

Page 1 - 2	Alertes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foyers épidémiques de fièvre jaune en Afrique</li> <li>• Foyer épidémique d'encéphalites à entérovirus en Catalogne</li> </ul>
Page 3 - 4	A suivre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance des cas importés d'infection par le virus Ebola en France</li> </ul>
Page 4 - 6	A savoir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• e-DO : nouvel outil de télé-déclaration pour le VIH-Sida</li> <li>• Deux nouvelles maladies à déclaration obligatoire : l'infection à virus Zika et la schistosomiase ou bilharziose urogénitale autochtone</li> <li>• Recrudescence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)</li> </ul>
Page 7	Points divers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertation citoyenne : vaccination</li> <li>• Les Rencontres de Santé publique France</li> </ul>

#### | Alertes |

## Foyers épidémiques de fièvre jaune en Afrique

Le **21 janvier 2016**, l'**Angola** a notifié à l'OMS une épidémie de fièvre jaune (FJ), dont les premiers cas identifiés sont survenus dans la province de Luanda le 5 décembre 2015. Une confirmation du diagnostic de fièvre jaune par PCR a été apportée sur des prélèvements analysés par le laboratoire des zoonoses et maladies émergentes du National Institute for Communicable Diseases à Johannesburg (Afrique du Sud) et par l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal).

Le **22 mars 2016**, la **République démocratique du Congo (RDC)** notifiait à son tour à l'OMS des cas de fièvre jaune en relation avec l'épidémie en cours en Angola. Dès le **13 mars 2016**, la **Chine** signalait l'importation de cas sur son territoire (11 cas au total, tous confirmés, aucun décès) et le **Kenya** 2 cas, confirmés, dont l'un est décédé.

Le 19 mai 2016, l'OMS a convoqué un comité d'urgence concernant la fièvre jaune au titre du Règlement Sanitaire International (RSI). Après avoir délibéré, le comité a décidé que les flambées urbaines de fièvre jaune en Angola et en République démocratique du Congo constituaient un **événement de santé publique grave qui justifiait l'intensification des mesures au niveau national et le renforcement du soutien international**. Le Comité a décidé que sur la base des informations fournies, l'événement ne constituait pas à ce stade une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) ([cliquer ici](#)).

#### Bilan de la situation

Au 16 juin 2016, l'**OMS** fait état de :

- En Angola : 3137 cas (dont 847 cas confirmés, soit 27%) et 345 décès (11%).
- En RDC : 1044 cas et 71 décès (7%). 61 cas sont confirmés, parmi lesquels 53 cas importés depuis l'Angola et déclarés dans les provinces de Kinshasa, Kongo central et Kwango.

En Angola, la majorité des cas a été initialement observée dans les provinces les plus peuplées (Luanda, Huambo et Benguela) et les autres provinces (18 au total) ont toutes été progressivement touchées.

Même si le nombre de cas hebdomadaire semble décroître depuis la mi-avril, actuellement 10 provinces font état d'une reprise de transmission autochtone, témoignant d'une absence de contrôle de la maladie, malgré la mise en place de campagnes de vaccination de masse dans les zones les plus affectées dès février 2016.

En RDC aussi, des campagnes de vaccination de masse sont en cours ou programmées pour contenir l'épidémie.

Dans les pays de la région Afrique de l'OMS, sans lien démontré, à ce jour, avec l'épidémie d'Angola, on rapporte :

- En Ouganda : 68 cas dont 7 confirmés, et 3 décès (2 cas confirmés).
- En Ethiopie : 22 cas suspects
- Au Ghana : 4 cas suspects
- Au Congo Brazzaville : 2 cas suspects
- Au Tchad : 1 cas suspect

Hors du continent Africain, l'OMS rapporte en Amérique du Sud :

- Au Pérou : 54 cas suspects, dont 43 confirmés, et 6 décès, cas autochtones, aucun lien avec l'Angola.
- Au Brésil : des cas sporadiques, dont un cas décédé à Sao-Paulo en mars 2016
- Colombie : 1 cas suspect

### Risque d'importation de cas en Europe

Au cours des 20 dernières années, quelques cas de fièvre jaune ont été importés dans des pays européens. Il s'agissait de voyageurs non vaccinés contre la maladie : de retour de Côte d'Ivoire en Allemagne en 1999, de Gambie en Belgique en 2001 et du Ghana en Espagne en 2009.

L'importation de cas depuis les foyers actuels n'est donc pas impossible, mais le risque de mise en place secondaire de chaînes de transmission autochtone pèse principalement sur Madère et les abords de la Mer noire où *Ae. aegypti*, moustique vecteur principal du virus amarile, est présent. La compétence vectorielle du moustique *Aedes albopictus* plus largement présent en Europe et en France doit être évaluée.

### Contexte des départements français ultra-marins

La présence d'*Ae. aegypti* est avérée aux Antilles (Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin, Saint-Barthélemy), en Guyane et à Mayotte. Aux Antilles, le risque d'importation à partir de voyageurs viraux non vaccinés en provenance de zones épidémiques est réel. Suite à l'introduction du virus, la transmission locale est possible dans les zones où *Ae. aegypti* est présent et actif. Or, ces territoires connaissent actuellement une épidémie de Zika dont le mode de transmission principal est vectoriel et dû aussi au moustique *Ae. aegypti*.

Dans ces territoires, un **certificat de vaccination contre la fièvre jaune (cliquer ici)** est exigé en routine des voyageurs âgés de plus d'un an en absence de contre-indication :

- Pour la Guyane (où un cycle selvatique est possible): tous les voyageurs doivent être vaccinés contre la fièvre jaune, ainsi que la population autochtone (**cliquer ici**).
- Pour les autres territoires : pour les personnes avec une notion de provenance de pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune et les voyageurs restés plus de 12 heures en transit dans un aéroport d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

- **Il est donc important d'appliquer le RSI en renforçant le contrôle sanitaire aux frontières, qui devrait être systématique.**
- **Du fait de l'évolutivité des flambées urbaines en Angola puis en RDC, il existe un risque de diffusion internationale plus particulièrement pour les pays limitrophes.**
- **Il existe aussi un risque d'exportation de cas vers des zones à risque dont les territoires français ultramarins où *Aedes aegypti*, vecteur principal de la fièvre jaune, est présent (Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Guyane et Mayotte).**

Contacts:

**Denise Antona**

[Denise.ANTONA@santepubliquefrance.fr](mailto:Denise.ANTONA@santepubliquefrance.fr) - 01.41.79.68.74

**Harold Noël**

[Harold.NOEL@santepubliquefrance.fr](mailto:Harold.NOEL@santepubliquefrance.fr) – 01.41.79.68.90

## Foyer épidémique d'encéphalites à entérovirus en Catalogne

### Contexte

Le 25 mai 2016, les autorités sanitaires espagnoles ont signalé la survenue, en Catalogne, d'un foyer épidémique d'infections graves à entérovirus (EV), majoritairement dues à EV-A71 et affectant essentiellement des enfants. Les cas présentent des atteintes neurologiques de type encéphalite, rhombo-encéphalite, paralysie flasque aiguë.

### Bilan de la situation

Au 7 juin 2016 :

- 87 cas ont été recensés, dont 22 admis en unité de soins intensifs (**cliquer ici**).
- Pour la majorité des cas, l'évolution est favorable, aucun cas n'est décédé.
- Les dates de début des signes sont comprises entre le 10 avril et le 28 mai 2016 (pic épidémique entre les 11 et 15 mai).
- Les cas sont des enfants, âgés de 3 mois à 8 ans, dont plus de la moitié (57%) âgés de 1 à 2 ans.
- 72% de 82 cas actuellement bien documentés sont confirmés positifs pour les entérovirus.
- Pour 21 cas, le génotype est connu : 19 EV-A71 (dont 2 co-infectés avec un EV-C109), les 2 autres cas sont 1 EV-A16 et 1 EV-B30. Le sous génotype le plus

fréquemment retrouvé est le A71-c1. Les cas ont été admis dans différents centres hospitaliers de Catalogne, pas de lien épidémiologique mis en évidence entre les cas à ce jour.

- Aucune autre région d'Espagne n'a signalé de cas analogues.

### Rappel sur l'EV-A71

Comme pour toutes les infections à EV, la plupart des infections à l'EV-A71 demeurent asymptomatiques ou se résument à un tableau fébrile aspécifique.

La symptomatologie la plus fréquente est le syndrome main-pied-bouche (MPB), qui se traduit classiquement par un syndrome grippal suivi 2 jours plus tard par une diarrhée, des vésicules dans la cavité buccale, une éruption de la paume des mains et de la plante des pieds. Cependant, l'infection à EV-A71 peut également entraîner des atteintes neurologiques notamment des méningites à liquide clair, mais aussi des tableaux pouvant être sévères : encéphalites, lésions du tronc cérébral, paralysies flasques aiguës (PFA), atteintes des nerfs crâniens, pouvant s'accompagner d'atteintes cardio-respiratoires. Ces tableaux neurologiques sévères peuvent entraîner des séquelles voire des décès. La plupart des cas et des séquelles neurologiques sont décrits chez l'enfant en bas âge.

Il n'y a pas de traitement spécifique, ni de vaccin actuellement disponible en Europe (il existe depuis peu un vaccin mis au point en Chine, mais qui n'est pas disponible en Europe).

La transmission du virus est foeco-orale, mais aussi via les sécrétions respiratoires et la salive d'une personne infectée, qu'elle soit symptomatique ou non.

### Contexte français

En France, aucune augmentation notable du nombre d'infections neurologiques n'a été rapportée depuis le début de l'année 2016 et les données viro-cliniques recueillies par le réseau de surveillance des entérovirus (RSE) ne montrent pas de circulation accrue de l'EV-71 (3 cas déclarés en 2016). Un travail rétrospectif, sur les données françaises de 1994 à 2009, a montré que 59 patients avaient été hospitalisés pour une infection à EV-A71, dont 7 avec des complications neurologiques ou respiratoires et 2 étaient décédés (Schuffenecker et al, J Clin Virol 2011).

### Risque d'importation de cas en France et Europe

Aucun cas similaire contemporain de cet épisode Catalan n'a été rapporté à ce jour à l'ECDC par aucun des pays européens ([cliquer ici](#)). Par le passé, très peu d'épisodes épidémiques graves liés à l'EV-A71 ont été décrits en Europe, contrairement à ce qui a pu être observé en Asie du Sud-Est où des épidémies de cas neurologiques graves de grande amplitude étaient survenues ces dernières années. Un changement de l'épidémiologie de l'EV-A71 n'est pas exclu, et les résultats des analyses génotypiques en cours des cas catalans devraient être informatifs.

L'importation de cas depuis le foyer actuel est possible, surtout que la Catalogne est une destination touristique prisée, et que se profilent des rassemblements sportifs internationaux dans les semaines à venir.

### Vigilance en France

En France, on observe depuis le début du mois de juin, une tendance à l'augmentation du nombre de méningites à EV vues dans les services d'urgences. Les données préliminaires du RSE ne montrent pas actuellement de circulation prédominante d'un génotype en particulier. La vigilance s'impose car nous sommes en effet au début de la saison de circulation plus active des EV (pic des méningites virales à EV observé tous les ans en été, suivi ou non d'un second pic de moindre importance à l'automne) ([cliquer ici](#)). Le CNR des entérovirus et Santé publique France ont ainsi sensibilisé tous les laboratoires participant

au RSE ([cliquer ici](#)), en les informant du contexte actuel et en les appelant à une vigilance accrue en cas de symptomatologie neurologique évocatrice, en particulier afin que soient réalisés des prélèvements périphériques en plus du liquide cébrospinal.

### Au total :

- L'épisode épidémique décrit en Catalogne est très inhabituel pour l'Europe, d'une part en raison de la gravité de la symptomatologie décrite, et d'autre part en raison de son amplitude.
- Une importation du virus qui circule en Catalogne étant possible, la vigilance s'impose surtout en cette période de reprise de circulation active des entérovirus.
- Toute symptomatologie fébrile associée à une symptomatologie neurologique devrait faire évoquer le diagnostic d'infection à entérovirus.
- Dans le contexte de la situation catalane, n'hésitez pas à signaler tout diagnostic d'infection à entérovirus avec complications neurologiques graves (encéphalites ou paralysies) dans les prochaines semaines.
- Par ailleurs, il est souhaitable de renforcer les conseils en matière d'hygiène familiale et/ou collective (lavage des mains notamment) dans l'entourage des patients, des personnes immunodéprimées et des femmes enceintes afin de limiter la transmission du virus.

Contacts : **Denise Antona - Daniel Lévy-Bruhl**  
[Polio-InVS@santepubliquefrance.fr](mailto:Polio-InVS@santepubliquefrance.fr) - 01.41.79.68.74

## | A suivre |

## Surveillance des cas importés d'infection par le virus Ebola en France

Les fièvres hémorragiques virales sont des maladies à déclaration obligatoire (DO). Entre mars 2014 et janvier 2016, en lien avec l'épidémie survenant en Afrique de l'Ouest, l'InVS avait mis en place un dispositif de surveillance renforcée des éventuels cas importés d'infections par le virus Ebola. Le double objectif de cette surveillance était d'éviter des cas secondaires dans la communauté et

parmi les soignants, et de favoriser une prise en charge rapide et adaptée des cas.

La surveillance reposait sur le signalement précoce des cas suspects, personnes ayant voyagé ou résidé dans un des pays affectés par l'épidémie, et présentant une fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  dans les 21 jours suivant le retour de la zone épidémique. Après signalement aux SAMU-centre 15 et un interrogatoire épidémiologique, les patients rapportant une

ou des expositions à risque durant les 3 semaines précédant le début des signes étaient considérés comme des cas possibles et transférés vers un Etablissement de Santé de Référence Habilité (ESRH) pour la suite de leur prise en charge (isolement, diagnostic biologique et le cas échéant traitement).

Du 23 mars 2014 au 15 janvier 2016 :

- 1089 patients ont été notifiés dont 49% revenaient de Guinée :
  - 516 (47%) ne répondant pas à la définition de cas suspect ont été immédiatement exclus, et
  - 573 (53%) cas suspects ont été interrogés. Parmi les 573 cas suspects, 34 (6%) ont été considérés comme des cas possibles et transférés vers un ESRH. Tous les cas possibles ont été exclus après un résultat négatif du diagnostic biologique d'infection à virus Ebola.
- Le sexe-ratio H/F était de 1,3 et l'âge médian de 35 ans (étendue 11 à 95 ans).
- Dix cas possibles étaient des soignants ; 27 (80%) revenaient de Guinée, 2 (6%) du Sierra Leone et du Libéria respectivement, 1 (3%) du Mali et du Nigeria respectivement. Un cas possible était un soignant qui n'avait pas voyagé dans la zone épidémique mais qui avait été en contact avec un cas confirmé pris en charge en France après une évacuation sanitaire.

Le diagnostic final était connu pour 29 (85%) cas possibles, dont 8 avaient présenté un paludisme, 7 une infection respiratoire ou ORL et 5 une gastro-entérite non étiologisée.

## | A savoir |

### e-DO : nouvel outil de télé-déclaration pour le VIH-Sida

La dématérialisation de la déclaration obligatoire (DO) du VIH-Sida est désormais effective avec la mise en place en France de l'application **e-DO** : [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)

Cette nouvelle application doit permettre de :

- Faciliter le processus et les échanges entre les différents acteurs [déclarants (cliniciens et biologistes) et autorités de santé (Agences Régionales de Santé, Santé Publique France)].
- Réduire les délais de transmission des notifications.
- Garantir des échanges sécurisés.

La dématérialisation s'accompagne d'une simplification du circuit d'information. Désormais, les biologistes n'ont plus à transmettre de feuillets de notification au clinicien, mais chaque déclarant (clinicien et biologiste) doit faire sa propre déclaration en ligne de manière indépendante dans l'application e-DO.

L'application e-DO permet d'anonymiser les données avec la génération automatique du code d'anonymat, de renseigner uniquement les variables nécessaires via une interface interactive, intégrant des contrôles de cohérence à la saisie, et de consulter ses déclarations des 12 derniers mois.

La connexion à l'application e-DO nécessite de disposer d'une carte de la famille CPS (carte de professionnel de

Durant la même période, 2 cas confirmés diagnostiqués en Guinée et au Sierra Leone ont été évacués vers la France et pris en charge à l'HIA Begin.

- **En janvier 2016, avec la fin de l'épidémie, le dispositif de surveillance renforcé a été suspendu.**
- **Les suspicions d'infection par le virus Ebola, évaluées par les cliniciens avec l'expertise du CNR, doivent être notifiées à l'ARS sans délai, dans le cadre de la DO des fièvres hémorragiques virales.**
- **Les équipes de Santé publique France tiennent à remercier les professionnels de santé, infectiologues, réanimateurs, médecins des SAMU-centre 15 et services d'urgences, les ARS et le CNR pour leur collaboration ayant permis un fonctionnement efficace de la surveillance renforcée.**

Contact : **Alexandra Mailles**

[Alexandra.MAILLES@santepubliquefrance.fr](mailto:Alexandra.MAILLES@santepubliquefrance.fr) – 01.41.79.68.90

santé), d'un lecteur de carte et d'une connexion internet. La carte CPS garantit une authentification forte des déclarants et sécurise les échanges d'informations. Les titulaires d'une carte CPS peuvent autoriser des personnels non médicaux (techniciens d'études cliniques, internes, etc.) à activer des profils de saisie.

- **Un service d'assistance téléphonique a été mis en place avec l'ASIP Santé, afin d'accompagner les professionnels de santé. Il permet d'obtenir des informations sur :**
  - **L'utilisation fonctionnelle de l'application e-DO,**
  - **L'acquisition des cartes CPx et lecteurs de cartes,**
  - **Le mode dégradé pour les PS ne pouvant pas utiliser l'application.**
- **Le numéro de service gratuit est le : 0 809 100 003.**
- **Enfin, une campagne de communication nationale auprès de la presse médicale et spécialisée accompagnera ce nouveau dispositif.**

Pour toute information sur l'application : **(cliquer ici)**

Contact :

[e-do@santepubliquefrance.fr](mailto:e-do@santepubliquefrance.fr)

# Deux nouvelles maladies à déclaration obligatoire à partir de juin 2016 : l'infection à virus Zika et la schistosomiase (ou bilharziose) urogénitale autochtone)

## Le virus ZIKA

Le **virus Zika** est responsable depuis début 2015 d'une épidémie majeure qui s'étend sur le continent américain et la Caraïbe. Cet arbovirus, peu connu et réputé bénin, s'est révélé être responsable de complications embryo-fœtales et neurologiques sévères ayant motivé la déclaration par l'OMS d'une urgence de santé publique de portée internationale en février 2016.

La transmission vectorielle se fait par des moustiques du genre *Aedes* : principalement *A. aegypti* dans les départements français d'Amérique et à Mayotte. *A. albopictus* présent dans certains départements métropolitains et sur les îles de la Réunion et Mayotte serait aussi un vecteur compétent pour le Zika. Par ailleurs, la transmission non vectorielle en particulier sexuelle est dorénavant établie alors que les possibilités de transmission par la salive ou le lait maternel ne sont pas prouvées à ce jour. Le risque de transmission transfusionnelle justifie la mise en place de mesures de sécurité transfusionnelle adaptées (exclusion temporaire des donneurs exposés, mise en place de dépistage).

En métropole, il existe un risque de transmission autochtone du virus Zika en raison de la présence du vecteur *A. albopictus* dans 30 départements en 2016. Pour accéder à la carte des départements concernés [\(cliquer ici\)](#).

Une surveillance du chikungunya et de la dengue est en place depuis 2006. Elle comprend la **déclaration obligatoire** des cas confirmés et une surveillance renforcée dans les départements avec implantation du vecteur à sa période d'activité (mai à novembre). L'infection à virus Zika est incluse dans le système de surveillance des 2 autres arboviroses en raison des analogies avec ces 2 pathologies en termes de vecteur (moustique *Aedes*) et surtout en raison de la nécessité d'une intervention urgente autour des cas en période virémique dans les zones d'implantation du vecteur pendant sa période d'activité.

## Bilan des cas Zika en Métropole

En métropole, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 2 juin 2016, une infection a été confirmée chez 425 personnes revenant de zone de circulation du virus Zika dont 10 femmes enceintes, et 2 cas de complications neurologiques. Par ailleurs, 5 cas de transmission sexuelle ont été confirmés.

## Définition de cas

L'avis du HCSP du 2 février 2016, relatif à l'inscription sur la liste des maladies à déclaration obligatoire de l'infection par le virus Zika, est [disponible ici](#).

Depuis la publication du décret n° 2016-745 du 2 juin au Journal Officiel, **tout cas confirmé d'infection à virus Zika répondant à la définition de cas ci-dessous** est à déclaration obligatoire avec signalement :

- PCR Zika positive sur sang, urine ou autre prélèvement (liquide cérébro-spinal, liquide amniotique, produits d'avortement...)
  - **OU** sérologie positive IgM anti-Zika
  - **OU** séroconversion
  - **OU** multiplication par 4 du titre des IgG spécifiques
- **La déclaration permettra de documenter la clinique y compris la présence de formes graves, l'évolution, les expositions, les déplacements, et pour les femmes en âge de procréer la notion de diagnostic d'infection à virus Zika pendant la grossesse ou lors d'une issue de grossesse.**
- **A noter que la déclaration obligatoire ne s'applique pas aux territoires touchés par une épidémie de Zika (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Martin).**
- **Pour accéder au Journal Officiel [\(cliquer ici\)](#).**
- **Pour télécharger la fiche de notification d'un cas confirmé d'infection à virus Zika [\(cliquer ici\)](#).**

## La bilharziose

La bilharziose (ou schistosomiase) urogénitale est la parasitose la plus fréquente dans le monde après le paludisme. La maladie est classiquement endémique en Afrique intertropicale, à Madagascar et au Moyen-Orient où elle est responsable dans sa phase chronique d'un fardeau important (troubles de la fertilité, maladies obstructives et néoplasies des voies urinaires).

L'introduction d'œufs de *Schistosoma haematobium*, l'agent de la maladie, à partir des urines humaines infestées peut déclencher un cycle de transmission dans les plans et cours d'eau douce (rivière, ruisseau, lac, marais, mares...) habités par les mollusques du genre *Bullinus*, hôtes intermédiaires du parasite.

L'homme se contamine par pénétration cutanée des formes immatures du parasite, les cercaires, lors d'un contact, même bref, avec de l'eau douce contaminée. Pendant les semaines qui suivent l'infection, les parasites deviennent adultes et migrent vers les plexus veineux péri vésicaux (phase d'invasion). Au bout de 10 à 12 semaines les parasites femelles pondent des œufs qui sont excrétés dans les urines. En l'absence de traitement, l'excrétion des œufs peut durer plusieurs années.

## Situation en France

En 2014, un foyer de transmission autochtone de bilharziose urogénitale a été mis en évidence en Corse du Sud à l'occasion d'un diagnostic porté chez des personnes n'ayant jamais séjourné en zone d'endémie, en lien avec une baignade dans la rivière Cavu durant l'été 2013.

Une campagne nationale d'information, de dépistage et de traitement réalisée en 2014 a permis d'identifier une centaine de cas liés à ce foyer. Le Cavu a été fermé à la baignade pour la saison estivale de 2014. Après une absence de circulation avérée en 2014, quelques cas sporadiques

rapportés étaient en lien avec des baignades dans le Cavu durant l'été 2015.

Il existe un risque permanent de réémergence de la bilharziose urogénitale dans l'ensemble de la zone de présence de l'hôte intermédiaire couvrant la Corse mais aussi le sud de la France et l'Europe méridionale.

Pour faire face à ce risque, le HCSP a recommandé l'inscription de la bilharziose urogénitale autochtone en France métropolitaine à la liste des maladies à déclaration obligatoire dans son avis du 02 septembre 2015.

Pour y accéder ([cliquer ici](#)).

### Définition de cas

Depuis la publication du décret n° 2016-745 du 2 juin, **tout cas probable ou confirmé de bilharziose urogénitale répondant à la définition de cas ci-dessous** est à déclaration obligatoire avec signalement :

Absence de notion de contact avec de l'eau douce dans une zone d'endémie classique (tropicale) au cours de la vie avec :

- pour un cas probable :
  - 2 tests sérologiques de dépistage positifs utilisant des techniques différentes
  - OU en cas de discordance, un test sérologique Western blot positif (Ag *S. mansoni* + *S. haematobium*)
- Pour un cas certain :
  - Présence d'œufs de *S. haematobium* à l'examen parasitologique des urines OU présence d'œufs de *S. haematobium* sur l'examen anatomopathologique d'une biopsie vésicale et/ou rectale
  - OU PCR spécifique (*S. haematobium* et/ou *S. bovis*) positive

➤ **Pour accéder au Journal Officiel : ([cliquer ici](#)).**

Contact : **Elisabeth Couturier**  
[Chik\\_dengue@santepubliquefrance](mailto:Chik_dengue@santepubliquefrance) – 01.41.79.68.90

## Recrudescence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Les données issues des réseaux de surveillance volontaires montrent que les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes continuent de progresser en France métropolitaine depuis la recrudescence de la gonococcie en 1998, la résurgence de la syphilis précoce en 2000 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale en 2003. Cette progression est très marquée sur les 3 dernières années et particulièrement préoccupante chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

Entre 2012 et 2014 :

- Le nombre de **syphilis** précoces diagnostiquées a augmenté d'environ 50% chez les HSH, qui représentent plus de 80% des cas déclarés. Une augmentation des cas de syphilis précoce a été également observée chez les hétérosexuels, malgré un nombre encore faible de cas.
- L'augmentation du nombre d'infections à **gonocoques** diagnostiquées est d'environ 100% chez les HSH et de 30 % chez les hétérosexuels.
- Concernant les cas de **lymphogranulomatoses vénériennes rectales (LGV)** et les rectites à chlamydia non L, l'épidémie touche quasi-exclusivement les HSH avec une augmentation d'environ 100% du nombre de cas diagnostiqués dans cette population.
- Bien que l'augmentation de 9% du nombre de **chlamydioses** diagnostiquées semble comparativement moins importante, l'infection à chlamydia reste l'IST bactérienne la plus fréquemment diagnostiquée, particulièrement chez les femmes qui représentent 67% des cas.
- Par ailleurs, le niveau de co-infections reste élevé, un tiers des personnes diagnostiquées pour une syphilis précoce et près de 10% de celles diagnostiquées pour

une infection à gonocoques sont co-infectées par le VIH depuis 2012.

Cette recrudescence des IST traduit une augmentation des comportements sexuels à risque chez les HSH, observée dans les études comportementales depuis plusieurs années, ces prises de risque étant plus fréquentes chez les HSH séropositifs pour le VIH.

- **Face à ces constats, Santé publique France s'est engagée dans une démarche pour promouvoir la prévention combinée sans vision normative et sans hiérarchie.**
- **Les données issues de ces réseaux de surveillance, sans être exhaustives, permettent de suivre les tendances des IST au niveau national et de caractériser les populations touchées.**
- **Cependant, la nécessité de décrire plus précisément la situation au niveau régional doit inciter à une participation élargie des cliniciens et des biologistes à la surveillance.**

*Nous remercions vivement pour leur contribution à la surveillance des IST les participants aux réseaux volontaires (Réna-go, Rénachla, RésIST, Lymphogranulomatoses vénériennes), notamment les médecins, les biologistes, quel que soit leur lieu d'exercice (en CeGIDD, en consultations hospitalières, en laboratoires) et les CNR des gonocoques, des infections à Chlamydiae et de la syphilis.*

Contacts : **Delphine Viriot - Ndeindo Ndeikoundam**  
[IST@santepubliquefrance.fr](mailto:IST@santepubliquefrance.fr) - 01.41.79.67.96

## Concertation citoyenne : Vaccination

### Lancement de la concertation citoyenne

La concertation citoyenne sur la vaccination est lancée. Le comité d'orientation indépendant, chargé de piloter toutes les étapes de la concertation, s'est réuni à plusieurs reprises depuis le mois d'avril. Il a notamment auditionné des acteurs présentant la diversité actuelle des points de vue sur la vaccination. Ce comité est chargé de rédiger un rapport final qu'il remettra à la ministre des Affaires sociales et de la Santé fin 2016. Il est présidé par le Professeur Alain FISCHER, professeur d'immunologie pédiatrique, directeur de l'Institut hospitalo-universitaire *Imagine* et titulaire de la chaire Médecine expérimentale au *Collège de France* et co-présidé par Claude RAMBAUD, co-présidente du *Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS)*.

### Des jurys de citoyens et de professionnels de santé

Dans la perspective de l'installation des jurys et afin de nourrir leurs réflexions, deux études qualitatives ont été réalisées, l'une auprès d'un échantillon de professionnels de santé, l'autre auprès d'un échantillon du grand public. Leurs résultats seront publiés cet été. Elles permettront d'établir une image actualisée des perceptions, attentes, réticences et réseaux d'influence autour du sujet de la vaccination. Ces jurys – un de citoyens, un de professionnels de santé - composés chacun d'une vingtaine de personnes représentatives de la population française, se réuniront pour la première fois en juillet. Ils pourront s'informer, débattre, questionner les acteurs de leur choix

et devront émettre des propositions d'amélioration de la politique vaccinale au comité.

### Un site internet ouvert à tous cet automne pour contribuer

La concertation prend plusieurs formes pour recueillir des témoignages individuels et des avis collectifs variés de l'ensemble des publics concernés. Une plateforme web dont l'ouverture est prévue cet automne recueillera les avis de toutes les parties prenantes intéressées par la vaccination. L'ensemble des contributions fera l'objet d'une analyse détaillée afin qu'aucune question de fond ne soit écartée.

Les avis des jurys et la synthèse des contributions seront présentés et discutés fin 2016 à l'occasion d'une journée publique.

- **Pour en savoir plus sur la concertation citoyenne, le comité d'orientation met à disposition un site d'information : <http://concertation-vaccination.fr/>**
- **Un abonnement gratuit à une newsletter est disponible sur le site pour recevoir les dernières informations du comité.**

Contact : **Secrétariat Général du Comité d'orientation**  
[info@concertation-vaccination.fr](mailto:info@concertation-vaccination.fr)

## Les Rencontres de Santé publique France

La première édition des Rencontres de Santé publique ont eu lieu les mardi 7 et mercredi 8 juin 2016, au centre universitaire des Saints-Pères à Paris.

Héritier des journées de la santé publique de l'Inpes et des journées de l'InVS, ce rendez-vous annuel a permis à plus

de 1000 participants d'échanger pendant deux jours à l'occasion d'ateliers et de sessions thématiques.

Pour retrouver le programme et les présentations : <http://www.rencontresantepubliquefrance.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-infosan@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-infosan@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 : 27 Juin 2016