

Maladies à déclaration obligatoire

SOMMAIRE

Édito p.1 Surveillance de la tuberculose, 2001-2015 p.2 Surveillance de la légionellose, 1997-2017 p.7 Surveillance des Infections invasives à méningocoques, 1995-2017 p.11 Surveillance de l'hépatite aiguë A, 2006-2017 p.16

EDITO

Ce bulletin présente le bilan actualisé de la **surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire (MDO)** les plus fréquemment signalées à l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France : tuberculose, légionellose, infections invasives à méningocoque et hépatite virale A aiguë.

L'année 2017 a été marquée par une nouvelle **recrudescence régionale des cas d'hépatite A, dans un contexte épidémique national et international touchant les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)**. La survenue de cette nouvelle épidémie de grande ampleur, liée à la baisse de l'immunité dans les pays industrialisés, souligne la nécessité du signalement rapide des cas à l'ARS pour permettre la mise en œuvre des investigations et de la vaccination préventive autour des cas, destinée à limiter la transmission.

L'année 2017 a aussi été marquée par une **recrudescence importante de la légionellose dans les Hauts-de-France** et au niveau national. Cette augmentation qui perdure au premier semestre de 2018 n'est associée à aucun contexte épidémique particulier ou augmentation inhabituelle des épisodes de cas groupés. Elle ne s'accompagne pas d'une évolution particulière des caractéristiques et expositions des cas ou de la virulence des souches circulantes et n'est pas non plus due à une modification des pratiques diagnostiques. En revanche, les conditions météorologiques (températures élevées, précipitations, taux d'humidité) enregistrées depuis l'été 2017 constituent un facteur connu de prolifération et de diffusion des légionelles présentes dans l'environnement et les réseaux d'eau. Une étude nationale est en cours sur ce sujet afin d'étudier le lien entre changement climatique et légionellose.

Sur le volet des **infections invasives à méningocoque (IIM)**, l'**incidence régionale des IIM a été divisée par plus de 2** et est devenue, ces deux dernières années, du même ordre de grandeur que l'incidence nationale. Cette diminution est plus marquée chez les moins de 15 ans, en particulier pour les IIM de sérogroupes B et C. Les efforts de promotion et d'amélioration de la couverture vaccinale antiméningococcique C, doivent néanmoins être poursuivis pour atteindre un niveau d'immunité qui permettra de protéger aussi les classes d'âges, non ciblées par les recommandations vaccinales (<1 an et >24 ans).

Enfin, **en 2015**, dans les Hauts-de-France, **le taux régional de déclaration de tuberculose-maladie a été le plus faible enregistré en France métropolitaine**. Sur toute la période d'étude, on observe un rajeunissement des cas qui reflète l'évolution naturelle de la maladie et la diminution constante de l'exposition au bacille de la tuberculose chez les personnes nées en France. Ces résultats encourageants illustrent l'efficacité des programmes de lutte antituberculeuse dans la diminution de l'exposition au bacille en France et souligne la nécessité de renforcer le dépistage et la prévention (vaccination) ciblés pour les populations à risque décrites dans cet article et ciblées dans les recommandations de 2007.

Nous souhaitons remercier les partenaires de cette surveillance des maladies à déclaration obligatoire qui par leur signalements et leur contribution à la mise en œuvre des mesures de contrôle contribuent à l'amélioration de la situation épidémiologique régionale.

Bonne lecture.

SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, 2001-2015

Tuberculose-maladie

Critères de signalement / notification

- **cas confirmé** : maladie due à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* prouvée par la culture.
Les mycobactéries du complexe tuberculosis comprennent : M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. microti, M. canetti, M. caprae et M. pinnipedii.
- **cas probable** : signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard

Qualité du système de surveillance

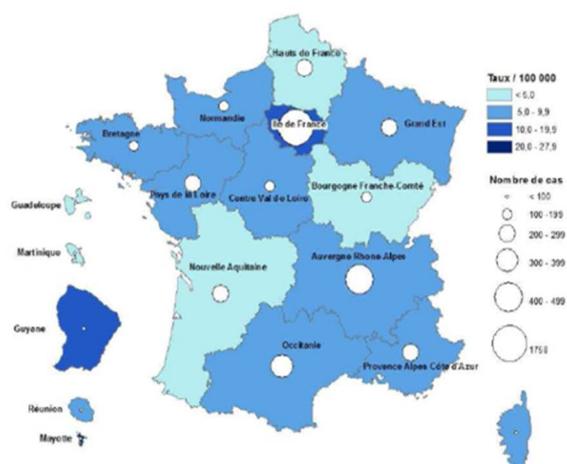
Le taux de déclaration de la tuberculose est une estimation du taux d'incidence de la tuberculose maladie pour laquelle l'exhaustivité de la DO a été estimée, par Santé Publique France, à environ 65 % sur l'ensemble du territoire, avec néanmoins de grandes disparités. Une étude, réalisée en 2003 à partir des données du Régime Général de l'Assurance Maladie, estimait à $9,6/10^5$ le taux d'incidence de la tuberculose dans le Nord-Pas-de-Calais (vs $5,7/10^5$ pour la DO) et $14,8/10^5$ (vs $10/10^5$ pour la DO) au niveau national pour cette même année.

Evolution de l'incidence

En 2015, avec 268 cas déclarés, le taux régional de déclaration de tuberculose-maladie (4,6 cas pour 100 000 habitants) dans les Hauts de France est le plus faible de France métropolitaine (fig. 1).

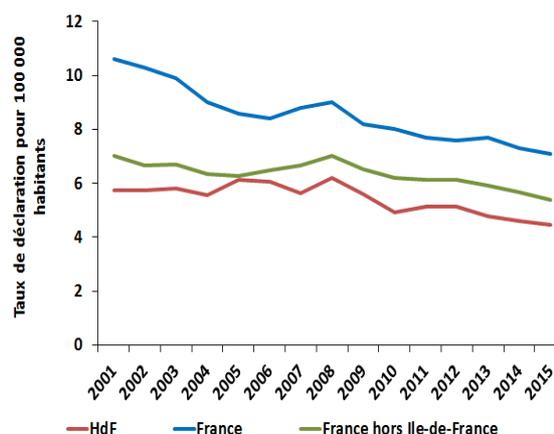
Depuis 2001, 4834 cas de tuberculose-maladie ont été déclarés dans la région: 2128 dans le département du Nord, 980 dans le Pas-de-Calais, 807 dans l'Oise, 511 dans la Somme et 333 dans l'Aisne. Globalement, le taux régional de déclaration reste inférieur aux taux nationaux sur toute la période d'étude et a diminué de 21% ces 15 dernières années (fig. 2).

Figure 1 : Taux régionaux de déclaration de tuberculose-maladie pour 100 000 habitants, 2015



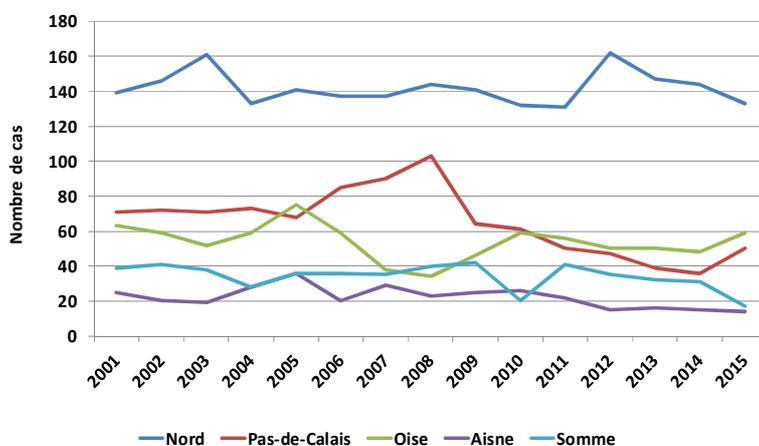
Source: Santé publique France, déclaration obligatoire de tuberculose, INSEE, Estimations localisées de population

Figure 2 : Evolution du taux de déclaration de tuberculose-maladie, France, Hauts-de-France et France hors Ile-de-France, 2001-2015.



Abstraction faite des fluctuations annuelles infrarégionales, le nombre de cas est globalement en diminution sur toute la période d'étude dans 3 des 5 départements de la région (Pas-de-Calais, Somme et Aisne) et demeure stable dans le Nord et l'Oise (fig. 3).

Figure 3 : Evolution du nombre de cas de tuberculose-maladie par département dans les Hauts-de-France, 2001-2015



Source: Santé publique France, déclaration obligatoire de tuberculose

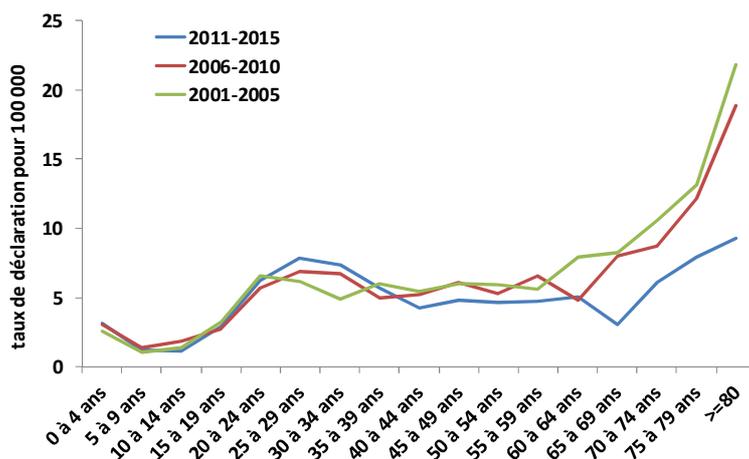
• Principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas de tuberculose - maladie

Près des 2/3 des cas (61%) de tuberculose-maladie déclarés depuis 2001 sont des hommes.

L'âge médian des cas est de 47 ans [étendue : 0-99 ans]. Globalement stable de 20 à 69 ans, le taux de déclaration de tuberculose-maladie augmente de manière importante chez les plus de 70 ans. Néanmoins, on observe ces 15 dernières années qu'il est en diminution chez les plus de 65 ans, notamment sur la période 2011-2015 (-50% en moyenne), alors qu'il est en augmentation (+39%) chez les jeunes adultes (25-34 ans) (fig.4). Chez l'enfant (≤ 15 ans), l'incidence la plus élevée sur toute la période d'étude est observée chez les 0-4 ans (2,9 cas/10⁵) et elle est en légère augmentation (+15% en moyenne) depuis 2008 par rapport à la période 2001-2007.

Les cas de tuberculose nés à l'étranger sont plus jeunes (âge médian=34 ans, étendue [0-93]) que ceux nés en France (âge médian=51 ans, étendue [0-99]).

Figure 4 : Taux de déclaration de tuberculose-maladie par classes d'âges, Hauts-de-France, 2001-2015



Source: Santé publique France, déclaration obligatoire de tuberculose

Soixante-dix-neuf pour cent des cas déclarés depuis 2001 dans les Hauts-de-France présentaient une forme pulmonaire isolée (67%) ou associée à une localisation extra-pulmonaire (12%) et 21% une forme extra-pulmonaire. Soixante-trois pour cent des cas avec localisation pulmonaire étaient bacillifères (baar positif à l'examen direct). Les formes pulmonaires isolées sont plus fréquentes chez les cas nés en France (71%) que chez les cas nés à l'étranger (58%).

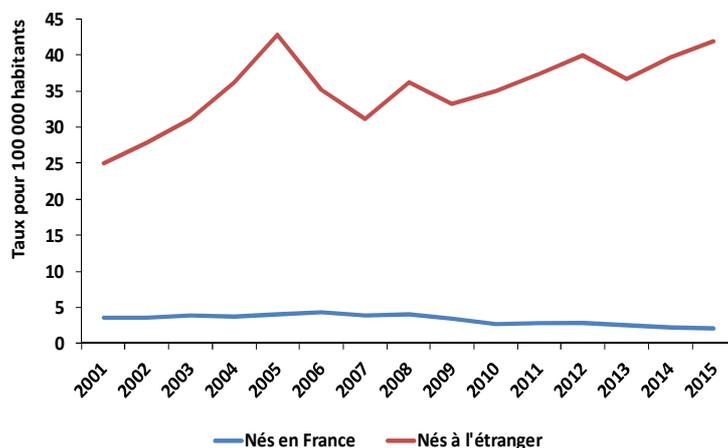
De 2001 à 2014, 822 patients des Hauts-de-France sont décédés de tuberculose (source Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), Inserm) ; 143 d'entre eux (17%) étaient âgés de moins de 65 ans, dont un enfant de 3 ans non vacciné, décédé en 2012 d'une tuberculose neuroméningée.

Depuis 2007, année de diffusion des nouvelles recommandations vaccinales (cf encadré ci-dessous), 49 cas de tuberculose-maladie, dont un décès, ont été déclarés dans les Hauts-de-France chez des enfants âgés de moins de 10 ans, non vaccinés par le BCG alors qu'ils étaient éligibles à la vaccination en raison d'antécédents familiaux de tuberculose, et que la grande majorité d'entre eux (39/49) étaient nés en France.

Parmi les 4430 cas pour lesquels l'information était disponible, 2929 (66%) cas sont nés en France et 1501 (34%) à l'étranger, dont 36% étaient originaires de pays d'Afrique du Nord, 34% d'Afrique subsaharienne, 14% de la zone Europe et 10% d'Asie. Sur les 15 années de la période d'étude, le taux de déclaration de tuberculose-maladie est en moyenne 10 fois plus élevé chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France. Il a augmenté de près de 70% depuis 2001 (41,9/10⁵ en 2015 versus 25,0/10⁵ en 2001). En revanche, le taux de déclaration chez les personnes nées en France demeure faible et en constante diminution (-40% depuis 2001) (fig. 5).

La moitié (49%) des cas de tuberculose-maladie nés à l'étranger, dont la date d'arrivée est renseignée, sont arrivés en France dans les cinq années précédant le diagnostic dont les 4/5 (79%) au cours des 2 années précédant le diagnostic.

Figure 5 : Taux de déclaration de tuberculose-maladie selon le lieu de naissance (France et Etranger), Hauts-de-France, 2001-2015.



Source: Santé publique France, déclaration obligatoire de tuberculose, INSEE, Estimations localisées de population

Depuis 2001, 617 cas (14 %) de tuberculose-maladie ont été déclarés chez des personnes hébergées en collectivité : 39% en centres d'hébergement collectif, 20% en établissement pour personnes âgées, 8% en établissement pénitentiaire et 30% dans d'autres types de collectivité.

Depuis 2003, 226 cas de tuberculoses (6,4 %) ont été déclarés chez des personnes exerçant une profession à caractère sanitaire et social. Enfin, 141 cas (4%) concernaient des personnes sans domicile fixe.

Ces dix dernières années, près de ¾ (73%) des cas de tuberculose-maladie sont diagnostiqués lors d'un recours spontané aux soins. Cette proportion est même significativement (79% versus 70% ; $p < 10^{-5}$) plus élevée chez les personnes les plus à risque originaires de pays de forte endémicité.

- **Résistance aux antibiotiques**

Les cas ayant des antécédents de tuberculose traitée représentent 10,3% (367/3572 cas renseignés) des cas déclarés de 2001 à 2015. Cette proportion est globalement similaire chez les cas nés en France (10,5%) et chez ceux nés à l'étranger (9,3%).

L'exploitation des données d'antibiorésistance porte sur 900 cas déclarés de 2006 à 2015, pour lesquels la culture était positive et les résultats de l'antibiogramme pour l'isoniazide et la rifampicine étaient renseignés. Les données régionales suivantes doivent être interprétées avec précaution du fait des effectifs faibles.

La proportion de tuberculoses multi-résistantes (résistance à au moins l'isoniazide **et** la rifampicine) est de 3% (24 cas) sur la période d'étude. La proportion de la multi-résistance secondaire (cas déjà traités) est de 11,3% (n=9/80) et celle de la multi-résistance primaire (cas jamais traités) de 2,1% (12/579). La multi-résistance à l'isoniazide **et** la rifampicine est près de 4 fois plus élevée chez les cas nés à l'étranger (5,4% (n=16/297) versus 1,4%(n=8/567) chez les cas nés en France). La fréquence de la multi-résistance-primaire est près de 3 fois plus élevée chez les cas nés à l'étranger (3,6% (n=7/194) versus 1,3% (n=5/369) chez les cas nés en France.

Infections tuberculeuses latentes (primo-infection) chez l'enfant de moins de 15 ans

Critères de signalement / notification

IDR à 5U positive sans signe clinique ni paraclinique (induration >15 mm si BCG, ou >10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans)

De 2003 à 2015, 263 infections tuberculeuses latentes (ITL) ont été déclarées dans les Hauts-de-France (147 dans le Nord, 42 dans le Pas-de-Calais, 44 dans l'Oise, 19 dans l'Aisne et 11 dans la Somme).

Cinquante-six pour cent des ITL signalées (151/263) rapportait une vaccination BCG ou avait une cicatrice vaccinale

L'âge médian des cas était de 6 ans [étendue : 0-14ans]. Les circonstances du diagnostic, renseignées pour 80% (n=212) cas, étaient le dépistage autour d'un cas de tuberculose – maladie dans 78% des cas.

Parmi les 106 cas d'ITL nés à l'étranger, 39% étaient originaires de pays d'Afrique sub-saharienne, 37% de pays de la zone Europe (majoritairement de Roumanie (57%)) et 19% de pays d'Afrique du Nord.

Conclusions

En 2015, dans les Hauts-de-France, le taux régional de déclaration de tuberculose-maladie est le plus faible enregistré en France métropolitaine. Le nombre de cas est globalement en diminution sur toute la période d'étude dans 3 des 5 départements de la région (Pas-de-Calais, Somme et Aisne) et demeure stable dans le Nord et l'Oise. Sur toute la période d'étude, on observe un rajeunissement des cas qui est le reflet de l'évolution naturelle de la maladie avec la diminution constante de l'exposition au bacille de la tuberculose dans la population des personnes nées en France. En revanche, le taux de déclaration de tuberculose-maladie reste très élevé et en augmentation constante chez les personnes nées dans des pays de forte endémie. Ces caractéristiques illustrent l'efficacité des programmes de lutte antituberculeuse dans la diminution de l'exposition au bacille en France et souligne la nécessité du renforcement du dépistage et de la prévention (vaccination) ciblés pour les populations à risque définies dans les recommandations de 2007 (cf encadré ci-dessous).

Références

- [1] Allenbach D, Montagnier B, Souche A et al. [La population traitée par médicaments antituberculeux en 2003 : les données du régime général de l'Assurance maladie. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 2004, 35, 4, p. 223-232.](#)
- [2] [Tuberculose en France : la vigilance reste nécessaire.](#) BEH n°24-25/2012 :283-302.
- [3] [Epidémiologie de la tuberculose en France en 2013.](#) Fatima Aït Belghiti et coll.
- [4] [Suites du programme national de lutte contre la tuberculose.](#) Catherine Guichard, DGS. (pdf, 122 Ko)
- [5] [Enquête autour d'un cas de tuberculose.](#) Rapport du HCSP, 25/10/2013.
- [6] [Tuberculose-maladie dans le département du Nord : analyse descriptive des déclarations obligatoires en 2012.](#) Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 13 p.
- [7] [Recommandations vaccinales par le BCG](#)

Recommandations vaccinales tuberculose [7]

Depuis 2007 la vaccination par le BCG des enfants et adolescents avant l'entrée en collectivité n'est plus obligatoire. Cependant, cette suspension d'obligation de vaccination a été accompagnée d'une recommandation forte de vaccination des enfants les plus exposés au risque de tuberculose :

- nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte ;
- dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMU, AME, ...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

L'efficacité de la vaccination par le BCG réside essentiellement dans la prévention des méningites et miliaries tuberculeuses des jeunes enfants et doit être réalisée au plus tôt, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie.

SURVEILLANCE DE LA LEGIONELLOSE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, 1997-2017

La surveillance de la légionellose en France est basée sur la déclaration obligatoire (DO) mise en place en 1987. Depuis le renforcement de la surveillance de la légionellose en 1997, les critères de signalement et de notification sont :

Critères de signalement / notification

pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

Cas confirmé :

- isolement de *Legionella spp.*
- augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2^e titre minimum de 128
- présence d'antigène soluble urinaire

Cas probable :

- titre d'anticorps élevé (≥ 256)
- PCR positive

• Evolution de l'incidence

De 1997 à 2017, 1739 cas de légionellose ont été déclarés dans les Hauts-de-France : 669 résidaient dans le département du Nord, 458 dans le Pas-de-Calais, 251 dans l'Oise, 189 dans l'Aisne et 172 dans la Somme. Ces vingt dernières années, l'incidence moyenne régionale est demeurée inférieure à l'incidence nationale (fig. 1), hormis en 2003, année de survenue d'une importante épidémie communautaire liée à la contamination des installations de refroidissement et d'épuration d'une entreprise de pétrochimie située dans le Pas de Calais [1]. A l'instar de la situation nationale, une augmentation importante de l'incidence de la légionellose, touchant 4 des 5 départements de la région, a été observée en 2017 sans phénomène épidémique identifié dans la région et au niveau national où l'augmentation de l'incidence est diffuse et concerne la quasi-totalité des régions.

Les incidences départementales sont globalement stables et homogènes hormis l'augmentation observée dans le Pas de Calais en 2003 (fig. 2).

Figure 1 : Incidence annuelle pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France et en France, 1997-2017

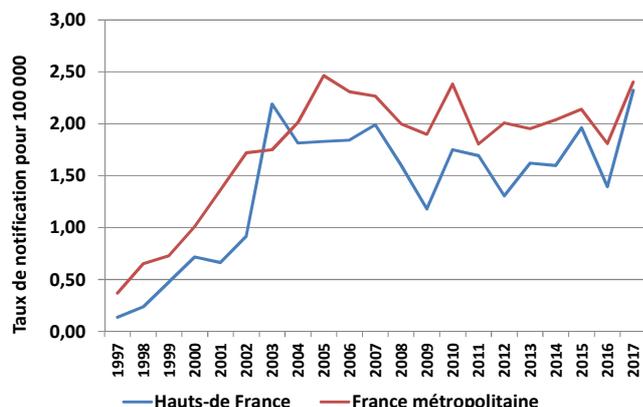
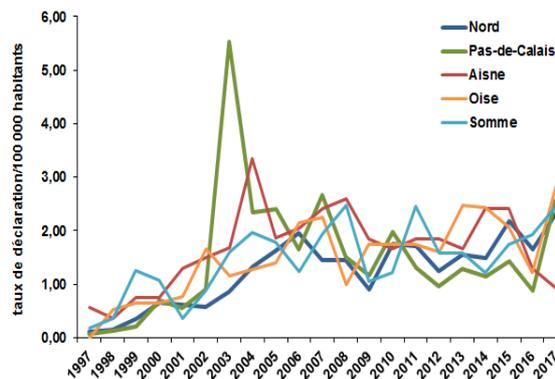


Figure 2 : Incidence départementale pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France, 1997-2017



Source: Santé publique France, déclaration obligatoire de la légionellose, INSEE, Estimations localisées de population

• Caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas

L'analyse suivante porte sur les cas de légionellose déclarés ces dix dernières années.

La répartition mensuelle des cas retrouve, à l'instar de la situation nationale, une saisonnalité estivale avec près des 2/3 des cas (64 %) survenant entre juin et octobre (fig.3).

L'âge médian des 980 cas déclarés de 2008 à 2017 était de 58 ans (min-max : 20-100 ans) et le sexe ratio H/F était de 2,9. L'incidence de la légionellose augmente avec l'âge pour atteindre son maximum chez les plus de 79 ans ($4,7/10^5$) (fig. 4).

Figure 3 : Répartition mensuelle des cas de légionellose notifiés dans les Hauts-de-France de 2008 à 2017.

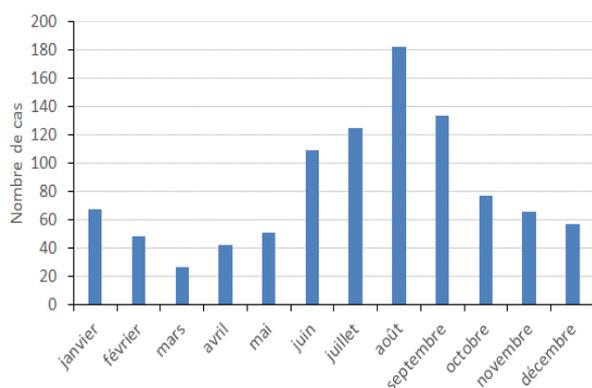
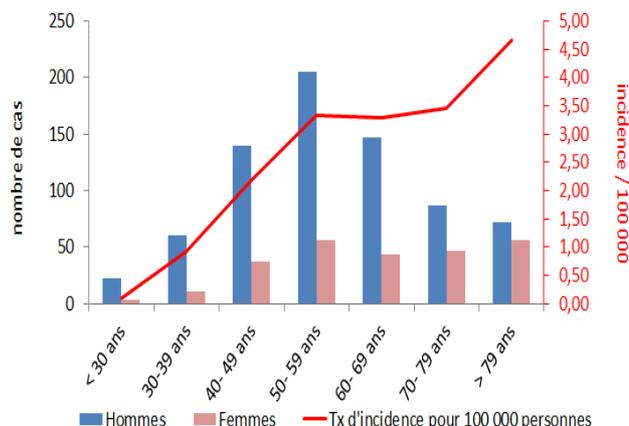


Figure 4 : Répartition et incidence par classes d'âge des cas de légionellose notifiés de 2008 à 2017 dans les Hauts-de-France



Source: Santé publique France, déclaration obligatoire de la légionellose, INSEE, Estimations localisées de population

Dans 97 % des cas, la pneumopathie était confirmée radiologiquement.

L'évolution était renseignée dans 93 % des cas et la létalité était de 10,7 % (183 décès/ 1569 cas renseignés) sur la période d'étude, similaire à celle observée au niveau national.

Soixante-seize pour cent des cas présentaient au moins un facteur prédisposant connu, le principal étant le tabagisme (tab. 1).

Tableau 1 : Facteurs prédisposant (non mutuellement exclusifs) des cas de légionellose notifiés dans le Nord-Pas-de-Calais de 2008-2017.

Facteurs prédisposant	Nombre de cas	%
Au moins un facteur	748	76%
Tabagisme	504	51,3%
Diabète	160	16,3%
Ethylisme	75	8%
Insuffisance respiratoire	50	5,2%
Cancer/Hémopathie	66	6,7%
Corticothérapie	80	8,1%
Insuffisance cardiaque	33	3,4%
Autres facteurs	20	2,1%

Source: Santé publique France, déclaration obligatoire de la légionellose

Quatre-vingt-dix-huit pour cent des cas étaient confirmés par la présence d'antigènes solubles urinaires. La culture n'a été mise en œuvre que dans 28 % des cas, alors qu'elle a permis d'isoler une souche clinique dans 86% des cas où elle a été réalisée (230/268).

Legionella pneumophila reste en cause dans 99,5 % des cas (955/960) et le sérotype Lp1 est majoritaire (99,3 % des cas). Les autres sérotypes, en cause dans moins de 1 % des cas, étaient Lp2 et Lp5. Bien que disponible, la PCR n'est que très peu mise en œuvre ces dernières années alors qu'elle pourrait permettre de confirmer des cas dus à des *Legionella* non *pneumophila* ou d'autres sérogroupes que le sérotype 1. Cette méthode est retenue depuis 2011 dans les critères de définition des cas probables de légionellose.

• Expositions à risque

Une exposition à risque dans les 10 jours précédant le début des signes n'a été rapportée que pour 83 (10 %) des 815 cas déclarés depuis 2010. Cette proportion est bien inférieure à celle retrouvée au niveau national (environ 40% des cas). Les principales expositions à risque rapportées étaient les expositions professionnelles (54%) dont la moitié (49%) concernait des routiers itinérants. La proportion de cas d'origine nosocomiale probable, ayant séjourné en établissements médico-sociaux dans les 2 à 10 jours précédant la survenue de la maladie, est de 2% sur toute la période d'étude, sans tendance évolutive particulière.

Conclusions

En 2017, l'incidence de la légionellose a augmenté de manière importante au niveau national et dans les Hauts-de-France, après une relative stabilité depuis 2010. Cette augmentation n'est expliquée ni par la survenue d'épidémies ou d'épisodes de cas groupés ni par une évolution particulière des caractéristiques et expositions des cas ces 10 dernières années.

En revanche, en 2017, l'été a été qualifié par Météo France de 2^{ème} été le plus chaud après 2003 depuis 1900 [4]. Ces conditions environnementales de chaleur et d'humidité sont des facteurs bien connus de prolifération et de diffusion des légionnelles, contribuant à l'augmentation de l'exposition des populations. Les trois épisodes confirmés ou suspects de fièvres de Pontiac, déclarés en 2017, dans notre région pourrait accréditer cette hypothèse, la fièvre de Pontiac étant une forme clinique bénigne d'infection à légionnelles, rarement diagnostiquée.

Afin d'améliorer la surveillance et la détection des cas groupés, le Centre National de Référence des légionnelles recommande qu'en présence d'un cas de légionellose confirmé par antigénurie positive, et afin de pouvoir confirmer la source de la contamination, il est essentiel que des prélèvements pulmonaires (ECBC ou LBA) soient effectués pour une mise en culture et isolement de la souche de légionnelle. Le prélèvement doit être réalisé de préférence avant la mise en œuvre de l'antibiothérapie mais peut aussi être effectué après une antibiothérapie de quelques jours. La caractérisation des souches cliniques contribue à la détection des cas groupés et à l'identification des sources de contamination par la comparaison des souches cliniques et environnementales [3].

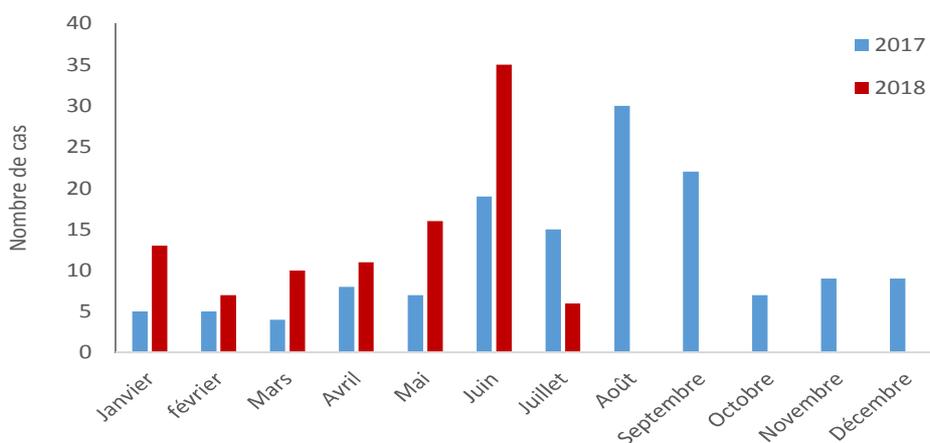
L'ensemble des données épidémiologiques de surveillance de la légionellose est disponible sur le site de Santé publique France [5].

Focus sur la recrudescence de la légionellose en 2017 et 2018 (données juillet 2018 non consolidées)

Depuis 2017, une recrudescence importante des cas de légionellose est observée au niveau national et dans la plupart des régions de France métropolitaine. En 2018, cette tendance s'est poursuivie avec, au 30 juillet, une augmentation du nombre de cas déclarés depuis début 2018 de +63% au niveau national et +56% dans la région des Hauts-de-France.

Dans les Hauts-de-France, au cours des 7 premiers mois de l'année 2018, 98 cas de légionelloses ont été déclarés *versus* 63 au cours de la même période en 2017, avec un pic important de cas observé en juin 2018 et une diminution en juillet (fig ci-dessous). L'âge médian des cas déclarés est de 64,5 ans (min : 30 – max: 97 ans), supérieur à ce qui était observé ces dix dernières années (58 ans), le sexe ratio H/F est de 1,6 *versus* 2,9 ces dix dernières années. La létalité de 9,5 % sur les cas déclarés depuis le début de l'année reste similaire à la létalité observée ces dix dernières années (10,7 %), sous réserve de consolidation des données actuelles. Cette recrudescence nationale ne s'accompagne pas d'une augmentation des cas groupés ou d'une évolution particulière des expositions à risque. Ces 2 dernières années, les conditions météorologiques particulières, augmentation des températures, précipitations et humidité qui constituent des éléments importants et connus de survie et de dispersion des légionnelles, pourraient constituer un des facteurs contributifs de cette augmentation.

Répartition mensuelle des cas de légionellose déclarés en 2017 et 2018 dans les Hauts-de-France



Retour sur plusieurs épisodes de cas groupés de fièvres de Pontiac déclarés dans les Hauts-de-France en 2017

La fièvre de Pontiac est une forme d'infection bénigne à légionnelles qui débute d'un à trois jours après l'infection avec des symptômes ressemblant à ceux de la grippe : forte fièvre, douleurs musculaires, maux de tête et syndrome infectieux et inflammatoire biologique. Elle résulte aussi d'une exposition aérienne à des aérosols d'eaux contaminées par des légionnelles mais contrairement à la légionellose, elle n'entraîne pas de pneumonie et la symptomatologie est spontanément résolutive en quelques jours. Il est difficile de connaître la fréquence réelle des fièvres de Pontiac car cette affection, de par son évolution bénigne et spontanément résolutive, est probablement rarement diagnostiquée.

Au cours du deuxième semestre de l'année 2017, 3 épisodes de cas groupés de fièvres de Pontiac ont été signalés à la Cellule de veille sanitaire (CVS) de l'ARS des Hauts-de-France.

Le premier épisode d'ampleur importante a concerné, fin juillet-début août 2017, 127 salariés français et belges travaillant dans une usine de transformation de pommes de terre située à la frontière franco-belge. Les salariés, en contact directs avec l'eau et exposés aux aérosols dans ou à proximité des chaînes de nettoyage des pommes de terre et des unités de traitement des eaux usées, ont été particulièrement touchés par cette épidémie. Les personnes malades ont présenté un syndrome pseudo-grippal caractérisé par une forte fièvre, des douleurs musculaires et céphalées importantes associées à syndrome infectieux et inflammatoire biologique. Les investigations microbiologiques ont permis de confirmer chez plusieurs salariés de l'entreprise des infections à *Legionella non pneumophila* sérotype Bozemanii, espèce dont la rareté ne laissait aucun doute sur l'exposition commune des cas dans l'entreprise. Cette souche Bozemanii n'a pas pu être retrouvée dans les installations de l'usine, probablement en raison des importants traitements chimiques mis en œuvre dans l'usine avant la réalisation des prélèvements mais des concentrations anormalement élevée de légionnelles ont été mises en évidence dans les circuits d'eau de l'entreprise lors des investigations environnementales. L'analyse des procédures a mis en évidence des lacunes importantes de maîtrise du risque légionnelles dans les installations de l'usine qui ont fait l'objet de recommandations de la part des autorités sanitaires en charge des contrôles. Du fait de son ampleur, cette épidémie a généré une pression importante sur l'offre de soins régionale.

En octobre et novembre 2017, deux autres épisodes de moindre ampleur ont concerné, deux groupes de personnes ayant fréquenté des installations récréatives de type spa ou jacuzzi dans des établissements accueillant du public. Respectivement 5 et 4 cas présentant une symptomatologie évocatrice de fièvres de Pontiac sont survenus dans les 24 à 48 heures après la fréquentation des bains à remous de ces établissements. Les cas ont présenté un syndrome pseudo-grippal, associé à des perturbations biologiques de type inflammatoires et infectieuses. Dans l'un des 2 épisodes, les prélèvements biologiques (antigénurie positive) et environnementaux ont aussi permis de confirmer l'exposition et l'infection à *Legionella pneumophila* de type 1.

C'est la première fois que des épisodes de fièvres de Pontiac font l'objet d'un signalement à la CVS de l'ARS. Les 3 épisodes décrits ci-dessus constituent-ils un épiphénomène émergent dans un contexte régional et national de recrudescence de la légionellose, suggérant une probable augmentation de l'exposition en 2017? Il est aussi possible que le signalement des deux épisodes survenus en fin d'année résulte d'une meilleure sensibilisation après l'importante médiatisation de l'épidémie qui avait touché, durant l'été, les salariés de l'usine de transformation de pommes de terre.

En tout état de cause, il convient de rappeler qu'il existe une réglementation sanitaire pour les spas publics en centres spécialisés, gîtes, chambres d'hôtes, etc..[2]:

- Il est obligatoire de procéder à leur déclaration en mairie avant l'ouverture des équipements au public et de justifier du respect des normes d'hygiène et de sécurité.
- Un règlement intérieur doit être affiché de façon visible à tous les usagers.
- Comme pour les piscines publiques, ces spas sont soumis à un contrôle sanitaire assuré par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Références

[1] [Epidémie communautaire de légionellose. Pas-de-Calais, France. Novembre 2003- Janvier 2004. Rapport d'investigation.](#)

[2] [Circulaire N°DGS/EA4/2010/289 du 27 juillet 2010 relative à la prévention des risques infectieux notamment de la légionellose dans les bains à remous \(spas\) à usage collectif recevant du public](#)

[3] [Survenue de cas de légionellose. Guide d'aide à l'investigation. HCSP 23/12/2013](#)

[4] [Bilan climatique de l'été 2017](#)

[5] [Données de surveillance de la légionellose, en France](#)

SURVEILLANCE DES INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUE (IIM) DANS LES HAUTS-DE-FRANCE, 1995-2017

Critères de signalement/notification

Au moins l'un des quatre critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoque ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCR, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) ou d'une lésion cutanée purpurique.
2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie)

ET :

- soit, présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,
- soit, présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR, le sang ou les urines.

4. Présence d'un *purpura fulminans* (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome).

• Evolution de l'incidence

L'incidence régionale des IIM, tous sérogroupes confondus, a diminué de près de 60% depuis 2005 et elle est redevenue, ces deux dernières années, proche de l'incidence nationale. On observe en 2017, une légère augmentation de l'incidence régionale (0,90 cas/10⁵ habitants versus 0,83 en 2016) (fig. 1), notamment dans 3 des 5 départements de la région des Hauts-de-France (Nord, Pas de Calais et Somme).

Figure 1 : Evolution de l'incidence des IIM, tous sérogroupes confondus, dans les Hauts-de-France et France entière, 1995-2017.

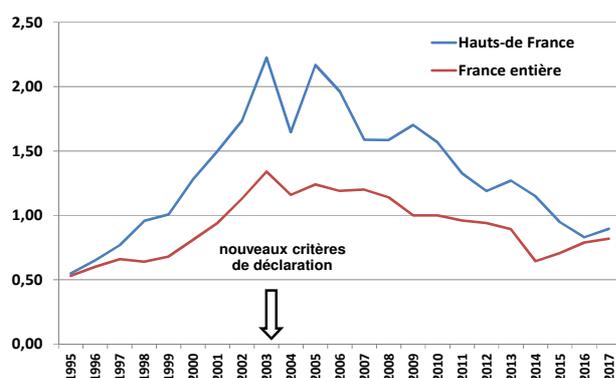
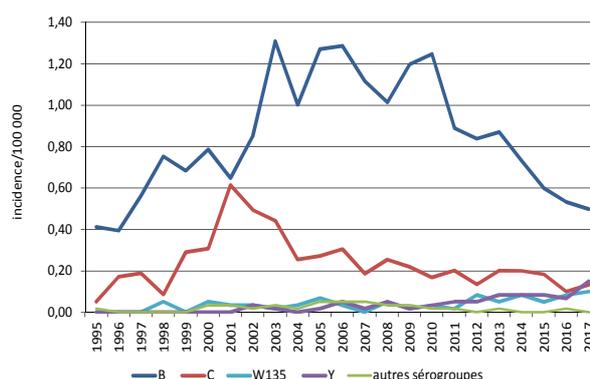


Figure 2 : Evolution de l'incidence des principaux sérogroupes dans les Hauts-de-France, 1995-2017.



Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

• Evolution des sérogroupes

Depuis 2010, le taux d'identification du séro groupe est de 96% dans la région, du même ordre que le taux national.

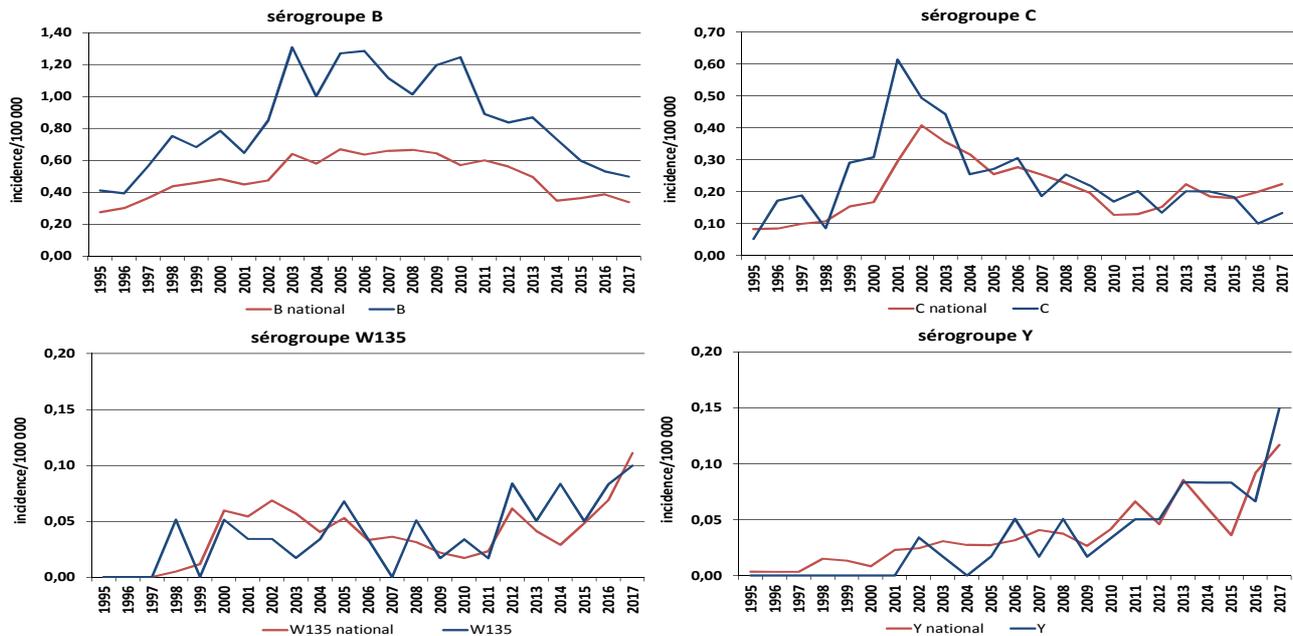
En 2017, le séro groupe B, bien qu'en diminution constante depuis 2010 (fig. 2), reste le principal séro groupe en cause (55% des cas) dans les Hauts-de-France et au niveau national (41%). En 2017, son incidence a légèrement augmenté dans les départements du Nord (0,65 cas/10⁵ habitants versus 0,46 en 2016) et de la Somme (0,35 cas/10⁵ habitants versus 0,17 en 2016) mais continue de diminuer dans les 3 autres départements.

Le sérogroupes Y est, en 2017 au deuxième rang et le sérogroupes C au 3^{ème} rang. A l'instar de l'évolution nationale, l'incidence des sérogroupes Y et W135 est en constante augmentation depuis 2010. Dans les Hauts-de-France, l'augmentation de l'incidence du sérogroupes W est, liée à l'émergence régionale, depuis 2013, d'un clone spécifique « ST 9316 » différent de la souche W cc11 « Amérique du Sud / Royaume Uni » qui est responsable de l'augmentation de l'incidence nationale. Les principales caractéristiques épidémiologiques des cas dus à la souche W présente dans les Hauts-de-France sont décrites dans l'encart situé en fin d'article.

Enfin, l'incidence régionale des IIM dues au sérogroupes C, bien qu'en légère augmentation en 2017, est redevenue, ces 2 dernières années, inférieure à l'incidence nationale (fig. 3).

Les cas dus aux autres sérogroupes restent rares et leur nombre stable (fig. 2).

Figure 3 : Evolution de l'incidence des sérogroupes B, C, Y, W135 dans les Hauts-de-France et France entière, 1995-2017



Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

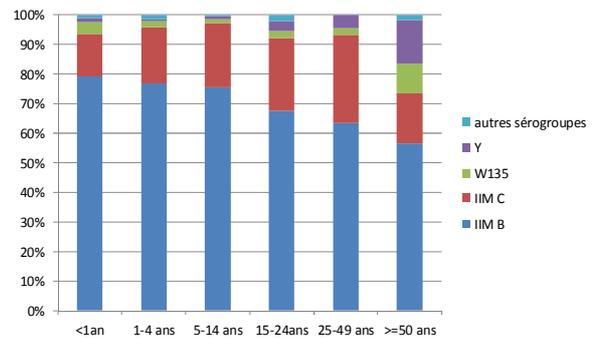
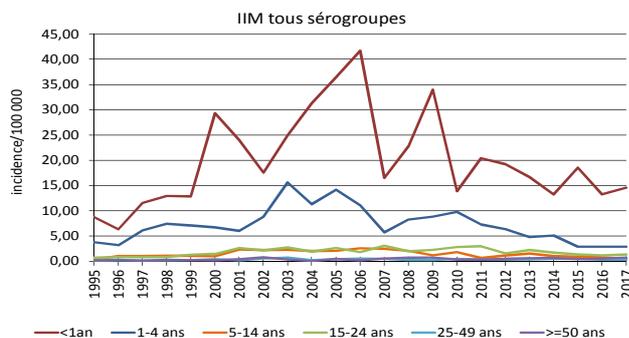
• **Caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas**

Le sexe ratio H/F des cas déclarés dans les Hauts-de-France est de 1,2 sur toute la période d'étude.

L'incidence la plus élevée, tous sérogroupes confondus, est observée chez les moins de 5 ans et particulièrement chez les nourrissons de moins de 1 an (fig. 4). Chez ces derniers, la part (80%) et l'incidence du sérogroupes B (fig. 5) sont les plus élevées et ce sérogroupes a été à l'origine des 3 principaux pics d'incidence en 2000, 2006 et 2009 et deux autres, de moindre ampleur, en 2011 et 2015. Depuis 2010, l'incidence régionale des IIM chez les moins de 5 ans a néanmoins été divisée par 2.

Figure 4 : Evolution de l'incidence des IIM, tous sérogroupes confondus, selon la classe d'âges, Hauts-de-France, 1995-2017

Figure 5 : Répartition des sérogroupes par classes d'âges, 1995-2017



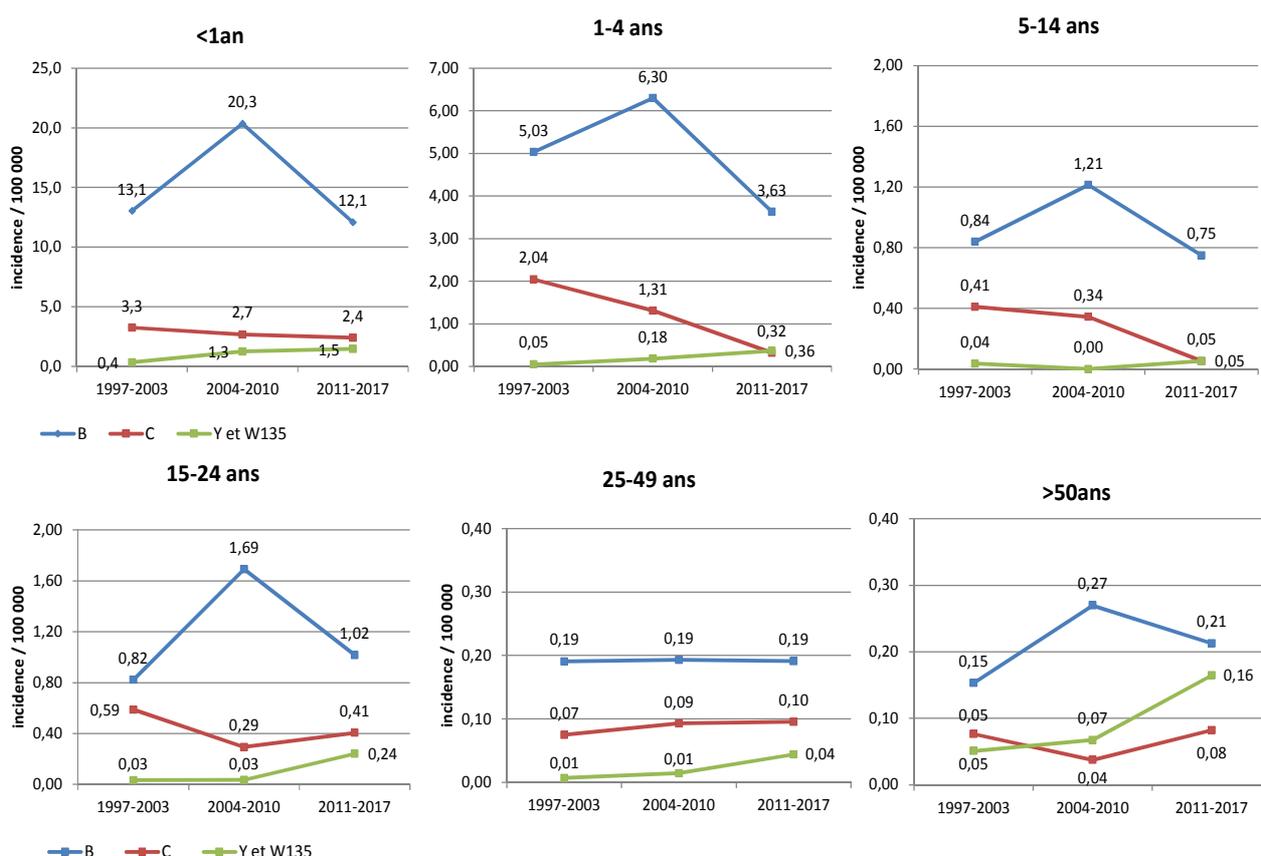
Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

L'incidence du sérotype B prédomine largement dans toutes les classes d'âges mais diminue avec l'âge. Elle est en diminution chez les 0-24 ans et globalement stable chez les plus de 25 ans (fig. 6).

L'incidence des IIM dues au sérotype C est en diminution chez les moins de 15 ans (fig. 6), probablement en raison de l'amélioration constante de la couverture vaccinale depuis 2010 (57% en moyenne en 2014 versus 65% en 2016). A l'inverse, on observe une augmentation de l'incidence des IIM C chez les plus de 15 ans, plus marquée chez les 15-24 ans et les plus de 50 ans. L'incidence des IIM C demeure stable chez les moins d'un an et les 25-49 ans. Les tendances par classes d'âge témoignent d'une couverture vaccinale encore très insuffisante (<35% chez les 15-19 ans en 2016) pour assurer une protection efficace des plus de 25 ans, non ciblés par les recommandations vaccinales et les moins de 1 an, trop jeunes pour être vaccinés (fig. 6).

Enfin, on observe dans toutes les classes d'âge une augmentation importante (x5) de l'incidence des IIM de sérotypes Y et W 135. Chez les plus de 50 ans, l'incidence cumulée des sérotypes Y et W135 est, depuis le milieu des années 2000, au 2^{ème} rang devant le sérotype C et proche de celle du sérotype B.

Figure 6 : Evolution de l'incidence des principaux sérotypes d'IIM selon la classe d'âges. Hauts-de-France, 1997-2017



* Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

La proportion de *Purpura fulminans* (PF) chez les cas déclarés de 1995 à 2017 est de 29,4% tous sérotypes et classes d'âges confondus (IIM B 28%, IIM C 31%, Y et W135 22% et autres sérotypes 28%). La proportion de PF la plus élevée est observée chez les moins de 5 ans (32,5%) et diminue avec l'âge (18,3% chez les plus de 25 ans).

Avec 177 décès rapportés de 1995 à 2017, la létalité régionale des IIM, tous sérotypes et classes d'âges confondus, est de 10 % (11,3% au niveau national). La létalité la plus élevée est observée chez les plus de 50 ans (21,9%) et la moins élevée chez les 5-14 ans (6,1%). Elle est aussi plus élevée pour les IIM de sérotypes W135 et Y (17,2%).

• Prophylaxie autour des cas

Au total, 40262 personnes ont bénéficié d'une antibioprofylaxie autour des cas d'IIM déclarés en depuis 1995 dont 15177 dans l'entourage familial ou amical des cas et 25085 dans les collectivités fréquentées par les cas. Le nombre moyen de contacts bénéficiant d'une antibioprofylaxie a significativement diminué, ces 10 dernières années, dans les collectivités fréquentées par les cas (18 contacts versus 41 avant 2008). Cette diminution du nombre de prophylaxie témoigne de l'amélioration et la rationalisation des pratiques d'identification et de traitement des contacts à risque.

La vaccination préventive des contacts a, elle, était mise en œuvre dans l'entourage de familial de 360 cas et le nombre moyen de contacts familiaux/amicaux vaccinés était de 10. La vaccination préventive des contacts a aussi été mise en œuvre dans les collectivités fréquentées par 148 cas, avec un nombre moyen de de vaccinées de 32.

Focus sur un « cluster phylogénétique » d'infections invasives à méningocoques (IIM) ST-9316 identifié dans les Hauts-de-France, 2013-2017

Un cluster de 18 cas d'infections invasives à méningocoques, dues à un nouveau clone « ST-9316 » et survenues entre 2013 et 2017 a été identifié en France par le Centre national de référence (CNR) des méningocoques : 1 cas en 2013, 2 cas en 2015, 6 cas en 2016 et 9 cas en 2017. Le sérotype W135 est en cause dans 15 des 18 cas mais des souches, isolées chez 2 cas de sérotype B et 1 cas de sérotype C, présentent aussi les mêmes caractéristiques phylogénétiques et ont été rattachées à ce cluster.

Parmi les 18 cas appartenant à ce cluster, 13 sont géographiquement groupés dans les Hauts-de-France et les 5 autres cas sont répartis dans 5 régions différentes (3 cas en 2016 et 2 en 2017).

Caractéristiques des cas des Hauts-de-France

De 2013 à 2017, le nombre de nouveaux cas dus au clone « ST-9316 » est en constante augmentation dans les Hauts-de-France: 1 cas en 2013, 2 en 2015, 3 en 2016 et 7 en 2017 (fig. 1). Neuf (70%) des 13 cas recensés dans la région sont domiciliés dans le département du Nord (dont 8 dans la métropole lilloise), 3 (23%) dans le Pas-de-Calais et 1(8%) dans la Somme.

Le cas index de ce cluster a été identifié en décembre 2013, chez une femme, âgée de 29 ans, d'origine roumaine résidant en Espagne, qui participait, au moment du diagnostic, à une compétition sportive internationale dans la région des Hauts-de-France. Ce cas avait présenté une forme clinique fulminante, associée à un choc toxico-infectieux sévère et une coagulation intravasculaire aiguë disséminée, qui ont entraîné le décès.

Les principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas appartenant à ce nouveau cluster phylogénétique et survenus dans les Hauts-de-France ont été comparées à celles des autres cas d'IIM W135 appartenant au complexe clonal cc11, responsable, depuis 2014, de l'augmentation constante de l'incidence nationale du sérotype W.

Dans les Hauts-de-France, la majorité (9/13) des cas dus au clone « ST-9316 » sont survenus chez des moins de 5 ans, dont 8 sont de jeunes nourrissons âgés d'un an et moins. Les quatre autres cas sont des adultes âgés de plus de 50 ans. Les 13 cas des Hauts-de-France dus au clone ST-9316 sont significativement plus jeunes que les autres cas d'IIM W135 cc11 déclarés en France (âge moyen 18,4 ans pour le cluster ST-9316 *versus* 42 ans pour les autres cas d'IIM W135 cc11 et âge médian 1 an *versus* 37,5 ans).

Le sex-ratio H/F est de 0,44 pour le cluster « ST-9316 » *versus* 0,9 pour les autres IIM W135 cc11.

Sur le plan clinique, les 9 enfants infectés par la souche ST-9316 ont tous présenté une méningite alors que les 4 adultes ont développé des formes septicémiques. Hormis le cas index du cluster décrit ci-dessus, les proportions de *purpura fulminans* (PF) et de choc septique chez les cas appartenant au cluster ST-9316 sont plus faibles que chez les cas d'IIM W135 cc11 (respectivement 8% *versus* 15% et 15,4% *versus* 45%). La proportion de séquelles et la létalité est aussi plus faible (respectivement 0% *versus* 13% et 7,7% *versus* 25%).

La comparaison des caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas d'IIM appartenant au cluster « ST-9316 » avec celles des autres cas d'IIM W135 cc11, retrouve une proportion de formes cliniques sévères et une létalité plus faibles chez les cas dus au nouveau clone ST-9316. Dans un contexte national d'augmentation, depuis 2014, de l'incidence des IIM dues au sérotype W135 CC11 (dont la souche hypervirulente « UK-2013 strain », responsable de l'augmentation nationale), le clone ST-9316 semble avoir pris, dans les Hauts-de-France, la place des souches W135 du complexe clonal cc11.

Conclusions

Les infections à méningocoques sont à déclaration obligatoire et toute suspicion doit être signalée sans délai à l'Agence régionale de santé (ARS). Ce signalement permet la mise en œuvre immédiate des mesures de prophylaxie (antibiotique et vaccinations) destinées à prévenir la survenue de cas secondaires parmi les contacts proches du patient.

Dans les Hauts-de-France, l'incidence des IIM a été divisée par 2,5 depuis 2005 et est devenue, ces deux dernières années, du même ordre que l'incidence nationale. Cette diminution de l'incidence régionale est plus marquée chez les moins de 15 ans, en particulier pour les IIM de sérotypes B et C.

En 2017, seule l'incidence régionale des IIM de sérotype B reste légèrement supérieure à l'incidence nationale. Pour le sérotype C, l'incidence régionale en diminution, est inférieure, ces deux dernières années à l'incidence nationale, probablement en raison de l'amélioration de la couverture vaccinale régionale antiméningococcique C qui demeure

néanmoins encore insuffisante pour permettre de protéger les classes d'âges non ciblées par les recommandations vaccinales.

Enfin, à l'instar de la situation nationale, on observe dans les Hauts-de-France une augmentation récente des IIM dues aux sérogroupes Y et W135 qui touche toutes les classes d'âge. La région semble actuellement relativement épargnée par l'augmentation nationale du clone hypervirulent W135 CC11 mais elle est, depuis 2013, le siège de l'implantation et de l'expansion d'un nouveau clone phylogénétique « ST-9613 », qui touche majoritairement les très jeunes nourrissons et les plus de 50 ans (cf encart ci-dessous).

Les tendances épidémiologiques récentes (expansion nationale des souches hypervirulentes W135 CC11, émergence régionale du nouveau clone phylogénétique ST-9613) doivent inciter au maintien de la vigilance. Les efforts de promotion de la vaccination antiméningococcique C doivent être poursuivis afin d'accroître la couverture vaccinale et atteindre une immunité de cohorte qui permettra de protéger les classes d'âges non ciblées par les recommandations vaccinales.

Références

[Principales caractéristiques épidémiologiques des IIM en France en 2016](#)

[Situation épidémiologique des infections invasives à méningocoque du séro groupe W en France. Point au 31 décembre 2017](#)

SURVEILLANCE DE L'HEPATITE AIGUE A DANS LES HAUTS-DE-FRANCE DE 2006 A 2017

L'hépatite aiguë A est à déclaration obligatoire depuis novembre 2005 et tout cas doit être signalé sans délai au point focal de l'ARS et notifié par le déclarant (biologiste ou médecin) à l'aide de la fiche de notification, dûment complétée, disponible sur le site de Santé publique France [1]. Les objectifs de déclaration et de la surveillance sont :

- la détection des cas groupés afin de mettre en œuvre rapidement les mesures de contrôle nécessaires ;
- le suivi des principales tendances épidémiologiques

Critères de signalement / notification

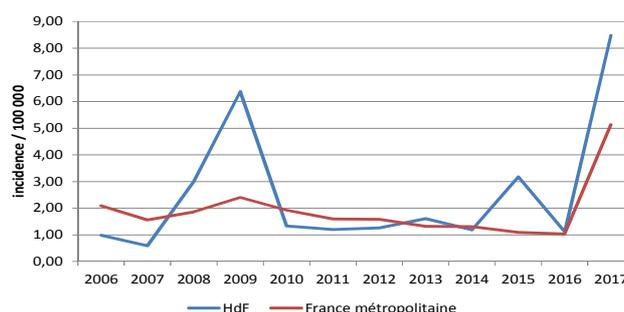
Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum

• Evolution de l'incidence régionale

De 2006 à 2017, 1810 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés dans les Hauts-de-France : 1382 dans le Nord, 217 dans le Pas-de-Calais, 109 dans l'Oise, 56 dans la Somme et 46 dans l'Aisne.

Depuis la mise à DO de l'hépatite aiguë A, trois épisodes épidémiques de grande ampleur ont été détectés dans la région : une importante épidémie communautaire dans les départements du Nord en 2008 et 2009 [1], une nouvelle recrudescence en 2015 dans le Nord et le Pas-de-Calais et, en 2017, une épidémie, d'ampleur inégalée au niveau national et régional (fig. 1).

Figure 1 : Evolution de l'incidence régionale et nationale de l'hépatite aiguë A entre 2006 et 2017.

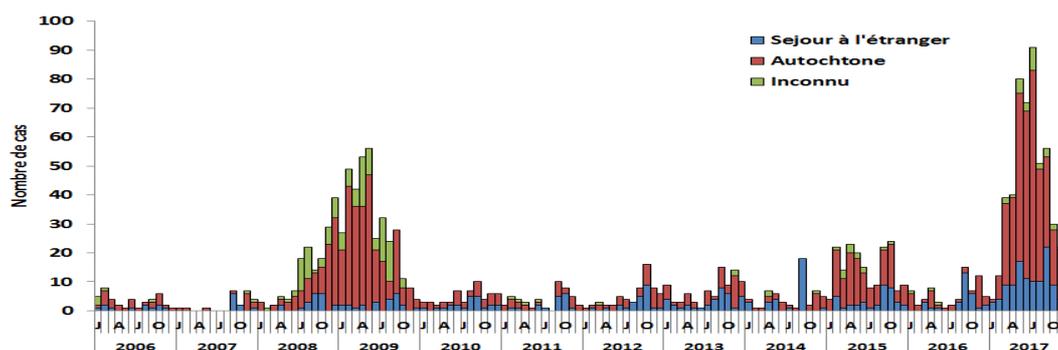


Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

• Principales caractéristiques épidémiologiques des cas

A l'instar de la situation épidémiologique nationale, la distribution mensuelle des cas, déclarés dans la région, retrouve durant les années non épidémiques (2006, 2007, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 et 2016), une recrudescence saisonnière d'août à octobre, période durant laquelle 2/3 des cas (67%) surviennent chez des personnes ayant séjourné en pays d'endémie durant la période estivale (fig. 2). Durant les années de circulation épidémique autochtone du VHA dans la région (2008, 2009, 2015 et 2017), cette proportion n'était plus que de 28%.

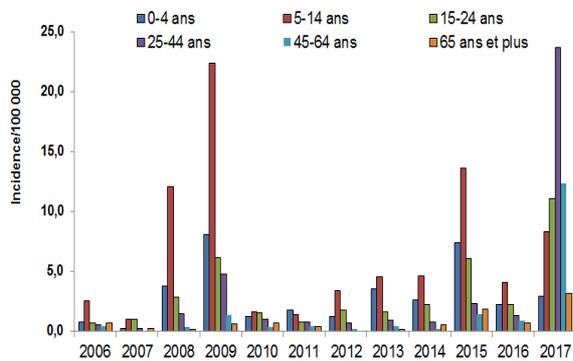
Figure 2 : Distribution mensuelle des cas d'hépatite A déclarés dans le Nord-Pas-de-Calais de 2006 à 2017



Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

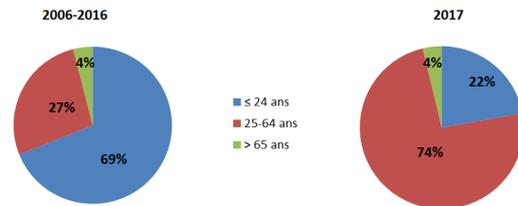
De 2006 à 2016, l'âge médian des cas déclarés était de 13 ans [0 - 90 ans] et durant les années épidémiques 2008, 2009 et 2015, l'incidence la plus élevée (en moyenne 10,5 cas/10⁵) était observée chez les moins de 15 ans qui représentaient 60% des cas déclarés. A l'inverse, en 2017, l'épidémie a majoritairement touché des adultes et l'incidence la plus élevée a été observée chez les 25-44 ans (23,7 cas/10⁵ versus 1,3 cas/10⁵ de 2006 à 2016) (fig. 3 et 4).

Figure 3 : Evolution de l'incidence annuelle par classe d'âge des cas d'hépatite aiguë A. Hauts-de-France, 2006-2017



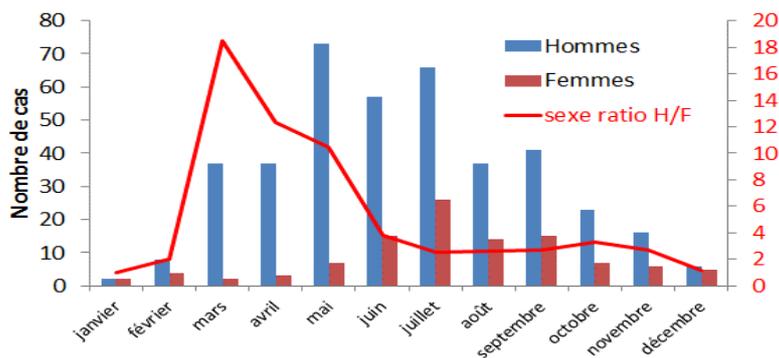
Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

Figure 4 : Répartition selon la classe d'âges des cas d'hépatite aiguë A déclarés dans les Hauts-de-France sur les périodes 2006-2016 et 2017



Le sex-ratio (homme/femme) des cas déclarés de 2006 à 2016 était de 1,2. En 2017, ¾ des cas étaient des hommes et le sex-ratio H/F était en moyenne 3 fois plus élevé, variant de 8 au cours du 1^{er} trimestre à 3 au dernier trimestre de l'année.

Figure 5 : Evolution du sex-ratio homme/femme des cas d'hépatite aiguë A déclarés en 2017



Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

Quatre-vingt douze pour cent des cas d'hépatite aiguë A déclarés sont symptomatiques et l'ictère est rapporté dans 78% des cas, isolé ou associé à d'autres signes aspécifiques (asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales ou diarrhées). Il est plus fréquemment rapporté chez les plus de 5 ans (80 % vs 43 % ; p<0,01).

Le taux d'hospitalisation, globalement de 38% sur toute la période d'étude, est significativement plus élevé chez les plus de 15 ans (46 % vs 26 % ; p<0,01).

Parmi les 1467 cas renseignés, 61 (4 %) avaient reçu 1 dose de vaccin contre l'hépatite A entre 1 et 87 jours avant le début des signes, alors qu'ils étaient probablement en phase d'incubation. Ces données restent cohérentes avec l'immonogénicité élevée du vaccin et son efficacité (95%) en post exposition.

• Expositions à risque (non mutuellement exclusives)

Sur toute la période d'étude, la présence d'autres cas d'hépatite A a été rapportée dans l'entourage de 55% des cas déclarés (tab. 1). Cette proportion était significativement plus élevée lors des années épidémiques 2008, 2009 et 2015 (75% vs 50% ; p<0,1). Dans plus de la moitié des cas, les autres cas rapportés dans l'entourage des cas déclarés concernent l'entourage familial (58 %).

Un séjour hors métropole est rapporté dans 27 % des cas déclarés sur toute la période d'étude (tab.1). Cette proportion était significativement plus basse durant les années épidémiques 2008-2009, 2015 et 2017 (19 % vs 44 % ; p<0,01). Parmi les autres expositions à risques, 27 % des cas rapportaient des contacts avec un enfant de moins de 3 ans au domicile, 20% la consommation de fruits de mer et 1 % travaillaient en crèche ou en structures d'accueil pour personnes handicapées (tab. 1).

Enfin, l'épidémie de 2017 qui a majoritairement touché des adultes de la communauté homosexuelle masculine était liée à des pratiques sexuelles à risque. Les principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des cas survenus en 2017 étaient significativement différentes de celles observées depuis le début de la surveillance.

Tableau 1 : Comparaison des principales caractéristiques cliniques et expositions à risque des cas d'hépatite aiguë A notifiés dans les Hauts de France de 2006 à 2016 et en 2017

Caractéristiques et expositions à risque	2006-2016	2017	p
	%	%	
Clinique			
Ictère	75%	82%	10^{-3}
Symptômes	92%	95%	10^{-2}
Absence d'ictère ou symptôme	8%	5%	10^{-2}
Hospitalisation	36%	45%	10^{-4}
Expositions à risque			
Cas dans l'entourage	62%	38%	10^{-6}
Entourage familial	57%	62%	ns
Séjour hors métropole	29%	23%	10^{-3}
Enfant < 3 ans à domicile	34%	9%	10^{-2}
Consommation de fruits de mer	15%	31%	10^{-6}
Travail/Fréquentation			
- établissement pour handicapés	2%	0%	ns
- crèche	1%	1%	ns

Source : système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Santé publique France

Conclusions

La mise en place, depuis 2006, de la surveillance de l'hépatite A par la DO a permis de détecter 3 épisodes épidémiques régionaux en 2008-2009, 2015 et 2017, et d'en décrire les principales caractéristiques épidémiologiques afin d'adapter les mesures de gestion. Le signalement rapide permet de mettre en œuvre rapidement les investigations et les mesures de contrôle (vaccinations, renforcement des mesures d'hygiène et de vigilance) autour des cas déclarés.

En 2008-2009, une épidémie communautaire de grande ampleur avait touché le département du Nord durant plusieurs mois, affectant majoritairement les enfants avec des taux de transmission secondaire élevé dans les familles [2]. En 2015, un nouvel épisode épidémique de moindre ampleur, qui avait affecté des communautés vivant en situation sanitaire précaire, avait donné lieu à des campagnes de vaccination ciblées. Enfin en 2017, une épidémie d'ampleur internationale a progressivement touché toutes les régions de France métropolitaine [3, 4]. Cette épidémie, qui a majoritairement affecté la communauté homosexuelle masculine, a donné lieu à des campagnes d'information et de prévention ciblées et une campagne nationale de vaccinations, compliquée par le contexte international de pénurie de vaccins anti-VHA. Hors périodes épidémiques, les caractéristiques épidémiologiques de l'hépatite aiguë A dans les Hauts-de-France sont similaires à celles observées au niveau national [5] en termes d'incidence, de classes d'âge touchées et d'expositions à risque.

En conclusion, la survenue de plusieurs épisodes épidémiques dans la région illustre le risque lié à la baisse générale de l'immunité liée à la diminution, ces quarantes dernières années, de la circulation du VHA dans les pays industrialisés. Dans ce contexte, le signalement précoce des cas permet la mise en œuvre rapide des mesures de contrôle et prévention autour des cas signalés et il convient de rappeler l'importance de la vaccination préventive aux personnes à risque ciblées par les recommandations vaccinales (tableau ci-dessous).

Références

- [1] [Fiche de déclaration d'un cas d'hépatite aiguë A](#)
- [2] [Épidémie communautaire d'hépatite A dans le département du Nord, France, 2008-2009](#)
- [3] [Epidémie d'hépatite A en France et en Europe - Point de situation au 13 novembre 2017](#)
- [4] [Surveillance sanitaire de l'hépatite aiguë A dans les Hauts-de-France. Point épidémiologique du 31 décembre 2017.](#)
- [5] [Données de surveillance](#)
- [6] [Recommandations vaccinales](#)

Recommandations de vaccination contre l'hépatite A [6]

Vaccination préventive ciblée	Vaccination autour d'un ou plusieurs cas
<ul style="list-style-type: none"> • impliqués dans des professionnels : <ul style="list-style-type: none"> - la préparation des aliments et de la restauration collective, - personnels des crèches, structures de garde pour personnes handicapées et personnels s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté, - personnels s'occupant du traitement des eaux usées, - militaires. • des personnes exposées de manière spécifique : <ul style="list-style-type: none"> - adultes non immunisés et enfants > 1 an qui vont séjourner dans les pays où l'hygiène est précaire, - jeunes des internats et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, - patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B ou • porteurs d'une maladie chronique du foie (hépatite C, consommation excessive d'alcool) ou atteints de pathologies hépato-biliaires chroniques (mucoviscidose, ..) susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique, • <u>homosexuels masculins.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • dans l'entourage familial et toute personne vivant sous le même toit qu'un cas : <ul style="list-style-type: none"> - non vaccinée contre l'hépatite A, - née après 1945, - sans antécédent connu d'ictère, - n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité. • dans les communautés de vie en situation d'hygiène précaire (gens du voyage,...) • dans les établissements pour personnes handicapées • dans les structures accueillant des enfants en garde collective et n'ayant pas atteint l'âge de la propreté