

## Belgique

### Legionella - Remboursement de tests par l'INAMI

Le Moniteur belge a publié le 13 juillet 2016 un [arrêté](#) permettant le remboursement de la recherche d'antigènes de [legionella](#) dans les urines sous certaines conditions: le patient doit avoir plus de 18 ans, être hospitalisé, doit être prescrit par un médecin spécialiste et n'est remboursé qu'une seule fois par hospitalisation. Ce remboursement est d'application depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016. Ce test, très facilement réalisable, ne détecte que la présence de *legionella pneumophila* de type 1 (responsable de 90% des pneumonies à *legionella*). Les premiers anticorps sont détectables à partir de 3 jours après les premiers symptômes. Un résultat positif pour ce test ne doit pas faire oublier l'envoi d'un échantillon pulmonaire à un des 2 centres nationaux de référence ([CNR](#)) afin de réaliser une culture (test réalisé sans facturation s'il rentre dans les conditions mentionnées sur le site internet des CNR). Cela permettra, si une souche est mise en évidence, de la comparer par après à une souche retrouvée dans l'environnement suite à une enquête épidémiologique réalisée par les inspecteurs de l'AViQ. Un envoi à un des CNR permettra également de mettre en évidence d'autres types de *legionella* en cas de suspicion de pneumonie à *legionella* pour laquelle le test urinaire est négatif.

## Europe

### Fièvre hémorragique de Crimée Congo – Cas autochtones en Espagne

Le 31 Août 2016, la Communauté autonome de Madrid a signalé deux cas d'infection par le virus de la [Fièvre hémorragique de Crimée Congo](#) (FHCC). Le cas index était un homme de 62 ans pour lequel les symptômes sont apparus le 16 août 2016. Cette personne aurait été exposée au virus de la FHCC suite à une morsure de tique dans la campagne de la province d'Ávila, en Espagne. Admis dans une unité de soins intensifs le 19 Août 2016 le patient y est décédé le 25 Août 2016. Le deuxième cas est une infirmière de 50 ans ayant soigné le cas index lors de l'admission de celui-ci aux soins intensifs. Ce sont les premiers cas cliniques autochtones de FHCC en Espagne et en Europe du Sud-Ouest. Le virus de la FHCC se transmet principalement à l'être humain à partir des tiques. La transmission interhumaine peut survenir à la suite d'un contact direct avec du sang, des sécrétions, des organes ou des liquides biologiques de sujets infectés. La durée d'incubation est en général d'un à trois jours (max. 9 jours). L'apparition des symptômes est brutale, avec de la fièvre, des myalgies, des vertiges, une raideur et des douleurs de la nuque, des douleurs dorsales, des céphalées et une photophobie. Le taux de létalité de la FHCC s'établit à 30% environ, la mort survenant au cours de la deuxième semaine de la maladie. Il n'existe pas de vaccin ni pour l'humain ni pour l'animal. La FHCC est endémique en Afrique, au Moyen-Orient, en Asie et dans les Balkans. Dans l'UE, la Bulgarie reporte régulièrement quelques cas (six en 2010, quatre en 2011, cinq en 2012 et huit en 2013) et la Grèce a signalé un cas en 2008. La détection récente du virus de la FHCC dans les tiques dans l'ouest de l'Espagne (communauté autonome d'Estrémadure) confirme la circulation du virus chez les animaux sauvages, et donc l'apparition de ce cas n'est pas un événement inattendu en Espagne. La transmission nosocomiale de la FHCC peut se produire lorsque les procédures de contrôle de l'infection (PCI) appropriés n'ont pas été respectées: elle peut être limitée si ces précautions sont appliquées rapidement. Bien que la probabilité d'infection par le virus de la FHCC en Espagne reste faible, d'autres cas sporadiques sont possibles. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le [Rapid risk assessment](#) de l'ECDC.

## International

### Poliomyélite – Trois nouveaux cas de poliovirus sauvages durant l'été 2016 au Nigéria

Alors que le Nigéria allait fêter ses 2 ans exempt de polio le 24 juillet 2016 et qu'il avait été retiré de la liste des pays endémiques en septembre 2015, trois cas d'infection par un poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) ont été rapportés en juillet et en août 2016 dans l'état de Borno. Il s'agit également des premiers cas rapportés sur le continent Africain depuis 2014. Les analyses génétiques ont montré que les virus détectés dans 2 des cas étaient reliés de manière étroite au dernier cas de PVS1 détecté dans le même état en 2011, indiquant que le **virus a circulé sans être détecté pendant 5 années dans la région**. L'épidémie actuelle a été déclarée « Urgence de santé publique » pour le Nigéria ainsi que pour les pays du bassin du lac Tchad, étant donné le risque important, pour différentes raisons, qu'elle se propage à ces pays. Afin de répondre à cette épidémie et de prévenir la propagation du virus, un plan de réponse d'urgence est en cours dans l'état de Borno et dans la région du bassin du lac Tchad. Le Nigéria est par ailleurs à nouveau catégorisé comme pays endémique pour la polio. Selon la [Global Polio Eradication Initiative](#), cette survenue de cas de polio au Nigéria met en lumière la fragilité du système de santé au Nigéria et l'impact des conflits et de l'insécurité. Elle rappelle aussi la nécessité de la surveillance, l'importance d'atteindre chaque enfant, surtout ceux qui se trouvent dans des zones difficiles à atteindre, et le besoin d'évaluer les régions à accès limité afin d'identifier les zones où le virus se cache et peut s'attaquer aux enfants et familles négligées et isolées. Pour les recommandations de vaccination pour les voyageurs revenant d'un pays infecté dans lequel ils ont séjourné au moins 4 semaines, consultez le site de [l'Institut de Médecine Tropicale](#).

### Paludisme – Le Sri Lanka libre de paludisme

Le 5 septembre, l'OMS a déclaré le Sri Lanka libre de paludisme. Cela signifie que durant trois années consécutives, aucun cas autochtone n'a été enregistré dans cet Etat insulaire qui a longtemps été un foyer de paludisme. Le Sri Lanka, île de vingt-deux millions d'habitants, est le deuxième pays du Sud-Est asiatique à avoir vaincu cette maladie susceptible d'infecter quelque 3,2 milliards de personnes dans le monde selon les données de l'OMS. Le Sri Lanka devra maintenir sa surveillance sanitaire pour identifier rapidement des cas importés principalement des pays voisins toujours infectés. Bien qu'entre 2000 et 2015, l'incidence du paludisme dans le monde aurait diminué de 37 % et la mortalité associée de 60 %, le poids de cette maladie reste important avec plus de 214 millions cas et 438 000 décès recensés en 2015. Dans sa « [stratégie mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030](#) », adoptée en mai 2015, l'OMS a fixé des objectifs ambitieux: réduire de 90 % l'incidence du paludisme d'ici à 2030, réduire de 90 % aussi le taux de mortalité liée à la maladie d'ici à 2030 et éliminer le paludisme dans au moins trente-cinq pays dans les mêmes délais. Pour plus d'informations sur le paludisme dans le monde, le rapport 2015 de l'OMS est disponible [ici](#).