



Source : shutterstock

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire

Pauline Bosco-Lévy, Martine Charron, et l'équipe de la Cire Aquitaine

- Page 2** | Présentation du système de surveillance des MDO
- Page 3** | Le mésothéliome, 31^e MDO depuis le 6 janvier 2012
- Page 4** | Hépatite aiguë A, période 2006-2010
- Page 5** | Infections invasives à méningocoques (IIM), période 1995-2010
- Page 7** | Légionellose, période 1997-2010
- Page 8** | Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac), période 1996-2010
- Page 9** | Rougeole, période 2008-2011
- Page 11** | Bilan des MDO déclarées en Aquitaine, période 1995-2010

| Editorial |

Dany Guérin

Présidente de l'Union régionale de professionnels de santé regroupant les Médecins libéraux (URPS-ML) d'Aquitaine

La surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) repose sur le signalement et la notification des cas par les professionnels de santé, médecins et biologistes. Le respect de ces modalités est important en termes de santé publique. Le signalement permet notamment d'investiguer rapidement les épisodes de cas groupés comme les Tiac (Toxi-infections alimentaires collectives) et de mettre en place les mesures de prévention et de contrôle. La notification permet quant à elle de suivre l'évolution des MDO, décrire les caractéristiques des cas déclarés et ainsi mieux cibler les actions de santé publique.

Depuis janvier 2012, le dispositif de surveillance des MDO compte désormais 31 maladies avec l'ajout du mésothéliome. La déclaration du mésothéliome repose sur deux formulaires distincts de notification, selon la spécialité du professionnel déclarant (clinicien ou pathologiste). L'objectif de l'inscription de cette nouvelle pathologie à la liste des MDO est de renforcer le suivi temporo-spatial de son incidence en France ainsi que la connaissance des expositions à l'amiante parmi

trois populations cibles, les femmes, les personnes âgées de moins de 50 ans et les 'mésothéliomes hors plèvre'.

Ce bulletin de veille sanitaire (BVS) vous propose un bilan actualisé de la surveillance des MDO en Aquitaine avec les données 2010, plus spécifiquement pour l'hépatite aiguë A, les infections invasives à méningocoques, la légionellose, les Tiac et la rougeole. Pour la rougeole, les données 2011 ont été considérées afin de suivre de plus près l'épidémie qui a touché plus de 22 000 personnes en France depuis 2008.

Consciente de l'effort demandé, l'Union régionale des professionnels de santé regroupant les Médecins libéraux (URPS-ML) d'Aquitaine s'associe à la cellule de l'InVS à Bordeaux, la Cire Aquitaine, pour remercier vivement tous les médecins et biologistes à l'origine des déclarations effectuées. Ils permettent par cet acte, d'améliorer la connaissance de l'épidémiologie de ces maladies et d'adapter les mesures de prévention et de contrôle.

1. Les acteurs et les missions

Les déclarants : biologistes (responsables de service hospitalier et de laboratoire d'analyses biologiques médicales) et médecins libéraux et hospitaliers qui suspectent et diagnostiquent une maladie relevant de la déclaration obligatoire (Tableau 1).

L'Agence régionale de santé (ARS) : la cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), au siège et en délégations territoriales (DT), coordonne la mise en place des mesures de prévention et de contrôle afin de réduire les risques de diffusion. Elle assure la validation des notifications avant envoi à l'InVS.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) : les données des régions sont centralisées au siège à Saint-Maurice ; la cellule de l'InVS à Bordeaux, la Cire, coordonne l'évaluation et les investigations des situations sanitaires et assure une rétro-information régulière des données de surveillance au réseau régional de veille sanitaire, en lien avec les départements scientifiques de l'institut.

2. Les modalités de déclaration

Le signalement est une procédure d'urgence et d'alerte afin de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, déclencher les investigations pour identifier l'origine de la contamination et mettre en place les mesures de contrôle. Cela concerne toutes les MDO sauf l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë, du tétanos et du mésothéliome. Le signalement se fait sans délai à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires (cf. coordonnées dans Encadré 1).

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par les déclarants à la plateforme à l'aide d'une fiche spécifique disponible sur le site InVS, www.invs.sante.fr, à la rubrique « Maladies infectieuses ». Pour le VIH, le sida et l'hépatite B, les fiches sont à demander à la CVAGS de l'ARS. La notification permet à l'InVS d'analyser et de suivre l'évolution des MDO au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention et de contrôle au niveau local et national. Important : les patients doivent être informés de la notification de leur maladie.

Tableau 1 - Liste des 31 MDO

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphtérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Mésotéliome (depuis le 06/01/2012)
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Tétanos
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

Encadré 1 - Coordonnées de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

Signaler, alerter

Point focal

Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

24h/24

Aquitaine

05 57 01 47 90

@ ars33-alerte@ars.sante.fr

05 67 76 70 12

Adresse :
Agence Régionale de Santé d'Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

ars **InVS**

1. Le mésothéliome

Sur la base du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), le nombre annuel de nouveaux cas de mésothéliome pleural sur la période 1998-2003 est estimé de 500 à 600 chez l'homme et de 150 à 190 chez la femme (sex-ratio de 3). La localisation pleurale représente entre 82 et 88 % des localisations (incluant péritoine, péricarde et vaginale testiculaire). On considère ainsi que le nombre annuel de mésothéliomes en France, tous sites anatomiques confondus, est de l'ordre de 1 000.

Le rôle de l'amiante comme principal agent étiologique est largement documenté dans la littérature. La relation dose-effet a été démontrée sans qu'il soit possible d'identifier pour autant un niveau d'exposition cumulée en dessous duquel il n'y a pas d'excès de risque. La grande majorité des cas survient consécutivement à des expositions d'origine professionnelle. Les expositions d'origine environnementale sont plus souvent difficiles à étudier, notamment par manque de puissance statistique dans les populations cibles (femmes, moins de 50 ans, mésothéliomes hors plèvre).

2. Pourquoi la déclaration obligatoire ?

La déclaration obligatoire (DO) du mésothéliome est une demande du ministère. Elle est inscrite au plan cancer 2009-2013 piloté par l'Institut national du cancer (Inca). Elle fait l'objet du décret n° 2012-47 du 16 janvier 2012 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire.

La DO du mésothéliome a pour objectifs de contribuer à l'estimation de l'incidence au niveau national et régional, d'améliorer les connaissances sur les expositions non professionnelles (via une enquête spécifique) et de favoriser l'accès aux processus d'indemnisation.

L'objectif de l'InVS, via le département santé travail (DST) au niveau national et les Cire au niveau régional, est de diffuser régulièrement ces informations aux déclarants, à l'ARS et aux réseaux locaux de veille sanitaire. Les retours d'information viseront notamment à montrer en quoi ce système, contribue à la connaissance de la maladie et présente un réel intérêt de santé publique et pour les patients.

La DO est complémentaire du PNSM, système expert au plan diagnostic (anatomopathologique et clinique), de l'évaluation des expositions et des aspects médico-sociaux, mis en place en 1998 (23 départements en 2012). Cette complémentarité vise à renforcer la surveillance épidémiologique, toutes localisations et France entière (métropole et ultramarine). Elle vise aussi à identifier les cas sans exposition professionnelle connue à l'amiante basée sur une enquête spécifique, ciblées chez les femmes, les personnes âgées de moins de 50 ans et les 'mésothéliomes hors plèvre', afin d'améliorer les connaissances des expositions d'origine environnementale.

3. Comment la DO de mésothéliome a-t-elle été mise en place en région ?

La mise en place de la DO, coordonnée par le DST de l'InVS, a fait l'objet d'une phase pilote au premier semestre 2011 dans 6 régions (Aquitaine, Auvergne, Ile de France : départements 93-94, Lorraine, Midi Pyrénées, Paca : départements 06-13-83).

La phase pilote a fait l'objet d'une information au Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom). Il a été présenté à deux reprises (avant et après la phase pilote) au Haut Conseil de santé publique (HCSP).

Elle a été suivie par un comité de pilotage composé de représentants des institutions et des professionnels concernés. Le comité a associé diverses sociétés de professionnels : Société de pneumologie de langue française (SPLF), Société française de pathologie (SFP), Collège des pneumologues des hôpitaux généraux (SPHG), Fédération française de pneumologie (FFP) ; ainsi que des représentants des régions pilotes au sein des ARS, des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et des équipes locales PNSM.

La phase pilote a permis de démontrer la capacité théorique de répondre aux objectifs attendus de la DO. Elle a aussi permis de définir les modalités à retenir pour la notification de la DO. En Aquitaine, la phase pilote a permis d'enregistrer 31 cas de janvier à juin 2011, déclarés par l'expert régional anatomopathologiste du groupe Mesopath.

Le nombre de notifications s'est avéré élevé au regard des 25 cas attendus. Parmi les 31 cas, il y avait 28 pleuraux et 3 péritonéaux, avec 26 hommes et 5 femmes, tous âgés de plus de 50 ans.

Définition de cas

Doit faire l'objet d'une notification, tout nouveau cas de mésothéliome malin de la plèvre, du péritoine, du péricarde, de la vaginale testiculaire et de siège autre ou non précisé, diagnostiqué :

- à partir d'un examen anatomo-pathologique (environ 94 % des cas) ; cet examen doit permettre de préciser le type histologique de la tumeur qui sera codé selon la classification ICDO-3 (classification internationale des maladies en oncologie - 3^e révision de l'OMS). La date du diagnostic et le numéro d'examen sont à préciser par le pathologiste déclarant ;
- à partir d'une expertise clinique, en l'absence d'examen anatomo-pathologique ou de confirmation histologique, reposant sur la clinique, la radiologie, l'échographie. Le mode et la date de diagnostic sont à préciser par le clinicien déclarant.

4. Mode d'emploi de la DO mésothéliome

Le signalement des mésothéliomes n'est pas requis étant donné qu'il ne s'agit pas d'une MDO relevant de la procédure d'urgence et d'alerte.

En revanche, la notification est obligatoire pour tout pathologiste qui pose le diagnostic de mésothéliome et tout clinicien, notamment pneumologue, chirurgien, oncologue mais aussi généraliste, en contact avec leur patient, qui a un rôle essentiel dans la prise en charge des cas.

Les fiches de notifications et tous les documents d'aide à la déclaration obligatoire sont disponibles sur le site InVS, www.invs.sante.fr, à la rubrique « Travail et santé » ou à la rubrique « Maladies infectieuses », cette dernière comportant l'ensemble des fiches relatives aux MDO.

1. Introduction

L'hépatite aiguë A, à déclaration obligatoire depuis fin 2005, 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, elle survient surtout chez les adultes, avec une forme le plus souvent symptomatique et grave.

Les formes sans symptômes ou peu symptomatiques sont fréquentes, et des formes sévères avec défaillance hépatique sont possibles. Les décès sont rares. Après une incubation de 15 à 50 jours (moyenne 30 jours), la maladie se manifeste par une fièvre, une asthénie importante avec des nausées, des douleurs abdominales suivies d'un ictère.

Le principal mode de transmission est interhumain, 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 sont ceux contaminés par déjection humaine (eau, coquillages, végétaux crus) ou ceux contaminés par un préparateur infecté.

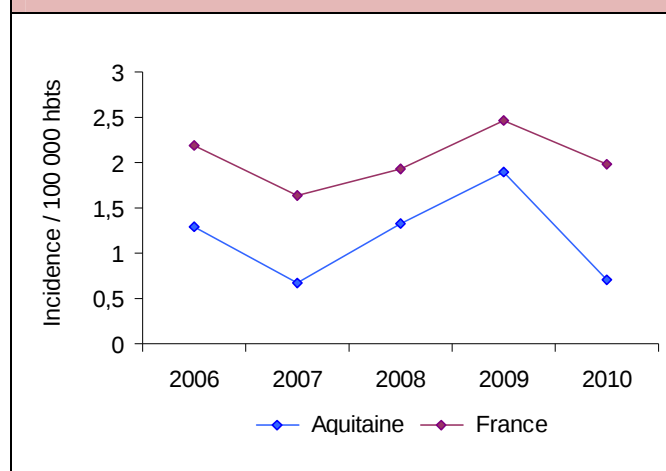
Définition de cas

Un cas confirmé d'hépatite aiguë A est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum que la forme soit ictérique, anictérique, ou asymptomatique.

2. Evolution du nombre de cas

En 2010, 23 cas ont été notifiés en Aquitaine (incidence de 0,7 cas / 100 000 hbts) contre 61 en 2009 (1,9 cas / 100 000 hbts). La baisse de l'incidence sur 2009-2010 est aussi observée au plan national (1,9 cas / 100 000 hbts en 2010 contre 2,5 cas / 100 000 hbts en 2009) (Figure 1).

Figure 1 - Incidence annuelle (pour 100 000 hbts) de l'hépatite aiguë A en Aquitaine et en France, période 2006 à 2010.



3. Caractéristiques des cas

Parmi les 23 cas déclarés en 2010, 12 sont des hommes (sex-ratio H/F de 1,1). L'âge médian est de 33 ans (min-max : 6-96 ans). Au plan géographique, 14 ont été déclarés en Gironde, 4 en Dordogne, 3 dans les Pyrénées-Atlantiques, 1 dans les Landes et 1 en Lot-et-Garonne.

Au total, 20 patients ont présenté une forme symptomatique et 14 ont dû être hospitalisés. Au niveau biologique, sur 22 cas renseignés, 18 patients avaient une cytolysé hépatique prédominant sur les ALAT (> 10N).

Au niveau des expositions à risque, aucun cas n'a travaillé dans une crèche (pour 20 cas renseignés) ou dans un établissement recevant des handicapés (pour 15 cas renseignés). Pour 3 cas, un enfant de moins de 3 ans était présent dans l'entourage et pour 2 autres une consommation de fruit de mer était renseignée. Enfin, 8 cas ont séjourné hors France métropolitaine dont 5 au Maroc (pour 22 cas renseignés). Pour 19 des 23 cas qui ont reçu une information sur la vaccination, cette dernière n'a pas été effectuée.

VACCINATION CONTRE L'HEPATITE A

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour :

- Les jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- Les patients atteints de mucoviscidose, de pathologies hépatobiliaires chroniques susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique (par le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou une consommation excessive d'alcool) ;
- Les enfants, à partir de l'âge de un an, nés de familles dont au moins l'un des membres est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner ;
- Les homosexuels masculins.

En présence d'un (ou plusieurs) cas d'hépatite A confirmé, en complément des mesures d'hygiène et de l'information des sujets contacts, la vaccination est recommandée dans :

- l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A, le plus tôt possible,
 - sans examen sérologique préalable et dans un délai max. de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A, réunissant les conditions suivantes : nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère et n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité ;
 - si l'une de ces conditions n'est pas remplie, il est fortement recommandé de réaliser une sérologie préalable dans les 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, à la recherche d'une immunité ancienne ;
- des communautés de vie en situation d'hygiène précaire.

En milieu professionnel, la vaccination est recommandée pour le personnel exposé : personnel s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté ; personnel des structures collectives de garde pour personnes handicapées ; personnel de traitement des eaux usées ; personnel impliqué dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Schéma vaccinal

Une injection puis rappel 6 à 12 mois plus tard ; la seconde dose peut être administrée jusqu'à 36 mois voire 5 ans, selon le vaccin utilisé lors de la première injection.

4. Conclusion

La persistance des déclarations d'hépatite aiguë A et le nombre élevé de cas non vaccinés confirme la nécessité de maintenir les mesures de prévention, telles que la recommandation vaccinale lors de voyages en pays endémiques et les mesures d'hygiène autour des cas.

1. Introduction

Les infections invasives à méningocoques (IIM), à déclaration obligatoire depuis 2002, sont dues à la bactérie *Neisseria meningitidis*.

Elles se répartissent en différents sérogroupes : A (Afrique et Asie), B (fréquent en France), C, Y, W135.

Les IIM, rares en France, touchent principalement les enfants et adolescents. Elles surviennent en général au début de l'hiver jusqu'au printemps. La transmission se fait par le biais des sécrétions rhinopharyngées et par contact direct lors de baisers profonds.

La période d'incubation varie de 2 à 10 jours (moyenne de 3 à 4 jours). Les IIM se manifestent sous forme d'un syndrome méningé, voire d'un purpura cutané extensif pouvant évoluer en forme grave.

Définition de cas

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

- Isolement bactériologique de méningocoque ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide céphalo-rachidien - LCR), liquide articulaire, pleural, péritonéal ou péricardique) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique ;
- Présence de diplocoque Gram négatif à l'examen microscopique du LCR ;
- LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET soit présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type, soit présence d'antigènes solubles méningococciques dans le LCR, le sang ou les urines ;
- Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille/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).

NB : il est important d'établir le diagnostic des IIM ; la PCR ne remplace pas la mise en culture qui est indispensable à l'antibiogramme (Fiche 2 de l'instruction DGS/RI 1/2011/33 du 27/01/2011 relative à la prophylaxie des IIM).

2. Evolution du nombre de cas

En France, 522 cas ont été déclarés en 2010 (incidence de 8,1 cas/million hbts) dont 26 en Aquitaine (8,0 cas/million hbts).

De 1995 à 2010, on note une évolution similaire au plan régional et national ; entre 1995 et 2002, l'incidence a augmenté régulièrement jusqu'au pic de 2002 correspondant à l'évolution de la définition de cas (prise en compte des IIM quel que soit le site), pour ensuite diminuer progressivement de 2002 à 2010 (Figure 2).

En 2010, les 26 cas déclarés en Aquitaine se répartissent avec 12 cas en Gironde, 5 dans les Pyrénées-Atlantiques, 4 dans les Landes, 3 en Dordogne et 2 dans le Lot-et-Garonne. Les pics d'incidence retrouvés en 2002, 2003 et 2009 dans les Landes et les Pyrénées-Atlantiques correspondent à des épidémies connues et documentées par ailleurs (Tableau 2).

A noter que les données provisoires pour l'année 2011 font état de 22 cas.

Figure 2 - Incidence annuelle (pour 1 million hbts) des IMM, Aquitaine et France, période 1995-2010.

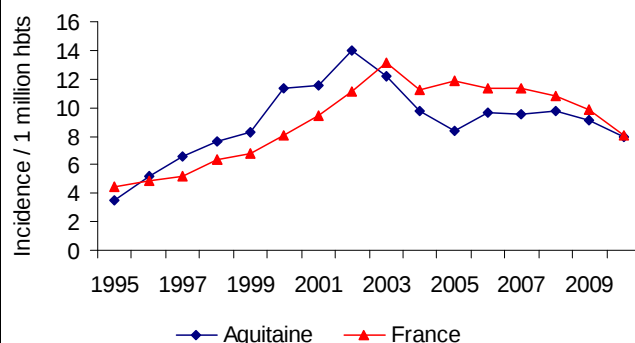


Tableau 2 - Incidence annuelle (pour 1 million hbts) des IMM, Aquitaine et France entière, période 2002-2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dordogne	10,1	12,6	5,0	7,5	4,9	2,5	0,0	4,9	7,3
Gironde	10,5	12,6	13,2	10,9	8,6	9,2	14,2	7,0	8,4
Landes	5,9	17,3	5,7	0,0	11,0	19,0	8,2	21,5	10,8
Lot-et-Garonne	3,2	0,0	3,2	9,4	6,2	6,2	6,2	3,1	6,1
Pyrénées-Atlantiques	34,2	14,5	11,2	7,9	15,7	10,9	9,4	12,4	11,8
Aquitaine	14,0	12,2	9,8	8,4	9,6	9,5	9,8	9,1	8,0
France	11,1	13,1	11,2	11,9	11,3	11,3	10,8	9,9	8,1

3. Caractéristiques des cas

Parmi les 26 cas survenus en 2010, 11 sont des hommes, soit un sex-ratio H/F de 0,7. L'âge médian est de 22,5 ans (min-max : 1 mois à 83 ans).

Au niveau clinique, pour 25 cas renseignés, 9 cas ont présenté un purpura fulminans ; 6 sont décédés dont 5 avec un purpura fulminans. Si l'évolution a été favorable pour 16 cas, 3 ont souffert de séquelles (visuelle, quadri parésie, arthrite de hanche). Au niveau microbiologique, on retrouve :

- 22 cas diagnostiqués par la présence de méningocoque dans un liquide stérile (14 dont 8 dans le LCR) ou par PCR (8 cas) ou les deux (5 cas) ;
- 4 cas avec présence de diplocoques Gram négatifs dans le LCR à l'examen direct, sans PCR ni culture positive, dont 2 avec des antigènes solubles méningococciques dans le LCR, et 3 avec des éléments purpuriques ;
- 1 cas avec purpura fulminans sans signe microbiologique.

TRAITEMENT D'URGENCE

- Recommandations du HCSP en 2011 -

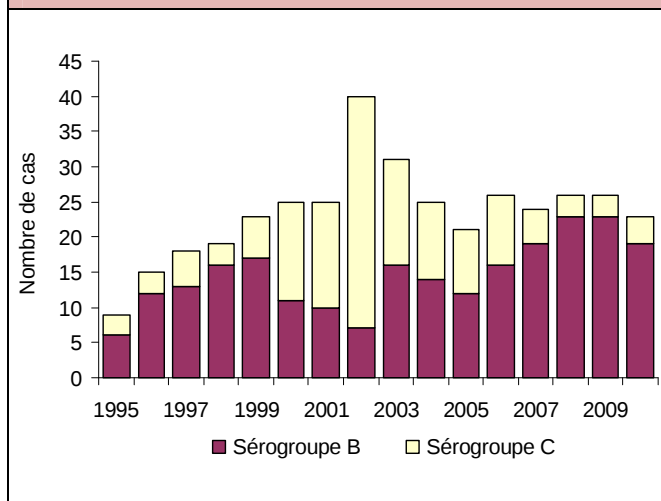
Toute suspicion de purpura fulminans doit bénéficier en urgence de l'injection d'antibiotiques en préhospitalier avant tout prélèvement bactériologique, quel que soit l'état hémodynamique du patient.

L'important est d'administrer en urgence un antibiotique : de préférence ceftriaxone ou, en cas d'indisponibilité, céfotaxime ou à défaut amoxicilline (en cas d'hypersensibilité aux bêta-lactamines, fluoroquinolone ou rifampicine).

Au niveau des sérogroupes, on note une inversion des tendances des sérogroupes B et C entre 2002 et 2010 (Figure 3). En 2010, on note le plus souvent des sérogroupes B (19 cas), et peu de C (4 cas), contrairement à 2002, avec 34 cas de C et 7 de B.

Pour mémoire, une épidémie avait touché le département des Landes en 2009 avec 10 cas de souche B:NT:NST (VR1=19-1, VR2=15-1)/ST-269, souche retrouvée en 2009 chez 28 autres cas en France. Ainsi, en 2009, 43 % des IIM de séro groupe B en Aquitaine sont survenus dans les Landes, contre 20 % en 2010.

Figure 3 - Répartition annuelle des sérogroupes d'IIM, Aquitaine, période 1995-2010.



Parmi les 26 cas déclarés en 2010, 11 ont donné lieu à la mise en place d'une chimioprophylaxie au sein des collectivités fréquentées par les cas ; soit 189 personnes traitées avec une moyenne de 16,9 personnes par cas.

Pour la majorité des cas (n=24), une chimioprophylaxie a été initiée dans l'entourage familial, soit pour 289 personnes, avec une moyenne de 12 personnes traitées par cas.

CHIMIOPROPHYLAXIE

- Instruction DGS Circulaire 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des IIM -

Les sujets contacts devant bénéficier d'une prophylaxie sont ceux exposés directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas dans les 10 jours précédant son hospitalisation.

L'évaluation du risque doit toujours prendre en compte l'ensemble des critères suivants :

- la proximité : la transmission des sécrétions rhino-pharyngées est facilitée par une distance de moins d'1 mètre ;
- le type de contact : il s'agit uniquement de contacts en face à face ;
- la durée : à moins d'un mètre, la probabilité de transmission des sécrétions rhino-pharyngées augmente avec la durée du contact ;
- lors d'un contact « bouche à bouche », le temps importe peu.

Une antibioprophylaxie par Rifampicine per os pendant deux jours doit être réalisée dans les plus brefs délais, si possible dans les 24 à 48 heures suivant le diagnostic. Elle n'a plus d'intérêt au-delà de 10 jours après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité.

En cas de contre-indication et/ou résistance à la rifampicine, une antibioprophylaxie par *ciprofloxacine* orale ou *ceftriaxone* par voie injectable, en dose unique peut être envisagée.

4. Conclusion

L'analyse des DO d'IMM montre une relative stabilisation du nombre de cas entre 2009 et 2010 en Aquitaine, avec une tendance à la diminution depuis 2006.

La particularité de l'année 2010 réside dans la répartition des cas d'IMM en fonction de l'âge ; par rapport aux années antérieures. La population touchée en 2010 ne concerne plus uniquement les enfants et les adolescents, mais aussi des adultes de plus de 30 ans (près de la moitié des cas).

Par ailleurs, le suivi régulier des sérotypes a montré tout son intérêt, puisque dans les Landes, 3 des 4 cas déclarés en 2010 étaient de même souche que les cas de l'épidémie de 2009, ce qui confirme la nécessité d'adresser les souches au CNR des méningocoques pour sérotypage.

VACCINATION CONTRE LE MENINGOCOQUE

- Instruction DGS Circulaire 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des IIM -

Elle concerne les sérogroupes A, C, W135, Y. La survenue **d'une IIM C doit être l'occasion de la mise à jour des vaccinations** de l'entourage, selon les recommandations du HCSP **chez les sujets de 12 mois à 24 ans**. Cette vaccination de rattrapage autour d'un cas d'IIMC peut être effectuée sans considération du délai de dix jours après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité.

1. Introduction

La légionellose, à déclaration obligatoire depuis 1997, 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). La contamination se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée par aérosol. Les légionelles infestent ensuite les macrophages alvéolaires.

La légionellose affecte essentiellement les adultes, en particulier les personnes avec des facteurs favorisants intrinsèques (âge, tabac, alcool, diabète, maladies cardio-respiratoires, immunodéprimés) et extrinsèques (ventilation et aérosolthérapie). 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 de syndrome confusionnel.

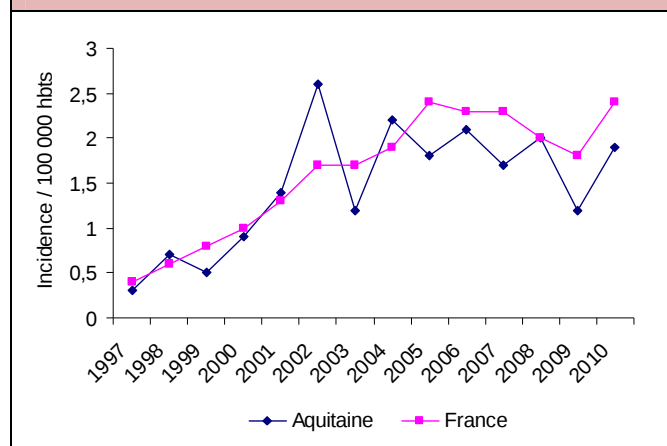
Définition de cas

- **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 ;
- **Cas groupés** : au moins 2 cas, survenus dans un intervalle de temps inférieur à 6 mois, chez des personnes ayant fréquenté un même lieu d'exposition.

2. Evolution du nombre de cas

En France, 1 540 cas ont été déclarés en 2010, soit une hausse de 31 % par rapport à 2009 (1 149 cas), l'incidence passant de 1,8 à 2,4/100 000 hbts (Figure 4).

Figure 4 - Incidence annuelle (pour 100 000 hbts) de la légionellose, Aquitaine et France entière, période 1997-2010.



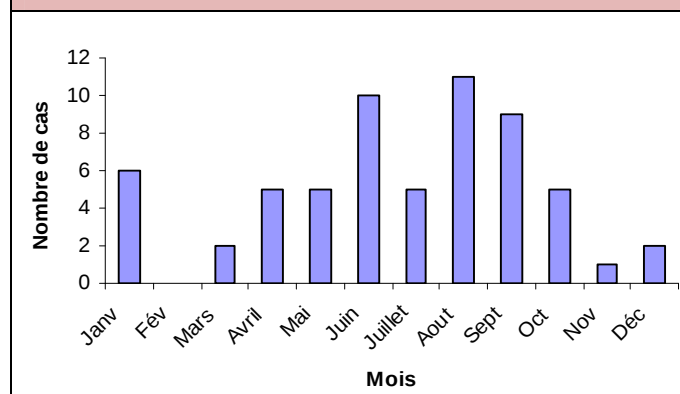
Cette augmentation a été encore plus marquée en Aquitaine, avec 61 cas en 2010 (5 en Dordogne, 18 en Gironde, 8 dans les Landes, 7 en Lot et Garonne et 23 dans les Pyrénées Atlantiques) contre 37 en 2009, soit une hausse de 70 %.

L'incidence en Aquitaine reste cependant inférieure à l'incidence nationale (1,9 contre 2,4/100 000 hbts).

3. Caractéristiques des cas

Pour les 61 cas déclarés en Aquitaine en 2010, le sex-ratio (H/F) est de 2,2 (contre 3,2 au plan national). L'âge médian est de 63 ans (min-max : 38-94 ans). La majorité des cas (57 %) est survenue entre juin et octobre (Figure 5).

Figure 5 - Répartition mensuelle des cas déclarés de légionellose selon la date de début des signes, Aquitaine, année 2010.



Le délai médian entre la date d'hospitalisation et la déclaration est de 2 jours (min-max : 0-67 jours). La létalité est de 16,4 % en 2010 (10,4 % au plan national). Un facteur de risque a été retrouvé chez 69 % des cas (42 cas), les plus fréquents étant le tabagisme pour 50 % et une hémopathie pour 29 %. Une exposition à risque est rapportée dans 50 % des cas (30 cas) dont un tiers en établissement de santé ou médico-social (10 cas) et un quart en hôtel (7 cas).

Au plan bactériologique, l'ensemble des 61 cas a été confirmé, soit par test de détection par antigène urinaire (59 cas), soit par sérologie (2 cas). Une culture a été faite pour 10 % des cas (soit 6 cas). Le type *Legionella pneumophila* type1 a été retrouvé pour les 59 cas avec antigène urinaire positif, le type de *Legionella* pour les deux autres cas n'ayant pu être précisé.

4. Conclusion

L'incidence de la légionellose a augmenté en 2010 par rapport à 2009, aussi bien en Aquitaine qu'au niveau France entière. Cependant, sur la base des données provisoires de 2011, cette augmentation ne semble pas se poursuivre, avec une incidence nationale inférieure à celle de 2009, et une incidence en Aquitaine équivalente à 2009. Des études sont en cours au niveau national pour expliquer ce rebond de la maladie.

MESURE DE PREVENTION

- **Domicile** : détartrage annuel des robinets, pommeaux de douche par trempage dans du vinaigre blanc ;
- **Etablissements de santé** : maintenance et contrôle régulier des réseaux d'eaux (circulaire 22 avril 2002)
 - Elimination du tartre ;
 - Température suffisante (60°C à la production, 50° C aux points d'eaux d'usage ;
 - Taux de chlore suffisant (1-1,5 ppm) ;
 - Aux contrôles bactériologiques : dans les services, taux <10³ UFC/L, voir <50 UFC/L pour patients à risque.
- **Tours aéro-réfrigérantes** : nettoyage régulier et contrôle avec seuil d'intervention (<10³ UFC/L) et seuil d'arrêt immédiat (< 10⁵).

1. Introduction

Une toxi-infection alimentaire collective (Tiac) est définie par l'apparition d'au moins 2 cas d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire. En France, la surveillance des Tiac est assurée par la déclaration obligatoire mise en place depuis 1987, complétée par les données du Centre national de référence (CNR) des salmonelles.

Différents types de foyers de Tiac

- 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 ;
- Etiologie inconnue : lorsque l'agent pathogène n'a été ni confirmé ni suspecté à l'aide de l'algorithme.

2. Evolution des cas

En 2010, 1 032 foyers (soit 9 901 cas) ont été déclarés en France. En Aquitaine, après une hausse régulière de 2003 à 2009, le nombre de foyers déclarés est resté stable en 2010 (n=54) (Tableau 3). La répartition des foyers par département est comparable à la répartition de la population dans la région.

Tableau 3 - Répartition du nombre de foyers de Tiac et des cas, Aquitaine et France entière, période 2003-2010

		Aquitaine ¹						France
		Total	24	33	40	47	64	
2003	F ²	24	3	15	3	0	3	570
	C ²	173	18	110	15	0	30	6 620
2004	F	29	3	8	4	3	11	629
	C	525	45	214	108	27	131	9 005
2005	F	25	7	3	6	2	7	640
	C	495	275	32	111	45	32	6 980
2006	F	33	5	10	2	3	13	908
	C	333	101	76	14	50	92	9 415
2007	F	51	5	25	10	5	6	1 095
	C	543	54	211	64	178	36	11 440
2008	F	36	3	23	5	0	5	1 124
	C	605	49	349	103	0	104	12 549
2009	F	54	4	27	5	9	9	1 255
	C	852	223	256	166	125	82	13 905
2010	F	54	6	28	6	2	12	1 032
	C	535	43	323	60	22	37	9 901

¹ 24 : Dordogne, 33 : Gironde, 40 : Landes ; 47 : Lot-et-Garonne ; 64 : Pyrénées-Atlantiques ; ² F : foyer, C : cas

3. Caractéristiques de cas

En 2010, en Aquitaine, les 54 foyers concernant 535 cas dont 67 ont été hospitalisés (aucun décès rapporté).

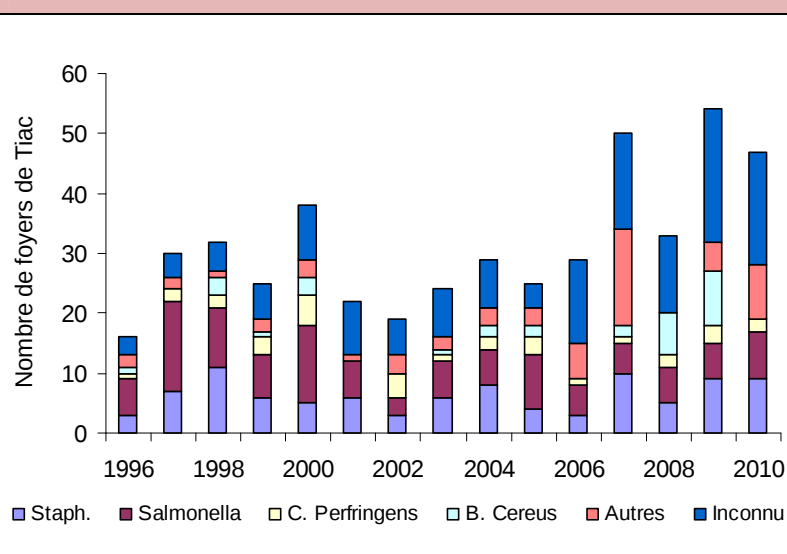
- Lieu : parmi les 53 foyers renseignés, 32 % (n=17) sont survenus en milieu familial, 23 % (12) en cantine scolaire, 19 % (10) au restaurant, 11 % (6) en institut médico-social, 6 % (3) en entreprise, et 9 % (5) dans une autre collectivité.
- Germe : parmi 47 foyers renseignés, l'agent impliqué est inconnu pour 19 d'entre eux. Pour les autres foyers, les principaux germes suspectés ou confirmés sont les staphylocoques (9 foyers, 19 %), *Salmonella* (8 foyers, 17 %) et les virus entériques (4 foyers, 8,5 %) (Figure 6). Depuis 1996, les germes incriminés sont principalement les staphylocoques et les salmonelles. En 2010, aucun foyer à *Bacillus Cereus* n'a été déclaré. Les staphylocoques ont surtout été retrouvés en milieu familial (3 foyers, 33 %) et en restauration scolaire (3 foyers, 33 %), les *Salmonella*, le plus souvent en milieu familial (4 foyers, 50 %).
- Aliment : parmi 36 foyers renseignés, l'aliment responsable est de nature diverse pour 11 foyers (pizza, paella, etc.), relatif à la catégorie viande pour 8 (dont 3 à staphylocoques et 2 à *Salmonella*) ; relatif à la catégorie œufs ou aux produits à base d'œufs pour 7 foyers (dont 3 à *Salmonella*).
- Facteur favorisant : les principaux facteurs liés à l'hygiène de la préparation sont la rupture de la chaîne du chaud et du froid pour la restauration familiale et les collectivités, couplée au délai de préparation en collectivités

4. Conclusion

Le nombre de foyers de Tiac déclaré en Aquitaine est resté stable en 2009-2010.

Cependant, la sous-déclaration reste très probable. Il est donc important de renforcer le système pour que les déclarants signalent toute suspicion de Tiac dans les plus brefs délais auprès de la plate forme régionale.

Figure 6 - Répartition du nombre de foyers de Tiac selon les principaux germes responsables, Aquitaine, période 1996-2010.



1. Contexte

La rougeole est une infection virale très contagieuse dont le mode de transmission est essentiellement aérien. Elle est redevenue à déclaration obligatoire en 2005 étant donné les estimations du réseau Sentinelles devenues imprécises liées à la baisse du nombre de cas.

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 Koplik, pathognomonique, est inconstant.

L'éruption maculo-papuleuse apparaît en moyenne 14 jours après exposition et dure 5-6 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.

Les formes compliquées (pneumopathie sévère, encéphalites aiguës) sont plus fréquentes chez les patients âgés de moins de 1 an et de plus de 20 ans, les patients immunodéprimés et les femmes enceintes.

Définition de cas

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

2. Evolution du nombre de cas

En France, l'incidence est passée de 8,1/100 000 hbts en 2010 (5 194 cas) à 24,1/100 000 en 2011 (14 966 cas), et en Aquitaine, de 6,4/100 000 hbts en 2010 (206 cas) à 10/100 000 en 2011 (322 cas) (Tableau 4).

La figure 7 illustre la répartition mensuelle des cas sur la période 2008-2011. Les trois vagues épidémiques recensées au plan national se retrouvent au niveau régional ; un début de quatrième vague a débuté en Aquitaine en novembre 2011 et s'est poursuivi jusqu'en mars 2012.

3. Caractéristiques des cas

En Aquitaine, l'augmentation la plus importante du nombre de cas entre 2010 et 2011 est observée chez les 10-14 ans (+ 5 %) et les 15-19 ans. Les deux tiers des cas ont plus de 10 ans.

Tableau 4 - Incidence annuelle (pour 100 000 hbts) de la rougeole, Aquitaine et France entière, période 2008-2011

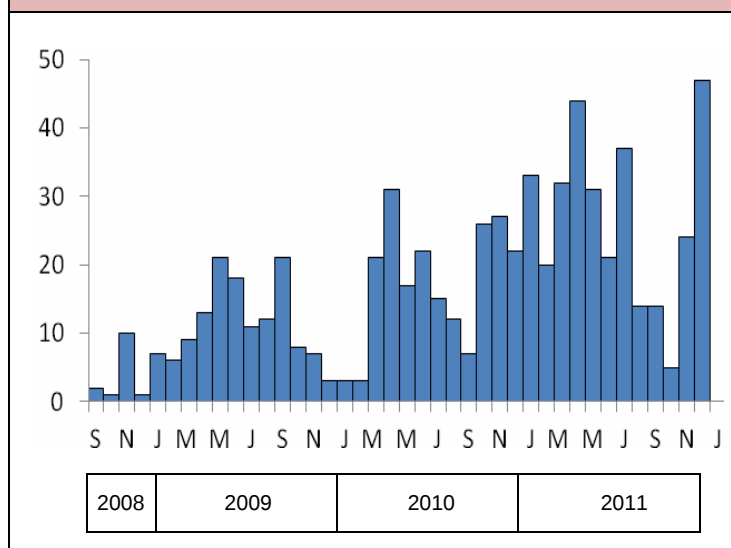
	2008		2009		2010		2011	
	n	Inc*	n	Inc	n	Inc	n	Inc
Dordogne	1	0,2	11	2,7	18	4,4	29	7,0
Gironde	8	0,6	64	4,5	100	7,0	144	10,0
Landes	1	0,3	39	10,3	14	3,7	14	3,7
Lot-et-Garonne	0	0,0	2	0,6	6	1,8	74	22,4
Pyrénées-Atlantiques	5	0,8	20	3,1	68	10,5	61	9,4
Aquitaine	15	0,5	136	4,2	206	6,4	322	10,0
France	620	1,0	1 595	2,5	5 194	8,1	15 514	24,1

* Inc. : incidence pour 100 000 habitants

En Aquitaine, sur la période allant de janvier 2010 à décembre 2011, le taux d'hospitalisation observé est de 28,1 % (n=145), avec une tendance à la baisse entre 2010 et 2011 (31,6 % contre 25,6%). Ce taux varie entre les départements, allant de 23,3 % en Lot-et-Garonne jusqu'à 35,5 % en Gironde.

Parmi les cas hospitalisés, 29 % l'ont été pour des complications, la pneumopathie étant la principale complication rencontrée (41 cas en 2011 dont 27 hospitalisés). Les autres complications, essentiellement des surinfections des voies aériennes supérieures (otites, angines) et des troubles respiratoires (dyspnée, bronchites, asthme), font moins souvent l'objet d'hospitalisation.

Figure 7 - Répartition mensuelle des cas déclarés de rougeole, Aquitaine, période 2008-2011.



Concernant le statut vaccinal, 81,5 % des cas déclarés de rougeole en 2010-2011 n'étaient pas vaccinés et 14,4 % n'avaient reçu qu'une dose (Tableau 5), sans variation annuelle entre 2010 et 2011.

Tableau 5 - Statut vaccinal des cas déclarés de rougeole selon les données de la déclaration obligatoire (nombre de doses de vaccins renseigné sur le carnet de santé ou par interrogatoire), Aquitaine, période 2010-2011

	2010		2011		Total	
	NV*	1 dose	NV	1 dose	NV	1 dose
Dordogne	83%	17%	88%	8%	87%	11%
Gironde	73%	22%	75%	21%	76%	20%
Landes	80%	10%	82%	9%	82%	9%
Lot-et-Garonne	60%	40%	92%	5%	86%	11%
Pyrénées-Atlantiques	92%	5%	79%	15%	86%	9%
Aquitaine	81%	15%	81%	14%	81%	14%

* NV : Non vacciné

Il n'est pas possible d'analyser plus avant les différences entre les départements car les données du statut vaccinal sont recueillies soit par interrogatoire, soit sur le carnet de santé et qu'une étude nationale a montré que les statuts vaccinaux sont renseignés différemment si les vaccinations sont connues par le carnet de santé ou seulement par interrogatoire. En effet, le nombre de personnes vaccinées avec 2 doses diminue si on ne tient compte que des vaccinations contrôlées par le carnet de santé. Sur cette période de janvier 2010 à décembre 2011, 13 cas (2 %) avaient reçu deux doses selon les informations du carnet de santé pour 7 cas et selon l'interrogatoire pour les 6 autres.

4. Conclusion

Depuis 2008, l'épidémie de rougeole en France a été très importante, y compris en Aquitaine, avec plus de 22 000 cas déclarés au plan national. Depuis novembre 2011, après une légère nouvelle augmentation du nombre de cas déclarés, le nombre de cas mensuel est resté à peu près stable. Les premiers résultats de 2012 ne montrent pas de pic épidémique notable entre mars et mai contrairement aux années précédentes.

Le virus continue toutefois à circuler en 2012, avec les incidences les plus élevées observées dans le Sud-Ouest de la France. Il faut donc rester vigilant et continuer à veiller à la mise à jour du statut vaccinal des personnes réceptives (non immunisées avec 2 doses de vaccin et sans antécédent de la maladie) avec 2 doses de vaccin, en particulier dans la population âgée de 15 à 30 ans.

VACCINATION ROR

Schéma vaccinal chez tous les nourrissons :

- première dose à 12 mois (9 mois pour les enfants en collectivité) ;
 - deuxième dose avant l'âge de 2 ans (intervalle d'au moins 1 mois entre les 2 doses).
- Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) recommande un rattrapage vaccinal :
- 2 doses pour les sujets nés depuis 1980 ;
 - 1 dose pour les professionnels de la santé et de la petite enfance nés avant 1980.

PROPHYLAXIE APRES EXPOSITION AVEC UN CAS CONFIRME

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

Le rattrapage vaccinal, tel que préconisé ci-dessus, réalisé dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie.

L'injection d'immunoglobulines polyvalentes en post-exposition dans les 6 jours suivant le contage peut être recommandée dans certains cas :

- la femme enceinte non vaccinée et sans antécédents de rougeole ;
- le sujet immunodéprimé, quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole ;
- les enfants de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole ;
- les enfants de moins de 6 mois dont la mère n'a pas d'antécédent de rougeole et n'a pas été vaccinée (dans le doute une sérologie maternelle IgG peut être demandée en urgence) ;
- les enfants âgés de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition dans les 72 heures après contact quel que soit le statut vaccinal de la mère ou ses antécédents de rougeole.

| Bilan des MDO déclarées en Aquitaine, période 1995-2010 |

	<1995 ¹	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Botulisme	7	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	3	1	0	17
Brucellose	0	6	1	7	3	2	1	1	4	0	2	1	0	0	1	0	0	29
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	/ ²	8	1	0	1	1	2	6	1	7	3	6	4	5	2	4	4	55
Hépatite aiguë A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	40	21	42	61	23	187
Hépatite B³	/	/	/	/	/	/	/	/	/	2	5	6	4	6	1	3	2	29
Infection à VIH	/	/	/	/	/	/	/	/	/	115	140	154	131	134	87	123	101	985
Sida	1 828	282	193	84	74	85	66	55	36	43	40	36	34	35	23	18	23	2 955
Infection invasive à méningocoque	/	20	30	38	44	48	66	68	84	74	60	52	60	60	62	29	26	821
Légionellose	/	/	0	9	19	15	26	42	77	36	66	56	66	54	62	37	61	626
Listériose	/	/	/	/	/	17	21	14	12	14	25	17	17	33	19	22	18	229
Rougeole	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0	1	14	136	206	357
Tétanos	/	/	3	0	0	3	2	1	1	3	1	0	2	1	0	0	0	17
Tiac	/	/	16	27	32	25	36	22	19	24	29	25	33	40	36	54	54	472
Tuberculose	/	/	/	/	/	/	161	169	150	128	143	174	189	171	175	178	151	1 789
Tularémie	/	/	/	/	/	/	/	/	0	0	0	1	3	2	5	1	1	13
Total	1 835	316	245	165	173	196	381	378	385	446	515	529	584	564	532	667	670	8 581

¹ Botulisme : 7 cas entre 1991 et 1994 ; Sida : 1 828 cas entre 1982 et 1994

² Donnée manquante en l'absence de déclaration obligatoire ou de données épidémiologiques disponibles

³ Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B

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

Rédacteur en chef : Patrick Rolland, Responsable de la Cire Aquitaine

Equipe de rédaction :

Isabelle Teycheney	Assistante / Maquettiste
Bénédicte Aldabe	Epidémiologiste
Christine Castor	Epidémiologiste
Martine Charron	Médecin épidémiologiste
Benoît Delavelle	Interne de santé publique
Gaëlle Gault	Epidémiologiste
Laure Meurice	Epidémiologiste
Véronique Servas	Médecin épidémiologiste
Sabine Vygen	Médecin épidémiologiste EPIET

Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95
ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr

Retrouvez les BVS :

www.invs.sante.fr (carte régions et territoires)

www.ars.aquitaine.sante.fr (espace Cire)



La publication d'un article dans le BVS n'empêche pas sa publication par ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.