

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

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Poitou-Charentes : 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 transmises à l'InVS 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
Diptérie
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

- **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.

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.

Nombre de cas

Entre le 1er octobre 2002 et le 31 décembre 2007, 23 cas sporadiques de tularémie ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 14 dans les Deux-Sèvres, 5 dans la Vienne, 3 en Charente et 1 en Charente-Maritime (carte 1).

En 2007, 5 cas ont été notifiés, dont 2 dans chacun des départements de la Vienne et de la Charente et 1 dans les Deux-Sèvres.

En France, 143 cas ont été déclarés pendant la période 2002-2007, dont 47 cas en 2007.

Répartition par sexe et âge

Le sex ratio H/F était de 1,9.

L'âge médian des cas était de 48 ans (âge moyen = 51 ans, étendue = 23-78 ans).

Expositions à risque

Pendant les 2 semaines précédant le début des signes, les 23 cas déclaraient avoir eu un contact avec des animaux, dont 14 avec un lièvre, 3 avec des rongeurs, et 1 respectivement avec un chevreuil et une biche. Deux cas déclaraient avoir été piqués par des moustiques, et deux autres cas, avoir été mordus par une tique.

Onze cas rapportaient des activités en contact avec de la terre (jardinage, remblayage, ...), et 3 cas, des activités en contact avec de l'eau ne provenant pas d'un réseau de distribution (cours d'eau, réservoir, puits).

Huit cas avaient eu des loisirs de plein air (promenade, trek...).

Répartition selon la date de début des signes

Les dates de début des signes étaient réparties entre les mois de septembre à mai.

Formes cliniques

La forme ganglionnaire, retrouvée chez 16 individus sur 23 était prédominante. Les autres cas présentaient une forme typhoïdique ou septique (3 cas), une forme pleuro-pulmonaire (2 cas) et 1 forme oropharyngée ou ulcérroganglionnaire (1 cas respectivement).

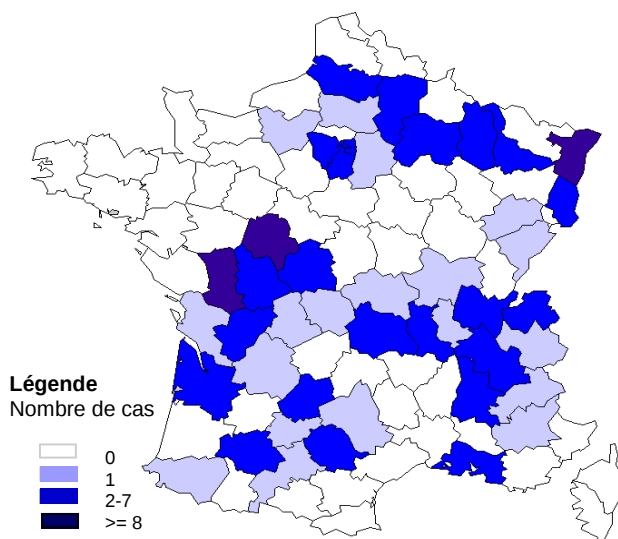
Diagnostic biologique

Parmi les 23 cas déclarés, 22 étaient confirmés et 1 était probable. Le diagnostic a été confirmé par sérologie pour 20 cas, par amplification génique à partir d'une ponction ganglionnaire pour 1 cas, et par les 2 examens à la fois pour 1 cas.

Evolution clinique

Parmi les 20 cas pour lesquels la variable était renseignée, 10 ont été hospitalisés.

Dix-sept cas ont eu une évolution favorable. Pour les 6 autres, l'information n'était pas disponible lors de la notification.



| Carte 1 |

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

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.

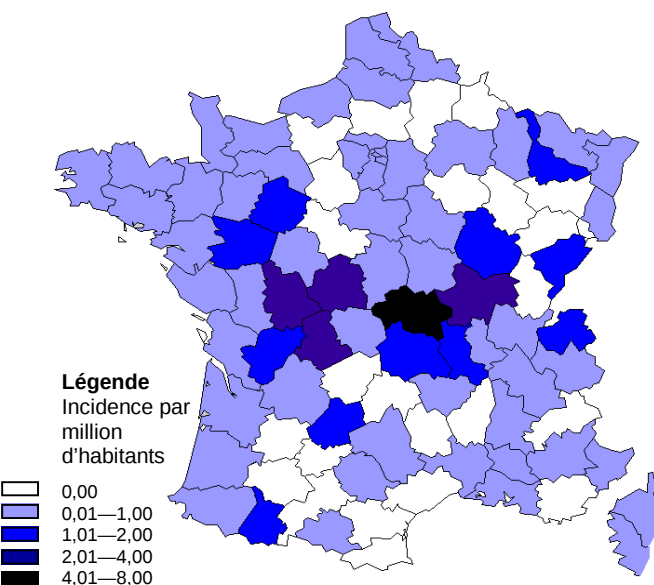
Nombre de foyers et de cas et taux d'incidence

Entre 1991 et 2007, 23 foyers de botulisme - correspondant à 41 malades - ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 12 dans la Vienne, 5 en Charente, et 3 dans chacun des 2 départements de Charente-Maritime et des Deux-Sèvres.

Parmi les 32 malades pour lesquels le département de domicile était connu, 4 résidaient dans la région dans un autre département que le département de notification, et 1 était domicilié en région parisienne.

Le taux moyen d'incidence régionale annuelle des cas notifiés sur la période était de 1,5 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 dans la Vienne était de 3,8 cas par million d'habitants par an (carte 1).

En 2007, 1 cas a été notifié dans le département de la Vienne.



| Carte 1 |

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

Source de déclaration

Parmi les 23 foyers déclarés, 18 l'avaient été par un médecin hospitalier et 5 par un laboratoire.

Description des foyers

Parmi les 19 foyers pour lesquels la variable était renseignée, le lieu présumé d'exposition était un département de la région pour 18 foyers et le Val d'Oise pour un foyer comptant 1 seul cas.

Parmi les 23 foyers déclarés, 19 étaient d'origine alimentaire, l'usage de drogues (inhalation de poudre de cocaïne) était suspecté pour 1 foyer, 3 étaient d'origine inconnue.

Quatorze foyers étaient constitués de cas isolés, 8 foyers correspondaient à des TIAC impliquant de 2 à 7 personnes, 1 foyer comptant 2 cas et déclaré en 2006 dans la Vienne était attribué à l'usage de drogues (cocaïne en inhalation).

Le diagnostic de botulisme était confirmé pour 21 foyers par mise en évidence de la toxine botulique chez les malades (le plus souvent dans le sérum) ou dans l'aliment responsable. La toxine était de type B pour 18 foyers sur 21.

Description des cas

Les données cliniques étaient disponibles pour 32 des 41 cas notifiés dans la région : 25 cas avaient un statut confirmé, 2 cas un statut probable et 5 cas un statut suspect.

Le sex ratio H/F des cas confirmés était de 0,9.

L'âge médian des cas confirmés, parmi lesquels figurait un cas de botulisme infantile (toxine de type A) était de 36 ans (âge moyen = 33 ans, étendue = 0-75 ans).

Les principaux symptômes rapportés pour les 32 cas documentés étaient des troubles digestifs (30/32), des troubles visuels (25/32), en particulier des troubles de l'accommodation (15/32) et des paralysies des membres (15/32).

Trente-cinq cas ont été hospitalisés. Le cas de botulisme infantile a nécessité une assistance respiratoire. Aucun décès n'a été rapporté.

Source de contamination

Un aliment a été suspecté pour 19 foyers sur 23.

La toxine, toujours de type B, a été mise en évidence dans l'aliment pour 10 de ces foyers.

L'aliment mis en cause, toujours de fabrication familiale, était un produit de charcuterie à base de porc (jambon pour 9 foyers) ou de canard (foie gras pour 1 foyer).

| Les cas de TETANOS déclarés en Poitou-Charentes (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, 9 cas de tétanos ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 5 en Charente, et 2 respectivement en Charente-Maritime et dans la Vienne. Tous résidaient dans le département de notification. Deux cas résidents en Poitou-Charentes ont été notifiés en Haute-Vienne pendant cette période.

Le taux moyen d'incidence régionale annuelle des cas notifiés sur la période était de 0,5 cas par million d'habitants par an (0,4 cas par million d'habitants par an en France pendant la même période). Le taux moyen d'incidence départementale annuelle des cas notifiés le plus élevé était retrouvé en Charente (1,2 cas par million d'habitants par an).

Aucun cas n'a été notifié dans la région en 2007.

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 0,13.

L'âge médian des cas déclarés était de 83 ans (âge moyen = 82 ans, étendue = 70-88 ans).

Répartition selon la date de début des signes

Pour 6 cas sur 9, les signes cliniques avaient débuté entre les mois de septembre et novembre.

Type de porte d'entrée

La porte d'entrée était une blessure pour 7 cas, une plaie chronique pour 1 cas, 1 morsure par un animal (rat) pour 1 cas. Deux des cas ayant rapporté une blessure décrivaient un contact direct avec de la terre. Le siège de la lésion était la jambe (n = 2), le pied (n = 2), le bras (n = 1), la main (n = 1). Il était inconnu pour 3 cas.

Mode de prise en charge et évolution clinique

Tous les cas ont été hospitalisés en réanimation. Parmi les 9 sujets atteints, 5 ont guéri, 2 ont présenté des séquelles (rétractions tendineuses, pied équin et raideur de l'épaule), et 2 sont décédés. La durée médiane d'hospitalisation, décès exclus, était de 70 jours (moyenne = 65 jours, étendue = 48-84 jours).

Statut vaccinal

Le statut vaccinal n'était renseigné que pour 2 individus. La vaccination était incomplète pour les 2. L'un d'entre eux a eu une évolution favorable, l'autre a présenté des séquelles.

| Les cas d'HEPATITE A déclarés en Poitou-Charentes (2006-2007) |

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 Poitou-Charentes en 2006 et 2007.

Nombre de cas et taux d'incidence

En 2006 et 2007, 87 cas d'hépatite A ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 38 en Charente, 22 dans la Vienne, 17 dans les Deux-Sèvres, 10 en Charente-Maritime. Parmi les 84 cas pour lesquels le département de résidence était renseigné, 81 étaient domiciliés dans le département de notification.

Le taux moyen d'incidence régionale annuelle des cas notifiés était de 2,5 pour 100 000 habitants par an (1,9 cas pour 100 000 habitants par an en France). Le taux moyen d'incidence départementale annuelle des cas notifiés le plus élevé (5,5 cas pour 100 000 habitants par an) était retrouvé en Charente.

Répartition par sexe et âge

Parmi les cas notifiés dans la région, les enfants et les adultes jeunes ou d'âge moyen de sexe masculin étaient les plus représentés. Le sex ratio H/F était de 1,4.

L'âge médian était de 14 ans (âge moyen = 20 ans ; étendue = 1-81 ans). Au total, 45 soit 52 % des cas étaient des enfants de moins de 15 ans et 3 cas avaient plus de 60 ans.

Répartition selon la date de début des signes

Quarante-deux soit 48 % des cas notifiés avaient été diagnostiqués au cours des mois de juillet, septembre, et décembre.

Certains de ces cas pourraient avoir été acquis lors d'un séjour en zone d'endémie sans avoir été déclarés comme tels.

Symptômes cliniques

Soixante-dix huit cas soit 90 % étaient symptomatiques, parmi lesquels 67 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 50 soit 58 % des cas notifiés. Ces cas étaient retrouvés dans l'entourage familial de manière prédominante (38 cas soit 76 %). La présence d'un enfant de moins de 3 ans dans l'entourage était rapportée par 31 cas soit 36 %.

Un séjour hors métropole était retrouvé chez 11 soit 13 % des cas notifiés : au Maroc pour 4 cas, à Madagascar pour 2 cas, au Cap Vert, au Cameroun, en Egypte, au Sénégal et à Haïti pour 1 cas respectivement.

La consommation de fruits de mer (moules et/ou huîtres) concernait 12 soit 13 % des cas.

Deux cas fréquentaient ou travaillaient dans un établissement pour personnes handicapées.

Mode de prise en charge

Vingt-neuf cas, soit environ un tiers des cas déclarés ont été hospitalisés.

| Les foyers et cas de TIAC déclarés en Poitou-Charentes (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).

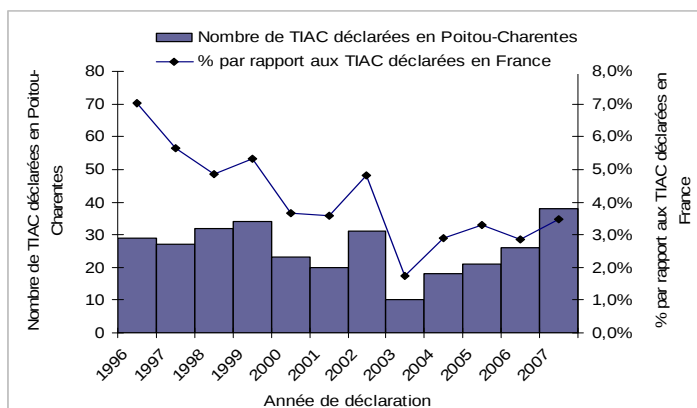
Objectifs de la DO

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 récurrences.

Nombre de foyers

Entre 1996 et 2007, 309 foyers de TIAC ont été notifiés en Poitou-Charentes.

Le nombre de foyers de TIAC variait entre 10 en 2003 et 38 en 2007, soit du 3,5 % du nombre total de foyers de TIAC déclarés au niveau national cette année-là (figure 1).



| Figure 1 |

Evolution du nombre de TIAC déclarées en Poitou-Charentes et de leur proportion par rapport au total des TIAC déclarées en France, 1996-2007.

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.

En 2007, 13 foyers de TIAC avaient été déclarés dans la Vienne, 12 en Charente-Maritime, 9 dans les Deux-Sèvres et 4 en Charente. Sur l'ensemble de la période considérée, les départements comptant pour le plus grand nombre de foyers et de cas déclarés étaient la Charente-Maritime et la Charente (tableau 1).

| Tableau 1 |

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

Département de repas	Foyers		Cas	
	N	%	N	%
16-Charente	89	29,9	1440	32,0
17-Charente-Maritime	106	33,8	1644	36,6
79-Deux-Sèvres	57	18,2	692	15,4
86-Vienne	57	18,2	721	16,0
Poitou-Charentes	309	100,0	4497	100,0

Source de déclaration

La source de déclaration était un médecin pour 49 % des foyers (hospitalier pour 26 % et généraliste pour 23 %), un responsable d'établissement pour 17,5 %, la Ddass pour 16,5 %, le reste étant représenté par d'autres sources (mairie, malades eux-mêmes...).

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

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Nombre de foyers	29	27	32	34	23	20	31	10	18	21	26	38	309
Nombre de cas	447	676	733	239	330	294	404	64	397	197	268	448	4497
Nombre de cas hospitalisés	40	15	31	36	17	5	31	10	21	33	46	49	334
Nombre de cas décédés	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Nombre de sujets exposés	2287	4645	1439	2209	844	748	1590	267	3201	1032	1590	1345	21197

Description des cas

Entre 1996 et 2007, 4497 cas ont été déclarés, parmi lesquels 334 (soit 7 %) ont été hospitalisés et 2 sont décédés (tableau 2). Le nombre médian de cas par foyer était de 6 (moyenne = 15, étendue = 2-170).

En 2007, 49 soit 11 % des 448 cas déclarés ont été hospitalisés, aucun décès n'a été rapporté.

Lieu du repas

La variable était renseignée pour 308 foyers. Le repas à l'origine de la TIAC avait été pris dans le cadre familial pour 33 % des foyers déclarés, dans une cantine scolaire pour 21 % d'entre eux et dans un restaurant pour 16 % d'entre eux, le reste étant représenté par d'autres collectivités (institut médico-social, entreprise, centre de loisirs, 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 Poitou-Charentes, 1996-2007.

Lieu du repas incriminé	Foyers		Cas	
	N	%	N	%
Famille	101	32,8	558	12,4
Cantine scolaire	63	20,5	1452	32,3
Restaurant	49	15,9	389	8,7
Institut médico-social	29	9,4	459	10,2
Autre collectivité	23	7,5	480	10,7
Entreprise	18	5,8	489	10,9
Centre de loisirs	13	4,2	197	4,4
Banquet	10	3,2	456	10,1
Diffus	1	0,3	13	0,3
Inconnu	1	0,3	2	0,0
Poitou-Charentes	308	100,0	4495	100,0

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 31 % des 283 foyers pour lesquels la variable était renseignée.

Recherche étiologique

L'agent étiologique responsable de la TIAC avait été confirmé pour 137 soit 44 % des foyers, dont 85 dans des prélèvements d'origine humaine, 29 dans des prélèvements d'origine alimentaire et 21 simultanément dans les 2 types de prélèvements, le type de prélèvements n'étant pas précisé pour 2 foyers. L'agent étiologique a été suspecté pour 102 foyers (33 %) et est demeuré inconnu pour 70 foyers (23 %).

Parmi les 239 foyers pour lesquels l'agent en cause était suspecté ou confirmé, il s'agissait le plus souvent d'une *Salmonelle* (42,7 % des foyers) ou d'un *Staphylocoque* (22,6 % des foyers). Venaient ensuite *Clostridium perfringens* et *Bacillus cereus*, retrouvés pour respectivement pour 10,9 % et 8,8 % des foyers (figure 2). Quarante-neuf soit 66 % des 137 foyers de TIAC pour lesquels l'agent

était confirmé étaient dues à une *Salmonelle*, principalement de sérotype *enteritidis* et dans une moindre mesure *typhimurium* (respectivement 46 et 23 parmi les 91 TIAC à *Salmonella*). Les autres micro-organismes les plus représentés étaient les *Staphylocoques* (15 soit 11 % des 137 foyers confirmés).

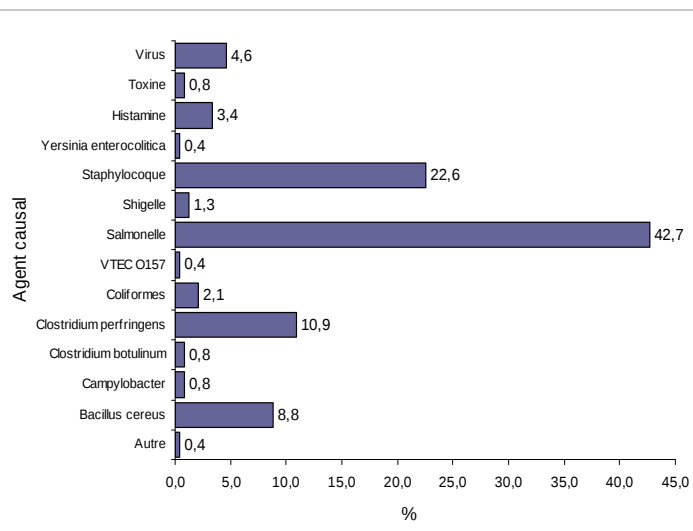


Figure 2

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

Aliment à l'origine de la TIAC

L'agent responsable de la TIAC a été isolé dans 50 des 200 foyers pour lesquels un aliment avait été suspecté.

Les œufs et les préparations à base d'œufs étaient responsables de 47 soit 52 % des 91 TIAC à *Salmonelles*.

Les fromages et produits laitiers étaient responsables de 7 des 15 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 111 soit 40 % des 276 foyers pour lesquels la variable était renseignée.

Mesures de contrôle et de prévention

Parmi les 272 foyers notifiés pour lesquels la variable était renseignée, 86 soit 32 % 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 70 foyers à chaque fois.

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

Parmi les 278 foyers pour lesquels la variable était renseignée, 71 soit 26 % avaient fait l'objet d'une enquête cas-témoins.

Un rapport avait été rédigé pour 178 soit 64 % des 278 foyers pour lesquels la variable était renseignée.

La variable concernant l'utilisation du logiciel Wintiac était manquante pour plus de la moitié des 103 foyers déclarés à partir de 2004.

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.

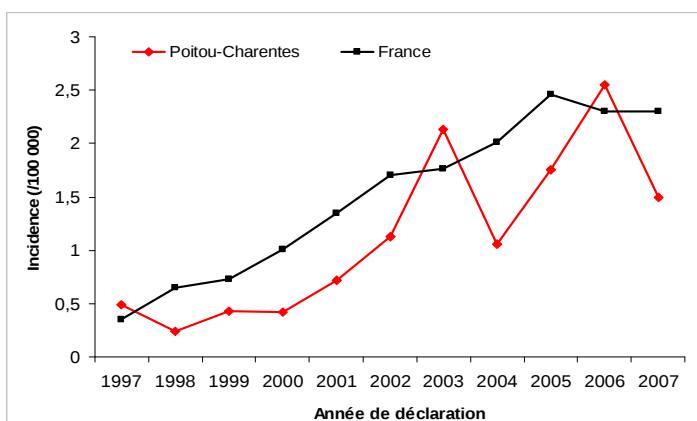
Nombre de cas et taux d'incidence

Entre 1997 et 2007, 231 cas de légionellose ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 76 en Charente-Maritime, 72 en Charente, 53 dans la Vienne et 30 dans les Deux-Sèvres. Parmi ces 231 cas notifiés, 206 cas résidaient dans la région.

Pendant cette période, le taux d'incidence régionale était inférieur au taux d'incidence national, sauf en 1997, 2003 et 2006 (figure 1).

En 2007, 27 cas ont été notifiés dans la région. Le taux d'incidence régionale était de 1,5 cas pour 100 000 habitants (2,3 pour 100 000 habitants au niveau national).

Deux foyers de cas groupés sont survenus pendant cette période : l'un en 2003 dans l'agglomération de Poitiers impliquait 24 cas communautaires et était lié à une contamination par une tour aéro-réfrigérante. L'autre datait de 2007 et impliquait 3 cas ayant séjourné en hôtel ou en camping dans le secteur nord de Châtelleraut.



| Figure 1 |

Incidence annuelle des cas résidents de légionellose. Poitou-Charentes 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 2,9. L'âge médian était de 62,5 ans (âge moyen = 61 ans, étendue = 25-93 ans).

Répartition selon la date de début des signes

Pour 75 cas soit près d'un tiers des 231 cas de légionellose déclarés

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).

dans la région sur l'ensemble de la période, les signes cliniques avaient débuté entre les mois d'août et de septembre.

Facteurs de risque

Au moins un facteur de risque était retrouvé chez 137 soit 59 % des 231 cas notifiés dans la région. Il s'agissait d'un tabagisme pour 100 cas, d'un diabète pour 31 cas, d'un cancer ou d'une hémopathie pour 13 cas, d'un traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs (tableau 1). Un éthyisme était retrouvé chez 10 cas.

| Tableau 1 |

Facteurs favorisants parmi les 231 cas de légionellose déclarés. Poitou-Charentes, 1997-2007

Facteurs favorisants (non mutuellement exclusifs)	N	%
Cancer / hémopathie	13	5,6
Corticoïdes / immunosuppresseurs	10	4,3
Diabète	31	13,4
Tabagisme	100	43,3
Autres *	23	10,0
Au moins 1 facteur	137	59,3

* respiratoire, cardiaque, rénal, éthyisme, VIH

Diagnostic de la maladie

Deux cent quinze soit 93 % des cas déclarés présentaient une pneumopathie confirmée radiologiquement.

Les cas confirmés représentaient 215 soit 93 % des 231 cas déclarés. Ils avaient été diagnostiqués pour 179 cas soit 83 % par antigénurie, pour 52 cas soit 24 % par sérologie, pour 45 cas soit 21 % par culture, pour 5 cas soit 2 % par immunofluorescence, et pour 1 cas soit 0,5 % par pcr (fréquences non exclusives).

Répartition selon l'espèce

L'espèce *Legionella pneumophila* représentait 99,5 % des cas diagnostiqués et le sérotype Lp1, 89 % des cas de *Legionella pneumophila*.

Evolution clinique

Sur les 227 cas dont l'évolution était connue lors de la notification, 16 cas soit 7 % 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 de Poitou-Charentes et en France, 2002-2007.

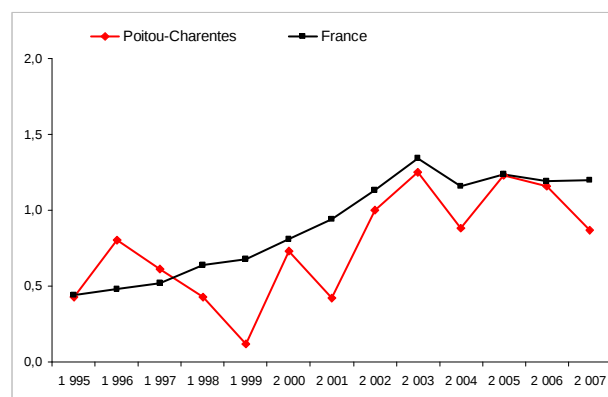
Département de déclaration	2 002		2 003		2 004		2 005		2 006		2 007	
	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000	N	TI / 100 000
16-Charente	5	1,5	10	2,9	5	1,5	0	0,0	4	1,2	1	0,3
17-Charente-Maritime	5	0,9	3	0,5	6	1,0	9	1,5	8	1,3	8	1,3
79-Deux-Sèvres	4	1,1	3	0,9	0	0,0	3	0,8	2	0,6	1	0,3
86-Vienne	3	0,7	5	1,2	4	1,0	9	2,2	6	1,4	5	1,2
Poitou-Charentes	17	1,0	21	1,3	15	0,9	21	1,2	20	1,2	15	0,9
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, 167 cas d'IIM ont été notifiés. Parmi les 163 cas pour lesquels le département de résidence était renseigné, 149 étaient domiciliés dans la région.

Entre 1998 et 2007, l'incidence des IIM notifiées dans la région est restée inférieure ou très voisine de l'incidence nationale (figure 1).

En 2007, 15 cas ont été notifiés, soit un taux d'incidence régionale des cas notifiés de 0,9 cas pour 100 000 habitants. Par comparaison le taux d'incidence des IIM notifiées était de 1,2 cas pour 100 000 habitants au niveau national (tableau 1).



| Figure 1 |

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

Répartition par sexe et âge

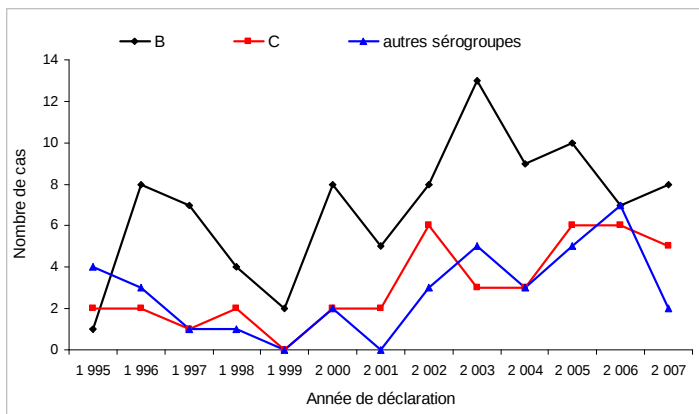
Le sex ratio H/F était de 1.

L'âge médian des cas déclarés était de 15 ans (âge moyen = 21,5 ans, étendue = 0,1-95 ans). Parmi l'ensemble des cas, 37 % avaient moins de 5 ans, 77 % avaient moins de 25 ans.

Distribution des sérogroupes

Entre 1996 et 2007, le sérotype B était prédominant (figure 2), comme au niveau national.

Sur l'ensemble de la période, il était diagnostiqué pour 90 soit 57 % des cas déclarés, suivi du sérotype C pour 40 soit 25 % des cas.



| Figure 2 |

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

Evolution

Parmi les 154 cas déclarés dans la région pour lesquels la variable était renseignée, 129 soit 84 % ont guéri complètement, 17 soit 11 % sont décédés et 8 soit 5 % ont présenté des séquelles : amputation (n = 3), hémiplegie (n = 2), nécrose (n = 1), hypoacousie (n = 1) et surdité (n = 1).

Description des formes graves

La présence d'un purpura fulminans était retrouvée chez 39 soit 23 % des cas. Parmi ces 39 cas, 17 soit 68 % avaient reçu une antibiothérapie précoce.

Parmi les 17 cas décédés, 10 avaient présenté un purpura fulminans. Cinq d'entre eux avaient reçu une antibiothérapie précoce. Cinq patients étaient infectés par une souche de sérotype B, 4 par une souche de sérotype C, 6 par une souche de sérotype plus rare (Y, N, ou W), le reste n'étant pas précisé.

Prévention dans l'entourage des cas

Un traitement a été mis en œuvre dans la collectivité autour de 85 cas, avec en moyenne 35 personnes traitées (médiane = 19) et dans la famille pour 157 cas, avec en moyenne 9 personnes traitées (médiane = 6).

Parmi les 147 cas infectés par un méningocoque contre lequel un vaccin existe (B, C, W, Y), des vaccinations ont été réalisées dans la collectivité autour de 19 cas, avec un nombre moyen de personnes vaccinées de 16 (médiane = 8) et dans la famille pour 34 cas, avec un nombre moyen de personnes vaccinées de 8 (médiane = 6).

| Les cas d'INFECTION à VIH résidents en Poitou-Charentes (1995-2007) |

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 notifications 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.

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

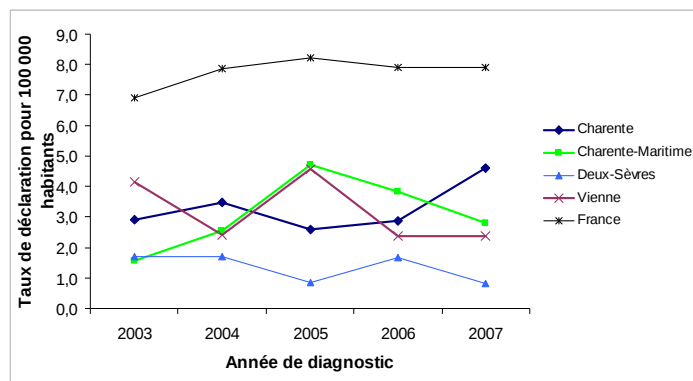
Département de domicile	2003		2004		2005		2006		2007	
	N	Taux (/100 000)	N	Taux (/100 000)	N	Taux (/100 000)	N	Taux (/100 000)	N	Taux (/100 000)
Charente	10	2,9	12	3,5	9	2,6	10	2,9	17	4,9
Charente-Maritime	9	1,5	15	2,5	28	4,7	23	3,8	21	3,5
Deux-Sèvres	6	1,7	6	1,7	3	0,8	6	1,7	3	0,8
Vienne	18	4,4	10	2,4	19	4,6	11	2,6	18	4,3
Poitou-Charentes	43	2,5	43	2,5	59	3,4	50	2,9	59	3,4
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 254 découvertes de séropositivité entre 2003 et 2007, chez des personnes domiciliées en Poitou-Charentes ont été notifiées au 31/12/2008, soit 1 % de l'ensemble des notifications nationales sur cette période.

En 2007, le nombre de cas déclarés rapporté à la population régionale était de 3,4 pour 100 000 habitants, un taux nettement inférieur à celui observé au niveau national. Le département avec le taux le plus élevé était la Charente (tableau 1), en hausse par rapport aux années précédentes (figure 1).

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 Poitou-Charentes est estimé à 477 sur la période 2003-2007, soit autour de 95 par an.



| Figure 1 |

Découvertes d'infection à VIH déclarées au 31/12/2008, rapportées à la population, par département de résidence, Poitou-Charentes, 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 68 % des personnes domiciliées en Poitou-Charentes qui avaient découvert leur séropositivité étaient des hommes.

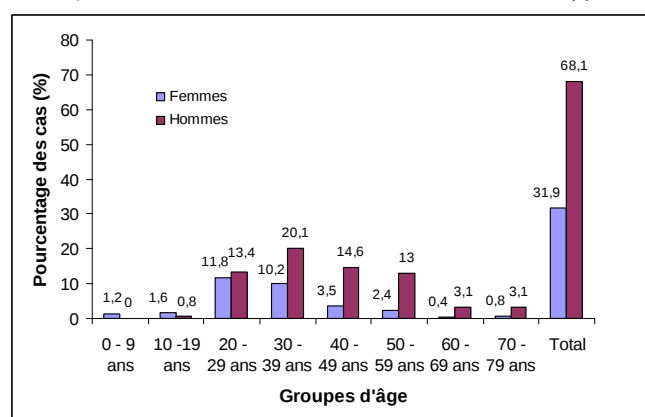
En 2007, 44 des 59 cas (75 %) étaient des hommes. Entre 2003 et 2007, la proportion des cas était plus importante chez les 30-39 ans (30 % des cas) et les 20-29 ans (25 % des cas) (figure 2). Soixante-dix-huit pour cent des femmes ayant découvert leur séropositivité avaient moins de 40 ans, contre 50 % des hommes.

Parmi les 194 patients (soit 76 %) pour lesquels la nationalité était renseignée, 49 (soit 25 %) étaient de nationalité étrangère (dont 47 personnes originaires d'Afrique sub-saharienne).

Mode de contamination

Chez les femmes qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2007, le mode de contamination principal était sexuel, via des rapports hétérosexuels. Chez les hommes, le mode de contamination principal était également sexuel avec 63 % des cas ayant déclaré

une contamination par rapports homosexuels et 36 % par rapports hétérosexuels. Deux cas ont déclaré un usage de drogues injectables. Quatre cas de transmission mère-enfant ont été rapportés.

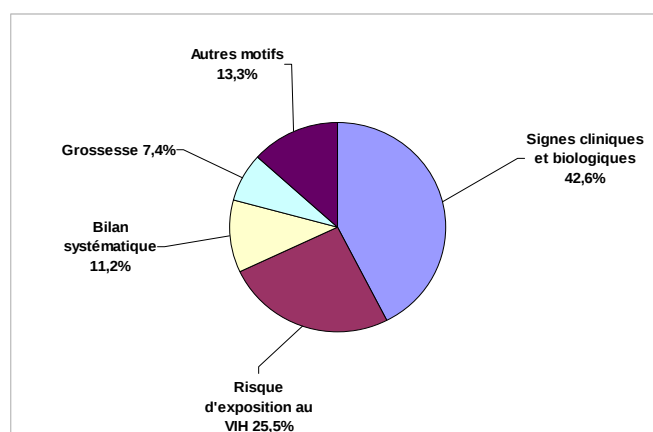


| Figure 2 |

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

Motif de dépistage

Parmi les 188 cas diagnostiqués entre 2003 et 2007 et pour lesquels le motif de dépistage était renseigné, la présence de signes cliniques et biologiques était un motif important de dépistage (43 %) (figure 3).



| Figure 3 |

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

Stade clinique

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2007, 8,7 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 39,0 % à un stade asymptomatique, 12,6 % à un stade symptomatique non sida et 19,7 % tardivement au stade sida.

Le stade clinique n'est pas précisé pour 20,1% des notifications.

En 2007, 17 des 42 personnes (40%) pour lesquelles le stade clinique est renseigné, étaient diagnostiquées tardivement pendant la phase symptomatique.

| Les cas de SIDA résidents en Poitou-Charentes (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.

Définition de cas

Survenue de toute pathologie inaugurale correspondant à la définition du sida chez l'adulte et l'adolescent, et chez l'enfant.

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>

Nombre de cas

Un total de 202 cas de sida domiciliés en Poitou-Charentes diagnostiqués de 1997 à fin 2007 ont été déclarés au 31/12/2008.

Le nombre de cas déclarés a diminué à partir de 2001 et 14 cas de sida ont été diagnostiqués en 2007, soit 8 cas par million d'habitants (tableau 1). Ce taux était nettement inférieur au taux national de 15,3 cas par million d'habitants (2007).

La Charente-Maritime était le département avec le plus grand nombre cumulé de cas de sida. Après prise en compte des délais de déclaration et de la sous-déclaration, le nombre de diagnostics de sida chez des personnes domiciliées en Poitou-Charentes est estimé à 88 sur la période 2003-2007, soit autour de 18 par an.

Mode de contamination

Onze cas de sida ont été contaminés par transmission mère-enfants, 8 avant 1997 et 3 depuis 1997 (dont 1 en 2005 et 1 en 2007).

Connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral avant le sida

L'ignorance de la séropositivité au moment du diagnostic de sida parmi les 170 personnes diagnostiquées entre 1998 et 2007 était relativement élevée en Poitou-Charentes (55 % 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 et 2007, l'absence de traitement antirétroviral pré-sida chez les personnes connaissant pourtant leur séropositivité était relativement importante (53 % des cas).

| Tableau 1 |

Cas de sida déclarés par département de domicile et par année de diagnostic. Poitou-Charentes, 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
16-Charente	10	1	3	4	8	5	3	3	3	2	5	47
17-Charente-Maritime	7	7	10	10	10	8	5	4	10	7	2	80
79-Deux-Sèvres	3	1	2	3	1	0	0	1	0	0	2	13
86-Vienne	10	6	6	4	7	8	3	7	5	1	5	62
Poitou-Charentes	30	15	21	21	26	21	11	15	18	10	14	202

Caractéristiques socio-démographiques

Parmi l'ensemble des cas diagnostiqués entre 1997 et 2007, la proportion des femmes était de 21 %, proportion plus faible que la moyenne nationale (31 %).

Le sida était diagnostiqué essentiellement chez les adultes. Entre 1997 et 2007, 2 cas ont été diagnostiqués chez les enfants de moins de 10 ans et 2 chez les 10-19 ans. Quatre-vingt deux pour cent des cas d'infection à VIH ont été diagnostiqués chez des adultes entre 30 et 59 ans.

La proportion de personnes de nationalité étrangère parmi les cas de sida diagnostiqués entre 1997 et 2007 est de 6 %, nettement inférieure à la proportion nationale (38 % entre 2003-2005).

| Tableau 2 |

Connaissance de la séropositivité avant le sida par année de diagnostic chez les adultes. Poitou-Charentes, 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	5	9	12	14	11	4	6	6	7	3	77
Non	10	12	9	12	10	7	9	11	3	10	93
Total	15	21	21	26	21	11	15	17	10	13	170

Evolution des décès

Le nombre de décès de personnes ayant développé un sida a fortement diminué depuis 2004. Quatre décès survenus en 2007 dans la région ont été notifiés au 31/12/2008.

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.

Définition de cas

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

Nombre de cas

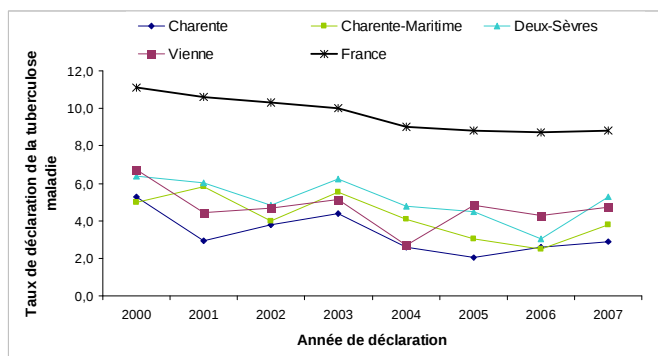
Entre 2000 et 2007, 626 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Poitou-Charentes, dont 17 n'étaient pas domiciliés dans la région. Depuis 2000 on note une diminution globale significative du nombre de cas de tuberculose maladie en Poitou-Charentes. Néanmoins, le taux de déclaration a légèrement augmenté en 2007 par rapport à 2006 (figure 1). Le taux de déclaration régional en 2007 (4,6 cas pour 100 000 habitants) était près de deux fois moindre que celui en France métropolitaine (8,8 cas pour 100 000 habitants). Le taux de déclaration départemental en 2007 était le plus élevé dans la Vienne (tableau1).

Caractéristiques socio-démographiques

Sexe et âge : Depuis 2000, les hommes étaient majoritaires, représentant en moyenne 60 % des cas déclarés (63 % en 2007) (figure 2). Cette proportion est semblable à celle observées à l'échelle nationale. Depuis 2000, 63 % 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, 21 % des cas déclarés en Poitou-Charentes étaient nés hors France (14 % en Afrique).

Vie en collectivité : Parmi les 594 personnes pour lesquelles l'information était renseignée, 85 (14 %) résidaient en collectivité au moment de la déclaration de la tuberculose. Quarante personnes vivaient dans un établissement pour personnes âgées, 10 dans un centre d'hébergement collectif, 3 dans un établissement pénitencier, et 27 dans un autre type de collectivité.



| Figure 1 |

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

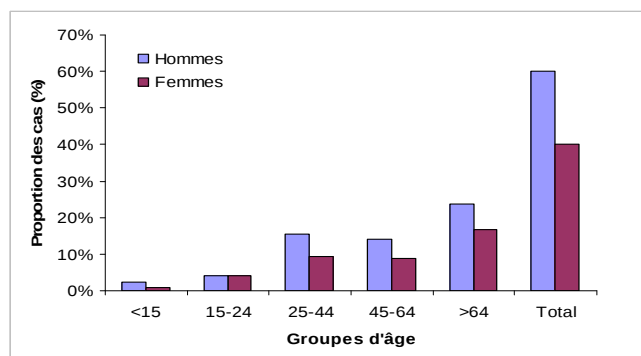
| Tableau 1 |

Nombre de cas de tuberculose maladie notifiés par département en 2007 en Poitou-Charentes.

Département	Nb de cas déclarés en 2007	Taux de déclaration pour 100 000 habitants
Charente	11	3,2
Charente-Maritime	26	4,3
Deux-Sèvres	18	5,0
Vienne	25	5,9
Région Poitou-Charentes	80	4,6

Source de déclaration

Entre 2000 et 2007, les principaux déclarants dans la région étaient les médecins hospitaliers (74 % des cas), les services de Lutte Anti-Tuberculose (8,5 % des cas), et les phtysiologues libéraux (6,5 % des cas).



| Figure 2 |

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

Caractéristiques cliniques

Parmi tous les cas déclarés depuis 2000, 80 % avaient une tuberculose pulmonaire (associée ou non à une autre localisation), et 20 % une tuberculose exclusivement extra-pulmonaire.

Les résultats de culture en début de traitement étaient renseignés pour 51 % des cas déclarés et étaient positifs pour 85 % d'entre eux. Les cas potentiellement contagieux en début de traitement (cas pulmonaires à microscopie positive ou à culture positive sur prélèvement respiratoire ; n=428) représentaient 86 % des cas de tuberculose pulmonaire et 68 % de l'ensemble des cas déclarés.

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

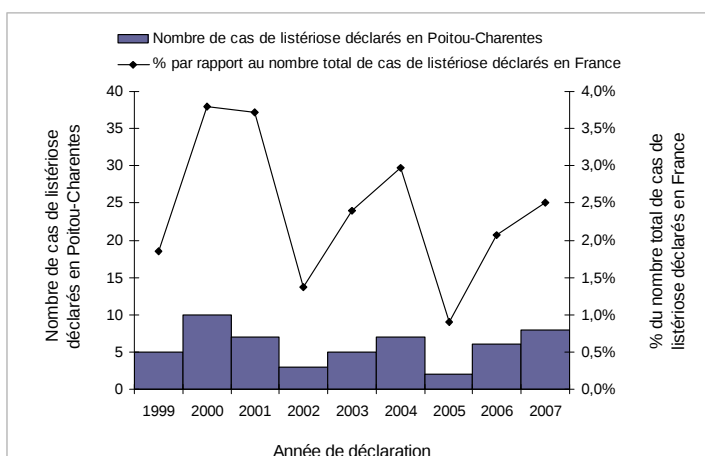
- **Cas confirmé** : défini par l'isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement clinique (sang, LCR, liquide amniotique, placenta ...).
- **Cas materno-néonatal** : concerne une femme enceinte, un « produit » d'avortement, un nouveau-né mort-né ou un nouveau-né de moins de 1 mois. Lorsqu'une 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, 53 cas de listériose ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 19 en Charente-Maritime, 16 dans la Vienne, et 9 respectivement en Charente et Deux-Sèvres.

Parmi les 51 cas pour lesquels le département de domicile était renseigné, 46 résidaient dans la région. Le taux moyen d'incidence régionale annuelle des cas notifiés était de 0,3 cas par 100 000 habitants par an (0,4 cas pour 100 000 habitants par an au niveau national sur la période).

Huit cas ont été déclarés en 2007 en Poitou-Charentes, soit 2,5 % de l'ensemble des cas déclarés en France (figure 1).



| Figure 1 |

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

Parmi les 53 cas notifiés, 4 étaient de forme materno-néonatale.

Description des formes materno-néonatales

Pour 1 des cas, il s'agissait d'une forme maternelle isolée.

Pour 2 cas, le nouveau-né était vivant et diagnostiqué à 37 et 40 semaine d'aménorrhée respectivement.

Pour 1 cas, il était mort in utero, le terme de la grossesse étant de 21 semaines d'aménorrhée.

Le diagnostic avait été fait par hémoculture dans la forme maternelle isolée, à partir de l'analyse du placenta pour le cas de mort in utero et pour les deux nouveaux-nés vivants, respectivement par un prélèvement de LCR du nouveau né, et par un prélèvement vaginal de la mère associé à un prélèvement de liquide gastrique du nouveau né.

Description de formes non materno-néonatales

Parmi les 49 cas de forme non materno-néonatale, le sex ratio H/F était de 2. L'âge médian était de 72 ans (âge moyen = 69 ans, étendue = 9-92 ans).

Quarante-quatre cas soit 90 % présentaient une pathologie sous-jacente. Dix-huit d'entre eux soit 41 % suivaient un traitement immunosuppresseur.

Parmi les 47 cas de forme non materno-néonatale pour lesquelles la variable était renseignée, le diagnostic avait été fait de manière prédominante par hémoculture (30 cas), par prélèvement de LCR pour 9 cas, par ces deux examens à la fois pour 5 cas et par un autre type d'examens pour 3 cas (dont 1 prélèvement d'urines et 1 prélèvement du liquide d'ascite).

La listériose était de type bactériémie / septicémie pour 24 soit 49 % des cas, neuroméningée pour 22 soit 45 % d'entre eux et de type « autre » pour 3 soit 6 % des cas (infection urinaire, pleurésie, anévrisme infectieux).

Deux cas ont été hospitalisés.

Sept cas étaient décédés au moment de la notification. Il s'agissait de 5 hommes et de 2 femmes dont l'âge moyen était de 77 ans (étendue = 67-91 ans). Quatre d'entre eux avaient présenté une forme bactériémique et trois d'entre eux une forme neuroméningée. Tous présentaient une pathologie sous-jacente et quatre d'entre eux étaient sous traitement immunosuppresseur.

| Les cas de BRUCELLOSE déclarés en Poitou-Charentes (2001-2007) |

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.

Entre 2001 et 2006, 3 cas de brucellose ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 1 dans la Vienne et 2 en Charente-Maritime.

Un cas a été notifié dans la région en 2007 dans la Vienne (14 cas déclarés en France la même année).

Tous les cas étaient de sexe masculin.

L'âge n'était renseigné que pour 2 cas, âgés de 36 et 71 ans.

Les dates de début des signes ne montraient pas de saisonnalité.

Un cas rapportait une profession à risque sans la préciser. Un cas rapportait un séjour en Indonésie. Un cas avait consommé du fromage au lait cru.

Trois cas étaient des cas confirmés. Le diagnostic avait été effectué par sérodiagnostic seul pour 2 cas et par isolement de la bactérie pour 1 cas. Un cas était probable.

| Les cas de FIEVRES TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE déclarés en Poitou-Charentes (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 malaises, 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, 12 cas de fièvres typhoïde et paratyphoïde ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 8 cas d'infection à *Salmonella typhi*, 3 cas d'infection à *Salmonella paratyphi* A, et 1 cas d'infection à *Salmonella paratyphi* B.

Au total, 6 cas avaient été déclarés en Charente-Maritime, 2 cas dans les Deux-Sèvres, 2 cas en Charente et 2 cas dans la Vienne.

Le sex ratio H/F était de 1,4.

L'âge moyen des 7 cas pour lesquels la variable était renseignée était de 41 ans (étendue = 25-65 ans).

L'infection était survenue au décours d'un séjour en zone d'endémie pour 5 des 8 cas de fièvre typhoïde : Maroc (n = 2), Philippines (n = 1), Inde (n = 1), Sénégal (n = 1) ; et pour les 3 cas de fièvre typhoïde A : Inde (n = 2) et Pakistan (n = 1).

Le cas de fièvre paratyphoïde B n'avait pas d'histoire de voyage en zone d'endémie.

Les 10 cas dont l'évolution était renseignée étaient tous guéris lors de la notification.

| Les cas d'HEPATITE B AIGUE déclarés en Poitou-Charentes (2003-2007) |

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, 15 cas ont été notifiés en Poitou-Charentes.

L'âge moyen était de 51 ans (étendue = 28-79 ans).

Le sex ratio H/F était de 6,5.

Treize cas avaient des IgM anti-HBc positifs. Deux cas présentaient

des AgHBs et Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'ictère et d'augmentation des ALAT.

Deux patients, dont un professionnel médical, ont rapporté un contact possible avec du sang ou des liquides biologiques.

Récapitulatif du nombre annuel de déclarations de MDO en Poitou-Charentes

Maladie	Année	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Botulisme (cas)		1	0	1	3	9	0	1	1	2	1	2	9	2	1	2	5	1
Brucellose												1	1	0	0	1	0	1
Fièvres typhoïde et paratyphoïdes						1	1	1	0	0	0	2	0	1	2	1	1	2
Hépatite aiguë A		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43	44
Infection aiguë par le VHB		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	3	1	2
Infection à VIH ¹		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43	43	59	50	59
Sida ¹								30	15	21	21	26	21	11	15	18	10	14
IIM						7	13	10	7	2	12	7	17	21	15	21	20	15
Légionellose								7	6	9	11	15	22	37	18	32	47	27
Listériose		-	-	-	-	-	-	-	0	5	10	7	3	5	7	2	6	8
Tétanos							1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	2	0
TIAC (foyers)							29	27	32	34	23	20	31	10	18	21	26	38
Tuberculose maladie											94	83	73	93	71	68	64	80
Tularémie		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	4	9	3	2	5

¹ Cas résidents en Poitou-Charentes

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 Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et 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>