

# ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES INFECTIEUSES À PRÉVENTION VACCINALE

Synthèse annuelle 2018

Vaccins inclus dans le calendrier  
vaccinal



# QUI NOUS SOMMES

---

SCIENSANO, ce sont plus de 700 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ». Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept "One health" ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous. Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

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

Décembre 2019 • Bruxelles • Belgique  
Référence interne : D/2019/14.440/107

—  
WYNDHAM-THOMAS C

•

BRAEYE T

•

CORNELISSEN L

•

GRAMMENS T

•

JACQUINET STEPHANIE

•

KLAMER SOFIEKE

•

LAJOT A

•

LESENFANTS M

•

LITZROTH A

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

Avec le soutien financier de :



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

Merci de citer cette publication comme suit : Wyndham-Thomas C, Braeye T, Cornelissen L, Grammens T, Jacquinet S, Klamer S, Lajot A, Lesenfants M, Litzroth A. Epidémiologie des Maladies infectieuses à prévention vaccinale. Synthèse annuelle 2018. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2019. Numéro de rapport : D/2019/14.440/107. Disponible en ligne : <https://epidemio.wiv-isp.be/ID/Pages/Publications.aspx?lcid=1036>

# TENDANCES GÉNÉRALES EN 2018

En Belgique, quatorze maladies infectieuses sont incluses dans le calendrier vaccinal recommandé par le [Conseil supérieur de la santé](#). Ce rapport donne un aperçu des principales tendances épidémiologiques en 2018 pour douze d'entre-elles<sup>1</sup> : la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* type B, à méningocoques et à pneumocoques, les oreillons, la poliomyélite, le rotavirus, la rougeole, la rubéole, et le tétanos. Des résultats plus détaillés, par pathogène, sont disponibles sur le site Epidémiologie des maladies infectieuses : <https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/Pages/Publications.aspx?lcid=1036> . Un chapitre dédié à la couverture vaccinale en Belgique et un chapitre décrivant l'organisation de la politique vaccinale en Belgique sont disponibles par le même lien (rapport 2017). Les résultats de la surveillance épidémiologique de la grippe sont disponibles dans un rapport séparé ([lien](#)), et la coordination de la surveillance épidémiologique des infections à l'HPV est assurée par le Centre du cancer de Sciensano ([lien](#)).

Le suivi épidémiologique des maladies infectieuses à prévention vaccinale, décrites ici, se base sur les données issues de réseaux de laboratoires de microbiologie (laboratoires vigies et centres nationaux de référence), de réseaux de médecins ([PediSurv](#) ou [réseau des médecins vigies](#)) ainsi que sur les données de la déclaration obligatoire, des données de mortalité ou du Résumé hospitalier minimum (RHM). Les données issues de la plupart de ces systèmes de surveillance ne sont pas exhaustives et ne permettent donc pas d'estimer le nombre exact de nouveaux cas en Belgique. Aussi, une surveillance fondée sur la déclaration de cas par des laboratoires et des médecins ne donne qu'une image des cas pour lesquels le patient consulte un médecin et/ou un diagnostic de laboratoire a été posé. Néanmoins, la surveillance permet de suivre des tendances au cours du temps.

Les vaccins introduits dans les programmes de vaccination belges ont considérablement changé l'épidémiologie des maladies infectieuses qu'ils ciblent, réduisant fortement leurs incidences. Certaines infections sont devenues sporadiques, comme la diphtérie et le tétanos, ou ont été éliminées du pays, comme la poliomyélite. La vaccination et la surveillance restent néanmoins nécessaires en raison du risque d'importation et/ou de la sévérité de ces maladies.

Pour certaines de ces maladies infectieuses à prévention vaccinale, malgré une nette diminution de leur circulation sur le territoire, grâce à l'introduction de la vaccination, des foyers épidémiques surviennent encore, comme l'illustre l'épidémie de rougeole survenue en Wallonie en 2017. Ceci est, entre autres, imputé à une couverture vaccinale insuffisante pour la dose de rappel du vaccin RRO. Si le nombre total de cas de rougeole enregistré en 2018 était moins élevé qu'en 2017, il était toutefois plus élevé que le nombre annuel moyen pour la période 2013-2016. La coqueluche est également en recrudescence depuis plusieurs années. Une tendance à la baisse avait néanmoins été détectée à Bruxelles et en Wallonie en 2017, tendance aussi constatée en Flandre en 2018.

Concernant les infections invasives à méningocoques, pneumocoques et *Haemophilus influenzae*, les vaccins disponibles couvrent certains sérogroupes/sérotypes, mais pas tous. En 2018, le nombre de maladies invasives causées par les sérotypes/sérogroupes ciblés par les programmes de vaccination belge (agents causaux principaux en période pré-vaccinale) est resté faible. Par contre, l'émergence de sérogroupes/sérotypes non couverts par les vaccins utilisés, comme le pneumocoque 19A, les méningocoques de sérogroupes Y et W, ou encore les souches de *Haemophilus influenzae* non encapsulées, est observée.

Les changements épidémiologiques induits par la vaccination à grande échelle sont donc nombreux. En plus de l'effet favorable sur l'incidence et la modification des souches circulantes, un déplacement de certaines de ces maladies dites « infantiles » vers des tranches d'âges plus élevées est également observé (p. ex. diphtérie, *Haemophilus influenzae*, rougeole, oreillons, etc). Ceci dépend de nombreux facteurs dont la/les tranches d'âges ciblées par les programmes de vaccinations et la durée de protection vaccinale.

# TENDANCES PAR PATHOGÈNE EN 2018

---

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

En dépit d'une couverture vaccinale élevée parmi les enfants et adolescents, la Belgique enregistre depuis 2011 une hausse du nombre de cas de coqueluche. Une diminution du nombre de cas enregistrés avait été constatée à Bruxelles et en Wallonie en 2017. Cette tendance a également été constatée en Flandre en 2018 (cf. chiffres par source de données dans les tableaux de synthèse en fin de document). Néanmoins, les chiffres obtenus se situent encore, pour l'ensemble de la Belgique, à un niveau bien supérieur à ceux de la période avant 2011. La coqueluche suit un cycle de 3 à 5 ans, mais le pic récemment observé (2014-2016) était d'un niveau trois fois supérieur à celui de 2007.

En 2018, comme en 2017, le nombre de cas recensés pour 100 000 habitants était le plus élevé chez les enfants de moins d'un an, en particulier les nourrissons âgés de moins de 4 mois, suivis par les enfants de 10 à 12 ans et par les sujets adultes de 40 à 45 ans.

Dans un souci de protéger le groupe le plus vulnérable (les nourrissons), le Conseil supérieur de la santé recommande, depuis septembre 2013, la vaccination contre la coqueluche lors de chaque grossesse. Toutefois, le nombre de cas dans ce groupe est trop faible pour déduire un effet clair de la vaccination pendant la grossesse. Par ailleurs, les données sur le statut vaccinal dans ce groupe sont incomplètes. En 2018, on a toutefois pu constater un glissement de l'âge (en nombre de mois) auquel la plupart des cas ont été recensés chez les nourrissons. Pour la première fois, le pic se situait à 4 mois, alors que celui-ci se situait auparavant à 1 à 2 mois. Il est possible que ce soit la conséquence de la vaccination pendant la grossesse, protégeant ainsi les plus jeunes.

## Diphtérie : ([lien](#))

Grâce à une couverture vaccinale élevée dans toutes les régions du pays, la diphtérie est devenue et reste une maladie rare en Belgique. En 2018, 2 cas de diphtérie causés par des souches de corynebactéries toxigènes ont été déclarés. Il s'agissait de deux cas d'infections à *C. ulcerans* de forme cutanée, autochtones et probablement transmises par animal domestique.

Pour la période de 2000 à 2018 inclus, 16 cas ont été enregistrés (4 à *C. diphtheriae* et 12 à *C. ulcerans*). Plusieurs tendances épidémiologiques notables ont été identifiées pour cette période. Indépendamment de l'espèce causale, les formes cutanées étaient plus fréquentes que les formes respiratoires dites « classiques ». Les infections par *C. ulcerans* autochtones prédominaient. Les personnes touchées par cette zoonose émergente en Europe avaient tous > 50 ans, majoritairement de sexe féminin, présentaient généralement des comorbidités et déclaraient le plus souvent un contact avec un animal domestique de type chien ou chat.

## Hépatite B : (*chapitre complet sera disponible prochainement*)

Afin d'éliminer à long terme les hépatites virales en tant que problème majeur de santé publique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fixé les objectifs suivants : une réduction de 90 % du nombre de nouveaux diagnostics et une réduction de 65 % du nombre de décès dus à l'hépatite virale d'ici 2030 (par rapport à 2015).

En Belgique, la vaccination contre le VHB a été introduite en 1999 et, depuis 2008, la couverture vaccinale est supérieure à 95 % pour la troisième dose chez les nourrissons.

En 2018, les laboratoires vigies ont enregistré 2116 nouveaux cas d'infection active par le virus de l'hépatite B (VHB), un nombre légèrement supérieur à ceux des deux années précédentes (2017, n=1650 2016, n=1662). Les nouveaux diagnostics de VHB concernaient le plus souvent le groupe d'âge 25-44 ans (53 % des cas).

Une diminution de la proportion des nouvelles infections par le VHB chez les moins de 25 ans (groupe d'âge ayant bénéficié de la gratuité de la vaccination, démarrée en 1999 pour les nourrissons et les jeunes adolescents) est

observée : 11,3 % des cas enregistrés en 2018 étaient âgés de moins de 25 ans (ce qui est comparable aux quatre années précédentes), contre 20,5 % en 2005. Ceci pourrait être un reflet de la politique vaccinale en place.

### **Infections invasives à *Haemophilus influenzae* :** (*chapitre complet sera disponible prochainement*)

Le nombre de cas d'infection invasive à *H. influenzae* enregistrés par le réseau des laboratoires vigies est resté assez stable en 2018 (78 cas contre 66 cas en 2017 et 79 en 2016). Le plus grand nombre de cas a été recensé chez les sujets âgés de plus de 65 ans (51,3 %). Si, en 1992, 79 % (105 /133) des cas étaient observés chez les moins de cinq ans, ce groupe d'âge ne représentait plus que 14,1 % (8/67) des cas en 2018.

Le Centre national de référence a reçu 129 souches invasives d'*H. influenzae* en 2018, dont 74,4 % étaient des souches non encapsulées dites « non-typables ». L'émergence des souches non-typables a également été observée dans les autres pays européens. Parmi les souches encapsulées, le sérotype f était le plus fréquent (n=14), suivi du sérotype b (n=10). Avant la mise en place de la vaccination contre le sérotype b, ce dernier était le principal agent responsable de méningites bactériennes chez les enfants âgés de moins de 5 ans (250-300 cas par an en période pré-vaccinale).

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

Depuis l'introduction de la vaccination contre les méningocoques du sérogroupe C en 2002, le nombre et l'incidence des infections invasives à méningocoques, tous sérogroupe confondus, a nettement diminué. Depuis 2008, le nombre de cas confirmés par le Centre national de référence s'est stabilisé autour d'une centaine de cas par an, soit 116 cas en 2018 (1,02 cas confirmés/100 000 habitants). Le nombre de cas par 100 000 habitants était similaire en Flandre (1,01/100 000), en Wallonie (0,97/100 000) et à Bruxelles (1,01/100 000), et 8 décès ont été signalés par les services en charge de la déclaration obligatoire. Pour 6 des 8 décès, une souche a été envoyée et identifiée par le CNR : 2 concernaient le sérogroupe B (63 et 78 ans) et 2 le sérogroupe W (20 et 79 ans) et 2 le sérogroupe Y (60 et 83 ans).

Si le nombre total de cas s'est stabilisé depuis une décennie, des changements dans la distribution des sérogroupe et sérotypes responsables des infections invasives ont été constatés. Le nombre d'infections à sérogroupe C s'est effondré, passant de 179 cas en 2001 à moins de 10 cas/an depuis 2014. En 2018, 5 cas ont été identifiés. Une tendance à la baisse a également été constatée pour les infections à sérogroupe B. Néanmoins, elles continuent à prédominer, représentant 50,8 % des cas en 2018 (N=59). Par contre, une augmentation nette de la circulation des sérogroupe Y (29 cas de Y en 2018 contre 19 en 2017) et W (19 cas en 2018 contre 9 en 2017) a été observée en 2018. Ces 2 sérogroupe représentaient 41,3 % des cas.

Les catégories d'âge les plus fréquemment touchées en 2018 étaient celles des enfants de 0 à 4 ans (6,4 cas/100 000) et plus particulièrement les enfants de moins d'un an (16,3 cas/100 000), principalement par le sérogroupe B (44 % des cas chez les 0-4 ans dont 55 % des cas chez les moins d'un an). Les jeunes de 15 à 19 ans (2,9 cas/100 000) ont été principalement touchés par les sérogroupe B (10 cas, 41,7 % des cas chez les 15-19 ans), W (5 cas, 20,8 % des cas chez les 15-19 ans) et Y (5 cas, 20,8% des cas chez les 15-19 ans). Les personnes au-delà de 65 ans (entre 0,9 cas/100 000 pour les 80-84 ans à 1,8/100 000 pour les plus de 90 ans) ont été particulièrement affectées par le sérogroupe Y (9 cas, 50 % des cas chez les > 65 ans) et W (6 cas, 33,3 % des cas chez les >65 ans).

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

La diminution du nombre d'infections invasives à pneumocoques (IIP) chez les enfants de moins de 2 ans depuis l'introduction de la vaccination en 2007 et dans tous les groupes d'âge depuis 2011 a pris fin en 2016. À partir de 2016, une augmentation a été observée dans tous les groupes d'âge. Ces tendances sont visibles dans les chiffres du centre national de référence (CNR), du réseau de laboratoires vigies et dans les données du Résumé hospitalier minimum.

Le nombre de cas de méningite chez les enfants de moins de 2 ans enregistré par le CNR était de 13 en 2018 (soit 9,6 % du nombre total de cas de PID de moins de 2 ans). Les années précédentes, ce pourcentage était de 19, 14 et 15 % (respectivement en 2015, 2016 et 2017). Près de la moitié des cas de méningite en 2018 ont été causés par des sérotypes exclusivement couverts par le PCV13 (4 par le sérotype 19A, 2 par le sérotype 3).

En 2018, 64 % des infections invasives à pneumocoques chez les enfants de moins de 2 ans étaient causées par un sérotype non inclus dans les vaccins conjugués disponibles (PCV-10 et PCV-13). Le nombre de cas causés par des sérotypes exclusifs au PCV-13 (principalement 19A, mais aussi 3) est passé de 4 % en 2015, lorsque le VCP13 était encore utilisé, à 34 % en 2018. À la suite de cette augmentation et en raison de la part importante de ces sérotypes dans les méningites, on revaccine depuis 2019 à l'aide du PCV13.

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

Depuis la généralisation de la vaccination rougeole-rubéole-oreillons en 1985, l'incidence des oreillons a considérablement chuté. Une épidémie d'oreillons, touchant surtout les jeunes adultes dans les villes étudiantes, est toutefois survenue de 2011 à mi-2013. L'affaiblissement de la protection immunitaire post-vaccinale au cours du temps « waning immunity » a probablement joué un rôle important dans cette épidémie. À partir du second semestre 2013, le nombre de cas enregistrés dans les différents systèmes de surveillance a, de nouveau, connu une forte diminution.

En 2018, le nombre de cas rapportés est resté faible, même si les chiffres du réseau de laboratoires vigies ont fait apparaître une faible augmentation du nombre de cas d'oreillons enregistrés et ce, pour la deuxième année consécutive (N=231 en 2018, contre N=183 en 2017 et N=152 en 2016).

### **Poliomyélite :** ([lien](#))

Aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré en Belgique en 2018. Le dernier cas autochtone est survenu en 1979 et le dernier cas importé en 1989.

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

Dans le cadre de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, les pays indemnes de la maladie, comme la Belgique, doivent disposer d'un système de surveillance sensible pouvant démontrer l'absence de circulation du poliovirus sur son territoire. La surveillance passe par l'enregistrement et l'investigation microbiologique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), de toutes causes confondues, chez les personnes de < 15 ans. Selon les indicateurs de l'OMS, 1 cas de PFA pour 100 000 individus de < 15 ans doit être détecté et investigué pour que le système de surveillance soit considéré comme suffisamment sensible. En 2018, quatre cas de PFA ont été détectés par le système de surveillance belge, soit 0,2 pour 100 000 individus de < 15 ans. Le système mis en place n'a donc pas encore rencontré les exigences de l'OMS.

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

Depuis la recommandation du Conseil supérieur de la santé concernant la vaccination du nourrisson contre les gastro-entérites à rotavirus et l'introduction de son remboursement partiel en 2006, une diminution significative du nombre de cas confirmés d'infection à rotavirus a été observée, en particulier chez les enfants de moins de 1 an (+/- 70 % de réduction).

Depuis 2012, l'épidémiologie du rotavirus semble évoluer en cycle bisannuel, avec une alternance entre saisons épidémiologiques d'activité intense et saisons d'activité faible. La saison 2017-2018 était une saison à activité faible, avec 1667 cas confirmés, enregistrés rapportés par le réseau des laboratoires vigies. Lors de la saison 2018-2019, saison à activité intense, 2187 cas ont été enregistrés. Par comparaison, avant l'introduction du vaccin en 2006, le nombre de cas confirmés s'élevait à 8665 cas (saison 2005-2006). Il semblerait néanmoins que le nombre total d'infections à rotavirus enregistrées lors des saisons épidémiologiques à activité faible tend à augmenter.

Pour la saison 2017-2018, 70 % des cas enregistrés concernaient des enfants de moins de 2 ans et 19 % concernaient les plus de 4 ans (contre respectivement > 80 % et 4 % en période pré-vaccinale). Pour la saison 2018-2019, 69 % des cas enregistrés concernaient des enfants de moins de 2 ans et 15 % concernaient les plus de 4 ans.

Les souches les plus fréquentes pour la saison 2017-2018 étaient la G3P[8] (36 %), la G2P[4] (31 %), la G9P[8] (17 %) et la G1P8 (10 %), représentant 95 % des souches pour lesquelles le CNR a réalisé un génotypage.

Pour la saison 2018-2019, les trois souches majoritaires étaient la G3P[8] (51 %), la G9P[8] (21 %) et la G9P[4] (13 %), représentant 95 % des souches pour lesquelles le CNR a réalisé un génotypage.

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

En collaboration avec l'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. En 2018, l'incidence estimée pour l'ensemble de la Belgique était de 8,7 cas/million d'habitants, contre 32 cas/million en 2017 et 6 cas/million en 2016 (sans les cas importés).

Le nombre total de cas (117) enregistré en 2018 était moins élevé qu'en 2017 (367) lorsque la Belgique a été touchée par une épidémie en Wallonie. Le nombre de cas était toutefois plus élevé que pour la période 2013-2016 au cours de laquelle une moyenne de 60 cas par an avait été enregistrée (43-78). Sur ces 117 cas, 18 étaient importés. Par ailleurs, 80 (68 %) n'étaient pas vaccinés et pour 23 (20 %), le statut vaccinal n'était pas connu. Une hospitalisation s'est avérée nécessaire pour 49 cas (42 %).

Des cas de rougeole ont été signalés dans toutes les provinces, mais l'incidence estimée est restée la plus élevée en Wallonie avec 14.4 cas/million (contre 81 cas/million en 2017), suivie de Bruxelles avec 6.7 cas/million d'habitants (contre 2.1 cas/million en 2017) et de la Flandre avec 6,0 cas/million (6,3/million en 2017).

L'incidence estimée chez les enfants de moins d'un an était plus de 10 fois supérieure à l'incidence moyenne. En 2018, sur tous les cas recensés, 1 sur 9 (11 %) concernait un enfant de moins de 12 mois et 1 sur 4 (24 %) un jeune adulte entre 20-29 ans.

Pour 2018, la Belgique s'est vue attribuée, pour la première fois, le statut de « pays ayant interrompu la transmission endémique » par l'OMS, et ce parce qu'aucune chaîne de transmission n'a duré plus de 12 mois. Les chaînes de transmission ont été mieux identifiées en raison d'un nombre plus élevé de génotypages effectués par le CNR.

### Rubéole : ([lien](#))

La rubéole et le syndrome de rubéole congénitale doivent être éliminés d'ici 2020 selon les objectifs de OMS qui ont également été souscrits par la Belgique.

Grâce à une surveillance renforcée, un cas de rubéole (importé) a été constaté en 2018.

Le dernier cas autochtone connu du syndrome de rubéole congénitale date de 2007, le dernier cas importé date de 2012.

### Tétanos : ([lien](#))

La prévention de la maladie repose essentiellement sur la protection vaccinale individuelle. En Belgique, depuis le début de la vaccination systématique en 1959, l'incidence du tétanos a considérablement diminué et la maladie est devenue rare.

De 2000 à 2013, le tétanos a été identifiée comme la cause initiale de 17 décès en Belgique, 14 en Flandre et 3 en Wallonie. Tous ces décès sont survenus chez des personnes âgées de >60ans. Aucun décès n'a été enregistré entre 2014 et 2016 inclus

De 2000 à 2017, selon les données du Résumé hospitalier minimum, le nombre de séjours hospitaliers ayant comme diagnostic principal le tétanos a varié de 1 à 11 par an (médiane 6 séjours/an).

D'après le dernier rapport de l'ECDC sur le tétanos ([données de 2017](#)), le groupe d'âge le plus à risque de tétanos dans les pays de l'EU/EEA est celui des > 65ans, avec un majorité de cas survenant chez les femmes. Une couverture vaccinale inférieure dans ce groupe cible pourrait en être une explication.



# TABLEAUX DE SYNTHÈSE

Tableau 1 | Évolution du nombre de cas de enregistrés, par source d'information, 2014-2018\*, Belgique

Maladie	Source	Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	1394	1171	1486	1038	853
	Laboratoires vigies*	Nb de cas confirmés	667	863	1021	895	876
	Déclaration obligatoire	Nb de cas probables et confirmés	1905	1630	1969	1455	1232
<b>Diphthérie</b>	Centre national de référence & déclaration obligatoire	Nb de cas tox+	0	3	6	3	2
<b>Hépatite B</b>	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés	1552	1735	1662	1650	2116
<b>Infections à <i>H. influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs	95	115	104	103	129
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs	58	61	79	66	78
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs	87	98	107	96	116
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs	63	70	89	60	84
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	167	168	167	203	208
	Centre national de référence	Nb cas invasifs/ 100 000 ≤ 2 ans	31	40	39	49	56
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	96	112	100	127	107
	PediSurv	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	141	136	103	68	51
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	14	12	3	2	8
	Laboratoires vigies	Nbde cas confirmés	228	161	152	183	231
	Médecins vigies	Incidence estimée/100 000	18,3	21,3	15,0	16,3	-**
	PediSurv	Nb de cas notifiés	46	16	4	3	4
<b>Poliomyélite</b>	Combinaison de sources <sup>1</sup>	Nb de PFA <sup>2</sup> < 15 ans	3	7	7	4	4
<b>Rotavirus</b>	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés <sup>3</sup>	1157	2860	1402	3216	1167
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	39	24	42	243	84
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Nb de cas	75	46	78	367	117
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Incidence estimée/1 000 000	6,7	4,1	6,9	32,4	8,7
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome rubéole congénitale	0	0	0	0	0
	PediSurv	Syndrome rubéole congénitale	0	0	0	0	0
<b>Tétanos</b>	Résumé hospitalier minimum	Nb de séjours hospitaliers, diagnostic principal	<5	-	<5	5	-
	Données de mortalité, cause de décès	Nb de décès, cause initiale	0	0	0	-	-

\* Les données peuvent varier, par exemple, par suite d'enregistrements de cas tardifs. Les chiffres cités sont ceux disponibles lors de notre analyse de 2019. <sup>1</sup> PediSurv et déclaration obligatoire <sup>2</sup> PFA = paralysie flasque aiguë <sup>3</sup> Par saison épidémiologique et non par année <sup>4</sup> PediSurv, Centre national de référence, laboratoires vigies et la déclaration obligatoire ; \*\* Le réseau des médecins vigies a cessé de suivre les oreillons en 2018.

**Tableau 2 | Évolution du nombre de cas de enregistrés, 2014-2018\*, Flandre**

Maladie	Source	Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	683	648	684	710	554
	Laboratoires vigies*	Nb de cas confirmés	420	619	645	716	668
	Déclaration obligatoire	Nb de cas probables et confirmés	1056	1127	1060	1108	892
<b>Diphthérie</b>	Centre national de référence & déclaration obligatoire	Nb de cas tox+	0	0	2	1	0
<b>Hépatite B</b>	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés	772	1142	1114	1070	1452
<b>Infections à <i>H. influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs	40	54	49	55	71
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs	25	40	52	49	58
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs	36	45	48	58	66
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs	34	33	49	53	59
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	99	91	100	137	136
	Centre national de référence	Nb cas invasifs/ 100 000 ≤ 2 ans	33	40	40	63	72
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	63	76	65	94	89
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	2	11	2	1	2
	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés	96	142	123	147	184
	Médecins vigies	Incidence estimée /100 000	8,5	17,6	16,2	20,8	-**
	PediSurv	Nb de cas notifiés	7	7	2	0	0
<b>Poliomyélite</b>	Combinaison de sources <sup>1</sup>	Nb de cas de PFA <sup>2</sup> <15 ans	2	4	3	1	2
<b>Rotavirus</b>	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés <sup>3</sup>	607	1843	826	2381	1194
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	33	5	12	33	26
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Nb de cas	54	6	22	45	40
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Incidence estimée/1 000 000	8,4	0,9	3,4	6,3	6,0
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome rubéole congénitale	0	0	0	0	0
	PediSurv	Syndrome rubéole congénitale	0	0	0	0	0

\* Les données peuvent varier, par exemple, par suite d'enregistrements de cas tardifs. Les chiffres cités sont ceux disponibles lors de notre analyse de 2019. <sup>1</sup> PediSurv et déclaration obligatoire <sup>2</sup> PFA = paralysie flasque aiguë <sup>3</sup> Par saison épidémiologique et non par année <sup>4</sup> PediSurv, Centre national de référence, laboratoires vigies et la déclaration obligatoire ; \*\* Le réseau des médecins vigies a cessé de suivre les oreillons en 2018.

**Tableau 3 / Evolution du nombre de cas de enregistrés, 2014-2018\*, Wallonie**

Maladie	Source	Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	603	394	583	231	215
	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés	187	159	228	112	120
	Déclaration obligatoire	Nb de cas probables et confirmés	757	378	664	255	251
<b>Diptérie</b>	Centre national de référence & Déclaration obligatoire	Nb de cas tox+	0	3	4	2	2
<b>Hépatite B</b>	Laboratoires vigies	Nbe de cas confirmés	241	157	117	100	176
<b>Infections à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs	38	45	36	35	38
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs	30	14	16	11	13
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs	34	13	40	31	35
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs	16	28	20	15	19
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	41	55	35	38	42
	Centre national de référence	Nb cas invasifs/ 100 000 < 2 ans	29	40	30	28	27
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	26	18	12	16	10
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	2	0	0	0	1
	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés	46	5	12	11	21
	Médecins vigies	Incidence estimée /100 000	30,6	19,9	18,2	11,1	-**
	PediSurv	Nb de cas notifiés	3	3	0	1	1
<b>Poliomyélite</b>	Combinaison de sources <sup>1</sup>	Nb de cas de PFA <sup>2</sup> < 15 ans	1	0	1	2	1
<b>Rotavirus</b>	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés <sup>3</sup>	350	650	359	479	193
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	3	17	15	186	45
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Nb de cas	10	35	20	295	65
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Incidence estimée/1 000 000	2,8	9,7	5,6	80,8	14,4
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome rubéole congénitale	0	0	0	0	0
	PediSurv	Syndrome rubéole congénitale	0	0	0	0	0

\* Les données peuvent varier, par exemple, par suite d'enregistrements de cas tardifs. Les chiffres cités sont ceux disponibles lors de notre analyse de 2019. <sup>1</sup> PediSurv et déclaration obligatoire <sup>2</sup> PFA = paralysie flasque aiguë <sup>3</sup> Par saison épidémiologique et non par année <sup>4</sup> PediSurv, Centre national de référence, laboratoires vigies et la déclaration obligatoire ; \*\* Le réseau des médecins vigies a cessé de suivre les oreillons en 2018.

**Tableau 4 / Evolution du nombre de cas de enregistrés, 2014-2018\*, Bruxelles**

Maladie	Source	Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Coqueluche</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	98	114	205	95	79
	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés	50	61	126	63	69
	Déclaration obligatoire	Nb de cas probables et confirmés	92	125	245	92	89
<b>Diphthérie</b>	Centre national de référence & déclaration obligatoire	Nb de cas tox+	0	0	0	0	0
<b>Hépatite B</b>	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés	353	358	437	393	377
<b>Infections à <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs	12	13	15	10	20
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs	3	7	9	6	7
<b>Infections à méningocoques</b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs	17	10	13	7	12
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs	10	6	17	8	5
<b>Infections à pneumocoques</b>	Centre national de référence	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	27	22	32	28	30
	Centre national de référence	Nb cas invasifs/ 100 000 < 2 ans	30	39	53	40	58
	Laboratoires vigies	Nb de cas invasifs ≤ 15 ans	9	17	22	19	8
<b>Oreillons</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	10	1	1	1	5
	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés	79	13	13	17	23
	Médecins vigies	Incidence estimée /100 000	48,8	47,2	0	9,3	-**
	PediSurv	Nb de cas notifiés	36	5	2	2	3
<b>Poliomyélite</b>	Combinaison de sources <sup>1</sup>	Nb de cas de PFA <sup>2</sup> < 15 ans	0	2	3	1	1
<b>Rotavirus</b>	Laboratoires vigies	Nb de cas confirmés <sup>3</sup>	163	299	175	301	226
<b>Rougeole</b>	Centre national de référence	Nb de cas confirmés	3	2	15	24	12
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Nb de cas	10	5	36	27	12
	Combinaison de sources <sup>4</sup>	Incidence estimée/1 000 000	8,6	4,2	30,5	20,1	6,7
<b>Rubéole</b>	Centre national de référence	Syndrome rubéole congénitale	0	0	0	0	0
	PediSurv	Syndrome rubéole congénitale	0	0	0	0	0

\* Les données peuvent varier, par exemple, par suite d'enregistrements de cas tardifs. Les chiffres cités sont ceux disponibles lors de notre analyse de 2019. <sup>1</sup> PediSurv et déclaration obligatoire <sup>2</sup> PFA = paralysie flasque aiguë <sup>3</sup> Par saison épidémiologique et non par année <sup>4</sup> PediSurv, Centre national de référence, laboratoires vigies et la déclaration obligatoire ; \*\* Le réseau des médecins vigies a cessé de suivre les oreillons en 2018.

## CONTACT

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

## PLUS D'INFORMATIONS

—

Voir notre site web  
[Epidémiologie des maladies  
infectieuses](http://www.sciensano.be/epidemiologie-des-maladies-infectieuses)