



## Bulletin de veille sanitaire – N°02 – Juin 2016

# Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) - Données 2014 -

[Page 1 | Editorial |](#)

[Page 2 | Dispositif de surveillance et d'alerte |](#)

[Page 3 | Matériel et méthodes |](#)

[Page 4 | Hépatite aigüe A |](#)

[Page 5 | Infections Invasives à Méningocoque \(IIM\) |](#)

[Page 6 | Légionellose |](#)

[Page 7 | Rougeole |](#)

[Page 8 | Toxi-infections alimentaires collectives \(Tiac\) |](#)

[Page 9 | Tuberculose |](#)

[Page 10 | Listériose |](#)

[Page 11 | Infections à VIH et sida |](#)

[Page 13 | Tableau de synthèse |](#)

### | Editorial |

Ce BVS est le premier à couvrir le périmètre de la nouvelle grande région **Auvergne-Rhône Alpes** (ARA) et à sortir sous le logo de [Santé Publique France](#), l'Agence nationale de santé publique née de la fusion au 1<sup>er</sup> mai 2016 de l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) et le groupement d'intérêt public Adalis (Addictions, drogues, alcool info service).

Il marque la volonté de la nouvelle équipe de la Cire Auvergne-Rhône Alpes de dresser un état des lieux épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire (MDO) infectieuses au sein de la grande région.

L'objectif premier de la DO pour la plupart des maladies infectieuses, est la détection précoce des cas afin d'interrompre ou de réduire la transmission par des mesures de contrôle et de prévention appropriées et d'éviter la survenue d'épidémies. Le second objectif, partagé par toutes les MDO, est le recueil de données épidémiologiques qui permet d'estimer l'incidence et la dynamique temporo-spatiale des maladies, d'identifier les populations les plus exposées ou les plus à risque de développer la maladie et en particulier, ses formes graves afin de définir, d'évaluer et d'adapter les programmes de prévention et de contrôle.

Après un rappel sur le dispositif, cet état des lieux fournit pour les MDO les plus fréquentes (hépatite A aigüe, infections invasives à méningocoques, légionellose, rougeole, toxi-infections alimentaires collectives, tuberculose, listériose, VIH-sida), les chiffres clefs et les principales caractéristiques des patients déclarés dans la région. Il s'agit des données 2014, celles de 2015 n'étant pas encore consolidées pour toutes les maladies.

Les incidences de cas déclarés sont comparées à la moyenne nationale pour permettre de positionner la région. Pour les autres MDO moins fréquentes, un tableau fournit le nombre de cas déclarés en 2014. La dengue et le chikungunya qui ont fait l'objet de surveillance renforcée dans 4 départements, ne font pas l'objet d'un focus particulier, les résultats de cette surveillance 2014 ayant fait l'objet d'un Point Epidémiologique thématique diffusé l'été dernier.

Les incidences observées en région ARA sont, pour la plupart des MDO, souvent proches ou inférieures aux moyennes nationales sauf pour la légionellose et l'hépatite A qui présentent des taux d'incidence particulièrement élevés en 2014.

On observe une hétérogénéité à l'échelle des départements même si les données à cette échelle sont à interpréter avec prudence compte tenu des faibles effectifs annuels. Pour certaines maladies à effectif plus important, on observe des situations contrastées : les départements de l'ancienne région Rhône Alpes sont plus concernés par le VIH-sida que les départements d'Auvergne, on retrouve le gradient ouest-est pour la légionellose qui touche davantage les départements de l'Est, la tuberculose est plus fréquente dans les départements du centre de région.

Cet état des lieux sera complété dans le courant de l'année par des analyses approfondies sur certaines de ces maladies au sein de BVS thématiques à paraître courant 2016 (Tuberculose, maladies d'origine alimentaire, Chikungunya-dengue, Infections sexuellement transmissibles-VIH-sida).

L'équipe de la Cire Auvergne Rhône-Alpes vous souhaite une bonne lecture !

## 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, que les médecins libéraux et hospitaliers.

- **L'agence régionale de santé (ARS)**

Elle est destinataire des signalements et notifications. Elle est chargée de mettre en œuvre 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 a également un rôle primordial dans 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 :**

**Au siège :** les épidémiologistes des départements scientifiques centralisent les données des différentes régions, les consolident, les analysent et les transmettent aux autorités sanitaires accompagnées de recommandations. Ils assurent également la communication auprès des acteurs du dispositif, de la communauté médicale et scientifique et du public, au niveau national et européen.

**En région (Cire) :** les épidémiologistes de la Cire 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 DECLARATIONS

- **La procédure de signalement**

C'est une **procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié** (téléphone, mail, fax), sans support dédié. Les médecins ou biologistes signalent à l'ARS toute MDO suspectée ou diagnostiquée, à l'exception de certaines MDO pour lesquelles le signalement n'est pas justifié (infection au VIH, sida, hépatite B, tétanos et mésothéliome).

Le signalement permet de mettre en place rapidement les mesures de gestion et de prévention individuelles et collectives autour des cas, et si nécessaire, de déclencher les investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire.

- **La procédure de notification**

Elle intervient après le signalement et après confirmation du diagnostic et doit être effectuée **pour toutes les MDO**. Le médecin ou le biologiste déclarant transmet des données individuelles à l'ARS au moyen d'une fiche spécifique à chaque MDO. Les données cliniques, biologiques et sociodémographiques transmises pour chaque maladie sont fixées par arrêté du Ministre de la santé après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

La notification a pour objet le suivi épidémiologique des MDO. Elle permet de détecter les cas groupés et les épidémies, d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention et de contrôle locales et nationales.

**Tableau 1**

### Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire

**1- Maladies dites « à signalement » :** pour lesquelles une intervention urgente est requise pour contrôler un risque de diffusion et dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé

Botulisme	Orthopoxviroses dont la variole
Brucellose	Paludisme autochtone
Charbon	Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Chikungunya	Peste
Choléra	Poliomyélite
Dengue	Rage
Diphthérie	Rougeole
Fièvres hémorragiques africaines	Saturnisme de l'enfant mineur
Fièvre jaune	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	Toxi-infection alimentaire collective
Hépatite aiguë A	Tuberculose
Infection invasive à méningocoque	Tularémie
Légionellose	Typhus exanthématique
Listériose	

**2- Maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé**

Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	Mésothéliome
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	Tétanos

### 3. EN PRATIQUE DANS LA REGION

#### Comment déclarer ?

- Vous devez **signaler** par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au point focal de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- Et **notifier** par fax ou mail à l'aide des fiches de notifications.

#### A qui déclarer ?

**Au Point focal de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes :**

**Mail :** [ars69-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars69-alerte@ars.sante.fr)

**Tél. :** 0810 22 42 62

**Fax :** 04 72 34 41 27

*Tout envoi par fax ou mail qui nécessite une réponse immédiate doit être doublé d'un appel téléphonique*

#### Où se procurer les formulaires de notifications et les fiches d'informations aux personnes ?

Sur le **site de Sante Publique France** ([www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)) à l'URL :

<http://www.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>

*Pour chaque MDO, vous trouverez également un dossier thématique comprenant un aide mémoire, des précisions sur le signalement et la notification, des données épidémiologiques, des publications, des circulaires et textes de référence*

#### | Matériel et méthodes |

L'analyse porte sur les 29 MDO infectieuses.

L'identification des cas déclarés dans la région a été effectuée pour chaque maladie en sélectionnant les cas **selon le département de domicile**, à l'exception des TIAC, du tétanos, de la tularémie, de la brucellose, de listériose, de la fièvre typhoïde et paratyphoïde et de la tuberculose pour lesquelles les cas ont été sélectionnés selon le département de notification.

Lorsqu'une de ces deux variables n'était pas renseignée, elle a été approchée par l'autre variable.

Les pourcentages sont calculés parmi les cas pour lesquels l'information est connue.

Les données sont présentées pour la région Auvergne-Rhône Alpes (ARA) et par département. Les données de populations utilisées sont celles fournies par l'Institut National de la statistique et des études économiques (Insee) (estimations de populations – données actualisées au 13/01/2015).

Les taux d'incidence rapportés correspondent aux taux de déclaration de la maladie pour 100 000 habitants à l'exception du VIH et du Sida où il s'agit des taux de découvertes de l'infection ou de la maladie corrigés pour la sous déclaration et les délais de déclaration.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel STATA® v12.

**Critères de signalement**

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

• **Nombre de cas notifiés et taux d'incidence**

En 2014, 144 cas d'hépatite aigüe A ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence était de 1,8 cas pour 10<sup>5</sup> habitants dans la région, contre 1,2 cas en France métropolitaine (hors ARA). Ce taux est en augmentation par rapport aux années précédentes (figure 1). Les départements de la Loire, de l'Isère et du Rhône avaient les incidences les plus élevées en 2014 (cf. cartographie 1). En effet, un nombre important de cas déclarés dans ces 3 départements, appartenait à un épisode de cas groupés survenus dans le cadre familial ou dans une collectivité.

• **Caractéristiques des cas<sup>1</sup>**

- 45% étaient des hommes ;
- 81% des cas étaient âgés de moins de 45 ans (moyenne=26 ans ; médiane=18,5 ans) ;

- La présence d'ictère était renseignée dans 77% des cas ;
- 41 % des cas ont été hospitalisés.

• **Facteurs de risque<sup>1</sup> (non mutuellement exclusifs)**

L'existence d'autres cas d'hépatite aigüe A était rapportée dans l'entourage de 41 % des cas déclarés, dont 71 % dans l'entourage familial. Un séjour hors métropole était rapporté dans 32% des cas.

Parmi les autres expositions à risque, le contact avec un enfant de moins de 3 ans à domicile était rapporté par 32% des cas, et 31% rapportaient la consommation de fruits de mer.

Parmi ces 144 cas, 35% appartenaient à un cas groupé. Au total, une exposition à risque connue, dans les 2 à 6 semaines précédant le diagnostic, a été retrouvée dans 78% des cas.

Cartographie 1 : Taux d'incidence et nombre de cas d'hépatite aigüe A par département. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.

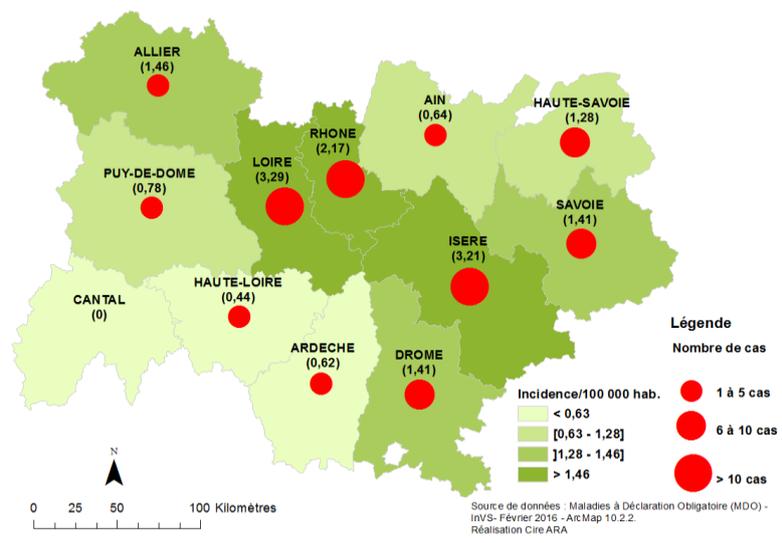
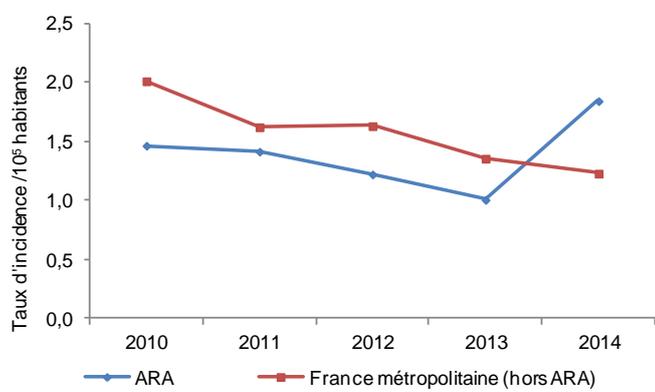


Figure 1 : Taux d'incidence des cas notifiés d'hépatite aigüe A en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2014

Tableau 2 : Caractéristiques et expositions à risque des cas notifiés d'hépatite aigüe A, Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.



Caractéristiques et expositions à risque	%
<b>Clinique</b>	
Ictère (associé ou non à des symptômes aspécifiques)	78%
Symptômes (sans ictère)	18%
Absence d'ictère ou symptôme	4%
<b>Hospitalisation</b>	41%
<b>Exposition à risque (au moins une)</b>	77%
Cas dans l'entourage	41%
Séjour hors métropole	31%
Enfant < 3 ans à domicile	32%
Consommation de fruit de mer	32%
Travail/Fréquentation	
- établissement pour handicapés	12%
- crèche	3%
<b>Inclus dans un épisode "identifié" de cas groupés</b>	35%

<sup>1</sup> Les pourcentages sont calculés pour les cas dont l'information était renseignée

**Critères de signalement**

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

- 1- Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, 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.

• **Nombre de cas notifiés et taux d'incidence**

En 2014, 40 cas d'IIM ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence était de 0,5 cas pour 10<sup>5</sup> habitants dans la région, contre 0,7 cas en France métropolitaine (hors ARA). Ce taux est en diminution par rapport à l'année 2013 (figure 2). Les départements de l'Ain, de la Savoie et du Puy-de-Dôme avaient les incidences les plus élevées en 2014 (cartographie 2).

• **Caractéristiques des cas**

- 47% étaient des hommes ;
- 70% des cas étaient âgés de moins de 25 ans (moyenne=24 ans ; médiane=17,5 ans).

• **Répartition par séro groupe**

Le séro groupe B apparaissait majoritaire représentant 60 % des

IIM déclarées en 2014. Les sérogroupes C et Y représentaient respectivement 20% et 18% des cas.

• **Gravité et pronostic de la maladie**

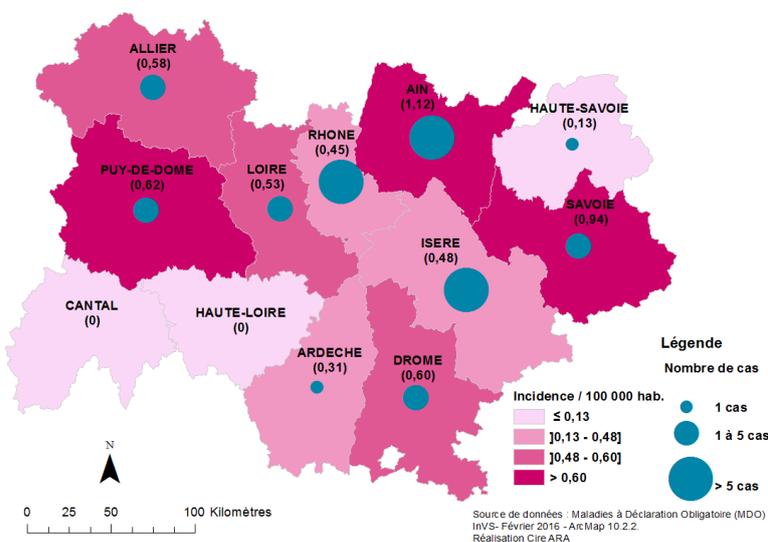
Un quart des cas (23% ; n=9) avait présenté un *purpura fulminans*. Concernant l'évolution, 1 cas était décédé (2,5%) et 3 (7,5%) avaient conservés des séquelles.

• **Mesures de contrôle**

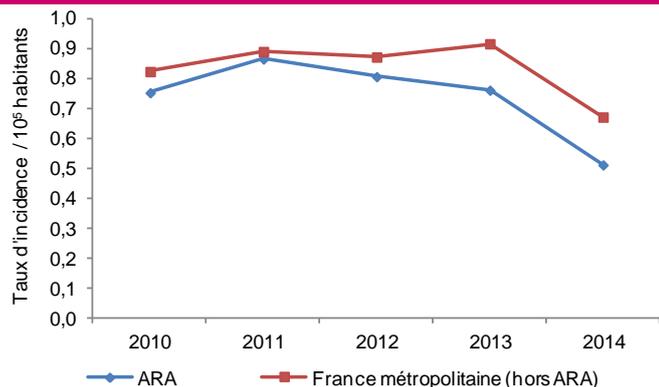
Une chimio prophylaxie antibiotique a été rapportée dans l'entourage proche de 39 cas (98%), et en collectivité autour de 26 cas (65%).

Pour les 16 cas de séro groupe vaccinal C, W ou Y, une vaccination a été recommandée dans l'entourage proche de 10 cas (63%) et en collectivité pour 6 cas (38%).

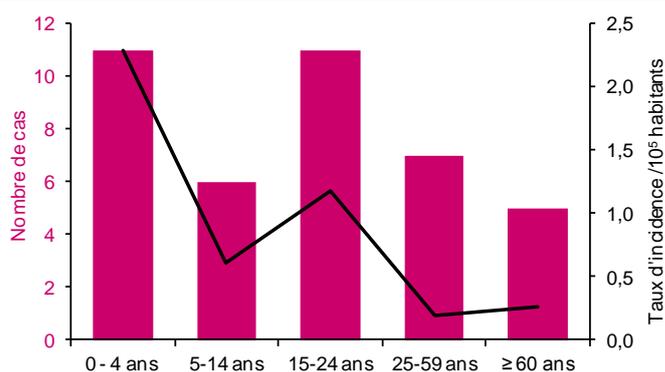
**Cartographie 2 : Taux d'incidence et nombre de cas d'IIM par département. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.**



**Figure 2 : Taux d'incidence des cas notifiés d'IIM en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2014.**



**Figure 3 : Nombre de cas et taux d'incidence des IIM notifiées par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.**



**Critères de signalement**

**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<sup>ème</sup> titre minimum de 128 ;
- présence d'antigène soluble urinaire.

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

- titre d'anticorps élevé  $\geq 256$  ;
- PCR (« polymerase chain reaction »=réaction en chaîne par polymérase) positive.

• **Nombre de cas notifiés et taux d'incidence**

En 2014, 271 cas de légionellose ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence était de 3,5 cas pour 10<sup>5</sup> habitants dans la région, contre 1,8 cas en France métropolitaine (hors ARA). Ce taux est en augmentation par rapport à l'année 2013 (figure 4), les cas d'ARA représentant 21% des cas domiciliés en France métropolitaine (contre 19% en 2013). Les départements de Haute-Savoie, de l'Ain et de l'Isère avaient les incidences les plus élevées en 2014 (cartographie 3).

• **Caractéristiques des cas**

- 73% des cas étaient des hommes ;
- 76% des cas étaient âgés de plus de 50 ans (moyenne=62 ans ; médiane=62 ans) ;

- Un facteur de risque était connu pour 68% des cas. Le tabagisme était le facteur de risque le plus souvent rencontré (38%).

• **Sévérité**

- 265 cas (98 %) ont été hospitalisés ;
- 16 cas sont décédés soit une létalité de 6%.

• **Distribution mensuelle**

La majorité des cas (67%) était survenue entre juin et octobre

• **Bactériologie**

Parmi les 271 cas, 96 % ont été diagnostiqués par antigénurie. Une souche clinique a été isolée par culture pour 28% des cas et 11% des cas ont également bénéficié d'une PCR. *L.Pneumophila* séro groupe 1 a été retrouvé dans 97 % des cas.

Cartographie 3 : Taux d'incidence et nombre de cas de légionellose par département. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.

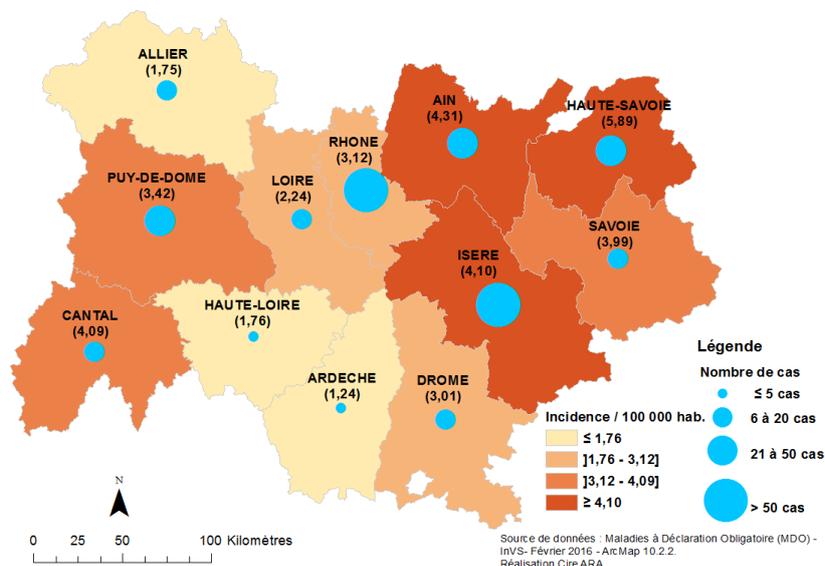


Figure 4 : Taux d'incidence des cas notifiés de légionellose en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2014.

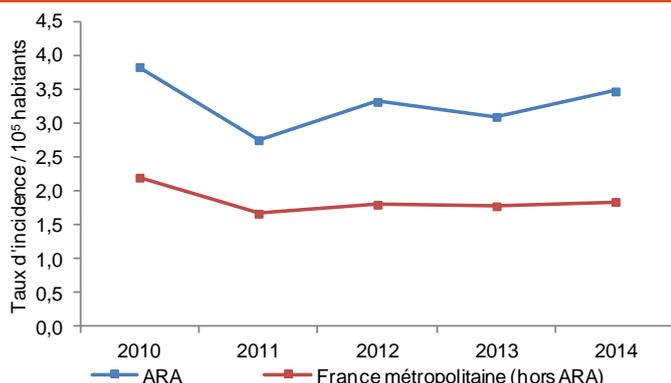
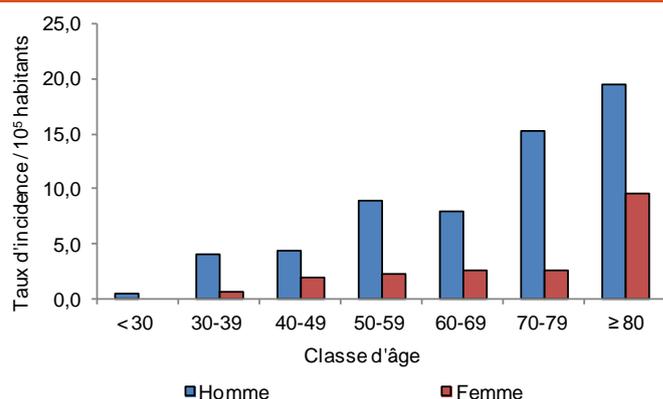


Figure 5 : Taux d'incidence selon le sexe et la classe d'âge des cas de légionellose notifiés, Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.



**Critères de signalement**

**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.

• **Nombre de cas notifiés et taux d'incidence**

En 2014, 14 cas de rougeole ont été notifiés dans la région, 4 d'entre eux faisaient partie d'un cas groupé, en Savoie. Le taux d'incidence était de 0,2 cas pour  $10^5$  habitants dans la région, contre 0,5 cas en France métropolitaine (hors ARA). Ce taux est très faible depuis 2012, après l'épidémie 2008-2011 (figure 6). Les départements de Haute-Savoie et de Savoie avaient les incidences les plus élevées en 2014 (cartographie 4).

• **Caractéristiques des cas,**

- 71% des cas étaient des hommes ;
- 50 % des cas étaient âgés de moins de 20 ans (moyenne=19 ans ; médiane=19 ans) ;
- Le taux d'hospitalisation était de 23 %. Aucune complication n'a été rapportée ;
- L'information sur le statut vaccinal était disponible pour 71 % des cas (10/14), aucun d'entre eux n'était vacciné.

Cartographie 4 : Taux d'incidence et nombre de cas de rougeole par département. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.

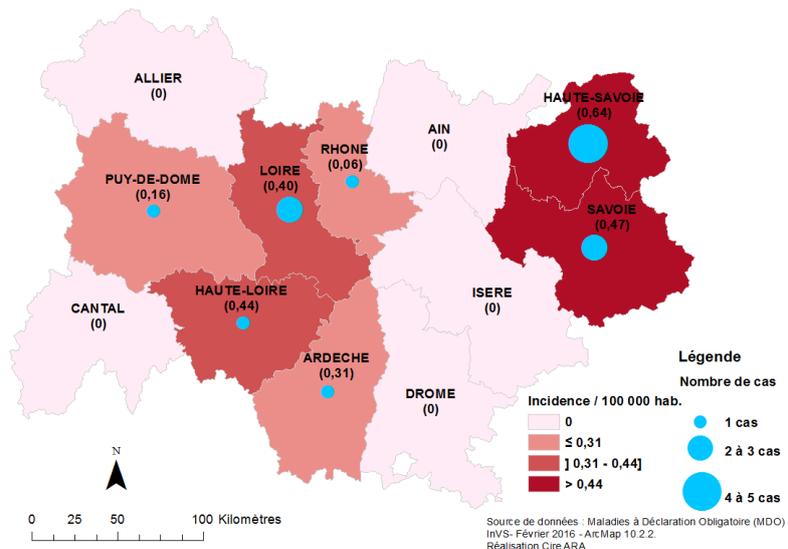


Figure 6 : Taux d'incidence des cas notifiés de rougeole en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2014.

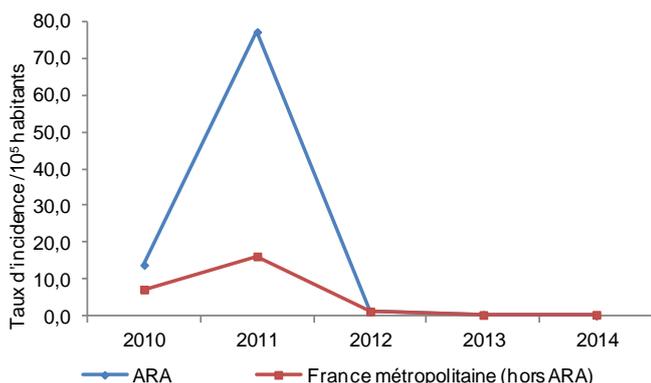
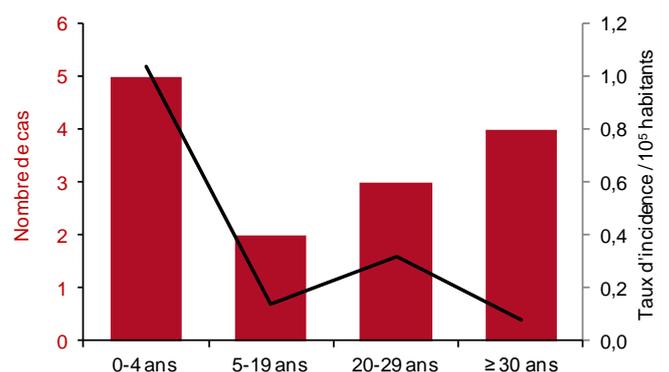


Figure 7 : Nombre de cas et taux d'incidence de la rougeole par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.



**Critères de signalement**

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.

• **Nombre de cas notifiés et taux d'incidence**

En 2014, 161 foyers de Tiac ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence était de 2,1 foyers pour 10<sup>5</sup> habitants dans la région, identique au taux en France métropolitaine (hors ARA). Ce taux est en diminution depuis 2013 (figure 8). Les départements du Rhône, de Haute-Savoie, et de l'Allier avaient les incidences les plus élevées en 2014 (cartographie 5).

• **Caractéristiques des foyers de Tiac**

- 1 251 malades ; 67 hospitalisations ; 1 décès
- Moyenne des taux d'attaque : 64%
- 67% des foyers avec un taux d'attaque supérieur à 50%

• **Lieux de survenue**

Pour 37% des foyers le repas suspect avait lieu en restauration collective (institut médico-sociale, cantine...), pour 35% en milieu familial et pour 23% en restauration commerciale.

• **Aliments et agents étiologiques identifiés ou suspectés**

Un aliment responsable de l'intoxication alimentaire a été suspecté dans 58 % des foyers. Les aliments les plus fréquemment mis en cause sont : les « autres aliments » (essentiellement plats cuisinés) (28%) et les viandes (27 %).

L'agent pathogène a été confirmé ou suspecté pour 88% des foyers. Les agents les plus fréquemment mis en cause sont : *Staphylococcus aureus* (30%) et *bacillus cereus* (28%).

Cartographie 5 : Taux d'incidence et nombre de foyers de Tiac par département de déclaration. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.

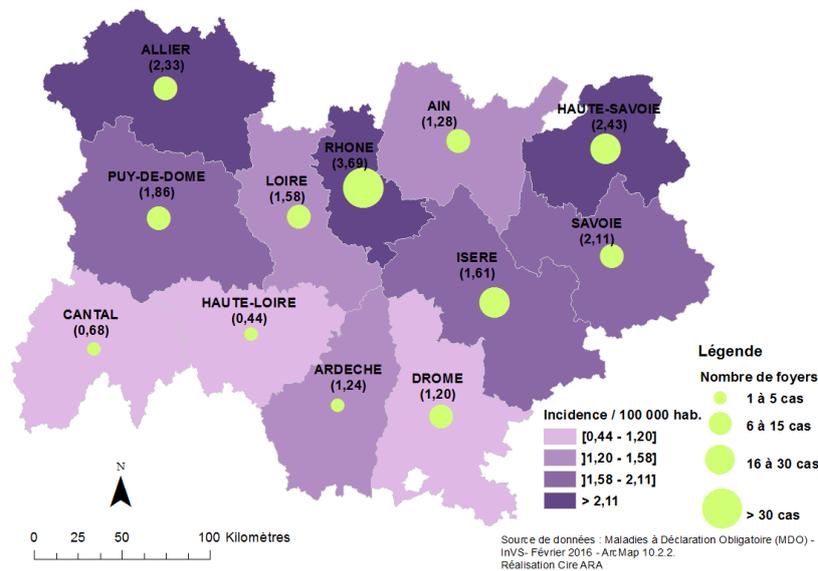


Figure 8 : Taux d'incidence des foyers notifiés de Tiac en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2014.

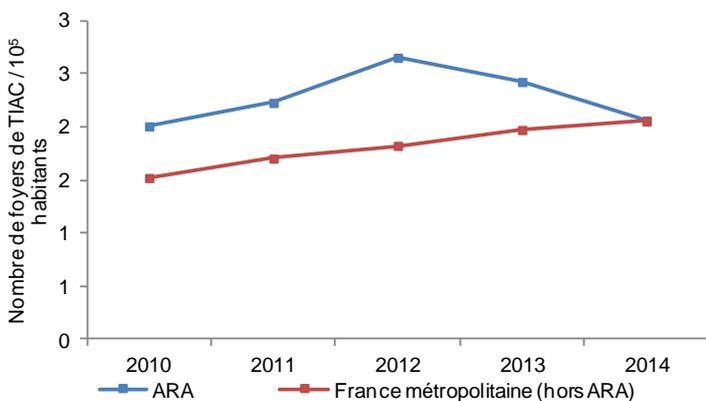


Tableau 3 : Aliments et agents pathogènes identifiés ou suspectés dans les foyers de Tiac , Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.

Aliments	Nombre de foyers	Fréquence
Viandes	25	27%
Coquillage et fruits de mer	10	11%
Fromage et produits laitiers	7	8%
Œufs et produits à base d'œufs	7	8%
Produits de charcuterie	7	8%
Volaille	7	8%
Poisson	3	3%
Autres	27	29%
<b>Nombre total de foyers avec aliments retrouvés</b>	<b>93</b>	

Agent	Nombre de foyers	Fréquence
<i>Staphylococcus aureus</i>	43	30%
<i>Bacillus cereus</i>	40	28%
<i>Salmonella spp</i>	20	14%
Virus	14	10%
<i>Clostridium perfringens</i>	9	6%
<i>Campylobacter</i>	3	2%
Autres	11	8%
<b>Nombre total de foyers avec agent identifié ou suspecté</b>	<b>142</b>	

**Critères de signalement**

**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. microtti* ; *M.canetti* ; *M.caprae* ; *M. pinnipedii*.

**Cas probable** : Signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, ET décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

Depuis 2007, les cas de tuberculose maladie doivent faire l'objet d'une déclaration d'issue de traitement.

**Cas d'infection tuberculeuse (primo-infection) chez l'enfant de moins de 15 ans** : IDR (intradermoréaction) à 5U positive sans signe clinique ni para clinique (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).

**Les données d'infection tuberculeuse et des issues de traitement ne sont pas intégrées dans l'analyse qui suit.**

Chaque DO concernant un enfant de moins de 15 ans, codé en tuberculose maladie sans localisation de maladie ni résultats de bactériologie positive (microscopie ou culture) a été systématiquement vérifié auprès de l'ARS et le cas échéant du CLAT.

**Nombre de cas notifiés et taux d'incidence**

En 2014, 414 cas de tuberculose ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence était de 5,3 cas pour 10<sup>5</sup> habitants dans la région, versus 5,5 cas en France métropolitaine (hors ARA et Ile-de-France) et 14,9 en Ile-de-France (figure 9). Comme les années précédentes, les taux d'incidence du Rhône, de l'Isère et de la Loire dépassaient le taux régional (cartographie 6).

**Données démographiques des cas**

- 60% des cas étaient des hommes ;
- 66% des cas avaient moins de 50 ans et la moitié de ceux-ci avaient moins de 30 ans (moyenne=48 ans ; médiane=46 ans) ;
- 20% des cas résidaient en collectivité, 7% des cas étaient SDF ;
- 63% (n=244) des cas étaient nés à l'étranger.

**Caractéristiques cliniques des cas**

- 69% des cas correspondaient à des tuberculoses pulmonaires (associées ou non à d'autres localisations) ;
- Un antécédent de tuberculose traitée par antituberculeux était retrouvé pour 9% ;
- Les formes méningées (n=5) et miliaires (n= 12) représentaient 4% de l'ensemble des cas.

**Contexte du diagnostic**

Un recours spontané au système de santé a permis le diagnostic de 74% des cas. Respectivement, 7 et 4% des cas ont été identifiés suite à un dépistage ou lors d'une enquête autour d'un cas.

Cartographie 6 : Taux d'incidence et nombre de tuberculose par département de déclaration. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.

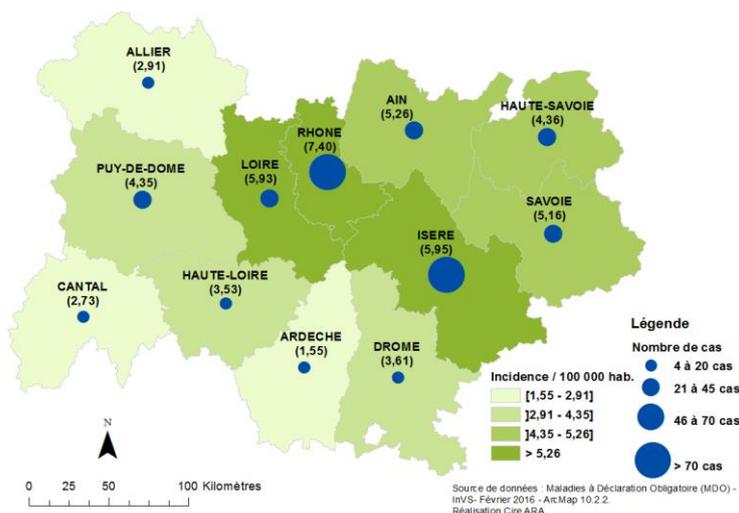


Figure 9 : Taux d'incidence des cas de tuberculose notifiés, Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France et France métropolitaine. 2010-2014.

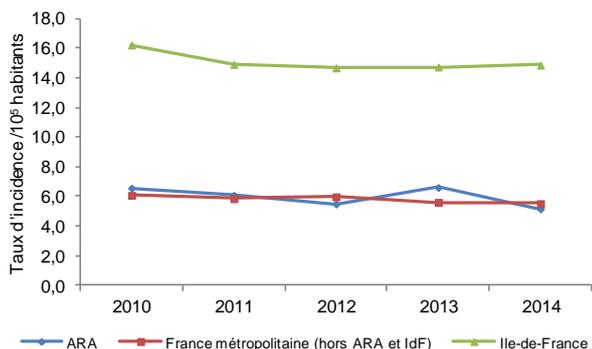
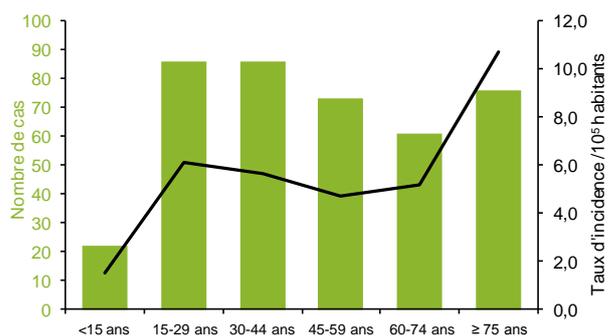


Figure 10 : Nombre de cas et taux d'incidence de la tuberculose par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.



Critères de signalement

**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

• **Nombre de cas notifiés et taux d'incidence**

En 2014, 54 cas de listériose ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence était de 0,7 cas pour 10<sup>5</sup> habitants dans la région, contre 0,6 cas en France métropolitaine (hors ARA). Ce taux est stable depuis 2012 (figure 11). Les départements de Haute-Loire, du Rhône et de la Drôme avaient les incidences les plus élevées en 2014 (cartographie 7).

• **Forme materno-néonatale (MN)**

- 6 cas (11%) étaient des femmes enceintes. Les femmes étaient âgées en moyenne de 29 ans. Le nouveau-né était vivant à la naissance pour les 6 cas.

• **Forme non materno-néonatale (non MN)**

- 63% des cas étaient des hommes ;
- 67% des cas avaient plus de 70 ans (moyenne=70 ans ; médiane=72 ans) ;
- 77% présentaient une forme septicémique ou bactériémique, 19% présentaient une forme neuroméningée ;
- 87% des cas avaient une ou plusieurs pathologie(s) sous-jacente(s) ;
- 23% des cas suivaient un traitement immunosuppresseur ;
- 13% des cas sont décédés.

Cartographie 7 : Taux d'incidence et nombre de listériose par département de déclaration. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.

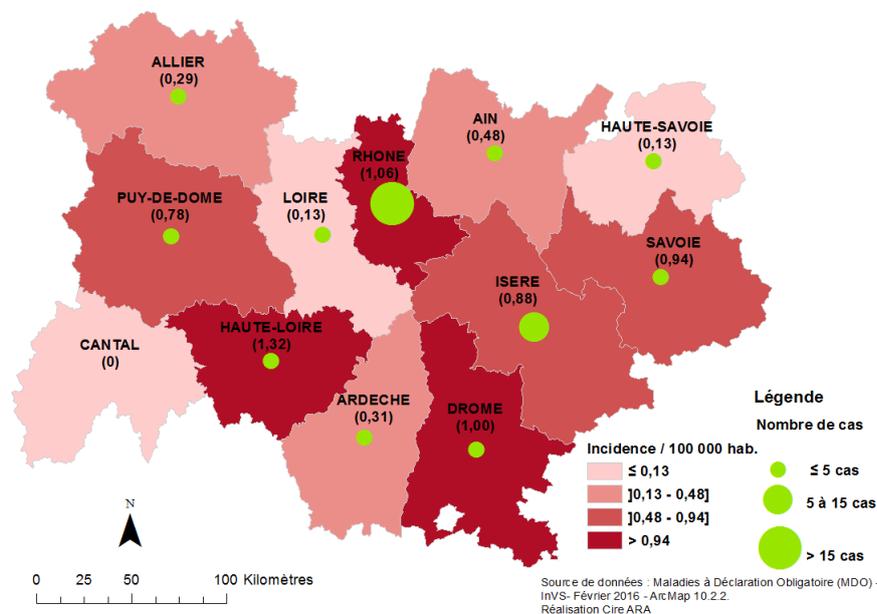


Figure 11 : Taux d'incidence des cas notifiés de listériose en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2014.

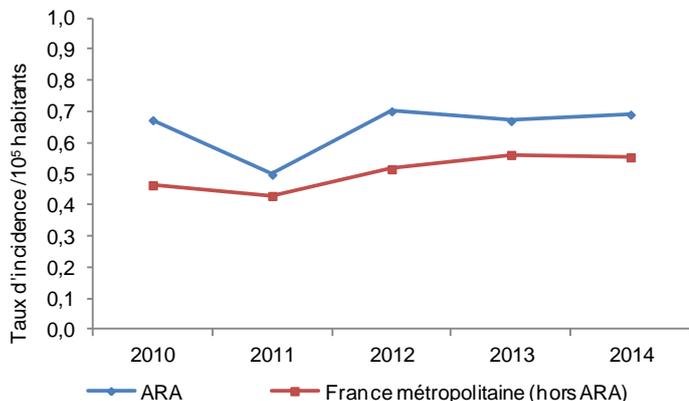
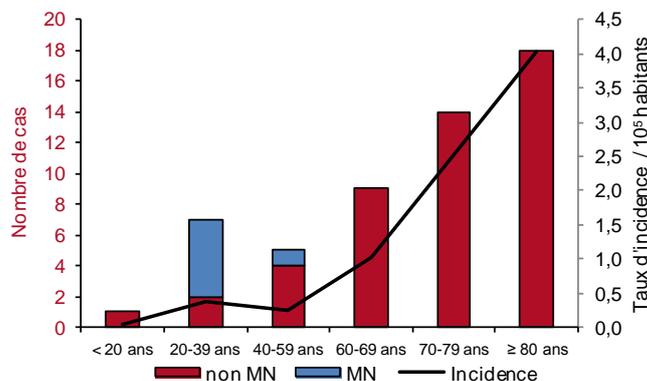


Figure 12 : Nombre de cas et taux d'incidence de la listériose par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.



**Critères de signalement**

**Infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent de 15 ans et plus :**

Toute sérologie VIH positive confirmée (selon la réglementation en vigueur) chez un sujet de 15 ans et plus, pour la première fois dans un laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

*Exception* : les sérologies effectuées de façon anonyme, dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ne sont pas à notifier.

**Infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans :**

- *enfant de moins de 18 mois né de mère séropositive* : un résultat positif sur 2 prélèvements différents (ARN VIH-1, ARN-VIH-2, ADN VIH-1, ADN VIH-2, ...)
- *enfant de 18 mois et plus* : sérologie VIH confirmée positive pour la première fois dans le laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

**Sida :**

Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez [l'adulte et l'adolescent](#) et [chez l'enfant](#).

**1. L'infection par le VIH**

- **Taux de découvertes de séropositivité VIH** (données corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration)

En 2014, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité vis-à-vis du VIH est estimé à 388 (39 en Auvergne, 349 en Rhône-Alpes). Le taux de découverte est estimé à 5,0 cas pour 100 000 habitants (figure 13), inférieur à celui retrouvé en France métropolitaine (hors Ile-de-France et ARA) qui est estimé à 6,0 cas pour 100 000 habitants. Les données VIH ne sont disponibles qu'à l'échelle des anciennes régions et montrent que le taux de découvertes de séropositivité est prêt de 2 fois plus élevé en Rhône Alpes qu'en Auvergne.

- **Caractéristiques des cas**

- 73% des cas étaient des hommes ;
- 53% des cas avaient entre 30 et 49 ans (moyenne et médiane = 39 ans) ;
- 43% des cas étaient nés hors de France ; 30% étaient nés en Afrique subsaharienne.

- **Mode de contamination**

Pour 47% des cas par rapports hétérosexuels (29% des hommes et 100% des femmes), pour 51% par rapports sexuels entre hommes (69% des hommes) et pour 1% par usage de drogues injectables.

- **Motif de dépistage**

Les principales raisons ayant motivé le dépistage étaient la prise en charge de signes cliniques (28%) ou une exposition récente au VIH (23%).

- **Stade clinique au moment du dépistage**

5% des cas étaient au stade de primo-infection, 35% au stade asymptomatique, 14% à un stade symptomatique non sida et 19% au stade sida.

La part des infections récentes (diagnostiquées moins de 6 mois après leur contamination) était de 27%.

Figure 13 : Taux de découverte de séropositivité VIH, Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France et France métropolitaine, 2010-2014.

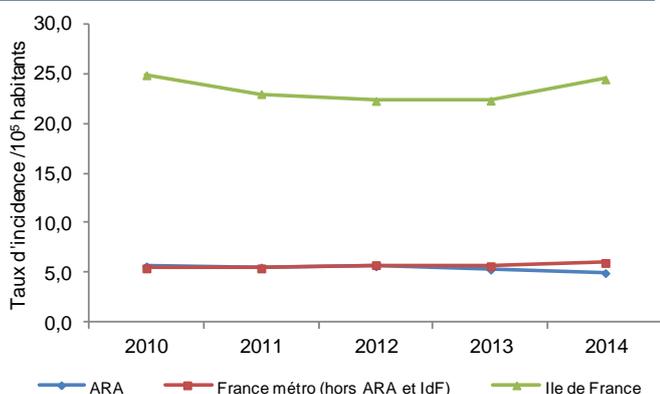
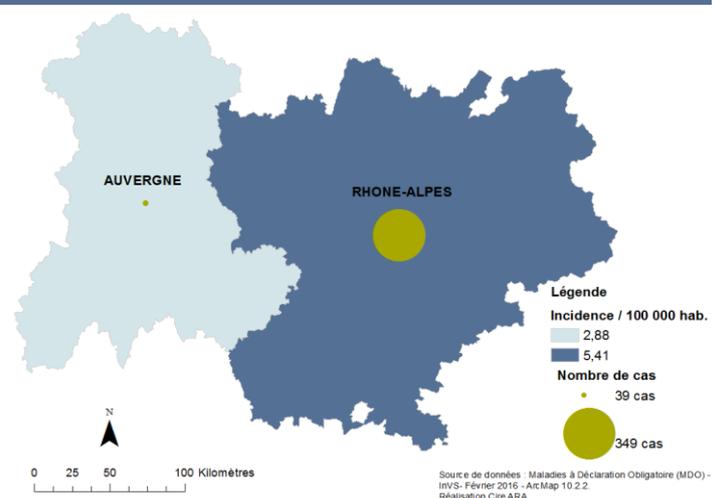


Figure 14 : Taux de découverte de séropositivité VIH et nombre de cas par région de domicile. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.



## 2. Diagnostics de Sida

- **Taux d'incidence du sida** (données corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration)

En 2014, le nombre de cas de sida est estimé à 112 (11 en Auvergne et 109 en Rhône-Alpes). Le taux de diagnostics est estimé à 1,4 cas pour 100 000 habitants (figure 13), identique à celui retrouvé en France métropolitaine (hors Ile-de-France et ARA).

- **Caractéristiques des cas**

- 67% des cas étaient des hommes ;
- 56% des cas avaient entre 30 et 49 ans (moyenne=47 ans, médiane = 46 ans) ;
- 48% des cas étaient nés hors de France ; 34% étaient nés en Afrique subsaharienne.

- **Mode de contamination**

Pour 63% des cas par rapports hétérosexuels (44% des hommes et 100% des femmes), pour 35% par rapports sexuels entre hommes (52% des hommes) et pour 3% par usage de drogues injectables.

- **Connaissance de la séroposivité et traitement antirétroviral**

Au moment du diagnostic de sida, 59% des cas avaient connaissance de leur séroposivité.

Seuls 21% des cas avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida de trois mois ou plus.

- **Pathologies inauguraux**

Les principales pathologies inauguraux du sida étaient la pneumocystose (29%), la candidose œsophagienne (22%), et la tuberculose pulmonaire (16%).

Figure 14 : Taux de diagnostics de sida, Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France et France métropolitaine, 2010-2014.

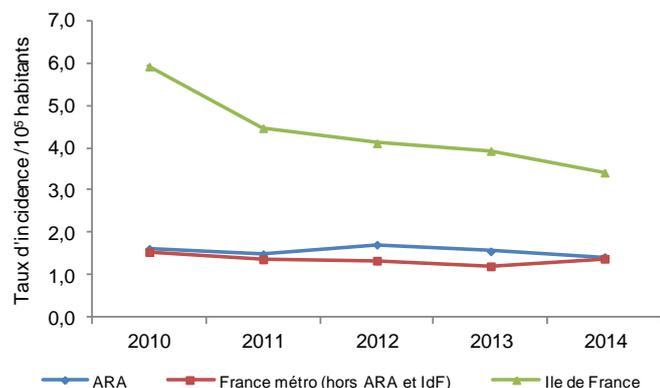
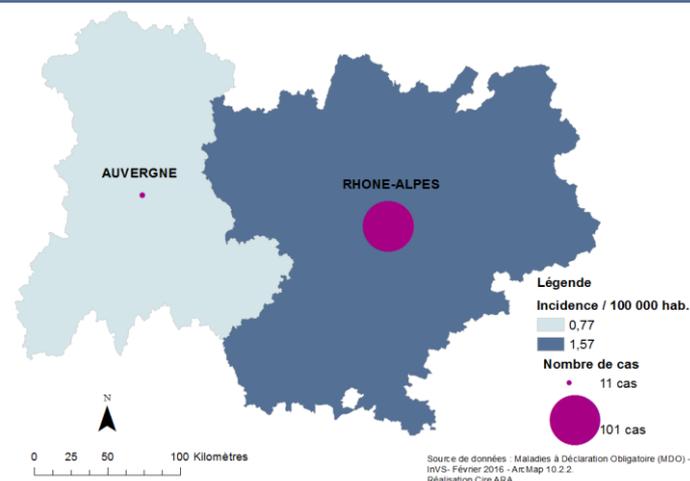


Figure 15 : Taux de diagnostic de sida et nombre de cas par région de domicile. Auvergne-Rhône-Alpes, 2014.



MDO	Département												Total ARA	
	1	3	7	15	26	38	42	43	63	69	73	74		
Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	
Brucellose *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
Charbon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Choléra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Diphthérie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Fièvres hémorragiques africaines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Fièvre jaune	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Fièvre typhoïde et paratyphoïde *	-	-	1	-	1	3	1	-	-	7	3	-	-	16
Hépatite aigüe A	4	5	2	-	7	40	25	1	5	39	6	10	-	144
Hépatite B aigüe	1	-	-	-	1	1	4	1	1	3	-	1	-	13
Infection par le VIH #	7	7	3	-	14	24	5	6	21	143	16	9	-	255
Infection invasive à méningocoque	7	2	1	-	3	6	4	0	4	8	4	1	-	40
Légionellose	28	6	4	6	15	51	17	4	22	56	18	47	-	274
Listériose *	3	1	1	-	5	11	1	3	5	19	4	1	-	54
Orthopoxviroses dont la variole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Paludisme autochtone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Paludisme d'importation dans les DOM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Peste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Poliomyélite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Rage	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Rougeole	-	-	1	-	-	-	3	1	1	1	2	5	-	14
Sida #	4	3	0	0	3	2	4	0	1	28	0	0	-	45
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob +	2	1	-	1	-	-	-	2	2	2	-	1	-	11
Tétanos *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Toxi-infection alimentaire collective *	8	8	4	1	6	20	12	1	12	61	9	19	-	161
Tuberculose *	33	10	5	4	18	74	45	8	28	133	22	34	-	414
Tularémie	2	-	-	2	-	-	-	-	1	1	-	-	-	6
Typhus exanthématique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0

\* Par département de notification

# Données non provisoires, non corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration

+ et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines

## | 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, ainsi que les services de l'ARS Auvergne-Rhône Alpes en charge des mesures sanitaires autour des cas de MDO et de la validation des données transmises à Santé Publique France.

### CIRE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Tel : 04 72 34 31 15 - Fax : 04 72 34 41 55- Mail : [ars-ara-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-cire@ars.sante.fr)

Retrouvez ce numéro sur : [http:// www.santepubliquefrance.sante.fr](http://www.santepubliquefrance.sante.fr)

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

**Rédacteur en Chef** : Christine Saura, Responsable par intérim de la Cire Auvergne-Rhône-Alpes

**Comité de rédaction** : Equipe de la Cire Auvergne-Rhône-Alpes

**Coordination du numéro** : Guillaume Spaccaferri

**Diffusion** : CIRE Auvergne-Rhône-Alpes - 241, rue Garibaldi - CS 93383 69 418 LYON Cedex 03