

Mise à jour épidémiologique des infections respiratoires

La situation épidémiologique des infections respiratoires aiguës est revenue à un niveau de base. Selon le [dernier bulletin hebdomadaire des infections respiratoires aiguës](#), tous les indicateurs — tant ceux issus de la surveillance syndromique que de la surveillance spécifique des agents pathogènes — se situent à un niveau bas. Les épidémies de grippe et de RSV sont terminées, tandis que le SARS-CoV-2 continue de circuler à bas niveau. Seul l'indicateur basé sur les eaux usées pour le RSV se situe encore à un niveau modéré, mais présente une tendance à la baisse. Le niveau d'alerte du [Plan Hivernal Infections Respiratoires](#) a été abaissé au code vert le 18 mars. Au [niveau international](#), le nombre de consultations en première ligne pour des infections respiratoires est revenu au niveau de base dans la plupart des pays européens. L'activité grippale et le nombre d'hospitalisations continuent de diminuer dans toutes les classes d'âge. Les sous-types d'influenza A(H1) pdm09 et A(H3) sont actuellement codominants. La circulation du RSV et le nombre d'hospitalisations restent relativement élevés — en particulier chez les enfants de moins de cinq ans, qui représentent la majorité des admissions — mais montrent également une tendance à la baisse. La circulation du SARS-CoV-2 demeure faible dans toutes les classes d'âge, avec un faible nombre d'hospitalisations.

Diphtérie - augmentation de cas de diphtérie cutanée parmi les sans-abris

Depuis janvier 2026, une augmentation des cas de diphtérie cutanée à *C. diphtheriae* est observée chez les sans-abris, en particulier à Bruxelles et à Liège. Depuis 2023, on comptait généralement 2 à 3 cas de diphtérie cutanée par an chez les sans-abris. En 2025, ce nombre a grimpé jusqu'à 7 cas. Depuis janvier 2026, 5 cas ont été détectés dans cette population. D'après les analyses phylogénétiques du [Centre National de Référence pour les Corynébactéries Toxinogènes](#), il apparaît que la plupart des cas chez les sans-abris font partie du même cluster génétique depuis 2023 (ST100). Ces données indiquent une transmission locale de la diphtérie. Aucun cas de diphtérie respiratoire lié à ce cluster n'a été signalé. Certains sans-abris étaient aussi des consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Une attention particulière doit être portée au diagnostic de la diphtérie en cas de plaie chez les sans-abris. À défaut de preuve de revaccination récente, une dose de rappel contre la diphtérie (dTcaP, Boostrix®) sera réalisée. Toutes les informations concernant [le traitement sont disponibles sur le site de la Société belge d'infectiologie et de microbiologie clinique](#). Les cas de diphtérie toxinogènes sont à [déclaration obligatoire](#).

Infections invasives à méningocoque - épidémie en Angleterre et infections liées aux pèlerinages en Arabie saoudite

Du 9 au 16 mars, une épidémie d'infections invasives à méningocoque de sérogroupe B s'est déclarée à Canterbury, dans le Kent, en Angleterre. Cette épidémie, qui a touché de jeunes adultes (âge moyen : 19 ans) est très inhabituelle vu son grand nombre de cas en très peu de temps. Jusqu'au 26 mars, 21 cas confirmés (dont 1 ressortissant français) et 2 cas probables ont été rapportés, parmi lesquels 2 décès. La majorité des cas de contamination (20) présentent un lien épidémiologique avec une discothèque de Canterbury. Parmi les trois cas qui n'ont pas déclaré s'être rendus dans cette discothèque, tous sont des étudiants de l'université du Kent logeant en résidence universitaire, et l'un d'entre eux a un lien avec des personnes qui s'y sont rendues. Plus d'informations sur l'épidémie et la souche impliquée sont disponibles sur les sites web de l'[ECDC](#) et des autorités sanitaires du [Royaume-Uni](#). L'ECDC [a également publié un communiqué de presse](#) dans lequel il estime que le risque pour les autres pays européens est très faible en raison du risque très faible d'exposition et d'infection. L'ECDC ne recommande pas de vacciner contre le méningocoque B en cas de voyage en Angleterre, y compris dans le Kent, car l'épidémie est contenue et qu'il n'y a pas de nouveaux cas depuis le 16 mars. En Belgique, aucun cas lié à cette épidémie n'a été détecté. Les infections à méningocoques sont à [déclaration obligatoire](#), ce qui permet d'assurer une bonne surveillance et de formuler des recommandations appropriées à l'intention des malades et de leurs contacts étroits.

En 2025, le Royaume-Uni a fait part [d'une augmentation d'infections invasives à méningocoque de sérogroupe W lié aux pèlerinages à la Mecque](#). Entre janvier 2024 et juin 2025, 14 cas ont été identifiés chez des personnes revenant d'Arabie saoudite ou parmi leurs contacts familiaux, dont 8 associés au pèlerinage de la Omra. En Belgique, une légère augmentation de sérogroupe W a également été détectée en 2025 avec 5 cas (contre 1 cas en 2023 et 3 cas en 2024). Malgré l'absence d'informations concernant un pèlerinage ou un voyage en Arabie Saoudite, les souches des 5 cas de 2025 étaient, d'après les résultats microbiologiques, liées aux souches détectées au Royaume-Uni, ce qui constitue un indice élevé d'un lien entre les cas. Nous rappelons que le vaccin contre le méningocoque ACWY est obligatoire pour tous les pèlerins qui participent à la Omra et/ou le Hadj à partir de 1 an. Le vaccin doit être administré au moins 10 jours avant l'arrivée en Arabie Saoudite. Plus d'informations sur le [site web de la médecine du voyage Wanda](#).

Mpox - Mise à jour de la situation épidémiologique en Belgique

Au cours des trois premiers mois de 2026, 31 cas de mpox ont été signalés en Belgique (7 en Flandre, 19 à Bruxelles, 5 en Wallonie). Parmi les infections dont le clade est déjà connu, 12 appartiennent au clade Ib. Les données épidémiologiques indiquent pour la première fois une transmission autochtone du clade Ib en Belgique, alors qu'avant cette année, toutes les infections par le clade Ib étaient (directement ou indirectement) liées à une exposition à l'étranger.

Tout comme pour le clade IIb, la plupart des infections sont diagnostiquées chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et le contact sexuel était le mode d'exposition le plus fréquemment rapporté. On observe également une augmentation du nombre total de cas de mpox par rapport à la même période l'année dernière où on comptait 21 cas (dont 4 infections non autochtones du clade Ib). On ne sait pas encore si cette augmentation est liée à la circulation du clade Ib. À Berlin, l'une des villes européennes où la transmission autochtone du clade Ib a été observée pour la première fois, [tous les cas signalés en février](#) étaient dus au clade Ib. Chaque cas d'infection par le mpox doit être [déclaré](#) afin que la source et les contacts puissent être identifiés. Les échantillons positifs doivent être envoyés au [Centre National de Référence](#) pour la détermination du clade.