

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Région Midi-Pyrénées

Page 2 | Les infections invasives à méningocoques (IIM) déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

Page 3 | Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

Page 4 | Les légionelloses déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

Page 5 | Les listérioses et les hépatites A déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

Page 6 | Les autres MDO en région Midi-Pyrénées en 2007, VIH/ Sida, Tuberculose

Page 6 | Coordonnées des correspondants

| Editorial |

Le dispositif de surveillance de la déclaration obligatoire

La surveillance des maladies à déclaration obligatoire (DO) est assurée par l'ensemble des médecins et biologistes du secteur hospitalier et libéral. Le dispositif est piloté par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et coordonné par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). La DO a pour objectif de prévenir les risques d'épidémie mais aussi d'analyser l'évolution dans le temps de ces maladies pour adapter les politiques de santé publique aux besoins de la population et orienter les mesures de prévention.

Le signalement permet au médecin inspecteur de santé publique :

- de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et si nécessaire,
- de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire.

La notification intervient après le signalement et le plus souvent après confirmation du diagnostic.

Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

27 « MDO » à signalement immédiat

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphthérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

3 « MDO » à déclaration simple

Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Tétanos

Comment signaler ? Par téléphone ou par fax.

A qui ? - *En semaine aux heures ouvrables :*

- A la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du département.

- *Le soir, la nuit et le week-end :*

- Appeler la préfecture pour contacter le cadre d'astreinte de la DDASS.

Comment déclarer ? avec la fiche de DO

Par fax ou courrier ou mail à la Ddass du département.

Cf coordonnées en dernière page

→ Toutes les fiches sont téléchargeables sur le site de l'Institut de Veille sanitaire (www.invs.sante.fr) à l'exception des fiches hépatite B et infection par le VIH.

Les infections invasives à méningocoque (IIM) déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

NOMBRE DE CAS, INCIDENCE

En 2007, 28 cas d'infection invasive à méningocoque ont été déclarés chez des résidents de Midi-Pyrénées, en légère diminution par rapport à 2006 (31 cas).

L'incidence régionale était de 1,01 pour 100 000 habitants (1,13 en national). La tendance est à la diminution depuis 2002, année où un pic avait été observé, en particulier dans les Hautes-Pyrénées.

DISTRIBUTION DES SEROGROUPES

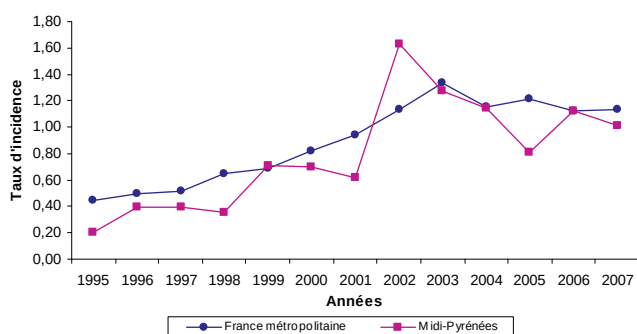
L'incidence des IIM de sérotype B était de 0,57 pour 100 000 habitants ; ce groupe était prédominant (57% des cas).

L'incidence des IIM de sérotype C était de 0,18 pour 100 000 habitants.

Une nouvelle souche d'IIM de sérotype B:14:P1.16, souche très rare en France, a été retrouvée chez 4 cas dans le département des Hautes-Pyrénées en 2007. Cette apparition d'une nouvelle souche est surveillée, et l'éventualité d'une vaccination envisagée.

| Figure 1 |

Evolution de l'incidence des IIM en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine de 1995 à 2007



DESCRIPTION DES CAS

L'âge moyen des cas déclarés était de 21 ans (22 en 2006). L'incidence la plus élevée a été observée pour la tranche d'âge 0 – 4 ans. Les hommes et les femmes étaient atteints de manière égale, avec un sexe ratio de 1, comme en France métropolitaine.

La proportion d'IIM avec purpura fulminans déclarée en 2007 en région Midi-Pyrénées (4 cas sur 10) a doublé par rapport à 2006.

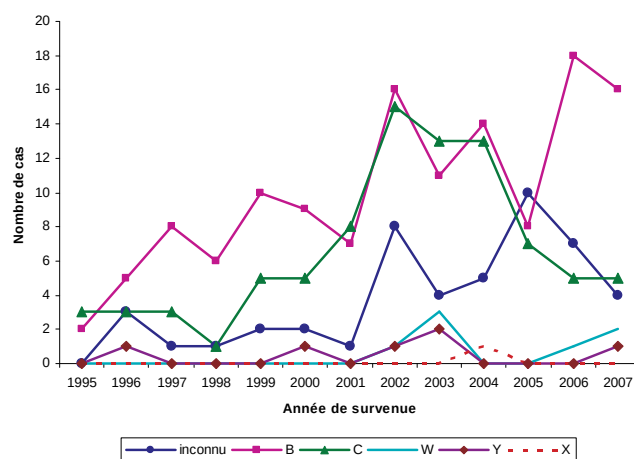
LETALITE

La létalité des IIM en région Midi-Pyrénées était de 7% en 2007 (12% au niveau national) : les deux cas décédés avaient présenté un purpura fulminans, mais un seul d'entre eux avait bénéficié d'une antibiothérapie précoce.

Selon les données disponibles dans les fichiers, sur les 11 cas déclarés de purpura fulminans en 2007, seuls 4 avaient bénéficié d'un traitement antibiotique précoce avant tout prélèvement biologique, soit environ un tiers des cas (deux tiers des cas en auraient bénéficié en 2006), ce qui est très insuffisant compte tenu du résultat attendu de 100%.

| Figure 2 |

Evolution du nombre d'IIM selon le sérotype en Midi-Pyrénées de 1995 à 2007



PREVENTION

Les mesures préventives par chimioprophylaxie dans l'entourage d'un cas sont en augmentation en 2007 dans la région, mais nécessitent encore d'être renforcées.

Une chimioprophylaxie familiale ou collective a été réalisée pour 87% de l'entourage des cas déclarés en 2007. Une vaccination familiale ou collective a été réalisée pour 6 des 7 cas déclarés dans l'entourage desquels une vaccination était indiquée (sérotype A, C, W135, Y).

Le signalement de tout cas d'IIM doit être immédiat pour que les mesures préventives puissent être rapides. Les souches bactériologiques doivent être envoyées au CNR pour typage de sorte qu'une éventuelle vaccination puisse être appliquée.

Toute suspicion de purpura fulminans doit bénéficier de l'injection d'antibiotiques avant tout prélèvement à visée bactériologique (ceftriaxone 50 à 100 mg/kg max 1g chez l'enfant ou à défaut amoxicilline 25 à 50 mg/kg max 1g chez l'enfant à répéter 2 heures plus tard, au mieux par voie IV sinon par voie IM). Il doit être traité de manière urgente.

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

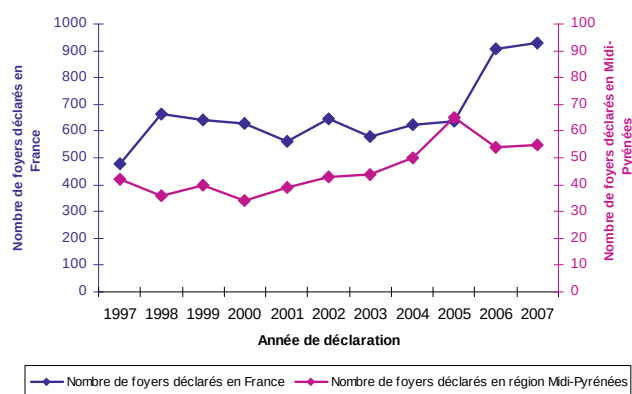
NOMBRE DE TIAC

En 2007, 55 TIAC ont été déclarées en région Midi-Pyrénées, nombre stable par rapport à 2006 (54). Le nombre de malades impliqués est en augmentation par rapport à l'année précédente (639 cas contre 552 en 2006).

Au niveau national, le nombre de TIAC déclarées a augmenté, passant de 871 en 2006 à 928 en 2007, contrairement à la tendance régionale qui est stable. Cela indique une probable sous-notification dans notre région.

| Figure 3 |

Evolution du nombre de foyers de TIAC déclarés de 1997 à 2007 en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine



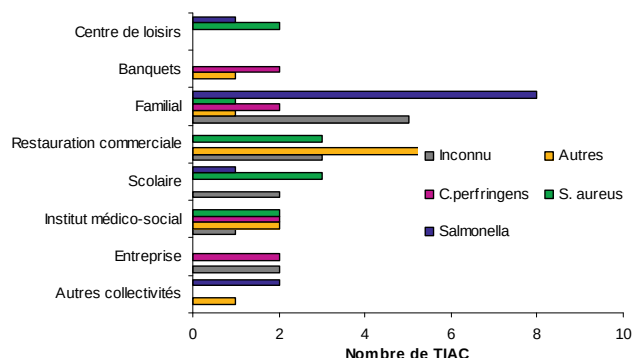
AGENT RESPONSABLE ET LIEU DE SURVENUE

67% des TIAC étaient survenues en restauration collective et 31 % en milieu familial (respectivement 71% et 29% au niveau national en 2007). Une souche responsable a été confirmée pour 40% des TIAC en 2007. La majorité était des salmonelles, ce qui rejoint les observations effectuées les années précédentes.

En 2007, 47% des TIAC survenues en milieu familial étaient confirmées ou suspectées comme étant dues à une salmonelle. En restauration collective, les agents en cause étaient plus divers, le plus fréquent étant un staphylocoque (27% des TIAC). La proportion de TIAC dont l'agent responsable n'a pas été retrouvé ou recherché reste élevée.

| Figure 4 |

Nombre de TIAC déclarées en Midi-Pyrénées en 2007 selon le lieu de survenue et l'agent étiologique (confirmé ou suspecté) en 2007



GRAVITE DES CAS

En 2007, le taux d'hospitalisation pour les patients impliqués dans une TIAC (2,6%) a continué à diminuer par rapport à l'année 2006 (3,8%). Il était de 2,4% en national. La présence d'un décès déclaré en Midi-Pyrénées indique qu'une TIAC peut toujours être à l'origine de cas graves, notamment chez les personnes fragiles.

ALIMENT IDENTIFIE OU SUSPECTE

Un aliment était suspecté ou identifié dans 67% des TIAC survenues en 2007, contre 63% en 2006, et 52% au niveau national en 2007.

La sous-notification des TIAC, notamment en milieu familial, est probable, il est donc important de renforcer le système de déclaration des TIAC en région Midi-Pyrénées. **Le signalement doit être effectué au plus tôt.**

La mise en évidence d'agents responsables doit être améliorée en favorisant la prescription de coprocultures, et en incluant la recherche de pathogènes non recherchés en routine lorsque la clinique oriente vers ce type d'agent.

La prévention des TIAC, en restauration familiale ou collective, repose sur des **recommandations d'hygiène simple** :

- en milieu familial, nécessité de consommer les viandes et volailles cuites « à cœur », ou encore de respecter la chaîne du froid doivent être diffusées plus largement afin de diminuer le risque d'infection à staphylocoque,
- en restauration collective, les efforts d'application des bonnes pratiques d'hygiène doivent être poursuivis et renforcés.

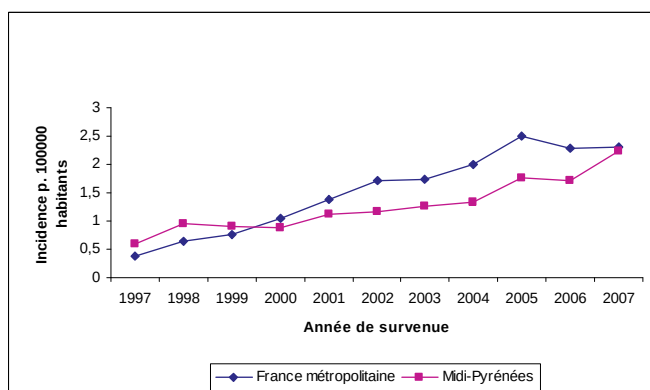
Les légionelloses déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

INCIDENCE

En 2007, 62 cas de légionellose ont été déclarés dans la région. L'incidence de la légionellose a continué à augmenter par rapport à 2006 (+28%) alors qu'on notait une stabilisation en France métropolitaine (+0,4%). L'incidence régionale atteint le niveau d'incidence nationale en 2007, ce qui semble témoigner d'une amélioration du signalement dans la région, plutôt que d'une augmentation réelle de l'incidence.

Figure 5

Evolution du taux d'incidence de légionellose en Midi-Pyrénées et France métropolitaine, 1997 - 2007



DESCRIPTION DES CAS

En 2007, le sexe ratio hommes/femmes était de 2,4, en baisse par rapport à 2006 (3,9). Sur les 62 cas de légionelloses, 11 décès ont été notifiés, en augmentation par rapport à 2006, ce qui peut être dû à plusieurs facteurs : une amélioration des informations sur l'évolution de la maladie (d'où une meilleure estimation de la létalité), une augmentation réelle, des facteurs de risques associés, notamment liés au vieillissement de la population (cas décédés plus âgés dans la région Midi-Pyrénées qu'au niveau national).

BACTERIOLOGIE

La méthode diagnostique la plus souvent utilisée pour les cas notifiés dans la région était la détection de l'antigène urinaire dans 100% des cas (90% de résultats positifs). La culture reste marginalement employée : elle était en légère augmentation en 2007 (13% des cas contre 9% en 2006). Elle a été effectuée pour 22% des cas au niveau national.

EXPOSITION A RISQUE

Les expositions à risque les plus fréquemment signalées en 2007 étaient un séjour dans un hôpital, dans un camping, dans un hôtel, ou une résidence en maison de retraite.

Malgré une légère augmentation en 2007, la **recherche du germe par culture** doit encore se développer dans les pratiques diagnostiques courantes. La culture doit être systématiquement réalisée (même après antibiothérapie), à minima, à partir d'expectorations et, au mieux, de tout autre type de prélèvements broncho-pulmonaires (aspiration trachéale, lavage broncho-alvéolaire,...), même en cas d'antigénurie positive. L'effort reste donc à poursuivre.

Les hépatites aiguës A déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

NOMBRE DE CAS, INCIDENCE

En 2007, 39 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés dans la région Midi-Pyrénées (91 cas en 2006). L'incidence était de 1,4 cas pour 100 000 habitants (3,3 en 2006), légèrement inférieure à l'incidence en France métropolitaine de 1,6 pour 100 000 habitants. Cette diminution, difficilement interprétable, ne reflète probablement pas une diminution réelle du fait de la probable sous-notification.

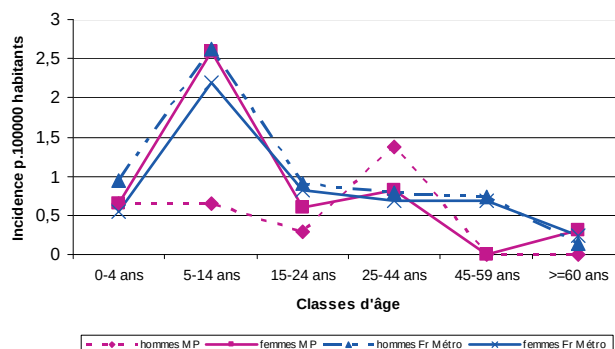
DESCRIPTION DES CAS

L'âge des cas variait en 2007 de 4 à 64 ans, avec une médiane à 34 ans, ce qui est beaucoup plus élevé qu'en France métropolitaine, où l'âge médian des cas était 19 ans.

On observait un pic d'incidence chez les 5-14 ans (3,2 pour 100 000 habitants), comme en 2006 et comme en France métropolitaine. Ce groupe d'âge est le plus touché en raison de la transmission féco-orale du virus, favorisée au sein des familles et des collectivités surtout chez les plus jeunes (apprentissage/non respect des règles d'hygiène, infection asymptomatique ou pauci-symptomatique plus fréquente).

Figure 6

Taux d'incidence des cas notifiés d'hépatite A par sexe et classe d'âge, Midi-Pyrénées et France métropolitaine, 2007



Il y avait autant de femmes atteintes que d'hommes en 2007, contrairement à 2006 alors qu'au niveau national, la proportion d'hommes atteints était supérieure à 50% jusqu'à 59 ans. Chez les hommes, la tranche d'âge la plus touchée était celle des 25-44 ans. Cette incidence élevée pourrait s'expliquer par des cas survenant dans deux populations à risque d'hépatite A, à savoir les usagers de drogues et les hommes ayant des rapports homosexuels. Cependant, les informations concernant l'orientation sexuelle ou l'usage de drogues ne sont pas recueillies dans le cadre de cette DO et ne peuvent être analysées.

En 2007, 21% des cas n'ont présenté aucun ictère. Il y a probablement encore davantage de cas asymptomatiques ou pauci symptomatiques qui ne sont pas déclarés car ces formes ne conduisent pas forcément à une consultation. En région Midi-Pyrénées, le taux d'hospitalisation a été d'environ 41%, en très légère augmentation par rapport à 2006 (37% en national).

EXPOSITIONS A RISQUE

Les principales expositions à risque étaient un séjour hors métropole (44%, 35% en national), la présence d'autres cas dans l'entourage (39%, 46% en national), la présence d'un enfant de moins de 3 ans à domicile (23%, comme en national).

La **prévention** de l'hépatite A repose sur l'hygiène personnelle et collective, en particulier l'hygiène des mains.

La **vaccination** contre l'hépatite A est recommandée :

- chez les adultes non immunisés et enfants à partir de l'âge de 1 an voyageant en zone d'endémie ou dont l'un des membres de la famille au moins est originaire d'un pays de haute endémicité,
- chez les personnes exposées professionnellement à un risque de contamination : personnels de crèches, d'internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, personnels de traitement des eaux usées, personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective),
- chez les jeunes des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées,
- chez les personnes exposées à des risques particuliers (patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B ou porteurs d'une maladie chronique du foie - notamment dues au virus de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool, homosexuels masculins).

En présence d'un ou plusieurs cas d'hépatite A, la vaccination est recommandée pour l'entourage familial ou toute personne vivant sous le même toit, et dans les communautés de vie en situation d'hygiène précaire, et ceci dans un délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques et sans examen sérologique préalable, afin d'éviter une extension épidémique.

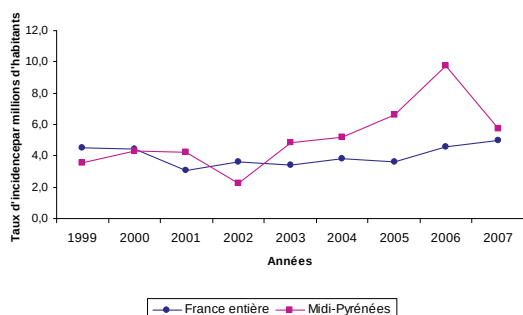
Les listérioses déclarées en région Midi-Pyrénées en 2007

NOMBRE DE CAS, INCIDENCE

En 2007, 16 cas de listériose ont été déclarés dans la région Midi-Pyrénées (27 cas en 2006). L'incidence était de 5,6 cas par million d'habitants (9,1 en 2006). L'incidence régionale, constamment supérieure à celle de la France, s'en rapproche en 2007 (5,0 par millions d'habitants).

| Figure 7 |

Evolution du taux d'incidence des listérioses en Midi-Pyrénées et France métropolitaine, 1999 - 2007



DESCRIPTION DES CAS

L'âge médian des cas était de 67,5 ans, variant de 19 à 92 ans, inférieur à l'âge médian en 2006 (75 ans [24-86]) et similaire à l'âge médian en France (68 ans). En région Midi-Pyrénées, 69 % des cas avait plus de 50 ans.

Les formes materno-néonatales représentaient 19% des cas (N=3) en région (15% en 2006) avec 2 nouveaux nés vivants (14% au niveau national) et 1 mort in utéro.

Les formes majoritaires étaient les formes non materno-néonatales avec 81 % des cas (85 % en 2006 et 86 % au niveau national). Le sexe ratio était de 1,6.

La létalité était de 31%, soit 5 décès, plus élevée qu'en France métropolitaine (22%). Tous les cas décédés avaient plus de 70 ans.

Une pathologie sous-jacente a été retrouvée dans 63 % des cas (N=10), proportion inférieure au niveau national (76%).

La **meilleure prévention** consiste à éviter les aliments **les plus fréquemment contaminés** qui sont : les fromages au lait cru, les poissons fumés, les coquillages crus, le surimi, le tarama, les graines germées, les produits de charcuterie cuite tels que les rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée.

Les **personnes à risque** sont les immunodéprimés, les femmes enceintes, les nouveaux-nés, les personnes âgées.

Les autres MDO dans notre région

Dans notre région, des cas isolés d'autres MDO sont déclarés chaque année. L'effectif est trop faible pour permettre une analyse mais les chiffres sont présentés ici, à titre indicatif.

Année	Nb de cas Botulisme	Nb de cas Brucellose	Nb de cas Tétanos	Nb de cas Tularémie	Nb de cas Typhoïde	Nb de cas Rougeole	Nb de cas Hépatite B
2001	1	1	1	0	3	-	-
2002	0	1	0	1	6	-	-
2003	0	2	2	1	1	-	9
2004	0	1	1	2	3	-	9
2005	1	1	2	1	6	-	9
2006	0	0	3	2	5	12	4
2007	1	0	0	12	-	8	4

❖ Infections à VIH et cas de sida en 2007 :

- Fiche de synthèse « infections VIH & sida », réalisée par l'ORSMIP en 2008 : <http://www.orsmip.org/tlc/tablobord/3.1.1.pdf>
- Numéro thématique. L'infection à VIH/sida en France et en Europe. BEH N°45-46/2008: 433-460.
http://www.invs.sante.fr/beh/2008/45_46/beh_45_46_2008.pdf
- Dossier thématique VIH - sida sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>

❖ Tuberculoses en 2007 :

- D. Antoine, D. Che. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007. Numéro thématique sur la tuberculose. BEH n°12-13 (24 mars 2009). http://www.invs.sante.fr/beh/2009/12_13/beh_12_13_2009.pdf
- Dossier thématique tuberculose sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/default.htm>

Coordonnées des correspondants dans les départements

Département	Tel Ddass	Fax Ddass	Courriel	Tel préfecture
09	05 34 09 83 65	05 61 02 98 15	DD09-etabs-actions-sante@sante.gouv.fr	05 61 02 10 00
12	05 65 73 69 34	05 65 73 69 40	DD12-SECR-DIRECTION@sante.gouv.fr	05 65 75 71 71
31	05 34 30 26 16	05 34 30 26 17	dd31-act-sante-secr@sante.gouv.fr	05 34 45 34 45
32	05 62 61 55 43	05 62 61 55 50	DD32-secr-direction@sante.gouv.fr	05 62 61 44 00
46	05 65 20 56 04	05 65 20 56 20	DD46-SANTE-PUBLIQUE@sante.gouv.fr	05 65 23 10 00
65	05 62 51 79 92	05 62 93 94 83	DD65-pole-sante@sante.gouv.fr	05 62 56 65 65
81	05 63 49 24 27	05 63 49 24 20	dd81-sante-vigilances@sante.gouv.fr	05 63 45 61 61
82	05 63 21 18 50	05 63 21 18 58	DD82-act-san@sante.gouv.fr	05 63 22 82 00

Coordonnées des centres de lutte anti-tuberculeuse en Midi Pyrénées

Département	Nom	Téléphone	Fax	Courriel
09	Dr Maxime COURNOT	05 61 03 33 62	05 61 03 30 51	maxime.cournot@chi-val-ariege.fr
12	Dr Brigitte BOUTOT	05 65 75 42 20	05 65 75 42 22	dspe.cpms@cg12.fr
31	Dr Jean LE GRUSSE	05 61 77 50 80	05 61 77 50 90	ddvla@hjd.asso.fr
32	Dr Vincent SARLON	05 62 67 30 30	05 62 67 30 51	vsarlion@cg32.fr
46	Dr Fabien CECOMARINI	05 65 53 44 69	05 65 53 44 39	fabien.ceccomarini@cg46.fr
65	Dr Marcelle LEFEBVRE	05 62 56 74 80	05 62 56 74 91	marcelle.lefebvre@cg65.fr
81	Dr MAURETTE	05 63 71 84 98	05 63 71 84 49	dispensaire@chic-cm.fr
81	Dr Alain SANCHEZ	05 63 47 44 58	05 63 47 47 34	dispensaire@ch-albi.rss.fr
82	Dr Emmanuelle THORE	05 63 92 89 68	05 63 92 89 69	e.thore@ch-montauban.fr