

## Point épidémiologique MDO n°1

## Bilan semestriel non consolidé pour 5 maladies à déclaration obligatoire en région Centre

Période de janvier à juin 2012

*Hépatite A, infection invasive à méningocoque,  
légionellose, rougeole,  
toxi-infection alimentaire collective*

## Editorial

Dominique Jeannel, responsable de la Cire Centre

Depuis avril 2011, l'InVS a mis en place une application permettant aux Cire d'accéder en temps réel aux données des déclarations obligatoires de leur région pour ces 5 maladies à signalement. La Cire a développé des procédures d'analyse automatisées permettant de réaliser des bilans épidémiologiques régionaux, notamment pour le suivi d'une épidémie comme celle à hépatite A qui a sévit dans la région de juin 2011 à avril 2012.

De plus, nous mettons en place cette année la production d'un point épidémiologique thématique semestriel sur ces 5 MDO, dont vous recevez ici le premier exemplaire consacré au bilan du 1er semestre 2012. Ces points épidémiologiques portent sur des données encore non consolidées, et des variations mineures pourront être notées par rapport aux analyses détaillées que nous produisons par ailleurs sur les bases vérifiées et corrigées annuellement.

Rédacteur : M Rivière, Cire Centre

NB. Ce bilan est provisoire car réalisé à partir de la base en ligne de l'InVS pour 5 maladies à déclaration obligatoire avant consolidation des données.

Bilan global 1<sup>er</sup> semestre 2012

Nombre de notification des 5 MDO en ligne par département, région Centre  
janvier – juin 2012

	18	28	36	37	41	45	Total
Hépatite A	35	5	9	6	8	3	66
IIM	-	-	-	-	1	1	2
Légionellose	4	3	-	3	1	3	14
Rougeole	2	-	2	1	1	12	18
Tiac	4	2	3	7	4	4	24

# Point épidémiologique MDO n°1

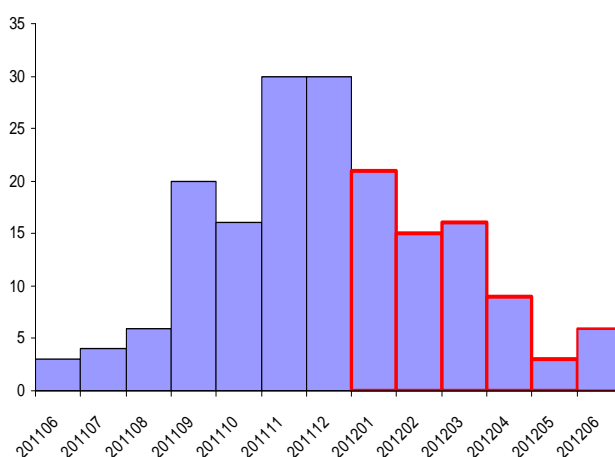
## Hépatite A

### 1/ CONTEXTE

L'hépatite A 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 chez lesquels elle est plus fréquemment symptomatique. La proportion de formes symptomatiques et la sévérité augmentent avec l'âge avec évolution possible vers une hépatite fulminante voir décès en l'absence de transplantation. Le principal mode de transmission est interhumain par voie oro-fécale (objet portés à la bouche par de jeunes enfants). La transmission alimentaire est plus rare mais peut être responsable d'importantes épidémies (eau, coquillages, aliments consommés crus...). Il existe aussi une transmission sexuelle du VHA.

En région Centre, le 1<sup>er</sup> semestre 2012 correspond à la phase de régression de l'épidémie d'hépatite A qui a touché la communauté des gens du voyage à partir de juin 2011.

#### Déclaration d'hépatite A par mois, région Centre



### 2/ DESCRIPTION DES CAS

Depuis le début de l'année 2012, 66 cas d'hépatite A domiciliés en région centre ont été déclarés, soit un taux de déclaration de 2,6/100 000 habitants. Le sexe ratio homme/femme est de 0,89 (31 hommes et 35 femmes). L'âge médian des cas est de 14 ans (1 à 62 ans), la tranche d'âge des [4-9] ans est la plus représentée (plus de 30% des cas).

Le taux d'hospitalisation est de 21%. Un voyage en dehors de la France pendant la période de contamination a été identifié chez 5 cas. La consommation de fruits de mer a été retrouvée pour 16% des cas (10 cas). Pour 73% des cas, d'autres cas ont été retrouvés dans l'entourage.

#### Déclaration et taux d'incidence d'hépatite A par département, région Centre

Departement	Nombre de cas	Taux de déclaration /100 000 hab
18	35	11,1
28	5	1,2
36	9	3,9
37	6	1,0
41	8	2,5
45	3	0,5
<b>Centre</b>	<b>66</b>	<b>2,6</b>

## Infection Invasives à méningocoques (IIM)

### 1/ CONTEXTE

L'infection invasive à méningocoques (IIM) est une pathologie causée par l'agent *Neisseria meningitidis*. C'est une maladie rare en France mais dont la gravité est illustrée par une létalité élevée d'environ 15% et par un risque de transmission interhumaine (transmission aérogène). Elle touche essentiellement les enfants et les adolescents et survient, en général, du début de l'hiver au printemps.

### 2/ DESCRIPTION DES CAS

Entre janvier et juin 2012, seulement 2 cas d'IIM ont été déclarés en région centre. Le germe concerné était de sérogroupe B. Comparé aux années précédentes sur la même période, le nombre de DO d'IIM est très faible. Par exemple en 2011 entre janvier et juin, 11 cas avaient été déclarés.

## Légionellose

### 1/ CONTEXTE

La légionellose est une infection pulmonaire caractérisée par une pneumopathie atypique pouvant survenir de manière sporadique ou épidémique, à un niveau communautaire ou nosocomial. Elle affecte essentiellement les personnes présentant des facteurs favorisants (maladies respiratoires, diabète...). En 2005, le taux de létalité était de 11% et proche de 40% chez les personnes hospitalisées et/ou immunodéprimées

### 2/ DESCRIPTION DES CAS

Durant le premier semestre 2012, 14 cas de légionellose ont été déclarés. Le sexe ratio (h/f) est de 1,8 et la moyenne d'âge de 57 ans (38-91).

Onze des 14 cas déclarés avaient au moins un facteur de risque. Les facteurs de risque les plus souvent observés étaient le tabac et le traitement par corticoïde ou immunosuppresseur dans respectivement 28% des cas.

#### Facteurs pré-disposants parmi les cas de légionellose, région Centre, janvier – juin 2012

Facteurs prédisposants	N	%
Cancer/hémopathie	1	7,1
Cortico./immunosuppresseurs	4	28,6
Diabète	2	14,3
Tabac	4	28,6
Autres	2	14,3
> = 1 facteur	11	78,6

## Rougeole

### 1/ CONTEXTE

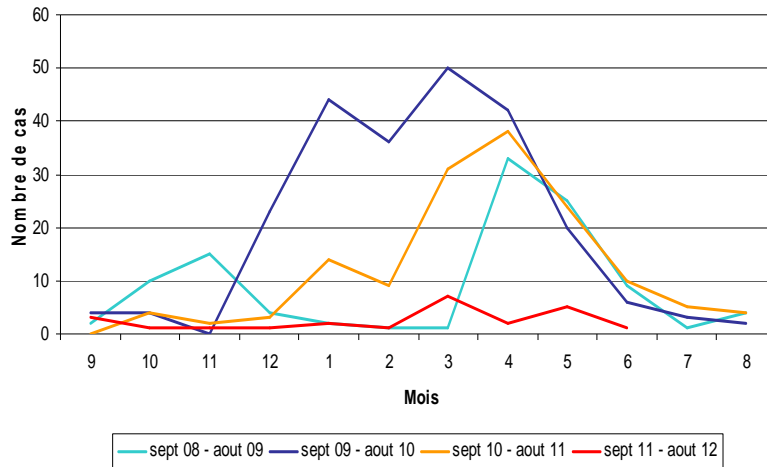
La rougeole est une maladie très contagieuse pour laquelle la transmission se fait par voie aérienne ou contact direct avec des sécrétions naso-pharyngées. Les signes cliniques sont caractérisés par une fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , un catarrhe (toux, coryza, conjonctivite), accompagnés ou non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

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

Aujourd'hui, la France fait face à une recrudescence de l'incidence des cas de rougeole entamée en 2008. L'épidémie de rougeole débutée à l'automne 2008 s'est intensifiée en 2009 avec 1294 cas déclarés entre le 1er janvier et le 30 septembre 2009, soit une incidence de 2,1 / 100 000 habitants sur cette période [2]. L'âge médian des cas était de 12 ans, 20% d'entre eux ont été hospitalisés. Deux encéphalites aiguës (dont 1 décès) ont été rapportées depuis le début 2009, ainsi qu'un décès par pneumopathie sur terrain fragilisé.

## 2/ DESCRIPTION DES CAS

Comparaison de l'activité de la rougeole sur les 4 dernières années, région Centre, 2008-2012



En région Centre l'épidémie de rougeole de 2010 – 2011 a atteint son maximum en avril et a diminué rapidement pour prendre fin début octobre 2011. Depuis janvier 2012, l'activité de la rougeole est très faible sur l'ensemble de la région. De janvier à juin, seulement 18 cas ont été déclarés

## Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac)

### 1/ CONTEXTE

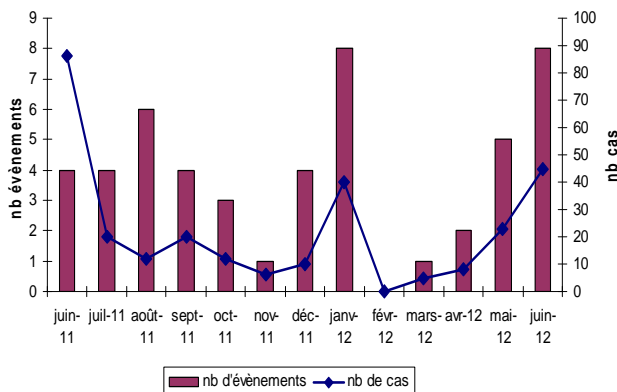
La surveillance des toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) contribue à la mise en place et à l'évaluation de mesures visant à prévenir ces événements et contribue ainsi à la sécurité alimentaire. Les objectifs de la surveillance des Tiac, à travers la déclaration obligatoire sont :

- d'identifier précocement l'aliment à l'origine de la Tiac et, le cas échéant retirer de la distribution l'aliment incriminé,
- de corriger les erreurs de préparation des repas, notamment dans les établissements de restauration collective,
- de réduire la contamination des matières premières (mesures de prévention dans les élevages, abattages de poules dans les élevages contaminés, etc.)

### 2/ DESCRIPTION DES FOYERS

Entre janvier et juin 2012, 24 foyers de Tiac impliquant 121 cas, dont 8 hospitalisations, ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire en région Centre.

Evolution du nombre d'évènements et de cas de Tiac par mois, région Centre, juin 2011 – juin 2012



L'aliment incriminé a été retrouvé pour 92% des évènements. La catégorie d'aliments le plus souvent identifiée était les produits laitiers (5 foyers de Tiac). L'agent responsable a pu être identifié pour plus de 87,5% des Tiac (21/24). Les agents les plus fréquents ont été les salmonelles (37,5%) et *Bacillus cereus* (17%).

## Remerciements aux partenaires régionaux

- L'Agence régionale de santé (ARS) du Centre, ses délégations territoriales, la Cellule de veille Alerte et gestion sanitaire et le Centre de réception et de régulation des signaux

-Les Centres Hospitaliers de la région Centre,

- Les médecins déclarants en région Centre

#### Comité de rédaction :

Dominique Jeannel, PhD  
Mathieu Rivière, MSc  
Luce Menudier, PhD  
Esra Morvan, MSc  
Dr Gérard Roy  
Isa Pallouze

#### Diffusion Cire Centre

ARS du Centre  
131 Fbg Bannier  
BP 74409  
45044 Orléans cedex 1

Tel : 02.38.77.47.81  
Fax : 02.38.77.47.41

E-mail : [ars-centre-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-centre-cire@ars.sante.fr)