

Bulletin de veille sanitaire – Numéro thématique – N°20 / Juin 2015

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire

Page 2		Présentation du système de surveillance des MDO
Page 3		Hépatite aiguë A, période 2006-2013
Page 4		Infection invasive à méningocoques (IIM), période 2004-2013
Page 6		Légionellose, période 2004-2013
Page 7		Toxi-infection alimentaire collective (Tiac), période 2004-2013
Page 8		Rougeole, période 2008-2013
Page 10		Bilan des MDO déclarées en Aquitaine, période 1995-2013

Editorial

Martine Vivier-Darrigol, Responsable de la cellule de veille, d'alerte de gestion sanitaire (CVAGS) de l'Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine

Mise en place en 2010, la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires est composée de la CVAGS de l'ARS et de la cellule de l'InVS en région (Cire). Elle permet d'assurer à tout moment, la réception, l'analyse, l'investigation et la gestion de tous les événements susceptibles de constituer une menace pour la santé de la population. Elle garantit une réponse rapide et adaptée afin de limiter l'impact de la menace sur la population concernée. Les maladies à déclaration obligatoire (MDO) représentent près de la moitié des signalements reçus en 2014. Les professionnels de santé et particulièrement les médecins généralistes du secteur ambulatoire, ont un rôle essentiel pour améliorer leur déclaration, notamment si l'état du patient ne nécessite pas une hospitalisation.

Les signalements des MDO permettent de réaliser les investigations nécessaires, notamment s'ils concernent une collectivité (université, école, garderie scolaire, crèche, Ehpad, milieu de travail, etc.). Les services de l'ARS participent à la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle adaptées afin d'en limiter l'extension, accompagnent les professionnels, diffusent les règles de bonne pratique des mesures d'hygiène individuelle et collective et les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), et informent sur les avis émis par le Haut conseil de la santé publique (HCSP). Ils apportent une plus-value par la mise à disposition d'équipes aux compétences pluri-professionnelles qui

permettent la gestion de situations complexes ou de nature sanitaire et environnementale.

La surveillance continue des données des cinq MDO nécessitant des mesures de gestion en urgence (hépatite aiguë A, infection invasive à méningocoques, légionellose, rougeole, toxi-infection alimentaire collective) est réalisée en temps réel par la Cire. Elle permet de réaliser des analyses de tendances et de rechercher des événements inhabituels tels que des cas groupés. Un protocole qualité des données a été mis en place en 2014 pour compléter les informations des fiches de notification, nécessitant parfois de retourner vers les déclarants, pour améliorer la complétude des données, et ainsi, la qualité de la surveillance de ces MDO. La synthèse présentée dans ce Bulletin de veille sanitaire, qui s'appuie sur les données de 2004 à 2013, s'inscrit dans ce cadre de surveillance.

Le risque d'épidémie est majoré par la fréquence des échanges internationaux avec des pays où certaines maladies sont plus souvent endémiques. Les médecins libéraux doivent être les lanceurs d'alerte et peuvent apporter par leur rôle de première ligne dans le cadre de la prise en charge individuelle une aide indispensable pour garantir la santé de la population. La poursuite de cette vigilance est nécessaire dans un contexte de constante évolution démographique et la déclaration obligatoire est un des leviers d'amélioration de la surveillance.

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 et assure une rétro-information régulière des données de surveillance au réseau régional de veille sanitaire, en lien avec les départements scientifiques de l'institut.

En région Aquitaine, la Cire a mis en place un travail sur la qualité des données des DO en 2014, afin d'améliorer le dispositif

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
Diphtérie
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

Signaler, alerter

Point focal

Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

24h/24

Aquitaine

05 57 01 47 90

@ ars33-alerte@ars.sante.fr

05 67 76 70 12

Adresse :
Agence Régionale de Santé d'Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

ars **inVS**

1. Introduction

L'hépatite aigüe est à déclaration obligatoire depuis fin 2005.

Après une incubation de 15 à 50 jours (moyenne 30 jours), la maladie se manifeste par une fièvre, une asthénie importante avec des nausées, des douleurs abdominales suivies d'un ictère. Elle est fréquente dans les pays en voie de développement où elle affecte le plus souvent les enfants. Dans les pays plus industrialisés, l'incidence est plus faible et la maladie survient surtout chez les adultes, plus souvent affectés par des formes symptomatiques et graves (défaillance hépatique). Toutefois, d'une manière générale, les formes asymptomatiques ou peu symptomatiques sont fréquentes et peuvent passer inaperçues. Les décès sont rares (létalité : 4/1000). Le principal mode de transmission est interhumain, par voie oro-fécale. La transmission alimentaire est plus rare mais peut être responsable d'importantes épidémies. Les aliments fréquemment en cause (eau, coquillages, végétaux crus) sont ceux contaminés par les fèces humains ou des aliments contaminés lors de leur manipulation par un préparateur infecté.

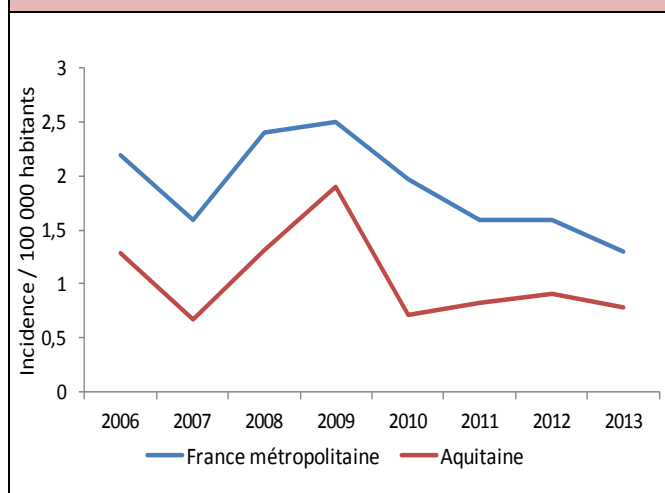
DEFINITION DES CAS

Un cas confirmé d'hépatite aigüe A est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum que la forme soit ictérique, anictérique, ou asymptomatique.

2. Evolution du nombre de cas

Entre 2006 et 2013, 9 480 cas ont été notifiés en France dont 270 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 depuis 2009 (2,5 cas / 100 000 hbt en 2009 et 1,3 cas / 100 000 en 2013). En 2010, une baisse a également été constatée en Aquitaine mais l'incidence est restée stable depuis (Figure 1).

Figure 1 - Incidence annuelle (pour 100 000 hbt) de l'hépatite aigüe A en Aquitaine et en France, période 2006 à 2013.



3. Caractéristiques des cas

Parmi les 26 cas déclarés en 2013 en Aquitaine, 14 sont des hommes (sex-ratio H/F de 1,2) et l'âge médian est de 20 ans (min-max : 4-86 ans). Par département, les cas se répartissent comme suit : 13 en Gironde, 5 en Dordogne, 5 dans le Lot-et-Garonne, 2 dans les Pyrénées-Atlantiques et 1 dans les Landes.

Au total, 24 patients ont présenté une forme symptomatique et 17 ont dû être hospitalisés. Des ALAT (Alanine Amino Transférase) 10 fois supérieures à la normale ont été détectées chez 24 patients traduisant la survenue d'une cytolyse hépatique. Parmi eux, 22 présentaient un ictère.

Aucun cas ne travaillait en crèche (pour 20 cas renseignés) ni dans un établissement accueillant des personnes handicapées (pour 15 cas renseignés), établissements où une vaccination contre l'hépatite A est recommandée. Pour 4 cas, un enfant de moins de 3 ans était présent dans l'entourage et pour 6 autres une consommation de fruits de mer était renseignée. Enfin, 14 cas ont séjourné hors France métropolitaine dont 10 au Maroc (pour 22 cas renseignés). Parmi les 26 cas, 19 n'étaient pas vaccinés.

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 2nde 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 2003-2013.

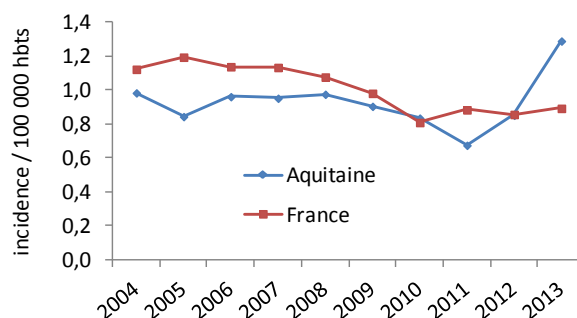


Tableau 2 - Evolution du nombre de cas d'IIM par département et incidence (pour 100 000 hbts), Aquitaine, 2011 - 2013

		2011	2012	2013
Aquitaine	n	22	28	43
	Incidence*	0,7	0,9	1,3
Dordogne (24)	n	3	1	3
Gironde (33)	n	10	7	18
Landes (40)	n	3	2	6
Lot-et-Garonne (47)	n	2	1	3
Pyrénées -Atlantiques (64)	n	4	17	13

* incidence pour 100 000 habitants

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

Entre 2004 et 2013, 6 446 cas ont été déclarés France, (incidence annuelle de 0,9 à 1,2 cas/100 000 habitants selon les années) dont 296 en Aquitaine (de 0,7 à 1,3 cas/100 000 habitants selon les années).

De 2004 à 2013, on note une évolution différente au plan régional et national avec une hausse de l'incidence régionale et une stabilité de l'incidence nationale (Figure 1).

En 2013, les 43 cas déclarés en Aquitaine se répartissent avec 18 cas en Gironde, 12 dans les Pyrénées-Atlantiques, 6 dans les Landes, 3 en Dordogne et 3 dans le Lot-et-Garonne. (Tableau 2).

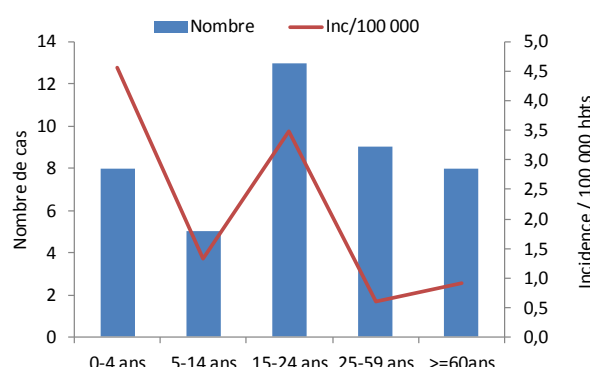
3. Caractéristiques des cas en 2013

Parmi les 43 cas survenus en 2013, 17 sont des hommes, soit un sex-ratio H/F de 0,65. L'âge variait de 1 mois à 66 ans (médian 20 ans, moyenne 26,5 ans).

Gravité et pronostic

Sept cas ont présenté un purpura fulminans (16,3 %) et 14 (32,6 %) un purpura cutané. L'évolution était favorable pour 38 cas (88 %), 4 (9,3 %) ont souffert de séquelles (auditive, amputation des membres inférieurs) et un est décédé.

Figure 3 - Répartition des cas par classe d'âge et incidence des IIM (pour 100 000 hbts), Aquitaine, 2013.



Diagnostic microbiologique

- 33 cas diagnostiqués par la présence de méningocoque dans un liquide stérile (dont 12 dans le LCR et 8 dans le sang) **ou** par PCR (10 cas) **ou** les deux (4 cas) ;
- 9 cas avec présence de diplocoques Gram négatifs dans le LCR à l'examen direct, sans PCR ni culture positive, dont 4 avec des antigènes solubles méningococciques dans le LCR, et 2 avec des éléments purpuriques ;
- 1 cas avec purpura fulminans sans signe microbiologique.

TRAITEMENT D'URGENCE

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

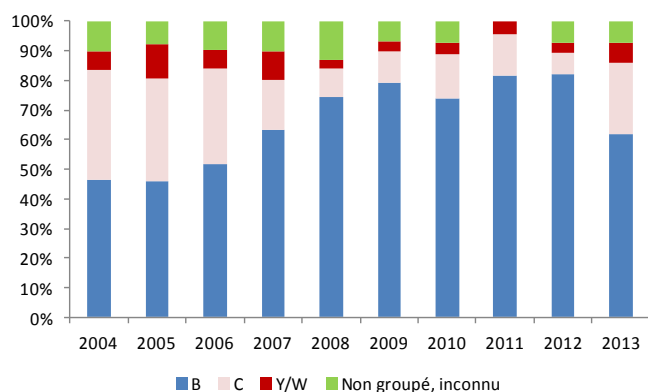
Toute suspicion clinique de purpura fulminans doit bénéficier en urgence d'une antibiothérapie appropriée aux IIM en pré-hospitalier avant tout prélèvement bactériologique, si possible par voie intra veineuse, à défaut par voie intramusculaire, quel que soit l'état hémodynamique du patient.

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 2004-2013, une majorité de sérogroupes B (74 %) a été déclarée. Toutefois, une recrudescence des sérogroupes C en 2013, passant de 14 à 23 % a été observée (Figure 3). Cette tendance se retrouve au niveau national avec, en 2013, 24,4 % de séro groupe C contre 14,6 % en 2011.

Figure 3 - Répartition annuelle des sérogroupes d'IIM, Aquitaine, période 2004 - 2013.



Mesures de contrôle

Parmi les 43 cas déclarés en 2013, 16 ont donné lieu à la mise en place d'une chimioprophylaxie au sein des collectivités fréquentées par les cas ; soit 232 personnes traitées avec une moyenne de 14,5 personnes par cas.

Pour la majorité des cas (n=41), une chimioprophylaxie a été initiée dans l'entourage familial, soit pour 398 personnes, avec une moyenne de 9,7 personnes traitées par cas.

CHIMIOPROPHYLAXIE

Instruction n° DGS/RI1/DUS/2014/301
du 24/10/2014 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 augmentation du nombre de cas annuels entre 2011 et 2013 en Aquitaine, après une baisse d'incidence régulière depuis 2004.

Par ailleurs, le suivi régulier des sérotypes a montré tout son intérêt, puisque dans les Pyrénées-Atlantiques, une épidémie d'IIM B14, P1-7,16 a pu être détectée et a engendré la mise en place d'une campagne de vaccination en 2013. 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 2013 et évolution depuis 2004

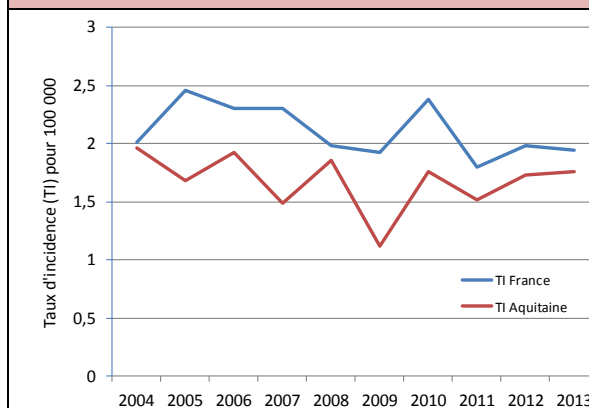
En 2013, 57 cas de légionellose domiciliés en Aquitaine ont été déclarés (Tableau 1), soit un taux d'incidence (TI) de 1,8 pour 100 000 hbts. Plus d'un tiers des cas enregistrés résidait en Gironde, néanmoins le TI le plus élevé, supérieur à 2 cas pour 100 000 hbts, était observé en Dordogne. A l'échelle de la France, 1 262 cas de légionellose survenus en 2013 ont été déclarés aux ARS, soit un TI de 1,9 pour 100 000 (Figure 1). Au cours des dix dernières années, les TI en Aquitaine se situent globalement entre 1,5 et 2 cas pour 100 000 hbts, 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, 2013

	Nb cas	TI*
Aquitaine	57	1,8
Dordogne	11	2,7
Gironde	21	1,5
Landes	5	1,3
Lot-et-Garonne	6	1,8
Pyrénées-Atlantiques	14	2,1

* TI : taux incidence pour 100 000 habitants

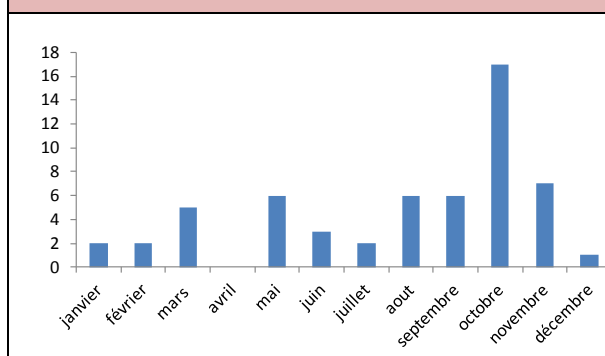
Figure 1 - Taux d'incidence pour 100 000 hbts. des cas de légionellose déclarés résidant en Aquitaine, 2004-2013.



3. Caractéristiques des cas

En 2013, on observe, comme lors des années précédentes, le même phénomène de saisonnalité de la légionellose. Ainsi, plus de 68 % des cas sont survenus au cours du 2^{ème} semestre, avec un pic important au mois d'octobre (Figure 2).

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



En 2013, sur les 57 cas de légionelloses résidant en Aquitaine, plus de 70 % étaient des hommes (n=40) et l'âge médian de 68 ans (min : 31 ans ; max : 93 ans). Tous les cas ont été hospitalisés. Au total, 5 personnes sont décédées, soit un taux de létalité de 8,8 %. Sur les 57 personnes, plus de 61 % avaient au moins un facteur de risque (n=35) dont des antécédents de tabagisme pour 35 % des cas (n=20). Sur les 57 cas, 55 ont eu une recherche d'antigènes solubles urinaires positive permettant d'identifier le type *Legionella pneumophila* 1. Seules 9 souches ont pu être caractérisées par réalisation d'une culture : 3 types connus, 3 types sporadiques, 3 types endémiques (Paris, Biarritz, Louisa).

4. Conclusion

L'incidence en Aquitaine reste stable en 2013, tendance retrouvée au niveau national. A noter cependant une augmentation des cas significative en Gironde, qui se poursuit en 2014 (données non consolidées). La proportion de cas pour lesquels une souche a été isolée est 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.

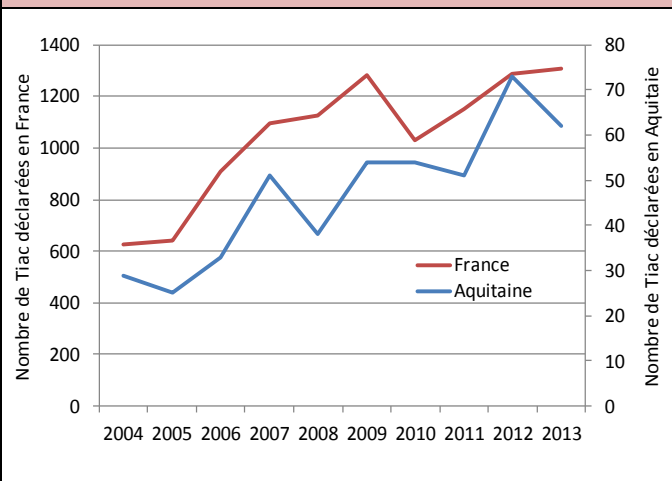
1. Introduction

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 s'appuient sur ces éléments. Les données décrites ici proviennent de la DO et des foyers déclarés aux directions départementales de la protection des populations.

2. Nombre de foyers en 2013 et évolution depuis 2004

En 2013, 62 foyers ont été déclarés en Aquitaine, avec des variations annuelles, notamment des hausses de février à avril et pendant l'été. Depuis 2004, le nombre de déclarations a augmenté comme au niveau national. En 2013, le nombre de foyers dans la région a diminué de 18 % par rapport à 2012 alors qu'il est resté stable en France (Figure 1).

Figure 1 - Evolution du nombre annuel de foyers de Tiac déclarés en France et en Aquitaine, 2004 à 2013



3. Caractéristiques des foyers en 2013

Département de déclaration

En 2013, la majorité des foyers a été déclarée en Gironde (n=35, soit 56,5 %) comme en 2012 et environ un quart (n=16) a été déclaré dans les Pyrénées-Atlantiques. Environ 8 % (n=5) ont été déclarés dans les Landes contre 17 % en 2012. Seuls 2 foyers ont été déclarés dans le Lot-et-Garonne (soit 3,2 % des foyers contre 6,8 % en 2012) (Tableau 1).

Caractéristiques des foyers et lieux de survenue

Les 62 foyers ont concerné 420 cas (18 hospitalisés, aucun décès rapporté). Le nombre moyen de cas par foyer était de 6,7. Le taux d'attaque moyen était de 68 %. Parmi les foyers, 41,9 % (n=26) sont survenus au restaurant, 32,3 % (n=20) dans le cadre de repas familiaux et 25,8 % (n=16) en restauration collective. Entre 2012 et 2013, on note une hausse au restaurant et une baisse en milieu familial.

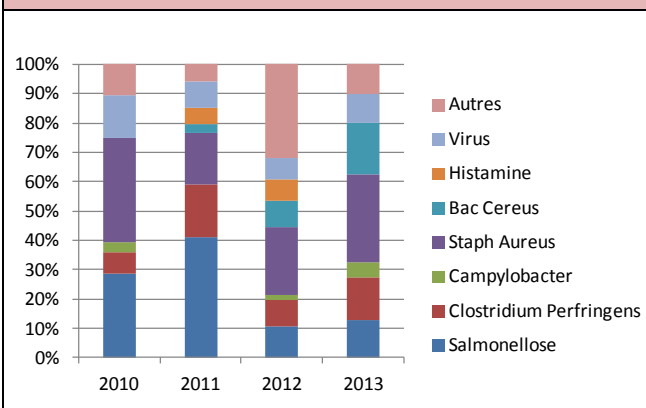
Agents confirmés ou suspectés

Pour 64 % des foyers (40), l'agent en cause a été confirmé (n=7) ou suspecté (n=33) contre 77 % en 2012. Les agents en cause étaient principalement les *Staphylococcus* (n=12), *Bacillus cereus* (n=7), *Clostridium perfringens* (n=6), *Salmonella* (n=5) et les virus entériques (n=4). Comme les années passées, les *Staphylococcus* restent l'agent le plus souvent mis en cause (Figure 2). La diminution des Tiac à *Salmonelles* notée depuis 2012 s'est confirmée en 2013.

Tableau 1 - Nombre de foyers et de cas par département, Aquitaine et France, données 2012 à 2013

	2012		2013	
	Nb foyers	Nb Cas	Nb foyers	Nb cas
Aquitaine	73	559	62	420
Dordogne (24)	6	58	4	18
Gironde (33)	38	245	35	233
Landes (40)	12	81	5	66
Lot-et-Gar. (47)	5	41	2	34
Pyr.-Atlant. (64)	12	134	16	69
France	1 288	10 258	1 309	10 383

Figure 2 - Evolution de la répartition du nombre de foyers de Tiac selon les agents en cause, Aquitaine, 2010 à 2013



La majeure partie des Tiac à *Staphylococcus* (67 %) est survenue au restaurant due le plus souvent de contaminations manuportées. Les Tiac à *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens* sont survenues surtout en restauration collective (respectivement 43 % et 33 %), dues le plus souvent de dysfonctionnements du processus de refroidissement des aliments ou d'une conservation longue. Les Tiac à *Salmonelles* sont survenues dans le cadre de repas familiaux.

Aliments suspectés

Parmi les 57 foyers (92 %) où un aliment a été suspecté, la consommation de viande a été suspectée pour 19 % d'entre eux, suivis des coquillages et fruits de mer (17 %), des volailles (16 %) et des œufs et produits à base d'œufs (12 %).

Facteurs favorisants

Parmi les 20 foyers renseignés, les non conformités les plus souvent relevées concernaient des dysfonctionnements liés à l'équipement défectueux ou inapproprié (n=11) et à des contaminations suspectées par le personnel (n=8).

4. Conclusion

Le nombre de foyers déclarés en 2013 a diminué de 18 % par rapport à 2012 (hausse au plan national). A noter, un faible nombre déclaré dans le Lot-et-Garonne du probablement à une sous-déclaration. Une hausse survenant au restaurant a été notée par rapport à 2012. Les foyers à *Staphylococcus* restent les plus fréquents, suivies des foyers à *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens*. Enfin, on note depuis 2012 une diminution des foyers à *Salmonelles*.

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, 2008-2013

La recrudescence des cas observée en 2008 en Aquitaine comme en France Métropolitaine et dans d'autres pays, a poursuivi sa hausse jusqu'en 2010 et 2011. Après une 4^{ème} vague épidémique de novembre 2011 à mars 2012, le nombre mensuel de cas a progressivement décru (Figure 1).

En Aquitaine, cette infection a été très virulente lors de la vague épidémique de 2011 avec une incidence de 9,9 / 100 000 habitants soit 319 cas ; en 2013, elle était de 0,4 / 100 000 habitants (13 cas) (Tableau 1). Sur la période 2008-2013, 745 cas ont été déclarés en Aquitaine dont près de la moitié en 2011. Durant le pic épidémique en 2011, le Lot-et-Garonne a été le département le plus touché avec une incidence à 22/100 000 habitants.

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, 2008-2013

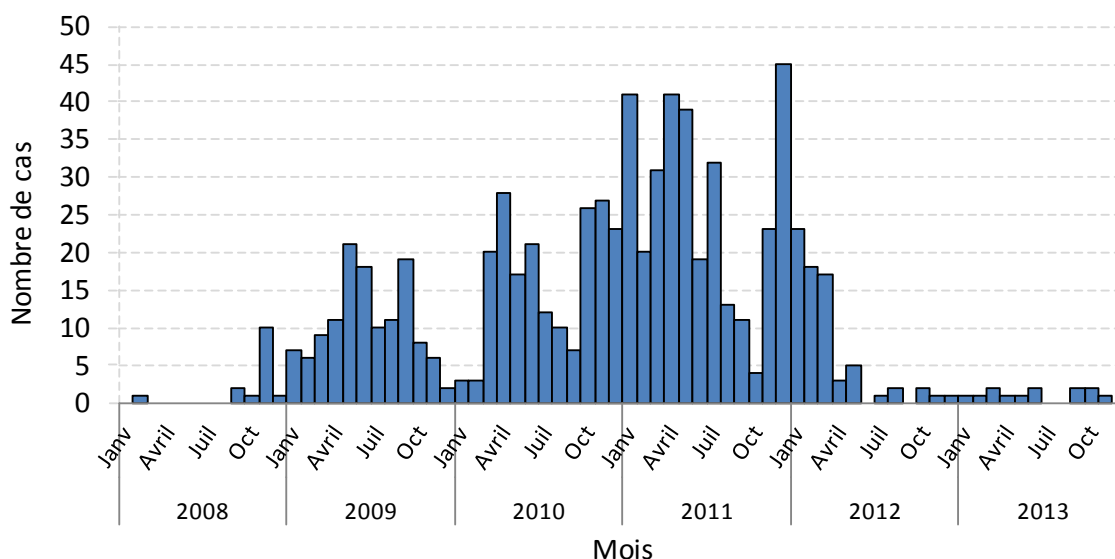


Tableau 1 - Incidence annuelle (pour 100 000 hbts) de la rougeole, Aquitaine et France entière, 2008-2013

	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	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
Dordogne	1	0,2	11	2,7	17	4,1	31	7,5	4	1,0	0	0
Gironde	8	0,6	59	4,1	100	10,1	146	10,1	24	1,7	9	0,6
Landes	1	0,3	37	9,8	12	3,1	10	2,6	1	0,3	0	0
Lot-et-Gar.	0	0	2	0,6	4	1,2	74	22,3	34	10,3	2	0,6
Pyr.-Atlant.	5	0,8	19	2,9	64	9,8	58	8,9	10	1,5	2	0,3
France	604	1,0	1 544	2,5	4 987	7,9	14 671	23	824	1,3	237	0,4

* TI : taux d'incidence pour 100 000 hbts

3. Caractéristiques des cas en 2012-2013

En 2013, 13 cas ont été déclarés contre 73 en 2012. Parmi ces 13 cas, 6 avaient entre 1 et 4 ans (incidence de 4,3 / 100 000), aucun n'a été hospitalisé ou a déclaré de complications ; 8 étaient non vaccinés. En 2012, la population la plus touchée était les moins de 1 an (incidence de 23,1 / 100 000), 22 % (16) des cas étaient hospitalisés et 12 % (9) ont eu une complication (une pneumopathie pour 6 d'entre eux). Parmi les cas, 62 % (45) ont été confirmés biologiquement. Concernant le statut vaccinal, 73 % (53) des cas déclarés en 2012 étaient non vaccinés, 11 % (8) étaient vaccinés à 1 dose du ROR et 3 % (2) avaient reçus 2 doses du ROR. Pour les 10 autres cas, le statut vaccinal était inconnu.

4. Conclusion

Bien que le nombre de cas ait fortement diminué depuis juin 2012, la circulation du virus reste toujours active, en France et dans le monde (voir encadré « Focus sur l'épidémie de rougeole en Alsace »).

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.

FOCUS SUR L'ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE EN ALSACE EN 2014-2015, AU 31/05/15

Entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2015, 199 cas ont été déclarés en France, dont 151 (76%) liés à un foyer épidémique ayant débuté mi-avril dans le Haut-Rhin, montrant que la circulation du virus reste toujours active. Des mesures importantes de contrôle ont été mises en place, mais le virus a néanmoins diffusé en Alsace et il persiste un risque de diffusion à d'autres régions. 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 – 2013 |

	<1995 ¹	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Botulisme	9	0	1	1					1		2	1	2	1	5	1	0	0	0	3	27
Brucellose	0	6	1	7	3	2	1	1	4	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	1	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	63
Hépatite aiguë A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	40	21	42	61	23	27	30	26	270
Hépatite B ³	/	/	/	/	/	/	/	/	/	2	5	6	4	6	1	2	2	5	3	0	36
Infection à VIH	/	/	/	/	/	/	/	/	/	118	140	154	131	138	124	126	147	153	141	105	1 477
Sida	1 753	276	182	78	70	82	65	52	36	43	40	37	35	38	25	29	42	26	26	10	2 945
IIM	/	20	30	38	44	48	66	68	84	74	60	52	60	60	62	29	26	22	28	43	914
Légionellose	/	/	0	9	19	15	26	42	77	36	66	56	66	54	62	37	61	50	63	59	798
Listériose	/	/	/	/	/	17	21	14	12	14	25	17	17	33	19	22	18	18	25	15	287
Rougeole	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0	1	14	136	206	322	77	14	770
Tétanos	6	/	3	0	0	3	2	1	1	3	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	24
Tiac	/	/	16	27	32	25	36	22	19	24	29	25	33	40	36	54	54	51	73	62	658
Tuberculose	/	/	/	/	/	/	161	169	150	128	143	174	189	171	175	178	151	178	165	154	2 286
Tularémie	/	/	/	/	/	/	/	/	0	0	0	1	1	3	6	1	1	6	0	0	19
Total	1 768	310	234	160	169	193	380	375	385	449	517	529	584	572	574	681	735	863	633	494	10 605

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.

A Martine Charron pour la coordination de ce BVS et de la surveillance en Aquitaine, et aux contributeurs pour les pathologies surveillées et leur rédaction dans ce numéro : Christine Castor, Sandrine Coquet, Aurélie Fischer, Gaëlle Gault, Laure Meurice.

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général InVS

Rédacteur en chef : Patrick Rolland, Responsable de la Cire Aquitaine

Coordinatrice de ce numéro : Martine Charron, Médecin épidémiologiste

Equipe de la Cire :

Martine Casseron	Assistante
Christine Castor	Epidémiologiste
Sandrine Coquet	Ingénieur épidémiologiste
Martine Charron	Médecin épidémiologiste
Aurélie Fischer	Pharmacien épidémiologiste
Gaëlle Gault	Epidémiologiste
Laure Meurice	Epidémiologiste
Véronique Servas	Médecin épidémiologiste

Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95
ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr

Retrouvez les BVS sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr
et sur le site de l'ARS Aquitaine : www.ars.sante.fr

