

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire – Région Midi-Pyrénées

Page 2 | Les infections invasives à méningocoques (IIM) déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

Page 3 | Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

Page 4 | Les hépatites A et VIH/ Sida déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

Page 5 | Les tuberculoses déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

Page 6 | Les légionelloses et les autres MDO en région Midi-Pyrénées en 2008

| Editorial |

La **surveillance des maladies à déclaration obligatoire (DO)** est assurée par l'ensemble des médecins et biologistes du secteur hospitalier et libéral. 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.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 est à l'origine de la création des **Agences Régionales de Santé (ARS)** et donc d'une réorganisation du système de santé.

Les agences vont regrouper en une seule entité les services de l'Etat et de l'assurance maladie chargés des politiques de santé dans les régions et les départements (DDASS, DRASS, ARH, GRSP, CRAM, URCAM, MRS) pour définir et conduire une politique globale de santé.

En ce qui concerne la **veille sanitaire**, la création des ARS permettra de disposer d'une organisation fiable et réactive de recueil, d'analyse et de traitement de l'ensemble des signaux (signalements d'évènements y compris des maladies à déclaration obligatoire, et signaux issus des différents systèmes de surveillance) afin d'apporter une réponse de santé publique.

Le signalement sans délai et ensuite la déclaration des maladies à DO se fera donc désormais, non plus auprès des médecins inspecteurs de santé publique de votre ex-Ddass mais auprès du médecin de l'ARS, **point d'entrée régionale unique de réception des signaux à visée sanitaire**.

Le pilotage du dispositif va donc évoluer mais sera toujours coordonné au niveau national par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Ce bulletin est l'occasion de vous proposer une analyse des tendances régionales des principales MDO. Ce dispositif ne saurait exister sans votre participation et nous vous en remercions.

Dr Anne Guinard, médecin épidémiologiste
Cire Midi-Pyrénées

Les infections invasives à méningocoque (IIM) déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

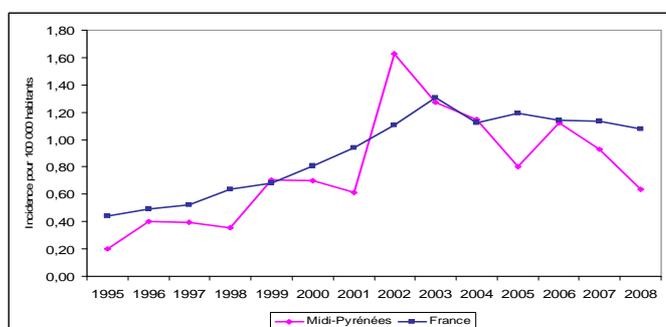
NOMBRE DE CAS, INCIDENCE

En 2008, 18 cas d'infection invasive à méningocoque ont été déclarés chez des résidents de Midi-Pyrénées, en diminution par rapport à 2007 (28 cas) et 2006 (31 cas).

L'incidence régionale était de 0,64 pour 100 000 habitants (1,08 en national en 2008), plaçant la région Midi-Pyrénées à la deuxième position des régions les moins touchées. Les incidences régionales variaient entre 0,3 (Corse) et 1,8 pour 100 000 habitants (Bretagne), avec une valeur extrême maximale à 3,3 pour 100 000 habitants (Haute-Normandie). La tendance est à la diminution de l'incidence depuis 2002, année où un pic avait été observé, en particulier dans les Hautes-Pyrénées.

Figure 1

Evolution de l'incidence des IIM en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine de 1995 à 2008



DESCRIPTION DES CAS

L'âge médian des cas déclarés était de 10 ans (12 ans en 2007 et 14 ans en national en 2008), 72% avaient 20 ans ou moins et 40% moins de 5 ans. L'incidence la plus élevée était observée dans la tranche d'âge 0 – 4 ans avec 4,6 cas pour 100 000 habitants (5,2/100 000 en 2007). Les hommes et les femmes étaient atteints de manière égale, avec un sexe ratio de 1,2, comme en France métropolitaine.

PURPURA FULMINANS - LETALITE

Aucun décès par IIM n'a été observé en 2008 en région Midi-Pyrénées (11% au niveau national).

La proportion d'IIM avec purpura fulminans déclarée en 2008 en région Midi-Pyrénées (50% des cas) était stable par rapport à 2007 (54% des cas), et similaire aux données nationales en 2008 (50%).

Selon les données disponibles dans les fichiers, sur les 9 cas déclarés de purpura fulminans en 2008, seuls 5 avaient bénéficié d'un traitement antibiotique précoce avant tout prélèvement biologique, soit à peine plus de la moitié des cas (un tiers des cas en auraient bénéficié en 2007), ce qui est très insuffisant compte tenu de l'indication d'un traitement systématique en cas de purpura fulminans (cf encadré).

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, en urgence, 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).

SEROGROUPES

L'incidence des IIM de sérotype B était de 0,35 pour 100 000 habitants en 2008 (0,57 en 2007) ; ce sérotype était prédominant (56% des cas).

L'incidence des IIM de sérotype C était de 0,14 pour 100 000 habitants.

La répartition régionale du nombre total de cas par sérotype rejoint la répartition nationale alors qu'en Midi-Pyrénées, entre 2000 à 2005, le nombre de cas pour les sérotypes B et C était quasi-identique.

Figure 2

Evolution du nombre d'IIM de sérotype B et C en Midi-Pyrénées de 1995 à 2008*

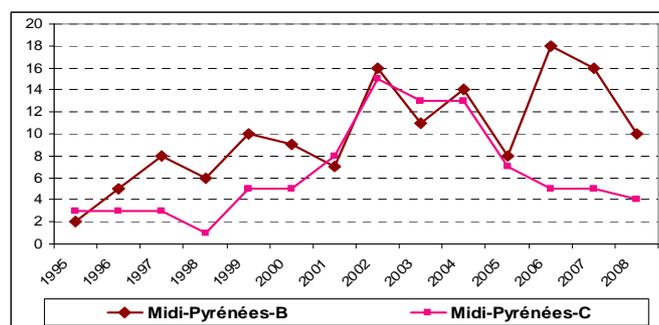
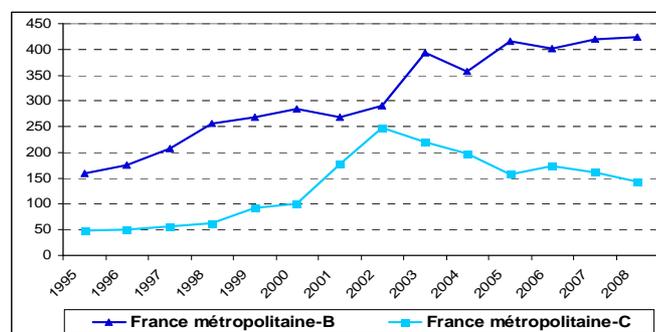


Figure 3

Evolution du nombre d'IIM de sérotype B et C en France métropolitaine de 1995 à 2008*



PREVENTION

Les mesures préventives par chimioprophylaxie dans l'entourage d'un cas (Rifampicine per os ou Ceftriaxone ou Ciprofloxacine en dose unique si contre-indication) sont en augmentation en 2008 dans la région, mais nécessitent encore d'être renforcées.

Une chimioprophylaxie de l'entourage familial ou collectif a été réalisée pour 89% des cas déclarés en 2008. Une vaccination familiale ou collective a été réalisée pour 4 des 7 cas déclarés dans l'entourage desquels une vaccination était indiquée (sérotype A, C, W135, Y).

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC*) déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

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

NOMBRE DE TIAC

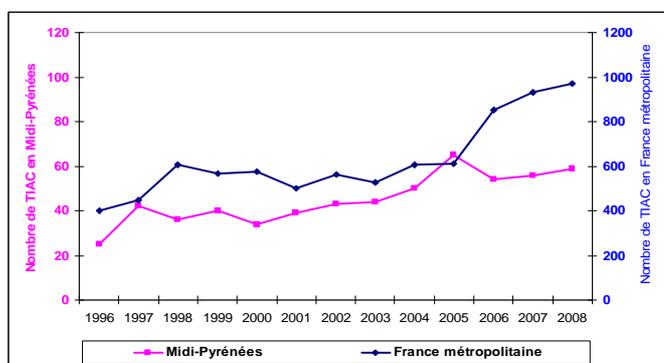
En 2008, 59 TIAC ont été déclarées en région Midi-Pyrénées, nombre en augmentation faible depuis 2006 (54 en 2006, 56 en 2007).

Au niveau national, le nombre de TIAC déclarées a fortement augmenté, passant de 995 en 2007 à 1029 en 2008, contrairement à la tendance régionale qui poursuit une augmentation plus lente. Cela indique une probable sous-notification dans notre région.

Le nombre de malades impliqués est en augmentation par rapport à l'année précédente (1611 cas contre 648 en 2007) ; cependant 1137 cas étaient liés à une seule et même TIAC.

Figure 4

Evolution du nombre de TIAC déclarées de 1997 à 2008 en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine



GRAVITE DES CAS

En 2008, la proportion d'hospitalisation chez les patients impliqués dans une TIAC (2,7%) a diminué par rapport à l'année 2007 (8,8%). Elle était de 5,7% en national. En 2008, aucun décès n'est à déplorer dans la région (en national, 5 décès ont été déclarés). La présence de décès indique qu'une TIAC peut toujours être à l'origine de cas graves, notamment chez les personnes fragiles.

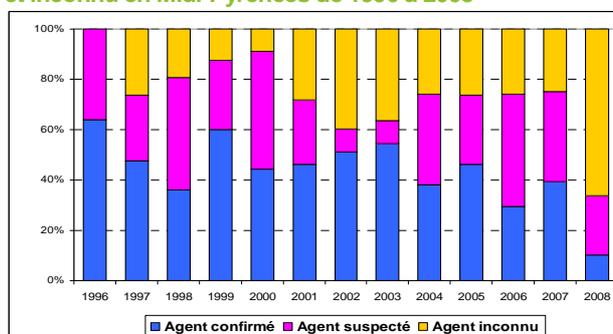
AGENT RESPONSABLE ET LIEU DE SURVENUE

65% des TIAC étaient survenues en restauration collective et 35% en milieu familial (respectivement 71% et 29% au niveau national en 2008). Une souche responsable a été confirmée pour 22% des TIAC en 2008.

En 2008, pour 22% des TIAC survenues en milieu familial l'agent confirmé ou suspecté était une salmonelle. En restauration collective, les agents en cause étaient plus divers, le plus fréquent étant un staphylocoque (27% des TIAC). Cependant, la proportion de TIAC dont l'agent responsable n'a pas été retrouvé ou recherché est de plus en plus importante.

Figure 5

Evolution des proportions d'agent suspecté, confirmé et inconnu en Midi-Pyrénées de 1996 à 2008



ALIMENT IDENTIFIE OU SUSPECTE

Un aliment était suspecté ou identifié dans 44% des TIAC survenues en 2008, contre 70% en 2007, et 55% au niveau national en 2008.

En 2008, une TIAC de grande ampleur touchant près de 3 000 élèves et enseignants de 36 établissements scolaires a été déclarée dans deux départements français, la Haute-Garonne et le Tarn.

L'investigation de cette TIAC menée par la Cire avec les Ddass, les services vétérinaires et de santé scolaire a mis en évidence de multiples défaillances dans la préparation des repas. La mise en place rapide des mesures de gestion (éviction du personnel malade) a permis de stopper la transmission.

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 de toute suspicion de TIAC doit être effectué au plus tôt.**

Il faut penser à **prescrire des coprocultures**, 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, consommer les viandes et volailles cuites « à cœur », recommander de respecter la chaîne du froid afin de diminuer le risque d'infection à staphylocoque,
- en restauration collective, appliquer les bonnes pratiques d'hygiène.

Les hépatites aiguës A déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

NOMBRE DE CAS, INCIDENCE

En 2008, 38 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés dans la région Midi-Pyrénées (39 en 2007 et 91 cas en 2006). L'incidence était de 1,3 cas pour 100 000 habitants (1,4 en 2007 et 3,3 en 2006), légèrement inférieure à l'incidence en France métropolitaine de 1,9 pour 100 000 habitants. La stabilisation de l'incidence en 2008 confirme la nette diminution observée en 2007.

DESCRIPTION DES CAS

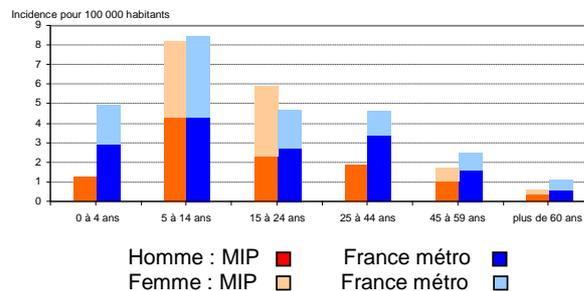
L'âge des cas variait en 2008 de 4 à 83 ans, avec une médiane à 21 ans, ce qui est plus jeune qu'en France métropolitaine, où l'âge médian des cas était 25 ans.

On observait un pic d'incidence chez les 5-14 ans (4,1 pour 100 000 habitants), comme en 2007 et chez les 0-4 ans 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 paucisymptomatique plus fréquente).

En région Midi-Pyrénées, l'incidence de cas de sexe masculin était beaucoup plus élevée dans les classes d'âge 5-14 ans et 25-44 ans (sexe ratio respectivement de 4,3 et 1,9) que dans les autres classes d'âge, avec un total de 7 cas. Par ailleurs, l'incidence la plus élevée chez les hommes est rencontrée pour la classe d'âge 5 à 14 ans, tendance régionale retrouvée au niveau national. L'incidence de cas chez les femmes reste toujours inférieure à celle des hommes.

Figure 6 |

Taux d'incidence des cas notifiés d'hépatite A par sexe et classe d'âge, Midi-Pyrénées et France métropolitaine, 2008



En 2008, devant une notification régionale presque exclusivement des cas ictériques (90% des cas) alors qu'en national seuls 75% des cas étaient ictériques, une sous-notification régionale est probable.

En région Midi-Pyrénées, le taux d'hospitalisation a été de 58%, en augmentation par rapport à 2007 (42% en 2007 et 44% en national en 2008).

EXPOSITIONS A RISQUE

Les principales expositions à risque étaient un séjour hors métropole (61%, 42% en national), la présence d'autres cas dans l'entourage (46%, 47% en national), la présence d'un enfant de moins de 3 ans à domicile (13%, 23% 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.

Infections à VIH et cas de sida en 2008 : synthèse

Au total, 638 personnes ont été diagnostiquées séropositives en Midi-Pyrénées de 2003 à 2008. Les infections récentes sont plus fréquentes dans la région qu'en moyenne nationale (38% contre 29%), ce qui indique un dépistage plus précoce en région.

En Midi-Pyrénées, les contaminations par mode hétérosexuel (40%) sont moins élevées qu'au niveau national (44%) et les hommes de la région plus souvent contaminés par mode homosexuel/bisexuel qu'en moyenne nationale (52% contre 36%).

Un dépistage fréquent et une proportion de sérologies positives parmi les plus élevées en 2008.

Avec de moins en moins de nouveaux cas de sida et de décès en Midi-Pyrénées, la région est au 9^{ème} rang des régions touchées en France métropolitaine ; 1 141 personnes vivaient avec le sida en Midi-Pyrénées en 2008.

Toutes les données sont détaillées dans :

- Fiche de synthèse « infections VIH & sida », réalisée par l'ORMSIP en 2009: <http://www.orsmip.org/tlc/VIHSida2009.pdf>
- Numéro thématique. BEH Web N°2 27 novembre 2009. L'infection à VIH/sida en France et en Europe. <http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/index.htm>
- Dossier thématique VIH - sida sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>

Les tuberculoses déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

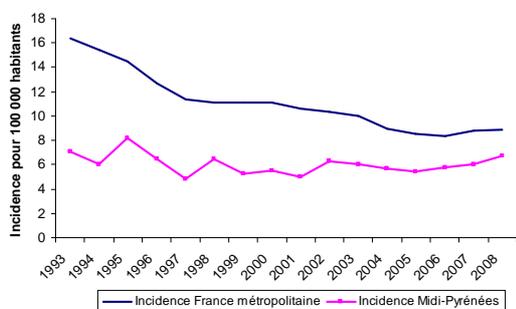
NOMBRE DE CAS, INCIDENCE

En 2008, 191 cas de tuberculose-maladie ont été déclarés dans la région Midi-Pyrénées : 11 cas dans l'Ariège, 12 dans l'Aveyron, 106 cas en Haute-Garonne, 3 dans le Gers, 6 dans le Lot, 11 dans les Hautes-Pyrénées, 21 dans le Tarn, et 21 dans le Tarn-et-Garonne. Le nombre de cas déclarés en Midi-Pyrénées augmente depuis 2006, particulièrement en Haute-Garonne.

Le taux de déclaration (incidence déclarée) régional était de 6,7 cas p.100 000 habitants en 2008, inférieur à celui de la France métropolitaine (8,8 pour 100 000). Le taux, relativement stable de 1993 à 2002, a légèrement diminué de 2002 à 2005 et a réaugmenté depuis 2006. En France métropolitaine, cette tendance à la hausse est notée depuis 2007, alors que le taux diminuait régulièrement depuis les années 90.

Figure 7

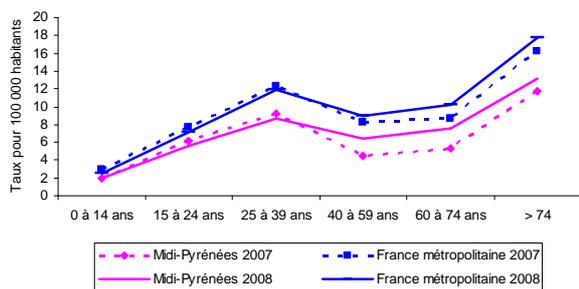
Taux de déclaration de la tuberculose en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine de 1993 à 2008



Comme dans toutes les régions du monde développé, le taux de déclaration augmente avec l'âge. L'augmentation est régulière jusqu'à la tranche d'âge 25-39 ans, puis le taux diminue après 40 ans pour ré-augmenter après 60 ans.

Figure 8

Taux de déclaration de la tuberculose en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine par classe d'âge, 2007 et 2008



Le taux de déclaration de la tuberculose est en ré-augmentation en région Midi-Pyrénées depuis 2006. La tendance peut être expliquée par une augmentation de cas diagnostiqués chez des personnes âgées de plus de 60 ans (suite à des infections tuberculeuses probablement anciennes) mais aussi chez des personnes nées en pays de forte endémie tuberculeuse (Afrique et Europe de l'Est en particulier), notamment des enfants et adultes jeunes, et dans des populations à risque telles que personnes sans domicile fixe ou résidant en collectivité. Ces tendances, observées également sur l'ensemble de la France métropolitaine, soulignent la nécessité du diagnostic et du traitement précoce de tous les cas, ainsi que l'importance du signalement et du dépistage ciblé autour des cas contagieux.

La vaccination BCG n'est plus obligatoire pour tous les enfants mais reste indiquée pour les enfants :

- nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- dans toute situation jugée par le médecin à risque (par ex : conditions socio-économiques défavorables).

DESCRIPTION DES PATIENTS

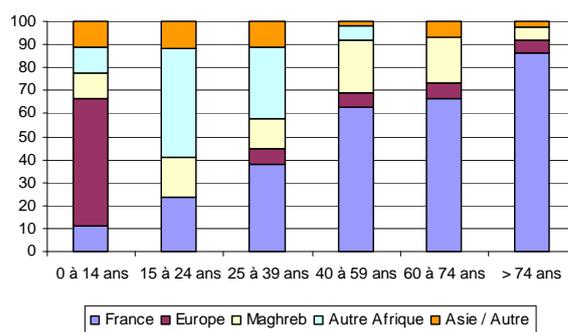
La majorité des cas en Midi-Pyrénées étaient de sexe masculin (60%). L'âge médian était de 50 ans en 2008. La proportion de patients âgés de 60 ans et plus était de 35% en 2008, plus élevée qu'en France métropolitaine (30%).

En 2008, 44% des cas étaient nés à l'étranger : 8% en Europe, 16% en Afrique du Nord, 14% en Afrique sub-Saharienne et 6% dans un autre continent. La proportion de patients nés à l'étranger était particulièrement élevée chez les enfants (89% chez les 0-14 ans) et les adultes jeunes (76% des 15-24 ans, 62% des 25-40 ans), alors que 86% des patients de plus de 74 ans étaient nés en France.

Parmi l'ensemble des cas, 13% avaient une profession sanitaire ou sociale, 15% résidaient en collectivité et 4% étaient sans domicile fixe. Parmi les 9 enfants de moins de 15 ans, 7 étaient nés à l'étranger, 5 étaient sans domicile fixe, et seuls deux étaient déclarés vaccinés par le BCG.

Figure 9

Cas de tuberculose par pays de naissance et classe d'âge, Midi-Pyrénées 2008



DIAGNOSTIC CLINIQUE ET BACTERIOLOGIQUE

La majorité des cas étaient nouveaux (10% avaient des antécédents connus de traitement antituberculeux). Les formes pulmonaires isolées ou associées représentaient 82% des cas. Les localisations extrapulmonaires étaient principalement des formes ganglionnaires hilaires (12%). Aucune méningite tuberculeuse n'a été déclarée en 2008 (3 en 2007).

En Midi-Pyrénées, 62% des cas étaient confirmés par une culture positive, contre 44% en national. La disponibilité des résultats bactériologiques étaient meilleure en région Midi-Pyrénées qu'en France métropolitaine.

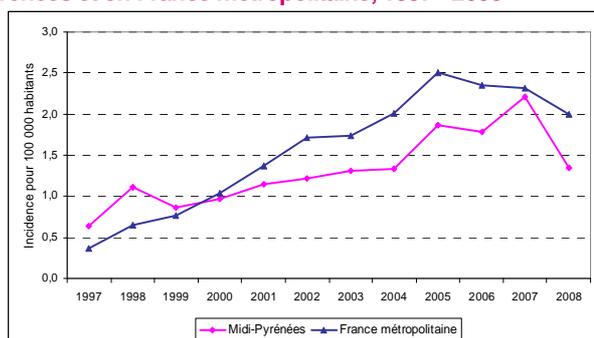
Les légionelloses déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

INCIDENCE

En 2008, 38 cas de légionellose ont été déclarés dans la région. L'incidence de la légionellose dans la région de 1,4 pour 100 000 habitants est inférieure à l'incidence nationale de 2 pour 100 000. La diminution en région est plus marquée qu'en national (-40% depuis 2007 en région, contre -15% en national). La région Midi-Pyrénées se place à la cinquième position des régions les moins touchées. Cette diminution importante de l'incidence en région Midi-Pyrénées, est probablement en partie attribuable à une meilleure maîtrise du risque légionelle, notamment dans la surveillance des Tours Auto-Réfrigérantes; mais aussi due à une sous-notification probable.

Figure 10

Evolution du taux d'incidence de légionellose en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine, 1997 - 2008



DESCRIPTION DES CAS

En 2008, la maladie touchait toujours 2,2 fois plus d'hommes que de femmes mais le sexe ratio était en baisse par rapport à 2007 et 2006 (respectivement 2,4 et 3,9). Sur les 38 cas de légionellose notifiés, 2 sont décédés (5,3%), ce qui représente une diminution par rapport à 2007 (11%). Cette diminution peut être due à deux facteurs : l'âge et les facteurs favorisants. En effet, l'âge moyen des patients est plus faible en régional qu'en national, de même pour l'âge moyen des patients décédés. Ensuite, l'âge des patients plus faibles est associé à une proportion moins importante de patients avec des facteurs de risque.

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 (95% de résultats positifs). La culture restait marginalement employée : son utilisation s'est stabilisée entre 2007 et 2008 (13% des cas) mais restait inférieure au niveau national (21% des cas).

EXPOSITION A RISQUE

Les expositions à risque les plus fréquemment signalées en 2008 étaient un séjour dans un hôpital, dans un hôtel, ou une résidence en maison de retraite.

Même si l'incidence régionale suit les tendances nationales, elle reste toujours inférieure à celle-ci, ce qui semble indiquer une **probable sous notification**.

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 autres MDO déclarées en région Midi-Pyrénées en 2008

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	3	8	4
2008	0	0	0	9	4	10	6