

Flash Maladies infectieuses | Mars 2022



Édité par la cellule de surveillance des maladies infectieuses
En collaboration avec Sciensano

Grippe saisonnière et virus respiratoires – Situation épidémiologique pour la saison 2021-2022

La dernière épidémie de grippe saisonnière remonte à 2020, et a duré 8 semaines (entre le 20/01 et le 09/03/2020), avec un pic d'intensité modérée pendant la semaine du 27/01/20. La fin de cette épidémie a coïncidé avec le début de l'épidémie de COVID-19. Les données de surveillance ont montré lors de l'épidémie de COVID-19 que pendant la saison grippale 2020-2021 (entre octobre 2020 et septembre 2021), pratiquement aucune infection grippale confirmée n'a été observée dans notre pays. Alors que le réseau de laboratoires vigies avait enregistré entre 5 444 et 11 997 infections au cours des cinq saisons grippales, il n'y en a eu que 32 au cours de la saison grippale 2020-2021. À l'échelle mondiale, beaucoup moins d'infections par la grippe saisonnière ont également été observées dans les pays au climat tempéré par rapport aux années précédentes. Au cours de l'hiver 2020-2021, pratiquement aucun pays de l'hémisphère Nord n'a observé d'épidémie de grippe saisonnière. Actuellement, au cours de la saison de grippe 2021-2022, on observe un peu plus d'infections grippales qu'en 2020-2021, mais il ne s'agit pour l'instant que d'infections sporadiques et il n'y a pas encore d'épidémie de grippe en Belgique. Au niveau international, le tableau est varié : dans la plupart des pays d'Europe occidentale, comme en Belgique, seules des infections grippales sporadiques ont été observées jusqu'à présent. Dans d'autres pays (principalement en Europe du Nord et de l'Est, mais aussi dans une certaine mesure en France), une épidémie de grippe saisonnière a de nouveau été observée ces derniers mois. Dans le cadre des mesures COVID-19 actuelles et étant donné que l'hiver météorologique est terminé, il est très peu probable qu'une épidémie de grippe soit observée en Belgique dans les prochains mois. Suivez l'évolution épidémiologique de la grippe et des virus respiratoires dans le [rapport hebdomadaire de Sciensano](#).

Coronavirus (SARS-CoV-2) – Situation épidémiologique et niveau de gestion

En Belgique, au 4 mars, le nombre [rapporté](#) d'infections journalières de COVID-19 est en moyenne de 6 930 cas (avec une incidence sur 14 jours de 787/100 000 habitants) et le taux de positivité de 22,4 %. Dans les hôpitaux, un total de 1 970 lits sont occupés par des patients COVID et 185 lits occupés en USI, avec une moyenne de 143 admissions par jour. Le nombre de décès moyen par jour est de 17. La situation épidémiologique de COVID-19 est évaluée de façon hebdomadaire par le *Risk Assessment Group* (RAG), sur la base de différents indicateurs épidémiologiques ainsi que des indicateurs qualitatifs (ex. existence de « clusters ») et stratégiques (ex. stratégie de test). Cette analyse permet d'établir un niveau de risque ou de gestion. Le 9 mars, la Conférence interministérielle a également décidé d'une stratégie de dépistage et de suivi des contacts pour chaque niveau de gestion. Au cours de la semaine 9 (du 28 février au 5 mars), après une période de baisse continue un changement de tendance pour plusieurs indicateurs a été observé. Tant le nombre de nouvelles infections et d'admissions à l'hôpital que le taux de positivité ont à nouveau légèrement augmenté, surtout en Flandre. Ce changement n'est pas inattendu et résulte de l'assouplissement des restrictions mis en œuvre le 18 février. Sur base de l'évaluation du RAG, le [niveau de gestion](#) correspond au niveau 2. A partir du 17 mars, la politique de suivi des contacts sera donc adaptée au niveau 2, et il n'y aura que des mesures pour les contacts à haut risque (CHR) > 6 ans au sein du foyer (masque buccal pendant 7 jours ou autotest quotidien pour les contacts hors du foyer). En outre, il est également recommandé de procéder à un dépistage systématique des CHR lors d'épidémies touchant des groupes vulnérables. Le niveau de gestion peut être différent des couleurs du « Baromètre Corona » (jaune, orange, rouge). Ce dernier ne prend en compte que les indicateurs hospitaliers, alors que le niveau de gestion prend également en compte le changement de tendance des indicateurs précoces (par exemple le nombre de consultations pour le COVID-19 chez les médecins généralistes) afin de permettre un changement plus rapide de la politique de suivi des contacts et de dépistage si nécessaire.

Shigella sonnei – Augmentation des infections à S. sonnei multirésistantes en Belgique et Europe

En janvier 2022, à la suite de la notification par le Royaume-Uni d'une augmentation des infections à *Shigella sonnei* multirésistantes aux antibiotiques, principalement chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), plusieurs pays européens dont la Belgique ont également signalé des cas. Ces cas étaient soit étroitement liés génétiquement par le séquençage du génome entier (WGS), soit présentaient un profil de résistance identique ou très similaire. En effet, en Belgique, l'analyse effectuée par le CNR d'un ensemble aléatoire d'échantillons de *S. sonnei* résistants (n=20) a permis d'identifier 4 souches appartenant au « cluster » britannique, isolées de patients masculins entre juillet et septembre 2021. L'évaluation phénotypique de la résistance antibiotique de ces isolats indique une résistance contre l'azithromycine, la ciprofloxacine et les céphalosporines dans 24 % des cas. L'augmentation récente des infections à *S. sonnei* multirésistantes chez les HSH, y compris la propagation internationale, est inquiétante. Le choix d'antibiotiques oraux pour leur traitement est devenu extrêmement limité. En Belgique, la probabilité de nouvelles infections chez les HSH exposés à des pratiques sexuelles à haut risque, et la propagation dans les mois à venir est élevée. Actuellement, la shigellose est à déclaration obligatoire en Flandre mais pas dans les autres régions ; il est cependant crucial de dépister ces cas ainsi que de faire de la prévention et sensibilisation auprès des populations HSH.

Tularémie – Situation épidémiologique en Belgique

La [tularémie](#) est une zoonose rare causée par la bactérie *Francisella tularensis*. Les lièvres et les tiques sont la principale source d'infection chez l'homme, la bactérie étant principalement transmise par contact cutané direct avec des animaux infectés, par des matériaux contaminés ou par morsure de tiques. En Belgique, la maladie est à déclaration obligatoire dans toutes les régions. Entre 1950 et 2020, seuls 19 cas ont été signalés, la majorité après 2012, principalement en Wallonie. En 2021, cependant, il y a eu 11 cas, dont 7 en Wallonie, 3 en Flandre et 1 à Bruxelles. L'incidence semble donc augmenter, bien que la vigilance accrue joue probablement aussi un rôle. La tularémie doit être suspectée en cas de gonflement des ganglions lymphatiques avec ou sans ulcères associés à des piqûres d'insectes ou contact avec des animaux. Les présentations moins fréquentes nécessitant une attention particulière sont la conjonctivite avec gonflement des ganglions lymphatiques, la fièvre d'origine inconnue et une pneumonie qui ne répond pas au traitement standard. Le diagnostic peut être établi par sérologie, culture ou PCR. Un premier échantillon de sang avec sérologie positive peut déjà être indicatif en phase aiguë.

Polio – Foyer de poliovirus sauvage de type 1 (WPV1) au Malawi

Mi-février 2022, les autorités sanitaires du Malawi ont déclaré une [flambée de poliovirus sauvage de type 1 \(WPV1\)](#) après la détection d'un cas chez un enfant de trois ans atteint de paralysie flasque aiguë (PFA). Après l'analyse, le WPV1 a été confirmé par séquençage. Le virus est génétiquement lié au WPV1 détecté dans la province pakistanaise du Sindh en octobre 2019, le cas a donc été classé comme un cas importé. Il s'agit du premier cas de poliovirus sauvage en Afrique depuis plus de cinq ans. Le dernier cas de polio au Malawi avait été signalé en 1992. La détection du WPV1 en dehors du Pakistan et de l'Afghanistan est inhabituelle. Cependant, le risque d'importation du WPV1 vers des pays tiers existe, tant qu'il y a des zones endémiques avec circulation du virus. L'Europe est exempte de poliomyélite depuis 2002, cependant le risque de réintroduction du virus demeure, raison pour laquelle il est fondamental de maintenir une couverture vaccinale élevée dans la population générale ainsi que d'investiguer sur chaque cas de PFA et de les notifier.

Personnes de contact

SURVMI : surveillance.sante@aviq.be | Javiera REBOLLEDO : javiera.rebolledogonzalez@sciensano.be

