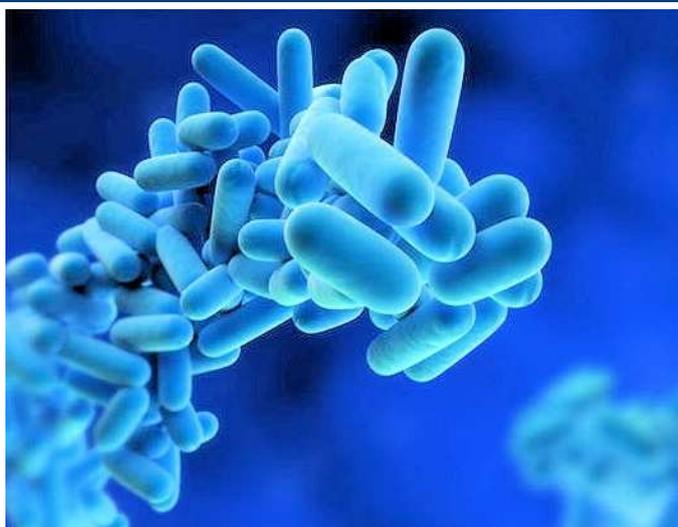


## Les maladies à déclaration obligatoire dans la région Auvergne en 2010.



**Page 2** | Présentation du système |

**Page 3** | Matériel et méthode |

**Page 3** | Hépatite A |

**Page 4** | Infection à VIH et SIDA |

**Page 6** | Légionellose |

**Page 7** | Rougeole |

**Page 8** | Tuberculose |

**Page 10** | Infections invasives à méningocoques |

**Page 11** | Toxi-infection Alimentaire Collective |

### | Editorial |

**Nouveauté : la déclaration obligatoire des mésothéliomes** par Dr Laurence Chérié-Challine – coordinatrice nationale du projet, Institut de veille sanitaire – département santé travail et Damien Mouly - responsable de la Cire Auvergne.

Alors que ce 11<sup>ème</sup> bulletin de veille sanitaire édité par la Cire Auvergne présente les résultats de la surveillance des principales maladies à déclaration obligatoire (MDO) de nature infectieuse pour la région Auvergne, déclarées en 2010 ; nous profitons de cet édit pour vous informer de l'ajout, en janvier 2012, d'une 31<sup>ème</sup> MDO sur la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'Autorité sanitaire : les mésothéliomes<sup>1</sup>.

Chaque année en France, le nombre de nouveaux cas de mésothéliomes est estimé entre 800 et 1 200. Ces cancers des séreuses touchent principalement la plèvre mais également le péritoine et plus rarement le péricarde et la vaginale testiculaire. Alors que l'exposition professionnelle à l'amiante est très fréquente chez l'homme (83%), elle n'est retrouvée que chez 38% des femmes, ce qui laisse penser que les expositions environnementales sont fréquentes alors qu'elles restent peu étudiées. En Auvergne, le mésothéliome pleural serait responsable de 15 décès en moyenne par an, touchant essentiellement des hommes (75%) et les départements de l'Allier et du Puy de Dôme.

Ainsi, depuis janvier 2012, la déclaration des cas de mésothéliome est devenue obligatoire en France métropolitaine et ultramarine pour tous les sites anatomiques. Elle s'impose à tous les médecins pathologistes et cliniciens qui en posent le diagnostic.

Ce dispositif a été mis en place après une phase pilote<sup>2</sup>. Ce système de surveillance épidémiologique vise à renforcer le suivi temporo-spatial de l'incidence des cas de mésothéliomes au niveau national métropolitain et ultramarin, et dans chaque région. Il vise par ailleurs à renforcer la connaissance des expositions notamment environnementales dans 3 populations ciblées : les femmes, les personnes de moins de 50 ans et les localisations 'hors plèvre'. Pour cela, les cas ainsi notifiés seront enquêtés.

Néanmoins, l'atteinte de ces objectifs nécessite une adhésion totale des médecins pathologistes et cliniciens (pneumologue, chirurgien, oncologue, généraliste...) afin de garantir l'exhaustivité des notifications et une bonne identification des cas sans exposition professionnelle connue à l'amiante, à l'aide des formulaires de déclaration.

En pratique, la déclaration repose sur 2 formulaires de notification distincts en fonction de la spécialité du médecin déclarant (clinicien ou pathologiste) téléchargeables sur les sites de l'InVS<sup>3</sup> et du réseau régional de cancérologie 'Oncauvergne'<sup>4</sup>.

Comme l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire, les fiches de notification sont à adresser au point focal de l'Agence régionale de santé.

<sup>1</sup> Décret n° 2012-47 du 16 janvier 2012 : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025167238&dateTexte=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025167238&dateTexte=&categorieLien=id)

<sup>2</sup> Rapport de la phase pilote : [www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2012/Declaration-obligatoire-des-mesotheliomes](http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2012/Declaration-obligatoire-des-mesotheliomes)

<sup>3</sup> [www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Mesotheliome/Comment-notifier-cette-maladie](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Mesotheliome/Comment-notifier-cette-maladie)

<sup>4</sup> Site oncauvergne ([www.oncauvergne.fr](http://www.oncauvergne.fr)), partie professionnelle accessible avec un login et mot de passe rubrique santé publique, sous chapitre documents de déclaration obligatoire

### Les acteurs de la déclaration

En 2003, le dispositif français de surveillance des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) a connu une avancée majeure dans la protection de l'anonymat des personnes, inscrite dans la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'homme. Ce dispositif repose sur une implication forte de trois principaux acteurs de santé :

- **Les déclarants** : l'obligation de déclaration concerne les biologistes, les responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses médicales publics et privés, les médecins libéraux et hospitaliers.
- **Les professionnels de santé de l'Agence régionale de santé (ARS)** chargés de réaliser la surveillance de ces maladies au niveau régional et de mettre en œuvre les investigations et les mesures de gestion autour d'un ou plusieurs cas afin de prévenir et réduire localement la diffusion de ces maladies. Ils ont également pour rôle de relayer l'information auprès des déclarants et de les sensibiliser aux enjeux de la surveillance à l'échelon régional.
- **Les épidémiologistes de l'Institut de veille sanitaire (InVS)** centralisent les données des différentes régions, les analysent et les transmettent aux pouvoirs publics accompagnées de recommandations. Ils assurent également la communication au niveau régional, national et européen de ces informations auprès des acteurs du dispositif, de la communauté médicale et scientifique, et du public. L'InVS peut apporter, en s'appuyant sur les Cellules de l'InVS en Région (Cire), un soutien aux acteurs locaux de la surveillance, en particulier dans le cadre d'enquêtes complémentaires autour d'un cas ou l'investigation de cas groupés.

A ce jour, 31 maladies sont à déclaration obligatoire (Tableau 1). On peut noter :

- qu'en 2005, 4 maladies (rougeole, infection aiguë à hépatite A, Chikungunya et dengue) ont été ajoutées au dispositif ;
- qu'en 2007, la fiche DO de la tuberculose a été modifiée et la déclaration des issues de traitement antituberculeux a été mise en place.
- qu'en 2011, les **fiches de DO des infections VIH et SIDA et rougeole ont été modifiées.**
- qu'en 2012, la **déclaration des mésothéliomes devient obligatoire** en France métropolitaine et ultramarine. Cette déclaration obligatoire (DO) concerne tous les sites anatomiques (plèvre, péritoine, péri-carde, vaginale testiculaire...).

### Le signalement et la notification

#### **Signaler**

Le signalement des MDO est une procédure d'urgence et d'alerte qui doit s'effectuer sans délai et par tous les moyens appropriés (téléphone, mail, fax) à l'ARS d'Auvergne. Les maladies qui justifient une intervention urgente, à savoir toutes les MDO, à l'exception de l'infection à VIH, du Sida, de l'Hépatite B aiguë et du tétanos, sont à signaler sans délai. La procédure de signalement permet aux professionnels de santé en charges des MDO à l'ARS d'Auvergne, de mettre en place rapidement des mesures de gestion et de prévention individuelles et collectives autour des cas et, si nécessaire, de déclencher une investigation.

#### **Notifier**

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant aux médecins de l'ARS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche de notification spécifique à chaque maladie. Les données cliniques, biologiques et sociodémographiques transmises pour chaque maladie sont fixées par arrêté du ministre de la santé après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Elle a pour objet le suivi épidémiologique des MDO et permet d'analyser les caractéristiques et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. Elle doit être effectuée pour toutes les MDO.

## | Tableau 1 |

### Liste des 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 le virus de l'hépatite B  
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade  
Infection invasive à méningocoque  
Légionellose  
Listériose  
Orthopoxviroses dont la variole  
**Mésothéliome**  
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

### A qui signaler en région :

#### **Mission de veille, d'alerte, d'inspection et de contrôle (MIVAIC) d'Auvergne**

Tel : 04 73 74 48 80

Fax : 04 88 00 67 24

Mail : [ars63-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars63-alerte@ars.sante.fr)

### Où se procurer les fiches de notification

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

## | Matériel et méthode |

Ce deuxième Bulletin de veille sanitaire (BVS) relatif aux MDO édité par la Cellule de l'InVS en région (Cire) Auvergne, présente les résultats des données de surveillance des principales MDO survenues en 2010 dans la région. L'analyse a été faite sur les données transmises par l'InVS fin 2011.

L'identification des cas déclarés dans la région a été effectuée pour chaque maladie en sélectionnant le département de notification (ou déclaration) ou le département de domicile. Le département de notification a été choisi pour décrire les cas de tuberculose, de Toxi-infection alimentaire collective (Tiac) et de Rougeole. Les autres MDO (hépatite A, légionellose, infection invasive à Méningocoque et infection à VIH/SIDA) ont été analysées en fonction du département de résidence des cas.

Les données de populations utilisées pour calculer les incidences et les taux de déclaration proviennent des estimations pour l'année 2010 fournies par Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2012.

## | Hépatite A |

Depuis fin 2005, l'hépatite A est devenue une MDO avec pour objectif principal la détection de cas groupés au niveau local afin de prendre rapidement les mesures de contrôle.

### Critères de signalement et de notification

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

Les paragraphes suivant décrivent les cas d'hépatite A déclarés en Auvergne selon le département de résidence des cas.

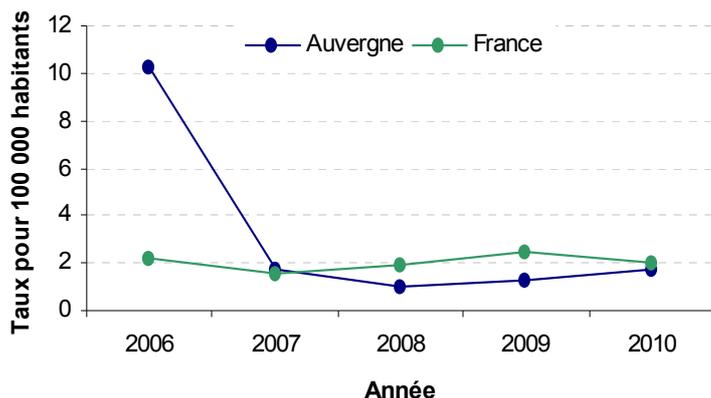
### Importance en santé publique

En 2010, **24 cas d'hépatite A** déclarés résidaient en Auvergne dont 4 dans l'Allier et 20 dans le Puy-de-Dôme. Depuis l'épisode épidémique de 2006 dans le Puy-de-Dôme (taux d'incidence très élevé de 10,3 cas/100 000 habitant), le taux d'incidence d'hépatite A déclaré dans la région est beaucoup plus bas et s'est stabilisé en 2007 (Figure 1). En 2010, le taux d'incidence régional de l'hépatite A est de 1,78/100 000 habitants alors que le taux annuel d'incidence des cas déclarés en France métropolitaine était de 1,97/100 000 habitants. L'Auvergne représente 1,9% de la totalité des cas déclarés au niveau national.

L'année 2010 a été marquée par la survenue d'une épidémie nationale d'hépatite A (n=59) (du 01/11/2009 et le 28/02/2010) liée à la consommation de tomates séchées dont deux cas ont été recensés en Auvergne. De plus, comme certains départements de France (Yonne, Haute-Marne), le Puy-de-Dôme a été confronté à la survenue d'un cas groupé (4 cas) d'hépatite A dans des populations vivant sur des sites d'accueil pour gens du voyage dans des conditions sanitaires précaires. La souche d'hépatite A identifiée était identique pour les 4 cas. Cette souche (GQ506663) avait déjà été retrouvée chez un cas recensé sur la même période en Rhône-Alpes et pour d'autres cas groupés chez les gens du voyage dans l'Yonne (2009), le Morbihan (2010) et à Chartres (2010). En plus des 4 cas notifiés à l'ARS Auvergne une recherche active a permis d'identifier 4 autres cas probablement en lien (3 séjournant en Auvergne et 1 en Rhône-Alpes). Ce qui fait un taux de déclaration de 50% dans une situation de cas groupés.

### | Figure 1 |

Evolution du taux d'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite A (pour 100 000 habitants) en Auvergne et en France entière, entre 2006 et 2010.



### Caractéristique des cas

En 2010 en Auvergne, 42% des hépatites aiguës A déclarées touchaient des enfants de moins de 15 ans, contrairement à l'année dernière où seul 6% de cette tranche d'âge avait été touché. En France, cette tranche d'âge est aussi la plus touchée. L'âge des patients variait de 2 à 81 ans avec une médiane de 22 ans (moyenne 28 ans). Comme au niveau national, les hommes sont plus atteints que les femmes (sex-ratio (H/F)= 1,7).

Parmi les cas renseignés (79%), 79% des cas étaient symptomatiques. De plus, la présence d'ictère était renseignée dans 75% des cas et 29% ont été hospitalisés.

La répartition des cas d'hépatite A en fonction du mois de l'apparition des premières manifestations ne permet pas de distinguer de saisonnalité. Le mois où le plus de cas déclarés ont été diagnostiqués est le mois de mars (6 cas 25%) comme durant l'année 2009 (5 cas 29%).

Le délai médian entre la date d'apparition du début des premières manifestations et la date de déclaration est de 2 jours (moyenne : 3,6 ; étendue 0 à 30 jours).

### Facteurs de risque

Les deux principales expositions à risque renseignées dans les 2 à 6 semaines précédant le début de la maladie étaient la présence de cas d'hépatite A dans l'entourage familial (54%) et le fait d'avoir un enfant âgé de moins de 3 ans (porteurs asymptomatiques) à domicile (29%). De plus, 6 cas (25%) avaient consommé des fruits de mer ou crustacés dont 4 des huîtres. De plus, 4 cas ont réalisé un séjour hors France métropolitaine (16%). Les lieux de séjour étaient le Mexique pour 2 d'entre eux et l'Ethiopie et la Tunisie pour les 2 autres. Enfin, 2 cas avaient fréquenté un établissement handicapé (8%) et un cas une crèche (4%).

### Conclusion

Le taux d'incidence régional de l'hépatite A se stabilise depuis 2007 en Auvergne. Le taux d'incidence régional en 2010 est de 1,78 cas pour 100 000 habitants ce qui reste légèrement en dessous du taux d'incidence nationale de 1,97 cas pour 100 000 habitants. La déclaration précoce des cas permet de rechercher l'origine de la contamination et notamment d'identifier des cas groupés.

Bien que la vaccination soit la mesure de santé publique la plus efficace (Cf. [Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 10 avril 2012](#)) dans la lutte contre les épidémies de maladies infectieuses à prévention vaccinale, sa mise en œuvre reste compliquée dans les populations défavorisées, notamment les communautés de gens du voyage pour différents motifs culturels, religieux et également financiers puisque tous les vaccins ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, comme celui de l'hépatite A. Afin de lever ces obstacles et d'enrayer le plus précocement possible des épidémies naissantes dans ces populations sensibles et de limiter leur propagation, l'intervention d'une équipe mobile de vaccination pourrait être envisagée lors de la survenue d'un cas groupé.

De plus, la maladie étant étroitement associée à un assainissement insuffisant et à une mauvaise hygiène individuelle, il est nécessaire de sensibiliser les populations à l'importance de certaines mesures d'hygiène personnelle et collective, en particulier l'hygiène des mains. Ces mesures sont d'autant plus importantes que plus de 50% des cas sont des contaminations secondaires.

## | Infections à VIH et SIDA |

Les fiches de notification obligatoire anonymisées de l'infection par le VIH et du sida, diffusées en 2003, puis modifiées en 2007, ont à nouveau été révisées en 2011. Des modifications ont été apportées concernant les données recueillies (suppressions, modifications ou ajouts de variables). Les fiches de notification de l'infection à VIH et du sida, comportant 3 à 5 feuillets autocopiants, ne peuvent être ni photocopiées, ni téléchargées depuis Internet. Les déclarants (biologistes et cliniciens) s'approvisionnent auprès de l'ARS de leur lieu d'exercice et leurs renvois les fiches complétées de manière régulière.

### Critères de signalement et de notification

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

Toute sérologie VIH positive confirmée (selon la réglementation en vigueur) chez un sujet de 15 ans et plus, pour la première fois dans un laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

Exception : les sérologies effectuées de façon anonyme, dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ne sont pas à notifier.

#### **Infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans**

• enfant de moins de 18 mois né de mère séropositive : un résultat positif sur 2 prélèvements différents (ARN VIH-1, ARN-VIH-2, ADN VIH-1, ADN VIH-2, ...);

• enfant de 18 mois et plus : sérologie VIH confirmée positive pour la première fois dans le laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

#### **Sida**

Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'adulte et l'adolescent <sup>5 6</sup>.

### Analyse des données

Les données d'activité de dépistage du VIH se basent sur les données de surveillance nationale labo VIH recueillant chaque semestre le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives la première fois par les biologistes de l'ensemble des laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville et hospitaliers (en distinguant les Consultation de dépistage anonyme et gratuit). Les données traitées nous ont été transmises par l'InVS et mises à jour le 06/09/2011.

Concernant les données de déclaration obligatoire, l'analyse des données de découvertes de séropositivité est définie comme les séropositivités connues depuis moins d'un an. Les données utilisées pour l'analyse des caractéristiques des cas déclarés en 2010 en Auvergne sont celles transmises le 1<sup>er</sup> décembre 2011 par l'InVS. Ces données sont non corrigées, c'est-à-dire qu'elles ne tiennent pas compte de la sous-déclaration et du délai de déclaration. Elles sont donc provisoires.

Les données VIH/SIDA 2010 ont fait d'objet d'une publication par l'Observatoire régional de la santé d'Auvergne (OBRESA) en novembre 2011. Ce document décrit la situation épidémiologique dans la région et traite de façon plus poussée le volet prévention et dépistage de la maladie (Cf. [VIH et SIDA, situation épidémiologique en Auvergne Année 2010](#), consultable sur le site de l'OBRESA ou du COREVIH Auvergne-Loire)

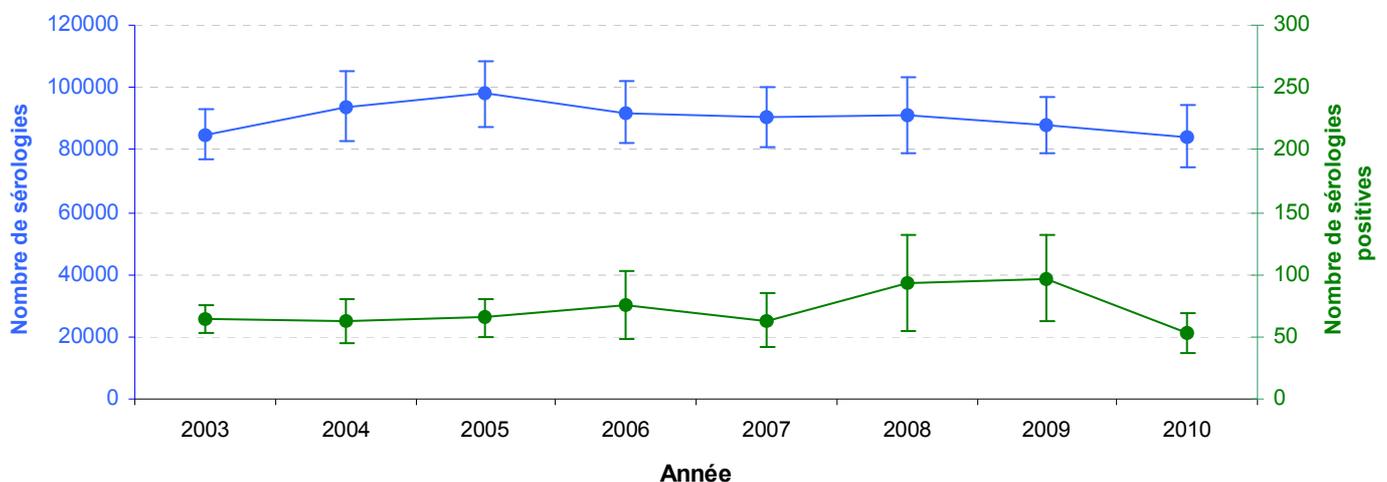
## Surveillance de l'activité de dépistage du VIH (laboVIH)

Le nombre de sérologies VIH réalisés en Auvergne en 2010 est estimé à 84 222 (IC95% [74 248 ; 94 195]) (Figure 2). Ce nombre a tendance à diminuer depuis 2005 (diminution de 14% en 5 ans). Rapporté à la population régionale, 63 personnes sur 1 000 habitants ont eu une sérologie VIH en 2010.

Le nombre de sérologies pour VIH confirmées positives en 2010 dans la région est estimé à 53 (IC95% [37 ; 70]). Ce nombre est en nette diminution par rapport à l'année précédente (-45%). Le nombre de sérologies positives par million d'habitants est de 39 dans la région Auvergne, ce qui correspond à un faible taux par rapport à certaines régions de France notamment les DOM-TOM et la région Ile de France. De plus, en Auvergne la proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 sérologies réalisées est estimée à 0,6 (2,2 au niveau national).

## | Figure 2 |

Evolution du nombre de sérologies VIH réalisées et sérologies confirmées positives, LaboVIH, Auvergne, 2003-2010.



<sup>5</sup> Définition du sida avéré. [Bull. épid. hebdo 1987 ; 51](#)

<sup>6</sup> Révision de la définition du sida en France, [Bull épid hebdo 1993;11](#) et Expanded European AIDS definition case. [Lancet 1993 ; 341 : 44](#)

## Découvertes récentes d'infection à VIH

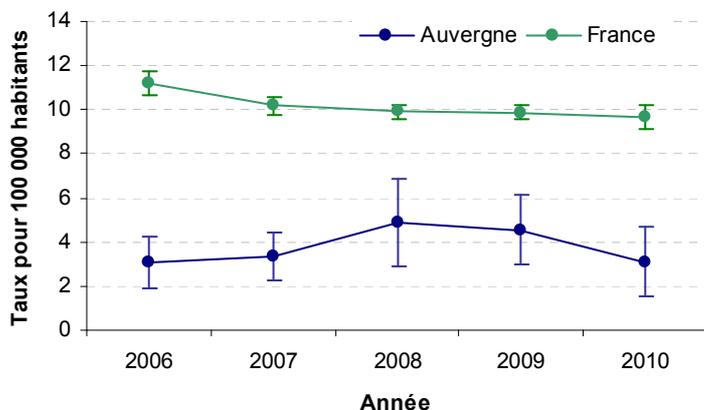
Les paragraphes suivant décrivent les cas d'infection à VIH déclarés en Auvergne selon le département de résidence des cas.

### Importance en Santé publique

En 2010, **27 cas de séropositivité VIH** déclarés résidaient en Auvergne dont 8 dans l'Allier, 2 en Haute-Loire et 17 dans le Puy-de-Dôme. Le taux de découvertes de séropositivité de VIH est depuis plusieurs années nettement inférieur à celui estimé au niveau national. Cette tendance a également été confirmée en 2010 avec un taux de découverte estimé à 3,1 pour 100 000 habitants en Auvergne contre 9,7 pour 100 000 habitants en France (Figure 3). Le taux n'avait pas été aussi bas depuis 2006.

### | Figure 3 |

Evolution du taux de découvertes de séropositivité annuel corrigés des infections à VIH en Auvergne et en France entière, entre 2006 et 2010.



## Caractéristiques des cas

En 2010 en Auvergne, les infections à VIH ont particulièrement touché les hommes (sex ratio H/F de 12,5). Comme au niveau national, les découvertes de séropositivité déclarées se font majoritairement entre 20 et 60 ans : 100% en Auvergne et 92% au niveau national. Les 50-59 ans semblent cependant plus représentés en Auvergne (30%) qu'au niveau national (11%).

Parmi les cas d'infection à VIH dont le pays de naissance était connu (75%), 85% étaient nés en France et 15% dans un autre pays d'Europe alors qu'ils représentent que 3% au niveau national.

### Mode de contamination

En 2010 parmi les données disponibles (87%), les hommes déclarent s'être contaminés principalement par rapport homosexuel ou bisexuelle (76%). La contamination par rapport hétérosexuel concernait 24% des hommes infectés. Aucun mode de contamination est connu pour les femmes déclarées en 2010.

### Motif de dépistage

Chez les cas ayant déclarés un motif de dépistage (74%), le principal motif était la présence de signes cliniques ou biologiques (50% contre 36% au niveau national). Le risque d'exposition au VIH a été renseigné dans 25% des cas. D'autres motifs ont également été renseignés : bilan systématique dans 10% des cas, dépistage orienté (10%) et autre motif (5%).

### Stade clinique au moment de la découverte

Parmi les cas dont le stade clinique au moment du dépistage est connu (85%), 43% des cas étaient à un stade asymptomatique (61% au niveau national), 22% à un stade SIDA, 17% à un stade de primo-infection et 17% à un stade symptomatique.

Parmi les 20 personnes renseignées, une infection récente (<6 mois avant le diagnostic) a été retrouvée pour 40% des découvertes de séropositivité VIH de l'année 2010 alors que c'était le cas pour 30% au niveau national.

## Infection au stade SIDA

Les paragraphes suivant décrivent les cas de SIDA déclarés en Auvergne selon le département de résidence des cas.

### Importance en Santé publique

Depuis 1983, 66 339 cas de SIDA ont été déclarés en France, dont 0,96% en Auvergne (n=634).

En 2010, 618 cas ont été déclarés en France, ce qui correspond à une estimation de 1 510 nouveaux cas de SIDA. Parmi les cas déclarés, 6 étaient domiciliés en Auvergne, 4 dans le Puy-de-Dôme et 2 dans l'Allier. Le taux annuel des SIDA diagnostiqués en Auvergne en 2010 était inférieur à celui au niveau national avec respectivement 0,8 cas pour 100 000 habitants contre 2,2 pour 100 000 habitants. On peut également noter que les taux nationaux et régionaux sont légèrement à la hausse en 2010 par rapport à 2009 alors que la tendance était à la baisse depuis plusieurs années (Figure 4).

### Caractéristiques des cas

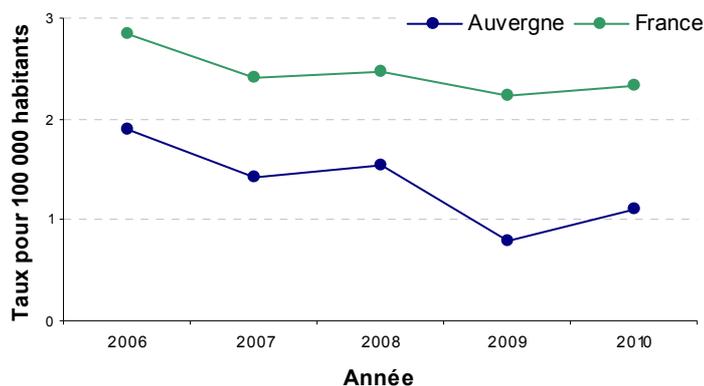
La totalité des cas de SIDA en 2010 étaient des hommes. Ils étaient pour 50% homosexuels ou bisexuels et 50% hétérosexuels. La quasi-totalité des cas étaient d'origine française (un seul cas d'un autre pays d'Europe).

Toutes les classes d'âges quinquennales de 20 ans et 70 ans étaient

touchées (de 1 à 2 cas par tranche d'âge). Aucun décès n'a été notifié cette même année.

### | Figure 4 |

Evolution du taux annuel corrigés de SIDA diagnostiqués domiciliés en Auvergne et en France entière, entre 2006 et 2010.



## Conclusion

En Auvergne, le taux de découverte de séropositivité est en baisse depuis l'année 2008. Néanmoins, l'évolution ne semble pas se poursuivre en 2010 2009 : il est passé de 0,8 à 1,1 cas pour 100 000 habitants. La même tendance est observée au niveau national alors que le taux était à la baisse ces dernières années.

De plus, il est important de rappeler qu'une personne dépistée tôt séropositive et traitée dès que possible selon les recommandations en vigueur a d'excellentes chances de vivre longtemps, sans jamais développer les complications du SIDA et avec les seules co-morbidités liées à l'âge. Dans ce contexte, la pratique de dépistage en France qui est sensiblement en baisse depuis 5 ans (- 14% entre 2005 et 2010) doit s'intensifier : une proposition systématique de tests doit être faite par le médecin généraliste à ses patients y compris en dehors des facteurs de risque repérés et un dépistage

## | Légionellose |

En France, La surveillance de la légionellose repose sur la déclaration obligatoire depuis 1987 et a pour objectifs :

- au niveau local d'identifier des expositions à risques, de rechercher des cas liés à ces expositions afin de mettre en place des mesures de contrôle et de prévention ;
- au niveau national de suivre l'incidence de la maladie, les tendances et les principales caractéristiques épidémiologiques des cas.

### Critères de signalement et de notification

#### Cas confirmé

Pneumopathie confirmée radiologiquement, associée à au moins l'un des critères biologiques suivants :

- isolement de *Legionella spp* dans un prélèvement clinique,
- ou présence d'antigène soluble urinaire,
- ou augmentation du titre d'anticorps ( $\times 4$ ) avec un 2<sup>ème</sup> titre minimum de 128.

#### Cas probable

Pneumopathie associée à un titre d'anticorps unique élevé ( $\geq 256$ ).

Les paragraphes suivant décrivent les cas de légionelloses déclarés en Auvergne en 2010 selon le département de résidence des cas.

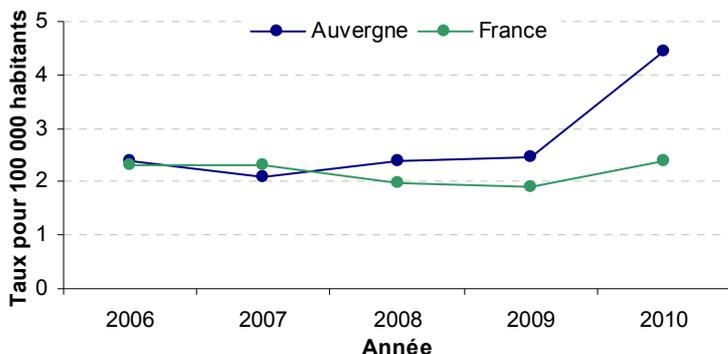
### Importance en santé publique

En 2010, **62 cas de légionellose** déclarés résidaient en Auvergne dont 13 dans l'Allier, 6 dans le Cantal, 5 en Haute-Loire et 38 dans le Puy-de-Dôme. Ce nombre a doublé par rapport à 2009 (33 cas avaient été déclarés).

Depuis 3 ans, le taux d'incidence de la légionellose en Auvergne est au dessus du taux observé au niveau national. L'année 2010 est marquée par une nette augmentation de ce taux en Auvergne : il est passé de 2,5 pour 100 000 habitants en 2009 à 4,6 cas pour 100 000 habitants en 2010 alors qu'au niveau national il était de 2,4 cas pour 100 000 habitants (Figure 5).

### | Figure 5 |

Evolution du taux d'incidence annuelle des cas de légionellose (pour 100 000 habitants) déclarés résidents en Auvergne et en France entière entre 2006 et 2010.



### Caractéristiques des cas

Parmi les 62 cas, le sex ratio (H/F) était de 3,8 (niveau national = 3,2). L'âge médian était de 62 ans [min : 15 ; max : 90]. La majorité (73%) des cas sont survenus entre juin et octobre (Figure 6).

Parmi les cas du mois de juin, 9 ont fait l'objet d'une investigation par la Cire (7 déclarés dans le Puy-de-Dôme et 2 en Haute-Loire). La représentation cartographique des lieux de résidence et des lieux fréquentés a permis de déterminer une zone géographique commune de fréquentation mais les investigations n'ont pas permis d'identifier une source de contamination.

Le délai médian de notification entre la date d'hospitalisation et celle de la déclaration est de 6 jours (moy : 3 jours ; étendue 0 à 11 jours).

### Evolution, facteurs de risque et expositions

Parmi les patients pour lesquels l'évolution de la maladie était connue (97%), la létalité était de 2% (niveau national 12%).

Au moins un facteur de risque a été retrouvé chez 73% des cas. Comme en France (43%), le tabagisme était le facteur le plus souvent rencontré :

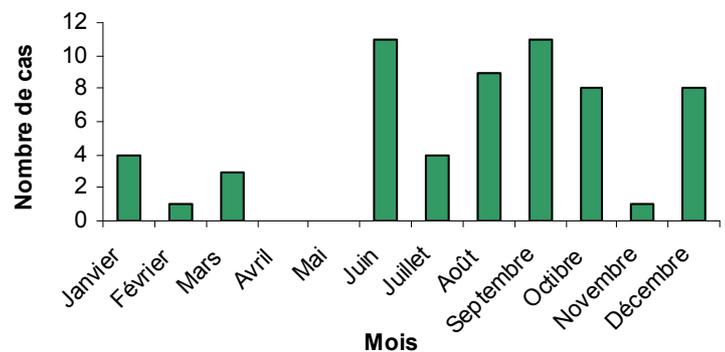
en Auvergne il concernait 42% des cas. Les autres principaux facteurs identifiés étaient le diabète (15%), la présence d'une hémopathie ou un cancer (13%), la prise de corticoïdes (8%) ou encore l'éthylisme (5%). Une exposition à risque a été rapportée dans seulement 29% des cas (niveau national : 34%). Le plus souvent il s'agissait d'un voyage (16% : dont 60% dans un hôtel). On retrouve aussi la fréquentation d'un établissement de santé ou d'un centre médical (4%) et d'une station thermale ou d'une piscine (4%).

### Bactériologie

Tous les cas étaient des cas confirmés. Ils avaient été diagnostiqués par un test de détection de l'antigène urinaire spécifique de l'espèce *Legionella pneumophila* sérotype 1. Une souche a été isolée pour 4 cas (6,5%) (niveau national : 18%). Parmi ces 4 souches, 3 d'entre elles étaient identiques et déjà répertoriées par le Centre National de Référence (CNR).

### | Figure 6 |

Distribution des cas déclarés de légionelloses résidents en Auvergne selon le mois de début des signes en 2010.



### Conclusion

Le taux d'incidence régional des cas déclarés de légionellose en 2010 a considérablement augmenté et n'a jamais été aussi élevé (4,5 cas / 100 000 habitants). Le taux d'incidence est plus élevé que le taux national depuis 3 ans L'Auvergne est la 4<sup>ème</sup> région la plus touchée de France en 2010 L'augmentation du nombre de cas en 2010 a également été constatée à l'échelle nationale avec une accentuation du gradient Est/Ouest, sans que les causes explicatives n'aient été clairement identifiées à ce jour. Plusieurs hypothèses sont étudiées : - facteurs climatiques (température, humidité) - nouvelles sources d'expositions - disparités régionales en termes d'exhaustivité du système de surveillance, de pratiques de diagnostic, de recours aux soins, etc ([voir BEH 29-30 du 19 juillet 2011 \(325-7 p.\)](#)).

L'isolement des souches de légionellose par culture est peu fréquent en Auvergne (6,5% versus 18% au niveau national). Néanmoins, les investigations microbiologiques sont indispensables car elles permettent de préciser la similitude des souches de *Legionella*. Il est donc important que le diagnostic de légionellose par détection de l'antigène soluble urinaire soit couplé systématiquement d'un prélèvement bronchique ou d'une expectoration. Les résultats des analyses microbiologiques peuvent permettre pour tout cas de préciser la source de contamination mais aussi lors des investigations de cas groupés de déterminer si ces cas sont liés entre eux. Ceci implique une sensibilisation des cliniciens à la réalisation plus systématique de prélèvements cliniques et à l'envoi par les microbiologistes des souches isolées ou des prélèvements bronchiques au CNR des Légionelles pour typage moléculaire (Voir modalités sur le site du [Centre National de Référence des Légionelles](#)).

## | Rougeole |

La rougeole est redevenue une maladie à déclaration obligatoire en 2005. Un [arrêté du 23 mai 2011](#), paru le 28 mai, informe les biologistes et les médecins d'un [nouveau modèle des fiche déclaratives](#) des données individuelles concernant les cas de rougeole.

La [circulaire N°DGS/R11/2009/334 du 4 novembre 2009](#) informe des mesures de gestion autour des cas de rougeole. Le signalement permet de mettre en œuvre des mesures de prévention vaccinale pour les contacts proches autour d'un cas et en collectivité en situation de cas groupés ou lors de la localisation d'une chaîne de transmission.

Les paragraphes suivants concernent les cas de rougeole déclarés en Auvergne selon le département de notification.

### Critères de signalement et de notification

#### 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.

A l'issue du signalement et des éléments recueillis lors de la notification, les cas retenus sont classés en :

**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 clinique<sup>5</sup> et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé<sup>7</sup>.

### Importance en Santé publique

En 2010, **60 cas de rougeole** ont été déclarés en Auvergne dont 6 dans l'Allier, 22 dans le Cantal, 11 dans la Haute Loire et 21 dans le Puy-de-Dôme. Le taux de déclaration régional annuel était estimé à 4,5 cas pour 100 000 habitants (Figure 7). Ce taux est donc passé en dessous du taux national en 2010 (taux national de 7,7 cas pour 100 000 habitants) alors qu'il était au dessus depuis 2007. Cependant, la disparité régionale était très forte avec des taux de déclaration variant de 1,7 cas pour 100 000 habitants pour le département de l'Allier à 14,9 cas pour 100 000 habitants pour le Cantal. Ainsi, en 2010 le département du Cantal était encore au dessus du taux national enregistré. Deux épisodes de cas groupés dans des écoles ont été notamment identifiés dans ce département : l'un à Saint Flour en Février dans une école (15 cas) et l'autre à Aurillac en Novembre (5 cas).

Le pic visible en 2009 est lié à un foyer de rougeole survenu dans le Puy-de-Dôme et l'Allier chez les gens du voyage dont l'investigation par la Cire avait fait l'objet d'un Bulletin de Veille Sanitaire (BVS) spécifique<sup>8</sup>.

### Caractéristique des cas

En Auvergne les hommes semblent légèrement plus touchés (sex-ratio H/F de 1,4) qu'au niveau national (un sex-ratio H/F de 1,09). L'âge médian des cas était de 12 ans [min : <1; max : 44]. Les classes d'âge les

<sup>7</sup> En situation de cas groupés, le diagnostic peut être défini épidémiologiquement avant que l'ensemble des signes cliniques soient présents

Ce cas peut être un cas confirmé biologiquement ou être un cas confirmé épidémiologiquement (situation correspondant à une chaîne de transmission).

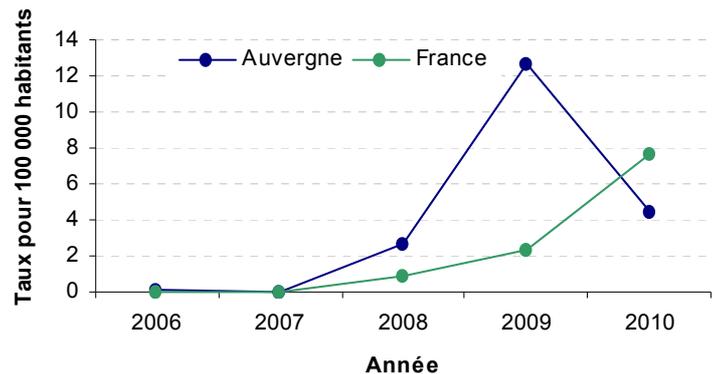
<sup>8</sup> Cire Auvergne. [Epidémie de rougeole en Auvergne, année 2009](#). Bulletin de veille sanitaire 2010;2, consultable sur le site de l'InVS : [http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/auvergne/2010/bvs\\_auvergne\\_2010\\_02.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/auvergne/2010/bvs_auvergne_2010_02.pdf)

plus représentées sont les 1 à 4 ans (25%) et 15 à 19 ans (27%) (Figure 8). En 2010, les cas déclarés dans la région semblent globalement plus jeunes que ceux déclarés au niveau national : les moins de 20 ans représentent 87% des cas en Auvergne contre 66% au France entière.

Le nombre de cas de rougeole déclarés en Auvergne en 2010 en tenant compte du mois de début des signes est stable et assez élevé de Janvier à Mai (7 cas en moyenne), puis devient plus faible jusqu'en Novembre. Le pic épidémique en général hiverno-printanier est apparu en Décembre dans la région (11 cas) (Figure 9). Le délai médian entre la date du début d'éruption et la date de déclaration était de 6 jours (moy : 10 jours [min : 0 ; max : 94]).

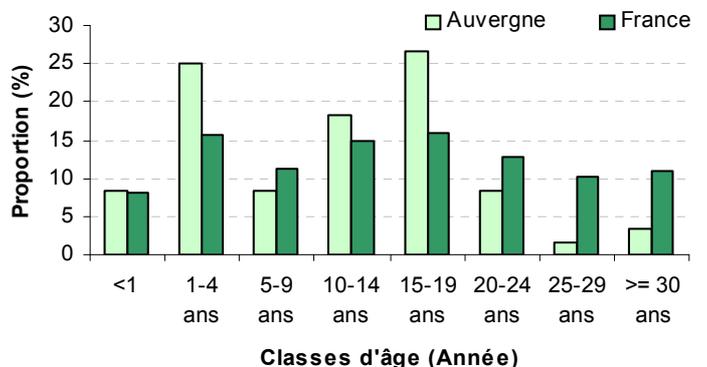
### | Figure 7 |

Evolution du taux de déclaration annuel des cas de rougeole (pour 100 000 habitants) en Auvergne et France entière entre 2006 et 2010.



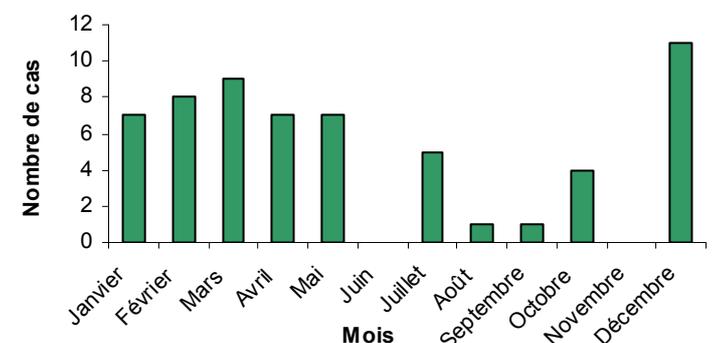
### | Figure 8 |

Répartition des cas de rougeole déclarés par classe d'âge, en Auvergne et en France entière, entre 2006 et 2010.



### | Figure 9 |

Distribution des cas déclarés de rougeole en Auvergne selon le mois de début des signes en 2010.



## Formes cliniques

Parmi les cas déclarés en 2010 en Auvergne, 32% présentaient les critères cliniques typiques de la rougeole (association d'une fièvre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ , d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik) sans confirmation biologique ou épidémiologique. Une confirmation biologique est signalée dans 62% des cas. Le reste des cas (7%) étaient confirmés épidémiologiquement.

La présence de toux a été retrouvée chez 95% des cas renseignés (54/57), celle d'un coryza chez 79% des cas (45/57), celle d'une conjonctivite chez 74% des cas (40/54) et celle d'un signe de Koplik chez 64% des cas (37/58).

## Hospitalisation et complications

La proportion de cas déclarés avec la notion d'une hospitalisation était de 20%. Les hospitalisations ont concerné essentiellement les cas de 20 ans et plus (87%).

Parmi les cas où l'information était disponible (56/60), 7% ont présenté des complications. Parmi eux, un cas de pneumopathie, les 3 autres avaient des autres complications non précisées. Aucun cas d'encéphalite aigue post-rougeoleuse et aucun décès lié à la rougeole n'ont été rapportés en 2010 en Auvergne.

## Confirmation biologique et épidémiologique

Une demande de confirmation biologique a été effectuée pour 73% des cas déclarés. La détection par le CNR d'IgM salivaires a été communiquée chez 9 patients sur 14 (64%). La recherche d'IgM sériques s'est révélée positive chez 19 patients sur 28 (68%). Une séroconversion en IgG a été mise en évidence chez 2 patients sur 7 recherches (28%).

L'information contact avec un cas de rougeole dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption était disponible pour 36 cas sur 60 (60%). Un lieu de contact avoir un autre cas a été retrouvé dans 50% des cas (dont 77% dans l'entourage familial).

## Statut vaccinal

L'information sur le statut vaccinal était disponible pour 88% des cas. Parmi eux, 19% des cas étaient vaccinés au moment de la survenue des premiers signes cliniques. Tous n'avaient reçu qu'une seule dose. La source d'information du statut vaccinal était le plus souvent le carnet de santé ou de vaccination (58% des cas (28/48)) alors que l'interrogatoire représentait 42% des cas.

## Conclusion

La région Auvergne faisait partie des régions de France métropolitaine les plus touchées par la rougeole en 2009 avec un taux de déclaration très élevé dans les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme (>15 cas pour 100 000 habitants) reflétant une circulation active du virus. En 2010, la région semblait relativement épargnée par rapport à d'autre région de France (notamment Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes). Cependant le nombre de cas déclaré en décembre en Auvergne était de nouveau en augmentation et la situation épidémique nationale annonçait la 3ème vague épidémique.

## Situation 2011– début 2012 (données en cours de consolidation)

En 2011, au niveau régional 3 pics épidémiques ont déjà été observés (comme au niveau national) respectivement de juin à Août 2009, de novembre 2009 à mai 2010 et de décembre 2010 à juin 2011. Même si le nombre de rougeole déclaré est moins important depuis août 2011, il n'ait pas exclu qu'une nouvelle vague épidémique puisse survivre dans les mois à venir. Il a d'ailleurs été observé au niveau national une légère ré-ascension du nombre de cas déclarés, entre novembre 2011 et janvier 2012, sensiblement de même ampleur que celle observée fin 2009-début 2010.

Il faut donc rester vigilant, en veillant à la mise à jour du statut vaccinal des personnes réceptives avec 2 doses de vaccin, en particulier dans la population âgée de 15 à 30 ans (Cf. [recommandations vaccinales](#)). D'autant plus que seulement 20% des cas étaient vaccinés avec 1 dose en 2010.

## | Tuberculose |

La tuberculose est à déclaration obligatoire (DO) depuis 1964. Les fiches de déclaration sont transmises par les déclarants (Cliniciens ou laboratoires) à l'ARS de leur région qui partage les informations avec les CLAT (Centres de lutte anti tuberculeuse) afin que les mesures de gestion autour des cas puissent être menées. Les informations de la DO de tuberculose sont saisies par les ARS (application BK4) et sont transmises une fois par an à l'InVS sous forme de fichier électronique anonymisé. A partir de 2007, les cas de tuberculose maladie doivent faire l'objet d'une déclaration d'issue de traitement.

Les paragraphes suivants concernent les cas de tuberculose déclarés en Auvergne selon le département de notification.

## Critères de signalement et de notification

### Cas confirmé

Maladie due à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* prouvée par la culture.

Les mycobactéries du complexe *tuberculosis* comprennent : *M. tuberculosis* ; *M. bovis* ; *M. africanum* ; *M. microtti* ; *M. canetti* ; *M. caprae* ; *M. pinnipedii*.

### Cas probable

Signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose ET décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

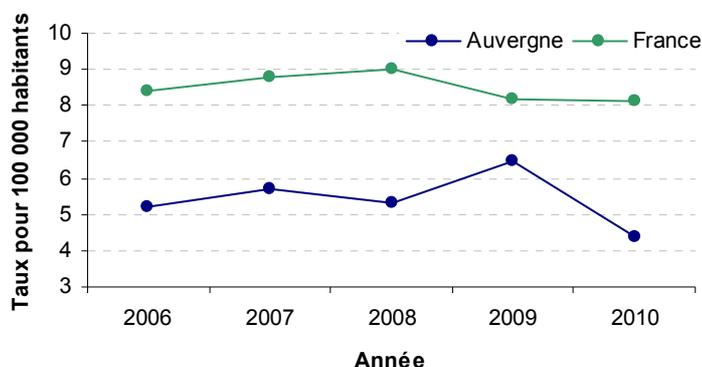
## Importance en Santé publique

Au cours de l'année 2010, **59 cas de tuberculose maladie** ont été déclarés en Auvergne : 19 cas dans l'Allier, 5 dans le Cantal, 10 en Haute-Loire et 25 dans le Puy-de-Dôme. Le département le plus touché de la région est l'Allier avec un taux de déclaration de 5,5 cas pour 100 000 habitants et le moins touché est le Cantal (3,4/100 000). Le taux de dé-

claration annuel des cas de tuberculose maladie en Auvergne avait nettement augmenté en 2009 (6,5 cas pour 100 000 habitants pour l'ensemble de la région ; + 22,6% par rapport à 2008), cependant en 2010, il a considérablement diminué (4,4 cas pour 100 000 habitants ; -48% entre 2009 et 2010) (Figure 10). Le taux n'avait jamais été aussi bas depuis le début de la surveillance. Le taux national quant à lui est en diminution depuis l'année 2008 (-10% en 2 ans).

## | Figure 10 |

Evolution du taux de déclaration annuel des cas de tuberculose maladie (pour 100 000 habitants) en Auvergne et France entière entre 2006 et 2010.



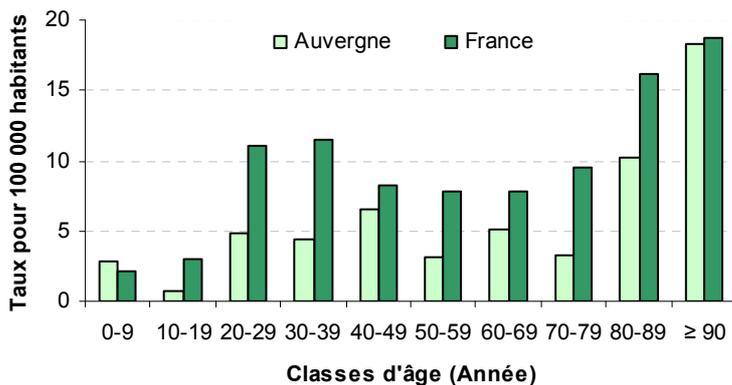
## Caractéristiques des cas

Parmi les cas déclarés en 2010, la tuberculose maladie a plus touché les hommes que les femmes (sex-ratio H/F de 1,8). L'âge médian est un peu plus élevé en Auvergne qu'en France, respectivement 47 ans (moyenne 50 ans [min = 2 ; max = 102]) et 44 ans (moyenne 47 ans [min : 0 ; max : 102]). En France, le taux de déclaration augmente avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge 30-39 ans, puis diminue à partir de 40 ans pour ré-augmenter après 60 ans. En Auvergne, à l'exception des moins de 9 ans, le taux régional est inférieur au taux national quelles que soit les tranches d'âge (Figure 11). Le taux de déclaration reste faible jusqu'à l'âge de 80 ans dans la région et augmente brusquement après de la même manière qu'en France entière.

Le délai médian entre la date de déclaration et la date de mise en place d'un traitement est de 12,5 jours (moyenne : 36 ; min : 1 ; max : 254).

### | Figure 11 |

Taux de déclaration de cas de tuberculose maladie en Auvergne et en France entière par classe d'âge en 2010.

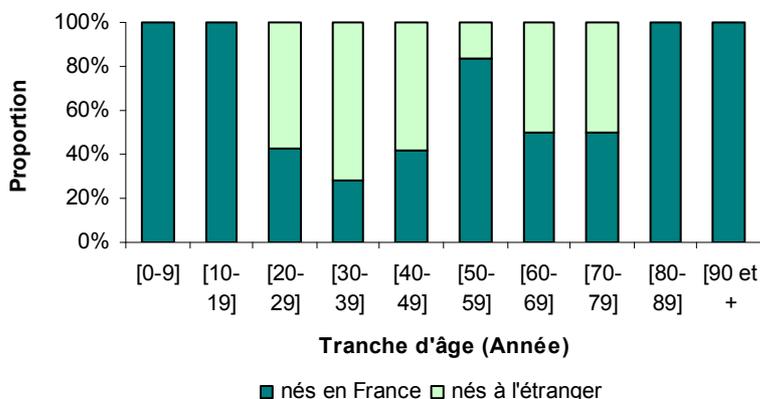


Le pays de naissance du cas a été renseigné pour 90% des cas de tuberculoses maladie déclarés. Parmi eux, 67,9% étaient nés en France, 9,4% en Europe hors CE (dont 80% en Roumanie), 18,8% en Afrique (dont 50% en Afrique du Nord : 3 cas au Maroc et 2 cas en Algérie) et 3,8% en Asie.

L'année d'arrivée en France était renseignée pour 82% des cas nés à l'étranger et 43% d'entre eux étaient arrivés en France en 2010. La répartition des cas par tranches d'âge est différente selon le lieu de naissance des cas. Les cas de moins de 20 ans et plus de 80 ans sont tous nés en France. La tranche d'âge où l'on observe le plus de cas nés à l'étranger se situe entre 20 et 49 ans (moyenne de 62,5%) (Figure 12).

### | Figure 12 |

Répartition de la population de cas de tuberculose maladie par classe d'âge et par pays d'origine en Auvergne en 2010.



Parmi l'ensemble des cas déclarés, la maladie est survenue chez une seule personne exerçant une profession à caractère sanitaire et social

(2%). Pour 9 cas (15%) un lieu de résidence en collectivité était connu (2 en centre d'hébergement collectif, 1 en établissement pour personnes âgées, 6 dans un autre type d'établissement non précisé) et 3 cas étaient sans domicile fixe (1 homme et 2 femmes).

Parmi les 5 enfants de moins de 15 ans atteints de tuberculose, 3 étaient déclarés vaccinés contre le BCG.

## Formes cliniques

Parmi les cas renseignés (n=31), la majorité des cas de tuberculose maladie (90%) n'avaient jamais eu d'antécédents connus de traitement antituberculeux. Pour la totalité des enfants de moins de 15 ans des antécédents familiaux de tuberculose étaient connus.

La localisation de la maladie était connue pour 57 des patients dont 72% des cas présentaient une tuberculose pulmonaire, 17% une tuberculose extra pulmonaire isolée et 10% une tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire.

Les localisations extra pulmonaires étaient principalement des formes ganglionnaires hilaires (30%). De plus, 6 méningites tuberculeuses ont été déclarées en 2010 en Auvergne et 3 tuberculoses miliaires.

Pour la plupart des cas (69%), le déclarant était un médecin hospitalier. Les deux autres sources de déclaration les plus représentées étaient les services de Lutte Anti-Tuberculeuse (LAT) (14%) et les services de phthisio libéral (10%).

Parmi les 59 cas de tuberculose maladie déclarés en Auvergne, 44 cas (75%) ont fait l'objet d'un prélèvement pour examen direct sur frottis d'expectoration. Parmi ces prélèvements 23 cas pulmonaires à frottis positif (cas « bacillifères ») ont été identifiés (52%). Une culture sur prélèvement respiratoire a été effectuée sur 17 patients ayant déclaré une tuberculose pulmonaire et les résultats sont revenus positifs pour 13 des cas (76%). Au total, 28 cas pulmonaires potentiellement contagieux basés sur les résultats de microscopie ou de culture ont été identifiés.

## Conclusion

En 2010, le taux de déclaration des cas de tuberculose maladie en Auvergne a nettement baissé par rapport à l'année 2009 : il est passé de 6,5 à 4,4 cas pour 100 000 habitants. Ainsi, en 2010 le taux de déclaration régional devient inférieur au taux national de 8 cas pour 100 000 habitants.

Malgré ces données qui semblent rassurantes, l'absence de mesure de prévention vaccinale, suite à la suspension de l'obligation de vaccination du BCG, souligne la nécessité du diagnostic et du traitement précoce de tous les cas, ainsi que l'importance du signalement et du dépistage ciblé autour des cas contagieux.

## | Infections invasives à méningocoque (IIM) |

Les infections invasives à méningocoques sont à déclaration obligatoire depuis 1902 et doivent être signalées sans délai à l'Agence régionale de santé (ARS) (y compris en cas de suspicions). Le signalement précoce permet de mettre en œuvre rapidement des mesures pour prévenir l'apparition de cas secondaires parmi les contacts proches du patient.

### Critères de signalement et de notification

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, (i) présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type, soit, (ii) présence d'antigènes solubles méningococciques 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).

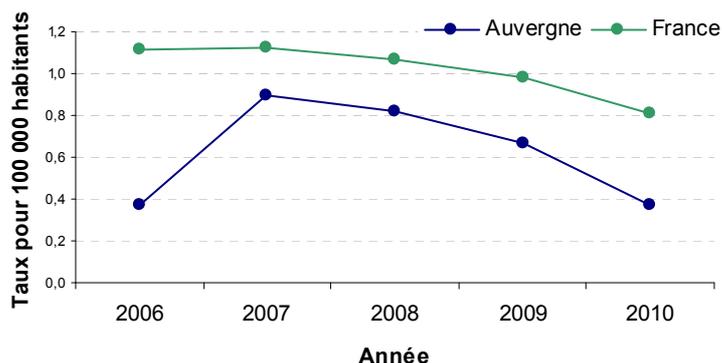
Les paragraphes suivant décrivent les cas d'IIM déclarés en Auvergne selon le département de résidence des cas.

### Importance en santé publique

Au cours de l'année 2010, **5 cas d'IIM** déclarés résidaient en Auvergne dont 2 dans l'Allier, 1 dans le Cantal, 1 dans la Haute-Loire et 1 dans le Puy-de-Dôme. Le taux d'incidence annuel de cas déclarés dans la région était estimé à 0,37 cas pour 100 000 habitants vs. 0,81 cas pour 100 000 habitants au niveau national (Figure 13). Les taux d'incidence national et Auvergnat sont en baisse depuis 2007. La diminution entre 2007 et 2010 étant encore plus marquée en Auvergne qu'en France entière : - 143% en Auvergne contre - 38% en France.

### | Figure 13 |

**Evolution du taux d'incidence annuelle des cas d'infections invasives à méningocoques (pour 100 000 habitants) déclarés en Auvergne et en France entière, entre 2006 et 2010.**



### Caractéristiques des cas

En 2010 en Auvergne, les IIM ont affecté deux enfants de 1 an (40%), ce qui est comparable au niveau national. Par ailleurs, deux personnes âgées de 73 et 86 ans ont été touchées, ce qui fait un taux de 40% pour les plus de 50 ans alors que le taux est de 13,1% au niveau national. Le sex ratio H/F était de 0,7.

Les cas sont survenus de façon espacée dans le temps : 1 cas en Mars, 1 cas en Juin, 2 cas en Septembre et 1 en Octobre. Le délai moyen entre la date des premières manifestations (qui est toujours égale à la date d'hospitalisation) et la date de déclaration était de 1 jour (étendue 0 à 2 jours).

Le délai médian entre la date d'hospitalisation (ou premiers signes) et la date de déclaration est de 1 jour (moy : 0,8 ; étendue 0 à 2 jours).

### Signes cliniques et répartition par séro groupe

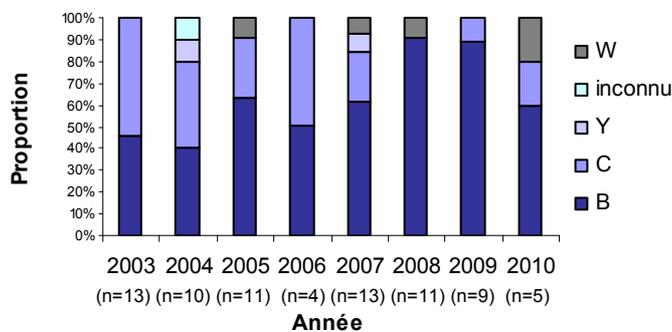
Le méningocoque a principalement été isolé à partir du LCR (n=3) (dont une PCR identifiée positive les autres résultats restants inconnu). Parmi les 2 autres cas, l'un avait eu un prélèvement de sang et l'autre de sang et de LCR. Pour 4 des patients, la présence de diplocoques à l'examen direct du LCR a été identifiée. Pour deux des cas, il a été trouvé un LCR évocateur de méningite bactérienne purulente et la présence d'éléments purpuriques cutanés. Enfin, l'un des cas avait un LCR évocateur de méningite bactérienne purulente et la présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR et le sang. En outre, la présence d'un *purpura fulminans* (forme grave) n'a pas été observée chez les malades.

De la même manière qu'en 2005, 2007, 2008 et 2009, le séro groupe B a été majoritairement retrouvé en 2010 (60%). C'est aussi le séro groupe le plus fréquent en France. Un séro groupe C et un séro groupe W a aussi été retrouvé cette année (Figure 14).

Pour les 3 cas renseignés la maladie s'est suivie d'une guérison. Aucun décès a été notifié.

### | Figure 14 |

**Proportion des principaux séro groupes de méningocoques, Auvergne, 2003-2010.**



### Traitements préventifs

Aucun des cas n'a eu de traitement antibiotique avant les prélèvements biologiques. Une chimio prophylaxie a été faite dans l'entourage familial et amical proche de la totalité des cas. Le traitement a concerné en moyenne 4 personnes autour d'un cas (médiane : 5 pers. ; [min : 1 ; max : 7]). S'ajoute à cela, une proposition de traitement en collectivité pour 3 de ces cas qui a concerné en moyenne 40 personnes (médiane = 4 ; [min : 3 ; max : 12]).

Le statut vaccinal antérieur des personnes infectées par un méningocoque de séro groupe C ou W, séro groupes contre lesquelles il existe un vaccin, été inconnu. La vaccination de l'entourage familiale de ces cas a concerné 1 personne pour le cas de séro groupe C et 7 personnes pour celui de séro groupe W.

### Conclusion

Le taux d'incidence des cas déclarés d'IIM résidant dans la région Auvergne est en baisse depuis 2007 comme au niveau national. Néanmoins, le signalement immédiat de ces cas doit rester systématique afin que les mesures préventives puissent être rapides. En effet, cette maladie à forte létalité (10,2% en 2010 en France) a été à l'origine de 21 décès dans la région depuis 1997 dont près de la moitié avaient moins de 10 ans.

Afin de prévenir la survenue de cas secondaires dans l'entourage du patient, une antibioprofylaxie ainsi qu'une vaccination peuvent être proposées aux sujets proches du malade (Cf. [circulaire du 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoques](#)). Enfin, l'envoi des souches au CNR permet de repérer la circulation de souches particulières et mettre en évidence des cas groupés

## | Toxi-infections alimentaires collectives |

En France, la déclaration obligatoire des Tiac a été mise en place en 1987. Les objectifs de ce système sont de caractériser les circonstances de survenues des Tiac et d'identifier les agents, les aliments ou les pratiques en cause, afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales pour limiter les infections d'origine alimentaire.

### Critères de signalement et de notification

Une Tiac se définit par la survenue d'au moins deux cas groupés d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

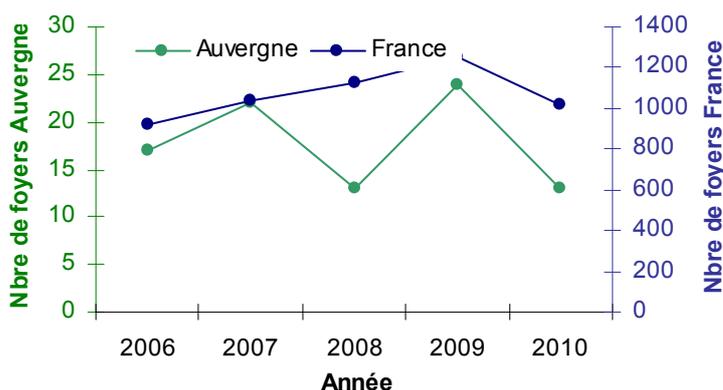
Les paragraphes suivant concernent les foyers de Tiac déclarés dans la région Auvergne.

### Importance en santé publique

En Auvergne, 13 foyers de Tiac ont été déclarés en 2010 dont 4 dans l'Allier, 2 dans le Cantal, 2 en Haute-Loire et 5 dans le Puy-de-Dôme. Le nombre de Tiac détecté a diminué de moitié cette année par rapport à l'année précédente (24 foyers en 2009 ; - 46%) (Figure 15). Cette diminution est aussi observée au niveau national. Le nombre de foyer qui augmentait depuis plusieurs années, passant ainsi de 920 foyers détectés en 2006 à 1 255 foyers déclarés en 2009, était de 1018 en 2010.

### | Figure 15 |

Evolution du nombre de foyers de Tiac déclarés en France entière et en Auvergne entre 2006 et 2010.



Dans la région, 694 personnes ont été impliquées dans l'ensemble des Tiac renseignées (n=12/13) en 2010 (médiane : 46 ; moy : 58 ; [min : 3 ; max : 204]) et 199 ont été considérées comme des cas (malades). Le taux d'attaque global était donc de 29%. La moyenne de malades par foyer de Tiac était de 16 personnes (médiane : 15 ; [min : 2 ; max : 36]). Parmi les malades, 13 cas ont été hospitalisés, soit un taux d'hospitalisation de 6%. Aucun décès n'est à déplorer dans la région.

En 2010, les principales sources de déclaration en Auvergne étaient : les médecins généralistes et les médecins hospitaliers (23% chacun). Le délai médian entre la date de survenue du premier cas et la date de déclaration était de 2 jours (moyenne : 4 jours [min : 1 ; max : 28]).

### Circonstances de survenue

Le repas suspect a été pris le plus fréquemment dans un restaurant (23%), dans un institut médico social (23%) ou dans un centre de loisirs (23%). On retrouve aussi des Tiac contractées suite à un repas dans une cantine scolaire (15%). Parmi les 54% des Tiac renseignées, la consommation sur place (sur le lieu de préparation du repas) était le plus couramment en mise en cause (71%). Les autres Tiac concernées des plats consommés en différé.

### Aliments et agents en cause

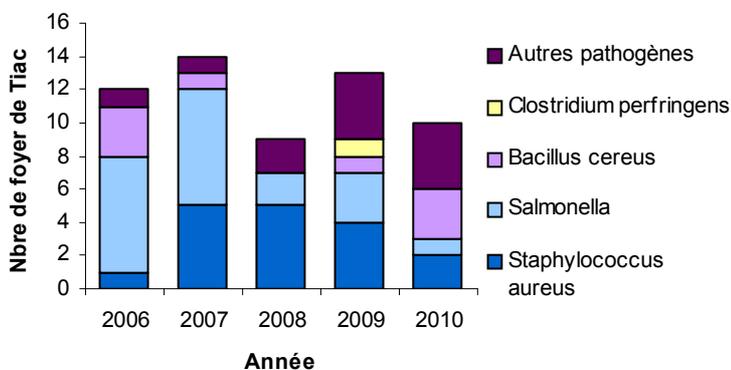
Une analyse microbiologique des aliments a été effectuée pour 61,5%. Le résultat était positif pour 37,5%. Une coproculture a été réalisée pour 46% des foyers. Aucun résultat microbiologique positif n'a été notifié.

L'agent pathogène suspecté à l'origine des Tiac a été retrouvé dans l'aliment pour seulement un foyer de Tiac (8%) ; il s'agissait d'une Tiac à *Bacillus cereus*. Pour 9 foyers de Tiac (69%), l'agent restait suspecté. Parmi ces pathogènes suspectés on retrouvait 3 foyers à Virus entériques (comme en 2009), 2 foyers à *Bacillus Cereus*, 2 foyers de *Staphylococcus aureus*, 1 foyer de Salmonella et 1 foyer de germes anaérobies (non spécifié). L'agent responsable des 3 autres Tiac restait inconnu (23%).

Un aliment responsable de l'intoxication alimentaire a été suspecté dans 77% des foyers de Tiac. Il s'agissait le plus fréquemment de viande ou produit à base de viande (60% dont 83% de viande hachée) ou encore de produits à base de lait (20%).

### | Figure 16 |

Evolution du nombre de foyers de Tiac déclarés selon l'agent étiologique confirmé ou suspecté en Auvergne entre 2006 et 2010.



En 2010, les facteurs de risque potentiellement associés à la survenue de la Tiac ont été très peu renseignés. Seule une Tiac a fait l'objet de renseignement : pour celle-ci il a été constaté une rupture de la chaîne du froid et de la chaîne du chaud et une contamination par le personnel.

### Conclusion

Au niveau régional, le nombre de foyers de Tiac a diminué entre Avril et Décembre de moitié passant de 12 en 2009 à 7 Tiac déclarés sur la même période en 2010. Cette baisse, aussi observée au niveau national, pourrait être liée à la mise en place des Agences régionales de santé en Avril 2010.

Dès la détection ou la suspicion d'une Tiac, la collecte et la conservation d'échantillons (selles de malades, échantillons alimentaires, échantillons d'eau si l'origine hydrique est suspectée) doivent être considérées comme une urgence. La recherche de pathogènes non ciblés en routine dans les coprocultures (ex : entérovirus) doit être demandée lorsque la clinique et l'épidémiologie oriente vers ce type d'agent.

Au-delà de la déclaration des Tiac qui semble encore sous-estimée notamment en milieu familial, rappelons que les informations collectées au cours des investigations doivent être remontées systématiquement à l'InVS (résultats microbiologiques alimentaires et de coprocultures, facteurs de risque, mesures de gestion). Des formations pour l'utilisation du logiciel Winbtac ont été évoquées à cette fin lors de la journée thématique de 2011 en lien avec les DT et la CRVGS<sup>9</sup>, l'ARS et les DDCSPP<sup>10</sup>.

Par ailleurs, il convient de rappeler aux professionnels de santé susceptibles d'identifier un cas de Tiac de le déclarer à l'ARS dans les plus brefs délais afin de pouvoir mettre en place les mesures de gestion adaptées le plus précocement possible.

<sup>9</sup> Devenues depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 les délégations territoriales (DT) des agences régionales de santé (ARS), anciennement Ddass et nouvelle le Cellule régionale de Veille et de Gestion Sanitaire (CRVGS).

<sup>10</sup> Devenues depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 les directions départementales de la protection des populations (DDPP), anciennement DSV

## | Tableau récapitulatif des MDO décrites dans ce BVS déclarées en Auvergne en 2010 |

MDO	Département de notification ou résidence	Taux de déclaration ou d'incidence		Nombre total de cas ou foyer	Allier (03)	Cantal (15)	Haute-Loire (43)	Puy-de-Dôme (63)	Evolution régionale du taux par rapport à 2009	Délai médian de déclaration (jours)
		National	Régional							
Hépatite A	Résidence	2,0	1,8	24	4	0	0	20	+ 41%	2
VIH	Résidence	9,7	3,1	27	8	0	2	17	- 46%	-
SIDA	Résidence	2,3	0,8	6	2	0	0	4	+ 37%	-
Légionellose	Résidence	2,4	4,6	62	13	6	5	38	+ 84%	6
Rougeole	Notification	7,7	4,5	60	13	6	5	38	- 180%	6
Tuberculose	Notification	8,1	4,4	59	19	5	10	25	- 48%	12
IMM	Résidence	0,8	0,4	5	2	1	1	1	- 81%	1
Tiac	Notification	-	-	13	4	2	2	5	- 46%	2

- non adapté

## | Recommandations vaccinales |

Certaines MDO présentées dans ce BVS (tuberculose, hépatite A, infection invasive à méningocoques et rougeole) font l'objet de recommandations vaccinales.

Le [Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 10 avril 2012](#)<sup>11</sup> fait état du calendrier des vaccinations applicables aux personnes résidant en France et des recommandations vaccinales « générales » pour 2012, fixées par le Haut Conseil de la santé publique.

De plus, il existe dans ce même rapport des recommandations vaccinales « particulières » propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission) ou à des expositions professionnelles.

Les recommandations vaccinales liées à des voyages et séjours font l'objet d'une publication spécifique dans le [BEH « Recommandations sanitaires pour les voyageurs »](#).<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Le calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique, BEH, 10 avril 2012/n°14-15

<sup>12</sup> Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2012, BEH, 29 mai 2012/n°20-21

### Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, notamment les médecins déclarants, les laboratoires d'analyse médicale, les équipes de l'ARS responsables de la prise en charge des MDO.

Cire Auvergne

Tel : 04 73 74 50 38 — Fax : 04 73 74 48 96

Mail : [ars-auvergne-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-auvergne-cire@ars.sante.fr)

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives sur : [http:// www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

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

Rédacteur en chef : Damien Mouly, coordonnateur scientifique de la Cire Auvergne

Comité de rédaction : Sandra Giron, Damien Mouly, Emmanuelle Vaissière, Nicolas Vincent, Erica Fougère, Malou Guerant

Diffusion : Cire Auvergne—60 avenue de l'union Soviétique—63 100 Clermont Ferrand