

Nombre de cas déclarés en Wallonie (cas confirmés et probables)				
Pathologies	Total 2012	Total 2013	Trim 3 2013	Trim 3 2014
Anthrax				
Botulisme				
Brucellose	2			
Chikungunya autochtone				
Choléra				
Coqueluche	110	409	117	175
Dengue autochtone				
Diptérie/pseudodiptérie	1	1		
Fièvre du Nil autochtone				
Fièvres hémorragiques virales				
Fièvre jaune autochtone				
Fièvre Q	1	1		
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde	2			1
Hépatite A	19	57	18	14
Hépatite B aiguë	4	3	2	
Infection VTEC/EHEC simple	3	8	3	3
Infection EHEC avec SHU	2	5	4	2
Infection à Haemophilus influenzae b invasive		3		
Infection invasive à méningocoque	68	76	11	6
Legionellose	29	56	30	23
Listériose	21	20	10	8
Malaria autochtone				
Nouveaux serotypes d'influenza				
Oreillons	104	1.208	78	10
Peste				
Paralysie flasque aiguë				
Psittacose		8	8	
Rage				
Rickettsiose autochtone				
Rougeole (non inclus les cas post-vaccination)	24	10		1
Rubéole congénitale				
SARS et apparentés				
Episodes de Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC)	3	21	6	10
Toxoplasmose congénitale				
Tularémie	1			
Variole				

## Suivi des cas de déclaration : situations particulières

### **Sans-abris - tuberculose**

Le diagnostic d'un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse a été posé fin décembre 2013 dans un milieu de sans-abri. Il s'agissait d'un foyer accueillant 11 résidents avec un turn-over relativement important. Un premier dépistage par test tuberculinique a été organisé par le FARES en janvier 2014. Parmi les 10 personnes dépistées, 4 avaient une intradermo-réaction (ID) positive, dont 2 avec une RX normale, une avec une pathologie respiratoire chronique et une avec des séquelles de tuberculose. Deux ID étaient négatives, une était douteuse et 3 n'ont pas pu être lues. Cette communauté était difficile à investiguer vu le type de population. La plupart des sans-abri présentaient des troubles d'alcoolisme, de toxicomanie et/ des problèmes psychiatriques graves. Les 4 personnes avec ID positive lors du premier dépistage ont toutes développé une tuberculose pulmonaire contagieuse dans les mois suivants (mars à septembre 2014) ; leurs contacts ont fait l'objet d'un dépistage complémentaire. Les souches ont été génotypées par le centre national de référence des mycobactéries du WIV-ISP, ce qui a permis de confirmer qu'il s'agit bien de la même souche de bacille de Koch (BK). Une rencontre a eu lieu avec le responsable du centre d'accueil (infirmier), le médecin inspecteur et le FARES afin de déterminer avec tous les acteurs concernés la meilleure manière de gérer la suite de cette mini-épidémie. Actuellement, 2 personnes sont guéries, les 3 autres bénéficient d'un traitement directement observé soit dans l'institution d'accueil, soit en hôpital psychiatrique. Une vigilance particulière est apportée aux autres résidents afin de diagnostiquer tout nouveau cas de tuberculose de manière précoce et ainsi contrôler l'épidémie. En conclusion, face à des populations vulnérables, la collaboration et la concertation sont essentielles pour assurer l'encadrement des patients tuberculeux et de leurs contacts.

### **Personnes âgées – gale**

Des cas de gale furent mis en évidence chez une personne exerçant la profession d'aide-soignante et parmi les membres de sa famille. Dans la maison de repos et de soins (MRS) dans laquelle elle travaillait, 3 résidents présentaient depuis plusieurs semaines un prurit. Après investigation, et en collaboration avec la cellule de surveillance des maladies infectieuses, un dépistage systématique des résidents et du personnel fut organisé : 10 cas ont alors été détectés sur l'ensemble des 82 personnes dépistées. Avec la coopération du médecin coordinateur et des différents médecins traitants, un traitement systématique de tous les résidents et du personnel a été instauré. Celui-ci a d'ailleurs été élargi aux familles des membres du personnel atteints. D'autres mesures ont été prises (lavage systématique de la literie, informations aux familles des résidents,...).

Le diagnostic de gale n'est pas toujours aisé chez les personnes âgées et n'est pas souvent le premier diagnostic évoqué. Cette difficulté peut entraîner un délai dans la prise en charge : des cas secondaires apparaissent alors généralement en MRS parmi les résidents et/ou parmi le personnel de soins. Vu le temps d'incubation de la pathologie et la difficulté liée au diagnostic, il est alors important de traiter l'ensemble de la collectivité en même temps.

Les cas individuels de gale ne sont pas à déclaration obligatoire auprès de la cellule de surveillance des maladies infectieuses. Cependant, sous forme épidémique et parce qu'elle peut entraîner une panique dans le personnel de soins et parmi les familles, il est intéressant de demander un appui de la cellule de surveillance.

Vous trouverez plus d'infos sur la fiche « Gale » disponible [ici](#) et sur [le guide français d'investigation et d'aide à la gestion des épidémies de gale communautaires](#).