INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Flash-Info Maladies Infectieuses Numéro 16 – Décembre 2013

Page 1 | Alertes |
- Un cas de dengue autochtone dans les Bouches du Rhône
- Mise en évidence d'une circulation du virus Chikungunya sur les îles de Saint-Martin et de la Martinique (Antilles Françaises)
- Epidémie d'infections à virus Zika en Polynésie française

Page 3 | A suivre |
- Cluster d'infections à SARM USA-300 dans un service de SSR
- Emergence de Gonocoques résistants aux C3G en France

Page 4 | A savoir |
- Point sur la poliomyélite en France suite à la circulation de PVS1 au Moyen-Orient
- Fièvre paratyphoïde A en lien avec le Cambodge
- Hépatite A et adoption internationale
- Un Lyssavirus émergent chez les chauves-souris ?

Page 6 | Points divers |
- Journée mondiale du sida : données françaises de surveillance du VIH/sida

| Alertes |

Un cas de dengue autochtone dans les Bouches du Rhône

Un cas de dengue autochtone a été diagnostiqué (RT-PCR puis sérologie avec séroneutralisation) dans le département des Bouches du Rhône, en octobre 2013. La patiente, technicienne de laboratoire, a débuté ses symptômes le 11 octobre et n'avait pas voyagé en dehors du département dans les 15 jours précédents.

Deux hypothèses de contamination ont été investiguées, l'une par contamination de laboratoire en raison de la profession de la patiente et l'autre par transmission vectorielle. Cette dernière hypothèse a été privilégiée, car l'investigation n'a pas permis d'identifier de diagnostic de dengue réalisé dans le laboratoire de la patiente.

La recherche active de cas réalisée autour du domicile et du lieu de travail de la patiente et auprès des cliniciens et biologistes de la zone n'a pas identifié d'autre cas autochtone. Un possible cas index, importé de Guadeloupe, a par contre été identifié après l'investigation à proximité du lieu de travail de la patiente. Le risque de survenue d'autres cas a été considéré comme minime en raison de la faible implantation du moustique dans la zone au moment du diagnostic et de l'arrivée de la période hivernale. Des actions de démoustication ont été mises en œuvre autour du domicile et du lieu de travail de la patiente (cliquer ici).

Il s'agit du 2ème épisode de transmission autochtone de dengue en métropole, depuis les 2 cas autochtones survenus à Nice en septembre 2010.

Depuis 2010, le département des Bouches du Rhône est colonisé par le moustique vecteur *Aedes albopictus.* Une surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue y est mise en place chaque année du 1er mai au 30 novembre, comme dans tous les départements d'implantation du vecteur conformément au plan « Antidissémination du chikungunya et de la dengue en France métropolitaine ».

Cette investigation rappelle que :

- **Une transmission autochtone de dengue est possible en France métropolitaine.**
- **La surveillance et les mesures de contrôle du plan sont essentielles à la prévention et à la limitation d'une telle transmission.**

Contact :
chik_dengue@invs.sante.fr – 01.41.79.68.90.

Mise en évidence d'une circulation du virus Chikungunya sur les îles de Saint-Martin et de la Martinique (Antilles Françaises)

Deux cas d'infection autochtone par le virus Chikungunya sur l'île de Saint Martin ont été confirmés le 5 décembre 2013 par RT-PCR au Centre national de référence des arboviroses. Ces cas ont été diagnostiqués dans le cadre de l'investigation d'un épisode de cas groupés d'arthralgies fébriles, pour lesquels le diagnostic de dengue avait été écarté. Ils sont survenus alors qu'une épidémie de dengue sévit à Saint Martin ainsi que dans les autres départements français d'Amérique (DFA). Il s'agit de la première mise en évidence d'une circulation de ce virus dans la zone Amérique-Caraïbes.

Une recherche active de cas mise en place par la Cire Antilles-Guyane et l'ARS Guadeloupe a permis d'identifier, au 19/12/2013, 115 à 145 cas suspects et 38 cas probables ou confirmés de Chikungunya. Les mesures de lutte antivectorielle mises en œuvre sur l'île de St Martin dans le cadre de l'épidémie de dengue ont été renforcées.

Suite à la survenue de ces deux cas autochtones à Saint-Martin, une surveillance renforcée du Chikungunya a été mise en place dans les autres territoires des DFA. Cette surveillance a permis d'identifier 2 cas confirmés autochtones en Martinique et 1 cas en Guyane importé de Martinique.

Ce regroupement de cas démontre que :

- **Le virus Chikungunya circule sur les îles de Saint-Martin et de la Martinique.**
- **Il existe un risque d'extension aux îles voisines des Caraïbes, notamment St Barthélémy et la Guadeloupe, ainsi qu'en Guyane.**
- **Face au potentiel de diffusion, une surveillance active de cas de Chikungunya a été mise en place sur le territoire de Saint Martin. La surveillance de la dengue en place dans les autres DFA a été étendue au Chikungunya** (cliquer ici).

Contact :
chik_dengue@invs.sante.fr – 01.41.79.68.90.

Epidémie d'infections à virus Zika en Polynésie Française

Depuis début octobre 2013, la Polynésie Française (PF) est confrontée à une épidémie d'infections à virus Zika (ZIKV) avec près de 4400 cas cliniquement suspects déclarés dans la quasi-totalité des archipels (au 11 décembre 2013) (cliquer ici). Les autorités sanitaires de la PF estiment que cette épidémie aurait déjà affecté près de 45000 personnes (cliquer ici).

Le virus Zika fait partie de la famille des flavivirus et est responsable d'une arbovirose émergente du Pacifique, transmise par les moustiques du genre *Aedes*. Les formes cliniques sont proches des infections à d'autres arbovirus - dengue et Chikungunya - avec des formes peu sévères sans séquelles et des formes asymptomatiques. L'apparition des symptômes débute généralement dans les 4 à 7 jours suivant l'infection.

Cette épidémie survient alors que la PF était par ailleurs confrontée à une épidémie de dengue de grande ampleur. On estime que près de 15 000 personnes ont été infectées depuis le début de l'épidémie en Février 2013.

La dernière épidémie à ZIKV connue dans le Pacifique a été décrite en 2007 sur l'île de Yap (Etats Fédérés de Micronésie) avec 153 cas rapporté (99 confirmés) (cliquer ici).

A ce jour, aucune forme sévère d'infection à ZIKV n'a été décrite dans la littérature. Cependant, les autorités sanitaires de PF rapportent une vingtaine de formes sévères neurologiques dont 15 cas de syndrome de Guillain-Barré (cliquer ici). L'éventuelle relation causale entre la double épidémie dengue-ZIKV et ces formes neurologiques n'a pas été mise en évidence à ce jour.
Les premiers cas de ZIKV importés de PF ont été identifiés en Nouvelle Calédonie, qui rapporte 6 cas depuis début novembre. Il est donc important de maintenir une vigilance accrue sur d'éventuelles importations de cas (cliquer ici).

De nombreux acteurs ont été mobilisés pour répondre à cette épidémie (ROSSP, OMS, DGS, InVS, …) et les mesures de lutte antivectorielle ont été renforcées en PF comme dans d'autres territoires du Pacifique, ce d'autant que la saison de l'été austral favorable à la prolifération vectorielle a commencé (novembre à avril).

- **La possibilité d'une infection à ZIKV devra être explorée chez les voyageurs présentant un syndrome évocateur de dengue au retour des zones de circulation active de ZIKV, pour lesquels la recherche d'infection à virus Chikungunya et dengue resterait négative.**
- **La co-circulation des virus de la dengue et Zika n'a jamais été documentée et la situation est suivie avec attention.**
- **Pour une mise à jour régulière de la situation, consultez le bulletin hebdomadaire international (BHI) de l'InVS** (cliquer ici [1] [2])

Contact :
veille.internationale@invs.sante.fr - 01.41.79.69.62.

Cluster d'infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) USA-300 dans un service de soins de suite et de réadaptation

Huit cas d'infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) exprimant la leucocidine de Panton Valentine (PVL) ont été identifiés entre décembre 2012 et mars 2013 chez des patients hospitalisés dans une unité de soins de suite et réadaptation (SSR) de gériatrie. Les infections concernaient la peau et les tissus mous (furoncle, infection superficielle de cicatrice de chirurgie ou abcès profond autour d'un point de perfusion sous-cutanée ayant nécessité un drainage chirurgical). Par ailleurs, un soignant de l'unité a développé un abcès de l'aine au cours du mois de janvier 2013. Ce soignant était également colonisé au niveau pharyngé.

Le dépistage des patients de l'unité a permis d'identifier 5 autres patients colonisés (3 au niveau nasal, 2 au niveau du périnée) au cours des mois **de février à avril 2013**. La recherche rétrospective de cas par le laboratoire de microbiologie a permis d'identifier 8 cas supplémentaires (une infection, 7 colonisations) survenus entre **juin et septembre 2012** dans un service de long séjour (SLD) du même hôpital.

Une transmission croisée entre les patients des 2 services a été jugée possible (personnel commun la nuit). La comparaison des souches par le Centre national de référence (CNR) des staphylocoques a confirmé qu'elles étaient similaires et appartenaient au groupe clonal de type USA 300.

Des mesures, inspirées de l'approche « Search and destroy » appliquée aux Pays-Bas (cliquer ici), ont été mises en place pour contrôler l'épidémie :

- Précautions complémentaires contact autour des patients infectés ou colonisés, éviction du personnel colonisé.
- Dépistage hebdomadaire des patients du service au niveau du nez, pharynx, et périnée, et proposition de dépistage des personnels du service, sur la base du volontariat.
- Décolonisation des patients et personnels colonisés par un protocole associant pendant 5 jours mupirocine nasale, bains de bouche biquotidiens à la chlorhexidine et douche à la chlorhexidine.

Ce protocole est basé sur les recommandations pour la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline communautaires du Haut Conseil de Santé Publique (décembre 2009).

Les SARM PVL sont responsables d'infections de la peau et des tissus mous ainsi que, plus rarement, d'infections invasives sévères (pneumonies nécrosantes, ostéomyélites). La souche USA 300 est endémique aux Etats-Unis (cliquer ici) où elle est responsable d'épidémies communautaires et hospitalières. Elle est encore rare en France où la plupart des cas sont sporadiques. Un épisode de cas groupés communautaires a toutefois été décrit en 2012 en Auvergne.

La gravité des infections et le potentiel épidémique important de cette souche USA-300 justifient une vigilance particulière pour :

- **Dépister au plus tôt un phénomène épidémique.**
- **Permettre la mise en place de mesures de contrôle adaptées.**

Ces cas groupés peuvent survenir en France non seulement en communauté mais également à l'hôpital, comme en atteste cet épisode.

Contact :
NOA-signalement@invs.sante.fr – 01.41.79.69.50.

Emergence de gonocoques résistants aux C3G en France

Depuis la fin des années 1990, on constate une recrudescence mondiale des gonococcies et une augmentation de la fréquence des souches de gonocoque résistantes aux antibiotiques. Les résistances aux céphalosporines de 3e génération (C3G) pourraient aboutir à une impasse thérapeutique.

En France, la surveillance des infections à gonocoque est réalisée grâce au réseau Rénago (réseau national des gonocoques) constitué d'environ 140 laboratoires volontaires qui collectent des données épidémiologiques. Les souches de gonocoque sont adressées par une partie de ces laboratoires au CNR (Institut Alfred Fournier, Paris) qui détermine la Concentration Minimale Inhibitrice (CMI) pour 6 antibiotiques (pénicilline, tétracycline, ciprofloxacine, spectinomycine, ceftriaxone et, depuis 2008, céfixime), en utilisant les critères européens de définition des résistances (EUCAST) (cliquer ici). Ces antibiotiques ont été ou sont actuellement recommandés pour le traitement des gonococcies. La sensibilité de plus de 8600 souches a été étudiée entre 2001 et 2012.

Evolution de la sensibilité des souches de gonocoque aux antibiotiques

La proportion de souches résistantes :

- A la **pénicilline** (CMI >1 mg/L) était de 13% en moyenne sur la période 2001-2012 (13,5% en 2012), dont trois quarts de résistances plasmidiques de haut niveau.
- A la **tétracycline** (CMI >1 mg/L) a augmenté, passant de 29% en 2001 à 56% en 2012.
- A la **ciprofloxacine** (CMI >0,06 mg/L) a fortement augmenté entre 2001 (14%) et 2006 (47%), puis est restée élevée (39%) en 2012.

Ces trois familles d'antibiotique ont un niveau de résistance qui ne permet pas de les utiliser en pratique courante pour le traitement des gonococcies. En effet, selon l'OMS, le traitement de première intention doit guérir au moins 95% des patients et ne doit pas être utilisé lorsque plus de 5% des souches sont résistantes (cliquer ici).

Aucune souche résistante à la **spectinomycine** n'a été détectée. La sensibilité du gonocoque à cet antibiotique, de nouveau commercialisé en France, reste donc intacte. Cependant les échecs thérapeutiques en cas de localisation pharyngée en font un traitement de 2e intention, en cas de contre-indication aux β-lactamines.

Pour les C3G, il n'existe pas de seuil défini pour la résistance ; par simplification, les souches ayant une CMI >0,125 mg/L pour le céfixime ou la ceftriaxone sont qualifiées de résistantes. La proportion de souches "résistantes" au **céfixime** était inférieure à 1% jusqu'en 2011. Elle était de 0,7% en 2011 et a augmenté à 3,0% en 2012. En outre, les valeurs hautes de CMI ont augmenté régulièrement entre 2008 et 2012. En 2010 pour la première fois, deux souches sur 1 400 avaient une résistance à la **ceftriaxone**, mais aucune en 2011 et 2012. La tendance à la hausse des CMI constatée entre 2008 et 2010 ne s'est pas poursuivie en 2011-2012.

La proportion des souches avec une sensibilité abaissée aux C3G augmente avec l'âge des patients. En outre, elle est plus fréquente pour les souches pharyngées que pour les souches uro-génitales ou anales. Ceci pourrait s'expliquer par le transfert de gènes de mutation associés à la baisse de sensibilité aux C3G à partir de *Neisseria* commensales du pharynx. Quoi qu'il en soit, la surveillance renforcée des souches pharyngées vis-à-vis des C3G parait primordiale.

Les données de surveillance, le caractère encore très exceptionnel des résistances à la ceftriaxone et les échecs thérapeutiques décrits avec le céfixime au Japon, au Canada et en Europe, confortent les recommandations de l'Agence française du médicament publiées en 2005 et réitérées en 2008 d'utiliser la ceftriaxone (500 mg en une injection unique) en première intention et de réserver le céfixime (400 mg en une prise orale unique) en cas de refus ou d'impossibilité de traitement parentéral (cliquer ici). L'augmentation de la résistance du gonocoque au céfixime observée en France pourrait signifier que les cliniciens n'appliquent pas suffisamment cette recommandation.

Nous ne disposons pas encore de données sur la sensibilité du gonocoque vis-à-vis de l'**azithromycine**. En France, cet antibiotique est utilisé à la dose de 1 g en prise orale unique en association à la ceftriaxone dans le traitement probabiliste des urétrites et cervicites. Ailleurs, notamment aux Etats-Unis, l'azithromycine est recommandée en monothérapie pour les gonococcies en cas d'allergie aux C3G. Compte tenu de l'apparition de résistances à l'azithromycine observée dans certains pays, cet antibiotique est testé depuis 2013 au sein du réseau Rénago.

- **L'émergence de résistances aux C3G est extrêmement préoccupante dans la mesure où elles représentent la dernière ligne de traitement, sans alternatives thérapeutiques actuellement crédibles.**
- **Cette émergence justifie à l'échelon collectif de poursuivre la surveillance microbiologique du gonocoque afin d'ajuster les recommandations thérapeutiques.**
- **Parallèlement, une surveillance des échecs thérapeutiques aux C3G est en cours de mise en place à l'échelon européen.**
- **Face à la montée en charge de la PCR, il est indispensable que les laboratoires d'analyse médicale continuent de réaliser des cultures pour adapter la prise en charge individuelle des patients, en attendant que soient développés et accessibles des tests moléculaires de sensibilité aux antibiotiques.**

Contact : Guy La Ruche
ist@invs.sante.fr - 01 41 79 67 96

| A savoir |

Point sur la poliomyélite en France suite à la circulation de PVS1 au Moyen-Orient – Données au 11/12/2013

Contexte : En mai 2013, **Israël** avait signalé l'isolement d'un poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans des prélèvements d'eaux usées réalisés dans le Sud du pays. L'enquête menée alors par les autorités sanitaires israéliennes avait permis d'établir que la réintroduction de ce poliovirus (PV) avait eu lieu dès février 2013 dans la zone de Beer Sheva, et que la souche était identique à celle ayant récemment circulé au **Pakistan**, également retrouvée en décembre 2012 **au Caire** dans des prélèvements environnementaux (cliquer ici).

Cette souche a été retrouvée dans 91 prélèvements d'eaux usées collectés entre février et août 2013 dans 27 sites du Sud et du Centre d'Israël. De plus, elle a été isolée dans les selles de 42 personnes asymptomatiques parmi près d'un millier de personnes prélevées dans ces mêmes régions, toutes exclusivement vaccinées par du vaccin polio injectable (VPI).

Aucun cas de poliomyélite clinique n'a été rapporté. En **Israël**, les derniers cas de poliomyélite autochtones avaient été recensés en 1988, et les derniers isolements de PVS issus de l'environnement dataient de 2002. Les autorités sanitaires ont d'une part renforcé la surveillance clinique et environnementale, et d'autre part mis en place des activités de vaccination supplémentaire avec du vaccin polio oral (VPO) bivalent 1&3, ciblant les enfants de moins de 10 ans sur tout le territoire israélien.
Le 17 octobre 2013, l'OMS a rapporté 22 cas groupés de paralysie flasque aigue survenus en **Syrie** depuis le mois d'août dans la province de Deir Al Zour. Au 11 novembre 2013, l'OMS confirmait qu'un PVS1 avait été isolé chez 13 de ces 22 cas (cliquer ici). Depuis, 4 nouveaux cas ont été confirmés, dont 2 dans les provinces d'Alep et de Damas, témoignant d'une diffusion large dans le Pays. Le séquençage génétique montre qu'il s'agit d'une souche proche de celles ayant circulé récemment au **Pakistan**, en **Egypte** et en **Israël**.

En Syrie, le dernier cas de PV sauvage autochtone avait été rapporté en 1995, et le dernier cas importé en 1999. La vaccination contre la polio est obligatoire en Syrie depuis 1964 et si la couverture vaccinale (VPO3) des nourrissons de 12 à 24 mois était supérieure à 95% jusqu'en 2010, en 2012 elle a été estimée à 52%. (cliquer ici). Des campagnes supplémentaires de vaccination ont immédiatement été mises en place en Syrie et dans les pays limitrophes et devraient être maintenues au moins pour les 6-8 mois à venir, en fonction de l'évolution de la situation.

Rappel du contexte mondial (cliquer ici) : Vingt-cinq ans après le lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le nombre de pays endémiques est passé de 125 en 1988 à 3 en 2013 (Afghanistan, Nigéria et Pakistan). Depuis 1999, aucun poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) n'a été isolé. L'objectif d'éradication a dû toutefois être repoussé en raison de l'exportation de cas depuis les pays endémiques, suivie dans certains cas de reprise active de la transmission. D'autre part, la survenue de foyers épidémiques liés à la circulation de virus dérivés du poliovirus vaccinal (VDPV) devenus virulents par mutation génétique souligne la nécessité de rester extrêmement vigilant et d'appliquer à ces foyers les mêmes recommandations internationales conçues à l'origine pour les PVS. En Europe, l'élimination de la poliomyélite a été prononcée en juin 2002.

Contexte français : En France, le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé en 1995, tous deux concernant des adultes, et le dernier isolement de PVS chez un sujet n'ayant pas voyagé récemment remonte aussi à 1989 (cliquer ici). Le risque d'une possible réintroduction de PV en France n'est pas exclu en raison de la persistance de foyers épidémiques dans le monde. Si la couverture vaccinale vis-à-vis de la poliomyélite est très élevée dans les tranches d'âge les plus jeunes (entre 99% à 2 ans et 90% à 15 ans), elle reste subotimale chez l'adulte (66% en moyenne) (cliquer ici). Les résultats d'une enquête de séroprévalence réalisée en 1998 en population générale, avaient montré une proportion de sujets âgés séronégatifs proche de 20%, plus marquée pour le sérotype 3 (cliquer ici). Même si ces résultats sous-estiment vraisemblablement le niveau réel de protection, de par les limites des études séro-épidémiologiques, il n'en reste pas moins que l'immunité de la population française vis-à-vis des virus de la poliomyélite n'apparaît pas totale.

L'identification la plus précoce possible de la réintroduction éventuelle d'un PVS sur le territoire français est impérative, assurée par la surveillance renforcée des entérovirus chez l'homme et dans l'environnement, en plus de la déclaration obligatoire des cas de poliomyélite (cliquer ici).

Depuis 2000, la surveillance en clinique humaine a permis d'identifier, en l'absence de signes d'appel cliniques, 11 poliovirus vaccinaux (3 de type 1, 5 de type 2 et 3 de type 3) ainsi qu'un VDPV 2, sans reprise de virulence, tous importés. Aucun PVS n'a été identifié. Dans l'environnement, au cours de ces 13 dernières années, des PV vaccinaux de type 2 ont été détectés à 5 reprises (2000, 2003, 2004, 2006 et 2007) et à 2 reprises de type 1 (2001 et 2009). Le dernier isolement d'un PVS dans l'environnement remonte à 1996, il s'agissait d'un sérotype 3.

Le risque de réintroduction sur le territoire français d'un PVS à partir d'un pays où des PVS circulent n'est pas nul.

- **Tout voyageur, non à jour de sa vaccination polio, se rendant dans un pays où circulent des PVS, a un risque d'être infecté, même faible.**
- **La vérification et la mise à jour du calendrier vaccinal vis-à-vis de la poliomyélite est primordiale** (cliquer ici) **:**
  - **Primovaccination (obligatoire) : 1 dose à l'âge de 2 et 4 mois, et un rappel à 11 mois**
  - **Rappels (obligatoires) : à 6 ans puis entre 11 et 13 ans**
  - **Rappels chez l'adulte : à 25, 45 et 65 ans, puis tous les 10 ans à partir de 65 ans**

Contact : Denise Antona
d.antona@invs.sante.fr - 01.41.79.68.74

Fièvre paratyphoïde A en lien avec le Cambodge

De janvier à septembre 2013, une augmentation importante des déclarations obligatoires d'infections à *Salmonella* Paratyphi A chez les voyageurs de retour du Cambodge a été constatée en France. Une investigation menée par l'InVS a identifié 35 cas (21 en France, 5 en Allemagne, 3 aux Pays-Bas, 1 en Norvège, 1 au Royaume-Uni, 4 en Nouvelle-Zélande) sans qu'une source commune de contamination n'ait pu être mise en évidence.

Ces données, ainsi qu'une étude réalisée à Phnom Penh, suggèrent qu'une épidémie est en cours et devrait justifier des investigations plus approfondies pour en déterminer les causes.

Les voyageurs se rendant au Cambodge doivent respecter les mesures de prévention de cette infection, notamment le respect des bonnes pratiques d'hygiène personnelle et de manipulation des aliments.

Les résultats de cette enquête et de l'étude réalisée à Phnom Penh ont été publiés le 13 novembre 2013, dans un article d'Eurosurveillance (cliquer ici).

Contact : Mathieu Tourdjman
m.tourdjman@invs.sante.fr - 01.41.79.68.90.

Hépatite A et adoption internationale

En septembre 2013, 5 cas d'hépatite A ayant des liens proches ont fait l'objet d'une Déclaration Obligatoire. Le premier cas diagnostiqué (semaine 32) était un enfant adopté âgé de 22 mois, originaire d'Ethiopie et en métropole depuis la semaine 30. Il n'avait pas d'ictère mais des ALAT élevées (normale x33). Il n'y a pas eu de vaccination des parents adoptants au décours du diagnostic de l'enfant.

Trois et quatre semaines après le diagnostic d'hépatite A chez l'enfant, ce diagnostic a été porté chez sa mère (45 ans), son père (44 ans), sa grand-mère (69 ans) et un ami de la famille (36 ans). La seule exposition à risque retrouvée était un contact avec l'enfant adopté ; il n'y avait pour aucun d'entre eux la notion de séjour hors métropole.

La grand-mère est décédée d'une hépatite fulminante (semaine 38). Elle aurait été en contact avec son petit-fils lors de son arrivée en métropole et lorsque le diagnostic d'hépatite A avait été porté pour lui. Un même génotype IB (100% d'homologie) a été retrouvé pour les 5 souches et proche de souches isolées chez des voyageurs de retour d'Afrique de l'Est.

La survenue de cet épisode de cas groupés montre l'intérêt :

- **D'un dépistage anti-VHA des jeunes enfants adoptés à leur arrivée et issus de pays d'endémicité.**
- **De la vaccination de l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A de même que du rappel des mesures d'hygiène personnelle et collective (lavage des mains).**
- **Recommandation vaccinales 2013** (cliquer ici).

Contact : Elisabeth Couturier
e.couturier@invs.sante.fr – tél : 01 41 79 68 90

Un Lyssavirus émergent chez les chauves-souris ?

Au mois d'août 2013, une infection par le virus Bokeloh Bat LyssaVirus (BBLV) a été confirmée par le Centre national de référence (CNR) de la rage chez une chauve-souris trouvée en Savoie.

Cet évènement est remarquable en raison d'une part de l'appartenance de la chauve-souris à l'espèce *Myotis nattereri* (ou vespertilion de Natterer, chauve-souris insectivore de quelques dizaines de grammes). La majorité des chauves-souris trouvées infectées en France par un Lyssavirus sont des sérotines communes (*Epseticus serotinus*).

D'autre part, c'est la 3ème fois au monde que ce virus est mis en évidence. Les 2 isolements précédents du virus BBLV avaient été obtenus également sur des cadavres de *Myotis nattereri*, respectivement en Allemagne en 2011 et en Moselle en 2012.

Ce virus est actuellement en cours de classification au sein des Lyssavirus.

En France, la surveillance des Lyssavirus de chiroptère est réalisée par l'ANSES Nancy et le CNR de la rage. Seuls les animaux trouvés morts ou ayant mordu sont analysés en raison du statut d'espèce protégée de toutes les chauves-souris en Europe.

A ce jour, beaucoup d'inconnues demeurent au sujet du virus :

- **Sa pathogénicité pour l'homme ou pour des animaux domestiques.**
- **L'efficacité éventuelle vis-à-vis de ce virus des vaccins disponibles, préparés à partir de Lyssavirus de rage classique.**

Cette chauve-souris est la 67ème trouvée infectée par un Lyssavirus en France depuis que la surveillance a débuté en 1989.

Contact : Alexandra Mailles
a.mailles@invs.sante.fr – 01 41 79 68 90

| Points divers |

Journée mondiale du sida : données françaises de surveillance du VIH/sida.

A l'occasion de la journée mondiale du sida, l'InVS a mis en ligne sur son site web des données récentes sur la surveillance du VIH/sida en France :

- En 2012, 6400 personnes ont découvert leur séropositivité VIH.
- Le nombre de découvertes de séropositivité est stable chez les hétérosexuels mais augmente chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

Cette augmentation chez les HSH s'accompagne d'une plus grande précocité du diagnostic.

Pour en savoir plus : (cliquer ici)

Contact : Françoise Cazein
VIH-SIDA-MST@invs.sante.fr – tel : 01.41.79.67.96.

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 : 19 Décembre 2013