

Maladies à déclaration obligatoire, région Limousin Maladies à prévention vaccinale

Dr Marie-Eve Raguenaud, Cellule de l'InVS en régions Limousin et Poitou-Charentes

| Sommaire |

- [Page 1 | Introduction |](#)
- [Page 2 | Rougeole |](#)
- [Page 3 | Infection invasive à méningocoque |](#)
- [Page 5 | Diphtérie |](#)
- [Page 4 | Tétanos, Polio |](#)

| Introduction |

Le 4ème Bulletin de veille sanitaire (BVS) de l'année 2012 traite du thème des maladies à prévention vaccinale issues de la liste des Maladies à déclaration obligatoire (MDO). Les BVS thématiques précédents abordaient la tuberculose (N°9-Lim, mars 2012), la légionellose (N°10-Lim, avril 2012) et les infections alimentaires et zoonoses (N°11-Lim, mai 2012). Ce bulletin présente les données de surveillance des cas de rougeole, d'infection invasive à méningocoque (IIM), de tétanos, de diphtérie et de polio. L'analyse des cas se porte sur ceux déclarés auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) et transmis à l'Institut de veille sanitaire.

La notification obligatoire de la rougeole, de l'IIM, du tétanos, de la diphtérie et de la polio permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales, y compris le programme de vaccination. La surveillance de la rougeole et des infections invasives à méningocoque permet notamment de détecter des situations épidémiques et de décrire l'évolution annuelle de la maladie. Le signalement de la diphtérie permet de mettre en œuvre des mesures pour prévenir l'apparition de cas secondaires parmi les contacts du patient. Dans le cas de la poliomyélite, l'objectif est l'éradication de la maladie. Ainsi, toute suspicion clinique et tout isolement d'un poliovirus au laboratoire doivent faire l'objet d'un signalement.

La particularité de ces maladies infectieuses est qu'elles peuvent être évitées par une meilleure application du calendrier de vaccination. Les schémas vaccinaux repris dans ce BVS proviennent du calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique [1].

[1] BEH du 22 mars 2012, N°10-11 disponible au lien suivant : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-14-15-2012>

| Les 31 maladies à déclaration obligatoire |

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite aiguë A
- Infection aiguë symptomatique par virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- Infection invasive à méningocoque (IIM)
- Légionellose
- Listériose
- Mésothéliome
- 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 (TIAC)
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus exanthématique

A qui signaler et notifier une MDO?

Au Point focal de l'ARS Limousin :

Tél : 05 55 11 54 54

Fax : 05 67 80 11 26

Courriel : ars87-alerte@ars.sante.fr

Evolution temporelle

Depuis le 1er janvier 2008, 187 cas de rougeole ont été déclarés en Limousin, distribués en 2 vagues épidémiques dont la dernière a atteint un pic en mars 2011 (Figure 1). Très peu de cas de rougeole ont été notifiés en 2008 et en 2009 en Limousin malgré une première vague épidémique sur le territoire national en 2009. Pour l'année 2010, 103 cas ont été notifiés, soit un taux d'incidence de 13,9 cas déclarés de rougeole pour 100 000 habitants. Le département ayant le taux d'incidence le plus élevé était la Haute-Vienne (17,8 cas / 100 000). Aucun cas n'a été déclaré dans le Creuse en 2010. La distribution mensuelle des cas notifiés en 2010 montre une vague épidémique s'étalant de mars à juin, avec un pic en mars (Figure 1). Pour l'année 2011, 72 cas ont été notifiés avec un pic en mars. Depuis juin 2011, on observe une forte décroissance du nombre de cas notifiés. Du 1^{er} janvier au 30 mai 2012, 3 cas de rougeole ont été notifiés en Limousin. Le taux annuel d'incidence de la rougeole en région était plus élevé en 2010 qu'en 2011 (13,9 vs 9,7 cas / 100 000).

Evolution spatiale

Depuis 2009 le virus de la rougeole a circulé dans les trois départements de la région. Pour la période 2010-2011, la Corrèze et la Haute-Vienne étaient les départements les plus touchés. La Corrèze est le département de la région avec le taux annuel d'incidence de cas déclarés le plus élevé en 2010 (14,8 cas / 100 000) et en 2011 (17,2 cas / 100 000) (Tableau 1).

Description des cas

Age et sexe

Alors qu'en 2009, seuls des cas de moins de 10 ans sont déclarés, en 2010 toutes les classes d'âge sont affectées. Le taux d'incidence des cas de rougeole déclarés atteint 49,9 cas pour 100 000 personnes âgées de 15 à 19 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 1,1 en 2010.

Sévérité des cas

En 2010, 7 cas (7%) ont présenté une complication, dont 3 une pneumopathie grave. Au total, 24 cas (24%) ont été hospitalisés.

Statut vaccinal

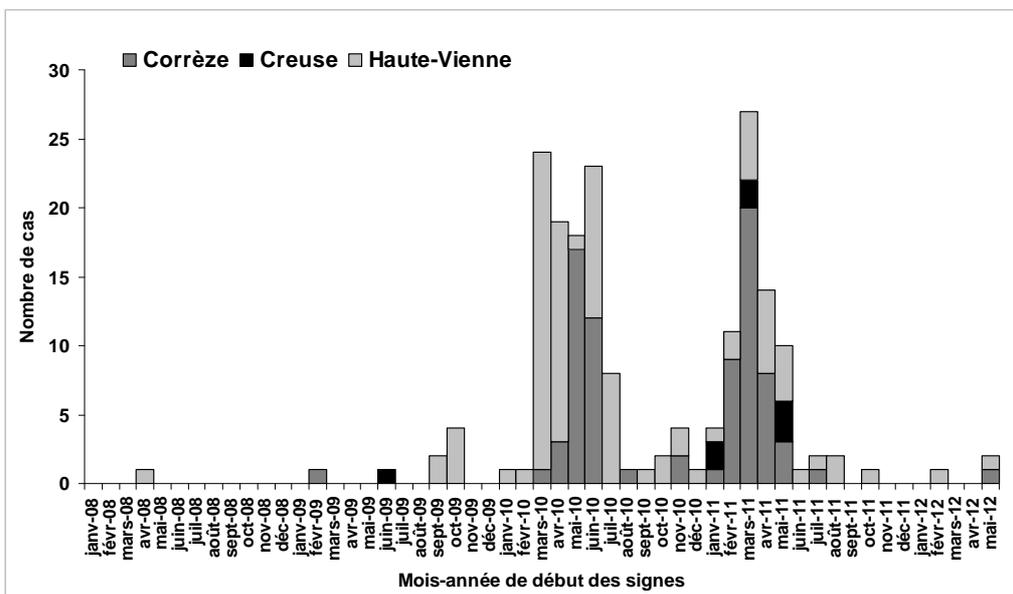
Parmi les 79 cas notifiés en 2010 et pour lesquels l'information était renseignée, 61 n'ont pas été vaccinés (77%). Parmi les 18 cas vaccinés, 14 (78%) n'avaient reçu qu'une seule dose.

Points clés

- Après deux vagues épidémiques de grande ampleur en 2010 et 2011, le nombre de cas mensuel est faible et stable depuis janvier 2012, sans pic épidémique observé au premier trimestre de l'année 2012.
- La mise à jour du statut vaccinal des personnes réceptives avec 2 doses de vaccin, en particulier la population âgée

| Figure 1 |

Cas de rougeole notifiés par mois en Limousin, du 1er janvier 2008 au 30 mai 2012 (données provisoires pour 2011-2012)



| Tableau 1 |

Cas de rougeole notifiés par département en Limousin, 2009 à 2011 (données provisoires pour 2011)

	2009		2010		2011	
	Cas	Taux d'incidence	Cas	Taux d'incidence	Cas	Taux d'incidence
Corrèze	1	0,4	36	14,8	42	17,2
Creuse	1	0,8	0	0,0	7	5,7
Haute-Vienne	6	1,6	67	17,8	23	6,1
Région	8	1,1	103	13,9	72	9,7

| Tableau 2 |

Taux d'incidence des cas de rougeole notifiés par classe d'âge en Limousin, 2009 à 2011 (données provisoires pour 2011)

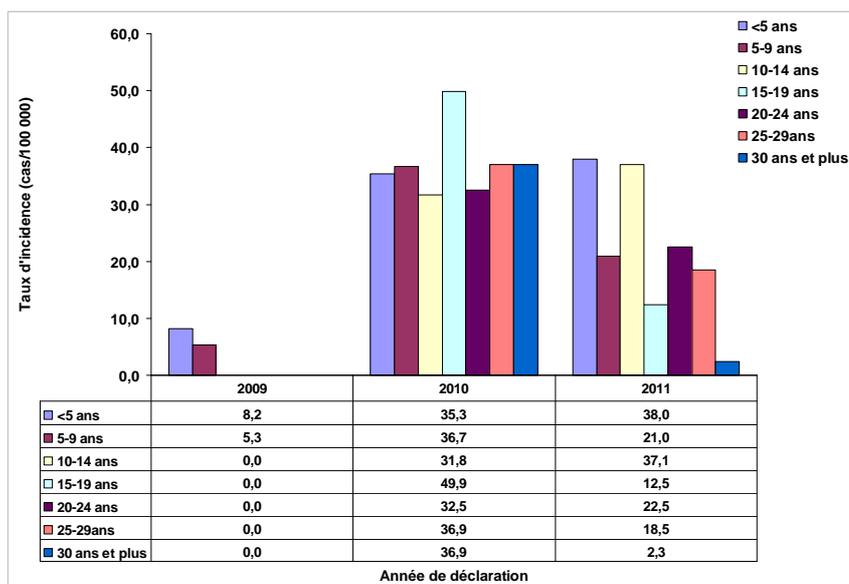


Schéma vaccinal - Rougeole, oreillons, rubéole

- Enfants âgés de 12 à 24 mois : une dose du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole à 12 mois et une 2ème dose entre 13 et 24 mois.
- Pour les enfants accueillis en collectivité avant l'âge d'un an : une dose de vaccin trivalent à 9 mois et une 2ème dose entre 12 et 15 mois.
- Les personnes nées depuis 1980 et âgées de plus de 24 mois : deux doses au total de vaccin trivalent, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

Rougeole - définition de cas pour le signalement

Critères cliniques

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

Critères biologiques

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

Classement des cas après signalement :

Cas clinique : cas présentant les critères cliniques pour lequel il n'y a pas eu d'analyse biologique et qui n'est pas lié épidémiologiquement à un autre cas de rougeole confirmé ou pour lequel les résultats biologiques ne permettent pas d'exclure le diagnostic (ex : prélèvement négatif réalisé en dehors des délais préconisés).

Cas confirmé biologiquement : patient ayant présenté des signes cliniques évocateurs de rougeole et pour lequel un ou plusieurs critères de confirmation biologique sont présents.

Cas confirmé épidémiologiquement : cas qui répond à la définition d'un cas clinique¹ et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé².

| Infection invasive à méningocoque - 2010 |

Infection invasive à méningocoque - définition de 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, L.C.R., liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) **OU** à partir d'une lésion cutanée purpurique
2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie)

ET :

- soit, présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,
- soit, présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR., le sang ou les urines.

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).

Evolution de l'incidence

En 2010, 6 cas d'IIM ont été notifiés en région Limousin. Le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas notifiés en région était de 0,81, un taux stable par rapport à 2009 (Figure 1). Ce taux est semblable à la moyenne nationale non corrigée de 0,83/100 000.

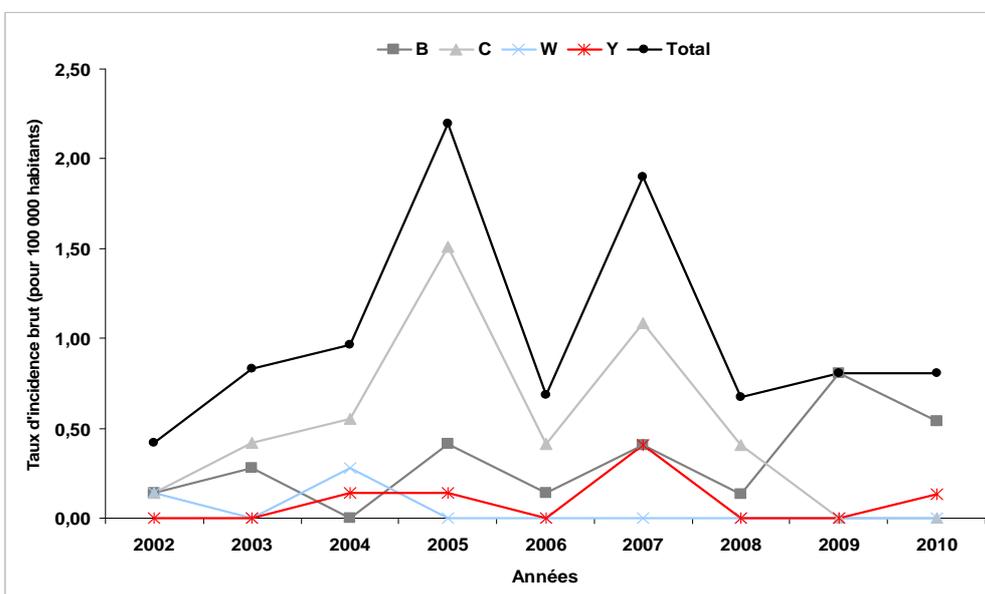
Aucun foyer de cas groupés n'a été détecté en 2010 en Limousin. Des cas ont été déclarés dans tous les départements (4 cas en Haute-Vienne, 1 cas en Creuse et 1 cas en Corrèze). Le taux d'incidence brut (pour 100 000 habitants) des cas d'IIM a baissé en 2010 en Corrèze (0,41) et est resté stable en Haute-Vienne (1,06) (Figure 2). Après 2 années sans aucune déclaration de cas d'IIM, le taux d'incidence était de 0,81 en Creuse en 2010.

Incidence par sérotype

Parmi les 6 cas notifiés en 2010, le sérotype était le B pour 4 cas, le Y pour 1 cas et non renseigné pour 1 cas. Le sérotype C

| Figure 1 |

Taux d'incidence annuels bruts des infections invasives à méningocoque liées aux principaux sérotypes, région Limousin, 2002-2010



n'a pas été identifié pour les cas notifiés ces deux dernières années (2009 et 2010). En Limousin, le taux d'incidence pour le séro-groupe B (0,56), le plus fréquent, est proche de la moyenne nationale non corrigée de 0,59 / 100 000 (France entière).

Analyse par sexe et âge

En 2010 le sex-ratio Homme/Femme était de 2,0. Parmi les 6 cas notifiés en 2010, 2 avaient entre 5 et 14 ans, 2 entre 15 et 24 ans, 1 entre 25 et 49 ans et 1 avait 50 ans ou plus. Comparé à 2009, les taux d'incidence des cas d'IIM étaient plus élevés chez les 5-24 ans et chez 50 ans et plus (Figure 3).

Séro-groupe et âge

Le séro-groupe B était retrouvé chez les 15 ans et plus. Le séro-groupe Y était retrouvé dans la classe d'âge 5-14 ans. Le séro-groupe d'un cas de 5-14 ans n'était pas connu.

Gravité et pronostic de la maladie

Parmi les 6 cas notifiés en 2010, 2 parmi les 5 pour lesquels l'information était renseignée avaient un *purpura fulminans*. Deux des 6 cas notifiés sont décédés (létalité de 33,3%). Aucune séquelle n'était renseignée.

Prévention dans l'entourage d'un cas

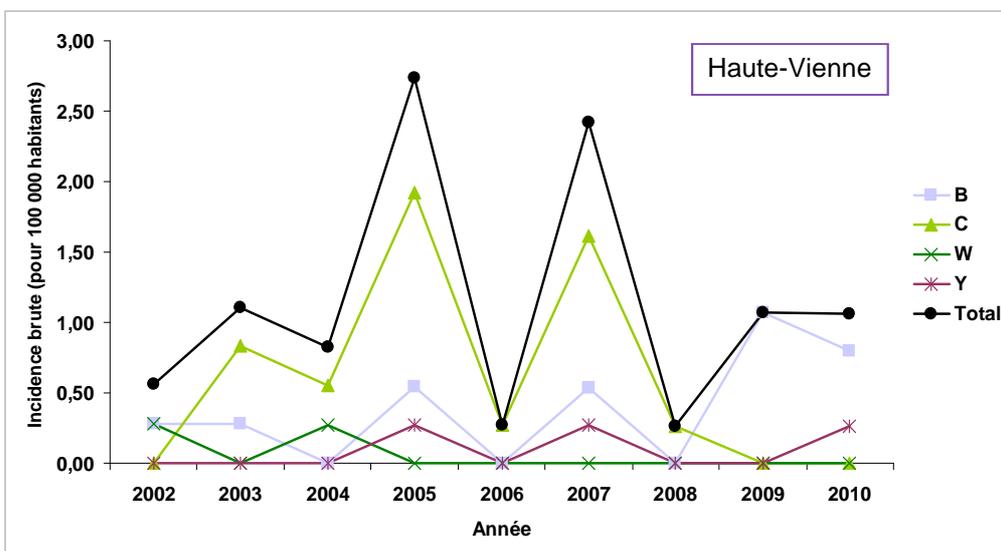
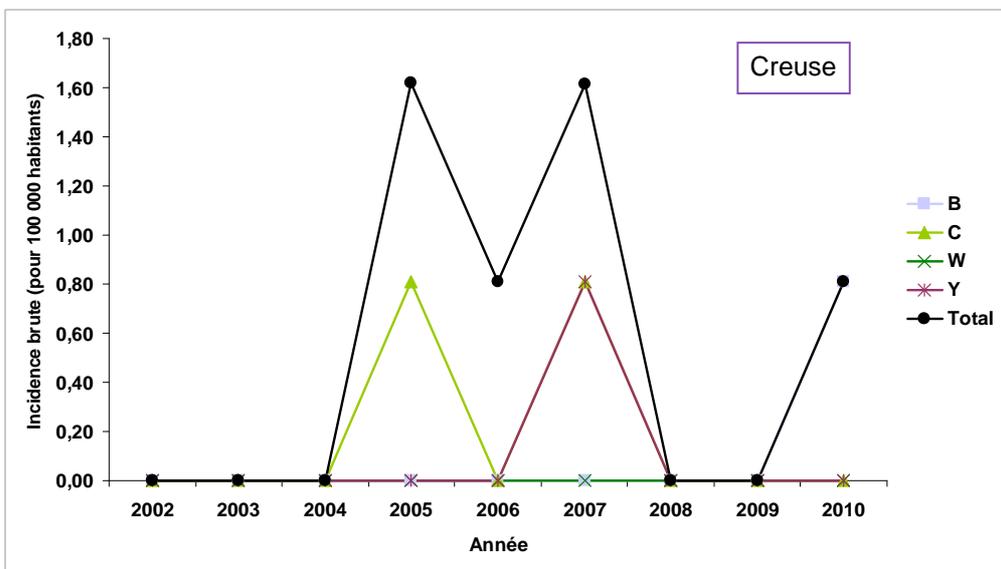
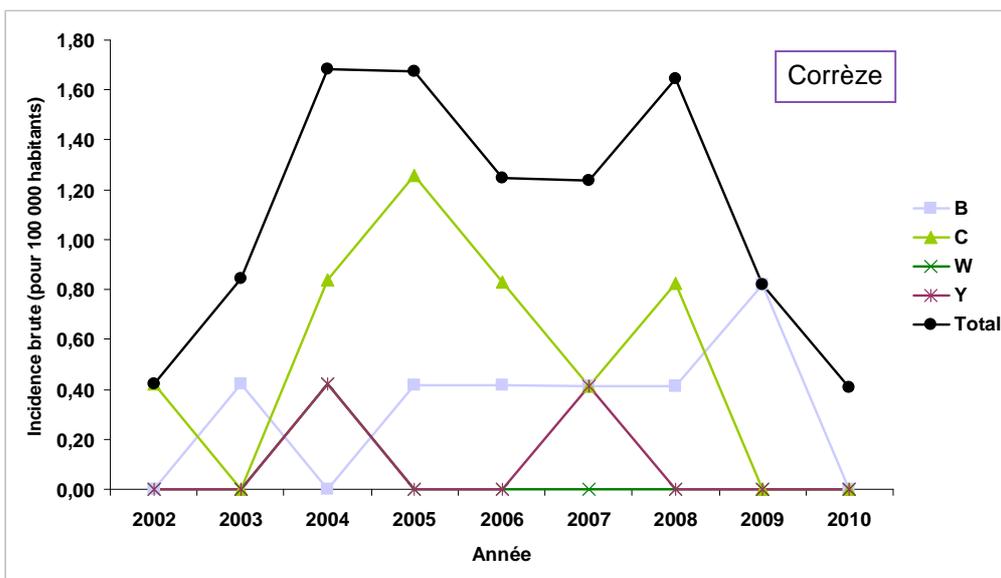
Pour 5 cas pour lesquels une chimioprophylaxie dans l'entourage proche a été rapportée sur la fiche de DO, le nombre moyen de personnes traitées était de 8 (écart-type=6) avec une étendue de 1 à 16. En collectivité, pour chacun des 3 cas concernés, le nombre de personnes traitées par chimioprophylaxie était de 1, 21 et 28.

Points clés

- En 2010 en Limousin, le taux d'incidence de l'IIM est resté stable depuis la baisse observée en 2008 et est semblable à la moyenne nationale.
- Aucune situation épidémique ou hyper-endémique n'a été identifiée en région.
- Le séro-groupe prédominant reste le B.

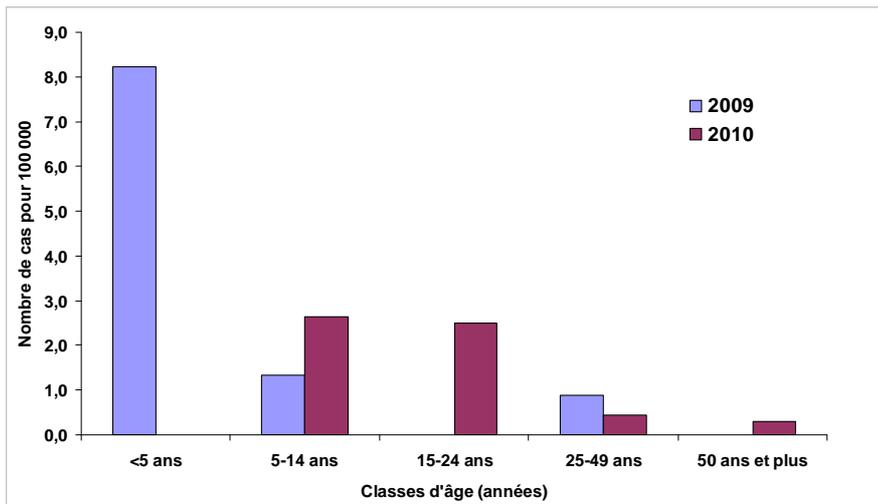
| Figure 2 |

Taux d'incidence annuels bruts des infections invasives à méningocoque liées aux principaux sérogroupes, par département, région Limousin, 2002-2010



| Figure 3 |

Taux d'incidence annuels bruts par classes d'âges des infections à méningocoque déclarées, région Limousin, 2009- 2010



IIM de sérotype non B Vaccins disponibles et schémas vaccinaux

Vaccins méningococciques conjugués :

- monovalent C :
-nourrissons âgés de 2 à 11 mois révolus : deux doses de 0,5 ml à au moins 2 mois d'intervalle et un rappel au cours de la deuxième année de vie en respectant un intervalle d'au moins 6 mois après la deuxième dose,
-enfants à partir de l'âge de 1 an, adolescents et adultes : une injection unique de 0,5 ml.
- tétravalent ACYW135, à partir de l'âge de 11 ans (sauf risque particulier) : une injection unique d'une dose de 0,5 ml.

Vaccins méningococciques non conjugués, à partir de l'âge de 2 ans seulement :

- bivalent A et C : une injection d'une dose de 0,5 ml ; durée de protection de 3 ans. Il peut être utilisé à partir de l'âge de 6 mois pour la protection contre le méningocoque A.
- tétravalent ACYW135 : une injection d'une dose de 0,5 ml ; durée de protection de 3 ans.

| Diphtérie |

Diphtérie - définition de cas

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 *diphtheriae* porteuses du gène tox (tox+).

Notification :

Cas confirmé : isolement de *Corynebacterium diphtheriae*, *ulcerans* ou *pseudotuberculosis* et mise en évidence du gène codant la toxine diphtérique.

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

Points clés

La vaccination généralisée contre la diphtérie a permis une disparition des cas autochtones de *C. diphtheriae* dans les pays de l'Europe de l'Ouest. Pour autant, la maladie reste un problème majeur de santé publique dans certaines régions du monde (ex-URSS, sous-continent indien, Asie du Sud-Est, Afrique...), sources de cas importés pour les autres pays.

En France, des cas de diphtérie due à *C. diphtheriae* ont été rapportés en 1989, 2002, 2004, 2006 et 2008. Entre 2003 et 2010, 18 infections dues à *C. ulcerans* ont été identifiées. Depuis le début de l'année 2011, 3 cas à *C. diphtheriae* (dont 2 importés) et 1 cas à *C. ulcerans* ont été rapportés.

En Limousin, aucun cas de diphtérie n'a été diagnostiqué en 2010.

| Tétanos |

Tétanos - définition de cas

Cas confirmé : diagnostic clinique de tétanos généralisé

Points clés

De 2000 à 2011, 7 cas de tétanos ont été déclarés dans le Limousin, essentiellement dans la Haute-Vienne (5 cas) en 2000, 2001 et 2003 (Tableau 1). En Creuse, 2 cas ont été déclarés en 2011 (données provisoires). Tous les cas étaient des femmes, dont 6 âgées de 70 ans et plus.

Caractéristiques des cas déclarés en 2000-2003:

En ce qui concerne la porte d'entrée probable, il s'agissait de blessures pour 4 des 5 cas et d'une plaie chronique pour le cinquième cas. Trois des 5 cas sont décédés, 1 a été amputé de la jambe et un autre cas a gardé une perte de motricité. Pour 4 des cas la vaccination antitétanique était incomplète et pour 1 cas.

| Tableau 1 |

Cas de tétanos déclarés par département en Limousin, 2000-2011
(seules les années avec au moins 1 cas déclaré sont présentées)
(données provisoires pour 2011)

	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Total region Limousin
2000	0	0	2	2
2001	0	0	1	1
2003	0	0	2	2
2011	0	2	0	2
Total	0	2	5	7

Les données de surveillance des cas de tétanos montrent que cette maladie continue de sévir en région, affectant principalement les tranches d'âges les plus élevées de la population et principalement les femmes. Le nombre annuel de cas déclarés est faible mais la létalité très élevée. Le seul moyen de prévention est la vaccination. L'application de la politique des rappels chez les adultes y compris les sujets âgés permettrait d'éliminer cette pathologie grave.

| Polio |

Polio - définition de cas

cas confirmé : au moins l'un des deux critères suivants :

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

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

Points clés

Depuis 1988, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fixé un objectif d'éradication de la poliomyélite. Le nombre de pays endémiques et passé de 125 en 1988 à 4 en 2008. Depuis le début de l'année 2010, sept pays ont été à nouveau contaminés.

Dans la région européenne de l'OMS, où l'on observait en moyenne 200 cas par an dans les années 1990, quelques épidémies sont survenues dans les années 90. L'élimination de la polio dans la région européenne a été prononcée le 21 juin 2002. Depuis l'introduction de la vaccination contre la poliomyélite dans le calendrier vaccinal français (1958 pour le vaccin inactivé de Salk Lépine et 1962 pour le vaccin oral de Sabin) et son caractère obligatoire en juillet 1964, le nombre de cas a rapidement diminué. Le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé en 1995, tous deux concernant des adultes. Une extrême vigilance est nécessaire vis-à-vis d'une possible réintroduction de poliovirus, en raison de la persistance des foyers endémiques dans le monde.

Schéma vaccinal Diphthérie, Polio, Tétanos

Primovaccination avec un vaccin combiné : une dose à 2, 3 et 4 mois et une dose de rappel à 16-18 mois.

Rappels ultérieurs :

- à 6 ans : une dose avec un vaccin DTPolio (en pratique avec le vaccin dTPolio, compte tenu de la pénurie durable en vaccin DTPolio) ;
- à 11-13 ans : une dose avec un vaccin DTCaPolio ;
- à 16-18 ans : une dose avec un vaccin dTPolio ;
- à 26-28 ans : une dose de dTPolio, remplacée par une dose de dTcaPolio en l'absence de vaccination par la coqueluche depuis 10 ans ;
- puis une dose de dTPolio tous les 10 ans.

Pour en savoir plus sur les MDO :
critères de signalement et notification ainsi que la fiche de DO pour chaque maladie

Lien pour accéder au dossier MDO sur le site de l'InVS (fiche de notification, aide-mémoire, etc.) :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/31-maladies-a-declaration-obligatoire>

Où se procurer des formulaires de notification et les fiches d'information des personnes?

Par internet, sur le site de l'InVS: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>

Ou en contactant le Point focal de l'ARS Limousin au 05 55 11 54 54

| Ours | Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de veille sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Diffusion : Cellule de l'InVS en régions Limousin Poitou-Charentes

ARS Poitou-Charentes, 4 rue Micheline Ostemeyer, 86021 Poitiers cedex

Tél. : 05 49 42 31 87 - Fax : 05 49 42 31 54 Email : ars-limousin-pch-cire@ars.sante.fr

<http://www.invs.sante.fr>