

UCMT

Bulletin d'informations de l'Unité cantonale des maladies transmissibles destiné aux médecins valaisans

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS



Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
Service de la santé publique
Office du médecin cantonal
Unité cantonale des maladies transmissibles

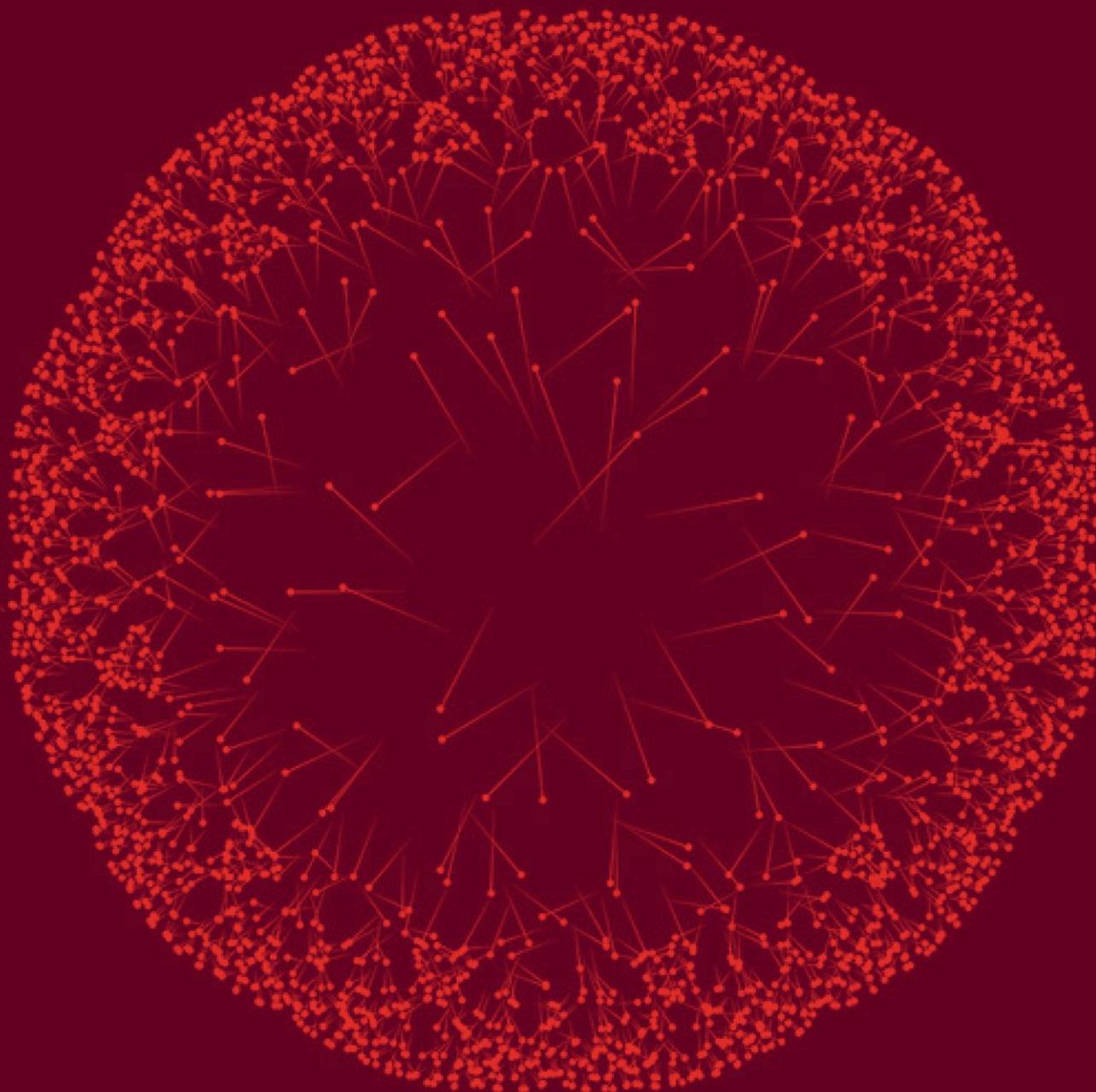
Departement für Gesundheit, Soziales und Kulturs
Dienststelle für Gesundheitswesen
Kantonsarztamt
Kantonale Einheit für übertragbare Krankheiten

INTRODUCTION DE L'UNITÉ
CANTONALE DES
MALADIES
TRANSMISSIBLES

MALADIES A DÉCLARATION
OBLIGATOIRE –
ENCÉPHALITE À TIQUES

FOCUS SUR:
LA LEGIONELLOSE

POINT DE SITUATION:
- *M. PNEUMONIAE*
- HÉPATITE B ET C
- FIÈVRE Q



N°4

Septembre 2023

IN TRO DUC TION

La première partie de ce bulletin est dédiée à la présentation des **statistiques** des maladies à déclaration obligatoire des mois de mai – juin – juillet avec un focus particulier sur une maladie infectieuse de saison : l'encéphalite à tiques.

Une deuxième partie est consacrée à un **point de situation sur les infections à *Mycoplasma pneumoniae***, illustrée par les statistiques des prélèvements positifs testés au laboratoire de l'Institut Central des Hôpitaux (ICH).

Au vu de l'augmentation des cas de **légiellose** observée durant ces dernières années au niveau européen, suisse, mais aussi valaisan, l'équipe de l'Unité Cantonale des Maladies Transmissibles (UCMT) présente, en troisième partie, un gros plan sur cette maladie, sa surveillance, sa prévention et sa lutte.

Ensuite, une quatrième partie propose un point de situation sur l'**hépatite B et C** dans le contexte migratoire actuel (arrivée des réfugiés ukrainiens depuis février 2022).

Finalement, le bulletin présente le bilan de la **flambée de fièvre Q dans le Haut-Valais** qui avait débuté au mois de mars 2023. La flambée est considérée comme terminée depuis la mi-juin.



Nous vous rappelons l'existence de la rubrique « L'UCMT répond à vos questions ». Si vous avez des questions ou des idées de thématiques que vous souhaiteriez voir abordées, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante **maltrans@hopitalvs.ch**.

Nous nous ferons un plaisir d'y répondre dans le prochain bulletin.

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

SITUATION EN VALAIS POUR LES TROIS DERNIERS MOIS
(JUIN-JUILLET-AOÛT)

	JUIN				JUILLET				AOÛT				DEPUIS LE DÉBUT DE L'ANNÉE			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023

TRANSMISSION RESPIRATOIRE

COVID-19	103	292	3'667	28	87	563	6'010	45	229	1'979	2'560	144	2'351	14'907	99'496	1'088
Légionellose	2	2	2	4	5	4	6	4	8	4	1	2	21	24	18	14
Maladie invasive à pneumocoques	0	1	3	5	0	2	2	1	0	2	3	3	21	16	20	26
Tuberculose	1	1	2	0	3	2	1	3	1	0	0	2	13	5	7	9

TRANSMISSION FÉCO-ORALE

Campylobactériose	42	24	48	34	55	59	55	32	43	55	62	63	242	266	286	235
Infection à Escherichia coli entérohémorragique	2	1	3	3	3	3	8	4	3	6	5	11	20	20	31	25
Salmonellose	6	8	8	3	5	9	10	3	8	17	13	21	29	56	58	40

TRANSMISSION PAR DU SANG OU SEXUELLE

Chlamydiose	27	43	36	39	43	32	41	24	25	28	28	43	246	283	308	281
Gonorrhée	8	11	16	11	4	10	9	11	1	3	9	11	43	71	70	89
Hépatite B	5	5	8	5	4	2	2	3	3	0	0	7	25	21	28	37
Hépatite C	3	1	6	2	3	0	3	3	3	0	3	2	17	9	22	32
Infection à VIH	1	0	4	1	0	5	2	0	2	1	3	0	4	8	12	4
Syphilis	3	3	1	1	0	3	0	3	1	1	2	2	19	12	14	19

AUTRES

Encéphalite à tiques	1	2	4	1	2	2	2	2	1	1	1	3	4	6	9	8
Variole du singe	Na	Na	0	0	Na	Na	1	0	Na	Na	8	0	Na	Na	10	0



Focus sur l'encéphalite à tiques

Nous avons choisi de présenter sous forme de courbe épidémique, les cas d'encéphalite à tique en Valais pour les mois de juin, juillet et août entre 2020 et 2023 (Figure 1).

Nous pouvons observer pour cette maladie à déclaration obligatoire, une saisonnalité qui se traduit par une augmentation des cas durant la période estivale (Figure 2).

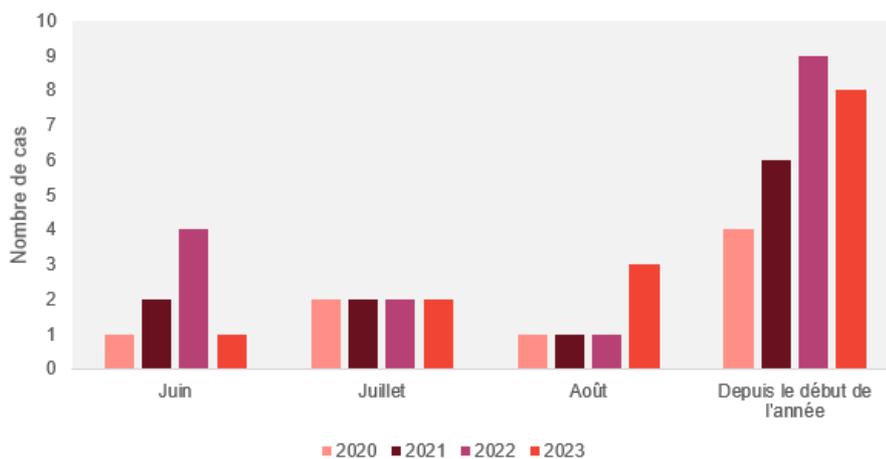


Figure 1 Nombre de cas mensuels déclarés d'encéphalite à tiques en Valais, mai à juillet, 2020-2023 (source des données: système d'informations pour les déclarations (SID))

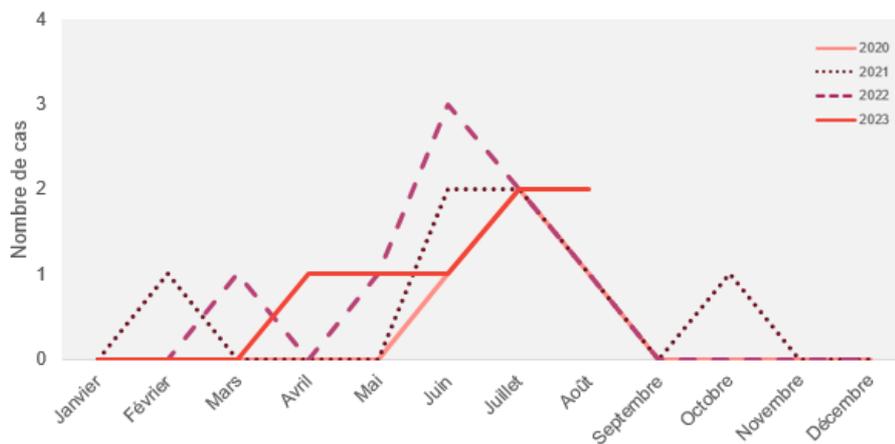


Figure 2 Nombre de cas mensuels déclarés d'encéphalite à tiques en Valais, 2020-2023 (source des données: SID)

MYCOPLASMA PNEUMONIAE – POINT DE SITUATION

Mycoplasma pneumoniae est une cause fréquente de pneumonie communautaire, principalement chez les enfants. La transmission se fait par gouttelettes respiratoires lors de contacts étroits (famille, écoles, installations militaires, institutions sanitaires et sociales). En l'absence de recommandation internationale, la surveillance varie d'un pays à l'autre (1). Alors que la France et les Etats-Unis ont mis en place une surveillance uniquement dans certaines régions, le Danemark et le Japon ont opté pour une surveillance nationale. D'autres pays comme l'Angleterre récoltent les données des laboratoires nationaux de référence. **En Suisse, ce pathogène ne fait pas partie d'un réseau de surveillance.** Lors d'une étude réalisée à l'Hôpital pédiatrique de Zürich de 2011 à 2013, 20.7% des hospitalisations pédiatriques pour pneumonie communautaire étaient causées par *M. pneumoniae* (2). **Le diagnostic est basé sur une PCR réalisée sur un prélèvement respiratoire** (aspiration ou frottis naso-pharyngé). La sérologie a une valeur rétrospective et donc un intérêt très limité dans ce contexte.

Même si la majorité des cas sont bénins, des formes sévères de pneumonies peuvent survenir et des complications dermatologiques et neurologiques graves sont possibles. Dépourvu de paroi cellulaire, *M. pneumoniae* est naturellement résistant aux bêta-lactamines (3) et les macrolides sont le traitement de choix. Des souches résistantes aux macrolides se propagent cependant depuis plusieurs décennies. Les taux de résistance varient grandement entre les régions, de 0% aux Pays-Bas à 97% en Chine (4). Dans l'étude zurichoise, 2% des souches étaient résistantes aux macrolides (2).

En mars 2020, la plupart des pays mettaient en place des mesures pour limiter la propagation du SARS-CoV-2. Ces mesures comprenaient, notamment, la distance sociale, l'utilisation de masques, le renforcement du lavage des mains, le confinement, la fermeture des écoles et des crèches, la fermeture des frontières et des restrictions de voyage. En plus de limiter la propagation du SARS-CoV-2, ces mesures ont été associées à l'absence d'épidémies de grippe et de virus respiratoire syncytial lors de l'hiver 2020. **Une étude a montré que ces mesures ont également eu un impact sur la circulation de *M. pneumoniae*** (1). Les taux de positivité des PCR *M. pneumoniae* ont diminués de façon significative après la mise en place des mesures contre le SARS-CoV-2 dans une vingtaine de pays d'Europe, Amérique, Asie et Océanie. Le taux de positivité a chuté de 8.6% pour la période avril 2017 – mars 2020 à 1.7% pour la période avril 2020 – mars 2021.

A partir du printemps 2021, le relâchement des mesures contre le SARS-CoV2 a permis la résurgence de plusieurs pathogènes respiratoires. Avec un taux de positivité des prélèvements de 0.7% entre avril 2021 et mars 2022, *M. pneumoniae* ne semblait pas avoir réapparu malgré la réouverture des écoles et la levée des mesures de confinement (5).

Un réseau de surveillance prospectif international a été mis en place afin de détecter la réapparition de *M. pneumoniae* précocement et mettre en place une réponse adéquate (6). En effet, étant donné que la population n'y a plus été exposée depuis trois ans, une augmentation des formes sévères et extrapulmonaires pourrait être observée. Ce réseau est composé de 42 sites répartis dans 23 pays (14 en Europe, 5 en Asie, 2 en Amérique et 2 en Océanie).

Avec un taux de positivité de 0.8% pour la période avril 2022 – mars 2023, les données suggèrent que *M. pneumoniae* était toujours absent. Cependant, **depuis le printemps 2023, les données du réseau montre une réapparition de *M. pneumoniae* dans plusieurs pays dont les pays scandinaves et la Suisse (7).**

Les données du laboratoire de l'ICH entre avril 2017 et août 2023 montrent que le Valais suit la même tendance (Figure 3). En effet, on observe une chute du nombre de cas au printemps 2020 et **une absence quasi-totale à partir de l'été 2020 et durant les années 2021 et 2022**, malgré un nombre de tests réalisés à la hausse. Depuis 2023, on observe une réapparition des cas de *M. pneumoniae*, en particulier depuis le mois de juin. **La bactérie semble avoir recommencé à circuler en Valais.**

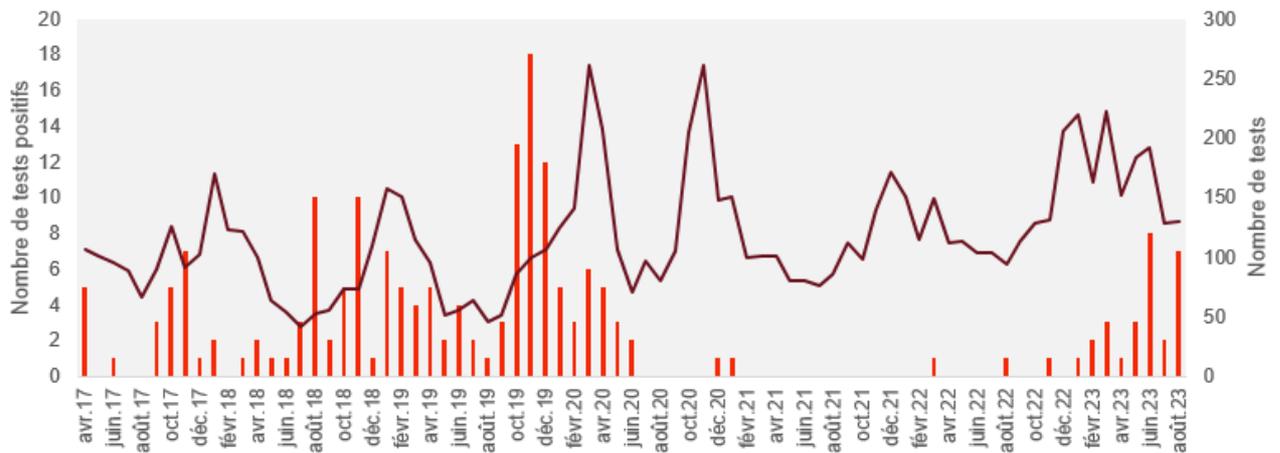


Figure 3 Nombre de tests PCR totaux et positifs pour *M. pneumoniae* réalisés au laboratoire de l'ICH chez des personnes domiciliées en Valais, avril 2017 – août 2023 (source des données: laboratoire ICH)

Lien utile: Projet de surveillance du *Mycoplasma pneumoniae* : [ESCMID: ESGMAC MAPS study](https://www.escmid.org/ESGMAC-MAPS-study)



FOCUS SUR LA LÉGIONELLOSE

Agent infectieux

La légionellose est causée par des bacilles intracellulaires Gram négatif strictement aérobies du genre *Legionella* (plus de 53 espèces et 70 sérogroupes) (8). Ces bactéries vivent à l'intérieur d'amibes d'eau douce dans l'environnement. Environ 30 espèces sont pathogènes pour l'homme. En Europe, plus de 90% des infections répertoriées sont dues à *Legionella pneumophila*. Parmi elles, le **sérogroupe 1** représente 80% des *L. pneumophila*. Les autres espèces pathogènes pour l'homme sont *L. longbeachea*, *L. bozemanii* et *L. micdadei*.

Tableau clinique

Les deux principaux tableaux cliniques de la légionellose sont décrits dans la *Figure 4*. La maladie du légionnaire est une pneumonie de sévérité variable (provoquée dans la majorité des cas par *L. pneumophila*). En moyenne, 5-10% malades décèdent d'insuffisance respiratoire, choc septique ou défaillance de plusieurs organes, malgré un traitement antibiotique (ATB) (9). La fièvre de Pontiac est une affection pseudo-grippale bénigne sans pneumonie (provoquée par *L. pneumophila* ou autres). Elle est caractérisée par un taux d'attaque élevé, entre 60-90% (10). En raison du caractère bénin de la fièvre de Pontiac et de l'absence d'obligation de déclaration, seule la maladie du légionnaire sera décrite ci-dessous et correspondra au terme « légionellose ».

	Période d'incubation	Symptômes	Traitement
Maladie du légionnaire	2 à 10 jours	Fièvre Toux (peu productive au début) Douleurs musculaires Maux de tête Perte de l'appétit Confusion mentale Symptômes gastro-intestinaux	ATTENTION: résistance naturelle aux bêta-lactamines Traitement par quinolones ou macrolides
Fièvre de Pontiac	Quelques heures à 3 jours	Fièvre Symptômes grippaux	Guérison spontanée sans traitement

Figure 4 Caractéristiques de la maladie du légionnaire et de la fièvre de Pontiac (8–10)



Pourquoi maladie du légionnaire ? (10)

En 1976, un hôtel de Philadelphie, aux Etats-Unis, a accueilli le congrès annuel des anciens combattants de la légion américaine. Sur les 2'000 participants, 182 ont développé une pneumonie sévère et 29 sont décédés (taux d'attaque de 9.1% et taux de létalité de 15.9%). La bactérie responsable a été identifiée six mois plus tard et a reçu le nom de *Legionella pneumophila* en référence à ses victimes. L'enquête épidémiologique conduite par la suite a conclu que le système de climatisation de l'hôtel était responsable de l'épidémie.

Diagnostic

En l'absence de signe clinique spécifique, le diagnostic de la légionellose repose sur les examens microbiologiques. Les caractéristiques des différentes méthodes de diagnostic microbiologique sont décrites dans le *Tableau 1*.

Réservoir et transmission

Les bactéries du genre *Legionella* sont naturellement présentes dans quasiment tous les milieux aqueux ou humides. **Elles sont très répandues dans l'environnement et peuvent facilement accéder aux installations domestiques et techniques par le biais du réseau d'eau potable.** Leur présence dans l'eau potable ne constitue pas nécessairement un danger pour la santé sauf si leur concentration augmente. Les facteurs favorisant la prolifération des légionnelles sont les suivants (11) :

- Stagnation et/ou mauvaise circulation d'eau ;
- Température de l'eau entre 25°C et 45°C ;
- Présence de dépôts de tartre ;
- Présence de corrosion et de résidus métalliques, comme le fer ou le zinc ;
- Présence de certains matériaux polymères ;
- Présence de biofilm ;
- Présence d'autres microorganismes dans des milieux aquatiques, comme les amibes libres qui les protègent du milieu extérieur et notamment des traitements désinfectants et thermiques.

Les principales sources d'infection sont les robinets et les pommeaux de douche, les bains à remous, les installations de traitement d'air et les tours de refroidissement. **N'importe quel système générant de la vapeur d'eau ou des aérosols est une source potentielle.** Depuis quelques années, le terreau de compost est également de plus en plus cité comme source de contamination potentielle importante et sous-estimée jusqu'ici (10).

La contamination de l'homme se produit par inhalation de microgouttelettes d'eau vaporisées contenant des légionnelles (contamination par aérosols). La voie digestive ne représente aucun risque, car les acides gastriques détruisent la bactérie. Néanmoins, la contamination peut survenir suite à broncho-aspiration accidentelle d'eau contenant des légionnelles. Une transmission de personne à personne est en théorie possible, mais elle n'a été décrite qu'une seule fois (12). **Lorsque la légionellose se déclare simultanément chez plusieurs personnes, il faut considérer que la contamination est due à une exposition commune et non à une transmission de personne à personne.**

Tableau 1 Méthodes de diagnostic microbiologique de la légionellose (8–10)

TEST	PRÉLÈVEMENT	AVANTAGES	DÉSAVANTAGES
Détection de l'antigène soluble Test de première ligne	Urine	Rapide Non invasif Haute sensibilité Haute spécificité Pas d'influence des ATB	Pas possible de dater l'infection Parfois que pour sérotype 1
PCR	Respiratoires profonds	Rapide Pas d'influence des ATB Typisation possible	Difficulté d'obtenir des échantillons respiratoires bas Diminution de la performance si sérum ou urine
Culture	Respiratoires profonds	Haute spécificité Typisation possible	Croissance lente Importance de la qualité des échantillons Influence des ATB

Répartition géographique et fréquence

Des cas de légionellose sont diagnostiqués dans le monde entier. Cependant, la légionellose est un problème de santé publique principalement rencontré dans les pays socio-économiquement plus développés, en raison des conditions favorables à la prolifération de la bactéries, générées par les installations d'eau collectives ou individuelles. Les légionelloses se déclarent sous forme de cas sporadiques ou de flambées. **Environ neuf légionelloses sur dix sont d'origine communautaire** (8). On observe des variations saisonnières avec un pic caractéristique durant et après la saison chaude, ainsi que lors de précipitations abondantes. Des études ont montré que la légionellose représentait environ 0.4% des pneumonies ambulatoires, mais il existe probablement un sous-diagnostic, 3.6% des pneumonies d'origine communautaire hospitalisées et jusqu'à 17.8% des pneumonies nécessitant un séjour aux soins intensifs (11).

Depuis 2000, le nombre de déclarations de légionellose n'a fait qu'augmenter en Suisse en passant d'environ 140 cas en 2000 à plus de 650 cas en 2021 (Figure 5) (13,14). Le nombre de cas a atteint un pic en 2018 et s'est ensuite stabilisé. La majorité des cas sont recensés entre juillet et octobre (Figure 6). Une étude de l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse rapporte que les pics saisonniers deviennent de plus en plus prononcés au cours des dernières années (14). Il est important de noter que la légionellose reste une maladie sous-estimée en Suisse. En effet, les cas bénins de légionellose ne nécessitant pas d'hospitalisation ne sont généralement pas confirmés microbiologiquement, en accord avec les recommandations de Société Suisse d'Infectiologie (15). Ainsi, ce sont principalement les cas sévères nécessitant une hospitalisation qui sont diagnostiqués et donc déclarés (16)

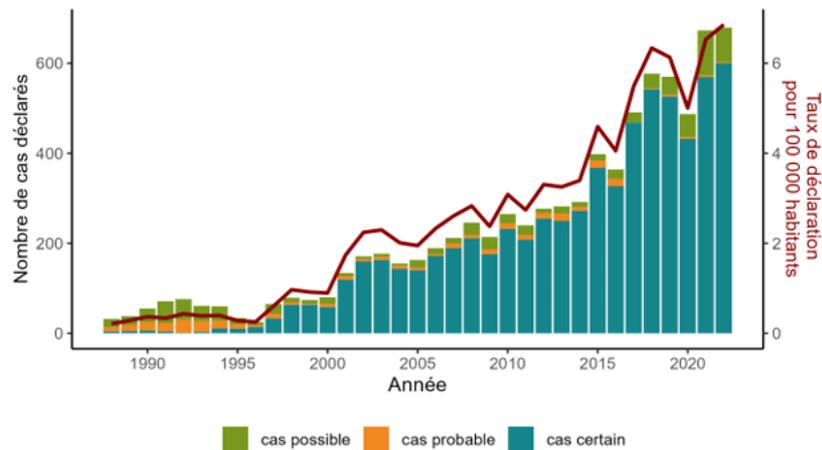


Figure 5 Nombre de cas de légionellose en Suisse et au Liechtenstein, 1988-2022. Tiré de « Maladie du légionnaire – Rapport de situation 2022 » de l'OFSP (17).

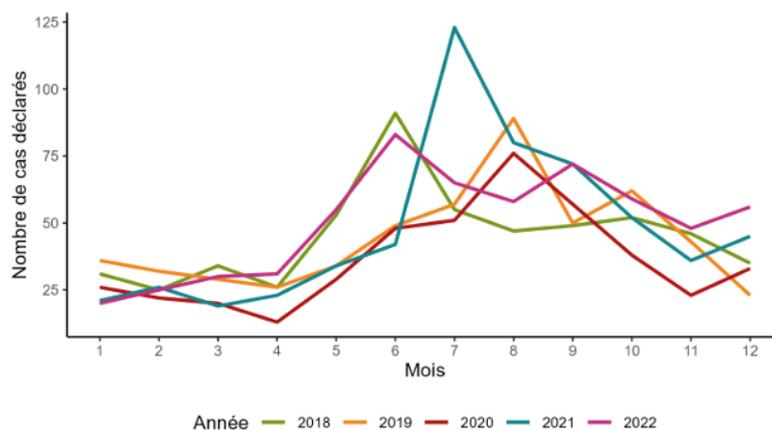


Figure 6 Nombre de cas de légionellose en Suisse et au Liechtenstein par mois, 2018-2022. Tiré de « Maladie du légionnaire – Rapport de situation 2022 » de l'OFSP (17)

L'augmentation des cas durant ces dernières années est proportionnelle à l'augmentation du nombre de tests réalisés, avec un taux de positivité resté constant entre 2007 et 2016 (18). Cette tendance a également été observée dans les autres pays d'Europe et aux Etats-Unis (14). L'augmentation du volume de tests pourrait être attribuée à la mise à disposition de nouvelles méthodes diagnostiques (PCR), à des changements dans le comportement des médecins en matière de test, mais aussi dans le comportement des patients en matière de recherche de soins (14,16). Ces derniers se présentant aux urgences plutôt que chez le médecin traitant bénéficient plus fréquemment d'analyses microbiologiques pour des formes cliniques non sévères. Les changements météorologiques et climatiques, mais également des changements de politique énergétique (limitation de la température maximale de l'eau), ainsi que le vieillissement de la population peuvent également contribuer à l'augmentation des cas (14,18).

Le taux de notification suisse est nettement plus élevé que le taux de notification européen (7.71 cas pour 100'000 habitants vs 2.4 cas pour 100'000 habitants en 2021) (13,19). Il faut cependant tenir compte de la qualité des systèmes de déclaration et du système de santé variables d'un pays à l'autre. La différence importante entre le taux suisse et le taux européen est possiblement due à une sous-déclaration de certains pays européens (19).

En 2019, en raison de l'augmentation du taux de notification, l'OFSP, l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) et l'Office fédéral de l'énergie (OFEN) ont décidé de se coordonner pour mettre en œuvre des activités de lutte contre la maladie du légionnaire au niveau fédéral. Parmi les activités de lutte prévues, **l'OFSP a lancé l'étude, SwissLEGIO afin d'identifier les facteurs de risque et les sources d'infections**. Les causes de la hausse du taux de notification des dernières années devraient être identifiées et des mesures de protection ciblées pourront être planifiées et mises en œuvre.



SwissLEGIO (20)

Le projet *SwissLEGIO* est une étude nationale, prospective, incluant une étude cas-témoins et des analyses moléculaires des souches de *Legionella spp.* Le recrutement des participants à l'étude a débuté au cours de l'été 2022. Les cas ayant présenté une légionellose confirmée et des témoins non atteints de la maladie sont interrogés sur leur comportement et leur environnement. Des échantillons cliniques et environnementaux sont prélevés et comparés par des analyses génomiques approfondies afin d'identifier les sources d'infection et de déterminer la prévalence et la virulence des différentes souches de *Legionella spp.* circulant en Suisse. Finalement, les expériences des malades et les comportements en matière de recherche de soins, ainsi que l'impact sanitaire et social sont également investigués. L'hôpital du Valais participe à ce projet.

En Valais, on observe la même tendance qu'en Suisse. Le nombre de cas par année a augmenté de 10 à 30 cas par année sur les dix dernières années (Figure 7). Un pic estival est également identifiable, même s'il est moins évident du fait des effectifs plus faibles (Figure 8). En 2022, le Valais avait un taux de notification supérieur au taux de notification suisse (8.49 cas pour 100'000 habitants vs 7.61 cas pour 100'000 habitants) (13).

Cependant, les taux de notification cantonaux sont à comparer avec précaution. En effet, l'étude suisse mentionnée plus haut a mis en évidence d'importantes variations de volume de tests et de taux de positivité en fonction des méthodes diagnostiques utilisées et également des différentes régions suisses (18). Il serait nécessaire de pallier à l'absence de procédure de diagnostic harmonisée et aux différences d'interprétation des directives nationales de prise en charge afin de rendre les comparaisons intercantionales plus pertinentes.

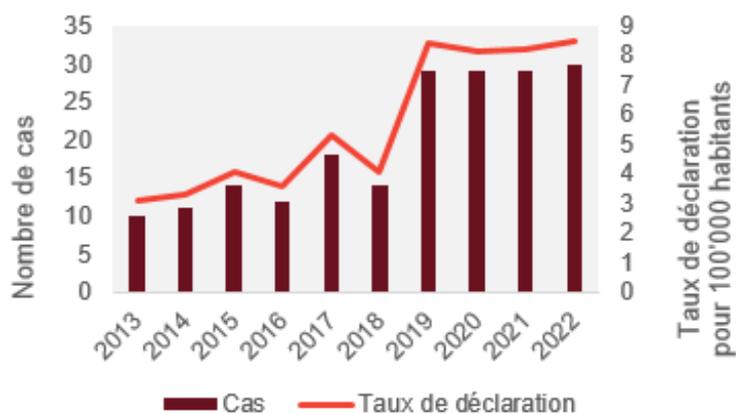


Figure 7 Nombre de cas de légionellose en Valais et taux de déclaration, 2013-2022 (source des données: SID)

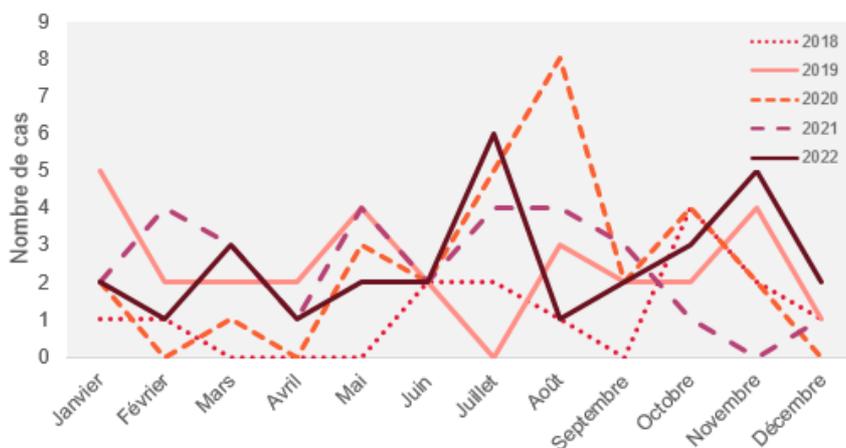


Figure 8 Nombre de cas de légionellose en Valais par mois, 2018-2022 (source des données: SID)

Surveillance et investigation épidémiologique

La surveillance épidémiologique de la légionellose repose sur le système de déclaration obligatoire de l'OFSP. Cette surveillance a pour but d'observer la fréquence et la distribution spatiotemporelle de la maladie, de détecter des cas groupés et de déterminer les groupes à risque afin d'élaborer des recommandations spécifiques. Tout résultat d'analyse d'échantillons cliniques positif pour *Legionella* spp. (toutes méthodes confondues) doit être déclaré dans un délai de sept jours au médecin cantonal et à l'OFSP par les laboratoires. **Dans un délai de sept jours également, le médecin qui a diagnostiqué le cas est tenu d'envoyer la déclaration clinique au médecin cantonal (par e-mail ou par courrier*)**. Les formulaires de déclarations relatifs à la légionellose sont disponibles sur le site de l'OFSP, à l'adresse suivante : [Déclaration \(admin.ch\)](#).

Les investigations épidémiologiques ont pour but d'identifier la source de l'infection, afin de prendre les mesures nécessaires à la prévention de nouveaux cas ou de flambées. Les endroits visités et les activités effectuées pendant la période d'incubation doivent être détaillés** dans la mesure du possible par le médecin traitant. Les informations primordiales à collecter pour permettre une évaluation du risque de recontamination du patient ou d'exposition d'autres personnes sont les suivantes :

- Nom et contact du patient ou d'un proche pour compléter l'investigation au besoin ;
- Facteurs de risque du patient pour éventuellement organiser des prélèvements environnementaux afin d'éviter la recontamination de patients immunosupprimés par exemple ;
- Date de début des symptômes pour déterminer la période d'exposition ;
- **Toutes les expositions potentielles ayant eu lieu dans les 14 jours précédant le début des symptômes.**

Le formulaire peut être ensuite complété par les investigations de l'UCMT qui est responsable d'examiner les sources d'infections potentielles afin de déterminer si d'éventuelles mesures ou investigations sont nécessaires. Les mesures et les investigations diffèrent en fonction du type de cas (*Tableau 2*). La plus grande partie des cas sont d'origine communautaire. Dans ces cas-là, **l'UCMT réalise une enquête pour déterminer la source d'infection la plus probable**. Généralement, aucun prélèvement environnemental n'est réalisé, en accord avec les recommandations fédérales (21). L'UCMT collabore également avec ses homologues des autres cantons et avec l'OFSP dans le cadre de suspicion d'une source de contamination à l'extérieur du canton ou si la source la plus probable d'un cas détecté à l'extérieur du canton se trouve en Valais.

Pour chaque cas isolé, il est nécessaire de vérifier l'existence d'un lien éventuel avec d'autres cas. **Deux cas ou plus qui surviennent en l'espace de six*** mois chez des personnes ayant séjourné dans le même environnement (ex : quartier, entreprise, centre commercial, etc.) pendant la période d'incubation sont considérés comme des cas groupés ou une flambée, et donnent lieu à la recherche plus approfondie d'une source d'infection commune**. Dans le cas d'une suspicion de flambée, l'UCMT peut demander une inspection technique et une investigation environnementale avec prélèvements d'échantillons par le service du chimiste cantonal. Les flambées sont difficilement identifiables car les cas liés à la même source sont souvent espacés dans le temps ce qui complique l'identification du lieu d'exposition commun. Les suspicions de flambées doivent être notifiées à l'UCMT et à l'OFSP dans un délai de 24 heures.

*E-mail: declarationsobligatoires@hopitalvs.ch

Adresse: Unité cantonale des maladies transmissibles, Avenue du Grand-Champsec 86, 1951 Sion

** Adresse-s du/des lieu-x de séjour, n° de chambre, expositions spécifiques (bains, jacuzzis, humidificateurs, etc.)

*** 24 mois pour les lieux d'hébergement (10)

Tableau 2 Types de cas de légionellose (10)

TYPE DE CAS	CRITÈRE (DURANT LA PÉRIODE D'INCUBATION)	MESURES
Nosocomial	Hospitalisation ou résident-e d'une maison de retraite	Enquête environnementale et mesures de décontamination dès 1 cas par l'unité de prévention et contrôle des infections
Associé au voyage	A passé une nuit hors du domicile	Collaboration avec les autres cantons ou l'OFSP pour les établissements à l'étranger. Flambée : enquête environnementale et mesures par l'UCMT ou l'OFSP.
Communautaire	Tous les autres cas y.c. les cas avec aucune source potentielle identifiée	Risques inhérents à la pratique professionnelle et à l'environnement quotidien sont investigués par le médecin traitant et l'UCMT. Flambée : enquête environnementale et mesures par l'UCMT et le chimiste cantonal

Lutte et prévention

La meilleure méthode pour prévenir la prolifération de légionellose dans le réseau d'eau chaude est de maintenir une température d'au moins 60°C à la sortie du réservoir et 55°C dans le réseau de distribution (10). De plus, la température de l'eau froide doit rester au-dessous de 25°C. Des contrôles réguliers sont effectués à toutes les étapes de la distribution d'eau pour limiter le risque d'exposer la population. Lorsque des légionelles sont détectées, des mesures sont prises par les services publics. L'élimination complète de *Legionella spp.* dans un réseau de conduites contaminées n'est que rarement possible. La plupart du temps, il faut se contenter de limiter la prolifération en agissant sur les facteurs favorisants cités plus haut. Les différentes mesures sont listées dans le *Tableau 3*.

Au niveau des installations sanitaires privées, il est recommandé d'entretenir régulièrement les pommeaux de douche et les robinets afin de limiter le dépôt de calcaire et la corrosion. Les conduites d'eau doivent être utilisées régulièrement. Si une douche ou un robinet n'a pas été utilisé pendant plusieurs jours, il est conseillé d'ouvrir le robinet pendant 15 à 20 secondes pour vider le tuyau d'eau chaude sans que de la vapeur d'eau ne puisse se dégager (22). Pour toutes les autres installations (climatisation, bains à remous, humidificateurs, etc.), il faut se référer aux recommandations d'utilisation et d'entretien (nettoyage et désinfection) des sociétés faitières ou du fabricant.

Tableau 3 Mesures de lutte contre la légionellose dans les réseaux d'eau (10)

DÉLAI	MESURES
Immédiates / transitoires	Mécaniques <ul style="list-style-type: none"> - Détartrer pour éliminer le biofilm - Rénover pour supprimer le matériel corrodé et les bras morts
	Désinfection par choc thermique
	Désinfection par choc thermique au chlore ou au dioxyde de chlore
Durables	Mesures physiques / utilisation de filtres en milieu hospitalier (à remplacer périodiquement)
	Adaptation à l'état de la technique du système de conduites d'eau et du fonctionnement de l'installation
	Désinfection chimique continue ou périodique
	Rinçage automatique
	Nouvelle conception / remplacement de l'ensemble du réseau d'eau y.c. la régulation thermique

Liens utiles:

Page OFSP sur la légionellose : [Légionellose \(maladie du légionnaire\) \(admin.ch\)](#)

Recommandations de l'OFSP et l'OSAV (23.08.2018) : [Legionellen Empfehlungen FR Final.pdf](#)

Nombre de cas de légionellose par semaine : [Maladies infectieuses : chiffres \(admin.ch\)](#)

Formulaires de déclaration obligatoire : [Déclaration \(admin.ch\)](#)

Guide de la déclaration obligatoire : [Maladies infectieuses à déclaration obligatoire \(admin.ch\)](#)

Recommandations de la SSI pour la gestion des pneumonies communautaires chez l'adulte :

[Guidelines for the management of lower respiratory tract infections in adults \(adapted from ERS guidelines Eur Respir J 20... \(sginf.ch\)](#)



HÉPATITES B & C – POINT DE SITUATION

Environ 354 millions de personnes dans le monde vivent avec une infection par le virus de l'hépatite B (VHB) ou de l'hépatite C (VHC). Ces infections engendrent chaque année 1.4 millions de décès ainsi qu'une charge importante en termes de morbidité comme des cirrhoses ainsi que des cancers du foie (23,24). **En Suisse et selon l'OFSP, 0.50% de la population serait infectée par le VHB (23) et 0.50% de la population par le VHC (24), ce qui représente environ 75'000 personnes.** Il existe un vaccin très efficace qui confère une excellente protection contre le VHB, malheureusement, ce n'est pas le cas pour le VHC. Cependant, il **existe aujourd'hui des médicaments efficaces et qui présentent peu d'effets secondaires pour traiter l'hépatite C (24).**

Selon les estimations de l'Organisation des Nations Unies, depuis le début des conflits en février 2022, environ 5'868'000 millions de réfugiés ont fui l'Ukraine et sont actuellement présents en Europe (25). Parmi eux, 65'435 sont arrivés en Suisse (données du 23.06.2023) et environ 2'500 en Valais. **L'Ukraine présente des prévalences (notamment chez les hommes et les personnes plus âgées) plus importantes pour les virus de l'hépatite B & C que la Suisse et les taux de traitement ainsi que les dépistages sont assez faibles (26).** La vaccination VHB a été introduite en Ukraine en 2002 et la couverture vaccinale en 2020 était alors de 80.90% (27), ce qui est plus bas que la plupart des pays européens. Depuis l'arrivée des premiers réfugiés à la mi-mars 2022 en Valais, nous avons observé une augmentation des déclarations d'infections par le VHC, principalement chez des personnes de nationalité ukrainienne (*Figure 9*).

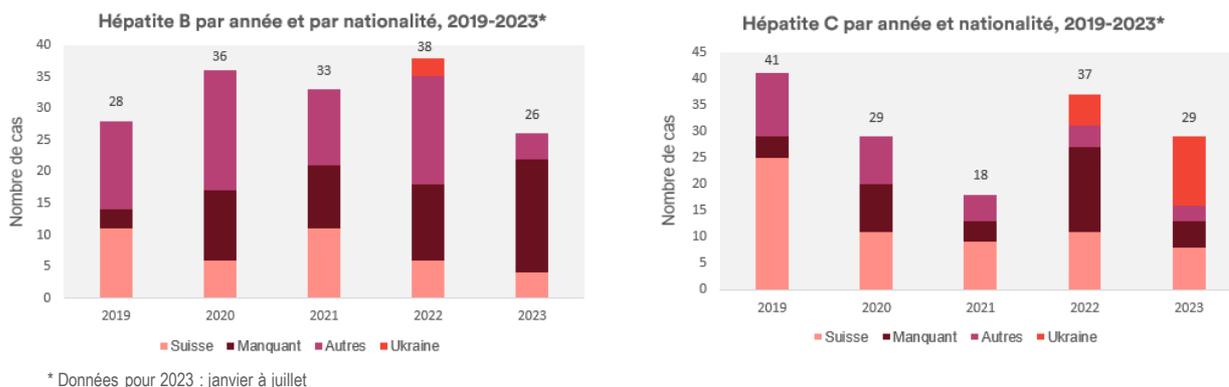


Figure 9 Nombre de nouveaux cas d'infection par le VHC et par le VHB par année et par nationalité (source des données : SID)

De nombreuses barrières peuvent empêcher les personnes atteintes par ces infections de recevoir les soins et les traitements adéquats : barrière de la langue, stigmatisation, manque de connaissances du système de santé, etc. (28). L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), a émis les recommandations suivantes concernant les besoins en matière d'hépatites virales :

- ▶ Offrir la **vaccination contre l'hépatite B** à tous les enfants et adolescents dont le statut vaccinal est inconnu ou incomplet ainsi qu'aux personnes présentant des facteurs de risque ;
- ▶ Offrir un **dépistage** « facile », sans discrimination et sur base volontaire pour le VHB et le VHC à tous ;
- ▶ Initier rapidement un **traitement** pour le VHB ou le VHC en cas de test positif en suivant les recommandations ;
- ▶ Orienter vers un **service d'infectiologie** afin d'assurer une prise en charge rapide et globale :

Réception consultation (8h-12h / 14h-17h) : 027 603 48 70

E-mail: ich.infectiologie@hopitalvs.ch

Piquet 24h/24h: 027 603 47 00



RAPPEL

Dépistage

- ▶ VHB : AgHbs et Ac anti-HbC
- ▶ VHC : sérologie VHC (+/- PCR VHC si enfant <18 mois)

Déclaration clinique obligatoire

- ▶ VHB : délai 1 semaine
[formulaire](#)
- ▶ VHC : délai 1 semaine
[formulaire](#)

The image shows four informational leaflets arranged in a 2x2 grid. Each leaflet features a large water drop graphic and text in multiple languages. The top-left leaflet is for HIV (VIH) and Hepatitis B (VHB), the top-right for HIV (VIH) and Hepatitis C (VHC), the bottom-left for HIV (VIH) and Hepatitis B (VHB), and the bottom-right for HIV (VIH) and Hepatitis C (VHC). A QR code is located at the bottom center of the grid.

FIÈVRE Q: RAPPEL & BILAN DE LA FLAMBÉE DANS LE HAUT-VALAIS

Pour rappel, la fièvre Q (ou coxiellose) est une zoonose ubiquitaire causée par la bactérie *Coxiella burnetii* (29). Elle est endémique chez les animaux, notamment chez les moutons, les chèvres et plus rarement les vaches. L'homme est un hôte accidentel. La transmission aux humains se fait par inhalation d'aérosols disséminés à partir des animaux infectés, principalement lors de la mise-bas. La transmission entre humains est extrêmement rare, mais les particules infectieuses d'origine animale peuvent se propager dans l'air, transportées par le vent et atteindre ainsi des personnes à distance du foyer d'origine. Ce sont cependant les personnes qui sont en contact proche avec les animaux infectés qui sont le plus à risque d'être contaminées. Son éradication n'est pas possible en raison des caractéristiques de la bactérie et de sa présence souvent asymptomatique. Sa surveillance repose sur la déclaration obligatoire des cas chez les animaux par les vétérinaires d'une part, et des cas chez les humains par les laboratoires d'autre part.

La fièvre Q aiguë est le plus souvent bénigne. Les personnes présentant des facteurs de risque tels que des patients atteints de valvulopathies cardiaques, les patients porteurs de prothèses vasculaires, les femmes enceintes ainsi que les personnes immunosupprimées, sont à risque d'infection chronique, dont la forme la plus fréquente est une endocardite. L'infection chronique dont le traitement est difficile et la mortalité élevée (25 à 60%), peut être prévenue par le traitement antibiotique adéquat de l'infection aiguë. Ainsi, afin de prévenir les fièvres Q chroniques et les complications obstétricales chez les femmes enceintes, il est important de considérer la fièvre Q aiguë dans le diagnostic différentiel lors d'un état fébrile prolongé, d'une hépatite ou d'une pneumonie d'étiologie indéterminée, en particulier

chez les personnes à risque. La fièvre Q chronique doit quant à elle être systématiquement considérée devant une endocardite d'étiologie inconnue afin de débiter le traitement ciblé.

En Valais, entre 2013 et 2022, quelques cas humains ont été diagnostiqués chaque année (≤ 3 cas par an), habituellement isolés et sans qu'une source animale claire ne puisse être retrouvée. A la fin du mois de mars 2023, **une flambée de fièvre Q a été mise en évidence parmi un troupeau de chèvres à Mund**, dans la région de Brigue, puis des cas humains ont été identifiés. Au total, 20 cas d'infections humaines ont été identifiés et pris en charge médicalement (Figure 10). **Depuis mi-juin, cette flambée est considérée comme résolue**, notamment grâce à la collaboration étroite entre les médecins, les vétérinaires, les autorités sanitaires et les éleveurs.



La fièvre Q doit être évoquée en cas d'état fébrile prolongé, d'hépatite, de pneumonie ou d'endocardite d'étiologie inconnue, en particulier chez des femmes enceintes, des personnes immunosupprimées et des personnes porteuses de valvulopathies, de prothèses vasculaires

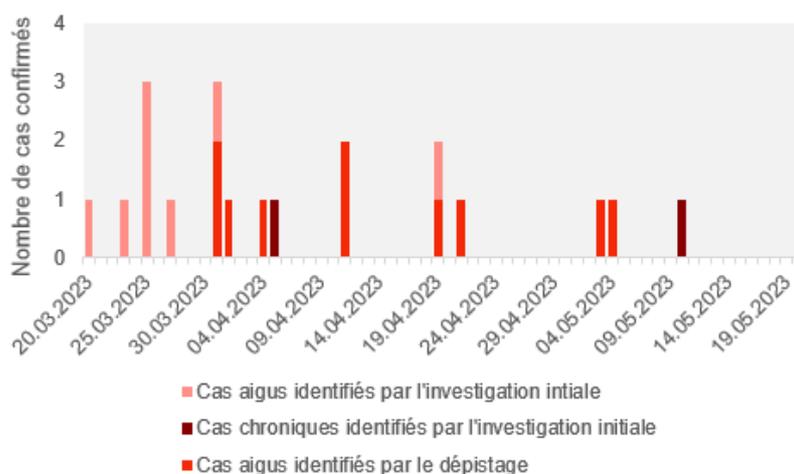


Figure 10 Courbe épidémique de la flambée de fièvre Q, Haut-Valais, mars-mai 2023 (source des données: UCMT)

Remerciements

L'UCMT remercie:

- François Haenni pour l'extraction des données des tests de *Mycoplasma pneumoniae* réalisés au laboratoire de l'ICH;
- Dr. Alexis Dumoulin pour ses précisions au sujet des méthodes de diagnostic microbiologique de la légionellose;
- Prof. Nicolas Troillet pour sa synthèse de flambée de fièvre Q dans le Haut-Valais.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sauteur PMM, Beeton ML, Uldum SA, Bossuyt N, Vermeulen M, Loens K, et al. Mycoplasma pneumoniae detections before and during the COVID-19 pandemic: results of a global survey, 2017 to 2021. *Eurosurveillance*. 12 mai 2022;27(19):2100746.
2. Sauteur PMM, Bleisch B, Voit A, Maurer FP, Relly C, Berger C, et al. Survey of macrolide-resistant Mycoplasma pneumoniae in children with community-acquired pneumonia in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 21 sept 2014;144(3940):w14041-w14041.
3. Dumoulin A. Mycoplasma pneumoniae : connaissances actuelles et nouveaux défis. *Rev Med Suisse*. 12 oct 2016;534:1694-7.
4. Meyer Sauteur PM, Unger WWJ, Nadal D, Berger C, Vink C, van Rossum AMC. Infection with and Carriage of Mycoplasma pneumoniae in Children. *Front Microbiol*. 23 mars 2016;7:329.
5. Sauteur PMM, Chalker VJ, Berger C, Nir-Paz R, Beeton ML, Pereyre S, et al. Mycoplasma pneumoniae beyond the COVID-19 pandemic: where is it? *Lancet Microbe*. 1 déc 2022;3(12):e897.
6. Meyer Sauteur PM, Beeton ML, Pereyre S, Bébéar C, Gardette M, Hénin N, et al. Mycoplasma pneumoniae: gone forever? *Lancet Microbe* [Internet]. 29 juin 2023 [cité 31 août 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666524723001829>
7. ESCMID: ESGMAC MAPS study [Internet]. [cité 31 août 2023]. Disponible sur: <https://www.escmid.org/research-projects/study-groups/study-groups-g-n/mycoplasma-and-chlamydia/esgmac-maps-study>
8. Haefliger D, Chuard C. Légionellose. *Rev Med Suisse*. 11 oct 2017;578:1732-6.
9. OFSP Office fédéral de la santé publique. Légionellose (maladie du légionnaire) [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/legionellose.html>
10. OFSP Office fédéral de la santé publique, OSAV O fédéral de sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires. Légionelles et légionellose. Recommandations OFSP / OSAV [Internet]. 2018. Disponible sur: file:///C:/Users/h40010414/Downloads/Legionellen_Empfehlungen_FR_Final.pdf
11. legionellose_fiche_1_hcsp-2.pdf [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/legionellose_fiche_1_hcsp-2.pdf
12. Probable Person-to-Person Transmission of Legionnaires' Disease | NEJM [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc1505356>
13. OFSP Office fédéral de la santé publique. Chiffres Maladies infectieuses [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.html>
14. Fischer FB, Mäusezahl D, Wymann MN. Temporal trends in legionellosis national notification data and the effect of COVID-19, Switzerland, 2000–2020. *Int J Hyg Environ Health*. 1 janv 2023;247:113970.
15. Laifer G, Flückiger U, Scheidegger C, Boggian K, Mühlemann K. Management of Community Acquired Pneumonia (CAP) in Adults (ERS/ESCMID guidelines1 adapted for Switzerland). 1 janv 2002.

BIBLIOGRAPHIE

16. Fischer FB, Deml MJ, Mäusezahl D. Legionnaires' disease – a qualitative study on Swiss physicians' approaches to the diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. *Swiss Med Wkly*. 2 mai 2022;152(1718):w30157-w30157.
17. OFSP Office fédéral de la santé publique. Maladie du légionnaire - Rapport de situation 2022 [Internet]. 2023 sept [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/legionellose.html>
18. Fischer FB, Schmutz C, Gaia V, Mäusezahl D. Legionnaires' Disease on the Rise in Switzerland: A Denominator-Based Analysis of National Diagnostic Data, 2007–2016. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2020;17(19):7343.
19. Legionnaires' disease - Annual Epidemiological Report for 2021 [Internet]. 2023 [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/legionnaires-disease-annual-epidemiological-report-2021>
20. Swiss TPH [Internet]. [cité 29 juin 2023]. SwissLEGIO. Disponible sur: <https://www.swisstph.ch/en/projects/swisslegio>
21. Delaporte E, Hugonnet S, Marquet F, Sudre P. Légionellose communautaire sporadique: faible rendement des prélèvements systématiques à domicile. Canton de Genève, 2003-2004. *Bull OFSP*. 2006;(30):594-604.
22. Legionellen_A4_f.pdf [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: https://www.liguepulmonaire.ch/fileadmin/user_upload/LLS/02_HauptNavigation/02_KrankheitenFolgen/Seltene_Lungenkrankheiten/Legionellen_A4_f.pdf
23. Hepatitis [Internet]. [cité 8 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/hepatitis>
24. Hépatite Suisse [Internet]. [cité 8 août 2023]. Qu'est-ce que l'hépatite? Disponible sur: <https://fr.hepatitis-schweiz.ch/tout-sur-hepatite/hepatite-cest-quoi>
25. Situation Ukraine Refugee Situation [Internet]. [cité 8 août 2023]. Disponible sur: <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine/location?>
26. Semela D. Dépistage de l'hépatite B et C et du VIH chez les adultes originaires d'Ukraine. 2022 2237. 14 sept 2022;22(37):610-1.
27. EASL, ECDC. Joint Statement. Ensuring high-quality viral hepatitis care for refugees from Ukraine [Internet]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/WHO-ECDC-EASL-statement.pdf>
28. Bruggmann P. Eliminating viral hepatitis B and C in times of war and increasing global refugee crisis. *Swiss Med Wkly*. 3 avr 2023;153(4):40058-40058.
29. Delaloye J, Greub G. Fièvre Q : une zoonose souvent méconnue. *Rev Med Suisse*. 24 avr 2013;383(16):879-84.

CRÉDIT IMAGES

- Figure 4 et 5 : référence 17
- Icônes : [Icônes gratuites SVG, PNG, ICO ou ICNS \(icon-icons.com\)](https://www.icon-icons.com/)