

Bulletin de veille sanitaire — novembre 2010

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Basse-Normandie



Page 1

La surveillance des maladies à déclaration obligatoire: présentation du système

Page 2

Cas d'hépatite aigüe A déclarés en Basse-Normandie, 2006-2008

Page 4

Les foyers de TIAC déclarés en Basse-Normandie, 2000-2008

Page 6

Les infections invasives à méningocoques en Basse-Normandie, 2000-2008

Page 8

Infections à VIH et SIDA en Basse-Normandie, 2003-2009

Page 10

Cas de légionelloses déclarés en Basse-Normandie, 2000-2008

| Editorial |

Rémi Demillac, coordonnateur scientifique de la cellule de l'InVS en région Ouest

La Cire Ouest a le plaisir de vous adresser son troisième numéro du bulletin de veille sanitaire (BVS) consacré à l'analyse des données de surveillance des maladies à déclaration obligatoire sur la région Basse Normandie.

Pourquoi un BVS ? Dans le contexte 2009 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 possible et sera encouragée afin de créer une dynamique régionale de partage d'expériences et d'enrichissement mutuel au service de la santé publique.

A partir de janvier 2011, la Cire Normandie prend le relais de la Cire Ouest pour la région Basse Normandie.

Bonne lecture à tous !

| La surveillance des maladies à déclaration obligatoire : présentation du système |

Les maladies à déclaration obligatoire (DO) sont actuellement au nombre de 30. Les données issues de ces déclarations sont analysées et valorisées au niveau national par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et, au niveau régional, par les Cellules de l'InVS en région (Cire). Les estimations localisées de population (ELP), émises par l'Insee, ont été utilisées pour le calcul des taux d'incidence.

1/ SIGNALER

Jusqu'à avril 2010, le signalement des maladies à déclaration obligatoire, par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent, au médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de leur lieu d'exercice, est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie). Il n'existe pas de support dédié au signalement. Les maladies qui justifient une intervention urgente, à savoir toutes les maladies à déclaration obligatoire, à l'exception de l'infection à VIH, du Sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos, sont à signaler. La procédure de signalement permet au Misp de réagir rapidement, de mettre en place des mesures de prévention individuelle et collective autour des cas et, si nécessaire, de déclencher une investigation pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire.

Dans ce cadre, les données transmises par les déclarants peuvent être nominatives et ne sont pas conservées au-delà du temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

2/ NOTIFIER

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au Misp de la Ddass du lieu d'exercice, au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. Elle a pour objet le suivi épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire. 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. En application de la loi informatique et libertés, chaque personne dont la maladie est déclarée doit en être informée individuellement par son médecin. Le médecin informe oralement la personne au moment de l'annonce du diagnostic ou au moment qu'il jugera le plus opportun pour elle. Il lui remet une des deux fiches d'information prévues à cet effet : une fiche d'information sur la notification de toutes les maladies à déclaration obligatoire ou une fiche d'information spécifique pour la notification obligatoire de l'infection à VIH.

Maladies à déclaration obligatoire (2010)

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

Aujourd'hui à qui déclarer ?

à l'ARS de Basse-Normandie au 02 31 70 95 10

Les jours ouvrés de 8h30 à 17h30

Fax : 02 31 70 95 50

E-mail : ars-bnormandie-veille-sanitaire@ars.sante.fr

Les fiches de notification sont téléchargeables sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr

| Maladies à déclaration obligatoire, Région Basse-Normandie, 2000-2008 |

Maladie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Botulisme	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Brucellose	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Listériose	7	4	8	8	6	6	3	11	7
Rougeole							0	0	14
Tétanos	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes	3	1	0	2	0	0	0	1	0
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B				2	6	2	1	2	1
Tuberculose (maladie)	91	97	68	81	82	71	75	66	78

| Cas d'hépatite aiguë A déclarés en Basse-Normandie, 2006-2008 |

L'hépatite aiguë A, infection virale aiguë du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA), est une maladie à déclaration obligatoire depuis novembre 2005.

Le VHA se transmet principalement de personne à personne par voie féco-orale. La transmission peut être alimentaire par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés soit par déjection humaine ou directement par un préparateur contaminé. Ce virus est responsable de cas sporadiques et d'épidémie communautaires ou survenant dans des collectivités fermées (1).

Après une incubation d'environ 28 jours (de 15 à 50 jours), l'hépatite A se manifeste par des signes généraux suivis d'un ictère. Les enfants de moins de six ans sont généralement asymptomatiques (70%). La sévérité de la maladie augmente avec l'âge (2).

1/ DEFINITION DE CAS

Un cas est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

2/ INCIDENCE

Entre 2006 et 2008, 3 557 cas d'hépatite aiguë A ont été déclarés en France parmi lesquels 53 résidaient en Basse Normandie, dont 22 dans le Calvados, 20 en Manche et 11 dans l'Orne (3;4). Le nombre de cas par département pour chaque année figure au tableau 1.

Sur la période 2006-2008, le taux d'incidence standardisé sur l'âge et le sexe était 1,2 cas pour 100 000 en Basse-Normandie soient respectivement 1,1, 1,4 et 1,3 cas pour 100 000 pour le Calvados, la Manche et l'Orne.

En 2008, 18 cas d'hépatite A ont été déclarés en Basse Normandie, soit une incidence de 1,3 cas pour 100 000 habitants (vs 1,9 pour 100 000 sur l'ensemble de la France).

| Tableau 1 |

Répartition du nombre et incidence des cas d'hépatite aiguë A déclarés selon le département de domicile, Basse Normandie, 2006-2008

Année	Calvados	Manche	Orne	Total Basse-Normandie	Incidence ^a Basse-Normandie	Incidence ^a France
2006	9	2	2	13	0,9	2,1
2007	9	7	6	22	1,5	1,6
2008	4	11	3	18	1,2	1,9
Total	22	20	11	53	1.2	1,9

^a : nombre de cas pour 100 000 habitants

3/ DESCRIPTION DES CAS

Près de la moitié (25/53) des cas ont été notifiés pendant les mois d'août et de septembre.

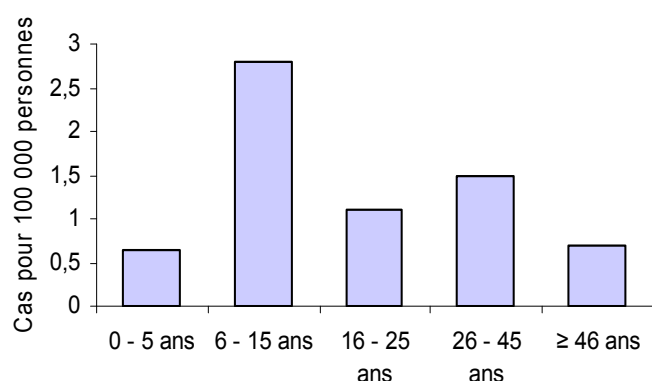
Le sexe ratio (H/F) était de 1,2 (29/24). L'âge des cas variait de 4 à 84 ans ; la médiane était de 27 ans.

Le taux d'incidence standardisé sur l'âge était de 1,3 cas pour 100 000 chez les hommes et de 1,1 pour 100 000 chez les femmes. L'incidence la plus importante est retrouvée chez les 6-15 ans avec 2,8 cas pour 100 000 personnes (figure 1).

Lorsque l'information était disponible (n=48), tous les cas ont manifesté un ou plusieurs symptômes parmi asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales et diarrhées. Un ictère est apparu chez 90% des cas pour lesquels l'information était disponible (45/50). Vingt-six pourcents des cas ont été hospitalisés ; 85% d'entre eux avaient un ictère. La proportion d'hospitalisation était plus importante chez les enfants de 0 à 5 ans (50%) et les plus de 45 ans (33%).

| Figure 1 |

Incidence de l'hépatite aiguë A par classe d'âge, Basse Normandie, 2006-2008



4/ EXPOSITION A RISQUE

Plus de la moitié des cas avaient un ou plusieurs cas dans leur entourage (23/43) et pour 18 d'entre eux (78%), ces cas étaient familiaux.

Lorsque l'information était disponible, huit cas (19%) indiquaient être au contact d'enfants de moins de 3 ans dans leur domicile. Aucun des cas n'avait signalé travailler ou fréquenter une crèche ou un établissement pour personnes handicapées.

Seize personnes avaient indiqué avoir voyagé en dehors de la France métropolitaine dans les 2 à 6 semaines précédant le début des symptômes. Quatorze (26%) d'entre eux revenaient d'un séjour dans une région de haute endémicité ; 11 en Afrique du Nord (7 au Maroc, 3 en Tunisie et 1 en Egypte), 2 au Sénégal et 1 en Mauritanie. Une personne avait séjourné en Belgique et une autre aux Etats-Unis.

Neuf cas ont déclaré avoir consommé au moins une sorte de fruits de mer en France métropolitaine avant le début des signes. Pour deux d'entre eux, il s'agissait d'huîtres.

5/ CONCLUSION

L'incidence de l'hépatite aiguë A en Basse-Normandie est inférieure à la moyenne nationale. Ce bilan permet de rappeler que la vaccination contre l'hépatite A est recommandée chez les voyageurs devant séjourner dans un pays à hygiène précaire et, en présence d'un ou plusieurs cas confirmés, le plus précocement pour l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A (5).

Références

- (1) Couturier E, Letort MJ, Roque AM, Dussaix E, Delarocque-Astagneau E. Hépatite aiguë A en France en 2006. Bull Epidemiol Hebd 2007 Jul 17;(29-30):253-6.
- (2) Wasley A, Fiore A, Bell BP. Hepatitis A in the era of vaccination. Epidemiol Rev 2006 Jun 14;(28):101-11.
- (3) Hépatite aiguë A. Données épidémiologiques 2006-2007. http://www.invs.sante.fr/surveillance/hepatite_a/donnees.htm 2008 August 30
- (4) Hépatite aiguë A. Données épidémiologiques 2008. http://www.invs.sante.fr/surveillance/hepatite_a/donnees_2008.htm 2009 June 30
- (5) Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd 2010 Apr 22;(14-15):122-72.

1/ DÉFINITION DE FOYER

Un foyer de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) se définit par la survenue d'au moins deux cas groupés, d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

2/ EVOLUTION ET NOMBRE DE FOYERS

Entre 2000 et 2008, 6730 foyers de TIAC ont été déclarés en France dont 139 (2,1%) en Basse-Normandie. Alors qu'en France le nombre de TIAC déclarées a augmenté de 71% entre 2005 et 2007, il semble se stabiliser depuis (1;2). Cette évolution ne se retrouvait pas en Basse-Normandie ; depuis 2003, le nombre de foyers déclarés a augmenté ; il se situait en 2007 et 2008 à 18 TIAC déclarés (figure 1). Le département du Calvados a enregistré à lui seul 79 TIAC, soit 57% du total régional. En 2008, 12 foyers ont été déclarés dans le Calvados contre 3 pour l'Orne et la Manche (tableau 1).

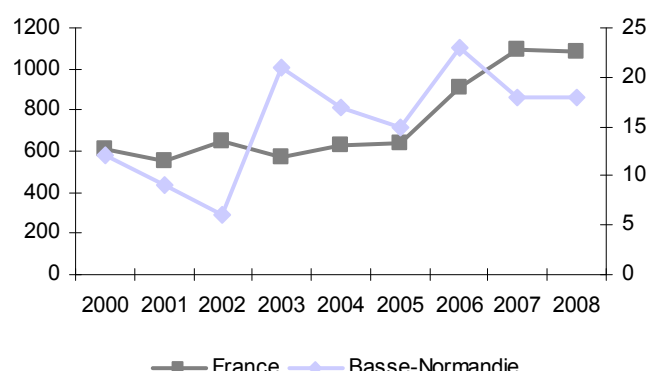
| Tableau 1 |

Nombre de foyers de TIAC déclarés en Basse-Normandie, 2000-2008

Année	Calvados	Manche	Orne	Total Basse-Normandie
2000	7	3	2	12
2001	8	1	0	9
2002	5	1	0	6
2003	7	10	4	21
2004	9	5	3	17
2005	10	4	1	15
2006	12	9	2	23
2007	9	5	4	18
2008	12	3	3	18
Total	79	41	19	139

| Figure 1 |

Nombre de foyers de TIAC déclarés en France et en Basse-Normandie, 2000-2008



3/ NOMBRE DE CAS

Les 139 foyers de TIAC déclarées ont été à l'origine de 2154 malades. Le nombre de personnes exposées variait selon les foyers de 2 à 800 ; la médiane était de 33. Le nombre médian de personnes contaminées lors d'un foyer était de 7 (min = 2 ; max = 177). Cent soixante six personnes ont été hospitalisées suite à une TIAC ; trois personnes sont décédées, les deux derniers ont été signalés en 2007 (tableau 2).

4/ CIRCONSTANCE DE SURVENUE

Un quart des repas incriminés étaient en milieu familial. Dans 18% des foyers de TIAC rapportées, le repas a eu lieu dans un restaurant et pour 14% en milieu scolaire. Les foyers diffus ont représenté 9% des foyers déclarés et les institutions médico-sociales, 11%.

Les TIAC survenues en milieux scolaires étaient associées à un plus grand nombre de cas : 940 soit 44% des malades. Les TIAC survenues en milieu familial ou dans un institut médico-pédagogique étaient responsables toutes les deux de 10% du nombre total de cas.

| Tableau 2 |

Evolution du nombre de foyers de TIAC déclarés, du nombre de malades, de cas hospitalisés et décédés en Basse-Normandie, 2000-2008

Année	TIAC (N)	Malades (N)	Cas hospitalisés (N)	Cas hospitalisés (%)	Décès (N)
2000	12	347	20	5,8	0
2001	9	121	5	4,1	0
2002	6	31	5	16,1	0
2003	21	207	38	18,4	1
2004	17	421	42	10,0	0
2005	15	276	6	2,2	0
2006	23	281	14	5,0	0
2007	18	189	13	6,9	2
2008	18	281	23	8,2	0
Total	139	2154	166	7,7	3

5/ ALIMENTS ET AGENTS MIS EN CAUSE

Entre 2000 et 2008, l'agent causal a été confirmé dans 61 foyers (44%) et suspecté pour 38 foyers (27%). L'agent mis en cause était une salmonelle dans 32% des TIAC rapportées, un staphylocoque pour 15% et une toxine pour 6%. Pour les 45 foyers de TIAC causés par une salmonelle, 16 l'étaient par *Salmonella enteritidis* et autant par *Salmonella typhimurium*.

Parmi les agents confirmés ou suspectés en 2008 (n=18), les salmonelles étaient le plus retrouvé (n=3) suivi par les *Bacillus cereus*, les staphylocoques et les agents viraux (n=2) (tableau 3). Les agents responsables du plus grand nombre de malades étaient les *Salmonella* (23% du total des malades), les *Bacillus cereus* (10%) et les virus (9%). L'agent responsable de la TIAC a été identifié dans un aliment comme source probable à 86 reprises (62%). Les aliments principalement identifiés comme source probable de la TIAC étaient les œufs et les préparations à base d'œufs (n=28), la viande (n=11) et les coquillages (n=10). Lorsqu'il a pu être identifié, l'aliment majoritairement mis en cause pour une TIAC à *Salmonella* était l'œuf ou un plat à base d'œufs (n=26). Toutes les TIAC causées par des toxines étaient liées à une consommation de coquillages et sur les 7 TIAC à *Clostridium perfringens*, la consommation de viande était retrouvée à 4 reprises.

6/ FACTEURS FAVORISANTS

Au moins un facteur ayant contribué à la survenue de la TIAC a été identifié dans 62 foyers de TIAC. La contamination par l'environnement (20 négligences par l'équipement 6 par le personnel), des matières premières contaminées (n=19), le non-respect des températures réglementaires (respectivement n=13 et n=6 pour la chaîne du froid et du chaud), un délai excessif entre la préparation et la consommation des aliments (n=16) et une erreur dans la préparation (n=11) sont les principaux dysfonctionnements relevés lors de l'investigation de ces foyers.

| Tableau 3 |

Détail des foyers de toxi-infections alimentaires collectives déclarées, Basse-Normandie, 2000-2008

Agents	Foyers		Cas		Décès
	N	%	N	%	
<i>Salmonella</i>	45	32,4	503	23,4	1
<i>Enteritidis</i>	16	35,6	307	61,0	1
<i>Typhimurium</i>	16	35,6	116	23,1	0
Autres sérotypes	1	2,2	4	0,8	0
Sérotypes indéterminés	12	26,7	76	15,1	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	21	15,1	162	7,5	2
Toxines	9	6,5	84	3,9	0
<i>Clostridium spp.</i>	8	5,8	96	4,5	0
<i>Bacillus cereus</i>	6	4,3	224	10,4	0
Virus	6	4,3	197	9,1	0
Autres pathogènes ^a	5	3,6	66	3,1	0
Inconnu	40	28,8	825	38,3	0
Total	139	100,0	2154	100,0	

^a : Coliformes (2 foyers / 19 malades) ; Shigella (1 foyer / 41 malades) ; Histamine (1 foyer / 3 malades)

7/ SIGNALEMENT ET ENQUÊTE

La personne ou la structure à l'origine du signalement était généralement un médecin généraliste (39%) ou hospitalier (23%). Les autres sources de déclaration étaient les laboratoires, les CNR, les responsables d'établissement, les services communaux ou les patients eux-mêmes.

Cinquante huit pour cent des foyers de TIAC (60/103) ont fait l'objet d'un rapport d'investigation ; 15% des foyers de TIAC (13/69) ont fait l'objet d'une enquête cas-témoins. Le logiciel WINTIAC, utilisé par les délégations territoriales et les DDSV comme outils de gestion de signalements et d'aide à l'investigation, a été employé à 7 reprises depuis son déploiement en 2004, dont une fois en 2008.

8/ CONCLUSION

L'exhaustivité de la DO des TIAC à *Salmonella* était estimée à 26% en 2000 (3;4), la méconnaissance du statut des TIAC en DO influençant ce résultat. Un renforcement du système de déclaration a eu lieu depuis menant à une augmentation du nombre de foyers TIAC déclarés en France depuis 2005 (5). Cette augmentation n'est pas retrouvée en Basse-Normandie.

L'investigation rapide des foyers déclarés, complétée de l'identification de l'agent à l'origine des foyers de TIAC est primordiale ; la prescription de coproculture et la réalisation d'analyses microbiologiques sont à recommander et à généraliser. Ces mesures visent à permettre l'identification de l'aliment ou du dysfonctionnement à l'origine et concourent à la mise en place rapide de mesures appropriées visant à prévenir les récurrences.

Références

- (1) Delmas G, Jourdan da Silva N, Pihier N, Weil F, Vaillant V, de Valk H. Les toxi-infections alimentaires collectives en France entre 2006 et 2008. Bull Epidemiol Hebd 2010 Jul 27;(31-32):344-8.
- (2) Delmas G, Gallay A, Espié E, Haeghebaert S, Pihier N, Weil F, et al. Les toxi-infections alimentaires collectives en France entre 1996 et 2005. Bull Epidemiol Hebd 2006 Dec 26;(51-52):418-22.
- (3) Haeghebaert S, Le Querrec F, Gallay A, Bouvet P, Gomez M, Vaillant V. Les toxi-infections alimentaires collectives en France en 1999 et 2000. Bull Epidemiol Hebd 2002 Jun 4;(53):105-9.
- (4) Gallay A, Vaillant V, Bouvet P, Grimont P, Desenclos JC. How many foodborne outbreaks of *Salmonella* infection occurred in France in 1995? Application of the capture-recapture method to three surveillance systems. Am J Epidemiol 2000;152(2):171-7.
- (5) Delmas G, Jourdan da Silva N, Pihier N, Weil F, Vaillant V, de Valk H. Les toxi-infections alimentaires collectives en France entre 2006 et 2008. Bull Epidemiol Hebd 2010 Jul 27;(31-32):344-8.

Les infections invasives à méningocoque (IIM) sont des infections transmissibles graves à début brutal qui se manifestent sous forme de méningite ou de méningococcémie, plus rarement d'arthrite ou de péricardite septique. La forme la plus sévère, reflétant le syndrome septique potentiellement fatal, est le purpura fulminans. Jusqu'en 2002, seules les méningites à méningocoque étaient à déclaration obligatoire mais depuis, toutes les IIM le sont.

1/ DÉFINITION DE CAS

La définition de cas actuelle correspond à la présence d'au moins un des quatre critères :

- isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile ou à partir d'une lésion cutanée purpurique ;
- présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR ;
- 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 ;
- présence d'un *purpura fulminans*.

Pour la période d'étude considérée, cette définition de cas est différente de celles de 2002 et 2006.

2/ EVOLUTION DE L'INCIDENCE

Entre 2000 et 2008, 6122 cas d'IIM ont été déclarés en France parmi lesquels 151 étaient domiciliés en Basse-Normandie, dont la moitié dans le Calvados (tableau 1).

Entre 2000 et 2003, le taux d'incidence standardisé sur l'âge et le sexe des IIM en France est passé de 0,8 à 1,3 cas pour 100 000 habitants.

Ces variations observées sont liées au changement de définition de cas et à l'augmentation de l'exhaustivité de cette DO.

Depuis 2004, il s'est stabilisé entre 1,1 et 1,2 cas pour 100 000 habitants.

Alors qu'il était inférieur au niveau national, le taux d'incidence bas-normand standardisé sur l'âge et le sexe est, depuis 2004, supérieur au taux national ; il était de 1,3 cas pour 100 000 en 2008 (vs 1,2 cas pour 100 000) (figure 1) (1).

Au niveau départemental, la Manche avait le taux d'incidence standardisé sur l'âge et le sexe le plus élevé avec 1,9 cas pour 100 000 habitants devant l'Orne et le Calvados avec respectivement 1,5 et 0,9 cas pour 100 000 habitants.

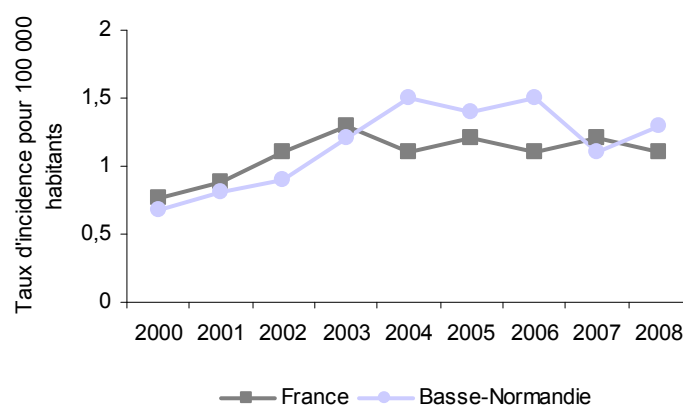
| Tableau 1 |

Nombre de cas d'infections invasives à méningocoques déclarées selon le département de résidence, Basse-Normandie, 2000-2008

Année	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
2000	4	4	2	10
2001	6	2	4	12
2002	8	3	2	13
2003	8	7	3	18
2004	13	2	6	21
2005	14	5	1	20
2006	11	11	0	22
2007	6	7	3	16
2008	6	9	4	19
Total	76	50	25	151

| Figure 1 |

Evolution du taux d'incidence standardisé sur l'âge et le sexe des infections invasives à méningocoques en France et Basse-Normandie, 2000-2008



3/ SEROGROUPE

Le sérotype était connu pour 126 des 151 cas déclarés en Basse-Normandie entre 2000-2008. Parmi eux, 66% étaient du sérotype B, 27% du sérotype C, 4% du sérotype Y et 2% du sérotype W135. Pour un cas, on observait une agglutination Y/W135. Alors qu'en 2000 et 2001, l'IIM B représentait presque l'exclusivité des cas d'IIM, cette part a diminué entre 2002 et 2004 du fait d'une augmentation du nombre de cas d'IIM C. Depuis 2005, le sérotype C s'est maintenu entre 3 et 4 cas alors que le sérotype B fluctuait davantage (figure 2).

4/ CARACTERISTIQUES DES CAS

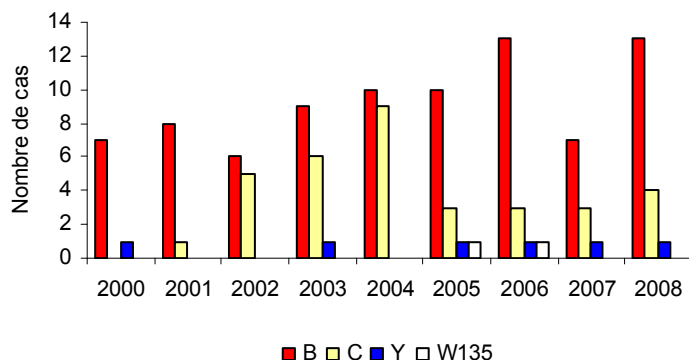
Sur la période 2000-2008, le taux d'incidence standardisé ne variait pas entre les hommes et les femmes (respectivement 1,1 et 1,2 cas pour 100 000 habitants). Le sexe ratio H/F était de 0,9.

En Basse-Normandie comme pour le reste de la France, les IIM concernaient surtout les jeunes enfants et les adolescents (1). La médiane était de 6 ans (étendue : 0 - 90 ans). Le taux d'incidence standardisé sur le sexe était plus élevé chez les moins d'un an et les enfants âgés entre 1 et 5 ans avec respectivement 16,6 et 6,1 cas pour 100 000 habitants (figure 3).

Un purpura fulminans était observé dans 30% des cas où l'observation était disponible (39/131). Lorsque l'évolution de la maladie était connue (n=146), 120 personnes ont guéri sans séquelles, 8 avec et 18 sont décédées, soit une létalité de 12%. La létalité augmentait avec la classe d'âge et atteignait 25% chez les 50 ans et plus. La létalité était de 37% en présence d'un *purpura fulminans* contre 2% en l'absence. Sur l'année 2008, 3 personnes atteintes d'IIM et domiciliées en Basse-Normandie sont décédées ce qui représente une létalité de 16% (contre 11% au niveau national). Sur la période 2000-2008 en Basse-Normandie, la létalité des IIM C est plus importante que celle des IIM B (21% *versus* 6%).

| Figure 2 |

Cas d'infections invasives à méningocoque de sérogroupes B, C, Y et W135 déclarés selon l'année, Basse-Normandie, 2000-2008



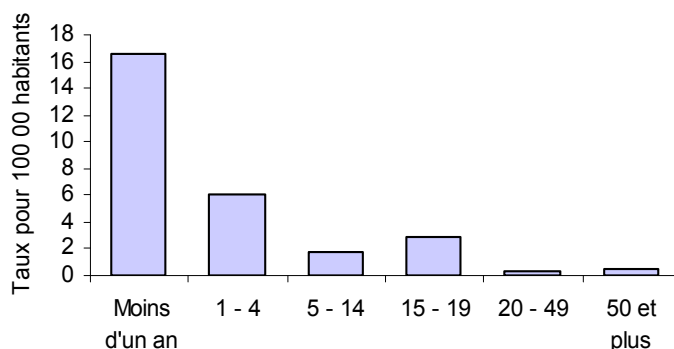
5/ PRISE EN CHARGE ET PREVENTION

Une injection d'antibiotique avant les prélèvements a été réalisée dans 31% des cas renseignés. Cette injection antibiotique précoce a été réalisée chez 48% de sujets qui présentaient un *purpura fulminans*.

A partir des données figurant sur les fiches DO, la chimioprophylaxie concernait un nombre médian de 25 personnes en collectivité et 9 dans l'entourage familial. Parmi les 41 cas infectés par un méningocoque pour lequel un vaccin existe (sérogroupes A, C, W135, Y), des vaccinations ont été réalisées autour de 19 cas en collectivités et 34 au niveau familial ; les nombres médians de personnes vaccinées étaient respectivement de 12 et 8.

| Figure 3 |

Taux d'incidence standardisé sur le sexe selon l'âge des infections invasives à méningocoques, Basse-Normandie, 2000-2008



6/ CONCLUSION

Les IIM sont des infections graves, principalement sporadiques. Le taux d'incidence en Basse-Normandie est supérieur aux taux nationaux pour la période 2000-2008, classant la Basse-Normandie à la 5^{ème} place en termes d'incidence.

Les caractéristiques épidémiologiques décrites pour la région sont assez similaires à celles du niveau national. La létalité est plus importante pour les IIM de type C et en présence de *purpura fulminans*.

Ainsi, ce bilan est l'occasion de rappeler les recommandations d'injection précoce d'antibiotiques en cas de *purpura fulminans*.

Références

- (1) Parent du Châtelet I, Taha MK, Lepoutre A, Deghmane AE, Maine C. Les infections invasives à méningocoques en France en 2008. Bull Epidemiol Hebdomadaire 2009 Dec 8;(46-47):489-93.

Les analyses suivantes ont été réalisées avec les données de déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de sida notifiés jusqu'au 31 décembre 2009.

1/ DEFINITION DE CAS

La notification obligatoire des diagnostics de séropositivité VIH (depuis 2003) et de sida (depuis 1986) se fait au moyen de fiches autocopiantes, non téléchargeables, que les déclarants se procurent auprès de leur ARS.

Les définitions de cas sont les suivantes :

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

○ Toute sérologie VIH positive confirmée chez un sujet de 15 ans et plus, pour la première fois dans un laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu. ○ Exception : les sérologies effectuées de façon anonyme, dans le cadre d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ne sont pas à notifier.

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

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

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

- Sida chez l'adulte et l'adolescent de 15 ans et plus :

○ Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'adulte et l'adolescent (1)

- Sida chez l'enfant de moins de 15 ans :

○ Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'enfant (1)

2/ NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS

Depuis 2003, 32 594 nouvelles infections à VIH ont été notifiées en France dont 201 en Basse-Normandie, ce qui place la région en 19^{ème} position des régions de France métropolitaine. La distribution départementale était comme suit : 138 cas dans le Calvados, 41 dans la Manche et 22 dans l'Orne (tableau 1).

Hormis une augmentation importante en 2007 dans le Calvados (35 cas contre moins de 20 les autres années) non retrouvée dans les autres départements de la région, le nombre de découvertes de séropositivité ne variait quasiment pas. En 2009, 21 découvertes de séropositivité VIH ont été notifiées pour des habitants du Calvados contre 6 dans la Manche et 5 dans l'Orne.

3/ CARACTERISTIQUES DES PERSONNES NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUÉES

En Basse-Normandie, le sexe ratio H/F est de 1,9 (vs 1,7 au niveau national). Comme au niveau national, les découvertes de séropositivité VIH sont plus fréquemment observées dans la classe d'âge des 30 et 39 ans (32%). La distribution par âge varie selon le genre ; la classe d'âge la plus représentée est celle des 30-39 ans

(35%) chez les femmes et les 40-49 ans pour les hommes (33%). Au moment de la découverte de leur séropositivité, les femmes étaient plus jeunes; 72% d'entre elles avaient moins de 40 ans (idem au niveau national) contre 46% des hommes (vs 54% au niveau national).

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en Basse Normandie entre 2003 et 2009, 75% étaient de nationalité française. Cette proportion varie selon le genre, 57% chez les femmes, 83% chez les hommes. Parmi les femmes, 41% étaient d'origine subsaharienne contre 13% chez les hommes.

| Tableau 1 |

Découvertes de séropositivité VIH selon l'année de diagnostic et le département de domicile, Basse-Normandie, 2003-2009*

Année	Calvados	Manche	Orne	Total
2003	17	7	3	27
2004	16	5	0	21
2005	13	5	4	22
2006	19	8	3	30
2007	35	8	5	48
2008	21	6	5	32
2009	17	2	2	21
Total	138	41	22	201

*source DO du VIH, données au 31/12/2009 non corrigées, ni pour les délais de déclaration, ni pour la sous déclaration

4/ MODE DE CONTAMINATION, MOTIF DE DÉPISTAGE ET STADE CLINIQUE

Parmi les modes de contamination connus (157 sur 201), la quasi-totalité des contaminations est due à un contact sexuel (99%). Soixante deux pour cent (62%) ont été contaminés suite à un rapport hétérosexuel, 44% des hommes et 98% des femmes. En Basse-Normandie, seulement 1,3% des découvertes de séropositivité concernent des usagers de drogues par voie intraveineuses depuis 2003.

Le motif de dépistage est renseigné pour 80% des cas. Le motif de dépistage le plus fréquent était la présence de signes cliniques ou biologiques liés au VIH (45%). Autant de cas ont été dépistés suite à une exposition au VIH que pour un bilan systématique (17%). Parmi les femmes nouvellement diagnostiquées, 15% ont été dépistées lors d'une grossesse ; 88% de ces femmes étaient d'origine subsaharienne.

Entre 2003 et 2009, 12,7% (vs 9,4% au niveau national) des personnes ayant découvert leur séropositivité ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 53% (vs 58,7% au niveau national) à un stade asymptomatique, 14,6% (vs 13,3% au niveau national) à un stade symptomatique non SIDA et 19,7% (vs 18,5% au niveau national) au stade SIDA ; pour 21,9% des personnes, le stade clinique n'était pas renseigné. La proportion de cas dépistés au stade SIDA augmente avec l'âge : elle représente 4% de la classe d'âge 20-29 ans, 23% de celle des 40-49 ans et 75% chez les 60-69 ans.

5/ SIDA

Depuis le début de la notification du SIDA en 1982, rendu obligatoire en 1986, 65 279 cas de SIDA ont été signalés en France, dont 1% en Basse-Normandie (652). Au niveau national comme en Basse-Normandie, la tendance du nombre de cas déclarés est à la baisse depuis le milieu des années 90 malgré une légère augmentation en 2007 en Basse-Normandie.

En 2008, 990 cas de SIDA ont été déclarés en France dont 12 en Basse-Normandie. En prenant les données corrigées, tenant compte du retard de déclaration et la sous-déclaration, le nombre de cas rapporté à la population était en 2008 de 1,2 cas pour 100 000 d'habitants en Basse-Normandie. Au niveau national, il était de 2,4 pour 100 000 habitants (2).

Depuis le début de la surveillance du SIDA, la majorité des cas résidaient dans le Calvados (66%) ; 20% vivaient en Manche et 14% dans l'Orne. Il s'agissait principalement d'hommes (77%) ; la quasi-totalité était d'origine française (88%). La classe d'âge la plus touchée était celle des 30-39 ans (42%) quel que soit le genre.

Le nombre de décès de personnes au stade sida était de 388 et suivait l'évolution du nombre de cas déclarés en Basse-Normandie (figure 1) ; les deux tiers sont décédés l'année ou l'année suivant leur diagnostic de SIDA, mais la plupart de ces décès (83%) étaient survenus avant 1998.

6/ CONCLUSION

L'estimation nationale de l'incidence de l'infection par le VIH en France est passée de 8930 cas en 2003 à 6940 en 2008 (3). Cette tendance à la baisse est retrouvée pour les contaminations par rapports hétérosexuels, quels que soient le sexe et la nationalité. En Basse-Normandie, l'incidence n'a pu être calculée mais le nombre de notifications déclarées peut être un bon indicateur de substitution. Le taux annuel de nouveaux diagnostics (corrigé en tenant compte de la sous déclaration et du délai de notifi-

cation) était de 3,1 cas pour 100 000 habitants, l'un des taux régional les plus faibles (4).

Mis à part une contamination moins importante chez les personnes d'origine étrangère, les caractéristiques des personnes ayant découvert leur séropositivité en Basse-Normandie sont les mêmes que dans le reste de la France (5).

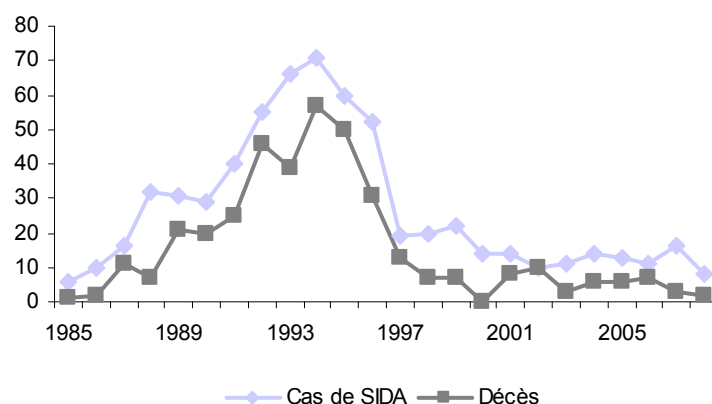
Les déclarations d'infection au stade SIDA continuent globalement à diminuer et sont inférieures à la valeur nationale.

Références

- (1) Définition du SIDA avéré. Bull Epidemiol Hebd 1987;(51):201-3.
- (2) Cazein F, Pillonel J, Imouga L, Le Strat Y, Bousquet V, Spaccaferri G, et al. Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. BEHWeb 2009;2009(2).
- (3) Le Vu S, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, Brunet S, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08 : a modelling analysis. Lancet Infect Dis 2010 Oct;10(10):682-7.
- (4) Infection à VIH et SIDA - Données épidémiologiques. 2010.
- (5) Cazein F, Pillonel J, Bousquet V, Imouga L, Le Vu S, Le Strat Y, et al. Caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une infection à VIH ou un SIDA, France, 2008. BEHWeb 2009;2009(2).

| Figure 1 |

Nombre de cas déclarés de SIDA et décès déclarés en Basse-Normandie



Source DO du sida, données au 31/12/2009 non corrigées, ni pour les délais de déclaration, ni pour la sous déclaration

La légionellose est une infection pulmonaire dont l'agent responsable est une bactérie d'origine hydrotellurique de genre *Legionella*. La contamination se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. C'est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1987.

1/ DÉFINITION DE CAS

Un cas est défini comme toute personne présentant une pneumopathie associée à au moins l'un des résultats suivants :

- **cas probable** : titre d'anticorps élevé (≥ 256)
- **cas confirmé** :
 - isolement de *Legionella spp.* dans un prélèvement clinique ;
 - ou augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2ème titre minimum de 128 ;
 - ou immunofluorescence directe positive ;
 - ou présence d'antigène soluble urinaire.

2/ EVOLUTION DE L'INCIDENCE

Entre 2000 et 2008, 10 326 cas de légionellose ont été déclarés en France parmi lesquels 142 résidaient en Basse-Normandie dont 86 dans le Calvados, 27 en Manche et 29 dans l'Orne (tableau 1).

L'incidence nationale de la légionellose a augmenté jusqu'en 2005 pour atteindre un pic de 2,5 cas pour 100 000 habitants. Depuis, le nombre de cas a diminué et en 2008, elle était de 2,0 cas pour 100 000 habitants (1). Depuis 2000, l'incidence de la légionellose en Basse-Normandie est toujours restée inférieure à l'incidence nationale (figure 1).

Globalement, sur la période 2000-2008, l'incidence standardisée sur l'âge et le sexe était de 1,0 cas pour 100 000 habitants en Basse-Normandie. En 2008, elle était de 0,8 cas pour 100 000 habitants et de respectivement 1,2 cas, 0,7 cas et 0,2 cas pour 100 000 dans le Calvados, l'Orne et la Manche.

3/ CARACTÉRISTIQUES DES CAS

Sur l'ensemble des cas notifiés, 121 (85%) étaient des cas confirmés et 21 des cas probables. Une pneumopathie a été confirmée radiologiquement pour 93% (n=130) des cas. La recherche d'antigène urinaire était positive pour 94 des cas (73%). La culture du germe était positive pour 21 cas, dont 5 correspondaient à une confirmation biologique unique ; 25 cas ont été confirmés par séro-conversion (22 confirmations biologiques uniques).

Quand elle était précisée, l'espèce la plus souvent identifiée était *Legionella pneumophila* et représentait 97% des cas diagnostiqués (116/119) dont *Legionella pneumophila* séro-groupe 1 85% (n=99) ; les espèces *Legionella long-beachae*, *Legionella gormanii* et *Legionella anisa* étaient toutes représentées une fois.

Comme au niveau national, plus de 60% des cas ont eu leurs premiers signes de légionellose entre les mois de mai et d'octobre (1). Sur les années 2000-2008, le taux d'incidence moyen standardisé sur l'âge était de 1,8 / 100 000 pour les hommes et de 0,5 / 100 000 pour les femmes. Le sexe ratio (H/F) des cas de légionellose domiciliés en Basse-Normandie était de 2,7 cas contre 3,0 en France en 2008 (1). L'âge médian était de 59 ans (étendue 17-92 ans). L'incidence la plus élevée pour les deux sexes concernait les plus de 70 ans (figure 2).

Parmi les 108 cas observés depuis 2003, année du début du recueil de cette information, 15 personnes n'ont pas été hospitalisées. Après une diminution de 6,3 à 2,7 entre 2003 et 2007, le délai moyen d'hospitalisation (entre le début des signes et l'hospitalisation) était de 5,4 jours en 2008 (étendue : 2 à 12 jours). L'évolution de la maladie était connue pour 98% des cas notifiés (139/142). Quatorze personnes sont décédées suite à une légionellose entre 2000 et 2008, correspondant à une létalité de 10% (contre 11% au niveau national sur la même période). Aucun décès n'a été signalé en 2008 (tableau 1).

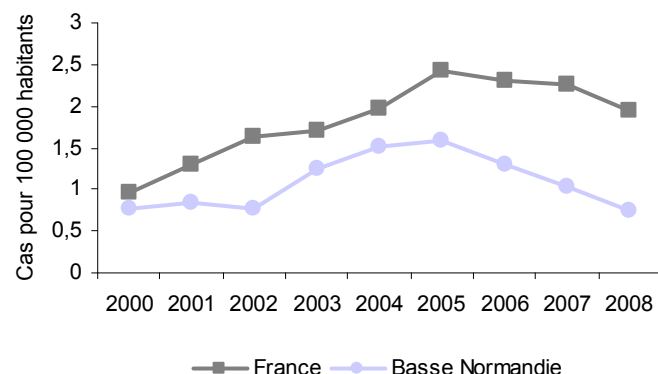
| Tableau 1 |

Répartition du nombre de cas de légionellose déclarés selon le département de domicile et du nombre de décès, Basse Normandie, 2000-2008

Année	Calvados	Manche	Orne	Total Basse-Normandie	Décès Basse-Normandie
2000	9	0	2	11	2
2001	9	2	1	12	3
2002	7	2	2	11	0
2003	12	4	2	18	0
2004	11	6	5	22	4
2005	12	7	4	23	3
2006	10	2	7	19	1
2007	8	3	4	15	1
2008	8	1	2	11	0
Total	86	27	29	142	14

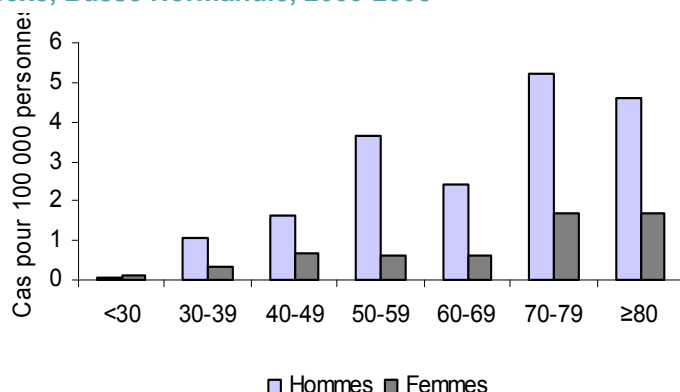
| Figure 1 |

Evolution du taux d'incidence standardisé sur l'âge et le sexe de la légionellose en France et Basse Normandie, 2000-2008



| Figure 2 |

Incidence de la légionellose par classe d'âge et par sexe, Basse Normandie, 2000-2008



4/ FACTEURS PREDISPOSANTS

Un ou plusieurs facteurs prédisposants déjà connus ont été retrouvés chez 73% des cas notifiés sur la période. Le principal facteur était le tabagisme, présent pour 58 cas (41%) et rapporté comme facteur favorisant unique pour 40 cas. Treize pourcent souffraient de diabète (18), 12% d'hémopathie ou de cancer et 11% (15) étaient sous corticothérapie (tableau 2)

| Tableau 2 |

Facteurs prédisposants des 142 cas de légionellose déclarés en Basse-Normandie, 2000-2008

Facteurs prédisposants	Nombre de cas	Pourcentage
Tabagisme	58	41
Diabète	18	13
Cancer ou hémopathie	17	12
Corticothérapie	15	11
Autres facteurs ^a	25	18
Au moins un facteur	104	73

^a : Autres immunosuppresseurs, pathologie cardiaques, respiratoires, éthylisme, VIH

5/ DESCRIPTION DES EXPOSITIONS

Les informations concernant les expositions à risques ont été récoltées par les fiches DO transmises à l'InVS. Entre 2000 et 2008, une exposition à risque lors de la période d'incubation était documentée par la DO pour 73 (52%) cas (tableau 3). Les expositions à risque concernaient principalement les voyages (23%), dont les hôtels et les campings représentaient 73% des cas de cette catégorie, et les hôpitaux (16%).

| Tableau 3 |

Expositions à risques parmi les cas de légionellose survenu en Basse-Normandie, 2000-2008

Expositions	n	%
Voyage ^a	33	23,4
Hôpital	23	16,3
Maison de retraite	9	6,4
Station thermale	2	1,4
Autres expositions ^b	6	4,3
Total des cas ayant au moins une exposition	73	51,8

^a : hôtel, camping, résidence secondaire, autres types de voyages

^b : professionnelle, établissement recevant du public jacuzzi, cas groupés.

6/ CONCLUSION

L'objectif prioritaire de réduction de 50% de l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008, fixé par la loi du 09 août 2004 relative à la Santé Publique semble être atteint en Basse-Normandie passant de 1,51 à 0,75 cas pour 100 000 habitants.

Cette diminution peut être attribuée au travail de l'ensemble des intervenants du risque légionelle. Cependant, il paraît nécessaire de poursuivre les efforts produits, notamment par le contrôle régulier de la prolifération des bactéries dans les installations à risques, particulièrement dans les établissements recevant du public. Pour les professionnels de santé, il est important de rappeler l'intérêt de demander des prélèvements pour culture de germes chez les malades, afin, notamment dans l'investigation de cas groupés, de pouvoir comparer les souches retrouvées chez les malades aux souches environnementales.

Références

- (1) Campese C, Che D. Les légionelloses survenues en France en 2008. Bull Epidemiol Hebd 2009 Aug 25; (31-32):342-3.

Synthèses réalisées par la Cire Ouest : Maxime Esvan

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur : <http://www.invs.santefr/BVS>

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

Rédacteur en chef : Rémi Demillac, coordonnateur scientifique de la Cire Ouest

Maquettiste : Florence Moulai

Comité de rédaction : Bertrand Gagnière, Hélène Tillaut, Yvonnick Guillois-Bécel, Marlène Faisant, Alain Briand, Marie-Anne Botrel, Maxime Esvan

Recueil des données réalisé par : Ddass du Calvados, de la Manche et de l'Orne

Diffusion : Cire Ouest - Cire Normandie - Ars Basse Normandie — Espace Claude Monet — 2 place Jean Nouzille — CS 55035 — 14050 CAEN Cedex 4

Tél. : 33 (0)2 31 70 96 96

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