

POINTS D'ACTUALITÉS

<p>Rougeole en France, données de surveillance au 27 juin 2018 (lien)</p>	<p>Quatre cancers sur dix attribuables aux facteurs de risque liés au mode de vie et à l'environnement sont évitables (A la Une)</p>	<p>Point sur les infections à entérovirus au 20 juin 2018 (pages 4 à 6)</p>
---	--	---

| A la Une |

Mesurer les parts de cancers évitables pour mieux guider la lutte et la prévention

Une part importante des cancers est attribuable à des facteurs de risque liés aux modes de vie ou à l'environnement. Cette part est donc potentiellement évitable. Un Bulletin épidémiologique hebdomadaire (1) présente les résultats d'un projet collaboratif associant plus de 80 experts de 9 organismes de santé publique français, anglais et canadiens. L'exposition de la population française a été quantifiée pour 13 facteurs de risque classés cancérigènes certains ou probables par le Centre international de recherche contre le cancer (Circ). Les données d'incidence de cancer des personnes âgées de 30 ans et plus pour l'année 2015 proviennent des registres de cancer français.

Les facteurs de risque étudiés sont : tabac, alcool, alimentation, surpoids et obésité, activité physique insuffisante, hormones exogènes, durée d'allaitement, infections, radiations ionisantes (radon, examens diagnostics), pollution atmosphérique, rayonnement solaire (UV), expositions professionnelles, exposition chimique en population générale (arsenic dans l'eau et benzène dans l'air intérieur). Selon ces travaux, 4 cancers sur 10 environ étaient attribuables aux facteurs de risque liés au mode de vie et à l'environnement étudiés. Ainsi, 142 000 cancers auraient pu être évités par des actions de prévention primaire sur les 346 000 nouveaux cas diagnostiqués chez les adultes.

Ces résultats soulignent à nouveau le poids de la consommation de tabac en France, responsable de 20 % des cancers en 2015. L'alcool constitue la deuxième cause de cancer en France, avec 8 % des nouveaux cas en 2015, suivi par l'alimentation (5,7 %) chez les hommes et le surpoids et l'obésité chez les femmes (6,8 %). Actuellement, les actions de prévention les plus importantes visent la réduction du tabagisme alors qu'il existe des actions de prévention efficaces pour d'autres grands facteurs de risque comme la consommation d'alcool, l'exposition aux UV (risque solaire) ou certaines infections (HPV). La prévention vis-à-vis des facteurs environnementaux ne doit pas non plus être négligée. L'augmentation de l'activité physique de la population et la réduction du surpoids doivent également être encouragées.

La communication de ces résultats auprès du public constitue un point crucial. L'enquête la plus récente réalisée en 2015 (à paraître) montre que la part de fausses croyances sur les causes de cancer a encore augmenté par rapport aux enquêtes précédentes. Ainsi, 70,6 % de la population pense que la consommation de sodas ou hamburgers cause plus de cancers que l'alcool et 66,9 % que la pollution atmosphérique cause plus de cancers que l'alcool.

(1) <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/in dex.html>

| Veille internationale |

Sources Sources : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), European Centre for Disease Control (ECDC)

23/06/2018 – L'ECDC publie une mise à jour d'épidémies actuelles telles que la maladie à virus Ebola en RDC avec 61 cas dont 28 décédés, le chikungunya et la dengue sévissant plus particulièrement dans l'hémisphère sud, la menace de maladie à *Vibrio* en mer Baltique, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo avec 17 cas en Russie depuis le 13 juin, des cas de rage animale à Moscou ainsi que dans 3 villages de la région de Lipetsk imposant leur mise en quarantaine (Russie) [\(lien\)](#).

11/06/2018 – Le Paraguay est certifié exempt de paludisme par l'OMS, ce pays a mis en place un solide système de surveillance et de riposte afin d'empêcher la réapparition du paludisme [\(lien\)](#).

| Surveillance de 5 maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MDO) |

La Cire dispose en temps réel des données de 5 MDO déclarées dans la région : infection invasive à méningocoque (IIM), hépatite A, rougeole, légionellose et toxi-infection alimentaire collective (TIAC). Les résultats sont présentés en fonction de la date d'éruption pour la rougeole (si manquante, elle est remplacée par celle du prélèvement ou de l'hospitalisation et, en dernier recours, par la date de notification), de la date d'hospitalisation pour l'IIM, de la date de début des signes pour l'hépatite A et la légionellose et de la date du premier cas pour les TIAC (si manquante, elle est remplacée par la date du repas ou du dernier cas, voire en dernier recours par la date de la déclaration des TIAC).

| Tableau 1 |

Nombre de MDO déclarées par département (mois en cours M et cumulé année A) et dans la région 2015-2018, données arrêtées au 28/06/2018

		Bourgogne Franche-Comté																			
		21		25		39		58		70		71		89		90		2018*	2017*	2016	2015
		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A				
IIM		0	4	1	4	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	13	20	22	17
Hépatite A		0	2	0	4	0	1	0	2	0	0	1	15	0	0	0	1	25	65	38	24
Légionellose		6	14	5	10	0	3	1	2	4	8	3	10	1	9	3	7	63	129	74	105
Rougeole		3	6	0	1	0	1	5	5	0	2	0	7	1	5	0	0	27	1	3	9
TIAC¹		0	0	2	7	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	11	33	37	35

¹ Les données incluent uniquement les DO et non celles déclarées à la Direction générale de l'alimentation (DGAL).

* données provisoires - Source : Santé publique France

| Surveillance environnementale |

Météo-France fournit chaque jour à 12h les prévisions météorologiques des 7 prochains jours ainsi que les Indicateurs BioMétéorologiques (IBM) des 5 prochains jours. Les deux IBM (IBM nuit / IBM jour) sont construits à l'aide des moyennes de températures prévues sur 3 jours consécutifs, permettant respectivement de vérifier si ces prévisions d'IBM dépassent un seuil d'alerte. Quand ces 2 IBM nuit/jour dépassent simultanément les seuils d'alertes dans un département, cela signifie que Météo-France prévoit une vague de chaleur d'au moins 72 heures ; dans ce cas, le préfet décide de l'opportunité de passer au niveau 3 « alerte canicule » d'après la carte vigilance éditée par Météo-France à 16h.

Météo-France attend globalement sur le centre-est du pays des températures minimales de l'ordre de 18 à 21 degrés en plaine dimanche matin et des maximales de 34 à 37 degrés l'après-midi : l'évolution de ces prévisions est donc à surveiller, notamment la carte vigilance de 16h, dans les prochains jours (www.meteofrance.com/previsions-meteo-france/metropole).

D'après le centre national de prévision de Météo-France : « Pic de chaleur prévu ce week-end sur l'ouest et le Centre du pays. Épisode persistant de **fortes chaleurs prévu vers le centre-est**. Risque de canicule à partir de samedi jusqu'au début de semaine prochaine sur la région lyonnaise. »

Les indices de pollution de l'air sont accessibles sur le site <http://www.atmosfair-bourgogne.org> pour la Bourgogne et www.atmo-franche-comte.org pour la Franche-Comté.

| Surveillance non spécifique (SurSaUD®) |

Les indicateurs de la SURveillance SANitaire des Urgences et des Décès (SurSaUD®) présentés ci-dessous sont :

- le nombre de passages aux urgences toutes causes par jour (tous âges et chez les 75 ans et plus) et les pathologies liées à la chaleur diagnostiquées par les services d'urgences de Bourgogne-Franche-Comté adhérant à SurSaUD®
- le nombre d'actes toutes causes par jour (tous âges et chez les 65 ans et plus) et les pathologies liées à la chaleur diagnostiquées par les associations SOS Médecins de Bourgogne-Franche-Comté adhérant à SurSaUD®
- le nombre de décès des états civils informatisés de Bourgogne-Franche-Comté

Commentaires :

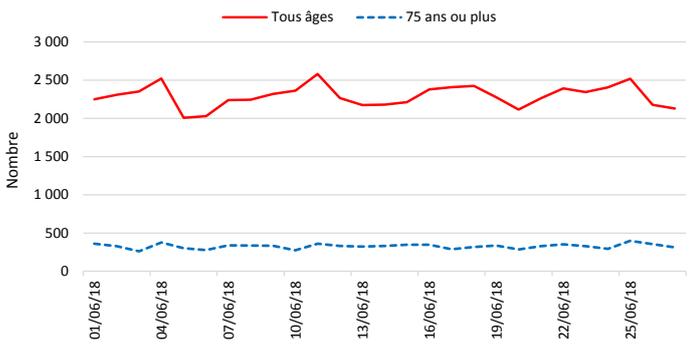
La Cire n'observe pas d'augmentation inhabituelle de l'activité globale récente des services d'urgences, des associations SOS Médecins ni de la mortalité déclarée (avec un délai) par les états civils en région Bourgogne Franche-Comté.

Complétude :

Les indicateurs des centres hospitaliers de Chatillon-sur-Seine, Semur-en-Auxois (ad.) et la Polyclinique Sainte-Marguerite Auxerre n'ont pas pu être pris en compte dans la figure 1.

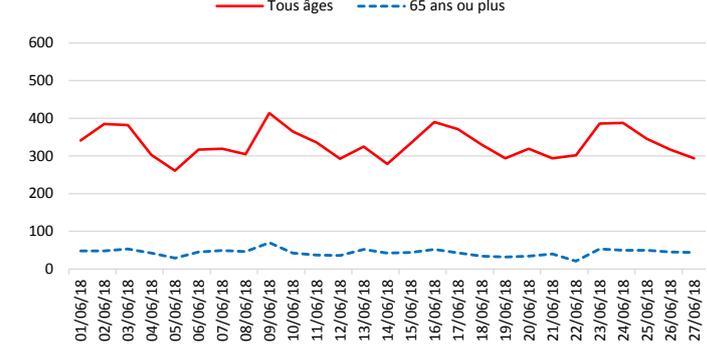
| Figure 1 |

Nombre de passages aux urgences de Bourgogne-Franche-Comté par jour, tous âges et chez les 75 ans et plus (Source : OSCOUR®)



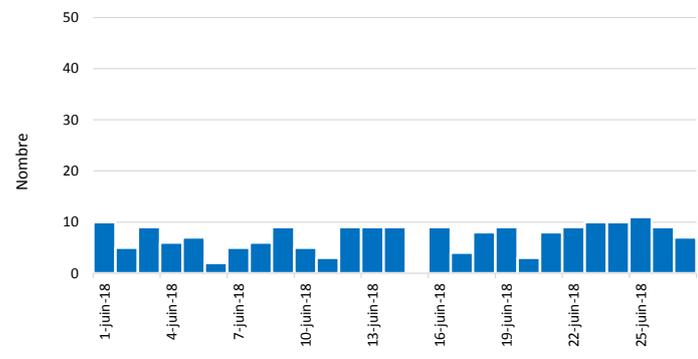
| Figure 2 |

Nombre d'actes SOS Médecins de Bourgogne-Franche-Comté par jour, tous âges et chez les 65 ans et plus (Source : SOS Médecins)



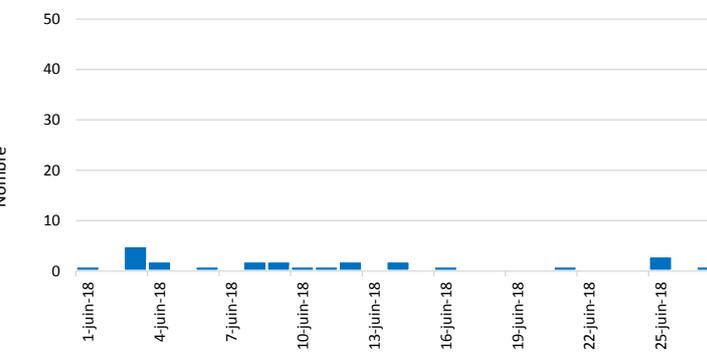
| Figure 3 |

Nombre de passages par jour aux urgences pour les pathologies en lien avec la chaleur (hyperthermies, déshydratations et hyponatrémies) de Bourgogne-Franche-Comté (Source : OSCOUR®)



| Figure 4 |

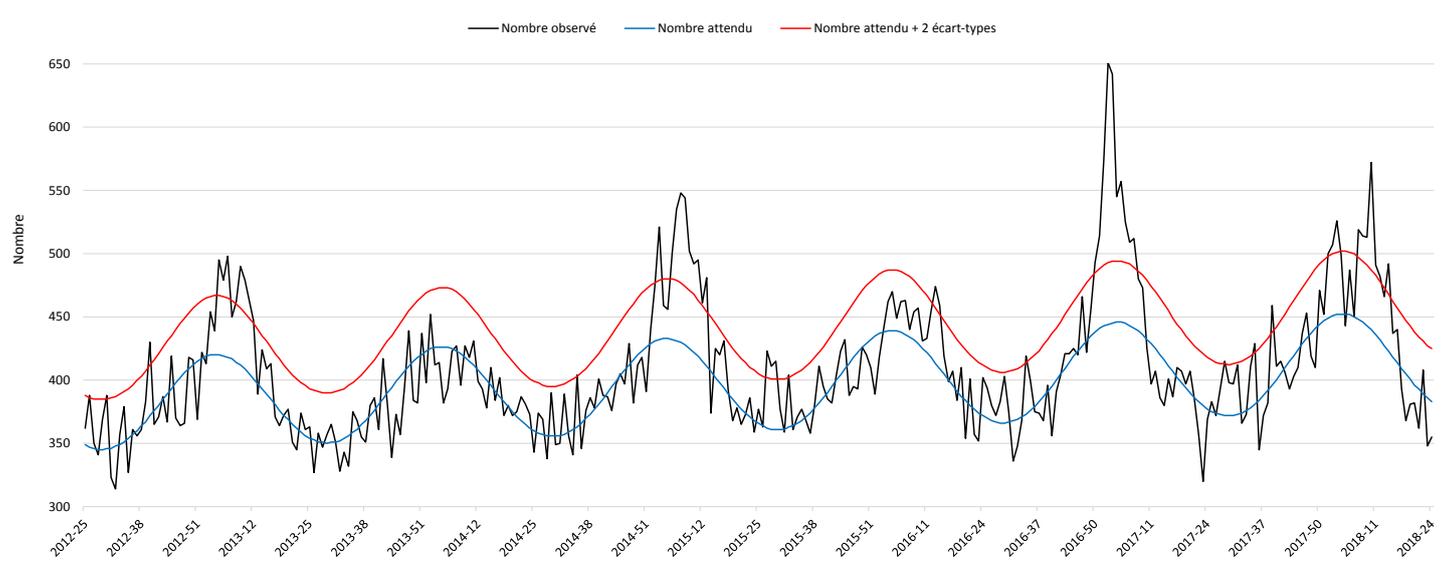
Nombre d'actes journaliers SOS Médecins pour les pathologies en lien avec la chaleur (hyperthermies, et déshydratations) de Bourgogne-Franche-Comté (Source : SOS Médecins)



| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire de décès issus des états civils de Bourgogne-Franche-Comté, nombre de décès attendus d'après le modèle Euromomo (en bleu) et seuil à 2 écarts-types (en rouge) (Source : Insee)

Le nombre de décès de ces 3 dernières semaines doit être considéré comme provisoire car une partie de ces décès n'a pas encore été remontée à la Cire

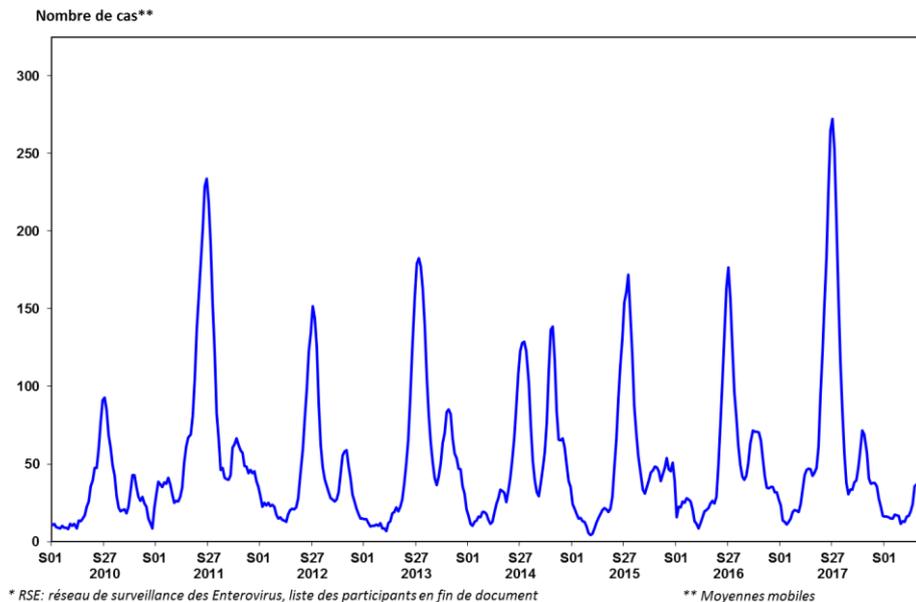


Contexte

Les entérovirus (EV) se distribuent partout dans le monde. Ils circulent tout au long de l'année dans les régions tropicales. Dans les zones tempérées telles que la France, on observe tous les ans, en été et automne, une augmentation des diagnostics d'infections à entérovirus principalement liée à la recrudescence des méningites (cf. figure 6 ci-dessous). Cette augmentation peut s'observer dès le mois de mai mais survient le plus souvent en juin-juillet. En 2017, le pic estival a été observé semaine 26, suivi d'un second pic de moindre ampleur au cours de l'automne (S43).

| Figure 6 |

Infections à entérovirus : distribution des cas positifs par semaine, réseau de surveillance des entérovirus RSE*, France, 1^{er} janvier 2010 – 3 juin 2018 (données provisoires au 8 juin 2018 ; n = 483 cas)



Manifestations cliniques

Les infections humaines à entérovirus sont fréquentes et prennent des formes symptomatiques très variées. Elles touchent surtout les enfants de moins de 15 ans. La transmission du virus se fait par contact de personne à personne ou *via* des objets ou aliments contaminés à partir des virus excrétés au niveau du rhino-pharynx ou dans les selles. D'autres modes de transmission sont également possibles : *via* la salive, au contact de lésions cutanées dans le cas des syndromes pied-main-bouche, mais aussi par transmission materno-fœtale à l'origine d'infections néo-natales. L'infection est le plus souvent paucisymptomatique (affections fébriles non spécifiques) ou asymptomatique. L'évolution est en règle générale bénigne, hormis chez le nouveau-né qui peut développer une infection systémique potentiellement fatale et chez les patients avec une immunodépression de type humorale ou sous certains traitements immunosuppresseurs.

Les manifestations les plus fréquemment rapportées et diagnostiquées sont neurologiques, majoritairement représentées par des méningites ne nécessitant qu'un traitement symptomatique et évoluant rapidement vers la guérison sans séquelles. Bien que tous les entérovirus soient potentiellement neurotropes, certains types comme l'échovirus 30 (E-30), l'E-6, l'E-11, l'E-13, l'E-18 ou le coxsackievirus B5 sont les plus fréquemment impliqués dans les méningites. Une co-circulation annuelle de nombreux types d'entérovirus est observée, avec la prédominance d'un type particulier (représentant à lui seul au moins 50 % des cas) lors des années où l'épidémie est plus marquée.

Epidémiologie dans le monde

Les encéphalites (habituellement moins d'une dizaine de cas par an en France), les paralysies et les ataxies sont rares. Dans l'état actuel des connaissances, les atteintes neurologiques graves semblent être plus fréquemment associées à deux types d'EV : l'entérovirus A71 (complications majoritairement de type encéphalite) et l'entérovirus D68 (myélite flasque aiguë). Une circulation accrue de ces deux types peut donc s'accompagner d'une recrudescence d'atteintes neurologiques graves, comme observé au cours des 20 dernières années lors d'épidémies de maladie pieds-mains-bouche associées à l'EV-A71 en Asie ou en 2014 et 2016 au décours d'épidémies d'infections respiratoires associées à l'EV-D68 aux Etats-Unis.

Epidémiologie en France

En France, en 2016, une recrudescence inhabituelle de formes neurologiques graves (82 cas dont 32 avec séquelles selon l'évolution à court terme) a été enregistrée, impliquant en majorité l'EV-A71 et l'EV-D68. Les patients hospitalisés étaient principalement des enfants (âge médian : 3 ans) présentant des atteintes neurologiques de type encéphalite, rhombencéphalite et paralysie flasque aiguë. Aucun autre épisode de ce type n'avait été jusqu'alors signalé en France. Sa détection a eu lieu dans un contexte de surveillance renforcée mise en place par Santé publique France et le CNR suite au signalement fin mai 2016 d'un foyer d'infections graves à entérovirus (majoritairement dues à EV-A71) en

Catalogne. En 2017, 22 cas d'infections à EV-A71 ont été détectés (contre 144 en 2016) dont 7 associés à des atteintes neurologiques sévères. Par ailleurs, une étude longitudinale menée au CHU de Lyon entre 2010 et 2016 a montré une augmentation bisannuelle de la circulation de l'EV-D68 (principalement détectée à l'automne mais pouvant survenir dès le début de l'été). Toutes ces données épidémiologiques justifient la nécessité du maintien en 2018 d'une surveillance renforcée des atteintes neurologiques sévères et de la circulation de l'EV-D68 et de l'EV-A71 grâce au réseau de surveillance des infections à EV et celui de la maladie pieds-mains-bouche.

Manifestations cliniques en France

Les autres manifestations cliniques observées en France métropolitaine comprennent le syndrome pied-main-bouche (surtout associé aux coxsackievirus A6, A16 et A10, plus rarement à l'entérovirus EV-A71 dans notre pays, contrairement à ce qui est observé en Asie), et des infections néonatales fébriles le plus souvent sévères, pouvant occasionnellement entraîner le décès par défaillance cardiaque (surtout associées aux coxsackievirus B et à l'échovirus 11). Sont également rapportés des syndromes respiratoires le plus souvent peu sévères (associés notamment à l'EV-D68), des

atteintes cardiaques (myocardites et péricardites aiguës, impliquant surtout des coxsackievirus B) pour lesquelles il faut rappeler l'intérêt diagnostique de la recherche du génome (RT-PCR) dans le sang, des syndromes digestifs (liés surtout aux échovirus). Dans les DOM-TOM, comme dans d'autres pays tropicaux, sont rapportées des épidémies de conjonctivites hémorragiques de grande ampleur associées à la circulation du CV-A24 (Réunion 2014, Antilles 2017).

Surveillance des infections à entérovirus en France

En France, la surveillance des infections à entérovirus est assurée depuis 2000 par un réseau de laboratoires volontaires (Réseau de surveillance des entérovirus, RSE, coordonné par le CNR et Santé publique France). Les données d'activité concernant les diagnostics d'infection à entérovirus sont recueillies de façon mensuelle. Depuis 2013, elles sont saisies en ligne sur un site dédié, hébergé par le CNR à Clermont-Ferrand (<http://cnr.chu-clermontferrand.fr>).

Cette surveillance cible en priorité les infections neuro-méningées à EV. Par ailleurs, depuis 2012, le CNR a mis

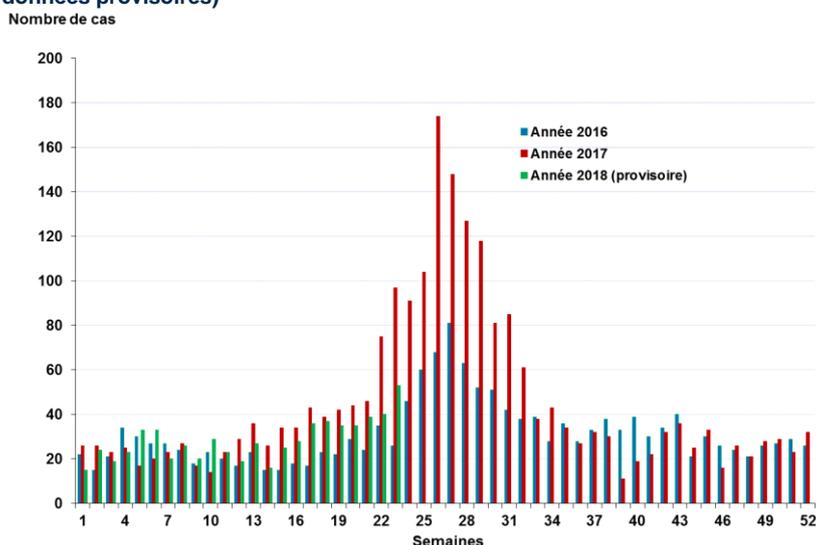
en place une surveillance hospitalière renforcée des infections à EV sévères (notamment néonatales et respiratoires) et une surveillance communautaire des syndromes pieds-mains-bouche. En complément, une surveillance des passages aux urgences pour un diagnostic de méningite à entérovirus est assurée par le réseau Oscour® de Santé publique France. Ce réseau a actuellement une couverture de près de 90 % des services d'urgences adultes et pédiatriques au niveau national et permet une détection précoce de toute augmentation d'incidence de ces méningites.

Situation épidémiologique au 20 juin 2018

En 2018, les services d'urgence appartenant au système de surveillance Oscour® de Santé publique France ont commencé à observer une augmentation progressive du nombre de passages aux urgences pour méningites virales à partir de la semaine 15 (9 au 15 avril), suivie d'un plateau en semaines 17 à 20 puis d'une nouvelle augmentation des cas semaine 21-23 (21 mai au 8 juin). Cependant, le nombre hebdomadaire de cas est inférieur à celui observé sur la même période au cours de l'année 2017. Une ascension du nombre des cas est attendue, le pic estival est habituellement observé fin juin-début juillet (semaine 26 ou 27) comme le montrent les figures 6 et 7.

| Figure 7 |

Passages aux urgences pour méningite à entérovirus, données Oscour®/Santé publique France, France entière, comparaison 2016-2017 (1^{er} janvier au 10 juin 2018, données provisoires)



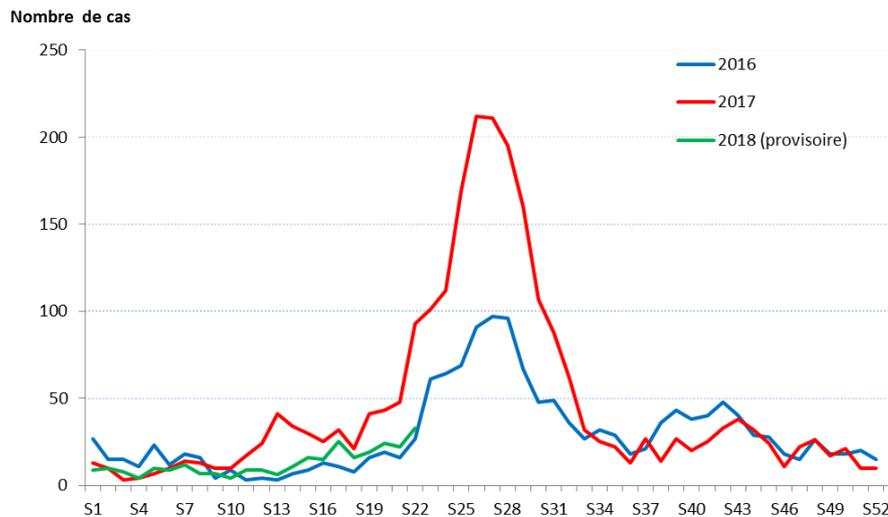
* Données Oscour/Santé Publique France; hôpitaux constants 2015-17 (274 services d'urgences adulte, 253 pédiatriques)

Les données en provenance du RSE montrent les mêmes tendances (cf. figures 6 et 8). Au 08 juin, 293 cas d'infection avec détection positive de l'EV dans le LCR ont été déclarés par les laboratoires du RSE (représentant 61 % des cas d'infections à EV déclarés). D'après les résultats de typage disponibles à ce jour chez les patients avec détection de l'EV dans le LCR (n= 100 dossiers), l'E-30 (27 %) et l'E-9 (27 %) seraient dominants, suivi par l'E-25 (13 %). Tous les autres types identifiés représentent moins de 10% des virus identifiés.

Sur la totalité des infections pour lesquelles un entérovirus a pu être typé, quelle que soit la forme clinique, 5 cas d'infections à EV-A71 ont été rapportés à ce jour, dont 4 chez des enfants ayant présenté une maladie pieds-mains-bouche et 1 chez une femme enceinte ayant présenté des signes d'encéphalite (détection dans le LCR – évolution favorable). Une infection à EV-D68 a été diagnostiquée chez un patient ayant présenté un déficit du membre supérieur droit avec aphasie au décours d'un syndrome d'allure grippale.

| Figure 8 |

LCR positifs pour les entérovirus par semaine depuis le 1^{er} janvier 2018, comparaison avec les années 2016-2017 (source : RSE*, données provisoires au 8 juin 2018)



* RSE: réseau de surveillance des Enterovirus, liste des participants en fin de document

En pratique

Au 08 juin, les données collectées semblent indiquer un début d'épidémie de méningites comparable à celle observée en 2016, sans qu'il soit possible de prévoir l'ampleur de celle-ci au cours de l'été 2018. Aucune augmentation du nombre de formes cliniques sévères, en particulier neurologiques, n'a été signalée. L'EV-A71 et l'EV-D68 ont été détectés de manière sporadique, mais aucune augmentation de leur circulation n'a été observée.

Les infections symptomatiques à entérovirus sont le plus souvent bénignes. Toutefois, toute symptomatologie fébrile associée à une symptomatologie neurologique doit faire évoquer le diagnostic d'infection à entérovirus et impose une consultation médicale. L'évolution des méningites à entérovirus, symptomatologie la plus fréquente, se fait en règle générale vers la guérison, et tout traitement antibiotique est inutile.

Devant toute symptomatologie sévère, en particulier neurologique, pouvant évoquer un diagnostic d'infection à entérovirus, la recherche du génome des EV dans le LCR doit être complétée par la réalisation de prélèvements périphériques (prélèvements nasopharyngés, selles) pour confirmer le diagnostic, et permettre le génotypage de l'EV en cause. Toute atteinte neurologique sévère associée à une infection à EV doit être signalée à l'un des deux laboratoires du CNR.

Dans l'entourage des patients, le renforcement des règles d'hygiène familiale et/ou collective (lavage des mains notamment) est impératif afin de limiter la transmission de ces virus, notamment aux personnes immunodéprimées ou aux femmes enceintes.

Pour en savoir plus :

- Site web du CNR des Enterovirus/parechovirus : <http://cnr.chu-clermontferrand.fr>



Département Alerte et Crise

Point Focal Régional (PFR) des alertes sanitaires

Tél : 0 809 404 900
Fax : 03 81 65 58 65
Courriel : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr

| Remerciements des partenaires locaux |

Nous remercions nos partenaires de la surveillance locale :

Réseau SurSaUD®, ARS sièges et délégations territoriales, Samu Centre 15, Laboratoire de virologie de Dijon, Services de réanimation de Bourgogne-Franche-Comté et l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance.



Des informations nationales et internationales sont accessibles sur les sites du Ministère chargé de la Santé et des Sports :

<http://social-sante.gouv.fr/>

et de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr>

**Equipe de la Cire Bourgogne
Franche-Comté**

Coordonnateur
Claude Tillier

Epidémiologistes
François Clinard
Olivier Retel
Jeanine Stoll
Elodie Terrien
Sabrina Tessier

Assistante
Mariline Ciccardini

Internes de santé publique
Benjamin Coulon
Mickaël Piccard

Directeur de la publication
François Bourdillon,
Santé publique France

Rédacteurs
L'équipe de la Cire

Diffusion
Cire Bourgogne-Franche-Comté
2, place des Savoirs
BP 1535 21035 Dijon Cedex
Tél. : 03 80 41 99 41
Fax : 03 80 41 99 53
Courriel :
cire-bfc@santepubliquefrance.fr

Retrouvez-nous sur :
<http://www.santepubliquefrance.fr>