

BULLETIN DE RÉTRO-INFORMATION 2017-4

CHIFFRES CLÉS

2285

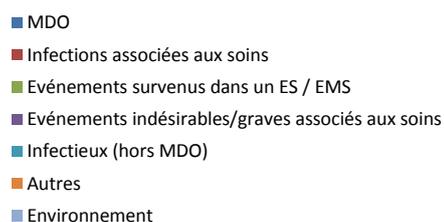
signalements reçus en IDF

46%

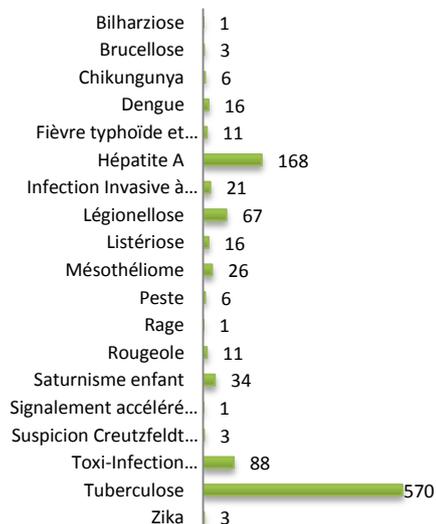
concernent les maladies à déclaration obligatoire (MDO)

entre le 01/10/2017 et le 31/12/2017

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)



À LA UNE

Extension de l'obligation vaccinale

Devant une couverture vaccinale insuffisante pour certaines vaccinations, la réapparition d'épidémies et à la suite des recommandations émises à l'issue de la concertation citoyenne organisée en 2016, le ministère de la Santé a recommandé, en juillet 2017, d'élargir l'obligation vaccinale à huit vaccins supplémentaires chez les bébés de moins de 2 ans (Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite B, Méningocoque C, Pneumocoque, Rougeole, Oreillons et Rubéole).

Ces huit vaccins, dont bénéficie déjà la grande majorité des enfants, sont donc obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2018 chez l'enfant de moins de 2 ans, en plus des trois vaccins qui étaient obligatoires depuis de nombreuses années (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite). Cette loi ne concerne que les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

En pratique, l'extension à 11 vaccins obligatoires représente 10 injections pour les enfants, étalées sur deux ans.

Ces vaccins seront exigés pour l'entrée à la crèche, puis à l'école. Les premières vérifications interviendront à partir du 1^{er} juin 2018. Aucune sanction ou amende ne sera appliquée pour les parents réfractaires mais la « soustraction par un parent à ses obligations légales compromettant la santé de son enfant » restera un délit puni jusqu'à deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.

Chez les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite aux âges de 2, 4 et 11 mois restent obligatoires et seront exigées pour l'entrée en collectivité.

Tous les vaccins obligatoires seront pris en charge à 100% : 65% par l'Assurance maladie et à 35% par les mutuelles complémentaires. Les centres de vaccination et les services de Protection maternelle et infantile proposeront par ailleurs des prises en charge totalement gratuites.

Pour plus d'infos :

- Site vaccination-info-service.fr
- Site du ministère de la santé

Epidémie de grippe saisonnière

En ce début d'année, toutes les régions de la France métropolitaine sont touchées par l'épidémie de grippe saisonnière qui se caractérise par une très forte intensité, avec prédominance du virus de type A(H1N1), et touchant particulièrement les jeunes de moins de 15 ans.

La Direction générale de la santé rappelle l'importance de continuer à observer les bons gestes de prévention.



1. Se laver les mains
2. Se couvrir le nez et la bouche quand on tousse ou éternue
3. Se moucher dans un mouchoir à usage unique
4. Éviter de se toucher le visage, en particulier le nez et la bouche

Et quand on est atteint par les virus de l'hiver :

5. Limiter les sorties, contacter le médecin si besoin
6. Limiter les contacts directs et indirects (via les objets)
7. Porter un masque (notamment au contact des personnes fragiles)

Les coronavirus forment une famille comptant un grand nombre de virus provoquant des maladies très diverses chez l'homme, allant du rhume banal au Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), et causant également un certain nombre de maladies chez l'animal.

L'infection à MERS-CoV est provoquée par un virus appartenant au même groupe phylogénétique que le coronavirus du SRAS. Elle a émergé en 2012 dans les pays de la péninsule arabique (essentiellement en Arabie Saoudite).

Le tableau clinique est variable allant de l'absence de symptômes (cas asymptomatiques) à des symptômes respiratoires bénins, voire une maladie respiratoire aiguë grave ou un décès. Les signes cliniques habituels de la maladie sont la fièvre, la toux et des difficultés respiratoires. La présence d'une pneumonie est fréquente mais non systématique. Des symptômes gastro-intestinaux, dont la diarrhée, ont également été signalés.

Le mode de transmission peut être soit zoonotique (contact proche avec un camélidé ou un produit issu de l'animal dans l'un des pays à risque), soit par une possible transmission interhumaine. La période d'incubation est estimée entre 10 et 14 jours.

Pour le moment, la maîtrise de cette infection à caractère émergente, n'est pas complète. Effectivement des questions suscitent sur le mode de transmission interhumaine et aucun traitement spécifique n'est encore identifié pour pallier cette infection, d'où la surveillance étroite.

Epidémiologie internationale des cas confirmés de MERS-CoV :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a répertoriée 2103 cas d'infection à MERS-CoV dans le monde depuis septembre 2012, dont 733 cas décédés (soit environ 35%). Cette infection a nettement diminué ces dernières années.

Surveillance :

L'évolution de l'épidémiologie internationale des infections à MERS-CoV a conduit à une évolution du dispositif de surveillance en France par la levée du dispositif de surveillance renforcée qui impliquait la mobilisation de nombreux acteurs pour le classement de chaque cas suspect. Le nouveau dispositif est une organisation simplifiée mais suffisamment sensible pour garantir une détection et une prise en charge précoce de toutes suspicions de MERS-CoV (cf. [MARS n°2016-11 du 11/08/2016](#)).

Ce nouveau dispositif vise à privilégier le classement du cas, directement par le clinicien en charge du patient (en lien avec le SAMU Centre 15 et en ayant recours, autant que de besoin, à l'expertise d'un médecin infectiologue de référence) sans recours systématique à l'Agence nationale de santé publique (ANSP) ou ses cellules en région (Cire). Dans ce dispositif, l'Agence régionale de santé (ARS) joue un rôle clé : elle confirme, avec les cliniciens le classement du cas en cas « possible » et procède à son signalement au niveau national. Les cas « exclu », c'est-à-dire ne correspondant pas à la définition de cas « possible », sont pris en charge de façon habituelle, sans nécessité d'en informer l'ARS.

Bilan du dispositif sur l'année 2017

Du 1^{er} janvier au 30 novembre, **75** cas ont été signalés à l'ARS parmi lesquels **42** cas ont été classés « possible » et **33** cas classés « exclu » initialement. On a observé que 87% des suspicions d'infections de MERS-CoV ont eu lieu en septembre, correspondant au retour du pèlerinage de la Mecque.

En Ile-de-France, les cas classés possibles ont tous été transférés dans un établissement de santé de référence (Bichat, La Pitié-Salpêtrière ou Necker pour les enfants). Aucun cas de MERS-CoV n'a été confirmé, les PCR réalisées ayant permis dans la plupart des cas d'isoler un autre germe. Les principaux virus retrouvés sont le rhinovirus, la grippe ou d'autres formes de coronavirus. Ces résultats sont cohérents avec le type de virus circulant dans les pays de la péninsule arabique à cette période.

L'ARS a été sollicité pour la prise en charge de 33 cas « exclu », soit pour information, soit pour une aide au classement.

Pour en savoir plus : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/MERS-CoV/fr/>

La tuberculose est une maladie infectieuse due à une mycobactérie du Complexe Tuberculosis : le bacille de Koch (BK).

Elle ne se transmet que de personne à personne par voie aérienne par l'intermédiaire des sécrétions émises par une personne atteinte de tuberculose contagieuse. Seules les formes respiratoires sont contagieuses. Le risque de transmission du BK est d'autant plus élevé que les contacts ont été étroits, rapprochés et répétés. La transmission sera facilitée dans un lieu confiné et mal ventilé.

Epidémiologie

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (MDO) depuis 1964.

Depuis 2003, les Infections tuberculeuses latentes (ITL) chez les enfants de moins de 15 ans font également l'objet d'une déclaration obligatoire.

Enfin, les issues de traitement des cas de tuberculose maladie font l'objet d'une surveillance depuis 2007 dont l'objectif est très important pour la lutte antituberculeuse. Elle permet d'avoir des informations sur le traitement complet afin d'éviter la transmission et les résistances.

Le nombre de cas de tuberculose maladie déclaré en France en 2015 était de 4 741, dont 3 422 cas avec une localisation pulmonaire, soit une incidence de **7,1 cas pour 100 000 habitants** (5,1/100 000 pour les formes pulmonaires). La France se situe, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), parmi les pays de faible incidence de la tuberculose, ce qui signe que les actions menées permettent une maîtrise de l'endémie.

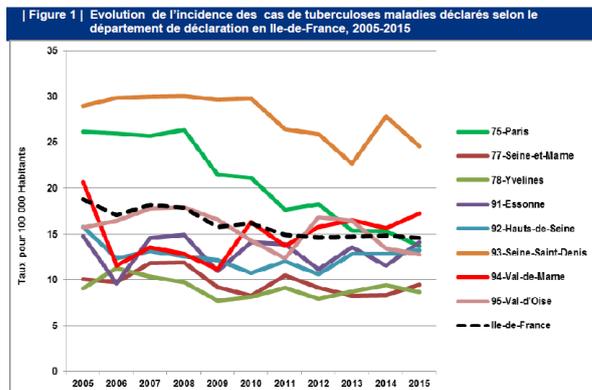
Les enfants de moins de 5 ans représentaient 2,5% des cas déclarés (n=121).

Les taux de déclaration de la maladie les plus élevés étaient observés dans trois régions (Mayotte : 25,9/100 000, Guyane : 18,3/100 000 et Île-de-France : 14,5/100 000), ainsi que chez certaines populations spécifiques : **personnes sans domicile fixe (166,8/100 000), personnes incarcérées (91,3/100 000) et personnes nées à l'étranger (35,1/100 000)**.

En Ile-de-France, le nombre de cas de tuberculose notifiés en 2015 était de 1758 soit un taux de déclaration de 14,6 cas pour 100 000 habitants contre 14,9 cas pour 100 000 habitants en 2014.

Le taux de déclaration francilien était deux fois plus important que le taux national (7,1 cas pour 100 000 habitants). Sur les cinq dernières années l'incidence des cas de tuberculose déclarés est stable en Ile-de-France, cette stabilité résultant d'une évolution contrastée dans les 8 départements franciliens (Figure 1).

En Seine-Saint-Denis, le taux de déclaration de 24,6 cas pour 100 000 habitants était le plus élevé de la région en 2015.



Les centres de lutte antituberculeuse

L'Etat est responsable de la lutte contre la tuberculose (article L.3112-2 du Code de la santé publique - CSP) qui est mise en œuvre par les Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) habilités par les Agences régionales de santé (ARS) (article D.3112-6 du CSP).

Les enquêtes autour d'un cas de tuberculose maladie représentent l'une des stratégies principales de lutte contre la tuberculose dans les pays riches à faible incidence. Elles constituent la partie majeure de l'activité des CLAT.

La tuberculose en pratique : Votre rôle en tant que professionnel de santé

Pour tout cas de tuberculose maladie confirmée ou probable (signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose et décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard) :

- **Signalement dans les plus brefs délais au CLAT** du département de résidence du patient (DO adressée au CLAT et à l'ARS) ; Vérifier que l'adresse sur la DO n'est pas une adresse administrative mais bien l'adresse de résidence effective du patient (et indiquer s'il s'agit d'une collectivité).
Le médecin déclarant doit être un médecin senior et ne peut être un interne.
- Le signalement au CLAT déclenche l'enquête :
 1. appel du CLAT au médecin déclarant destiné à évaluer la contagiosité, à recueillir des informations sur le parcours de soin et sur l'existence de sujets contact à risque dans l'entourage ;
 2. entretien au lit du malade par l'infirmière du CLAT (information du patient sur la tuberculose, sa contagiosité, évaluation de l'observance et de la nécessité de dotation médicamenteuse en l'absence de prise en charge, recensement des sujets contact à dépister).
- Si une sortie d'hospitalisation est envisagée avant la fin de la contagiosité (c'est-à-dire au minimum avant les 15 jours de traitement), il y a lieu de contacter préalablement le CLAT ;
Il est en effet indispensable de s'assurer préalablement à la sortie d'hospitalisation de la compliance du malade à son traitement et que ses conditions d'hébergement sont compatibles avec le nécessaire isolement. Ne pas oublier l'éviction de la collectivité jusqu'à la fin de la contagiosité (arrêt de travail, exclusion scolaire).
Dans la décision de sortie, les éléments sociaux et culturels, au sens large, peuvent être déterminants.
- Transmission systématique et dans les meilleurs délais au CLAT ;
 - par le service d'hospitalisation, du compte-rendu d'hospitalisation et des comptes rendus de consultation de suivi jusqu'à la fin du traitement ;
 - par le laboratoire de microbiologie, de tout prélèvement positif à l'examen direct et/ou en culture avec le résultat de la PCR puis de l'antibiogramme.
- Signalement au CLAT de tout patient perdu de vue ou de toute difficulté d'observance ou de suivi ;
- Renseignement de l'issue de traitement adressée au médecin déclarant par l'ARS. Les données récentes sur l'exhaustivité des issues de traitement renseignées nécessitent une vigilance plus importante sur le retour de ces informations à l'ARS et sur le suivi des patients.

Tuberculose résistante

Cette forme de tuberculose reste peu fréquente en France – avec environ une centaine de nouveaux cas annuels observés ces dernières années - mais son incidence est en forte augmentation dans le monde.

Elle constitue un réel sujet d'inquiétude dans certains pays, principalement en Europe Orientale, en Asie Centrale et en Afrique Australe et il y a vraisemblablement dans le monde plus d'un million de personnes qui sont atteintes.

La prévention de l'apparition des cas de tuberculose multi-résistante dépend principalement de la rapidité du dépistage de toutes les personnes atteintes de tuberculose, de quelque type que ce soit, et surtout de la qualité et de la continuité de leur traitement, qui doit être précoce, adapté et suffisamment prolongé pour être efficace.

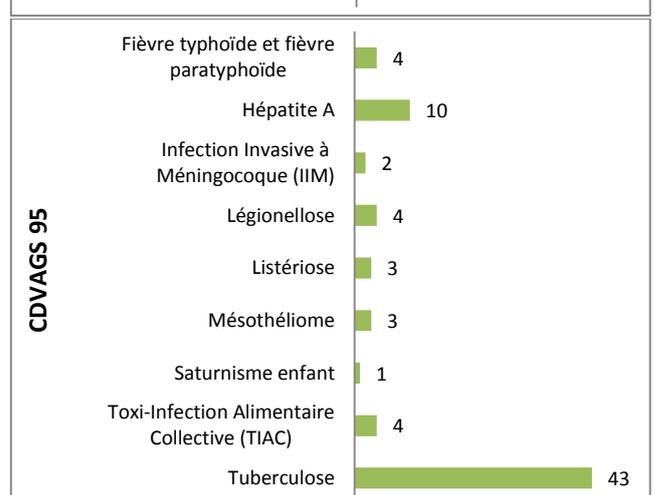
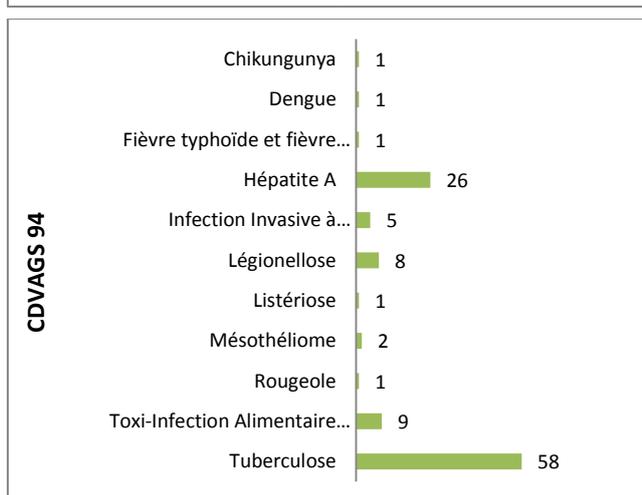
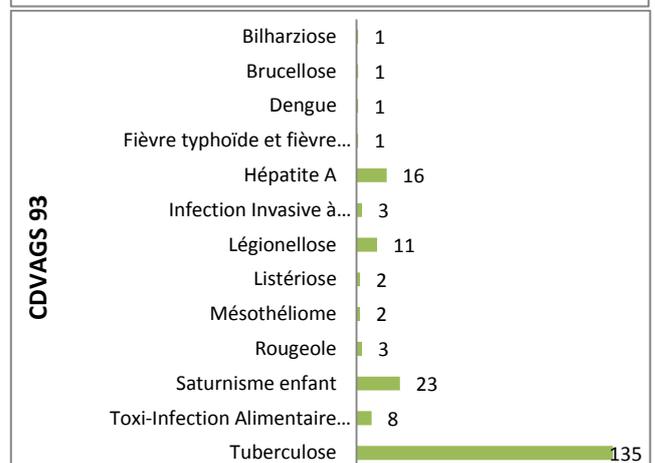
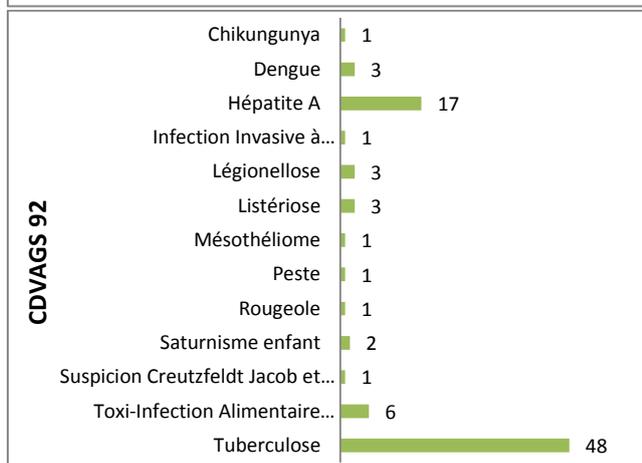
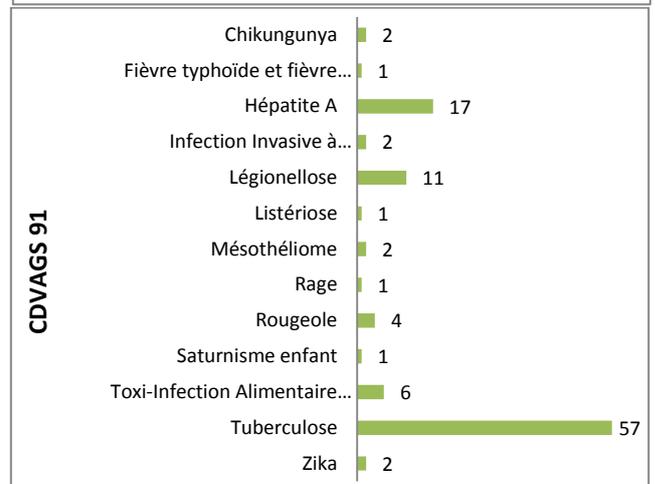
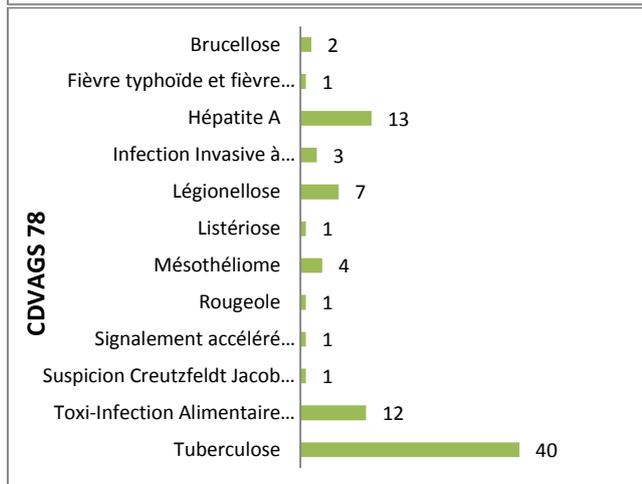
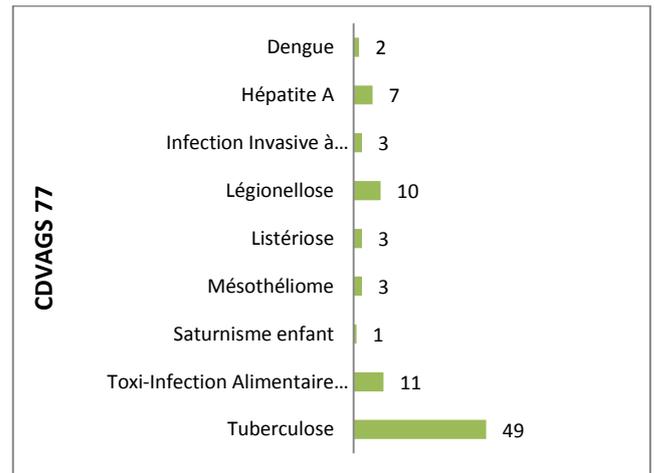
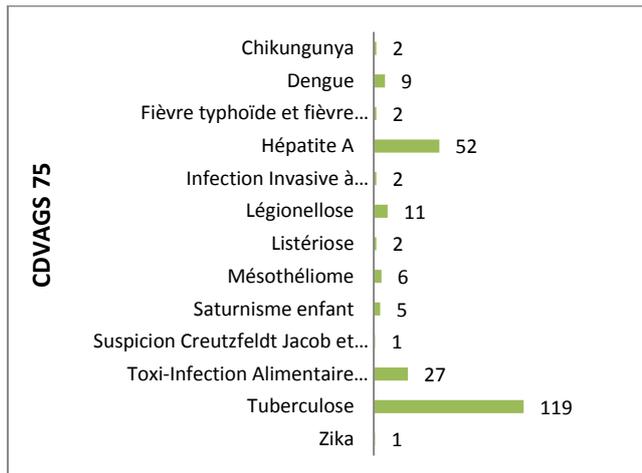
La tuberculose atteint préférentiellement des personnes vulnérables sur le plan social, ayant fréquemment des besoins additionnels importants en termes de logement, de situation familiale, de compréhension du français, de clarification administrative ou des problèmes additionnels de co-morbidité, de nutrition ou de dépendance.

Les enquêtes dans l'entourage des cas sont cruciales en présence d'une tuberculose à bacilles multi-résistants afin d'empêcher la diffusion des souches pathogènes résistantes au sein de la communauté, et doivent être menées par les CLAT.

Pour en savoir plus :

- [Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2017-7](#)
- [Bulletin de veille sanitaire Ile-de-France N°24 – Avril 2017](#)
- [Enquête autour d'un cas de tuberculose – Recommandations pratiques. HCSP, 25/10/2013](#)
- [INSTRUCTION N° DGS/SP2/DGOS/PF2/2017/61 du 22 février 2017 relative aux lignes directrices de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose résistante et multi-résistante](#)

Signaux reçus entre le 01/10/2017 et le 31/12/2017 (incluant les signaux invalidés après enquête)



Au cours dernier trimestre 2017, l'ARS a reçu 77 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 diminution de la part des EIGS déclarés par le secteur médico-social.

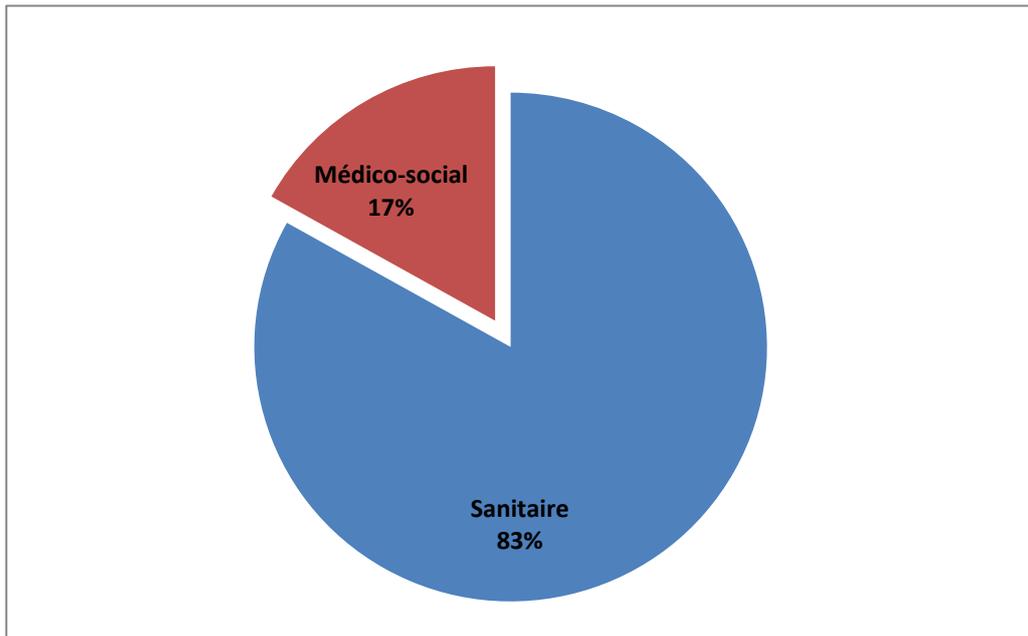


Figure 1. Répartition des EIGS déclarés selon le secteur d'activité

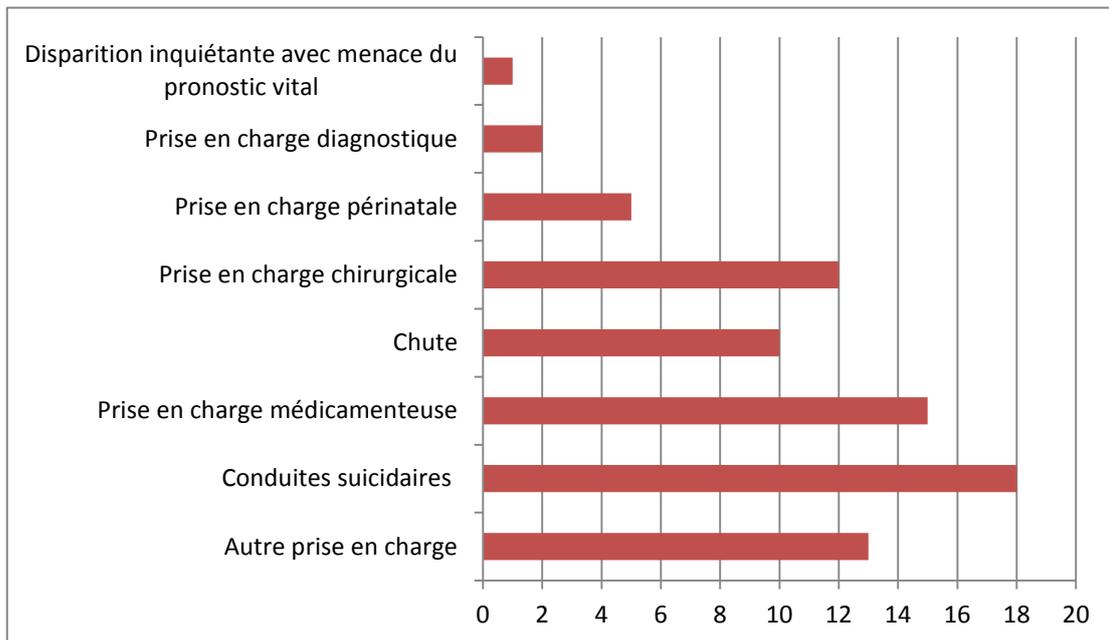


Figure 2. Répartition des EIGS déclarés selon la typologie

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/>