

Surveillance épidémiologique de la rougeole

Morbillivirus - 2019

Auteurs : Tine Grammens¹, Laura Cornelissen¹, Veronik Hutse², Mona Abady², Heidi Theeten³, Chloé Wyndham-Thomas¹

Révision : Myriam Boreux⁴, Paloma Carrillo⁵, Naïma Hammami⁶, Sylvie Leenen⁴, Romain Mahieu⁷, Geert Top⁶

¹*Épidémiologie des maladies infectieuses, Sciensano*; ²*Centre national de référence pour la rougeole, les oreillons et la rubéole, Sciensano*; ³*Centrum Evaluatie Vaccinatie studies, Universiteit Antwerpen*; ⁴*Agence pour une vie de qualité*; ⁵*Office de la naissance et de l'enfance*; ⁶*Agentschap Zorg en Gezondheid*; ⁷*Commission communautaire commune*.

Messages clés

- La rougeole est l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses qui peut entraîner des complications graves. En collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tous les pays européens se sont engagés à éliminer la rougeole d'ici 2020. Cela signifie une incidence annuelle de moins d'1 cas par million d'habitants.
- Pour 2018, la Belgique s'est vue attribuer, pour la première fois, le statut de pays « à transmission endémique interrompue » (interrupted endemic transmission) par l'OMS, et ce parce qu'aucune chaîne de transmission du virus n'a duré plus de 12 mois. Les chaînes de transmission sont mieux identifiées en Belgique depuis 2017, en raison d'un nombre plus élevé de génotypages et sous-typages effectués par le CNR.
- En 2019, la Belgique a de nouveau dû faire face à une épidémie de rougeole, répartie sur deux pics. Néanmoins, le génotypage a également pu montrer en 2019 qu'aucune chaîne de transmission du virus ne durait plus de 12 mois, de sorte que le statut de « transmission endémique interrompue » a pu être attribué par l'OMS en 2019.
- Le nombre de cas (480) enregistré en 2019 était nettement plus élevé qu'en 2018 (117 cas) et même plus élevé qu'en 2017 (367 cas) lorsque la Belgique a été touchée par une épidémie en Wallonie. Sur ces 480 cas, 45 étaient probablement importés.
- Une hospitalisation s'est avérée nécessaire pour 78 cas (16 %), mais pour 223 cas (47 %), cette information n'était pas disponible.
- En 2018, l'incidence estimée pour l'ensemble de la Belgique, après exclusion des cas importés, était de 38,1 cas/million d'habitants, contre 8,7 cas/million en 2018 et 32,0 cas/million en 2017. Pour obtenir le statut d'élimination, le pays doit atteindre une incidence annuelle pour la rougeole de <1 cas par million d'habitants
- L'épidémie de rougeole a affecté les trois régions du pays. L'incidence estimée était la plus élevée à Bruxelles avec 100,9 cas/million d'habitants (vs. 6,7/million en 2018 et 20,1 en 2017), suivi par la Wallonie avec 65,8/million (contre 14,4/million en 2018 et 81 en 2017), et la Flandre avec 11,2/million (contre 6,0/million en 2018 et 6,3 en 2017).
- Sur les 480 cas, 163 (34 %) n'étaient pas vaccinés et pour 229 (48 %), le statut vaccinal n'était pas connu.
- L'incidence estimée était la plus élevée chez les enfants de moins d'un an avec 53,5/100 000 habitants, suivi des enfants âgés de 1 à 4 ans avec un taux de 16,3/100 000 habitants. Chez les adultes, l'incidence était la plus élevée dans le groupe d'âge de 25 à 29 ans avec un taux de 7,1/100 000 habitants. Les enfants de moins de 10 ans représentaient 42 % de tous les cas et les jeunes adultes entre 20 et 40 ans représentaient 33 %.

Sources de données

- **Notification obligatoire**

Tout cas suspect de rougeole doit obligatoirement être notifié en Belgique. Les données de surveillance sont transmises tous les mois à Sciensano par le biais des services régionaux de lutte contre les maladies infectieuses. Pour plus d'informations: [Flandre](#), [Wallonie](#), [Bruxelles](#).

- **Centre national de référence pour la rougeole, les oreillons et la rubéole ([CNR](#)),**

Sciensano :

Laboratoire accrédité par l'OMS pour le diagnostic de la rougeole, le CNR est chargé de la confirmation des cas suspects. De plus, il contribue activement à la surveillance épidémiologique de la rougeole en assurant le suivi des génotypes en circulation et des chaînes de transmission.

- **Réseau de médecins généralistes et pédiatres, [PediSurv](#), Sciensano :**

Ce réseau de surveillance a une portée dans toute la Belgique avec une participation de +/- 370 pédiatres (Belgique) et médecins généralistes (Bruxelles). Depuis la surveillance étendue de la rougeole par le biais des notifications obligatoires, l'enregistrement au sein de ce réseau a diminué mais il reste important comme source d'informations complémentaires.

Définition de cas

Source : *Centre européen de prévention et de contrôle des maladies* ([ECDC](#))

Critères cliniques

Toute personne présentant de la fièvre et une éruption cutanée maculopapuleuse et au moins un des trois symptômes suivants :

- Coryza
- Rhinite
- Conjonctivite

Critères de laboratoire

Au moins un des critères suivants :

- isolement du virus de la rougeole à partir d'un échantillon clinique ;
- détection d'acide nucléique du virus de la rougeole dans un échantillon clinique (PCR) ;
- mise en évidence, dans le sérum ou la salive, d'anticorps spécifiques du virus de la rougeole caractéristiques d'une infection aiguë ;
- détection d'un antigène du virus de la rougeole dans un échantillon clinique par immunofluorescence directe DFA (direct fluorescent antibody), avec utilisation d'anticorps monoclonaux spécifiques de la rougeole.

Pour l'interprétation des résultats en laboratoire, il faut tenir compte du statut vaccinal. Dans le cas d'une vaccination récente, le virus de type sauvage doit être spécifiquement recherché.

Critères épidémiologiques

Lien épidémiologique par une transmission interhumaine.

Classification des cas

- Cas possible : tout sujet répondant aux critères cliniques.
- Cas probable : tout sujet répondant aux critères cliniques et présentant un lien épidémiologique.
- Cas confirmé : tout sujet non vacciné récemment et qui répond aux critères cliniques et de laboratoire.

Représentativité des données

Avec d'autres États membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (UE/EEE), la Belgique s'est engagée à éliminer la rougeole de son territoire. Cet engagement exige une surveillance nationale permanente et efficace, avec une transmission de données (sous forme agrégée) internationale à l'ECDC (mensuel) et à l'OMS (annuel).

Au départ, il n'existait qu'un seul réseau de surveillance, [PediSurv](#) – un réseau de médecins traitants et de pédiatres, créé spécialement en 2002 pour atteindre les objectifs fixés par l'OMS en vue de l'élimination de la rougeole. Le réseau des [laboratoires vigies](#) fournissait des informations complémentaires sur le nombre de tests positifs pour la rougeole. Depuis 2009, il existe en Belgique une notification obligatoire de tout « cas suspect » de rougeole auprès des autorités régionales, et depuis 2011, le Centre national de référence (CNR) pour la rougeole, les oreillons et la rubéole participe activement à la surveillance. Dans les années qui ont suivi, le système de notification obligatoire, en combinaison avec le CNR, s'est progressivement inscrit dans les pratiques quotidiennes des déclarants (médecins, pédiatres, laboratoires).

Le recensement du nombre des cas de rougeole est actuellement établi sur la compilation des données de la notification obligatoire et des demandes d'analyses reçues par le CNR. Les données de PediSurv continuent à être consultées afin d'identifier des cas supplémentaires non détectés par ces deux sources (aucun cas en 2018). On considère, et ce depuis 2011, que les données obtenues sont suffisamment exhaustives pour estimer des incidences annuelles. Il est bien entendu possible que quelques cas isolés de rougeole (principalement des cas peu sévères) échappent au système de surveillance, par exemple ceux ne menant pas à une consultation de médecin.

Résultats de la surveillance

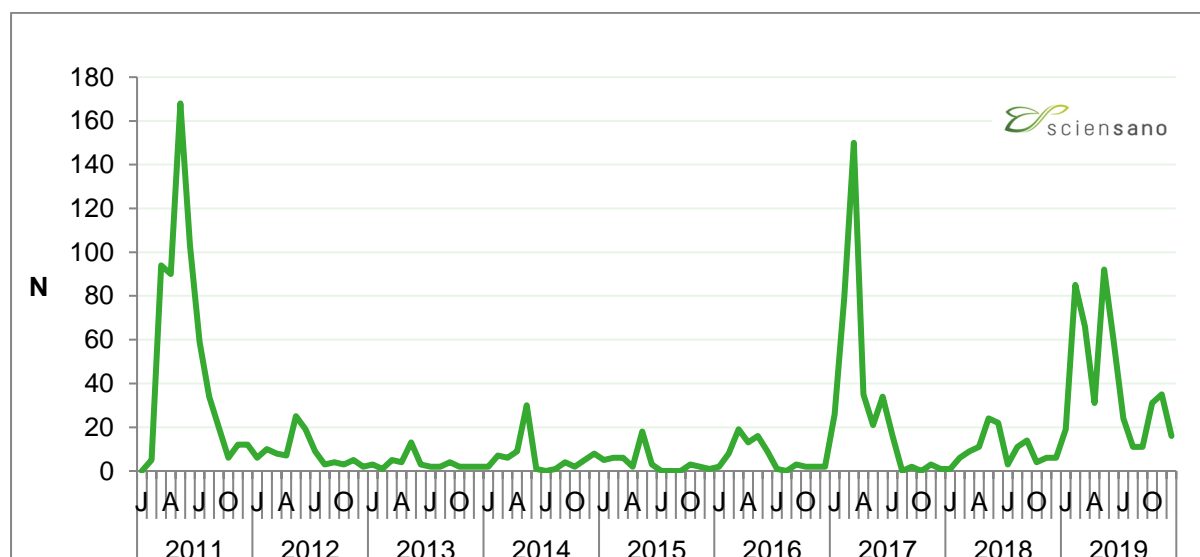
Nombre de cas et incidence estimée

En 2019, 480 cas de rougeole ont été enregistrés. C'est un nombre élevé, comparé aux 117 cas de 2018 et à une moyenne de 60 cas par an au cours de la période 2013-2016. Ce nombre dépasse même les 367 cas recensés en 2017, lorsque la Belgique a été touchée par une importante épidémie de rougeole en Wallonie, mais reste toutefois inférieur aux 603 cas relevés pendant l'épidémie de 2011.

Quarante-cinq cas ont probablement été importés de l'étranger en 2019. L'exclusion de ces cas, comme prévu par la définition de l'OMS¹, porte l'incidence nationale de la rougeole en 2019 à 38,1 cas/million d'habitants, contre 8,7 cas/million d'habitants en 2018, 32,0 en 2017 et 55,2 en 2011. Les fameux « cas liés à un cas importé », à savoir les personnes contaminées par des cas importés, ont été pris en compte ici. L'incidence annuelle, en incluant les cas importés, s'élevait à 42,0 cas/million d'habitants.

Le nombre élevé de cas enregistré en 2019 indique une situation épidémique. Contrairement à 2017, cette épidémie a été caractérisée par deux pics. Un premier pic en février atteignant 85 cas en un mois, et un deuxième pic en mai atteignant 92 cas (Figure 1). Le premier pic correspond essentiellement à des cas à Bruxelles, alors que le deuxième pic est principalement dû à des cas enregistrés en Wallonie (Figure 2). Enfin, un foyer épidémique a été enregistré en octobre-novembre, également en Wallonie. Ceci contraste avec l'épidémie de 2017, caractérisé par un pic principal en mars, atteignant 150 cas dans le mois.

Figure 1. Nombre de cas de rougeole par mois, période 2011-2019, Belgique.
(Source : notifications obligatoires, CNR pour la rougeole, laboratoires vigies et PediSurv)



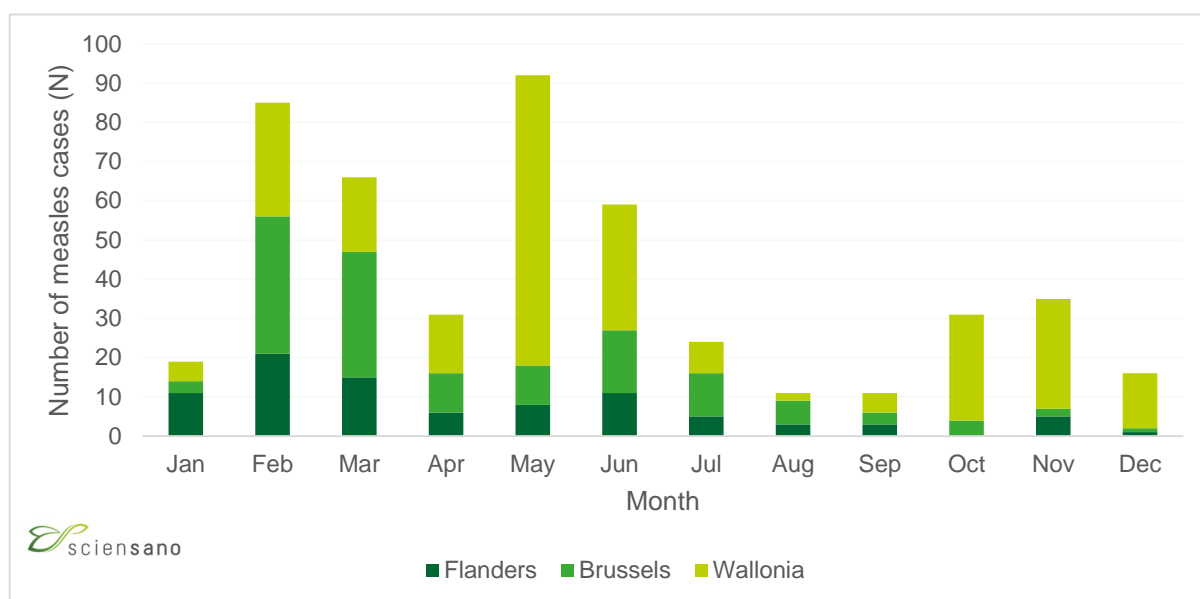
- Distribution géographique

Sur les 480 cas, 258 ont été enregistrés en Wallonie (54 %), 89 en Flandre (18 %) et 133 à Bruxelles (28 %). L'incidence estimée, avec exclusion des cas importés, était la plus élevée à Bruxelles avec 100,9 cas/million d'habitants (contre 6,7 cas/million en 2018 et 20,1/million en 2017), suivi par la Wallonie avec 65,8 cas/million d'habitants (contre 14,4/million en 2018 et 81/million en 2017) et la Flandre avec 11,2 cas/million d'habitants (contre 6,0/million en 2018 et 6,3/million en 2017).

Si le nombre de cas enregistrés durant cette épidémie en 2019 était le plus élevé en Wallonie, c'est l'incidence atteinte à Bruxelles qui se démarque. Par rapport à l'épidémie de 2017, l'incidence à Bruxelles était cinq fois plus élevée. Pour la Flandre, l'incidence était deux fois plus élevée que lors de l'épidémie de 2017.

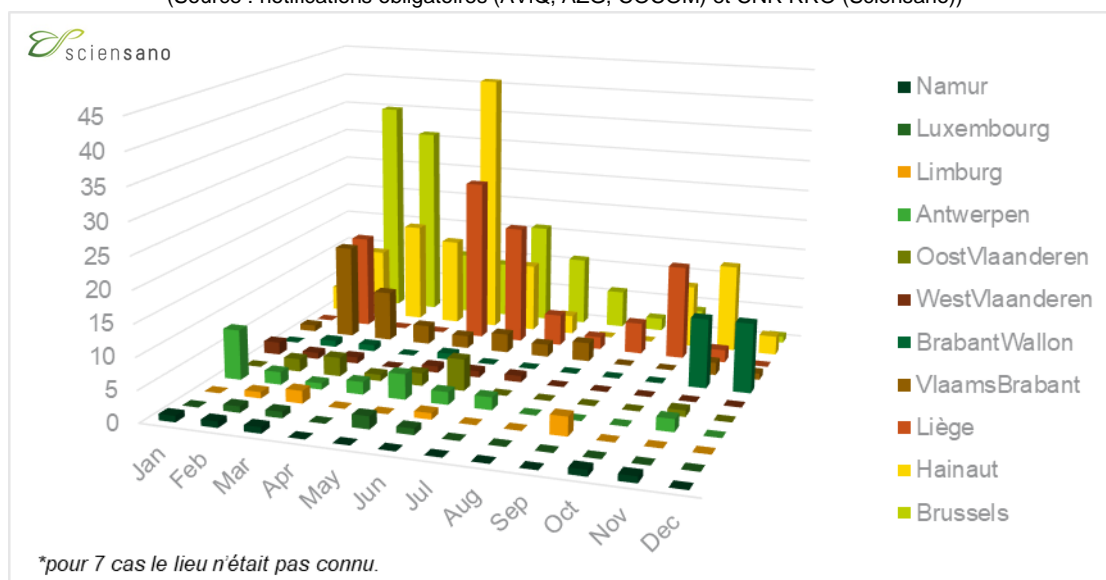
¹ Pour calculer les incidences, l'OMS utilise le nombre de cas sans les cas importés, mais avec les cas liés à un cas importé (cas ayant été contaminés en Belgique par un cas importé)

Figure 2. Nombre de cas de rougeole par mois et par région, Belgique, 2019. N=480
(Source : notifications obligatoires (AViQ, AZG, COCOM) et CNR RRO (Sciensano))



L'épidémie a touchée plusieurs provinces : Bruxelles, Hainaut, Liège, Brabant flamand et Brabant wallon. Un lien épidémiologique a pu être établi entre quelques cas de Bruxelles et du Brabant flamand. Les autres provinces ont été épargnées (Figure 3).

Figure 3. Nombre de cas de rougeole par mois et par province, Belgique, 2019. N=473*
(Source : notifications obligatoires (AViQ, AZG, COCOM) et CNR RRO (Sciensano))



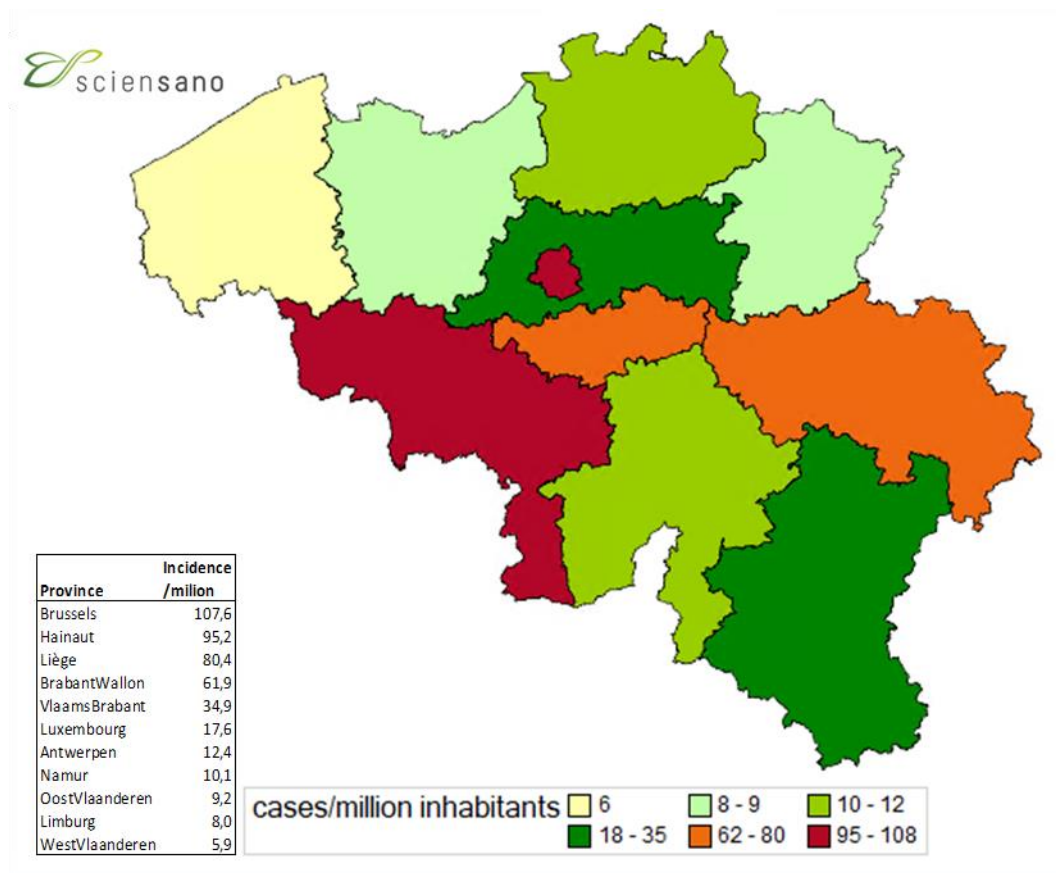
Les premiers clusters² en Wallonie sont survenus dans le Hainaut, liés à des cas importés de France et d'Ukraine, et dans la province de Liège avec un important cluster communautaire (n=11 cas) probablement lié à un cas dans une école en Allemagne. En Flandre, un premier cluster important dans la province d'Anvers, lié à un cas importé du Royaume-Uni, et un grand cluster familial (n=14) en Brabant flamand ont été identifiés en début d'épidémie. À Bruxelles,

² On parle d'un cluster quand minimum deux cas de rougeole sont épidémiologiquement liés.

le premier cluster recensé était lié à un cas importé de France. Ensuite, plusieurs petits clusters (n=2 à 4) et cas isolés ont été notifiés parmi lesquels des cas probablement importés de pays d'Europe de l'Est. Le pic observé au mois de mai est principalement attribuable à un cluster majeur lié à une école dans le Hainaut (n=25) et un cluster dans une prison en province de Liège (n=17). En novembre-décembre un dernier grand cluster a eu lieu en 2019 en Brabant wallon, lié à des cas parmi des étudiants dans une école (n=18).

La figure 4 donne un aperçu de l'incidence estimée par million d'habitants par province.

Figure 4. Incidence estimée de la rougeole par province, Belgique, 2019. N=473*
(Source : notifications obligatoires (AViQ, AZG, COCOM) et CNR RRO (Sciensano))



*pour 7 cas le lieu n'était pas connu.

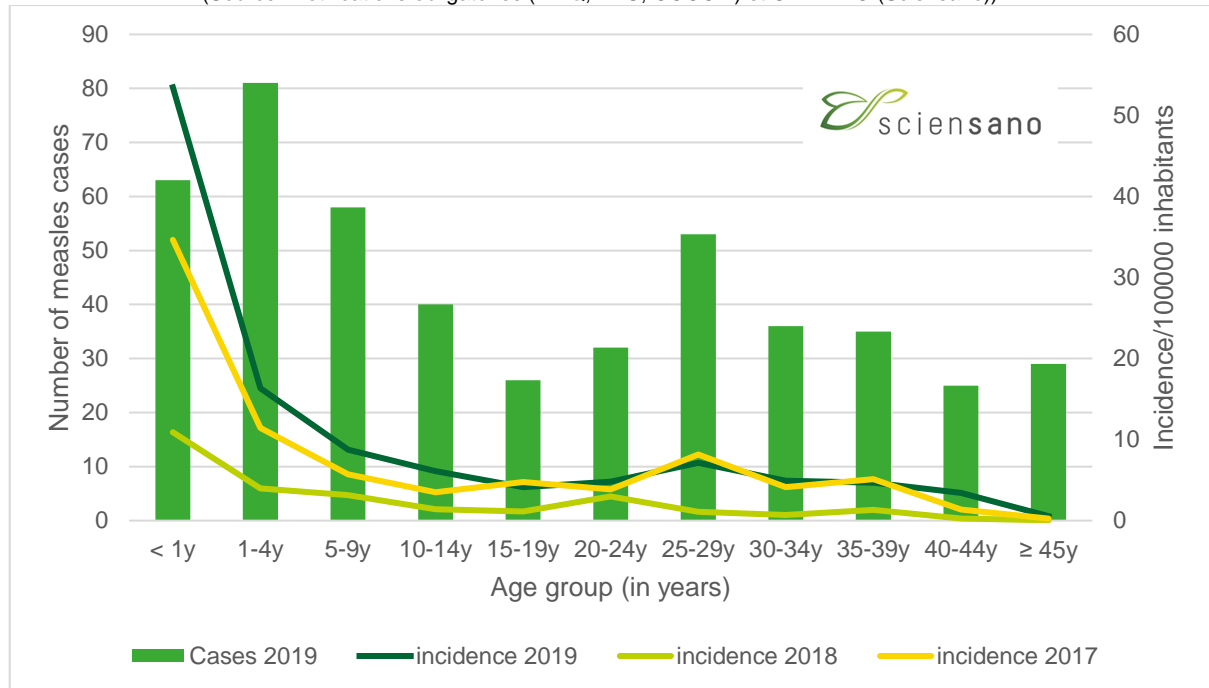
- Selon l'âge

Les personnes touchées étaient âgées entre 0 et 81 ans, avec un âge médian de 14 ans (Q1-Q3 : 3-30 ans). Comme les années précédentes, l'incidence estimée était la plus élevée chez les enfants de moins de 12 mois (53,5 cas/100 000 habitants) (Figure 5). Douze mois est l'âge auquel la 1^{re} dose du vaccin contre la rougeole est recommandée. Sur les 63 enfants de moins d'un an, 32 % (N=20) avaient moins de 6 mois, dont 2 avaient moins d'un mois. Chez les enfants de 1-4 ans, l'incidence estimée était la deuxième plus élevée avec 16,3/100 000 habitants. Au total, 42 % des cas étaient des enfants âgés de moins de 10 ans, donc avant l'âge recommandé pour la 2^e dose du vaccin. Les adultes entre 20-40 ans

constituaient 33 % des cas. Chez les adultes, le groupe des 25-29 ans présentait l'incidence estimée la plus élevée, avec 7,1/100 000 habitants. Treize cas (3 %) ont été recensés chez des personnes nées avant 1970³.

Figure 5. Nombre de cas (2019) et incidence estimée (2017-2019) de la rougeole par groupe d'âge, Belgique, (N=478*).

(Source : notifications obligatoires (AViQ, AZG, COCOM) et CNR RRO (Sciensano))



*pour 2 cas l'âge n'était pas communiqué.

Cas importés, transmission et clusters

Sur les 480 cas de rougeole enregistrés, 45 cas ont probablement contracté l'infection à l'étranger. Trente-huit (84 %) en Europe, 3 dans des pays asiatiques, 3 en Afrique et 1 en Amérique centrale. Douze cas ont probablement été importés de France, 4 du Portugal, 4 de Géorgie, 4 d'Ukraine, 3 d'Allemagne et 3 du Royaume-Uni. Les autres contaminations ont probablement eu lieu aux Pays-Bas, en Hongrie, en Slovaquie, en Roumanie, en Espagne, en Inde, aux Philippines, à Zanzibar, en Algérie et en République dominicaine. Tant la Flandre (n=15) que la Wallonie (n=19) et Bruxelles (n=11) ont enregistré des cas importés. La moitié de tous les cas importés probables ont été enregistrés au cours du premier trimestre, avec 20 cas en janvier-février, dont un cluster lié à des vacances de ski en France.

64 clusters au total ont été identifiés : 34 en Wallonie, 16 à Bruxelles et 14 en Flandre. La majorité des clusters étaient des clusters (principalement familiaux) de petite taille avec 38 clusters de 2 cas, 19 clusters de 3 à 5 cas, et deux de 7 cas. Des clusters plus grands ont été constatés pendant les mois de pic de l'épidémie, en février et en mai, ainsi qu'en fin d'épidémie. Au mois de février, en Flandre dans un contexte familial (14 cas) et en Wallonie dans un contexte communautaire en lien avec un cas dans une école en Allemagne (11 cas). Au mois de mai, un cluster majeur en Wallonie lié à une école (25 personnes) ainsi que dans

³ Les personnes nées avant 1970 sont généralement considérées comme immunisées, la rougeole étant endémique et une maladie infantile répandue à cette époque pré-vaccinale.

une prison (17 personnes). Distribué sur les mois de novembre-décembre, en Brabant wallon, lié à des cas dans une école (18 cas). Quinze cas ont également été signalés en rapport avec une possible infection nosocomiale, toutefois sans cas secondaires notifiés. Deux cas ont été diagnostiqués dans une crèche, mais sans contamination ultérieure dans ce milieu d'accueil.

Hospitalisation, complications cliniques et mortalité

Pour 85 cas (18 %), une hospitalisation s'est avérée nécessaire. Si ce nombre est moins élevé que celui enregistré les années précédentes (30-40 % du nombre total de cas), il faut souligner que pour 212 cas (44 %), l'information n'était pas disponible⁴, comparé à 15 % en 2018 et 24 % en 2017. Aucune hospitalisation n'a été nécessaire pour 183 cas (38 %).

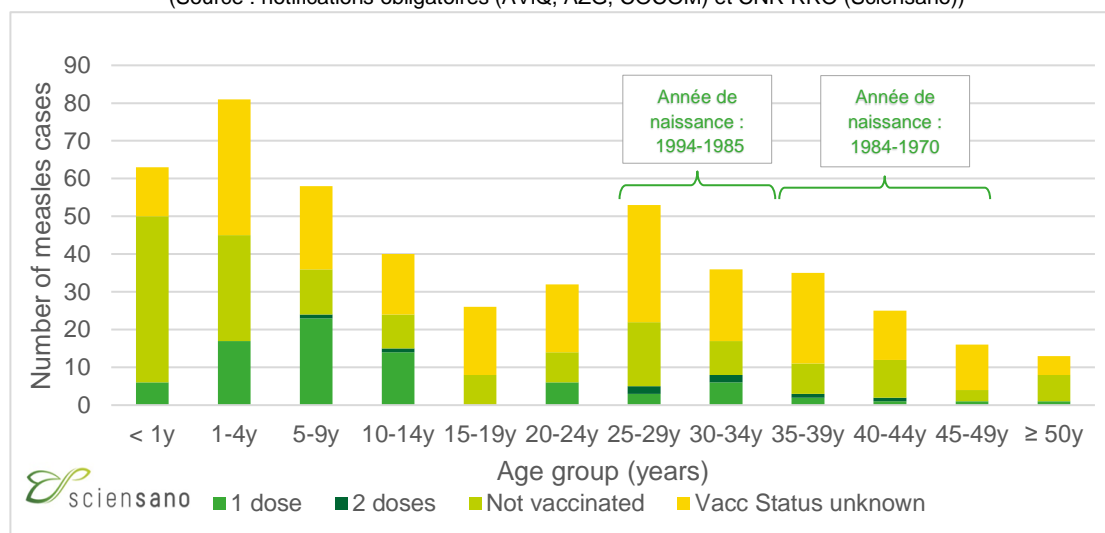
Des données sur les complications de la rougeole étaient disponibles pour moins de la moitié des cas (190/480=40 %). Sur ces 190 cas, 150 n'ont pas connu de complications, 9 ont présenté une complication de pneumonie, 20 de diarrhée et/ou de déshydratation, 3 d'une otite de l'oreille moyenne, 1 d'une stomatite et 7 d'autres complications (dysfonctionnement hépatique, stomatite, mauvais état général, etc.). Aucun cas nécessitant une admission aux soins intensifs n'a été notifié, et aucun décès.

Statut vaccinal et couverture vaccinale

L'enregistrement des données de vaccination reste un problème important. Pour près de la moitié des cas (48 %, n=229), le statut vaccinal était inconnu et parmi ceux-ci, 76 % (n=173) sont nés après le début du programme de vaccination en 1985.

Figure 6. Nombre de cas de rougeole selon le statut vaccinal par groupe d'âge, 2019, Belgique

(Source : notifications obligatoires (AViQ, AZG, COCOM) et CNR RRO (Sciensano))



Pour les 251 cas à statut vaccinal connu, 65 % (n=163) n'ont pas été vaccinés, 32 % (n=80) ont été vaccinés avec une seule dose et 3 % (n=8) avait une vaccination complète avec deux doses. Pour 54 % (n=136) des cas le statut vaccinal (nombre de doses selon l'âge) n'était pas

⁴ La recherche retro-active de données hospitalières complémentaires a été très difficile vu la crise COVID-19.

conforme aux directives régionales de vaccination⁵. La majorité des cas de non-conformité se situaient dans le groupe des 10 à 34 ans (n=71, 52 %).

Parmi les personnes non vaccinées, 44 enfants étaient âgés de moins d'1 an et donc encore trop jeunes pour être vaccinés (1^{re} dose à 12 mois). Treize cas étaient nés avant 1970, dont une personne avait reçu 1 dose du vaccin. Les personnes nées avant 1970 sont généralement considérées comme immunisées, la rougeole étant endémique et une maladie infantile répandue à cette époque. Par contre, les personnes nées entre 1970 et 1984 (n=76, 16 %), sont considérées comme susceptibles de contracter la rougeole, étant nées avant le début du programme de vaccination et insuffisamment exposées à la rougeole pendant leur enfance. Malgré les campagnes de vaccination de rattrapage les ciblant, 65 % (n=25) des cas de rougeole de 2019 appartenant à ce groupe ne connaissaient pas leur statut vaccinal et 33 % (n=49) n'étaient pas vaccinés ou l'étaient de manière incomplète.

En Belgique, la couverture vaccinale pour la 1^{re} dose du vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillons) était estimée à plus de 95 % en 2018. Pour la 2^e dose (2 doses reçues), la Belgique n'atteint pas encore la norme de l'OMS de 95 %. D'après la dernière étude portant sur le taux de vaccination pour les deux doses dans les différentes régions, il est estimé à 87,4 % en Flandre (2016) et à 75,0 % à Bruxelles et en Wallonie (2015-2016). Pour plus de détails, voir le chapitre [couverture vaccinale](#). Depuis l'administration systématique du vaccin chez les nourrissons en 1985 pour la 1^{re} dose et chez les enfants de 10-12 ans en 1995 pour la 2^e dose, la couverture n'a augmenté que progressivement, expliquant une protection seulement partielle, voire inexistante, pour le groupe d'âge entre 25 et 49 ans.

Diagnostic et génotypage

Pour 395/480 cas (82 %), le diagnostic de rougeole a été confirmé, soit par PCR, soit par la détection d'anticorps IgM spécifiques. Pour 52 cas (11 %), le diagnostic a été posé sur la base d'une clinique compatible et l'identification d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé (« cas probables ») et dans 33 cas (7 %), le diagnostic a été posé uniquement sur une base clinique (« cas possibles »).

La rougeole est une maladie extrêmement contagieuse et il n'est pas toujours possible d'identifier la source de la contamination par la recherche épidémiologique. La délimitation de clusters et la détermination de chaînes de transmission constituent par conséquent un défi majeur. Le génotypage des différentes souches en circulation contribuent à l'identification de ces chaînes de transmission. Le génotypage du virus est indiqué pour tous les cas confirmés sporadiques de rougeole et pour minimum un cas d'un cluster⁶.

En 2019, le génotype viral a pu être déterminé pour 272 des 480 cas (57 %), ce qui correspond à 69 % des cas confirmés (272/395). L'identification du génotype a été possible pour 59/64 clusters (92 %). Considérant que tous les cas d'un même cluster, c'est-à-dire ayant un lien épidémiologique établi, auront le même génotype, le nombre total de cas à génotype connu

⁵ Wallonie et Bruxelles : minimum 1 dose pour le groupe d'âge de 1-10 ans et deux doses pour le groupe d'âge 11-49 ans. Flandre : minimum 1 dose pour le groupe d'âge de 1-11 ans et deux doses pour le groupe d'âge de 12-49 ans.

⁶ Selon la taille du cluster (> 10 cas) il est conseillé d'identifier le génotype de plusieurs cas (en début, au milieu et à la fin du cluster).

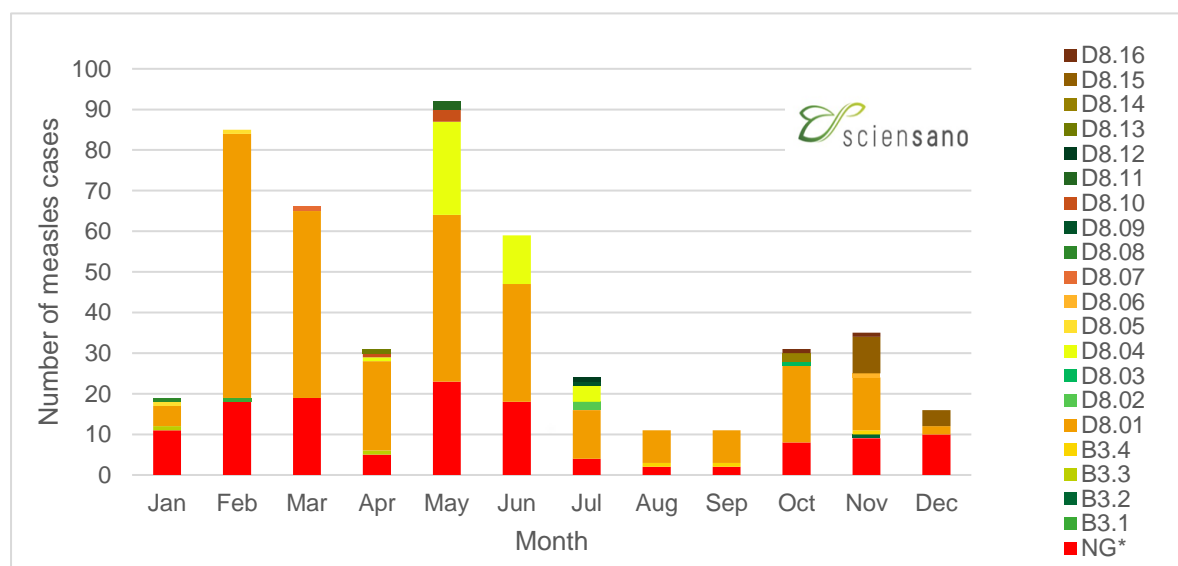
s'élève à 354/480 (74 %). Pour les 126 cas restants (cas sporadiques), le génotype n'a pu être déterminé pour de raisons variées (échantillon sérologique et non salivaire, absence d'échantillon ou charge virale insuffisante).

- Génotype

En 2019, deux génotypes circulants ont été identifiés en Belgique : les génotypes B3 et D8. L'identification des sous-types, effectuée par le CNR, permet de suivre les chaînes de transmission du virus avec plus de précision. En Belgique, 4 sous-types circulants ont été identifiés pour le génotype B3, auxquels nous référons par les codes B3.1, B3.2, B3.3, B3.4 ; et 16 sous-types pour le génotype D8, nommés de D8.01 à D8.16 inclus.

La figure 7 présente la circulation des différents sous-types pour le génotype B3 et D8 par mois en Belgique. Seul le sous-type D8.01 (MeaNS seq ID D8-4683, WHO named strain MVs/Gir Somnath.IND/42.16/) a circulé de janvier à décembre 2019. Les autres sous-types ne se sont présentés que sporadiquement ou dans des clusters de petite taille, bien définis et de courte durée, à l'exception des sous-types D8.04 (MeaNS seq ID D8-5583, WHO named strain MVs/Istanbul.TUR/28.18/) et D8.15 (MeaNS seq ID D8-6257, WHO named strain MVs/Gir Somnath.IND/42.16/)⁷, qui ont circulé respectivement pendant 4 mois (d'avril à juillet) et 2 mois (de novembre à décembre).

Figure 7. Génotypes circulant pour le virus de la rougeole par mois, 2019, Belgique
(Source : CNR rougeole, rubéole et oreillons (Sciensano))



NG*=non génotypable, pas de génotype pour ces cas

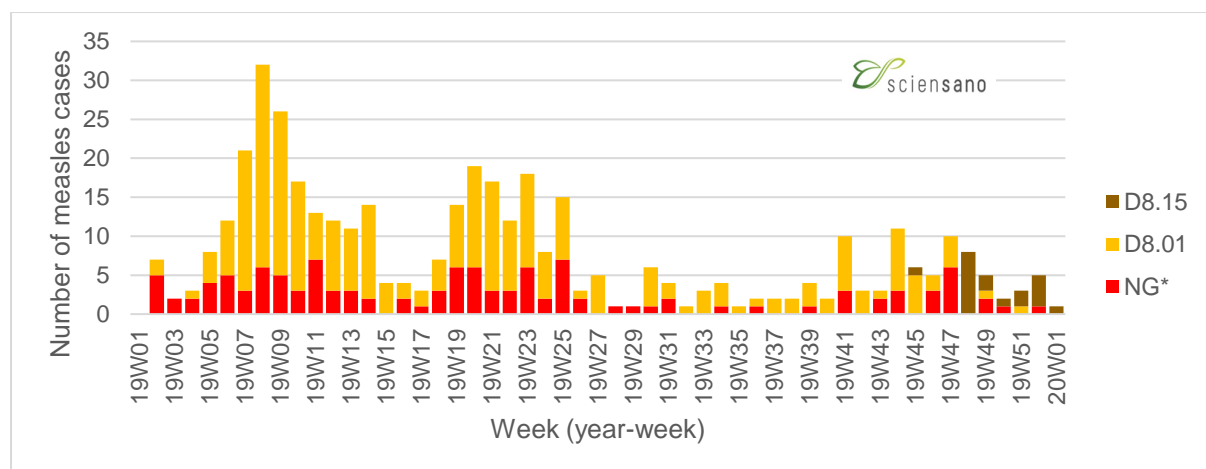
Selon les définitions de l'OMS, une maladie est dite « endémique » en cas de chaîne de transmission ininterrompue pendant 12 mois (≥ 52 semaines). Pour pouvoir réaliser les objectifs d'élimination, un pays ne peut pas être « endémique ». En 2018, la Belgique a pu

⁷ MeaNS seq ID D8-6257 (D8.15), est reconnu par l'OMS comme named strain MVs/Gir Somnath.IND/42.16/, mais diffère quand-même de quelques nucléotides du MeaNS seq ID D8-4683 (D8.01). Des techniques de séquençage plus récentes sont actuellement testées par l'OMS afin de voir si une distinction pourra être faite.

prouver qu'aucune chaîne de transmission de 12 mois (≥ 52 semaines) n'était présente et pour cette raison, elle s'est vue attribuée pour la première fois le statut de pays « à transmission endémique interrompue » pour la rougeole. En 2019, la Belgique a pu maintenir cette classification de « transmission endémique interrompue », même si en 2019 il était plus difficile de le démontrer en raison de la situation épidémique et de la survenue de cas sporadiques non génotypables (NG). Toutes les chaînes de transmission B3 et 15/16 des chaînes de transmission D8, qui ont duré maximum 4 mois, ont été arrêtées. Dans le cas du sous-type D8.01 (MeaNS seq ID D8-4683, WHO named strain MVs/Gir Somnath.IND/42.16/), qui a circulé tout au long de l'année, il était donc crucial pour la Belgique de démontrer à l'OMS que ce sous-type circulait en continu <52 semaines.

Le sous-type D8.01 n'était pas encore en circulation en 2018 (voir [rapport annuel sur la rougeole 2018](#)) et a commencé à circuler en Belgique à partir de la semaine 2 (Figure 8) avec un dernier cas à la semaine 51 (= durée totale de 50 semaines). À la semaine 52, il y a eu encore un cas non génotypé (NG), qui ne pouvait pas être directement lié à un cas génotypé confirmé, mais qui après une recherche plus approfondie établie sur les caractéristiques du cas (telles que la géolocalisation, l'âge, le sexe...) a pu être lié selon toute probabilité à l'écllosion du sous-type D8.15 illustré à la figure 8. En 2020, le sous-type D8.01 n'a plus été observé.

Figure 8. Distribution détaillée par semaine des génotypes circulants D8.01 (D8-4683), D8.15 (D8-6257) en NG*, 2019, Belgique
(Source : CNR RRO (Sciensano))



NG*=non génotypable, pas de génotype pour ces cas

Importance pour la santé publique

La rougeole est une maladie infectieuse très contagieuse qui peut entraîner de graves complications. Une vaccination avec deux doses du vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillons) est la meilleure prévention. La vaccination contre la rougeole est reprise dans le calendrier de vaccination des enfants depuis 1985, mais des poches de populations sous-vaccinées continuent d'exister. Il reste important de combler les lacunes dans l'immunisation des adolescents (> 10 -12 ans) et des adultes (25 à 49 ans) par une vaccination de rattrapage.

Le Conseil supérieur de la santé a émis une recommandation en mars 2019 visant à abaisser l'âge de la deuxième dose de RRO de 10-12 ans à 7-9 ans. Celle-ci a été mise en œuvre en

communauté française à partir de l'année scolaire 2020-2021 (septembre 2020) ⁸ et sera mise en œuvre en communauté flamande à partir de l'année scolaire 2021-2022. La vaccination de rattrapage des adultes nés après 1970 et non/insuffisamment protégés est gratuite en communauté flamande. Dans les autres communautés le vaccin n'est remboursé que partiellement par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) pour ce groupe cible d'adultes.

À côté des groupes à risques connus, la circulation de personnes en Belgique et en Europe semble être également un facteur de risque de rougeole non négligeable. En 2019, près d'une infection sur dix a été contractée à l'étranger et de nombreux clusters y étaient liés. Il n'est pas exclu que les chaînes de transmission du virus soient réellement interrompues sur le territoire belge, mais que le même génotype soit réintroduit par des voyageurs. Le génotype qui a circulé toute au long de l'année 2019 en Belgique est le même ayant circulé à travers l'Europe.

La Belgique s'est engagée avec les autres pays européens et auprès de l'OMS à éliminer la rougeole d'ici la fin 2020. Pour obtenir le statut d'élimination, le pays doit atteindre une incidence annuelle pour la rougeole de <1 cas par million d'habitants (donc maximum 11 cas par an pour l'ensemble du pays). Malgré cet engagement, le nombre de cas de rougeole est en hausse depuis 2016 en Europe (UE/EEE), avec 13 200 cas et 10 décès en 2019, et 17 822 cas et 37 décès en 2018. L'incidence en Europe (UE/EEE) était de 25,4 cas/million d'habitants en 2019, contre 7,8 et 9,0 en 2015-2016 avant le début de l'épidémie. Les pays les plus touchés en 2019 ont été la France (2 636 cas), la Roumanie (1 706 cas), l'Italie (1 620 cas), la Pologne (1 423 cas) et la Bulgarie (1 235 cas).

La Belgique a fait un pas de plus vers l'élimination de la rougeole depuis 2018, car elle a réussi à prouver que les chaînes de transmission du virus de la rougeole ont circulé durant moins de 52 semaines en 2018 et en 2019. Cependant, avec un total de 480 cas en 2019, la Belgique est encore loin d'être à <1 cas par million d'habitants, et la vaccination reste la principale voie vers l'élimination de la rougeole.

Vous avez un cas suspect de rougeole?

Flandre: [Cliquez ici](#)

Bruxelles: [Cliquez ici](#)

Wallonie : [Cliquez ici](#)

Plus d'informations

- Fiche détaillée avec infos sur l'épidémiologie, les symptômes cliniques, le diagnostic et la prise en charge : <https://www.wiv-isp.be/matra/Fiches/Rougeole.pdf>
- Plus d'infos sur les tests laboratoires : https://nrchm.wiv-isp.be/nl/ref_centra_lab0/measles_rubellavirus/default.aspx
- Adaptation du schéma de vaccination RRO (Conseil supérieur de santé, 2019) :
- https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme

⁸ https://www.e-vax.be/VaccHelp/help/pdf/dossier_phase_transition_RRO2_2020-2024.pdf

[file/fiche_9141_calendrier_vaccinal_css_2019_0.pdf](#)

- Epidémiologie récente pour l'Europe :
<https://ecdc.europa.eu/en/rubella/surveillance-and-disease-data/monthly-measles-rubella-monitoring-reports>
- Plan d'action européen de vaccination (European Vaccine Action Plan) 2015 – 2020 :
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020-2014>
- Articles scientifiques sur les épidémies de rougeole en Belgique en [2017](#) et [2016](#)
- Rapport annuel rougeole en Europe (EU/EEA) 2019, par ECDC :
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/measles-annual-epidemiological-report-2019>

Le projet est soutenu financièrement par :

