

Les maladies à déclaration obligatoire dans la région Auvergne en 2008.



| Editorial |

Professeur Jean Beytout, maladies infectieuses et tropicales, centre régional des vaccinations, CHU de Clermont Ferrand.

Déclaration obligatoire des maladies infectieuses : pour quoi faire ?

Diverses maladies infectieuses doivent être déclarées. Historiquement, c'étaient les grands « fléaux sanitaires » qui étaient visés : la variole, la diphtérie, la tuberculose... qui justifiaient la mise en place de mesures de prévention pour l'entourage et la collectivité. Il fût une époque où la syphilis en faisait partie déclenchant l'enquête épidémiologique et le traitement des partenaires... Avec l'évolution de l'infectiologie, les besoins se sont modifiés : aujourd'hui on retrouve non seulement des infections justifiant l'intervention des services sanitaires officiels régionaux ou même parfois nationaux (méningocoque, TIAC, choléra) mais également des pathologies dont il faut essentiellement assurer une surveillance épidémiologique comme les infections à prévention vaccinales (tétanos, poliomyélite...). De nouveaux enjeux ont été désignés récemment : la rougeole, l'hépatite A ; ces deux maladies sont (ou devraient être) en régression sous l'effet des vaccinations et/ou de l'hygiène. Il est important de surveiller l'évolution de l'épidémiologie de ces 2 infections : le signalement permet le recours aux meilleures techniques de diagnostic que l'ARS met à la disposition des déclarants.

Déclaration obligatoire : pour quoi faire ? Le signalement permet aux autorités sanitaires de prendre les dispositions de prévention qui s'imposent : ainsi, c'est autour d'un cas d'infection invasive à méningocoque qu'est fixée l'indication d'une antibioprophylaxie. La déclaration de plusieurs cas groupés (comme dans une TIAC) conduit à faire une enquête épidémiologique pour déterminer la source de la contamination, les modalités de transmission et éventuellement les « vices de forme » susceptibles d'expliquer le développement de l'infection. La notification obligatoire devrait être un instrument essentiel de l'épidémiologie dans la mesure où elle permettrait de recenser de manière exhaustive tous les cas

clinique d'une infection. Ce n'est pas toujours le cas : la tuberculose, par exemple, a toujours été considérablement sous-déclarée...

On peut toutefois constater une amélioration de « l'exhaustivité » de la déclaration : elle est probablement liée à l'amélioration des communications entre les praticiens et les services sanitaires ainsi que nous l'avons revendiquée dans le groupe de travail « Epidémiologie » de la formation médicale continue (FMC) d'Auvergne il y a une quinzaine d'années. Au-delà du formulaire – qui, par définition, a un caractère réducteur – les échanges peuvent se faire par d'autres « media » : téléphone, fax, courriel... Ils permettent des relations personnalisées toujours plus propices à une collaboration fructueuse. L'intérêt pour l'épidémiologie s'est accru et les praticiens sont heureux de pouvoir recevoir une restitution des données qu'ils ont contribué à faire établir, notamment les informations locales ou régionales qu'ils intègrent dans leur exercice. C'est la raison pour laquelle nous sommes particulièrement heureux de l'initiative de la CIRE Auvergne de faire le point sur certaines infections à déclaration obligatoire...

A qui signaler en région :

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

Tel : 04 73 74 48 80
Fax : 04 88 00 67 24
Mail : ars63-alerte@ars.sante.fr

Les acteurs de la déclaration

En France, la surveillance des maladies infectieuses s'appuie notamment sur un texte réglementaire et nécessite un dispositif des maladies à déclaration obligatoire (MDO) qui repose sur une implication forte de trois acteurs de santé :

- Les déclarants : l'obligation de déclaration concerne aussi bien les biologistes, les responsables de services et de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, que les médecins libéraux et hospitaliers.
- Les médecins de l'Agence régionale de santé (ARS) et leurs collaborateurs 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 également pour rôle de 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) qui est un établissement public sous tutelle du ministère chargé de la santé et ayant pour mission générale de surveiller l'état de santé de la population. Pour les maladies à DO, l'InVS centralise les données des différentes régions, les analyse et les transmet aux pouvoirs publics avec des recommandations. Il assure également la communication nationale de ces informations aux acteurs du dispositif, à la communauté médicale et scientifique et au public. L'InVS peut apporter, en lien étroit avec les Cellules de l'InVS en région (Cire) placées au niveau des ARS, un soutien méthodologique aux acteurs locaux de la surveillance dans le cadre d'enquêtes complémentaires, par exemple, pour l'investigation d'agrégats temporo-spatiaux.

A ce jour, 29 maladies infectieuses et une liée à l'environnement sont à déclaration obligatoire (tableau 1). On peut noter :

- qu'en 2005, 4 maladies (rougeole, infection aiguë à hépatite A, Chikungunya et dengue) ont été ajoutées au dispositif
- qu'en 2007, la fiche DO de la tuberculose a été modifiée et la déclaration des issues de traitement antituberculeux a été mise en place.

Le signalement et la notification

Signaler

Le signalement des maladies à déclaration obligatoire est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tous les moyens appropriés (téléphone, mail, fax). 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. La procédure de signalement permet aux médecins de l'ARS de réagir rapidement, de mettre en place des mesures de prévention individuelle et collective autour des cas et, si nécessaire, de déclencher une investigation.

Notifier

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant aux médecins de l'ARS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. Les données cliniques, biologiques et sociodémographiques transmises pour chaque maladie sont fixées par arrêté du ministre de la santé après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Elle a pour objet le suivi épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire et permet d'analyser les caractéristiques et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. Elle doit être effectuée pour toutes les maladies à déclaration obligatoire.

| Tableau 1 |

Les maladies à déclaration obligatoire

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diptérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Tétanos
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

A qui signaler en région :

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

Tel : 04 73 74 48 80
Fax : 04 88 00 67 24
Mail : ars63-alerte@ars.sante.fr

Où se procurer les fiches de notification :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/outils.htm#fichesnotification>

| Infections invasives à méningocoque (IMM) |

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

Définition de cas

Les critères de déclaration d'une IIM sont les suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCR, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique.
2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR.
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET soit, (i) présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type, soit, (ii) présence d'antigènes solubles meningococciques dans le LCR, le sang ou les urines.
4. Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome).

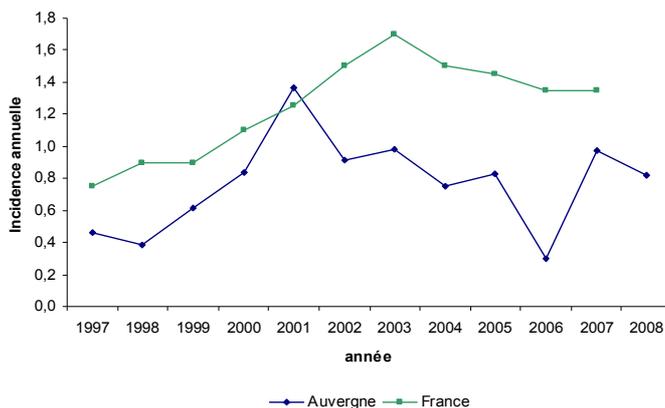
Importance en santé publique

Au cours de l'année 2008, 11 cas d'IMM ont été déclarés en Auvergne dont 2 dans l'Allier, 1 dans le Cantal, 2 dans la Haute-Loire et 6 dans le Puy-de-Dôme. Le taux de déclaration régional annuel était estimé à 0,8 pour 100 000 habitants (figure 1).

En Auvergne, le taux de déclaration des IMM a été marqué en 2001 par une forte augmentation due à un nombre élevé de cas dans le Puy-de-Dôme. En dehors de cet épisode ponctuel, le taux de déclaration des IMM est resté inférieur à celui observé en France depuis 1997.

| Figure 1 |

Taux de déclaration annuel des cas d'infections invasives à méningocoques (pour 100 000 habitants) en Auvergne et en France, 1997 - 2008.



Caractéristiques individuelles

Les cas d'IMM déclarés en 2008 étaient principalement des enfants et des adolescents. Au moment du diagnostic, 27% des cas avaient moins de 5 ans, 45% moins de 20 ans et 1 cas avait plus de 70 ans.

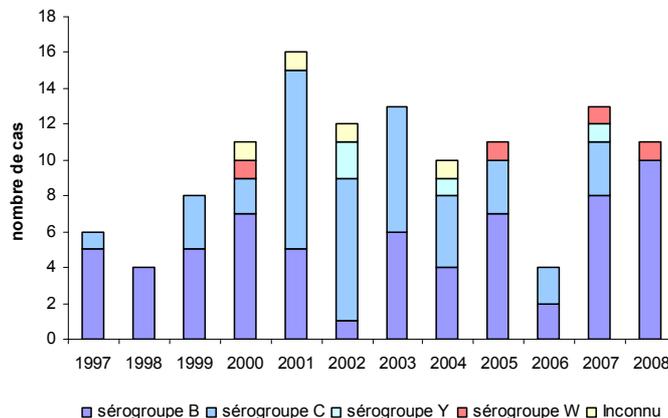
Les hospitalisations pour IMM ont été déclarées tout au long de l'année, le délai médian entre la date d'hospitalisation et la date de déclaration était de 1 jour (étendue 0-4j).

Répartition par sérotype

Pour tous les cas déclarés en 2008, le sérotype du méningocoque était connu : 90% des IMM appartenait au sérotype B et 10% au sérotype W. En revanche, sur l'ensemble de la période 1997-2008, 54% des IMM appartenait au sérotype B et 43% au sérotype C.

| Figure 2 |

Distribution des cas d'IMM selon le sérotype, Auvergne 1997-2008.



Signes cliniques et traitements

Parmi les 11 cas d'IMM, signalés en 2008, trois patients ont présenté un Purpura fulminans. Chez les 6 patients dont le statut vaccinal était connu, aucun n'était vacciné et une injection précoce d'antibiotique a été administrée chez 2 cas.

Gravité de la maladie

Depuis 1997, 21 décès ont été observés en Auvergne, dont 6 chez des enfants de moins de 5 ans, 4 chez des enfants entre 5 et 10 ans et 5 chez des personnes âgées (>70ans). Dans cette même période, 5 personnes ont eu des séquelles suite à la maladie notamment de l'hypertension, de l'hypo-acousie ou une surdité.

En 2008, l'évolution de la maladie était connue pour tous les malades : 10 étaient guéris et 1 personne était décédée dans le Puy de Dôme. La létalité en 2008 en Auvergne a été estimée à 9 %, légèrement en dessous du niveau national compris généralement entre 10 et 12%.

Mesures de prévention

En 2008, une chimioprophylaxie a été administrée à 170 personnes de l'entourage des 11 cas et une vaccination a été effectuée pour 75 personnes de l'entourage de 6 cas. Au total 245 personnes ont reçu un traitement préventif.

| Légionellose |

En France, les légionelloses font l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1987, dans le but de détecter les cas groupés ou isolés, survenant en population ou en collectivité.

Définition de cas

Cas confirmés

Pneumopathie confirmée radiologiquement associée à au moins l'un des critères biologiques suivants :

- isolement de *Legionella* spp dans un prélèvement clinique,
- et/ou présence d'antigènes solubles urinaires,
- et/ou augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2ème titre minimum de 128,
- et/ou immunofluorescence directe positive sur un prélèvement clinique.

Cas probables

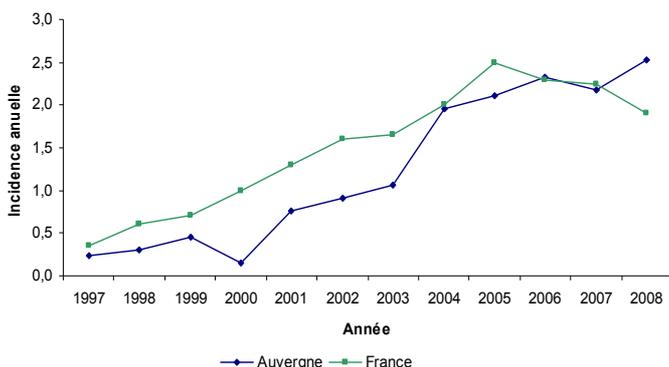
Pneumopathie associée à un titre d'anticorps unique élevé (>256).

Importance en santé publique

En Auvergne, 34 cas de légionellose ont été déclarés en 2008 dont 7 dans l'Allier, 6 dans le Cantal, 6 en Haute-Loire et 15 dans le Puy-de-Dôme. Le taux de déclaration régional de la légionellose a continuellement augmenté depuis 2000 et a dépassé le niveau national en 2008 avec un taux de déclaration de 2,5 pour 100 000 habitants en Auvergne contre 1,9 pour 100 000 habitants en France (figure 3).

| Figure 3 |

Taux de déclaration annuel des cas de légionellose (pour 100 000 habitants) en Auvergne et en France, 1997 - 2008.



Caractéristiques individuelles

Les cas déclarés en 2008 étaient essentiellement des adultes (âge médian 56 ans [minimum : 21 ans, maximum : 98 ans]) et plus souvent des hommes (sexe ratio H/F de 2.4) (figure 4).

Recommandations du CNR (juin 2010)

En présence d'un diagnostic de légionellose par antigénurie positive, et dans le but de réaliser des études épidémiologiques, il est indispensable d'obtenir des prélèvements pulmonaires (prélèvement invasif ou expectoration). A partir de ces prélèvements pourra être réalisée une mise en culture pour isolement de souches de légionelle. Si cette culture s'avère négative, un typage sur prélèvements pulmonaires pourra alors être directement réalisé par la méthode de Sequence-Based Typing.

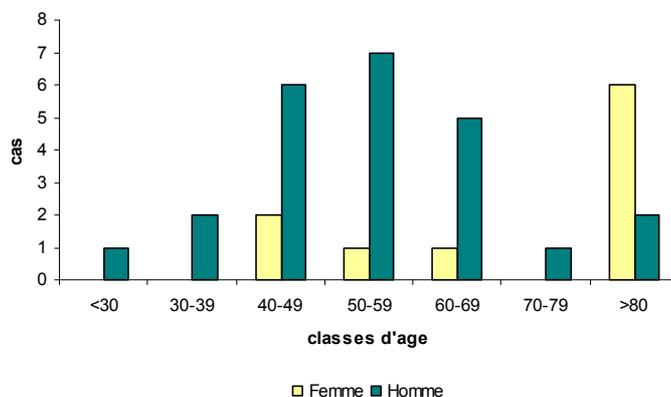
L'expectoration est un excellent prélèvement pour la recherche de légionelles par mise en culture. Les lavages broncho-alvéolaires, lorsqu'ils peuvent être pratiqués, donnent également de très bons résultats. Dans l'ensemble tous les prélèvements pulmonaires peuvent être ensemencés, aspiration bronchique, aspiration trachéale, liquide pleural, biopsie pulmonaire...

Le prélèvement doit être réalisé de préférence avant la mise en place du traitement antibiotique. Si le cas a été confirmé par une antigénurie positive, le prélèvement devra être réalisé même si une antibiothérapie a été débutée depuis quelques jours. La chance d'isoler des légionelles diminue avec la durée du traitement mais peut varier en fonction de la gravité de la légionellose. De plus la technique de Nested SBT est plus modérément influencée par l'antibiothérapie.

Des cas de légionellose ont été déclarés tout au long de l'année dont une majorité pendant la période estivale. Pour 53% d'entre eux, la date de début des signes a été déclarée pendant les mois de juin, juillet et août.

| Figure 4 |

Répartition par sexe et par classe d'âge des cas de légionellose déclarés, Auvergne 2008.



Facteurs de risque et hospitalisations

L'évolution de la maladie était connue pour 97% des cas déclarés en 2008 : 85% étaient guéris, 15% étaient encore considérés comme malades et aucun patient n'était décédé.

Au moins un facteur de risque a été retrouvé chez 65% des cas. Le tabagisme a été rapporté pour 50% d'entre eux et représente le facteur le plus fréquemment observé. Les autres facteurs déclarés étaient le diabète (18%), une hémopathie (6%), l'éthylisme (6%), les infections respiratoires (6%) et la prise de corticoïdes (3%).

En 2008, 97% des cas ont été hospitalisés, le délai médian entre le début des signes et la date d'hospitalisation était de 3 jours (étendue : 1 à 11 jours).

Bactériologie

Parmi l'ensemble des cas, 31 ont été diagnostiqués par un test de détection d'antigènes urinaires positif. D'autres tests ont été réalisés en complément de ce premier par sérologie (n=3) et par culture (n=3). Aucune PCR n'a été effectuée. L'espèce *Legionella pneumophila* a été retrouvée pour tous les cas.

| Toxi-infections alimentaires collectives |

En France, la déclaration obligatoire des cas de TIAC a été mise en place en 1987. Les objectifs de ce système sont d'identifier précocement les aliments incriminés et de corriger les erreurs de préparation, que ce soit dans les établissements de restauration collective ou en milieu familial. La mise en évidence de ces dysfonctionnements permet à terme d'améliorer l'hygiène alimentaire et de prévenir la survenue de TIAC.

Définition de cas

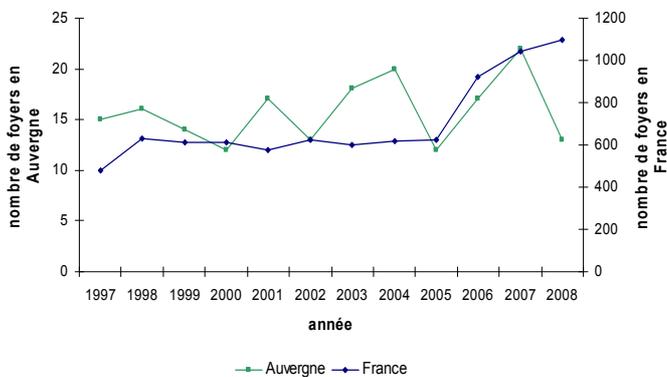
Un foyer de Tiac est défini par l'apparition d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Importance en santé publique

En Auvergne, 13 foyers de Tiac ont été déclarés en 2008 dont 3 dans le Cantal, 5 en Haute-Loire, 5 dans le Puy-de-Dôme et aucun dans l'Allier. Depuis 1997, en Auvergne, le nombre de foyers de Tiac a varié entre 15 et 20 déclarations par an. En revanche, en France, le nombre de foyer a augmenté depuis plusieurs années passant ainsi de 600 foyers déclarés en moyenne avant 2005 à 1100 foyers déclarés en 2008 (figure 5).

| Figure 5 |

Nombre de foyers de Tiac déclarés en France et en Auvergne, 1997-2008.



Description des cas

Au total, 760 personnes ont été exposées à une Tiac en 2008 et 118 ont été considérées comme des cas. Le nombre de cas par foyer de Tiac variait de 2 à 31 personnes. Parmi eux, 7 cas ont été hospitalisés, soit un taux d'hospitalisation de 1% et aucune personne n'est décédée. Les signes cliniques les plus fréquemment observés étaient les diarrhées

(62%), les douleurs abdominales (62%) et les vomissements (47%). Au cours des 10 dernières années, ces signes cliniques ont également été les plus déclarés.

Circonstance de survenue

Le repas suspect a été pris le plus fréquemment en milieu familial (39% des foyers), en restauration commerciale (23%) et en restauration scolaire (15%). Pour 33% des foyers, le repas suspect s'est déroulé dans d'autres collectivités.

Aliments et agents causals

Un aliment a été identifié ou suspecté dans 61% des foyers de Tiac. Il s'agissait d'œufs ou préparations à base d'œufs, de volailles ou de coquillages pour les plus fréquents. Les facteurs de risque (non respect des températures, erreur de préparation, équipement de cuisine inadéquate) potentiellement associés à la survenue de la Tiac, n'ont pas été renseignés en 2008.

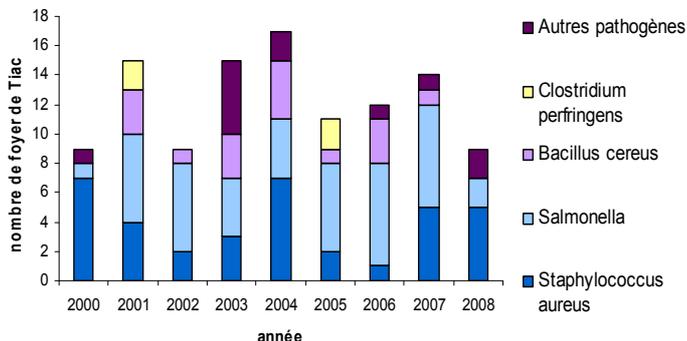
L'agent responsable a été mis en évidence microbiologiquement dans l'aliment ou dans un prélèvement d'origine humaine dans 9 foyers de Tiac (figure 6). Il s'agissait de :

- Staphylococcus aureus dans 5 foyers
- Salmonella dans 2 foyers
- Autres pathogènes dans 2 foyers

Depuis 2000, les agents les plus souvent retrouvés dans les Tiac déclarées en Auvergne sont les Salmonella (39%), essentiellement de sérotype typhimurium et enteridis avec respectivement 30% et 27% des foyers pour lesquels l'agent a été identifiés (figure 6).

| Figure 6 |

Nombre de foyers de Tiac selon l'agent étiologique microbiologiquement confirmé, Auvergne 2000-2008.



| Tuberculose |

Le paragraphe suivant concerne uniquement la tuberculose maladie.

Définition de cas

Cas confirmé :

Maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture.

Cas probable :

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

Pour les infections tuberculeuses (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans :

- IDR à 5U positive sans signes cliniques ni paracliniques (induration > 15mn si BCG ou > 10 mn par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans).

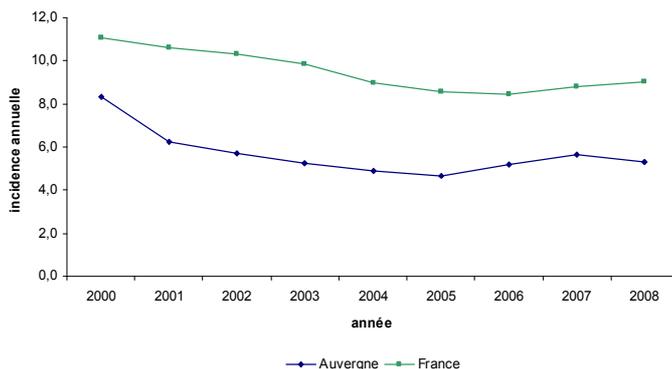
Importance en santé publique

En 2008, 71 cas de tuberculose ont été déclarés en Auvergne dont 14 dans l'Allier, 5 dans le Cantal, 14 en Haute-Loire et 38 dans le Puy-de-Dôme. Le taux de déclaration annuel des cas de tuberculose a été estimé

à 5,3 pour 100 000 habitants en 2008. Depuis les années 2000, ce taux a connu une diminution et est resté nettement inférieur au taux de déclaration national estimé à 9 pour 100 000 habitants en 2008 (figure 7).

| Figure 7 |

Taux de déclaration annuel des cas de tuberculose (pour 100 000 habitants) en Auvergne et France, 2000-2008.



Caractéristiques sociodémographiques

La tuberculose a plus touché les hommes que les femmes (sexe ratio 1,7 H/F). L'âge médian (50ans) était plus élevé chez les femmes (65 ans) que chez les hommes (46 ans), 18% des cas avaient moins de 25 ans, 26% entre 25 et 44 ans, 18% entre 45 et 64 ans et 36% des cas avaient plus de 65 ans. Le pays de naissance a été renseigné pour 87% des cas de tuberculose déclarés. Parmi eux, 70% étaient nés en France, 19% en Europe, 7% en Afrique et 2 % en Russie. L'année d'arrivée en France était renseignée pour 74% des cas nés à l'étranger et 43% d'entre eux étaient arrivés en France en 2008.

La répartition des cas par tranche d'âge est différente selon que les cas étaient nés en France ou à l'étranger (figure 8).

En 2008, 6 cas de tuberculose ont été diagnostiqués chez des professionnels de santé. Il s'agissait pour 3 cas de tuberculose extra-pulmonaire, pour 2 cas de tuberculose pulmonaire et pour un cas de tuberculose extra-pulmonaire et pulmonaire.

Dans 7% (4) des cas, les personnes ont été considérées sans domicile fixe. Il s'agissait de 2 hommes et 2 femmes d'origine étrangère vivant en centre collectif et atteints de forme pulmonaire. Pour cette même année, 14 cas (20%) vivaient en résidence collective : 7 personnes en établissement pour personnes âgées, 3 personnes en établissement pénitentiaire et 4 personnes en collectivité de type non précisé.

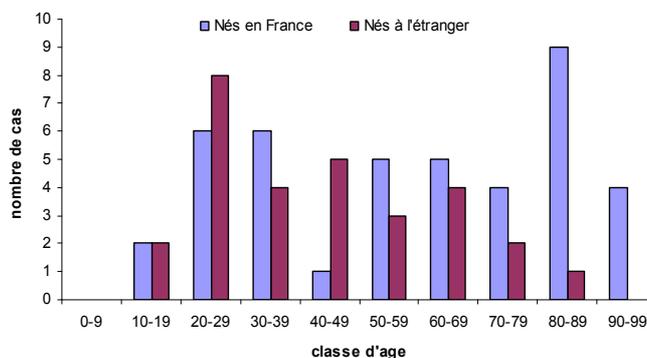
Caractéristiques cliniques

Les cas déclarés avec un antécédent de tuberculose traitée représentaient 8% des cas pour lesquels l'information était renseignée.

La localisation de la maladie était renseignée pour 96% des cas déclarés dont 53% avaient une tuberculose pulmonaire, 27% une tuberculose extra-pulmonaire et 15% une tuberculose extra-pulmonaire et pulmonaire. Les formes ganglionnaires hilaires, génitales et pleurales étaient les principales localisations retrouvées pour les cas de tuberculose extra-pulmonaire. Aucune forme de méningite tuberculeuse n'a été déclarée en 2008 en Auvergne. Les cas potentiellement contagieux au début du traitement (cas à culture positive sur prélèvement respiratoire) représentaient 14% des cas de tuberculose de pulmonaire.

| Figure 8 |

Répartition du nombre de cas de tuberculose par classe d'âge et par pays d'origine, Auvergne 2008.



| Infection par le VIH |

La notification obligatoire de l'infection à VIH se fait après confirmation du diagnostic. Elle est initiée par le biologiste puis complétée par le médecin prescripteur du test.

Définition de cas

Infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent de 15 ans et plus :

Toute sérologie VIH positive confirmée (selon la réglementation en vigueur) chez un sujet de 15 ans et plus, pour la première fois dans un laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

Exception : les sérologies effectuées de façon anonyme, dans le cadre d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ne sont pas à notifier.

Infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans :

- enfant de moins de 18 mois né de mère séropositive : un résultat positif sur 2 prélèvements différents (ARN VIH-1, ARN-VIH-2, ADN VIH-1, ADN VIH-2,...)

- enfant de 18 mois et plus : sérologie VIH confirmée positive pour la première fois dans le laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

Importance en santé publique

En 2008, 49 cas de séropositivité VIH ont été déclarés en Auvergne dont 6 dans l'Allier, 6 en Haute-Loire, 37 dans le Puy-de-Dôme et aucune dans le Cantal. Le taux de déclaration des infections à VIH est depuis plusieurs années nettement inférieur à celui estimé au niveau national. Cette tendance a également été confirmée en 2008 avec un taux de déclaration estimé à 3,7 pour 100 000 habitants en Auvergne contre 7,6 pour 100 000 habitants en France (figure 9).

Caractéristiques individuelles

Les infections à VIH ont particulièrement touché les hommes (sexe ratio H/F de 6) âgés entre 30 et 39 ans. Au niveau national, l'âge des cas varie en fonction du sexe, les femmes dépistées sont en général plus jeunes. Cette différence n'a pas été retrouvée en Auvergne, la proportion d'hommes et de femmes reste semblable pour chaque tranche d'âge.

Les cas d'infection à VIH de nationalité française représentaient 71% des cas déclarés en Auvergne et 76% des cas déclarés depuis 2003. Les autres nationalités connues en 2008 étaient l'Afrique subsaharienne pour 10% des cas et l'Europe Occidentale pour 4%.

Mode de contamination

Parmi les cas notifiés en 2008, les femmes déclaraient s'être contaminées par rapport hétérosexuel alors que 65% des hommes déclaraient une contamination par rapport homosexuel.

Motif de dépistage et stade clinique au moment de la découverte

En 2008, le principal motif de dépistage était le risque d'exposition au VIH pour 34% des personnes infectées. D'autres motifs de dépistage ont également été renseignés : présence de signes cliniques ou biologiques dans 28% des cas, bilan systématique dans 10% des cas. En revanche, pour l'ensemble des cas depuis 2003, le motif le plus fréquemment cité était, comme au niveau national, la présence de signes cliniques et biologiques. Aucune différence dans le mode de dépistage n'a été retrouvée entre les homosexuels et les hétérosexuels.

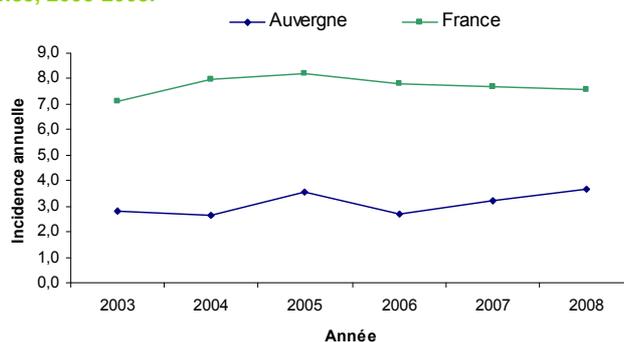
Stade clinique

Au moment du dépistage, 53% des cas étaient à un stade asymptomatique, 16% à un stade symptomatique, 8% à un stade de primo infection et 5% à un stade SIDA.

Le stade clinique de primo-infection ainsi que le stade SIDA étaient plus fréquents chez les homosexuels alors que le stade asymptomatique était plus retrouvé chez les hétérosexuels.

| Figure 9 |

Taux de déclaration annuel des infections à VIH en Auvergne et en France, 2003-2008.



Définition de cas

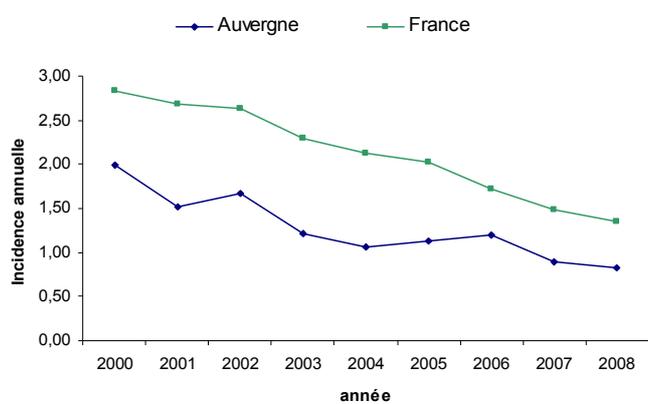
Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'adulte et l'enfant^{2 3 4}.
La notification ne fait intervenir que le médecin.

Importance en santé publique

En 2008, 11 nouveaux cas de SIDA ont été notifiés dont 5 en Haute-Loire et 6 dans le Puy-de-Dôme. Parmi ces cas, une personne est décédée en 2008. Le taux de déclaration annuel des cas de SIDA en Auvergne était inférieur à celui observé au niveau national avec 0,9 cas de sida pour 100 000 habitants en Auvergne contre 1,4 pour 100 000 habitants en France. On peut également noter que les taux de déclaration nationaux et régionaux diminuent progressivement depuis plusieurs années.

| Figure 10 |

Taux de déclaration annuel des cas de SIDA diagnostiqués en Auvergne et en France, 2003-2008.



Caractéristiques individuelles

La majorité des cas de SIDA étaient des hommes (sexe ratio H/F de 10). Depuis le début de l'épidémie (année 1980), la proportion d'hommes a toujours été plus importante que celle des femmes avec un sexe ratio H/F de 3,5 en Auvergne.

La répartition par âge était semblable à celle observée pour les infections à VIH et n'a pas différé du niveau national. Les personnes les plus concernées étant celles âgées entre 30 et 49 ans.

Les personnes d'origine française représentaient 81% (9 cas sur 11) des cas de SIDA diagnostiqués en 2008. Les 2 autres cas étaient originaires d'Afrique subsaharienne pour l'un et d'Europe occidentale pour l'autre.

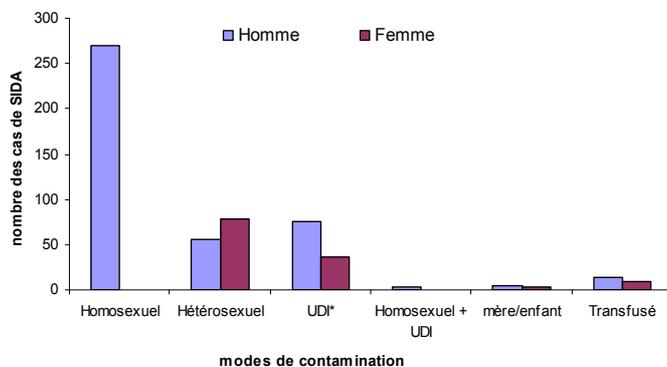
Mode de contamination

Depuis le début l'épidémie, 44% des cas ont été contaminés par rapports homosexuels, 22% par rapports hétérosexuels et 18% par injection de drogue. Ces modes de contamination ont également été les plus fréquemment observés en 2008 avec 55% des cas de SIDA contaminés par rapports homosexuels, 27% par rapports hétérosexuels et 9 % par injections de drogue.

On peut noter que depuis le début de l'épidémie, la majorité des hommes a été contaminée par rapport homosexuel et les femmes par rapport hétérosexuel (figure 11).

| Figure 11 |

Répartition par sexe des modes de contamination des cas de SIDA en Auvergne depuis 1984.



* Usagers de Drogues Injectables

Connaissance de la séropositivité

Depuis 1994 en Auvergne, 38% des cas de SIDA connaissaient leur séropositivité avant le diagnostic et 23% ne la connaissaient pas. Ce résultat n'a pas été retrouvé pour l'année 2008 où 64% des cas (7) ne connaissaient pas leur séropositivité avant le diagnostic.

Toutes les personnes connaissant leur séropositivité avant leur entrée dans le stade SIDA ont pu bénéficier d'un traitement antirétroviral en 2008.

Pathologies inaugurales

Les pathologies inaugurales les plus fréquemment observées depuis 1984 sont des pneumocystoses dans 26% des cas, des candidoses œsophagiennes dans 14% des cas et des toxoplasmoses cérébrales dans 12% des cas. La proportion des Kaposi inauguraux sur l'ensemble des cas notifiés en Auvergne depuis 1984 était de 10%. Ces pathologies ont été également observées dans les mêmes proportions au niveau national.

² Définition du sida avéré. Bull. épid. hebdo 1987 ; 51

³ Révision de la définition du sida en France, Bull. épid. hebdo 1993;11 et Expanded European AIDS definition case. Lancet 1993 ; 341 : 44

⁴ Révision du système de classification de l'infection du VIH chez l'enfant de moins de 13 ans, Bull. épid. hebdo 1995 ;11

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, notamment les médecins déclarants, les laboratoires d'analyse médicale, les équipes de l'ARS responsables de la prise en charge des MDO.

CVGS
Responsable : Françoise Chasles
Tel : 04 73 74 48 80 — Fax : 04 88 00 67 24
Mail : ars-auvergne-cvgs@ars.sante.fr

Cire Auvergne
Coordonnateur : Damien Mouly
Tel : 04 73 74 50 38 — Fax : 04 73 74 48 96
Mail : ars-auvergne-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives sur : [http:// www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Rédacteur en chef : Damien Mouly, coordonnateur scientifique de la Cire Auvergne

Comité de rédaction : Maguy Daures, Marie-Françoise Stachowski, Brigitte Helynck, Damien Mouly.

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