

## Maladies à déclaration obligatoire

Date de publication : 17.09.2024

ÉDITION AUVERGNE-RHONE-ALPES

# Les maladies à déclaration obligatoire en Auvergne-Rhône-Alpes en 2023

### Édito

Ce nouveau bulletin est consacré à 6 maladies à déclaration obligatoire (MDO) : l'hépatite A, les infections invasives à méningocoque (IIM), la légionellose, les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC), la rougeole et la tuberculose. Pour les 5 premières, la Cellule régionale de Santé publique France assure un suivi en temps réel, en lien avec l'Agence régionale de Santé (ARS), afin de détecter toute évolution épidémiologique (survenue de cas groupés, zone de sur-incidence, modification du profil des personnes touchées...) nécessitant une investigation ou un renforcement de la surveillance dans l'objectif d'adapter les mesures de gestion. Pour la tuberculose, la cellule régionale intervient en appui de l'ARS et des Centres de lutte anti-tuberculose (CLAT) autour de situations complexes. Ces 6 maladies infectieuses à DO sont également celles les plus fréquemment rapportées avec le VIH-sida, les arboviroses et la listériose.

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 les tendances spatio-temporelles de chacune d'entre elles, ainsi que les principales caractéristiques épidémiologiques des cas rapportés dans la région, sur la base des dernières données disponibles : celles de l'année 2023, à l'exception des TIAC et de la tuberculose dont les délais de consolidation sont plus longs (données 2022).

Depuis la publication de notre dernier bulletin en 2021, dont le bilan portait sur les données 2019, des évolutions notables ont eu lieu :

- l'inscription de 4 nouvelles maladies à la liste des MDO (West-Nile et encéphalite à tiques en 2021, COVID-19 et leptospirose en 2023) ;
- la dématérialisation de la DO de la tuberculose depuis 2022 et sa montée en charge progressive, atteignant aujourd'hui 73% des cas déclarés dans la région ; ce processus de dématérialisation devrait se poursuivre pour d'autres MDO dans les années à venir.

La pandémie de COVID-19 a eu un fort impact sur l'épidémiologie de la plupart de ces 6 MDO, à la fois aux niveaux national et régional. En effet, il a été observé une nette diminution du nombre de cas en 2020-2021, en partie expliquée par les mesures de contrôle mises en place : confinements, restriction des déplacements et voyages à l'étranger, distanciation sociale, renforcement des mesures d'hygiène (port du masque, hygiène des mains) et possiblement par un moindre recours aux soins pour les pathologies les moins graves.

L'année 2023 marque un retour à la normale, voire un rebond pour les cas d'IIM. L'augmentation des cas d'IIM dans la région et plus largement en France, ainsi que la part importante prise par le sérotype W (dont les souches sont particulièrement virulentes) ont conduit à une actualisation en mars 2024 des recommandations de stratégie vaccinale par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Enfin, une importante épidémie de rougeole a été documentée en 2023 dans un collège en Ardèche. Les investigations réalisées ont conduit à une révision des recommandations vaccinales par la HAS et à l'ajout au calendrier des vaccinations 2024 d'une dose additionnelle de ROR chez les personnes nées après 1980 et qui ont reçu une première vaccination avant l'âge d'un an.

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.

Guillaume Spaccaferri,  
Délégué régional de Santé publique France en Auvergne-Rhône-Alpes

## Points clés



### Hépatite A

→ [Page 6](#)

- En 2023, 128 cas ont été notifiés dans la région (+97% par rapport à 2022).
- Le taux d'incidence régional était de 1,6 cas pour 100 000 habitants, légèrement supérieur au taux d'incidence dans le reste de la France hexagonale (1,1/100 000).
- Les départements du Rhône et de l'Ain rassemblaient plus de 61% cas.
- Les enfants de 5 à 14 ans constituaient la tranche d'âge la plus à risque.
- Les séjours dans les pays où la maladie est endémique et le contact avec un cas dans l'entourage représentaient les principales expositions à risque.



### Infection Invasive à Méningocoque (IIM)

→ [Page 8](#)

- En 2023, 93 cas (dont 9 décès) ont été notifiés dans la région (+55% par rapport à 2022).
- Le taux d'incidence régional était de 1,15 cas pour 100 000 habitants, supérieur au taux d'incidence dans le reste de la France hexagonale (0,82/100 000). Les enfants de moins de 4 ans constituaient toujours la classe d'âge la plus à risque, suivis des 15-24 ans ; l'âge moyen des cas était en augmentation par rapport à 2022.
- Les sérogroupes B et W étaient responsables de 85% des cas (respectivement 43% et 42%) ; les IIM W étaient en forte augmentation par rapport à 2022 (nombre de cas x3,9).



### Légionellose

→ [Page 10](#)

- En 2023, 335 cas ont été notifiés dans la région (-10% par rapport à 2022).
- Le taux d'incidence régional était de 4,1 cas pour 100 000 habitants, supérieur au taux d'incidence dans le reste de la France hexagonale (3,1/100 000).
- Les départements du Rhône, de l'Isère et de la Haute-Savoie rassemblaient près de la moitié des cas, le taux d'incidence de la Haute-Savoie restant le plus élevé de la région (6,8/100 000).

- Les personnes âgées et en particulier les hommes constituaient la population la plus à risque. En 2023, l'âge médian (70 ans) et le taux de létalité (33 cas : 10,2%) étaient en augmentation en comparaison à la moyenne des 5 dernières années.
- Plusieurs situations de cas groupés en lien avec des établissements de tourisme avaient été identifiées en 2023.



## Rougeole

→ [Page 13](#)

- En 2023, 73 cas ont été notifiés dans la région (+100% par rapport à 2022).
- Le taux d'incidence régional était de 0,9 cas pour 100 000 habitants, supérieur au taux d'incidence dans le reste de la France hexagonale (0,1/100 000).
- Le département de l'Ardèche rassemblait plus de 88% des cas en lien avec une épidémie survenue entre septembre et novembre 2023 dans un collège. Le cas index à l'origine de cette épidémie n'était pas vacciné et avait voyagé dans une zone d'Asie où le virus était présent.



## Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)

→ [Page 16](#)

- En 2022, 236 foyers de TIAC ont été déclarés dans la région et 1 623 malades affectés. Il est observé une tendance à l'augmentation par rapport à 2020 et 2021.
- Le taux d'incidence était de 2,9 foyers pour 100 000 habitants, similaire à celui du reste de la France hexagonale (2,8/100 000).
- 40% des repas suspectés étaient pris en milieu familial et 38% en restauration commerciale.
- Les agents les plus fréquemment mis en cause étaient : *Staphylococcus aureus* (23%), *Salmonella* (21%) et *Bacillus cereus* (16%).



## Tuberculose

→ [Page 18](#)

- En 2022, 463 cas de tuberculose ont été déclarés (+18% par rapport à 2021).
- Le taux d'incidence régional de 5,6 cas pour 100 000 habitants était supérieur à celui du reste de la France hexagonale hors Ile-de-France (4,8/100 000).
- Les départements de l'Isère, de la Loire, du Puy-de-Dôme, de la Savoie et du Rhône avaient des taux supérieurs au niveau régional.
- La majorité des cas rapportés concernait des hommes de moins de 45 ans (63%) nés à l'étranger. Des formes pulmonaires étaient signalés chez plus de 70% des cas.

## Les maladies à déclaration obligatoire

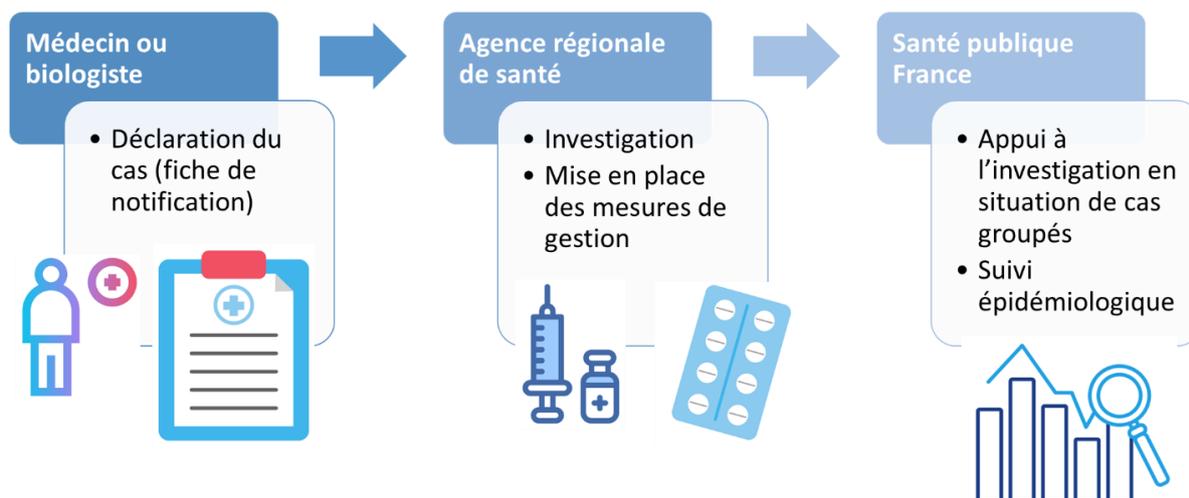
En France, **38 maladies sont à déclaration obligatoire (MDO)**. Parmi elles, 36 sont des maladies infectieuses et 2 sont non-infectieuses (mésotéliome et saturnisme infantile) (Tableau 1, [page suivante](#)). Les dernières maladies ajoutées à la liste sont **l'encéphalite à tiques** et **l'infection à virus West Nile** depuis 2021 ; **la COVID-19** (collecte et transmission des résultats de dépistage par les laboratoires de biologie médicale) **et la leptospirose** depuis 2023.

Le dispositif 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 (Figure 1).

L'objectif de cette surveillance est double :

- **l'investigation** et la mise en place rapide de **mesures de contrôle ou d'actions de prévention** pour prévenir les risques d'épidémie, comme par exemple :
  - l'antibioprophylaxie et la vaccination des sujets en contact avec les cas d'infection invasive à méningocoque,
  - l'investigation des consommations alimentaires des personnes impliquées dans des TIAC pour identifier l'aliment en cause,
  - l'application d'actions correctives sur un réseau d'eau chaude sanitaire dans un établissement recevant du public à l'origine de cas groupés de légionellose ;
- le **suivi épidémiologique** pour étudier l'évolution de ces maladies dans le temps et dans l'espace, caractériser les populations affectées, en termes sociodémographiques, de facteurs de risque et d'exposition. Le suivi épidémiologique permet 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 infantile et l'adaptation des stratégies vaccinales.

Figure 1. Schéma du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire



Coordonnées pour le signalement et la notification des MDO :

ars ARS Auvergne-Rhône-Alpes Point focal régional	Par fax	Par mail	Par téléphone
	04 72 34 41 27	ars69-alerte@ars.sante.fr	0 800 32 42 62 (n° gratuit)
e do maladies à déclaration obligatoire	Pour le VIH et la tuberculose : <a href="http://e-do.santepubliquefrance.fr/teleDO/Bienvenue.do">http://e-do.santepubliquefrance.fr/teleDO/Bienvenue.do</a>		

Tableau 1. Liste des 38 MDO en septembre 2024 (en gras, les plus récentes)

Maladie nécessitant <u>une intervention urgente</u> et dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique			
Botulisme	<a href="#">Fiche de notification</a>	Paludisme autochtone	<a href="#">Fiche de notification</a>
Brucellose	<a href="#">Fiche de notification</a>	Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer	<a href="#">Fiche de notification</a>
Charbon	<a href="#">Fiche de notification</a>	Peste	<a href="#">Fiche de notification</a>
Chikungunya	<a href="#">Fiche de notification</a>	Poliomyélite	<a href="#">Fiche de notification</a>
Choléra	<a href="#">Fiche de notification</a>	Rage	<a href="#">Fiche de notification</a>
Dengue	<a href="#">Fiche de notification</a>	Rougeole	<a href="#">Fiche de notification</a>
Diptérie	<a href="#">Fiche de notification</a>	Rubéole	<a href="#">Fiche de notification</a>
<b>Encéphalite à tiques</b>	<a href="#">Fiche de notification</a>	Saturnisme chez les enfants mineurs	<a href="#">Fiche de notification</a>
Fièvres hémorragiques africaines	<a href="#">Fiche de notification</a>	Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone,	<a href="#">Fiche de notification</a>
Fièvre jaune	<a href="#">Fiche de notification</a>	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines	<a href="#">Fiche de notification</a>
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	<a href="#">Fiche de notification</a>	Toxi-infection alimentaire collective	<a href="#">Fiche de notification</a>
Hépatite aiguë A	<a href="#">Fiche de notification</a>	Tuberculose (incluant la surveillance des résultats issus de traitement)	<a href="#">Fiche de notification</a> ou <a href="#">Télédéclaration en ligne</a>
Infection invasive à méningocoque	<a href="#">Fiche de notification</a>	Tularémie	<a href="#">Fiche de notification</a>
Légionellose	<a href="#">Fiche de notification</a>	Typhus exanthématique	<a href="#">Fiche de notification</a>
<b>Leptospirose</b>	<a href="#">Fiche de notification</a>	<b>West Nile virus</b>	<a href="#">Fiche de notification</a>
Listériose	<a href="#">Fiche de notification</a>	Zika	<a href="#">Fiche de notification</a>
Orthopoxviroses dont la variole	<a href="#">Fiche de notification</a>		
Maladie dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique			
<b>COVID-19</b>	<a href="#">Données télétransmises</a>	Mésothéliome	Fiches de notification "clinicien" – "pathologiste"
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	<a href="#">Disponible sur demande à l'ARS de votre lieu d'exercice</a>	Tétanos	<a href="#">Fiche de notification</a>
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	<a href="#">Télédéclaration en ligne</a>		



# Hépatite A

## Critère de notification

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

## Nombre et taux d'incidence des cas déclarés

En 2023, 128 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence régional était de 1,6 cas pour 100 000 habitants, légèrement supérieur au taux d'incidence dans le reste de la France hexagonale (1,1/100 000) (Figure 2).

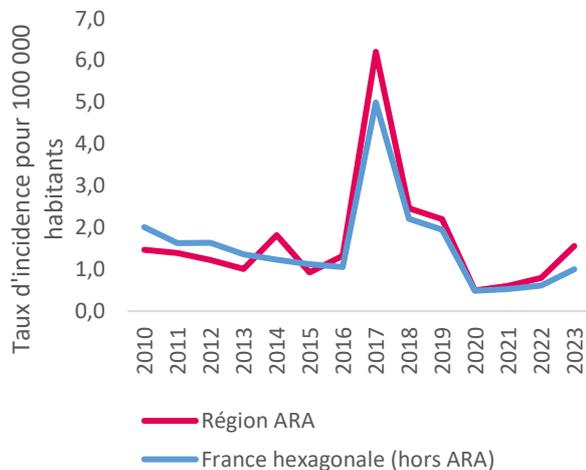
Sur la période 2010-2023, l'évolution de l'incidence a été marquée par l'augmentation importante de l'incidence en 2017 suite à une épidémie d'ampleur européenne ayant principalement affecté les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), puis par la baisse significative de l'incidence en 2020-2022 en lien avec les effets indirects de la pandémie de COVID-19 en 2020-2022. Plusieurs hypothèses ont été évoquées pour expliquer la moindre circulation du virus de l'hépatite A et la baisse des cas déclarés à cette période : fermeture des écoles et restaurants, restriction des déplacements internationaux, application des mesures barrières (distanciation sociale, hygiène des mains), moindre recours aux soins pour les formes peu sévères de la maladie.

En 2023, le nombre de cas et le taux d'incidence ont presque doublé par rapport à 2022 (N=65 ; taux d'incidence : 0,8/100 000) mais se situent dans la moyenne des valeurs observées avant l'épidémie de 2017.

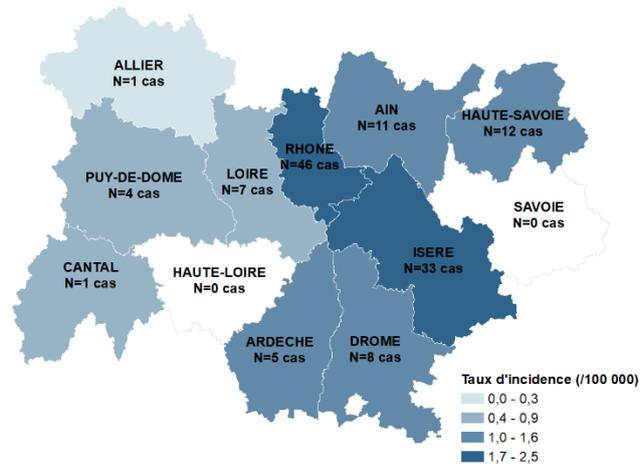
En 2023, plus de 61% des cas ont été notifiés dans les seuls départements de l'Isère et du Rhône où les taux d'incidence atteignent respectivement 2,5/100 000 et 2,4/100 000 (Figure 3). A l'exception de la Savoie où aucun cas n'a été déclaré en 2023, la plupart des autres départements en ex-Rhône-Alpes présentent des taux d'incidence intermédiaires (entre 1,0 et 1,6/100 000), plus élevés qu'en ex-Auvergne.

Cette répartition géographique a peu évolué en comparaison avec la période 2010-2016 (avant l'épidémie de 2017), sauf dans le Puy-de-Dôme où le taux d'incidence a nettement diminué. Dans ce département, le taux d'incidence avait atteint 4,9/100 000 en 2011, en raison d'une circulation active du virus dans les communautés de gens du voyage.

**Figure 2. Taux d'incidence des cas déclarés d'hépatite aiguë A en Auvergne-Rhône-Alpes et en France hexagonale, 2010-2023**



**Figure 3. Taux d'incidence des cas déclarés d'hépatite aiguë A en Auvergne-Rhône-Alpes, 2023**

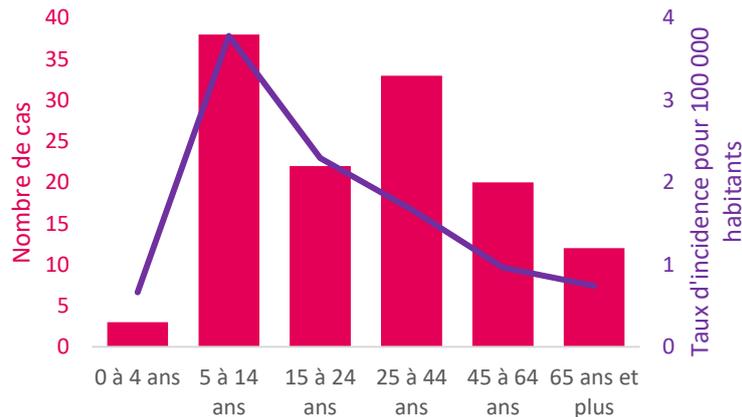




## Caractéristiques des cas

- 54% étaient des hommes ;
- 75% des cas étaient âgés de moins de 45 ans (moyenne = 31 ans ; médiane = 25 ans), avec un pic d'incidence dans la tranche d'âge des enfants âgés de 5 à 14 ans (Figure 4) ;
- La présence d'ictère était renseignée dans 78% des cas ;
- 60% des cas ont été hospitalisés, contre 49% en 2020-2022.

**Figure 4. Nombre et taux d'incidence des cas déclarés d'hépatite aiguë A par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2023**



## Facteurs de risque (non mutuellement exclusifs)

Dans 81% des cas, au moins une exposition à risque connue a été identifiée dans les 2 à 6 semaines précédant le diagnostic.

Un séjour à l'étranger a été rapporté par 53% des cas, principalement en Afrique du Nord (61% des séjours).

Dans 39% des cas, l'existence d'autres cas d'hépatite aiguë A dans l'entourage était rapportée.

Parmi les autres expositions à risque, 18% des cas rapportaient une consommation de fruits de mer et la présence d'un enfant de moins de 3 ans à domicile était citée dans 17% des cas.

## Prévention

La prévention de l'hépatite A est basée sur l'**hygiène des mains** et la **vaccination**.

Actuellement, la vaccination est recommandée aux personnes à risque de développer une maladie sévère et/ou particulièrement exposées au virus, comme par exemple les voyageurs, les professionnels de la petite enfance et du handicap, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

### Pour en savoir plus

- [Dossier thématique de Santé publique France](#)

- Vaccination :

<https://www.sexosafe.fr/vaccination>

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Hepatite-A>

- [Recommandations sanitaires 2024 pour les voyageurs](#)



## Infection invasive à méningocoque (IIM)

### Critères de notification

Un cas est défini par la présence d'au moins 1 des 4 critères suivants :

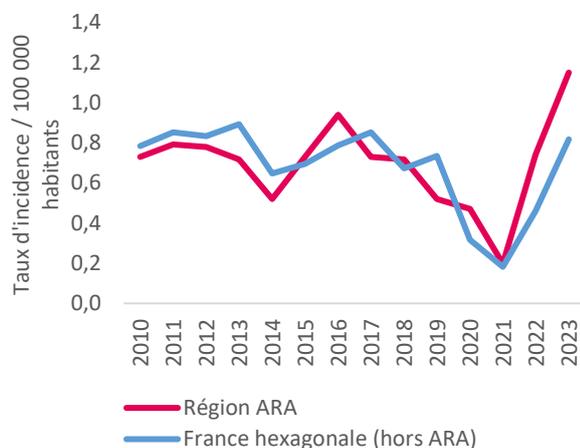
1. isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire...) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique ;
2. présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS ;
3. LCS évocateur de méningite bactérienne et éléments purpuriques cutanés ;
4. présence d'un *purpura fulminans*.

### Nombre et taux d'incidence des cas déclarés

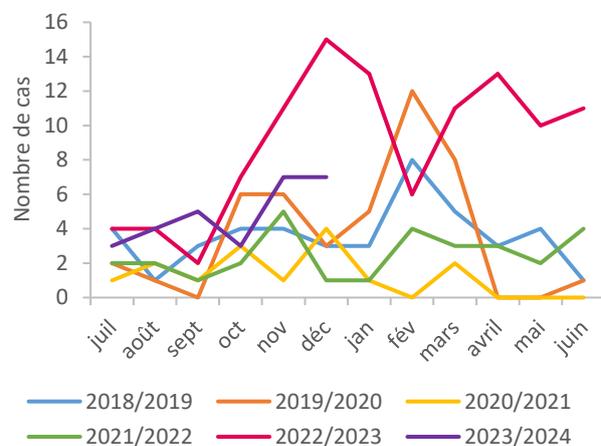
En 2023, 93 cas d'IIM ont été déclarés dans la région. Le taux d'incidence régional était de 1,15 cas pour 100 000 habitants, supérieur au taux d'incidence dans le reste de la France hexagonale (0,82/100 000) (Figure 5). Ce taux était supérieur au taux moyen régional observé au cours de la période 2010-2019 (0,72) et bien plus élevé que le taux d'incidence observé pendant la période pandémique 2020-2022 (0,47).

Au cours de la saison hivernale 2022/23, le nombre mensuel de cas d'IIM a été le plus élevé en décembre 2022 avec 15 cas. Après une diminution en février, le nombre de cas est remonté et s'est maintenu à des niveaux élevés pendant tout le premier semestre 2023, puis est revenu à des niveaux comparables aux années pré-pandémiques au second semestre 2023 (Figure 6).

**Figure 5. Taux d'incidence des cas déclarés d'IIM en Auvergne-Rhône-Alpes et en France hexagonale, 2010-2023**



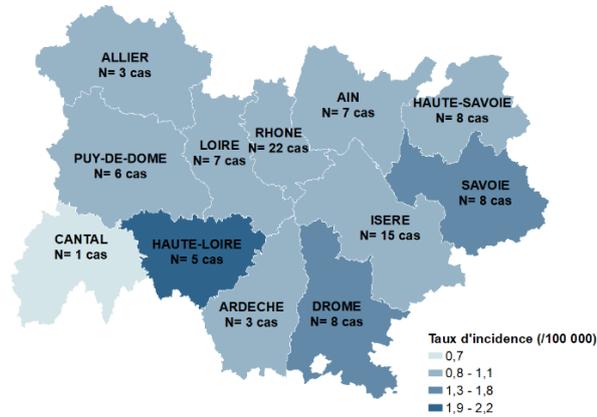
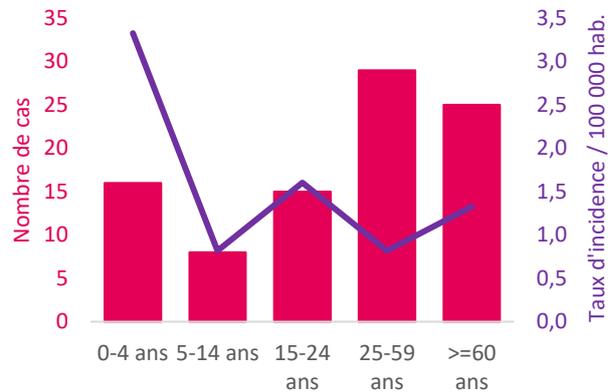
**Figure 6. Nombre de cas d'IIM déclarés par mois en Auvergne-Rhône-Alpes, saison 2018/19 à 2023/24**



La répartition géographique est différente selon les années. En 2023, les départements de la Drôme, de la Haute-Loire et de la Savoie ont présenté les taux d'incidence les plus élevés (Figure 7).

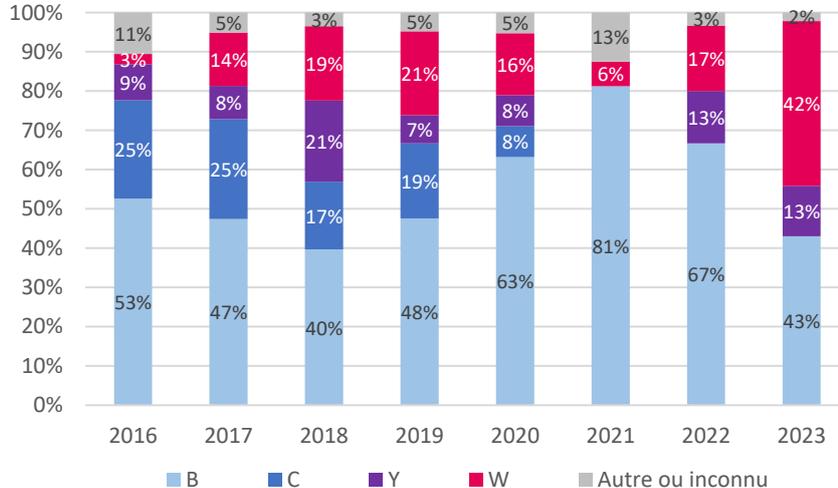
### Caractéristiques des cas

- 50% étaient des hommes ;
- 42% des cas étaient âgés de moins de 25 ans (moyenne = 37 ans et médiane = 30 ans) ;
- le taux d'incidence le plus élevé concernait les enfants de moins de 4 ans, suivis par les 15-24 ans (Figure 8).

**Figure 7. Taux d'incidence des cas déclarés d'IIM en Auvergne-Rhône-Alpes, 2023****Figure 8. Nombre et taux d'incidence des cas déclarés d'IIM par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2023**

## Répartition par sérotype

En 2023, les sérotypes B et W étaient tous deux majoritaires, ils représentaient respectivement 43% et 42% des cas déclarés en 2023 (Figure 9). La proportion d'IIM B était en baisse et celle du sérotype W en forte hausse, atteignant un niveau jamais observé auparavant. Le sérotype Y représentait 13% des cas (stable par rapport à 2022) et le sérotype C n'était responsable d'aucun cas depuis 2021.

**Figure 9. Part des cas d'IIM déclarés selon le sérotype, Auvergne-Rhône-Alpes, 2016-2023**

## Gravité et pronostic de la maladie

- 28% des cas avaient présenté un *purpura fulminans* (45% pour les IIM B, 25% pour les IIM Y et 13% pour les IIM W) ;
- 10% des cas étaient décédés (15% pour les IIM W, 8% pour les IIM Y et 5% pour les IIM B et 11% avaient présenté des séquelles (séquelles immédiates rapportées sur la DO).

### Pour en savoir plus

- [Dossier thématique de Santé publique France](#)
- [Bilan national Infections invasives à méningocoque en France en 2023](#)
- [Vaccination en Auvergne-Rhône-Alpes. Bilan de la couverture vaccinale en 2023](#)



## Légionellose

### Critères de notification

**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<sup>e</sup> titre minimum de 128 ;
- présence d'antigène soluble urinaire.

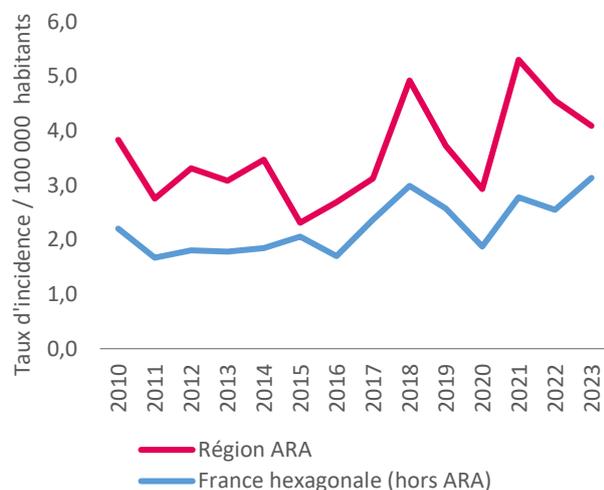
**Cas possible : pneumopathie** associée à au moins un des résultats suivants :

- titre d'anticorps élevé ( $\geq 256$ ) ;
- PCR (« polymerase chain reaction » = réaction en chaîne par polymérase) positive.

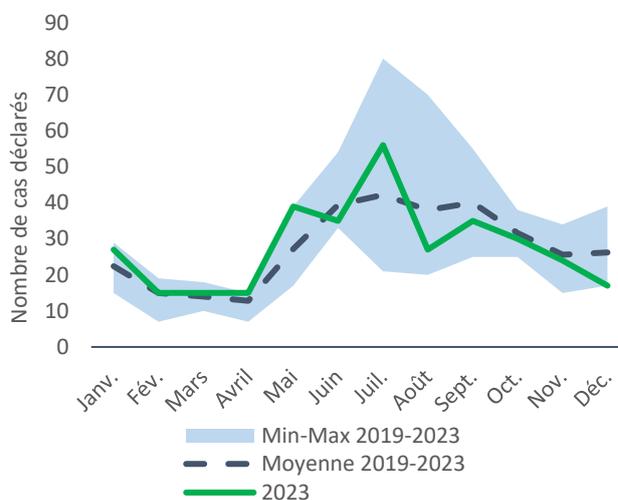
### Nombre et taux d'incidence des cas déclarés

En 2023, 335 cas de légionellose ont été déclarés dans la région. Le taux d'incidence des cas déclarés (standardisé sur l'âge et le sexe) était de 4,1 cas pour 100 000 habitants dans la région, en légère baisse par rapport aux deux années précédentes mais toujours à un niveau élevé en comparaison de la période 2010-2022 et toujours supérieur au taux d'incidence des cas déclarés dans le reste de la France hexagonale (Figure 10). Au niveau national, un nouveau record a été atteint en 2023 avec 2 201 cas notifiés correspondant à un taux de notification de 3,2/100 000 habitants.

**Figure 10. Taux d'incidence des cas déclarés de légionellose en Auvergne-Rhône-Alpes et en France hexagonale, 2010-2023**



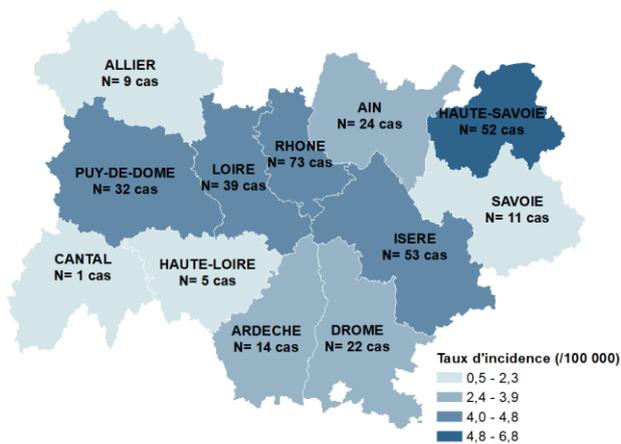
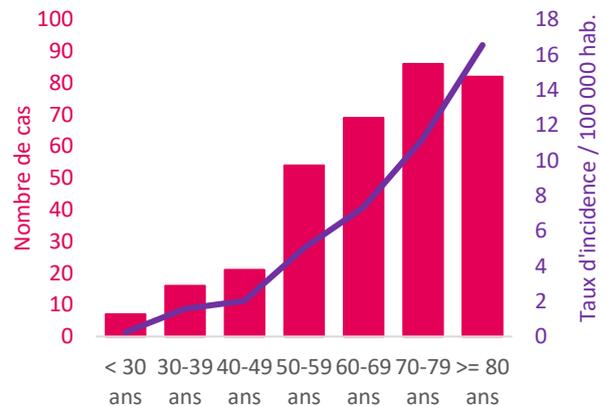
**Figure 11. Nombre de cas de légionellose déclarés par mois en Auvergne-Rhône-Alpes, 2019-2023**



La majorité des cas (66%) étaient survenus entre juin et novembre avec un pic de 56 cas en juillet (Figure 11).

Les disparités départementales restaient fortes en 2023 avec des taux d'incidence des cas déclarés variant de 0,5 cas pour 100 000 habitants dans le Cantal à 6,8 cas pour 100 000 habitants en Haute-Savoie (Figure 12).

En termes d'effectifs, les départements de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire enregistraient moins de 10 cas par an alors que les départements de la Haute-Savoie, de l'Isère et du Rhône enregistraient plus de 50 cas annuels contribuant à hauteur de la moitié des cas régionaux.

**Figure 12. Taux d'incidence (standardisés sur l'âge) des cas déclarés de légionellose en Auvergne-Rhône-Alpes, 2023****Figure 13. Nombre et taux d'incidence des cas déclarés de légionellose par classe d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2023**

## Caractéristiques des cas, sévérité

- 68% des cas étaient des hommes (Figure 13) ;
- l'âge médian des cas était de 70 ans, supérieur à celui du reste de la France hexagonale et à celui des années précédentes (Tableau 2) ;
- les cas étaient très majoritairement hospitalisés (95%) et 33 étaient décédés soit, un taux de létalité atteignant 10,2% pour la première fois depuis 2010, légèrement supérieur à celui du reste de la France hexagonale. L'âge médian des décès était plus élevé en 2023 (82 ans) que sur la moyenne des 5 dernières années (77 ans).

**Tableau 2. Caractéristiques des cas de légionellose en Auvergne-Rhône-Alpes et en France hexagonale, 2023 et 2018-2022**

	Auvergne-Rhône-Alpes		France hexagonale hors ARA
	2023	2018-2022	2023
Age médian (en années)	70	65	66
Sexe ratio H/F	2,1	2,4	2,6
Hospitalisation	95%	97%	98%
Létalité	10,2%	7,0%	9,4%

## Bactériologie

Parmi les 335 cas, 87% ont été diagnostiqués par antigénurie (Figure 14). Une souche clinique a été isolée par culture pour 20% des cas. Pour 22% des cas, une PCR s'est révélée positive.

En 2023, la tendance à la hausse de l'utilisation de la PCR s'est confirmée. Par contre, le nombre de cultures positives présentait une baisse. La réalisation de prélèvements respiratoires bas par les cliniciens permettant l'isolement de souches restait cependant essentielle notamment pour caractériser les cas groupés et préciser les sources de contamination.

Pour 10 cas, la souche d'origine clinique a pu être comparée aux souches environnementales isolées d'un ou plusieurs lieu(x) fréquenté(s) par le patient, et pour 8 des 11 comparaisons (1 cas avec comparaisons pour 2 lieux distincts), les souches cliniques et environnementales se sont révélées identiques (7 domiciles, 2 établissements de tourisme, 1 hôpital).



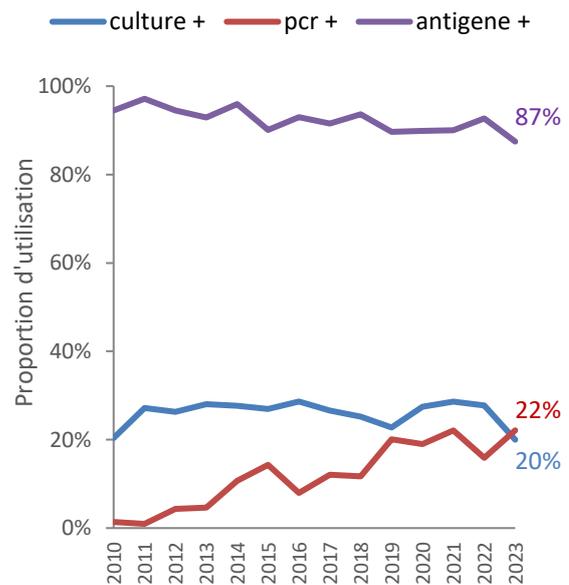
## Exposition

Pour 39% des cas, au moins un lieu d'exposition à risque autre que le domicile avait été rapporté (Tableau 3). Pour près de la moitié des cas avec un lieu d'exposition documenté, une notion de voyage était retrouvée (21% des cas). Plusieurs situations de cas groupés ont d'ailleurs pu être identifiées en lien avec des établissements de tourisme (4 cas en lien avec la fréquentation d'un hôtel en Italie, 5 cas en lien avec la fréquentation d'un hôtel en Haute-Savoie dont 2 décès et enfin 2 cas en lien avec le SPA d'un hôtel en Isère).

**Tableau 3. Lieux fréquentés avec exposition potentielle pendant la période d'incubation des cas de légionellose déclarés et proportion parmi les cas en Auvergne-Rhône-Alpes, 2023**

Lieux fréquentés avec expositions potentielles	Nb d'expo (N=146)	% ARA	% France hors ARA
Voyage dont :	71	21%	22%
<i>Hôtel, camping</i>	35	10%	11%
<i>Résidence temporaire</i>	23	7%	7%
<i>Autres types de voyage</i>	13	4%	5%
Hôpital	21	6%	7%
Maison de retraite	18	5%	4%
Balnéo, thermes, piscine, Jacuzzi	14	4%	3%
Professionnel	13	4%	5%
Autre	9	3%	3%
<b>Total des cas ayant au moins une exposition à risque (hors domicile)</b>	<b>130</b>	<b>39%</b>	<b>37%</b>

**Figure 14. Proportion d'utilisation des méthodes de diagnostic de la légionellose, Auvergne-Rhône-Alpes, 2010-2023**



### Pour en savoir plus

- [Dossier thématique de Santé publique France](#)
- [Dossier thématique de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes](#)
- [Site internet du Centre National de Référence des légionelles \(CNR\)](#)
- [Guide d'investigation et d'aide à la gestion du Haut Conseil de la Santé Publique \(juillet 2013\)](#)
- [Bulletin de Santé publique : Légionellose en Auvergne-Rhône-Alpes \(mars 2023\)](#)
- [Bilan des cas de légionellose notifiés en France en 2023](#)
- [Données sur la légionellose disponibles dans le portail Géodes de Santé publique France](#)



# Rougeole

## Critères de notification

**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** (tout cas confirmé biologiquement quelle que soit la présentation 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 ;
- culture positive.

**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.

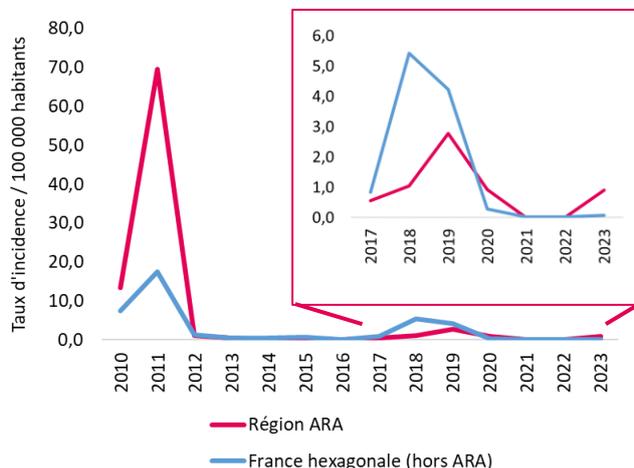
## Nombre et taux d'incidence des cas déclarés

Les années 2021 et 2022 ont été marquées par la quasi-absence de déclaration de cas de rougeole dans la région (un seul cas déclaré en 2021) suite à la pandémie de COVID-19 et du renforcement des mesures barrières mises en place, efficaces sur le virus de la rougeole.

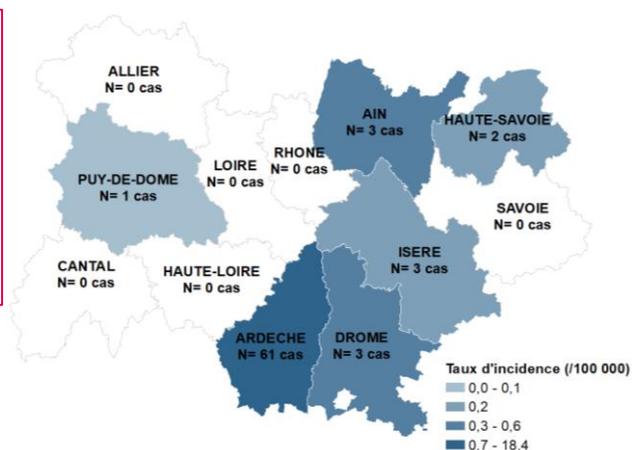
Depuis septembre 2023, une recrudescence des cas a été observée dans la région avec une épidémie ayant généré 64 cas dans un collège d'Ardèche (voir [page suivante](#)).

Au total, sur l'ensemble de l'année 2023, 73 cas de rougeole ont été déclarés dans la région (similaire au 1<sup>er</sup> semestre de l'année 2020 où 75 cas avaient été rapportés et en-dessous de l'année 2019 qui avait recensé 222 cas). Le taux d'incidence était de 0,9/100 000 habitants (Figure 15), contre 0,1/100 000 dans le reste de la France hexagonale. Ce taux était en augmentation, après une période de très faible incidence de 2021 à 2022. Le département de l'Ardèche avait le taux d'incidence le plus élevé de la région avec 18,1/100 000 habitants et de la France hexagonale. Aucun cas n'a été rapporté dans la moitié des départements de la région (Allier, Cantal, Loire, Haute-Loire, Rhône et Savoie). Pour les autres départements moins de 5 cas ont été déclarés sur l'année 2023 (Figure 16).

**Figure 15. Taux d'incidence des cas déclarés de rougeole en Auvergne-Rhône-Alpes et en France hexagonale, 2010-2023**



**Figure 16. Taux d'incidence des cas déclarés de rougeole en Auvergne-Rhône-Alpes, 2023**

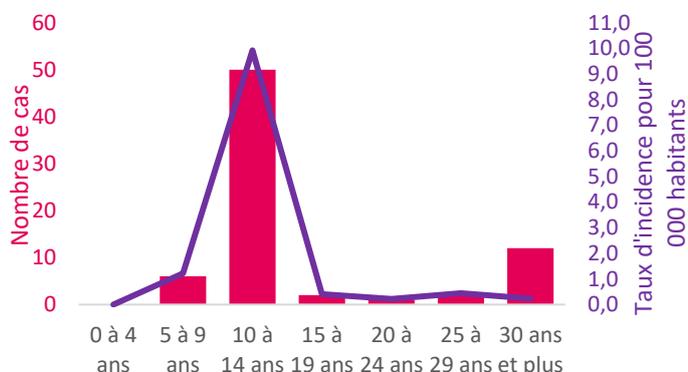




## Caractéristiques des cas

- 53% étaient des hommes ;
- 79% des cas étaient âgés de moins de 20 ans (moyenne = 16 ans ; médiane = 12 ans) ;
- Le taux d'hospitalisation était de 8% ; une complication était rapportée chez 50% des cas hospitalisés ;
- 53% des cas étaient vaccinés par 2 doses de vaccins ROR.

Figure 17. Nombre et taux d'incidence des cas déclarés de rougeole par classes d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2023



## Epidémie de rougeole dans un collège avec une couverture vaccinale (CV) élevée

En septembre 2023, une épidémie de rougeole atypique est survenue dans un collège d'Ardèche à partir d'un cas non vacciné importé d'Asie fin août. Au total 64 cas, dont 50 cas au collège, ont été rapportés entre le 26 août et le 6 novembre 2023. Ils étaient âgés de 7 à 52 ans (âge médian : 12 ans). Le sex-ratio H/F était de 1,2 avec 35 hommes et 29 femmes. Les signes cliniques habituels de la rougeole (éruption, fièvre  $>38,5^{\circ}$ , catarrhe occulo-respiratoire) étaient rapportés sans différence entre vaccinés et non vaccinés. Trois hospitalisations dont une complication de type pneumopathie ont été observées chez des cas non vaccinés ; aucun décès rapporté. Les statuts vaccinaux étaient les suivants : 58% des cas étaient vaccinés 2 doses, 37% vaccinés 1 dose et 5% pour lesquels le statut vaccinal était inconnu.

Au sein du collège, une évaluation de la CV a été réalisée, elle s'élevait à 94%. Le taux d'attaque était de 100% chez les élèves non vaccinés ( $n=13$ ) et respectivement de 43,7%, 16,5% et 3,2% parmi les vaccinés 2 doses avec une 1<sup>re</sup> dose administrée à l'âge de 6-8 mois, 9-11 mois et  $\geq 12$  mois. L'efficacité vaccinale (EV) était supérieure à 95% ( $EV=96,4\%$ , IC à 95% : 91,4%-98,5%) en cas de schéma vaccinal complet avec une 1<sup>re</sup> dose reçue après l'âge de  $\geq 12$  mois. Elle était moindre en cas de 1<sup>re</sup> dose reçue entre 9 et 11 mois ( $EV=83,3\%$ , IC à 95% : 74,3%-89,2%) ou entre 6 et 8 mois ( $EV=60,7\%$ , IC à 95% : 10,6%-82,7%).

Malgré une CV élevée, cette épidémie a touché l'ensemble des enfants non vaccinés, ainsi que des enfants vaccinés par 2 doses de vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) dont la majorité avait reçu leur 1<sup>re</sup> dose avant l'âge de 1 an. En effet, ces collégiens, nés entre 2009 et 2012 lors d'une épidémie de rougeole d'ampleur dans la région, avaient été nombreux à être vaccinés avant 12 mois, conformément aux recommandations alors en vigueur préconisant une vaccination dès l'âge de 9 mois lors de l'entrée en collectivité (crèche). Il est désormais établi qu'une vaccination avant 12 mois procure une moins bonne immunité à long terme. Cette épidémie a conduit la Haute Autorité en Santé à recommander l'administration d'une 3<sup>e</sup> dose de vaccin ROR à toutes les personnes nées depuis 1980 qui ont reçu une 1<sup>re</sup> dose avant 12 mois (quelle qu'en soit la raison) ([avis du 23 mai 2024](#)). Cette recommandation a été intégrée au [calendrier vaccinal 2024](#). Il s'agit là donc d'une nouvelle recommandation ne figurant pas jusqu'alors dans le calendrier vaccinal car le HCSP n'avait pas jugé le rattrapage nécessaire dans son [avis de 2013](#) sauf en cas de flambée épidémique.

### Pour en savoir plus

- [Dossier thématique de Santé publique France](#)
- [Bilan national Rougeole en France en 2023](#)
- Vaccination : [Rougeole | Vaccination Info Service \(vaccination-ifo-service.fr\)](#)



# Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)

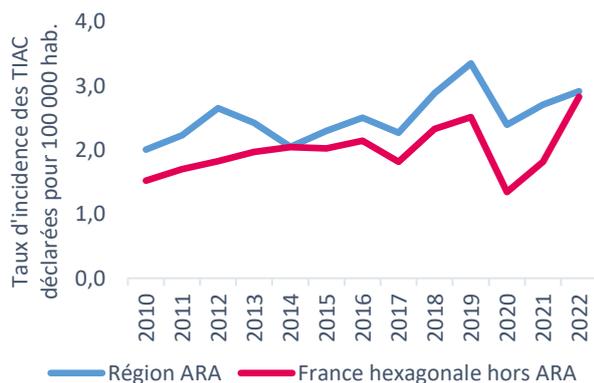
## Critère de notification

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.

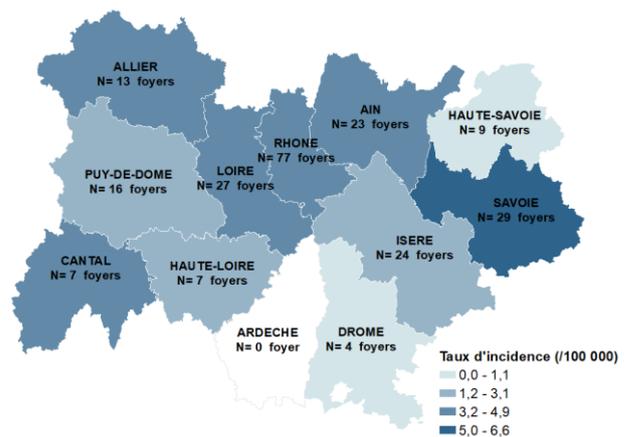
## Nombre et taux d'incidence des TIAC déclarées

En 2022, 236 foyers de TIAC ont été déclarés dans la région soit un taux de 2,9 foyers pour 100 000 habitants (Figure 18), similaire au taux observé dans le reste de la France hexagonale (2,8/100 000). Après une augmentation des TIAC signalées jusqu'en 2019, une baisse a été observée en 2020, en lien avec la mise en place de mesures de distanciation sociale dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (confinement, fermeture de lieux de restauration collective...) et une meilleure application des mesures d'hygiène telles que le lavage des mains. Le nombre de foyers de TIAC signalés en 2021 et 2022 restait inférieur à celui observé en 2019 (236 TIAC signalées en 2022 contre 269 en 2019). Une augmentation plus marquée des TIAC en 2022 en France hexagonale a cependant été observée.

**Figure 18. Taux d'incidence des TIAC déclarées en Auvergne-Rhône-Alpes et en France hexagonale, 2010-2022**



**Figure 19. Taux d'incidence des TIAC déclarées en Auvergne-Rhône-Alpes, 2022**



A l'échelon départemental, la Savoie, le Rhône et le Cantal présentaient les incidences les plus élevées en 2022 (Figure 19).

## Caractéristiques des foyers de TIAC

Ces foyers de TIAC ont affecté 1 623 malades, dont 59 ont nécessité une hospitalisation (3,6%), en augmentation par rapport à 2021 ; un décès a été signalé.

## Lieux de survenue

En 2022 dans la région, le repas suspect avait lieu en milieu familial pour 40% des foyers, en restauration commerciale pour 38% et en restauration collective (institut médico-social, cantine...) pour 17%.



## Aliments et agents étiologiques identifiés ou suspectés

Un aliment responsable de l'intoxication alimentaire a été suspecté dans 89% des foyers (Tableau 4). Les aliments les plus fréquemment mis en cause en 2022 étaient les œufs et produits à base d'œufs (13%) et les viandes (12%). L'agent pathogène a été confirmé ou suspecté pour 86% des foyers. Les agents les plus fréquemment mis en causes étaient : *Staphylococcus aureus* (23%), *Salmonella* (21%) et *Bacillus cereus* (16%).

**Tableau 4. Aliments et agents pathogènes identifiés ou suspectés dans les foyers de TIAC déclarés en Auvergne-Rhône-Alpes, 2022**

Aliments	Nombre de foyers	Fréquence
Œufs et produits à base d'œufs	28	13%
Viandes	26	12%
Volaille	17	8%
Poisson	15	7%
Coquillage et fruits de mer	8	4%
Fromage et produits laitiers	8	4%
Produits de charcuterie	6	3%
Boisson	2	1%
Autres	100	48%
<b>Nombre total de foyers avec aliments retrouvés</b>	<b>210</b>	
Agent	Nombre de foyers	Fréquence
<i>Staphylococcus aureus</i>	46	23%
<i>Salmonella spp</i>	43	21%
<i>Bacillus cereus</i>	33	16%
<i>Clostridium perfringens</i>	20	10%
Virus	14	7%
<i>Campylobacter</i>	8	4%
Histamine	5	2%
<i>Shigella</i>	1	0%
Autres	33	16%
<b>Nombre total de foyers avec agent identifié ou suspecté</b>	<b>203</b>	

### Pour en savoir plus

- [Dossier thématique de Santé publique France](#)
- [Bilan national TIAC en France en 2022](#)
- [Conseils d'hygiène dans la cuisine](#) | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail



# Tuberculose

## Critères de notification

**Cas confirmé** : Maladie soit 1) avec une culture positive à une mycobactérie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*, soit 2) avec une microscopie positive pour les bacilles acido-alcoolo résistants ET la détection d'acide nucléique du complexe *Mycobacterium tuberculosis*

**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 18 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).

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

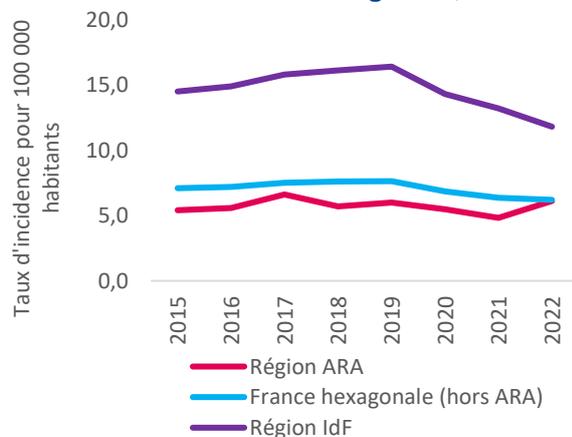
Chaque DO concernant un enfant de moins de 18 ans, codé en tuberculose maladie sans localisation de maladie ni résultats de bactériologie positive (microscopie ou culture) a été systématiquement vérifié auprès de l'ARS et le cas échéant du CLAT.

## Nombre et taux d'incidence des cas déclarés

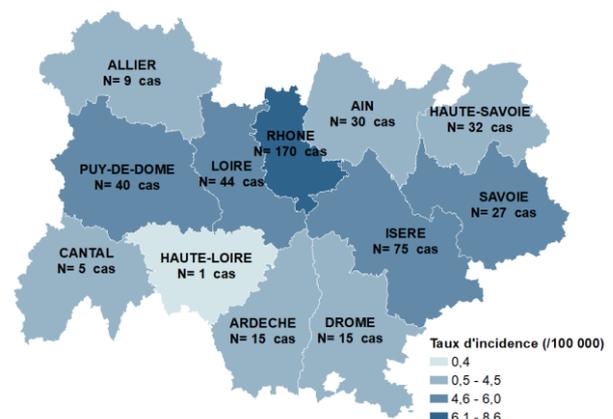
En 2022, 463 cas de tuberculose ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence régional était de 5,6 cas pour 100 000 habitants, supérieur au taux d'incidence dans le reste de la France hexagonale hors Ile-de-France. Ce nombre et ce taux étaient en augmentation en 2022 (Figure 20) après une baisse observée en 2021 par rapport à 2020 (n=393 ; taux d'incidence : 4,8/100 000).

Les taux d'incidence de l'Isère, de la Loire, du Puy-de-Dôme, de la Savoie et du Rhône dépassaient le taux régional. En 2022, plus de 77% des cas ont été notifiés dans ces 5 départements où les taux d'incidence étaient respectivement de 5,8/100 000, 5,7/100 000, 6,0/100 000, 6,0/100 000 et 8,6/100 000 (Figure 21). Les taux d'incidence étaient plus élevés en ex-Rhône-Alpes (taux moyen : 5,2/100 000) qu'en ex-Auvergne (taux moyen : 3,2/100 000).

**Figure 20. Taux d'incidence des cas déclarés de tuberculose en Auvergne-Rhône-Alpes, en Ile-de-France et en France hexagonale, 2015-2022**



**Figure 21. Taux d'incidence des cas déclarés de tuberculose en Auvergne-Rhône-Alpes, 2022**



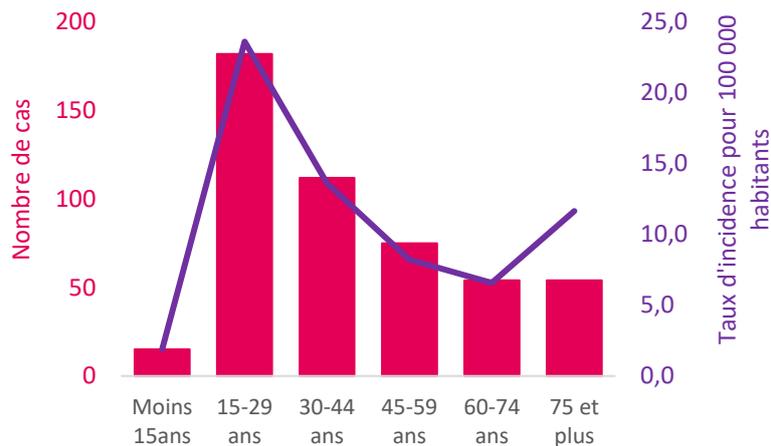
NB : pour le département du Rhône des problèmes de saisie ont été partiellement corrigés, ce qui peut expliquer des différences entre les données présentées et celles réellement remontées du terrain.



## Caractéristiques démographiques des cas

- 67% des cas étaient des hommes ;
- 63% des cas étaient âgés de moins de 45 ans (moyenne = 41 ans ; médiane = 36 ans), avec un pic d'incidence dans la tranche d'âge des personnes âgées de 15 à 29 ans (Figure 22) ;
- 17% des cas résidaient en collectivité, 5% étaient des personnes sans domicile fixe ;
- 56% (n=281) des cas étaient nés à l'étranger.

**Figure 22. Nombre et taux d'incidence des cas déclarés de tuberculose par classes d'âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2022**



## Caractéristiques cliniques des cas

- 72% 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% des cas ;
- les formes méningées (n=7) et milliaires (n=14) représentaient 4% de l'ensemble des cas.

## Contexte du diagnostic

Un recours spontané au système de soins a permis le diagnostic de 57% des patients. Respectivement, 10% et 4% des cas ont été identifiés suite à un dépistage systématique ou lors d'une enquête autour d'un cas.

### Pour en savoir plus

- [Dossier thématique de Santé publique France](#)
- [Bilan national Tuberculose en France en 2022](#)
- [Dossier thématique du Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités](#)

## Matériel et méthode

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(ETS)PP) et transmises à la direction générale de l'alimentation (DGAL).

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 foyers 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 08/01/2024).

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.

## Tableau de synthèse

**Tableau 5. Nombre de cas d'hépatite A, d'IIM, de légionellose, de rougeole, de TIAC et de tuberculose déclarés en Auvergne-Rhône-Alpes, par département, en 2023 (2022 pour TIAC et tuberculose)**

Département	Hépatite A	IIM	Légionellose	Rougeole	TIAC	Tuberculose
Ain	11	7	24	3	23	30
Allier	1	3	9	0	13	9
Ardèche	5	3	14	61	0	15
Cantal	1	1	1	0	7	5
Drôme	8	8	22	3	4	15
Isère	33	15	53	3	24	75
Loire	7	7	39	0	27	44
Haute-Loire	0	5	5	0	7	1
Puy-de-Dôme	4	6	32	1	16	40
Rhône	46	22	73	0	77	199
Savoie	0	8	11	0	29	27
Haute-Savoie	12	8	52	2	9	32
<b>Région ARA</b>	<b>128</b>	<b>93</b>	<b>335</b>	<b>73</b>	<b>236</b>	<b>492</b>

## 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.

## Equipe de rédaction

Thomas BENET, Elise BROTTET, Delphine CASAMATTA, Erica FOUGERE, Rémy OUEDRAOGO  
Philippe PEPIN, Damien POGNON, Guillaume SPACCAFERRI, Alexandra THABUIS, Emmanuelle  
VAISSIERE, Jean-Marc YVON

**Pour nous citer** : Bulletin Maladies à déclaration obligatoire. Édition Auvergne-Rhône-Alpes. Septembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 20 pages, 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

**Dépôt légal** : 17/09/2024

**Contact** : [cire-ara@santepubliquefrance.fr](mailto:cire-ara@santepubliquefrance.fr)