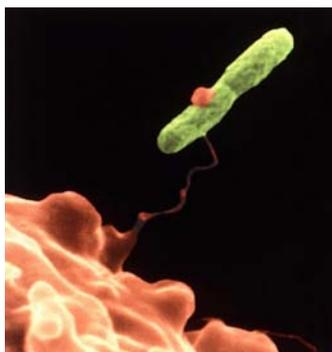


Surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire en Languedoc-Roussillon au 31 décembre 2008



CDC/ Dr. Barry S. Fields

Page 2 | [Surveillance épidémiologique](#) |
[Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire](#)

Page 4 | [Surveillance épidémiologique](#) |
[Les MDO déclarées en Languedoc-Roussillon : analyse des données de surveillance au 31 décembre 2008](#)

| Editorial |

Franck Golliot, Coordonnateur scientifique de la Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon

Après le numéro spécial paru au mois de janvier sur le bilan régional de la vague de grippe pandémique A (H1/N1), voici un nouveau Bulletin de Veille Sanitaire sur le thème de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire.

Vous y trouverez un rappel du dispositif de surveillance et les principaux résultats pour la région Languedoc-Roussillon. Il est destiné à informer sur ces données de surveillance ceux qui les produisent, les professionnels de santé, et les acteurs de santé publique qui en ont besoin pour renforcer les actions de prévention au niveau local.

Il est l'occasion de rappeler que pour la plupart de ces maladies, le signalement doit être immédiat afin de mener les investigations nécessaires et de mettre en place toutes les mesures de contrôle de la transmission de la maladie (isolement, vaccination ou prophylaxie médicamenteuse, contrôle de la source d'exposition...). Le signalement

est une procédure d'urgence et d'alerte adressée au médecin inspecteur de santé publique de la Ddass, bientôt Agence Régionale de Santé, sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, fax).

Le signalement est suivi d'une notification au moyen d'une fiche par pathologie, procédure permettant de transmettre les informations individuelles anonymes qui vont alimenter le système de surveillance et permettre l'analyse des tendances épidémiologiques des maladies au plan national et local.

Enfin, ce nouveau format de **Bulletin de Veille Sanitaire** ou "**BVS**" sera suivi de numéros s'intéressant à d'autres thématiques du vaste champ de la veille sanitaire. Ces futures éditions seront largement ouvertes aux contributions de nos partenaires du réseau de veille sanitaire.

Alors, bonne lecture de ce jeune BVS Languedoc-Roussillon !

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

1 / DESCRIPTION DU DISPOSITIF

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) permet d'analyser l'évolution temporelle de 30 maladies en France afin de prévenir la survenue d'épidémies et de conduire des programmes de santé publique adaptés aux besoins de la population (tableau 1).

Il est basé sur la transmission, obligatoire pour ces pathologies, de données individuelles aux autorités sanitaires en deux étapes complémentaires : le signalement et la notification.

Le **signalement** des maladies à déclaration obligatoire par les médecins et les biologistes au médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la Ddass est une procédure d'urgence et d'alerte sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, fax).

Les maladies à signaler sont caractérisées par la nécessité d'intervenir en urgence : il s'agit de l'ensemble des MDO à l'exception du VIH/Sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos. Un signalement précoce permet de mettre en place rapidement des mesures de protection autour des cas et, si nécessaire, d'organiser des investigations pour identifier la source de contamination.

La **notification** est une procédure de transmission des données individuelles, au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie et adressée au médecin inspecteur de santé publique. Les fiches sont disponibles en ligne sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/.

La garantie de la protection de l'anonymat des personnes et la sécurité des données font partie des enjeux du dispositif qui a connu une évolution importante en 2003. Les modalités de protection des données du nouveau dispositif ont été autorisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (délibération n° 02-082 du 19 novembre 2002). L'infection à VIH et l'hépatite B ont été intégrées au dispositif avec codage immédiat des données individuelles par le biologiste ou le médecin déclarant. Pour les autres MDO, le codage est effectué par les équipes de veille sanitaire des Ddass. Une seconde anonymisation est ensuite effectuée lors de la saisie des données par l'InVS dans les bases de données nationales, rompant la possibilité d'établir un lien entre le patient et les données le concernant.

2 / A QUI DECLARER ?

La déclaration des MDO se fait actuellement au niveau des Ddass :

Ddass de l'Aude :

Tél. : 04 68 11 55 00 ou 55 31 Fax : 04 68 11 96 49
Tél. Préfecture : 04 68 10 27 01

Ddass du Gard :

Tél. : 04 66 76 80 76 Fax : 04 66 76 84 04
Tél. Préfecture : 04 66 36 40 40

Ddass de l'Hérault :

Tél. : 04 67 07 21 23 Fax : 04 67 07 22 66
Tél. Préfecture : 04 67 61 61 61

Ddass de la Lozère :

Tél. : 04 66 49 40 84 ou 40 97 Fax : 04 66 49 03 07
Tél. Préfecture : 04 66 49 60 00

Ddass des Pyrénées-Orientales :

Tél. : 04 68 81 78 15 ou 78 30 Fax : 04 68 81 78 86
Tél. Préfecture : 04 68 51 66 66

Ces dispositions sont susceptibles d'évoluer dans le cadre de la création des ARS, et l'ensemble des professionnels de santé en sera alors informé.

| Tableau 1 |

Liste des 30 maladies à déclaration obligatoire, septembre 2009

Botulisme	Orthopoxviroses dont la variole
Brucellose	Paludisme autochtone
Charbon	Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Chikungunya	Peste
Choléra	Poliomyélite
Dengue	Rage
Diphtérie	Rougeole
Fièvres hémorragiques africaines	Saturnisme de l'enfant mineur
Fièvre jaune	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	Tétanos
Hépatite aiguë A	Toxi-infection alimentaire collective
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	Tuberculose
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	Tularémie
Infection invasive à méningocoques	Typhus exanthématique
Légionellose	
Listériose	

Points clés et particularités des pathologies infectieuses surveillées en Languedoc-Roussillon

Pour l'année 2008, 350 cas de pathologies à déclaration obligatoire ont été notifiés dans la région, sur environ 700 affaires traitées par les équipes de veille sanitaire.

Les trois premières maladies notifiées sont la tuberculose (175 cas annuels), la légionellose (60 cas annuels) et les toxi-infections alimentaires collectives (40 foyers annuels pour 350 cas annuels). Ces pathologies demandent systématiquement des investigations permettant de s'assurer que le risque de transmission interhumaine est maîtrisé, avec l'appui des cliniciens et des services concernés (en charge de l'alimentation ou de l'environnement, centres de lutte antituberculeuse). Les infections invasives à méningocoques (30 cas annuels environ) viennent en 4^{ème} position, justifiant souvent de lourdes mesures de prévention.

Une centaine d'autres signalements parviennent chaque année dans le cadre de pathologies transmissibles hors du champ de la notification obligatoire (épidémies diverses telles que coqueluche, gale, scarlatine...) ou dans le cas de dispositifs particuliers de signalement comme certaines infections nosocomiales, les épidémies d'infections respiratoires aiguës en établissements médico-sociaux.

Enfin, 5% des signaux sanitaires chaque année sont des affections rares ou particulières dans leur gravité ou leur présentation, tandis qu'autant sont des regroupements de syndromes ou de pathologies provoquant une inquiétude parmi la population ou les professionnels de santé.

L'exposition à un risque d'origine environnementale est moins souvent l'objet de signalements mais débouche fréquemment sur des investigations complexes.

A la lecture de ces pages, restreintes au champ des 30 maladies à déclaration obligatoire [1], on pourra remarquer quelques points forts et tendances régionales concernant les principales pathologies notifiées. Cette connaissance est tout particulièrement utile pour la décision en santé publique [2].

L'incidence de la tuberculose est comparable à la moyenne nationale avec une augmentation du nombre de cas notifiés en 2007 suivie d'une stabilisation en 2008.

L'incidence de la légionellose recule en région comme au niveau national depuis 2006. Cette baisse peut être attribuable en partie aux efforts réalisés pour la maîtrise du "risque légionelle" par l'ensemble des intervenants.

Pour les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et les toxi-infections alimentaires collectives, les chiffres sont très proches des tendances nationales, les infections à *Salmonella* étant les plus fréquemment retrouvées.

Il faut noter que les hépatites virales A font régulièrement l'objet de signalement d'épidémies dans un contexte où la vaccination préventive précoce en collectivité est désormais un outil de contrôle pouvant être envisagé.

Les infections invasives à méningocoques sont à des niveaux moyens dans la région, avec une souche de sérotype C dans 14% des cas, ce qui reste stable voire inférieur aux données des années précédentes.

Pour ce qui est des nouveaux cas d'infections à VIH, la région reste en 2008 proche de l'incidence métropolitaine, parmi les dix régions les plus touchées.

Enfin, l'épidémie de rougeole qui a repris au niveau national depuis 2008, avec des bouffées épidémiques importantes au sein de communautés insuffisamment vaccinées, a fortement touché la région en 2008, puis s'est faite plus discrète en 2009. Les taux de couverture vaccinale en Languedoc-Roussillon, plus bas que la moyenne nationale (84% contre 89,4% au niveau national en 2006), doivent inciter à l'action afin de prévenir la survenue de nouveaux épisodes [3]. Les âges les plus touchés sont actuellement les nourrissons, groupe qui comme les adultes présente les complications les plus fréquentes et les plus sévères.

Encore une fois, comme pour la surveillance de l'impact sanitaire de la grippe, c'est l'existence d'un réseau de veille sanitaire régional efficace qui a permis la collecte de données de qualité et dont l'intérêt est incontestable.

Références

[1] <http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm>

[2] Les maladies transmissibles dans les régions de France / FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé), France. - Octobre 2009. - 108 p.

[3] Améliorer la couverture vaccinale en Languedoc-Roussillon, Chatenay G et al., DRASS Info N°47, Juin 2008, 12 p.

Les MDO déclarées en Languedoc-Roussillon au 31 décembre 2008

1/ BOTULISME

Le botulisme est une affection neurologique grave due à une neurotoxine produite par *Clostridium botulinum*, caractérisée par une atteinte bilatérale des paires crâniennes et une paralysie descendante. Il existe trois modes de contamination : la contamination par ingestion d'aliments contenant la toxine botulique (la forme la plus fréquente), la colonisation intestinale par germination de spores de *C. botulinum* ingérées (la forme la plus connue est le botulisme du nourrisson) et la contamination cutanée par une plaie [1].

De 1991 à 2008, seuls 2 foyers de botulisme ont été recensés en Languedoc-Roussillon, le premier en 1992 et le second en 2003, tous deux situés dans le Gard.

En 1992, 2 cas ont été recensés, ces 2 personnes ont été hospitalisées. Ces cas étaient associés à une

restauration de type "familiale", les aliments incriminés étaient des haricots verts en conserve.

Le foyer de 2003 impliquait 7 personnes exposées dont 3 cas avérés et 1 hospitalisation. Ce foyer était associé à une restauration familiale : des charcuteries ont été suspectées comme étant à l'origine de la contamination. La toxine de type B a été retrouvée dans le sérum.

Critères de notification :

Diagnostic clinique de botulisme.

Référence

[1] Site de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/botulisme/default.htm>

2 / BRUCELLOSE

La brucellose est une zoonose provoquée par des bactéries du genre *Brucella* et qui atteint essentiellement les ruminants (bovins, caprins, ovins). La transmission à l'homme se fait par contamination cutanée ou digestive (rarement respiratoire) à partir des produits d'avortements et sécrétions vaginales animales. Parmi les populations contaminées, on retrouve les professionnels en contact avec le bétail (vétérinaires, agriculteurs, bouchers...) mais aussi des touristes ou promeneurs.

En Languedoc-Roussillon, 35 cas ont été notifiés de 1994 à 2008 dont 7 expositions professionnelles et 2 séjours à l'étranger. Les derniers cas déclarés remontent à 2005 avec 2 cas recensés dans l'Hérault : une femme de 25 ans, et un homme de 28 ans ayant séjourné au Rwanda dans les 3 mois précédant l'apparition des signes.

Critères de notification :

Tableau clinique évocateur de brucellose associé à :

• Cas confirmé (au moins un des résultats suivants) :

1. isolement de *Brucella spp.* dans un prélèvement clinique ;
2. ou multiplication par au moins 4 du titre d'anticorps entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard ;
3. amplification génique positive

• Cas probable : mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum.

Référence

[1] Site de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/brucellose/default.htm>

Matériel et méthode

Cette synthèse a été réalisée à partir de l'intégralité des données de déclaration de MDO depuis la mise en place de ce dispositif et transmises par les Ddass à l'InVS.

Le recensement des cas de la région a été effectué en sélectionnant le département de domicile lorsque cela était possible. Cette sélection a été faite par département de déclaration lorsque le département de domicile était mal renseigné (tuberculose), inexistant (botulisme) ou non adapté (pour les TIAC l'augmentation importante de la population de la région en été a motivé l'utilisation du département dans lequel le repas suspecté a eu lieu).

L'analyse approfondie des données concernaient les cas déclarés dont la date de début des signes se situait entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2008, sauf pour la rougeole dont la notification a débuté en 2006, et pour l'hépatite B pour laquelle l'analyse a porté sur l'ensemble

des déclarations survenues depuis 2003. La date de déclaration a été utilisée lorsque la date de début des signes était mal renseignée (fièvres typhoïde et paratyphoïde) ou non adaptée (tuberculose, VIH). Pour le sida la sélection s'est faite par l'année du diagnostic.

Les données de population utilisés pour calculer les incidences sont les populations légales municipales fournies par l'Insee. Pour l'année 2008, le calcul des incidences régionales s'est fait avec l'estimation Insee, pour les incidences départementales la population municipale 2007 a été utilisée (risque de sur estimation des incidences).

Les 3 cas de tétanos rapportés dans la région, survenus en 1998, 1999, et 2002, ainsi que le cas de tularémie déclaré en 2008, n'apparaissent pas dans ce rapport compte tenu des faibles effectifs.

L'analyse a été faite avec le logiciel SAS Entreprise Guide 4.1, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.

3 / FIEVRE TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE

Les agents pathogènes responsables de la fièvre typhoïde ou paratyphoïde appartiennent au genre *Salmonella* et se transmettent le plus souvent de manière indirecte : transmission féco-orale par ingestion d'eau, de fruits de mer, de légumes crus contaminés. La fièvre est le plus souvent associée à une symptomatologie digestive (nausées, diarrhée).

Les fièvres typhoïdes sont rares en France où 110 cas en moyenne sont déclarés chaque année (incidence annuelle moyenne de 0,18 / 10⁵ habitants). Une large majorité des cas ont une notion de séjour dans un pays endémique, soulignant l'importance pour les voyageurs de respecter les recommandations d'hygiène [1]. Des cas groupés liés à la restauration sont survenus ponctuellement dans les Alpes-Maritimes en 1997 (1 foyer) et en Ile-de-France avec 3 foyers en 1998, 2003 et 2006 [2].

Entre 1995 et 2008, 62 cas ont été déclarés pour la région. L'incidence annuelle des cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde en Languedoc-Roussillon fluctuait autour de l'incidence métropolitaine (figure 1). Cependant la faiblesse des effectifs rend difficile le suivi des tendances.

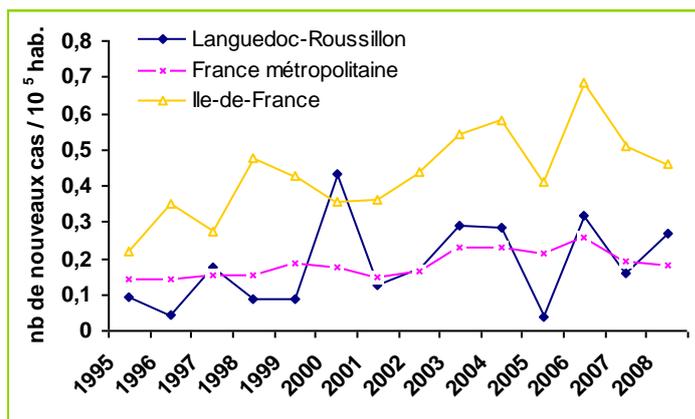
Sur cette période, entre 2005 et 2008, 20 cas ont été déclarés dans la région dont 11 dans l'Hérault, 6 dans le Gard, 2 dans l'Aude et 1 dans les Pyrénées-Orientales.

Sur les 20 cas, 12 étaient dus à *Salmonella typhi*, 5 à *Salmonella paratyphi B* et 3 à *Salmonella paratyphi A*.

Le sex-ratio H/F était de 0,5 et l'âge médian de 19 ans [3 ; 93]. Sur 14 patients pour lesquels l'information est connue, 12 avaient effectué un séjour à l'étranger dont 7 en Afrique et 4 en Inde. Une majorité des cas a nécessité une hospitalisation (78%). Aucun décès n'a été constaté.

| Figure 1 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde. France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 1995 à 2008



Critères de signalement et de notification :

Tableau clinique évocateur de fièvre typhoïde ou paratyphoïde associé à un **isolement** de *Salmonella typhi*, *paratyphi A*, *paratyphi B* ou *paratyphi C*, quel que soit le site de l'isolement. Ne pas notifier les sérologies positives à *Salmonella typhi* et *paratyphi* ni les infections à d'autres sérotypes de *Salmonella* (*typhimurium*, *enteritidis*...) quel que soit le site d'isolement.

Références

[1] Recommandations sanitaires pour les voyageurs, BEH 2009, 23-24

[2] V. Vaillant, Perry C, Leclerc V. 2006. Cas groupés de fièvre typhoïde liés à un lieu de restauration à Paris, 2006.

Rapport InVS accessible sur :

http://www.invs.sante.fr/publications/2007/fievre_typhoide_paris_juillet_2006/rapport.pdf

4 / INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUES

Les infections invasives à méningocoques (IIM) sont des infections graves d'origine bactérienne à *Neisseria meningitidis* qui se manifestent par une méningite ou une méningococcémie, la forme la plus grave étant le *purpura fulminans*. Cette maladie contagieuse se transmet par voie aérienne. Les sérogroupes les plus fréquents sont : le A (surtout en Afrique et en Asie), le B (le plus fréquent en France), le C et le W135 qui émerge depuis quelques années. D'autres sérogroupes, plus rares, ont également été identifiés comme étant pathogènes [1].

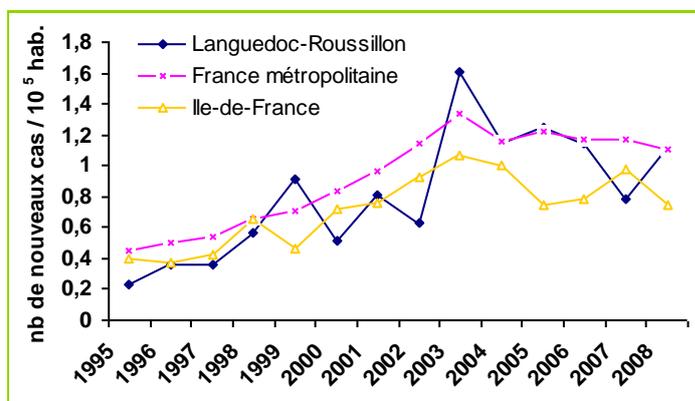
Cette maladie est devenue rare en France, sa gravité résidant dans le pronostic fatal (11% des cas sont décédés en 2008 [2]) et dans les séquelles (5% des cas). Elle touche essentiellement les enfants et les adolescents et survient en général du début de l'hiver au printemps.

Lorsqu'un cas survient, des mesures de prévention doivent immédiatement être appliquées afin d'éviter la propagation à un second cas dans l'entourage. Pour cette raison les IIM font partie des maladies à déclaration obligatoire et doivent être **signalées au plus vite** aux autorités sanitaires du département dès le diagnostic posé [3].

Depuis 1995, l'incidence annuelle des cas d'IIM déclarés en Languedoc-Roussillon varie entre 0,2 et 1,6 cas

| Figure 2 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas d'infections invasives à méningocoques en France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 1995 à 2008



pour 10⁵ habitants (figure 2). Après une augmentation en 2003*, l'incidence régionale a rejoint celle de la métropole qui est de 1,1 cas 10⁵ habitants en 2008.

* depuis le 15 juillet 2002, la définition de cas d'IIM a été élargie en prenant en compte des techniques comme la PCR ou la présence d'éléments purpuriques cutanés. Cette modification a pu contribuer à augmenter l'incidence des IIM en 2003.

Description des cas d'IIM recensés depuis 2005 en Languedoc-Roussillon

Entre 2005 et 2008, 109 cas d'IIM ont été recensés pour la région. Le séro-groupe était connu pour 95% des cas. Parmi eux, le B était le plus fréquemment rencontré (de 52% à 83% des cas selon l'année), suivi par le C (de 11% à 33% des cas selon l'année). En 2008, le séro-groupe B représentait 72% des cas et le C 14%.

Les populations les plus touchées étaient les enfants de moins de 5 ans (taux d'incidence de 34 / 10⁵ habitants), et plus particulièrement les moins de 1 an, qui représentaient 17% du total des cas. Un rebond était observé chez les adolescents (incidence de 8,6 / 10⁵ hab. chez les 15-20 ans). Les plus de 95 ans étaient aussi fortement touchés (incidence de 37 / 10⁵ habitants), mais

les faibles effectifs rendent difficile l'interprétation de ce taux (figure 3). Le sex-ratio H/F était de 1.

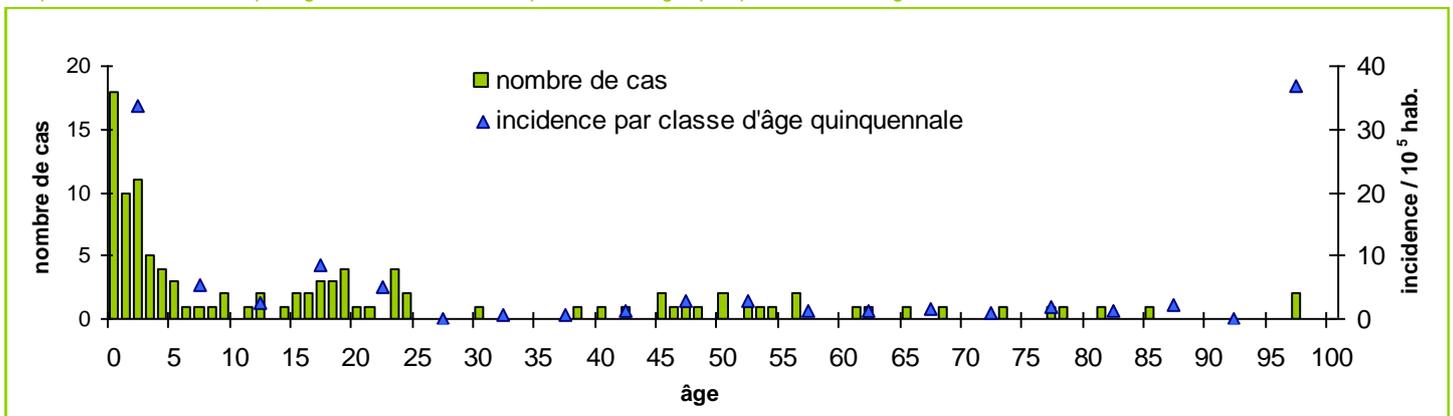
La présence d'un *purpura fulminans* a été indiquée dans 24% des cas touchés par le séro-groupe B, et 15% des cas touchés par le C ; chacun de ces séro-groupe ayant eu une létalité de 13%. La létalité globale a évolué entre 1 et 6 décès annuels, soit en moyenne 15% des cas.

En 2005 la majorité des cas étaient déclarés dans le Gard. Les années suivantes c'est dans l'Hérault que le nombre de nouveaux cas d'IIM a été le plus élevé.

Par ailleurs, en janvier 2008, une grappe de 3 cas coprimaires (survenus dans un délai inférieur à 24H après le cas index) d'infections invasives à méningocoque B étaient signalées par le CH de Narbonne au sein d'une fratrie, impliquant une souche de phénotype B:4:P1.2,5.

| Figure 3 |

Répartition des cas d'IIM par âge et incidence des IIM par classe d'âge quinquennale en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008



EN BREF

- L'incidence et la gravité des infections invasives à méningocoque en Languedoc-Roussillon sont comparables à la moyenne nationale avec environ 1 cas pour 100 000 habitants, un *purpura fulminans* dans 16 à 24% des cas et une létalité de 15% entre 2005 et 2008.
- L'évolution constatée entre 2005 et 2008 montre une relative stabilisation de l'incidence globale correspondant à la tendance nationale.
- Il n'existe pas de différence notable de répartition des cas selon les départements.
- La répartition entre sérogroupes montre une tendance à la stabilisation entre les sérogroupes B et C, le séro-groupe B restant dominant (65% sur la période 2005-2008).

Critères de notification :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, L.C.R., liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique.

2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du L.C.R.
3. L.C.R. 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'antigènes solubles méningococciques dans le L.C.R., 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).

Références

- [1] Site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/default.htm>
- [2] BEH 2009/N°46-47, les infections invasives à méningocoque en France en 2008
- [3] A. Perrocheau. 2006. La surveillance des infections invasives à méningocoques en France en 2000. Évaluation quantitative par la méthode de capture-recapture à 3 sources. Rapport InVS accessible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/iim_france_2000/iim_france_2000.pdf

5 / HEPATITE A AIGUE

L'hépatite A est une infection aiguë, d'évolution le plus souvent favorable, dont l'homme est le seul réservoir du virus à l'instar des autres hépatites virales. La contamination se fait essentiellement par voie digestive (féco-orale), par consommation d'eau ou d'aliments contaminés par les virus excrétés dans les fèces de personnes infectées ou par contact entre un sujet infecté et une personne réceptive. La transmission par des liquides biologiques (sang, salive) est possible mais exceptionnelle.

L'incubation dure 2 à 6 semaines, l'excrétion du virus est maximale juste avant l'apparition des symptômes qui se traduisent le plus souvent par des signes généraux suivis d'un ictère [1]. La sévérité de la maladie augmente avec l'âge avec une évolution vers une hépatite fulminante dans 1% des cas.

Dans les pays d'endémie faible comme la France, les adultes à risque sont les voyageurs, les usagers de drogues et les homosexuels. Les épidémies sont rares, mais parfois prolongées dans les collectivités fermées de jeunes enfants. La séroprévalence augmente avec l'âge.

L'hépatite A est à nouveau une maladie à déclaration obligatoire depuis novembre 2005 [2]. Un des objectifs du signalement de l'hépatite A est la détection des épidémies survenant sur le territoire.

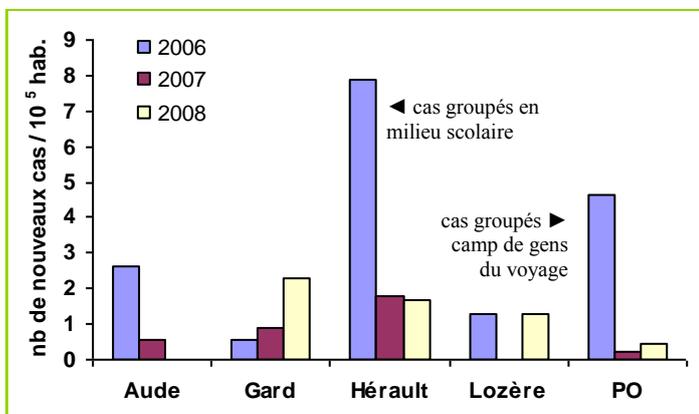
Description des cas recensés depuis 2006 en Languedoc-Roussillon

Entre 2006 et 2008, 176 cas d'hépatite A ont été signalés en Languedoc-Roussillon, avec 117 cas pour la seule année 2006, où deux épidémies ont été investiguées, l'une en milieu scolaire (23 cas) dans l'Hérault, et l'autre au sein d'un camp de gens du voyage dans les Pyrénées-Orientales (13 cas). Les chiffres revenaient à des valeurs plus basses en 2007 et 2008 avec respectivement 27 et 36 cas.

L'incidence pour la région était de 4,5 / 10⁵ habitants en 2006. En 2007 et 2008, elle était inférieure à l'incidence nationale (2 cas pour 10⁵ habitants), avec respectivement 1 puis 1,4 / 10⁵ habitants (figure 4).

| Figure 4 |

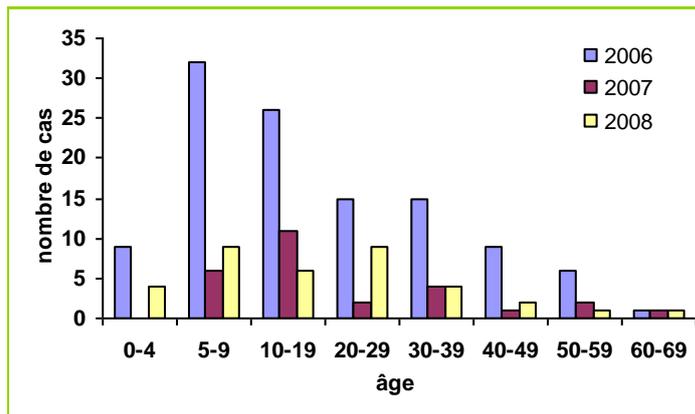
Evolution annuelle de l'incidence des cas d'hépatite A aiguë déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2006 et 2008 selon le département



L'âge médian des cas recensés était de 15 ans [<1 ; 67]. Les classes d'âge les plus touchées étaient les 5-9 ans et les 10-19 ans (figure 5). Le sex-ratio H/F était de 1,5.

| Figure 5 |

Répartition du nombre de cas d'hépatite A par classe d'âge et par an en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008



Plus de 68% des cas ont présenté un ictère associé ou non à des symptômes aspécifiques et près d'1 cas sur 5 a nécessité une hospitalisation en 2006 contre la moitié des cas en 2007 et un tiers des cas en 2008.

Les principales expositions à risque étaient la présence d'un cas dans l'entourage et un séjour hors métropole, dans les 2 à 6 semaines avant le début des symptômes.

Selon l'année, de 27% à 56% des cas avaient voyagé hors métropole dans les 2 à 6 semaines avant le début des symptômes, dont 68% au Maghreb.

Au total, 47% des cas avaient été en contact avec d'autres cas dans leur entourage (de même pour 48% des cas au niveau national en 2006 [2]) dont 55% dans leur famille et 27% dans une collectivité.

Parmi les autres expositions à risque, 20% avaient un enfant de moins de 3 ans à domicile, 15% avaient consommé des fruits de mer (dont la moitié des huîtres) et 3% fréquentaient une crèche ou un établissement d'accueil de personnes handicapées.

Vaccination recommandée en présence d'un (ou plusieurs) cas d'hépatite A confirmée, en plus des mesures d'hygiène et d'information des sujets contacts :

- Dans l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A (ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas), afin d'éviter une dissémination intrafamiliale : vacciner le plus tôt possible sans examen sérologique préalable et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A réunissant toutes les conditions suivantes : **nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère, n'ayant pas séjourné plus d'un an en pays de forte endémicité.**

- Si l'une au moins des conditions précédentes n'est pas remplie, une **sérologie préalable** est fortement recommandée, à la recherche d'anticorps totaux témoins d'une immunité ancienne, à condition que sa réalisation soit compatible avec le délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques.

- Dans les communautés de vie en situation d'hygiène précaire : la population exposée, définie par l'investigation épidémiologique, sera vaccinée dès l'apparition du premier cas et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques de ce cas.

6 / HEPATITE A — SUITE

POINTS CLES

- La survenue d'un cas dans une collectivité à risque (crèche, établissement pour personnes handicapées...) nécessite une évaluation du risque de transmission dans cette collectivité.
- Le regroupement dans le temps et l'espace de 2 cas ou plus doit déboucher sur une investigation permettant d'évaluer l'existence de cas groupés et de prendre les mesures préventives et de contrôle adaptées.
- Ces nouvelles recommandations sont disponibles dans le Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des cas d'hépatite A : http://www.invs.sante.fr/publications/2009/guide_hepatite_a/guide_hepatite_a.pdf.

Critère de notification :

Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

Références

- [1] CMIT, "Hépatite virale A". In : CMIT, ed E. PILLY, Montmorency : 2M2 Ed ; 2003 : 403-04
- [2] E. Couturier *et al.* (2007). Hépatite aiguë A en France en 2006. Première année de surveillance par la déclaration obligatoire. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 29-30 : 253-56
- [3] E. Couturier, E. Delarocque-Astagneau J-L Duponchel, E Dussaix, B. Hoen, Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des cas d'hépatite A, Institut de veille sanitaire, avril 2009, 23 p.

6 / HEPATITE B

L'hépatite B est une hépatite virale qui se transmet par voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant. Elle est considérée comme une maladie professionnelle chez les personnels soignants. Réintroduites dans le dispositif de déclaration obligatoire en 2003, les infections aiguës symptomatiques par le virus de l'hépatite B relèvent d'une notification aux Ddass mais pas d'un signalement urgent.

Dans 50 à 70% des cas l'hépatite B aiguë est asymptomatique et le sujet ne présente pas d'ictère. Un vaccin contre l'hépatite B existe depuis plus de vingt ans, mais la couverture vaccinale aux âges cibles des recommandations actuelles reste très insuffisante, de l'ordre de 30%. Les recommandations de vaccination actuelles reposent sur une double stratégie de vaccination des personnes à risque élevé d'exposition et, dans une perspective de contrôle à plus long terme de l'hépatite B, la vaccination des nourrissons associée au rattrapage des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

L'objectif de cette notification est d'estimer l'incidence des infections aiguës symptomatiques confirmées par la biologie et d'en suivre les tendances. Elle doit également permettre d'étudier des formes graves, en particulier fulminantes, et aussi d'identifier des cas groupés [1].

L'incidence annuelle des cas d'hépatite B aiguë a peu évolué pour la métropole au cours de ces 6 dernières années, se situant aux alentours de 0,2 / 10⁵ habitants.

Pour le Languedoc-Roussillon, l'incidence est restée faible, évoluant entre 0,08 et 0,28 cas pour 10⁵ habitants depuis 2003 (figure 6), avec une sur-incidence en 2008 (voir encadré). Cependant, les faibles effectifs rendent difficile l'interprétation de ces tendances.

Cas groupés d'infections aiguës par le virus de l'hépatite B (VHB) liées à des actes d'acupuncture

En septembre 2008, une infection aiguë VHB était notifiée à la Ddass du Gard chez une adolescente avec pour seul facteur de risque des séances d'acupuncture dans un centre d'énergétique chinoise. L'inspection confirmait la suspicion d'exercice illégal de la médecine et l'absence de respect des précautions d'hygiène standard. Un arrêté préfectoral ordonnait la cessation d'activité.

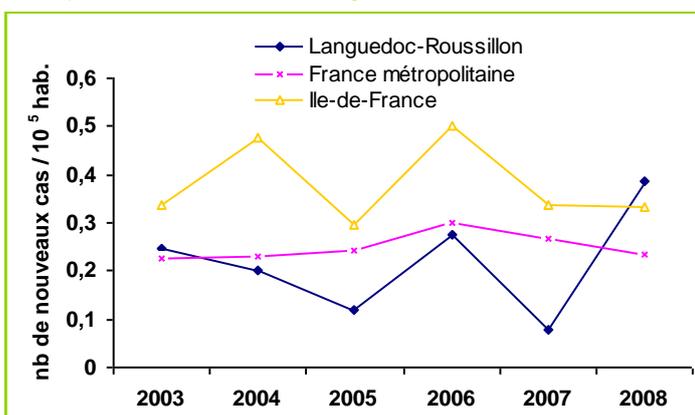
L'investigation recherchait d'autres cas et explorait l'hypothèse d'une transmission associée aux soins. Une description des caractéristiques cliniques, biologiques et épidémiologiques (dont les dates des séances) et un séquençage des souches virales par le CNR des hépatites ont été réalisés. Quatre cas (dont 1 asymptomatique) ont pu être identifiés dans la clientèle (aucun chez le personnel) chez des femmes âgées de 16 à 85 ans. Aucune n'était vaccinée et ne déclarait d'autre facteur de risque.

Outre le non respect des précautions standard, l'inspection notait la présence d'aiguilles ou de ventouses souillées et potentiellement réutilisées. Les 4 souches étaient de génotype D et présentaient une homologie de séquence de 100% sur les régions analysées.

Ces résultats ont permis de confirmer la transmission du VHB entre patients par l'intermédiaire de matériels souillés ou partagés. Il s'agit du premier épisode de ce type décrit en France. L'acupuncture est un acte médical qui doit respecter strictement les précautions standard et la non réutilisation du matériel à usage unique.

| Figure 6 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas d'hépatite B en France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 2003 à 2008



Description des cas d'hépatite B aiguë recensés depuis 2003 en Languedoc-Roussillon

Sur la période de 2003 à 2008, 33 cas d'hépatite B ont été signalés en Languedoc-Roussillon. Selon l'année, de 0 à 8 cas ont été recensés par département.

L'âge médian des cas était de 42 ans [1 ; 85] avec un plus grand nombre de cas dans la tranche d'âge des 15-44 ans (55%), suivi par les plus de 45 ans (42%). Sur ces cinq années, le sex-ratio H/F était de 1,2.

L'ictère était présent dans 58% des cas. Une majorité des cas (58%) a nécessité une hospitalisation et 2 cas (6%) présentaient un tableau d'hépatite fulminante. L'un a été greffé et l'autre est décédé.

Sur les 33 cas, 14 (42%) n'ont signalé aucune exposition potentielle dans les 6 mois précédant les signes, 15 (45%) ont signalé un seul facteur d'exposition potentielle, et 4 (12%) ont signalé 2 facteurs ou plus.

Les facteurs d'exposition potentielle les plus souvent rencontrés étaient le risque sexuel avec 5 cas sur 33 (15%) et la vie en institution avec 3 cas (9%) (tableau 2). L'acupuncture était surreprésentée car cette exposition inhabituelle était liée à un foyer de cas groupés (voir encadré page précédente). Les risques liés aux soins dentaires sont probablement largement surestimés, du fait de la fréquence de ce type de soin dans la population générale.

Critères de signalement et de notification :

Détection d'IgM anti-HBc pour la première fois. Si IgM anti-HBc non testées : détection d'Ag HBs et Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite B aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère).

| Tableau 2 |

Description des facteurs d'exposition potentielle survenus dans les 6 mois précédant les signes (n=33) - Languedoc Roussillon, 2003 à 2008

Facteur d'exposition potentielle	nombre de cas	%
Aucun	14	42
Risque sexuel	5	15
dont partenaires multiples	4	12
rapports homosexuels	2	6
Voyage en zone d'endémie	1	3
Soins invasifs	0	0
Soins dentaires	7	21
Exposition familiale	1	3
dont parent HbS +	1	3
Usage de drogues	0	0
Risque périnatal	1	3
Vie en institution	3	9
Profession exposée	1	3
Tatouage piercing	1	3
Autres	4	12
dont acupuncture	4	12

NB : les facteurs d'exposition potentielle pouvant être multiples, le total est supérieur à 100%.

Référence

[1] Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, site InVS, accessible sur :

http://www.invs.sante.fr/surveillance/hepatite_b/default.htm

7 / LEGIONELLOSE

La légionellose est une infection pulmonaire grave, causée par une bactérie du milieu extérieur appartenant au genre *Legionella*, qui se traduit par un syndrome infectieux respiratoire. Cet état grippal fait rapidement place à une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation. La maladie peut être mortelle dans 10 à 20% des cas [1].

La contamination se fait par voie respiratoire suite à l'inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. A ce jour, aucune transmission interhumaine n'a été démontrée.

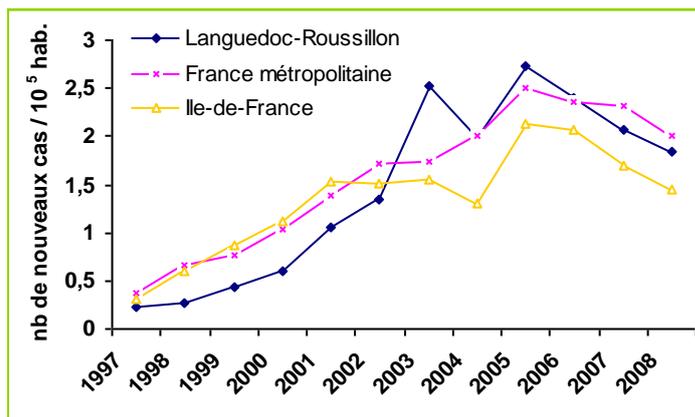
La légionellose affecte essentiellement les adultes et en particulier les personnes présentant les facteurs de risque suivants : âge avancé, maladie respiratoire chronique, diabète, immunodépression, traitement immunosuppresseur, tabagisme, alcoolisme [1]. La légionellose est à déclaration obligatoire depuis 1987 [2].

Entre 1997 et 2008, l'incidence annuelle des cas de légionellose en Languedoc-Roussillon variait de 0,2 à 2,7 cas pour 10⁵ habitants selon l'année.

Au cours de l'été 2003, un épisode de cas groupés probablement en lien avec une tour aéro-réfrigérante du centre ville de Montpellier a fait 31 cas dont 3 sont décédés.

| Figure 7 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas de légionellose en France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 1997 à 2008



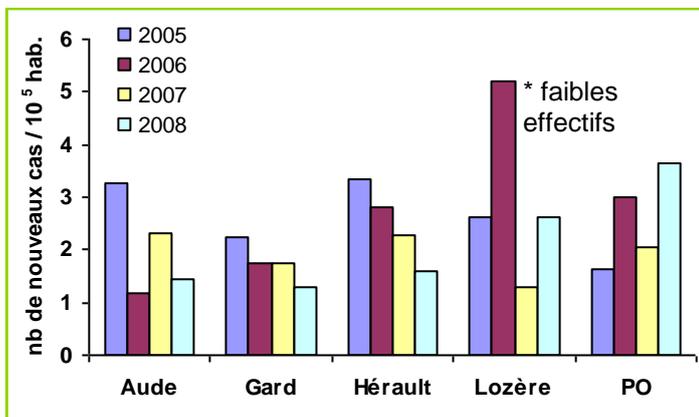
Depuis 2006, l'incidence annuelle en région diminue parallèlement à celle de la France métropolitaine, grâce notamment à une amélioration de la conception et de la surveillance des réseaux, ainsi que de la prévention du risque [3]. En 2008, l'incidence pour la région était de 1,9 / 10⁵ habitants, proche de l'incidence nationale qui était à 2 / 10⁵ habitants (figure 7).

Description des cas de légionellose recensés depuis 2005 en Languedoc-Roussillon

Entre 2005 et 2008, 230 cas de légionellose ont été recensés pour la région. Sur ces 4 années, l'incidence avait tendance à diminuer dans chaque département de la région, sauf pour les Pyrénées-Orientales, où elle a atteint une incidence de 3,6 / 10⁵ habitants en 2008 (figure 8).

| Figure 8 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas de légionellose déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008 selon le département



Tous les cas ont été confirmés biologiquement, principalement par recherche d'antigènes urinaires solubles (96%). L'espèce *L. pneumophila* du sérotype LP1 était la plus fréquemment rencontrée (97% des cas).

L'âge médian des cas était de 62 ans [21 ; 99]. La classe d'âge la plus touchée était celle des 60-79 ans sur ces quatre années avec 35% des cas, suivie par les 40-60 ans avec 34% des cas et les plus de 80 ans avec 20% des cas. Le sex-ratio H/F était de 2,6.

La majorité des cas ont été hospitalisés et 15 cas (8% des cas dont le statut est connu) sont décédés (contre 10% au niveau national).

Les facteurs favorisants suivants ont été identifiés : le tabagisme (45%), le diabète (21%); les autres facteurs identifiés moins fréquemment étant l'hémopathie et le cancer (7%), la corticothérapie (4%) et autres traitements immunosuppresseurs (3%). Aucun facteur de risque n'a été retrouvé pour 28% des cas.

Critères de signalement et de notification :

Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

- Cas confirmé :
 1. isolement de *Legionella spp.* dans un prélèvement clinique
 2. augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2ème titre minimum de 128
 3. immunofluorescence directe positive
 4. présence d'antigène soluble urinaire
- Cas probable : titre d'anticorps élevé (≥ 256)

Références

- [1] Site InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/legionellose/default.htm>
- [2] Van Cauteren C, Campèse C, Jarraud S, Maine C, Che D. Les légionelloses survenues en France en 2007. BEH 2008;30-31:276-280
- [3] Campèse C, Che D. Les légionelloses survenues en France en 2008. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice. Bull Epid Hebd n°31-32. 2009;342-3

8 / LISTERIOSE

La listériose est une infection d'origine bactérienne à *Listeria monocytogenes*, qui est remarquable par ses capacités de multiplication à basse température (4°C). Elle est transmise par l'ingestion d'aliments contaminés consommés crus ou peu cuits. Sans conséquence grave chez l'homme non immunodéprimé, cette infection peut être sévère lorsqu'il existe un déficit de l'immunité (femmes enceintes, nouveau-nés, prématurés, personnes âgées, immunodéprimés...). La listériose peut provoquer des atteintes neuroméningées, des bactériémies, des septicémies ou des formes localisées [1].

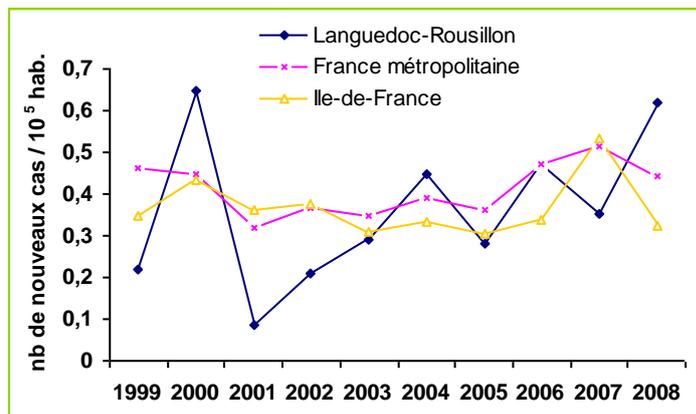
La listériose, à déclaration obligatoire depuis 1998, est surveillée à la fois par l'InVS et par le Centre national de référence (CNR) des *Listeria* qui est chargé de caractériser les souches de *L. monocytogenes* isolées par les laboratoires de microbiologie. Le signalement précoce des cas aux autorités sanitaires doit permettre de recueillir des informations sur les aspects cliniques et sur la consommation alimentaire du patient. Ces informations visent à identifier une éventuelle source commune de contamination entre des patients infectés par des souches considérées comme identiques par le CNR [2].

Après une stabilisation des cas nationaux entre 2001 et 2005, l'incidence a augmenté depuis 2006 [3].

En Languedoc-Roussillon, de 1999 à 2008, 89 cas de listériose ont été déclarés. L'incidence des cas de listériose fluctuait entre 0,1 et 0,6 cas signalés pour 10⁵ habitants. L'incidence en 2008 est supérieure à l'incidence métropolitaine avec 0,62 cas signalés pour 10⁵ habitants (figure 9). Cependant la faiblesse des effectifs rend difficile l'interprétation des tendances.

| Figure 9 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas de listériose en France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 1999 à 2008

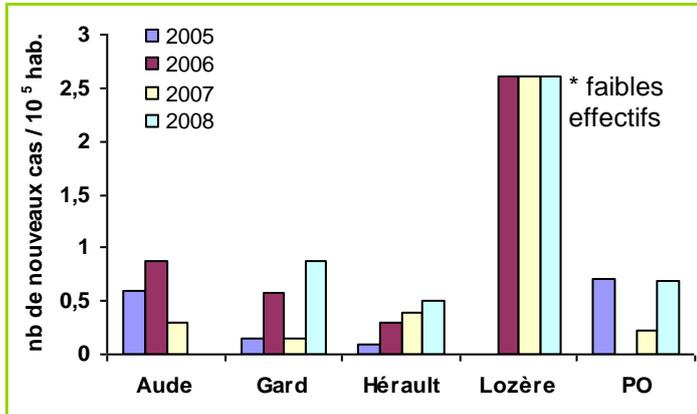


Description des cas de listériose recensés depuis 2005 en Languedoc-Roussillon

Entre 2005 et 2008, 44 cas ont été notifiés pour la région. En 2005, la majorité des cas étaient déclarés dans les Pyrénées-Orientales, en 2006 dans le Gard et en 2007 dans l'Hérault. Toutefois, l'incidence était plus importante en Lozère entre 2006 et 2008 (figure 10).

| Figure 10 |

Répartition annuelle de l'incidence des cas de listériose déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008 par département

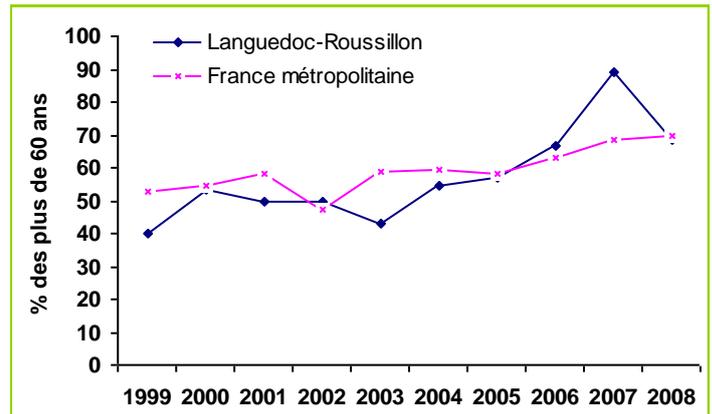


L'âge médian des cas était de 68 ans [23 ; 92]. Le pourcentage de cas de plus de 60 ans était en augmentation lente depuis le début de la notification, passant d'approximativement 48% entre 1999 et 2003 à 67% sur la période 2004-2008, suivant la tendance nationale, sans explication causale formelle à cette étape (figure 11). Sur la période 2005-2008, le sex-ratio H/F était de 1.

La forme materno-néonatale concernait 7 cas, dont un a abouti à une mort *in utero* en 2006. Les bactériémies et septicémies étaient les formes les plus fréquentes avec

| Figure 11 |

Répartition annuelle du pourcentage des cas de listériose de plus de 60 ans déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008



57% des cas. Les formes neuroméningées représentaient 23% des cas. Deux localisations atypiques ont été recensées : une endocardite aortique et une ascite.

Sur cette période, 4 cas ont été hospitalisés et 4 cas sont décédés, soit une létalité de 9%. Il s'agissait de personnes âgées de plus de 70 ans, ayant une pathologie sous-jacente, dont 2 avaient un traitement immunosuppresseur.

Critère de notification :

Isolement de *Listeria monocytogenes*.

Références

- [1] CMIT, « Listériose ». In : CMIT, ed. E. PILLY, Montmorency : 2M2 Ed ; 2003 : 364-65
- [2] V. Goulet, *et al.* (2004). Surveillance de la listériose humaine en France, 2001. *Bull Epid Hebd*, 9 : 33-34
- [3] V. Goulet, *et al.* Recrudescence récente des cas de listériose en France. *Bull Epid Hebd.2008*; 30-31 : 268-72

9 / ROUGEOLE

La rougeole est une maladie très contagieuse pour laquelle la transmission se fait par voie aérienne ou contact direct avec des sécrétions naso-pharyngées. Les signes cliniques sont caractérisés par une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, un catarrhe (toux, coryza, conjonctivite), accompagnés ou non par le signe de Koplik et suivis d'une éruption maculo-papuleuse généralisée. Perçue comme une maladie de l'enfance bénigne, la rougeole peut donner lieu à des complications graves [1].

En 1998, les pays de la Région européenne de l'OMS s'étaient engagés dans une politique d'éradication du virus de la rougeole à l'horizon 2010. Elle a été réintroduite parmi les maladies à déclaration obligatoire en 2005. En 2006 et 2007, respectivement 40 et 44 cas de rougeole étaient déclarés.

Aujourd'hui, la France fait face à une recrudescence de l'incidence des cas de rougeole entamée en 2008. L'épidémie de rougeole débutée à l'automne 2008 s'est intensifiée en 2009 avec 1294 cas déclarés entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2009, soit une incidence de $2,1 / 10^5$ habitants sur cette période [2]. L'âge médian des cas était de 12 ans, 20% d'entre eux ont été hospitalisés. Deux encéphalites aiguës (dont 1 décès) ont été rapportées depuis le début 2009, ainsi qu'un décès par pneumopathie sur terrain fragilisé.

Cette situation est caractérisée par la survenue de plusieurs épidémies en collectivités scolaires reflétant l'existence de communautés d'enfants et d'adolescents insuffisamment vaccinés [3]. Plusieurs épidémies sont survenues parmi des gens du voyage en 2009 témoignant de la circulation virale dans ces groupes de population.

POINT CLES

- En France en 2009, la plus forte incidence est observée chez les moins de 1 an, qui avec les adultes ont les complications les plus fréquentes et les plus sévères.
- Les différents foyers sont l'occasion de confirmer l'existence de communautés insuffisamment vaccinées.
- La systématique de la primo-vaccination et celle de la vaccination de rattrapage chez tous les enfants, adolescents et jeunes adultes sont plus que jamais d'actualité.
- Le diagnostic de rougeole doit être confirmé biologiquement en raison de la faible incidence de la maladie :
 - soit par prélèvement salivaire (kit salivaire du CNR disponible auprès de la Ddass) : ceci permet une recherche de l'ARN viral et des IgM et IgG spécifiques
 - soit par prélèvement sérique si l'on dispose d'un laboratoire pouvant rendre le résultat en moins de 3 jours (recherche des IgM et IgG spécifiques).

Description des cas de rougeole recensés depuis 2006 en Languedoc-Roussillon

La région Languedoc-Roussillon a elle aussi été confrontée dès 2008 à plusieurs vagues épidémiques (voir encadré), au contraire des années 2006 et 2007, où seuls 4 cas de rougeole avaient été déclarés. Celles-ci apparaissent dans un contexte de couverture vaccinale insuffisante, de l'ordre de 80% en région pour une dose vaccinale à 24 mois contre 86% en 2004 au niveau national.

Critères de signalement et de notification :

- Cas clinique : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.
- Cas confirmé : - cas confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques* dans la salive ou le sérum ou séro-conversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* ou PCR positive ou culture positive)
ou - cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé.

* en l'absence de vaccination récente

Références

- [1] I. Parent du Châtelet, D. Lévy-Bruhl (2004). Surveillance de la rougeole en France. Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie. Rapport InVS accessible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rougeole_071204/index.html
- [2] Données de déclaration obligatoire de la rougeole, bilan provisoire au 31/05/09. Accessible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/default.htm>
- [3] BEH N°39-40, octobre 2009, numéro thématique, Rougeole, données sur une épidémie en France et en Europe, 2008
- [4] Circulaire 2009DGS/RI1/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés

Cas groupés de rougeole en 2008 dans deux écoles privées confessionnelles de l'Aude ayant donné lieu à une investigation approfondie

Le 15 octobre 2008 des cas groupés de rougeole ont été signalés à la Ddass de l'Aude par les Ddass des Bouches-du-Rhône et du Tarn-et-Garonne. Sur les 9 cas signalés, 8 étaient scolarisés dans deux écoles privées de l'Aude appartenant à une même communauté religieuse.

Une investigation a été menée par la Cire afin de déterminer le taux d'attaque du virus, la propagation du virus et le taux de couverture vaccinale. Une étude de cohorte rétrospective a été organisée en interrogeant toutes les familles qui avaient un enfant scolarisé dans une de ces écoles. Des questionnaires standardisés ainsi qu'une lettre-type d'information ont été adressés aux familles. Les écoles ont relevé le statut vaccinal et la présence de la maladie chez les élèves. Des mesures d'éviction scolaire et de contrôle du statut vaccinal des élèves ont été prises.

Cette étude a permis d'identifier 144 cas de rougeole clinique (âge médian 11 ans) dont seulement 17 ont été notifiés par DO et 11 prélevés. La confirmation biologique a été obtenue pour 9 cas. Parmi ces 144 malades, 113 étaient des élèves de l'école (57 garçons et 56 filles), les autres étant des membres de leur famille. Le taux d'attaque du virus était de 24% dans l'école des garçons et 30% dans l'école des filles. Aucun cas grave n'a été recensé. Parmi les malades, 3 étaient vaccinés. L'épidémie a duré 75 jours.

Le taux de couverture vaccinale déclaratif (au moins 1 dose) était de 63% dans l'école des garçons comme dans l'école des filles. Seuls 8 enfants ont bénéficié de la vaccination post-exposition.

Le regroupement de personnes insuffisamment vaccinées favorise l'apparition périodique d'épidémies et compromet ainsi l'éradication de la rougeole.

10 / TOXI INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE

Les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) sont à déclaration obligatoire depuis 1986. Une Tiac est décrite comme la survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Tout épisode doit faire l'objet d'un signalement immédiat au Médecin inspecteur de santé publique de la Ddass ou à la Direction départementale des services vétérinaires (Ddsv) afin de déclencher au plus vite une investigation en lien si nécessaire avec la Direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (Ddccrf). Selon les situations, la Cire peut apporter son soutien à l'investigation.

Les enquêtes épidémiologiques et vétérinaires visent à identifier l'agent causal, la source d'exposition (aliment incriminé) et les facteurs favorisant la survenue de l'épisode. Elles peuvent conduire à la mise en place de mesures correctrices et de prévention, allant de

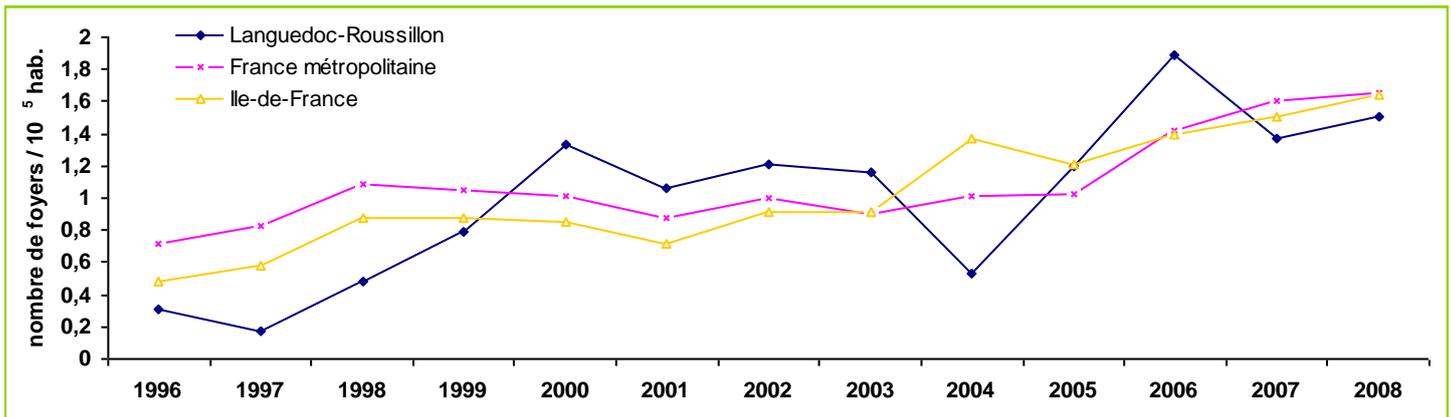
l'information du personnel chargé de la préparation des aliments au retrait de produits alimentaires.

Les Tiac déclarées aux Ddass sont signalées à l'InVS, accompagnées le cas échéant du rapport d'investigation du foyer de la Tiac. Les Tiac déclarées aux Ddsv font l'objet d'une notification immédiate par télécopie à la Direction générale de l'alimentation (Dgal) et ultérieurement de l'envoi d'un rapport d'investigation. L'analyse et la synthèse des données sont réalisées par l'InVS après mise en commun des DO reçues par la Dgal et l'InVS [1].

En Languedoc-Roussillon, de 1996 à 2008, 318 foyers de Tiac ont été déclarés. Sur cette période, l'incidence tend à augmenter légèrement, suivant la tendance nationale (figure 12). Cependant l'amorce de cette augmentation en 2003 au niveau national coïncide avec le début de l'utilisation du logiciel WinTiac, permettant un recueil des signaux plus systématique et l'intégration de données provenant des centres nationaux de référence [2].

| Figure 12 |

Evolution annuelle de l'incidence des foyers de Tiac en France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 1996 à 2008

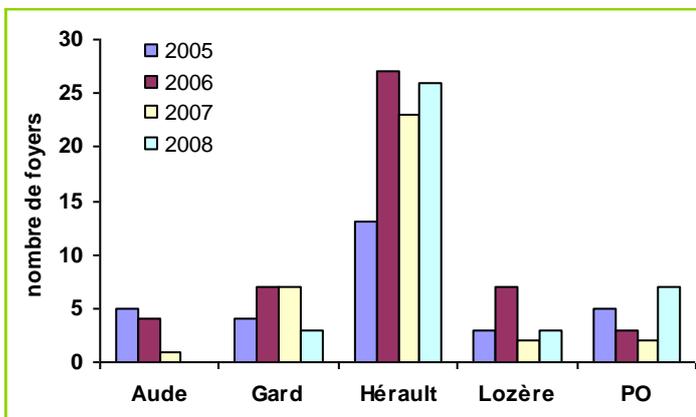


Description des foyers de Tiac recensés depuis 2005 en Languedoc-Roussillon

Entre 2005 et 2008, 152 foyers ont été notifiés en Languedoc-Roussillon, pour un total de 1368 cas. Sur cette période, la majorité des foyers étaient déclarés dans l'Hérault (figure 13). Cependant le nombre de foyers rapportés à la population le plus important était en Lozère (nombre de foyers pour 10⁵ habitants de 2,6 à 9,1 selon les années).

| Figure 13 |

Evolution annuelle du nombre de foyers de Tiac déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008 par département



Sur ces quatre années, le nombre de personnes malades par foyer variait entre 2 et 150 (médiane de 4 cas).

Le repas a eu lieu pour 38% des foyers au restaurant, pour 32% en restauration familiale, et pour 24% des foyers en restauration collective.

Près de 44 foyers (29%) ont conduit à au moins une hospitalisation, avec 113 cas (8%) hospitalisés au total, et aucun décès signalé.

Une recherche étiologique a été effectuée sur des prélèvements alimentaires et/ou d'origine humaine pour 43% des foyers déclarés. Un agent causal a été confirmé ou suspecté pour 70% des foyers.

Les germes les plus fréquemment identifiés étaient *Salmonella spp.* (25%), un virus (14%) et *Staphylococcus*

spp. (11%). Au niveau national en 2008, ce sont les staphylocoques qui sont les germes les plus fréquemment incriminés, avec 32% des foyers, suivi par les salmonelles avec 25% des foyers [2]. La prépondérance des salmonelles dans la région par rapport aux données nationales peut s'expliquer par l'augmentation importante de la population estivale (tourisme) au moment du pic de prévalence de ce germe (majoritaire entre juillet et août).

Les principales catégories d'aliments suspectées étaient les coquillages (14%) et les œufs ou produits à base d'œufs (12%), à noter que ces derniers correspondent à la 1^{ère} catégorie suspectée au niveau national. Aucun aliment n'a pu être suspecté dans 36% des Tiac.

Les facteurs à l'origine de la Tiac n'ont été identifiés que pour 28% des foyers, dont :

- un non respect de la chaîne du froid pour 45% des cas
- l'utilisation d'un équipement inadapté dans 45% des cas
- l'utilisation de matières premières contaminées dans 29% des cas
- une erreur lors de la préparation dans 21% des cas
- un délai inadapté entre préparation et consommation pour 19% des cas
- une contamination par le personnel dans 19% des cas
- un non respect de la chaîne du chaud (14% des cas).

Critères de notification :

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

Références

[1] G. Delmas, et al. (2005). Les toxi-infections alimentaires collectives en France en 2001-2003. Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003

Accessible sur :

<http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/tiac.html>

[2] Surveillance des toxi infections alimentaires, données de la déclaration obligatoire, 2008. Accessible sur :

http://www.invs.sante.fr/surveillance/tiac/donnees_2008/tiac_donnees_2008.pdf

11 / TUBERCULOSE

La tuberculose est le plus souvent due à *Mycobacterium tuberculosis* (bacille de Koch). La localisation pulmonaire est la plus répandue mais d'autres organes ou tissus peuvent également être atteints. Une tuberculose maladie se développe dans 10% des cas après une primo-infection tuberculeuse, soit dans l'année suivante, soit plus tard au cours de la vie [1, 2].

Tout nouveau cas de tuberculose doit faire l'objet d'un signalement immédiat et d'une notification auprès des autorités sanitaires (voir critères page suivante). En 2003, la notification des infections tuberculeuses latentes chez les enfants de moins de 15 ans a été introduite.

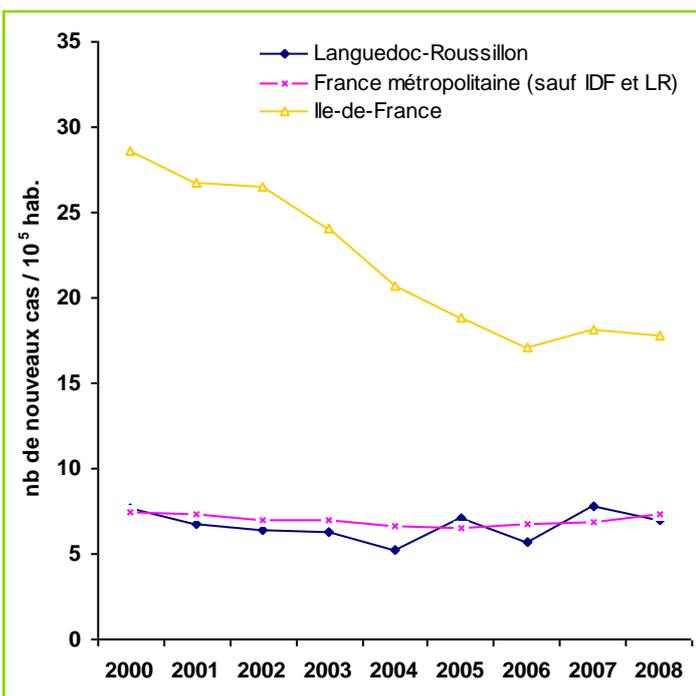
En 2007, la déclaration des issues de traitement des tuberculoses maladies a également été rendue à déclaration obligatoire, l'objectif était de fournir des indicateurs d'évaluation de la lutte antituberculeuse afin d'améliorer la prise en charge des personnes n'ayant pas achevé leur traitement et d'établir des comparaisons avec les autres pays qui utilisent les mêmes indicateurs [3].

L'incidence nationale de la tuberculose a régulièrement diminué depuis plusieurs années jusqu'à atteindre un plateau en 2006 puis augmenté de 5% avec 5 588 cas en 2007. Cette augmentation peut être liée à une sensibilisation plus importante des professionnels de santé suite au lancement du programme national de lutte contre la tuberculose et à la révision de la politique BCG [4] dans un contexte de réorganisation du dispositif national de lutte antituberculeuse.

La forte augmentation constatée entre 2006 (143 cas) et 2007 (200 cas) ne s'est pas poursuivie en 2008. Le Languedoc-Roussillon a une incidence annuelle en 2008 de 7 cas déclarés pour 10^5 habitants, très proche de l'incidence métropolitaine (hors Ile-de-France et Languedoc-Roussillon) avec 7,3 cas / 10^5 habitants (figure 14).

| Figure 14 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas de tuberculose en France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 2000 à 2008

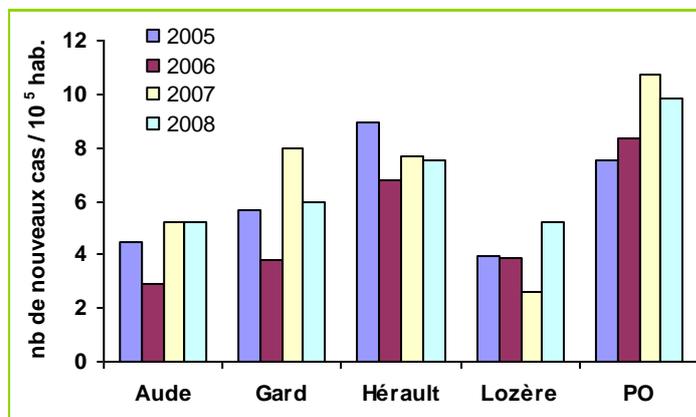


Description des cas recensés depuis 2005 en Languedoc-Roussillon

Entre 2005 et 2008, 701 cas de tuberculose maladie ont été recensés. Les Pyrénées-Orientales était le département ayant l'incidence la plus élevée depuis 2006, et le seul département de la région dont l'incidence augmentait régulièrement sur cette période (figure 15).

| Figure 15 |

Répartition annuelle des cas de tuberculose déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008 par département.



Les formes exclusivement pulmonaires étaient les plus fréquentes (61% des cas entre 2005 et 2008). Les formes à la fois pulmonaires et extra pulmonaires ont représenté quant à elles 14% des cas sur cette période. Les formes extra-pulmonaire concernaient un quart des cas : avec par ordre de fréquence les localisations ganglionnaires autre que hilaires (13%) et pleurale (8%). Les formes les plus sévères (méningée et/ou miliaire) ont représenté près de 2% des cas.

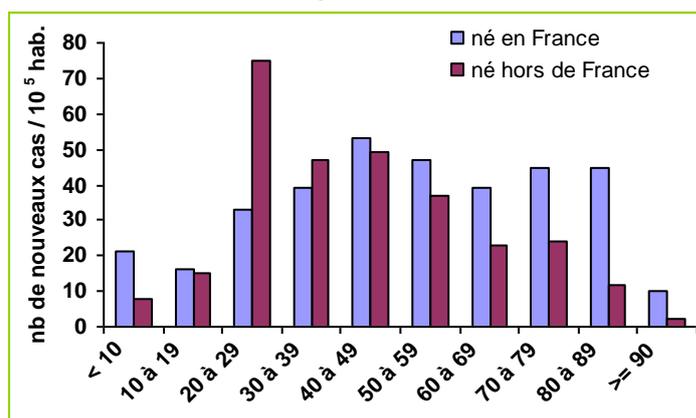
L'âge médian était de 46 ans, proche du niveau national (âge médian 47 ans [4]). Il y avait 56% d'hommes.

Les classes d'âge les plus touchées étaient les 20-29 ans et les 40-49 ans avec 16% des cas chacune, et les 30-39 ans avec 14% des cas. Sur ces quatre années, les moins de 25 ans constituaient 17% des cas ce qui est identique au niveau national de 2007 [4].

Comme au niveau national, les 20-29 ans sont en majorité nés hors de France, tandis que les plus âgés (à partir de 60 ans) sont en majorité nés en France (figure 16).

| Figure 16 |

Répartition annuelle par classe d'âge et par lieu de naissance des cas de tuberculose déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008



En région, la majorité des cas était de nationalité française (63% entre 2005 et 2008). Les personnes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique du Nord était le 2^{ème} groupe le plus représenté avec 17% des cas. Les européens (hors et dans l'UE) constituaient 10% des cas. Au niveau national, ce sont les personnes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne qui constituaient le 2^{ème} groupe le plus représenté (17% en 2007), suivies des personnes d'Afrique du Nord (13% en 2007). Plus de la moitié des cas étaient de nationalité française en 2007 [4].

La proportion de cas vivant en collectivité a légèrement augmenté en 3 ans passant de 7% en 2005 à 9% en 2007. Chaque année, une minorité de cas résidaient dans un établissement pénitentiaire (0,6% à 1% selon l'année), 0,7% à 1,5% résidaient en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes et 2% à 4% résidaient dans un centre d'hébergement collectif.

Les infections tuberculeuses latentes chez les moins de 15 ans ainsi que les issues de traitement ne sont pas présentées dans ce document.

Critères de notification :

Tuberculose maladie

- Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* prouvée par la culture.

- Cas probable : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

Infection tuberculeuse (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans :

IDR à 5U positive sans signes cliniques ni para cliniques (induration > 15mm si BCG ou > 10mm sans BCG ou augmentation de 10mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans).

Références

- [1] CMIT, « Tuberculose ». In : CMIT, ed E. PILLY, Montmorency : 2M2 Ed ; 2003 : 373-79
- [2] Rapport mondial 2008 sur la lutte contre la tuberculose. OMS. Accessible sur : http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html
- [3] Document d'information concernant les modifications de la déclaration obligatoire de la tuberculose en France. InVS. 2007. Accessible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/doc_info_juin2007.pdf
- [4] D. Antoine, D. Che. (2009). Numéro thématique - Actualités de la tuberculose. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 12-13 : 106-109

12 / VIH / SIDA

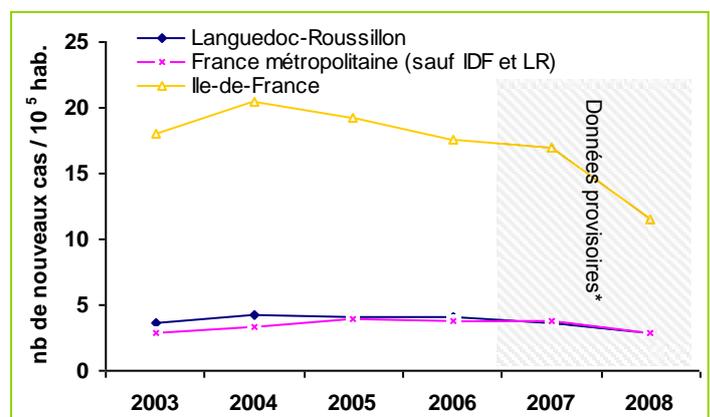
Les fiches de notification de l'infection à VIH (créées en 2003) et du sida (créées en 1986) ont été modifiées en 2007 afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies [1] avec par exemple la possibilité pour le clinicien de notifier le sida sur le même formulaire que l'infection VIH. Par ailleurs, deux fiches distinctes pour la notification d'infection par le VIH et de sida chez les enfants de moins de 15 ans sont disponibles uniquement sur demande auprès des Ddass.

Notification obligatoire de l'infection à VIH

Depuis 2004, l'incidence annuelle des cas de VIH déclarés en Languedoc-Roussillon a légèrement diminué (de 4,3 à 3,6 cas pour 10⁵ hab.) et est restée quasi identique à celle de la France métropolitaine (hors LR et IDF) qui est passée de 4 en 2005 à 3,8 cas pour 10⁵ habitants en 2007 (figure 17). En 2008 dans la région, l'incidence corrigée pour les délais de déclaration et la sous-déclaration est estimée à 6 pour 10⁵ habitants [2].

| Figure 17 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas d'infection à VIH en France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 2003 à 2008



* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Sauf mention contraire, les données pour les notifications d'infection à VIH et de sida sont des effectifs bruts non corrigés pour les délais de déclaration et la sous-déclaration.

POINT CLES

- En France en 2008, on estime à 6 500 [IC 95% : 6 200-6 800] le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH, nombre stable par rapport à 2007 [1].

- Concernant la surveillance du sida, dont l'exhaustivité a été réévaluée à 66%, le nombre national de cas a été estimé en 2008 à environ 1 550, nombre qui s'est également stabilisé par rapport à l'année précédente après une période de diminution.

- L'année 2008 est donc marquée par une stabilisation à la fois de l'activité de dépistage du VIH, du nombre de découvertes de séropositivité et de cas de sida, stabilisation qui peut paraître préoccupante puisqu'elle fait suite à une période où ces indicateurs de surveillance de l'infection par le VIH étaient dans une phase de diminution.

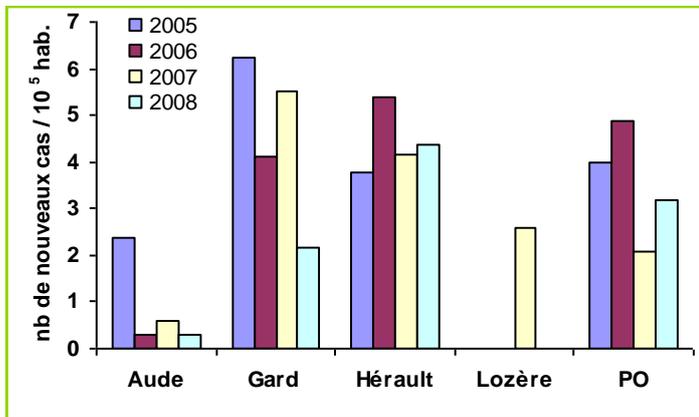
[1] Cazein F, Pillonel J, Imounga L, Le Strat Y, Bousquet V, Spacciferri G, et al. *Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida*, France, 2008. BEHWeb 2009(2). Disponible en ligne : www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/r-1.htm

Description des nouveaux cas d'infection VIH recensés depuis 2005 en Languedoc-Roussillon

Entre 2005 et 2008, 375 cas de VIH ont été notifiés en Languedoc-Roussillon. L'incidence des cas diagnostiqués était plus élevée dans le Gard en 2005 et 2007 et dans l'Hérault en 2006 et 2008 (figure 18).

| Figure 18 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas d'infection à VIH déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008 par département



La classe d'âge des 30-39 ans était majoritaire entre 2005 et 2007, avec respectivement 38%, 42% et 34% des cas, et les 40-49 ans étaient majoritaires en 2008 avec 31% des cas. Le sex-ratio H/F variait entre 2,2 et 3,9.

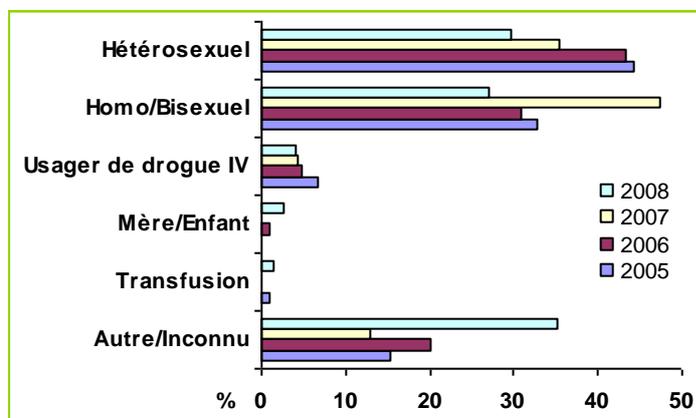
Le diagnostic a été posé chez des personnes de nationalité française dans 70% des cas en 2005, 58% en 2006, 77% en 2007 et 54% en 2008. La nationalité n'a pas été renseignée dans 12 à 38% des cas selon les années.

Les rapports hétérosexuels correspondaient au mode de contamination le plus fréquent en 2005 et 2006 (environ 44% des cas chaque année). Les rapports homosexuels étaient le mode de contamination principal en 2007 avec 47% des cas contre 35% pour les rapports hétérosexuels. En 2008, la part des contaminations par rapports hétérosexuels (30%) et homosexuels (27%) était proche, cependant pour cette année le mode de contamination est inconnu pour 35% des cas (figure 19).

En 2008, les chiffres nationaux rapportent une stabilisation du mode de contamination homosexuelle autour de 2 500 cas par an depuis 2006. L'usage de drogues injectables était un mode de contamination dans 5% des cas (contre 2% au niveau national).

| Figure 19 |

Répartition des cas d'infection à VIH déclarés en Languedoc-Roussillon chaque année entre 2005 et 2008 selon le mode de contamination



Notification obligatoire du sida

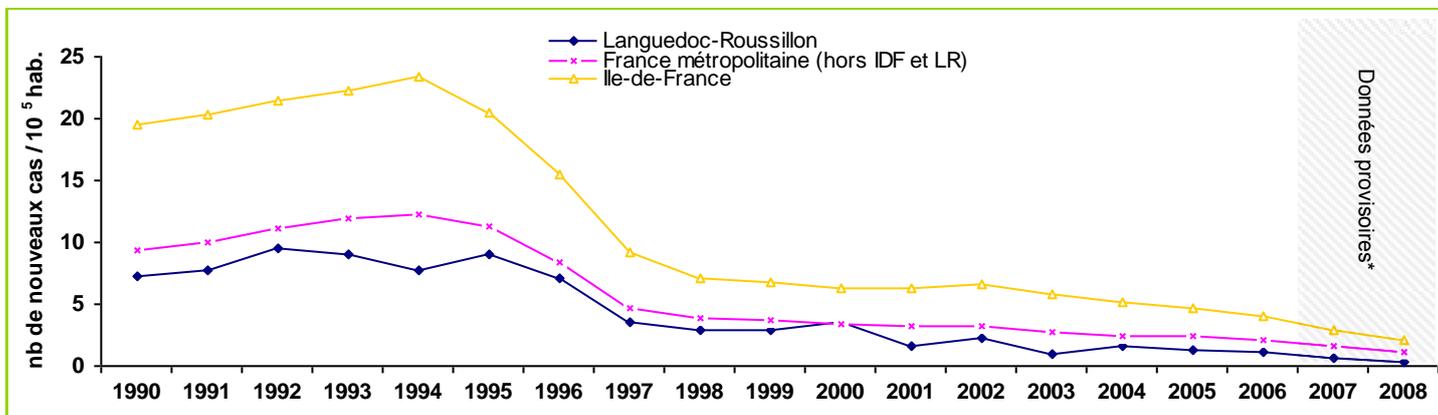
Les cas de sida sont à notification obligatoire depuis 1986. Depuis cette date et jusqu'en 2008, 2080 cas de sida ont été recensés en Languedoc-Roussillon. Depuis l'introduction en 1996 des associations d'antirétroviraux, l'incidence

des cas de sida a diminué en Languedoc-Roussillon, et était inférieure à l'incidence métropolitaine (hors Ile-de-France et Languedoc-Roussillon) (figure 20).

L'incidence 2008, corrigée pour le délai de déclaration et l'exhaustivité, est de 1,3 cas pour 10⁵ habitants [2].

| Figure 20 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas de sida en France métropolitaine - Ile-de-France - Languedoc-Roussillon de 1999 à 2008



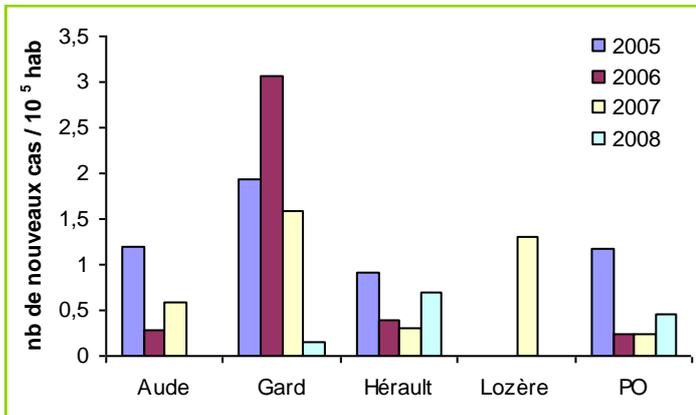
* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Description des cas recensés depuis 2005 en Languedoc-Roussillon

Depuis 2005, 86 cas ont été déclarés dans la région. Ceci correspond à une incidence fluctuant entre 0,14 et 3 / 100 000 habitants (hors Lozère). Ces faibles effectifs sont difficilement interprétables car ils traduisent des pratiques hétérogènes en matière de déclaration (figure 21).

| Figure 21 |

Evolution annuelle de l'incidence des cas de sida déclarés en Languedoc-Roussillon entre 2005 et 2008 selon le département



La classe d'âge des 40-49 ans était la plus représentée avec 35% des cas, suivis par les 30-39 ans avec 33% des cas et les 50-59 ans avec 13% des cas. Sur cette période, le sex-ratio H/F a varié entre 2,3 et 2,9.

Une large majorité des cas était de nationalité française (76%), et 12% étaient de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Les modes de contamination des nouveaux cas de sida déclarés durant les années récentes nous apporte des renseignements sur les particularités de l'épidémie il y a plusieurs années, du fait de l'intervalle (qui augmente) entre contamination et déclaration du sida. De 2005 à 2008, la part des contaminations par des rapports homo/bisexuels était de 23% et par rapport hétérosexuel 43%. Les contaminations par usage de drogues en intraveineuse atteignaient en moyenne 19%. Le mode de contamination était inconnu dans 9% des cas.

Un traitement antirétroviral avait été suivi depuis au moins 3 mois avant le diagnostic de sida dans 24% des cas.

Les maladies inaugurales de sida les plus fréquemment développées parmi les cas notifiés de 2005 à 2008 étaient la toxoplasmose cérébrale (20% des cas), la maladie de

Kaposi (15% des cas), la candidose œsophagienne (14% des cas), la pneumocystose pulmonaire (12% des cas) et la tuberculose avec 15% des cas (tableau 3). Ces chiffres diffèrent légèrement des données nationales, ces différences pouvant en partie être expliqués par de la faiblesse des effectifs. La proportion supérieure de sarcome de Kaposi peut s'expliquer par la part plus importante de contamination lors de rapports homosexuels et au risque accru de survenue de cette pathologie chez les patients séropositifs homosexuels masculins par rapport aux autres séropositifs [3]. Entre 2005 et 2008, 16% des patients atteints de sida et notifiés dans cette période sont décédés.

| Tableau 3 |

Maladies inaugurales des cas de sida déclarés en Languedoc-Roussillon chaque année entre 2005 et 2008

Maladies inaugurales	effectif	%
Bactériémie récurrente	1	1,2
Tuberculose quelle que soit la localisation	13	15,0
Candidose œsophagienne	12	14,0
Candidose autre localisation	2	2,3
Cancer invasif du col	1	1,2
Infection à CMV	4	4,7
Cryptococcose	4	4,7
Cryptosporidiose	1	1,2
Encéphalopathie à VIH	6	7,0
Infection à HSV	2	2,3
Kaposi	13	15,1
Leucoencéphalite multifocale progressive	6	7,0
Lymphome autre que cérébral	4	4,7
Infection à mycobactéries atypiques	1	1,2
Pneumocystose	10	11,6
Toxoplasmose cérébrale	17	19,8

Références

[1] Modification des fiches de notification obligatoire du VIH et du Sida, juillet 2007. Document accessible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/modif_fiches_vih_sida.pdf

[2] Cazein F, Pillonel J, Imounga L, Le Strat Y, Bousquet V, Spaccaferri G, *et al.* Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. BEHWeb 2009(2). Disponible en ligne : www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/r-1.htm

[3] Launay O, Guillevin L. Épidémiologie des tumeurs malignes associées à l'infection par le VIH. Bulletin du Cancer 2003. Volume 90, Numéro 5, 387-92

Nous remercions les équipes de veille sanitaire des Ddass et l'ensemble des professionnels de santé qui sont au centre de ce système de surveillance.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur : <http://www.invs.sante.fr/BVS>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'InVS

Analyse des données : Luisiane Carvalho et Roxane Schaub

Rédaction : Luisiane Carvalho, Roxane Schaub, Cyril Rousseau, Delphine Viriot, Franck Golliot

Diffusion : Cire Languedoc-Roussillon - Drass Languedoc Roussillon—1025, avenue Henri Becquerel - 28 Parc Club du Millénaire - CS3001 - 34067 Montpellier cedex 2
Tél. : 04 67 07 22 86 - Fax : 04 67 07 22 88

<http://www.invs.sante.fr> — <http://languedoc-roussillon.sante.gouv.fr>