

Grippe –update épidémiologique

[Depuis la semaine 38, nous observons une légère augmentation des infections respiratoires.](#) Le Risk Assessment Group (RAG), sur base, entre autres, de l'outil « [Respi-radar](#) », a indiqué que la situation épidémiologique reste au niveau « vert ». La majorité des indicateurs sont en augmentation mais restent à des niveaux peu élevés. Les indicateurs qui augmentent sont le nombre de consultations chez les médecins généralistes pour infection respiratoire aiguë (ARI), le nombre d'hospitalisations pour infections respiratoires aiguës sévères et les différents indicateurs pour le SARS-CoV-2. En ce qui concerne influenza et le virus respiratoire syncytial (VRS), les indicateurs restent à des niveaux de base. Au niveau [international](#), on observe une circulation large et croissante du SARS-CoV-2 dans l'UE/EEE, mais avec un impact limité sur les hospitalisations. La circulation du VRS et du virus influenza reste à des niveaux très bas.

Escherichia coli producteur de shigatoxines (STEC) – mise à jour sur l'épidémie en Belgique

Dans le flash de septembre, nous avons fait état d'une épidémie d'infections à STEC dans plusieurs maisons de repos et de soins (MRS) en Belgique. L'enquête est désormais terminée et aucun nouveau cas n'a été rapporté. Au total, 66 cas (dont 10 décès) ont été liés à cette épidémie, dans 8 MRS en Flandre, 1 en Wallonie et 1 à Bruxelles. Sur un nombre total de 1 195 résidents dans les MRS concernées, cela représente un taux d'attaque de 5,5 %. Les analyses épidémiologiques (étude cas-témoins dans 3 MRS) ont révélé que la viande hachée crue était la source la plus probable. En l'absence de résidus de ce produit, cela n'a pas pu être confirmé en laboratoire. L'AFSCA, l'AVIQ, Department Zorg et Vivalis ont publié un [communiqué de presse](#) commun le 26/09/25 après la fin de cette épidémie et appelle à la prudence avec certains produits alimentaires chez les personnes vulnérables (jeunes enfants, personnes âgées, femmes enceintes ou personnes immunodéprimées).

Legionellose - Cluster de légionellose au Limbourg

En août et septembre, une épidémie de légionellose a été constatée chez huit patients belges à la date du 25 septembre, avec un lien épidémiologique avec Maasmechelen (apparition des symptômes entre le 5 août et le 19 septembre) et un cas supplémentaire aux Pays-Bas. Les patients sont âgés de 41 à 84 ans. Afin de pouvoir détecter à temps la pneumonie à Legionella, une vigilance accrue a été mise en place chez les médecins généralistes et dans les hôpitaux. L'importance du prélèvement d'échantillons humains a été soulignée afin de pouvoir établir une correspondance éventuelle avec les échantillons environnementaux. Une enquête détaillée sur la source est menée auprès des patients. Sur la base des données et d'une modélisation supplémentaire, une zone dans laquelle la source est la plus susceptible de se trouver a été délimitée. Depuis le 10 septembre, des échantillons environnementaux sont prélevés et des mesures sont demandées pour les installations équipées de systèmes de pulvérisation. Cependant, il reste souvent difficile de trouver la source exacte des épidémies de légionellose. La vigilance accrue restera en vigueur jusqu'au 17 octobre.

Candidozyma auris – Propagation du Candidozyma auris en Europe et en Belgique

[L'ECDC rapporte](#) que le champignon multirésistant Candidozyma auris se propage rapidement dans les hôpitaux européens¹. En 2023, 1 346 cas ont été signalés dans 18 pays, principalement en Espagne, en Grèce, en Italie, en Roumanie et en Allemagne. Le champignon peut survivre longtemps sur les surfaces et les équipements médicaux, ce qui rend sa lutte difficile. Depuis 2016, 21 patients ont été identifiés en Belgique, dont 5 sans lien avec un hôpital étranger². La plupart des isolats belges sont résistants au fluconazole, mais largement sensibles à l'amphotéricine B et aux échinocandines. C. auris est à déclaration obligatoire dans toutes les régions et les isolats doivent être envoyés au [NRC Mycosen](#). Toutes les autorités sanitaires soulignent l'importance d'une détection précoce, d'une isolation rapide et d'un contrôle strict des infections afin d'éviter toute propagation.

Poliovirus de type 1 dérivé du vaccin circulant (cVDPV1) - Israël 2025

En août 2025, [Israël](#) a signalé une épidémie d'un poliovirus circulant originalement dérivé d'une souche vaccinale de type 1 et ayant accumulé des mutations (cVDPV1). En décembre 2024, un cas de paralysie flasque aiguë (PFA) a été diagnostiqué chez un adolescent non vacciné. Les échantillons de selles et respiratoires avaient testés positifs pour un poliovirus similaire à celui utilisé dans les vaccins antipoliomyélitiques oraux, mais aillant subi plusieurs mutations ([Sabin-like poliovirus 1](#)). La surveillance des eaux usées a donc été renforcée et ce même type de virus a été retrouvé à plusieurs reprises, ainsi qu'une souche apparentée encore davantage « sauvage » en raison de l'accumulation de mutations (VDPV1). Le VDPV1 a été isolé à différents endroits et pendant une durée prolongée, indiquant une transmission continue dans la communauté et donc officiellement une épidémie de VDPV1 circulant. Bien que le taux de vaccination général en Israël soit élevé, il existe des zones où le taux de vaccination est plus faible, en particulier autour de Jérusalem et dans la communauté ultra-orthodoxe. Des campagnes de communication et de vaccination y sont actuellement menées. Cette épidémie souligne une fois de plus le risque de réintroduction de la polio et l'importance de maintenir un taux de vaccination élevé. Tout cas de PFA [doit être déclaré](#) aux autorités et la polio doit être formellement exclue par

¹ [Drug-resistant fungus Candidozyma auris confirmed to spread rapidly in European hospitals: ECDC calls for urgent action](#)

² [Centre National de Référence \(CNR\) pour les Mycoses | sciensano.be](#)

des tests sur deux échantillons de selles. Des voyageurs vers des [zones à risque](#) doivent recevoir une dose de vaccin supplémentaire.

Ebola – Epidémie en RDC

Le 4 septembre 2025, une [épidémie d'Ebola](#) (souche Zaïre) a été déclarée en République démocratique du Congo (RDC). La zone touchée, Bulape, est difficile d'accès, à au moins une journée de route de la capitale provinciale du Kasai, Tshikapa. Le premier cas signalé était une femme enceinte, admise à l'hôpital le 20 août avec des symptômes compatibles. Elle est décédée à la suite d'une défaillance multiviscérale. D'après l'analyse du séquençage complet du génome, la souche responsable n'est pas liée aux épidémies précédentes et il s'agit probablement d'un nouveau cas de transmission zoonotique. Au 21 septembre, 57 cas (47 confirmés, 10 probables) et 35 décès (dont 10 probables) ont été signalés (taux de létalité parmi tous les cas = 61,4 %) dans la province du Kasai. Des cas ont été signalés chez des personnes âgées de 0 à 65 ans, les enfants de 0 à 9 ans (23 % des cas) et les femmes (61 % des cas) étant les plus touchés. De plus, 1 180 contacts ont été identifiés, dont 94 ont terminé les 21 jours de surveillance. Selon l'OMS AFRO, la zone sanitaire de Bulape est reliée à de grands centres urbains tels que Tshikapa et Kananga, et comme les mouvements interprovinciaux et transfrontaliers se poursuivent, il existe un risque de propagation géographique supplémentaire. Au 24 septembre, 1 740 personnes avaient été vaccinées et 2 410 doses supplémentaires sont disponibles dans les zones touchées.