

BULLETIN DE RÉTRO-INFORMATION 2017-1

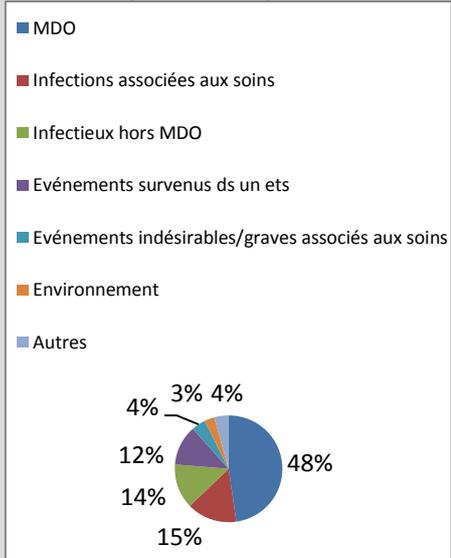
CHIFFRES CLÉS

2288
signalements reçus en IDF

48%
concernent les MDO*

entre le 01/01/2017 et le 31/03/2017

Typologie des signalements réceptionnés au point focal régional



Typologie des MDO prises en charge par l'ARS (répartition pour votre dép. en fin de bulletin)

Tularémie	1
Tuberculose	630
TIAC	124
Suspicion MCJ	6
Saturnisme enfant	52
Rougeole	21
Mésotéliome	43
Listériose	20
Légionellose	37
IIM	29
Hépatite B	3
Hépatite A	90
Fièvre typhoïde/para	16
Diphthérie	1
Dengue	9
Chikungunya	1
Brucellose	5
Botulisme	1

À LA UNE

Tensions d'approvisionnement en vaccins contre les hépatites

La Direction générale de la santé (DGS) a annoncé des mesures pour faire face aux tensions actuelles d'approvisionnement en vaccins contre l'hépatite B destinés aux adultes et en vaccins monovalents adultes et pédiatriques contre l'hépatite A.

Pour l'hépatite B, ces mesures passent par une définition des populations prioritaires (professionnels soumis à la vaccination obligatoire et notamment les professionnels de santé, patients candidats à une greffe d'organe, personnes susceptibles de recevoir des transfusions massives, patients dialysés ou présentant une insuffisance rénale chronique, personnes ayant des partenaires sexuels multiples, détenus, etc.) et par une distribution réservée aux établissements de santé pour la vaccination.

Pour l'hépatite A, la DGS modifie transitoirement la stratégie de vaccination :

- effectuer une seule dose pour les nouvelles vaccinations ;
- ne pas faire de rappel aux personnes ayant déjà reçu une dose même si elles sont à nouveau en situation d'exposition (sauf pour les personnes immunodéprimées) ;
- vacciner en priorité les enfants à partir de l'âge de 1 an qui vont se rendre dans un pays de haute endémicité, les personnes de l'entourage d'un ou plusieurs cas confirmés, les voyageurs exposés à un risque élevé de contamination et les personnes immunodéprimées exposées ;
- pratiquer une sérologie préalable prouvant l'absence d'immunisation chez les personnes atteintes de mucoviscidose et/ou de pathologies pouvant évoluer vers une hépatopathie chronique, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et chez les adultes nés avant 1945.

Portail de signalement des événements sanitaires indésirables

Depuis début mars, le portail unique de signalement des événements indésirables est désormais accessible aux professionnels et aux usagers sur le site du ministère de la santé (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>).

Le but de ce portail est de promouvoir et de recueillir le signalement d'événements sanitaires indésirables en orientant le public, les professionnels de santé, les professionnels du secteur sanitaire et médico-social ainsi que les industriels vers un formulaire de déclaration.

Les événements sanitaires indésirables pouvant être déclarés sont : les événements indésirables graves associés aux soins, les événements significatifs en radioprotection, les infections associées aux soins, les événements relatifs à l'assistance médicale à la procréation, à l'addictovigilance, la biovigilance, la cosmétovigilance, l'hémovigilance, la matériovigilance, la pharmacovigilance humaine et vétérinaire, la réactovigilance, la toxicovigilance et à la vigilance alimentaire, les effets indésirables associés aux produits de tatouage et les événements sanitaires indésirables associés aux logiciels qui ne sont pas des dispositifs médicaux utilisés par les laboratoires de biologie médicale.

La rougeole est une infection virale hautement contagieuse dont la transmission se fait essentiellement par voie aérienne.

La période d'incubation dure 10 à 12 jours.

La phase d'invasion dure 2 à 4 jours et se manifeste par l'apparition d'une fièvre à 38,5°C, d'un catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite) accompagné d'un malaise général avec asthénie. Le signe de Köplik, pathognomonique, est inconstant. Il apparaît vers la 36^{ème} heure puis disparaît après le début de l'éruption.

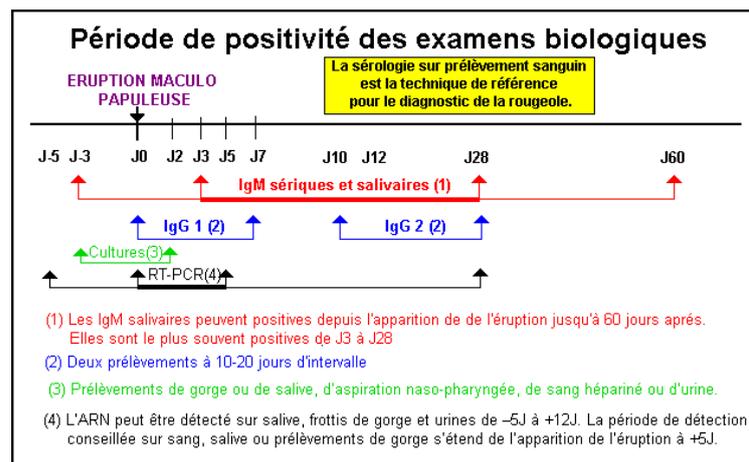
Après exposition, le délai d'apparition de l'éruption est de 14 jours en moyenne (de 7 à 18 jours). L'éruption maculo-papuleuse dure 5-6 jours. Elle débute au niveau de la tête et s'étend progressivement de haut en bas et vers les extrémités, en 3 jours.

Les formes compliquées (pneumonie, encéphalite aiguë) sont plus fréquentes chez les patients âgés de moins de 1 an et de plus de 20 ans.

La phase de contagiosité démarre la veille de l'apparition des prodromes et s'étend jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

Compte-tenu de la raréfaction de la maladie, le diagnostic de la rougeole doit être confirmé biologiquement :

- mise en évidence d'IgM spécifiques dans le sérum ou la salive (le prélèvement doit être réalisé entre J3 et J28 après le début de l'éruption) ;
- augmentation du titre d'anticorps, en s'assurant qu'il n'y a pas eu de vaccination récente ;
- détection de l'ARN du virus par RT-PCR ;
- isolement du virus par culture.



Votre rôle en tant que professionnel de santé

Signaler immédiatement à la plateforme de l'ARS toute situation répondant aux critères suivant :

- **Cas clinique** : association d'une fièvre à 38,5°C, d'une éruption maculo-papuleuse et au moins un des signes suivants : toux, coryza, conjonctivite ou signe de Köplik ;
- **Cas confirmé biologiquement** : détection (en l'absence de vaccination récente) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole ; séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination récente) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence ; détection du virus par PCR sur prélèvements sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire ; culture positive sur prélèvements sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire ;
- **Cas confirmé épidémiologiquement** : cas qui répond à la définition d'un cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé.

En pratique, dès réception, le signal est pris en charge par un gestionnaire qui prend contact avec l'équipe soignante pour confirmer le cas. Il assure immédiatement l'enquête épidémiologique pour identifier les personnes contacts. Chaque contact identifié est appelé individuellement afin de vérifier son statut vaccinal et préconiser si besoin une vaccination pour les sujets potentiellement réceptifs (= sans antécédent certain de rougeole ou n'ayant pas reçu 2 doses de vaccin) à réaliser dans les 72h suivant le contage. Dans certains cas (femmes enceintes réceptives, immunodéprimés, enfants < 6 mois dont la mère présente une rougeole ou est réceptive, enfants de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition dans les 72h après contact), une injection d'immunoglobulines polyvalentes en post-exposition dans les 6 jours suivant le contage est discutée au cas par cas avec le service hospitalier.

Le 22 février 2017, l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île de France a reçu un signalement de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) relative à l'ingestion d'un aliment contaminé par des trichines, en provenance d'une production familiale serbe. Ce signal concernait un patient hospitalisé et résidant en Seine Saint-Denis.

La Cellule de Veille Alerte et Gestion des Signaux de la Seine Saint-Denis (CVAGS-DD93) a pris en charge l'investigation de ce signalement en provenance du service de médecine interne du Centre Hospitalier de Montreuil, concernant une unique patiente âgée de 47 ans dont le diagnostic de trichinose était posé par une sérologie positive. Le caractère collectif du signalement, anticipé par le déclarant, a été confirmé par la suite. En effet, l'investigation a montré que la consommation de la viande contaminée avait eu lieu dans un village de Serbie, en compagnie du conjoint et d'une amie revenus en France en même temps que le cas déclaré. Il est apparu que ces derniers avaient également présenté des symptômes évocateurs de la maladie, attribués initialement à un syndrome grippal en contexte épidémique. Les sérologies pratiquées par la suite ont confirmé l'infection parasitaire chez ces deux patients.

Les 30 et 31 décembre 2016, et le 6 janvier 2017, trois animaux étaient abattus en Serbie, et consommés pour une part le lendemain, l'autre partie ayant été distribuée en France à des membres de la famille, des amis, et des collègues de travail.

Avec l'aide de la Cire IDF, l'ARS-DD93 a identifié dix-huit personnes exposées en sus des trois premières, qui ont été orientées vers le service de médecine interne du Centre Hospitalier de Montreuil. Sur les 21 consommateurs contactés, 16 sérologies ont été prélevées, cinq ont refusé l'examen. Neuf sérologies se sont avérées positives, et les patients ont été hospitalisés pour bénéficier d'un traitement corticoïde et anti-helminthique, les 7 autres sérologies étaient négatives.

Des échantillons de saucisson et de viande séchée ont été analysés à l'hôpital Cochin, à la demande de la Cire, confirmant la présence de *Trichinella spiralis* respectivement à 51 et 62 larves/g. La TIAC a également fait l'objet d'un signalement CORRUSS, via SISAC, et les autorités serbes ont été alertées de la contamination possible de huit personnes exposées demeurées en Serbie, et présentant des symptômes pour au moins trois d'entre elles.

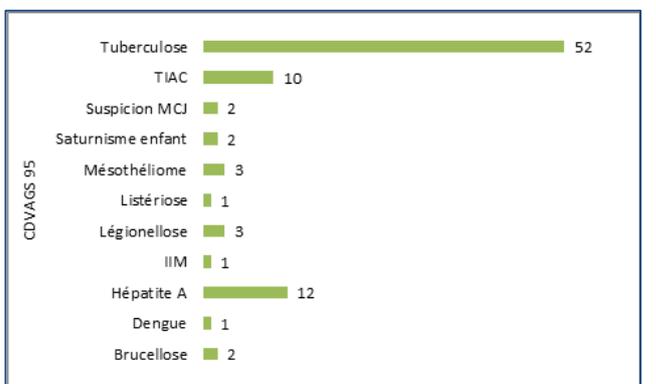
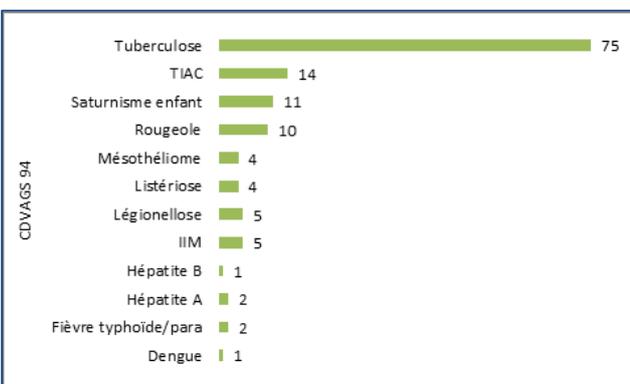
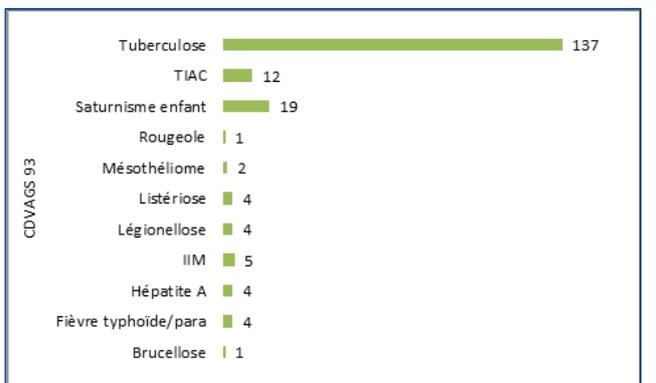
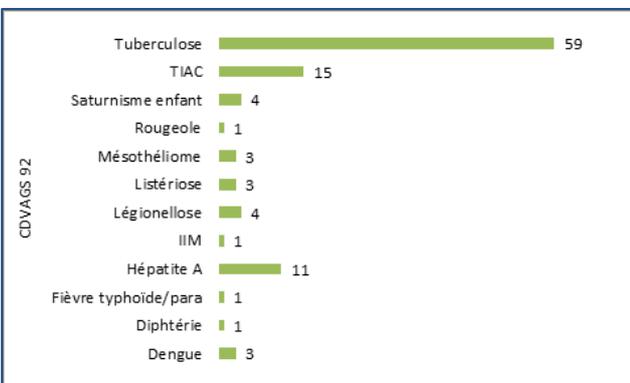
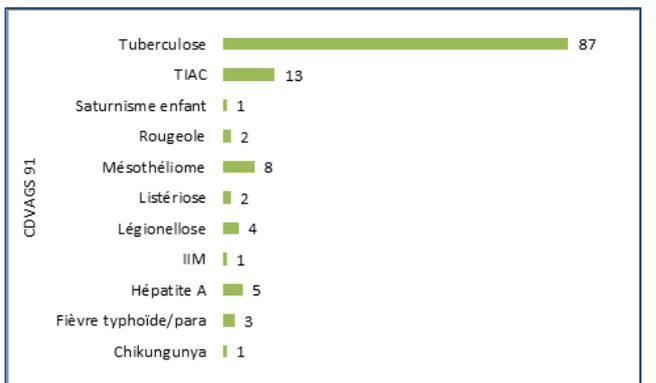
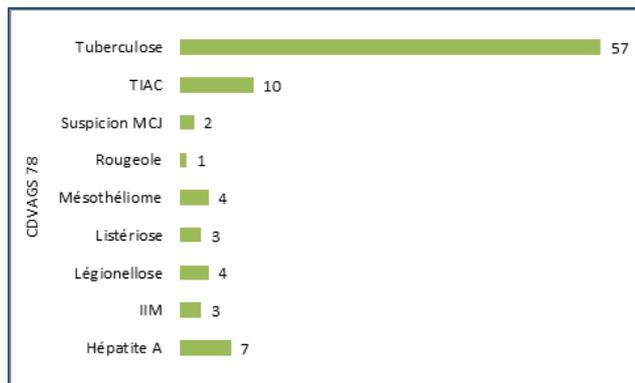
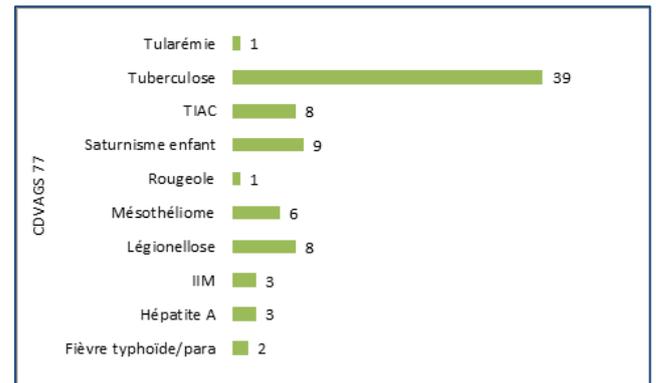
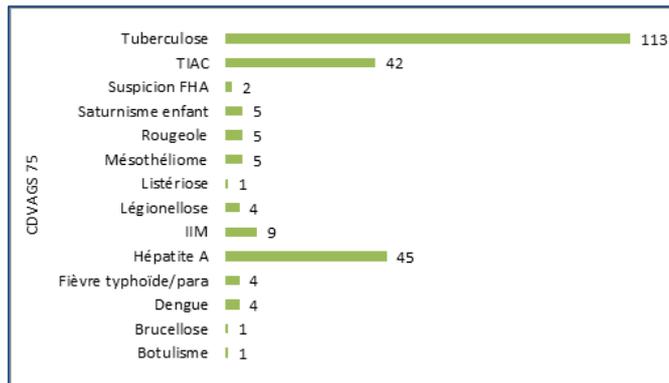
La trichinose est considérée comme une TIAC et fait l'objet d'une déclaration obligatoire à l'autorité sanitaire. Le critère de notification d'une TIAC est la survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

La trichinellose ou trichinose, est une maladie parasitaire due à la présence dans l'organisme d'un vers appelé trichine (*Trichinella spiralis*), survenant suite à l'ingestion de viandes de porc, sanglier ou cheval insuffisamment cuites. Les femelles fécondées pénètrent dans la paroi de l'intestin grêle pour y pondre des embryons qui accèdent au cœur gauche par la voie lymphatique, puis gagnent les muscles striés où les larves sont arrêtées dans leur migration par l'étroitesse de la circulation capillaire.

Classiquement, la maladie évolue en quatre périodes d'intensité variable et parfois mortelles. La phase intestinale fébrile s'installe en 48 heures et correspond à la fixation des adultes dans l'intestin ; la période de dissémination larvaire s'accompagne d'œdèmes généralisés, en particulier palpébraux (« maladie des grosses têtes »). A la troisième semaine les larves s'enkystent et les myalgies apparaissent accompagnées d'une possible atteinte cardiaque thrombotique ou infectieuse. Après le troisième mois, la phase terminale se traduit par des douleurs musculaires pouvant évoluer pendant plusieurs années. Il existe des formes asymptomatiques. Le diagnostic est sérologique.

En France, l'élevage et l'abattage des animaux sont réalisés sous contrôle vétérinaire. Une contamination par ce biais reste exceptionnelle. Aussi, les cas rapportés sont essentiellement liés aux consommations de produits de la chasse, de viandes importées, ou lors de séjours touristiques.

Signaux reçus entre le 01/01/2017 et le 31/03/2017

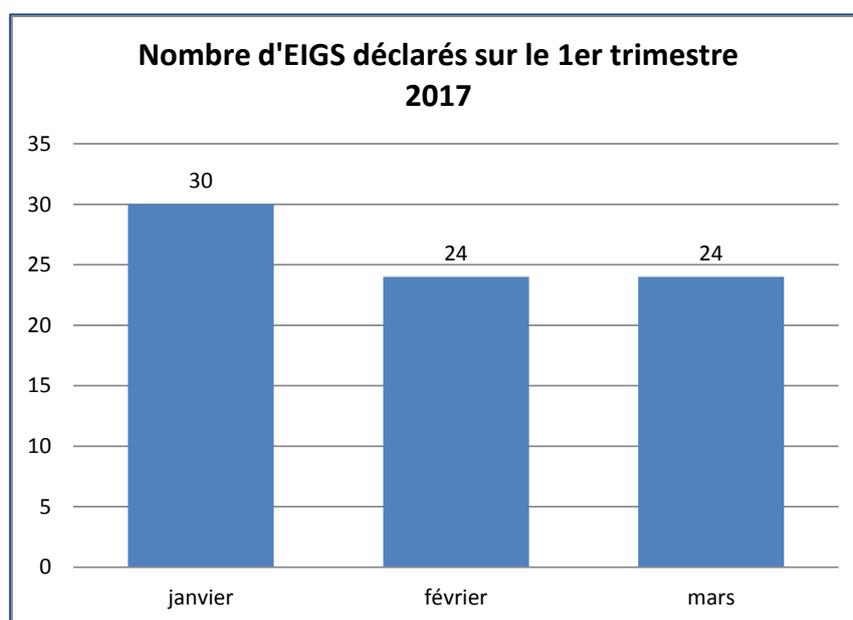


Un portail et un formulaire unique de déclaration

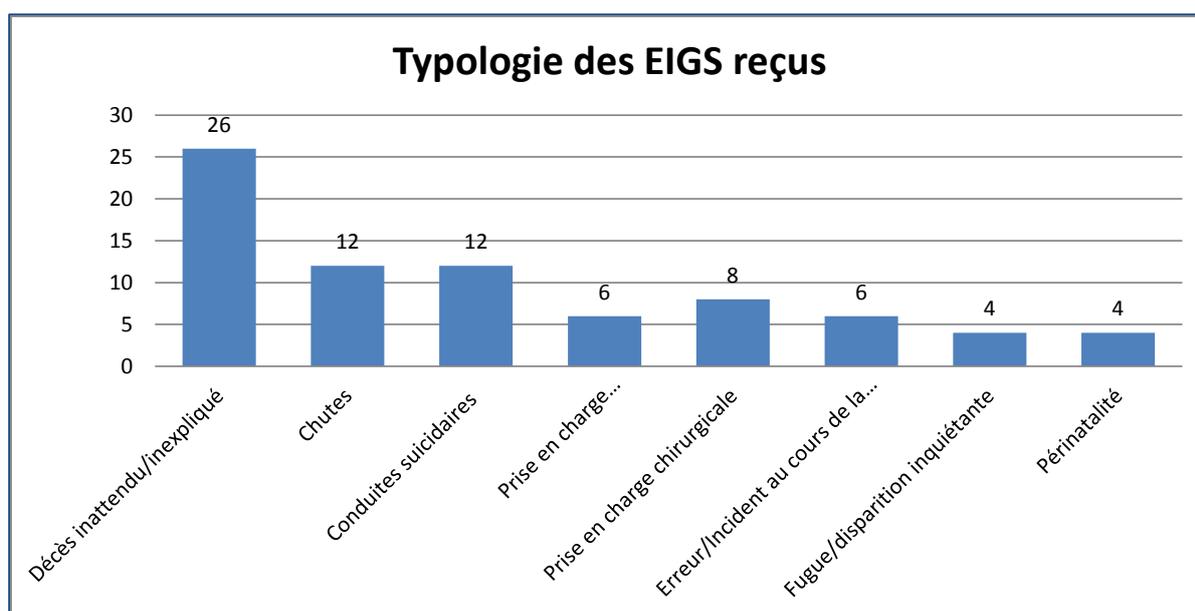
Depuis le 13 mars, le portail unique de signalement des évènements indésirables graves associés aux soins est désormais accessible aux professionnels et aux usagers sur le site du ministère de la santé (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>). Le signalement par ce portail donne accès au volet 1 (de déclaration initiale) et au volet 2. Cette deuxième partie est celle qui permet à l'établissement de détailler les analyses conduites et les mesures correctrices prises. Après validation par l'ARS, cet EIG est clos, anonymisé et transmis automatiquement à la HAS.

Ce portail simplifie l'accès aux déclarations en permettant, par exemple, de faire simultanément une déclaration EIGS à l'ARS et à la vigilance concernée.

Au cours du premier trimestre 2017, l'ARS a reçu **78 déclarations d'EIGS** (graphique 1). La répartition des EIG déclarés selon leur typologie est présentée dans le graphique 2.



Graphique 1 : Répartition des déclarations EIG au cours du 1^{er} trimestre 2017



Graphique 2 : Répartition des déclarations EIG selon leur typologie

POUR SIGNALER

Un point d'entrée unique, pour signaler une maladie à déclaration obligatoire ou un autre événement à l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France :



Une nouvelle présentation prenant en compte le portail national de déclaration sera bientôt disponible

CONTACT

Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS)

35, rue de la gare, 75935 PARIS CEDEX19

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Signalements.104663.0.html>

Formulaires

Retrouver tous les formulaires nécessaires pour vos déclarations sur le site de la PAPS

<http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Maladies-a-declaration-obligatoire-ou-autre-signalement.21146.0.html>

Pour la déclaration des **EIGS**, utiliser impérativement le formulaire national unique de déclaration, via le portail national des signalements : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

ARCHIVES

Retrouver les numéros précédents du Bulletin de Rétro Information sur le site de la PAPS :

<http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Maladies-a-declaration-obligatoire-ou-autre-signalement.21146.0.html>