

ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES INFECTIEUSES À PRÉVENTION VACCINALE

Synthèse annuelle 2022

Vaccins inclus dans le calendrier vaccinal

—

QUI NOUS SOMMES

SCIENSANO unit science, santé et société et compte plus de 900 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la santé humaine et animale. 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
Épidémiologie et santé publique

Épidémiologie des maladies infectieuses

Décembre 2023 - Bruxelles - Belgique
Numéro de dépôt légal : D/2023.14.440/84

■
CORNELISSEN L

•
JACQUINET S

•
PEETERS I

•
HANSFORD K

•
GRAMMENS T

•
BRAEYE T

Laura Cornelissen - T+32 2 642 57 81 - laura.cornelissen@siensano.be

Avec le soutien financier de



Le Service d'épidémiologie des maladies infectieuses remercie toutes les personnes qui ont contribué à la collecte des données et les collègues Yves Dupont, Adrien Lajot et Dieter Van Cauteren pour leur coopération et leur contribution à la production de ce rapport.

Merci de citer cette publication comme suit : Cornelissen L, Jacquinet S, Peeters I, Hansford K, Grammens T, Braeye T. Épidémiologie des maladies infectieuses à prévention vaccinale, Rapport annuel de synthèse 2022. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2023. Numéro de rapport: D/2023.14.440/84. Disponible en ligne : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/maladies-a-prevention-vaccinale>

CONTEXTE

En Belgique, treize maladies infectieuses sont incluses dans le calendrier vaccinal recommandé pour les enfants et les adolescents par le [Conseil Supérieur de la Santé](#). A l'exception du vaccin contre le rotavirus, tous ces vaccins sont fournis gratuitement par les autorités fédérées. Ainsi, bien que la politique de vaccination en Belgique soit organisée par différentes autorités, le calendrier de vaccination de base est le même partout. Vous trouverez plus d'informations sur la [politique de vaccination en Belgique](#) et la [couverture vaccinale sur](#) notre site web.

La surveillance épidémiologique des maladies infectieuses évitables par la vaccination repose sur des données provenant de réseaux de laboratoires de microbiologie ([laboratoires sentinelles](#) et [centres nationaux de référence](#)), de réseaux de médecins ([PediSurv](#) ou [réseau des médecins généralistes vigies](#)) et des données sur les [maladies infectieuses à déclaration obligatoire](#), les [données de mortalité](#) ou les [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. Par exemple, la surveillance basée sur les déclarations des médecins et des laboratoires ne donne qu'une image des cas pour lesquels les patients consultent un médecin et/ou pour lesquels un diagnostic de laboratoire est effectué. Pour les formes les plus sévères, qui nécessitent une hospitalisation ou entraînent la mort, des données assez complètes sont souvent disponibles via le RHM ou la surveillance de la mortalité, mais elles ne sont disponibles qu'avec un décalage de 2 à 3 ans. Les surveillances non exhaustives permettent de suivre les tendances dans le temps. La combinaison de différentes sources d'information permet également de dresser un tableau aussi complet que possible.

Ce rapport résume les principales tendances épidémiologiques en 2022 pour 11 des maladies du calendrier vaccinal¹ : la coqueluche, la diphtérie, 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 web de Sciensano (via la page des [maladies à prévention vaccinale](#) ou directement par agent pathogène via les liens ci-dessous).

CONTENU

Tendances générales en 2022	5
Tendances par agent pathogène	
Coqueluche	6
Diphtérie	7
Infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i>	8
Infections invasives à <i>Neisseria meningitidis</i> (méningocoque)	9
Infections invasives à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoques)	10
Oreillons	11
Poliomyélite	11
Rotavirus	12
Rougeole	13
Rubéole	14
Tétanos	14

¹ Les vaccinations contre l'hépatite B et le papillomavirus humain ont pour principal objectif de prévenir les complications tardives, sur plusieurs années. Il s'agit notamment de cirrhose et cancer du foie pour l'hépatite B. Le papillomavirus peut provoquer des verrues génitales et plusieurs types de cancer, dont le plus fréquent est le cancer du col de l'utérus. L'épidémiologie de ces pathologies est donc suivie par des collègues d'autres services. Les liens suivants fournissent plus d'informations sur [l'hépatite B](#) et le [HPV](#).

TENDANCES GÉNÉRALES EN 2022



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 le tétanos, ou ont été éliminées en Belgique, comme la rubéole congénitale et la poliomyélite. La vaccination et la surveillance de ces maladies restent néanmoins nécessaires en raison du risque d'importation et de la sévérité de ces maladies.

Pour d'autres maladies infectieuses, la circulation a considérablement diminué après l'introduction de la vaccination, mais des épidémies surviennent encore. Par exemple, une [épidémie de diphtérie](#) s'est déclarée en 2022 parmi les demandeurs d'asile, un groupe avec une couverture vaccinale trop faible. **Dans l'ensemble, le nombre de cas de maladies infectieuses en 2020-2022 a été plus faible que d'habitude, sans doute en raison de la pandémie de COVID-19 et des mesures visant à restreindre les contacts. Cependant, le risque de résurgence de certaines maladies infectieuses, comme la rougeole, demeure** si la couverture vaccinale n'est pas suffisamment élevée. En 2017 et 2019, par exemple, nous avons encore observé d'importantes épidémies de rougeole en Belgique qui ont causé plus de 100 hospitalisations à chaque fois.

Pour les infections invasives à méningocoques, pneumocoques et *Haemophilus influenzae*, les vaccins disponibles protègent contre certains sérogroupes/sérotypes, mais pas tous. En 2022, le nombre d'infections invasives est resté faible pour les sérotypes/sérogroupes ciblés par les programmes de vaccination belges (agents causaux principaux en période pré-vaccinale). Récemment, cependant, on note une augmentation des sérogroupes/sérotypes non couverts par les vaccins gratuits, tels que le sérotype 8 du pneumocoque, les sérotypes W et Y du méningocoque² et les souches non encapsulées d'*Haemophilus influenzae*. Cette évolution et cette augmentation ne sont pas en soi inattendues et ne constituent pas un échec de la politique de vaccination : le nombre total de cas reste bien inférieur à ce qu'il était avant l'introduction de la vaccination.

Une autre conséquence de la vaccination à grande échelle avec une couverture élevée dans les groupes d'âge les plus jeunes est le déplacement de certaines de ces maladies dites "de l'enfance" vers des groupes d'âge plus élevés (par exemple *H. influenzae*, la rougeole, les oreillons, etc.) Cela dépend de nombreux facteurs, notamment de la couverture vaccinale historique, des groupes d'âge ciblés par les programmes de vaccination et de la durée de la protection vaccinale.

² En raison de l'évolution de l'épidémiologie, le Conseil Supérieur de la Santé recommande depuis juillet 2019 de vacciner avec le vaccin combiné ACWY au lieu du vaccin monovalent MenC. En effet, depuis mi-2023, ce vaccin est disponible gratuitement dans le cadre des programmes de vaccination des nourrissons. Cependant, entre 2019-2023, le vaccin était disponible à titre individuel pour les parents qui le souhaitaient et le payait eux-mêmes.

TENDANCES PAR PATHOGÈNE

COQUELUCHE [\(plus d'informations\)](#)

Malgré une couverture vaccinale élevée chez les enfants et les adolescents, le nombre de cas de coqueluche, causée par la bactérie *Bordetella pertussis*, a fortement augmenté entre 2011 et 2014. On sait que l'immunité après la vaccination diminue au cours du temps. L'objectif du programme de vaccination est donc principalement de prévenir les cas graves de coqueluche chez les jeunes enfants. À cette fin, les nourrissons eux-mêmes et les femmes enceintes sont vaccinés. De 2014 à 2017, les chiffres déclarés sont restés plus ou moins stables, avec une légère baisse en 2018 et 2019. Au cours des années pandémiques 2020 et 2021, seuls de très faibles nombres de cas de coqueluche ont été observés. Bien qu'une nouvelle légère augmentation ait été enregistrée en 2022, en particulier en Flandre, les nombres déclarés sont restés bien en deçà des niveaux pré-pandémiques.

Au cours de la période 2011-2019, les enfants de moins d'un an constituaient clairement le groupe d'âge le plus touché. Pour 2020-2022, cette répartition par âge est moins claire, peut-être en partie à cause des faibles nombres. Toutefois, selon les chiffres du résumé hospitalier minimum pour 2021 (pas encore disponibles pour 2022), la majorité des hospitalisations dues à la coqueluche ont encore eu lieu dans le groupe d'âge le plus jeune des enfants <1 an (13 hospitalisations sur un total de 20). Les données de mortalité (disponibles jusqu'en 2020) confirment également que les enfants les plus jeunes sont particulièrement vulnérables aux infections graves de coqueluche. Au cours de la période 2010-2020, 11 personnes au total sont décédées de la coqueluche, dont 5 avaient moins d'un an. Le dernier décès enregistré remonte à 2015.

Sur les 198 cas signalés par les notifications obligatoires flamandes en 2022, 56 % avaient été correctement vaccinés en fonction de l'âge, 4 % n'avaient pas été vaccinés ou l'avaient été de manière incomplète, et le statut vaccinal n'était pas connu dans 40 % des notifications.

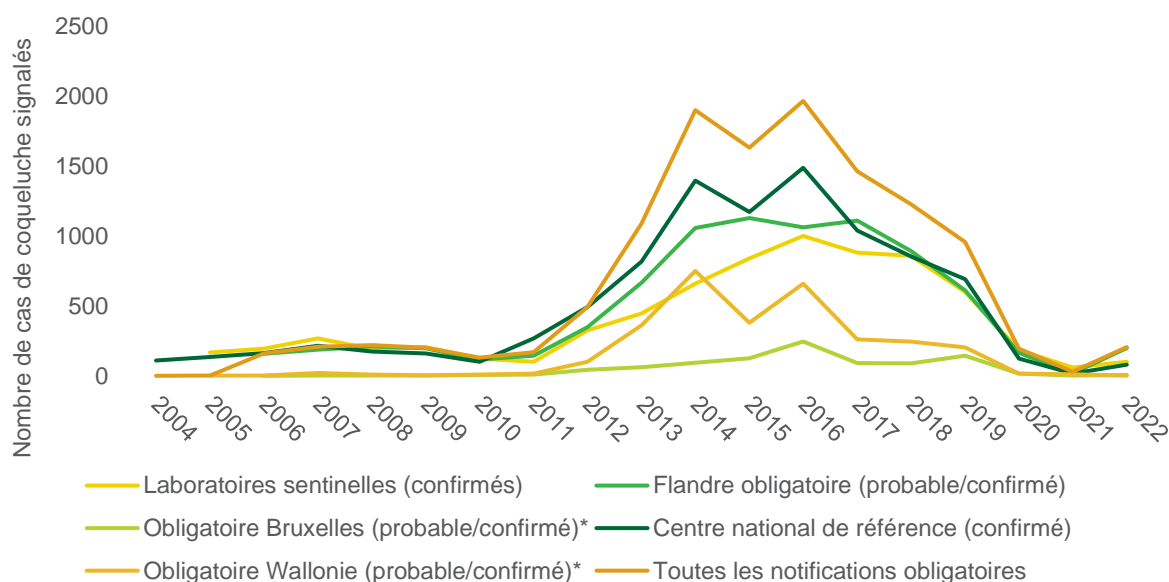


Figure 1 - Nombre de cas de coqueluche par source de données, Belgique, 2004-2022

DIPHTÉRIE [\(plus d'informations\)](#)

Grâce à une couverture vaccinale élevée dans toutes les régions du pays (>90%), la diphtérie est devenue une maladie rare en Belgique. En 2022, cependant, une [épidémie](#) d'infections à *Corynebacterium diphtheriae* toxigène est survenue parmi les demandeurs d'asile. Vingt-cinq cas ont été identifiés, principalement chez des jeunes hommes en provenance d'Afghanistan. En comparaison, entre 2019 et 2021, 13 cas ont été enregistrés au total sur toute la période, dont un seul avec *C. diphtheriae* et 12 avec *C. ulcerans*. Heureusement, la plupart des infections diphtériques chez les demandeurs d'asile étaient des formes cutanées bénignes, mais un cas concernait une forme très grave de diphtérie respiratoire pour laquelle de l'antitoxine a dû être administrée. Le patient en gardera des séquelles à vie. Outre l'épidémie parmi les demandeurs d'asile, 6 autres cas ont été diagnostiqués en 2022 (1 *C. diphtheriae* et 5 *C. ulcerans*), avec un tableau clinique de diphtérie cutanée. Les infections autochtones à *C. ulcerans* sont souvent liées à des contacts avec des animaux domestiques. Elles surviennent principalement chez les personnes âgées de plus de 50 ans, et plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Le dernier décès dû à la diphtérie en Belgique a été rapporté en 2016, chez un enfant non vacciné.

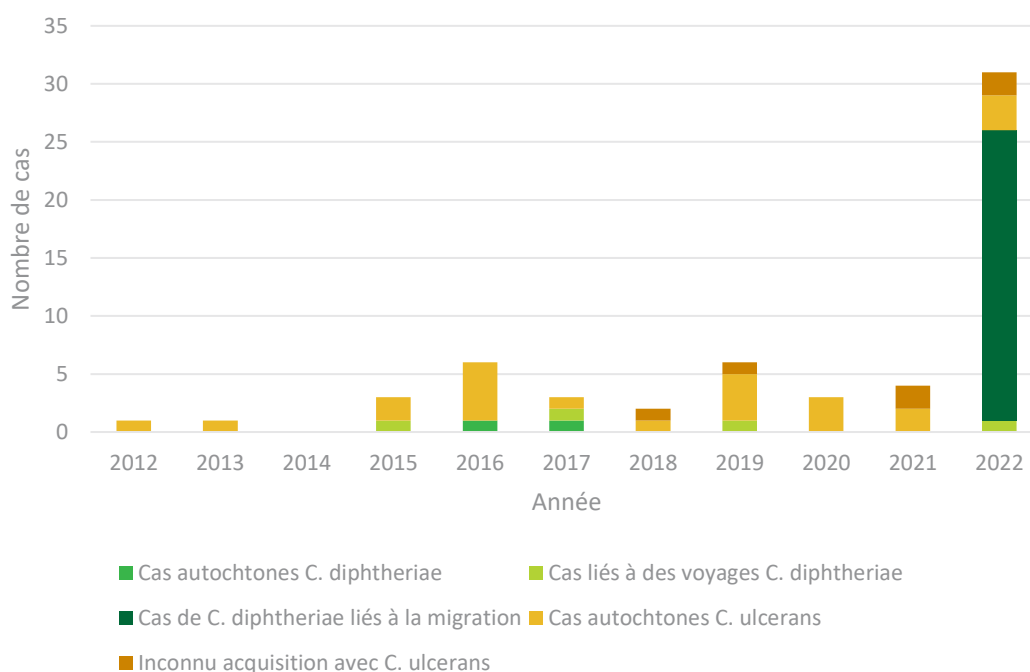


Figure 1 - Nombre de cas de diphtérie par an, par type et par origine, 2012-2022, Belgique (source : Centre national de référence)

HAEMOPHILUS INFLUENZAE [\(plus d'informations\)](#)

Avant l'introduction de la vaccination contre le sérotype b (1993), *H. Influenzae type b* était la principale cause de méningite bactérienne chez les enfants de moins de 5 ans, avec quelque 250-300 cas par an. Par ailleurs, seules 14 infections invasives à Hib ont encore été détectées en 2022, dont 7 chez des personnes âgées de plus de 45 ans et donc nées avant le début du programme de vaccination. Ce nombre total de 14 infections invasives à Hib est toutefois légèrement supérieur à celui des dix années précédentes, au cours desquelles 2 à 10 cas par an avaient été signalés. Les années à venir devront montrer si cette augmentation se poursuit.

Toutes les infections invasives à *H. Influenzae* confondues (c'est-à-dire y compris celles causées par des types non couverts par le vaccin) sont en 2022 remontés à leur niveau d'avant la pandémie de COVID-19 : le Centre national de référence (CNR) a enregistré 146 cas, soit 1,3 cas/100 000 habitants. Les infections touchent principalement les enfants de moins de cinq ans, en particulier les enfants de moins d'un an, ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus. La grande majorité des infections (74 %) sont aujourd'hui causées par des souches non encapsulées (souches dites "atypiques" ou "non typables"). Parmi les souches encapsulées, on observe une augmentation du nombre de cas causés par le sérotype A depuis 2018, bien que les chiffres absolus restent faibles.

Aucun décès dû à une infection à *H. influenzae de type b* n'a été rapporté en 2022. Globalement, les infections invasives à *H. influenzae* (tous sérotypes confondus) causent encore un certain nombre de décès chaque année en Belgique, mais on ne dispose actuellement pas de chiffres précis. Le CNR, qui ne dispose souvent pas de ces informations, a reçu des rapports faisant état de 4 décès en 2022, dont un causé par le sérotype F et trois par des souches non encapsulées.

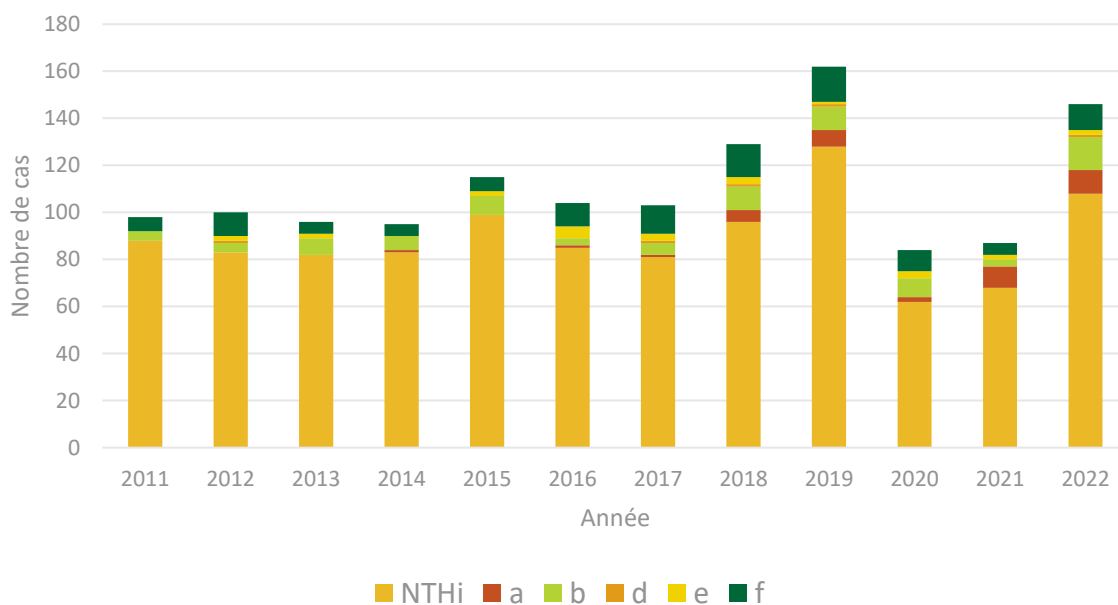


Figure 2 - Nombre d'infections par *H. influenzae*, par sérotype et par année, 2011-2022, Belgique.
NTHi = *H. Influenzae* non typable (Source : CNR)

NEISSERIA MENINGITIDIS (MÉNINGOCOQUE) [\(plus d'informations\)](#)

Depuis l'introduction de la vaccination contre le méningocoque de sérotype C en 2002, le nombre et l'incidence des infections invasives à méningocoques ont fortement diminué pour tous les sérotypes. Depuis 2008, le nombre de cas d'infections à méningocoques confirmés par le Centre national de référence (CNR) fluctue autour de 100 par an. Toutefois, au cours des années 2020-2021 de la COVID, ce nombre était beaucoup plus faible. En 2022, le nombre de cas de méningocoques déclarés est également resté faible : 43 cas selon le CNR et 59 cas par le biais de la notification obligatoire. Le nombre de cas était donc d'environ 1 pour 100 000 habitants dans chacune des trois régions. Environ la moitié des cas présentent une méningite (avec ou sans septicémie), l'autre moitié une septicémie. Le groupe d'âge le plus touché est celui des enfants de moins de 5 ans et des adolescents (15-19 ans), bien que cette répartition typique par âge ait été moins prononcée en 2022, peut-être en raison du faible nombre de cas. Quatre décès ont été signalés au CNR.

En termes de distribution des sérotypes, depuis l'introduction de la vaccination, le nombre d'infections par le sérotype C est passé de 179 cas en 2001 à moins de 10 cas par an depuis 2014 et seulement 1 cas en 2021 et 2022. Ces cas surviennent chez des personnes non vaccinées. D'autres sérotypes gagnent donc en importance relative. Jusqu'en 2019, nous avons observé une augmentation progressive du nombre d'infections causées par les sérotypes Y et W. Le Conseil supérieur de la santé a ensuite décidé de [recommander](#) le vaccin combiné ACWY, au lieu du vaccin monovalent MenC. À partir du 2^e semestre 2023, ce vaccin combiné est proposé gratuitement dans les différents programmes de vaccination du pays. Entre 2018 et 2020, les infections par les sérotypes W et Y représentaient ensemble 40 % de toutes les infections ; pour 2022, c'était 33 % (14/43). Il existe également un vaccin contre le sérotype B, qui [n'est pas recommandé dans le cadre du calendrier vaccinal de base](#) par le Haut Conseil de la santé, mais qui peut être envisagé individuellement (et doit alors être payé par les parents eux-mêmes). Les infections par le sérotype B représentaient 65% de tous les cas en 2022 (28/43).

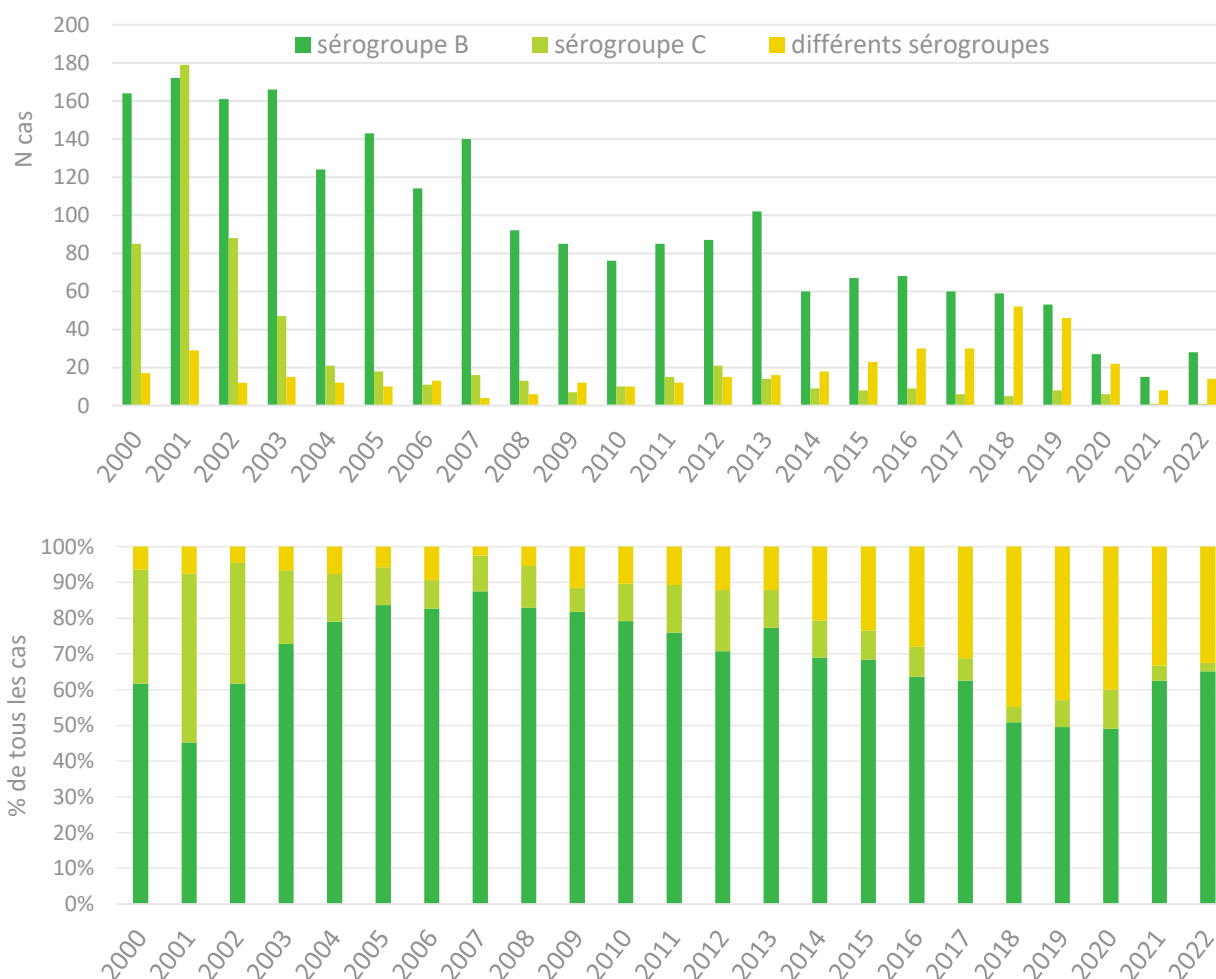


Figure 3 - Nombre absolu (en haut) et importance relative (en bas) des infections invasives à méningocoques par sérotype, Belgique, 2000-2022 (Source : NRC)

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (PNEUMOCOQUES) [\(plus d'informations\)](#)

Après l'introduction du vaccin antipneumocoques en 2007, on constatait d'abord une diminution de l'incidence des infections invasives (IPD) chez les enfants de moins de 2 ans et, depuis 2011, une diminution de l'incidence dans tous les groupes d'âge. Après le changement de vaccin dans les programmes gratuits (notamment le remplacement du PCV13 de 13 valences par le PCV10 de 10 valences) en 2016, l'incidence des infections invasives chez les jeunes enfants augmentait. Cette augmentation était particulièrement frappante pour le sérotype 19A (sérotipe contenu dans le PCV13 mais pas dans le PCV10). Il a alors été décidé de revenir au PCV13 à partir de 2019. Depuis lors, la tendance s'est inversée avec une nette diminution du nombre de cas causés par le sérotype 19A. En 2022, nous avons observé une incidence plus faible des infections invasives à pneumocoques (IPD) par rapport aux années juste avant l'épidémie de COVID-19 : le Centre national de référence (CNR) a reçu 105 échantillons positifs provenant d'enfants de moins de 2 ans en 2022, contre 139 en 2019. Cependant, ces chiffres absolus sont difficiles à interpréter en raison d'une combinaison de changements dans le calendrier vaccinal et des mesures dues à la pandémie de COVID-19. Parmi les groupes d'âge plus élevés, nous constatons déjà une augmentation vers les niveaux pré-épidémiques. Tous âges confondus, les sérotypes 3 et 8 sont les plus courants. Le sérotype 3 est contenu dans le PCV13, le sérotype 8 est également contenu dans le nouveau vaccin PCV20. Chez les jeunes enfants, il s'agit principalement de sérotypes non inclus dans le PCV13.

En termes de présentation clinique, davantage de cas de méningite ont été signalés en 2022. Chez les enfants de moins de 2 ans, 19 cas de méningite ont été recensés, selon le CNR, soit le nombre le plus élevé depuis le début des enregistrements. La méningite représentait ainsi 18 % de tous les cas d'infections invasives à pneumocoques. Les données du résumé hospitalier minimal (RHM) pour 2022 ne sont pas encore disponibles, mais indiquent un pourcentage similaire pour 2021. Chez les enfants de moins d'un an, le groupe d'âge où l'incidence est la plus élevée, quelque 30 à 40 % de tous les cas présentent une méningite.

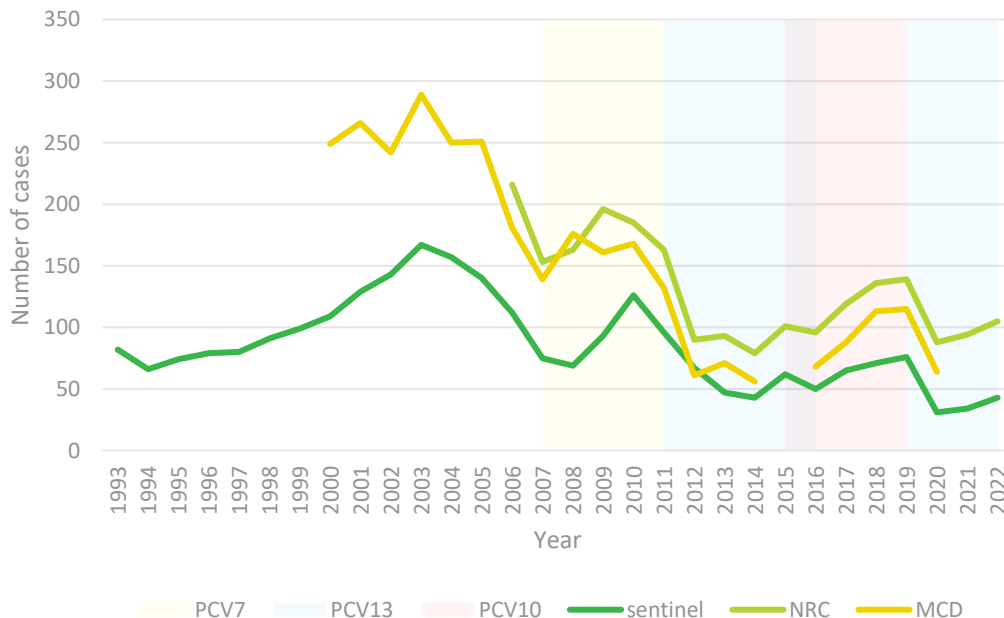


Figure 4 - Nombre de cas déclarés d'infections invasives à pneumocoques par an chez les enfants de moins de 2 ans, Belgique, 1993-2022, par source de données. Les blocs de couleur représentent le vaccin gratuit utilisé. (sentinel = laboratoires sentinelles, NRC = centre national de référence, MCD = résumé hospitalier minimal)

OREILLONS [\(plus d'informations\)](#)

Depuis la vaccination généralisée contre la rougeole, les oreillons et la rubéole en 1985, l'incidence des oreillons a considérablement diminué. De 2011 à mi-2013, une épidémie d'oreillons a touché principalement les jeunes adultes dans les villes universitaires. Plusieurs foyers d'oreillons de moindre ampleur ont également été signalés fin 2019/début 2020, principalement dans les universités et hautes écoles de Bruxelles et de Wallonie. Le fait que la protection vaccinale diminue avec le temps ("waning immunity") en est vraisemblablement la cause. Les flambées restent toutefois d'une ampleur limitée.

En 2022, le nombre de cas d'oreillons est resté faible selon toutes les sources de surveillance. Le niveau de circulation du virus depuis mi-2020 est similaire aux années creuses de 2014 à mi-2019.

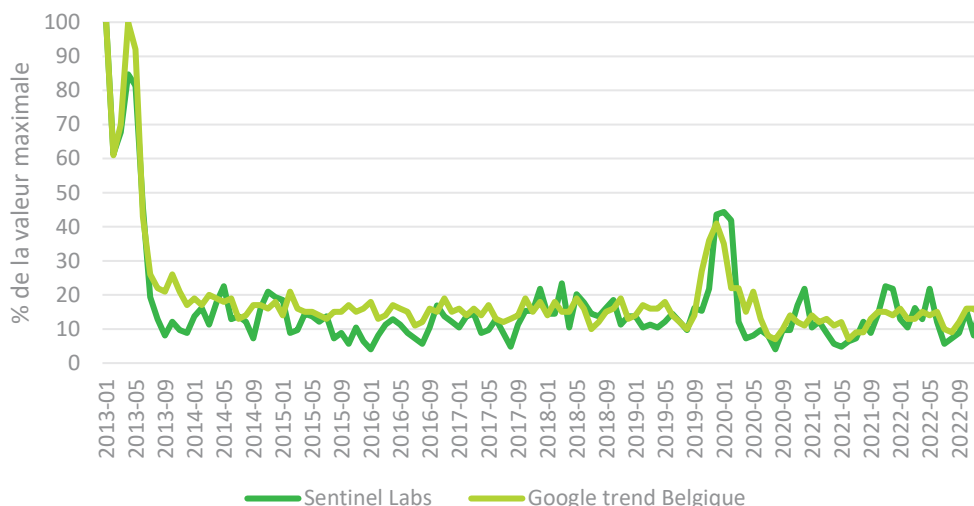


Figure 6 - Cas mensuels déclarés (SL) ou intensité de recherche (Google Trends) pour oreillons, par rapport à la valeur maximale de janvier 2013, Belgique, 2013-2022

POLIOMYÉLITE [\(plus d'informations\)](#)

Le dernier cas autochtone de poliomyélite est survenu en 1979 et le dernier cas importé en 1989.

Le risque d'épidémie en Belgique reste négligeable grâce à une couverture vaccinale élevée (> 95% ; vaccination obligatoire des enfants depuis 1967). Toutefois, tant que le virus circule ailleurs, un cas de polio pourrait être importé et le virus pourrait être transmis à une ou plusieurs personnes non vaccinées 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. Selon les indicateurs de l'OMS, 1 cas de PFA pour 100.000 personnes de moins de 15 ans doit être détecté et examiné pour que le système de surveillance soit considéré comme suffisamment sensible. Pour la Belgique, cela signifie que 19 cas de PFA par an devraient être signalés. Or, seuls trois cas ont été enregistrés en 2022. Le nombre de notifications de PFA a été en moyenne de 5 par an (min 1, max 9) au cours des 20 dernières années. Le système actuel ne répond donc pas aux exigences de l'OMS. Heureusement, une surveillance supplémentaire des entérovirus est en place et le poliovirus sera recherché dans les eaux usées à partir de 2024.

ROTAVIRUS ([plus d'informations](#))

L'épidémiologie du rotavirus a évolué de manière significative depuis la recommandation du Conseil supérieur de la santé sur la vaccination des nourrissons et l'introduction de son remboursement partiel en 2006. Une forte réduction du nombre de cas a été observée, en particulier chez les enfants de moins d'un an (réduction de +/- 70 %).

Depuis 2012, l'épidémiologie du rotavirus semble évoluer selon des cycles bisannuels avec une alternance entre des saisons de forte et de faible activité. Ce schéma typique n'a pas été observé au cours des années COVID-19, avec une activité très faible pour les saisons 2019-2020 et 2020-2021. En revanche, la saison 2021-2022 a été plus intense que d'habitude, avec le plus grand nombre de cas enregistrés de toute la période post-vaccinale. Alors qu'au cours d'une saison d'activité intense, environ 2 500 cas sont habituellement recensés par les laboratoires sentinelles, le nombre de cas pour la saison 2021-2022 a été de 3 809. La saison 2022-2023 a été une saison plus typique de faible activité, avec 1 683 cas.

Le groupe d'âge le plus fréquemment touché est celui des enfants de moins de 2 ans (49 % de tous les cas signalés en 2021-2022 et 66 % en 2022-2023). Pendant la haute saison 2021-2022, on a également observé un nombre remarquablement élevé de cas chez les personnes âgées de plus de 80 ans, représentant jusqu'à 12 % des cas. Ceci est important car les cas graves de rotavirus chez les personnes âgées nécessitent en moyenne une hospitalisation beaucoup plus longue que chez les jeunes enfants : ces dernières années, la durée médiane d'hospitalisation chez les personnes âgées de plus de 85 ans était de 9,5 jours, contre 2 jours pour les enfants âgés de moins d'un an. (Les données d'hospitalisation pour 2022 ne sont pas encore disponibles).

Au cours des saisons 2021-2022 (85,6%) et 2022-2023 (80,9%), le G3P[8] était de loin le génotype le plus fréquent. La répartition des génotypes change en fonction de la saison : de 2019 à 2021, on n'a pratiquement pas observé de G3P[8], mais surtout des G2P[4].

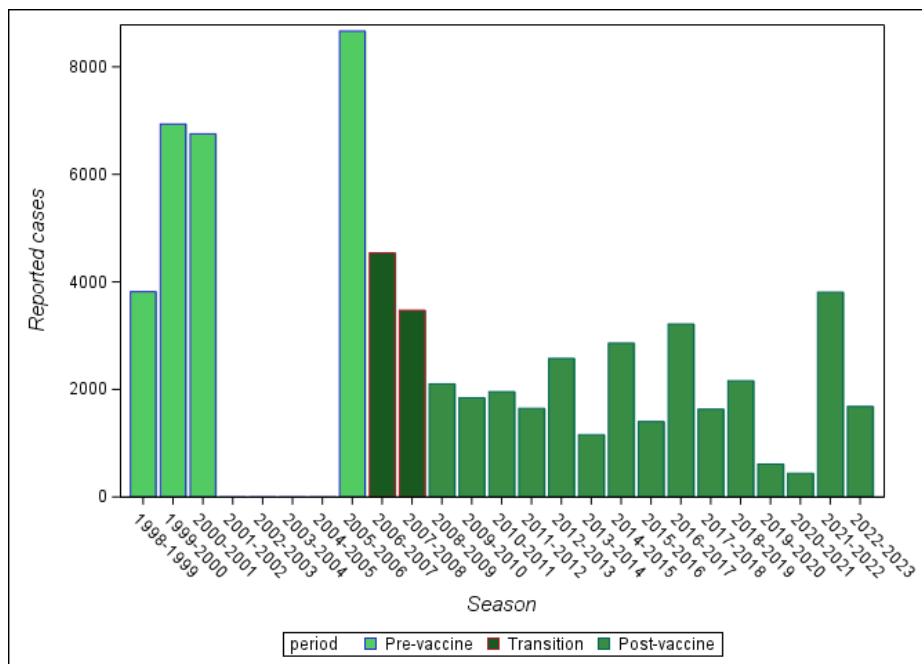


Figure 7 - Nombre de cas de rotavirus signalés par saison et par période de vaccination, 1998-2023, Belgique (Source : laboratoires sentinelles)

ROUGEOLE ([plus d'informations](#))

En raison du risque de complications graves lié à la rougeole, qui peut être parfaitement prévenu par un vaccin très efficace, tous les pays européens se sont engagés à éliminer la maladie en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'objectif est de parvenir à une incidence annuelle inférieure à 1 cas par million d'habitants. En cas d'importation d'infections de l'étranger, la chaîne d'infections doit s'arrêter le plus rapidement possible. Pour atteindre et maintenir cet objectif, la couverture vaccinale doit être d'au moins 95 % pour une vaccination complète à deux doses.

Seuls huit cas ont été signalés en 2022. Dans deux de ces cas, l'infection s'est produite à l'étranger. L'incidence annuelle est donc de 0,7 cas/million d'habitants. La rougeole n'est plus une maladie infantile typique : seuls 2 des 8 cas avaient moins de 10 ans.

Le statut vaccinal n'était connu que pour 3 cas : 2 de ces 3 cas étaient non vaccinés ou incomplètement vaccinés. Malgré les bons résultats de 2022, le risque d'épidémie reste réel tant que la couverture vaccinale est trop faible. Ce taux de vaccination est actuellement de 75% en Wallonie et à Bruxelles et de 89% en Flandre pour deux doses documentées. Tant en 2017 qu'en 2019, d'importantes flambées de rougeole ont donc encore eu lieu, et le nombre de cas n'a chuté qu'au début de la pandémie de COVID-19. Ces grandes flambées ont également entraîné un nombre élevé d'hospitalisations : 152 en 2017 et 130 en 2019, selon les données du résumé minimal hospitalier. La complication la plus fréquente est une pneumonie, mais l'encéphalite est également possible. Ainsi, en 2022, un enfant de 4 ans est malheureusement décédé d'une panencéphalite sclérosante subaiguë, une complication tardive de l'infection par la rougeole. L'enfant avait été infecté par la rougeole à un très jeune âge dans son pays d'origine l'Ukraine.

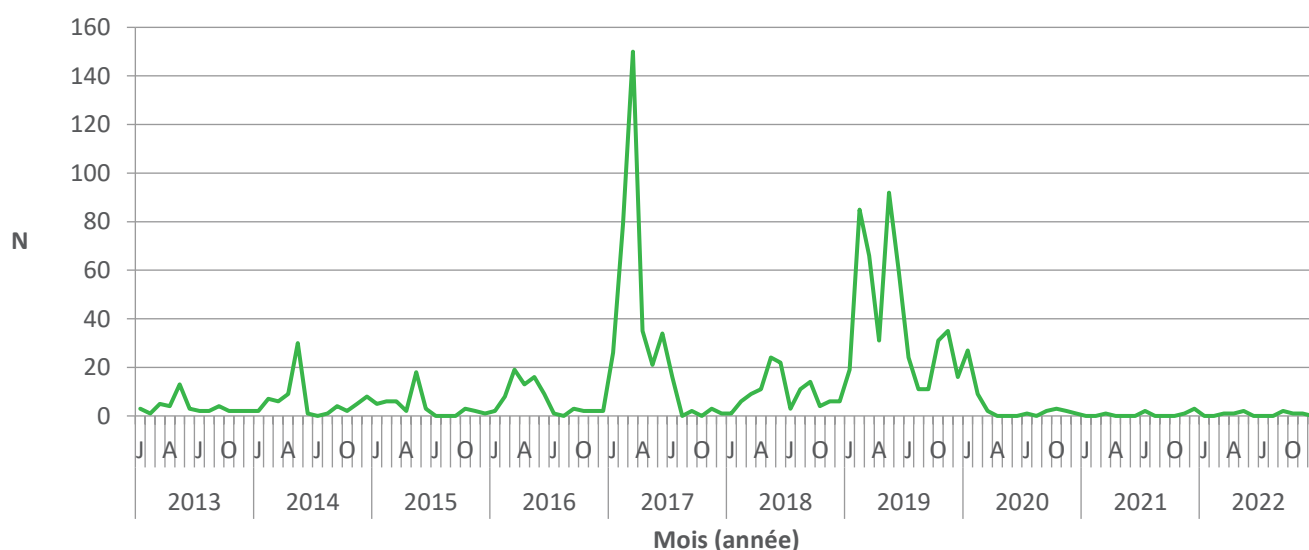
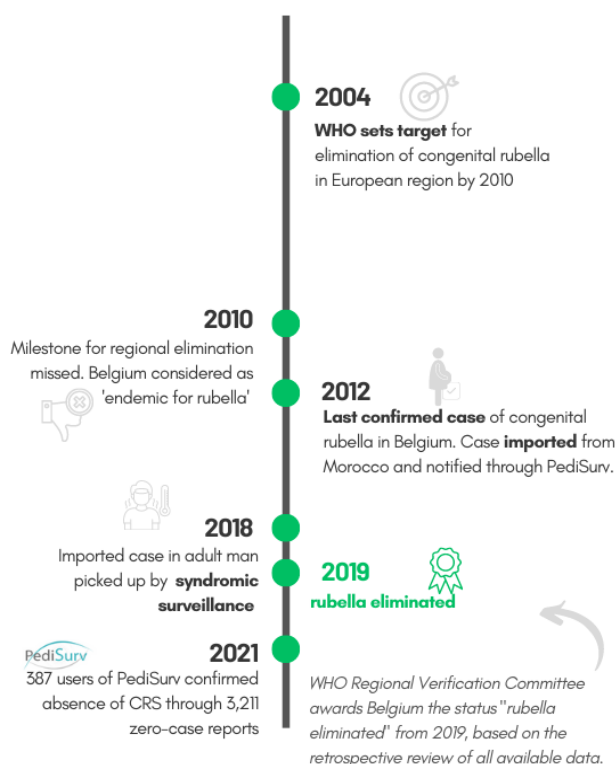


Figure 8 - Nombre de cas de rougeole par mois, 2013-2022, Belgique

RUBÉOLE ([plus d'informations](#))



La rubéole est un virus important en termes de santé publique, car l'infection pendant la grossesse peut entraîner le syndrome de rubéole congénitale (SRC), qui se traduit par une mortinaissance ou des anomalies congénitales. C'est pourquoi la rubéole, comme la rougeole, fait l'objet d'une campagne d'élimination soutenue par la Belgique.

Le dernier cas autochtone connu de SRC remonte à 2007 et le dernier cas importé à 2012. En 2022, un nourrisson de 15 mois présentant une éruption cutanée et de la fièvre a été testé positif au virus de la rubéole. Une analyse plus poussée a révélé qu'il s'agissait d'un cas (bénigne) de rubéole post-vaccinale. De nombreuses données ont également confirmé l'absence de rubéole et de SRC. Par exemple, 403 médecins ont confirmé, par le biais de 2 808 "déclarations nuls", qu'ils n'avaient pas diagnostiqué de rubéole congénitale dans leur cabinet en 2022. De même, la surveillance des anomalies congénitales telle qu'elle existe par le biais du [réseau EuroCat](#) à Anvers et dans le Hainaut (couvrant ensemble 27 % de toutes les naissances en Belgique) n'a révélé aucun SRC (données complètes jusqu'en 2020). En outre, aucun décès dû à la rubéole n'a été signalé dans les données MZG ou dans les données de mortalité de ces dernières années (données jusqu'en 2020).

Figure 5 - Principales étapes de la surveillance de la rubéole et évolution vers les objectifs d'élimination, Belgique

TÉTANOS ([plus d'informations](#))

La bactérie responsable du tétanos (*Clostridium tetani*) est présente partout dans l'environnement. L'infection se fait donc par des plaies contaminées et non de personne à personne. La prévention de la maladie consiste alors principalement en une vaccination individuelle (pas d'immunité de groupe). En Belgique, l'incidence du tétanos a fortement diminué depuis le début de la vaccination systématique en 1959. La maladie est devenue rare.

Les dernières données disponibles concernant la mortalité sont celles de 2020. Au cours de la période de 10 ans entre 2011-2020, un total de 5 décès dus au tétanos a été enregistré, tous chez des personnes âgées de plus de 70 ans. Les hospitalisations dues au tétanos sont également devenues rares, avec moins de 5 à 10 hospitalisations par an au cours des 10 dernières années. La présence de toxine tétanique dans le sang peut être détectée par le [Centre national de référence](#). Le CNR a effectué trois tests de ce type en 2022 en raison d'une suspicion clinique de tétanos, qui se sont tous révélés négatifs. En 2021 (4 échantillons négatifs) et 2020 (5 échantillons négatifs), aucun cas de tétanos n'a été confirmé par le CNR. Par conséquent, les derniers cas détectés dans le CNR datent de 2019 et 2018. Chaque cas concernait un patient âgé de 70 à 80 ans.

CONTACT

Laura Cornelissen laura.cornelissen@sciensano.be - T +32 2 642 57 81

PLUS D'INFORMATIONS

-

Voir notre page web
[Épidémiologie des maladies
infectieuses](#)