

Surveillance épidémiologique du rotavirus

Saisons 2021–2022 et 2022–2023

Auteurs : Stéphanie Jacquet¹, Jelle Matthijssens², Mustafa Karatas², Marc Van Ranst².

Révision: Laura Cornelissen¹, Paloma Carrillo³, Adrae Taame⁴, Roxane Audistère⁵, Naïma Hammami⁶, Veerle Jong⁶, Heidi Theeten⁶.

¹Epidémiologie des maladies infectieuses, Sciensano ; ²Centre national de référence rotavirus, UZ Leuven ; ³Office de la Naissance et de l'enfance ; ⁴Commission communautaire commune ; ⁵Agence pour une vie de qualité ; ⁶Agentschap zorg en gezondheid

Messages clés

- Le Conseil supérieur de la santé recommande la vaccination des nourrissons contre le rotavirus et un remboursement partiel du vaccin est en place depuis 2006. Depuis lors, une diminution significative du nombre de cas confirmés d'infection à rotavirus a été observée. Depuis 2012, l'épidémiologie du rotavirus semble évoluer selon des cycles bisannuels dans lesquels alternent des saisons épidémiologiques de forte et de faible activité.
- Pendant l'épidémie de COVID-19, il y a eu deux saisons de faible intensité (2019-2020 et 2020-2021) au cours desquelles le rotavirus a moins circulé, sans doute en raison des mesures prises contre la propagation du covid-19, du confinement, etc. La première saison suivante, 2021-2022, a été très intense avec 3 809 cas, le plus grand nombre de cas observés dans la période post-vaccinale. Avant 2020, une saison de faible intensité comptait environ 1 500 cas et une saison de forte intensité environ 2 500 cas. Au cours de la saison 2022-2023, 1 683 cas ont été enregistrés.
- Au cours de la saison 2021-2022, un premier pic saisonnier a été observé dès la semaine 51, bien plus tôt que lors des saisons précédentes, où le pic tombait vers les semaines 11-12.
- Au cours de la saison 2021-2022, un nombre anormalement élevé de cas a été observé chez les personnes âgées de 4 à 20 ans et chez celles de 80 ans et plus.
- Au cours des saisons 2021-2022 et 2022-2023, une grande majorité des cas a été causée par le génotype G3P[8] (2021-2022 : 85,6 % des cas, 761 cas ; 2022-2023 : 80,9 % des cas, 314 cas). Bien que la raison de cette prédominance ne soit pas tout à fait claire, les hypothèses possibles sont les suivantes : 1) l'émergence, ces dernières années, du nouveau variant G3P[8] (également appelé "variant G3 de type équin"), qui a progressivement remplacé les anciennes souches G3P[8] ; 2) un goulot d'étranglement dans les souches de rotavirus en circulation créé par les mesures restrictives pendant la pandémie de COVID, ou ; 3) une fluctuation naturelle. À ce jour, cependant, rien ne permet de penser que les deux vaccins antirotavirus disponibles ne protégeraient pas contre cet variant G3.

TABLE DES MATIÈRES

SOURCES DE DONNEES ET DEFINITIONS.....	3
REPRESENTATIVITE DES DONNEES	3
RESULTATS DE LA SURVEILLANCE	4
Nombre de cas par saison épidémiologique.....	4
Courbes saisonnières	5
Tendances par région	6
Tendances dans différents groupes d'âge.....	7
Distribution des géotypes circulants de rotavirus (données du CNR UZ Leuven).....	10
Hospitalisations et mortalité.....	10
IMPLICATIONS POUR LA SANTE PUBLIQUE.....	12
REFERENCES.....	14
PLUS D'INFORMATIONS	15

SOURCES DE DONNEES ET DEFINITIONS

La surveillance du rotavirus en Belgique repose sur les données provenant de différentes sources:

- Les données du réseau des laboratoires vigies : les laboratoires participant à ce réseau enregistrent les cas confirmés répondant à la définition de cas, soit « l'isolement de rotavirus ou la détection de l'acide nucléique ou de l'antigène de rotavirus dans les selles ». Notons une interruption de la surveillance des infections à rotavirus pour les saisons entre 2001 et 2005.
- La surveillance des souches de rotavirus circulantes (génotypage) est assurée par le Centre National de Référence (CNR) pour le rotavirus (l'UZ Leuven/KU Leuven).
- Les données du Résumé Hospitalier Minimum (RHM) : tous les hôpitaux non psychiatriques de Belgique sont tenus de contribuer à l'enregistrement anonymisé de données administratives, médicales et infirmières relatives à toutes les hospitalisations. Les maladies sont codées depuis 2015 selon l'« International Classification of Diseases », 10^{ème} version (ICD-10). Pour plus d'informations, voir annexe 1.
- Les données de mortalité, collectées au travers des certificats de décès, enregistrées par les Communautés flamande et française et centralisées par Statbel. Depuis 1998, l'« International Classification of Diseases », 10^{ème} version (ICD-10) est utilisée pour coder les causes de décès. Le code ICD-10-CM « A08.0 » (entérite à rotavirus) a été utilisé.
- L' infection à rotavirus n'est pas une maladie à déclaration obligatoire en Belgique.

REPRESENTATIVITE DES DONNEES

Les données issues des laboratoires vigies et du CNR ne sont pas exhaustives et ne permettent pas d'estimer le nombre total de nouveaux cas en Belgique. Elles permettent par contre de suivre des tendances.

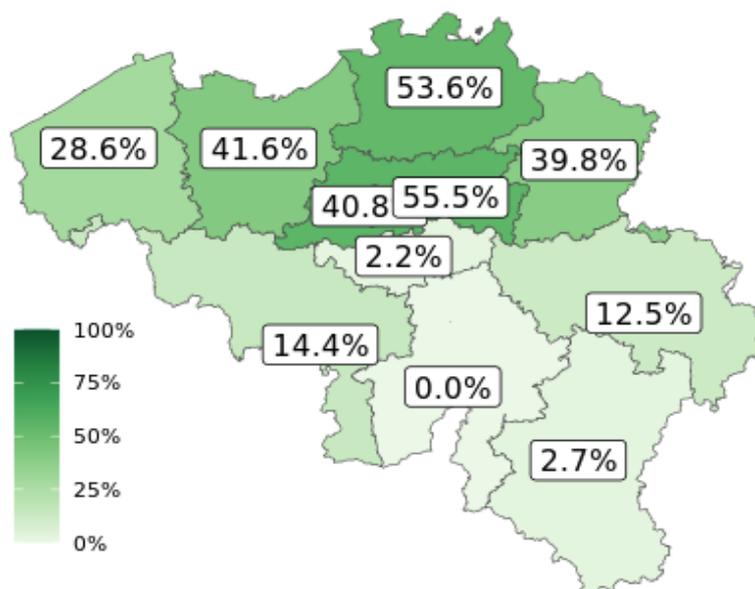
Le système de surveillance par les laboratoires vigies repose sur la participation volontaire et non rémunérée des laboratoires. Le nombre de laboratoires rapportant au moins un cas est resté stable pour les saisons 2021-2022 et 2022-2023. Plus spécifiquement, entre 34 et 37 laboratoires ont participé en Flandre, entre 5 et 8 laboratoires en Wallonie et entre 3 et 5 laboratoires à Bruxelles pour ces deux dernières saisons.

La Figure 1 illustre les taux de participation des laboratoires à l'échelle provinciale et pour la Région de Bruxelles-Capitale en 2022 pour le rotavirus.

La couverture des laboratoires vigies est obtenue en utilisant le ratio des tests remboursés par l'INAMI pour le rotavirus (enfants < 2ans) effectués par les laboratoires participants par rapport au nombre total de tests effectués par tous les laboratoires belges.

Figure 1: couverture estimée par province des laboratoires actifs ayant déclaré au moins un cas de rotavirus via le réseau des laboratoires vigies en Belgique en 2022.

Source : réseau des laboratoires vigies [Sciensano] et INAMI.



RESULTATS DE LA SURVEILLANCE

Nombre de cas par saison épidémiologique

Le nombre de cas signalés d'infection à rotavirus par saison épidémiologique depuis 1999 est représenté dans la Figure 2. Une période pré-vaccinale (juillet 1999 – juin 2006¹), une période dite «de transition» durant laquelle les vaccins ont été introduits (juillet 2006 – juin 2008) et une période post-vaccinale (juillet 2008 – Juin 2023) y sont différenciées. Une saison épidémiologique pour le rotavirus débute en juillet (semaine 27) jusqu'à fin juin de l'année suivante (semaine 26).

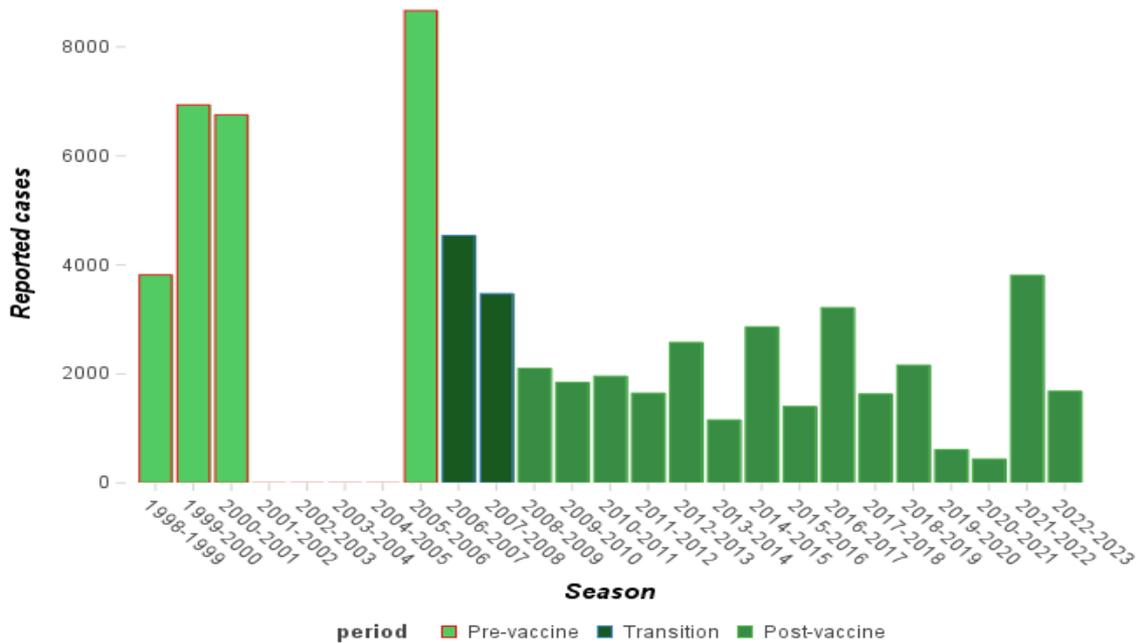
Depuis la recommandation du Conseil Supérieur de la Santé de vacciner les nourrissons contre le rotavirus et le remboursement partiel en 2006, une diminution significative du nombre de cas confirmés d'infection à rotavirus a été observée. Depuis 2012, l'épidémiologie du rotavirus semble évoluer en cycles bisannuels, avec une alternance entre saisons épidémiologiques à activité intense (~2500 cas) et saisons d'activité plus faible (~1500 cas). Ces cycles n'ont pas été observés durant les saisons 2019-2020 et 2020-2021 où une baisse importante du nombre de cas est survenue suite probablement à l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter la propagation du SARS-CoV-2.

La circulation du rotavirus a été plus intense pour la saison 2021-2022 avec 3809 cas enregistrés par les laboratoires vigies, ce qui est le nombre le plus élevé de cas depuis le début de la phase post-vaccinale. La saison 2022-2023 fut moins intense avec un total de 1683 cas.

¹ La période pré-vaccinale est marquée par une interruption de la surveillance pendant 4 saisons épidémiologiques (2001 à 2005.)

Figure 2: nombre de cas signalés d'infection à rotavirus en fonction de la saison épidémiologique en Belgique.

Source : réseau des laboratoires vigies [Sciensano]



Courbes saisonnières

Les infections à rotavirus suivent une distribution saisonnière, avec un nombre plus important de cas signalés pendant la période hivernale. La Figure 3 représente les moyennes hebdomadaires de cas d'infection à rotavirus pour la période pré-vaccinale, la période de transition et la période post-vaccinale.

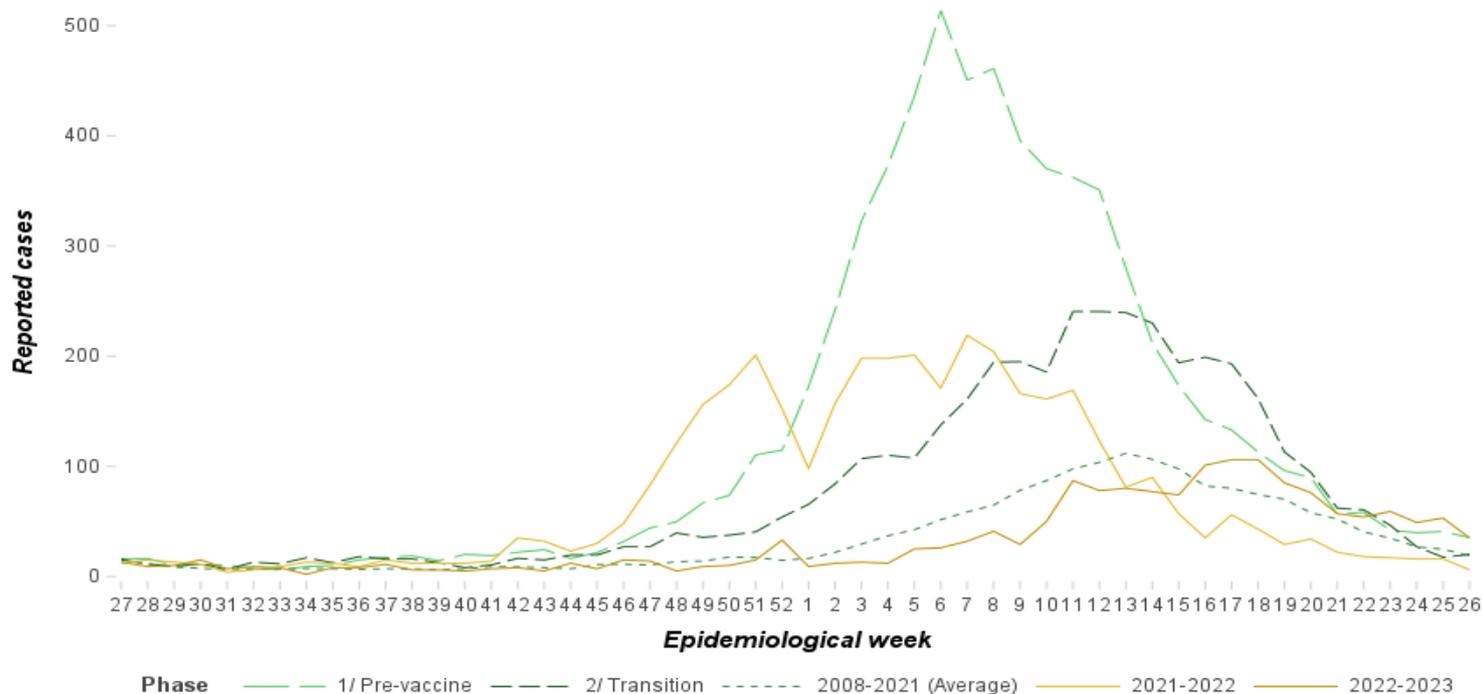
Au cours de la période pré-vaccinale, le nombre de cas formait une courbe saisonnière typique, avec un pic saisonnier à la semaine 6. Pour les périodes ultérieures, on observe un glissement du pic saisonnier à la semaine 12 durant la période de transition et à la semaine 13 durant la période post-vaccinale.

Ces tendances épidémiques ne se sont pas poursuivies au cours de la saison 2021-2022: un premier pic saisonnier a en effet été observé dès la semaine 51 avec 201 cas, ce qui est beaucoup plus tôt par rapport à ce qui était observé depuis le début de la surveillance du rotavirus.

Des tendances saisonnières plus classiques ont été observées lors de la saison 2022-2023 avec un pic de cas pour les semaines 11 (87 cas) et 17-18 (106 cas par semaine durant 2 semaines).

Figure 3 : nombre moyen de cas déclarés de rotavirus par semaine pendant la période pré-vaccinale (1999-2006), la période de transition (2006-2008), la période 2008-2021 et les deux dernières saisons (2021–2022 et 2022–2023) en Belgique.

Source : réseau des laboratoires vigies [Sciensano]



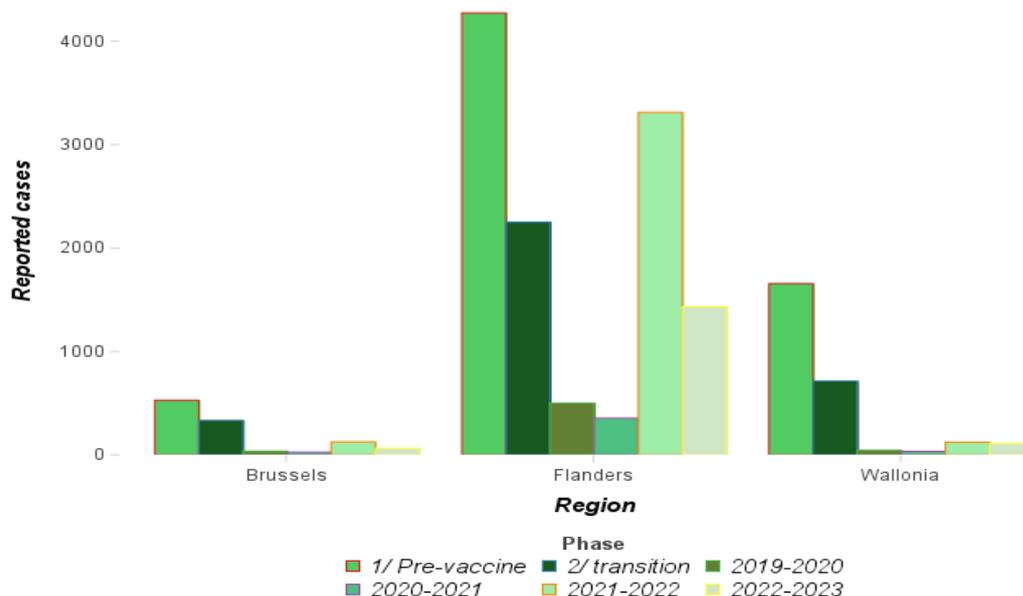
Tendances par région

La figure 4 illustre, par région, le nombre de cas de rotavirus lors des quatre dernières saisons épidémiologiques en comparaison avec le nombre de cas moyen lors de la période pré-vaccinale et de la période transitoire.

La majorité des cas enregistrés proviennent de Flandre, ce qui est vraisemblablement lié à la participation plus importante des laboratoires flamands au réseau des laboratoires vigies. Dans les trois régions, la saison 2021-2022 fut particulièrement intense, avec en Flandre, un nombre de cas encore plus élevé que ce qui était observé durant la période de transition : 3312 cas en Flandre, 124 cas en Wallonie et 127 cas pour la région de Bruxelles-Capitale. Pour la saison 2022-2023, 1432 cas ont été enregistrés pour la Flandre, 113 pour la Wallonie et 64 pour la région de Bruxelles-Capitale.

Figure 4: nombre de cas signalés de rotavirus par région durant les 4 dernières saisons épidémiologiques comparé à la moyenne des périodes pré-vaccinales et de transition.

Source : réseau des laboratoires vigies [Sciensano]



Tendances dans différents groupes d'âge

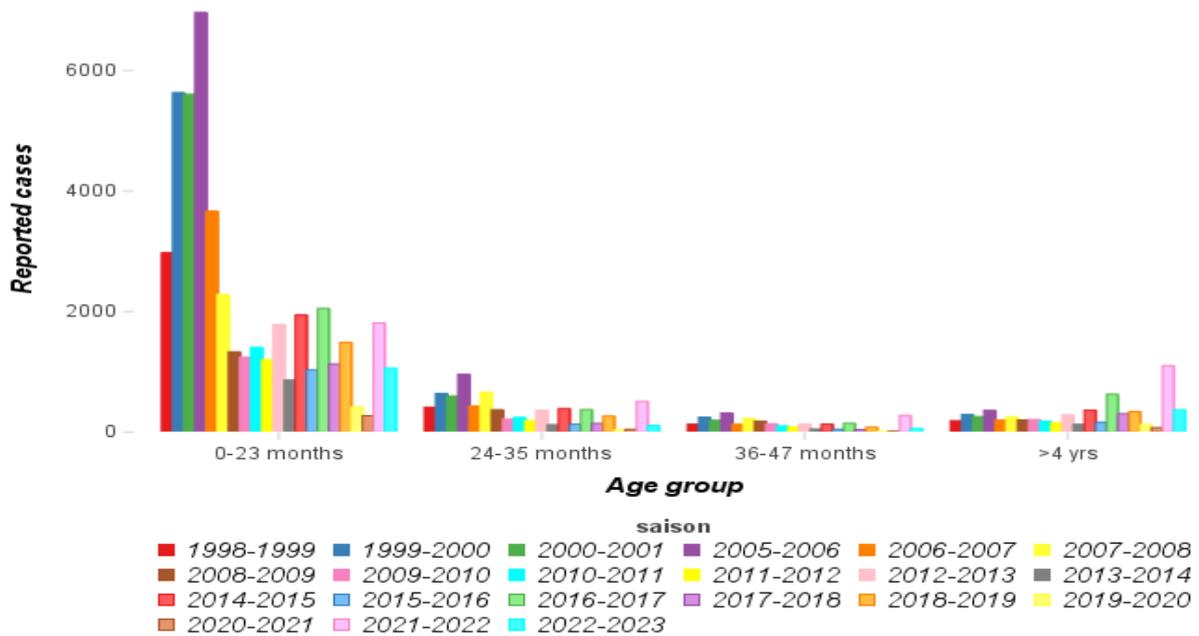
La Figure 5 représente l'évolution du nombre de cas d'infection à rotavirus par groupe d'âge depuis la saison 1998–1999. Le rotavirus touche principalement des jeunes enfants.

Une réduction du nombre de cas confirmés de rotavirus a été observée dès l'introduction du vaccin en 2006, en particulier chez les enfants de moins de 24 mois (entre 1000 et 2200 cas par rapport à 6000 à 8000 cas en période pré-vaccinale). Une diminution fut également observée par après parmi les 24-35 mois (à partir de 2009-2010) et les 36-47 mois (à partir de 2010-2011).

Pour la saison 2021-2022, seulement 47,5 % du nombre total de cas (1810 cas sur 3809) ont été notifiés par les laboratoires vigies pour les moins de 24 mois ce qui est la proportion la plus basse observée depuis le début de la phase post-vaccinale. Pour la saison 2022-2023, 63,1 % (1062 cas sur 1683) des cas avaient moins de 24 mois, ce qui est similaire à ce qui a été observé ces 10 dernières années.

Figure 5: Nombre de cas signalés de rotavirus en fonction de la saison et des groupes d'âge.

Source : Réseau des laboratoires vigies [Sciensano]



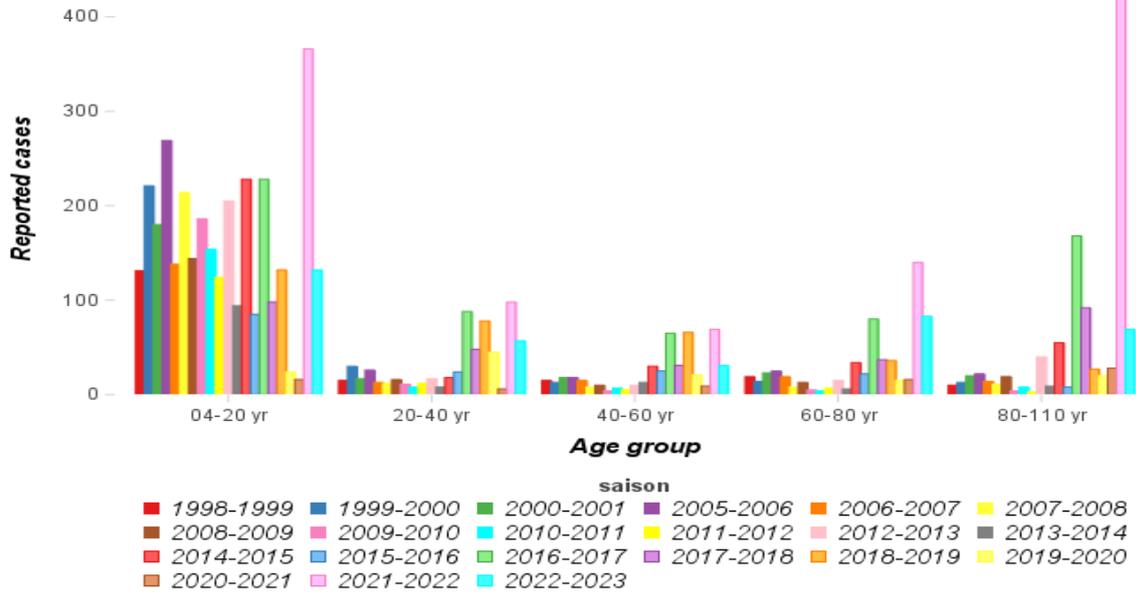
Si l'on considère uniquement le groupe de personnes âgées de >4 ans (Figure 6), le nombre de cas chez les personnes âgées de ≥ 20 ans semble augmenter à partir de la saison 2016-2017 par rapport à la période précédant la vaccination. Cependant, le nombre total de cas déclarés dans ces groupes d'âge reste beaucoup plus faible que le nombre de cas déclarés dans le groupe des enfants de moins de deux ans.

Lors de la saison 2021-2022, une proportion plus importante de cas (29,9%) est survenue chez des personnes de plus de 4 ans (1102 sur 3770 cas dont l'âge était connu). Au cours des 10 saisons précédentes, ce groupe ne représentait qu'entre 11,1% (saisons 2012-2013 et 2013-2014) et 21,2% des cas (2019-2020).

Au cours des saisons 2020-2021 et 2021-2022, le nombre de cas chez les personnes âgées de 4 à 20 ans et celles âgées de 80 ans et plus fut particulièrement élevé, avec respectivement 366 et 429 cas.

Figure 6: nombre de cas signalés de rotavirus par saison épidémiologique et groupe d'âge chez les personnes âgées de 4 ans ou plus.

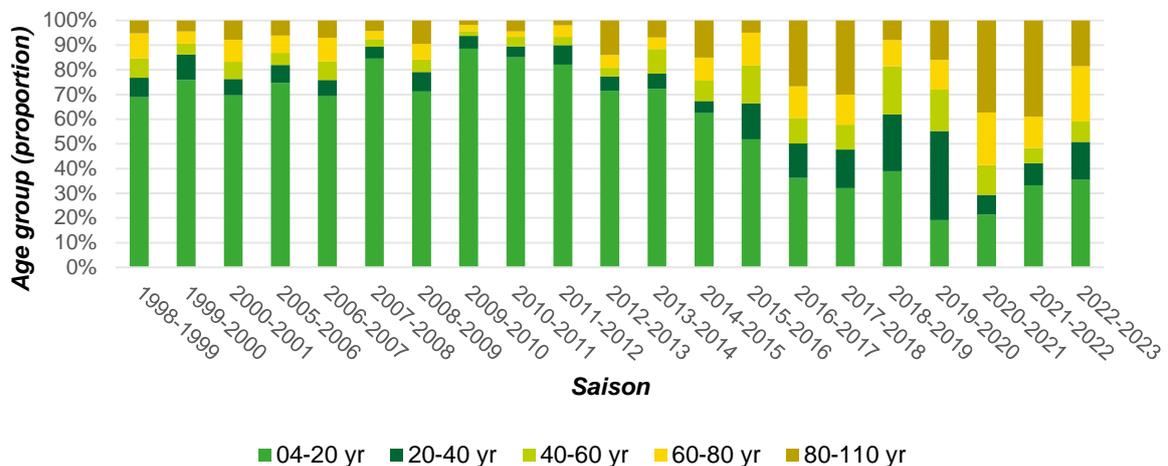
Source : réseaux des laboratoires vigies [Sciensano]



Les proportions par groupe d'âge et par saison sont présentées dans la figure 7. La proportion des personnes âgées de 4 à 20 ans est en forte diminution depuis la saison 2011-2012 alors que la proportion des autres groupes d'âge est en augmentation, avec quelques fluctuations selon les saisons. Lors de la saison 2021-2022, les personnes âgées de plus de 80 ans ont été les plus touchées (39,0 %, soit 429 cas sur 1102 >4 ans). Lors de la saison 2022-2023, les personnes âgées de 4 à 20 ans sont apparues comme les plus touchées avec 35,5% des cas (132 sur 372 cas >4 ans), une proportion qui reste faible par rapport aux proportions de ~80% pour cette classe d'âge en période pré-vaccinale et en période de transition.

Figure 7: proportion de cas signalés de rotavirus par saison épidémiologique et groupe d'âge chez les personnes âgées de 4 ans ou plus.

Source : réseaux des laboratoires vigies [Sciensano]



Distribution des génotypes circulants de rotavirus (données du CNR UZ Leuven)

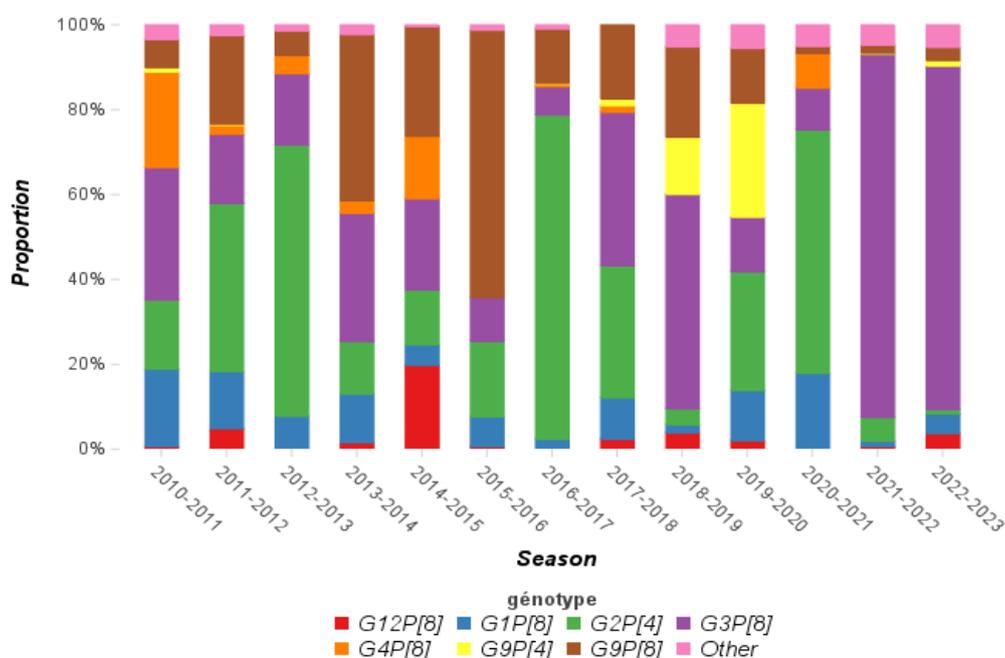
De 2011 à 2023, 26 souches différentes ont été détectées en Belgique. Pour la distribution des souches antérieures à 2010, cf. Zeller et al (1).

Les génotypes circulants varient d'une année à l'autre et la co-circulation de plusieurs souches s'observe chaque année (Figure 8).

Au cours des saisons 2021-2022 et 2022-2023, la grande majorité des cas dont le génotype était connu étaient dus au génotype G3P[8] (2021-2022 : 85,6 % des cas, 761 cas ; 2022-2023 : 80,9 % des cas, 314 cas). Les deux vaccins antirotavirus disponibles offrent une protection contre le génotype G3[P8].

Figure 8: distribution des souches isolées de rotavirus par saison épidémiologique, 2010-2023, Belgique.

Source : Centre national de Référence [UZ Leuven]



Hospitalisations et mortalité

Une analyse détaillée des données d'hospitalisation est disponible dans [notre rapport épidémiologique précédent](#) (2).

La grande majorité des admissions à l'hôpital pour rotavirus concerne des enfants âgés de 0 à 4 ans (tableau 1), tout comme le nombre de cas. La tranche d'âge des 5-9 ans suit, mais avec déjà beaucoup moins de cas. Le nombre d'admissions dans les groupes d'âge supérieurs à 14 ans est très faible. Le faible nombre d'admissions à l'hôpital en 2020 est lié à la diminution du nombre de cas en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19 et des mesures prises à l'époque pour stopper la propagation du SARS-COV-2.

Tableau 1 : Nombre d'hospitalisations liées au rotavirus, par tranches d'âge, 2016-2021.

Source: résumé hospitalier minimum [SPF santé publique]

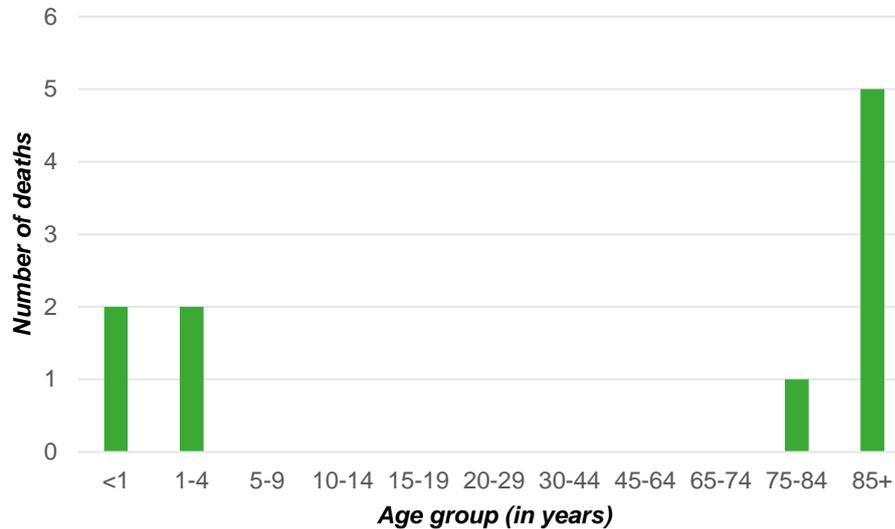
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1	348	570	428	479	121	283
1-4	579	1084	703	836	135	992
5-9	42	148	87	96	14	77
10-14	10	19	9	12	<5	<10
15-19	<5	5	<5	<5	0	<5
20-29	5	7	<5	5	<5	<10
30-44	<5	13	12	8	8	17
45-64	5	22	9	19	5	19
65-74	<5	25	9	7	<5	13
75-84	<5	35	17	17	8	16
85+	<5	39	11	17	8	23
Total	1001	1967	1289	1498	304	1455

*Les données d'hospitalisation sont disponibles avec 2 ans de retard. Les données présentées ici comprennent uniquement les diagnostics primaires. Pour plus de détails, voir annexe 1.

Peu de décès sont attribués à la gastro-entérite à rotavirus (figure 9). Entre 2000 et 2020, 10 décès au total ont été signalés, dont 5 chez des personnes âgées de 85 ans et plus.

Figure 9 : Nombre de décès liés aux entérites à rotavirus, par groupes d'âge, entre 2000 et 2020

Source : certificats de décès, [Statbel]*



*Les données des certificats de décès sont disponibles avec 3 ans de retard.

IMPLICATIONS POUR LA SANTE PUBLIQUE

Deux vaccins contre le rotavirus sont disponibles en Belgique, le Rotarix® (monovalent, administré à 8 et 12 semaines de vie) et le Rotateq® (pentavalent, administré à 8, 12 et 16 semaines). Une protection contre les cinq génotypes les plus communs (G1P[8], G3P[8], G4P[8], G9P[8] et G2P[4]) a été démontrée pour les deux vaccins (3). Une efficacité inférieure (85 %) a été trouvée pour le Rotarix contre G2P[4] (4), mais aucune information n'est disponible sur l'efficacité du Rotateq sur les différents génotypes. Ces vaccins sont des vaccins vivants atténués, administrés par voie orale. Ils sont en grande partie remboursés depuis novembre 2006; pour le schéma complet de vaccination, la couverture vaccinale est estimée à 92,4 % en Flandre (2020), 80,3 % en Wallonie (2019) et 69,3 % à Bruxelles (2019) (5).

Depuis la recommandation du Conseil Supérieur de la Santé concernant la vaccination des nourrissons et son remboursement partiel en 2006, l'épidémiologie du rotavirus a été considérablement modifiée. Il a été estimé que les cas de rotavirus chez les enfants de 0 à 2 ans ont diminué de 79 % en 2008-2014 par rapport à la période précédant la vaccination. Les hospitalisations ont diminué de 87 % en 2008-2012 par rapport à la période pré-vaccinale particulièrement chez les nourrissons âgés de 6 à 11 mois avec une réduction de 90% des hospitalisations (6).

D'autres modifications sont observées, dont un glissement du pic saisonnier, apparaissant plus tard dans l'année qu'en période pré-vaccinale (6). Depuis 2012, dans l'épidémiologie du rotavirus apparaît un cycle bisannuel, avec une alternance entre une année à activité plus intense et une année à activité moindre. Ceci a également été observé dans d'autres pays (7,8). Ces variations bisannuelles ne semblent ni liées au groupe d'âge, ni aux génotypes circulants. La raison évoquée est l'accumulation d'un nombre suffisant d'enfants susceptibles (probablement non vaccinés) après deux années écoulées. Cependant, en Belgique, cette hypothèse ne peut être confirmée (taux de couverture vaccinale élevé et statut vaccinal des cas non enregistrés par le réseau des laboratoires vigies).

Après deux saisons de faible intensité en 2019-2020 et 2020-2021, très certainement lié à la pandémie de Covid-19 et aux mesures d'hygiène appliquées pour diminuer la transmission du virus, la saison 2021-2022 fut très différente avec un nombre de cas record depuis la phase post-vaccinale et un pic saisonnier survenu beaucoup plus tôt que d'habitude. Durant cette même saison, un nombre de cas inhabituellement plus élevé a été observé parmi les 4-20 ans et les 80 ans et plus. La saison 2022-2023 était une année de plus faible intensité.

En Belgique, comme dans le reste de l'Union européenne et dans le monde (3), la majorité des épidémies de rotavirus sont causées par 6 génotypes (G2P[4], G9P[8], G1P[8], G3P[8], G4P[8] et G12P[8]). Ces deux dernières saisons, le sérotype G3P[8] a été très dominant et a représenté plus de 80 % des infections à rotavirus pour lesquelles un sérotype a été recherché. Bien que la raison de cette prédominance ne soit pas tout à fait claire, les hypothèses possibles sont les suivantes : 1) l'émergence, ces dernières années, d'un nouveau variant G3P[8] (également appelé "variant G3 de type équin"), qui a progressivement remplacé les anciennes souches G3P[8]. Ce variant a été détecté pour la première fois en 2013 au Japon (9) et il fut prédominant dans 5 pays européens en 2017/2018 (10,11) ; 2) un goulot d'étranglement dans les souches de rotavirus en circulation créé par les mesures restrictives pendant la pandémie de COVID ou ; 3) une fluctuation naturelle. À ce jour,

cependant, rien ne permet de penser que les deux vaccins antirotavirus disponibles ne protégeraient pas contre ce variant G3. Celui-ci a d'ailleurs été observé dans des pays européens avec ou sans vaccination contre le rotavirus dans le cadre de leur programme national d'immunisation (10). La saison belge 2022-2023 fut également de faible intensité, ce qui conforte cette hypothèse.

Le suivi des géotypes circulants est essentiel afin de détecter de nouveaux géotypes émergents et/ou une dérive antigénique des souches évitables par la vaccination, pouvant mener à une perte d'efficacité ou à un échec de la vaccination.

REFERENCES

1. Zeller M, Rahman M, Heylen E, De Coster S, De Vos S et al. Rotavirus incidence and genotype distribution before and after national rotavirus vaccine introduction in Belgium. *Vaccine*. 2010 Nov 3;28(47):7507-13.
2. Jacquinet S, Lajot A, Matthijnsens J, Van Ranst M. Surveillance épidémiologique du rotavirus saisons 2019-2020 et 2020-2021. Sciensano, 2022.
3. European Centre for Diseases prevention and Control. Expert opinion on rotavirus vaccination in infancy, ECDC scientific advice, Sept 2017: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/rotavirus-vaccination-expert%20opinion-september-2017.pdf>
4. Matthijnsens J, Zeller M, Heylen E, De Coster S, Vercauteren J, Braeckman T, et al; RotaBel study group. Higher proportion of G2P[4] rotaviruses in vaccinated hospitalized cases compared with unvaccinated hospitalized cases, despite high vaccine effectiveness against heterotypic G2P[4] rotaviruses. *Clin Microbiol Infect*. 2014 Oct;20(10):O702-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24580887/>
5. T. Grammens, L. Cornelissen. Couverture vaccinale. Bruxelles, Sciensano; 2022. Available on : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/couverture-vaccinale-des-vaccinations-de-base>
6. Sabbe M, Berger N, Blommaert A, Ogunjimi B, Grammens T, Callens M et al. Sustained low rotavirus activity and hospitalisation rates in the post-vaccination era in Belgium, 2007 to 2014. *EuroSurveill*. 2016;21(27):pii=30273. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.27.30273>
7. HW. Kaufman et al. Trends in laboratory rotavirus detection: 2003-2014. *Pediatrics* Vol. 138, number 4, October 2016: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/09/21/peds.2016-1173.full.pdf>
8. N. Aliabadi et al. Sustained decrease in laboratory detection of Rotavirus after implementation of routine vaccination – United States, 2000-2014. *CDC, Morbidity and Mortality Weekly Reports*, April 10, 2015: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6413a1.htm?s_cid=mm6413a1_w
9. Akane Y, Tsugawa T, Fujii Y, Honjo S, Kondo K, Nakata S, et al. Molecular and clinical characterization of the equine-like G3 rotavirus that caused the first outbreak in Japan, 2016. *J Gen Virol* [Internet]. 2021;102(3):001548. Available from: <https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/jgv/10.1099/jgv.0.001548>
10. Iturriza-Gómara, M. (2018). EuroRotaNet Annual Report 2018. https://www.eurorotanet.com/wp-content/uploads/2019/09/EuroRotaNet_report-Sept_2019_v1.pdf
11. Bonura F, Bányai K, Mangiaracina L, Bonura C, Martella V, Giammanco GM, et al. Emergence in 2017–2019 of novel reassortant equine-like G3 rotavirus strains in Palermo, Sicily. *Transbound Emerg Dis* [Internet]. 2022;69(2):813–35. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tbed.14054>

PLUS D'INFORMATIONS

- Réseaux de surveillance en Belgique
 - Centre National de référence pour le rotavirus, UZ Leuven
 - Laboratoire vigies, Sciensano
- Informations générales sur les infections à rotavirus: OMS
- Informations concernant les vaccins et la vaccination: Conseil Supérieur de la Santé
- Epidémiologie Européenne sur les infections rotavirus : ECDC

Ce projet est soutenu financièrement par :



Annexe 1 : Données hospitalisation

Le nombre d'hospitalisations liées au rotavirus a été obtenu via les données du Résumé Hospitalier Minimal (RHM) (<https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rhm>) un système d'enregistrement anonymisé de données administratives, médicales et infirmières relatives à toutes les hospitalisations et auquel tous les hôpitaux non psychiatriques de Belgique sont tenus de contribuer. Les maladies sont codées depuis 2015 selon l' « International Classification of Diseases », 10^{ème} version (ICD-10) (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>).

Les séjours hospitaliers suivants ont été pris en compte : hospitalisation classique.

Les données concernant le nombre annuel de personnes hospitalisées pour lesquelles le diagnostic principal² mentionné était une infection à rotavirus. Les diagnostics secondaires³ n'ont pas été utilisés.

Les codes ICD-9 et ICD-10 suivants ont été utilisés :

Code ICD-9		Code ICD-10 (à partir de 2015)	
enteritis due to rotavirus	008.61	enteritis due to rotavirus	A08.0

Remarque : certaines limitations sont à prendre en compte concernant l'utilisation des RHM : la collecte de ces données n'est initialement pas destinée à des objectifs épidémiologiques et le diagnostic et la codification de la maladie peuvent varier selon les hôpitaux (il n'existe pas de définition standard des maladies selon la classification ICD-10).

² Le diagnostic principal est « l'affection, établie après étude comme étant principalement responsable de l'admission du patient pour une prise en charge à l'hôpital »,

³ Le diagnostic secondaire est l'affection qui coexiste au moment de l'admission, ou qui se développe par la suite, et qui affecte les soins prodigués au patient durant l'hospitalisation actuelle ».