

# FLASH-INFO

## MALADIES INFECTIEUSES



Janvier 2024 / N°33

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, vous propose un bulletin trimestriel d'information sur les maladies infectieuses. Ce "Flash-Info" est préparé sous la coordination de la Direction des Maladies Infectieuses et il est conçu comme un outil d'échanges avec nos partenaires privilégiés. Il décrit des problématiques et des projets en cours pour lesquels nous souhaitons attirer votre attention ou solliciter votre avis, vos suggestions ou réactions. Le rythme prévu est d'un numéro trimestriel. En dehors de ce bulletin, les alertes restent toujours diffusées par les canaux habituels.

### Editorial

Toute l'équipe de la Direction des Maladies Infectieuses de Santé publique France se joint à moi pour vous souhaiter une excellente année 2024.

Cette nouvelle édition du bulletin FLASH INFO conserve l'objectif de vous informer à intervalles réguliers des actualités infectieuses qui mobilisent les épidémiologistes de l'Agence, en son siège et dans les régions, au plus proche des acteurs de terrain. Les sujets abordés ci-après traitent d'alertes récentes ayant marqué le second semestre 2023 ou de points de vigilance que nous souhaitons porter à votre attention.

L'année 2024 sera en particulier marquée par l'accueil en France (notamment à Paris) des Jeux Olympiques et Paralympiques (JOP), événement de portée mondiale qui attirera non seulement les foules mais aussi l'attention portée à nos capacités de détection et de réponse aux alertes sanitaires.

Les dispositifs existants en France concernant les maladies infectieuses (maladies à déclaration obligatoire [MDO], centres nationaux de référence [CNR], réseaux volontaires de cliniciens et biologistes, surveillance syndromique ...) sont en capacité de répondre à ces enjeux mais seront renforcés en termes de permanence et de réactivité sur la période encadrant les JOP (du 26 juillet au 8 septembre). Ils reposent en particulier sur la mobilisation des professionnels de santé et quelques réflexes sont ici utiles à rappeler : signaler sans délai au point focal régional de votre ARS ([cliquer ici](#)) tout événement inhabituel (au moyen des formulaires [cliquer ici](#)) habituels s'il s'agit d'une MDO) et transmettre au CNR ([cliquer ici](#)) concerné les matériels biologiques adéquats si son expertise est requise.

Nous restons à votre disposition pour répondre à vos questions ou suggestions à [dmi-flashinfo@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-flashinfo@santepubliquefrance.fr)

Bruno Coignard, Directeur des maladies infectieuses

## Alertes

- Augmentation des infections à *Mycoplasma pneumoniae* en France
- Epidémie à virus monkeypox de clade I en cours en République Démocratique du Congo : Appel à la vigilance

## A suivre

- Identification de souches de gonocoque ultrarésistantes aux antibiotiques (XDR)
- Gripes d'origine aviaire ou porcine : vers un renforcement de la surveillance humaine afin de détecter précocement toute transmission à l'être humain
- Détection du virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo dans des tiques en FRANCE

## A savoir

- Une pseudo-épidémie de *Bordetella parapertussis* dans un hôpital du Vaucluse, causés par la contamination d'écouvillons nasopharyngés, juillet 2023
- Enquête nationale de prévalence 2024 des infections associées aux soins et des traitements anti-infectieux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- La leptospirose : nouvelle maladie à déclaration obligatoire (MDO)

## Augmentation des infections à *Mycoplasma pneumoniae* en France

Après plus de trois années à un niveau très bas de circulation dans le contexte de la pandémie de Covid-19, une augmentation des infections respiratoires à *Mycoplasma pneumoniae* a été observée depuis cet automne en France et dans d'autres pays à l'international, notamment en Europe et en Asie du Sud-est.

**Pour mémoire, *Mycoplasma pneumoniae*** est une bactérie qui se transmet par des gouttelettes respiratoires lors de contacts proches et sa période d'incubation est d'une à trois semaines. Dépourvue de paroi, cette bactérie n'est pas sensible aux bêta-lactamines. Après le pneumocoque, il s'agit du germe le plus fréquemment impliqué dans les pneumonies bactériennes aiguës survenant habituellement chez les enfants et les jeunes adultes. Dans la majorité des cas, l'évolution des infections est favorable. Des complications de type exacerbation d'un asthme ou des manifestations rares notamment cutanées ou neurologiques, peuvent nécessiter une hospitalisation. Des infections à *Mycoplasma pneumoniae* peuvent habituellement être observées tout au long de l'année, plus fréquemment en été et au début de l'automne. Les périodes épidémiques surviennent tous les 3 à 7 ans.

**En France**, il n'existe pas de système national de notification ou de surveillance dédiée aux infections à *Mycoplasma pneumoniae*. Fin novembre 2023, des augmentations inhabituelles d'infections respiratoires à *Mycoplasma pneumoniae* ont été mises en évidence d'une part en ville avec la suspicion de cas groupés en milieu scolaire et d'autre part dans plusieurs hôpitaux suite à des signalements par des cliniciens hospitaliers.

Les investigations menées en 2023 pour analyser cette situation ont ainsi mobilisé de façon réactive plusieurs partenaires et sources de données (cliniques, microbiologiques, épidémiologiques) en ville et à l'hôpital.

**Plusieurs éléments sont en faveur d'une épidémie de pneumonies à *Mycoplasma pneumoniae* d'intensité inhabituelle** en France depuis le début du mois d'octobre 2023, avec une augmentation très marquée à compter de début novembre et ils sont les suivants :

- Une **augmentation du recours aux soins pour pneumopathie** (tous types confondus) a été mise en évidence par la surveillance syndromique Sursaud®, que ce soit en ville lors des consultations du réseau SOS Médecins ([cliquer ici](#)) ou à l'hôpital dans les services d'urgences du réseau OSCOUR® ([cliquer ici](#)) depuis début octobre 2023. Cette hausse était plus marquée depuis novembre (semaine S44), particulièrement chez les 5-14 ans ainsi que chez les 15 à 44 ans. Les niveaux atteints dans ces classes d'âges sont très supérieurs à ceux de l'année 2019 avant la pandémie. La part attribuable au *Mycoplasma pneumoniae* ne peut néanmoins pas être précisément estimée à partir de ces données du fait que le diagnostic de *M pneumoniae* est difficilement réalisable lors du passage aux urgences.
- **A l'hôpital, le nombre de détections par PCR de *Mycoplasma pneumoniae*** (réseau de laboratoires hospitaliers RENAL) ([cliquer ici](#)) **a progressivement augmenté** depuis fin juillet 2023 puis de façon

plus marquée courant octobre 2023, avec un taux de positivité qui a doublé entre début et fin octobre, évoluant de 1,7% (S40) à 4% (S44). Cette hausse s'est poursuivie jusqu'à atteindre, fin novembre, un taux de positivité près de 4 fois supérieur à celui observé à la même période en 2019 (7,4% en fin novembre 2023 versus 1,7% fin novembre 2019).

- **En ville**, les premières analyses d'une partie des données sérologiques du **réseau 3LABOS montraient une nette augmentation du taux de positivité des tests IgM à *Mycoplasma pneumoniae*** à partir de début octobre 2023. Cette hausse est particulièrement marquée chez les enfants entre 6 et 15 ans, sachant que ces tendances seront à confirmer suite à l'intégration de l'ensemble des données du réseau 3Labos (Eurofins-Biomnis et Cerba).

### Dans ce contexte épidémique :

- Le suivi de l'évolution de la situation par Santé publique France se poursuit en lien avec ses partenaires.
- En complément, un suivi du profil de résistance aux macrolides ([cliquer ici](#)) (traitement de 1<sup>ère</sup> ligne) est réalisée par le laboratoire de bactériologie au CHU de Bordeaux (équipe du Pr Bébéar), qui assure l'expertise en l'absence de CNR référent pour cette bactérie.
- Un suivi des consommations d'antibiotiques a été mis en place par l'ANSM.
- De plus, une enquête sur les caractéristiques cliniques des cas hospitalisés ([cliquer ici](#)) a été mise en place (Spilf/Coreb) à partir de mi-décembre 2023. **Une sensibilisation des professionnels** de santé libéraux et hospitaliers au diagnostic et à la prise en charge a été réalisée dès novembre 2023 par le ministre chargé de la santé ([cliquer ici](#)). Il est important de porter une vigilance particulière au diagnostic de cette infection afin de mettre en place un traitement adapté et prévenir l'apparition de formes graves de la maladie.

### Pour en savoir plus

SpF ([cliquer ici](#))  
ECDC ([cliquer ici](#))  
OMS ([cliquer ici](#))

Contact : **Delphine VIRIOT**  
[delphine.viriot@santepubliquefrance.fr](mailto:delphine.viriot@santepubliquefrance.fr)

# Epidémie à virus monkeypox de clade I en cours en République Démocratique du Congo : Appel à la vigilance

**Une importante épidémie à virus Monkeypox (mpox), appartenant au clade (variant) I du virus, sévit actuellement en République Démocratique du Congo, avec plus de 13 000 cas rapportés durant l'année 2023 et plus de 600 décès.**

Il s'agit du nombre de cas le plus élevé jamais signalé en une année dans ce pays et ces cas ont concerné également des zones géographiques jusque-là non touchées. Cette épidémie touche désormais la quasi-totalité des provinces du pays (22/26), y compris la province de Kinshasa.

**En mars 2023**, un cluster de transmission sexuelle y a été documenté, cette voie de transmission n'ayant pas été identifiée jusqu'à présent avec ce clade. **Le clade I est habituellement considéré comme plus virulent que le clade IIb**, qui a largement circulé en 2022 au niveau mondial et notamment en Europe, et qui a conduit l'OMS à déclarer le niveau d'alerte maximale en juillet 2022.

Actuellement, rien n'indique que le clade I circule en dehors de l'Afrique centrale ou de l'Ouest. L'ECDC a évalué la probabilité de diffusion de ce clade à la population générale de l'Union européenne comme très faible et à la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) comme faible compte-tenu de l'immunité acquise par la vaccination ou une infection antérieure par le clade IIb du virus monkeypox ([cliquer ici](#)).

**Au niveau mondial**, le dernier bilan de l'OMS\* rapportait un total de 92 783 cas confirmés de mpox entre le début de l'épidémie et le 30 novembre 2023. Bien que le nombre mensuel de cas confirmés ait très nettement diminué depuis fin 2022, une augmentation récente de cas (+26%) a été notée entre les mois de novembre et d'octobre 2023, qui a essentiellement concerné le continent américain (Etats-Unis) et quelques pays de la région Europe (Portugal et Royaume-Uni). Pour accéder au bilan OMS ([cliquer ici](#)).

**En France**, alors qu'un total de 4 975 cas avait été déclarés durant l'année 2022, 48 cas l'ont été entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 14 décembre 2023. Depuis cette date, quelques cas supplémentaires ont été signalés, notamment en Ile-de-France.

**Compte tenu de la situation en République Démocratique du Congo**, il est très important de pouvoir identifier le cas échéant une introduction du clade I en France.

C'est pourquoi, sont rappelés ici plusieurs éléments essentiels :

- Toute suspicion de mpox doit donner lieu à un test diagnostique pour confirmer biologiquement l'infection ([cliquer ici](#)).
- Tout cas de mpox confirmé ou probable (présentation clinique évocatrice et lien avec un cas confirmé) doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire ([cliquer ici](#)) adressée à l'ARS.
- L'ADN viral issu des PCR doit impérativement être adressé sans délai au Centre national de référence (CNR) des orthopoxviroses pour une détermination du clade +/- un séquençage ([cliquer ici](#)).
- Le patient doit être interrogé sur ses voyages éventuels en dehors de la France et notamment en Afrique centrale ou de l'Ouest, et sur les voyages de ses partenaires sexuels et de son entourage proche, dans les trois semaines précédant la survenue des symptômes
- Insister auprès du patient sur l'importance d'éviter les rapports sexuels et les contacts proches durant toute la durée des symptômes et d'identifier les personnes contacts à risque, afin qu'elles puissent être informées de leur exposition à risque, de la conduite à tenir en cas de symptômes et bénéficier d'une vaccination post-exposition.

### Pour en savoir plus

SpF	( <a href="#">cliquer ici</a> )
Vaccination-info-service	( <a href="#">cliquer ici</a> )
Ministère de la santé	( <a href="#">cliquer ici</a> )
ECDC	( <a href="#">cliquer ici</a> )
OMS	( <a href="#">cliquer ici</a> )

### Contacts :

**Emilie CHAZELLE**  
[emilie.chazelle@santepubliquefrance.fr](mailto:emilie.chazelle@santepubliquefrance.fr)

**Alexandra MAILLES**  
[alexandra.mailles@santepubliquefrance.fr](mailto:alexandra.mailles@santepubliquefrance.fr)

# Identification de souches de gonocoque ultrarésistantes aux antibiotiques (XDR)

### Surveillance de la résistance du gonocoque

La surveillance de la résistance du gonocoque aux antibiotiques, réalisée par le Centre national de référence (CNR) des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes dans le cadre d'enquêtes annuelles auprès d'un réseau de laboratoires, retrouve un taux de résistance du gonocoque aux céphalosporines de 3ème génération faible et relativement stable sur les dernières années. Ainsi, en 2022, seules 0,2% des souches étaient résistantes à la ceftriaxone, première ligne thérapeutique pour les infections anogénitales non compliquées à *Neisseria gonorrhoeae*. En revanche, cette surveillance rapporte une fréquence plus importante de souches résistantes à l'azithromycine, traitement associé à la ceftriaxone pour les infections pharyngées (en cas de souche sensible à l'antibiogramme) égale à 12% en 2022.

### Quatre souches de gonocoque XDR identifiées en un an

En parallèle à cette surveillance, le CNR a identifié sur une période de 15 mois, entre juin 2022 et septembre 2023, cinq souches de gonocoque résistantes à la ceftriaxone, dont quatre ultrarésistantes (XDR) car également résistantes à haut niveau à l'azithromycine. Ces quatre souches présentent des caractéristiques génotypiques similaires à celles du clone FC428 qui est prévalent en Asie du Sud-Est et un contexte de voyage en Asie du Sud-Est a pu être établi pour deux cas. Entre 2017 et 2021, le CNR avait identifié seulement trois souches XDR : une souche en 2017 et deux en 2019.

### Une possible circulation d'une souche XDR en France

La découverte en septembre 2023 d'un cas autochtone diagnostiqué en région Auvergne-Rhône-Alpes questionne sur une propagation possible en France d'une souche XDR. En effet, la souche identifiée chez ce cas s'est avérée identique à celle mise en évidence chez un autre cas dans cette région 2 mois auparavant sans qu'aucun lien direct n'ait été établi entre ces deux cas et sans notion de voyage pour le second cas.

### Pour mémoire : Les souches de gonocoque XDR échappent aux premières lignes de traitement et contenir leur propagation est primordial.

Nous souhaitons ainsi rappeler l'importance que **toute suspicion de souche de gonocoque résistante à la ceftriaxone**, et a fortiori XDR, **soit signalée et confirmée par l'envoi de la souche au CNR des IST bactériennes** (laboratoire associé pour l'expertise gonocoque, AP-HP, hôpital Saint-Louis).

Il convient par ailleurs de :

- **Délivrer des conseils de prévention aux personnes exposées aux IST** : utilisation du préservatif, rappeler le risque d'acquisition de gonocoque résistant pour les personnes voyageant en Asie.

- Pratiquer un dépistage en cas de rapport sexuel non protégé par un préservatif ou en cas de symptômes d'IST.
- **Rechercher d'emblée la bactérie en culture, avec antibiogramme, notamment en présence de symptômes ou lors d'une infection au décours d'un voyage** à l'étranger et notamment en Asie.
- **Vérifier la guérison du patient** par l'utilisation de tests PCR de contrôle sur les trois sites (général, oral, anal) en cas de souche résistante.

Pour information, dans l'attente de la mise à jour prochaine des recommandations thérapeutiques et de prévention des IST, un avis du CNR, de la SPILF et de la SFD sur le traitement de la gonococcie, publié en 2021, est disponible ([cliquer ici](#)).

### Pour en savoir plus

SpF [\(cliquer ici\)](#)  
Envoi de souche au CNR [\(cliquer ici\)](#)

### Contacts :

**Emilie CHAZELLE**  
[dmi-ist@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-ist@santepubliquefrance.fr)

**Béatrice BERCOT (CNR IST bactériennes)**  
[beatrice.bercot@aphp.fr](mailto:beatrice.bercot@aphp.fr)

# Gripes d'origine aviaire ou porcine : vers un renforcement de la surveillance humaine afin de détecter précocement toute transmission à l'être humain

Depuis octobre 2021, l'Europe subit l'épizootie d'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) la plus importante jamais connue, due à des virus H5Nx (quasi-exclusivement H5N1) du clade 2.3.4.4b.

Après une accalmie de quelques mois durant la période estivale en France, on observe à nouveau, depuis l'automne, une reprise des détections de ces virus dans l'avifaune sauvage et en élevages de volailles. Cela a conduit le ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire ([cliquer ici](#)) à élever à son maximum le niveau de risque épizootique vis-à-vis de l'influenza aviaire hautement pathogène (niveau qualifié d'élevé). Par ailleurs, les virus influenza porcins, par essence tous à potentiel zoonotique, circulent dans le cheptel porcin toute l'année.

Cette situation appelle à une vigilance renforcée chez les personnes exposées à ces virus ainsi qu'aux différents acteurs en santé animale et humaine et à un renforcement de la surveillance des événements de transmission de ces virus à l'être humain. Cette surveillance est basée sur le signalement de patients suspectés de grippe aviaire et porcine aux autorités de santé (ARS, Santé publique France) par les cliniciens les prenant en charge.

**Prévenir le risque de transmission des virus de la grippe aviaire et porcine à l'être humain.**

Santé publique France, en lien avec plusieurs partenaires (DGS, DGAL, Anses, Mutuelle Sociale Agricole et Office français de la biodiversité), a élaboré un **dépliant d'information sur les gripes aviaire et porcine** ([cliquer ici](#)) rappelant comment ces virus se transmettent, comment éviter d'être contaminé, et que faire en cas d'exposition à risque, notamment en cas d'apparition de symptômes. Ce dépliant s'adresse principalement aux personnes directement exposées aux virus influenza aviaires et porcins, mais a également été diffusé aux professionnels de santé afin de les sensibiliser à la conduite à tenir face à une suspicion clinique ([cliquer ici](#)).

La prévention du risque de transmission des virus influenza aviaires à l'être humain repose sur le port d'équipements de protection individuelle ([cliquer ici](#)) pour la manipulation d'oiseaux malades ou morts (gants étanches, lunettes de protection, masques FFP2), ainsi que sur l'ensemble des mesures de biosécurité lorsqu'un foyer se déclare

Dans le contexte actuel de circulation des virus influenza humains, aviaires et porcins sur le territoire national, il convient de rappeler l'importance de la vaccination contre la grippe saisonnière pour les professionnels exposés aux virus aviaires et porcins afin de limiter le risque de réassortiments entre des virus influenza humains et animaux.

En complément de cette surveillance de routine, Santé publique France, en collaboration avec ses partenaires (DGS, DGAL, CNR des virus respiratoires, ANSES), a mis en place un protocole de surveillance dite « active » nommé SAGA (Surveillance Active de la Grippe Aviaire).

Ce protocole vise à détecter précocement les cas de transmission zoonotique de l'animal à l'homme en interrogeant et en prélevant des personnes exposées à des foyers d'IAHP confirmés dans des élevages.

Cette expérimentation pilote de 4 mois menée dans les régions de Bretagne, Pays de la Loire, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine évaluera la faisabilité et la pertinence de cette surveillance. Les premières investigations ont montré une bonne adhésion des personnes exposées, et tous les résultats se sont avérés négatifs pour l'IAHP. En savoir plus sur le dispositif SAGA ([cliquer ici](#)).

### Pour en savoir plus

SpF	( <a href="#">cliquer [1] [2] [3]</a> )
Ministère de l'agriculture	( <a href="#">cliquer [1] [2]</a> )
Plateforme ESA	( <a href="#">cliquer ici</a> )
ECDC	( <a href="#">cliquer ici</a> )
EFSA	( <a href="#">cliquer ici</a> )

### Contacts :

Sibylle BERNARD-STOECKLIN  
Alexandra SEPTFONS  
Guillaume SPACCAFERRI  
[grippe-zoonotique@santepubliquefrance.fr](mailto:grippe-zoonotique@santepubliquefrance.fr)



# Détection du virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo dans des tiques en France

La Fièvre Hémorragique de Crimée Congo est une maladie due à un virus de la famille des Nairovirus dont les principaux vecteurs sont les tiques du genre *Hyalomma* et transmise par les fluides biologiques des personnes ou animaux infectés (virémiques). Chez l'humain, elle se limite généralement à un syndrome grippal avec troubles digestifs. Dans certains cas, elle peut néanmoins s'aggraver et se traduire par un syndrome hémorragique (saignements potentiellement sévères), avec un risque de décès pouvant atteindre 30 % dans certains pays.

**Dans le monde, le virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée Congo (CCHFV)** circule de façon endémique dans plusieurs pays du continent africain, dans les pays d'Asie centrale ainsi que dans plusieurs régions de Turquie. Des cas sont rapportés également en Grèce et depuis 2016, des infections sporadiques sont rapportées presque chaque année en Espagne (12 cas entre 2013 et 2022), notamment dans la région de Castille-et-Léon. Le CCHFV est un agent biologique pathogène du groupe 4 du fait de la gravité potentielle des infections symptomatiques de sa transmissibilité lors de soins et de l'absence de traitement spécifique ou de vaccin commercialisé efficaces. Pour les formes hémorragiques survenant chez 20 à 50% des patients, la létalité rapportée varie entre 5 et 30%.

**En France**, aucun cas humain acquis n'a été rapporté à ce jour, même si, depuis 2019, la circulation du virus est suspectée sur le territoire national du fait de :

- L'installation depuis plusieurs décennies de l'un de ses vecteurs principaux, la tique *Hyalomma marginatum* en Corse et son installation progressive sur l'ensemble du bassin méditerranéen, démontrée en 2016 et en extension entre 2018 et 2022.
- La détection d'anticorps dirigés contre le CCHFV dans plusieurs élevages de bovins du pourtour méditerranéen entre 2016 (Corse) et 2022 (Occitanie, PACA).

Une équipe du CIRAD a mené, en mai-juin 2022 et avril 2023, des collectes de tiques *Hyalomma marginatum* au sein des élevages situés dans le pourtour méditerranéen où la séroprévalence était particulièrement élevée afin de mettre en évidence le virus directement. Au total, plus de 2 000 tiques ont été collectées sur l'ensemble de la période et le CCHFV a été recherché par RT qPCR dans l'ensemble des tiques : environ 100 tiques ont été trouvées positives pour la première fois en France, dans un élevage des Pyrénées-Orientales.

### Le vecteur du CCHFV

Les tiques *Hyalomma marginatum*, sont des tiques généralistes et opportunistes. On les retrouve dans des habitats naturels ouverts plutôt secs tels que la garrigue ou le ma-

quis en climat méditerranéen. Leur forme adulte, dont le pic d'activité se situe entre avril et juillet, peut piquer les humains mais se nourrit essentiellement sur les ongulés domestiques et sauvages avec une préférence pour les bovins et les chevaux. Les stades immatures infestent préférentiellement les lagomorphes (lapins et surtout lièvres), les hérissons et les oiseaux, en particulier les oiseaux fréquemment au sol, et cela jusqu'à l'automne.

### Prévention de la CCHF

Faute de vaccin homologué, la prévention de la CCHF repose à ce jour sur :

- Les mesures de protection contre les piqûres de tiques.
- Les mesures de protection en cas de potentiel contact avec les liquides biologiques d'animaux virémiques.
- Le respect de la réglementation autour des agents infectieux inscrits sur la liste MOT et des agents biologiques pathogènes du groupe 4.

Par ailleurs, on rappelle que **toute suspicion d'infection à CCHFV relève de la déclaration obligatoire** des fièvres hémorragiques africaines qui doivent être notifiées sans délai à l'Agence régionale de santé (ARS) après validation clinico-épidémiologique par un infectiologue et évaluation par le CNR FHV pour convenir des explorations virologiques à mettre en œuvre et de l'organisation de la prise en charge des patients suspects.

### Travaux en cours

En France, le risque d'infection autochtone humaine est actuellement très faible voire inexistant, du fait de la saisonnalité de la circulation du CCHFV. Des travaux d'expertise pluridisciplinaire coordonnés par le Haut Conseil de Santé publique (HCSP) et l'Anses sont en cours pour évaluer plus finement le risque de transmission du CCHFV dans différents contextes et ainsi proposer des mesures de prise en charge, de prévention et de gestion en prévision de la prochaine saison d'activité des tiques *Hyalomma* en France, au printemps 2024.

#### Pour en savoir plus

SpF ([cliquer ici](#))  
Anses ([cliquer ici](#))  
COREB ([cliquer ici](#))  
CNR FHV ([cliquer \[1\]](#) [\[2\]](#))

Contact : **Julie FIGONI**  
[dmi-tropical@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-tropical@santepubliquefrance.fr)

# Une pseudo-épidémie de *Bordetella parapertussis* dans un hôpital du Vaucluse, causés par la contamination d'écouvillons nasopharyngés, juillet 2023.

Après un premier signalement donné le 6 juillet 2023 par l'EOH du CH d'Avignon rapportant 9 cas de coqueluche dans un service de cardiologie, la situation évoluait au 13 juillet 2023 avec 67 cas impliquant plusieurs services (cardiologie principalement, urgences pédiatriques, pédiatrie, médecine interne et maladies infectieuses, SSR). Toutes les coqueluches identifiées étaient des coqueluches de l'espèce *Bordetella parapertussis*. L'hypothèse sur la source de l'épidémie était alors l'importation d'un cas avec diagnostic retardé de 13 jours.

**Le 20 juillet, le bilan final rapportait, entre le 24 juin et le 15 juillet 2023, un total de 136 cas**, tous testés positivement par qPCR pour *B. parapertussis* par le laboratoire du CH d'Avignon et concernant à la fois des patients (60 cas) et du personnel soignant (76 cas) dans 10 services hospitaliers différents. Plus en détails :

- Les cas communautaires résidaient dans 3 départements : le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône et le Gard.
- Les cas étaient âgés de 4 mois à 95 ans : la majorité des cas étaient des adultes (11%) et une minorité de 15 cas (11%) étaient des enfants. La moyenne d'âge était de 57 ans.
- 76 cas (56%) ont été considérés comme des cas liés à une transmission nosocomiale, y compris l'ensemble du personnel, dont la majorité était paucisymptomatique.
- Parmi les patients hospitalisés, aucun n'avait été admis pour une suspicion de coqueluche mais pour d'autres motifs.
- Sur 47 cas symptomatiques contactés par la cellule régionale PACA de SpF et dont l'information sur la clinique était disponible, 35% (n=9) avaient signalé au moins un symptôme de coqueluche au niveau des voies respiratoires inférieures, 27% (n=7) se sont sentis essoufflés et aucun n'avait signalé une toux de plus de 14 jours.

### Analyse épidémiologique de la situation

Les derniers cas groupés de coqueluche portés à la connaissance de Santé publique France avaient eu lieu en juin et juillet 2022. Plusieurs cas groupés de coqueluche à *B. parapertussis* avaient été signalés dans quatre régions différentes, chez des enfants tous à jour de leur vaccination. La détection de *B. parapertussis* avait été souvent fortuite (utilisation de la PCR multiplex) car les manifestations cliniques n'étaient pas toujours évocatrices de coqueluche.

Dans un contexte de quasi absence de cas signalés en 2021, d'une faible circulation de la maladie depuis 2020, et du festival d'Avignon se tenant jusqu'au 25 juillet, la vigilance des professionnels de santé locaux sur cette épidémie était à son plus haut niveau.

Dès le 6 juillet l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière a mis en place les mesures de protection gouttelettes dans les services concernés. Les cas ont été traités, les contacts hospitaliers recherchés et le personnel a été mis sous anti-bioprophylaxie. Devant la croissance rapide du nombre de cas et l'augmentation du nombre de services touchés, la direction a mis en œuvre le 12 juillet le port obligatoire du masque chirurgical pour tous (visiteurs, personnels et patients) dans l'enceinte de l'hôpital d'Avignon. Des informations affichées figurent à l'entrée des services concernés et un communiqué de presse expliquant la mise en place de cette mesure a été publié le 13 juillet par le CH d'Avignon.

Les cas groupés nombreux et l'identification de chaînes de transmission chez des cas non-nosocomiaux suggéraient une contamination extérieure et une circulation communautaire. En juillet 2023, la fréquentation de la ville d'Avignon était importante par des personnes venant d'autres régions voire de l'étranger car un festival de théâtre était en cours et se terminait le 28 juillet, un communiqué de presse grand public a été publié le 13 juillet par l'ARS Paca.

### Analyse microbiologique de la situation

Les valeurs du seuil de cycle (Ct) pour 131 échantillons positifs étaient comprises entre 31,3 et 36,5, avec une moyenne de 33,7. La forte homogénéité des valeurs de Ct et leurs valeurs élevées était peu représentatif de la distribution des valeurs de Ct lors d'une épidémie. L'étendue des valeurs aurait dû être plus large reflétant la circulation de la maladie à différents stades avec des cas symptomatiques fortement positifs et des cas diagnostiqués plus tardivement. De plus, les deux laboratoires sentinelles du Vaucluse interrogés ne rapportaient rétrospectivement aucun prélèvement positif à *B. parapertussis* depuis le 1<sup>er</sup> avril 2023.

Afin de confirmer le signal, le Centre National de Référence (CNR) de la coqueluche et le laboratoire de l'hôpital ont vérifié la possibilité d'une contamination du laboratoire (surfaces, matériel ou équipement). Le 13 juillet 2023, le CNR a retesté quatre échantillons positifs qui ont tous donné des valeurs Ct supérieure à 39, suggérant des coqueluches suspectes ou faussement positives. **Le CNR soulevait alors la possibilité de l'existence de faux positifs, nécessitant la poursuite des contrôles sur de nouveaux prélèvements et sur des écouvillons blancs.** Ainsi, des tests effectués sur des écouvillons stériles provenant du même lot hospitalier ont permis de détecter *B. parapertussis* avec des valeurs Ct IS1001 supérieure à 40. Suite à ces résultats, une information a été faite par le CH d'Avignon auprès du service de matériovigilance de l'ANSM et une enquête auprès des fournisseurs a été initiée.

## Conclusion

L'analyse épidémiologique et microbiologique de cette pseudo-épidémie a permis de mettre en exergue plusieurs éléments conduisant à soupçonner la possibilité de résultats faussement positifs, parmi lesquels :

- La grande homogénéité des valeurs de Ct et de leurs valeurs élevées qui n'étaient pas très représentatives d'une distribution de Ct classique pour une épidémie ; ils étaient tous supérieurs à 31.
- Le profil clinique atypique des cas et le tableau clinique peu évocateur de la coqueluche chez plusieurs cas confirmés.
- L'absence de détection de *B. parapertussis* par le réseau de laboratoires sentinelles du Vaucluse ainsi que par le réseau national 3 labos de Santé publique France.
- Enfin, l'impossibilité d'effectuer des cultures pour *B. parapertussis* en raison de la faible charge bactérienne des échantillons.

Après plusieurs contrôles, le CNR de la coqueluche a conclu, en concertation avec les autorités sanitaires régionales et nationales et Santé publique France, que ces cas groupés de *B. parapertussis* **représentait très probablement une pseudo-épidémie liée à des échantillons faussement positifs, dus à des écouvillons contaminés** utilisés par le laboratoire de l'hôpital. **Cette enquête a souligné l'importance de l'expertise et de la confirmation microbiologique du CNR pour valider tout signal épidémique.** Une pseudo-épidémie de coqueluche similaire avait été décrite aux Pays-Bas en 2021 dans un service pédiatrique d'un hôpital universitaire ([cliquer ici](#)).

La vigilance quant à la survenue de cas de coqueluche reste toutefois importante, en effet, deux grandes épidémies de coqueluche sévissent actuellement en Europe :

- En Croatie, avec un total, au 29 décembre 2023, de 4 151 déclarations de patients atteints de coqueluche selon les données du registre des maladies infectieuses du Service d'épidémiologie de l'Institut national pour la santé publique (HZJZ). Il s'agit du plus grand nombre de cas depuis plus de 10 ans. Le plus grand nombre de patients est enregistré dans la ville de Zagreb et dans le comté de Split-Dalmatie et concerne majoritairement des personnes de moins de 20 ans ([cliquer ici](#)).
- Au Danemark : une recrudescence du nombre de cas a été observée depuis le mois de mai et le nombre de cas n'a pas cessé d'augmenter. En Octobre, le pays rapportait à l'ECDC plus de 3 000 cas pour l'année 2023 ([cliquer \[1\] \[2\]](#)).

### Pour en savoir plus

SpF ([cliquer ici](#))  
HCSP ([cliquer ici](#))  
CNR coqueluche ([cliquer ici](#))

Contact : **Fatima AIT EL BELGHITI**  
[dmi-coqueluche@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-coqueluche@santepubliquefrance.fr)



# Enquête nationale de prévalence 2024 des infections associées aux soins et des traitements anti-infectieux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

### Contexte

Le risque infectieux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) résulte de mécanismes complexes et intriqués, liés tant à l'état de santé et de dépendance des résidents qu'aux soins qui leurs sont prodigués, à la vie en collectivité et aux autres facteurs institutionnels. Par ailleurs, du fait de leur grande fragilité et des échanges permanents avec le secteur sanitaire ou la ville, les résidents peuvent également être porteurs ou infectés par des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. Les Ehpad sont donc engagés à la fois dans les enjeux de la maîtrise du risque infectieux et de l'antibiorésistance bactérienne.

Les deux précédentes enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections associées aux soins (IAS) et des traitements anti-infectieux (AI) en Ehpad ont été réalisées en France en 2010 et 2016. Elles ont produit des données de référence sur les IAS les plus fréquentes, les groupes de résidents les plus susceptibles d'être infectés et traités par antibiotiques (ATB), des informations utiles pour prioriser les mesures de prévention et de contrôle des infections et de bon usage des antibiotiques.

En particulier, la dernière enquête Prev'Ehpad 2016, réalisée en mai-juin 2016 sur un échantillon de 367 Ehpad et 28 277 résidents, a estimé :

- La prévalence des résidents atteints d'une infection associée aux soins à 2,9 % (IC95 % [2,6-3,3]) avec une majorité d'infections urinaires (URI) (36,9 % des infections), d'infections respiratoires basses (24,0 %) et d'infections de la peau et des tissus mous (20,4 %).
- Parmi les URI (dont 68,8 % étaient confirmées par examen cytot bactériologique des urines (ECBU)), *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* et *Klebsiella pneumoniae* étaient les germes les plus fréquents.
- La prévalence des résidents sous antibiothérapie était estimée à 2,8 % (IC95 % [2,5-3,1]) avec 86,1% de traitements curatifs d'infections et 13,7 % de traitements prophylactiques, surtout à visée urinaire (0,2 % des traitements d'indication inconnue).

À la suite de ces précédentes enquêtes, une nouvelle enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements anti-infectieux en Ehpad sera réalisée en **mai-juin 2024**.

### Pilotage

L'ENP 2024 sera réalisée dans le cadre du projet européen HAI-Net HALT-4 du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et coordonnée au niveau national par Santé publique France. Elle sera pilotée par le Réseau de prévention des infections associées aux soins (RéPias) et réalisée en collaboration avec les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias) dans les régions.

### Quels objectifs ?

L'ENP 2024 visera à produire des indicateurs de référence, aux niveaux national et régional, des infections associées

aux soins et des traitements anti-infectieux dans les établissements médicaux sociaux ciblés, permettant d'orienter et d'évaluer les politiques nationales et régionales de prévention des infections et de l'antibiorésistance. Les établissements participant pourront s'approprier des résultats notamment à travers un rapport d'analyse de leurs données recueillies pour leur établissement.

Cette enquête contribuera également à sensibiliser au risque infectieux et au bon usage des antibiotiques.

Enfin, cette enquête permettra à la France de contribuer au projet européen en envoyant une partie de ses données à l'ECDC.

### Quand ?

En France, le recueil des données se déroulera entre le mercredi 15 mai et le vendredi 28 juin 2024.

La saisie des données se prolongera jusqu'au 30 septembre 2024. Le dernier trimestre sera consacré à la validation des données. L'enquête sera clôturée le 31 décembre 2024.

### Quels établissements peuvent participer ?

Tous les Ehpad comprenant un hébergement médicalisé de personnes âgées dépendantes et proposant un accueil complet internat sont ciblés par cette enquête. Les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les établissements d'accueil médicalisés (EAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) proposant un accueil avec hébergement complet de résidents nécessitant une surveillance 24h/24 pour recevoir des soins médicaux ou infirmiers qualifiés et/ou des soins à la personne et une assistance pour les activités de la vie quotidienne seront également ciblés.

### Comment ?

Le guide de l'enquêteur et les outils d'enquête sont à disposition sur le site de Santé publique France ([cliquer ici](#)).



Ce guide est destiné aux équipes chargées de l'ENP 2024 dans les établissements ciblés par l'enquête ainsi qu'aux responsables de ces établissements. Il détaille l'organisation pour la mise en œuvre de l'enquête et indique les nouveautés méthodologiques par rapport à l'enquête Prev'Ehpad 2016.

**En plus du guide de l'enquêteur, seront développés les ap-  
puis suivants :**

- Des **formations pour les établissements** sur la méthode d'enquête seront réalisées dans chaque région par les CPias en avril et mai 2024. Le réseau des CPias fournira une **assistance méthodologique** aux établissements participant tout au long de l'enquête.
- Une **application, nommée PreVIAS**, sera dédiée à la saisie et la restitution des données des ENP dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, sera mise à disposition des établissements au démarrage de l'enquête.



- Un **e-mail** indiquant les modalités de première connexion sera envoyé à l'ensemble des utilisateurs identifiés dans les établissements ciblés à partir de l'annuaire national des CPias mis en œuvre par le CPias Bretagne.
- Des formations sur l'application seront organisées par SpFrance.

**Cette ENP 2024 constituera un temps fort** en matière de surveillance et de prévention des infections et de bon usage des antibiotiques en établissements médico-sociaux. Nous remercions par avance les établissements médico-sociaux participant pour leur engagement et leur implication à venir.

#### Pour en savoir plus

ENP 2010 et 2016 ([cliquer \[1\]](#) [\[2\]](#))

Le risque infectieux en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

([cliquer \[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#))

Les bactéries multirésistantes aux antibiotiques et leurs liens avec et leurs liens avec résidents

([cliquer \[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#))

Les Ehpad et les enjeux de la maîtrise du risque infectieux et de l'antibiorésistance bactérienne

([cliquer \[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#))

Contact : **Côme DANIAU**

[come.daniau@santepubliquefrance.fr](mailto:come.daniau@santepubliquefrance.fr)

# La Leptospirose : nouvelle maladie à déclaration obligatoire (MDO)

Depuis la publication de l'arrêté relatif au signalement obligatoire des cas de leptospirose publié dans le journal officiel du 24 août 2023 ([cliquer ici](#)) la leptospirose a été ajoutée à la liste des maladies à DO.

L'ajout de la leptospirose à la liste des MDO permettra :

- Une meilleure connaissance de l'épidémiologie de cette maladie.
- Un meilleur suivi de la morbidité et de la mortalité liées à cette maladie.
- Une meilleure évaluation du poids de la maladie.
- De mieux caractériser les populations à risque afin de cibler les interventions de santé publique en les adaptant à l'épidémiologie locale.
- Une identification efficace de cas groupés afin de mettre en œuvre des mesures de gestion adaptées.

**Tout cas de leptospirose, documenté biologiquement, doit ainsi être déclaré à la cellule de veille et alerte de l'Agence Régionale de Santé (ARS) à l'aide de la fiche de déclaration obligatoire ([cliquer ici](#)).**

Doit être déclaré, toute personne avec des signes cliniques évocateurs de Leptospirose ET au moins un des critères biologiques suivants :

- RT-PCR positive OU
- IgM Elisa positive OU
- Test MAT positif OU
- Séroconversion OU augmentation x4 des IgM sur deux prélèvements distants (1 à 3 semaines plus tard).

**Pour rappel**, la leptospirose due à une bactérie du genre *Leptospira* est une zoonose de répartition mondiale, transmise à l'homme par contact de la peau lésée ou d'une muqueuse avec de l'urine d'animaux porteurs de l'infection ou d'un environnement contaminé par cette urine.

**La maladie a une clinique extrêmement variée et peut être non spécifique** (syndrome pseudo-grippal), pouvant entraîner un retard diagnostique. **Toutefois la leptospirose**

**peut être responsable de formes graves** avec des atteintes rénale, hépatique, cardiaque ou pulmonaire, potentiellement mortelles.

**Les principales expositions à risque sont :**

- **Le contact avec de l'eau douce et les sols humides ou boues** (ex : lac, rivière, puits, fossé, lavoir), **notamment lors des activités de loisirs** (ex : kayaking, baignade, triathlon, courses extrêmes) dans les trois semaines précédant le début des symptômes.
- **Le contact avec des rongeurs principalement, ou lors d'une exposition professionnelle** (ex : militaire, agriculteurs, vétérinaires, égoutiers).
- On note également des expositions à risque lors du nettoyage d'habitations, locaux, ou des voies publiques après des intempéries (notamment dans les DROM et COM).

**La confirmation biologique de la leptospirose, repose sur la détection d'ADN dans des échantillons biologiques** dans les 10 premiers jours suivant les symptômes (RT-PCR dans le sang, le LCS ou les urines) **ou une sérologie positive** (test de dépistage ELISA des IgM et test MAT pour confirmation et typage), pouvant se positiver à partir du 5<sup>ème</sup> jour, dans un contexte clinique et épidémiologique évocateur.

Pour en savoir plus

SpF ([cliquer ici](#))

Fiche de déclaration obligatoire ([cliquer ici](#))

Contact : Alexandra SEPTFONS  
[dmi-zoonoses@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-zoonoses@santepubliquefrance.fr)

Si vous rencontrez dans votre pratique des phénomènes en lien avec

les alertes ou investigations rapportés dans ce Flash Info,

merci de les signaler à [dmi-contact@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-contact@santepubliquefrance.fr)

Date de clôture du numéro : 26 janvier 2024

L'équipe du Flash-Info maladies infectieuses vous souhaite une très bonne année 2024

Fatima AIT EL BELGHITI, Muriel LACOSTE, Harold NOEL et Bruno COIGNARD