

Bulletin de veille sanitaire - N°20 spécial MDO / Décembre 2015

LES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE DANS LA REGION ILE-DE-FRANCE EN 2013

EDITORIAL

Stéphanie VANDENTORREN, responsable de la Cellule de l'InVS en régions Ile-de-France et Champagne-Ardenne (Cire IdF-CA)

Ce numéro du Bulletin de Veille Sanitaire est consacré aux maladies déclarées en 2013 dans la région. Un tableau de bord synthétique de ces maladies déclarées en 2013 est présenté en début de ce bulletin. Des analyses plus détaillées de certaines MDO, notamment sur la tuberculose et le VIH sont disponibles dans ce BVS. On note ainsi en 2013 que tous les départements avaient toujours un taux de déclaration pour la tuberculose supérieur à la moyenne nationale, mais avec des disparités départementales dont la dynamique évolue selon la répartition des personnes présentant des facteurs de risque sur le territoire. Concernant les infections à VIH, il faut souligner le nombre important (26%) de dépistages très tardifs ($CD4 < 200/mm^3$) et la dynamique de l'épidémie, puisque 26% d'entre elles étaient récentes.

Ce BVS est aussi l'occasion de rappeler l'importance de la vaccination pour limiter la transmission des maladies à prévention vaccinale. L'année 2013 a été en effet plus particulièrement marquée par une phase d'augmentation notable des infections invasives à méningocoques chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) qui a fait l'objet d'une recommandation vaccinale chez les HSH sur 3 mois en 2013 et sur un an (en 2014) et d'une publication scientifique.

Rappel MDO :

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

Le signalement des MDO est réalisé par les médecins et les biologistes, qui les suspectent ou les diagnostiquent, au médecin de l'ARS de leur lieu d'exercice. C'est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié. Il n'existe pas de fiche spécifique dédiée au signalement. Les informations indispensables pour le traitement du signal peuvent être transmises au choix par téléphone, télécopie ou par mail à la Plate-forme de Veille et d'Urgence Sanitaire de l'ARS. Il est également possible de compléter et transmettre ces informations à partir de la fiche de notification. Les maladies qui justifient une intervention urgente à savoir toutes les MDO obligatoire à l'exception de l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos sont à signaler. Les objectifs sont de permettre aux délégations territoriales 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.

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin de l'ARS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. Elle doit être effectuée pour toutes les MDO. Les objectifs sont d'assurer le suivi épidémiologique des MDO et d'analyser et suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

A l'exception des fiches de déclaration de l'hépatite B aiguë, de l'infection à VIH et du sida qui sont des liasses autocopiantes fournies aux déclarants par l'ARS de leur lieu d'exercice, les fiches de notification des autres maladies à déclaration obligatoire (MDO), sont téléchargeables sur le site web de l'Institut de veille sanitaire (InVS) à l'adresse suivante

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/31-maladies-a-declaration-obligatoire>, <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Maladies-a-declaration-obligat.157435.0.html>

En facilitant la déclaration, le point focal contribue également à l'exhaustivité des signalements de MDO dans la région afin de garantir la mise en œuvre des mesures de prophylaxie à chaque fois que nécessaire et une surveillance efficace des pathologies.

Depuis la création de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, les DO doivent être réalisées auprès d'un point focal unique pour la région, le Centre de réception et de régulation des signaux, mettant ainsi à disposition des professionnels de santé une adresse unique pour tous leurs signalements obligatoires ou non.

À L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS

À SIGNALER/ À L'ARS



Pour en savoir plus, rendez-vous sur
www.iledefrance.paps.sante.fr

ARS Île-de-France
Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire
Millénaire 2, 35 rue de la gare, 75935 Paris Cedex 19



|Sommaire|

Page 1 | Editorial |

Page 4 | Tableau Nombres de notifications |

Page 5 | Méthodologie

Page 5 | Infection par le VIH – SIDA |

- VIH
- SIDA

Page 6 | Les Pathologies Respiratoires |

- Tuberculose
- Légionellose

Page 8 | Les Pathologies à Prévention Vaccinale |

- Infection invasive à méningocoque (IIM)
- Rougeole
- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B aigue

Page 12 | Les hépatites virales : l'hépatite A |

Page 12 | Les risques infectieux d'origine alimentaire |

- Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)
- Botulisme
- Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes
- Listériose
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob

Page 14 | Les maladies à transmission vectorielle |

- Chikungunya
- Dengue
- Paludisme autochtone

Page 14 | Les zoonoses |

- Brucellose
- Tularémie

Page 14 | **REFERENCES** |

Les maladies à déclaration obligatoire, Ile-de-France, 2013

Yassoungo Silue,

Cellule de l'InVS en régions (Cire) Ile-de-France et Champagne-Ardenne

Nombres de notifications des 31 maladies à déclaration obligatoire selon les départements, Île-de-France, 2013

Département*	75	77	78	91	92	93	94	95	Total
Botulisme	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Brucellose	1	0	1	1	1	4	1	4	13
Charbon	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dengue	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diphtérie	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Fièvres hémorragiques africaines	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes	17	5	6	2	4	12	1	4	51
Hépatite aiguë A	37	10	26	16	34	23	13	16	175
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	17	2	1	1	4	4	7	2	38
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade** :									
✦ VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	2642 [2351 - 2934]
✦ SIDA	-	-	-	-	-	-	-	-	412 [349 - 474]
Infection invasive à méningocoque	30	5	4	3	8	14	20	4	88
Légionellose	53	17	11	22	32	21	14	20	190
Listériose	14	6	4	13	6	8	8	3	62
Mésothéliome	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orthopoxviroses dont la variole	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme "autochtone"	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	15	2	15	3	8	9	3	0	55
Saturnisme chez l'enfant mineur	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob	5	2	2	2	2	2	2	3	20
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infection alimentaire collective	108	22	11	6	42	30	19	26	264
Tuberculose									
✦ Tuberculose maladie	372	107	127	174	199	258	231	195	1763
✦ Infection tuberculeuse (< 15 ans)	34	29	21	50	9	77	50	49	319
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Typhus exanthématique	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- : données non communiquées

* département de domicile des cas sauf pour les maladies suivantes où figure le département de la déclaration : brucellose, fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes, listériose, toxi-infection alimentaire collective, tuberculose, tularémie.

** données corrigées au 31/12/2013

Méthodologie

Les maladies à déclaration obligatoire prises en compte sont celles ayant au moins une notification en 2013. Pour certaines de ces pathologies, une analyse descriptive sur l'évolution de la déclaration a été réalisée sur une période de 10 ans. L'étendue de la période peut varier d'une maladie à l'autre suivant la date d'introduction ou de réintroduction de la déclaration obligatoire et suivant la mise à disposition de données validées par l'InVS.

Les taux de déclarations estimés sont bruts pour toutes les pathologies, et standardisés sur l'âge pour la tuberculose (pour permettre la comparaison entre les départements).

Le calcul de ces taux de déclaration a utilisé les données de recensement de la population de l'année correspondante ou les estimations localisées de population de l'Insee (départementale ou régionale selon l'accessibilité des données).

Infection par le VIH / SIDA

| VIH (2003-2013) |

Critères de notification

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

Toute sérologie VIH confirmée positive chez un sujet de 15 ans et plus, pour la première fois par le laboratoire (hors dépistage anonyme), même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu et même si une sérologie positive a pu être réalisée auparavant dans un autre laboratoire.

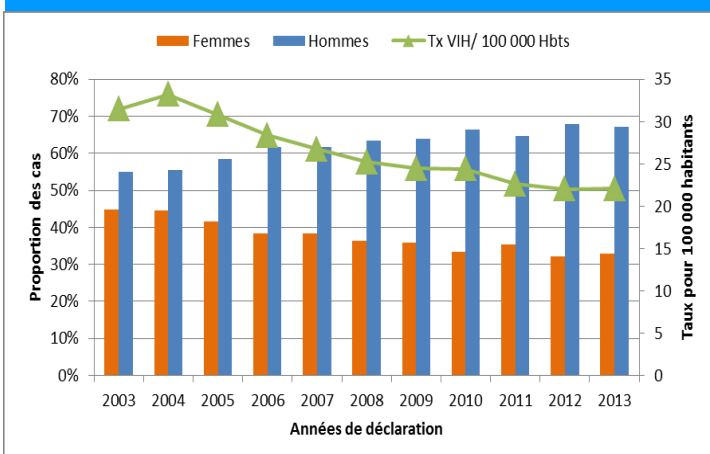
Infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans :

Tout diagnostic d'infection à VIH chez un enfant de moins de 15 ans, par examen virologique chez l'enfant de moins de 18 mois ou par sérologie chez l'enfant de 18 mois et plus.

En 2013, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH était estimé à 2 642, IC95% [2 351 - 2 934] en Île-de-France. La proportion des femmes infectées étaient inférieure à celle des hommes, respectivement 33% versus 67%.

L'évolution du taux et de séropositivité en Île-de-France est représentée sur la figure 1. De 2004 à 2013, on note une baisse progressive du taux des découvertes de séropositivité (de 33 cas à 22 cas pour 10⁵ habitants). La proportion des hommes était toujours élevée par rapport à celle des femmes.

Figure 1. Infections VIH : Taux annuels de déclaration (Tx) et proportion par sexe, données corrigées au 31/12/2013, Île-de-France, 2003-2013

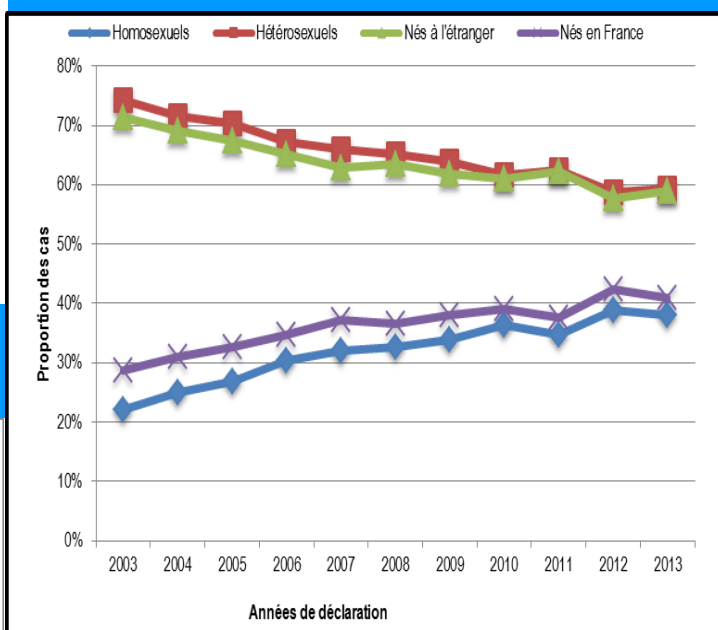


En Île-de-France, la proportion de personnes hétérosexuelles de même que celle de personnes nées à l'étranger a diminué progressivement entre 2003 à 2013, respectivement de 74% à 59% et de 71% à 59% (Figure 2)*.

Le stade clinique et le nombre de CD4 donnent des indications sur le caractère précoce ou tardif du diagnostic. En 2013, 38% des découvertes de séropositivité étaient précoces, au stade de primo-infection ou avec un taux de CD4 supérieur à 500/mm³, et 26% étaient très tardives (au stade sida ou avec des CD4 < 200/mm³).

La surveillance virologique permet quant à elle de détecter les diagnostics réalisés moins de 6 mois, en moyenne, après la contamination : c'était le cas pour 26% des découvertes de séropositivité en 2013.

Figure 2. Infections VIH : Evolution de la distribution des cas selon l'orientation sexuelle et le pays de naissance, Île-de-France, 2003-2013



*Des analyses approfondies sont en cours pour étayer les tendances observées

| SIDA (2003-2013) |

Critères de notification

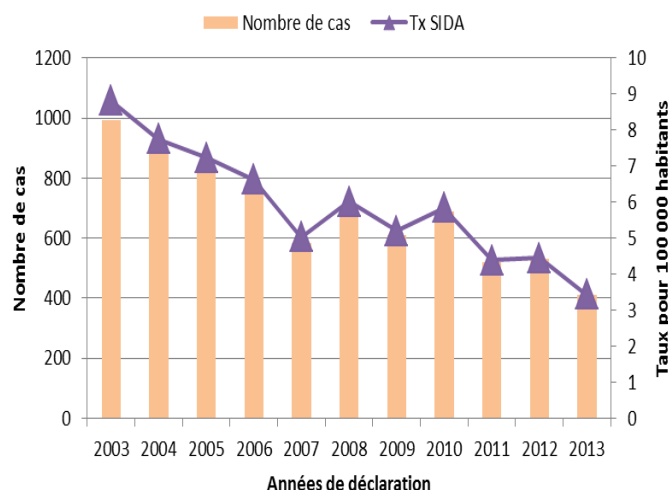
Sida chez l'adulte et l'adolescent de 15 ans et plus :
Doit être déclaré tout diagnostic de sida chez une personne de 15 ans ou plus selon la définition du sida, révisée en 1993 et publiée dans les BEH n° 51/1987 et n°11/1993.

Sida chez l'enfant de moins de 15 ans :
Doit être déclaré tout diagnostic de sida chez un enfant de moins de 15 ans, selon la définition du sida chez l'enfant, révisée en 1995 et publiée dans le BEH n°11/1995.

En 2013, le nombre de nouveaux diagnostics de SIDA a été estimé à 412 IC95% [349- 474] en Île-de-France.

De 2003 à 2013, le taux de diagnostics de SIDA rapporté à la population a diminué, passant de 8,8 cas à 3,4 cas pour 10⁵ habitants (Figure 3).

Figure 3 : SIDA : Evolution du nombre et du taux de déclaration (Tx) en Île-de-France, 2003-2013



Les Pathologies Respiratoires

| Tuberculose (2003-2013) |

Critères de signalement

Cas confirmé :

maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture. Ces mycobactéries du complexe tuberculosis comprennent : *M. tuberculosis* ; *M. bovis* ; *M. africanum* ; *M. microti* ; *M. canettii* ; *M. caprae* ; *M. pinnipedii*.

Cas probable :

- (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et
- (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard

habitants dans tous les autres départements de la région. Les départements les plus touchés sont : la Seine-Saint-Denis, où malgré la diminution progressive observée, le taux de déclaration en 2013, était de 22,7 cas pour 10⁵ habitants. Ce département était suivi du Val-de-Marne et du Val-d'Oise, avec un taux de déclaration respectivement de 17,1 cas et 15,7 cas pour 10⁵ habitants. Quant au département de Paris, son taux de déclaration était de 15,1 cas pour 10⁵ habitants. Le taux de déclaration dans l'Essonne, de 14 cas pour 10⁵ habitants en augmentation comparé à 2012 (10,9 cas pour 10⁵ habitants), pourrait s'expliquer par un nombre élevé de cas en milieu carcéral.

Pour le pays de naissance, plus de 60% des cas de chaque département étaient nés à l'étranger, à l'exception de la Seine-et-Marne (52%) (Figure 4). Le taux régional de déclaration était de 59,4 cas pour 10⁵ habitants chez les personnes nées à l'étranger contre 5,2 cas pour 10⁵ pour les personnes nées en France (tableau1).

Caractéristiques sociodémographiques des cas

En 2013, 4 934 cas de tuberculose maladie (7,5 cas pour 10⁵ habitants) ont été déclarés en France entière, dont 36% en Île-de-France (n=1 763). Selon la répartition par département, 372 cas ont été déclarés à Paris, 107 cas en Seine-et-Marne, 127 cas dans les Yvelines, 174 cas dans l'Essonne, 199 cas dans les Hauts-de-Seine, 258 en Seine-Saint-Denis, 231 dans le Val-de-Marne et 195 cas dans le Val d'Oise. L'âge médian des cas déclarés était de 36 ans. Le sexe ratio H/F était de 2 avec un taux de 20,4 cas pour 10⁵ habitants chez les hommes contre 9,2 cas pour 10⁵ habitants chez les femmes (tableau1).

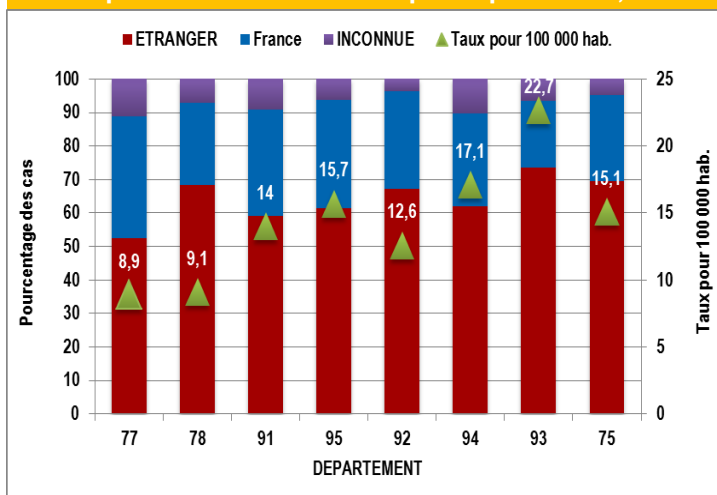
Disparités sociodémographiques et territoriales

En 2013, en Île-de-France, tous les départements avaient un taux de déclaration supérieur à la moyenne nationale. Néanmoins, des disparités départementales ont été observées et dépendent probablement de la répartition des personnes à risque dans la région*. Les taux sont inférieurs à 10 cas pour 10⁵ habitants dans la Seine et Marne et les Yvelines et supérieurs à 10 cas pour 10⁵

Tableau 1. Tuberculose : caractéristiques socio-démographiques des cas en Ile-de-France, 2013

Caractéristiques	Nombre de cas (n)	Taux pour 100 000
Total	1763	14,7
Sexe (n=1750)		
Homme	1180	20,4
Femme	570	9,2
Pays de naissance (n=1642)		
Nés en France	477	5,2
Nés à l'étranger	1165	59,4

Figure 4. Tuberculose : Pourcentage de cas en fonction du pays de naissance et taux de déclaration standardisé pour 100 000 habitants par département,



Le nombre de cas nés à l'étranger était plus élevé que celui des personnes nées en France dans tous les groupes d'âges entre 15 à 79 ans. Les taux de déclaration de tuberculose les plus élevés ont été observés chez les jeunes adultes de 20 à 44 ans, avec des pics de taux de déclaration de 28,6 cas pour 10^5 habitants dans la classe d'âge de 30-34 ans et chez les personnes de plus de 70 ans (19 cas pour 10^5 habitants chez les personnes de 80 ans et plus) (Figure 5).

Lorsque l'information était disponible (11,8% de données manquantes), la proportion de cas sans domicile fixe était de 7,1% (n=109) dont 56 cas résidaient à Paris. La proportion des cas en résidence collective était de 13,7% (n=211). On notait également 19 cas de maladie dans un centre pénitentiaire au moment du diagnostic dont 11 cas dans le département de l'Essonne.

Parmi les 202 cas en résidence collective pour lesquels l'information sur le type de collectivité était disponible, 55% (112 cas) résidaient dans un centre d'hébergement collectif, 9% (n=19) dans un établissement pénitentiaire, 7% dans un établissement hébergeant des personnes âgées (n=14) et 28% dans un autre type de collectivité (n=57). L'information n'était pas connue pour 9 cas.

Caractéristiques cliniques et contexte du diagnostic

Parmi les 1 763 cas déclarés en 2013, la localisation pulmonaire de la maladie était observée dans 69% des cas (n=1 217), dont 75,8% (n=922) avec une localisation pulmonaire isolée et 24,2% (n=295) associée à une localisation extra pulmonaire. Parmi les localisations pulmonaires, un examen microscopique direct (crachat, lavage broncho-alvéolaire, lavage bronchique) positif, indicateur d'une contagiosité élevée, était notifié pour 52% d'entre elles (n=632). Parmi les 879 cas pour lesquels l'information était disponible, le résultat de culture était positif en début de traitement pour 91,4% (n=803) des cas.

Cinquante cas de tuberculose miliaire et 39 cas de tuberculose méningée étaient notifiés dont 21 cas méningés étaient associés à des localisations pulmonaires. En Île-de-France, une tuberculose méningée et 3 tuberculoses à localisations milliaires étaient diagnostiqués chez des enfants de moins de 15 ans.

Pour les cas dont l'information était disponible (87% des cas, n=1 536), le contexte de diagnostic de la tuberculose était le recours spontané au système de soins dans 81% des cas (n=1 243), l'enquête autour d'un cas dans 5% des cas (n=83), le dépistage dans 3% des cas (n=46) et une autre cause dans 11% des cas (n=164).

Evolution du taux de déclaration de la tuberculose

En Île-de-France, le taux de déclaration avait baissé de 24,1 en 2003 à 14,7 cas de tuberculose maladie pour 10^5 habitants en 2013, soit une diminution de 45%. Néanmoins, ce taux est resté stable en 2013 comparé à 2012 (Figure 6). Le taux de déclaration a diminué dans tous les départements. En Seine Saint Denis, ce taux était stable de 2003 à 2010 comparé aux autres régions puis a diminué progressivement avec 22,6 cas pour 10^5 habitants en 2013. A Paris, le taux de déclaration de la tuberculose a connu une baisse drastique sur les 10 dernières années et était en quatrième position en termes de déclaration, après la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne et le Val d'Oise en 2013.

Figure 6. Tuberculose : Evolution du taux de déclaration par département de 2003 à 2013, IDF

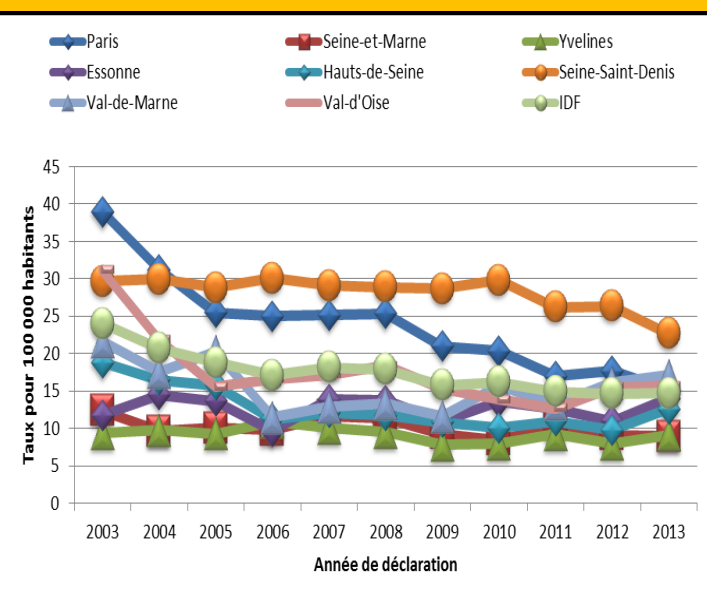
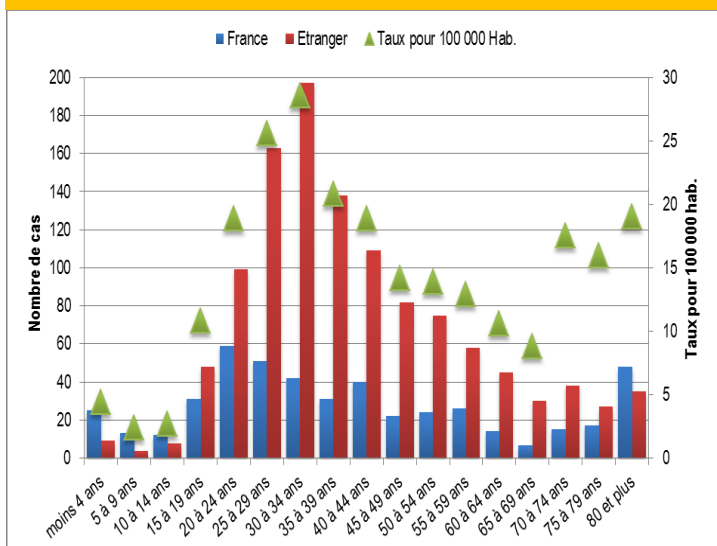


Figure 5. Tuberculose : Nombre de cas en fonction du pays de naissance et taux de déclaration par classe d'âge en Île-de-France, 2013



Quelques recommandations vaccinales

La vaccination par le BCG est recommandée dès la naissance chez tout :

- ⇒ enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- ⇒ enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- ⇒ enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- ⇒ enfant ayant un antécédent familial de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- ⇒ enfant résidant en **Île-de-France**, en Guyane ou à Mayotte.

→ La région de l'**Île-de-France** reste une région à forte recommandation vaccinale pour le BBC

| Légionellose (2003-2013) |

En 2013, 1264 cas de légionellose ont été déclarés en France, dont 188 (14,9%) chez des personnes domiciliées en Île-de-France.

Le taux de déclaration était de 1,6 cas versus 1,94 (au niveau national) pour 10⁵ habitants. Il augmentait avec l'âge. (Figure 7).

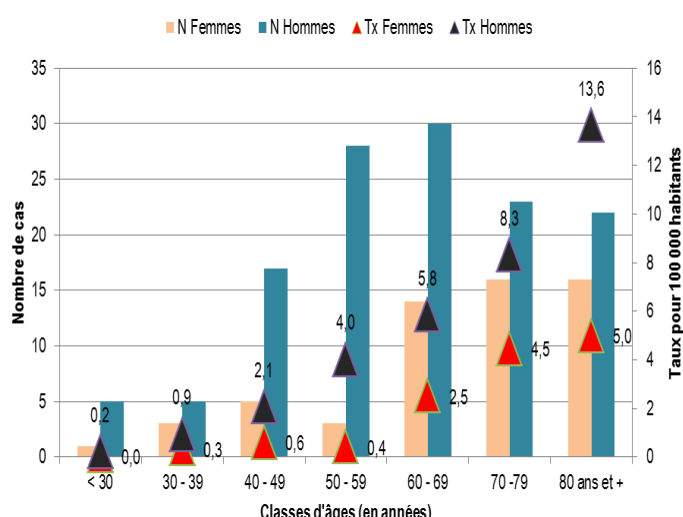
Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 65 ans [22 ans – 92 ans] et le sex-ratio H/F de 2,2.

Pour 95% des cas (n=179), *Legionella pneumophila* de séro-groupe 1 était isolé, le diagnostic étant établi à partir d'un test de détection des antigènes solubles urinaires dans 92,5% des cas. Une souche clinique a été isolée pour 29,8% des cas (n=56). La létalité était de 17% (n=32).

Les cas survenaient le plus souvent entre le mois d'août et le mois d'octobre (43%).

Un ou plusieurs facteurs favorisants avaient été identifiés pour l'ensemble des cas, la consommation de tabac avait été déclarée pour 69 cas, un diabète pour 30 cas, une hémopathie ou un cancer pour 27 cas, la prise d'une corticothérapie pour 21 cas, la prise d'un autre immunosuppresseur pour 13 cas, et un autre facteur favorisant pour 28 cas.

Figure 7. Légionellose : nombre de cas (N) et taux de déclaration (Tx) selon l'âge et le sexe, Île-de-France, 2013 (N=188)



Les Pathologies à Prévention Vaccinale

| Infection invasive à méningocoque (IIM) (2001-2013) |

Critères de signalement

Au moins l'un des quatre critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide cérébro-spinal (LCS), 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 LCS
3. LCS 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 LCS, le sang ou les urines.

Critères de signalement (suite)

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).

Situation épidémiologique

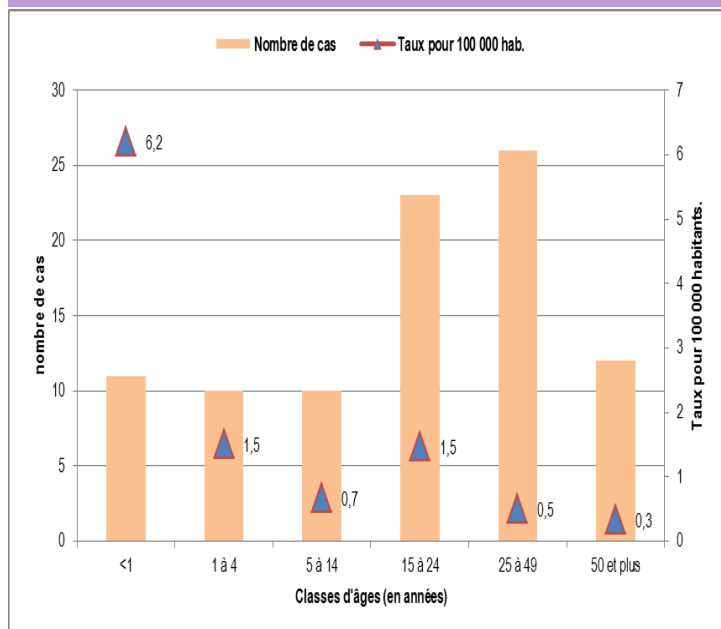
En 2013, 595 cas d'IIM ont été déclarés en France, dont 15,5% (N=92) en Île-de-France. Le taux de déclaration en Île-de-France était de 0,70 cas versus 0,90 pour 10⁵ habitants en France métropolitaine. Le taux de notification était de 6,2 pour 10⁵ habitants chez les nourrissons de moins d'un an et 1,5 cas pour 10⁵ habitants chez les 1 à 4 ans et chez les 15 à 24 ans, et plus faible dans les autres classes d'âge (0,7 chez les 5-14 ans, 0,5 chez les 25-49 et 0,3 chez les 50 ans et plus) (Figure 8). Le séro-groupe B était isolé dans la majorité des cas (n=37), suivi du séro-groupe C (n=25 cas), du séro-groupe W (n=12), et enfin du séro-groupe Y (n=12 cas).

Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 22 ans [1 mois – 93 ans] et le sex-ratio H/F de 1,2. Un purpura fulminans était noti-

fié pour 26 cas (28%) avec près de la moitié des cas chez les 15 à 24 ans (n=12). La létalité était de 9%, mais était plus élevée en présence de purpura fulminans (15,4%).

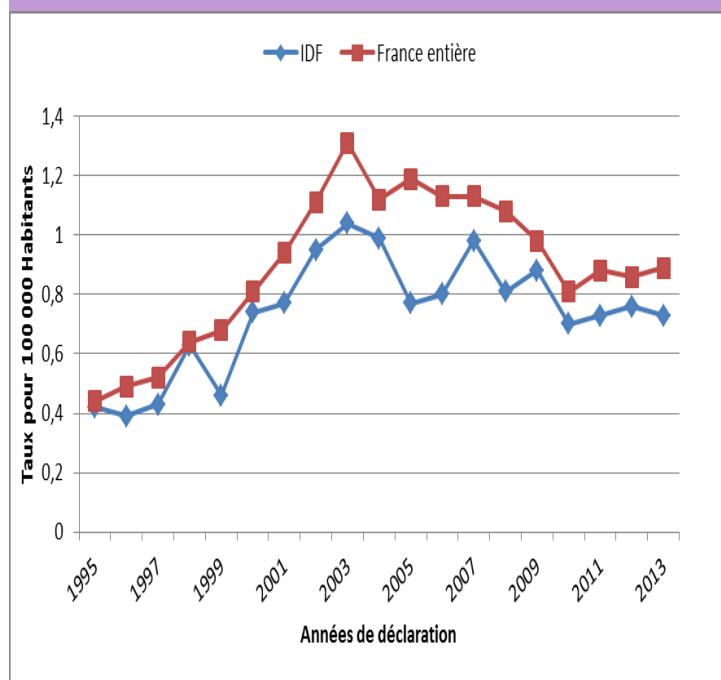
Le mois d'avril a enregistré le plus grand nombre de cas notifié (n=14).

Figure 8. IIM : Nombre de cas et taux de déclaration selon la classe d'âge, Île-de-France, 2013 (N = 92)



Au niveau national, une diminution progressive du taux annuel de déclaration des IIM a été observée entre 2003 et 2010 (1,3 à 0,8 cas pour 10^5 habitants), avec un rebond à partir de 2011. Le taux annuel de déclaration en région Île-de-France est resté inférieur à celui de la France entière sur toute la période de 2001 à 2013. Néanmoins, deux pics de déclaration ont été observés en 2003 et 2007 en Île-de-France, avec respectivement 0,98 et 0,88 cas pour 10^5 habitants (Figure9).

Figure 9. IIM : Evolution annuelle du taux de déclaration (pour 10^5 habitants) en IDF et en France, 2001-2013



Description des taux de déclaration par sérotype

L'évolution du taux de déclaration par sérotype sur la période de 2001 à 2013 est représentée sur la Figure 10.

Le sérotype B avait circulé de façon majoritaire en Île-de-France comme au niveau national, avec un taux moyen de déclaration estimé à 0,43 cas pour 10^5 habitants. On a observé un pic de déclaration en 2009 (0,52 cas pour 10^5 habitants), suivi d'une diminution jusqu'en 2013 (0,32 cas pour 10^5 habitants).

Entre 2001 et 2013, le taux de déclaration du sérotype C a évolué en 3 phases :

- une phase d'augmentation sensible entre 2001 et 2004, atteignant en 2004 une valeur proche de celle du taux de déclaration du sérotype B (0,38 cas pour 10^5 habitants) et une baisse marquée en 2005 (0,18 cas pour 10^5 habitants) ;
- puis, une phase en plateau entre 2006 et 2009, avec une nouvelle baisse marquée en 2010. Cette baisse marquée en 2010 pourrait s'expliquer par l'introduction du vaccin polysaccharidique conjugué contre le méningocoque C et recommandé chez les enfants de 12 à 24 mois [1];
- enfin, une nouvelle phase d'augmentation progressive à partir de 2011, pour atteindre 0,18 cas pour 10^5 habitants en 2013.

Au deuxième trimestre de 2013, 3 cas d'IIM C sont survenus chez des hommes adultes résidant en Île de France entre le 13 et le 20 juin 2013. Pour deux d'entre eux, l'investigation a trouvé la notion de fréquentation de lieux de convivialité de la communauté gay dans les jours précédant l'hospitalisation. Pour un cas, seule la notion probable de rapports sexuels avec des hommes a été rapportée.

Suite à une augmentation anormale du nombre de cas d'IIM chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) une alerte a été donnée en Île-de-France [2]. Cette alerte a fait l'objet d'une recommandation vaccinale chez les HSH sur 3 mois en 2013 et sur un an en 2014 [3].

Les taux de déclarations des sérotypes W et Y ont une évolution constante entre 0 et 0,1 cas pour 10^5 habitants sur la période de 2003 à 2011. On a néanmoins noté 2 pics de déclaration pour le sérotype W (2002 et 2012). On note, en 2013, une augmentation du taux de déclaration du sérotype Y.

Figure 10. IIM : Taux annuels de déclaration selon les principaux sérotypes, Île-de-France, 2001-2013

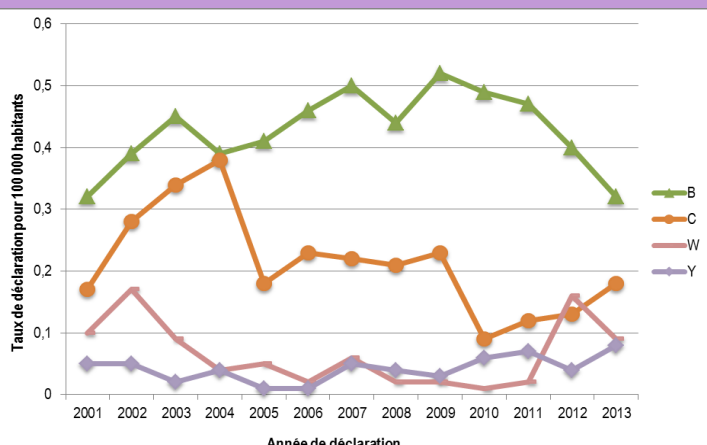


Schéma vaccinal IIM

Il est recommandé une seule dose de vaccin méningococcique C conjuguée pour tous les enfants à l'âge de 12 mois et un rattrapage jusqu'à l'âge de 24 ans.

Autour d'un cas d'IIM A, C, Y, W :

Un vaccin méningococcique conjugué est recommandé pour les sujets contacts d'un cas d'IIM A, C, Y ou W, - monovalent C en cas d'IIM due au sérotype C :

- * nourrissons de 2 à 11 mois révolus : 2 doses d'intervalle de 2 mois et 1 dose en 2^{ème} année de vie

- * enfants à partir de l'âge de 12 mois, adolescents et adultes : une dose unique

- tétravalent ACYW135 à partir de l'âge de 1 ou 2 ans (selon l'AMM des vaccins) : une dose unique.

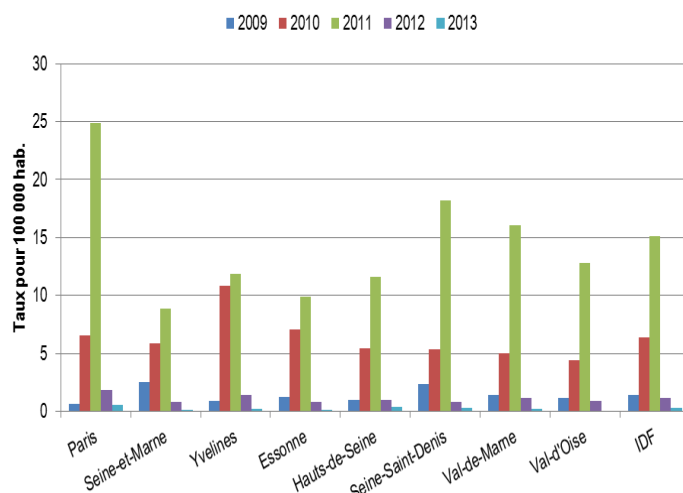
Recommandations particulières contre le méningocoque de type B dans le cadre de situations spécifiques :

La vaccination contre les IIM de sérotype B est recommandée pour des populations cibles dans le cadre de situations épidémiques et d'hyperendémie.

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/>

rougeole étaient signalés à Paris et aucun cas n'a été notifié dans le Val d'Oise (Figure 11).

Figure 11. Rougeole : Evolution du taux d'incidence par département, Île-de-France, 2009-2013

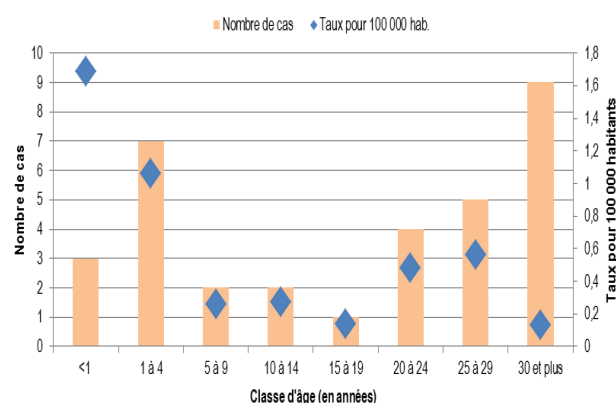


En Île-de-France, le taux de déclaration était élevé chez les enfants de moins de 1 an, soit 1,7 pour 10⁵ habitants (Figure 12).

En 2013, 7 cas de rougeole, soit 27% des cas déclarés étaient hospitalisés. Parmi les cas hospitalisés, un cas avait développé une encéphalite.

Parmi les 26 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 15 cas n'étaient pas vaccinés, et 33% étaient vaccinés, dont 4 cas avec deux doses.

Figure 12. Rougeole : Nombre de cas et taux d'incidence par classe d'âge, Île-de-France, 2013, (N=33)



| Rougeole (2013) |

Critères de signalement

Critères cliniques

Association d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, d'une éruption maculopapuleuse 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 anticorps IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence, ou
- ◆ détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhinopharyngé, salivaire ou urinaire, ou
- ◆ culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhinopharyngé, salivaire ou urinaire.

Situation épidémiologique

En 2013, 259 fiches de déclaration obligatoire de rougeole ont été notifiées en France, dont 50 (15%) chez des personnes domiciliées en Île-de-France. Parmi les 50 cas de rougeole notifiés en Île-de-France, 33 cas ont été certifiés dont 16 cas cliniques, 16 cas confirmés et un cas épidémiologique. Le taux de déclaration était 0,28 cas pour 10⁵ habitants en Île-de-France versus 0,39 cas pour 10⁵ habitants en France entière.

Dans tous les départements franciliens, le taux de déclaration avait augmenté en 2011, source d'une vague épidémique dans la région. Au niveau régional, ce taux avait baissé de 15,14 cas pour 10⁵ habitants en 2011 à 1,15 et 0,28 cas pour 10⁵ habitants respectivement pour 2012 et 2013. En 2013, 39% des cas de

Schéma vaccinal - Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)

◆ Enfants âgés de 12 à 24 mois :

Une dose du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole à l'âge de 12 mois (co-administration possible avec le vaccin contre les infections invasives à méningocoque) et une seconde dose entre 16 et 18 mois.

◆ Personnes nées depuis 1980 et âgées de plus de 24 mois :

Rattrapage pour obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

| Diphtérie (2013) |

Critères de signalement

- 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 diphtérie porteuse du gène tox (tox+).

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

En 2013, 6 cas de diphtérie ont été signalés en France dont 1 cas en Île-de-France. Les investigations épidémiologiques et vétérinaires ont permis de mettre en évidence une source de contamination d'origine zoonotique (un chat errant). Cette découverte fournit en outre la preuve que les animaux peuvent transporter la souche *C. ulcerans* et toxigènes, source de l'infection chez l'homme [4].

| Tétanos (2013) |

Critères de signalement

Cas confirmé : diagnostic clinique de tétanos généralisé

En 2013, 10 cas de tétanos ont été déclarés en France dont 1 cas résidant en Île-de-France. Ce cas était âgé de 54 ans et non vacciné.

| Poliomyélite (2013) |

Critères de signalement

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.

En 2013, aucun cas de poliomyélite n'a été déclaré en France.

Schéma vaccinal - Diphtérie, Tétanos, Polio-myélite

- Primovaccination avec un vaccin combiné : Une dose à l'âge de 2 et 4 mois avec rappels ultérieurs ;
- une dose (DTPolio) à 11 mois ;
- une dose (DTCaPolio) à 6 ans, entre 11 et 13 ans ;
- une dose (DTPolio) à 25 ans, 45 ans, 65 ans et à intervalle de chaque dix ans après 65 ans.

Toute nouvelle primovaccination doit suivre le nouveau calendrier vaccinal.

Pour toute personne ayant déjà reçu un ou des vaccins avant la mise en place de ce nouveau calendrier vaccinal, un schéma vaccinal de transition est disponible.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

| Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B aigue (2013) |

Critères de notification

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

- les anticorps IgM anti-HBc,
- l'antigène Ag HBs et les anticorps Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë (augmentation importante des ALAT (alanines aminotransférases) avec ou sans ictère), si les IgM anti-HBc sont non testées.

En 2013, 80 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés en France, dont 14 chez des personnes domiciliées en Île-de-France. Le taux de déclaration au niveau national était 0,122 versus 0,116 cas pour 10⁵ habitants en Île-de-France.

Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 40 ans [28 ans – 61 ans] et les hommes étaient largement plus touchés que les femmes. Un ictère était présent pour 12 cas et 10 cas ont été hospitalisés. Aucun cas d'hépatite fulminante n'a été signalé.

Schéma vaccinal VHB (1ère partie)

En population générale :

Chez le nourrisson, trois doses du vaccin hexavalent contre l'hépatite B sont recommandées à 2, 4 et 11 mois. Pour les adolescents âgés de 11 à 15 ans révolus, non antérieurement vaccinés, on utilise :

- soit le schéma classique à trois doses ;
- soit un schéma à deux doses, avec un des deux vaccins ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication (ENERIX BR 20 µg ou GEN-HEVAC BR Pasteur 20 µg) en respectant un intervalle de six mois entre les deux doses.

Schéma vaccinal VHB (Suite)

Pour les nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs :

Trois injections sont recommandées (une dose + administration d'immunoglobulines anti-HBs à la naissance, puis une dose à 1 et 6 mois).

Un schéma à quatre doses (une dose à la naissance, puis à 1, 2 et 6 mois) est recommandé pour les prématurés de moins de 32 semaines ou de poids inférieur à 2 kg.

Pour certains cas particuliers, un schéma accéléré peut être proposé. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

Les hépatites virales : l'hépatite A

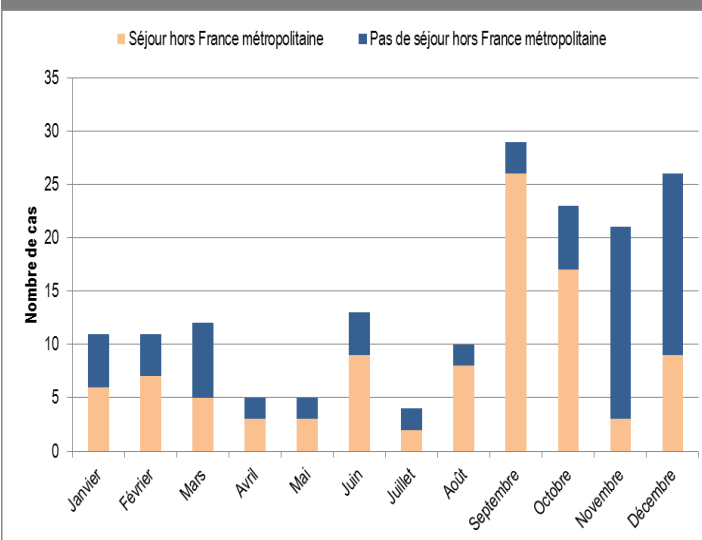
En 2013, 917 cas d'hépatite virale A ont été déclarés en France, dont 175 (19%) chez des personnes domiciliées en Île-de-France. Le taux de déclaration était de 1,4 cas pour 10^5 habitants comparables à celui de la France (1,4 cas pour 10^5 habitants).

Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 22 ans [2 ans – 92 ans].

La maladie était symptomatique pour 166 cas (94%), 134 cas ont présenté un ictère (76%) et 92 cas ont été hospitalisés (53%). Trente et un % des cas avaient manifesté le début des symptômes au mois de septembre, au retour des grandes vacances scolaires. Le nombre de déclaration avec un séjour à l'étranger était également élevé en septembre et octobre (Figure 13).

Dans les 2 à 6 semaines précédant la date de début des symptômes, 98 cas (56%) avaient déclaré un séjour hors de France métropolitaine, dont 45 dans un pays du Maghreb, et 21 cas (12%) avaient consommé des fruits de mer. Pour 44 cas (25%), d'autre(s) malade(s) avaient été identifiés dans l'entourage, le plus souvent familial (n=27). Enfin, pour 41 cas (23%), un enfant de moins de 11 ans vivait au domicile.

Figure 13. Hépatite aiguë A : Distribution des cas selon le mois de survenue des premiers symptômes, Île-de-France, 2013 (N=175, données manquantes n = 5)



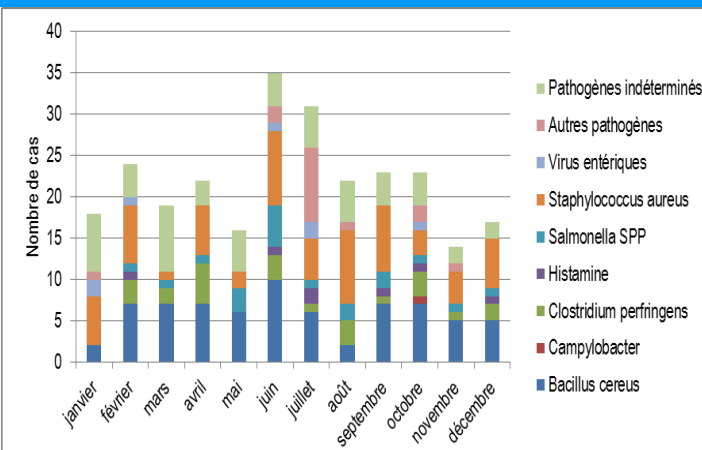
Les risques infectieux d'origine alimentaire

[Toxi-infection alimentaire collective (TIAC, 1996-2013)]

En 2013, 1 346 foyers de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ont été déclarés en France dont 264 en Île-de-France. Les foyers franciliens avaient affecté au total 1 908 personnes dont 139 ont été hospitalisées. Aucun décès n'a été déclaré.

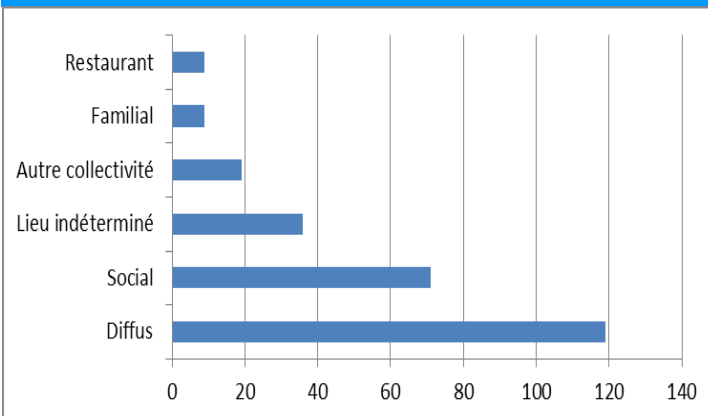
En Île-de-France, la distribution des foyers en fonction des germes ne montre pas de caractère saisonnier particulier. Néanmoins, on observe un pic saisonnier de déclaration des TIAC en juin et juillet. Sur les 7 foyers de virus entériques survenus en région Île-de-France en 2013, 3 foyers ont été déclarés en période hivernale (mois de janvier et février). Le *Bacillus cereus* était le germe le plus répandu sur toute l'année (Figure 14).

Figure 14. TIAC : Répartition des foyers en fonction du mois d'exposition et pour les principaux agents, Île-de-France, 2013 (N=264)



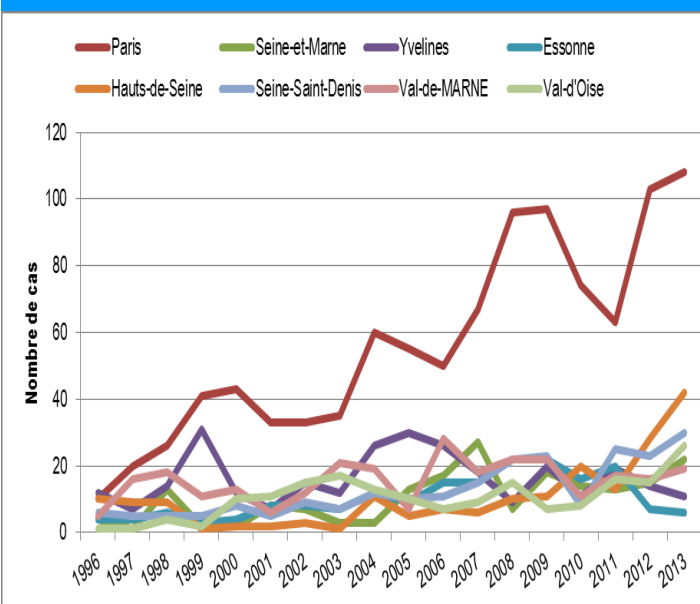
La répartition selon le lieu du repas incriminé était la suivante : 45% (n=119) des foyers survenus en Île-de-France étaient causés par un aliment distribué sur plusieurs lieux. Au niveau régional, 71 foyers étaient survenus sur un lieu à caractère social dont 37 foyers dans un centre de loisirs (Figure15).

Figure 15. TIAC : Répartition des foyers en fonction du lieu de repas en Île-de-France, 2013



Le nombre de foyers était stable dans l'ensemble des départements, à l'exception de Paris où il a progressé depuis 1996 pour atteindre en 2013 un niveau très élevé (108 foyers) (Figure 16). En 2013, on observait une élévation du nombre de foyers dans tous les départements en dehors du département des Yvelines et de l'Essonne.

Figure 16. TIAC : Répartition des foyers par département, Île-de-France, 1996-2013



| Botulisme (2013) |

En 2013, 11 foyers de 18 cas de botulisme ont été déclarés en France, dont 2 foyers en Île-de-France.

Le premier foyer était constitué de cas groupés (une Tiac familiale) constitués de 3 personnes de la même famille ayant consommé des produits importés du Portugal. La toxine de type B a été identifiée chez 2 personnes.

Le deuxième foyer était un botulisme infantile (toxine de type B) chez un nourrisson de moins d'un an.

| Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes (2013) |

En 2013, 148 cas de fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes ont été déclarés en France, dont 51 (34%) en Île-de-France. Le taux de déclaration était de 0,4 cas pour 10^5 habitants (versus 0,2 en France).

Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 24 ans [2 ans – 84 ans].

Un séjour dans un pays étranger au cours du mois précédant la date de début des symptômes était notifiée pour 43 cas (87%). Parmi ces 43 cas, 11 avaient voyagé en Inde, 9 au Cambodge, 6 en Côte d'Ivoire.

Pour 8 cas, une personne malade a été retrouvée dans l'entourage.

| Listériose (2013) |

En 2013, 369 cas de listériose ont été déclarés en France, dont 62 (16,8%) en Île-de-France.

Le taux de déclaration était de 0,52 cas pour 10^5 habitants (versus 0,56 en France).

Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 57 ans [1 mois – 99 ans] et le sex-ratio H/F de 0,9. La létalité était de 8% (n=5). La transmission était d'origine materno-néonatale pour 15 cas (24,2%).

Pour 38 cas (69%), il existait une pathologie sous-jacente et/ou l'indication d'un traitement immunosuppresseur. Au moment du diagnostic de listériose, 17 patients étaient hospitalisés pour une autre pathologie.

| Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob (2013) |

En 2013, 125 cas de suspicion de maladie Creutzfeldt-Jacob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles (ESST) humaines ont été déclarés en France, dont 20 (16%) chez des personnes domiciliées en Île-de-France.

Pour rappel, la déclaration obligatoire ne représente qu'une partie de la surveillance réalisée par le Réseau national de surveillance des maladies de Creutzfeldt-Jacob et des maladies apparentées. Les données nationales sont disponibles sur le site de l'InVS. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Maladie-de-Creutzfeldt-Jacob/Donnees-epidemiologiques>

Les maladies à transmission vectorielle

2015 : Installation irréversible d'Aedes albopictus

| Chikungunya (2013) |

En 2013, 11 cas importés de Chikungunya ont été déclarés en France métropolitaine, dont 3 chez des personnes domiciliées en Île-de-France.

Les 3 cas franciliens avaient signalé un séjour dans un pays étranger.

| Paludisme autochtone (2013) |

En 2013, 2 cas de paludisme autochtone ont été signalés en France : les deux cas étaient domiciliés à Paris.

| Dengue (2013) |

En 2013, 80 cas importés de Dengue ont été signalés en Île-de-France dont 46% résidaient à Paris. Tous les cas avaient déclaré un séjour à l'étranger.

Les zoonoses

| Brucellose (2013) |

En 2013, 26 cas de brucellose ont été déclarés en France, dont 13 (50%) en Île-de-France.

Pour les cas franciliens, l'âge médian était de 44 ans [28 ans – 67 ans] et le sex-ratio H/F de 1,6.

L'exposition à risque avait toujours lieu lors d'un séjour à l'étranger, en Turquie (n=8), mais aussi en Algérie (n=4) et au Maroc

(n=1). Des contacts avec des animaux étaient rapportés (n=3), la consommation de lait cru (n=7) et la consommation de fromage frais au lait cru (n=10) lors du séjour à l'étranger.

| Tularémie (2013) |

En 2013, 30 cas de tularémie ont été déclarés en France, mais aucun en Île-de-France.

REFERENCES

[1] Haut Conseil de la santé publique. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebdom. 2012;(14-15):161-86.

http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10582

[2] Aubert L, Taha MK, Boo N, Le Strat Y, Deghmane AE, Sanna A, Barret AS, Levy-Bruhl D, Vandentorren S, Parent du Chatelet I. Serogroup C invasive meningococcal disease among men who have sex with men and in gay-oriented social venues in the Paris region: July 2013 to December 2014. Euro Surveill. 2015;20(3):pii=21016

[3] Avis du 7 novembre 2014 relatif aux recommandations de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) :

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=474>

[4] Vandentorren S, Guiso N, Badell E, Boisrenoult P, Micaelo M, Troché G, Lecouls P, Moquet MJ, Patey O, Belchior E. Toxigenic *Corynebacterium ulcerans* in a fatal human case and her feline contacts, France, March 2014. Euro Surveill. 2014;19(38):pii=20910.

<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N38/art20910.pdf>

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

Si vous souhaitez être inscrit sur la liste de diffusion du BVS en format électronique, merci d'adresser votre demande à l'adresse ars-idf-cire@ars.sante.fr

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général de l'InVS

Rédacteur en chef : Dr Stéphanie Vandentorren, responsable de la Cire Ile-de-France et Champagne-Ardenne

Coordination du numéro : Dr Stéphanie Vandentorren

Maquette : Julien Sonési

Comité de rédaction : Dr Stéphanie Vandentorren, Lydéric Aubert, Elsa Baffert, Clément Bassi, Dr Caroline Fiet, Céline Legout, Dr Ibrahim Mounchetrou Njaya, Annie –Claude Paty, Asma Saidouni-Oulebsir, Dr Yassoung Silue, Morgane Trouillet,

Diffusion : Cire Ile-de-France et Champagne-Ardenne - 35, rue de la Gare 75019 Paris

Tél. : 01 44 02 08 16 - Fax : 01 44 02 06 76—Courriel: ars-idf-cire@ars.sante.fr