

Régionalisation de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire : la Réunion, 2013

Connaitre

31 maladies
à déclaration
obligatoire

DIAGNOSTIQUER



Signaler, notifier



| | |
|---------------------|---|
| Page 2 - 3 | Organisation Rappel sur le dispositif et la régionalisation de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire en France. |
| Page 4 - 6 | Hépatite A à la Réunion : données de déclaration obligatoire, 2010-2013 |
| Page 7 - 9 | Infection invasive à méningocoques à la Réunion : données de déclaration obligatoire, 2010-2013 |
| Page 10 - 11 | Légionellose à la Réunion : données de déclaration obligatoire, 2010-2013 |
| Page 12 - 14 | Rougeole à la Réunion : données de déclaration obligatoire, 2010-2013 |
| Page 15 - 16 | Toxi-infection alimentaire collective (Tiac) à la Réunion : données de déclaration obligatoire, 2010-2013 |
| Page 17 | Rappel sur la déclaration obligatoire |

| Editorial |

Laurent Filleul, Responsable de la Cire océan Indien

Depuis mai 2013, les cellules de l'InVS en région (Cire) participent plus activement à la surveillance de 5 parmi les 31 maladies à déclaration obligatoire (MDO) qui ont été retenues comme prioritaire (fréquence, potentiel d'extension, nécessité de mesures de gestion rapide...). Il s'agit de la rougeole, des infections invasives à méningocoques (IIM), des légionelloses, des toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) et des hépatites A.

Les Cire disposent maintenant d'un accès en temps réel à la base nationale sur ces 5 pathologies. Elles peuvent participer à la complétude des données en lien avec les ARS, détecter des situations inhabituelles et une fois les données validées, analyser les tendances annuelles au sein de leurs régions.

Ce nouveau bulletin de veille sanitaire (BVS) de la Cire océan Indien est consacré à l'analyse des données déclarées pour ces 5 maladies infectieuses sur la période 2010-2013. Le décalage entre la date de déclaration et la synthèse annuelle de ces données tient au délai nécessaire à l'Institut de veille sanitaire (InVS) pour vérifier la validité et la complétude des données et éliminer les doublons dans la base nationale.

Ce système de surveillance épidémiologique joue un rôle important dans le contrôle de ces maladies en permettant dans l'immédiat, à partir du signalement fait à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'Agence de santé océan Indien (ARS OI), la mise en place de mesures prophylactiques et curatives autour des cas afin d'en limiter la sévérité et l'extension.

A moyen et plus long terme, les analyses des tendances au sein des populations cibles permettent d'adapter les stratégies et orienter les politiques de lutte contre ces maladies infectieuses. Il est donc important de ne pas considérer cette déclaration comme une simple démarche administrative mais comme une action pragmatique permettant de contribuer à la santé publique de manière réactive.

Vous trouverez dans ce numéro thématique un rappel sur le dispositif et la régionalisation de la surveillance des MDO. Pour chacune des pathologies un rappel sur la maladie, sur les critères de signalement et de notification sont présentés ainsi que les données épidémiologiques pour l'île de la Réunion.

Bonne lecture.

Rappel sur le dispositif et la régionalisation de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire en France.

Un des objectifs de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), rappelé dans son programme de travail en 2012, est la **régionalisation de la surveillance et de la veille sanitaire** [1]. Les Cire (relais local de l'InVS en région) assurent le fonctionnement du réseau de veille sanitaire en région notamment par l'animation des systèmes de surveillance. Elles mettent en œuvre l'analyse régionale des données de surveillance ainsi que l'animation de la participation des professionnels et des établissements de santé. La régionalisation de la surveillance épidémiologique constitue l'une des priorités stratégiques de l'InVS et elle est également inscrite dans le cadre des missions confiées aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Le dispositif de surveillance spécifique s'organise de manière à répondre à un double enjeu :

- La régionalisation des systèmes de surveillance nationaux dans un but de renforcement de ces systèmes et d'amélioration de la qualité des données en lien avec les départements scientifiques concernés ;
- La mise en place de systèmes de surveillance spécifiques aux problématiques régionales.

Cette déclinaison régionale des systèmes de surveillance est progressive. Certains dispositifs sont renforcés de manière homogène au niveau de l'ensemble des régions (ex. : régionalisation des MDO, intoxications au monoxyde de carbone, canicule et santé, programme de surveillance air et santé) ; l'animation d'autres dispositifs est dépendante des priorités régionales et de la capacité des Cire à absorber le projet (ex. : surveillance des IST, surveillance des principaux risques infectieux en Ehpad).

C'est dans ce cadre que l'InVS a mis à disposition des Cire depuis avril 2011 un accès « en temps réel » aux données nationales relatives à 5 des 31 MDO. Ce système est coordonné par le département des maladies infectieuses (DMI) de l'InVS qui reçoit et valide les données relatives à la légionellose, à la rougeole, à l'hépatite A, aux infections invasives à méningocoques (IIM) et aux Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) avant de les saisir dans une plateforme informatisée accessible en Cire et appelée VOOZAMDO®. Les Cire disposent d'un accès sécurisé sur cette plateforme et peuvent consulter ou extraire les données dans le but de détecter et d'investiguer des situations inhabituelles pouvant conduire à des alertes. En parallèle de cette première vague de mise à disposition de 5 maladies, en temps réel au niveau régional, un groupe de travail a développé des formations et des outils pour l'analyse au niveau régional de ces bases de données MDO.

Cette mise à disposition des données ne change en rien la liste des maladies à déclarer ou le circuit de signalement. Il existe à ce jour 31 maladies (cf. p17) pour lesquelles chaque médecin ou biologiste qui en fait le diagnostic doit transmettre à l'ARS (ici à la Plateforme de veille, et d'urgences sanitaires (PVUS) des données individuelles.

Deux procédures structurent ce dispositif [2] :

| La procédure de signalement |

Objectifs :

- Réagir rapidement et mettre en place les mesures de prévention individuelles et collectives autour des cas,
- Le cas échéant, déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la limiter.

Le signalement des maladies à déclaration obligatoire par les médecins et les biologistes, qui les suspectent ou les diagnostiquent, à la Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires de la Réunion (cf. p17), est une **procédure d'urgence et d'alerte** qui s'effectue **sans délai et par tout moyen approprié**. Il n'existe pas de fiche spécifique dédiée au signalement. Les informations indispensables pour le traitement du signal peuvent être transmises au choix par téléphone, télécopie, mail. Il est également possible de compléter et transmettre ces informations à partir de la fiche de notification. Les maladies qui justifient une intervention urgente à savoir toutes les maladies à déclaration obligatoire à l'exception de l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë, du mésothéliome, et du tétanos sont à signaler.

| La procédure de notification |

Objectifs :

- Assurer le suivi épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire;
- Analyser et suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant à la Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires de la Réunion au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie.

La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. Elle doit être effectuée pour toutes les maladies à déclaration obligatoire.

Les [fiches de notifications](#) peuvent être obtenues :

- auprès de la Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires (coordonnées en dernière page) ;
- ou sur le site InVS (<http://www.invs.sante.fr>) dans : *Accueil > Dossiers thématiques > Maladies infectieuses > Maladies à déclaration obligatoire > 31 maladies à déclaration obligatoire.*

Que son objectif soit le suivi des tendances, l'évaluation de l'impact de la politique de santé publique ou la mise en œuvre d'actions ciblées de prévention, l'efficacité de ce système de surveillance repose sur la participation des médecins et biologistes libéraux et hospitaliers.

Ce document a pour vocation de faire un retour, sous une forme synthétique sur des données de surveillance régionale disponibles pour la Réunion, à ceux qui les produisent et à ceux qui en ont besoin pour renforcer les actions de prévention au niveau local. Il a été réalisé à partir des données de surveillance des maladies à déclaration obligatoire fournies par l'Agence de santé océan Indien (ARS OI) et l'InVS depuis le dernier numéro thématique paru en avril 2011 et qui présentait les données de 2009 [3].

L'objectif de ce bulletin de veille sanitaire thématique est la description de l'épidémiologie récente de ces 5 maladies par la présentation des données renseignées dans le cadre de la déclaration obligatoire.

Ce numéro est aussi l'occasion de remercier tous les déclarants (médecins et biologistes) ainsi que la PVUS sans qui cette surveillance ne pourrait fonctionner, et de motiver ceux qui dépistent ou diagnostiquent des MDO à les signaler à la Plateforme de Veille et d'Urgences sanitaires de la Réunion [4].

Références

[1] Programme de travail 2012 (Synthèse), Institut de Veille Sanitaire.

Disponible en ligne :

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.invs.sante.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F24202%2F135320%2Fversion%2F1%2Ffile%2FProgramme%2Bde%2Btravail%2B2012.pdf&ei=AujkUZrQKISShg4vYDQAw&usq=AFqjCNGrDM_Rk5MABr-BGNL8VHBuSWg7Tq&sig2=a7PrH2fXqXtNcWQJaanfHw&bvm=bv.48705608.d.ZG4

[2] Bulletin de Veille Sanitaire thématique : Les maladies à déclaration obligatoire : Connaître, diagnostiquer, déclarer ...

- Cire Océan Indien- Institut de Veille Sanitaire. Disponible en ligne :

<http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Ocean-indien-Reunion-Mayotte/Bulletin-de-veille-sanitaire-ocean-indien.-N-16-Numero-special-MDO-Avril-2012>

[3] Bulletin de Veille Sanitaire thématique : maladies à déclaration obligatoire en 2009 à la Réunion et Mayotte- Cire Océan Indien- Institut de Veille Sanitaire. Disponible en ligne :

http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/reunion_mayotte/2011/bvs_rm_10_2011.pdf

[4] **Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires de la Réunion** - ARS OI



signaler, alerter

**Plateforme de Veille
et d'Urgences sanitaires**

A La Réunion
Réception 06h à 24h

02 62 93 94 15

✉ ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr

☎ Fax: 02 62 93 94 56

📍 Agence de Santé Océan Indien
Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires
2 bis avenue Georges Brassens CS 61002
97743 ST DENIS CEDEX 9

ars
INVS
Institut de Veille Sanitaire

Méthode

Source de données : Fiches de notification des cas déclarés à l'autorité sanitaire (données validées par l'InVS)

Période d'étude : 2010 - 2013.

Sélection des cas : L'analyse porte sur les cas résidant dans le département 974 (sélection faite sur les codes postaux de résidence)

Données de population : Données de population Insee, 2012

Logiciel utilisé : Stata 12.

1. Rappel

| | |
|---|--|
| Agent pathogène | VHA, Hépatovirus de la famille des <i>Picornaviridae</i> |
| Réservoir | Humain, personne malade ou asymptomatique |
| Source de contamination | Selles de personnes infectées, aliments et eaux contaminés par les selles. |
| Mode de transmission | De personne à personne : manuportée par contact direct féco-oral A partir de l'environnement : indirect par consommation d'eau contaminée ou d'aliments consommés crus contaminés soit à la production soit lors de la préparation par une personne infectée excrétrice |
| Incubation | 15-50 jours (moyenne 28 à 30 jours) |
| Durée de contagiosité | L'excrétion virale dans les selles débute 3 à 10 jours avant l'apparition des manifestations cliniques et ne dépasse pas en moyenne 3 semaines après le début des premiers signes |
| Population particulièrement exposée | Jeunes enfants n'ayant pas acquis l'âge de la propreté, personnes handicapées en collectivité et personnel s'en occupant, homosexuels masculins, voyageurs en pays d'endémie |
| Population présentant un risque de gravité | Personnes atteintes de pathologies hépatiques chroniques ou de mucoviscidose |

L'hépatite A aiguë est une maladie à déclaration obligatoire depuis novembre 2005, afin d'obtenir des données fiables pour faire des choix de santé publique et pour les évaluer.

Objectifs de la surveillance :

- détecter les cas groupés afin de prendre les mesures de contrôle adaptées ;
- suivre les tendances annuelles, les expositions à risque et leurs évolutions .

Critères de signalement et de notification des cas d'hépatite A aiguë : présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

2. Tendances évolutives à la Réunion 2010-2013

Au cours de la période 2010-2013, 46 cas ont été notifiés à la Réunion (respectivement 11, 19, 7 et 9 cas).

L'incidence annuelle variait d'une année à l'autre (Figure 1), mais restait en moyenne sur la période de 1,4 cas/100 000 habitants, comme sur la période 2006-2009. Elle était globalement inférieure à celle de la métropole sur la période 2006-2013, sauf en 2011, où l'incidence locale s'élevait à 2,3/100 000 habitants et était supérieure à celle de la métropole (1,6/100 000). Cette situation s'expliquait par un nombre important de cas ayant séjourné à l'étranger dans des pays d'endémicité (soit 15 des 19 cas déclarés en 2011).

La distribution des cas par mois de diagnostic (Figure 2) indiquait un pic en septembre 2011 avec 5 cas diagnostiqués.

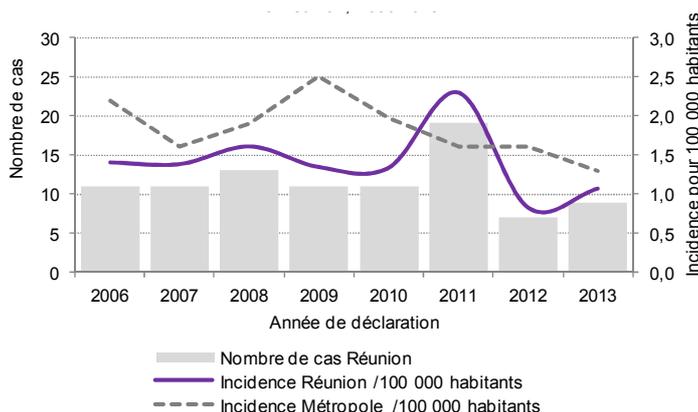
3. Description des cas à la Réunion 2010-2013

Comme les années précédentes, l'hépatite A a touché majoritairement des hommes, soit 33 des 46 cas déclarés entre 2010-2013 (sex-ratio H/F de 2,5). Hormis un cluster de cas en 2010 (cf. 4. *Investigation autour d'un cas groupé, 2010*), aucun autre regroupement temporo-spatial n'a été mis en évidence au cours de la période.

L'âge médian des cas notifiés était de 35 ans (min-max : 5-95 ans) soit quasiment le même qu'entre 2006 et 2009 (34 ans).

| Figure 1 |

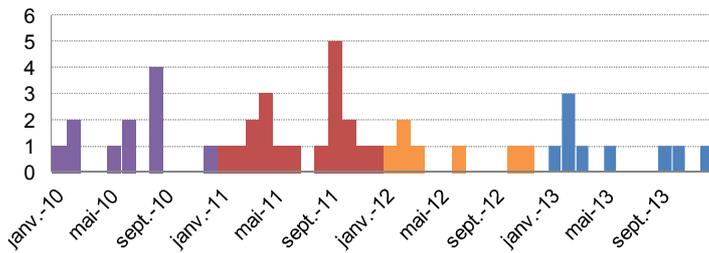
Nombre de cas notifiés et incidence annuelle/100 000 habitants de l'hépatite A aiguë à la Réunion, 2006-2013



Toutes les classes d'âge étaient touchées. En moyenne sur la période, 0,3 cas pour 100 000 étaient survenus chez les 0-5 ans ; 1,8 cas chez les 6-15 ans ; 1,6 respectivement chez les 16-25 ans et les 26-45 ans et 1,2 cas chez les plus de 45 ans. Chez les hommes, la classe d'âges la plus touchée était celle des 26-45 ans (3,2 cas pour 100 000 habitants sur la période). Chez les femmes, il s'agissait des 16-25 ans (1,6 cas pour 100 000 habitants) (Figure 3).

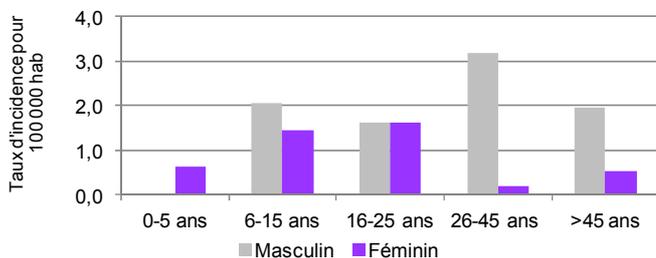
| Figure 2 |

Distribution des cas notifiés d'hépatite A aiguë par mois de diagnostic, la Réunion, 2010-2013



| Figure 3 |

Taux d'incidence des cas notifiés d'hépatite A par classe d'âge et sexe, la Réunion, 2010-2013



Entre 2010 et 2013, 25 patients (67,7% des cas renseignés) ont présenté un ictère et 17 patients (41,5% des cas renseignés) ont été hospitalisés.

Sur la période, la tendance restait stable quant aux principales expositions à risque. Dans plus de trois cas sur quatre (32/45), un séjour hors Réunion a été retrouvé. Pour les 25 cas pour lesquels la donnée était renseignée, aucun n'était vacciné.

Parmi ces cas importés, 23 (71,9%) déclaraient un voyage à Madagascar (dont près de la moitié sur la seule année 2011). Les autres lieux de séjour renseignés étaient Maurice (n=4), l'Inde (n=3), les Maldives (n=1) et l'Australie-Thaïlande (n=1).

Bien que toutes les classes d'âge étaient concernées, l'infection par l'hépatite A consécutive à un séjour à l'étranger a été plus souvent observée chez les 26-45 ans et les plus de 45 ans (66,7% et 72,7% de ces classes d'âge respectives), mais également chez les 6-15 ans (dans 9 cas sur 10).

Parmi les autres expositions à risque, étaient retrouvées : présence d'un enfant de moins de 3 ans dans l'entourage (n=4), cas dans l'entourage (n=2), fréquentation d'un établissement recevant des handicapés (n=1). Aucun cas n'avait travaillé en crèche, ou n'avait consommé de fruits de mer.

4. Investigation autour d'un cas groupé, 2010

Entre le 23 et le 28 août 2010, 5 notifications de patients atteints d'hépatite A ont été reçues à la Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires de l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI). Etant donné la répartition spatio-temporelle des cas, l'existence d'un lien entre eux a été suspectée.

Une enquête épidémiologique auprès des cas et de leur entourage a

été menée par la Cire OI. Une recherche active d'autres cas sur la zone géographique de résidence des cas identifiés a également été réalisée. L'investigation avait effectivement permis de confirmer l'apparition d'un épisode de cas groupés d'hépatite A aiguë sur l'île de la Réunion. Pour 2 des 5 cas, la notion de voyage en zone d'endémie orientait vers une hypothèse de contamination en dehors de l'île (un séjour en Inde pour un résident réunionnais et un séjour à Anjouan pour un résident métropolitain).

Concernant les 3 autres cas, au vu des dates de début des signes cliniques rapprochées dans le temps et de la domiciliation au sein de la même commune, la piste d'une source commune de contamination semblait la plus probable. L'interrogatoire des cas ne révélait pas d'exposition commune (lieux, aliments ..). De part le sexe masculin des cas et l'orientation sexuelle HSH (rapports sexuels avec d'autres hommes), déclaré par un des cas, l'hypothèse d'une transmission secondaire oro-fécale par voie sexuelle via un cas index semblait la plus vraisemblable.

L'analyse phylogénétique réalisée par le CNR des virus des hépatites à transmission entérique avait permis d'isoler 3 souches virales distinctes parmi les souches des 5 cas :

- une souche de génotype IIIA, génotype endémique dans le sous-continent indien et à Madagascar, chez un patient ayant séjourné en Inde, et une souche de génotype IB.
- une même souche de génotype IA a été retrouvée chez 3 patients lors de l'épisode de cas groupés.

Cette souche est retrouvée dans toute la France métropolitaine et également en Europe (Italie, Espagne, Pays-Bas, Allemagne) dans la communauté homosexuelle, mais elle a également diffusé hors de la communauté depuis plusieurs années. Ainsi l'hypothèse d'une transmission secondaire oro-fécale par voie sexuelle semblait la plus vraisemblable (orientation sexuelle HSH connue comme facteur de risque dans la littérature).

Depuis cette investigation, aucun autre épisode de cas groupés d'hépatite A (quelque soit le mode de transmission) n'a été observé sur l'île de la Réunion.

5. Conclusion

Le nombre de cas d'hépatite A aiguë déclaré à la Réunion entre 2010 et 2013 était resté relativement stable (en moyenne 11,5 cas / an sur la période 2006-2009 et 2010-2013). Hormis des cas sporadiques et un épisode de cas groupés autochtones identifié en 2010, plus des deux tiers des cas déclarés avaient pour exposition à risque un séjour en zone d'endémie. Parmi ces cas importés, plus des deux tiers étaient en provenance de Madagascar, entraînant pour la première fois en 2011 une augmentation de l'incidence régionale supérieure à l'incidence déclarée en France métropolitaine (2,4 contre 1,6 cas /100 000 habitants).

La vaccination recommandée en France pour certaines populations (dont les homosexuels masculins) est également conseillée aux voyageurs séjournant en zone d'endémie, quelles que soient les conditions du séjour.

Remerciements

A Elisabeth Couturier du Département des Maladies Infectieuses de l'InVS et à Vanina Guernier.

Références

- **Maladie à déclaration obligatoire.** JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses. **Fiche de notification** disponible sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12614.do
- **Calendrier vaccinal** en vigueur : **Calendrier vaccinal** en vigueur : <http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html>
- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux recommandations de vaccination préventive ciblée contre l'hépatite A. 13 février 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090213_HepARecomm.pdf
- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination autour d'un ou de plusieurs cas d'hépatite A. 13 février 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090213_HepACas.pdf
- Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des d'hépatites aiguës A Disponible sur http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1020

INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUE A LA REUNION : données de déclaration obligatoire, 2010 - 2013 |

1. Rappel

| | |
|---|--|
| Agent pathogène | <i>Neisseria meningitidis</i> , de séro groupe A, B, C, Y et W (les plus répandues) ou autres |
| Réservoir | Exclusivement humain, personne malade ou asymptomatique |
| Mode de transmission | De personne à personne : par contact direct, répété et prolongé avec les sécrétions rhino-pharyngées Le risque de transmission est fonction de la nature de l'exposition (en général à courte distance, en face à face et d'une durée de plus d'une heure). |
| Incubation | 2-10 jours (5 jours en moyenne) |
| Contagiosité | Faible |
| Durée de contagiosité | 7 jours avant le début de la maladie (en pratique 10 jours avant l'hospitalisation) jusqu'à moins de 24 heures après le début du traitement par ceftriaxone ou d'un autre antibiotique efficace sur le portage |
| Population particulièrement exposée | Enfants âgés de moins de 5 ans, adolescents |
| Population présentant un risque de gravité | Personnes aspléniques, personnes atteintes de drépanocytose, personnes atteintes de certains déficits immunitaires congénitaux (déficit en properdine, fraction terminale du complément), personnes recevant un traitement anti-C5A |

La déclaration obligatoire concerne toutes les infections invasives à méningocoque (IIM).

Objectifs de la surveillance :

- détecter les cas groupés et les augmentations d'incidence ;
- décrire l'évolution annuelle de la maladie et ses principales caractéristiques ;
- définir et évaluer les mesures de prévention mises en place.

Critères de signalement et de notification

La définition des cas correspond à la présence d'au moins l'un des quatre critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques OU PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide céphalo-rachidien (LCR), liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique
2. Présence de diplocoques gram négatifs à l'examen direct du LCR
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie)

ET :

- soit, présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,

- soit, présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR, le sang ou les urines.

4. Présence d'un *purpura fulminans* (*purpura* dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie.)

2. Tendances évolutives à la Réunion 2010-2013

Entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2013, 20 cas d'infection à méningocoque ont été déclarés soit en moyenne 5 nouvelles infections chaque année (Figure 1). Globalement, on observait une tendance à la hausse du taux d'incidence à la Réunion, en témoignent les incidences sur les périodes 2006-2009 et 2010-2013 (respectivement 0,25 et 0,51 cas pour 100 000 habitants).

En 2013, avec 5 cas recensés, le taux d'incidence était de 0,48 cas/100 000 habitants. En 2012, avec 7 cas déclarés, le taux était de 0,60 cas/100 000 habitants. Cette même année, un cas groupé d'IIM

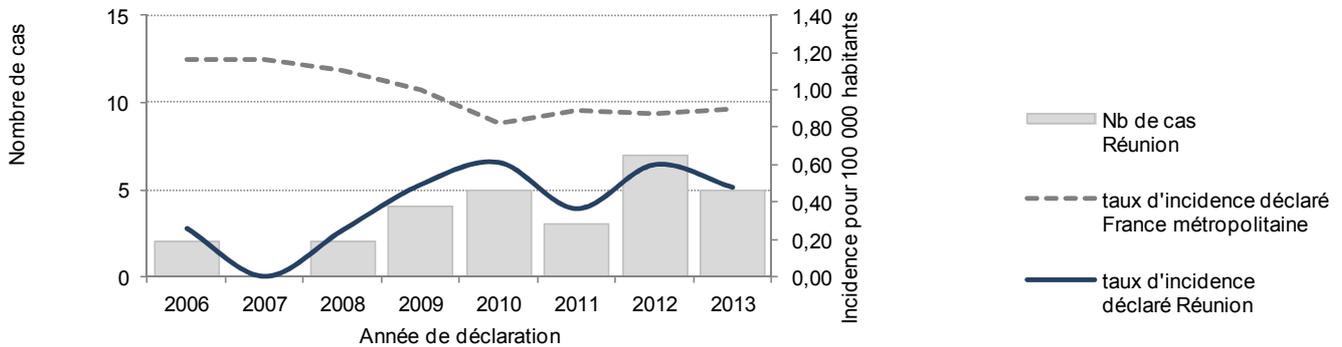
séro groupe B dans une famille élargie (3 malades dont 1 décès) a été identifié dans l'Ouest de l'île (cf 4. Investigation d'un cas groupé).

3. Description des cas 2010-2013

Parmi les 20 cas notifiés entre 2010 et 2013 à la Réunion, le sexe ratio H/F était de 0,8 (9 hommes et 11 femmes). Globalement, les IIM affectaient surtout les enfants et les adolescents. Entre 2010 et 2013, 20% des cas avaient moins de 1 an et 25% avaient entre 1 et 14 ans. Les adultes de plus de 25 ans représentaient quant à eux 25% des cas (Tableau 1).

| Figure 1 |

Répartition des cas d'IIM notifiés et incidence annuelle à la Réunion et en métropole, 2006-2013, la Réunion (n=28).



Les principales caractéristiques des cas sont résumées dans le tableau 1.

Au niveau clinique, 7 patients sur 20 ont présenté un purpura fulminans. Les 2 décès recensés sur la période présentaient ce critère de gravité. Si l'évolution de la maladie s'est achevée par une guérison pour 16 patients, 2 ont présenté des séquelles : amputations, séquelles néphrologiques.

Lorsque l'information était disponible, le méningocoque était retrouvé principalement dans le sang (8 cas), dans le LCR (3 cas) et dans les deux milieux (2 cas). Il a été isolé une fois dans du liquide articulaire. Parmi les 18 sérogroupes identifiés, le sérotype B était le plus fréquent (13 cas parmi toutes les classes d'âge) (Figure 2). Suivaient ensuite par ordre de fréquence les méningocoques du sérotype W et C avec respectivement 2 cas. Un cas a présenté un sérotype Y.

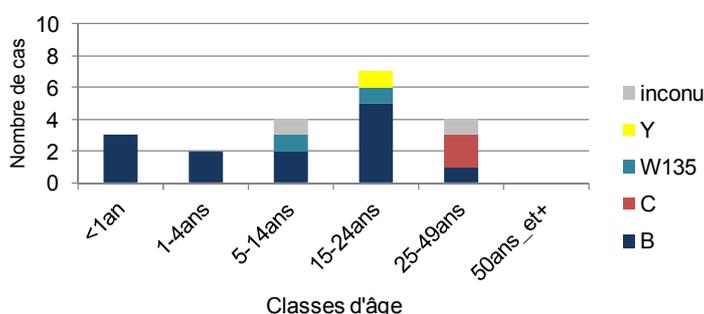
| Tableau 1 |

Caractéristiques épidémiologiques des cas d'IIM à la Réunion, période 2010-2013 (n=20)

| | 2010 (n=5) | 2011 (n=3) | 2012 (n=7) | 2013 (n=5) | Total N=20 | % 2010-2013 | N renseigné |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
| Sexe | | | | | | | 20 |
| Femmes | 4 | 0 | 3 | 4 | 11 | 55,0% | |
| Hommes | 1 | 3 | 4 | 1 | 9 | 45,0% | |
| Age | | | | | | | 20 |
| <1 an | 1 | 0 | 1 | 2 | 4 | 20,0% | |
| 1-4 ans | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5,0% | |
| 5-14 ans | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 | 20,0% | |
| 15-24 ans | 2 | 0 | 3 | 1 | 6 | 30,0% | |
| 25-49 ans | 1 | 0 | 2 | 2 | 5 | 25,0% | |
| 50 ans et + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0% | |
| Sérogroupe | | | | | | | 18 |
| A | | | | | 0 | 0,0% | |
| B | 2 | 3 | 5 | 3 | 13 | 72,2% | |
| C | 1 | | 1 | | 2 | 11,1% | |
| W | 1 | | | 1 | 2 | 11,1% | |
| Y | 1 | | | | 1 | 5,6% | |
| Autre | | | | | 0 | 0,0% | |
| Inconnu | | | 1 | 1 | 2 | | |
| Site de l'isolement bactériologique | | | | | | | 14 |
| Sang | 3 | 1 | 1 | 3 | 8 | 57,1% | |
| LCR | | | 3 | | 3 | 21,4% | |
| Sang + LCR | 1 | | 1 | | 2 | 14,3% | |
| Liquide articulaire | 1 | | | | 1 | 7,2% | |
| Inconnu | | 2 | 2 | 2 | 6 | | |
| Evolution | | | | | | | 20 |
| Guérison | 4 | 2 | 6 | 4 | 16 | 80,0% | |
| Séquelles | 1 | 1 | | | 2 | 10,0% | |
| Décès | | | 1 | 1 | 2 | 10,0% | |
| Purpura fulminans | | | | | | | 20 |
| Non | 4 | 1 | 4 | 3 | 12 | 63,2% | |
| Oui | 1 | 2 | 3 | 1 | 7 | 36,8% | |

| Figure 2 |

Distribution des cas d'IIM par sérogroupes et classes d'âge, la Réunion, 2010-2013 (n=20)



Pour 14 des 20 cas d'infection invasive à méningocoque déclarés, des mesures préventives ont été prises **dans l'entourage des cas** : une chimioprophylaxie a été débutée chez 182 personnes (en moyenne 12 personnes traitées par cas). Pour 4 de ces 14 cas, une vaccination a été réalisée au total chez 24 personnes de l'entourage (en moyenne 6 personnes par cas).

Pour 7 des 20 cas (dont 4 avaient déjà bénéficié de mesures dans l'entourage), des mesures préventives **dans la collectivité** ont été prises. Une chimioprophylaxie a été mise en place autour des cas : soit chez 90 personnes (moyenne de 12 personnes par cas). Enfin, pour 2 de ces 7 cas, une vaccination a été réalisée chez respectivement 9 et 17 personnes de la collectivité.

4. Investigation autour d'un cas groupé, 2012

L'année 2012 a connu une situation épidémiologique inhabituelle avec la survenue de 3 cas entre janvier et mars dans l'ouest de l'île et sans notion de contact direct entre eux (2 jeunes de 17 ans et un nourrisson d'1 an). Néanmoins, même en l'absence de contact direct, ces trois cas appartenaient à une même famille étendue résidant dans un même quartier, et possédaient des liens épidémiologiques et géographiques forts. L'antibioprophylaxie autour du premier cas a concerné plus d'une centaine de personnes dans son entourage et la collectivité. Malgré les mesures de prévention mises en place, la même souche de méningocoque B du complexe clonal ST-162 (VR1=7-2, VR2=4 FetA=F5-9), sensible à la rifampicine, a circulé au sein de la famille étendue. Le nourrisson d'un an, qui présentait un *purpura fulminans*, est décédé des suites de la maladie, tandis que l'évolution a été favorable et sans séquelles pour les 2 autres cas familiaux. Sur le reste de l'année, 4 autres cas d'IIM ont été notifiés. Il s'agissait de 2 infections invasives à méningocoques B liées à des souches de mêmes caractéristiques que celles du cluster décrit précédemment mais sans lien épidémiologique avec celui-ci, une IIM C et un cas de sérotype non caractérisé, dont l'évolution de la maladie a été favorable.

5. Conclusion

Depuis l'année 2000, l'incidence des IIM varie de façon cyclique à la Réunion. La particularité de 2012 résidait dans l'identification de la même souche de *Neisseria meningitidis* sérotype B chez des cas liés, rappelant ainsi **l'intérêt pour la santé publique d'adresser les souches au Centre national de référence (CNR) des méningoco-**

ques pour le suivi et la caractérisation des alertes. D'après l'expertise du CNR, le cas groupé de 2012 aurait pu relever d'une indication vaccinale si le vaccin avait été disponible et ce dernier avait couvert la souche (cf. Avis HCSP du 25/10/2013, en référence ci-dessous).

Remerciements

A Isabelle Parent du Département des Maladies Infectieuses de l'InVS et à Aurélie Martin (Interne de Santé Publique-Cire OI)

Références

- **Maladie à déclaration obligatoire.** JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses. **Fiche de notification** disponible sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12201.do
- **Calendrier vaccinal en vigueur : Calendrier vaccinal** en vigueur : <http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html>
- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué C. 26 juin 2009. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090424_meningC.pdf
- Avis relatif à l'utilisation du vaccin méningococcique conjugué tétravalent A/C/Y/W135 MENVEO. 25 juin 2010 – Avis complémentaire du 17 décembre 2010) http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20100625_vaccmeninMenveo.pdf
- Instruction du 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque et annexe à l'instruction. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/instruction_dgs_r11_relative_prophylaxie_des_iim_du_27_01_2011.pdf
- Avis rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relatifs à l'utilisation du vaccin méningococcique conjugué tétravalent A,C,Y,W135 NIMENRIX® et à la place respective des vaccins méningococciques tétravalents conjugués et non conjugués. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20120712_meningonimenrix.pdf http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20120712_meningonimenrix.pdf
- Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relatif aux recommandations de vaccination contre le méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations, sexuelles avec d'autres hommes (HSH). 01/07/2013. Disponible en ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20130701_infectionmeningocvaccplus24ans.pdf
- Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relatif à l'utilisation du vaccin Bexsero. 25/10/2013. Disponible en ligne : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clef=386>

LEGIONELLOSES A LA REUNION : données de déclaration obligatoire, 2010 - 2013 |

1. Rappel

| | |
|---|--|
| Agent pathogène | <i>Legionella spp</i> dont <i>pneumophila</i> du séro groupe 1 (la plus fréquemment retrouvée) |
| Réservoir | Eau |
| Source de contamination | Réseaux d'eau de distribution (eau chaude essentiellement et eau froide) Systèmes de climatisation humides : tours aéro-réfrigérantes, humidificateurs... Autres : thermes, balnéothérapie, saunas, fontaines décoratives, ... |
| Mode de contamination | A partir de l'environnement : contamination par inhalation de fines gouttelettes (<5µm) d'eau contaminée, pas de transmission interhumaine |
| Incubation | 2 à 10 jours (incubations plus longues exceptionnellement rapportées, interrogatoire systématique sur 14 jours) |
| Durée de contagiosité | Sans objet |
| Population particulièrement à risque | Personnes âgées, personnes immunodéprimées Facteurs de risque : sexe masculin, âge élevé, tabagisme, diabète, immunodépression |
| Population présentant un risque de gravité | Co-morbidité, diagnostic tardif |

Les légionelloses font l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1987.

Objectifs de la surveillance :

- décrire les caractéristiques des cas (âge, sexe, létalité, diagnostic, expositions à risque).
- détecter des cas groupés à l'échelon régional afin de mettre en place les mesures de contrôle et de prévention adaptées ;
- estimer des taux d'incidence et des tendances annuelles au niveau départemental/régional ;

Critères de signalement et de notification de la légionellose :

Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

- **cas probable** : titre d'anticorps élevé (> ou =256) **ET/OU** PCR positive

- **cas confirmé** : isolement de *Legionella spp.* dans un prélèvement clinique **ET/OU** augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2^e titre minimum de 128 **ET/OU** présence d'antigène soluble urinaire.

1. Tendances 2010-2013

Huit cas résidant à la Réunion ont été déclarés en 2010, 2 en 2011, 4 en 2012 et 3 en 2013 (soit en moyenne 4,3 cas par an) (Figure 1). Les cas survenaient tout au long de l'année (Figure 2).

Le taux annuel d'incidence pour 100 000 habitants était compris entre 0,2 et 1 (moyenne 0,5 cas/100 000 habitants). Cette incidence était inférieure à l'incidence observée en France métropolitaine comprise entre 1,8 et 2,4 pour la même période (en moyenne 2 cas pour 100 000 habitants) (Figure 1).

2. Description des cas 2010 - 2013

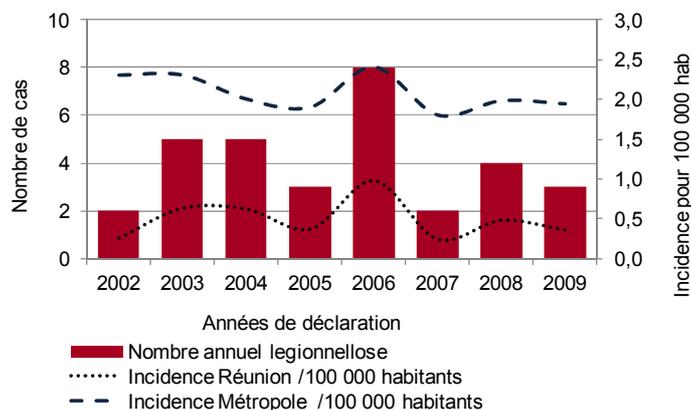
Parmi les 17 cas résidant à la Réunion et déclarés entre 2010 et 2013, 15 étaient des hommes (sex-ratio H/F de 5 contre 2,8 en France pour la même période). L'âge médian était de 60,9 ans [min-max: 31-84 ans]. Il était en France métropolitaine en 2013, de 65 ans [min-max : 15-98 ans].

Tous les cas ont été hospitalisés. Parmi les 14 cas pour lesquels l'évolution était renseignée, 1 seul décès chez un homme de 75 ans présentant une co-morbidité (diabète connu pour être un facteur de

risque associé à la maladie) a été déclaré (taux de létalité 7,1% contre 12% au niveau national).

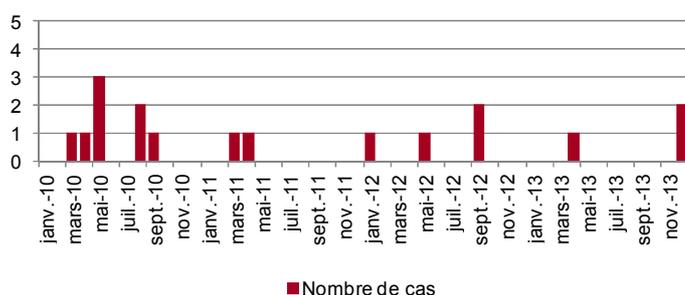
| Figure 1 |

Distribution des cas de la légionellose notifiés et incidence annuelle/100 000 habitants à la Réunion et en France métropolitaine, 2006-2013 (n=32).



| Figure 2 |

Distribution des cas notifiés de légionellose par mois de surveillance, la Réunion, 2010-2013 (n=17).



Parmi l'ensemble des cas, 14 (82,3%) présentaient au moins un facteur de risque. Le facteur de risque prédominant était le tabagisme qui était relevé dans plus de 70% des cas (10/14), puis venait le diabète avec 4 cas. Étaient également retrouvés : l'éthylisme (3 cas dont 1 avec pathologie cardiaque associée et 1 avec pathologie respiratoire associée), l'hémopathie (1 cas), la corticothérapie (1 cas), l'infection par le VIH (1 cas).

Au plan bactériologique, tous les cas étaient des cas confirmés. La détection des antigènes solubles urinaires était la principale méthode diagnostique utilisée (16 cas) et 100% des cas étaient dus à *L. pneumophila* sérotype 1. Seul 1 cas a été identifié par culture et a permis d'isoler une souche de *Legionella pneumophila* sérotype 4. Aucune amplification génique (PCR) n'a été réalisée.

Parmi l'ensemble des cas, 6 (35,3%) disposaient d'informations concernant les expositions à risques identifiées (37% au niveau national en 2013). Pour ces 6 cas, le mode d'exposition principal était un voyage avec un séjour dans un établissement de tourisme. Les pays identifiés étaient la Malaisie (2 cas), et avec respectivement 1 cas : Rodrigues, les Philippines, la Chine et la France (Paris).

Entre 2010 et 2013, aucune des investigations réalisées par l'ARS n'avait permis d'identifier une source commune de contamination.

3. Conclusion

D'après une étude d'exhaustivité menée par l'InVS sur les données déclarées en 2010 à la Réunion, 100% des cas diagnostiqués par les laboratoires de l'île ont été notifiés. Bien qu'il y ait peu de cas, leurs caractéristiques étaient pratiquement similaires à celles retrouvées classiquement pour cette pathologie : prédominance masculine, âge avancé et présence de facteurs de risques associés (tabagisme, diabète, corticothérapie au long cours, ...).

¹ L'aspiration trachéale est le meilleur prélèvement pour la recherche de légionelles par mise en culture. Le lavage broncho-alvéolaire, lorsqu'il peut être pratiqué, donne de très bons résultats. Néanmoins, l'expectoration est un prélèvement acceptable pour la recherche de légionelles par mise en culture et doit être réalisée si les autres types de prélèvements ne peuvent être effectués. Le choix du type de prélèvement sera dépendant principalement de l'état clinique du patient et du service dans lequel il est hospitalisé. Dans l'ensemble tous les échantillons respiratoires bas peuvent êtreensemencés : aspiration bronchique, aspiration trachéale, liquide pleural, biopsie pulmonaire...

A ce jour, seule une souche *Legionella pneumophila* sérotype 4 a été identifiée par culture. Il est important de rappeler que la recherche de *legionella* par la mise en culture de prélèvements broncho-pulmonaires (expectorations, aspiration trachéale, lavage broncho-alvéolaire) est recommandée, même si les Ag urinaires sont positifs. Ce diagnostic par culture permet d'identifier des génotypes particuliers et de documenter les cas et identifier des cas groupés. L'envoi de la souche au CNR permet l'identification précise et le typage moléculaire des souches d'origine clinique et environnementale.

Remerciements

A Christine Campese du Département des Maladies Infectieuses de l'InVS et Vanina Guernier.

Références

- **Maladie à déclaration obligatoire.** JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses. Fiche de notification disponible sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12202.do
- Arrêté du Ministère chargé de la santé du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?num-JO=0&dateJO=20100209&numTexte=17&pageDebut=02276&pageFin=02277
- **Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493** du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-11/a0110069.htm>
- **Le risque lié aux légionelles. Guide d'investigation et d'aide à la gestion** du 11 juillet 2013. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Ministère en charge de la Santé. Disponible sur http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130711_risqlegionnelguideinvestigation.pdf

1. Rappel

| | |
|---|--|
| Agent pathogène | <i>Paramyxovirus</i> |
| Réservoir | Exclusivement humain, personne malade |
| Mode de transmission | De personne à personne : par contact direct avec les sécrétions rhino-pharyngées (transmission aérienne quasi-exclusive) ou par contact indirect parfois avec un objet venant d'être souillé par des sécrétions rhino-pharyngées |
| Incubation | 7-18 jours (8 à 12 jours en moyenne) |
| Contagiosité | Très élevée |
| Durée de contagiosité | 5 jours avant l'éruption 5 jours après l'éruption |
| Population particulièrement exposée | Population née depuis 1980 non ou incomplètement vaccinée avec une seule dose - en particulier nourrissons n'ayant pas atteint l'âge de la vaccination |
| Population présentant un risque de gravité | Nourrissons âgés de moins de 1 an, personnes immunodéprimées, femmes enceintes, adolescents et adultes non protégés |

Entre 1985 et 2005, la rougeole était surveillée par le réseau Sentinelles de l'Inserm (unité 707). En raison de la baisse du nombre de cas rapportés ces dernières années par le réseau Sentinelle, les estimations sont devenues imprécises et les zones de transmission active du virus risquaient de ne pas être détectées. C'est pourquoi la rougeole est redevenue une maladie à déclaration obligatoire en 2005.

Objectifs de la surveillance :

- détecter des cas isolés et groupés à l'échelon régional afin de mettre en place les mesures de contrôle et de prévention adaptées ;
- estimer les taux d'incidence et les tendances annuelles au niveau régional ;
- décrire les caractéristiques des cas (âge, statut vaccinal) et leurs évolutions.

Critères de signalement

Soit 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.

Soit 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** : 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.
- **Cas confirmé biologiquement** : par sérologie, PCR ou culture
- **Cas confirmé épidémiologiquement** : cas qui répond à la définition de cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé biologiquement.

2. Tendances évolutives à la Réunion 2010 - 2013

La Réunion a été longtemps épargnée par la recrudescence de la maladie constatée depuis 2008 dans de nombreux pays et notamment en France métropolitaine.

Aucun cas n'a été déclaré avant 2009 où un unique cas avait été identifié. Quatre cas ont été déclarés en 2010, 39 en 2011, avec un épisode épidémique de 11 semaines (Figure 1). Un cas a été déclaré en 2012 et 1 en 2013, soit une incidence moyenne annuelle de 1,5 cas pour 100 000 habitants sur la période 2010-2013 (n=45), avec un maximum à 5,1 cas / 100 000 habitants en 2011.

Durant la période 2010-2013, 15 cas (35,7%) ont été considérés comme des cas confirmés (3 IgM salivaires positifs avec PCR positive, 6 IgM sériques positifs, 5 PCR positives ; et 1 séroconversion ou augmentation des IgG sur 2^e sérologie). Les autres cas étaient des cas cliniques (n=29) et 1 cas a été considéré comme confirmé épidémiologiquement (*cf. Définitions de cas p. 12*)

Durant l'épidémie de 2011, 39 cas ont été déclarés entre la semaine 9 et la semaine 41 dont 15 (38,5%) ont été confirmés biologiquement (Figure 1). Le pic se situait en semaine 33 avec 10 cas déclarés. Parmi ces cas, 34 n'avaient pas voyagé à l'étranger dans les 7 à 18 jours avant l'éruption et pouvaient donc être considérés comme autochtones. Pour les 5 autres cas, la variable était inconnue.

Les analyses des prélèvements effectués en 2011 ont révélé que la souche en cause dans l'épisode réunionnais était identique à celle circulant en métropole depuis fin 2008.

3. Caractéristiques des cas 2010-2013

Sur la période 2010-2013, le sexe ratio H/F était de 1,6. Parmi les 45 cas pour lesquels la variable était renseignée, la médiane de l'âge était située à 3 ans [Min-Max : 7 mois ; 47 ans]. Parmi ces cas, 39 (86,6%) étaient âgés de moins de 30 ans, dont 24 ont moins de 5 ans (53,3%).

Parmi les 44 cas renseignés, 6 ont été hospitalisés (13,6%), et aucun décès n'a été déclaré. Cinq cas (dont 2 cas hospitalisés) ont présenté des complications : 2 pneumopathies, 2 otites et 1 kératite.

Concernant le statut vaccinal, parmi les 40 cas déclarés entre 2010-2013 pour lesquels l'information était renseignée, 20 étaient vaccinés (50%). Cette information provenait de l'interrogatoire pour 8 cas, du carnet de santé pour 6 cas, et pour 6 cas l'information n'était pas disponible. Parmi les 8 cas interrogés oralement sur la vaccination rougeole reçue, 4 déclaraient l'administration d'une dose et 2 l'administration de 2 doses. D'après les carnets de santé renseignés, 4 portaient la mention d'une vaccination à une dose, et 2 à deux doses.

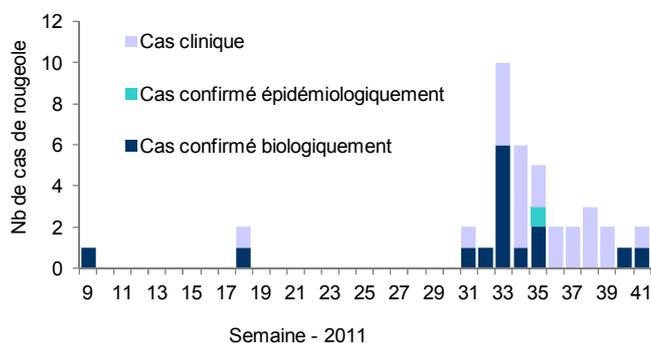
4. Conclusion

La détection en août 2011 de 3 cas autochtones de rougeole à la Réunion, dans un contexte d'explosion mondiale de la maladie au cours des dernières années, notamment en France métropolitaine, a fait craindre une épidémie locale. Toutefois, l'ampleur du phénomène a été très modérée, avec seulement une quarantaine de cas.

Plusieurs éléments ont pu concourir à l'extinction de l'épisode, notamment un signalement rapide des premiers cas identifiés par les professionnels de santé, et la mise en place rapide de mesures de contrôle autour de chaque cas.

| Figure 1 |

Nombre de cas de rougeole notifiés par semaine, semaine 9 à 41 de 2011, la Réunion, (n=39)



De plus, une couverture vaccinale initiale plus élevée qu'en métropole (en 2009, pour le ROR, le schéma complet -deux doses- était réalisé chez 93% des adolescents à la Réunion contre 58% en Métropole), une très large communication auprès des professionnels de santé et du grand public, ainsi qu'une mobilisation active des acteurs et partenaires de la veille sanitaire (médecins libéraux, hospitaliers, laboratoires, etc.) ont permis de limiter l'impact de la maladie sur la population.

Bien que le nombre de cas ait fortement diminué en 2012 et 2013, la circulation du virus reste toujours active, en particulier dans le Sud-Est de la France, mais aussi dans le monde. **Il convient de rester vigilant et de s'assurer de la bonne vaccination des personnes afin d'éviter la survenue de foyers épidémiques avec un risque de transmission potentielle à des personnes à risque de rougeole grave.**

Références / Bibliographie

- **Maladie à déclaration obligatoire.** JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses. **Fiche de notification** disponible sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12554.do
- **Calendrier vaccinal** en vigueur : <http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html>
- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte. 23 mai 2011). Disponible sur http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspa20110523_rougeolefemmeenceinte.pdf
- Avis du HCSP relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes (11 février 2011). Disponible sur http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspa20110211_rougeoleadultes.pdf
- Circulaire du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf
- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination autour d'un ou plusieurs cas de rougeole. 26 juin 2009. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspa20090626_rougeole.pdf

- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif au délai entre l'administration d'immunoglobulines après contact avec un cas de rougeole et le vaccin ROR. 16 avril 2012. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20120416_delairougror.pdf
- INPES. Mobilisation contre la rougeole. Equilibre, septembre 2011, N°74. Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/numeros/74/rougeole_colleges_lycees.asp

Remerciements

Denise Antona du Département des Maladies Infectieuses de l'InVS, et Vanina Guernier.

| TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES A LA REUNION : données de déclaration obligatoire, 2010 - 2013 |

1. Rappel

En France, la surveillance des toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) est assurée par la déclaration obligatoire mise en place depuis 1987. En plus de la déclaration réalisée par les professionnels de santé, mais également par les responsables d'établissement, un laboratoire ou le consommateur lui-même, au médecin de la Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires de la Réunion, cette surveillance est complétée par les données issues de foyers déclarés aux directions départementales de la protection des populations (DDPP), centralisés par la Direction générale de l'alimentation (DGA). A partir de ces 2 bases, une base de données complète et dédoublonnée est constituée annuellement par l'InVS pour permettre l'analyse des caractéristiques épidémiologiques et des facteurs ayant contribué à la survenue des tiac en France.

Objectifs de la surveillance :

- identifier précocement, par une enquête épidémiologique et vétérinaire, l'aliment à l'origine de la Tiac et, le cas échéant retirer de la distribution l'aliment incriminé ;
- corriger les erreurs de préparation dans les établissements de restauration collective et en milieu familial ;
- réduire la contamination des matières premières (mesures de prévention dans les élevages, abattage d'animaux contaminés, etc.).

Critères de signalement et de notification d'un foyer de Tiac :

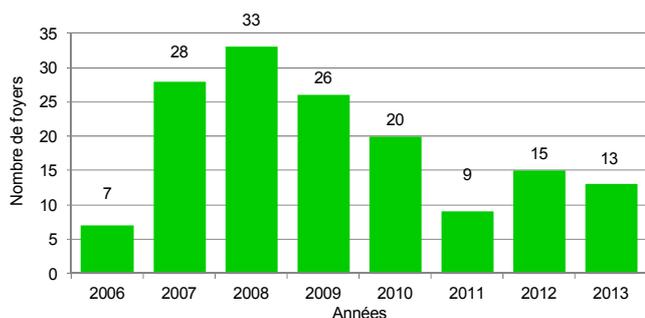
Survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

2. Tendances évolutives à la Réunion

Le nombre de foyers déclarés de toxi-infection alimentaire collective ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire à la Réunion était 20 en 2010, 9 en 2011, 15 en 2012 et 13 en 2013 (Figure 1).

| Figure 1 |

Répartition du nombre de foyers déclarés de Tiac à la Réunion sur la période 2006-2013 (n= 151)



3. Caractéristiques des foyers

Entre 2010 et 2013, 57 foyers ont été rapportés, concernant au total 546 cas, dont 53 (10%) ont été hospitalisés. Aucun décès n'a été rapporté. Le nombre de malades par foyer variait de 2 à 91, soit un nombre médian de 5 cas par foyer.

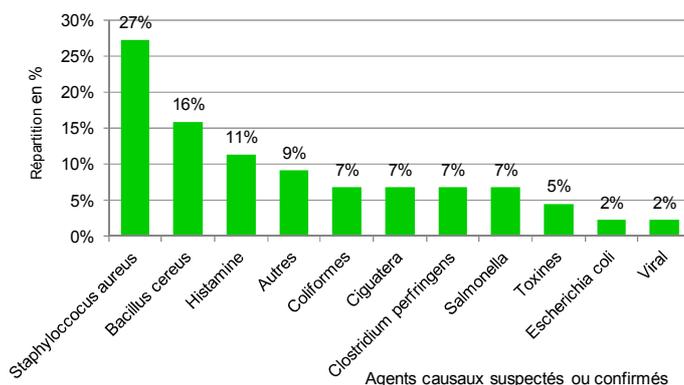
Source de déclaration : elle a pu être précisée dans 95% des cas, les principaux déclarants étant les médecins hospitaliers (48%) et les médecins généralistes (17%). A noter que pour 7 foyers les déclarants étaient les responsables d'établissements et dans 6 foyers les consommateurs eux même ont été les déclarants.

Lieu : parmi les 57 lieux de repas renseignés, 42% des Tiac étaient survenues dans un restaurant, 24% en milieu familial, 14% en cantine scolaire, 8% dans une autre collectivité, et 4% lors d'un banquet, dans un institut médico-social, ou en entreprise.

Agents causaux : dans 34 des 57 foyers identifiés, un (24 foyers) ou deux (10 foyers) agents causaux ont pu être confirmés ou suspectés. Les germes les plus fréquemment suspectés ou confirmés étaient les *Staphylococcus Aureus* (27%) puis les *Bacillus cereus* (16%) (Figure 2). Quatre intoxications à l'*histamine* (11%) et 3 à la *ciguatera* (7%) ont été également identifiées.

| Figure 2 |

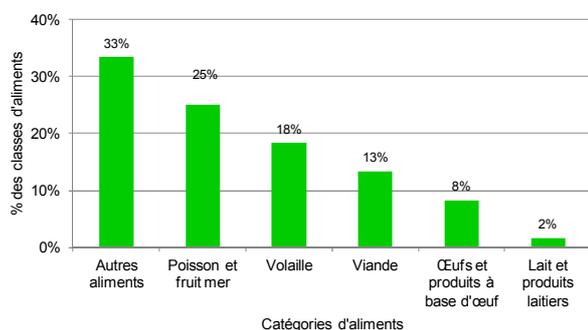
Répartition en pourcentage des agents causaux suspectés ou confirmés responsables de Tiac à la Réunion, 2010-2013 (n=44)



Aliment : une ou deux catégories d'aliments (n=60) ont pu être suspectées dans 48 des 57 foyers. Les principaux aliments incriminés étaient : les « poissons et fruits de mer » (25%), puis la « volaille » (18%), la « viande » (13%) l'œuf ou les produits à base d'œufs (8%) (Figure 3). Lorsque l'aliment incriminé était un plat cuisiné, résultant du mélange de plusieurs matières premières, sans que la responsabilité de l'une d'elles puisse être mise en évidence, l'aliment était codé "Autres aliment-" (33% des aliments incriminés).

| Figure 3|

Répartition en % des différentes classes d'aliments impliqués dans les foyers de Tiac déclarés à la Réunion sur la période 2010-2013 (n=60).



Une des particularités de la Réunion, est l'intoxication par consommation d'animaux marin (ICAM). Entre autres, la ciguatoxine et l'histamine sont responsables de Tiac à la Réunion (7% et 11% sur les 3 dernières années).

L'intoxication alimentaire à la ciguatera est due à la présence dans certains poissons d'une toxine (ciguatoxine) élaborée par un dinoflagellé (*Gambierdiscus toxinus*) et d'autres algues coralliennes. Débutant classiquement une à six heures après consommation du poisson, le tableau clinique est riche, évolutif et polymorphe. Celui-ci se manifeste par des syndromes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée), neurologiques (paresthésies, confusions chaud/froid, vertiges, paralysies), cardio-vasculaires (bradycardie, hypotension artérielle) et s'associe à des manifestations générales de types asthénie, prurit, déshydratation.

L'intoxication à l'histamine est, quant à elle, liée à la consommation d'aliments riches en histamine. L'aliment en cause est généralement le poisson (famille des scombridés : thon, maquereau, bonite) bien que d'autres aliments puissent être également responsables comme le chocolat, certains produits alimentaires fermentés (vin, bière) et certains fromages (roquefort, gouda, cheddar).

En cas de rupture de la chaîne du froid, certaines bactéries présentes dans les poissons développent à température ambiante une enzyme (l'histidine-décarboxylase) qui transforme l'histidine en histamine. L'ingestion massive d'histamine est responsable des symptômes d'intoxication. Ces symptômes apparaissent rapidement, entre quelques minutes et quelques heures. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont cutanés (éruption cutanée cervico-faciale, sensation de chaleur, œdème du visage, démangeaisons).

4. Conclusion

Au vu du faible nombre de foyers de Tiac déclarés, il est probable que la sous-déclaration reste importante sur l'île de la Réunion, en particulier pour les Tiac familiales. Il est donc important de renforcer le système pour que les déclarants signalent toute suspicion de Tiac dans les plus brefs délais auprès de la Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires.

Les actions entreprises à partir de ces signalements initiaux vont permettre aux différentes équipes (ARS, Direction agriculture, alimentation et forêt (DAAF), et la Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIECCTE) d'investiguer, de procéder à des visites sur le terrain et si nécessaire à des analyses microbiologiques. Elles peuvent aussi permettre d'identifier l'aliment, le germe ou les défauts de préparation ou d'équipement responsables de l'intoxication, et de proposer des mesures de gestion adéquates (retrait ou rappel de produits, formations, mise à niveau des équipements et des techniques, information grand public...).

Remerciements : Gilles Delmas et à Nelly Fournet du Département Maladies Infectieuses à l'InVS et à Aurélie Martin (Interne de Santé Publique-Cire OI), et Vanina Guernier.

Références

Communiqué ARS <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Intoxication-alimentaire-Cha.163265.0.html>

Plaquette d'information sur les TIAC (à destination du grand public) : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/TIAC/ARS_TIAC_aout13.pdf

| Rappel sur la Déclaration Obligatoire : Quoi signaler ? |

- Botulisme
 - Brucellose
 - Charbon
 - Chikungunya
 - Choléra
 - Dengue
 - Diphtérie
 - Fièvres hémorragiques africaines
 - Fièvre jaune
 - Fièvre typhoïde et paratyphoïde
 - Hépatite A aiguë
 - 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
 - Mésothéliome *
 - Orthopoxviroses dont la variole
 - Paludisme autochtone
 - Paludisme d'importation (DOM)
 - Peste
 - Poliomyélite antérieure aiguë
 - Rage
 - Rougeole
 - Saturnisme de l'enfant mineur
 - Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongi-formes transmissibles humaines
 - Tétanos*
 - Toxi-infection alimentaire collective
 - Tuberculose
 - Tularémie
 - Typhus exanthématique
- * maladie à notification uniquement

| Comment déclarer ? |

1- **Signaler** par tout moyen approprié (téléphone, fax...) à la **Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires** de l'ARS

2- Puis **notifier** (après le signalement ou parfois après confirmation biologique) par fax ou mail, à l'aide des **fiches de notifications**.

| Où se procurer les formulaires de notifications et les fiches d'informations aux personnes ? |

- Par appel téléphonique auprès de la **Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires de votre département** (coordonnées ci-dessous)
- Sur le site **InVS** (www.invs.sante.fr) dans : **Accueil > Dossiers thématiques > Maladies infectieuses > Maladies à déclaration obligatoire > 31 maladies à déclaration obligatoire**.

| A qui signaler ou notifier ? |

- Au médecin de la **Plateforme de Veille et d'Urgences Sanitaires** de l'ARS de votre département :

A la Réunion 24h/24

Téléphone : **02 62 93 94 15** Fax : 02 62 93 94 56

Mail : ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion du BVS, envoyez un mail à ars-oi-cire@ars.sante.fr

CIRE océan Indien

Tél : 02 62 93 94 24 Fax : 02 62 93 94 57 Mail : ars-oi-cire@ars.sante.fr

PVUS Réunion

Tél : 02 62 93 94 15

Fax : 02 62 93 94 56

Mail : ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives sur : <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Bulletins-de-Veille-Sanitaire.90177.0.html>
et sur <http://www.invs.sante.fr/publications/>

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur Général de l'InVS

Rédacteur en chef : Laurent Filleul, Responsable de la Cire océan Indien

Maquettiste : Isabelle Mathieu

Comité de rédaction : Cire océan Indien, Elsa Balleydier, Elise Brottet, Nadège Caillère, Sophie Larrieu, Frédéric Pagès, Jean-Louis Solet, Pascal Vilain

Diffusion : Cire océan Indien - 2 bis avenue Georges Brassens CS 61002 - 97743 Saint-Denis cedex 9 (la Réunion)

Tél. : 262 (0)2 62 93 94 24 / - Fax : 262 (0)2 62 93 94 57

La publication d'un article dans le BVS n'empêche pas sa publication par ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.