

SURVEILLANCE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS

Rapport épidémiologique
saisons 2020-2021 et 2021-2022

QUI NOUS SOMMES

Sciensano, ce sont plus de 950 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la 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.

Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

Épidémiologie et santé publique - Épidémiologie des maladies infectieuses

Surveillance des infections respiratoires

Juillet 2024 • Bruxelles • Belgique
Validé par : Koen Blot, chef de service

FIERENS S., DE MOT L., VANDROMME M., BRUGEROLLES C., BUSTOS SIERRA N., HANOTEAX S., CALLIES M., VAN EVERCOOREN I., NASIADKA L., MALOUX H., JANSSENS R., HUTSE V., COUVREUR S., DOCKX Y., BOSSUYT N.

Sciensano, Epidémiologie et santé publique, services Epidémiologie des Maladies Infectieuses et Etudes de Soins de Santé

En collaboration avec (gestion/coordination des surveillances) (ordre alphabétique) :

Direction scientifique Epidémiologie et Santé Publique, Service d'Epidémiologie des maladies infectieuses et Service Etudes de Soins de Santé

Bensemmane S., Blot K., Brondeel R., Catteau L., Debouverie Laura, De Pauw R., Dequeker S., De Schreye R., Dupont Y., Lajot A., Latour K., Lesenfants M., Mertens K., Moreels S., Nganda S., Stouten V., Van Cauteren D., Van Goethem N., Van Loenhout J., Vermeulen M., Vernemmen C., Vos B.

Direction scientifique des Maladies Infectieuses Humaines, Service des Maladies Virales, Centre National de Référence pour la grippe

Barbezange C., DufRASne F., Denayer S., Fdillate I., Hamouda A., Monsieurs B., Thomas I., Van Eycken R., Van Gucht S.

L'ensemble des groupes et collaborateurs ayant fourni des données dans le cadre de ces systèmes de surveillance, notamment le [BELSARI-NET research group | sciensano.be](https://www.sciensano.be/belsari-net)

Personne de contact : Sébastien Fierens • T+32 2 6425165 • epirespi@sciensano.be

Avec le soutien financier de



Merci de citer cette publication comme suit : S. Fierens, L. De Mot, M. Vandromme, C. Brugerolles, N. Bustos Sierra, S. Hanoteaux, M. Callies, I. Van Evercooren, L. Nasiadka, H. Maloux, R. Janssens, V. Hutse, S. Couvreur, Y. Dockx, N. Bossuyt. Surveillance des infections respiratoires aiguës : rapport épidémiologique saisons 2020-2021 et 2021-2022. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2024 58p. Numéro de rapport : D/2024.14.440/5. Disponible en ligne : <http://doi.org/10.25608/rvvn-fr83>

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	9
OUTILS DE SURVEILLANCE	11
1. Centre National de Référence (CNR) d'Influenza virus	11
2. Réseau des médecins vigies.....	11
3. Réseau des hôpitaux vigies	11
4. Réseau des laboratoires vigies.....	12
5. Réseau sentinelle des maison de repos et de soins.....	12
6. Surveillance Be-MOMO.....	12
7. Baromètre de médecine générale.....	13
8. Surveillance des tests et cas de COVID-19.....	13
9. Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2	13
10. Surveillance de SARS-CoV-2 dans les eaux usées.....	14
11. Données de vaccination COVID-19.....	15
12. Surveillance hospitalière exhaustive du COVID-19 (surge capacity survey).....	15
RÉSULTATS	17
1. Surveillance syndromique	17
1.1. Consultation de médecins généralistes pour des symptômes grippaux (ILI)	17
1.2. Consultations de généralistes pour d'autres infections respiratoires aiguës	18
1.3. Surveillance des symptômes grippaux (ILI) dans les maisons de repos (et de soins)	19
1.4. Admissions à l'hôpital pour infection respiratoire aiguë sévère (SARI)	20
1.5. Surmortalité (toutes causes confondues).....	22
2. Influenza	27
2.1. Introduction	27
2.2. Activité grippale / transmissibilité	28
2.3. (Sous-)types circulants	31
2.4. Sévérité et impact	32
2.5. Efficacité vaccinale	32
3. SARS-CoV-2	33
3.1. Introduction	33
3.2. Systèmes de surveillance pour la COVID-19.....	33
3.3. Vagues de COVID-19 en Belgique	34
3.4. Activité du SARS-CoV-2	35
3.5. Charge de travail des médecins généralistes	37
3.6. Surveillance des eaux usées	38
3.7. Sévérité et impact	39
3.8. Efficacité vaccinale	42
4. RSV	45
4.1. Introduction	45
4.2. Transmissibilité	45
4.3. Sévérité et Impact.....	48
5. Parainfluenza virus	51
5.1. Introduction	51
5.2. Transmissibilité	51
5.3. Sévérité et Impact.....	53
CONCLUSION	55
LISTE DES FIGURES	56

ABRÉVIATIONS

ADV	Adénovirus
ARI	Acute Respiratory Infection (infection respiratoire aigüe)
Be-MOMO	Belgian Mortality Monitoring
CNR	Centre National de Référence
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECMO	Extra Corporeal Membrane Oxygenation (oxygénation par membrane extracorporelle)
EV	Efficacité vaccinale
ILI	Influenza-like illness (syndrome grippal)
MR/MRS	Maison de repos (et de soins)
MYP	Mycoplasma Pneumonia
PCR	Polymerase Chain Reaction
PIV	Parainfluenza Virus
RSV	Respiratory Syncytial Virus (Virus Respiratoire Syncytial)
SARI	Severe Acute Respiratory Infection (Infections Respiratoires Aiguës Sévères)
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SDRA	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
USI	Unité de soins intensifs
WHO	World Health Organisation

INTRODUCTION

Dans ce rapport sont présentés les résultats de la surveillance des infections respiratoires aiguës pour les saisons 2020-2021 et 2021-2022. Lors de ces deux saisons, la pandémie de COVID-19 a eu un impact important sur les indicateurs épidémiologiques de la surveillance des autres virus respiratoires tels que la grippe. C'est le cas, notamment, pour la surveillance syndromique qui a été en majorité le reflet de l'activité des SARS-CoV-2 pendant la pandémie et n'a pas permis de suivre correctement les tendances pour la grippe. De plus, la surveillance en elle-même a été affectée, voire complètement interrompue, en raison de la surcharge des prestataires de soins de santé, des consultations à distance à cause du confinement, etc.

Avant cette pandémie, une saison grippale était définie comme la période allant de la semaine 40 d'une année à la semaine 20 de l'année suivante. En raison de la pandémie de COVID-19, la surveillance en Belgique a été élargie pour se dérouler sur l'ensemble de l'année. Une saison étant alors définie de la semaine 40 d'une année à la semaine 39 de l'année suivante. La saison 2020-2021 a donc débuté la semaine 40-2020 (28 septembre 2020) et s'est terminée à la fin de la semaine 39-2021 (03 octobre 2021). La saison 2021-2022 a quant à elle débuté la semaine 40-2021 (04 octobre 2021) et s'est terminée à la fin de la semaine 39-2022 (02 octobre 2022).

La surveillance des infections respiratoires aiguës réalisée par Sciensano repose sur différents réseaux de surveillance sentinelle en Belgique, tels que les réseaux spécifiques de médecins généralistes, de laboratoires, d'hôpitaux, de maisons de repos ou d'autres établissements, qui recrutent des cas sur la base d'une définition clinique précise. En particulier, les termes « ILI » et « SARI » sont utilisés. Par ILI (Influenza-like Illness), nous entendons les symptômes de la grippe : fièvre, toux et/ou essoufflement et malaise général. Ces symptômes peuvent être causés par de nombreux pathogènes différents, et pas seulement par le virus de la grippe. Il n'est pas possible de savoir quel pathogène en est la cause en se basant uniquement sur les symptômes. Par SARI (Severe Acute Respiratory Infection), nous entendons une hospitalisation d'au moins 24 heures pour des plaintes graves d'infection respiratoire aiguë (fièvre + toux et/ou essoufflement). La description des différents outils de surveillance est présentée ci-dessous.

L'objectif du présent rapport n'est pas de présenter l'ensemble des systèmes de surveillance mis en place pendant la pandémie de COVID-19 pour suivre l'évolution épidémiologique du SARS-CoV-2, mais bien de présenter les résultats des systèmes utilisés au préalable pour la surveillance des infections respiratoires, en particulier la grippe. S'y ajoutent certains systèmes de surveillance développés pendant la pandémie mais adaptables aux autres pathogènes respiratoires, et dont l'utilisation sera dès lors prolongée au-delà de la pandémie avec un scope plus large que la surveillance unique du SARS-CoV-2. Enfin, lorsque c'est approprié, une comparaison de ces systèmes avec ceux mis en place spécifiquement et temporairement pour la gestion de la pandémie sera effectuée.

OUTILS DE SURVEILLANCE

1. Centre National de Référence (CNR) d'Influenza virus

Le laboratoire « Influenza » de Sciensano est actif depuis 1977, et a été officiellement reconnu comme Centre National de Référence (CNR) d'Influenza virus en 2010.

Le CNR d'Influenza virus teste des échantillons cliniques collectés d'une part dans le cadre de la surveillance des syndromes grippaux, par le réseau de médecins généralistes vigies, le réseau des maisons de repos vigies, le réseau d'hôpitaux vigies (surveillance des infections respiratoires aiguës sévères, SARI), et d'autre part, il teste des échantillons prélevés en dehors du contexte d'une surveillance. Plus d'informations peuvent être obtenues via le lien : Centre National de Référence (CNR) d'Influenza virus | sciensano.be.

2. Réseau des médecins vigies

Le réseau national des médecins vigies enregistre et communique des informations sur les maladies infectieuses et non infectieuses depuis 1979.

Chaque semaine, les médecins vigies enregistrent le nombre de consultations pour des symptômes de grippe et des infections aiguës des voies respiratoires. Pendant la saison hivernale (semaine 40 à semaine 20), ils prélèvent également des échantillons respiratoires sur un échantillon de leurs patients, qui sont analysés et typés par le CNR d'Influenza virus.

Au cours de la saison 2020-2021, aucun échantillon respiratoire n'a été collecté dans le cadre de la surveillance des médecins généralistes.

3. Réseau des hôpitaux vigies

La surveillance belge des infections respiratoires aiguës sévères (SARI) a débuté en 2012 avec 6 hôpitaux généraux. Le réseau (BELSARI-NET research group | sciensano.be) a été étendu en 2023 à 10 hôpitaux. Le réseau couvre des patients de toutes les provinces belges et est constitué d'hôpitaux à forte activité de soins intensifs. Tous les services hospitaliers de ces hôpitaux participent à la surveillance. Jusqu'en 2024, ce système de surveillance n'est actif que lorsque la circulation de grippe augmentait, donc typiquement entre fin décembre et avril.

Pour chaque admission SARI à l'hôpital, les hôpitaux suivent les patients tout au long de leur séjour et enregistrent divers paramètres. Les informations recueillies comprennent les caractéristiques démographiques, les symptômes, les facteurs de risque et les comorbidités, le statut vaccinal, le traitement, la gravité et l'issue de la maladie. Outre l'enregistrement des données cliniques, un échantillon est également prélevé dans la gorge et/ou le nez de chaque patient au moyen d'un écouvillon. L'échantillon est testé pour la recherche de différents virus respiratoires par le CNR d'Influenza virus.

La surveillance SARI a été interrompue à partir de mars 2020. Elle a repris progressivement à partir de janvier 2021. Néanmoins, jusqu'à la fin de la période couverte par le présent rapport, cette surveillance est restée partielle, car la majorité des hôpitaux ont limité leur participation à l'étude à certains jours de la semaine.

4. Réseau des laboratoires vigies

Depuis 1983, le service d'épidémiologie de Sciensano, chargé de la surveillance des maladies infectieuses, coordonne un réseau de laboratoires microbiologiques appelés laboratoires vigies ou « Epilabo ». Les données recueillies par ce réseau constituent les informations de base permettant de décrire l'épidémiologie des maladies infectieuses en Belgique et dans ses régions.

La surveillance dans les laboratoires vigies a continué normalement pendant la pandémie, néanmoins les perturbations dans le système de santé en général ont certainement amené des biais dans les données (réduction de certains tests, diminution de la participation au rapportage,...).

5. Réseau sentinelle des maisons de repos et de soins

Depuis la saison 2019-2020, un projet pilote a été lancé pour surveiller l'incidence de la grippe et d'autres virus respiratoires dans les maisons de repos (MR) / maisons de repos et de soins (MRS). Les MR/MRS participantes se sont engagées à signaler les symptômes de la grippe et à prélever un échantillon nasopharyngé chez leurs résidents.

La pandémie de COVID-19 a sévèrement touché les MR/MRS et a entraîné une augmentation significative de la charge de travail au sein de ces institutions. Ainsi, une surveillance exhaustive de la COVID-19 a été introduite dans les MR/MRS en mars 2020. En conséquence, les taux de participation à la surveillance des syndromes grippaux ont été limités au cours de ces saisons, ce qui rend la couverture partielle pour la période abordée par ce rapport. De plus, les MR/MRS étaient exemptées de déclaration lorsqu'un cluster de COVID-19 les atteignait. À partir de la saison 2022-2023, la surveillance a été modifiée afin de réduire la charge de travail pour les MR/MRS et de se rapprocher du protocole utilisé dans le réseau des médecins généralistes.

En 2019-2020, seules les MR/MRS flamandes ont été incluses. L'objectif était alors d'atteindre 25 MR/MRS participantes. À partir de 2020-2021, le réseau a été étendu à l'ensemble de la Belgique avec un objectif de 50 MR/MRS. Tout résident d'une MR/MRS participante, répondant à la définition de cas pouvait être inclus pour un prélèvement. À partir de 2020, deux échantillons par résident étaient prévus : un pour un test COVID-19 et l'autre pour les analyses faites par le CNR de la grippe. De plus, un questionnaire épidémiologique accompagnait le prélèvement.

6. Surveillance Be-MOMO

La surveillance Be-MOMO est active depuis début 2004. Elle est chargée de la surveillance la mortalité toutes causes confondues en Belgique, aux niveaux national et régional.

Réalisée sur une base hebdomadaire, elle peut détecter et quantifier en temps quasi réel la mortalité inhabituelle pouvant résulter d'épidémies comme la grippe, ou de conditions météorologiques ou environnementales extrêmes telles que les vagues de froid ou de chaleur, les pics d'ozone ou les pics de particules fines.

7. Baromètre de médecine générale

La version 2.0 du Baromètre COVID-19 a pour objectif une surveillance syndromique dans les cabinets de médecine générale et se centre sur un nombre restreint de données (suspicion ou confirmation de COVID-19, syndrome viral, grippal et infections aiguës des voies respiratoires).

Ce nouvel outil a été développé pour être facile et rapide d'utilisation. Il se base sur les diagnostics codés dans les dossiers médicaux électroniques et, à la fin de la journée, un système d'AUDIT comptabilise automatiquement le nombre de diagnostics qui ont été codés pour ces indicateurs précis.

8. Surveillance des tests et cas de COVID-19

La surveillance des tests pour le SARS-CoV-2 et du nombre de cas de COVID-19 est basée sur les données rapportées à Sciensano via la [plateforme healthdata.be](https://healthdata.be). Ces données comprennent à la fois les tests PCR et les tests antigéniques effectués en laboratoire ainsi que les tests antigéniques rapides effectués par des professionnels de santé tels que les médecins généralistes et les pharmaciens. Les résultats plus détaillés sont disponibles sur le [dashboard COVID-19 de Sciensano](#). Plus d'informations sur la collecte et la présentation des données dans le cadre de cette surveillance sont disponibles dans le document "[Questions fréquemment posées](#)".

9. Surveillance moléculaire du SARS-CoV-2

La surveillance moléculaire du SARS-CoV-2, démarrée en février 2021, a pour but de suivre l'évolution de la diversité génétique du virus SARS-CoV-2, sur la base de l'analyse de la séquence du génome viral complet. La surveillance moléculaire de base est basée sur un échantillonnage de tous les échantillons positifs à la PCR en Belgique, sur lequel une analyse de séquence est effectuée par les laboratoires du plateforme d'analyse du génome (Belgian COVID-19 Genomics Consortium).

Il existe par ailleurs une surveillance active (résultats non présentés dans ce rapport) qui effectue des analyses génétiques sur des échantillons spécifiques dont certains voyageurs de retours de zones rouges, une sélection de foyers épidémiques, certains cas de réinfection ou infection après vaccination. Cette surveillance active a pour but d'identifier rapidement l'émergence de nouveaux variants, ainsi que de surveiller les caractéristiques et la sévérité des différents variants.

En parallèle, la surveillance moléculaire sentinelle, commencée en mars 2021 et est basée sur l'analyse du génome des échantillons positifs à SARS-CoV-2 détectés dans le cadre de la surveillance des infections aiguës sévères des voies respiratoires (SARI) au sein du réseau d'hôpitaux vigies (SARI). Les résultats de cette surveillance ne seront pas discutés dans le présent rapport, mais sont discutés dans Denayer et al., 2023¹.

¹ Denayer S, et al. Genomic monitoring of SARS-CoV-2 variants using sentinel SARI hospital surveillance. *Influenza Other Respir Viruses*. 2023 Oct 13;17(10):e13202. doi: 10.1111/irv.13202. PMID: 37840842; PMCID: PMC10570899.

10. Surveillance de SARS-CoV-2 dans les eaux usées

La surveillance du coronavirus via l'analyse des eaux usées permet de suivre l'évolution de la circulation du virus dans la population. En effet, les personnes infectées par le COVID-19 excrètent des particules du virus SARS-CoV-2 dans les eaux usées. Les résultats de la surveillance des eaux usées sont une source d'information complémentaire aux autres types de surveillances. La surveillance inclut les personnes symptomatiques et asymptomatiques et est indépendante de la stratégie de dépistage. Elle constitue un moyen rapide et précoce de détection des changements de la circulation du virus.

La surveillance nationale du COVID-19 dans les eaux usées a démarré en septembre 2020. 45% de la population belge est couverte par l'analyse, deux fois par semaine, d'échantillons provenant de 42 stations d'épuration. Les échantillons sont analysés par trois laboratoires différents : UAntwerpen, ebiom et Sciensano.

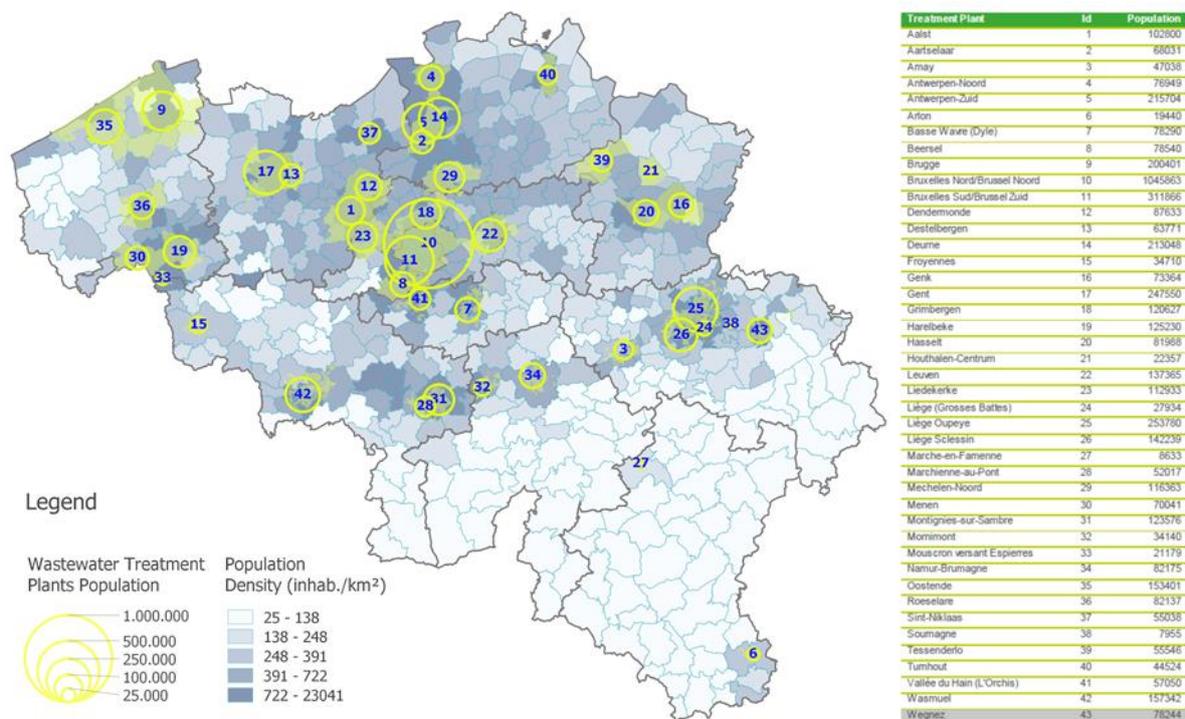


Figure 1 • La population située dans les zones couvertes par les stations d'épuration (surlignées en jaune) et la densité de population pour chaque municipalité (indiquée par l'échelle bleue). En raison des inondations survenues en 2021, la station d'épuration de Wegnez a été endommagée et remplacée par une autre station.

Les résultats des laboratoires sont centralisés chez Sciensano où ils sont analysés par une équipe d'épidémiologistes. Le mode de communication des résultats a fortement évolué durant la crise sanitaire :

- De septembre 2020 à juillet 2021, les résultats préliminaires sont communiqués en interne. Les corrélations entre la surveillance basée sur les eaux usées et les surveillances conventionnelles sont étudiées et validées. Trois indicateurs de tendance sont développés pour les eaux usées.
- De juillet 2021 à octobre 2022, les résultats sont envoyés au Risk Assessment Group (RAG).
- En août 2021, le dashboard présentant les résultats des eaux usées est publié en ligne et accessible au grand public ainsi que le premiers rapports hebdomadaires. De plus, une annexe méthodologique décrit en détails les méthodes et protocole utilisés.

Dans la pratique, des échantillons composites de 24 heures sont prélevés deux fois par semaine, le lundi et le mercredi, à l'entrée des stations d'épuration et sont analysés pour détecter la présence de l'ARN du SRAS-CoV-2.

Entre 2020 et 2022, plusieurs améliorations méthodologiques ont été réalisées :

- De septembre 2020 à février 2021, les concentrations étaient semi-quantifiées.
- De février 2021 à juin 2022, les concentrations étaient quantifiées par RT-qPCR en utilisant le standard NIBSC.
- A partir de juin 2022, les concentrations sont quantifiées par RT-qPCR en utilisant le standard EURM.

11. Données de vaccination COVID-19

Pendant la période visée par ce rapport, toutes les doses de vaccins COVID-19 administrées en Belgique sont enregistrées dans Vaccinnet+, le registre national des vaccins COVID-19. Seules les vaccinations enregistrées dans cette base de données sont incluses dans les chiffres et les analyses de Sciensano. Toutes les informations relatives aux vaccins et campagnes de vaccinations en Belgique sont reprises dans le document des Questions Fréquemment Posées de la Surveillance de COVID-19. Les méthodes utilisées pour les calculs de couvertures vaccinales et les estimations de l'efficacité des vaccins COVID-19 sont décrites dans les questions 9.4 et 9.8 des Questions Fréquemment Posées de la Surveillance de COVID-19.

12. Surveillance hospitalière exhaustive du COVID-19 (surge capacity survey)

Durant la pandémie, la surveillance des patients hospitalisés avec une infection confirmée au COVID-19 en Belgique reposait sur deux aspects : (1) le Surge Capacity Survey (SCS), une surveillance de la capacité hospitalière, obligatoire pour tous les hôpitaux généraux belges, récoltant quotidiennement les données agrégées du nombre de patients COVID-19 hospitalisés, admis en unité de soins intensifs (USI), placés sous oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) et décédés ; (2) le Clinical Hospital Survey (CHS), une surveillance clinique volontaire et donc non exhaustive, récoltant des données individuelles codées sur les patients COVID-19 hospitalisés à l'admission et à la sortie de l'hôpital.

RÉSULTATS

1. Surveillance syndromique

Au cours de la saison 2020-2021 et, dans une moindre mesure, au cours de la saison 2021-2022, des mesures sanitaires ont été mises en place pour prévenir la propagation du virus SARS-CoV-2. Ces mesures ont également eu un impact sur la propagation d'autres pathogènes respiratoires et donc sur l'incidence des infections respiratoires.

À partir du printemps 2022, un plus grand nombre de virus respiratoires autres que SARS-CoV-2 ont recommencé à circuler dans la population.

1.1. CONSULTATION DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR DES SYMPTÔMES GRIPPAUX (ILI)

Pour la saison 2020-2021, l'incidence de consultations de médecins généralistes pour syndrome grippal la plus importante a été observée au cours de la semaine 43 (19-25/10/2020) avec 409 consultations /100 000 habitants. C'est également au cours de cette semaine que le nombre d'infections confirmées par le virus SARS-CoV-2 a atteint son maximum.

Au cours de la saison 2021-2022, nous observons trois pics principaux d'incidence des consultations de médecins généralistes pour syndrome grippal. Les deux premiers pics de consultations coïncident avec les pics d'infections au SARS-CoV-2 confirmées lors de la 4^{ème} et 5^{ème} vagues de la pandémie de Covid-19.

Le premier pic observé de l'incidence des consultations de médecins généralistes pour syndrome grippal, qui est le plus petit des trois pour cette saison, a eu lieu pendant la semaine 48 (29/11-05/12/2021), avec 399 consultations /100 000 habitants. Le deuxième pic de consultations pour syndrome grippal a eu lieu lors de la semaine 03 (17-23/01/2022) avec 543 consultations /100 000 habitants.

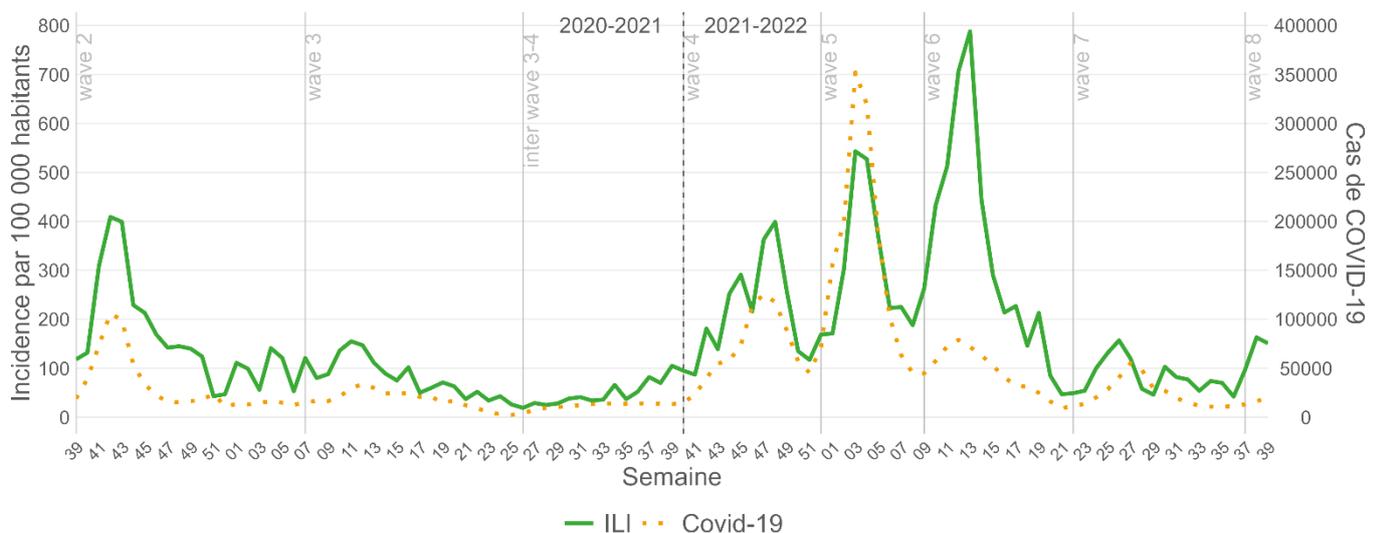


Figure 2 • Incidence des consultations de médecins généralistes pour un syndrome grippal, comparée aux nombres d'infections confirmées pour le SARS-CoV-2 lors des saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau de médecins vigies ; Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).

Le troisième pic observé sur la figure 2 de consultations pour syndrome grippal est le plus important pour la saison 2021-2022. Au cours de la semaine 13 (28/03 -03/04/2022), le nombre de consultations de médecins généralistes pour syndrome grippal a atteint un pic de 788 consultations /100 000 habitants. Le pic du nombre de cas de COVID-19 confirmés au cours de la 6^{ème} vague a eu lieu quant à lui lors de la semaine 12 (21-27/03/2022), ainsi que le pic de l'épidémie de grippe. Cependant, à partir de la semaine 09 (28/02-06/03/2022), le nombre d'infections par le Respiratory Syntical virus (RSV) a recommencé à augmenter fortement. Ainsi, l'incidence élevée des consultations de médecins généralistes pour des symptômes grippaux au cours de la semaine 13 (28/03-03/04/2022) est probablement une combinaison des infections au SARS-CoV-2, à influenza, et d'autres virus respiratoires (en particulier le RSV).

1.2. CONSULTATIONS DE GÉNÉRALISTES POUR D'AUTRES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES

Comme pour les consultations de médecins généralistes pour les syndromes grippaux, nous observons une corrélation entre les consultations de médecins généralistes pour les infections respiratoires aiguës (ARI) et l'évolution de la pandémie de COVID-19 en Belgique.

Au cours de la saison 2020-2021, l'incidence des consultations de médecins généralistes pour des ARI a atteint deux pics principaux. La première fois lors de la semaine 43 (19-25/10/2020) avec 1118 consultations /100 000 habitants, cette semaine étant celle où le nombre d'infections confirmées au SARS-CoV-2 a atteint son maximum pour la 2^{ème} vague. Le deuxième pic se situe en semaine 12 (22-28/03/2021) avec 1096 consultations /100 000 habitants. Cela coïncide avec l'augmentation des infections confirmées au SARS-CoV-2 lors de la 3^{ème} vague, ainsi qu'avec une augmentation d'autres pathogènes respiratoires tels que le RSV.

Lors de la fin de la saison 2020-2021, à partir de la semaine 36 (06-12/09/2021), le nombre de consultations de médecins généralistes pour des ARI commence à augmenter fortement. Les consultations restent à des niveaux élevés jusqu'en semaine 27 (04-10/07/2022) de la saison 2021-2022. Au cours de cette période, 4 pics de consultations sont observés.

Le premier durant la semaine 42 (18-24/10/2021) avec 1350 consultations /100 000 habitants, après quoi il y a une légère diminution du nombre de consultations avant d'atteindre un nouveau pic en semaine 46 (15-21/11/2021) avec 1299 consultations /100 000 habitants. Ce deuxième pic coïncide également avec le nombre maximal d'infections confirmées au SARS-CoV-2 lors de la 4^{ème} vague.

En semaine 04 (24-30/01/2022), le nombre de consultations de médecins généralistes pour des ARI atteint un pic de 1375 consultations /100 000 habitants ; durant cette période, le nombre de cas confirmés de COVID-19 atteint également un pic pour la 5^{ème} vague.

Le dernier des principaux pics observés de consultations de cette période se situe en semaine 14 (04-10/04/2022) avec 1366 consultations /100 000 habitants, ce qui coïncide également avec le pic des infections confirmées au SARS-CoV-2 au cours de la 6^{ème} vague et le pic de l'épidémie de grippe.

Vers la fin de la saison 2021-2022, le nombre de consultations de médecins généralistes pour des ARI a augmenté à nouveau avec 1024 consultations /100 000 habitants pendant la semaine 38 (19-25/09/2022).

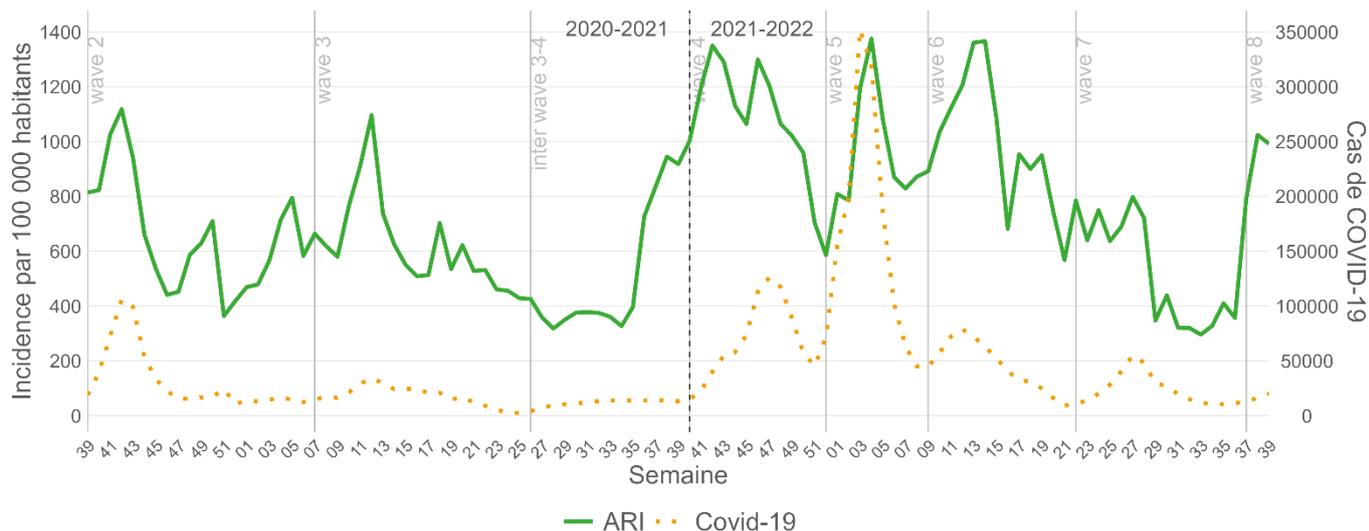


Figure 3 • Incidence des consultations de médecins généralistes pour des infections respiratoires aiguës (ARI) comparées aux nombres d'infections confirmées pour le SARS-CoV-2 pour les saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau de médecins vigies ; Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).

1.3. SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES GRIPPaux (ILI) DANS LES MAISONS DE REPOS (ET DE SOINS)

Pour rappel, la couverture de la surveillance dans les MR/MRS est partielle en ce qui concerne la période couverte par ce rapport (voir présentation des outils de surveillance). De plus, outre la charge de travail élevée et le contexte particulier de la pandémie, d'autres facteurs ont pu impacter le nombre de cas déclarés. Les cas signalés étaient toujours liés à un prélèvement nasopharyngé, alors que certains résidents peuvent refuser le prélèvement.

Au cours de la saison 2020-2021, la surveillance s'est déroulée des semaines 45 à 21 (02/11/2020 - 30/05/2021) et 3 MR/MRS ont signalé des résidents se plaignant de symptômes grippaux. Au cours de la saison 2021-2022, la surveillance s'est déroulée des semaines 8 à 22 (21/02-22/05/2022). Durant cette période, 5 MR/MRS ont signalé un ou plusieurs résidents atteints de symptômes grippaux.

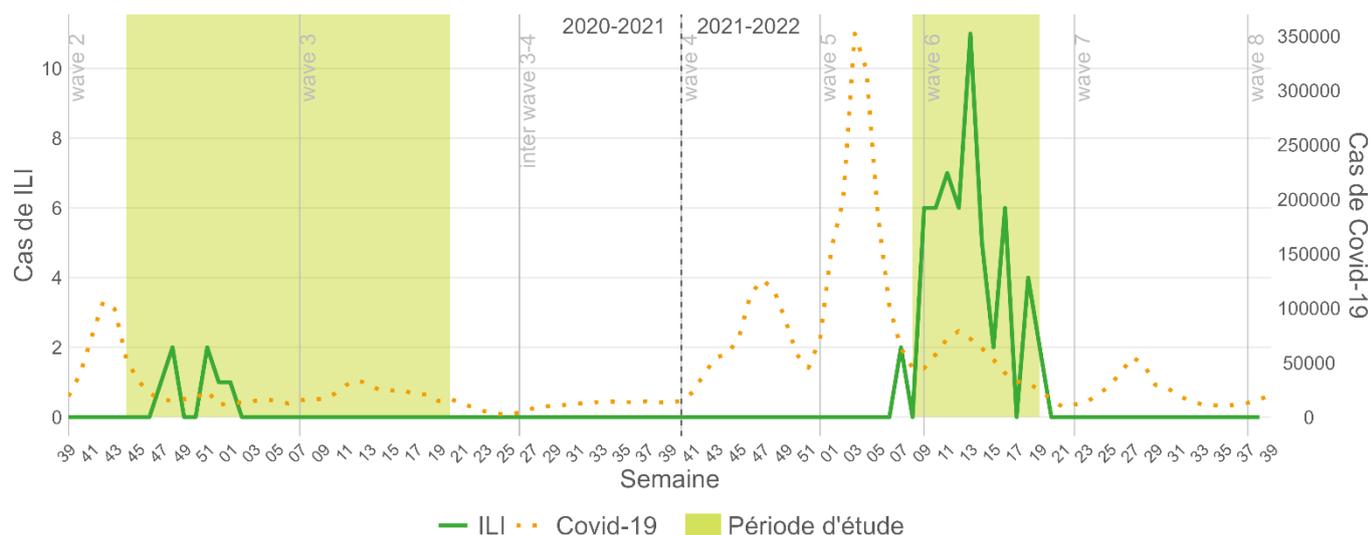


Figure 4 • Comparaison du nombre de résidents de maisons de repos (et de soins) signalant un syndrome grippal et des infections confirmées pour le SARS-CoV-2, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau sentinelle des maison de repos ; Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19)

En conclusion, le réseau n'a pas permis de capturer efficacement les syndromes grippaux dans les MR/MRS pendant la pandémie. Cependant, une surveillance exhaustive des cas de COVID-19 a été mise en place dans les MR/MRS à partir de mars 2020. Les résultats de cette surveillance sont disponibles dans l'étude de Dequeker *et al*, 2023².

1.4. ADMISSIONS À L'HÔPITAL POUR INFECTION RESPIRATOIRE AIGUË SÉVÈRE (SARI)

La surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (SARI) a repris au cours de la 4^{ème} semaine de 2021 (25-31/01/2021) et a enregistré à partir de cette date toutes les hospitalisations pour SARI au sein du réseau des hôpitaux vigies, néanmoins avec une participation partielle de la plupart des hôpitaux (participation certains jours de la semaine seulement).

Pour la saison 2020-2021, la principale incidence des hospitalisations pour SARI a été observée pendant les semaines 11 à 19 (15/03-11/04/2021) avec un pic d'incidence de 14,3 hospitalisations /100 000 habitants pendant la semaine 14 (05-11/04/2021).

A partir de la semaine 41 (11-17/10/2021), les taux d'hospitalisation ont recommencé à augmenter et sont restés à des niveaux élevés jusqu'en semaine 14 (04-10/04/2022). Au cours de cette période, trois pics d'hospitalisations ont été observés. Le premier pic, de 15,7 hospitalisations /100 000 habitants s'est produit en semaine 48 (29/11-05/12/2021). Ensuite, il y a eu une période d'augmentation des hospitalisations qui montre deux petits pics pendant les semaines 03 (17-23/01/2022) et 06 (07-13/02/2022) avec respectivement 12,9 et 12,4 hospitalisations /100 000 habitants. Le troisième pic, le plus élevé, s'est produit pendant la semaine 11 (14-20/03/2022) avec 19,4 hospitalisations /100 000 habitants.

Pour les vagues 4, 5, 6 et 7, le nombre d'hospitalisations pour SARI a suivi la même tendance que le nombre d'infections confirmées au SARS-CoV-2 ainsi que, au printemps 2022, de l'épidémie de grippe. Sur l'ensemble de la période, c'est toujours la tranche d'âge 0-4 ans qui a présenté la plus forte incidence d'hospitalisations pour SARI. Cette population pédiatrique est particulièrement sensible aux

² Dequeker S, et al. COVID-19 Clusters in Belgian Nursing Homes: Impact of Facility Characteristics and Vaccination on Cluster Occurrence, Duration and Severity. *Viruses* 2023, 15, 232. <https://doi.org/10.3390/v15010232>

infections respiratoires aiguës. Il est d'ailleurs probable qu'il y ait une sous-estimation des indicateurs ILI et ARI pour cette tranche d'âge dans le réseau de médecins vigies étant donné que cette population est plutôt suivie par des pédiatres (qui ne font pas partie du réseau sentinelle) que par des médecins généralistes.

La deuxième catégorie la plus importante en termes d'hospitalisations pour SARI était celle des 65 ans et plus.

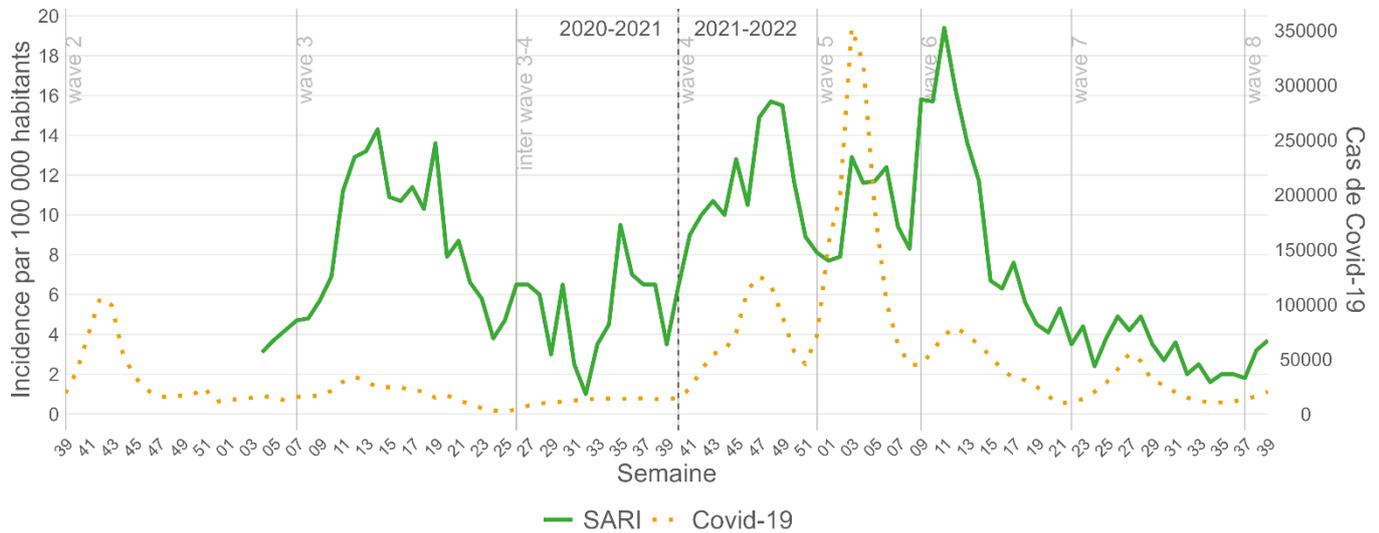


Figure 5 • Incidence des admissions hospitalières pour infection respiratoire aiguë sévère (SARI) comparées aux nombres d'infections confirmées pour le SARS-CoV-2 confirmés, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies ; Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).

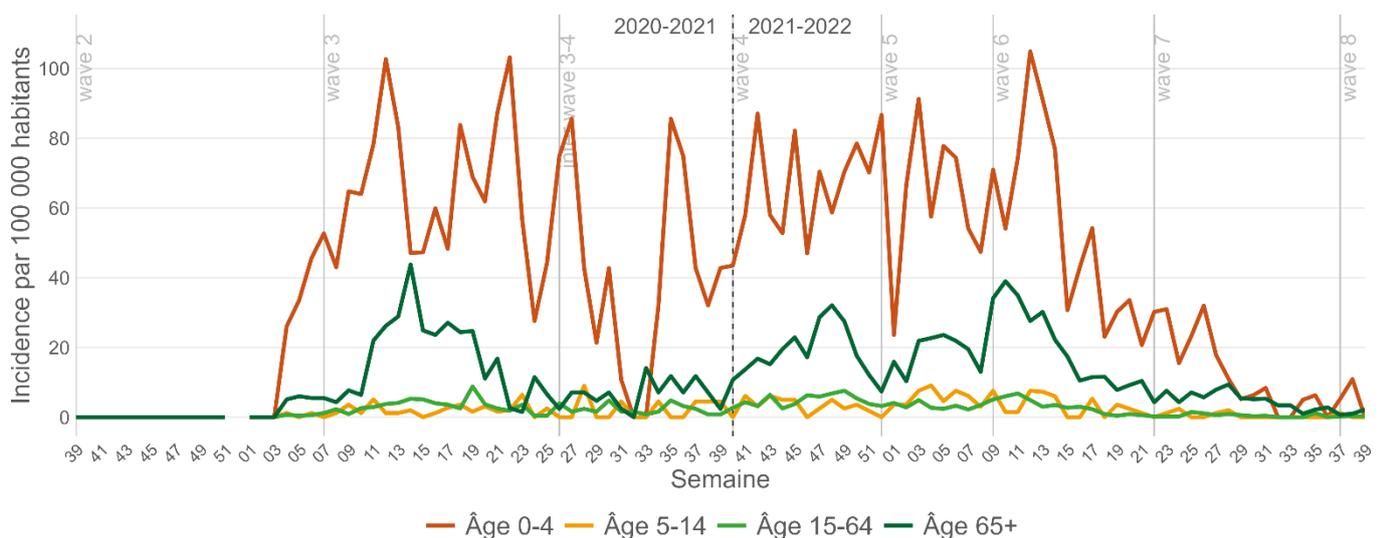


Figure 6 • Incidence des admissions hospitalières pour infection respiratoire aiguë sévère (SARI) par groupe d'âge, saison 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).

1.5. SURMORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES)

La période hivernale 2020-2021

Durant la période hivernale 2020-2021, du lundi 5 octobre 2020 (semaine 41) au dimanche 16 mai 2021 (semaine 19), la Belgique a enregistré une surmortalité très importante, avec 9 190 décès supplémentaires, soit une surmortalité de +13,2 % (78 667 décès enregistrés et 69 477 décès attendus). Cette période hivernale est caractérisée par la poursuite de l'épidémie de COVID-19 dans notre pays, avec la 2^e vague de l'épidémie (31 août 2020 au 14 février 2021) ainsi que la 3^e (15 février au 27 juin 2021). La période hivernale 2020-2021 a été marquée par la surmortalité la plus prononcée (+13,2 %) depuis les vingt dernières années, suivie par la période hivernale 2019-2020 (+11,7 %, 7 928 décès supplémentaires) incluant la 1^{ère} vague de l'épidémie de COVID-19, et par la période hivernale 2021-2022 (+8,3 %, 5 633 décès supplémentaires), incluant la 4^e vague de l'épidémie de COVID-19.

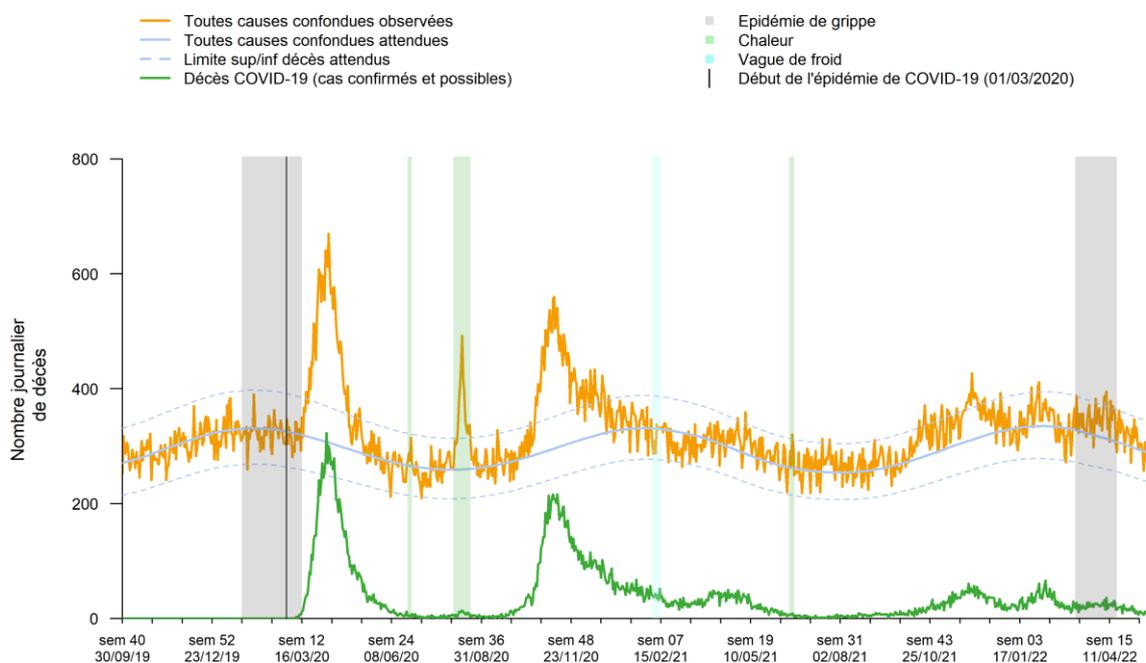


Figure 7 • La mortalité et les facteurs de risque infectieux, météorologiques et environnementaux, Belgique (semaine 40, 2019 à semaine 19, 2022) (Source : Sciensano, surveillance Be-MOMO).

Durant la période hivernale 2020-2021, il y a eu en moyenne 351 décès par jour, avec un pic de 560 décès le 7 novembre 2020. De la surmortalité a été observée dans tous les groupes d'âge et a concerné principalement les personnes entre 65 et 84 ans (5 730 décès supplémentaires, +20,1 %). L'analyse par sexe et par groupe d'âge révèle une surmortalité plus importante chez les hommes (+17,0 %) que chez les femmes (+10,4 %), celle-ci étant plus marquée chez les hommes âgés de 65 à 84 ans (3 461 décès supplémentaires, 21,4 %).

Au niveau régional³, La surmortalité a été de +8,8 % en Flandre (3 570 décès supplémentaires), de +21,5 % en Wallonie (5 049 décès supplémentaires), et de +17,9 % à Bruxelles (947 décès

³ Le calcul du nombre de décès attendus est réalisé séparément par région et par groupe d'âge. Ensuite, les décès observés dans chaque catégorie d'âge, de sexe et de région sont comparés à l'estimation de la mortalité dans la catégorie

supplémentaires). Comme pour la Belgique, la surmortalité en Flandre et en Wallonie a été plus élevée chez les personnes âgées de 65 à 84 ans en particulier chez les hommes de ce groupe d'âge (+16,0 % avec 1 497 décès supplémentaires en Flandre et +31,9 % avec 1 775 décès supplémentaires en Wallonie). À Bruxelles, la surmortalité a également été élevée chez les 65-84 ans (+30,5 %, 613 décès supplémentaires) mais également chez les 15-64 ans (+31,5 %, 247 décès supplémentaires).

Par rapport au pic de décès de la 1^{ère} vague de l'épidémie de COVID-19, le pic de décès lors de la 2^e vague était plus faible en Flandre et Bruxelles, mais est resté très élevé en Wallonie (244 décès les 9 avril 2020 et 6 novembre 2020).

Concernant les facteurs de risque, la grippe a été exceptionnellement absente lors de la saison hivernale 2020-2021. Il y a eu une vague de froid du 7 au 14 février 2021 et 42 jours de dépassements du seuil des PM_{2,5} (15 µg/m³). La majorité des décès associés à la COVID-19 sont survenus au cours des deux premières vagues de l'épidémie. En janvier 2021, la vaccination contre la COVID-19 a commencé par le personnel et les résidents des maisons de repos, elle a été ensuite étendue aux autres catégories de la population. Au cours de la 3^e vague et des vagues suivantes, l'épidémie de COVID-19 a continué d'engendrer de la surmortalité. Cependant, l'intensité a été plus faible que lors des deux premières vagues. Lors de la 2^e vague, il y a eu 11 964 décès COVID-19 (6 230 en Flandre, 4 686 en Wallonie et 1 048 à Bruxelles), ce qui correspond à 19,9 % de l'ensemble des décès sur la même période. Lors de la 3^e vague, il y a eu 3 320 décès COVID-19 (1 561 en Flandre, 1 343 en Wallonie et 416 à Bruxelles), soit 8,4 % de l'ensemble des décès sur la même période.

La période hivernale 2021-2022

Durant la période hivernale 2021-2022, du lundi 11 octobre 2021 (semaine 41) au dimanche 15 mai 2022 (semaine 19), la Belgique a enregistré une surmortalité élevée, avec 5 633 décès supplémentaires, soit une surmortalité de +8,3 % (73 824 décès enregistrés et 68 191 décès attendus). Néanmoins, la surmortalité diminue par rapport aux deux périodes hivernales précédentes (+11,7 % en 2019-2020 et +13,2 % en 2020-2021). Cette période hivernale a été caractérisée par la poursuite de l'épidémie de COVID-19 dans notre pays, avec 3 vagues (4^e, 5^e et 6^e), ainsi que l'épidémie de grippe à influenza (7 mars au 17 avril 2022) et des alertes de smog.

En moyenne, il y a eu 340 décès par jour, avec un pic de 427 décès le 3 décembre 2021. Tout comme en 2020-2021, la surmortalité a été observée dans tous les groupes d'âge et a été légèrement plus importante chez les personnes âgées de 65 à 84 ans (+10,6 %), et une surmortalité, tous âges confondus, plus importante chez les hommes (+10,2 %) que chez les femmes (+7,2 %), celle-ci étant plus marquée chez les hommes de moins de 65 ans (668 décès supplémentaires, +12 %).

Au niveau régional, La surmortalité a été de +8,5 % en Flandre (3 350 décès supplémentaires), de +9,9 % en Wallonie (2 303 décès supplémentaires), et de +9,3 % à Bruxelles (475 décès supplémentaires). Comme pour la Belgique, la surmortalité en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles a été plus élevée chez les personnes âgées de 65 à 84 ans et les moins de 65 ans.

De la surmortalité sur l'ensemble de la semaine a été observée durant 13 semaines, coïncidant avec les épidémies de COVID-19, de grippe et des périodes de smog.

Concernant les facteurs de risque, il n'y a pas eu de vague de froid et les températures négatives ont été moins fréquentes que les hivers précédents. Par contre, il y a eu de nombreux dépassements des

correspondante, ce qui peut expliquer que la somme des décès supplémentaires des différentes catégories ne correspond pas au calcul des décès supplémentaires pour l'ensemble du pays ou l'ensemble de la catégorie correspondante.

particules en suspension (PM₁₀ et PM_{2,5}) avec l'émission par IRCELINE d'une alerte au pic de pollution pour les particules fines au cours de la semaine 12 (21 mars 2022), avec activation des plans d'actions régionaux (limitations de la vitesse, contrôle de vitesse supplémentaires, gratuité des transports en commun à Bruxelles).

Lors de la période hivernale 2021-2022, la mortalité (hors décès COVID-19) a été corrélée de manière statistiquement significative à l'incidence du syndrome grippal, sauf en Wallonie et à Bruxelles. Les corrélations entre la mortalité et les différents facteurs de risque ont été beaucoup plus faibles que durant les saisons grippales précédentes. La mortalité n'a en revanche pas été corrélée aux concentrations en particules dans l'air, PM_{2,5} et PM₁₀.

La période hivernale 2021-2022, comprend la 4^e vague de l'épidémie de COVID-19 (4 octobre au 26 décembre 2021), la 5^e vague (27 décembre 2021 au 27 février 2022) et la 6^e vague (28 février au 29 mai 2022). La comparaison des vagues épidémiques est complexe car elles ont des durées différentes. La gravité de la COVID-19 a diminué au cours des vagues épidémiques et de moins en moins de décès associés à la COVID-19 ont été notifiés via le système de surveillance. Il y a eu un rebond de la surmortalité durant la 4^e vague. La 6^e vague de COVID-19 a également coïncidé avec l'épidémie de grippe et la période de smog.

Lors de la 4^e vague, il y a eu 2 491 décès COVID-19 (1 298 en Flandre, 933 en Wallonie et 260 à Bruxelles), ce qui correspond à 8,7 % de l'ensemble des décès sur la même période. Lors de la 5^e vague, il y a eu 1 912 décès COVID-19 (1 039 en Flandre, 672 en Wallonie et 201 à Bruxelles), soit 8,8 % de l'ensemble des décès sur la même période. Enfin, lors de la 6^e vague, il y a eu 1 565 décès COVID-19 (1 082 en Flandre, 394 en Wallonie et 89 à Bruxelles), soit 5,3 % de l'ensemble des décès sur la même période.

Plus d'informations dans le rapport Be-MOMO hiver 2020-2021 et 2021-2022 : <https://epistat.sciensano.be/momo/>

RÉSULTATS

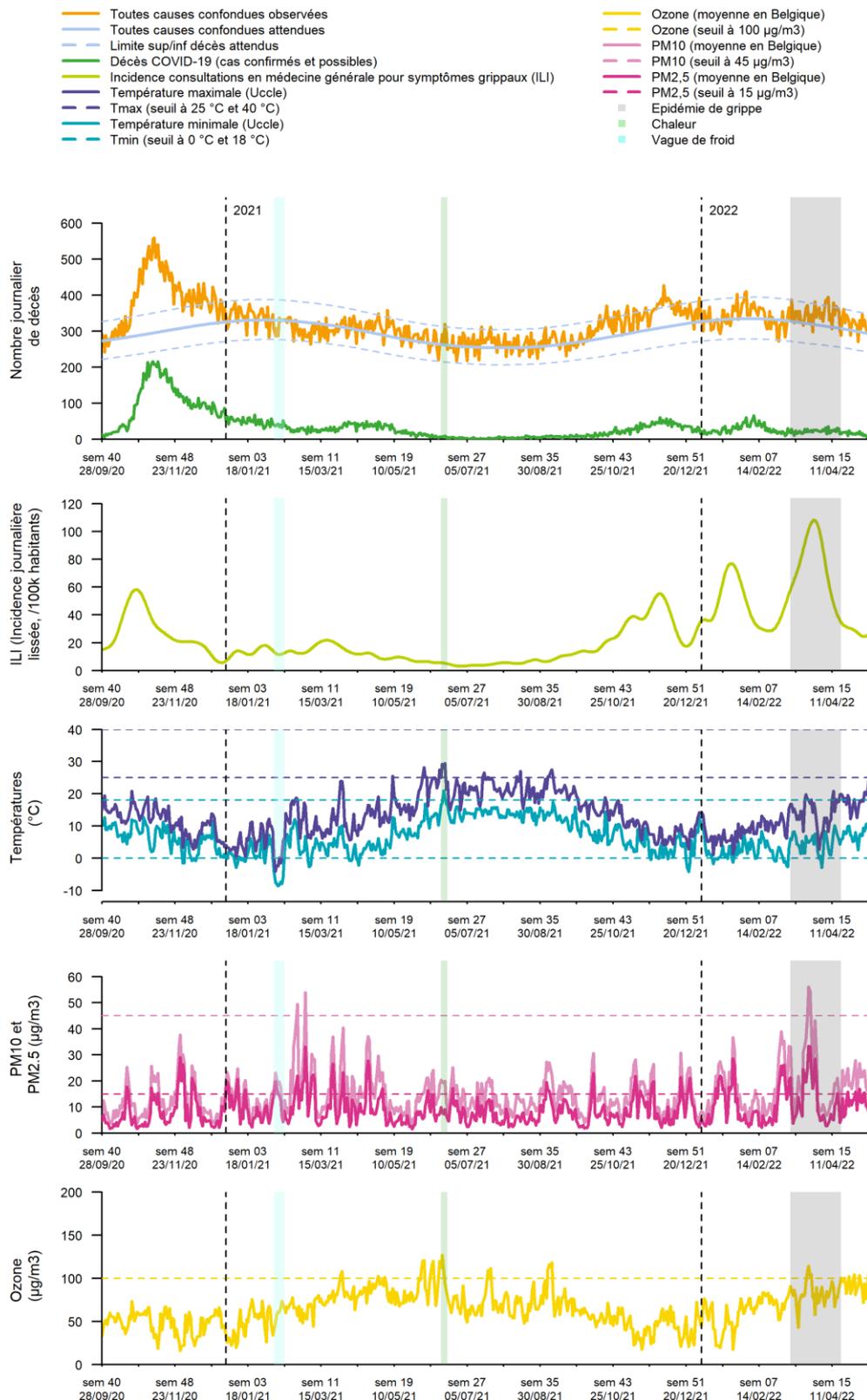


Figure 8 • La mortalité et les facteurs de risque infectieux, météorologiques et environnementaux, Belgique, octobre 2020 à mai 2022 (Source : Sciensano, surveillance Be-MOMO).

RÉSULTATS

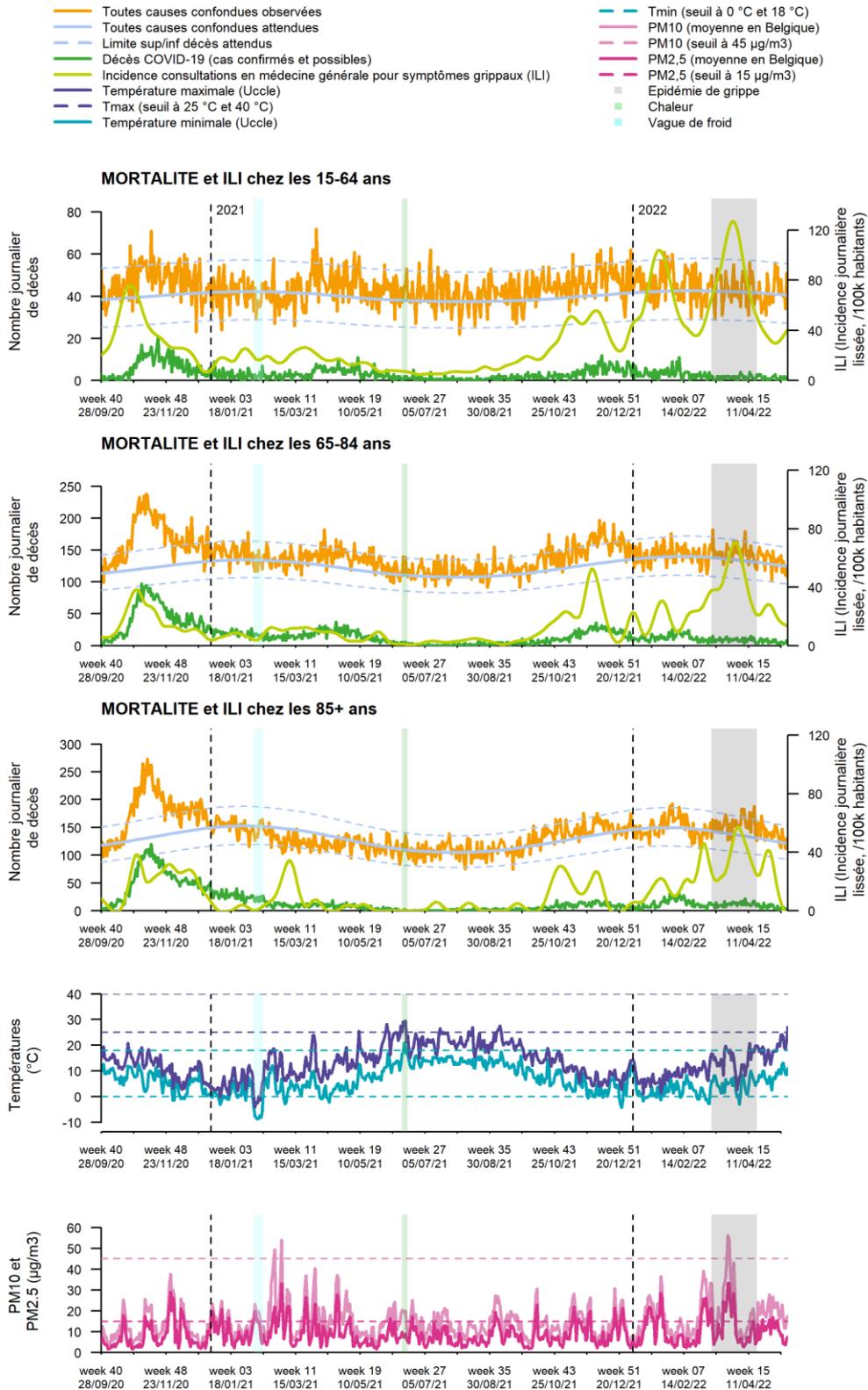


Figure 9 • La mortalité par groupe d'âge et les facteurs de risque infectieux, météorologiques et environnementaux, Belgique, octobre 2020 à mai 2022 (Source : Sciensano, surveillance Be-MOMO).

2. Influenza

2.1. INTRODUCTION

La grippe est une infection virale respiratoire contagieuse causée par le virus Influenza et à l'origine d'épidémies saisonnières. Cette infection se caractérise généralement par l'apparition brutale d'un syndrome grippal. Il s'agit d'une combinaison de symptômes, à savoir : fièvre, frissons, malaise, toux sèche, perte d'appétit, douleurs musculaires, nausées. De façon générale, le virus de la grippe se propage plus rapidement chez l'enfant, en partie lié au fait qu'ils n'ont pas développé d'immunité contre le virus et également du fait de la difficulté à mettre en place des mesures barrières chez ce groupe d'âge. Ce sont d'ailleurs généralement les enfants qui sont les premiers touchés lors d'une grippe saisonnière, et les adultes quelques semaines plus tard seulement.

Bien que les personnes atteintes de la grippe connaissent le plus souvent une évolution favorable, en une à deux semaines sans traitement médical, des complications graves peuvent survenir chez les sujets à risques (personnes âgées, personnes fragilisées par une maladie chronique, les femmes enceintes ou les très jeunes enfants). En particulier chez les personnes âgées, la réponse immunitaire est moins efficace que celle des jeunes et en cas d'infection, elles ont donc en moyenne un risque plus élevé de développer des complications graves dues à la grippe comme par exemple, une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ainsi qu'une aggravation des maladies chroniques qu'elles sont le plus susceptibles de présenter.

On distingue plusieurs types de virus influenza chez l'humain :

- les virus de type A, particulièrement surveillés par leur potentiel à provoquer une pandémie (virus humains et animaux) ;
- les virus de type B, qui se rencontrent quasi-exclusivement chez l'humain ;
- les virus de type C, qui émergent sporadiquement uniquement et ne provoquent le plus souvent que des symptômes légers.

Les virus de types A et B sont ceux responsables des épidémies de grippe saisonnière. De ce fait, seules les souches des virus de type A et B sont prises en compte pour la production des vaccins contre la grippe.

Une épidémie de grippe était définie jusqu'à la saison 2019-2020 comme la période pendant laquelle le nombre de consultations de médecins généralistes pour des symptômes de grippe était supérieur à un certain seuil⁴ et que le pourcentage d'échantillons respiratoires prélevés chez ces patients était positif pour le virus de la grippe dans plus de 20 % des cas. Il existait en effet une bonne corrélation entre le nombre de consultations pour des symptômes de grippe et le nombre d'infections grippales réelles.

Depuis l'émergence de la COVID-19, le seuil basé sur le nombre de consultations pour des symptômes de grippe ne pouvait plus être utilisé pour détecter la fin de l'épidémie de grippe. En effet, la COVID-19 peut provoquer les mêmes symptômes que la grippe, de sorte que l'on ne peut plus attribuer ces symptômes uniquement à la grippe, mais aussi potentiellement à la COVID-19.

Les périodes d'épidémie de grippe sont donc déterminées depuis la saison 2019-2020 en se basant uniquement sur les données historiques d'incidence de la grippe, estimée sur base de l'incidence des consultations de médecins généralistes pour des symptômes de grippe et de la proportion d'infections grippales confirmées parmi les échantillons respiratoires.

Excepté lors de la saison 2020-2021 (en raison de la pandémie de la Covid-19), en Europe et dans le reste de l'hémisphère nord, l'épidémie de grippe survient chaque année généralement entre les mois

⁴ Le seuil épidémiologique est calculé chaque année par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Ce seuil est calculé séparément pour chaque pays sur la base des chiffres des cinq dernières années.

de novembre et avril, avec un démarrage le plus souvent fin décembre. Elle peut provoquer des épidémies de plus ou moins grande ampleur et leur impact sur le système de santé et la société sont très variables d'une année à l'autre et imprévisibles. On estime que la durée moyenne d'une épidémie de grippe saisonnière est de 6 à 12 semaines et que jusqu'à 20% de la population est infectée par la grippe saisonnière chaque année⁵.

2.2. ACTIVITÉ GRIPPALE / TRANSMISSIBILITÉ

2.2.1. Consultations auprès de médecins généralistes dues à une infection confirmée pour la grippe

Lors de la **saison 2020-2021**, il n'y a pas eu de tests d'échantillons provenant du réseau des médecins vigies. Néanmoins, la circulation active du virus de la grippe a été exceptionnellement absente lors de cette saison en Belgique et, à niveau très faible voir absente également dans le reste de l'EU/EEA. L'absence d'épidémie de grippe avait également été rapportée dans les pays de l'hémisphère Sud durant leurs saisons hivernales 2020 et 2021⁶. Ce qui s'explique très probablement par l'impact des diverses gestes barrières et de mesure de santé publiques mises en place pour réduire les transmissions de SARS-CoV-2 pendant cette saison.

Lors de la **saison 2021-2022**, l'épidémie de grippe est réapparue en Belgique. Le seuil épidémique de consultations de médecins généralistes dues à une infection grippale confirmée (52 consultations /100 000 habitants) a été dépassé de la semaine 10 (07 au 13 mars 2022, 273 consultations) à la semaine 15 (11 au 17 avril 2022, 97 consultations). L'épidémie de grippe a donc duré 6 semaines, ce qui est une durée relativement courte. Cependant, les résultats de la surveillance des laboratoires sentinelles semblent montrer que l'épidémie de grippe a commencé plus tôt, ce qu'il est impossible de confirmer sur base des résultats du réseau de médecins vigies car nous ne disposons que de très peu d'échantillons au cours des premières semaines de 2022.

L'intensité de l'épidémie a été modérée. Le nombre de visites chez un médecin généraliste dues à une infection grippale confirmée a augmenté à partir de la semaine 5 (31 janvier au 06 février 2022), s'est stabilisé jusqu'à la semaine 9 (28 février au 06 mars 2022), puis a grimpé jusqu'à un pic de 499 consultations pour 100 000 habitants au cours de la semaine 12 (du 21 au 27 mars 2022) avant de redescendre.

L'activité de la grippe fut donc décalée dans le temps par rapport aux épidémies observées avant la pandémie de COVID-19, avec un début et un pic tardifs qui furent également observés à l'échelle internationale.

⁵ Zipfel CM, et al. The missing season: The impacts of the COVID-19 pandemic on influenza. *Vaccine*. 2021 Jun 23;39(28):3645-3648. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.05.049

⁶ Pendrey CGA, et al. The re-emergence of influenza following the COVID-19 pandemic in Victoria, Australia, 2021 to 2022. *Euro Surveill*. 2023;28(37);pii=2300118. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.37.2300118>

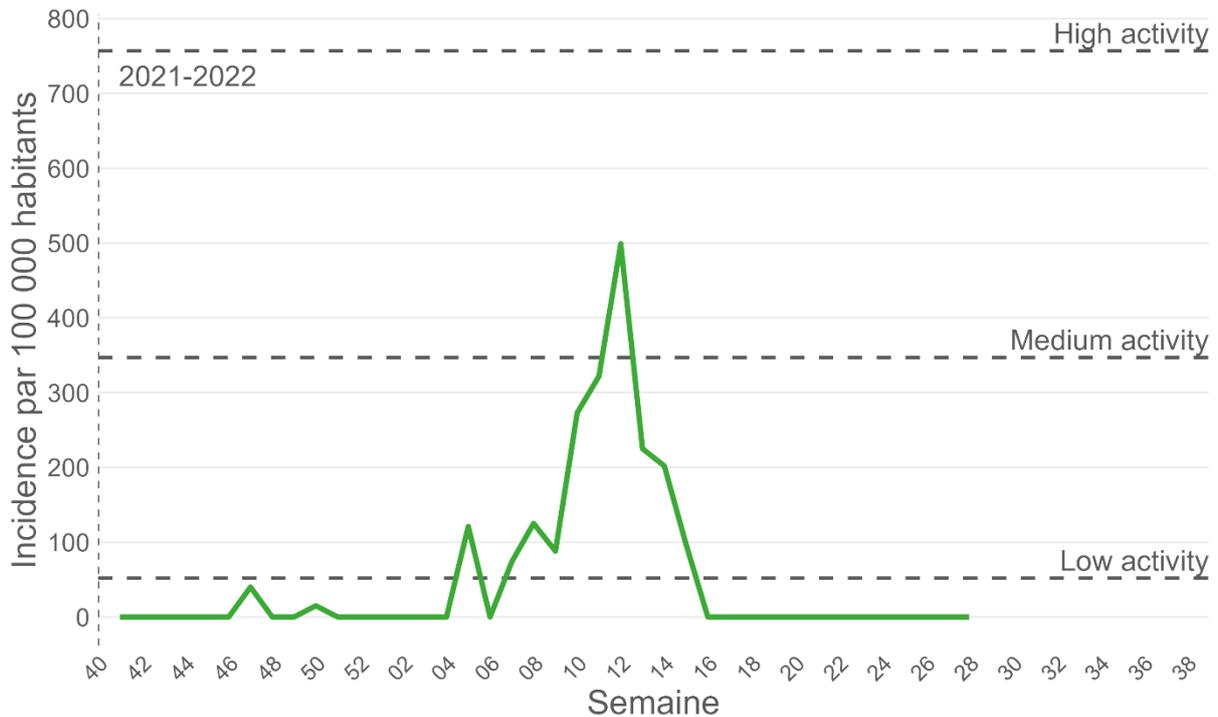


Figure 10 • Incidence hebdomadaire des consultations de médecins généralistes dues à une infection grippale confirmée (pour 100 000 habitants), saison 2021-22, Belgique (Source : Sciensano, réseau de médecins vigies).

2.2.2. Nombre de tests de laboratoire positifs pour la grippe signalés par le réseau de laboratoires vigies

La surveillance des tests de laboratoire positifs pour la grippe par le réseau des laboratoires vigies montre la même tendance que les consultations de généralistes dues à une infection confirmée pour la grippe. Lors de la saison 2020-2021 il n'y a presque pas eu de tests de laboratoires positifs pour le virus de la grippe. Lors de la saison 2021-2022, le nombre de tests positifs a augmenté fortement à partir de la semaine 07 (du 14 au 20 février 2022), pour atteindre un pic de 2 713 tests positifs dans la semaine 12 (du 21 au 27 mars 2022).

La classe d'âge 15-64 ans a représenté le plus grand nombre d'échantillon positif pour la grippe par le réseau des laboratoires vigies pendant l'épidémie de grippe. Dans les groupes d'âge 0-4 ans, 5-14 ans, et >65 ans, le pic des infections a été atteint au cours de la semaine 12 (du 21 au 27 mars 2022). Dans le groupe d'âge 15-64 ans, le pic a été atteint au cours de la semaine 11 (du 14 au 20 mars 2022).

RÉSULTATS

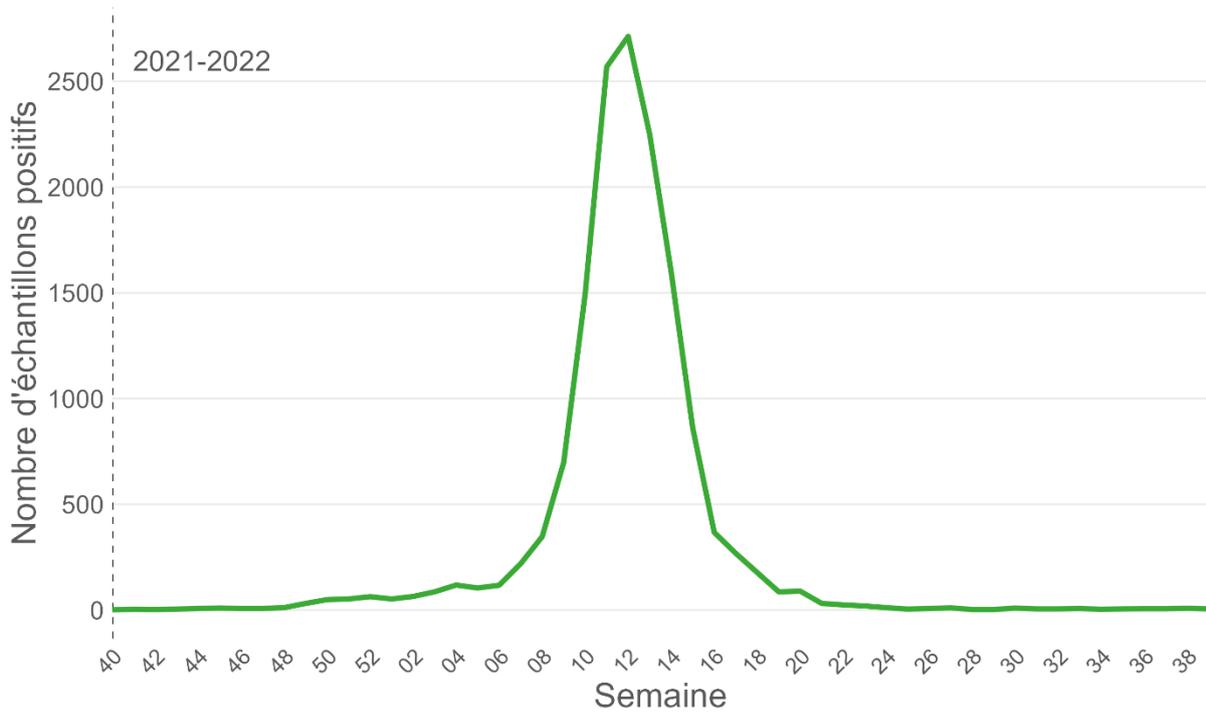


Figure 11 • Nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe rapportés par le réseau de laboratoires vigies, saisons 2021-2022, Belgique (Source : Sciensano, réseau de laboratoires vigies).

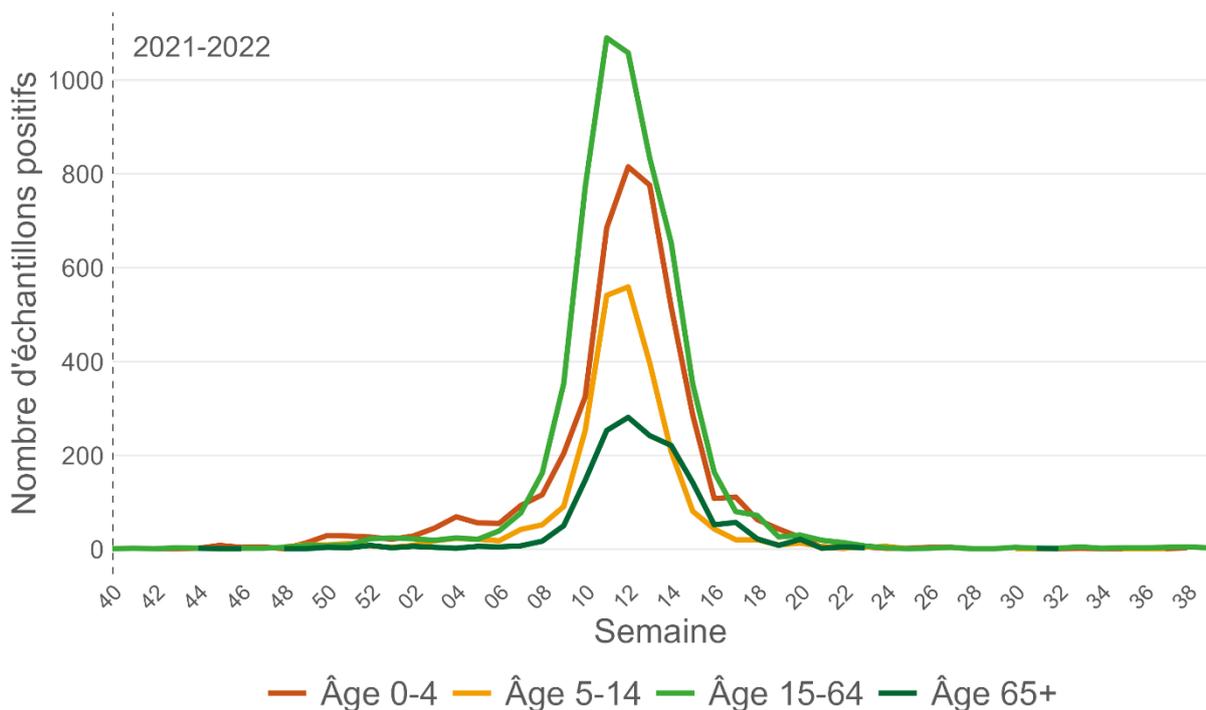


Figure 12 • Nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe, par groupe d'âge, rapporté par le réseau de laboratoires vigies, saison 2021-2022, Belgique. (Source : Sciensano, réseau de laboratoires vigies).

2.3. (SOUS-)TYPES CIRCULANTS

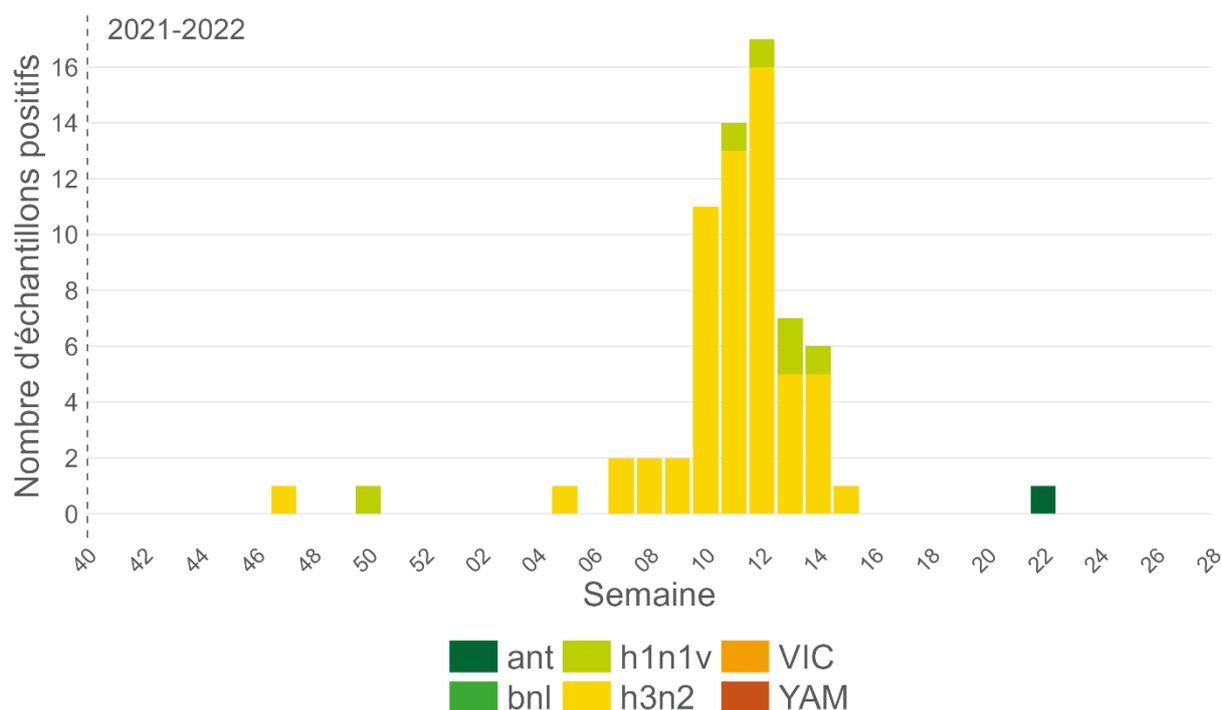


Figure 13 • Types virologiques des échantillons positifs pour la grippe, parmi les patients ILI ou ARI, rapporté par le réseau de médecins vigies, saison 2021-2022, Belgique. (Source : Sciensano, réseau de médecins vigies).

Lors de la saison 2021-2022, seule la grippe A a été détectée par le réseau de médecins vigies. Il s'agissait principalement du sous-type H3N2.

		Flu detection / typing			FLU A subtyping			FLU B lineage		
		negative	A	B	A H1	A H3	A NT	YAM	VIC	B NL
Total (week 40/2021 - 25/2022)	Number of samples with given result	326	66	0	6	59	1	0	0	0
	Number of tested samples	392	392	392	66	66	66	0	0	0
	Percentage (%)	83%	17%	0%	9%	89%	2%			

NT= not subtyped/non subtypable NL = no lineage determined

Pour plus d'information sur la surveillance virologique, nous vous référons au [site internet du Centre National de Référence influenza](#) sur lequel peuvent être consultés leurs rapports annuels des saisons [2020-2021](#) et [2021-2022](#).

2.4. SÉVÉRITÉ ET IMPACT

La sévérité de l'épidémie, estimée par l'incidence des hospitalisations pour infections respiratoires aiguës sévères (SARI), était également modérée. L'incidence des hospitalisations pour SARI confirmées pour la grippe a atteint un pic de 7,5 admissions pour 100 000 habitants lors de la semaine 11 (14 au 20 mars 2022).

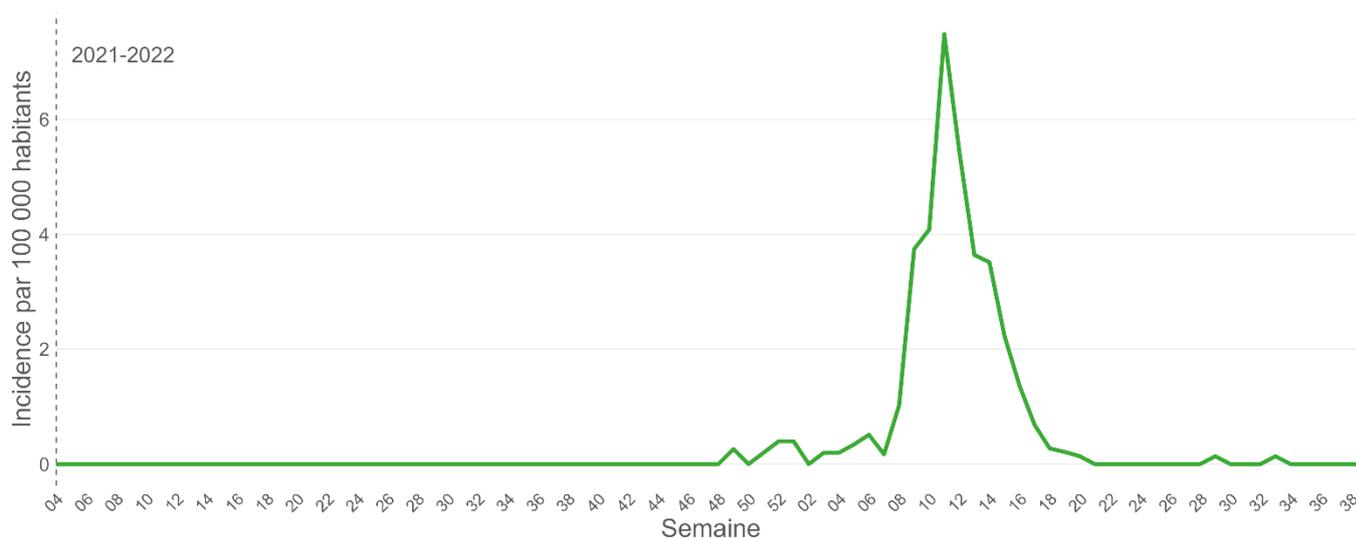


Figure 14 • Incidence des hospitalisations pour SARI confirmées pour la grippe, rapporté par le réseau des hôpitaux vigies, saison 2021-2022. (Source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).

2.5. EFFICACITÉ VACCINALE

Saison 2020-2021 :

Compte tenu de l'absence de circulation active du virus de la grippe pour la saison 2020-2021, l'efficacité vaccinales n'a pas pu être estimée.

Saison 2021-2022 :

Lors de la saison 2021-2022, le nombre de cas de grippe rapporté a été trop parcellaire, en particulier en provenance des médecins vigies, dont la surveillance a souvent été interrompue ou bien largement impactée par la charge de travail due à la Covid-19. Dès lors, le calcul de l'efficacité vaccinale ne donne pas de résultats suffisamment robustes pour la saison 2021-2022.

Au niveau européen, le réseau de soins primaires I-MOVE a mené une étude multicentrique test-négative pour mesurer l'efficacité du vaccin (EV) contre la grippe. L'EV globale contre la grippe A(H1N1)pdm09 était de 75 % (IC 95 % : 43-89). L'EV globale contre la grippe A(H3N2) était de 29 % (IC 95 % : 12-42) et de 25 % (IC 95 % : -41 à 61), 33 % (IC 95 % : 14-49) et 26 % (IC 95 % : -22 à 55) chez les personnes âgées de 0 à 14 ans, de 15 à 64 ans, et de plus de 65 ans, respectivement. L'EV A(H3N2) dans le groupe cible de la vaccination antigrippale était de 20 % (IC 95 % : -6 à 39).⁷

⁷ Kissling E et al. Influenza vaccine effectiveness against influenza A subtypes in Europe: Results from the 2021-2022 I-MOVE primary care multicentre study. *Influenza Other Respir Viruses*. 2023 Jan;17(1):e13069. doi: 10.1111/irv.13069.

3. SARS-CoV-2

3.1. INTRODUCTION

Découvert en décembre 2019 dans la province de Wuhan (Chine), le SARS-CoV-2 (pour Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) est le virus à l'origine de la maladie de la Covid-19 (pour Coronavirus infectious Disease 2019), maladie infectieuse émergente.

Le SARS-CoV-2, virus à ARN monocaténaire, appartient à l'importante famille des coronavirus infectant principalement les animaux mais qui provoque des infections, les plus souvent non graves, chez l'homme.

Avant 2019, deux autres coronavirus, du genre betacoronavirus avaient été à l'origine d'épidémies graves chez l'humain :

- Le SRAS-CoV-1 (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère-Coronavirus) en 2002-2003
- Le MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus) en 2012

Le SARS-CoV-2 est un virus très contagieux et se transmet principalement par voie aérienne (gouttelettes respiratoires) ou par contact direct de ces gouttelettes par les yeux, la bouche ou le nez. La transmissibilité et la période d'incubation varient en fonction des variants et de l'immunité individuelle.

L'intensité des symptômes de la Covid-19 peuvent varier en fonction du variant responsable de l'infection. Certains cas sont asymptomatiques, légers ou modérés et ne nécessitent pas de prise en charge médicale. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés peuvent s'assimiler à un syndrome grippal comprenant notamment toux, fatigue, fièvre, maux de tête, myalgie, mal de gorge pouvant également s'accompagner d'une perte de goût et d'odorat.

En particulier chez les populations à risques (personnes âgées de plus de 60 ans, les femmes enceintes, ou les personnes souffrant de maladies chroniques tels que l'obésité), la Covid-19 peut évoluer vers une pneumonie pouvant mener à une insuffisance respiratoire nécessitant une assistance respiratoire. L'embolie pulmonaire, l'accident vasculaire cérébral, les lésions myocardiques, les arythmies et l'encéphalopathie font partie, entre autre, des autres complications graves de la Covid-19.

3.2. SYSTÈMES DE SURVEILLANCE POUR LA COVID-19.

En raison de la pandémie de COVID-19, la surveillance sentinelle SARI a été interrompue à partir de mars 2020. Dans le même temps, la surveillance hospitalière exhaustive (Surge Capacity Survey, voir présentation des outils de surveillance), nécessaire pour la gestion de la pandémie, a été mise en place. A partir de janvier 2021, il y a eu une reprise progressive de la surveillance hospitalière sentinelle (permettant de suivre d'autres virus respiratoires tels que la grippe et le RSV). A partir de ce moment, les deux surveillances ont fonctionné en parallèle.

Le suivi de l'activité du SARS-CoV-2, mesurable par la surveillance des tests et cas de COVID-19 (suivi exhaustif des tests), a également pu être suivi en parallèle par une combinaison de systèmes sentinelle : outre le réseau de médecins et d'hôpitaux vigies discutés précédemment dans le cadre du suivi de la grippe (avec analyse d'échantillons pour la saison 2021-2022, mais pas pour la saison 2020-2021), un baromètre des médecins généralistes a également été mis en place et permet de suivre l'incidence du nombre de consultations pour suspicion de COVID-19.

Les résultats des surveillances sentinelles des saisons 2020-2021 et 2021-2022 étaient moins précis que les résultats des surveillances exhaustives, mais permettait une surveillance élargie à d'autres pathogènes. Néanmoins, surtout à partir de la saison 2021-2022, les mêmes tendances générales ont pu être observées avec les surveillances sentinelles.

3.3. VAGUES DE COVID-19 EN BELGIQUE

Sciensano a déterminé les vagues de COVID-19 selon des critères bien définis⁸ prenant en compte principalement la circulation des différents variants du SARS-CoV-2. La période comprise entre la semaine 40 2020 et la semaine 39 2022 (saisons 2020-2021 et 2021-2022) a connu 7 vagues de COVID-19. Le tableau ci-dessous détaille les dates de début et de fin des différentes vagues.

	Jours	Semaines
Vague 2	31/08/2020 – 14/02/2021	2020W36 – 2021W06
Vague 3	15/02/2021 – 27/06/2021	2021W07 – 2021W25
Inter Vague 3-4	28/06/2021 – 03/10/2021	2021W26 – 2021W39
Vague 4	04/10/2021 – 26/12/2021	2021W40 – 2021W51
Vague 5	27/12/2021 – 27/02/2022	2021W52 – 2022W08
Vague 6	28/02/2022 – 29/05/2022	2022W09 – 2022W21
Vague 7	30/05/2022 – 11/09/2022	2022W22 – 2022W36
Vague 8	12/09/2022 – 20/11/2022	2022W37 – 2022W46

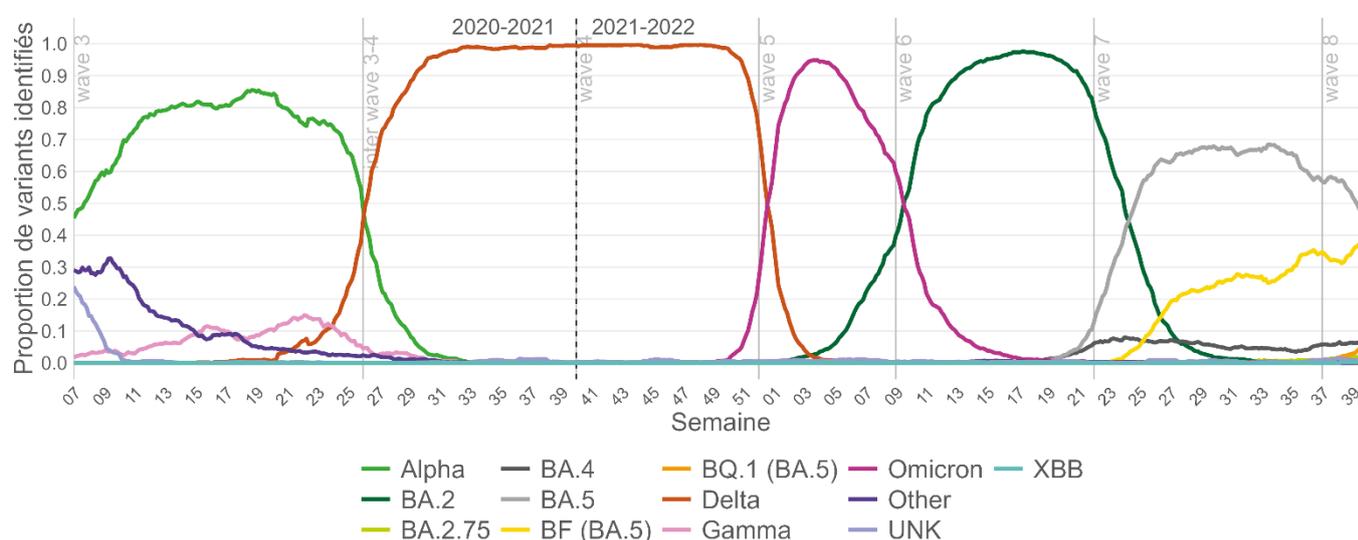


Figure 15 • Occurrence des variants du SARS-CoV-2 au fil du temps (source : Sciensano, Epistat, surveillance moléculaire de base du SARS-Cov-2)

Au cours de la période examinée dans le présent rapport, trois variants différents du SARS-CoV-2 étaient dominants. Pour les 2^e et 3^e vagues, le variant Alpha était la souche virale dominante. Le variant Delta est devenu dominant pendant la période entre les vagues 3 et 4 ; le 29/06/2021, 53 % des échantillons analysés appartenaient au variant Delta. Ce variant est resté dominant jusqu'à la 5^e vague. Le 01/02/2022 Omicron est devenu dominant, ce jour-là 53% des échantillons analysés appartenaient à ce variant. Le 05/05/2022 (vague 6), Omicron BA.2 est devenu dominant avec 53 % des échantillons analysés. Au cours de la vague 7, Omicron BA.5 est devenu le variant dominant, avec 46 % des échantillons analysés positifs pour ce variant le 16/06/2022.

Pour des informations plus spécifiques concernant les variants du SARS-CoV-2, veuillez consulter le [Dashboard de Sciensano](#).

⁸ https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_FAQ_FR_final.pdf

3.4. ACTIVITÉ DU SARS-COV-2

En termes de nombre de nouvelles infections, la Belgique a connu une transmission particulièrement élevée du virus SARS-CoV-2 à l'automne 2020 (vague 2) et 2021 (vague 4) et au printemps 2021 (vagues 5 et 6). Les réseaux vigies qui assurent le suivi des infections respiratoires aiguës ont également connu une activité accrue de COVID-19, en particulier durant ces périodes.

Lors de la **deuxième vague**, à l'automne 2020 et l'hiver 2020-2021, durant 43 a eu lieu le pic du nombre hebdomadaire total d'infections confirmées en Belgique dans le cadre de la surveillance des tests et des cas de COVID-19, avec 105 851 infections confirmées.

Un pic d'activité a également été observé dans les réseaux vigies surveillant les infections respiratoires aiguës au cours de ces mêmes semaines (Figure 17). Dans le baromètre des médecins généralistes, le nombre moyen le plus élevé de contacts quotidiens avec un médecin généraliste pour une suspicion de COVID-19 a été observé le 19/10/2020 (semaine 43) avec 348 consultations pour une suspicion de COVID-19 pour 100 000 habitants.

Au cours de la **troisième vague**, au printemps 2021, la transmission du virus a été en moyenne beaucoup moins importante. La surveillance des tests et cas de COVID-19 a montré un pic dans le nombre de cas au cours de la semaine 12 avec 33 997 cas confirmés. Le baromètre des médecins généralistes a également montré un pic dans le nombre de consultations de médecins généralistes pour une suspicion de COVID-19 au cours de la même période, le 22/03/2021 (semaine 12). L'incidence était de 254 consultations pour 100 000 habitants.

La **quatrième vague** de l'épidémie de COVID-19 en Belgique a de nouveau montré une transmission du virus plus importante que la troisième vague. Sur la base de la surveillance des tests et cas de COVID-19, le nombre de cas confirmés a atteint son maximum en semaine 47 avec 125 945 cas confirmés.

Le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes (enregistré par le baromètre des médecins généralistes), a atteint son maximum une semaine plus tard (semaine 48, 29/11/2021) avec 228 consultations pour 100 000 habitants.

L'incidence la plus élevée de patients atteints de COVID-19 a également été enregistrée au sein du réseau de médecins vigies cette même semaine, avec 200 consultations pour 100 000 habitants.

Le taux de positivité le plus élevé pour la COVID-19 chez les patients atteints de symptômes grippaux (ILI) dans le cadre de la surveillance par les médecins généralistes a été atteint deux semaines plus tôt, au cours de la semaine 46 (15/11/2021), avec un taux de positivité de 36 %.

Pour la période étudiée dans ce rapport, c'est la **5^e vague** qui a montré la transmission la plus importante du virus, d'après les informations obtenues par les différentes surveillances.

Sur la base de la surveillance des tests et des cas de COVID-19, le nombre de cas confirmés a atteint son maximum au cours de la semaine 03 avec 352 141 cas confirmés. D'après le baromètre des médecins généralistes, les consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes ont atteint un pic une semaine plus tard, à savoir 353 consultations /100 000 habitants.

L'incidence la plus élevée de patients positifs au SARS-CoV-2 dans le cadre de la surveillance des ILI a été atteinte aussi au cours de la semaine 04 avec 216 consultations /100 000 habitants. Le taux de positivité le plus élevé dans le cadre de la surveillance des médecins généralistes avait déjà été atteint au cours de la semaine 01. Au cours de cette semaine, 64 % des échantillons prélevés sur des patients présentant des symptômes grippaux étaient positifs pour le SARS-CoV-2.

Au cours de la **6^e vague**, le nombre de cas confirmés de COVID-19 dans le cadre de la surveillance des tests et cas de COVID-19 a atteint son maximum au cours de la semaine 12 avec 78 915 cas confirmés de COVID-19 dans le cadre de cette surveillance. Il est important de noter que les contacts à haut risque n'ont plus été systématiquement testés depuis la 6^e vague.

Le taux de positivité le plus élevé (33 %) pour le SARS-CoV-2 chez les patients souffrant de symptômes grippaux au sein du réseau de médecins généralistes a été observé en semaine 19. Cependant, dans le baromètre des médecins généralistes, l'incidence la plus élevée de consultations pour suspicion de

COVID-19 a été rapportée au cours de la semaine 13 (28/03/2022) avec 121/100 000 habitants. C'est également au cours de cette semaine que l'on a observé la plus forte incidence de patients positifs pour le SARS-CoV-2 au sein du réseau de médecins généralistes, à savoir 169/100 000 habitants.

La 7^e vague a montré le plus grand nombre de cas confirmés de COVID-19 dans le cadre de la surveillance des tests et cas de COVID-19 pendant la semaine 27 avec 55 096 cas confirmés. Le baromètre des médecins généralistes a montré un pic de consultations pour suspicion de COVID-19 la même semaine: le 04/07/2022 l'incidence était de 57/100 000 habitants.

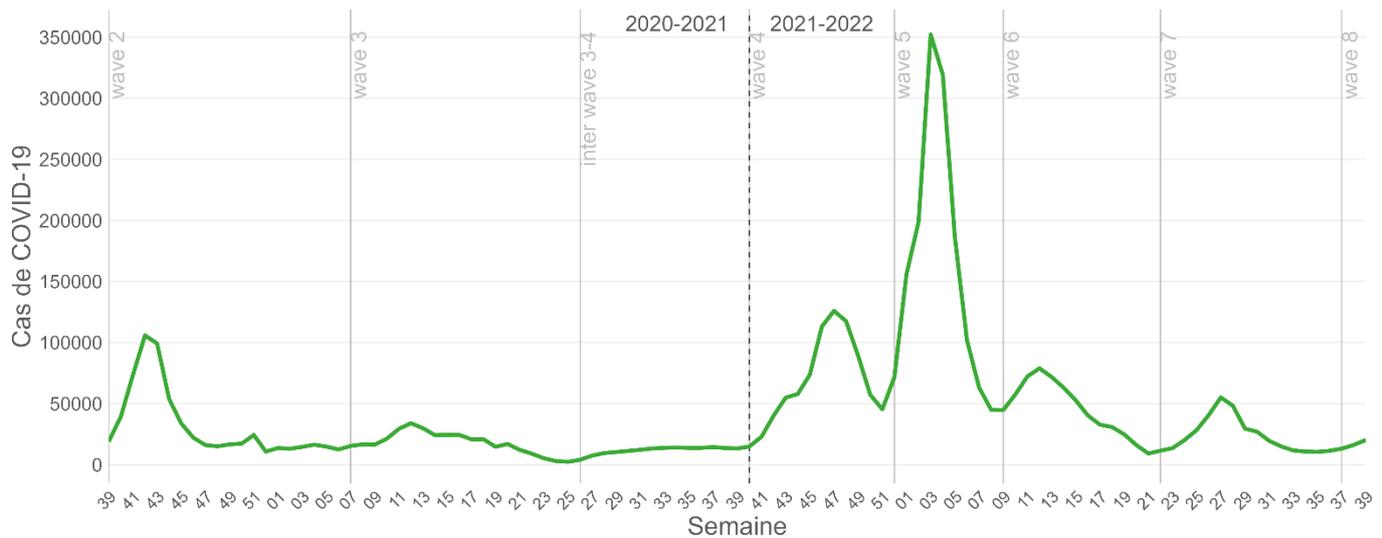


Figure 16 • Nombre hebdomadaire d'infections confirmées pour le SARS-CoV-2 (source : Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).

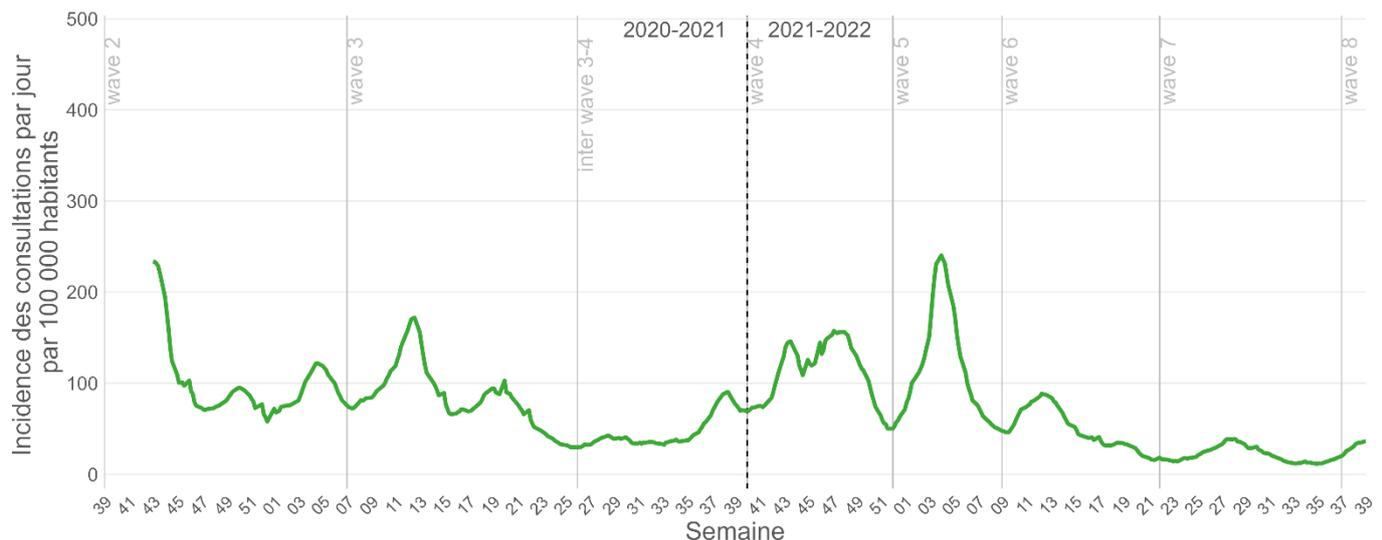


Figure 17 • Incidence (moyenne mobile sur 5 jours) du nombre quotidien de consultations pour suspicion de COVID-19, pour la Belgique. (Source : Sciensano, baromètre des médecins généralistes).

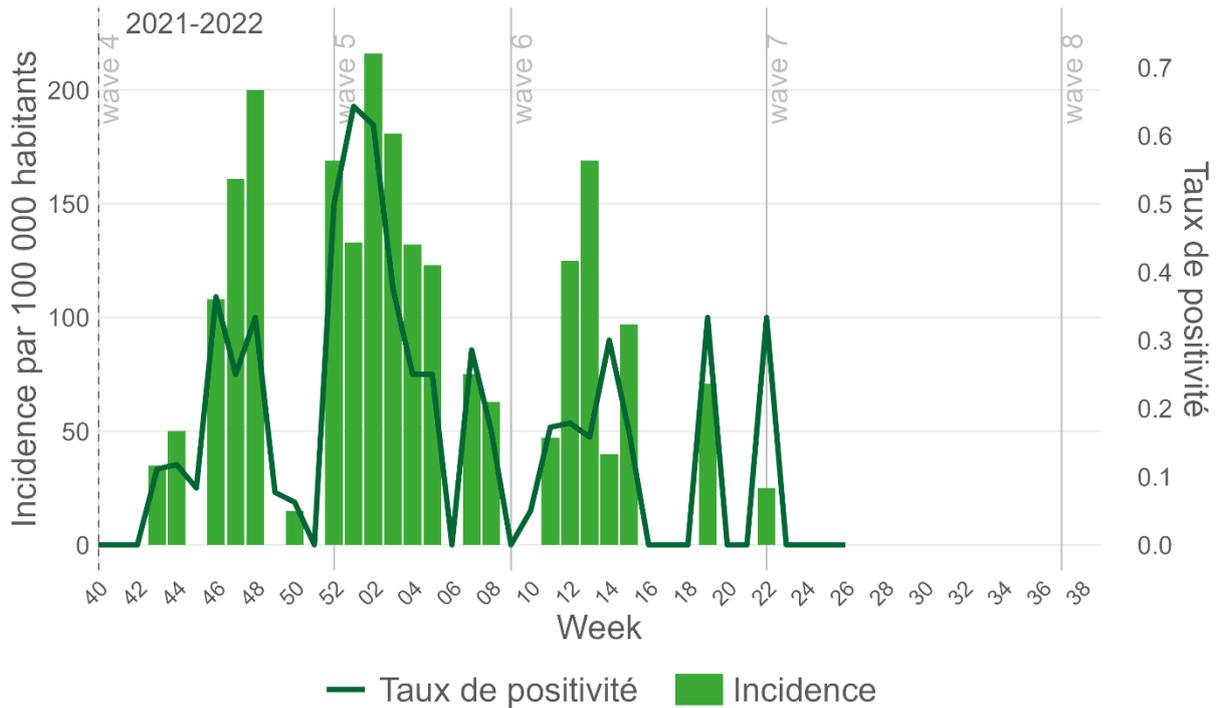


Figure 18 • Incidence de COVID-19 et taux de positivité pour le SARS-CoV-2 rapporté par le réseau des médecins vigies (Source : Sciensano, réseau de médecins vigies).

3.5. CHARGE DE TRAVAIL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L'enregistrement de la charge de travail des médecins généralistes a été mis en place par les médecins généralistes en cours de la pandémie de la COVID-19. Les médecins rapportaient l'estimation de leur charge de travail, allant de « très faible » à « très élevée ». Cette surveillance n'a commencé qu'après la deuxième vague de sorte que ces données ne couvrent pas l'ensemble de la période étudiée dans le présent rapport.

Durant les saisons 2020-2022, c'est au cours de la septième vague que les médecins généralistes ont estimé leur charge de travail liée à la COVID-19 comme étant la plus élevée. Un pic de charge de travail a été enregistré en semaine 32 (2022), avec 61,5 % des médecins considérant leur charge de travail liée à la suspicion de COVID-19 comme élevée ou très élevée.

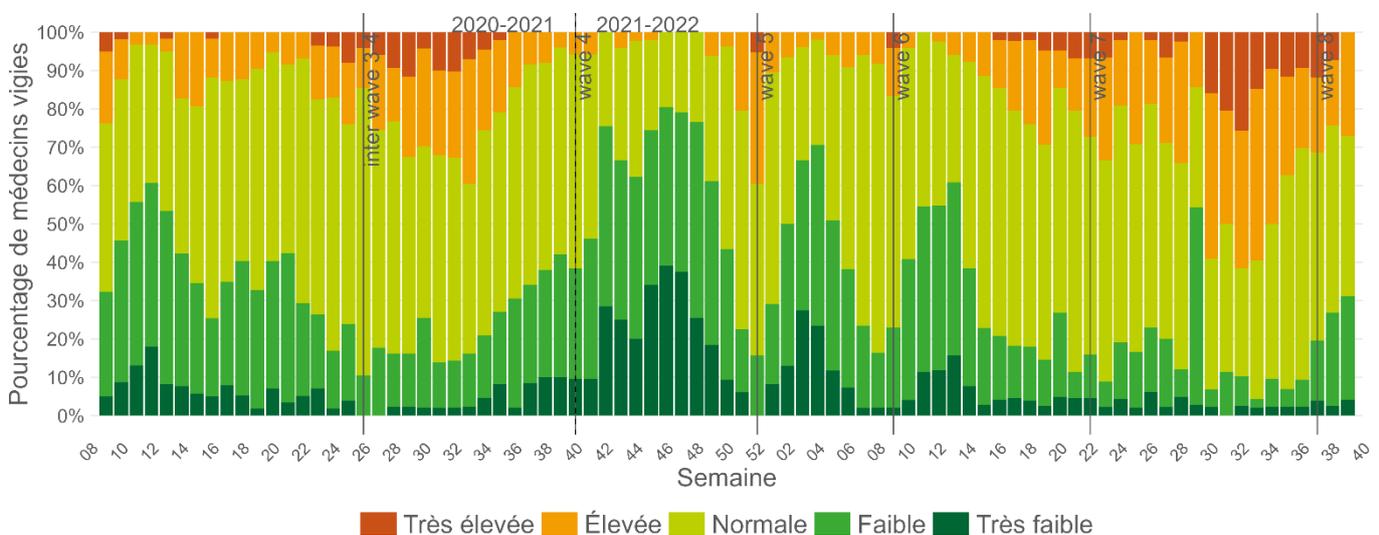


Figure 19 • Auto-évaluation de la charge de travail résultant de la COVID-19 par les médecins généralistes (Source : Sciensano, réseau des médecins vigies).

3.6. SURVEILLANCE DES EAUX USÉES

La figure 20 représente les charges virales quantitatives de l'ARN du SRAS-CoV-2, agrégées par région, dans les eaux usées et l'incidence des cas positifs sur 14 jours pour chaque région, en compilant les données d'incidence des zones couvertes par la surveillance des eaux usées.

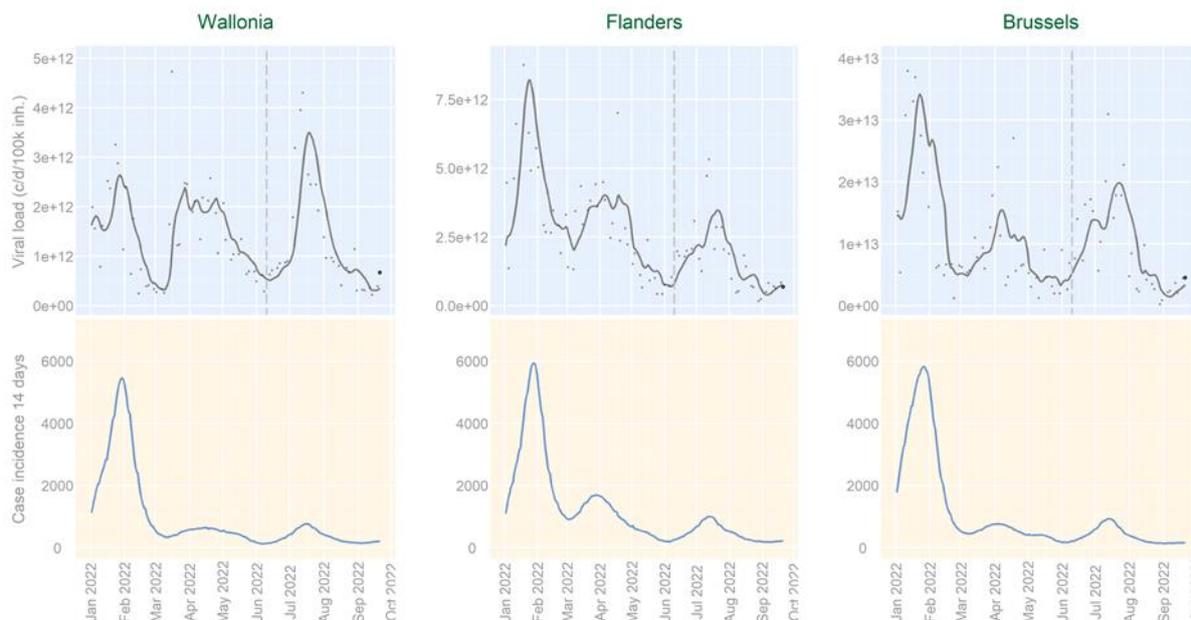


Figure 20 • Charges virales de SARS-CoV-2 exprimées en copies/jour/100.000 habitants (sur la base de la moyenne mobile des deux dernières semaines appliquée à l'interpolation linéaire) (en haut), et incidence des cas positifs sur 14 jours dans la population couverte par la surveillance des eaux. Avant la date marquée par la ligne verticale en pointillés, le standard NIBSC était utilisée pour quantifier le SARS-CoV-2 et après cette date, c'est la standard EURM qui a été utilisée.

Trois indicateurs d'alertes ont été développés et évalués chaque semaine durant ces deux années pour suivre l'évolution du SARS-CoV-2:

- L'indicateur nommé « Haute circulation » indique les zones de circulation élevée du virus pour la semaine en cours. Cela correspond à une situation où la charge virale surpasse la moitié de la valeur la plus haute enregistrée durant la vague de référence.
- L'indicateur « Augmentation rapide » indique les zones dans lesquelles la circulation virale a augmenté rapidement par rapport à la semaine précédente, avec une pente de plus de 70 %.
- Enfin, l'indicateur « Tendence à la hausse » indique les zones où les charges virales sont en hausse depuis plus de six jours.

Généralement, lorsque les charges virales dans les eaux usées commencent à augmenter dans une région, l'indicateur « Tendence à la hausse » sera le premier à devenir positif. Si les charges virales augmentent rapidement, l'indicateur « Augmentation rapide » sera alors positif. Enfin, l'indicateur « Haute circulation » deviendra positif si les charges virales atteignent des niveaux équivalents à la moitié de ceux enregistrés lors de la vague de référence.

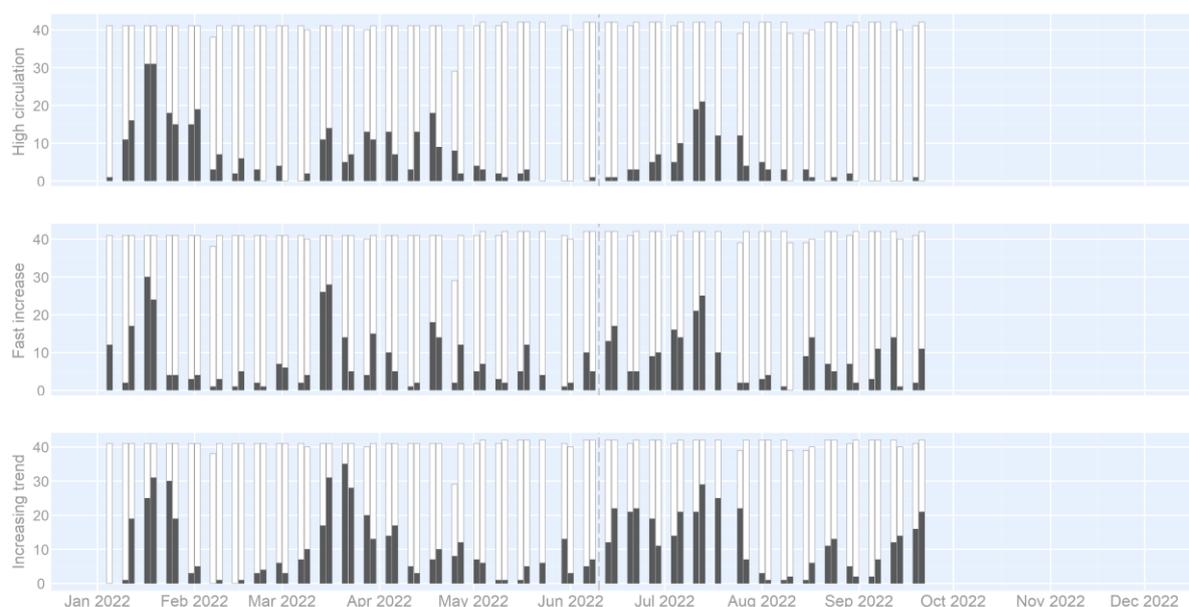


Figure 21 • Le nombre de zones (parmi les 42 couvertes par la surveillance des eaux usées), avec des indicateurs d'alerte positifs (noir) comparé au nombre total de zones considérées chaque semaine dans la surveillance des eaux usées (blanc). Les barres blanches représentent le nombre total de zones examinées chaque semaine dans le cadre de la surveillance des eaux usées. Avant la date marquée par la ligne verticale en pointillés, la standard NIBSC était utilisée pour quantifier le SARS-CoV-2 et après cette date, c'est le standard EURM qui a été utilisée.

3.7. SÉVÉRITÉ ET IMPACT

Tableau 1 • Nombre d'hospitalisations pour COVID-19 enregistré dans le cadre de la surveillance hospitalière exhaustive, par vague.

	Nombre total d'hospitalisations	Durée de la vague (jours)
Vague 2	35 740	167
Vague 3	20 119	132
Inter Vague 3-4	4491	97
Vague 4	16 208	83
Vague 5	15 235	62
Vague 6	14 121	90
Vague 7	10 380	104
Vague 8	5330	70

Pour la période couverte par ce rapport, le nombre le plus élevé d'hospitalisations pour COVID-19 a été enregistré au cours des deuxième et troisième vagues de la pandémie. Ces deux vagues sont également celles qui auront duré le plus longtemps, 167 et 132 jours respectivement.

La surveillance SARI n'a été relancée que durant la 4^e semaine de 2021, de sorte que les données des hospitalisations pour raison de COVID-19 proviennent exclusivement de la surveillance exhaustive avant cette date.

Dans le cadre de la surveillance hospitalière exhaustive, le nombre le plus élevé d'admissions à l'hôpital pour COVID-19 pour la vague 2 a été enregistré en semaine 45, avec 4732 admissions.

Au cours de la 3^e vague, le nombre d'admissions à l'hôpital pour COVID-19 (surveillance exhaustive des hôpitaux) a atteint son maximum en semaine 13 avec 1843 admissions. Au cours de la semaine 14, l'incidence la plus élevée de patients positifs au SARS-CoV-2 a été observée au sein du réseau des hôpitaux vigies (surveillance SARI), avec 4,2 admissions/100 000 habitants. Le taux de positivité le plus élevé parmi les patients SARI, à savoir 39 %, a été enregistré en semaine 23.

Au cours de la 4^e vague, le pic des hospitalisations et le taux de positivité le plus élevé pour le SARS-CoV-2 dans le cadre de la surveillance SARI ont été atteints en semaine 47 (2021). Au cours de cette semaine, la surveillance exhaustive des hôpitaux a enregistré 2200 hospitalisations pour COVID-19. Sur la base de la surveillance SARI, l'incidence la plus élevée des hospitalisations pour COVID-19 a été estimée à 11,3 admissions/100 000 habitants, le taux de positivité pour ces patients étant de 72 %, en semaine 48.

Lors de la 5^e vague, le pic du nombre d'hospitalisations pour COVID-19 a eu lieu en semaine 04 (2022) avec 2525 hospitalisations (surveillance exhaustive). Ce pic est relativement modéré, considérant qu'il s'agit de la vague ayant présenté la plus importante circulation du virus pendant la période étudiée dans ce rapport, d'après les informations obtenues par les différentes surveillances (section 3.4). Au sein du réseau d'hôpitaux vigies, l'incidence la plus élevée de patients positifs au SARS-CoV-2 a été observée en semaine 03 avec 10,1 admissions/100 000 habitants. Le taux de positivité le plus élevé dans le cadre de cette surveillance, à savoir 72 %, a été enregistré en semaine 04.

Lors de la 6^e vague, le nombre le plus élevé d'hospitalisations pour COVID-19 (surveillance exhaustive des hôpitaux) a été observé au cours de la semaine 13. Cette semaine-là, le nombre d'hospitalisations était de 1535. Semaine 14 a enregistré le taux de positivité le plus élevé dans le cadre de la surveillance SARI, à savoir 40 %. Au sein du réseau d'hôpitaux vigies, les incidences les plus élevées d'hospitalisations chez les patients positifs au SARS-CoV-2, à savoir 3,7 admissions/100 000, ont été observées en semaines 11 et 14.

Pour la 7^e vague, les hospitalisations basées sur la surveillance exhaustive des hôpitaux ont atteint leur maximum durant cette vague en semaine 28 avec 1174 admissions. Sur la base de la surveillance des hôpitaux vigies, l'incidence la plus élevée de patients positifs au SARS-CoV-2 s'est produite au cours de la même semaine 28, avec 2,8 admissions/100 000 habitants. C'est également au cours de cette semaine que le taux de positivité a été le plus élevé (58 %).

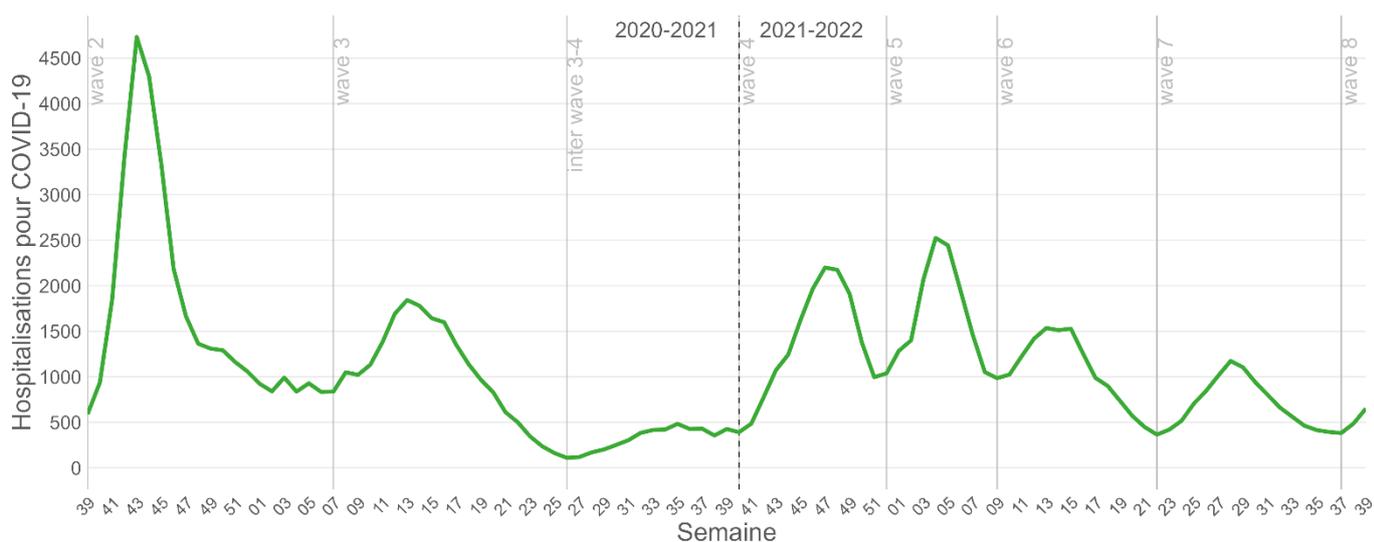


Figure 22 • Nombre d'admissions à l'hôpital pour COVID-19 par semaine basé sur la surveillance hospitalière exhaustive (Source : Sciensano, Epistat).

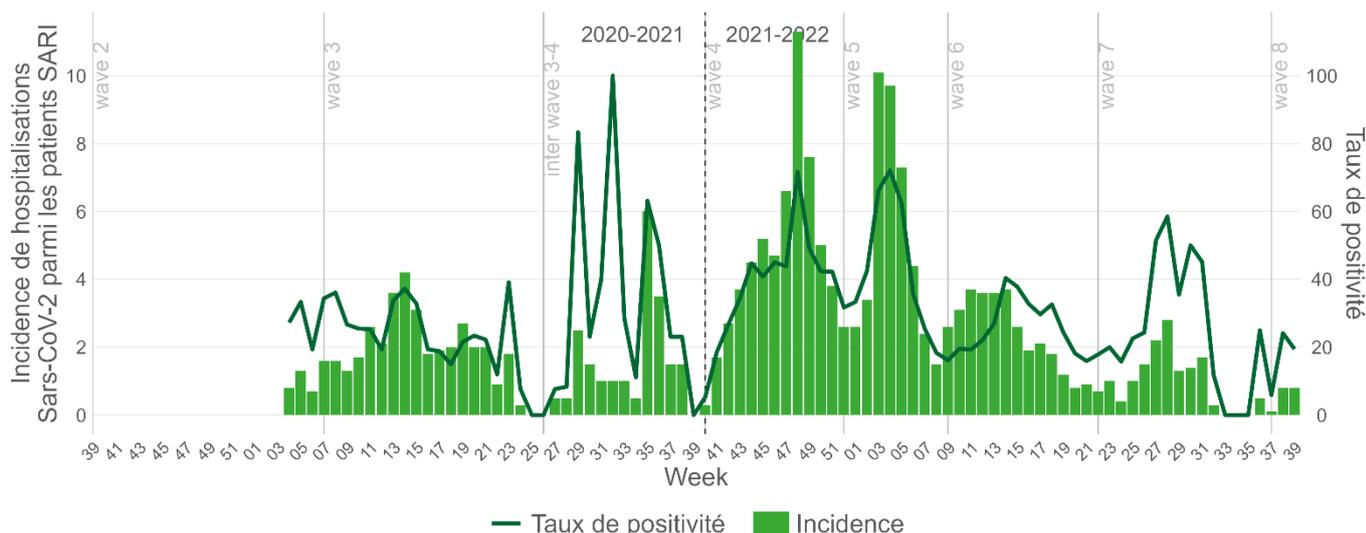


Figure 23 • Incidence des patients admis à l'hôpital pour SARI, positifs pour le SARS-CoV-2, et taux de positivité. (Source : Sciensano, réseau d'hôpitaux vigies).

Les résultats de la surveillance SARI par groupe d'âge ne permettent pas de suivre les tendances au cours du temps, en raison d'un nombre insuffisant d'échantillons positifs en particulier pendant les mois d'été. Néanmoins, on peut y observer que les groupes d'âge les plus représentés parmi les patients SARI hospitalisés pour une infection confirmée au SARS-CoV-2 sont les groupes 0-4 ans et 65 ans et plus.

Décès dus à la COVID-19 dans le réseau d'hôpitaux vigies (réseau SARI)

La Figure 24 illustre le taux de mortalité associé à la COVID-19 dans le réseau SARI, à partir de la semaine 4 de 2021 (3^e vague), qui correspond à la reprise de cette surveillance. On y observe des fluctuations dans l'ensemble de la période présentée, ainsi qu'un pic de mortalité important en novembre 2021 (4^e vague).

Néanmoins, ces résultats sont à interpréter avec prudence. En effet, la pression exercée sur les systèmes de santé pendant la pandémie de COVID-19 n'a pas permis d'assurer une surveillance et une déclaration complètes par les hôpitaux du réseau SARI, dont la plupart n'ont communiqué leurs données que certains jours de la semaine pendant cette période. Il est également probable que la qualité de la déclaration n'était pas optimale et que les patients SARI n'ont donc pas été enregistrés de manière exhaustive pendant les jours de notification. Enfin, indépendamment du contexte de la pandémie, les patients SARI sont inclus sur la base d'une définition de cas assez stricte basée sur une combinaison de symptômes et excluant, par exemple, les séjours hospitaliers de courte durée et les infections nosocomiales. Pour ces différentes raisons, les décès enregistrés par le réseau SARI pendant la période couverte par ce rapport sont relativement rares et les tendances ne peuvent donc pas être considérées comme représentatives.

Parallèlement à la surveillance réalisée par le réseau SARI, une surveillance non-exhaustive sur les données cliniques des patients COVID-19 a été effectuée dans les hôpitaux (*Clinical Hospital Survey*) avec des informations sur les décès COVID-19 qui sont disponibles dans le rapport [en lien](#).

De plus, les données hospitalières de mortalité collectées dans le cadre de la surveillance hospitalière exhaustive (voir outils de surveillance) ont été incluses dans la [surveillance épidémiologique des décès COVID-19](#). Ces données hospitalières sont disponibles en [open data](#).

RÉSULTATS

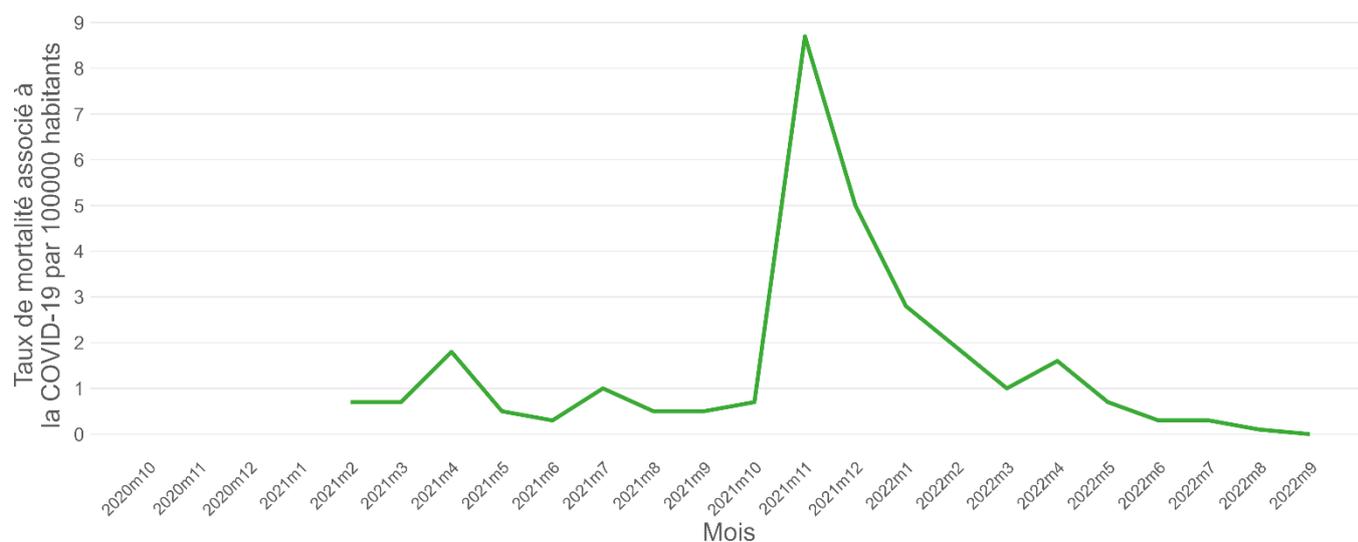


Figure 24 • Incidence des décès parmi les patients SARS-CoV-2 positifs, au sein de la surveillance SARI, par mois. (Source : Sciensano, réseau d'hôpitaux vigies)

3.8. EFFICACITÉ VACCINALE

Il existe deux sources d'estimations de l'efficacité vaccinale (EV) : les résultats belges provenant du projet LINK-VACC⁹ sur base des systèmes de surveillances exhaustives en Belgique ; et les résultats européens provenant du projet VEBIS (études sur l'efficacité, la charge et l'impact des vaccins menée par l'ECDC) sur base des surveillances sentinelles de plusieurs pays européens. Dans les deux cas, une estimation de l'efficacité vaccinale contre les variants Delta et Omicron a été calculée.

Efficacité vaccinale contre le variant Delta

- LINK-VACC :
 - L'analyse de l'efficacité des vaccins COVID-19 contre l'infection symptomatique (EVi) causée par le variant Delta a montré une protection initiale estimée à 80 % (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 80-81) puis à 55 % (IC à 95 % : 54-55) 100-150 jours après une primo-vaccination. L'administration d'une dose de rappel a permis d'améliorer l'EVi initiale, estimée à 85 % (IC à 95 % : 84-85).
 - L'efficacité initiale de la vaccination de rappel contre l'admission à l'hôpital (EVh) causée par le variant Delta a été évaluée à 96 % (IC à 95 % : 95-96)¹⁰.
- Le projet VEBIS basée sur les données des infections respiratoires aiguës sévères (SARI VEBIS) a corroboré l'EV contre l'admission à l'hôpital :
 - Au cours de la période de dominance du variant Delta, parmi les patients SARI de 20 ans et ayant reçue la dernière dose de primo-vaccination complète ≥ 150 jours avant l'apparition des symptômes, l'EV contre l'admission à l'hôpital pour une primo-

⁹ <https://www.sciensano.be/en/projects/linking-registers-covid-19-vaccine-surveillance>

¹⁰ Braeye T, et al. COVID-19 vaccine effectiveness against symptomatic infection and hospitalisation in Belgium, July 2021 to May 2022. Euro Surveill. 2023 Jun;28(26):2200768. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2023.28.26.2200768>

vaccination complète (tous les produits vaccinaux combinés) était de 52 % (IC à 95 % : 18-71). Parmi ceux ayant reçu une primo-vaccination complète et un rappel avec un vaccin à ARN messager (tout fabricant) \geq 150 jours après la dernière dose de primo-vaccination complète, l'EV était de 91 % (IC 95 % : 57-98)¹¹.

Effacité vaccinale contre le variant Omicron

- LINK-VACC :
 - L'efficacité vaccinale initiale contre l'infection symptomatique causée par le variant Omicron a été estimée à 33 % (IC 95 % : 30-36) puis à 17 % (IC 95 % : 15-18) 100 – 150 jours après la primo-vaccination. L'administration d'une dose de rappel a permis d'améliorer la protection initiale contre l'infection symptomatique causée par Omicron à 50 % (IC 95 % : 49-50), puis estimée à 20 % (IC 95 % : 19-21) 100-150 jours après la vaccination de rappel.
 - L'efficacité vaccinale initiale contre l'admission à l'hôpital causée par le variant Omicron a été évaluée à 87 % (IC 95 % : 86-89) puis à 73 % (IC 95 % : 71-75) 100-150 jours après la vaccination de rappel¹².
- Le projet SARI VEBIS et le projet VEBIS basée sur les données du dossier médical électronique (Electronic Health Record ; EHR VEBIS) ont corroboré l'EV contre l'admission à l'hôpital :
 - Selon SARI VEBIS : L'efficacité de tous les produits vaccinaux combinés contre l'hospitalisation pour un SARS-CoV-2 confirmé en laboratoire était de 43 % (IC 95 % : 29-54) pour la primo-vaccination complète (la dernière dose ayant été reçue \geq 150 jours avant l'apparition de la maladie). Parmi ceux ayant reçu une primo-vaccination complète et une dose de rappel avec un vaccin à ARN messager \geq 150 jours après la dernière dose de primo-vaccination complète, l'EV était de 59 % (IC 95 % : 51-66) . L'EV était de 85 % (IC 95 % : 78-89), 70 % (IC 95 % : 61-77) et 36 % (IC 95 % : 17-51) pour ceux dont la maladie s'est déclarée 14-59 jours, 60-119 jours et 120-179 jours après la vaccination de rappel, respectivement¹³.
 - Selon EHR VEBIS : l'EV d'une primo-vaccination contre l'hospitalisation causée par la COVID-19 comparée aux personnes non vaccinées était chez les 65-79 ans de 86.8% (95% CI: 84.5; 88.8) et a diminué à 31.5% au cours de la période étudiée de décembre 2021 à novembre 2022. Chez les plus de 80 ans l'EV était de 66.9% (95% CI: 60.1; 72.6) et a diminué à 36.1% (95% CI: -27.3; 67.9).
L'EV relative (rEV) pour le premier rappel, comparée à ceux qui n'ayant reçu qu'un schéma de primo-vaccination et dont la dernière dose remonte à 169 jours ou plus, était chez les 65-79 ans de 64.2% (95% CI : 42.2 ; 77.8) et a diminué à 30.4 % (95% CI : 9.8 ; 46.3) pendant la période avril 2022-novembre 2022 et chez les plus de 80 ans était de 52.2% (95% CI : 24.7 ; 69.6) et a diminué à 45.5% (95% CI : 31.4 ; 56.7).

¹¹ Rose AM, et al. Vaccine effectiveness against COVID-19 hospitalisation in adults (\geq 20 years) during Alpha- and Delta-dominant circulation: I-MOVE-COVID-19 and VEBIS SARI VE networks, Europe, 2021. Euro Surveill. 2023 Nov;28(47):2300186. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.47.2300186>

¹² Braeye T, et al. COVID-19 vaccine effectiveness against symptomatic infection and hospitalisation in Belgium, July 2021 to May 2022. Euro Surveill. 2023 Jun;28(26):2200768. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2023.28.26.2200768>

¹³ Rose AM, et al. Vaccine effectiveness against COVID-19 hospitalisation in adults (\geq 20 years) during Omicron-dominant circulation: I-MOVE-COVID-19 and VEBIS SARI VE networks, Europe, 2021 to 2022. Euro Surveill. 2023 Nov;28(47):2300187. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.47.2300187>

RÉSULTATS

L'EV relative du deuxième rappel était respectivement chez les 65-79 ans et les plus de 80 ans, de 51.2%-73.4% , et de 50.7%-68.4% pendant la période septembre 2022-novembre 2022^{14,15}.

¹⁴ Kislaya et al. Monitoring COVID-19 Vaccine Effectiveness against COVID-19 Hospitalisation and Death Using Electronic Health Registries in ≥ 65 Years Old Population in Six European Countries, October 2021 to November 2022. *Influenza Other Respir Viruses*. 2023 Nov; 17(11): e13195. <https://doi.org/10.1111/irv.13195>

¹⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Interim analysis of COVID-19 vaccine effectiveness against hospitalisation and death using electronic health records in six European countries. Stockholm: ECDC; 2023.

4. RSV

4.1. INTRODUCTION

Le RSV (respiratory syncytial virus) est un virus à ARN à brin négatif de la famille des *Paramyxoviridae* et classé parmi les pneumovirus. Il existe deux sous-groupes antigéniques circulant : le RSV type A et le RSV type B. Le RSV est l'une des causes d'infection les plus courantes de la petite enfance et peut être dangereux chez le nourrisson. Il peut également provoquer des infections aiguës des voies respiratoires chez des personnes de tous âges. En particulier, cette infection peut être critique chez les personnes âgées et/ou les personnes immunodéprimées et/ou sous biothérapie et/ou présentant des comorbidités.

La plupart des nourrissons contractent une primo-infection par le RSV au cours de la première année de leur vie et pratiquement tous ont été infectés au moins une fois avant leur deuxième anniversaire. L'immunité vis-à-vis du RSV n'est pas durable ainsi des réinfections sont fréquentes tout au long de la vie.

En Belgique ainsi que dans les autres zones tempérées de l'hémisphère nord, la transmission du RSV est saisonnière (entre octobre et mars) avec des pics plus fréquemment observés en hiver pendant les mois de décembre et janvier. Cependant les épidémies RSV peuvent varier d'une année à l'autre en durée et en intensité.

Le RSV est très contagieux et la transmission entre humains se fait fréquemment par voie aérienne notamment par la salive, les éternuements, la toux, en respirant et en parlant mais aussi par contact « main-nez-œil ».

En général, les symptômes apparaissent 4 à 6 jours après l'exposition (intervalle complet : 2 à 8 jours). L'infection par le RSV entraîne le plus souvent des symptômes au niveau des voies respiratoires supérieures qui, en cas d'infection grave, peuvent évoluer vers une maladie des voies respiratoires inférieures. Chez le nourrisson, le RSV est la principale cause de bronchiolite et l'une des premières causes d'hospitalisation.

4.2. TRANSMISSIBILITÉ

4.2.1. Consultations de médecins généralistes pour une infection confirmée par le RSV.

Remarque : la surveillance des ILI et ARI des médecins vigies a des limitations pour suivre l'épidémiologie de RSV, et ce pour deux raisons principalement :

1. En Belgique, beaucoup de nourrissons sont suivis par un pédiatre et non pas par un généraliste,
2. Les médecins généralistes ne prélèvent pas beaucoup d'échantillons chez les petits enfants ni chez les patients les plus âgés.

Au cours de la saison 2020-2021, aucun échantillon respiratoire n'a été collecté dans le cadre de la surveillance des médecins généralistes.

Pour la saison 2021-2022, l'incidence de consultations de médecins généralistes pour une infection confirmée au RSV a montré un pic en semaine 48 (29/11 – 5/12 2021) avec 150 consultations pour 100 000 habitants.

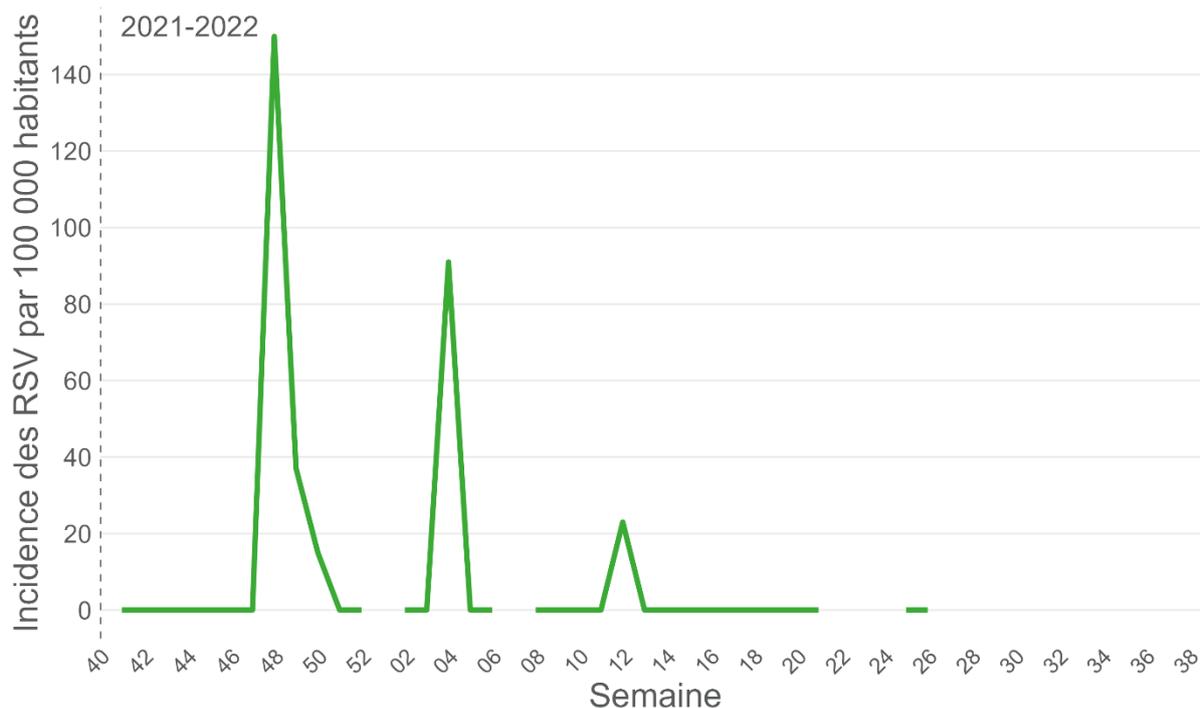


Figure 25 • Incidence de consultations chez les médecins généralistes pour une infection confirmée pour le RSV chez des patients présentant un syndrome grippal, saison 2021-2022 (source : Sciensano, réseau de médecins vigies).

4.2.2. Tests positifs pour le RSV rapportés par le réseau de laboratoires vigies.

Au cours des saisons précédant la pandémie de COVID-19, les infections à RSV en Belgique se sont principalement produites entre début octobre et fin mars, avec un pic du nombre de cas à la mi-décembre.

Au cours de la saison 2020-2021, l'épidémie de RSV est survenue plus tardivement. Sur base des données collectées par le réseau de laboratoires vigies, l'épidémie de RSV durant la saison 2020-2021 s'est déroulée de la semaine 10 à la semaine 24 (08/03 - 20/06/2021). Le nombre d'échantillons positifs rapportés au sein de ce réseau a atteint un pic en semaine 18 (03-09/05/2021) avec 618 échantillons.

La saison 2021-2022 a été caractérisée par une longue période d'activité accrue de la semaine 46 à la semaine 27 (15/11/2021 - 10/07/2022). Le seuil épidémique (214 échantillons positifs) a été dépassé pendant la période allant de la semaine 48 à la semaine 51 (29/11-26/12/2021) avec un maximum de 243 échantillons positifs pendant la semaine 49 (06-12/12/2021). En outre, le seuil a été franchi 2 fois de plus, en semaine 19 (09-15/05/2022) et en semaine 27 (04-10/07/2022) avec respectivement 224 et 221 échantillons positifs.

RÉSULTATS

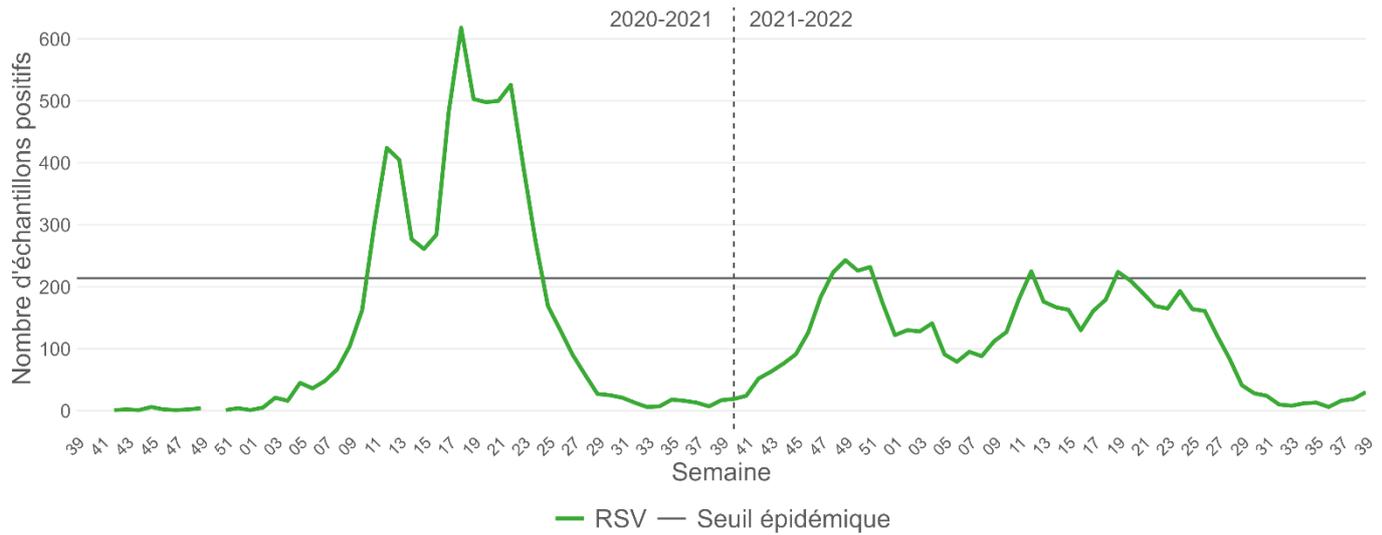


Figure 26 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le RSV, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies).

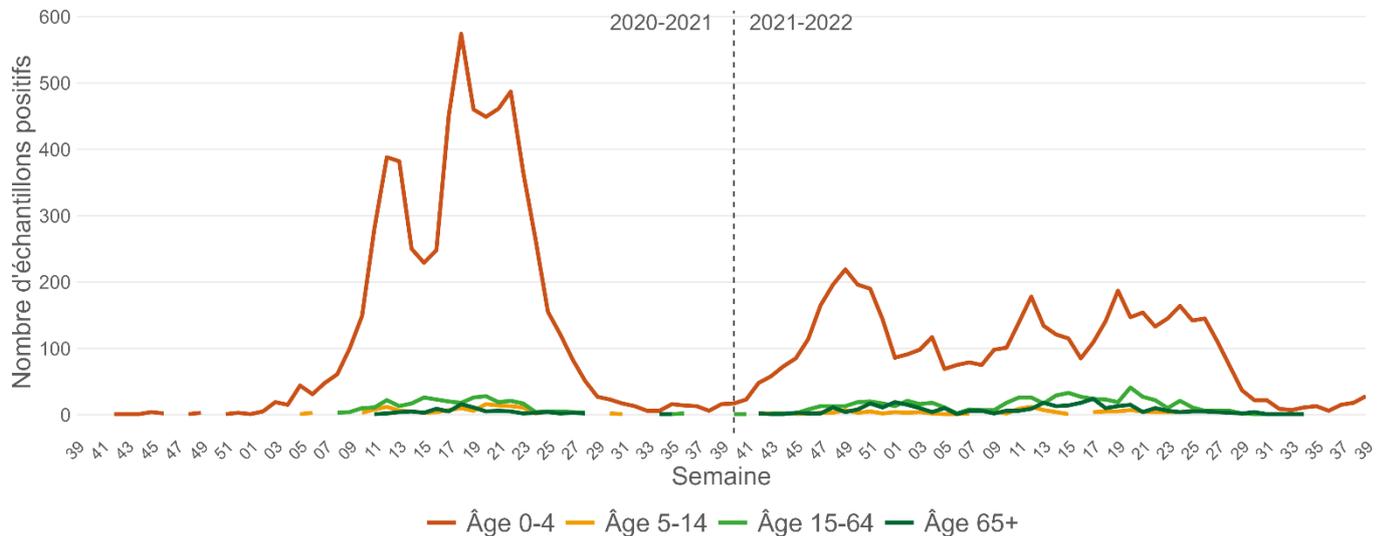


Figure 27 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le RSV par groupe d'âge, saison 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau de laboratoires vigies).

Au cours des saisons 2020-2021 et 2021-2022, les échantillons positifs au RSV rapportés par le réseau de laboratoires vigies ont été très majoritairement détectés dans le groupe d'âge 0-4 ans. Le nombre maximal d'échantillons positifs observé dans un autre groupe d'âge était de 41 (semaine 20 2022, groupe d'âge 15-64 ans) contre 574 (semaine 18 2021) dans le groupe d'âge 0-4 ans.

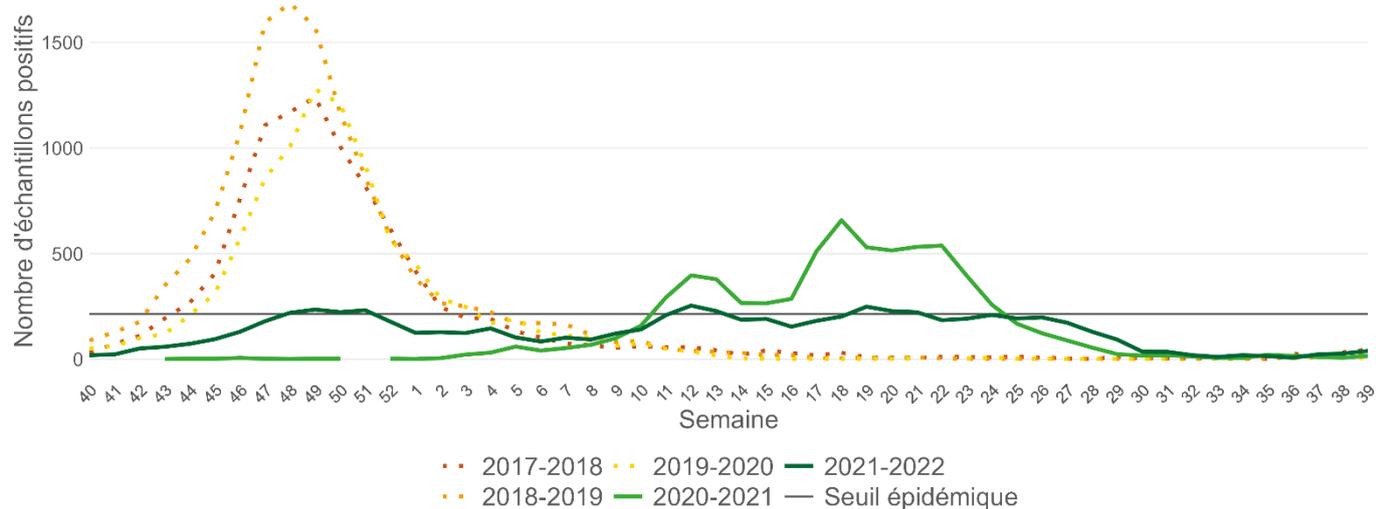


Figure 28 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le RSV rapportés par le réseau des laboratoires vigies, par saison (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies)

En comparaison avec les années précédentes, l'épidémie de RSV a présenté un profil particulièrement inattendu en 2020-2021. En effet, les épidémies de RSV présentaient, jusqu'à l'émergence de la Covid-19, un profil très semblable d'année en année, avec des pics autour du mois de décembre. En 2020-2021 par contre, l'épidémie de RSV était décalée de plusieurs mois par rapport aux années précédentes, ayant eu lieu de mars à juin, et plus étalée dans le temps. Le pic était relativement modéré. En ce qui concerne la saison 2021-2022, celle-ci a présenté une situation intermédiaire entre celle de la saison précédente et celles habituellement observées. Il n'y a pas eu de pic important mais plutôt des augmentations réparties plus largement sur une bonne partie de la saison, et en particulier autour du mois de décembre ainsi que de mars à juin.

4.3. SÉVÉRITÉ ET IMPACT

La surveillance SARI n'a été relancée que la semaine 04 de 2021. L'ensemble de la saison 2020-2021 n'est donc pas couverte. Cela a cependant a priori peu d'impact sur les chiffres rapportés pour l'épidémie de RSV étant donné le début tardif de cette dernière.

Au cours de la saison 2020-2021, l'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë sévère (SARI) due au RSV a été plus importante de la semaine 10 à la semaine 26 (08/03-04/07/2021), avec un pic d'incidence de 4 hospitalisations pour 100 000 habitants au cours de la semaine 22 (31/05-06/06/2021).

Au cours de la saison 2021-2022, l'incidence des hospitalisations n'a pas été aussi élevée que la saison précédente mais la période d'augmentation de l'incidence était plus longue et s'étendait de la semaine 44 à la semaine 27 (01/11/2021-10/07/2022), avec un pic d'incidence de 1,7 hospitalisations pour 100 000 habitants au cours de la semaine 12 (21/03-27/03/2022).

RÉSULTATS

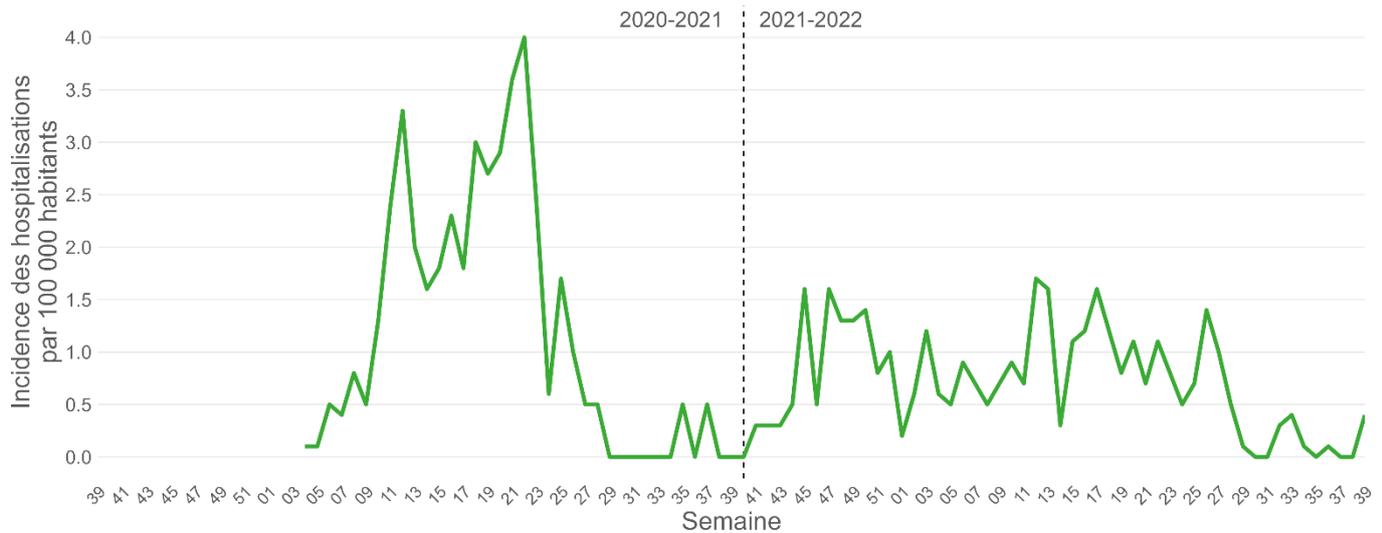


Figure 29 • Incidence hebdomadaire des patients hospitalisés pour SARI, positifs au RSV, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).

En terme de catégorie d'âge, c'est le groupe d'âge 0-4 ans qui est de loin le plus affecté par les hospitalisations confirmées pour le RSV, suivi des personnes âgées de plus de 65 ans. Pour la saison 2020-2021, l'incidence la plus élevée, 72,6 hospitalisations pour 100 000 habitants, a été observée pendant la semaine 22 (31/05-06/06/2021) dans le groupe d'âge 0-4 ans. Pour la saison 2021-2022, c'est aussi dans le groupe d'âge 0-4 ans que l'on observe l'incidence la plus élevée, 27,7 hospitalisations pour 100 000 habitants pendant la semaine 47 (22-28/11/2021).

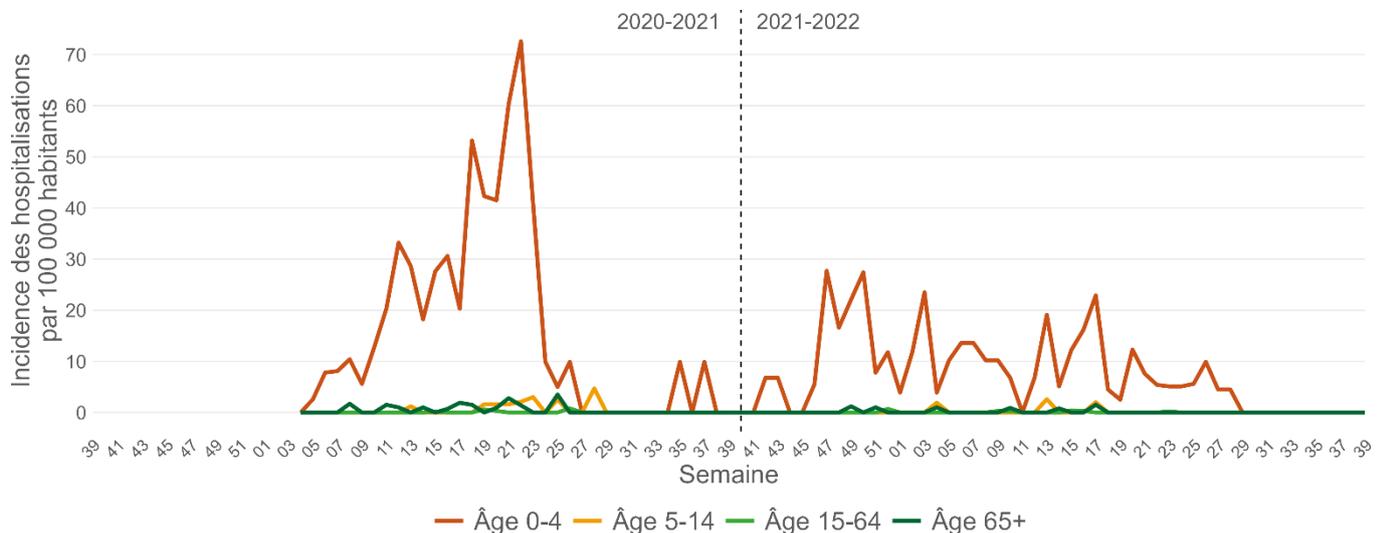


Figure 30 • Incidence hebdomadaire des patients positifs au RSV hospitalisés pour SARI par groupe d'âge, saison 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).

Au cours de la saison 2020-2021, le taux de positivité le plus élevé pour le RSV (moyenne mobile sur 4 semaines) dans le cadre de la surveillance SARI a été observé pendant la semaine 24 (14/06-20/06/2021) et était de 44,4 %. Au cours de la saison 2021-2022, le taux de positivité le plus élevé pour le RSV a été de 20,4 %, observé au cours de la semaine 24 (13/06-19/06/2022).

RÉSULTATS

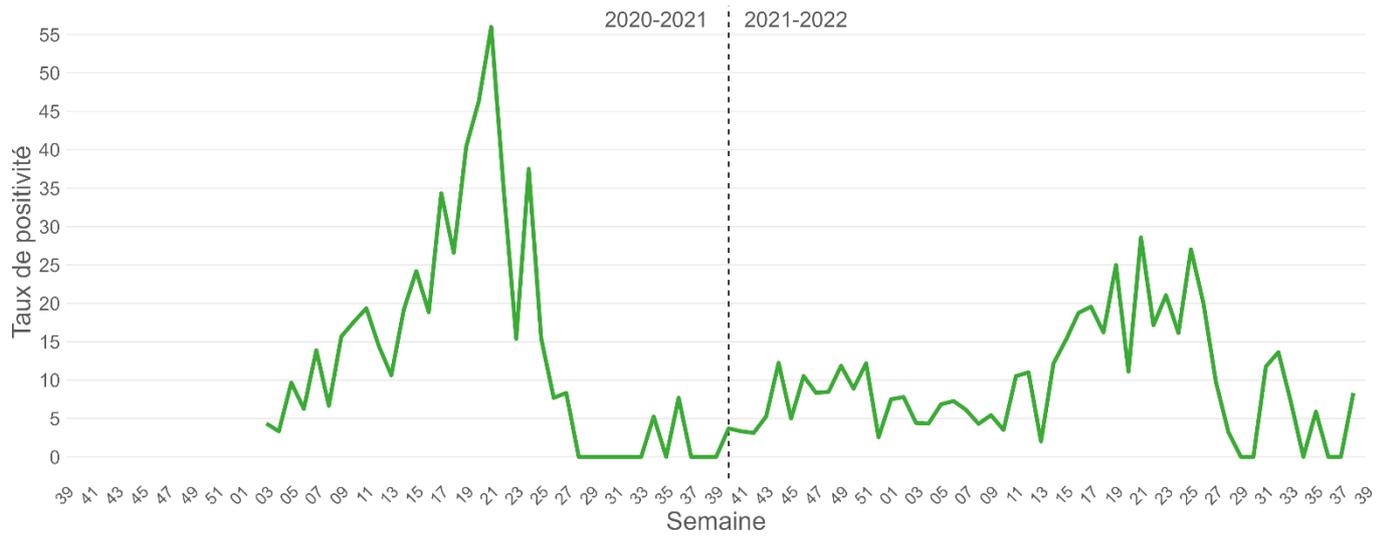


Figure 31 • Taux de positivité hebdomadaire pour le RSV chez les patients hospitalisés pour SARI, saison 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).

5. Parainfluenza virus

5.1. INTRODUCTION

Le virus parainfluenza (PIV) est un virus à ARN, enveloppé, appartenant à la famille des *Paramyxoviridae*. Chez l'humain, on distingue quatre types distincts (type 1 à type 4). Les PIV sont des agents communs des infections virales respiratoires et provoquent généralement des maladies des voies respiratoires supérieures et inférieures chez les nourrissons, les jeunes enfants, les personnes âgées et chez les personnes immunodéprimées.

Les symptômes les plus fréquents se caractérisent par un syndrome grippal (fièvre, rhinite, toux,...) mais peuvent évoluer également vers des manifestations cliniques dites « croup » (ou laryngo-trachéo-bronchite) caractéristiques de l'infection par les virus parainfluenza. Les infections par les PIV peuvent également provoquer des atteintes plus graves telles que une laryngotrachéite dyspnéisante (plutôt associé aux PIV-1 et PIV-2), une bronchiolite (plutôt associé au PIV-3) et une pneumonie chez les personnes à risque. Il a été suggéré que les infections à PIV aggravent les symptômes des maladies pulmonaires chroniques ou de l'asthme chez les enfants et les adultes.

Le PIV de type 3 (PIV-3) est le plus fréquent chez les très jeunes enfants et constitue, avec le virus respiratoire syncytial (RSV), l'une des principales causes de bronchiolite, de pneumonie, et d'hospitalisation chez les nouveau-nés. Les PIV-1 et PIV-2 sont les plus fréquents chez les enfants âgés de deux à cinq ans. Le PIV-1 est responsable de 30 à 50 % des cas de croup. Le PIV-4 a une incidence plus faible et survient principalement chez les enfants plus âgés.

La circulation des différents types de PIV varie en fonction des saisons. Le PIV-3, le plus prévalent des PIV, circule de façon endémique mais peut provoquer des pics d'incidence annuels typiques au printemps et en été. Tandis que les PIV-1 et PIV-2 peuvent présenter des pics d'incidence plutôt en automne. On observe donc en Belgique des schémas saisonniers cycliques de maladies respiratoires dues à des infections à PIV, avec un pic important au printemps, mais aussi une présence accrue en automne.

En Belgique la surveillance des infections aux PIV repose sur les réseaux sentinelles de médecins généralistes, de maisons de repos, de laboratoires vigies (incluant le Centre National de référence des pathogènes respiratoires) ainsi que les réseaux des hôpitaux SARI. Dans la routine, cette surveillance n'inclut pas le typage des PIV. Ainsi les tendances des infections en fonction des différents types de PIV ne sont pas présentés dans ce rapport.

5.2. TRANSMISSIBILITÉ

Comme observé pour la grippe et le RSV, le PIV a présenté une distribution atypique pendant la pandémie de Covid-19.

Le nombre de cas de PIV identifiés par le réseau de médecins vigies était relativement sporadique durant la période couverte par ce rapport. C'est à imputer à la surveillance elle-même qui n'est pas optimale pour la surveillance de ce pathogène, principalement rencontré chez les jeunes enfants. En effet, les patients pédiatriques consultent généralement chez un pédiatre plutôt qu'un médecin généraliste, et même dans le cas d'une consultation chez un GP il est rare que les jeunes enfants soient échantillonnés. Les résultats du réseau de médecins vigies ne sont donc pas utilisables pour rendre compte de l'incidence de PIV. Il en est de même concernant les résultats du réseau sentinelle de maisons de repos, pour ce pathogène.

RÉSULTATS

En ce qui concerne les résultats rapportés par le réseau de laboratoires vigies, en 2020-2021, un pic important a été observé en semaine 11 (160 cas). Le seuil épidémique (43 cas par semaine) a été dépassé de la semaine 6 à la semaine 13, atteignant un nombre d'échantillons positifs rarement observé auparavant.

En 2021-2022, les résultats rapportés par le réseau de laboratoires vigies ne présentent pas un pic aussi important que celui observé l'année précédente. Le profil de l'incidence de PIV observé lors de la saison 2021-2022 est plus similaire à ce qui était observé lors des années « pré-pandémie » de Covid-19 (voir figure 33). Le seuil épidémique (43 cas par semaine) a été dépassé en semaine 42 et 43, et de la semaine 47 à la semaine 50. Le pic pour cette saison a été observé en semaine 49, avec 68 cas. Le seuil épidémique a encore été approché, mais non dépassé, plus tard dans la saison (semaines 20 à 23).

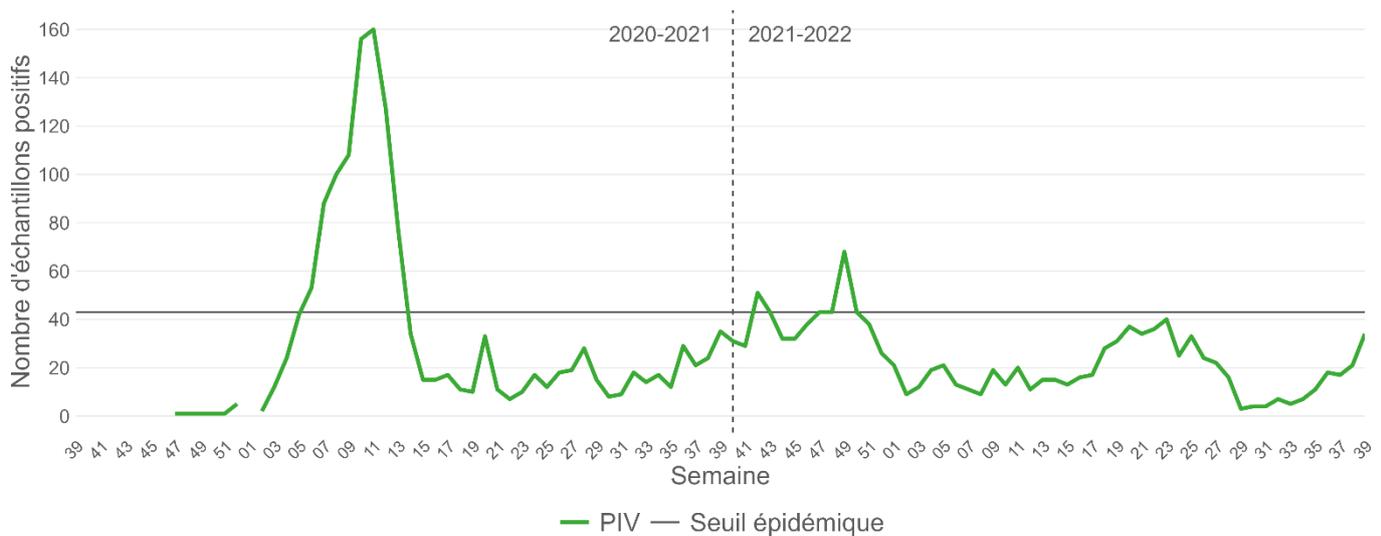


Figure 32 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le PIV rapportés par le réseau des laboratoires vigies, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies).

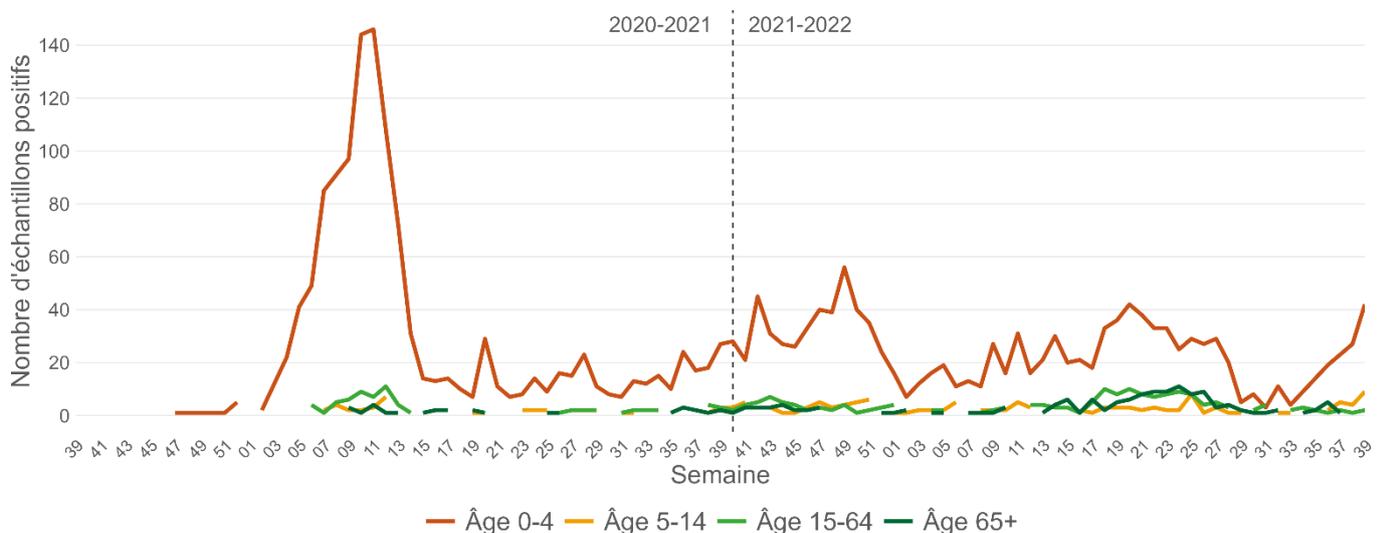


Figure 33 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le PIV rapportés par le réseau des laboratoires vigies, par groupe d'âge, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies).

Au cours des saisons 2020-2021 et 2021-2022, les échantillons positifs au PIV rapportés par le réseau de laboratoires vigies ont été très majoritairement détectés dans le groupe d'âge 0-4 ans. Le nombre maximal d'échantillons positifs observé dans un autre groupe d'âge était de 11 cas (semaine 12 2021, groupe d'âge 15-64 ans et semaine 24 2022, groupe d'âge 65 ans et plus) contre 146 cas (semaine 11 2021) dans le groupe d'âge 0-4 ans.

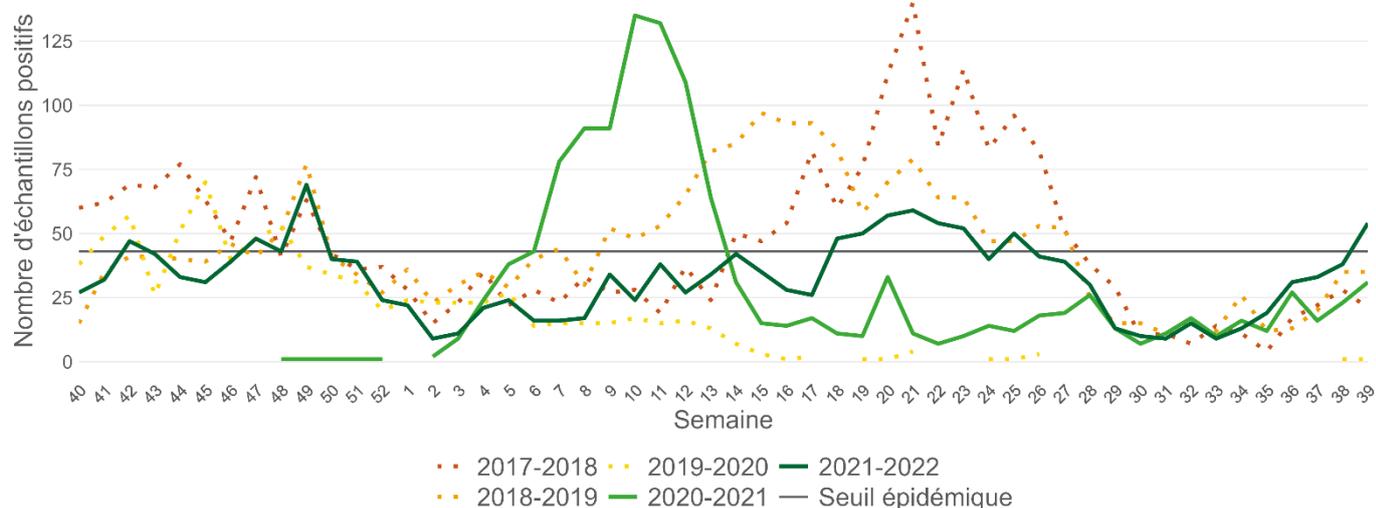


Figure 34 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le PIV rapportés par le réseau des laboratoires vigies, par saison (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies).

En comparaison avec les années précédentes, l'épidémie de PIV a présenté un profil particulier en 2020-2021. On observe en effet généralement en Belgique des schémas saisonniers cycliques d'épidémies de PIV, avec un pic important au printemps, et une transmission accrue en automne. Lors de la saison 2020-2021, il n'y a pas eu d'augmentation de cas en automne, mais bien un pic important qui est apparu plus tôt que d'habitude, en février et mars. En ce qui concerne la saison 2021-2022, on retrouve une tendance cyclique avec des augmentations en automne et au printemps. L'augmentation observée au printemps était cependant plus faible que d'habitude et n'a pas atteint le seuil épidémique.

5.3. SÉVÉRITÉ ET IMPACT

Au cours de la saison 2020-2021, l'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë sévère (SARI) due au PIV a présenté un pic à 2,2 admissions par 100 000 habitants au cours de la semaine 12 (22-28 mars 2021).

Au cours de la saison 2021-2022, l'incidence des hospitalisations n'a pas présenté de pic comme lors de la saison précédente. L'incidence la plus élevée observée cette saison-là était de 1,3 admissions par 100 000 habitants au cours de la semaine 42 (18-24 octobre 2021).

RÉSULTATS

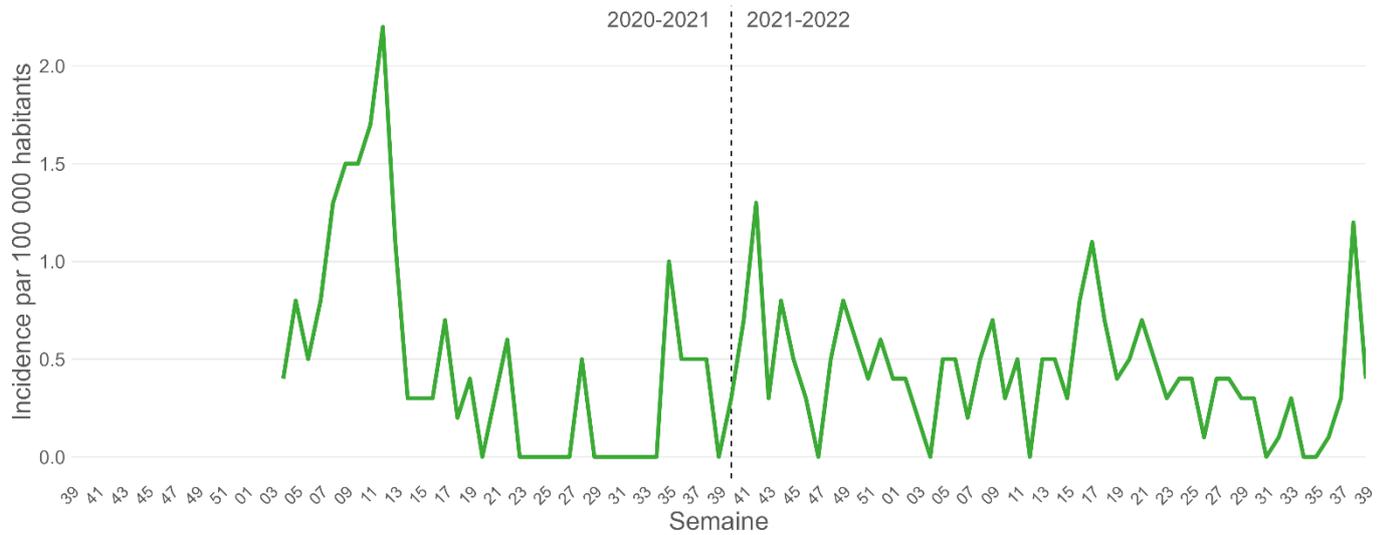


Figure 35 • Incidence hebdomadaire des patients positifs au PIV hospitalisés pour SARI, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).

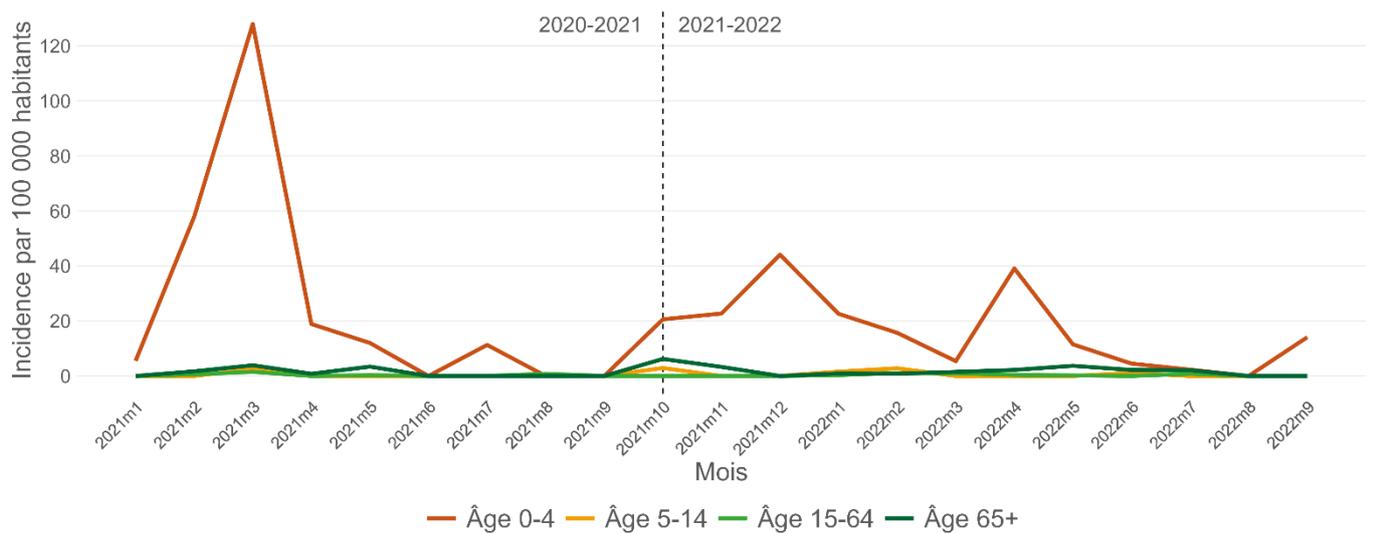


Figure 36 • Incidence des patients positifs au PIV hospitalisés pour SARI, par groupe d'âge, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).

Lors des saisons 2020-2021 et 2021-2022, l'incidence des admissions à l'hôpital pour une infection respiratoire aiguë sévère (SARI) due au PIV était principalement observé dans le groupe d'âge des jeunes enfants (0-4 ans).

CONCLUSION

La saison 2020-2021 fut marquée par les 2^e et 3^e vagues de la pandémie de COVID-19, pendant lesquelles le variant Alpha fut dominant. La transmission du SARS-CoV-2 et les hospitalisations pour COVID-19 furent particulièrement élevées pendant la 2^e vague, en automne 2020. Le variant Delta apparut durant la 3^e vague et devint dominant 2 jours après la fin de cette vague.

La grippe saisonnière à influenza fut exceptionnellement absente en Belgique et au niveau mondial, durant l'hiver 2020-21.

L'épidémie de RSV fut décalée de plusieurs mois par rapport aux années précédentes (de mars à juin) et plus étalée dans le temps. Le pic fut d'intensité relativement modérée.

La saison 2021-2022 (définie ici entre la semaine 40 de 2021 et la semaine 40 de 2022) fut marquée par les 4^e, 5^e, 6^e et 7^e vagues de la pandémie de COVID-19 ainsi que le début de la 8^e vague. Le variant Omicron devint dominant au début de la 5^e vague, qui marqua l'activité la plus importante du SARS-CoV-2 pendant la saison 2020-2021 mais présenta un pic du nombre d'admissions pour COVID-19 d'intensité comparable à celui de la vague précédente.

Lors de cette saison, la grippe marqua son retour, avec une activité d'intensité modérée et de courte durée (6 semaines). L'activité de la grippe fut retardée par rapport aux épidémies observées avant la pandémie de COVID-19 (ce qui fut également observé à l'échelle internationale), avec un pic en mars 2022 (semaine 12). Seule la grippe A fut détectée par le réseau de médecin vigie, principalement avec le sous-type H3N2.

L'épidémie de RSV présenta une situation intermédiaire entre celle de la saison 2020-2021 et celles habituellement observées. Il n'y eut pas de pic important mais plutôt des augmentations réparties plus largement sur une bonne partie de la saison, et en particulier autour du mois de décembre ainsi que de mars à juin.

En 2020-2021 et 2021-2022 furent publiés chaque semaine par Sciensano un [bulletin sur les infections aiguës des voies respiratoires](#), ainsi qu'un [bulletin hebdomadaire de la surveillance épidémiologique du COVID-19](#).

LISTE DES FIGURES

Figure 1 • La population située dans les zones couvertes par les stations d'épuration (surlignées en jaune) et la densité de population pour chaque municipalité (indiquée par l'échelle bleue). En raison des inondations survenues en 2021, la station d'épuration de Wegnez a été endommagée et remplacée par une autre station.	14
Figure 2 • Incidence des consultations de médecins généralistes pour un syndrome grippal, comparée aux nombres d'infections confirmées pour le SARS-CoV-2 lors des saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau de médecins vigies ; Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).	17
Figure 3 • Incidence des consultations de médecins généralistes pour des infections respiratoires aiguës (ARI) comparées aux nombres d'infections confirmées pour le SARS-CoV-2 pour les saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau de médecins vigies ; Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).	19
Figure 4 • Comparaison du nombre de résidents de maisons de repos (et de soins) signalant un syndrome grippal et des infections confirmées pour le SARS-CoV-2, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau sentinelle des maison de repos ; Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).	20
Figure 5 • Incidence des admissions hospitalières pour infection respiratoire aiguë sévère (SARI) comparées aux nombres d'infections confirmées pour le SARS-CoV-2 confirmés, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies ; Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).	21
Figure 6 • Incidence des admissions hospitalières pour infection respiratoire aiguë sévère (SARI) par groupe d'âge, saison 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).	21
Figure 7 • La mortalité et les facteurs de risque infectieux, météorologiques et environnementaux, Belgique (semaine 40, 2019 à semaine 19, 2022) (Source : Sciensano, surveillance Be-MOMO).	22
Figure 8 • La mortalité et les facteurs de risque infectieux, météorologiques et environnementaux, Belgique, octobre 2020 à mai 2022 (Source : Sciensano, surveillance Be-MOMO).	25
Figure 9 • La mortalité par groupe d'âge et les facteurs de risque infectieux, météorologiques et environnementaux, Belgique, octobre 2020 à mai 2022 (Source : Sciensano, surveillance Be-MOMO).	26
Figure 10 • Incidence hebdomadaire des consultations de médecins généralistes dues à une infection grippale confirmée (pour 100 000 habitants), saison 2021-22, Belgique (Source : Sciensano, réseau de médecins vigies).	29
Figure 11 • Nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe rapportés par le réseau de laboratoires vigies, saisons 2021-2022, Belgique (Source : Sciensano, réseau de laboratoires vigies).	30
Figure 12 • Nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe, par groupe d'âge, rapporté par le réseau de laboratoires vigies, saison 2021-2022, Belgique. (Source : Sciensano, réseau de laboratoires vigies).	30
Figure 13 • Types virologiques des échantillons positifs pour la grippe, parmi les patients ILI ou ARI, rapporté par le réseau de médecins vigies, saison 2021-2022, Belgique. (Source : Sciensano, réseau de médecins vigies).	31
Figure 14 • Incidence des hospitalisations pour SARI confirmées pour la grippe, rapporté par le réseau des hôpitaux vigies, saison 2021-2022. (Source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).	32
Figure 15 • Occurrence des variants du SARS-CoV-2 au fil du temps (source : Sciensano, Epistat, surveillance moléculaire de base du SARS-Cov-2).	34
Figure 16 • Nombre hebdomadaire d'infections confirmées pour le SARS-CoV-2 (source : Epistat, surveillance des tests et cas de COVID-19).	36
Figure 17 • Incidence (moyenne mobile sur 5 jours) du nombre quotidien de consultations pour suspicion de COVID-19, pour la Belgique. (Source : Sciensano, baromètre des médecins généralistes).	36
Figure 18 • Incidence de COVID-19 et taux de positivité pour le SARS-CoV-2 rapporté par le réseau des médecins vigies (Source : Sciensano, réseau de médecins vigies).	37
Figure 19 • Auto-évaluation de la charge de travail résultant de la COVID-19 par les médecins généralistes (Source : Sciensano, réseau des médecins vigies).	37
Figure 20 • Charges virales de SARS-CoV-2 exprimées en copies/jour/100.000 habitants (sur la base de la moyenne mobile des deux dernières semaines appliquée à l'interpolation linéaire) (en haut), et incidence des cas positifs sur 14 jours dans la population couverte par la surveillance des eaux. Avant la date marquée par la ligne verticale en pointillés, le standard NIBSC était utilisée pour quantifier le SARS-CoV-2 et après cette date, c'est le standard EURM qui a été utilisée.	38
Figure 21 • Le nombre de zones (parmi les 42 couvertes par la surveillance des eaux usées), avec des indicateurs d'alerte positifs (noir) comparé au nombre total de zones considérées chaque semaine dans la surveillance des eaux usées (blanc). Les barres blanches représentent le nombre total de zones examinées chaque semaine dans le cadre de la surveillance des eaux usées. Avant la date marquée par la ligne verticale en pointillés, la standard NIBSC était utilisée pour quantifier le SARS-CoV-2 et après cette date, c'est le standard EURM qui a été utilisée.	39

Figure 22 • Nombre d'admissions à l'hôpital pour COVID-19 par semaine basé sur la surveillance hospitalière exhaustive (Source : Sciensano, Epistat).	40
Figure 23 • Incidence des patients admis à l'hôpital pour SARI, positifs pour le SARS-CoV-2, et taux de positivité. (Source : Sciensano, réseau d'hôpitaux vigies).	41
Figure 24 • Incidence des décès parmi les patients SARS-CoV-2 positifs, au sein de la surveillance SARI, par mois. (Source : Sciensano, réseau d'hôpitaux vigies)	42
Figure 25 • Incidence de consultations chez les médecins généralistes pour une infection confirmée pour le RSV chez des patients présentant un syndrome grippal, saison 2021-2022 (source : Sciensano, réseau de médecins vigies).	46
Figure 26 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le RSV, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies).	47
Figure 27 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le RSV par groupe d'âge, saison 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau de laboratoires vigies).	47
Figure 28 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le RSV rapportés par le réseau des laboratoires vigies, par saison (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies)	48
Figure 29 • Incidence hebdomadaire des patients hospitalisés pour SARI, positifs au RSV, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).	49
Figure 30 • Incidence hebdomadaire des patients positifs au RSV hospitalisés pour SARI par groupe d'âge, saison 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).	49
Figure 31 • Taux de positivité hebdomadaire pour le RSV chez les patients hospitalisés pour SARI, saison 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).	50
Figure 32 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le PIV rapportés par le réseau des laboratoires vigies, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies).	52
Figure 33 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le PIV rapportés par le réseau des laboratoires vigies, par groupe d'âge, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies).	52
Figure 34 • Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs pour le PIV rapportés par le réseau des laboratoires vigies, par saison (source : Sciensano, réseau des laboratoires vigies).	53
Figure 35 • Incidence hebdomadaire des patients positifs au PIV hospitalisés pour SARI, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).	54
Figure 36 • Incidence des patients positifs au PIV hospitalisés pour SARI, par groupe d'âge, saisons 2020-2021 et 2021-2022 (source : Sciensano, réseau des hôpitaux vigies).	54

CONTACT

Sébastien Fierens • T+32 2 6425165 • epirespi@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Rendez-vous sur notre site
web >www.sciensano.be ou
contactez-nous à l'adresse
>info@sciensano.be

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 •
info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : C. Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • >[D/xxxx/xxxx/xx](mailto:info@sciensano.be)