

Bulletin de veille sanitaire – N°22 - Juillet 2014

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Auvergne, 2008-2012

Page 1 | Editorial |

Page 2 | Dispositif de surveillance

Page 3 | Matériel et méthodes |

Page 4 | Hépatite A |

Page 5 | Infections Invasives à Méningocoque (IIM) |

Page 6 | Légionellose |

Page 7 | Rougeole |

Page 8 | Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) |

Page 9 | Tuberculose |

Page 10 | Listériose |

Page 11 | Infections à VIH et sida |

Page 12 | Autres MDO |

| Editorial |

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) repose sur la détection, le signalement et la notification des cas par les biologistes et les médecins déclarants à l'autorité sanitaire.

Actuellement, ce système de surveillance concerne 31 maladies, dont la déclaration doit être effectuée auprès de l'agence régionale de santé (ARS).

Les données issues de système de surveillance sont collectées par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Suite à leurs analyses et leurs interprétations, les résultats sont publiés pour le niveau national par l'InVS et pour le niveau régional par les Cellules de l'InVS en région (Cire).

Ce bulletin de veille sanitaire propose un bilan des MDO (nombre de cas, évolution, principales caractéristiques...) survenues en Auvergne sur la période 2008-2012.

A l'avenir, ce bulletin diffusé annuellement sera complété par la publication de BVS plus spécifiques sur certaines MDO (ex : MDO à prévention vaccinale, MDO infectieuses d'origine alimentaire et zoonotique...). Ces BVS thématiques seront l'occasion de revenir, en plus des données détaillées de la surveillance épidémiologique, sur des investigations régionales de cas groupés et sur toutes actualités en lien avec ces pathologies.

L'équipe de la Cire Auvergne

LE SIGNALEMENT DES MALADIES A DECLARATIONS OBLIGATOIRES



Les fiches de déclarations sont téléchargeables sur le site internet de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>



Les fiches concernant les cas diagnostiqués sont à adresser au point focal de l'ARS :

- Tél : 04 73 74 48 80 (24h/24) - Fax : 04 88 00 67 24 - Mail : ars63-alerte@ars.sante.fr

1. Les maladies à déclaration obligatoire

On compte aujourd'hui **31 maladies** sur la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO), 29 concernent des maladies infectieuses transmissibles, les 2 autres, le mésothéliome et le saturnisme de l'enfant mineur sont liés à des expositions environnementales (Cf. Tableau 1).

La procédure de déclaration des MDO repose sur 2 modalités :

- **La procédure de signalement**, qui doit s'effectuer sans délai, par tout moyen appropriés, requise pour 27 MDO afin de contrôler le risque de diffusion ;
- **La procédure de notification**, requise pour les 31 MDO afin de contribuer à la conduite et à l'évaluation des programmes de santé.

Depuis 2012, 5 MDO (Hépatite A, Infection Invasive à Méningocoque (IIM), Légionellose, Rougeole et Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)) sont mises à dispositions des Cire dès leur saisie dans la base de données nationales de l'InVS. Cet accès en temps réel aux données permet une meilleure efficacité dans l'analyse et la détection de situations inhabituelles au niveau local.

2. Les procédures de déclarations

• La procédure de signalement

Le signalement au Point focal de l'Agence régionale de Santé (ARS) des maladies à déclaration obligatoire, par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent, est une **procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié**.

Il n'existe pas de fiche spécifique dédiée au signalement. Les informations indispensables pour le traitement du signal peuvent être transmises au choix par téléphone, télécopie, mail. Il

est également possible de compléter et transmettre ces informations à partir de la fiche de notification.

Les maladies qui justifient une intervention urgente à savoir toutes les maladies à déclaration obligatoire à l'exception de l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos sont à signaler (Cf. Tableau 1).

Les objectifs de cette procédure sont :

- Réagir rapidement et mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas ;
- Le cas échéant, déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire.

• La procédure de notification

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin de l'ARS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque MDO. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic.

Après avoir été complétée et rendue anonyme par l'ARS, la fiche de notification est ensuite transmise à l'InVS.

La notification doit être effectuée pour toutes les maladies à déclaration obligatoire. Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

En application de la loi informatique et libertés, les patients concernés par une MDO doivent être informés individuellement par leur médecin de la procédure de déclaration obligatoire. **Les modalités de protection de l'anonymat et des données du nouveau dispositif ont été autorisées par la CNIL** (délibération n° 02-082 du 19 novembre 2002).

Tableau 1

Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire

1- Maladies dites « à signalement » : pour lesquelles une intervention urgente est requise pour contrôler un risque de diffusion et dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé

Botulisme	Orthopoxviroses dont la variole
Brucellose	Paludisme autochtone
Charbon	Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Chikungunya	Peste
Choléra	Poliomyélite
Dengue	Rage
Diphthérie	Rougeole
Fièvres hémorragiques africaines	Saturnisme de l'enfant mineur
Fièvre jaune	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	Toxi-infection alimentaire collective
Hépatite aiguë A	Tuberculose
Infection invasive à méningocoque	Tularémie
Légionellose	Typhus exanthématique
Listériose	

2- Maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé

Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	Mésothéliome
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	Tétanos

3. Les acteurs de la déclaration obligatoire

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire repose sur la forte implication de 3 acteurs :

- **Les déclarants** : L'obligation de déclaration concerne aussi bien les biologistes, responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, que les médecins libéraux et hospitaliers qui suspectent et diagnostiquent les maladies à déclaration obligatoire.
- **Les professionnels de santé en charge de la veille sanitaire au sein de l'ARS**. Ils sont en charge :
 - o de valider et de transmettre des informations de qualité pour la surveillance épidémiologique ;
 - o d'agir sur le terrain pour prévenir et réduire localement les risques de diffusion des maladies.
- **Les épidémiologistes de la Cire-InVS qui sont en charge** :
 - o Dans le cadre du signalement, d'apporter un soutien méthodologique aux acteurs locaux de la surveillance, pour l'analyse des signaux, l'investigation notamment en cas de cluster ou d'épidémies, et les recommandations de gestion.
 - o Dans le cadre de la notification, de centraliser l'ensemble des données, les analyser et les transmettre aux pouvoirs publics avec des recommandations sur les mesures ou actions à mettre en place. Ils assurent également la communication de ces informations aux acteurs du dispositif, à la communauté médicale et scientifique, et au public (BVS, BEH, données en ligne...).

Au-delà de la surveillance exercée par ces trois acteurs, le ministère chargé de la Santé et plus particulièrement la Direction générale de la santé (DGS) sont informés des alertes sanitaires et interviennent, en tant que de besoin, dans les décisions en matière de gestion des risques à l'échelon départemental, régional ou national.

Sur la base des données de surveillance fournies par l'InVS, le ministère chargé de la Santé définit les politiques publiques.

4. En pratique dans la région

Comment déclarer ?

- Vous devez **signaler** par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au point focal de l'ARS Auvergne
- En **notifier** par fax ou mail à l'aide des fiches de notifications.

A qui déclarer ?

Au Point focal de l'ARS Auvergne : Mission de Veille, d'Alerte, d'inspection et de contrôle (MIVAIC)

Mail : ars63-alerte@ars.sante.fr

Tél. : 04 73 74 48 80

Fax : 04 88 00 67 24

Tout envoi par fax ou mail qui nécessite une réponse immédiate doit être doublé d'un appel téléphonique

Où se procurer les formulaires de notifications et les fiches d'informations aux personnes ?

-auprès du **point focal de l'ARS**

- Sur le **site de l'InVS** (www.invs.sante.fr) dans :

[Accueil](#) > [Dossiers thématiques](#) > [Maladies infectieuses](#) > [Maladies à déclaration obligatoire](#) > [31 maladies à déclaration obligatoire](#)

Pour chaque MDO, vous trouverez également un dossier thématique comprenant un aide mémoire, des précisions sur le signalement et la notification, des données épidémiologiques, des publications, des circulaires et textes de référence

| Matériel et méthodes |

L'identification des cas déclarés dans la région a été effectuée pour chaque maladie en sélectionnant les cas selon le département de domicile, à l'exception des TIAC, de la listériose et de la tuberculose pour lesquelles les cas ont été sélectionnés selon le département de notification. Lorsqu'une de ces deux variables n'était pas renseignées, elle a été approchée par l'autre variable.

Les données de populations utilisées sont celles fournies par l'Institut National de la statistique et des études économiques (Insee) (estimations de populations – données actualisées au 15/01/2014).

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel STATA® v12.

Critères de signalement

Un cas est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

• Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

Entre 2008 et 2012, 94 cas d'hépatite A ont été notifiés en Auvergne (cf. Tableau 2). Le taux d'incidence annuel moyen sur cette période était de 1,4 cas pour 10⁵ habitants (min-max : 0,6 - 2,4) dans la région, contre 1,9 cas pour 10⁵ habitants en France métropolitaine (min-max : 1,6 - 2,4).

Le département du Puy-de-Dôme a l'incidence annuelle moyenne sur la période 2008-2012 la plus élevée, notamment suite à l'augmentation des déclarations en 2011 en lien avec des cas au sein de la communauté gens du voyage.

Tableau 2

Evolution du nombre de cas d'hépatite A notifiés par département, et taux d'incidence régional. Auvergne 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Incidence annuelle moyenne (2008-2012)
Allier	0	5	4	1	2	12	0,7
Cantal	1	2	0	0	0	3	0,4
Haute-Loire	6	0	0	0	0	6	0,5
Puy-de-Dôme	6	10	20	31	6	73	2,3
Auvergne	13	17	24	32	8	94	1,4
Incidence (pour 100 000 hab.)	1,0	1,3	1,8	2,4	0,6		

• Caractéristiques des cas

Sur la période 2008-2012, l'âge des cas variait de 8 mois à 98 ans (moyenne=28 ans ; médiane=24 ans), 72 % des cas étaient âgés de moins de 45 ans (cf. Figure 1), et 54 % étaient des hommes.

Pour les cas dont l'information était renseignée (n=83 ; 88 %) la présence d'ictère associé ou non à des symptômes aspécifiques¹ était renseignée dans 75 % des cas. Huit pour cent n'avaient ni ictère ni symptôme (cf. Tableau 3). Pour les cas dont l'information était renseignée (n=87 ; 93 %), 37 % ont été hospitalisés.

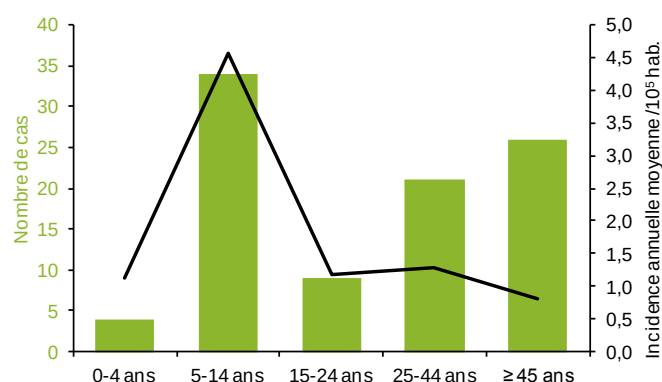
(n=19) des cas, et 23 % (n=9) rapportaient la consommation de fruits de mer. Deux cas fréquentaient ou travaillaient dans un établissement pour personnes handicapées (3 %) et 2 cas fréquentaient ou travaillaient au sein d'une crèche (3 %) (cf. Tableau 3).

Parmi ces 94 cas, 46 % appartenaient à un cas groupé (n=43).

Au total, une exposition à risque connue, dans les 2 à 6 semaines précédant le diagnostic, a été retrouvée dans 80 % des cas.

Figure 1

Répartition des cas d'hépatite A par classe d'âge et incidence annuelle moyenne. Auvergne 2008-2012.



• Facteurs de risque² (non mutuellement exclusifs)

L'existence d'autres cas d'hépatite aiguë A était rapportée dans l'entourage de 64 % des cas (n=50) dont 84 % dans l'entourage familial, et un séjour hors métropole était rapporté dans 21 % des cas (n=16).

Parmi les autres expositions à risque, le contact avec un enfant de moins de 3 ans à domicile était rapporté par 26 %

Tableau 3

Caractéristiques et expositions à risque des cas notifiés d'hépatite A. Auvergne, 2008-2012.

Caractéristiques et expositions à risque	Total N= 64 % ²
Clinique	
Ictère (associé ou non à des symptômes aspécifiques) ¹	75%
Symptômes ¹ (sans ictère)	17%
Absence d'ictère ou symptôme	8%
Hospitalisation	37%
Exposition à risque (au moins une)	80%
Cas dans l'entourage	64%
Séjour hors métropole	21%
Enfant < 3 ans à domicile	26%
Consommation de fruit de mer	23%
Travail/Fréquentation	
- établissement pour handicapés	3%
- crèche	3%
Inclus dans un épisode "identifié" de cas groupés	46%

| Pour plus d'informations |

Dossier thématique « hépatite A » sur le [site de l'InVS](#)

¹ Asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées

² Les pourcentages sont calculés pour les cas dont l'information était renseignée

Critères de signalement

Un cas est défini par la présence **d'au moins un des 4 critères suivants** :

- 1-** Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, L.C.R., liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) OU d'une lésion cutanée purpurique
- 2-** Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen direct du LCR
- 3-** LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET :
 - soit, présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,
 - soit, présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR, le sang ou les urines.
- 4-** Présence d'un *purpura fulminans* (purpura 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. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome).

• Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

Entre 2008 et 2012, 43 cas d'IIM ont été notifiés en Auvergne (cf. Tableau 4). Le taux d'incidence annuel moyen sur cette période était de 0,6 cas pour 10⁵ habitants (min-max :

0,4 - 0,8) dans la région, contre 0,9 cas pour 10⁵ habitants en France métropolitaine (min-max : 0,8 -1,1).

Tableau 4

Evolution du nombre de cas d'IIM notifiés par département, et taux d'incidence régional. Auvergne 2008-2012

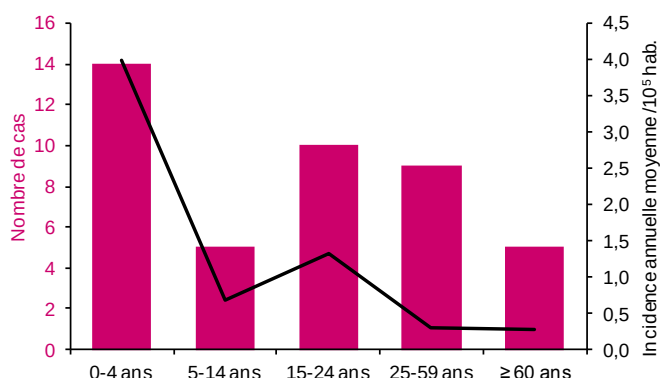
	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Incidence annuelle moyenne (2008-2012)
Allier	2	4	2	3	1	12	0,7
Cantal	1	0	1	1	4	7	0,9
Haute-Loire	2	0	1	2	0	5	0,4
Puy-de-Dôme	6	5	1	3	4	19	0,6
Auvergne	11	9	5	9	9	43	0,6
Incidence (pour 100 000 habitants)	0,8	0,7	0,4	0,7	0,7		

• Caractéristiques des cas

Sur la période 2008-2012, l'âge des cas variait de 2 mois à 86 ans (moyenne=22 ans ; médiane=16 ans), 67 % des cas étaient âgés de moins de 25 ans (cf. Figure 2), et 56 % étaient des hommes.

Figure 2

Répartition des cas d'IIM par classe d'âge et incidence annuelle moyenne. Auvergne 2008-2012.



• Répartition par sérogroupe

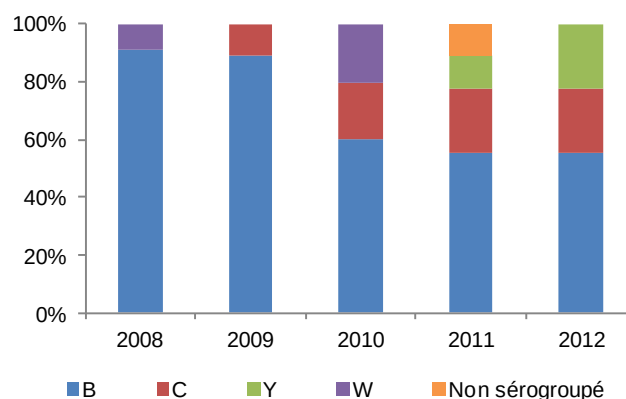
Le sérotype B apparaît majoritaire (72 % des IIM déclarés sur la période 2008-2012) (cf. Figure 3). Il s'agit également du sérotype majoritaire au niveau national (64 % des cas d'IIM au sérotype connu sur les 25 dernières années).

• Gravité et pronostic de la maladie

Le nombre de patients ayant présenté un *purpura fulminans* était de 8 soit 19 %. L'évolution était connue pour 40 patients (93 %) : 2 sont décédés (5%) et 38 (95 %) sont sortis guéris.

Figure 3

Répartition des sérogroupes des cas d'IIM notifiés. Auvergne 2008-2012



• Mesures de contrôle

Une chimio prophylaxie antibiotique dans l'entourage du cas a été mise en place dans 98 % des cas (42/43). Le traitement a concerné l'entourage familial et amical du cas dans 95 % des cas (41/42) et la collectivité autour du cas dans 62 %.

Pour les 11 cas d'IIM dus à des sérotypes pour lesquels une vaccination est recommandée dans l'entourage d'un cas (C, Y et W), une vaccination a été proposée dans 82 % des cas (9/11). Cette vaccination a concerné en moyenne 4 personnes (min=1 ; max=7) dans l'entourage familial et amical du cas et 15 personnes (min=4 ; max=26) dans la collectivité autour du cas.

| Pour plus d'informations |

Dossier thématique « Infection invasive à méningocoque » sur le [site de l'InVS](#)

Critères de signalement

- **Cas confirmé** : pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :
 - isolement de *Legionella spp.* dans un prélèvement clinique ;
 - augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2^{ème} titre minimum de 128 ;
 - présence d'antigène soluble urinaire.
- **Cas possible** : pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :
 - titre d'anticorps élevé ≥ 256 ;
 - PCR positive.

• Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

Entre 2008 et 2012, 193 cas de légionellose ont été notifiés en Auvergne (cf. Tableau 5). Le taux d'incidence annuel moyen sur cette période était de 2,9 cas pour 10⁵ habitants (min-

max : 1,9 - 4,6) dans la région, contre 2,0 cas pour 10⁵ habitants en France métropolitaine (min-max : 1,8 - 2,4).

Tableau 5

Evolution du nombre de cas de légionellose notifiés par département, et taux d'incidence régional. Auvergne 2008-2012

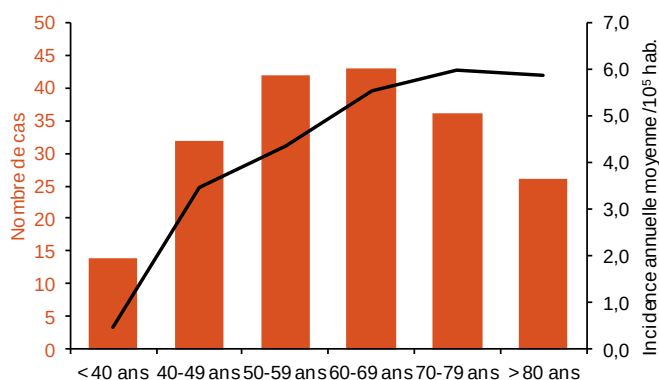
	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Incidence annuelle moyenne (2008-2012)
Allier	7	10	13	2	5	37	2,2
Cantal	5	3	6	2	8	24	3,2
Haute-Loire	7	5	5	10	8	35	3,1
Puy-de-Dôme	15	16	38	11	17	97	3,1
Auvergne	34	34	62	25	38	193	2,9
Incidence (pour 100 000 habitants)	2,5	2,5	4,6	1,9	2,8		

• Caractéristiques des cas

Sur la période 2008-2012, l'âge des cas variait de 18 ans à 94 ans (moyenne=61 ans ; médiane=60 ans), 76 % des cas étaient âgés de plus de 50 ans (cf. Figure 4), et 76 % étaient des hommes.

Figure 4

Répartition des cas de légionellose par classe d'âge et incidence annuelle moyenne. Auvergne 2008-2012.



Un facteur de risque était connu pour 72 % des cas. Le tabagisme était le facteur de risque le plus souvent rencontré (52 %).

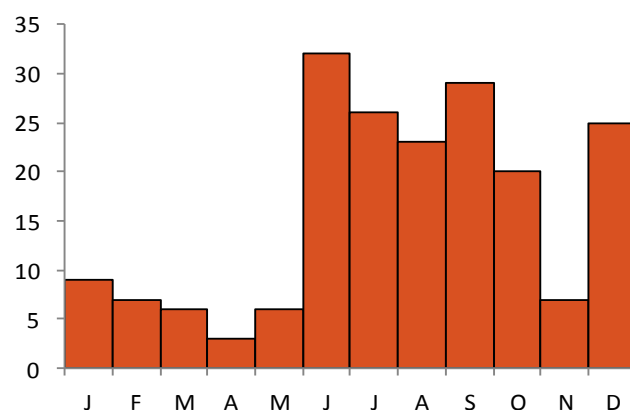
Parmi les 193 cas signalés, 192 (99 %) ont été hospitalisés. L'évolution de la maladie était connue pour 89 % des cas (171/193), la létalité était de 5 % (8 décès), inférieure au niveau national (≈ 10 %).

• Distribution mensuelle

Sur les 193 cas signalés sur cette période, 67 % (n=130) sont survenus entre juin et octobre (cf. Figure 5). Cette saisonnalité des cas est également retrouvée au niveau national.

Figure 5

Répartition des sérogroupes des cas d'IIM notifiés. Auvergne 2008-2012



• Bactériologie

Parmi les 193 cas, 99 % (n=192) ont été confirmés (dont 189 par détection d'antigènes solubles urinaires, et 98 % (n=190) étaient dus à *L.Pneumophila* séro groupe 1.

• Exposition à risque

Une exposition à risque a été rapportée dans 34 % des cas (n=66). Il s'agissait de la fréquentation d'un hôtel (32 %), d'un établissement de santé (9 %) ou encore d'un camping (8 %).

| Pour plus d'informations |

Dossier thématique « Légionellose » sur le [site de l'InVS](#)

Critères de signalement

- **Cas clinique** : association d'une fièvre $\geq 38,5$ °C, d'une éruption maculo-papuleuse et au moins un des signes suivants : toux, ou coryza ou conjonctivite ou signe de Koplik.
- **Cas confirmé biologiquement** (un cas confirmé biologiquement ne répond pas obligatoirement à la définition d'un cas clinique) :
 - détection (en l'absence de vaccination récente) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole ;
 - séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination récente) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence ;
 - détection du virus par PCR sur prélèvements sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire ;
 - culture positive sur prélèvements sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.
- **Cas confirmé épidémiologiquement** : cas qui répond à la définition d'un cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé.

Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

Entre 2008 et 2012, 928 cas de rougeole ont été notifiés en Auvergne (cf. Tableau 6). Le taux d'incidence annuels moyen sur cette période était de 13,8 cas pour 10^5 habitants (min-max : 2,8 - 47,5) dans la région, contre 7,8 cas pour 10^5 habi-

tants en France métropolitaine (min-max : 1,0 - 23,6). La rougeole a fait l'objet de 3 vagues épidémiques successives entre 2009 et 2011 touchant particulièrement la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme (cf. Figure 6).

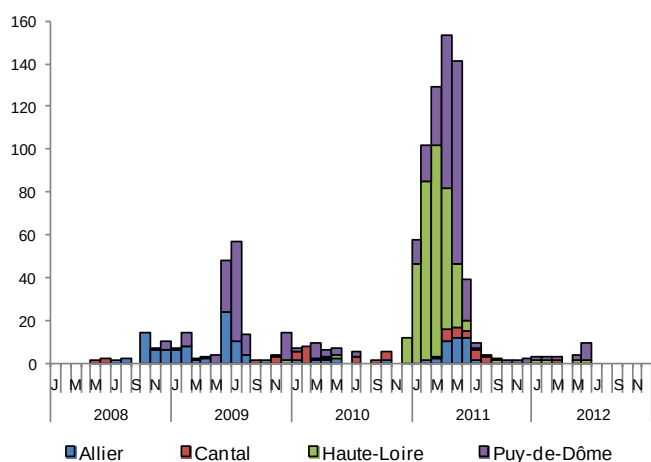
Tableau 6

Evolution du nombre de cas de rougeole notifiés par département, et taux d'incidence régional. Auvergne 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Incidence annuelle moyenne (2008-2012)
Allier	29	56	6	38	0	129	7,5
Cantal	0	4	22	23	1	50	6,8
Haute-Loire	3	1	15	331	4	354	31,5
Puy-de-Dôme	5	107	17	249	17	395	12,5
Auvergne	37	168	60	641	22	928	
Incidence (pour 100 000 habitants)	2,8	12,5	4,5	47,5	1,6		13,8

Figure 6

Evolution du nombre de cas de rougeole signalés par département. Auvergne 2008-2012



Caractéristiques des cas

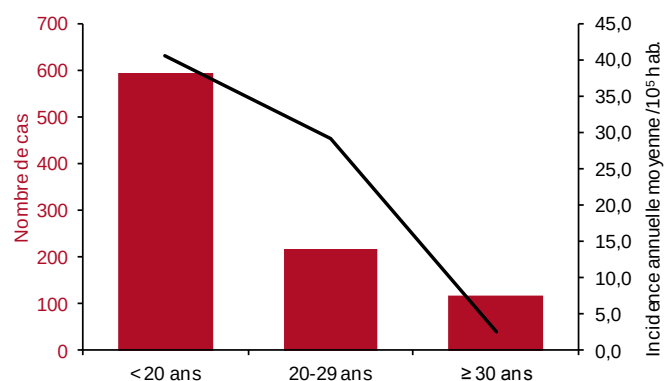
Sur la période 2008-2012, l'âge des cas variait de 1 mois à 75 ans (moyenne=16 ans ; médiane=16 ans), 64 % des cas étaient âgés de moins de 20 ans (cf. Figure 7), et 53 % étaient des hommes.

Le taux d'hospitalisation était de 23 %. Il différait selon les classes d'âges avec respectivement 28 % et 37 % d'hospitalisations pour les 0-4 ans et les plus de 25 ans contre 17 % chez les 5-24 ans.

Des complications ont été observés pour 102 patients (12 %), essentiellement des pneumopathies (54 %).

Figure 7

Répartition des cas de rougeole par classe d'âge et incidence annuelle moyenne. Auvergne 2008-2012.



L'information sur le statut vaccinal était disponible pour 83 % des cas (773/928). La source d'information du statut vaccinal était le carnet de santé ou de vaccination pour 55 % des cas et l'interrogatoire pour 45 %.

Parmi les cas avec un statut vaccinal renseigné, 83 % (n=639) n'étaient pas vaccinés, 12 % (n=94) avaient reçu 1 dose, 4 % (n=29) 2 doses et 2 % (n=13) un nombre de dose inconnu.

Pour plus d'informations |

Dossier thématique « Rougeole » sur le [site de l'InVS](http://www.invs.solidarites-sante.gouv.fr/)

Critères de signalement

Survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en générale gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

• Nombre de foyers notifiés et taux d'incidence

Entre 2008 et 2012, 108 foyers de toxi-infection alimentaire et collective (Tiac) ont été déclarés en Auvergne (cf. Tableau 7). Le taux d'incidence annuel moyen sur cette période était de 1,6 cas pour 10⁵ habitants (min-max : 1,0 - 2,6) dans la région, contre 1,8 cas pour 10⁵ habitants en France métropolitaine (min-max : 1,6 - 2,0).

L'année 2012 a été marquée par une forte augmentation du nombre de foyers de Tiac signalés dans le Puy-de-Dôme. Parmi les 21 foyers signalés, 9 étaient liés à la consommation en Août 2012 de St-Nectaire fermiers contaminés par *Salmonella Dublin*.

Tableau 7

Nombre de foyers de Tiac signalés par département, nombre total de malades, taux d'incidence régional. Auvergne 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Incidence annuelle moyenne (2008-2012)
Allier	2	3	4	5	7	21	1,2
Cantal	3	3	2	2	3	13	1,8
Haute-Loire	5	9	2	4	4	24	2,1
Puy-de-Dôme	5	10	5	9	21	50	1,6
Auvergne	15	25	13	20	35	108	1,6
Incidence (pour 100 000 habitants)	1,1	1,9	1,0	1,5	2,6	1,6	1,6
Nombre de malades	150	234	199	105	354	1 042	

• Caractéristiques des foyers de Tiac

Les 108 foyers de Tiac signalés sur la période 2008-2012 ont été à l'origine de 1 042 malades, soit une moyenne de 9,7 cas par foyer (cf. Tableau 8). Parmi les 1 042 malades, 90 personnes ont été hospitalisées. Aucun décès n'est à déplorer.

Le taux d'attaque par foyer variait de 2,5 % à 100 % avec une moyenne de 62 %. Dans 67 % des foyers, le taux d'attaque était supérieur à 50 %.

Staphylococcus aureus (32 %), les *Salmonella* spp (31 %) et les virus (16 %) (Cf. Tableau 9).

Tableau 9

Aliments et Agents pathogènes identifiés ou suspectés dans les foyers de Tiac. Auvergne 2008-2012

Agent	Nombre de foyers	Fréquence
<i>Staphylococcus aureus</i>	27	32%
<i>Salmonella</i> spp	26	31%
Virus	14	16%
<i>Bacillus cereus</i>	10	12%
<i>Clostridium perfringens</i>	4	5%
Autres	4	5%
Nombre total de foyers avec agent identifié ou suspecté	85	100%
Aliments	Nombre de foyers	Fréquence
Œufs et pdts à base d'œufs	11	15%
Viandes	10	13%
Produits de charcuterie	9	12%
Laits et produits laitiers	8	11%
Poisson	6	8%
Volaille	4	5%
Coquillage et fruits de mer	4	5%
Autres	23	31%
Nombre total de foyers avec aliments retrouvés	75	100%

Tableau 8

Nombre de malades au cours des 108 foyers de Tiac. Auvergne 2008-2012

Nombre de malade	
Total	1 042
Médian / épisode	5
Min - Max / épisode	2 - 42
Hospitalisés	90
Décédés	0

• Lieux de survenue

Pour 37 % des foyers, le repas suspect avait lieu en milieu familial, pour 34 % en restauration collective (institut médico-sociale, cantine...) et pour 29 % en restauration commerciale.

• Aliments et agents étiologiques identifiés ou suspectés

Un aliment responsable de l'intoxication alimentaire a été suspecté dans 69 % des foyers (75/108). Les « autres aliments » (essentiellement plats cuisinés) ont été suspectés d'être la cause de 31 % des Tiac (cf. Tableau 9). Viennent ensuite les œufs et produits à base d'œufs (15 %), les viandes (13 %), les produits de charcuterie (12 %) et les produits laitiers (11 %).

L'agent pathogène a été confirmé ou suspecté pour 79 % des foyers. Les agents les plus fréquemment mis en cause sont les

| Pour plus d'informations |

Dossier thématique « Tiac » sur le [site de l'InVS](#)

Critères de signalement

- **Cas confirmé** : Maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture. Les mycobactéries du complexe tuberculosis comprennent : *M. tuberculosis* ; *M. bovis* ; *M. africanum* ; *M. microti* ; *M. canetti* ; *M. caprae* ; *M. pinnipedii*.

- **Cas probable** : Signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, ET décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

Depuis 2007, les cas de tuberculose maladie doivent faire l'objet d'une déclaration d'issue de traitement.

- **Cas d'infection tuberculeuse (primo-infection) chez l'enfant de moins de 15 ans** : IDR à 5U positive sans signe clinique ni para clinique (induration >15 mm si BCG, ou >10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans). **Les données d'infection tuberculeuse ne sont pas intégrées dans l'analyse qui suit.**

• Nombre de foyers notifiés et taux d'incidence

Entre 2008 et 2012, 328 cas de tuberculose ont été notifiés en Auvergne (cf. Tableau 10). Sur la période 2008-2012, le taux moyen de déclaration de tuberculose en Auvergne (4,9 cas

pour 10⁵ habitants) est globalement inférieur à celui retrouvé en France métropolitaine (hors Ile-de-France et Auvergne) (6,3 cas pour 10⁵ habitants) (cf. Figure 8).

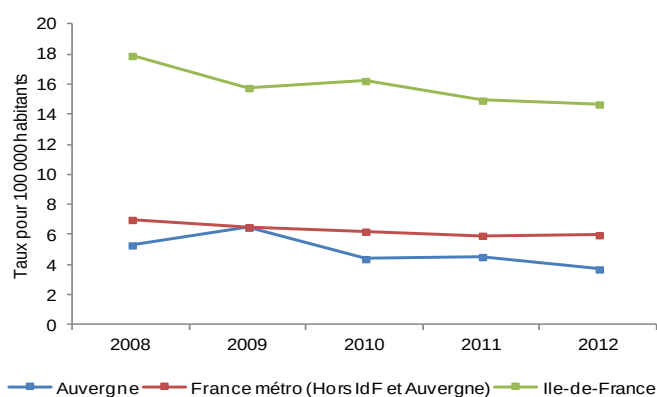
Tableau 10

Evolution du nombre de cas de tuberculose déclarés par département et taux d'incidence. Auvergne 2008-2012.

	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Incidence annuelle moyenne (2008-2012)
Allier	14	23	19	15	11	82	4,8
Cantal	5	2	5	6	3	21	2,8
Haute-Loire	14	15	10	9	9	57	5,1
Puy-de-Dôme	38	47	25	31	27	168	5,3
Auvergne	71	87	59	61	50	328	4,9
Incidence (pour 100 000 hab.)	5,3	6,5	4,4	4,5	3,7		

Figure 8

Evolution du taux de déclaration des cas de tuberculose, Auvergne, Ile-de-France et France métropolitaine. 2008-2012.



• Données démographiques des cas

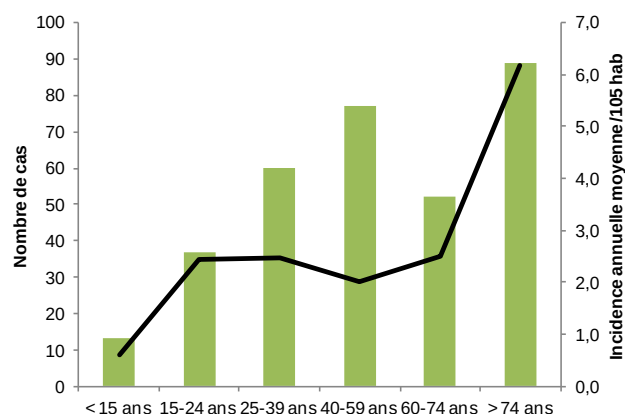
Parmi les 328 cas déclarés entre 2008 et 2012, les hommes représentaient la majorité des cas (58 %). La moyenne d'âge des cas était de 52,8 ans (médiane : 52,5 ans ; étendue : 0 - 111 ans). Les plus de 60 ans sont majoritaires (43 % des cas déclarés) (cf. Figure 9).

Parmi les 275 cas pour lesquels l'information sur le fait de vivre en collectivité était renseignée (84 %), 18 % (n=50) résidaient en collectivité au moment de la déclaration, parmi eux, 13 (27 %) vivaient en centre d'hébergement collectif et 12 (25 %) en établissement pour personnes âgées. Les personnes sans domicile fixe représentaient 6 % (n=14) des cas.

Parmi les 290 cas pour lesquels le lieu de naissance était renseigné (88%), 63 % étaient nés en France et 37 % à l'étranger (dont 18 % en Afrique).

Figure 9

Répartition des cas de tuberculose déclarés par classe d'âge et incidence annuelle moyenne. Auvergne 2008-2012



• Caractéristiques cliniques des cas

La proportion de cas ayant eu un antécédent de tuberculose traitée par antituberculeux était de 13 % (20/154). Les tuberculoses pulmonaires (associées ou non à d'autres localisations) représentaient 72 % des cas (n=237), les formes extra-pulmonaires 26 %. Les formes sévères ont été signalées pour 21 cas (6 %) : 13 formes méningées et 9 miliaires tuberculeuses.

• Contexte du diagnostic

Le diagnostic s'est effectué dans le cadre d'un recours spontané au système de santé pour 60 % d'entre eux, lors d'une enquête autour d'un cas pour 8 %, lors d'un dépistage pour 8 % et dans un autre contexte pour 24 %.

| Pour plus d'informations |

Dossier thématique « Tuberculose » sur le [site de l'InVS](http://www.invs.solidarites-sante.gouv.fr/)

Critères de signalement

- **Cas confirmé** : isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement clinique (sang, LCR, liquide maniotique....).
- **Cas materno-néonatal** : concerne une femme enceinte, un « produit » d'avortement, un nouveau-né mort-né ou un nouveau-né de moins d'un mois. Lorsqu'une souche est isolée chez une femme enceinte et son nouveau-né, un seul cas est comptabilisé.
- **Cas non materno-néonatal** : cas n'appartenant pas à un des groupes ci-dessus

• Evolution du nombre de cas notifiés et du taux de déclaration

Entre 2008 et 2012, 39 cas de listériose ont été notifiés en Auvergne (3 formes materno-néonatales (MN) et 36 formes non materno-néonatales (non MN)) (cf. Tableau 11).

Sur la période 2008-2012, le taux moyen de déclaration de listériose en Auvergne (0,6 cas pour 10⁵ habitants) est globalement similaire à celui retrouvé en France métropolitaine (0,6 cas pour 10⁵ habitants).

Tableau 11

Evolution du nombre de cas de listériose déclarés par département et taux d'incidence. Auvergne 2008-2012.

	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Incidence annuelle moyenne (2008-2012)
Allier	1	2	1	4	4	12	0,7
Cantal	2	0	1	2	2	7	0,9
Haute-Loire	1	2	2	1	0	6	0,5
Puy-de-Dôme	1	4	3	3	3	14	0,4
Auvergne	5	8	7	10	9	39	0,6
Incidence (pour 100 000 hab.)	0,4	0,6	0,5	0,7	0,7		

• Forme materno-néonatale (MN)

Trois cas (8 %) étaient des femmes enceintes qui présentaient une forme materno-néonatale. Pour l'une d'entre elles, le nouveau-né était vivant à la naissance. Pour les deux autres cas, le fœtus est décédé in utero (1 avortement, 1 mort-né). Les femmes étaient âgées en moyenne de 31 ans.

• Forme non materno-néonatale (non MN)

Parmi les 36 autres cas, 67 % présentaient une forme septiciémique ou bactériémique, 25 % présentaient une forme neuroméningée (méningo-encéphalite dans 4 cas, et méningite isolée dans 3 cas, 2 cas non précisés) et 8 % présentaient une autre forme.

Sévérité

Parmi ces 36 cas, 4 (12 %) sont décédés. Pour les cas dont l'information était renseignée (n=17), 8 (47 %) présentaient une évolution incertaine lors de la déclaration et 9 (53 %) présentaient une évolution favorable.

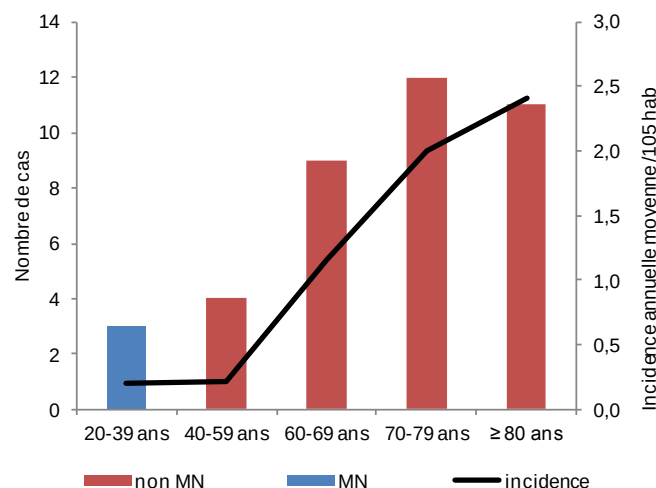
Terrain à risque

Les 36 cas de formes non materno-néonatales concernaient des hommes dans 67 % des cas (n=24). La moyenne d'âge était de 73 ans (médiane : 74 ans ; étendue : 41 – 93 ans). Les plus de 70 ans étaient largement majoritaires (63 % des cas déclarés) (cf. Figure 10).

Parmi les cas pour lesquels l'information était renseignée, 97 % (35/36) avaient une ou plusieurs pathologie(s) sous-jacente(s), 36 % (11/31) suivaient un traitement immunosuppresseur et 20 % (6/30) étaient déjà hospitalisé au moment du diagnostic de listériose.

Figure 10

Répartition des cas de listériose déclarés par classe d'âge et incidence annuelle moyenne. Auvergne 2008-2012



• Distribution mensuelle

Le nombre de cas déclarés est plus élevé en été (31 % des cas sont survenus au cours des mois de juillet et août). Cette saisonnalité est également retrouvée au niveau national.

| Pour plus d'informations |

Dossier thématique «Listériose» sur le [site de l'InVS](http://www.invs.solidarites-sante.gouv.fr/)

Critères de signalement

- Infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent de 15 ans et plus :

Toute sérologie VIH positive confirmée (selon la réglementation en vigueur) chez un sujet de 15 ans et plus, pour la première fois dans un laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

Exception : les sérologies effectuées de façon anonyme, dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ne sont pas à notifier.

- Infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans :

- *enfant de moins de 18 mois né de mère séropositive* : un résultat positif sur 2 prélèvements différents (ARN VIH-1, ARN-VIH-2, ADN VIH-1, ADN VIH-2, ...)
- *enfant de 18 mois et plus* : sérologie VIH confirmée positive pour la première fois dans le laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

- Sida :

Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez [l'adulte et l'adolescent](#) et [chez l'enfant](#).

1. L'infection par le VIH

• La surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH)

Sur la période 2008-2012, le nombre moyen de sérologie VIH effectuée pour 1 000 habitants en Auvergne était de 66 contre 78 au niveau national. Le nombre de sérologie positive sur cette période est estimé à 60 par million d'habitants, très inférieur à celui du niveau national estimé à 167 par million d'habitants (cf. Figure 11).

• Taux de découvertes de séropositivités VIH (données corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration)

Entre 2008 et 2012, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité vis-à-vis du VIH est estimé à 249. Sur cette période le taux de découverte moyen est estimé à 3,7 cas pour 100 000 habitants (cf. Tableau 12). Ce taux est inférieur à celui retrouvé en France métropolitaine (hors Ile-de-France) qui est estimé à 5,5 cas pour 100 000 habitants.

Figure 11

Evolution du nombre de sérologie pour 1 000 habitants et du nombre de sérologie positive par million d'habitants en Auvergne et en France. 2008-2012

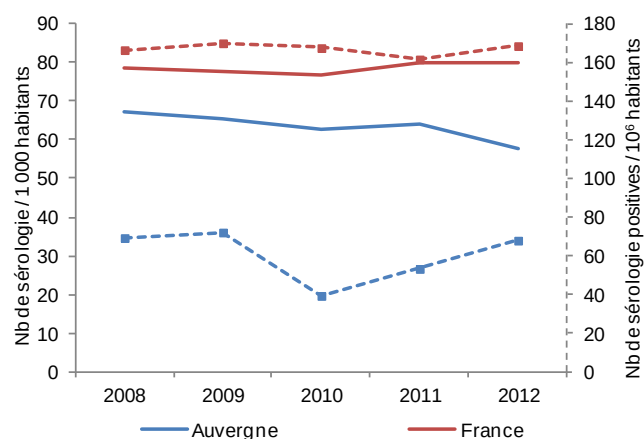


Tableau 12

Nombre de découvertes de séropositivité VIH et taux de découverte régional. Auvergne 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Taux de découverte annuel moyen (2008-2012)
Auvergne	65	60	35	41	48	249	3,7
Taux de découverte (pour 10 ⁵ hab.)	4,8	4,5	2,6	3,0	3,5		

• Caractéristiques des cas

Sur la période 2008-2012, les hommes représentaient 81 % des cas, soit un sex-ratio (H/F) global de 4,3.

Les classes d'âges des 30-39 ans et des 20-29 ans sont majoritaires avec respectivement 27 % et 24 % des cas.

Parmi les cas dont le pays de naissance était connu (81 %), 81 % étaient nés en France. Les personnes nées à l'étranger étaient originaires d'Afrique subsaharienne dans 56 % des cas et d'Europe pour 35 %.

• Mode de contamination

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2008 et 2012 et pour lesquelles l'information était disponible (81 %), 59 % ont été contaminées par des rapports homosexuels (73 % des contaminations masculines), 37 % par rap-

ports hétérosexuels (91 % des contaminations féminines) et 3 % par usages de drogues injectables.

• Motif de dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2008 et 2012 et pour lesquelles l'information était disponible (83 %), les principales raisons ayant motivé le dépistage étaient la prise en charge de signes cliniques (33 %), une exposition récente au VIH (33 %) et un bilan systématique (13 %).

• Stade clinique au moment du dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2008 et 2012 et pour lesquelles l'information était disponible (83 %), 13 % étaient au stade de primo-infection, 59 % au stade asymptomatique, 10 % à un stade symptomatique non sida et 18 % au stade sida.

2. Notification obligatoire du sida

- **Taux d'incidence du Sida (données corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration)**

Entre 2008 et 2012, le nombre de cas de sida dans la région est estimé à 107. Sur cette période le taux d'incidence moyen est estimé à 1,6 cas pour 100 000 habitants (cf. Tableau 13).

Ce taux est inférieur à celui retrouvé en France qui est estimé à 2,5 cas pour 100 000 habitants.

Tableau 13

Nombre de cas de sida et de taux d'incidence régional. Auvergne 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008-2012	Taux d'incidence annuel moyen (2008-2012)
Auvergne	22	16	21	27	21	107	1,6
Incidence (pour 100 000 habitants)	1,6	1,2	1,6	2,0	1,5		

- **Caractéristiques des cas**

Sur la période 2008-2012, les hommes représentaient 87 % des cas, soit un sex-ratio (H/F) global de 6,6.

Les classes d'âges des 30-39 ans, des 40-49 ans et des 50-59 ans sont majoritaires avec respectivement 25 %, 35 % et 25 % des cas. Les personnes étaient nées en France dans 87 % des cas.

- **Mode de contamination, connaissance de la séro-positivité et traitement antirétroviral**

Parmi les cas de sida déclarés entre 2008 et 2012 et pour lesquels l'information était disponible (92 %), 57 % ont été contaminées par des rapports homosexuels, 37 % par rapports hétérosexuels et 4 % par usages de drogues injectables.

Au moment du diagnostic de sida, seuls 40 % des cas avaient déjà connaissance de leurs séropositivité.

Seuls 27 % des cas avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida de trois mois ou plus.

- **Pathologies inaugurales**

Les principales pathologies inaugurales de sida étaient la pneumocystose (38 %) et le Kaposi (17 %).

| Pour plus d'informations |

Dossier thématique «Infections à VIH et sida» sur le [site de l'InVS](#)

| Autres MDO |

En Auvergne, des cas isolés d'autres MDO sont déclarés chaque année. Les effectifs sont trop faibles pour permettre une analyse, mais les chiffres sont présentés ici, à titre indicatif.

Tableau 14

Nombre de notifications d'autres MDO en Auvergne. 2008-2012

Maladie à déclaration obligatoire	2008	2009	2010	2011	2012
Botulisme	1	1	0	0	2
Brucellose	0	1	0	0	1
Hépatite B	3	1	1	1	1
Tétanos	1	0	0	0	1
Tularémie	0	0	1	0	1
Maladie de Creutzfeldt Jacob	nd	nd	nd	3	3
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	1	0	4	0	0

nd : non disponible

| Remerciements |

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels de santé qui par leurs signalements contribuent à la prévention et la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire, ainsi que les services de l'ARS Auvergne en charge des mesures sanitaires autour des cas de MDO.

CIRE AUVERGNE

Tel : 04 73 74 50 38 - Fax : 04 73 74 48 96 - Mail : ars-auvergne-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro sur : [http:// www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Directrice de la publication : Anne Bruant-Bisson, Directrice Générale de l'InVS par intérim

Comité de rédaction : Cécile Marie, Philippe Pépin (responsable), Guillaume Spaccaferri, Emmanuelle Vaissière, Mireille Vincent, Nicolas Vincent

Coordination du numéro : Guillaume Spaccaferri

Diffusion : CIRE Auvergne - 60 avenue de l'Union Soviétique – 63 057 Clermont-Ferrand Cedex 1