

Bulletin de veille sanitaire — Numéro 1-LIM / Avril 2010

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Limousin : synthèse régionale jusqu'en 2007

| Editorial |

La Cire Limousin Poitou-Charentes a le plaisir de vous adresser son premier numéro du Bulletin de Veille Sanitaire (BVS) consacré aux maladies à déclaration obligatoire (MDO). Pourquoi un BVS ?

Dans le contexte de l'évolution nationale et régionale de la veille sanitaire, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et ses antennes régionales (les Cire) ont convenu de l'intérêt d'un outil de communication homogène dans les régions : le BVS était né ! Sa vocation est d'être un outil de valorisation des données épidémiologiques. Ses destinataires sont multiples : professionnels de santé, décideurs, partenaires de la veille sanitaire, population générale... La contribution des auteurs autres que la Cire est souhaitable et encouragée afin de créer une dynamique régionale de partage d'expériences et d'enrichissement mutuel au service de la santé publique.

En 2008, une étude de l'InVS sur l'évaluation du dispositif des maladies à déclaration obligatoire montrait que « ...la déclaration obligatoire reste encore trop une préoccupation lointaine, en particulier pour les médecins. En effet, il s'agit pour certains d'un acte qui incombe à d'autres spécialités et pour lequel ils éprouvent encore une certaine indifférence, l'assimilant à une démarche administrative déconnectée de leurs préoccupations de cliniciens ».

Pourtant, le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire est aux fondations des stratégies de santé publique. Par son caractère obligatoire et sa recherche d'exhaustivité, il traduit un engagement fort de l'autorité publique dans la caractérisation d'un problème de santé jugé grave et dans l'intervention pour protéger la collectivité. A l'heure de la réorganisation et de la professionnalisation de la veille sanitaire au plan régional, il nous paraissait opportun de présenter dans ce premier BVS, les données concernant notre région jusqu'en 2007 inclus.

Un prochain numéro du BVS portera sur l'analyse des données de surveillance pour l'année 2008 et sera l'occasion de décrire plus en profondeur et de mettre en perspective les maladies déclarées dans la région.

Bonne lecture à tous !

Philippe Germonneau

| Méthodes |

Les maladies à déclaration obligatoire prises en compte sont celles pour lesquelles il existait au moins une notification pendant la période d'étude. L'étendue de celle-ci peut varier d'une maladie à l'autre suivant la date d'introduction ou de réintroduction de la déclaration obligatoire et suivant la mise à disposition de données validées par l'InVS.

Le calcul des taux d'incidence a utilisé les données de recensement de la population ou les estimations localisées de population de l'Insee.

Page 1	Editorial
Page 2	Botulisme (1991-2007)
Page 3	Tétanos (1996-2007)
Page 3	Hépatite aiguë A (2006-2007)
Page 4	Toxi-infections alimentaires collectives (1996-2007)
Page 6	Légionellose (1997-2007)
Page 7	Infections invasives à méningocoque (1995-2007)
Page 8	Infection à VIH (1999-2007)
Page 9	Sida (1997-2007)
Page 10	Tuberculose-maladie (2000-2007)
Page 12	Listériose (1999-2007)
Page 13	Infection aiguë par le virus de l'hépatite B (1999-2007)
Page 13	Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes (1995-2007)
Page 14	Tularémie (2002-2007)
Page 15	Brucellose (2001-2007)
Page 15	Récapitulatif des déclarations de MDO

| Les 30 maladies à déclaration obligatoire |

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphtérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection aiguë symptomatique par virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Infection invasive à méningocoque (IIM)
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 (TIAC)
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

Points-clés sur la maladie

- **Neuro-intoxication** grave causée par une toxine très puissante produite par la bactérie *Clostridium botulinum*.
- Développement de la bactérie notamment dans les aliments conservés sans processus poussé de stérilisation (conserves d'origine familiale ou artisanale, salaisons, charcuteries).
- Types de toxine chez l'homme : A, B, E, plus rarement C et F.
- Durée d'incubation : quelques heures à 7 jours.

Plusieurs formes cliniques :

1. toxi-infection alimentaire (forme la plus courante) provoquée par l'ingestion de la toxine produite par *Clostridium botulinum* dans les aliments contaminés.
 2. botulisme infantile, où les spores ou la bactérie ingérés colonisent l'intestin, puis produisent et libèrent la toxine.
 3. botulisme par blessure, dû à la toxine produite dans une blessure par *Clostridium botulinum*.
- Létalité plus importante pour les toxinotypes A et E.

Objectifs de la DO

- Les **cas signalés et notifiés** sont les **cas cliniques** de botulisme, même en l'absence de confirmation biologique.
- Le signalement permet la mise en œuvre rapide d'investigations épidémiologiques et vétérinaires et la prévention de la survenue d'autres cas par des mesures de contrôle et de prévention.

Définition de cas clinique

Présence d'au moins 1 des signes d'atteintes neurologiques suivants : diplopie, troubles oculomoteurs, dysphagie, sécheresse de la bouche, paralysie des membres et des muscles respiratoires. La constipation, la dysurie et l'asthénie physique sont des signes très constants.

Nombre de foyers et de cas et taux d'incidence

Entre 1991 et 2007, 11 foyers de botulisme - correspondant à 18 malades - ont été notifiés en Limousin, dont 9 en Haute-Vienne et 2 dans la Creuse. Aucun foyer n'a été déclaré dans le département de la Corrèze pendant cette période. Parmi les 16 malades pour lesquels le département de domicile était connu, 13 résidaient dans le département de notification.

Le taux moyen d'incidence régionale annuelle des cas notifiés sur la période était de 1,5 cas par million d'habitants par an (0,5 cas par million d'habitants par an en France métropolitaine).

Le taux moyen d'incidence départementale annuelle des cas notifiés en Haute-Vienne était de 2,6 cas par million d'habitants par an (carte 1).

En 2007, aucun cas n'a été déclaré dans la région.

Source de déclaration

Parmi les 11 foyers déclarés, 8 l'avaient été par un médecin hospitalier, 2 par un médecin généraliste et 1 par un laboratoire.

Description des foyers

Le lieu présumé d'exposition était un département de la région pour les 10 foyers pour lesquels la variable était renseignée.

Parmi les 11 foyers déclarés, 10 étaient d'origine alimentaire, 1 était d'origine inconnue.

Sept foyers étaient constitués de cas isolés, 4 correspondaient à des TIAC impliquant de 2 à 4 personnes. Les 2 foyers les plus importants sont survenus en Haute-Vienne, avec 4 cas en 1998 et 3 cas en 2005.

Le diagnostic de botulisme était confirmé pour 8 foyers par mise en évidence de la toxine botulique chez les malades (sérum) ou dans l'aliment responsable. La toxine était de type B pour 7 foyers et de type A pour le foyer dont la source est demeurée inconnue.

Description des cas

Les données cliniques étaient disponibles pour 16 des 18 cas recensés dans la région : 10 cas avaient un statut confirmé, 1 cas un statut probable et 5 cas un statut suspect.

L'âge médian des cas confirmés était de 42,5 ans (âge moyen = 43 ans, étendue = 21-71 ans).

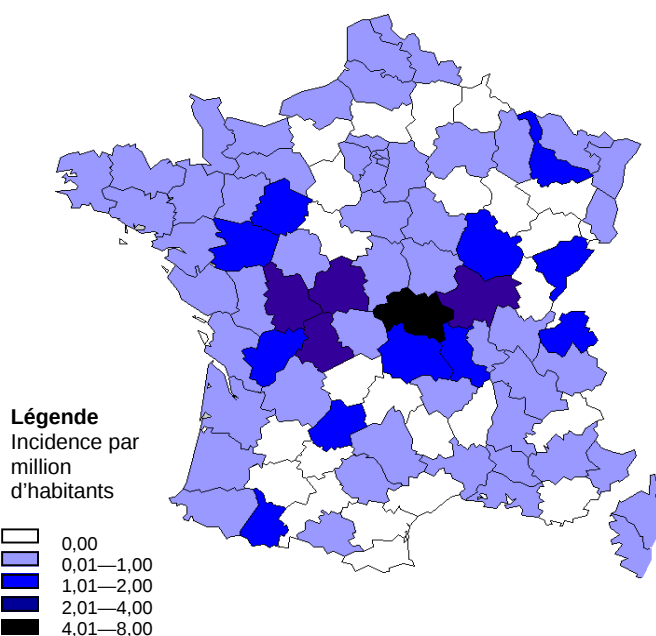
Le sex ratio H/F des cas confirmés était de 1,5.

Les principaux symptômes rapportés pour les 16 cas documentés étaient des troubles digestifs (12/16), des troubles visuels (11/16), des paralysies des membres (8/16), une dysphagie (8/16) et une sécheresse de la bouche (7/16).

Quinze cas ont été hospitalisés. Un patient a nécessité une assistance respiratoire. Un décès a été rapporté en 1993. Il concernait une femme de 65 ans pour laquelle le diagnostic de botulisme était suspect.

Source de contamination

Un aliment a été suspecté pour 10 foyers sur 11. La toxine a été mise en évidence dans l'aliment pour 5 de ces foyers. L'aliment mis en cause était un produit de charcuterie de fabrication familiale à base de porc (jambon et/ou saucisse) ou de canard (pâté). Il était pour les 5 foyers à l'origine d'un botulisme de type B.



| Carte 1 |

Incidence annuelle moyenne du botulisme par département. France, 1991-2007 (Source InVS).

| Les cas de TETANOS déclarés en Limousin (1996-2007) |

Points-clés sur la maladie

- **Toxi-infection** due à *Clostridium tetani*, bacille gram positif sporulant anaérobie strict.
- Maladie causée par la contamination d'une plaie par des spores de *Clostridium tetani*.
- Plusieurs formes cliniques :
 1. généralisée (la plus fréquente et la plus grave, 80 % des cas).

2. céphalique avec atteinte des nerfs crâniens.
 3. localisée à un membre ou à un groupe musculaire dans la zone anatomique de la plaie.
 4. néonatale.
- Durée d'incubation : 4 à 21 jours.
 - Prévention de la maladie par la vaccination anti-tétanique. Rappels recommandés tous les 10 ans à l'âge adulte.
 - Létalité élevée (20 à 50 %).

Objectifs de la DO

- La maladie ne donne pas lieu à un signalement. Les cas notifiés sont les **cas confirmés** de tétanos.
- La notification permet une évaluation du programme de prévention mené par les pouvoirs publics par la vaccination afin de mesurer son efficacité et au besoin de l'adapter.

Définition de cas confirmé

Cas ayant fait l'objet d'un **diagnostic clinique de tétanos généralisé**.

Nombre de cas et taux d'incidence

Entre 1996 et 2007, 10 cas de tétanos ont été notifiés en Limousin, dont 9 en Haute-Vienne et 1 dans la Creuse. Aucun cas n'a été notifié en Corrèze pendant cette période. Parmi ces 10 cas, 2 résidaient en Poitou-Charentes dans le département de la Charente.

Le taux moyen d'incidence régionale annuelle des cas notifiés sur la période était de 1,2 cas par million d'habitants par an (0,4 cas par million d'habitants par an en France pendant la même période).

En 2007, aucun cas n'a été notifié dans la région.

Répartition par sexe et âge

Les cas étaient principalement des sujets âgés de sexe féminin, comme au niveau national. Le sex ratio H/F était de 0,25. L'âge médian des cas déclarés était de 82,5 ans (âge moyen = 80 ans, étendue = 61-91 ans).

Répartition selon la date de début des signes

Pour 7 cas sur 10, les signes cliniques avaient débuté entre les mois de mai et août.

Type de porte d'entrée

La porte d'entrée était une blessure pour 7 cas et une plaie chronique pour 3 cas. Le siège de la lésion était la jambe pour 3 patients et pour 2 patients à chaque fois : le pied, le bras et la main. Il était inconnu pour 1 cas. Aucun des cas ne rapportait de contact direct avec de la terre.

Mode de prise en charge et évolution clinique

Tous les cas ont été hospitalisés en réanimation.

Parmi les 10 sujets atteints, 7 ont guéri complètement et 3 ont présenté des séquelles (perte de motricité, amputation de la jambe, problème à la marche). Aucun cas n'est décédé.

La durée médiane d'hospitalisation, décès exclus, était de 37 jours (moyenne = 33 jours, étendue = 11-54 jours).

Statut vaccinal

Le statut vaccinal était renseigné pour 8 individus. Les 2 cas qui avaient reçu une vaccination complète ont guéri. Deux des 6 cas sans rappels de vaccin ont présenté des séquelles.

| Les cas D'HEPATITE A déclarés en Limousin (1996-2007) |

Points-clés sur la maladie

- **Maladie infectieuse aiguë du foie due au virus de l'hépatite A.** Pas de forme chronique.
- Population à risque dans les pays d'incidence faible comme la France : adultes.
- Mode de transmission interhumain principalement par voie oro-fécale ou par ingestion d'aliments (eau, coquillages) contaminés par des déjections humaines ou un préparateur infecté.
- Durée d'incubation : 15 à 50 jours (30 jours en moyenne).
- Symptômes cliniques habituels : symptômes aspécifiques, ictère.

- Survenue sous forme de cas sporadiques et d'épidémies touchant en particulier certaines collectivités (établissements pour personnes handicapées, écoles maternelles, crèches).
- Importance des mesures d'hygiène des mains pour la prévention.
- Disponibilité d'un vaccin depuis 1992, destiné aux personnes-contact des cas, aux personnes exposées professionnellement à un risque de contamination (s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de propreté) ou aux personnes à risque élevé de complications (hépatopathies chroniques).
- Evolution le plus souvent favorable. Risque d'hépatite fulminante et de décès, notamment chez les sujets âgés de plus de 55 ans.

Objectifs de la DO

- La déclaration obligatoire a été réintroduite en **novembre 2005**.
- La déclaration obligatoire doit permettre de détecter les cas groupés, d'améliorer les connaissances sur la maladie, et de mieux orienter les stratégies vaccinales.

Définition de cas

Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

Les données présentées concernent l'ensemble des cas déclarés en Limousin en 2006 et 2007.

Nombre de cas et taux d'incidence

En 2006 et 2007, 45 cas d'hépatite A ont été notifiés en Limousin, dont 35 en Haute-Vienne et 5 dans chacun des 2 départements de la Corrèze et de la Creuse. Parmi les 43 cas pour lesquels le département de résidence était renseigné, 40 étaient domiciliés dans le département de notification.

Le taux moyen d'incidence régionale annuelle des cas notifiés était de 3,1 pour 100 000 habitants par an (1,9 pour 100 000 habitants par an en France). Le taux moyen d'incidence départementale annuelle des cas notifiés le plus élevé (4,8 cas pour 100 000 habitants par an) était celui de la Haute-Vienne.

Répartition par sexe et âge

Le sex ratio H/F était de 0,8. Pour les 45 cas déclarés, l'âge médian était de 23 ans (âge moyen = 28 ans ; étendue = 1-87 ans). Au total, 18 soit 40 % des cas étaient des enfants de moins de 15 ans ; 4 cas avaient plus de 60 ans.

Répartition selon la date de début des signes

La date de début des signes ne montrait pas de saisonnalité marquée.

Symptômes cliniques

Trente-huit soit 85 % des cas notifiés étaient symptomatiques, parmi lesquels 27 cas présentaient un ictère.

Expositions à risque

L'exposition à risque la plus fréquente était la présence d'autre cas dans l'entourage, rapportée par 21 soit 47 % des cas notifiés. Ces cas étaient retrouvés dans l'entourage familial de manière prédominante (10 cas soit 48 %).

La présence d'un enfant de moins de 3 ans dans l'entourage était rapportée par 7 soit 16 % des cas notifiés.

Aucun cas ne fréquentait ou ne travaillait dans un établissement pour personnes handicapées ou une crèche.

La consommation de fruits de mer (moules et/ou huîtres) concernait 11 soit 24 % des cas.

Un séjour hors métropole était retrouvé chez 7 soit 16 % des cas notifiés : en Algérie pour 3 cas, au Maroc pour 2 cas, en Angola et en Mauritanie pour 1 cas respectivement.

Mode de prise en charge

Vingt-cinq soit 56 % des cas notifiés ont été hospitalisés.

| Les foyers et cas de TIAC déclarés en Limousin (1996-2007) |

Points-clés sur la maladie

Cas groupés de toxi-infections alimentaires le plus souvent consécutives à l'ingestion d'aliments contaminés par des micro-organismes (bactéries, virus, parasites ou toxines secrétées par les micro-organismes).

Objectifs de la DO

Le signalement et la notification d'une TIAC permettent aux autorités sanitaires de mettre en œuvre une enquête destinée à identifier les aliments responsables et les facteurs favorisants afin de prendre des mesures spécifiques pour prévenir les récives.

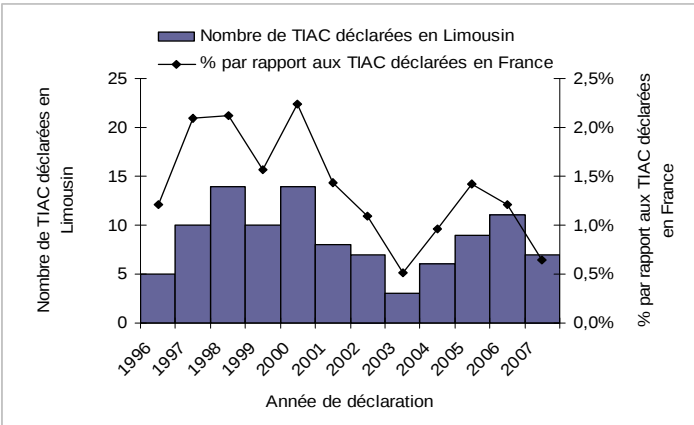
Définition d'un foyer

Survenue d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Nombre de foyers

Entre 1996 et 2007, 104 foyers de TIAC ont été déclarés en Limousin. Le nombre de foyers notifiés dans la région variait entre 3 en 2003 et 14 en 1998 et 2000. Il était de 7 en 2007 (5 foyers déclarés en Haute-Vienne et 2 dans la Creuse) soit du 0,6 % du nombre total de foyers de TIAC déclarés

au niveau national cette année-là (figure 1). Sur l'ensemble de la période, les départements comptant pour le plus grand nombre de foyers étaient la Haute-Vienne et la Creuse mais le département de la Corrèze contribuait de manière importante au nombre de cas (tableau 1).



| Figure 1 |

Evolution du nombre de TIAC déclarées en Limousin et de leur proportion par rapport au total des TIAC déclarées en France, 1996-2007. (Source InVS).

| Tableau 1 |

Nombre et proportion de foyers et de cas de TIAC déclarés par département en Limousin, 1996-2007.

Département de repas	Foyers		Cas	
	N	%	N	%
19-Corrèze	20	19,2	523	34,8
23-Creuse	37	35,6	444	29,5
87-Haute-Vienne	47	45,2	536	35,7
Limousin	104	100,0	1503	100,0

Source de déclaration

La source de déclaration était un médecin pour 61 % des foyers (hospitalier pour 27 %, généraliste pour 34 %), un responsable d'établissement pour 15 %, la Ddass pour 13 %, le reste étant représenté par d'autres sources (mairie, malades eux-mêmes ...).

| Tableau 2 |

Evolution du nombre de foyers et de cas de TIAC, dont les cas hospitalisés et les cas décédés.
Limousin, 1996-2007.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Nombre de foyers	5	10	14	10	14	8	7	3	6	9	11	7	104
Nombre de cas	160	114	149	68	320	147	167	18	69	70	106	115	1503
Nombre de cas hospitalisés	8	27	6	4	47	68	0	5	25	5	2	8	205
Nombre de cas décédés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Description des cas

Entre 1996 et 2007, 1503 cas ont été déclarés, parmi lesquels 205 (soit 14 %) ont été hospitalisés (tableau 2). Le nombre médian de cas par foyer était de 8 (moyenne = 15, étendue = 2-124). Aucun décès n'a été rapporté. En 2007, 8 soit 7 % des 115 cas déclarés ont été hospitalisés.

Lieu du repas

Le repas à l'origine de la TIAC avait été pris dans le cadre familial pour 38,5 % des foyers déclarés, dans un restaurant pour 21,2 %, dans une cantine scolaire pour 15,4 %, dans un institut médico-social pour 10,6 % d'entre eux, le reste étant représenté par d'autres collectivités (entreprise, banquet ...). Les cantines scolaires représentaient près du tiers du nombre de cas déclarés entre 1996 et 2007 (tableau 3).

| Tableau 3 |

Répartition des lieux des repas incriminés dans les TIAC déclarées en Limousin, 1996-2007.

Lieu du repas incriminé	Foyers		Cas	
	N	%	N	%
Famille	40	39	290	19
Restaurant	22	21	218	15
Cantine scolaire	16	15	467	31
Institut médico-social	11	11	180	12
Centre de loisirs	5	5	119	8
Autre collectivité	5	5	85	6
Entreprise	3	3	114	8
Banquet	1	1	5	0
Diffus	1	1	25	2
Limousin	104	100	1503	100

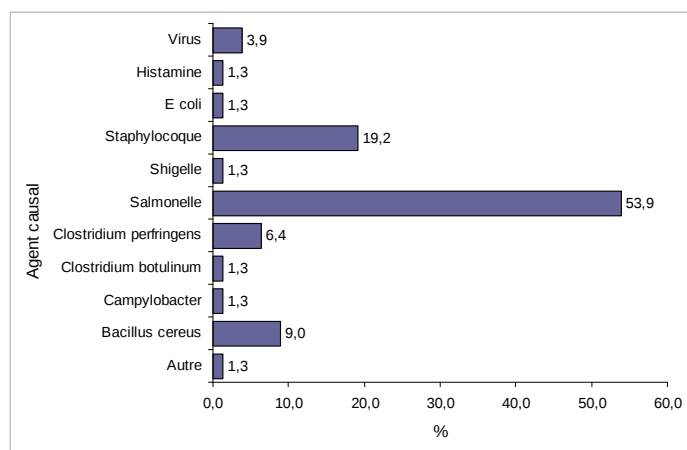
Répartition selon la date de début des signes

Il existait une saisonnalité marquée des foyers de TIAC déclarés. La date de début des signes du 1er cas se situait entre les mois de juin et août inclus pour 41 % des 100 foyers pour lesquels la variable était renseignée.

Recherche étiologique

L'agent étiologique responsable de la TIAC avait été confirmé pour 51 soit 49 % des foyers, dont 27 dans des prélèvements d'origine humaine, 9 dans des prélèvements d'origine alimentaire et 14 simultanément dans des prélèvements d'origine alimentaire et humaine, le type de prélèvements n'étant pas précisé pour 1 foyer. L'agent étiologique a été suspecté pour 27 foyers. Il est demeuré inconnu pour 26 foyers.

Parmi les 78 foyers pour lesquels l'agent en cause était suspecté ou confirmé, il s'agissait le plus souvent d'une *Salmonelle* (53,9 % des foyers) ou d'un *Staphylocoque* (19,2 % des foyers). Venaient ensuite *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens*, retrouvés pour respectivement pour 9,0 % et 6,4 % des foyers (figure 2).



| Figure 2 |

Répartition des agents suspectés ou confirmés pour les TIAC déclarées en Limousin, 1996-2007.

Trente-cinq soit 69 % des foyers de TIAC pour lesquels l'agent était confirmé étaient dues à une *Salmonelle*, principalement de sérotype *enteritidis* (23/35) et dans une moindre mesure *typhimurium* (8/35). Les autres micro-organismes les plus représentés étaient les *Staphylocoques* (6 soit 12 % des 51 foyers confirmés).

Aliment à l'origine de la TIAC

L'agent responsable de la TIAC a été isolé dans 25 des 73 foyers pour lesquels un aliment avait été suspecté.

Les œufs et les préparations à base d'œufs étaient responsables de 26 soit 74 % des 35 TIAC à *Salmonelles*.

Les fromages et produits laitiers étaient responsables de 3 des 6 TIAC à *Staphylocoques*.

Facteurs à l'origine de la TIAC

Un facteur pouvant expliquer la survenue de la TIAC (exemples : matières premières contaminées, erreur lors de la préparation, problème lié au personnel) avait été identifié pour 43 soit 44 % des 97 foyers pour lesquels la variable était renseignée.

Mesures de contrôle et de prévention

Parmi les 98 foyers notifiés pour lesquels la variable était renseignée, 35 soit 36 % avaient donné lieu à la mise en œuvre de mesures de contrôle et de prévention (information, travaux, saisie des denrées, désinfection ...). Le type de mesures n'était précisé que pour environ 20 foyers à chaque fois.

Réalisation d'une enquête, d'une investigation et rédaction d'un rapport

Parmi les 92 foyers pour lesquels la donnée était renseignée, 28 soit 30 % avaient fait l'objet d'une enquête cas-témoins

Parmi les 89 foyers pour lesquels la variable était renseignée, 58 soit 65 % avaient donné lieu à la rédaction d'un rapport.

La variable concernant l'utilisation du logiciel Wintiac était manquante pour plus de la moitié des 33 foyers déclarés à partir de 2004.

| Les cas de LEGIONELLOSE déclarés en Limousin (1997-2007) |

Points-clés sur la maladie

- **Maladie infectieuse respiratoire** provoquée par des **bactéries** du genre *Legionella*.
- Présence naturelle des bactéries dans les milieux aquatiques et développement à température tiède ou chaude.
- Transmission de la maladie par inhalation de micro-gouttelettes d'eau contaminée (douche, aérosols provenant de tours aéro-réfrigérantes ...). Pas de transmission inter-humaine documentée.

- La maladie sévit toute l'année, avec un maximum en été.
- Facteurs de risque : âge avancé, maladies respiratoires chroniques, diabète, maladies immuno-suppressives, traitements immuno-suppresseurs, tabagisme, alcoolisme.
- Durée d'incubation : 2 à 10 jours.
- Manifestations cliniques : état grippal avec fièvre et toux sèche susceptible de s'aggraver rapidement et de faire place à une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation.
- Maladie mortelle dans 15 à 20 % des cas.

Objectifs de la DO

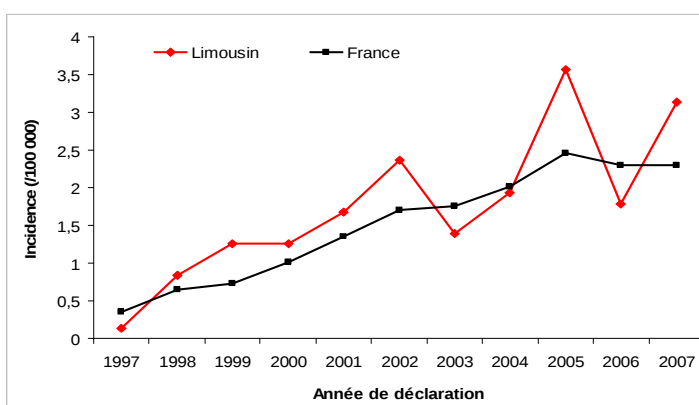
- Les **cas signalés et notifiés** sont les **cas probables et confirmés** de légionellose.
- Le signalement permet de suspecter une source de contamination et de mettre en place des mesures curatives et de prévention. La notification permet de détecter les cas groupés et les épidémies, d'analyser et de suivre l'évolution au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

Nombre de cas et taux d'incidence

Entre 1997 et 2007, 146 cas de légionellose ont été notifiés en Limousin, dont 85 en Haute-Vienne, 53 en Corrèze et 8 dans la Creuse. Parmi les 144 cas pour lesquels le département de résidence était renseigné, 133 résidaient dans la région. Pendant cette période, le taux d'incidence régionale des cas résidents de légionellose dans la région était le plus souvent supérieur au taux d'incidence nationale (figure 1).

En 2007, 22 cas ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence régionale des cas résidents était de 3,1 cas pour 100 000 habitants (2,3 pour 100 000 habitants au niveau national).

En juillet 2001, un épisode de cas groupés impliquant 4 personnes résidant dans un même quartier de l'agglomération de Limoges était survenu sans que la source de contamination ne puisse être identifiée.



| Figure 1 |

Incidence annuelle des cas résidents de légionellose. Limousin et France, 1997-2007.

La description qui suit concerne l'ensemble des cas notifiés.

Répartition par sexe et âge

Le sex-ratio H/F était de 2,6. L'âge médian était de 58 ans (âge moyen = 60 ans, étendue = 16-97 ans).

Répartition selon la date de début des signes

Pour 80 soit 55 % des cas de légionellose déclarés dans la région

Définition de cas

- **Cas confirmé** : pneumopathie associée à au moins 1 des critères :
 1. isolement de *Legionella spp.*
 2. augmentation du titre d'anticorps (*4) avec un 2^e titre minimum de 128.
 3. immunofluorescence directe positive.
 4. présence d'antigène soluble urinaire.
- **Cas probable** : pneumopathie associée à un titre d'anticorps élevé (> 256).

sur l'ensemble de la période, les signes cliniques avaient débuté pendant les mois de mai à septembre inclus.

Facteurs de risque

Au moins un facteur de risque était retrouvé chez 104 soit 71 % des 146 cas notifiés dans la région. Il s'agissait d'un tabagisme pour 71 cas, d'un diabète pour 21 cas, d'un cancer / hémopathie et d'un traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs pour 15 cas respectivement (tableau 1). Un éthyisme était retrouvé chez 11 cas.

| Tableau 1 |

Facteurs favorisants parmi les 146 cas de légionellose déclarés. Limousin, 1997-2007.

Facteurs favorisants (non mutuellement exclusifs)	N	%
Cancer / hémopathie	15	10,3
Corticoïdes / immunosuppresseurs	15	10,3
Diabète	21	14,4
Tabagisme	71	48,6
Autres *	20	13,7
Au moins 1 facteur	104	71,2

* respiratoire, cardiaque, rénal, éthyisme, VIH

Diagnostic de la maladie

Cent trente-trois soit 91 % des cas déclarés présentaient une pneumopathie confirmée radiologiquement.

Les cas confirmés représentaient 131 soit 90 % des 146 cas notifiés. Ils avaient été diagnostiqués pour 119 cas soit 91 % par antigénurie, pour 49 cas soit 37 % par culture, pour 28 cas soit 21 % par sérologie, pour 3 cas soit 2 % par immunofluorescence (fréquences non exclusives).

Répartition selon l'espèce

L'espèce *Legionella pneumophila* représentait 98 % des cas diagnostiqués et le sérotype Lp1, 94 % des cas de *Legionella pneumophila*.

Evolution clinique

Sur les 142 cas dont l'évolution était connue lors de la notification, 17 cas soit 12 % étaient décédés.

Points- clés sur la maladie

- Infections bactériennes (dues au **méningocoque** ou *Neisseria meningitidis*).
- Plusieurs sérogroupes : A, B, le plus fréquent en France, C, deuxième séro groupe le plus fréquent en France, W135, émergent depuis quelques années, et d'autres plus rares : X, Y, Z.
- Transmission de personne à personne par les sécrétions oropharyngées (toux, postillons) ou par contact direct.

- Durée d'incubation : 2 à 10 jours, en moyenne 4 jours.
- Symptômes : présentation de la maladie sous forme de méningite, de sepsis (tâches purpuriques, purpura fulminans), ou sous forme mixte.
- Séquelles possibles : atteinte auditive, troubles neurologiques, atteintes tissulaires pouvant nécessiter une amputation.
- Létalité d'environ 10 %.

Objectifs de la DO

- Les **cas signalés et notifiés** sont les **cas confirmés et probables** d'infection invasive à méningocoque.
 - Le signalement permet l'évaluation et l'organisation de la mise en œuvre des mesures de prophylaxie des contacts proches.
- La notification permet de détecter les situations épidémiques et les augmentations d'incidence de la maladie.

Définition de cas

- **De 1985 à juillet 2002** : tout patient avec un isolement de *Neisseria meningitidis* dans le sang ou dans le LCR ou avec une recherche d'antigènes solubles dans le sang, les urines ou le LCR positive.
- **A partir de juillet 2002**, tout patient répondant à l'un des 4 critères 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 présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,
 - soit présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR, le sang ou les urines.
 4. Présence d'un purpura fulminans.

| Tableau 1 |

Taux d'incidence annuel par 100 000 habitants des infections invasives à méningocoque déclarées dans les départements du Limousin et en France, 1995-2007.

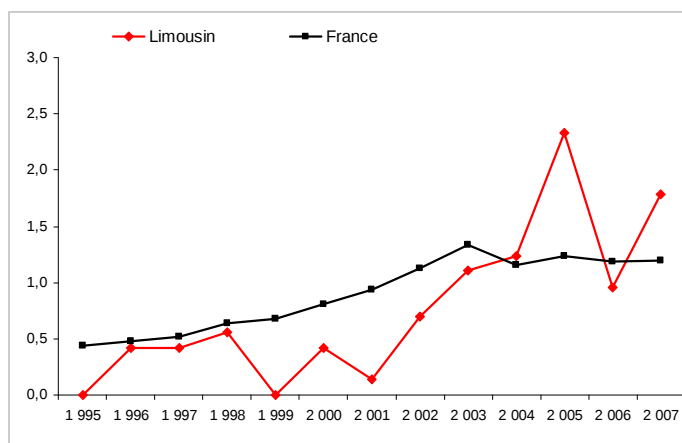
Département de déclaration	2 002		2 003		2 004		2 005		2 006		2 007	
	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000
19-Corrèze	1	0,4	2	0,8	5	2,1	4	1,7	3	1,3	3	1,2
23-Creuse	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,8	2	1,6
87-Haute-Vienne	3	0,8	6	1,7	4	1,1	12	3,3	3	0,8	8	2,2
Limousin	5	0,7	8	1,1	9	1,2	17	2,3	7	1,0	13	1,8
France	680	1,1	807	1,3	699	1,2	748	1,2	717	1,2	721	1,2

Nombre de cas et taux d'incidence

Entre 1995 et 2007, 73 cas d'IIM ont été notifiés, dont 57 après la mise en place des nouveaux critères de signalement. Parmi les 71 cas pour lesquels le département de résidence était renseigné, 59 étaient domiciliés dans la région.

Sur l'ensemble de la période, l'incidence des IIM notifiées dans la région est restée voisine ou inférieure à l'incidence nationale sauf en 2005 et 2007 (figure 1). En 2007, 13 cas ont été notifiés soit un taux d'incidence régionale des cas notifiés de 1,8 cas pour 100 000 habitants (1,2 pour 100 000 habitants au niveau national) (tableau 1).

En juin 2005, le seuil d'alerte départemental pour la surveillance des infections invasives à méningocoque de type C avait été franchi en Haute-Vienne. En mars 2007, une nouvelle augmentation de l'incidence des infections invasives à méningocoque de type C dans ce département, et la létalité élevée contrairement à 2005, avaient motivé la réalisation d'une campagne de vaccination contre le méningocoque C chez les enfants et adolescents âgés de 2 mois à 19 ans.



| Figure 1|

Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des infections invasives à méningocoques notifiées en Limousin et France, 1995-2007.

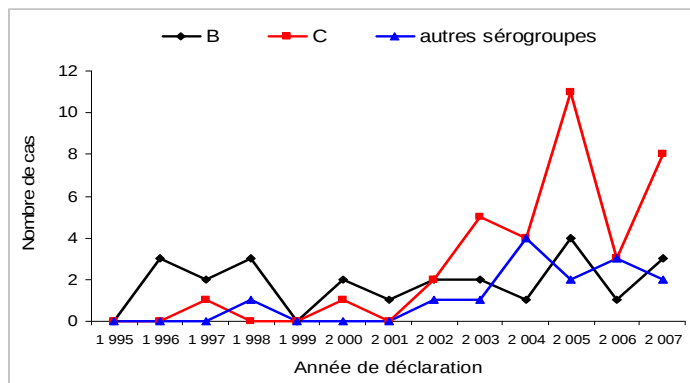
Répartition par sexe et âge

Le sex ratio H/F était de 1,3.

L'âge médian des cas déclarés était de 15 ans (âge moyen = 21,5 ans, étendue = 0-93 ans). Parmi l'ensemble des cas, 21 % avaient moins de 1 ans, 34 % avaient moins de 5 ans et 75 % avaient moins de 25 ans.

Distribution des sérogroupes

Entre 2002 et 2007, le sérotype C était prédominant, contrairement au niveau national où le B dominait. Le nombre maximal de sérogroupes C a été atteint en 2005 (figure 2).



| Figure 2 |

Evolution du nombre de cas d'infections invasives à méningocoques notifiées en Limousin selon les principaux sérogroupes, 1995-2007.

Evolution

Tous les cas ont été hospitalisés.

Parmi les 72 cas déclarés dans la région pour lesquels la variable était renseignée, 57 soit 79 % ont guéri complètement, 12 soit 17 % sont décédés et 3 soit 4 % ont présenté des séquelles : amputation, atteinte auditive ou arthrite.

Description des formes graves

La présence d'un purpura fulminans était retrouvée chez 17 soit 25 % des 68 cas renseignés. Parmi ces 17 cas, 8 avaient reçu une antibiothérapie précoce.

Parmi les 12 cas décédés, 7 avaient présenté un purpura fulminans. Quatre d'entre eux avaient reçu une antibiothérapie précoce. Sept patients étaient infectés par une souche de sérotype C, 3 par une souche de sérotype B et 2 par une souche de sérotype plus rare (Y).

Prévention dans l'entourage des cas

Un traitement a été mis en œuvre dans la collectivité autour de 36 cas, avec en moyenne 40 personnes traitées (médiane = 26) et dans la famille pour 66 cas, avec en moyenne 9 personnes traitées (médiane = 5).

Parmi les 68 cas infectés par un méningocoque contre lequel un vaccin existe (B, C, W, Y), des vaccinations ont été réalisées dans la collectivité autour de 12 cas, avec un nombre moyen de personnes vaccinées de 38 (médiane = 28) et dans la famille pour 30 cas, avec un nombre moyen de personnes vaccinées de 11 (médiane = 6).

| Les cas D'INFECTION à VIH résidents en Limousin (1997-2007) |

Points-clés sur la maladie

- Infection virale chronique liée au virus de l'immunodéficience humaine évoluant sur plusieurs années.
- Cellules cibles de l'infection : lymphocytes T possédant le récep-

teur CD4. Leur destruction progressive conduit à une immunodépression majeure : diminution des lymphocytes CD4 de 30-100/mm³ par an en moyenne en l'absence de traitement.

- Transmission : sexuelle, sanguine et mère-enfant (grossesse-allaitement).

Objectifs de la DO

- L'infection à VIH ne donne **pas lieu à un signalement**. La notification est obligatoire depuis **mars 2003**. La notification est initiée par le biologiste puis complétée par le médecin prescripteur du test. L'anonymisation est réalisée à la source par le biologiste
- Le suivi des notifications des nouveaux diagnostics d'infection à VIH permet une évaluation des programmes de prévention menés par les pouvoirs publics pour en mesurer l'efficacité et au besoin les adapter.

Critères de notification de l'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.

Critères de notification de l'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.

| Tableau 1 |

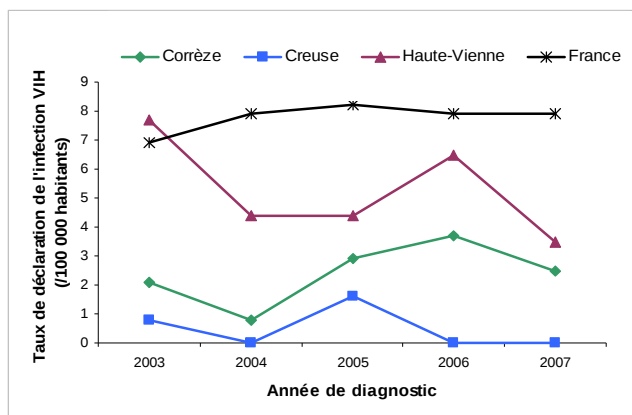
Découvertes de séropositivité VIH déclarées : nombre (N) et taux pour 100 000 habitants par département de résidence. Limousin, 2003-2007. (Données au 31/12/2008 non corrigées pour les délais ni pour la sous-déclaration).

Département de domicile	2003		2004		2005		2006		2007	
	N	Taux (/100 000)	N	Taux (/100 000)	N	Taux (/100 000)	N	Taux (/100 000)	N	Taux (/100 000)
Corrèze	5	2,1	2	0,8	7	2,9	9	3,7	6	2,5
Creuse	1	0,8		0,0	2	1,6		0,0		0,0
Haute-Vienne	28	7,7	16	4,4	16	4,4	24	6,5	13	3,5
Région Limousin	34	4,7	18	2,5	25	3,4	33	4,5	19	2,6
France	4392	6,9	4977	7,9	5146	8,2	4921	7,9	4889	7,9

Nombre de découvertes d'infections à VIH

Un total de 129 découvertes de séropositivité entre 2003 et 2007 chez des personnes domiciliées en Limousin ont été notifiées au 31/12/2008, soit 0,5 % de l'ensemble des notifications nationales sur cette période. Le nombre de cas déclarés était très faible et le taux de déclaration par 100 000 habitants nettement inférieur à celui observé au niveau national (tableau 1).

Depuis 2003, le nombre de cas déclarés rapporté à la population le plus élevé était observé dans le département de la Haute-Vienne (figure 1). Globalement, le taux a diminué entre 2006 et 2007. Après prise en compte des délais de déclaration et de la sous-déclaration, le nombre de découvertes de séropositivité VIH chez des personnes domiciliées en Limousin est estimé à 179 sur la période 2003-2007, soit autour de 36 par an.



| Figure 1 |

Découvertes d'infection à VIH déclarées au 31/12/2008, rapportées à la population, par département de résidence, Limousin, 2003-2007. (Données au 31/12/2008 non corrigées pour les délais ni pour la sous-déclaration)

Caractéristiques sociodémographiques

Entre 2003 et 2007, en moyenne 64 % des personnes qui ont découvert leur séropositivité étaient des hommes. Cette proportion est restée stable depuis 2003.

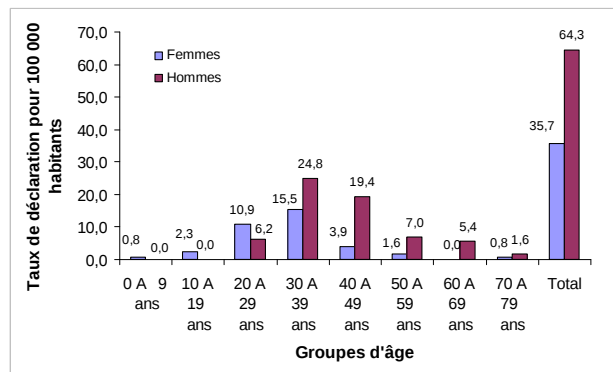
La proportion des cas notifiés était la plus importante chez les 30-39 ans avec 40 % des cas (figure 2). Quarante-trois pour cent des femmes avaient moins de 40 ans, contre 48 % des hommes.

La nationalité était renseignée pour 121 des 129 cas. A total, 41 % des cas étaient d'origine étrangère. Cette proportion était de 80 % chez les femmes, dont 73 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne. En revanche, 78 % des hommes étaient d'origine française.

Mode de contamination

Chez les femmes, le mode de contamination était sexuel via des rapports hétérosexuels pour la quasi-totalité des femmes ayant découvert leur séropositivité en 2003-2007 et pour lesquelles le mode

de contamination était renseigné. Chez les hommes pour lesquels la variable était renseignée, 60 % avaient une contamination par rapports homosexuels, 37,5 % par rapports hétérosexuels, et 2,8 % par usage de drogues injectables. Deux contaminations mère-enfant ont été rapportées.

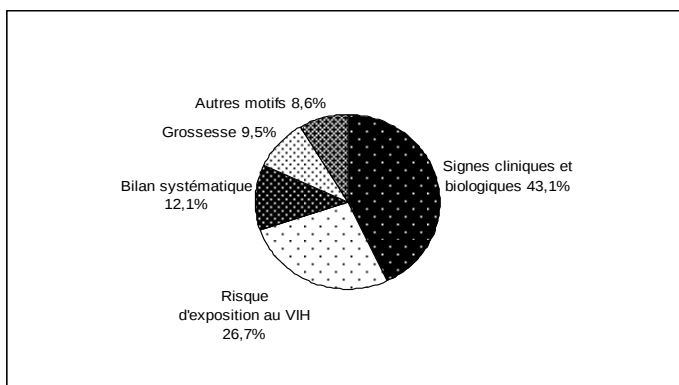


| Figure 2 |

Distribution relative des cas d'infections par le VIH déclarés et résidant dans la région en fonction des classes d'âge et du sexe. Limousin, 2003-2007. (Données au 31/12/2008 non corrigées pour les délais ni pour la sous-déclaration)

Motif de dépistage

Parmi les 116 patients pour lesquels le motif de dépistage était renseigné entre 2003 et 2007, 43 % avaient été dépistés tardivement, à la survenue de signes cliniques et biologiques (figure 3).



| Figure 3 |

Motif de dépistage pour le VIH chez les personnes résidant en Limousin, 2003-2007. (Données au 31/12/2008 non corrigées pour les délais ni pour la sous-déclaration)

Stade clinique

La proportion de cas diagnostiqués pendant la phase symptomatique ou au stade sida est passée de 55 % en 2003 à 28 % en 2007.

| Les cas de SIDA résidents en Limousin (1997-2007) |

Points-clés sur la maladie

- **Dernier stade de l'infection à VIH** et ensemble des manifestations cliniques majeures, conséquences de l'infection à VIH et de

l'immunodépression majeure.

- L'infection par le VIH évolue vers le sida après une durée médiane proche de 10 ans en l'absence de traitement antirétroviral.

Objectifs de la DO

- La maladie ne donne **pas lieu à un signalement**. La notification des diagnostics de sida est obligatoire depuis **1986**. Elle ne fait intervenir que le médecin qui réalise une anonymisation à la source.
- Le nouveau dispositif de notification permet d'observer les nouveaux cas de sida et, parmi ces nouveaux cas, ceux développant le sida sans connaître leur séropositivité ou sans avoir eu de prise en charge. Le sida est une maladie grave dont il est nécessaire d'évaluer et de suivre la létalité et la morbidité.

Nombre de cas

Un total de 130 cas de sida domiciliés en Limousin, diagnostiqués de 1997 à fin 2007, ont été notifiés au 31/12/2008. Le nombre de cas notifiés a diminué depuis 1997. La Haute-Vienne était le département avec le plus de cas de sida (87 cas), suivi par la Creuse (38 cas). Très peu de cas de sida ont été diagnostiqués en Corrèze (5 cas) (tableau 1).

En 2007, 8 cas de sida ont été diagnostiqués, soit 11 cas par million d'habitants. Ce taux était nettement inférieur au taux national de 15,3 cas par million d'habitants (2007). Après prise en compte des délais de déclaration et de la sous-déclaration, le nombre de diagnostics de sida chez des personnes domiciliées en Limousin est estimé à 76 sur la période 2003-2007, soit autour de 15 par an.

Caractéristiques sociodémographiques

Parmi l'ensemble des cas diagnostiqués entre 1997 et 2007, la proportion des femmes était de 25 % (31 % au niveau national).

Le sida était diagnostiqué essentiellement chez les adultes pendant cette période (82 % des cas diagnostiqués chez des adultes ayant entre 30 et 59 ans).

La proportion de personnes de nationalité étrangère parmi les cas de sida était de 17 %, nettement inférieure à la proportion nationale (38 % en 2003-2005).

| Tableau 1 |

Cas de sida déclarés par département de domicile et par année de diagnostic. Limousin, 1997-2007. (Données au 31/12/2008 non corrigées pour les délais ni pour la sous-déclaration).

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
19-Corrèze	9	2	1	5	6	4	2	1	3	3	1	38
23-Creuse	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	5
87-Haute-Vienne	12	11	7	8	7	7	12	6	6	5	6	87
Limousin	21	14	9	13	14	12	14	8	9	8	8	130

Définition de cas

Survenue de toute pathologie inaugurale correspondant à la définition du sida.

La liste des pathologies inaugurales et les définitions de cas sont disponibles sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>

Mode de contamination

Sept des 9 cas de sida âgés de moins de 19 ans ont été contaminés par transmission mère-enfant, tous avant 1997.

Connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral avant le sida

L'ignorance de la séropositivité au moment du diagnostic de sida parmi les 109 personnes diagnostiquées entre 1998 et 2007 était relativement élevée en Limousin (46 % des cas) (tableau 2).

Dès 1997, le nombre de cas de sida a fortement diminué chez les personnes connaissant leur séropositivité (et pouvant donc bénéficier d'un traitement antirétroviral), tandis qu'il ne se modifiait que très peu chez les personnes qui ignoraient leur séropositivité avant le sida. Ceci explique l'augmentation obtenue après 1997 de la proportion de personnes ignorant leur séropositivité parmi les cas de sida.

Parmi les cas de sida diagnostiqués entre 1998-2007, l'absence de traitement antirétroviral pré-sida chez les personnes connaissant pourtant leur séropositivité était relativement importante (36 %).

| Tableau 2 |

Connaissance de la séropositivité avant le sida par année de diagnostic chez les adultes. Limousin, 1998-2007. (Données au 31/12/2008 non corrigées pour les délais ni pour la sous-déclaration).

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Oui	9	4	9	7	6	6	5	5	3	5	59
Non	5	5	4	7	6	8	3	4	5	3	50
Total	14	9	13	14	12	14	8	9	8	8	109

Evolution des décès

Le nombre de décès de personnes ayant développé un sida a fortement diminué depuis 2004. Un décès survenu en 2007 dans la région a été notifié au 31/12/2008.

| Les cas de TUBERCULOSE MALADIE déclarés en Limousin (2000-2007) |

Points-clés sur la maladie

- Maladie due à un bacille (mycobactérie du complexe Tuberculosis, dont le bacille de Koch) transmissible par voie aérienne.
- Atteinte pulmonaire la plus fréquente mais atteinte possible d'autres organes.
- Développement de la maladie secondairement à une infection par le bacille. Toutes les personnes infectées ne développeront pas la maladie. Il y a donc une distinction entre infection tuberculeuse et

maladie tuberculeuse. La personne avec une infection tuberculeuse ne présente pas de signes cliniques et n'est pas contagieuse.

- Risque de développer une tuberculose maladie à la suite d'infection tuberculeuse plus important chez les enfants et les personnes immunodéprimées.

- Principaux signes permettant d'évoquer une tuberculose pulmonaire : toux persistante, fièvre persistante et sueurs nocturnes, émissions de sang lors de la toux, perte de poids.

Objectifs de la DO

- Le signalement déclenche une enquête et des mesures préventives.
- La notification a pour but d'identifier les populations les plus à risque de développer la maladie et d'adapter les actions de lutte antituberculeuse au niveau départemental et de suivre les tendances épidémiologiques au niveau national.

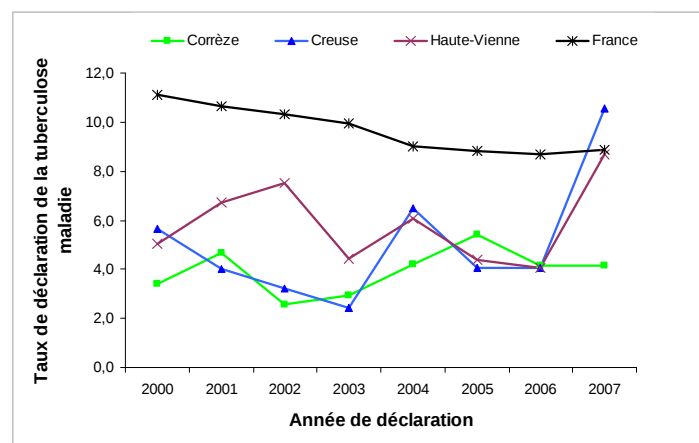
Nombre de cas

Entre 2000 et 2007, 295 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Limousin, dont 7 ne résidaient pas dans le Limousin. Le taux de déclaration (nombre de cas pour 100 000 habitants) a augmenté en 2007 par rapport à 2006 dans les départements de la Creuse et de la Haute-Vienne (figure 1). Le taux de déclaration régional en 2007 (7,5 cas pour 100 000 habitants) est semblable à celui observé en France métropolitaine (8,8 cas pour 100 000 habitants) (tableau 1).

| Tableau 1 |

Nombre de cas de tuberculose maladie notifiés par département en 2007 dans le Limousin.

Département	Nb de cas déclarés en 2007	Taux de déclaration pour 100 000 habitants
Corrèze	10	4,1
Creuse	13	10,6
Haute-Vienne	32	8,7
région	55	7,5



| Figure 1 |

Taux de déclaration de la tuberculose maladie par département. Limousin, 2000-2007.

Source de déclaration

Entre 2000 et 2007, les principaux déclarants dans la région étaient les médecins hospitaliers (pour 84 % des cas) et les phtysiologues libéraux (11 % des cas).

Caractéristiques socio-démographiques

Sexe et âge

Depuis 2000, les hommes étaient majoritaires et représentaient en moyenne 58 % des cas déclarés (figure 2), et 62 % en 2007. Depuis 2000, 62 % des cas étaient âgés de plus de 44 ans, ce qui est plus élevé que la proportion observée au niveau national (48 %).

Origine géographique

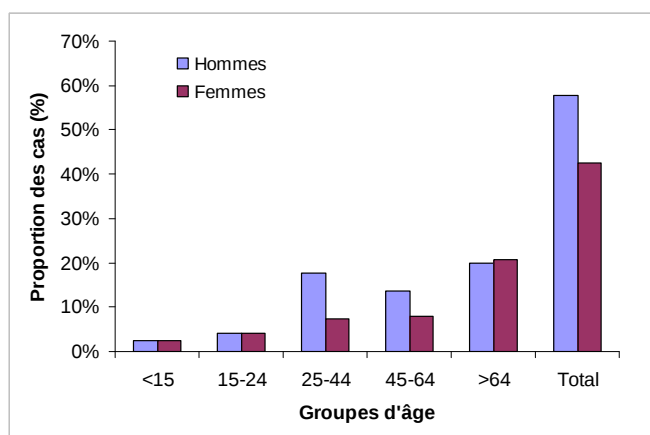
Au total depuis 2000, 29 % des cas déclarés en Limousin étaient nés hors France (18 % en Afrique).

Définition de cas

Cas avec signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et décision de traiter le patient avec un traitement anti-tuberculeux standard (confirmés ou non par la culture).

Vie en collectivité

Parmi les 281 personnes pour lesquelles l'information était renseignée, 56 (20 %) résidaient en collectivité au moment de la déclaration de la tuberculose. Dix-sept personnes vivaient dans un établissement pour personnes âgées, 16 dans un centre d'hébergement collectif, 5 dans un établissement pénitencier, et 14 dans un autre type de collectivité (pour 4 cas l'information n'était pas renseignée).



| Figure 2 |

Distribution relative des cas de tuberculose maladie déclarés par groupe d'âges et sexe. Limousin, 2000-2007.

Caractéristiques cliniques

Parmi tous les cas déclarés depuis 2000, 72 % avaient une tuberculose pulmonaire (associée ou non à une autre localisation), et 28 % une tuberculose exclusivement extra-pulmonaire.

Les formes pleurales et ganglionnaires intra-thoraciques représentaient 15 % des tuberculoses exclusivement extra-pulmonaires.

Huit cas de forme sévère (2 miliaires et 6 méningites) ont été déclarés, toutes chez des adultes.

Les résultats de culture en début de traitement étaient renseignés pour 35 % des cas déclarés et étaient positifs pour 83 % d'entre eux. Les cas potentiellement contagieux en début de traitement (cas pulmonaires à microscopie positive ou à culture positive sur prélèvement respiratoire ; n=181) représentaient 85 % des cas de tuberculose pulmonaire et 61 % de l'ensemble des cas déclarés entre 2000 et 2007.

Points-clés sur la maladie

- Infection due à *Listeria monocytogenes*.
- Transmission par :
 1. contamination alimentaire (fromage à pâte molle au lait cru, poisson fumé, charcuterie telle que pâté, rillettes).
 2. par voie transplacentaire ou par la filière génitale chez le fœtus ou le nouveau-né.
- Incubation : 3 semaines en moyenne.

- Personnes à risque : personnes âgées, personnes immunodéprimées, femmes enceintes, nouveaux-nés.
- Clinique :
 1. femmes enceintes : complication possible par un avortement, un enfant mort-né ou une infection.
 2. autres populations à risque : atteintes neurologiques ou formes septicémiques.
- Maladie rare (incidence annuelle : 0,5 cas/100 000 habitants) mais grave (létalité pouvant atteindre 30 % chez les personnes à risque).

Objectifs de la DO

- La maladie est à déclaration obligatoire depuis le 2^e trimestre de l'année 1998.
- Les cas signalés et notifiés sont les cas confirmés de listériose.
- La déclaration obligatoire permet de suivre les tendances évolutives de la maladie (nombre et caractéristiques des cas) et la consommation alimentaire du patient. Elle oriente vers une éventuelle source commune de contamination alimentaire lors de la survenue de cas groupés.

Définition de cas

- **Cas confirmé** : défini par l'isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement clinique (sang, LCR, liquide amniotique, placenta ...).
- **Cas materno-néonatal** : concerne une femme enceinte, un « produit » d'avortement, un nouveau-né mort-né ou un nouveau-né de moins de 1 mois. Lorsqu'une souche est isolée chez une femme enceinte et son nouveau-né, un seul cas est comptabilisé.
- **Cas non materno-néonatal** : cas n'appartenant pas à un des groupes ci-dessus.

Nombre de cas et taux d'incidence

Entre 1999 et 2007, 32 cas de listériose ont été notifiés en Limousin. Au total, 16 cas ont été notifiés en Haute-Vienne, 10 en Corrèze et 6 dans la Creuse. Vingt-neuf cas résidaient dans la région, 2 en Dordogne et 1 à l'étranger.

Sur l'ensemble de la période, le taux moyen d'incidence régionale annuelle des cas notifiés était de 0,5 cas par 100 000 habitants par an (0,4 cas par 100 000 habitants par an au niveau national).

En 2007, 7 cas ont été déclarés dans la région soit 2,2 % de l'ensemble des cas déclarés au niveau national (figure 1).

Pour les 3 autres cas, le nouveau-né était vivant et diagnostiqué respectivement à 36, 37 et 38 semaines d'aménorrhée.

Le diagnostic avait été fait par hémoculture pour la forme maternelle isolée et pour le cas de mort in utero. Pour les 3 nouveaux-nés vivants, le diagnostic avait été effectué respectivement par un prélèvement de placenta associé à un prélèvement de liquide gastrique et d'urines du nouveau-né, par une hémoculture de la mère, et par une hémoculture associée à un prélèvement de liquide gastrique du nouveau-né.

Description des cas de forme non materno-néonatale

Parmi les 27 cas de forme non materno-néonatale, le sex ratio H/F était de 2. L'âge médian était de 77 ans (âge moyen = 75 ans, étendue = 40-92 ans).

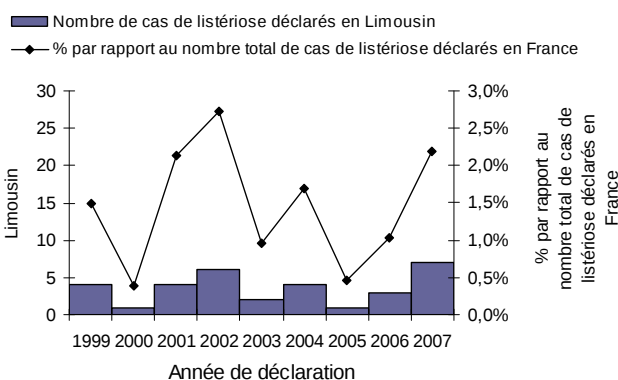
Dix-neuf cas présentaient une pathologie sous-jacente. Onze d'entre eux suivaient un traitement immunosuppresseur.

Le diagnostic avait été fait de manière prédominante par hémoculture (18 cas), par prélèvement de LCR pour 6 cas, par ces deux examens à la fois pour 2 cas et par un autre type d'examen non précisé pour 1 cas.

Le type de la maladie était renseigné pour 26 cas. La listériose était de type bactériémie / septicémie pour 16 cas, neuroméningée pour 9 cas et de type « autre » pour 1 cas (arthrite de hanche).

Trois cas ont été hospitalisés.

Cinq cas étaient décédés au moment de la notification. Il s'agissait de 4 hommes et d'1 femme dont l'âge moyen était de 70 ans (étendue = 40-83 ans). Trois d'entre eux avaient présenté une forme bactériémique et deux d'entre eux, une forme neuroméningée. Aucun n'avait été hospitalisé. Quatre cas présentaient une pathologie sous-jacente et deux d'entre eux suivaient un traitement immunosuppresseur.



| Figure 1 |

Evolution du nombre de cas de listériose déclarés en Limousin et de leur proportion par rapport au total des cas déclarés en France, 1999-2007 (Source InVS).

Parmi les 32 cas notifiés, 5 étaient de forme materno-néonatale.

Description des cas de forme materno-néonatale

Un des cas était une forme maternelle isolée.

Un cas était mort in utero, le terme de la grossesse étant de 20 semaines d'aménorrhée.

| Les cas d'HEPATITE B AIGUE déclarés en Limousin (1999-2007) |

Points-clés sur la maladie

- **Maladie infectieuse du foie** potentiellement grave en raison d'un **passage à la chronicité dans 2 à 10 % des cas** avec des risques d'évolution vers une cirrhose et un cancer du foie.
- Caractère le plus souvent asymptomatique de l'infection initiale par le virus de l'hépatite B (VHB), mais qui peut évoluer, dans environ 0,1 % à 1 % des formes aiguës, vers une hépatite fulminante (forme grave et mortelle de la maladie en l'absence de greffe du

foie).

- Transmission par voie sexuelle, par le sang, et d'une mère infectée à son fœtus. Maîtrise de la voie transfusionnelle avec un risque résiduel devenu très faible, mais persistance chez les toxicomanes intra-veineux. Transmission nosocomiale possible en cas de respect insuffisant des précautions universelles.
- Prévention par le dépistage (dons du sang, femmes enceintes) et la vaccination chez le nourrisson, le préadolescent, et les personnes à risque.

Objectifs de la DO

- La déclaration obligatoire a été réintroduite en **mars 2003**.
- **La maladie ne donne pas lieu à un signalement**. Les **cas notifiés** sont les **cas confirmés** d'hépatite B aiguë.
- Le but de la surveillance est d'évaluer l'impact de la politique de prévention en mesurant la circulation du virus. La notification permet d'estimer l'incidence des formes aiguës et d'en suivre les tendances, d'étudier les formes graves ayant donné lieu à une hospitalisation et les formes fulminantes, et d'identifier les cas groupés.

Définition de cas confirmé

- Détection d'IgM anti-HBc pour la première fois **ou**
- Détection d'AgHBs et Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite B aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère), si les IgM anti-HBc n'ont pas été testées.

Entre 2003 et 2007, 8 cas ont été notifiés en Limousin.

L'âge moyen était de 32 ans (étendue = 9-56 ans).

Le sex-ratio H/F était de 7.

Trois cas avaient des IgM anti-HBc positifs. Cinq cas présentaient des AgHBs et Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'ictère et d'augmentation des ALAT.

Trois patients ont été hospitalisés.

| Les cas de FIEVRES TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE déclarés en Limousin (1995-2007) |

Points-clés sur la maladie

- **Infections bactériennes des voies intestinales** et du **courant sanguin** dues à *Salmonella typhi* et *Salmonella paratyphi* (types A, B et C).
- Transmission oro-fécale, par ingestion d'eau ou d'aliments ayant subi une contamination fécale d'origine humaine.
- Durée d'incubation : 1 à 3 semaines.

- Symptômes : fièvre typhoïde : bénins ou graves, comprenant habituellement une fièvre prolongée, des maux de tête, une anorexie, des céphalées, un état d'abattement, des douleurs abdominales avec constipation ou diarrhée. Fièvre paratyphoïde : symptômes similaires mais habituellement moins sévères.
- Prédominance de cas sporadiques importés parmi les cas recensés en France.

Objectifs de la DO

- Les cas **signalés et notifiés** sont les **cas confirmés** de fièvres typhoïde et paratyphoïde.
- La déclaration obligatoire permet l'étude des caractéristiques de la maladie, le suivi des tendances épidémiologiques, et la détection de cas groupés pouvant être liés par une source commune.

Définition de cas confirmé

- Jusqu'à fin 2002 : cas ayant une **hémoculture positive** à *Salmonella typhi* ou *paratyphi* A ou B.
- A partir de janvier 2003 : **isolement**, dans un contexte clinique évocateur, de *Salmonella typhi*, *paratyphi* A, *paratyphi* B ou *paratyphi* C, **quel que soit le site**.

Entre 1995 et 2007, 6 cas de fièvres typhoïde et paratyphoïde ont été notifiés en Limousin, dont 5 cas d'infection à *Salmonella typhi* et 1 cas d'infection à *Salmonella paratyphi* A. Au total, 5 cas avaient été déclarés en Haute-Vienne et 1 cas en Corrèze.

Le sex ratio H/F était de 2.

L'âge était renseigné pour 2 cas (23 et 35 ans).

Pour les 6 cas, l'infection, survenue au décours d'un séjour en zone d'endémie, était importée. Les 5 cas de fièvre typhoïde étaient importés du Maroc, du Pakistan, de Madagascar, d'Égypte et du Burkina Faso ; le cas de fièvre paratyphoïde, du Maroc.

Parmi les 6 cas, 5 ont guéri, 1 était encore malade lors de la notification.

Points-clés sur la maladie

- **Zoonose** due à la bactérie *Francisella tularensis*. Présence en Europe du seul sérotype B, le moins virulent.
- Réservoir : rongeurs et tiques.
- Principaux vecteurs : lièvres et tiques adultes.
- Contamination : par contact direct de la peau avec des animaux infectés (lièvres, sangliers) ou des végétaux souillés, par morsure (souvent indolore) de tique, par projection d'eau contaminée au niveau d'une muqueuse (oculaire), par ingestion d'eau ou de fruits et légumes contaminés par des déjections de lagomorphes ou rongeurs, par inhalation à la suite d'une mise en suspension de poussière ou de débris végétaux. Pas de transmission inter-humaine de la maladie.
- Durée d'incubation : 2 à 5 jours et jusqu'à 14 jours.
- Plusieurs formes cliniques :
 1. forme ganglionnaire et ulcéro-ganglionnaire (inoculation transcutanée).
 2. forme oculo-ganglionnaire (projection conjonctivale).
 3. forme pleuro-pulmonaire ou d'emblée septicémique (inhalation).
 4. forme oropharyngée (ingestion).
- Létalité inférieure à 1 % en l'absence de traitement.

Objectifs de la DO

- La **déclaration obligatoire a été réintroduite en octobre 2002**, en raison de l'usage possible de la bactérie comme agent du bioterrorisme. Tous les cas déclarés doivent faire l'objet d'une investigation individuelle pour déterminer l'origine de leur contamination.
- Les **cas signalés** sont les **cas suspects, probables et confirmés** de tularémie. Les **cas notifiés** sont les **cas probables et confirmés**.

Entre le 1er octobre 2002 et le 31 décembre 2007, 3 cas sporadiques de tularémie ont été notifiés en Limousin : 2 en Haute-Vienne en 2004 et 2005, et 1 dans la Creuse en 2007. En France, 143 cas ont été déclarés pendant cette période, dont 47 en 2007 (carte 1).

Les 3 cas notifiés étaient âgés de 39, 56 et 77 ans. Deux d'entre eux étaient de sexe masculin.

Pendant les 2 semaines précédant le début des signes, 2 cas déclaraient avoir eu un contact avec un lièvre, 2 cas avaient eu des loisirs de plein air (promenade, trek, ...) et des activités en contact avec de la terre (jardinage, remblayage ...).

Définition de cas

- **Cas confirmé** : tableau clinique évocateur associé à sérologie positive avec un titre en anticorps supérieur ou égal à 50 ou isolement de *Francisella tularensis* à partir de prélèvements cliniques ou amplification génique positive.
- **Cas probable** : tableau clinique évocateur associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps compris entre 20 et 50 ou exposition commune à celle d'un cas confirmé.
- **Cas suspect** : tableau clinique évocateur sans confirmation biologique.

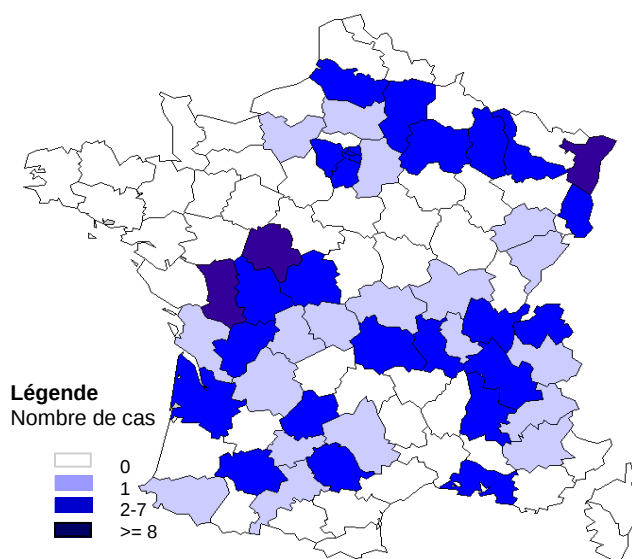
Les signes avaient débuté respectivement pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre.

Deux cas avaient présenté une forme ulcéro-ganglionnaire et un cas une forme ganglionnaire.

Les 3 cas étaient des cas confirmés. Le diagnostic avait été effectué par sérologie, associée pour l'un des cas à une amplification génique à partir d'une ponction ganglionnaire.

L'un des cas a été hospitalisé.

Les 3 cas ont eu une évolution clinique favorable.



| Carte 1 |

Distribution géographique par département de résidence des cas de tularémie déclarés. France, 2002-2007 (Source InVS).

| Les cas de BRUCELLOSE déclarés en Limousin (1995-2007) |

Points-clés sur la maladie

- **Zoonose** due aux bactéries du genre *Brucella*.
- Réservoir : bovins, ovins, porcins et caprins ...
- Professions exposées : éleveurs, vétérinaires, ouvriers d'abattoirs, manipulateurs de laboratoire.
- Contamination possible par : contact direct avec des animaux infectés, contact accidentel avec des produits biologiques dans les

laboratoires, ingestion d'aliments contaminés (lait et produits laitiers non pasteurisés).

- Durée d'incubation : une semaine à plusieurs mois.
- Signes cliniques variables et peu spécifiques : fièvre, sueurs, malaise, myalgies, arthrite, orchite ...
- Létalité inférieure à 5 % même en l'absence de traitement.

Objectifs de la DO

- Les **cas signalés et notifiés** sont les cas **probables et confirmés** de brucellose.

- La bactérie à l'origine de la maladie appartient à la liste des agents susceptibles d'être utilisés dans le cadre d'actions malveillantes ou d'attaques bioterroristes.

Définition de cas

- **Cas confirmé** : tableau clinique évocateur et au moins un des résultats suivants : isolement de *Brucella spp* dans un prélèvement clinique, multiplication par au moins 4 du titre d'anticorps entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard, ou amplification génique positive.

- **Cas probable** : tableau clinique évocateur associé à la mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum.

La description concerne les cas validés par l'InVS depuis 2001.

En 2001, 2 cas de brucellose ont été notifiés en Limousin, dont 1 en Haute-Vienne et 1 en Corrèze. Aucun cas n'a été déclaré dans la région depuis cette date.

Les 2 cas étaient de sexe masculin. L'âge n'était pas renseigné.

Les signes cliniques avaient débuté respectivement en août et septembre. Un cas rapportait une profession à risque sans la préciser.

Les 2 cas avaient été confirmés par sérodiagnostic.

Récapitulatif du nombre annuel de déclarations de MDO en Limousin

Année	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Maladie																	
Botulisme (cas)	0	1	2	0	1	1	0	5	0	0	1	1	0	2	4	0	0
Brucellose											2	0	0	0	0	0	0
Fièvres typhoïde et paratyphoïdes					0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Hépatite aiguë A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	22
Infection aiguë par le VHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	0	3	1
Infection à VIH ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34	18	25	33	19
Sida ¹							21	14	9	13	14	12	14	8	9	8	8
IIM					0	3	3	4	0	3	1	5	8	9	17	7	13
Légionellose							1	5	11	9	13	16	11	15	29	14	22
Listériose	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	4	6	2	4	1	3	7
Tétanos						1	3	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0
TIAC (foyers)						5	10	14	10	14	8	7	3	6	9	11	7
Tuberculose maladie										33	40	37	26	40	34	30	55
Tularémie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	1	1	0	1

¹ Cas résidents en Limousin

Retrouvez ce numéro sur : <http://www.invs.santefr/BVS>

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

Recueil des données : Médecins et biologistes libéraux et hospitaliers,

Médecins Inspecteurs de Santé Publique, Infirmières de Santé Publique et leurs collaborateurs des Ddass de Corrèze, Creuse et Haute-Vienne

Analyse des données : Cellule de l'InVS en régions Limousin Poitou-Charentes (Cire)

Remerciements au DMI, InVS

Diffusion : Cire Limousin Poitou-Charentes - ARS Poitou-Charentes Site de Northampton, 4 rue Micheline Ostemeyer, 86000 Poitiers

Tél. : + 33 (0)5 49 44 83 18 - Fax : + 33 (0)5 49 42 31 54 - Mél : DR86-CIRE@sante.gouv.fr

<http://www.invs.sante.fr>