

Lu pour vous

Loïc Simon, CPias Grand Est

l.simon@chru-nancy.fr

Augmentation du risque de BPCO quand eau de javel utilisée régulièrement

Lors du congrès de la Société Européenne de Pneumologie, une étude menée par l'Université d'Harvard et l'Inserm pointe du doigt la toxicité de produits désinfectants pour les poumons.

L'analyse des données de la US Nurses' Health Study II qui a débuté en 1989 auprès de 55 000 infirmières américaines sur l'utilisation de divers produits destinés à désinfecter les surfaces et le matériel : eau de javel, peroxyde d'hydrogène, alcool et ammonium quaternaires montre que la manipulation au moins une fois par semaine de ces produits augmente le risque de 24 à 32 % de développer une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Au cours de cette période, 663 infirmières ont développé une BPCO. L'exposition aux désinfectants était évaluée par questionnaire et par une matrice affectant certaines tâches à l'exposition aux désinfectants. Les résultats étaient ajustés au tabagisme, à l'âge, à l'indice de masse corporelle et à l'appartenance ethnique. Une association significative est ressortie pour l'utilisation régulière de désinfectants de surface, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, mais pas pour les produits de désinfection du matériel médical.

Si un lien avait été montré entre asthme et utilisation de désinfectants chez les professionnels de santé, c'est la première étude à mettre en évidence un lien avec la BPCO, peu étudiée.

Les résultats de cette étude observationnelle ne permettent pas de conclure au lien de causalité mais four-

nissent des preuves supplémentaires quant aux effets de l'exposition aux désinfectants sur les problèmes respiratoires. Par conséquent, ce risque au travail doit être intégré dans les recommandations liées au nettoyage et à la désinfection en milieu hospitalier.

Dumas O, Varraso R, Boggs KM, *et al.* Late Breaking Abstract - Occupational exposure to disinfectants and COPD incidence in US nurses: a prospective cohort study. [European respiratory symposium](#), International Congress 2017. Milan, 9-13 september 2017

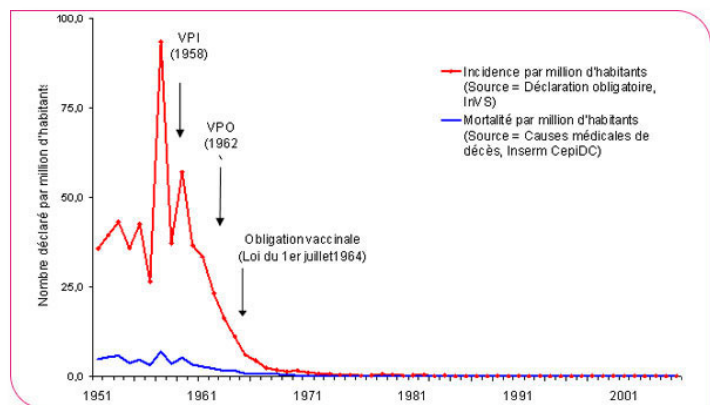
Baisse de la vaccination : retour des maladies infectieuses

Décidément, l'élargissement de l'obligation vaccinale a du mal à passer. Les contestations se multiplient depuis l'annonce faite par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, début juillet. Parmi les porte-voix de cette critique, la députée européenne Michèle Rivasi se montre très active. "Je ne suis pas contre la vaccination, en cas d'épidémie, il faut vacciner. Mais pourquoi vouloir passer en force ?", interroge-t-elle sur [Twitter](#). Un avis partagé par des personnes exprimant des doutes sur l'intérêt de vacciner. Et pourtant quand on procède à une analyse scientifique des données sur la vaccination, voilà ce que l'on observe : Dans de nombreux pays, la baisse de la couverture vac-

cinale a entraîné la résurgence de pathologies infectieuses. Des épidémies de rougeole ont éclaté en Italie et en Roumanie ; d'autres Etats européens ont dû combattre des flambées locales dont la France. La situation des Etats-Unis n'est guère plus enviable ; alors que le pays avait éradiqué la rougeole de son territoire, la maladie fait son retour par épidémies successives, sur fond de remise en cause.

Quant à la diphtérie et au tétanos, qui avaient pratiquement disparu de l'Europe, ils ont récemment tué des enfants non vaccinés.

La vaccination a pourtant fait ses preuves. C'est notamment grâce à elle que la variole a été éradiquée de l'ensemble de la planète. Et le monde est en bonne voie pour connaître le même succès contre [la poliomyélite](#). Celle-ci a régressé de manière spectaculaire, avec seulement 37 cas notifiés en 2016. Désormais, le virus n'est endémique que dans trois pays : Pakistan, Nigéria et Afghanistan.



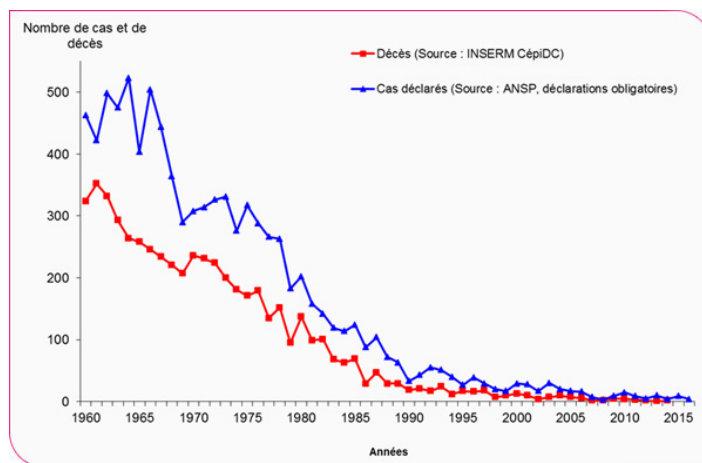
Source : Santé publique France (VPI = vaccin anti-polio inactivé – VPO = vaccin anti-polio oral)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2 à 3 millions de vies ont été sauvées chaque année grâce aux différents produits injectés. 1,5 million de décès supplémentaires pourraient être évités en améliorant la couverture vaccinale.

Il faut dire que la mortalité associée à certaines maladies pouvant être prévenues par la vaccination peut s'avérer très élevée. Le tétanos, par exemple, est provoqué par une bactérie omniprésente dans l'environnement. L'infection est associée à une mortalité de 30 %.

Tourner son regard vers le passé livre à ce sujet des réponses instructives sur l'impact du geste vaccinal. Avant 1950, la France dénombrait chaque année environ 30 cas de tétanos par million d'habitants. A présent, une ving-

taine de cas se déclarent annuellement dans l'ensemble de la population. La majorité d'entre eux pourraient être évités grâce aux rappels effectués à l'âge adulte.

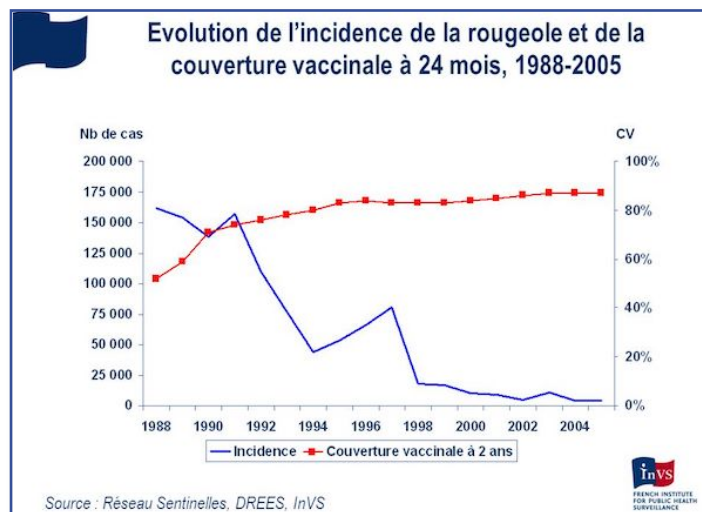


Source : Santé publique France

Des maladies très contagieuses

La même dynamique s'observe avec la rougeole, qui bénéficie d'un vaccin combiné contre la rubéole et les oreillons. Grâce à une forte couverture vaccinale, le nombre de cas a chuté dans ces trois pathologies. Un léger recul de la protection s'est produit peu avant 2011, s'établissant à 67 % pour les bébés de 24 mois.

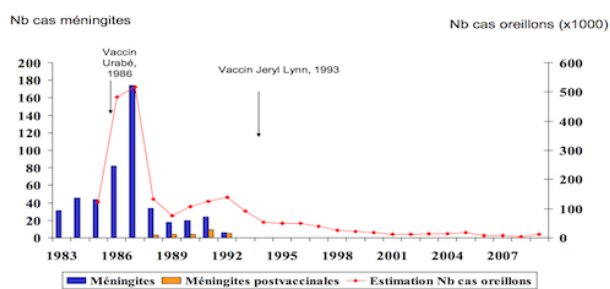
Les conséquences n'ont guère attendu : une épidémie de rougeole a éclaté – sans atteindre les seuils précédant l'arrivée du vaccin. Ce n'est, justement, qu'au prix d'une vaccination intensive que les autorités sont parvenues à réduire les contaminations. Rubéole et oreillons, moins contagieux que la très active rougeole, restent à des niveaux bas.



Source : Santé publique France

Surveillance des oreillons

- La surveillance des oreillons en France est assurée par le réseau Sentinelles depuis 1985 et les complications neuroméningées ont été suivies par le réseau EpiVir de 1983 à 1992

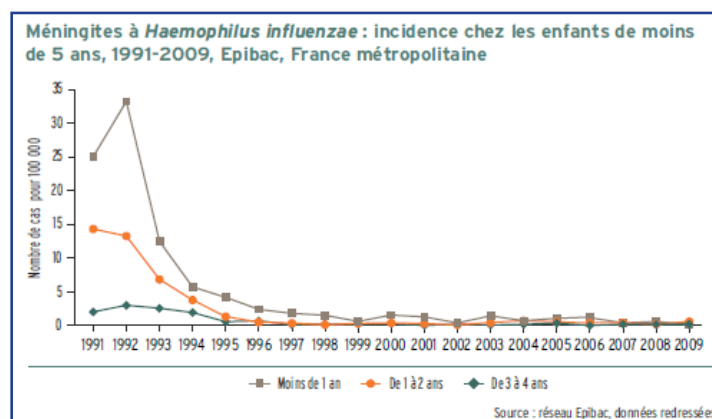


Source Réseau Sentinelles, LNS, EPIVIR

Source : Santé publique France

Un exemple illustre particulièrement bien l'intérêt d'atteindre une couverture vaccinale la plus large possible. En 1992, près de 35 infections à *Haemophilus influenzae* de type B ont été enregistrées chez des enfants de moins d'un an.

L'année suivante, immédiatement après le début de la vaccination, ce nombre chute à moins de 15 cas. Or, les principales complications d'une infection sont les méningites, les épiglottites, les septicémies et les pneumonies. Le nombre annuel des premières a été divisé par dix.



Source : Santé publique France

Atteindre une couverture suffisante semble donc essentiel, surtout au vu du taux élevé de complications associé à ces pathologies. Reste à savoir si, d'ici le 1^{er} janvier 2018, les laboratoires fabriquant les vaccins concernés pourront adapter leur rythme de production pour répondre à la demande.

En savoir plus :

<http://www.vaccination-info-service.fr/>

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/index.asp>

L'ANSM recommande l'utilisation de gants médicaux non poudrés mais n'interdit pas les poudrés

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans une lettre à l'attention des correspondants locaux de matériovigilance et des directeurs d'établissement de santé, recommande de privilégier l'utilisation de gants médicaux non poudrés.

En effet selon l'ANSM, il n'est pas nécessaire d'interdire des gants médicaux poudrés, comme l'a décidé en décembre 2016 la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis.

L'analyse de la littérature montre l'existence de risques liés à l'utilisation de gants médicaux poudrés, comme des réactions allergiques, des troubles sévères respiratoires, des irritations cutanées, des granulomes ou encore des adhérences post-opératoires. Toutefois, l'agence explique qu'en France l'usage de gants poudrés est faible et qu'aucun signal n'a été rapporté en matériovigilance. Un gant non poudré est défini, selon la norme NF EN 455-3 relative aux gants médicaux non réutilisables, comme un gant dont la quantité totale de résidus de poudre ne doit pas être supérieure à 2 milligrammes (mg) par gant. Tout gant contenant plus de 2 mg de poudre est un gant poudré.

L'ANSM a conduit une enquête auprès de 382 établissements de santé entre avril et mai 2017, qui fait état d'un usage de gants poudrés en chirurgie chez 12% des établissements interrogés et de gants d'examen chez 3% des répondants. Les utilisateurs justifient le recours restreint aux gants médicaux poudrés essentiellement du fait de l'application de recommandations d'hygiène émises par la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) avec l'incitation forte de privilégier les solutions hydro-alcooliques incompatibles avec les poudres contenues dans les gants.

Quinze opérateurs du marché questionnés par l'ANSM révèlent que les gants poudrés ne représentent plus que 5% du volume des ventes en France sur l'année 2016. Certains ont même déclaré ne commercialiser que des gants non poudrés. Quant aux autorités compétentes européennes interrogées, elles indiquent ne pas avoir de recommandations spécifiques sur la question ni d'intention de prendre des mesures particulières.

En savoir plus :

Lettre de l'ANSM :

<http://ansm.sante.fr/content/download/109953/1393667/version/1/file/mes-170911-gantpoudre-.pdf>

[SFHH. Recommandations pour l'hygiène des mains. 2009, 102 pages.](#)



La phagothérapie utilisée avec succès dans des infections ostéoarticulaires graves

L'hôpital de la Croix Rousse à Lyon a administré avec succès un traitement à base de phages, fabriqué en France, à des patients atteints de sévères infections ostéoarticulaires.

Pour rappel, les bactériophages sont des virus n'infectant que des bactéries. Ils sont présents dans l'environnement, là où les bactéries sont nombreuses, par exemple dans les égouts. Chaque bactériophage est spécifique d'une bactérie, voire d'une souche de bactérie. La phagothérapie consiste à traiter des infections bactériennes à l'aide de bactériophages.

Découverte dans les années 1920, la phagothérapie a presque disparu à l'arrivée des antibiotiques. Seuls certains pays de l'Est, comme la Pologne ou la Géorgie, ont continué à les utiliser. Actuellement, de nombreux patients en échec thérapeutique se rendent en Géorgie pour être traités par ces phages. En France, un seul laboratoire, Pherecydes Pharma, en produit. Pour la première fois dans notre pays, des cocktails de ces phages fabriqués dans l'Hexagone ont été administrés à deux patients atteints de sévères infections ostéoarticulaires. La procédure s'est effectuée en plusieurs phases. D'abord, les médecins ont isolé la souche bactérienne et l'ont envoyée à Pherecydes Pharma. Pherecydes a réalisé un phagogramme, afin de tester les bactériophages sur les bactéries. Le laboratoire a ensuite effectué la sélection d'un cocktail de bactériophages les plus actifs.

Le premier patient, était atteint d'une infection de l'articulation sacro-iliaque par une bactérie *Pseudomonas aeruginosa*, hautement résistante aux antibiotiques.

Le patient a pu cicatriser correctement. La seconde patiente, souffrait d'une infection récidivante sur prothèse de hanche droite avec un écoulement purulent au niveau de la cicatrice et évolution mauvaise sous antibiothérapie suppressive. À six mois du traitement, la cicatrice est propre, sans aucun écoulement. La patiente remarche avec un déambulateur et a pu retourner dans sa maison de retraite.

Le principal frein à une utilisation plus large de la phagothérapie est l'absence d'AMM des phages. Actuellement, les phages de Pherecydes peuvent faire l'objet d'Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour des infections à *P. aeruginosa* ou *E. coli*, mais pas pour d'autres bactéries.

En savoir plus :

[Communiqué de presse](#) commun des Hospices Civils de Lyon et du laboratoire Pherecydes Pharma.



Les bénéfices de la vente d'antibiotiques à l'unité

La vente d'antibiotiques à l'unité permet de réduire de 10% les volumes délivrés aux patients, tout en favorisant une meilleure observance des traitements, selon les résultats d'une expérimentation commandée par le ministère de la Santé. Conduite de novembre 2014 à novembre 2015 dans 100 pharmacies de quatre régions (Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côtes-d'Azur), sous l'égide de l'Inserm, l'expérimentation portait sur 14 antibiotiques et leurs génériques.

Sur 100 pharmacies volontaires, 75 ont été tirées au sort, pour proposer une délivrance à l'unité de leur traitement, aux patients se présentant avec une ordonnance indiquant un ou plusieurs des 14 antibiotiques concernés.

Sur les quelque 1185 patients ayant accepté de participer à l'enquête, 907 ont expérimenté ce type de dispensation (testée dans 75 pharmacies), les 278 autres ayant reçu des boîtes traditionnelles (dans les 25 autres pharmacies). Dans 60% des cas de vente à l'unité, le conditionnement initial ne coïncidait pas avec la pres-

cription. Et la distribution du nombre exact de comprimés nécessaires au traitement a permis de réduire de 9,9% le nombre de médicaments délivrés et remboursés par la sécurité sociale (à 20 en moyenne) par rapport aux volumes délivrés avec les boîtes traditionnelles (23 en moyenne).

La dispensation à l'unité pourrait réduire l'automédication de 1,9%, calculent les auteurs : parmi les répondants, 17,6% ont indiqué vouloir garder leurs antibiotiques non consommés, 10,7% qu'ils pourraient les utiliser sans le consentement d'un médecin. Un peu plus de 13% des sondés déclarent en outre avoir tendance à jeter les médicaments restants au détriment du recyclage.

Autre enseignement, celui-là "inattendu": la dispensation à l'unité semble contribuer à un meilleur suivi des traitements : sur 984 répondants, 91,4% des patients ayant profité de ce procédé ont été "observants", contre 65,6% des patients de l'autre groupe. La généralisation de la vente à l'unité aurait un coût (charge de travail accrue pour les pharmaciens, modifications imposées aux industriels), non évalué par l'étude. Mais elle devrait permettre assez d'économies pour financer des compensations aux parties prenantes.

Les résultats de cette expérimentation sont donc les suivants :

- **acceptabilité de la délivrance à l'unité des antibiotiques (DAU)** : 80% des patients s'étant présentés avec une ordonnance de traitement antibiotique concerné par l'expérimentation ont accepté la délivrance à l'unité.
- **impact sur les volumes de médicaments dispensés** : un déconditionnement a été nécessaire pour 60% des patients exposés à la délivrance à l'unité. Le mode de délivrance à l'unité permet une réduction d'environ 10% du volume de comprimés délivrés par rapport à une vente traditionnelle.
- **bon usage des traitements** : le mode de délivrance à l'unité permet d'éviter le problème des comprimés non-correctement recyclés (c'est le cas pour 13% des prescriptions antibiotiques observées dans l'étude). Enfin, la délivrance à l'unité des antibiotiques est associée à une amélioration du suivi de la prescription par le patient, d'après une mesure "d'observance" basée sur le nombre résiduel de pilules non consommées à l'issue du traitement.

Treibich C, Lescher S, Sagaon-Teyssier L, *et al.* The expected and unexpected benefits of dispensing the exact number of pills. PLoS One 2017 ; 12(9):e0184420
[10.1371/journal.pone.0184420](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184420)

En savoir plus :

Les bénéfices de la vente d'antibiotiques à l'unité
<http://presse.inserm.fr/les-benefices-de-la-vente-dantibiotiques-a-lunite/29613/>

Faut-il augmenter la durée de surveillance de la tuberculose après contact ?

En général, il est proposé de suivre durant une année toute personne contact d'un tuberculeux selon les recommandations mais cette notion est peut-être à revoir car il semble qu'après un contage tuberculeux cette durée d'un an semble être insuffisante puisque le risque augmente encore significativement la troisième année d'après une étude sur l'évolution du risque à plus long terme.

Entre 2000 et 2011, à Taïwan (zone d'endémie tuberculeuse), les sujets-contacts de patients tuberculeux ont été appariés à des sujets contrôles. Ils ont été régulièrement suivis chaque année, pendant 5 ans en ce qui concerne le développement d'une tuberculose maladie avec le calcul de l'incidence annuelle. Les facteurs de risque associés au développement de l'infection ont également été analysés.

Un total de 8659 sujets contacts et 35 636 sujets témoins ont été inclus pour l'analyse. L'incidence moyenne annuelle de tuberculose était de 312,8 cas chez les sujets contacts, versus 72,2 cas pour les sujets contrôles, pour 100 000 patients-année (RR = 4,39 ; IC95 [3,15-6,12]). Le taux d'incidence annuelle était significativement plus élevé la première année suivant l'exposition (RR = 12,3 ; IC95 [6,73-22,48]) et la troisième année (RR = 4,10 ; IC95 [1,16-3,27]). Les facteurs de risque indépendants de la progression vers une tuberculose maladie sont l'âge supérieur à 65 ans (RR = 2,15 ; IC95 [1,22-3,81]), le sexe masculin (RR = 1,74 ; IC95 [1,07-2,81]), l'existence d'une BPCO (RR = 1,95 ; IC95 [1,16-3,27]), la présence d'une

maladie auto-immune (RR = 2,60 ; IC95 [1,40-4,81]) ou d'une cirrhose hépatique (RR = 2,61 ; IC95 [1,03-6,65]). La coexistence de deux ou plus de ces facteurs de risque augmente significativement le risque de développer une tuberculose maladie ($p < 0,001$).

Feng JY, Lee MC, Pan SW *et al.* What is the optimal follow-up period for TB contacts –experience from a population-based study in a TB-endemic area. http://erj.ersjournals.com/content/50/suppl_61/OA1948

Les stéthoscopes, nids à bactéries ?

Les médecins accordent peu d'attention à l'hygiène de leurs stéthoscopes selon une étude au cours de laquelle on a observé pendant une semaine l'hygiène des mains (avec un gel hydroalcoolique ou du savon et de l'eau) et l'hygiène des stéthoscopes (avec de l'alcool, un gel hydroalcoolique, ou des lingettes désinfectantes) à l'hôpital des anciens combattants au Connecticut (États-Unis). Au total, 170 observations ont été faites. Si les médecins ont une plutôt bonne hygiène des mains, puisqu'ils se sont lavés les mains dans 58 % des cas avant et dans 63 % des cas après une intervention auprès d'un patient, l'hygiène de leurs stéthoscopes est déplorable : aucun des médecins observés n'a désinfecté son stéthoscope. Et pourtant, les stéthoscopes sont de véritables nids à bactéries ! Une étude réalisée par des chercheurs suisses et publiée en 2014 dans la revue Mayo Clinic Proceedings avait en effet montré que de nombreuses bactéries étaient présentes sur le diaphragme et le tube du stéthoscope, notamment le staphylocoque doré. Le Pr Didier Pittet, médecin-chef du service prévention et contrôle de l'infection des hôpitaux universitaires de Genève, explique que les risques de contamination liée à des stéthoscopes sont faibles, contrairement aux mains qui demeurent le principal vecteur des infections, car ce sont des surfaces chaudes et humides.

Holleck JL, Merchant N, Lin S, *et al.* Can education influence stethoscope hygiene? American journal of infection control 2017 ;45(7) :811-812. [10.1016/j.ajic.2017.02.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2017.02.004)

Même grippés, les professionnels de santé continuent à travailler

D'après une étude menée sur un panel national de 1914 professionnels de santé américains, 414 d'entre eux (21,6%) ont déclaré un symptôme grippal et 183 ont poursuivi leur activité professionnelle, soit 41,4%.

L'analyse par métier montre que les pharmaciens (67,2%) et les médecins (63,2%) sont les professionnels qui ont le plus tendance à continuer à travailler alors qu'ils sont souffrants. Les raisons invoquées ? Ils se sentent capables de travailler et pas assez malades pour s'arrêter, ils ne peuvent pas se faire remplacer, ils ne s'estiment pas contagieux, ils ne peuvent se permettre une perte de revenus. Ils mettent aussi en avant un sentiment d'obligation professionnelle et le refus de faire peser leur charge de travail sur des collègues.

L'étude de ce panel permet aussi de connaître le statut vaccinal des professionnels de santé. Cependant, si 44,6% des soignants ayant déclaré un syndrome grippal ont affirmé avoir été vaccinés contre la grippe pour la saison 2014-2015, les données ne permettent pas de savoir le temps écoulé entre la vaccination et l'apparition des symptômes grippaux. Il n'est donc pas possible d'établir la proportion de ceux qui ont été vaccinés à temps.

Pour les auteurs de l'étude, ces résultats montrent que les professionnels de santé n'ont pas suffisamment conscience des risques de contagion qu'ils présentent, en particulier vers leurs patients, y compris quand ceux-ci sont particulièrement fragiles. Ils sont toutefois meilleurs que ceux tirés de précédentes études, notamment d'une enquête publiée en 2015 dévoilant que 56% des professionnels de santé en hôpital pédiatrique travaillaient grippés.

Chiu S, Black CL, Yue X, *et al.* Working with influenza-like illness: presenteeism among US health care personnel during the 2014-2015 influenza season. American journal of infection control 2017 ; 45(11) :1254–1258. [10.1016/j.ajic.2017.04.008](http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2017.04.008)

Des prions infectieux retrouvés dans la peau : vers un test diagnostique cutané ? Nouveau risque infectieux de la maladie de Creutzfeldt-Jakob sporadique ?

Une étude vient de montrer que les prions sont présents dans les tissus cutanés des patients atteints de maladie de Creutzfeldt-Jakob sporadique (MCJs) et que ces prions cutanés sont infectieux, ce qui a été établi en injectant des échantillons cutanés de patients MCJs dans des modèles murins humanisés. Les 12 souris inoculées ont développé une maladie à prion. Il y avait une différence avec l'inoculation d'extraits de cerveau de MCJ: la maladie s'est développée dans un délai 2 fois plus long avec les extraits de peau qu'avec les extraits cérébraux. L'équipe de Wen-Quan Zou a analysé des échantillons cutanés de 38 patients (21 MCJs, 2 variants de MCJ, et 15 témoins) par le biais d'un test de « conversion provoquée par tremblement en temps réel » (RT-QuIC), une nouvelle technique récemment développée. Ce test RT-QuIC, pouvant détecter la présence du prion infectieux de manière extrêmement sensible et spécifique, a permis de déceler des prions infectieux dans la peau de tous les patients affectés de MCJ, à des taux toutefois 1 000 à 100 000 fois inférieurs aux taux trouvés dans le cerveau.

Les implications cliniques sont :

- que certaines études épidémiologiques ont relevé un risque légèrement accru de la MCJ chez les personnes ayant subi une chirurgie, y compris une chirurgie n'impliquant pas le système nerveux central.
- que les prions détectés dans les échantillons cutanés peuvent servir de base pour diagnostiquer la MCJ, sans avoir à effectuer des prélèvements du cerveau, du liquide céphalorachidien ou par brosse nasale. Le test cutané par RT-QuIC a montré une spécificité et une sensibilité de 100 % chez les patients MCJs examinés, ce qui fournit un fondement pour poursuivre le développement de ce test pour le diagnostic pré- et post-mortem de la MCJs.
- instruments chirurgicaux : craintes sur la possibilité de transmission de la MCJs par des instruments chirurgicaux contaminés par des prions cutanés au cours d'interventions non neurochirurgicales, ou par des greffes de peau contaminées par des prions. Des précautions supplémentaires pour les instruments

chirurgicaux ? En attendant, cette étude suggère qu'il pourrait être sage d'utiliser si possible des instruments chirurgicaux à usage unique, ou sinon de soumettre les instruments réutilisés à des procédés de décontamination adéquats pour les prions.

En conclusion, il est possible de détecter des prions infectieux dans la peau de patients atteints de la maladie de Creutzfeldt-Jakob sporadique, à un taux toutefois bien plus faible que dans le cerveau. Il est envisageable de mettre au point un diagnostic par biopsie cutanée. De plus, il faudra s'interroger sur le risque de transmission via des interventions non neurochirurgicales.

Orrú CD, Yuan J, Appleby BS *et al.* Prion seeding activity and infectivity in skin samples from patients with sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Science translational medicine* 2017; 9(417):1-10. [10.1126/scitranslmed.aam7785](https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aam7785)

Résurgence énigmatique de la scarlatine en Angleterre



L'Angleterre est en train de vivre depuis 2014 une augmentation spectaculaire de l'incidence de scarlatine sans raison clairement identifiée. Le nombre de nouveaux cas a été multiplié par un facteur 7 ces 5 dernières années (2011-2016). Près de 620 foyers épidémiques, avec plus de 19 000 cas, ont été rapportés en 2016, principalement dans des crèches et des écoles. Les épidémiologistes britanniques montrent qu'après avoir triplé en 1 an entre 2013 et 2014, l'incidence a progressé régulièrement jusqu'à atteindre 33,2 cas pour 100 000 en 2016. La raison de cette résurgence reste non identifiée. Les

tests moléculaires réalisés n'ont rien donné. Il n'y a pas de nouvelle souche émergente à plus forte contagiosité. Les recherches se poursuivent pour mieux comprendre ce curieux phénomène et mettre en place des mesures préventives.

La scarlatine est due à la bactérie *Streptococcus pyogenes* ou au *Streptococcus* du groupe A. Les cas sont perannuels mais plus fréquents au printemps. La contagion se fait par contact étroit avec un individu malade ou par les objets ou surfaces contaminés. Les recommandations pour la prise en charge des épidémies dans les collectivités d'enfants ont été mises à jour. Des campagnes d'information, insistant sur l'importance du traitement antibiotique, ont été lancées à destination des professionnels de santé et du grand public.

Parmi les pistes de recherche explorées, à l'inverse de ce qui était attendu, il y a l'observation surprenante d'un éventail génétique varié composé de souches établies (emm), dont emm3 (43% des isolats), emm12 (15%), emm1 (11%) et emm4 (1%) alors qu'il y a eu une hausse des cas dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est (Vietnam, Chine, Corée du Sud, Hong Kong). Mais les éléments génétiques détectés à Hong Kong ont été retrouvés dans seulement quelques isolats d'emm12.

Certains évoquent la possibilité de modifications de l'immunité dans les populations, de changements environnementaux ou, plus inquiétant, une co-infection encore inconnue favorisant la survenue de la maladie.

Une surveillance mondiale renforcée de la dissémination de la scarlatine est justifiée.

Lamagni T, Guy R, Chand M, *et al.* Resurgence of scarlet fever in England, 2014–16: a population-based surveillance study. *The Lancet of infectious disease* 2017; Published online November 27, 2017
[10.1016/S1473-3099\(17\)30693-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30693-X)

