

Sommaire

Hépatite A	1
Infection invasive à méningocoque (IIM)	4
Légionellose	4
Rougeole.....	5
Toxi-infection alimentaire collective (TIAC).....	6

Bilan global 2017

Tableau 1 : Nombre de notifications des 5 MDO par département de résidence, région Centre-Val de Loire, période de janvier à décembre 2017 (Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région
Hépatite A	3	13	43	6	16	33	114
IIM	2	3	2	6	2	4	19
Légionellose	5	12	2	10	5	14	48
Rougeole	0	0	0	1	0	0	1
TIAC (épisodes)	2	0	1	4	4	9	20

Hépatite A

Contexte

Dans les pays dans lesquels les conditions d'hygiène sont bonnes, comme la France, l'incidence de l'hépatite A est faible. Elle touche alors majoritairement les adultes. La proportion d'infections symptomatiques et la survenue de formes sévères augmentent avec l'âge : chez les enfants, les formes asymptomatiques sont les plus fréquentes, alors que chez les adultes l'infection est symptomatique dans la majorité des cas et peut être grave. Une évolution vers une hépatite fulminante est possible mais rare. Il n'existe pas de forme chronique. La transmission est principalement interhumaine par voie oro-fécale, toutefois elle peut également se faire indirectement par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. En 2017, une épidémie de VHA a eu lieu dans plusieurs pays européens dont la France. Cette augmentation a concerné essentiellement des hommes de 15 à 49 ans, ayant pour la majorité d'entre eux des relations sexuelles avec des hommes (HSH). En France, l'augmentation a débuté en février 2017 et une baisse a été observée depuis le mois d'octobre. Sur l'ensemble de l'année 2017, plus de 3 000 cas de VHA ont été signalés en France¹.

Description des cas

Au cours de l'année 2017, **114** cas d'hépatite A domiciliés en région Centre-Val de Loire ont été déclarés, soit **près de 10 fois plus** que durant l'année 2016 (N=12). La majorité des cas était domiciliée dans l'Indre (n = **43, 38 %**) qui a connu **deux épisodes de cas groupés**² durant le 2^e semestre (détaillés ci-après).

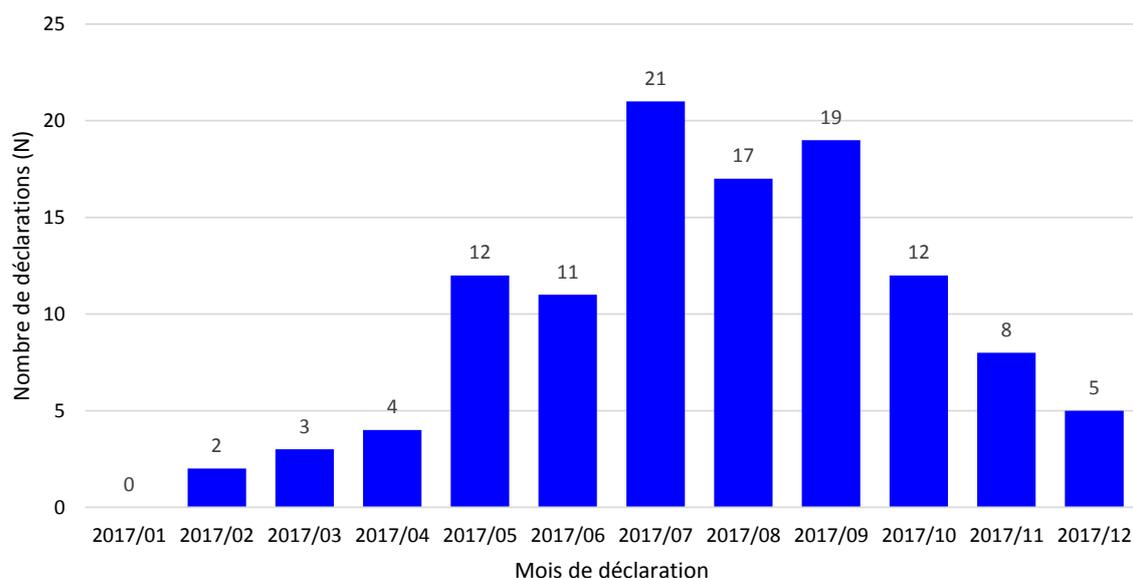
¹<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-A/Donnees-epidemiologiques>

² Cas groupé d'hépatite A : 2 cas ou plus comportant des caractéristiques géographiques et temporelles communes

Tableau 2 : Nombre de cas d'hépatite A déclarés par département, Centre-Val de Loire, 2014 à 2017 (Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

Département	1 ^e semestre 2014	2 ^e semestre 2014	1 ^e semestre 2015	2 ^e semestre 2015	1 ^e semestre 2016	2 ^e semestre 2016	1 ^e semestre 2017	2 ^e semestre 2017
Cher	3	14	4	2	0	1	1	2
Eure-et-Loir	3	5	2	3	0	2	3	10
Indre	1	1	0	1	0	1	7	36
Indre-et-Loire	3	3	1	3	0	2	1	5
Loir-et-Cher	2	4	2	5	1	0	5	11
Loiret	1	2	0	3	1	4	15	18
Centre-Val de Loire	13	29	9	17	2	10	32	82

Figure 1 : Courbe épidémiologique des cas d'hépatite A déclarés 2017, région Centre-Val de Loire (Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)



Le sexe ratio H/F était de **1,8** (**73** hommes et **41** femmes). L'âge médian des cas était de **28** ans (de **3** à **90** ans) et **71** % d'entre eux étaient âgés de plus de 15 ans. Parmi les **73** hommes, **47** (**64** %) étaient âgés de 18 à 55 ans.

Cent cinq cas ont présenté des ALAT très augmentées (médiane : **42** fois la normale telle que définie par le laboratoire). Sur les **104** cas pour lesquels l'information était connue, **71** ont présenté un ictère (**68** %). **Cinquante-six** cas ont nécessité une hospitalisation (**49** %).

Près de la moitié des cas (n = **56**) rapportait un cas dans l'entourage. **Vingt-cinq** cas (**22** %) ont déclaré avoir voyagé dans un pays endémique pour l'hépatite A pendant la période de contamination dont **16** au Maroc ; des cas ont également rapporté avoir séjourné en Bulgarie, en Espagne, en Grèce, en République Tchèque, à Madagascar, au Portugal, au Togo et en Suisse. **Vingt-trois** cas ont déclaré avoir consommé des fruits de mer (huîtres, bulots, crevettes, moules, coquilles Saint-Jacques, calamars). **Seize** cas rapportaient la présence d'un ou plusieurs enfants de moins de 3 ans au sein de leur foyer et **5** autres cas rapportaient la notion de travail ou de fréquentation d'un établissement pour personnes handicapées.

L'absence de vaccination était certaine pour **76** cas, **7** cas étaient vaccinés, et l'information n'était pas connue pour les **31** autres.

L'année 2017 a été marquée par **3 cas groupés** d'hépatite A dont 2 durant le 2^e semestre (Figure 2) :

- Celui du 1^{er} semestre, déclaré dans le Loir-et-Cher, concernait **2 lycéens** de retour d'un voyage à Madagascar dans le cadre d'un projet humanitaire.
- Le second cas groupé, avec les premiers cas en début de 2^e semestre, a touché une collectivité dans le département de l'Indre (**25 cas au total**) : **6 cas** d'hépatite A ont été déclarés en juin, **15** en juillet, **3** en août et **1** en septembre. Parmi les **24 cas** pour lesquels ces informations étaient disponibles, **11** ont présenté un ictère et **6** ont été hospitalisés. Les cas ont présenté des ALAT très augmentées (médiane : **64** fois la normale telle que définie par le laboratoire).
- Le troisième a touché un foyer de vie dans l'Indre fin octobre 2017 et a concerné **4 personnes** : 2 résidents et 2 membres du personnel.

La région Centre-Val de Loire comme la France métropolitaine¹ a également été impactée par l'épidémie d'hépatite A touchant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (essentiellement le Loiret, le Loir-et-Cher et l'Eure-et-Loir). Bien que l'orientation sexuelle ne soit pas documentée dans le formulaire de la déclaration obligatoire (DO), l'évolution du sexe ratio et le nombre de DO chez des hommes âgés de 18 à 55 ans avec absence d'expositions à risque « classiques » sont des indicateurs permettant de suivre la situation. Ainsi, si les trois cas groupés ne sont pas pris en compte, le sexe ratio (H/F) était de **2,2** sur l'année 2017 (Figure 3).

Figure 2 : Courbe épidémiologique des cas groupés d'hépatite A déclarés 2017, région Centre-Val de Loire (Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

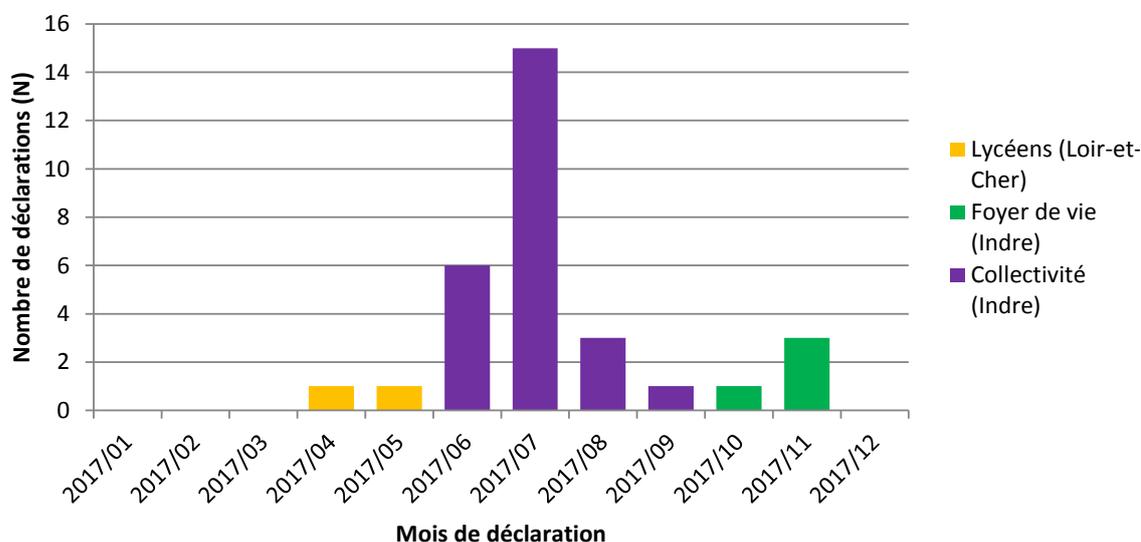
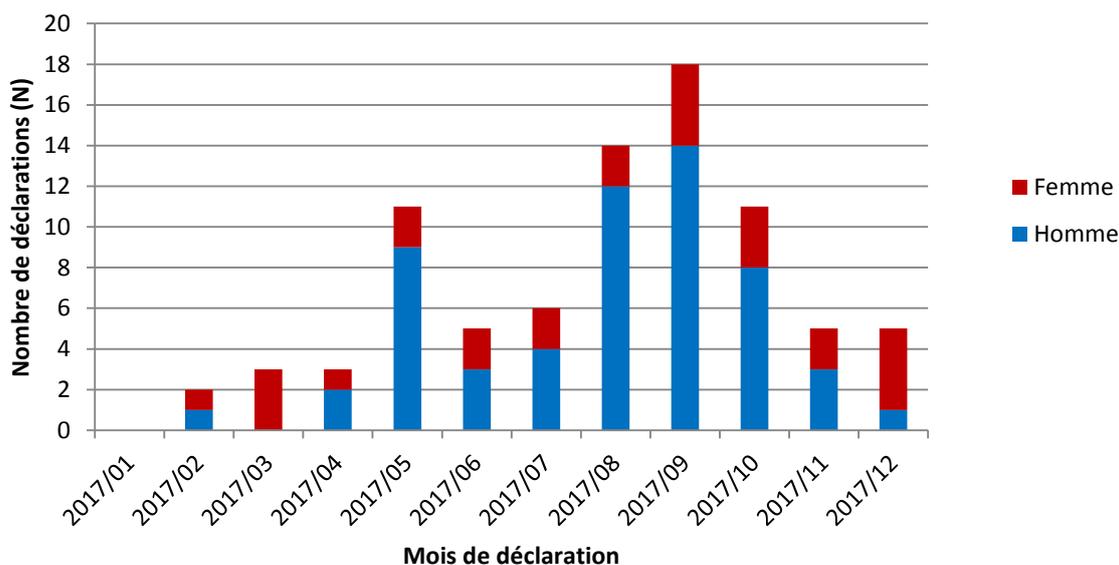


Figure 3 : Courbe épidémiologique des cas isolés d'hépatite A déclarés 2017, région Centre-Val de Loire (Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)



¹ Santé publique France. Hépatite A : hausse du nombre de cas chez les hommes gays et bisexuels. <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Hepatitis-A-hausse-du-nombre-de-cas-chez-les-hommes-gays-et-bisexuels>

Contexte

Les infections invasives à méningocoque (IIM), pathologies causées par l'agent *Neisseria meningitidis*, sont relativement rares en France, entre 1 et 2 cas pour 100 000 habitants.

Parmi les treize sérogroupes décrits, les souches A, B, C, Y et W135 sont les plus répandues. Les sérogroupes B et C sont prédominants en Europe. Le méningocoque ne survit pas dans le milieu extérieur. Sa transmission est strictement interhumaine, par l'intermédiaire de gouttelettes et nécessitant un contact proche (moins de 1 mètre) et prolongé.

Elles affectent surtout des sujets de moins de 20 ans. C'est une maladie endémique en Europe avec des cas survenant isolément ou par petits groupes avec un pic en hiver et diminution des cas en été sous forme de méningites ou de septicémies.

La forme la plus sévère, reflétant le syndrome septique, est le purpura fulminans.

Entre 9 et 12 % des personnes atteintes d'infection à méningocoque décèdent, même avec un traitement antibiotique approprié. Parmi celles qui survivent, jusqu'à 20 % souffrent de séquelles, comme une surdité, la perte d'un membre ou un retard mental.

Le vaccin méningococcique C conjugué est recommandé pour tous les nourrissons à l'âge de 12 mois (obligatoire dans le nouveau calendrier vaccinal en vigueur au 1^{er} janvier 2018, avec une 1^e dose à 5 mois et une 2nde dose à 12 mois), ainsi que chez tous les enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à l'âge de 24 ans dans l'attente d'une couverture vaccinale suffisante et de la création d'une immunité de groupe. Les vaccins tétravalents conjugués ACYW135 et le vaccin contre les IIM de séro groupe B font l'objet de recommandations particulières (pour les patients avec un déficit de l'immunité) et dans des situations à risque (départ en zone d'endémie, pèlerinage à La Mecque, situation particulière de cas groupés ou épidémie).

Description des cas

En 2017, **19** cas d'IIM ont été déclarés en région Centre-Val de Loire : **2** cas dans le Cher, **3** cas en Eure-et-Loir, **2** cas dans l'Indre, **6** cas en Indre-et-Loire, **2** cas dans le Loir-et-Cher et **4** cas dans le Loiret. Le nombre de cas d'IIM déclarés était supérieur à l'année 2016 (4 cas).

Parmi ces **19** cas :

- Aucun regroupement spatio-temporel n'a été identifié sur la région.
- Les méningocoques étaient de séro groupe B pour **8** cas, C pour **5** cas, W pour **2** cas et Y pour **4** cas ;
- Le sexe ratio (H/F) était de **1,1** (**10** hommes et **9** femmes) et l'âge médian de **21** ans (de **4** mois à **97** ans) ;
- **Trois** cas ont développé un purpura fulminans sur les **16** cas pour lesquels l'information était renseignée ;
- L'issue a été favorable pour **16** cas, **1** cas se retrouve avec séquelles neurologiques et oculaires et **2** cas (correspondant aux plus âgés) sont décédés ;
- **Un seul** cas était vacciné (contre le séro groupe C) et a développé une IIM de séro groupe B, **9** cas n'étaient pas vaccinés et ont contracté une IIM de séro groupe C (N=3), B (N=5) ou Y (N=1). Le statut vaccinal n'était pas renseigné pour les **9** autres cas.

Légionellose

Contexte

La légionellose est une infection pulmonaire aiguë, causée par la bactérie du genre *Legionella*, pouvant survenir de manière sporadique ou épidémique, communautaire ou nosocomiale. Elle affecte essentiellement les adultes et touche particulièrement les personnes présentant des facteurs favorisants : âge avancé, pathologies respiratoires ou cardiaques chroniques, tabagisme, diabète, traitements immunosuppresseurs. Cette pathologie est caractérisée par sa sévérité nécessitant une hospitalisation, et sa létalité d'environ 10 %.

La bactérie responsable de la légionellose est présente dans le milieu naturel et peut proliférer dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions de son développement sont réunies, particulièrement entre 25 et 45°C : réseaux d'eau chaude, tours aéroréfrigérantes, autres installations (bains à remous, humidificateurs, fontaines décoratives, aérosols, appareils de thérapie respiratoire...). La contamination se fait principalement par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. La transmission interhumaine est exceptionnelle.

Il existe plus de 50 espèces et 70 sérogroupes de légionelles dans l'environnement et chez l'homme ; *Legionella pneumophila* présente 16 sérogroupes (Lp1 à Lp16).

En France, 1 219 cas ont été notifiés en 2016 correspondant à une incidence de 1,8 cas pour 100 000 habitants. En 2017, **1 631** cas ont été notifiés (données provisoires issues des signalements à Santé publique France) (soit **1,3** fois plus).

Description des cas

En 2017, **48** cas de légionellose ont été déclarés en région Centre-Val de Loire soit **2,5 fois** supérieur au nombre de cas déclarés en 2016 (n = **19**) : **5** cas dans le Cher, **12** cas dans l'Eure-et-Loir, **2** cas dans l'Indre, **10** cas dans l'Indre-et-Loire, **5** cas dans le Loir-et-Cher et **14** cas dans le Loiret.

Le nombre de cas durant le 1^{er} semestre variait de **0 à 5 par mois**, avec un pic en mai (N=5). Le nombre de cas durant le 2^e semestre était en moyenne de **6 par mois**, avec un pic en août (N=12) et un creux en novembre (N=2). Aucun épisode de cas groupés n'a été identifié.

Le sexe ratio (H/F) était de **2** (**33** hommes et **15** femmes) et la médiane d'âge de **67** ans (de **22** à **93** ans).

Parmi les **47** cas pour lesquels l'information était disponible, **43** ont présenté une pneumopathie. Tous les cas ont été hospitalisés, et parmi les **38** cas pour lesquels l'issue était connue **2** sont décédés et **36** sont guéris (les **10** autres cas étaient encore malades au moment de la déclaration).

Parmi les **47** cas pour lesquels l'information était connue, l'agent pathogène majoritairement identifié était *Legionella pneumophila* (Lp) sérotype 1 (N=44, 94 %). Il était retrouvé par ailleurs **1** cas de Lp3, **1** cas de Lp7, et le dernier cas était non spécifié.

Trente-quatre cas avaient au moins un facteur de risque et les **14** autres cas ne présentaient aucun facteur favorisant (en dehors d'un âge supérieur à 60 ans pour **10** d'entre eux). Les facteurs favorisants les plus souvent observés étaient le tabagisme (n = **18**) et le diabète (n = **13**) (Tableau 3).

Tableau 3 : Facteurs favorisants parmi les cas de légionellose*, région Centre-Val de Loire, année 2017 (Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

Facteurs favorisants	Effectifs	%
Hémopathie-Cancer	4	8
Traitement immunodépresseur	4	8
Tabagisme	18	37,5
Diabète	13	27
Autre	5	10

* Non exclusif : un même patient peut présenter plusieurs facteurs de risque.

Rougeole

Contexte

La rougeole est une infection virale hautement contagieuse. La transmission du virus se fait essentiellement par voie aérienne, soit directement auprès d'un malade, soit parfois indirectement en raison de sa persistance dans l'air ou sur une surface contaminée par des sécrétions naso-pharyngées. La rougeole fait à nouveau partie des maladies à déclaration obligatoire depuis 2005. Après la baisse spectaculaire de la rougeole en France en 2006 et 2007 (<50 cas/an), celle-ci est réapparue depuis 2008 par vagues successives. En 2017, la France reste un pays endémique pour la rougeole. La circulation du virus s'est d'ailleurs intensifiée en début d'année 2017 conduisant à la déclaration de **405** cas durant le 1^{er} semestre (pic épidémique au mois de mai, avec **131** cas déclarés).

Une épidémie en métropole touchant particulièrement la région Nouvelle-Aquitaine a débuté en novembre 2017 avec un pic en semaine 13 (2018). En France, plus de 2 600 cas ont été signalés entre la semaine 45 (2017) et la semaine 27 (2018) sur le territoire.

Parmi les **597** cas déclarés durant l'année 2017, **219** des **582** cas pour lesquels l'information était connue (**37,6** %) ont dû être hospitalisés, dont certains pour des complications sévères. **Un** cas est décédé (pour **66** cas l'issue n'était pas renseignée). Plusieurs foyers épidémiques ont été observés dans des collectivités.

La diffusion du virus est la conséquence du niveau insuffisant et hétérogène de la couverture vaccinale en France, en population générale et parmi les personnels soignants. Tant que la couverture vaccinale à 2 ans n'atteindra pas 95 % avec 2 doses de vaccin trivalent Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR, devenu obligatoire dans le nouveau calendrier vaccinal en vigueur au 1^{er} janvier 2018) et que le rattrapage avec deux doses de vaccin des enfants plus âgés et de jeunes adultes ne sera pas renforcé, le risque de vagues épidémiques périodiques persistera. L'existence de cas déclarés dans la quasi-totalité des régions, dont la région Centre-Val de Loire, ne met pas les départements indemnes aujourd'hui à l'abri d'une extension de la circulation virale dans un avenir proche.

L'épidémiologie actuelle de la rougeole en France implique donc, de la part des cliniciens, de vérifier systématiquement et le cas échéant de mettre à jour le statut vaccinal vis-à-vis de la rougeole de toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980. De plus, vis-à-vis de l'entourage proche d'un patient atteint de rougeole, la mise en œuvre des mesures de prophylaxie post-exposition est essentielle.

Des points d'actualité nationale et régionale détaillés et régulièrement mis à jour sont disponibles sur le site internet de Santé publique France¹.

Description de cas en région Centre-Val de Loire

En Centre-Val de Loire, seul **1** cas de rougeole a été déclaré, durant le 1^{er} semestre, ce qui était inférieur au nombre de cas déclarés en 2016 (5 cas, tous durant le 1^{er} semestre).

Ce cas était déclaré en Indre-et-Loire : survenu en juin, il s'agissait d'un cas importé chez un homme de 27 ans non vacciné, qui a été hospitalisé en service de pneumologie. L'évolution a été favorable.

Dans la région, la dynamique de l'épidémie qui a touché l'ensemble du territoire a commencé plus tardivement, en semaine 03 (2018).

¹ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites>

Contexte

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) sont définies par l'apparition d'au moins 2 cas présentant une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

La surveillance des TIAC, à travers la déclaration obligatoire, contribue à la mise en place et l'évaluation de mesures visant à prévenir ces événements et contribue ainsi à la sécurité alimentaire.

Ne sont pas inclus dans ce bilan les épisodes de TIAC signalés à la DGAL par les DD(CS)PP de la région Centre-Val de Loire, pour lesquels le signalement ne serait pas parvenu à l'ARS.

Description des épisodes

En 2017, **20** épisodes de TIAC ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire en région Centre-Val de Loire, impliquant **1 106** personnes dont **288** malades. L'épisode le plus important est survenu en cantine scolaire dans le département du Loiret et comptabilisait à lui seul 500 personnes exposées dont 117 malades. **Trois** autres épisodes de grande ampleur ont été déclarés : **2** dans le Loiret (N=40 et N=26 malades) et **1** dans le Loir-et-Cher (N=25 malades).

Les épisodes sont survenus dans tous les départements de la région sauf l'Eure-et-Loir (**9** dans le Loiret, **4** en Indre-et-Loire, **4** dans le Loir-et-Cher, **2** dans le Cher et **1** dans l'Indre). Les circonstances décrites étaient un repas pris en famille (**8** épisodes, **64** malades), en cantine scolaire (**3** épisodes, **150** malades), en restauration commerciale (**6** épisodes, **24** malades), en institut médico-social (**1** épisode, **4** malades) et en collectivités autres que celles citées (**2** épisodes, **46** malades).

Le taux d'attaque médian est de **75 %** (min-max = **4 % - 100 %**). Les taux d'attaque les plus élevés, supérieurs à **75 %**, étaient retrouvés lors de repas impliquant le nombre de personnes exposées le plus faible, pris en famille (**5** épisodes), en restauration commerciale (**3** épisodes) et lors de **l'unique** épisode en institut médico-social.

Dans les 19 épisodes pour lesquels ces informations étaient connues, **6** hospitalisations ont été nécessaires (dont **3** sur un épisode impliquant **3** personnes et les **3** autres sur **3** épisodes différents) et **aucun** décès n'a été signalé.

La recherche biologique de germes dans les aliments a été effectuée pour **4** épisodes, mais le résultat n'était pas connu lors de la déclaration. Pour les **16** autres épisodes, les agents en cause ont été confirmés pour **4** épisodes (*Salmonella* pour les **4**), et parmi les **12** épisodes restants les agents les plus fréquemment suspectés en première intention étaient le *Staphylococcus aureus* ou sa toxine (**5** épisodes) et le *Bacillus cereus* (**5** épisodes). **Aucun** aliment n'a pu être incriminé. Pour les **18** épisodes pour lesquels un aliment était suspecté, les catégories d'aliments concernés étaient variées mais les viandes / volailles / œufs étaient suspectées pour **8** épisodes dont les **4** avec *Salmonella* comme agent biologique confirmé.

Cellule d'intervention en région (Cire) Centre-Val de Loire

131 rue du faubourg Bannier - BP 74409 - 45044 Orléans cedex 1

02 38 77 47 81 | Cire-CVL@santepubliquefrance.fr | www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France

Rédactrice en chef : Esra Morvan, épidémiologiste à la Cire Centre-Val de Loire

Comité de rédaction : Coralie Hermetet, Jean-Rodrigue Ndong, Marie-Noëlle Billard, Isa Palloure

Remerciements : Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val de Loire, ses délégations territoriales, Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire, Centre de réception et de régulation des signaux

Centres hospitaliers de la région Centre-Val de Loire

Médecins et autres professionnels déclarants en région Centre-Val de Loire