

- Page 1-2 | **Alertes** |
 - **Risque d'arboviroses en métropole**
 - **Point de situation sur la rougeole en France, suite à l'émergence d'un foyer épidémique en Alsace – Données au 16/06/2015**
- Page 3-4 | **A suivre** |
 - **Etude PREVAGAY 2015**
 - **Point de situation sur le MERS-CoV à l'international et en France, suite à la flambée en Corée du Sud**
- Page 5 | **Points divers** |
 - **La réunion nationale d'information sur la lutte contre la tuberculose**

| **Alertes** |

Risque d'arboviroses en métropole

Dengue et chikungunya

Depuis 2010, plusieurs épisodes de transmission autochtone de dengue et de chikungunya ont été identifiés en métropole, majoritairement **en août et septembre**, par le dispositif de surveillance renforcée du chikungunya et de la dengue.

- En septembre 2010, 2 cas autochtones de chikungunya sont survenus à Nice et 2 cas autochtones de dengue à Fréjus.
- En octobre 2013, un cas de dengue a été identifié près d'Aix en Provence.
- En août et septembre 2014, 4 cas de dengue ont été identifiés à Aubagne et Toulon. Un foyer de 11 cas confirmés de chikungunya est survenu dans l'agglomération de Montpellier en août-octobre 2014.

Ce dispositif, mis en place depuis 2006, dans les départements où le moustique vecteur *Aedes albopictus* est implanté, à sa période d'activité de mai à novembre, vise à prévenir ou limiter une circulation autochtone en orientant les mesures de Lutte Anti Vectorielle (LAV). Les cas suspects importés de chikungunya ou de dengue et les cas confirmés autochtones doivent être signalés aux ARS.

Depuis sa première mise en évidence en 2004, dans le Var, la zone d'implantation d'*Aedes albopictus* s'étend régulièrement : en 2015, 20 départements sont colonisés.

Pour en savoir plus :

- Sur le signalement d'un moustique tigre ([cliquer ici](#)).
- Sur la dengue et le chikungunya ([cliquer ici](#)).
- Sur le dispositif de lutte contre la dissémination du moustique "*Aedes albopictus*" en France métropolitaine ([cliquer ici](#)).
- Pour accéder aux départements colonisés par le vecteur *Aedes albopictus* en 2015 ([cliquer ici](#)).

Zika virus

Aedes albopictus est aussi un vecteur potentiel du virus Zika. Ce flavivirus est transmis par des moustiques *Aedes*. Une épidémie sévit actuellement au Brésil faisant craindre une extension notamment en Guyane, dans les Antilles et potentiellement en métropole. Des épidémies récentes en 2007 (île de Yap), en 2013-2014 (Polynésie française et Nouvelle Calédonie) ont confirmé que la symptomatologie est ordinairement bénigne, dominée par un exanthème maculopapuleux, associé à une fièvre modérée. Un excès de cas de Guillain Barré a cependant été observé lors de l'épidémie polynésienne, dont les déterminants sont en cours d'investigation. Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) publiera en juillet un avis sur sa prise en charge et les modalités de surveillance.

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

West Nile

Depuis les années 2010, la circulation du virus West Nile s'est intensifiée et étendue en Europe du sud et centrale. En France, où des cas humains étaient survenus en Camargue dans les années 60, il n'a pas été identifié chez l'homme depuis 2003. La proximité des zones endémisées en Italie et l'évolutivité de l'épidémiologie du West Nile en Europe incitent à la vigilance. Depuis 2004, un dispositif de surveillance est mis en place chaque année du 1^{er} juin au 30 octobre sur le pourtour méditerranéen. Doivent être signalés aux ARS les cas de méningite ou encéphalite à liquide clair chez des personnes de plus de 15 ans pour lesquelles un autre diagnostic n'a pas été porté. Les prélèvements sanguins et de LCR doivent être adressés au CNR des arbovirus.

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

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

Point de situation sur la rougeole en France, suite à l'émergence d'un foyer épidémique en Alsace - Données au 15/06/2015

La rougeole continue à circuler en France, pouvant donner lieu à l'émergence de foyers épidémiques, comme le démontre la survenue d'un foyer actif en Alsace depuis mars 2015.

Depuis 2008, la France a connu une flambée épidémique ([cliquer ici](#)) avec plus de 23 500 cas déclarés ayant entraîné 1 500 cas de pneumopathie grave, 34 formes neurologiques compliquées avec séquelles graves et 10 décès. Les actions de sensibilisation au risque de résurgence de la rougeole menées par les autorités de santé et les professionnels de santé, n'ont pas permis de freiner la circulation du virus qui a progressivement diffusé en population générale.

Si le nombre de cas a diminué depuis 2013 ([cliquer ici](#)), il reste toutefois un réservoir de sujets suffisant pour maintenir la transmission du virus, même à bas bruit, avec en particulier près de 10% de la population des jeunes adultes qui restent réceptifs à la rougeole ([cliquer ici](#)).

Tant que la couverture vaccinale ([cliquer ici](#)) du nourrisson n'atteindra pas le niveau requis de 95 % avec 2 doses de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole et que le rattrapage avec deux doses de vaccin des enfants plus âgés et de jeunes adultes ne sera pas renforcé, le risque de vagues épidémiques périodiques persistera.

L'objectif d'augmentation de la couverture vaccinale vise non seulement à protéger directement les sujets vaccinés, mais également à protéger de la contamination les sujets vulnérables (nourrissons de moins d'un an, femmes enceintes, personnes immunodéprimées) à risque de formes graves, à travers une immunité de groupe. Pour rappel, parmi les 10 personnes décédées au cours de l'épidémie récente, 7 étaient des personnes jeunes présentant une contre-indication vaccinale dont les décès auraient pu être évités si ces personnes avaient été protégées par un entourage vacciné.

Depuis le mois de mars, une épidémie de rougeole sévit actuellement en Alsace.

Entre le 15/03 et le 15/06/2015 ([cliquer ici](#)), 205 cas de rougeole ont été recensés.

Parmi ces 205 cas :

- 197 étaient domiciliés dans le Haut-Rhin (68), 7 dans le Bas-Rhin (67) et 1 dans les Vosges (88).
- Des confirmations biologiques ont été obtenues pour 52 cas.
- Les cas déclarés avaient entre 5 mois et 45 ans.
- 179 (87%) n'étaient pas vaccinés, 15 cas (7%) avaient reçu une dose de vaccin, 3 (1%) deux doses (comme recommandé par le calendrier vaccinal); pour 8 cas (4%), le statut vaccinal était inconnu.

Les investigations ont permis d'établir que le **cas index** était un adolescent, non vacciné, contaminé lors d'un voyage scolaire à Berlin, où sévit depuis octobre 2014 une importante épidémie de rougeole.

La diffusion de la maladie a été très rapide en milieu scolaire, favorisée par une couverture vaccinale particulièrement basse dans un établissement accueillant 350 élèves âgés de 3 à 18 ans.

Des mesures importantes de contrôle ont été mises en place, coordonnées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), mais le virus a néanmoins diffusé ensuite dans la communauté.

A ce jour, ce foyer épidémique a été à l'origine de très peu de cas en dehors de la région Alsace (1 cas secondaire en Lorraine et 3 en Franche-Comté), mais il persiste un risque de diffusion à d'autres régions.

Au total:

- Si la couverture vaccinale des enfants s'est améliorée au cours de ces dernières années, **la persistance de zones de faible couverture peut conduire à la réapparition de foyers épidémiques** au sein de ces populations réceptives à la maladie.
- **Le risque d'une large diffusion de la rougeole en population générale, à partir d'un foyer épidémique localisé, persiste, au moins dans certaines régions.**
- La priorité est de **renforcer la couverture vaccinale infantile dans les zones déficitaires** et de réussir à convaincre les grands enfants et jeunes adultes non encore vaccinés de se faire vacciner, afin d'atteindre les objectifs fixés par le plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole.

Recommandations :

- **Il est nécessaire de vérifier systématiquement, et le cas échéant, de mettre à jour le statut vaccinal vis-à-vis de la rougeole de toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980.**
- **Selon le calendrier vaccinal en vigueur, toutes ces personnes devraient avoir reçu 2 doses de vaccin rougeole-oreillons-rubéole ([cliquer ici](#)).**

Contacts:

Denise Antona (DMI)

d.antona@invs.sante.fr - 01.41.79.68.74.

Oriane Broustal - Lucie Schapman (CIRE Lorraine- Alsace)

oriane.broustal@ars.sante.fr - lucie.schapman@ars.sante.fr

03.83.39.29.43.

Etude PREVAGAY 2015

La situation épidémiologique de l'infection à VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) est toujours préoccupante. En France, les HSH sont le seul groupe de transmission, où le nombre de nouveaux diagnostics VIH continue à augmenter ([cliquer ici](#)). Le taux d'incidence du VIH, estimé en 2008 à 1% dans la population des HSH ([cliquer ici](#)), est 200 fois supérieur à celui estimé chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels de nationalité française. Parallèlement, les enquêtes comportementales, menées auprès des HSH, ont montré une diminution de l'usage systématique du préservatif ([cliquer ici](#)), quel que soit le type de partenaires sexuels et le statut sérologique VIH des HSH.

C'est dans ce contexte que l'Institut de Veille Sanitaire a décidé de renouveler en 2015 l'étude PREVAGAY, déjà réalisée en 2009 uniquement à Paris.

L'**étude PREVAGAY** est une enquête transversale anonyme multicentrique, réalisée dans les établissements de convivialité gay, c'est-à-dire les bars, les saunas, les bars avec backrooms ou les clubs. Les hommes majeurs, ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes dans les 12 derniers mois, fréquentant ces lieux pourront y participer.

Les **objectifs principaux** de l'étude PREVAGAY 2015 sont d'estimer parmi les HSH fréquentant les établissements de convivialité gay à Paris et dans quatre grandes villes métropolitaines, Montpellier, Lyon, Nice et Lille, les indicateurs suivants :

- Les séroprévalences de l'infection par le VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C.
- La proportion d'infections par le VIH non diagnostiquées.
- L'incidence de l'infection par le VIH.

Cette étude permettra également de décrire les comportements sexuels préventifs associés.

L'étude couple un volet biologique basé sur le recueil de 8 gouttes de sang sur papier buvard et un volet comportemental composé d'un questionnaire anonyme auto-administré. Aucun résultat diagnostique individuel pour le VIH et les hépatites ne sera restitué mais une invitation au dépistage sera systématiquement proposée aux participants. Cette étude a fait l'objet d'un accord d'un CPP.

Les indicateurs recueillis pourront être comparés à ceux mesurés en 2009 à Paris et estimés pour la première fois dans quatre autres villes. De nouvelles problématiques seront également explorées :

- L'estimation du nombre d'hommes séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral et ceux dont la charge virale est indétectable.
- L'estimation du nombre d'hommes séronégatifs bénéficiant d'un traitement pré-exposition (PREP) et post-exposition.
- L'influence des réseaux sexuels sur l'épidémie VIH.
- La pratique du Slam (injection de produits en contexte sexuel).

L'étude débutera dès le 17 septembre à Nice pour se terminer le 13 décembre 2015 à Paris. Au total, 56 lieux de convivialité seront investigués dans les 5 grandes villes métropolitaines. Un total de 2 624 HSH devra être inclus.

La réalisation de cette étude repose sur de multiples partenariats : l'association Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé pour les Entreprises (ENIPSE), l'InVS, l'INPES, le Centre National de Référence du VIH, le laboratoire de Pharmacotoxicologie du CHU Bichat, le Centre National de Référence des hépatites B, C et delta, le Cermes3-Inserm U988 et enfin l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique. Les cinq Cires (Cellules interrégionale d'épidémiologie) concernées par l'étude sont également impliquées dans cette étude.

Cette étude bénéficie du soutien scientifique et financier de l'ANRS. Les agences régionales de santé de l'Île-de-France, de Rhône-Alpes, du Languedoc-Roussillon, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et du Nord Pas de Calais ont également apporté leur soutien financier.

Un comité de suivi national et des comités de suivi régionaux ont été mis en place réunissant les investigateurs de l'étude et les différents acteurs locaux : Cires, Agences Régionales de Santé, COREVIH, associations de lutte contre le VIH et associations LGBT.

- **Les principales retombées de PREVAGAY 2015 porteront sur des recommandations en termes d'actions de prévention ciblées auprès des HSH sexuellement actifs, pour les décideurs publics mais également pour les acteurs de terrain associatifs.**

Contact :

Annie VELTER

Responsable scientifique et coordinatrice de l'étude PREVAGAY
a.velter@invs.sante.fr - 01.41.79.67.96.

Point de situation sur le MERS-CoV à l'international et en France, suite à la flambée en Corée du Sud

Au 30 juin 2015, le dernier bilan international concernant les cas de MERS-CoV publié par l'ECDC ([cliquer ici](#)) rapportait 1379 cas confirmés dont 531 décès (létalité observée de 39 %) dans 25 pays. Depuis le début de l'épidémie en 2012, la majorité des cas (87%) étaient rapportée par l'Arabie Saoudite et les Emirats Arabes Unis.

Situation en Corée du Sud

Le 20 mai 2015, la Corée du Sud a notifié à l'OMS le 1^{er} cas de Mers-CoV diagnostiqué dans ce pays. Il s'agissait d'un patient de 68 ans qui avait voyagé dans la péninsule arabique du 18 avril au 4 mai 2015. Il avait présenté des signes cliniques le 11 mai, avait fréquenté plusieurs établissements de santé avant d'être diagnostiqué positif au MersCoV le 20 mai 2015 (Korea National Institute of Health Laboratory).

Suite à ce cas index, 182 cas ont été identifiés en Corée du Sud au 30 juin, dont 32 décès. Tous les cas étaient liés directement ou indirectement à ce patient index. Seul le cas index et un autre patient n'étaient pas liés à une transmission nosocomiale et 20% des cas étaient des professionnels de santé. En Chine, un cas lié à ce même cas index a été diagnostiqué. Le bilan du 17 juin effectué lors de la dernière réunion de l'OMS ([cliquer ici](#)) indique que les mesures de santé publique sont désormais adoptées pour endiguer cette flambée, notamment pour améliorer l'isolement des cas ainsi que la recherche et la mise en quarantaine de leurs contacts. Ces mesures semblent coïncider avec un net recul de l'incidence hebdomadaire du MERS-CoV.

Aucun élément n'indique que le virus circule dans la communauté en Corée du Sud.

- **C'est la première fois qu'un cluster aussi important est rapporté en dehors de la péninsule arabique.**
- En Corée du Sud, d'autres cas liés à cet épisode peuvent encore être diagnostiqués.
- La transmission nosocomiale reste importante dans la transmission du virus MERS-CoV : deux clusters hospitaliers en Arabie Saoudite ont concerné plusieurs dizaines de cas et d'autres transmissions nosocomiales ont eu lieu en Angleterre, en France et aux Emirats Arabes Unis.
- Les mises à jour sur la situation internationale sont disponibles sur le site de l'InVS ([cliquer ici](#)).

Situation en France

Le HCSP a émis un nouvel avis le 24 avril 2015 ([cliquer ici](#)) « relatif à la définition et au classement des cas possibles d'infection à MERS-Cov ainsi qu'aux précautions à mettre en œuvre lors de la prise en charge de ces patients ». La stratégie de prise en charge d'un patient classé cas suspect ou cas possible d'infection à MERS-CoV a été précisée dans un MARS diffusé le 15 juin 2015.

La définition de cas inclut maintenant les formes cliniques modérées de l'infection associées à une exposition nosocomiale ou à une exposition à un camélidé (dromadaire) ou un produit potentiellement infectieux issu de l'animal. Elle inclue également de façon transitoire les personnes ayant fréquenté un établissement de santé en Corée du Sud. La définition de cas est actualisée et disponible sur le site de l'InVS ([cliquer ici](#)).

- En dehors des cas pour lesquels la clinique est évocatrice ou pour lesquels une exposition spécifique a été identifiée, la radiographie pulmonaire permet d'objectiver un SDRA ou une atteinte du parenchyme pulmonaire pour le classement du cas.
- L'algorithme décisionnel des prélèvements microbiologiques pour analyse MERS-CoV a été précisé
- La prise en charge des cas suspects en ambulatoire doit faire l'objet d'un appel au SAMU-Centre 15.
- La prise en charge d'un cas possible doit être réalisée par un établissement de santé identifié par l'ARS.

En France en 2015, 90 signalements MERS-CoV ont été effectués au 1^{er} juillet, dont 26 ont été classés comme cas possibles, testés puis exclus. Au cours du mois de juin, 22 signalements ont été enregistrés dont 9 chez des sujets ayant voyagé en Corée du Sud.

Comparativement, au cours du premier semestre 2014, 141 signalements avaient été enregistrés, 91 avaient été testés puis exclus.

Depuis la mise en place de la surveillance en France en octobre 2012, 962 signalements ont été enregistrés dont 294 testés parmi lesquels 2 cas confirmés ont été diagnostiqués en mai 2013.

Un bilan mensuel du nombre de signalements est publié régulièrement sur le site de l'InVS ([cliquer ici](#)).

Contact :

DMI-Coordo-Emergences@invs.sante.fr - 01.41.79.68.74.

La réunion nationale d'information sur la lutte contre la tuberculose

Une réunion nationale d'information sur **la lutte contre la tuberculose** avec les professionnels des ARS, des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), les microbiologistes, en particulier ceux du réseau Azay Mycobactéries et les CIRE, a eu lieu le mardi 19 mai 2015 à Paris. Elle a été organisée par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), le Centre National de Référence des mycobactéries et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Même si la morbidité et la mortalité ont considérablement baissé, en France, les disparités territoriales et populationnelles persistent et nécessitent la poursuite des efforts de lutte antituberculeuse. Cette réunion a été l'occasion d'échanges autour de sujets tels que les recommandations et standards internationaux en matière de lutte antituberculeuse, les enjeux de la surveillance, l'organisation de la lutte antituberculeuse et l'adaptation des pratiques aux populations les plus exposées mais aussi les défis à relever en matière de prise en charge des tuberculoses multirésistantes.

Les présentations des différents intervenants sont disponibles en format PDF sur le site de l'InVS.

Pour accéder aux présentations ([cliquer ici](#))

Pour en savoir plus l'épidémiologie de la tuberculose en France :

- [Cliquer ici](#) pour les données épidémiologiques
- [Cliquer ici](#) pour le dernier BEH tuberculose

Contacts :

[Delphine Antoine - Fatima Aït-Belghiti](mailto:Delphine.Antoine-Fatima.Ait-Belghiti@invs.sante.fr)
tuberculose@invs.sante.fr – 01.41.79.68.74.

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 : 10 Juillet 2015