

Sommaire

Hépatite A	1
Infection invasive à méningocoque (IIM)	3
Légionellose	3
Rougeole.....	5
Toxi-infection alimentaire collective (TIAC).....	8

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 2018 (Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région
Hépatite A	7	8	11	13	2	27	68
IIM	1	0	1	6	0	1	9
Légionellose	8	18	2	15	12	15	70
Rougeole	2	12	10	61	7	18	110
TIAC (épisodes)	2	2	2	8	2	11	27

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.

Hors contexte épidémique, le nombre de cas attendus de janvier à décembre sur la France entière est inférieur à 1 000¹.

Description des cas

Au cours de l'année 2018, **68** cas d'hépatite A domiciliés en région Centre-Val de Loire ont été déclarés, soit **40 % de moins** que durant l'année 2017 (N = **114**). La majorité des cas était domiciliée dans le Loiret (N = **27** ; **40 %**) qui a connu un **épisode de cas groupés**² durant le 2^{ème} semestre (détaillé ci-après).

¹<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a>

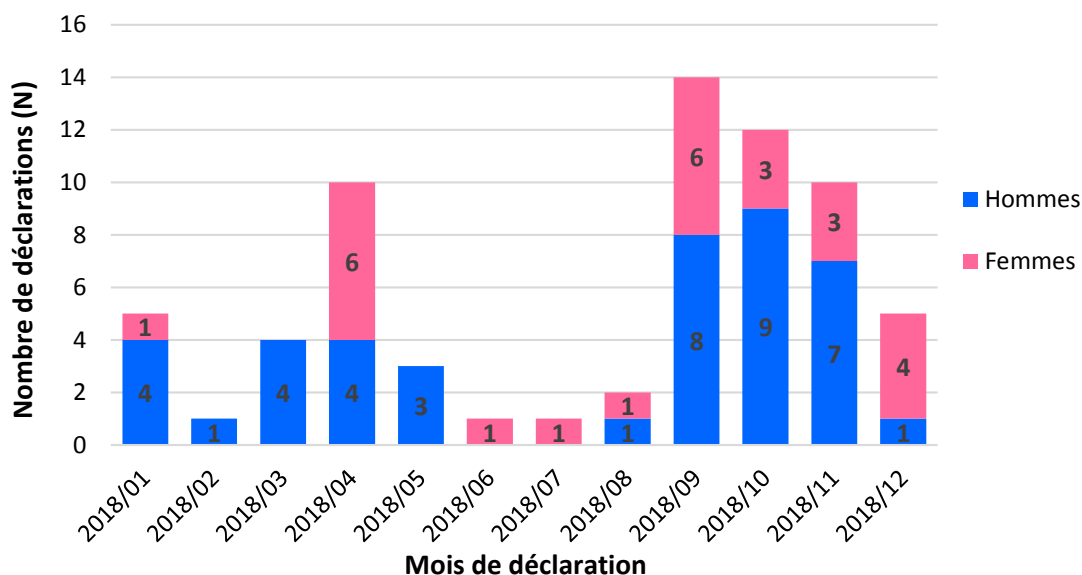
² Cas groupé d'hépatite A : 2 cas ou plus comportant des caractéristiques géographiques et temporelles communes

Tableau 2 : Nombre de cas d'hépatite A déclarés par département de résidence, région Centre-Val de Loire, 2015 à 2018

(Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

Département	1 ^e semestre 2015	2 ^e semestre 2015	1 ^e semestre 2016	2 ^e semestre 2016	1 ^e semestre 2017	2 ^e semestre 2017	1 ^e semestre 2018	2 ^e semestre 2018
Cher	4	2	0	1	1	2	4	3
Eure-et-Loir	2	3	0	2	3	10	2	6
Indre	0	1	0	1	7	36	8	3
Indre-et-Loire	1	3	0	2	1	5	2	11
Loir-et-Cher	2	5	1	0	5	11	1	1
Loiret	0	3	1	4	15	18	7	20
Centre-Val de Loire	9	17	2	10	32	82	24	44

Figure 1 : Courbe épidémiologique des cas d'hépatite A déclarés 2018, région Centre-Val de Loire (Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)



Le sexe ratio H/F était de **1,6** (**42** hommes et **26** femmes). L'âge médian des cas était de **29** ans (de **5** à **86** ans) et **79** % d'entre eux étaient âgés de plus de 15 ans. Parmi les 42 hommes, **27** (**64** %) étaient âgés de 18 à 55 ans.

Parmi les **63** cas pour lesquels l'information était connue, **62** ont présenté des ALAT très augmentées (médiane : **38** fois la normale telle que définie par le laboratoire). Sur les **67** cas pour lesquels l'information était connue, **53** ont présenté un ictère (**79** %). Et sur les **65** cas pour lesquels l'information était connue, **37** ont nécessité une hospitalisation (**57** %).

Près d'un tiers des cas (N = **22**) rapportait un cas dans l'entourage. **Vingt-sept** cas (**40** %) ont déclaré avoir voyagé dans un pays endémique pour l'hépatite A pendant la période de contamination dont **17** au Maroc ; des cas ont également rapporté avoir séjourné à Madagascar, en Angleterre, à Cuba, en Algérie, en Arabie Saoudite, au Congo, au Tchad et au Soudan.

Vingt cas ont déclaré avoir consommé des fruits de mer (coquillages dont huîtres, calamars, crevettes, écrevisses, langoustes). **Six** cas rapportaient la présence d'un ou plusieurs enfants de moins de 3 ans au sein de leur foyer et **2** autres cas rapportaient la notion de travail ou de fréquentation d'un établissement pour personnes handicapées.

Deux cas étaient vaccinés, chacun dans un contexte de post-exposition. L'absence de vaccination était certaine pour **50** cas et l'information n'était pas connue pour les **16** autres.

Le Loiret a connu **1 épisode de cas groupé** d'hépatite A durant le 2^e semestre 2018 :

- Les déclarations concernant ce cas groupé ont eu lieu de fin octobre à fin novembre 2018 ;
- Cet épisode a touché des clients et des membres du personnel d'un établissement de débit de boissons (**6** cas au total) : **1** cas d'hépatite A a été déclaré en octobre, et les **5 autres** cas en novembre ;
- **Cinq** cas ont présenté un ictère et **5** ont été hospitalisés ;
- Les cas ont tous présenté des ALAT très augmentées (médiane : **36** fois la normale telle que définie par le laboratoire).

Contexte

Les infections invasives à méningocoque (IIM), pathologies causées par l'agent *Neisseria meningitidis*, sont relativement rares en France, moins de 1 cas par an depuis 2013. 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.

Dans le nouveau calendrier vaccinal en vigueur au 1er janvier 2018, le vaccin méningococcique C conjugué est obligatoire pour tous les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018, avec une première dose à l'âge de 5 mois et un rappel à 12 mois. La vaccination par dose unique reste recommandée chez 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 2018, 9 cas d'IIM ont été déclarés en région Centre-Val de Loire : 1 cas dans le Cher, 1 cas dans l'Indre, 6 cas en Indre-et-Loire et 1 cas dans le Loiret. Le nombre de cas d'IIM déclarés était inférieur à l'année 2017 (19 cas soit une diminution de plus de 50 %).

Parmi ces 9 cas :

- Aucun regroupement spatio-temporel n'a été identifié sur la région ;
- Les méningocoques étaient de séro groupe B pour 3 cas, C pour 1 cas, W pour 1 cas et Y pour 4 cas ; le cas atteint d'IIM séro groupe C était âgé de 9 mois (soit dans la cible vaccinale de la 1^{ère} injection) ;
- Le sexe ratio (H/F) était de 1,1 (4 hommes et 5 femmes) et l'âge médian de 18 ans (de 9 mois à 95 ans) ;
- Trois cas ont développé un purpura fulminans sur les 8 cas pour lesquels l'information était renseignée ;
- L'issue a été favorable pour 7 cas, 1 cas se retrouve avec séquelles orthopédiques (séro groupe Y) et 1 cas (âgé de 32 ans, séro groupe B) est décédé ;
- Sept cas n'étaient pas vaccinés et le statut vaccinal n'était pas renseigné pour les 2 autres cas.

Légionellose

Contexte

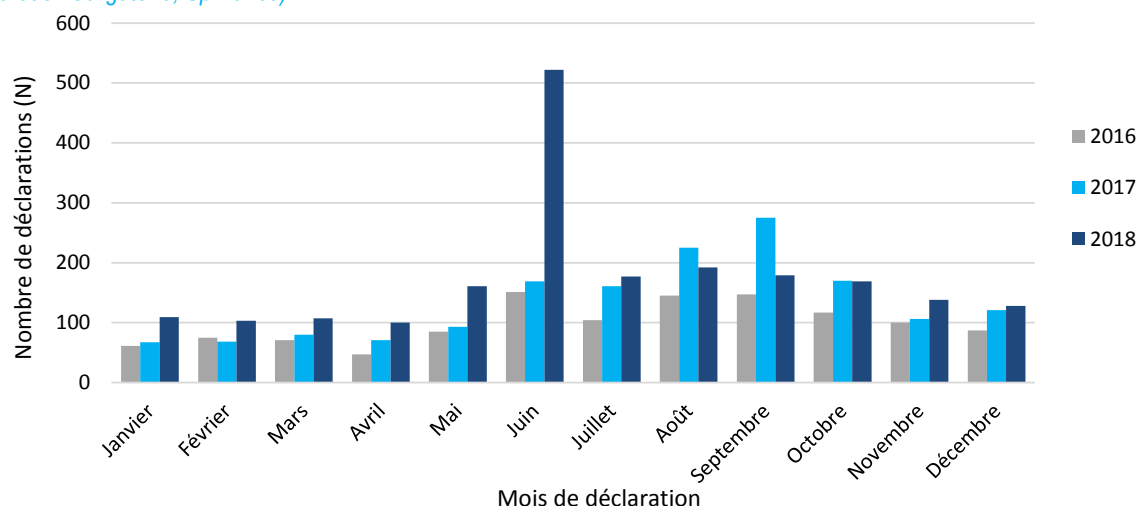
La légionellose est une infection pulmonaire aiguë, causée par la bactérie du genre *Legionella*, pouvant survenir de manière sporadique ou épidémique, communautaire ou nosocomiale. Elle affecte essentiellement les adultes et touche particulièrement les personnes présentant des facteurs favorisants : 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, 1 631 cas ont été notifiés en 2017 correspondant à une incidence de 2,4 cas pour 100 000 habitants. Durant l'année 2018, les données de surveillance ont montré une forte augmentation des cas de légionellose au niveau national avec 2 123 cas notifiés (données provisoires issues des signalements à Santé publique France), soit 1,3 fois plus (identique à la progression observée en 2017 comparé à 2016). En particulier, un épisode de recrudescence des cas de légionellose a été observé en fin de 1^{er} semestre comparé à 2017 et 2016 (Figure 2). Cette augmentation était plus marquée en Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Pays de Loire et Centre-Val de Loire. Les conditions météorologiques marquées par des intempéries fréquentes au cours du printemps 2018 pourraient expliquer ce phénomène en créant des conditions propices au développement et à la survie des légionelles (taux d'humidité élevé et douceur des températures)^{1,2}.

Figure 2 : Courbe épidémiologique des cas de légionellose déclarés en France, période janvier 2016 – décembre 2018
(Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)



Description des cas

En 2018, **70** cas de légionellose ont été déclarés en région Centre-Val de Loire soit **1,4 fois** supérieur au nombre de cas déclarés en 2017 (N = 49) : **8** cas dans le Cher, **18** cas dans l'Eure-et-Loir, **2** cas dans l'Indre, **15** cas dans l'Indre-et-Loire, **12** cas dans le Loir-et-Cher et **15** cas dans le Loiret. Une brusque recrudescence du nombre de cas débutée en mai (N=7) s'est poursuivie en juin avec **26** cas déclarés sur ce seul mois (détaillé ci-après) (Figure 3). Par ailleurs l'incidence observée sur les autres mois correspondait à une incidence plus habituelle, avec 1 à 5 cas déclarés par mois (4 cas par mois en moyenne). **Aucun** épisode de cas groupés n'a été identifié sur l'ensemble de l'année 2018.

Le sexe ratio (H/F) était de **2,9** (52 hommes et 18 femmes) et la médiane d'âge de **60** ans (de 32 à 96 ans).

Tous les cas ont été hospitalisés. **Soixante-neuf** cas ont présenté une pneumopathie, et **8** cas sont décédés (tous les autres sont guéris).

L'agent pathogène majoritairement identifié était *Legionella pneumophila* (Lp) séro groupe 1 (N = 68 ; 97 %). Il était retrouvé par ailleurs 1 cas de Lp6, et 1 cas de *Legionella longbeachae*.

Cinquante-trois cas avaient au moins un facteur de risque et les **17** 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 = 37) et le diabète (N = 11). Les « autres » facteurs de risque, concernant 16 cas, comprenaient principalement des comorbidités respiratoires (N=8), cardiovasculaires (N=4) et l'éthylisme chronique (N=4) (Tableau 3).

Tableau 3 : Facteurs favorisants parmi les cas de légionellose*, région Centre-Val de Loire, année 2018

(Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

Facteurs favorisants	Effectifs	%
Hémopathie-Cancer	7	10
Traitement immunodépresseur	4	6
Tabagisme	37	53
Diabète	11	16
Autre	16	23

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

Recrudescence des cas de légionellose

En Centre-Val-de-Loire, on notait une augmentation de cas de légionellose depuis le début de l'année 2018 qui concernait tous les départements de la région hormis l'Indre². Cette augmentation a été plus marquée en juin de cette année (Figure 3). Ainsi, du 1^{er} janvier au 30 juin 2018, **47** cas de légionellose ont été notifiés à l'Agence régionale de Santé (ARS) alors que seulement **11** cas avaient été notifiés sur la même période en 2017 et **9** en 2016 (Tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de notifications des cas de légionellose par département de résidence, région Centre-Val de Loire, période de janvier à juin 2018

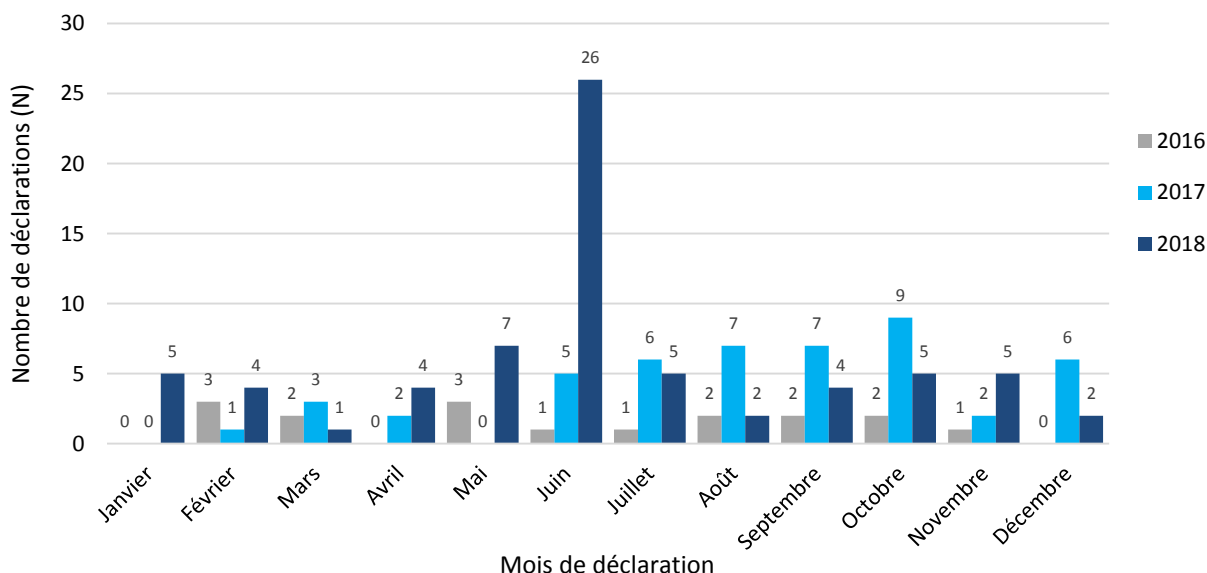
(Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Nombre de cas	6	13	0	11	7	10

En comparaison avec les cas survenus de janvier à mai 2018, les cas de juin étaient plus souvent des hommes (**88 %** versus **57 %**, $p=0.02$). Il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge (moyenne **59** ans versus 63 ans, $p=0.6$), et à ce stade il ne semblait pas y avoir de différence notable en termes d'exposition à risque. L'analyse de la recrudescence au niveau national retrouvait également plus d'hommes, mais les cas étaient significativement plus jeunes, et comptaient plus de facteurs de risque principalement le tabagisme¹.

Aussi, aucune situation pouvant évoquer de possibles cas groupés en lien avec une même source de contamination d'origine n'a fait l'objet d'une investigation.

Figure 3 : Courbe épidémiologique des cas de légionellose déclarés en région Centre-Val de Loire, période janvier 2016 – décembre 2018
(Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)



Pour plus d'informations, consulter les points d'actualité régionaux et nationaux disponibles sur le site de Santé publique France.

¹<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/legionellose>

²<https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Surveillance%20de%20la%20%C3%A9gionellose%20en%20r%C3%A9gion%20Centre-Val%20de%20Loire.%20Point%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%20au%2025%20juillet%202018.>

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 2018, la France reste un pays endémique pour la rougeole. 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, et **2 902** cas ont été déclarés sur toute l'année. Durant l'année 2018, **88** départements ont déclaré au moins 1 cas, **23 %** des cas déclarés ont été hospitalisés, **3** cas sont décédés et **89 %** des cas de rougeole sont survenus chez des sujets non vaccinés ou au statut incertain. L'incidence cumulée chez les moins de 1 an est estimée à **33,9** cas/100 000 habitants¹.

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 1er janvier 2018 ; 1^è dose à 12 mois, 2^e dose à 16-18 mois) 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 nationaux et régionaux détaillés et régulièrement mis à jour sont disponibles sur le site internet de Santé publique France².

Description de cas en région Centre-Val de Loire

En Centre-Val de Loire, **110 cas** de rougeole ont été déclarés en 2018 à l'Agence régionale de santé (ARS) puis validés par Santé publique France (SpFrance). Ce chiffre ne tient pas compte des cas initialement déclarés mais infirmés par la suite. En comparaison, 1 unique cas avait été déclaré en 2017 (durant le 1^{er} semestre). Ces **110 cas** étaient répartis dans tous les départements de la région, majoritairement domiciliés en Indre-et-Loire (**61 cas**) (Loiret : **18 cas**, Eure-et-Loir : **12 cas**, Indre : **10 cas**, Loir-et-Cher : **7 cas**, et Cher : **2 cas**).

La région a connu une période de recrudescence durant laquelle **5 foyers de cas** et **8 clusters familiaux** ont été identifiés (détaillés ci-après). Ultérieurement à la période de recrudescence, **1 nouveau foyer** et **1 nouveau cas groupé** ont été observés en Indre-et-Loire : un survenu en octobre (3 cas : une femme enceinte, son enfant né prématurément et atteint de rougeole congénitale, et une professionnelle de santé (post immunosuppression)), le second en novembre (2 cas travaillant dans la même entreprise). Depuis, et jusqu'à la fin du 1^{er} trimestre 2019, les déclarations se faisaient plus sporadiques avec cependant une augmentation continue observée depuis la S02-2019³.

Le sexe ratio H/F était de **0,8** (**48 hommes** et **62 femmes**), d'âge médian **11 ans** (de **0** à **52 ans**). Les cas les plus jeunes étaient 2 enfants contaminés in-utero et nés prématurément avec une rougeole néonatale.

Parmi les **103 cas** pour lesquels l'information était connue, **19 (18 %)** ont présenté au moins une complication : pneumopathie (N=11), trouble hépatique (N=3), otite (N=2), laryngite (N=1), et naissance prématurée (N=2). Les cas compliqués étaient majoritairement des adultes de plus de 30 ans (N=7 ; **37 %**) et des enfants de 1-4 ans (N=5 ; **26 %**), représentant par tranche d'âge respective des taux d'hospitalisation de **71 %** (5 cas hospitalisés) et **80 %** (4 cas hospitalisés). Par ailleurs, **13 des cas compliqués** tous âges confondus ont été hospitalisés. L'âge médian des cas compliqués était de **24 ans**.

Parmi les 110 cas, **28 (25 %)** ont été hospitalisés, dont **4 en réanimation**. Les cas hospitalisés étaient majoritairement des adultes de plus de 30 ans (N=9 ; **32 %**), des enfants de moins de 1 an (N=6 ; **21 %**) et des enfants de 1-4 ans (N=4 ; **14 %**), représentant par tranche d'âge respective des taux d'hospitalisation de **60 %**, **50 %** et **16 %**. L'âge médian des cas hospitalisés était de **20 ans**. Un tiers (**33 %**) des adultes 25-29 ans a été hospitalisé. Les hospitalisations en réanimation concernaient 2 adultes de 32 ans présentant des pneumopathies et les 2 nouveau-nés atteints de rougeole congénitale.

Les **adultes de plus de 30 ans** constituaient donc **la tranche d'âge la plus impactée en termes d'hospitalisations et de complications**.

Sur les 82 cas pour lesquels l'évolution était connue, **un décès** a été rapporté en région CVL (encéphalopathie rougeoleuse).

Parmi les **95 (86 %)** cas pour lesquels l'information était disponible : **83 (87 %)** n'avaient jamais été vaccinés contre la rougeole, **6 (6,5 %)** avaient reçu au moins 1 dose dans le cadre des recommandations vaccinales (**4 cas** respectant le calendrier, **2 enfants** de 16 et 19 mois avaient reçu une seule dose), **6 (6,5 %)** avaient reçu leur première dose après avoir été en contact avec un cas (vaccination post-exposition).

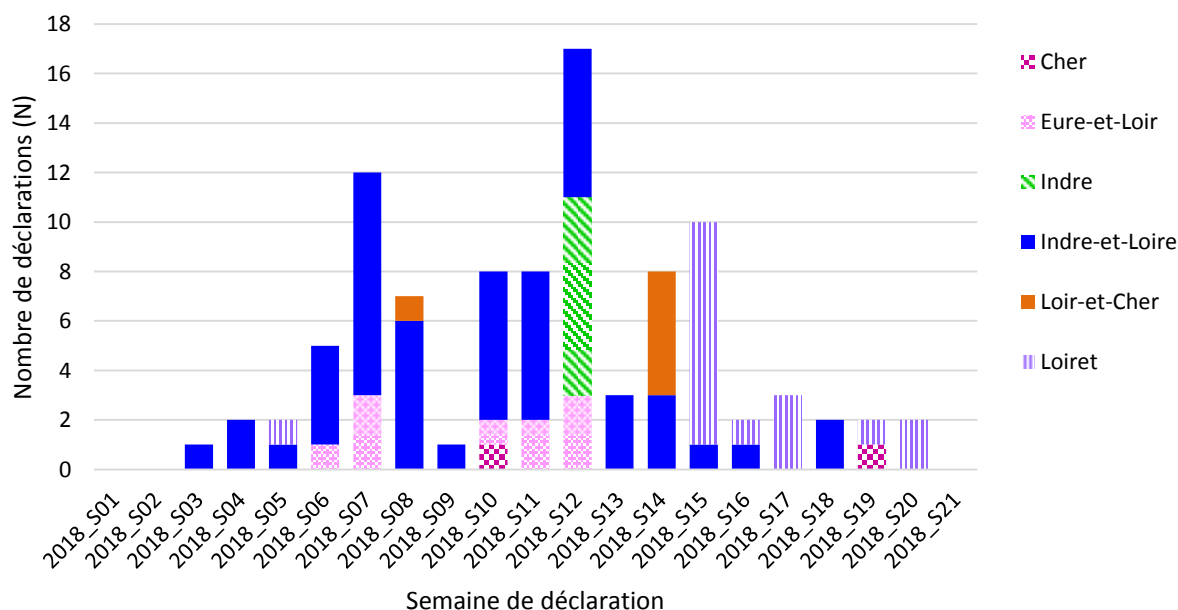
Recrudescence des cas de rougeole en région Centre-Val de Loire

La période de recrudescence en région Centre-Val de Loire s'est étendue entre la S03 et la S20-2018 (Figure 4). Le pic épidémique régional est survenu en **S12-2018** soit la semaine précédant le pic au niveau national (S13-2018). Seuls 15 cas sont survenus à compter de S21-2018.

Au cours de cette période, **5 foyers de cas** ont été identifiés : 2 foyers parmi la communauté des gens du voyage (N=6 et N=7), 1 foyer dans une école maternelle (N=4), 1 foyer dans un collège (N=3, avec le cas index appartenant à un des clusters familiaux) et 1 foyer en crèche (N=3). **Huit clusters familiaux** ont également été observés avec un nombre de cas allant de 2 à 9 par famille.

Figure 4 : Courbe épidémiologique des cas de rougeole déclarés et validés en région Centre-Val de Loire, période S01 à S21-2018

(Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)



¹<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Bulletin-epidemiologique-rougeole.-Donnees-de-surveillance-au-19-decembre-2018>

²<https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=point%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%20rougeole>

³<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/centre-val-de-loire/documents/bulletin-regional/2019/surveillance-sanitaire-de-la-rougeole-en-region-centre-val-de-loire.-point-epidemiologique-au-19-mars-2019>

Le Tableau 5 présente le résumé des caractéristiques des cas survenus lors de l'épisode de recrudescence.

Tableau 5 : Description des cas de rougeole déclarés et validés, région Centre-Val de Loire, période S01 à S21-2018

(Source : Déclaration obligatoire, SpFrance)

Données de la période de recrudescence (S03-S21 2018)	Nombre de cas (Total : N=95)	%
Département		
18	2	2
28	10	11
36	8	8
37	52	55
41	6	6
45	17	18
Sexe ratio (H/F)	0,8	
Répartition par classes d'âge (années)		
<1	8	8
1-4	21	22
5-14	33	35
15-19	7	7,5
20-24	7	7,5
25-29	8	8
≥30	11	12
Statut vaccinal		
Non vacciné	73	77
Vacciné 1 dose	6	6
Vacciné 2 doses	2	2
NR	14	15
Hospitalisation		
Non	76	80
Oui	19	20
Complications		
Non	74	78
Oui	15	16
Avec hospitalisation	9	60
NR	6	6
Évolution		
Guérison	95	100
Décès	0	0

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 2018, **27** épisodes de TIAC ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire en région Centre-Val de Loire. Pour les **24** épisodes comprenant l'information, **512** personnes étaient impliquées dont **227** malades. **Deux** épisodes considérés de grande ampleur (nombre de malades > 20) sont survenus: 1 dans le Loir-et-Cher en restauration commerciale (N = **60** malades) et 1 dans le Loiret en institut médico-social (N = **22** malades).

Les épisodes sont survenus dans tous les départements de la région : **11** dans le Loiret, **8** en Indre-et-Loire, **2** en Eure-et-Loir, **2** dans le Loir-et-Cher, **2** dans le Cher et **2** dans l'Indre. Les circonstances décrites étaient un repas pris en famille (**10** épisodes, **55** malades), en restauration commerciale (**8** épisodes, **79** malades), en institut médico-social (**3** épisodes, **39** malades), et en collectivités autres que celles citées (**6** épisodes, **54** malades). Dans les **24** épisodes pour lesquels l'information était connue, le taux d'attaque médian était de **75 %** (min-max = **12 % - 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 (**8** épisodes) ou en restauration commerciale (**5** épisodes).

Dix-huit hospitalisations ont été nécessaires soit pour **8 %** des malades, et **aucun** décès n'a été signalé parmi les **24** épisodes pour lesquels l'information était connue.

La recherche biologique de germes dans les aliments a été effectuée pour **10** épisodes, et pour **7** épisodes le résultat était connu lors de la déclaration : *Salmonella* pour **2** épisodes, pour **4** autres épisodes *Staphylococcus aureus* ou sa toxine, *Bacillus cereus*, *Norovirus* et *Calicivirus*, et le germe n'a pas pu être identifié pour le dernier épisode. Pour les **17** autres épisodes, les agents en cause ont été confirmés pour **4** épisodes (*Salmonella* pour **3** épisodes et *Shigella* pour le 4^e), et parmi les **13** épisodes restants les agents les plus fréquemment suspectés en première intention étaient le *Staphylococcus aureus* ou sa toxine (**7** épisodes) et le *Bacillus cereus* (**3** épisodes).

Un aliment a pu être incriminé pour **5** épisodes : œufs et produits à base d'œuf (**2** épisodes), coquillages, plat cuisiné et un aliment classé en « autre » (**1** épisode pour chaque aliment). Pour les **20** épisodes pour lesquels un aliment était suspecté, les catégories d'aliments concernés étaient variées mais la catégorie « Autres » était suspectée pour **7** épisodes, les poissons et fruits de mer pour **4** épisodes et les plats cuisinés pour **3** épisodes. Les œufs étaient suspectés dans **2** des épisodes avec *Salmonella* confirmée.

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