

## Maladies à déclaration obligatoire, Poitou-Charentes, 2010 *Risques infectieux d'origine alimentaire et zoonoses*

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

### | Sommaire |

- [Page 1 | Introduction |](#)
- [Page 2 | Tiac 2010 |](#)
- [Page 3 | Listériose 2010 |](#)
- [Page 3 | Botulisme 2010 |](#)
- [Page 4 | Hépatite A 2010 |](#)
- [Page 5 | Tularémie 2010 |](#)
- [Page 6 | Brucellose 2010 |](#)

### | Introduction |

L'année 2010 a connu un changement dans l'organisation de la veille sanitaire en Poitou-Charentes avec la création de la plateforme régionale de veille sanitaire au sein de l'Agence régionale de santé (ARS). Depuis juin 2010, la cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires de l'ARS assure :

- la réception de l'ensemble des signaux sanitaires, y compris les maladies à déclaration obligatoire (MDO) ;
- la gestion des signalements et des alertes.

Par ailleurs, l'Institut de veille sanitaire (InVS) via sa cellule en régions Limousin et Poitou-Charentes assure les missions suivantes au sein de la plateforme régionale de veille :

- elle contribue à l'évaluation des signaux et garantit l'évaluation des situations qui le nécessitent et dont elle est informée;
- elle effectue l'analyse régionale des données issues des systèmes de surveillance de l'InVS et transmet les alertes qui en sont issues.

C'est dans ce cadre que cette édition du Bulletin de veille sanitaire a été préparé. Il porte sur l'analyse régionale des données des MDO de 2010, notamment les maladies infectieuses d'origine alimentaire (botulisme, listériose, brucellose, toxi-infections alimentaires, hépatite A) et les zoonoses (tularémie, brucellose).

Dans cette analyse, on note pour plusieurs MDO et particulièrement les Toxi-infections alimentaires collectives, une augmentation significative des déclarations en 2010. Ceci pourrait être un reflet de la promotion du nouveau dispositif de veille sanitaire et d'une meilleure mobilisation des déclarants.

### | Les 31 maladies à déclaration obligatoire |

Botulisme  
Brucellose  
Charbon  
Chikungunya  
Choléra  
Dengue  
Diptérie  
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 Poitou-Charentes :

Tél : 05 49 42 30 30

Fax : 05 24 84 51 43

Courriel : [ars-pch-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars-pch-alerte@ars.sante.fr)

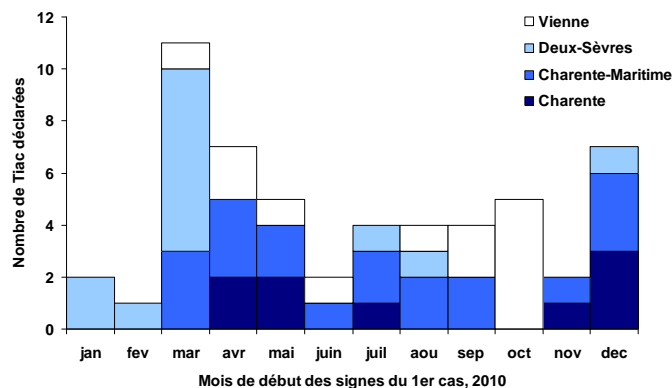
**Tiac - définitions de cas**

Une Tiac est définie comme la survenue d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

On distingue les foyers de Tiac:

- **confirmés** : lorsque l'agent pathogène est isolé dans un prélèvement d'origine humaine (sang/selles) ou dans des restes alimentaires ou des repas témoins;
- **suspectés** : lorsque l'agent pathogène n'a pas été confirmé, il est alors suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation étiologique prenant en compte les signes cliniques, la durée médiane d'incubation et le type d'aliments consommés ;
- **d'étiologie inconnue** lorsque l'agent pathogène n'a été ni confirmé ni suspecté à l'aide de l'algorithme.

En 2010, 54 Tiac ont été déclarées en Poitou-Charentes, soit une augmentation de 93% par rapport à 2009 (28 Tiac) (Figure 1). La Charente-Maritime reste le département avec le nombre de plus élevé de Tiac (19 soit 35% des Tiac en 2010) (Tableau 1). Le délai médian de déclaration (délai entre la date du 1er cas et la date de déclaration) était de 2 jours [IQR: 1-4]. Le nombre médian de cas par foyer était de 7 (étendue de 2 à 554). La médiane était semblable à celle observée en 2009. Le nombre de malades impliqués dans les Tiac signalées en 2010 est plus de 7 fois supérieur à celui de 2009 (1527 cas vs 209). Quatre foyers, tous survenus en milieu scolaire, signalés en 2010 et investigués ont impliqué plus de 100 cas. Parmi les 37 Tiac pour lesquelles le nombre d'exposés était connu, 13 (35,1%), toutes survenues dans le milieu familial avaient un taux d'attaque de 50% ou plus. La répartition mensuelle des déclarations de Tiac ne montre pas de saisonnalité particulière à l'exception de 2 pics, en



| Figure 2 |

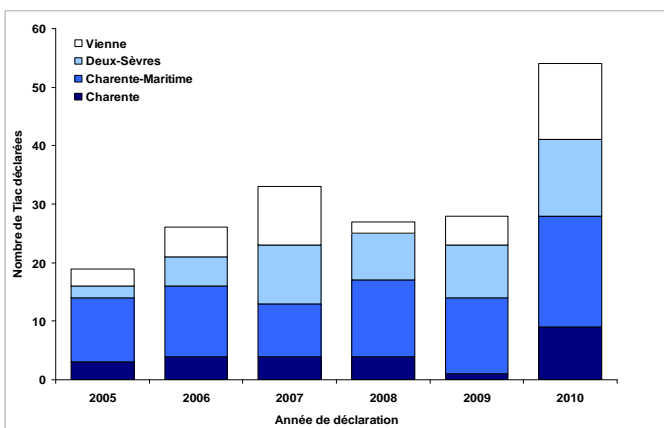
Distribution des Tiac selon le mois de début des signes et par département de domicile, Poitou-Charentes, 2010

décembre et en mars (Figure 2). En 2010, 17 foyers (31,5%) avaient au moins un cas hospitalisé. Aucun décès n'a été rapporté. Les lieux de survenue des Tiac les plus fréquents étaient le milieu familial (n=18 ; 33,3%), le restaurant (n=14 ; 25,9%) et la cantine scolaire (n=11 ; 20,4%) (Tableau 2). Les lieux de survenue 'restaurant' et 'cantine scolaire' ont connu une augmentation de 133% et 267% respectivement en 2010 par rapport à 2009.

| Tableau 2 |

Lieu de survenue des Tiac déclarées en Poitou-Charentes, 2010

Lieu de repas	Nombre de Tiac (%)
Familial	18 (33,3)
Restaurant	14 (25,9)
Cantine scolaire	11 (20,4)
Institut médico-social	5 (9,3)
Centre de loisirs	2 (3,7)
Entreprise	1 (1,8)
Banquet	1 (1,8)
Autre collectivité	1 (1,8)



| Figure 1 |

Nombre de Tiac déclarées par département en Poitou-Charentes, 2005-2010

| Tableau 1 |

Nombre de Tiac déclarées par département en Poitou-Charentes, 2010

Département de repas	Nombre de Tiac (%)	Nombre de cas (%)
Dep 16	9 (16,7)	372 (24,4)
Dep 17	19 (35,2)	362 (23,7)
Dep 79	13 (24,1)	72 (4,7)
Dep 86	13 (24,1)	721 (47,2)
<b>Région Poitou-Charentes</b>	<b>54 (100,0)</b>	<b>1527 (100,0)</b>

La recherche étiologique est en hausse depuis 2008 avec 85,2% des Tiac pour lesquels un pathogène était confirmé (n=20 ; 37%) ou suspecté (n=26 ; 48%) en 2010 contre 71% en 2009 et 56% en 2008. En 2010, l'étiologie était inconnue pour 8 Tiac (14,8%). Les six agents les plus fréquemment confirmés ou suspectés étaient : *Salmonella* (28,3%), *enterotoxine Staph* (17,4%), *Bacillus* (13,0%), *Clostridium perfringens* (10,9%), *norovirus* (10,9%), *virus entérique* (6,5%).

**Conclusions**

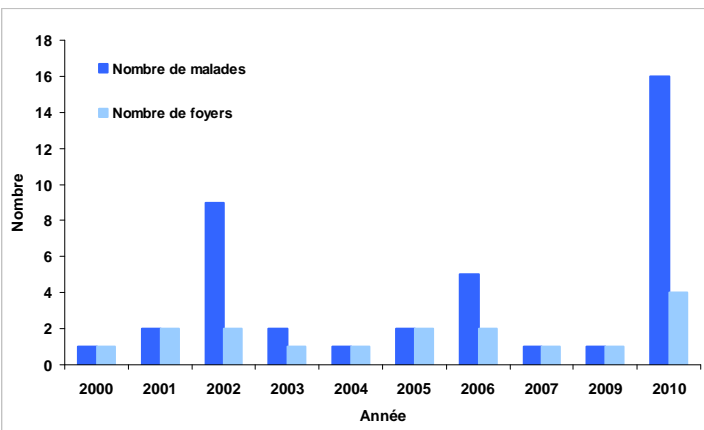
Le nombre de Tiac déclarées a augmenté en 2010 par rapport aux cinq années précédentes, et ce, dans tous les départements. L'investigation approfondie de 4 foyers a permis, entre autres, d'évaluer plus précisément l'ampleur des Tiac, révélant que celle-ci pouvait être très importante. La recherche étiologique s'est encore améliorée en 2010. Comme en 2009, les salmonelles et l'*enterotoxine Staph* sont les deux agents étiologiques les plus fréquemment retrouvés. La contamination de steaks hachés surgelés a été à l'origine d'une épidémie de grande ampleur de salmonellose à *Salmonella enterica* en milieu scolaire [1]. L'augmentation des Tiac survenant en milieu scolaire pourrait être liée à la sensibilisation des établissements scolaires à la déclaration à l'ARS en 2010.

[1] Rapport InVS : Epidémie de salmonellose à *Salmonella enterica* sérotype 4,5,12:i:- en milieu scolaire associée à la consommation de steak haché importé : une étude de cohorte rétrospective. Poitiers, France, octobre 2010.

**Botulisme - définition de cas**

Cas clinique : présence d'au moins 1 des signes d'atteinte neurologique suivants : diplopie, troubles oculomoteurs, dysphagie, sécheresse de la bouche, paralysie des membres et des muscles respiratoires.

En 2010, 4 foyers de botulisme totalisant 16 malades ont été déclarés en Poitou-Charentes, 3 dans la Vienne (13 cas) et 1 dans les Deux-Sèvres (3 cas), ce qui représente une augmentation par rapport aux deux années antérieures (Figure 1). Tous sont survenus en milieu familial suite à une Toxi-infection alimentaire collective (Tiac). Le nombre de malades par foyer varie de 3 à 6 personnes. Le diagnostic de botulisme était confirmé pour tous les foyers par la mise en évidence de la toxine botulique chez les malades (le plus souvent dans le sérum) et également par la mise en évidence de la toxine dans l'aliment responsable. La toxine était de type B pour tous les foyers.

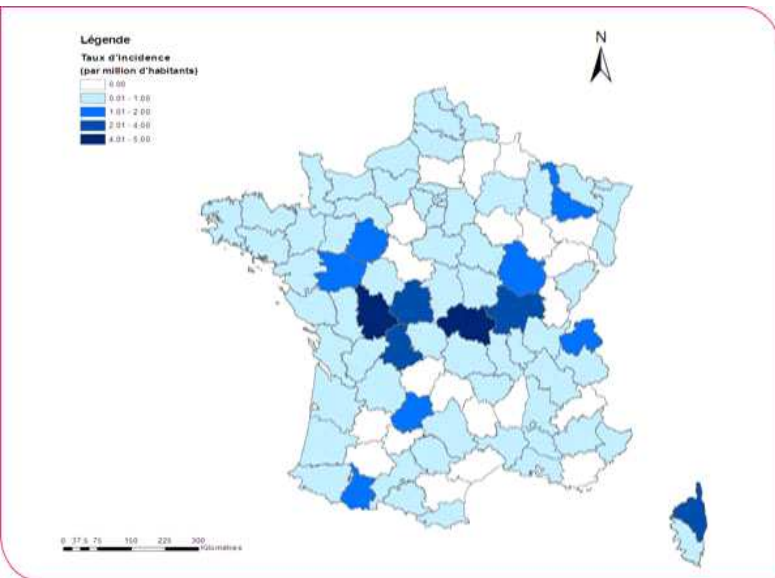


| Figure 1 |

Nombre de foyers et de cas de botulisme déclarés, Poitou-Charentes, 2000-2010

Neuf des 16 cas étaient des hommes. L'âge médian des cas était de 36 ans (étendue = 2-71ans). Dix cas ont été hospitalisés et 2 cas ont eu des complications. Aucun décès n'a été rapporté. Pour les quatre foyers, l'aliment incriminé était un produit de charcuterie (jambon) de fabrication familiale pour 3 foyers et de fabrication artisanale commerciale pour 1 foyer.

Un taux d'incidence particulièrement élevé pour l'année 2010 est constaté dans la Vienne (5 cas / 100 000 habitants) suite à la survenue de 3 Tiac à botulisme ayant entraîné 13 des 24 cas de l'année en France métropolitaine. La Vienne fait partie des départements les plus touchés par le botulisme (Figure 2).



| Figure 2 |

Incidence annuelle moyenne du botulisme par département, France, 1991-2010

| Listériose - 2010 |

**Listériose - définition de cas**

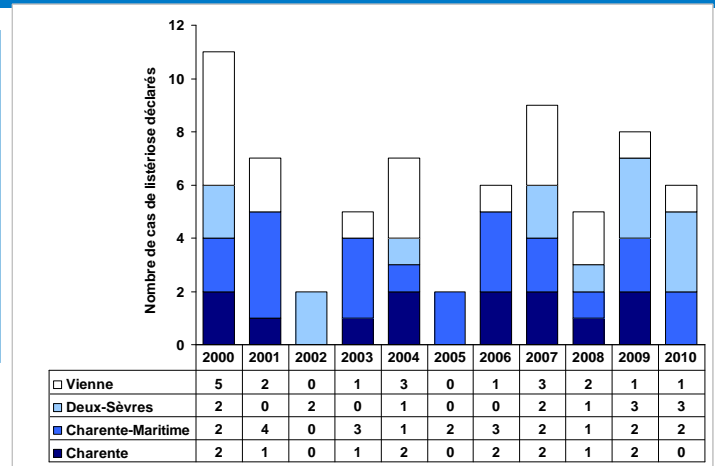
Un cas confirmé correspond à l'isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement clinique (sang, LCR, liquide amniotique, ...).

Un cas materno-néonatal concerne une femme enceinte, un « produit » d'avortement, un nouveau-né mort-né ou un nouveau-né de moins d'un mois. Lorsqu'une souche est isolée chez une femme enceinte et son nouveau-né, un seul cas est comptabilisé.

Un cas non materno-néonatal est un cas n'appartenant pas à un des groupes ci-dessus.

En 2010, 6 cas de listériose ont été déclarés en Poitou-Charentes dont 3 dans les Deux-Sèvres, 2 en Charente-Maritime et 1 dans la Vienne (Figure 1). Tous les cas étaient de forme non materno-néonatale. Le sex-ratio homme/femme était de 2,0. L'âge médian était 72 ans (étendue= 40-87 ans).

Cinq cas ont présenté une bactériémie / septicémie et 1 cas une forme clinique autre (mais pas neuroméningée). Cinq cas présentaient une pathologie sous-jacente et 2 sujets prenaient un traitement immunosuppresseur. Un cas était hospitalisé plus de 10 jours avant le diagnostic de listériose. Aucun décès parmi les cas de listériose n'a été rapporté.



| Figure 1 |

Nombre de cas de listériose déclarés par département en Poitou-Charentes, 2000-2010

En 2010, le taux d'incidence de la listériose en Poitou-Charentes était de 3,5 cas par million d'habitants, soit inférieur au taux d'incidence annuel en France métropolitaine (4,9/million d'hab.). Aucun épisode de cas groupés de listériose n'a été détecté en région en 2010. Depuis 2001, entre 1 et 7 cas de listériose sont déclarés chaque année dans la région.

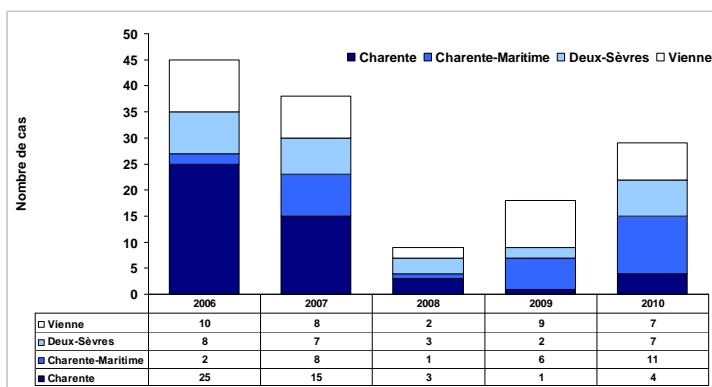
## Hépatite A - définition de cas

Un cas d'hépatite A est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

Un foyer de cas groupés est suspecté lorsqu'un autre cas dans l'entourage est signalé, lorsque deux cas ou plus sont signalés dans certaines collectivités d'enfants, dans un village/ville/quartier en moins de 2-3 semaines, par un même laboratoire ou par plusieurs laboratoires géographiquement proches.

## Nombre et caractéristiques des cas déclarés

En 2010, 29 cas d'hépatite A résidant en Poitou-Charentes ont été déclarés, ce qui représente une augmentation de 61% par rapport à 2009 (18 cas). Cette augmentation touche tous les départements (Figure 1). Le taux annuel d'incidence des cas notifiés était de 1,64 cas pour 100 000 habitants, proche du taux d'incidence pour la France métropolitaine (1,97 /100 000). Le taux annuel d'incidence des cas notifiés par département en 2010 était le plus faible en Charente (1,13/100 000) et le plus élevé dans les Deux-Sèvres (1,90/100 000).

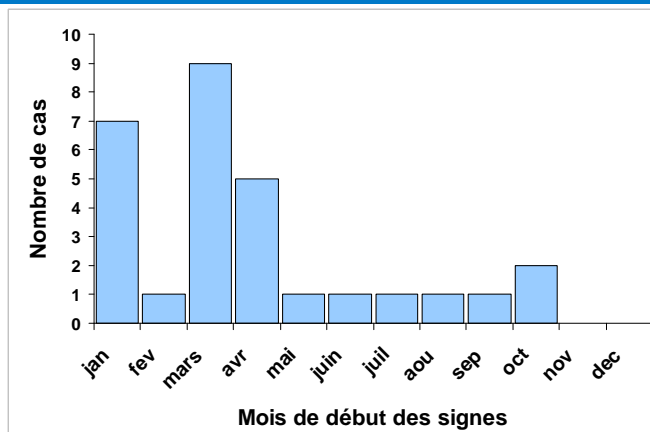


| Figure 1 |

## Nombre de cas d'hépatite A déclarés en Poitou-Charentes, 2006-2010

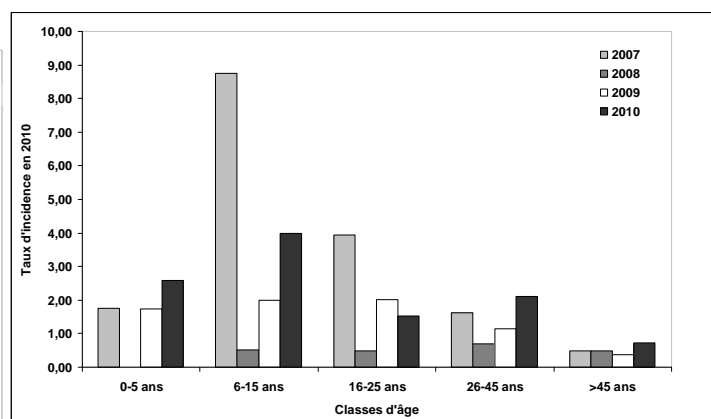
On observe un regroupement des cas les premiers mois de l'année avec 76% des cas survenant entre janvier et avril 2010 (Figure 2).

Comme les années antérieures et comme observé dans le reste de la France métropolitaine, les taux annuels d'incidence en 2010 étaient les plus élevés chez les moins de 15 ans que pour les autres classes d'âge (Figure 3).



| Figure 2 |

## Evolution mensuelle des cas d'hépatite A résidant en Poitou-Charentes, 2010



| Figure 3 |

## Taux d'incidence des cas notifiés d'hépatite A par classe d'âge, Poitou-Charentes, 2007-2010

Comme les années antérieures et comme observé dans le reste de la France métropolitaine, le taux annuel d'incidence était plus élevé chez les hommes (1,81 /100 000) que chez les femmes (1,59 /100 000).

Une majorité de cas d'hépatite A déclarés ont présenté un ictère (n=19 ; 65,5%). Onze cas (37,9%) déclarés en 2010 ont été hospitalisés.

## | Tableau 1 |

### Expositions à risque des cas d'hépatite A résidant en Poitou-Charentes et déclarés en 2010

Caractéristiques et expositions à risque	<6 ans	6-15 ans	16-25 ans	26-45 ans	>45 ans	Total
<b>Nombre de cas</b>	3	8	3	9	6	29
<b>Expositions à risque*</b>						
Cas entourage	2	6	2	2	2	14
Séjour hors métropole	1	5	1	4	2	13
Consommation fruits de mer	0	1	1	4	2	8
Consommation d'huîtres	0	1	1	3	2	7
Enfant <3 ans à domicile	1	2	0	1	1	5
Le cas travaille dans une crèche	0	0	0	0	0	0
Le cas travaille dans un établissement pour personnes handicapées	0	0	0	0	1	1
Aucun facteur de risque rapporté	0	0	0	3	1	4

\*un cas peut présenter plusieurs expositions à risque

Les principales expositions à risque identifiées étaient : la présence d'un cas dans l'entourage (n=14 ; 52%), un séjour hors métropole (n=13 ; 48%), la consommation de fruits de mer (n=8 ; 38%), notamment les huîtres, et la présence d'un enfant <3 ans à domicile (n=5 ; 19%).

## Conclusion

**En Poitou-Charentes, après une baisse du nombre de cas d'hépatite A déclarés en 2008 et 2009, le nombre de cas a augmenté en 2010 et ce, dans les quatre départements. Aucune épidémie n'a été identifiée dans la région en 2010. Les caractéristiques des cas sont semblables à celles des cas des années antérieures ainsi que des cas dans le reste de la France métropolitaine.**

**La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour des cas particuliers exposés à un risque de contamination (voir ci-joint).**

## Vaccination contre l'hépatite A

*Recommandations générales 2011  
du Haut conseil de la santé publique*

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les :

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

## | La tularémie 2010 |

### Tularémie -définitions de cas

Un cas probable correspond à un tableau clinique évocateur\* associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps compris entre 20 et 50 ou une exposition commune à celle d'un cas confirmé.

Un cas confirmé correspond à un tableau clinique évocateur\* associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps supérieur ou égal à 50, ou à l'isolement de *Francisella tularensis* à partir de prélèvements cliniques, ou à une amplification génique positive.

\* La maladie débute de manière soudaine, quelle que soit la porte d'entrée (contact direct, morsures de tiques, ingestion d'aliments ou d'eau contaminés, inhalation de poussières contaminées), avec une fièvre ondulante, des frissons, une asthénie, des douleurs articulaires et musculaires, des maux de gorge, des céphalées et parfois des nausées et vomissements.

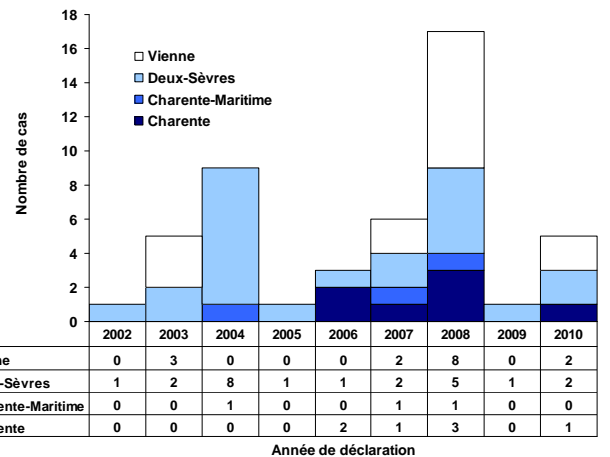
### Nombre et caractéristiques des cas déclarés

En 2010, 5 cas sporadiques de tularémie ont été déclarés en Poitou-Charentes : 2 dans la Vienne, 2 dans les Deux-Sèvres et 1 en Charente. Le nombre de cas déclarés est supérieur à celui de 2009, mais reste nettement inférieur au nombre de cas déclarés en 2008. Depuis 2002, les départements les plus touchés sont les Deux-Sèvres (48% des cas déclarés entre 2002 et 2010) et la Vienne (31%).

Le début des signes des cas déclarés en 2010 étaient en octobre-novembre (3 cas), janvier (1 cas) et avril (1 cas).

On observe une majorité d'hommes (4 des 5 cas). L'étendue des âges était de 42 à 83 ans. Les formes cliniques étaient la forme ganglionnaire (2 cas), la forme pleuropulmonaire (2) et la forme ulcéro-ganglionnaire (1). Un des 5 cas a été hospitalisé. L'information sur l'évolution clinique n'était pas renseignée.

Parmi les expositions à risque sur les 15 jours précédant le début des symptômes, 1 cas a rapporté avoir manipulé des lièvres, 3 cas ont rapporté un contact avec de la terre (jardinage, remblayage) et 1 cas a rapporté une morsure de tique.



| Figure 1 |

Nombre de cas de tularémie déclarés par année et par département en Poitou-Charentes, 2002-2010

### Conclusion

**La région Poitou-Charentes, particulièrement pour les départements des Deux-Sèvres et de la Vienne, est un foyer endémique pour la tularémie. Aucune épidémie n'a été identifiée en 2010. Seuls des cas sporadiques en augmentation par rapport à 2009 ont été déclarés dans trois des quatre départements. Les caractéristiques des cas reste inchangée par rapport aux années antérieures. Les chasseurs et personnes dont la profession est en rapport avec l'agriculture et celles pratiquant des loisirs en plein air doivent être en priorité la cible des actions de prévention.**

## Brucellose - définitions de cas

Tableau clinique\* évocateur de brucellose associé à :

**cas probable** : mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum

**cas confirmé** : au moins l'un des résultats suivants :

- isolement de *Brucella spp.* dans un prélèvement clinique
- ou multiplication par quatre au moins du titre d'anticorps entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard
- ou amplification génique positive

\* Les signes cliniques sont assez variables mais évoluent habituellement en trois phases :

- 1) une **phase de primo-invasion aiguë** : syndrome grippal banal ou fièvre ondulante sudoro – algique de début insidieux associée à des myalgies, sensation de malaise ;
- 2) une **phase secondaire** où se constituent des foyers isolés ou multiples : ostéo-articulaire (spondylodiscites, atteinte sacro-iliaque), hépatosplénique, méningite, endocardite, orchidépididymite ;
- 3) une **phase chronique** dont l'expression est double, soit une symptomatologie générale (asthénie, polyalgies), soit une symptomatologie plus focale (évolution torpide des foyers).

La brucellose est une zoonose due aux bactéries du genre *Brucella* responsable de maladies humaines et animales. Trois espèces prédominent : *Brucella melitensis*, espèce la plus pathogène, la plus invasive et la plus répandue dans le monde, *Brucella abortus* et *Brucella suis*. Les modes de transmission sont :

- par contact direct (pénétration du germe par voie cutanée ou muqueuse favorisée par des blessures ou des excoriations) avec des animaux malades, des carcasses d'animaux, les produits des avortements, les placentas, les sécrétions vaginales animales, le fumier ou par contact accidentel avec des produits biologiques dans les laboratoires ;
- par ingestion d'aliments contaminés (lait et produits laitiers non pasteurisés issus d'animaux contaminés, plus rarement crudités contaminées par du fumier ou exceptionnellement viande insuffisamment cuite) ;
- par inhalation (de poussière de litière, d'aérosol contaminé dans les laboratoires ou les abattoirs).

En 2010, 1 cas de brucellose a été déclaré en région, dans le département de la Vienne. Comme la grande majorité des cas de brucellose diagnostiqués en France (90%), le cas était « importé ».

Chaque année depuis 2001, 0 à 1 cas est déclaré en Poitou-Charentes. En 2010, 75% des cas déclarés en France avaient été contaminés lors d'un séjour en zone enzootique et 15% avaient été infectés via la consommation de fromage ou de lait ramené d'un pays enzootique.

**L'incidence de la brucellose humaine en région et en France métropolitaine est très faible, avec 20 cas déclarés en France en 2010. Le diagnostic de brucellose devrait donc aujourd'hui être évoqué principalement chez un sujet ayant voyagé ou consommé des produits laitiers ramené d'un voyage en zone enzootique.**

## Pour en savoir plus sur les MDO

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>

## 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 Poitou-Charentes au  
05 49 42 30 30