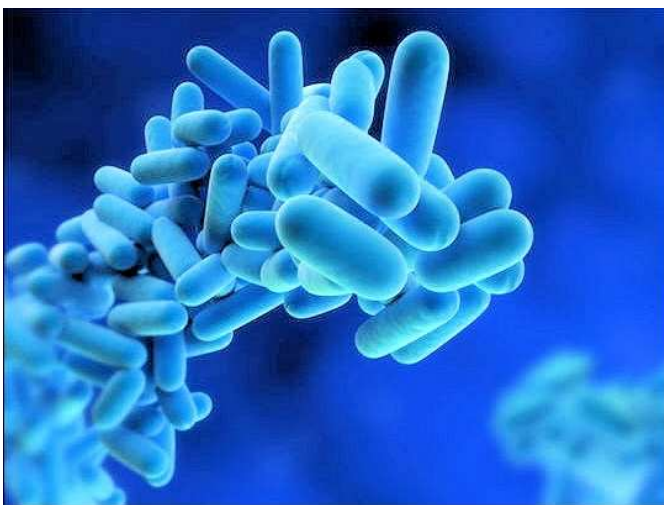


## Les maladies à déclaration obligatoire dans la région Auvergne en 2009.



**Page 2** | Présentation du système |

**Page 3** | Matériel et méthode |

**Page 3** | Hépatite A |

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

**Page 5** | Légionellose |

**Page 7** | Infection invasives à méningocoque |

**Page 8** | Toxi-infection alimentaire collective |

**Page 9** | Tuberculose |

**Page 10** | Rougeole |

#### Nombre de cas déclarés en 2009 par MDO :

Botulisme = 1 cas	Rougeole = 170 cas
Hépatite A = 17 cas	Sida = 7 cas
Hépatite B = 2 cas	VIH = 52 cas
Légionellose = 33 cas	Infection Tuberculeuse Latente = 4 cas
Listériose = 8 cas	Tuberculose maladie = 87 cas
Infection invasive à Méningocoque = 9 cas	TIAC = 24 foyers

#### A qui signaler en région :

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

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/surveillance/mdo/outils.htm>

### 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 1<sup>er</sup> 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 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, 29 maladies infectieuses et une liée à l'environnement 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.

### 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. 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 30 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  
Paludisme autochtone  
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer  
Peste  
Poliomyélite  
Rage  
Rougeole  
Saturnisme de l'enfant mineur  
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines  
Tétanos  
Toxi-infection alimentaire collective  
Tuberculose  
Tularémie  
Typhus exanthématique

### **A qui signaler en région :**

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

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/surveillance/mdo/outils.htm>

## | Matériel et méthode |

Ce deuxième Bulletin de veille sanitaire (BVS) relatif aux MDO édité par la Cire Auvergne, présente les résultats des données de surveillance des principales MDO survenues en 2009 dans la région. L'analyse a été faite sur les données transmises par l'InVS fin 2010.

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, selon les règles appliquées par le Département des maladies infectieuses (DMI) de l'InVS. Ainsi, 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 *Meningocoque* 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 2011 fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

## | 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.

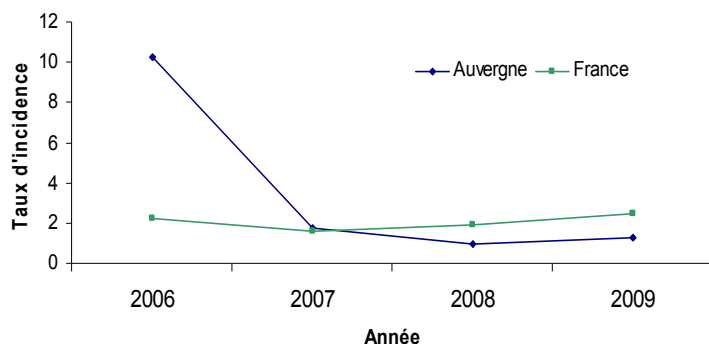
*Les paragraphes suivants décrivent les cas d'hépatite A déclarés en Auvergne selon le département de résidence des cas.*

### Importance en santé publique

En Auvergne, 17 cas d'hépatite A ont été notifiés en 2009 dont 5 résidaient dans l'Allier, 2 dans le Cantal et 10 dans le Puy-de-Dôme. En 2006, 107 cas ont été déclarés dans le Puy-de-Dôme. Parmi ces cas, 83 appartenaient à la communauté des gens du voyage. Depuis cet épisode épidémique (taux d'incidence très élevé de 10,3 cas/100 000 habitants), le taux d'incidence d'hépatite A déclaré est beaucoup plus bas et s'est stabilisé. En 2009, le taux d'incidence régional de l'hépatite A est de 1,3/100 000 habitants alors que le taux annuel d'incidence des cas déclarés en France métropolitaine était de 2,5/100 000. L'Auvergne représente donc 1,1% de la totalité des cas déclarés au niveau national (Figure 1).

## | Figure 1 |

**Evolution du taux d'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite A (pour 100 000 habitants) résidant en Auvergne et en France entière, entre 2006 et 2009.**



### Description des cas

En 2009 en Auvergne, l'hépatite aiguë A touche essentiellement l'adulte (un seul mineur de 6 ans) contrairement au niveau national où les enfants le moins de 15 ans semblent les plus touchés. L'âge des patients variait de 6 à 81 ans avec une médiane de 39 ans. Les hommes sont légèrement plus atteints que les femmes (sex-ratio (H/F)= 1,1).

Plus de 94% des cas étaient symptomatiques et 65% ont présenté un ictère. Parmi les cas renseignés (94%), 63% ont été hospitalisés.

La répartition des cas d'hépatite A en fonction du mois de prélèvement ne permet pas de distinguer de saisonnalité. Les mois où le plus de cas déclarés ont été diagnostiqués sont : le mois de décembre (5 cas) et le mois de mars (5 cas).

Le délai entre la date de prélèvement et la date de déclaration est en moyenne de 2,7 jours (étendue <1 à 9 jours).

### Facteurs de risque

Parmi les malades renseignés (n=10), 40% ont signalé l'existence de cas d'hépatite A dans leur entourage. Ces cas étaient principalement issus de l'entourage familial. Un seul des cas a déclaré avoir un enfant âgé de moins de 3 ans à domicile et un autre cas travaillé dans une crèche. Un séjour hors France métropolitaine a été retrouvé pour 4 des 17 cas. Les lieux de séjour étaient le Maghreb pour 3 d'entre eux et l'Italie pour le quatrième. Parmi les autres expositions à risques, 5 cas avaient consommé des fruits de mer ou crustacés (1 cas des huîtres, 3 cas des moules et 1 cas des langoustines).

### Conclusion

Après une épidémie d'hépatite A dans le Puy-de-Dôme en 2006 (87 cas ; 10,3 cas/100 000 habitants), le taux d'incidence de cas déclarés en Auvergne est inférieur au taux national depuis 2 ans (année 2008 : 1 cas/100 000 habitants vs. 1,9/100 000 ; année 2009 : 1,3/100 000 vs. 2,5/100 000).

La déclaration précoce des cas permet de rechercher l'origine de la contamination et notamment d'identifier des cas groupés. Elle permet aussi de mettre en œuvre des mesures permettant de limiter la propagation de la maladie (mesures barrières, campagnes de vaccination selon les [recommandations vaccinales](#)).

## | Infections à VIH et SIDA |

Les fiches de notification de l'infection à VIH (créées en 2003) et du SIDA (créées en 1986) ont été modifiées en 2007 afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies. Les modifications permettent notamment au clinicien de notifier le SIDA sur le même formulaire que l'infection VIH pour les adultes. Par ailleurs, deux fiches distinctes ont été créées pour la notification d'infection par le VIH et de sida chez les enfants de moins de 15 ans. La notification d'infection par le VIH de l'enfant est désormais initiée par le biologiste, comme chez l'adulte. Les fiches de notification, 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.

### 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>1,2</sup>.

### Analyse des données

L'analyse des données présentées ici ne concerne que les découvertes de séropositivité définies comme les séropositivités connues depuis moins d'un an. Les données utilisées pour l'analyse des caractéristiques des cas déclarés en 2009 en Auvergne sont celles transmises le 1<sup>er</sup> décembre 2010 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.

Pour l'analyse de l'évolution des cas au cours du temps, les données corrigées (agrégées) ont été utilisées. Ces données nous ont été fournies par l'Unité VIH-sida / IST / VHC du DMI. L'analyse date du 31 mars 2010.

## Découverte récentes d'infection à VIH

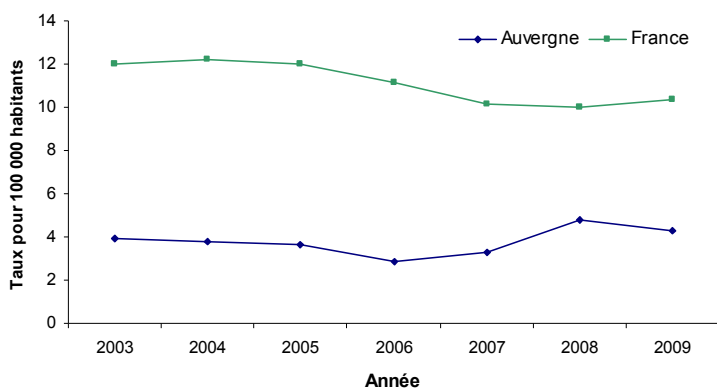
Les paragraphes suivant décrivent les cas d'infection à VIH déclarés en Auvergne selon le département de résidence des cas.

### Importance en Santé publique

En 2009, 52 cas de séropositivité VIH ont été déclarés en Auvergne dont 8 résidaient dans l'Allier, 3 dans le Cantal, 5 en Haute-Loire et 36 dans le Puy-de-Dôme. Le taux de déclaration des infections à VIH est depuis plusieurs années nettement inférieures à celui estimé au niveau national. Cette tendance a également été confirmée en 2009 avec un taux de déclaration estimée à 4,3 pour 100 000 habitants en Auvergne contre 10,4 pour 100 000 habitants en France (Figure 2).

## | Figure 2 |

Evolution du taux de découverte de séropositivité VIH corrigés en Auvergne et en France entière, entre 2003 et 2009.



### Caractéristiques individuelles

En 2009 en Auvergne, les infections à VIH ont particulièrement touché

les hommes (sex ratio H/F de 2,7). La classe d'âge la plus représentée chez les 2 sexes est celle des 20-29 ans (35,7 % chez les femmes et 28,9% chez les hommes). Comme au niveau national, les femmes étaient en moyenne plus jeunes au moment de la découverte de leur séropositivité que les hommes ; respectivement, 64,3% et 55,3% des notifications concernaient les moins de 40 ans.

Les cas d'infection à VIH de nationalité française représentaient 61,5% des cas déclarés domiciliés en Auvergne en 2009 et 69,2% des cas déclarés depuis 2003. Parmi les cas d'autres nationalités en 2009, 11,5% venaient d'Afrique subsaharienne, 5,8% d'Europe Occidentale et 1,9% d'Amérique. 19,2% des cas restent de nationalité inconnue.

### Mode de contamination

Parmi les cas notifiés en 2009 en Auvergne, les femmes déclaraient s'être contaminées principalement par rapport hétérosexuel (79%) alors que les hommes déclaraient une contamination par rapport homosexuel à 55% et par rapport hétérosexuel à 21%. La contamination par usage de drogue par voie intraveineuse concernait 4% des personnes infectées. Une personne a été contaminée par transfusion en 2009 (c'est le deuxième cas en 3 ans dans la région après 1 cas en 2007).

### Motif de dépistage et stade clinique au moment de la découverte

En 2009, le principal motif de dépistage était le risque d'exposition au VIH pour 33% des personnes infectées. D'autres motifs ont également été renseignés : présence de signes cliniques ou biologiques dans 25% des cas, bilan systématique dans 12% des cas. Depuis 2008, la présence de risque d'exposition au VIH devient prioritaire en Auvergne.

### Stade clinique

Parmi les cas dont le stade clinique au moment du dépistage est connu (86,5%), 62,2% des cas étaient à un stade asymptomatique, 15,6% à un stade de primo-infection, 11,1% à un stade symptomatique et 11,1% à un stade SIDA.

<sup>1</sup> Définition du sida avéré. Bull. épid. hebdo 1987 ; 51

<sup>2</sup> Révision de la définition du sida en France, Bull. épid. hebdo 1993;11 et Expanded European AIDS definition case. Lancet 1993 ; 341 : 44

## 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, 65 661 cas de SIDA ont été déclarés en France, dont 1% en Auvergne (n=624). Au niveau national comme en Auvergne, la tendance du nombre de cas déclarés est à la baisse depuis le milieu des années 90.

En 2009, 837 cas ont été déclarés en France parmi ces cas 7 étaient domiciliés en Auvergne, 4 dans le Puy-de-Dôme, 1 dans l'Allier, 1 dans le Cantal et 1 dans la Haute Loire.

Le taux d'incidence annuel des cas de SIDA en Auvergne en 2009 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 ont tendance à diminuer progressivement depuis plusieurs années (Figure 3).

### Caractéristiques individuelles

La totalité des cas de SIDA diagnostiqué en 2009 étaient des hommes et la majorité étaient homosexuels (60%). Les cas avaient entre 30 ans et 60 ans : 42,9% étaient âgés de 30 à 39 ans, 14,3% de 40 à 49 ans et de 42,9% de 50 à 59 ans.

## Conclusion

En Auvergne, le taux de découverte de séropositivité est resté stable ces 7 dernières années. Cependant, la part de cas de SIDA a diminué et le taux d'incidence a été divisé par deux entre 2008 et 2009. De plus, la tendance est encourageante car il semblerait que la proportion de cas détecté en stade clinique asymptomatique augmente nettement depuis ces deux dernières années (2008 : 54,8% ; 2009 53,8% contre 35% en moyenne les 5 années précédentes).

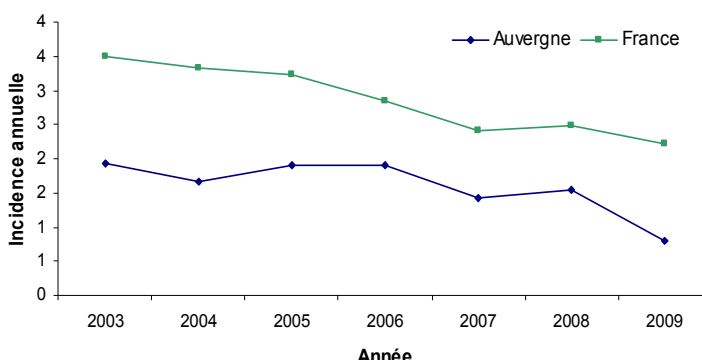
Les taux de découvertes de séropositivité VIH et de diagnostics de SIDA en Auvergne semblent largement inférieurs au niveau national, mais les taux nationaux sont tirés vers le haut par des valeurs très élevés en Ile-de-France et dans les départements des Antilles-Guyane. Néanmoins, en tenant compte des données en métropole hors Ile-de-France (Taux de découvertes de séropositivité en 2009 de 5,2 cas / 100 000 habitants ; Taux de diagnostics de SIDA, de 1,3/ 100 000), les taux en Auvergne sont encore dans une fourchette basse par rapport aux autres régions.

La quasi-totalité des cas étaient d'origine française. Seul un des cas déclaré a été contaminé par transfusion en Afrique subsaharienne en 2003.

Un cas est décédé la même année que son diagnostic.

## | Figure 3 |

Evolution du taux de diagnostic de SIDA corrigés domiciliés en Auvergne et en France entière, entre 2003 et 2009.



## | Légionellose |

En France, la légionellose fait l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1987 dans le but de détecter les cas groupés ou isolés, survenant en population ou en collectivité et 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,
- ou immunofluorescence directe positive.

#### 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 2009 selon le département de résidence des cas et la date de début des signes.

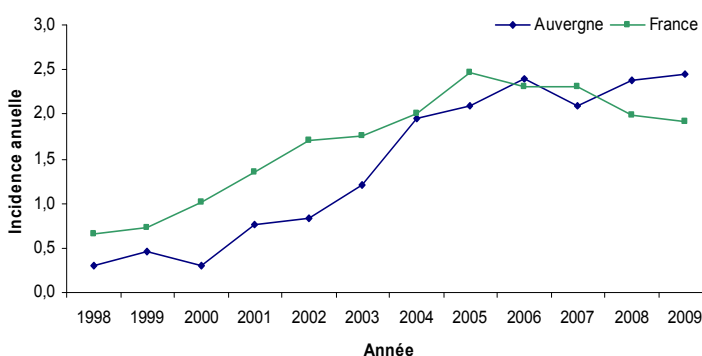
### Importance en santé publique

En Auvergne, 33 cas de légionellose ont été déclarés en 2009 dont 10 résidaient dans l'Allier, 3 dans le Cantal, 5 en Haute-Loire et 15 dans le Puy-de-Dôme. Le taux d'incidence annuel des cas de légionellose décla-

rés en Auvergne était en dessous du taux national jusqu'en 2006, néanmoins, depuis 2 ans il est plus élevé en Auvergne. Le taux d'incidence régional des cas déclarés en 2009 est de 2,5 pour 100 000 habitants (vs. 2,4/100 000 en 2008) contre 1,9 pour 100 000 habitants en France métropolitaine (Figure 4).

## | Figure 4 |

Evolution du taux d'incidence annuelle des cas déclarés de légionellose (pour 100 000 habitants résidant en Auvergne et en France entière entre 1998 et 2009.



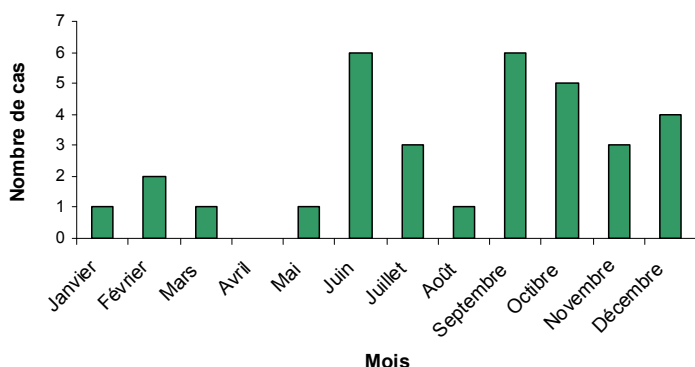
## Caractéristique des cas

Les cas déclarés en 2009 étaient tous des adultes (âge médian de 62 ans [minimum : 38 ans ; maximum : 95 ans]) et le plus souvent des hommes (sex-ratio (H/F)=2,0), comme au niveau national (âge médian 62 ans et sex-ratio = 2,9).

De la même manière qu'au niveau national, le nombre de cas de légionelloses déclarés en Auvergne en 2009 en tenant compte du mois de début des signes est faible de Janvier à Mai. Le plus grand nombre de cas (n=6) a été enregistré en Juin et Septembre (Figure 5).

### | Figure 5 |

Distribution des cas déclarés de légionelloses résidant en Auvergne selon le mois de début des signes en 2009.



## Evolution et facteur de risque

Tous les cas déclarés en 2009 ont eu une pneumopathie confirmée. L'évolution de la maladie était connue pour 93% des patients (2 patients étaient encore malade). Parmi eux, 30 étaient guéris au moment de l'enquête (97% des cas) et 1 cas était décédé. Le taux de létalité était donc de 3% alors qu'il était de 11% au niveau national en 2009.

Au moins un facteur de risque a été retrouvé chez 76% des cas. Le tabagisme était de loin le facteur le plus souvent rencontré : il concernait 64% des cas. Les autres facteurs identifiés étaient le diabète (15%), la prise de corticoïdes (9%), une cardiopathie (6%) ou encore une hémopathie (3%), l'éthylisme (3%), une infection rénale (3%) ou respiratoire (3%).

En 2009, la totalité des cas a été hospitalisée, le délai médian entre le début des signes et la date d'hospitalisation était de 3 jours (étendue : <1 à 13 jours). L'un des cas avait contracté une infection nosocomiale.

## Bactériologie

Parmi les 33 cas de légionelloses déclarés, 97% étaient des cas confirmés par antigène urinaire, associés à une culture pour 15% d'entre eux. De plus, un patient (3%) a été diagnostiqué uniquement par culture, ainsi 6 souches ont été isolées (18% comme au niveau national).

L'espèce *Legionella pneumophila* a été identifiée pour la totalité des cas, quelque soit la méthode de diagnostique. Il s'agissait dans 97% des cas de l'espèce *Legionella pneumophila* séro-groupe 1 et dans 3% de l'espèce *Legionella pneumophila* séro-groupe 3.

## Expositions

Une exposition à risque lors de la période d'incubation était rapportée pour 36% des cas. Parmi eux, un patient (8%) avait séjourné dans un établissement hospitalier, pendant la période d'incubation. Le mode d'exposition principal était un voyage avec séjour en établissement de tourisme (camping, hôtel) pour 9 cas (75%).

## Délai de déclaration

Le délai médian de notification entre la date d'hospitalisation et celle de déclaration est de 2 jours (moyenne 6 jours ; étendue <1 à 72 jours).

## Conclusion

Le taux d'incidence régional des cas déclarés de légionellose est en hausse et est au dessus du taux national depuis 2 ans alors que les données nationales montrent une diminution de l'incidence de la légionellose depuis 2006. De plus, en Auvergne on constate un faible nombre de cas déclaré en Juillet et Août qui pourrait être due à une sous-déclaration durant cette période.

La baisse de l'incidence nationale pourrait être liée à l'application des réglementations concernant le recensement et le contrôle de l'ensemble des tours aéro-réfrigérantes, associées aux mesures spécifiques visant à renforcer la maîtrise du risque dans les établissements recevant du public, les hôpitaux, les établissements hébergeant des personnes âgées.

Afin de pouvoir rechercher la source de contamination et donc de limiter le nombre de nouveau cas, il est important de maintenir la réalisation d'investigations microbiologiques (culture).

Ces investigations microbiologiques sont à mener lors de l'apparition de cas (qu'il s'agisse de cas groupés ou d'un cas isolé pour lequel des souches environnementales ont été isolées). En effet, seule une comparaison des souches clinique et environnementale peut permettre une identification précise de l'origine de la contamination.

Ceci implique la réalisation de prélèvements (biologiques et environnementaux) et l'envoi au CNR des Légionelles pour typage moléculaire (Voir modalités sur le site du [Centre National de Référence des Légionelles](#)).

Dans ce contexte, les autorités sanitaires doivent rester vigilantes sur l'existence du risque légionellose dans la région afin de limiter l'impact de cette pathologie dans la population.

Par ailleurs, il convient de rappeler aux professionnels de santé susceptibles d'identifier un cas de légionellose 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.

## | Infections invasives à méningocoque (IIM) |

Jusqu'en 2002, seules les méningites à méningocoques étaient à déclaration obligatoire. Depuis cette date, la définition des infections invasives à méningocoques (IIM) a été élargie afin de pallier le manque de sensibilité de la définition de cas antérieure, dans laquelle un isolement *N. meningitidis* dans le sang ou dans le liquide céphalorachidien (LCR) ou une recherche d'antigènes solubles dans le sang, les urines ou le LCR positif était nécessaire.

### 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'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).

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

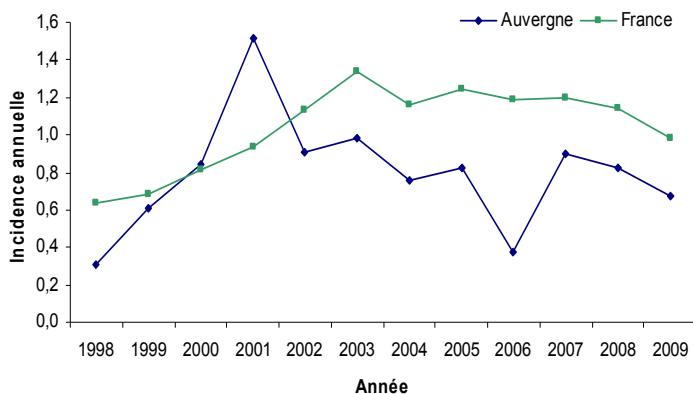
### Importance en santé publique

Au cours de l'année 2009, 9 cas d'IIM ont été déclarés en Auvergne dont 4 résidaient dans l'Allier et 5 dans le Puy-de-Dôme. Le taux d'incidence annuel de cas déclarés dans la région était estimé à 0,7 cas pour 100 000 habitants (figure 1).

En Auvergne, le taux d'incidence de cas déclarés des IIM a été marqué en 2001 par une forte augmentation due à un nombre élevé de cas dans le Puy-de-Dôme, principalement de sérotype C (73%). Face à ce contexte, le ministre de la Santé décida de la mise en place d'une campagne de vaccination contre le méningocoque C dans ce département. Cette campagne, pilotée par la Ddass (nouvellement DT63) du Puy-de-Dôme, a débuté le 16 janvier 2002. Elle ciblait toutes les personnes de moins de 21 ans domiciliées ou scolarisées dans la zone ainsi que les personnes de 21 à 24 ans vivant en collectivité ou travaillant auprès d'enfants. La couverture vaccinale obtenue pour l'ensemble de la population ciblée atteignait 73,2 %. Depuis cet épisode annuel, le taux d'incidence d'IIM déclaré est devenu inférieur à celui observé en France et diminue depuis 2008 (0,82 cas/100 000 habitants en 2008 vs. 0,67 cas/100 000 habitants en 2009). Au niveau national, le taux d'incidence est aussi en diminution depuis 2008 (1,14 cas/100 000 habitants en 2008 vs. 0,98 cas/100 000 habitants en 2009) (Figure 6).

### | Figure 6 |

Evolution du taux d'incidence annuelle des cas déclarés d'infections invasives à méningocoques (pour 100 000 habitants) résidant en Auvergne et en France entière, entre 1998 et 2009.



### Caractéristiques individuelles

En 2009 en Auvergne, les IIM ont affecté surtout les enfants et les adolescents (comme au niveau national) : 3 cas ont été déclarés chez des nourrissons de moins de 1 an et 5 chez des enfants de moins de 15 ans. Le cas le plus âgé avait 54 ans. Le sex ratio H/F était de 0,8.

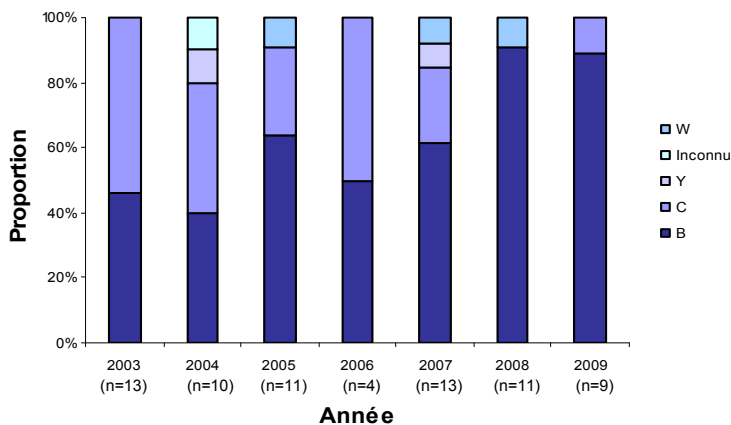
Les cas ont principalement été déclarés en hiver (n=4) et au printemps (n=3). Le délai moyen entre la date d'hospitalisation (qui est dans tout les cas égale à la date de première éruption) et la date de déclaration était de 2 jours (étendue 1 à 4 jours).

### Répartition par sérotype

De la même manière qu'en 2005, 2007 et 2008, le sérotype B a été majoritairement retrouvé parmi les cas pour lesquels le sérotype était connu (n=8) en 2009. C'est aussi le sérotype le plus fréquent en France. Le sérotype C était présent chez l'un des patients (Figure 7).

### | Figure 7 |

Proportion des principaux sérotypes de méningocoques, Auvergne, 2003-2008.



### Signes cliniques et traitements préventifs

La présence d'un *purpura fulminans* (forme grave) a été renseignée pour 7 malades et observée dans 2 cas. La présence de tâches purpuriques cutanées a été notée pour l'un de ces cas et chez 2 autres patients. Pour la totalité des cas d'IIM, la maladie s'est suivie d'une guérison.

Une chimioprophylaxie (traitement antibiotique) a été faite en collectivité pour 4 cas déclarés. Dans ces situations, le traitement a concerné en moyenne 40 personnes autour d'un cas (médiane 38 personnes).

L'entourage familial et amical proche de 8 cas a également bénéficié d'un traitement antibiotique. Dans ces situations, le nombre moyen d'individus traités autour d'un cas était de 14 (médiane 12 personnes).

La seule personne infectée par un méningocoque de sérotype C, sérotype contre lequel il existe un vaccin, n'avait pas été vaccinée. Son entourage familial (7 personnes) a été vacciné à la suite de son infection.

### 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 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 chimioprophylaxie ainsi qu'une vaccination peuvent être proposées aux sujets proches du malade. 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 la survenue de nouvelles Tiac.

### 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.

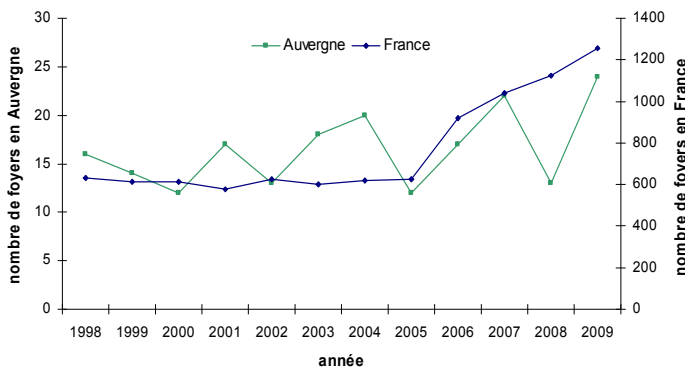
Les paragraphes suivant concernent les foyers de Tiac déclarés dans la région Auvergne.

### Importance en santé publique

En Auvergne, 24 foyers de Tiac ont été déclarés en 2009 dont 3 dans l'Allier, 3 dans le Cantal, 9 dans le Puy-de-Dôme et 9 en Haute-Loire. Le nombre de Tiac détecté en 2009 n'a jamais été aussi élevé dans la région. Le plus grand nombre précédent avait été enregistré en 2007 (22 Tiac). En France, le nombre de foyer augmente depuis plusieurs années passant ainsi de 600 foyers détectés en moyenne avant 2005 à 1 255 foyers déclarés en 2009 (Figure 8).

## | Figure 8 |

### Evolution du nombre de foyers de Tiac déclarés en France entière et en Auvergne entre 1998 et 2009.



Dans la région, 693 personnes ont été impliquées dans une Tiac en 2009 et 231 ont été considérées comme des cas (malades). Le nombre de malades par foyer de Tiac variait entre 2 et 40 personnes. Parmi les malades, 8 cas ont été hospitalisés, soit un taux d'hospitalisation de 3%. Aucun décès n'est à déplorer dans la région.

En 2009, les principales sources de déclaration en Auvergne étaient : la DDASS (29%), les médecins généralistes (21%) et les médecins hospitaliers (17%).

### Circonstances de survenue

Le repas suspect a été pris le plus fréquemment en milieu familial (33%) ou au restaurant (33%). On retrouve aussi des Tiac contractées suite à un repas dans un centre de loisirs (12%), lors d'un banquet (8%) ou dans d'autres collectivités (12%).

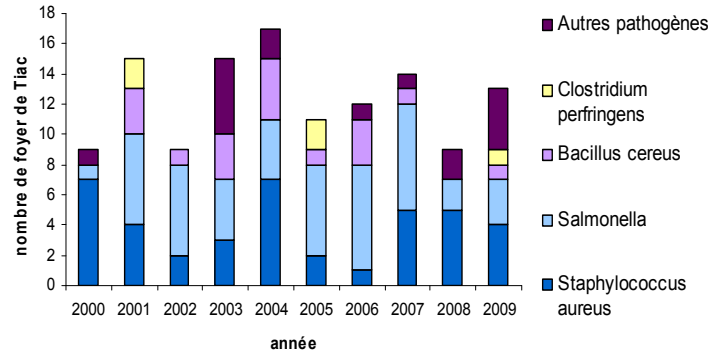
### Aliments et agents en cause

L'agent pathogène à l'origine des Tiac a été confirmé pour 21% des foyers de Tiac, suspecté pour 37% des Tiac et reste donc inconnu pour 42% des Tiac (ce dernier % est identique au niveau national). En 2009, Les agents pathogènes les plus fréquemment en cause étaient les Staphylocoques (4 foyers), les Salmonella (3 foyers). De plus, il semblerait que la part des autres pathogènes et notamment celle des virus entériques ait été plus élevée en 2009 (3 foyers) par rapport aux autres années (Figure 9). Un aliment responsable de l'intoxication alimentaire a

été identifié dans 67% des foyers de Tiac. Il s'agissait le plus fréquemment de viande (19% dont 67% de volaille), de charcuterie (12,5%) ou encore de coquillages (19%).

## | Figure 9 |

### Evolution du nombre de foyers de Tiac déclarés selon l'agent étiologique confirmé ou suspecté en Auvergne entre 2000 et 2009.



Les facteurs de risques potentiellement associés à la survenue de la Tiac ont été renseignés pour 8 foyers : il a été constaté le plus fréquemment une rupture de la chaîne du froid (dans 75 % des foyers renseignés), un problème d'équipement (63 % des foyers), des problèmes de contamination du personnel (38 % des foyers), un trop long délai entre préparation et consommation des aliments (38 % des foyers) ou encore une rupture de la chaîne du chaud (38 % des foyers).

### Conclusion

Au niveau national, l'augmentation du nombre de foyers de Tiac déclarés depuis 2006 est liée à l'utilisation de plus en plus généralisée du logiciel WinTiac dans les directions des affaires sanitaires et sociales (Ddass<sup>3</sup>) ; mis à disposition en 2004 et permettant un signalement plus rapide et plus systématique, ainsi qu'à l'intégration systématique des données des centres nationaux de référence (CNR) pour lesquelles la notion de cas groupés est connue avec les données de la déclaration obligatoire. De plus, l'important effort fait à partir de l'année 2006 par la mission des urgences sanitaires (MUS) de la direction générale de l'alimentation (DGA) a permis d'améliorer la remontée rapide d'informations des directions départementales des services vétérinaires (DSV<sup>4</sup>). 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 oriente vers ce type d'agent.

Même si le nombre de Tiac déclaré augmente en fonction du temps, la sous-déclaration de ces événements est toujours notable, notamment en milieu familial. Il est donc important de renforcer le système de déclaration des Tiac en région Auvergne par une sensibilisation accrue des acteurs de la surveillance.

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>3</sup> Devenues depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 les délégations territoriales (DT) des agences régionales de santé (ARS)

<sup>4</sup> Devenues depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 les directions départementales de la protection des populations (DDPP)



## | Tuberculose |

En France, la tuberculose maladie est à déclaration obligatoire depuis 1964. Depuis 2003, les infections tuberculeuses latentes (primo-infections) de l'enfant de moins de 15 ans le sont aussi. Enfin, en 2007, la fiche DO de la tuberculose a été modifiée et la déclaration des issues de traitement antituberculeux a été mise en place.

Les paragraphes suivant concernent uniquement les cas de tuberculose maladie, 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.

#### Cas probable

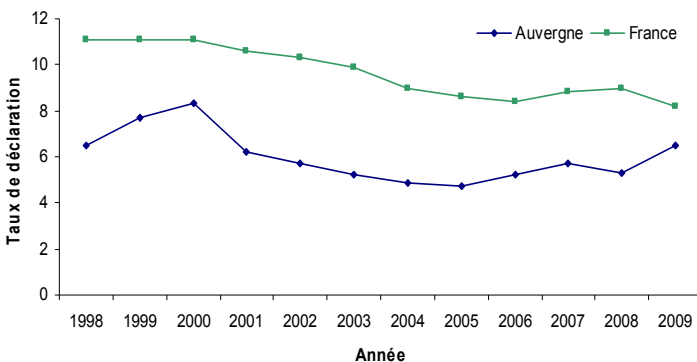
Signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose ET décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

### Importance en Santé publique

Au cours de l'année 2009, 87 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Auvergne : 23 cas dans l'Allier, 2 dans le Cantal, 15 en Haute-Loire et 47 dans le Puy-de-Dôme. Le département le plus touché de la région est le Puy-de-Dôme avec un taux de déclaration de 7,5 cas pour 100 000 habitants et le moins touché est le Cantal (1,3/100 000). Le taux de déclaration annuel des cas de tuberculose maladie en Auvergne entre 2002 et 2008 était compris entre 5,7 et 4,9 cas pour 100 000 habitants et a nettement augmenté en 2009 (6,5 cas pour 100 000 habitants pour l'ensemble de la région ; + 22,6% par rapport à 2008). Malgré cette augmentation, le taux régional reste toujours inférieur au taux de déclaration national estimé à 8,2 pour 100 000 en 2009 (Figure 10).

## | Figure 10 |

Evolution du taux de déclaration annuel des cas de tuberculose maladie (pour 100 000 habitants) en Auvergne et France entière entre 1998 et 2009.



### Caractéristiques sociodémographiques

Parmi les cas déclarés en 2009, la tuberculose maladie a plus touché les hommes que les femmes (sex-ratio H/F de 1,3). L'âge médian est nettement plus élevé en Auvergne qu'en France, respectivement 55 ans et 44 ans. En France, le taux de déclaration augmente avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge 25-40 ans, puis diminue à partir de 40 ans pour réaugmenter après 60 ans. En Auvergne, la distribution est différente avec un taux faible pour les moins de 15 ans, qui se stabilise autour de 5,7 cas/100 000 habitant de 15 à 75 ans avant d'augmenter nettement chez les plus de 75 ans (Figure 11).

Le pays de naissance a été renseigné pour 84% des cas de tuberculose maladie déclarés. Parmi eux, 62% étaient nés en France, 15% en Europe (dont 55% au Portugal), 16% en Afrique (dont 42% en Afrique du Nord), 6% en Asie et 1% en Amérique du sud.

L'année d'arrivée en France était renseignée pour 62% des cas nés à l'étranger et 46% d'entre eux étaient arrivés en France en 2009.

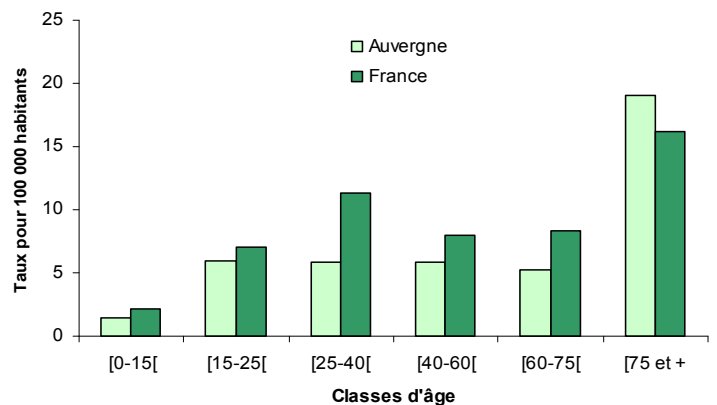
La répartition des cas par tranche d'âge est différente selon le lieu de naissance des cas. Les cas de plus de 75 ans sont principalement nés en France (96%) (Figure 12).

Parmi l'ensemble des cas déclarés, 4 cas sont survenus chez des personnes exerçant une profession à caractère sanitaire et social, 11 résidaient en collectivité (3 en centre hébergement collectif, 3 en établissement pour personnes âgées, 4 dont le type n'est pas précisé) et 4 étaient sans domicile fixe (3 hommes et 1 femme).

Parmi les 3 enfants de moins de 15 ans atteints de tuberculose, 1 seul était déclaré vacciné contre le BCG.

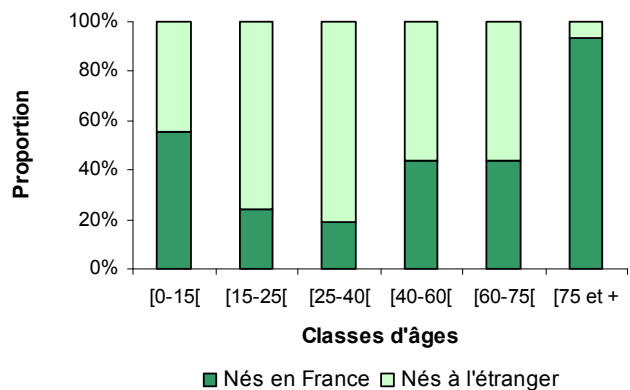
## | Figure 11 |

Taux de déclaration de cas de tuberculose maladie en Auvergne et en France entière par classe d'âge en 2009.



## | Figure 12 |

Répartition de la population de cas de tuberculose maladie par classe d'âge et par pays d'origine en Auvergne en 2009.



### Caractéristique clinique

La majorité des cas de tuberculose maladie (91%) n'avait jamais eu d'antécédents connus de traitement antituberculeux. La localisation de la maladie était connue pour la totalité des patients : 75% des cas présentaient une tuberculose pulmonaire et 25% une tuberculose extra pulmonaire isolée.

Les localisations extra pulmonaires étaient principalement des formes ganglionnaires hilaires (36%). De plus, 4 méningites tuberculeuses ont été déclarées en 2009 en Auvergne et 2 tuberculoses miliaires.

Pour la plupart des cas (72%), le déclarant était un médecin hospitalier. L'autre source de déclaration principale était les services de Lutte Anti-Tuberculeuse (LAT) dans 11% des cas.

Parmi les 65 cas de tuberculose pulmonaire déclarés en Auvergne, 56 (86%) ont fait l'objet d'un prélèvement pour examen direct sur frottis d'expectoration. Le résultat est revenu positif pour 22 des cas (39%). Une culture sur prélèvement respiratoire a été effectuée sur 36 patients ayant déclaré une tuberculose pulmonaire et les résultats sont revenus positifs dans 75% des cas. Au total, quelque soit le type de prélèvement (respiratoire ou pas), 34 cas avaient un résultat microbiologique positif parmi les 45 pour lesquels nous disposions d'un résultat. En Auvergne depuis 2007, aucun patient n'a été déclaré résistant aux antibiotiques prescrits en première intention (rifampicine et isoniazide).

## Conclusion

Alors que le taux de déclaration des cas de tuberculose maladie en France a baissé de 9,7% entre 2008 et 2009, ce dernier a augmenté de 22,6% dans la région Auvergne sur cette même période. Suite à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG, la mobilisation accrue des acteurs de lutte anti-tuberculeuse (plus spécifiquement dans les EHPAD) a permis une meilleure exhaustivité de la déclaration qui peut expliquer cette augmentation (notamment chez les personnes âgées). L'absence de mesure de prévention vaccinale souligne alors 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.

## | Rougeole |

Depuis 1985, la rougeole est surveillée par le réseau sentinelles de l'Inserm (unité 707). L'introduction d'une dose de vaccin anti-rougeoleux dans le calendrier vaccinal en 1983 puis d'une deuxième dose en 1997 ont fait progressivement chuter le nombre de cas estimé à partir des données du réseau sentinelles (Inserm, unité 707). Il est passé de 331 000 cas en 1986 à 4 448 cas en 2004. En raison de la plus faible circulation virale, le réseau a observé en parallèle une augmentation de l'âge moyen de survenue de la maladie, la proportion de cas de plus de 10 ans étant passée de 13% en 1985 à 62% en 2002.

En raison de la baisse du nombre de cas rapportés ces dernières années par le réseau sentinelles, les estimations sont devenues imprécises et les zones de transmission active du virus risquent de ne pas être détectées. C'est pourquoi la rougeole est redevenue une **maladie à déclaration obligatoire** en 2005.

*Les paragraphes suivant concernent les cas de rougeole déclarés dans la région Auvergne.*

### Critères de signalement et de notification

#### Cas clinique

Cas présentant les critères cliniques (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) et 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 étaient présents : détection d'IgM spécifiques dans la salive ou le sérum ; séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG ; PCR positive et/ou culture positive.

**Epidémiologiquement** : 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>6</sup>.

### Description des cas rougeole déclarés en Auvergne en 2009

En 2009, les DT<sup>7</sup> (Ddass à l'époque) de l'Allier et du Puy-de-Dôme ont informé la Cire Auvergne d'une épidémie de rougeole dans leurs départements qui touchait en particulier les gens du voyage. A la suite de ces signalements, une investigation épidémiologique sur les cas de rougeole déclarées depuis le début de l'année 2009 dans la région Auvergne a été effectuée. Un Bulletin de Veille Sanitaire (BVS) décrivant les résultats a été publié en mai 2010<sup>8</sup>.

Ainsi, au cours de l'année 2009, 170 cas de Rougeole ont été déclarés en Auvergne dont 57 dans l'Allier, 4 dans le Cantal, 1 en Haute-Loire et 108 dans le Puy-de-Dôme. Le taux de déclaration régional annuel était estimé à 12,7 cas pour 100 000 habitants. La disparité régionale était très forte avec des taux de déclaration variant de 0,45 cas/100 000 habitants en Haute-Loire à 17,7/100 000 habitants dans le Puy-de-Dôme.

Le sex-ratio H/F des cas déclarés était de 1,07. L'âge moyen des cas était de 18,5 ans : 8,2% avaient moins de 1 an et 11,8% entre 20 et 29 ans. La proportion des cas hospitalisés parmi les cas renseignés était de 18,4%, atteignant 21,4% chez les moins de 1 an et 48,4 % chez les 20 ans et plus. Parmi les cas renseignés, les patients vaccinés (12,7% des cas) auraient tous reçu 1 dose de vaccin.

## Conclusion

La région Auvergne faisait partie des régions de France métropolitaine les plus touchées en 2009 par la rougeole en raison du taux de déclaration très élevée dans les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme (>15 cas pour 100 000 habitants) reflétant une circulation active du virus. Par ailleurs, il est probable que les données des départements du Cantal et de la Haute-Loire aient été sous-estimées.

De plus, l'épidémie actuelle en France (Cf. page suivante) touche particulièrement l'Auvergne. Elle doit conduire à renforcer les activités de vaccination contre la rougeole des jeunes enfants (dès 9 mois si gardés en collectivités) ainsi que celles visant au rattrapage vaccinal des enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à l'âge de 31 ans, telles que recommandées dans le [calendrier vaccinal](#) avec un vaccin trivalent (rougeole-rubéole-oreillons).

De plus, la mise en œuvre des mesures de prophylaxie post-exposition par le clinicien qui prend en charge le malade (vaccination ou immunoglobulines polyvalentes) est essentielle, comme le préconise la circulaire de la DGS<sup>9</sup>, notamment lorsqu'il identifie des personnes à risque de rougeole grave parmi l'entourage familial d'un cas.

<sup>5</sup> En situation de cas groupés, le diagnostic peut être défini épidémiologiquement avant que l'ensemble des signes cliniques soient présents

<sup>6</sup> Ce cas peut être un cas confirmé biologiquement ou être un cas confirmé épidémiologiquement (situation correspondant à une chaîne de transmission).

<sup>7</sup> Rattachées à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Auvergne, créée le 01/04/2010

<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)

<sup>9</sup> [Circulaire de la Direction Générale de la Santé](#) : [http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/09\\_334t0pdf.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf)

## | Point d'actualité sur l'épidémie nationale de rougeole de 2008 à 2011<sup>10</sup> |

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, plus de 14 500 cas de rougeole ont été déclarés en France. Après 2 pics épidémiques observés respectivement début 2009 et en avril 2010, une nouvelle augmentation importante du nombre de cas déclarés depuis octobre 2010, signe la 3<sup>ème</sup> vague de l'épidémie qui se poursuit sur les premiers mois de l'année 2011. Cette vague est de très grande ampleur puisque plus de 9 000 fiches de déclaration obligatoire ont été réceptionnées à l'InVS au 22 mars 2011 pour des cas survenus entre octobre 2010 et mars 2011 (dont plus de 3 000 en mars). Ainsi, le taux d'incidence national annuel des cas déclarés augmente depuis 3 ans. Il était de 0,95 cas/100 000 habitants en 2008 (604 cas), de 2,5/100 000 en 2009 (1 544 cas) et de 7,8/100 000 en 2010 (5 021 cas : données provisoires).

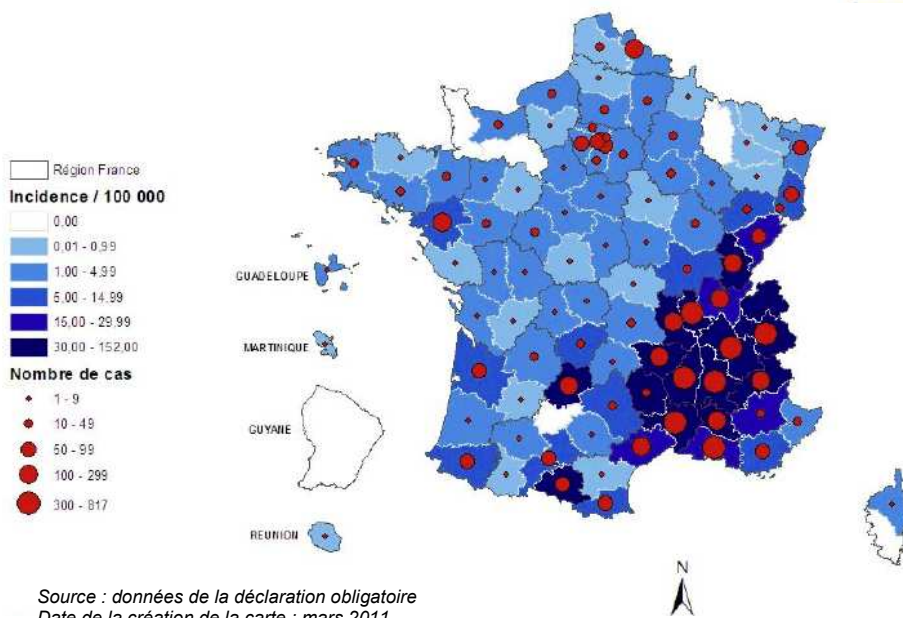
Début 2010, toutes les régions de France métropolitaine étaient touchées. Cependant, sur la période octobre 2010-mars 2011, six régions, essentiellement dans le quart Sud-Est de la France (Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté, Auvergne et Midi-Pyrénées) ont déclaré plus de 80% des cas et ont dépassé des incidences de 15/100 000 sur la même période (taux d'incidence en Auvergne de 20 cas /100 000 habitants) (Carte 1).

De plus, les taux d'incidence en 2010 ont plus que triplé chez les moins de 1 an et ont augmenté de près de 5 fois chez les adultes de 20 ans et plus par rapport à 2009. Ceci est très préoccupant car les complications (neurologiques ou pulmonaires notamment) sont plus fréquentes et sévères dans ces groupes d'âges. En 2010, près de 1 500 cas déclarés, soit 29%, étaient des cas hospitalisés, proportion atteignant 38 % chez les moins de 1 an et 46 % chez les 20 ans et plus.

La diffusion du virus est la conséquence d'un niveau insuffisant et hétérogène de la couverture vaccinale en France. Parmi les cas déclarés en 2010 pour lesquels le statut vaccinal a été documenté (carnet de santé ou de vaccination), 3 % avaient reçu 2 doses, 12 % avaient reçu une dose et 84 % n'étaient pas vaccinés contre la rougeole. La proportion de cas vaccinés avec 1 dose variait significativement avec l'âge et était de 22 % chez les adultes nés entre 1980 et 1991.

### | Carte 1 |

Répartition géographique des cas survenus entre octobre 2010 et mars 2011



## | Recommandations vaccinales |

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

Le [Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 22 mars 2011](#)<sup>11</sup> fait état du calendrier des vaccinations applicables aux personnes résidant en France et des recommandations vaccinales « générales » pour 2011, 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>10</sup> Bilan à partir des données des points InVS du 19 avril et 22 mars 2011

<sup>11</sup> Le calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique, BEH, 22 mars 2011/n°10-11

<sup>12</sup> Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2011. BEH, 17 mai 2011/n°18-19

### 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, Marie-Françoise Stachowski, Damien Mouly.

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