

[Page 2](#) | Rougeole - bilan des déclarations obligatoires en 2016 |

[Page 3-4](#) | Infection invasive à méningocoque - bilan des déclarations obligatoires en 2016 |

[Page 5](#) | Tétanos, Diphtérie, Polio, Hépatite B aiguë - bilan des déclarations obligatoires en 2016 |

| A LA UNE - Recrudescence de la rougeole en 2017 |

Situation en France

Du 1^{er} janvier au 31 juillet 2017, 405 cas de rougeole ont été déclarés en France¹, alors qu'en 2016, seulement 79 cas avaient été déclarés, témoignant ainsi d'une circulation moindre du virus de la rougeole. Un pic épidémique a été observé au mois de mai avec 114 cas déclarés. Un cas est décédé et 168 cas (41%) ont dû être hospitalisés. Plusieurs cas groupés en collectivité ont été observés incluant : des crèches (3) ; des établissements scolaires (4) ; une université ; des communautés de gens du voyage (5) ou Rom (3) et des centres d'hébergement pour personnes précaires ou pour migrants (2) ; ainsi que des structures de soins, services d'urgences hospitalières donnant lieu à des cas nosocomiaux (3 services). Le seuil de 0,1 cas pour 100 000 habitants retenu par l'OMS pour l'élimination de la maladie et calculé sur la période du 1/09/2016 au 31/08/2017 est dépassé dans 48 départements, principalement situés dans la moitié sud de la France métropolitaine. Le taux d'incidence calculé sur cette période pour l'ensemble du territoire est de 0,65 cas / 100 000 habitants.

Situation en région Nouvelle-Aquitaine

Cette recrudescence de cas de rougeole n'a pas épargné la Nouvelle-Aquitaine où 53 cas ont été déclarés du 1^{er} janvier au 29 septembre 2017 (données provisoires) dans 7 des 12 départements de la région : Haute-Vienne (36 cas), Gironde (16 cas), Charente (4 cas), Vienne (2 cas), Lot-et-Garonne (2 cas), Deux-Sèvres (1 cas) et

Corrèze (1 cas). Plusieurs foyers de cas groupés ont également été observés, au sein de communautés de gens du voyage ainsi que dans des structures de soins. Le taux d'incidence des cas déclarés de rougeole en Nouvelle-Aquitaine est de 0,89 cas / 100 000 sur cette période. Les départements de la région indemnes de la rougeole ne sont pour autant pas à l'abri d'une extension de la circulation du virus de la rougeole. D'autant plus qu'aucun département n'atteint actuellement les 95% de couverture vaccinale à 2 ans pour les 2 doses de vaccin, taux requis pour permettre l'élimination de la maladie ([BVS n°11, avril 2017](#)).

L'épidémiologie actuelle de la rougeole montre que cette infection est toujours endémique en France et n'épargne pas la Nouvelle-Aquitaine. Les cliniciens doivent donc vérifier systématiquement, et, le cas échéant mettre à jour, le statut vaccinal vis-à-vis de la rougeole de toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980.

Liens utiles :

Calendrier vaccinal :

Direction Générale de la Santé - [Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017](#)

Mesures de prophylaxie post-exposition (vaccination ou immunoglobulines polyvalentes) pour l'entourage proche d'un patient atteint de rougeole :

Haut Conseil de la Santé Publique – [Guide pour l'immunisation en post-exposition. Vaccination et immunoglobulines.](#)

¹ [Point d'actualité du 25/09/2017](#)

Les infections à prévention vaccinale sont à déclaration obligatoire et doivent être signalées sans délai à l'Agence régionale de santé (ARS). Le signalement permet de mettre en œuvre des mesures pour prévenir l'apparition de cas secondaires parmi les contacts proches du patient.

A qui signaler une maladie à déclaration obligatoire ?

A l'ARS Nouvelle-Aquitaine :
Tél : 0809 400 004
Fax : 05 67 76 70 12

Rougeole - définition de cas pour le signalement

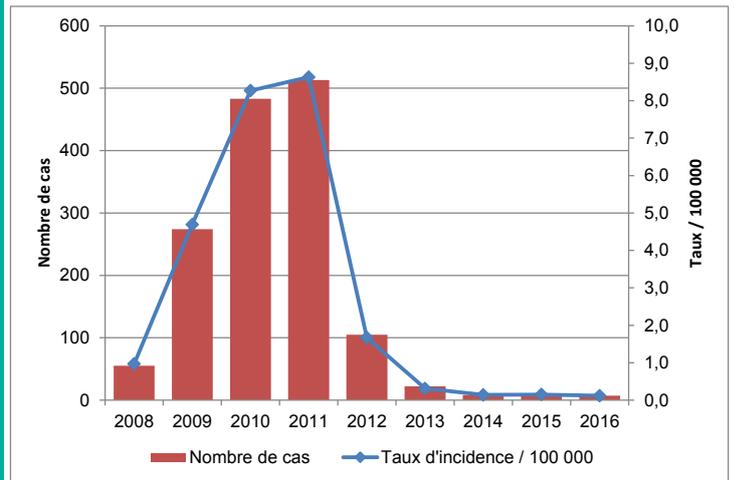
Critères cliniques

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

Critères biologiques

- détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole, ou
- séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence, ou
- détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire, ou
- culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

Figure 1. Nombre et taux d'incidence des cas de rougeole déclarés par an en région Nouvelle-Aquitaine, 2008-2016



- En 2016, 7 cas de rougeole ont été déclarés dans la région Nouvelle-Aquitaine, un nombre stable par rapport à 2015 (9 cas et 2014 (8 cas). Le taux d'incidence des cas déclarés est de 0,1 cas pour 100 000 habitants. Depuis l'année 2012 qui a marqué la fin de la dernière épidémie nationale, les cas déclarés de rougeole n'ont pas donné lieu à une épidémie de grande ampleur dans la région jusque fin 2016 (cf éditorial) et le taux annuel d'incidence est inférieur à 1 depuis trois années consécutives (figure 1).
- En 2016, les 5 cas déclarés de rougeole sont survenus dans 3 des 12 départements de la région, 5 cas en Dordogne, 1 cas en Gironde et 1 cas dans les Pyrénées-Atlantiques (figure 2).
- La Dordogne est le département avec le taux d'incidence de

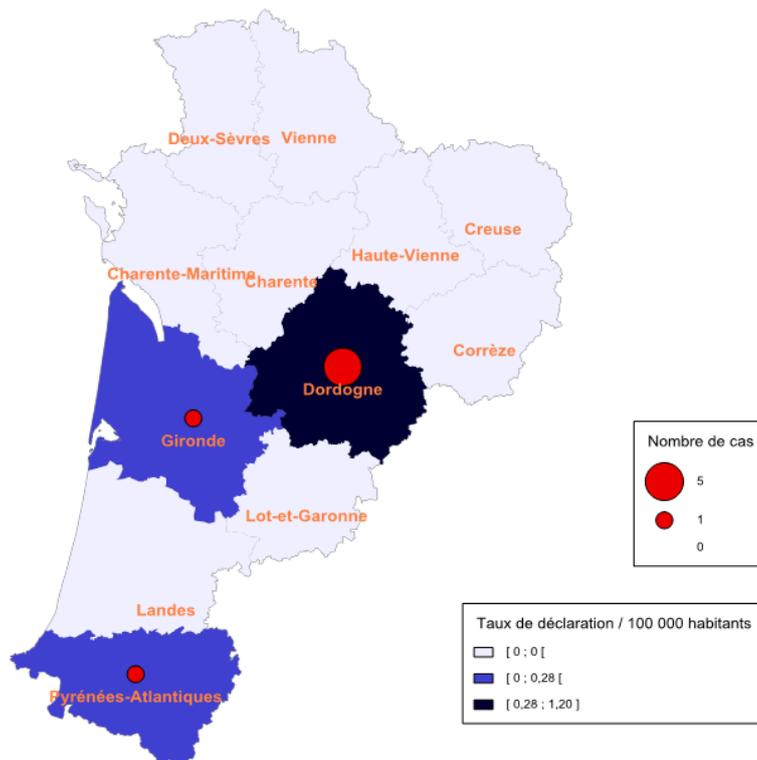
cas déclarés de rougeole le plus élevé (1,2 / 100 000 habitants): 4 des 5 cas déclarés sont survenus dans un même lycée (foyer de cas groupés). Les autres départements ont un taux d'incidence des cas déclarés variant de 0 à 0,15 / 100 000 habitants.

- Parmi les 7 cas déclarés en 2016, 5 étaient du sexe masculin. Deux cas avaient moins de 5 ans, 4 cas avaient entre 15-19 ans et 1 cas avait plus de 30 ans. Trois des 7 patients ont été hospitalisés et 2 ont eu des complications. Six des 7 cas n'avaient pas été vaccinés.

⇒ Les données provisoires pour 2017 (jan-sep) sont présentées p.1 dans la rubrique A la Une

Figure 2.

Taux d'incidence et nombre de cas déclarés de rougeole par département de résidence en Nouvelle Aquitaine en 2016



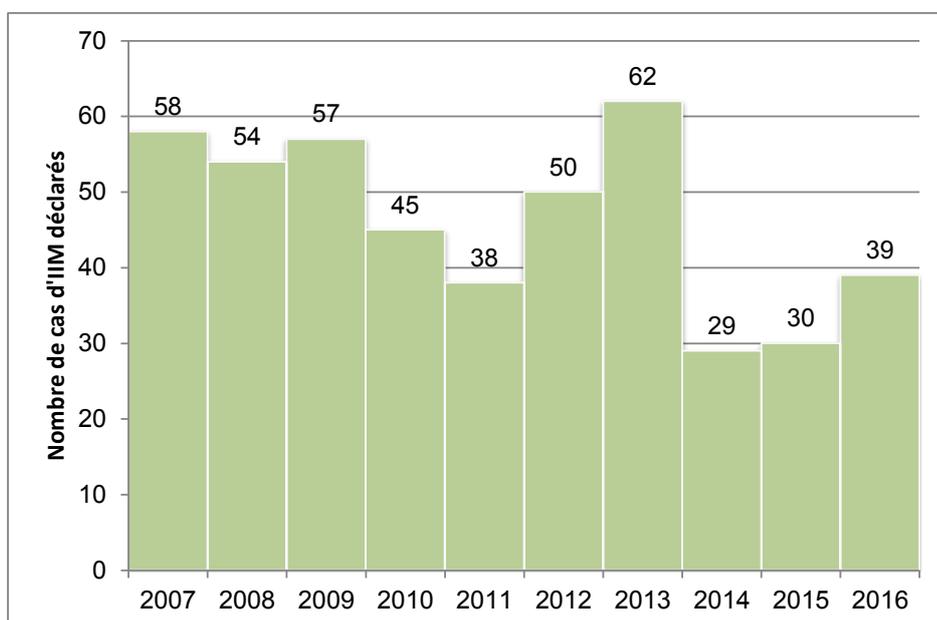
Infection invasive à méningocoque - définition de cas

Au moins l'un des quatre critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, L.C.S., liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) OU à partir 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 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. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome*).

- En 2016, **39 cas** d'infection invasive au méningocoque (IIM) ont été déclarés parmi les résidents de la région Nouvelle-Aquitaine. Ce nombre représente une augmentation de 30% par rapport au nombre de cas déclarés en 2015 mais reste inférieur au nombre des déclarations reçues en 2012 et 2013 (figure 1).

Figure 1. Nombre de cas d'IIM déclarés par année en région Nouvelle-Aquitaine, 2007-2016



- Le taux annuel d'incidence standardisée pour la région en 2016 est de **0,70 cas d'IIM pour 100 000 habitants**. Aucune situation épidémique ou hyperendémique n'a été identifiée au cours de 2016 dans la région.

- Des cas d'IIM sont survenus dans 11 des 12 départements de la région (aucun cas déclaré dans la Creuse en 2016). La Gironde est le département avec le nombre le plus élevé de cas d'IIM déclarés (8 cas, soit 21% des 39 cas).

- Le taux d'incidence standardisé (sexe et âge quinquennal) d'IIM le plus élevé est observé dans le département de la Haute-Vienne avec un taux de 1,31 cas / 100 000 (5 cas) qui se situe au 9ème

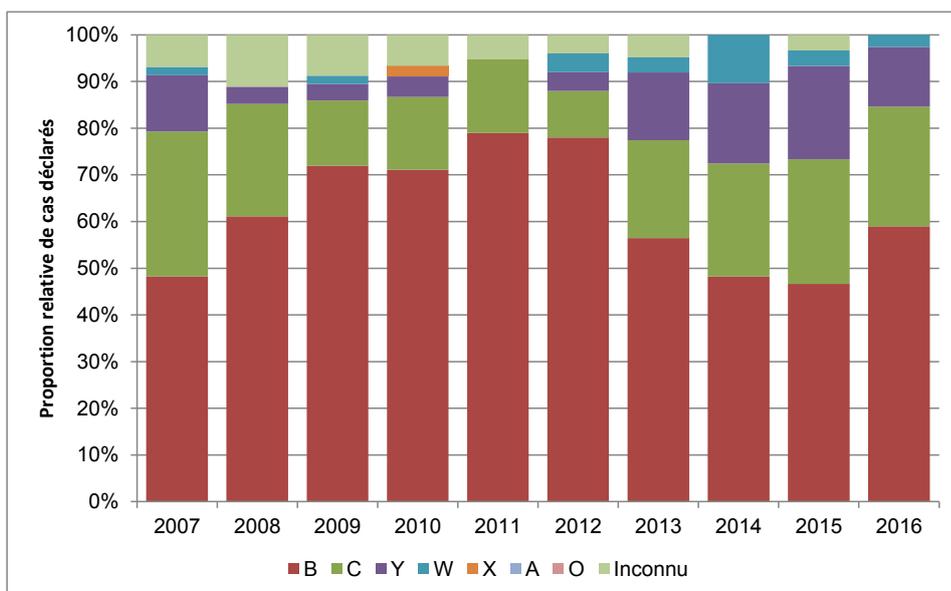
Tableau 1. Nombre de cas d'IIM déclarés par département de résidence et taux d'incidence, région Nouvelle-Aquitaine, 2016

Département	Nombre de cas	Taux d'incidence brut	Rang départemental d'incidence brute	Taux d'incidence standardisée	Rang départemental d'incidence standardisée
Charente	3	0,85	36	0,95	32
Charente-Maritime	4	0,63	57	0,71	54
Corrèze	1	0,42	75	0,51	70
Creuse	0	0	90	0	90
Dordogne	5	1,19	19	1,3	12
Gironde	8	0,53	65	0,53	66
Landes	4	1	31	1,03	27
Lot-et-Garonne	1	0,3	81	0,26	83
Pyrénées-Atlantiques	5	0,75	47	0,79	42
Deux-Sèvres	1	0,27	84	0,29	81
Vienne	2	0,46	72	0,49	71
Haute-Vienne	5	1,33	8	1,31	9

rang des départements en France, suivi de la Dordogne avec un taux d'incidence de 1,30 cas / 100 000 (12ème rang national) (Tableau 1).

- L'évolution temporelle des sérogroupes montre une prédominance du séro-groupe B, qui est passée de 47% en 2015 à 59% des sérogroupes en 2016 (23/39) (figure 2). La prédominance du séro-groupe B est également observée au niveau national.
- Le deuxième séro-groupe le plus fréquent ces dernières dix années est le C. Celui-ci représentait 26% des sérogroupes en 2016 (10/39), une proportion stable par rapport à 2015 (27%). Le troisième séro-groupe le plus fréquent est le Y ; celui-ci représentait 13% des sérogroupes en 2016 (5/39). En France, les sérogroupes C et Y sont également le deuxième et le troisième sérogroupes les plus fréquents.
- Le séro-groupe C était retrouvé dans 7 des 11 départements où des cas d'IIM ont été déclarés (tableau 2). Son taux d'incidence était le plus élevé pour le département de la Charente (0,9 cas/100 000).
- Le séro-groupe Y était retrouvé dans 4 des 11 départements où des cas d'IIM ont été déclarés (tableau 2). Son taux d'incidence était le plus élevé pour le

Figure 2 Proportion relative des sérogroupes d'IIM en région Nouvelle-Aquitaine, 2007-2016



- département de la Haute-Vienne (0,46 cas / 100 000).
- Des cas d'IIM ont été déclarés dans toutes les classes d'âge (tableau 3). Un tiers des cas (13/39) avait moins de 5 ans. La part des cas diagnostiqués chez les adultes de 25 à 49 ans a augmenté en 2016 (9 cas soit 23,1%), alors qu'un seul cas avait été déclaré en 2015 dans cette classe d'âge.
- La létalité était de 10% en 2016, en diminution par rapport à la létalité de 27% en 2015. La létalité était de 20% chez les adultes de 15-24 ans et chez les 50 ans et plus. La létalité était de 14% chez les moins d'un an (tableau 3).
- Le séro-groupe Y n'a été retrouvé que chez des cas âgés de 50 ans et plus (tableau 3).

Tableau 2. Fréquence des sérogroupes des cas d'IIM déclarés par département, région Nouvelle-Aquitaine, 2016

Département	Nb sérogrp B	Nb sérogrp C	Nb sérogrp Y	Nb sérogrp W	T.I. sérogrp B	T.I. sérogrp C	T.I. sérogrp Y	T.I. sérogrp W
Charente	0	3	0	0	0,00	0,95	0,00	0,00
Charente-Maritime	2	1	0	1	0,39	0,20	0,00	0,12
Corrèze	1	0	0	0	0,51	0,00	0,00	0,00
Creuse	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Dordogne	4	0	1	0	1,13	0,00	0,17	0,00
Gironde	7	1	0	0	0,47	0,06	0,00	0,00
Landes	3	1	0	0	0,79	0,24	0,00	0,00
Lot-et-Garonne	0	0	1	0	0,00	0,00	0,26	0,00
Pyrénées-Atlantiques	3	1	1	0	0,48	0,18	0,13	0,00
Deux-Sèvres	0	1	0	0	0,00	0,29	0,00	0,00
Vienne	2	0	0	0	0,49	0,00	0,00	0,00
Haute-Vienne	1	2	2	0	0,31	0,54	0,46	0,00
Région Nouvelle-Aquitaine	23	10	5	1	0,43	0,19	0,07	0,01

Tableau 3. Caractéristiques cas d'IIM déclarés par classe d'âge, région Nouvelle-Aquitaine, 2016

Classe d'âge	Nb de cas	%	Nb de purpura fulminans	Nb de décès	Sérogrp B	Sérogrp C	Sérogrp Y	Sérogrp W
<1 an	7	18	2	1	4	3	0	0
1-4 ans	6	15	2	0	5	1	0	0
5-14 ans	2	5	1	0	2	0	0	0
15-24 ans	5	13	1	1	4	1	0	0
25-49 ans	9	23	0	0	5	4	0	0
50 ans et plus	10	26	1	2	3	1	5	1
Total	39	100%	7	4	23	10	5	1

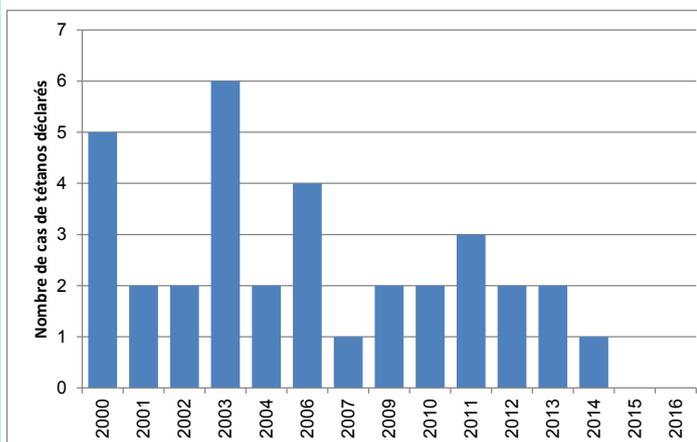
| Tétanos - 2016 |

Tétanos - définition de cas

Cas confirmé : diagnostic clinique de tétanos généralisé

En 2016 parmi les 4 cas de tétanos déclarés en France (métropole et territoires ultra-marins) aucun n'a été déclaré dans la région. Le dernier cas de tétanos domicilié dans la région a été diagnostiqué en 2014 (figure 1).

Figure 1. Nombre de cas de tétanos déclarés par année en région Nouvelle-Aquitaine, 2000-2016



| Polio |

Polio - définition de cas

cas confirmé : au moins l'un des deux critères suivants :
- poliomyélite aiguë quelle que soit la forme clinique confirmée biologiquement (isolement du virus par culture ; PCR ; sérologie...) ou
- isolement d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale, même en l'absence de signe clinique

à noter : envoyer systématiquement des prélèvements au CNR des entérovirus pour la différenciation des souches et pour la déclaration internationale du cas à l'OMS.

Depuis l'introduction de la vaccination contre la poliomyélite dans le calendrier vaccinal français (1958 pour le vaccin inactivé de Salk Lépine et 1962 pour le vaccin oral de Sabin) et son caractère obligatoire en juillet 1964, le nombre de cas a rapidement diminué. Le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé en 1995. Tous deux concernant des adultes, et le dernier isolement de poliovirus sauvage chez un sujet n'ayant pas voyagé récemment remonte aussi à 1989. Une extrême vigilance est nécessaire vis-à-vis d'une possible réintroduction de poliovirus, en raison de la persistance des foyers endémiques dans le monde.

| Diphtérie -2016 |

Diphtérie - définition de cas

- Toute suspicion de diphtérie ORL avec fausses membranes,
- Toute diphtérie cutanée avec fausses membranes ET présence de corynebactéries du complexe *diphtheriae* (*C. diphtheriae*, *C. ulcerans*, *C. pseudotuberculosis*),
- Toute diphtérie avec présence de corynebactéries du complexe *diphtheriae* porteuses du gène tox (*tox+*).

à noter : demander la recherche du gène codant la toxine en urgence au Centre national de référence des Corynebactéries toxinogènes.

En 2016, parmi les 11 cas de diphtérie déclarés en France, aucun n'a été déclaré en région Nouvelle-Aquitaine.

| Hépatite B aiguë -2016 |

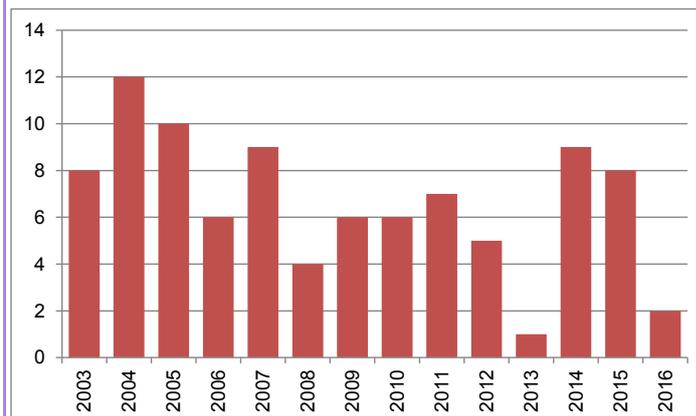
Hépatite B aiguë - définition de cas

Est à notifier toute personne chez laquelle sont détectées pour la première fois :

- les IgM anti-HBc
- l'AgHBs et les anticorps anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite B aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère), si les IgM anti-HBc sont non testées

En 2016, parmi les 87 cas d'hépatite B aiguë déclarés en France, 2 résidaient en région Nouvelle-Aquitaine : un cas dans le département de la Vienne et un cas en Charente-Maritime. L'exhaustivité de la DO reste faible (estimée à 23,5% en 2013 en France) depuis sa mise en place en 2003. Le faible nombre de déclarations de VHB ne permet pas d'estimer l'incidence de l'hépatite B aiguë, y compris en région.

Figure 1. Nombre de cas d'hépatite B aiguë déclarés par année et domiciliés en région Nouvelle-Aquitaine, 2003-2016



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

Responsable de la Cire Nouvelle-Aquitaine : Stéphanie Vandentorren

Retrouvez-nous sur :
www.santepubliquefrance.fr

Site Bordeaux :
103 bis rue de Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux cedex
Tel. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95

Site Poitiers :
4 rue Micheline Ostermeyer - 86021 Poitiers cedex
Tel. : 05 49 42 31 87—fax : 05 49 42 31 54

ars-na-cire@ars.sante.fr