

BULLETIN DE RÉTRO-INFORMATION 2017-3

CHIFFRES CLÉS

2438

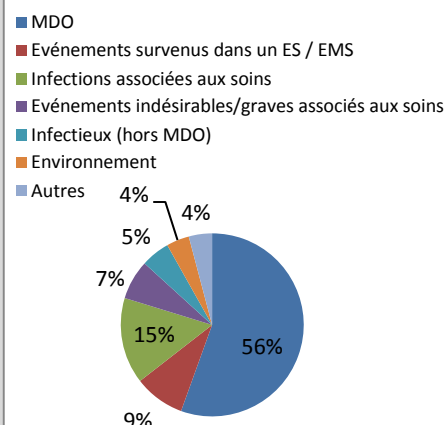
signalements reçus en IDF

56%

concernent les maladies à déclaration obligatoire (MDO)

entre le 01/07/2017 et le 30/09/2017

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)

Brucellose	3
Chikungunya	6
Dengue	41
Diphthérie	1
Fièvre hémorragique...	2
Fièvre typhoïde et...	26
Hépatite A	328
Hépatite B	1
Infection Invasive à...	23
Légionellose	119
Listériose	18
Mésothéliome	21
Rage	4
Rougeole	30
Saturnisme enfant	25
Signalement accéléré...	9
Suspicion Creutzfeldt...	5
Toxi-Infection...	113
Tuberculose	572
Tularémie	2
Zika	5

À LA UNE

Epidémie de peste à Madagascar

Une épidémie de peste sévit actuellement à Madagascar : pays où cette maladie est présente de septembre à avril chaque année.

Le bilan de l'Organisation mondiale de la santé en date du 1^{er} octobre 2017 faisait état de 73 cas suspects, probables ou confirmés de peste pulmonaire et de 17 décès à la date du 30 septembre 2017.

Par rapport aux années précédentes, ce nouvel épisode présente des caractéristiques inhabituelles :

- une proportion importante de formes pulmonaires (à transmission interhumaine) ;
- une présence de cas dans des zones à forte densité de population dont la capitale Antananarivo.

Le risque d'importation d'un cas de peste sur le territoire national est considéré comme faible mais nécessite une vigilance renforcée afin de détecter sans retard tout cas suspect de peste.

Toute suspicion de peste doit être signalée à l'ARS (dispositif de déclaration obligatoire) et l'identification de sujets contacts éventuels doit être initiée sans délai, en lien avec la CIRE.

Pour plus d'information :

[Définitions des cas et des sujets contacts](#) d'un cas de peste validées de Santé Publique France au 04/10/2017

[Fiche « Radar »](#) rédigée par la COREB et la SPILF sur la conduite à tenir devant un cas suspect de peste

Contacts infectiologiques en Ile-de-France :

Pitié-Salpêtrière : SMIT 01.42.16.01.07

Bichat : unité risque épidémiologique et biologique 01.40.25.78.04 (heures ouvrées) – standard (nuit et WE) 01.40.25.80.80

Necker : service risque épidémiologique et biologique 01.44.49.42.13

HIA Begin : SMIT 06.89.87.16.64

Vaccination contre la grippe saisonnière

La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière pour la saison 2017-2018 a débuté le 6 octobre et se poursuivra, sauf prolongation liée au contexte épidémiologique, jusqu'au 31 janvier 2018.

A cette occasion, la Direction générale de la santé rappelle **le caractère essentiel de la vaccination contre la grippe saisonnière des professionnels de santé.**

Les personnels soignants ont en effet un risque majoré de contracter la grippe. La vaccination présente pour eux un intérêt individuel, mais également collectif en permettant une protection indirecte de leurs patients. Dans un contexte de lutte contre les infections à transmission nosocomiale, la vaccination représente le moyen le plus efficace de prévention de la grippe saisonnière.

L'application de précaution standard comme l'hygiène des mains et les mesures barrières (en particulier le port d'un masque chirurgical) reste un complément indispensable à la vaccination.

Zoonose transmissible à l'homme, la rage est due à un virus de la famille des Rhabdoviridae. La contamination de l'homme se fait à partir d'un animal infecté essentiellement au moyen de la salive par morsure, griffure, léchage sur peau excoriée ou sur muqueuse. Les animaux concernés sont domestiques (chiens et chats le plus souvent) ou sauvages (renards, loups, chauve-souris).

La rage humaine est une des 33 maladies à déclaration obligatoire à notifier à l'ARS pour mise en place en urgence des mesures de gestion autour du cas.

Le dernier cas de rage humaine acquis sur le territoire métropolitain date de 1924. Ainsi la rage humaine en France métropolitaine est exclusivement une maladie d'importation (23 cas depuis 1970) en provenance, par ordre de fréquence, du Maghreb, de l'Afrique noire, d'Égypte, d'Inde et du Mexique.

Un cas autochtone a été rapporté en 2008 en Guyane chez un homme infecté par un virus hématophage de chauve-souris d'Amérique latine.

L'incubation de la rage humaine est en moyenne d'un à trois mois (10 jours seulement en cas de morsure au visage). Deux formes cliniques principales sont décrites : la spastique « furieuse » et la paralytique « muette ». A la phase d'état, s'installe un tableau d'encéphalopathie progressive aiguë pas toujours spécifique.

L'évolution est rapidement fatale. Le diagnostic biologique repose principalement sur la PCR salivaire puis la certitude post mortem par la mise en évidence des antigènes viraux dans l'encéphale par immunofluorescence ou culture virale sur cerveau frais.

Chez l'animal, la rage se manifeste par l'apparition de comportements anormaux de type convulsions/hallucinations chez les chiens et agressivité chez les chats, suivie du décès dans les trois à six jours. Les animaux sont contaminants cinq à sept jours avant l'apparition des signes.

En pratique

En cas de suspicion de rage animale, les alertes sont transmises par les services vétérinaires des DDPP (Directions départementales de la protection des populations) au point focal régional de l'ARS. Il s'agit le plus souvent d'animaux illégalement importés.

Dans le cadre de la gestion de ces alertes et dans l'attente de la confirmation du diagnostic par l'autopsie de l'animal, les services de la DDPP assurent une surveillance des contacts animaliers tandis que les services de l'ARS recherchent les personnes ayant eu une exposition à risque afin de les orienter vers un centre antirabique.

En 2013, le point focal régional a reçu un signalement de suspicion de rage chez un chaton retrouvé mort à Argenteuil (95).

Une investigation autour du lieu de découverte a été réalisée afin de découvrir l'origine du chaton, retracer son parcours et déterminer les contacts animal et humain.

Le chaton importé illégalement en France depuis le Maroc avait séjourné dans trois familles différentes avant de s'enfuir. L'Institut Pasteur a confirmé l'origine marocaine de la souche.

L'enquête réalisée a permis :

- la mise sous traitement prophylactique de 20 personnes ayant été en contact avec le chaton ;
- l'identification de 62 animaux « éventuellement contaminés », placés sous surveillance pendant 6 mois ;
- l'identification de quatre animaux « contaminés », euthanasiés ;
- l'identification de 14 animaux « assimilés contaminés » dont huit ont été euthanasiés.

En 2017, le point focal de l'ARS a été informé de trois cas de suspicion de rage animale. Il s'agissait de deux chatons et d'un furet illégalement importés d'un pays du Maghreb et d'Europe centrale. Ces trois cas ont été infirmés par l'Institut Pasteur. Cependant dans l'attente des résultats sept personnes en contact direct (morsure ou griffures) avec les animaux ont reçu une ou plusieurs vaccinations antirabiques.

Par ailleurs, en septembre 2017 un cas de rage humaine importé a été notifié à l'ARS. Il s'agissait d'un patient de 42 ans non domicilié en France et hospitalisé à Paris pour des troubles neurologiques de type encéphalite non spécifique en juin 2016 et décédé en juillet 2016. Le diagnostic de rage n'a pu être évoqué d'emblée et ce patient est alors entré dans un protocole de recherche pour lequel le cerveau et d'autres structures nerveuses ont été prélevés. Le diagnostic de rage a pu être confirmé tardivement en post-mortem et un séquençage de l'ADN a permis de déterminer l'origine géographique de la souche (bengalaise). La gestion des cas de rage importés nécessite une collaboration rapprochée avec les autorités sanitaires des pays d'importation de la rage animale.

Recommandations

La vaccination préventive contre la rage est indiquée en cas de séjour prolongé ou aventureux et en situation d'isolement dans un pays à haut risque (surtout en Asie et notamment en Inde). Elle est recommandée en particulier chez les jeunes enfants dès l'âge de la marche. La primo-vaccination consiste en trois injections à J0, J7, J21 ou J28, et un rappel un an plus tard. La durée de protection est de cinq ans.

La vaccination préventive ne dispense pas d'un traitement curatif qui doit être mis en œuvre le plus tôt possible en cas d'exposition avérée ou suspectée. En cas de morsure le patient doit consulter son médecin pour orientation auprès du Centre antirabique et l'animal doit bénéficier d'une surveillance légale obligatoire par un vétérinaire.

L'importation d'animaux domestiques ou sauvages est strictement interdite s'ils ne répondent pas aux conditions réglementaires d'importation : espèces dont le commerce est autorisé, statut sanitaire et vaccinal faisant l'objet d'un certificat officiel.

La meilleure protection en pays à haut risque est de ne pas s'approcher d'animaux errants.

Références:

Haut Conseil de la Santé Publique : Guide pour l'immunisation en post exposition (vaccination et immuno-globulines) du 19 février 2016. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=548>

Centre antirabique de l'Institut Pasteur/Centre national de référence : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/consultations/centre-antirabique>

La délégation départementale des Yvelines a reçu le 20 septembre 2017 le signalement de deux cas de méningites à *Streptococcus pneumoniae*, survenus à quelques jours d'intervalle, chez deux enfants de 21 et six mois, fréquentant une même crèche d'une seule section à Houdan.

Les deux enfants ont été hospitalisés les 17 et 19 septembre au centre hospitalier de Rambouillet, avec une évolution favorable sous antibiothérapie. Les deux enfants avaient été vaccinés contre le pneumocoque par le Prévenar® (vaccin polysidique conjugué à 13 valences).

Les souches ont été adressées au Centre national de références (CNR) des pneumocoques pour identification précise. La souche du premier cas était un sérotype 25A, sérotype non vaccinal très rarement identifié dans les infections invasives de l'enfant, de virulence relative et sensible aux antibiotiques.

En attendant la confirmation de l'identité de la souche du deuxième cas, et dans l'hypothèse d'une souche commune aux deux cas, une réunion pluridisciplinaire (CNR, ARS, microbiologiste, Santé Publique France) a été réalisée le 21 septembre et a proposé :

- d'informer les parents des 38 enfants accueillis dans la crèche ;
- de ne pas mettre en place d'antibiothérapie systématique compte-tenu de la relative virulence de la souche 25A, mais de rechercher chez tous les enfants et le personnel de la crèche un portage nasopharyngé et de traiter seulement les enfants et adultes qui se révéleraient porteurs de la souche 25A identifiée.

Une étude de portage a donc été réalisée sur le site de la crèche le 25 septembre par la réalisation de prélèvements nasopharyngés chez 29 enfants et 10 adultes présents.

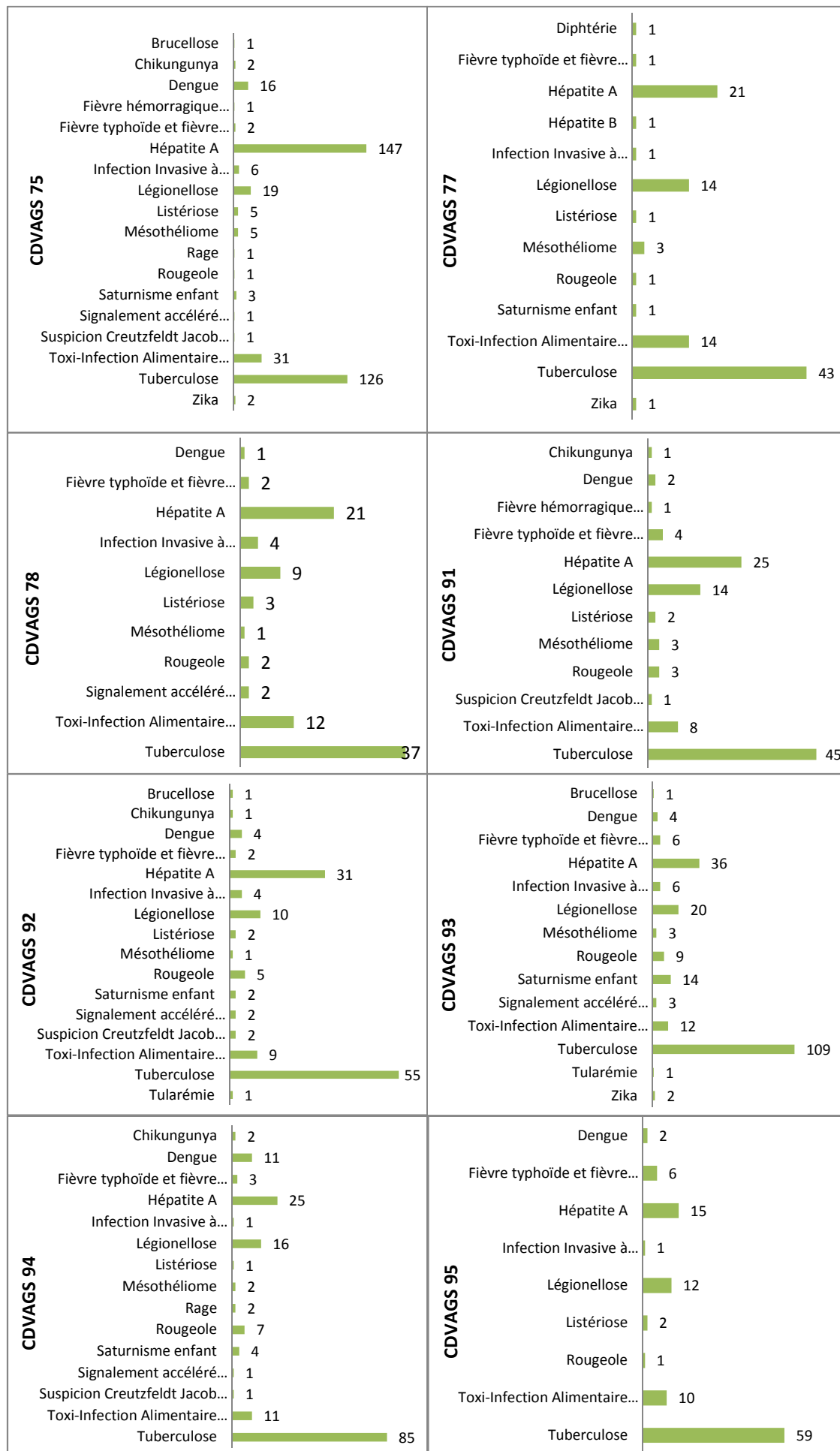
Cette étude de portage a révélé que 24 enfants (83%) et un adulte (10%) prélevés étaient porteurs du pneumocoque. Neuf sérotypes (10A, 12F, 16F, 17F, 19F, 23A, 23B, 25A, 35B) différents ont été identifiés. A l'exception du sérotype 19F (retrouvés chez deux enfants), les sérotypes mis en évidence ne sont pas couverts par le vaccin conjugué à 13 valences. Le sérotype 25A a été retrouvé une seule fois au sein de la crèche. L'enfant concerné a été mis sous traitement antibiotique préventif.

Au final, la souche du deuxième cas était un sérotype 12F (sérotype non vaccinal également). Ces deux cas de méningites à pneumocoque ayant été causés par deux sérotypes différents, aucune antibioprofylaxie, ni prise en charge médicale particulière n'a été préconisée pour les autres enfants de la crèche.

Plus d'information :

[Fiche « Repères pour votre pratique »](#) de Santé Publique France sur les infections invasives à pneumocoque

Signaux reçus entre le 01/07/2017 et le 30/09/2017



Au cours du second trimestre 2017, l'ARS a reçu 59 déclarations d'Evènements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

La répartition des EIGS déclarés selon le secteur d'activité et leur typologie sont présentées dans les figures 1 et 2. On note une légère progression de la part des EIGS déclarés par le secteur médico-social.

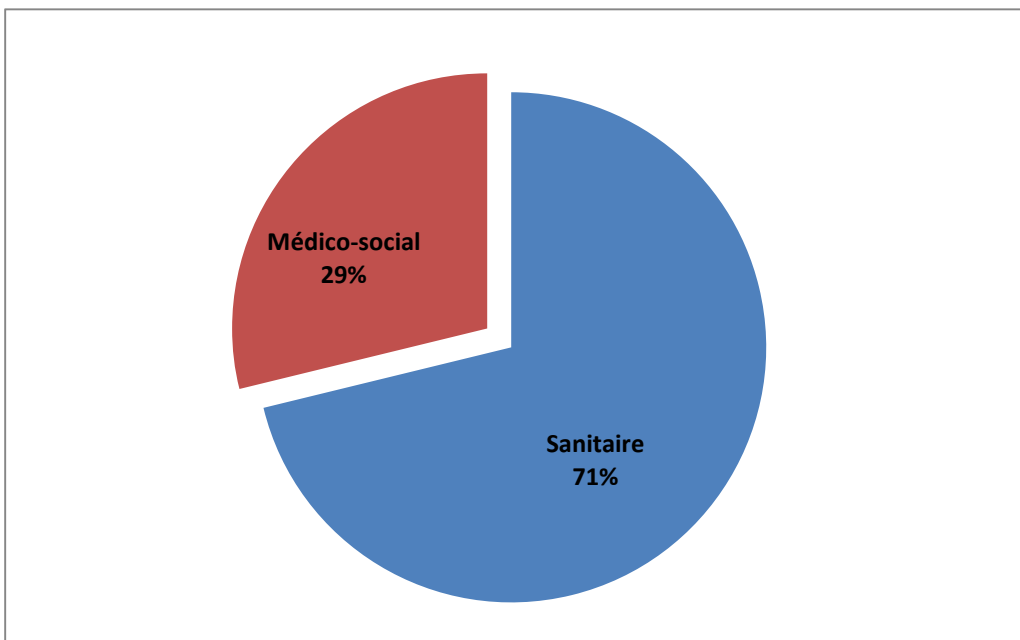


Figure 1. Répartition des EIGS déclarés selon le secteur d'activité

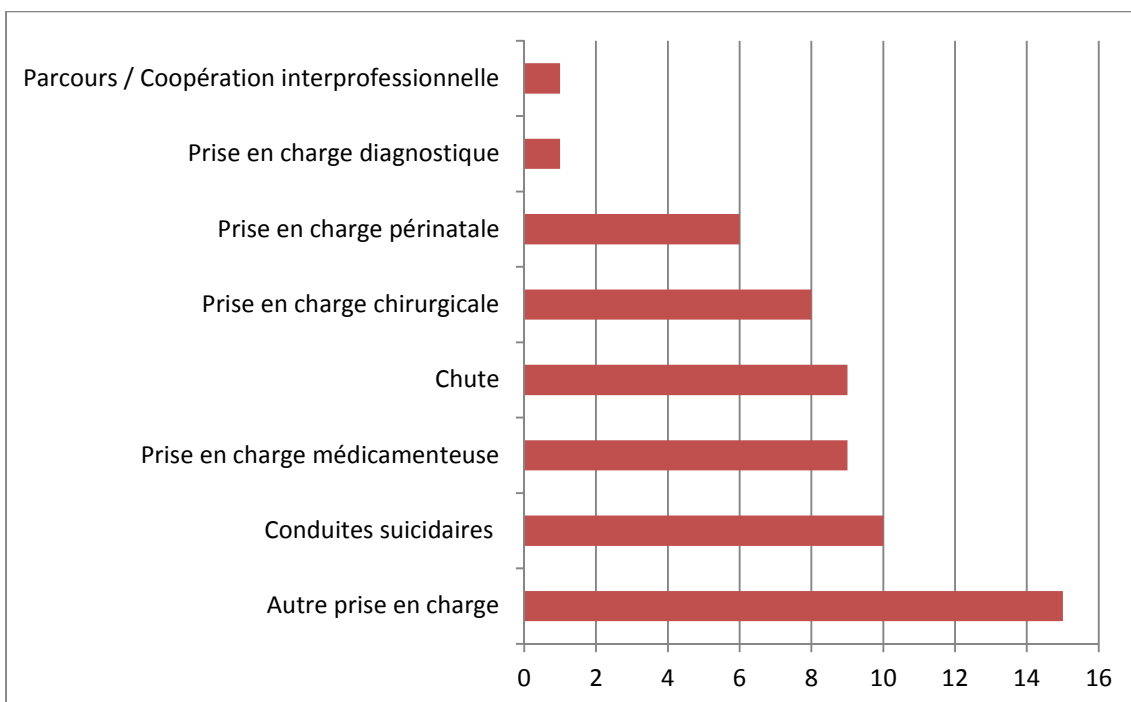


Figure 2. Répartition des EIGS déclarés selon la typologie

POUR SIGNALER

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



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>

LIENS UTILES

Portail d'accompagnement des professionnels de santé :

<http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Accueil.16336.0.html>

Santé Publique France : <http://www.santepubliquefrance.fr/>