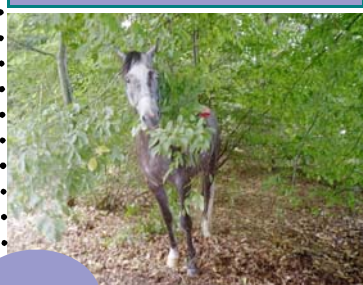


**DANS CE NUMÉRO 17 :**

<b>EDITORIAL : monte 2006</b>	<b>1</b>
<b>Réflexion sur le Vaccin Artévac</b>	<b>2</b>
<b>AVE : Point de vue laboratoire</b>	
<b>La Metrite Conta- gieuse Equine</b>	<b>3</b>
<b>BILAN S.R.A. 2005</b>	<b>4</b>
<b>Protocole Sanitaire Monte 2006</b>	<b>5</b>

**Comité de rédaction :**

- X. d'Ablon (14 Beauville)
- M. Bernadac (75 FNCF)
- R. Corde (94 Grosbois)
- G. Dauphin (94 AFSSA Alfort)
- G. Fortier (14 LDFFD)
- C. Laugier (14 AFSSA Dozulé)
- A. Saison (14 AFSSA Dozulé)
- J. Tapprest (14 AFSSA Dozulé)
- P. Tritz (57 Faulquemont)
- F. Valon (44 St André des Eaux)
- S. Zientara (94 AFSSA Alfort)



## Du nouveau à propos des protocoles sanitaires à l'élevage

La saison de monte 2006 est une grande première: les professionnels (étalonniers, éleveurs) sont directement responsables du bon respect d'exigences sanitaires qu'ils ont définies. Ils connaissent, aussi, les conséquences en cas de manquement (pénalités ou sanctions parmi lesquelles refus d'inscription au stud-book du produit à naître).

Il y a trois ans maintenant, après avoir annoncé son intention de modifier la liste des Maladies Réputées Contagieuses et celle des Maladies à Déclaration Obligatoire (M.D.O.), l'Etat a demandé aux professionnels qui le souhaitent de mettre en place et de prendre en charge un suivi sanitaire. Les Commissions de stud-book de plusieurs races ont répondu en inscrivant des exigences sanitaires dans leur règlement. Il appartient aux vétérinaires sanitaires de bien vérifier auprès de leurs clients celles dont ils auront à assurer le suivi non plus au titre de l'Arrêté de monte publique comme les années précédentes mais au titre du stud-book de la race voire au titre des Codes de Pratique Internationale lorsqu'ils s'appliquent.

Dans ce nouveau dispositif et selon leurs vœux, les étalonniers jouent un rôle essentiel et n'ignorent pas que toute «tricherie», dans un microcosme où le bouche à oreille peut être très dévastateur, ne pourra qu'être dramatique pour eux.

Mais, que se passe-t-il en cas de mise en évidence d'une M.D.O. ? Le rôle du vétérinaire sanitaire est-il minoire? Le praticien, qui a envoyé le prélèvement réalisé sur un cheval dont l'identité a été vérifiée, est bien sûr le pre-

mier averti du résultat d'analyse.

En tant que vétérinaire sanitaire, comme le prévoit le Code Rural, il doit réagir immédiatement, de façon adaptée et en parfait accord avec son client. Dans la très grande majorité des cas, le vétérinaire sanitaire et son client résolvent, ensemble et notamment selon les exigences du stud-book, le problème. L'intervention de la commission sanitaire concernée ne doit être qu'exceptionnelle.

S'agissant de M.D.O., les autorités vétérinaires (Direction Générale de l'Alimentation et Directions des Services Vétérinaires) par un système informatique spécifique (SIGAL) sont bien sûr informées pratiquement en temps réel du résultat.

Il est prévu que les autorités hippiques qui en ont fait la demande soient aussi informées du résultat. Ainsi, les membres de la commission sanitaire peuvent être missionnés, si besoin est, par le Président de la Commission du stud-book concerné auquel ils rendent compte. Ils effectuent, en collaboration très étroite avec les vétérinaires praticiens, les enquêtes épidémiologiques nécessaires et proposent la reprise ou non de la reproduction selon que les exigences sanitaires sont (ou ne sont pas) satisfaites.

La décision de la Commission du stud-book est signifiée par les Haras Nationaux au professionnel (étalonnier, éleveur).

Au sein de ce nouveau dispositif, le vétérinaire praticien garde toute sa place. On peut même dire qu'elle est renforcée.

Dr M. BERNADAC

<http://www.respe.net/intranet/Documentation>



# Réflexions concernant le vaccin ARTERVAC

Dr M. BERNADAC

Il a été octroyé par l'Agence Nationale du Médicament Vétérinaire, le 1<sup>er</sup> juin 2005, au laboratoire FORT DODGE SANTE ANIMALE une autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) pour son vaccin ARTERVAC, émulsion injectable contenant du virus de l'artérite virale équine inactivé (souche Bucyrus).

De la lecture du résumé des caractéristiques du vaccin, il ressort que:

- aucun contrôle sérologique des chevaux n'est prévu avant la vaccination;
- la vaccination est indiquée pour les chevaux et les poneys, à partir de l'âge de 9 mois;
- la vaccination est contre-indiquée chez les animaux malades et chez les juments **gestantes**.

Certes, si l'on se réfère au protocole qui était à respecter lorsque ce vaccin ne bénéficiait que d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (A.T.U.) et qui était perçu parfois comme lourd, cette A.M.M. simplifie l'obtention et la mise en œuvre du vaccin.

Pourtant, les vétérinaires doivent s'interroger sur les éventuels « dégâts collatéraux » des indications de la vaccination notamment

- au regard de l'épidémiologie de cette virose dont on admet en 2005, au travers des résultats des laboratoires agréés, qu'environ 12% de la population équine contrôlée, toutes races confondues, est séropositive;

- au regard des contraintes économiques en particulier de leurs clients (étalonner, éleveur) du marché international.

Ainsi, la vaccination des juments autres que malades ou gestantes est possible. Or, dans les épisodes de circulation du virus de l'artérite dans les années 1997-2000, ce sont les juments qui ont servi de révélateur. De plus, il convient de rappeler que:

- la demande d' A.T.U. avait été faite par les professionnels, auprès de l'Agence Nationale du Médicament Vétérinaire, essentiellement pour protéger leurs étalons du risque de devenir excréteurs de virus;
- ces mêmes professionnels pouvaient affirmer à leurs partenaires étrangers, que seuls les mâles pouvaient être vaccinés en France;
- certains marchés étrangers, certains haras européens sont fermés aux juments positives.

Face à cette situation, les termes de l'alternative pour la mise en œuvre de la vaccination contre l'artérite virale, sont simples:

- il revient au vétérinaire d'en présenter à son client les avantages et les inconvénients selon le sexe de l'animal, le contexte économique, ... et d'obtenir son consentement,
- les professionnels, qui le souhaitent, font inscrire une restriction de vaccination au stud-book.



## Artérite Virale équine : Point de vue « laboratoire »

Drs G. FORTIER ET S. ZIENTARA

[http://www.respe.net/intranet/infos\\_labos/index.php](http://www.respe.net/intranet/infos_labos/index.php)

L'artérite virale des équidés est une maladie transmissible par voie génitale ou respiratoire dont le principal risque pour l'élevage peut se résumer de la façon suivante : l'apparition sur le territoire Français d'une souche hautement pathogène et abortive.

Il faut noter que ce phénomène peut se produire soit par l'arrivée d'un cheval porteur et excréteur, soit par évolution génomique de souches circulantes à l'heure actuelle.

Ces hypothèses viennent sans aucun doute apporter une justification très sérieuse aux protocoles mis en place depuis plusieurs saisons de monte et plus récemment dans certains stud book .

A ce jour, les analyses sérologiques pratiquées essentiellement sur les chevaux de race Pur-sang montrent une séroprévalence de l'ordre de 10% avec une évolution modérée chaque année imputable au fait que la séropositivité d'un cheval exposé dure très longtemps, parfois même toute la vie du cheval.

Les quelques 650 avortons testés au LDFD depuis 2 ans nous ont à ce jour permis de mettre en évidence un cas avéré d'avortement (2004) lié à ce virus, dont le génotypage a montré une parenté très proche avec les souches dites « standards » circulant en France pour le moment. Il faut signaler que l'élevage concerné n'avait pas eu à déplorer d'autres cas de ce type lors de la saison de poulinage.

La recherche de ce virus lors d'avortement (toutes races confondues) demeure plus que jamais conseillée même si la rhinopneumonie représente à elle seule près de 10% des causes infectieuses.

Depuis 5 ans, lors de cinétiques d'anticorps ou de

sérologies isolées à la suite d'avortements, maladies virales respiratoires, syndromes grippaux, il nous est possible de suspecter l'artérite virale dans une vingtaine de cas annuels, l'isolement du virus étant souvent rendu impossible par les conditions de prélèvement ou le moment d'intervention trop tardif du praticien suite à l'appel de son client. Ce virus est donc aussi un bon candidat au diagnostic différentiel des affections respiratoires, surtout lorsque les signes cliniques sont modérés.

Nous menons en collaboration avec l'AFSSA Lerpaz et le Gluck Equine Research Center du Kentucky, une étude génétique sur les souches isolées en France depuis 5 ans qui, commence à livrer quelques informations et qui semble confirmer deux hypothèses ;

- ✓ Les souches circulants en France sont de types Européen et Américain (séquençage d'un fragment variable du génome situé sur une protéine de surface du virus, exposée au système immunitaire)
- ✓ Un même cheval porteur excréteur héberge une souche de virus qui évolue au cours du temps.

Dans ce contexte et compte tenu du fait que l'Arrêté fixant les modalités de déclaration des maladies à déclaration obligatoire (visées à l'article D. 223-1 du code rural) prévoit la déclaration de cette maladie suite à l'isolement en culture du virus sur la semence ou la mise en évidence de ce virus par amplification génique (PCR), il nous semble fortement recommandé d'effectuer ces recherches dans le sperme selon les deux méthodes.

Dans un travail publié dans Theriogenology en 2001, nous avons montré notamment que le virus de l'AVE ne pouvait plus être retrouvé dans la semence par culture après 48h de transport.

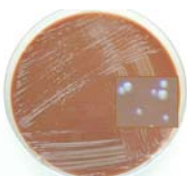


# La METRITE CONTAGIEUSE EQUINE

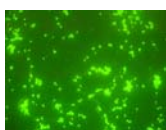
La métrite contagieuse équine (MCE) est une maladie infectieuse et contagieuse des équidés transmise par voie vénérienne, due à une bactérie : *Taylorella equigenitalis*. Décrite pour la première fois en 1977 en Grande-Bretagne, la MCE est réglementée en France dès 1988 en MDO puis en MRC trois ans après.

Ces mesures de lutte draconiennes ont porté leurs fruits puisque le nombre de cas de MCE diminue chaque année ce qui va entraîner son déclassement en MDO courant 2006.

Le dépistage de cette maladie se fait grâce à deux techniques officielles : l'identification bactérienne, basée sur l'isolement de *Taylorella equigenitalis* (méthode accréditée par le Comité Français d'Accréditation et normalisée par l'Association Française de Normalisation) et l'immunofluorescence indirecte ou IF, basée sur la mise en évidence de cet agent bactérien.



En 2006, 84 laboratoires\* français sont agréés pour la réalisation de la technique bactériologique et 46 d'entre eux le sont aussi pour la réalisation de la technique immunologique. Par contre, la réglementation stipule que seul le diagnostic bactériologique permet de rendre un résultat positif de MCE. En conséquence, tout résultat positif en IF doit impérativement être confirmé par l'isolement de *Taylorella equigenitalis* à partir de nouveaux prélèvements.



Les textes officiels ne réglementent pas seulement les techniques mises en œuvre, ils normalisent aussi la fréquence du dépistage, la réalisation et l'acheminement des prélèvements au laboratoire agréé sans oublier le rendu des résultats. Ainsi, les prélèvements doivent être réalisés par un vétérinaire sanitaire après vérification de l'identité du cheval à prélever et acheminés au laboratoire le plus proche dans les 24 heures pour l'identification bactérienne, dans les 72 heures pour l'IF. Les écouvillons sont pris en charge dès leur arrivée au laboratoire, mais ne seront traités que si :

1. les délais d'acheminement sont respectés
2. une fiche de commémoratifs les accompagne
3. le milieu de transport est approprié (Amiès-charbon pour le diagnostic bactériologique mais Amiès simple pour l'IF).



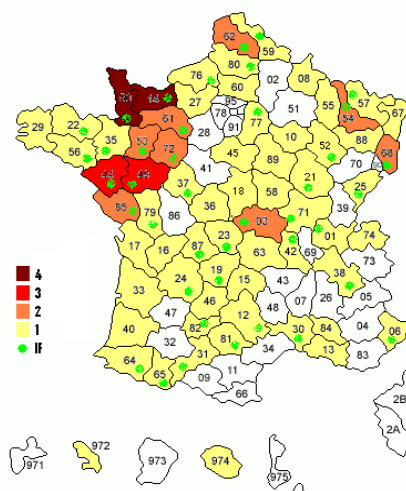
Une non-conformité à ce niveau nécessite obligatoirement l'envoi de nouveaux prélèvements. De plus, chaque technique d'analyse a des exigences en terme de durée. Ainsi, un diagnostic bactériologique négatif doit être rendu six jours après réception des

prélèvements (voire 10 jours dans certains cas), alors qu'un diagnostic bactériologique positif pourra être rendu dès confirmation du résultat. Un résultat d'IF négatif ou positif doit être rendu, au plus tard, trois jours après réception des prélèvements.

Une troisième technique non officielle peut aussi permettre l'identification de *Taylorella equigenitalis* : la PCR (*polymerase chain reaction*), basée sur l'amplification d'une région d'ADN spécifique de l'agent pathogène. Plusieurs PCR sont disponibles dans la littérature scientifique mais ne sont pas encore utilisées pour un diagnostic officiel en France, certaines permettant même de discriminer les deux espèces du genre *Taylorella* (*T. equigenitalis* et *T. asinigenitalis*). Aujourd'hui nos activités de référence en matière de MCE nous amènent à utiliser une PCR développée au sein de notre laboratoire. Cette technique permet de faire face à des problèmes de spécificité avec la flore génitale annexe mais aussi d'éthique liés à l'utilisation d'animaux pour la production d'anticorps anti-*Taylorella equigenitalis* dans le cadre de l'IF. Elle ne peut cependant pas se substituer à la technique bactériologique lors de la confirmation d'un cas positif de MCE.

\* Consultation possible de la liste des laboratoires agréés sur le site du Syndicat des Eleveurs de Chevaux de Sang de France: <http://www.syndicatdeseleveurs.org/pdf/LabosMetriceContagieuse.pdf>

Répartition des Laboratoires agréés



Dr S. PETRY

Responsable de l'activité nationale de référence MCE

LERPE – AFSSA site de Dozulé

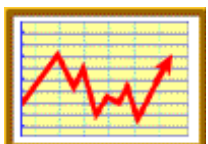
Photos : M.F. Breuil



Consultable sur le site respe, rubrique labos  
[http://www.respe.net/intranet/infos\\_labos/index.php](http://www.respe.net/intranet/infos_labos/index.php)

❖ Monte publique des équidés ⇒ **protocole français**  
(Note de service DGAL/SDSPA/N.97/N°8012 : MCE – saison de monte 1997)

❖ Exportation ⇒ **protocole international**  
Protocole sanitaire pour la monte 2005 : MCE, artérite virale et rhinopneumonie  
(Syndicat des Éleveurs de Chevaux de Sang)



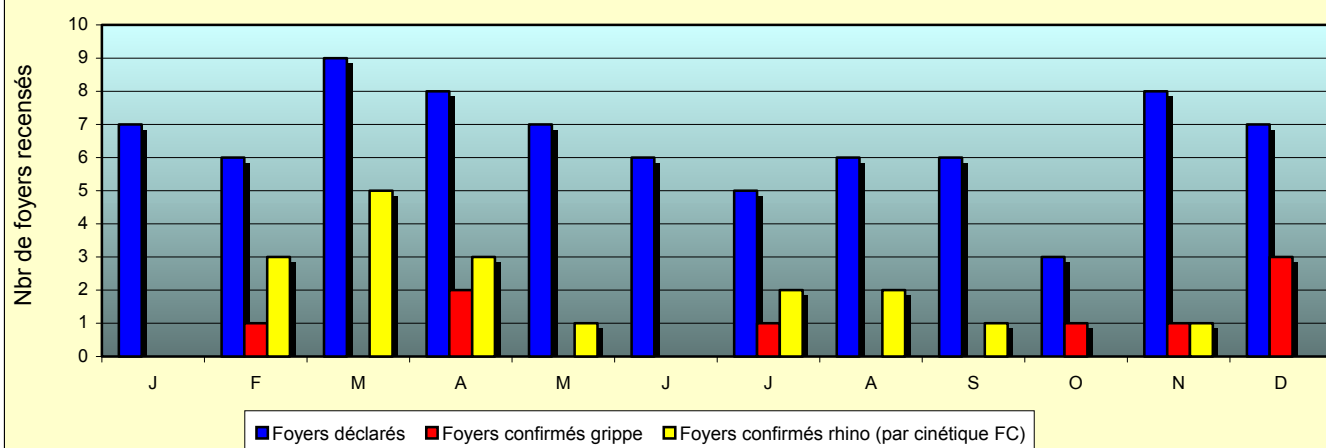
# BILAN S.R.A. 2005

A. SAISON; Dr J. TAPPREST

## BILAN DU RESEAU S.R.A. dernier trimestre 2005

Mois	Nb de prélèvements	Nb de foyers déclarés	Département (race)	
			Foyers grippe positifs par Elisa	Souche Grippe isolée Foyers Rhino confirmés par cinétique (FC)
octobre	4	3	94 (TF), 94 (TF), 61 (SF)	
novembre	23	8	14 (TF), 77 (SF), 15 (SF), 49 (Po), 14 (SF,Po), 77 (SF), 75 (SF), 77 (Et)	
décembre	18	10	94 (TF), 32 (CS), 91 (Po), 21 (SF), 56 (Po), 78 (Po), 60 (TF), 14 (PS), 27 (nd), 06 (TF)	
TOTAL 4em trim 2005	45	21	8 foyers grippe confirmés (soit 38 % des foyers déclarés) 1 foyers EHV1 confirmés (soit 5,5 % des foyers déclarés)	
TOTAL 2005	158	81	12 foyers grippe confirmés (soit 14,8 % des foyers déclarés) 18 foyers EHV1 confirmés (soit 22 % des foyers déclarés)	

### RESEAU SRA : BILAN 2005



Source RESPE

En 2004, 93 foyers de syndrome respiratoire aigu avaient été déclarés au RESPE, donnant respectivement 20% de foyers grippe confirmés (Elisa) et 11% de foyers de rhinopneumonie confirmés (cinétique sérologique).

En 2005, 81 foyers de syndrome respiratoire aigu ont été déclarés (soit un nombre légèrement inférieur à l'année dernière).

**Pour ce bilan des déclarations 2005, et malgré la forte augmentation des foyers de grippe au dernier trimestre (38 %), la tendance générale des confirmations des pathologies respiratoires du réseau SRA s'est inversée par rapport à 2003 et 2004 : le pourcentage de foyers de grippe a diminué avec une moyenne de 14,8%.**

En revanche, les foyers de rhinopneumonie sont en augmentation avec une moyenne de 22 %.

Malheureusement, certains foyers n'ont pas fait l'objet de prélèvements couplés (écouvillons + sérologie). Ainsi, si l'on ramène ces chiffres au type de prélèvements effectués par les vétérinaires les pourcentages de confirmation par foyer déclaré augmentent :

- ✓ pour la Grippe avec 20 % de foyers confirmés : 105 prélèvements sur 158 ont fait l'objet d'un test Elisa Grippe (soit 60 foyers sur 81).
- ✓ pour la Rhinopneumonie avec 42,8 % de foyers confirmés : 76 prélèvements sur 158 ont fait l'objet d'une cinétique Rhino (soit 42 foyers sur 81).

L'absence d'écouvillons peut s'expliquer par le délai entre l'apparition des symptômes et l'appel du vétérinaire.

En revanche pour les sérologies, il serait souhaitable qu'elles soient effectuées systématiquement.

Bilan consultable sur le site respe, rubrique épidémiologie  
[http://www.respe.net/intranet/info\\_epidemie/](http://www.respe.net/intranet/info_epidemie/)



**Secrétariat RESPE**  
 AFSSA DOZULE  
 Service épidémiologie  
 Goustranville 14430 Dozulé  
 Téléphone / Fax : 02 31 79 79 87  
 Contact E mail  
[a.saison@dozule.afssa.fr](mailto:a.saison@dozule.afssa.fr)  
[j.tapprest@dozule.afssa.fr](mailto:j.tapprest@dozule.afssa.fr)

# PROTOCOLE SANITAIRE MONTE 2006

Bénédicte FERRY Les Haras Nationaux

Tous les étalons exploités en IA, quelque soit leur race doivent être contrôlés par un Coggins négatif avant la 1ère monte et un prélèvement MCE sur fosse urétrale à partir du 1er décembre N - 1, avec impossibilité d'être exploité en Monte Naturelle pendant toute la période de collecte. (source : modif AM 25/O1/88, en cours de valid.)  
L'ensemble des documents est consultable sur le site HN ([www.haras-nationaux.fr](http://www.haras-nationaux.fr))

Dans la rubrique Service des éleveurs / Démarches administratives / Agrément (qui est en cours de mise à jour)

Maladie / Race de production	AIE	MCE	AVE	GRIPPE	RHINO PNEUMONIE	Juments à contrôler par étalonnier ou inséminateur
<b>PS AQPS</b>	<b>Coggins négatif</b> 1ère approbation et Importation moins de 3 mois Montes ultérieures moins de 5 ans	<b>Analyses négatives</b> (culture ou IF) sur fosse urétrale / 1er prélèvement après 1er janvier 2e prélèvement au moins 14 jours après dernière saillie et avant 1er octobre	<b>sérologie négative après le 1er janvier ou séropositif valablement vacciné</b> (primo vaccination 2 injections à 1 mois d'écart après sérologie négative de moins de 30 jours). Si séropositif non valablement vacciné : virologie (culture ou PCR) sur 2 spermes à 7 jours.	<b>Vaccination obligatoire</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	<b>Vaccination recommandée</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	<b>MCE</b> (après 1er janvier, clitoris négatif ) <b>AVE</b> (après 1er janvier, séronégative ou séropositive stable sur 2 sérologies espacées d'au moins 14 js et maximum 1 an) <b>vaccins grippe obligatoire rhinopneumonie</b> recommandé
<b>TF</b>	<b>Coggins négatif</b> 1ère approbation moins de 3 mois	<b>Analyses négatives</b> (culture ou IF) sur fosse urétrale / 1er prélèvement après 1er décembre année N-1 2e prélèvement après dernière saillie et avant 1er octobre	Néant	<b>Vaccination obligatoire</b> primo vaccination par 2 injections entre 21 et 92 jours et rappel entre 150 et 215 jours puis rappel tous les 6 mois si possible et à 1 an maximum	<b>Vaccination obligatoire</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	<b>Vaccin grippe obligatoire rhinopneumonie</b> obligatoire
<b>SF</b>	<b>Coggins négatif</b> 1ère approbation moins de 3 mois	<b>Analyses négatives</b> (culture ou IF) sur fosse urétrale / 1er prélèvement après 1er décembre année N-1 2e prélèvement après dernière saillie et avant 1er octobre	Néant	<b>Vaccination obligatoire</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	<b>Vaccination recommandée</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	<b>Vaccin grippe obligatoire rhinopneumonie</b> recommandé
<b>AA</b>	<b>Coggins négatif</b> 1ère approbation moins de 3 mois	<b>Analyses négatives</b> (culture ou IF) sur fosse urétrale 1er prélèvement après 1er décembre année N-1 2e prélèvement après dernière saillie et avant 1er octobre	Néant	<b>Vaccination obligatoire</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	<b>Vaccination obligatoire</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	<b>Vaccin grippe obligatoire rhinopneumonie</b> recommandé
<b>MERENS en cours validation</b>	<b>Coggins négatif</b> 1ère approbation moins de 3 mois	<b>Analyses négatives</b> (culture ou IF) sur fosse urétrale / 1 seul prélèvement après 1er janvier	Néant	<b>Vaccination obligatoire</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	<b>Vaccination obligatoire</b> primo vaccination par 2 injections à 1 mois et rappel si possible à 6 mois puis rappel annuel	Néant