

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) – Région Midi-Pyrénées – Données 2012

Page 2 | Les cas d'infection invasive à méningocoque en Midi-Pyrénées en 2012

Page 4 | Les cas d'hépatite aiguë A en Midi-Pyrénées en 2012

Page 6 | Les cas de rougeole en Midi-Pyrénées en 2012

Page 8 | Les cas de légionellose en Midi-Pyrénées en 2012

Page 9 | Les toxi-infections alimentaires collectives en Midi-Pyrénées en 2012

Page 10 | Le VIH/Sida et les autres MDO en Midi-Pyrénées en 2012

Page 11 | Coordonnées des Centres nationaux de référence (CNR) et des Centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) en Midi Pyrénées

| Editorial |

Le système des maladies à déclaration obligatoire (MDO) datant de la fin du 19^{ème} siècle regroupe à ce jour 31 maladies (29 infectieuses et 2 non infectieuses). Il a pour objectif (i) de détecter précocement la survenue de maladies avec un potentiel de diffusion en vue d'agir et de limiter le nombre de malades, et (ii) de mesurer et décrire l'évolution des maladies dans le temps et sur le territoire en vue d'adapter les mesures de prévention. On retrouve ainsi parmi les MDO, des infections justifiant une intervention rapide des autorités sanitaires régionales, voire nationale (méningococcie, TIAC, rougeole) mais également des pathologies pour lesquelles une surveillance épidémiologique est nécessaire (infections à VIH, mésothéliome). Le signalement des MDO à l'autorité sanitaire est donc un instrument indispensable pour l'épidémiologie et la santé publique. Son efficacité, sa réactivité et sa représentativité reposant essentiellement sur la participation des professionnels de santé, l'ARS Midi-Pyrénées a initié récemment une campagne de sensibilisation auprès de ces derniers. Parmi les 31 MDO, 7 sont présentes en Midi-Pyrénées de façon prédominante (rougeole, tuberculose, légionellose, infection invasive à méningocoque, hépatite A, toxi-infections alimentaires collectives, infections au VIH) et font l'objet d'une présentation détaillée dans ce bulletin de veille sanitaire, à l'exception de la tuberculose pour laquelle un numéro spécial a été diffusé en mars 2013. Bonne lecture !

Dr Pascal Fabre, Responsable du département Veille Alerte Gestion des Urgences et Dispositifs de Police Sanitaire à l'ARS Midi-Pyrénées - **Damien Mouly**, Responsable de la Cire Midi-Pyrénées

28 « MDO » à signalement immédiat

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

3 « MDO » à déclaration simple

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

Les coordonnées pour tout signal sanitaire en Midi-Pyrénées

Au siège de l'ARS : CVGS- 10 chemin du raisin, 31050 Toulouse Cedex 9
Numéro de téléphone dédié : **0 820 226 101** – Fax : 05 34 30 25 86
Adresse de messagerie dédiée : ars31-alerte@ars.sante.fr

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

Comment signaler ? Par téléphone, par fax ou par mail

Comment déclarer ? Par fax, par courrier ou par mail

Toutes les fiches sont téléchargeables sur le site de l'Institut de Veille sanitaire (www.invs.sante.fr)

Les cas d'infection invasive à méningocoque en Midi-Pyrénées en 2012

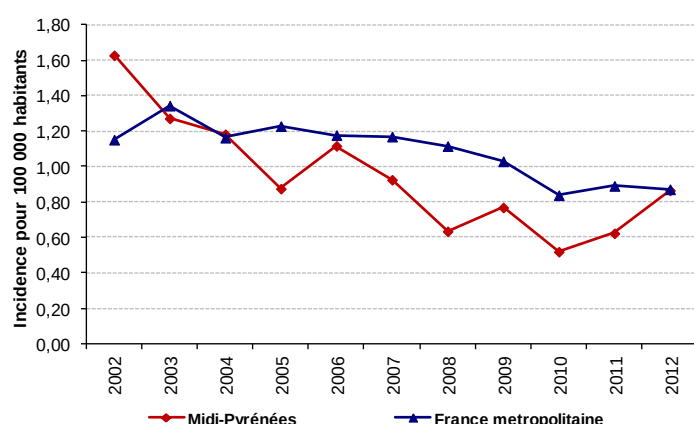
NOMBRE DE CAS, INCIDENCE

En 2012, 22 cas d'infection invasive à méningocoque (IIM) ont été déclarés en Midi-Pyrénées (tous domiciliés dans la région) contre 19 en 2011. Au total, 25 cas (déclarés en Midi-Pyrénées et dans les autres régions) résidaient dans la région en 2012. L'ensemble de l'analyse présentée sera réalisée sur ces 25 cas domiciliés en Midi-Pyrénées.

L'incidence¹ régionale brute était de 0,87 pour 100 000 habitants contre 0,62 en 2011. Après cette augmentation pour la seconde année consécutive, l'incidence régionale est maintenant à un niveau comparable à l'incidence nationale, alors qu'elle était inférieure à celle-ci depuis 2006. Au niveau national, l'incidence brute est relativement stable en 2012 par rapport à 2011 (0,87 contre 0,89 pour 100 000 habitants) (figure 1).

Figure 1

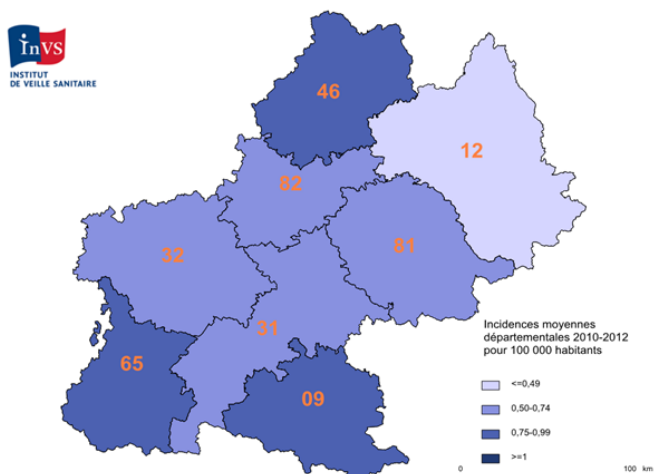
Incidence (pour 100 000 habitants) des cas d'IIM domiciliés en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine de 2002 à 2012



L'incidence régionale moyenne sur les trois dernières années (2010-2012) était estimée à 0,67 cas pour 100 000 habitants, avec des incidences moyennes légèrement plus basses dans l'Aveyron et le Tarn (figure 2).

Figure 2

Incidence moyenne (pour 100 000 habitants) des cas d'IIM par département de domicile en Midi-Pyrénées, 2010-2012



DESCRIPTION DES CAS

¹ Calculée à partir des données démographiques Insee 2010

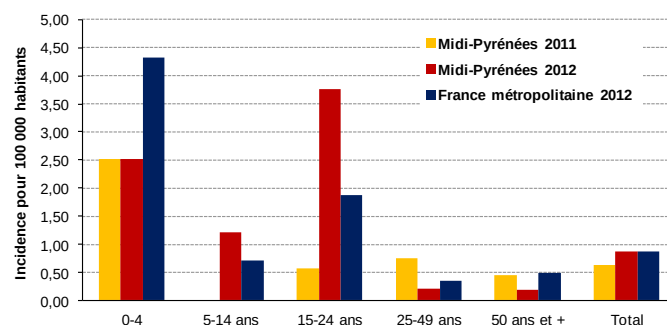
L'âge médian des cas résidant en Midi-Pyrénées était de 16 ans en 2012 (contre 34 ans en 2011 et 18 ans en France métropolitaine en 2012). Plus de la moitié des cas (52%) avaient entre 15 et 24 ans (contre 11% en 2011 et 27% en France métropolitaine en 2012). En revanche, aucun cas n'avait moins de 1 an (contre 17% en 2011 et 13% en France métropolitaine en 2012).

Lorsqu'on rapporte le nombre de cas à l'effectif de la population concernée, en 2012 l'incidence la plus élevée est observée chez les 15-24 ans puis chez les 0-4 ans (figure 3). Ces résultats montrent une nette augmentation d'incidence chez les 15-24 ans par rapport aux années précédentes et à l'incidence nationale dans cette tranche d'âge.

Le sex-ratio (H/F) était de 0,79 en 2012 (1,1 en France métropolitaine).

Figure 3

Incidence (pour 100 000 habitants) par groupe d'âge des cas d'IIM domiciliés en Midi-Pyrénées, 2011 et 2012



LETALITE – SEQUELLES – PURPURA FULMINANS

Deux décès par IIM ont été recensés en 2012 en Midi-Pyrénées (contre 1 en 2011) chez des enfants de 1-14 ans de sérotype B et C, représentant 8,0% du total des cas (contre 5,6% en 2011). Cette proportion est proche de celle calculée en France métropolitaine (8,2% en 2012).

En Midi-Pyrénées, 3 cas (de différentes classes d'âge et de différents sérotypes) ont eu des séquelles représentant 12,0% des cas (contre 22,2% en 2011), ce pourcentage étant de 6,2% au niveau national.

La proportion d'IIM avec *purpura fulminans* augmente pour la deuxième année consécutive en Midi-Pyrénées avec 24,0% des cas (16,7% en 2011, 13,3% en 2010). Cette proportion est cependant proche de la proportion nationale de 21,6%. Cette proportion de purpura est plus élevée chez les 1-4 ans (50%) et les 5-14 ans (50%). Elle est de 27,3% pour les cas du sérotype C et de 18,2% pour les cas du sérotype B.

En 2012, sur les 6 cas avec *purpura fulminans*, seul 2 étaient déclarés comme ayant bénéficié d'un traitement antibiotique précoce avant tout prélèvement biologique (1 donnée manquante). Pour rappel, le traitement parentéral précoce en cas de suspicion de *purpura fulminans* est recommandé.

SEROGROUPES

Parmi les 25 cas domiciliés en Midi-Pyrénées, 23 (92%) avaient un sérotype connu (83,3% en 2011, 97% en France métropolitaine en 2012).

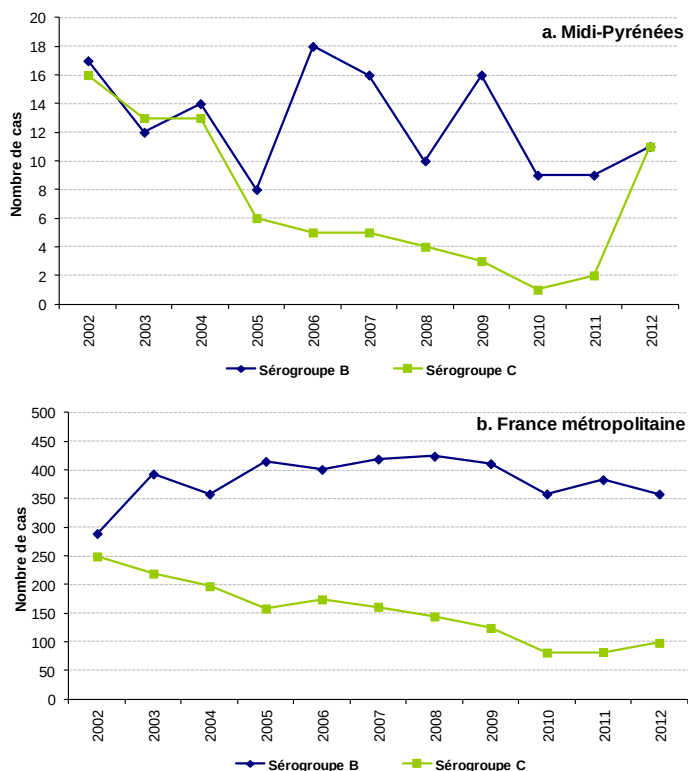
Alors que le sérotype B représentait chaque année la majorité des cas de la région et que le sérotype C était en constante diminution de 2004 à 2010, la nette augmentation du nombre de cas de sérotype C amorcée en 2011 se confirme en 2012. Ainsi en 2012, parmi les cas résidant en Midi-Pyrénées, on observait autant de cas de sérotype B que de sérotype C (47,8% des cas dont le sérotype est connu pour chacun des 2 sérotypes) (figure 4.a). Cette tendance à l'augmentation du sérotype C se retrouve au niveau national mais dans une bien

moindre mesure (67,7% de sérotype B et 18,5% de sérotype C) (figure 4.b).

Ainsi, si l'incidence brute des IIM de sérotype B, de 0,38 pour 100 000 habitants en 2012 (0,31 en 2010 et 2011), reste globalement stable, l'incidence des IIM de sérotype C est en très forte augmentation en 2012 (0,38 pour 100 000 habitants) par rapport à 2011 (0,07 pour 100 000 habitants). Cette incidence atteint alors des niveaux non atteints depuis 2004, faisant ainsi passer la région Midi-Pyrénées au 2ème rang français des incidences des IIM de sérotype C (Cf. encadré sur l'augmentation de l'incidence des IIM C).

Figure 4 |

Nombre de cas d'IIM domiciliés en Midi-Pyrénées (a) et en France métropolitaine (b) en fonction des sérotypes les plus fréquents (B et C) de 2002 à 2012



PREVENTION

En 2012, une chimioprophylaxie dans l'entourage familial a été déclarée comme réalisée pour l'ensemble des cas d'IIM (72 % en 2011) et dans la collectivité pour 44 % des cas (56 % en 2011). En effet, la mise en œuvre d'une chimioprophylaxie préventive dans l'entourage d'un cas (Rifampicine per os ou Ceftriaxone en dose unique si contre-indication) doit être systématique pour l'entourage familial, et évalué dans les collectivités en fonction des contacts avec le cas (délai depuis le contact ; proximité, type et durée du contact).

La vaccination de l'entourage familial ou collectif a été mentionnée comme réalisée pour 10 cas (de sérotype C) parmi les 12 cas (11 de sérotype C et 1 sérotype Y) pour lesquels une vaccination est indiquée (sérotype A, C, Y ou W).

Augmentation de l'incidence des IIM C en Midi-Pyrénées en 2012

En 2012, 11 cas d'IIM de sérotype C ont été déclarés chez des résidents de Midi-Pyrénées.

Ces cas de sérotype C étaient majoritairement des personnes de 15-24 ans (63,6%) de sexe féminin (72,7%). Aucun ne semblait vacciné mais l'information était manquante pour 6 d'entre eux.

La zone de survenue de ces cas était étendue puisque 4 départements étaient concernés : la Haute-Garonne (5 cas), le Gers (2 cas), l'Ariège (2 cas) et le Tarn (2 cas).

Parmi ces cas, 3 ont présenté un purpura fulminans, un est décédé et un a gardé des séquelles graves (tétraplégie).

Les souches caractérisées au CNR appartiennent toutes au complexe clonal ST11 qui est majoritaire en France pour les méningocoques C invasifs et connu comme hautement pathogène et épidémiogène. De plus, 7 des 11 cas présentaient des marqueurs identiques apparentés à une souche parmi les plus circulantes en France. Les investigations menées en 2012 par la Cire ne mettaient pas en évidence de lien épidémiologique entre les cas ni de situation considérée comme épidémique.

La recrudescence des cas d'IIM de sérotype C amorcée en 2011 en région Midi-Pyrénées se confirme nettement en 2012 plaçant la région au 2ème rang des régions de France pour ce sérotype. Cette augmentation concernait essentiellement les 15-24 ans, tranche d'âge ciblée par les recommandations vaccinales (cf. ci-dessous). Ainsi, la majorité des cas auraient pu être évités par la vaccination, celle-ci permettant de protéger directement les personnes vaccinées et indirectement le reste de la population.

Recommandations vaccinales contre le Méningocoque C

La vaccination systématique avec une seule dose de vaccin méningococcique C conjugué est recommandée chez tous les nourrissons à l'âge de 12 mois depuis 2010. Durant la période initiale de mise en place de cette stratégie et en attendant son impact optimal par la création d'une immunité de groupe, l'extension de cette vaccination systématique jusqu'à l'âge de 24 ans révolus est aussi recommandée avec un vaccin méningococcique C conjugué selon le même schéma vaccinal à une dose (Cf. calendrier vaccinal 2013 <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>).

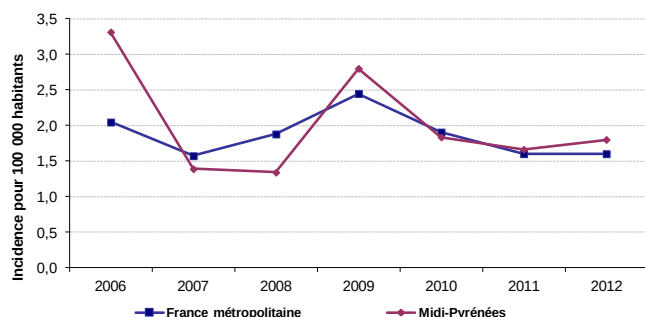
Les cas d'hépatite aiguë A en Midi-Pyrénées en 2012

NOMBRE DE CAS, INCIDENCE

En 2012, 55 cas d'hépatite aiguës A ont été notifiés en région Midi-Pyrénées (52 cas domiciliés dans la région, 1 en Poitou-Charentes et 2 avec une région non documentée) contre 51 cas notifiés en 2011 (48 domiciliés en Midi-Pyrénées). L'incidence² régionale des cas domiciliés était de 1,8 cas pour 100 000 habitants (1,8 cas pour 100 000 pour les cas déclarés dans la région) contre 1,7 en 2011, sensiblement supérieure à l'incidence estimée en France métropolitaine pour 2012 (1,6 pour 100 000 habitants) (figure 5).

Figure 5

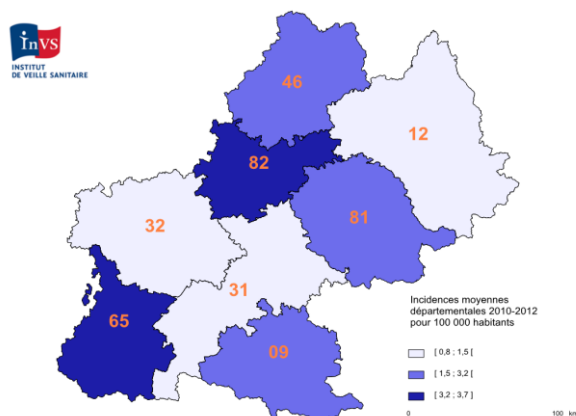
Incidence (pour 100 000 habitants) des cas d'hépatite aiguë A domiciliés en Midi-Pyrénées et en France Métropolitaine de 2006 à 2012



L'incidence régionale moyenne sur les 3 dernières années (2010-2012) était estimée à 1,8 cas pour 100 000 habitants, avec une incidence moyenne plus élevée dans les départements du Tarn-et-Garonne, du Lot et des Hautes-Pyrénées (respectivement 3,7, 3,2 et 2,5 cas pour 100 000 habitants). Cette sur-incidence s'explique, pour le Lot et les Hautes-Pyrénées, par une épidémie documentée et survenue fin 2009 – début 2010 [1], et pour le Tarn-et-Garonne, par une épidémie en lien avec la fréquentation d'un établissement médico-social ayant débutée en novembre 2012 (Cf encadré sur ce cas groupés). Le Tarn-et-Garonne était en 2012 le 4^{ème} département métropolitain à présenter l'incidence la plus élevée (figure 6). A l'inverse, l'incidence moyenne sur la période 2010-2012 estimée en Aveyron était notablement plus faible que dans les autres départements (0,8 cas pour 100 000 habitants).

Figure 6

Incidence moyenne (pour 100 000 habitants) des cas d'hépatite aiguë A par départements de domicile en Midi-Pyrénées, 2010-2012



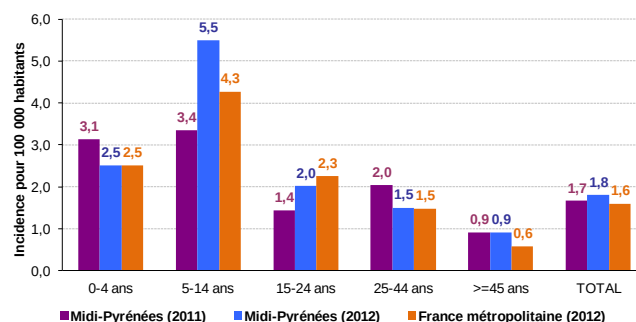
DESCRIPTION DES CAS

En Midi-Pyrénées en 2012, l'âge des cas domiciliés en région variait de 2 à 76 ans avec une médiane à 20 ans (26 ans en 2011). On observait un pic d'incidence dans la classe d'âge 5-14 ans (5,5 pour 100 000 habitants), l'incidence chez les moins de 5 ans et les 15-24 ans (respectivement 2,5 et 2,0 pour 100 000 habitants) étant également au dessus de l'incidence régionale (figure 7). Ces tendances sont similaires à celles observées au niveau national puisque l'incidence la plus élevée concernait les moins de 15 ans (3,7/100 000) (1,1/100 000 pour les autres classes d'âge).

En 2012, le sexe ratio hommes/femmes était de 0,7 (1,2 en 2011) et l'incidence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (respectivement 2,0 et 1,6 cas pour 100 000 habitants). A l'inverse, au niveau national, l'incidence était plus élevée chez les hommes (1,7/100 000) que chez les femmes (1,5/100 000).

Figure 7

Incidence (pour 100 000 habitants) des cas d'hépatite aiguë A domiciliés en Midi-Pyrénées par classe d'âge, 2011 et 2012



En 2012 en Midi-Pyrénées, la proportion de cas d'hépatite A icteriques était de 76,0% (75,6% en 2011, 73,2% en France métropolitaine en 2012) et le taux d'hospitalisation était de 38,5% (45,8% en 2011, 41,9% en France métropolitaine en 2012).

EXPOSITIONS A RISQUE

En Midi-Pyrénées en 2012, les principales expositions à risque (dans les 2 à 6 semaines précédant le début de la maladie) étaient l'existence d'autres cas dans l'entourage (51,1% contre 31,0% en 2011) et l'existence d'un séjour hors métropole (40,4% contre 43,2% en 2011). Pour ces derniers, 78,9% avaient voyagé dans un pays d'Afrique subsaharienne et 68,4% dans un pays du Maghreb.

Ces observations sont similaires à celles faites au niveau national puisque les deux principales expositions à risque étaient la présence de cas d'hépatite A dans l'entourage (50 %) avec, pour 78 % d'entre eux, des cas dans l'entourage familial, et un séjour hors métropole (36 %). Parmi les cas ayant séjourné hors métropole, plus de la moitié d'entre eux (53 %) avaient séjourné dans l'un des pays du Maghreb.

[1] Couturier E et al. InVS, Saint-Maurice. Épidémie d'hépatite A liée à la consommation de tomates semi-séchées, France, 2009-2010. BEH N°13-14/2011 : 165-168.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-13-14-2011>

² Calculée à partir des données démographiques Insee 2010

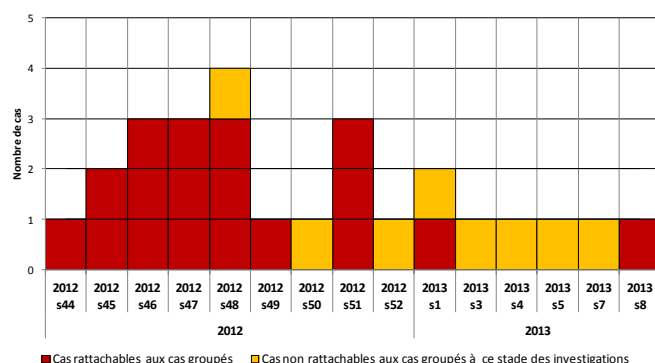
Début novembre 2012, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Midi-Pyrénées était destinataire de 2 signalements de cas suspects d'hépatite A concernant des enfants accueillis dans un institut médico-éducatif (IME) localisé dans le Tarn-et-Garonne. Ces signalements, réalisés par l'infirmière de l'établissement, ont conduit la Délégation Territoriale du département et la Cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires (CVAGS) de l'Agence Régionale de la Santé à conduire des investigations en lien avec la Cellule de l'InVS en région (Cire) de Midi-Pyrénées.

Ainsi, de novembre à décembre 2012, 19 cas d'hépatite A concernant des personnes résidant dans le Tarn-et-Garonne ont été déclarés à l'InVS dont au moins 16 en lien avec des personnes ayant fréquenté cet établissement. Au premier trimestre 2013, 7 autres signalements ont également été enregistrés par l'InVS sur ce même département dont 2 en lien avec cet épisode de cas groupés.

Au total, cet épisode a concerné, de novembre 2012 à mars 2013, au moins 18 personnes dont 10 de moins de 25 ans (55,6%), le sexe ratio homme/femme étant de 0,8.

Figure 8 |

Cas d'hépatite A domiciliés dans le Tarn-et-Garonne par dates de début de symptômes, novembre 2012 - mars 2013



Parmi les cas liés à cet épisode de cas groupés, 12 cas fréquentaient l'établissement (dont 2 professionnels travaillant dans l'IME) et 6 étaient des cas familiaux (4 familles). 17 cas étaient symptomatiques dont 16 avec apparition d'un ictère et 2 ont été hospitalisés. Les 18 cas avaient connaissance de cas dans leur entourage.

Concernant les mesures de gestion, l'ARS Midi-Pyrénées avait dès le mois de novembre 2012 demandé le renforcement des mesures d'hygiène individuelles et collectives (au sein de l'établissement et pour les familles des personnes fréquentant l'établissement). Il a également été recommandé la vaccination des familles des enfants malades, de l'ensemble des professionnels et de tous les enfants accueillis dans l'établissement. Sur ce dernier point, il est important de noter une très mauvaise adhésion des professionnels et des familles (un tiers des enfants accueillis vaccinés).

L'ensemble des laboratoires du Tarn-et-Garonne ont également été sollicités par l'ARS pour la déclaration des cas à des fins de surveillance rétrospective et prospective.

Au final, aucune hypothèse sur l'origine de la contamination des cas au sein de l'institut médico-éducatif n'a pu être objectivée. En revanche, l'apparition des cas secondaires familiaux relevait d'un défaut d'hygiène.

Rappels sur la maladie

- Clinique, diagnostic :

Après une incubation de 15 à 50 jours (moyenne 30 jours), l'hépatite aiguë A se manifeste par une fièvre, une asthénie importante avec des nausées, des douleurs abdominales suivies d'un ictère. Les formes sans symptômes ou peu symptomatiques sont fréquentes chez l'enfant de moins de 6 ans. Des formes sévères avec défaillance hépatique sont possibles. Les décès sont rares. Des formes prolongées avec une asthénie marquée sont parfois observées. Il n'existe pas de forme chronique d'hépatite A. Le diagnostic d'hépatite aiguë A repose sur la sérologie (mise en évidence d'anticorps IgM anti-VHA).

- Mode de transmission :

Le principal mode de transmission est interhumain (de personne à personne) par voie oro-fécale. La transmission alimentaire est plus rare mais peut être responsable d'importantes épidémies. Les aliments les plus fréquemment mis en cause lors d'épidémies sont des aliments contaminés par déjections humaines (eau, coquillages, végétaux consommés crus) ou des aliments contaminés directement par un préparateur infecté.

La **prévention** de l'hépatite A repose sur l'hygiène personnelle et collective, en particulier l'hygiène des mains.

La **vaccination** contre l'hépatite A est recommandée :

- chez les jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ; patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologie hépatobiliaire chronique susceptible d'évoluer vers une hépatopathie chronique (notamment dues au virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool) ;
- chez les enfants, à partir de l'âge de un an, nés de familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner ;
- chez les homosexuels masculins ;
- chez les personnes exposées professionnellement à un risque de contamination : personnels s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté, personnels des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées, personnels de traitement des eaux usées et des égouts, personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective ;
- chez les voyageurs devant séjourner dans un pays à hygiène précaire.

En présence d'un ou plusieurs cas d'hépatite A, la vaccination est recommandée dans un délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas

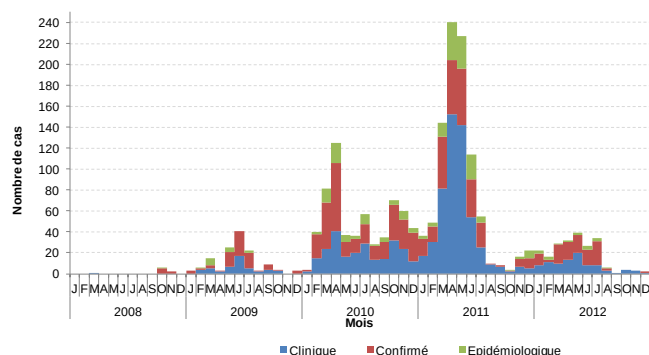
Les cas de rougeole en Midi-Pyrénées en 2012

NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

En 2012, 215 cas de rougeole domiciliés en Midi-Pyrénées ont été déclarés contre 862 en 2011. L'incidence régionale en 2012 était de 7,4 pour 100 000 habitants en très forte diminution par rapport à celle de 2011 (29,8 cas pour 100 000 habitants). Au niveau national, 861 cas ont été déclarés en 2012, soit une incidence de 1,4 cas pour 100 000 habitants, en très forte diminution également par rapport à 2011.

Figure 10

Nombre de cas mensuel de rougeole domiciliés en Midi-Pyrénées de 2008 à 2012

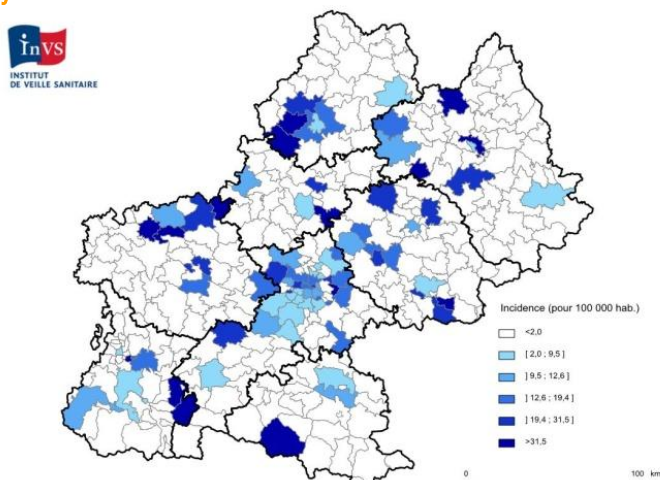


DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE

En 2012, Midi-Pyrénées a été la région la plus touchée par l'épidémie. Les quatre départements les plus touchés étaient : la Haute-Garonne avec une incidence de 10,1 cas pour 100 000 habitants (contre 26,2 en 2011), le Lot avec une incidence de 8,6 cas pour 100 000 habitants (contre 56,7 en 2011), le Gers avec une incidence de 6,9 cas pour 100 000 habitants (contre 12,8 en 2011) et le Tarn avec une incidence de 6,7 cas pour 100 000 habitants (contre 43,4 en 2011) (figure 11).

Figure 11

Incidence des cas de rougeole par code postal de la région Midi-Pyrénées en 2012



DESCRIPTION DES CAS

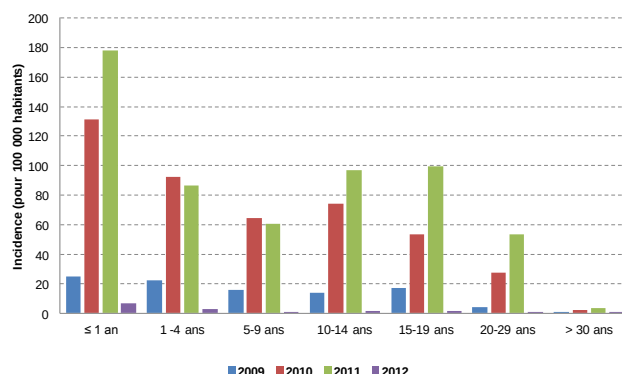
En 2012, 49% des cas domiciliés en Midi-Pyrénées étaient de sexe masculin.

L'âge médian des cas était de 15 ans (extrêmes 1 mois-60 ans) et est stable par rapport aux années précédentes. Au niveau national, l'âge médian des cas en 2012 était de 14 ans (extrêmes : 1 mois-73 ans).

En 2012, on ne note pas comme pour les années précédentes de classes d'âges particulièrement touchées même si l'incidence est un peu plus élevée chez les enfants de moins de 1 an (6,9 cas pour 100 000 habitants), l'incidence chez les cas âgés de plus de 19 ans n'est plus remarquable (figure 12).

Figure 12

Incidence des cas de rougeole par classe d'âge en Midi-Pyrénées - 2009-2012



Sévérité des cas

Parmi les cas de rougeole survenus en 2012 en Midi-Pyrénées, 20,0% des cas ont été hospitalisés (contre 21% en national).

Les complications représentaient 9,8% des cas, stable par rapport à l'année 2011 et proche du niveau national (9,5%). La principale complication était une pneumopathie (43%). Parmi les cas hospitalisés dans la région en 2012, 33% avaient eu une complication. En 2012, 2 complications graves à type d'encéphalite ont été recensées dans la région sur les 3 encéphalites recensées au niveau national, toutes chez des personnes non vaccinées.

Confirmation biologique des cas

En Midi-Pyrénées, en 2012, 61% des cas déclarés étaient confirmés par un prélèvement biologique (versus 63% en national). Cette proportion est en augmentation par rapport à l'année précédente (47% en région et 55% en national), du fait de l'épidémie majeure de 2011 (les cas groupés ne nécessitant pas tous d'être confirmés en cas de circulation active du virus).

Statut vaccinal des cas

En Midi-Pyrénées, sur l'ensemble des cas pour lesquels l'information était disponible en 2012, 94,4% des cas de rougeole étaient non ou mal vaccinés (82,8% n'avaient reçu aucune dose, 11,7% avaient reçu une seule dose) et 5,6% avaient reçu 2 doses.

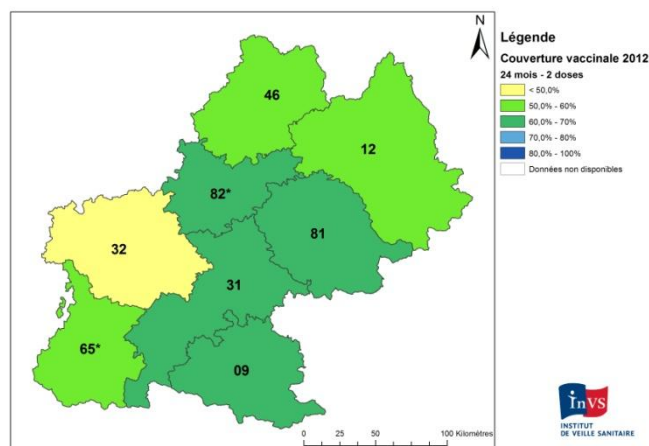
Les taux de couverture vaccinale du vaccin Rougeole-rubéole-oreillons (RRO) estimés à partir des données agrégées des certificats de santé du 24^{ème} mois de 2011 transmis par les services de PMI des 8 Conseils généraux de la région, sont hétérogènes sur la région Midi-Pyrénées.

Pour la couverture vaccinale partielle du vaccin RRO, 4 départements sur 8 présentent des taux inférieurs à 85%. La Haute-Garonne présente le taux le plus élevé (supérieur à 90%) alors que l'Aveyron et le Gers sont les départements où les enfants sont les moins vaccinés. Le taux de couverture vaccinale partielle au niveau national est estimé à 89,4% en 2011.

Pour la couverture vaccinale complète (2 doses de RRO), la Haute-Garonne est le département présentant le taux le plus élevé alors que le Gers présente le taux le plus faible. L'ensemble des départements de la région se trouve en dessous du taux de couverture vaccinale complète national estimé à 67,3% en 2011 (cf figure 13).

| Figure 13 |

Taux de couverture vaccinale antirougeoleuse complète (les 2 doses) des enfants de 24 mois (en %) en Midi-Pyrénées à partir des données de certificats de santé les plus récentes (source : Conseils Généraux-exploitation : InvS-Cire Midi-Pyrénées)



CONCLUSION

Au total, en Midi-Pyrénées, même si l'incidence de la rougeole a fortement diminué en 2012 par rapport à 2011, le risque persiste dans notre région de par la circulation résiduelle du virus et l'insuffisance de la couverture vaccinale

Alors que les taux de couverture vaccinale sont bas dans notre région il est important d'actualiser ses vaccinations et mettre en œuvre les mesures de prévention indispensables autour des cas.

Toute personne née depuis 1980 devrait avoir reçu 2 doses de vaccin rougeole - oreillons – rubéole :

Enfants âgés de 12 à 24 mois : 1^{ère} dose à 12 mois et 2^{ème} dose entre 16 et 18 mois

Professionnels de santé nés avant 1980 : une dose de vaccin trivalent si pas d'antécédent vaccinal (ou douteux) ou non vaccinés

En cas de rougeole, les principales recommandations sont :

- l'éviction scolaire ou de la collectivité jusqu'à 5 jours après le début d'éruption
- l'identification urgente des sujets contacts des sujets malades, particulièrement des femmes enceintes, enfants de moins de 6 mois ou de personnes immunodéprimées
- la mise à jour urgente des vaccinations si besoin selon recommandations du calendrier vaccinal beh_14_15_2013.pdf
- faire une confirmation biologique
- signaler le cas à l'aide de la DO à la Cellule de Veille et Gestion des Alertes Sanitaires de l'ARS Midi-Pyrénées

Sont considérés comme protégés : les personnes ayant eu la rougeole de façon certaine, celles ayant reçu 2 doses de vaccin trivalent, celles ayant une sérologie rougeole positive (IgG)

Les cas de légionellose en Midi-Pyrénées en 2012

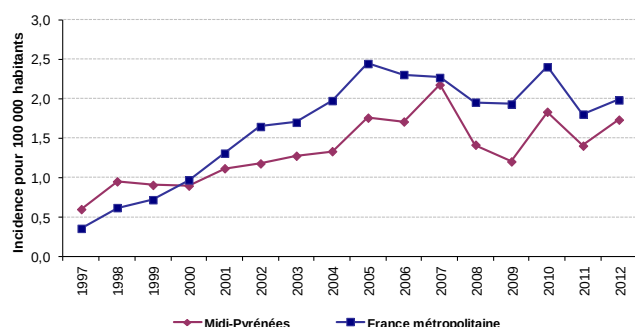
INCIDENCE

En 2012, 51 cas de légionellose ont été déclarés dans la région (dont 1 non domicilié en Midi-Pyrénées) contre 41 en 2011.

L'incidence de la légionellose (estimée à partir des cas domiciliés dans la région et de la population INSEE 2010) était de 1,7 pour 100 000 habitants en 2012 contre 1,4 en 2011. Cette incidence suit les mêmes tendances que l'incidence nationale c'est à dire une diminution entre 2010 et 2011 puis une augmentation en 2012 (figure 14).

Figure 14

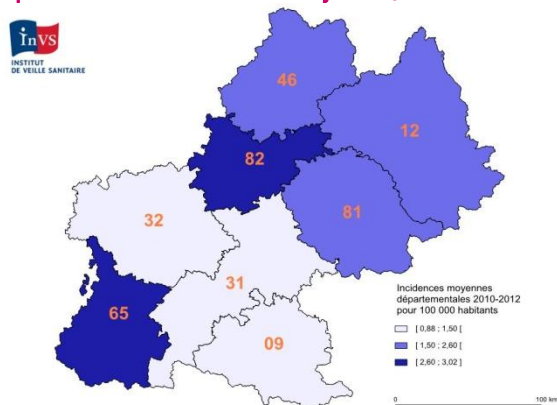
Incidence (pour 100 000 habitants) des cas de légionellose domiciliés en Midi-Pyrénées et France métropolitaine de 1997 à 2012



L'incidence moyenne sur les 3 dernières années (2010-2012) était estimée à 1,65 cas pour 100 000 habitants, plus élevée dans le Tarn-et-Garonne (3 cas pour 100 000 habitants) et plus faible dans le Gers (0,9 cas pour 100 000 habitants) (figure 15).

Figure 15

Incidence moyenne (pour 100 000 habitants) des cas de légionellose par département de domicile en Midi-Pyrénées, 2010-2012



DESCRIPTION DES CAS

Comme au niveau national, la maladie concernait exclusivement les adultes, touchait toujours plus d'hommes que de femmes (sex ratio H/F 2,3 en 2012 contre 2,1 en 2011), et la majorité des patients présentait au moins un facteur de risque individuel (tabagisme, diabète, hémopathie) (figure 16).

Les incidences des cas de légionellose pour les personnes les plus âgées sont largement supérieures à l'année précédente et sont même bien supérieures aux incidences nationales pour les 70-79 ans (figure 17).

Figure 16

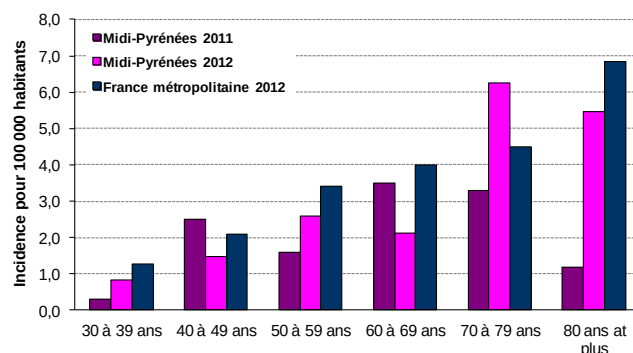
Description des cas de légionellose domiciliés en Midi-Pyrénées et France métropolitaine en 2011 et 2012

		Midi-Pyrénées		National
		2011	2012	2012[1]
		N=39	N=50	N=1298
Age	minimum	34	34	25
	maximum	94	92	93
	médian	69,5	68,0	62,0
Patient présentant au moins un facteur de risque		56,0%	68,0%	73,4%
	- tabac	24,4%	36,0%	44,9%
	- diabète	7,3%	20,0%	14,7%
	- hémopathie	9,8%	6,0%	10,7%

[1] Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2012. InVS

Figure 17

Incidence (pour 100 000 habitants) des cas de légionellose par classe d'âge en Midi-Pyrénées et France métropolitaine, 2011-2012



Sur les 50 cas de légionellose domiciliés dans la région en 2012, 11 sont décédés (22,0%) (évolution inconnue pour 6%) ce qui est supérieur au niveau national et à l'année précédente (10,7% en France en 2012, 9,8% en Midi-Pyrénées en 2011). L'âge médian des cas décédés était de 79 ans en 2012 contre 89 ans en 2011.

BACTERIOLOGIE

La majorité des cas étaient des cas confirmés à *Legionella* séro-groupe 1 diagnostiqué par la détection de l'antigène urinaire (98% des cas en 2012 et 100% en 2011). Cette méthode a été utilisée comme seule méthode d'identification pour 92% des cas. L'isolement de la souche a été réalisé pour seulement 1 cas sur 51 en 2012 contre 2 cas sur 41 en 2011, un nombre très en baisse par rapport à 2009 (9 cas, soit 28% des cas), et très nettement inférieure à la proportion nationale (23% en 2012).

EXPOSITIONS A RISQUE

Les expositions à risque les plus fréquemment signalées en 2012 étaient un séjour dans un hôpital, une maison de retraite ou un autre établissement de santé (7 cas), une exposition professionnelle (3 cas), un hébergement temporaire (3 cas) et un voyage (2 cas). Les voyages constituaient l'exposition à risque la plus fréquente au niveau national (11% des cas).

Même si l'incidence régionale suit les tendances nationales, elle reste toujours inférieure à celle-ci. Les Hautes-Pyrénées et le Tarn-et-Garonne sont les deux départements où l'incidence est la plus élevée.

La recherche du germe par culture doit se développer dans les pratiques diagnostiques courantes (même après antibiothérapie). Cette méthode diagnostic est sous largement utilisée dans notre région par rapport au niveau national. L'isolement de la souche est indispensable pour confirmer les cas groupés et documenter les sources de contamination et doit être utilisée même si l'antigénurie était positive.

Les toxi-infections alimentaires collectives* en Midi-Pyrénées en 2012

**au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale et dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire*

NOMBRE DE TIAC ET DE CAS ASSOCIES

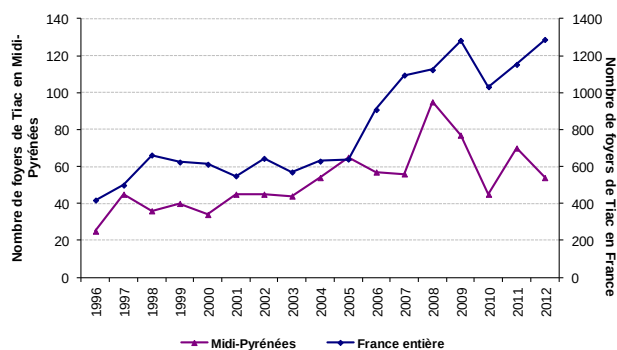
En 2012, 54 foyers de Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) ont été déclarées en région Midi-Pyrénées (32 en Haute-Garonne, 6 dans le Lot, 5 dans le Tarn et Garonne, 3 dans les Hautes-Pyrénées, 2 dans l'Aveyron, 2 dans le Tarn, 2 en Ariège et 2 dans le Gers), un nombre en diminution (-22,9%) par rapport à 2011. Cette tendance ne suit pas la tendance nationale puisque le nombre de foyers de Tiac déclarées en France a augmenté entre 2011 et 2012, avec 1 288 foyers de Tiac déclarées en 2012 contre 1 153 en 2011 (figure 8). Les Tiac déclarées en Midi-Pyrénées en 2012 représentaient 4% des Tiac déclarées en France (contre 6% en 2011).

Le nombre de malades impliqués dans une Tiac déclarée en Midi-Pyrénées est en diminution avec 362 cas en 2012 contre 491 cas en 2011 (-26%), soit en moyenne 6,7 malades par événement de Tiac déclarées en Midi-Pyrénées en 2012, IC95% [4,2 – 9,2] (contre 7,0 en 2011, IC95% [4,7 – 9,3]). La moitié des Tiac déclarées en Midi-Pyrénées en 2012 a impliqué 3 malades ou moins comme en 2011 (la plus importante a impliqué 46 malades en 2012 et 48 en 2011). En France, le nombre de malades est stable avec 10 258 en 2012, soit en moyenne 8,0 malades par événement de Tiac déclarée ; contre 9 674 en 2011 (6,0%), soit en moyenne 8,4 malades par événement. La moitié des Tiac déclarées en France en 2012 a impliqué 4 malades ou moins.

En 2012 en Midi-Pyrénées, 52% des Tiac déclarées sont survenues en restauration collective (ce qui représente 77% des malades) et 48% en milieu familial (respectivement 66% et 34% en France).

Figure 8

Nombre de foyers de Tiac déclarées en Midi-Pyrénées et en France de 1996 à 2012



SOURCES DE DECLARATION

En 2012 en Midi-Pyrénées, 67,3% des Tiac ont été déclarées par un médecin généraliste ou hospitalier, 11,5% par les consommateurs eux même, 9,6% par une source inconnue, 7,7% par un responsable d'établissement et 3,9% par une autre source (respectivement 40,5%, 27,6%, 6,3%, 7,7% et 14,5% en France).

GRAVITE DES CAS ET AMPLEUR DES TIAC

Le pourcentage de cas hospitalisés en Midi-Pyrénées était stable en 2012 avec 10,5% des cas hospitalisés, soit 38 hospitalisations (10,5% en 2011, 6,9% en France en 2012). Aucun décès n'a été signalé en 2012 en Midi-Pyrénées (6 en France).

Huit Tiac déclarées en Midi-Pyrénées étaient de grande taille (au moins 10 malades) et représentaient près de 56,1% des malades impliqués. Le taux d'attaque (proportion de malades parmi les participants au repas suspect) médian était de 77,5% (contre 87,5% en 2011 et 75,0% en France en 2012).

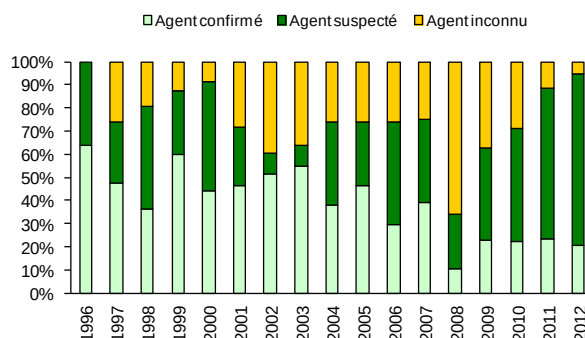
AGENT RESPONSABLE SELON LE LIEU DE SURVENUE

Des prélèvements alimentaires ou humains ont été réalisés pour 28% des Tiac déclarées (contre 36% en Midi-Pyrénées en 2011 et 21% en France en 2012). L'agent pathogène a été confirmé pour 20% des Tiac déclarées (contre 24% en Midi-Pyrénées en 2011 et 17% en France en 2012) (figure 9), le plus souvent sur des prélèvements alimentaires (73% de l'ensemble des prélèvements).

Sur les 51 Tiac déclarées (94%) dont l'agent était confirmé ou suspecté, 27% étaient dues à un staphylocoque (le plus souvent en restauration collective), 25% à une salmonelle (plus souvent en restauration familiale), 18% à Bacillus Cereus (le plus souvent en restauration collective), 10% à un clostridium perfringens, 2% à un virus et 4% à d'autres pathogènes (respectivement 29%, 19%, 22%, 9%, 5% et 11% en France).

Figure 9

Proportions de Tiac avec un agent suspecté, confirmé et inconnu en Midi-Pyrénées de 1996 à 2012



ALIMENT IDENTIFIE OU SUSPECTE

Un aliment était suspecté ou identifié pour 69% des Tiac déclarées en Midi-pyrénées en 2012 (contre 91% en 2011 et 71% en France en 2012).

Parmi ces Tiac, les aliments identifiés ou suspectés les plus fréquents étaient les œufs et produits à base d'œuf (19%, surtout lié à de la salmonelle et en restauration familiale), les viandes (16%), les volailles (13%, surtout en restauration collective).

La différence d'évolution du nombre de Tiac déclarées entre le niveau national et le niveau régional, ainsi que le pourcentage d'hospitalisation plus élevé en Midi-Pyrénées qu'au niveau national suggèrent une sous-notification des Tiac en Midi-Pyrénées, notamment pour les événements les moins graves. Le signalement des TIAC doit être effectué au plus tôt afin de mettre en place des mesures préventives efficaces.

Le nombre de recherches microbiologiques est faible et en diminution par rapport à l'année précédente. La recherche d'agents pathogènes dans les selles des patients doit être renforcée devant une suspicion de Tiac et orientée en fonction des caractéristiques cliniques des malades.

L'application de recommandations d'hygiène simple est efficace pour prévenir la survenue de Tiac, notamment en restauration collective.

Infections à VIH et cas de sida en Midi-Pyrénées en 2012 : *Synthèse des données ORSMIP*

En Midi-Pyrénées, le nombre de découverte de séropositivité est légèrement inférieur en 2012 avec une estimation de 180 découvertes après prise en compte des délais de déclaration et de la sous-déclaration, soit plus de 2 000 personnes depuis 2003. Le nombre de découvertes de séropositivité à VIH est estimé à 6 400 en 2012 en France entière, nombre stable depuis 2007.

Avec 61 nouveaux cas de séropositivité par million d'habitants en 2012, Midi-Pyrénées est au 6^{ème} rang des régions de France métropolitaine les plus touchées.

Sur la période 2003-2012, en Midi-Pyrénées, la proportion de cas contaminés par mode hétérosexuel (37%) est moins élevée qu'au niveau national (42%), et la proportion d'hommes de la région contaminés par mode homosexuel/bisexuel est plus élevée qu'en moyenne nationale (57% contre 38%).

Parmi les infections diagnostiquées, les infections récentes sont plus fréquentes dans la région qu'en moyenne nationale (38% contre 29%), ce qui indique un dépistage plus précoce en région.

Parmi les découvertes de séropositivité, on note depuis 2010 une augmentation de la part des personnes asymptomatiques (près de 60% contre moins de 50% avant 2010).

En 2012, l'activité de dépistage continue d'augmenter en région avec 71 sérologies réalisées pour 1 000 habitants (inférieur à la moyenne nationale de 80 pour 1000). La proportion de sérologies confirmées positives reste relativement stable (1,5 pour 1000 sérologies) et est inférieure à la moyenne nationale (2,1 pour 1000).

Concernant le sida, plus de 1 250 personnes vivaient avec le sida en Midi-Pyrénées en 2012. Dans la région, moins d'une trentaine de cas de sida est diagnostiqué chaque année.

Comme au niveau national, trop peu de personnes sont traitées avant le diagnostic du sida : dans la région, 92% des personnes diagnostiquées dans la région en 2011 n'ont bénéficié d'aucun traitement antirétroviral pré-sida.

67% des nouveaux cas de sida de Midi-Pyrénées sont déclarés en Haute-Garonne sur la période 2009-2011, département qui représente 43% de la population régionale.

Toutes les données sont détaillées dans :

- La santé observée en Midi-Pyrénées – Faits marquants. Infection à VIH et sida. ORSMIP, Décembre 2013 : <http://www.orsmip.org/tlc/VIHSida2013.pdf>
- BEH n°33-34, octobre 2013. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012 Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [Bull Epidemiol Hebd] > N° 33-34 [22/10/2013]
- Dossier thématique. Infection à VIH et sida, sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida>

Les autres MDO déclarées en Midi-Pyrénées en 2012

Dans notre région, des cas isolés d'autres MDO sont déclarés chaque année. L'effectif est trop faible pour permettre une analyse mais les chiffres sont présentés ici, à titre indicatif.

Année	Nb de cas Botulisme	Nb de cas Brucellose	Nb de cas Hépatite B	Nb de cas Listéria	Nb de cas Tétanos	Nb de cas Tularémie	Nb de cas Typhoïde
2001	1	1	-	12	1	0	3
2002	0	1	-	8	0	1	6
2003	0	2	9	13	2	1	1
2004	0	1	9	16	1	2	3
2005	2	1	9	17	2	1	6
2006	0	0	4	25	3	2	5
2007	2	0	4	17	0	12	3
2008	0	0	6	18	0	9	4
2009	1	1	3	11	1	2	5
2010	0	2	0	10	0	0	6
2011	0	2	3	12	0	3	7
2012	0	2	4	16	0	1	5

Coordonnées des centres nationaux de références (CNR) pour certaines MDO

CNR	Adresse	Téléphone	Courriel	Lien
Rougeole	Laboratoire de Virologie, CHU de Caen av. G. Clemenceau 14 033 Caen Cedex	02 31 27 25 54	cnr-roug-para@chu-caen.fr	http://www.chu-caen.fr/service-129.html
Légionelles	Centre de Biologie Est Institut de Microbiologie 59 bd Pinel 69 677 Bron cedex	04 72 12 96 25	jerome.etienne@chu-lyon.fr	http://nte-serveur.univ-lyon1.fr/hcl2004/CNR_legionelles/
Salmonelles, E. Coli, Shigelles	Institut Pasteur 25-28 rue du Docteur Roux 75724 Paris Cedex 15	01 45 68 83 39	salmonella@pasteur.fr colishig@pasteur.fr	http://www.pasteur.fr/sante/clre/ca-drecnr/salmcncr-index.html
Méningocoques	Institut Pasteur 25-28 rue du Docteur Roux 75724 Paris Cedex 15	01 45 68 84 38	meningo@pasteur.fr	http://www.pasteur.fr/sante/clre/ca-drecnr/meningo-index.html
Mycobactéries et résistance aux antituberculeux	Laboratoire de Bactériologie-Hygiène CHU Pitié-Salpêtrière 47-83 bd de l'Hôpital 75651 Paris cedex 13	01 42 16 20 83	cnr.myctb@psl.aphp.fr	http://cnrmyctb.free.fr/
Listeria	Institut Pasteur 25-28 rue du Docteur Roux 75724 Paris Cedex 15	01 40 61 31 12	listeria@pasteur.fr	http://www.pasteur.fr/sante/clre/ca-drecnr/salmcncr-index.html
Hépatites A et E	Laboratoire de Virologie Hôpital Paul Brousse 12-14 av. Paul Vaillant Couturier 94 804 Villejuif	01 45 59 37 21	anne-marie.roque@pbr.aphp.fr	http://www.cnrva-vhe.org/
VIH	Laboratoire de Virologie CHU Bretonneau 2 bd Tonnelle 37 044 Tours Cedex	02 47 47 80 58	fbarin@med.univ-tours.fr	
Paludisme	Service de parasitologie-Mycologie Hôpital Bichat Claude Bernard 46 rue H. Huchard 75 877 Paris Cedex 18	01 40 25 78 81	sandrine.houze@bch.aphp.fr	
Arbovirus (dont Dengue, Chikungunya)	Unité de Virologie - IRBA Allée du Médecin Colonel Jamot BP 60109 13262 MARSEILLE Cedex 07	04 91 15 01 70	diagarbo@imtssa.fr	

Coordonnées des centres de lutte anti-tuberculeuse en Midi Pyrénées

Département	Nom	Téléphone	Fax	Courriel
09	Dr Marie BIBOULET	06 45 89 31 58	05 61 60 90 41	clat@chi-val-ariege.fr
12	Dr Brigitte BOUTOT	05 65 75 42 20	05 65 75 42 22	brigitte.boutot@cg12.fr
31	Dr Jean LE GRUSSE	05 61 77 50 80	05 61 77 50 90	ddvlat@hjd.asso.fr
32	Dr Vincent SARLON	05 62 67 30 30	05 62 67 30 51	mdelgado@cg32.fr
46	Dr Maurice TARTULIER	05 65 53 49 55	05 65 22 52 76	maurice.tartulier@cg46.fr
65	Dr Marcelle LEFEBVRE	05 62 56 74 80	05 62 56 74 91	marcelle.lefebvre@cg65.fr
81 (Castres)	Dr Max MAURETTE	05 63 71 84 98	05 63 71 84 49	dispensaire@chic-cm.fr
81 (Albi)	Dr Isabelle RAYET	05 63 47 44 58	05 63 47 47 34	dispensaire@ch-albi.rss.fr
82	Dr Hélène PIZZUT	05 63 92 89 68	05 63 92 89 69	upd@ch-montauban.fr

Recueil des données réalisé par l'Agence régionale de santé Midi-Pyrénées (Cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires, délégations territoriales de l'Ariège, de l'Aveyron, de la Haute-Garonne, du Gers, du Lot, des Hautes-Pyrénées, du Tarn et du Tarn-et-Garonne).

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, Directrice Générale de l'InVS - Comité de rédaction : Cécile Durand, Anne Guinard, Damien Mouly, Jérôme Pouey, Nicolas Sauthier, Matthieu Wargny

Diffusion : Cire Midi-Pyrénées, 10 chemin du raisin 31050 Toulouse cedex – Mail : ars-midipy-cire@ars.sante.fr – Tél. 05 34 30 25 24.