

DANS CE
NUMÉRO :

Editorial 1

Bilan des
signaux 2015 3

Bilan de lutte
contre les
infections
nosocomiales 13

Actualités sur
le virus Zika 14

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 Gastro-entérites aiguës (GEA) dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées 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 7jours/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 territoriale de l'ARS (DTARS)* 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 DTARS 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 second bulletin de la CDVAGS 95 vous présente le bilan de l'activité de veille et d'alerte pour l'année 2015.

CONTACT:

Délégation territoriale 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-dt95-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 2015

Les maladies à déclaration obligatoire

Trente et une* 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'Institut de Veille Sanitaire (InVS) 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/Maladies-a-declaration-obligatoire-ou-autre-signalement.21146.0.html>

En 2015, 380 MDO ont été notifiées dans le Val-d'Oise.

Le Tableau I (page 4) présente le nombre de notifications reçues pour chacune des 31* MDO dans le Val-d'Oise entre 2010 et 2015. L'année 2015 enregistre le plus faible nombre de déclarations :

- après une explosion du nombre de cas en 2014 en lien avec l'épidémie dans les départements français d'Amérique, un seul cas de chikungunya a été notifié en 2015 ;
- le nombre de cas d'infection par le VIH est globalement en baisse depuis 2010 (148 cas en 2010 versus 107 en 2015) ;
- après une épidémie d'importance en 2010 - 2011, les cas de rougeole restent très sporadiques depuis 2013 ;
- malgré l'abaissement à 50µg/L du seuil de déclaration des cas de saturnisme de l'enfant mineur, le nombre de cas signalés en 2015 est inférieur à celui de 2014 ;
- la part des dossiers de tuberculose ayant fait l'objet d'un suivi particulier de la CDVAGS est en baisse depuis 2013 (33 cas en 2013 versus 22 en 2014 et 17 en 2015).

* Dans son avis du 2 février 2016, le Haut conseil de santé publique (HCSP) préconise l'inscription sur la liste des MDO de l'infection par le virus Zika. Un formulaire Cerfa de notification est actuellement en cours d'élaboration par l'InVS.

Tableau I. Nombre de notifications des 31* maladies à déclaration obligatoire, Val-d'Oise, 2010-2015

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

¹ Les mésothéliomes ont été ajoutés à la liste des maladies à déclaration obligatoire en 2012

² Un cas de rage animale a été notifié en 2013

Brucellose

Deux cas de brucellose ont été déclarés cette année dans le Val-d'Oise :

- le premier cas concernait un jeune homme de 18 ans ayant présenté une forme focalisée ostéoarticulaire dans les suites d'un séjour au Liban où il a été en contact avec une personne malade et a consommé du lait de chèvre non pasteurisé ;

- le second cas, un homme de 39 ans, a présenté une fièvre dans les suites d'un voyage en Azerbaïdjan. Le diagnostic de brucellose a été confirmé par sérologie et culture. Aucune exposition à risque n'a été retrouvée chez ce cas, à l'exception de la consommation de produits locaux et notamment de fromage au lait 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, ces deux cas n'ont pas entraîné d'investigations animales en France.

Chikungunya et dengue

L'année 2014 a été marquée par une importante épidémie de chikungunya dans les départements français d'Amérique (Martinique, Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Guyane française) avec plus de 165 000 cas cliniquement évocateurs comptabilisés sur l'année. En raison des échanges importants entre les Antilles et la France métropolitaine, le nombre de cas importés dans le Val-d'Oise avait également considérablement augmenté en 2014 (16 cas en 2014 versus un seul cas entre 2010 et 2013).

En 2015, un cas de chikungunya importé a été signalé dans le Val-d'Oise. Il s'agissait d'une femme de 59 ans de retour d'un voyage de quatre mois en Amérique du Sud où la circulation du virus est toujours très active.

Deux cas de dengue ont par ailleurs été déclarés en 2015 dans le Val-d'Oise : deux femmes de 24 et 50 ans ayant respectivement voyagé à Cuba et en Inde le mois précédant l'apparition des premiers signes.

*En 2006, le ministère chargé de la santé a élaboré un plan de lutte contre la dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole, qui sera étendu à l'ensemble des arboviroses en 2016. Ce plan prévoit, en plus de la surveillance épidémiologique (déclaration obligatoire des cas confirmés), une surveillance entomologique afin de mesurer l'implantation du vecteur, *Aedes albopictus*, sur le territoire et le cas échéant mettre en œuvre des mesures de lutte anti-vectorielle.*

Plus d'info: [plan 2015](#)

Le moustique tigre n'a pas encore été repéré dans le Val-d'Oise (niveau 0 du plan : absence (0a) ou présence contrôlée (0b) d'*Aedes albopictus*) mais sa présence a été mise en évidence dans le Val-de-Marne en 2015. Cela implique le passage dès 2016 au niveau 1

du plan pour ce département (*Aedes albopictus* implanté et actif) et, lors de la période d'activité du moustique (du 1^{er} mai au 30 novembre), la mise en place d'une surveillance renforcée (signalement immédiat des cas suspects). L'extension de cette surveillance renforcée à l'ensemble de la région Ile-de-France et donc au Val-d'Oise est actuellement en cours de réflexion.

Fièvres typhoïde et paratyphoïde

En 2015, six cas confirmés de fièvres typhoïde et paratyphoïde ont été déclarés dans le Val-d'Oise. Les prélèvements biologiques ont mis en évidence cinq *Salmonella Typhi* et une *Salmonella Paratyphi A*.

Les six cas étaient des hommes avec un âge médian égal à 31 ans [16-48].

L'ensemble des cas étaient symptomatiques et ont été hospitalisés. Un cas a présenté une rechute de la maladie environ un mois après guérison.

Un séjour dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des signes cliniques était rapporté par l'ensemble des cas, notamment en Asie (Pakistan, Inde, Thaïlande/Cambodge).

Parmi les six cas signalés, un cas avait été vacciné contre la fièvre typhoïde en 2012.

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

Vingt cas confirmés d'hépatite aiguë A ont été déclarés en 2015 dans le Val-d'Oise. L'âge médian était de 16,5 ans [8-52] et le sex-ratio homme/femme de 1,5.

La maladie était symptomatique chez l'ensemble des cas. Seize cas ont présenté un ictère (80%) et 16 personnes ont été hospitalisées.

L'hépatite aiguë A est une maladie rare en France. Elle est souvent contractée lors d'un voyage à l'étranger.

Le principal mode de contamination est interhumain par voie oro-fécale. La transmission alimentaire est plus rare mais peut être responsable d'importantes épidémies. Les aliments

les plus fréquemment mis en cause sont des aliments contaminés par des déjections humaines (eau, coquillages, végétaux consommés crus) ou des aliments contaminés directement par un préparateur infecté.

Parmi les 20 cas déclarés en 2015, 11 (55%) avaient effectué un séjour hors de France métropolitaine dans les deux à six semaines précédant la date de début des symptômes (quatre en Algérie, trois au Pakistan et un cas respectivement aux Comores, à Haïti, en Mauritanie et en Côte d'Ivoire).

Aucun cas n'a rapporté la consommation de fruits de mer.

Parmi les 20 cas notifiés, deux cas groupés ont été mis en évidence.

Le premier concernait une école élémentaire. Le cas index, une jeune fille scolarisée en CM1, a présenté un ictère environ trois semaines après un séjour au Pakistan. Le diagnostic d'hépatite aiguë A a été posé devant l'élévation des transaminases et la positivité des IgM. Ce cas index ne nous a pas été signalé et aucune mesure de prévention de la transmission croisée n'a été mise en place dans le foyer familial ou au sein de l'école.

Au cours du mois suivant, quatre cas secondaires ont été diagnostiqués chez trois enfants de la même classe et chez l'institutrice de CE1.

Un atelier cuisine (confection d'une salade de fruits par les enfants) serait à l'origine de la contamination des cas secondaires.

Comme rappelé en page 3 de ce bulletin, il est important que le signalement des MDO par les médecins et les biologistes, qui les suspectent ou les diagnostiquent, s'effectue sans délai et par tout moyen approprié.

Ce signalement immédiat permet en effet de mettre rapidement en place des mesures de prévention adaptées autour des cas afin d'éviter la contamination d'autres personnes.

Le second cas groupé correspond à une fratrie. Le cas index, un garçon de 17 ans, avait séjourné au Pakistan en août 2015. Il a présenté des symptômes début septembre. Des mesures d'hygiène et des recommandations de vaccination de la fratrie ont alors été formulées à la famille. Cependant, seule sa plus jeune sœur a effectivement été vaccinée. Les deux plus grandes ont présenté les symptômes de la maladie environ un mois après leur frère.

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée à partir de l'âge de 1 an pour tous les voyageurs devant séjourner dans un pays où l'hygiène est précaire, quelles que soient les conditions de séjour.

Elle est par ailleurs conseillée en présence d'un (ou plusieurs) cas

d'hépatite A confirmé(s), en complément des mesures d'hygiène et de l'information des sujets contacts, dans l'entourage familial du cas (ou pour toute personne vivant sous le même toit) afin d'éviter une dissémination intrafamiliale. Il est alors recommandé de vacciner le plus tôt possible, sans examen sérologique préalable et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A réunissant toutes les conditions suivantes : nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère et n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité. Si l'une au moins des conditions n'est pas remplie, une sérologie préalable est fortement recommandée, à la recherche d'anticorps témoins d'une immunité ancienne, à condition que sa réalisation soit compatible avec le délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas.

Plus d'info: [calendrier vaccinal 2015](#)

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

Un cas d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B a été déclaré en 2015 dans le Val-d'Oise. Il s'agissait d'une jeune femme de 31 ans.

La notification obligatoire de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite B a été introduite par la circulaire DGS/SD5C/SD6A n°2003/60 du 10 février 2003. Le but de cette surveillance est d'évaluer l'impact de la politique de prévention et de mesurer la circulation du virus de l'hépatite B.

Cent-sept cas d'infection VIH dont 10 au stade SIDA ont été notifiés en 2015 à la DTARS du Val-d'Oise. Ces DO représentent 28% de l'ensemble des signaux reçus en 2015.

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

Ainsi sur les 107 DO d'infection par le VIH reçues, 80 cas résidaient dans le Val-d'Oise (75%), sept dans les Yvelines, trois dans les Hauts de Seine, un à Paris et un en Seine Maritime (donnée manquante pour 15 cas).

L'âge médian du diagnostic d'infection par le VIH était de 39 ans [16-77] et le sex ratio hommes / femmes de 1,1.

Deux co-infections VIH-VHC, cinq co-infections VIH-VHB et trois co-infections VIH-syphilis ont été rapportées.

Parmi les 49 cas pour lesquels le pays de naissance était renseigné, 38 personnes étaient nées à l'étranger (78%).

Parmi les 52 cas pour lesquels la circonstance de contamination était renseignée, 44 personnes (85%) ont déclaré s'être contaminé lors de rapports hétérosexuels, six (11%) lors de rapports homosexuels, une lors de rapports bisexuels et une lors de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse.



Depuis le 15 janvier 2016, la déclaration des infections par le VIH peut se faire en ligne via l'application e-DO pour les sites pilotes volontaires du COREVIH d'Ile-de-France sud et de Guyane. Le déploiement sera généralisé à l'ensemble des déclarants et donc au Val-d'Oise à compter du 1^{er} avril 2016. Le circuit de déclaration est modifié par rapport au circuit papier puisque chaque co-déclarant (clinicien et biologiste) peut déclarer indépendamment, pour le même patient, tout diagnostic d'infection à VIH.

Plus d'info: [e-DO](#)

Infection invasive à méningocoque (IIM)

Conformément à l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), est considéré comme IIM tout cas (bactériémie, méningite, arthrite, péricardite, etc.) remplissant l'un au moins des critères ci-dessous :

- isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, Liquide cérébro-spinal (LCS), liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil ou à partir d'une lésion cutanée purpurique ;
- présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS ;
- LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés, quel que soit leur type ;
- présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

Cinq cas d'IIM ont été signalés dans le Val-d'Oise en 2015. L'âge médian était de 17 ans [1-25] et le sex-ratio homme / femme de 0,7. Un purpura fulminans était notifié pour deux cas (40%). Aucun décès n'est à déplorer.

Les sérogroupes B (3 cas), C (1 cas) et W (1 cas) ont été isolés. Le nombre médian de contacts traités par chimioprophylaxie était de 7,5 personnes dans l'entourage proche et de 8,5 personnes lorsqu'il existait des contacts en collectivité (données manquantes pour un cas). Les IIM de séro groupe C et W ont par ailleurs respectivement entraîné la vaccination de 14 et cinq personnes.

La vaccination systématique avec une seule dose de vaccin méningococcique C conjugué est recommandée pour tous les nourrissons à l'âge de 12 mois.

Durant la période initiale de mise en place de cette stratégie et en attendant son impact optimal par la création d'une immunité de groupe, l'extension de cette vaccination systématique jusqu'à l'âge de 24 ans révolus est aussi recommandée selon le même schéma à une dose.

La vaccination autour d'un cas sporadique d'IIM complète l'antibioprophylaxie lorsque la souche responsable du cas est d'un séro groupe contre lequel un vaccin existe :

- vaccin conjugué C si séro groupe C. Il peut être administré à partir de l'âge de 2 mois lors d'une vaccination autour d'un cas. Le schéma vaccinal comporte deux injections suivies d'un rappel au cours de la deuxième année chez le nourrisson de moins de 12 mois et une seule injection chez les sujets âgés de plus de 12 mois;

- vaccin conjugué tétravalent A/C/Y/W135 si séro groupe A, Y ou W. Ils peuvent être administrés à partir de l'âge de 1 ou 2 ans selon un schéma vaccinal à une dose ;

- la vaccination contre les IIM de séro groupe B n'est recommandée autour d'un cas qu'en zone de campagne de vaccination.

Plus d'info: [prophylaxie des IIM](#)

Légionellose

En 2015, **17 cas de légionellose** domiciliés dans le Val-d'Oise ont été notifiés à l'ARS.

L'âge médian des cas était de 57 ans [34-89] et le sex-ratio hommes / femmes de 3,25.

L'ensemble des cas a été hospitalisé devant des signes cliniques évocateurs de pneumopathie, confirmés radiologiquement pour 16 cas (94%). La létalité était de 11%.

Pour 16 cas, *Legionella pneumophila* de séro groupe 1 a été isolée, le diagnostic étant établi à partir d'un test

de détection des antigènes solubles urinaires pour 15 cas (88%). Une souche clinique a été isolée dans sept cas.

Pour l'ensemble des cas, au moins un facteur favorisant a été identifié : la consommation de tabac a été rapportée pour neuf cas ; quatre cas présentaient une hémopathie ou un cancer ; quatre cas souffraient de diabète.

Plus de 75% des cas ont présenté leurs symptômes entre les semaines 33 et 43 (Figure 1). Cependant, les enquêtes environnementales réalisées n'ont pas permis de mettre en évidence de regroupement de cas.

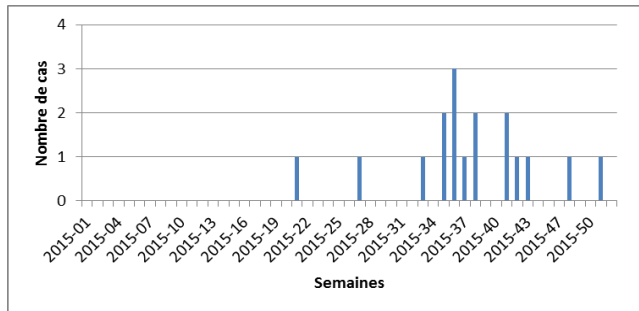


Figure 1. Distribution des cas de légionellose selon la semaine de survenue des premiers symptômes, Val-d'Oise, 2015 (N=17)

Par ailleurs, les équipes du service Contrôle et sécurité sanitaires des milieux (CSSM) de la DTARS ont participé à l'investigation de 11 cas domiciliés hors du département voire hors de la région Ile-de-France mais ayant séjourné pendant leur période d'incubation dans le Val-d'Oise.

Listériose

Six cas de listériose ont été signalés dans le Val-d'Oise en 2015. L'âge médian était de 55 ans [22-93] et le sex ratio hommes / femmes de 0,2.

Deux cas de transmission materno-néonatale ont été rapportés : il s'agissait de femmes âgées de 22 et 34 ans ayant respectivement accouché à 32 et 39 semaines d'aménorrhée. Des signes d'infection ont été mis en évidence chez l'un des deux nourrissons.

Chez les quatre autres patients, une forme non materno-néonatale a été diagnostiquée : trois bactériémies et une forme neuroméningée. Ces quatre cas présentaient une pathologie sous-jacente et/ou l'indication d'un traitement immunosuppresseur. Trois d'entre eux étaient hospitalisés au moment du diagnostic de listériose.

Des enquêtes comportant des prélèvements alimentaires sont réalisées autour des cas présentant une forme neuroméningée (aliments contenus dans le réfrigérateur du cas et au niveau des lieux d'achat cités dans le questionnaire d'enquête). Ces formes ont en effet une durée d'incubation plus courte (en règle générale sept à 14 jours) que les autres formes de listériose et sont plus fréquemment associées à des épisodes

épidémiques. A condition d'être réalisés rapidement, ces prélèvements peuvent, si la souche responsable de l'infection est retrouvée et l'aliment contaminé identifié, permettre de mettre en place des mesures de contrôle et de prévenir la survenue de nouveaux cas.

Les prélèvements alimentaires réalisés au domicile du cas ayant présenté une forme neuroméningée en 2015 n'ont cependant pas permis de retrouver la source de la contamination.

Mésothéliomes

Les mésothéliomes ont été ajoutés à la liste des maladies à déclaration obligatoire par le décret n°2012-47 du 16 janvier 2012 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelle à l'autorité sanitaire.

La notification est donc obligatoire pour tout médecin en posant le diagnostic : clinicien ou pathologiste. Deux formulaires de déclaration existent selon la spécialité.

En 2015, dans le Val-d'Oise, 10 cas de mésothéliomes ont été déclarés (neuf par des cliniciens et un par les deux spécialistes).

L'âge médian des cas était de 71 ans [53-84] et le sex-ratio hommes / femmes de 2,3.

Pour l'ensemble des cas, le diagnostic a été confirmé par la réalisation d'un prélèvement anatomo-pathologique, par ponction-biopsie dans trois cas (30%) ou au décours d'un acte chirurgical dans six cas (60%) (donnée manquante pour un cas). Le site de prélèvement était la plèvre pour six cas et le péritoine pour deux cas (donnée manquante pour deux cas). Le type histologique était épithéloïde dans neuf cas et adénomatoïde dans un cas.

Un contact professionnel certain ou très vraisemblable avec l'amiante a été rapporté chez quatre cas.

Rougeole

Tout cas de rougeole clinique (fièvre supérieure à 38,5°C associée à une éruption maculopapuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux ou signe de Koplik) ou confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG et/ou PCR positive et/ou culture positive) doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, fax, mail) au médecin de l'ARS sans attendre les résultats biologiques.

Un cas de rougeole a été déclaré dans le Val-d'Oise en 2015. Il s'agissait d'un homme de 30 ans. Devant l'apparition d'un exanthème maculo-papuleux et d'un coryza sans fièvre, une confirmation du diagnostic par recherche des IgM sériques et d'une séroconversion a été réalisée.

Le patient avait été vacciné contre la rougeole avec deux doses, la dernière datant de mars 2013.

Un sujet à risque de rougeole grave était présent dans son entourage familial et le patient avait été en contact avec une femme enceinte dans la salle d'attente du cabinet médical.

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 2015](#)

Saturnisme de l'enfant mineur

Le seuil de plombémie impliquant la déclaration obligatoire des cas de saturnisme infantile auprès des autorités sanitaires est de 50 µg/L depuis le 17 juin 2015, en remplacement du seuil de 100 µg/L précédemment applicable. Compte tenu des effets nocifs du plomb sur la santé pour des plombémies inférieures à 100 µg/L, en particulier neurotoxicité chez le jeune

enfant et effets rénaux et cardiovasculaires chez l'adulte, le Haut conseil de santé publique (HCSP) dans son rapport du 23 mai 2014 a en effet recommandé d'abaisser le seuil de saturnisme.

La réception de cette déclaration obligatoire déclenche une recherche des sources d'exposition par l'autorité sanitaire et des procédures administratives d'urgence visant à 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) ou d'un lieu proche d'un site industriel ;

- intoxication d'une personne de l'entourage ;

- activité, professionnelle ou de loisir, à risque pour l'intéressé ou son entourage ;

- consommation d'eau du robinet « agressive » dans un logement construit avant 1955 ou dépassant 10 µg/L ;

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

- présence de revêtements métalliques au niveau des fenêtres/balcons construits avant 2000 ;

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

Plus d'info: [rapport HCSP et arrêté](#)

Trois cas de saturnisme chez l'enfant mineur ont été notifiés à la DTARS en 2015. Il s'agissait de trois filles âgées de 2, 9 et 11 ans. Les plombémies retrouvées étaient respectivement de 73, 52 et 217 µg/L.

Dans deux cas, la plombémie a été prescrite devant une suspicion de saturnisme : comportement de PICA associé à la présence d'une symptomatologie clinique (troubles autistiques) chez la première ou à une anémie par carence martiale chez la seconde.

La dernière fillette a bénéficié d'une action de dépistage. Lors de l'enquête environnementale, la présence de plomb accessible a été retrouvée dans le domicile et dans les parties communes.

Suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob (MCJ)

Un cas de suspicion de MCJ a été notifié dans le Val-d'Oise en 2015 chez une femme de 77 ans devant l'apparition récente et l'évolution progressive sans rémission d'au moins un signe neurologique avec des

troubles intellectuels ou psychiatriques et après élimination de toute autre cause. La patiente n'avait jamais donné son sang ou ses cellules, tissus ou organes. Elle n'avait pas subi d'interventions chirurgicales ou exploratoires invasives dans les six mois précédant la date de début des symptômes. A la suite du décès de la patiente, aucune autopsie n'a été réalisée permettant de confirmer le diagnostic.

Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)

En 2015, **18 foyers de TIAC** ont été déclarés dans le Val-d'Oise. Au cours de ces 18 épisodes, 184 personnes ont été malades, quatre ont été hospitalisées et trois sont décédées (lien de causalité non formellement établi). Dans cinq épisodes (28%), au moins 50 personnes étaient exposées et dans cinq TIAC, au moins 10 personnes étaient malades.

La répartition selon le lieu de consommation du repas incriminé était la suivante : 56% dans un lieu de restauration collective (restaurant d'entreprise, cantine scolaire, établissement à caractère social ou médico-social), 33% dans un lieu de restauration commerciale et 11% en milieu familial.

Des prélèvements de plats témoins ont été réalisés pour sept foyers (39%). *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens* ont été respectivement retrouvés dans deux et un épisode de TIAC.

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 14 épisodes (78%). Celle-ci a permis de mettre en évidence des non-conformités des locaux, des équipements, du personnel, des matières premières ou de fonctionnement dans huit établissements (61%).

Tuberculose et Infection tuberculeuse latente (ITL)

En 2015, **158 cas de tuberculose maladie** ont été déclarés dans le Val-d'Oise. Chez l'enfant âgé de moins de 15 ans, **22 ITL** ont été signalées. Les cas de tuberculose représentent 47% de l'ensemble des DO reçues.

Pour les cas de tuberculose maladie, l'âge médian était de 36 ans [3-90] et le sex-ratio hommes / femmes égal à 1.9. La classe d'âge la plus touchée était celle des adultes âgés de 25 à 39 ans (Figure 2).

La répartition des cas selon le pays de naissance était la suivante : 23% étaient nés en France (n=36), 27% en Afrique sub-saharienne (n=42), 17% en Asie (n=27), 14% en Afrique du nord (n=22), 9% dans un pays d'Europe (n=14) et 4% dans un autre pays (n=7). Le pays de naissance était inconnu pour 6% des cas (n=10).

Au moment du diagnostic, 10 cas (6%) résidaient en collectivité : cinq dans un foyer d'hébergement collectif, trois dans un établissement pénitentiaire et deux cas dans un établissement dont le type n'a pas

été précisé.

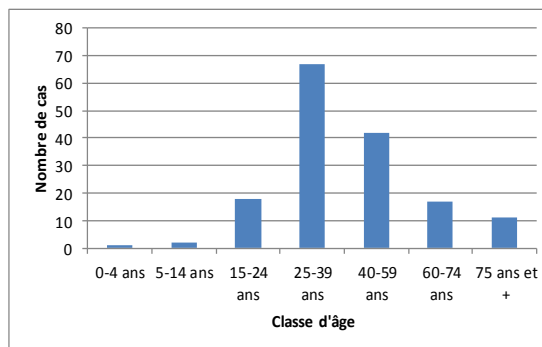


Figure 2. Répartition par classe d'âge des cas de tuberculose maladie, Val-d'Oise, 2015 (N=156)

Une localisation pulmonaire était retrouvée chez 71% des cas (n=112) : uniquement pulmonaire pour 58% des cas (n=92) et pulmonaire et extra-pulmonaire pour 13% des cas (n=20). Un examen microscopique direct (crachat, lavage broncho-alvéolaire, lavage bronchique) positif, indicateur d'une contagiosité élevée, était notifié dans 53% des tuberculoses pulmonaires (n=59) et une culture positive en début de traitement était rapportée pour 77 cas (69%).

Parmi les 116 tuberculoses pour lesquelles un antibiogramme a été réalisé, 11 présentaient une résistance à l'isoniazide et/ou à la rifampicine (9%).

Enfin sur les 158 tuberculoses maladie notifiées en 2015, 17 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 concerne :

- les cas de tuberculose contagieux ayant voyagé plus de huit heures dans un moyen de transport confiné (avion, autobus) ;
- les cas de tuberculose contagieux survenant dans des lieux de vie communautaires tels que les écoles, les crèches, les maisons de retraite, etc. ;
- les cas de tuberculose contagieux parmi le personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux : hôpitaux, EHPAD, etc. ;
- les cas de tuberculose contagieux exposant un grand nombre de personnes dans leur milieu de travail ;
- les cas de tuberculose à bacilles multi-résistants.

Pour les cas d'ITL chez les enfants de moins de 15 ans, l'âge médian était de 11 ans [1-15] et le sex-ratio garçon / fille de 0,7. Dix enfants étaient nés en France (45,5%). Parmi les 12 enfants nés à l'étranger (54,5%), six étaient nés en Afrique subsaharienne, trois dans un pays européen et trois en Asie.

Pour 12 d'entre eux, le statut vaccinal était connu et 10 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 2015, plus de 50% des issues de traitement des cas déclarés en 2014 avaient été reçues.

Les autres signaux infectieux

Infections respiratoires aiguës (IRA) et Gastro-entérites aiguës (GEA) en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Huit épisodes d'IRA et neuf épisodes de GEA en collectivité de personnes âgées ont été signalés dans le Val-d'Oise en 2015.

Au cours des huit épisodes d'IRA, 152 résidents (Min-Max: [10-33]) et 19 membres du personnel (Min-Max: [0-6]) ont présenté des symptômes respiratoires à type de toux, soit un taux d'attaque médian égal à 27,6% chez les résidents et à 4,5% chez les membres du personnel. Vingt-deux résidents ont été hospitalisés et quatre sont décédés. La durée moyenne des symptômes était comprise entre trois et sept jours (donnée manquante dans quatre épisodes).

Une recherche étiologique a été effectuée dans cinq épisodes. Dans trois cas, 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 89% (Min-Max: [71-98]). Chez le personnel, le taux moyen était de 43% (Min-Max: [6-100]) (donnée manquante dans deux épisodes).

Des mesures de contrôle ont été prises dans l'ensemble des établissements: renforcement de l'hygiène des mains (personnel/résidents/visiteurs), précautions de type « gouttelettes » (port du masque pour le personnel et les malades déambulants) et information des visiteurs ou intervenants extérieurs. Les déplacements des malades ont été limités dans sept épisodes et les activités collectives ont été limitées ou suspendues dans cinq épisodes. Un établissement a de plus reporté d'une semaine les admissions. Une chimioprophylaxie antivirale a été donnée dans trois épisodes.

Au cours des neuf épisodes de GEA, 228 résidents (Min-Max: [10-57]) et 29 membres du personnel (Min-Max: [0-7]) ont présenté des symptômes digestifs, soit un taux d'attaque médian égal à 32,9% chez les résidents et à 6% chez les membres du personnel. La majorité des malades a présenté de la diarrhée dans six épisodes, des vomissements dans un épisode et de la

diarrhée et des vomissements associés ou non à de la fièvre dans deux épisodes.

Six 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 quatre jours (donnée manquante dans deux épisodes). Aucune recherche étiologique n'a été réalisée au cours de ces neuf épisodes.

Les mesures de contrôle mises en place sont détaillées sur la figure 3.

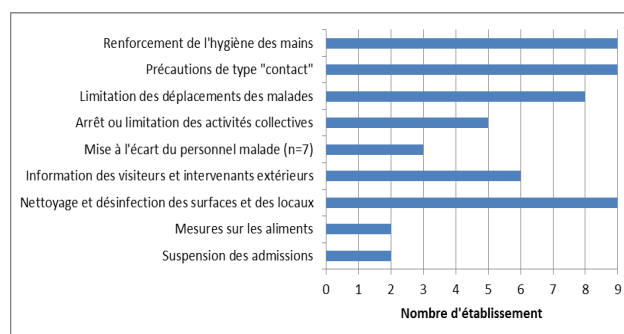


Figure 3. Mesures de contrôle mise en place par les établissements en cas de GEA, Val-d'Oise, 2015 (N=9)

Autres épisodes infectieux en collectivité

Au cours de l'année 2015, 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, 10 épisodes de gale dont huit en collectivité, et deux GEA hors EHPAD.

Infections associées aux soins (IAS)

Au cours de l'année 2015, 30 infections associées aux soins ont été déclarées sur le logiciel e-SIN (versus 14 en 2014). Ces 30 IAS ont été signalées par cinq établissements du Val-d'Oise (quatre centres hospitaliers et un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie).

Elles ont concerné 60 patients dont 12% étaient décédés au moment du signalement.

La répartition des services à l'origine des signalements était la suivante: 46% de services de médecine, 27% de

réanimation, 11% de services de chirurgie, 5% de services des urgences et 3% respectivement pour les services de soins de suite et réadaptation, les secteurs EHPAD des établissements, les services de psychiatrie et les services de consultation.

Dans plus de 60% des cas, l'agent infectieux retrouvé était une *Klebsielle pneumoniae* résistante aux carbapénèmes.

Le site infectieux était digestif dans plus de 45% des cas, urinaire dans près de 22% des cas, respiratoire ou systémique dans 9% des cas respectivement. Les autres sites infectieux étaient ORL, cutané, sur cathéter ou encore sur site opératoire.

La Commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins (Cospin) en établissement de santé et en secteur de soins de ville, conjointement avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), a élaboré un Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPRIAS) qui s'appuie sur le parcours de santé du patient au cours de sa prise en charge dans les différents secteurs de l'offre de soins, qu'il s'agisse des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, ou des soins de ville. Il vise à favoriser la mutualisation des moyens, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours, en se focalisant sur les activités les plus à risque entraînant une prise en charge partagée au sein des différents secteurs.

Ce nouveau programme s'articule autour de trois axes principaux reflétant les priorités actuelles de la prévention des infections associées aux soins :

- Axe 1 : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les

résidents ;

- Axe 2 : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins ;

- Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Plus d'info: [PROPIAS](#)

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/CORRUS/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](#)

Vingt-neuf rapatriements sanitaires ont été notifiés à la DTARS du Val-d'Oise en 2015. Les pays de provenance étaient situés en Europe dans 14 cas (48%), au Maghreb dans 10 cas (34%), en Asie du sud-est dans trois cas (10%) et en Afrique sub-saharienne et au Moyen-Orient respectivement dans un cas. Huit établissements du Val-d'Oise ont été concernés par ces rapatriements (quatre centres hospitaliers, deux cliniques privées et deux centres de soins de suite et réadaptation).

Bilan de lutte contre les infections nosocomiales

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 2015 portait sur trois indicateurs opposables :

- l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales : ICALIN.2
- l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA.2 ;
- l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire : ICA-LISO.

Un nouvel indicateur en simulation pour la deuxième année a également été recueilli: BN-SARM (bactériémie nosocomiale à staphylococcus aureus résistant à la métiline).

Les résultats obtenus par les établissements du Val-d'Oise en 2015 (données 2014) sont représentés sur la figure 4.

Pour ICSHA.2, le Val-d'Oise présente de bons résultats, supérieurs à ceux de la région et du national, avec plus de 85% d'établissements classés en A ou B.

Pour ICA-LISO, les résultats du Val-d'Oise sont légèrement inférieurs à ceux de la région et du national (22% versus 32% et 26% respectivement).

Bien que la part des établissements du Val-d'Oise classés en A ou B pour ICALIN.2 reste inférieure à celle observée dans la région et au national, celle-ci augmente d'année en année (83% en 2014 versus 50% en 2013).

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 2015, quatre établissements du Val-d'Oise ont été contrôlés, soit 11% des établissements du département.

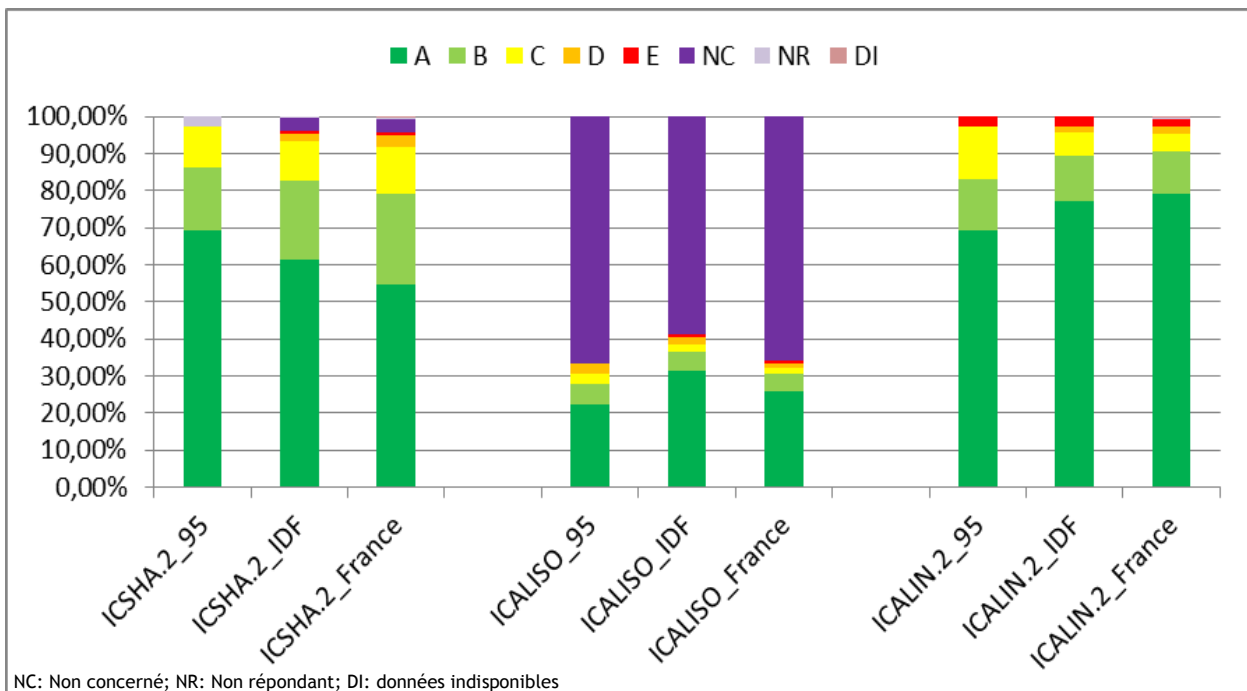


Figure 4. Résultats de la campagne de recueil 2015 du bilan de lutte contre les infections nosocomiales, Val-d'Oise, données 2014

Actualités sur le virus Zika

Une épidémie d'importance à **virus Zika**, flavivirus transmis par les moustiques du genre *Aedes*, s'est déclarée en 2015 au Brésil et s'est progressivement étendue à toute l'Amérique latine. Depuis décembre 2015, le virus circule dans les départements français d'Amérique (Martinique, Guyane, Guadeloupe). Des cas importés d'infection à virus Zika ont été rapportés en France métropolitaine ces dernières semaines chez des voyageurs de retour des zones de circulation du virus.

Après une piqûre infectante, la période d'incubation s'étend de trois à 12 jours. La maladie est asymptomatique dans 70 à 80% des cas. Les symptômes, proches de ceux retrouvés dans les autres arboviroses, durent généralement de deux à sept jours. Un cas suspect est défini comme une personne présentant depuis moins de 7 jours un exanthème maculo-papuleux avec ou sans fièvre et au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgies ou myalgies en l'absence d'autres étiologies).

Compte-tenu de la circulation de la dengue et du chikungunya aux Antilles-Guyane, tout cas suspect doit faire l'objet d'une recherche diagnostique des trois virus selon le schéma suivant:

- de J1 à J5 après la date de début des signes: RT-PCR Zika sur sang et urines;
- de J6 à J10: RT-PCR Zika sur urines;
- de J1 à J7: NS1, RT-PCR dengue et chikungunya sur sang;
- à partir de J5: sérologies dengue et chikungunya.

Du fait de la brièveté de la virémie, un résultat négatif de PCR n'infirme cependant pas le diagnostic de Zika. Les prélèvements peuvent alors être envoyés au Centre national de référence des arboviroses qui complètera le schéma diagnostique par une recherche sérologique ou non suivie d'une séroneutralisation pour la surveillance des femmes enceintes ([liste des CNR et coordonnées](#)).

Il n'existe pas de traitement curatif, ni de vaccin. Le traitement est donc uniquement symptomatique (paracétamol et repos). Les anti-inflammatoires sont contre-indiqués et l'aspirine est à éviter en raison de la coexistence de la dengue dans les zones où circule le virus Zika.

Le pronostic est bon mais une fréquence inhabituelle de complications neurologiques à type de syndrome de Guillain-Barré a été décrite lors d'épidémies en Polynésie française et au Brésil.

Il a également été rapporté un nombre anormalement élevé d'anomalies du développement intra-utérin et de microcéphalies chez des fœtus et nouveau-nés de femmes qui étaient enceintes au moment d'une épidémie de virus Zika. Toutefois, le lien causal entre l'infection Zika et ces malformations congénitales n'a pas été clairement démontré pour le moment. Dans son avis du 5 janvier 2016, le Haut conseil de la santé publique recommande aux femmes enceintes ou en

désir de grossesse vivant dans des zones indemnes de virus Zika et qui prévoient de partir dans des zones où sévit le Zika :

- de consulter un médecin ou une sage-femme avant le départ ;
- d'être informées sur les embryofetopathies et autres complications pouvant survenir lors d'une infection par le virus Zika ;
- d'envisager un report de leur voyage ;
- de leur rappeler, si elles ne peuvent ou ne veulent différer leur voyage, l'importance de :
 - * respecter les mesures de protection antivectorielles et les bonnes pratiques relatives à l'utilisation des produits insecticides et répulsifs ;
 - * consulter un praticien en cas de signes cliniques évocateurs d'une infection Zika, pendant le voyage ou au retour.

De plus, en raison de la possibilité de transmission sexuelle du virus Zika, le HCSP, dans un avis du 08/02/2016, recommande également aux femmes enceintes d'éviter tout rapport sexuel non protégé avec un homme ayant pu être infecté par le virus Zika.

Pour rappel, les règles générales de protection personnelle antivectorielle sont les suivantes :

- se protéger contre les piqûres d'insectes, notamment avec des répulsifs sur les parties non couvertes ;
- dormir la nuit sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide si possible (correctement installée et en s'assurant de l'intégrité du maillage) ;
- porter des vêtements légers et couvrants (manches longues, pantalons et chaussures fermées) ;
- utiliser des vêtements imprégnés d'insecticides en cas de risques importants ;
- dans les habitations :
 - * la climatisation diminue les risques de piqûres ;
 - * des insecticides en bombe ou en diffuseurs électriques ainsi que les raquettes électriques pourront être utilisés en mesure d'appoint ;
- à l'extérieur et dans les vérandas, les serpentins fumigènes peuvent constituer des répulsifs efficaces.

Dans son avis du 2 février 2016, le HCSP préconise l'inscription sur la liste des MDO de l'infection par le virus Zika. Un formulaire Cerfa de notification est actuellement en cours d'élaboration par l'InVS.

Plus d'info:

Ministère de la santé: [Maladie à virus Zika](#)
HCSP: [Avis du 28/07/2015](#); [Avis du 05/01/2016](#) ; [Avis du 02/02/2016](#); [Avis du 08/02/2016](#)

InVS: [Questions / réponses sur le Zika](#)

InVS/INPES/DGS: [Repères pour votre pratique Infection à virus Zika](#), [Infection à virus Zika chez la femme enceinte](#) et [La transmission sexuelle du virus Zika](#)