

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

DONNÉES 2019

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Dispositif de surveillance p.2 Hépatite A p.4 Infections invasives à méningocoques p.5 Légionellose p.6 Rougeole p.7 Toxi-infections alimentaires collectives p.8 Tuberculose p.9 Synthèse des données p.10

ÉDITO

Ce Bulletin de Santé Publique concerne six maladies à déclaration obligatoire (DO). Il s'agit de la rougeole, des infections invasives à méningocoques (IIM), de la légionellose, de l'hépatite A, des toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) et de la tuberculose. Pour les 5 premières, la cellule régionale de Santé publique France assure une surveillance en temps réel en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin de détecter toute évolution de leur épidémiologie (survenue de cas groupés dans le temps et l'espace, sur-incidence, profils des personnes touchées...) nécessitant une investigation et si nécessaire, des mesures de gestion et un renforcement de la surveillance. Ce fut le cas en 2016 pour une épidémie d'IIM dans le Beaujolais, sur l'ensemble de la région en 2017 pour une épidémie d'hépatite A touchant principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes et en 2018, pour une forte sur-incidence pour la légionellose. Pour la tuberculose, la Cellule régionale intervient également dès lors que l'ARS et le CLAT concerné sollicitent un appui épidémiologique pour aider à la gestion de situations complexes. Avec le VIH-sida, les arboviroses (dengue, chikungunya, zika) et la listériose, ces maladies infectieuses à déclaration obligatoire sont aussi les plus fréquemment rapportées.

Pour toutes ces maladies, la Cellule régionale assure un retour d'information vers les professionnels de santé qui les déclarent et contribuent à ce dispositif. C'est l'objet de ce bulletin qui décrit de manière synthétique l'évolution du nombre de cas à l'échelle régionale et départementale ainsi que les principales caractéristiques épidémiologiques des cas rapportés dans la région en 2019. Les taux d'incidence présentés sont les taux de déclaration de ces maladies pour 100 000 habitants. La déclaration obligatoire n'étant pas exhaustive, ils permettent de suivre les tendances. Si les taux d'exhaustivité de la DO des IIM, de la légionellose et de la tuberculose sont relativement élevés, ils le sont moins pour la rougeole et les Tiac. Pour toutes ces maladies sauf les Tiac, des indicateurs sont maintenant accessibles via l'Observatoire cartographique de Santé publique France [Geodes](#).

Un projet de dématérialisation de la DO piloté par la DGS est en cours mais est malheureusement retardé dans le contexte pandémique actuel. La dématérialisation de la DO de la tuberculose devrait intervenir sous l'égide de SpF en fin d'année 2021.

L'équipe de la Cellule régionale Auvergne-Rhône-Alpes remercie sincèrement tous les professionnels de santé pour leur contribution essentielle à ce dispositif de veille et de surveillance.

Christine SAURA
Responsable de la Cellule régionale Auvergne-Rhône-Alpes

POINTS CLÉS

- **Hépatite A** : après l'épidémie ayant touché la région en 2017, le taux d'incidence est en diminution pour la deuxième année consécutive. En 2019, on dénombre 176 cas, soit un taux d'incidence de 2,2 cas pour 100 000 habitants.
- **Infection Invasive à Méningocoque (IIM)** : le taux d'incidence régional est en diminution depuis 2017. En 2019, 42 cas ont été recensés, soit un taux d'incidence de 0,5 cas pour 100 000 habitants. Le sérotype B était majoritaire.
- **Légionellose** : après 2018, année de forte recrudescence des cas, le taux d'incidence régional est en diminution en 2019, mais reste supérieur à celui observé en moyenne entre 2010 et 2017. En 2019, 295 cas de légionellose ont été notifiés dans la région, soit un taux d'incidence de 3,7 cas pour 100 000 habitants.
- **Rougeole** : le taux d'incidence est en légère augmentation depuis 2017, après une période de très faible incidence entre 2012 et 2016 ayant suivi l'épidémie de 2008-2011. En 2019, on enregistre 222 cas, soit un taux d'incidence de 2,8 pour 100 000 habitants.
- **Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC)** : le nombre de foyers déclarés est en augmentation en 2019. En 2019, 269 foyers de TIAC ont été notifiés dans la région, soit 3,4 foyers pour 100 000 habitants.
- **Tuberculose** : le taux d'incidence régional est globalement stable ces dernières années. En 2019, on relève 480 cas soit un taux d'incidence de 6 cas pour 100 000 habitants.

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

• Objectifs

Le dispositif des maladies à déclaration obligatoire (MDO) a été instauré à la fin du XIX^{ème} siècle pour lutter contre certaines maladies épidémiques, par la mise en place de mesures d'hygiène. Depuis sa création, ce dispositif a connu plusieurs évolutions majeures tant dans ses modalités de déclaration que dans la liste des maladies dites à déclaration obligatoire.

A l'heure actuelle, **34 maladies sont à déclaration obligatoire**. Parmi elles, 32 sont des maladies infectieuses et 2 sont non-infectieuses (mésotéliomes, et saturnisme chez les enfants mineurs) (voir la liste page 3).

L'objectif de cette surveillance est de détecter et déclarer ces maladies pour agir et prévenir les risques d'épidémie, mais aussi pour analyser l'évolution dans le temps et dans l'espace de ces maladies et adapter les politiques de santé publique aux besoins de la population.

Pour les MDO nécessitant une **intervention urgente**, c'est-à-dire toutes, à l'exception de l'infection par le VIH, de l'hépatite B aiguë, du tétanos et des mésotéliomes, la déclaration obligatoire permet la mise en place rapide de mesures de contrôle ou d'actions de prévention. Par exemple, la déclaration d'une infection invasive à méningocoque, de toxi-infections alimentaires collectives (Tiac), d'un cas de légionellose ou de saturnisme entraîne la mise en place d'investigations spécifiques. Ces investigations permettent le cas échéant d'identifier d'autres cas, de rechercher l'origine de la contamination et de mettre en place des mesures préventives ou correctives comme par exemples, l'antibioprophylaxie et la vaccination des sujets en contact avec les cas d'infection invasive à méningocoque, l'investigation sur la consommation alimentaire des personnes atteintes de Tiac pour identifier l'aliment en cause, le contrôle et la mise en œuvre d'actions correctives sur un réseau d'eau chaude sanitaire dans un établissement recevant du public à l'origine de cas groupés de légionellose.

Les Centres nationaux de référence (CNR) apportent une expertise microbiologique dans les investigations menées et participent à la surveillance des MDO en confirmant le diagnostic des cas de pathologies rares (ex: rage) ou en caractérisant les agents pathogènes circulants.

Pour toutes les MDO, la notification de données individuelles détaillées a pour objet le **suivi épidémiologique** des maladies. Elle permet d'analyser, de suivre l'évolution temporo-spatiale de ces maladies et de caractériser les populations affectées, en termes sociodémographiques, de facteurs de risque et d'exposition, afin de mieux cibler les actions de prévention et de contrôle locales et nationales. Ces données permettent ainsi d'évaluer et d'adapter les politiques de santé publique telles que la prévention de l'infection à VIH ou de l'hépatite B aiguë, la lutte contre le saturnisme chez l'enfant mineur et l'adaptation des stratégies vaccinales.

• Acteurs

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire repose sur la transmission de données individuelles par les médecins et les biologistes (libéraux et hospitaliers) aux médecins et aux équipes de veille sanitaire des Agences régionales de santé (ARS), puis aux épidémiologistes de Santé publique France.

Les déclarants : biologistes et médecins

L'obligation de déclaration concerne aussi bien les biologistes, responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, que les médecins libéraux et hospitaliers, qui suspectent et diagnostiquent ces maladies.

Echelon régional : les médecins désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé et leurs équipes de veille

Comme le stipule l'article R3113-3 du code de la santé publique, les destinataires des déclarations obligatoires faites par le déclarant sont à l'échelon local les médecins de l'Agence régionale de santé désignés par le directeur général de l'Agence et leurs équipes de veille sanitaire. Leur rôle consiste à :

- agir sur le terrain pour prévenir et réduire localement les risques de survenue et de diffusion des maladies. Certaines MDO (légionellose, TIAC hydrique par exemple) nécessitent l'implication des agents des services de santé-environnement.
- valider et transmettre des données de qualité, pour garantir la validité des analyses faites par Santé publique France
- relayer l'information et sensibiliser les déclarants aux enjeux de la veille sanitaire à l'échelon local.

A l'échelle départementale, les Centres de lutte contre la tuberculose contribuent activement à la surveillance de la maladie et à son contrôle.

Echelon régional (Cellules régionales) et national (Saint-Maurice) : les épidémiologistes de Santé publique France

Dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, les épidémiologistes de Santé publique France, au niveau régional et national, centralisent l'ensemble des données, les analysent et les transmettent aux pouvoirs publics avec des recommandations sur les mesures ou actions à mettre en place. A l'échelon régional, ils apportent une expertise scientifique aux ARS pour les investigations épidémiologiques des situations complexes, notamment lors de la survenue d'épidémies. Ils assurent également la communication de ces informations aux acteurs du dispositif, à la communauté médicale et scientifique, et au public.

Le ministère chargé de la Santé et plus particulièrement la Direction générale de la santé sont destinataires des alertes sanitaires et interviennent, en tant que de besoin, dans les décisions en matière de gestion des risques en lien avec les ARS. Les données de surveillance sont transmises par Santé publique France au ministère chargé de la Santé qui les utilise pour définir et adapter les politiques de santé publique.

Liste des 34 maladies à déclaration obligatoire

Maladie nécessitant une intervention urgente et dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique			
Botulisme	Fiche de notification	Paludisme autochtone	Fiche de notification
Brucellose	Fiche de notification	Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer	Fiche de notification
Charbon	Fiche de notification	Peste	Fiche de notification
Chikungunya	Fiche de notification	Poliomyélite	Fiche de notification
Choléra	Fiche de notification	Rage	Fiche de notification
Dengue	Fiche de notification	Rougeole	Fiche de notification
Diptérie	Fiche de notification	Rubéole	Fiche de notification
Fièvres hémorragiques africaines	Fiche de notification	Saturnisme chez les enfants mineurs	Fiche de notification
Fièvre jaune	Fiche de notification	Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone,	Fiche de notification
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	Fiche de notification	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines	Fiche de notification
Hépatite aiguë A	Fiche de notification	Toxi-infection alimentaire collective	Fiche de notification
Infection invasive à méningocoque	Fiche de notification	Tuberculose (incluant la surveillance des résultats issus de traitement)	Fiche de notification
Légionellose	Fiche de notification	Tularémie	Fiche de notification
Listériose	Fiche de notification	Typhus exanthématique	Fiche de notification
Orthopoxviroses dont la variole	Fiche de notification	Zika	Fiche de notification
Maladie dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique			
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	Disponible sur demande à l'ARS de votre lieu d'exercice	Mésothéliome	Fiches de notification "clinicien" – "pathologiste"
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	A partir de fin 2015 : déclaration en ligne depuis : www.e-do.fr	Tétanos	Fiche de notification

Information des patients

La déclaration obligatoire s'accompagne d'une information aux patients. En application de la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient est obligatoirement informé individuellement de ses droits par son médecin (clinicien déclarant) qui lui remettra la [notice d'information téléchargeable](#).

Hépatite A

• Critère de signalement

Un cas est défini par la présence d'IgM (Immunoglobuline M) anti-VHA (virus de l'hépatite A) dans le sérum.

• Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

En 2019, 176 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence régional était de 2,2 cas pour 100 000 habitants, comparable au taux d'incidence en France (2,1/100 000). Après l'épidémie de 2017 touchant particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) (cf. [Bilan de la surveillance des hépatites A en Auvergne-Rhône-Alpes en 2018](#)), ce taux est en diminution pour la deuxième année consécutive (Figure 1) mais demeure plus élevé que la moyenne des taux 2010-2016. Ceci pourrait s'expliquer par une augmentation de la sensibilisation des professionnels de santé à la déclaration suite à l'épidémie de 2017.

Les départements de l'Ardèche, de l'Isère, du Rhône, de la Savoie et de la Haute-Savoie avaient les incidences les plus élevées en 2019 (Figure 2). Elles étaient toutefois en diminution par rapport à 2018 pour les départements de la Savoie (passage de 4,4 cas pour 100 000 habitants à 2,8), du Rhône (de 3,0 à 2,6) et de l'Isère (de 2,9 à 2,7). La distribution du nombre de cas par sexe dans ces 5 départements était également revenue à un niveau semblable aux années précédant l'épidémie.

• Caractéristiques des cas

- 55% étaient des hommes
- 77% des cas étaient âgés de moins de 45 ans (moyenne = 30 ans ; médiane = 24 ans)
- La présence d'ictère était renseignée dans 77% des cas
- 53% des cas ont été hospitalisés

• Facteurs de risque (non mutuellement exclusifs)

Dans 77% des cas, une exposition à risque connue, a été retrouvée dans les 2 à 6 semaines précédant le diagnostic (Tableau 1) et 17% des cas appartenaient à un épisode de cas groupés.

Un séjour à l'étranger a été rapporté dans 60% des cas, principalement dans un pays du Maghreb (71% des séjours).

Dans 41% des cas, l'existence d'autres cas d'hépatite aiguë A dans l'entourage était rapportée.

Parmi les autres expositions à risque, la présence d'un enfant de moins de 3 ans à domicile était citée dans 29% des cas, et 15% des cas rapportaient une consommation de fruits de mer.

• Prévention

La prévention de l'hépatite A est basée sur l'hygiène et l'application des recommandations vaccinales préconisant la vaccination des HSH, mais également dans l'entourage familial d'un cas confirmé et lors d'un séjour dans une zone d'endémie.

Figure 1. Taux d'incidence des cas notifiés d'hépatite aiguë A en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2019

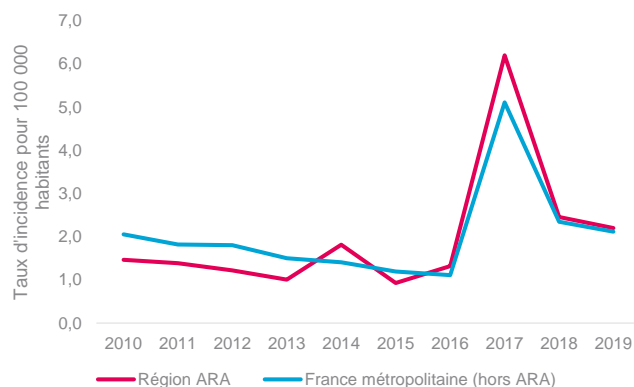


Figure 2. Taux d'incidence et nombre de cas d'hépatite aiguë A par département. Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

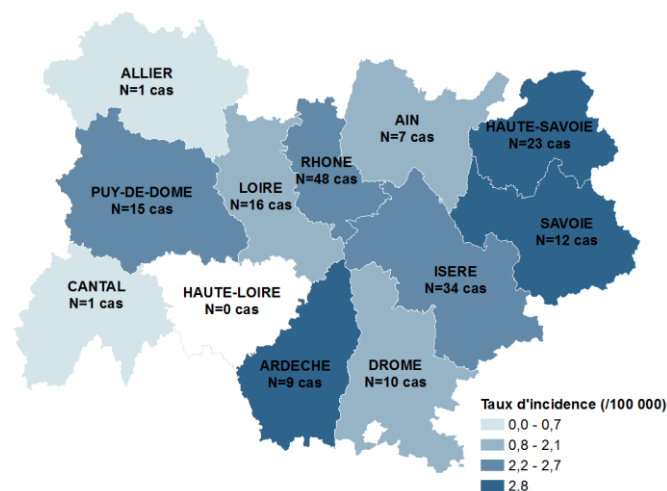


Tableau 1. Caractéristiques et expositions à risque des cas notifiés d'hépatite aiguë A, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

Caractéristiques et expositions à risque	%
Clinique	
Ictère (associé ou non à des symptômes aspécifiques)	77%
Symptômes (sans ictère)	20%
Absence d'ictère ou symptôme	3%
Hospitalisation	53%
Exposition à risque (au moins une)	77%
Cas dans l'entourage	41%
Séjour hors métropole	60%
Enfant < 3 ans à domicile	29%
Consommation de fruits de mer	15%
Travail/Fréquentation	
- établissement pour handicapés	0%
- crèche	0%
Inclus dans un épisode "identifié" de cas groupés	17%

Infections invasives à méningocoque (IIM)

• Critère de signalement

Un cas est défini par la présence d'au moins un des 4 critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique
2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen direct du LCS
3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type
4. Présence d'un *purpura fulminans* (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

• Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

En 2019, 42 cas d'IIM ont été notifiés dans la région. Le taux de déclaration était de 0,5 cas pour 100 000 habitants dans la région, contre 0,7 en France métropolitaine (hors Auvergne-Rhône-Alpes). Ce taux est en diminution depuis 2017 (Figure 3). Les départements du Cantal, de la Savoie et du Puy-de-Dôme présentaient les taux de déclaration les plus élevés en 2019 (Figure 4).

• Caractéristiques des cas

- 43% étaient des hommes
- 57% des cas étaient âgés de moins de 25 ans (moyenne = 31 ans ; médiane = 20 ans)

• Répartition par sérotype

Le sérotype B apparaissait majoritaire, représentant 48% des IIM déclarées en 2019 ; cette proportion était relativement stable depuis 5 ans (entre 42 et 57%) mais globalement en baisse depuis 2012 (elle atteignait 79% en 2011). Le sérotype W représentait 21% des cas en 2019, en augmentation depuis 2015, alors que le sérotype C, avec 19% des cas, était en diminution depuis 2016. Enfin, le sérotype Y représentait 7% des cas en 2019.

• Gravité et pronostic de la maladie

Un quart des cas (26% ; n = 11) avait présenté un *purpura fulminans*. Concernant l'évolution, 8 cas étaient décédés (19%) et 4 avaient conservé des séquelles (9%).

• Mesures de contrôle

Une chimioprophylaxie a été rapportée dans l'entourage proche de 38 cas (90%) et en collectivité pour 33 cas (79%).

Parmi les 20 cas de sérotype vaccinal (A, C, W, Y), une vaccination a été recommandée dans l'entourage proche de 15 cas (75%) et en collectivité pour 7 cas (17%).

Ces données sont à interpréter avec précaution car elles ne sont pas systématiquement rapportées dans la fiche de notification.

Figure 4. Taux de déclaration et nombre de cas d'IIM par département. Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

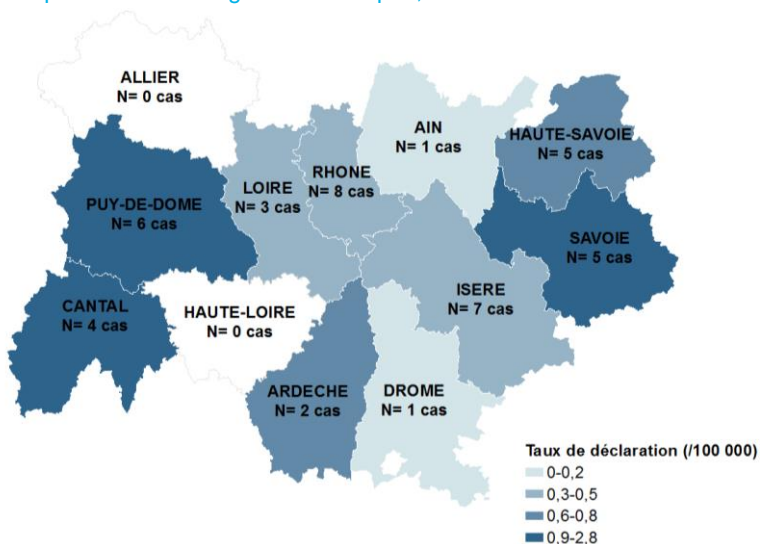


Figure 3. Taux de déclaration des cas d'IIM en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2019

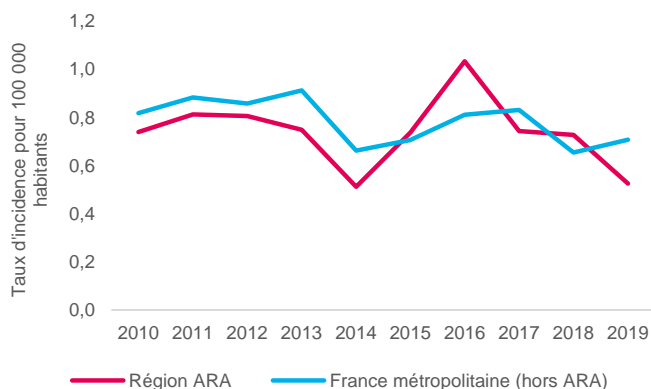
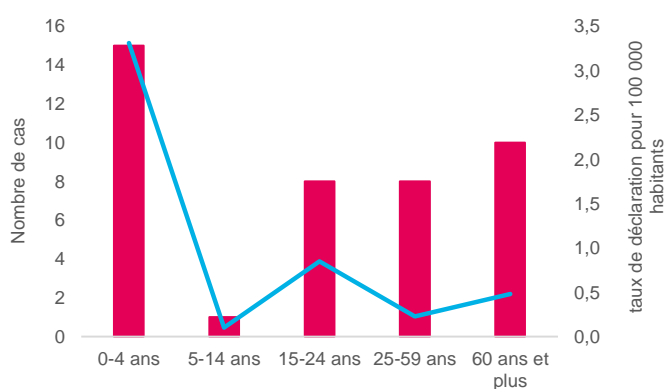


Figure 5. Nombre de cas et taux de déclaration des IIM notifiées par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.



Légionellose

• Critère de signalement

- **Cas confirmé** : pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :
 - Isolement de Legionella spp. dans un prélèvement clinique ;
 - Augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2^{ème} titre minimum de 128 ;
 - Présence d'antigène soluble urinaire.
- **Cas possible** : pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :
 - titre d'anticorps élevé (≥ 256) ;
 - PCR (« polymerase chain reaction » = réaction en chaîne par polymérase) positive.

• Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

En 2019, 297 cas de légionellose ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence était de 3,7 cas pour 100 000 habitants dans la région, contre 2,6 cas en France métropolitaine (hors Auvergne-Rhône-Alpes). Ce taux est en diminution par rapport à 2018 (Figure 6), année exceptionnelle en nombre de cas. Il est néanmoins supérieur si on le compare à la période 2010-2017 (en moyenne 3 pour 100000 habitants). Les cas d'Auvergne-Rhône-Alpes représentent 17% des cas domiciliés en France métropolitaine (contre 19% en 2018).

Les départements de l'Isère, de la Haute-Savoie et du Cantal avaient les incidences les plus élevées en 2019 (figure 7).

• Caractéristiques des cas

- 70% des cas étaient des hommes
- 83% des cas étaient âgés de 50 ans ou plus
- 71% des cas avaient au moins un facteur de risque connu. Le tabagisme était le facteur de risque le plus souvent rencontré (35%)

• Sévérité

- 285 cas (96%) ont été hospitalisés
- 17 cas sont décédés soit une létalité de 6%

• Distribution mensuelle

La majorité des cas (70%) était survenue entre mai et novembre.

• Bactériologie

Parmi les 297 cas, 91% ont été diagnostiqués par antigénurie. Une souche clinique a été isolée par culture pour 23% des cas. Pour 20% des cas, une PCR s'est révélée positive.

• Exposition

Pour 34% des cas, au moins un lieu d'exposition à risque autre que le domicile a été rapporté. Il s'agissait de lieux de séjours temporaires, maisons de retraite, hôpitaux, lieux professionnels, piscine/balnéothérapie/thermes, respectivement pour 17%, 7%, 5%, 4% et 2% des cas.

Figure 7. Taux d'incidence standardisé et nombre de cas de légionellose par département, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

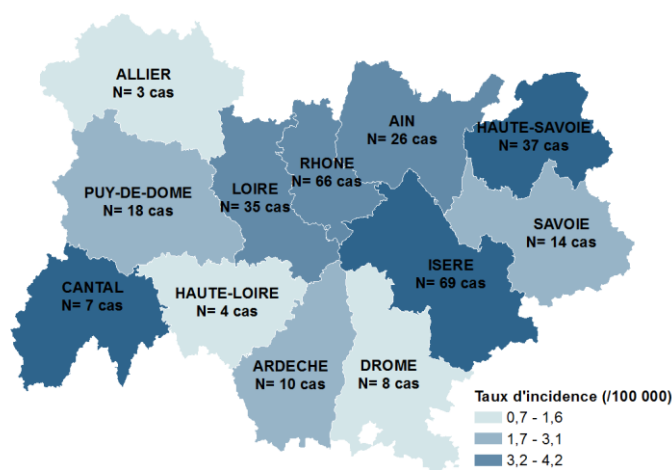


Figure 6. Taux d'incidence des cas notifiés de légionellose en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2019

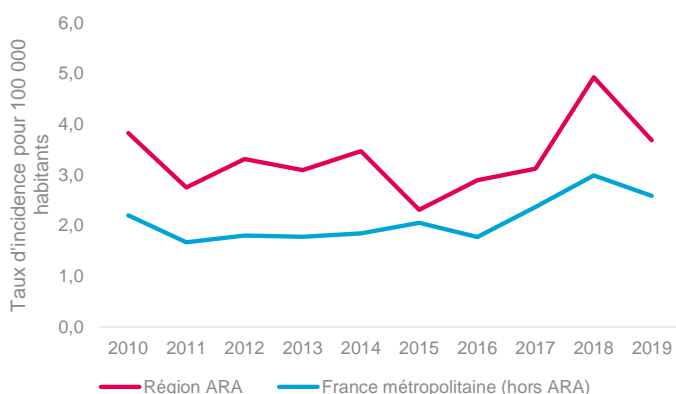
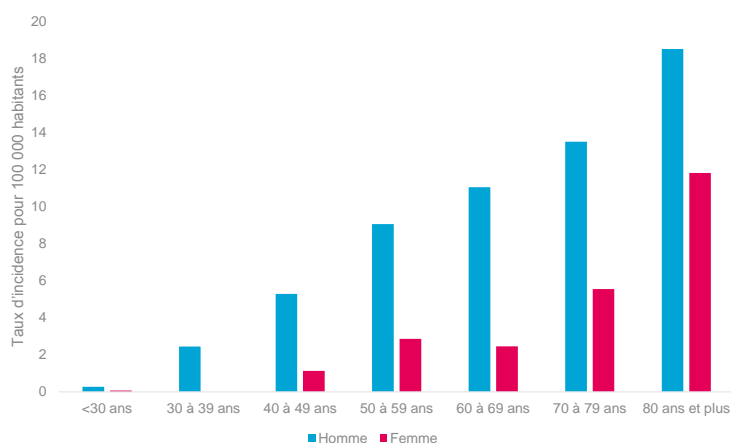


Figure 8. Taux d'incidence selon le sexe et la classe d'âge des cas de légionellose notifiés, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.



Rougeole

• Critère de signalement

- **Cas clinique** : association d'une fièvre $\geq 38,5^\circ$, d'une éruption maculo-papuleuse et au moins un des signes suivants : toux, coryza, conjonctivite ou signe de Koplik.
- **Cas confirmé biologiquement** (un cas confirmé biologiquement ne répond pas obligatoirement à la définition d'un cas clinique) :
 - Détection (en l'absence de vaccination récente) sérologique ou salivaire d'IgM (immunoglobulines type M) spécifiques de la rougeole ;
 - Séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination récente) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence ;
 - Détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire ;
 - Culture positive sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.
- **Cas confirmé épidémiologiquement** : cas qui répond à la définition d'un cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé.

• Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

En 2019, 222 cas de rougeole ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence est de 2,8 pour 100 000 habitants (Figure 9), contre 4,2 cas en France métropolitaine (hors Auvergne-Rhône-Alpes). Ce taux est en légère augmentation depuis 2017, après une période de très faible incidence de 2012 à 2016, suite à l'épidémie de 2008-2011. Les départements les plus concernés étaient : le Rhône (71 cas), la Savoie (56 cas), la Loire (31 cas), la Haute-Savoie (22 cas) et l'Ain (14 cas). Les autres départements ont rapportés moins de 10 cas sur l'année 2019, à l'exception de l'Allier qui n'a déclaré aucun cas (Figure 10).

L'année 2019 a été marquée par un foyer épidémique de rougeole de 55 cas rapportés chez des saisonniers dans la station de ski de Val Thorens en Savoie en février.

• Caractéristiques des cas

- 51% étaient des hommes
- 54% des cas étaient âgés de moins de 20 ans (moyenne = 19 ans ; médiane = 17 ans)
- Le taux d'hospitalisation était de 23%. Une complication était rapportée dans 9% des cas.
- L'information sur le statut vaccinal était disponible pour 81% des cas (180/222), 61 d'entre eux étaient vaccinés.

Figure 10. Taux d'incidence et nombre de cas de rougeole par département. Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

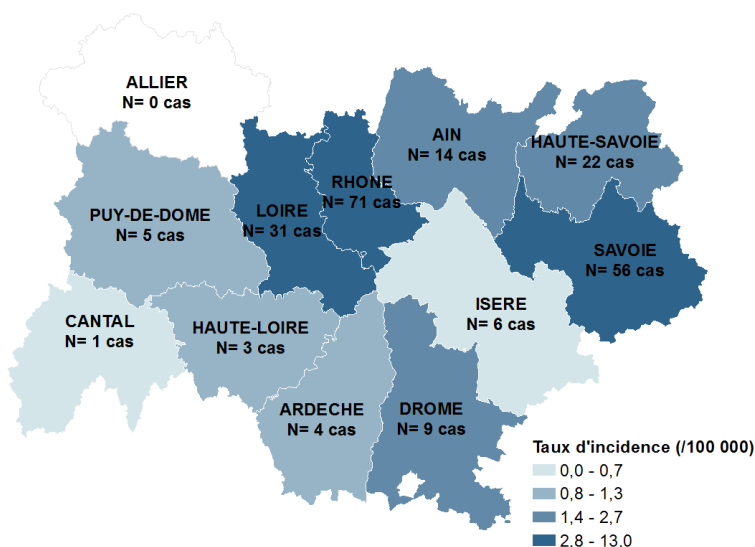


Figure 9. Taux d'incidence des cas notifiés de rougeole en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2019

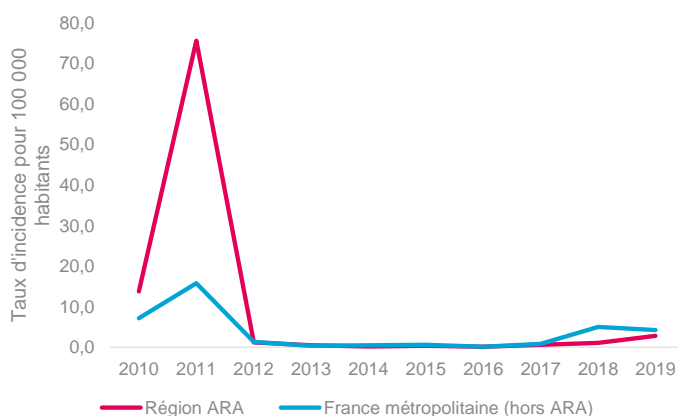
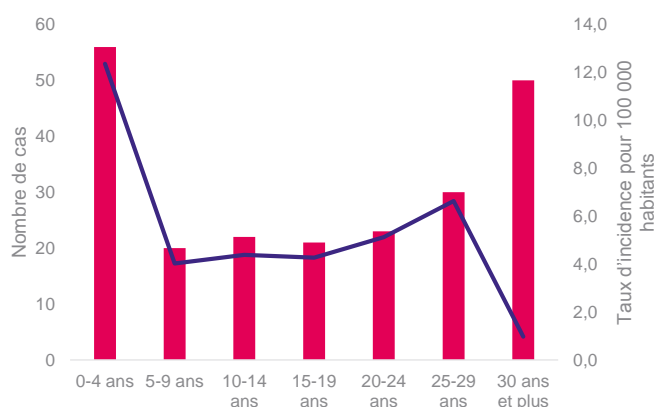


Figure 11. Nombre de cas et taux d'incidence de la rougeole par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.



Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac)

• Critère de signalement

Survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

• Nombre de Tiac notifiées

En 2019, 269 foyers de Tiac ont été notifiés dans la région. Le nombre de foyers déclarés était de 3,4 foyers pour 100 000 habitants dans la région (Figure 12), supérieur au taux en France métropolitaine hors Auvergne-Rhône-Alpes (2,5). Comme au niveau national, le nombre de foyers de Tiac semble suivre une tendance à la hausse ces dernières années.

A l'échelon départemental, la Savoie, la Haute-Loire et le Rhône avaient les incidences les plus élevées en 2019 (Figure 13).

• Caractéristiques des foyers de Tiac

- 2 805 malades ; 75 hospitalisations ; aucun décès
- Moyenne des taux d'attaque : 65%
- 71% des foyers avec un taux d'attaque supérieur à 50%

• Lieux de survenue

Pour 39% des foyers, le repas suspect avait lieu en restauration commerciale, pour 36% en milieu familial et pour 18% en restauration collective (institut médico-social, cantine...).

• Aliments et agents étiologiques identifiés ou suspectés

Un aliment responsable de l'intoxication alimentaire a été suspecté dans 59% des foyers (Tableau 2). Les aliments les plus fréquemment mis en cause en 2019 étaient les « autres aliments » (essentiellement plats cuisinés) (35%), les viandes (18%), les coquillages et fruits de mer (14%), les œufs et produits à base d'œufs (13%), les coquillages et fruits de mer (14%), les œufs et produits à base d'œufs (13%).

L'agent pathogène a été confirmé ou suspecté pour 85% des foyers. Les agents les plus fréquemment mis en causes sont : *Staphylococcus aureus* (27%) et *Bacillus cereus* (26%).

• Episodes marquants en 2019

Plusieurs Tiac importantes ont ponctué l'année 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes, dont voici quelques exemples :

Au mois d'avril, une centaine de salariés d'une grande entreprise du Puy-de-Dôme déclarent des signes digestifs à la suite de repas pris dans le service de restauration collective. L'enquête identifiera au moins 600 cas de gastro-entérites aiguës parmi les salariés (environ 3 500 personnes). La présence de Norovirus génogroupe 1 est retrouvée dans les selles de personnes malades, et attribuée à un défaut d'hygiène lors de la préparation des entrées froides et desserts.

En décembre 2019, comme dans le reste de la France, la région a été touchée par une forte recrudescence des Tiac liées à la consommation d'huîtres en comparaison aux hivers précédents. Du Norovirus a été identifié dans les selles de personnes malades et dans des prélèvements d'huîtres. Ces Tiac ont conduit à la fermeture d'une trentaine de zones de pêche en janvier 2020.

Figure 12. Taux de déclaration des foyers de Tiac en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine 2010-2019

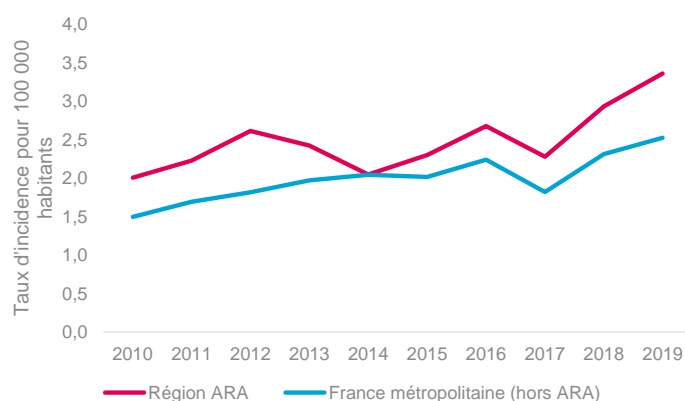


Figure 13. Taux de déclaration et nombre de foyers de Tiac par département de déclaration. Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

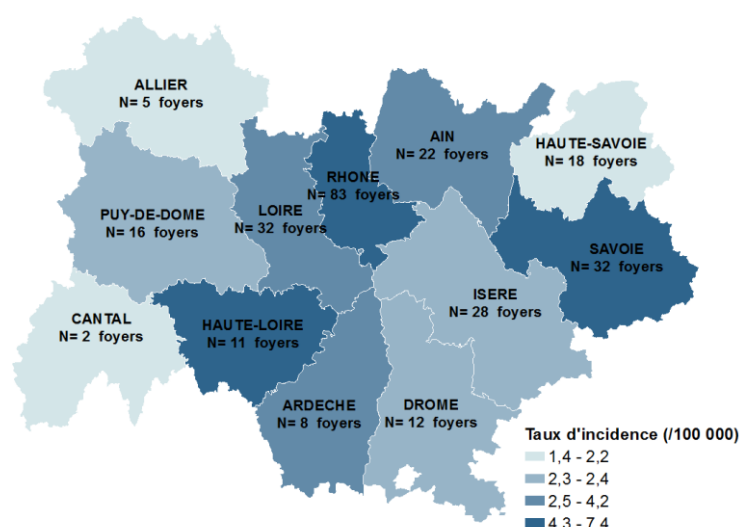


Tableau 2. Aliments et agents pathogènes identifiés ou suspectés dans les foyers de Tiac, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

Aliments	Nombre de foyers	Fréquence
Viandes	29	18%
Coquillage et fruits de mer	23	14%
Œufs et produits à base d'œufs	21	13%
Poisson	9	6%
Produits de charcuterie	9	6%
Volaille	7	4%
Fromage et produits laitiers	4	3%
Boisson	1	1%
Autres	56	35%
Nombre total de foyers avec aliments retrouvés	159	
Agent		
<i>Staphylococcus aureus</i>	60	27%
<i>Bacillus cereus</i>	56	26%
<i>Salmonella spp</i>	38	17%
Virus	36	16%
<i>Clostridium perfringens</i>	8	4%
<i>Campylobacter</i>	7	3%
<i>Shigella</i>	3	1%
Histamine	1	0%
Autres	10	5%
Nombre total de foyers avec agent identifié ou suspecté	219	

Tuberculose

• Critère de signalement

- **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,
- **Cas d'infection tuberculeuse (primo-infection) chez l'enfant de moins de 15 ans** : IDR (intradermoréaction) à 5U positive sans signe clinique ni para clinique (induration >15 mm si BCG, ou >10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans).

Depuis 2007, les cas de tuberculose maladie doivent faire l'objet d'une déclaration d'issue de traitement

Les données d'infection tuberculeuse et des issues de traitement ne sont pas intégrées dans l'analyse qui suit.

Chaque DO concernant un enfant de moins de 15 ans, codé en tuberculose maladie sans localisation de maladie ni résultats de bactériologie positive (microscopie ou culture) a été systématiquement vérifié auprès de l'ARS et le cas échéant du CLAT.

• Nombre de cas notifiés et taux d'incidence

En 2019, 480 cas de tuberculose ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence était de 6 cas pour 100 000 habitants dans la région (Figure 14), versus 5,5 cas en France métropolitaine (hors Auvergne-Rhône-Alpes et Ile de France) et 16,4 en Ile de France. Les taux d'incidence du Rhône, de la Savoie et du Puy-de-Dôme dépassaient le taux régional (Figure 15).

• Données démographiques des cas

- 63% des cas étaient des hommes
- 62% des cas avaient moins de 50 ans et plus de la moitié d'entre eux avaient moins de 30 ans (moyenne = 42 ans ; médiane = 37 ans)
- 15% des cas résidaient en collectivité, 6% des cas étaient SDF
- 75% (n=358) des cas étaient nés à l'étranger

• Caractéristiques cliniques des cas

- 67% des cas correspondaient à des tuberculoses pulmonaires (associées ou non à d'autres localisations)
- Un antécédent de tuberculose traitée par antituberculeux était retrouvé pour 4%
- Les formes méningées (n=8) et miliaires (n=18) représentaient 5% de l'ensemble des cas

• Contexte du diagnostic

Un recours spontané au système de santé a permis le diagnostic de 75% des cas. Respectivement, 7% et 5% des cas ont été identifiés suite à un dépistage ou lors d'une enquête autour d'un cas.

Figure 15. Taux d'incidence et nombre de tuberculose par département de déclaration. Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

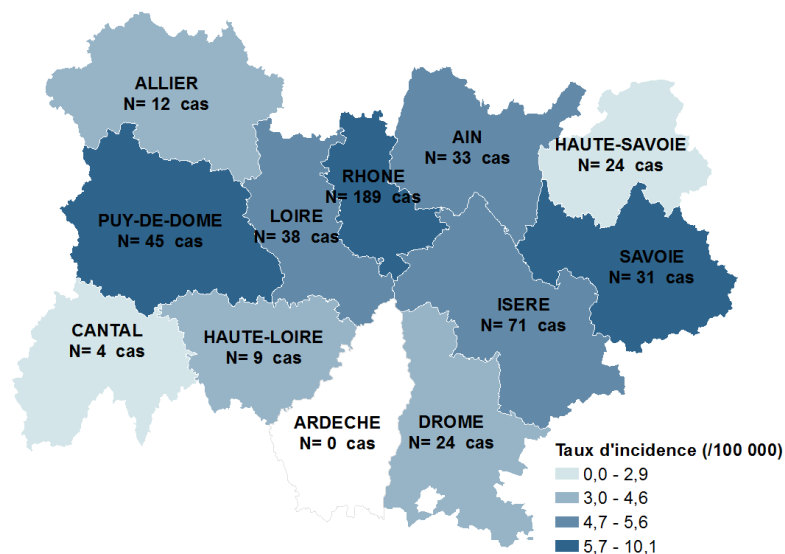


Figure 14. Taux d'incidence des cas de tuberculose notifiés en Auvergne-Rhône-Alpes, en Ile de France et en France métropolitaine 2010-2019

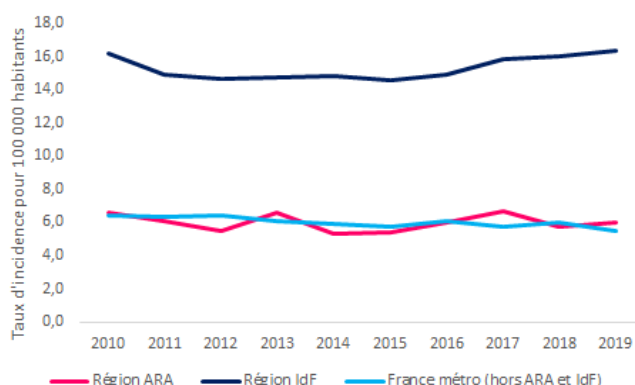
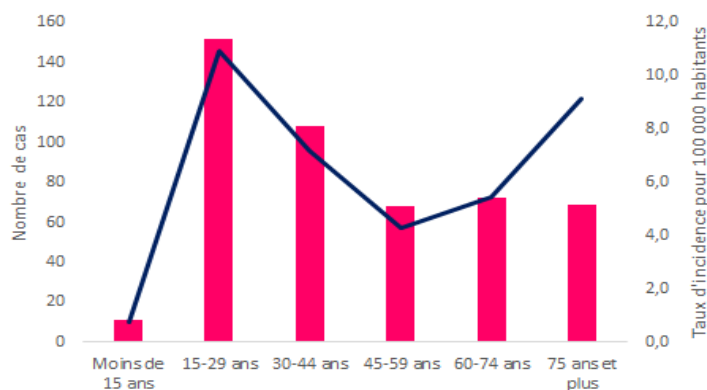


Figure 16. Nombre de cas et taux d'incidence de la tuberculose par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.



Matériel et méthodes

L'analyse porte sur 6 MDO qui figurent parmi les plus fréquemment rapportées dans la région (hépatite A, infection invasive à méningocoque, légionellose, rougeole, toxi-infection alimentaire collective, tuberculose).

La base de données relative aux TIAC rassemble les informations épidémiologiques décrivant l'épisode (nombre de cas, symptômes, etc) et les résultats des enquêtes alimentaires confiées aux directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DD(CS)PP) et transmises à la direction générale de l'alimentation (DGA).

L'identification des cas déclarés dans la région a été effectuée pour chaque maladie en sélectionnant les cas selon le département de domicile, à l'exception des TIAC pour lesquelles les cas ont été sélectionnés selon le département de notification. Lorsqu'une de ces deux variables n'était pas renseignée, elle a été approchée par l'autre variable. Pour la tuberculose, l'année 2019 est la première année où la distribution géographique des cas est décrite par le département de domicile au lieu du département de déclaration suite à la mise en place de l'application e-DO.

Les pourcentages sont calculés parmi les cas pour lesquels l'information est connue.

Les données sont présentées pour la région Auvergne-Rhône-Alpes et par département. Les données de population utilisées sont celles fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) (estimations de population – données actualisées au 31/01/2020).

Les **taux d'incidence rapportés correspondent aux taux de déclaration de la maladie pour 100 000 habitants** non corrigés de la sous-déclaration de ces pathologies par les professionnels de santé. Pour les légionelloses, la carte des taux d'incidence départementaux présente des taux standardisés sur l'âge et le sexe par rapport à la population métropolitaine. A noter qu'au niveau régional, compte-tenu de la structure de la population, les taux d'incidence bruts et standardisés sont identiques.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel STATA® v14.

Tableau récapitulatif

	Hépatite A	IIM	Légionellose	Rougeole	TIAC	Tuberculose
Ain	7	1	26	14	22	33
Allier	1	0	3	0	5	12
Ardèche	9	2	10	4	8	0
Cantal	1	4	7	1	2	4
Drôme	10	1	8	9	12	24
Isère	34	7	69	6	28	71
Loire	16	3	35	31	32	38
Haute-Loire	0	0	4	3	11	9
Puy-de-Dôme	15	6	18	5	16	45
Rhône	48	8	66	71	83	189
Savoie	12	5	14	56	32	31
Haute-Savoie	23	5	37	22	18	24
Région ARA	176	42	297	222	269	480

Coordonnées de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

ARS Auvergne-Rhône-Alpes	Envoi par fax	Envoi scanné par mail	N° téléphone
Point focal régional	04 72 34 41 27	ars69-alerte@ars.sante.fr	0 800 32 42 62 (N° gratuit)

REMERCIEMENTS

La cellule régionale Auvergne-Rhône-Alpes remercie l'ensemble des professionnels de santé qui par leurs signalements contribuent à la prévention, au contrôle et à la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire, ainsi que les services de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en charge des mesures sanitaires autour des cas de MDO et de la validation des données transmises à Santé publique France.

Contact : Santé publique France, Cellule régionale Auvergne-Rhône-Alpes,
cire-ara@santepubliquefrance.fr