

DANS CE
NUMÉRO :

Editorial 1

Bilan des
signaux 2016 3

Bilan de lutte
contre les
infections
nosocomiales 13

Editorial

Tout évènement susceptible d'avoir un impact sur la santé publique ou sur le fonctionnement de l'offre de soins doit être signalé à l'*Agence Régionale de Santé* (ARS). Cela comprend notamment :

- * les Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) ;
- * les Infections Associées aux Soins (IAS) ;
- * les épisodes infectieux en collectivité, dont les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et les Gastro-Entérites Aiguës (GEA) dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ;
- * les Evènements Indésirables Graves (EIG) survenus dans les établissements de santé, médico-sociaux ou en ambulatoire ;
- * les Evènements Significatifs en Radioprotection (ESR) impliquant un patient ;
- * tout évènement sanitaire ou environnemental susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population.

L'ARS Ile-de-France a ainsi mis en place une *plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires* destinée à réceptionner et prendre en charge l'ensemble de vos signalements 7 jours/7 et 24h/24 :

- * pendant les jours et heures ouvrés (8h30-18h) : les signalements et alertes sanitaires sont réceptionnés au niveau du point focal et dirigés vers la *Délégation Départementale de l'ARS (DDARS)* du département concerné, qui réalise les investigations et s'assure de la mise en place de mesures de gestion ;
- * en dehors des jours et heures ouvrés : un système d'astreinte prend le relais et assure la gestion des situations urgentes.

Vous trouverez l'ensemble des coordonnées sur la page 2.

Composée d'un médecin de santé publique, d'une infirmière diplômée d'état, d'un ingénieur d'études sanitaires et d'une secrétaire administrative, la *Cellule Départementale de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires (CDVAGS) de la DDARS du Val-d'Oise* intervient dans deux domaines complémentaires concourant à la gestion des risques sanitaires :

- * la « *veille et alerte* » qui consiste en la réception et la gestion des évènements sanitaires de type infectieux ;
- * la *conception et la mise en place des plans de secours* qui, d'une part, prennent en compte les menaces sanitaires de grande envergure d'origine environnementale ou infectieuse et, d'autre part, mettent en place les procédures permettant d'y faire face.

Ce troisième bulletin de la CDVAGS 95 vous présente le bilan de l'activité de veille et d'alerte pour l'année 2016.

CONTACT:

Délégation départementale du Val-d'Oise

Pôle Veille et Sécurité Sanitaires - Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires

2, avenue de la Palette - CS 20312 - 95011 CERGY-PONTOISE Cedex

☎ 01.34.41.14.57

☎ 01.34.41.29.59

✉ ars-dd95-alerte@ars.sante.fr

À SIGNALER / À L'ARS

**infections
associées
aux soins**
via e-sin

**tout événement
pouvant avoir un
Impact sur la santé
de la population**

**événements
indésirables
graves**

établissements de santé
et médico-sociaux, et
secteur ambulatoire

**maladies
à déclaration
obligatoire**

**événements
significatifs en
radioprotection**

**24/24
7/7**

0825 811 411

(0,15€/min)

et de 8h30 à 18h00 aux jours ouvrés
par téléphone : 01 44 02 06 79 (prix d'un appel local)
par mail : ars75-alerte@ars.sante.fr
ou par fax : 01 44 02 06 76

Pour en savoir plus, rendez-vous sur
www.iledefrance.paps.sante.fr

ARS Île-de-France
Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire
Millénaire 2, 35 rue de la gare, 75935 Paris Cedex 19

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Bilan des signaux 2016

Les Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO)

Trente trois* maladies doivent être déclarées à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés (articles L3113-1, D3113-6 et D3113-7 du Code de santé publique). La liste figure en page 4.

La déclaration obligatoire est basée sur la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire. Elle met en jeu deux procédures dans la transmission des données : le signalement et la notification.

Le signalement des MDO par les médecins et les biologistes, qui les suspectent ou les diagnostiquent, au médecin désigné par le Directeur Général de l'ARS, est une **procédure d'urgence et d'alerte** qui s'effectue **sans délai et par tout moyen approprié**. Il n'existe pas de fiche spécifique dédiée au signalement. Les informations indispensables pour le traitement du signal peuvent être transmises au choix par téléphone, télécopie ou mail. Il est également possible de compléter et de transmettre ces informations à partir de la fiche de notification. Les maladies qui justifient une intervention urgente à savoir toutes les MDO, à l'exception de l'infection à VIH, du SIDA, de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite B, des mésothéliomes et du tétanos, sont à signaler. Les objectifs sont de **réagir rapidement** et de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et la neutraliser.

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin désigné par le Directeur Général de l'ARS au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie (formulaire Cerfa). La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation diagnostique. Elle doit être effectuée pour toutes les MDO. Les objectifs sont d'assurer le suivi épidémiologique des MDO et d'analyser l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

Les fiches de notification des MDO, régulièrement mises à jour, sont téléchargeables sur le site web de l'Agence Nationale de Santé Publique (Santé Publique France), qui regroupe depuis avril 2016 l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et l'Établissement de Préparation et de Réponses aux Urgences Sanitaires (EPRUS), à l'adresse suivante :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/31-maladies-a-declaration-obligatoire>

Ainsi que sur le site internet du Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) de l'ARS Ile-de-France :

<http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Accueil.16336.0.html>

En 2016, 404 MDO ont été notifiées dans le Val-d'Oise.

Le Tableau I (page 4) présente le nombre de notifications reçues pour chacune des 33* MDO dans le Val-d'Oise entre 2010 et 2016.

En 2016, on a observé:

- une reprise des signalements d'arboviroses en lien avec l'épidémie d'infection à virus Zika en Amérique du sud et dans les départements français d'Amérique;
- une augmentation du nombre de signalement de saturnisme de l'enfant mineur en lien avec l'abaissement en 2015 du seuil de déclaration à 50µg/L de plombémie et des actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé qui en ont découlées;
- une baisse du nombre de DO d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B et d'infection par le VIH en format papier en lien avec le déploiement de la télédéclaration en avril 2016;

Par ailleurs, sur les trois dernières années, on observe:

- une tendance à la hausse des signalements d'Infection invasive à méningocoque (IIM) et de légionellose avec respectivement 4, 5 et 9 IIM et 15, 17 et 18 légionelloses entre 2014 et 2016 ;
- à l'inverse, une tendance à la baisse des signalements de fièvres typhoïde et paratyphoïde (13, 7 et 4 cas entre 2014 et 2016), d'hépatites A (27, 20 et 15 cas entre 2014 et 2016) et de mésothéliomes (14, 10 et 5 cas de 2014 à 2016) ;

* Deux nouvelles pathologies ont été ajoutées à la liste des MDO en 2016: l'infection à virus Zika et la schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone.

Tableau I. Nombre de notifications des 33¹ maladies à déclaration obligatoire, Val-d'Oise, 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Botulisme	0	1	0	1	0	0	0
Brucellose	1	2	1	3	2	2	1
Charbon	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya	0	1	0	0	16	1	0
Choléra	0	0	0	0	0	0	0
Dengue	9	0	0	1	1	2	1
Diphtérie	0	0	0	0	0	0	0
Fièvres hémorragiques africaines	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0
Fièvres typhoïde et paratyphoïde	2	8	9	6	12	6	4
Hépatite A aiguë	21	15	19	13	26	20	15
Infection aiguë par le virus de l'hépatite B ³	3	2	1	0	1	1	4
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade ³	148	136	121	126	122	107	84
Infection invasive à méningocoque	13	7	6	8	3	5	9
Légionellose	20	16	18	18	15	17	18
Listériose	6	1	4	5	3	6	5
Orthopoxviroses dont la variole	0	0	0	0	0	0	0
Mésothéliomes ¹	-	-	0	21	14	10	5
Paludisme autochtone	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer	0	0	0	0	0	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0 ²	0	0	0
Rougeole	70	150	16	1	6	1	3
Saturnisme de l'enfant mineur	4	3	1	7	4	3	10
Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone ¹	-	-	-	-	-	-	0
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines	1	1	3	2	1	1	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire collective	14	19	22	17	27	18	22
Tuberculose	183	178	215	250	199	180	206
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0
Typhus exanthématique	0	0	0	0	0	0	0
Zika ¹	-	-	-	-	-	-	17
TOTAL	495	540	436	479	452	380	404

¹Les mésothéliomes ont été ajoutés à la liste des MDO en 2012, la bilharziose uro-génitale et l'infection à virus Zika en 2016.

²Un cas de rage animale a été notifié en 2013

³Depuis avril 2016, les déclarations d'hépatite B et de VIH se font en ligne via l'application e-DO

Brucellose

Un cas de brucellose a été déclaré cette année dans le Val-d'Oise. Il s'agissait d'un homme de 29 ans ayant présenté une forme focalisée ostéoarticulaire (arthrite du genou droit). Le diagnostic a été confirmé par l'isolement de *Brucella melitensis* dans le liquide articulaire. Originaire du Pakistan, il réalisait des voyages fréquents dans ce pays où il a été en contact avec des animaux et a consommé du lait de vache cru. En l'absence d'exposition connue en France et en raison de l'apparition des signes à la suite d'un voyage dans un pays d'endémie, ce cas n'a pas entraîné d'investigations animales en France.

Chikungunya, dengue, Zika et moustique tigre

Depuis 2006, le ministère chargé de la santé a élaboré un plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole, étendu en 2016 au virus Zika. Ce plan prévoit la mise en place d'une surveillance entomologique et épidémiologique. Cette surveillance est renforcée pendant la période d'activité du moustique Aedes albopictus (1^{er} mai au 30 novembre) propice à une transmission autochtone de la maladie.

Aucun cas de chikungunya n'a été notifié dans le département en 2016.

Un cas de dengue importé a été signalé cette année dans le Val-d'Oise. Il s'agissait d'un homme de 46 ans ayant débuté les symptômes (fièvre, myalgies, arthralgies et céphalées) lors d'un voyage en Polynésie. De retour en France, le diagnostic a été confirmé par sérologie. Le sérotype en cause n'a pas été identifié.

Dix-sept cas d'infection à virus Zika ont été rapportés en 2016 dans le Val-d'Oise dont deux en dehors de la période d'activité du moustique *Aedes albopictus* en métropole (1^{er} mai au 30 novembre).

Les 15 autres cas concernaient huit hommes et sept femmes. L'âge médian des cas était de 35 ans [17-60]. Les 15 cas rapportaient un séjour en zone d'endémie dans les 15 jours précédant la date de début des signes, en Martinique (n=8), en Guadeloupe (n=6) ou en République Dominicaine (n=1). Le diagnostic a été confirmé par PCR dans 10 cas, par sérologie dans trois cas, par PCR et sérologie dans un cas. Le diagnostic n'a pas été confirmé pour un cas.

Parmi ces 15 cas, une personne avait séjourné dans un département classé au niveau 1 du plan (*Aedes albopictus* implanté et actif) pendant sa période de virémie. Une prospection entomologique a été réalisée autour du lieu fréquenté mais en l'absence de gîtes identifiés et de moustique adulte repéré, aucune mesure de lutte antivectorielle n'a été nécessaire.

Par ailleurs, un signalement citoyen sur le site www.signalement-moustique.fr, a entraîné la réalisation d'une enquête entomologique par l'Entente Interdépartementale de Démoustication (EID) du littoral méditerranéen sur la commune de Sannois. Celle-ci a permis de mettre en évidence la présence d'œufs sur les pièges pondoirs positionnés sur la commune, confirmant une présence de l'espèce sur le secteur. Cela impliquera le classement du Val-d'Oise au niveau 0b du plan de lutte contre la dissémination des arboviroses en métropole (présence contrôlée d'*Aedes albopictus*) pour l'année 2017.

Fièvres typhoïde et paratyphoïde

En 2016, quatre cas confirmés de fièvres typhoïde et paratyphoïde ont été déclarés dans le Val-d'Oise. Les prélèvements biologiques ont mis en évidence trois *Salmonella typhi* et une *Salmonella paratyphi A*.

L'âge médian des cas était de 41 ans [9-57] et le sex-ratio homme/femme égal à 3.

L'ensemble des cas était symptomatique et a été hospitalisé. Un cas a présenté une complication de la maladie sous la forme d'une cholécystite.

Un séjour dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des signes cliniques était rapporté par trois cas (Mali, Niger et Birmanie). Le quatrième cas, originaire du Maroc, était connu porteur de la bactérie depuis 2010.

Parmi les quatre cas signalés, aucun n'avait été vacciné contre la fièvre typhoïde.

La vaccination contre la fièvre typhoïde est recommandée pour les voyageurs devant effectuer un séjour prolongé ou dans de mauvaises conditions dans des pays où l'hygiène est précaire et la maladie endémique, particulièrement dans le sous-continent indien. Le vaccin n'assurant qu'une protection de 50 à 65%, il ne se substitue pas aux mesures de précaution vis-à-vis de l'eau et des aliments, ni au lavage des mains. Le vaccin peut être administré dès l'âge de 2 ans en une injection 15 jours avant le départ pour une durée de protection de 3 ans.

Plus d'info: [Conseils aux voyageurs](#)

Hépatite aiguë A

Quinze cas confirmés d'hépatite aiguë A ont été déclarés en 2016 dans le Val-d'Oise. L'âge médian était de 13 ans [2-56] et le sex-ratio homme/femme égal à 0,67.

La maladie était symptomatique chez 13 cas (87%). Dix cas ont présenté un ictère (67%) et huit personnes ont été hospitalisées (53%).

Parmi les 15 cas déclarés en 2016, neuf (60%) avaient effectué un séjour hors de France métropolitaine dans les deux à six semaines précédant la date de début des

symptômes (cinq au Pakistan et un cas respectivement au Sénégal, au Maroc, en Algérie et au Cap-Vert). Chez les personnes n'ayant pas voyagé, trois cas ont rapporté la consommation de fruits de mer en France métropolitaine.

Parmi les 15 cas notifiés, il a été mis en évidence un cas groupé dans une fratrie. Deux premiers cas nous ont été signalés début septembre chez deux sœurs âgées de 5 et 8 ans. La famille composée de deux adultes et quatre enfants s'était rendue à un mariage au Pakistan au mois d'août. Des mesures d'hygiène et des recommandations de vaccination des deux autres enfants ont alors été formulées à la famille. Cependant la famille n'ayant pu se procurer le vaccin, la grande sœur de 11 ans a présenté les symptômes de la maladie environ un mois après.

Les vaccins contre l'hépatite A monovalents, de forme pédiatrique et adulte, commercialisés sur le marché national font l'objet de tensions d'approvisionnement depuis 2015.

Dans ce contexte, la Direction générale de la santé (DGS) modifie transitoirement la stratégie de vaccination en s'appuyant sur l'avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP) du 19 mai 2016 et recommande:

- *de n'effectuer qu'une seule dose pour les nouvelles vaccinations;*
- *de ne pas faire de rappel pour ceux qui ont déjà reçu une dose, même s'ils sont à nouveau en situation d'exposition (sauf pour les personnes immunodéprimées);*
- *de vacciner en priorité:*
 - * *les enfants à partir de l'âge de 1 an, qui vont se rendre dans un pays de haute endémicité;*
 - * *les personnes de l'entourage d'un ou plusieurs cas confirmés conformément aux recommandations inscrites au calendrier vaccinal;*
 - * *les voyageurs, si les conditions de leur séjour exposent à un risque élevé de contamination;*
 - * *les personnes immunodéprimées exposées;*
- *de pratiquer une sérologie préalable prouvant l'absence d'immunisation*
 - * *chez les personnes atteintes de mucoviscidose et/ou atteintes de pathologies susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique;*
 - * *chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes;*
 - * *chez les adultes nés avant 1945*

Plus d'info: [Avis HCSP](#)

Infection aiguë par le virus de l'hépatite B et infection par le VIH quel qu'en soit le stade.

Quatre cas d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B ont été déclarés en 2016 dans le Val-d'Oise.

Quatre-vingt-quatre cas d'infection VIH dont quatre au stade SIDA ont été notifiés en 2016 à la DDARS du Val-d'Oise.

Depuis le déploiement en avril 2016 de la déclaration en ligne, le nombre de DO reçues en direct (format papier) à la CDVAGS est en baisse. Ainsi, les DO VIH et hépatite B ne représentent plus que 21% de l'ensemble des DO reçues (versus 28% en 2015).

Le nouveau dispositif de déclaration obligatoire de l'infection par le VIH et du SIDA repose désormais sur la transmission des informations via l'application e-DO. Le circuit est modifié par rapport au circuit papier: les biologistes n'ont plus à transmettre de feuillets de notification au clinicien. Chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) fait une déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO. Les déclarations envoyées sont immédiatement disponibles pour les ARS et l'InVS. Aucune donnée nominative sur les patients n'est enregistrée. Les déclarants et les agents habilités dans les ARS peuvent consulter les déclarations pendant 12 mois.



Plus d'info: [Site de l'InVS](#)

A noter que contrairement aux autres MDO, l'ensemble des diagnostics effectués dans un laboratoire du Val-d'Oise nous est adressé, et ce quel que soit le département de résidence du cas.

Ainsi sur les 84 DO d'infection par le VIH reçues, 64 cas résidaient dans le Val-d'Oise (76%), dix dans un autre département francilien et quatre hors Ile-de-France (donnée manquante pour six cas).

L'âge médian du diagnostic d'infection par le VIH était de 40 ans [18-66] et le sex-ratio homme/femme de 0,9. Une co-infection VIH-VHC, une co-infection VIH-VHC-VHB, une co-infection VIH-VHC-autre infection

sexuellement transmissible (IST) et trois co-infections VIH-autre IST ont été rapportées.

Parmi les 34 cas pour lesquels le pays de naissance était renseigné, 22 personnes étaient nées à l'étranger (65%).

Parmi les 35 cas pour lesquels la circonstance de contamination était renseignée, 24 personnes (69%) ont déclaré s'être contaminé lors de rapports hétérosexuels, sept (20%) lors de rapports homosexuels, deux lors de rapports bisexuels, une lors de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse et une dans une autre circonstance.

Infection Invasive à Méningocoque (IIM)

Neuf cas d'IIM ont été signalés dans le Val-d'Oise en 2016. L'âge médian était de 30 ans [3-89] et le sex-ratio homme/femme de 2. Un *purpura fulminans* était notifié pour deux cas (22%). Un décès est à déplorer.

Les sérogroupes B (trois cas), Y (trois cas), C (deux cas) et W (un cas) ont été isolés. Le nombre médian de contacts traités par chimioprophylaxie était de sept personnes dans l'entourage proche et de 18 personnes lorsqu'il existait des contacts en collectivité (les professionnels de santé ayant bénéficié d'une antibioprofylaxie sont comptabilisés dans cette catégorie). Les IIM de séro groupe C, Y et W ont par ailleurs respectivement entraîné la vaccination de 11, 23 et cinq personnes.

Les sujets devant bénéficier d'une prophylaxie, identifiés par le médecin en charge de la veille sanitaire de l'ARS en lien avec le médecin déclarant et les services concernés (service de promotion de la santé en faveur des élèves, conseil départemental, etc.), sont les personnes ayant été exposées directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas dans les 10 jours précédant son hospitalisation. Il s'agit principalement des personnes qui vivent ou sont gardées sous le même toit que le malade pendant sa période de contagiosité.

Dans les autres circonstances, l'évaluation du risque doit prendre en compte l'ensemble des critères suivants:

- la proximité: la transmission des sécrétions rhino-pharyngées est facilitées par une distance de moins d'un mètre;
- le type de contact: il s'agit uniquement de contacts en face à face;
- la durée: à moins d'un mètre, la probabilité de transmission des sécrétions rhino-pharyngées augmente avec la durée du contact;
- lors d'un contact « bouche à bouche », la durée importe peu.

En dehors de ces circonstances, les

personnes ne sont pas considérées comme exposées aux sécrétions rhino-pharyngées du malade et ne doivent donc pas faire l'objet de mesures de prophylaxie. Il s'agit des personnes qui, tout en ayant fréquenté le même lieu que le malade dans les 10 jours précédant son hospitalisation, n'ont pas eu de contact en face à face suffisamment proche et prolongé pour que le risque de transmission du méningocoque puisse être considéré comme supérieur à celui qui existe dans la population générale.

L'utilisation abusive des antibiotiques en prophylaxie comporte un risque élevé de sélectionner des bactéries résistantes.

Plus d'info: [Instruction 2014](#)

Légionellose

En 2016, **18 cas de légionellose** domiciliés dans le Val-d'Oise ont été notifiés à l'ARS.

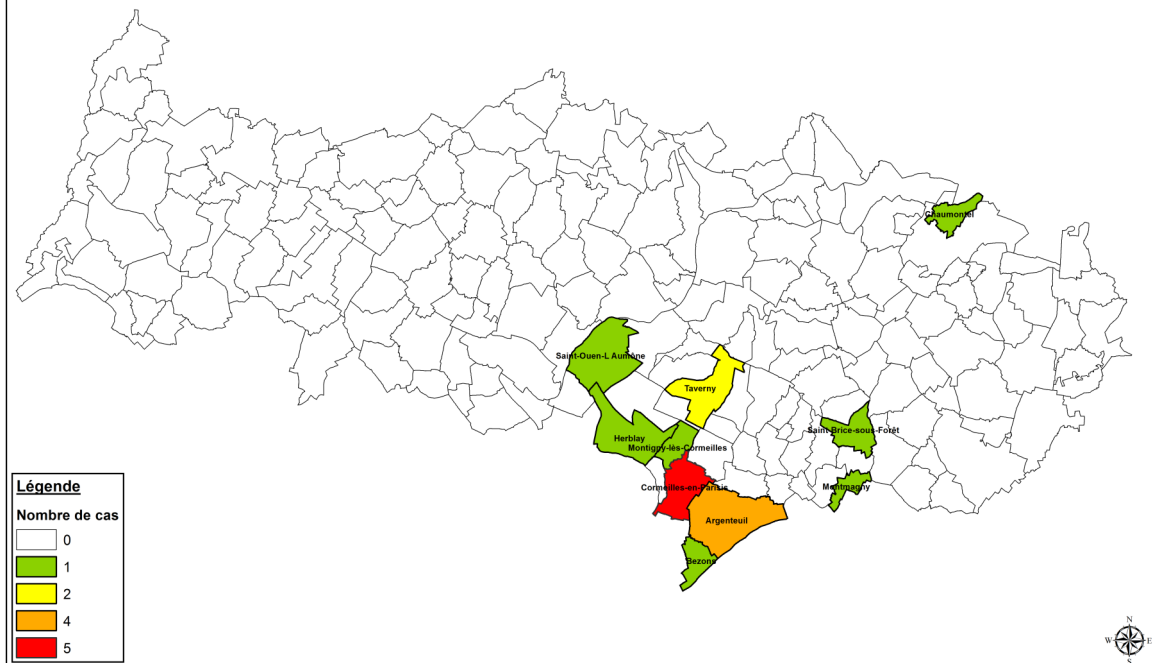
L'âge médian des cas était de 61,5 ans [38-87] et le sex-ratio homme/femme de 2,6.

La majorité des cas signalés en 2016 sont regroupés au sud-est du département (cf. carte p.8). Quatre cas signalés dans le Val-d'Oise cette année ont par ailleurs fait l'objet d'une investigation dans le cadre d'un regroupement temporel de sept cas sur le secteur de Sartrouville / Argenteuil / Colombes. Celle-ci n'a cependant pas permis d'identifier une éventuelle source commune de contamination.

Quatorze cas présentaient des signes évocateurs de pneumopathie, confirmés radiologiquement pour 12 cas (86%). L'ensemble des cas a été hospitalisé. La létalité était de 6%.

Pour 16 cas, la présence d'antigènes solubles urinaires a été retrouvée signant la contamination par *Legionella pneumophila* de séro groupe 1. Une souche clinique a été isolée dans deux cas.

Même en présence d'une antigénurie positive, il est important de confirmer le diagnostic par la réalisation d'un prélèvement respiratoire bas. Cela permet de comparer plusieurs souches cliniques entre elles afin de confirmer l'hypothèse d'un cas groupé et/ou de comparer des souches cliniques et des souches environnementales afin d'identifier la source de contamination. Un prélèvement clinique n'implique pas obligatoirement un acte invasif spécifique (type aspiration trachéale pour l'obtention de liquide broncho-alvéolaire). Une expectoration peut être suffisante. Le prélèvement respiratoire bas peut être envoyé directement au Centre national de références des légionelles (CNR-L) pour typage. A noter



que les prélèvements respiratoires peuvent être réalisés après la mise sous antibiothérapie adaptée.

En cas de sérologie, il est important de s'assurer que les dates de prélèvements sont compatibles avec la date de début des signes et ne sont pas marqueur d'une infection ancienne. Il est également recommandé d'obtenir une confirmation du ou des résultats par le CNR-L pour préciser l'espèce et le sérotype incriminés et le titrage en cas de sérologie positive.

A compter du 1er février 2017 le CNR-L se trouve à l'adresse suivante:

Institut des Agents Infectieux
Groupement Hospitalier Nord
Bâtiment O - CBPN
103 Grande-Rue de la Croix Rousse
69317 LYON Cedex 04
N° Tel. unique : 04 72 07 11 11
N° Tel. CNR des légionelles : 04 72 07 11 45

Pour 14 cas, au moins un facteur favorisant a été identifié : la consommation de tabac a été rapportée pour cinq cas ; trois cas souffraient de diabète; la prise d'un traitement par corticoïdes ou immunodépresseurs a été notifiée dans trois cas; une personne présentait une hémopathie ou un cancer; un autre facteur favorisant a été retrouvé chez cinq personnes.

Listériose

Cinq cas de listériose ont été signalés dans le Val-d'Oise en 2016. L'âge médian était de 81 ans [64-89] et le sex-ratio homme/femme de 0,25.

Chez les cinq cas, une forme non materno-néonatale a été diagnostiquée : quatre bactériémies et une forme ostéoarticulaire. Quatre cas présentaient une pathologie sous-jacente et/ou l'indication d'un traitement immunosuppresseur. Une personne était hospitalisée au moment du diagnostic de listériose.

Mésothéliomes

En 2016, dans le Val-d'Oise, cinq cas de mésothéliomes ont été déclarés (quatre par des cliniciens et un par un pathologiste).

L'âge médian des cas était de 74 ans [47-82] et le sex-ratio homme/femme de 0,67.

Pour l'ensemble des cas, le diagnostic a été confirmé par la réalisation d'un prélèvement anatomo-pathologique, au décours d'un acte chirurgical dans trois cas ou par ponction-biopsie dans deux cas. Le site de prélèvement était la plèvre pour quatre cas et le péritoine pour un cas. Le type histologique était épithéloïde dans trois cas, sarcomatoïde dans un cas et sans autre indication dans un cas.

Dans quatre cas, aucun contact professionnel connu avec l'amiante n'a été retrouvé (donnée manquante pour un cas).

Rougeole

Trois cas de rougeole ont été déclarés dans le Val-d'Oise en 2016. Il s'agissait d'un homme de 30 ans et de deux garçons de deux ans. Une confirmation biologique a été demandée pour les trois cas: des IgM sériques ont été retrouvées dans deux cas.

Un signe de Köplik a été mis en évidence à l'examen clinique uniquement chez l'adulte. L'un des deux

enfants a été hospitalisé. Aucun cas n'a présenté de complications de la maladie (encéphalite ou pneumopathie).

Deux cas avaient fait un séjour à l'étranger dans les sept à 18 jours avant le début de l'éruption.

Aucun cas n'avait dans son entourage de personne à risque de rougeole grave (femme enceinte, nourrisson, immunodéprimé).

Aucun cas n'avait été vacciné contre la rougeole.

La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est recommandée chez les enfants âgés de 12 à 24 mois avec un schéma vaccinal en deux doses (première dose à 12 mois et seconde dose entre 16 et 18 mois) et chez les enfants, adolescents et adultes nés après 1980 avec un rattrapage pour obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis de ces trois maladies.

Des recommandations de vaccination sont également préconisées autour des cas de rougeole :

- chez les enfants âgés de 6 à 11 mois avec une dose de vaccin monovalent (l'enfant recevra par la suite deux doses de vaccin trivalent ROR selon les recommandations du calendrier vaccinal) ;

- chez les personnes ayant plus d'un an et nées depuis 1980 par la mise à jour du calendrier vaccinal pour atteindre au total deux doses de vaccin trivalent ;

- chez les professionnels de santé ou le personnel en charge de la petite enfance, sans antécédent de rougeole ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin trivalent avec une dose de vaccin trivalent.

Ces mesures sont à prendre idéalement dans les 72h suivant le contage présumé. Lorsque la situation requiert deux doses, l'intervalle entre les doses sera au moins d'un mois.

Plus d'info : [Calendrier vaccinal 2016](#)

Saturnisme de l'enfant mineur

Le signalement d'un cas de saturnisme infantile déclenche la réalisation d'une enquête environnementale visant à rechercher l'origine de l'intoxication et le cas échéant, la mise en œuvre de procédures administratives d'urgence pour supprimer l'exposition au plomb de l'enfant concerné.

Les facteurs de risque devant conduire à un dépistage chez les enfants de moins de 7 ans (notamment lors des bilans des 9^{ème} et 24^{ème} mois de vie) et les femmes

enceintes (au 4^{ème} mois de grossesse) sont principalement les suivants :

- fréquentation d'un bâtiment construit avant 1949 (risque de présence de peintures au plomb);

- présence de revêtements métalliques au niveau des ferronneries peintes avant 1995 (utilisation de minium);

- intoxication d'une personne de l'entourage ;

- activité professionnelle (peintre en bâtiment, métallurgiste, plombier, vitro-céramiste, récupération de métaux, etc.) ou de loisir (tir sportif, ball-trap, fabrication d'émaux ou de vitraux, etc.) à risque pour l'intéressé ou son entourage;

- utilisation de cosmétiques ou de remèdes traditionnels (khôls, suma...) ou de vaisselle en céramique artisanale (plat à tajine, ...);

- consommation d'eau du robinet distribuée par des canalisations en plomb;

- fréquentation d'un lieu proche d'un site touché par une pollution d'origine industrielle (utilisation de métaux lourds);

- arrivée récente en France (exposition dans le pays d'origine) ;

Dix cas de saturnisme chez l'enfant mineur ont été notifiés à la DDARS en 2016.

Il s'agissait de six garçons et quatre filles âgés de 1 à 17 ans. Les plombémies retrouvées étaient comprises entre 51 et 170 µg/L. L'abaissement du seuil de déclaration à 50 µg/L a ainsi permis le signalement de quatre cas supplémentaires.

Parmi les 10 cas de saturnisme notifiés, un cas groupé a été mis en évidence dans une fratrie. Les plombémies des trois enfants âgés de 2 à 6 ans, prescrites sur demande de la famille, étaient comprises entre 81 et 101 µg/L. L'enquête environnementale réalisée au domicile a mis en évidence la présence de plomb accessible dans le logement et dans les parties communes. Des mesures d'urgence ont été mises en œuvre avec la notification au propriétaire de réaliser des travaux.

Parmi les autres cas, le dépistage du saturnisme était motivé par la présence d'une symptomatologie clinique (troubles du spectre autistique, retard de développement) chez deux enfants, en raison d'un habitat dégradé chez trois enfants, d'un comportement de PICA (un cas) ou de l'utilisation de khôl rapportée lors de l'interrogatoire de la famille (un cas).

Les enquêtes environnementales réalisées autour de ces sept cas ont permis d'identifier la source de l'intoxication dans trois cas (présence de plomb accessible pour deux enfants et utilisation de khôl pour le troisième).

Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)

En 2016, **22 foyers de TIAC** ont été déclarés dans le Val-d'Oise. Au cours de ces 22 épisodes, 638 personnes ont été malades et trois ont été hospitalisées. Dans sept épisodes (32%), au moins 50 personnes étaient exposées et dans huit TIAC, au moins 10 personnes étaient malades.

La répartition selon le lieu de consommation du repas incriminé était la suivante : 50% dans un lieu de restauration commerciale, 36% dans un lieu de restauration collective (restaurant d'entreprise, cantine scolaire, établissement à caractère social ou médico-social) et 14% en milieu familial.

Des prélèvements de plats témoins ont été réalisés pour neuf foyers (41%). Dans quatre épisodes, une contamination a été mise en évidence; les germes en cause étaient: *Bacillus cereus*, staphylocoques à coagulase négative, *Pseudomonas* et coliformes et ciguatoxines.

Par ailleurs, les services de la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP) du Val-d'Oise ont réalisé une inspection des établissements de consommation dans 16 épisodes (73%). Celle-ci a permis de mettre en évidence des non-conformités des locaux, des équipements, du personnel, des matières premières ou de fonctionnement dans 14 établissements (88%).

Tuberculose et Infection tuberculeuse latente (ITL)

En 2016, **172 cas de tuberculose maladie** ont été déclarés dans le Val-d'Oise. Chez l'enfant âgé de moins de 15 ans, **34 ITL** ont été signalées. Les cas de tuberculose représentent 51% de l'ensemble des DO reçus.

Pour les cas de tuberculose maladie, l'âge médian était de 35,5 ans [9-92] et le sex-ratio homme/femme égal à 2 (donnée manquante pour trois cas). La classe d'âge la plus touchée était celle des adultes âgés de 25 à 39 ans (Figure 1).

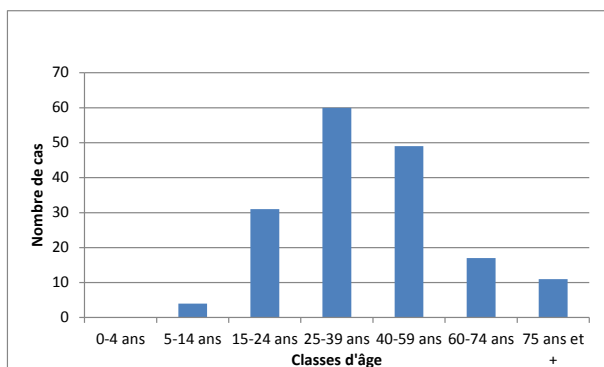


Figure 1. Répartition par classe d'âge des cas de tuberculose maladie, Val-d'Oise, 2016 (N=172)

La répartition des cas selon le pays de naissance était la suivante : 26% étaient nés en France (n=44), 31% en Afrique sub-saharienne (n=54), 16% en Asie (n=28), 11% en Afrique du nord (n=19), 8% dans un pays d'Europe (n=13) et 2% dans un autre pays (n=3). Le pays de naissance était inconnu pour 6% des cas (n=11).

Au moment du diagnostic, 15 cas (9%) résidaient en collectivité : 11 dans un centre d'hébergement collectif, et quatre dans un établissement dont le type n'a pas été précisé.

Une localisation pulmonaire était retrouvée chez 63% des cas (n=109) : uniquement pulmonaire pour 52% des cas (n=90) et pulmonaire et extra-pulmonaire pour 11% des cas (n=19). Un examen microscopique direct (crachat, lavage broncho-alvéolaire, lavage bronchique) positif, indicateur d'une contagiosité élevée, était notifié dans 55% des tuberculoses pulmonaires (n=60) et une culture positive en début de traitement était rapportée pour 78 cas (72%).

Parmi les 127 tuberculoses pour lesquelles un antibiogramme a été réalisé, 10 présentaient une résistance à l'isoniazide et/ou à la rifampicine (8%).

Enfin sur les 172 tuberculoses maladie notifiées en 2016, 20 ont fait l'objet d'un suivi particulier en lien avec le service de lutte contre la tuberculose du Conseil Départemental du Val-d'Oise (CLAT). Ce suivi a concerné :

- quatre cas de tuberculose contagieux ayant voyagé plus de huit heures dans un moyen de transport confiné (avion, autobus) ;
- 12 cas de tuberculose contagieux survenant dans des lieux de vie communautaires tels que les écoles, les crèches, les maisons de retraite, etc. ;
- quatre cas de tuberculose contagieux parmi le personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux : hôpitaux, EHPAD, etc. ;

Pour les cas d'ITL chez les enfants de moins de 15 ans, l'âge médian était de 10,5 ans [0-16] et le sex-ratio garçon / fille de 0,8. Treize enfants étaient nés en France (38%). Parmi les 21 enfants nés à l'étranger (62%), 11 étaient nés en Afrique subsaharienne, quatre en Asie, deux en Afrique du Nord et deux dans un pays d'Europe (donnée manquante pour deux cas).

Pour 18 d'entre eux, le statut vaccinal était connu et 14 avaient été vaccinés par le BCG.

Une surveillance des issues de traitement des cas de tuberculose maladie est également mise en place depuis 2007. L'objectif est de fournir des indicateurs d'évaluation de la lutte antituberculeuse, notamment la proportion de cas ayant achevé leur traitement dans les 12 mois qui suivent sa mise en place et, le cas échéant, les raisons pour lesquelles le traitement n'a pas été achevé. Les caractéristiques des personnes n'ayant pas achevé leur traitement sont étudiées afin de proposer des améliorations de la prise en charge de ces personnes (accompagnement adapté, mise en place de la stratégie DOTS (stratégie

recommandée par l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte contre la tuberculose), mesures incitatives...)

Fin 2016, plus de 60% des issues de traitement des cas

déclarés en 2015 avaient été reçues. D'après les données de ces fiches, plus de 65% des cas avaient achevé leur traitement dans les 12 mois qui ont suivi sa mise en place.

Les autres signaux infectieux

Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et Gastro-Entérites Aiguës (GEA) en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Deux épisodes d'IRA et six épisodes de GEA en collectivité de personnes âgées ont été signalés dans le Val-d'Oise en 2016.

Au cours des deux épisodes d'IRA, 38 résidents et sept membres du personnel ont présenté des symptômes respiratoires à type de toux, soit un taux d'attaque moyen égal à 26% chez les résidents et à 7% chez les membres du personnel. Onze résidents ont été hospitalisés et trois sont décédés. La durée moyenne des symptômes était de 6,5 jours.

Une recherche étiologique a été effectuée dans un épisode. Les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) se sont révélés positifs et un virus grippal de type A a été mis en évidence.

Le taux moyen de vaccination des résidents pour la grippe était de 88%. Chez le personnel, ce taux était de 14%.

Des mesures de contrôle ont été prises par les deux établissements : renforcement de l'hygiène des mains (personnel/résidents/visiteurs), précautions de type « gouttelettes » (port du masque pour le personnel et les malades déambulant), information des visiteurs ou intervenants extérieurs, limitation des déplacements des malades et suspension des activités collectives. Aucune chimioprophylaxie antivirale n'a été donnée.

Au cours des six épisodes de GEA, 148 résidents (Min-Max: [12-44]) et 18 membres du personnel (Min-Max: [0-7]) ont présenté des symptômes digestifs, soit un taux d'attaque médian égal à 28% chez les résidents et à 2% chez les membres du personnel (donnée manquante dans deux épisodes). La majorité des malades a présenté de la diarrhée dans deux épisodes, des vomissements dans un épisode et de la diarrhée et des vomissements associés ou non à de la fièvre dans trois épisodes.

Deux résidents ont été hospitalisés au décours de ces neuf épisodes. Aucun décès n'a été rapporté.

La durée moyenne des symptômes était comprise entre un et trois jours (donnée manquante dans un épisode).

Des coprocultures ont été réalisées dans trois épisodes et des prélèvements alimentaires dans un épisode.

L'ensemble de ces analyses s'est révélé négatif.

Les mesures de contrôle mises en place sont détaillées sur la figure 2.

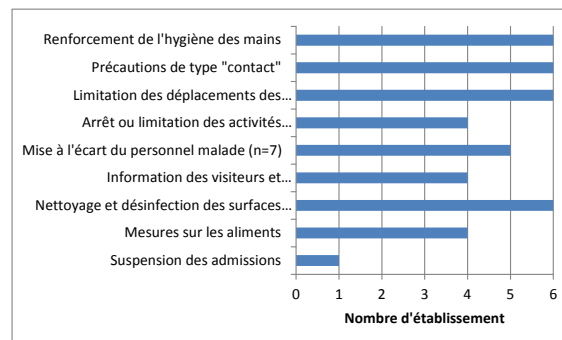


Figure 2. Mesures de contrôle mises en place par les établissements en cas de GEA, Val-d'Oise, 2016 (N=6)

Autres épisodes infectieux en collectivité

Au cours de l'année 2016, la CDVAGS a également apporté un appui technique aux acteurs de terrain lors d'épisodes infectieux en communauté : deux épisodes de teigne en milieu scolaire, 11 épisodes de gale en collectivité et deux GEA hors EHPAD.

Infections associées aux soins (IAS)

Au cours de l'année 2016, 38 infections associées aux soins ont été déclarées sur le logiciel e-SIN (versus 30 en 2015). Ces 38 IAS ont été signalées par huit établissements du Val-d'Oise (sept centres hospitaliers et un centre de réadaptation).

Elles ont concerné 74 patients dont 9% étaient décédés au moment du signalement.

La répartition des services à l'origine des signalements était la suivante : 39% de services de médecine, 26% de services de soins de suite et réadaptation, 11% de réanimation, 11% de services de chirurgie, 11% de signaux concernant deux secteurs (réanimation/chirurgie et réanimation/médecine) et 1% d'unité de soins de longue durée.

Dans plus de 60% des cas, l'agent infectieux retrouvé était une *Klebsielle pneumoniae* et/ou un *Escherichia coli* résistants aux carbapénèmes.

Une colonisation ou infection digestive a été rapportée dans près de 70% des épisodes.

Rapatriements sanitaires

Afin d'éviter l'introduction ou la dissémination sur le territoire national de certaines maladies infectieuses et d'agents pathogènes, la circulaire N° DGS/DUS/CORRUSS/2012/188 du 9 mai 2012 prévoit un dispositif d'information et de suivi des opérations de rapatriement. Les sociétés d'assistance ont ainsi pour obligation d'informer les autorités sanitaires françaises de tout rapatriement sanitaire vers la France de patients porteurs de maladies transmissibles et nécessitant un isolement ou de Bactéries Multi-Résistantes (BMR).

L'ARS transmet alors l'information à l'établissement de santé concerné afin que les mesures à mettre en place lors de l'accueil d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente soient mises en place conformément à l'instruction DGOS/PF2/DGS/RI1 n°2014-08 du 14 janvier 2014.

Plus d'info: [Circulaire](#) et [Instruction](#)

Quarante deux rapatriements sanitaires ont été notifiés à la DDARS du Val-d'Oise en 2016. Les pays de provenance étaient situés au Maghreb dans 19 cas (45%), en Europe dans 15 cas (36%), en Amérique du Sud dans trois cas, en Afrique sub-saharienne dans deux cas et en Russie, en Serbie et aux USA respectivement dans un cas. Onze établissements du Val-d'Oise ont été concernés par ces rapatriements (six centres hospitaliers, quatre cliniques privées et un établissement privé d'intérêt collectif). Les dépistages réalisés ont permis d'identifier deux patients colonisés par des bactéries hautement résistantes.

Bilan de lutte contre les infections nosocomiales

Depuis le 1er janvier 2016, la Haute autorité de santé (HAS) assure la maîtrise d'ouvrage des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, désormais appelés indicateurs du thème infections associées aux soins. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) continue d'assurer la maîtrise d'œuvre de la plateforme de recueil Bilan LIN. Un bilan est réalisé chaque année par les établissements de santé pour évaluer leur activité de lutte contre les infections nosocomiales. Ce bilan repose sur des indicateurs présentés sous la forme d'un score (note sur 100) associé à une classe de performance (A à E) qui dépend de la catégorie d'établissement (CHU, CH>300 lits et places, MCO>100 lits et places, etc.).

La campagne de recueil de 2016 portait sur quatre indicateurs opposables :

- l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA.2 ;
- l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2);
- l'indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR);
- l'indicateur des bactériémies nosocomiales à staphylococcus aureus résistant à la méticilline (BN-SARM).

Les résultats obtenus par les établissements du Val-d'Oise en 2016 (données 2015) sont représentés sur la figure 3.

Pour ICSHA.2, le Val-d'Oise présente de bons résultats, supérieurs à ceux de la région et du national, avec près de 75% d'établissements classés en A ou B.

Pour ICATB.2, les résultats du Val-d'Oise sont légèrement inférieurs à ceux de la région mais supérieurs à ceux du national (45,7% d'établissement classés A versus 48,1% et 45,4% respectivement).

Pour ICA-BMR, le nombre d'établissement classé A ou B dans le Val-d'Oise est supérieur à celui de la région et du national (80% versus 79,4 et 77,7% respectivement).

Enfin, dans le Val-d'Oise, la proportion d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (BN-SARM) identifiés potentiellement évitables ayant fait l'objet d'une analyse des causes, parmi l'ensemble des BN-SARM potentiellement évitables recensés dans l'année est supérieure à celle de la région.

Les résultats de chaque établissement de santé sont accessibles directement sur le site : <http://scopesante.fr>.

Par ailleurs, chaque année, environ 10% des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales font l'objet d'un contrôle de la qualité des données recueillies par les ARS sur la base des éléments de preuve préparés à partir d'un cahier des charges précisant les consignes de remplissage pour chacun des items des indicateurs.

En 2016, quatre établissements du Val-d'Oise ont été contrôlés, soit 11% des établissements du département.

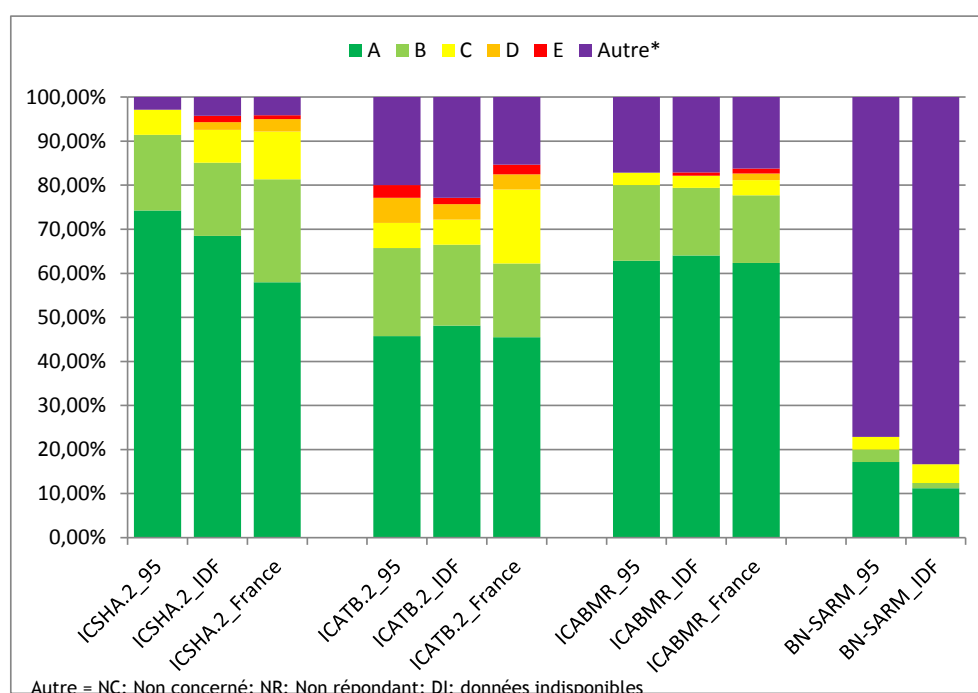


Figure 3. Résultats de la campagne de recueil 2016 des indicateurs de la HAS sur le thème des IAS, Val-d'Oise, données