

Sommaire

Dispositif de surveillance	Page 2
Rougeole	Page 3
Infection Invasive à Méningocoque (IIM)	Page 4
Hépatite A	Page 5
Toxi-infection alimentaire collective (Tiac)	Page 6
Légionellose	Page 7
Listériose	Page 8
Fièvres typhoïde et paratyphoïde	Page 9
Brucellose	Page 10
Chiffres départementaux	Page 11

Editorial

Instauré à la fin du XIX^e siècle, le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) repose sur une obligation légale. La déclaration obligatoire (DO) est basée sur la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire. Elle met en jeu deux procédures dans la transmission : le signalement et la notification.

En 2016, 34 maladies sont à déclaration obligatoire (cf. **Tableau**) :

- parmi elles, 2 ne sont pas infectieuses (le mésothéliome et le saturnisme chez les enfants mineurs). Ces deux maladies ne sont pas présentées dans point;
- un décret daté du 2 juin 2016 ajoute le virus Zika et la schistosomiase (ou bilharziose) urogénitale autochtone à la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Ces deux pathologies sont donc présentées dans l'analyse des données de MDO 2016, comptabilisées à compter du lendemain de leur date d'entrée en vigueur comme MDO.

Sont détaillées dans ce document :

- 5 MDO qui font l'objet d'une surveillance régionalisée assurée par la Cellule d'intervention de Santé publique France en région (Cire) : la rougeole, les infections invasives à méningocoque, la légionellose, l'infection due au virus de l'hépatite A et les toxi-infections alimentaires collectives.
- 3 MDO parmi les plus fréquentes en Ile-de-France (plus de 10 cas par an) : la listériose, les fièvres typhoïde et paratyphoïde et la brucellose.

D'autres MDO, également fréquentes en Ile-de-France, ont déjà fait (ou feront) l'objet de publication spécifique en 2017-2018 et ne seront pas détaillées par la suite : la tuberculose, l'infection par le VIH, le SIDA, l'hépatite B, et les arboviroses (chikungunya, dengue, zika).

Ce document est l'occasion de rappeler l'importance de la vaccination pour prévenir et limiter la transmission des maladies à prévention vaccinale telles que les infections invasives à méningocoque, la rougeole ou l'hépatite A.

Liste des 34 maladies à déclaration obligatoire en 2016

Botulisme	Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	Saturnisme chez les enfants mineurs
Brucellose	Infection invasive à méningocoque	Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone
Charbon	Légionellose	Sida
Chikungunya	Listériose	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Choléra	Mésothéliome	
Dengue	Orthopoxviroses dont la variole	
Diphthérie	Paludisme autochtone	Tétanos
Fièvres hémorragiques africaines	Paludisme d'importation dans les DOM	Toxi-infection alimentaire collective
Fièvre jaune	Peste	Tuberculose
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	Poliomyélite	Tularémie
Hépatite aiguë A	Rage	Typhus exanthématique
Infection aiguë par le virus de l'hépatite B	Rougeole	Zika

1. ACTEURS DE LA DECLARATION OBLIGATOIRE

1.1. Les déclarants

L'obligation de déclaration concerne aussi bien les biologistes, responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale privés et les médecins libéraux et hospitaliers.

1.2. L'Agence régionale de santé (ARS)

L'ARS est destinataire des signalements et notifications. Les signaux sont transmis à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires, localisée au siège de l'ARS ainsi qu'aux Délégations départementales (DD).

L'ARS est chargée de mettre en place les investigations et les mesures de gestion autour d'un ou plusieurs cas afin de prévenir et réduire localement les risques de diffusion de ces maladies. Elle assure la validation et la transmission de données de qualité à Santé publique France, et la sensibilisation des déclarants aux enjeux de la déclaration.

2. LES PROCEDURES DE DECLARATION

2.1. La procédure de signalement

C'est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié. Il n'existe pas de fiche spécifique dédiée au signalement.

Les informations indispensables pour le traitement du signal peuvent être transmises au choix par téléphone, télécopie ou par mail à la Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires de l'ARS (**Figure 1**).



Figure 1 - Coordonnées de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires (ARS Ile-de-France)

1.3. Santé publique France

Les épidémiologistes des départements scientifiques de Santé publique France centralisent les données des différentes régions, les consolident, les analysent et les transmettent aux autorités sanitaires. Ils assurent également la communication auprès des acteurs du dispositif, de la communauté médicale et scientifique et du public, au niveau national et européen.

Les épidémiologistes de la Cire, localisée au sein de l'ARS, apportent un soutien à l'ARS et mènent les investigations épidémiologiques lors de situations inhabituelles (maladies rares, cas groupés, épidémies...). Ils sont également chargés d'analyser annuellement les données et d'en assurer la communication au niveau régional.

Il est également possible de compléter et transmettre ces informations à partir de la fiche de notification (section suivante).

Les maladies qui justifient une intervention urgente à savoir toutes les MDO à l'exception de l'infection à VIH, du Sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos sont à signaler dans les meilleurs délais.

Les objectifs sont de permettre aux DD de l'ARS la mise en place de mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et si nécessaire, déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire

2.2. La procédure de notification

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin de l'ARS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. Elle doit être effectuée pour toutes les MDO.

Les objectifs sont d'assurer le suivi épidémiologique des MDO et d'analyser et suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

Les fiches de notifications ainsi que les informations sur les MDO sont disponibles sur le site internet de Santé publique France (<http://invs.santepubliquefrance.fr>) :

- Dossiers thématiques
 - Maladies infectieuses
 - Maladies à déclaration obligatoire

Cas clinique : association d'une fièvre $\geq 38,5$ °C, d'une éruption maculo-papuleuse et au moins un des signes suivants : toux, ou coryza ou conjonctivite ou signe de Koplik.

Cas confirmé biologiquement (un cas confirmé biologiquement ne répond pas obligatoirement à celle d'un cas clinique) :

- détection (en l'absence de vaccination récente) sérologique ou salivaire d'IgM (immunoglobulines type M) spécifiques de la rougeole ;
- séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination récente) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence ;
- 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 de rougeole confirmé.

En 2016, en Ile-de-France :

- **15 cas** de rougeole chez des personnes domiciliées dans la région ont été déclarés soit 18% des DO enregistrées en France (n = 83) ;
- le taux d'incidence était de **0,12 cas pour 10⁵ habitants** (Fr. = 0,12 cas pour 10⁵ hab.), en baisse par rapport aux années précédentes (**Figure 2**).

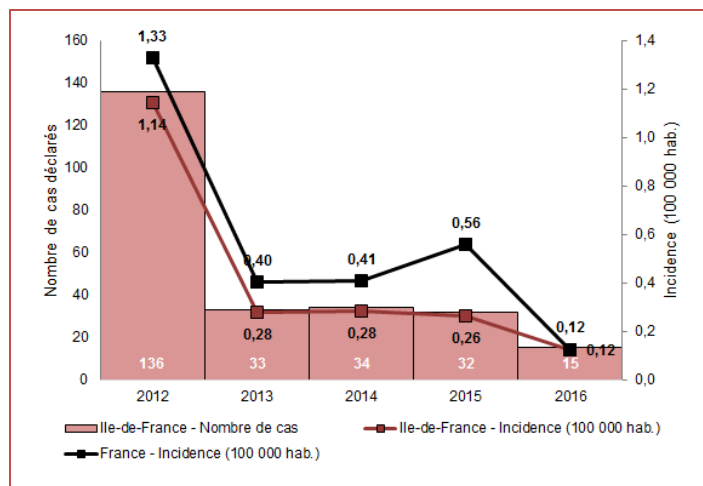


Figure 2 - Evolution du nombre de cas et du taux d'incidence (/100 000 habitants) annuels de la rougeole, Ile-de-France, 2012-2016 (Santé publique France)

Parmi les cas notifiés (**Tableau 1**) :

- l'âge médian était de 22 ans (min = 1 ; max = 45) ;
- 60% des cas étaient des hommes (n = 9) soit un sex-ratio H/F égal à 1,5 ;
- 8 cas étaient confirmés biologiquement (53%) et les 7 autres étaient des cas cliniques ;
- 6 cas ont été hospitalisés (40%) et un cas (7%) avait développé une pneumopathie ;
- Aucun décès n'a été reporté (France = 0 décès).

NB : Depuis début 2017, les cas de rougeole sont en recrudescence en Europe tout comme en France métropolitaine. Une densification du nombre de cas a été observée depuis le début de l'année 2018 en Ile-de-France, suivie d'une baisse depuis la semaine 12. Un suivi régulier des cas de rougeole vous est proposé dans le point épidémiologique bimensuel de la Cire.

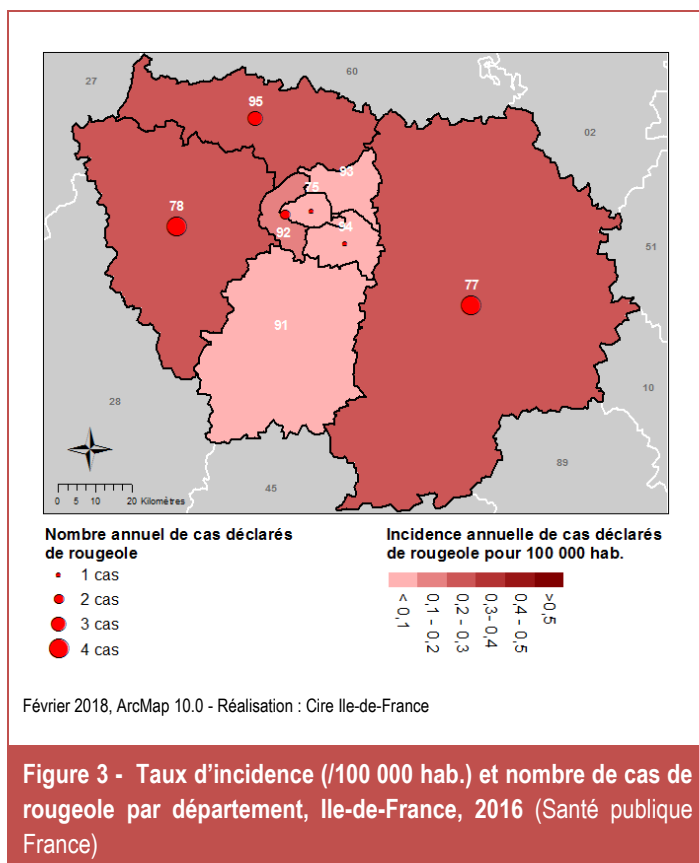


Figure 3 - Taux d'incidence (/100 000 hab.) et nombre de cas de rougeole par département, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

Tableau 1 - Caractéristiques des cas de rougeole, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

	N	(%)
Critères de notification		
Cas clinique	7	(47%)
Cas confirmé biologiquement	8	(53%)
Hospitalisation		
Oui	6	(40%)
Non	9	(60%)
Complications		
Pneumopathie	1	(7%)
Aucune	14	(93%)
Total	15	

INFECTION INVASIVE A MENINGOCOQUE (IIM)

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

- 1) Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR (*polymerase chain reaction*) positive à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide cébrospinal (LCS), liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique
- 2) Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen direct du LCS
- 3) LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,
- 4) Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de 3 mm de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

En 2016, en Ile-de-France :

- **86 cas** d'IIM chez des personnes domiciliées dans la région ont été déclarés soit 16% des DO enregistrées en France (n = 526) ;
- le taux d'incidence était de **0,71 cas pour 10⁵ habitants** (Fr. = 0,79 cas pour 10⁵ hab.), stable par rapport aux années précédentes (**Figure 4** Erreur ! Source du renvoi introuvable.) ;
- chez les moins de 5 ans, l'incidence est de **3,03 cas pour 10⁵ habitants** (France = 3,72 cas pour 10⁵ hab.).

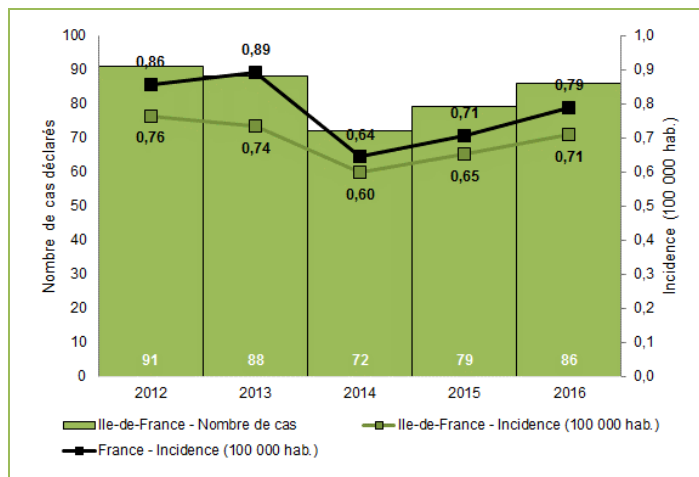


Figure 4 - Evolution du nombre de cas et du taux d'incidence (/100 000 habitants) annuels des IIM, Ile-de-France, 2012-2016 (Santé publique France)

Concernant les cas notifiés (**Tableau 2**) :

- l'âge médian était de 23,5 ans (min = 1 mois ; max = 95) ;
- 51% des cas étaient des hommes (n = 44) soit un sex-ratio H/F égal à 1,0 ;
- le sérotype B était majoritaire (44%) et le sérotype C a été retrouvé pour 24% des cas ;
- L'information sur la vaccination était disponible pour 53 cas (64%). Parmi eux, 15% (n = 8) des cas étaient vaccinés. Pour les 13 cas d'IIM C dont le statut vaccinal était renseigné, 9 étaient ciblés par la vaccination (i.e. âge ≤ 24 ans) mais seulement 1 était vacciné.
- 38% des cas présentaient des éléments purpuriques cutanés (n = 33) ;
- Le taux de létalité est de 14% (n = 12) légèrement supérieur au taux de létalité national (12%) ;

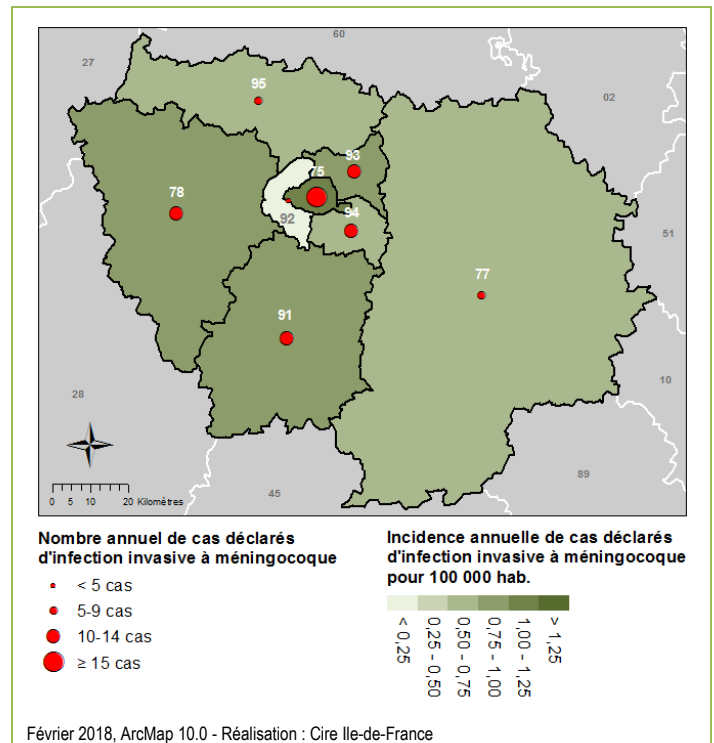


Figure 5 - Taux d'incidence (/100 000 hab.) et nombre de cas d'IIM par département, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

Tableau 2 - Caractéristiques des cas d'IIM, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

	N	(%)
Sérotype		
B	38	(44%)
C	21	(24%)
W	11	(13%)
Y	14	(16%)
Non groupé	2	(2%)
Signes cliniques		
<i>Purpura fulminans</i>	17	(20%)
Signe de choc	21	(24%)
Éléments purpuriques cutanés	33	(38%)
Total	86	

Un cas est défini par la présence d'IgM (Immunoglobuline M) anti-VHA (virus de l'hépatite A) dans le sérum.

En 2016, en Ile-de-France :

- **145 cas** d'hépatite A chez des personnes domiciliées dans la région ont été déclarés soit 21% des DO enregistrées en France (n = 697) ; la majorité des cas est survenue en septembre ;
- le taux d'incidence était de **1,19 cas pour 10⁵ habitants** (Fr. = 1,04 cas pour 10⁵ hab.) (**Figure 6**) ;
- avec 33 cas survenus en 2016, le département des Yvelines (78) enregistrait le 6^{ème} taux d'incidence le plus élevé de France : 2,30 cas pour 10⁵ habitants (**Figure 7**).

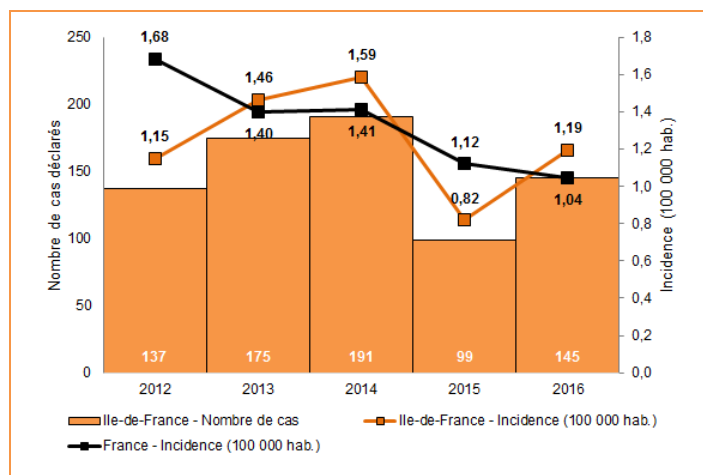


Figure 6 - Evolution du nombre de cas et du taux d'incidence (/100 000 habitants) annuels de l'hépatite A, Ile-de-France, 2012-2016 (Santé publique France)

Concernant les cas notifiés (**Tableau 3**) :

- l'âge médian était de 15 ans (min = 1 ; max = 88) ;
- 49% des cas étaient des hommes (n = 71) soit un sex-ratio H/F égal à 1,0 ;
- la maladie était symptomatique pour 133 cas (94%) et 98 (69%) ont présenté un ictère ;
- 55% (n = 76) des cas ont été hospitalisés ;
- 80% (n = 116) des cas présentaient au moins une exposition à risque notifiée dans la DO. En majorité, il s'agissait d'un voyage à l'étranger (n = 71 ; 49%), de présence de cas dans l'entourage (n = 37 ; 26%) et de la présence d'un enfant de moins de 3 ans (n = 36 ; 25%).

NB : En 2017, une épidémie de VHA a eu lieu dans plusieurs pays européens dont la France métropolitaine et notamment en Île-de-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 Ile de France, Après une augmentation importante des cas de mois une baisse a été observée depuis le mois d'octobre 2017.

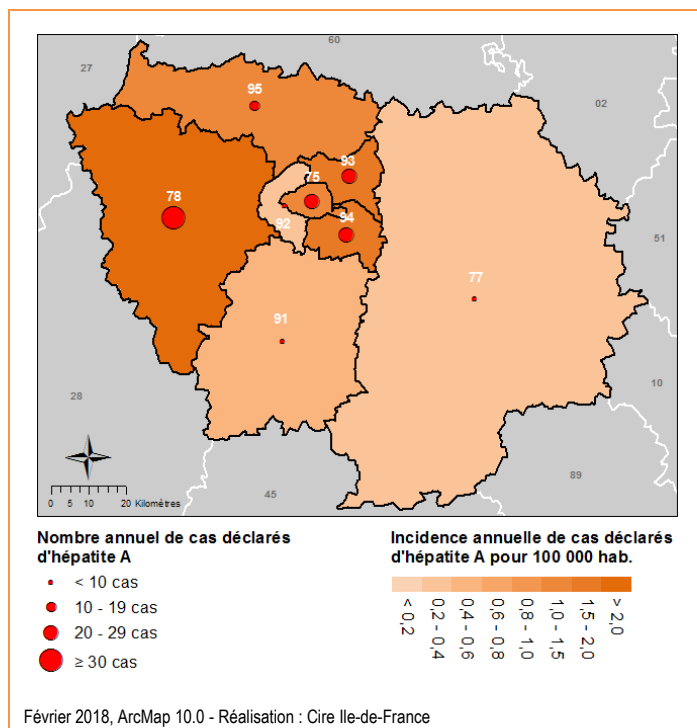


Figure 7 - Taux d'incidence (/100 000 hab.) et nombre de cas déclarés d'hépatite A par département, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

Tableau 3 - Caractéristiques des cas d'hépatite A, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

	N	(%)
Signes cliniques (n = 142 ; 98%)		
Forme symptomatique	133	(94%)
- dont ictère	98	(69%)
Forme asymptomatique	9	(6%)
Hospitalisation (n = 138 ; 95%)		
Oui	76	(55%)
Non	62	(45%)
Facteurs de risque		
Au moins un facteur de risque	116	(80%)
- cas dans l'entourage	37	(26%)
- présence d'un enfant de moins de 3 ans	36	(25%)
- crèche	2	(1%)
- étab. hébergeant des pers. handicapées	3	(2%)
- consommation de fruits de mer	18	(12%)
- séjour hors France métropolitaine	71	(49%)
Aucun facteur de risque	29	(20%)
Total	145	

TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE (TIAC)

Un épisode de toxi-infection alimentaire collective correspond à la survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en générale gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

En 2016, en Ile-de-France :

- **264 épisodes** de Tiac ont été notifiés dans la région soit 18% des DO enregistrées en France (n = 1 455) ;
- ce chiffre correspond à un taux régional de **2,2 épisodes pour 10⁵ habitants** (Fr. = 2,18 cas pour 10⁵ hab.) (**Figure 8**),
- Paris (75) enregistrait un nombre d'épisodes par habitant parmi les plus élevés de France (4,4 épisodes pour 10⁵ hab.) (**Figure 9**);

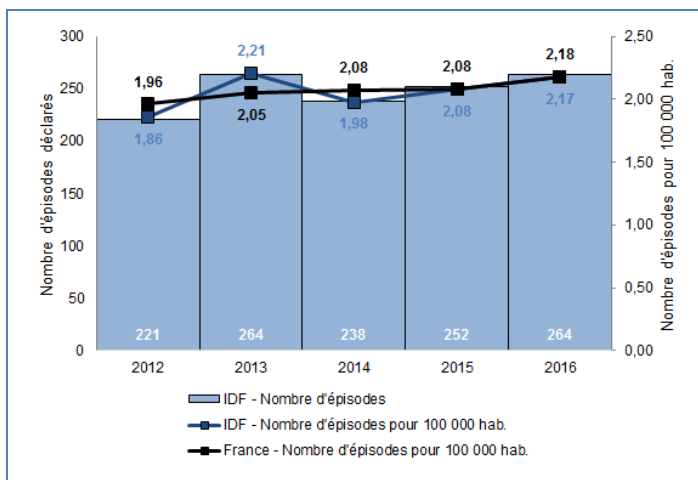


Figure 8 - Evolution du nombre d'épisodes et nombre d'épisodes annuels pour 10 000 habitants de Tiac, Ile-de-France, 2012-2016 (Santé publique France)

Concernant les épisodes notifiés (**Tableau 4**) :

- la majorité des épisodes était survenue en restaurant (52% ; n = 138), dans un contexte familial (13% ; n = 35) et en cantine scolaire (11% ; n = 29) ; cette répartition est assez homogène pour l'ensemble des départements de la région, hormis pour Paris, où la part d'épisodes survenus en restaurant est plus importante (74%) ;
- le taux d'attaque* global était de 12% (17% sur les épisodes survenus en restauration collective, 47% en contexte familiale, 8% en cantine scolaire et 2% en entreprise) ;
- 2 482 personnes ont été malades, soit en moyenne 9,4 malades par épisode ; le taux d'hospitalisation total était de 1% (n = 29) et aucun décès n'a été identifié ;
- Pour 242 contaminations (92%) une orientation étiologique était documentée qu'elle soit suspectée ou confirmée biologiquement ; les deux pathogènes les plus fréquemment en cause étaient *Bacillus cereus* (52%) et *Staphylocoque aureus* (38%) ;
- un ou plusieurs aliments ont été incriminés pour 232 épisodes (88%) dont 51% concernent des types d'aliments divers sous forme de plats cuisinés.

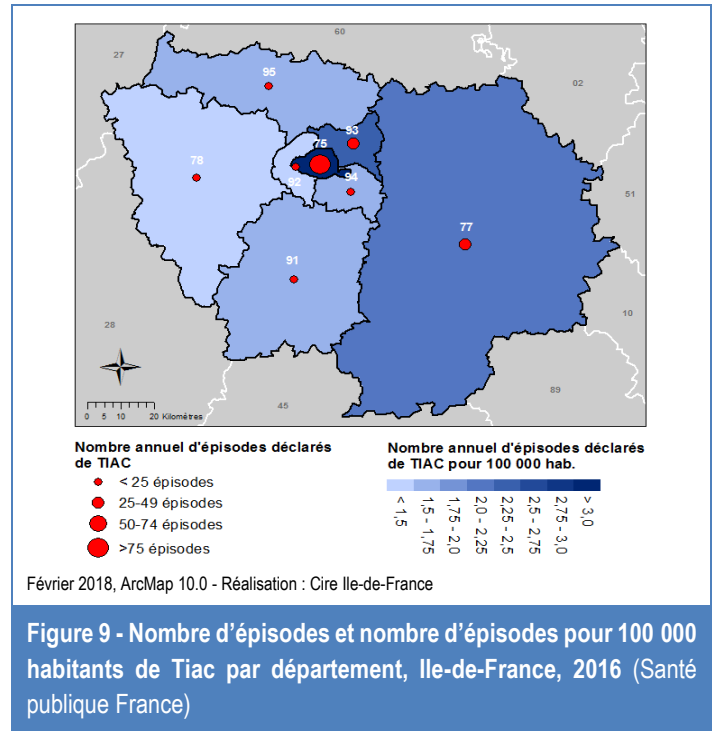


Tableau 4 - Caractéristiques des épisodes de Tiac, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

	N	(%)
Lieu de repas (n = 262 ; 99%)		
Restaurant	138	(52%)
Familial	35	(13%)
Cantine scolaire	29	(11%)
Institut médico-social	24	(9%)
Entreprise	20	(8%)
Autre	16	(6%)
Agent en cause, retrouvé ou suspecté (n = 242 ; 92%)		
<i>Bacillus cereus</i>	126	(52%)
<i>Staphylocoque aureus</i>	91	(38%)
<i>Clostridium perfringens</i>	62	(26%)
Virus	25	(10%)
Salmonelle	19	(8%)
Histamine	15	(6%)
Autre agent	52	(21%)
Aliments responsable, retrouvé ou suspecté (n = 232 ; 88%)		
Plats cuisinés - Plats préparés	119	(51%)
Viande	39	(17%)
Poisson	32	(14%)
Volaille	23	(10%)
Œufs - Produits à base d'œufs	18	(8%)
Coquillages - Fruits de mer	17	(7%)
Végétaux - Produits à base de végétal	14	(6%)
Produits laitiers - Fromages	13	(6%)
Charcuterie	9	(4%)
Total	264	

* Taux d'attaque : nombre de participants malades / nombre de participants

Cas confirmé = pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

- isolement de Legionella spp. dans un prélèvement clinique ;
- augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2ème titre minimum de 128 ;
- présence d'antigène soluble urinaire.

Cas probable = pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

- titre d'anticorps élevé ≥ 256 ;
- PCR positive.

En 2016, en Ile-de-France :

- **185 cas** de légionellose chez des personnes domiciliées dans la région ont été déclarés soit 15% des DO enregistrées en France (n = 1 218) ;
- le taux d'incidence était de **1,52 cas pour 10⁵ habitants** (Fr. = 1,83 cas pour 10⁵ hab.), stable par rapport aux années précédentes (**Figure 10**).

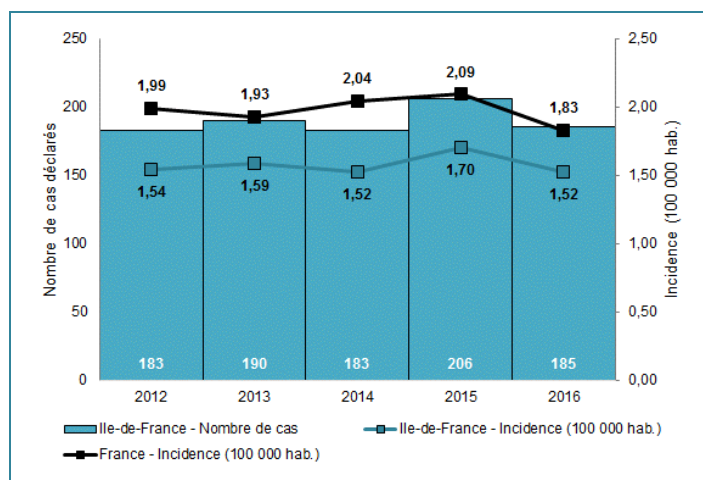


Figure 10 - Evolution du nombre de cas et du taux d'incidence (/100 000 habitants) annuels de légionellose, Ile-de-France, 2012-2016 (Santé publique France)

Concernant les cas notifiés (**Tableau 5**) :

- l'âge médian était de 61 ans (min = 17 ; max = 97) ;
- 66% des cas étaient des hommes (n = 123) soit un sex-ratio H/F égal à 2,0 ;
- 78% des cas présentaient au moins une comorbidité (n = 145) dont 39% du tabagisme (n = 72) ; le taux de létalité était de 15% ;
- 39% des cas avaient au moins une exposition à risque durant les 14 jours précédant la survenue des signes ;
- *Legionella pneumophila* de séro groupe 1 a été isolée pour 93% des cas (n = 192) ;
- 5 épisodes de suspicions de cas groupés communautaires impliquant au total 22 cas ont été déclarés, sans confirmation biologique de lien entre les cas.

NB : Depuis le milieu d'année 2017, une recrudescence de cas de légionellose est observée en France métropolitaine. Depuis le mois de juin 2018, cette augmentation est beaucoup plus marquée sur plusieurs régions dont l'Ile-de-France où plusieurs suspicions de cas groupés sont en cours d'investigation.

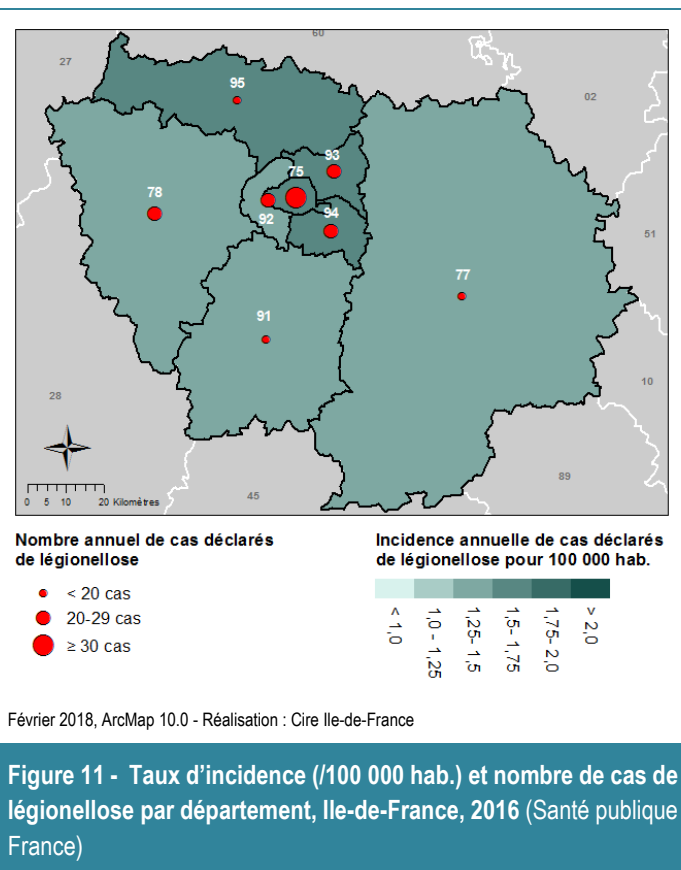


Figure 11 - Taux d'incidence (/100 000 hab.) et nombre de cas de légionellose par département, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

Tableau 5 - Caractéristiques des cas de légionellose, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

	N	(%)
Comorbidités		
Au moins 1 comorbidité	145	(78%)
- hémopathie ou cancer	35	(19%)
- traitement immunodépresseur	32	(17%)
- tabagisme	72	(39%)
- diabète	27	(15%)
Sans comorbidité	40	(22%)
Exposition à risque		
Oui	72	(39%)
Non	113	(61%)
Souche		
<i>Legionella pneumophila</i> - Séro groupe 1	172	(93%)
<i>Legionella pneumophila</i> - Autres	4	(2%)
Autres souches	9	(5%)
Total	185	

LISTERIOSE

Cas confirmé : isolement de *Listeria monocytogène* dans un prélèvement clinique (sang, LCR, liquide amniotique...).

Cas materno-néonatal : concerne une femme enceinte, un « produit » d'avortement, un nouveau-né mort-né ou un nouveau-né de moins d'un mois. Lorsqu'une souche est isolée chez une femme enceinte et son nouveau-né, un seul cas est comptabilisé.

Cas non materno-néonatal : cas n'appartenant pas à un des groupes ci-dessus.

En 2016, en Ile-de-France :

- **56 cas** de listériose ont été notifiés dans la région soit 15% des DO enregistrées en France (n = 375) ;
- le taux d'incidence était de **0,46 cas pour 10⁵ habitants** (Fr. = 0,56 cas pour 10⁵ hab.), stable par rapport aux années précédentes (**Figure 12**);
- 21% des cas materno-néonataux (n = 12).

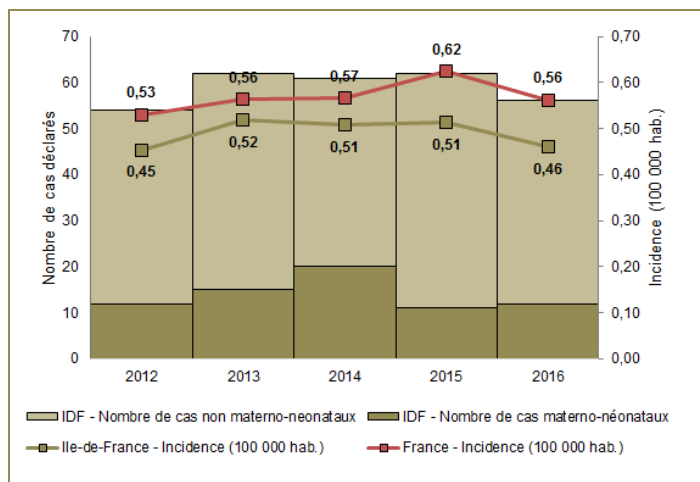


Figure 12 - Evolution du nombre de cas et du taux d'incidence (/100 000 habitants) annuels de listériose, Ile-de-France, 2012-2016 (Santé publique France)

Concernant les cas materno-néonataux notifiés (n = 12) :

- l'âge médian de la mère à la naissance était de 31 ans ;
- 10 cas étaient nés vivants et 2 étaient morts *in utero*.

Concernant les cas de listériose non materno-néonataux notifiés (n = 44) (**Tableau 6**) :

- l'âge médian était de 76 ans (min = 4 ; max = 93) ;
- 55% des cas étaient des hommes (n = 24) soit un sex-ratio H/F égal à 1,2 ;
- 9% des cas sont décédés (n = 4) ;
- formes cliniques : 26 bactériémies-septicémies (49%) et 13 formes neuroméningées (30%), en majorité des méningoencéphalites (n = 9).
- comorbidités : 84% des cas avaient une pathologie sous-jacente et 34% était sous traitement immunodépresseur.

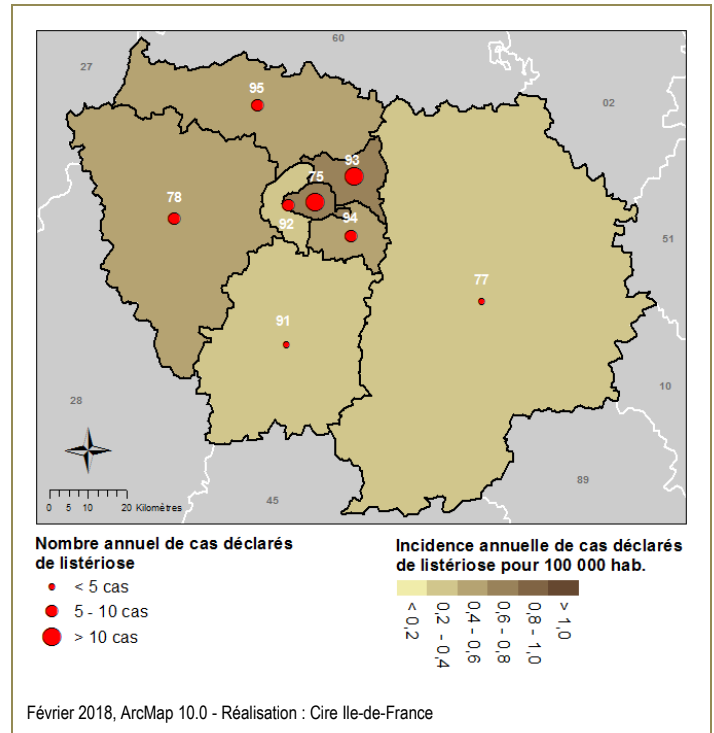


Figure 13 - Taux d'incidence (/100 000 hab.) et nombre de cas de listériose par département, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

Tableau 6 - Caractéristiques des cas de listériose non materno-néonataux, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

	N	(%)
Evolution (n = 43 ; 98%)		
Décédé	4	(9%)
Vivant	39	(91%)
Formes cliniques		
Neuroméningée	13	(30%)
Bactériémie, Septicémie	26	(59%)
Autre	5	(11%)
Comorbidités		
Pathologie sous-jacente	37	(84%)
Traitement immunosuppresseur	15	(34%)
Total	44	

FIEVRES TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE

Cas confirmé : Tableau clinique évocateur de fièvres typhoïde ou paratyphoïde associé à un isolement de *Salmonella Typhi*, *Paratyphi A*, *Paratyphi B* ou *Paratyphi C*, quel que soit le site de l'isolement.

NB : Ne pas notifier les sérologies positives à *Salmonella Typhi* et *Paratyphi* ni les infections à d'autres sérotype de *Salmonella* (*Typhimurium*, *Enteritidis*...) quel que soit le site d'isolement.

En 2016, en Ile-de-France :

- **56 cas** de fièvres typhoïde et paratyphoïde ont été notifiés sur la région soit 38% des DO enregistrées en France (n = 148) ;
- le taux d'incidence était de **0,46 cas pour 10⁵ habitants** (Fr. = 0,22 cas pour 10⁵ hab.), stable par rapport aux années précédentes, hormis pour 2015 où l'on a observé une baisse du nombre de cas (**Figure 14**) ;
- avec 16 cas signalés en 2016, Paris enregistre le taux d'incidence le plus élevé de France métropolitaine : 0,72 cas pour 10⁵ habitants (**Figure 15**).

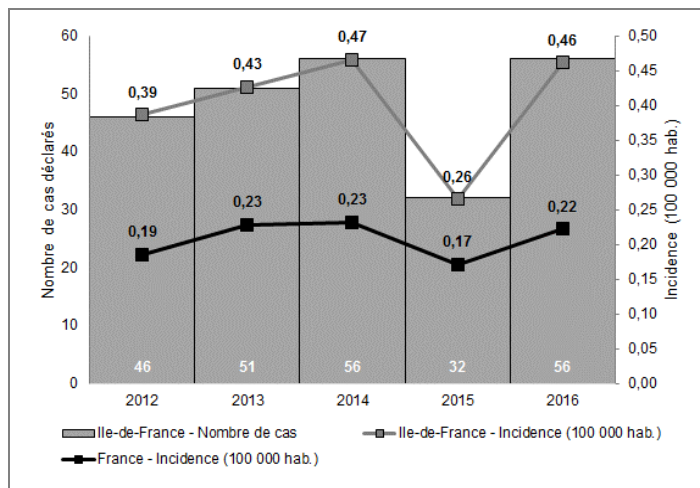


Figure 14 - Evolution du nombre de cas et du taux d'incidence (/100 000 habitants) annuels de fièvres typhoïde et paratyphoïde, Ile-de-France, 2012-2016 (Santé publique France)

Concernant les cas notifiés (**Tableau 7**) :

- l'âge médian était de 27,5 ans (min = 3 ; max = 82) ;
- 57% des cas étaient des hommes (n = 32) soit un sex-ratio H/F égal à 1,3 ;
- 38 (68%) cas de fièvre typhoïde, 15 (27%) cas de fièvre paratyphoïde A, 3 (5%) cas de fièvre paratyphoïde B et aucun (0%) cas de fièvre paratyphoïde C ;
- 68% (n = 38) des cas sont survenus dans le mois suivant un séjour à l'étranger, majoritairement en zone d'endémie : 39% en Asie et 27% d'Afrique ;
- la notion de vaccination est renseignée pour 59% des cas (n = 33). Parmi eux, 88% des cas n'étaient pas vaccinés (n = 29).

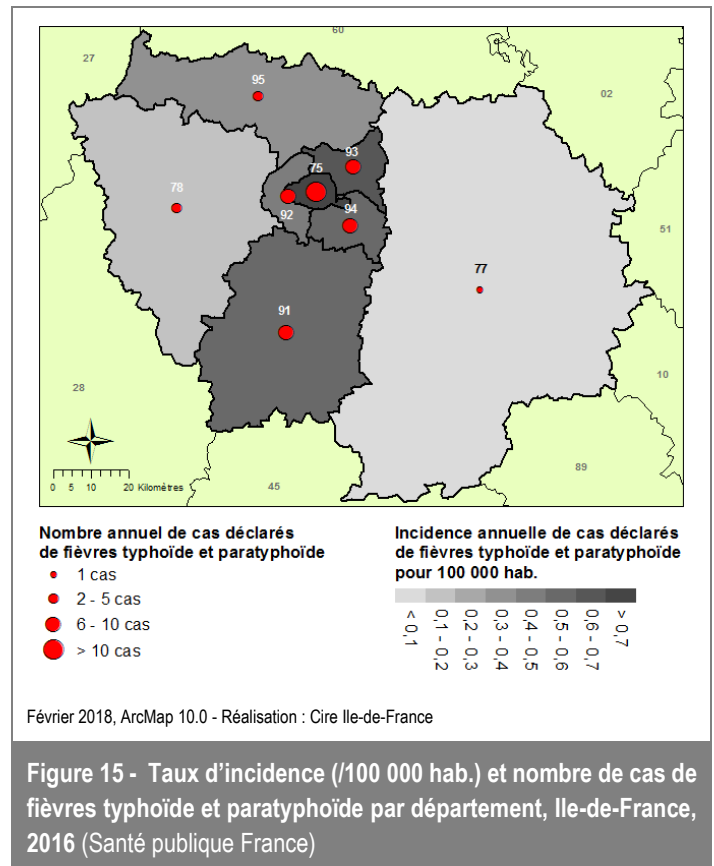


Figure 15 - Taux d'incidence (/100 000 hab.) et nombre de cas de fièvres typhoïde et paratyphoïde par département, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

Tableau 7 - Caractéristiques des cas de fièvres typhoïde et paratyphoïde, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

	N	(%)
Diagnostic		
Fièvre typhoïde	38	(68%)
Fièvre paratyphoïde A	15	(27%)
Fièvre paratyphoïde B	3	(5%)
Fièvre paratyphoïde C	0	(0%)
Séjour à l'étranger		
Afrique	22	(39%)
Asie	15	(27%)
Europe	1	(2%)
Statut vaccinal (n = 33 ; 59%)		
Non vacciné	29	(88%)
Vacciné	4	(12%)
Total	56	

BRUCELLOSE

Cas confirmé : isolement de *Brucella spp* dans un prélèvement clinique.

Cas probable : Amplification génique positive dans un prélèvement clinique OU multiplication par au moins 4 du titre d'anticorps ou séroconversion entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé au moins 15 jours plus tard.

Cas possible : mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum.

En 2016, en Ile-de-France :

- **11 cas de brucellose** ont été notifiés sur la région soit 52% des DO enregistrées en France (n = 21) ;
- le taux d'incidence était de **0,09 cas pour 10⁵ habitants** (France = 0,03 cas pour 10⁵ hab.), stable par rapport aux années précédentes (**Figure 16**) ;
- avec 3 cas signalés en 2016, le Val de Marne enregistre le 4^{ème} taux d'incidence le plus élevé de France : 0,22 cas pour 10⁵ habitants (**Figure 17**).

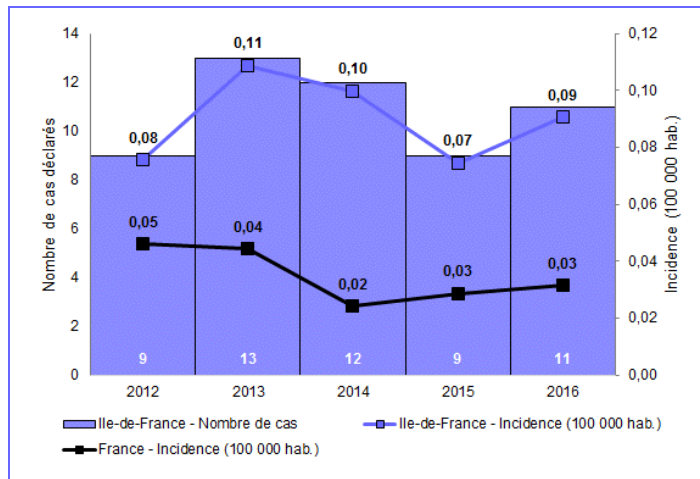


Figure 16 - Evolution du nombre de cas et du taux d'incidence (/100 000 habitants) annuels de brucellose, Ile-de-France, 2012-2016 (Santé publique France)

Concernant les cas notifiés (**Tableau 8**) :

- l'âge médian était de 66 ans (min = 15 ; max = 77) ;
- 9 cas étaient des hommes soit un sex-ratio H/F égal à 4,5 ;
- signes cliniques : 8 cas (73%) présentaient de la fièvre et 4 cas (36%) avaient un diagnostic d'arthrite brucellique ;
- tous les cas étaient des brucelloses « importées », c'est-à-dire contaminées lors d'un séjour en zone enzootique.

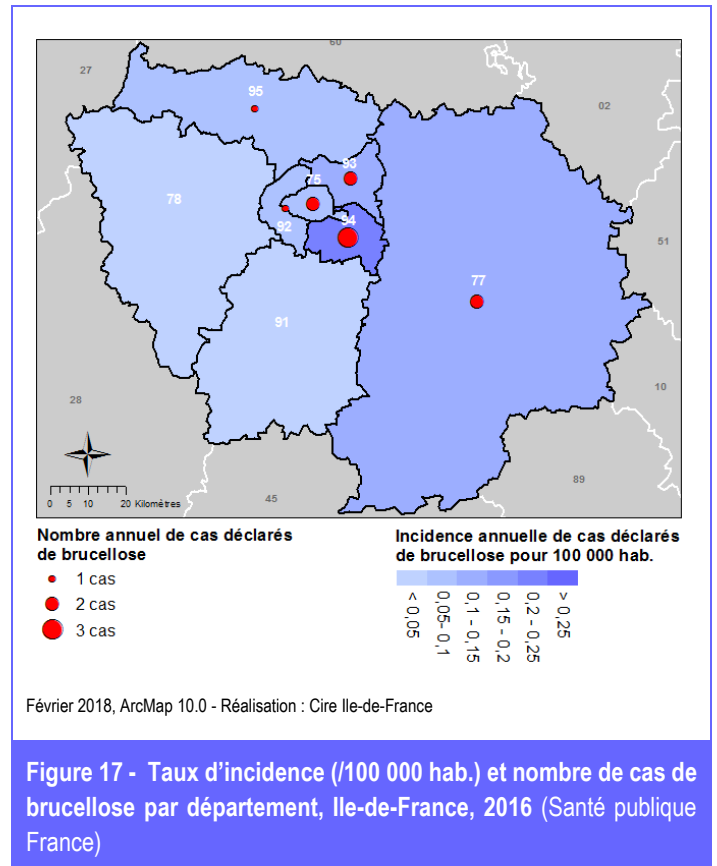


Figure 17 - Taux d'incidence (/100 000 hab.) et nombre de cas de brucellose par département, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

Tableau 8 - Caractéristiques des cas de brucellose, Ile-de-France, 2016 (Santé publique France)

	N	(%)
Signes cliniques		
Fièvre	8	(73%)
Signes neurologiques	1	(9%)
Infection articulaire	4	(36%)
Spondylodiscite	2	(18%)
Orchite	1	(9%)
Atteinte cardiaque	0	(0%)
Atteinte hépatique	1	(9%)
Autre symptôme	4	(36%)
Total	11	

Tableau 9 - Répartition du nombre de déclaration obligatoire* par département, Ile-de-France, 2016 (Santé Publique France)

Maladie à déclaration obligatoire	75	77	78	91	92	93	94	95	Rég.
Botulisme	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Brucellose ¹	2	2	0	0	1	2	3	1	11
Charbon	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya	9	0	1	1	2	0	2	0	15
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dengue	32	1	4	1	16	4	11	1	70
Diphthérie	2	0	0	0	0	0	1	0	3
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ¹	16	1	2	7	8	10	8	4	56
Fièvres hémorragiques africaines	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite aiguë A	28	4	33	7	6	27	25	15	145
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	6	0	2	1	2	6	6	3	26
Infection invasive à méningocoque	25	8	11	10	2	13	10	7	86
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	678	114	84	134	175	294	212	122	1 813
Légionellose	37	18	21	19	22	26	23	19	185
Listériose ¹	14	4	6	3	5	12	7	5	56
Orthopoxviroses dont la variole	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme autochtone	0	2	0	0	0	1	0	0	3
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	1	4	4	0	2	0	1	3	15
Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone ²	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sida	48	13	15	5	16	26	17	11	151
Suspicion maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines	1	1	3	1	3	0	0	1	10
Tétanos ¹	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Toxi-infection alimentaire collective ¹	97	29	18	20	21	38	21	20	264
Tularémie	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Typhus exanthématique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zika ²	57	12	8	16	18	25	35	10	180

* Hors mésothéliome, saturnisme infantile et tuberculose

1 - Comptabilisation selon le département de notification

2 – Pathologie inscrite comme maladie à déclaration obligatoire selon le « Décret n° 2016-745 du 2 juin 2016 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire »

Pathologie ayant fait l'objet d'une analyse détaillée dans ce bulletin

GLOSSAIRE

ARS	Agence régionale de santé
Cire	Cellule d'intervention de Santé publique France en région
DD	Délégation départementale
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec un homme
IgM	Immunoglobulines M
IgG	Immunoglobulines G
IIM	Infection invasive à méningocoque
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
LCS	Liquide cébrospinal
PCR	« <i>Polymerase chain reaction</i> » = Réaction en chaîne par polymérase
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
Tiac	Toxi-infections alimentaires collectives
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHA	Virus de l'hépatite A

Le point épidémi

Nous tenons à remercier :

- l'ensemble des professionnels de santé qui par leurs signalements contribuent à la prévention, au contrôle et à la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire,
- les services de l'ARS Ile-de-France en charge des mesures sanitaires autour des cas de MDO pour la prise en charge du signalement et leur collaboration à l'investigation de cas,
- nos collègues des directions des Maladies infectieuses, Santé Environnement et Santé Travail de Santé Publique France qui contribuent chaque jour à la surveillance des MDO.



Directeur de la publication
François Bourdillon
Directeur général
Santé publique France

Rédaction du numéro
Nicolas Vincent

Comité de rédaction
Equipe de la Cire Ile-de-France
Agnès Lepoutre, responsable
Clément Bassi
Clémentine Calba
Céline Denis
Anne Etchevers
Céline François
Florence Kermarec
Pauline Mathieu
Ibrahim Mouchetrou Njoya
Annie-Claude Paty
Yassoungou Silue
Ibtissame Soulaïmana
Nicolas Vincent

Relecture
Agnès Lepoutre
Florence Kermarec
Clément Bassi

Retrouvez nous sur : santepubliquefrance.fr
Twitter : [@sante-prevention](https://twitter.com/sante-prevention)

Diffusion
Cire Ile-de-France
Tél. 01.44.02.08.16
ars-idf-cire-sursaud@santepubliquefrance.fr