

Bulletin de veille sanitaire – Numéro thématique – N°01 / Mars 2016

Point actualisé de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire en région Aquitaine avec les données consolidées de 2014

Page 2		Présentation du système de surveillance des MDO
Page 3		Hépatite aiguë A, période 2006-2014
Page 5		Infection invasive à méningocoques (IIM), période 2005-2014
Page 7		Légionellose, période 2004-2014
Page 8		Toxi-infection alimentaire collective (Tiac), période 2005-2014
Page 9		Rougeole, période 2008-2014
Page 10		Bilan des MDO déclarées en Aquitaine, période 1995-2014

Editorial

Patrick Rolland, responsable par intérim de la Cire Aquitaine Limousin Poitou-Charentes

Les maladies à déclaration obligatoire (MDO) restent un pilier de la veille sanitaire et de la surveillance épidémiologique. Le dispositif permet de mesurer l'évolution de l'incidence, détecter des regroupements de cas et des tendances épidémiologiques, et intervenir précocement pour limiter la diffusion de certains agents infectieux localement ou au-delà.

Leur signalement à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires de l'Agence régionale de santé (ARS) est essentiel afin de réagir rapidement, de mettre en place des mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et si nécessaire de déclencher une investigation plus approfondie pour identifier l'origine de la maladie.

Ce bulletin de veille sanitaire (BVS) fournit un point actualisé avec les données consolidées de 2014 de

la surveillance en Aquitaine, après les points publiés en novembre 2015 pour le Limousin et le Poitou-Charentes, de cinq des MDO nécessitant des mesures en urgence : hépatite A, infection invasive à méningocoque, légionellose, rougeole, toxi-infection alimentaire collective. Un bilan de l'ensemble des MDO sur la période 1995-2014 est aussi présenté.

En ce début 2016, ce bulletin est aussi l'opportunité d'indiquer l'instauration à venir de la DO Zika suite à l'épidémie en Amérique du Sud et centrale et dans les îles des Caraïbes. Par ailleurs, le grand rassemblement en juin-juillet 2016 des championnats d'Europe de football en France, et notamment à Bordeaux, est l'occasion d'insister sur la vigilance à déclarer rapidement les MDO. Déclarer, c'est agir, mais c'est aussi prévenir l'extension de la maladie.

1. Les acteurs et les missions

Les déclarants : biologistes (responsables de service hospitalier et de laboratoire d'analyses biologiques médicales) et médecins libéraux et hospitaliers qui suspectent et diagnostiquent une maladie relevant de la déclaration obligatoire (Tableau 1).

L'Agence régionale de santé (ARS) : la cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), au siège et en délégations territoriales (DT), coordonne la mise en place des mesures de prévention et de contrôle afin de réduire les risques de diffusion. Elle assure la validation des notifications avant envoi à l'InVS.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) : les données des régions sont centralisées au siège à Saint-Maurice ; la cellule de l'InVS en région, la Cire, coordonne l'évaluation et les investigations des situations sanitaires le nécessitant et assure une rétro-information régulière des données de surveillance au réseau régional, en lien avec les départements scientifiques de l'institut.

Pour améliorer le dispositif, la Cire a mis en place un travail sur la qualité des données des DO depuis 2014 en lien avec l'ARS.

2. Les modalités de déclaration

Le signalement est une procédure d'urgence et d'alerte afin de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, déclencher les investigations pour identifier l'origine de la contamination et mettre en place les mesures de contrôle. Cela concerne toutes les MDO sauf l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë, du tétanos et du mésothéliome. Le signalement se fait sans délai à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires (cf. coordonnées dans Encadré 1).

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par les déclarants à la plateforme à l'aide d'une fiche spécifique disponible sur le site InVS, www.invs.sante.fr, à la rubrique « Maladies infectieuses ». Pour le VIH, le sida et l'hépatite B, les fiches sont à demander à la CVAGS de l'ARS. La notification permet à l'InVS d'analyser et de suivre l'évolution des MDO au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention et de contrôle au niveau local et national. Important : les patients doivent être informés de la notification de leur maladie.

Tableau 1 - Liste des 31 MDO

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphthérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Mésotéliome (depuis le 06/01/2012)
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Tétanos
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

Encadré 1 - Coordonnées de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

1. Introduction

La prévalence de l'hépatite A est variable selon les pays et les régions de haute endémicité, qui constituent le principal réservoir de virus, sont caractérisées par un niveau d'hygiène bas et l'absence de réseaux d'assainissement des eaux usées. Le principal mode de transmission est interhumain (de personne à personne) par voie oro-fécale. La transmission peut aussi se faire indirectement par consommation d'eau, de coquillages crus ou peu cuits ou par des aliments contaminés par un préparateur infecté.

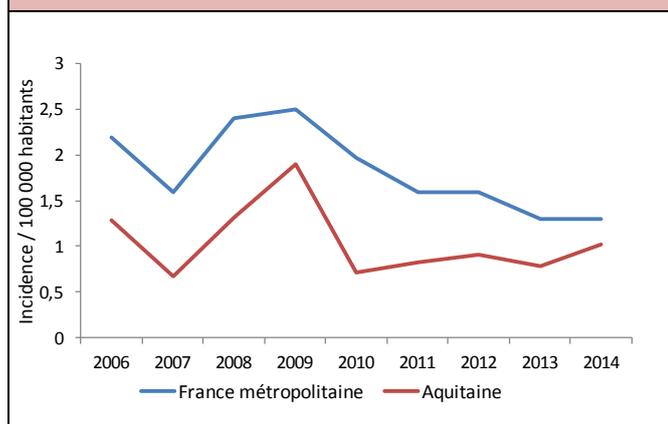
Le virus de l'hépatite A (VHA) est très résistant dans l'environnement extérieur et la dose infectante est relativement faible. Le virus est excrété dans les selles une à deux semaines avant le début des premiers symptômes, diminue rapidement après l'apparition de ceux-ci et se prolonge quelques jours après le début de l'ictère. La période d'incubation est en moyenne de 28 à 30 jours avec des extrêmes de 15 à 50 jours. La maladie se manifeste par une fièvre, une asthénie importante avec des nausées, des douleurs abdominales suivies d'un ictère. Les formes asymptomatiques ou peu symptomatiques sont fréquentes et peuvent passer inaperçues. Des formes sévères avec défaillance hépatique sont possibles.

Le diagnostic d'hépatite aigüe A repose sur la sérologie (mise en évidence d'anticorps IgM anti-VHA) et la prévention sur la vaccination (cf. encadré en page suivante).

2. Evolution du nombre de cas

Entre 2006 et 2014, 10 413 cas ont été notifiés en France dont 304 en Aquitaine (incidence annuelle de 0,7 à 1,9 cas/100 000 habitants selon les années). Une baisse de l'incidence est observée au plan national entre 2009 et 2013 (2,5 cas/ 100 000 hbts en 2009 et 1,3 cas/ 100 000 en 2013). Cette incidence est restée stable en 2014 (1,3 cas/ 100 000). En Aquitaine, on observe la même tendance, avec un taux relativement stable en 2014 (Figure 1).

Figure 1 - Incidence annuelle (pour 100 000 hbts) de l'hépatite aigüe A en Aquitaine et en France, période 2006 à 2014.



3. Caractéristiques des cas

Parmi les 34 cas déclarés en 2014 en Aquitaine, 22 sont des hommes (sex-ratio H/F de 1,8) et l'âge médian est de 23 ans (min-max : 3-69 ans). A noter que 12 cas avaient entre 6 et 15 ans, incidence la plus élevée dans cette tranche d'âge (3,1 cas/100 000 hbts) en 2014 et toutes années confondues. Par département, les cas se répartissaient comme suit : 18 en Gironde, 11 dans les Pyrénées-Atlantiques (dont deux épisodes de cas groupés investigués, cf. encadré ci-après), 2 en Dordogne et dans les Landes, 1 dans le Lot-et-Garonne.

EXEMPLE DE DEUX EPISODES DE CAS GROUPES SURVENUS DANS LE DEPARTEMENT DES PYRENEES-ATLANTIQUES (64) EN 2014

Enquête exploratoire des cas réalisée à l'aide de questionnaires standardisés + recherche active d'autres cas

Episode 1

- Signalement mi-novembre 2014 à l'ARS d'un 1^{er} épisode de cas groupés dans un Institut médico-éducatif (IME)
- Au total, 5 cas certains identifiés, dont 1 asymptomatique, tous en lien avec l'IME : 4 enfants de l'établissement et le frère de ce dernier ; la famille index avait séjourné récemment au Maroc.

Episode 2

- Signalement fin décembre 2014 à l'ARS d'un 2nd épisode de cas groupés familial dans le département
- Au total, 4 cas certains identifiés, tous symptomatiques : 1 cas diagnostiqué avant les 3 autres et fréquentant la même école primaire qu'un des cas a voyagé au Maroc ; les 3 autres cas appartiennent à la même famille.

Conclusion :

- Deux foyers d'hépatite A dans le même département à un mois d'intervalle, avec une transmission interhumaine autour de cas importés. Aucun lien épidémiologique ou biologique retrouvé entre les deux foyers (souches d'Afrique du Nord propres à chacun des deux foyers).
- Difficultés à contrôler la survenue de nouveaux cas en présence de cas asymptomatique lorsque des mesures d'hygiène efficaces ne sont pas mises en place dès le premier cas.
- Importance de la vaccination chez les voyageurs en zone d'endémie et les résidents et personnels d'établissement pour l'enfance handicapée.

Au total, 32 patients ont présenté une forme symptomatique et 21 ont dû être hospitalisés. Des ALAT (Alanine Amino Transférase) 10 fois supérieures à la normale (>250 UI/l) ont été détectées chez 28 patients traduisant la survenue d'une cytolysé hépatique. Parmi eux, 22 présentaient un ictère.

Deux cas travaillaient en crèche (pour 30 cas renseignés) et 3 dans un établissement accueillant des personnes handicapées (pour 21 cas renseignés). Pour 7 cas, un enfant de moins de 3 ans était présent dans l'entourage (pour 31 cas renseignés) et pour 3 autres une consommation de fruits de mer était renseignée. Enfin, 14 cas ont séjourné hors France métropolitaine dont 6 au Maroc. Parmi les 29 cas renseignés, 28 n'étaient pas vaccinés. La personne vaccinée n'avait reçu qu'une seule dose.

VACCINATION CONTRE L'HEPATITE A

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour :

- Les jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- Les patients atteints de mucoviscidose, de pathologies hépatobiliaires chroniques susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique (par le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou une consommation excessive d'alcool) ;
- Les enfants, à partir de l'âge de un an, nés de familles dont au moins l'un des membres est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner ;
- Les homosexuels masculins.

En présence d'un (ou plusieurs) cas d'hépatite A confirmé, en complément des mesures d'hygiène et de l'information des sujets contacts, la vaccination est recommandée dans :

- l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A, le plus tôt possible,
 - sans examen sérologique préalable et dans un délai max. de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A, réunissant les conditions suivantes : nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère et n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité ;
 - si l'une de ces conditions n'est pas remplie, il est fortement recommandé de réaliser une sérologie préalable dans les 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, à la recherche d'une immunité ancienne ;
- des communautés de vie en situation d'hygiène précaire.

En milieu professionnel, la vaccination est recommandée pour le personnel exposé : personnel s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté ; personnel des structures collectives de garde pour personnes handicapées ; personnel de traitement des eaux usées ; personnel impliqué dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Schéma vaccinal

Une injection puis rappel 6 à 12 mois plus tard ; la seconde dose peut être administrée jusqu'à 36 mois voire 5 ans, selon le vaccin utilisé lors de la première injection. Le rappel 10 ans après la 2^{nde} dose n'est plus nécessaire.

4. Conclusion

La persistance de déclarations de cas d'hépatite A avec des formes graves et une proportion importante de cas non vaccinés nécessite de continuer à rappeler les mesures de prévention lors de la survenue d'un cas et d'axer la prévention sur les recommandations vaccinales, notamment envers les personnes désirant voyager dans des pays endémiques.

1. Introduction

Les infections invasives à méningocoques (IIM), à DO depuis 2002, sont dues à la bactérie *Neisseria meningitidis*. Elles se répartissent en différents sérogroupes : A (Afrique et Asie), B (fréquent en France), C, Y, W135.

Les IIM en France, touchent principalement les enfants et adolescents. Elles surviennent en général au début de l'hiver jusqu'au printemps. La transmission se fait par le biais des sécrétions rhinopharyngées et par contact direct lors de baisers profonds. La période d'incubation varie de 2 à 10 jours (moyenne de 3 à 4 jours). Les IIM se manifestent sous forme d'un syndrome méningé, voire d'un purpura cutané extensif pouvant évoluer en forme grave.

DEFINITION DES CAS

Cas probable et cas confirmé

Au moins l'un des quatre critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal, 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 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).

Figure 1 - Incidence annuelle (pour 100 000 hbts) des IIM, Aquitaine et France, période 2005-2014.

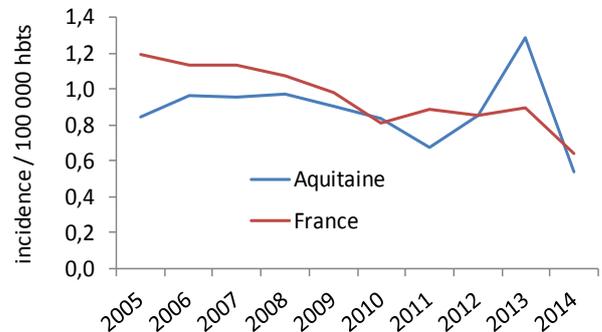


Tableau 2 - Evolution du nombre de cas d'IIM par département et incidence (pour 100 000 hbts), Aquitaine, 2012 - 2014

		2012	2013	2014
Aquitaine	n	28	43	18
	Incidence*	0,9	1,3	0,5
Dordogne (24)	n	1	3	0
Gironde (33)	n	7	18	14
Landes (40)	n	2	6	0
Lot-et-Garonne (47)	n	1	3	0
Pyrénées -Atlantiques (64)	n	17	13	4

* incidence pour 100 000 habitants

2. Evolution du nombre de cas et taux d'incidence

Entre 2005 et 2014, 6 173 cas ont été déclarés France, (incidence annuelle de 0,6 à 1,2 cas/100 000 habitants selon les années) dont 284 en Aquitaine (de 0,5 à 1,3 cas/100 000 habitants selon les années).

De 2005 à 2014, on note une évolution différente au plan régional et national avec une hausse de l'incidence régionale jusqu'en 2013 puis une baisse importante en 2014 et une stabilité de l'incidence nationale (Figure 1).

En 2014, les 18 cas déclarés en Aquitaine se répartissent avec 14 cas en Gironde et 4 dans les Pyrénées-Atlantiques, aucun dans les autres départements de la région (Tableau 2).

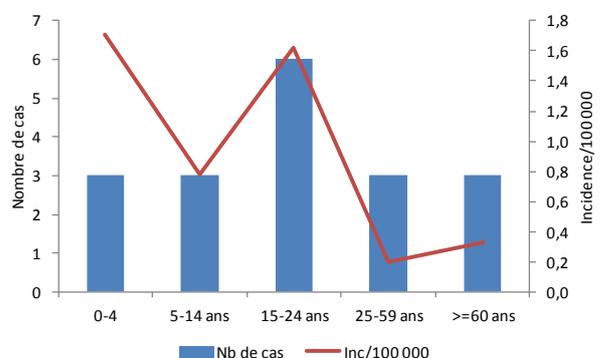
3. Caractéristiques des cas en 2014

Parmi les 18 cas survenus en 2014, 8 sont des hommes, soit un sex-ratio H/F de 0,8. L'âge variait de 8 mois à 78 ans (médian 19,5 ans, moyenne 26,4 ans).

Gravité et pronostic

Sept cas ont présenté un purpura fulminans (38,9 %) et 11 (61,1 %) un purpura cutané. L'évolution était favorable pour 16 cas (89 %), sans séquelles, et deux sont décédés.

Figure 3 - Répartition des cas par classe d'âge et incidence des IIM (pour 100 000 hbts), Aquitaine, 2014.



Diagnostic microbiologique

- 14 cas diagnostiqués par la présence de méningocoque dans un liquide stérile (dont 2 dans le LCR et 3 dans le sang, 1 dans les deux et 1 dans un liquide articulaire) ou par PCR (7 cas) ou les deux (3 cas) ;
- 4 cas avec présence de diplocoques Gram négatifs dans le LCR à l'examen direct, sans PCR ni culture positive, dont 1 avec des antigènes solubles méningococques dans le LCR, et 2 avec des éléments purpuriques.

TRAITEMENT D'URGENCE

Instruction n° DGS/RI1/DUS/2014/301
du 24/10/2014 relative à la prophylaxie des IIM

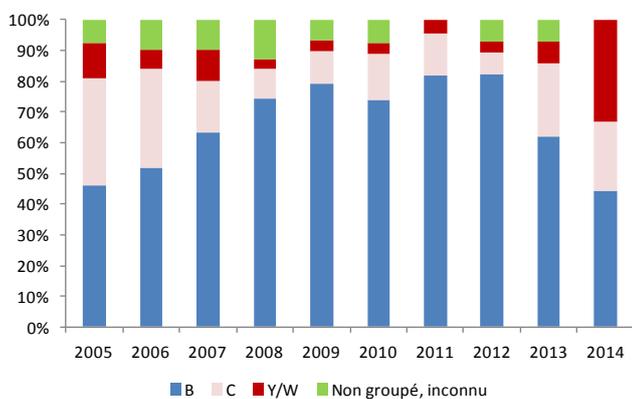
Toute suspicion clinique de purpura fulminans doit bénéficier en urgence d'une antibiothérapie appropriée aux IIM en pré-hospitalier avant tout prélèvement bactériologique, si possible par voie intra veineuse, à défaut par voie intramusculaire, quel que soit l'état hémodynamique du patient.

L'important est d'administrer en urgence un antibiotique : de préférence ceftriaxone ou, en cas d'indisponibilité, céfotaxime ou à défaut amoxicilline

Répartition par séro groupe

Sur 2005-2014, une majorité de sérogroupes B (66 %) a été déclarée. Toutefois, une recrudescence des sérogroupes C depuis 2013, passant de 14 % en 2012 à 22 % en 2014 a été observée (Figure 3). Cette tendance se retrouve au niveau national avec, en 2014, 29,6 % de séro groupe C contre 17,7 % en 2012.

Figure 3 - Répartition annuelle des sérogroupes d'IIM, Aquitaine, période 2005 - 2014.



Mesures de contrôle

Parmi les 18 cas déclarés en 2014, 12 ont donné lieu à la mise en place d'une chimioprophylaxie au sein des collectivités fréquentées par les cas ; soit 222 personnes traitées avec une moyenne de 18,5 personnes par cas.

Pour la totalité des cas, une chimioprophylaxie a été initiée dans l'entourage familial, soit pour 137 personnes, avec une moyenne de 7,6 personnes traitées par cas.

CHIMIOPROPHYLAXIE

Instruction n° DGS/RI1/DUS/2014/301
du 24/10/2014 DGS relative à la prophylaxie des IIM

Les sujets contacts devant bénéficier d'une prophylaxie sont ceux exposés directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas dans les 10 jours précédant son hospitalisation. Il s'agit principalement des personnes qui vivent ou sont gardées sous le même toit que le cas index pendant sa période de contagiosité.

Dans les autres circonstances, l'évaluation du risque doit toujours prendre en compte l'ensemble des critères suivants :

- **la proximité** : la transmission des sécrétions rhino-pharyngées est facilitée par une distance de moins d'1 mètre ;
- **le type de contact** : il s'agit uniquement de contacts en face à face ;
- **la durée** : à moins d'un mètre, la probabilité de transmission des sécrétions rhino-pharyngées augmente avec la durée du contact ;
- **lors d'un contact « bouche à bouche », le temps importe peu.**

Une antibioprophylaxie par Rifampicine per os pendant deux jours doit être réalisée dans les plus brefs délais, si possible dans les 24 à 48 heures suivant le diagnostic. Elle n'a plus d'intérêt au-delà de 10 jours après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité.

En cas de contre-indication et/ou résistance à la rifampicine, une antibioprophylaxie par ceftriaxone par voie injectable, ou ciprofloxacine orale en dose unique peut être envisagée.

4. Conclusion

L'analyse des DO d'IIM montre une diminution du nombre de cas annuels entre 2012 et 2014 en Aquitaine, confirmant la baisse d'incidence régulière depuis 2004 et conforme à la tendance nationale.

Rappelons que le suivi régulier des sérotypes a déjà montré tout son intérêt, puisque dans les Pyrénées-Atlantiques, une épidémie d'IIM B14, P1-7,16 avait pu être détectée en 2013 et engendré la mise en place d'une campagne de vaccination. Cela confirme la nécessité d'adresser les souches au CNR des méningocoques pour sérotypage.

VACCINATION CONTRE LE MENINGOCOQUE

Instruction n° DGS/RI1/DUS/2014/301
du 24/10/2014 relative à la prophylaxie des IIM

Elle concerne les sérogroupes A, C, W135, Y. La survenue d'une IIM C doit être l'occasion de la mise à jour des vaccinations de l'entourage, selon les recommandations du HCSP chez les sujets de 12 mois à 24 ans.

Cette vaccination de rattrapage autour d'un cas d'IIM C peut être effectuée sans considération du délai de dix jours après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité.

1. Introduction

La légionellose est une infection pulmonaire causée par la bactérie *Legionella*. Présente dans le milieu naturel, cette bactérie peut proliférer dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions de son développement sont réunies, particulièrement entre 25 et 45°C : réseaux d'eau chaude, tours aéroréfrigérantes, autres installations (bains à remous, humidificateurs, fontaines décoratives, aérosols, etc.). La contamination se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. Aucune transmission inter humaine n'a été à ce jour démontrée. La période d'incubation est de 2 à 10 jours (maximum : 19 jours – médiane : 6 jours).

La légionellose affecte essentiellement les adultes et touche plus particulièrement les personnes présentant des facteurs favorisants : âge avancé, tabagisme, maladies respiratoires chroniques, diabète, maladies immuno-suppressives, traitements immuno-suppresseurs. La maladie se traduit par un état grippal fébrile et une toux initialement non productive. Certains patients peuvent présenter des douleurs musculaires, une anorexie et quelquefois des troubles digestifs (diarrhées) et/ou un état confusionnel. L'état grippal s'aggrave rapidement et fait place à une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation (létalité d'environ 10 %).

CRITERES DE SIGNALEMENT ET DE NOTIFICATION

La déclaration obligatoire d'un cas de légionellose doit être effectuée lors de la présence d'une **pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants** :

- **Cas probable** : Titre d'anticorps élevé (≥ 256) **Ou** PCR positive
- **Cas confirmé** : Isolement de *Legionella* dans un prélèvement clinique **Ou** augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2^{ème} titre minimum de 128 **Ou** présence d'antigènes solubles urinaires.

2. Nombre de cas de légionellose en 2014 et évolution depuis 2004

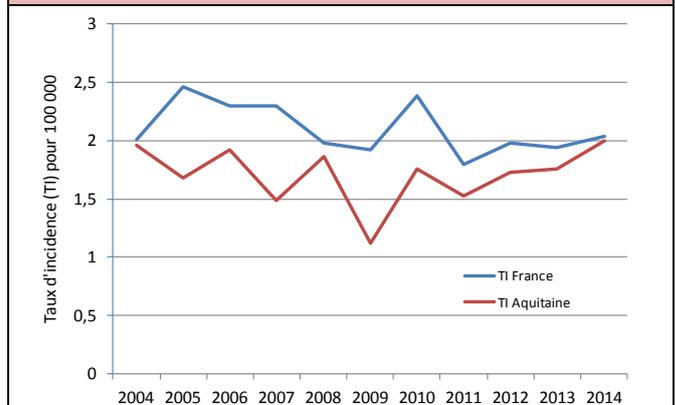
En 2014, 66 cas de légionellose domiciliés en Aquitaine ont été déclarés (Tableau 1), soit un taux d'incidence (TI) de 2,0 pour 100 000 habitants. Près de la moitié des cas enregistrés résidait en Gironde, néanmoins les TI les plus élevés, supérieurs à 2 cas pour 100 000, étaient observés dans les Landes et les Pyrénées-Atlantiques. A l'échelle de la France, 1 348 cas de légionellose survenus en 2014 ont été déclarés aux ARS, soit un TI de 2,0 pour 100 000 (Figure 1). Au cours des dix dernières années, les TI en Aquitaine se situent globalement entre 1,5 et 2,0 cas pour 100 000, toujours en dessous du TI national.

Tableau 1 - Nombre de cas et taux d'incidence pour 100 000 hbts (TI) de la légionellose, Aquitaine et ses départements, 2014

	Nb cas	TI*
Aquitaine	66	2,0
Dordogne	4	1,0
Gironde	32	2,1
Landes	10	2,5
Lot-et-Garonne	4	1,2
Pyrénées-Atlantiques	16	2,4

* TI : taux incidence pour 100 000 habitants

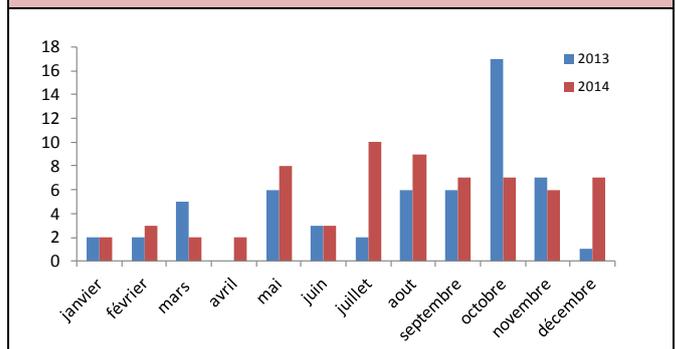
Figure 1 - Taux d'incidence pour 100 000 hbts. des cas de légionellose déclarés résidant en Aquitaine, 2004-2014.



3. Caractéristiques des cas

En 2014, on observe, comme lors des années précédentes, le même phénomène de saisonnalité de la légionellose. Ainsi, près de 70 % des cas sont survenus au cours du 2^{ème} semestre (Figure 2).

Figure 2 - Nombre de cas de légionellose par mois de survenue, Aquitaine, 2013 et 2014.



En 2014, sur les 66 cas de légionelloses résidant en Aquitaine, plus de 70 % étaient des hommes (n=48) et l'âge médian de 63 ans (min : 27 ans ; max : 84 ans). Tous les cas ont été hospitalisés. Au total, 4 personnes sont décédées, soit un taux de létalité de 6,1 %. Sur les 66 personnes, près de 75 % avaient au moins un facteur de risque (n=49) dont des antécédents de tabagisme pour 41 % des cas (n=27). Sur les 66 cas, 65 ont eu une recherche d'antigènes solubles urinaires positive permettant d'identifier le type *Legionella pneumophila* 1. Au total, 17 souches ont pu être caractérisées par réalisation d'une culture : 8 types connus, 7 types sporadiques, 1 type endémique (Paris) et 1 pulstotype.

4. Conclusion

L'incidence en Aquitaine a légèrement augmenté en 2014, tendance retrouvée au niveau national. On note une augmentation significative des cas en Gironde (32 vs 21). La proportion de cas pour lesquels une souche a été isolée est en progression mais demeure faible en Aquitaine. Le typage des souches d'origine clinique et environnementale, réalisé par le CNR des légionelles, est pourtant essentiel, celui-ci contribuant à l'identification des sources de contamination et de cas groupés. Il est donc important que le clinicien, suite à une recherche d'antigènes solubles urinaires positive, réalise des prélèvements respiratoires bas ou sur expectorations et les adresse au CNR.

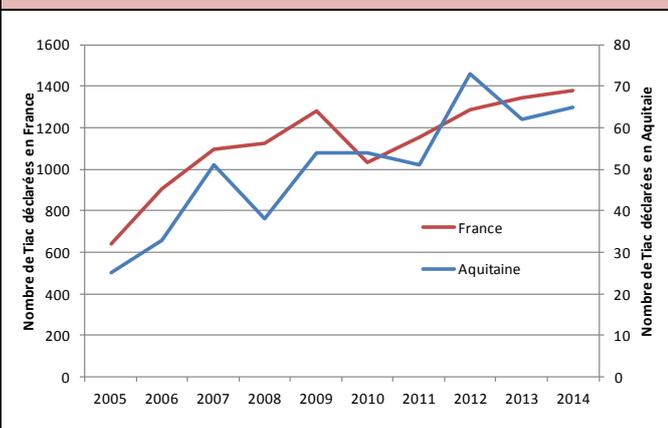
1. Introduction

Une toxi-infection alimentaire collective (Tiac) est définie par la survenue d'au moins 2 cas d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire. Les critères de signalement et de notification de toute Tiac s'appuient sur ces éléments. Les données présentées proviennent des foyers déclarés à l'ARS dans le cadre de la DO, et aux directions départementales de la protection des populations centralisées.

2. Nombre de foyers en 2014 et évolution depuis 2005

En 2014, 65 foyers ont été déclarés en région Aquitaine, avec des variations au cours de l'année notamment des augmentations en début d'année (janvier à mars) et pendant l'été. Depuis 2005, le nombre de déclaration a régulièrement augmenté comme au niveau national. Par rapport à 2013, le nombre de foyers déclarés dans la région a été relativement stable comme en France (Figure 1).

Figure 1 - Evolution du nombre annuel de foyers de Tiac déclarés en France et en Aquitaine, 2005 à 2014



3. Caractéristiques des foyers en 2014

Département de déclaration

En 2014, 45% des foyers ont été déclarés en Gironde (n=29) et 34% dans les Pyrénées-Atlantiques (n=22). Le nombre de foyers déclarés dans les Landes a quasiment doublé par rapport à l'année 2013 (n=9). Dans le Lot-et-Garonne, comme en 2013, seuls deux foyers de Tiac ont été déclarés dont un regroupant 72 cas (Tableau 1).

Caractéristiques des cas et lieux de survenue

Au total, les 65 foyers ont concerné 597 cas dont 39 ont été hospitalisés (aucun décès rapporté). Le nombre moyen de cas par foyer était de 9,2 (taux d'attaque moyen de 69 %). Parmi les foyers déclarés, 42 % (n=27) sont survenus en milieu familial, 31 % (n=20) au restaurant et 26 % (n=17) en restauration collective. Entre 2013 et 2014, la part des Tiac en milieu familial et au restaurant s'est inversée.

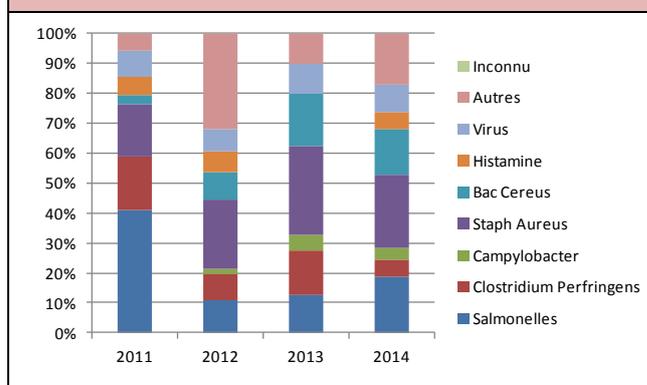
Agents confirmés ou suspectés

Pour 81 % des foyers (n=53), l'agent en cause a été suspecté (n=35) ou confirmé (n=18) contre 64 % en 2013. Les principaux agents en cause étaient les *Staphylococcus* (n=13), *Salmonelles* (n=10), *Bacillus cereus* (n=8), les virus entériques (n=5), *Clostridium perfringens* (n=3), l'histamine (n=3). Les *Staphylococcus* restent l'agent le plus souvent mis en cause (Figure 2). Par rapport à 2013, les foyers à *Salmonelles* ont augmenté, contrairement aux foyers à *Clostridium perfringens*.

Tableau 1 - Nombre de foyers et de cas par département, Aquitaine et France, données 2013 à 2014

Département	2013		2014	
	Nb foyers	Nb Cas	Nb foyers	Nb cas
Aquitaine	62	420	65	597
Dordogne (24)	4	18	3	8
Gironde (33)	35	233	29	324
Landes (40)	5	66	9	38
Lot-et-Gar. (47)	2	34	2	80
Pyr.-Atlant. (64)	16	69	22	147
France	1 344	10 598	1 380	12 109

Figure 2 - Evolution de la répartition du nombre de foyers de Tiac selon les agents en cause, Aquitaine, 2011 à 2014



En 2014, la moitié des Tiac à *Staphylococcus* est survenue en milieu familial, 33 % en restauration collective et 16 % au restaurant. Les Tiac à *Clostridium perfringens* sont survenues de manière équivalente en milieu familial, au restaurant et en restauration collective. La moitié des Tiac à *Bacillus cereus* et 80% des Tiac à *Salmonelles* sont survenues en milieu familial.

Aliments suspectés

Parmi les 31 foyers où un aliment a été suspecté (en baisse par rapport à 2013 (92 %)), la consommation de viande a été suspectée pour un quart d'entre eux, suivie des œufs ou produits à base d'œufs (13 %), des fromages ou produits laitiers (9 %), de la charcuterie (9 %) et du poisson (9 %).

Facteurs favorisants

Parmi les 26 foyers renseignés, les non conformités les plus souvent relevées concernaient des dysfonctionnements liés à l'équipement défectueux ou inapproprié (n=11) et des contaminations suspectées par le personnel (n=7).

4. Conclusion

Le nombre de foyers déclarés en 2014 est relativement stable par rapport à 2013, avec toutefois un nombre de cas plus important mais un taux d'attaque similaire (69 %). Le nombre de Tiac déclarée dans le Lot-et-Garonne reste toujours aussi faible, résultant probablement d'une sous déclaration. Une augmentation des foyers de Tiac survenant dans le cadre de repas familiaux a été constatée par rapport à 2013. Les foyers pour lesquels un agent a été confirmé ou suspecté ont augmenté par rapport à 2013 (81 % vs 64 %) mais l'aliment en cause était de moins en moins suspecté. Les foyers à *Staphylococcus* restent les plus fréquents.

1. Introduction

La rougeole est une infection virale très contagieuse dont le mode de transmission est essentiellement aérien. La période d'incubation dure de 10 à 12 jours, suivie d'une phase d'invasion de 2 à 4 jours manifestée par une fièvre à 38,5 °C, un catarrhe oculo-respiratoire (toux, rhinite, conjonctivite) et une asthénie. L'éruption maculo-papuleuse apparaît 14 jours en moyenne après exposition et dure 5-6 jours. La contagiosité démarre la veille de l'apparition des prodromes et s'étend jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.

Redevenue à déclaration obligatoire en 2005, la surveillance de la rougeole a pour objectif de détecter les cas groupés à l'échelon départemental/régional afin de mettre en place les mesures de contrôle et de prévention adaptées, d'estimer les taux d'incidence et les tendances annuelles au niveau départemental/régional, et de décrire les caractéristiques des cas (âge, statut vaccinal) et leurs évolutions.

2. Evolution des cas en Aquitaine, 2008-2014

La recrudescence des cas de rougeole observée en 2008 en France Métropolitaine et dans d'autres pays a poursuivi sa hausse en 2010 et 2011, puis après le 4^e vague épidémique (novembre 2011 à mars 2012), a progressivement décliné (Figure 1 en Aquitaine).

Rappelons que dans la région Aquitaine, cette infection a été la plus virulente lors de la vague épidémique de 2011 avec une incidence de 9,9 / 100 000 habitants soit 319 cas ; en 2014, elle était de 0,2 / 100 000 habitants (7 cas) (Tableau 1). Sur la période 2008-2014, 752 cas de rougeole ont été déclarés en Aquitaine dont 319 au cours de l'année 2011.

DEFINITION DE CAS

- Cas clinique : association d'une fièvre = 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 :
 - détection (en l'absence de vaccination récente) sérologique ou salivaire d'IgM 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.

Figure 1 - Evolution mensuelle du nombre de cas de rougeole déclarés en Aquitaine, 2008-2014

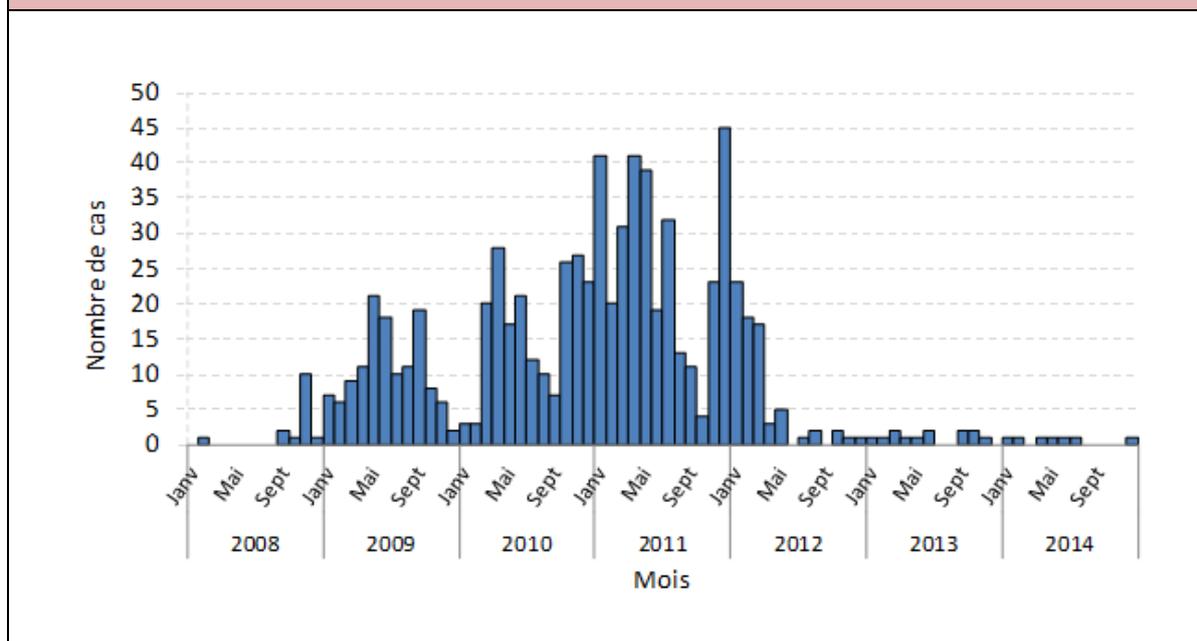


Tableau 1 - Incidence annuelle (pour 100 000 hbts) de la rougeole, Aquitaine et France entière, 2008-2014

	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	n	TI*	n	TI	n	TI	n	TI	n	TI	n	TI	n	TI
Aquitaine	15	0,4	128	4	197	6,1	319	9,9	73	2,3	13	0,4	7	0,2
Dordogne	1	0,2	11	2,7	17	4,1	31	7,5	4	1,0	0	0	1	0,2
Gironde	8	0,6	59	4,1	100	10,1	146	10,1	24	1,7	9	0,6	3	0,2
Landes	1	0,3	37	9,8	12	3,1	10	2,6	1	0,3	0	0	2	0,5
Lot-et-Gar.	0	0	2	0,6	4	1,2	74	22,3	34	10,3	2	0,6	1	0,3
Pyr.-Atlant.	5	0,8	19	2,9	64	9,8	58	8,9	10	1,5	2	0,3	0	0
France	604	1,0	1544	2,5	4987	7,9	14671	23	824	1,3	237	0,4	246	0,4

* TI : taux d'incidence pour 100 000 hbts

3. Caractéristiques des cas en 2012-2013

En 2014, 7 cas ont été déclarés en Aquitaine contre 13 en 2013 et 73 en 2012. Parmi ces 7 cas, 3 avaient entre 1 et 4 ans (incidence de 2,1 / 100 000), 2 ont été hospitalisés dont 1 ayant déclaré une pneumopathie et 3 étaient non vaccinés. En 2013, la population la plus touchée était également les enfants entre 1 an et 4 ans (incidence de 4,2 / 100 000), aucun cas n'avait été hospitalisé ou n'avait déclaré de complication. Parmi les 13 cas, 6 avaient été confirmés biologiquement. Concernant le statut vaccinal, 8 des cas déclarés en 2013 étaient non vaccinés, 2 étaient vaccinés à 1 dose du ROR et 1 avait reçu 2 doses.

4. Conclusion

Bien que le nombre de cas ait fortement diminué depuis 2012, la circulation du virus reste active, en France et dans le monde (cf. encadré ci-contre en France en 2015). Il convient de rester vigilant et de s'assurer de la bonne vaccination des personnes afin d'éviter la survenue de foyers épidémiques avec un risque de transmission potentielle à des personnes à risque de rougeole grave.

Recrudescence des cas de rougeole en France en 2015

Entre le 1er janvier et le 31 juillet 2015, 365 cas de rougeole ont été déclarés en France Métropolitaine, dont 230 (63 %) liés à un foyer épidémique survenu en Alsace. Dans cette région, un premier foyer avait été localisé à la mi-avril dans une école primaire de la banlieue de Colmar ayant organisé un voyage scolaire à Berlin, ville atteinte par une épidémie de rougeole qui a entraîné la mort d'un bébé de 18 mois en février 2015. Au total, 93 cas ont été recensés dans cette école, selon la préfecture du Haut-Rhin. A la mi-avril, l'ARS d'Alsace avait souligné que la couverture vaccinale dans cette école était insuffisante. Des mesures importantes de contrôle ont été mises en place, évitant la diffusion à d'autres régions. Toutefois, la vigilance s'impose car la circulation du virus demeure toujours active en métropole. La vérification du statut vaccinal et sa mise à jour avec 2 doses de vaccin pour toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980 restent donc nécessaires.

Rappel sur la vaccination ROR et la prophylaxie après exposition avec un cas confirmé

Schéma vaccinal chez tous les nourrissons

- première dose à 12 mois (9 mois pour les enfants en collectivité) ;
- deuxième dose avant l'âge de 2 ans (intervalle d'au moins 1 mois entre les 2 doses).

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) recommande un rattrapage vaccinal :

- 2 doses pour les sujets nés depuis 1980 ;
- 1 dose pour les professionnels de la santé et de la petite enfance nés avant 1980, sans antécédents de rougeole.

Conduites à tenir en cas de survenue d'un cas de rougeole

- L'éviction des collectivités est recommandée pendant toute la période de contagiosité, à savoir jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.
- Le rattrapage vaccinal, tel que préconisé ci-dessus, réalisé dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie.
- L'injection d'immunoglobulines polyvalentes en post-exposition dans les 6 jours suivant le contact peut être recommandée dans certains cas :
 - la femme enceinte non vaccinée et sans antécédents de rougeole ;
 - le sujet immunodéprimé, quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole ;
 - les enfants de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole ;
 - les enfants de moins de 6 mois dont la mère n'a pas d'antécédent de rougeole et n'a pas été vaccinée (dans le doute une sérologie maternelle IgG peut être demandée en urgence) ;
 - les enfants âgés de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition dans les 72 heures après contact quel que soit le statut vaccinal de la mère ou ses antécédents de rougeole.

Bilan des MDO déclarées en Aquitaine, période 1995 – 2014 |

	<1995 ¹	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Botulisme	9	0	1	1					1		2	1	2	1	5	1	0	0	0	3	2	20
Brucellose	0	6	1	7	3	2	1	1	4	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	31
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	/ ²	8	1	0	1	1	2	6	1	7	4	5	4	5	2	4	4	4	2	2	5	68
Hépatite aiguë A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	40	21	42	61	23	27	30	26	34	304
Hépatite B ³	/	/	/	/	/	/	/	/	/	2	5	6	4	6	1	2	2	5	3	0	6	42
Infection à VIH	/	/	/	/	/	/	/	/	/	118	140	154	131	138	124	126	147	153	141	140	107	1 619
Sida	1 753	276	182	78	70	82	65	52	36	43	40	37	35	38	25	29	42	26	26	23	11	1 216
IIM	/	20	30	38	44	48	66	68	84	74	60	52	60	60	62	29	26	22	28	43	18	932
Légionellose	/	/	0	9	19	15	26	42	77	36	66	56	66	54	62	37	61	50	63	59	65	863
Listériose	/	/	/	/	/	17	21	14	12	14	25	17	17	33	19	22	18	18	25	15	22	309
Rougeole	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0	1	14	136	206	322	77	14	7	777
Tétanos	6	/	3	0	0	3	2	1	1	3	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	18
Tiac	/	/	16	27	32	25	36	22	19	24	29	25	33	40	36	54	54	51	73	62	37	695
Tuberculose	/	/	/	/	/	/	161	169	150	128	143	174	189	171	175	178	151	178	165	154	156	2 442
Tularémie	/	/	/	/	/	/	/	/	0	0	0	1	1	3	6	1	1	6	0	0	4	23
Total	1 768	310	234	160	169	193	380	375	385	449	517	529	584	572	574	681	735	863	633	542	474	9 359

¹ Botulisme : 7 cas entre 1991 et 1994 ; Sida : 1 828 cas entre 1982 et 1994

² Donnée manquante en l'absence de déclaration obligatoire ou de données épidémiologiques disponibles

³ Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B

Remerciements

A tous les biologistes et médecins déclarants de la région Aquitaine, et aux équipes de l'ARS pour leur coordination de la mise en place des mesures de prévention et de contrôle.

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

Rédacteur en chef : Patrick Rolland, Responsable par intérim de la Cire ALPC

Coordonnatrice de ce numéro : Martine Charron, Médecin épidémiologiste

Comité de rédaction : Hépatite A, par Aurélie Fischer
Infection invasive à méningocoques, par Martine Charron
Légionellose, par Christine Castor
Toxi-infection alimentaire collective, par Gaëlle Gault
Rougeole, par Laure Meurice

Cire Aquitaine Limousin Poitou-Charentes

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

Site Poitiers :
4 rue Micheline Ostermeyer - 86021 Poitiers cedex
Tél. : 05 49 42 31 87 - Fax : 05 49 42 31 54

ars-alpc-cire@ars.sante.fr

Retrouvez les BVS :
www.invs.sante.fr (carte régions et territoires)