

Maladies infectieuses et agents pathogènes à déclaration obligatoire

Guide de la déclaration obligatoire pour médecins et médecins-dentistes
2019



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la santé

La déclaration des maladies infectieuses ... une histoire ancienne au Luxembourg

Circulaire relative aux déclarations à faire par les médecins en cas de maladie épidémique.

L'art. 1^{er} du règlement VI approuvé par arrêté royal grand-ducal du 12 octobre 1841 porte : « Aussitôt qu'une maladie maligne de nature épidémique ou contagieuse paraîtra dans une commune, l'homme de l'art qui, le premier, aura l'occasion d'en observer les symptômes, en donnera de suite connaissance au bourgmestre de la commune et au médecin du canton. » Cette communication à l'autorité est un devoir professionnel et MM. les médecins sont obligés de faire ces déclarations dès le début de la maladie contagieuse qu'ils auront constatée.

Quoique la profession de médecin soit une profession libérale, elle n'est pourtant pas affranchie de toute entrave ; l'exercice de cette profession est soumis aux règles édictées par la loi et les règlements du pays.

J'aime à croire qu'il suffira de rappeler ces dispositions à MM. les médecins et autres hommes de l'art pour qu'ils s'empresseront à l'avenir de prêter leur concours si précieux à l'autorité administrative afin de combattre en temps utile et par des efforts réunis la propagation des maladies épidémiques.

Luxembourg, le 20 mai 1841.

Le Directeur général des travaux publics,
THORN.

Avant-propos

La loi du 1^{er} août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique entrera en vigueur en date du 1^{er} janvier 2019, en remplacement d'un règlement grand-ducal antérieur. Dès ce moment, les médecins, les médecins-dentiste ainsi que les laboratoires doivent déclarer certaines maladies à la Direction de la santé.

Ce guide de la déclaration, destiné aux médecins et médecins-dentistes, servira à faciliter la procédure de déclaration au quotidien et permettra aux médecins de retrouver rapidement les maladies à déclaration avec leurs critères diagnostics, délais et voies de déclaration. Dans la version électronique de ce guide, il suffit de cliquer sur une maladie dans la table des matières pour ouvrir le chapitre choisi.

Une première nouveauté est la déclaration par voie électronique, par le biais du site internet <http://www.guichet.lu> (sous « entreprises », rubrique démarches spécifiques, professions de santé, médecins). La Direction de la santé encourage fortement cette déclaration électronique qui facilitera la transmission des données, aussi bien pour les médecins déclarants, que pour les fonctionnaires de la Direction de la santé qui doivent faire le suivi et l'analyse des cas déclarés, sachant que dans une première phase, une déclaration par courrier ou fax restera possible. Dans tous les cas, le code CNS du médecin sera indispensable pour pouvoir déclarer une maladie.

Une autre nouveauté consiste en la déclaration obligatoire de certaines maladies exclusivement par les laboratoires d'analyses médicales. Ces maladies sont reprises dans ce guide à titre d'information. Ces maladies, souvent fréquentes dans la population, ne feront plus l'objet d'une déclaration par les médecins traitants, ce qui allégera d'autant plus la charge de travail des médecins.

Certaines déclarations de maladies nécessitant une intervention immédiate de santé publique se feront directement par téléphone, de jour (tel. 247-85650) ou de nuit (tel. 112), à la Direction de la santé. Les maladies à déclaration obligatoire par téléphone sont enregistrées par les inspecteurs sanitaires et ne seront plus à notifier par écrit par les médecins.

La procédure de déclaration respecte les dispositions du Règlement Général de Protection des Données (RGPD).

Pour de plus amples renseignements

Sur le site du guichet.lu vous trouverez des informations supplémentaires relatives au système de déclaration, et les formulaires pdf pour les déclarations par fax ou courrier. Vous pouvez également contacter l'Inspection sanitaire pour toute question.

Nous vous remercions de votre contribution à la protection de la population contre les maladies transmissibles.

Le Directeur de la santé
Dr. Jean-Claude Schmit

Table des matières

1. [Anthrax \(fièvre charbonneuse\)](#)
2. [Botulisme](#)
3. [Brucellose](#)
4. [Campylobactériose](#)
5. [Chikungunya](#)
6. [Chlamydirose](#)
7. [Choléra](#)
8. [Colite à clostridium difficile](#)
9. [Coqueluche](#)
10. [Cryptosporidiose](#)
11. [Dengue](#)
12. [Diphtérie](#)
13. [Ebola](#)
14. [Echinococcose](#)
15. [Fièvre de Crimée-Congo](#)
16. [Fièvre de Hantaan / Hantavirose](#)
17. [Fièvre de Lassa et autres arénavirus](#)
18. [Fièvre de Rift-Valley](#)
19. [Fièvre de West-Nile](#)
20. [Fièvre jaune](#)
21. [Fièvre Q](#)
22. [Giardiase](#)
23. [Gonorrhée](#)
24. [Grippe saisonnière](#)
25. [Grippe nouveau sous-type](#)
26. [Hépatite A aiguë](#)
27. [Hépatite B](#)
28. [Hépatite B porteur chronique](#)
29. [Hépatite C](#)
30. [Hépatite E aiguë](#)
31. [Infection à Escherichia coli VTEC / STEC gastro-entérite et SHU](#)
32. [Infection à Norovirus](#)
33. [Infection à Rotavirus](#)
34. [Infection à VIH](#)
35. [Infection à virus Zika et Zika congénital](#)
36. [Infection invasive à Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ou aux céphalosporines de 3^e ou 4^e génération](#)
37. [Infection invasive à Haemophilus influenzae](#)
38. [Infection invasive à Méningocoque](#)
39. [Infection invasive à Pneumocoque](#)
40. [Infection invasive à MRSA](#)
41. [Légionellose](#)
42. [Leptospirose](#)
43. [Lèpre](#)
44. [LGV \(Lymphgranuloma venereum\)](#)

45. [Listériose](#)
46. [Maladie à CMV congénital](#)
47. [Maladie de Creutzfeldt-Jacob et variant vCJD](#)
48. [Maladie de Lyme \(Borréliose\) : seulement érythèmes migrants et formes neurologiques aiguës](#)
49. [Maladie de Marburg](#)
50. [Méningoencéphalites à tiques \(FSME\)](#)
51. [Oreillons](#)
52. [Paludisme / Malaria](#)
53. [Peste](#)
54. [Poliomyélite](#)
55. [Rage](#)
56. [Rougeole](#)
57. [Rubéole et rubéole congénitale](#)
58. [Salmonellose, y compris la fièvre typhoïde et paratyphoïde](#)
59. [Shigellose](#)
60. [SIDA](#)
61. [Syndrome respiratoire aigu sévère \(SRAS, MERS-CoV,...\)](#)
62. [Syphilis et syphilis congénitale](#)
63. [Tétanos](#)
64. [Toxoplasmose et toxoplasmose congénitale](#)
65. [Trichinellose](#)
66. [Tuberculose et Tuberculose extra-pulmonaire active](#)
67. [Tuberculose latente IGRA positifs](#)
68. [Tuberculose latente IDR positives](#)
69. [Tularémie](#)
70. [Varicelle](#)
71. [Variole](#)
72. [Yersiniose](#)
73. [Flambées de symptômes cliniques](#)

1. Anthrax (fièvre charbonneuse ou charbon)

Bacillus anthracis

Critères de déclaration	suspicion clinique ou résultat positif d'analyses de laboratoire (PCR ou antigène ou spectrométrie de masse)
Délai de déclaration	immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission se fait par contact direct avec des animaux malades ou des produits d'origine animale contaminés comme, p.ex., la viande, la laine, les poils et la poudre d'os (charbon cutané). Cependant, le charbon peut aussi être contracté par inhalation de spores bactériennes (charbon pulmonaire) ou par ingestion de viande crue provenant d'animaux infectés (charbon intestinal). Le charbon ne se transmet pas de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation dépend du mode d'infection. Elle est de 1 à 7 jours pour le charbon cutané et de 2 à 5 jours pour le charbon pulmonaire et le charbon intestinal.

Charge de morbidité

Le charbon est très rare au Luxembourg. Extrêmement résistantes, les spores de charbon peuvent survivre plusieurs décennies dans l'environnement. Le charbon cutané est de loin la forme la plus courante de la maladie. Sans traitement antibiotique, le décès est constaté dans environ 5 à 20 % des cas de charbon cutané et dans environ 50 % des cas de charbon intestinal. Le charbon pulmonaire entraîne généralement la mort s'il n'est pas soigné, avec un taux de létalité qui s'élève à 80 % même si le patient est pris en charge immédiatement. *Bacillus anthracis* constitue une arme biologique extrêmement efficace puisque, potentiellement, il suffit d'inhaler les spores pour développer un charbon pulmonaire.

Situations et groupes à risque

Les personnes qui sont en contact de par leur profession avec des animaux infectés (p.ex., vétérinaires, chasseurs, bouchers) présentent un risque d'infection accru. En cas d'utilisation à des fins de bioterrorisme, par exemple lors d'envoi de lettres contaminées, les employés des services postaux encourent un risque particulier.

Mesures de santé publique

Les mesures consistent à identifier et éliminer immédiatement la source de l'infection (lorsqu'elle est d'origine animale) ou nettoyer les sols contaminés (lorsque les sources de l'infection se trouvent dans l'environnement). Il existe un vaccin contre le charbon, mais il n'est pas disponible au Luxembourg.

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises, la Direction de la santé collabore avec d'autres instances nationales. Selon la situation, la Direction de la santé signale les cas à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005).

La Direction de la santé communique les cas d'Anthrax déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

2. Botulisme

Clostridium botulinum

Critères de déclaration	suspicion clinique
Délai de déclaration	immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le botulisme alimentaire est causé par l'ingestion d'aliments avariés contenant la toxine produite par *Clostridium botulinum*. Les cas de botulisme surviennent le plus souvent après la consommation de conserves (entre autres légumes en bocaux, préparations à base de viande ou de poisson). L'intoxication apparaît après l'ingestion d'aliments contenant la toxine qui n'ont pas été suffisamment chauffés avant d'être consommés.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 12 à 36 heures.

Charge de morbidité

Les cas de botulisme alimentaire sont très rares au Luxembourg. La létalité se situe entre 5 et 10% si les symptômes sont traités sous surveillance aux soins intensifs et que l'antitoxine botulique est administrée (antitoxine disponible via le Service national des maladies infectieuses au Centre Hospitalier de Luxembourg).

Situations et groupes à risque

La majorité des cas de botulisme alimentaire sont dus à des conserves maison préparées de manière inadéquate. La plupart des aliments contaminés ne sont pas reconnaissables à l'œil nu. Il est risqué de consommer des aliments provenant de conserves ou de bocaux dont le couvercle est bombé. Par ailleurs, *Clostridium botulinum* pourrait être utilisé pour la mise au point d'armes biochimiques, parce que cette bactérie est très répandue, que sa toxine est très dangereuse et

que les symptômes de l'intoxication sont sévères.

Mesures de santé publique

Les aliments soupçonnés d'avoir provoqué la maladie et les autres sources probables d'infection doivent être identifiées pour être immédiatement retirés du marché ou détruits.

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises, la Direction de la santé collabore avec d'autres instances nationales. Pour tout évènement suggestif de bioterrorisme, la Direction de la santé fait un signalement à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de botulisme déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

3. Brucellose

Brucella spp.

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou sérologie)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La contamination se fait généralement par ingestion de denrées alimentaires contaminées (principalement le lait non pasteurisé et les produits qui en contiennent) ou par contact direct avec des animaux infectés et leurs excréments comme le lait, les selles ou les urines. La transmission de personne à personne est extrêmement rare.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 5 à 60 jours, mais peut aussi être de plusieurs mois.

Charge de morbidité

La maladie est répandue chez les animaux domestiques et d'élevage dans le monde entier, avec de grandes disparités régionales. La maladie est devenue rare chez l'homme. La plupart du temps, la brucellose est contractée pendant un séjour à l'étranger ou par ingestion de produits laitiers étrangers. Jusqu'à 90% des infections sont asymptomatiques. Le tableau clinique est très variable. Dans environ 5% des cas, la brucellose peut devenir chronique. Le taux de létalité est de 2% si la maladie n'est pas soignée.

Situations et groupes à risque

Les personnes qui travaillent avec des animaux d'élevage ou leurs produits ou encore transforment ces produits (comme bergers, les agriculteurs, les gardiens d'animaux, les vétérinaires et le personnel des laiteries) sont particulièrement exposées à la maladie.

Mesures de santé publique

L'obligation de déclarer permet d'avoir rapidement connaissance des flambées locales ou temporelles et d'engager immédiatement les démarches pour déterminer la source de l'infection. Les autorités peuvent, le cas échéant, retirer du marché les produits contaminés et édicter des recommandations sur les mesures d'hygiène à adopter avec les denrées alimentaires et sur les contrôles à effectuer.

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises, la Direction de la santé collabore avec d'autres instances nationales. La Direction de la santé communique les cas de brucellose déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

4. Campylobactériose

Campylobacter spp.

Les campylobactérioses sont à déclaration obligatoire par les laboratoires.

5. Chikungunya

Virus Chikungunya

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou IgM/séroconversion)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le virus Chikungunya se transmet par la piqûre de moustiques femelles infectés du genre *Aedes*, principalement *Aedes albopictus* (le moustique tigre asiatique), mais aussi *Aedes aegypti* (le moustique de la fièvre jaune). Si ces dernières années, des moustiques tigres asiatiques ont réussi à s'installer dans différentes parties de l'Europe (actuellement pas encore au Luxembourg), les moustiques de la fièvre jaune sont en revanche extrêmement rares sur

le continent européen.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 3 à 12 jours mais est généralement de 7 à 9 jours.

Charge de morbidité

Ces dernières années, la fièvre de Chikungunya n'a cessé de se propager dans le monde entier. La maladie progresse également en Europe. Si, en règle générale, la maladie ne s'accompagne pas de complications graves, exceptionnellement des troubles tels que des douleurs articulaires et musculaires ou de la fatigue peuvent persister sur une période prolongée.

Situations et groupes à risque

Les voyageurs se rendant dans les zones d'endémie sont à risque.

Mesures de santé publique

La protection contre les piqûres de moustiques est la mesure de prévention la plus importante lors de séjours dans les pays touchés. Il est essentiel de penser au Chikungunya quand une personne de retour de voyage présente de la fièvre. Dans des régions, où des populations de moustiques tigre ont pu s'établir, il n'est pas exclu que les moustiques puissent ingérer et transmettre le virus Chikungunya. Il est donc important de se protéger contre les piqûres de moustiques, tout particulièrement pour les personnes infectées par le virus de Chikungunya. Cette mesure s'impose notamment pendant la saison du moustique tigre, durant l'été et l'automne. Il convient de chercher à détecter le virus également chez les personnes sans anamnèse de voyage avec suspicion de Chikungunya.

Collaboration nationale et internationale

Lorsque des voyageurs résidant au Luxembourg sont infectés par le virus Chikungunya en Europe, les autorités du pays concerné en sont informées. Dans certaines situations, les cas doivent être signalés à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de Chikungunya déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

6. Chlamydirose

Chlamydia trachomatis

Les chlamydioses sont à déclaration obligatoire par les laboratoires.

7. Choléra

Vibrio cholerae

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR). Seuls les souches produisant la toxine des sérogroupes O1 et O139 sont considérées comme des cas de choléra.
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission de *Vibrio cholerae* se fait par ingestion d'eau ou de denrées alimentaires contaminées, directement ou indirectement, par des matières fécales ou des vomissures de personnes infectées.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de quelques heures à 5 jours (généralement 2 à 3 jours).

Charge de morbidité

Le choléra frappe principalement les pays disposant de mauvaises infrastructures sanitaires et manquant d'eau potable propre, ainsi que les zones de guerre et les régions touchées par des catastrophes naturelles. Seuls des cas isolés et importés sont signalés en Europe. La plupart des infections de choléra demeurent bénignes et beaucoup restent asymptomatiques. Cependant, dans les cas graves, la perte importante d'eau et d'électrolytes peut entraîner un collapsus circulatoire, une insuffisance rénale, un état de choc, voire la mort. Si un traitement fondé sur la réhydratation est administré à temps, le taux de létalité est inférieur à 1%.

Situations et groupes à risque

La plupart des personnes voyageant dans les pays touchés ont peu de chances de contracter la maladie. Les personnes travaillant dans une région endémique, p.ex. dans le cadre d'une intervention humanitaire, peuvent toutefois être exposées à un risque infectieux accru.

Mesures de santé publique

Le système de déclaration obligatoire fournit des informations épidémiologiques et médicales sur les cas de choléra et notamment sur leur origine, constituant ainsi une base pour édicter des recommandations à l'intention des voyageurs. L'identification des personnes ayant été en contact avec la maladie et, pendant les 5 jours suivant l'exposition, la surveillance des personnes ayant partagé des denrées alimentaires et de l'eau avec le malade font partie des mesures sanitaires indispensables. Un vaccin oral est disponible pour les personnes exposées à un risque d'infection accru.

Collaboration nationale et internationale

En fonction de la situation, la Direction de la santé signale le cas à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de choléra déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

8. Colite à clostridium difficile

Clostridium difficile

Critères de déclaration	Diarrhées avec résultat positif d'analyses de laboratoire (avec présence de toxine) ou présence de pseudomembranes à la coloscopie
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission du *Clostridium difficile* se fait par contact oral avec la bactérie (spores). Des malades présentant des symptômes peuvent excréter de grandes quantités de bactéries et de spores dans leur selles liquides. De cette manière, les spores peuvent être transmises par voie directe ou indirecte à d'autres personnes, p.ex. lors de contact avec des personnes infectées, par les mains du personnel soignant ou par des surfaces contaminées dans les alentours de la personne malade.

Période d'incubation

La période d'incubation est difficile à évaluer vue la possibilité d'une colonisation antérieure, asymptomatique avec *Clostridium difficile*. La maladie est favorisée par la prise de certains antibiotiques et le temps entre une antibiothérapie et le début des symptômes est généralement de quelques jours, mais peut aussi être de plusieurs semaines.

Charge de morbidité

Le *Clostridium difficile* est ubiquitaire et peut aussi être retrouvé dans les intestins de l'être humain et des animaux. Chez les enfants en bas âge, il peut être retrouvé dans les intestins d'environ 80% des bébés, alors que chez les adultes, la colonisation est plus rare (< 5%). Lors d'une hospitalisation le taux peut augmenter à 20 à 40%, la plupart des malades restant asymptomatique.

15-20% des diarrhées liées à une antibiothérapie et plus de 95% des colites pseudomembraneuses sont dues au *Clostridium difficile*. Chez environ 1% patients traités avec antibiotiques, une infection avec *Clostridium difficile* est probable. La létalité est de 1 à 2%, mais

peut être plus élevée chez des personnes âgées présentant des comorbidités.

Situations et groupes à risque

Les personnes ayant eu une antibiothérapie sont à risque. La prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens augmente le risque de 30%. D'autres facteurs de risque sont un âge élevé, des maladies gastro-intestinales, une longue hospitalisation et l'immunodépression.

Mesures de santé publique

L'isolation des malades est indispensable afin d'éviter au maximum une transmission à d'autres personnes.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les d'infections symptomatiques à *Clostridium difficile* déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) par le biais des infections nosocomiales.

9. Coqueluche

Bordetella pertussis

Critères de déclaration	Symptômes cliniques (toux) et résultat positif d'analyses de laboratoire (PCR positive sur frottis)
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La coqueluche est hautement contagieuse. Elle se transmet par gouttelettes (éternuement, toux ou conversations) d'une personne à l'autre. L'homme est le seul réservoir de *Bordetella pertussis*. Comme la sérologie est inefficace pour le diagnostic précoce, il est indispensable de réaliser un frottis naso-pharyngéal afin de mettre en évidence la bactérie par PCR.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 6 à 20 jours (généralement 9 à 10 jours).

Charge de morbidité

La coqueluche est une maladie dont le diagnostic est parfois difficile. Les adolescents et les adultes présentent souvent une toux de longue durée sans autres signes typiques de la maladie (quinte de toux, stridor inspiratoire ou vomissements). Chez les enfants en bas âge, des apnées sont possible. Ce sont aussi les bébés qui courent le risque le plus élevé de complications. La majorité des malades hospitalisés ou décédés sont des bébés non vaccinés âgés de moins de 6 mois.

La pneumonie est la complication principale chez environ 10% des bébés et des personnes âgées. De rares cas présentent des complications neurologiques comme des convulsions ou des encéphalopathies. La cause de décès chez les bébés est souvent une hyperleucocytose qui provoque une hypoxémie grave et une hypertension pulmonaire.

Situations et groupes à risque

Les personnes non vaccinées contre la coqueluche présentent un risque. Surtout les enfants en bas âge non vaccinés sont à risque élevé. Le personnel de santé ainsi que les personnes travaillant dans des communautés et qui ne sont pas vaccinés présentent un risque. La vaccination nécessite un rappel tous les 10 ans (vaccin diphtérie, tétanos, polio, pertussis).

Mesures de santé publique

La déclaration obligatoire permet aux autorités sanitaires d'intervenir rapidement (enquête d'entourage, informations, vaccination des personnes ayant été en contact avec les malades, exclusion d'une communauté (école, crèche ou du lieu de travail, etc.).

Collaboration nationale et internationale

En fonction de la situation, la Direction de la santé signale le cas à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de coqueluche déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

10. Cryptosporidiose

Cryptosporidium spp.

Les cryptosporidioses sont à déclaration obligatoire par les laboratoires.

11. Dengue

Virus de la Dengue

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou IgM/séroconversion ou antigène)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le virus de la Dengue se transmet par la piqûre de moustiques femelles infectés du genre *Aedes*, principalement *Aedes aegypti* (le moustique de la fièvre jaune), mais aussi *Aedes albopictus* (le moustique tigre asiatique). Si les moustiques de la fièvre jaune sont extrêmement rares sur le continent européen, ces dernières années, les moustiques tigres asiatiques ont réussi à s'installer dans certaines parties de l'Europe.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 3 à 14 jours, mais généralement de 4 à 7 jours.

Charge de morbidité

Au cours des dernières décennies, la dengue s'est fortement propagée dans le monde. Si seulement 10.000 à 20.000 cas annuels étaient signalés dans les années 1960, on en recense aujourd'hui entre 50 et 100 millions par an. Environ 40% de la population mondiale vivent dans une zone à risque. Par ailleurs, la maladie devient de plus en plus fréquente en Europe. Lorsque des voyageurs de retour au Luxembourg se plaignent de fièvre, il faut donc aussi penser à la dengue. L'infection est asymptomatique chez 40 à 80% des malades. Elle peut toutefois mener à la dengue classique, qui se manifeste par de la fièvre, des maux de tête et des douleurs articulaires ainsi que par des éruptions cutanées. Exceptionnellement, la maladie peut dégénérer en une forme sévère pouvant entraîner la mort, la dengue hémorragique ou la dengue avec syndrome de choc.

Situations et groupes à risque

Les voyageurs se rendant dans les zones d'endémie sont à risque.

Mesures de santé publique

La protection contre les piqûres de moustiques est la mesure de prévention la plus importante lors de voyages dans les pays ou les zones touchées. Dans des régions en Europe, où des populations de moustiques tigres ont pu s'établir et où on ne peut pas exclure que les moustiques transmettent le virus de la dengue, il est essentiel de se protéger contre les piqûres, particulièrement si on est atteint de la dengue. Cette mesure s'impose notamment pendant la saison du moustique tigre durant l'été et l'automne.

Collaboration nationale et internationale

Lorsque des voyageurs résidant au Luxembourg sont infectés par le virus de la dengue en Europe, les autorités du pays concerné en sont informées. Dans certaines situations, la Direction de la santé signale des cas à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de dengue déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

12. Diphthérie

Corynebacterium diphtheriae et autres corynebactéries produisant des toxines (*C. ulcerans*, *C. pseudotuberculosis*)

Critères de déclaration	Suspicion clinique de diphthérie ou résultat positif d'analyses de laboratoire (culture positive avec recherche de toxine par PCR)
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La forme respiratoire de la maladie se transmet d'une personne à l'autre par gouttelettes (p.ex. contact rapproché, toux, éternuements) et sa forme cutanée par contact direct. Tant les personnes malades que les porteurs asymptomatiques excréant la bactérie peuvent être à l'origine d'une infection. La transmission indirecte par des objets contaminés est en principe possible, mais relativement rare. Les bactéries *C. ulcerans* et *C. pseudotuberculosis* sont généralement transmises à l'homme par des animaux domestiques (p.ex. les chiens et les chats).

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 2 à 5 jours, rarement jusqu'à 8 jours.

Charge de morbidité

Si la diphthérie est répandue dans le monde entier, elle est devenue rare dans les pays occidentaux industrialisés en raison de la couverture vaccinale élevée. Dans certaines régions d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et d'Europe de l'Est, la maladie a certes reculé, mais reste endémique. Toutefois, des cas isolés de diphthérie cutanée peuvent survenir. La diphthérie respiratoire même traitée immédiatement (administration de l'antitoxine et d'antibiotiques) est fatale dans 5 à 10% des cas.

Situations et groupes à risque

Les personnes qui se rendent dans des zones d'endémie sont exposées à un risque accru. Les

enfants non-vaccinés sont particulièrement menacés.

Mesures de santé publique

L'obligation de déclarer permet d'agir rapidement et de façon ciblée (p.ex. isolement du malade, identification des personnes de contact afin de leur administrer une chimioprophylaxie). La surveillance de la diphtérie permet par ailleurs d'évaluer les recommandations vaccinales.

Collaboration nationale et internationale

Dans certaines situations, la Direction de la santé signale des cas à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). En plus, la Direction de la santé informe l'OMS annuellement sur la couverture vaccinale contre la diphtérie. La Direction de la santé communique les cas de diphtérie déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

13.Ebola

Bundibugyo ebolavirus, Reston ebolavirus, Sudan ebolavirus, Tai Forest ebolavirus et Zaïre ebolavirus

Critères de déclaration	Suspicion clinique
Délai de déclaration	Immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La maladie à Virus Ebola est une zoonose qui se transmet par contact avec des fluides corporels d'animaux ou de cadavres infectés (p.ex. chauves-souris ou singes). Les chauves-souris frugivores constituent le réservoir viral présumé. La transmission de personne à personne a lieu principalement en cas de contact avec des fluides corporels (surtout le sang, les vomissures et les selles, mais aussi la salive, les urines ou la sueur) d'une personne malade ou décédée. Les hommes guéris peuvent transmettre le virus durant quelques mois (la durée exacte n'est pas connue) à travers le sperme. Une infection par le biais d'objets contaminés est possible, mais il n'existe pas d'indications suggérant une transmission par aérosols.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 2 à 21 jours, mais est généralement de 4 à 10 jours.

Charge de morbidité

La maladie à virus Ebola, apparue jusqu'ici en particulier en Afrique centrale et occidentale, est une maladie rare avec un potentiel épidémique. Sa létalité, qui dépend de l'espèce du virus, est située entre 0% (virus Reston) et 90%. Le risque d'une contamination au Luxembourg est extrêmement faible.

Situations et groupes à risque

Les personnes les plus exposées sont principalement celles qui ont un contact direct avec les fluides corporels de patients malades ou décédés, tels que le personnel médical, de laboratoire ou les membres de la famille insuffisamment protégés qui soignent des proches à domicile. Les collaborateurs d'organisations (p.ex. MSF) qui travaillent dans une zone d'épidémie constituent d'autres groupes à risque. Peuvent aussi être concernées les personnes voyageant dans des zones d'endémie et ayant un contact direct avec des chauves-souris ou des singes.

Mesures de santé publique

Depuis 2014 et l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale, la Direction de la santé a développé des recommandations sur différents aspects de la gestion de cette maladie au Luxembourg (p.ex. transport des malades, hospitalisations, requérant d'asiles, élimination des déchets). Les mesures concernant la gestion des contacts et le diagnostic précoce revêtent une importance particulière. Des vaccins contre Ebola et des thérapies antivirales spécifique sont en cours d'élaboration.

Collaboration nationale et internationale

Les cas de maladie à virus Ebola découverts au Luxembourg doivent être confirmés par un laboratoire partenaire de l'OMS. En cas d'épidémie, la Direction de la Santé est en contact régulier avec ses partenaires internationaux, afin de prendre les mesures de protection qui s'imposent. La Direction de la Santé signale les cas déclarés à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas d'Ebola déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

14. Echinococcose

Echinococcus spp.

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

L'échinococcose est une zoonose qui ne se transmet que par voie orale. Il s'agit d'une infestation par des Taeniidés (vers plats) du genre *Echinococcus*, dont cinq espèces ont été

identifiées. Ces vers plats peuvent infester les animaux domestiques et sauvages. Leur cycle de vie implique deux animaux, l'hôte définitif étant un carnivore. L'homme peut servir d'hôte intermédiaire dans les organes desquels les vers forment des kystes. Il ingère accidentellement les œufs microscopiques du parasite présents sur des végétaux infestés (légumes, champignons, baies sauvages) ou en portant à la bouche des mains contaminées par les œufs présents sur le pelage d'animaux porteurs (chiens, chats). Seuls les œufs sont infestant pour l'Homme. L'échinococcose ne se transmet pas de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation est très variable et peut être de quelques mois à plusieurs années.

Charge de morbidité

Parmi les cinq espèces, *E. granulosus* est présent dans le monde entier, *E. multilocularis* est largement répandu dans l'hémisphère nord, tandis que *E. oligarthus* et *E. vogeli*, ne sont représentées qu'en Amérique centrale et en Amérique du Sud. *E. shiquicus* a été découverte en République populaire de Chine. *E. granulosus* et *E. multilocularis* présentent le risque zoonotique le plus important.

L'échinococcose est une zoonose grave, le traitement étant très long et très coûteux. La prévalence d'échinococcose kystique chez l'homme peut aller de 1 sur 100.000 à plus de 200 sur 100.000 au sein de certaines populations rurales, en cas de contact étroit avec les chiens domestiques. La maladie peut être mortelle.

Situations et groupes à risque

Le personnel de laboratoire, les maîtres-chiens, les vétérinaires et les propriétaires de chiens courent un risque plus élevé.

Mesures de santé publique

La chaîne de transmission allant de la main à la bouche, un lavage fréquent des mains constitue une mesure de prévention majeure. L'obligation de déclarer permet d'avoir rapidement connaissance de flambées locales ou temporelles et d'engager immédiatement les démarches pour déterminer la source de l'infection ainsi que de prendre des mesures supplémentaires.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé collabore avec d'autres instances nationales. La Direction de la santé communique les cas d'échinococcose déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

15. Fièvre de Crimée-Congo

Virus de Crimée-Congo : Crimean-Congo hemorrhagic fever virus (CCHFV)

Critères de déclaration	suspicion clinique ou résultat de laboratoire positif (PCR ou sérologie)
Délai de déclaration	immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La fièvre de Crimée-Congo est une zoonose. Les principaux vecteurs du virus sont les tiques du genre *Hyalomma*, même si d'autres types de tiques peuvent jouer ce rôle. Les piqûres de tiques ou un contact étroit avec des animaux infectés (sauvages ou domestiques) ou leurs produits (p.ex. la viande) sont à l'origine des infections. La contamination de personne à personne peut se faire par contact direct avec du sang, d'autres fluides corporels ou des organes d'une personne infectée. Une infection par le biais d'objets contaminés est possible, mais il n'existe pas d'indications suggérant une transmission par aérosols.

Période d'incubation

La période d'incubation varie entre 1 et 3 jours ; en cas de piqûre de tique, elle peut atteindre 5 ou 6 jours (au maximum 13 jours).

Charge de morbidité

Jusqu'à présent, la fièvre de Crimée-Congo s'est déclarée en Asie (Proche et Moyen-Orient, Asie du Sud-Est et Asie centrale), en Turquie, en Afrique et en Europe du Sud-Est. Il s'agit d'une maladie rare avec un potentiel épidémique. Sa létalité varie entre 10 et 40%. Le risque d'une contamination au Luxembourg est extrêmement faible.

Situations et groupes à risque

Les personnes les plus exposées sont principalement celles qui ont un contact direct avec les fluides corporels de patients malades ou décédés, tels que le personnel médical, de laboratoires ou les membres de la famille insuffisamment protégés qui soignent des proches à domicile. Les collaborateurs d'organisations (p.ex. MSF) qui travaillent dans une zone d'épidémie constituent d'autres groupes à risque. Peuvent aussi être concernées les personnes voyageant dans des zones d'endémie et ayant un contact direct avec des animaux sauvages ou domestiques.

Mesures de santé publique

Depuis 2014 et l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale, la Direction de la santé a développé des recommandations sur les différents aspects de cette maladie, et d'autres maladies similaires, comme la fièvre de Crimée-Congo, au Luxembourg (p.ex. transport des malades,

hospitalisations, requérants d'asiles, élimination des déchets). Les mesures concernant la gestion des contacts et le diagnostic précoce revêtent une importance particulière. A l'heure actuelle, il n'existe aucun vaccin autorisé au Luxembourg contre la fièvre de Crimée-Congo. Le traitement à base de ribavirine semble toutefois être efficace, en particulier en début de maladie.

Collaboration nationale et internationale

Les cas de fièvre de Crimée-Congo découverts au Luxembourg doivent être confirmés par un laboratoire partenaire de l'OMS. En cas d'épidémie, la Direction de la santé est en contact régulier avec ses partenaires internationaux, afin de prendre les mesures qui s'imposent. Selon la situation, les cas doivent être signalés à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de fièvre de Crimée-Congo déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

16. Fièvre de Hantaan / Hantavirose

Hantavirus de la famille des Bunyaviridae: notamment virus Hantaan, Puumala, Séoul, Sin Nombre, Dobrava

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoires (culture ou PCR ou IgM/séroconversion)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Les hantavirus sont présents chez certains petits mammifères (principalement les souris et les rats). Ces animaux forment un réservoir naturel et excrètent les virus par la salive, les urines et les excréments. La transmission à l'être humain se fait par l'inhalation d'aérosols contaminés, par contact avec de la poussière infectée ou par morsure d'animaux porteurs du virus.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement entre 2 et 4 semaines.

Charge de morbidité

Les hantavirus sont présents dans le monde entier. Les types de virus répandus en Europe peuvent entraîner une fièvre hémorragique avec syndrome rénal, tandis que sur le continent américain, les infections à hantavirus (virus Sin Nombre ou Andes) peuvent causer un syndrome pulmonaire à hantavirus. Malgré des flambées importantes et régulières en Allemagne ces dernières années, il est rare que ces infections soient diagnostiquées au Luxembourg.

Situations et groupes à risque

Les voyageurs se rendant dans les zones d'endémie font partie des groupes à risque. Les personnes dont les conditions de vie et de travail favorisent le contact avec les rongeurs infectés et leurs excréments, ou qui sont en contact direct avec le virus, sont particulièrement susceptibles d'être infectées, par ex. Ouvriers forestiers, ouvriers agricoles et personnel de laboratoire. Ils devraient être particulièrement informés des voies de transmission et des mesures de protection.

Mesures de santé publique

Il n'existe aucun vaccin contre les infections à hantavirus. Par mesure de prévention, on recommande d'éviter le contact avec les rongeurs et leurs excréments.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de fièvre de Hantaan déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

17. Fièvre de Lassa et autres arénavirus

Virus de Lassa : Lassa mammarenavirus / autres arénavirus

Critères de déclaration	suspicion clinique ou résultat de laboratoire positif (PCR ou sérologie)
Délai de déclaration	immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La fièvre de Lassa est une zoonose. On suppose que les rongeurs, en particulier le rat du Natal (*Mastomys natalensis*), vivant particulièrement en Afrique, constituent le réservoir du virus qu'ils véhiculent par leurs urines et leurs excréments. La transmission à l'être humain se fait par contact direct avec les excréments contaminés de ces animaux ou par ingestion d'aliments ou d'eau contaminés.

La transmission de personne à personne se fait par contact direct avec du sang, des urines, des excréments ou d'autres fluides corporels d'une personne infectée. Une infection par le biais d'objets contaminés est possible, mais il n'existe pas d'indications suggérant une transmission par aérosols.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 6 à 21 jours.

Charge de morbidité

Jusqu'à présent, la fièvre de Lassa n'est apparue qu'en Afrique de l'Ouest. Il s'agit d'une maladie rare avec un potentiel épidémique. Environ 80% des personnes infectées ne présentent que des symptômes légers, voire même aucun. Dans 20% des cas cependant, l'infection a de graves conséquences sur différents organes (p.ex. foie, rate, reins). La létalité globale de la maladie se situe aux alentours de 1%, mais elle peut atteindre 15% si l'on ne considère que les patients hospitalisés. La fièvre de Lassa peut avoir des conséquences graves en fin de grossesse (3^e trimestre), comme le décès de la mère ou la perte du fœtus. Le risque d'une contamination au Luxembourg est extrêmement faible.

Situations et groupes à risque

Les personnes les plus exposées sont principalement celles qui ont un contact direct avec les fluides corporels de patients malades ou décédés, tels que le personnel médical, de laboratoires ou les membres de la famille insuffisamment protégés qui soignent des proches à domicile. Les collaborateurs d'organisations (p.ex. MSF) qui travaillent dans une zone d'épidémie constituent d'autres groupes à risque. Peuvent aussi être concernées les personnes voyageant dans des zones d'endémie. L'application des normes d'hygiène usuelles et la conservation des aliments hors de portée des rongeurs sont des mesures de précaution utiles dans les régions concernées.

Mesures de santé publique

Depuis 2014 et l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale, la Direction de la santé a développé des recommandations sur différents aspects de cette maladie, et d'autres maladies similaires, comme la fièvre de Lassa, au Luxembourg (p.ex. transport des malades, hospitalisations, requérants d'asiles, élimination des déchets). Les mesures concernant la gestion des contacts et le diagnostic précoce revêtent une importance particulière.

Collaboration nationale et internationale

Les cas de fièvre de Lassa découverts au Luxembourg doivent être confirmés par un laboratoire partenaire de l'OMS. En cas d'épidémie, la Direction de la santé est en contact régulier avec ses partenaires internationaux, afin de prendre les mesures qui s'imposent. Selon la situation, les cas doivent être signalés à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de fièvre de Lassa déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

18. Fièvre de Rift-Valley

Phlebovirus de la famille des Bunyaviridae

Critères de déclaration	suspicion clinique ou résultat positif d'analyse de laboratoire (PCR ou sérologie)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La fièvre de la Vallée du Rift (FVR) est une maladie virale aiguë pouvant affecter gravement diverses espèces d'animaux domestiques ainsi que l'homme. Il s'agit donc d'une zoonose. Le virus de la fièvre de la vallée du Rift se transmet par la piqûre de moustiques femelles infectés du genre Aedes.

Le virus peut également se transmettre par le contact avec du sang, d'autres fluides ou tissus organiques ou lors de l'abattage, la plumée et la découpe d'animaux infectés, ou encore, par ingestion de viande non ou pas assez cuite ou de lait cru provenant d'animaux infectés. La FVR est surtout présente dans les pays d'Afrique sub-saharienne et à Madagascar.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 3 à 10 jours.

Charge de morbidité

L'homme infecté par la FVR peut n'avoir aucun symptôme ou présenter une affection légère, surtout de la fièvre, de l'asthénie, des myalgies, des douleurs dorsales, des vertiges et une perte de poids. Il peut aussi présenter une pathologie hépatique. Chez certains patients, la maladie peut évoluer en fièvre hémorragique, en encéphalite ou en pathologie oculaire (jusqu'à la cécité). Des complications sévères se manifestent dans 1 à 4% des cas bien que la majorité des patients se rétablissent après 4 à 7 jours. La létalité de la maladie est d'environ 1%.

Situations et groupes à risque

Les voyageurs se rendant dans les zones d'endémie sont à risque. Les personnes travaillant dans les abattoirs, les laboratoires et les hôpitaux sont des populations à risque.

Mesures de santé publique

La lutte contre les vecteurs revêt une importance particulière dans les zones touchées. En outre, des mesures efficaces consistent à porter des vêtements de protection individuelle, comme des chemises à manches longues et des pantalons, à utiliser des moustiquaires et des produits insectifuges et à éviter les activités à l'extérieur à l'heure où les moustiques piquent le plus.

Collaboration nationale et internationale

En cas d'épidémie, la Direction de la santé est en contact régulier avec ses partenaires internationaux, afin de prendre les mesures qui s'imposent. Selon la situation, les cas doivent être signalés à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de fièvre de Rift-Valley déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

19. Fièvre de West-Nile ou fièvre du Nil occidental

West-Nile Virus

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyse de laboratoire (culture ou PCR ou sérologie)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le Virus West-Nile (WNV) est un des flavivirus le plus répandu dans le monde. Tous les continents sont concernés, les uns plus que les autres. Le virus se transmet par les piqûres de moustiques infectés, surtout type Culex, mais aussi Aedes et Mansonia. Etant donné qu'il s'agit d'une zoonose par laquelle des oiseaux peuvent être infectés, il y a aussi un risque de transmission par les oiseaux à l'homme. De plus, le WNV peut se transmettre par des transplantations d'organes, par des transfusions sanguines et pendant la grossesse.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 2 à 14 jours.

Charge de morbidité

Les infections à WNV sont souvent accompagnés d'un tableau clinique léger. Environ 20% des personnes infectées présentent de la fièvre et un syndrome pseudo-grippal, lequel dure entre 3 et 6 jours. Dans 50% des cas, un exanthème maculo-papuleux se déclare à partir du tronc vers la tête et les membres. Environ 1 cas sur 150 présente un tableau clinique sévère, surtout des personnes âgées avec des maladies chroniques connues avant. D'autres complications rares sont la méningite bénigne, et exceptionnellement une encéphalite. En principe, une infection à WNV guérit sans complications, en cas d'encéphalite, 50% risquent des conséquences ultérieures. La létalité en cas d'encéphalite est de 15-40%, surtout chez des personnes âgées. A l'heure actuelle, il n'existe aucun vaccin ni de traitement spécifique antiviral.

Situations et groupes à risque

Les voyageurs se rendant dans les zones d'endémie sont à risque. Il faut quand même mentionner que de plus en plus de cas de fièvre West-Nile sont détectés dans les pays européens suite à l'établissement de nouvelles espèces de moustiques.

Mesures de santé publique

La lutte contre les vecteurs revêt une importance particulière dans les zones touchées. En outre, des mesures efficaces consistent à porter des vêtements de protection individuelle, comme des chemises à manches longues et des pantalons, à utiliser des moustiquaires et des produits insectifuges et à éviter les activités à l'extérieur à l'heure où les moustiques piquent le plus.

Collaboration nationale et internationale

En cas d'épidémie, la Direction de la santé est en contact régulier avec ses partenaires internationaux, afin de prendre les mesures qui s'imposent. Selon la situation, les cas doivent être signalés à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de fièvre de West-Nile déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

20. Fièvre jaune

Virus de la fièvre jaune

Critères de déclaration	Suspicion clinique ou résultat positif d'analyses de laboratoire ou décès des suites de la fièvre jaune
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le virus se transmet principalement par les piqûres de moustiques appartenant aux genres *Aedes* et *Haemagogus*, qui se sont eux-mêmes infectés en piquant des animaux (oiseaux, singes) ou des humains infectés et jouent le rôle de vecteur. Des cas de transmission de personne à personne ont été recensés exceptionnellement lors de transfusions sanguines.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 3 à 6 jours.

Charge de morbidité

Selon les estimations de l'OMS, environ 200.000 personnes contractent la fièvre jaune chaque année, avec une tendance plutôt à la hausse dans les zones endémiques. L'évolution de la maladie est souvent bénigne. Néanmoins, 15% des cas présentent une forme sévère. Dans cette

situation, la létalité varie entre 20% et plus de 50%.

Situations et groupes à risque

Les voyageurs qui ne sont pas vaccinés et qui se rendent dans les zones d'endémie, notamment dans les régions tropicales d'Afrique, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, courent un risque accru de contracter la maladie.

Mesures de santé publique

Il existe un vaccin sûr et efficace, qui protège à vie, sauf en cas de déficience immunitaire. Il est obligatoire pour entrer dans certains pays. Outre la vaccination, la lutte contre les vecteurs revêt une importance particulière dans les zones touchées.

Collaboration nationale et internationale

La fièvre jaune est la seule maladie spécifiquement visée par le Règlement sanitaire international (RSI 2005) pour laquelle la preuve de la vaccination peut être exigée comme condition d'entrée dans un Etat partie. La vaccination et le nom du vaccin doivent être inscrits dans le « certificat international de vaccination ou de prophylaxie » édité par l'OMS. Les cas sont déclarés par la Direction de la santé à l'OMS selon les conditions définies dans le RSI 2005. De plus, la Direction de la santé renseigne chaque année l'OMS sur la couverture vaccinale. La Direction de la santé communique les cas de fièvre jaune déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

21. Fièvre Q

Coxiella burnetii

La Fièvre Q est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

22. Giardiase

Giardia lamblia

La Giardiase est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

23. Gonorrhée

Neisseria gonorrhoeae

La Gonorrhée est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

24. Grippe saisonnière

Virus influenza (saisonniers, types et sous-types non pandémiques)

La Grippe saisonnière est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

25. Grippe, nouveau sous-type

Virus Influenza A HxNy (nouveau sous-type avec potentiel pandémique)

Critères de déclaration	Suspicion clinique ou résultat positif de laboratoire (PCR/séquençage, antigène). Pas déclarer test antigène rapide.
Délai de déclaration	immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Les virus de l'Influenza A HxNy sont généralement l'origine de zoonoses. Le saut antigénique peut faire muter le virus de sorte qu'il se transmette facilement de personne à personne ; le virus acquiert alors un potentiel pandémique. La transmission se fait par gouttelettes, par contact direct et éventuellement par aérosols.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 1 à 4 jours environ.

Charge de morbidité

En cas de pandémie grippale, on escompte un taux de morbidité allant jusqu'à 25% de la population, un taux d'hospitalisation atteignant 2,5% et une létalité de 0,4%.

Situations et groupes à risque

Les populations à risque sont les nourrissons, les personnes âgées, les personnes immunodéprimées ou souffrant déjà de maladies chroniques, les femmes enceintes et les accouchées et, selon les caractéristiques du virus, éventuellement d'autres groupes (les jeunes adultes p.ex.)

Mesures de santé publique

La suspicion clinique d'un cas doit être déclarée immédiatement en raison du potentiel pandémique de la maladie. Il est ainsi possible de demander dans les meilleurs délais des précisions sur le diagnostic, de s'entretenir avec les parties prenantes ainsi que d'identifier et de contrôler les flambées d'Influenza A. Par ailleurs, les déclarations forment une base

permettant d'évaluer la situation, de décrire le développement épidémiologique et de déterminer les groupes à risque. Les nouveaux sous-types du virus de l'Influenza A sont enregistrés de façon précoce afin de prévenir ou de retarder la propagation de la maladie dans la population.

Collaboration nationale et internationale

Dans certaines situations, les cas doivent être signalés à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas d'un nouveau sous-type de la grippe déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

26. Hépatite A aiguë

Virus de l'hépatite A (VHA)

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le virus de l'hépatite A est excrété dans les selles des personnes infectées. Il se transmet soit indirectement par ingestion de denrées alimentaires ou d'eau contaminées, soit plus rarement par contact interpersonnel étroit.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 15 à 50 jours mais est généralement d'environ 4 semaines.

Charge de morbidité

L'hépatite A existe dans le monde entier, mais les pays occidentaux industrialisés ont observé un net recul de la maladie lors des dernières décennies. Les adultes sont généralement plus gravement touchés que les enfants, chez qui l'infection est souvent asymptomatique. Habituellement, la maladie dure plusieurs semaines (jusqu'à plusieurs mois). Il n'existe à ce jour aucun traitement spécifique. La maladie ne devient pas chronique ; très rarement (< 0,1%), son évolution est fulminante, notamment chez les personnes souffrant déjà d'une maladie hépatique.

Situations et groupes à risque

La maladie est souvent ramenée de voyages dans des pays où des conditions d'hygiène laissent à désirer. L'hépatite A présente un potentiel épidémique, notamment dans les institutions communautaires (p.ex. crèches, foyers), lorsque les repas sont pris en commun, dans

l'environnement familial ou chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Certains groupes sont confrontés à un risque infectieux accru, p.ex. les employés de stations d'épuration ou le personnel de laboratoire et de santé.

Mesures de santé publique

Les personnes à risque peuvent se protéger en se faisant vacciner. L'obligation de déclarer permet d'avoir rapidement connaissance de flambées locales ou temporelles et d'engager immédiatement les démarches pour déterminer la source de l'infection. Des mesures d'hygiène et la vaccination dans les 7 jours suivant l'exposition permettent de limiter la transmission du virus et donc l'apparition de flambées. Les autorités peuvent, le cas échéant, retirer du marché les produits contaminés et édicter des recommandations sur les mesures d'hygiène à adopter avec les denrées alimentaires et sur les contrôles à effectuer.

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises concernant les denrées alimentaires, la Direction de la santé collabore avec d'autres institutions nationales. La Direction de la santé communique les cas d'hépatite A aiguë déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

27. Hépatite B

Virus de l'hépatite B (HBV)

L'Hépatite B est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

28. Hépatite B porteur chronique

Virus de l'hépatite B (HBV)

L'Hépatite B porteur chronique est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

29. Hépatite C

Virus de l'hépatite C (HCV)

L'Hépatite C est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

30. Hépatite E aiguë

Virus de l'hépatite E (HEV)

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (PCR)
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Selon le génotype, le virus est transmis de différentes manières. Les génotypes 3 et 4, transmis principalement de l'animal (p.ex. porc ou sanglier) à l'être humain par la chaîne alimentaire, sont présents en Europe et en Amérique du Nord. Une transmission peut également être possible par voie parentérale (p.ex. transfusion de sang contaminé). Dans certaines régions d'Asie, d'Afrique et du Mexique, les génotypes 1 et 2 se transmettent par voie féco-orale dans l'organisme, principalement par l'eau contaminée.

Période d'incubation

La période d'incubation varie entre 2 et 8 semaines.

Charge de morbidité

Le virus de l'hépatite E est présent dans le monde entier, avec un tableau clinique variable selon le génotype. Dans les pays industrialisés, l'hépatite E de génotype 3 est endémique et l'on observe une augmentation constante de cas en Europe. On estime toutefois que plus de 90% des infections sont asymptomatiques. La plupart des malades présentant des symptômes guérissent sans traitement. Les personnes souffrant d'une affection hépatique ou les sujets immunodéprimés peuvent être plus gravement atteints.

Situations et groupes à risque

Le génotype 3, plus rarement le 4 est transmis en tant que zoonose à l'être humain par ingestion de viande de porc (ou de sanglier) mal cuite. Les produits contenant du foie de porc cru sont considérés comme présentant un risque élevé. Ce sont les hommes âgés de plus de 60 ans qui sont le plus touchés par des infections symptomatiques.

Mesures de santé publique

L'obligation de déclarer est applicable à partir de 2019 afin d'évaluer l'importance pour la santé publique au Luxembourg et de pouvoir suivre l'évolution dans le temps. L'obligation de déclarer permet également de détecter des flambées locales ou temporelles d'hépatite E et d'obtenir des éclaircissements sur l'identification de la source d'infection. Les autorités peuvent, si nécessaire, retirer des produits contaminés du marché et donner des recommandations sur l'hygiène alimentaire et les contrôles alimentaires.

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises concernant les denrées alimentaires, la Direction de la santé collabore avec d'autres institutions nationales.

31. Infection à *Escherichia coli* VTEC / STEC gastro-entérite et SHU

Escherichia coli entérohémorragique (EHEC), aussi appelée *E. coli* producteur de vérotoxine (VTEC) ou de shigatoxine (STEC)

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou antigène)
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Les infections à *Escherichia coli* entérohémorragique (EHEC) ont généralement lieu par ingestion d'eau potable et/ou denrées alimentaires contaminées par des matières fécales, consommées crues ou insuffisamment cuites. Il s'agit p.ex. de viande de bœuf, de saucisse crue, de lait cru, de fromage pâte molle au lait cru, de légumes, de salades ou de pousses. La transmission par voie féco-orale est également possible lors d'un contact direct avec des animaux infectés. Si les mesures d'hygiène sont suffisantes, la bactérie ne peut pas se transmettre de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 2 à 10 jours.

Charge de morbidité

L'évolution de la maladie est très hétérogène, allant de la simple diarrhée à une situation pouvant entraîner la mort. Dans un petit nombre de cas, l'infection à EHEC peut évoluer en syndrome hémolytique et urémique (SHU), particulièrement grave.

Situations et groupes à risque

Les personnes les plus touchées par les évolutions de la maladie les plus sévères sont les enfants en bas âge, les enfants et les personnes âgées ou immunodéprimées.

Mesures de santé publique

L'obligation de déclarer permet d'avoir rapidement connaissance des flambées locales et temporelles d'infection à EHEC et d'engager immédiatement les démarches pour déterminer la

source de l'infection. Les autorités peuvent, le cas échéant, retirer du marché des produits contaminés et édicter des recommandations sur les mesures d'hygiène à adopter avec les denrées alimentaires et sur les contrôles à effectuer.

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises concernant les denrées alimentaires, la Direction de la santé collabore étroitement avec d'autres institutions nationales. La Direction de la santé communique les cas d'infection à *Escherichia coli* VTEC / STEC déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

32. Infection à Norovirus

Norovirus

L'infection à Norovirus est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

33. Infection à Rotavirus

Rotavirus

L'infection à Rotavirus est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

34. Infection à VIH

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

L'infection à VIH est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

35. Infection à virus Zika et Zika congénital

Virus Zika

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (PCR ou IgM/séroconversion). Ne pas déclarer les réactions croisées manifestes.
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le virus Zika se transmet avant tout par la piqûre de moustiques femelles infectées du genre *Aedes*, principalement *Aedes aegypti* (le moustique de la fièvre jaune) mais aussi *Aedes albopictus* (le moustique tigre asiatique). Si les moustiques de la fièvre jaune sont

extrêmement rares sur le continent européen, ces dernières années, les moustiques tigres asiatiques ont réussi à s'installer dans certaines parties de l'Europe. Plus rarement, d'autres modes de transmission ont été identifiés : transmission périnatale et lors de relations sexuelles. Une transmission par transfusion sanguine est possible.

Période d'incubation

Les symptômes de l'infection à virus Zika apparaissent 3 à 12 jours après l'infection.

Charge de morbidité

Depuis 2015, on assiste à une propagation explosive du virus Zika en Amérique centrale, du Sud et dans les Caraïbes. La plupart des infections sont asymptomatiques (80% des malades). Dans les autres cas, les symptômes sont en général modérés et disparaissent dans les 4 à 7 jours. Les décès sont extrêmement rares. Le virus Zika peut se transmettre de la femme enceinte au fœtus et causer des complications neurologiques graves chez celui-ci (p.ex. microcéphalie). Des complications chez l'adulte, tel que le Syndrome de Guillain-Barré peuvent survenir. Pour le moment, il n'existe pas de vaccin ni de traitement spécifique. Lorsque des voyageurs du retour au Luxembourg se plaignent de fièvre, il faut donc aussi penser à une infection à virus Zika

Situations et groupes à risque

Les voyageurs se rendant dans les zones d'endémie sont à risque. Les femmes enceintes ou souhaitant le devenir constituent le principal groupe à risque.

Mesures de santé publique

La protection contre les piqûres de moustiques est la mesure de prévention la plus importante lors de voyages dans les pays ou les zones touchées. La Direction de la santé déconseille aux femmes enceintes et celles planifiant une grossesse de se rendre dans un pays où une transmission active du virus a lieu (cf. liste actualisée sur le site de l'OMS). De plus, les hommes dont la partenaire est enceinte ou souhaite le devenir devraient pratiquer les règles du safer sex pendant toute la grossesse, respectivement pendant 6 mois après une infection confirmée au virus Zika.

Collaboration nationale et internationale

Les infections dues à une transmission sexuelle ou vectorielle locale doivent être signalées à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas d'infection à virus Zika et Zika congénital déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

36. Infection invasive à Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ou aux céphalosporines de 3e ou 4e génération

Les infections invasives à Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ou aux céphalosporines de 3^e ou 4^e génération sont à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

--

37. Infection invasive à *Haemophilus influenzae*

Haemophilus influenzae

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR, à partir de matériel normalement stérile (sang, LCR, liquide articulaire ; urine exclue !)
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission de personne à personne se fait par gouttelettes, p.ex. lors d'éternuements de toux ou de conversations. Tant les porteurs sains et asymptomatiques que les personnes malades peuvent transmettre *Haemophilus influenzae*.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 2 à 4 jours.

Charge de morbidité

Le taux de personnes atteintes du *Haemophilus influenzae* est d'environ 1,5 cas pour 100.000 habitants. Chez les enfants de moins de 5 ans, ce taux a fortement diminué après l'introduction de la vaccination contre *Haemophilus influenzae* du sérotype b et sa recommandation. La létalité de la maladie s'établit à environ 5 à 10% et elle varie en fonction du sérotype d *Haemophilus influenzae*. Des séquelles irréversibles dues à la maladie ne sont pas rares.

Situations et groupes à risque

La maladie peut survenir lorsque les défenses immunitaires sont immatures ou affaiblies, p.ex. chez les enfants de moins de 5 ans, les personnes âgées ou les patients immunodéficients.

Mesures de santé publique

A titre de protection contre ces maladies invasives graves, la vaccination contre *Haemophilus influenzae* de type b fait partie des vaccinations de base recommandées pour les enfants de moins de 5 ans.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé renseigne annuellement l'OMS sur la morbidité et la couverture vaccinale. La Direction de la santé communique les cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

38. Infection invasive à Méningocoque

Neisseria meningitidis

Critères de déclaration	Suspicion clinique ou résultat de laboratoire positif (culture ou PCR ou microscopie ou antigène, seulement à partir de matériel normalement stérile (sang, LCR, liquide articulaire ; urine exclue !)
Délai de déclaration	immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission se fait par gouttelettes. Des personnes peuvent longtemps être porteuses de méningocoques dans la cavité nasopharyngée sans conséquence sur leur état de santé. L'infection nécessite un contact étroit avec un tel porteur asymptomatique ou une personne malade.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 2 à 10 jours (généralement 3 à 4 jours).

Charge de morbidité

Les méningocoques peuvent causer une méningite ou une septicémie. La létalité varie entre 5 et 10%. Des séquelles irréversibles dues à la maladie sont fréquentes (p.ex. surdité, amputations).

Situations et groupes à risque

Les enfants de moins de 5 ans et les adolescents (15 à 19 ans) sont plus fréquemment atteints. Les personnes présentant un risque accru de maladie sont les patients souffrants de troubles immunitaires (p.ex. asplénie, déficits en facteurs terminaux ou en facteurs de la voie alterne du complément) et les personnes avec une exposition élevée en raison de conditions de logement confinées (p.ex. recrues), ainsi que les voyageurs en zone de haute endémie (p.ex. dans la

« ceinture de la méningite » en Afrique subsaharienne).

Mesures de santé publique

Les groupes à risque peuvent se protéger par un vaccin qui couvre les groupes sérologiques de méningocoques les plus fréquents. La déclaration obligatoire a pour but d'éviter rapidement la propagation dans l'entourage des personnes touchées grâce à la chimioprophylaxie et à la vaccination. Elle vise également à adapter les recommandations vaccinales, l'évolution de la situation épidémiologique. La déclaration doit être faite immédiatement par téléphone afin que la chimioprophylaxie puisse, si possible, être administrée au plus tard 48 heures après le diagnostic du cas primaire. En conséquence, il ne faut pas attendre la confirmation de laboratoire.

Collaboration nationale et internationale

Dans certaines situations, la Direction de la santé signale les cas à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). De plus, la Direction de la santé renseigne annuellement l'OMS sur la morbidité et la couverture vaccinale. La Direction de la santé communique les cas d'infection invasive à Méningocoques déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

39. Infection invasive à Pneumocoque

Streptococcus pneumoniae

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou antigène) seulement à partir de matériel normalement stérile (sang, LCR, liquide articulaire ; urine exclue)
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission se fait par gouttelettes, p.ex. lors d'éternuements, de toux ou de conversations. Des personnes portent souvent des pneumocoques dans la cavité nasopharyngée sans conséquence sur leur état de santé. Tant ces porteurs asymptomatiques que les personnes malades peuvent transmettre des pneumocoques.

Période d'incubation

La période d'incubation est généralement de 1 à 3 jours. Toutefois, la maladie peut également se déclarer longtemps après la contamination du nasopharynx.

Charge de morbidité

Les maladies invasives à pneumocoques peuvent se manifester p.ex. par une pneumonie, une septicémie ou une méningite. La létalité se situe à 10% environ.

Situations et groupes à risque

Les enfants de moins de 2 ans et les personnes de 65 ans et plus sont plus fréquemment atteints. Les personnes souffrant p.ex. d'une déficience immunitaire, d'une cirrhose du foie, d'une maladie chronique des reins, des poumons ou du cœur ou ayant un implant de l'oreille interne présentent également un risque accru.

Mesures de santé publique

On recommande à certains groupes de se faire vacciner. La déclaration obligatoire permet d'évaluer de façon continue les recommandations vaccinales et de les adopter à l'évolution épidémiologique.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé renseigne annuellement l'OMS sur la morbidité et la couverture vaccinale. La Direction de la santé communique les cas d'infection invasive à Pneumocoques déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

40. Infection invasive à MRSA

Methicillin resistant staphylococcus aureus

Les infections invasives à MRSA sont à déclaration obligatoire par les laboratoires.

41. Légionellose

Legionella spp.

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou sérologie ou antigène)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La légionellose (maladie des légionnaires) se transmet par inhalation d'air contenant de fines gouttelettes d'eau chargées de légionelles (aérosols). Les principales sources de contamination sont les installations sanitaires, notamment les conduites d'eau (formation

d'aérosols lors des douches) et les tours de refroidissement (diffusion d'aérosols dans l'air). Les bains thermaux comptent parmi les sources d'infection. La maladie n'est pas transmissible de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 2 à 10 jours, mais est généralement de 5 à 6 jours.

Charge de morbidité

La maladie des légionnaires se manifeste par une sévère pneumonie. Il existe une seconde forme de légionellose, la fièvre de Pontiac, une maladie fébrile aiguë sans pneumonie qui n'est pas à soumise à l'obligation de déclarer.

Situations et groupes à risque

La maladie des légionnaires peut se déclarer chez des patients sains de tous âges, 90% des malades ont plus de 40 ans. Les personnes dont le système immunitaire est affaibli présentent un risque d'infection plus élevé.

Parmi celles-ci, on trouve les personnes âgées souffrant de maladies spécifiques comme le diabète ou les patients qui suivent un traitement immunosuppresseur. Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool constituent également des facteurs de risque. Le taux de déclaration augmente avec l'âge. Les hommes sont deux à trois fois plus souvent touchés par la légionellose que les femmes.

Mesures de santé publique

Il est important de détecter les sources d'infection dans le but de les éliminer et, ainsi, d'éviter les flambées. Pour cette raison, les personnes malades doivent être interrogées sur les lieux d'exposition probables le plus précisément possible.

Collaboration nationale et internationale

En cas de suspicion de contamination de personnes résidant au Luxembourg dans un hôtel ou un autre lieu d'hébergement à l'étranger, la Direction de la santé informe le réseau européen de surveillance des légionelloses (ELDS-NET : European Legionnaires Disease Surveillance Network), qui communique aux autorités du pays concerné le lieu d'infection supposé, en vue de mener une enquête plus approfondie. La Direction de la santé communique les cas de légionellose déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

42. Leptospirose

Leptospira spp.

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La leptospirose est une zoonose qui se transmet à l'homme par le contact direct ou indirect (eau contaminée, boue) avec les urines des animaux infectés, qui peuvent éjecter l'agent pathogène en grande quantité, même si eux-mêmes ne sont pas malades. En principe, la transmission a lieu par des petites lésions de peau ainsi que par les muqueuses des yeux, du nez et de la bouche. La morsure par un animal infecté peut aussi transmettre la leptospirose. Tous les mammifères peuvent s'infecter avec la leptospirose, les petits rongeurs sont les animaux qui sont le réservoir naturel le plus répandu. Une transmission de personne à personne est très rare, mais ne peut pas être exclue.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 2 à 30 jours, mais est généralement de 7 à 14 jours.

Charge de morbidité

Le tableau clinique de la leptospirose est très variable. Il peut être léger avec des symptômes pseudo-grippaux jusqu'à une forme fulminante qui peut même engendrer la mort de la personne en quelques jours. Tous les organes peuvent être concernés par la leptospirose. En principe, 90% des cas présentent un tableau clinique léger.

L'OMS divise la maladie depuis 2003 en quatre catégories :

- Symptômes pseudo-grippaux
- Morbus Weil
- Méningite / Méningoencéphalite
- Hémorragies pulmonaires avec insuffisance respiratoire

Une uvéite peut se manifester longtemps après une leptospirose. Il s'agit probablement d'une maladie auto-immune.

Situations et groupes à risque

Les personnes travaillant en contact étroit avec des animaux sont à risque. Parmi ces personnes comptent entre autre les gardiens de zoo, les agriculteurs et les personnes travaillant à l'abattoir. Les égoutiers ainsi que le personnel des stations d'épurations sont aussi à risque.

Mesures de santé publique

Les personnes à risque doivent porter des vêtements à protection individuelle, éventuellement avec lunettes protectrices. En cas de travail dans des eaux potentiellement contaminées, les plaies doivent être couverts avec une protection imperméable. Les personnes en contact avec des animaux infectés devraient être surveillées jusqu'à l'apparition de symptômes et être traitées à ce moment-là. Les mesures d'hygiène de base sont utiles pour éviter une transmission de personne à personne. Une isolation de la personne infectée n'est pas nécessaire. Il n'existe aucun vaccin pour l'homme, cependant les chiens sont susceptible d'être vaccinés contre la leptospirose.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de Leptospirose déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

43. Lèpre

Mycobacterium leprae

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La lèpre est une maladie chronique d'origine bactérienne. La bactérie se transmet par des gouttelettes d'origine nasale lors de contacts étroits et fréquents avec des personnes infectées et non traitées. Les personnes infectées mais asymptomatiques peuvent aussi transmettre la bactérie.

Période d'incubation

La période d'incubation est en moyenne de 5 ans, mais peut varier d'une année à 20 ans.

Charge de morbidité

La maladie peut être traitée et guérie par une combinaison de plusieurs antibiotiques. La maladie provoque des lésions cutanées et nerveuses, peut toucher la muqueuse des voies respiratoires supérieures et sans traitement, ces lésions progressent et deviennent permanentes, touchant la peau, les nerfs, les membres et les yeux. La lèpre reste endémique dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie et de l'Amérique latine. Il n'existe pas de vaccin contre la lèpre.

Situations et groupes à risque

Les voyageurs se rendant dans des zones endémiques sont à risque.

Mesures de santé publique

Une personne atteinte par la lèpre qui est traitée n'est plus contagieuse. Il est donc important de traiter les personnes chez lesquelles une infection a été détectée dans les meilleurs délais.

Collaboration nationale et internationale

44.LGV (Lymphgranuloma venereum)

Chlamydia trachomatis

Le LGV (Lymphgranuloma venereum) est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

45.Listériose

Listeria monocytogenes

La Listériose est à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

46.Maladie à CMV congénital

Cytomegalovirus (CMV)

Critères de déclaration	Symptomatologie clinique ou résultat positif d'analyses de laboratoire
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Attention : L'infection à CMV non-congénital n'est pas à déclaration obligatoire.

Transmission

Le CMV peut se transmettre pendant la grossesse de la mère à l'enfant.

Charge de morbidité

Une infection primaire à CMV pendant une grossesse présente un risque accru pour le fœtus pendant les trois premiers mois de la grossesse. Le taux de transmission étant de 20%, plus que 50% des fœtus auront des dommages durables. Parmi ceux-ci comptent des problèmes auditifs, une croissance retardée, un retard mental ainsi qu'une microcéphalie, sachant que ces

problèmes ne sont éventuellement pas reconnus dans une première phase après la naissance. Lors d'une infection pendant les trois derniers mois de la grossesse, le taux de transmission est de 80%, cependant il n'y a pas d'évidence de dommage fœtal. Une réactivation du virus (en 1% des cas) ainsi qu'une deuxième infection (par un CMV avec un autre génotype) est possible pendant une grossesse.

Situations et groupes à risque

Les femmes séronégatives pour CMV sont à risque de s'infecter et transmettre le virus pendant la grossesse.

Mesures de santé publique

Il est important d'informer les femmes séronégatives pour CMV, qui souhaitent une grossesse sur les risques encourus, surtout celles qui travaillent dans le milieu infantile. En cas de contact d'une femme séronégative avec enfants, il est très important de se plier aux règles d'hygiène de base. De plus, les baisers sont à éviter, parce que le virus peut se transmettre par cette voie. L'échange de brosses à dents, serviette et vaisselle est à éviter.

47. Maladie de Creutzfeldt-Jacob et variant v-CJD

Prions (de l'anglais: proteinaceous infectious particle)

Critères de déclaration	Suspicion clinique d'une forme de maladie de Creutzfeldt-Jacob
Délai de déclaration	1 semaine après la date de suspicion clinique
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Les cas de Maladie de Creutzfeldt-Jacob (CJD) sont majoritairement endogènes et apparaissent de façon sporadique. En l'état actuel des connaissances, les modes de transmission iatrogènes reconnus des maladies à prions sont les suivants :

- Greffes de dure-mère
- Extraits de l'hypophyse
- Instruments chirurgicaux (plus particulièrement en neurochirurgie, en ORL et en ophtalmologie)
- Produits sanguins (pour la variante v-CJD)

On suppose l'existence d'un risque théorique en cas d'interventions endoscopiques, même si l'estimation du risque diffère selon le type de CJD et d'examen. La variante v-CJD est probablement liée à l'agent pathogène responsable de l'encéphalopathie spongiforme bovine dont la transmission s'effectuerait par la consommation d'aliments contaminés. Le risque de transmission de la variante v-CJD est jugé plus important que celui d'autres formes de la

maladie.

Période d'incubation

La période d'incubation de toutes les formes de CJD peut être de plusieurs décennies.

Charge de morbidité

La maladie est très rare et entraîne toujours la mort.

Situations et groupes à risque

Des flambées familiales de la CJD sont connues. Parmi les facteurs de risque, citons notamment le fait de recevoir une greffe de la dure-mère, des extraits de l'hypophyse ou des produits sanguins, ainsi que les interventions chirurgicales (y compris endoscopies) pratiquées à l'aide d'instruments stérilisés ou préparés de manière inadéquate après utilisation dans des tissus à risque.

Mesures de santé publique

La déclaration entraîne, en fonction du risque, de retirer de la circulation les produits sanguins, les endoscopes et les instruments chirurgicaux réutilisables concernés. Les mesures supplémentaires sont la réglementation de la stérilisation des instruments chirurgicaux et l'édiction de recommandations pour le nettoyage des endoscopes.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de maladie de Creutzfeldt-Jacob et les variantes v-CJD déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

48. Maladie de Lyme (Borréliose) : seulement les érythèmes migrants et formes neurologiques aiguës

Borrelia

Critères de déclaration	Erythèmes migrants et formes neurologiques aiguës de la borréliose
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La maladie de Lyme se transmet par les tiques. Environ 5-35% des tiques sont infestés par des germes de type *Borrelia*. Le risque d'infection augmente considérablement avec la durée d'attachement de la tique à la peau. Une transmission de personne à personne n'est pas possible.

Période d'incubation

La période d'incubation peut varier beaucoup :

- entre quelques jours à quelques semaines pour le stade I de la maladie
- entre quelques semaines à quelques mois pour le stade II de la maladie et
- entre quelques mois à quelques années pour le stade III de la maladie

Charge de morbidité

La symptomatologie de la maladie de Lyme est très variable et peut inclure des symptômes de la peau, du système nerveux, des articulations ainsi que du cœur.

Trois stades ont été définis :

- stade I : Erythème (chronique) migrant
- stade II : méningopolyneurite
- stade III : arthrite de Lyme et acrodermatite chronique atrophiant

Comme cette classification est considérée de plus en plus comme trop artificielle, on parle souvent de manifestations précoces (local : érythème migrant, disséminé : neuro-borréliose aiguë) et manifestations tardives (arthrite, acrodermatite et neuro-borréliose chronique).

Situations et groupes à risque

Les personnes à risque sont celles qui travaillent ou fréquentent les zones herbeuses ou boisées des régions où les tiques infectées sont abondantes. Il est important de mettre des vêtements (protéger la peau) lorsqu'on passe du temps à l'extérieur dans les régions affectées par les tiques infectées ou si on passe du temps dans les zones herbeuses et boisées. Une tique qui s'est attachée à la peau d'une personne doit être enlevée dans les meilleurs délais. Le risque d'infection augmente considérablement avec la durée d'attachement de la tique à la peau. Les personnes qui possèdent des animaux domestique (chat, chien, cheval), qui fréquentent les régions boisées affectées par la maladie encourent aussi un risque.

Mesures de santé publique

Il est important de détecter les sources d'infection dans le but de les éliminer et, ainsi, d'éviter les flambées. Pour cette raison, les personnes malades doivent être interrogées sur les lieux d'exposition probables le plus précisément possible.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de maladie de Lyme déclarés au système TESSy

du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

--

49. Maladie de Marburg

Virus de Marburg, Marburg marburgvirus

Critères de déclaration	suspicion clinique ou résultat positif d'analyses de laboratoire
Délai de déclaration	immédiatement par téléphone au 47-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La maladie de Marburg est une zoonose qui se transmet par contact avec des fluides corporels d'animaux ou de cadavres infectés (p.ex. chauves-souris ou singes). On suppose que le réservoir du virus est constitué de chauves-souris frugivores qui ne vivent pas au Luxembourg. La transmission de personne à personne a lieu principalement en cas de contact avec des fluides corporels (surtout le sang, les vomissures et les selles, mais aussi la salive, les urines ou la sueur) d'une personne malade ou décédée. Les hommes guéris peuvent transmettre le virus durant quelques mois (la durée exacte n'est pas connue) à travers le sperme. Une infection par le biais d'objets contaminés est possible, mais il n'existe pas d'indications suggérant une transmission par aérosols.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 2 à 21 jours.

Charge de morbidité

Jusqu'à présent, la maladie de Marburg n'est apparue que dans des pays d'Afrique centrale. Il s'agit d'une maladie rare avec potentiel épidémique. Le taux de létalité peut atteindre quasiment 90%. Le risque d'une contamination au Luxembourg est extrêmement faible.

Situations et groupes à risque

Les personnes les plus exposées sont principalement celles qui ont un contact direct avec les fluides corporels de patients malades ou décédés, tels que le personnel médical, de laboratoire ou les membres de la famille insuffisamment protégés qui soignent des proches à domicile. Les collaborateurs d'organisations (p.ex. MSF) qui travaillent dans une zone d'épidémie constituent d'autres groupes à risque. Peuvent aussi être concernées, les personnes voyageant dans des zones d'endémie et ayant un contact direct avec des chauves-souris ou des singes.

Mesures de santé publique

Depuis 2014 et l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale, la Direction de la santé a développé des recommandations sur différents aspects de cette maladie, et d'autres maladies similaires, comme la maladie de Marburg, au Luxembourg (p.ex. transport des malades, hospitalisations, requérants d'asiles, élimination des déchets). Les mesures concernant la gestion des contacts et le diagnostic précoce revêtent une importance particulière. A l'heure actuelle, il n'existe ni vaccin autorisé au Luxembourg, ni un traitement spécifique contre la maladie de Marburg.

Collaboration nationale et internationale

Les cas de maladie de Marburg découverts au Luxembourg doivent être confirmés par un laboratoire partenaire de l'OMS. En cas d'épidémie, la Direction de la santé est en contact régulier avec ses partenaires internationaux, afin de prendre les mesures qui s'imposent. Selon la situation, les cas doivent être signalés à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de maladie de Marburg déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

50. Méningoencéphalites à tiques (FSME)

Virus de l'encéphalite à tiques

Les méningoencéphalites à tiques (FSME) sont à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

51.Oreillons

Paramyxovirus

Critères de déclaration	suspicion clinique ou découverte fortuite
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le virus responsable des oreillons se transmet facilement d'une personne à l'autre par l'intermédiaire de gouttelettes de salive infectées (lorsqu'une personne tousse ou éternue, ou encore par l'intermédiaire de jouets ou de vaisselle infectés). Les personnes infectées par le virus sont très contagieuses environ 3 jours avant l'apparition du gonflement des glandes parotides et jusqu'à 9 jours après.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 12 à 25 jours, mais est généralement de 16 à 18 jours.

Charge de morbidité

L'infection des oreillons est endémique dans tout le monde. Elle peut apparaître pendant toute l'année. Depuis l'instauration de la vaccination combinée qui reprend aussi la protection contre les oreillons (ROR / RORV), la maladie est devenue rare au Luxembourg, mais est toujours présente.

Le symptôme typique des oreillons et la parotidite unilatérale (en 20-30% des cas) ou bilatérale (70-80% des cas). Elle dure environ 3 à 8 jours.

Bien que ce soit rare, les oreillons peuvent entraîner certaines complications :

- Une méningite. Elle peut se déclencher si l'infection se propage dans le système sanguin puis dans le système nerveux (environ 5% des cas d'oreillons)
- Une encéphalite (<1% des cas). Elle peut avoir lieu si l'infection se répand au cerveau et peut potentiellement être mortelle.
- Une pancréatite (en ca.4% des cas)
- Une orchite (15-30% des hommes adultes)
- La surdité. Bien que cela n'arrive que très rarement, les oreillons peuvent entraîner une surdité permanente d'une ou des deux oreilles

Situations et groupes à risque

Les personnes pas ou insuffisamment immunes (ayant reçu <2 doses de vaccin ou n'ayant pas encore contracté la maladie) présentent un risque d'infection. Les nouveau-nés et les adultes (particulièrement les personnes immunodéprimées et les femmes enceintes) sont plus susceptibles de développer des complications que les enfants.

Mesures de santé publique

La vaccination combinée RORV contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle (deux doses) est recommandée. Un rattrapage est possible à tout âge. Il est conseillé à toutes les personnes non immunes nées après 1970. La déclaration obligatoire permet aux autorités sanitaires d'intervenir rapidement (enquête d'entourage, informations, vaccination des personnes ayant été en contact avec les malades, exclusion d'une communauté par exemple école, crèche ou du lieu de travail, etc.)

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas d'oreillons déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

52. Paludisme ou Malaria

Plasmodium spp : *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*, *P. knowlesi*

Critères de déclaration	Résultats positifs d'analyses de laboratoire (PCR ou microscopie ou test rapide). Ne pas déclarer les résultats de sérologie.
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La malaria se transmet par la piqûre d'un moustique femelle infecté, du genre *Anopheles*, qui ne se rencontre pas au Luxembourg.

Période d'incubation

La période d'incubation varie entre 9 jours et un an, selon l'espèce.

Charge de morbidité

Selon l'OMS, environ 200 millions de personnes contractent la maladie chaque année. Près d'un million de personnes en meurent, environ la moitié sont des enfants de moins de 5 ans. 90% des personnes touchées vivent sur le continent africain.

Situations et groupes à risque

Les personnes (voyageurs, personnes issues de la migration, etc.) qui se rendent dans une zone endémique ou qui y ont séjourné sont exposées au risque d'infection.

Mesures de santé publique

Quatre mesures préventives sont recommandées aux voyageurs dans des zones d'endémie :

- Evaluer le risque de son propre comportement
- Se protéger contre les piqûres de moustiques
- Se prémunir au moyen d'une chimioprophylaxie
- Entreprendre rapidement le diagnostic et le traitement

Collaboration nationale et internationale

Le Luxembourg participe au système de surveillance de l'OMS (surveillance, au niveau mondial, de la malaria endémique et importée) et lui transmet les données nationales issues des déclarations. La Direction de la santé communique les cas de paludisme/malaria déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

53. Peste

Yersinia pestis

Critères de déclaration	Suspicion clinique ou résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou antigène ou spectrométrie de masse)
Délai de déclaration	immédiatement par téléphone au 47-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La peste bubonique se transmet principalement par la piqûre de puces ayant été infectées par des rongeurs (surtout des rats). Plus rarement, l'infection est due à un contact direct avec des animaux infectés, leurs tissus ou leurs fluides. La peste bubonique ne se transmet généralement pas de personne à personne. La peste pulmonaire primaire se transmet par voie aérienne, en inhalant des gouttelettes infectées directement de personne à personne, ou dans de rares cas de l'animal à l'homme. Non traitée, une peste bubonique risque d'évoluer en peste pulmonaire secondaire.

Période d'incubation

La période d'incubation de la peste bubonique varie généralement de 2 à 10 jours ; celle de la peste pulmonaire dépend de la dose infectieuse et varie de quelques heures à 4 jours.

Charge de morbidité

Au Luxembourg, aucun cas de peste n'a été signalée ces dernières décennies. L'importation de cas en provenance de zones endémiques n'est cependant pas exclue. En l'absence de

traitement, la létalité de la peste bubonique est de 40 à 60% ; en cas de traitement, elle descend à 5 à 10%. La létalité de la peste pulmonaire atteint quasiment 100% en l'absence de traitement et s'établit à environ 60% avec un traitement. L'OMS recense chaque année entre 1000 et 2000 cas de peste dans le monde.

Situations et groupes à risque

Pour les voyageurs, le risque de contagion est en principe très bas. Les personnes vivant dans les zones endémiques qui sont en contact avec rongeurs ou leurs puces courent quant à elles un risque accru. Plusieurs caractéristiques de la peste pulmonaire (infectiosité élevée, tableau clinique sévère, transmission de personne à personne, absence de vaccin efficace, etc.) font de *Yersinia pestis* une arme biologique potentielle.

Mesures de santé publique

En cas de flambée, il faut rechercher et traiter activement les personnes touchées, mettre en place un monitoring clinique ainsi que, le cas échéant, soigner les personnes de contact. La source doit être identifiée. Il est recommandé d'isoler les patients atteints de peste pulmonaire pendant 48 heures à partir du début du traitement antibiotique jusqu'à l'amélioration des symptômes cliniques. Une chimioprophylaxie post-expositionnelle doit être immédiatement pratiquée sur les personnes qui ont été en contact avec un ou plusieurs malades. Ces personnes doivent rester en observation (fièvre, toux) le temps du traitement.

Collaboration nationale et internationale

Conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005), la Direction de la santé notifie à l'OMS tout événement sur lequel plane un fort soupçon de bioterrorisme. Par ailleurs, les mesures spéciales définies dans le RSI (2005) s'appliquent en cas de peste pulmonaire (utilisation de l'instrument de décision). La Direction de la santé communique les cas de peste déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

54. Poliomyélite

Poliovirus: type 1, 2 et 3

Critères de déclaration	Suspicion clinique (paralysie flasque) ou résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou séroconversion).
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission se fait généralement par voie féco-orale, exceptionnellement par voie oro-

orale.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 3 à 6 semaines.

Charge de morbidité

On considère que la poliomyélite est éradiquée dans la région Europe de l'OMS depuis 2002. 0,1 à 1% seulement des personnes infectées développe des paralysies, qui sont presque toujours irréversibles. La maladie entraîne le décès chez 2% des malades paralysés.

Situations et groupes à risque

Les personnes non vaccinées qui s'exposent à la maladie (p.ex. en séjournant dans un pays où on sait que des poliovirus circulent) font face à un risque accru.

Mesures de santé publique

La vaccination contre la poliomyélite fait partie du plan luxembourgeois de vaccination. Face à un cas de poliomyélite, il faut prendre les mesures suivantes :

- Rechercher les personnes de contact
- Essayer de détecter des poliovirus chez ces personnes
- Renforcer la surveillance et
- Vacciner la population non immunisée

Collaboration nationale et internationale

Les cas de poliomyélite sont signalés individuellement à l'OMS. De plus, la Direction de la santé renseigne annuellement l'OMS sur la couverture vaccinale et les cas de poliomyélite. La Direction de la santé communique les cas de poliomyélite déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

55. Rage

Virus de la rage

Critères de déclaration	Suspicion clinique ou résultats positifs d'analyses de laboratoire (culture ou antigène). Ne pas déclarer les sérologies positives faites pour évaluation du statut immunitaire.
Délai de déclaration	Immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission se fait par la morsure, griffure ou léchage d'un animal infecté ou par contact rapproché avec une personne malade. La contamination de personne à personne est exceptionnelle (transplantation d'organes, transmission de la mère au fœtus)

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 20 à 60 jours mais peut, exceptionnellement, être de plusieurs années.

Charge de morbidité

A l'échelle mondiale, on estime le nombre de personnes exposées à plus de 10 millions et le nombre de décès à 55000 chaque année. La plupart des décès sont constatés en Asie et en Afrique. On considère que le risque de rage est faible au Luxembourg. Les animaux sauvages y sont exempts de la maladie, à l'exception des chauves-souris. Si la vaccination n'est pas effectuée à temps, la rage entraîne toujours la mort.

Situations et groupes à risque

Les personnes qui, de par leur profession, sont en contact avec des animaux (p.ex. laborantins, personnel de cabinet vétérinaire, gardes-chasse), en particulier avec des chauves-souris (p.ex. spéléologues) et les personnes qui se rendent dans des zones à risque sont confrontées à un risque accru.

Mesures de santé publique

On recommande aux personnes à risque et aux individus se trouvant dans les situations à risque de se faire vacciner à titre de prophylaxie pré-expositionnelle. En cas de suspicion de contact avec la rage, une évaluation immédiate de la situation s'impose. Selon les résultats, une prophylaxie post-expositionnelle (vaccin et/ou immunoglobulines) sera recommandée.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé collabore avec d'autres instances nationales et cas échéant, avec les autorités sanitaires d'autres pays. Dans certaines situations, la Direction de la santé signale les cas à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de rage déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

56. Rougeole

Virus de la rougeole

Critères de déclaration	Suspicion clinique ou résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou sérologie (IgM/séroconversion) ou antigène). Ne pas déclarer les sérologies faites pour évaluation du statut immunitaire.
Délai de déclaration	1 jour après la date de suspicion clinique ou de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La rougeole est extrêmement contagieuse pendant les quatre jours qui précèdent l'apparition de l'éruption cutanée et durant les quatre jours qui suivent. Elle se transmet principalement par gouttelettes et par aérosols.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'exposition à l'apparition de la fièvre est de 7 à 18 jours.

Charge de morbidité

Les complications les plus graves de la rougeole sont la pneumonie et l'encéphalite. La panencéphalite sclérosante subaiguë est une complication tardive de la rougeole et cause de temps en temps des décès en Europe. L'OMS a déclaré l'élimination de la rougeole pour le Luxembourg, cependant quelques cas importés sont déclarés chaque année.

Situations et groupes à risque

Les personnes qui ne sont pas ou insuffisamment immunisées (ayant reçu <2 doses de vaccin ou n'ayant pas encore contracté la maladie) présentent un risque d'infection. Les nouveau-nés et les adultes (particulièrement les personnes immunodéprimées et les femmes enceintes) sont plus susceptibles de développer des complications que les enfants.

Mesures de santé publique

La vaccination combinée RORV contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle (deux doses) est recommandée. Un rattrapage est possible à tout âge. Ce rattrapage est conseillé à toutes les personnes non immunes nées après 1970. La déclaration obligatoire permet aux autorités sanitaires d'intervenir rapidement en cas d'infection (enquête d'entourage, informations, vaccination des personnes ayant été en contact avec les malades, exclusion d'une communauté (école, crèche ou du lieu de travail, etc.)

Collaboration nationale et internationale

Le Luxembourg fait partie du réseau européen de surveillance de la rougeole mis en place par l'OMS. Il soutient l'objectif de l'OMS d'éliminer la rougeole en Europe et lui signale mensuellement les cas apparus sur son territoire. De plus, la Direction de la santé renseigne annuellement l'OMS sur la couverture vaccinale. La Direction de la santé communique les cas de rougeole déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

57. Rubéole et rubéole congénitale

Virus de la rubéole

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou IgM/séroconversion). Ne pas déclarer les sérologies faites pour évaluation du statut immunitaire.
Délai de déclaration	1 jour après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La rubéole se transmet par contact avec les sécrétions nasopharyngées de personnes infectées (gouttelettes ou contact direct avec un malade). La transmission de la mère à l'enfant est également possible pendant la grossesse. Les malades de la rubéole sont déjà contagieux 7 jours avant l'apparition de l'éruption cutanée et le restent jusqu'à 4 jours après.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 14 à 17 jours.

Charge de morbidité

La rubéole est très rare au Luxembourg. L'infection est généralement bénigne et asymptomatique. Lorsqu'elle est contractée au début de la grossesse, elle peut toutefois avoir de très graves conséquences pour le fœtus et l'enfant en bas âge (risque d'avortement spontané

ou de syndrome de rubéole congénitale, SRC).

Situations et groupes à risque

Les personnes non immunisées (ayant reçu <2 doses de vaccin ou non protégées par des anticorps) présentent un risque d'infection.

Mesures de santé publique

A des fins de prévention et pour éliminer la rubéole et la rubéole congénitale, des vaccins sont recommandés pour les enfants en bas âge et des vaccinations de rattrapage aux personnes non immunisées. La surveillance des cas de rubéole, notamment chez les femmes enceintes et les nouveau-nés, permet de vérifier l'efficacité de ces mesures de prévention. L'OMS a déclaré l'élimination de la rubéole pour le Luxembourg.

Collaboration nationale et internationale

Le Luxembourg fait partie du réseau européen de surveillance de la rubéole et de la rubéole congénitale mis en place par l'OMS. Il soutient l'objectif de l'OMS d'éliminer la rubéole en Europe et lui signale mensuellement les cas apparus sur son territoire. De plus, la Direction de la santé remplit chaque année un questionnaire de l'OMS concernant la couverture vaccinale. La Direction de la santé communique les cas de rubéole et de rubéole congénitale déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

58. Salmonellose, y compris la fièvre typhoïde et paratyphoïde

Salmonella spp.

Les salmonelloses y compris la fièvre typhoïde et paratyphoïde sont à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

59. Shigellose

Shigella spp.

Les shigelloses sont à déclaration obligatoire pour les laboratoires.

60.SIDA (Syndrome de l'immunodéficience acquise)

VIH /Virus de l'immunodéficience humaine

Critères de déclaration	Critères cliniques remplis : selon la définition européenne du cas de Sida (décision 2002/2153/CE)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic. Attention : la sérologie VIH positive sans signes cliniques (donc ne répondant pas aux critères de diagnostic du Sida) est seulement à déclarer par les laboratoires.
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le VIH se transmet par rapports sexuels non protégés (vaginaux, anaux), mais aussi par voie parentérale (transfusion de sang et de produits sanguins, injection de drogue à l'aide de seringues contaminées, piqûre d'aiguilles en milieu médical) et de la mère à l'enfant (transmission périnatale, allaitement).

Période d'incubation

Si l'infection au VIH n'est pas soignée, elle mène généralement au sida après une phase de latence asymptomatique plus ou moins longue, qui dure la plupart du temps plusieurs années (valeur médiane : 9 à 10 ans).

Charge de morbidité

Le sida correspond à un stade avancé de l'infection au VIH, défini par l'apparition de certaines maladies opportunistes, cancers, wasting syndrome du VIH (syndrome de dépérissement) ou encéphalopathie à VIH. Ces maladies entraînent presque toujours le décès. Les traitements combinés antirétroviraux peuvent permettre de ralentir ou d'arrêter la progression de la maladie.

Situations et groupes à risque

Plus, l'infection au VIH est diagnostiquée tardivement, plus il est difficile d'arrêter la progression vers le stade du sida, même avec un traitement combiné antirétroviral. Les principales victimes sont des personnes qui ne sont pas conscientes du risque d'infection, p.ex. des migrant originaires de pays à fortes prévalence de VIH et des nouveau-nés dont les mères étaient contaminées par le VIH pendant leur grossesse, sans que l'infection n'ait été détectée.

Mesures de santé publique

Dans le but de réduire le nombre de diagnostics tardifs du VIH, les mesures suivantes sont au premier plan :

- Campagnes menées auprès de la population, informations et sensibilisation de groupes cibles spécifiques
- Offres de consultation et de dépistage du VIH avec traitement dès que le diagnostic est fait (treatment as prevention)
- Dépistage du VIH sur l'initiative des médecins traitants

Les personnes chez qui un diagnostic de VIH a été posé doivent être référées rapidement à un médecin spécialiste en maladies infectieuses.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de sida déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) et aux instances internationales (WHO, UNAIDS).

61. Syndrome respiratoire aigu sévère

Coronavirus du SRAS (SRAS-CoV) / MERS-CoV

Critères de déclaration	Suspicion clinique ou résultat positif d'analyses de laboratoire (PCR)
Délai de déclaration	Immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est considéré comme une zoonose. Différents animaux sauvages semblent constituer le réservoir du virus, notamment les civettes, dont la chair est très appréciée en Chine ainsi que les dromadaires en Moyen-Orient. On suppose que l'agent pathogène a contaminé pour la première fois à un être humain en Chine lors de la vente d'animaux sauvages. La maladie s'est ensuite transmise de personne à personne par gouttelettes (éternuements et toux à distance inférieure à 1 m).

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 2 à 10 jours.

Charge de morbidité

Lors de l'épidémie de 2002-2003, 8100 cas ont été enregistrés dans le monde, dont 10% sont décédées. D'abord, des flambées sont survenues au Canada, en Chine, Singapour et au Vietnam. La maladie s'est par la suite propagée au niveau mondial par contact de personne à personne.

Situations et groupes à risque

La dernière personne infectée par le SRAS a été isolée en juillet 2003 à Taïwan ; la transmission de personne à personne a ainsi pu être arrêtée.

Mesures de santé publique

Il n'existe actuellement aucun vaccin ni traitement spécifique. Les seules mesures immédiates sont donc l'isolement et la mise en quarantaine, afin d'éviter la diffusion de l'épidémie. Par ailleurs, l'instauration de restrictions de voyage constitue une mesure de prévention.

Collaboration nationale et internationale

Dans certaines situations, les cas doivent être signalés à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de syndrome respiratoire aigu sévère déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

62. Syphilis et syphilis congénitale

Treponema pallidum

Critères de déclaration	Résultats positif d'analyses de laboratoire (PCR, antigène ou sérologie) ou initiation d'un traitement antibiotique contre la syphilis en cas de symptômes typiques au stade précoce : Ne pas déclarer les résultats d'analyses positifs qui ne sont pas spécifiques à <i>T. pallidum</i> et qui ne sont pas confirmés par des analyses spécifiques. Ne pas déclarer les traitements prophylactiques de partenaires.
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic ou de début de l'antibiothérapie
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

L'agent pathogène responsable de la syphilis se transmet principalement par contact sexuel via des lésions cutanées ou muqueuses (voies vaginale, orale, anale) durant le stade primaire ou secondaire de la maladie. La maladie peut aussi se transmettre de la mère à l'enfant durant la grossesse.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 5 à 21 jours mais peut être de 3 mois.

Charge de morbidité

Le nombre des cas de syphilis est en augmentation au Luxembourg. Une grande partie des

personnes séropositives pour la Syphilis ont des cicatrices sérologiques et ne sont pas de nouveaux cas.

Situations et groupes à risque

Les personnes changeant fréquemment de partenaire ou ayant déjà été atteintes par une maladie sexuellement transmissible, les travailleuses et travailleurs du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) présentent un risque d'infection accru. Ces groupes concentrent plus de la moitié des cas. La majorité des cas est âgée de 25 à 55 ans.

Mesures de santé publique

L'usage systématique du préservatif, le respect des principes du safer sex ainsi que le dépistage de groupes de population particuliers constituent des mesures de prévention. Après la pose du diagnostic (test positif ou patient présentant des symptômes), le traitement doit être administré aussi rapidement que possible. Il est recommandé d'informer ou d'examiner tous les partenaires sexuels de la personne concernée et, si nécessaire, de les soigner. On conseille d'effectuer un test de dépistage du VIH et éventuellement de chercher à détecter d'autres infections sexuellement transmissibles, surtout chez les HSH et les autres groupes présentant un risque accru.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de syphilis déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

63. Tétanos

Clostridium tetani (plus précisément, la toxine tétanospasme produite par cette bactérie)

Critères de déclaration	Diagnostic clinique
Délai de déclaration	1 semaine après la date du diagnostic clinique
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

Le tétanos est une maladie infectieuse due à une bactérie, dont les spores pénètrent à l'organisme via une plaie cutanée ou des muqueuses. Les plaies profondes, présentant des tissus dévitalisés ou contenant des corps étrangers (éclats de bois, clous, épines) favorisent le développement de *Clostridium tetani*. Il n'existe aucun risque de transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 3 à 28 jours (jusqu'à plusieurs mois), selon la quantité de

toxine produite. Elle est le plus souvent de 6 jours. En général, plus la période d'incubation est courte, plus l'évolution de la maladie est sévère.

Charge de morbidité

Les spores tétaniques sont ubiquitaires dans l'environnement. La maladie est présente dans le monde entier. Grâce à la vaccination, son incidence est désormais faible dans les pays industrialisés. La maladie entraîne encore de nos jours de graves conséquences, sa létalité varie entre 20 et 50%.

Situations et groupes à risque

Les personnes qui ne sont pas vaccinées ou dont le statut vaccinal n'est pas à jour courent un risque accru de la maladie. L'incidence de maladie est plus élevée chez les femmes et les personnes âgées de plus de 64 ans. Cela est probablement lié à la fois à des lacunes de vaccination, qui sont plus fréquentes chez les personnes âgées et une augmentation du risque infectieux dû à l'âge.

Mesures de santé publique

La vaccination protège de la maladie. La déclaration obligatoire permet d'évaluer et d'adapter régulièrement les recommandations vaccinales, sur la base des données épidémiologiques actuelles.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de tétanos déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

64. Toxoplasmose et toxoplasmose congénitale

Toxoplasma gondii

Critères de déclaration	Diagnostic clinique ou sérologie (IgM/séroconversion)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La toxoplasmose est une zoonose. Ils existent deux voies de transmissions pour infecter l'homme :

- Ingestion de viande crue ou pas assez cuite ainsi que les produits de viande crus ou pas assez cuits
- Ingestion de spores d'oocystes par la nourriture contaminée ou de la terre (p.ex. travaux de jardin, excréments de chats).

La source d'infection la plus répandue est la viande de porc, de petits ruminants (mouton, chèvre), d'animaux sauvages et de volaille. Une transmission de personne à personne est en principe à exclure, des transmissions par le lait maternel ne sont pas connues.

Période d'incubation

La période d'incubation est de 2 à 3 semaines.

Charge de morbidité

Il faut distinguer trois formes de toxoplasmose :

- La toxoplasmose postnatale chez les personnes immunocompétentes
- La toxoplasmose postnatale chez les personnes immunodéprimées
- La toxoplasmose prénatale (congénitale)

En cas de personnes immunocompétentes, la toxoplasmose est souvent asymptomatique (80-90% des cas) ou à tableau clinique simple. La toxoplasmose chronique est souvent latente.

Les personnes immunodéprimées peuvent développer une forme grave de la toxoplasmose, ceci normalement après la réactivation d'une infection latente (p.ex. chez les personnes transplantées). En cas d'une infection primaire sous immunosuppression, une pneumonie interstitielle est possible.

Une infection prénatale peut avoir lieu si la femme enceinte s'infecte avec la toxoplasmose pendant la grossesse. Le taux de transmission augmente avec la durée de la grossesse et mais la gravité du tableau clinique diminue. Le taux de transmission est de 15% dans le premier trimestre et de 60% dans le dernier trimestre de la grossesse. En cas de transmission pendant le premier trimestre de la grossesse, l'infection non traitée de la mère peut entraîner de lourds dommages et même la mort du fœtus. Une primo-infection de la mère pendant le 2^e ou le 3^e trimestre de la grossesse peut se manifester différemment, la manifestation la plus répandue est une triade avec rétinohoriodite, hydrocéphale et des calcifications intracrâniennes.

Situations et groupes à risque

Les personnes immunodéprimées ainsi que les femmes enceintes sont à risque accru.

Mesures de santé publique

Les femmes enceintes ainsi que les personnes immunodéprimées doivent faire attention :

- A ne pas manger des produits de viande crus ou pas assez cuits ou non givrés
- A nettoyer correctement les fruits et légumes crus
- A se laver correctement les mains avant de manger
- A se laver correctement les mains après la préparation de viande crue, après des travaux de jardin ou de champs ainsi qu'après avoir visité des plaines de jeux sablées
- A nourrir les chats avec de la nourriture de conserve ou nourriture sèche. Les lieux de défécation des chats devraient être nettoyés tous les jours par d'autres personnes à l'eau chaude

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de toxoplasmose et toxoplasmose congénitale déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

65. Trichinellose

Trichinella spiralis

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (microscopie sur biopsie musculaire ou sérologie positive)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La trichinellose se transmet par les denrées alimentaires, plus précisément par ingestion de viande crue ou insuffisamment cuite contenant des larves de trichine. La viande de porc (y compris la viande de sanglier) et les produits qui en sont issus jouent un rôle particulièrement important. La transmission de personne à personne est exclue.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 5 à 45 jours, mais est généralement de 8 à 14 jours.

Charge de morbidité

La trichinellose est une zoonose présente dans le monde entier. Elle est toutefois rare au Luxembourg. Selon la gravité de l'infection, la trichinellose peut être asymptomatique ou entraîner le décès. Le malade a plus de chances de se rétablir si le traitement est administré de façon précoce.

Situations et groupes à risque

La contamination se fait souvent à l'étranger ou par l'ingestion de denrées alimentaires d'origine animale achetées à l'étranger.

Mesures de santé publique

L'obligation de déclarer permet d'avoir rapidement connaissance des flambées locales ou temporelles et d'engager les démarches pour déterminer la source de l'infection. Les autorités peuvent, le cas échéant, retirer du marché des produits contaminés et édicter des

recommandations sur les mesures d'hygiène à adopter avec les denrées alimentaires et sur les contrôles à effectuer.

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises, la Direction de la santé collabore avec d'autres instances nationales. La Direction de la santé communique les cas de sida déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

66. Tuberculose pulmonaire et tuberculose extra-pulmonaire active

Complexe Mycobacterium tuberculosis

Critères de déclaration	Début du traitement avec au moins 3 antituberculeux différents ou résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou microscopie)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic ou le début de traitement
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission se fait généralement de personne à personne par inhalation d'aérosols. Dans de rares cas, la contamination par ingestion de lait cru est possible.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de quelques semaines à plusieurs décennies. Le risque de tomber malade est maximal au cours des deux années suivant l'infection : s'il diminue par la suite, il ne disparaît jamais tout à fait.

Charge de morbidité

La maladie est fatale dans certains cas, et il peut être difficile de soigner les patients si les bactéries sont résistantes.

Situations et groupes à risque

Dans nos pays, la maladie touche principalement des personnes originaires de pays à prévalence accrue de tuberculose et, en second lieu, des personnes âgées qui ont été infectés plusieurs décennies auparavant. Le risque de contamination existe en cas de contact prolongé (en général plus de 8 heures) avec une personne infectieuse dans un espace mal ventilé (p.ex. logement, hébergement collectif). La maladie est plus susceptible de se manifester quand l'infection est récente (< 2 années) et quand elle touche des enfants de moins de 5 ans (particulièrement pendant la première année de la vie) ou des personnes immunodéprimées (p.ex. infection au VIH, traitement médicamenteux).

Mesures de santé publique

La mesure la plus importante consiste à diagnostiquer et à soigner la maladie de façon précoce, afin de limiter la phase d'infectiosité et donc de réduire le risque que le malade contamine d'autres personnes. En cas de tuberculose infectieuse, le médecin de la Direction de la santé prend les mesures suivantes (en collaboration avec la ligue médico-sociale, le cas échéant) :

- Identification des contacts et traitement des personnes infectées ou malades (enquête d'entourage)
- Garantir le traitement des personnes infectées

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises, la Direction de la santé collabore avec d'autres instances nationales. La Direction de la santé communique les cas de tuberculose déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

67. Tuberculose latente (IGRA positifs)

Les tuberculoses latentes (IGRA positifs) sont à déclaration obligatoire par les laboratoires.

68. Tuberculose latente (IDR positives)

Critères de déclaration	Test intradermique positif (IDR positive)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Pour les informations concernant la tuberculose, prière de se référer au paragraphe 67. tuberculose pulmonaire et tuberculose extra-pulmonaire active. Prière de se référer également aux textes du Conseil supérieur des maladies infectieuses pour l'indication et la réalisation des tests :

- 1996/01 Recommandations en matière de tests tuberculiques
- 2017/01 Stratégie nationale concernant l'attitude face à une suspicion de tuberculose latente auprès des migrants sur le territoire national

69. Tularémie

Franciscella tularensis (trois sous-espèces : *ssp. tularensis*, *ssp. holarctica*, *ssp. mediasiatica*)

Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire (culture ou PCR ou anticorps ou antigène)
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La tularémie est une zoonose rare au Luxembourg. Elle se transmet par piqûres d'ectoparasites suceurs de sang, surtout les tiques, les moustiques et les taons. Les autres modes de transmission sont : le contact direct de la peau ou des muqueuses avec le sang, les organes ou les excréments d'animaux infectés (p.ex. lors de la chasse, du dépouillement ou de l'abattage des bêtes sauvages) ; l'inhalation d'aérosols ou de poussières infectieuses (p.ex. foin, fourrage ensilé, terre) ; enfin, la consommation d'eau contaminée ou de viande infectée et insuffisamment cuite. Jusqu'ici, aucun cas de transmission de personne à personne n'a été documenté.

Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 3 à 5 jours, plus rarement de 1 à 14 jours.

Charge de morbidité

Habituellement, la maladie se soigne bien par antibiotiques. La tularémie peut toutefois entraîner la mort en cas d'évolution aiguë de l'infection et en l'absence de traitement. En raison de sa large diffusion, de la faible dose infectieuse, de sa stabilité dans l'environnement ainsi que du tableau clinique grave de la maladie en cas d'affection pulmonaire, l'agent pathogène *Franciscella tularensis* pourrait être utilisé comme arme biologique.

Situations et groupes à risque

La majorité des personnes qui contractent la tularémie habitent ou séjournent à la campagne. Les groupes particulièrement à risque sont les personnes qui passent beaucoup de temps en plein air ou qui sont exposées de par leur profession : chasseurs, gardes-chasses, gardiens de parc naturel, personnes travaillant dans l'agriculture et la sylviculture, vétérinaires pour animaux sauvages, ainsi que le personnel de laboratoire travaillant avec le microorganisme.

Mesures de santé publique

Les patients chez qui l'infection à *Franciscella* est avérée ne nécessitent aucune mesure d'isolement particulière. En cas de flambée, des recherches doivent être menées afin d'identifier la source d'exposition.

Collaboration nationale et internationale

Afin de prendre les mesures requises, la Direction de la santé collabore avec d'autres instances nationales. Conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005), tout évènement sur lequel plane un soupçon de bioterrorisme doit être communiqué à l'OMS. La Direction de la santé communique les cas de tularémie déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

70.Varicelle

Virus varicelle-zona (Varicella-Zoster virus)

Critères de déclaration	Symptômes cliniques ou résultat positif d'analyses de laboratoire
Délai de déclaration	1 semaine après la date de diagnostic
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La varicelle est une maladie très contagieuse transmissible par contact direct avec les vésicules d'une personne infectée ou par des gouttelettes, même à une distance de plusieurs mètres. La maladie peut aussi être transmise par la salive et le liquide conjonctival. Une transmission transplacentaire est aussi possible.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 8 à 21 jours mais est généralement de 14 à 16 jours, en cas d'immunisation de 28 jours.

Charge de morbidité

En principe, la varicelle est une maladie bénigne, mais très contagieuse. Après une exposition, 90% des personnes non-immunisées s'infectent avec le virus. Une transmission transplacentaire est rare, mais en 1-2% des cas de varicelle auprès des femmes enceintes, un syndrome fœtal de varicelle peut se développer, si la femme est malade entre la 5^e et la 24^e semaine de grossesse. Si la maladie se manifeste chez la femme enceinte entre 5 jours avant et 2 jours après la naissance, il y a un risque accru pour le nouveau-né.

La complication la plus répandue de la varicelle est une surinfection bactérienne des lésions cutanées, surtout par *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*.

La pneumonie est une complication majeure qui se manifeste chez 20% des cas de adultes et qui commence en principe 3 à 5 jours après le début de la maladie. Les femmes enceintes encourent un risque accru de pneumonie.

Des complications au niveau du système nerveux sont très rares (0,1% des cas).

La varicelle néonatale peut se manifester entre 5 jours avant jusqu'à 2 jours après la naissance. Comme le nouveau-né n'a pas d'anticorps protectrices et un système immunitaire immature, la létalité est de 30%. Les nouveau-nés qui tombent malade entre le 5^e et le 10^e jour après la

naissance encourent le plus grand risque.

Situations et groupes à risque

Les personnes qui ne sont pas ou insuffisamment immunisées (ayant reçu <2 doses de vaccin ou n'ayant pas encore contracté la maladie) présentent un risque d'infection. Les nouveau-nés et les adultes (particulièrement les personnes immunodéprimées et les femmes enceintes) sont plus susceptibles de développer des complications que les enfants.

Mesures de santé publique

La vaccination combinée RORV contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle (deux doses) est recommandée. Un rattrapage est possible à tout âge. Il est conseillé à toutes les personnes non immunes nées après 1970. La déclaration obligatoire permet aux autorités sanitaires d'intervenir rapidement (enquête d'entourage, informations, vaccination des personnes ayant été en contact avec les malades, exclusion d'une communauté (école, crèche ou du lieu de travail, etc.))

En cas d'une hospitalisation, le malade doit être isolé pendant la durée de contagion. L'équipement de protection individuel (survêtements, gants à usage unique, masque FFP2) est indispensable pour entrer dans la chambre du malade.

Collaboration nationale et internationale

La Direction de la santé communique les cas de varicelle déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

71.Variole

Virus de la variole : Variola virus / Vaccinia virus

Critères de déclaration	Suspicion clinique ou découverte fortuite
Délai de déclaration	Immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

Transmission

La transmission du virus *Variola* se fait par gouttelettes à courte distance, par contact direct avec des blessures (peau, bouche et gorge) ou par contact indirect avec des objets contaminés. L'être humain est le seul réservoir du virus. Le virus de la variole peut également se transmettre par contact avec une personne récemment vaccinée (notamment au point d'injection).

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 7 à 17 jours mais est généralement de 10 à 14 jours. L'éruption se manifeste environ 2 à 4 jours après l'apparition de la fièvre.

Charge de morbidité

Le programme de vaccination de l'OMS a permis d'éradiquer officiellement la variole en 1980. Dans une population non vaccinée, 30 à 50% des individus peuvent tomber malades. Le taux de létalité est estimé à 30% pour *Variola major* et à 1% pour *Variola minor*.

Situations et groupes à risque

Les personnes nées après 1972 ne sont pas immunisées. L'immunité résiduelle présente chez les personnes vaccinées avant 1972 ne devrait leur conférer qu'une protection limitée voire nulle.

Mesures de santé publique

En cas de réapparition de la variole, notre pays dispose d'un plan d'urgence (isolement des malades, quarantaine, vaccination des personnes exposées et décontamination des objets). Le Luxembourg possède une certaine réserve de vaccins anti-variole. Par ailleurs, des antiviraux sont en cours de développement.

Collaboration nationale et internationale

Il n'existe dans le monde que deux laboratoires habilités à conserver et à étudier les virus de la variole : l'Institut Vector à Novosibirsk en Russie et le Center for Disease Prevention and Control (CDC) à Atlanta aux Etats-Unis. En cas de réapparition de la variole, la Direction de la santé sera en contact avec ses partenaires internationaux afin de prendre les précautions nécessaires. Selon la situation, la Direction de la santé signale un cas à l'OMS conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). La Direction de la santé communique les cas de variole déclarés au système TESSy du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

72. Yersiniose

Yersinia enterocolitica et *Yersinia pseudotuberculosis*

Les yersinioses sont à déclaration obligatoire par les laboratoires.

73. Flambées de symptômes cliniques ou de diagnostics de laboratoire

Critères de déclaration	Cas de maladie ou de décès qui dépassent l'ampleur attendue pour la période ou le lieu considéré et sont présumés imputables à une maladie transmissible et pourraient requérir des mesures de protection de la santé publique.
Délai de déclaration	Immédiatement par téléphone au 247-85650 (heures de bureau) ou au 112 (24/7)
Formulaire de déclaration	http://www.sante.lu

La déclaration s'applique aussi aux cas de maladie ou de décès qui, observés individuellement, ne sont pas soumis à déclaration obligatoire ou pas à déclaration immédiate par téléphone.

La déclaration d'une flambée vise à détecter le plus rapidement possible les cas d'infection concentrés dans l'espace ou le temps (que la maladie soit à déclaration obligatoire ou non) afin d'agir au plus vite. Cette mesure s'applique entre autres aux flambées d'agents pathogènes gastro-intestinaux (p.ex. norovirus, salmonelles), d'agents pathogènes se transmettant par les denrées alimentaires (p.ex. Escherichia coli entéro-hémorragiques, listeria) ou d'agents touchant les voies respiratoires (p.ex. Bordetella pertussis, légionnelles).

Les flambées peuvent apparaître partout. Les lieux d'exposition typiques sont les manifestations (p.ex. événements sportifs, concerts), les structures d'accueil (p.ex. maisons de retraite, crèches, écoles), les restaurants ou les hôtels, les moyens de transport (p.ex. avions) ou encore les hôpitaux, les centres d'accueil pour demandeurs de protection internationale et les casernes. Le risque de flambée est particulièrement élevé lorsque de nombreuses personnes partagent les mêmes aliments, lorsque les individus sont en contact étroit ou que leur densité est élevée.

Bien souvent, les flambées sont constatées par des médecins pratiquant dans des hôpitaux et d'autres établissements ou encore par des laboratoires diagnostiques. Les flambées de maladies infectieuses sont souvent détectées plus rapidement dans ce milieu que dans le domaine ambulatoire (p.ex. dans les cabinets individuels ou de groupe). De plus, ces établissements accueillent souvent des personnes exposées à un risque d'infection accru, p.ex. des enfants, des malades ou des personnes âgées. La déclaration permet de déterminer s'il convient de prendre des mesures spécifiques pour empêcher ou limiter la propagation à d'autres individus.

Dans certaines situations, et conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005), la Direction de la santé doit signaler à l'OMS les flambées, qui, p.ex., auraient un potentiel épidémique transfrontalier.

Impressum :

Direction de la santé

Editeur :

Direction de la santé

Renseignements :

Direction de la santé

Division de l'inspection sanitaire

20, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg

Tel. +352 247 85 650

Email : inspecteur-sanitaire@ms.etat.lu

Ce guide de déclaration peut être téléchargé sous forme de fichier PDF sous

<http://www.sante.lu>

Direction du projet :

Dr Jean-Claude Schmit, Directeur de la santé

Equipe de rédaction :

Telma Velez, Patrick Hoffmann