

BREVES D'AQUITAINE

*Bulletin régional d'épidémiologie et de
veille sanitaire*

EDITORIAL

Comme chaque année, un numéro du Brèves est consacré aux données épidémiologiques relatives aux maladies à déclaration obligatoire (MDO) en Aquitaine. Celui-ci présente les données actualisées au 31 décembre 2006. Il n'apparaît pas d'événement marquant concernant les MDO en Aquitaine, avec une stabilité des déclarations des maladies surveillées. Le nombre de légionelloses est resté stable, malgré la baisse en France, le nombre de tuberculoses a continué à augmenter comme les années précédentes, et les infections invasives à méningocoque sont restées en nombre stable par rapport aux années antérieures, avec une remontée du sérotype B au niveau national.

En 2003, ce dispositif a été modifié pour renforcer la déclaration des principales maladies transmissibles tout en garantissant la protection du droit des personnes et la confidentialité des données. Aujourd'hui il est important de noter que la plupart des MDO nécessitent un signalement immédiat au médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass). Cette information, transmise au niveau départemental dans des délais les plus brefs possibles, permet de mener toutes les investigations nécessaires et de mettre en place les mesures de contrôle de la transmission de la maladie (isolement, prophylaxie médicamenteuse ou vaccination, contrôle de la source d'exposition, etc.).

Au plan national, la transmission rapide des données permet de suivre les tendances épidémiologiques et d'identifier des épidémies supra régionales afin d'adapter les actions de prévention. Ce dispositif ne peut cependant fonctionner que si l'ensemble des médecins et biologistes participe activement à cette surveillance.

Or déclarer c'est agir, mais c'est aussi prévenir la propagation de la maladie ! Adhérer à ce dispositif, c'est être un acteur à part entière de la veille sanitaire et contribuer pleinement à la politique de santé publique. En espérant que ce retour d'information contribuera à l'amélioration de la surveillance des MDO en Aquitaine.

Si des personnes de votre entourage souhaitent recevoir le Brèves, n'hésitez pas à communiquer notre adresse mail (dr33-cire-aquitaine@sante.gouv.fr) afin qu'elles puissent s'inscrire sur notre liste de diffusion.

Laurent Filleul, Coordonnateur scientifique de la Cire Aquitaine

Sommaire

LES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE en Aquitaine

- ■ ■ *VIH et SIDA (2003-2006)*
- ■ ■ *Toxi infections alimentaires collectives (1996-2006)*
- ■ ■ *Infections invasives à méningocoques (1995-2006)*
- ■ ■ *Hépatite A (2006)*
- ■ ■ *Légionellose (1997-2006)*
- ■ ■ *Tuberculose (2000-2006)*

Comité éditorial

Directeur de la publication : Dr. Françoise Weber,
Directrice Générale de l'Institut de Veille Sanitaire

Rédacteur en chef : Laurent Filleul, coordonnateur
scientifique de la Cire Aquitaine

Comité de rédaction : Marianne Adolphe, Isabelle
Bernadou, Christine Castor, Martine Charron, Sandrine
Coquet, Elise Daudens, Madeleine Dumoulin, Laurent
Filleul, Gaëlle Gault, Sophie Larrieu, Véronique Servas.

Pour tous renseignements

Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Aquitaine

103 bis rue Belleville - 33063 Bordeaux Cedex Tél. : 05.57.01.97.20 Fax : 05.57.01.97.15
dr33-cire-aquitaine@sante.gouv.fr

■ ■ ■ LES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

• Les acteurs de la déclaration obligatoire

Les déclarants : biologistes et médecins

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

Les médecins inspecteurs de santé publique des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass)

Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) sont chargés de réaliser la surveillance de ces maladies au niveau départemental. Ils agissent sur le terrain pour prévenir et réduire localement les risques de diffusion des maladies. Ils ont un rôle primordial dans la validation et la transmission de données de qualité, conditions indispensables pour la validité des analyses faites par l'InVS. Maillon central du dispositif, les MISP ont aussi un rôle majeur pour relayer l'information et sensibiliser les déclarants aux enjeux de la surveillance à l'échelon départemental.

Les épidémiologistes de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)

Dans le cadre du signalement, l'InVS peut apporter, en liaison avec les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), un soutien méthodologique aux acteurs locaux de la surveillance, notamment en cas d'épidémies touchant plusieurs départements. Dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, les épidémiologistes de l'InVS centralisent l'ensemble des données, les analysent et les transmettent aux pouvoirs publics avec des recommandations sur les mesures ou actions à mettre en place.

Au-delà de la surveillance exercée par les trois acteurs, le ministère chargé de la Santé et plus particulièrement la Direction générale de la santé (DGS) sont informés des alertes sanitaires et interviennent, en tant que de besoin, dans les décisions en matière de gestion des risques à l'échelon départemental ou national.

• Les 30 maladies à déclaration obligatoire

L'inscription d'une maladie sur la liste des maladies à déclaration obligatoire fait l'objet d'une décision du ministre de la Santé rendue publique par décret, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF). Elle traduit la volonté de l'Etat de disposer de données sur une maladie afin de préserver la santé de la population.

Pour figurer sur cette liste, les maladies doivent répondre à deux types de critères définis par le CSHPF.

Des critères principaux, par ordre d'importance :

- maladie qui justifie de mesures exceptionnelles à l'échelon international ;
- maladie qui nécessite une intervention urgente à l'échelon local, régional ou national ;
- maladie pour laquelle une évaluation des programmes de prévention et de lutte menés par les pouvoirs publics est nécessaire ;
- maladie grave dont il est nécessaire d'évaluer et de suivre la létalité, la morbidité et le risque de séquelles ;
- maladie pour laquelle il existe un besoin de connaissances comme les maladies émergentes ou mal connues.

Des critères de faisabilité :

- la maladie ne doit pas être trop fréquente pour garantir un bon niveau de notification et permettre une réponse rapide des services déconcentrés ;
- une définition ou une classification des cas simple et spécifique doit être disponible pour que la déclaration soit facile ;
- la déclaration doit être acceptée par le milieu médical et par la société ;
- le coût de mise en œuvre de la surveillance pour les acteurs doit rester proportionné aux enjeux de santé publique que présente la surveillance de la maladie.

On compte aujourd'hui 30 maladies sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Maladies à déclaration obligatoire (Juillet 2006) [1]

Botulisme
 Brucellose
 Charbon
 Chikungunya
 Choléra
 Dengue
 Diphtérie
 Fièvres hémorragiques africaines
 Fièvre jaune
 Fièvre typhoïde et paratyphoïde
 Hépatite aiguë A
 Infection symptomatique aiguë par le virus de l'Hépatite B
 Infection Invasive à Méningocoque (IIM)
 Infection à VIH quel qu'en soit le stade
 Légionellose
 Listériose
 Orthopoxviroses dont la Variole
 Paludisme autochtone
 Paludisme d'importation
 Peste
 Poliomyélite
 Rage
 Rougeole
 Saturnisme de l'enfant mineur
 Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob
 Tétanos
 Toxi-Infection Alimentaire Collective
 Tuberculose
 Tularémie
 Typhus exanthématique

■ ■ ■ LES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

• Signaler

Le signalement des maladies à déclaration obligatoire par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent au médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la Ddass de leur lieu d'exercice, est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie). Il n'existe pas de support dédié au signalement. 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 et du tétanos, sont à signaler immédiatement. La procédure de signalement permet au Misp de réagir rapidement et de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire. Dans ce cadre, les données transmises par les déclarants peuvent être nominatives et ne sont pas conservées au-delà du temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

[1] Site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/>)

• Transmettre une fiche de déclaration

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au Misp de la Ddass du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. Elle a pour objet le suivi épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire. Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales. En application de la loi informatique et libertés, chaque personne dont la maladie est déclarée doit en être informée individuellement par son médecin. Le médecin informe oralement la personne au moment de l'annonce du diagnostic ou au moment qu'il jugera le plus opportun pour elle. Il lui remet une des deux fiches d'information prévues à cet effet : une fiche d'information sur la notification de toutes les maladies à déclaration obligatoire et une fiche d'information spécifique pour la notification obligatoire de l'infection à VIH.

A qui déclarer ? ▶ au Médecin Inspecteur de Santé Publique de votre département

Semaine ▶ appeler la Ddass

Dordogne	Tél : 05 53 02 27 27	Fax : 05 53 03 10 50
Gironde	Tél : 05 57 01 91 00	Fax : 05 56 96 29 31
Landes	Tél : 05 58 46 63 63	Fax : 05 58 46 63 72
Lot et Garonne	Tél : 05 53 98 66 66	Fax : 05 53 98 66 05
Pyrénées Atlant.	Tél : 05 59 14 51 79	Fax : 05 59 14 51 11

WE et jours fériés ▶ appeler la Préfecture pour contacter la personne d'astreinte

Dordogne	Tél : 05 53 02 24 24
Gironde	Tél : 05 56 90 60 00
Landes	Tél : 05 58 06 58 06
Lot et Garonne	Tél : 05 53 77 60 47
Pyrénées Atlant.	Tél : 05 59 98 24 24

■ ■ ■ SURVEILLANCE DU VIH / SIDA (2003-2006)

• Découvertes récentes d'infection à VIH

Les données épidémiologiques des découvertes de séropositivité à VIH sont disponibles depuis mars 2003, date de début de la notification obligatoire du VIH quel que soit le stade. L'interprétation de ces résultats doit tenir compte de la sous déclaration, estimée autour de 35% entre 2003 et 2006 [2] et du délai de déclaration pour les données de 2005 et 2006.

Depuis 2003, 423 découvertes de séropositivité au VIH ont été déclarées chez des sujets résidant en Aquitaine (soit 2,8 % des notifications nationales). Certaines ont été déclarées chez des sujets non domiciliés en Aquitaine, vivant à l'étranger (n = 19) ou dans d'autres régions limitrophes (Midi-pyrénées, Poitou Charente). En Aquitaine, le taux d'incidence annuel des nouveaux diagnostics de VIH est de 4/100 000, inférieur à celui de la France métropolitaine quelle que soit l'année. L'incidence la plus élevée de diagnostics VIH déclarés est en Gironde (Tableau 1).

• Caractéristiques sociodémographiques

Depuis le début de la déclaration obligatoire, la proportion d'hommes parmi les nouvelles infections à VIH est stable (69,3 % en moyenne). La distribution par âge est différente selon le sexe, les hommes étant en moyenne plus âgés que les femmes. La proportion des 20-30 ans est la plus représentée chez les femmes (33,8%) ; chez les hommes, il s'agit des 30-40 ans (34,8 %). Une seule infection concerne un enfant de moins de 10 ans, et 14 des jeunes de moins de 20 ans.

Parmi les cas déclarés, 84,2 % sont de nationalité française. Les nationalités étrangères les plus représentées sont celles d'Afrique sub-saharienne (14,9 %), avec une majorité de femmes (90 %).

• Mode de contamination

Le mode de transmission principal est la transmission sexuelle. Depuis 2003, 145 (41,6 %) personnes ayant découvert leur séropositivité VIH ont été contaminées par des rapports hétérosexuels et 155 (36,6 %) par rapports homo/bisexuels. Parmi les rapports homo/bisexuels, on observe exclusivement des hommes et 83,9 % d'entre eux sont de nationalité française. Plus de la moitié des personnes contaminées par des rapports hétérosexuels sont des femmes (58,8 %) et 31,4 % sont d'origine sub-saharienne. Aucune tendance évolutive particulière n'est observée depuis le début de la déclaration obligatoire. Les autres modes de transmission sont peu retrouvés. En 2006, aucune transmission mère-enfant ou transfusionnelle n'a été observée, et 4 cas de contamination par injection intraveineuse ont été déclarés.

• Motif de dépistage

Depuis le début de la déclaration, le premier motif de dépistage est la présence de signes cliniques (primo-infection ou stade symptomatique du VIH) et biologiques (36,2 %). Les autres motifs sont l'exposition à un risque d'infection (25,5 %) et la réalisation d'un bilan systématique (8,7 %). Ces chiffres sont stables depuis 2003. Le diagnostic pendant la grossesse représente 3,5 % des cas. A noter que le motif de dépistage est non renseigné dans 16,8 % des cas

Tableau 1 : Nombre et taux d'incidence pour 100 000 des diagnostics de VIH par département des sujets domiciliés en Aquitaine de 2003 à 2006

Département de domicile	2003		2004		2005*		2006*		Total
	N	Incidence # (/100 000)	N	Incidence # (/100 000)	N	Incidence # (/100 000)	N	Incidence # (/100 000)	
24	14	3,5	10	2,5	14	3,5	16	4,0	54
33	62	4,6	75	5,5	75	5,5	38	2,8	250
40	6	1,7	7	2,0	8	2,2	4	1,1	25
47	4	1,3	12	3,8	10	3,2	1	0,3	27
64	13	2,1	21	3,4	25	4,0	8	1,3	67
Total Aquitaine	99	3,3	125	4,1	132	4,3	67	2,2	423
Total France	3 879	6,5	4 315	7,1	4 326	7,1	2814	4,6	15 334

*données provisoires non redressées pour les délais de déclaration # estimation avec les données INSEE de l'année correspondante sauf 2006 (données INSEE 2005)

■ ■ ■ *SURVEILLANCE DU VIH / SIDA (2003-2006)*

● **Stade clinique**

Au total, la majorité des diagnostics a été effectuée avant le stade symptomatique du VIH, 16 % durant la primo-infection et 43 % en phase asymptomatique. La proportion de sujets diagnostiqués pendant la primo-infection est en augmentation (15 % en 2003 à 19 % en 2006) alors que celle des personnes diagnostiquées en stade Sida est en diminution (24 % en 2003 à 9 % en 2006).

Le stade de diagnostic varie selon le sexe et le mode de contamination. Les femmes sont généralement diagnostiquées à un stade plus précoce que les hommes (63,8 % des femmes sont diagnostiquées à un stade asymptomatique contre 37,9 % des hommes). Les homosexuels sont plus souvent diagnostiqués lors d'une primo-infection (25,2 %) que les hétérosexuels (12,5 %).

[2] Surveillance du VIH/SIDA en France, rapport n°3, données au 30 juin 2005

● **Infection au Stade SIDA**

Le nombre d'infections au stade SIDA déclarées est en nette diminution. En Aquitaine, 9 cas seulement ont été déclarés en 2006 et 32 en 2005. Cependant, ces chiffres sont provisoires compte tenu du délai important de déclaration pour ces deux années.

■ ■ ■ TOXI INFECTIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES (TIAC) DECLAREES (1996-2006)

Une TIAC se définit par la survenue d'au moins deux cas groupés d'une symptomatologie similaire, en général digestive, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire. L'intérêt de la déclaration de ces pathologies tient à la possibilité, à la suite de l'investigation du foyer, de mettre en évidence des contaminations liées soit à l'aliment consommé, soit au personnel de cuisine, soit au matériel et aux locaux utilisés. Ces dysfonctionnements peuvent le plus souvent être éliminés et permettre par la suite une amélioration de l'hygiène alimentaire.

• Evolution des TIAC déclarées entre 1996 et 2006 en Aquitaine

Sur les 6506 foyers de TIAC recensés au niveau national depuis 1996, 288 (4,4 %) sont survenus en Aquitaine. Près de la moitié des foyers de TIAC Aquitains ont été déclarés en Gironde avec 134 foyers (46,5%) (Tableau 1).

Tableau 1 : Evolution du nombre de foyers de TIAC, du nombre de cas, de sujets exposés, de sujets hospitalisés et décédés, en Aquitaine, entre 2002 et 2006.

	2002	2003	2004	2005	2006
Nb de foyers	19	24	29	25	33
Nb de cas	402	173	525	495	333
Nb d'exposés	2142	1334	2085	2372	1587
Nb d'hospitalisation	22	18	58	43	14
Nb de décès	0	1	0	1	0

• TIAC déclarées en 2006

Au cours de l'année 2006 en Aquitaine, 33 foyers ont été signalés avec au total 333 cas identifiés dont 14 hospitalisés. Aucun n'est décédé. Sur ces 33 foyers, 13 sont survenus dans les Pyrénées-Atlantiques (40%), 10 en Gironde (30%), 5 en Dordogne (15%), 3 dans le Lot-et-Garonne (9%) et 2 dans les Landes (6%). Le plus grand nombre de cas a été observé en Dordogne (101 cas) suivi par les Pyrénées-Atlantiques (92 cas).

Sources de déclaration

Les principales sources de déclaration étaient les cas eux-mêmes (21%), les médecins généralistes (12%) et les médecins hospitaliers (12%).

Parmi les autres sources, on retrouve des responsables d'établissement, des pompiers et une diététicienne.

Lieu de survenue

Les TIAC en collectivité (cantine scolaire, institut médico-social, centre de loisirs...) étaient les plus fréquentes (Tableau 2) et étaient responsables du plus grand nombre de cas (76%) ; surtout dans les cantines scolaires (110 cas pour 4 foyers). Venaient ensuite les intoxications en restauration (de 3 à 17 cas par foyer) puis en milieu familial avec de faibles effectifs.

Tableau 2 : Lieu de contamination des TIAC en Aquitaine en 2006.

Lieu de contamination	TIAC		Cas	
	N=33	N=333	N=333	N=333
	n	%	n	%
Collectivité	14	43	252	76
Familial	8	33	35	10
Restaurant/ banquet	11	24	46	14

• Investigations de 2006

Vingt-six des 33 foyers de TIAC ont fait l'objet d'un rapport d'investigation. Celle-ci était menée par la Direction départementale des services vétérinaires (DDSV) seule dans deux tiers des cas, et conjointement avec la Ddass dans 30,8 % des cas. Certaines TIAC, bien que non investiguées, ont fait l'objet d'analyses bactériologiques.

Analyses bactériologiques

En 2006, sur les 33 foyers déclarés, 16 n'ont pas fait l'objet de d'analyses microbiologiques soit 48%.

L'agent causal a été confirmé microbiologiquement pour seulement 12 foyers (36 %).

Les bactéries majoritairement retrouvées sont les Salmonelles (2 *S. enteritidis*, 1 *S. typhimurium* et 2 de type indéterminé). Viennent ensuite les Staphylocoques (3 cas), puis *Clostridium perfringens*, *Campylobacter* et *Bacillus cereus*. Cette répartition épidémiologique des différents germes est retrouvée au niveau national et n'a pas varié ces dix dernières années (cf. Figure 1).

■ ■ ■ TOXI INFECTIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES (TIAC) DECLAREES (1996-2006)

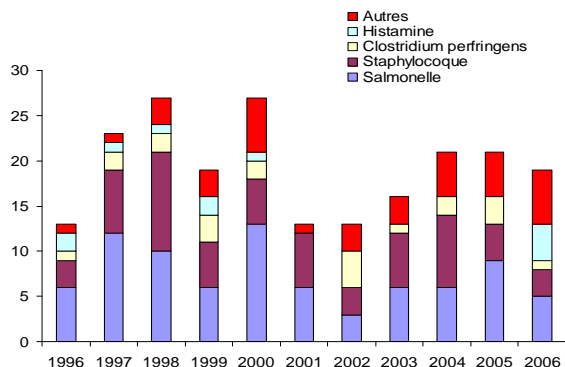


Figure 1 : Evolution du nombre de cas selon l'agent responsable (germes et histamine) en Aquitaine de 1996 à 2006

Les aliments responsables

L'aliment contaminé a été identifié pour 19 foyers (57,6%). Les 3 foyers où les œufs (ou des produits à base d'œuf) ont été incriminés concernaient uniquement des salmonelles. Divers germes (salmonelles, staphylocoque et clostridium) ont été retrouvés dans la viande. Les produits de la mer étaient responsables des réactions histaminiques/allergiques et d'infections à staphylocoque.

L'aliment contaminé et le germe responsable étaient bien renseignés quand il s'agissait d'enquêtes en milieu familial. En revanche, ils ne l'étaient pas dans la moitié des cas pour les foyers de TIAC en collectivité et en restauration.

Répartition saisonnière des foyers

On observe une variation saisonnière des foyers selon l'agent responsable. Les salmonelles sont en recrudescence de juin à novembre. Les staphylocoques et autres germes entériques prédominent entre octobre et mars. Une grande majorité d'agents inconnus (dont une partie probablement viraux) est également observée en période hivernale. Les réactions histaminiques/allergiques sont retrouvées principalement entre août et novembre.

Dysfonctionnements et mesures mises en oeuvre

Sur les 26 TIAC ayant fait l'objet d'une investigation en 2006, un ou plusieurs facteurs ont été retrouvés pour 11 d'entre elles. Il s'agissait de problèmes d'équipement (n=8), de rupture de la chaîne du froid ou du chaud (n=4), d'une erreur dans le processus de préparation (n=5), d'un délai trop long entre la préparation et la consommation (n=2) et des problèmes de contamination du personnel (n=3).

Des mesures ont été prises pour ces 11 TIAC. Il s'agissait de mesures vis-à-vis du personnel (n=6), d'information (n=9), de prescriptions de travaux dans l'établissement (n=6) et de désinfection (n=1). Aucune fermeture d'établissement n'a été nécessaire.

■■■ INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUES (IIM) SIGNALEES (1995 - 2006)

Jusqu'en 2002, seules les méningites à méningocoque étaient à déclaration obligatoire. Depuis cette date, les infections invasives à méningocoques (IIM) sont devenues à déclaration obligatoire. De plus, la définition des cas a été modifiée du fait des progrès de la microbiologie et elle correspond désormais à la présence d'au moins un des quatre critères suivants :

- 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
- Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR
- 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.
- Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome).

En Aquitaine, 319 cas d'IIM ont été déclarés entre 1995 et 2006. Ce nombre a été en constante augmentation depuis 1995 jusqu'en 2002 puis s'est stabilisé. Le temps de notification variait de 0 à 146 jours (médiane : 3 jours, moyenne : 7 jours) L'incidence des IIM était supérieure à l'incidence nationale jusqu'en 2002 puis inférieure pour les années 2003-2006 (figure 1).

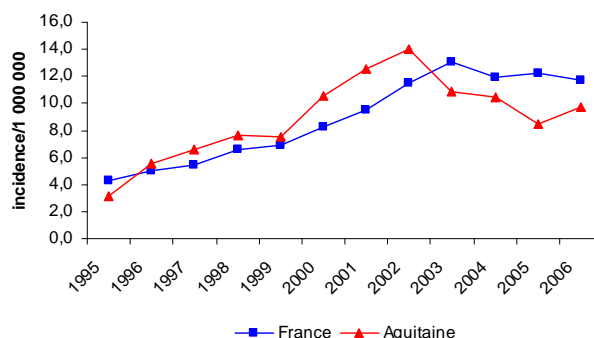


Figure 1 : incidence annuelle des IIM par million d'habitants en Aquitaine et en France

Dans les départements du Lot et Garonne et de la Dordogne, l'incidence était inférieure à l'incidence nationale [3], et dans les autres départements de la région, elle était supérieure (Pyénées Atlantiques) ou égale (Landes, Gironde) (Tableau 1).

L'âge des sujets malades variait de 27 jours à 92 ans (moyenne : 20,5 ans, médiane : 14 ans). Les nourrissons de moins d'un an représentaient 11% des cas et les moins de 5 ans 36%

Les deux tiers des cas signalés étaient âgés de moins de 20 ans (de 58 à 100% selon les années) et l'incidence la plus élevée a été retrouvée chez les moins de 5 ans (64/10⁶ ; 46 à 78 selon les années).

Le sex-ratio M/F était de 1,2.

Tableau 1 : incidence annuelle par million d'habitants des IIM dans les départements d'Aquitaine et en France

Département	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
24	0,0	7,8	0,0	5,2	2,6	12,8	5,1	10,1	10,1	7,5	7,5	5,0
33	5,6	4,7	8,7	6,3	12,4	6,2	10,7	10,5	11,1	13,9	10,9	8,7
40	0,0	3,1	3,1	6,2	6,1	12,1	20,8	5,9	14,4	5,7	0,0	11,2
47	0,0	3,3	3,3	3,3	6,5	9,8	6,5	3,2	0,0	3,2	9,4	6,3
64	3,4	8,5	10,1	15,1	1,7	18,2	19,7	34,2	14,5	11,2	8,0	15,9
France	4,3	5,0	5,4	6,6	6,9	8,2	9,5	11,5	13,1	11,9	12,2	11,7

■■■ INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUES (IMM) SIGNALEES (1995 - 2006)

Le taux de létalité était de 16% (14% pour le sérotype B et 18% pour le groupe C). En excluant les purpura fulminans, le taux de létalité tombait à 6,7%.

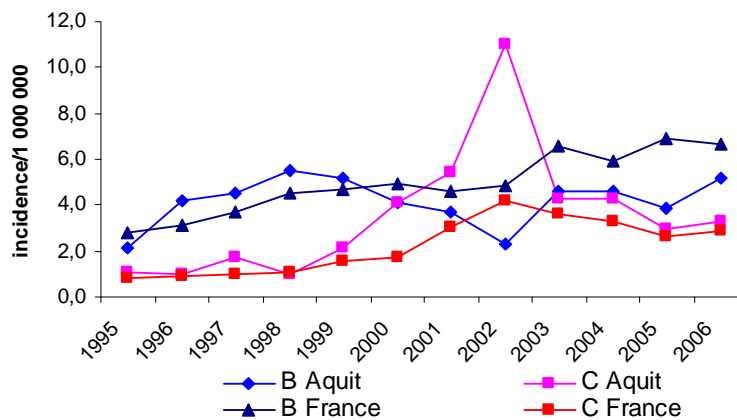
Le purpura fulminans représentait 28% des cas et était responsable de 70% des décès (32/46 dont les 3 décès de 2006). Il est donc primordial que l'antibiothérapie (injection immédiate de céphalosporine de 3ème génération [4]) soit initiée le plus rapidement possible et si possible au domicile même du patient.

[3] Parent I, Taha M, Lepoutre A, Lévy-Bruhl D. Les infections invasives à méningocoque en France en 2006. BEH 51-52 du 25/12/2007.

[4] Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France du 10 mars 2000.

Le sérotype B était prédominant jusqu'en 2000. Entre 2001 et 2002, on a observé un pic de sérotype C qui a entraîné la vaccination préventive dans les Landes et les Pyrénées Atlantiques. L'incidence du sérotype C est revenue depuis 2003 à un taux d'incidence inférieur au sérotype B pour atteindre en 2006 un taux d'incidence de 5,2 pour 1 000 000 habitants pour le sérotype B et 3,2 pour 1 000 000 habitants pour le sérotype C (figure 2).

Figure 2 : Evolution des sérotypes France et Aquitaine 1995 - 2006



■ ■ ■ HEPATITE A EN AQUITAINE (2006)

La déclaration obligatoire de l'hépatite A avait été arrêtée en France en 1984, l'incidence ayant fortement diminué avec l'amélioration des conditions d'hygiène. Depuis novembre 2005, elle est de nouveau une maladie à déclaration obligatoire, en raison de son potentiel épidémique, de sa gravité potentielle chez l'adulte et de l'existence d'un vaccin efficace. L'hépatite A est une maladie à transmission oro-fécale. La contamination se fait par contact direct de personne à personne ou indirect par consommation d'eau, de coquillages crus récoltés en eau insalubre ou d'aliments contaminés. Elle est le plus souvent d'évolution favorable, bien qu'elle puisse parfois évoluer vers une hépatite fulminante et être fatale, en particulier chez les sujets âgés. Un cas d'hépatite A est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

● Nombre de cas notifiés et incidence globale

En France, 1 313 cas d'hépatite A ont été notifiés en 2006, soit un taux d'incidence de 2,1/100 000 habitants [5]. En Aquitaine, en 2006, 30 cas d'hépatite A ont été déclarés, soit une incidence de l'ordre de 1/100 000 habitants. Parmi ces 30 cas, 8 ont été déclarés en Dordogne, 9 en Gironde, 3 dans les Landes, 4 dans le Lot-et-Garonne et 6 dans les Pyrénées Atlantiques.

● Distribution mensuelle des cas

La répartition saisonnière des cas en Aquitaine suit la répartition nationale ; un tiers des cas a été signalé en automne, probablement liés aux voyages en pays d'endémie (figure 1).

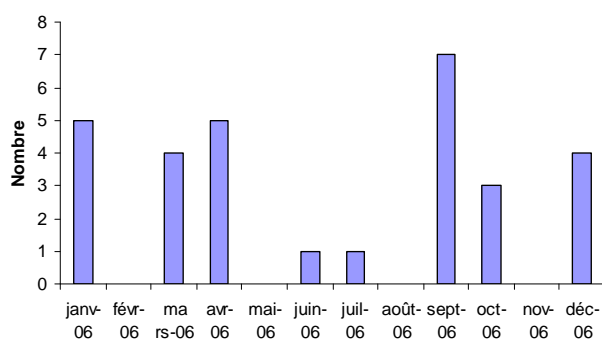


Figure 1 : Distribution du nombre de cas d'hépatite aiguë A notifiés par mois de diagnostic, Aquitaine, 2006

● Caractéristiques des cas

Parmi ces 30 cas, 13 concernaient des femmes. L'âge médian était de 29 ans ; 10 avaient entre 26 et 45 ans et 9 ont plus de 45 ans. Il y avait 4 enfants de moins de 3 ans.

Vingt deux sujets ont présenté des symptômes (60 %) et parmi eux tous les enfants de moins de 15 ans, dont 18 un ictère. Neuf personnes ont été hospitalisées dont quatre avaient plus de 45 ans.

Tous les cas renseignés sur la variable « lieu de contamination » (11 cas) sont survenus au sein de la famille. Les principales expositions à risque étaient la présence de cas dans l'entourage (1/3 des cas) et le séjour hors métropole (1/3 des cas). Parmi les pays étrangers en cause, on retrouve majoritairement l'Afrique (n=9) avec le Maroc (n=6), Madagascar (n=1) ou le Sénégal (n=1) ; et d'autres pays comme les Philippines (n=1) ou le Pérou (n=1). Cinq cas sont survenus suite à une consommation de fruits de mer (huîtres, bulots, bigorneaux ou crabes). Ils résidaient en Dordogne (n=2) ou dans le Lot-et-Garonne (n=3).

[5] Hépatite aiguë A en France en 2006. première année de surveillance par la déclaration obligatoire. Couturier E. BEH n°29-30 du 17 janvier 2007

■ ■ ■ *LEGIONELLOSE EN AQUITAINE (1997-2006)*

La problématique de la légionellose est devenue une priorité de santé publique en France, et la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique a défini comme objectif prioritaire la réduction de 50% de l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008.

• Description des cas

Depuis 1997, l'incidence de la légionellose est en augmentation aussi bien en France qu'en Aquitaine, pour atteindre en 2006 une incidence de 2,37 pour 100 000 habitants en France et 2,14 pour 100 000 habitants en Aquitaine (Figure 1). A noter qu'en Europe, l'incidence était de 1,1 pour 100 000 habitants en 2006 [5]

On note cependant pour la France une baisse de l'incidence entre 2005 et 2006, avec une diminution de 6% du nombre de cas (1528 en 2005 à 1439 cas en 2006).

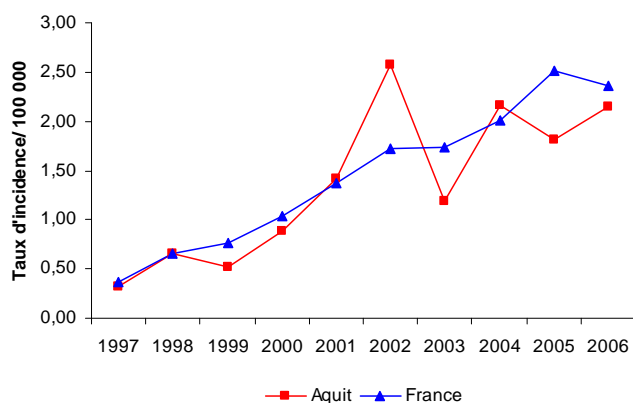


Figure 1 : Incidence de la légionellose en France et en Aquitaine – 1997 – 2006

Le pic d'incidence constaté en 2002 correspond à une épidémie de légionelloses dans un établissement de santé lié à la contamination d'une tour aéro réfrigérante (TAR) et qui a touché plus de trente personnes.

En Aquitaine, l'âge médian pendant la période variait de 51 ans en 1998 à 68 ans en 2003 (22 à 96 ans). Il était de 63 ans en 2006. Il n'existe pas de différence significative selon les années et le sexe ratio H/F de 2,85.

L'incidence la plus élevée est retrouvée en Aquitaine chez les plus de 80 ans (4,7/100 000 en 2006), comme en France.

La répartition mensuelle des cas pendant la période montre une saisonnalité avec un nombre de cas plus élevé en été que le reste de l'année (Figure 2)

[5] Campèse C., Maine C., Che D. Les légionelloses survenues en France en 2006. B.E.H. 2007 n°43 du 6 novembre 2007

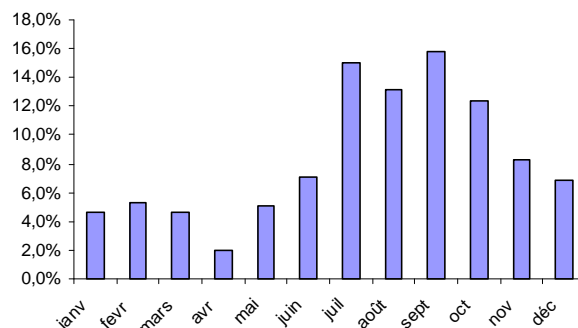


Figure 2 : Répartition mensuelle des cas de légionellose – Aquitaine – 1997 -2006

La létalité a diminué depuis 1997, passant en Aquitaine de 22,2% en 1997 à 13,8% en 2006 (contre 10% en France).

Un ou plusieurs facteurs favorisants ont été retrouvés en Aquitaine dans plus de 57 % des cas (62% en France) pendant la période de 1997 à 2006. Les facteurs favorisants les plus fréquemment rencontrés étaient le tabagisme pour 68 % et le diabète pour 21% des cas

Les délais de déclaration se sont améliorés en Aquitaine puisque plus de 50% des cas sont déclarés dans la semaine suivant le début des signes. Cependant 37% des cas sont encore déclarés plus d'un mois après le début des signes.

• Bactériologie

La détection des cas de légionellose se faisait à 98,5% par antigène urinaire en 2006 en Aquitaine. Lorsque ce test était réalisé, il était positif dans 90% des cas, les autres cas étaient diagnostiqués par sérologie.

La culture du germe a été réalisée dans 13,6% des cas en 2006 et 21,4% en 2005. Ce pourcentage est en constante diminution depuis 1997. Pendant la période de 1997 à 2006 les cultures ont été positives dans 73% des cas lorsqu'elles étaient réalisées.

En 2006, la *legionella pneumophila* était en cause dans 98,5% des cas diagnostiqués. Parmi celles-ci, le sérotype 1 en a représenté 92,3%. Les autres sérotypes retrouvés étaient essentiellement les sérotypes LP6 et LP16.

• Conclusion

Le système de surveillance mis en place avec la déclaration obligatoire et le développement des méthodes diagnostiques ont permis une amélioration de la surveillance des légionelloses en France et en Aquitaine. Si en France l'incidence a baissé en 2006 par rapport aux années antérieures, elle se stabilise en Aquitaine. Cependant, des efforts doivent être poursuivis, notamment sur la nécessité de pratiquer des cultures de germes chez les malades, afin de mieux reconnaître les souches communes et les cas groupés.

■ ■ ■ LES TUBERCULOSES DECLAREES (2000 - 2006)

Même si la France est considérée comme un pays de faible incidence pour la tuberculose, cette maladie n'en reste pas moins un problème majeur de santé publique. Elle touche surtout les populations étrangères et défavorisées. Un cas de tuberculose maladie se définit par la présence de signes cliniques et/ou radiologiques évocateurs, ayant nécessité la mise en route d'un traitement antituberculeux, qu'il y ait ou non une confirmation bactériologique (cas confirmé ou probable). Les critères retenus pour la définition des primo infections tuberculeuses (PIT) latentes chez l'enfant de moins de 15 ans sont l'intradermo réaction (IDR) à la tuberculine positive (induration > 15 mm si BCG, > 10 mm sans BCG, ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR de moins de 2 ans). Les résultats présentés ici concernent les déclarations de tuberculose maladies, et les PIT latentes chez les moins de 15 ans (depuis 2003), en Aquitaine.

• Les tuberculoses maladies

En Aquitaine, 189 cas ont été déclarés en 2006, ce qui correspond à une incidence de 6,14/100 000 habitants. L'incidence régionale est stable depuis 2000 (Tableau 1) et légèrement inférieure à l'incidence nationale (8,7 pour 100 000 habitants en 2006). Les formes les plus fréquentes étaient les tuberculoses pulmonaires, isolées ou associées à d'autres localisations (71,4 % en 2006). Parmi les formes extra-pulmonaires déclarées en 2006, on retrouve 17 tuberculoses ganglionnaires, 2 tuberculoses génitales, et 2 tuberculoses méningées. Aucune tuberculose méningée n'a été déclarée chez les moins de 15 ans. La majorité des tuberculoses a été déclarée par des médecins hospitaliers (70,4 %) et des pneumologues libéraux (15,9 %). Depuis 2003, 9 cas ont été signalés après le décès du sujet.

Depuis 2000, la majorité des tuberculoses a été déclarée en Gironde (Figure 1). En 2006, 57,7 % des cas ont été déclarés en Gironde, suivi par les Pyrénées-Atlantiques (17,5 %), le Lot-et-Garonne (11,1 %), la Dordogne (7,4 %) et les Landes (6,3 %). Parmi les 606 cas déclarés en Gironde, 484 y étaient domiciliés.

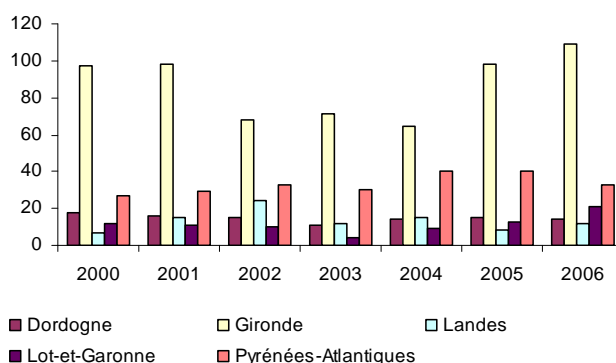


Figure 1 : Evolution du nombre de cas de tuberculoses déclarées selon le département, Aquitaine, 2000-2006

En 2006 en Aquitaine, l'âge médian des cas était de 45 ans. Le taux d'incidence variait de 1,2/100 000 chez les moins de 15 ans (6 cas) à 11,7/100 000 chez les plus de 75 ans (35 cas). Le sexe ratio H/F est de 1,3. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans les autres régions de métropole, hors Ile de France.

Tableau 1 : Evolution du nombre de cas de tuberculoses déclarés et incidence, Aquitaine, 2000-2006

Année de déclaration	Tuberculoses toutes formes		Formes pulmonaires*	
	N	Inc/(100 000)	N	%
2000	161	5,49	127	78,9
2001	169	5,71	134	79,3
2002	150	5,02	116	77,3
2003	128	4,24	108	84,4
2004	143	4,68	110	76,9
2005	174	5,65	143	82,2
2006	189	6,14	135	71,4

* Forme isolée ou associée à d'autres localisations

■ ■ ■ LES TUBERCULOSES DECLAREES (2000-2006)

En France, l'incidence de la tuberculose décroît pour les sujets de nationalité française, mais augmente dans la population de nationalité étrangère. Cette disparité est observée également en Aquitaine, où les sujets de nationalité étrangère représentent 21,2 % des tuberculoses déclarées en 2006.

Trente cinq pour cent des étrangers étaient natifs d'Afrique du Nord, 25 % d'autres pays d'Afrique, 22,5 % d'Europe et 15 % d'Asie. Parmi ceux de nationalité française, 3,7% étaient nés à l'étranger.

Depuis 2003, 35 tuberculoses (5,5 %) sont survenues chez des sujets exerçant une profession à caractère sanitaire et social, et 10 chez des SDF (1,6 %). En 2006, 22 cas ont été déclarés chez des sujets vivant en collectivité (11,6 %). Les collectivités les plus citées étaient les établissements pour personnes âgées (7 cas) et les centres d'hébergement collectif (7 cas) ; 2 cas ont été signalés en centre pénitentiaire.

Résistance aux antibiotiques

Le résultat de l'examen direct était renseigné pour 91,1 % des formes pulmonaires, il était positif dans 53,3 % des prélèvements. Les résultats de la culture étaient renseignés pour 39,1 % des prélèvements pulmonaires et pour 49,7 % de tous les prélèvements. Depuis 2003, 6,3 % des patients ont été déclarés résistants à la rifampicine et 5,7 % à l'isoniazide. Les résistances aux anti-tuberculeux semblent en diminution ; seulement 8 résistances à la rifampicine et l'isoniazide ont été observées en 2006 contre 38 en 2005.

• Les PIT latentes chez l'enfant de moins de 15 ans

Sur les 1638 PIT latentes déclarées en France depuis 2003, seulement 8 ont été déclarées en Aquitaine (2 en 2003, 2 en 2005 et 4 en 2006), dont 6 en Gironde. Parmi eux, trois étaient de nationalité étrangère, dont 2 originaires d'Asie. Ces données récentes ne sont pas interprétables, en particulier à cause de l'exhaustivité qui n'est pas estimée et du faible nombre de cas recensés.

Dernières informations...

Publications

- Étude descriptive et prospective de l'incidence de la leptospirose en Aquitaine. Juin 2004 à décembre 2006. Mis en ligne le 6 février 2008 sur le site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>)
- Larrieu S & al. Carcaillon L, Lefranc A, Helmer C, Dartigues JF, Tavernier B, Ledrans M, Filleul L. Factors associated with morbidity during the 2003 heat wave in two population-based cohorts of elderly subjects: PAQUID and Three City. Eur J Epidemiol. 2008 Feb 13.

Congrès

- **Journées scientifiques 2008 Epiter le 28 et 29 mars 2008** au Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Salle Laroque, **Paris**. Pour s'inscrire téléchargez le bulletin sur le site <http://www.epiter.org/spip/spip.php?article79>

Appel à candidature pour la septième promotion du **Programme de formation à l'épidémiologie de terrain (PROFET)** 2008-2010 mis en place par l'Institut de Veille Sanitaire et l'Ecole Nationale de Santé publique. Des informations détaillées et le dossier de candidature peuvent être obtenus sur le site internet de l'InVS ([ww.invs.sante.fr/profet](http://www.invs.sante.fr/profet)). La date limite de candidature est le 18 avril 2008.