

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Juin 2012

ENQUÊTE SF2H ET HCSP SUR L'ORGANISATION DE LA GESTION DES ERG ET EPC

La SF2H, avec le Haut conseil de la santé publique (HCSP), travaille à l'actualisation des recommandations pour la prise en charge de patients porteurs ou infectés de bactéries hautement résistantes (BHR) aux antibiotiques comme *Enterococcus faecium* résistants à la vancomycine ou aux glycopeptides (ERV ou ERG) et des entérobactéries productrices de carbapénèmes (EPC).

Les recommandations se sont accumulées ces dernières années, parfois avec un cadre réglementaire via des circulaires.

La SF2H a donc lancé une enquête en ligne sur son site internet sur l'organisation mise en place dans les établissements de santé et sur leur éventuelle expérience de gestion de telles situations. Elle s'adresse de préférence au responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou au président du Clin.

Cet état des lieux de terrain comporte cinq étapes (caractéristiques de l'établissement, organisation de l'alerte devant d'éventuelles BHR au niveau de l'établissement, mesures mises en place dans ces cas, expériences de gestion éventuelle de BHR, commentaire libre sur ces expériences de gestion de crise BHR).

Les résultats de l'enquête devraient être disponibles au dernier trimestre 2012. Ils vont servir de base à l'actualisation des recommandations du HCSP qui devraient être publiées fin 2012 ou début 2013 sous la forme la plus lisible possible.

En France, les BHR sont encore "rares" mais il s'agit d'un phénomène "émergent". Par contre la situation épidémiologique internationale, en particulier en Europe, est "sombre" ; exemple, la fréquence des BHR a doublé en deux ans en Italie.

Attention, l'enquête ne fait "pas double" ni avec les plans locaux de gestion d'épidémie que les établissements de santé ont dû rédiger, ni avec d'autres initiatives d'agence régionale de santé (ARS) ou d'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) mais est "complémentaire" d'une autre étude actuellement menée par le réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) sur les EPC.

Dans ce numéro :

Enquête ERG et EPC	1
A l'agenda	2
Rapatriement sanitaire	3
SARM	4
ENP 2012	5
Bijoux et hygiène	6
ASH et hygiène	7
MCJ et rougeole	8

Sommaire :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Pour en savoir plus :

Participer à cette enquête :

<http://www.sf2h.net/enqueteBHR.html>

Calendrier des événements

JUN 2012

Rappel :

- Pour toutes questions concernant votre inscription et le suivi de vos surveillances, contacter M. Olivier Hoff au 03-83-15-35-45 et o.hoff@chu-nancy.fr
- Pour toutes questions concernant la méthodologie, l'interprétation des résultats d'une surveillance, contacter le coordonnateur inter-régionale de la surveillance <http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique115> (lien vers le calendrier des surveillances)

				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	Nancy 21	Nancy 22	23	24
25	26	27	28	29	30	

RETOUR DE DONNEES :

ENP 2012 : fin du recueil le 13 juillet (échantillon européen) ou le 14 septembre

Fiche de mise à jour Clin et EOH — Annuaire

Si un changement est intervenu dans la constitution de votre EOH et/ou Clin (ou instance équivalente), faites une mise à jour en ligne :

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/divers/FICHE%20MISE%20A%20JOUR%20ANNUAIRE.doc>

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES - FORMATIONS

20^{ème} journée régionale d'hygiène et de lutte contre les Infections Nosocomiales de Lorraine :
Nancy les 21 et 22 juin 2012 - accéder au programme

<http://www.cclin-est.fr/UserFiles/File/congres/Programme%2020%20JR.pdf>

Journée d'échanges du réseau Mater : Lyon le 18 octobre 2012

accéder au programme provisoire et aux inscriptions

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/mater/sommaire_mater.html

Journée CCLin Est/ARLIN : Reims le 25 octobre 2012 sur « Actualités et évolution des BMR » -
accéder au programme et aux inscriptions :

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

Journée de l'hôpital Claude Bernard : Paris le 13 novembre 2012

accéder au programme et aux inscriptions :

<http://www.journeeclaudebernard.org/>

UNE CIRCULAIRE PRÉCISE L'ORGANISATION DES RAPATRIEMENTS SANITAIRES DE PATIENTS INFECTIEUX

L'organisation des rapatriements sanitaires vers la France de patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement ou de bactéries multirésistantes est précisée dans une circulaire de la direction générale de la santé (DGS) mise en ligne la semaine dernière.

Les maladies transmissibles nécessitant un isolement sont la poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage, la grippe humaine causée par un nouveau sous-type, le syndrome respiratoire aigu sévère (Sras), le choléra, la peste pulmonaire, les fièvres hémorragiques virales (Ebola, Lassa, Marburg), la tuberculose ultrarésistante (XDR) ainsi que toute maladie infectieuse émergente ou d'origine inconnue identifiée par les autorités sanitaires.

La circulaire concerne aussi la présence avérée ou suspectée, chez un patient hospitalisé ou l'ayant été hors du territoire français, de bactéries multirésistantes émergentes: entérocoque résistant à la vancomycine, entérobactérie productrice de carbapénémase, bacille Gram- non-fermentant résistant à l'imipénème tel *Acinobacter baumannii*.

Ces définitions sont issues d'avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP) sur le règlement sanitaire international (RSI) et sur le rapatriement sanitaire de patients porteurs de certaines bactéries multirésistantes.

La circulaire définit la procédure de transmission des recommandations aux donneurs d'ordre en charge de l'exécution du rapatriement sanitaire

(sociétés d'assistance et services de l'Etat) ainsi que l'organisation opérationnelle de ces rapatriements.

Elle aborde le cadre juridique de la notification des cas, les modalités d'échanges préalables d'informations (avec notamment l'identification des points de contact), le schéma opérationnel d'organisation des rapatriements sanitaires (qu'ils soient isolés -ou familiaux- ou collectifs et organisés par l'Etat, qu'ils concernent, dans chacun de ces deux cas, des patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement ou des patients porteurs de bactéries multirésistantes).

Par exemple, pour les rapatriements sanitaires isolés, l'information et le suivi des opérations relèvent du niveau national pour les patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement mais du niveau régional (agence régionale de santé, ARS) pour les patients porteurs de bactéries multirésistantes.

La prise en charge hospitalière doit s'effectuer prioritairement au sein des établissements de santé de référence pour les patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement.

Pour les patients porteurs de bactéries multirésistantes, les sociétés d'assistance ou le ministère des affaires étrangères et européennes qui organisent le rapatriement sanitaire choisissent un établissement de destination.

L'ARS doit être tenue informée et indiquera la solution la plus appropriée en cas de difficultés (liées à l'organisation de l'offre de soins régionale ou à une problématique de disponibilités de places).

Circulaire sur l'organisation des rapatriements sanitaires de certains patients infectieux

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Circulaire/09052012.pdf>

EPISODES IMPLIQUANT DES ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASES EN FRANCE. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU 18 MAI 2012

Le premier épisode impliquant des EPC a été signalé à l'InVS en 2004.

A ce jour, 211 épisodes de ce type ont été signalés par les établissements de santé et/ou le CNR Résistance aux antibiotiques ou d'autres laboratoires experts. Des épisodes anciens publiés mais non signalés (n=5) ont également été pris en compte pour cette actualisation. Le nombre d'épisodes impliquant des EPC est en augmentation très nette depuis 2009.

On compte 10 épisodes signalés en 2009, 28 en 2010, 111 en 2011 et 53 sur les premiers mois de 2012.

Nous vous rappelons que plusieurs établissements de l'Est sont concernés.

<http://www.invs.sante.fr/epc>

L'ORIGINE DES SARM : VIENNENT-ILS DES GRANDS HÔPITAUX ?

Une étude génétique réalisée en Grande-Bretagne montre que les souches de staphylocoques dorés résistants aux antibiotiques que l'on retrouve dans tout le pays sont principalement issues des hôpitaux des grandes villes. Cette étude publiée dans la revue de l'Académie des sciences américaines*, explique l'utilisation des méthodes modernes de screening génétique à haut débit pour tenter d'identifier le mode de contamination des *Staphylococcus aureus* méticilline-résistant (SARM).

Les infections en Grande-Bretagne par SARM sont issues d'un nombre très restreint de souches, et les chercheurs ont pu reconstituer l'évolution et le déplacement géographique de l'une d'elles en regardant ses mutations sur une période d'un peu plus d'un demi-siècle.

Les premiers SARM ont été découverts en 1961 en Grande-Bretagne, juste 2 ans après l'invention de cet antibiotique. Grâce à l'étude génétique de 87 échantillons, le Dr Ross Fitzgerald et son équipe ont établi que les staphylocoques dorés résistants que l'on retrouvait dans toutes les régions de Grande-Bretagne étaient issus des grands hôpitaux des plus grandes villes.

Pour en savoir plus

* McAdam PR, Templeton KE, Edwards GF, Holden MT, Feil EJ, Aanensen DM, Bargawi HJ, Spratt BG, Bentley SD, Parkhill J, Enright MC, Holmes A, Girva, EK, Godfrey PA, Feldgarde, M, Kearns A., Rambau, A, Robinson DA, Fitzgerald R. 2012. Molecular tracing of the emergence, adaptation, and transmission of hospital-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, E-pub 14 May.

<http://www.pnas.org/content/early/2012/05/07/1202869109.abstract?sid=32334926-dc41-413f-a1d7-bea3b49e4ff5>

Il a été observé que les grands centres hospitaliers des plus grandes villes sont ceux où il y a le plus d'allées et venues de patients, et le plus d'échanges possibles entre les malades. C'est aussi dans ces grands établissements de référence qu'arrivent les patients ayant des pathologies graves venant des hôpitaux régionaux. Et nombre de patients qui sont à cette occasion infectés par des SARM sont ensuite renvoyés dans leurs hôpitaux d'origine, où ils transmettent à leur tour les SARM.

Il est probable que la situation ne devrait pas être tellement différente en France.

Le Dr Ross Fitzgerald remarque enfin que pour l'instant le principal moyen de lutte contre les SARM est d'améliorer encore l'hygiène à l'hôpital, principalement en insistant sur l'hygiène des mains, mais on peut aussi imaginer de faire des tests de dépistage sur tous les patients avant de les renvoyer dans les hôpitaux régions dont ils sont issus.

SIGNALEMENTS

Vous trouverez sur le site internet de l'InVS des diaporamas librement téléchargeables :

1. Mise à jour du bilan ERG avec le bilan des signalements d'infections nosocomiales pour ERG de 2005 à 2011

la page ERG est accessible par le lien internet suivant :

<http://www.invs.sante.fr/erg>

2. le bilan des signalements d'infections nosocomiales pour *Acinetobacter* résistant à l'imipénème (ABRI) de 2002 à 2011

A cette occasion, une page pour les ABRI a été créée et est accessible par le lien internet suivant :

<http://www.invs.sante.fr/abri>

ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE (ENP) DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX, 2012

L'ENP 2012 qui s'inscrit dans le cadre de la 1^{ère} enquête Européenne de prévalence des IN a débuté depuis plusieurs semaines.

Calendrier :

- **Mi-février au 11 mai** : inscription en ligne
- **Mi-avril** : sélection de l'échantillon européen ~~REALISE~~ (tirage au sort de 55 ES de court séjour sur l'ensemble des ES participant à l'ENP 2012 au niveau national)
- **13 juillet** : date limite de saisie des données (échantillon européen)
- **14 septembre** : date limite de saisie des données (ensemble des ES hors échantillon européen)
- **Fin novembre** : résultats préliminaires nationaux

Méthodologie

L'ENP comporte une partie sur la prévalence des IN et une autre sur la prévalence des traitements anti-infectieux.

Echantillon européen dans l'Est (tirage au sort) :

- Centre Hospitalier William Morey à Chalon-sur-Saône
- Centre Hospitalier Robert-Pax à Sarreguemines
- Clinique Adassa à Strasbourg
- Centre Hospitalier à Cosne sur Loire
- Centre Hospitalier à Guebwiller
- Centre Hospitalier intercommunal de Pompey

Merci à ces établissements d'avoir accepté de faire partie des 55 établissements Français de l'échantillon Européen.

Documents en ligne : <http://www.cclin-est.org/spip.php?article222>

Ils concernent les deux types d'enquête :

1) documents communs à tous les types d'établissements

2) documents spécifiques de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

Nous vous conseillons de bien prendre connaissance de la FAQ qui recense l'ensemble de vos questions et des réponses apportées par le groupe national de travail. **Attention, une nouvelle FAQ** sera mis en ligne dans les prochains jours sur le site du CCLin Est (fin semaine 24 – début semaine 25).

Remarques diverses :

1) Certains d'entre vous ont pu constater ces derniers jours un problème au niveau des tableaux de résultats :

Origine des bactériémies : certaines données saisies n'apparaissent pas dans le tableau.

Le problème vient d'être réglé dans l'outil de saisie en ligne au niveau national.

2) **Attention : deux bugs ont été constatés entre la fiche saisie « papier » et lors de la saisie WEB**

- **rubrique Patient : pour le « Sexe » inversion des cases « M » et « F »**

- **rubrique Infection Nosocomiale : les lignes « Date des premiers signes » et « Origine de l'infection » sont inversées**

3) Le CCLin Est n'a pas accès à vos codes d'inscription et login donc nous ne pouvons absolument pas intervenir à ce niveau.

Coordonnateur ENP 2012 pour le CCLin Est :

Loïc SIMON, praticien hygiéniste (tel : 03-83-15-34-73)

A LIRE OU A VOIR

Lettre d'information du CA-SFM concernant la détection de la production de carbapénémases chez les Entérobactéries (janvier 2012)

Document gracieusement mis à disposition par le comité des antibiogrammes de la Société Française de Microbiologie :

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique61>

DES PHOTOS D'ALLIANCE POUR CONVAINCRE SON PERSONNEL DE NE PLUS EN PORTER

Un hôpital envisage d'utiliser des photos grossissantes d'alliance pour convaincre son personnel de ne plus en porter, dans une étude présentée à Lille au congrès de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H).

Même s'il n'est pas démontré que le retrait des bijoux s'accompagne d'une réduction du risque de transmission croisée, il est bien acquis qu'ils constituent des niches microbiennes majeures, rappellent le Dr Olivier Meunier, du centre hospitalier d'Haguenau (Bas-Rhin), et ses collègues.

Les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) multiplient les initiatives et les enquêtes pour motiver les professionnels à retirer leurs bijoux: observation, affiches, expositions, concours, formation, explications, distribution de "montres infirmières"... Si le port des bijoux en général a diminué, ces campagnes n'ont pas eu d'effets sur le port des alliances (23% de porteurs en 2011).



Le nombre des porteurs d'alliance reste stable sous prétexte que l'alliance est lisse. L'EOH d'Haguenau a donc décidé d'élaborer un nouvel argument fort susceptible de convaincre : des photographies "inédites et originales" d'une alliance grossie 5.000 fois.

Le bijou en métal semi-précieux a été auparavant immergé dans une suspension de streptocoques, puis traité selon les procédures habituelles pour l'observation en microscopie électronique à balayage.

Les photographies montrent les streptocoques de 2 à 4 µm de diamètre parfaitement reconnaissables par leur disposition en chaînettes caractéristiques et de très nombreuses anfractuosités et griffures de la surface du métal.

Elles vont être largement présentées dans l'établissement. Une nouvelle évaluation du port des bijoux sera réalisée afin de mesurer leur impact sur les comportements.

Affaire à suivre.

REGLEMENTATION

Rapatriements sanitaires patients porteurs de BMR – Circulaire n°DGS/DUS/CORRUSS/2012/188 du 9 mai 2012 relative à l'organisation des rapatriements sanitaires vers la France de patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement ou de bactéries multi-résistantes (BMR)

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Circulaire/09052012.pdf>

Instruction interministérielle DGS/DUS/DGSCGC/DGT/DGCS/DGOS n°2012-197 du 9 mai 2012 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2012 du plan national canicule et à l'organisation de la permanence des soins propre à la période estivale

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Instruction/09052012.pdf>

INTÉRÊT D'UN AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS DANS UNE ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE

Le centre hospitalier de Versailles (Yvelines) a prouvé l'intérêt, notamment d'un point de vue économique, d'intégrer un agent des services hospitaliers (ASH) à leur équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), dans une étude présentée au congrès de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) qui s'est tenu à Lille les 6, 7 et 8 juin dernier.

Bien qu'elles soient souvent dévolues aux membres de l'EOH, de nombreuses tâches ne requièrent ni les compétences d'une infirmière, ni celles d'une technicienne en bio-hygiène. Par ailleurs, des tâches simples de maintenance en rapport avec le réseau d'eau coûtent souvent cher aux établissements, soit en temps de plombier, soit en sous-traitance.

Le centre hospitalier de Versailles a donc décidé d'évaluer l'intérêt de doter l'EOH de leur établissement d'un ASH à temps plein avec des missions spécifiques : détartrer ou remplacer les brise-jets et pommes de douches des services de soins, surveiller la température hebdomadaire des points d'eau, purger les robinets des services fermés pour travaux ou en période estivale, réaliser le bionettoyage approfondi (technique vapeur) du matériel (chariots de soins), de certains locaux ou de chambres de patients porteurs de germes particuliers, en assurant une traçabilité de toutes ces interventions.

Cet agent est arrivé en février 2010. Son travail de détartrage a probablement contribué à l'assainissement du réseau d'eau puisque le nombre de prélèvements positifs (flore totale, *Pseudomonas aeruginosa* ou bacille pyocyanique) a diminué de manière statistiquement significative (15 prélèvements positifs sur 420 analysés en 2008-09, 3 sur 472 en 2010-11).

Le nombre de points d'eau présentant des légionelles (plus de 1.000 unités formant colonie UFC/L) n'a en revanche pas évolué de manière significative: 12 sur 143 analysés en 2008-09, 9 sur 133 en 2010-11.

Le contrat de maintenance via une entreprise extérieure pour le détartrage des points d'eau qui était de 50.000 euros par an en 2008-2009, avec une "traçabilité médiocre", n'a pas été reconduit en 2010. Les auteurs comparent l'économie réalisée qui est supérieure aux 30.000 euros par an que coûte à l'établissement un ASH.

D'autres tâches (essentiellement certains prélèvements d'environnement actuellement réalisés par la technicienne bio-hygiéniste) pouvant être confiées à l'ASH sont à l'étude.

[Pour réflexion dans vos établissements.](#)

ARRÊT DE L'OBLIGATION DU VACCIN BCG : PAS DE CONSÉQUENCES NÉGATIVES

L'arrêt des vaccinations obligatoires des nourrissons contre la tuberculose en 2007 n'a pas eu d'impact négatif. Le nombre de cas en France est stable, selon une étude publiée dans le dernier BEH. On a compté en 2010, 120 cas de "tuberculose maladie" pour des enfants de moins de 5 ans, contre 129 en moyenne par an sur la période 2000-2005. La part des cas de tuberculose pédiatrique sur le total de la population touchée en France reste à la fois faible et stable avec 2,3% des cas en 2010 contre 2,2% des cas en 2000/2005. Pour 2010 près de 80% des enfants de moins de 9 mois ont été vaccinés en Ile-de-France. Mais en dehors de cette région, la couverture vaccinale reste "insuffisante" pour les enfants considérés comme à risque, à savoir principalement ceux nés dans une zone de forte endémie ou bien d'un parent venant d'une telle zone.

Pour la population générale, les données en matière de tuberculose en France "témoignent d'une baisse des cas déclarés en 2009 et en 2010" avec 5187 cas en 2010, en baisse de 1,7% sur 2009.

La France est considérée comme un pays à "faible incidence" mais avec d'importants écarts entre régions (IdF, Guyane et grandes villes sont les plus touchés) et entre populations.

L'augmentation des taux de déclaration dans un certain nombre de départements franciliens, même si elle est très limitée, et les taux élevés retrouvés parmi les personnes nées à l'étranger et récemment arrivées en France doivent inciter à ne pas relâcher les efforts de lutte antituberculeuse dans un contexte de fortes disparités.

En conclusion la fin du BCG obligatoire n'a pas fait exploser le nombre de cas de tuberculose. Ce dernier a même plutôt tendance à baisser.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-24-25-2012>

PREMIER CAS EN FRANCE DU VARIANT DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB DEPUIS TROIS ANS

Un nouveau cas du variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ), la forme humaine de la maladie de la vache folle, a été signalé en France, portant le total à 26 cas répertoriés depuis 1996, selon le dernier point du réseau national de surveillance de la maladie. Il s'agit du premier cas signalé depuis trois ans en France. Le vMCJ, forme humaine de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), est lié à l'ingestion de produits bovins contaminés, comme la cervelle. Sur ces 26 cas de nvMCJ (12 hommes, 14 femmes) certains ou probables identifiés en France, tous sont décédés à ce jour, excepté le dernier cas.

Les derniers décès remontent à 2009

Les 25 décès sont intervenus en 1996 (1 cas), 2000 (1 cas), 2001 (1 cas), 2002 (3 cas), 2004 (2 cas), 2005 (6 cas) en 2006 (6 cas), 2007 (3 cas) et 2009 (2 cas). La médiane des âges lors du décès ou du diagnostic est de 37 ans (entre 19 et 58 ans). Parmi eux, huit patients résidaient en Ile-de-France et 18 en province. Une des victimes avait séjourné très régulièrement au Royaume-Uni pendant une dizaine d'années à partir de 1987. La Grande-Bretagne, où est apparue l'épidémie de la vache folle, compte, selon les derniers chiffres arrêtés au 11 juin, un total de 176 cas du nouveau variant, tous décédés.

Dans le cadre de l'instruction Creutzfeldt-Jakob du 01 décembre 2011, une FAQ sera publiée dans les prochains jours sur le site du Ministère de la Santé :

<http://www.sante.gouv.fr/esst-encephalopathies-spongiformes-subaiguës-transmissibles.html>

ROUGEOLE : UNE NOUVELLE RECRUDESCENCE?

Depuis le 1er janvier 2008, plus de 22 000 cas de rougeole ont été déclarés en France, distribués en trois vagues épidémiques dont la 3^{ème} de grande ampleur avec un pic atteint en mars 2011. Pour l'année 2011, 14 966 cas ont été notifiés, dont 16 ont présenté une complication neurologique, 714 une pneumopathie grave et 6 sont décédés. La forte décroissance du nombre des cas notifiés entre mai et octobre 2011 signe la fin de cette 3^{ème} vague.

Depuis novembre 2011, on note une légère ré-ascension du nombre de cas déclarés, sensiblement de même ampleur que celle observée fin 2008-début 2009, avec, depuis le 1er janvier 2012, 473 cas notifiés (dont 19 pneumopathies graves). Le nombre de cas mensuel reste à peu près stable depuis décembre, sans pic épidémique notable en mars-avril contrairement aux années précédentes. Il faut toutefois rester vigilant et continuer à veiller à la mise à jour du statut vaccinal des personnes réceptives avec 2 doses de vaccin, en particulier dans la population âgée de 15 à 30 ans.

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-24-mai-2012>

Adresse:
Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
54 511 Vandoeuvre les Nancy
Secrétariat central:
Tél. 03 83 15 34 73
Fax 03 83 15 39 73
Email. cclin.est@chu-nancy.fr

Retrouvez nous sur le
Web

<http://www.cclin-est.org/>

