

## BULLETIN DE RÉTRO-INFORMATION 2018-1

### CHIFFRES CLÉS

# 2317

signalements reçus en IDF

# 44%

concernent les maladies à déclaration obligatoire (MDO)

entre le 01/01/2018 et le 31/03/2018

### À LA UNE

#### Epidémie de rougeole

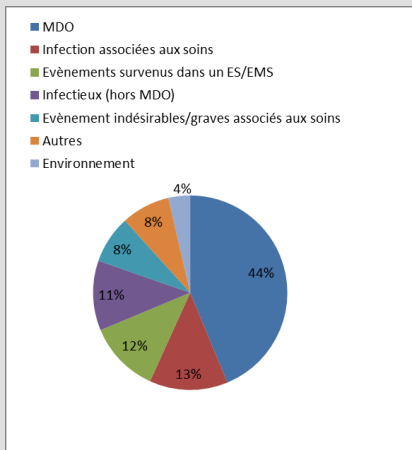
Une recrudescence de rougeole est observée en France depuis novembre 2017 avec 1424 cas enregistrés au 3 avril 2018 (dont 95% signalés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018). Cette ascension rapide du nombre de cas sur les premières semaines de 2018 fait craindre une nouvelle épidémie d'ampleur importante, comme cela a été observé dans plusieurs autres pays européens en 2017 ou en France de 2008 à 2012.

Soixante-neuf départements ont déclaré des cas. Une extension de l'épidémie dans les autres départements est à craindre car aucun département n'atteint actuellement le taux requis pour interrompre la circulation du virus (95% de couverture vaccinale à 2 ans pour les 2 doses de vaccin).

Il est recommandé aux professionnels de santé de **vérifier systématiquement, et le cas échéant mettre à jour, le statut vaccinal vis-à-vis de la rougeole de toute personne née après 1980**. Selon le calendrier vaccinal en vigueur, ces personnes doivent recevoir 2 doses de vaccin trivalent (rougeole-oreillons-rubéole).

**Tout cas suspect de rougeole doit être signalé sans délai à l'ARS** pour la mise en œuvre rapide des mesures de prophylaxie post-exposition (vaccination ou immunoglobulines polyvalente) dans l'entourage proche du cas.

#### 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)

Botulisme	1
Chikungunya	1
Dengue	16
Fièvre jaune	5
Fièvre typhoïde et...	11
Hépatite A	65
IIM	35
Légionellose	64
Listériose	17
Mésothéliome	24
Rougeole	76
Saturnisme enfant	44
Creutzfeldt Jacob	2
TIAC	106
Tuberculose	543
Tularémie	1

#### Antibiocllic+ : un nouvel outil d'aide à la décision en antibiothérapie pour les médecins franciliens

Pour répondre à la surconsommation d'antibiotiques, l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et le comité de pilotage d'Antibiocllic (comité d'experts constitué de cliniciens, d'enseignants, d'épidémiologistes et d'un web designer) ont élaboré **«Antibiocllic+»**, un outil en ligne d'assistance à l'antibiothérapie. Celui-ci permet aux médecins de ville franciliens d'optimiser leurs prescriptions.

Antibiocllic+ fournit un conseil en antibiothérapie de premier recours adapté à la médecine de ville et conforme aux recommandations nationales avec des fonctionnalités additionnelles s'articulant autour de quatre thématiques:

1. Aide à la prescription
  - Algorithme d'aide à la prescription dans les infections urinaires, à partir des données microbiologiques;
  - Possibilité d'édition d'ordonnances;
  - Calcul de dose pour la population pédiatrique;
2. Aide à la non-prescription d'antibiotiques: délivrance de fiches d'information à destination des patients en cas de non-prescription
3. Optimisation du parcours de soins: mise à disposition d'un annuaire téléphonique direct des infectiologues exerçant à proximité
4. Formation des médecins: système de e-learning gratuit et lettres d'information régulières

La fièvre jaune est une arbovirose qui sévit en Afrique subsaharienne (Afrique australe exclue) et en Amérique latine. Elle provoque une infection virale aiguë de gravité variable, allant de la forme non apparente ou frustre à la forme suraiguë rapidement mortelle.

### Epidémiologie

En France, la fièvre jaune fait l'objet d'une déclaration obligatoire. En métropole, aucun cas n'a été déclaré depuis 1978. Seule la Guyane, où est présent *Aedes aegypti*, est située dans une zone amarile. En 2017, l'Institut Pasteur de Guyane a confirmé une infection par le virus de la fièvre jaune chez une personne décédée en Guyane peu après son arrivée en provenance du Brésil. C'est le premier cas de fièvre jaune identifié en Guyane depuis celui diagnostiqué en 1998 chez une personne vivant à la frontière avec le Surinam.

La vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire en Guyane depuis 1967. Tous les voyageurs arrivant en Guyane doivent être vaccinés contre la fièvre jaune, ainsi que la population autochtone.

### Mode de transmission

La fièvre jaune est une anthroppo-zoonose virale due à un arbovirus, le virus amaril (du genre *Flavivirus*). Le virus est transmis par divers types de moustiques dont ceux du genre *Aedes* (ainsi que *Hemagogus* ou *Sabethes* en Amérique latine). Les hôtes amplificateurs sont les singes, les moustiques jouant le rôle de vecteur et de réservoir grâce à leur capacité de transmission verticale du virus à leur descendance.

L'homme peut être infecté de plusieurs manières :

- par des piqûres de moustiques « sauvages » infectés, à l'occasion d'un séjour en forêt (cycle « selvatique », prédominant en Amérique latine et dans les forêts africaines) ;
- par des piqûres de moustiques « domestiques » (*Aedes aegypti*), suite à l'introduction du virus en zone urbaine à partir des zones rurales (cycle « urbain », responsable de grandes épidémies) ;
- par des piqûres de moustiques « semi-domestiques », infectant à la fois l'homme et les singes (cycle « intermédiaire », le plus fréquent en Afrique dans les zones de savanes, qui peut produire de petites épidémies dans les villages ruraux).

Il n'existe pas de transmission interhumaine.

### Symptômes et traitement

Après la piqûre infectante, l'incubation dure 3 à 6 jours. L'infection serait asymptomatique dans 50 à 85% des cas. En cas d'apparition de symptômes, ceux-ci débutent typiquement par un syndrome grippal non spécifique, une fièvre élevée, des douleurs musculaires et lombaires et une congestion du visage et du cou (phase « rouge »). Des saignements minimes peuvent survenir. Dans la majorité des cas, l'état des patients s'améliore au bout de 3 ou 4 jours et les symptômes disparaissent sans séquelles. Dans environ 15-25% des cas symptomatiques (et 10% de l'ensemble des infections) et après une amélioration clinique transitoire pendant quelques heures à 1-2 jours, on assiste à une recrudescence thermique et à la survenue de la phase « toxique ». La virémie disparaît avec l'apparition des anticorps. On assiste alors, vers le quatrième ou le cinquième jour à la survenue d'un tableau classique d'ictère avec des saignements du nez et de la bouche, une hémorragie digestive haute entraînant des douleurs abdominales, un melaena et des vomissements sanglants (vomito negro), ainsi qu'une défaillance rénale (protéinurie et oligurie). Une atteinte myocardique est fréquente. Des signes neurologiques (convulsions) peuvent être présents avec de rares encéphalites. Environ 50% des patients entrés dans la phase « toxique » décèdent dans les 10-14 jours. Les autres patients récupèrent sans séquelles.

Il n'y a pas de traitement curatif. La prise en charge symptomatique consiste essentiellement à compenser l'hypotension, à suppléer à la défaillance rénale et à compenser les pertes d'électrolytes.

### Diagnostic

Le diagnostic est clinique et biologique. L'identification virale (RT-PCR, isolement) au niveau du sang et la détection d'anticorps IgM spécifiques sont réalisés au Centre national de référence (CNR) des arboviroses et son laboratoire associé. La détection virale est possible dans les 6 premiers jours après le début des signes. L'interprétation de la sérologie virale peut être délicate du fait de réactions « croisées » avec les anticorps contre les autres flavivirus (dengue, West-Nile...). Des tests de confirmation par neutralisation sont parfois nécessaires.

### En pratique

Tout tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie doit être signalé par tout moyen approprié (téléphone, fax, mail) à l'ARS (coordonnées p.6), même avant confirmation par le CNR des arboviroses. Ne seront notifiés (formulaire Cerfa) que les cas confirmés par le CNR.

### Recommandations sanitaires pour les voyageurs

La prévention individuelle passe par la protection individuelle contre les moustiques et la vaccination. Un vaccin efficace est disponible depuis 1937. La vaccination est réalisée dans un centre agréé de vaccination. Une dose de vaccin suffit et procure une protection efficace dans 90 à 95% des cas. Cette protection apparaît 10 jours après l'injection et persiste à vie.

La vaccination est obligatoire pour voyager dans certains pays ou territoires (dont le département de la Guyane).

**Investigation et mesures prophylactiques autour de cas dans une crèche, à gestion départementale à Paris**

La cellule de veille et alerte de l'ARS (CRVAGS) est contactée le 21 mars 2017 par le médecin de PMI du territoire pour une demande d'aide à la gestion d'un cas de rougeole au sein de la crèche. Le cas index est une petite fille de la section des bébés, née le 24 juillet 2017 non encore vaccinée contre la rougeole. Pour le cas index, la contamination aurait certainement eu lieu le week-end du 3-4 mars (rassemblement familial et amical) sans certitude. L'éruption est apparue le 10-11 mars ; la période de contagiosité prise en compte va du 5 au 15 mars (de 5 jours avant l'éruption à 5 jours après l'éruption). Le diagnostic de rougeole a été confirmé par sérologie prélevée le 13 mars ; les résultats n'ont cependant été connus que le 19 mars. Pendant la période de contagiosité (du 5 au 15 mars) l'enfant a fréquenté la crèche uniquement les 5 et 6 mars.

- Configuration de la crèche : 3 sections

La crèche a une capacité de 50 places réparties en 3 sections : section des grands, section des moyens et section des bébés dont fait partie le cas index (16 enfants).

- Conduite à tenir au sein de la collectivité

**Section des grands et des moyens**

Dès confirmation du diagnostic, tous les parents ont été contactés par la PMI afin de contrôler le carnet de vaccination. Tous les enfants non à jour ont été exclu de la crèche pour les 10 jours suivants le dernier contact avec l'enfant malade. Les parents ont été prévenus que le délai d'éviction serait revu en cas de nouveau cas. Les enfants non à jour de leur vaccination ont reçu la recommandation de consulter leur médecin dans les 48 heures.

Parmi les enfants de la section des grands: 2 enfants n'étaient pas correctement vaccinés ; Une mise à jour a été réalisée par injection d'une deuxième dose pour l'un des 2 enfants ; les parents du deuxième enfant ont refusé la vaccination mais accepté l'éviction de la crèche.

Parmi les enfants de la section des moyens : 6 enfants avaient reçu une seule dose de vaccin, une deuxième dose a été réalisée dans les 72 heures après le contact comme recommandé.

**Pour la section des bébés**

11 étaient présents pendant la période concernée en plus du cas index.

Pour les enfants de plus de 6 mois : dès suspicion du diagnostic du cas index, sans attendre la confirmation biologique, 5 enfants « contact » ont reçu préventivement une première dose de vaccin trivalent.

Pour les enfants de moins de 6 mois : 4 enfants « contact » non encore vaccinés mais ayant des signes d'appel, des PCR (recherche ADN viral) ont été effectuées et se sont révélées toutes négatives les 19 et 20 mars. Ces résultats sont parvenus au-delà du délai de traitement possible par les immunoglobulines (soit au-delà des 6 jours après le contact). Un enfant non vacciné et sans signe d'appel n'a pas eu de PCR ; un enfant était absent les 5 et 6 mars et n'était pas concerné par les mesures préventives.

**Au total** aucun cas de rougeole secondaire n'a été signalé au sein de cette collectivité d'enfants.

La gestion d'un cas de rougeole au sein d'une collectivité de jeunes enfants est une véritable urgence pédiatrique nécessitant une confirmation biologique très rapide du cas index et ainsi plusieurs remarques sont à **prendre en compte vis-à-vis de la gestion du cas rapporté** afin que les mesures préventives soient efficacement mises en place une confirmation biologique (principalement du cas index) est indispensable le plus rapidement possible, sous condition de respecter les limites diagnostiques des examens possibles :

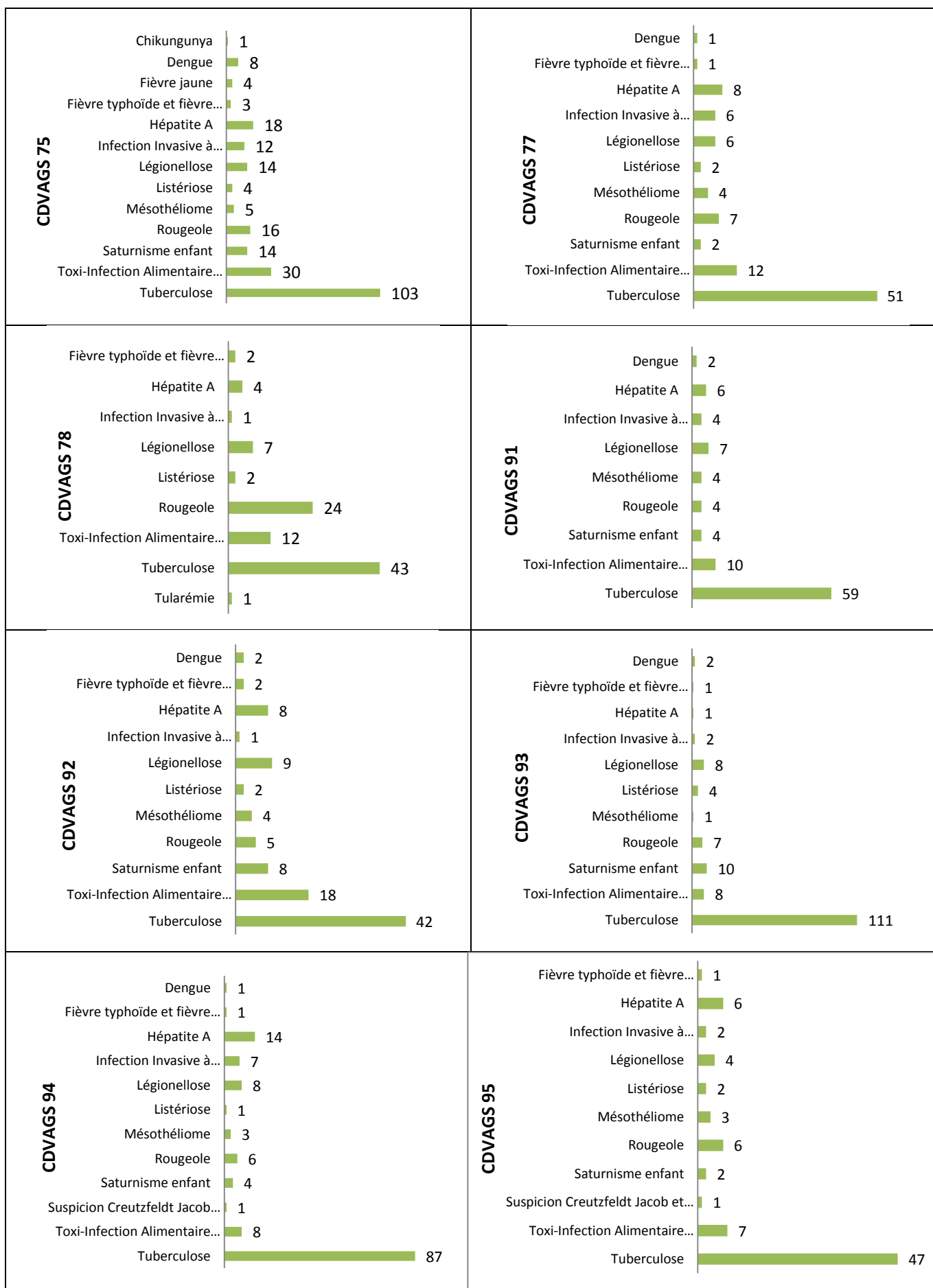
- Si une PCR (amplification ARN viral) est réalisée, elle est positive dès le début de l'éruption (de J0 à J5-J7) ;
- alors que la sérologie par dosage d'IgM spécifiques ne l'est qu'à partir de J3 après l'éruption ; **ainsi une sérologie négative le jour de l'éruption ne peut infirmer le diagnostic de rougeole.**

Cette confirmation la plus précoce possible permet :

- de confirmer le cas index et de lier les autres cas (qui ont été contacts) sans biologie nécessaire ;
- de mettre en place les mesures prophylactiques dans les délais :
  - pour les enfants de moins de 6 mois : injection d'immunoglobulines mais uniquement jusqu'au 6ème jour suivant le contage,
  - pour les enfants de 6 à 11 mois une dose de vaccin trivalent dans les 72 heures suivant le contage. Après 1 an, cette dose de vaccin trivalent peut être faite au-delà de 72 heures.

Un document de synthèse reprenant les mesures prophylactiques à mettre à œuvre autour d'un cas de rougeole est inclus en fin de bulletin.

1011 signaux ont été reçus entre le 01/01/2018 et le 31/03/2018 (incluant les signaux invalidés après enquête)



# LES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES ASSOCIES AUX SOINS (EIGS)

Au cours du premier trimestre 2018, l'ARS a reçu **86 déclarations** d'EIGS, dont 83% émanent du secteur sanitaire.

La répartition des EIGS déclarés selon le secteur d'activité et leur gravité au regard des termes du décret (décès ; mise en jeu du pronostic vital ; incapacité fonctionnelle résiduelle) est présentée dans la figure 1, selon leur typologie dans la figure 2 et selon le département dans la figure 3.

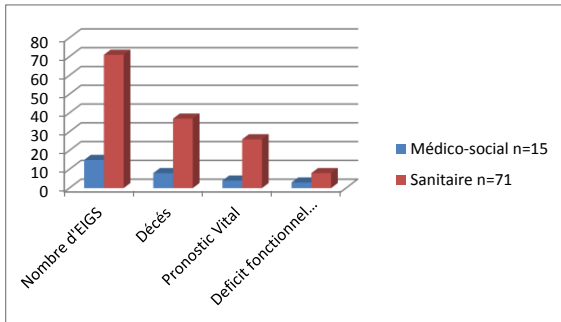


Figure 1. Répartition des EIGS déclarés selon le secteur d'activité et leur gravité

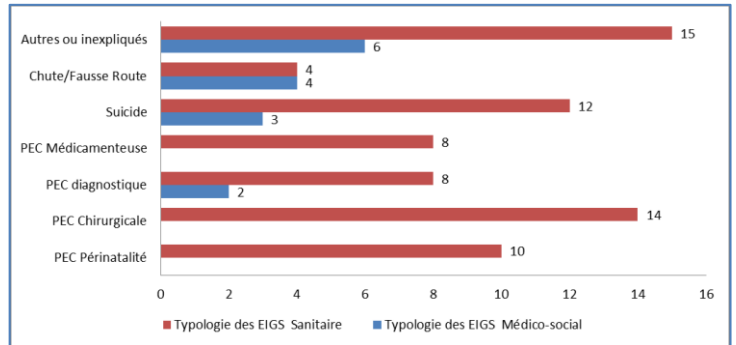


Figure 2. Répartition des EIGS déclarés selon leur typologie

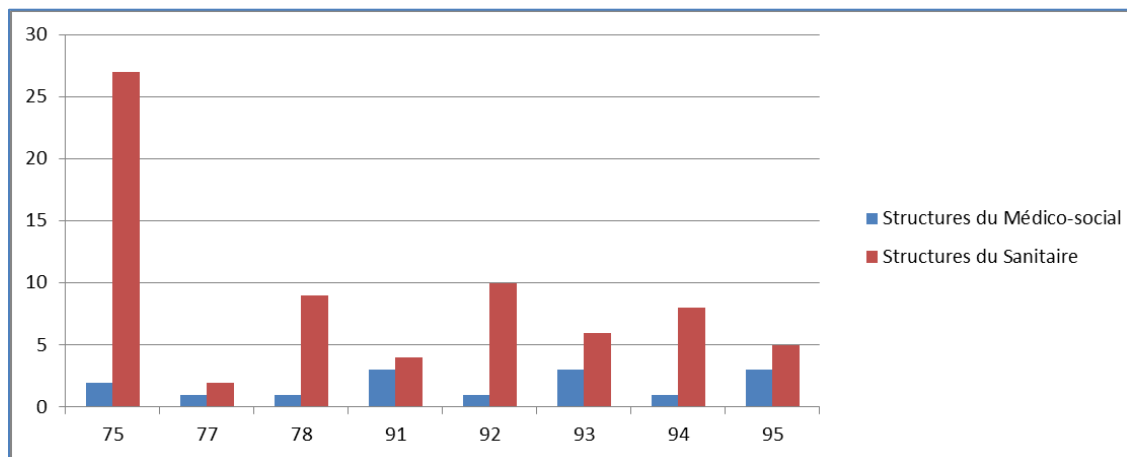


Figure 3. Répartition départementale des structures déclarantes

Pour le secteur sanitaire, 55% des déclarations émanent des hôpitaux du secteur public. Et pour le secteur médico-social, 73% des déclarations émanent des EHPAD. La répartition selon le type de prise en charge dans le secteur sanitaire est présentée dans les figures 4 et selon le type des structures pour le médico-social dans la figure 5.

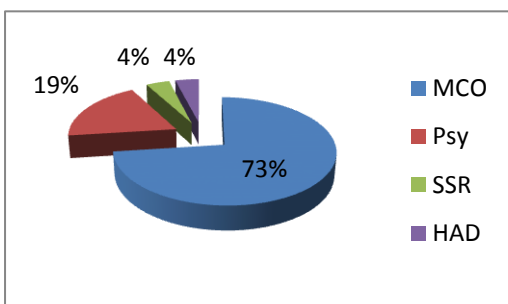


Figure 4. Répartition des EIGS déclarés dans le secteur sanitaire selon le type de prise en charge

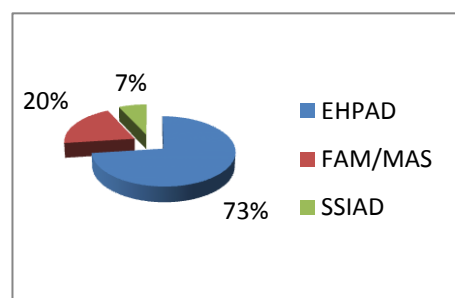


Figure 5. Répartition des EIGS déclarés dans le secteur médico-social selon le type de structure

La présentation des EIGS fera l'objet dans les numéros suivants d'illustration sur des cas concrets d'EIGS avec l'analyse de causes conduite et les mesures correctrices proposées par l'établissement. Des outils d'aide à la déclaration sont disponibles sur le site de l'ARS (cf. lien « PAPS » page suivante).

## 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>

Pour les déclarations d'évènements survenant au sein des établissements sanitaires, médico/sociaux ou  
en ambulatoire consulter :

<http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Un-evenement-indesirable-grave-EIG-survenu-dans-un-etablissement-de-sante-medicosocial-ou-en-ambu.37372.0.html>

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

# Rougeole

## Point de situation régionale et conduite à tenir pour les professionnels de santé

### Contexte

Europe : Epidémie de rougeole (Roumanie, Italie, Grèce...) actuelle.

France : Couverture vaccinale qui n'atteint pas 95% ; la France reste un pays endémique pour la rougeole. Augmentation des cas dans plusieurs régions (épidémie en Nouvelle Aquitaine).

[Epidémiologie de la rougeole en France. Données de surveillance au 12 février 2018. / Archives / Points d'actualités / Rougeole / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil](#)

### Ile-de-France : Point de situation

Une recrudescence du nombre de cas de rougeole a été observée en IDF en 2017 : en effet 80 cas avaient été déclarés contre 14 cas pour l'année 2016 et 28 en 2015. La situation actuelle impose la même prudence en termes de prophylaxie.

**Les professionnels de santé et les professionnels chargés de la petite enfance doivent être particulièrement vigilants quant à leur vaccination contre la rougeole.**



**Le taux de couverture vaccinale de la population par deux doses, dans notre région est insuffisant, il est donc indispensable de vérifier systématiquement le statut vaccinal de vos patients.**

La rougeole est une **maladie à déclaration obligatoire**. Afin d'effectuer cette démarche, complétez le [formulaire de DO](#) et envoyez-le par mail [ars75-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars75-alerte@ars.sante.fr) par fax au **01.44.02.06.76**. Le formulaire est à adresser dès le diagnostic clinique d'une rougeole **sans attendre les résultats biologiques**. Pour les signaux urgents (par ex rougeole en service de néonatalogie, crèche...) doublez l'envoi d'un appel au **0825.811.411**

**Diagnostic clinique de rougeole** : fièvre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  + éruption maculo-papuleuse + au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik.

## Conduite à tenir devant un cas de rougeole

1. Mettre en place immédiatement des **précautions « Air »**

<b>Mesures à recommander dès la suspicion clinique de rougeole</b> (Transmission air, virus hautement contagieux)	
 <b>En hospitalisation</b>	 <b>A domicile</b>
<b><u>Aux urgences</u></b>  <b>Repérer et isoler (masque) dès l'arrivée</b>  <b><u>Si hospitalisation</u></b> <b>Prévenir l'équipe opérationnelle d'hygiène</b>  <b>Isolement géographique</b> : chambre seule  <b>Limitation des visites</b>  <b>Précaution air</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Masque de soin pour le patient si sortie de la chambre</li><li>• Masque FFP2 pour toute personne entrant dans la chambre, désinfection des mains après retrait du masque</li></ul>	<b>Isolement géographique</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>• Éviction de la collectivité jusqu'au 5<sup>e</sup> jour après le début de l'éruption</li><li>• Maintien du patient à son domicile</li></ul> <b>Suspension des visites</b>  <b>Masque pour le patient</b> (à jeter après usage) si sortie nécessaire, <u>notamment au laboratoire d'analyses médicales</u>  <b>Lavage des mains</b>  <b>Aérer</b> les pièces quotidiennement  <b>Vérification et vaccination</b> de l'entourage si nécessaire

2. Identifier les **sujets à risque de rougeole grave** : sujets immunodéprimés, femmes enceintes non vaccinées et enfants de moins d'un an.
3. Confirmer le diagnostic : *2 possibilités*
  - **Confirmation biologique** : privilégier la sérologie (remboursée) à la PCR (payante)
  - **Confirmation épidémiologique** : cas répondant à la définition d'un cas clinique ET qui a été en contact dans les 7-18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé biologiquement.
4. Recommander la mise à jour urgente des vaccinations selon les recommandations du [calendrier vaccinal 2018](#).

### **Toute personne née depuis 1980 devrait avoir reçu deux doses de vaccin :**

- a. Première dose à 12 mois ;
- b. Deuxième dose entre 16 et 18 mois.

### **En pratique, pour les personnes « contact » d'un cas de rougeole :**

- **Nourrissons âgés de 6 à 11 mois** : une dose de vaccin trivalent (**hors AMM entre 6 et 8 mois révolus : nouveauté du calendrier vaccinal 2018**) dans les 72 heures suivant le contact présumé ;
- **Personnes âgées de plus d'un an et nées depuis 1980** : mise à jour conformément au calendrier vaccinal pour atteindre deux doses de vaccin trivalent ;
- **Professionnels de santé ou personnels chargés de la petite enfance, sans antécédent de rougeole et/ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin trivalent, quelle que soit leur date de naissance** : une dose de vaccin trivalent.



**Si risque de rougeole grave :** ([cf. circulaire rougeole DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009](#))

**Les Immunoglobulines polyvalentes sont recommandées après exposition à un cas confirmé** (biologiquement ou épidémiologiquement) **jusqu'au 6<sup>e</sup> jour suivant le contage pour :**

- La femme enceinte non vaccinée et sans antécédents de rougeole ;
- Le sujet immunodéprimé, quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole ;
- Les enfants de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole ;
- Les enfants de moins de 6 mois dont la mère n'a pas d'antécédent de rougeole et n'a pas été vaccinée (dans le doute une sérologie maternelle IgG peut être demandée en urgence) ;
- Les enfants âgés de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition dans les 72 h après contact quel que soit le statut vaccinal de la mère ou de ses antécédents de rougeole.

*Pour signaler une maladie à déclaration obligatoire, comme la rougeole,  
vous pouvez joindre la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires*

*0825 811 411 (7j /7 et 24h/24)*

*[ars75-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars75-alerte@ars.sante.fr)*

*Fax : 01 44 02 06 76*

*Suite au signalement, l'ARS valide le cas, et met en place les mesures nécessaires (recherche des contacts, recommandations vaccinales et d'hygiène) pour éviter la diffusion de la maladie au sein de la population.*