

Page 1 - 3 | Alertes |

- **Risque d'acquisition de la fièvre jaune pour les voyageurs du Brésil**
- **Recrudescence de cas de rougeole en France depuis novembre 2017**
- **Epidémie de dengue à La Réunion**

Page 4 | A suivre |

- **Cas groupés d'encéphalites à Bornavirus 1 en Allemagne**

Page 4 - 5 | A savoir |

- **Données des déclarations obligatoires et de dépistage du VIH/sida**
- **Infections associées aux soins**

| Alertes |

Risque d'acquisition de la fièvre jaune pour les voyageurs du Brésil

Depuis 2017, en parallèle d'une épizootie touchant les primates non-humains, plus de 1700 cas humains confirmés de fièvre jaune ont été rapportés au Brésil essentiellement dans les Etats de Rio de Janeiro, de São Paulo et du Minas Gerais. Pour le premier trimestre de 2018, on compte plus de cas que sur l'ensemble de l'année 2017.

Depuis mars 2018, l'OMS rapporte une élévation du nombre de cas de fièvre jaune chez des voyageurs internationaux non-vaccinés ayant visité le Brésil. Au moins trois cas confirmés et quatre cas suspects ont été récemment signalés chez des ressortissants français pendant ou au retour d'un séjour au Brésil. Ces cas confirment l'intensité de la transmission du virus amaril dans plusieurs zones fréquentées par des touristes et des voyageurs du Brésil comme : Ilha Grande/Angra do Reis–Etat de Rio de Janeiro, Mairiporã/Atibaia – l'Etat de Sao Paulo et Brumadinho–Minas Gerais. D'autres cas pourraient donc survenir dans les prochains mois chez des voyageurs non-vaccinés se rendant au Brésil.

A ce jour, l'existence d'un cycle de transmission urbaine par les moustiques *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus* n'est pas établie. Toutefois la circulation du virus amaril se rapproche des mégalo-pôles de Rio de Janeiro et de São Paulo. Les autorités brésiliennes ont décidé d'étendre la recommandation de vaccination anti-amarile à l'ensemble du pays.

La campagne de vaccination ([cliquer ici](#)) doit se dérouler jusqu'en avril 2019 dans toutes les zones jusqu'alors non ciblées par la vaccination anti-amarile ainsi qu'un rattrapage vaccinal de toute personne dont le statut vaccinal n'est pas à jour. Lors de cette campagne, seront utilisées des doses de vaccin fractionné selon les recommandations de l'OMS ([cliquer ici](#)).

- **Les personnes non-vaccinées ou vaccinées depuis plus de dix ans se rendant au Brésil doivent recevoir une vaccination anti-amarile dans un centre de vaccination internationale au moins 10 jours avant leur arrivée dans le pays.**
- **Une prévention des piqûres de moustiques associant l'application cutanée de répulsifs et d'autres mesures de protection (port de vêtements couvrant imprégnés, pièces climatisées...) est recommandée en particulier le matin et au crépuscule pendant toute la durée du séjour.**
- **Le Centre Européen de Prévention des maladies (ECDC) met régulièrement à jour la zone de transmissions de la fièvre jaune au Brésil, mais en raison du contexte actuel l'ensemble du pays devrait être considéré comme zone de transmission possible. Pour plus d'informations ([cliquer ici](#)).**

Rappel sur la conduite à tenir devant un cas importé de fièvre jaune

Le diagnostic de fièvre jaune doit être évoqué chez toute personne non-vaccinée de retour du Brésil depuis moins de 6 jours avant l'apparition des premiers symptômes, et présentant des signes cliniques évocateurs (*fièvre, céphalées, ictère, hémorragies*). L'avis d'un infectiologue est recommandé pour vérifier la suspicion et éliminer tout diagnostic différentiel. Le diagnostic biologique de certitude de la fièvre jaune est réalisé par le CNR des arbovirus (IRBA-Marseille pour la France métropolitaine, laboratoire associé de l'Institut Pasteur Cayenne pour la région Antilles-Guyane et CHR de Saint-Denis de la Réunion pour l'Océan Indien).

La fièvre jaune est une maladie à déclaration obligatoire, tout cas doit être signalé sans délai et dès la suspicion à la Cellule de veille sanitaire de l'Agence régionale de santé (ARS) afin d'éliminer le risque de survenue de cas secondaires autour d'un cas.

Les cas confirmés par le CNR sont à notifier au moyen de la fiche téléchargeable et pourront faire l'objet d'une déclaration internationale, suivant les recommandations du Règlement Sanitaire International.

Pour en savoir plus :

- **Fiche de notification fièvre jaune** ([cliquer ici](#)).
- **Avis du HCSP relatif à la conduite à tenir devant un cas importé ou autochtone de fièvre jaune** ([cliquer ici](#)).
- **Avis du HCSP relatif à la vaccination de rappel contre la fièvre jaune pour la Guyane. Nouvelles recommandations** ([cliquer ici](#)).
- **Site Web du CNR des arbovirus et fiche d'accompagnement des échantillons** ([cliquer ici](#)).

Contacts :

Denise Antona - Denise.ANTONA@santepubliquefrance.fr
Harold Noël - Harold.NOEL@santepubliquefrance.fr

Recrudescence de cas de rougeole en France depuis novembre 2017

En France, entre le 1er novembre 2017 et le 29 avril 2018, 2071 cas de rougeole ont été déclarés dont 96% (n=1999) depuis le 1er janvier 2018. L'épidémie a débuté dans la région Nouvelle-Aquitaine en novembre 2017 avec en particulier un foyer épidémique sur un campus universitaire à Bordeaux et ses environs, et un foyer nosocomial au Centre Hospitalier Pellegrin.

En France, parmi ces 2071 cas, 848 cas étaient confirmés biologiquement (41%), 450 cas épidémiologiquement liés (22%) et 773 étaient des cas cliniques (37%).

Avec un total de 1016 cas, la Nouvelle Aquitaine comptabilisait à elle seule 49% des cas, essentiellement en Gironde et Haute-Vienne. Au total, 80 départements ont déclaré au moins 1 cas.

Vingt et un pour cent des cas ont été hospitalisés (n=432), 9% (n=187) ont développé des formes compliquées et 19 cas ont dû être admis en réanimation.

Le sex-ratio homme/femme était de 1,1 et l'âge médian était de 16 ans. L'incidence cumulée sur cette période (S45 2017 à S17 2018) était de 3,2 pour 100 000 habitants.

L'incidence la plus élevée était rapportée chez les moins de 1 an avec un taux de 20,5 cas pour 100 000 habitants. Les moins de 1 an représentaient 8% des cas (n=169), les 1-14 ans 40% des cas (n=827) et les plus de 15 ans 52% des cas (n=1069).

Parmi les 1643 cas nés depuis 1980 et pour lesquels le statut vaccinal était renseigné sur la fiche de déclaration, 1208 (74%) n'avaient pas été vaccinés, 227 étaient vaccinés 1 dose (14%) et 184 étaient vaccinés 2 doses (11%). Au total, 88% des cas de rougeole étaient survenus chez des sujets non ou incomplètement vaccinés. Pour 1 % des cas, le nombre de doses reçues n'était pas précisé.

- **L'ascension rapide du nombre des 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** ([cliquer ici](#)).
- **De plus l'existence de cas groupés dans des communautés à risque incomplètement ou non vaccinées, doit donner lieu à la mise en place de mesures de prévention ciblées.**

Actualisation des recommandations

Dans son avis du 23 avril 2018, le Haut conseil de la santé publique précise l'évolution de la stratégie de gestion en cas d'épidémie de rougeole importante sur le territoire national ([cliquer ici](#)).

A noter qu'en raison de l'arrêt de la production du vaccin monovalent (Rouvax®) en 2017 et de la péremption des dernières doses en avril 2018, seuls les vaccins trivalents sont désormais disponibles sur le territoire. En cas de contact avec un cas de rougeole les recommandations de vaccination des nourrissons âgés de 6 à 11 mois ont donc été revues par la commission technique des vaccinations de la Haute autorité de santé : une dose de vaccin trivalent (hors AMM entre 6 et 8 mois révolus) dans les 72 heures suivant le contact présumé. La vaccination ultérieure contre la rougeole suit les recommandations générales (une dose à 12 mois et une dose entre 16

et 18 mois, en respectant un intervalle minimal de un mois entre les doses) ([cliquer ici](#)). Si cette vaccination n'a pas été effectuée dans ce délai, une prescription d'immunoglobulines dans les 6 jours suivant le contact présumé sera effectuée selon les modalités en vigueur ([cliquer ici](#)).

Contacts :

Denise Antona - Fatima Aït Belghiti
dmi-rougeole@santepubliquefrance.fr

Epidémie de dengue à La Réunion

Une épidémie de dengue se développe sur l'île de La Réunion depuis le début de l'année 2018. Elle a été précédée par une persistance inhabituelle de la circulation de la dengue au cours de l'hiver austral 2017.

Au 16 avril 2018, plus de 1300 cas ont été recensés. L'épidémie prend de l'ampleur dans l'ouest et le sud et s'étend progressivement dans le reste de l'île. Le sérotype circulant est DENV2. Il s'agit de l'épidémie de dengue la plus importante depuis celle de 1977-78 qui avait atteint 30% de la population. Depuis 1978, les épisodes de transmission autochtone de la dengue étaient en effet restés limités (10 à 230 cas par an).

Le vecteur principal de cette épidémie est *Aedes albopictus*, qui avait déjà été incriminé lors de l'épidémie de 1977-78. Les populations d'*Aedes aegypti* sont en effet peu importantes sur l'île.

L'épidémie actuelle pourrait continuer à s'intensifier dans les semaines à venir. En effet la population est naïve pour la dengue, seuls 3,1 % de donneurs de sang, testés pour la dengue en 2008, étaient porteurs d'anticorps.

Le niveau 3 du dispositif ORSEC de lutte contre les arboviroses, « épidémie de faible intensité » a été activé par le préfet le 26 mars 2018. Les actions de lutte antivectorielle ont été renforcées et adaptées à l'évolution de l'épidémie. Des mesures de sécurisation des produits sanguins ont été mises en place avec notamment le dépistage génomique des donneurs à La Réunion et l'exclusion pendant 28 jours des donneurs de retour de La Réunion.

- **En métropole, le vecteur *Aedes albopictus* est implanté dans 42 départements.**
- **Pendant sa période d'activité, du 1^{er} mai au 30 novembre, il existe un risque de transmission autochtone des virus de la dengue, chikungunya et du zika. Afin de circonscrire ce risque, un dispositif de surveillance renforcée vise notamment à déclencher les mesures de démoustication appropriées autour des cas importés et autochtones.**
- **Du fait des échanges avec la métropole, l'épidémie de la Réunion pourrait entraîner de nombreux cas importés. Ce diagnostic doit être évoqué devant une symptomatologie évocatrice chez une personne de retour de La Réunion et faire l'objet d'un signalement à l'ARS.**

Pour en savoir plus : ([cliquer \[1\]](#) [[2\]](#))

Contacts :

Marie-Claire Paty - Harold Noël
dmi-arboviroses@santepubliquefrance.fr

Cas groupés d'encéphalites à Bornavirus 1 en Allemagne

Le 8 mars 2018, les autorités sanitaires allemandes signalaient à l'European Center for Diseases Control (ECDC) la survenue d'un cluster d'encéphalites vraisemblablement liées à une infection par le Bornavirus 1 classique des mammifères. Cette information a été relayée dans le bulletin épidémiologique du Robert Koch Institut ([cliquer ici](#)) en Allemagne.

Quatre cas ont été confirmés par le Friedrich Loeffler Institut par RT-PCR, détection d'antigènes viraux et WGS, et un cas suspect est en cours d'investigation étiologique.

Le virus identifié est le Bornavirus 1, responsable d'encéphalites chez les chevaux et susceptibles d'infecter de nombreuses espèces de mammifères et des reptiles. Parmi les 4 cas confirmés, 3 étaient des patients receveurs d'organe provenant d'un même donneur (les 2 reins et le foie). La cause du décès du donneur et son statut vis-à-vis du Bornavirus 1 sont en cours d'investigation mais aucun symptôme neurologique n'avait été signalé chez ce patient avant son décès. Les premiers signes des 3 receveurs d'organe sont apparus environ 300 jours après la transplantation. Les 2 receveurs des reins sont décédés après un coma prolongé, le receveur du foie a survécu avec des lésions séquellaires graves du nerf optique.

Il s'agit des premiers cas d'infection clinique à Bornavirus 1 mis en évidence chez l'Homme en Allemagne. Un lien entre infection par le Bornavirus 1 et symp-

tômes psychiatriques a été suggéré dans le passé mais jamais démontré.

Le contexte de transplantation et d'immunosuppression de 3 des 4 cas humains atteint par ce virus suggère que cette infection pourrait être rare chez l'immunocompétent. Les antécédents et les circonstances de survenus du 4^{ème} cas d'encéphalite ne sont pas encore connus et celui-ci ne semble pas avoir de lien épidémiologique avec le donneur ou les 3 receveurs. En outre, la transmission directe de l'animal à l'Homme n'a jamais été mise en évidence.

- **Le virus mis en cause dans ce cluster est différent de celui identifié en 2015 ([cliquer ici](#)) par le même institut chez des patients décédés également d'encéphalites et propriétaires d'écureuils exotiques.**
- **Suite à cette découverte, les investigations réalisées en Allemagne et aux Pays-Bas ([cliquer ici](#)) avaient montré une séroprévalence d'anticorps anti-Borna virus importante chez plusieurs espèces d'écureuils conservés en captivité.**

Contact : Alexandra Mailles
Alexandra.MAILLES@santepubliquefrance.fr

Données des déclarations obligatoires et de dépistage du VIH/sida

Une synthèse des données issues des déclarations obligatoires VIH/sida (transmises par les biologistes et les cliniciens), et des données de dépistage du VIH (transmises par les biologistes), est disponible sur le site de Santé publique France ([cliquer ici](#)). Ce document présente, parallèlement aux données nationales publiées en décembre 2017 (Flash-info numéro 25), la déclinaison des principaux indicateurs par Corevih.

En France en 2016, plus de 5 millions de sérologies VIH ont été réalisées et environ 6000 personnes ont découvert leur séropositivité VIH. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les ¾ sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux groupes les plus touchés et représentaient respectivement 44% et 39% des découvertes.

Sur les 3 dernières années (2014 à 2016), l'activité de dépistage du VIH a légèrement augmenté, alors que

le nombre de découvertes de séropositivité continue à diminuer chez les hétérosexuels et se stabilise chez les (HSH).

La part importante (43%) des personnes déclarant n'avoir jamais été testées pour le VIH avant la découverte de leur séropositivité VIH, et des personnes diagnostiquées à un stade avancé de l'infection à VIH (27%), souligne la nécessité d'intensifier le dépistage des populations les plus exposées.

Les caractéristiques des découvertes de séropositivité ne sont pas uniformes sur le territoire français, et les spécificités régionales sont mises en évidence dans cette présentation au travers de tableaux comparatifs par Corevih.

Contact : Françoise Cazein
dmi-vih@santepubliquefrance.fr

Infections associées aux soins

Les signalements externes des infections nosocomiales, réalisés par les équipes d'hygiène des établissements de santé, permettent un partage d'information avec les acteurs régionaux (CPias, ARS) et nationaux (Santé publique France) afin de solliciter un appui si nécessaire, ou un retour d'expérience. Les cas groupés ou épidémies constituent un motif fréquent de signalement.

Près de 3000 signalements ont été reçus par Santé publique France en 2017. Les bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe : entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et les *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides, (ERG)) constituent 56% de ces signalements et une grande partie des épidémies signalées ces dernières années.

Le nombre d'épidémies d'EPC et d'ERG a augmenté de 2012 à 2016 (respectivement de 36 à 107 et de 36 à 46). Cependant le nombre moyen de cas par épisode diminue de 13 à 4 pour les EPC et reste stable et autour de 5 pour les ERG, témoignant de l'efficacité des mesures mises en œuvre conformément aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de 2013 ([cliquer ici](#)). Les objectifs du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 (proportion d'épisodes avec des cas secondaires ≤ 10% et proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des cas ≤ 20%) ont été atteints en 2016 pour les EPC (9% et 19%) ([cliquer ici](#)).

En revanche, elles ne sont pas atteintes pour les ERG (21% et 44%). Ces données laissent entrevoir un risque d'augmentation des épidémies à ERG en France. Toutes les régions de France sont concernées par ces épidémies dont la gestion devient de plus en plus difficile à porter par les équipes soignantes et d'hygiène hospitalière, posant des problèmes de moyens, des problèmes éthiques quant à la qualité de la prise en charge des patients « isolés » et des difficultés pour le transfert des patients en structures d'aval.

Parmi les 1286 signalements reçus en 2017 qui ne concernaient pas des BHRe, 723 (56%) concernent des cas groupés. Plus de la moitié des signalements de cas groupés sont issus de services de soins de suite, de long séjour et Ehpad. Les infections respiratoires sont au premier plan (46%), suivies des infections digestives (32%), correspondant en majorité aux épidémies de gripes et autres viroses respiratoires et de gastro-entérites aiguës essentiellement d'origine virale. Cinq pour cent des épisodes de cas groupés impliquaient des cas de bactériémies, avec comme germes responsables *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, entérobactéries (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter sp.*), *Bacillus cereus*...

En 2017, une dizaine de signalements de cas groupés ont fait l'objet d'une alerte nationale. Les services de néonatalogie étaient au premier plan de ces alertes, ce qui attire l'attention sur la nécessité de mieux maîtriser le risque épidémique dans ces services où les patients sont d'une extrême fragilité.

Santé publique France a récemment publié deux bilans nationaux sur des problématiques récurrentes de plusieurs cas groupés signalés par des établissements. Le nombre de cas groupés d'infections, souvent graves (bactériémies) chez les nouveau-nés augmente régulièrement. *Enterobacter cloacae* est au premier plan des germes responsables de ces épidémies.

Un **bilan national des signalements d'infection / colonisation à *Enterobacter cloacae* chez les nouveau-nés hospitalisés entre 2012 et 2017** ([cliquer ici](#)) a été réalisé. Il a permis de montrer une augmentation du nombre de cas signalés entre 2012 et 2016. La plupart des signalements étudiés dans ce bilan rapportent des origines multifactorielles de contamination impliquant principalement l'environnement et la transmission croisée, sans pour autant pouvoir les confirmer systématiquement. En dehors de la suppression des matériels ou produits éventuellement contaminés, les principales mesures de contrôle prises sont le renforcement des mesures d'hygiène des professionnels et du bionettoyage.

Le **bilan national des signalements de méningite ou ventriculite nosocomiales reçus entre 2012 et 2017** ([cliquer ici](#)) montre une augmentation du nombre de signalements pour l'année 2017 par rapport aux années 2014/15/16, mais sans atteindre le nombre de SIN observés en 2012/2013. Le faible nombre de signalements de méningite ou ventriculite sur l'ensemble des signalements reçus en France (0,5 %) est cohérent avec la rareté de ces événements, même s'ils sont encore probablement sous-déclarés comme, en particulier ceux qui sont consécutifs à une dérivation ventriculaire externe. Les taux relativement élevés de méningites ou ventriculites suite à une rachianesthésie/péridurale posent question sur les pratiques. Les mesures de contrôle portent principalement sur le rappel des bonnes pratiques de soins et d'hygiène, la revue de la traçabilité de la préparation cutanée et/ou des étapes de rachianesthésie, la réactualisation des protocoles de pose de péridurales ainsi que sur la formation des personnels sur la prévention du risque infectieux au cours de gestes invasifs.

Contact : Mélanie Colomb-Cotinat
NOA-Signalement@santepubliquefrance.fr

NOTE IMPORTANTE CONCERNANT CE DOCUMENT

Ce "Flash-Info" est préparé sous la coordination de la Direction des Maladies Infectieuses de Santé Publique France. Il est conçu comme un outil d'échanges avec nos partenaires privilégiés. Il décrit des problématiques et des projets en cours pour lesquels nous souhaitons attirer votre attention ou solliciter votre avis, vos suggestions ou réactions. SI VOUS RENCONTREZ DANS VOTRE PRATIQUE DES PHENOMENES EN LIEN AVEC LES ALERTES OU INVESTIGATIONS RAPPORTES DANS CE FLASH-INFO, MERCI DE NOUS LES SIGNALER A dmi-contact@santepubliquefrance.fr.

Le rythme prévu est d'un numéro trimestriel. Entre-temps les alertes seront toujours diffusées par les canaux habituels.

Date de clôture du numéro : 4 mai 2018