

Point épidémiologique MDO n°3

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

Période de janvier à juin 2013

*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 mis en place des procédures d'analyse automatisées permettant de réaliser des bilans épidémiologiques régionaux, ainsi que le suivi d'épisodes épidémiques.

La Cire Centre édite un point épidémiologique thématique semestriel sur ces 5 MDO, dont vous recevez ici le troisième exemplaire consacré au bilan du 1^{er} semestre 2013. 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.

Bilan global 1^{er} semestre 2013

Nombre de notification des 5 MDO en ligne par département, région Centre
Janvier-Juin 2013

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre
Hépatite A	0	7	7	2	2	1	19
IIM	1	2	0	4	0	3	10
Légionellose	3	5	0	11	0	4	23
Rougeole	0	0	0	0	0	0	0
Tiac	1	0	0	5	1	7	14

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

Point épidémiologique MDO n°3

Hépatite A

1/ CONTEXTE

L'épidémiologie de cette infection est liée au développement des conditions socio-économique et de l'hygiène. Dans les pays où les conditions d'hygiène sont bonnes et de faible endémicité, l'hépatite A atteint surtout les adultes chez lesquels elle est plus fréquemment symptomatique. La proportion de formes symptomatiques et la sévérité augmentent avec l'âge avec évolution possible mais rare vers une hépatite fulminante voir un décès en l'absence de transplantation ; pas de formes chroniques. Le mode de transmission est de type féco-oral. La transmission est soit directe de personne à personne soit indirecte par eau contaminée, aliments contaminés, objets souillés portés à la bouche par de jeunes enfants...

Déclaration de cas d'hépatite A par mois en 2012 et 2013, région Centre

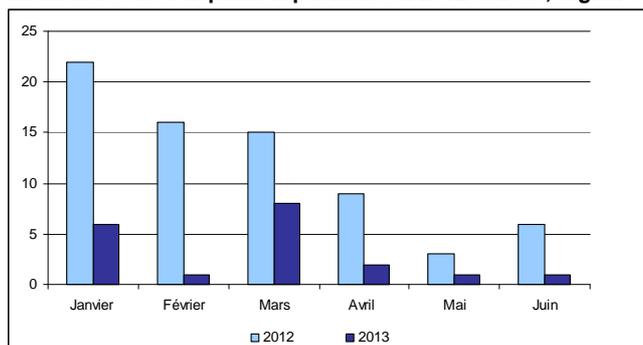


Figure 1

2/ DESCRIPTION DES CAS

Au cours du 1er semestre 2013, 19 cas d'hépatite A domiciliés en région centre ont été déclarés. Le sexe ratio homme/femme est de 1,37 (11 hommes et 8 femmes). L'âge médian des cas est de 54 ans (13 à 69 ans), la tranche d'âge des plus de 50 ans est la plus représentée (plus de 60% des cas).

Le taux d'hospitalisation est de 47%. Un voyage en dehors de la France pendant la période de contamination a été identifié chez 58% des cas (11 cas). Ce nombre est en augmentation par rapport au premier semestre où 8% des cas étaient importés, en lien avec les voyages de la période estivale. La consommation de fruits de mer a été retrouvée pour 21 % des cas (4 cas).

Tableau 1 : Déclaration de cas d'hépatite A par département en 2012 et 2013, région Centre

Nombre de cas 1er semestre		
Département	2012	2013
Cher	36	0
Eure-et-Loir	8	7
Indre	9	7
Indre-et-Loire	6	2
Loir-et-Cher	9	2
Loiret	3	1
Centre	71	19

En région Centre, le 1^{er} semestre 2013 le nombre de cas observé correspond à une tendance épidémiologique habituelle.

Infections 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 2013, 10 cas d'IIM ont été déclarés en région Centre dans les départements d'Indre-et-Loire (4 cas), du Loiret (3 cas), d'Eure-et-Loir (2 cas) et du Cher (1 cas). Les bactéries concernées étaient de sérotype B pour 7 cas, C pour

Point épidémiologique MDO n°3

un cas et Y pour un cas. L'identification des souches par le CNR montrent qu'elles sont toutes différentes. De plus, aucun regroupement spatio-temporel n'a été identifié.

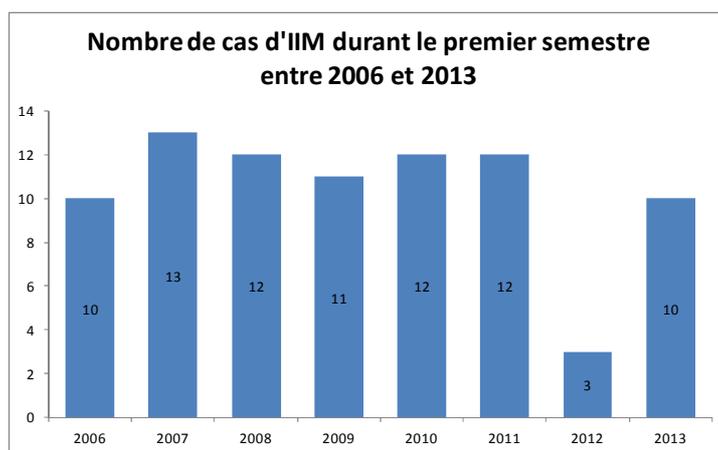


Figure 2

Le sexe ratio (h/f) est de 0,6 (4 hommes et 6 femmes) et la moyenne d'âge de 33 ans (1-94). 4 cas ont développé un purpura fulminans. A ce jour, on ne note aucun décès et l'issue est favorable pour tous.

Le bilan provisoire sur le premier semestre 2013 montre une tendance similaire aux années précédentes à l'exception de l'année 2012 caractérisée par un faible nombre de cas déclarés au premier semestre.

Légionellose

1/ CONTEXTE

La légionellose est une maladie respiratoire causée par une bactérie du genre *Legionella* qui se développe dans des milieux aquatiques. Cette dernière est présente dans le milieu naturel et peut proliférer dans des sites hydriques artificiels lorsque les conditions de son développement sont réunies, particulièrement entre 25 et 45°C, et qui produisent des aérosols : réseaux d'eau chaude, tours aérofrigorifères, autres installations (bains à remous, humidificateurs, fontaines décoratives, aérosols.....).

La légionellose est caractérisée par une pneumopathie aiguë pouvant survenir de manière sporadique ou épidémique, communautaire ou nosocomiale. Elle affecte essentiellement les adultes et touche particulièrement les personnes présentant des facteurs de risque individuels (pathologies chroniques respiratoires, cardiaques, diabète...). En France, 1298 cas ont été enregistrés en 2012 correspondant à une incidence de 2,0 cas pour 100 000 habitants.

2/ DESCRIPTION DES CAS

Durant le premier semestre 2013, 23 cas de légionellose ont été déclarés en région Centre. Sur la même période en 2012, 17 cas étaient déclarés (figure 3 ci-dessous). Le sexe ratio (h/f) est de 1,9 (15 hommes et 8 femmes) et la moyenne d'âge de 68 ans (35-95). Sur ce 1^{er} semestre, le taux de déclaration est de 0,9/100 000 habitants en région Centre.

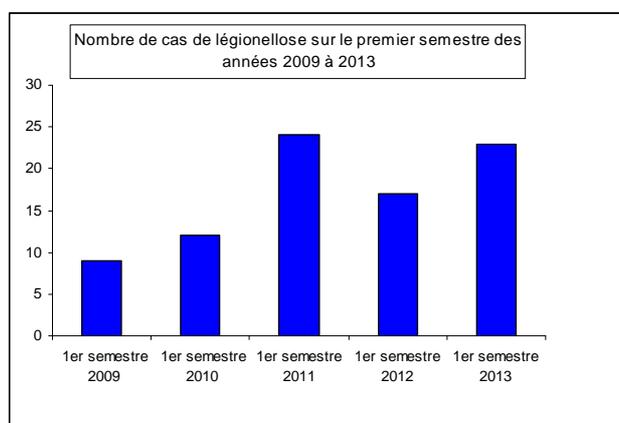


Figure 3

Aucun cas n'a été déclaré dans l'Indre et dans le Loir-et-Cher. L'ensemble des cas déclarés dans les autres départements sur ce premier semestre ont été hospitalisés. A ce jour, on note un décès parmi ces cas. L'origine de la contamination a pu être identifiée pour 11 cas.

Les facteurs de risque les plus souvent observés étaient le tabac, le diabète, les cancers/hémopathie et le traitement par corticoïde ou immunosuppresseur (tableau).

Point épidémiologique MDO n°3

Facteurs pré-disposants parmi les cas de légionellose, région Centre, janvier – juin 2013

Facteurs prédisposants	N	%
Cancer/hémopathie	3	13,04
Corticothérapie./immunosuppresseurs	3	13,04
Diabète	5	21,74
Tabac	9	39,14
Autres	3	13,04

Le bilan provisoire des cas de légionellose déclarés en région Centre en 2013 montre qu'il n'y a pas eu d'épisodes de cas groupés en dehors d'un regroupement spatio-temporel de 6 cas, dans le département d'Indre-et-Loire, investigués début juillet mais qui n'ont pas abouti à la mise en évidence de lieux communs aux cas. Le nombre de cas observé en fin du 1^{er} semestre montre que la tendance à la hausse observée depuis 2009 pourrait se poursuivre pour l'année 2013.

Rougeole

Depuis janvier 2012, l'activité de la rougeole est très faible sur l'ensemble de la région centre comme dans l'ensemble de la France. Aucun cas de rougeole n'a été déclaré sur la région au cours de ce premier semestre 2013.

La rougeole a été réintroduite parmi les maladies à déclaration obligatoire en 2005. Après la baisse spectaculaire de la rougeole France entière en 2006 et 2007 (< 50 cas annuel) celle-ci est réapparue en 2008 par vagues successives. Entre janvier 2008 et avril 2011, plus de 18000 cas ont été notifiés. L'incidence la plus élevée a concerné les enfants de moins d'un an suivi de la tranche d'âge des 10-19 ans puis celle des 20-29 ans. Plusieurs éléments sont en faveur d'une sous estimation d'au moins 50% de l'incidence. Cette sous déclaration est plus importante pour les cas vus en médecine libérale que pour ceux vus à l'hôpital et pourrait expliquer en partie les proportions élevées d'hospitalisations au regard de la fréquence comme des complications graves. En effet 4000 hospitalisations ont été notifiées avec 808 pneumonies, 26 encéphalites/myélites et 10 décès.

Cette situation est la conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante (<90% à 24 mois pour 1 dose) et hétérogène ayant conduit à la constitution progressive d'un réservoir important de sujets réceptifs. Tant que la couverture vaccinale n'atteindra pas le niveau requis de 95% et que le rattrapage des cohortes d'enfants plus âgés et de jeunes adultes ne sera pas renforcé, la France ne pourra pas atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole en 2015. Après une période de régression cyclique, une nouvelle vague épidémique pourrait survenir.

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.)

Ne sont pas mentionnés dans le bilan ci-après les foyers de TIAC signalés à la DGAL par les DDPP de la région Centre, pour lesquels le signalement n'est pas parvenu à l'ARS.

DESCRIPTION DES FOYERS

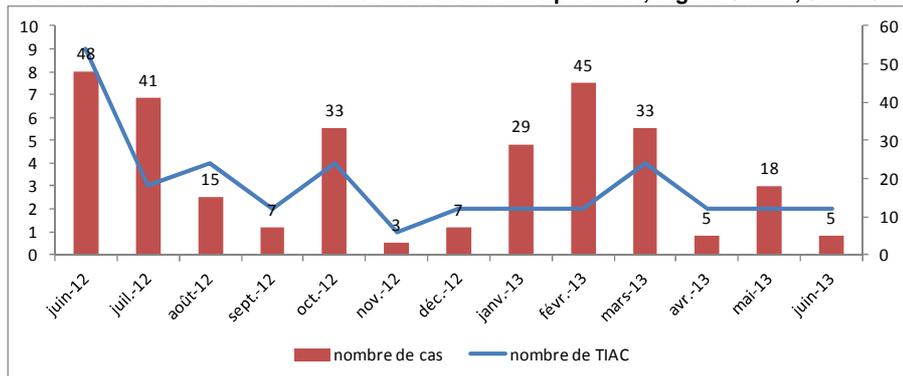
Entre janvier et juin 2013, 14 foyers de Tiac impliquant 135 personnes, sans aucune hospitalisation, ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire en région Centre.

Les foyers sont survenus suite à un repas au restaurant (7 foyers, 20 malades) puis en entreprise (2 foyers, 48 malades), lors d'un repas familial (2 foyers, 9 malades), dans une autre collectivité (2 foyers, 45 malades) et dans une maison de retraite (1 foyer, 13 malades).

Point épidémiologique MDO n°3

Le point épidémio

Evolution du nombre d'évènements et de cas de Tiac par mois, région Centre, Juin 2012 – juin 2013



L'aliment incriminé a été suspecté pour 93 % des évènements. Les catégories d'aliments identifiées sont variées. On retrouve des viandes (2 foyers) et des fruits de mers (2 foyers) et pour deux épisodes liés des plats asiatiques. L'agent responsable a pu être confirmé dans deux foyers de Tiac seulement et suspecté dans 11 foyers. Les agents les plus fréquents ont été *Staphylococcus aureus* (28%), *Bacillus cereus* (28%), *Clostridium perfringens* (14%) et des virus (21%).

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
Luce Menuhier, PhD
Esra Morvan, MSc
Dr Gérard Roy
Elisabeth Kouvtanovitch, IGS
Isa Palloure

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