



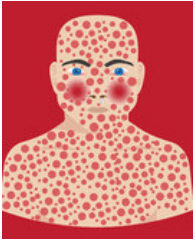
Actualités : épidémies et prévention

Informations régionales

05 juillet 2024



Dr Loïc SIMON – Mme Nathalie JOUZEAU – Mme Sara TAHANI



Rougeole

Epidémiologie

05 juillet 2024



Dr Loïc SIMON

Au niveau Mondial



- 2022-2023 : Recrudescence post-COVID-19 (↓ couverture vaccinale)
- **Dans le monde** (OMS 02,2024) : plus de 306 000 cas déclarés l'an dernier soit **+79% par rapport à 2022**.
- **En Europe** : 2 361 cas déclarés en 2023 ; épidémie de grande ampleur encore **en cours en Roumanie**
- En France : ↑ **facteur 8 en 2023 vs 2022** ; poches d'individus encore réceptifs au virus (adolescents et jeunes adultes ++)

Dans la majorité des cas, des **voyageurs de retour d'un séjour en zone endémique ont contracté la maladie**, sont revenus contagieux en France et ont propagé le virus.



Au niveau Européen



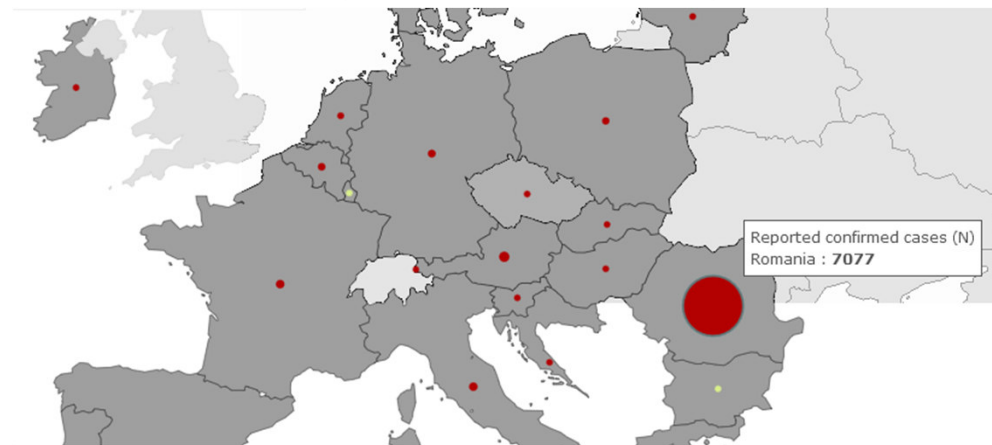
Surveillance Atlas of Infectious Diseases

← → - Health topic - All cases - Most recent 12 months only Reported confirmed cases 2024-04

Region	Reported cases (N)	Notification rate (N/1000000)	Reported confirmed cases (N)	Number of deaths (N)
EU/EEA (without UK)	10887	23.94	8783	7
EU/EEA (with UK until 2019)	10887	23.94	8783	7
Romania	8947	469.55	7077	6
Austria	485	53.27	485	0
France	298	4.37	259	0
Italy	277	4.70	253	0
Belgium	206	17.54	134	0
Germany	175	2.07	163	0
Poland	149	4.05	109	0
Netherlands	75	4.21	45	0
Spain	46	0.96	42	0
Portugal	27	2.58	27	0

Roumanie : 82% des cas en Europe au cours des 12 derniers mois

France : 259 cas confirmés (<3% des cas)



<https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>

Au niveau Français

LA ROUGEOLE EN FRANCE : INCIDENCE, VACCINATION ET DIAGNOSTIC

Une hausse très importante par rapport à 2022



x8

Le nombre de cas de rougeole déclarés
a été multiplié par 8 en 2023.⁽¹⁾

Une maladie aux formes graves

Parmi les 117 cas :



23,1 %

patients hospitalisés
dont 2 en service de réanimation

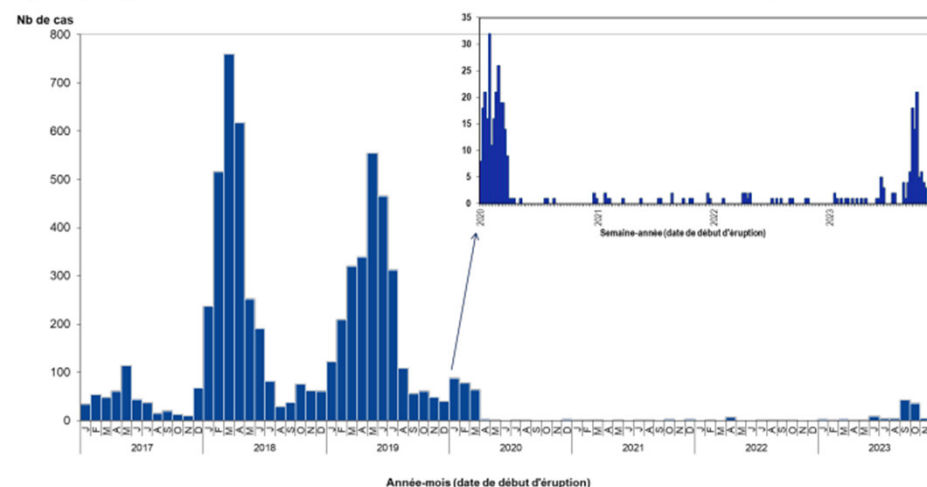


50 %

des complications concernaient
des adultes de plus de 30 ans

(1) 240 cas avaient été déclarés en 2020.

Figure 2. Évolution du nombre de cas de rougeole déclarés par semaine de survenue (date d'éruption), 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2023, et semaines S1-2020 à S52-2023, France entière



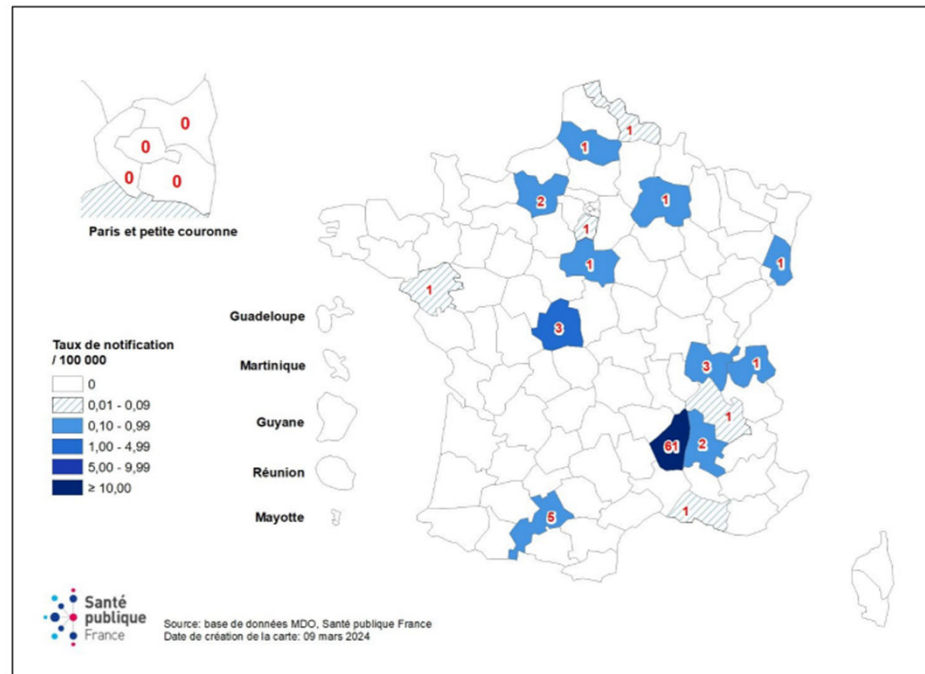
Source: Santé publique France, déclarations obligatoires

Nombre total de cas de rougeole (N=117) reste encore très limité par rapport à la moyenne des années antérieures à la COVID-19 (moyenne de 1 538 cas entre 2016-2019)

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/hausse-des-cas-de-rougeole-le-point-sur-les-recommandations-pour-les-medecins>

Au niveau Français

Figure 3. Incidence annuelle* et nombre de cas de rougeole déclarés par département* de résidence, France, 1^{er} janvier au 31 décembre 2023 (n = 86 cas)

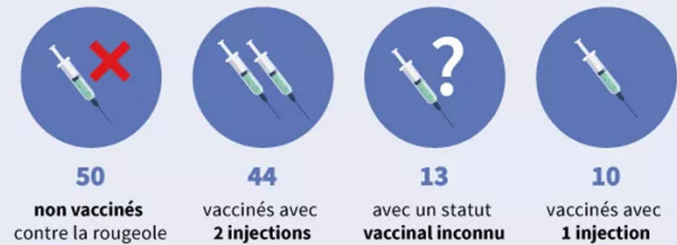



* Hors cas importés et hors cas résidant à l'étranger

Source: Santé publique France, déclarations obligatoires ;
Insee - Estimations de nonnullité (résultats provisoires arrêtés fin 2023)

Etat vaccinal des personnes touchées

Parmi les 117 cas :



 Les patients complètement vaccinés avaient reçu une injection avant l'âge de 12 mois, ce qui peut expliquer la moindre protection à long terme.

Au niveau Français

ZOOM SUR LE CLUSTER DE ROUGEOLE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

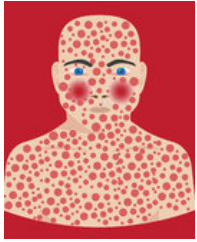
L'épisode de cas groupés le plus important a été relevé en Auvergne-Rhône-Alpes (Drôme et Ardèche) avec 64 cas de rougeole rapportés entre août et novembre 2023 :

- 37 cas étaient vaccinés 2 injections,
- 24 cas étaient non vaccinés ou vaccinés 1 injection,
- 3 cas pour lequel le carnet n'a pas été présenté.

80,6 % des cas vaccinés avec 2 injections avaient reçu la 1re injection avant l'âge de 12 mois ce qui peut expliquer la moindre protection à long terme

Conséquence : en région Auvergne-Rhône-Alpes les recommandations vaccinales ont été adaptées avec l'administration d'une 3e injection de vaccin ROR pour toutes les personnes nées à partir de 1980 ayant déjà reçu 2 injections mais dont la 1re injection a été administrée avant l'âge de 12 mois ([DGS-URGENT N°2023_21](#)).





Quand suspecter un
cas de ROUGEOLE ?



Cas pratique

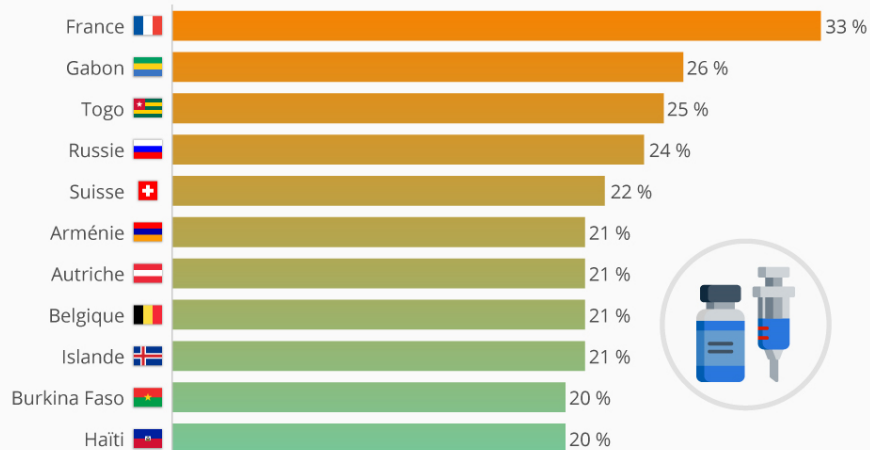


Professionnel de la PCI, vous êtes impliqué dans une campagne de promotion vaccinale dans votre établissement.
En effet, une épidémie de rougeole est en cours dans votre commune.



Vaccins : les Français sont les plus sceptiques au monde

Part des répondants qui ne pensent pas que les vaccins soient sûrs en 2019



@Statista_FR

Étude menée auprès de 140 000 personnes dans 140 pays.
Source : Wellcome Global Monitor 2019

statista





Une maladie bénigne ?

OUI mais...

1. Tableau clinique bruyant

- ✓ 90% des cas exposés non immuns développent la maladie
- ✓ Fièvre + **Cough** – **Cunjunctivitis** – **Coryza** (= rhinite)

J1-J2

Signe de Köplik



Copyright © 2009 Pearson Education, Inc., publishing as Pearson Benjamin Cummings.

J3-J4

Progression descendante



2. Manifestation graves

Pneumonie = 1%

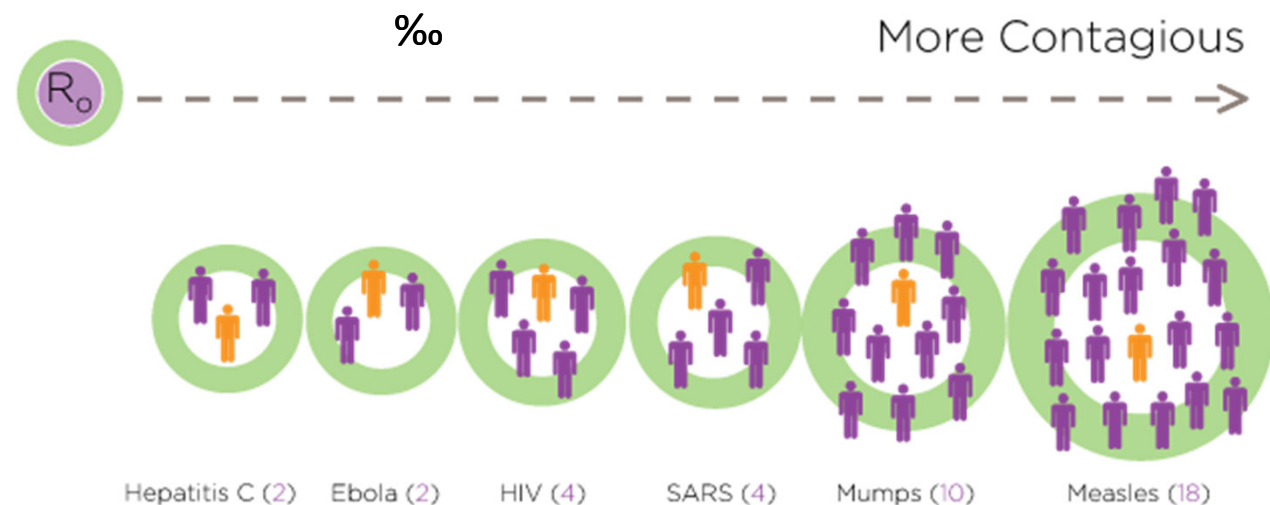
Encéphalite (J5-6 rash) = 1 ‰

Létalité = 1-3 ‰

NON rares

X

CONTAGIOSITE record



What Is R0? Gauging Contagious Infections (healthline.com) [Consulté le 02/07/24]

3. Acceptabilité

- ✓ Virus à transmission interhumaine **stricte**



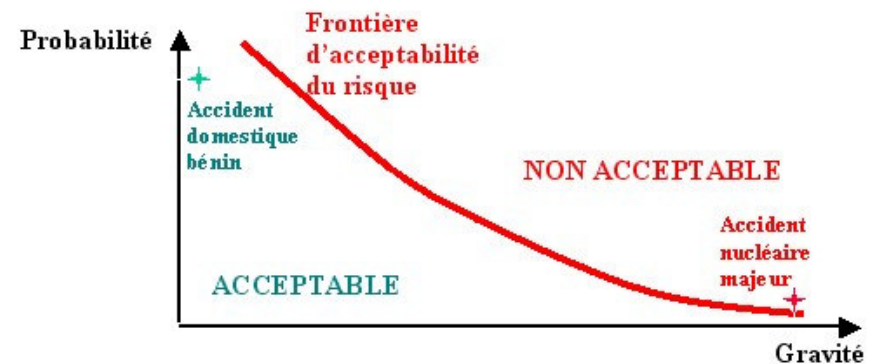
PLAN D'ELIMINATION DE LA ROUGEOLE ET DE LA RUBEOLE CONGENITALE EN FRANCE

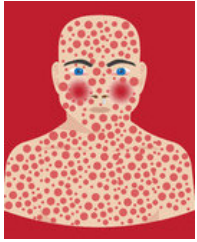
2005-2010

Une éradication possible

Vaccin vivant atténué ⇔ contre-indiqué à des populations vulnérables

Risque évitable





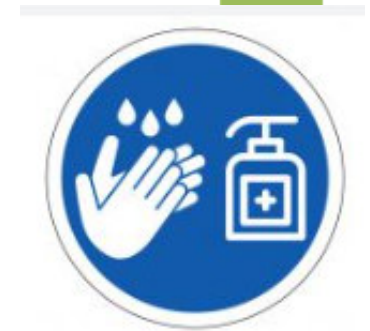
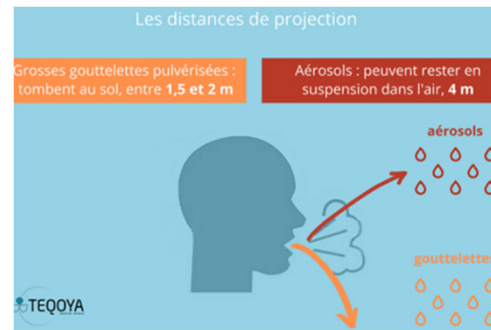
Quelles mesures mettre en place
lors de l'identification
d'un cas de ROUGEOLE au sein de votre
institution ?



Mesures à appliquer
dès la suspicion clinique
en période de contagiosité

=

Précautions complémentaires
Air



Prise en charge des cas positifs

Chambre individuelle
porte fermée

Masque chirurgical si le
patient quitte sa chambre

Aération :

- de la chambre
pluriquotidienne
- pendant 2 heures après
le départ définitif du
patient

Protection des Soignants

Masque FFP2 dès
l'entrée dans la
chambre

Prise en charge par du
personnel immunisé

Hygiène des mains

Bionettoyage minutieux



Les précautions standard sont à respecter



Je recherche

- **le cas index** : contact avec un cas de rougeole dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption
- tous les cas potentiels
- les sujets contacts en précisant :
 - les sujets à risque de forme grave : femmes enceintes, nourrissons < 12 mois, immunodéprimés
 - leur statut immunitaire : antécédent de rougeole, statut vaccinal





Coqueluche

Epidémiologie

05 juillet 2024



Dr Loïc SIMON

Deux nourrissons décèdent de la coqueluche : le CHU de Montpellier appelle les femmes enceintes à se faire vacciner

Publié le 17/06/2024 à 09:10

ABONNÉS



Deux nourrissons décèdent de la coqueluche : le CHU de Montpellier appelle les femmes enceintes à se faire vacciner /
ILLUSTRATION - UNSPLASH



Santé, Montpellier

La coqueluche évolue par cycles de recrudescence tous les 3 à 5 ans

6 pics épidémiques sur les dernières années:
1997, 2000, 2005, 2009, 2012-2013 et 2017-2018.
(Données RENACOQ)

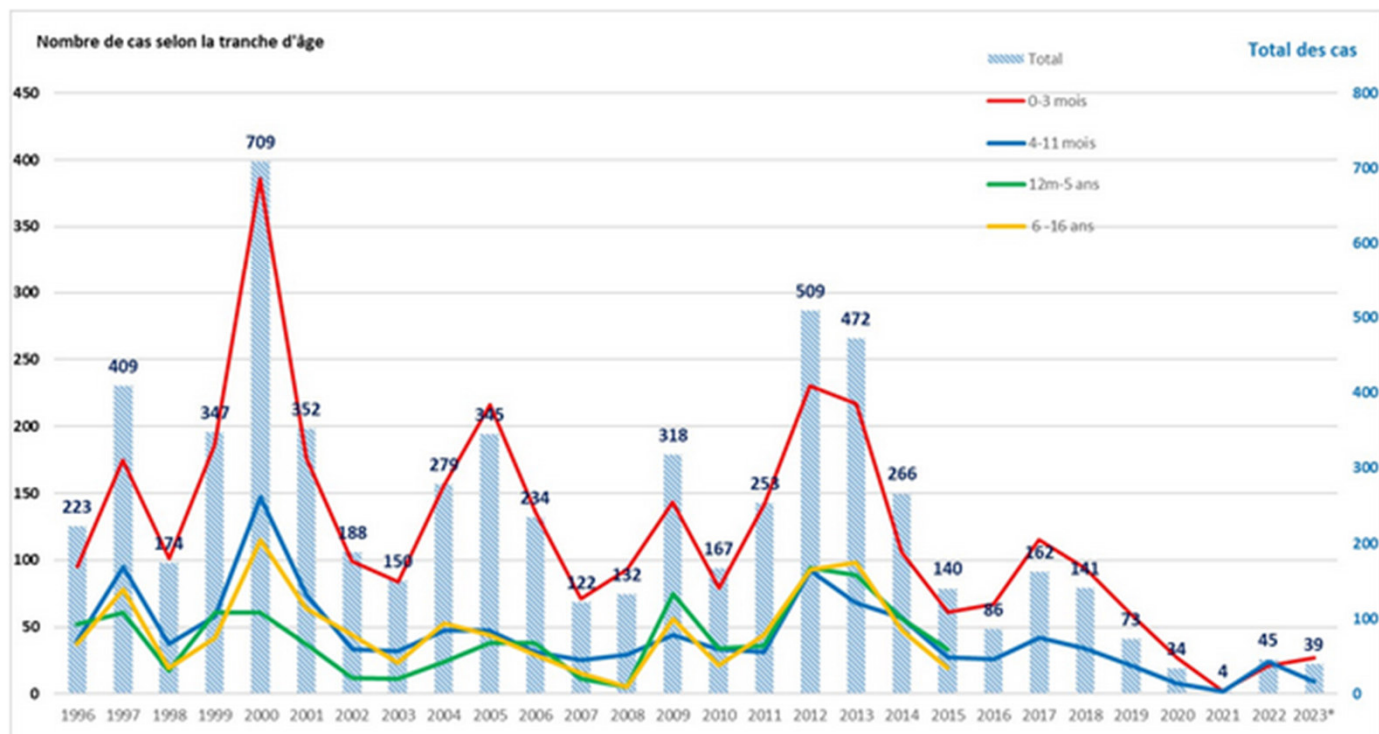
Depuis le dernier pic (162 cas rapportés), ↓ ↓ cas :
34 cas en 2020 puis 4 cas en 2021 chez les
nourrissons de moins de 12 mois



Au niveau national

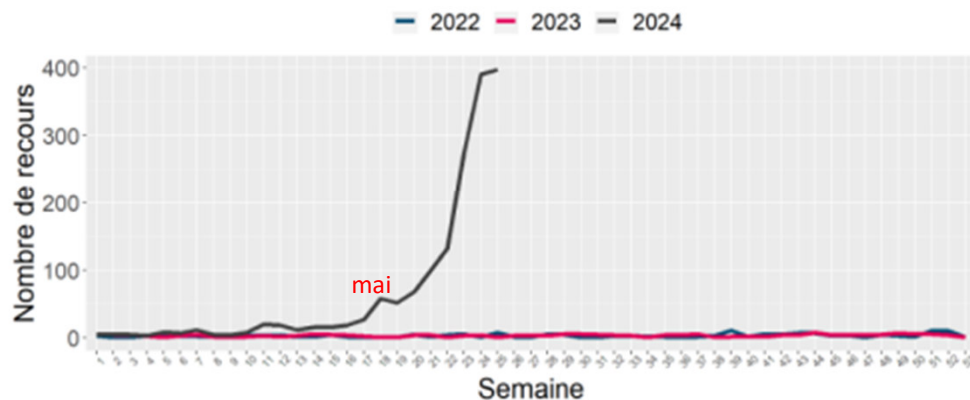
Santé publique France recense, depuis début 2024, **14 décès chez des enfants de moins de 15 ans**, dont 12 chez des nourrissons de 1 à 2 mois + 3DC de plus de 85 ans. Les autorités insistent sur la vaccination, en particulier chez les femmes enceintes.

Nombre de cas hospitalisés de coqueluche chez l'enfant de moins de 17 ans (1996-2015) et chez les nourrissons de moins de 12 mois (2016-2023), données RENACOQ. (* données 2023, non consolidées)



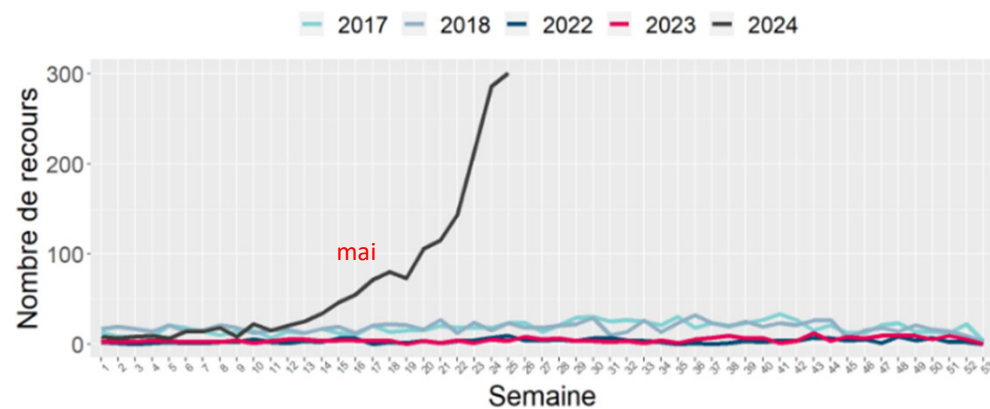
Au niveau national

Figure 1. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecin pour « coqueluche », tous âge, en France, du 1er janvier 2022 (semaine S01) à juin 2024 (semaine 25)



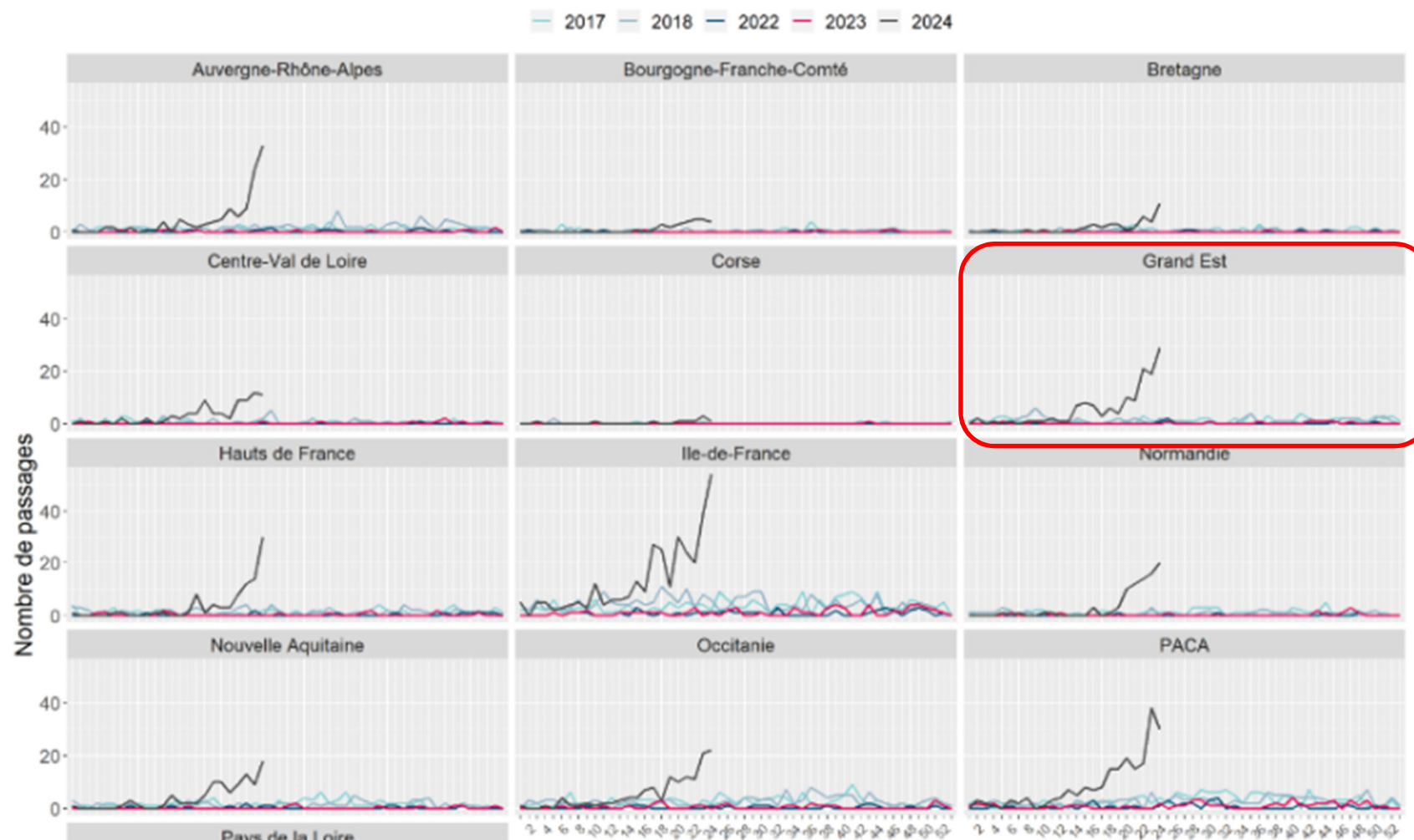
Source : SOS Médecins, Santé publique France, données mises à jour au 26/06/2024

Figure 3. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences par année, pour coqueluche, de janvier 2017 à juin 2024 (semaine S25), France, données Oscour



Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour coqueluche

Passages tous âges - Données OSCOUR



Une reprise de la circulation de la coqueluche s'amorce en France au premier trimestre 2024

Le nombre de cas a très fortement baissé depuis l'introduction du [vaccin contre la coqueluche](#). Les populations à risque de coqueluche sont les nourrissons non encore vaccinés et les adolescents et adultes qui ont perdu la protection contre cette maladie conférée par le vaccin.

Évolution du nombre de cas de coqueluche 2017-2022

D'après les données de surveillance du réseau RENACOQ (réseau hospitalier de surveillance de la coqueluche), depuis le dernier pic de coqueluche de 2017-2018 (162 cas rapportés), le nombre de cas n'a cessé de diminuer pour atteindre 34 cas en 2020 et 4 cas en 2021 chez les nourrissons de moins de 12 mois.

Même constat du côté des données du [réseau Sentinelles](#) (réseau de recherche et de veille en soins de premier recours médecine générale et pédiatrie en France métropolitaine) rapportant 1 cas par an en population générale sur la même période.

Ce taux bas a été maintenu pendant la période de Covid en raison des mesures sanitaires.

Évolution 2023-2024

En 2023, seuls 2 cas groupés ont été rapportés à Santé publique France entre octobre et décembre, avec 18 cas de coqueluche en Ile-de- France.

Au 1er trimestre 2024, une quinzaine de clusters (cas groupés) majoritairement en collectivité (écoles maternelles, primaires, halte-garderies et maisons maternelles) mais aussi familiaux et totalisant **70 cas** ont été signalés à Santé publique France.



Au niveau national



DGS-URGENT

Communication du CNR, juin 2024

Le CNR de la coqueluche alerte sur une **forte augmentation du nombre de cas de coqueluche à *Bordetella pertussis*** en France depuis début 2024.

À titre d'exemple, plus de 1400 cas confirmés par qPCR ont été détectés en avril 2024 et plus de 3000 en mai 2024.

Dans le contexte de recrudescence actuelle, devront être adressés au CNR les souches de *B. pertussis* isolées ou les prélèvements si :

- La charge bactérienne est élevée (Ct pour cible IS481/IS1001 \leq 20 ou Ct pour ptxP [toxine de *pertussis*] $<$ 30 ou PCR syndromique Filmarray positif) ; ou si
- L'échantillon est issu d'un nourrisson atteint de coqueluche sévère (hospitalisé en réanimation) ; ou si
- L'échantillon est issu d'un cas dont l'état s'aggrave malgré l'antibiothérapie par macrolide et/ou pourrait suggérer un échec thérapeutique.

Le CNR procédera à la mise en culture des prélèvements permettant la recherche d'éventuelles résistances aux macrolides et les caractéristiques antigéniques des isolats.

Si les laboratoires sont en mesure de mettre en place la culture de *B. pertussis* et que celle-ci réussit, l'antibiogramme devrait être réalisé localement puis la souche envoyée au CNR pour vérification et caractérisation approfondie.

<https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/coqueluche-et-autres-bordetelloses>

DATE : 07/06/2024

RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2024_08

TITRE : INTENSIFICATION DE LA CIRCULATION DE LA COQUELUCHE EN FRANCE ET EN EUROPE

Professionnels ciblés

☐ Tous les professionnels

☒ Professionnels ciblés (cf. liste ci-dessous)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Audioprothésiste | <input type="checkbox"/> Podo-Orthésiste |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Autre professionnel de santé | <input checked="" type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Manipulateur ERM | <input type="checkbox"/> Orthopédiste-Orthésiste | <input type="checkbox"/> Diététicien |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecin-autre spécialiste | <input type="checkbox"/> Pédiatre-Podologue | <input checked="" type="checkbox"/> Pharmacien |
| <input checked="" type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Opticien-Lunetier | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Masseur Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Orthoptiste | <input type="checkbox"/> Orthoprothésiste |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical |

Zone géographique

☒ National

☐ Territorial

Mesdames, Messieurs,

Après un premier appel à la vigilance en avril 2024 sur la **recrudescence de la coqueluche en Europe et en France au 1^{er} trimestre 2024**, Santé publique France signale une **situation épidémique sur le territoire avec une circulation très importante de la bactérie sur les premiers mois de l'année.**

Au cours du 1^{er} trimestre 2024 en France, plusieurs cas groupés de coqueluche en collectivité étaient signalés avec un nombre de clusters plus important comparé à toute l'année 2023 (aucun cas groupé signalé entre janvier et septembre 2023) annonçant un début de recrudescence de la coqueluche dans au moins 4 régions hexagonales.

En quelques semaines, ce sont sept régions (Ile-de-France, Bretagne, Pays de Loire, Auvergne Rhône-Alpes, Grand-Est, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine) qui déclaraient plus d'une vingtaine de clusters en collectivités (essentiellement des écoles maternelles et primaires, halte-garderie et maisons maternelles, collèges et lycées) ou familiaux à la fin mars 2024.

Début juin 2024, les différents indicateurs de surveillance de la coqueluche suivis par Santé publique France confirment la **résurgence de la maladie sur le territoire national avec des hausses importantes observées sur les dernières semaines.** Sur les 5 premiers mois de l'année 2024, les données 3-Labos recensent près de 7000 PCR positives (contre 518 pour toute l'année 2023) et les données du réseau hospitalier RENACCO rapportent 46 cas chez des nourrissons de moins de 12 mois.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_no2024_08_coqueluche.pdf



Quand suspecter un
cas de COQUELUCHE ?



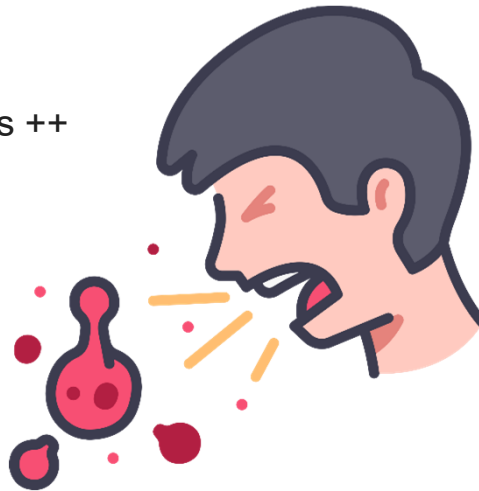
Coqueluche

***Bordetella pertussis* (95%)**

Coccobacille G- aérobie strict : toxines ++
Incubation : 7-21 jours (10j)

PCR naso-pharyngée (j → 21j)

Culture Bordet-Gengou



Toux +++ SANS fièvre

- Prédominance nocturne, persistante > 7 j
- Chant du coq, émétisante
- Complications de la toux



Transmission interhumaine stricte

- Voie aérienne, intrafamiliale et collectivités (taux d'attaque 75%)
- Cosmopolite : réservoir infantile / adulte dans les pays développés



Recherche de cas



NON

- Délai dépassé
- Cas épidémiologique
- Contact asymptomatique

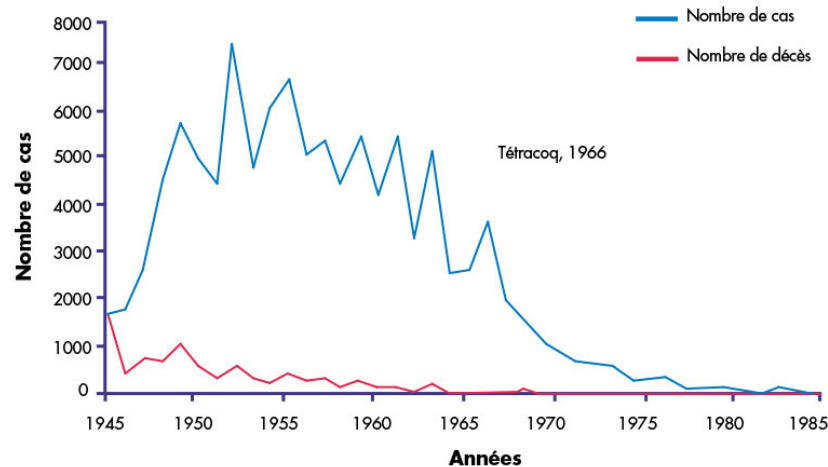
OUI

- **Nouveau-né/jeune enfant non immunisé**
- Coqueluche possible (vaccin > 3A)
- Immunodéprimé
- Entourage < 5 mois



Vaccination Ca

Coqueluche : nombre de cas et mortalité, en France, de 1945 à 1986



Sources : Déclarations obligatoires, Santé publique France

✓ Vaccin **acellulaire**, protéique (2-3-5), depuis 2005

- Antigènes de *Bordetella pertussis*
 - Anatoxine pertussique : 25 microgrammes
 - Hémagglutinine filamenteuse : 25 microgrammes

HEXYON[®]

- Antigènes de *Bordetella pertussis*
 - Anatoxine pertussique (PT)¹ : 25 µg
 - Hémagglutinine filamenteuse (FHA)¹ : 25 µg
 - Pertactine (PRN)¹ : 8 µg

INFANRIX HEXA[®]



Info CNR 2024 :

- ☐ > 90-95% souches circulantes PNR + (vs 50% avant COVID)
- ☐ Association PRN – gravité suspectée (étude RENACOQ-CNR)
- ☐ Choix vaccin ?

(1) GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_la_coqueluche.pdf [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_vaccinations_edition_2012.pdf



En 2001 encore, la coqueluche était la **1^e cause de mortalité des nourrissons de moins de 3 mois** (hors NN) (Floret, 2001)

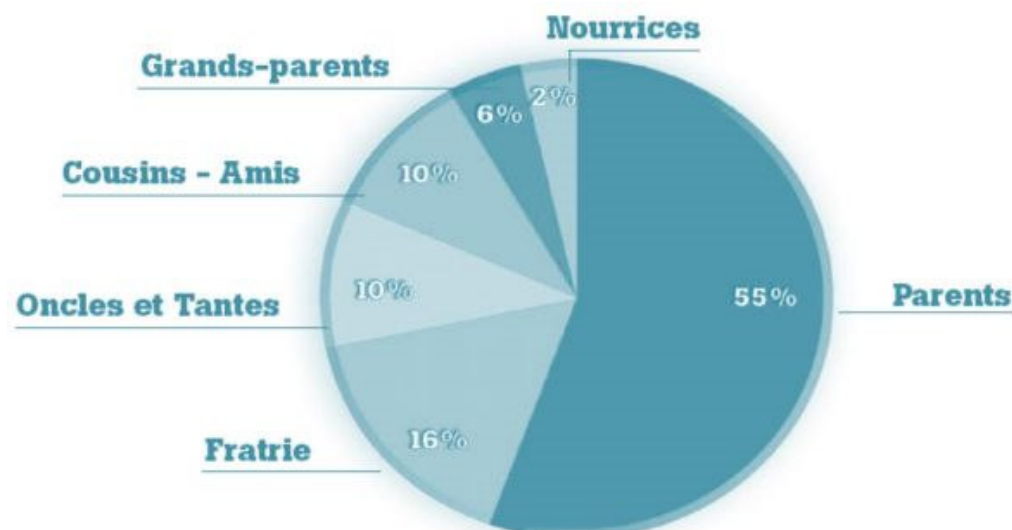


Malaise grave ? Apnée ?
Ne pas attendre que le coq chante !

- Tolérance cardiaque, neurologique, digestive
- Maladie coquelucheuse maligne = principale cause de létalité



→ Adultes : principaux contaminateurs ⁽¹⁾



Cible : Nouveau-né < 6 mois

+ les immunodéprimés/ ATCD maladie respiratoire...

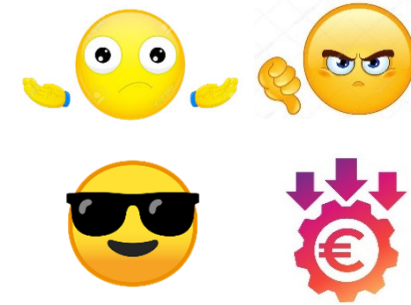
Données épidémiologiques / Coqueluche / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet].
[cité 01 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/coqueluche/donnees/#tabs>



Cocooning ou grossesse ?



LES PETITS BRINS
c'est bien
PORTAIT DE FAMILLE ILLUSTRÉ
Les Petits Brins d'Isabelle illustrations



1. **Efficacité** : ↓ 95% décès ; /2 hospit° ; /4 maladie
2. **Sécurité** : 30 pays depuis plus de 10 ans
3. **Empowerment** : transmission intrafamiliale ; une injection vs ensemble de l'entourage

Questions_réponses_professionnels_coqueluche_ministère.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2024].
Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/qv_professionnels_coqueluche_28062022.pdf



Et avenir...

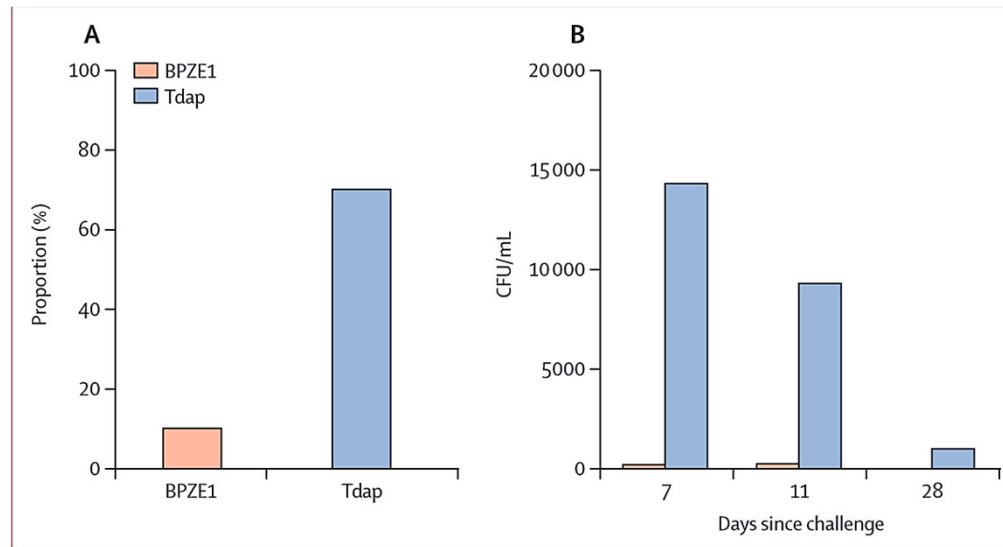


Figure 3: Proportion of participants with nasopharyngeal *Bordetella pertussis* colonisation within 28 days of attenuated challenge with BPZE1 (A) and mean CFU/mL 7, 11, and 28 days after challenge in colonised participants (B)
CFU=colony-forming units. Tdap=tetanus-diphtheria-acellular pertussis vaccine.



Keech C, Miller VE, Rizzardi B, Hoyle C, Pryor MJ, Ferrand J, et al. Immunogenicity and safety of BPZE1, an intranasal live attenuated pertussis vaccine, versus tetanus-diphtheria-acellular pertussis vaccine: a randomised, double-blind, phase 2b trial. *The Lancet*. 11 mars 2023;401(10379):843-55.



Traitement antibiotique ?



OUI mais...

- Durée des symptômes ?
- ↓ forme grave nourrisson
- ↓ Contagiosité
- Antibioprophylaxie



Application : **Positionner l'antibioprophylaxie dans votre prise en charge** autour d'un cas

- Vaccination > 5 ans ? Enfant < 1 an ET < 2 doses ?
- Contact rapproché ?
- Risque de forme grave?





SPILF

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE
DE LANGUE FRANÇAISE

CMIT

COLLÈGE DES UNIVERSITAIRES
DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

SNMInf

SYNDICAT NATIONAL
DES MÉDECINS INFECTIOLOGUES

CNP-MIT

CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

Infectio-DPC

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU

[Accueil](#) / [Documents](#) / [Actualités](#) / [Actualités](#) / [Coqueluche: Communiqué – Coqueluche GPIP-SPILF-GEFRUP-AFPA](#)

[Recommandations](#) >

[Antibiotiques](#) >

[Sociétés partenaires](#) >

Actualités ▾

[MMI Formation](#)

[Offres d'emploi](#)

Actualités

[Alertes](#)



Coqueluche: Communiqué – Coqueluche GPIP-SPILF-GEFRUP-AFPA

Mercredi 26 Juin 2024

Infovac Bulletin N°6 - Juin 2024 : Communiqué – Coqueluche
[En pdf](#)

Voir aussi:

Infovac Bulletin N°7 - Juin 2024 : FAQ – Coqueluche
[En pdf](#)

HAS: Choix et durées d'antibiothérapies : Coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte



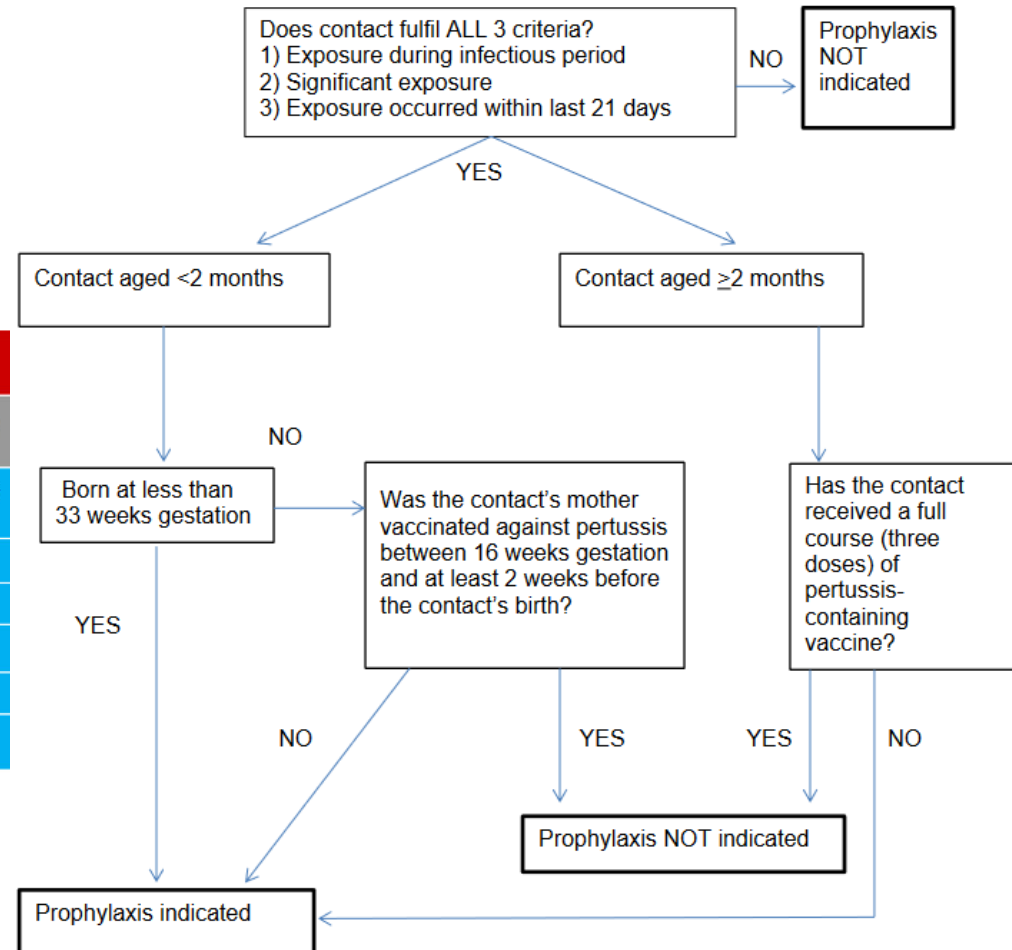
INFOVAC-FRANCE

LA PLATEFORME D'INFORMATION SUR LES VACCINATIONS

2.5 Decision flowchart for paediatric contacts of a confirmed case of pertussis



LRI Children's Hospital	
Investigation and Management of Pertussis in Children	
Staff relevant to:	Clinical staff working within the UHL Children's Hospital.
Team approval date:	January 2024
Version:	V 4
Revision due:	January 2027
Written by:	Dr S Koo
Trust Ref:	C14/2017



All children should receive pertussis vaccination at the appropriate age regardless of whether or not they are given prophylaxis.

Title: Pertussis in Children V:4 Approved by UHL Children's Quality & Safety Board on: January 2024



Dans tous les cas, vacciner !



Cocooning

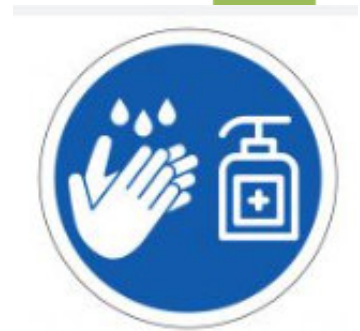
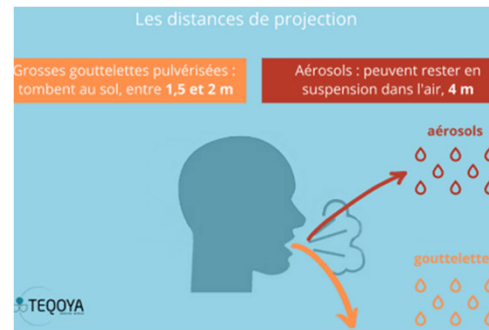


2^e trimestre





Quelles mesures mettre en place lors de l'identification d'un cas de COQUELUCHE au sein de votre institution ?





Mesures à appliquer
dès la suspicion clinique

=

Précautions complémentaires
gouttelettes



Prise en charge des cas positifs

Chambre individuelle

Masque chirurgical si le patient quitte sa chambre

Aération de la chambre

PCG levées 3 à 5 jours après la 1^{ère} prise d'ATB

Protection des Soignants

Masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre

Prise en charge par du personnel immunisé

Hygiène des mains
Bionettoyage minutieux



Les précautions standard sont à respecter bien évidemment



Information de l'ensemble des professionnels sur le risque de contamination, la conduite à tenir devant l'apparition d'une toux
et

la surveillance à exercer pendant les 3 semaines après les derniers contacts supposés infectants





Fièvres hémorragiques

Epidémiologie

05 juillet 2024



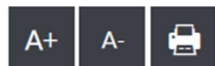
Dr Loïc SIMON

Fièvre de Lassa



Un cas de fièvre de Lassa confirmé en Île-de-France : les autorités sanitaires pleinement mobilisées

publié le : 02.05.24



Le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités a été informé le 1er mai 2024 d'un cas confirmé de fièvre de Lassa. Le patient, un militaire revenant de l'étranger, a été hospitalisé en Ile-de-France. Son état de santé n'inspire pas d'inquiétude. Une enquête épidémiologique approfondie est en cours pour déterminer les personnes qui auraient été en contact à risque avec le patient.

Les autorités sanitaires sont pleinement mobilisées dans la recherche de personnes ayant eu des contacts à risque avec le patient. Le virus peut se transmettre d'homme à homme par contact direct avec le sang, les urines, les excréments ou autres sécrétions organiques d'une personne contaminée. Le risque de survenue de cas secondaires est donc limité aux personnes ayant eu des contacts directs avec les fluides biologiques du patient, en particulier les personnels de santé l'ayant pris en charge.

Les personnes contact à risque ont été contactées, par les autorités sanitaires pour leur indiquer la conduite à tenir. Il leur est notamment demandé, en cas d'apparition de symptômes dont la fièvre, de s'isoler et de prendre contact avec le médecin en charge de leur suivi. Il convient de surveiller l'apparition de symptômes pendant 21 jours après le dernier contact à risque.

La Fièvre de Lassa est une fièvre hémorragique virale à déclaration obligatoire, causée par un Arénavirus, le virus Lassa. La maladie débute 6 à 21 jours après l'infection par des signes cliniques peu spécifiques : fièvre, vomissements, nausées, douleurs abdominales, céphalées, myalgies, arthralgies, asthénie. Dans les cas sévères, les symptômes peuvent s'aggraver. La majorité des cas (80%) est asymptomatique.



Paris, le 2 mai 2024

Un cas de fièvre de Lassa confirmé en Île-de-France : les autorités sanitaires pleinement mobilisées

Le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités a été informé le 1er mai 2024 d'un cas confirmé de fièvre de Lassa. Le patient, un militaire revenant de l'étranger, a été hospitalisé en Ile-de-France. Son état de santé n'inspire pas d'inquiétude. Une enquête épidémiologique approfondie est en cours pour déterminer les personnes qui auraient été en contact à risque avec le patient.

Les autorités sanitaires sont pleinement mobilisées dans la recherche de personnes ayant eu des contacts à risque avec le patient. Le virus peut se transmettre d'homme à homme par contact direct avec le sang, les urines, les excréments ou autres sécrétions organiques d'une personne contaminée. Le risque de survenue de cas secondaires est donc limité aux personnes ayant eu des contacts directs avec les fluides biologiques du patient, en particulier les personnels de santé l'ayant pris en charge.

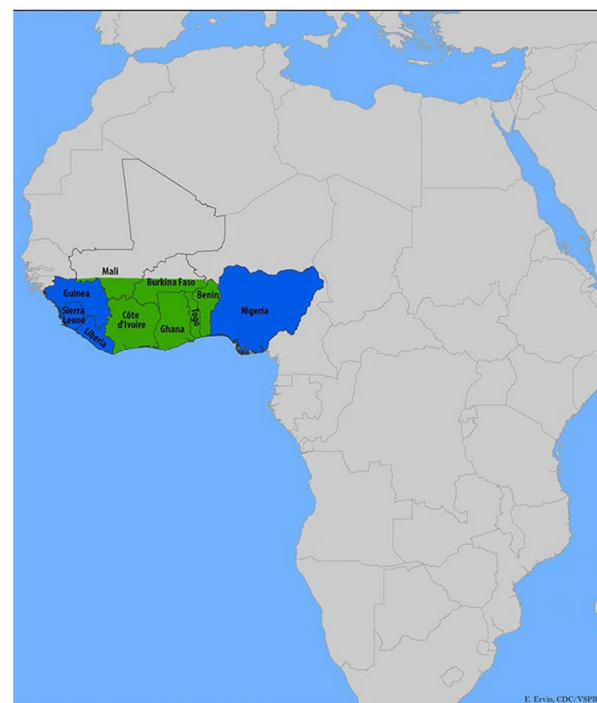
Les personnes contact à risque ont été contactées, par les autorités sanitaires pour leur indiquer la conduite à tenir. Il leur est notamment demandé, en cas d'apparition de symptômes dont la fièvre, de s'isoler et de prendre contact avec le médecin en charge de leur suivi. Il convient de surveiller l'apparition de symptômes pendant 21 jours après le dernier contact à risque.

La Fièvre de Lassa est une fièvre hémorragique virale à déclaration obligatoire, causée par un Arénavirus, le virus Lassa. La maladie débute 6 à 21 jours après l'infection par des signes cliniques peu spécifiques : fièvre, vomissements, nausées, douleurs abdominales, céphalées, myalgies, arthralgies, asthénie. Dans les cas sévères, les symptômes peuvent s'aggraver. La majorité des cas (80%) est asymptomatique.

Contact presse :

Ministère du travail, de la santé et des solidarités

alertes-presse@sante.gouv.fr



LASSA FEVER DISTRIBUTION MAP

- Countries reporting endemic disease and substantial outbreaks of Lassa Fever
- Countries reporting few cases, periodic isolation of virus, or serologic evidence of Lassa virus infection
- Lassa Fever status unknown

Fièvre hémorragique de Crimée-Congo



En octobre 2023, et pour la première fois en France, le **virus de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo** (FHCC) a été détecté dans des tiques de l'espèce *Hyalomma marginatum* collectées sur des bovins dans les Pyrénées-Orientales et en Corse. La FHCC est une infection causée par un virus qui peut provoquer chez l'humain de la fièvre, des frissons, des troubles digestifs et, dans de rares cas, des formes graves avec des saignements incontrôlés.

Aucun cas humain n'a été diagnostiqué en France à ce jour. Néanmoins, le risque de contamination est maintenant démontré car des tiques *Hyalomma* infectés par le virus sont présents dans le sud de la France.

anses

Actualités ▾ Explorer nos sujets ▾ Nous connaître

Accueil > Les thématiques de l'Agence > La fièvre hémorragique de Crimée-Congo, un risque d'émergence en France



26/04/2024 SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

La fièvre hémorragique de Crimée-Congo, un risque d'émergence en France

Transmise par certaines tiques, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo est une maladie potentiellement mortelle pour l'être humain. Si aucun cas humain autochtone n'a encore été déclaré en France, le risque d'émergence de cette maladie sur le territoire est réel.

Carte de présence de la tique *Hyalomma marginatum* en France hexagonale





Quand suspecter un
cas de FIEVRE HEMORRAGIQUE ?



Fiche REB – Fièvre de Lassa

Fièvre Hémorragique Virale – groupe 4

- Fièvre hémorragique la + fréquemment importée dans les pays du Nord
- Afrique de l'Ouest (Nigeria ++)
- Transmission par les rongeurs ou par contact avec un patient symptomatique
- Létalité 20% ; signes hémorragiques muqueux dans 30-40% des cas



Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo (FHCC)

Repérer et prendre en charge un patient suspect

INFORMATION pour les soignants de 1^{ère} ligne

- Transmission par tiques ou sang/tissus d'animaux infectés *ex : abattage*
- Afrique – Balkan – Moyen-Orient – Asie
- Létalité = 30% ; à S2
- En France : protection anti-vectorielle ++



Sensibiliser les professionnels à la recherche d'exposition





Quelles mesures mettre en place

lors de l'identification

d'un cas de Fièvre Hémorragique Virale

au sein de votre institution ?





Mesures à appliquer
dès la suspicion clinique

=

Précautions complémentaires
Contact et Air / Port d'EPI spécifiques

PROTECTIONS RENFORCEES RISQUE EPIDEMIQUE ET
BIOLOGIQUE

RECOURS EN URGENCE A LA TRIADE :
INFECTIOLOGUE/SAMU/CNR



https://www.yout-ube.com/watch?v=0oli7x__J-w



Prise en charge des cas positifs

Chambre individuelle
porte fermée AVANT
TRANSFERT VERS P4

Isolement en chambre

Masque chirurgical si le
patient quitte sa chambre
+ protocole spécifique

Protection des Soignants

Masque FFP2 dès l'entrée
dans la chambre

Surblouse étanche/Lunettes
de protection

Port de gants/Hygiène des
mains

Bionettoyage minutieux

Effluents gélifiés

Eviter les AES





Grippe aviaire H5N1

Epidémiologie

05 juillet 2024



Dr Loïc SIMON

Grippe aviaire : faut-il se préparer à l'arrivée du virus H5N1 qui touche les bovins américains ?

La contamination d'élevages bovins aux États-Unis n'augmenterait pas le risque pandémique de grippe aviaire. Cette souche du virus pourrait cependant traverser l'Atlantique.



Dans une ferme laitière en Californie. | REUTERS

Grippe aviaire H5N1 : un troisième cas humain aux États-Unis lié à une épidémie chez les vaches

Comme pour les deux premiers cas, la personne travaillait dans une ferme et était exposée à des vaches infectées. Elle ne portait pas d'équipement de protection.

Mardi, l'Autorité de l'UE aux urgences sanitaires (HERA) a conclu un contrat pour acquérir 665 000 doses du vaccin pré-pandémique grippe aviaire de la société britannique Seqirus, au nom de quinze États membres. Avec une option de 40 millions de doses supplémentaires.



**Avis du Comité de Veille et d'Anticipation des Risques
Sanitaires
(COVARS)**

24 Mai 2024

**Point sur la situation liée au virus influenza H5N1 (lignage
2.3.4.4b) circulant aux USA et Actualisation de l'avis du
COVARS du 8 juin 2023 sur l'Influenza aviaire**



Cette situation inédite a été suivie et analysée par de nombreux acteurs internationaux et nationaux (OMS, ECDC, FAO, CDC, USDA, FDA ; ANRS-MIE, ANSES, SpF) afin de décrire le niveau de risque H5N1 apporté par cette nouvelle donnée (capacité d'infection de bovins et de transmission dans les troupeaux ainsi qu'à l'homme).

Selon ces différentes analyses cohérentes, **le niveau de risque pandémique n'a pas augmenté pour l'homme**, en l'absence de modifications significatives des virus montrant une adaptation à l'homme.

Il s'agit cependant de **situations inattendues pour lesquelles des actions sanitaires immédiates doivent être prises afin de pouvoir maîtriser un risque émergent**



24 Mai 2024

Point sur la situation liée au virus influenza H5N1 (lignage
2.3.4.4b) circulant aux USA et Actualisation de l'avis du
COVARS du 8 juin 2023 sur l'Influenza aviaire

Le COVARS recommande de :

- Renforcer le niveau de surveillance et de séquençage des virus influenza
- Anticiper la mise en place d'une surveillance active des élevages bovins et caprins
- Prévoir des mesures d'accompagnement psychologique pour les éleveurs dont le cheptel bovin aurait été contaminé par un virus H5N1.
- Poursuivre la stratégie de vaccination des canards et maintenir un haut niveau de surveillance post vaccination
- Soutenir la recherche sur les risques potentiels liés à l'épandage issu de la litière souillée.
- Renforcer la sensibilisation des médecins au risque de grippe aviaire
- Renforcer la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière pour les personnels
- Renforcer la sensibilisation du grand public
- Mettre en place un stock d'antiviraux



Quelles mesures mettre en place
lors de l'identification
d'un cas de grippe H5N1
au sein de votre institution ?





Mesures à appliquer
dès la suspicion clinique

=

Précautions complémentaires
gouttelettes



Prise en charge des cas positifs

Chambre individuelle

Masque chirurgical si le
patient quitte sa chambre

Aération de la chambre
pluriquotidienne

Hygiène des mains

Protection des Soignants

Masque chirurgical et
port de FFP2 si
situations susceptibles
de générer des aérosols

Hygiène des mains

Bionettoyage minutieux
(transmission indirecte)



Autres préoccupations infectieuses



Métapneumovirus : le mortel "HMPV" peut-il devenir aussi grave que la grippe ?

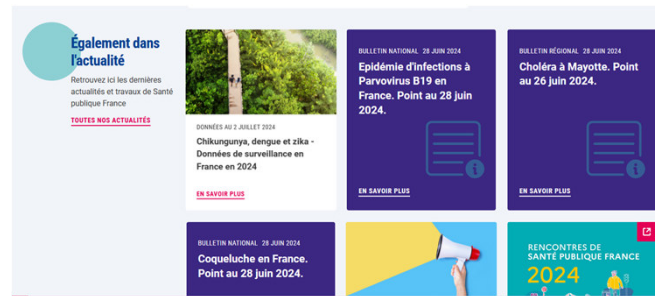
Sans vaccin ni médicament antiviral, le HMPV, inconnu du grand public, infecte de plus en plus de personnes aux Etats-Unis. En 2018, il était responsable du décès de plus de 16 000 enfants de moins de 5 ans dans le monde. Détails.

Epidémie d'infections à Parvovirus B19 en France

- Une épidémie d'infections causées par le Parvovirus B19, touchant toutes les catégories d'âge et en particulier les enfants, a débuté en mai 2023. Son intensité s'est accrue au dernier trimestre de 2023 et semble avoir atteint son pic en mars 2024 – une baisse de l'incidence est observée en avril et mai 2024 –.



Ressources utiles



<https://www.santepubliquefrance.fr/>

<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/grand-est>

Sentinelles



<https://www.sentiweb.fr/>