

Journée Cpias Prévention risque infectieux, Gruissan, 30 septembre 2024

Actualités épidémiologiques & signaux à fort impact sanitaire

Aline COT

Responsable de la Cellule de Veille, Alerte et Gestion Sanitaire

Fanny ALBERT-PIRES

Pôle Alertes, Risques et Vigilances / Direction de la Santé Publique

Anne GUINARD

Santé publique France Occitanie



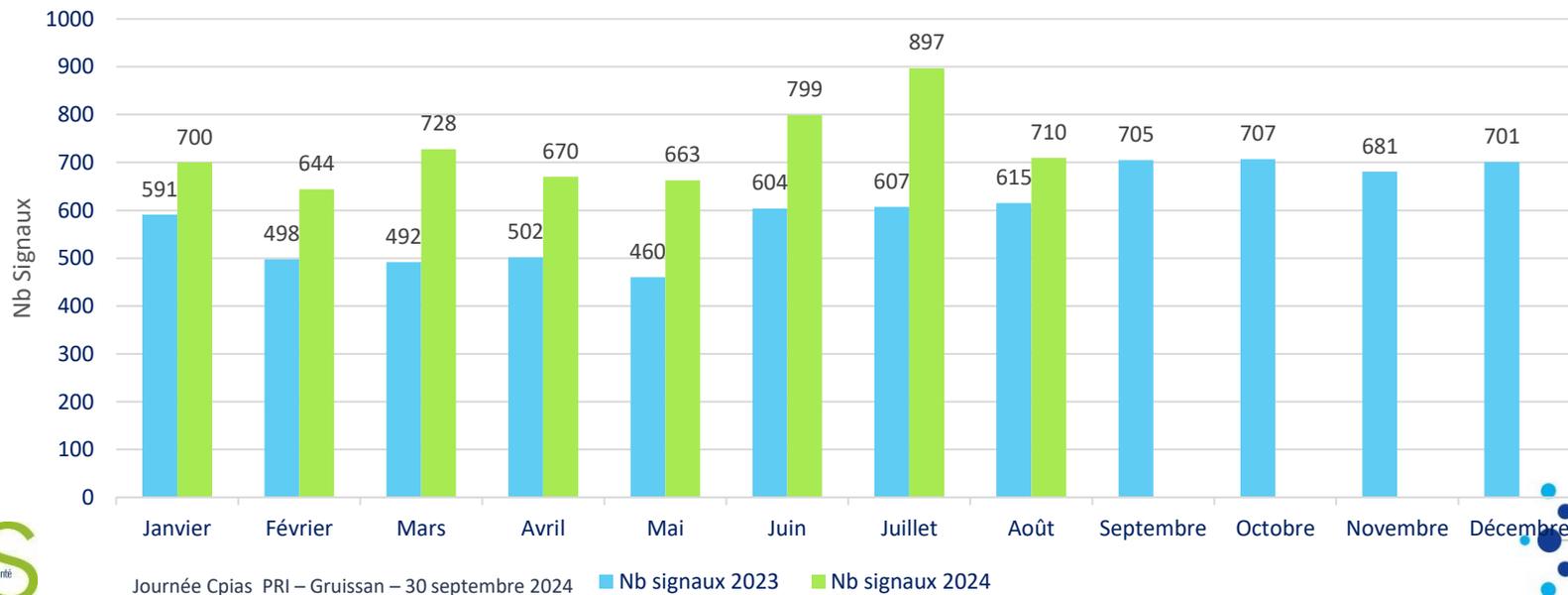
Focus Pathologies à fort impact sanitaire

- Maladies à prévention vaccinale
 - Infections invasives à méningocoques (IIM)
 - Rougeole
 - Coqueluche
- Surveillance saisonnière:
 - Arboviroses
- Alertes et recrudescence
 - MPOX
 - Infections invasives à streptocoque A (IISGA)

Signaux réceptionnés à l'ARS en 2023-2024

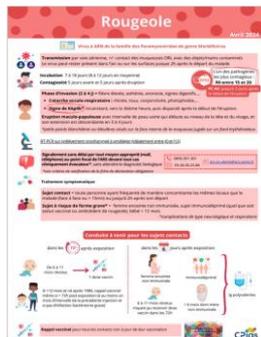
→ En 2024, environ 30% des signalements concernent des maladies à déclaration obligatoire (MDO) et 20% des pathologies hors MDO

Ventilation mensuelle des signaux réceptionnés au PFR
Années 2023 -2024
Source SIVSS



Les fiches réflexe

- synthétique, 1 page
- informations essentielles
- conduite à tenir
- visuel
- “pour aller plus loin”
- relecture pluridisciplinaire



Téléchargeables sur le site du Cpias Occitanie

➤ Outils
➤ Outils Cpias Occitanie

Identité du germe

Mode de transmission

Précautions complémentaires

Verso
Recommandations
Outils
Modalités de signalement

Tableau clinique

Diagnostic biologique

Signalement

Traitement

Définition des contacts

Prophylaxie des contacts

Outils : Infections à Streptocoque A

Haut Conseil de la santé publique
Avis relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas d'infections non invasives à *Streptococcus pyogenes*, 7 juillet 2023
Pour les professionnels prenant en charge le cas

SPILF - Infectiologie
Info-antibio N°992, Septembre 2023
Pour les professionnels prenant en charge le cas

JORE
Arrêté du 31 octobre 2023 modifiant l'arrêté du 29 juin 2021 fixant les conditions de réalisation des tests rapides sérologiques - Évaluation diagnostique des antigènes à streptocoque du groupe A par les pharmaciens d'officine.
Pour les professionnels prenant en charge le cas

ARS Centre-Val de Loire
Les infections invasives à Streptocoque A (*Streptococcus pyogenes*), 23 janvier 2024
Pour les professionnels prenant en charge le cas

CPiAs, CRAB, OMEDIT Occitanie :
Fiches TEST son ANGINE !
Pour les professionnels prenant en charge le cas

Signalement si cas groupés ou acquisition nosocomiale
Pour les responsables signalement

CPiAs Occitanie
Veuillez nous contacter :
• info.occitanie@cpias-occitanie.fr / 05 61 77 20 20
• info.occitanie@chu-montpellier.fr / 04 67 33 74 69

INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUE (IIM)

Infections invasives à méningocoque (IIM)

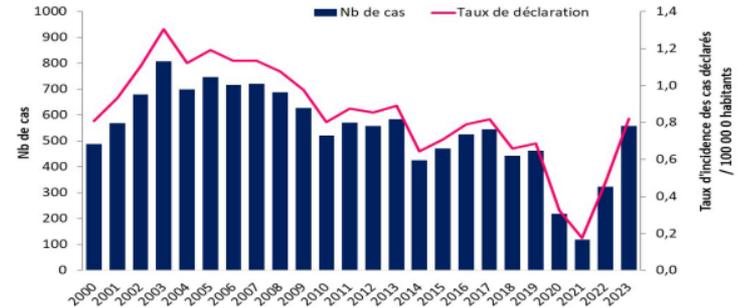
SPF / Bilan 2023 / 26 mars 2024

- 560 cas en France en 2023 (+72% par rapport à 2022)
- Pic d'incidence des IIM précoce et très élevé durant l'hiver 2022/23
- 44% sérogroupe B; 29% W; 24% Y, <1% C
- Létalité + élevée W (19%)

HAS / Evolution Stratégie de vaccination / 27 mars 2024

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3502914/fr/infections-invasives-a-meningocoques-des-recommandations-vaccinales-actualisees#toc_1_1_1

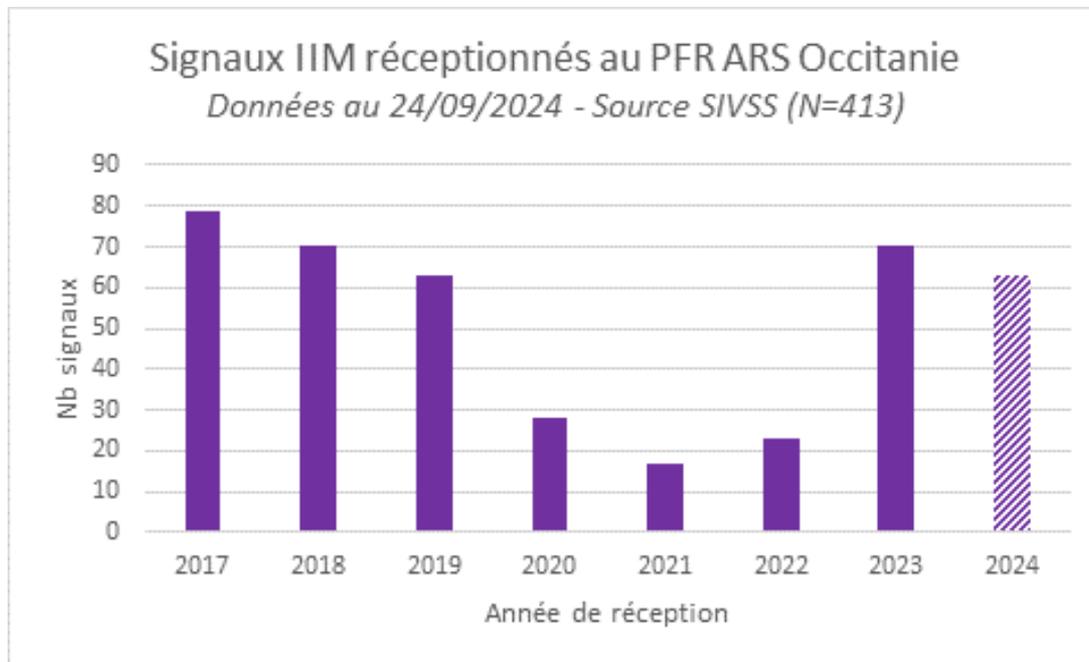
Nombre de cas et taux d'incidence des cas déclarés d'infections invasives à méningocoque, France, 2000-2023



CV IIMC insuffisante chez enfants et jeunes adultes

IIM: Signalements en Occitanie

- Sur la période 2017-2024: 413 signaux reçus
- Forte baisse en 2020-2022 (Covid-19)
- Remontée depuis 2023 pour atteindre les niveaux antérieurs à l'épidémie COVID



IIM: Liens utiles

- [INSTRUCTION N° DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque](#)
- [MSS Aide mémoire sur les IIM](#)
- [SPF Bilan IIM 2023](#)
- [HAS Stratégie de vaccination contre les IIM, mars 2024](#)
- [Cpias fiche réflexe IIM 2024](#)

Infection invasive à Méningocoque

Juillet 2024

 **Bactérie *Neisseria meningitidis* (sérogroupes B et C les plus fréquents en France)**

Transmission par les sécrétions nasopharyngées lors d'exposition < 1m, en face à face
Portage nasopharyngé asymptomatique temporaire chez 5 à 50% de la population, qui ne nécessite pas de CAT particulière



PC Gouttelettes jusqu'à 24h après début du traitement ATB

Incubation en moyenne 5 jours (de 2 à 10 jours)

Contagiosité 10 jours avant et 24h après administration d'un ATB efficace sur le portage

Méningite : début brutal, céphalées violentes, diffuses, en casque, photophobie, phonophobie, nausées, vomissements, raideur méningée, fièvre, frissons

Purpura fulminans (≥ 1 élément nécrotique ou ecchymotique Ø > 3 mm, ne s'effaçant pas à la vitropression)

Ponction lombaire : LCR en faveur méningite bactérienne si leucocytes > 1000/mm³, dont plus de 50 % de PNN, glycorachie ≤ 2 mmol/l et protéinorachie > 1g/l). Examen direct positif dans 70% des cas en l'absence d'antibiothérapie préalable : diplocoques gram négatif.

Hémocultures

Déclaration obligatoire sans délai auprès de l'ARS en mentionnant le sérotype : par téléphone puis envoi de la fiche Cerfa complétée par mail ou par fax

0800 301 301
05 34 30 25 86
ars-oc-alerte@ars.sante.fr

Traitement

C3G injectables : **ceftriaxone** de préférence ou **céfotaxime**

Sujet contact = toute personne ayant été en contact direct (face à face), **proche** (< 1m) et **pendant au moins 1h d'affilée** (ou moins si toux/éternuements du cas) avec les sécrétions oropharyngées d'un sujet infecté dans les 10 jours précédant le début de l'ATB

Pour les soignants = est contact toute personne ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection

Conduite à tenir pour les sujets contacts

Antibioprophylaxie

Sans délai : autant que possible dans les  suivant le diagnostic et jusque  après le dernier contact

1ère intention : Rifampicine 600 mg/12h PO pendant 2 jours

Interactions médicamenteuses (ex: pilule oestro-progestative chez la femme en âge de procréer)

Avril 2024 : alerte rupture Rifampicine, ne plus utiliser dans cette indication, privilégier une seconde intention

2ème intention si CI : Ceftriaxone 250 mg 1 injection IV OU Ciprofloxacine 500 mg PO en dose unique

Vaccination

Vaccination des personnes-contacts, en plus de l'antibioprophylaxie, s'il s'agit d'un sérotype concerné par la vaccination (A, C, Y, W) (non recommandé si un seul cas d'infection à méningocoque du groupe B)
Pour les personnes déjà vaccinées, selon le type de vaccin conjugué ou non, ou si dernière vaccination > 3 ou 5 ans, une nouvelle vaccination est préconisée

→ dans les  suivant l'apparition du cas

Rappel vaccinal pour tous les contacts éligibles à la vaccination



Modalités de DO

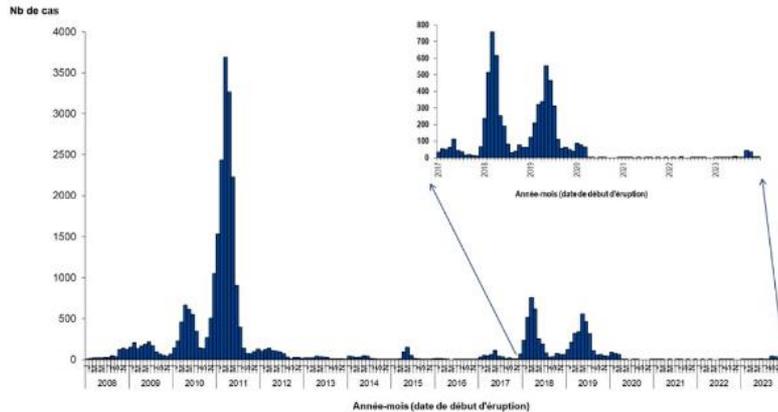
Alternatives rifampicine

Vaccination contacts

ROUGEOLE

Rougeole : Contexte international et national

Distribution du nombre de cas de rougeole déclarés par mois, France entière, 1er janvier 2008 – 31 mai 2024*



Source: Santé Publique France, déclarations obligatoires

*données non consolidées pour l'année 2024

Maladie à déclaration obligatoire:
sous déclarée

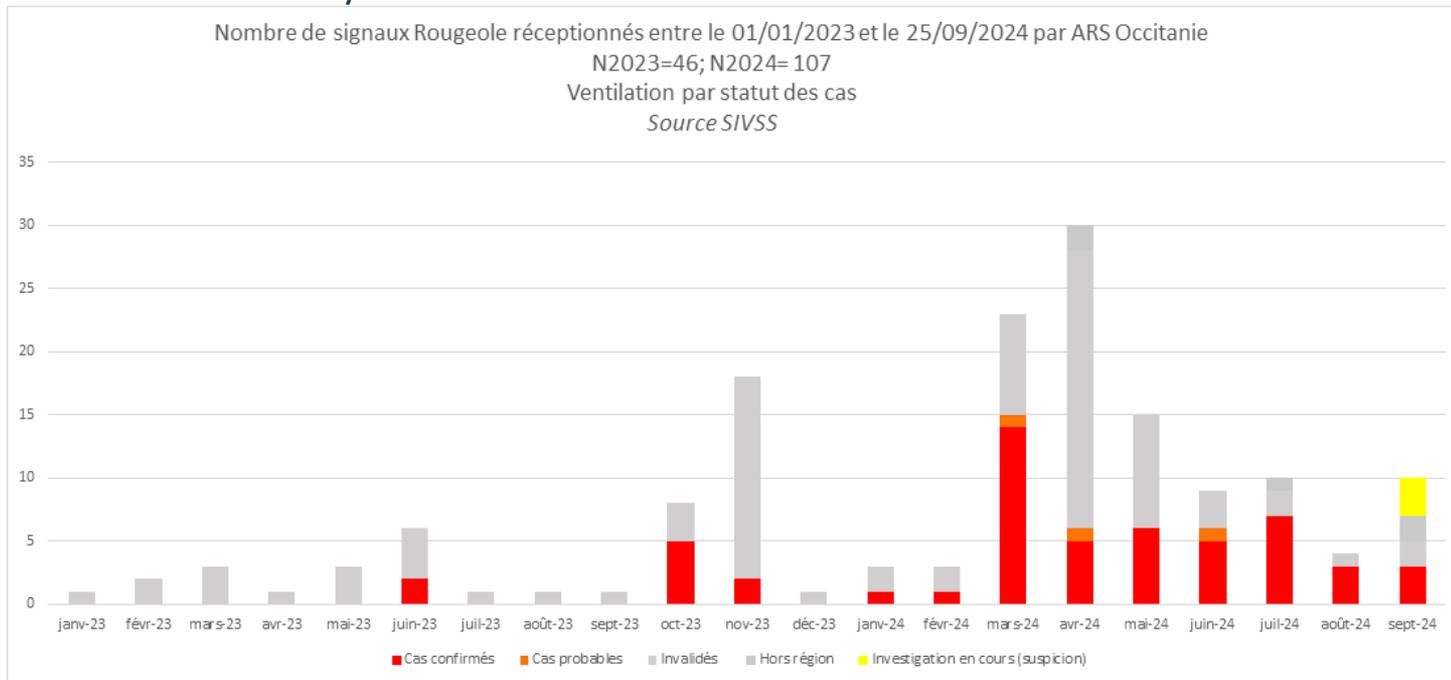
→ DGS Urgent /MARS du 3/4/2024 avec appel à la vigilance et sensibilisation des PS

- Recrudescence dans le monde car ↘ de couverture vaccinale pendant pandémie Covid-19
- **En Europe** du 01/08/2023 au 31/07/2024: près de 18 000 cas de rougeole dont 45% chez des enfants <5 ans (ECDC). 87% non vaccinés. 12 DC
- **En France 2023** : en France 117 cas de rougeole
- **En France 2024** : en France >400 cas
- **En Occitanie** : Plusieurs foyers dont Cas groupés en crèche ++

Couverture Vaccinale faible : 83,9% Occitanie et 85,7% national

Rougeole : Signalements 2024 en Occitanie

- 107 signalements dont 45 cas confirmés
- Plusieurs foyers dont notamment en lien avec des crèches et écoles (dans le Gard à Nîmes en mars et une en cours dans l'Aveyron à Millau)



Rougeole : liens utiles

- [Rougeole – Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)
- [Liste des maladies à déclaration obligatoire \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)
- [https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-03/ArsOc Rougeole Plaquette A4.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-03/ArsOc_Rougeole_Plaquette_A4.pdf)
- <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=44038>
- [Guide pour l'immunisation en post-exposition. Vaccination et immunoglobulines \(HCSP\)](#)
- [Calendrier vaccinal](#)
- [Fiche réflexe CPIAS Rougeole](#)

Rougeole

Avril 2024

 **Virus à ARN de la famille des Paramyxoviridae de genre Morbillivirus**



Transmission par voie aérienne, +/- contact des muqueuses ORL avec des objets/mains contaminés
Le virus peut rester présent dans l'air ou sur les surfaces jusque 2h après le départ du malade



Incubation 7 à 18 jours (8 à 12 jours en moyenne)

Contagiosité 5 jours avant et 5 jours après éruption

 L'un des pathogènes les plus contagieux : **R0 entre 15 et 20**
PC Air jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption



Phase d'invasion (2 à 4 J) = fièvre élevée, asthénie, anorexie, signes digestifs,...

- **Catarrhe oculo-respiratoire** : rhinite, toux, conjonctivite, photophobie,...
- **Signe de Köplik*** inconstant, vers la 36ème heure, puis disparaît après le début de l'éruption.

Eruption maculo-papuleuse avec intervalle de peau saine qui débute au niveau de la tête et du visage, et son extension est descendante en 3 à 4 jours

**petits points blanchâtres ou bleuâtres situés sur la face interne de la muqueuse jugale sur un fond érythémateux.*



RT-PCR sur prélèvement oropharyngé à privilégier (idéalement entre J0 et J12)



Signalement sans délai par tout moyen approprié (mail, téléphone) au point focal de l'ARS devant tout cas cliniquement évocateur*, sans attendre le diagnostic biologique

0800.301.301
05.34.30.25.86 ars-oc-alerte@ars.sante.fr

**voir critères de notification de la fiche de déclaration obligatoire*



Traitement symptomatique



Sujet contact = toute personne ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (face à face ou > 15mn) ou jusqu'à 2h après son départ

Sujet à risque de forme grave* = femme enceinte non immunisée, sujet immunodéprimé (quel que soit statut vaccinal ou antécédent de rougeole), bébé < 12 mois

**complications de type neurologique et respiratoire*

Conduite à tenir pour les sujets contacts

dans les  après exposition



De 6 à 11 mois révolus → 1 dose vaccin



Si >12 mois et né après 1980, rappel vaccinal même si >72h post exposition (à au moins un mois d'intervalle de la précédente injection et si pas d'infection bactérienne grave)

dans les  jours après exposition



femme enceinte non immunisée



immunodéprimé



6 à 11 mois révolus n'ayant pu recevoir dose vaccin dans les 72h



< 6 mois dont mère non immunisée



Ig polyvalentes



Rappel vaccinal pour tous les contacts non à jour de leur vaccination



CPIas
Occitanie

DO sans délai dès la suspicion

Vaccination dans les 72h ou Ig dans les 6 jours post exposition selon les sujets contact

COQUELUCHE

Coqueluche : Contexte international et national

↘ Surveillance

- La coqueluche n'est pas une MDO. En France données de surveillance du réseau RENACOQ (réseau hospitalier de surveillance)
- Cycles de 3-5 ans de la coqueluche (dernier cycle en 2017-2018)

↘ Nouvelles recommandations HAS dans le contexte épidémique actuel juillet 2024

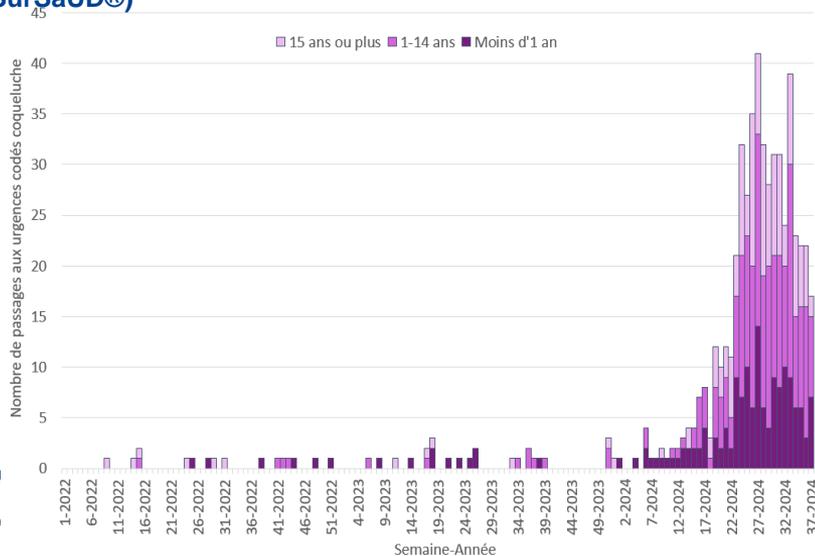
1. **Cocooning** : en l'absence de vaccination de la mère pendant la grossesse, vaccination de la mère avant la sortie de la maternité et administration d'une dose de rappel pour l'entourage proche du nouveau-né/nourrisson, si la dernière injection date de plus de 5 ans
2. **Professionnels en contact rapproché avec les nouveau-nés et nourrissons de moins de 6 mois** : administration d'une dose de rappel si la dernière injection date de plus de 5 ans
3. **Autres professionnels de santé** : possibilité pour ceux qui le souhaitent de bénéficier d'une dose additionnelle si la dernière injection date de plus de 5 ans

- ↘ Directives DGS: MARS n°2024_07 et DGS-Urgent n°2024_08 du 07/06/2024 relatifs à l'intensification de la circulation de la coqueluche en France et en Europe

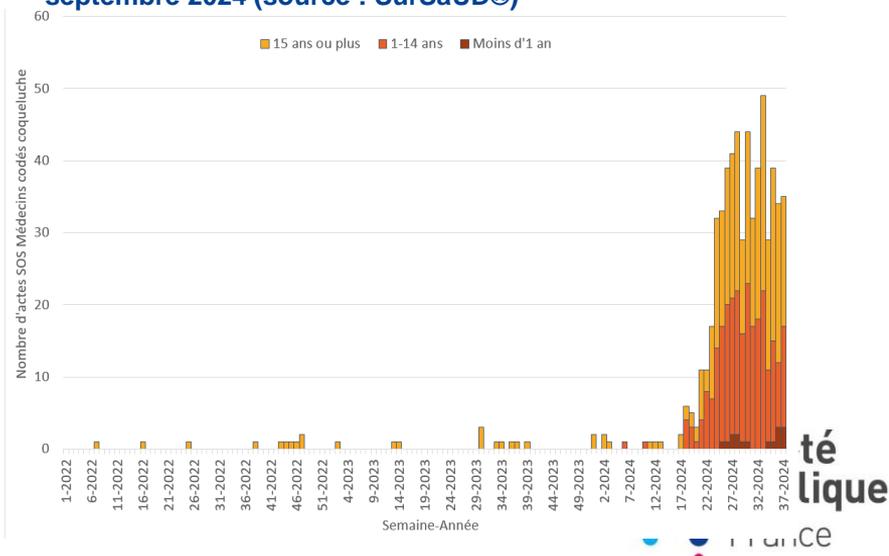
Coqueluche: Point épidémiologique au 20 septembre 2024

Situation en Occitanie s'inscrit dans un **contexte national et européen de recrudescence à un niveau d'intensité élevée** de la coqueluche qui se poursuit au cours des derniers mois, après une circulation très faible de 2020 à 2022

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour coqueluche chez les moins de 1 an, les 1-14 ans et les 15 ans ou plus, réseau Oscour®, Occitanie, du 1^{er} janvier 2022 au 15 septembre 2024 (source : SurSaUD®)



Nombre hebdomadaire d'actes médicaux codés coqueluche chez les moins de 1 an, les 1-14 ans et les 15 ans ou plus, SOS Médecins, Occitanie, du 1^{er} janvier 2022 au 15 septembre 2024 (source : SurSaUD®)



Coqueluche : liens utiles

Dossier [coqueluche](#) sur le site de Santé publique France

[Bulletin épidémiologique coqueluche en France](#)

[Avis HAS du 18/07/2024 : Stratégie de vaccination contre la coqueluche dans le contexte épidémique de 2024. Rappel vaccinal des professionnels au contact des personnes à risque de forme grave](#)

[Communiqué de presse HAS du 22/07/2024 : Recrudescence de la coqueluche : la HAS renforce les recommandations vaccinales pour protéger les nouveau-nés et les nourrissons](#)

[Recommandation de bonne pratique HAS mis à jour le 05 août 2024 : Choix et durées d'antibiothérapies : coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte](#)

Conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de coqueluche ([HCSP](#))

[Avis HCSP du 30/07/2024](#) : relatif à la prévention de la transmission de la coqueluche aux personnes à risque de forme grave

Coqueluche | Vaccination Info Service (vaccination-info-service.fr)

Coqueluche

MAJ septembre 2024

 Bactérie *Bordetella pertussis / parapertussis*

Port du masque systématique en période épidémique dans les services prenant en charge les personnes à haut risque de forme grave ou recevant les femmes enceintes au dernier trimestre.



Transmission par gouttelettes dans un rayon de 1 à 2 m

+ renforcement de l'entretien de l'environnement proche

PC Gouttelettes selon durée de contagiosité

Éviction pour les soignants



Incubation 7 jours en moyenne (extrêmes : 5 à 21 jours)

Contagiosité maximale pendant la phase catarrhale puis diminution avec le temps

Durée de contagiosité :

- jusqu'à 3 semaines sans traitement antibiotique
- jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique (3 jours si traitement par azithromycine)

4 à 6 premiers jours = phase catarrhale : signes discrets d'infection des voies respiratoires supérieures : rhinite, toux légère. Fièvre discrète ou absente.

Au-delà de 7 jours : toux persistante, s'aggravant et devenant caractéristique car spasmodique en particulier nocturne, survenant de façon paroxystique, en fin de quinte de toux « chant du coq »

PCR spécifique sur prélèvement naso-pharyngé si (PCR multiplex non recommandée en 1ère intention) :

- < 6 mois ou nourrisson > 6 mois non ou incomplètement vacciné, avec toux quinteuse ou associée à des apnées
- enfant, adolescent, adulte vacciné avec toux > 7 jours sans cause évidente (y compris si rappel < 5 ans)

En cas de duster ne tester que les 3 premiers cas

Traitement : 1ère intention : macrolides

- Azithromycine 500 mg/j en 1 seule prise pendant 3 jours (20mg/kg/j, max 500mg/j) chez l'enfant
- OU Clarithromycine 500 à 1000 mg/j en 2 prises journalières pendant 7 jours (15mg/kg/j, max 500 mg/j) chez l'enfant

Alternative si CI aux macrolides : cotrimoxazole 7 jours.  Sauf déficit en G6PD du nourrisson

Signalement des cas groupés en ES ou ESMS via e-SIN ou le portail de signalement (IAS).

Conduite à tenir pour les sujets contacts

Situations de contact à risque =

- domicile, milieu clos > 1h en cumulé sans masque, soin aérosolisant (intubation, etc)
- contact avec cas confirmé épidémiologiquement ou biologiquement et contagieux
- contacte récent : **dernier contact < 21 j pour les sujets à haut risque ou 14 j pour les autres cas**

Sujets à haut risque de forme grave :

- < 6 mois quel que soient les vaccinations de la mère ou de l'enfant
- de 6 à 11 mois avec < 2 doses (ou 2ème dose < 2 semaines)



Sujets à risque de forme grave :

- maladie respiratoire chronique ou obésité
- ou déficit immunitaire
- > 80 ans

Antibioprophylaxie : schéma identique au traitement

- chez les sujets à haut risque de forme grave si dernier contact < 21 jours
- chez les femmes enceintes au dernier trimestre et chez les sujets à risque de forme grave si dernier contact < 14 jours
- chez les personnes en contact étroit avec les sujets à haut risque de forme grave non immunisés* et ne pouvant porter le masque lors des interactions avec le sujet à haut risque (si dernier contact < 14 jours)

Si non immunisé* et en contact des sujets à haut risque (entourage et professionnels), administration d'une dose de rappel dTcAP

*non immunisé si non vacciné ou rappel > 5 ans ou antécédent de coqueluche > 10 ans



CPias
Occitanie

Indications PCR

Définition des sujets contact à risque mise à jour

Lien vers recos vaccination 2024

ARBOVIROSES

Arboviroses: Objectifs de la surveillance

- **Prévenir et/ou limiter l'installation d'un cycle de transmission autochtone en métropole de ces virus**
- Décrire les tendances, améliorer les connaissances
 - **Surveillance repose tout au long de l'année sur**
- Déclaration obligatoire des cas de dengue, chikungunya et zika
- **En période d'activité des vecteurs (1^{er} mai au 30 novembre) : surveillance renforcée:**
- **Surveiller pour agir pendant la période à risque**

Sensibilisation des professionnels de santé à la déclaration



Collecte quotidienne des analyses CDZ de laboratoires privés pour identifier des cas non signalés (S-LABO 8)

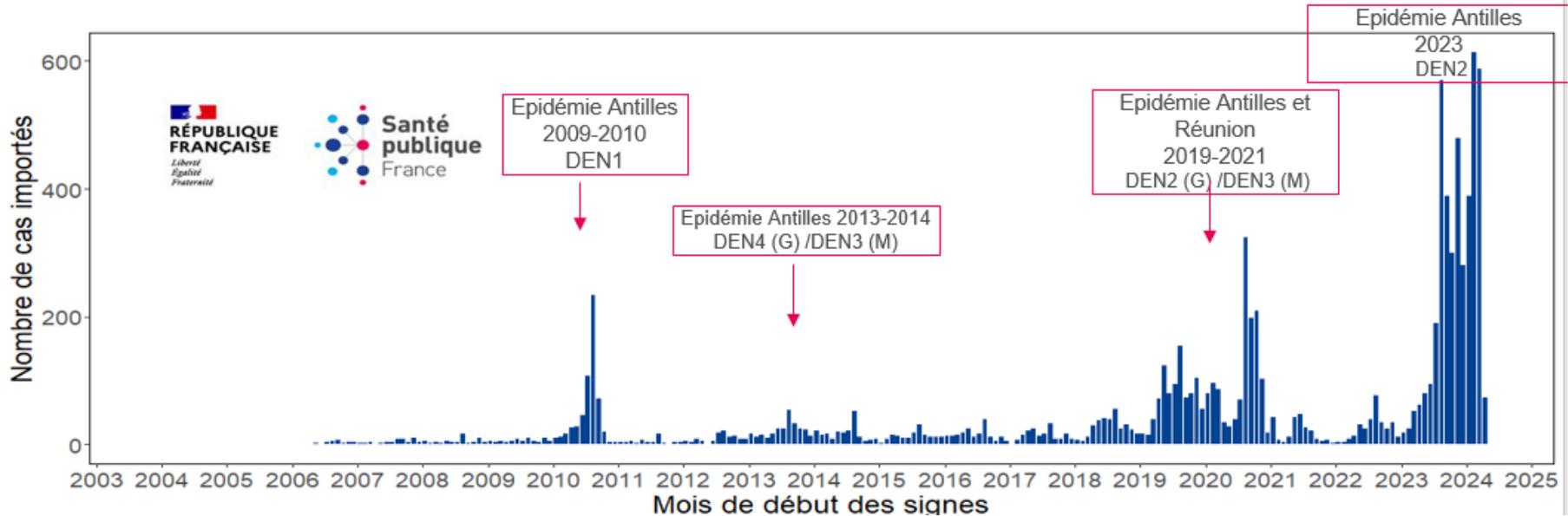
!! Attention délai supplémentaire de 8 jours minimum...!!

Chaque cas signalé déclenche:

- Mesures de lutte anti-vectorielle
- Investigations **différentes** selon l'origine de la contamination du cas (cas importé ou autochtone)

Arboviroses : bilan des cas importés années passées

Courbe des cas de dengue par mois importés en France hexagonale 2006-2024 – données de 2024 arrêtés en avril 2024



!! Ces dernières années, la région Occitanie est parmi les 3 premières régions de signalement de cas importés !!

Arboviroses en 2024 : Données de surveillance renforcée depuis le 1^{er} mai au 20 septembre 2024

Département	Données Voozarbo ⁽¹⁾						Données SI-LAV ⁽¹⁾	
	Cas importés			Cas autochtones			Nb de prospections effectuées	Nb de traitements adulticides
	Dengue	Chikungunya	Zika	Dengue	Chikungunya	Zika		
9 Ariège	3	-	-	-	-	-	2	2
11 Aude	2	-	-	-	-	-	8	5
12 Aveyron	2	-	-	-	-	-	4	2
30 Gard	11	-	-	-	-	-	12	15
31 Haute-Garonne	52	1	-	-	-	-	54	49
32 Gers	1	-	-	-	-	-	-	-
34 Hérault	40	-	-	1	-	-	55	45
46 Lot	1	-	-	-	-	-	3	3
48 Lozère	-	-	-	-	-	-	1	1
65 Hautes-Pyrénées	1	-	-	-	-	-	2	1
66 Pyrénées-Orientales	3	-	-	2	-	-	4	4
81 Tarn	5	-	-	-	-	-	6	6
82 Tarn-et-Garonne	3	-	-	-	-	-	3	2
Total Occitanie	124	1	0	3	0	0	154	135

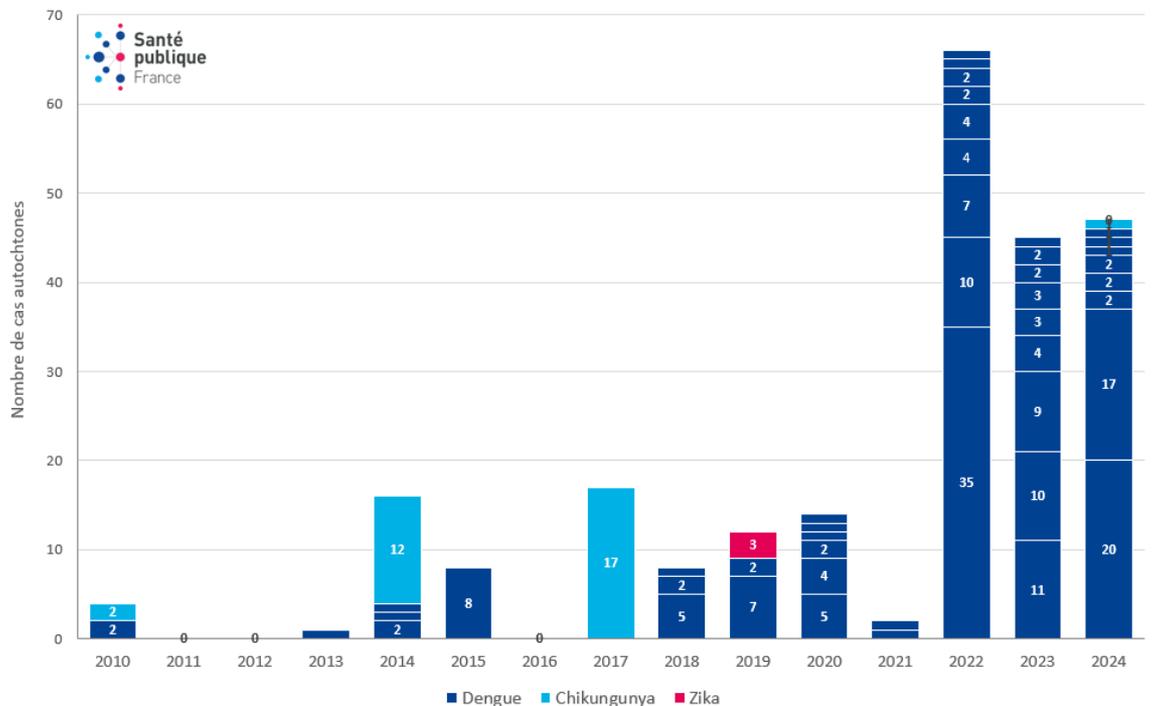
⁽¹⁾ Les données Voozarbo (en bleu) représentent le nombre de cas signalés par département. En revanche, les données SI-LAV (en vert) représentent le nombre de prospections et de traitements LAV réalisés autour de ces cas, par département (un cas peut avoir entraîné plusieurs prospections ou traitements dans différents départements).

Au niveau national:

- 1484 cas importés de dengue (124 en Occitanie) dont 2/3 de retour des Antilles
- 15 cas de chikungunya
- 3 cas de Zika

Les cas autochtones en France: cas n'ayant pas voyagé dans les 15 derniers jours dans un pays d'endémie

Explosion du nombre de cas et de foyers depuis 2022



- 9 foyers autochtones en 2022 (dont **5 en Occitanie**),
- 9 foyers en 2023 (dont **3 en Occitanie**)
- 11 foyers en 2024 (dont **4 en Occitanie**)

Rôle crucial des professionnels de santé pour le diagnostic et le signalement précoce de ces arboviroses :

permet de réduire >7 jours le délai d'intervention des opérateurs de démolition et ainsi, le risque de transmission autochtone

Arboviroses: liens utiles

- Dossiers thématiques de Santé publique France : dengue, chikungunya, Zika
- Données de la surveillance renforcée 2024
- Moustique tigre: Vigilance renforcée en Occitanie (site ARS Occitanie)
- Fiche réflexe Cpias Arboviroses
- Bulletin épidémiologique Occitanie

Disponible auprès de : occitanie@santepubliquefrance.fr (si vous ne le recevez pas encore)

Arboviroses

Juillet 2024



Dengue, chikungunya et Zika = maladies dues à des arbovirus et transmis par les moustiques du genre Aedes

Surveillance renforcée du **1er mai au 30 novembre** de chaque année



Transmission Après piqûre d'une personne infectée pendant la période virémique (2 j avant et jusqu'à 7 j après le début des signes), le moustique devient infectant après une semaine et peut contaminer d'autres personnes en le piquant. Transmission par voie sexuelle possible pour le Zika.



Incubation 4 à 10 jours en moyenne

Contagiosité 2j avant et jusqu'à 7j après le début des signes (période virémique)



Cas importé = ayant voyagé en zone de circulation virale connue dans les 15 j. précédant le début des signes

Cas autochtone = ayant contracté la maladie sans voyage récent



Dengue : fièvre > 38,5°C d'apparition brutale ET au moins un des signes suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, douleur rétro-orbitaire

Chikungunya : fièvre > 38,5°C d'apparition brutale ET douleurs articulaires invalidantes

Zika : éruption cutanée avec ou sans fièvre ET au moins 2 des signes suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgie, myalgie



Demander les 3 diagnostics dengue, chikungunya et Zika simultanément

RT-PCR sur sang dès le début des signes jusqu'à J7

Zika : RT-PCR sur urines jusqu'à J10

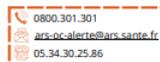
Sérologie à partir de J5

Pour les cas probables de Zika et chikungunya IgM+, prévoir une seconde sérologie 10 à 15 jours après



Maladies à déclaration obligatoire

Signalement sans délai à l'ARS des **cas confirmés biologiquement**



Traitement symptomatique (AINS à éviter pour la dengue en raison du risque hémorragique)

Protection du patient contre les moustiques et éviter les déplacements



Prise en charge patient hospitalisé : chambre individuelle (en précautions standard), diffuseur anti-moustiques électrique, répulsif cutané (toutes les 8h sur les parties découvertes du patient), moustiquaire de fenêtre si possible

Plan de lutte antivectorielle en établissement de santé

Désignation d'un "réfèrent moustique"



Surveillance et lutte antivectorielle

- Identifier et répertorier les différents lieux de ponte et gîtes larvaires potentiels
- Éliminer les points à risques suppressibles
- Suivi hebdomadaire des gîtes non suppressibles
- Entretien des espaces verts

Information et formation des personnels et du public



- Information générale et sensibilisation de l'ensemble du personnel
- Formation ciblée pour les services susceptibles d'accueillir des patients suspects ou atteints
- Formation des agents techniques en charge des espaces verts
- Information du public fréquentant l'établissement

Protection des usagers et des personnels



- Filière de prise en charge des malades suspects ou atteints (avec locaux identifiés protégés contre les moustiques)
- Mise à disposition de répulsifs



DO des cas confirmés biologiquement

Points clés LAV

PRÉVENTION ET MAÎTRISE DES MALADIES VECTORIELLES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

RESPONSABLES



Équipe de travail régional
• CPIas Occitanie
• ARS Occitanie (DIP/CAS) et services partenaires
• Établissement de santé (ARS, Agence Régionale de Santé, Agence de Santé Publique, Hôpital des Bords de l'Isère, CHU de St-Gaudens et Hérault)

04.00.00.000



MPOX

MPOX: Contexte international et national

- Emergence d'un nouveau clade (Ib) et alerte internationale en aout 2024
- Premiers cas importés en Europe (Suède), et en Asie (Pakistan, Thaïlande)

Total mpox cases, by WHO region

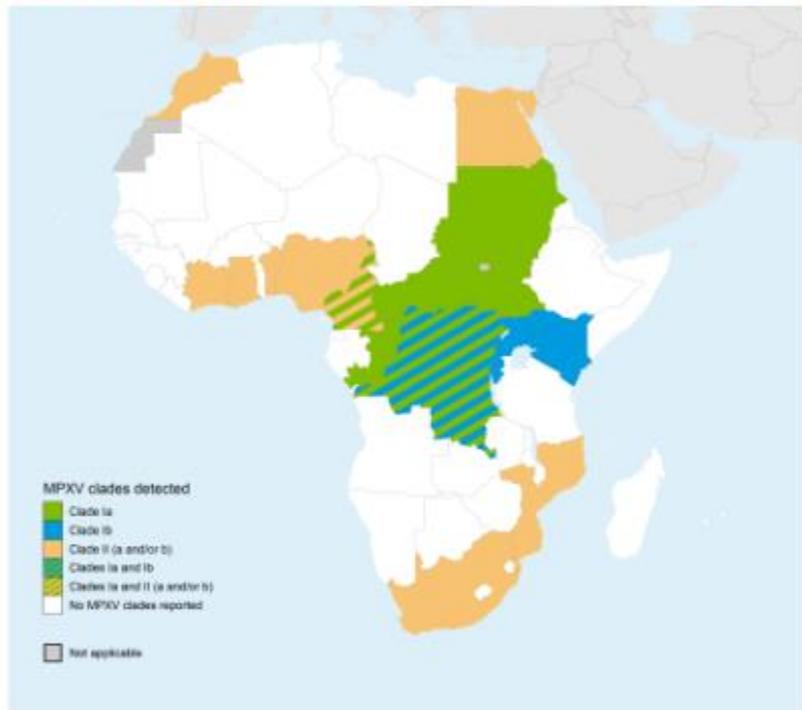
Data as of August 2024

WHO Region	Total cases ¹	Total deaths ¹	Cases in Jul 2024	Cases in Aug 2024	Monthly % change in cases	Month most recent cases reported
Region of the Americas	64,879	148	447	207	-54.0%	Aug 2024
European Region	27,965	9	151	285	89.0%	Aug 2024
African Region	7,662	54	1,016	1,298	28.0%	Aug 2024
Western Pacific Region	3,979	10	163	274	68.0%	Aug 2024
South-East Asia Region	956	11	15	16	6.7%	Aug 2024
Eastern Mediterranean Region	869	2	9	2	-78.0%	Aug 2024

¹ From Jan 2022

MPXV clades detected in Africa

from 1 Jan 2022, as of 22 Sep 2024



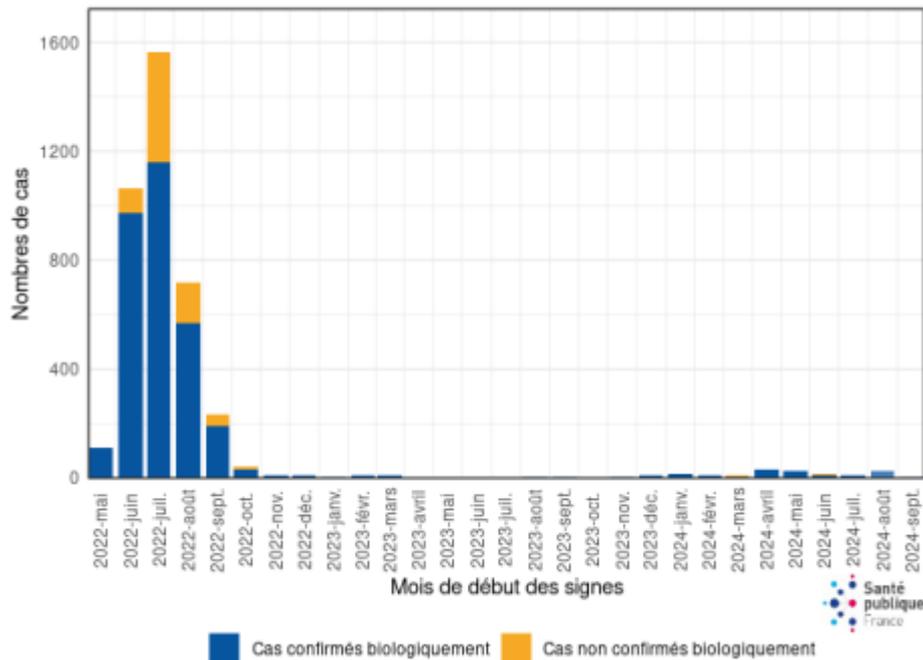
The geographical emphasis and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its borders or boundaries. Content and methods based on publicly available information from the literature.

Data Source: World Health Organization
Epidemiology and Global Health, WHO Health Emergencies Programme
© WHO 2024. All rights reserved.

MPOX : Bilan en France au 18 septembre 2024

- Depuis le 1er janvier 2024 : 160 cas de mpox ont été déclarés à Santé publique France, dont 9 sur les 7 derniers jours.
- Seuls des virus Monkeypox de clade II ont été détectés par le CNR des Orthopoxvirus.
- Tous des adultes, 154 hommes et 6 femmes.

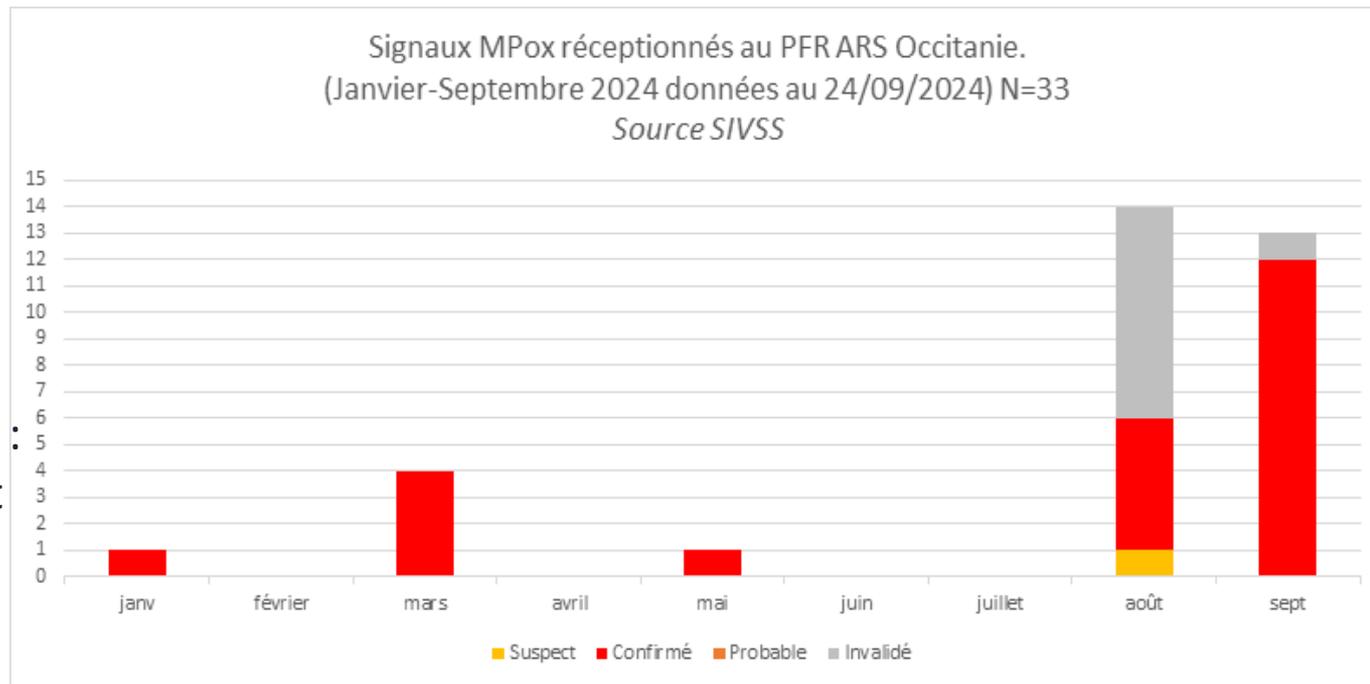
Nombre de cas de mpox par mois de signalement et confirmation biologique (ou non), données de la DO, mai 2022 - 17 septembre 2024



MPOX : Bilan des signalements en Occitanie

(au 25 sept. 2024)

- En 2022: 429 signalements
- En 2023: 8 signalements
- Depuis le 01/01/2024 : 33 signalements (dont 23 confirmés)



MPOX : Liens utiles

- **ECDC** <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-mpox-epidemic-monkeypox-virus-clade-i-africa>
- **MTSS Questions/réponses:** <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-vectorielles-et-zoonoses/article/virus-mpox-questions-reponses>
- <https://www.sante.fr/mpox>
- **DGS:** 04/09/2024 (DGS) : [DGS-Urgent 2024_14 : Mpox : rappel des conduites a tenir et nouveaux avis de la HAS et du HCSP sur la vaccination \(+ MARS_2024_11 et MINSANTE_2024_11\)](#)
- **COREB:** <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/fiches-pratiques.html>
- **SPF:** <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/mpox>
- **HAS :** https://www.has-sante.fr/jcms/p_3538112/fr/mpox-mpoxv-la-has-actualise-ses-recommandations-vaccinales-pour-mieux-lutter-contre-la-circulation-du-virus
- **HCSP** 02/09/2024 : [Avis relatif aux mesures de prévention actualisées vis-à-vis de l'infection due au virus monkeypox pour les personnes se rendant dans la zone d'épidémie \(voyageurs et professionnels de santé dans le cadre de missions humanitaires\)](#)
- **CNR-LE Orthopoxvirus :** <https://irba.sante.defense.gouv.fr/cnr/#orthopoxvirus>
- **ARS Occitanie** <https://www.occitanie.ars.sante.fr/face-au-virus-mpox-vaccination-preventive-en-occitanie>
- **CPIAS Occitanie** <https://cpias-occitanie.fr/outils-cpias-occitanie/monkeypox/>
- **SPF SEXOSAFE** [Sexosafe](#)

Signes cliniques évocateurs de la maladie

5 à 21 jours (le plus souvent entre 6 à 13 jours) après un contact direct* ou indirect** avec une personne infectée par le orthopoxvirus, vous présentez :

- une fièvre > 38°C accompagnée de frissons, de maux de tête, de maux de gorge, de douleurs musculaires et de fatigue, souvent de ganglions douloureux sous la mâchoire et/ou au niveau du cou et/ou du pli de l'aîne.
- 1 à 3 jours après cette fièvre ou inaugurale, une éruption en une ou plusieurs poussées de macules (puis papules puis vésicules puis pustules et croûtes) cutanées et muqueuses présentes possiblement sur le visage et/ou les membres et/ou le buste et/ou la paume des pieds et des mains et/ou la région anale et/ou la région génitale et/ou la bouche.

Exposition à risque

Vous avez eu un contact sans mesures barrières efficaces sans notion de durée avec une personne infectée par le poxvirus, soit :

- un contact physique direct* : transmission par les lésions cutanées durant 21 jours (jusqu'à disparition complète des dernières croûtes et cicatrisation complète de la peau) ou les fluides biologiques quelles que soient les circonstances y compris rapport sexuel, actes de soin médical ou paramédical d'un cas probable ou confirmé symptomatique. Les préservatifs ne protègent pas contre le virus car les lésions peuvent être présentes en dehors de la zone génitale.
- ou un contact indirect** : par le partage d'ustensiles de toilette, ou le contact avec des textiles (vêtements, linge de bain, literie) ou de la vaisselle sale utilisés par le cas probable (si en épidémiologique avec un cas confirmé) ou confirmé symptomatique.

Où contacter ?

- Votre médecin (téléconsultation)
- Ou le CEGIDD de votre département <https://vih.org/cegidd/>
- Ou Monkeypox Info Service : 0 801 90 80 69

Afin d'être orienté vers une structure de prise en charge pour :

- poser un diagnostic clinique par un spécialiste qui décidera de la nécessité ou non d'un prélèvement et permettre de débiter un éventuel traitement.
- envisager dans les plus brefs délais chez les contacts à risque des patients porteurs (probables ou confirmés) une éventuelle vaccination, une surveillance (2 fois par jour pour apparition de fièvre et de boutons durant 3 semaines après contact) et recevoir des conseils sur les mesures à prendre (pas de contagiosité en l'absence de symptômes).

Mesures à prendre à domicile pour le patient porteur

Isolement

- Éviter tout contact physique (embrassade, peau à peau...) durant 3 semaines, y compris avec les animaux.
- Pas de sortie ni de visite sauf indispensable
- Télétravail si possible ou demander un arrêt maladie ou éviction scolaire (si enfant).
- Si autres personnes à domicile : chambre seule impérative, salle de bain dédiée ou nettoyée après usage, repas isolé, pas de partage d'effets personnels (objets, vaisselle, vêtements, linge de maison).

Environnement

- Laver individuellement vos affaires personnelles à 60°C.
- Nettoyer régulièrement les surfaces, surtout sanitaires (1 fois par jour), avec des produits désinfectants (lingettes, produit à base de javel) ou avec un appareil vapeur. Ne pas oublier les points de contact : interrupteurs, poignées de portes et fenêtres, robinets, chasses d'eau, lunettes de WC, chaises, véhicules... utilisés en phase contagieuse.

Mesures barrières

- Hygiène des mains fréquente, ne pas gratter les lésions (garder les ongles courts et propres)
- Éviter de prendre des bains, privilégier les douches et se sécher en tamponnant (sans frotter)
- Mettre dans un sac-poubelle spécifique les pansements souillés et croûtes, le fermer puis le mettre dans un autre sac-poubelle à fermer avant de le jeter avec les déchets ménagers (double emballage).
- En cas de présence ponctuelle : couvrir au mieux les lésions cutanées et port du masque chirurgical pour le patient et l'entourage et port d'un masque chirurgical.

Aidant ou visite médicale à domicile

- Pour le patient : port d'un masque chirurgical correctement positionné. Couvrir au mieux les lésions cutanées.
- Pour le soignant ou l'aidant : port d'un masque FFP2, de lunettes de protection, de gants et d'une surblouse.

Evolution et prévention (patient porteur)

- Guérison spontanée en 2 à 4 semaines (chute des croûtes). Une vaccination n'est plus nécessaire (immunité acquise).
- Vaccination recommandée pour vos contacts et vos proches.
- Port d'un préservatif jusqu'à 8 semaines après guérison (car le virus reste dans les fluides biologiques longtemps).

Pour information : Maladie à déclaration obligatoire réalisée par votre médecin

A venir : format fiche réflexe

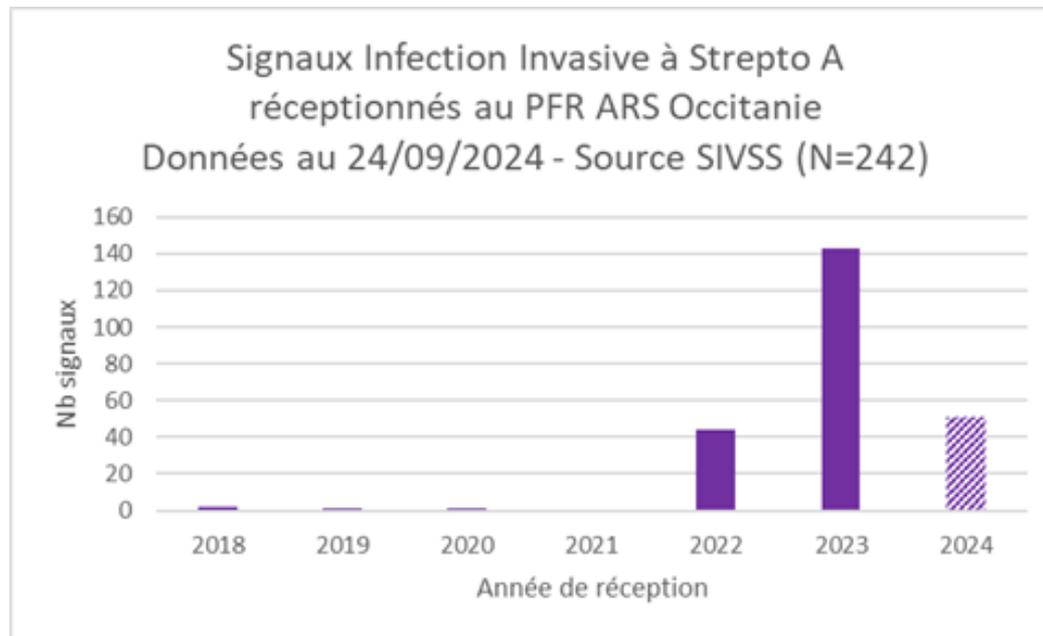
INFECTIONS INVASIVES A STREPTOCOQUE A (IISGA)

IISGA: Contexte épidémiologique

- Depuis sept. 2022 recrudescence en France et à l'échelle européenne, des cas d'infection invasive à SGA et de scarlatine chez les enfants notamment
 - Hypothèse de rebond suite à l'abandon des mesures barrières post COVID
- Mise en place d'une surveillance active (collaboration SpF / GFRUP et réseau de réanimateurs pédiatriques)
 - Entre nov 2022 et le 1^{er} janvier 2023: 91 cas recensés
 - >50% des cas survenus après une infection virale
- HCSP saisi pour mise à jour avis 2005 du Conseil supérieur d'hygiène publique → avis HCSP juill. 2023

IISGA: Signalements en Occitanie

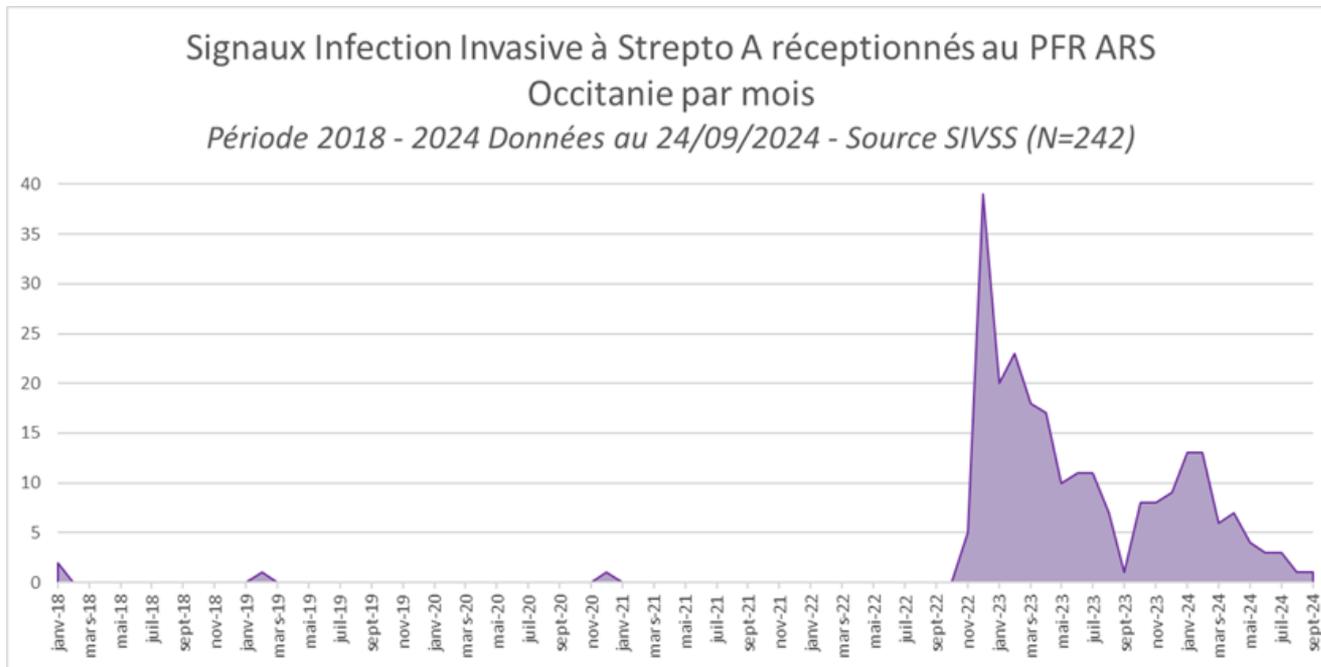
- 242 signaux entre 2018 et 2024, la majorité fin 2022 et année 2023



IISGA: Signalements en Occitanie

Recrudescence à partir de novembre 2022

(Directives nationales et consignes aux PS de déclaration à l'ARS)



IISGA: Liens utiles

- [Avis HCSP juill. 2023 Conduite à tenir autour d'un cas d'infection à streptocoque de groupe A \(hcsp.fr\)](#)
- [SPF Point de situation 10/01/23](#)
- [SPILF Infectiologie](#) pour les PS prenant en charge les cas
- [JO Arrêté du 31/10/23](#) fixant les conditions de réalisation des tests rapides oro-pharyngés d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A par les pharmaciens d'officine
- [CPIAS Test' ton angine](#)
- [CPIAS fiche réflexe](#)

Infections à Streptocoque A

Juillet 2024

 Bactérie *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A : SGA)



Transmission respiratoire (gouttelettes) ou par contact indirect à partir des lésions cutanées
Le réservoir de SGA est pharyngé, avec un portage asymptomatique estimé à 10%



Incubation selon le syndrome clinique: SGA non invasives 2 à 5 jours, sauf impétigo 10 jours ; SGA invasives en général 1 à 3 jours mais peut aller jusqu'à 3 semaines

Contagiosité en l'absence de traitement : 2 à 3 semaines
Plus longue en cas de lésions chroniques purulentes
Plus courte (24h) si antibiothérapie efficace

PC Gouttelettes jusqu'à 24 h après début de l'ATB; si lésions cutanées ajouter PC contact



Formes non invasives (les plus fréquentes): angine et scarlatine

Formes invasives : infections de la peau et des tissus mous (dermohypodermite éventuellement nécrosante, myosite), infections respiratoires basses (pneumonie et pleurésie), syndrome de choc toxique streptococcique



Angine : TROD sur **écouvillon pharyngé** (systématique chez l'enfant ≥ 3 ans, indiqué chez l'adulte si score de Mac Isaac > 2)

Scarlatine : TROD. Si négatif, prélèvement de gorge pour **culture bactériologique**

Formes invasives : **isolement de *Streptococcus pyogenes*** dans **prélèvement habituellement stérile** (liquide articulaire...)



Sujet contact de cas d'infection invasive à SGA = personne ayant rencontré le cas index dans les 7 jours précédant le début des signes cliniques et jusqu'à 24h après le début d'une antibiothérapie efficace

- partage du même domicile, de la même chambre ou du même endroit de nuitée,
- contacts rapprochés de façon prolongée ou répétée avec possibilité de face à face (activités partagées, soins de nursing...)



Signalement des cas groupés d'infection invasive à l'ARS

Cas groupés d'infection invasive à SGA : ou moins 2 cas, confirmés ou probables, dans la même collectivité, à moins de 10 jours d'intervalle ET mise en évidence ou jugé possible de contacts rapprochés, prolongés ou répétés entre les cas.

0800 301 301
ars-cc-alerte@ars.santat.fr
05 34 30 25 86



Traitement : bêta-lactamines

- 1ère intention : **Amoxicilline** (traitement de référence) devant une **forme non nécrosante**
- **Formes d'infections nécrosantes** : large spectre en probabiliste avec **pipéracilline tazobactam +/- clindamycine** ou **oxazolidinone + chirurgie** urgente de drainage et débridement et prise en charge en réanimation (lg polyvalentes dans les fasciites nécrosantes ou les chocs toxiques streptococciques dans certains pays).

Conduite à tenir pour les sujets contacts



Antibioprofylaxie

Limitée aux **sujets contacts de cas d'infection invasive à SGA à risque de forme grave*** :

Le plus tôt possible, idéalement dans les **24h** et jusqu'à **10** jours après le diagnostic

Amoxicilline 6 jours : 50 mg/kg/j en 2 prises (max 1g x2/j)

Macrolides (si SGA sensible) : Azithromycine 3 jours 20 mg/kg/j en 1 seule prise (max 500 mg/j) **OU** Clarithromycine 10 jours 15 mg/kg/j en 2 prises (max 500 mg 2x/j)

CLB 10 jours : Céfadroxil : 50 mg/kg/j en 2 prises (max 1g 2x/j) **OU** Cefaclor : 20-40 mg/kg/j en 3 prises (max 250 mg 3x/j)

* **Sujets à risque de forme grave** = femmes enceintes de plus de 37 SA, nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie), femmes ayant accouché dans les 28 jours précédents, personnes âgées de plus de 65 ans, personnes ayant une varicelle, personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (personnes sans domicile fixe par exemple), tous les sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsque l'un d'entre eux nécessite une antibioprofylaxie.

Critères de signalement

Prophylaxie des contacts

Conclusions MDO et maladies à potentiel épidémique

- Importance de
 - **Mettre en place les mesures de prévention** autour des cas pour rompre les chaînes de transmission et diminuer le risque épidémique
 - **Penser à déclarer** sur E-SIN (infections nosocomiales)
 - En parallèle déclarer à l'ARS les MDO et les situations de cas groupés et signaux sensibles: ars-oc-alerte@ars.sante.fr / 0800 301 301
- Articulation du réseau d'acteurs aux différents niveaux (terrain/ES; départemental/régional; national) concourant à la protection de la santé de la population

Conclusions MDO et maladies à potentiel épidémique

- Nécessité de **renforcer la vaccination ++**
 - en population générale
 - chez les professionnels de santé +++
- Disposer d'outils adaptés (fiches réflexes soignants, documents grand public,...)

“
Merci,
De votre
attention.”

