telles que la vaccination des enfants dès l'âge de 6 mois et l'examen du statut immunitaire des parents.

Figure 10 | Nombre de cas de rougeole par mois, entre 2007 et 2014, en Belgique. (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

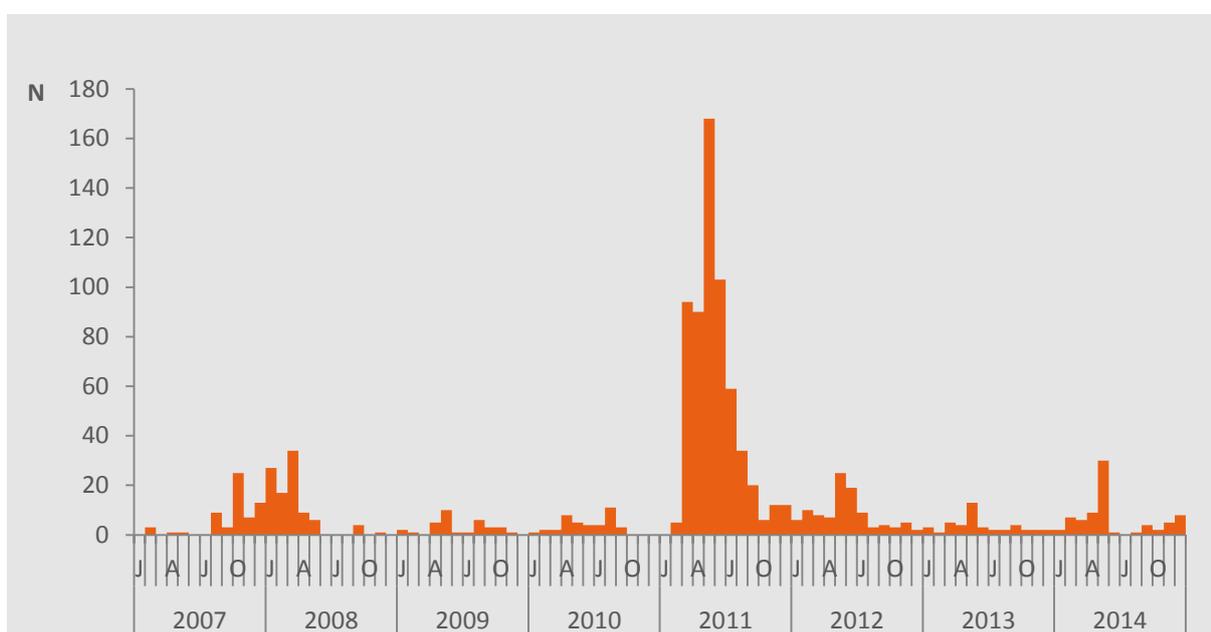


Tableau 2 | Incidence et nombre de cas de rougeole par an, entre 2011 et 2014, en Belgique. (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

	2011		2012		2013		2014	
	N	Incidence/ 1.000.000	N	Incidence/ 1.000.000	N* (N)	Incidence*/ 1.000.000	N* (N)	Incidence*/ 1.000.000
<b>Bruxelles</b>	182	161,2	32	28,3	16	13,9	10	8,6
<b>Flandre</b>	143	22,6	30	4,7	9 (13)	1,4 (2,0)	50 (54)	7,8 (8,4)
<b>Wallonie</b>	250	70,7	27	7,6	14	3,9	7 (10)	1,9 (2,8)
<b>Lieu de résidence inconnu</b>	32		12		0		1	
<b>Total</b>	<b>607</b>	<b>55,2</b>	<b>101</b>	<b>9,2</b>	<b>39 (43)</b>	<b>3,5 (3,9)</b>	<b>68 (75)</b>	<b>6,1 (6,7)</b>

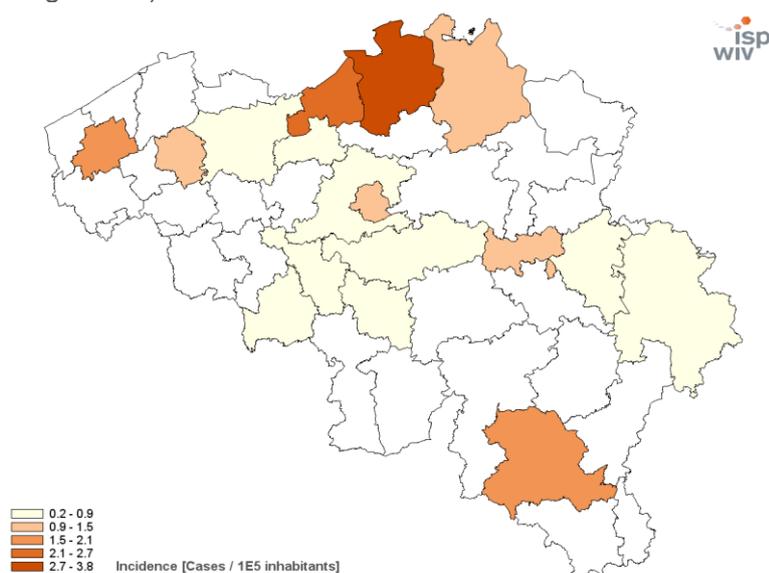
N\* = Cas non importés (tous les cas) – uniquement à partir de 2013

N = tous les cas

L'incidence régionale est variable. Si, en 2013, la Flandre était proche d'atteindre l'objectif d'élimination de l'OMS (< 1/1.000.000 d'habitants), avec une incidence de 1,4/1.000.000 d'habitants, elle a connu une incidence de 7,8/1.000.000 d'habitants en 2014. Toutefois, si l'on exclut les 33 cas dus à l'épidémie circonscrite, la Flandre arrive à une incidence de 2,7/1.000.000 d'habitants. En Wallonie, l'incidence a été de 1,9/1.000.000 d'habitants en 2014, ce qui représente une forte diminution par rapport à l'incidence de 3,9/1.000.000 d'habitants en 2013. Bruxelles conserve l'incidence la plus élevée, mais cette incidence a baissé de 13,9/1.000.000 d'habitants en 2013 à 8,6/1.000.000 d'habitants en 2014.

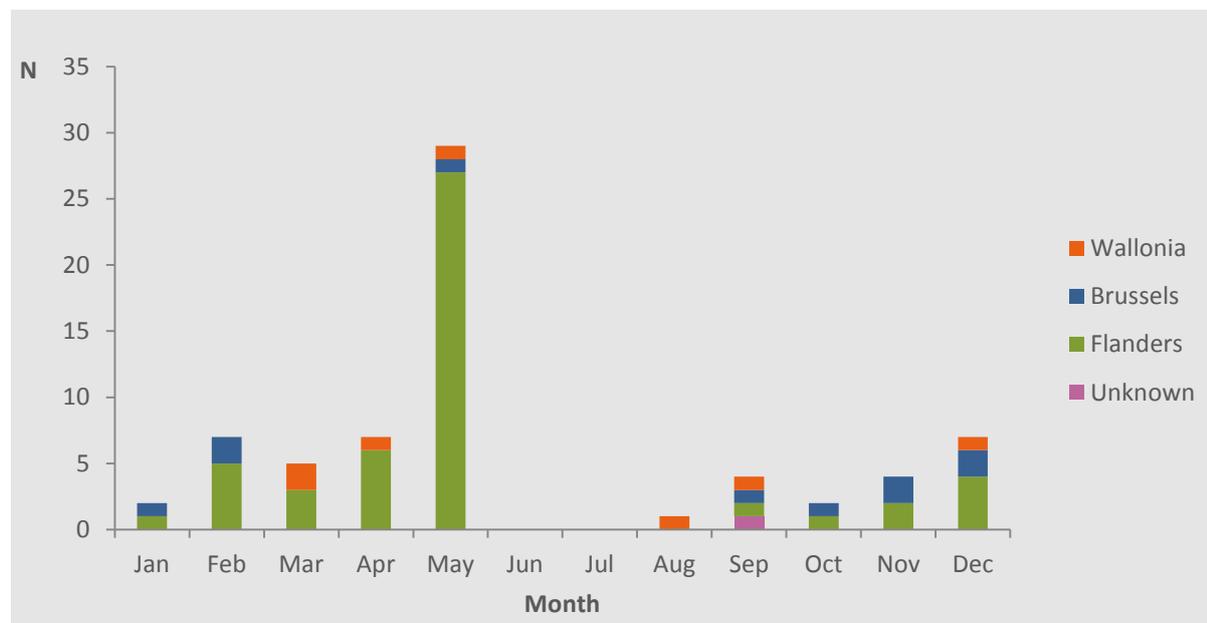
En 2014, on retrouve l'incidence la plus élevée à Anvers (2,22/100.000 habitants), puis à Bruxelles (0,86/100.000 habitants). Pour les autres provinces, l'incidence tombe sous la barre des 0,28/100.000 habitants (Figure 11).

Figure 11 | Incidence de la rougeole par arrondissement en 2014, en Belgique (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)



Le plus grand nombre de cas a été enregistré au mois de mai (Figure 12). Comme les années précédentes, la plupart des cas sont signalés entre mars et juin (printemps). Le fait qu'aucun cas n'ait plus été enregistré après l'épidémie du mois de mai montre bien que celle-ci a été maintenue sous contrôle.

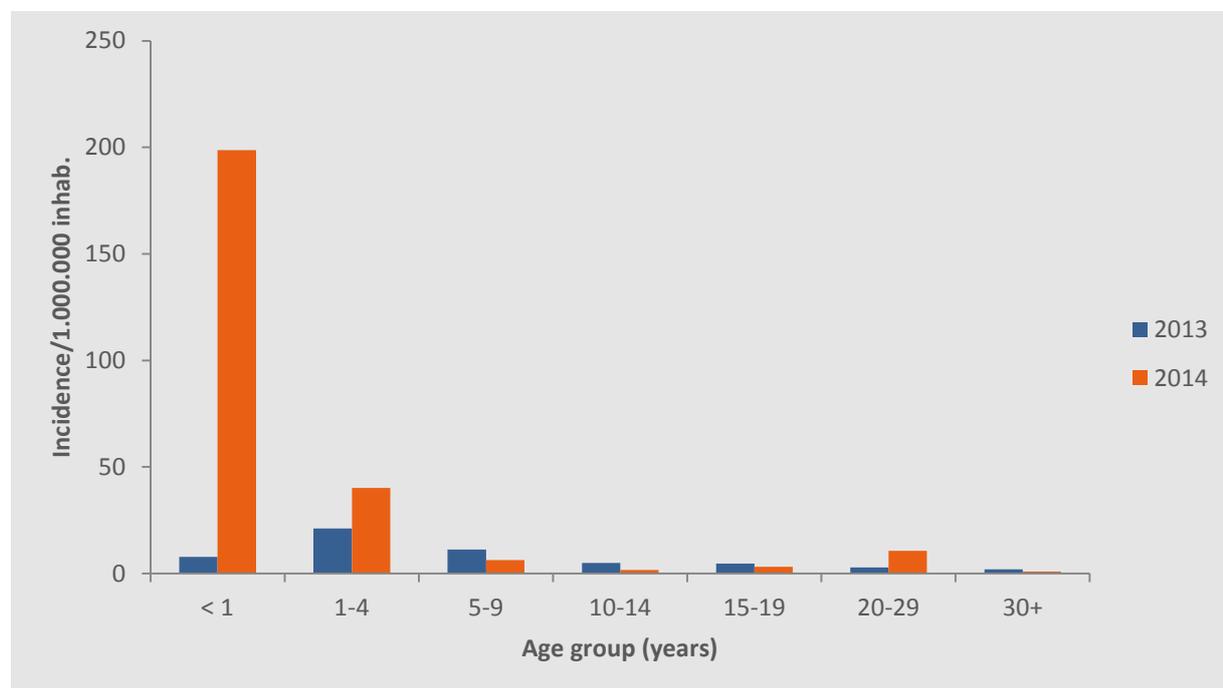
Figure 12 | Nombre de cas de rougeole par mois et par région, en 2014, en Belgique. (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)



Dans 7 cas parmi les 75 cas de rougeole rapportés, la maladie avait été contractée à l'étranger. Ces cas ont été rapportés par le service de lutte contre les maladies infectieuses (Déclarations obligatoires) en Flandre (4 cas) et par le service de lutte contre les maladies infectieuses en Wallonie (3 cas). Aucun cas importé n'a été rapporté à Bruxelles. Les pays supposés être à l'origine de ces cas importés étaient la France, la Pologne, la Guinée, la Russie, le Vietnam et la Slovaquie. Les sept cas étaient des cas isolés, sans autre contamination rapportée en Belgique.

Le groupe d'âge le plus touché en Belgique en 2014 est celui des enfants de moins d'un an, avec une incidence estimée à 198,7/1.000.000 habitants, suivi par le groupe des 1-4 ans, avec une incidence estimée à 40,2/1.000.000 habitants. Pour le groupe des 20-29 ans, l'incidence est estimée en 2014 à 10,7/1.000.000 d'habitants (7,9 sans épidémie), en comparaison avec 2,9/1.000.000 d'habitants en 2013 et 9,2/1.000.000 d'habitants en 2012 (Figure 13). En 2014, l'âge des cas variait de 0 à 44 ans.

Figure 13 | Incidence de la rougeole par groupe d'âge, en 2013 et 2014, en Belgique. (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

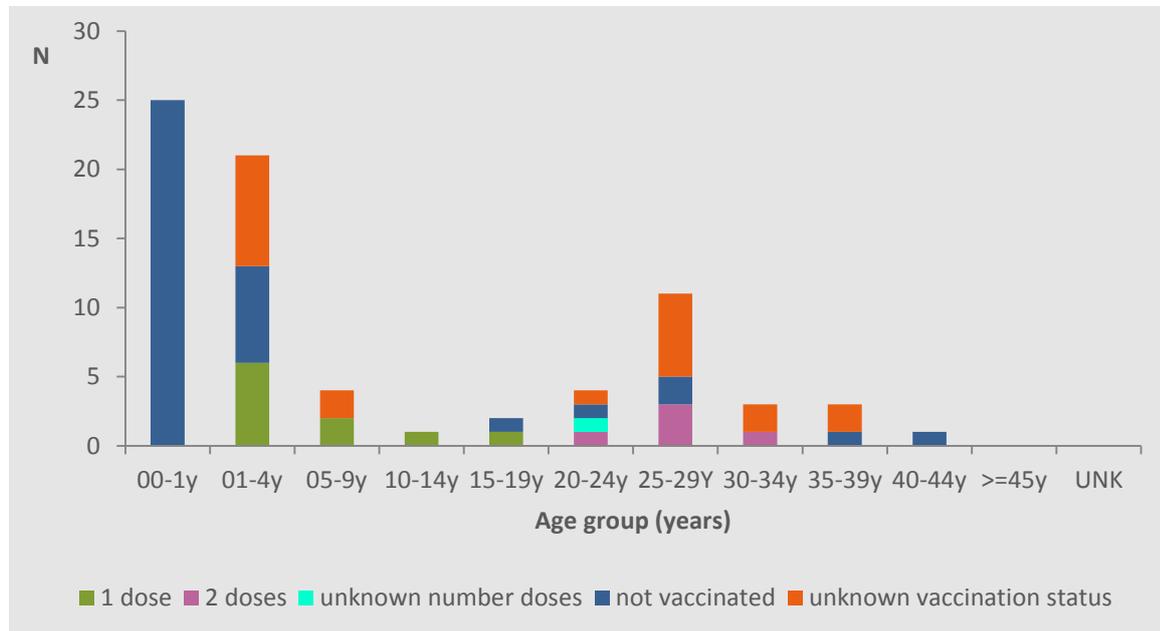


#### Statut vaccinal

Le statut vaccinal était connu dans 74,7 % des cas. En Flandre, le statut vaccinal était connu dans 89 % des cas ; en Wallonie, dans 40 % des cas ; et à Bruxelles, dans 20 % des cas.

Parmi les cas dont le statut vaccinal était connu, 69,6 % des sujets n'étaient pas vaccinés, 19,7 % avaient reçu 1 dose de vaccin, 8,9 % avaient reçu au moins 2 doses de vaccin et 1,8 % avaient été vaccinés avec un nombre de doses inconnu (Figure 14). Parmi tous les cas non vaccinés, 64,1 % avaient moins de 12 mois et n'étaient pas encore admissibles à la vaccination avec la première dose du vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO1).

Figure 14 | Nombre de cas de rougeole selon le statut vaccinal, par groupe d'âge, en 2014, en Belgique. (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)



Sur les 75 cas, 14 (19 %) ont été hospitalisés, 48 (64 %) n'ont pas été hospitalisés et, pour les 13 (17 %) autres cas, cette information n'était pas connue. Deux cas d'encéphalite rougeoleuse ont été recensés. Aucun décès n'a été signalé en 2014.

### Diagnostic et génotypage

En 2014, on a enregistré en Belgique un total de 224 cas de suspicion de rougeole. Parmi ceux-ci, 149 n'ont pas été retenus comme cas de rougeole. Sur les 75 cas retenus, le diagnostic a été confirmé dans 58 cas (77,3 %) grâce à la sérologie (IgM, séroconversion des IgG) ou une PCR. Le génotype D8 a été isolé dans 23 cas, qui font partie de l'épidémie survenue en Flandre ; le génotype B3 a été isolé dans 1 cas en Flandre et dans 2 cas en Wallonie. Dans 5 cas, le diagnostic a été posé par confirmation d'un lien épidémiologique avec un autre cas confirmé (6,7 %) et, dans 12 cas (16 %), le diagnostic n'a été posé que sur base du tableau clinique.

A côté de l'épidémie survenue dans une crèche anversoise, 3 petits clusters (2 à 4 cas par cluster) ont été notifiés par les services de Déclaration obligatoire en Flandre. En Wallonie, les services de Déclaration obligatoire ont rapporté un cas présentant un lien épidémiologique avec l'exposition canine organisée en Slovénie, où une épidémie de rougeole s'est déclarée parmi les participants en novembre 2014, touchant principalement des jeunes adultes. Il n'a pas été fait état de cas liés (clusters) à Bruxelles.

Selon les résultats du génotypage, 3 cas de génotype B3, 23 cas de génotype D8 et 1 cas de rougeole post-vaccinale de génotype A ont été signalés au total pour la Belgique.

## 7 OREILLONS

- L'épidémie d'oreillons, qui a pris des proportions nationales depuis 2012, s'est poursuivie durant la première moitié de 2013, mais a connu une forte régression au cours du deuxième semestre de 2013 et dans le courant de l'année 2014.

- En 2013, l'incidence des consultations chez les Médecins vigies était estimée à 95,0/100.000 (IC à 95 % : 80,9-110,9) personnes-années avant de chuter à 18,3/100.000 (IC à 95 % : 12,4-26,2) en 2014. Les données des Laboratoires vigies, du réseau de surveillance pédiatrique (PediSurv) et du Centre national de référence pour les oreillons ont, elles aussi, confirmé une diminution des cas en 2014.
- Au sein du réseau des Médecins vigies, l'incidence des consultations en 2013 spécifique selon l'âge atteignait son plus haut niveau parmi les 20-24 ans, avec 394,3/100.000 personnes-années (IC à 95 % : 284,2-533,0), suivis par le groupe des 15-19 ans (300,8/100.000 personnes-années ; IC à 95 % : 201,4-432). En 2014, une évolution de la distribution par âge a été notée via le réseau des Médecins-vigies, l'incidence la plus élevée étant constatée dans le groupe des 5-9 ans (64,0/100.000 personnes-années ; IC à 95 % : 23,5-139,3).

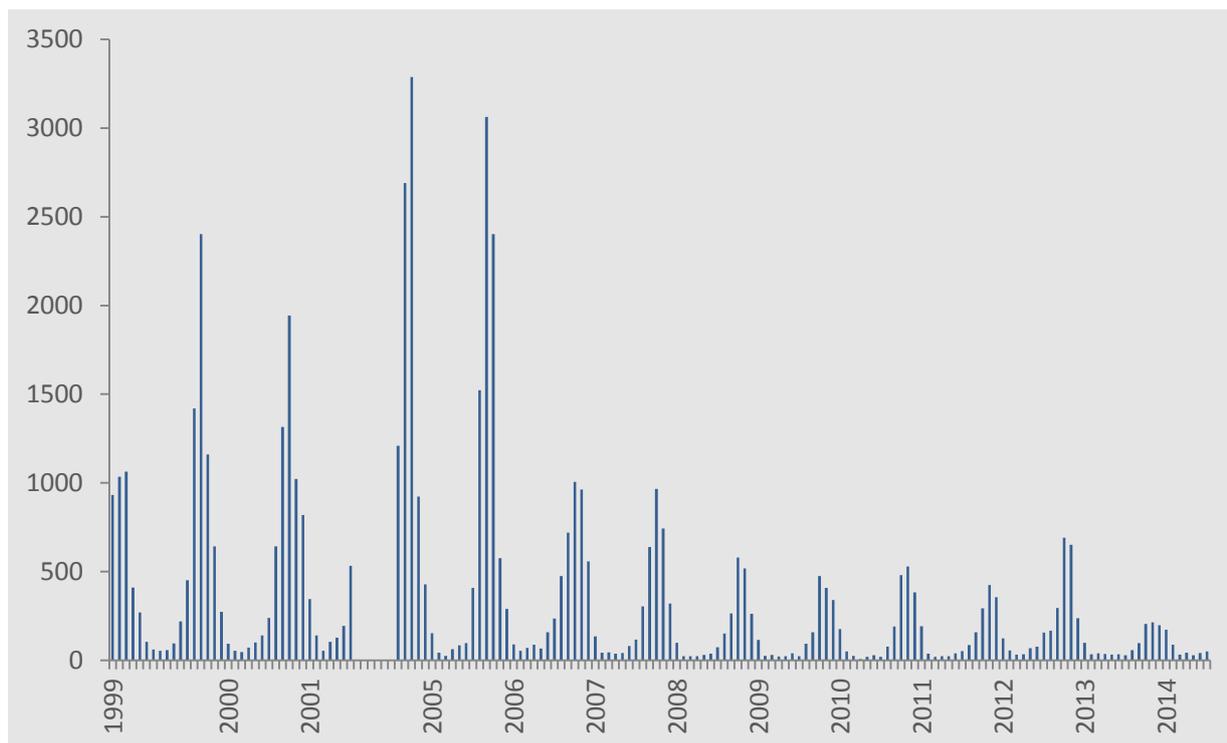
## 8 RUBÉOLE

- L'objectif de l'OMS, à savoir l'éradication de la rougeole et de la rubéole en Europe d'ici 2015, est compromis. Dans les pays où l'incidence de la maladie est élevée, le risque de cas de syndrome de rubéole congénitale reste élevé.
- En Belgique, le taux de vaccination pour la 1<sup>re</sup> dose du vaccin RRO dépassait 95 % en 2012. Pour la 2<sup>e</sup> dose, le taux de vaccination était estimé à 92,5 % en Flandre et à 75,5 % à Bruxelles et en Wallonie. En dépit du taux élevé de vaccination en Belgique, un seul cas de rubéole chez une femme enceinte non vaccinée suffit pour induire un risque de syndrome de rubéole congénitale (SRC) chez le bébé.
- La rubéole n'est pas soumise à l'obligation de déclaration en Belgique, sauf à Bruxelles. La rubéole congénitale n'est une maladie à déclaration obligatoire qu'en Wallonie.
- En Belgique, aucun cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC) n'a été signalé en 2013. En 2012, 1 cas importé de SRC avait été signalé via le réseau de surveillance pédiatrique PediSurv du WIV-ISP.
- Le Comité pour l'Élimination de la rougeole et de la rubéole insiste sur l'importance d'une surveillance des cas de rubéole et sur la confrontation des données cliniques et épidémiologiques avec les données de laboratoire, afin de pouvoir rechercher activement les contacts proches s'il s'avère qu'il s'agit d'une infection récente.

## 9 ROTAVIRUS

- Depuis que le vaccin contre le rotavirus est en grande partie remboursé (novembre 2006), nous constatons une diminution du nombre de cas de rotavirus confirmés en laboratoire (Figure 15).
- La diminution la plus importante du nombre de cas a été observée chez les enfants de moins d'un an (-89 % en 2013-2014 comparativement à 2005-2006).
- Lors de la saison 2013-2014 du rotavirus, le pic d'incidence est survenu 6 semaines plus tard, comparativement à la période antérieure à la vaccination (1999-2006).
- En 2013-2014, on a constaté une diminution du nombre total d'infections par le rotavirus (n=1.152) en comparaison avec la saison précédente 2012-2013 (n=2.565).

Figure 15 | Nombre de cas d'infections par le rotavirus par mois, 1999-2001 et 2005-2014, Belgique (Source: Réseau des Laboratoires vigies, WIV-ISP)



## 10 INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUES

- En 2014, 186 cas d'infections invasives à pneumocoques ont été déclarés chez les moins de 16 ans, en comparaison avec 283 en 2013 et 334 en 2012.
- En 2014, l'incidence globale des infections invasives à pneumocoques chez les enfants de moins de 2 ans a été estimée à 53,2/100.000, ce qui représente une baisse significative de 66 % (IC à 95 % : 58-72) par rapport à la période antérieure à la vaccination (156/100.000 en 2002-2003) (Figure 16).
- Chez les enfants de moins de 2 ans, les sérotypes présents dans le vaccin PCV7 ont quasi disparu : en 2014, une baisse de 99 % a été observée par rapport à la période antérieure à la vaccination. Les 6 sérotypes supplémentaires inclus dans le vaccin PCV13 ont quant à eux connu une régression de 93 % par rapport à la période 2007-2010 (Figure 17).
- En 2014, l'incidence observée parmi les enfants de moins de 5 ans était de 27,2/100.000 (2013 : 34,4/100.000) à Bruxelles, de 27,4/100.000 en Flandre (2013 : 40,2/100.000) et de 17,5/100.000 en Wallonie (2013 : 23,7/100.000).

Figure 16 | Incidence des infections invasives à pneumocoques (IPD) chez les enfants < 16 ans, selon le groupe d'âge et l'année de diagnostic, Belgique (Sources: 2002-2003 : Vergison et al. (Pediatrics, 2006) – 2006-2014 : PediSurv, WIV-ISP)

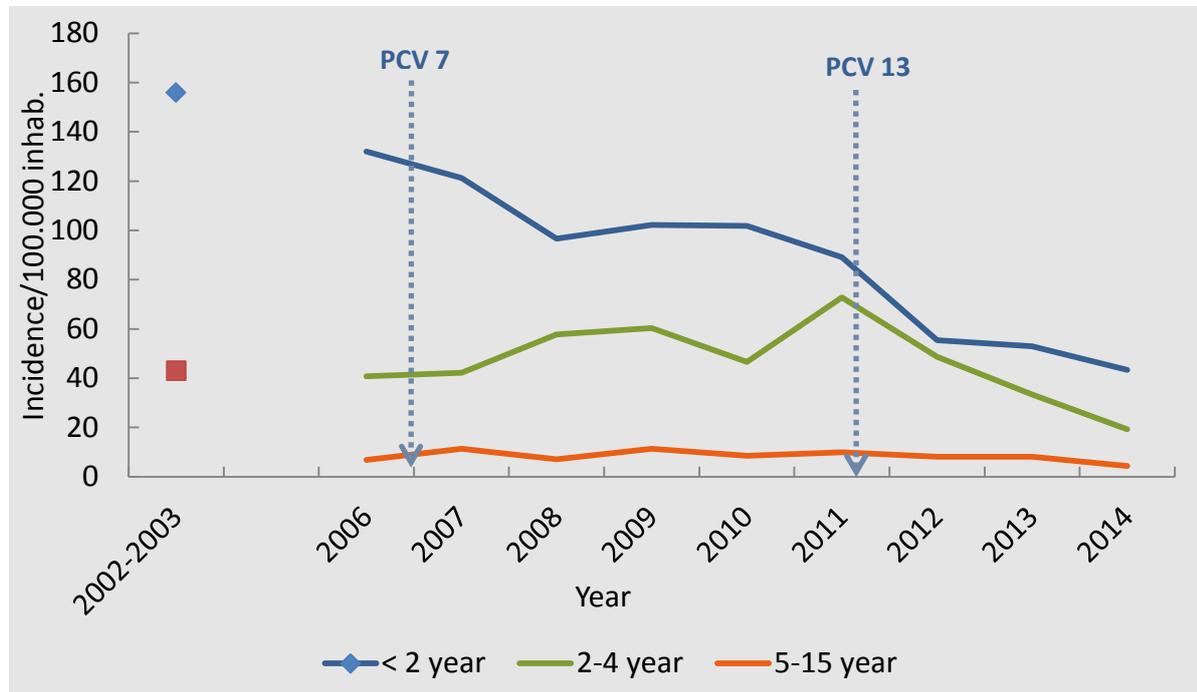
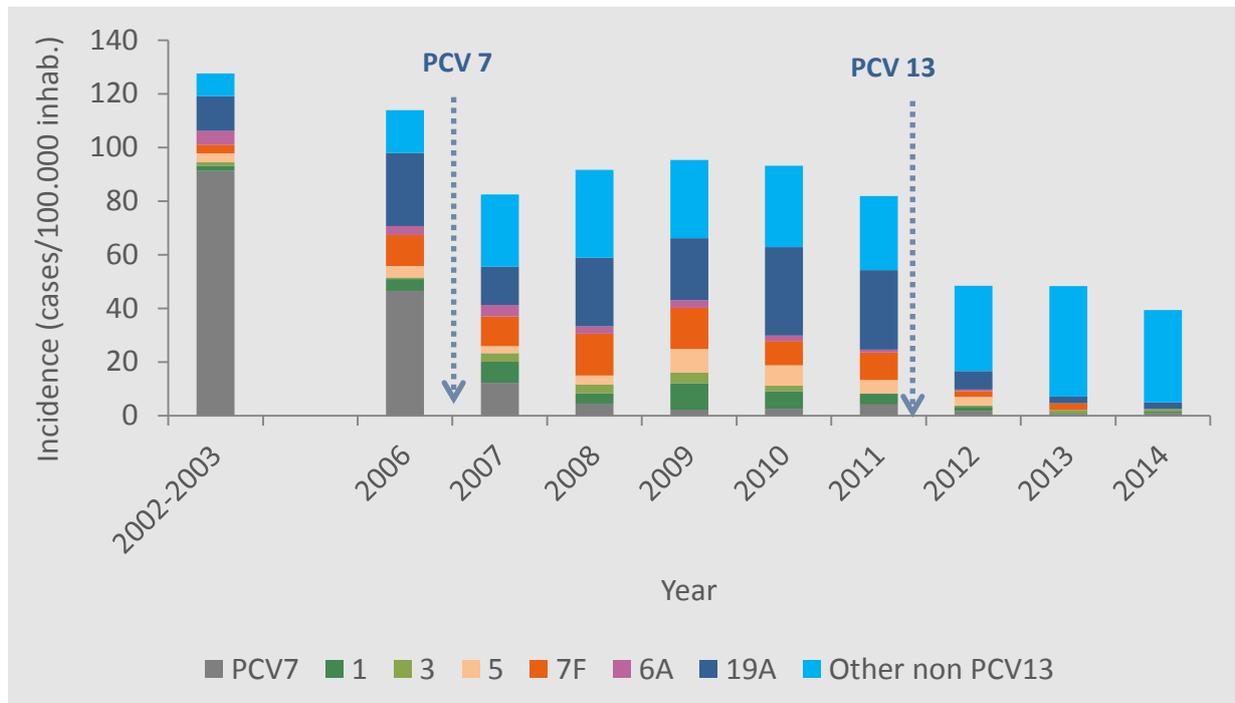


Figure 17 | Incidence des IPD, selon le sérotype, chez les enfants < 2 ans, 2002-2003 et 2006-2014, Belgique (Sources: Centre national de référence pour *S. pneumoniae*, UZ Leuven et PediSurv, WIV-ISP)



## ANNEXES

### Annexe 1. Tableau de synthèse pour la Belgique

**Tableau 3 | Nombre de cas de maladies infectieuses à prévention vaccinale, Belgique**

Maladie	Source	Indicateur	2013	2014
<b>Poliomyélite</b>	PediSurv	Nombre de cas de PFA	2	3
<b>Diphthérie</b>	Centre national de référence	Nombre de cas <i>tox+</i>	1	0
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	848	1.501
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	460	668
<b>Infection à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	96	97
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	67	56
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	134	87
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	63	39
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	4	39
	Combinaison de sources <sup>9</sup>	Nombre de cas	43	75
	Combinaison de sources <sup>9</sup>	Incidence estimée/1.000.000	3,9	6,7
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	69	14
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	604	221
	Médecins vigies	Incidence estimée /100.000	95,0	18,3
	PediSurv	Nombre de cas notifiés	52	46
<b>Rotavirus</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	511	na <sup>10</sup>
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	2.290	1.206
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs < 5 ans	183	134
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs < 5 ans	109	65
	PediSurv	Incidence estimée /100.000 < 5 ans	51,2	41,2
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome de Rubéole Congénitale	0	0
	PediSurv	Syndrome de Rubéole Congénitale	0	0

<sup>9</sup> PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires – tous les cas (y compris les cas importés)

<sup>10</sup> na : non disponible

## Annexe 2. Cartes et Graphiques pour la Flandre

**Tableau 4 |** Tableau de synthèse du nombre de cas de maladies infectieuses à prévention vaccinale, Flandre

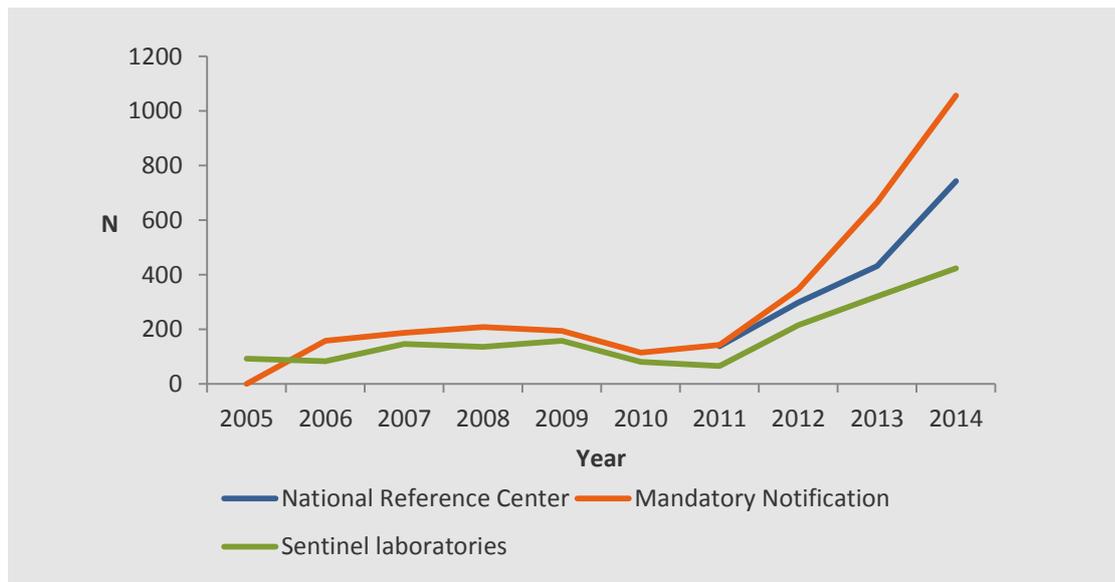
Maladie	Source	Indicateur	2013	2014
<b>Poliomyélite</b>	PediSurv	Nombre de cas de PFA	0	2
<b>Diphthérie</b>	Centre national de référence	Nombre de cas <i>tox+</i>	0	0
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	432	743
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	321	424
<b>Infection à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	54	40
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	40	23
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	64	36
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	33	21
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	1	33
	Combinaison de sources <sup>11</sup>	Nombre de cas	9	54
	Combinaison de sources <sup>11</sup>	Incidence estimée/1.000.000	2,0	8,4
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	34	2
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	476	96
	Médecins vigies	Incidence estimée /100.000	99,5	8,5
	PediSurv	Nombre de cas notifiés	16	7
<b>Rotavirus</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	393	na <sup>12</sup>
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	1.516	644
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs < 5 ans	111	79
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs < 5 ans	65	45
	PediSurv	Incidence estimée /100.000 < 5 ans	40,2	27,4
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome de Rubéole Congénitale	0	0
	PediSurv	Syndrome de Rubéole Congénitale	0	0

<sup>11</sup> PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires – tous les cas (y compris les cas importés)

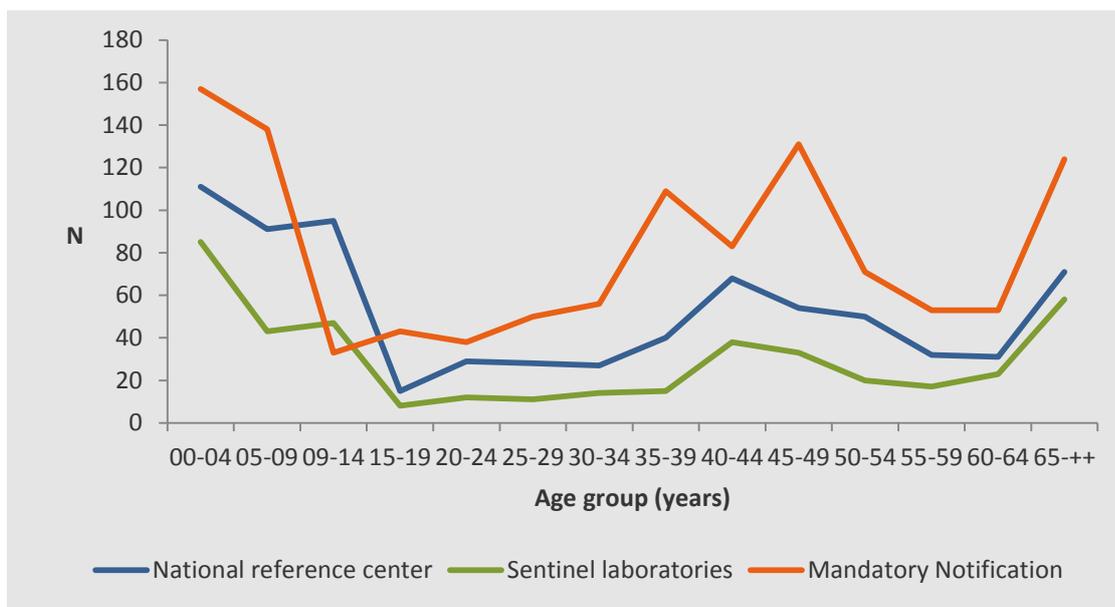
<sup>12</sup> na : non disponible

## COQUELUCHE (PERTUSSIS) EN FLANDRE

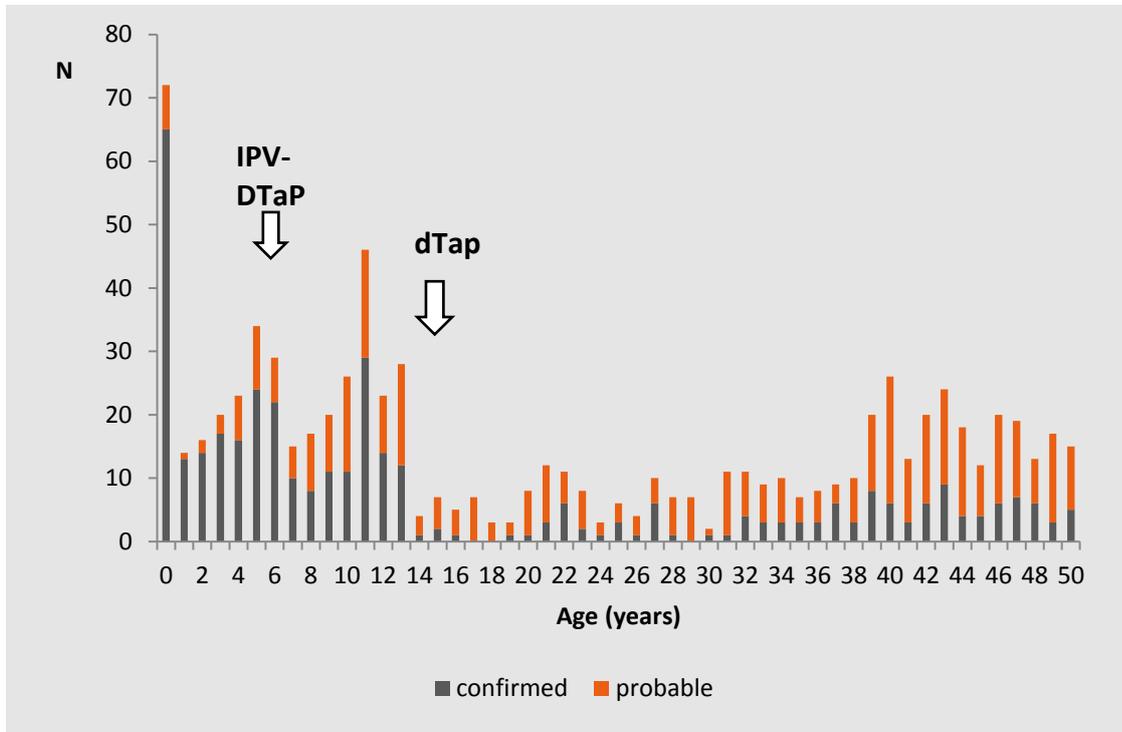
**Figure 1 | Evolution du nombre de cas de coqueluche enregistrés par année pour les différents réseaux de surveillance, 2005-2014, Flandre** (Source: Centres nationaux de référence, Déclarations obligatoires, Laboratoires vigies)



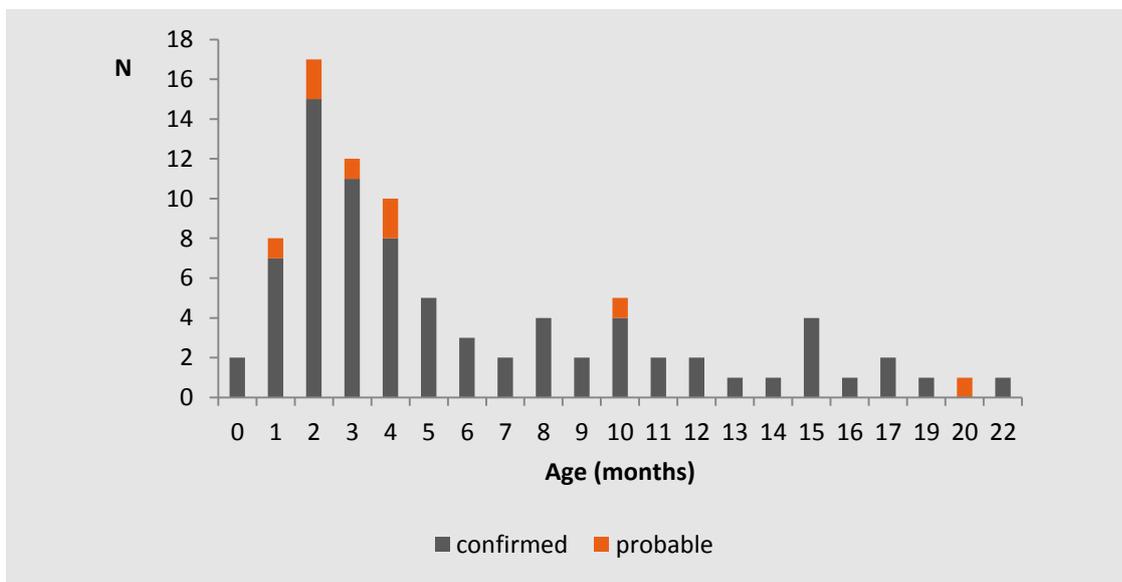
**Figure 2 | Nombre de cas de coqueluche dans les différents groupes d'âge pour les différents réseaux, 2014, Flandre** (Source: Centres nationaux de référence, Déclarations obligatoires, Laboratoires vigies)



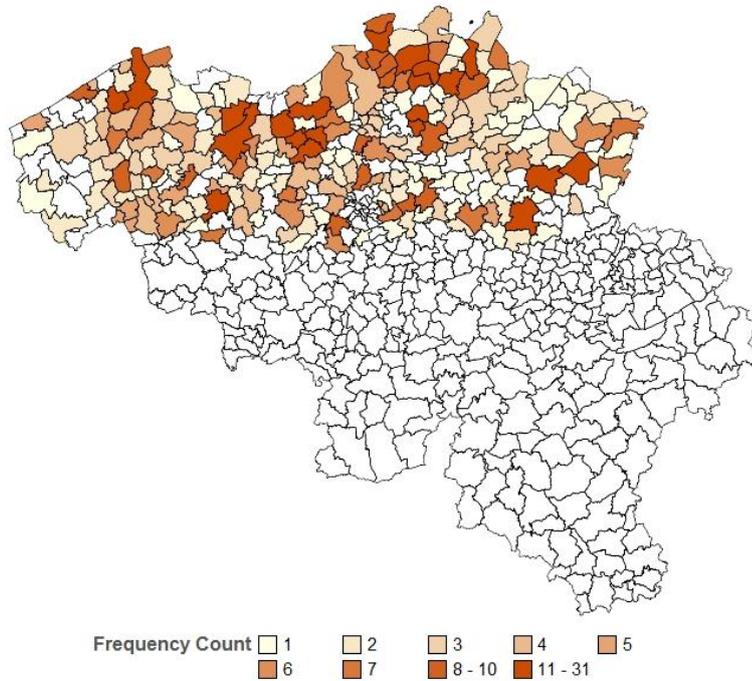
**Figure 3 |** Nombre de cas de coqueluche selon l'âge en années et selon la classification diagnostique, chez les personnes  $\leq 50$  ans, 2014, Flandre (Source: Déclarations obligatoires)



**Figure 4 |** Nombre de cas de coqueluche selon l'âge en mois et selon la classification diagnostique, chez les enfants  $< 2$  ans, 2014, Flandre (Source: Déclarations obligatoires)

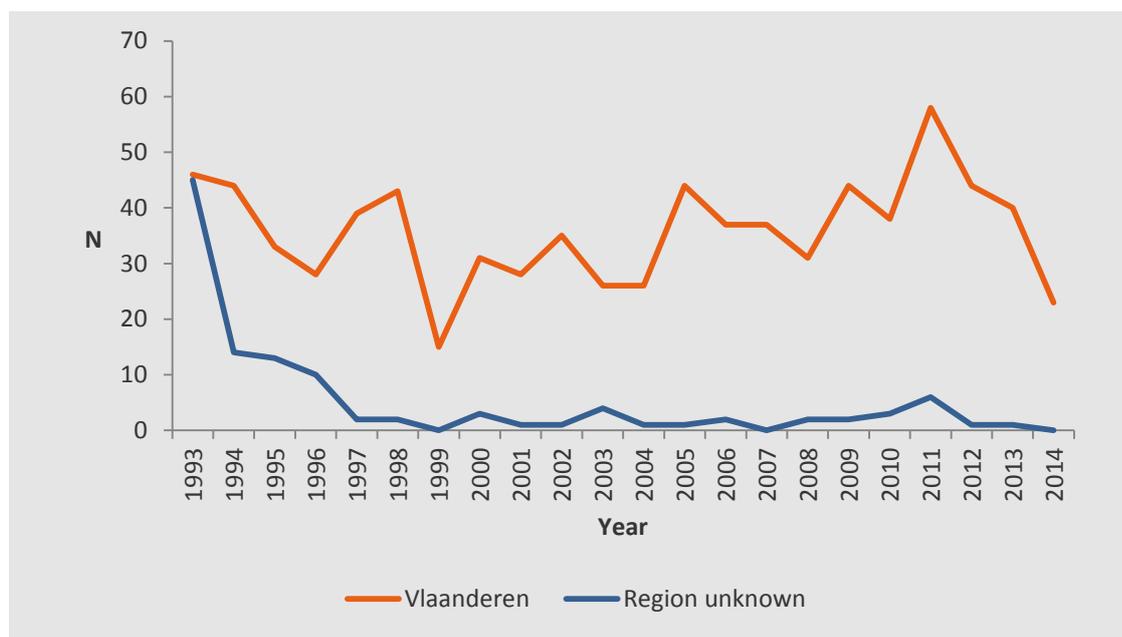


**Figure 5 | Nombre de cas de coqueluche dans les différentes communes, 2014, Flandre** (Sources: Centres nationaux de référence, Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires)

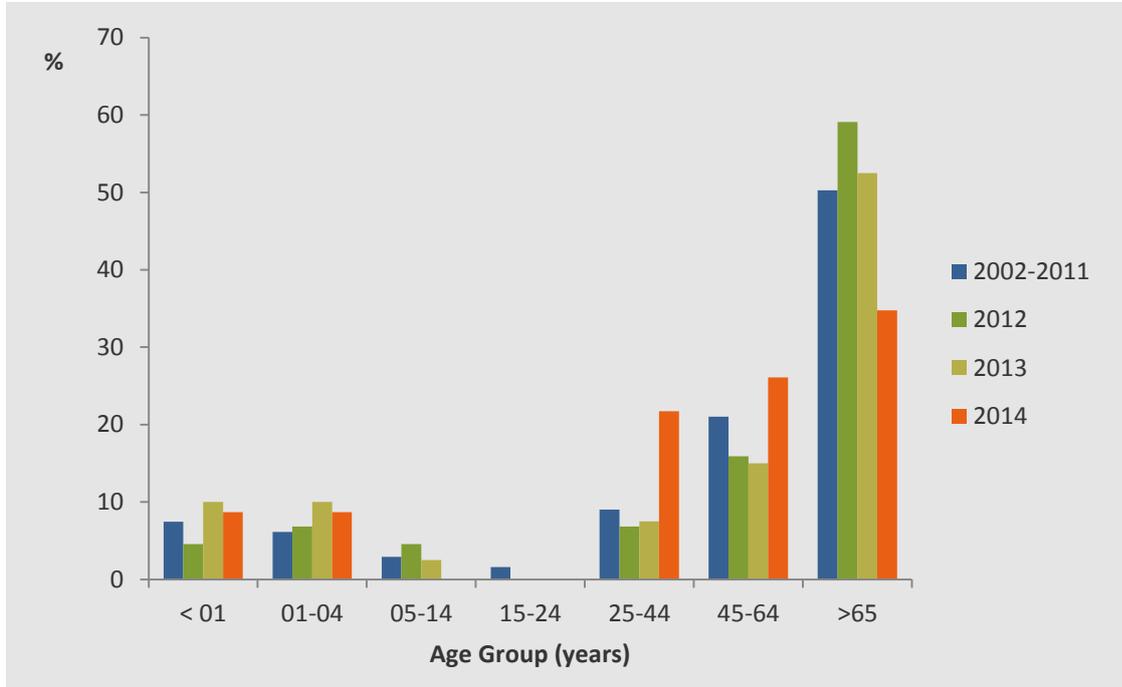


### HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN FLANDRE

**Figure 6 | Nombre de cas d'infections invasives à *H. influenzae*, 1993-2014, Flandre** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

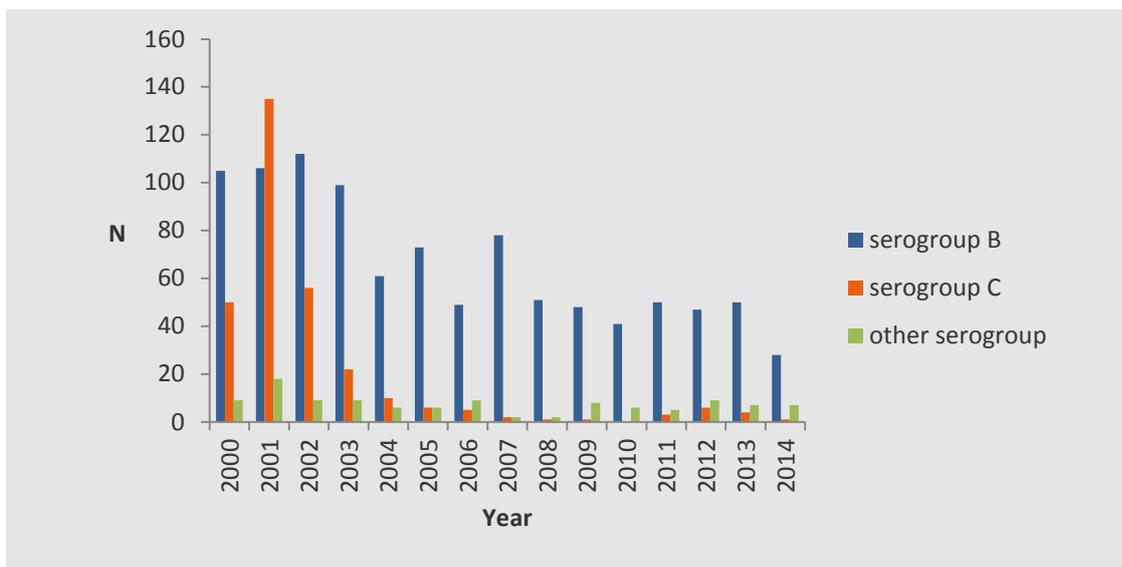


**Figure 7 |** Pourcentage de cas d'infections invasives à H. Influenzae par groupe d'âge, moyenne de 2002-2011 et années 2012-2014, Flandre (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

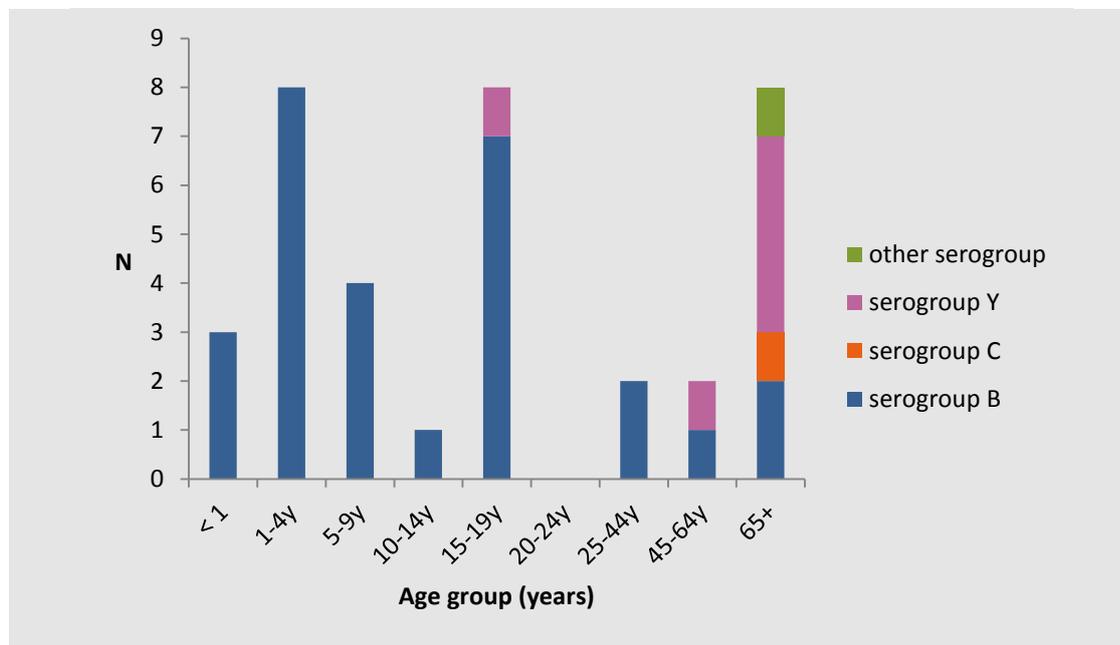


### INFECTIONS A MENINGOCOQUES EN FLANDRE

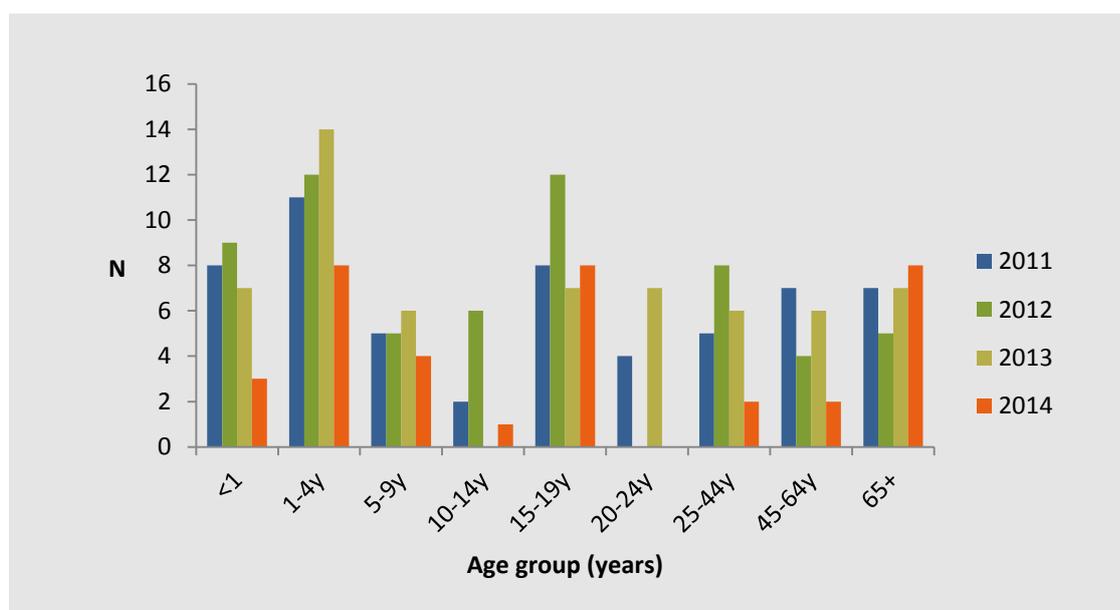
**Figure 8 |** Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon le sérotype, 2000-2014, Flandre (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)



**Figure 9 | Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon l'âge et le sérotype, 2014, Flandre** (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)

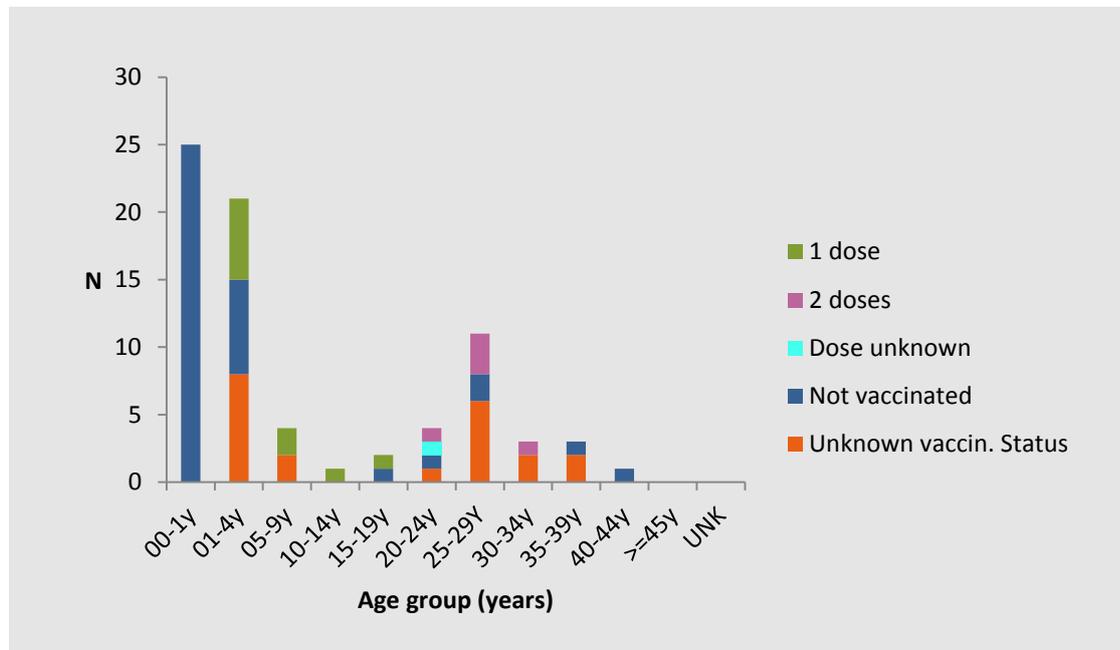


**Figure 10 | Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon le groupe d'âge, 2011-2014, Flandre** (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)

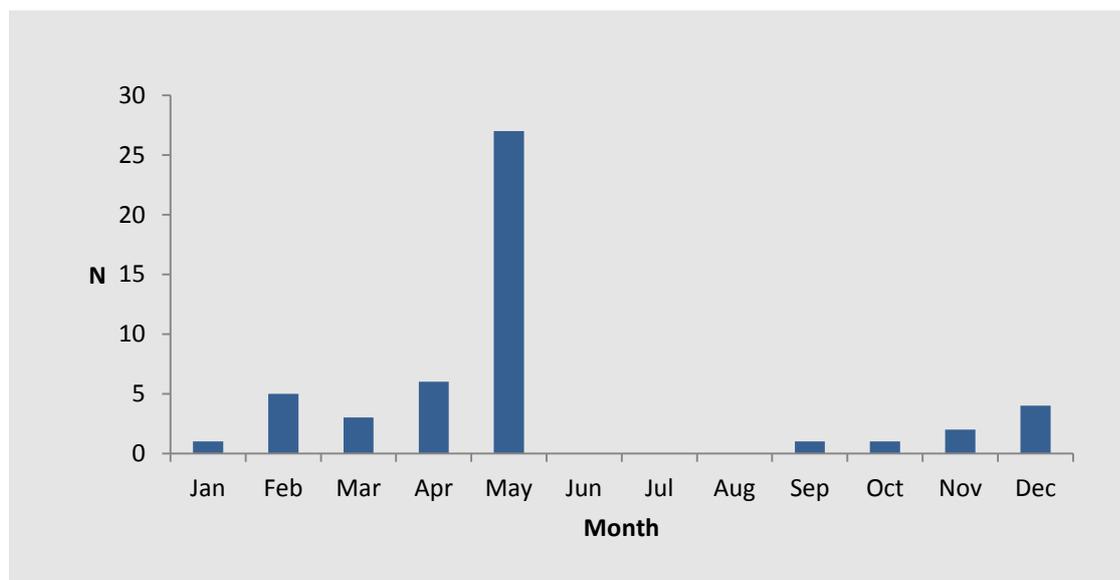


## ROUGEOLE EN FLANDRE

**Figure 11 | Nombre de cas de rougeole selon le statut vaccinal et le groupe d'âge, 2014, Flandre** (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

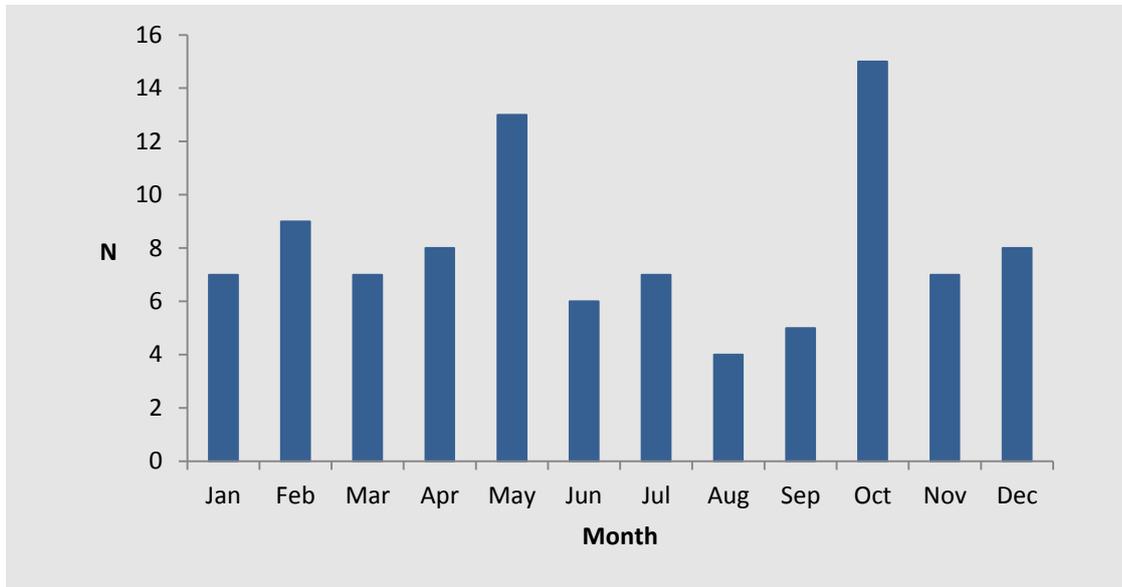


**Figure 12 | Nombre de cas de rougeole par mois, 2014, Flandre** (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

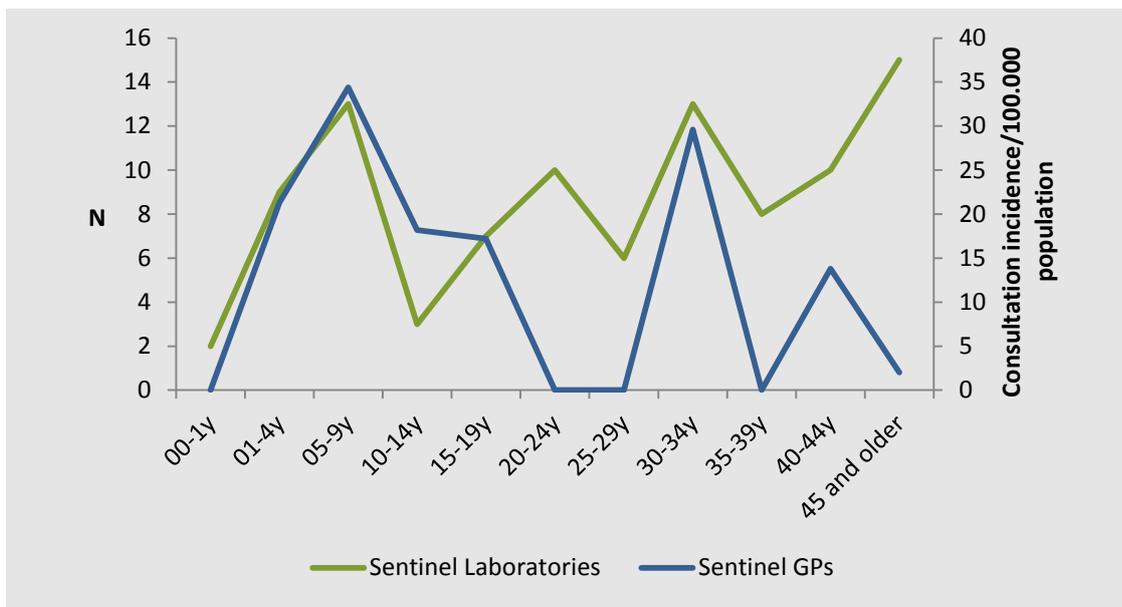


**OREILLONS EN FLANDRE**

**Figure 13 | Nombre de cas d'oreillons par mois, 2014, Flandre** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

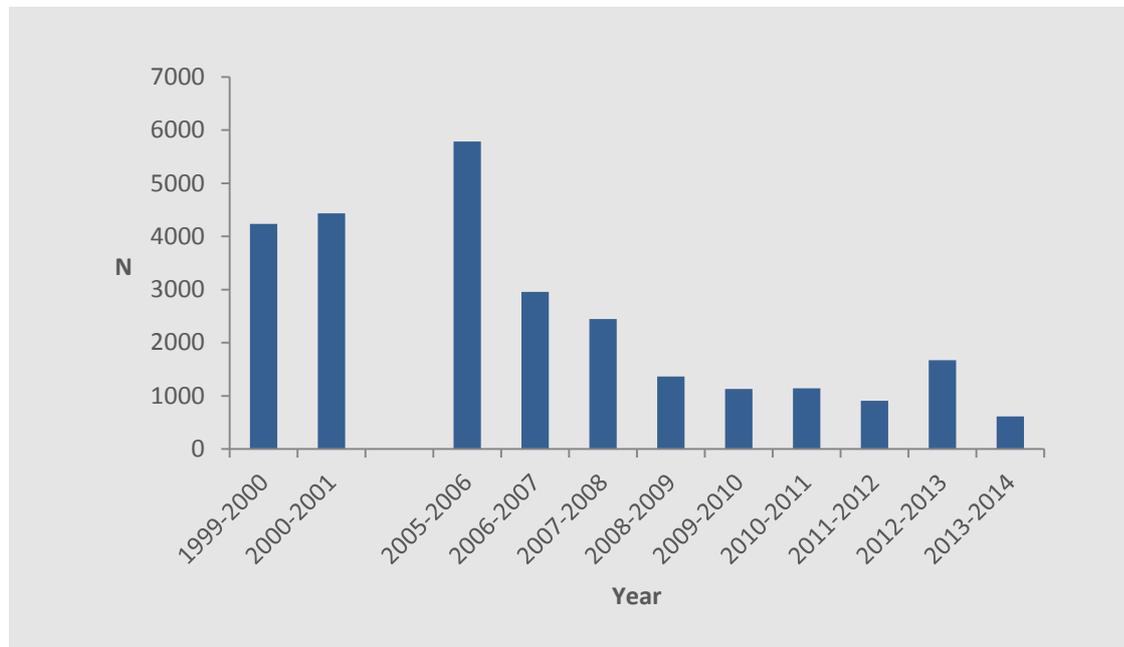


**Figure 14 | Nombre de cas d'oreillons selon le groupe d'âge pour les différents systèmes de surveillance, 2014, Flandre** (axe de droite: Médecins vigies (WIV-ISP); axe de gauche: Laboratoires vigies (WIV-ISP))

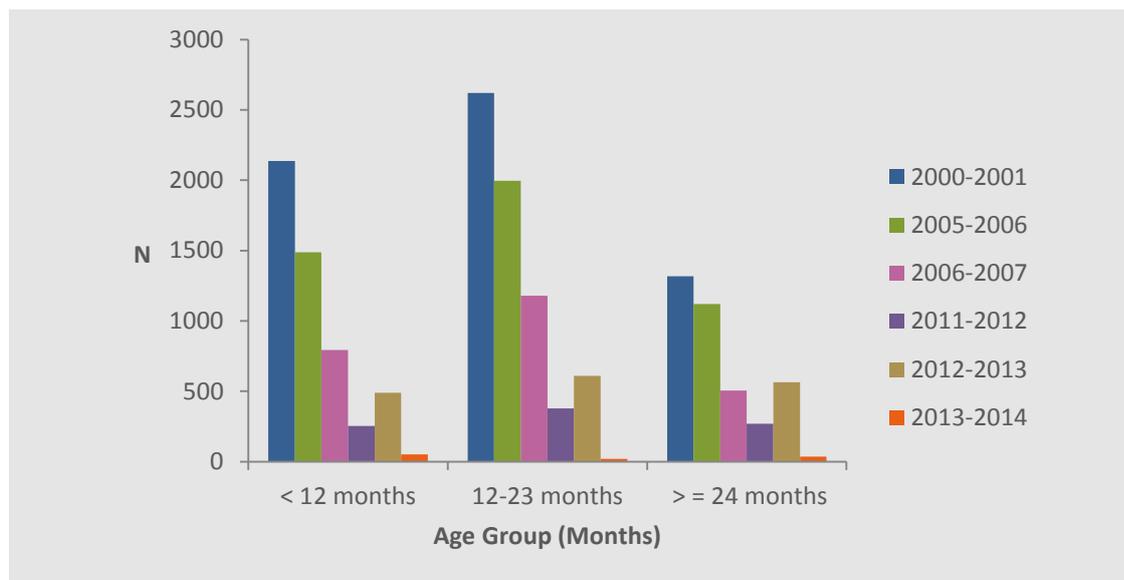


## ROTAVIRUS EN FLANDRE

**Figure 15 | Evolution du nombre d'infections à rotavirus par saison épidémiologique, 1999-2001 et 2005-2014, Flandre (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)**

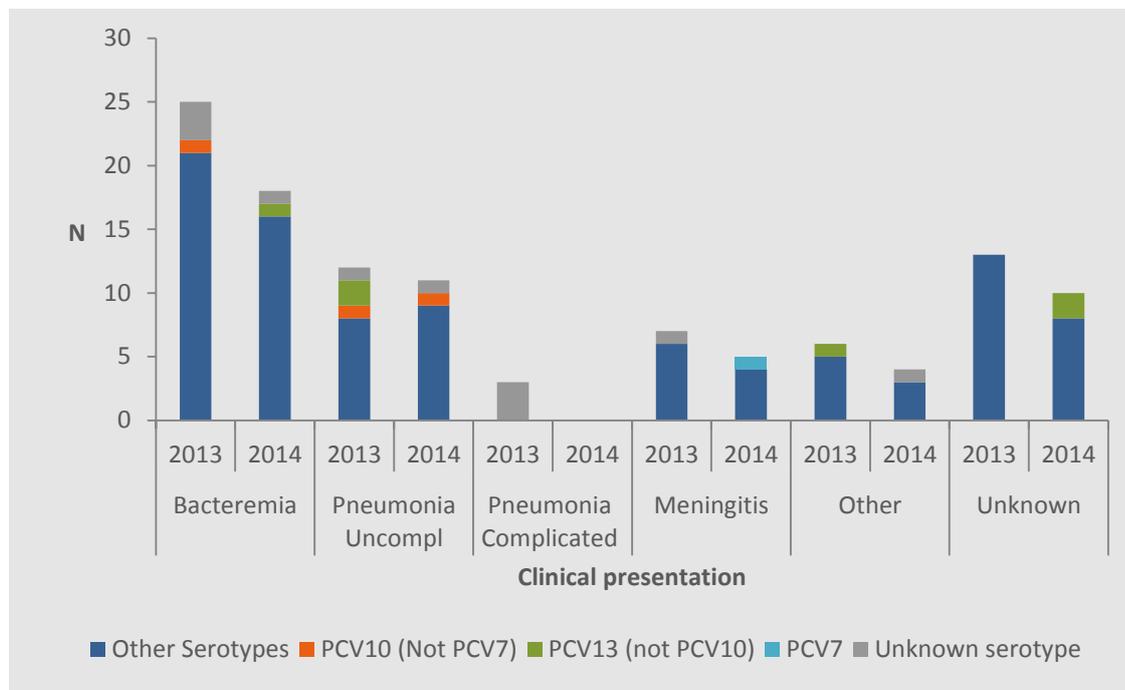


**Figure 16 | Nombre de cas d'infections à rotavirus selon le groupe d'âge et la saison épidémiologique, 2000-2014, Flandre (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)**

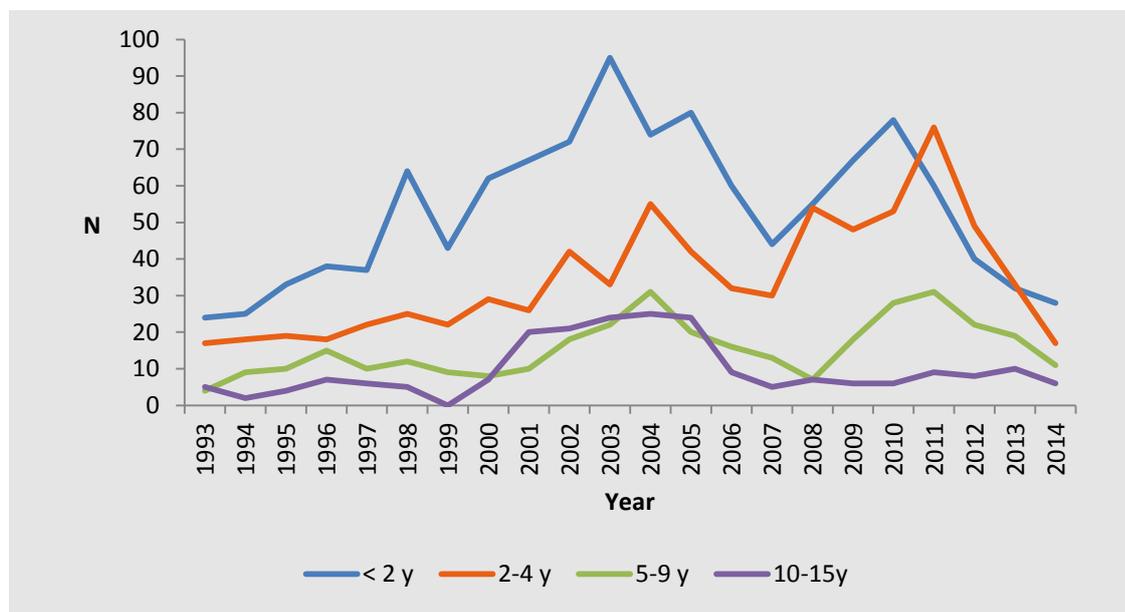


## INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUES EN FLANDRE

**Figure 17 | Présentation clinique des infections invasives à pneumocoques selon le sérotype chez les enfants < 2 ans, 2013 et 2014, Flandre**  
 (Sources: Centre national de référence pour *S. Pneumoniae* (UZ Leuven) et PediSurv (WIV-ISP))



**Figure 18 | Evolution du nombre d'infections invasives à pneumocoques chez les enfants selon le groupe d'âge, 1993-2014, Flandre** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)



### Annexe 3. Cartes et Graphiques pour la Wallonie

**Tableau 5 |** Tableau de synthèse du nombre de cas de maladies infectieuses à prévention vaccinale, Wallonie

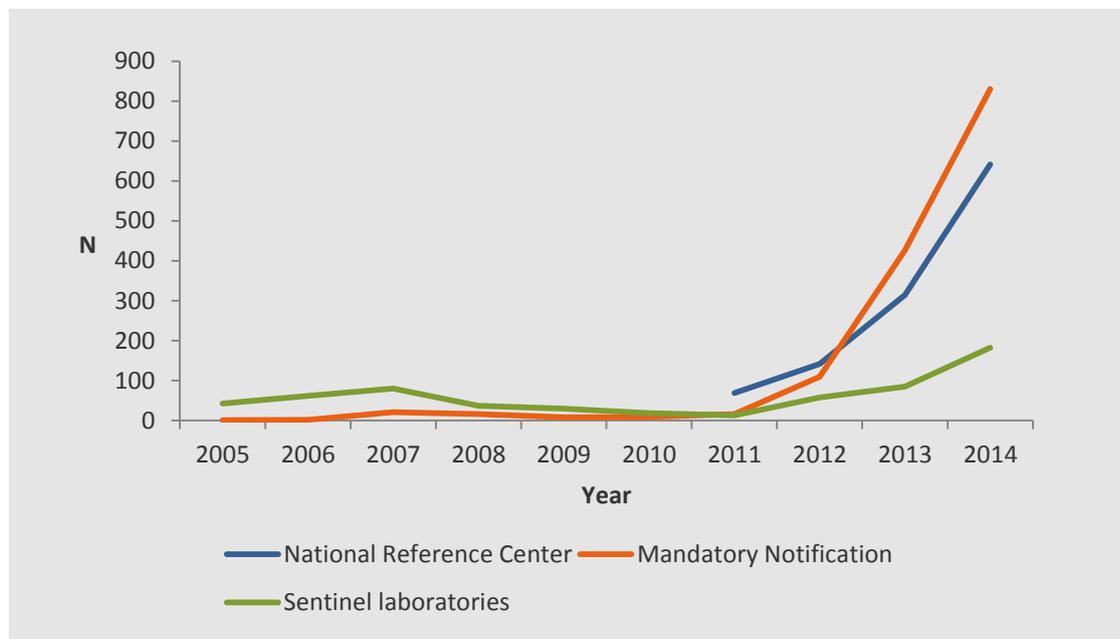
Maladie	Source	Indicateur	2013	2014
<b>Poliomyélite</b>	PediSurv	Nombre de cas de PFA	0	1
<b>Diptérie</b>	Centre national de référence	Nombre de cas <i>tox+</i>	1	0
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	315	642
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	85	183
<b>Infection à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	27	39
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	21	30
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	58	34
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	23	15
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	1	3
	Combinaison de sources <sup>13</sup>	Nombre de cas	14	10
	Combinaison de sources <sup>13</sup>	Incidence estimée/1.000.000	3,9	2,8
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	29	2
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	102	46
	Médecins vigies	Incidence estimée /100.000	112,2	30,6
	PediSurv	Nombre de cas notifiés	12	3
<b>Rotavirus</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	54	na <sup>14</sup>
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	525	372
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs < 5 ans	42	33
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs < 5 ans	26	17
	PediSurv	Incidence estimée /100.000 < 5 ans	23,7	17,5
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome de Rubéole Congénitale	0	0
	PediSurv	Syndrome de Rubéole Congénitale	0	0

<sup>13</sup> PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires – tous les cas (y compris les cas importés)

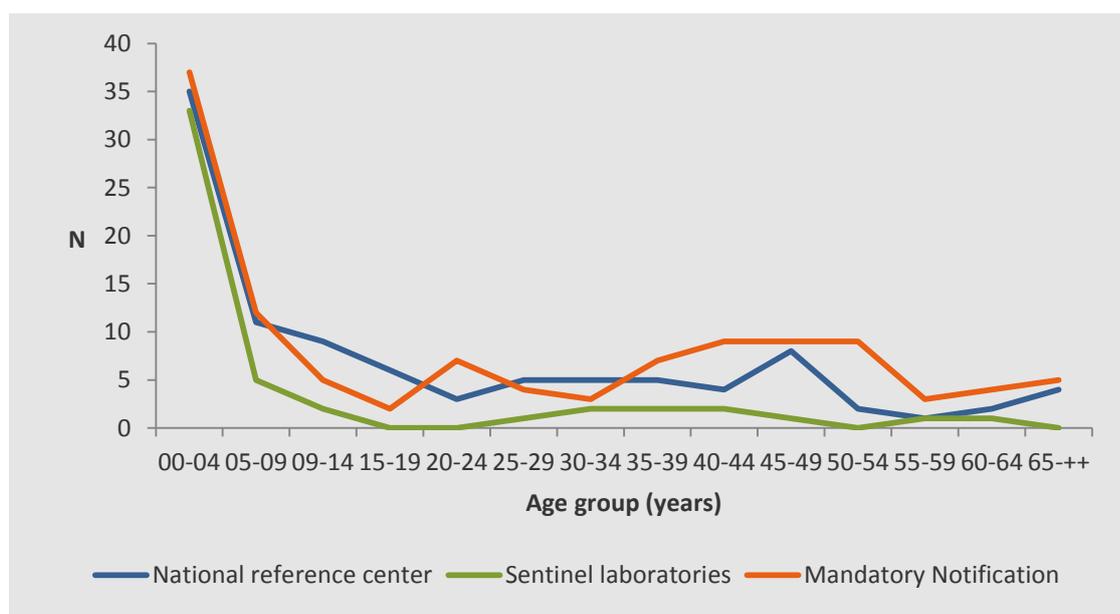
<sup>14</sup> na : non disponible

## COQUELUCHE (PERTUSSIS) EN WALLONIE

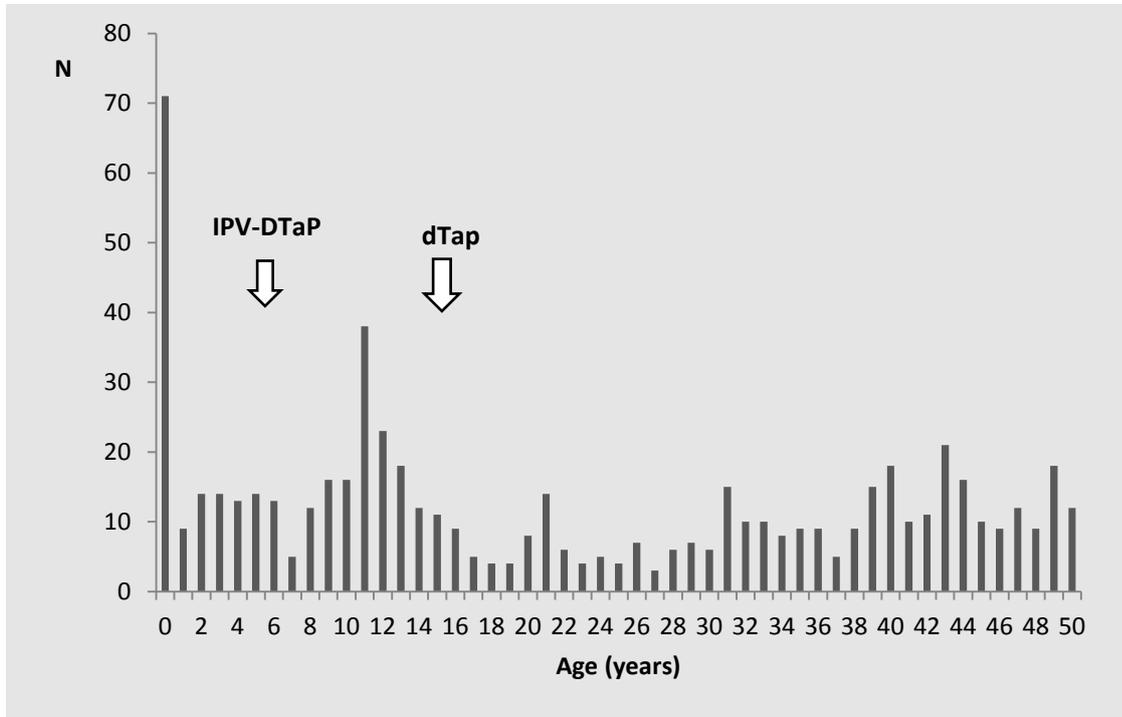
**Figure 1 | Evolution du nombre de cas de coqueluche enregistrés par année pour les différents réseaux de surveillance, 2005-2014, Wallonie** (Source: Centres nationaux de référence, Déclarations obligatoires, Laboratoires vigies)



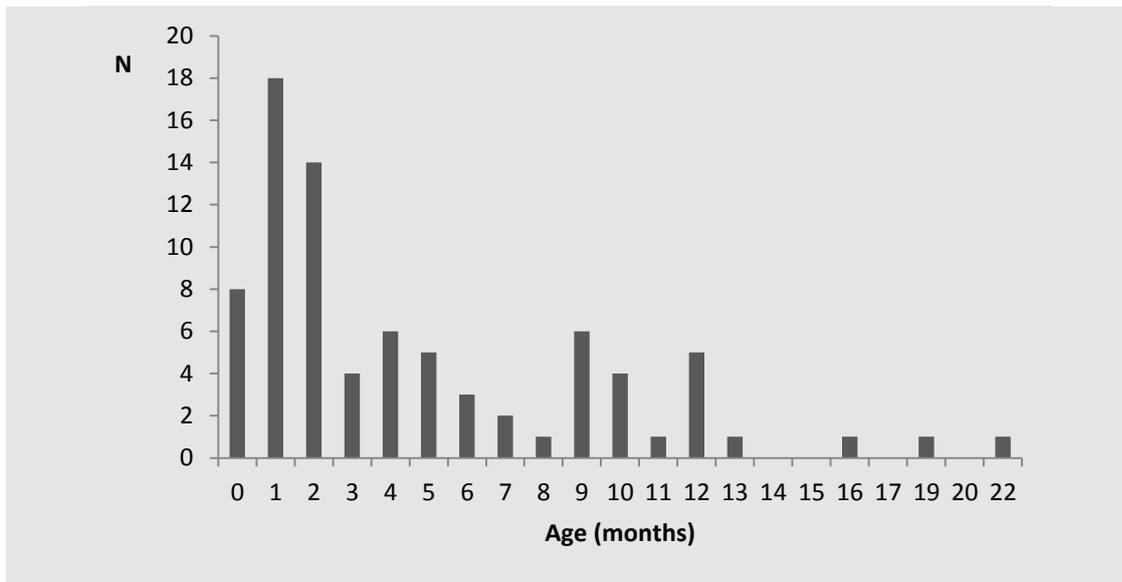
**Figure 2 | Nombre de cas de coqueluche dans les différents groupes d'âge pour les différents réseaux, 2014, Wallonie** (Source: Centres nationaux de référence, Déclarations obligatoires, Laboratoires vigies)



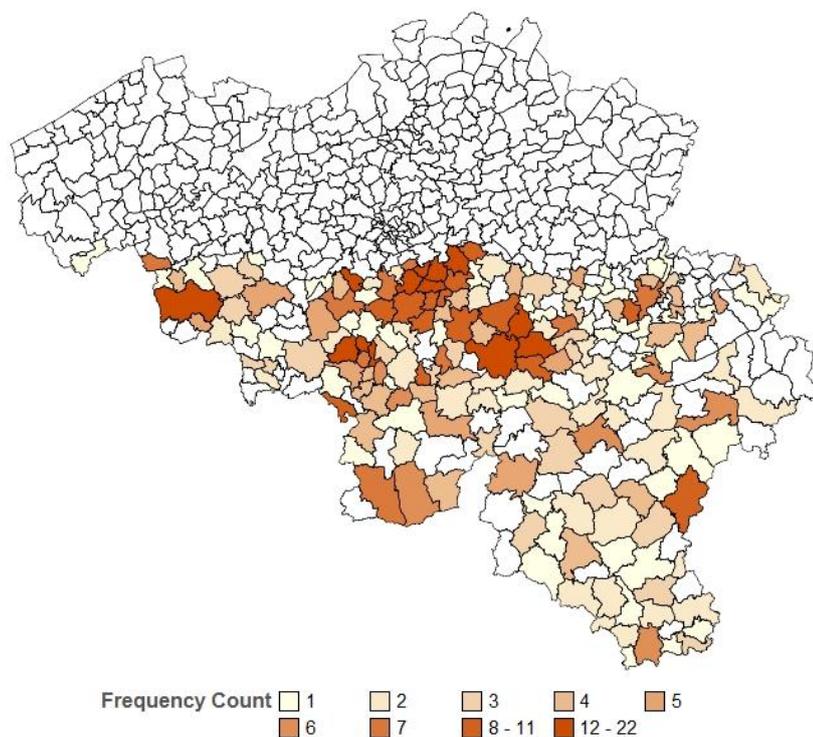
**Figure 3 |** Nombre de cas de coqueluche selon l'âge en années, chez les personnes  $\leq 50$  ans, 2014, Wallonie (Source: Déclarations obligatoires)



**Figure 4 |** Nombre de cas de coqueluche selon l'âge en mois, chez les enfants  $< 2$  ans, 2014, Wallonie (Source: Déclarations obligatoires)

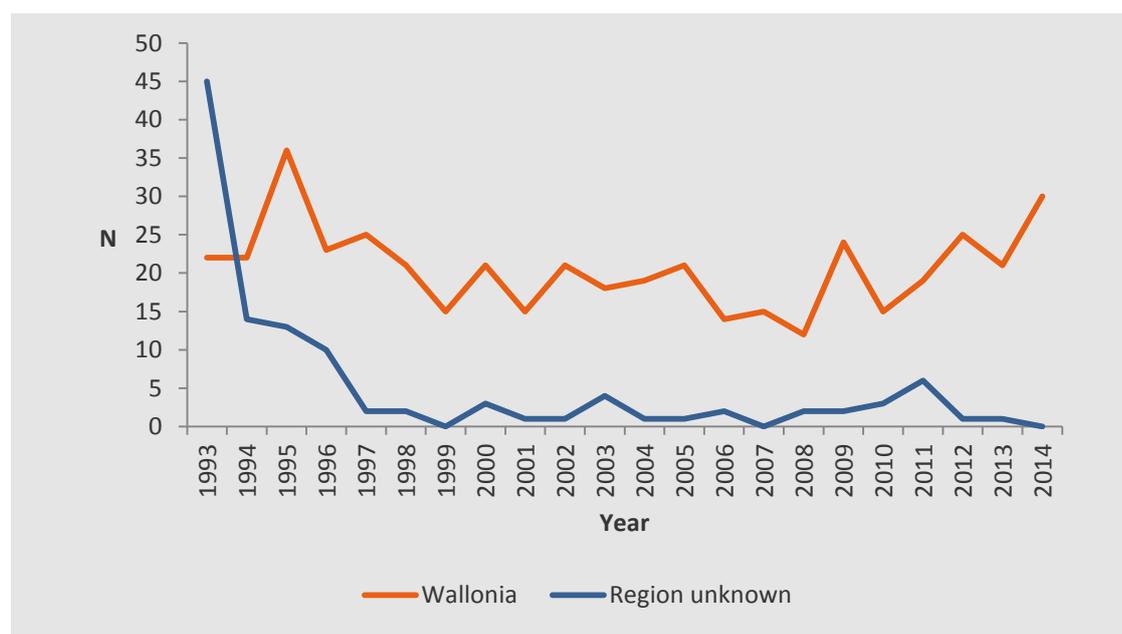


**Figure 5 | Nombre de cas de coqueluche dans les différentes communes, 2014, Wallonie** (Sources: Centres nationaux de référence, Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires)

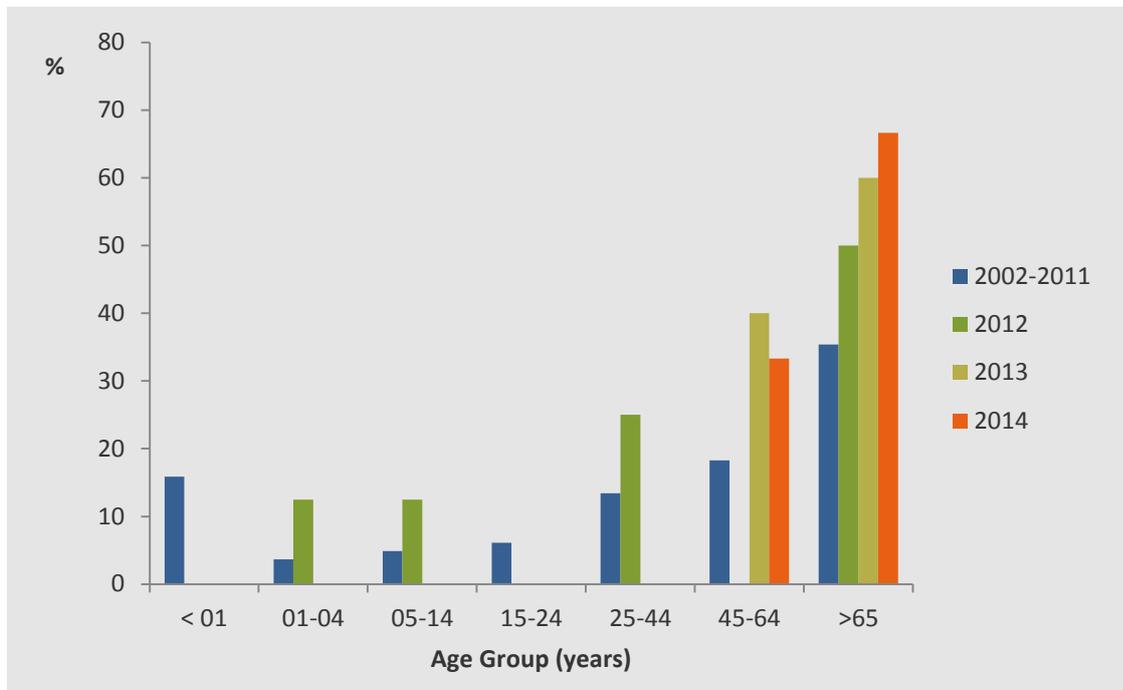


### HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN WALLONIE

**Figure 6 | Nombre de cas d'infections invasives à *H. influenzae*, 1993-2014, Wallonie** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

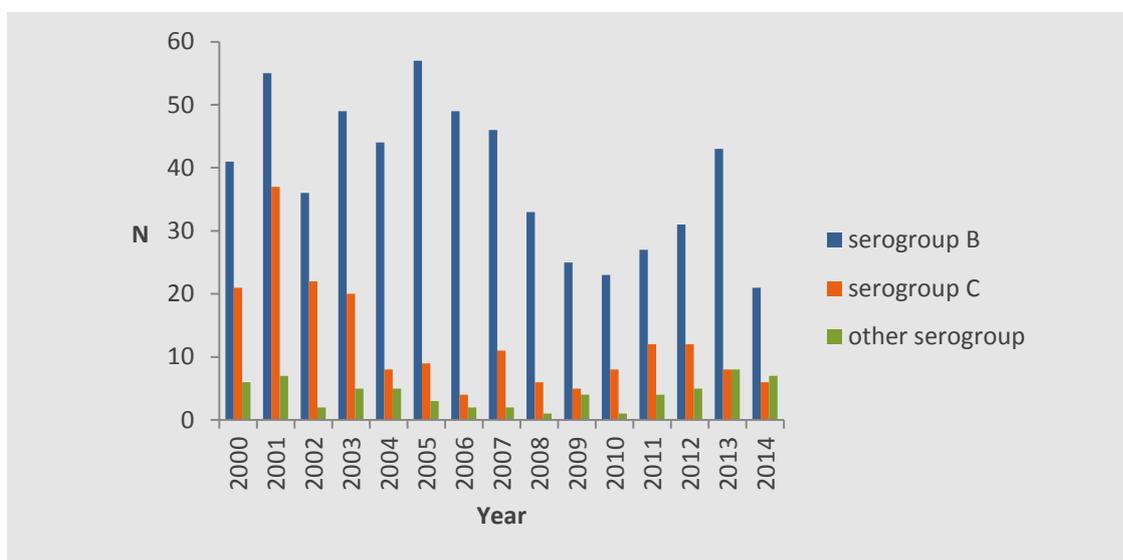


**Figure 7 |** Pourcentage de cas d'infections invasives à H. Influenzae par groupe d'âge, moyenne de 2002-2011 et années 2012-2014, Wallonie (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

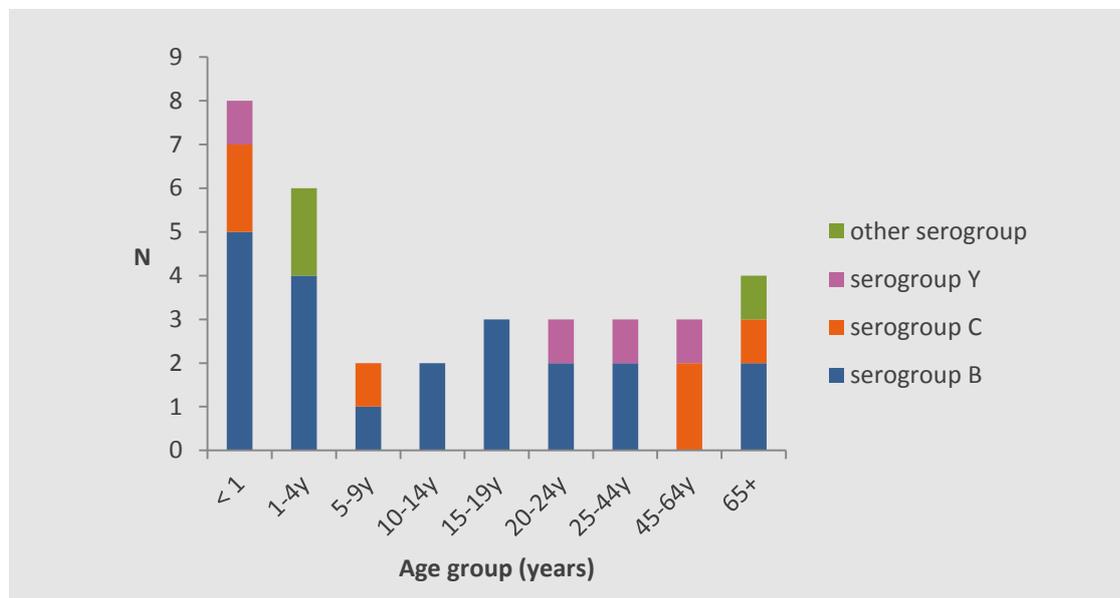


### INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES EN WALLONIE

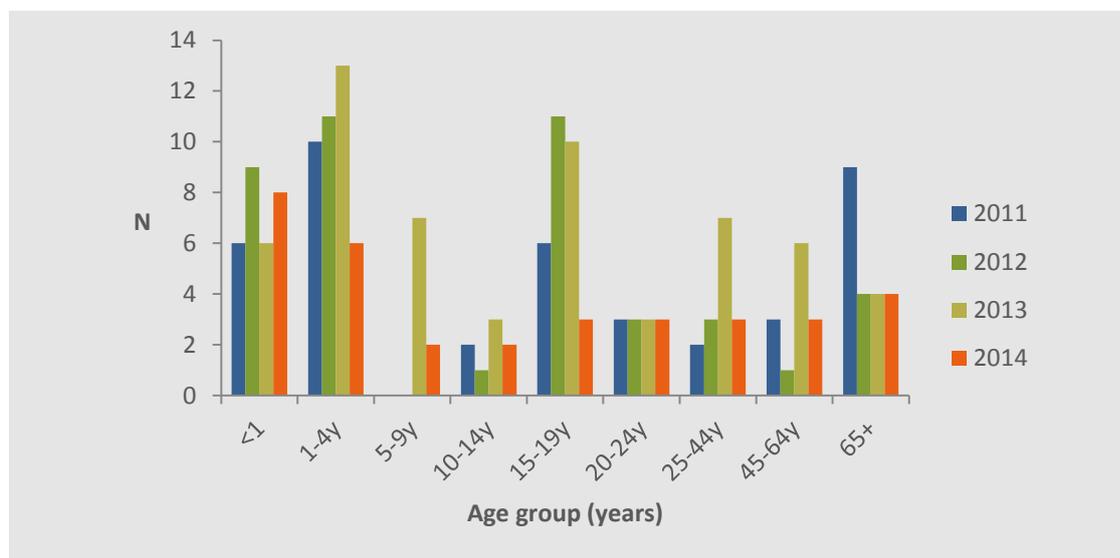
**Figure 8 |** Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon le sérotype, 2000-2014, Wallonie (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)



**Figure 9 | Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon l'âge et le sérotype, 2014, Wallonie** (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)

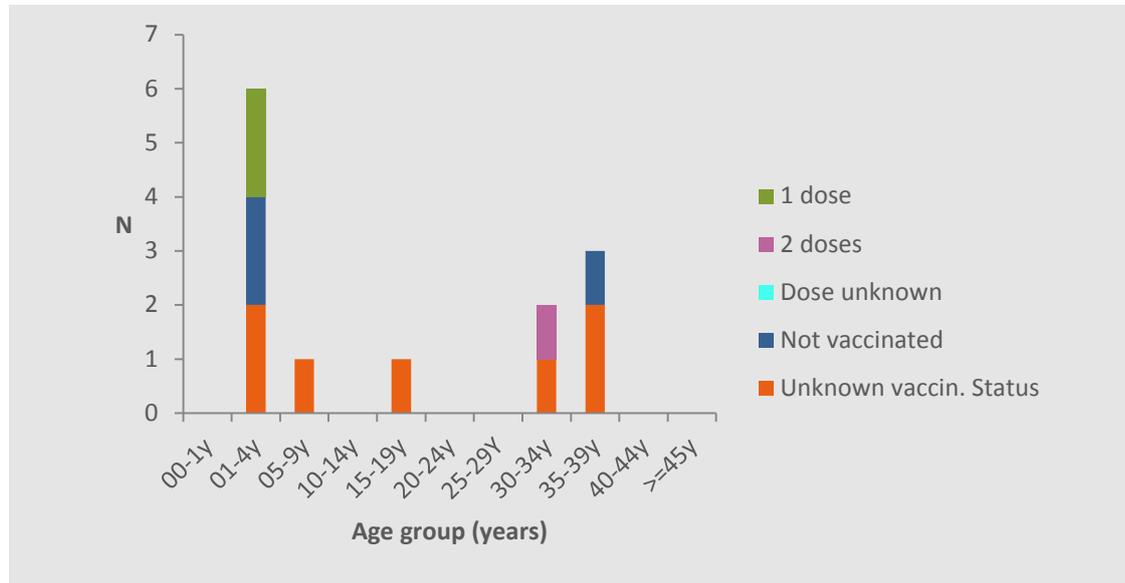


**Figure 10 | Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon le groupe d'âge, en 2011-2014, Wallonie** (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)

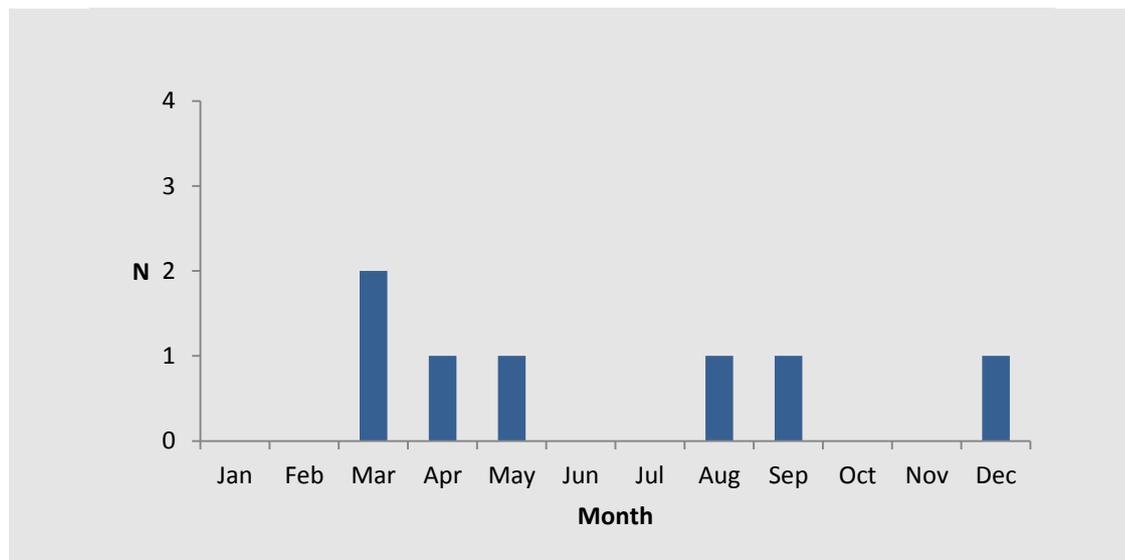


**ROUGEOLE EN WALLONIE**

**Figure 11 | Nombre de cas de rougeole selon le statut vaccinal et le groupe d'âge, 2014, Wallonie** (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

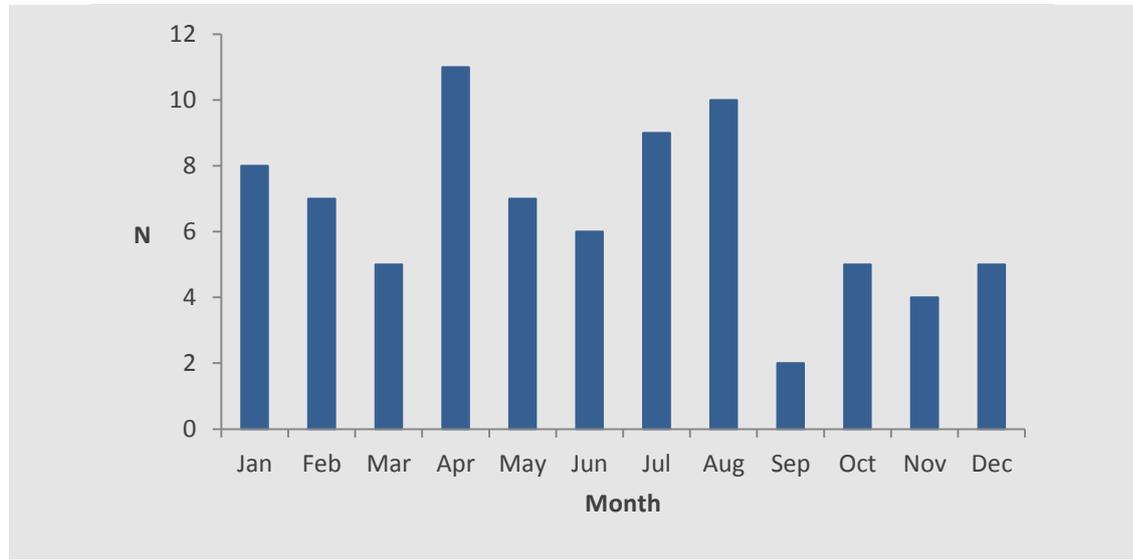


**Figure 12 | Nombre de cas de rougeole par mois, 2014, Wallonie** (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

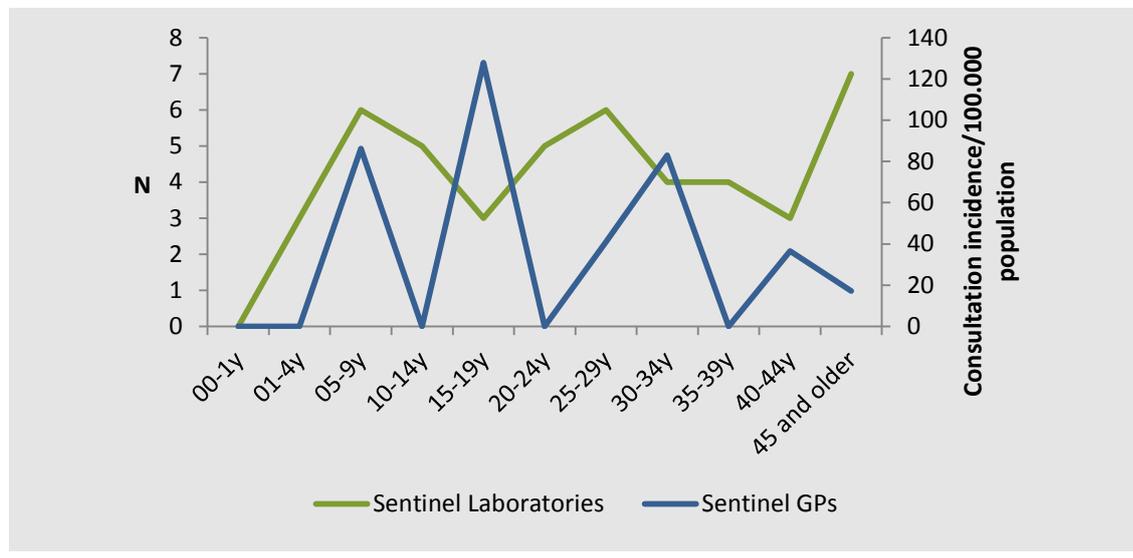


**OREILLONS EN WALLONIE**

**Figure 13 | Nombre de cas d'oreillons par mois, 2014, Wallonie** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

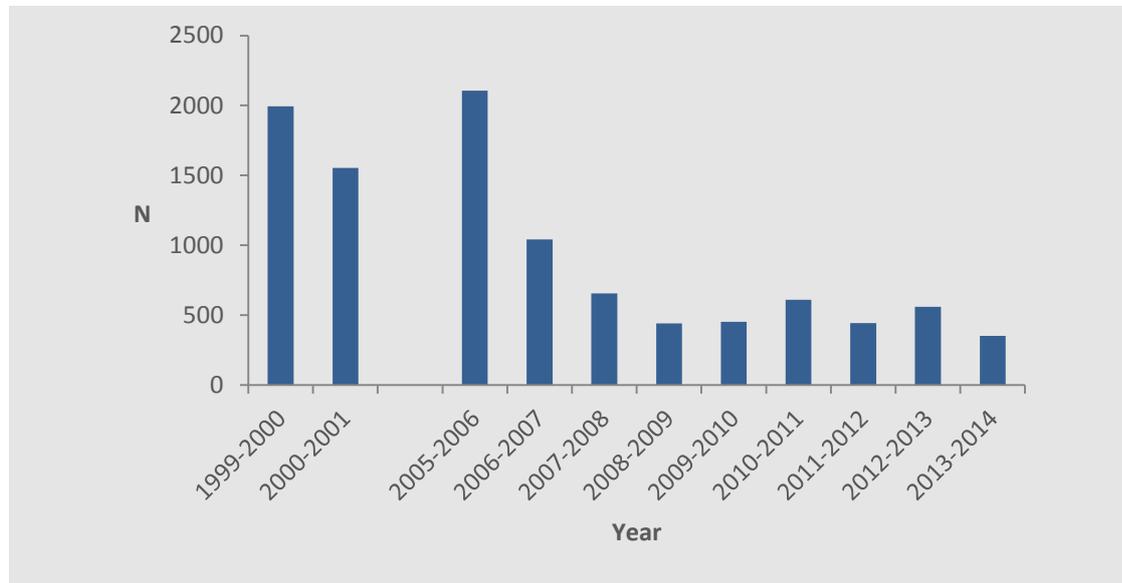


**Figure 14 | Nombre de cas d'oreillons selon le groupe d'âge pour les différents systèmes de surveillance, 2014, Wallonie** (axe de droite: Médecins vigies (WIV-ISP); axe de gauche: Laboratoires vigies (WIV-ISP))

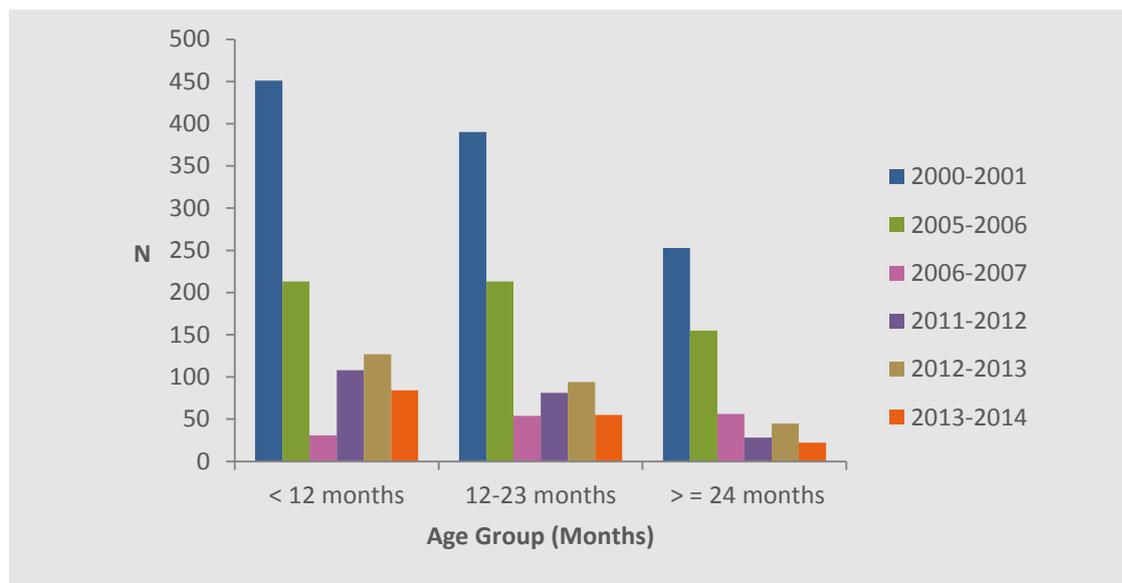


## ROTAVIRUS EN WALLONIE

**Figure 15 | Evolution du nombre d'infections à rotavirus par saison épidémiologique, 1999-2001 et 2005-2014, Wallonie (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)**

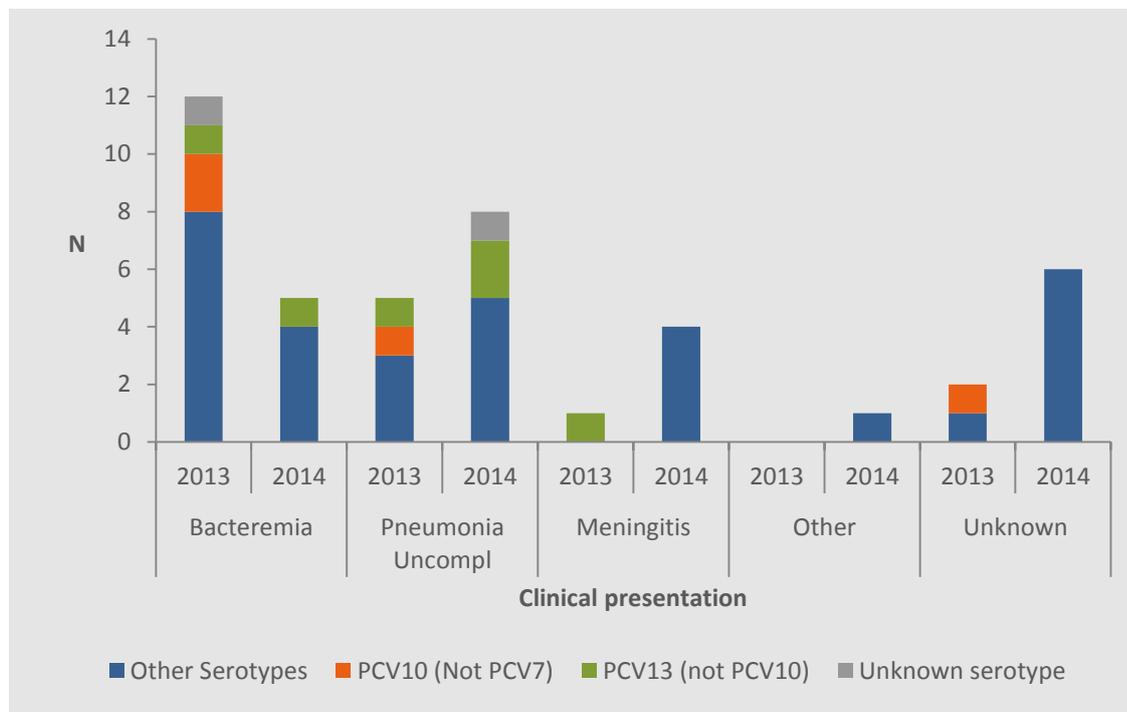


**Figure 16 | Nombre de cas d'infections à rotavirus selon le groupe d'âge et la saison épidémiologique, 2000-2014, Wallonie (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)**

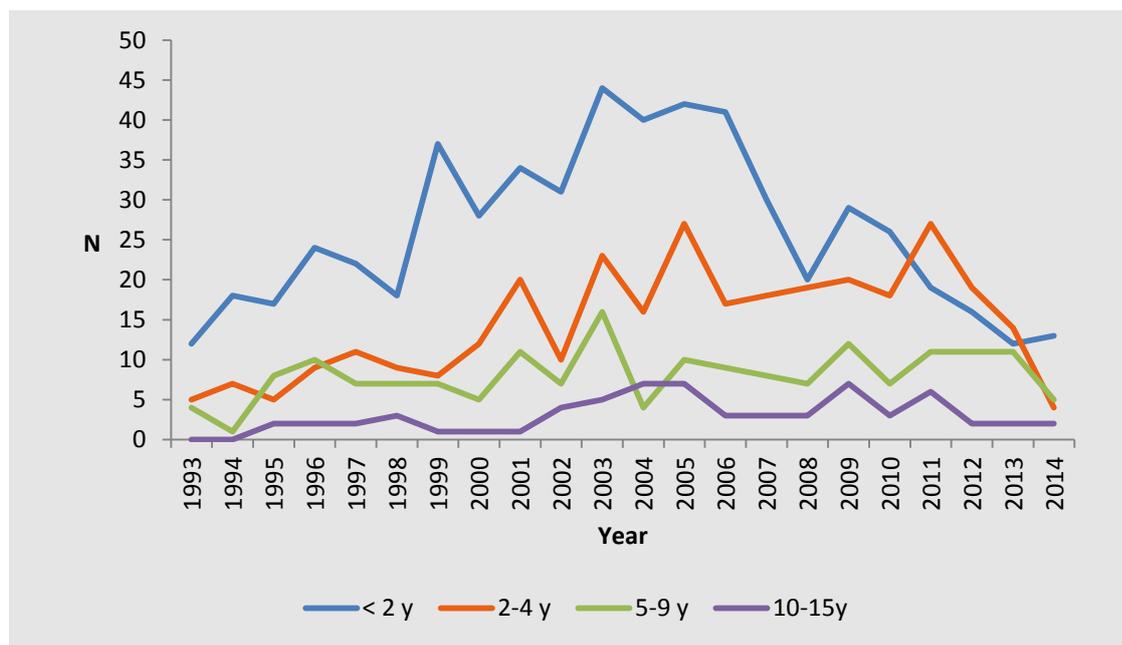


## INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUES EN WALLONIE

**Figure 17 | Présentation clinique des infections invasives à pneumocoque selon le sérotype chez les enfants < 2 ans, 2013 et 2014, Wallonie**  
 (Sources: Centre national de référence pour *S. Pneumoniae* (UZ Leuven) et PediSurv (WIV-ISP))



**Figure 18 | Evolution du nombre d'infections invasives à pneumocoques chez les enfants selon le groupe d'âge, 1993-2014, Wallonie** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)



#### Annexe 4. Cartes et Graphiques pour Bruxelles

**Tableau 6 |** Tableau de synthèse du nombre de cas de maladies infectieuses à prévention vaccinale, Bruxelles

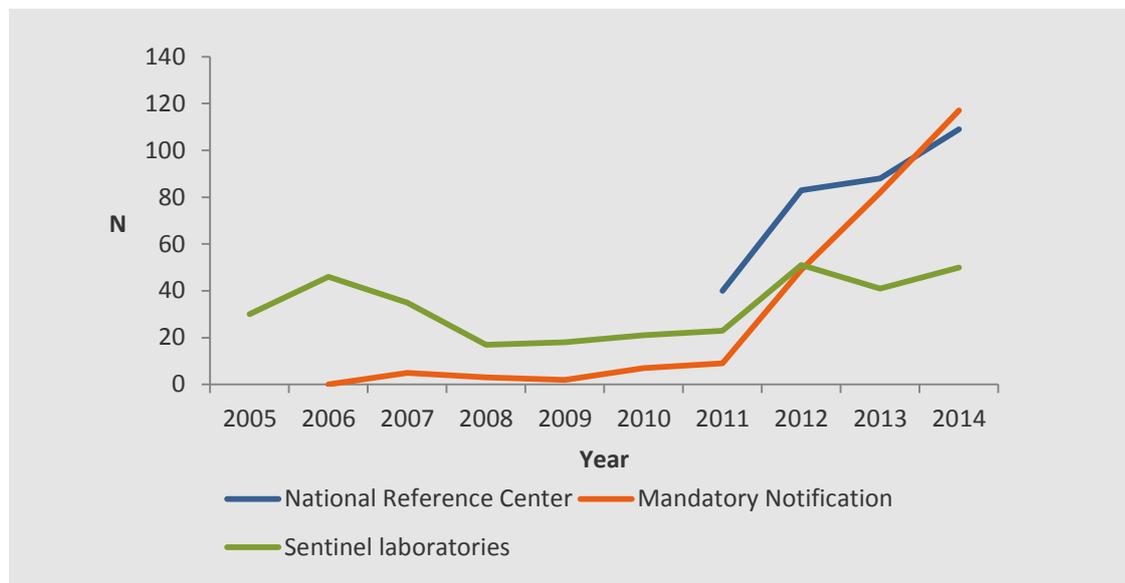
Maladie	Source	Indicateur	2013	2014
<b>Poliomyélite</b>	PediSurv	Nombre de cas de PFA	1	0
<b>Diphthérie</b>	Centre national de référence	Nombre de cas <i>tox+</i>	0	0
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	88	109
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	41	50
<b>Infection à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	11	13
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	5	3
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs	12	17
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs	7	3
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	1	3
	Combinaison de sources <sup>15</sup>	Nombre de cas	16	10
	Combinaison de sources <sup>15</sup>	Incidence estimée/1.000.000	13,9	8,6
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	3	10
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	26	79
	Médecins vigies	Incidence estimée /100.000	29,1	48,8
	PediSurv	Nombre de cas notifiés	24	36
<b>Rotavirus</b>	Centre national de référence	Nombre de cas confirmés	2	na <sup>16</sup>
	Laboratoires vigies	Nombre de cas confirmés	249	190
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nombre de cas invasifs < 5 ans	28	23
	Laboratoires vigies	Nombre de cas invasifs < 5 ans	17	3
	PediSurv	Incidence estimée /100.000 < 5 ans	34,4	27,2
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome de Rubéole Congénitale	0	0
	PediSurv	Syndrome de Rubéole Congénitale	0	0

<sup>15</sup> PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires – tous les cas (y compris les cas importés)

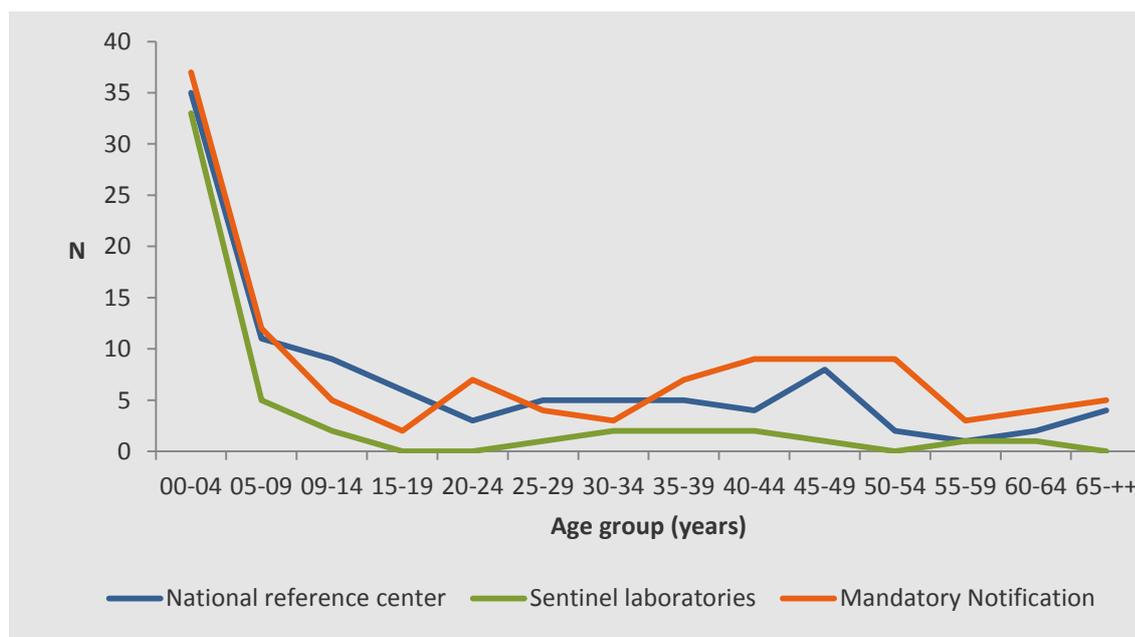
<sup>16</sup> na : non disponible

## COQUELUCHE (PERTUSSIS) À BRUXELLES

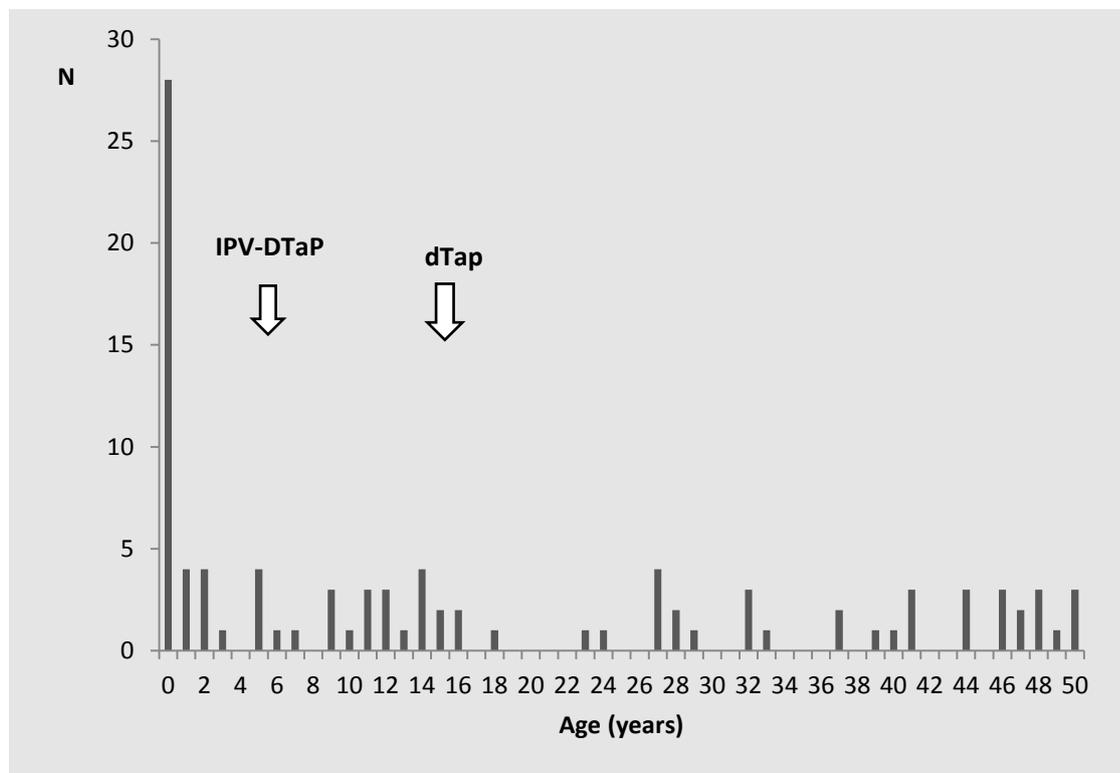
**Figure 1 | Evolution du nombre de cas de coqueluche enregistrés par année pour les différents réseaux de surveillance, 2005-2014, Bruxelles**  
(Source: Centres nationaux de référence, Déclarations obligatoires, Laboratoires vigies)



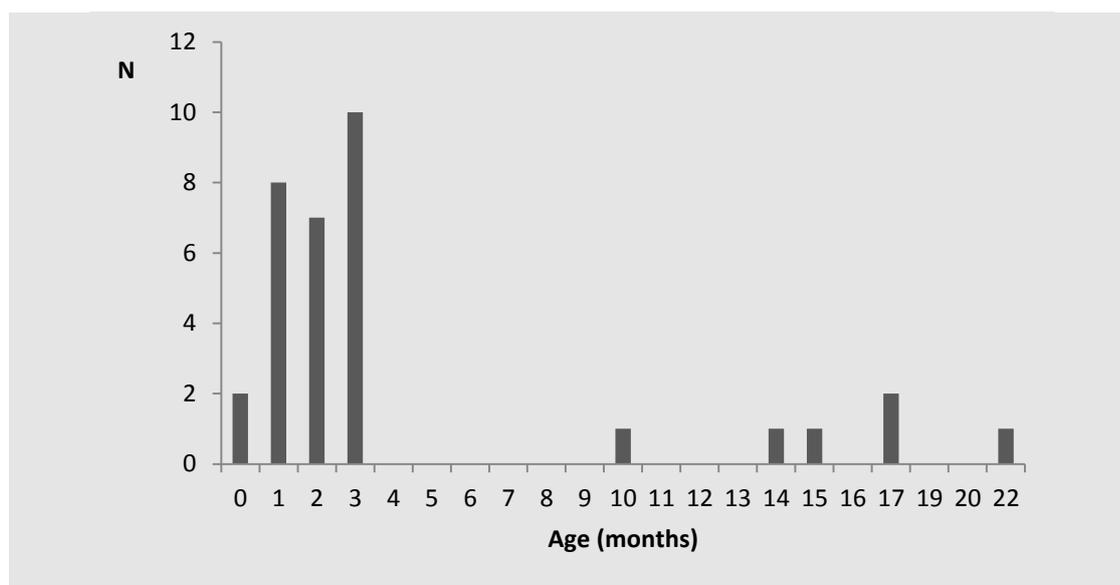
**Figure 2 | Nombre de cas de coqueluche dans les différents groupes d'âge pour les différents réseaux, 2014, Bruxelles**  
(Source: Centres nationaux de référence, Déclarations obligatoires, Laboratoires vigies)



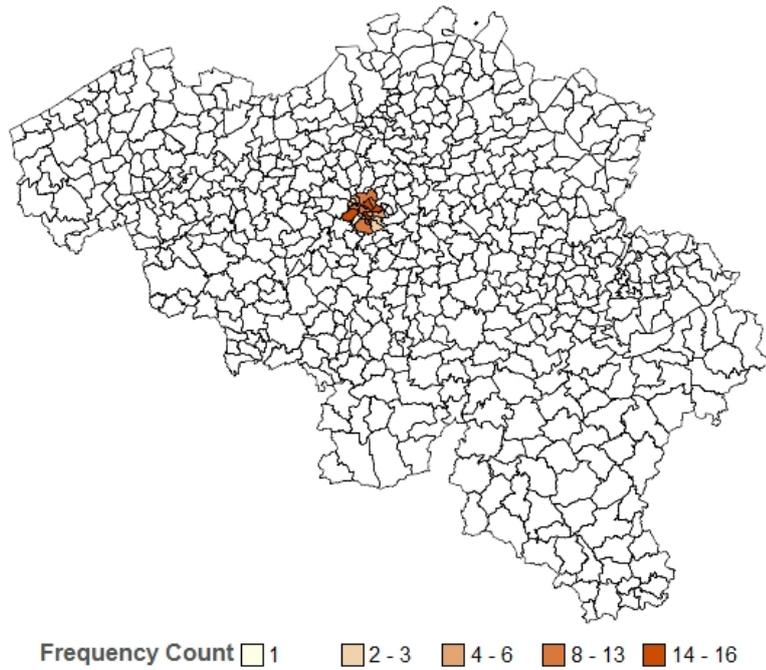
**Figure 3 |** Nombre de cas de coqueluche selon l'âge en années, chez les personnes ≤ 50 ans, 2014, Bruxelles (Source: Déclarations obligatoires)



**Figure 4 |** Nombre de cas de coqueluche selon l'âge en mois, chez les enfants < 2 ans, 2014, Bruxelles (Source: Déclarations obligatoires)

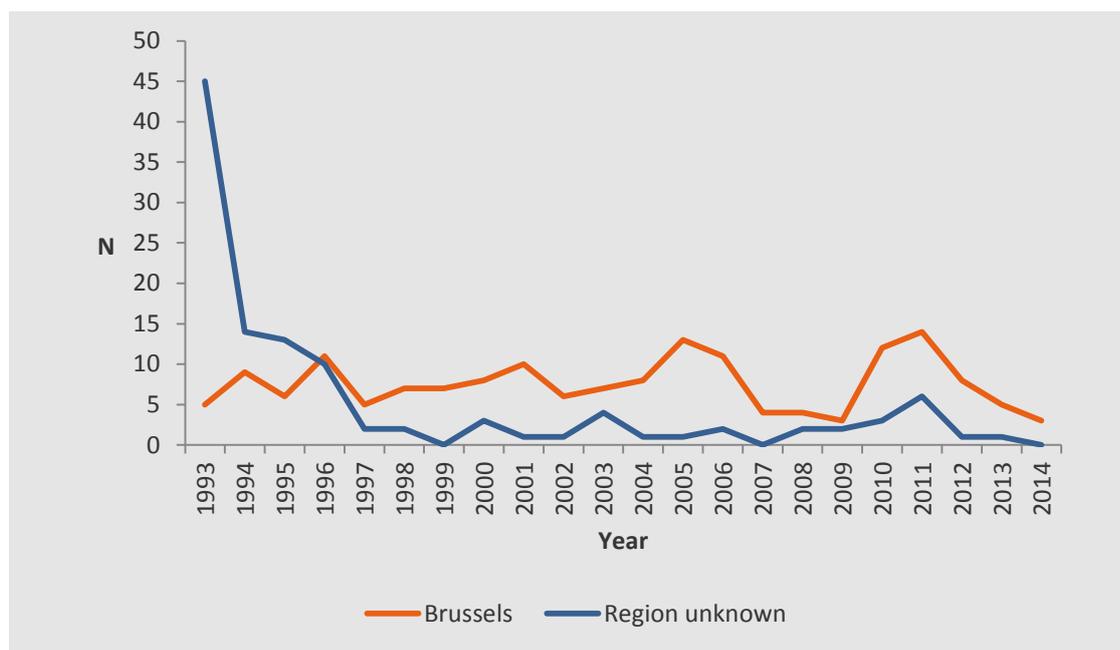


**Figure 5 | Nombre de cas de coqueluche dans les différentes communes, 2014, Bruxelles** (Sources: Centres nationaux de référence, Laboratoires vigies, Déclarations obligatoires)

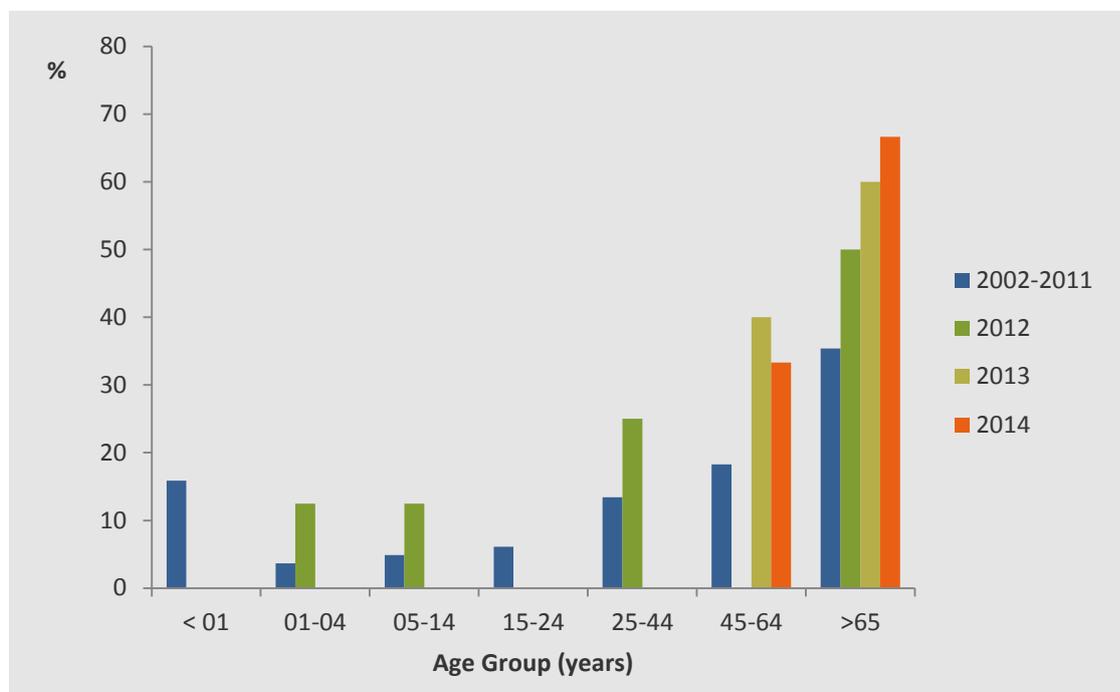


**HAEMOPHILUS INFLUENZAE À BRUXELLES**

**Figure 6 | Nombre de cas d'infections invasives à *H. influenzae*, 1993-2014, Bruxelles** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

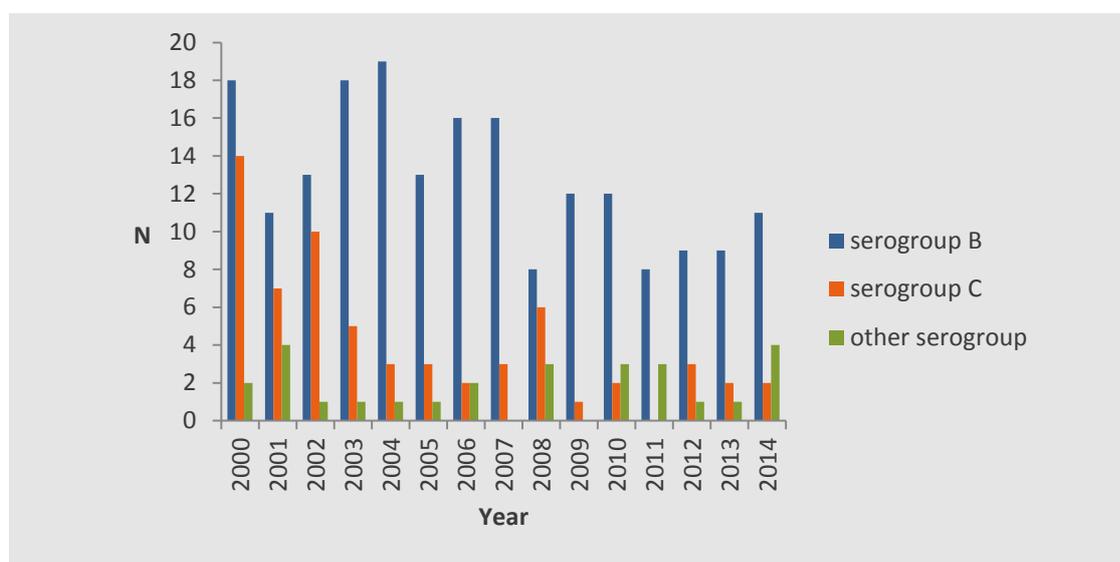


**Figure 7 |** Pourcentage de cas d'infections invasives à *H. Influenzae* par groupe d'âge, moyenne de 2002-2011 et années 2012-2014, Bruxelles (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

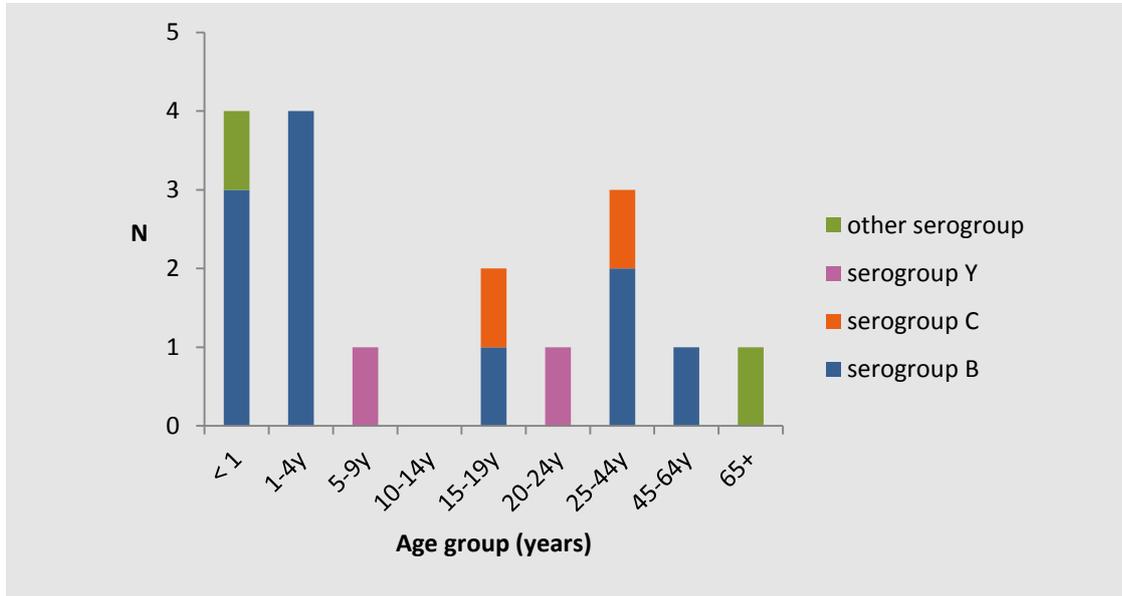


### INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES À BRUXELLES

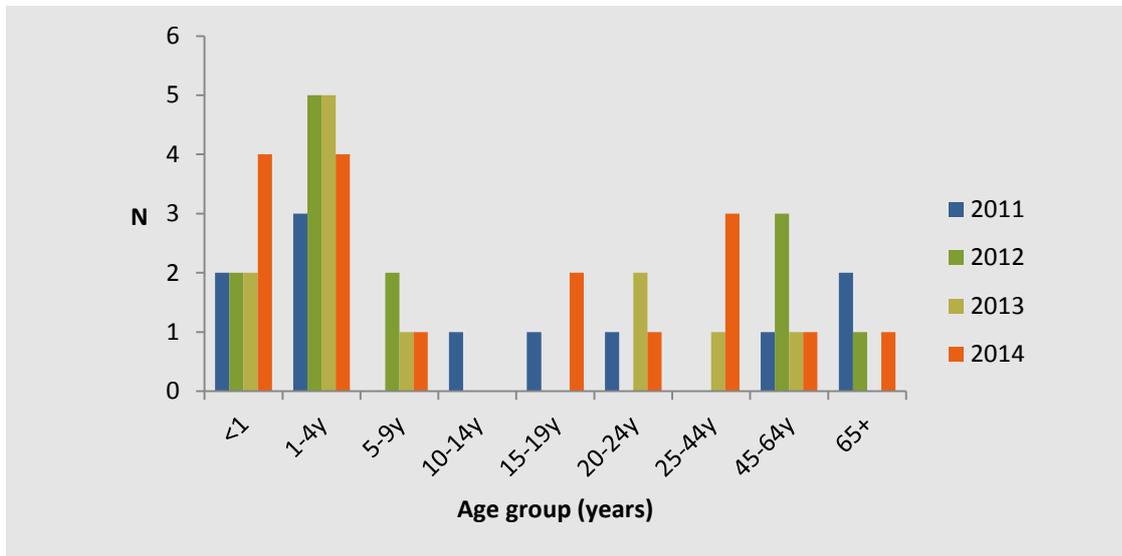
**Figure 8 |** Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon le sérotype, 2000-2014, Bruxelles (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)



**Figure 9 | Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon l'âge et le sérotype, 2014, Bruxelles** (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)

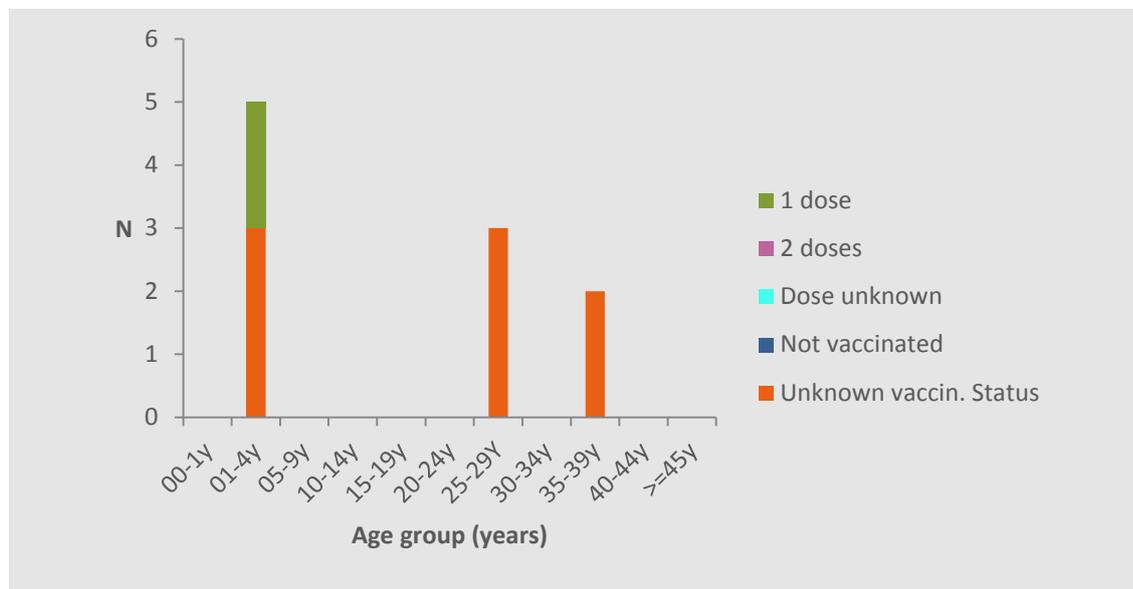


**Figure 10 | Nombre de cas confirmés d'infections invasives à méningocoques selon le groupe d'âge, en 2011-2014, Bruxelles** (Source: Centre national de référence pour *Neisseria meningitidis*, WIV-ISP)

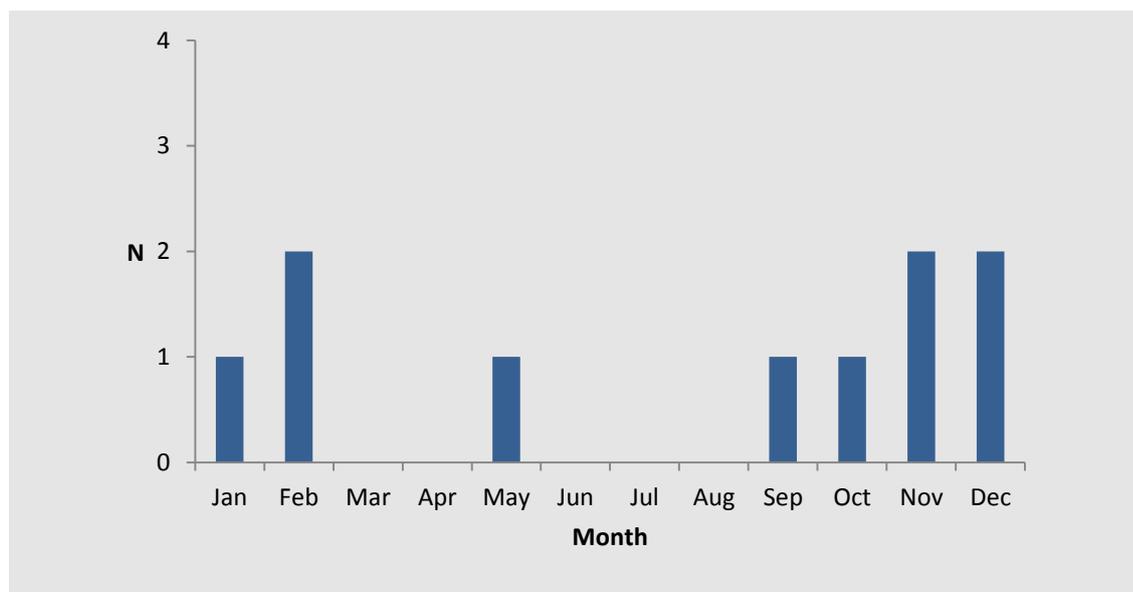


**ROUGEOLE EN RÉGION À BRUXELLES**

**Figure 11 | Nombre de cas de rougeole selon le statut vaccinal et le groupe d'âge, 2014, Bruxelles** (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

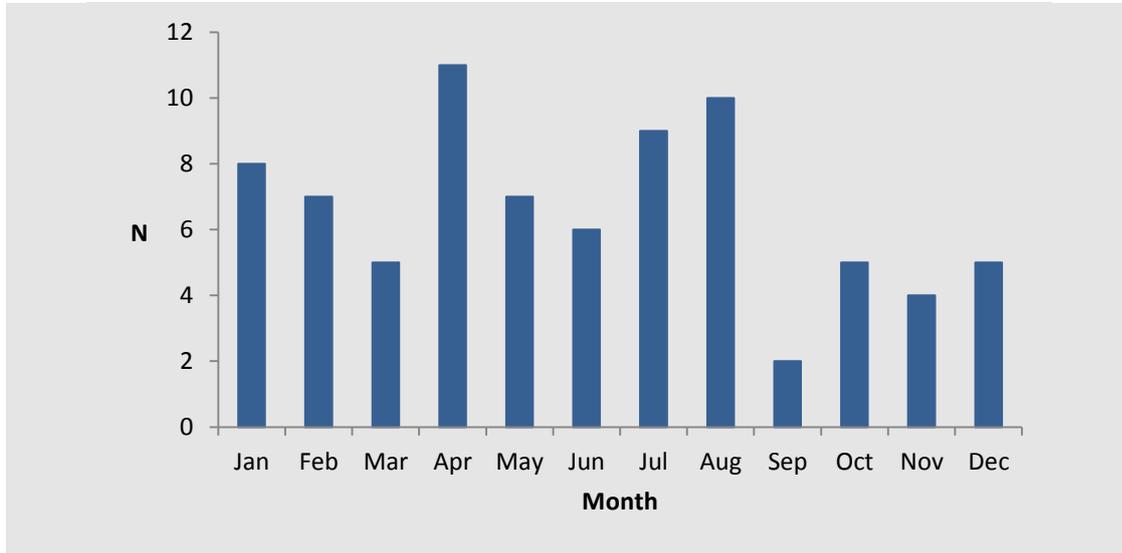


**Figure 12 | Nombre de cas de rougeole par mois, 2014, Bruxelles** (Sources: PediSurv, Centre national de référence, Laboratoires vigies (WIV-ISP) et Déclarations obligatoires)

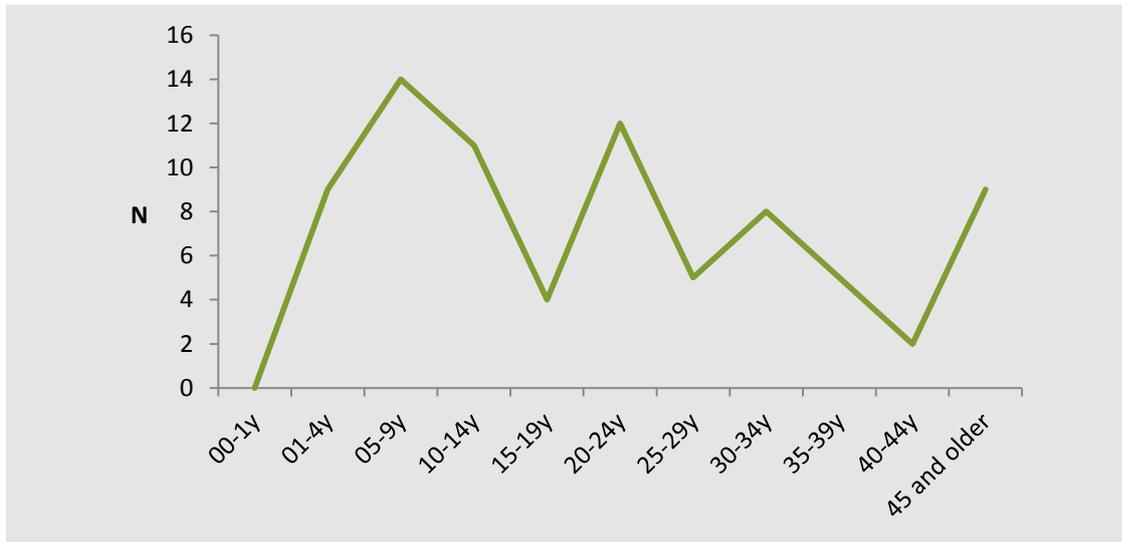


## OREILLONS À BRUXELLES

**Figure 13 | Nombre de cas d'oreillons par mois, 2014, Bruxelles** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

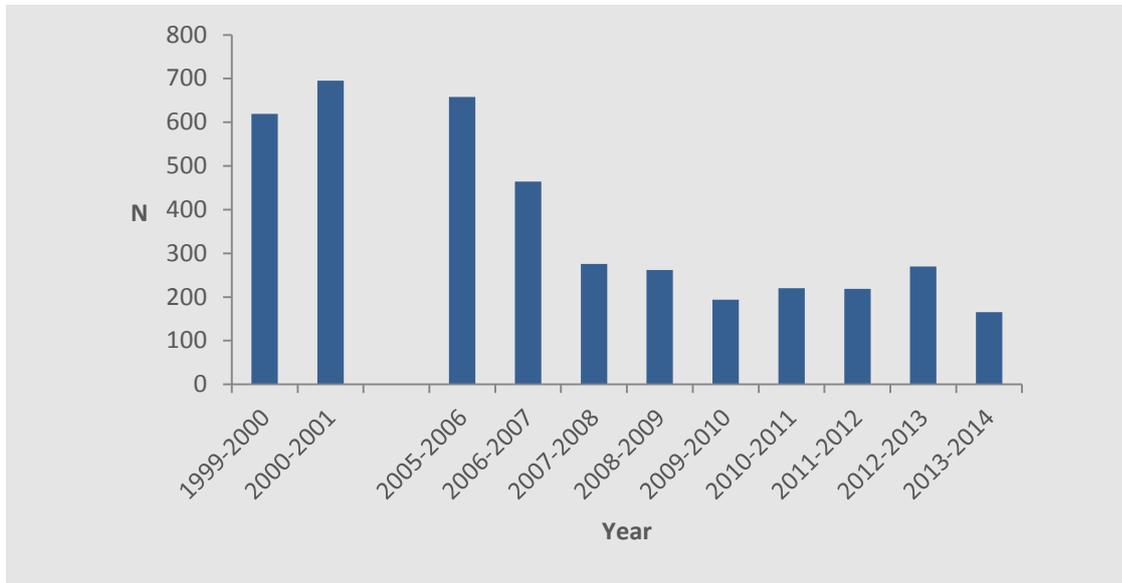


**Figure 14 | Nombre de cas d'oreillons selon le groupe d'âge, 2014, Bruxelles** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)

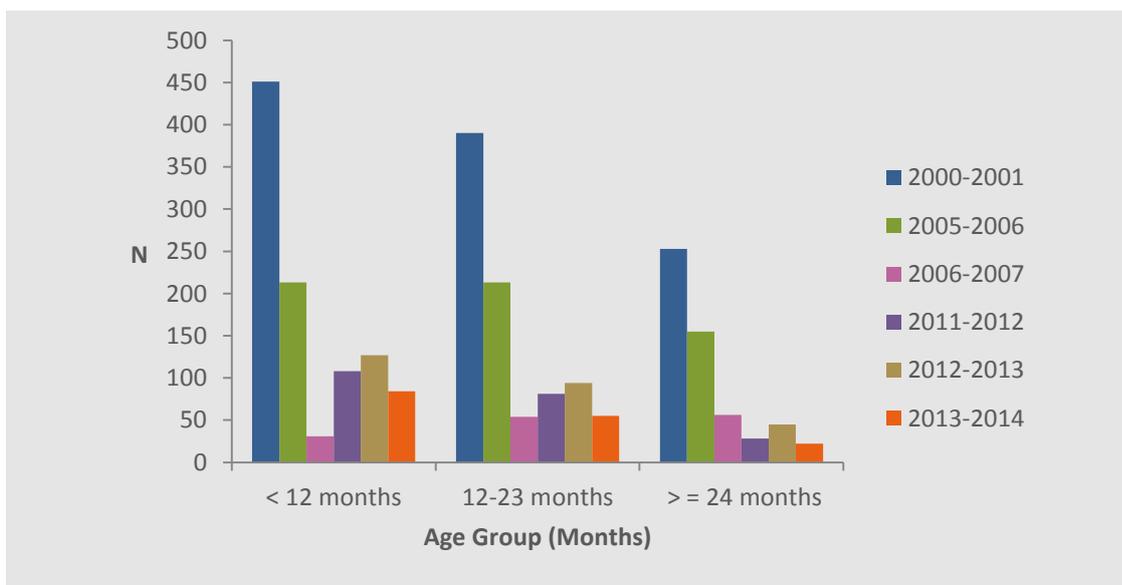


## ROTAVIRUS À BRUXELLES

**Figure 15 | Evolution du nombre d'infection à rotavirus par saison épidémiologique, 1999-2001 et 2005-2014, Bruxelles (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)**

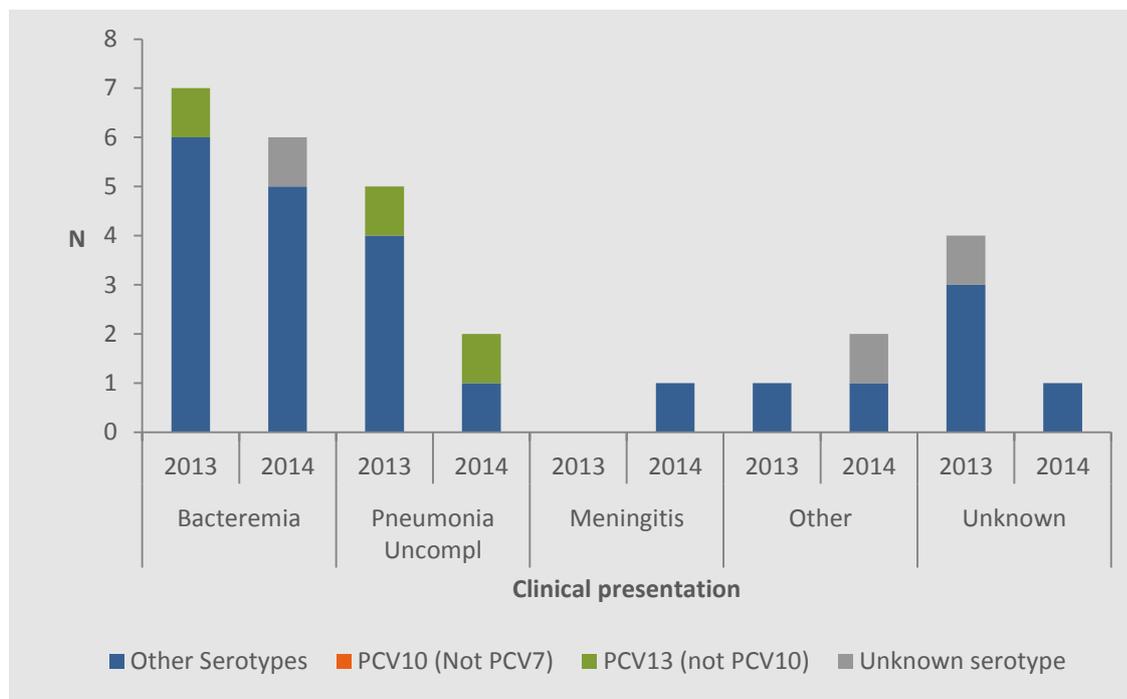


**Figure 16 | Nombre de cas d'infection à rotavirus selon le groupe d'âge et la saison épidémiologique, 2000-2014, Bruxelles (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)**

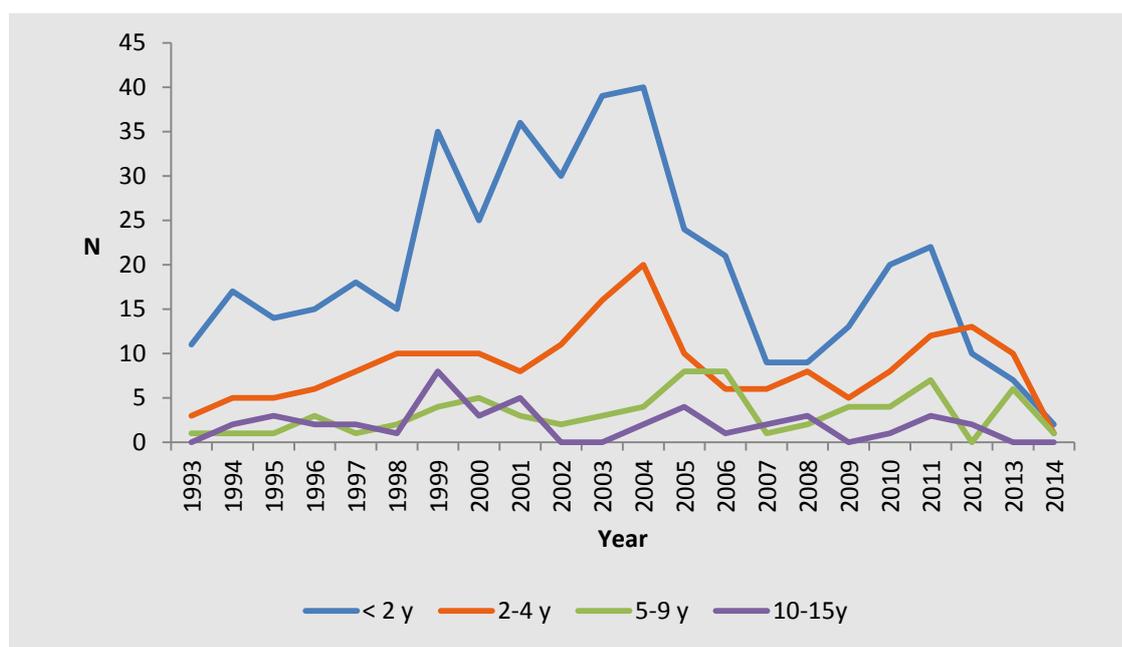


## INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUES À BRUXELLES

**Figure 17 | Présentation clinique des infections invasives à pneumocoques selon le sérotype chez les enfants < 2 ans, 2013 et 2014, Bruxelles**  
(Sources: Centre national de référence pour *S. Pneumoniae* (UZ Leuven) et PediSurv (WIV-ISP))



**Figure 18 | Evolution du nombre d'infections invasives à pneumocoques chez les enfants selon le groupe d'âge, 1993-2014, Bruxelles** (Source: Laboratoires vigies, WIV-ISP)



© WIV-ISP  
Santé Publique et Surveillance  
Rue Juliette Wytsman 14  
1050 Bruxelles | Belgique  
[www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be)

Editeur responsable: Dr. Johan Peeters  
Numéro de dépôt: D/2015/2505/75