

# ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES INFECTIEUSES À PRÉVENTION VACCINALE

Synthèse annuelle 2023

Vaccins inclus dans le calendrier vaccinal

—

# QUI NOUS SOMMES

---

**SCIENSANO** unit science, santé et société et compte plus de 900 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la santé humaine et animale. Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept « One health » ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

**Sciensano**  
**Épidémiologie et santé publique**

**Épidémiologie des maladies infectieuses**

Décembre 2024 - Bruxelles - Belgique  
Numéro de dépôt légal : D/2024.14.440/82

■  
CORNELISSEN L

•  
DAMBRE C

•  
HANSFORD K

•  
JACQUINET S

•  
PEETERS I

Laura Cornelissen - T+32 2 642 57 81 - [laura.cornelissen@siensano.be](mailto:laura.cornelissen@siensano.be)

Avec le soutien financier de



Le Service d'épidémiologie des maladies infectieuses remercie toutes les personnes qui ont contribué à la collecte des données et tous les collègues de l'équipe de Ruben Brondeel pour leur coopération et leur contribution à la production de ce rapport.

Merci de citer cette publication comme suit : Cornelissen L, Dambre C, Hansford K, Jacquinet S, Peeters I, , Épidémiologie des maladies infectieuses à prévention vaccinale, Rapport annuel de synthèse 2023. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2024. Numéro de rapport: D/2024.14.440/82 Disponible en ligne : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/maladies-a-prevention-vaccinale>

# CONTEXTE

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

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

**Ce rapport résume les principales tendances épidémiologiques en 2023 pour 11 des maladies du calendrier vaccinal<sup>1</sup> : la coqueluche, la diphtérie, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* type b, à méningocoques et à pneumocoques, les oreillons, la poliomyélite, le rotavirus, la rougeole, la rubéole, et le tétanos.** Des résultats plus détaillés par pathogène sont disponibles sur le site web de Sciensano (via la page des [maladies à prévention vaccinale](#) ou directement par agent pathogène via les liens ci-dessous).

# CONTENU

<b>Tendances générales en 2023</b>	<b>5</b>
<b>Tendances par agent pathogène</b>	
Coqueluche	6
Diphtérie	7
Infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i>	8
Infections invasives à <i>Neisseria meningitidis</i> (méningocoque)	9
Infections invasives à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoques)	10
Oreillons	10
Poliomyélite	11
Rotavirus	12
Rougeole	13
Rubéole	14
Tétanos	14

---

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

# TENDANCES GÉNÉRALES EN 2023



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

Après une baisse généralisée du nombre de cas de maladies infectieuses à prévention vaccinale en 2020-2022 suite à la pandémie de covid-19, l'année 2023 montre des tendances toutes autres :

- 1) Une augmentation considérable du nombre de cas de coqueluche (depuis août 2023) et de rougeole (dernier trimestre 2023) qui s'est poursuivie en 2024.
- 2) Pour d'autres pathogènes, comme le pneumocoque ou *haemophilus influenzae*, le nombre de cas fut le plus élevé observé depuis ces 10 dernières années.
- 3) Pour le méningocoque, le nombre de cas a augmenté en 2023 mais n'a pas encore atteint les tendances observées avant le covid-19. Une légère augmentation des oreillons fut également mise en évidence.

L'augmentation du nombre de cas de **rougeole** était prévisible car la couverture vaccinale contre la rougeole est encore trop faible. Plus de la moitié des cas n'étaient pas vaccinés et une personne sur quatre ne disposait pas d'informations sur son statut vaccinal. La Belgique, comme d'autres pays européens et l'OMS, s'est engagée à éliminer la rougeole, mais cette couverture vaccinale insuffisante (<95% pour deux doses) rend difficile la réalisation des objectifs de l'OMS.

En ce qui concerne la **coqueluche**, la couverture vaccinale chez les enfants est suffisamment élevée, mais en raison de l'affaiblissement de l'immunité au fil du temps, des infections moins graves peuvent survenir plus tard dans la vie. On observe donc un schéma typique avec des épidémies cycliques tous les 4 à 5 ans. Les nourrissons âgés de 0 à 3 mois sont les plus vulnérables aux complications. Ces très jeunes enfants ne peuvent être protégés que par la vaccination pendant la grossesse. Malheureusement, [la couverture vaccinale des femmes enceintes est trop faible en Wallonie et à Bruxelles.](#)

Pour les infections invasives à méningocoques, pneumocoques et *Haemophilus influenzae*, les taux de couverture atteints sont satisfaisants mais les vaccins disponibles/présents dans le calendrier vaccinal ne protègent pas contre tous les sérogroupes/sérotypes. De plus, des modifications ou des remplacements des sérotypes/serogroupes circulants surviennent avec le temps.

Ainsi, pour le **pneumocoque**, une nette augmentation des sérotypes non couverts par la vaccination gratuite avec le vaccin 13-valent PCV13 a été mise en évidence. Une partie de ces sérogroupes sont toutefois contenus dans les vaccins à 15 ou 20 valences, pas encore introduits dans le calendrier vaccinal. Pour le **méningocoque**, une augmentation des sérotypes W et Y fut observée et l'augmentation se poursuit encore en 2024. Le vaccin contre les sérotypes ACWY est disponible gratuitement pour les enfants d'un an mais uniquement depuis mi-2023. De plus, ce vaccin, également recommandé depuis 2019 chez les adolescents par le Conseil Supérieur de la Santé n'est pas gratuit pour cette tranche d'âge qui alors que les adolescents sont pourtant les principaux porteurs (et donc contamineurs) avec les jeunes adultes. Pour *Haemophilus influenzae* les cas observés sont très majoritairement liés à des souches non-encapsulées pour lesquelles il n'existe pas de vaccin.

Ces évolutions et cette augmentation ne sont pas en soi inattendues et ne constituent pas un échec de la politique de vaccination : le nombre total de cas reste bien inférieur à ce qu'il était avant l'introduction de la vaccination.

# TENDANCES PAR PATHOGÈNE

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

La vaccination généralisée contre la coqueluche a permis de réduire considérablement l'incidence de cette maladie. Cependant, l'immunité après la vaccination diminue au cours du temps. L'objectif du programme de vaccination est donc principalement de prévenir les cas graves de coqueluche chez les jeunes enfants. À cette fin, les nourrissons eux-mêmes et les femmes enceintes sont vaccinés. En effet, les moins d'un an constituent le groupe à risque le plus important en termes de gravité de la maladie lors d'une infection.

Malgré une couverture vaccinale élevée chez les enfants et les adolescents, le nombre de cas de coqueluche, causés par la bactérie *Bordetella pertussis*, a fortement augmenté entre 2011 et 2014. De 2014 à 2017, le nombre de cas est resté relativement stable, avec une légère baisse en 2018 et 2019. Au cours de la pandémie de covid-19 en 2020-2021, ainsi qu'en 2022, seuls de très faibles nombres de cas de coqueluche ont été observés.

Depuis août 2023, comme dans d'autres pays européens, on observe une augmentation du nombre de cas de coqueluche en Belgique. L'augmentation a été si importante qu'[une évaluation du risque](#) a été réalisée début septembre 2023 afin de recommander des mesures spécifiques aux autorités sanitaires.

Le Centre National de Référence a enregistré 1 048 cas confirmés. Les chiffres pour 2023 sont similaires aux précédents pics de 2014 et 2016 (2014 : n=1394 ; 2016 : n=1486). Bien que cette augmentation se soit produite dans tous les groupes d'âge, elle a surtout concerné les personnes âgées de moins de 14 ans. Une grande partie des hospitalisations concerne des nourrissons de moins d'un an. La vaccination au cours de chaque grossesse protège le principal groupe à risque, à savoir les jeunes nourrissons. Malheureusement, il existe des différences frappantes dans la couverture vaccinale maternelle entre les régions ([85% en Flandre ; 39% en Wallonie ; 31% à Bruxelles](#)). Deux décès ont été signalés : une personne âgée de plus de 65 ans et un nourrisson de moins d'un an dont la mère ne s'est pas vu proposer la vaccination pendant la grossesse.

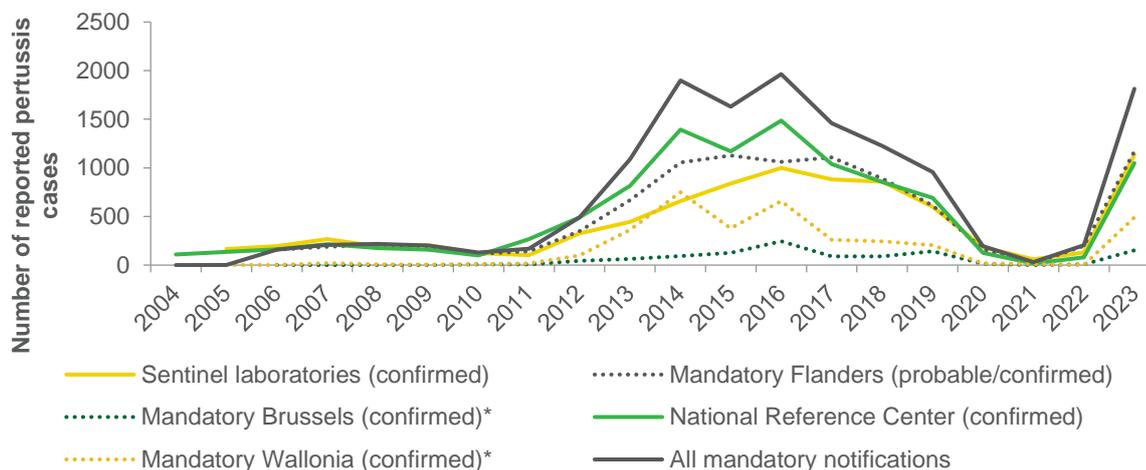


Figure 1 - Nombre de cas de coqueluche par source de données, Belgique, 2004-2023

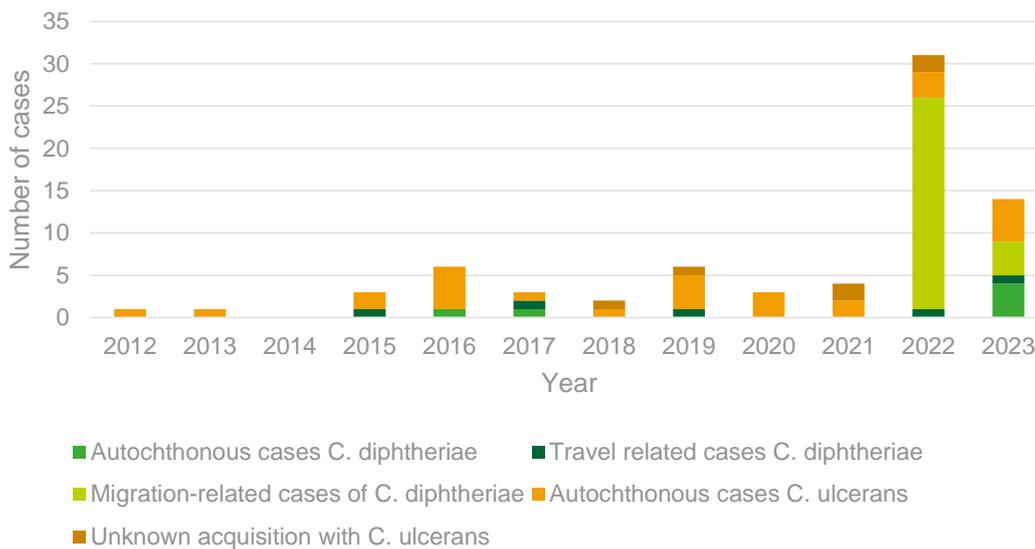
## DIPHTÉRIE ([plus d'informations](#))

Grâce à une couverture vaccinale élevée dans toutes les régions du pays (>90%), la diphtérie est devenue une maladie rare en Belgique. Cependant, depuis 2022, une [épidémie](#) d'infections à *Corynebacterium diphtheriae* toxigène, touchant également d'autres pays européens est survenue parmi les demandeurs d'asile. En 2023 également, quatre cas ont été diagnostiqués chez des demandeurs d'asile, dont un groupe familial de trois personnes. Ces cas ont malheureusement entraîné le [décès d'un enfant non vacciné](#). Le [décès précédent](#) dû à la diphtérie remontait à 2016, également chez un enfant non vacciné.

En 2023, 14 cas ont été enregistrés : 9 à *Corynebacterium diphtheriae* et 5 à *Corynebacterium ulcerans*. En dehors de l'épidémie chez les demandeurs d'asile, 5 autres cas d'infection à *C. diphtheriae* ont été diagnostiqués dont 3 parmi des personnes sans domicile fixe.

Tous les cas de *C. ulcerans* étaient autochtones, avec pour la plupart, une clinique de diphtérie cutanée. L'âge médian des cas était de 55 ans.

De l'antitoxine diphtérique a dû être administrée à 3 reprises en 2023. [Un guide de traitement](#) a été élaboré par la Société belge d'infectiologie et de microbiologie clinique en juin 2023.



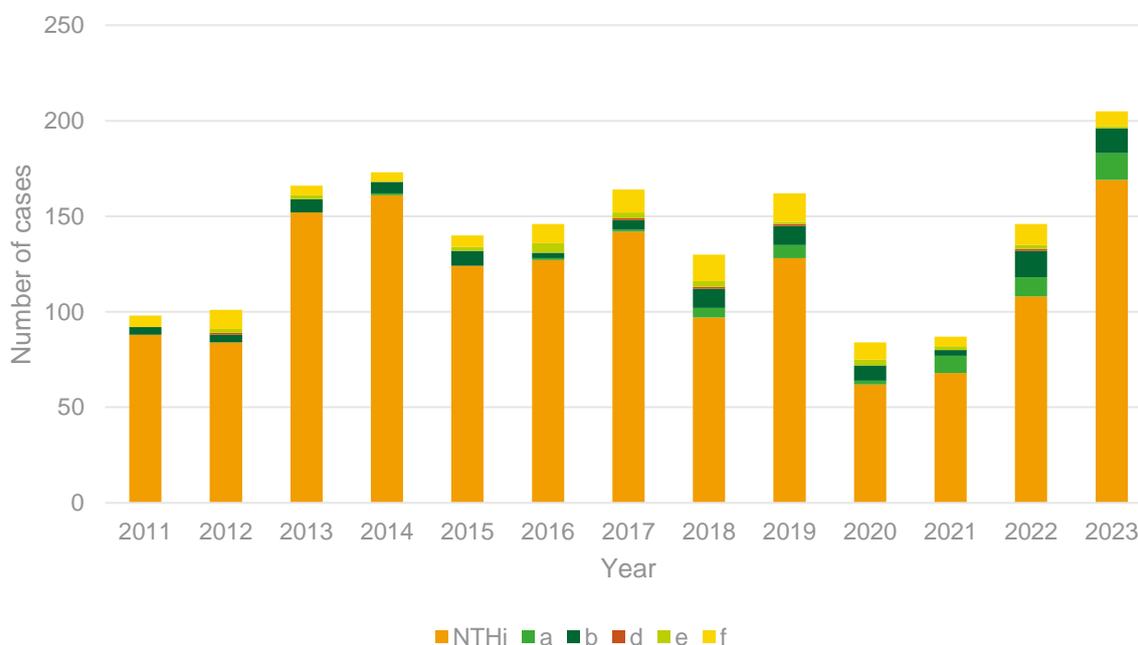
*Figure 2 - Nombre de cas de diphtérie par an, par type et par origine, 2012-2023, Belgique (source : Centre National de Référence)*

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

Avant l'introduction de la vaccination contre le sérotype b (1993), *H. Influenzae type b* (Hib) était la principale cause de méningite bactérienne chez les enfants de moins de 5 ans, avec quelque 250-300 cas par an. En 2023, 13 cas d'Hib ont été mis en évidence par le Centre National de Référence, ce qui correspond à 0,11 cas/100 000 habitants. Avec 2022 (14 cas de Hib), il s'agit du plus grand nombre d'infections invasives à Hib diagnostiquées depuis le début de la surveillance par le CNR en 2011. En effet, au cours des dix années précédentes, 2 à 10 cas par an avaient été signalés. Cependant, cette augmentation survient également dans un contexte d'augmentation de tous les autres types d'*Haemophilus influenzae* (voir paragraphe ci-dessous). Les années à venir devront montrer si cette élévation se poursuit. En 2023, deux cas entre 1 et 4 ans, vaccinés correctement à l'aide de trois ou quatre doses contre le Hib ont été observés. Les 5 autres cas de moins de 5 ans étaient soit non vaccinés (3 cas), ou trop jeunes pour être vaccinés (1 cas) ou avec un statut vaccinal inconnu (1 cas).

Toutes les infections invasives à *H. Influenzae* confondues (c'est-à-dire y compris celles causées par des types non couverts par le vaccin) sont atteints leur niveau le plus élevé en 2023 depuis le début de la surveillance par le CNR : 205 cas enregistrés, soit 7,3 cas/100 000 habitants. Ce rebond de cas fait très probablement suite à la pandémie de covid-19 et aux mesures prises pour limiter la propagation du virus durant cette période. Les infections touchent principalement les enfants de moins de cinq ans, en particulier les enfants de moins d'un an, ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus. La grande majorité des infections (82 %) sont aujourd'hui causées par des souches non encapsulées (souches dites "non typables"). Parmi les souches encapsulées, on observe une augmentation du nombre de cas causés par le sérotype a depuis 2018, bien que les chiffres absolus restent faibles.

Aucun décès dû à une infection à *H. influenzae* de type b n'a été rapporté en 2023. Globalement, les infections invasives à *H. influenzae* (tous sérotypes confondus) causent encore un certain nombre de décès chaque année en Belgique, mais on ne dispose actuellement pas de chiffres précis. Le CNR, qui ne dispose pas toujours de ces informations, a reçu des rapports faisant état de 5 décès en 2023, tous liés à des souches non encapsulées.



**Figure 3** - Nombre d'infections par *H. influenzae*, par sérotype et par année, 2011-2023, Belgique.  
NTHi = *H. Influenzae* non typable (Source : Centre National de Référence)

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

Depuis l'introduction de la vaccination contre le méningocoque de sérotype C en 2002, le nombre et l'incidence des infections invasives à méningocoques ont fortement diminué pour tous les sérotypes. Depuis 2008, le nombre de cas d'infections à méningocoques confirmés par le Centre National de Référence (CNR) fluctue autour de 100 par an. Toutefois, au cours des années 2020-2021 du covid-19 et en 2022, ce nombre était beaucoup plus faible. En 2023, le nombre de cas de méningocoques déclarés n'a pas encore atteint le niveau pré-covid : 84 cas ont été enregistrés par le CNR (0,71 cas pour 100 000 habitants) et 104 cas par le biais de la notification obligatoire. Le groupe d'âge le plus touché est celui des enfants de moins de 5 ans et plus particulièrement les moins d'un an, des adolescents (15-19 ans), et des plus de 80 ans. Trois décès ont été signalés au CNR (2 liés au sérotype B et 1 lié au sérotype W).

En termes de distribution des sérotypes, depuis l'introduction de la vaccination, le nombre d'infections par le sérotype C est passé de 179 cas en 2001 à moins de 10 cas par an depuis 2014 et seulement 1 cas par an depuis 2021. Ces cas surviennent chez des personnes non vaccinées. D'autres sérotypes gagnent donc en importance relative. Jusqu'en 2019, une augmentation progressive du nombre d'infections causées par les sérotypes Y et W a été observée. Le Conseil Supérieur de la Santé a ensuite décidé de [recommander](#) le vaccin combiné ACWY, au lieu du vaccin monovalent MenC. Depuis le 2<sup>e</sup> semestre 2023, ce vaccin combiné est proposé gratuitement dans les différents programmes de vaccination du pays. Entre 2018 et 2020, les infections par les sérotypes W et Y représentaient ensemble 40 % de toutes les infections ; en 2023, pour la première fois, ces sérotypes ont été dominants, avec 51,8 % des cas (43/83 cas) suivi par le sérotype B avec 43,4 % des cas (36/83 cas). Il existe également un vaccin contre le sérotype B, qui [n'est pas recommandé dans le cadre du calendrier vaccinal de base](#) par le Conseil supérieur de la santé, mais qui peut être envisagé individuellement (et doit alors être payé par les parents eux-mêmes).



Figures 4 et 5 - Nombre absolu (en haut) et importance relative (en bas) des infections invasives à méningocoques par sérotype, Belgique, 2000-2023 (Source : Centre National de Référence)

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

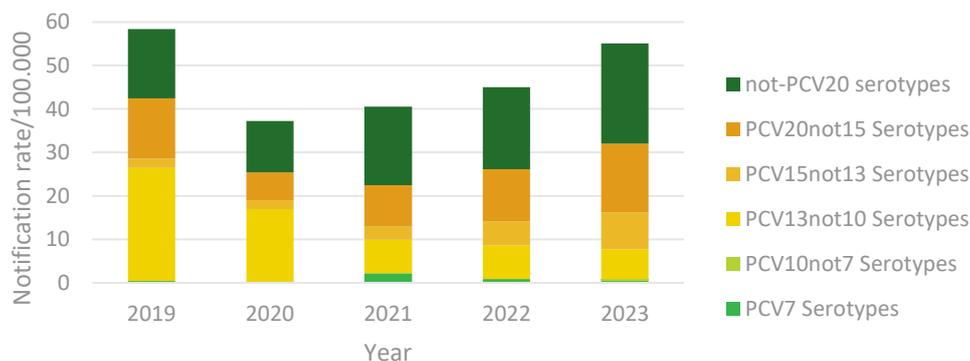
Après l'introduction du vaccin pneumococcique 7-valent PCV7 en 2007, l'incidence des infections invasives (IPD) a diminué chez les enfants de moins de 2 ans, et depuis l'introduction du PCV13 en 2011, une diminution a été observée dans tous les groupes d'âge. Après le passage au PCV10 en 2016, l'incidence a de nouveau augmenté chez les jeunes enfants, principalement en raison du sérotype 19A (dans le PCV13, mais pas dans le PCV10). Cela a conduit à la réintroduction du PCV13 en 2019, après quoi la tendance s'est inversée et l'incidence du sérotype 19A a de nouveau diminué. Le Conseil Supérieur de la Santé [recommande le PCV13 ou le PCV15](#) pour la vaccination des enfants sans préférence, même si le PCV13 reste le vaccin proposé gratuitement par les collectivités dans le cadre du programme de vaccination de base. Pour la [vaccination des personnes âgées de 65 ans](#) et plus, le PCV20 est recommandé en premier choix depuis 2022.

Après la pandémie de COVID-19, qui s'est accompagnée d'une diminution du nombre de cas d'IPD, le nombre de cas a de nouveau fortement augmenté. En 2023, le CNR a signalé 1 746 cas (14,9 pour 100 000 habitants), soit le nombre le plus élevé depuis 10 ans. Les enfants de moins de 2 ans étaient les plus touchés (53,4 pour 100 000). Le CNR a signalé au moins 87 décès en 2023, dont la majorité (51/87) est survenue chez des personnes âgées de plus de 65 ans. Chez les enfants de moins de 2 ans, 2 décès ont été signalés, tous deux après une infection par un sérotype non vaccinal.

Le nombre d'infections par les sérotypes du PCV13 a diminué chez les enfants de moins de 2 ans et s'accompagne d'une augmentation de la proportion des sérotypes contenus dans le PCV15 et PCV20. En 2023, 16 % (n=20) des IPD chez les enfants de moins de 2 ans étaient causés par des sérotypes PCV15-non13 et 29 % supplémentaires (n=37) par des types PCV20-non15 (figure 6). Dans la population plus âgée, principalement les sérotypes du PCV20 ont circulé. Tous âges confondus, les sérotypes 8 et 3, inclus respectivement dans le PCV20 et le PCV13, sont les plus courants.



**Figure 6** - Nombre de cas déclarés d'infections invasives à pneumocoques par an tous âges confondus, Belgique, 1993-2023, par source de données. Les blocs de couleur représentent le vaccin gratuit utilisé. (sentinel = laboratoires sentinelles, NRC = centre national de référence, MZG = résumé hospitalier minimal)

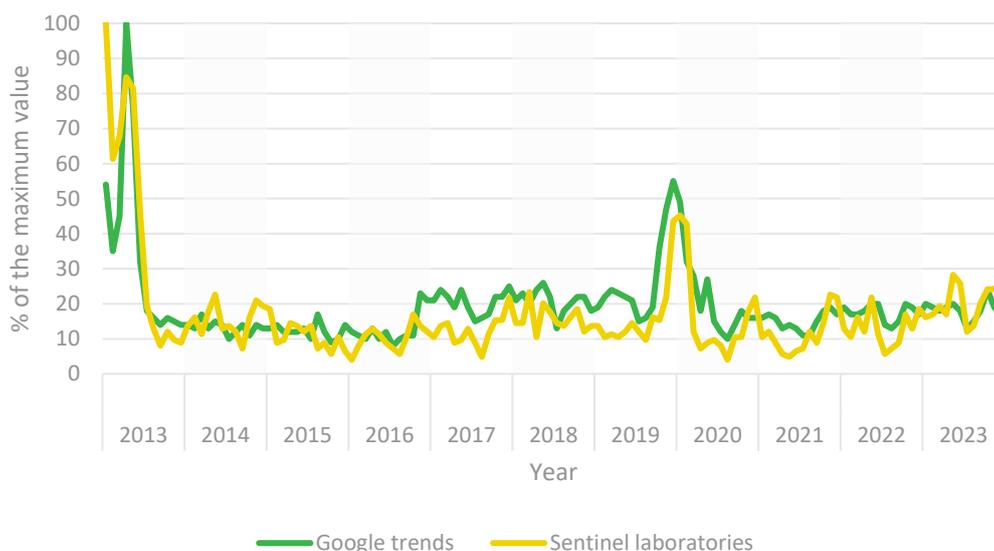


**Figure 7** - Proportion d'infections invasives à pneumocoques chez les enfants de moins de 2 ans, 2019-2023, en fonction des sérotypes de vaccins, y compris le PCV15 et le PCV20, Belgique. (Source : NRC pour *S. pneumoniae*, UZ Leuven)

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

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

En 2023, le nombre de cas d'oreillons rapportés par les laboratoires vigies a légèrement augmenté par rapport à 2022 (244 cas en 2023 ; 155 cas en 2022). La surveillance via google trends est par contre restée stable en 2023 par rapport à 2022. Le niveau de circulation du virus depuis mi-2020 est similaire aux années creuses de 2014 à mi-2019.



*Figure 8 - Cas mensuels déclarés (laboratoires vigies= SL) ou intensité de recherche (Google Trends) pour oreillons, par rapport à la valeur maximale de janvier 2013, Belgique, 2013-2023*

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

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

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

Dans le cadre de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, les pays indemnes de la maladie, comme la Belgique, doivent disposer d'un système de surveillance sensible pouvant démontrer l'absence de circulation du poliovirus sur son territoire. La surveillance passe par l'enregistrement et l'investigation microbiologique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), de toutes causes confondues, chez les personnes de < 15 ans. Selon les indicateurs de l'OMS, 1 cas de PFA pour 100 000 individus de < 15 ans doit être détecté et investigué pour que le système de surveillance soit considéré comme suffisamment sensible. Selon les indicateurs de l'OMS, 1 cas de PFA pour 100.000 personnes de moins de 15 ans doit être détecté et examiné pour que le système de surveillance soit considéré comme suffisamment sensible. Pour la Belgique, cela signifie que 19 cas de PFA par an devraient être signalés. Or, seuls quatre cas ont été enregistrés en 2023 (3 en Flandre et 1 en Wallonie), principalement des syndrômes de Guillain Barré. Le nombre de notifications de PFA a été en moyenne de 5 par an (min 1, max 9) au cours des 20 dernières années. Le système actuel ne répond donc pas aux exigences de l'OMS. Heureusement, une surveillance supplémentaire des entérovirus est en place et le poliovirus est recherché dans les eaux usées depuis 2024.

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

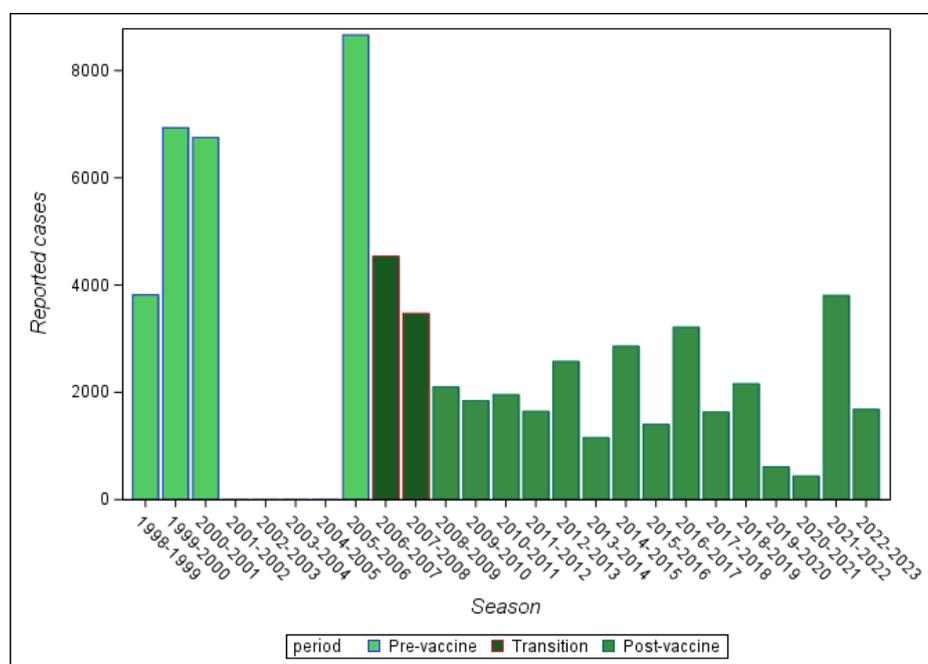
*Même version que la synthèse annuelle 2022*

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

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

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

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



*Figure 9 - Nombre de cas de rotavirus signalés par saison et par période de vaccination, 1998-2023, Belgique (Source : laboratoires vigies)*

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

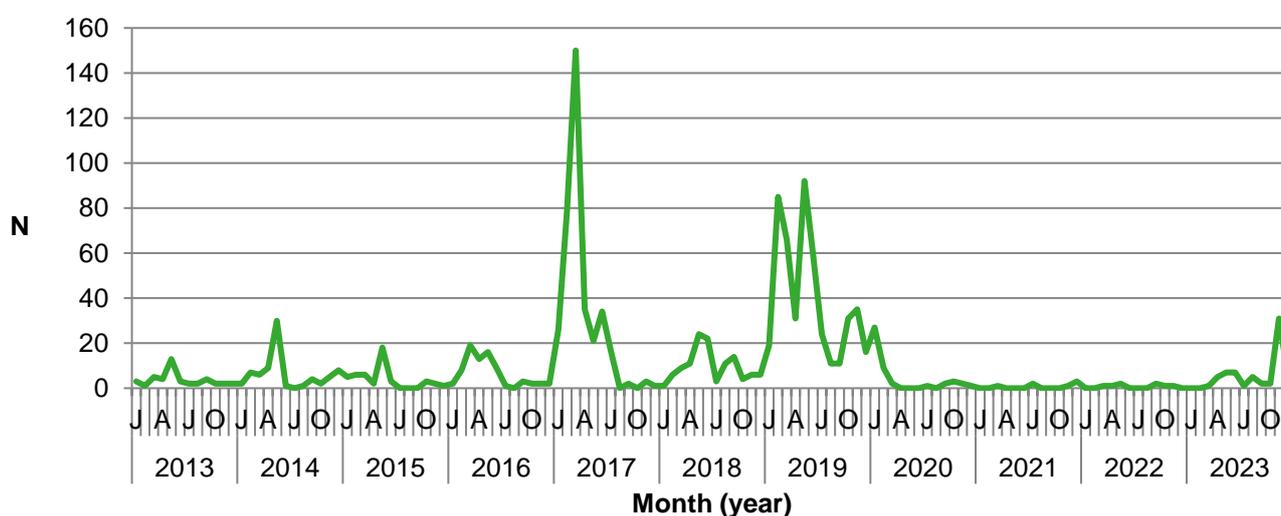
En raison du risque de complications graves lié à la rougeole, qui peut être prévenu par un vaccin très efficace, tous les pays européens se sont engagés à éliminer la maladie en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'objectif est de parvenir à une incidence annuelle inférieure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

Après des chiffres très bas en 2020-2022 en raison de la pandémie de covid-19, une augmentation de cas est survenue lors du dernier trimestre 2023. Au total, 67 cas ont été signalés dont 15 sont liés à une contamination lors d'un voyage à l'étranger. Ces 15 cas importés ont été à l'origine de 7 clusters avec 29 cas au total. L'incidence fut de 4,4/million d'habitants, soit près de 10 fois plus qu'en 2021-2022 et au-dessus du seuil d'élimination proposé de 1/million. La majorité des cas (35/67) sont survenus chez des enfants de moins de 10 ans, et en particulier chez des enfants de moins d'un an (n=8) qui sont encore trop jeunes pour être vaccinés. Une hospitalisation fut nécessaire pour 24 cas. Aucun décès n'a été observé.

Le taux de vaccination est actuellement de [75% en Wallonie et à Bruxelles et de 89% en Flandre](#) pour deux doses documentées. En 2023, plus de la moitié des cas n'étaient pas vaccinés (35/67) et l'information sur le statut vaccinal était manquante pour 15 cas. Des cas chez des personnes entièrement vaccinées sont possibles mais restent rares (n=4, tous >20 ans).

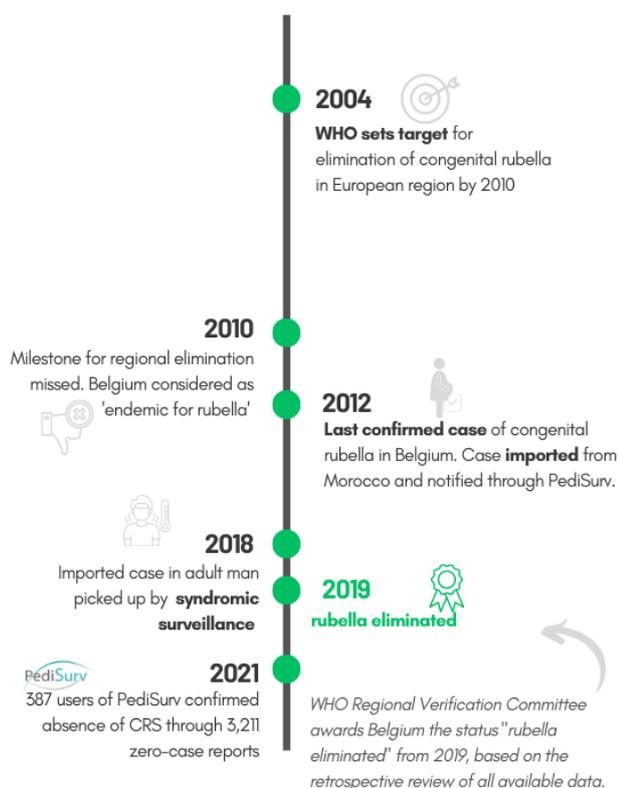
L'OMS a accordé à la Belgique le statut de 'rougeole éliminée' pour les années 2020-2022. Cela ne signifie pas qu'il n'y a plus de cas de rougeole en Belgique, mais plutôt qu'aucune chaîne d'infection n'a duré plus de 12 mois et que l'incidence des cas non importés est faible (<1/1 million d'habitants). Pour 2023 il n'y a pas encore de décision officielle de l'OMS. L'incidence des cas non importés était trop élevée (4,4/million d'habitants), mais la chaîne d'infections a toujours été interrompue avec succès : aucune chaîne n'a continué à circuler tout au long de l'année.

 sciensano



*Figure 10 - Nombre de cas de rougeole par mois, 2013-2023, Belgique*  
(Sources : Déclarations obligatoires (AZG, AViQ, COCOM), NRC RRO et Pedisurv (Sciensano))

## RUBÉOLE ([plus d'informations](#))



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

Le dernier cas autochtone connu de SRC remonte à 2007 et le dernier cas importé à 2012. En 2023, 2 suspicions de SRC chez des nouveaux-nés ont été écartés après des investigations comprenant une PCR sur le liquide amniotique et sur l'urine du nouveau-né. De nombreuses données ont également confirmé l'absence de rubéole et de SRC : 349 médecins ont confirmé, par le biais de 2 658 rapports mensuels de référence, qu'ils n'avaient pas diagnostiqué de rubéole congénitale dans leur pratique. De même, la surveillance des anomalies congénitales, grâce au réseau EuroCat à Anvers (16 % de toutes les naissances, données jusqu'en 2020) et dans le Hainaut (11 % de toutes les naissances, données jusqu'en 2023), n'a pas non plus révélé de SRC. En outre, aucun décès dû à la rubéole n'a été signalé dans les données d'hospitalisations ou dans les données de mortalité de ces dernières années (données jusqu'en 2021).

Figure 11 - Principales étapes de la surveillance de la rubéole et évolution vers les objectifs d'élimination, Belgique

## TÉTANOS ([plus d'informations](#))

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

Les dernières données disponibles concernant la mortalité sont celles de 2021. Au cours de la période de 10 ans entre 2011-2020, un total de 5 décès dus au tétanos a été enregistré, tous chez des personnes âgées de plus de 70 ans. Les hospitalisations dues au tétanos sont également devenues rares, avec moins de 5 à 10 hospitalisations par an au cours des 10 dernières années. La présence de toxine tétanique dans le sang peut être détectée par le [Centre national de référence](#). Le CNR a effectué cinq tests de ce type en 2023 en raison d'une suspicion clinique de tétanos, qui se sont tous révélés négatifs. En 2022 (3 échantillons négatifs), en 2021 (4 échantillons négatifs) et 2020 (5 échantillons négatifs), aucun cas de tétanos n'a été confirmé par le CNR. Par conséquent, les derniers cas détectés dans le CNR datent de 2019 et 2018. Chaque cas concernait un patient âgé de 70 à 80 ans.

## CONTACT

Laura Cornelissen [laura.cornelissen@sciensano.be](mailto:laura.cornelissen@sciensano.be) - T +32 2 642 57 81

## PLUS D'INFORMATIONS

-

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