

Page 1 - 2	Alertes	· Un foyer de dengue autochtone à Nîmes
Page 2 - 3	A suivre	· Des cas équin et humain de West Nile en Camargue
Page 3 - 4	A savoir	· Infections à bactéries multirésistantes : Quel poids en France ?
Page 4	Points divers	· Mycobactéries atypiques et CEC en Europe
		· Point de situation sur le MERS-CoV en France suite aux retours du pèlerinage du Hajj
		· e-DO : Le nouvel outil en ligne pour les Maladies à Déclaration Obligatoire

| Alertes |

Un foyer de dengue autochtone à Nîmes

Un foyer de **six cas confirmés de dengue autochtone** a été mis en évidence en août et septembre 2015 dans un quartier du sud-est de la ville de Nîmes. Il s'agit du foyer le plus important détecté à ce jour en France métropolitaine.

Les 2 premiers cas, résidant dans la même maison, ont présenté les premiers symptômes le 8 août. Ils n'avaient pas voyagé hors de France dans les 15 jours précédents. Le diagnostic, posé par RT-PCR a permis d'identifier le sérotype 1 (DENV1).

Une enquête épidémiologique a été déclenchée à la recherche de l'origine de ce foyer et afin d'en déterminer l'étendue et l'activité.

L'**origine du foyer** a pu être attribuée à **un cas de dengue importé de Polynésie française**, signalé dans le cadre du dispositif de surveillance renforcée mis en place dans les départements où le vecteur *Aedes albopictus* est implanté.

Aucun autre cas importé n'avait été identifié dans cette zone. Le diagnostic ayant été porté par sérologie, le sérotype n'a pas pu être identifié mais le sérotype 1 de la dengue circulait au même moment en Polynésie Française. Comme prévu dans le dispositif, des actions de démoustication avaient été mises en place autour de la résidence du cas et de ses lieux de consultation dès la suspicion du diagnostic.

Toutefois, le patient avait fréquenté le quartier du sud-est de Nîmes en période virémique, début juillet, sans le mentionner initialement, ce qui n'avait donc pas conduit à des actions de démoustication dans ce quartier.

L'enquête épidémiologique conduite en porte à porte a identifié **4 cas de dengue supplémentaires** dans un rayon de 300m autour du domicile des cas index. Pour 3 d'entre eux, les symptômes ont débuté entre le 8 et le 18 août avant les actions de démoustication. Un quatrième a été symptoma-

tique plus tardivement, le 10 septembre, dans une zone en bordure des premières actions de démoustication.

Au total :

- Des mesures de lutte contre l'extension de ce foyer ont été immédiatement prises, basées sur des actions de lutte antivectorielle (LAV) incluant une démoustication autour des cas.
- Des mesures de sécurisation des produits sanguins ont également été mises en place (report des collectes de sang planifiées dans le quartier concerné et sensibilisation des équipes de prélèvement de sang et d'organes).
- **Avec ce nouvel épisode de circulation autochtone de dengue, on constate la répétition dorénavant annuelle de tels épisodes de transmission autochtones d'arbovirose dans le sud de la France** (dengue : en 2010, 2013, 2014 et 2015, et chikungunya : 2010, 2014).
- **Ces épisodes témoignent du potentiel de diffusion des arboviroses en France métropolitaine alors que le moustique vecteur continue sa progression sur le territoire.**

Contact : **Marie-Claire PATY**
mc.paty@invs.sante.fr – 01.41.79.68.90.

Des cas équin et humain de West Nile en Camargue

Un cas humain d'**infection à virus West Nile** a été confirmé le 02 octobre 2015, par le CNR des arbovirus chez une personne résidant à Nîmes n'ayant pas voyagé dans les semaines précédant les symptômes. Il s'agissait d'une forme fébrile mais non neuro invasive de l'infection, dont les symptômes ont débuté le 27 septembre. Ce cas est survenu alors qu'un foyer équin évoluait dans la même zone depuis la mi-août.

Le foyer de transmission équine du virus West Nile avait été confirmé le 31 août 2015, par le Laboratoire National de Référence (LNR) West Nile de l'ANSES. Deux chevaux, situés en bordure de Camargue à Fourques dans le **Gard** et à Albaron dans les **Bouches du Rhône** avaient présenté des manifestations neurologiques de la maladie à partir du 11 et 17 août 2015.

Au 16 novembre 2015, le foyer équin, qui semblait s'éteindre, a atteint plus de 40 chevaux sur les départements du Gard et des Bouches du Rhône. Dans le département de l'**Hérault**, un seul cheval a été atteint, début septembre. Il n'y a pas eu de cas humain supplémentaire.

Au total :

- Le foyer équin a entraîné un **renforcement de la surveillance humaine saisonnière** déjà en place sur le pourtour méditerranéen depuis le 1er juin et une information de la population sur le risque West Nile et les mesures de protection vis à vis des moustiques, comme prévu dans le guide ministériel contre la circulation du virus West Nile en métropole.

- Ces mesures ont été complétées par la mise en place d'un dépistage chez les donneurs de sang dans les 3 départements où une circulation virale a été mise en évidence par les cas équin et sur le reste du territoire par une exclusion des donneurs ayant séjourné dans les 3 départements affectés.
- **Le virus West Nile n'avait pas été identifié en France depuis 2006 chez le cheval et depuis 2003 chez l'homme, alors que des épidémies humaines importantes ont sévi depuis 2010 dans le sud et le centre de l'Europe.**
- **Ce foyer de transmission en 2015 montre la permanence d'un risque West Nile en France sur le pourtour méditerranéen dans un contexte d'évolutivité de l'épidémiologie du West Nile en Europe.**

Pour en savoir plus : Guide de ministériel contre la circulation du virus West Nile en métropole ([cliquer ici](#))

Contact : **Marie-Claire PATY**
mc.paty@invs.sante.fr – 01.41.79.68.90.

| A suivre |

Infections à bactéries multirésistantes : Quel poids en France ?

La résistance aux antibiotiques est une préoccupation de santé publique majeure qui ne cesse de progresser. L'étude **Burden BMR**, réalisée par l'Institut de Veille sanitaire en 2013-2014, avait pour objectif d'estimer pour la première fois en France le poids en santé publique des **infections à bactéries multirésistantes (BMR)**.

Sept BMR étaient retenues pour cette étude, parmi celles les plus fréquemment responsables d'infection à l'hôpital (par exemple *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) et *Klebsiella pneumoniae* résistantes aux céphalosporines de troisième génération (C3G)...).

Le nombre de cas d'infections à BMR en France en 2012 a été estimé en s'appuyant sur les données d'infections invasives du réseau EARS-Net France 2012.

Le nombre de cas pour les autres sites infectieux a ensuite été extrapolé grâce à des ratios rapportant le nombre d'infections pour un site infectieux donné par rapport à un nombre d'infections invasives.

La mortalité attribuable aux infections à BMR a été estimée grâce à une revue de littérature validée par un groupe d'experts.

- Le nombre d'infections à BMR survenant chaque année en France a été estimé à 158 000 (127 000 à 245 000) dont près de 16 000 infections invasives.
- Les SARM et entérobactéries résistantes aux C3G étaient responsables d'environ deux tiers du total des infections.

- Le nombre annuel de décès estimés attribués à ces infections à BMR était de 12 500 (11 500 à 17 500), dont 2 700 lié à des infections invasives.
- Les infections à SARM, *E.coli* résistant aux C3G et *P. aeruginosa* résistant aux carbapénèmes représentaient 90% de ces décès.

- **Ces résultats fournissent pour la première fois une estimation du poids des infections à BMR en France. Les infections à SARM et entérobactéries résistantes aux C3G en représentent la plus grande part.**
- **Cette étude confirme le besoin de renforcer la mobilisation autour de cette problématique de façon durable.**

Pour en savoir plus : ([cliquer ici](#))

Contact : **Mélanie Colomb-Cotinat**
m.colomb-cotinat@invs.sante.fr - 01.41.79.67.20.

Mycobactéries atypiques et CEC en Europe

Dans le cadre d'une alerte européenne rapportant plusieurs cas d'infections généralisées à *Mycobacterium chimaera* chez des patients ayant subi une chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle (CEC), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et le Centre National de Référence des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux (CNR MyRMA) ont lancé une enquête rétrospective en France pour identifier de possibles cas similaires.

Une source de contamination potentiellement commune étant suspectée, l'InVS et le CNR-MyRMA ont mis en œuvre avec l'aide du réseau CClin – Arlin une recherche active de cas similaires en France, dans le cadre de l'enquête coordonnée par le Centre Européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

Cette enquête, **actuellement en cours**, porte sur les infections généralisées, endocardites, médiastinites ou infections sur greffe vasculaire à mycobactéries non tuberculeuses, identifiées comme *Mycobacterium chimaera* ou comme mycobactérie du *Mycobacterium avium complex* (MAC), et survenues chez des patients ayant subi une chirurgie cardiaque sous CEC depuis janvier 2010.

Cette recherche active de cas cible notamment les services de chirurgie cardiaque et les laboratoires de microbiologie associés à ces services ainsi que les laboratoires pratiquant la recherche de mycobactéries. Par ailleurs, les services de cardiologie, maladies infectieuses et médecine interne des hôpitaux ont aussi été informés du fait de leur capacité à diagnostiquer de telles infections.

Ces services sont invités à se rapprocher de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de leur établissement, s'ils ont connaissance de tels cas, afin de contribuer à cette enquête.

Pour en savoir plus : l'ECDC a publié en avril 2015 un document à ce sujet ([cliquer ici](#))

Contact : **Marion Subiros**
m.subiros@invs.sante.fr - 01.41.79.67.20.

| A savoir |

Point de situation sur le MERS-CoV suite aux retours du pèlerinage du Hajj 2015

Situation internationale

Dans son dernier bilan du 21 octobre 2015 (lien), l'ECDC rapportait 1 616 cas confirmés d'infection à MERS-CoV dans 26 pays dont 624 décès (léthalité observée de 39%). Depuis le début de l'épidémie en 2012, la majorité des cas (83%) a été rapportée par l'Arabie Saoudite et les Emirats Arabes Unis. Ces derniers mois, des cas groupés liés à la fréquentation d'un établissement de santé ont été rapportés à Amman en Jordanie, à Riyad en Arabie Saoudite, et en Corée du Sud où 186 cas en lien avec un cas importé ont été identifiés.

Situation en France

Depuis la mise en place de la surveillance des infections à MERS-CoV en France en octobre 2012, 1 382 signalements ont été enregistrés au 02 novembre 2015. Parmi eux, 423 cas possibles ont été identifiés et testés. Seuls 2 cas ont été confirmés en mai 2013.

La surveillance actuelle en France est détaillée dans l'avis du Haut Conseil de Santé Publique du 24 avril 2015 ([cliquer ici](#)) et les modalités de prise en charge des patients suspects d'infection à MERS-CoV sur le territoire national sont précisées dans le MARS diffusé par la Direction Générale de la Santé le 15 juin 2015.

- Du 1^{er} janvier au 2 novembre 2015, 510 signalements MERS-CoV ont été effectués dont 155 (31%) ont été classés comme cas possibles, testés puis exclus.
- La majorité des signalements (336=66%) a été enregistrée du 28 septembre au 25 octobre 2015, période correspondant au retour des pèlerins de la Mecque qui avaient effectué le Hajj fin septembre. Pendant cette période, 113 (34%) ont été classés en cas possibles, testés puis exclus.
- La majorité de ces signalements pendant cette période provenait des régions Ile de France (44%), Rhône-Alpes (16%) et PACA (9%). La plupart (91%) des cas possibles a été prise en charge dans les ESR (59% de l'ensemble après transfert d'un autre établissement de santé).

Le nombre de signalements pendant ces **4 semaines post Hajj** a été plus important en 2015 (336 signalements) qu'en 2013 et 2014 où 185 et 161 signalements avaient été respectivement rapportés. Cependant, la proportion de cas possibles parmi ces signalements reste identique.

- **Les précautions d'hygiène – précautions standard pour toute pathologie respiratoire, et précautions complémentaires air et contact dès la suspicion d'infection à MERS-CoV – restent essentielles pour prévenir la transmission nosocomiale de ce virus.**
- **Un bilan mensuel du nombre de signalements en France est publié sur le site de l'InVS ([cliquer ici](#)) et une analyse sur les signalements reçus depuis 2012 en France sera diffusée début 2016.**
- **Une mise à jour sur la situation internationale est disponible sur le site de l'InVS dans le Bulletin hebdomadaire international ([cliquer ici](#)).**

A défaut de contrôle de la source de cette infection, les suspicions d'infection à MERS-CoV devraient perdurer. L'importante mobilisation des cliniciens, des biologistes, des personnels des ARS et de l'InVS pour maintenir cette surveillance devra être adaptée à cette situation.

Contact : **Christine Campèse**
DMI-Coordo-Emergences@invs.sante.fr - 01.41.79.68.74.

| Points divers |

e-DO : Le nouvel outil en ligne pour les Maladies à Déclaration Obligatoire

La dématérialisation de la déclaration obligatoire (DO) arrive bientôt et sera déployée sous la forme d'une application en ligne nommée e-DO.

Ce nouvel outil va progressivement remplacer l'ancien dispositif de déclaration des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO), afin de le rendre plus accessible aux déclarants, et dont les objectifs seront de :

- **Simplifier le processus** de notification et les échanges entre les différents acteurs de la DO.
- **Renforcer l'adhésion** des professionnels de santé.
- **Réduire les délais** de transmission des déclarations.
- **Améliorer la traçabilité** et **renforcer la sécurité** des échanges d'information.

L'application e-DO sera dans un premier temps dédiée à la déclaration de **l'infection par le VIH et du Sida**, les autres MDO seront progressivement intégrées à cette application.

Le déploiement de cette application est prévu en deux temps : elle commencera par une phase pilote en **janvier 2016** en **Ile de France (sur le territoire couvert par le COREVIH Ile-de-France Sud)** et en **Guyane**, puis en **avril 2016** dans les autres régions.

Les principes de fonctionnement

La déclaration sera faite sous la responsabilité de professionnels de santé déclarants (médecins, pharmaciens, biologistes), qui auront la possibilité d'autoriser des non professionnels de santé (Techniciens d'études cliniques, interne, etc.) à saisir et envoyer des DO.

L'authentification de l'ensemble des déclarants sera basée sur l'utilisation des **cartes de la famille CPS** (Carte de Professionnel de Santé), dispositif garant d'une connexion sécurisée à l'application.

Le circuit de déclaration de la DO du VIH/sida sera modifié par rapport au circuit papier actuel. Les biologistes n'auront plus à transmettre de feuillets de notification au clinicien, mais chaque déclarant (clinicien et biologiste) devra faire sa propre déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO.

Cette application permettra une saisie interactive, des échanges en ligne avec les autorités sanitaires (ARS, InVS), la consultation d'un historique des déclarations envoyées les 12 derniers mois et elle proposera aussi des tableaux de bord automatisés.

Une campagne de communication nationale accompagnera prochainement la sortie de l'application.

- Pour plus d'informations sur l'application eDO à venir : ([cliquer ici](#))
- Pour plus d'informations sur les Maladies à déclaration Obligatoire : ([cliquer ici](#))
- Pour plus d'informations sur les cartes de la famille CPS : ([cliquer ici](#))

Contacts : **Julien Durand - Anne-Sophie Barret**
e-do@invs.sante.fr – 01.41.79.67.20.

NOTE IMPORTANTE CONCERNANT CE DOCUMENT

Ce "Flash-Info" est préparé sous la coordination du Département des Maladies Infectieuses de l'Institut de veille sanitaire. 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-Emergences@invs.sante.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 : 20 Novembre 2015