

Bulletin de veille sanitaire - N° 25 / Mai 2017

Yassoungou Silue¹, Nicolas Vincent¹, Clément Bassi¹, Asma Saidouni-Oulebsir¹, Agnès Lepoutre¹

¹ Cellule d'intervention de Santé Publique France en région Ile-de-France

Page 2
Dispositif de surveillance

Page 4
Rougeole

Page 5
Infection Invasive à Méningocoque

Page 7
Légionellose

Page 9
Hépatite A

Page 10
Toxi-infections alimentaires collectives

Page 12
Listériose

Page 13
Saturnisme infantile

Page 13
Autres MDO's

Page 15
Glossaire - Remerciements

| Editorial |

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Ile-de-France Données 2014 - 2015

Ce numéro du Bulletin de Veille Sanitaire (BVS) est consacré aux maladies déclarées en 2014 et 2015 en région Ile-de-France.

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 est basée sur la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire. Elle met en jeu 2 procédures dans la transmission des données : le signalement et la notification.

En 2016, **34 maladies sont à déclaration obligatoire** (Tableau 1 – page suivante). Parmi elles, 2 sont non-infectieuses (mésotéliomes et saturnisme chez les enfants mineurs). Un décret daté du 2 juin 2016 ajoute le virus Zika et la schistosomiase ou bilharziose urogénitale autochtone à la liste des MDO. Ces deux pathologies n'entreront donc pas dans l'analyse des données MDO 2014-2015.

Cinq MDO, détaillées dans ce BVS, 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, le virus de l'hépatite A et les toxi-infections alimentaires collectives. Dans ce BVS, sont également détaillés le saturnisme infantile et la listériose, qui sont parmi les MDO les plus fréquentes en Ile-de-France. D'autres pathologies à déclaration obligatoire comme l'infection par VIH, la tuberculose et les arboviroses font ou feront l'objet de bulletins spécifiques diffusés au cours de l'année 2017.

Ce document reste aussi l'occasion de rappeler l'importance de la vaccination pour limiter la transmission des maladies à prévention vaccinale.

En vous souhaitant bonne lecture !

L'équipe de la Cire Ile-de-France

1. ACTEURS DE LA DECLARATION OBLIGATOIRE

➤ 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.

➤ L'agence régionale de santé (ARS)

L'agence régionale de santé (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.

➤ 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 (cellule d'intervention en région), localisée au sein des 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.

2. LES PROCEDURES DE DECLARATION

➤ 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

Tableau 1

Liste des 34 maladies à déclaration obligatoire en 2016
(Source : Santé publique France)

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphthérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Mésothéliomes
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme chez les enfants mineurs
Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone (juin 2016)
Sida
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Tétanos
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique
Zika (juin 2016)

transmises au choix par téléphone, télécopie ou par mail à la Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire de l'ARS (Figure 1 – page suivante).

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 Délégations

➤ 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

Départementales de l'ARS la mise en place de mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et le cas échéant, déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire.

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

Figure 1

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



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 la définition 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 2014, 313 fiches de déclaration obligatoire de rougeole ont été notifiées en France, dont **38 (12%) chez des personnes domiciliées en Île-de-France**. Le taux de déclaration était **0,32 cas pour 10^5 habitants en Île-de-France** versus 0,47 cas pour 10^5 habitants en France entière. Le taux de déclaration est le plus élevé chez les enfants de moins de 1 an avec 1,8 pour 10^5 habitants (**Figure 2**).

Le nombre de cas a augmenté en France en 2015 avec 405 cas de rougeole au niveau national mais est resté stable en région **Île-de-France avec 36 cas déclarés**.

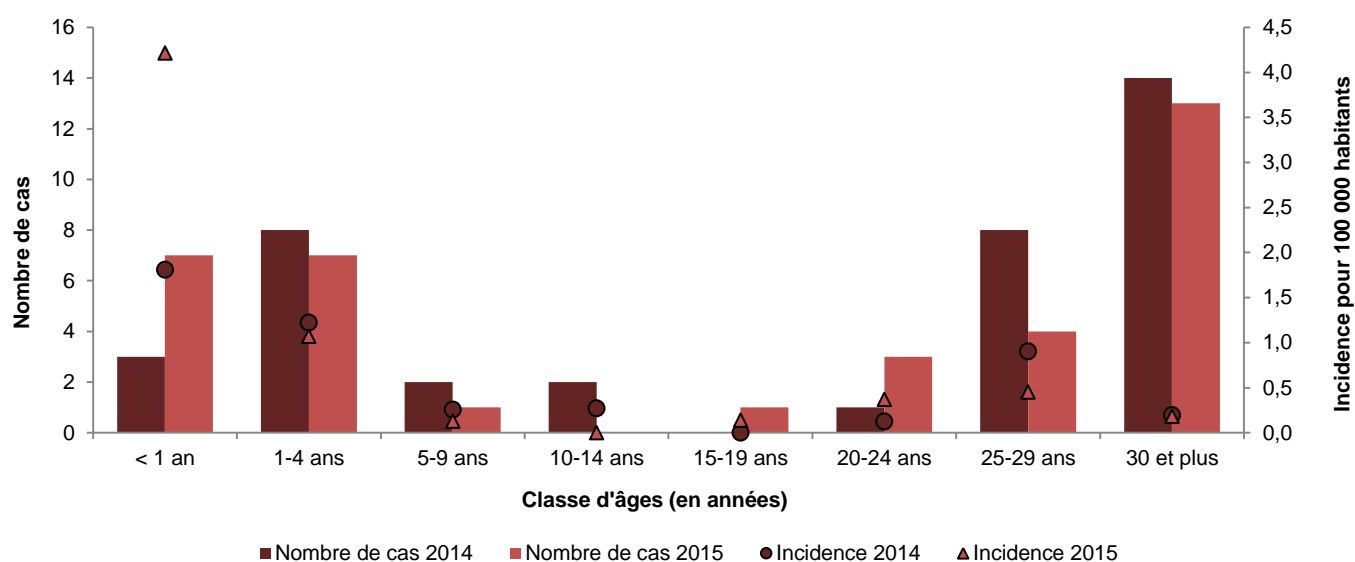
Par conséquent, l'incidence nationale a augmenté à 0,61 cas pour 10^5 habitants en 2015 et **l'incidence régionale est restée stable au niveau francilien avec 0,30 cas pour 10^5 habitants**.

Parmi les 74 cas de rougeole notifiés en Île-de-France en 2014-2015, **66 cas ont été certifiés (89%)** dont 49 cas confirmés, 15 cas cliniques, 8 faux cas et un cas vacciné.

Durant ces deux années, 29 cas de rougeole, soit **39% des cas déclarés étaient hospitalisés**. Parmi ces cas, 10 personnes avaient développé une pneumopathie.

Figure 2

Nombre de cas et incidence des rougeoles par classe d'âge, Ile-de-France, 2014-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



| Infection Invasive à Méningocoque (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 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.

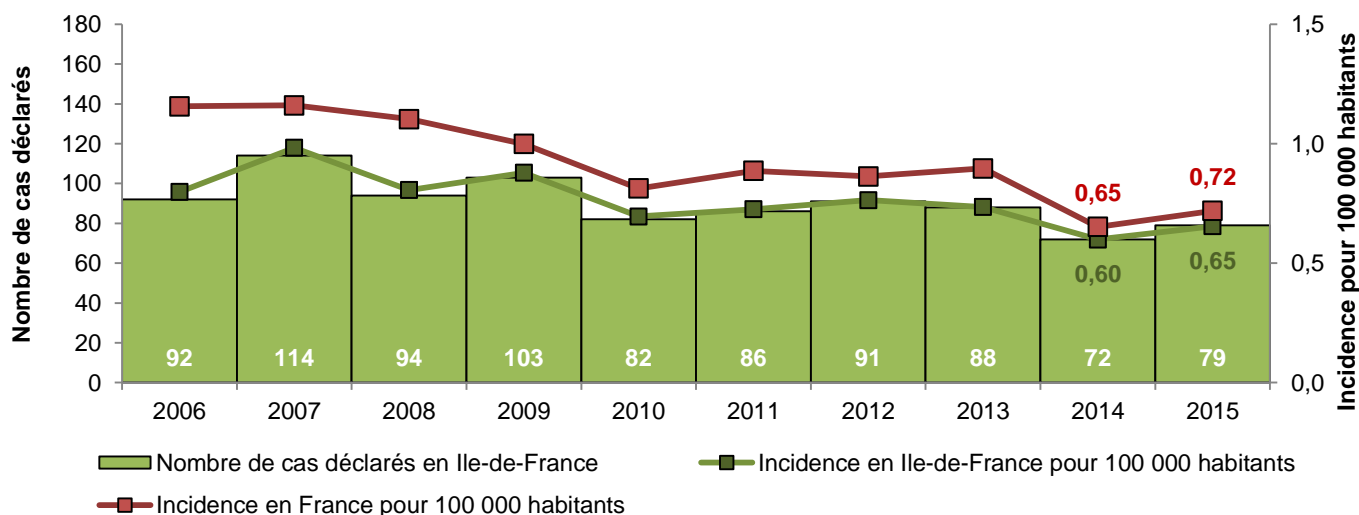
1. EVOLUTION

En 2014, 426 cas ont été déclarés en France avec une légère baisse comparativement à l'année 2013 (595 cas d'IIM). Soixante-douze (72) sont survenus en Île-de-France. **Le taux d'incidence correspondant pour la région était de 0,60 cas pour 10⁵ habitants**, proche du taux national égal à 0,65 cas pour 10⁵ habitants.

En France en 2015, l'incidence est en légère hausse avec 470 cas soit 0,72 cas pour 10⁵ habitants (figure 1). Le nombre d'infections invasives à méningocoque a également augmenté de 10% en Ile-de-France, avec **79 cas correspondant un taux d'incidence de 0,65 cas pour 10⁵ habitants (Figure 3).**

Figure 3

Nombre de cas et incidence annuels des infections invasives à méningocoque en Ile-de-France et France entière, 2006-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



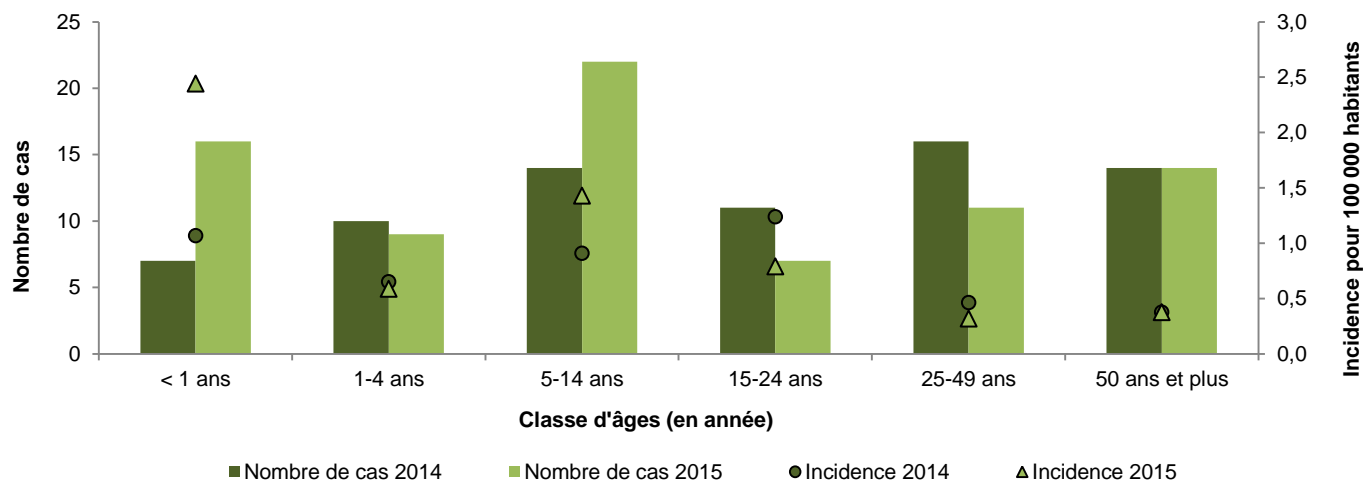
2. CARACTERISTIQUES DES CAS

En 2014, La moyenne d'âge des cas était de 31 ans (min = 1 an ; max = 94 ans). Le taux de notification était de 1,07 pour 10⁵ habitants chez les nourrissons de moins d'un an et 1,24 cas pour 10⁵ habitants chez les 15 à 24 ans (Figure 4 - page suivante).

En 2015, La moyenne d'âge était de 26 ans (min = 1 an ; max = 88 ans). Le taux d'incidence était élevé chez les nourrissons avec 2,44 cas pour 10⁵ habitants. Ce taux était suivi de celui des enfants de 5 à 14 ans (1,43 cas pour 10⁵ habitants).

Figure 4

Nombre de cas et incidence des IIM par classe d'âge, Ile-de-France, 2014-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



3. SEROGROUPES

L'évolution du nombre de cas de l'infection invasive à méningocoque montre une **augmentation très majoritaire du sérotype B en Ile-de-France depuis plus de 10 ans**.

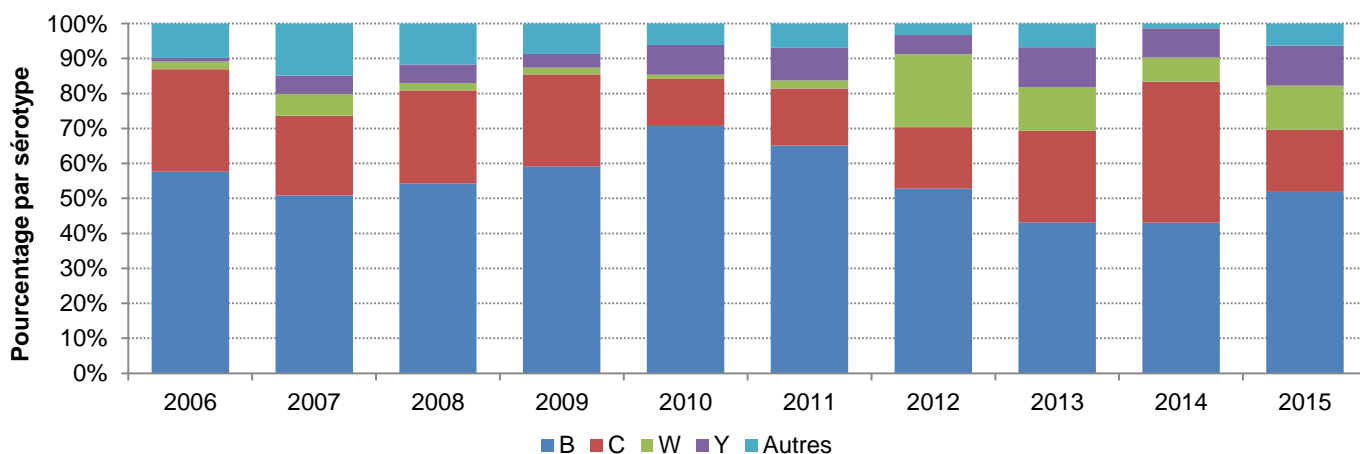
En France, depuis 2013, le sérotype C avait augmenté et a atteint un pic en 2014, parallèlement le sérotype B était en baisse pour atteindre son minimum en 2014 depuis 10 ans. En 2015, le sérotype C a chuté (14% en 2015 contre 31% en 2014) alors que le B avait augmenté (41% des cas en 2015 comparés à 29% en 2014) (Figure 5).

En Ile-de-France en 2014, le sérotype a été déterminé pour 71 cas (99%) : **44% étaient du sérotype B**, 41% du sérotype C, 8% pour le sérotype Y et 7% pour le sérotype W. Une augmentation du nombre de cas des IIM C a été observée dans la région. Parmi les 29 cas de IIM C déclarés, 52% étaient des personnes porteuses de ce sérotype étaient âgées de plus de 25 ans et 66% étaient de sexe masculin.

En 2015, le sérotype a été déterminé pour 77 cas (97%). **Le sérotype B est largement majoritaire avec 52% des cas** contre 18% pour le sérotype C, 13% le sérotype W et 11% le sérotype Y.

Figure 5

Evolution des principaux sérotype des IIM, France, 2006-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



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 2^{ème} titre minimum de 128 ;
- présence d'antigène soluble urinaire.

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

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

1. EVOLUTION

Depuis 2006, le nombre de cas de légionellose signalés en France reste globalement constant, hormis sur l'année 2010 où une légère hausse a été observée (Figure 6).

En 2014, 1 348 cas de légionellose ont été déclarés en France (taux d'incidence de 2,04 cas pour 10⁵ habitants). Parmi eux, **181 (13%) cas sont survenus chez des personnes domiciliées en Île-de-France** (taux régional standardisé sur l'âge et le sexe de **1,86 cas pour 10⁵ habitants**).

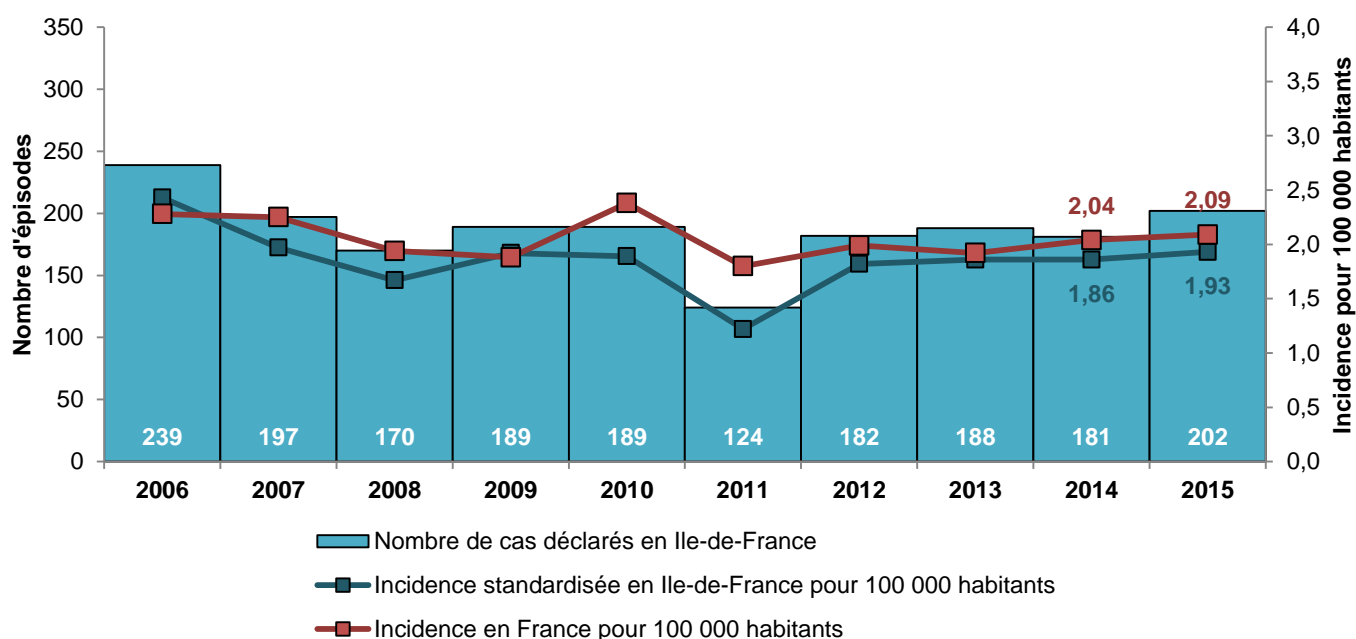
En 2015, 1 389 cas de légionellose ont été déclarés en France, dont **202 (15%) chez des personnes**

domiciliées en Île-de-France. Le nombre de cas observé dans la région était donc légèrement supérieur en 2015 par rapport à 2014, comme cela était constaté au niveau national. **Le taux d'incidence standardisé régional était de 1,93 cas en Ile-de-France pour 10⁵ habitants** versus un taux d'incidence national de 2,09 pour 10⁵ habitants.

Comme chaque année, la majorité des cas de légionellose survenaient entre le mois d'août et le mois d'octobre (35% en 2014 ; 42% en 2015).

Figure 6

Nombre de cas et incidence standardisée annuels des légionelloses en Ile-de-France et France entière, 2006-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



2. CARACTERISTIQUES DES CAS

En 2014 comme en 2015, le taux d'incidence régional augmentait avec l'âge (Figure 7).

En 2014 sur la région, l'âge moyen des cas était de 62 ans (min = 17 ans, max = 94 ans, médiane = 62 ans). En 2015, l'âge moyen des cas était de 64 ans (min = 18 ans, max = 101 ans, médiane = 63 ans). Sur les 2 années, **la majorité des cas est de sexe masculin**, avec un sexe ratio H/F égal à 1,6 en 2014 et 2,3 en 2015.

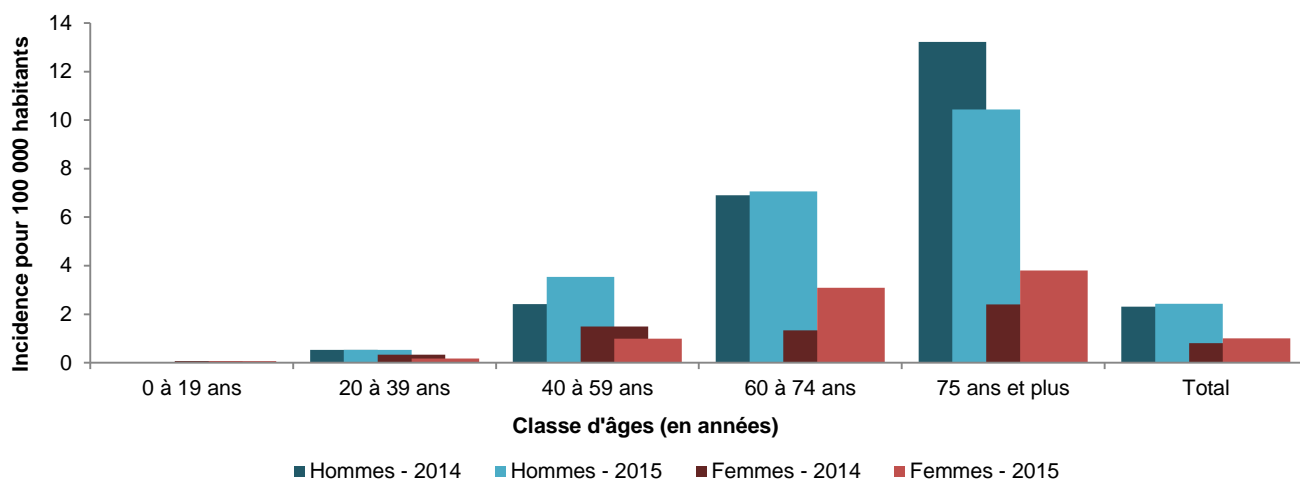
En termes de comorbidités, en 2014, 41% des cas étaient fumeurs, 14% de diabétiques, 17% avaient une

hémopathie ou un cancer, 10% prenaient un traitement de corticothérapie et 6% prenaient un autre traitement immunosuppresseur. Le taux de létalité en région, soit 10%, était comparable au niveau national (9%).

En 2015, parmi les cas, la consommation de tabac avait été déclarée pour 36% d'entre eux, un diabète pour 20,4%, une hémopathie ou un cancer pour 19,8%, la prise d'une corticothérapie pour 15% et la prise d'un autre immunosuppresseur pour 12%. **La létalité était de 17%** (n = 34) contre 9% au niveau national.

Figure 7

Nombre de cas et incidence des cas de légionellose par classe d'âge, Ile-de-France, 2014-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



3. SEROGRUPE

En 2014, *Legionella pneumophila* de sérogrupe 1 a été retrouvée pour 94% des cas (n = 171), majoritaire à partir d'un test de détection des antigènes solubles urinaires (99%). Une souche clinique a été isolée pour 27% des cas (n = 48).

En 2015, pour 95% des cas (n = 192), *Legionella pneumophila* de sérogrupe 1 a été isolée, le diagnostic étant établi à partir d'un test de détection des antigènes solubles urinaires dans 94% des cas. Une souche clinique a été isolée pour 25% des cas (n = 51).

4. EXPOSITION A RISQUE

En 2014, 48% des cas avaient au moins une exposition à risque durant les 14 jours précédant la survenue des signes (jusqu'à 4 expositions pour un même cas). Il s'agit en majorité d'un séjour à l'hôtel (17% du nombre total de cas), de la fréquentation d'un hôpital (13%), d'un séjour en résidence temporaire (6%) ou encore d'un voyage (5%).

Au total sur l'année 2014, 8 suspicions de cas groupés impliquant 19 cas ont été observées. Aucune source commune n'a été identifiée.

En 2015, 45% des cas avaient au moins une exposition à risque. Les plus fréquentes étaient le passage à l'hôpital (13% du nombre total de cas), le séjour en résidence temporaire (11%), le séjour en hôtel (7%) ou encore le retour de voyage (6%).

Parmi les 16 suspicions de cas groupés survenues en 2015 en milieu communautaire, aucune n'a été confirmée biologiquement. En revanche, 2 épisodes de cas groupés survenus en milieu nosocomial, impliquant au total 5 personnes, ont été confirmés par comparaison de souches cliniques et environnementales.

| Hépatite A |

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

En 2015, 745 cas d'hépatite virale A ont été déclarés en France (99 en Ile-de-France) contre 933 en 2014 (191 en Ile-de-France). En 2015, le nombre de cas a diminué au niveau national comme francilien avec 13% des cas déclarés contre 20% en 2014. Pour les cas franciliens, le taux de déclaration est passé de 1,6 cas pour 10⁵ habitants en 2014 à 0,8 cas 10⁵ habitants en 2015.

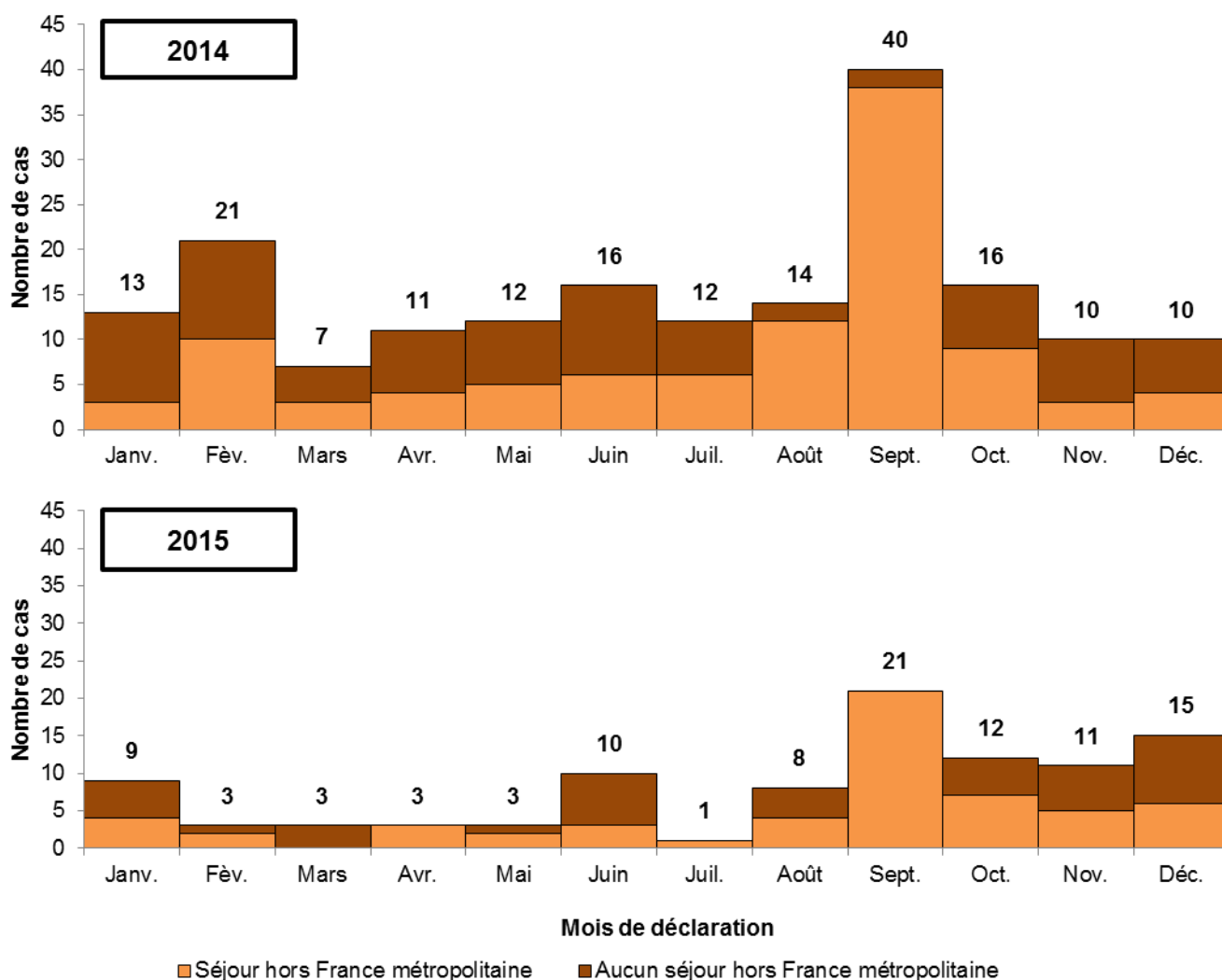
Sur la période 2014-2015, l'âge médian était de 18 ans (min = 1 an ; max = 87 ans), la moyenne était 23 ans.

La maladie était symptomatique pour 276 cas sur les 290 déclarés (95%) dont 83% ont présenté un ictère et 61% personnes ont été hospitalisées.

Trente-neuf (39) personnes soit 21% des cas avaient manifesté des symptômes le mois de septembre correspondant au retour des grandes vacances scolaires. Le nombre de déclaration avec un séjour à l'étranger était également élevé en septembre. La déclaration de l'hépatite virale A reste stable sur le reste de l'année (Figure 8).

Figure 8

Distribution des cas d'hépatite A selon le mois de survenue des premiers symptômes, Île-de-France, 2014-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



| Toxi-infections alimentaires collectives (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.

1. EVOLUTION

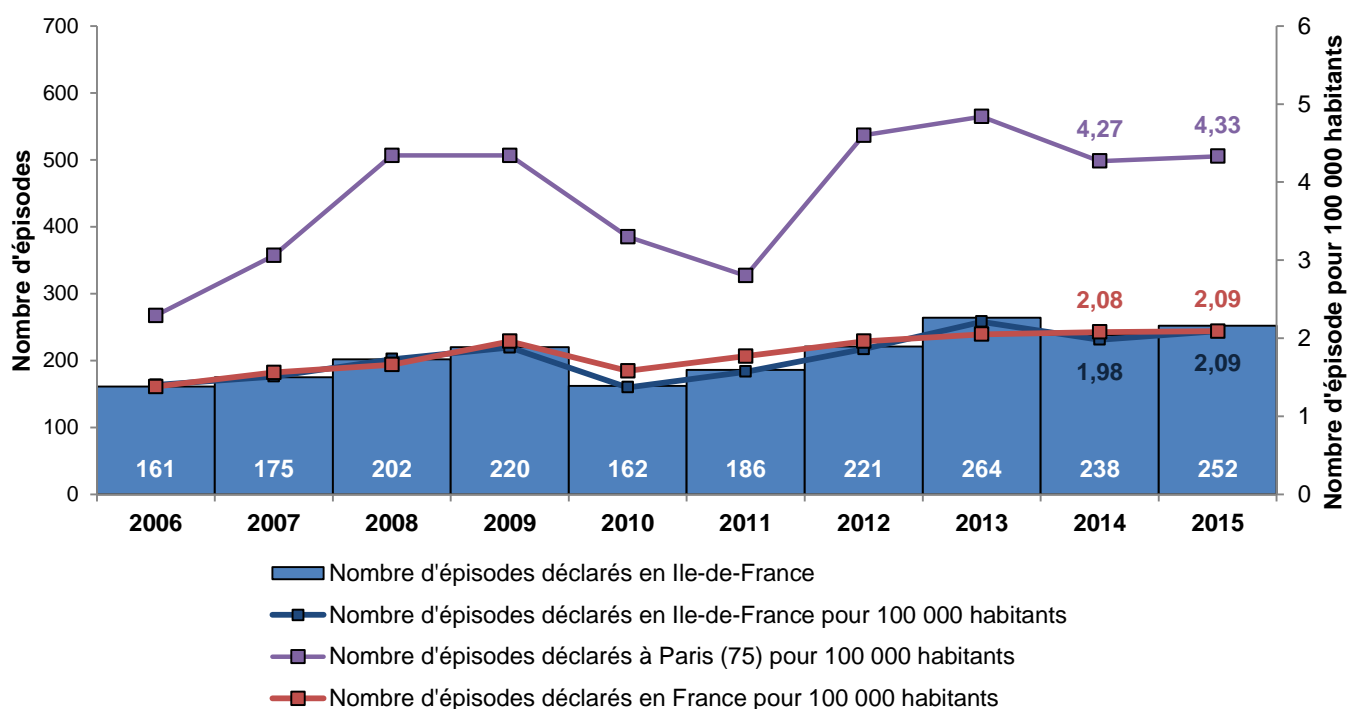
En 2014, 1 373 épisodes de Tiac ont été rapportés sur l'ensemble du territoire français, dont **238 (17%) survenus dans la région. Avec un taux de 1,98 épisode de TIAC déclarés pour 10⁵ habitants**, l'Ile-de-France se situe légèrement en dessous du niveau national estimé à 2,08 épisodes pour 10⁵ habitants (Figure 9). Paris (75) enregistre parmi les taux les plus élevés de déclaration des départements français. En

2014 à Paris, on a recensé 4,33 épisodes pour 10⁵ habitants (95 épisodes).

En 2015, 252 des 1 385 (soit 18%) des épisodes ont été déclarés dans la région correspondant à un **taux de 2,09 épisodes pour 10⁵ habitants**, égal du niveau national (2,09 épisodes pour 10⁵ habitants). C'est toujours à Paris que le nombre d'épisodes est le plus important avec 4,33 épisodes déclarés pour 10⁵ habitants (96 épisodes).

Figure 9

Nombre d'épisodes et nombre d'épisodes pour 100 000 habitants annuels des TIAC à Paris, en Ile-de-France et France entière, 2006-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



2. DESCRIPTION DES EPISODES

En 2014, sur 227 épisodes renseignés (97%), le **taux d'attaque moyen est de 61%** (min = 0,3% ; max = 100% ; médiane = 69%). Sur ces épisodes, 1 636 personnes ont été malades, soit en moyenne 7,2 cas par épisode (min = 2 ; max = 68), 40 personnes ont été hospitalisées et il n'est reporté aucun décès.

En 2015, sur 226 épisodes renseignés (90%), le **taux d'attaque moyen est de 61%**, identique à celui de l'année 2014 (min = 0,3% ; max = 100% ; médiane = 67%). Sur ces épisodes, 2 133 personnes ont été malades, soit en moyenne 9,4 cas par épisode (min = 2 ; max = 118), 72 personnes ont été hospitalisées (dont 20 lors d'un même épisode) et il y a eu 1 décès.

3. LIEUX DE SURVENUE

En 2014, la majorité des épisodes est survenue en restauration publique (46%), suivi de repas pris dans un contexte social (36%) - cantine scolaire, entreprise, établissement médico-social... - et enfin des repas pris dans le contexte familial (12%). Dix-sept épisodes (7%) sont survenus dans d'autres collectivités (ex : banquet...).

En 2015, les expositions sont assez similaires : repas pris dans un contexte social (43%), au restaurant (38%), en famille (12%). Quinze épisodes (6%) sont survenus dans d'autres collectivités et le lieu de survenu est non renseigné pour 2 épisodes.

4. RECHERCHES MICROBIOLOGIQUES ET ALIMENTS INCRIMINES (Tableau 2)

En 2014, 198 contaminations alimentaires (85%) ont fait l'objet d'une confirmation ou suspicion biologique. Parmi eux, 98 (50%) ont permis de mettre en évidence un agent unique, les autres ayant au moins 2 agents pathogènes différents. On retrouve en majorité du *Bacillus Cereus* (54%), du *Staphylococcus aureus* (41%), ces deux agents étant souvent associés. Un ou plusieurs aliments ont été incriminés pour 77 des épisodes (31%). On retrouve majoritairement des types d'aliments divers sous forme de plats cuisinés (67%) mais également de la viande (19%) et de la volaille (18%).

En 2015, un agent infectieux a été retrouvé ou suspecté pour 87% des épisodes (n = 218). Majoritairement, il s'agit de *Bacillus Cereus* (58%) et/ou de *Staphylococcus aureus* (39%). Ont également été identifiés *Clostridium Perfringens* (28%) et Histamine (11%). Pour 150 événements (59%), le ou les aliments incriminés ont été identifiés ou suspectés en majorité pour les aliments divers (62%), viande (26%), volaille (15%) et poissons (13%).

Tableau 2

Agents pathogènes et aliments identifiés ou suspectés dans les foyers de TIAC, Ile-de-France, 2014-2015.
(Source : Santé Publique France, exploitation Cire Ile-de-France)

Agent pathogène	2014	2015
<i>Bacillus Cereus</i>	108 (55%)	127 (58%)
<i>Campylobacter</i>	0 (0%)	2 (1%)
<i>Clostridium Perfringens</i>	58 (29%)	60 (28%)
Histamine	3 (2%)	24 (11%)
Salmonellose	14 (7%)	13 (6%)
<i>Shigella</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>Staphylococcus Aureus</i>	81 (41%)	86 (39%)
Virus	7 (4%)	12 (6%)
Autres pathogènes	23 (12%)	19 (9%)
Episodes avec agent(s) biologique(s) identifié(s) ou suspecté(s)*	198	218

* Pour certains épisodes, plusieurs agents ont été identifiés

Aliment	2014	2015
Boisson	1 (1%)	0 (0%)
Charcuterie	1 (1%)	5 (3%)
Coquillage - Fruit de mer	5 (7%)	12 (8%)
Fromage - Produit laitier	2 (3%)	7 (5%)
Œuf - Produit à base d'œufs	2 (3%)	5 (3%)
Poisson	5 (7%)	20 (13%)
Viande	15 (20%)	38 (25%)
Volaille	14 (18%)	23 (15%)
Autre aliment*	51 (66%)	93 (62%)
Episodes avec aliment(s) identifié(s) ou suspecté(s)	77	150

* Plats cuisinés ou mijotés, crudités...

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

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.

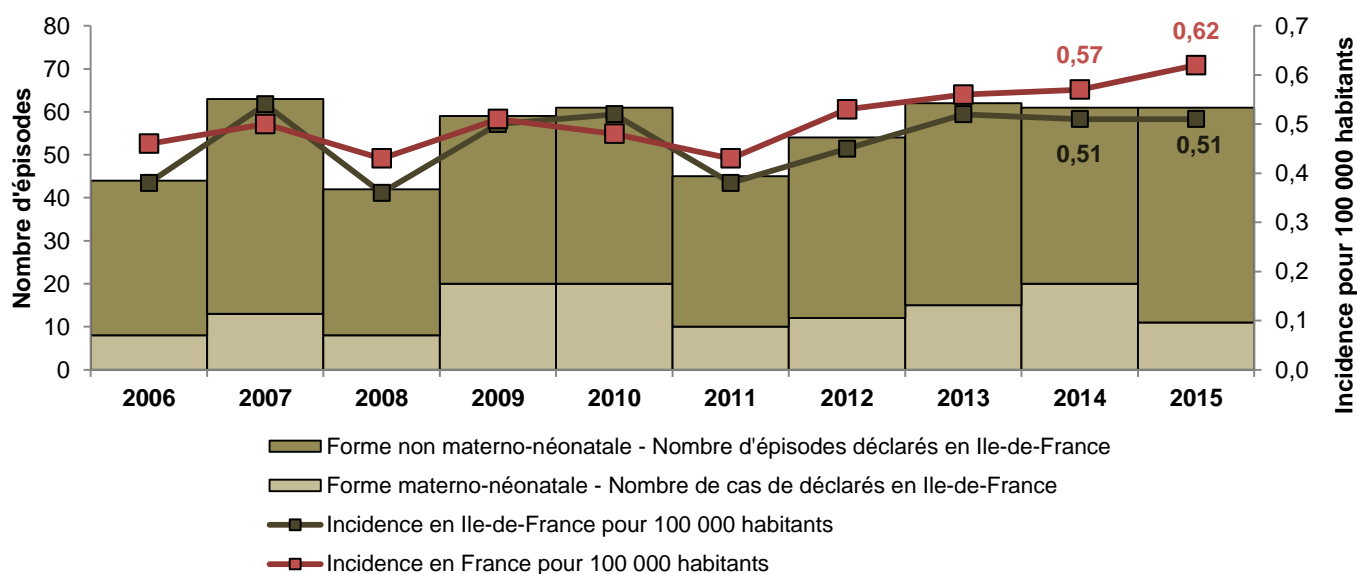
Cas non materno-néonatal : cas n'appartenant pas à un des groupes ci-dessus.

En 2014, 61 cas de listérioses ont été déclarés en Ile-de-France, représentant 16% des cas signalés sur le territoire (n = 374). Avec un **taux d'incidence de 0,51 cas pour 10⁵ habitants**, la région se situe légèrement en dessous du niveau national avec taux estimé à 0,57 cas pour 10⁵ habitants (Figure 10).

En 2015, on a également eu 61 cas de listériose déclarés, représentant 15% des cas recensés en France (n = 414) et correspondant également à un **taux d'incidence de 0,51 cas pour 10⁵ habitants**, en dessous du niveau national avec taux estimé à 0,62 cas pour 10⁵ habitants.

Figure 10

Nombre de cas et incidence annuels des listérioses en Ile-de-France et France entière, 2006-2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France)



Forme materno-néonatale

En 2014-2015, 31 cas materno-néonataux ont été signalés (25%). L'âge moyen de la mère à la naissance était de 31 ans (min = 21 ans ; max = 45 ans).

Presque un quart des cas (23%) est mort *in utero*, 61% sont nés vivants et 16% sont des formes maternelles isolées.

Forme non materno-néonatale

En 2014-2015, 53% des cas non materno-néonataux étaient des hommes (ratio H/F = 1,1). L'âge moyen était de 67 ans (min = 7 mois ; max = 95 ans). Dix-sept cas (19%) sont décédés, parmi les cas les plus âgés. Concernant les formes cliniques, on dénombre 47 bactériémies-septicémies (52%) et 30 formes neuroméningées (33%), avec majoritairement des méningoencéphalites (57%).

En termes de comorbidités, 82% des cas avaient une pathologie sous-jacente et 34% était sous traitement immunodépresseur.

Cas de saturnisme chez l'enfant : personne de moins de 18 ans dont la plombémie atteint ou dépasse le seuil de 100 µg/L (définition valide jusqu'au 16/06/15) ou 50 µg/L dans le sang (définition valide à partir du 17/06/15) dans le cadre d'un primo-dépistage, d'un suivi, ou d'une enquête de prévalence.

Le nombre de primo-dépistage réalisés (hors bilan d'adoption et enquête de prévalence) dans la région a baissé de 40% entre 2010 (n = 3 411) et 2015 (n = 2 018) (**Figure 11**).

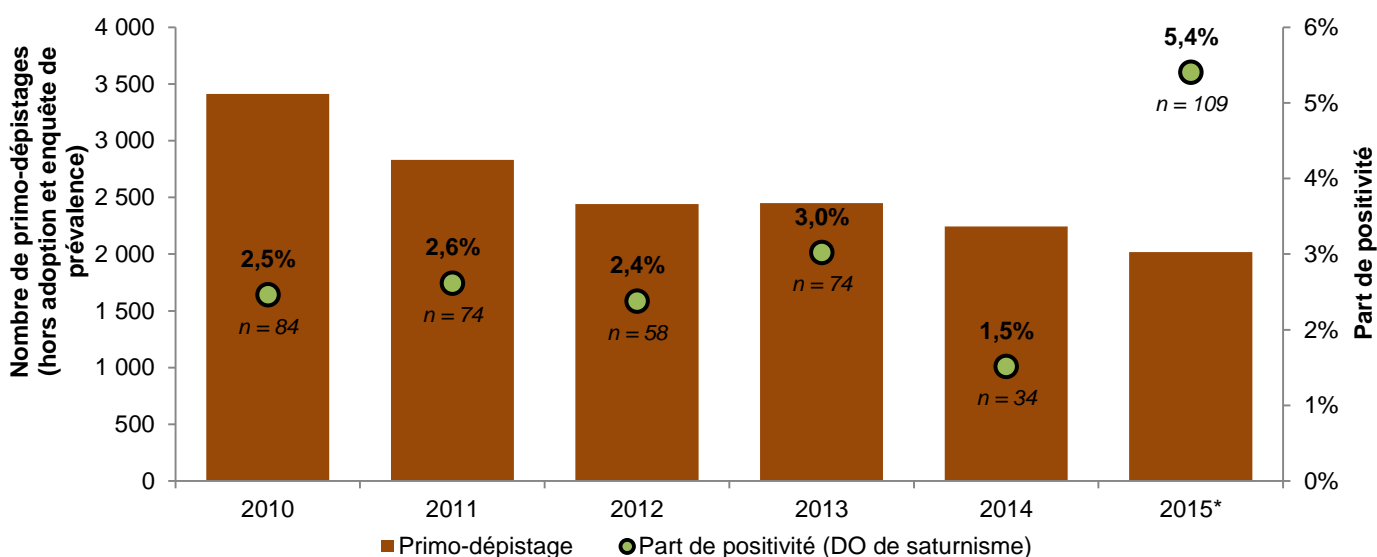
Les 3 départements dont l'activité était la plus forte en 2010 (75, 92 et 93) sont les plus concernés par cette baisse d'activité mais c'est à Paris que la baisse a été la plus marquée entre 2010 (-58%). Cette diminution concerne tous les déclarants de Paris : PMI (-56%), médecins généraliste (-51%) et hôpitaux (-55%). Une

enquête est à mener auprès des acteurs institutionnels ou associatifs pour cerner les causes de cette diminution d'activité. Malgré cette baisse, la Seine-Saint-Denis et Paris représentaient en 2015 plus des 2/3 de l'activité de primo-dépistage de la région.

Concernant les plombémies mesurées au cours des primo-dépistages, le taux de plombémie supérieure au seuil de DO est passé de 2,5% en 2010 à 5,4% en 2015, l'augmentation du rendement étant lié à l'abaissement du seuil suite à la prise en compte de l'avis du HCSP¹.

Figure 11

Evolution des primo-dépistage (hors bilan d'adoption et enquête de prévalence) et des plombémies supérieures au seuil de déclaration obligatoire en Ile-de-France entre 2010 et 2015 (Source : Santé publique France, exploitation Cire Ile-de-France).



* Abaissement du seuil de positivité

¹ Suivant les recommandations du Haut Conseil de la santé publique, les autorités sanitaires ont décidé par arrêté en date du 8 juin 2015 d'abaisser de 100 à 50 microgrammes par litre la concentration en plomb dans le sang (plombémie) définissant le saturnisme chez l'enfant. Les effets du plomb étant particulièrement graves chez les enfants (effets neurologiques, retard de développement, perte de points de quotient intellectuel), les cas de saturnisme infantiles doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire et déclenchent une procédure d'urgence visant à supprimer l'exposition au plomb de l'enfant concerné. Le nouveau seuil de 50 µg/L est applicable depuis le 17 juin 2015.

| Autres MDO's |

Le nombre de MDO par département de la région en 2014-2015, exceptés les mésothéliomes, les infections par le VIH quel qu'en soit le stade, le SIDA et la tuberculose, est détaillé dans le **Tableau 3** (page 14). Les résultats issus de la surveillance des Infections par le VIH et du SIDA ont fait l'objet d'un **BVS** publié fin 2015.

La **légionellose**, la **tuberculose** (lien [BVS 2014](#)), le **saturnisme** infantile et les **arboviroses** (Chikungunya, Dengue, Zika), feront chacun l'objet de BVS spécifiques diffusés courant de l'année 2017, présentant pour ces surveillances des résultats plus détaillés.

Tableau 3
Répartition du nombre de DO* par département, Ile-de-France, 2014-2015 (Source : Santé Publique France)
** Hors mésothéliomes, Infection par le VIH quel qu'en soit le stade, SIDA, Tuberculose*

Maladie à déclaration obligatoire*	Année	75	77	78	91	92	93	94	95	Rég.
Botulisme	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Brucellose ¹	2014	3	3	0	0	1	0	0	3	10
	2015	1	1	0	1	2	1	0	2	8
Charbon	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya	2014	22	2	5	4	9	5	5	0	52
	2015	30	4	2	1	3	5	7	2	54
Choléra	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dengue	2014	26	12	9	16	10	13	18	11	115
	2015	7	0	1	0	1	0	1	1	11
Diphthérie	2014	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	2015	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Fièvre jaune	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ¹	2014	7	4	7	6	5	8	7	12	56
	2015	9	2	0	0	1	13	1	5	31
Fièvres hémorragiques africaines	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hépatite aiguë A	2014	33	9	41	8	26	27	22	25	191
	2015	22	5	9	10	7	22	6	18	99
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	2014	4	0	2	1	2	2	5	1	17
	2015	2	2	1	0	2	8	4	3	22
Infection invasive à méningocoque	2014	30	4	5	2	10	8	10	3	72
	2015	22	10	9	5	10	10	7	6	79
Légionellose	2014	37	18	15	18	20	34	26	13	181
	2015	48	27	17	18	22	28	25	17	202
Listériose ¹	2014	23	3	8	2	10	6	7	2	61
	2015	14	4	4	7	8	10	7	7	61
Orthopoxviroses dont la variole	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme autochtone	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer	2014	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peste	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poliomyélite	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	2014	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	2014	11	3	4	1	6	4	3	6	38
	2015	8	2	3	4	9	2	7	1	36
Saturnisme chez les enfants mineurs ²	2014	12	1	1	1	2	8	6	3	34
	2015	24	3	3	2	11	53	10	3	109
Suspicion maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines	2014	3	0	3	0	1	0	2	1	10
	2015	2	2	4	0	4	1	2	1	16
Tétanos ¹	2014	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire collective ¹	2014	95	10	19	11	31	22	23	23	234
	2015	96	20	20	12	21	31	32	20	252
Tularémie	2014	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	2015	0	0	2	1	0	0	0	0	3
Typhus exanthématique	2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1 - Comptabilisation selon le département de notification

2 - 17/06/15 : abaissement du seuil de 100 à 50 microgrammes par litre la concentration en plomb dans le sang (plombémie) définissant le saturnisme chez l'enfant.

| Glossaire |

ARS	Agence régionale de santé
Cire	Cellule d'intervention de Santé publique France en région
DD	Délégation départementale
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

| Remerciements |

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 et Santé Environnement de Santé Publique France qui contribuent chaque jour à la surveillance des MDO.

Cire Ile-de-France

Tel : +33 (0)1 44 02 08 16 - Fax : +33 (0)1 44 02 07 25 - Mail : ars-idf-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro sur : www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur Général de Santé Publique France

Equipe de la Cire : Elsa Baffert, Clément Bassi, Anne Etchevers, Agnès Lepoutre (responsable de la Cire), Ibrahim Mouchetrou Njoya, Annie-Claude Paty, Asma Saidouni-Oulebsir, Yassoungo Silue, Nicolas Vincent

Coordination du numéro : Yassoungo Silue, Nicolas Vincent

Diffusion : Cire Île-de-France - Millénaire 2 - 35 rue de la Gare, 75935 Paris Cedex 19

