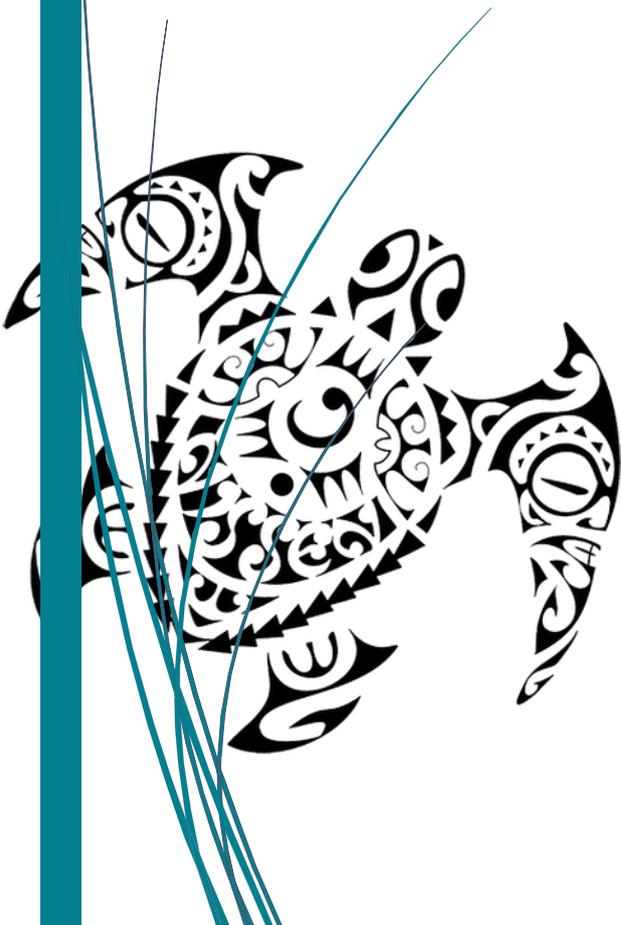


Guide des maladies infectieuses pour la Polynésie française

A destination des professionnels de santé



Sommaire

1. Introduction

- 1.1. Rappels sur les risques émergents
- 1.2. Point sur la surveillance épidémiologique et la veille sanitaire en Polynésie française
 - ❖ Objectifs de la surveillance épidémiologique et de la veille sanitaire
 - ❖ Missions du Bureau de veille sanitaire de la Direction de la santé
- 1.3. Liste alphabétique des fiches « maladies infectieuses » du guide

2. Rappels sur les mesures d'hygiène

- 2.1. La contamination
 - ❖ Les réservoirs d'agents infectieux
 - ❖ Les sources de contamination
 - ❖ Mode de contamination
- 2.2. Mesures préventives d'hygiène
 - ❖ Mesures d'hygiène à appliquer au quotidien
 - ❖ Mesures renforcées d'hygiène
- 2.3. Protocoles de la Direction de la santé concernant les précautions complémentaires
- 2.4. Cas particulier des accidents d'exposition au sang

Annexes

Principaux agents pathogènes responsables de gastroentérites aiguës

Etiologie et tests de diagnostic des infections respiratoires aiguës (IRA)

Rappels sur la Covid-19

Fiche technique - Réalisation d'un prélèvement nasopharyngé

Epidémies d'arboviroses en Polynésie française

Calendrier vaccinal de la Polynésie française

Répartition géographique de la Polynésie française

Organigramme de la Direction de la santé (21/02/2022)

Glossaire

1. Introduction

Il est essentiel d'avoir connaissance de la survenue d'une maladie infectieuse afin de mettre en œuvre le plus rapidement possible les mesures préventives et/ou curatives qui s'imposent pour les personnes exposées, notamment en collectivité, et pour celles présentant un risque accru de complications.

Trois étapes sont nécessaires pour la transmission d'une maladie infectieuse d'un individu à l'autre ou à partir de l'environnement :

- Emission de l'agent pathogène par le sujet malade ou porteur asymptomatique (sécrétions respiratoires, selles, urines, sang, etc.) ou par la source environnementale
- Transmission directe à la personne saine (de personne à personne ou par aérosol) ou indirecte par l'intermédiaire d'objets contaminés ou d'un vecteur
- Introduction de l'agent pathogène (bouche, nez, peau) chez l'individu sain qui devient infecté.

La connaissance de la période d'incubation d'une maladie infectieuse permet d'estimer le temps durant lequel d'autres cas peuvent survenir dans le foyer/la collectivité et de déterminer la rapidité avec laquelle les mesures de prévention, telle que la chimioprophylaxie, doivent être mises en œuvre.

Le contrôle optimal nécessite donc une information précise sur la période d'incubation, la durée de la contagion et les mesures à prendre concernant l'isolement du sujet malade, l'hygiène et la prévention de l'entourage, notamment en collectivité.

1.1 - Rappels sur les risques émergents

« Ce qui s'est passé aux époques anciennes où par exception la nature a réussi un essai, se répète à tous les instants présents et se répètera de même toujours. Il y aura donc des maladies nouvelles, c'est un fait fatal. »

Charles NICOLLE (1933)

L'émergence des maladies infectieuses restent une préoccupation majeure pour les responsables de santé publique humaine ou animale. Il est à noter que la plupart de ces infections trouvent leur origine dans le monde animal.

Une infection émergente est définie comme une infection dont l'incidence chez les humains a augmenté au cours des deux dernières décennies ou dont le risque d'augmentation de l'incidence est vraisemblable dans un futur proche.

L'émergence d'une maladie infectieuse est un phénomène dynamique et complexe qui résulte de l'interaction entre trois facteurs : l'hôte, (c'est-à-dire le sujet susceptible d'être infecté), l'agent biologique et l'environnement.

Les facteurs favorisant l'émergence sont :

- *Facteurs sociaux et politiques* : démographie et comportement, urbanisation, dégradation des conditions sanitaires, etc.
- *Facteurs économiques* : déplacements et échanges commerciaux, explosion du trafic aérien, mondialisation des échanges de biens et de marchandises, etc.
- *Facteurs écologiques* : changements climatiques, déforestation, etc.
- *Facteurs génétiques et biologiques* : sensibilité de l'hôte, évolution et adaptation microbienne, augmentation de la consommation d'antibiotiques et pression de sélection.

Quelques exemples d'émergence :

- *Maladies anciennes ré-émergentes* : peste en Inde (1994), en Algérie (2003), à Madagascar (2017).
- *Maladies anciennes, connues avant 1980, émergentes dans d'autres pays* : infection à virus West-Nile en Amérique du Nord, Amérique latine et aux Caraïbes (1999) ; Chikungunya en Asie puis diffusion de l'Océan Indien au continent américain (2013) ; Maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (2014).
- *Maladies nouvelles émergentes dans le monde depuis 1980* : Infection à VIH1/VIH2 (1981/ 1985) ; Hépatites à virus C (1989) et à virus E (1990) ; SRAS (2002-2003) ; Grippe aviaire A/H5N1 (2004-2005) ; Infection Zika en Micronésie (2007) puis en Polynésie (2013) et en Amérique latine (2015) ; Grippe A/H1N1 pdm09 (2009) ; MERS-CoV (2012) ; Covid-19 (2019).

Face au risque émergent, l'attitude à adopter consiste à associer une surveillance épidémiologique permanente, sensible et fiable, une communication rapide grâce à des réseaux d'alerte mondiaux performants et l'élaboration de plans d'action préétablis pour des interventions ciblées. Ainsi :

- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé dès 2000 le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémies (GOARN) qui relie plusieurs réseaux de surveillance, certains spécifiquement conçus pour repérer des événements inhabituels, qu'ils soient naturels, accidentels ou délibérés (bioterrorisme).
- Tout événement sanitaire susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée internationale doit être notifié à l'OMS dans les 24 heures suivant sa détermination.
- Le nouveau Règlement Sanitaire International (RSI), entré en vigueur le 15 juin 2007, a élargi son champ d'application à toutes les urgences sanitaires indépendamment de leur cause et de leur origine (y compris les maladies émergentes ou de cause inconnue) susceptibles de représenter une menace pour la santé publique.

La prise en charge de cas suspects de ces infections repose sur des procédures standardisées qui permettent d'articuler de façon cohérente les mesures, individuelles et collectives, à appliquer :

- Dépister (symptomatologie clinique compatible et critères épidémiologiques d'exposition)
- Protéger
- Prendre en charge /Evaluer la gravité
- Alerter /Classer /Orienter
- Confirmer le diagnostic : c'est de la rapidité du diagnostic que dépendent l'alerte des structures sanitaires et la réponse des pouvoirs publics, d'où l'importance de disposer d'outils de diagnostic microbiologique de proximité
- Traiter et prendre en charge les personnes contacts et co-exposées.

Les mesures de santé publique ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire la mortalité des maladies émergentes, notamment l'isolement des patients, la mise en quarantaine de leurs contacts et le contrôle de la transmission aux frontières.

L'histoire de l'humanité a été émaillée d'infections émergentes ou réémergences et tout laisse à penser que ces phénomènes devraient se poursuivre, ce qui justifie de disposer d'un service de veille sanitaire efficace.

1.2 - Point sur la surveillance épidémiologique et la veille sanitaire en Polynésie française

❖ Objectifs de la surveillance épidémiologique et de la veille sanitaire

- Recueillir et valider les signaux sanitaires et environnementaux, inhabituels ou anormaux, pouvant représenter un risque pour la santé humaine
- Décrire, c'est-à-dire produire des informations sur la dynamique des maladies et leurs tendances (temps, lieux, personnes)
- Alerter, c'est-à-dire détecter précocement les phénomènes épidémiques ou l'émergence de nouveaux problèmes de santé
- Caractériser les risques sanitaires émergents
- Evaluer, c'est-à-dire mesurer l'efficacité d'une mesure de contrôle ou d'une action préventive
- Elaborer et tester des hypothèses de recherche
- Agir de façon efficiente pour le contrôle et la prévention de ces pathologies.

Les principaux outils de surveillance épidémiologique et de veille sanitaire sont :

- La surveillance syndromique, *via* le réseau de médecins sentinelles et les services d'urgences hospitaliers, permettant de :
 - Détecter un événement sanitaire inattendu
 - Détecter précocement un événement sanitaire prédéfini, tel qu'une épidémie saisonnière, et de mesurer l'impact et les conséquences de cet épisode
 - Estimer l'impact d'un événement environnemental ou sociétal

- Surveiller spécifiquement des pathologies en dehors de tout événement.
- La notification des maladies à déclaration obligatoire (MDO)¹ :
 - L'objectif est de détecter et de déclarer les 44 maladies à déclaration obligatoire (cf. TAB. I) pour prévenir les risques d'épidémie, mais aussi pour analyser l'évolution dans le temps de ces maladies et adapter les politiques de santé publique aux besoins de la population
 - Le dispositif repose sur la transmission de données par les médecins et les biologistes (libéraux et hospitaliers) au Bureau de veille sanitaire de la Direction de la santé.
- La surveillance de laboratoire *via* les données microbiologiques transmises par les laboratoires d'analyses médicales du secteur public et privé
- Le signalement de maladies ou d'événements inhabituels nécessitant une investigation (événement climatique, syndrome non étiqueté, etc.).

❖ Missions du bureau de veille sanitaire (BVS)²

En lien avec ses partenaires du secteur public et privé, les missions du BVS sont de :

- Collecter et traiter les données de surveillance sur l'état de santé de la population
- Réaliser les investigations épidémiologiques autour des cas
- Animer les réseaux de surveillance
- Initier la réponse aux signaux d'alerte sanitaire validés
- Détecter toute menace pour la santé publique et en alerter les pouvoirs publics
- Coordonner la gestion des alertes et des interventions sanitaires
- Concevoir et gérer l'appareil statistique de collecte, d'exploitation et de diffusion des statistiques sanitaires, en relation avec l'Observatoire de la santé
- Gérer les données d'activité de la direction de la santé et développer le partenariat avec les autres institutions, à l'échelon local et international
- Participer à des actions de prévention, de formation et de communication
- Assurer la rétro-information en diffusion locale, régionale et internationale, notamment *via* le Bulletin de Surveillance Sanitaire bimensuel et les rapports annuels par pathologie.

***In fine*, le BVS a un rôle de veille sanitaire, de surveillance, d'investigations, d'alerte et de gestion d'alertes, ainsi que de mise en œuvre du RSI.**

¹ Loi sur les MDO révisée et promulguée le 1^{er} avril 2019

² Arrêté n° 1771 CM du 26 août 2021 portant organisation de la direction de la santé : voir organigramme en annexe

Tableau I : Maladies à déclaration obligatoire en Polynésie française

Maladies devant faire l'objet d'une procédure de signalement immédiat (article 1er)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Botulisme 2. Brucellose 3. Maladie du charbon 4. Chikungunya 5. Choléra 6. Coqueluche 7. Dengue 8. Diphtérie 9. Fièvre jaune 10. Fièvre typhoïde et fièvre paratyphoïde 11. Fièvres hémorragiques virales 12. Hépatite A aiguë 13. Hépatite E aiguë 14. Infection invasive à méningocoque 15. Légionellose 16. Listériose 	<ol style="list-style-type: none"> 17. Orthopoxviroses dont la variole 18. Paludisme, autochtone ou d'importation 19. Peste 20. Poliomyélite 21. Rage 22. Rougeole 23. Maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines 24. Toxi-infection alimentaire collective (TIAC) 25. Tuberculose 26. Tularémie 27. Typhus exanthématique 28. Zika 29. Arboviroses autres que celles figurant dans la liste <i>supra</i> 30. <i>Autres pathologies infectieuses faisant l'objet d'une alerte locale, nationale, régionale ou internationale</i>
Maladies devant faire l'objet d'une notification dans le cadre de la surveillance épidémiologique (article 3)	
<p><i>Les maladies énumérées à l'article 1er</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angiostrongylose nerveuse 2. Cancers 3. Filariose lymphatique 4. Hépatite B aiguë 5. Hépatite B chronique 6. Hépatite C aiguë 7. Hépatite C chronique 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 9. Lèpre 10. Leptospirose 11. Rhumatisme articulaire aigu 12. Saturnisme des personnes mineures 13. Syphilis 14. Tétanos

Fiches de notification téléchargeables :

<https://www.service-public.pf/dsp/fiches-maladies-declaration-obligatoire/>

1.3 - Liste alphabétique des fiches du guide

Ce guide des maladies infectieuses pour la Polynésie française, élaboré par le BVS, s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé qui ont en charge les mesures à prendre en cas de maladies infectieuses, en coordination avec les autorités sanitaires de la Polynésie française.

Afin de rassembler de façon homogène et concise l'ensemble des données disponibles sur les maladies transmissibles observées en Polynésie française, un guide constitué de fiches est apparu comme l'outil le plus pertinent et le plus pratique par sa facilité d'utilisation.

Chaque maladie fait ainsi l'objet d'une fiche individuelle précisant les étapes nécessaires à la compréhension des mesures à prendre.

Liste alphabétique des fiches du guide

Angiostrongylose.....	14
Botulisme.....	15
Bronchiolite.....	16
Brucellose.....	17
Charbon.....	18
Chikungunya.....	19
Choléra.....	20
Ciguatéra.....	21
Conjonctivite.....	22
Coqueluche.....	23
Dengue.....	24
Diphthérie.....	25
Fièvre Jaune.....	26
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde.....	27
Filariose lymphatique.....	28
Gale.....	29
Gastroentérites à salmonelles mineures.....	30
Gastroentérites à virus ou présumée virale.....	31
Giardiase.....	32
Hépatite A.....	33
Hépatite B.....	34
Hépatite C.....	35
Hépatite E.....	36
Infections à Clostridioides difficile.....	37
Infections à Neisseria gonorrhoeae.....	38
Infections à staphylocoque doré.....	39
Infections à streptocoques A et B.....	40
Infections à vibrions non cholériques.....	41
Infections invasives à méningocoque.....	42
Infections à pneumocoque.....	43
Infections respiratoires aiguës (I).....	44
Infections respiratoires aiguës (II).....	45
Légionellose.....	46
Lèpre.....	47
Leptospirose.....	48
Listériose.....	49
Maladie pieds-mains-bouche.....	50
Mégalérythème épidémique.....	51
Méningite à Haemophilus.....	52
Méningites virales.....	53
Oreillons.....	54
Paludisme.....	55
Rage.....	56
Rougeole.....	57
Syphilis.....	58
Tétanos.....	59
Toxi-infections alimentaires collectives.....	60
Tuberculose.....	61
Varicelle – Zona.....	62
Variole du singe (variole simienne) - Monkeypox.....	63
VIH.....	64
Zika.....	65

NB : une fiche concerne la ciguatéra, un type particulier d'intoxication lié à l'ingestion de poissons tropicaux associés aux récifs coralliens et non à un microbe. Cette maladie, transmissible à l'Homme du fait de l'environnement corallien, est un problème non négligeable de santé publique dans l'océan Pacifique et nécessite donc d'être notifiée aux autorités sanitaires.

Références

- ECN.PILLY 2020 - Maladies infectieuses et tropicales : <https://www.unitheque.com/ecn-PILLY-2020/cmit-alinea-plus/Livre/145364>
- Haut Conseil de la santé publique - Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes - 2012 : https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120928_maladieinfectieusecollectivite.pdf
- Haut Conseil de la santé publique - Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives - 2011 : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=213>
- OMS - Maladies émergentes : https://www.who.int/topics/emerging_diseases/fr
- Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/nos-principes-fondateurs/centres-nationaux-de-referance-pour-la-lutte-contre-les-maladies-transmissibles>
- Centres Nationaux de Référence - Institut Pasteur à Paris : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR>
- Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>
- Direction de la santé de Polynésie française : <https://www.service-public.pf/dsp>
- INFOVAC - France : <https://www.infovac.fr/actualites>
- Haute Autorité de Santé : https://has-sante.fr/jcms/fc_2875208/fr/rechercher-une-recommandation-un-avis
- COREB (Coordination Opérationnelle Risque Epidémique et Biologique) : <https://www.coreb.infectiologie.com/?msclkid=c3e5e672af3b11eca3276a1212bdb694>
- Mon carnet de vaccination électronique : <https://www.mesvaccins.net>
- Ministère des solidarités et de la santé - Maladies infectieuses : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/>
- Société française d'hygiène hospitalière SF2H – Avis relatif aux mesures de prévention et contrôle de l'infection dans le contexte de la pandémie COVID-19 dans tous les secteurs de soin : https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/12/Avis-SF2H-PS-en-contexte-COVID-19_Nov2020.pdf
- Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES) : <https://www.geres.org/aes-et-risques/>

2. Rappels sur les mesures d'hygiène

L'application des règles d'hygiène tient une place essentielle dans la prévention des maladies infectieuses pour lutter contre les sources de contamination et réduire la transmission. Une application rigoureuse de ces mesures, au quotidien même en dehors d'infection déclarée, permet de prévenir la propagation des agents infectieux.

Il est à noter que les mesures d'hygiène sont d'autant plus importantes dans les structures accueillant des jeunes enfants ou des personnes fragiles.

La survenue d'une maladie transmissible dans ces collectivités doit faire l'objet d'une alerte précoce du BVS, et être l'occasion de revoir ces mesures et leur application pour prévenir des cas secondaires ou une épidémie.

Une bonne compréhension de la propagation d'une maladie permet d'avoir une action plus efficace sur la mise en place des mesures d'hygiène à appliquer.

2.1 - La contamination

❖ Les réservoirs d'agents infectieux

- L'Homme asymptomatique (« sain »), porteur d'une flore commensale dont font partie certains germes pathogènes (staphylocoques dorés, *Escherichia coli*, etc.)
- L'Homme malade, principal réservoir du germe responsable de l'infection en cause (grippe, rougeole, méningite, etc.)
- L'environnement³ (*Clostridium*, Légionnelle, etc.)
- Les animaux (*Escherichia coli* producteurs de Shigatoxines chez les bovins, ovins, etc.).

❖ Les sources de contamination (fonction du lieu de vie de l'agent infectieux chez l'Homme)

- Les produits biologiques : sang, matières fécales, sécrétions oro-pharyngées⁴ émises lors de la toux, des éternuements, de la parole, etc.
- La peau infectée : plaie, liquide de vésicules, croûtes de lésions bactériennes, etc.
- Les cheveux infectés ou parasités.

❖ Mode de contamination

Le mode de contamination peut être :

- Direct : la contamination se fait du réservoir vers l'hôte

³ Air, terre, eau ou objets.

⁴ Il faut distinguer les « grosses gouttelettes » qui sont lourdes et pour lesquelles la contamination entre individus nécessite une faible distance et les particules de Pflüge » constituées de très petites gouttelettes dont l'émission peut se faire par aérosol et sur une beaucoup plus grande distance.

- Indirect : la contamination se fait par l'intermédiaire d'un vecteur tel que les mains (manuportage), un produit, un support inerte ou un matériel contaminé.

Les voies de transmission sont :

- La voie cutanée par contact direct avec les sécrétions ou la peau contaminée ou par contact indirect avec des objets contaminés
- La voie digestive, ou contamination fécale-orale, en ingérant un produit contaminé ou en portant à la bouche les mains ou un objet contaminés
- La voie respiratoire : aérienne (inhalation d'aérosols contaminés) ou gouttelettes (projection de gouttelettes infectantes sur les muqueuses par la toux et les éternuements).

2.2 - Mesures préventives d'hygiène

❖ Mesures à appliquer au quotidien

Hygiène des locaux, du matériel, du linge, de l'alimentation

- Nettoyage quotidien des surfaces lavables en insistant sur les surfaces les plus souvent touchées (poignées de porte, téléphone, etc.) et avec une attention particulière pour l'entretien des sanitaires
- Vidage quotidien des poubelles et des autres conditionnements recommandés selon la nature des déchets
- Dans les structures s'occupant de jeunes enfants : nettoyage quotidien des pots, changement du linge dès que nécessaire, lavage quotidien des matériels et des jouets
- Respects scrupuleux des règles d'hygiène alimentaire dans la préparation et la distribution des repas.

Hygiène individuelle

La contamination manuportée étant responsable de nombreuses infections, le lavage des mains est un temps essentiel :

- A pratiquer avant chaque repas, après chaque passage aux toilettes, après manipulation des objets possiblement contaminés (terre, animal) et après s'être mouché
- Indispensable chaque fois qu'il y a eu un contact avec un produit biologique (selles, urines, sang, etc.)
- Réalisé avec un savon liquide et suivi d'un séchage soigneux (proscrire les torchons ou serviettes à usage partagé)
- Friction par produits hydroalcooliques (PHA) en l'absence d'accès immédiat à un point d'eau
- Ne pas oublier les ongles qui doivent être coupés courts et brossés régulièrement.

❖ Mesures renforcées d'hygiène

En cas de pathologies dues à une contamination digestive

- Hygiène des mains par lavage simple au savon ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides

- Manipuler tout objet ou matériel souillé par les selles et les vomissements avec des gants jetables
- Placer dans des sacs hermétiques fermés le linge souillé ou les déchets afin qu'ils soient lavés, désinfectés ou jetés
- Retirer les gants dès que possible et réaliser une hygiène des mains immédiatement après leur retrait
- Protéger sa tenue avec un tablier en plastique à usage unique pour effectuer les changes d'un malade présentant des diarrhées et des vomissements.

En cas de pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires

- Hygiène des mains par lavage simple au savon, ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides
- Nettoyer soigneusement les sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique, jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle, et se laver immédiatement les mains
- Mettre un mouchoir en papier devant son nez et/ou sa bouche en cas de toux ou d'éternuement
- Port du masque recommandé pour la personne malade et les sujets contacts (mesures spécifiques préconisées dans certaines situations épidémiologiques)
- Laver soigneusement les surfaces et objets présents dans les lieux fréquentés par les malades.

En cas de pathologies dues à une contamination à partir de lésions cutané-muqueuses

- Hygiène des mains par lavage simple au savon, ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides
- Utiliser des gants jetables à usage unique pour effectuer les soins d'une lésion cutanée ou muqueuse (gants retirés et jetés avant de toucher tout autre objet) et protéger la lésion par un pansement
- Hygiène systématique des mains après les soins.

2.3 - Protocoles de la Direction de la santé concernant les précautions complémentaires

En complément des précautions standard d'hygiène, certaines infections ou suspicions d'infections nécessitent la mise en œuvre de précautions complémentaires définies en fonction du microorganisme (réservoir, mode de transmission, résistance dans le milieu extérieur) et de l'infection (localisation, contagiosité, gravité). Leur maintien dans le temps dépend du microorganisme en cause et de la durée de sa contagiosité.

Ces précautions complémentaires visent à éviter la transmissions de micro-organismes d'un patient à un autre patient, du personnel soignant à un patient et du patient au personnel soignant, du patient ou du personnel soignant à l'environnement.

La Direction de la santé met à disposition sur son site des protocoles ayant pour objet de définir les modalités de mise en place de ces précautions complémentaires :

- Précautions complémentaires « contact » :

<https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2022/03/PCC.pdf>

- Précautions complémentaires « air » :

<https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2022/03/PCA.pdf>

- Précautions complémentaires « gouttelettes » :

<https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2022/03/PCG.pdf>

2.4 - Cas particulier des accidents d'exposition au sang

Un accident exposant au sang (AES) est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée.

La procédure de la Direction de la santé présente l'ensemble des mesures à engager pour tout AES (exposition directe ou par l'intermédiaire d'un instrument) et la conduite à tenir pour le suivi de l'agent exposé.

- Prise en charge des accidents d'exposition au sang :

https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2022/01/P-QR-R-Prise-en-charge-des-AES-V2_202109.pdf

Ce guide, élaboré sur la base des connaissances disponibles à la date de sa rédaction, est amené à évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

OOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOO

Angiostrongylose

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification Tableau clinique évocateur de méningite associé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé : confirmation biologique par PCR réalisée sur le LCR • Cas probable : diagnostic biologique par Western Blot réalisé sur le LCR ou le sérum • Cas possible : éosinophiles > 10 cellules ou > 10% des leucocytes dans le LCR
<p>Mémento</p>	<p>L'Angiostrongylose humaine, ou Angiostrongylose nerveuse, est une maladie parasitaire liée à un nématode, <i>Angiostrongylus cantonensis</i>. L'Homme, hôte accidentel, développe une pathologie neurologique à type de méningite et/ou encéphalite à éosinophiles d'évolution souvent favorable chez l'adulte mais parfois sévère chez l'enfant</p> <p>Maladie cosmopolite dans les régions intertropicales, particulièrement fréquente dans les îles du Pacifique, et dont le mode de transmission varie d'un lieu à l'autre</p> <p>En Polynésie française, environ 10 cas notifiés chaque année (contamination principalement via la consommation de crustacés mal cuits)</p> <p>Réservoir : rongeurs (hôtes à l'état adulte) et chevrettes, crabes, planaires ou autres mollusques (hôtes à l'état larvaire), dont <i>Achatina fulica</i> ou « escargot géant d'Afrique » très présent en Polynésie française</p> <p>Mode de contamination : ingestion des larves contenues dans des mollusques infectés crus ou peu cuits, ou présentes sur des crudités souillées par les sécrétions de mollusques. Chez le jeune enfant, la contamination s'effectue souvent par transmission manuportée après manipulation de mollusques terrestres</p> <p>Incubation : 2 à 5 jours</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méningite (céphalées fréquentes et intenses) et méningoradiculite (céphalées accompagnées de paralysies oculomotrices ou faciales) dans 90% des cas • Méningo-encéphalite dans 10% des cas • Atteinte oculaire (identification d'une larve dans l'œil, œdème papillaire, décollement ou hémorragie rétinienne, flou visuel) dans 1% des cas <p>! Toute céphalée, inhabituelle et/ou intense et/ou résistante au traitement antalgique, avec hyperéosinophilie sanguine doit faire suspecter une méningite à éosinophiles (MAE)</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éosinophiles > 10 cellules ou > 10% des leucocytes dans le LCS • Détection d'<i>A. cantonensis</i> par PCR dans le LCS • Western Blot sur LCS ou sérum <p>Traitement : symptomatique, analgésiques, corticothérapie dans certains cas</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Education alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas consommer certains plats à base d'invertébrés crus (crabes ou crevettes) • Bien laver les salades et crudités (provenant du fa'a'apu ou achetées dans le commerce) <p>Surveillance des jeunes enfants et élimination des escargots de leur environnement immédiat</p>
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, évolution) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier l'origine de la contamination : profession/secteur d'activités, consommation de crudités mal lavées, de mollusques, de crustacés, de taioro ou de mitihue, contact avec des achatines ou autres mollusques, etc. 4. Information du BSE avec transmission des données pour enquête alimentaire éventuelle
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>https://www.cdc.gov/parasites/angiostrongylus/index.html https://www.researchgate.net/publication/303372939_L%27angiostrongylose_humaine_une_maladie_tropicale_negligee</p>

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification : diagnostic essentiellement clinique</p> <p>Important : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Le BVS doit être alerté dans les plus brefs délais. Cette fiche doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification.</p>
<p>Mémento</p>	<p>Intoxication due à une neurotoxine produite par <i>Clostridium botulinum</i>, bactérie anaérobie présente dans l'environnement (sol, eau et sédiments aquatiques). Le botulisme humain est essentiellement associé aux types A, B et E, et exceptionnellement aux types C et F</p> <p>! Le botulisme fait partie des pathologies ciblées par le plan BIOTOX</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intoxication alimentaire : ingestion de la toxine produite par <i>C. botulinum</i> dans des aliments conservés n'ayant pas subi de processus poussé de stérilisation (salaisons, charcuteries ou encore conserves d'origines familiale ou artisanale, etc.) • Botulisme infantile : colonisation de l'intestin par la bactérie avec <u>formation endogène</u> de toxine. Le miel et l'ingestion de poussières contenant des spores de <i>C. botulinum</i> ont été reconnus responsables de ce type de botulisme, observé également chez l'adulte • Par blessure : infection consécutive à la contamination d'une plaie par <i>C. botulinum</i> (utilisateurs de drogues intra-veineuses) • Pas de contamination interhumaine <p>Incubation : en moyenne de 12 à 72 heures, fonction du type et de la quantité de toxine ingérée</p> <p>Clinique</p> <p>Affection neurologique aigüe caractérisée par une atteinte bilatérale des nerfs crâniens et une paralysie descendante dont les symptômes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ophtalmologiques : trouble de l'accommodation, mydriase, ptosis • Digestifs : douleurs abdominales, nausées, vomissements et diarrhée • Neurologiques : atteinte des nerfs des paires crâniennes (diplopie, dysarthrie, dysphonie et dysphagie) <p>Aggravation possible avec signes de paralysie flasque, descendante et symétrique (sécheresse de la bouche, défaut de déglutition, faiblesse des membres) ; Mortalité rare, fonction du type de toxine en cause (types A et E responsables des formes les plus graves)</p> <p>Diagnostic : coproculture et confirmation diagnostique par mise en évidence et typage de la toxine (test de létalité de la souris réalisé sur selles et/ou aliment incriminé, sérum, vomissements ou liquide gastrique)</p> <p>Traitement : symptomatique (ventilation assistée nécessaire dans les formes graves), sérothérapie dans les formes sévères (à administrer dans les 24 premières heures après l'apparition des symptômes)</p> <p>! Aucune action des antibiotiques sur la toxine botulique</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Prévention basée sur les bonnes pratiques (conserves, charcuteries), notamment lors de la préparation de conserves familiales</p> <p>! Toxine thermolabile (destruction par ébullition pendant 10 minutes)</p>
<p>Gestion par le BVS Y compris en astreinte</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, évolution) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier l'origine de la contamination (type de repas, aliments consommés, origine, date et lieux, nombre de convives, etc.) 4. Transmission des données au BSE pour enquête alimentaire 5. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR des bactéries anaérobies et botulisme : https://www.pasteur.fr/fr/file/31028/download</p> <p>Santé publique France https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/botulisme</p>

Bronchiolite

Maladie respiratoire épidémique très contagieuse, majoritairement due au virus respiratoire syncytial (VRS). Les autres agents causaux sont les virus *parainfluenzae*, adénovirus, etc.

Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par ceux-ci et par les mains. Ainsi, le rhume de l'enfant et de l'adulte peut être à l'origine d'une bronchiolite chez le nourrisson.

La bronchiolite touche principalement les enfants avant 2 ans. La majorité des cas est prise en charge en ambulatoire mais elle est le motif de très nombreux recours aux services d'urgence hospitaliers, avec un pic de fréquence classiquement au mois de décembre. C'est la première cause d'hospitalisation du nourrisson de moins d'1 an.

Mémento

Mode de contamination : par les sécrétions respiratoires *via* les gouttelettes émises lors de la toux ou des éternuements (malades, porteurs asymptomatiques)

! Populations à risque : nourrissons < 3 mois, prématurés, nourrissons atteints de maladies respiratoires ou cardiaques ou immunodéprimés

Incubation : 2 à 7 jours le plus souvent

Clinique : congestion nasale, toux légère, fièvre modérée ou absente

! Evolution possible vers une infection respiratoire basse avec toux, augmentation des sécrétions conduisant à une gêne respiratoire se traduisant par une respiration rapide et sifflante

Diagnostic : confirmation virologique par techniques moléculaires (*cf. annexe page 67*)

Traitement : symptomatique dont maintien d'une bonne hydratation pour faciliter la fluidité des sécrétions (lavages de nez pour désobstruer les voies nasopharyngées)

Mesures préventives

Eviter la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie

Pour les nourrissons

- Eviter les endroits publics confinés (risque de contact avec des personnes malades)
- Nettoyer régulièrement les objets avec lesquels le nourrisson est en contact
- Ne pas partager les biberons, sucettes ou couverts non lavés
- Aérer régulièrement la chambre en ouvrant la fenêtre (au moins 10 minutes par jour)
- Ne pas exposer les bébés et enfants à un environnement enfumé
- Si l'entourage présente des symptômes, maintenez-le à distance du nourrisson

Application stricte des mesures d'hygiène, notamment en collectivité

- Port d'un masque en cas de symptômes
- Se laver les mains avant de s'occuper d'un nourrisson
- Nettoyer les surfaces et objets avec lesquels le nourrisson est en contact
- Aérer les pièces en ouvrant régulièrement les fenêtres

Gestion par le BVS

1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique)
2. Si notion de cas groupés (temps/lieux), réalisation de prélèvements afin de surveiller la circulation virale (prélèvement nasopharyngé pour PCR multiplex)
3. Information des professionnels, *via* le réseau sentinelle, d'une circulation active de virus respiratoires avec rappel des mesures préventives
4. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte

Contacts utiles

BVS: 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf

ILM: 40.41.64.65 - <https://www.ilm.pf/>

CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)

CPMI : 40.47.33.30

Webographie

Santé Publique France :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bronchiolite>

HAS - *Prise en charge du 1er épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson < 12 mois – 2019* :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118113/fr/prise-en-charge-du-1er-episode-de-bronchiolite-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-12-mois

Ministère des solidarités et de la santé – *Votre enfant et la bronchiolite* :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/votre_enfant_et_la_bronchiolite_2021.pdf

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification Tableau clinique évocateur de brucellose associé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé : isolement de <i>Brucella spp.</i> dans un prélèvement clinique • Cas probable : amplification génique positive dans un prélèvement clinique ou multiplication x4 du titre d'anticorps ou séroconversion entre 2 sérums prélevés à 15 jours d'intervalle • Cas possible : mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum.
<p>Mémento</p>	<p>Zoonose bactérienne due à des bactéries du genre <i>Brucella</i>. Trois espèces prédominent : <i>Brucella melitensis</i> (la plus pathogène et la plus répandue), <i>B. abortus</i> et <i>B. suis</i> ; Autres espèces moins fréquentes et de pathogénicité variable pour l'Homme : <i>B. canis</i>, <i>B. ovis</i>, <i>B. marimum</i>, etc.</p> <p>En Polynésie française, <i>Brucella suis</i> est une espèce endémique (élevage de porcs, chiens, etc.)</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact direct avec des animaux malades, carcasses d'animaux, produits d'avortements, sécrétions vaginales animales (etc.) ou par contact accidentel avec des produits biologiques techniques en laboratoire • Ingestion d'aliments contaminés (lait et produits laitiers non pasteurisés issus d'animaux contaminés, plus rarement crudités contaminées par du fumier, etc.) • Inhalation de poussières de litière, d'aérosols dans les laboratoires ou les abattoirs <p>Incubation : silencieuse de 8 à 21 jours</p> <p>Clinique : évolution en 3 phases</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primo-invasion : fièvre isolée ou syndrome pseudo-grippal non spécifique • Phase secondaire avec constitution de foyers infectieux isolés ou multiples : ostéoarticulaire (spondylodiscites, arthrite du genou), génito-urinaire (orchite, épидидymite), hépatique (abcès hépatique), neurologique (méningo-encéphalite, abcès cérébraux), cardiaque (endocardite) • Phase chronique : symptomatologie générale (asthénie, douleurs) ou focalisée (évolution chronique des foyers infectieux) <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement en culture ou détection par PCR (sang, pus, moelle, biopsie, etc.) • Sérologie (séroagglutination de Wright ou test au Rose Bengale) : examens peu spécifiques dont la validité doit être discutée en l'absence d'exposition à risque crédible <p>Traitement : antibiothérapie adaptée (doxycycline associée à un autre antibiotique actif <i>i.e.</i> rifampicine sur les bactéries intracellulaires, gentamicine sur les bactéries circulantes) +/- prise en charge chirurgicale des foyers infectieux</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>En milieu professionnel : mesures de biosécurité et d'hygiène au travail pour les professionnels travaillant au contact direct des animaux (éleveurs, vétérinaires, personnels des abattoirs, etc.)</p> <p>Consommateurs : pasteurisation du lait/produits laitiers, vigilance avec viande et abats insuffisamment cuits, mesures d'hygiène standard (lavage des mains)</p>
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, évolution, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier l'origine de la contamination : activités professionnelles, contacts avec animaux, consommation d'aliments à risque et origine de ces aliments, notion de voyage, etc. 4. Transmission des informations à la direction de la biosécurité et au BSE
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/ Direction de la biosécurité : 40.54.01.00 - secretariat@biosecurite.gov.pf BSE : 40.50.37.45 / (vétérinaire) 40.50.37.64 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR des Brucella : https://www.chu-nimes.fr/cnr-brucella Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/brucellose</p>

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification - Tableau clinique évocateur de charbon associé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé : isolement de <i>Bacillus anthracis</i> dans un prélèvement clinique • Cas probable : amplification génique positive dans un prélèvement clinique • Cas possible : cas de charbon cutané sans confirmation biologique OU autre forme clinique avec un lien épidémiologique avec des cas animaux ou humains confirmés.
<p>Mémento</p>	<p>Anthropozoonose⁵ due à <i>Bacillus anthracis</i>, germe tellurique existant sous forme sporulée dans l'environnement et sous forme végétative chez son hôte (principal réservoir : animaux herbivores)</p> <p>! <i>Bacillus anthracis</i> appartient à la liste des agents susceptibles d'être utilisés dans le cadre d'actions malveillantes (bioterrorisme)</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact cutané ou muqueux avec des spores présentes sur des matériels/produits animaux contaminés • Inhalation d'un aérosol de spores pénétrant dans les alvéoles pulmonaires et transportées par voie lymphatique dans les ganglions médiastinaux. La germination des spores libère des toxines provoquant hémorragies, œdème et nécrose des tissus • Ingestion de produits contaminés et germination des spores libérant les toxines à différents niveaux du tube digestif (bouche, œsophage ou intestin) • Pas de contamination interhumaine <p>Incubation : de 1 à 10 jours après contact cutané- muqueux ou ingestion</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme d'inhalation : syndrome infectieux initial suivi d'une apparition secondaire fulminante d'une défaillance respiratoire associée à un syndrome septicémique • Forme cutanée : macule ou papule prurigineuse évoluant le 2ème jour vers un ulcère de forme circulaire ; Apparition de vésicules de 1 à 3 mm avec écoulement d'un liquide clair ou sérosanglant puis d'une escarre noire non douloureuse associée à un œdème local ; Possibilité de lymphangite avec adénopathies douloureuses et syndrome septicémique • Forme gastro-intestinale : gastro-entérite aiguë pouvant évoluer vers un syndrome septicémique avec diarrhée sanglante (létalité estimée entre 25 et 60%) <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement en culture (hémoculture, écouvillonnage cutané, LCS, biopsie ganglionnaire) ou PCR • Sérologie (ELISA) : utile uniquement pour un diagnostic rétrospectif <p>Traitement : antibiothérapie précoce et adaptée (ciprofloxacine ou doxycycline recommandées en première intention) et prise en charge médicale des symptômes</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Professions à risque : éleveurs, vétérinaires, personnels des abattoirs ou en contact avec des sols contaminés, personnels des laboratoires vétérinaires ou médicaux</p> <p>En milieu professionnel : réduction des sources de contamination possibles et respect des règles d'hygiène (lavage des mains), équipements individuels de protection</p>
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, évolution, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier l'origine de la contamination (professionnelle, contacts animaux, etc.) 4. Transmission des informations à la direction de la biosécurité et au BSE 5. Information de la direction si épisode requérant la diffusion d'une alerte
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) – 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>Direction de la biosécurité : 40.54.01.00 - secretariat@biosecurite.gov.pf</p> <p>BSE : 40.50.37.45 / (vétérinaire) 40.50.37.64 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR- Laboratoire expert Charbon : https://www.defense.gouv.fr/sante/centre-national-reference-charbon</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/charbon</p>

⁵ Charbon ou "anthrax" en anglais (à ne pas confondre avec le terme français anthrax qui désigne une infection à staphylocoque)

Chikungunya (cf. illustration page 71)

MDO	<p>Critères de notification Fièvre >38,5 °C d'apparition brutale ET douleurs articulaires invalidantes ET confirmation biologique par PCR ou séroconversion.</p>
Mémento	<p>Arbovirus de la famille des <i>Togaviridae</i> (genre alphavirus) isolé pour la première fois en Ouganda⁶</p> <p>En Polynésie française, aucun cas notifié depuis l'épidémie de 2014-2015</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmission vectorielle par les moustiques du genre <i>Aedes</i> (<i>A. aegypti</i> et <i>A. albopictus</i>) • Par produits d'origine humaine (transfusion ou greffe d'organes ou de cellules) • Quelques cas documentés de transmission maternofoetale (T2) et périnatale <p>Incubation : 3 à 7 jours en moyenne</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme asymptomatique : 10 à 40 % des cas • Forme classique : fièvre élevée d'apparition brutale, douleurs articulaires intenses (atteignant les petites articulations des extrémités), myalgies, céphalées, éruption cutanée maculopapuleuse • Forme chronique : caractérisée par des douleurs articulaires persistantes plusieurs mois, voire des années (30 à 40% des cas) <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR jusqu'à J7 • Sérologie après J7 (IgM /Séroconversion/ Augmentation x4 des IgG sur 2 prélèvements) <p>Traitement : symptomatique (pas de traitement spécifique)</p>
Mesures préventives	<p>Prévention individuelle : répulsifs en spray ou crème, serpentins, diffuseurs électriques, vêtements longs, moustiquaires</p> <p>! Les moustiques <i>Aedes</i> piquent surtout pendant la journée, essentiellement à l'extérieur des maisons, avec une activité plus importante en début de matinée et fin de journée</p> <p>! Pendant la phase virémique, le patient doit se protéger des piqûres de moustiques afin d'éviter que ceux-ci s'infectent et puissent propager la maladie dans son entourage</p> <p>Lutte antivectorielle : destruction des gîtes larvaires potentiels autour des habitations (eau stagnante, gouttières, etc.) et lutte chimique (traitements adulticide et larvicide)</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, évolution, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier une exposition à risque [séjour en et hors de la Pf dans les 15 jours avant la DDS et déplacements dans les 7 jours après le début des signes (période virémique)] 4. Transmission des informations au BSE pour mise en œuvre immédiate de la LAV 5. Alerte de la direction dès l'augmentation du nombre de cas ainsi que des professionnels de santé (rappels des modalités diagnostiques et de la nécessité de notifier tous les cas au BVS)
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>CNR Arbovirus : http://www.cnr-arbovirus.fr</p> <p>Répulsifs cutanés recommandés pour se protéger contre les moustiques : http://www.hygiene-publique.gov.pf/IMG/pdf/repulsifs_cutanes_2019-2.pdf</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle/chikungunya/la-maladie/#tabs</p>

⁶ Virus isolé en 1953, le nom « chikungunya » signifie "l'homme qui marche courbé" en makondé.

Choléra (cf. fiche « Infections à *Vibrio non cholériques* »)

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification Tableau clinique évocateur de choléra avec identification d'un vibriion cholérique (confirmation par le CNR des vibrions nécessaires pour la déclaration internationale).</p>
<p>Mémento</p>	<p>Toxi-infection digestive aigüe due aux bacilles <i>Vibrio cholerae</i> (sérogroupes : O1 ; O139 localisé au sous-continent indien). L'Homme est le principal réservoir du choléra. Les vibrions sécrètent dans l'intestin la toxine cholérique qui provoque la perte d'eau et d'électrolytes (jusqu'à 15-20 litres/jour)</p> <p>Mode de contamination : ingestion d'eau ou d'aliments contaminés (transmission interhumaine et environnementale)</p> <p>Incubation : de quelques heures à 5 jours</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme pauci ou asymptomatiques (80 à 90 % des cas) • Forme typique (<20% des cas) : symptômes de déshydratation, de modérée à sévère, diarrhées violentes et abondantes (en « eau de riz »), vomissements, absence de fièvre, risque de collapsus cardio-vasculaire <p>! En absence de traitement, décès par collapsus cardio-vasculaire (25 à 50 % des cas) ; Mortalité élevée chez les enfants, les personnes âgées et les personnes à risque</p> <p>Diagnostic : mise en évidence de <i>V. cholerae</i> séro groupe O1 ou O139 producteur de toxine cholérique dans les selles</p> <p>! Si suspicion d'isolement de vibriion cholérique, signaler immédiatement au BVS et contacter le CNR pour typage et confirmation du diagnostic</p> <p>Traitement : basé sur la réhydratation (<i>per os</i> ou IV) pour compenser les pertes d'électrolytes et d'eau, antibiothérapie uniquement dans les formes graves (doxycycline en première intention)</p> <p>! Risque d'émergence de souches multi résistantes aux antibiotiques</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Mesures d'hygiène standard : lavage des mains, hygiène alimentaire (consommation d'aliments cuits et chauds, d'eau en bouteille capsulée, éviction des glaçons, etc.)</p> <p>Lutte contre le péril fécal : traitement des eaux usées, construction de latrines, etc.</p> <p>! Lorsque les règles d'hygiène sont respectées, le vibriion est peu transmissible. La chloration adaptée de l'eau et les mesures d'hygiène de base suffisent à prévenir les contaminations</p> <p>Vaccination en période d'épidémie Vaccin administré <i>per os</i> contre différentes souches de <i>Vibrio cholerae</i> O1 et une sous-unité B de la toxine cholérique recombinante (2 doses chez l'adulte et 3 doses chez l'enfant de 2 à 6 ans administrées à une semaine d'intervalle)</p> <p>! Pas de vaccin actif contre les <i>Vibrio cholerae</i> du séro groupe O139</p>
<p>Gestion par le BVS Y compris en astreinte</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique). 2. S'assurer que la souche a bien été transmise au CNR 3. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas, associés ou secondaires ou co-exposés, dans l'entourage 4. Enquête pour identifier l'origine de la contamination : voyage en zone d'endémie, exposition dans le cadre professionnel, consommation d'aliments à risque, etc. 5. Recommandation de coproculture des sujets contacts potentiellement co-exposés et symptomatiques ; Rappel des mesures préventives à appliquer ! Pas d'antibioprophylaxie systématique pour les contacts ou l'entourage du/des cas 6. Information de la direction pour diffusion d'une alerte
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/ BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf; Biosécurité si besoin</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR des vibrions et du choléra : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/cnr/les-cnr/vibrions-cholera Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/cholera</p>

Intoxication **non bactérienne d'origine alimentaire**, liée à la consommation de poissons et de certains invertébrés marins contaminés par des neurotoxines (ciguatoxines), et essentiellement circonscrite aux régions insulaires intertropicales.

<p>Mémento</p>	<p>Agent causal : une microalgue, <i>Gambierdicus spp</i>, productrice de ciguatoxines ayant pour cible principale, les canaux sodiques voltage dépendants. Les ciguatoxines sont incolores, inodores, résistantes à la cuisson, la congélation, le fumage et l'acidification</p> <p>Incubation : 2h à 48h</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formes aiguës : <ul style="list-style-type: none"> - Signes gastro-intestinaux : diarrhée/vomissements, douleurs abdominales et risque de déshydratation - Signes cardiovasculaires : bradycardie, hypotension artérielle, troubles du rythme cardiaque concomitants aux troubles digestifs et critères de sévérité (15% des cas) - Signes neurologiques/autres : paresthésies, dysesthésies au froid, démangeaisons sans signe cutané, asthénie extrême, faiblesse/douleurs musculaires et articulaires, hypothermie transitoire, survenant dans un second temps • Manifestations chroniques : d'ordre neurosensitif, musculaire et/ou neuropsychiatrique évoluant en continu à bas bruit et/ou par « crises » pendant quelques semaines, mois, voire années et s'estompant avec le temps <p>! Pas de phénomène d'immunisation après une première intoxication</p> <p>Diagnostic : essentiellement clinique suite à la consommation récente (<48h) de produits marins provenant d'une zone connue pour héberger des espèces toxiques (Barracudas, Becs de cane, Carangues, Chirurgiens, Loches, Lutjans, Mérous, Murènes, Napoléons, Perches, Perroquets, Bénitiers, Oursins, etc.).</p> <p>! Pas de test biologique de diagnostic actuellement disponible</p> <p>Traitement : pas d'antidote, prise en charge uniquement symptomatique (hydratation abondante, antiémétiques, antidiarrhéiques, etc.)</p> <p>! Remède traditionnel à base de décoction de feuilles de faux tabac Tahinu/Tohonu (<i>Heliotropium foertherianum</i>)</p>
<p>Mesures préventives</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter de consommer les gros spécimens en cas de doute • Eviter la consommation des têtes et viscères • Consulter la cartographie de suivi des cas d'intoxication (www.ciguatera.pf) • Faire confiance aux riverains et pêcheurs expérimentés <p>! Impossible de distinguer un poisson toxique d'un poisson sain (<i>via</i> sa couleur, odeur ou goût)</p> <p>! Congélation, cuisson ou le mode de préparation du poisson ne permettent pas d'éliminer les ciguatoxines</p>
<p>Conseils après intoxication</p>	<p>Aliments ou comportements, susceptibles de raviver les manifestations de l'intoxication, à éviter en cas de réaction d'hypersensibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliments : produits marins et d'eau douce (poissons lagunaires, pélagiques, d'eau douce, crustacés, algues), protéines animales et végétales (viande de bœuf, porc, poulet, œuf), boissons (alcools, café, thé, boissons « énergisantes »), fruits coques, épices. • Comportements : efforts physiques intenses, variations de température, exposition au soleil, contact avec de l'eau/objets froids, variations d'altitude et de pression, stress). • Femmes allaitantes : suspendre l'allaitement pendant plusieurs semaines (risque de transmission des toxines au nourrisson)
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, épidémiologique) 2. Transmission du/des signalement(s) au laboratoire des biotoxines marines de l'ILM 3. Rappel des mesures préventives à appliquer
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS: 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf ILM: 40 41 64 11 - www.ciguatera.pf BSE : 40.50.37.45</p>
<p>Webographie</p>	<p>Laboratoire des Biotoxines Marines de l'Institut Louis Malardé : www.ciguatera.pf</p>

Conjonctivite

Inflammation ou irritation de la conjonctive de l'œil d'origine virale, bactérienne, allergique ou irritative (contact avec un produit toxique ou choc traumatique).

<p>Mémento</p>	<p>Conjonctivite virale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très fréquente, surtout chez l'enfant • Due à des virus, très contagieux et responsables d'épidémies dans les collectivités et communautés (adénovirus et entérovirus dont Coxsackievirus,) ou aux virus des maladies éruptives de l'enfant (rougeole, rubéole) ou à l'herpès (conjonctivite avec kératite) • Touche souvent les deux yeux en même temps (sauf en cas d'herpès où la conjonctivite peut être unilatérale) <p>Conjonctivite bactérienne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moins fréquente, due le plus souvent à un pneumocoque ou à <i>Haemophilus influenzae</i> • A tendance à n'affecter qu'un œil, au moins au début <p>Mode de contamination : sécrétions lacrymales et respiratoires (contact direct le plus souvent)</p> <p>Clinique : tableaux cliniques nombreux et polymorphes en fonction de l'étiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rougeur du blanc de l'œil et de l'intérieur des paupières (la partie blanche de l'œil est rouge) • Démangeaison au niveau des paupières qui peuvent être enflées (œdème palpébral) • Sensation de gêne, de picotements, de grains de sable ou d'irritation au niveau de l'œil conduisant la personne à se frotter les yeux • Ecoulement de l'œil clair et limpide (origine virale) ou au contraire épais et purulent (origine bactérienne) et paupières collées le matin au réveil • Vision brouillée ou gêne à la lumière mais sans baisse de l'acuité visuelle. <p>Diagnostic : intérêt des techniques de biologie moléculaire pour identifier l'agent responsable, notamment lors de la survenue de cas groupés</p> <p>Traitement : lavages au sérum physiologique, collyres antibiotique, anti-allergique ou apaisant en fonction du type de conjonctivite</p> <p>! Indication d'antiviraux en cas d'herpès virus (risque de kératite)</p>
<p>Mesures préventives contre les pathologies transmises par les sécrétions lacrymales et respiratoires</p>	<p>Prévention des pathologies transmises par les sécrétions lacrymales et respiratoires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se laver régulièrement les mains à l'eau et au savon ou friction hydroalcoolique, particulièrement après chaque mouchage ou passage aux toilettes • Retirer les lentilles de contact jusqu'à guérison complète • Eviter de se frotter les yeux • Rincer l'œil avec du sérum physiologique et l'essuyer avec un mouchoir en papier à usage unique pour le nettoyage des yeux • Eviter de toucher une personne atteinte, surtout au niveau du visage et des mains • Ne pas partager les serviettes de toilette et le linge de lit • Eviter de toucher des objets utilisés par des personnes atteintes (maquillage, stylos, etc.) • En cas de signes ORL (rhinite, otite, etc.) associés à des signes de conjonctivite, il est recommandé de nettoyer les fosses nasales et d'utiliser des mouchoirs à usage unique <p>Mesures collectives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eviter la fréquentation d'une collectivité à la phase aigüe de la maladie • En cas de conjonctivites épidémiques (très contagieuses), consulter rapidement un médecin et se soigner pour éviter d'infecter l'entourage et la classe pour les enfants en âge scolaire
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, fréquentation d'une collectivité, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage. 3. Recommandations d'éviction du/des cas de la collectivité fréquentée 4. Si suspicion de cas groupés, préconiser la réalisation de prélèvements pour identifier l'agent en cause (PCR) et documenter l'événement 5. Information de la direction si épisode requérant la diffusion d'une alerte
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR Entérovirus et parechovirus : https://cnr.chu-clermontferrand.fr/CNR/default.aspx</p>

MDO	Critères de notification : tableau clinique évocateur de coqueluche et confirmation par PCR.
Mémento	<p>Toxi-infection bactérienne de l'arbre respiratoire inférieur, hautement contagieuse, due à <i>Bordetella pertussis</i> et <i>Bordetella parapertussis</i></p> <p>Mode de contamination : via les sécrétions respiratoires d'une personne malade</p> <p>! Contagiosité les 3 premières semaines en l'absence de traitement et jusqu'à 5 jours après le début d'une antibiothérapie efficace</p> <p>Incubation : 5 jours à 3 semaines, en moyenne 7 jours</p> <p>Clinique : variable selon les personnes et leur âge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Début marqué par des signes discrets d'infection des voies respiratoires supérieures : rhinite, toux légère qui persiste et se modifie au lieu de s'améliorer. • Diagnostic évoqué devant la persistance de la toux, son aggravation et ses caractéristiques (spasmodique, en particulier nocturne, survenant de façon paroxystique, souvent quinteuse avec accès violents et répétés pouvant aboutir à une turgescence du visage, rougeur conjonctivale, des vomissements, une cyanose et une reprise inspiratoire en fin de quinte, sonore et comparable au chant du coq) • <u>Pas de fièvre</u>, patient asymptomatique entre les accès de toux et les quintes <p>! Risque de coqueluche maligne chez le nourrisson < 3 mois (détresse respiratoire et défaillance polyviscérale) ou de coqueluche atypique chez l'adulte</p> <p>Diagnostic : aspiration ou écouvillonnage nasopharyngé pour isolement en culture (uniquement si durée de la toux ≤ 15 jours) et détection par PCR (jusqu'à 3 semaines après le début de la toux)</p> <p>! Si la toux dure depuis plus de 3 semaines, culture et PCR ne sont pas réalisables. Si une confirmation biologique est souhaitée, un diagnostic peut être fait sur un cas secondaire</p> <p>Traitement : antibiothérapie indiquée dans les 3 premières semaines d'évolution (azithromycine ou clarithromycine), hospitalisation recommandée pour les nourrissons < 3 mois</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : pendant 3 jours si traitement par azithromycine, 5 jours si autre macrolide</p> <p>Vaccination selon calendrier vaccinal en vigueur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primo-vaccination à 2 et 4 mois avec rappel à 11 mois • Rappels à 6 ans puis entre 11-13 ans avec une dose réduite en antigènes <p>! La vaccination, tout comme la maladie, ne protège pas à vie contre l'infection</p> <p>Mesures complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eviction du ou des cas de la collectivité fréquentée • Antibio prophylaxie des sujets contacts non protégés par la vaccination (nourrissons trop jeunes pour être vaccinés, adolescents et adultes ayant perdu la protection conférée par le vaccin ou la maladie), au plus tôt et au maximum 21 jours après le contact avec le cas index • Application stricte des mesures d'hygiène (lavage des mains)
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas, recherche de contaminateurs (tousseurs dans l'entourage), identification des sujets exposés (contacts proches, sujets à risque) 3. Eviction du/des cas de la collectivité fréquentée 4. Antibio prophylaxie des contacts proches et des contacts occasionnels à risque s'ils ne sont pas/plus protégés par la vaccination 5. Information de la population exposée et vérification des vaccinations, avec mise à jour si nécessaire (enfants et adultes) 6. Transmission des données à la santé scolaire, DGEE en fonction du contexte 7. Information de la direction si épisode requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS: 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CSS: 40.47.33.50; CPMI: 40.47.33.30; DGEE /Infirmière conseillère technique: 40.46.29.84</p>
Webographie	<p>CNR coqueluche et autres bordetelloses : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/coqueluche-et-autres-bordetelloses</p> <p>H CSP - <i>Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche</i> - 2014 : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=461</p> <p>Calendrier vaccinal DS: https://www.service-public.pf/dsp/programmes-de-sante/vaccination/</p>

Dengue (cf. illustration page 71)

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification : fièvre >38,5 °C de début brutal ET au moins un signe algique (myalgies ± arthralgies ± céphalées ± lombalgies ± douleurs retro orbitaires) ET au moins un des critères biologiques suivants : RT-PCR ou test NS 1 ou IgM positifs OU séroconversion OU augmentation x4 des IgG sur deux prélèvements distants.</p>
<p>Mémento</p>	<p>Arbovirus de la famille des <i>Flaviridae</i> (genre flavivirus) dont il existe 4 sérotypes (DENV-1 à DENV-4). L'immunité développée vis à vis d'un sérotype ne protège pas contre les autres sérotypes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dengue primaire lors d'une première infection par un virus de la dengue • Dengue secondaire lors de la réinfection par un autre sérotype (! risque forme sévère) <p>En Polynésie française, dernière épidémie (DENV-2) en 2019 – 2020</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vectorielle (moustiques du genre <i>Aedes</i> : <i>A. aegypti</i> et <i>A. albopictus</i>) • Pas de transmission interhumaine directe (cas de transmission transfusionnelle documentée) <p>! Contagiosité des sujets virémiques : 1 à 2 jours avant la DDS et jusqu'à 7 jours après</p> <p>Incubation : 2 à 7 jours (maximum 15 jours)</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme asymptomatique (50 à 90 % des cas) • Forme classique : forte fièvre accompagnée de céphalées, de douleurs rétro-orbitaires, d'arthralgies/myalgies et, de façon inconstante, d'une éruption maculopapulaire survenant vers J5 • Forme sévère (< 5% à 1 % des cas) : caractérisée par une augmentation de la perméabilité vasculaire pouvant conduire à un choc et des hémorragies mettant en jeu le pronostic vital <p>! Vigilance maximale autour de J4 : recherche de signes cliniques d'alarme, notamment si FDR [âges extrêmes, femmes enceintes (T3), comorbidités et immunodépression]</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR et/ou recherche de l'antigène NS1 jusqu'à J7 • Sérologie après J7 (IgM /Séroconversion/ Augmentation x4 des IgG sur 2 prélèvements) <p>! Diagnostic différentiel d'un syndrome dengue-like (leptospirose, septicémie à BGN, etc.)</p> <p>Traitement : symptomatique (pas de traitement spécifique).</p> <p>! Médicaments de type salicylés (aspirine) à éviter du fait du risque induit de saignement</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Prévention individuelle : répulsifs en spray ou crème, serpentins, diffuseurs électriques, vêtements longs, moustiquaires</p> <p>! Les moustiques <i>Aedes</i> piquent surtout pendant la journée, essentiellement à l'extérieur des maisons, avec une activité plus importante en début de matinée et fin de journée</p> <p>! Pendant la phase virémique, le patient doit se protéger des piqûres de moustiques afin d'éviter que ceux-ci s'infectent et puissent propager la maladie dans son entourage</p> <p>Lutte antivectorielle : destruction des gîtes larvaires potentiels autour des habitations (eau stagnante, gouttières, etc.) et lutte chimique (traitements adulticide et larvicide)</p>
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, évolution, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier une exposition à risque [séjour en et hors de la Pf dans les 15 jours avant la DDS et déplacements dans les 7 jours après le début des signes (période virémique)] 4. Transmission au BSE des données recueillies pour mise en œuvre immédiate de la LAV 5. Alerte de la direction dès l'augmentation du nombre de cas ainsi que des professionnels de santé (rappels des modalités diagnostiques et de la nécessité de notifier tous les cas au BVS)
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf ; BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR Arbovirus : http://www.cnr-arbovirus.fr Répulsifs cutanés recommandés pour se protéger contre les moustiques : http://www.hygiene-publique.gov.pf/IMG/pdf/repulsifs_cutanes_2019-2.pdf</p>

Diphthérie

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification : isolement de <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, <i>ulcerans</i>, ou <i>pseudotuberculosis</i> ET mise en évidence du gène codant pour la toxine diphthérique [recherche à demander en urgence à l'Institut Pasteur à Paris].</p>
<p>Mémento</p>	<p>Infection hautement contagieuse due à une corynébactérie du complexe <i>diphtheriae</i> (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>, <i>C. ulcerans</i>, <i>C. pseudotuberculosis</i>) En Polynésie française, rares cas autochtones notifiés ces dernières années</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>C. diphtheriae</i> : transmission directe à partir de malades porteurs de lésions cutanées chroniques non diagnostiquées ou de sujets asymptomatiques porteurs de la bactérie au niveau des voies aériennes supérieures ; Réservoir principalement humain • <i>C. ulcerans</i> : pas de transmission interhumaine connue ; transmission par le lait ou des contacts avec les bovins, chats ou chiens <p>Incubation : 2 à 5 jours</p> <p>Clinique : présentation identique pour les infections à <i>C. diphtheriae</i> ou <i>C. ulcerans</i> (ORL ou cutanée) et lympho-adénite le plus souvent pour <i>C. pseudotuberculosis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme ORL : dysphagie peu fébrile avec adénopathies sous-maxillaires ; Présence sur les amygdales de fausses membranes caractéristiques et plus ou moins extensives dans le pharynx ; L'extension peut concerner le larynx avec obstruction et asphyxie (croup) • Forme cutanée : présence des fausses membranes sur une plaie ou une ulcération cutanée préexistante, souvent polymicrobienne (association de <i>S. aureus</i> et <i>S. pyogenes</i>) <p>! La gravité de l'infection due à des corynébactéries <i>tox</i> + ET productrices de toxine est liée à la diffusion de la toxine diphthérique à tropisme myocardique et neurologique périphérique</p> <p>Diagnostic : isolement en culture à partir de prélèvements rhinopharyngés, cutanés ou de membranes avec recherche en urgence de la toxinogénèse (gène <i>tox</i> par PCR et test d'ELEK)</p> <p>Traitement : antibiothérapie si gène <i>tox</i> (amoxicilline ou macrolides en cas d'allergie aux bêta-lactamines), sérothérapie⁷, isolement respiratoire strict si atteinte ORL ou protection de la plaie si atteinte cutanée, mise à jour du statut vaccinal à la phase de convalescence</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Eviction/isolement de la collectivité : jusqu'à négativation de deux prélèvements à 24 h d'intervalle au moins, réalisés après la fin de l'antibiothérapie</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène standard : lavage des mains</p> <p>Vaccination : selon le calendrier vaccinal en vigueur (enfants et adultes)</p>
<p>Gestion par le BVS Y compris en astreinte</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (positivité du gène <i>tox</i>) 2. Recueil données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, évolution, etc.), recherche d'autres cas dans l'entourage et d'une notion de contagé (voyage récent, fréquentation d'une collectivité, contacts avec des animaux, etc.) 3. Enquête pour identifier les personnes ayant été en contact rapproché avec le cas confirmé dans les 7 jours précédents (en intrafamilial, milieu scolaire et professionnel), en lien avec le médecin hospitalier, la famille et les services concernés 4. Mesures de gestion à mettre en œuvre dans les meilleurs délais : <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance clinique pendant 7 jours à partir de la date du dernier contact avec le cas - Écouvillonnage pharyngé pour culture (si positive le contact devient un cas) - Recherche de contacts présentant des lésions cutanées chroniques - Antibio prophylaxie systématique - Mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal 5. Information de la direction et des professionnels de santé des structures concernées
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf DGEE : médecine préventive (40.47.05.96) / infirmière conseillère technique (40.46.29.84) CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) Direction de la biosécurité (40.54.01.11) si suspicion d'une source animale</p>
<p>Webographie</p>	<p>HCSP - <i>Conduite à tenir lors de l'apparition d'un cas de diphthérie</i> - 2021 : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1130 CNR des corynébactéries du complexe <i>diphtheriae</i> : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/corynebacteries-du-complexe-diphtheriae</p>

⁷ Le sérum antidiphthérique est un sérum équin avec un risque de réaction anaphylactique : voir les indications de prescription (traitement sous ATU).

Fièvre Jaune

MDO	Critères de notification : tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie.
Mémento	<p>Arbovirus de la famille des <i>Flaviridae</i> (genre flavivirus) transmis par divers types de moustiques (<i>Aedes</i>, <i>Hemagogus</i>, <i>Sabethes</i>). Singes et moustiques jouent le rôle de vecteur et de réservoir grâce à leur capacité de transmission verticale du virus à leur descendance</p> <p>La fièvre jaune existe à l'état endémique en Afrique sub-saharienne et en Amérique du Sud tropicale, avec des épidémies intermittentes. Le virus pourrait être exporté depuis les pays d'endémie amarile vers d'autres parties du monde :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par des voyageurs virémiques (zones où <i>Ae. aegypti</i> et <i>Ae. albopictus</i> déjà implantés) • Par des moustiques vecteurs infectés par le virus, transportés dans des navires ou aéronefs <p>En Polynésie française, aucun cas importé notifié ces dernières années</p> <p>Incubation : 3 à 6 jours</p> <p>Clinique (sujet non vacciné)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phase aiguë, de début brutal : fièvre, myalgies/lombalgies, vomissements, érythème facial (facies vultueux) et parfois saignements minimes - Tableau évoluant vers une forme sévère chez 15 % des cas symptomatiques • Phase toxique après une rémission de quelques heures à quelques jours : fièvre élevée, majoration de l'ictère, céphalées, douleurs lombosacrées, vomissements (vomito negro), douleurs abdominales, somnolence ; Atteinte multiviscérale systémique, dominée par l'ictère hépatique et la diathèse hémorragique, suivie de la phase terminale caractérisée par un état de choc, une acidose métabolique, la dysfonction myocardique, parfois une nécrose tubulaire aiguë, et des manifestations neurologiques (confusion, convulsions et coma) ; Létalité de l'ordre de 50 % <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR jusqu'à J10 • Sérologie (IgM-IgG avec technique de neutralisation) au-delà de J10 <p>Traitement : prise en charge symptomatique visant à compenser l'hypotension, à suppléer à la défaillance rénale et à compenser les pertes d'électrolytes</p>
Mesures préventives	<p>Lutte antivectorielle et protection individuelle de la population : essentielle en zone endémique</p> <p>Désinsectisation des avions et mesures de contrôle aux points d'entrée sur le territoire.</p> <p>Vaccination des voyageurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccin vivant atténué (contre-indications chez la femme allaitante et le nourrisson de moins de 6 mois : cf. calendrier vaccinal) • Protection efficace et persistante à vie (rappel uniquement si primovaccination avant l'âge de 2 ans, en cours de grossesse et si arrivée dans une zone où sévit une épidémie) • Obligatoire pour les personnes se rendant en Guyane française et recommandée pour tout séjour dans une zone endémique intertropicale d'Afrique ou d'Amérique latine, même en l'absence d'obligation administrative
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, virologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, antécédents vaccinaux, évolution, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier une exposition à risque (notion de voyage, reconstitution des déplacements des 7 derniers jours, etc.) 4. Transmission au BSE des données recueillies 5. Information de la direction pour diffusion d'une alerte auprès des professionnels de santé
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf; BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>CNR Arbovirus : http://www.cnr-arbovirus.fr</p> <p>Recommandations sanitaires 2021 pour les voyageurs : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1035</p> <p>HCSP - <i>Conduite à tenir devant un cas importé ou autochtone de fièvre jaune</i> -2017 https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=599</p>

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde

<p>MDO</p>	<p>Critère de notification : tableau clinique évocateur de fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes associé à un isolement de <i>Salmonella</i> sérotypes Typhi, Paratyphi A, Paratyphi C, quel que soit le site de l'isolement.</p> <p>! Ne pas notifier les sérologies positives à <i>Salmonella</i> sérotypes Typhi et Paratyphi ni les infections à d'autres sérotypes de <i>Salmonella</i> (Typhimurium, Enteritidis,) quel que soit le site d'isolement.</p>
<p>Mémento</p>	<p>Infections systémiques à point de départ digestif, causées par <i>Salmonella enterica</i> sérotype Typhi ou Paratyphi A, Paratyphi B et Paratyphi C, endémiques dans les pays en développement à faible niveau d'hygiène ; Réservoir strictement humain sauf pour certaines souches de <i>Salmonella</i> Paratyphi B (réservoir humain et animal)</p> <p>En Polynésie française, aucun cas autochtone notifié ces dernières années</p> <p>Mode de contamination : consommation de boissons ou d'aliments contaminés ou contact direct de personne à personne</p> <p>Incubation : en moyenne de 1 à 3 semaines</p> <p>Clinique : fréquence de formes modérées ou atypiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme classique : fièvre élevée (39-40°C), continue et sans accélération du pouls, céphalées, anorexie, douleurs abdominales avec diarrhée ou constipation, hépato/splénomégalie, parfois éruption maculopapuleuse sur le tronc ou l'abdomen, somnolence (voire obnubilation) • Formes sévères (10% en l'absence de traitement) : hémorragies digestives, perforations intestinales, pneumonie, atteinte cardiaque, complications neurologiques • Portage chronique asymptomatique : dans 3-5% des cas en l'absence de traitement <p>Diagnostic : isolement de <i>S. Typhi</i> ou <i>Paratyphi</i> en culture (sang, moëlle osseuse, urines, selles)</p> <p>! Aucune valeur diagnostique de la sérologie (test de Widal)</p> <p>Traitement : antibiothérapie précoce et adaptée (ceftriaxone, ciprofloxacine, azithromycine en fonction du contexte) avec prise en charge en milieu hospitalier</p> <p>! Emergence dans certains pays de souches de <i>S. Typhi</i> multirésistantes (fluoroquinolones, C3G)</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Eviction/Isolement : retour en collectivité sur présentation d'un certificat médical attestant de deux coprocultures négatives à 24 H d'intervalle, au moins 48 H après l'arrêt du traitement</p> <p>Lutte contre le péril fécal en zone d'endémie</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène : lavage des mains, hygiène alimentaire, etc.</p> <p>Vaccination : recommandée aux voyageurs se rendant dans des régions à risque (vaccin monovalent à partir de 2 ans, une dose 15 jours avant le départ, durée de protection de 2 à 3 ans)</p>
<p>Gestion par le BVS Y compris en astreinte</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, hospitalisation, antécédents vaccinaux) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier l'origine de la contamination : séjour en zone d'endémie dans le mois ayant précédé la DDS, contact avec une personne ayant séjourné en zone d'endémie, consommation d'aliments rapportés de zone d'endémie, etc. 4. Evaluation du risque de transmission (collectivité fermée, personnel manipulant des denrées alimentaires, travaillant en structure de soins/en contact avec des personnes à risque) 5. Information du médecin de la structure concernée : éviction scolaire/ arrêt de travail jusqu'à coproculture négative pour les personnes fréquentant une collectivité ou ayant une activité professionnelle sensible (manipulation de denrées alimentaires, personnels de structure de soins ou en contact avec des personnes à risque) 6. Transmission des données au BSE pour enquête alimentaire éventuelle 7. Information de la direction pour diffusion d'une alerte auprès des professionnels de santé
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) – 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf ; BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR <i>Escherichia coli</i>, <i>Shigella</i>, <i>Salmonella</i> : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/escherichia-coli-shigella-salmonella</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/fievres-typhoide-et-paratyphoide</p>

Filariose lymphatique

MDO	Critère de notification : manifestation aiguë et/ou Manifestation chronique de filariose lymphatique et /ou Diagnostic biologique de confirmation.
Mémento	<p>Les filarioses (lymphatique, onchocercose, loase) sont des maladies endémiques tropicales dues à des nématodes (ou vers ronds) vivipares Les filaires ont en commun des réactions sérologiques de groupe et une sensibilité à la diéthylcarbamazine mais la symptomatologie est propre à chaque filariose, l'hôte intermédiaire est spécifique (moustique vecteur) et la distribution géographique est particulière</p> <p>En Polynésie française, <i>Wuchereria bancrofti</i> est responsable de 100% des filarioses lymphatiques</p> <p>Mode de contamination : vectorielle (<i>Aedes polynesiensis</i> et <i>Culex quinquefasciatus</i> : vecteurs secondaires en Polynésie française)</p> <p>Incubation : quelques semaines à quelques années selon le critère utilisé</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invasion due à la migration des microfilaires : symptomatologie non spécifique (fièvre, arthralgies, manifestations respiratoires asthmatiformes) • Phase d'état due aux vers adultes : manifestations aiguës dues à l'inflammation (lymphangite aiguë des membres, orchépididymite, adénolymphangites, etc.) ou chroniques dues au blocage des vaisseaux lymphatiques (hydrocèle, lymphoedèmes, adénite chronique, varices lymphatiques, éléphantiasis, etc.) <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyperéosinophilie sanguine • Mise en évidence de microfilaires sur frottis sanguin ou recherche d'Ag sérique par Elisa • PCR pour la détection de <i>W. bancrofti</i> dans le sang • Sérologie pour détection d'anticorps (immunoélectrophorèse, ELISA, etc.) <p>Traitement : microfilaricides (diéthylcarbamazine, albendazole et ivermectine), doxycycline active contre une bactérie symbiotique (<i>Wolbachia sp</i>)</p>
Mesures préventives	<p>Chimioprophylaxie communautaire : administration de masse de médicaments (AMM) de façon annuelle à une population en zone à haute infection de filariose lymphatique</p> <p>! Administration supervisée des médicaments ou POD (Prise Observée Directe) mise en place depuis 2010 en Polynésie française</p> <p>Individuelles : protection contre les piqûres de moustiques (port de vêtements à manches longues, répulsifs cutanés, moustiquaires).</p> <p>Lutte antivectorielle : destruction mécanique des gîtes larvaires, notamment autour des habitations (eaux stagnantes des pots, gouttières, etc.) et lutte chimique (traitements adulticide et larvicide)</p>
Gestion par le BVS en lien avec la DSSP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (symptomatologie, comorbidités, antécédents de chimioprophylaxie, etc.) 3. Recherche d'autres cas dans l'entourage, de notion de voyage et identification de la zone d'habitation 4. Transmission des informations au BSE si intervention de la LAV nécessaire
Contacts utiles	<p>BVS: 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf DSSP: 40.46.61.04 - bppi@sante.gov.pf BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>Direction de la Santé : https://www.service-public.pf/dsp/filariose/ Organisation mondiale de la santé (OMS) : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/lymphatic-filariasis</p>

Ectoparasitose due à un acarien exclusivement humain (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*), généralement bénigne, hautement contagieuse et pouvant toucher des individus de tout âge et tout milieu social

! Augmentation du nombre d'épisodes de gale communautaire (cas sporadiques ou cas groupés) survenant dans certaines collectivités, notamment en milieu scolaire.

<p>Mémento</p>	<p>En Polynésie française, fréquents signalements de cas de gale communautaire</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact cutané direct, en général prolongé (milieu familial, collectivités, relations sexuelles) • Contact indirect <i>via</i> le partage de linges/literies contaminés <p>! Contagiosité faible pour les gales communes mais élevée pour les gales profuses (hyperkératosiques)</p> <p>! En absence de traitement, contagiosité tant que le parasite est présent sous la peau</p> <p>Incubation : 2 à 6 semaines après le contact infectant</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gale commune : prurit précoce et intense à prédominance nocturne, associé à différentes lésions cutanées spécifiques (sillons, vésicules perlées, nodules scabieux) ou non spécifiques et épargnant généralement le dos et le visage • Forme profuse et hyperkératosique : dermatoses étendues dues à une infestation massive sur terrain fragilisé/immunodéprimé, peu prurigineuses, hautement contagieuses et pouvant justifier l'isolement du patient (hospitalisation) <p>Diagnostic : essentiellement clinique avec notion de contagé ; Identification du <i>Sarcoptes</i> possible au microscope après grattage des lésions.</p> <p>Traitement : voie locale par scabicide spécifique (lotion, crème, spray à appliquer sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu) ou <i>per os</i> (Ivermectine), plus simple et plus rapide surtout si nombre important de personnes à traiter</p> <p>! Risque de surinfection des lésions chez les populations précaires et SDF</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Eviction/Isolement jusqu'à 3 jours après un traitement local</p> <p>Mesures d'hygiène</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement <u>simultané</u> de tous les patients et contacts identifiés • En parallèle, traitement du linge, des effets personnels, de l'environnement <p>Mesures complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information et traitement des sujets contacts • Information du personnel des collectivités et traitement au besoin • Renforcement des mesures d'hygiène individuelles <p>! Dans les collectivités de personnes fragilisées et/ou avec haut risque de transmission interhumaine, l'intervention doit être précoce dès le premier cas signalé (surtout en cas de gale profuse/hyperkératosique).</p>
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (diagnostic parasitologique réalisé ?) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités) et recherche d'un contagé et/ou de cas dans l'entourage (familial, collectivités) 3. Traitement dans le même temps de tous les malades et de tous les contacts identifiés 4. Mesures environnementales (linge et effets personnels, etc.) 5. Renforcement des mesures d'hygiène (lavage des mains, éviction/isolement des malades, limitation des contacts) 6. Information des responsables de la collectivité concernée (voir s'il peut exister des difficultés d'accès au traitement ou pour appliquer les mesures préventives)
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>DGEE /Infirmière conseillère technique : 40.46.29.84 (épisode de cas groupés en milieu scolaire)</p> <p>CSS : 40.47.33.50</p> <p>Pharmacie d'approvisionnement : 40.54.21.00 - 87.703.052 (pharmacien d'astreinte) - pharmacie.secretariat@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>HCSP - <i>Guide de la conduite à tenir en cas de survenue d'un ou plusieurs cas de gale</i> -2012 : https://www.hcsp.fr/explore.Cgi/avisrapportsdomaine?clefr=313</p>

Gastroentérites à salmonelles mineures

Salmonelloses non typhiques dites « mineures » (autres que *S. Typhi*, *S. Paratyphi A*, *B* et *C*) survenant sous forme d'infections sporadiques (cas isolés), de toxi-infections alimentaires collectives ou d'épidémies communautaires.

<p>Mémento</p>	<p>Bacilles Gram négatif de la famille des entérobactéries dont les sérotypes les plus fréquents sont <i>Salmonella</i> Typhimurium et <i>Salmonella</i> Enteritidis</p> <p>Réservoir : animal [volaille, bovin, porc, nouveaux animaux de compagnie (NAC)] ou humain (malade ou porteur asymptomatique)</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie alimentaire principalement <i>via</i> la consommation d'aliments d'origine animale contaminés et consommés crus ou peu cuits (viandes dont les viandes hachées et certains produits de charcuterie, œufs et produits à base d'œufs crus, fromages au lait cru, etc.) • Contact direct avec des animaux, notamment les NAC (serpents et tortues par ex.) • Contact, direct ou indirect, avec malade ou porteur asymptomatique. <p>Incubation : 12 à 36 heures le plus souvent</p> <p>Clinique : apparition brutale de douleurs abdominales, de diarrhées parfois sanglantes, de nausées/vomissements, de fièvres et céphalées ; Risque de déshydratation sévère chez les personnes fragiles (nourrissons, jeunes enfants, femmes enceintes, personnes âgées ou immunodéprimées) ou de complications (septicémie, méningite ou abcès)</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement en culture (hémoculture, coproculture) • PCR multiplex (diagnostic précoce mais interprétation parfois délicate) <p>! Aucune valeur diagnostique de la sérologie (test de Widal)</p> <p>Traitement : symptomatique, antibiothérapie indiquée dans les diarrhées aiguës fébriles sévères</p> <p>! Détection croissante de souches de salmonelles résistantes à plusieurs antibiotiques.</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Eviction/isolement : non mais la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène en restauration collective et en milieu familial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respect des bonnes pratiques de transport, de stockage, de préparation/cuisson des aliments et respect strict des chaînes du chaud et du froid • Hygiène des mains (avant de cuisiner, après passage aux toilettes, etc.) • Conserver les œufs au réfrigérateur, maintenir au froid les préparations à base d'œufs sans cuisson (mayonnaise, crèmes, mousse au chocolat, pâtisseries) et les consommer le plus près possible de leur fabrication
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptômes, comorbidités, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, milieu professionnel, collectivité). 3. Enquête pour identifier l'origine de la contamination (alimentaire, contact avec d'autres cas, autres expositions à risque, etc.) 4. Demande du sérotype de chaque souche auprès du laboratoire et si besoin, envoi au CNR pour confirmation du sérotype et typage moléculaire éventuel 5. Rappel des mesures préventives à appliquer 6. Transmission des données recueillies au BSE pour enquête alimentaire et retrait/rappel de l'aliment éventuellement identifié 7. Information de la direction si épisode requérant la diffusion d'une alerte <p>! En urgence le week-end : enquête à débiter si suspicion de TIAC (faire conserver les plats et les aliments suspectés) ; Ne pas recommander de coproculture de « dépistage » en dehors de celles à réaliser chez les personnes symptomatiques</p>
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65</p> <p>BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR <i>Escherichia coli</i>, <i>shigelles</i>, <i>salmonelles</i> : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/escherichia-coli-shigella-salmonella</p> <p>Santé publique France : Salmonellose – Santé publique France (santepubliquefrance.fr)</p>

Gastroentérites à virus ou présumée virale

Les virus responsables de gastro-entérites aiguës infectent essentiellement l'intestin où ils se multiplient. Excrétés dans les selles des sujets infectés (malades ou porteurs asymptomatiques), ils peuvent persister plusieurs semaines dans le milieu extérieur.

Les virus entériques les plus fréquemment rencontrés sont les **norovirus** (première cause de diarrhée épidémique tout âge confondu), **rotavirus** (agent le plus fréquemment en cause dans les diarrhées aiguës chez l'enfant < 5 ans), **adénovirus** et **sapovirus**. Les autres virus considérés comme agents étiologiques possibles sont les kobuvirus (Aichi virus), les entérovirus, les picobirnavirus, les torovirus et les coronavirus.

<p>Mémento</p>	<p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmission interhumaine : risque d'épidémies en collectivités par transmission de personne à personne <i>via</i> les mains du personnel ou la contamination de l'environnement (en particulier pour les norovirus) • Voie alimentaire : ingestion d'eau ou d'aliments, consommés crus ou peu cuits, contaminés directement au cours de la production, par contact avec des eaux souillées par des déjections (huîtres, fruits rouges, etc.) ou secondairement lors de la manipulation par une personne porteuse du virus <p>Incubation : 24 à 72 heures selon le virus en cause</p> <p>Clinique : vomissements (en jets incontrôlables si norovirus), diarrhée non sanglante d'apparition brutale, associés ou non à des douleurs abdominales, nausées, fièvre peu élevée ; Risque de déshydratation avec altération de l'état général chez les personnes âgées ou présentant des pathologies chroniques</p> <p>Diagnostic (sur échantillon de selle ou écouvillonnage anal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • TDR par immunochromatographie (rotavirus, adénovirus et norovirus) • PCR multiplex (diagnostic précoce mais interprétation parfois délicate) <p>Traitement : symptomatique (réhydratation pour compenser les pertes d'électrolytes et d'eau)</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Eviction/isolement : non mais la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable.</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains essentielle du fait de la grande contagiosité de ces virus et de la fréquence des formes asymptomatiques (patients/résidents, visiteurs et professionnels en collectivité) • Bonnes pratiques d'hygiène alimentaire (restauration collective et milieu familial) • Entretien de l'environnement, traitement du linge et circuit des déchets
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) ! Diagnostic différentiel avec une TIAC lors du signalement d'un épisode de GEA 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptômes, comorbidités, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, collectivité, milieu professionnel) 3. Enquête pour identifier l'origine de la contamination (alimentaire, contact avec d'autres cas, autres expositions à risque, etc.) 4. Rappel des mesures préventives à appliquer 5. Si cas en collectivité, s'assurer de l'information des patients/résidents, des professionnels, des visiteurs et de la limitation des déplacements des patients/résidents malades 6. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/ BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR Virus des gastro-entérites : http://www.cnr-ve.org HCSP - <i>Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées</i> - 2010 : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf</p>

Giardiase

La Giardiase, aussi appelée Giardiose ou encore Lamblia, est une maladie parasitaire fréquente (zoonose), le plus souvent bénigne lorsqu'elle est bien traitée. Elle est due à *Giardia intestinalis*,⁸ protozoaire flagellé qui infeste le tractus gastro-intestinal.

Mémento	<p>La <i>giardia</i> se trouve dans le milieu extérieur sous forme de kystes (enveloppe très résistante) permettant au parasite de survivre en dehors de son hôte (Homme ou animal). La vie en collectivité et le fait que l'infection passe souvent inaperçue favorisent la transmission du parasite</p> <p>Réservoir : malade ou porteur asymptomatique et animaux (chien, chat)</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none">• Absorption d'eau ou d'aliments contaminés par des kystes parasitaires• Manuportée (en portant à la bouche des mains sales ayant touché des selles contaminées, des objets ou des surfaces souillées par le parasite) <p>Incubation : 1 à 4 semaines, le plus souvent 7 à 10 jours</p> <p>Clinique : diarrhée aigue associée à des douleurs abdominales et vomissements ; Risque de syndrome de malabsorption intestinale en cas d'infestation massive et prolongée et en absence de traitement.</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen parasitologique des selles (kystes de <i>Giardia</i>)• PCR multiplex (diagnostic précoce mais interprétation parfois délicate) <p>Traitement : antiparasitaire (métronidazole pendant 5 jours ou autres molécules en prise unique : tinidazole, secnidazole)</p> <p>! Contrôle des selles 1 mois après la fin du traitement avec prescription d'une seconde cure d'antiparasitaire en cas de persistance de kystes de <i>Giardia</i></p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : non mais la fréquentation d'une collectivité à la phase aigüe de la maladie n'est pas souhaitable.</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène : lavage des mains essentiel (après passage aux toilettes, avant chaque repas, après tout contact avec un animal), ongles coupés courts et brossés régulièrement</p> <p>Bien laver les fruits et crudités avant consommation</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique)2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptômes, comorbidités, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, collectivité).3. Informer les membres de la collectivité (pour aider au diagnostic des autres cas éventuels de Giardiase et les traiter)4. Rappel des mesures préventives à appliquer
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf</p> <p>CPMI : 40.47.33.30</p>

⁸ Également *Giardia duodenalis*, *Giardia lamblia* ou *Lamblia intestinalis*

Hépatite A

MDO	Critères de notification : présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.
Mémento	<p>Inflammation du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA) responsable de cas sporadiques et d'épidémies le plus souvent limitées à des collectivités</p> <p>En Polynésie française, aucun cas autochtone notifié ces dernières années</p> <p>Mode de contamination : ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par les matières fécales d'un sujet infecté ou par contact direct avec un malade ou une personne asymptomatique (y compris <i>via</i> des relations sexuelles oro-anales)</p> <p>Incubation : 14 à 28 jours généralement</p> <p>! Contagiosité maximale durant la semaine avant l'apparition de l'ictère et se poursuivant 10 jours après son début.</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formes asymptomatique/paucisymptomatique (plus de 70% des cas chez l'enfant <6 ans) • Forme classique : fièvre, asthénie extrême, nausées/vomissements, anorexie, douleurs abdominales, hépatomégalie, ictère • Forme fulminante : risque d'insuffisance hépatique aiguë <p>! Le VHA ne provoque pas d'hépatite chronique</p> <p>Diagnostic : sérologie (IgM anti-VHA), RT-PCR dans certains cas</p> <p>Traitement : pas de traitement spécifique, prise en charge symptomatique</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement d'une collectivité : 10 jours à compter du début de l'ictère ou des signes cliniques.</p> <p>Mesures d'hygiène personnelle : lavage régulier des mains (après être allé aux toilettes et avoir changé la couche d'un bébé, avant de préparer les repas, avant de manger, etc.)</p> <p>Lutte contre le péril fécal : traitement des eaux usées, construction de latrines, etc.</p> <p>Vaccination (schéma à 2 doses) : recommandée pour les personnes souffrant d'hépatopathies chroniques et aux personnes exposées au virus [résidents des pays de moyenne ou forte endémie, personnes à risque de transmettre le virus du fait de leur profession (personnels de crèche, etc.), hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, etc.]</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, antécédents vaccinaux, hospitalisation), recherche d'autres cas dans l'entourage (familial, collectivité, milieu professionnel) 3. Enquête pour identifier une source potentielle de contamination (alimentaire, notion de voyage, recherche d'un lien avec des cas déjà notifiés en termes de temps-lieu-personne, etc.) 4. Prévenir le BSE si suspicion d'une source alimentaire (eau, aliments crus, huîtres, etc.) 5. Information immédiate de la collectivité fréquentée par le/les cas (rappel sur les modes de transmission du VHA et sur les mesures préventives à mettre en place) 6. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>BSE : 40.50.37.45 (standard) – alertes.bse@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>CNR VHA/VHE : http://www.cnrvha-vhe.org/</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/la-maladie/#tabs</p>

Hépatite B

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hépatite B aiguë : présence d'IgM anti-VHB dans le sérum. • Hépatite B chronique : persistance de l'Ag HBs pendant plus de 6 mois
<p>Mémento</p>	<p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct ou indirect avec du sang infecté (partage du matériel chez les usagers de drogues, réalisation d'un tatouage ou d'un piercing avec du matériel non à usage unique, etc.) • Par voie sexuelle (relations sexuelles non protégées) • De la mère à l'enfant lors de la naissance ou de l'accouchement <p>! Virus Delta (VHD) : sa transmission se fait selon les mêmes modes que pour le VHB et n'est possible qu'en sa présence. Cette transmission peut être simultanée (co-infection) ou survenir chez un patient déjà infecté de façon chronique par le VHB (surinfection Delta)</p> <p>Incubation : 45 à 180 jours (75 jours en moyenne)</p> <p>Clinique</p> <p>Hépatite B aiguë : asymptomatique et non diagnostiquée dans la majorité des cas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme symptomatique (< 25% des cas) : ictère, asthénie, anorexie, douleurs abdominales, nausées/vomissements, prurit, urines foncées/selles décolorées, etc. • Forme fulminante (< 1% des cas symptomatiques) : transplantation hépatique en urgence <p>Hépatite B chronique : l'infection aiguë, symptomatique ou non, évolue vers la chronicité chez 5 à 10% des sujets adultes ; Incidence cumulée de cirrhose 5 ans après le diagnostic de l'ordre de 8 à 20 % ; Evolution vers un carcinome hépatocellulaire chez 2% des patients atteints de cirrhose</p> <p>! En absence de prise en charge à la naissance, environ 90% des nouveau-nés de mères AgHBs + contractent une infection chronique</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hépatite B aiguë : IgM anti-HBc (+), Ag HBs (+), ALAT >> (souvent > 10 N), etc. • Hépatite B chronique : persistance de l'Ag HBs pendant > 6 mois (avec ou sans présence concomitante de l'antigène HBe) ; Mesure de la charge virale, bilan hépatique et tests sanguins pour évaluer la fibrose (FibroTest®) afin de compléter le diagnostic biologique <p>Traitement : pas de traitement spécifique contre l'hépatite B aiguë, possibilité d'agents antiviraux par voie orale dans les hépatites chroniques</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Dépistage systématique des femmes enceintes et des dons de sang, etc.</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène standard : lavage des mains, port de gants, etc.</p> <p>Manipulation et élimination sans risque des objets tranchants ou piquants et des déchets.</p> <p>Vaccination, principal moyen de prévention des hépatites B et D :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obligatoire pour tous les nourrissons à 2 mois et 4 mois, puis un rappel à 11 mois • Rattrapage recommandé pour enfant et adolescent jusqu'à 15 ans • Recommandée pour les personnels soignants et autres agents susceptibles d'être exposés à du sang ou à des produits sanguins dans l'exercice de leur travail, les nouveau-nés de mères porteuses de l'AgHBs, les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, les usagers de drogues injectables ou intranasales, etc.
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques pour chaque cas d'hépatite B aiguë, (DDS, symptomatologie, comorbidités, antécédents vaccinaux ? etc.) 3. Evaluation du risque de transmission (partenaires sexuels, etc.), recherche d'autres cas dans l'entourage (sujets non vaccinés) et d'un lien potentiel avec des cas déjà notifiés 4. Vaccination préventive sur la base des recommandations existantes à recommander 5. Transmission des données recueillies au CMIT
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf</p> <p>CMIT : 40.48.82.05 ou 40.48.58.38 - ccsmit@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR virus des hépatites B, C et Delta : www.vhc-henrimondor.com/centre-national-de-referencedes-hepatites-b-c-et-delta/mission-de-service-public</p> <p>Calendrier vaccinal DS: https://www.service-public.pf/dsp/programmes-de-sante/vaccination/</p>

Hépatite C

MDO	Critères de notification : présence d'IgM anti-VHC dans le sérum.
Mémento	<p>L'hépatite C bénéficiant désormais de traitements efficaces qui permettent sa guérison, il est indispensable que les personnes porteuses d'une hépatite C chronique aient connaissance de leur infection, d'où l'importance du dépistage.</p> <p>! Le dépistage, permettant la mise en route d'un traitement, présente un intérêt individuel mais aussi collectif pour limiter le risque de transmission à d'autres personnes.</p> <p>Modes de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usage de drogues par voie intraveineuse (partage de seringue ou du matériel de préparation, de paille ou de pipe à crack en présence de sang en cas de blessures) • Par transfusion (risque infime), lors de soins si non-respect des précautions d'asepsie (injections, dialyse, certains actes endoscopiques) ou lors de tatouages et piercing (matériel en contact avec le sang réutilisé sans stérilisation préalable) • Par voie sexuelle : extrêmement faible chez les couples hétérosexuels mais augmenté en cas de rapports sexuels traumatiques (homosexuels masculins infectés par le VIH) • De la mère à l'enfant : essentiellement si infection VIH associée <p>Incubation : de 2 semaines à 6 mois (7 semaines en moyenne)</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme aiguë, asymptomatique dans la majorité des cas • Forme chronique : non diagnostiquée et non traitée, l'infection devient chronique (60% à 90% des cas) pouvant s'accompagner d'une cryoglobulinémie, responsable de manifestations multiples, et être responsable d'une fibrose hépatique pouvant se transformer en cirrhose (10 à 20% des cas) • Carcinome hépatocellulaire (ultime stade évolutif) <p>Diagnostic : recherche d'anticorps anti-VHC puis en cas de positivité, détection de l'ARN viral (la persistance de l'ARN au-delà de six mois définit l'hépatite C dans sa forme chronique), détermination du génotype viral, mesure de la charge virale dans le sang, tests sanguins pour évaluer la fibrose hépatique</p> <p>Traitement : antiviraux à action directe (AAD) désormais recommandés pour l'ensemble des personnes infectées (guérison chez plus de 95% des patients)</p>
Mesures préventives	<p>Dépistage des dons de sang.</p> <p>Dépistage des personnes à risque : consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes infectées par le VIH ou portant des tatouages ou des piercings, etc.</p> <p>Réduction des risques chez les usagers de drogues : mise à disposition de matériel d'injection stérile et de matériel à moindre risque (chez les usagers de crack par exemple), accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection, traitements contre la dépendance</p> <p>Respect des précautions standard de désinfection et d'asepsie : lors des soins ou d'actes de type tatouage ou de piercing</p> <p>Manipulation et élimination sans risque des objets tranchants ou piquants et des déchets</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal 2. Recueil des données biocliniques du cas (symptomatologie, comorbidités, etc.) 3. Recherche du mode de contamination (antécédents de transfusion, usage de drogue, risque professionnel, risque nosocomial, tatouage/ piercing, consommation d'alcool, etc.) 4. Recherche d'autres cas dans l'entourage et/ou d'un lien potentiel avec des cas déjà notifiés 5. Transmission des données recueillies au CMIT
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>CMIT : 40.48.82.05 ou 40.48.58.38 - ccsmit@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>CNR virus des hépatites B, C et Delta : www.vhc-henrimondor.com/centre-national-de-referencedes-hepatites-b-c-et-delta/mission-de-service-public</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c</p>

Hépatite E

MDO	Critères de notification : présence d'IgM anti-VHE dans le sérum ou RT-PCR positive.
Mémento	<p>Virus de la famille des <i>Hepeviridae</i> d'une grande diversité génétique avec 4 génotypes majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Génotypes 1 et 2</i> : endémiques dans les pays en développement - Homme, seul réservoir • <i>Génotype 3 et 4</i> : identifiés chez l'Homme et chez de nombreuses espèces animales - Génotype 3 endémique dans les pays de l'UE • Génotype 4 présent en Asie et plus rarement identifié chez l'Homme et le porc en Europe <p>! Comme tous les virus entériques non enveloppés, le VHE est relativement résistant dans le milieu extérieur et des particules virales peuvent être détectées dans les eaux usées</p> <p>En Polynésie française, rares cas sporadiques autochtones notifiés ces dernières années</p> <p>Mode de contamination (fonction du génotype)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmission fécale-orale (contamination fécale d'une eau de boisson) • Alimentaire : ingestion de viande insuffisamment cuite ou de produits à base de viande provenant d'animaux infectés (foie de porc, par exemple) • Transfusion de produits sanguins infectés : exceptionnel • Transmission verticale d'une femme enceinte à son enfant <p>! Excrétion virale à partir de quelques jours avant l'apparition des symptômes et pendant 3 à 4 semaines après</p> <p>Incubation : 2 à 10 semaines, avec une moyenne de 5 à 6 semaines</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formes asymptomatique/paucisymptomatique (notamment chez l'enfant) • Forme symptomatique : fièvre, asthénie extrême, nausées/vomissements, anorexie, douleurs abdominales, hépatomégalie, ictère (<u>tableau identique à celui d'une hépatite A</u>) • Forme fulminante : risque de décès chez les porteurs d'une hépatopathie chronique ou chez les femmes enceintes dans les pays d'endémicité du VHE (T2/T3 de grossesse, risque d'insuffisance hépatique aigüe, de perte du fœtus et de décès) • Forme chronique : signalée chez des personnes immunodéprimées (uniquement génotype 3) <p>Diagnostic : sérologie (IgM anti-VHE) ou/et RT-PCR dans certains cas</p> <p>Traitement : prise en charge symptomatique le plus souvent ; ribavirine dans les formes chroniques</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : 10 jours à compter du début de l'ictère ou des signes cliniques</p> <p>Mesures générales d'hygiène :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavage des mains (à la sortie des toilettes, avant de préparer les repas, après contact avec des animaux ou les produits d'origine animale) • Nettoyage des ustensiles et surfaces après manipulation de produits à base de foie de porc cru, de viande de sanglier, de cerf • Respect des consignes de cuisson et consommation indiquées sur l'étiquette des produits • Non consommation d'eau non traitée (puits, source, torrent etc.) <p>Lutte contre le péril fécal : traitement des eaux usées, construction de latrines, etc.</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptômes, comorbidités, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, collectivité, etc.) 3. Enquête pour identifier une source potentielle de contamination : notion de voyage, contacts avec animaux, exposition professionnelle, exposition alimentaire (aliments, date et lieux, etc.) 4. Recherche d'un lien avec des cas déjà notifiés (en termes de temps-lieu-personne) 5. Prévenir BSE/Direction de la biosécurité si suspicion d'une source alimentaire/animale
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>Direction de la Biosécurité : 40.54.01.00 (standard) / 40.54.01.11 (vétérinaire)</p> <p>BSE : 40.50.37.45 (standard) – alertes.bse@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>CNR VHA/VHE : http://www.cnrvha-vhe.org/</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-e</p>

Infections à *Clostridioides difficile*

Clostridioides difficile est un bacille anaérobie strict, ayant la capacité de sporuler, retrouvé dans l'environnement (sol, eau) ainsi que dans l'intestin de l'homme et de celui de nombreuses espèces animales.

C. difficile est la principale cause des diarrhées infectieuses nosocomiales et des colites associées aux antibiotiques. **Seules les souches toxigènes sont pathogènes, les toxines A (entérotoxine) et B (cytotoxine) étant responsables de la virulence de la souche.**

Mémento	<p>Mode de contamination : voie féco-orale via l'environnement ou les mains du personnel soignant contaminés après contact avec un patient atteint d'une infection à <i>C. difficile</i> (ICD)</p> <p>! Rôle majeur de l'environnement dans la transmission : les spores sont résistantes aux détergents et désinfectants habituellement utilisés dans les hôpitaux et peuvent persister pendant des semaines, voire des mois, sur les surfaces inertes. La promiscuité des patients, la pression antibiotique, la pression de colonisation et tout retard à la mise en place des précautions contact sont également des facteurs favorisant la transmission de <i>C. difficile</i></p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none">• Diarrhée post-antibiotique « simple » : de modérée à abondante (≥ 3 selles/jour sans glaires ni sang), signes généraux absents ou peu marqués (de type douleurs abdominales), muqueuse normale ou érosive et sans pseudomembrane à l'endoscopie• Colite pseudomembraneuse (CPM) : diarrhée profuse (> 7 selles/j) accompagnée de fièvre, douleurs abdominales, hyperleucocytose, déshydratation et hypoalbuminémie avec présence de pseudomembranes à l'endoscopie (niveau colon et/ou rectum)• Complications de la CPM : colite aigüe grave, mégacôlon toxique, iléus• Infections extra intestinales (exceptionnelles) : abcès, septicémie <p>! Facteurs de risque d'ICD : administration d'antibiotiques ou d'IPP, âge > 65 ans, antécédents d'hospitalisations et procédures modifiant le microbiote intestinal ; Risque de récurrence dans 20-25 % des cas surtout si 1^{er} épisode sévère, âge > 65 ans</p> <p>Diagnostic : preuve microbiologique de la présence d'une souche de <i>C. difficile</i> productrice de toxines A ou B dans les selles ; Différentes méthodes de diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none">• Détection des toxines libres dans les selles (tests immuno-enzymatiques par exemple)• Détection des gènes codant ces toxines (méthode moléculaire)• Recherche de la capacité par la bactérie à produire <i>in vitro</i> des toxines (culture toxigénique) <p>Traitement : guidé par la présentation clinique et la sévérité de l'ICD</p> <ul style="list-style-type: none">• Diarrhée peu sévère : arrêt de l'antibiotique inducteur ou remplacement par un antibiotique à moindre risque, vancomycine <i>per os</i>, et si possible arrêt des IPP• Diarrhée sévère : vancomycine <i>per os</i> ou fidaxomicine, prise en charge médico-chirurgicale dans les mégacôlons toxiques
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : oui, tant que les symptômes cliniques persistent.</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène :</p> <ul style="list-style-type: none">• Port de gants pour les soins• Après les soins et retrait des gants : lavage à l'eau et au savon suivi d'une friction avec PHA• Désinfection minutieuse des surfaces à l'eau de javel (seul désinfectant actif sur les spores)• Lavage du linge souillé en machine avec cycle long• Bionettoyage en 3 temps (nettoyage, rinçage pour évacuer les produits détergents et les salissures, puis désinfection)
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique)2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptômes, comorbidités, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage3. Rappel des mesures d'hygiène à appliquer
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p>
Webographie	<p>CNR des bactéries anaérobies et botulisme (Institut Pasteur à Paris) https://www.pasteur.fr/fr/file/31028/download</p> <p>HCSP - <i>Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aigües en établissement d'hébergement pour personnes âgées</i> - 2010 : https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf</p>

Infections à *Neisseria gonorrhoeae*

La gonococcie, ou blennorragie, est une infection sexuellement transmissible due au gonocoque (*Neisseria gonorrhoeae*) pouvant avoir de lourdes conséquences.

L'OMS s'inquiète d'une hausse mondiale des infections gonococciques résistantes aux antibiotiques classiquement prescrits pour le traitement de la gonorrhée.

! Les baisses du recours au dépistage VIH/IST bactériennes observées en 2020, du fait de la pandémie à SARS-CoV-2, peuvent laisser craindre un retard au diagnostic et une circulation plus importante de ces infections.

Mémento	<p>En Polynésie française, isolement de quelques souches résistantes aux antibiotiques</p> <p>Mode de contamination : transmission interhumaine presque toujours lors des relations sexuelles</p> <p>! Réinfections fréquentes car le gonocoque n'entraîne pas d'immunité</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none">• Urétrite aiguë chez l'homme : après une incubation de 2 à 5 jours, écoulement purulent avec brûlures mictionnelles intenses et dysurie - Risque de complications (orchépididymite, prostatite) et à distance de rétrécissement urétral• Cervico-vaginite avec leucorrhées, parfois associée à une urétrite, chez la femme évoluant vers une bartholinite ou une salpingite (risque de stérilité tubaire et de grossesse extra-utérine) <p>! Jusqu'à 70 % de formes asymptomatiques chez la femme</p> <ul style="list-style-type: none">• Anorectite purulente ou forme pharyngée : formes asymptomatiques le plus souvent• Formes plus rares : périhépatite chez la femme, arthrites, ténosynovites avec lésions cutanées érythémato-pustuleuses, septicémies, etc.• Kérato-conjonctivite néo natale par contamination <i>per partum</i> <p>Diagnostic : recherche du gonocoque sur prélèvement urinaire chez l'homme, sur auto-prélèvement vaginal chez la femme ou sur prélèvement anal ou pharyngé selon le type de rapports (isolement en culture, détection par PCR)</p> <p>! L'absence de symptômes étant fréquente, il est recommandé de se faire dépister en cas de prise de risque (rapport sexuel non protégé avec un nouveau partenaire par exemple)</p> <p>Traitement : antibiothérapie précoce (ceftriaxone en une seule injection, IM ou IV, en première intention)</p> <p>! Association systématique d'un traitement probabiliste de l'infection à <i>C. trachomatis</i> fortement recommandée (azithromycine en monodose)</p>
Mesures préventives	<p>Préservatifs (+++)</p> <p>Dépistage adapté aux différents publics</p> <p>Information des partenaires sexuels, par le patient, pour un dépistage et un traitement précoces de la gonococcie permettant d'interrompre la chaîne de transmission</p> <p>Protéger tous les rapports sexuels jusqu'à 14 jours après la fin du traitement.</p>
Gestion par le BVS en lien avec le CMIT	<ol style="list-style-type: none">1. Réception des signalements, prise en compte et transmission des informations recueillies au CMIT2. Recueil des données auprès des acteurs concernés3. Analyse de ces données afin d'établir le bilan annuel de ces IST au niveau du territoire
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CMIT : 40.48.82.05 ou 40.48.58.38 - ccsmit@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>CPMI : 40.47.33.30</p>
Webographie	<p>IST à Tahiti : https://www.service-public.pf/dsp/ist/</p> <p>HAS - Dépistage et prise en charge de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - 2010 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire_gonocoque_vf.pdf</p> <p>Santé Publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/gonococcie/la-maladie/#tabs</p>

Infections à staphylocoque doré

Staphylococcus aureus, bactérie ubiquitaire très répandue dans la nature, fait partie de la flore habituelle (30 à 50% de porteurs asymptomatiques). Le portage nasal est le principal réservoir impliqué dans la transmission interhumaine, à l'hôpital comme en milieu communautaire, et c'est aussi le facteur de risque d'infection.

Staphylocoque Aureus, du fait de ses nombreux facteurs de virulence, est responsable d'infections suppuratives et toxiques touchant l'ensemble de l'organisme. Leurs traitements sont difficiles car de nombreuses souches sont multirésistantes aux antibiotiques (entre 20 et 50% des souches selon les services hospitaliers).

! Le SARM Co (*S. aureus* résistant à la méticilline, dit communautaire) a émergé *de novo* il y a une trentaine d'année. Le SARM Co produit des toxines en grand nombre, en particulier la leucocidine de Panton-Valentine (PVL), une cytotoxine capable de détruire les leucocytes et d'induire une nécrose tissulaire. **On observe depuis quelques années l'émergence mondiale communautaire de clones méticilline-résistants producteurs de PVL.**

Mémento	<p>Mode de contamination : contact direct avec lésion cutanée, échange d'objets personnels contaminés (rasoirs, serviettes de toilettes, contact avec surfaces ou objets contaminés)</p> <p>Clinique : manifestations cliniques variées et degrés de gravité divers</p> <ul style="list-style-type: none">• Infections cutanées : impétigo, folliculite, furoncle, anthrax, staphylococcie maligne de la face, panaris péri-unguéraux, surinfections de plaie, pied diabétique, etc.• En fonction de l'organe infecté : ostéomyélite, endocardite, pneumopathie, arthrite, médiastinite, thrombophlébites septique, etc.• Pneumonie nécrosante (PVL), choc toxique staphylococciques (toxine TSST-1)• Intoxications alimentaires (entérotoxines thermostables sécrétées par certaines souches) <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none">• Prélèvements pour mise en culture indiqués lors d'épisodes récidivants, de lésions d'évolution rapide ou d'épisode ne répondant pas à un traitement antibiotique classique• Recherche par PCR des gènes codant pour la leucocidine dans certains cas <p>! La documentation bactériologique des infections cutanées est essentielle dans les communautés à haut risque pour exclure la circulation des souches virulentes</p> <p>Traitement : antibiothérapie (fonction de la gravité de l'infection et de la documentation bactériologique) et mesures locales (drainage chirurgical, suppression des cathéters, etc.)</p> <p>! Une antibiothérapie inhibant la production de toxine (clindamycine, linézolide) est nécessaire dans les infections à staphylocoque producteur de PVL</p>
Mesures préventives	<p>Éviction : à envisager si transmission avérée à partir du cas, et si les règles d'hygiène ne sont pas respectées ou si les lésions ne peuvent être recouvertes par pansement(s)</p> <p>Application des mesures d'hygiène :</p> <ul style="list-style-type: none">• Lésions cutanées (nettoyer et désinfecter, pansement propre et sec)• Hygiène des mains (ongles courts et propres) et hygiène corporelle• Environnement : linge, vaisselle, locaux <p>Dépistage et décontamination des porteurs de SARM : selon les recommandations en vigueur</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique)2. Recueil des données biocliniques du/des cas (comorbidités, antécédents d'hospitalisation, d'antibiothérapie, etc.) et identification des contacts (milieu familial, collectivité)3. Si suspicion de cas groupés⁹ : recherche active et rétrospective d'autres cas et identification de la population concernée par des mesures de contrôle et de prévention4. Si une collectivité est concernée : information de la direction et du personnel médical pour mettre en place les mesures préventives et détecter la survenue d'éventuels nouveaux cas5. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf</p>
Webographie	<p>HCSP - <i>Recommandations sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux SARM Co - 2009 :</i></p> <p>https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=102&mssclid=ff643474b02711ec9464a3747ff18b2c</p> <p>CNR Staphylocoques :</p> <p>https://cnr-staphylocoques.univ-lyon1.fr/icap_website/view/2332</p>

⁹ La survenue d'au moins 3 cas d'infections suppurative à SARM en un mois dans 3 collectivités est un critère pour identifier un regroupement de cas (définition arbitraire).

Infections à streptocoques A et B

Les infections à streptocoques A (*Streptococcus pyogenes*) et B (*Streptococcus agalactiae*) sont fréquentes. Ces bactéries font partie de la flore commensale et ne causent des symptômes que dans certaines conditions (pathogène opportuniste) ou chez des personnes à risque.

! Recrudescence des infections invasives à streptocoques A dans les pays industrialisés.

Mémento	<p>Streptocoque du groupe A (SGA) La transmission de <i>S. pyogenes</i> est essentiellement directe, par voie aérienne ou cutanée, à partir d'un malade ou d'un porteur asymptomatique. Le SGA est responsable de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Infections bénignes, non invasives : angine, pharyngite, scarlatine, impétigo• Infections invasives (IISGA) : septicémie, pleuropneumopathies, dermohypodermite nécrosantes (DHN), syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS), méningites <p>! Risque d'infection secondaire pour l'entourage immédiat d'un cas d'IISGA</p> <ul style="list-style-type: none">• Complications post-streptococciques : glomérulonéphrite aiguë, rhumatisme articulaire aigu (RAA), syndromes neurologiques <p>Streptocoque du groupe B Le réservoir est le tube digestif à partir duquel se fait la colonisation des voies génitales de la femme ; Transmission maternofoetale par inhalation ou ingestion de liquide amniotique contaminé après rupture des membranes, ou lors du passage de la filière urogénitale Le streptocoque B est responsable de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Infections néonatales <i>précoces</i> durant les 24 premières heures de vie (détresse respiratoire et bactériémie) ou <i>tardives</i> entre la 1^{ère} semaine de vie et le 3^{ème} mois (bactériémie et méningite)¹⁰• Chez la femme enceinte : bactériémie éventuellement associée à une infection intra-utérine• Hors grossesse et premières semaines de vie : bactériémie, arthrite, endocardite ou méningite chez les personnes avec facteurs de risque (âge, comorbidités) <p>Diagnostic des IISGA : isolement de SGA d'un site normalement stérile (LCR, poumon, sang, articulation, endocarde) ou de sites cutanés dans les Dermo-Hypodermite Bactérienne (DHB)</p> <p>Traitement : antibiothérapie précoce (amoxicilline en première intention)</p> <p>! Certains terrains, certaines localisations (face, périnée), certaines circonstances (morsures, voyage en région tropicale) doivent faire envisager un élargissement du spectre de l'antibiotique pour prendre en compte des bactéries autres que le seul streptocoque</p>
Mesures préventives	<p>Éviction : oui, jusqu'à 2 jours après le début de l'antibiothérapie</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène : lavage des mains essentiel</p> <p>Dépistage du portage du streptocoque B chez la femme enceinte : entre 34 et 38 SA.</p> <p>Antibioprophylaxie par voie générale recommandée pour les sujets contact facteur de risque d'infection invasive (âge, pathologie évolutive, etc.).</p>
Gestion par le BVS (Cas d'IISGA)	<ol style="list-style-type: none">6. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique)7. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptômes, comorbidités, etc.)8. Recherche des contacts étroits du/des cas (famille, collectivité, etc.) : les informer de consulter en cas de signes d'infection durant les 30 jours (antibioprophylaxie chez toute personne présentant des FDR d'IISGA)9. Investigations si suspicion de cas groupés (survenue de 2 cas ou plus d'IISGA rapprochés dans le temps et dans l'espace) : comparaison des souches, recherche d'un mode de vie ou groupe commun (toxicomanie, stage de sports, etc.) ou de contact(s) commun(s)10. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf ; CPMI : 40.47.33.30</p>
Webographie	<p>CNR Streptocoques : https://cnr-strep.fr</p> <p>HAS - <i>Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes - 2019</i> : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/prise_en_charge_des_infections_cutanees_bacteriennes_courantes_recommandations.pdf</p>

¹⁰ Le test de dépistage chez la femme enceinte, associé à une antibioprophylaxie au moment de l'accouchement en cas de colonisation vaginale, a permis une diminution importante des infections précoces mais n'a que peu d'incidence sur la fréquence des infections tardives.

Infections à vibrions non cholériques

Les vibrions non cholériques (VNC) potentiellement pathogènes chez l'Homme correspondent aux sérogroupes autres que O1 et O139 de l'espèce *Vibrio cholerae* et à 11 autres espèces du genre *Vibrio*. Ces bactéries vivent naturellement dans le milieu marin et leur concentration augmente avec la température de l'eau de mer.

Mémento	<p>Quatre espèces plus particulièrement impliquées en pathologie humaine : <i>V. parahaemolyticus</i>, <i>V. cholerae non-O1/non-O139</i>, <i>V. vulnificus</i> et <i>V. alginolyticus</i>.</p> <p>En Polynésie française, signalement exceptionnel de cas isolés autochtones</p> <p>Mode de contamination : principalement par consommation de produits de la mer contaminés ou par contact direct, au niveau d'une lésion cutanée, avec la mer et ses produits ! Pas de transmission interhumaine</p> <p>Incubation : de quelques heures à 48 heures</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>V. cholerae non-O1/non-O139</i> : gastro-entérite fébrile de sévérité modérée, infection de plaies, septicémie avec choc septique chez les patients immunodéprimés• <i>Vibrio parahaemolyticus</i> : gastro-entérite avec parfois diarrhée sanglante et, exceptionnellement, septicémie chez les patients immunodéprimés ou atteints de cirrhose• <i>Vibrio vulnificus</i> : gastro-entérite bénigne, infection de plaies avec cellulite et fasciite nécrosante, septicémie avec choc, lésions cutanées bulleuses et risque de CIVD• <i>Vibrio alginolyticus</i> : otite, conjonctivite, pyodermite superficielle, gastro-entérite bénigne <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none">• Isolement en culture (coproculture, hémoculture, écouvillonnage des plaies) ou détection par PCR• Confirmation du diagnostic, caractérisation des souches et recherche des facteurs de pathogénicité par le CNR (envoi des souches indispensable) <p>Traitement : fonction du tableau clinique et des antécédents du patient</p> <ul style="list-style-type: none">• Gastro-entérite : évolution le plus souvent favorable sans traitement mais antibiothérapie si fièvre élevée ou sur terrain à risque (ciprofloxacine ou doxycycline en dose orale unique)• Plaie ou septicémie : antibiothérapie (doxycycline <i>per os</i> associée ou non à une C3G) et débridement chirurgical des plaies (en particulier pour les infections à <i>V. vulnificus</i>) <p>! Pas d'indication d'antibioprophylaxie pour les co-exposés</p>
Mesures préventives	<p>Information des personnes présentant une pathologie prédisposante :</p> <ul style="list-style-type: none">• Sur les risques liés à la consommation des produits de la mer crus ou insuffisamment cuits• Sur les risques liés à un contact avec l'eau de mer ou les produits de la mer :<ul style="list-style-type: none">- Manipuler avec précaution les poissons et les coquillages lors de leur récolte ou préparation ;- Désinfecter et consulter rapidement un médecin en cas de blessure survenant en milieu aquatique ou lors d'une manipulation de produits de la mer crus <p>Eviter de se baigner en cas de plaie ou de blessure. Eviter les bains, la pêche et le ramassage des coquillages dans les zones interdites.</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique)2. S'assurer que la souche a bien été transmise au CNR3. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (cas associés ou personnes co-exposées).4. Enquête pour identifier l'origine de la contamination (<i>i.e.</i> expositions à risque en fonction de l'espèce en cause : consommation ou manipulation de produits de la mer, baignade en eaux côtières ou estuariennes, voyages à l'étranger, etc.)5. Transmission des données au BSE si suspicion de contamination alimentaire <p>! Si TIAC : investigation classique pour la mise en œuvre rapide des mesures de contrôle</p>
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/ BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>CNR des vibrions et du choléra : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/cnr/les-cnr/vibrions-cholera</p>

Infections invasives à méningocoque

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique 2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS 3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) et présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type 4. Présence d'un <i>purpura fulminans</i> (dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).
<p>Mémento</p>	<p>Infection due à <i>Neisseria meningitidis</i>, bactérie strictement humaine, commensale du rhinopharynx. Les souches des sérogroupes A, B, C, Y et W sont responsables de la quasi-totalité des infections invasives à méningocoque (IIM)</p> <p>En Polynésie française, très rares cas d'IIM de séro groupe B notifiés chaque année</p> <p>Mode de contamination : sécrétions rhino-pharyngées (gouttelettes de Flügge) du fait de contacts proches et répétés - Transmission fonction de la nature de l'exposition (à courte distance, à moins d'un mètre en face à face et d'une durée de plus d'une heure)</p> <p>! Contagiosité : 7 jours avant le début de la maladie et jusqu'à moins de 24 heures après le début du traitement par un antibiotique efficace sur le portage de <i>N. meningitidis</i></p> <p>Incubation : 2 à 10 jours (5 jours en moyenne)</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méningite et/ou septicémie • Arthrite, péricardite septique dans certains cas (fonction du séro groupe) • <i>Purpura fulminans</i> caractérisé par un choc septique et un purpura extensif et nécrotique <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen direct du LCS : diplocoques gram négatif • Isolement en culture ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, etc.) ou d'une lésion cutanée purpurique <p>Traitement : antibiothérapie en urgence par C3G injectables (de préférence ceftriaxone ou, en cas d'indisponibilité, céfotaxime) et prise en charge hospitalière</p>
<p>Mesures préventives <i>Voir circulaire de juillet 2018</i></p>	<p>Antibioprophylaxie des sujets contacts : à débiter dans les plus brefs délais et dans les 48 heures suivant le diagnostic, sans intérêt au-delà de 10 jours après le dernier contact avec le cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacts familiaux : identification et prescription par médecin hospitalier, en lien avec le BVS • Contacts extra-familiaux : identification et mise en œuvre de la prophylaxie par le BVS en lien avec les services concernés (médecine scolaire, médecine du travail, etc.) <p>Vaccination (cf. calendrier vaccinal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des sujets contacts d'une IIM de séro groupe vaccinal (A, C, W135, Y) • Mise à jour des vaccinations pour les personnes fréquentant la collectivité
<p>Gestion par le BVS <i>Y compris en astreinte</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique). 2. Recueil des données biocliniques (DDS, signes cliniques, comorbidités, antécédents vaccinaux, hospitalisation, évolution) et identification des sujets contacts, en lien avec le médecin hospitalier, la famille et les services concernés 3. Information et dispensation d'une antibioprophylaxie dans les plus brefs délais 4. Contacter la pharmacie d'approvisionnement pour obtention des quantités nécessaires 5. Information dans les meilleurs délais de la direction et des services concernés (CSS, DGEE, etc.) 6. Mise en œuvre de la vaccination si IIM de séro groupe vaccinal (A, C, W135, Y).
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) – 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) Pharmacie d'approvisionnement, Motu Uta : 40.54.21.00 ; CSS : 40.47.33.50 DGEE : médecine préventive (40.47.05.96) / Infirmière conseillère technique (40.46.29.84)</p>
<p>Webographie</p>	<p>Instruction N°DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque : https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43909 CNR des méningocoques et d'<i>Haemophilus influenzae</i> : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/cnr/meningocoques-haemophilus-influenzae/missions</p>

Infections à pneumocoque

Le pneumocoque, *Streptococcus pneumoniae*, possède une capsule composée de sucres complexes (appelés polysides) enveloppant la bactérie et expliquant pour partie sa virulence. Selon la nature de ces polysides, plusieurs sortes de pneumocoques sont définies (sérotypes). Il existe une centaine de sérotypes différant par leur virulence et leur profil de résistance vis-à-vis des antibiotiques.

Les vaccins antipneumococciques ciblent les pneumocoques de la vingtaine de sérotypes impliqués majoritairement dans les infections invasives.

Mémento	<p>De nombreuses personnes, surtout les enfants, abritent le pneumocoque dans leur nasopharynx. Depuis son gîte nasopharyngé, le pneumocoque peut être transmis à d'autres personnes par l'intermédiaire de gouttelettes de salive. Dans certains cas, il est capable de traverser les tissus, entraînant des infections très diverses. Lorsque les pneumocoques diffusent dans un site normalement stérile (sang, LCR), les infections sont dites invasives</p> <p>Les infections à <i>S. pneumoniae</i> touchent le plus souvent les jeunes enfants, les sujets âgés, les personnes atteintes de maladies chroniques ou présentant une brèche ostéoméningée et les sujets immunodéprimés (aspléniques ou hypospléniques, déficits immunitaires héréditaires, VIH, chimiothérapie, transplantés, greffés, etc.)</p> <p>Mode de contamination : par contact direct et étroit avec la personne infectée ou porteuse de la bactérie au niveau du nasopharynx, en particulier lors de baisers, de toux ou d'éternuements</p> <p>Incubation : quelques jours à 1 mois après l'apparition du germe dans le nasopharynx</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none">• Otite, sinusite, etc.• Pneumonie• Infections invasives : bactériémie et/ou septicémie, méningite, arthrite <p>Diagnostic : isolement en culture ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, etc.)</p> <p>Traitement : antibiothérapie précoce (amoxicilline <i>per os</i> en première intention si pneumonie à pneumocoque documentée ou fortement suspectée)</p> <p>! Le traitement d'une infection à pneumocoque repose sur une antibiothérapie souvent probabiliste tenant compte du foyer infectieux, de la présence de comorbidité ou de signes de gravité</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : oui</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène, type « gouttelettes » : lavage des mains, port du masque, isolement en chambre seule (à lever dès qu'il y a disparition des signes infectieux soit 48 à 72h après la mise en place d'une antibiothérapie efficace), etc.</p> <p>Vaccination antipneumococcique : recommandée pour le nourrisson et pour toutes personnes à risque d'infection invasive à pneumocoque, quel que soit leur âge (cf. calendrier vaccinal)</p> <p>! Le fait de vivre en institution favorise les formes invasives d'infection à pneumocoque et le risque épidémique, aussi est-il essentiel d'identifier dès son début ce type d'infection afin d'en limiter la propagation</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique)2. Recueil des données biocliniques (DDS, signes cliniques, comorbidités, antécédents vaccinaux, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage, notamment en collectivité (résidents et personnels)3. Rappel des mesures préventives à appliquer (pas de prophylaxie de l'entourage) et des recommandations vaccinales en vigueur
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) – 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p>
Webographie	<p>CNR Pneumocoques : https://cnr-pneumo.com</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infections-a-pneumocoque</p> <p>Calendrier vaccinal DS: https://www.service-public.pf/dsp/programmes-de-sante/vaccination/</p>

Infections respiratoires aiguës (I)

Grippe et autres infections respiratoires aiguës (IRA)

Les IRA constituent la première cause de mortalité d'origine infectieuse en établissement hébergeant des personnes âgées/vulnérables. Le risque élevé d'IRA et de ses complications est lié au cumul d'éléments défavorables : fragilité des personnes hébergées, multiples facteurs de comorbidité, organisation de la vie en collectivité et contagiosité des infections respiratoires virales.

Mémento	<p>Les virus <i>influenza</i>, ainsi que le VRS, occupent une place prépondérante dans les IRA. D'autres virus à tropisme respiratoire (virus <i>parainfluenzae</i>, rhinovirus, métagonovirus humain, coronavirus, adénovirus) peuvent être impliqués mais ils ne sont pas toujours recherchés Les bactéries le plus souvent identifiées sont <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i> et <i>Mycoplasma pneumoniae</i></p> <p>Mode de contamination : par contact direct avec les sécrétions respiratoires <i>via</i> les gouttelettes émises lors de la toux ou des éternuements (malade ou porteur asymptomatique)</p> <p>Incubation : fonction de l'agent en cause (24 à 48h pour les virus grippaux)</p> <p>Clinique des infections des voies aériennes basses : bronchite ou trachéo-bronchite aiguë, bronchiolite ou pneumonie. ! De nombreux agents pathogènes étant impliqués et compte tenu du manque de spécificité des données cliniques pour orienter le diagnostic étiologique, l'identification du ou des agents responsables est nécessaire pour une prise en charge optimale (cas groupés¹¹/épidémies)</p> <p>Diagnostic biologique : isolement en culture ou techniques moléculaires monoplex ou multiplex (prélèvement oro/nasopharyngé, LBA, etc.)¹²</p> <p>Traitement : discuté individuellement en tenant compte des divers germes potentiellement responsables, de la nature des FDR et de l'état clinique. ! Voir les indications des INA dans le cadre d'une infection grippale</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable ; Isolement recommandé dans les collectivités de sujets à risque</p> <p>Application stricte des gestes barrière</p> <ul style="list-style-type: none">• Porter un masque couvrant le nez et la bouche• Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydroalcoolique, tousser ou éternuer dans son coude ou un mouchoir, se moucher dans un mouchoir à usage unique.• Aérer régulièrement (au moins 2 fois/j, pendant 15 minutes environ) les locaux fermés. <p>Vaccination contre la grippe saisonnière et/ou contre le pneumocoque des populations à risque</p> <p>Chimioprophylaxie en post-exposition par les INA : selon les recommandations existantes</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique)2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, signes cliniques, comorbidités, antécédents vaccinaux, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage3. Rappel des mesures préventives à appliquer et des recommandations vaccinales4. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p>
Webographie	<p>CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe) : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/cnr/les-cnr/virus-influenzae-grippe HCSP - <i>Conduite à tenir devant un ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées</i> - 2012 : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=288 HCSP - <i>Avis relatif à la prévention des épidémies de virus hivernaux en période de circulation du SARS-CoV-2</i> - Nov. 2021 : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1132</p>

¹¹ Un cluster, ou épisode de cas groupés, est défini par la survenue d'au moins 3 cas, confirmés ou probables, dans une période de 7 jours (personnes appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement)

¹² Voir en annexe, la fiche « *Etiologie et diagnostic des IRA* »

Infections respiratoires aiguës (II)

Covid-19 et SARS-CoV-2

Après les épidémies de SRAS en 2003 et du MERS-CoV en 2012, l'émergence d'un nouveau coronavirus a rappelé la gravité des infections respiratoires dues aux coronavirus. Depuis fin 2019, le SARS-CoV-2 est en phase de circulation active, multipliant le risque d'apparition de variants. La Covid-19 touche essentiellement les adultes, les formes les plus graves survenant quasi-exclusivement chez des sujets âgés ou présentant des comorbidités.

! Alors que la pandémie frappe la planète entière, il existe encore de nombreuses inconnues et incertitudes sur le SARS-CoV-2 et sur la COVID-19.

Mémento	<p>Mode de contamination : par des gouttelettes respiratoires et des aérosols lorsqu'une personne infectée (symptomatique ou non) respire, tousse, éternue, ou parle. La taille des gouttelettes est variable, allant de grosses gouttelettes à des gouttelettes plus petites (aérosols) qui restent en suspension dans l'air, en particulier dans les espaces intérieurs</p> <p>Incubation : 3 à 5 jours en moyenne</p> <p>Clinique : signes cliniques d'infection (fièvre ou sensation de fièvre, frissons), signes respiratoires (toux, rhinite, dyspnée) et/ou manifestations extra respiratoires (asthénie inhabituelle, myalgie, céphalée, odynophagie, anosmie/hyposmie sans rhinite associée, agueusie/dysgueusie, diarrhée, conjonctivite) de survenue brutale</p> <p>! Principaux facteurs de risque de forme grave : obésité, HTA, diabète, insuffisance cardiaque ou respiratoire, hémodialysés, « grand âge », greffés, etc.</p> <p>Diagnostic¹³ : recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR ou par test antigénique dans un prélèvement respiratoire haut devant tout signe évocateur de Covid-19</p> <p>! La liste des symptômes est très diverse : en cas de signes peu spécifiques, les indications sont à moduler en fonction de l'incidence de circulation du virus dans la population considérée</p> <p>Traitement : symptomatique (antipyrétiques, antalgiques, etc.), anticorps monoclonaux chez les sujets à risque non encore oxygène-requérant, corticothérapie et anti coagulants chez les sujets oxygène-requérants, prise en charge réanimatoire des formes graves</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/mesures d'isolement : malades symptomatiques ou non et leurs sujets contacts</p> <p>Application stricte des gestes barrière</p> <ul style="list-style-type: none">• Respecter la distanciation physique d'au moins 2 mètres• Porter un masque couvrant le nez et la bouche en milieu clos quand la distance de 2 mètres ne peut pas être respectée, et systématiquement en milieu clos en présence d'autres personnes• Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydroalcoolique• Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir• Se moucher dans un mouchoir à usage unique• Aérer régulièrement (au moins 2 fois/j, pendant 15 minutes environ) les locaux fermés <p>Contact-tracing pour limiter la diffusion du virus à partir des nouveaux cas</p> <p>Vaccination selon le schéma vaccinal en vigueur (3 doses)</p>
Missions du BVS dans le cadre de la Covid-19	<ol style="list-style-type: none">1. Surveillance syndromique des IRA via le réseau sentinelle, analyse des données transmises à la plateforme Covid2. Investigations autour des cas positifs3. Participation aux études épidémiologiques4. Surveillance des points d'entrée maritimes
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>Plateforme Covid de la Direction de la santé : 40 455 000</p>
Webographie	<p>Direction de la santé - Coronavirus (Covid19) : https://www.service-public.pf/dsp/covid-19</p> <p>HCSP - Le point sur la Covid19 : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur/2</p> <p>Santé publique France - Coronavirus (Covid19) : https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19</p> <p>https://www.service-public.pf/dsp/2021/12/17/chiffres-cles-covid-19-du-17-decembre-2021/</p>

¹³ Voir en annexe les fiches techniques « Réalisation d'un prélèvement nasopharyngé » et « Rappels sur la Covid-19 »

Légionellose

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé : 1/ Isolement de <i>Legionella spp</i> 2/ Augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un second titre minimum de 128 3/ Présence d'antigène soluble urinaire • Cas probable : 4/ Titre d'anticorps élevé (≥256) 5/ PCR positive.
<p>Mémento</p>	<p>Infection pulmonaire causée par une bactérie, nommée <i>Legionella</i>, présente dans le milieu naturel et pouvant proliférer dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions de son développement sont réunies, particulièrement entre 25° et 45°C : réseaux d'eau chaude, tours aérorefrigérantes ou autres installations telles que bains à remous, sauna, jacuzzi, humidificateurs, fontaines décoratives, appareils à thérapie respiratoire</p> <p>Mode de contamination : par voie respiratoire, par l'inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol</p> <p>Incubation : 2 à 10 jours</p> <p>Clinique : état fébrile avec toux, initialement non productive, évoluant vers une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation</p> <p>! FDR : âge avancé, tabagisme, maladies respiratoires chroniques, diabète, maladies immunitaires, traitements immunosuppresseurs</p> <p>Diagnostic : isolement de la bactérie dans un prélèvement respiratoire bas, antigène soluble urinaire (détection de <i>L. pneumophila</i> sérotype 1), sérologie (2 prélèvements sanguins successifs) ou détection par PCR</p> <p>Traitement : antibiothérapie précoce (spiramycine en 1^{ère} intention, Lévofloxacine dans les formes graves ou chez le sujet immunodéprimé)</p> <p>! Le choix thérapeutique dépend de l'efficacité clinique démontrée par les différents antibiotiques, de la sévérité de la maladie, du terrain sous-jacent</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>En cas de suspicion : stopper l'utilisation des douches jusqu'à l'obtention des résultats d'investigations</p> <p>Mesures complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenance et entretien réguliers des réseaux d'eaux (détartrage) et des installations • Maintenance et entretien réguliers des systèmes d'aération et des installations • Analyses de l'eau des réseaux d'eau chaude sanitaire à différents endroits du circuit <p>! Du fait de l'absence de transmission interhumaine, il n'est pas nécessaire de mettre en place des précautions complémentaires d'hygiène spécifique.</p>
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, signes cliniques, comorbidités, hospitalisation, évolution) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, collectivité, etc.) 3. Enquête pour identifier l'exposition à risque (lieux de vie, activités professionnelles, déplacements, loisirs, etc.) 4. Voir si cas isolé ou si autres notifications reçues/cas diagnostiqués sur la période 5. Si identification d'une exposition potentiellement à risque : contacter le ou les établissements concernés (hôtels avec spa, établissement de soins, etc.) 6. Transmission des informations au BSE pour l'enquête environnementale, en lien avec la DIREN 7. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 – veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) – 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 – https://www.ilm.pf/ BSE : 40.50.37.45 – alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR des légionelles : https://cnr-legionelles.univ-lyon1.fr HCSP - <i>Guide pour investigation et gestion sur le risque lié aux légionelles</i> - 2013 : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=38540 Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/legionellose/la-maladie/#tabs</p>

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification Maladie clinique avec confirmation histopathologique (infiltrats granulomateux chroniques dans les nerfs périphériques ou empiétant sur ceux-ci) dans une pièce de biopsie et, pour les formes multi bacillaires, mise en évidence dans les formes lépromateuses ou interpolaires de bacilles acido-alcool-résistants au niveau des muqueuses et/ou lobes des oreilles.</p>
<p>Mémento</p>	<p>Infection chronique due à un bacille acido-alcool résistant, <i>Mycobacterium leprae</i> (bacille de Hansen) qui affecte les nerfs périphériques (hypertrophie des troncs nerveux et névrites périphériques) et la peau Deux types de lèpre en fonction du type et du nombre de zones cutanées touchées : • <i>Paucibacillaire</i> : 1 à 5 lésions sans bactérie détectée au niveau de ces lésions • <i>Multibacillaire</i> : > 5 lésions et détection de bacilles dans les zones de peau affectées Traitée tardivement, ou en absence de traitement, la lèpre entraîne des séquelles neurologiques et des invalidités.</p> <p>En Polynésie française : 3 à 8 nouveaux cas diagnostiqués chaque année</p> <p>Mode de contamination : par voie respiratoire (à partir de bacilles contenus dans les sécrétions nasales ou la saline) ou par contact cutané, lors de contacts étroits et fréquents avec des personnes infectées et non traitées ; Contagiosité très faible</p> <p>Incubation : 5 ans en moyenne (les symptômes pouvant n'apparaître qu'au bout de 20 ans)</p> <p>Clinique Expression clinique variée - A côté des formes typiques (tuberculoïde et lépromateuse), il existe des formes indéterminées et des formes « borderline ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les formes polaires</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculoïde (TT) : éruption cutanée constituée d'une ou plusieurs lésions planes plus claires bien délimitées - Zones insensibles du fait des lésions des nerfs sous-jacents - Lépromateuse (LL) : éruption constituée de multiples nodules en relief, nombreuses lésions pouvant atteindre de nombreuses parties du corps, et infiltration inflammatoire de la peau et des nerfs dus au fait de la prolifération bacillaire incontrôlée • <u>Les formes intermédiaires « borderline »</u> : borderline pure (BB), borderline tuberculoïde (BT) ou borderline lépromateuse (BL) qui revêtent des aspects cliniques variables, partageant les caractéristiques de la lèpre tuberculoïde et de la lèpre lépromateuse et pouvant être pauci ou multibacillaire <p>Diagnostic : clinique, histopathologique et bactériologique sur frottis (mucus nasal) ou sur biopsie ou scarification (lésions cutanées) ; PCR pour évaluer la résistance de <i>M. leprae</i> à la rifampicine</p> <p>Traitement : polychimiothérapie consistant en l'administration de 3 antibiotiques (dapsone, rifampicine et clofazimine)</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Vaccination par le BCG : semble offrir une légère protection</p> <p>Dépistage des contacts : investigations à réaliser précocement dans l'entourage du cas index</p> <p>Eviter tout contact avec un patient : liquides biologiques et zones de peau infectées</p>
<p>Gestion par le BVS en lien avec le CMIT</p>	<p>Transmission des notifications au CMIT (si nécessaire, participation aux investigations pour l'identification des personnes ayant été en contact avec un cas confirmé)</p>
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CMIT : 40.48.82.05 ou 40.48.58.38 - ccsmit@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR Mycobactéries et résistance aux antituberculeux : http://cnrmyctb.free.fr https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/leprosy Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-lepre-ou-maladie-de-hansen</p>

Leptospirose

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau clinique évocateur et cas confirmé : mise en évidence du génome de la bactérie (PCR sur un échantillon précoce) • Cas probable : contexte épidémiologique évocateur avec une sérologie IgM positive.
<p>Mémento</p>	<p>Anthropozoonose due à des bactéries du genre <i>Leptospira</i> et de l'espèce <i>L. interrogans</i> (> 300 sérovars et une trentaine de sérogroupes), de répartition mondiale mais prédominant dans les pays chauds et humides</p> <p>En Polynésie française, 63 cas notifiés chaque année (<i>L. icterohaemorrhagiae</i> essentiellement).</p> <p>! Le réservoir primaire est constitué par les rongeurs (rats, souris) mais la plupart des mammifères domestiques/sauvages peuvent être infestés (chiens, bovins porcs, moutons, etc.)</p> <p>Mode de contamination : directe par simple contact avec des animaux infectés ou par morsure (notamment morsure de rat) mais, dans la majorité des cas, la transmission est indirecte au cours d'activités à risque (<i>via</i> des plaies, des érosions cutanées ou muqueuses, la conjonctive ou par inhalation de gouttelettes)</p> <p>! Expositions à risque : professionnelles (agriculteurs, employés des abattoirs/ de voirie, égoutiers, jardiniers) et activités de loisirs en eau douce (baignades en eau douce, pêche, sports nautiques tels que canoë-kayak, rafting, canyoning, etc.)</p> <p>Incubation : 6 à 14 jours</p> <p>Clinique : maladie caractérisée par un très grand polymorphisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme asymptomatique • Forme anictériques pseudo grippale : bénignes et très fréquentes (80 % des cas) • Forme sévère avec mise en jeu du pronostic vital (20 % des cas)¹⁴ : ictère grave, insuffisance rénale liée à une néphrite tubulo-interstitielle aiguë, atteinte cardiaque, syndrome hémorragique diffus, atteinte pulmonaire et manifestations neurologiques. <p>Diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR (sang/LCS/urines) pour diagnostic précoce (positive jusqu'à J10 dans les urines) • Sérologie par Elisa et MAT¹⁵ à partir de J8 <p>! Diagnostic différentiel d'un syndrome dengue like (dengue, sepsis à BGN, etc.)</p> <p>Traitement : antibiothérapie précoce (amoxicilline en première intention, doxycycline en cas de contre-indication) et prise en charge hospitalière dans les formes sévères</p>
<p>Mesures préventives</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porter gants et chaussures fermées/bottes lors des activités à risque (jardinage/fa'a'apu, agriculture, pêche en eau douce, loisirs) • Éviter les baignades en eaux mal connues, surtout lorsqu'on est porteur de plaies • Lutter contre les rongeurs (gestion des déchets) • Sensibiliser la population au risque de leptospirose en Polynésie et à la nécessité de renforcer les mesures préventives à l'issue des périodes de fortes pluies
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, bactériologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, hospitalisation, évolution) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, professionnel) 3. Enquête pour identifier l'exposition à risque (professionnelle ou activités de loisirs) 4. Transmission des données recueillies au BSE en cas d'identification de zone déterminée « à risque » de leptospirose 5. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR de la leptospirose : https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/leptospirose</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/leptospirose</p>

¹⁴ Maladie de Weil correspondant à la forme ictéro-hémorragique de la leptospirose.

¹⁵ Microscopique agglutination test, technique de référence (CNR) utilisant différents antigènes pour déterminer le séro groupe

Listériose

MDO	Critères de notification : isolement de <i>Listeria monocytogenes</i> .
Mémento	<p>Infection d'origine alimentaire, rare mais potentiellement grave chez les populations fragiles (personnes âgées ou immunodéprimées, femmes enceintes, nouveau-nés) ! <i>Listeria monocytogenes</i> est une bactérie largement répandue dans l'environnement (sol, eau, végétaux, réservoirs animaux, etc.). Cette bactérie a la particularité de croître aux températures de réfrigération</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essentiellement alimentaire (produits laitiers - en particulier les fromages au lait cru - certaines charcuteries, les produits de la mer, les végétaux) ; La bactérie peut contaminer tous les stades de la chaîne alimentaire en colonisant les sites de fabrication des aliments • Transplacentaire chez le fœtus ou par la filière génitale chez le nouveau-né <p>Incubation : 3 semaines en moyenne, plus longue chez la femme enceinte (12-67 jours) que pour les formes neuroméningées (2-14 jours)</p> <p>Clinique : symptômes initiaux peu spécifiques (fièvre et courbatures) Risque de forme invasive si la bactérie diffuse au-delà du tube digestif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atteinte neurologique : méningite ou méningo-encéphalite • Atteinte maternelle et/ou fœtale chez la femme enceinte : avortement spontané, MFIU, signes d'infection chez le nouveau-né en fonction du stade de grossesse lors de l'infection • Autres manifestations (plus rares) : infections de prothèses articulaires ou vasculaires, gastro-entérites fébriles, pleurésies, pneumonies <p>Diagnostic : isolement de <i>Listeria</i> d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide amniotique, placenta) ou détection par PCR</p> <p>Traitement : antibiothérapie précoce (ampicilline + gentamicine) avec prise en charge hospitalière</p>
Mesures préventives	<p>Information des personnes à risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éviter de consommer les aliments les plus fréquemment contaminés : fromages au lait cru, poissons fumés ou crus (sushi, sashimi, etc.), coquillages crus, produits de charcuterie (rillettes, pâtés, etc.), viande crue ou peu cuite, graines germées crues • Respecter les règles d'hygiène précises lors de la préparation et de la conservation des aliments (bactérie résistante au froid mais détruite après une cuisson de 30 minutes à 60°C) <p>! Listériose et grossesse : devant toute fièvre isolée au 3^{ème} trimestre, hémoculture puis amoxicilline</p> <p>Recommandations pour les personnes ayant consommé un aliment contaminé par <i>Listeria</i> mais ne présentant aucun symptôme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pratiquer aucun test diagnostique et ne débiter aucun traitement antibiotique • Surveiller l'apparition d'une fièvre ou de maux de tête dans les 2 mois qui suivent la consommation de cet aliment et consulter sans délai un médecin
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, bactériologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, hospitalisation, évolution) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête alimentaire pour identifier l'aliment pouvant être à l'origine de la contamination 4. En cas de forme neuro-méningée, demander à la famille de ne pas consommer les aliments suspects et de les conserver au réfrigérateur aux fins d'analyses microbiologiques 5. Transmission des données recueillies au BSE pour enquête alimentaire 6. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/ BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf CPMI : 40.47.33.30</p>
Webographie	<p>CNR des Listeria : https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/listeria/activites Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/listeriose</p>

Maladie pieds-mains-bouche

Stomatite vésiculeuse entérovirale avec exanthème

Cette affection virale bénigne atteint surtout les enfants âgés de 6 mois à 4 ans mais peut également toucher les enfants plus âgés et les adultes. Les virus les plus fréquemment en cause sont des entérovirus de type Coxsackie virus A, parfois Entérovirus 71.

Mémento	<p>Le syndrome pieds-mains-bouche survient en toutes saisons dans les régions tropicales</p> <p>Mode de contamination : de personne à personne par contact direct avec les sécrétions nasales et oropharyngées, les lésions cutanées (vésicules) ou transmission féco-orale (à partir d'objets souillés par les selles)</p> <p>Incubation : 3 à 5 jours le plus souvent</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none">• Forme classique : fièvre, rhinite, odynophagie, douleurs abdominales puis apparition du syndrome pieds-mains-bouche <i>i.e.</i> papules autour de la langue, sur les gencives et à l'intérieur des joues se transformant en vésicules puis en petits ulcères, parfois très douloureux ; Simultanément, ou peu après, apparition de papulovésicules au niveau des doigts (autour des ongles), dos/paumes des mains et plantes des pieds! Les papulovésicules sur les paumes sont caractéristiques de l'infection (95 % des cas)• Complications : surinfection des lésions (impétigo), onychomadèse (mécanisme de survenue non établi), pneumopathie virale, atteintes neurologiques (méningites, encéphalite) <p>Diagnostic : confirmation virologique par RT-PCR (sang, liquide vésiculaire, etc.)</p> <p>Traitement : pas de traitement spécifique, prise en charge symptomatique (antipyrétiques, solutions de réhydratation orales, solution antiseptique sur les vésicules)</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : non, mais la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène standard : lavage des mains en particulier</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (argument épidémiologique, clinique, biologique)2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, collectivité fréquentée, milieu professionnel)3. Information des parents et du personnel de la crèche, ou de toute collectivité, de la présence de cas dans la structure (pour faciliter le diagnostic essentiellement)4. Rappel des mesures d'hygiène à appliquer (domicile, collectivité, etc.)5. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>CPMI : 40.47.33.30</p> <p>CSS : 40.47.33.50</p>
Webographie	<p>CNR Entérovirus et parechovirus : https://cnr.chu-clermontferrand.fr/CNR/default.aspx</p> <p>Institut Pasteur à Paris : https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/programmes-internationaux/syndrome-pied-main-bouche</p>

Mégalérythème épidémique

Le parvovirus B19, à fort potentiel de contagiosité, est responsable d'infections généralement bénignes : le mégalérythème épidémique (ou 5^{ème} maladie) et des arthropathies, plus fréquemment constatées chez l'adulte. La maladie concerne surtout les enfants avant 10 ans lors de petites épidémies en milieu scolaire. Sa pathogénicité est plus importante chez les patients immunodéprimés et en cas d'infection maternofoetale.

Mémento	<p>Le parvovirus B19, virus strictement humain du genre <i>Erythrovirus</i> (famille des <i>Parvoviridae</i>), est caractérisé par un tropisme cellulaire très restreint avec une réplication sélective dans les précurseurs de la lignée érythrocytaire</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none">• Par contact direct avec sécrétions respiratoires (transmission aérienne)• Par voie sanguine, surtout à partir des produits labiles (concentrés globulaires, plaquettes)• Passage transplacentaire (transmission mère enfant au cours de la virémie maternelle) <p>Incubation : 4 à 21 jours</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none">• Syndrome pseudo-grippal suivi par une éruption morbiliforme : érythème maculaire facial avec aspect souffleté du visage, exanthème réticulé du tronc et des extrémités <p>! Contagiosité débutant 3 à 7 jours avant l'apparition de l'éruption</p> <ul style="list-style-type: none">• Arthropathies : polyarthrites bilatérales et symétriques, d'installation brutale, affectant les mains, les poignets, les genoux et les chevilles, douloureuses mais peu sévère. <p>! Manifestations cliniques essentiellement liées à la formation de complexes immuns</p> <ul style="list-style-type: none">• Autres : encéphalopathie, épilepsie, méningite, myocardite, purpura thrombopénique, cardiomyopathie dilatée et hépatite auto-immune, myocardite foetale, anasarque foetoplacentaire <p>! Populations à risque : immunodéprimés (érythroblastopénie chronique), personnes atteintes d'anémie chronique (érythroblastopénie aigüe) et femmes enceintes (en cas de primo-infection pendant la grossesse, principalement au cours du T2)</p> <p>Diagnostic : sérologie (IgM ou séroconversion IgG) et/ou détection par PCR (en cas d'infections persistantes ou dans le cadre du diagnostic d'infection congénitale)</p> <p>Traitement : pas de traitement spécifique, prise en charge symptomatique</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : non, mais la fréquentation d'une collectivité à la phase aigüe de la maladie n'est pas souhaitable</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène standard : lavage des mains notamment</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (argument épidémiologique, clinique, biologique)2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, etc.)3. Identification des personnes à risque de l'entourage potentiellement exposées (sujets avec anémie chronique, femmes enceintes, immunodéprimés) et leur recommander de consulter leur médecin4. Information du personnel et des familles de l'existence de cas dans la collectivité5. Rappel des mesures d'hygiène à appliquer (domicile, collectivité, etc.)6. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>CPMI : 40.47.33.30</p> <p>CSS : 40.47.33.50</p>
Webographie	<p>Thèse de médecine « <i>Infections à parvovirus B19 chez l'adulte : variété clinique et biologique à propos de trois cas cliniques</i> »</p> <p>https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01452623</p>

Méningite à *Haemophilus*

Haemophilus influenzae, sérotype b (Hib) est responsable d'infections graves affectant en particulier les nourrissons et les jeunes enfants. Son caractère invasif est lié à la capsule polysaccharidique : les souches de *Haemophilus influenzae* b capsulées sont responsables des infections sévères, alors que les souches non capsulées sont majoritairement la cause d'otites et de surinfections bronchiques (exacerbations de bronchopneumonie chronique obstructive).

! La vaccination contre Hib est importante pour protéger les nourrissons dès les premiers mois de vie (l'antigène vaccinal est celui du polysaccharide capsulaire).

<p>Mémento</p>	<p>Mode de contamination : contact direct avec les sécrétions respiratoires (transmission aérienne)</p> <p>Incubation : très variable</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infections invasives : méningite et/ou de bactériémie • Autres : épiglottite, arthrite (en général dans le cadre d'une bactériémie), pneumopathie, etc. <p>! Populations particulièrement exposées : enfants < 5 ans non vaccinés</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen direct du LCS : coccobacilles à Gram négatif • Isolement en culture ou détection par PCR à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, etc.) <p>Traitement : antibiothérapie précoce (céfotaxime ou ceftriaxone) et prise en charge hospitalière</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Eviction/isolement : oui (hospitalisation du cas index)</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavage des mains notamment • En milieu de soins : mesures type « gouttelettes » (port de masque et isolement) <p>Vaccination contre Hib¹⁶ : recommandée chez le nourrisson (cf. calendrier vaccinal)</p> <p>Antibioprophylaxie par rifampicine dans les 7 jours suivant le diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Au domicile du cas</u> : prophylaxie de tous les membres du foyer si un des membres est âgé de moins de 4 ans et n'est pas complètement vacciné (avec mise à jour de la vaccination) • <u>En collectivité d'enfants</u> : vérification du statut vaccinal des enfants < 5 ans de la même section et prophylaxie des enfants < 5 ans non ou incomplètement vaccinés présents dans la même section que le cas index
<p>Gestion par le BVS Y compris en astreinte</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, signes cliniques, comorbidités, antécédents vaccinaux, hospitalisation, évolution) et identification des sujets contacts de l'entourage (enfants non ou mal vaccinés), en lien avec le médecin hospitalier 3. Si fréquentation d'une collectivité : information de la direction afin de vérifier le statut vaccinal des enfants < 5 ans de la section du malade 4. Antibioprophylaxie des sujets contacts selon les recommandations existantes 5. Information de la direction et des professionnels concernés
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>DGEE service scolaire : médecine préventive (40.47.05.96)</p> <p>CPMI : 40.47.33.30</p> <p>CSS : 40.47.33.50</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR des méningocoques et d'<i>Haemophilus influenzae</i> :</p> <p>https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/cnr/meningocoques-haemophilus-influenzae/missions</p> <p>Direction de la santé - Vaccination :</p> <p>https://www.service-public.pf/dsp/programmes-de-sante/vaccination</p>

¹⁶ Vaccin conjugué, en combinaison avec les vaccins diphtérique, tétanique, poliomyélitique et coquelucheux acellulaire

Méningites virales

Ces infections sont le plus souvent dues à des entérovirus, première cause de méningite virale chez l'enfant et l'adulte. La maladie est en général bénigne chez les patients ne souffrant pas de déficit immunitaire, le rétablissement est alors spontané et la guérison intervient sans séquelles au bout de quelques jours.

Mémento	<p>Les entérovirus font partie de la famille des <i>Picornaviridæ</i>. Les entérovirus qui infectent les humains sont regroupés en 4 groupes (entérovirus A, B, C, D) qui incluent entre autres les poliovirus, les virus Coxsackie et les échovirus</p> <p>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</p> <p>! Un syndrome méningé peut aussi être présent dans d'autres maladies virales (VZV, oreillons, rougeole, primo-infection VIH ou herpès chez les personnes présentant une immunodépression)</p> <p>Mode de contamination : par contact direct avec les sécrétions respiratoires (transmission aérienne) ou <i>via</i> des objets ou aliments contaminés à partir des virus excrétés au niveau du rhino-pharynx ou dans les selles</p> <p>Incubation : variable en fonction des virus</p> <p>Clinique : fièvre, myalgies, symptômes respiratoires ou digestifs associés à un syndrome méningé (maux de tête, photophobie, vomissements, raideur de la nuque, fièvre)</p> <p>! Le parenchyme cérébral étant épargné, il n'y a pas de syndrome confusionnel, de confusion, de convulsions et de déficits neurologiques focaux ou globaux. Toutefois, le tableau clinique peut se révéler suffisamment grave pour suggérer une méningite bactérienne aiguë : à traiter comme une infection bactérienne jusqu'à exclusion de ce diagnostic</p> <p>Diagnostic : confirmation de l'étiologie virale par RT-PCR (LCS, sang, prélèvement oropharyngé, selles)</p> <p>Traitement : antipyrétiques, analgésiques, hydratation et remplacement électrolytique</p>
Mesures préventives	<p>Eviction/isolement : Non, mais la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable.</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène : lavage des mains notamment</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (argument épidémiologique, clinique, biologique).2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, collectivité fréquentée)3. Information des parents et du personnel de la crèche, ou de toute collectivité, de la présence de cas dans la structure (pour faciliter le diagnostic essentiellement)4. Rappel des mesures d'hygiène à appliquer (domicile, collectivité, etc.)5. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>DGEE service scolaire : médecine préventive (40.47.05.96)</p> <p>CPMI : 40.47.33.30</p> <p>CSS : 40.47.33.50</p>
Webographie	<p>CNR Entérovirus et parechovirus : https://cnr.chu-clermontferrand.fr/CNR/default.aspx</p>

Oreillons

Les oreillons sont dus à un virus de la famille des *Paramyxoviridae*. L'Homme constitue le seul hôte du virus des oreillons (ou virus ourlien). Le plus souvent bénigne, la maladie s'accompagne parfois de complications dont certaines peuvent nécessiter une hospitalisation d'où la nécessité d'une bonne protection vaccinale de la population.

Mémento	<p>Mode de contamination : par les gouttelettes de salive provenant des voies aériennes supérieures lors de toux, éternuements, mouchages ou par contacts par des mains souillées par la salive</p> <p>Incubation : 21 jours en moyenne</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none">• Forme asymptomatique : dans 30 à 40 % des cas• Forme classique : tuméfaction douloureuse des glandes salivaires (atteinte bilatérale de la parotide dans la majorité des cas) suivant un épisode de fatigue, de fièvre et de douleurs vagues pharyngées ou rétro-auriculaires• Forme compliquée : atteintes neurologiques (méningite lymphocytaire, encéphalite ourlienne) ou de la sphère génitale, survenant après la puberté, de type orchite et/ou épididymite chez l'homme ou ovarite chez la femme• Risque d'avortement spontané chez la femme enceinte (T1) <p>! Contagiosité maximale entre 2 jours avant et 4 jours après le début des signes</p> <p>Diagnostic : détection par RT-PCR (sang, prélèvement pharyngé, salive, LCS), sérologie (IgM ou séroconversion IgG)</p> <p>Traitement : pas de traitement spécifique, prise en charge symptomatique</p>
Mesures préventives	<p>Vaccination trivalente contre la rougeole-les oreillons-la rubéole : cf. calendrier vaccinal</p> <p>! L'efficacité de la vaccination contre les oreillons est moindre que celle contre la rubéole et la rougeole, et ce d'autant plus que la dernière dose reçue est ancienne et que le sujet n'a reçu qu'une seule dose</p> <p>Eviction/isolement : non, mais la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène : lavage des mains notamment</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none">1. Validation du signal (argument épidémiologique, clinique, biologique).2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, antécédents vaccinaux, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, collectivité)3. Mise à jour du statut vaccinal des sujets contacts (famille, collectivité)4. Information du personnel de la collectivité fréquentée de l'existence de cas dans la structure5. Rappel de la nécessité du renforcement des mesures d'hygiène (lavage des mains, désinfection des articles souillés par les sécrétions nasales ou buccales)6. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
Contacts utiles	<p>BVS: 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>DSSP: 40.46.61.04 - bppi@sante.gov.pf</p> <p>CPMI : 40.47.33.30</p> <p>CSS : 40.47.33.50</p> <p>DGEE, Service santé scolaire - Infirmière Conseillère Technique : 40.46.29.84</p>
Webographie	<p>CNR des virus de la Rougeole, Rubéole et Oreillons : https://www.chu-caen.fr/service-129.html</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/oreillons</p> <p>Calendrier vaccinal DS: https://www.service-public.pf/dsp/programmes-de-sante/vaccination/</p>

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification Présence de <i>Plasmodium</i> au frottis ou à la goutte épaisse</p>
<p>Mémento</p>	<p>Maladie due à un parasite du genre <i>Plasmodium</i> transmis à l'Homme par un moustique. La transmission du paludisme est plus ou moins intense selon l'espèce parasitaire, l'espèce du moustique vecteur, l'état d'immunité des personnes vis-à-vis de la maladie et les conditions climatiques et environnementales</p> <p>Cinq espèces plasmodiales retrouvées chez l'Homme : <i>P. falciparum</i>, <i>P. malariae</i>, <i>P. ovale</i>, <i>P. vivax</i> et <i>P. knowlesi</i> émergent en Asie du Sud-Est</p> <p>En Polynésie française, uniquement des cas importés (aucun cas autochtone notifié)</p> <p>Mode de contamination : piqûre d'un moustique femelle, du genre <i>Anopheles</i>, lui-même infecté après avoir piqué une personne infectée</p> <p>! Pas de transmission de personne à personne sauf transfusion sanguine, transplantation d'organes, AES, transmission maternofoetale</p> <p>Incubation : de 7 à 14 jours pour <i>P. falciparum</i></p> <p>! Des accès à <i>P. vivax</i>, <i>P. ovale</i> et <i>P. malariae</i> peuvent survenir plusieurs années après un séjour en zone d'endémie et ne pas être d'origine autochtone</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès palustre simple : fièvre, syndrome fébrile avec frissons, céphalées, myalgies et fatigue ; Triade « thrombopénie - anémie - splénomégalie » après plusieurs jours d'évolution • Complications : défaillance circulatoire, œdème pulmonaire, insuffisance rénale, ictère, etc. • Neuropaludisme : convulsions et troubles de la conscience (<i>P. falciparum</i> essentiellement) <p>Diagnostic : examen microscopique parasitologique avec goutte épaisse (GE) et frottis mince, TDR immunochromatographiques (à confirmer par GE ou frottis sanguin) +/- RT-PCR</p> <p>Traitement : antipaludiques (schémas thérapeutiques fonction de l'espèce plasmodiale en cause et des données biocliniques du patient)</p> <p>! Toute forte suspicion de paludisme doit être traitée en urgence (délai < 2 heures)</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Chimioprophylaxie lors d'un séjour en zone d'endémie palustre : à adapter selon les caractéristiques individuelles du voyageur, la molécule choisie et le pays visité</p> <p>Prévention individuelle : répulsifs, en spray ou crème, serpentins, diffuseurs électriques, vêtements longs, moustiquaires imprégnées, etc.</p>
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, hospitalisation, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage/de personnes co-exposées 3. Documentation des derniers séjours en zone d'endémie palustre, des antécédents de paludisme, de transfusion, de fréquentation d'une zone aéroportuaire, etc. 4. Envoi des prélèvements au CNR (confirmation diagnostique et typage de la souche) à vérifier 5. Transmission des informations au BSE 6. Information de la direction et des professionnels concernés
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR du paludisme : https://cnr-paludisme.fr</p> <p>HCSP - <i>Recommandations sanitaires 2021 pour les voyageurs</i> : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1035</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle/paludisme/la-maladie/#tabs</p>

MDO	Critère de notification Tableau clinique évocateur et cas confirmé ¹⁷
Mémento	<p>Encéphalite virale quasi systématiquement mortelle chez l'Homme et les animaux sensibles, due à des Rhabdovirus du genre <i>Lyssavirus</i> (principaux réservoirs : carnivores et chiroptères)</p> <p>La Polynésie française est un pays indemne de rage terrestre</p> <p>! Risque lié à des animaux infectés dans d'autres pays et importés illégalement (Quid de la rage des chauves-souris ?)</p> <p>Mode de contamination : maladie d'inoculation transmise, <i>via</i> morsure/ griffure/ léchage, par un animal infecté excréant le virus dans sa salive (excrétion de 15 jours avant l'apparition des symptômes à sa mort) ; Cas exceptionnels de transmission interhumaine (greffe d'organe/ cornée)</p> <p>Incubation : 20 à 60 jours en moyenne (plus courte en cas de morsures multiples au visage)</p> <p>Clinique : encéphalite avec fièvre, troubles inconstants du comportement, parfois déficits moteurs, convulsions, coma ; Aérophobie et hydrophobie sont des signes évocateurs mais inconstants ; Evolution fatale dans un tableau de coma associé à une défaillance multi viscérale</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation en <i>post-mortem</i> : mis en évidence des Ag viraux dans l'encéphale par immunofluorescence ou culture virale ou RT-PCR • Diagnostic <i>intra vitam</i> possible chez l'Homme par RT-PCR sur salive ou biopsies cutanées <p>Traitement : aucun traitement efficace une fois les symptômes présents</p>
Mesures préventives	<p>Information des voyageurs et la prévention des morsures : éviter le contact avec les animaux</p> <p>Vaccination des animaux domestiques</p> <p>Vaccination préexposition : recommandée pour les voyageurs se rendant dans une zone à risque et pour les professionnels exposés (vétérinaires, etc.), schéma à 3 doses avec rappels si profession exposée</p> <p>Traitement post-exposition (TPE) : vaccination associée, en cas de morsure « grave » ou de morsure par chiroptère, à une immunoprophylaxie (Ig spécifiques au mieux humaines)</p>
Gestion par le BVS Y compris en astreinte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du cas confirmé (DDS, symptômes, comorbidités, hospitalisation, antécédents vaccinaux, etc.) 3. Désinfection de la plaie et vaccination antitétanique si nécessaire 4. Recherche de l'origine de la contamination : rage importée (voyages en pays d'enzootie et notion de contact avec un animal quel qu'il soit), carnivore importé d'un pays d'enzootie 5. Recherche d'autres personnes ayant eu une exposition à risque (morsure/ griffure/ léchage sur peau excoriée ou sur muqueuse) commune avec l'animal suspecté d'être à l'origine du cas index, et les orienter vers un CAR 6. Vérification de l'envoi des prélèvements <i>ad hoc</i> au CNR 7. Transmission des informations à la Biosécurité (cellule zoo sanitaire) si animal identifié 8. Information immédiate de la direction (alerte des autorités Pays/Etat si besoin)
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf</p> <p>Direction de la biosécurité : 40.54.01.00 - secretariat@biosecurite.gov.pf</p> <p>Haut-commissariat (standard 7/7j et 24/24) : 40.46.87.00</p> <p>Gendarmerie Nationale : 40.46.74.30 / DSP (standard) : 40.47.01.47</p>
Webographie	<p>CNR Pasteur : https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/rage</p> <p>HCSP - Avis relatif au traitement post-exposition de la rage » - 2020 : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=956</p> <p>HCSP - Recommandations sanitaires 2021 pour les voyageurs : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1035</p>

¹⁷ Les personnes recevant une vaccination antirabique après exposition ne doivent pas être notifiées.

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification : tableau clinique évocateur et cas confirmé : cas confirmé biologiquement : détection d'IgM spécifiques dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG et/ou PCR positive et/ou culture positive) OU cas clinique évocateur ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé.</p>
<p>Mémento</p>	<p>! La rougeole, due à un virus du genre morbillivirus de la famille des Paramyxoviridae, est l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses (une personne contaminée peut infecter entre 15 et 20 personnes non immunisées)</p> <p>Mode de contamination : par voie aérienne à partir d'un malade (toux, éternuements, sécrétions nasales) ou <i>via</i> un objet souillé par les sécrétions nasopharyngées</p> <p>Incubation : 10 à 12 jours</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phase invasive : fièvre associée à un catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite), un malaise général avec asthénie et signe de Köplik (pathognomonique mais inconstant) • Phase éruptive vers J3 J4 : éruption maculopapuleuse de 5 à 6 jours • Complications : fréquentes et graves ; Surinfections ORL et de l'arbre respiratoire par des pyogènes, pneumopathie (due au virus ou à une surinfection bactérienne notamment à <i>S. aureus</i>), encéphalite post éruptive, à distance pan-encéphalite sclérosante subaiguë (PESS) <p>! Contagiosité de 5 jours avant éruption et jusqu'à 5 jours après son début</p> <p>Diagnostic : par RT-PCR (sang, salive, urine, prélèvement rhinopharyngé) ; mise en évidence d'IgM spécifiques dans le sérum ou la salive (prélèvement à réaliser entre 3 et 28 jours après le début de l'éruption) ou sur l'augmentation du titre des anticorps, en s'assurant qu'il n'y a pas eu de vaccination récente</p> <p>Traitement : symptomatique ; antibiothérapie si surinfection</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Vaccination trivalente contre la rougeole-les oreillons-la rubéole : cf. calendrier vaccinal</p> <p>Eviction du cas de la collectivité fréquentée : jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption</p> <p>Application stricte des mesures d'hygiène : lavage des mains, nettoyage des jouets, etc.</p> <p>Rattrapage vaccinal des sujets contacts non immunisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les 72 heures suivant le contact • Vaccin trivalent ou monovalent selon les recommandations en vigueur <p>! La vaccination reste encore possible si le délai de 72h est dépassé</p> <p>Immunoglobines en IV : administration en milieu hospitalier et dans les 6 jours suivant le contact chez les sujets à risque non immunisés (nourrisson < 1 an, femmes enceintes, immunodéprimés, etc.)</p>
<p>Gestion par le BVS Y compris en astreinte</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (confirmation biologique de toute suspicion clinique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, antécédents vaccinaux, etc.), recherche d'autres cas (famille, collectivité) et identifier liens épidémiologiques entre les cas (chaines de transmission) 3. Vérification du statut vaccinal et recommandation de vaccination pour les sujets contact potentiellement réceptifs (sans antécédent certain de rougeole ou n'ayant pas reçu 2 doses) 4. Information des familles et du personnel de l'existence de cas dans la structure et rappel des mesures préventives 5. Recommandation de vaccination pour les sujets contacts potentiellement réceptifs 6. Information de la direction pour diffusion d'une alerte aux professionnels de santé
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>CPMI : 40.47.33.30 ; CSS : 40.47.33.50</p> <p>DGEE, Service santé scolaire - Infirmière Conseillère Technique : 40.46.29.84</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR des virus de la Rougeole, Rubéole et Oreillons : https://www.chu-caen.fr/service-129.html</p> <p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rougeole/la-maladie/#tabs</p> <p>Calendrier vaccinal DS : https://www.service-public.pf/dsp/programmes-de-sante/vaccination</p>

<p>MDO</p>	<p>Critère de notification Cas confirmé de syphilis primaire, secondaire, tertiaire, latente précoce ou congénitale selon les définitions établies.</p>
<p>Rappels</p>	<p>Infection bactérienne due à <i>Treponema Pallidum</i>, ou tréponème pâle. La syphilis est une IST pouvant affecter tous les organes et avoir de graves conséquences si non dépistée et non traitée</p> <p>En Polynésie française, la syphilis est en tête des IST déclarées (443 cas diagnostiqués en 2019)</p> <p>Mode de contamination : lors des préliminaires et des rapports sexuels (pénétration vaginale ou anale, rapports bouche-sexe, bouche-anus, etc.) ou par voie transplacentaire ! Transmission du tréponème uniquement en cas de contact direct car il ne survit pas à l'air libre</p> <p>Clinique : évolution en trois phases successives</p> <p>Syphilis récente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phase primaire : caractérisée par une ulcération d'un diamètre de 5 à 15 mm de la peau des muqueuses. Le chancre apparaît environ 20 jours (10 à 100 jours) après le contact, il est indolore et passe donc souvent inaperçu • Phase secondaire : caractérisée par des éruptions cutané-muqueuses, les « floraisons » qui durent quelques jours à quelques semaines, souvent associées à des adénopathies. Cette période survient environ 6 à 16 semaines après la contamination et dure en moyenne 1 à 2 ans. D'autres signes cliniques peuvent être également observés en cas d'atteintes d'autres organes (système nerveux, cœur, etc.) • Phase latente précoce : caractérisée par un stade clinique silencieux de moins de 1 an <p>Syphilis tardive (>1 an)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phase tertiaire (exceptionnelle) : survenant vers la 3^{ème} année (2 à plus de 10 ans), caractérisée par des troubles neurologiques, cardio-vasculaires et psychiatriques. • Phase latente tardive : caractérisée par un stade clinique silencieux pour une syphilis évoluant depuis plus d'une année <p>Syphilis congénitale (rare) : décès <i>in utero</i>, RCIU, malformations, surdité, etc.</p> <p>Diagnostic : clinique dans un premier temps avec confirmation microbiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direct : examen direct au microscope à fond noir avec recherche de tréponématose ou PCR dans certains cas (analyse du liquide amniotique si suspicion de syphilis congénitale) • Sérologie : <ul style="list-style-type: none"> - Tests tréponémiques (TT) : EIA et ELISA, CLIA restent positifs même après guérison et ne doivent pas être demandés si antécédent de syphilis avéré - Tests non tréponémiques (TNT) : VDRL, RPR, non spécifiques, positifs 10-20 jours après apparition du chancre, permettent de dire si la maladie est active (primo diagnostic ou récurrence) ou guérie (titre faible, stable = cicatrice sérologique ou négatif) <p>Traitement : benzathine benzylpénicilline, 1 injection IM (si syphilis < 1 an) ou 3 IM à une semaine d'intervalle (si syphilis > 1 an) ; doxycycline <i>per os</i> si allergie à la pénicilline ; Si atteinte neurologique ou ophtalmologique : pénicilline G en perfusion IV (alternative : ceftriaxone)</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Préservatifs (+++) Dépistage au cours de la grossesse et adapté aux publics les plus à risque Dépister/traiter le(s) partenaire(s) et protéger tous les rapports sexuels jusqu'à 14 j après la fin du traitement</p>
<p>Gestion par le BVS en lien avec le CMIT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réception de la déclaration anonyme, prise en compte et transmission des informations recueillies au CMIT 2. Recueil des données auprès des professionnels concernés 3. Analyse de ces données afin d'établir le bilan annuel de ces IST au niveau du territoire
<p>Contacts utiles</p>	<p>CMIT : 40.48.82.05 ou 40.48.58.38 - ccsmit@sante.gov.pf BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/ CPMI : 40.47.33.30</p>
<p>Webographie</p>	<p>IST à Tahiti : https://www.service-public.pf/dsp/ist/ Santé Publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis</p>

MDO	<p>Critères de notification Uniquement les tétanos généralisés.</p>
Mémento	<p>Infection aiguë, non contagieuse et souvent mortelle, due aux exotoxines produites par <i>Clostridium tetani</i>. Bactérie ubiquitaire, <i>C. tetani</i> est un commensal du tube digestif des animaux qui persiste dans les déjections animales et dans le sol sous une forme sporulée extrêmement résistante.</p> <p>Mode de contamination : plaie cutanée ou toute autre effraction permettant à la bactérie de pénétrer dans l'organisme pour s'y multiplier</p> <p>Incubation : 4 à 21 jours (14 jours en moyenne)</p> <p>Clinique : les toxines neurotropes vont interférer avec les neurotransmetteurs et entraîner une atteinte neuromusculaire avec des contractures localisées (trismus) puis généralisées (opisthotonos) avec risque de blocage respiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme généralisée : la plus fréquente et la plus grave (80% des cas) • Forme localisée : au niveau de la région anatomique proche de la plaie • Forme céphalique : caractérisée par une atteinte des nerfs crâniens <p>Diagnostic : strictement clinique</p> <p>Traitement : administration d'immunoglobulines antitétaniques humaines, vaccination antitétanique, soins des plaies, antibiotiques, sédation, ventilation assistée</p> <p>! Le tétanos n'étant pas une maladie transmissible de personne à personne, une couverture vaccinale élevée dans la population ne protège pas les sujets non ou mal vaccinés. Seule la vaccination individuelle complète (incluant les rappels) protège contre l'infection</p>
Mesures préventives	<p>Vaccination (cf. calendrier vaccinal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obligatoire chez le nourrisson : primo vaccination à 2 et 4 mois suivie d'un rappel à 11 mois, 6 ans et entre 11 et 13 ans • Rappels chez l'adulte : à 25 ans, 45 ans et 65 ans • Obligatoire chez les professionnels de santé <p>Prise en charge des blessures à risque de tétanos : selon les recommandations en vigueur</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique). 2. Recueil des données biocliniques du cas (DDS, symptômes, comorbidités, antécédents vaccinaux, hospitalisation, etc.) 3. Enquête pour identifier l'origine de la contamination 4. Rappel des mesures préventives à appliquer (vaccination et prise en charge de plaies, même mineures) 5. Information de la direction pour diffusion d'une alerte aux professionnels de santé
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>DSSP : 40.46.61.04 - bppi@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>CNR des bactéries anaérobies et botulisme (Institut Pasteur à Paris) https://www.pasteur.fr/fr/file/31028/download</p> <p>HCSP - <i>Avis relatif aux rappels de vaccination antitétanique dans le cadre de la prise en charge de plaies</i> - 2013 : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=350</p>

Toxi-infections alimentaires collectives

<p>MDO</p>	<p>Critères de notification : survenue d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie, en général gastrointestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.</p> <p>! La DO permet de réaliser une enquête épidémiologique et vétérinaire destinée à identifier les aliments responsables et les facteurs favorisants afin de prendre des mesures spécifiques pour prévenir les récives.</p>
<p>Mémento</p>	<p>Principaux agents infectieux responsables</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Campylobacter jejuni</i>, salmonelles dites « mineures »¹⁸ et norovirus étaient en 2018 les agents les plus fréquemment en cause en métropole • <i>Clostridium perfringens</i>, <i>Staphylococcus aureus</i> • D'autres agents toxiques (<i>Bacillus cereus</i>), bactériens (<i>Escherichia coli</i> entéro-hémorragique), viraux peuvent être impliqués dans ces épisodes <p>! Intoxication histaminique liée à la consommation d'aliments riches en histamine (thon, maquereau le plus souvent)</p> <p>Clinique : symptomatologie fonction du type d'agent responsable ; Signes gastro-intestinaux (diarrhées, vomissements, nausées, douleurs abdominales) pouvant s'accompagner de signes généraux (fièvre, manifestations neurologiques, réactions allergiques)</p> <p>Diagnostic : coproculture dans certains cas mais diagnostic clinique dans un premier temps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de fièvre et prédominance de signes digestifs hauts : en faveur d'un processus toxique donc une durée d'incubation courte (2 à 8 heures : <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Clostridium perfringens</i>) • Prédominance de fièvre (>38°), peu de vomissements : en faveur d'un processus invasif donc une durée d'incubation plus longue (> 8 heures : <i>Salmonella</i>, <i>Shigella</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>Yersinia</i>) • TIAC à l'histamine : incubation très courte (10 min à 2 heures), céphalées, flush du visage et du cou, douleurs abdominales, diarrhées brèves
<p>Mesures préventives</p>	<p>Application stricte des mesures d'hygiène, individuelles et collectives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains (avant et après les repas, après passage aux toilettes) • Aliments à placer au réfrigérateur au plus tard 2 heures après leur préparation • Produits traiteurs, plats cuisinés, pâtisseries à base de crème à conserver au frais et à consommer dans les 3 jours après l'achat, etc. <p>Dépistage des porteurs asymptomatiques de staphylocoque doré (en restauration collective)</p>
<p>Gestion par le BVS Y compris en astreinte</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (TIAC ou cas groupés de gastro entérites aiguës ?) 2. Enquête rétrospective et exhaustive auprès de chaque malade avec questionnaire <i>ad hoc</i> : <ul style="list-style-type: none"> - Définition de cas (fièvre, diarrhée, vomissements, etc.) - Date, heure et lieu du repas (collectivité, restaurant, familial) ? - Nombre de personnes ayant participé au repas et nombre de convives malades ? - Aliment(s) consommé(s) suspecté(s) - Origine des aliment(s) suspecté(s) : supermarchés, production locale, etc. - Analyse(s) prescrite(s) (coproculture ?) 3. Faire conserver (<4°C), ou prélever, les plats témoins/restes/matières premières pour la réalisation des analyses microbiologiques <i>ad hoc</i> 4. Formuler des hypothèses étiologiques (agent responsable) et alimentaire (repas suspect) en fonction de la symptomatologie, de la durée d'incubation présumée et du taux d'attaque 5. Transmission des données recueillies au BSE pour enquête alimentaire 6. Information de la direction si épisode de cas groupés requérant la diffusion d'une alerte
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire) ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf ; BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
<p>Webographie</p>	<p>Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/toxi-infections-alimentaires-collectives ECN. PILLY 2020 - <i>Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant</i> : https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2020/ecn-2020-ue6-172-nb.pdf</p>

¹⁸ Voir également la fiche « Gastroentérites à salmonelles mineures » page 30 et annexe page 65.

Tuberculose

<p>MDO</p>	<p>Critère de notification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé : maladie soit 1) avec une culture positive à une mycobactérie du complexe <i>tuberculosis</i>, soit 2) avec une microscopie positive pour les bacilles acido-alcoolo-résistants ET la détection par PCR du complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. • Cas probable : 1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose ET 2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.
<p>Mémento</p>	<p>Maladie due à une mycobactérie du complexe <i>tuberculosis</i> atteignant le plus souvent les poumons (tuberculose pulmonaire) mais pouvant aussi concerner d'autres organes (tuberculose extra pulmonaire). Après exposition au bacille de la tuberculose, 10% des personnes développeront secondairement la maladie d'où la distinction entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection tuberculeuse dite latente (ITL) : absence de signes cliniques et non contagieuse • Tuberculose maladie (TM) : symptomatique et contagieuse (forme pulmonaire/laryngé) <p>En Polynésie française, environ 65 nouveaux cas de TM notifiés chaque année</p> <p>Mode de contamination : par voie aérienne à partir d'un malade contagieux (dispersion de gouttelettes de sécrétions bronchiques, particulièrement lors des épisodes de toux)</p> <p>! La positivité de l'examen microscopique direct ou de la culture des produits respiratoires majore la contagiosité de même que la présence d'une toux ou d'une caverne</p> <p>Incubation : de quelques semaines à toute la vie</p> <p>Clinique : tableau variable en fonction de la localisation de la maladie ; Signes évocateurs d'une tuberculose pulmonaire : toux persistante, fièvre persistante et sueurs nocturnes, hémoptysies, perte de poids et asthénie persistante</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • TM : suspectée devant des signes cliniques à l'examen et des signes radiologiques (variables selon la localisation) - Confirmation bactériologique : examen microscopique, culture et détection par PCR du complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i> • ITL, après avoir écarté une TM (interrogatoire +/- examen clinique et radio pulmonaire) <u>Si > 5 ans immunocompétent</u> : Quantiferon réalisé à 8 semaines du dernier contact <u>Si ≤ 5 ans ou immunodéprimé</u> : IDR sans délai, avec contrôle à 3 mois du dernier contact <p>Traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> • TM : quadrithérapie RHZE de 2 mois puis bithérapie RH de 4 mois (en l'absence d'antibiorésistance) • ITL : bithérapie RH de 3 mois (enfant avant 5 ans : cf. recommandations en vigueur)
<p>Mesures préventives</p>	<p>Eviction/isolement : oui, si la personne est bacillifère (au minimum 1 mois d'arrêt après le début du traitement et un examen microscopique négatif avant la reprise)</p> <p>Vaccination : BCG pour protéger des formes graves de la tuberculose (miliaire et méningée) chez l'enfant ; Vaccin recommandée de 3 mois à 15 ans et obligatoire pour les professionnels de santé</p> <p>Mesures complémentaires autour d'un cas : information du personnel de la collectivité fréquentée et dépistage des sujets contacts (IDR et/ou Quantiferon, radiographie pulmonaire, consultation médicale)</p>
<p>Gestion par le BVS en lien avec le CLCT</p>	<p>Validation du signal et transmission de la notification au CLCT</p> <p>! Les investigations sont réalisées, dans les meilleurs délais par le CLCT afin d'établir la liste exhaustive des sujets contacts (intrafamilial, milieu professionnel, collectivité) à prendre en charge (dépistage et suivi) en lien avec les structures concernées (dispensaires, médecine du travail, médecine scolaire etc.)</p>
<p>Contacts utiles</p>	<p>CLCT: cellule.tuberculose@sante.gov.pf (40.48.82.16 / 40.48.82.17) CMIT: ccsmit@sante.gov.pf (40.48.62.05 / 40.48.58.38)</p>
<p>Webographie</p>	<p>CNR des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux : http://cnrmyctb.free.fr Direction de la santé « <i>Prise en charge de la tuberculose en Polynésie française</i> » https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2019/12/2019.12.23-Guide-tuberculose-Pf-2019.pdf</p>

Varicelle - Zona

La varicelle, provoquée par un herpès virus (Varicelle-Zoster Virus ou VZV), est une affection hautement contagieuse, survenant préférentiellement pendant l'enfance et le plus souvent bénigne. La varicelle est la primo-infection par le VZV. Après l'infection, le virus persiste à l'intérieur des ganglions nerveux sensitifs de la moelle épinière et est susceptible de se réactiver à l'occasion d'une baisse de l'immunité cellulaire, provoquant un zona.

Mémento

Mode de contamination : par voie respiratoire (inhalation de gouttelettes de salive émises par un malade) ou contact direct avec les lésions cutanées (vésicules) - Transmission indirecte par l'intermédiaire d'objets ou de surfaces inertes souillés

! Contagiosité très élevée (2 à 4 jours avant le début de la maladie et jusqu'au stade de croûte)

Incubation : 14 jours en moyenne (10 à 21 jours)

Clinique de la varicelle

- Forme classique : début marqué par une fièvre modérée, un malaise général et une éruption maculopapulaire puis vésiculaire et prurigineuse. Les vésicules sèchent en quelques jours et se transforment en croûte. L'éruption débute au niveau du cuir chevelu, s'étend au tronc et aux muqueuses puis au niveau des membres et du visage. Elle peut survenir en plusieurs vagues d'où la présence de lésions à différents stades (papule/vésicule/croûte)
- Formes compliquées : surinfections cutanées, complications neurologiques ou pulmonaires (risque augmenté chez les nouveau-nés, les sujets immunodéprimés et avec l'âge chez les sujets immunocompétents)
- Fœtopathie, varicelle néonatale : en cas d'infection tardive *in utero*

Diagnostic : PCR (liquide vésiculaire, LCS, sang, LBA, liquide amniotique, etc.)

Traitement : antalgiques-antipyrétiques et prévention des surinfections cutanées

! Traitement antiviral pour les formes graves ou compliquées ou en cas de terrain à risque (immunodéprimés, femmes enceintes)

Mesures préventives

Application stricte des mesures d'hygiène

Mesures spécifiques concernant la varicelle :

- Pas d'éviction (sauf pour les personnels soignants) mais la fréquentation d'une collectivité à la phase aigüe de la maladie n'est pas souhaitable
- Isolement si fréquentation d'une collectivité fermée incluant des personnes à risque
- Information du personnel de la collectivité fréquentée
- Vaccination en post-exposition : *voir recommandations en vigueur*
- Administration d'immunoglobulines spécifiques (**s/ ATU nominative**) aux personnes immunodéprimées et femmes enceintes non immunisées ayant été en contact avec un cas

Mesures spécifiques concernant le zona :

- Pas d'éviction mais protection des lésions cutanées
- Précautions de type « contact » autour du patient

! Les personnes présentant un zona doivent éviter d'entrer en contact avec des personnes à risque de formes graves de varicelle

Gestion par le BVS

1. Validation du signal (arguments clinique, épidémiologique, biologique)
2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, comorbidités, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage (famille, collectivité)
3. Rappel des mesures préventives, y compris la vaccination post-exposition contre la varicelle
4. Information du personnel de la collectivité fréquentée pour mise en œuvre immédiate des mesures préventives

Contacts utiles

BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf

CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)

ILM : 40.41.64.65 - <https://www.ilm.pf/>

Webographie

CNR Herpès virus: <http://www.unilim.fr/cnr-cytomegalovirus>

Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/varicelle/la-maladie/#tabs>

Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2021 :

<https://www.infovac.fr/actualites/calendrier-des-vaccinations-et-recommandations-vaccinales-2021>

Variole du singe - Monkeypox

<p>MDO</p>	<p>Critère de notification : pour les Orthopoxviroses, en dehors de la variole, signaler les cas confirmés ou probables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas confirmé : signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique • Cas probable : signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique
<p>Mémento</p>	<p>La variole du singe (Orthopoxvirus/Poxviridae) est apparentée à la variole. Les foyers épidémiques habituels se situent en Afrique. Depuis mai 2022, identification de cas mondiaux autochtones, sans notion de voyage ni de contact avec des voyageurs provenant de pays à risque.</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact avec animaux (<u>rongeurs</u>, singes) morts/vivants • Contact avec une personne infectée : en face à face par des gouttelettes respiratoires, par contact direct <i>via</i> les fluides corporels, les lésions cutanées ou les muqueuses internes, (<u>rapports sexuels</u>) ou par contact indirect (vêtements, linge de lit, etc.) <p>! Patient contagieux du début des signes jusqu'à cicatrisation complète (i.e. chute des croûtes)</p> <p>Incubation : de 7 à 14 jours [min 5 j - max 21 j]</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phase initiale, prodromique non spécifique : fièvre >38°C, poly adénopathie, myalgies, asthénie • Phase d'éruption cutanée secondaire (1 à 3 j après la fièvre) : éruption évocatrice (macules, puis papules, vésicules, pustules puis croûtes, sur le visage puis sur l'ensemble du corps <u>incluant paumes et plantes</u>), poussée unique en général mais possibilité de lésions d'âges différents, douleurs lors des poussées et peu de prurit <p>! Diagnostic différentiel : herpes virus, rougeole, variole, infections bactériennes cutanées, syphilis secondaire, dermatite bulleuse non-infectieuse, gale, allergies</p> <p>Diagnostic de confirmation par RT-PCR spécifique MPXV (! Patient symptomatique uniquement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prélèvements cutanés¹⁹ ou oro/nasopharyngé si poussée éruptive dans la bouche ou la gorge • Acheminement vers l'ILM <u>sous triple emballage</u> (et envoi d'échantillons au CNR si besoin) <p>Traitement : symptomatique, traitement spécifique selon expertise (teicovirimat) ; Hospitalisation des sujets à risque de formes graves (immunodéprimés, grossesse, enfants)</p>
<p>Mesures préventives</p>	<p>Eviction/isolement : 21 jours, au minimum jusqu'à disparition des lésions cutanées</p> <p>En milieu de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient : chambre seule (précautions AIR et CONTACT) + masque chirurgical + hygiène des mains + couvrir les lésions cutanées • Soignants : hygiène des mains, masque FFP2 + visière + surblouse manches longues + gants +/- tablier si contact rapproché (prélèvements, etc.) • Environnement : filière DASRI, bionettoyage (désinfectant norme N14476) <p>Vaccination post-exposition des personnes contacts à risque d'infection par le Monkeypox virus (MPXV) selon les recommandations de la HAS en vigueur</p>
<p>Gestion par le BVS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, épidémiologique, biologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, ATCD de vaccination antivariolique), recherche de cas dans l'entourage (famille, intimes, collectivité) et d'une origine possible de contamination (contact avec un cas, suspect ou probable, ou un animal infecté, notion de séjour à l'étranger) et rappel des mesures préventives 3. Identification des personnes contacts : évaluer le risque de contamination et discuter d'une éventuelle vaccination (dans les 4 j suivant l'exposition à risque et jusqu'à 14 j maximum) 4. Information de la direction et des professionnels de la collectivité concernée pour la mise en œuvre immédiate des mesures préventives
<p>Contacts utiles</p>	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p>
<p>Webographie</p>	<p>Monkeypox Santé publique France (santepubliquefrance.fr)</p> <p>COREB : 20220621-fichemonkeypox-vf.pdf (infectiologie.com)</p> <p>Conduite à tenir pour les personnes à risque de forme grave d'infection à Monkeypox virus (hcsp.fr)</p> <p>CNR – Institut de recherche biomédicale des armées (defense.gouv.fr)</p>

¹⁹ Croûtes, écouvillon sec en frottant plusieurs vésicules, voire biopsie, puis milieu de transport et conservation à +4°C avant envoi au laboratoire

MDO	Critère de notification Cas confirmé biologiquement (VIH1/VIH2)
Mémento	<p>En Polynésie française, environ 154 personnes sont suivies en file active (données de XII/2021) ! Impact très négatif de la Covid-19 sur la prise en charge, le dépistage et le suivi des patients</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle : rapports sexuels non protégés, en cas de pénétration vaginale ou anale • Parentérale : contact avec du sang contaminé lors de partage de matériel d'injection ou en cas de piqûres accidentelles (chez les soignants) • Maternofœtale : pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement en absence de traitement chez la mère <p>! Le VIH ne se transmet pas par un baiser, une étreinte, un éternuement, la toux, une piqûre d'insecte, le partage d'un verre ou d'un vêtement, etc.</p> <p>Incubation</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 à 15 jours entre l'exposition et les premiers signes cliniques (primo infection) • 2 à 6 semaines (en moyenne 3 semaines) entre la contamination et la mise en évidence d'anticorps dans le sang <p>Diagnostic : TROD/TDR, techniques sérologiques de dépistage et de confirmation des anticorps, Ag p24, techniques de biologie moléculaire pour la recherche de l'ARN, charges virales (en laboratoire de biologie médicale ou centre de dépistage)</p> <p>Traitement : associations d'antirétroviraux, traitement à vie nécessitant une surveillance clinique et biologique régulière ; A commencer le plus tôt possible après la contamination</p>
Mesures préventives	<p>Respect des mesures d'hygiène : lavage des mains, port de gants en présence de sang, etc.</p> <p>Préservatifs : masculin (externe) et féminin (interne) pour se protéger du VIH et des autres IST lors des rapports sexuels</p> <p>Dépistage : pour une prise en charge et un traitement adapté permettant de bloquer l'évolution vers le stade Sida et de réduire très fortement le risque de transmettre le virus</p> <p>Prophylaxie préexposition (PrEP) : traitement préventif destiné aux personnes séronégatives particulièrement exposées au VIH</p> <p>Traitement post-exposition (TPE) : traitement d'urgence à prendre dans les 4 heures après une exposition au VIH (et au maximum 48h après) pour réduire le risque de contamination</p> <p>Prévention par les traitements (TasP c'est à dire « Treatment as Prevention ») : le traitement par antirétroviraux, s'il est bien conduit, supprime le risque pour une personne séropositive de transmettre le virus à son/ses partenaire(s) sexuel(s)</p>
Gestion par le BVS en lien avec le CMIT	Réception de la déclaration anonyme, prise en compte et transmission des informations recueillies au CMIT
Contacts utiles	CMIT : ccsmit@sante.gov.pf (40.48.62.05 / 40.48.58.38) BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf
Webographie	Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/la-maladie/#tabs ONUSIDA : https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet

MDO	<p>Critères de notification : RT-PCR Zika positive sur sang, urine ou autre prélèvement (liquide cérébro-spinal, liquide amniotique, produits d'avortement...) OU sérologie positive IgM anti-Zika OU séroconversion OU multiplication par 4 du titre des IgG spécifiques.</p>
Mémento	<p>En Polynésie française, pas de circulation de Zika rapportée depuis l'épidémie de 2013/2014</p> <p>Mode de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmission vectorielle : moustiques du genre <i>Aedes</i>, principalement <i>A. aegypti</i> • Transmission sexuelle : rapports sexuels non protégés • Transmission de la mère au fœtus : si infection de la mère au cours de la grossesse • Autres : transfusion, greffe (lait maternel ?) <p>Incubation : 3 à 14 jours</p> <p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme asymptomatique (50 à 80 % des cas) • Forme classique : fièvre modérée, voire absente, éruption cutanée (exanthème maculo-papuleux) accompagnée parfois de prurit, conjonctivite, asthénie, arthralgies/myalgies, céphalées, et douleurs rétro-orbitaires • Complications : syndrome de Guillain-Barré, malformations congénitales <p>! En cas d'infection au cours de la grossesse, le virus peut être transmis au fœtus (20 à 30% des cas) et entraîner chez certains fœtus des complications caractérisées par des anomalies du développement neurologique et cérébral intra-utérin (dont des microcéphalies)</p> <p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR (sérum, sang, urines, sperme, etc.) jusqu'à J7 • Sérologie après J7 (IgM /Séroconversion/ Augmentation x4 des IgG sur 2 prélèvements) <p>Traitement : symptomatique, prise en charge en milieu hospitalier dans les formes compliquées</p> <p>! Utilisation d'aspirine fortement déconseillée et anti-inflammatoires non indiqués</p> <p>! Compte-tenu des complications possibles chez le fœtus, les femmes enceintes doivent consulter un médecin en cas de signes évocateurs au retour de zone de circulation du Zika, ou indiquer qu'elles ont été exposées au virus en cas de séjours ou de rapports sexuels non protégés avec une personne ayant séjourné dans une zone de transmission du virus</p>
Mesures préventives	<p>Prévention individuelle : répulsifs, vêtements longs, moustiquaires, etc.</p> <p>! Les moustiques <i>Aedes</i> piquent surtout la journée, essentiellement à l'extérieur des maisons, avec une activité plus importante en début de matinée et en fin de journée</p> <p>! Pendant la phase virémique, le patient devra se protéger des piqûres de moustiques afin d'éviter que ceux-ci s'infectent et puissent ainsi propager la maladie dans son entourage</p> <p>Prévention de la transmission sexuelle : rapports sexuels protégés jusqu'à 3 à 6 mois après le retour d'une zone de circulation du virus ou le début des symptômes si infection symptomatique.</p> <p>Lutte antivectorielle : destruction des gîtes larvaires potentiels autour des habitations (eau stagnante, gouttières, etc.) et lutte chimique (traitements adulticide et larvicide)</p>
Gestion par le BVS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du signal (arguments clinique, biologique, épidémiologique) 2. Recueil des données biocliniques du/des cas (DDS, symptomatologie, FDR, hospitalisation, évolution, etc.) et recherche d'autres cas dans l'entourage 3. Enquête pour identifier une exposition à risque [séjour en et hors de la Pf dans les 15 jours avant la DDS et déplacements dans les 7 jours après le début des signes (période virémique)] 4. Transmission des informations au BSE pour mise en œuvre immédiate de la LAV 5. Alerte de la direction ainsi que des professionnels de santé (rappels des modalités diagnostiques et de la nécessité de notifier tous les cas au BVS)
Contacts utiles	<p>BVS : 40.48.82.01 - veille@sante.gov.pf</p> <p>CHPf : 40.48.62.62 (standard) - 40.48.59.56 ou 40.48.60.63 (laboratoire)</p> <p>ILM : 40.41.64.65 - https://www.ilm.pf/</p> <p>BSE : 40.50.37.45 - alertes.bse@sante.gov.pf</p>
Webographie	<p>CNR Arbovirus : http://www.cnr-arbovirus.fr</p> <p>Répulsifs cutanés recommandés pour se protéger contre les moustiques : http://www.hygiene-publique.gov.pf/IMG/pdf/repulsifs_cutanes_2019-2.pdf</p>

Annexes

Principaux agents pathogènes responsables de GEA

❖ Virus

Agent	Incubation	Symptômes	Durée des symptômes	Transmission	Période de transmissibilité / contagiosité
Adénovirus entérique (Adv-40/41)	7-8 j	Apparition rapide de vomissements et de diarrhées, déshydratation Fièvre modérée	8-12 j	Personne à personne	Pendant la phase symptomatique et jusqu'à 14 j après la fin des symptômes
Astrovirus	1-4 j	Diarrhée +/- vomissements Fièvre dans 50% des cas	2-3 j	Aliments - Eau Personne à personne	ND
Norovirus (GI, GII, GIV) Sapovirus (GI, GII, GIV, GV)	1-4 j	Survenue brutale de vomissements en jet et de diarrhées Fièvre absente ou modérée	2-3 j	Aliments - Eau Personne à personne « Air-gouttelettes »	Pendant la phase symptomatique, maximum entre le 1 ^{er} et le 3 ^{ème} j et 48 h après la fin des symptômes
Rotavirus	1-3 j	Apparition rapide de vomissements et de diarrhées, déshydratation Fièvre modérée	3-7 j	Aliments - Eau Personne à personne	Pendant la phase symptomatique et jusqu'à 8 j après la fin des symptômes

❖ Toxines bactériennes

Agent	Incubation	Symptômes	Durée des symptômes	Transmission	Période de transmissibilité / contagiosité
<i>Bacillus cereus</i>	8 à 6 h forme émétique	Syndrome digestif brutal dominé par des signes digestifs hauts (nausées, vomissements, douleurs abdominales) +/- diarrhées ou fièvre	1 jour	Aliments (laissés à T° ambiante après cuisson)	Non transmissible
	8 à 16 h forme diarrhéique	Syndrome gastro-intestinal brutal dominé par des douleurs abdominales et de la diarrhée +/- fièvre ou vomissements			
<i>Clostridium perfringens</i>	8 à 16 h	Douleurs abdominales, diarrhées +/- fièvre ou vomissements	1 j au moins	Aliments (laissés à T° ambiante après cuisson)	Non transmissible
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 à 6 h	Apparition brutale de nausées, vomissements abondants, douleurs abdominales, +/- diarrhée ou fièvre	1-2 j	Aliments manipulés par un porteur Produits au lait cru	Non transmissible

❖ Bactéries

Agent	Incubation	Symptômes	Durée des symptômes	Transmission	Période de transmissibilité / contagiosité
<i>Campylobacter</i>	3-5 j	Diarrhée, diarrhée sanglante, douleurs abdominales +/- fièvre et vomissements	1-4 j	Aliments - Eau Personne à personne Animaux	Pendant la phase symptomatique et plusieurs mois après la fin des symptômes en l'absence de traitement
<i>Salmonella</i>	8-48 h	Fièvre, diarrhée, douleurs abdominales, vomissements	1 j	Aliments - Eau Personne à personne	Pendant la phase symptomatique et de plusieurs jours après la fin des symptômes
<i>Shigella</i>	1-7 j	Fièvre, diarrhée glairo-sanglante, pus	4-7 j	Aliments - Eau Personne à personne	Pendant la phase symptomatique et jusqu'à 4 semaines après la fin des symptômes
<i>E. coli entéro-hémorragique</i>	3-8 j	Variables : diarrhée modérée, diarrhée sanglante, syndrome hémolytique et urémique (2 à 7 % des cas)	7-10 j	Aliments - Eau Personne à personne Animaux	Pendant la phase symptomatique et jusqu'à 8 jours après la fin des symptômes
<i>Yersinia enterocolitica</i>	2-7 j	Céphalées, fièvre, diarrhée (parfois tableau d'appendicite aigüe)	1-21 jours	Aliments - Eau Personne à personne Animaux	Pendant la phase symptomatique

❖ Parasites

Agent	Incubation	Symptômes	Durée des symptômes	Transmission	Période de transmissibilité / contagiosité
<i>Cryptosporidium</i>	1 à 12 j	Diarrhée, douleurs abdominales +/- fièvre et vomissements	4 à 21 j	Eau - Aliments Personne à personne	Pendant la phase symptomatique : plusieurs semaines (période d'excrétion des oocystes)
<i>Giardia lamblia</i>	5 à 25 j	Symptômes variables : diarrhée chronique, stéatorrhée, douleurs abdominales, etc.	1 à 2 semaine voire 1 mois	Eau - Aliments Personne à personne	Plusieurs mois

Etiologie et tests de diagnostic des IRA

❖ Principaux virus en cause

Syndromes viraux respiratoires	Principaux virus
Rhinopharyngite	Rhinovirus, coronavirus, VRS, virus influenzae A et B, Virus para influenza
Angine	Adénovirus, entérovirus, rhinovirus
Laryngotrachéite	Virus para influenzae, virus influenza, VRS, coronavirus
Bronchite	VRS, Virus influenza, virus parainfluenzae
Bronchiolite	VRS
Pneumonie	VRS, virus influenza, virus parainfluenzae, adénovirus, SRAS-CoV-2

❖ Principales bactéries en cause

Syndromes bactériens respiratoires	Principales bactéries
Angine	Streptocoque alpha hémolytique du groupe A (ASA) <i>Corynebacterium diphtheriae</i>
Otite moyenne aiguë	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i>
Epiglottite	<i>Haemophilus influenzae</i> type b
Bronchite	<i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Bordetella pertussis</i>
Pneumonie	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>Legionella pneumophila</i> ²⁰

❖ Disponibilité des tests de diagnostic actuels

- **Tests dits *monoplex* ciblant un seul virus ou groupe de virus**

Les virus respiratoires, incluant les virus grippaux et le SARS-CoV-2, peuvent être détectés soit par des tests moléculaires, soit par des tests antigéniques. Certains de ces tests permettent de fournir des résultats dans un délai court (une heure ou moins).

Le principal avantage des tests rapides est leur excellente valeur prédictive positive. En revanche, leur sensibilité est souvent plus faible, notamment en ce qui concerne les tests antigéniques.

²⁰ *Legionella pneumophila* est l'agent de la légionellose, forme de pneumopathie grave. La pneumonie à *L. pneumophila* est grave, en particulier chez les immunodéprimés. Son incidence varie avec le milieu étudié et la méthode de diagnostic employée.

L'indication privilégiée des tests monoplex est représentée par les situations épidémiques avérées (bronchiolite à VRS, circulation avérée de SARS-CoV-2). Dans ces situations, la rentabilité d'un test monoplex est maximale et permet d'identifier positivement les sujets impliqués dans cette épidémie, ce qui permet d'éviter des investigations complémentaires.

Les investigations complémentaires de première intention sont réservées aux cas dont le résultat du test monoplex est négatif ou lorsque le sujet présente des signes de gravité ou des facteurs de risque.

- **Tests moléculaires dits *multiplex* ciblant plusieurs agents pathogènes**

Ces tests permettent la détection simultanée de différents agents infectieux potentiellement responsables d'une même pathologie :

- Techniques *biplex* combinant les virus grippaux et les VRS ou bien le SARS-CoV-2 et les virus grippaux - Techniques triplex combinant notamment les trois virus précédents ;
- Vraies techniques *multiplex* incluant, outre les virus ci-dessus, d'autres virus -et notamment les entérovirus- dont les rhinovirus, les métapneumovirus humains, les virus *parainfluenza*, les adénovirus humains, les coronavirus dits saisonniers, et certaines bactéries à tropisme respiratoire de culture difficile comme *Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydia pneumoniae* ;
- Techniques *multiplex* étendues incluant, en plus des cibles précédentes, d'autres virus (bocavirus, MERS-CoV ...) et d'autres bactéries « atypiques » (*Legionella* par exemple), voire des bactéries pyogènes (staphylocoques, streptocoques, entérobactéries).

- **Principaux avantages des tests multiplex**

- Recherche de virus ou de bactéries non identifiés en première intention ;
- Possibilité de tests rapides permettant d'obtenir un résultat dans l'heure suivant le prélèvement ;
- Orientation vers un traitement adapté : antibiotiques spécifiques ou à l'inverse épargne antibiotique en cas d'étiologie virale évidente ;
- Documentation d'épidémies de cas groupés, communautaires ou nosocomiaux ;
- Mise en évidence de coinfections pouvant expliquer la gravité du tableau clinique.

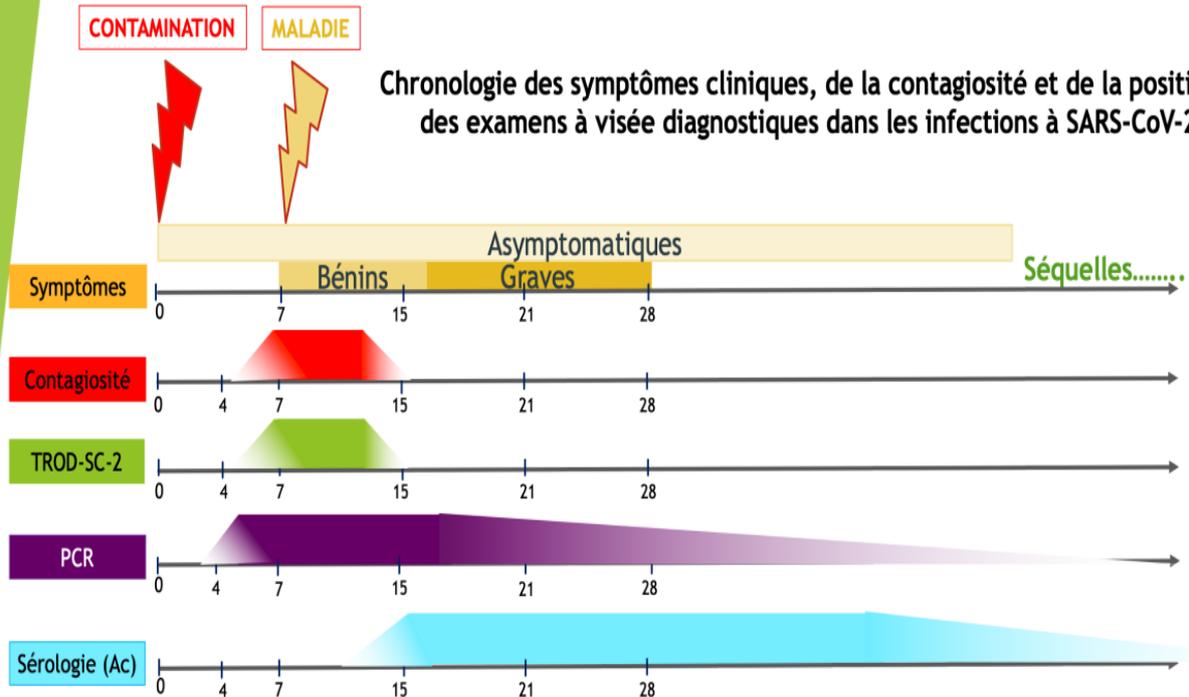
- **Principales limites des tests multiplex :**

- Au-delà de 2 cibles, ces tests restent relativement onéreux, ce qui restreint leur utilisation à titre systématique ;
- L'interprétation de résultats positifs pour plusieurs agents infectieux dans un même prélèvement peut poser problème ;
- Le manque de standardisation des cibles proposées par les différents fournisseurs rend difficile le choix des trousse par le biologiste (sensibilité/spécificité).

Référence

HCSP - Avis relatif à la prévention des épidémies de virus hivernaux en période de circulation du SARS-CoV-2 - Nov. 2021 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1132>

Rappels sur la Covid-19



Contagiosité

- 2 à 4 jours avant les symptômes
- Les asymptomatiques peuvent être contagieux
- Diminue après 1 semaine de symptômes et 14 jours après la contamination

PCR

- Une PCR + ne signifie pas forcément contagiosité
- Tenir compte de la clinique, de l'existence ou non de symptômes et de la date estimée de contamination
- Si PCR + chez asymptomatique, sans date de contact identifiée, le considérer en début de maladie (sauf si sérologie positive)

Référence

INFOVAC-FRANCE – « Chronologie des symptômes cliniques, de la contagiosité, et de la positivité des examens à visée diagnostique dans les infections à SARS-CoV-2 »

<https://www.infovac.fr/docman-marc/public/covid-19/1710-chronologie-symptomes-covid-19/file>

Fiche technique - Réalisation d'un prélèvement nasopharyngé

❖ Matériel nécessaire

- **Matériel de protection individuel pour le préleveur** : masque FFP2, lunettes de protection, gants non stériles à usage unique
- **Matériel de prélèvement** : milieu de transport pour virus ou pot stérile
- **Deux sachets plastiques kangourou**
- **Fiche de renseignement du patient**

❖ Prélèvements possibles et délais de conservation

Nature du prélèvement	Contenant	Conservation et délais préconisés entre le prélèvement et la prise en charge au laboratoire
- Ecouvillonnage oropharyngé et/ou nasopharyngé	Milieu de transport UTM à bouchon rouge ou Copan à bouchon bleu (Écouvillon à décharger dans le même milieu de transport) 	Délai préconisé ≤ 5 jours à + 4°C (Recommandations OMS 17/01/2020)
- Aspiration nasopharyngée ou expectoration - Echantillon de selles	Pot stérile	Délai préconisé ≤ 48h à + 4°C (Recommandations OMS 17/01/2020)

❖ Réalisation d'un prélèvement NASOPHARYNGÉ

- Demander au patient de se moucher si productif
- Demander au patient d'incliner la tête légèrement en arrière et de fermer les yeux (pour rendre le prélèvement moins désagréable)
- Insérer délicatement l'écouvillon dans une narine, contre le septum jusqu'à sentir une butée au fond du conduit nasal (muqueuse du nasopharynx atteinte)
- Ecouvillonner l'épithélium des fosses nasales en réalisant des mouvements rotatifs pendant 15 secondes, en grattant les parois du nasopharynx afin de recueillir des cellules



Répéter le geste dans les deux conduits nasaux

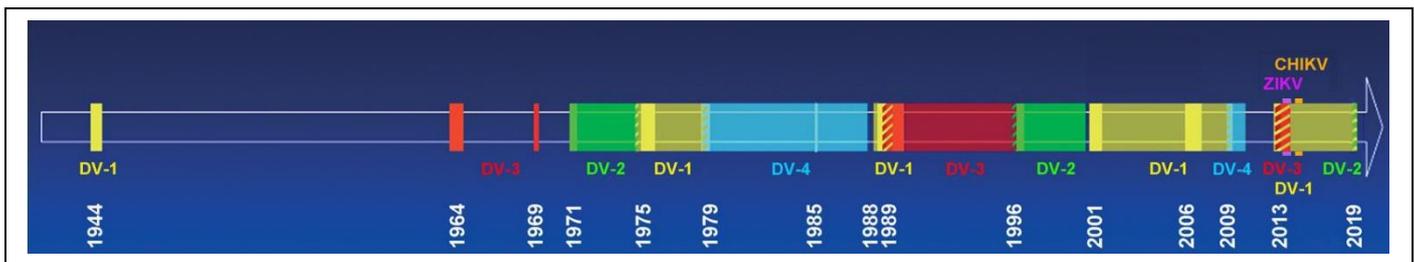
- Remettre le masque chirurgical au patient après prélèvement
- Eliminer la totalité des déchets (procédure DASRI)
- Se frictionner les mains avec une solution hydroalcoolique

❖ Réalisation d'un prélèvement OROPHARYNGÉ + NASOPHARYNGÉ

- Prélever d'abord la sphère oropharyngée
- **PUIS** prélever la sphère nasopharyngée et décharger l'écouvillon dans le milieu de transport
- Casser l'extrémité de l'écouvillon dans le tube (au niveau de la ligne de fracture) pour qu'il reste dans le milieu de transport
- **Le liquide doit devenir légèrement trouble**, témoin d'un recueil suffisant de cellules
- Déposer le tube de transport correctement identifié dans deux sachets plastiques kangourou
- Remettre un masque chirurgical au patient après prélèvement
- Eliminer la totalité des déchets (procédure DASRI)
- Se frictionner les mains avec une solution hydroalcoolique

Epidémies d'arboviroses en Polynésie française

Illustration I : Circulation de la dengue et autres arbovirus en Polynésie française de 1944 à 2019 (Institut Louis Malardé)



DV = virus de la dengue (sérotypes 1,2, 3 et 4)

ZIK = virus Zika

CHIKV: virus Chikungunya

Les zones pleines correspondent aux épidémies, les zones hachurées correspondent aux périodes de co-circulation de plusieurs sérotypes de dengue, les zones en transparence correspondent aux périodes de circulation endémique.

Calendrier vaccinal - Polynésie française



Calendrier vaccinal
Enfants et adolescents
Polynésie française

	Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	6 mois	10 mois	12 mois	18 mois	2 ans	5 ans	6 ans	11 ans
Vaccinations obligatoires	Tuberculose	BCG										
	Hépatite B	Hep B	Hep B			Hep B						
	Diphtérie		D	D	D						D	d
	Tétanos		T	T	T						T	T
	Poliomyélite		P	P	P						P	P
	Coqueluche		Ca	Ca	Ca						Ca	ca
	Haemophilus influenzae B		Hib	Hib	Hib							
	Rougeole						R	R				
	Oreillons						O	O				
	Rubéole						R	R				
	Pneumocoque		Pn13	Pn13*	Pn13		Pn13			Pn23** pour les enfants à risque		
	Vaccinations recommandées	Grippe saisonnière				Campagnes de vaccination annuelles						

BCG : vaccin contre la Tuberculose obligatoire pour tous les nourrissons jusqu'à 3 mois et recommandé pour les enfants jusqu'à 15 ans
Ca : vaccin contre la Coqueluche dose entière d'antigène coquelucheux
ca : vaccin contre la Coqueluche dose réduite d'antigène coquelucheux
DTP : vaccin contre la Diphtérie le Tétanos et la Poliomyélite
dTP : vaccin contre la Diphtérie le Tétanos et la Poliomyélite dose réduite d'anatoxine diphtérique
Hep B : vaccin contre l'Hépatite B
Hib : vaccin contre l'Haemophilus influenzae B
Pn13 : vaccin conjugué 13-valent contre le Pneumocoque
Pn13* : vaccin conjugué 13-valent contre le Pneumocoque injection supplémentaire pour les prématurés et les nourrissons à risque (cf Arrêté)
Pn23** : vaccin polysidique 23-valent contre le Pneumocoque pour les enfants à risque (cf Arrêté)
ROR : vaccin contre le Rougeole le Oreillons et la Rubéole
 Arrêté n° 1349/CM du 19 juillet 2019 relatif au programme de vaccination de l'enfant et de l'adolescent en Polynésie française

Référence :

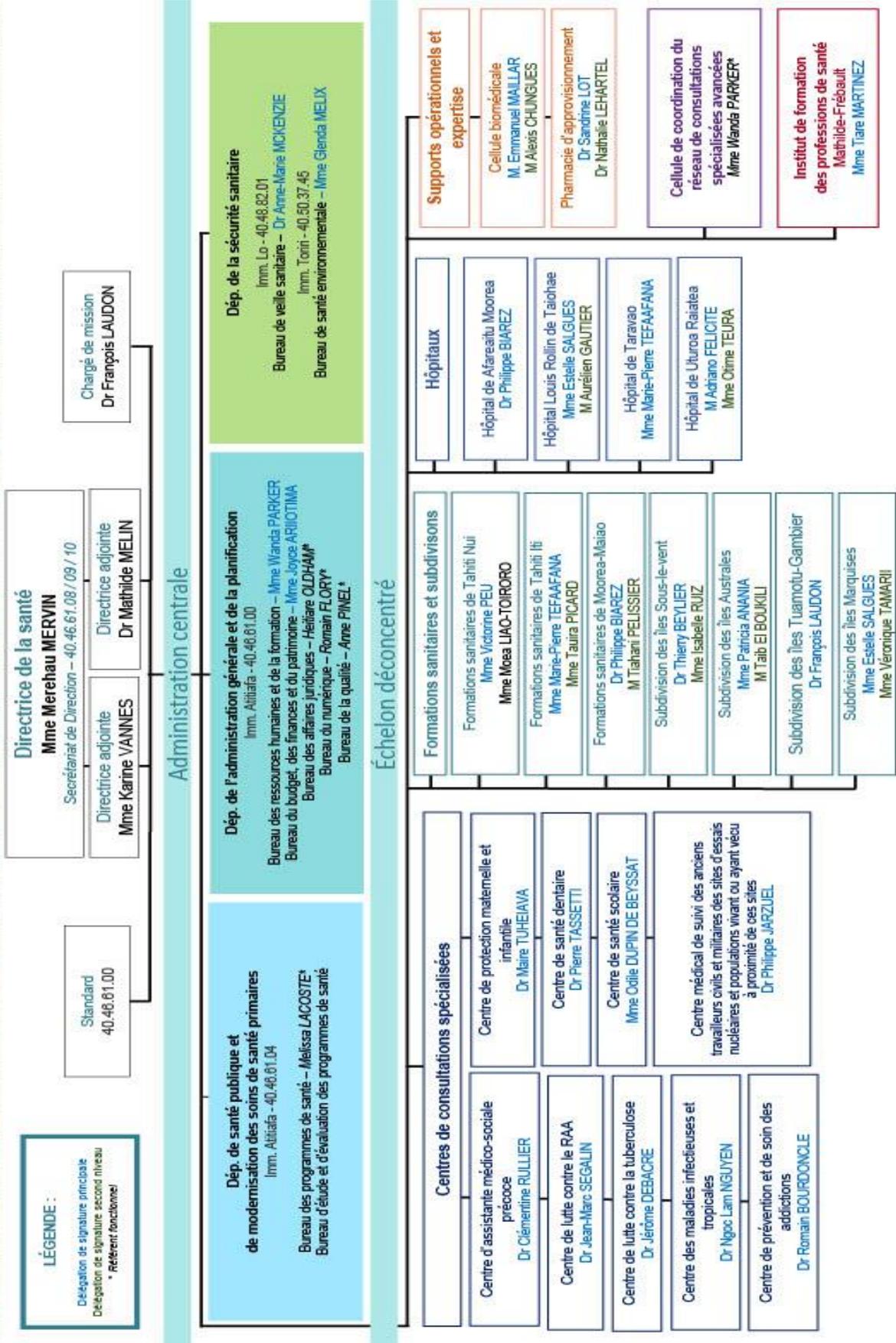
<https://www.service-public.pf/dsp/programmes-de-sante/vaccination>

Organigramme de la Direction de la santé (21/02/2022)



ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ

MISE A JOUR : 21/02/2022



Glossaire

AES	Accident d'exposition au sang
Ag	Antigène
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ARASS	Agence de régulation sanitaire et sociale
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
BCG	Vaccin contre la tuberculose (Bacille Calmette et Guérin)
BGN	Bacille à Gram négatif
BSE	Bureau santé environnement (DS)
BVS	Bureau de veille sanitaire (DS)
CAR	Centre antirabique
CHIKV	Virus du chikungunya
CHPF	Centre hospitalier de Polynésie française
CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée
CLCT	Centre de lutte contre la tuberculose (DS)
CLIA	<i>Chemiluminescence Immunoassay</i> (système d'immuno analyse par chimiluminescence)
CMIT	Centre des maladies infectieuses et tropicales (DS)
CNR	Centre national de référence
CPMI	Centre de protection maternelle et infantile (DS)
CSS	Centre de santé scolaire (DS)
C3G	Céphalosporines de troisième génération
DASRI	Déchets d'activités de soins à risque infectieux
DDS	Date de début des signes cliniques
DENV	Virus de la dengue
DGEE	Direction générale de l'éducation et des enseignements
DS	Direction de la santé de la Polynésie française
DSSP	Département de santé publique et de modernisation des soins de santé primaires
EHEC	<i>Escherichia coli</i> entérohémorragique
FDR	Facteurs de risque
GE	Goutte épaisse (diagnostic du paludisme)
GEA	Gastro-entérites aiguës
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IDR	Intradermoréaction à la tuberculine
IIM	Infection invasive à méningocoque
ILM	Institut Louis Malardé
INA	Inhibiteurs de la neuraminidase
IPP	Inhibiteurs de la pompe à protons
IRA	Infection respiratoire aiguë
IST	Infection sexuellement transmissible
LAV	Lutte antivectorielle
LBA	Lavage bronchoalvéolaire
LCS	Liquide cébrospinal
MAE	Méningite à éosinophiles
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
MFIU	Mort fœtale <i>in utero</i>
MPXV	Monkeypox virus
NAC	Nouveaux animaux de compagnie
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i> (ou réaction en chaîne par polymérase)
PHA	Produit hydroalcoolique
PMI	Protection maternelle et infantile

POD	Prise observée directe
PVL	Leucocidine de Panton-Valentine
RCIU	Retard de croissance <i>in utero</i>
RH	Rifampicine + isoniazide (antituberculeux en combinaisons à doses fixes)
RHZE	Rifampicine + isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol (<i>idem</i>)
RT-PCR	<i>Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction</i> (ou réaction en chaîne par polymérase après transcription inverse)
RSI	Règlement sanitaire international
SA	Semaines d'aménorrhée
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
TDR	Test de diagnostic rapide
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UTM	Universal Transport Medium
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i> (diagnostic de la syphilis)
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHE	Virus de l'hépatite E
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VRS	Virus respiratoire syncytial
VZV	Virus zona varicelle

