

## Quoi de neuf?

# Maladies infectieuses à déclaration obligatoire

Dr méd. Veronika Bättig<sup>a</sup>, Dr sc. nat. Sabine Basler<sup>b</sup>, Prof. Dr méd. Andreas F. Widmer<sup>a</sup>, PD Dr méd. Nina Khanna<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Universitätsspital Basel

<sup>b</sup> Office fédéral de la santé publique (OFSP)



A l'ère de la mondialisation et des mouvements migratoires accrus, des flambées locales de maladies infectieuses transmissibles peuvent rapidement se transformer en menace internationale. Des exemples nationaux et internationaux de ces 40 dernières années montrent que le développement et la mise en œuvre d'un système de déclaration qui fonctionne bien revêt une importance capitale pour lutter efficacement contre ces affections.

## Introduction

Parallèlement à la Loi révisée sur les épidémies, l'Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur les épidémies, OEp) ainsi que l'Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme sont également entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Cet article met en avant l'importance de la déclaration obligatoire en s'appuyant sur des exemples nationaux et internationaux historiques, tels que celui du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), des listérioses, des infections à *Escherichia coli* entéro-hémorragiques (EHEC)/du syndrome hémolytique et urémique (SHU), du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), de la maladie à virus Ebola et de la maladie à virus Zika, et explique en détails les adaptations de l'ordonnance et les nouveautés depuis 2016 (fig. 1).

## Les maladies à déclaration obligatoire hier et aujourd'hui: temps forts historiques

### SIDA/VIH de 1981 à aujourd'hui: de la découverte de l'infection à la campagne de prévention actuelle

Au début des années 1980, des médecins américains ont constaté que de jeunes hommes jusqu'alors en bonne santé contractaient des infections opportunistes graves. Le 5 juin 1981 est paru pour la première fois dans le «Morbidity and Mortality Weekly Report» (MMWR) un article décrivant une série de cas portant sur cinq patients avec pneumonie à *Pneumocystis jiro-*

*vecii* confirmée par biopsie. Tous les patients étaient des jeunes hommes homosexuels qui avaient été traités dans différents hôpitaux de Los Angeles entre octobre 1980 et mai 1981. Des recherches ayant porté sur d'autres cas ont révélé un déficit acquis en lymphocytes T en corrélation avec le phénomène [1]. En 1982, l'affection est baptisée «acquired immune deficiency syndrome» (AIDS; en français, «syndrome d'immunodéficience acquise» ou SIDA) [2]; en 1983, le «human immunodeficiency virus» (HIV; en français, «virus de l'immunodéficience humaine» ou VIH) a pu être isolé et mis en relation avec le SIDA [3].

La maladie se propage rapidement et des cas sont également documentés en Suisse. Une campagne de prévention de grande envergure est lancée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et poursuivie jusqu'à ce jour. La Suisse est le premier pays à avoir financé, à partir de 1988, une cohorte prospective nationale [4], ayant jusqu'à aujourd'hui largement contribué à l'optimisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Malgré tout, le nombre de nouveaux diagnostics est resté stable au cours des dernières années, s'élevant à 500–600 par an [5].

### Flambée de listériose de 1983–1987: le fromage suisse sème le trouble à l'échelle internationale

Chaque année, 40 à 50 cas de listériose en moyenne sont déclarés en Suisse [6]. Durant l'hiver 1983/84, une recrudescence exceptionnelle de cas a été constatée dans le canton de Vaud et dans les cantons voisins: à Lausanne, un foyer de 25 cas a été déclaré et 15 autres cas ont été signalés à Genève et Neuchâtel. Outre la recrudescence saisonnière, ces cas concernaient prin-



Veronika Bättig



**Figure 1:** Poster de l'OFSP «Maladies infectieuses et agents pathogènes à déclaration obligatoire», par ordre alphabétique (Zika fait encore défaut) [27]. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'OFSP. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>.

cipalement des patients jusque-là en bonne santé; de plus, une proportion inhabituellement élevée de méningo-encéphalites et de décès a été constatée [7]. Des études épidémiologiques ont été initiées, et une étude cas-témoins a révélé que 84% de l'ensemble des personnes malades avaient auparavant consommé du «Vacherin Mont d'Or». Des analyses alimentaires supplémentaires ont confirmé la suspicion, de sorte que le 20 novembre 1987, la fabrication et la commercialisation du fameux fromage à pâte molle vaudois ont été interdites et les quelques 2000 tonnes de fromages en stock ont été détruites. Les contrôleurs des denrées alimentaires ont saisi les produits livrés, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été informée et les fromages contaminés ont également été saisis à l'étranger [8].

#### **Epidémie d'infections à EHEC/SHU de 2011: lorsque des légumes sont soupçonnés de rendre malade**

Au début du mois de mai 2011, dans la ville allemande de Hambourg et ses environs, plusieurs personnes ont été victimes de diarrhées hémorragiques, déclenchées par une infection à *Escherichia coli* entéro-hémorragique (EHEC). En peu de temps, plusieurs cas de syndrome hémolytique et urémique (SHU) ont été signalés comme complication aux autorités sanitaires de Hambourg. Au vu de cette accumulation de cas, le Robert Koch-Institut (RKI) a initié dès le lendemain des investigations plus poussées. Une nouvelle souche d'EHEC particulièrement pathogène du sérotype O104:H4, probablement transmise par des denrées alimentaires, a été identifiée comme agent déclenchant [9]. Une première étude cas-témoins a indiqué que la transmission s'effectuait par consommation de légumes crus, de sorte que le 25 mai 2011, les instances officielles ont déconseillé de consommer des tomates crues, concombres et salades vertes en Allemagne du Nord [10]. A ce moment-là, l'épidémie avait atteint son point culminant, avec 161 nouvelles infections à EHEC et 63 nouveaux cas de SHU en une seule journée, suscitant ainsi l'inquiétude de la population.

Des études épidémiologiques supplémentaires sont finalement parvenues à établir un lien avec un fournisseur de graines germées de Basse-Saxe [11]; le RKI et par la suite également l'OMS, l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) et le «European Centre for Disease Prevention and Control» (ECDC) ont alors déconseillé de consommer des graines germées crues. Des graines de fenugrec contaminées importées d'Egypte, qui ont été utilisées pour la production de graines germées, ont été suspectées d'être à l'origine de l'épidémie d'infections à EHEC. Bien que la mise en évidence di-

recte de l'agent pathogène dans les denrées alimentaires ait échoué, plusieurs lots de graines de fenugrec d'Egypte ont été saisis et l'importation de ces graines a été temporairement interdite.

Le 26 juillet 2011, le RKI a officiellement annoncé la fin de l'épidémie, qui s'est traduite par un total de 3 816 infections dont 54 décès [12].

#### **Pandémie de SRAS de 2002–2003: la première épidémie du 21<sup>e</sup> siècle**

La pandémie a tiré son origine d'une province du sud de la Chine, où un paysan a contracté une pneumonie atypique en novembre 2002. Une autre personne a également été traitée à l'hôpital et il s'est avéré qu'elle a contaminé plusieurs employés de l'hôpital [13].

A la fin du mois de janvier 2003, les autorités chinoises ont été informées de la survenue d'une pneumopathie jusque-là inconnue à propagation rapide, qui avait déjà occasionné plusieurs décès, mais aucune mesure supplémentaire n'a été prise. Le 11 février 2003, une notification a certes été transmise à l'OMS [14], mais le gouvernement chinois a annoncé quelques jours plus tard que l'épidémie était sous contrôle.

Le 21 février 2003, un pneumologue déjà infecté à ce moment-là s'est rendu à un mariage à Hong Kong. En peu de temps, il y a contaminé une douzaine de personnes séjournant dans le même hôtel que lui, qui ont ensuite disséminé le virus à travers le monde via les vols intercontinentaux. L'OMS a plus tard estimé qu'env. 4000 cas de SRAS à travers le monde étaient attribuables à ce «superspreader» [13, 14]. Des épidémies ont été signalées au Vietnam, à Singapour et au Canada.

Le 12 mars 2003, l'OMS a lancé une alerte mondiale [15]; des investigations intensives ont été initiées et des mises en garde à l'attention des voyageurs ont été émises. La maladie a été baptisée «syndrome respiratoire aigu sévère» (SRAS) et un nouveau coronavirus a pu être identifié comme agent déclenchant [16]. Pendant ce temps, la vie publique s'était arrêtée à Hong Kong et le Conseil fédéral suisse a décidé de ne pas accepter de personnel commercial issu des pays à risque (Hong Kong, Chine, Singapour et Vietnam) lors du salon de l'horlogerie et de la bijouterie de Bâle et Zurich. Les quelques 18 milliards de chiffre d'affaires normalement engrangés durant le salon en ont considérablement pâti et le salon de Zurich a été suspendu.

Le 28 avril 2003, le Vietnam a officiellement déclaré la fin de l'épidémie, suivi quelques semaines plus tard par Singapour et Hong Kong. En juillet 2003, l'OMS a levé l'alerte concernant le SRAS [13].

Cette pandémie nous a montré l'ampleur et la dynamique avec lesquelles une épidémie locale peut se transformer en menace internationale avec la mondia-

lisation que nous connaissons au 21<sup>e</sup> siècle et elle nous a appris que de telles épidémies pouvaient avoir des conséquences à la fois économiques et sociopolitiques. L'OMS a immédiatement décidé de réviser le Règlement sanitaire international (RSI) datant des années 1950. En mai 2005, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le RSI révisé 2005, qui est entré en vigueur en Suisse en 2007 et a considérablement influencé la révision de la Loi sur les épidémies. La pandémie de SRAS a ainsi été le facteur concret à l'origine de la révision de la Loi sur les épidémies, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **Epidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014–2015: une nouvelle menace**

A la fin du mois de décembre 2013, un premier patient a contracté en Guinée la maladie à virus Ebola, une maladie infectieuse du groupe des fièvres hémorragiques virales. Dans les semaines suivantes, 49 autres cas ont été signalés dans le sud-est du pays. Le 23 mars 2014, soit 3 mois après le premier cas, l'OMS a été officiellement informée d'une flambée d'Ebola en Guinée [17].

Des cas de maladie à virus Ebola ont ensuite rapidement été signalés dans les pays voisins que sont la Sierra Leone et le Liberia. Lorsque des cas ont aussi été déplorés au Nigeria, l'OMS a déclaré, en août 2014, que l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest constituait une «urgence de santé publique de portée internationale». A ce moment-là, 1 711 cas de maladie à virus Ebola avec 932 décès étaient déjà connus [18]; il s'agissait de la plus grande épidémie d'Ebola de l'histoire.

Par la suite, l'état d'urgence a été décrété dans les pays concernés et les frontières ont été partiellement fermées. Des mesures de précaution ont été prises à l'échelle mondiale; en Suisse, un groupe de travail a notamment été constitué par l'OFSP en août 2014 et plusieurs hôpitaux suisses ont aménagé à titre préventif un service Ebola. Un médecin qui avait été contaminé durant une intervention en Sierra Leone a été traité de manière stationnaire à Genève durant 16 jours en novembre/décembre 2014.

En octobre 2014, de premiers cas de maladie à virus Ebola ont été signalés hors d'Afrique, notamment aux Etats-Unis et en Espagne, également avec des contaminations de personnel médical. A côté de la recherche d'un traitement, des fonds ont été investis dans le développement d'un vaccin, qui a en partie été utilisé avec succès au cours de l'épidémie [19].

En 2015, le nombre de nouvelles infections a diminué et, à partir d'août 2015, seuls des cas sporadiques ont encore été recensés. Le 29 mars 2016, l'OMS a annoncé la fin de l'«urgence de santé publique de portée internationale». La fin de l'épidémie d'Ebola a été officielle-

ment annoncée le 17 mars 2016 en Sierra Leone, le 1<sup>er</sup> juin 2016 en Guinée et le 9 juin 2016 au Liberia. D'après l'OMS, 28 616 cas de maladie à virus Ebola ont été signalés au total dans ces trois pays, avec 11 310 décès [20].

Les conséquences humanitaires et économiques de cette épidémie sont encore perceptibles aujourd'hui. Les taux de contamination élevés parmi le personnel hospitalier, en particulier, ont laissé des traces dans les soins de santé. Une déclaration et une intervention plus précoces des autorités sanitaires, ainsi que de meilleures infrastructures, auraient pu réduire considérablement l'ampleur de cette épidémie.

### **Infections à virus Zika de 2015 à aujourd'hui: «from harmless to harmful»**

Le virus Zika, qui est en premier lieu transmis par les piqûres de moustiques *Aedes* infectés, a été isolé pour la première fois en 1947 dans la forêt de Zika en Ouganda. Au début, des cas sporadiques sont survenus en Asie et en Afrique; une première épidémie a été documentée en 2007 sur une île de Micronésie. En 2013–2014, d'autres épidémies se sont produites en Polynésie française, mais peu d'attention leur a été accordée à l'échelle mondiale [21].

Le 29 mars 2015, le Brésil a pour la première fois informé l'OMS de la survenue accrue d'une maladie fébrile légère dans le nord-est du pays, qui est auto-limitante et s'accompagne d'un exanthème. En mai 2015, le laboratoire national de référence du Brésil a confirmé que le virus Zika était en circulation, suite à quoi l'OMS a publié des recommandations relatives à la surveillance et aux tests [22]. A compter de novembre 2015, des cas de transmission autochtone du virus Zika ont été signalés dans plusieurs pays d'Amérique latine et dans les Caraïbes.

Parallèlement, le Brésil a déclaré, en novembre 2015, un «état d'urgence de santé publique» national en raison d'une augmentation inhabituelle du nombre de nouveau-nés présentant une microcéphalie et de la survenue accrue de symptômes neurologiques en lien avec les infections [23]. Par la suite, il y a eu une accumulation d'indices évocateurs d'une relation de cause à effet entre l'infection à virus Zika et la microcéphalie chez le nouveau-né: le virus Zika a pu être mis en évidence dans le liquide amniotique ainsi que dans des échantillons sanguins et tissulaires de nouveau-nés atteints de microcéphalie [24]. En conséquence, l'OMS a déclaré, le 1<sup>er</sup> février 2016, que l'épidémie constituait une «urgence de santé publique de portée internationale» [25]. Par la suite, des recommandations de voyage ont été émises, déconseillant aux femmes enceintes de se rendre dans les régions où le virus Zika est endémique. Pourtant, fait cynique, seules des recommandations dérisoires ont été délivrées aux femmes habitant dans les pays

concernés. Après des discussions, il a été décidé que les jeux olympiques d'été de 2016 se tiendraient néanmoins comme prévu à Rio de Janeiro. L'OMS a lancé un plan de riposte stratégique mettant l'accent sur la prévention et la prise en charge des complications. Le contrôle des vecteurs et le développement de vaccins ont fait l'objet d'investissements accrus. Le 18 novembre 2016, la situation s'était stabilisée à un niveau tel que l'OMS a annoncé la fin de l'état d'urgence mondial [23]. Les efforts dans le domaine de la prévention ainsi que les mises en garde à l'attention des voyageurs se poursuivent, et l'inquiétude persiste elle-aussi.

### ... et demain?

En février 2017, lors de la Conférence sur la sécurité de Munich, Bill Gates a mis en garde contre une pandémie mondiale, qu'il a classée parmi les trois plus grandes menaces planétaires du futur, à côté du changement climatique et du risque de guerre nucléaire. A cette occasion, il a fait l'éloge de l'initiative public-privé «Coalition for Epidemic Preparedness Innovations» (CEPI), créée en septembre 2016 et destinée à lutter contre les épidémies. En décembre 2016, les deux premiers cas d'infections par le virus Andes (hantavirus) en Suisse ont été signalés à Berne: après un voyage de 3 mois en Amérique du Sud, un couple a développé un syndrome cardiopulmonaire à hantavirus (SPH) et a été traité à l'unité de soins intensifs de l'hôpital universitaire de Berne. Le virus Andes est à ce jour le seul hantavirus connu susceptible d'être transmis d'homme à homme; grâce à une réaction rapide et au respect de mesures d'isolement, les transmissions nosocomiales ont fort heureusement pu être évitées dans ce cas [26].

Dès lors, la vigilance est également de mise en Suisse, notamment parce que la population suisse voyage davantage que la moyenne en Europe en raison du niveau de vie élevé. Il convient néanmoins de garder à l'esprit que les «recrudescences de maladies infectieuses rares et dangereuses» sont certainement plutôt une exception en Suisse.

### Déclaration obligatoire: pourquoi déclarer?

Les exemples ci-dessus sont parlants: La surveillance des maladies transmissibles qui représentent un risque pour la santé publique permet d'identifier rapidement les flambées de maladies. Seul ce qui est détecté précocement peut être combattu efficacement. Ce principe vaut pour les maladies anciennes bien connues, telles que la rougeole et la tuberculose, mais également pour les menaces sanitaires nouvelles et/ou inhabituelles, telles les résistances aux antibiotiques ou les hantavirus rares.

En particulier à l'ère de la mondialisation et des mouvements migratoires accrus, une détection et une action rapides sont indispensables, car des flambées locales peuvent rapidement se transformer en menace internationale. A l'avenir également, il sera déterminant de se concentrer sur le développement et la mise en œuvre de mesures de prévention, telles que les recommandations de voyage ou les campagnes de sensibilisation.

Le recensement des maladies infectieuses repose sur un système de déclaration obligatoire qui, en Suisse, est géré par l'OFSP en collaboration avec les Services des médecins cantonaux (SMC), les laboratoires et le corps médical. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la détection précoce des agents pathogènes rares, dangereux et inconnus est explicitement prescrite par la loi, dans le cadre de la nouvelle Loi sur les épidémies. Il existe des formulaires de déclaration distincts pour ces thèmes et pour les flambées de cas.

### Que déclarer?

- **Résultat exceptionnel d'analyses cliniques ou d'analyses de laboratoire:**  
Résultat d'analyses cliniques ou décès qui permet de conclure à une maladie transmissible inhabituelle ou inattendue (agent pathogène, degré de gravité)  
*et*  
pourrait requérir des mesures de protection de la santé publique.
- **Flambée de résultats d'analyses cliniques ou de laboratoire:**  
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  
(par ex. flambées d'agents pathogènes gastro-intestinaux [norovirus, salmonelles], d'agents pathogènes se transmettant par les denrées alimentaires [*Escherichia coli* entérohémorragiques, *listeria*], d'agents touchant les voies respiratoires [*Bordetella pertussis*, légionelles] ou d'autres agents pathogènes).
- **Autres maladies et agents pathogènes définis (fig. 1)**

Un guide de la déclaration obligatoire ainsi que d'autres documents sont disponibles à l'adresse suivante: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/menschengesundheit/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>.

### Nouveautés

Fondamentalement, le système de déclaration obligatoire demeure inchangé. Les médecins, hôpitaux et laboratoires sont encore *soumis à l'obligation de déclaration* dans le cadre de leur activité de diagnostic et de traitement des maladies transmissibles.


Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra		Département fédéral de l'intérieur DFI Office fédéral de la santé publique OFSP Unité de direction Santé publique Division Maladies transmissibles						
Maladies transmissibles à déclaration obligatoire								2017
Maladies	Agents pathogènes	Délai de déclaration	Identification		Déclaration du médecin <sup>1</sup> déclaration de résultats d'analyses cliniques	Déclaration du laboratoire <sup>2</sup>		
			initiales	nom complet		déclaration de résultat positif d'analyse de laboratoire	déclaration de résultat négatif d'analyse de laboratoire	transmission des échantillons
Botulisme	<i>Clostridium botulinum</i>	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>3</sup>
Brucellose	<i>Brucella spp.</i>	1 semaine	X		X	X		X <sup>4</sup>
Campylobactériose	<i>Campylobacter spp.</i>	24 heures	X		X	X		X <sup>5</sup>
Charbon / Anthrax	<i>Bacillus anthracis</i>	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>3</sup>
Chikungunya	Virus Chikungunya	24 heures		X	X	X		X <sup>6</sup>
Chlamydie	<i>Chlamydia trachomatis</i>	1 semaine	X		X	X		
Choléra	<i>Vibrio cholerae</i>	24 heures		X	X	X		X <sup>7</sup>
Dengue	Virus de la Dengue	24 heures		X	X	X		X <sup>8</sup>
Diphthérie	<i>Corynebacterium diphtheriae</i> et autres corynebactéries produisant des toxines ( <i>C. ulcerans</i> , <i>C. pseudotuberculosis</i> )	24 heures		X	X	X	X <sup>9</sup>	
Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)	Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)	1 semaine	X		X	X		
Fièvre de Crimée-Congo	Virus de Crimée-Congo	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>10</sup>
Fièvre de Hantaan	Hantavirus	1 semaine	X		X	X		
Fièvre de Lassa	Virus de Lassa	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>11</sup>
Fièvre du Nil occidental	Virus du Nil occidental	1 semaine	X		X	X		X <sup>12</sup>
Fièvre jaune	Virus de la fièvre jaune	24 heures		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>13</sup>
Fièvre Q	<i>Coxiella burnetii</i>	1 semaine	X		X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>14</sup>
Fièvre typhoïde/paratyphoïde	<i>Salmonella Typhi/Paratyphi</i>	24 heures		X	X	X		X <sup>15</sup>
Gonorrhée	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1 semaine	X		X	X		
Hépatite A	Virus de l'hépatite A	24 heures		X	X	X		
Hépatite B	Virus de l'hépatite B	1 semaine		X	X	X		
Hépatite C	Virus de l'hépatite C	1 semaine		X	X	X		
Infection à <i>Escherichia coli</i> entérohémorragiques (EHEC, VTEC, STEC)	<i>Escherichia coli</i> entérohémorragiques (EHEC, VTEC, STEC)	24 heures		X	X	X		X <sup>16</sup>
Infection à VIH <sup>1</sup>	VIH <sup>1</sup>	1 semaine	X <sup>17</sup>		X	X		X <sup>18</sup>
Infection à virus Zika	Virus Zika	24 heures		X	X	X		X <sup>19</sup>
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>	1 semaine	X		X	X		
Influenza, grippe saisonnière	Virus influenza (saisonniers, type et sous-types non pandémiques)	1 semaine	X			X		
Influenza, nouveau sous-type	Virus influenza A HxNy (nouveau sous-type avec potentiel pandémique)	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>20</sup>
Légionellose	<i>Legionella spp.</i>	1 semaine		X	X	X		X <sup>21</sup>
Listériose	<i>Listeria monocytogenes</i>	24 heures		X	X	X		X <sup>22</sup>
Maladie à virus Ebola	Virus d'Ebola	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>23</sup>
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	Prions	1 semaine		X	XX	X		X <sup>24</sup>
Maladie de Marburg	Virus de Marburg	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>25</sup>
Maladie invasive à méningocoques	<i>Neisseria meningitidis</i>	24 heures		X	X	X		X <sup>26</sup>
Maladie invasive à pneumocoques	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 semaine	X		X	X		X <sup>27</sup>
Méningo-encéphalite verno-estivale (MEVE ou FSME)	Virus de l'encéphalite à tiques	1 semaine	X		X	X		
Middle East Respiratory Syndrome (MERS)	Coronavirus du MERS	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>28</sup>
Paludisme (malaria)	<i>Plasmodium spp.</i>	1 semaine	X		X	X		
Peste	<i>Yersinia pestis</i>	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>29</sup>
Poliomyélite	Poliovirus	24 heures		X	X <sup>2</sup>	X		X <sup>30</sup>
Rage	Virus de la rage	24 heures		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>31</sup>
Rougeole	Virus de la rougeole	24 heures		X	XX	X	X <sup>2</sup>	
Rubéole	Virus de la rubéole	24 heures		X	XX	X		
Salmonellose	<i>Salmonella spp.</i>	24 heures		X	X	X		X <sup>32</sup>
Shigellose	<i>Shigella spp.</i>	24 heures		X	X	X		X <sup>33</sup>
SIDA <sup>1</sup>	VIH <sup>1</sup>	1 semaine	X <sup>34</sup>		X	X		X <sup>35</sup>
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	Coronavirus du SRAS	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>36</sup>
Syphilis	<i>Treponema pallidum</i>	1 semaine	X		X	X		
Tétanos	<i>Clostridium tetani</i>	1 semaine	X		X	X		
Trichinellose	<i>Trichinella spiralis</i>	1 semaine	X		X	X		
Tuberculose	Complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Médecin: 1 semaine Laboratoire: 24 heures		X	XX	X		X <sup>37</sup>
Tularémie	<i>Francisella tularensis</i>	1 semaine	X		X	X		X <sup>38</sup>
Variole	Virus de la variole ( <i>Variola/Vaccinia virus</i> )	2 heures <sup>1</sup>		X	X <sup>2</sup>	X	X	X <sup>39</sup>
Flambée de résultats d'analyses cliniques ou d'analyses de laboratoire		24 heures			X	X		X <sup>40</sup>
Résultat exceptionnel d'analyses cliniques ou d'analyses de laboratoire		2 heures <sup>1</sup>	X		X <sup>2</sup>	X		X <sup>41</sup>

<sup>1</sup> envoyer les déclarations au service du médecin cantonal du lieu dans lequel le/la patient/e est domicilié/e ou séjourne.  
<sup>2</sup> déclaration simultanée au service du médecin cantonal du lieu dans lequel la personne examinée est domiciliée ou séjourne, et à l'OFSP.  
<sup>3</sup> en cas de VIH/SIDA, inscrire la première lettre et le nombre de lettres du prénom, p.ex. 'J4' pour Jean ou 'J4-5' pour Jean-Pierre.  
<sup>4</sup> à déclarer par téléphone  
<sup>5</sup> déclaration à l'OFSP également  
<sup>6</sup> seulement résultat négatif de la recherche du gène de la toxine  
<sup>7</sup> seulement PCR négatives (pas de sérologie)  
<sup>8</sup> envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP  
<sup>9</sup> à la demande de l'OFSP, des échantillons sont à transférer au centre de référence  
<sup>10</sup> à la demande de l'OFSP, des isolats sont à transférer au centre de référence  
<sup>11</sup> envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP  
<sup>12</sup> les échantillons doivent être analysés exclusivement par le centre de référence désigné par l'OFSP  
<sup>13</sup> à la demande de l'OFSP, envoyer une sélection d'échantillons au centre de référence  
<sup>14</sup> envoyer les échantillons aux laboratoires de confirmation désignés par l'OFSP après le diagnostic primaire  
<sup>15</sup> envoyer les échantillons provenant de fermes encéintes au centre de référence désigné par l'OFSP; à la demande de l'OFSP, envoyer des échantillons provenant d'autres cas suspects au centre de référence  
<sup>16</sup> en cas de suspicion de v-MC, envoyer les échantillons ou les cadavres au centre de référence désigné par l'OFSP  
<sup>17</sup> envoyer tous les isolats n'appartenant pas au sérotype Enteritidis au centre de référence désigné par l'OFSP; à la demande de l'OFSP, envoyer des isolats du sérotype Enteritidis au centre de référence  
<sup>18</sup> en cas de résistance à la rifampicine, envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP  
<sup>19</sup> en plus: déclaration complémentaire aux résultats d'analyses cliniques

Figure 2: Aperçu des maladies transmissibles à déclaration obligatoire avec les délais légaux de déclaration [27] (reproduction avec l'aimable autorisation de l'OFSP). Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/menschgesundheitsuebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>.

Le *mode de déclaration* reste inchangé: les médecins continuent à adresser leurs déclarations aux SMC et les laboratoires les adressent en plus à l'OFSP. Depuis 2016,

les médecins ne font généralement plus qu'une seule déclaration. Rapidement après le diagnostic, c.-à-d. dans le délai de déclaration prescrit de 2 à 24 heures ou



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

2017  
ANNÉE EN BLOC

À renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal<sup>a</sup> (pas directement à l'OFSP).<sup>b</sup>

## Tuberculose (TB)

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

---

**Patient/e**

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sexe:  f  m

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de naissance: \_\_\_\_\_

Pour les personnes dont la nationalité/pays de naissance autre que CH, date d'entrée en Suisse (mois/année): \_\_\_/\_\_\_

---

**Diagnostic et manifestation**

Organe atteint:  poumon  ganglions intrathoraciques  ganglions extrathoraciques  
 plèvre  méninges  SNC (sauf méninges)  
 système urogénital  péritoine / tractus digestif  forme disséminée  
 vertèbres  os / articulations (sans vertèbres)  autres localisations: \_\_\_\_\_

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

Microscopie directe:  expectorations  positive  négative  attendue  pas réalisée  
 sécrétions bronchiques / liquide de lavage bronchique  positive  négative  attendue  pas réalisée

Biologie moléculaire: matériel: \_\_\_\_\_  positive  négative  attendue  pas réalisée

Culture: matériel: \_\_\_\_\_  positive  négative  attendue  pas réalisée

---

**Evolution**

Anamnèse: Une TB a-t-elle déjà été diagnostiquée antérieurement?  oui  non  inconnu  
 si oui, date du diagnostic (mois/année): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu

La personne a-t-elle reçu un traitement antituberculeux dans le passé pendant au moins un mois?  oui  non  inconnu

Traitement actuel: Date de début du traitement (ou du diagnostic si aucun traitement instauré): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médicaments au début du traitement:  Isoniazide  Rifampicine  Pyrazinamide  Ethambutol  
 autres antituberculeux: \_\_\_\_\_

Si aucun traitement, décès avant le début du traitement?  oui  non

---

**Remarques**

---

**Médecin** nom, adresse, tél./fax (ou timbre): \_\_\_\_\_ **Médecin traitant** nom, adresse \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_  
 en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: \_\_\_\_\_

---

**Médecin cantonal**

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> le canton de résidence de la personne fait référence, si le canton de résidence manque, le lieu du traitement. Veuillez déclarer s.v.p. tous les cas de tuberculose confirmés en culture ainsi que tous les autres cas pour lesquels un traitement d'au moins trois médicaments a commencé.  
<sup>b</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.bag.admin.ch/infreporting>

2017V1

**Figure 3:** Formulaire «Déclaration de résultats d'analyses cliniques» à l'exemple de la tuberculose [28] (reproduction avec l'aimable autorisation de l'OFSP). Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik/meldefomulare.html>.

1 <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infectionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

Correspondance:  
PD Dr méd. Nina Khanna  
Infection Biology Laboratory  
and Division of Infectious  
Diseases and Hospital Epide-  
miology, University Hospital  
of Basel  
Petersgraben 4  
CH-4031 Basel  
nina.khanna[at]usb.ch

1 semaine (fig. 2), une déclaration de résultats d'analyses cliniques (fig. 3) doit être transmise. Ceci remplace l'ancienne combinaison de première déclaration du médecin et de déclaration complémentaire. Les informations relatives à l'évolution de la maladie et du traitement ne sont à transmettre dans un second formulaire (déclaration complémentaire aux résultats d'analyses cliniques) qu'en cas de tuberculose, de rougeole, de rubéole congénitale et de maladie de Creutzfeldt-Jakob. Pour certaines observations, les délais de déclaration ont été adaptés. En outre, depuis 2016, toutes les entérobactéries productrices de carbapénémases mises en évidence ainsi que les infections à virus Zika doivent obligatoirement être déclarées. Avec la déclaration des résultats d'analyses de laboratoire, les laboratoires continuent de déclarer avant tout les signes d'une infection récente ou nouvellement découverte. La déclaration individuelle de résultats négatifs est essentielle pour les agents pathogènes nécessitant une intervention rapide, afin que le signal de fin d'alerte puisse être donné à tous les niveaux et que les éventuelles mesures ordonnées par les SMC puissent être levées. Cette obligation de déclaration de résultats négatifs d'analyses de laboratoire a nouvellement été introduite pour quatre observations soumises à l'obligation de déclaration dans les 24 heures: il s'agit du test négatif de toxine pour *Corynebacterium diphtheriae* et autres corynebactéries produisant des toxines, et des résultats négatifs pour la fièvre jaune, la rougeole et la rage. Les résultats de laboratoire d'évaluations du statut immunitaire (c.-à-d. sans indication d'une infection aiguë; en cas de rougeole par ex., seuls les résultats négatifs basés sur la PCR doivent être déclarés) ne doivent pas être déclarés. Pour répondre à la dynamique du développement et de la mise en œuvre de méthodes

diagnostiques, l'ordonnance révisée sur la déclaration renonce à indiquer des méthodes pour la plupart des observations. Celles-ci sont indiquées sur le formulaire de déclaration de laboratoire. Conformément aux art. 4 et 12 de l'ordonnance sur les épidémies, les hôpitaux ont désormais l'obligation de soutenir le processus de déclaration: ils sont en effet tenus de désigner à l'intention de l'OFSP et des médecins cantonaux un service compétent pour les observations soumises à déclaration. Toutefois, aucune directive visant à recueillir des données ou des échantillons à l'intention première des autorités sanitaires n'a été introduite.

## Conclusion

Une déclaration rapide aux autorités sanitaires est essentielle pour la détection précoce et la surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Le «Guide de la déclaration obligatoire» ainsi qu'un flyer exposent les raisons de la déclaration obligatoire et indiquent des recommandations et mesures qui sont issues des connaissances tirées de la surveillance (l'ensemble des documents sont disponibles sur internet<sup>1</sup>). Sur la base des connaissances issues de la surveillance, des mesures de prévention et de lutte peuvent être développées et initiées rapidement. Au niveau fédéral, ces mesures comprennent notamment des rapports de situation relatifs à la sensibilisation du grand public et des services administratifs (par ex. pour les infections à virus Zika ou la maladie à virus Ebola), l'information des médecins cantonaux et des laboratoires (par ex. en cas de survenue d'un agent pathogène rare/nouveau), des recommandations vaccinales à l'intention du corps médical, des analyses des épidémies (par ex. en cas de recrudescence de maladies causées par l'alimentation) ou des campagnes d'information dans certains groupes cibles (par ex. sur le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles). Au niveau cantonal, il est possible de mettre en œuvre des enquêtes d'entourage (par ex. en cas de suspicion de tuberculose), des exclusions de l'école (par ex. lorsque des enfants non vaccinés ont été en contact avec un cas de rougeole), des mesures prophylactiques postexpositionnelles (par ex. chez les personnes en contact avec un cas de maladie invasive à méningocoques), ainsi que des mesures spécifiques au contexte (par ex. en cas de survenue de certaines résistances aux antibiotiques dans les hôpitaux).

### Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

### Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

## L'essentiel pour la pratique

- La déclaration rapide aux autorités sanitaires est essentielle pour la surveillance et la détection précoce d'agents pathogènes exceptionnels et de la recrudescence de «maladies infectieuses bien connues».
- Le système de déclaration obligatoire, géré en Suisse par l'OFSP en collaboration avec les services des médecins cantonaux, les laboratoires et le corps médical, constitue la base de la surveillance et de la détection précoce des maladies transmissibles.
- Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la déclaration des agents pathogènes rares, dangereux et inconnus est explicitement prescrite dans le cadre de la nouvelle Loi sur les épidémies. Les résultats exceptionnels d'analyses cliniques ou d'analyses de laboratoire, les flambées de résultats d'analyses cliniques ou de laboratoire, ainsi que certains agents pathogènes ou maladies définis doivent être déclarés dans les délais légaux.
- Sur la base des connaissances issues de la surveillance, des mesures de prévention et de lutte peuvent être développées et initiées rapidement.