

Bulletin de veille sanitaire - N° 9 / Mai 2013

Hépatite A - Légionellose - Rougeole - Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac)

[Page 1 | Editorial |](#)

[Page 2 | Bilan 2011 des hépatites A en Basse et Haute Normandie |](#)

[Page 4 | Bilan 2011-2012 des légionelloses en Basse et Haute Normandie |](#)

[Page 6 | Bilan 2011 des rougeoles en Basse et Haute Normandie |](#)

[Page 9 | Bilan 2011 des Tiac en Basse et Haute Normandie |](#)

| Editorial |

Arnaud Mathieu, Responsable de la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en régions Haute et Basse Normandie (InVS-Cire Normandie)

Le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO), le plus ancien système de surveillance sanitaire existant en France, implique les professionnels de santé en tant que signalants, les agences régionales de santé (ARS) en tant que gestionnaires du signal et l'Institut de veille sanitaire (InVS) pour l'expertise des données.

Dans sa stratégie de régionalisation, l'InVS a organisé l'analyse et l'expertise des cinq MDO les plus fréquemment déclarées en mettant à disposition des épidémiologistes en Cire la base contenant les données issues des notifications.

Dans ce cadre, depuis 2012, la Cire Normandie s'est organisée pour réaliser cette analyse et permettre à la fois une surveillance régionale en continu ainsi qu'une rétro-information régulière de ses partenaires. Après avoir présenté l'analyse des infections invasives à méningocoque déclarées en 2011 sur les régions Basse-Normandie et Haute-Normandie (BVS n°8), ce bulletin de veille sanitaire est consacré à l'étude des quatre autres MDO pour lesquelles l'analyse est régionalisée : hépatite A, légionellose, rougeole et toxi-infections alimentaires collectives.

Parmi les avantages liés à l'analyse régionale des données, cette stratégie permet à la Cire de fournir une réponse instantanée le cas échéant sur différentes situations épidémiques avérées ou suspectes. Ainsi on peut citer l'exemple de l'investigation autour des cas groupés d'hépatite A parmi les gens du voyage de l'agglomération rouennaise début 2012, ou encore la surveillance de l'hyperendémie d'IIM B:14:P1.7,16 en Seine-Maritime (regroupement de cas repéré au printemps 2012).

Au travers d'une rétro-information réactive et géographiquement proche des déclarants, la Cire Normandie souhaite concourir à l'amélioration du système de surveillance des MDO, en incitant

notamment les professionnels de santé à toujours plus déclarer. En effet, l'enjeu pesant sur le bon fonctionnement du système demeure la participation la plus exhaustive possible des professionnels à la déclaration de ces maladies.

Qui sommes-nous ?

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est un établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. Il a pour mission de surveiller l'état de santé de la population, d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique, d'aider à la décision et d'apporter un appui à la gestion de la menace. La mission de l'InVS se décline dans tous les champs d'action de la santé publique : maladies infectieuses, effets de l'environnement sur la santé, risques d'origine professionnelle, maladies chroniques et traumatismes...

L'InVS mobilise, anime et coordonne un réseau de santé publique qui comprend des professionnels de santé, des instituts de recherche, des établissements de soins publics et privés, des caisses d'assurance maladie, des laboratoires et des associations de malades et d'usagers.

En Basse-Normandie et Haute-Normandie, la mission de l'InVS est relayée par la Cire Normandie. Placée sous la responsabilité scientifique de la directrice générale de l'InVS et localisée au sein des ARS de Basse-Normandie et de Haute-Normandie, la Cire fournit aux ARS un appui méthodologique et une expertise indépendante sur les signaux d'alerte sanitaire.

Pour plus d'information :

<http://www.invs.sante.fr/Regions-et-territoires>

I Hépatite aiguë A : bilan 2011 en Basse-Normandie et en Haute-Normandie I

Mélanie Martel (InVS-Cire Normandie)

| Introduction |

L'hépatite aiguë A est une maladie à déclaration obligatoire depuis fin 2005. Cette maladie est fréquente dans les pays en voie de développement où elle affecte le plus souvent les enfants. Dans les pays où les conditions d'hygiène sont bonnes et l'incidence plus faible, l'hépatite A survient surtout chez les adultes. Les symptômes et les signes de gravité augmentent en effet avec l'âge [1].

L'incubation de l'hépatite aiguë A est de 15 à 50 jours, elle se manifeste par une fièvre, une asthénie importante avec des nausées, des douleurs abdominales suivies d'un ictère. Les formes sans symptôme ou peu symptomatiques sont fréquentes chez les enfants de moins de 6 ans. Des formes sévères avec défaillance hépatique sont possibles et les décès sont rares. 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) [1].

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 [1].

L'analyse ci-dessous porte sur les données extraites de la base régionalisée des maladies à déclaration obligatoire de l'InVS.

Encart 1 : Données nationales 2011

En 2011, 1 114 cas d'hépatite A ont été déclarés en France (1 007 en métropole, 107 dans les départements d'outre-mer). Pour la France métropolitaine, le taux annuel d'incidence des cas déclarés était de 1,6 /100 000 habitants.

Comme les années antérieures, les taux annuels d'incidence en 2011 étaient globalement plus élevés chez les hommes que chez les femmes et chez les moins de 15 ans que dans les autres classes d'âge. Plusieurs épidémies survenues ces dernières années ont concerné des communautés avec des conditions d'hygiène précaires, ce qui explique la part importante d'enfants parmi les cas recensés.

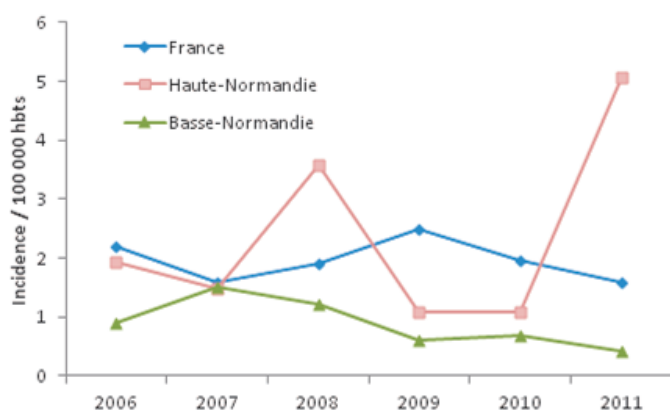
Les deux principales expositions à risque dans les 2 à 6 semaines précédant le début de la maladie étaient la présence de cas d'hépatite A dans l'entourage des personnes malades (50 %) avec, pour 83 % d'entre elles, des cas dans l'entourage familial et un séjour hors métropole (35 %). Parmi les cas ayant séjourné hors métropole, presque la moitié d'entre eux (44 %) ont séjourné dans l'un des pays du Maghreb.

| Nombre de cas et incidence |

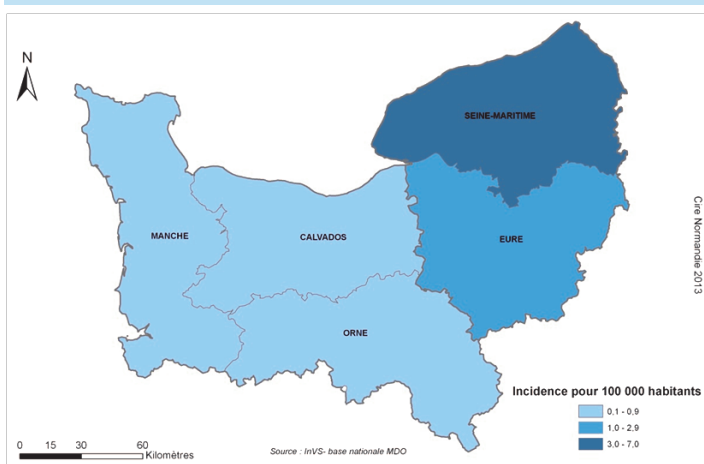
En 2011, 6 cas ont été notifiés en Basse-Normandie (incidence de 0,41 cas /100 000 habitants) contre 10 en 2010. En Haute-Normandie, 93 cas ont été notifiés (incidence de 5,06 cas /100 000 habitants) contre 20 en 2010 (figure 1).

L'incidence a été élevée en 2011 en Haute-Normandie, notamment dans le département de la Seine-Maritime avec une incidence estimée à 6,4 cas pour 100 000 habitants, en raison d'une épidémie survenue fin 2011 dans l'agglomération de Rouen, chez des gens du voyage vivant dans des conditions précaires [2, 3]. L'incidence des cas d'hépatite aiguë A était nettement plus faible dans les départements de Basse-Normandie (figure 2), en dessous de l'incidence nationale.

I Figure 1 I Incidence annuelle (pour 100 000 habitants) de l'hépatite aiguë A en Basse-Normandie, en Haute-Normandie et en France pour la période 2006-2011



I Figure 2 I Incidences des cas d'hépatite aiguë A par département en Basse-Normandie et Haute-Normandie en 2011

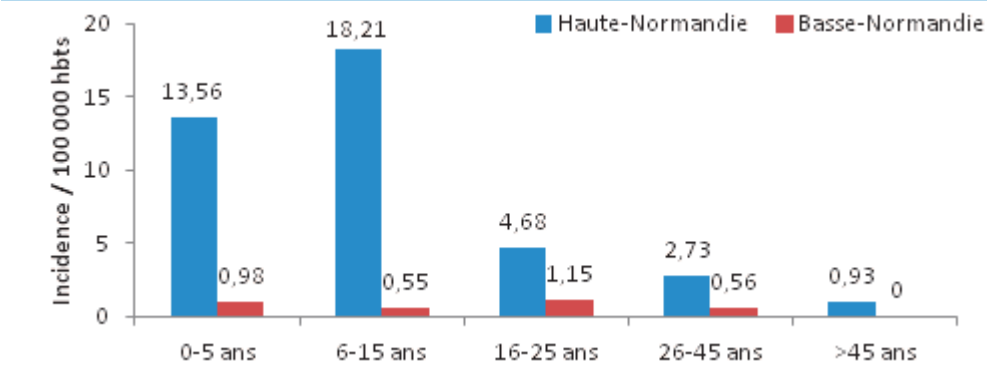


| Description des cas pour l'année 2011 |

En 2011 en Basse-Normandie, les taux d'incidence les plus élevés étaient observés chez les 16-25 ans (figure 3) et le sex-ratio homme/femme était de 2. La proportion de cas d'hépatite A ictériques et le taux d'hospitalisation étaient de 50,0 % (n=3/6).

En 2011 en Haute-Normandie, les taux d'incidence les plus élevés étaient observés chez les 0-15 ans (figure 3). Le fort taux d'incidence chez les moins de 15 ans en Haute-Normandie était du à une transmission interhumaine chez les enfants vivants sur des terrains d'accueil de gens du voyage [3]. Le sex-ratio homme/femme était de 0,82. La proportion de cas d'hépatite A ictériques était de 70,6 % (n=60/85) dont 50,0 % (n=30/60) chez les 6-15 ans et le taux d'hospitalisation était de 28,6 % (n=24/84).

I Figures 3 I Taux d'incidence des cas d'hépatite aiguë A en Basse-Normandie et Haute-Normandie par classe d'âge en 2011



| Expositions à risque |

Les principales expositions à risques en Basse-Normandie étaient la présence d'autre cas dans l'entourage (n=4/6) et un séjour hors métropole (n=2/6) au Maroc et au Pérou. En Haute-Normandie, l'exposition à risque principale était également le fait d'avoir un cas dans l'entourage (n=69/93) mais aussi la présence d'un enfant de moins de 3 ans à son domicile (n=40/93) et la consommation de fruits de mer (n=13/93).

| Conclusion |

Le nombre important de déclaration d'hépatite aiguë A en 2011 en Haute-Normandie confirme la nécessité de maintenir les mesures de prévention, telles que le renforcement des mesures d'hygiène et la vaccination autour d'un cas pour éviter la diffusion du virus ou encore la mise en œuvre d'une campagne de vaccination lors d'une épidémie parmi les gens du voyage, conformément aux recommandations du HCSP [4]. Une vaccination anti-hépatite A est également recommandée lors de voyages en pays endémiques ou chez les enfants dont l'un des parents est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner.

Encart 2 : Tendance de l'année 2012 (données non consolidées)

Basse-Normandie

En 2012, 20 cas d'hépatite A ont été déclarés (13 dans le Calvados et 7 dans la Manche). Pour la région, le taux annuel d'incidence des cas déclarés était de 1,36 /100 000 habitants. Les taux annuels d'incidence en 2012 étaient globalement plus élevés chez les hommes que chez les femmes et chez les 6-25 ans. Ils étaient 95,0 % à présenter un ictère et 50,0 % ont été hospitalisés.

Les trois principales expositions à risque étaient la présence de cas d'hépatite A dans l'entourage (65,0 %), la présence d'un enfant de moins de 3 ans au domicile (40,0 %) et un séjour hors métropole (30,0 %). Les principaux pays visités étaient le Mexique, le Maroc, le Nigéria, le Burkina-Faso ou encore l'Inde.

Haute-Normandie

En 2012, 21 cas d'hépatite A ont été déclarés (20 en Seine-Maritime et 1 dans l'Eure). Pour la région, le taux annuel d'incidence des cas déclarés était de 1,14/100 000 habitants. Les taux annuels d'incidence en 2012 étaient globalement plus élevés chez les femmes que chez les hommes et chez les 0-15 ans. Ils étaient 42,9 % à présenter un ictère et 20,0 % ont été hospitalisés.

Les trois principales expositions à risque étaient la présence de cas d'hépatite A dans l'entourage (66,7 %), la présence d'un enfant de moins de 3 ans au domicile (47,6 %) et un séjour hors métropole (57,1 %). Les principaux pays visités étaient le Mexique, le Maroc, Madagascar, la République-Dominicaine ou encore l'Italie.

| Légionellose : bilan 2011 et 2012 en Basse-Normandie et en Haute-Normandie |

Myriam Blanchard (InVS, Cire Normandie)

| Introduction |

La légionellose est une infection pulmonaire causée par la bactérie *Legionella* présente dans le milieu naturel et qui peut proliférer dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions de développement sont réunies (entre 25 et 45° C). L'espèce la plus fréquemment rencontrée en pathologie humaine est *Legionella pneumophila* (99 %) avec le sérotype Lp1 dans 90 % des cas. La contamination de l'homme se fait par voie respiratoire, par inhalation d'aérosols contaminés par la bactérie. La maladie se traduit par un état grippal fébrile s'aggravant rapidement en pneumopathie sévère, plus ou moins accompagné de troubles digestifs, douleurs musculaires et d'un syndrome confusionnel.

La légionellose affecte essentiellement les adultes, en particulier les personnes avec des facteurs favorisants intrinsèques (âge, tabac, cancer, hémopathie, immunodéprimés, diabète ...) [1].

Depuis 1987 en France, la surveillance de la légionellose est basée sur le système de la déclaration obligatoire.

Cet article présente le bilan des cas de légionellose, déclarés à l'InVS par la fiche de déclaration obligatoire, survenus en Basse-Normandie et en Haute-Normandie en 2011 et 2012.

Encart 1 : Définition de cas

Cas confirmé : pneumopathie associée à au moins un des critères suivants :

- Isolement bactériologique de *Legionella spp* par culture sur milieux spéciaux dans un prélèvement bronchique ;
- Antigénurie : présence d'antigène soluble dans les urines spécifique du sérotype 1 ;
- Sérologie : augmentation des titres d'anticorps par 4 entre 2 prélèvements successifs ;
- Immunofluorescence directe positive sur prélèvement respiratoire ;

Cas probable :

- titre unique élevé d'anticorps > 256 ;
- PCR positive

| Contexte épidémiologique en France métropolitaine, année 2011-2012 |

Depuis 2005, une diminution régulière du taux d'incidence de la légionellose en France est observée, malgré une augmentation ponctuelle du nombre de cas en 2010. En France métropolitaine, ce taux d'incidence était de 1,8 cas pour 100 000 habitants en 2011 (1 170 cas) et de 1,98 en 2012 (1 298 cas). Le nombre de cas a augmenté de 11% entre 2011 et 2012 mais reste inférieur à celui de 2010.

Le gradient géographique ouest-est du taux d'incidence des cas notifiés de légionellose était toujours marqué et variait de 0,3/10⁵ habitants en Basse-Normandie à 5,9/10⁵ habitants en Franche-Comté en 2012.

En 2011 et 2012, la majorité des cas est survenue entre juin et septembre. L'âge médian des cas était de 62 ans, le sex-ratio homme/femme de 2,9. L'incidence augmentait avec l'âge et les taux d'incidence les plus élevés s'observaient chez les personnes de plus de 80 ans (6,4/10⁵). Seuls 18 cas en 2011 et 13 cas en 2012 n'avaient pas été hospitalisés (1,5% et 1%). La létalité était de 10,8% en 2011 et 10,7% en 2012. En 2012, 74% des cas présentaient au moins un facteur de risque connu.

La majorité des cas a été diagnostiquée par un test de détection urinaire (97 %). En 2012, pour 23,7% des cas une souche avait été isolée, pourcentage supérieur à celui de 2011 (22,5%) permettant ainsi de disposer d'une meilleure capacité pour identifier les sources de contamination. Une exposition à risque était rapportée pour 74% d'entre eux. Aucune épidémie (plus de 10 cas) n'a été identifiée en 2011 [2]. En 2012, des investigations de cas groupés (moins de 10 cas) ont été réalisées par les ARS en collaboration avec les Cires.

| Contexte épidémiologique régional, années 2011-2012 |

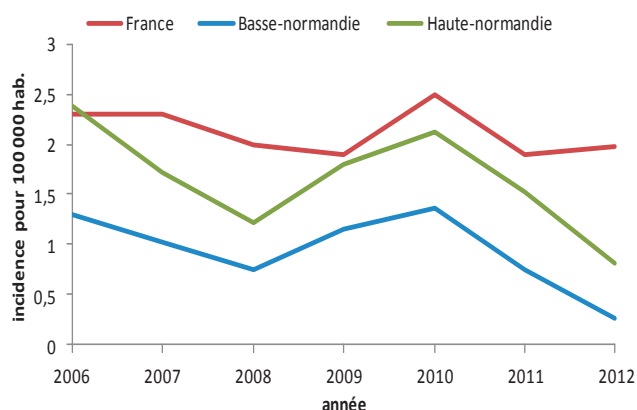
En 2011 et 2012, en Basse-Normandie, respectivement 11 et 4 cas de légionellose ont été déclarés, soit des taux d'incidence de 0,75 et 0,27 cas pour 100 000 habitants (figure 1) inférieurs aux taux nationaux.

En Haute-Normandie, 28 cas de légionellose ont été déclarés en 2011 et 15 cas en 2012 soit des taux d'incidence respectivement de 1,52 et 0,82 cas pour 100 000 habitants (figure 1) inférieurs aux taux nationaux.

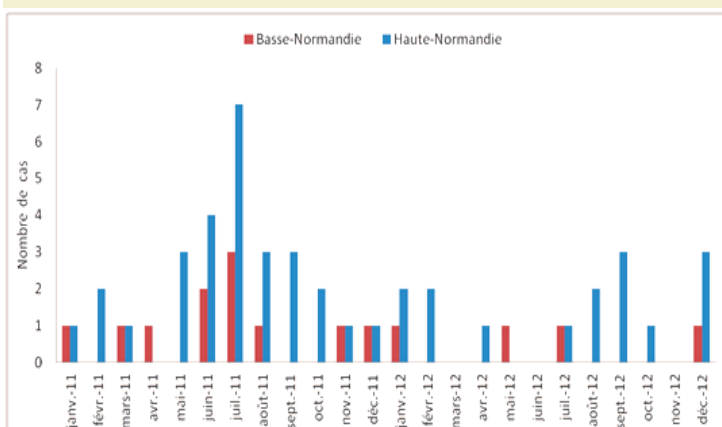
Pour les 2 régions, on observe depuis 2006 une tendance à la diminution du taux d'incidence régionale avec cependant une augmentation en 2009 et 2010 (comme observé au niveau national).

La majorité des cas (47 % en Basse-Normandie et 53 % en Haute-Normandie) est survenue sur la période estivale (juin-septembre) (figure 2).

| Figure 1 | Évolution du nombre de cas et du taux annuel d'incidence de la légionellose en Basse-Normandie, Haute-Normandie et en France, 2006-2012



| Figure 2 | Répartition mensuelle des cas déclarés de légionellose selon le mois de début des signes, Basse-Normandie et Haute-Normandie, année 2011-2012



| Description des cas |

En 2011-2012, pour les 2 régions, le sexe ratio homme/femme de 2,2 (40/18) montrait une prédominance des hommes chez les cas déclarés. L'âge médian des cas était de 56 ans [min 26 ans ; max 87 ans]. Tous les cas ont été hospitalisés. La létalité était de 7 % (4/58).

En 2011-2012, 74 % des cas déclarés (n=43/58) présentaient au moins un facteur de risque dont le principal est le tabagisme chez 59 % des cas (n=34/58). Le diabète, les traitements immunosuppresseurs (dont corticothérapie) et les hémopathies représentent également des facteurs favorisants relativement fréquents (7 à 12 %).

| Bactériologie |

La majorité des cas a été diagnostiquée par un antigène urinaire (n=52/58). Quelques cas l'ont été par culture (3 cas), par sérologie (2 cas) ou par PCR (1 cas).

Une souche a pu être isolée en culture pour 13 cas soit 22 % des cas déclarés en 2011 et 2012 (*L. pneumophila* sérotype 1 est l'espèce majoritairement retrouvée). Aucune souche n'a pu être comparée avec une souche environnementale.

Encart 2 : Diagnostic de la légionellose

La recherche d'antigènes solubles urinaires est primordiale pour poser un diagnostic rapide précoce. Elle détecte principalement la *Legionella pneumophila* sérotype 1 (responsable d'environ 90 % des légionelloses). Si le test urinaire est négatif, il faut donc envisager un diagnostic par PCR (détail) ou isolement par culture.

La mise en culture de la bactérie ainsi que son envoi au CNR sont indispensables afin de confirmer le caractère groupé des cas et les sources de contamination. La bactérie peut être isolée sur un prélèvement bronchique mais les expectorations sont le plus souvent suffisantes et peuvent être réalisés jusqu'à 48h après la mise sous antibiotiques adaptés. Leur réalisation est fortement recommandée pour les cas avec une antigénurie systématique et en cas de forte suspicion de légionellose si l'antigénurie est négative. Si le laboratoire ne pratique pas de mise en culture ou que la culture s'avère négative, il est possible d'envoyer directement le prélèvement au CNR.

| Exposition à risque lors de la période d'incubation |

Au moins une exposition à risque lors de la période d'incubation était rapportée pour 53 % des cas (31/58). Pendant la période d'incubation, 38% des cas ont effectué un voyage avec un séjour dans un établissement de tourisme ou une résidence temporaire. Quatre cas (7 %) ont effectué un séjour à l'hôpital.

| Conclusion |

Les données de la déclaration de légionellose de 2011 et 2012 en France n'ont pas montré de situation épidémique et montrent une diminution du nombre de cas annuel. La situation épidémiologique de la légionellose en Basse-Normandie et Haute-Normandie est semblable à la situation nationale tant au niveau de l'incidence que des caractéristiques des cas.

Il est encore nécessaire d'encourager les mises en culture trop peu nombreuses afin d'identifier précisément les souches et ainsi détecter ou valider les suspicions de cas groupés. L'objectif est de mettre en place des mesures adaptées de contrôle et de prévention afin d'éviter l'apparition de nouveaux cas.

Un nouveau guide d'investigation et de gestion des cas de légionellose devrait paraître en 2013.

| Rougeole : bilan 2011 en Basse-Normandie et en Haute-Normandie |

Marguerite Watrin (InVS-Cire Normandie)

| Introduction |

La rougeole est une infection virale hautement contagieuse dont le mode de transmission est essentiellement aérien [1]. Le virus se transmet soit directement auprès d'un cas soit parfois indirectement en raison de la persistance du virus dans l'air ou sur une surface contaminée par des sécrétions naso-pharyngées.

La période d'incubation dure de 10 à 12 jours. Elle est suivie d'une phase d'invasion de 2 à 4 jours qui se manifeste par une fièvre à 38,5°C, un catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite) et une asthénie. Le signe de Köplik, pathognomonique, est inconstant. L'éruption maculo-papuleuse apparaît en moyenne 14 jours après exposition et dure 5 à 6 jours. La phase de contagiosité démarre la veille de l'apparition des prodromes et s'étend jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

La rougeole est une maladie souvent bénigne ne nécessitant pas d'hospitalisation. Cependant, des complications peuvent survenir, plus fréquemment chez les moins de 1 an et les plus de 20 ans. Les complications les plus sévères sont la pneumonie (2 à 7%) à l'origine de la majorité des décès et l'encéphalite aiguë (1%).

A partir de 1985, la rougeole a été surveillée par le réseau Sentinelles de l'Inserm. En raison de la baisse progressive du nombre de cas rapportés par le réseau Sentinelles, les estimations d'incidence sont devenues imprécises et les zones de transmission active du virus risquaient de ne pas être détectées. C'est pourquoi la rougeole est redevenue une maladie à déclaration obligatoire (MDO) en 2005 [2] [3].

Les données présentées sont issues des déclarations obligatoires (DO) de rougeole et l'interprétation des résultats doit tenir compte d'une possible sous-déclaration des cas.

Encart 1 : Définition de cas

Cas clinique : association d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik.

Cas confirmé biologiquement :

- détection d'IgM spécifiques dans la salive ou dans le sérum (en l'absence de vaccination dans les 2 mois précédant le prélèvement),
- OU séroconversion ou élévation de 4 fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence (en l'absence de vaccination dans les 2 mois précédant le prélèvement),
- OU détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire,
- OU culture positive sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

Cas confirmé épidémiologiquement : cas clinique ayant été en contact avec un cas confirmé dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption.

Cas groupés : au moins 3 cas de rougeole parmi lesquels au moins 1 cas confirmé biologiquement, survenus dans une même zone géographique sur une période de temps limitée. Le nombre de cas est ramené à 2 si les cas fréquentent une même collectivité.

| Nombre de cas et incidence des cas déclarés |

En 2011, l'incidence des cas déclarés de rougeole était de 6,17 cas pour 100 000 habitants en Basse-Normandie (n=91) et de 3,37 cas pour 100 000 habitants en Haute-Normandie (n=62). Ces taux d'incidence étaient en augmentation par rapport à l'année 2010 dans les deux régions (tableau 1).

| Tableau 1 | évolution du nombre de cas de rougeole et taux d'incidence annuel (nombre de cas déclarés pour 100 000 habitants) en Basse-Normandie, Haute-Normandie et en France sur la période 2008/2011

	2008		2009		2010		2011	
	n	n/100 000	n	n/100 000	n	n/100 000	n	n/100 000
Calvados	7	1,04	3	0,44	32	4,68	63	9,22
Mandhe	3	0,6	3	0,6	4	0,8	13	2,61
Orne	6	2,05	2	0,69	5	1,71	15	5,14
Basse-Normandie	16	1,09	8	0,54	41	2,78	91	6,17
Eure	ND	ND	4	0,69	17	2,9	19	3,24
Seine-Maritime	ND	ND	14	1,12	20	1,6	43	3,44
Haute-Normandie	ND	ND	18	0,98	37	2,01	62	3,37
France	603	0,94	1543	2,4	5083	7,9	14949	23,2

ND : aucun cas déclaré.

La figure 1 illustre la distribution mensuelle des cas de rougeole déclarés sur la période 2008-2012 dans les deux régions normandes. Comme observé au niveau national, trois vagues épidémiques ont été observées au niveau régional (Basse-Normandie et Haute-Normandie) avec une amplitude plus importante pour cette 3^{ème} vague survenue au printemps 2011.

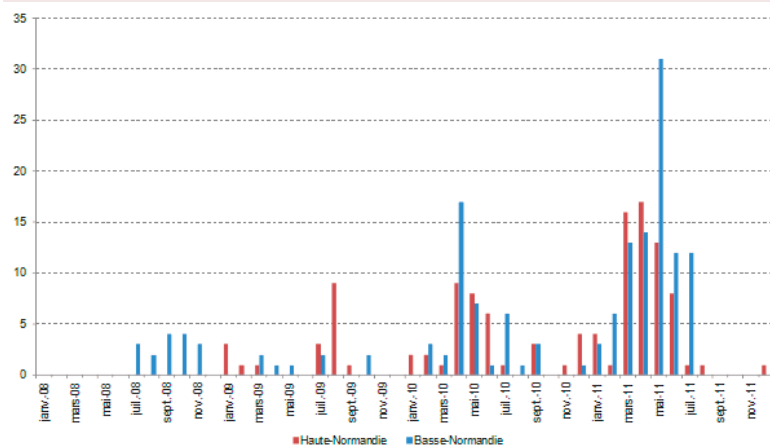
| Caractéristiques des cas |

En 2011, la classe d'âge la plus touchée par la rougeole en Basse-Normandie et Haute-Normandie était celle des moins de 1 an avec respectivement un taux d'incidence de 29,9 et 29,7 cas déclarés pour 100 000 habitants (figure 2).

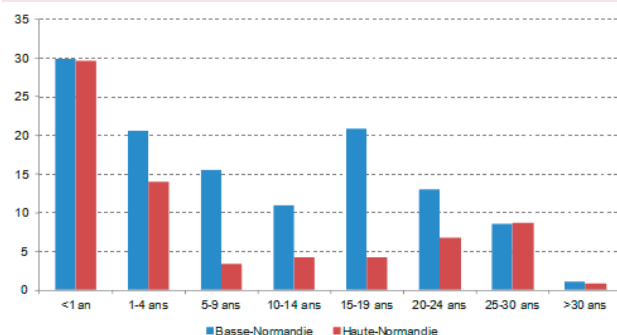
En Basse-Normandie, le taux d'hospitalisation était de 23,9% pour l'année 2011 (24% chez les moins de 1 an ; 39,3% chez les plus de 20 ans). Parmi les cas déclarés, 6,7% ont présenté des complications (dont 2 pneumopathies). Concernant le statut vaccinal, 77% des cas n'étaient pas vaccinés et parmi les cas vaccinés, 81,2% n'avaient reçu qu'une dose de vaccin.

En Haute-Normandie, 48,4% des cas déclarés en 2011 ont été hospitalisés (57,1% chez les moins de 1 an et les plus de 20 ans) et 15,3% ont présenté des complications (dont 1 pneumopathie). Parmi les cas, 70% n'étaient pas vaccinés et parmi les cas vaccinés, 83,3% n'avaient reçu qu'une dose de vaccin.

| Figure 1 | distribution des cas de rougeole déclarés par mois en Basse-Normandie et Haute-Normandie sur la période 2008-2011



| Figure 2 | taux d'incidence par classe d'âge des cas de rougeole déclarés en 2011 en Basse-Normandie et Haute-Normandie



| Conclusion |

Une épidémie de rougeole sévit en France depuis 2008, évoluant en 3 vagues épidémiques automno-hivernales. La forte décroissance du nombre de cas déclarés de mai à octobre 2011 a signé la fin de la 3^{ème} vague. Après une légère ré-ascension du nombre de cas déclarés en fin d'année 2011, le nombre de cas mensuel est resté à peu près stable sans pic épidémique notable au printemps 2012 et depuis, le nombre de cas a diminué.

Le virus continue toutefois à circuler, il faut donc rester vigilant et continuer à veiller à la mise à jour du statut vaccinal pour toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980.

Encart 2 : Schémas vaccinaux [4]

- Enfants âgés de 12 à 24 mois : 1^{ère} dose du vaccin trivalent à 12 mois et une 2^{nde} dose entre 16 et 18 mois (délai d'au moins 1 mois entre les 2 doses).
- Personnes nées après 1980 et âgées de plus de 24 mois : rattrapage vaccinal à 2 doses.

Recommandations autour d'un cas de rougeole [4]

L'éviction des collectivités est recommandée pendant toute la période de contagiosité, à savoir jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

L'administration d'une dose de vaccin, dans les 72h qui suivent le contact avec un cas peut éviter la survenue de la maladie. Elle reste préconisée même si ce délai est dépassé. Les personnes concernées sont :

- enfants âgés de 6 à 8 mois : 1 dose de vaccin monovalent dans les 72h suivant le contage présumé (le sujet recevra par la suite 2 doses de vaccin trivalent selon les recommandations du calendrier vaccinal) ;
- enfants âgés de 9 à 11 mois : une dose de vaccin trivalent dans les 72h suivant le contage présumé, la 2^{nde} dose sera administrée entre 12 et 15 mois ;
- personnes âgées de plus de 1 an et nées depuis 1980 : mise à jour du calendrier vaccinal pour atteindre 2 doses de vaccin trivalent ;
- professionnels de santé ou personnels en charge de la petite enfance, quelle que soit leur date de naissance : 1 dose de vaccin trivalent.

Ces mesures préventives vaccinales concernent les personnes potentiellement réceptives (sans antécédent certain de rougeole ou n'ayant pas reçu 2 doses de vaccin trivalent) ayant été en contact :

- avec un cas clinique ou confirmé biologiquement pour les contacts proches ;
- avec un cas confirmé biologiquement dans les autres collectivités.

I Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) : bilan 2011 en Basse-Normandie et en Haute-Normandie I

Stéphane Erouart, Anca Vasiliu (InVS-Cire Normandie)

| Introduction |

Une toxi-infection alimentaire collective (Tiac) est une maladie à déclaration obligatoire définie par la survenue d'au moins deux cas groupés, d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire [1].

Le système de surveillance mis en place en France est basé sur la déclaration obligatoire des Tiac depuis 1987 et complété avec des données provenant des Centres nationaux de référence des *Salmonella* [2].

Un foyer de Tiac est défini comme :

- confirmé : lorsque l'agent est isolé dans un prélèvement d'origine humaine (sang/selles) ou dans des restes alimentaires ou des repas témoins ;
- suspecté : lorsque l'agent pathogène n'a pas été confirmé ; il est alors suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation étiologique prenant en compte les signes cliniques, la durée médiane d'incubation et le type d'aliments consommés ;
- d'étiologie inconnue : lorsque l'agent pathogène n'a été ni confirmé ni suspecté à l'aide de l'algorithme [1].

Les données qui ont servi pour la réalisation de cet article sont issues de la base de données de l'Institut de veille sanitaire pour l'année 2011, transmise aux Cire. Cette base de données a pour source les déclarations obligatoires des toxi-infections alimentaires collectives signalées à l'Agence régionale de santé (ARS), à la direction départementale de la protection des populations (DDPP) et à la direction générale de l'alimentation (DGA).

Encart 1 : Données nationales 2011

En 2011, 1 153 Tiac ont été déclarées en France, touchant 9 674 personnes dont 668 hospitalisées et 7 décédées. La médiane de personnes malades par foyer déclaré de Tiac en 2011 était de 4. L'analyse des germes responsables donne les résultats suivants :

- pour 218 Tiac (18,7%), l'agent responsable a pu être retrouvé (dans les prélèvements alimentaires ou biologiques) et confirmé. Les agents les plus fréquemment retrouvés étaient :
 - ◊ *Salmonella* spp (40,8%) ;
 - ◊ *Campylobacter* spp (14,2%) ;
 - ◊ *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens* (9,6% chacun) ;
 - ◊ Virus entériques (9,2%) ;
- pour 270 foyers (23,4%), aucun agent responsable n'a pu être suspecté ;
- pour les 665 autres foyers (57,7%), les germes ont été seulement suspectés. Les plus souvent suspectés étaient :
 - ◊ *Staphylococcus aureus* (41,5%) ;
 - ◊ *Bacillus cereus* (20%) ;
 - ◊ *Clostridium perfringens* (11,7%).

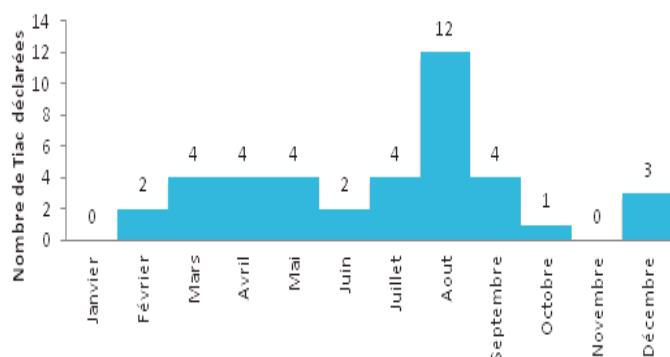
On observe en France une augmentation régulière du nombre de Tiac déclarées chaque année depuis la mise en place de la déclaration obligatoire, ce qui signe une amélioration constante de l'exhaustivité de la déclaration des Tiac [3]. L'analyse des données nationales montre que la part des Tiac notifiées en restauration commerciale augmente depuis 2003. Le facteur contributif le plus fréquemment identifié en restauration collective est l'utilisation d'équipement mal entretenu ou inadéquat ; en restauration familiale, c'est la rupture de la chaîne du froid et l'utilisation de matières premières contaminées [3].

| ANALYSE REGIONALE |

| Basse-Normandie |

En 2011, en Basse-Normandie, 40 Tiac ont été déclarées impliquant 300 personnes malades, dont 31 hospitalisées et aucune décédée.

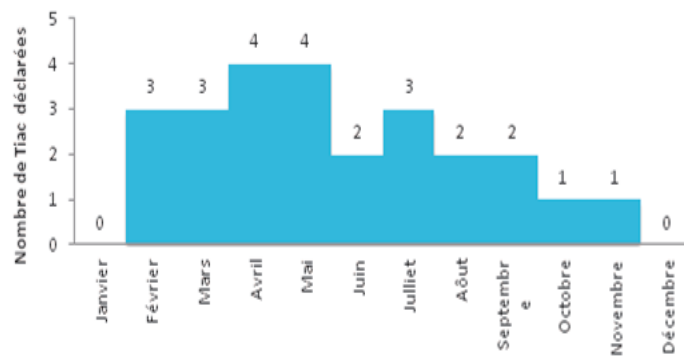
I Figure 1 I Répartition mensuelle des Tiac déclarées en Basse-Normandie en 2011



| Haute-Normandie |

En 2011, en Haute-Normandie, 25 Tiac ont été déclarées impliquant 235 personnes malades, dont 4 hospitalisées et aucune décédée.

I Figure 2 I Répartition mensuelle des Tiac déclarées en Haute-Normandie en 2011



Sources de déclaration

La majorité des Tiac (66%) ont été signalées par un médecin hospitalier (17/40) ou par un médecin généraliste (9/40).

Symptômes

Les principaux symptômes présentés par les personnes malades et renseignés dans la base de données étaient des douleurs abdominales (164/300 soient 54,6%), des vomissements (164/300 soient 54,6%) et des diarrhées (124/300 soient 41,3%).

Gravité

En 2011, le taux d'hospitalisation pour les Tiac en Basse-Normandie était de 10,3% (31/300), 19 hospitalisations (61%, 19/31) étant survenues lors de la même Tiac déclarée.

Germe identifié ou suspecté

Un agent biologique responsable a été confirmé biologiquement pour 22,5% (9/40) des Tiac déclarées :

- *Salmonella spp* (4/9) ;
- *Bacillus cereus* (2/9) ;
- *Clostridium perfringens* (1/9) ;
- *Campylobacter spp* (1/9) ;
- histamine (1/9).

Il a été suspecté mais non confirmé pour 62,5% (25/40) des Tiac, et pour 15% (6/40) des Tiac l'agent responsable est resté inconnu.

Pour 88,8% (8/9) des Tiac où l'agent a été confirmé, l'agent biologique a été retrouvé par coproculture, et pour 11,2% (1/9) l'agent a été retrouvé dans les aliments. Il n'y a eu aucun cas où l'agent a été retrouvé à la fois dans une coproculture et dans les aliments.

Liens entre agents et aliments identifiés ou suspectés

En 2011 en Basse-Normandie, un aliment a été suspecté dans 90% des Tiac (36/40). Parmi ces Tiac, l'aliment a été confirmé dans 2,8% des cas (1/36).

Les produits alimentaires les plus souvent suspectés étaient les viandes et les volailles (21/36, soient 58,3%). En 2011, la seule Tiac où un agent biologique a été retrouvé dans les aliments était une Tiac à *Bacillus cereus* retrouvé dans de la viande.

Lieu de survenue

En 2011, 62,5% des Tiac déclarées sont survenues en milieu familial (15/40) ou en restauration commerciale (10/40).

Sources de déclaration

L'origine du signalement était un médecin généraliste (7/25) ou hospitalier (4/25) ou un particulier (3/25) dans 56% des cas.

Symptômes

Les principaux symptômes présentés par les personnes malades et renseignés dans la base de données étaient des douleurs abdominales (117/235 soient 49,7%), des vomissements (93/235 soient 39,5%) et des diarrhées (73/235 soient 31%).

Gravité

En 2011, le taux d'hospitalisation pour les Tiac en Haute-Normandie était de 1,7% (4/235). Deux Tiac ayant donné lieu à une hospitalisation étaient dues à *Salmonella typhimurium* confirmée.

Germes identifiés ou suspectés

Un agent biologique responsable a été confirmé biologiquement pour 8% (2/25) des Tiac déclarées :

- *Salmonella typhimurium* (1/2) ;
- *Staphylococcus aureus* (1/2).

Il a été suspecté mais non confirmé pour 40% (10/25) des Tiac, et pour 52% (13/25) des Tiac, l'agent responsable est resté inconnu.

L'agent biologique a été retrouvé par coproculture pour 100% des Tiac où l'agent a été confirmé (2/2). Il n'y a eu aucun cas où l'agent a été retrouvé à la fois dans une coproculture et dans les aliments.

Aliments identifiés ou suspectés

En 2011 en Haute-Normandie, un aliment a été suspecté dans 84% des Tiac (21/25). Parmi ces Tiac, aucun prélèvement alimentaire n'a permis de retrouver un agent biologique.

Les produits alimentaires les plus souvent suspectés étaient les viandes et les volailles, représentant l'aliment suspecté dans 38% (8/21) des Tiac où un aliment a été suspecté. Pour la Tiac à *Salmonelle* survenue en 2011 (germe retrouvé par coproculture), l'aliment suspecté était les œufs.

Lieu de survenue

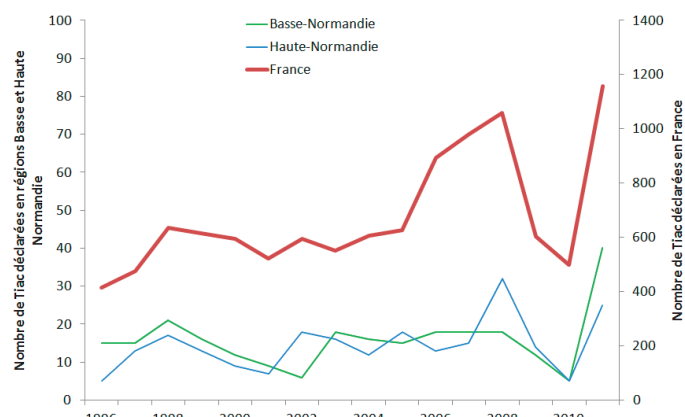
En 2011, 68% des Tiac déclarées sont survenues en milieu familial (9/25) ou en restauration commerciale (8/25).

| Conclusion |

En Basse-Normandie, le nombre de Tiac déclarées entre 1996 et 2010 est relativement stable mais il a fortement augmenté entre 2010 et 2011 dans la région comme en France (figure 5). Les agents responsables de Tiac les plus fréquemment retrouvés dans cette région sont les mêmes que ceux retrouvés en France, avec les *Salmonelles* en tête du classement. Cependant, dans la majorité des Tiac, l'agent responsable reste suspecté ou non retrouvé. En Basse-Normandie, ce sont les coprocultures qui ont permis dans 8 cas sur 9 d'identifier l'agent responsable, confirmant l'importance de cet examen dans le diagnostic.

En Haute-Normandie, l'évolution du nombre de Tiac déclarées entre 1996 et 2011 est similaire à celle observée en France sur la même période (figure 5), avec une tendance globale à l'augmentation. Celle-ci est probablement due à l'amélioration de l'exhaustivité de la déclaration des Tiac en France [2]. Néanmoins, les informations recueillies montrent que les agents responsables des Tiac sont très rarement retrouvés en Haute-Normandie (seulement 2/25 affaires). Dans la recherche de ces agents, la coproculture demeure l'examen le plus rentable devant l'analyse des prélèvements alimentaires. Un effort doit donc être porté dans la région pour améliorer la recherche des agents biologiques chez les malades.

I Figure 2 | Nombre de Tiac déclarées en France, en Basse-Normandie et en Haute-Normandie entre 1996 et 2011



I Références I

Hépatite aiguë A : bilan 2011 en Basse-Normandie et en Haute-Normandie

- [1] InVS. Dossier thématique hépatite A, 2009. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-A/Aide-memoire>
- [2] Trouvay Martel M, Erouart S, Vermeulin T. Investigation d'une épidémie d'hépatite A chez des gens du voyage. Communauté de l'agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe (76) - février 2012. Saint-Maurice : InVS ; 2013. 20 p.
- [3] Erouart S, Trouvay M, Vermeulin T. Surveillance épidémiologique de l'hépatite A en Haute-Normandie. Rouen : Cire Normandie ; 2012. 2 p.
- [4] Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination autour d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A. Paris : HCSP ; 2009.

Légionellose : bilan des cas de légionellose pour les années 2011 et 2012

- [1] InVS. Dossier thématique légionellose, aide-mémoire. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Legionellose/Aide-memoire>
- [2] InVS. Dossier thématique légionellose, données de surveillance. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Legionellose/Donnees-de-surveillance>

Rougeole : bilan 2011 en Basse-Normandie et en Haute-Normandie

- [1] Dossier thématique, Maladies à prévention vaccinale, Rougeole, InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Qu-est-ce-que-la-rougeole>
- [2] Dossier thématique, Maladies à prévention vaccinale, Rougeole, InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Comment-signaler-et-notifier-cette-maladie>
- [3] https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12554.do
- [4] Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique, BEH n° 14-15 du 19 avril 2013.

Les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) dans les régions de Basse et Haute Normandie en 2011

- [1] Site web InVS : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Toxi-infections-alimentaires-collectives
- [2] Gilles Delmas, Nathalie Jourdan da Silva, Nathalie Pihier, François-Xavier Weill, Véronique Vaillant, Henriette de Valk : « Les toxi-infections alimentaires collectives en France entre 2006 et 2008 », BEH 31-32, 27 juillet 2010.
- [3] « Données relatives aux toxi-infections alimentaires collectives déclarées en France en 2010 », Données Tiac 2010 – InVS.

I Remerciements I

Aux référents du Département des maladies infectieuses (InVS) pour leur relecture : Elisabeth Couturier (hépatite A), Christine Campèse (légionellose), Denise Antona (rougeole), Gilles Delmas (Tiac).

POUR TOUT SIGNALEMENT

ARS de Basse-Normandie

Tel : 02 31 70 95 10

Fax : 02 31 70 95 50

ARS de Haute-Normandie

Tel : 02 32 18 31 69

Fax : 02 32 18 26 92

Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire

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

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de veille sanitaire sur :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>

Directeur de la publication : Dr Françoise WEBER, directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

Rédacteur en chef : Arnaud MATHIEU, coordonnateur scientifique de la Cire Normandie

Comité de rédaction : Stéphane EROUART (coordination du numéro)

Diffusion : Cire Normandie - 31, rue Malouet 76000 Rouen

Tél. : 02 32 18 31 64 - Fax : 02 32 18 26 50

<http://www.invs.sante.fr/>