

Numéro spécial

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire

Martine Charron (martine.charron@ars.sante.fr), Eric Frison, Sandrine Coquet, Gaëlle Gault, Patrick Rolland ; Cire Aquitaine – Remerciements à l'ORS Aquitaine



- Page 2** | Présentation du système de surveillance
- Page 3** | Hépatite aiguë A (2006 à 2009)
- Page 4** | Infections invasives à méningocoques (1995 à 2009)
- Page 6** | Légionellose (1997 à 2009)
- Page 8** | Toxi-infections alimentaires collectives (1996 à 2009)
- Page 11** | Tuberculose (2000 à 2009)
- Page 14** | Infection à VIH et Sida (2003 à 2009)
- Page 19** | Bilan des déclarations de MDO en Aquitaine (1995 à 2009)

Editorial

Patrick Rolland, Responsable de la Cire Aquitaine

En 2011, le dispositif des maladies à déclaration obligatoire (MDO) évolue. Dorénavant, la déclaration des MDO s'effectue auprès de la Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires placée au sein de l'ARS Aquitaine. L'objectif est de consolider le signalement et la notification dans un but de prévention sanitaire, d'investigations et de surveillance épidémiologique.

Afin de renforcer l'évaluation des situations inhabituelles et l'analyse des données de surveillance, la Cire Aquitaine dispose désormais d'un accès direct et en temps réel aux données régionales de la base nationale des MDO. Cet accès est limité pour l'heure à cinq MDO : hépatite aigüe A, infection invasive à méningocoque (IIM), légionellose, rougeole et toxi-infection alimentaire collective (Tiac).

Dans ce nouveau numéro du Bulletin de veille sanitaire (BVS), vous trouverez le bilan annuel des MDO en Aquitaine sur la base des données consolidées de 2009. Une présentation détaillée est fournie pour les sept MDO suivantes : hépatite aigüe A, IIM, légionellose, Tiac, tuberculose, infection à VIH et sida. Nous tenons à remercier l'Observatoire régional de la santé (ORS) Aquitaine pour sa contribution sur le volet des infections à VIH et du sida.

Pour l'année 2009, on observe une hausse du nombre de cas d'hépatite aigüe A et des foyers de Tiac. Plus globalement, on constate une incidence stable des IIM et de la tuberculose, une incidence à la baisse pour la légionellose bien que les premières données 2010 indiquent une reprise, et un nombre de cas de sida qui continue de diminuer.

Concernant les données sur la rougeole, publiées récemment par la Cire¹ et non reprises dans ce BVS, leur analyse en temps réel a permis de rappeler toute l'importance de la vaccination dans la lutte contre les maladies infectieuses. Le bilan de l'épidémie de la rougeole en Aquitaine et le rappel des recommandations vaccinales ont ainsi pu être diffusés par l'ARS à l'ensemble des médecins de la région en collaboration avec l'Ordre des médecins.

Avant de refermer cet édit, un grand merci à l'ensemble des médecins et biologistes déclarants, et aux autres acteurs de la veille sanitaire, au sein de l'ARS notamment, qui permettent de garantir une surveillance épidémiologique renforcée des MDO, pour une optimisation des choix des politiques de santé.

¹ Charron M, Brotons C, Frison E, Parent I, Rolland P. Épidémie de rougeole en Aquitaine – Années 2009-2010. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 6 p. Voir www.invs.sante.fr

Présentation du système de surveillance

1. Les acteurs de la déclaration obligatoire

Le système de surveillance des MDO (Tableau 1) s'appuie sur tous les biologistes (responsables de services hospitaliers et laboratoires d'analyses biologiques médicales) et les médecins libéraux et hospitaliers qui suspectent et diagnostiquent les MDO. Le système est piloté par les médecins inspecteurs de santé publique (Misp) de l'ARS et par les épidémiologistes de l'nVS du siège et en région (Cire). La déclaration a pour objectif de prévenir les risques d'épidémie et d'analyser les tendances temporo-spatiales de ces maladies pour adapter et orienter les mesures de prévention.

2. Le signalement

Le signalement des MDO est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et dorénavant à la Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires placée au sein des ARS (Encadré 1). Les MDO justifiant une intervention urgente, à l'exception de l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos, sont à signaler immédiatement. Cela permet à l'ARS de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective, de déclencher des investigations avec l'nVS et d'identifier l'origine de la contamination afin de la réduire.

3. La notification

La notification est une procédure de transmission de données individuelles à la Plateforme au moyen d'une fiche spécifique par MDO disponible sur www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm. Elle permet à l'nVS 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 par son médecin.

| Tableau 1 |

Liste des 30 MDO

Dossier complet : www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphthérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
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
Tétanos
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

| Encadré 1 |

A qui déclarer les MDO ?

Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

Tél. : 05 57 01 47 90

Fax : 05 67 76 70 12

ars33-alerte@ars.sante.fr

ARS Aquitaine, Espace Rodesse
103 bis rue Belleville, CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

Surveillance de l'hépatite aiguë A (2006 à 2009)

L'hépatite aiguë A est une maladie virale à transmission oro-fécale. La contamination se fait par contact direct de personne à personne ou indirect par consommation d'eau, de coquillages crus récoltés en eau insalubre ou d'aliments contaminés. Elle est le plus souvent d'évolution favorable, bien qu'elle puisse parfois évoluer vers une hépatite A fulminante et être fatale, en particulier chez les sujets âgés. L'incubation varie de 15 à 50 jours. Elle est fréquemment asymptomatique chez l'enfant, et la sévérité augmente avec l'âge, pouvant évoluer jusqu'à la forme fulminante. C'est une maladie à déclaration obligatoire depuis nov. 2005. Un cas est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum. Cette maladie est fréquente dans les pays en voie de développement où elle touche le plus souvent des enfants. Dans les pays où les conditions d'hygiène sont meilleures et l'incidence plus faible, l'hépatite A concerne essentiellement des adultes, chez lesquels elle est plus fréquemment symptomatique et parfois grave.

1. Nombre de cas déclarés et incidence globale

En France, depuis 2006, 5 104 cas d'hépatite aiguë A ont été déclarés. En 2009, l'incidence était de 2,5 cas pour 100 000 habitants (hab.) (n=1 547) contre 1,9 en 2008 et 1,6 en 2007. En Aquitaine, depuis 2006, les déclarations d'hépatite aiguë A représentent 3,2 % des déclarations nationales (soit 164 cas). En 2009, l'incidence a été estimée à 1,9 cas pour 100 000 hab. (n=61), contre 1,3 en 2008 (n=42) et 0,7 en 2007 (n=21). Depuis 2006, la répartition des cas par département est la suivante : 51,2 % en Gironde, 23,2 % en Dordogne, 16,5 % dans les Pyrénées-Atlantiques, 6,1 % dans le Lot-et-Garonne et 3,0 % dans les Landes (Tableau 1). La répartition des déclarations de la maladie ne montre pas de saisonnalité.

| Tableau 1 |

Répartition annuelle des cas d'hépatite aiguë A en Aquitaine et en France de 2006 à 2009

	2006	2007	2008	2009	Total	%
Aquitaine						
Dordogne	8	6	8	16	38	23,2
Gironde	18	12	21	33	84	51,2
Landes	3	1	1	0	5	3,0
Lot-et-Garonne	4	1	0	5	10	6,1
Pyrénées-At.	7	1	12	7	27	16,5
Total	40	21	42	61	164	100,0
France	1 343	1 010	1 204	1 547	5 104	

2. Cas déclarés en Aquitaine en 2009 (n=61)

Parmi les 61 cas déclarés en 2009, 33 cas l'ont été en Gironde, 16 en Dordogne, 7 dans les Pyrénées-Atlantiques, 5 dans le Lot-et-Garonne et aucun dans les Landes. En 2009, 70,5 % des cas étaient des hommes. L'âge médian était de 32 ans (moyenne 34 ans), avec 10 sujets de moins de 15 ans et 3 de plus de 60 ans. Parmi les cas, 47 (77,0 %) ont présenté des symptômes de type asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales ou diarrhées, et 42 (68,9 %) ont présenté un ictère. Une hospitalisation a été nécessaire pour 25 cas (41,0 %). En 2009, 17 cas ont signalé l'existence de cas dans leur entourage (27,9 %), dont la plupart issus de l'entourage familial (76,5 %). Parmi les cas déclarés, 4 ont signalé la présence d'enfants de moins de 3 ans au domicile (6,6 %). Aucun des cas déclarés ne travaillait dans une crèche (sur 46 cas renseignés) et 2 sur 42 renseignés (3,3 %) travaillaient dans un établissement pour personnes handicapées. Sur les 61 cas déclarés, 17 (27,9 %) ont signalé un séjour à l'étranger comme facteur de risque d'exposition (Maroc pour 6, Colombie pour 3, et pour les 8 autres : Algérie, Bulgarie, Cote d'Ivoire, Espagne, Mali-Maroc-Mauritanie, Niger, Tchad, Afrique). Enfin, 9 sujets (14,8 %) ont signalé une consommation de fruits de mer pouvant être à l'origine de l'infection.

3. Cas déclarés en 2010 (données provisoires)

En 2010, 25 cas ont été déclarés en Aquitaine : 15 en Gironde, 5 en Dordogne, 3 dans les Pyrénées-Atlantiques et 1 dans les Landes et dans le Lot-et-Garonne. Il s'agit de données provisoires en cours de validation.

En 2009, l'incidence des cas d'hépatite aiguë A en Aquitaine reste inférieure à l'incidence nationale. Malgré la hausse du nombre de cas, le faible nombre de déclaration et le peu d'années de recul pour la DO ne permettent pas de conclure en termes d'augmentation d'incidence. Au total, 61 cas ont été déclarés dont la moitié en Gironde (proportion stable depuis 2006). Il faut noter que 41 % des cas ont été hospitalisés. Par ailleurs, 30 % des cas ont permis de retrouver des cas groupés. Le facteur de risque d'exposition retrouvé était pour 28 % des cas un séjour à l'étranger, et pour 15 % une consommation de fruits de mer. Il est important d'indiquer que la déclaration des cas permet de mettre en place les mesures d'hygiène limitant la contamination directe et indirecte, et de rappeler aux professionnels de santé et à la population les recommandations vaccinales.

Surveillance des infections invasives à méningocoques (1995 à 2009)

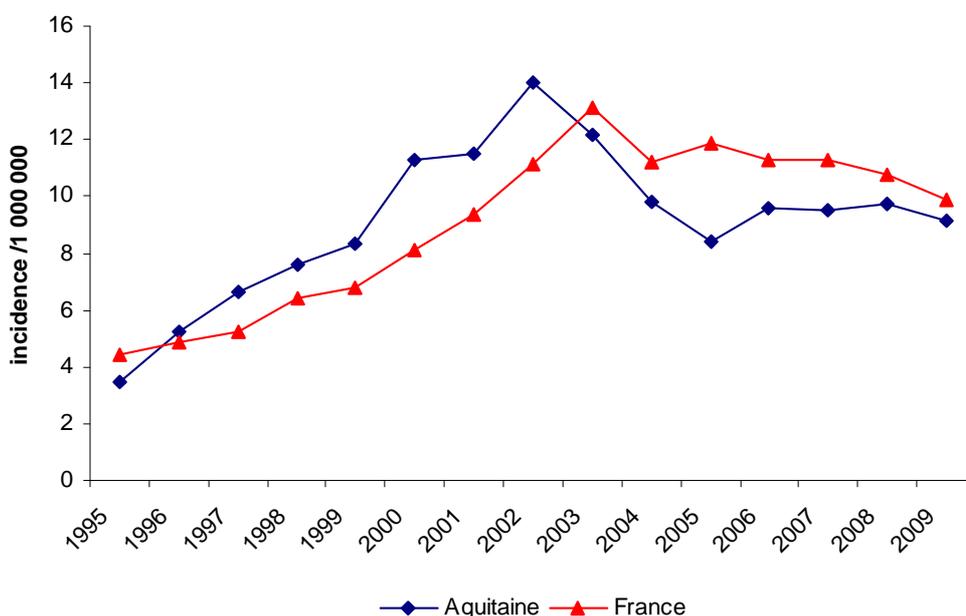
Depuis 2002, toutes les infections invasives à méningocoques (IIM) sont à déclaration obligatoire. La définition des cas a été modifiée du fait des progrès de la microbiologie et correspond à la présence d'au moins un des quatre critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide céphalo rachidien (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 de purpures cutanées quel que soit leur type, soit présence d'antigènes solubles méningococciques dans le LCR le sang ou les urines ;
4. Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome).

En avril 2009, le Haut Conseil de la Santé Publique a recommandé l'introduction de la vaccination anti méningocoque C en France à l'âge de 12 mois avec un rattrapage possible jusqu'à 24 ans. Cette vaccination figure au calendrier vaccinal depuis 2010 (voir BEH n°14-15 du 22 avril 2010). Les résultats présentés ici sont basés sur les déclarations obligatoires reçues par l'InVS. Ces déclarations représenteraient un taux d'exhaustivité de 92 % des cas en 2009 (voir BEH n°31-32 du 27 juillet 2010).

1. Cas notifiés et incidence globale de 1995 à 2009

En Aquitaine, 412 cas d'IIM ont été déclarés entre 1995 et 2009. Ce nombre a été en constante augmentation de 1995 à 2002 puis s'est stabilisé autour de 30 cas annuels pour la région (29 en 2009 pour 624 cas en France métropolitaine). Le temps de notification varie de 0 à 146 jours (médiane 2 jours, moyenne 7 jours). Il tend à diminuer au fur et à mesure des années. En 2009, le délai moyen était de 4,3 jours (médiane : 1 jour). L'incidence des IIM en Aquitaine est supérieure à l'incidence nationale jusqu'en 2002 puis inférieure pour les années 2003 à 2009 (Figure 1).



| Figure 1 |

Incidence annuelle des IIM par million d'habitants en Aquitaine et en France de 1995 à 2009

En 2009, l'incidence est inférieure à l'incidence nationale dans les départements du Lot-et-Garonne et de la Dordogne, supérieure dans les Landes en lien avec l'épidémie survenue dans le sud du département, et de même ordre de grandeur à

l'incidence nationale dans les autres départements de la région (Pyrénées-Atlantiques, Gironde) (Tableau 1).

Incidence annuelle par million d'habitants des IMM en Aquitaine et en France de 1995 à 2009

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aquitaine															
Dordogne	2,6	5,2	0,0	5,2	2,6	12,8	5,1	10,1	12,6	5,0	7,5	4,9	2,5	0,0	4,9
Gironde	5,6	4,7	8,7	6,3	12,4	7,7	9,9	10,5	12,6	13,2	10,9	8,6	9,2	14,2	7,0
Landes	0,0	3,1	3,1	6,2	6,1	15,1	17,9	5,9	17,3	5,7	0,0	11,0	19,0	8,2	21,5
Lot-et-Gar.	0,0	3,3	3,3	3,3	9,8	6,5	6,5	3,2	0,0	3,2	9,4	6,2	6,2	6,2	3,1
Pyrénées-At.	3,4	8,5	10,1	15,1	3,3	18,2	18,1	34,2	14,5	11,2	7,9	15,7	10,9	9,4	12,4
Total	3,5	5,2	6,6	7,6	8,3	11,3	11,5	14,0	12,2	9,8	8,4	9,6	9,5	9,8	9,1
France	4,4	4,9	5,2	6,4	6,8	8,1	9,4	11,1	13,1	11,2	11,9	11,3	11,3	10,8	9,9

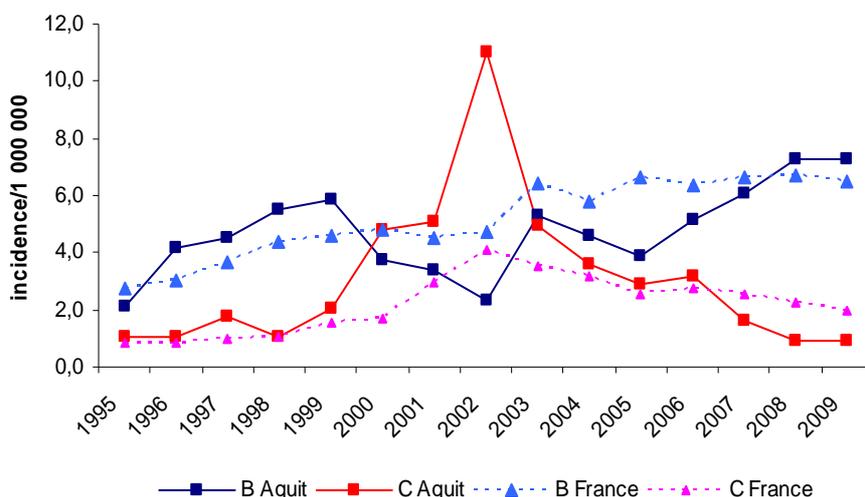
2. Cas signalés en Aquitaine de 1995 à 2009 (n=412)

L'âge des cas sur la période varie de 27 jours à 93 ans (moyenne : 20,8 ans, médiane : 15 ans). Les nourrissons de moins d'un an représentent 14 % des cas et les moins de 5 ans 33,5 %. Les deux tiers des cas déclarés étaient âgés de 20 ans et moins (de 46 % à 100 % selon les années) et l'incidence la plus élevée était retrouvée chez les moins de 5 ans (57,7 pour 1 000 000 ; de 29,8 à 77,9 selon les années). Le sex-ratio M/F était de 1,07 (0,53 en 2009). Le taux de létalité était de 15,1 % (12,9 % pour le séro groupe B et 19,8 % pour le groupe C). En 2009, ce taux était de 7 %. En excluant les cas présentant un purpura fulminans, le taux de létalité tombe à 6,1 %. Un purpura fulminans a été observé chez 31 % des cas et a été responsable de 71 % des décès (40 sur 58), dont les 3 décès de 2006, 5 décès sur 7 en 2007 et les 2 décès de 2009. Il est donc primordial que l'antibiothérapie (injection immédiate de céphalosporine de 3ème génération) soit initiée le plus rapidement possible et si possible au domicile du patient en cas de purpura.

A noter qu'aucun décès n'est survenu en 2008, malgré 30 % de cas avec un purpura (10/31). Le séro groupe B était prédominant jusqu'en 2000. Entre 2001 et 2002, on a observé un pic de séro groupe C qui a entraîné une campagne de vaccination préventive dans les Landes et les Pyrénées-Atlantiques. Depuis 2003, l'incidence du séro groupe C est revenue à un taux inférieur au séro groupe B pour atteindre en 2009 un taux d'incidence de 1,6 pour 1 000 000 habitants soit un taux inférieur au niveau national. L'incidence du séro groupe B a augmenté depuis 2005 et s'est stabilisé depuis 2008 à un taux d'incidence de 7,2 pour 1 000 000 habitants (Figure 2).

3. Cas déclarés en 2010 (données provisoires)

En 2010, 26 cas ont été signalés dont 3 en Dordogne, 12 en Gironde, 5 dans les Landes, 2 dans le Lot et Garonne et 4 dans les Pyrénées Atlantiques. Il s'agit de données provisoires en cours de validation.



| Figure 2 |

Evolution des sérogroupes de méningocoques en France et en Aquitaine de 1995 à 2009

L'analyse des IIM montre une stabilisation des déclarations obligatoires entre 2008 et 2009, sauf pour le département des Landes où une épidémie de méningites à méningocoque B a sévi en 2009 (9 cas). La recommandation vaccinale contre le méningocoque C en 2010 risque de modifier la distribution des différents sérogroupes dans les années à venir.

Surveillance de la légionellose (1997 à 2009)

La légionellose est une infection pulmonaire causée par une bactérie du genre *Legionella*. La transmission se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. Aucune transmission interhumaine n'a été à ce jour démontrée.

Depuis 1987, début de la déclaration obligatoire de la légionellose, la surveillance s'est nettement améliorée. En France, les données récentes ont montré une diminution de l'incidence depuis 2005. Cependant, l'objectif de la loi de santé publique visant à réduire l'incidence de 50 % est loin d'être atteint en 2009. La sensibilisation des partenaires impliqués dans la surveillance et le contrôle de cette maladie doit donc rester une préoccupation constante.

1. Cas notifiés et incidence globale de 1997 à 2009

Depuis 1997, l'incidence est globalement en augmentation aussi bien en France qu'en Aquitaine, pour atteindre en 2009 une incidence de 2 pour 100 000 habitants (Tableau 1).

Au plan national, on note toutefois une baisse du nombre de cas déclarés entre 2005 et 2009 (1 529 cas en 2005, 1 206 cas en 2009). En Aquitaine, on retrouve 37 cas de légionellose en 2009, dont 50 % (19 cas) déclarés en Gironde. Le nombre de cas déclarés dans la région a peu varié entre 2004 et 2008 et a baissé en 2009. Toutefois, d'après les données provisoires de 2010, cette baisse ne semble pas se confirmer. Le pic d'incidence constaté en 2002 en Aquitaine correspond à une épidémie de 31 cas dans un établissement de santé, liée à la contamination d'une tour aéro réfrigérante. En 2007, 4 cas de légionellose nosocomiale ont été déclarés dans le Lot-et-Garonne, et en 2008, une épidémie a touché 8 personnes dans ce même département (Figure 1).

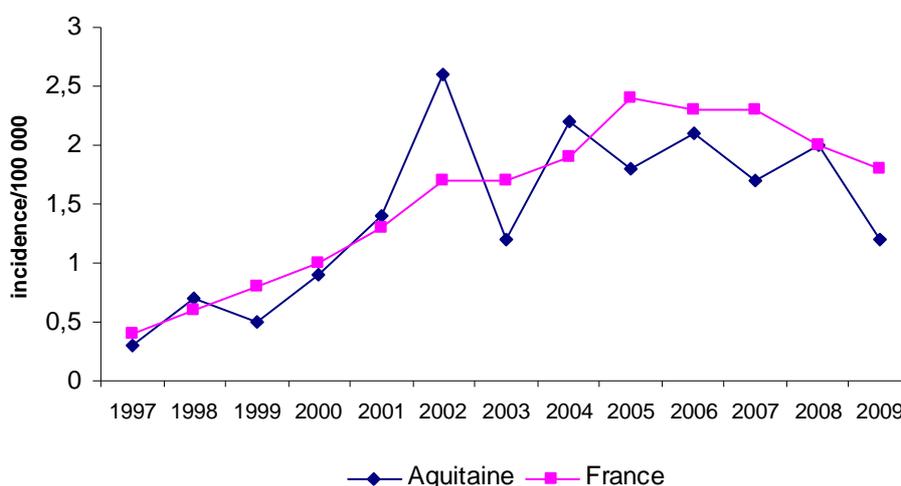


Figure 1
Incidence de la légionellose en Aquitaine et en France de 1997 à 2009

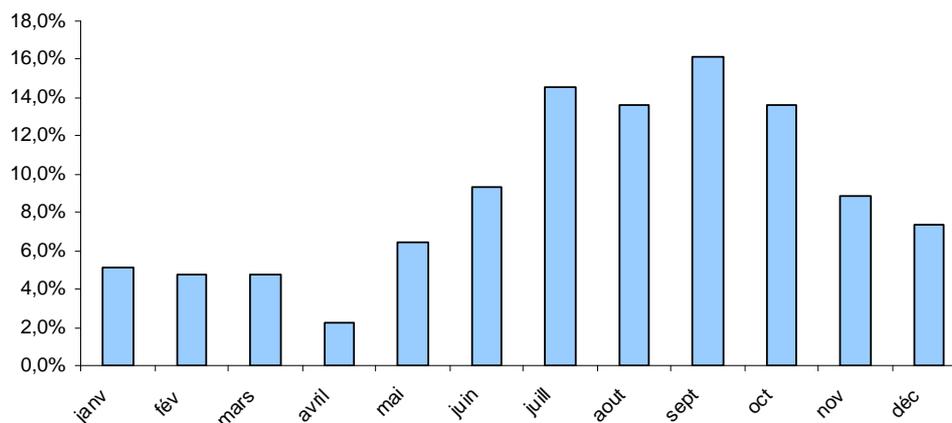
Tableau 1

Incidence annuelle pour 100 000 habitants des légionelloses dans les départements d'Aquitaine et en France. Données Insee de l'année correspondante sauf 2009 (données Insee 2008)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aquitaine													
Dordogne	0,3	0,3	0,5	1,0	1,5	8,4	1,5	2,0	0,7	1,7	1,2	1,5	1,7
Gironde	0,4	0,6	0,4	1,4	2,1	1,9	1,2	2,7	1,6	2,2	1,9	1,5	1,3
Landes	0,3	1,5	0,6	0,3	1,2	1,5	0,9	1,7	2,5	1,7	1,6	1,6	0,3
Lot-et-Garonne	0,0	0,3	0,3	0,7	0,3	1,0	1,0	0,6	1,9	1,9	2,2	4,3	0,0
Pyrénées-Atlantiques	0,3	0,7	0,8	0,2	0,7	0,4	0,3	2,1	2,5	2,5	1,4	2,3	1,5
Total	1,3	2,7	0,5	0,9	1,4	2,6	1,2	2,2	1,8	2,1	1,7	2,0	1,2
France	0,4	0,6	0,8	1,0	1,3	1,7	1,7	1,9	2,4	2,3	2,3	1,9	1,8

2. Cas signalés en Aquitaine de 1997 à 2009 (n=565)

Entre 1997 et 2009, l'âge médian au moment de la survenue de la maladie variait de 51 ans en 1998 à 68 ans en 2003.



| Figure 2 |

Répartition mensuelle des cas de légionellose en Aquitaine de 1997 à 2009

Entre 1997 et 2009, la létalité est passée de 22,2 % à 5,4 % en Aquitaine. Ce taux est deux fois moins élevé que celui retrouvé pour l'ensemble des cas survenus en France (10,4 % en 2009). En Aquitaine, 75 cas sont décédés depuis 1997, dont 2 en 2009.

Un ou plusieurs facteurs favorisants ont été retrouvés dans plus de 65 % des cas en Aquitaine comme sur l'ensemble de la France pendant la période de 1997 à 2009. Parmi les facteurs les plus fréquemment rencontrés, on retrouvait le tabagisme (39 % des cas) et le diabète (12 % des cas).

3. Bactériologie

En 2009, la recherche d'un antigène urinaire a été effectuée dans 98 % des cas en Aquitaine, et lorsque ce test était réalisé, il était positif chez 98 % des patients. Depuis la diffusion de la recherche d'antigène urinaire, les autres techniques de bactériologie sont en diminution. La culture du germe était réalisée dans 13,5 % des cas en 2009 tandis que ce pourcentage s'élevait à 44 % en 1997. Sur la période 1997-2009, les cultures ont été positives dans 73 % des cas lorsqu'elles ont été réalisées.

Le système de surveillance mis en place, avec la déclaration obligatoire et le développement des méthodes diagnostiques, a permis une amélioration de la surveillance des légionelloses en France et en Aquitaine. En France, l'incidence est en baisse depuis 2006. Cette même tendance est observée en Aquitaine sachant que les données provisoires de 2010 montrent une remontée de l'incidence à 2/100 000 habitants (en cours de validation). Des efforts doivent être donc poursuivis, notamment sur la nécessité de pratiquer des cultures de germes chez les malades, afin que le Centre national de référence (CNR) puisse comparer les souches retrouvées chez les malades aux souches environnementales. De même, les expositions des cas communautaires doivent être mieux documentées pour pérenniser cette tendance à la baisse de l'incidence.

Il était de 63 ans en 2009. Sur l'ensemble des cas déclarés depuis 1997, le sex-ratio H/F est de 3. La répartition mensuelle des cas pendant la période montre une saisonnalité marquée avec plus de la moitié des cas diagnostiqués entre juillet et octobre (Figure 2).

La réalisation d'une sérologie est de moins en moins fréquente depuis dix ans. En 1997 et 1998, elle a été effectuée dans la quasi totalité des cas. En 2009, ce dosage a été fait chez seulement 5,4 % des personnes atteintes.

En 2009, *Legionella pneumophila* était mise en évidence chez tous les cas. Le sérotype 1 était le plus fréquent et représentait 98 % des cas.

4. Facteurs d'exposition

Au niveau national, en 2009, on constate l'absence de cas liés à une épidémie et une diminution de la fréquentation des établissements recevant du public par les malades (voir BEH n°31-32 du 27 juillet 2010). L'analyse n'a pas pu être faite en Aquitaine.

5. Cas déclarés en 2010 (données provisoires)

En 2010, 64 cas ont été déclarés dont la moitié dans les Pyrénées Atlantiques. Il s'agit de données provisoires en cours de validation.

Une 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.

En France, la déclaration obligatoire des cas a été mise en place en 1987. Les objectifs sont d'identifier précocement les aliments incriminés et de corriger les erreurs de préparation, que ce soit dans les établissements de restauration collective ou en milieu familial.

La mise en évidence de ces dysfonctionnements permet à terme d'améliorer l'hygiène alimentaire et de prévenir la survenue de cette maladie.

1. Déclaration des Tiac entre 1996 et 2009

Depuis 1996, 9 765 foyers de Tiac ont été déclarés en France dont 418 en Aquitaine. Cela représente 6 414 personnes malades dont 63 hospitalisées et 6 décédées (Tableaux 1 et 2). Les cas déclarés en Aquitaine ont représenté entre 3 % et 6 % des cas déclarés en France selon les années.

Depuis 1996, les principales sources de déclaration en Aquitaine étaient : les médecins hospitaliers (23,4 %) et généralistes (18,9 %), les responsables d'établissement (13,6 %) et l'ARS (13,1 %). Les autres sources étaient le CNR, les laboratoires et les patients. Cette répartition était semblable aux données nationales pour la même période : 23,2 % des déclarations faites par des médecins hospitaliers, 18,8 % par des médecins généralistes, 15,6 % par l'ARS et 10,4 % par des responsables d'établissement.

| Tableau 1 |

Répartition des foyers de Tiac et des cas déclarés en Aquitaine selon le département, et en France, entre 1996 et 2009

	Foyers de Tiac		Cas déclarés	
	n	%	n	%
Aquitaine				
Dordogne	52	12,4	1256	19,6
Gironde	201	48,1	2757	43,0
Landes	53	12,7	1143	17,8
Lot-et-Garonne	31	7,4	505	7,9
Pyrénées-Atlantiques	81	19,4	753	11,7
Total	418	100,0	6 414	100,0
France	9 765		127 359	

| Tableau 2 |

Répartition annuelle du nombre de foyers de Tiac, de cas, de sujets exposés, de sujets hospitalisés et décédés, en Aquitaine entre 2003 et 2009.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aquitaine							
Nb de foyers	24	29	25	33	40	36	54
Nb de cas	173	525	495	333	543	605	852
Nb d'exposés	1 334	2 085	2 372	1 587	3 916	1 928	6 636
Nb d'hospitalisations	18	58	43	14	44	26	34
Nb de décès	1	0	1	0	0	0	2
France							
Nb de foyers	539	614	628	871	995	1 029	1 235

2. Caractéristiques des Tiac en Aquitaine en 2009

En 2009, 54 foyers ont été déclarés dont 27 en Gironde, 9 dans le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques, 5 dans les Landes et 4 en Dordogne. Ces foyers représentaient 852 personnes malades dont 34 hospitalisations (Tableau 2). Deux décès ont été rapportés lors de la survenue de deux foyers de Tiac : l'un est survenu en maison de retraite et l'autre, en institut médico-éducatif.

2.1. Lieu du repas

En 2009, les Tiac en collectivité ont été les plus fréquentes (46,2 % des foyers), et elles ont été responsables également du plus grand nombre de malades avec 53,1% des cas.

Les Tiac parmi les convives de banquet ou de restaurant ont été responsables d'un nombre plus élevé de malades que les Tiac en milieu familial (respectivement 325 cas contre 65 cas) bien qu'elles soient impliquées dans la même proportion de foyers (26,9 % des foyers déclarés pour chacun) (Tableau 3). Le lieu de repas était inconnu pour 2 foyers de Tiac.

2.2. Investigation des cas déclarés en 2009 en Aquitaine

L'investigation a été réalisée par l'ARS seule dans 42,6 % des cas, et conjointement par l'ARS et la Direction départementale de la protection de la population (DDPP), anciennement Direction des services vétérinaires, dans 57,4 % des cas.

| Tableau 3 |

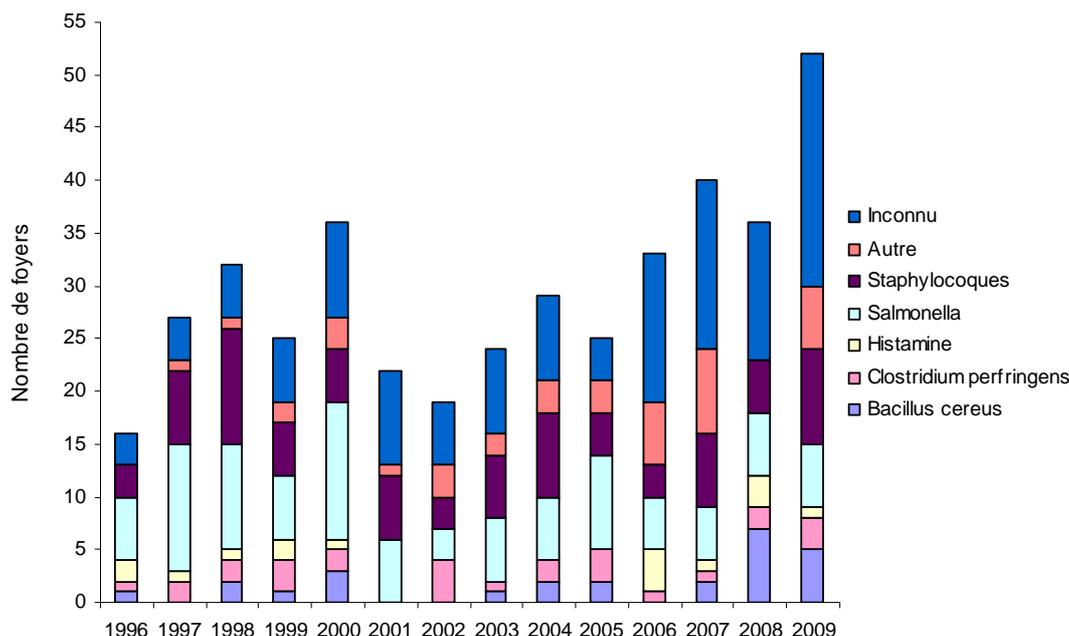
Répartition selon le lieu de repas des foyers (n=52) et des cas de Tiac (n=832) déclarés en Aquitaine en 2009

Lieu de contamination	Foyers de Tiac		Cas	
	n	%	n	%
Collectivité	24	46,2	442	53,1
Familial	14	26,9	65	7,8
Restaurant/banquet	14	26,9	325	39,1
Total	52	100,0	832	100,0

2.3. Facteurs étiologiques retrouvés

En 2009, le germe responsable a été retrouvé dans 32 foyers de Tiac sur 54 (59,3 %). Les agents les plus fréquemment en cause étaient les Staphylocoques (9 foyers, 16,7 %), les Salmonelles (6 foyers, 11,1%), *Bacillus cereus* (5 foyers, 9,3 %) et *Clostridium perfringens* (3 foyers, 5,6 %). Dans 22 foyers (40,7 %), l'agent impliqué était inconnu (Figure 1).

Depuis 1996, les agents responsables de Tiac sont en majorité les Salmonelles (23,8 %) et les Staphylocoques (19,7 %) ; *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens* sont impliqués dans une proportion semblable de Tiac (respectivement 6,3 % et 6,5 % des foyers). Le germe impliqué est resté inconnu dans un foyer sur trois environ (30,5 %).



| Figure 1 |

Distribution des foyers de Tiac selon l'agent responsable (germes et histamine) en Aquitaine de 1996 à 2009

2.4. Les aliments responsables

Depuis 1996, l'aliment responsable de l'intoxication alimentaire a été retrouvé dans 276 foyers (67,6 % des cas). Les aliments les plus fréquemment en cause dans les foyers de Tiac étaient les œufs ou les produits à base d'œufs (25,4 %), suivis de la viande (11,6 %), du poisson (10,1 %), de la volaille (8,7 %), des fromages et des produits laitiers (8,0 %), des coquillages (6,2 %), et enfin de la charcuterie (5,8 %). Cette répartition est assez semblable à celle retrouvée en France.

En 2009, les aliments responsables de foyers de Tiac ont été identifiés pour 59,3 % des foyers. On retrouve notamment les coquillages (n=8), les fromages et produits laitiers (n=5), la charcuterie (n=4), les œufs ou produits à base d'œuf (n=4), la volaille (n=3) et les poissons (n=1).

2.5. Répartition saisonnière

Il existe une variation saisonnière du nombre et des étiologies des foyers. Depuis 1996, la survenue des Tiac a été maximale lors de la période estivale (35 % des cas entre juin et août). Les foyers liés aux Salmonelles sont en recrudescence de mai à octobre avec un pic en août. Plus de la moitié des Tiac liées à l'histamine surviennent en juillet et août. Les Tiac à Staphylocoques ont une répartition plus équilibrée au long de l'année, avec deux pics d'incidence en mai et juillet.

2.6. Dysfonctionnements mis en évidence

En 2009, les facteurs en cause ont été retrouvés dans 16 foyers (29,6 %). Les dysfonctionnements mis en évidence étaient des problèmes de rupture de la chaîne du chaud (n=9), une contamination des matières premières (n=5), un problème d'équipement (n=2), un délai trop long entre la préparation et la consommation des aliments (n=2), un problème de contamination du personnel (n=2) ou enfin une erreur du processus de fabrication (n=1).

Le nombre de déclarations de Tiac est en augmentation en 2009. Celle-ci peut être liée à une amélioration de la déclaration ou une réelle augmentation des Tiac. Dans tous les cas, il convient d'insister sur les mesures permettant d'améliorer le diagnostic étiologique des Tiac : déclaration précoce des foyers de Tiac à l'ARS ou à la DDPP, investigation rapide et coordonnée par l'InVS avec le concours de l'ARS et de la DPPP, prescription de coprocultures incluant la recherche de pathogènes non recherchés en routine et orientée par la clinique. Les recommandations concernant les mesures d'hygiène en restauration doivent être rappelées aux collectivités, qui concentrent une proportion importante des foyers de Tiac.

3. Conclusion

On observe une augmentation des déclarations de Tiac en 2009 avec 54 foyers. Deux décès ont été notifiés chez des personnes vulnérables. Les Tiac en collectivité sont les plus fréquentes avec un nombre plus important de personnes exposées que les Tiac en milieu familial ou restaurant et banquet, et de ce fait un nombre plus importants de malades. Mais la sous-déclaration, notamment en milieu familial, est probable. L'agent impliqué et l'aliment responsable sont retrouvés dans 60 % des cas environ. Cela s'explique par un délai souvent tardif de déclaration, qui est préjudiciable à l'efficacité de l'investigation épidémiologique (biais de mémorisation lors de l'enquête alimentaire) et qui empêche les prélèvements alimentaires. Les investigations biologiques en 2009 ont permis de retrouver des contaminations à Staphylocoques, Salmonelles, *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens*, ainsi qu'un foyer lié à l'histamine.

4. Cas déclarés en 2010 (données provisoires)

En 2010, 35 foyers de Tiac ont été déclarés en Aquitaine : 17 en Gironde, 11 dans les Pyrénées-Atlantiques, 4 en Dordogne, 2 dans les Landes et 1 dans le Lot-et-Garonne. Il s'agit de données provisoires en cours de validation.

Surveillance de la tuberculose (2000 à 2009)

La tuberculose est une maladie transmissible par voie aérienne. Seules les formes pulmonaires et dans certains cas d'autres formes respiratoires de la maladie sont contagieuses. La tuberculose est une MDO depuis 1964 en France. Même si la France est considérée comme un pays de faible incidence pour la tuberculose, cette maladie n'en reste pas moins un problème majeur de santé publique. Elle touche surtout les populations étrangères et défavorisées. Un cas de tuberculose maladie se définit par la présence de signes cliniques et/ou radiologiques évocateurs, ayant nécessité la mise en route d'un traitement antituberculeux, qu'il y ait ou non une confirmation bactériologique (cas confirmé ou probable). Les critères retenus pour la définition des primo-infections tuberculeuses (PIT) latentes chez l'enfant de moins de 15 ans sont l'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine positive (induration > 15 mm si BCG, > 10 mm sans BCG, ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR de moins de 2 ans). Les résultats présentés ici concernent les déclarations de tuberculose maladie, et les PIT latentes chez les moins de 15 ans (depuis 2003), en Aquitaine.

1. Les cas de tuberculose maladie en Aquitaine

1.1. Nombre de cas et formes de la maladie

Au cours de l'année 2009, 178 cas ont été déclarés, ce qui correspond à un taux d'incidence de 5,6 pour 100 000 habitants. L'incidence est globalement stable depuis 2000, entre 4,2 et 6,0 pour 100 000 habitants (Tableau 1). Cette incidence est plus faible que l'incidence nationale (9 pour 100 000 habitants en 2009).

Les formes les plus fréquentes sont les tuberculoses pulmonaires (140 cas en 2009, soit 78,7 % des cas), qui peuvent être soit isolées, soit associées à d'autres localisations. Parmi les 38 formes exclusivement extra-pulmonaires signalées en 2009, on retrouve 18 formes ganglionnaires (localisation hilare ou extra-thoracique), 2 tuberculoses ostéo-articulaires et 1 tuberculose génitale. Dans 75,7 % des cas, la tuberculose a été déclarée par un médecin hospitalier. Les principales autres sources de déclaration étaient les pneumologues libéraux (12,1 %), les biologistes hospitaliers (8,1 %) et les médecins généralistes (1,7 %).

| Tableau 1 |

Nombre de cas et incidence des tuberculoses déclarés en Aquitaine, 2000-2009

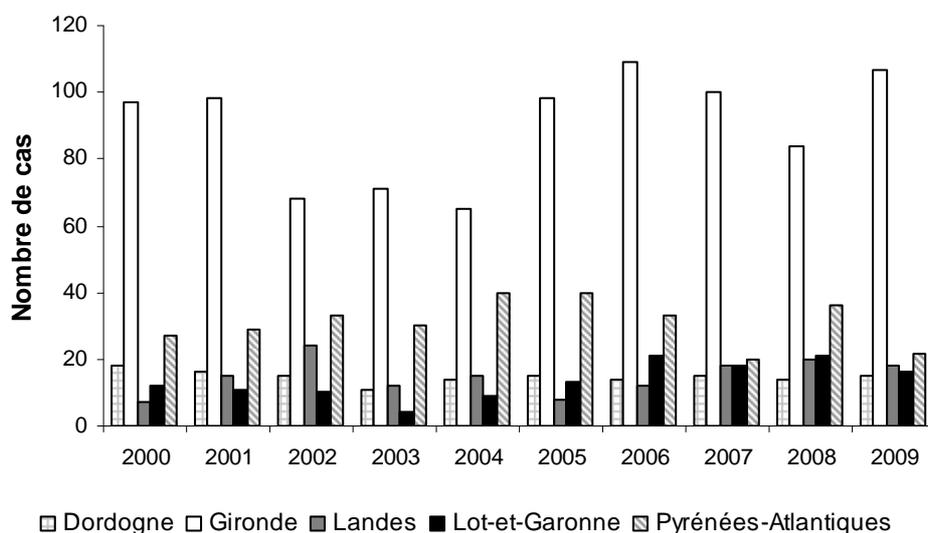
Année de déclaration	Tuberculoses toutes formes		Formes pulmonaires*	
	N	Inc./100 000	N	%
2000	161	5,49	127	78,9
2001	169	5,70	134	79,3
2002	150	5,01	116	77,3
2003	128	4,23	108	84,4
2004	143	4,68	110	76,9
2005	174	5,63	143	82,2
2006	189	6,06	135	71,4
2007	171	5,43	141	82,5
2008	175	5,51	135	77,1
2009	178	5,61	140	78,7

* Forme isolée ou associée à d'autres localisations

1.2. Caractéristiques des cas

Globalement depuis 2000, la majorité des tuberculoses a été déclarée en Gironde. En 2009, 60 % des cas (n=107) ont été déclarés en Gironde, 12,5 % (n=22) dans les Pyrénées-Atlantiques, 9 % dans le Lot-et-Garonne (n=16), 10,1 % dans les Landes (n=18) et 8,4 % (n=15) en Dordogne.

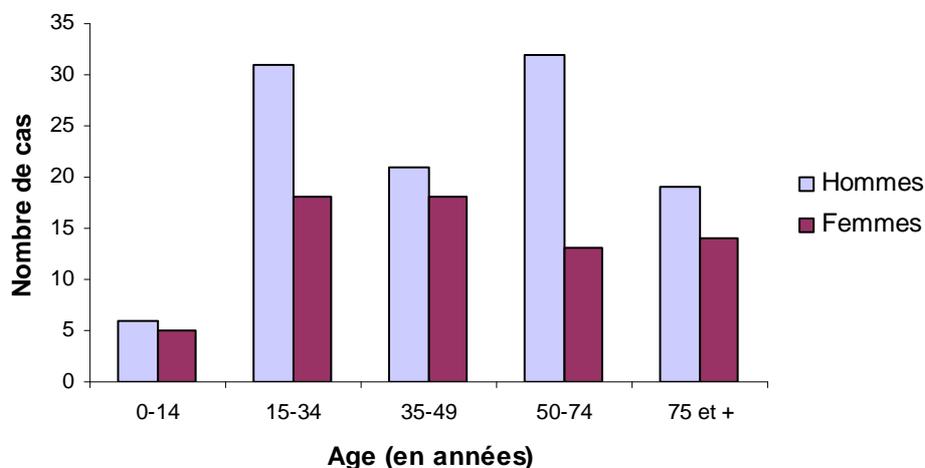
L'incidence des tuberculoses maladies est variable selon le département. En 2009, l'incidence la plus élevée était retrouvée en Gironde (7,5/100 000), puis dans le Lot-et-Garonne (4,9/100 000), suivie des Landes (4,8/100 000), de la Dordogne (3,7/100 000) et des Pyrénées-Atlantiques (3,4/100 000) (Figure 1).



| Figure 1 |
Cas de tuberculose déclarés en Aquitaine, selon le département (2000-2009)

En 2009 en Aquitaine, sur l'ensemble des 178 cas signalés, l'âge médian au moment de la déclaration était de 46 ans ; 14 cas (8 %) avaient moins de 15 ans, et 37 (20,8 %) avaient plus de 75 ans.

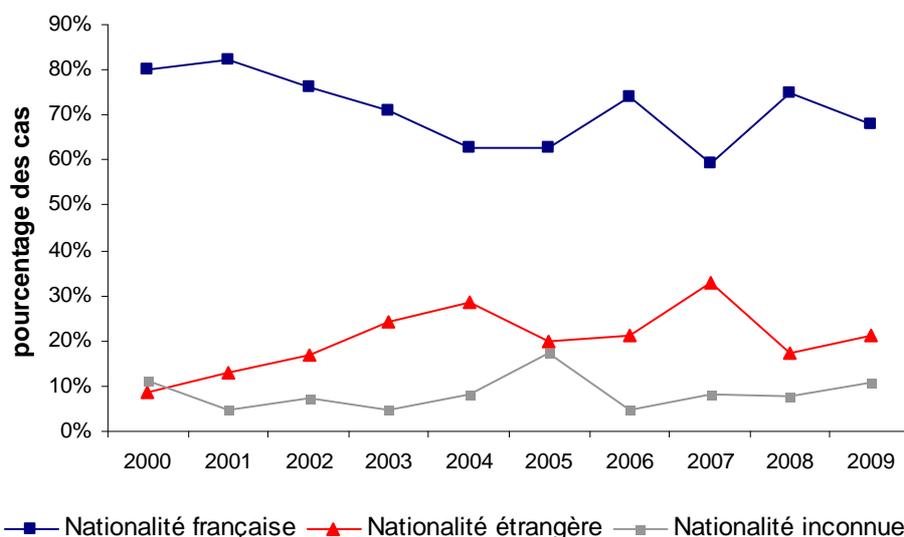
Le sex-ratio H/F était de 1,60 et variait selon la classe d'âge. On comptait 71,1 % d'hommes parmi les 50-74 ans et seulement 57,6 % d'hommes parmi les plus de 75 ans (Figure 2).



| Figure 2 |
Nombre de cas de tuberculose déclarés en 2009 en fonction du sexe et de l'âge

Entre 2000 et 2009, parmi les 1638 cas de tuberculoses déclarés en Aquitaine, 21,4 % (n=351) concernaient des patients d'origine étrangère. Parmi eux, on retrouvait le plus fréquemment des patients provenant de pays européens (36,4 %), d'Afrique du Nord (30,7 %), d'Afrique sub-saharienne (21,4 %), ou d'Asie (6,9 %). Cette répartition est différente de celle observée pour l'ensemble des cas déclarés en France sur la même période : parmi les patients de nationalité étrangère (36 % des cas déclarés en France), on retrouvait en effet une majorité de patients originaires

d'Afrique subsaharienne (35 % des cas d'origine étrangère) ou d'Afrique du Nord (26,8 %). Seuls 15,6 % des étrangers étaient d'origine européenne et 14,4 % d'origine asiatique. Globalement sur la période 2000-2009, on retrouve une diminution du pourcentage de patients de nationalité française parmi les cas signalés en Aquitaine jusqu'en 2007 (80,1 % en 2000, 71,1 % en 2003, 59,1 % en 2007), puis une remontée en 2008 (74,9 %) et une nouvelle baisse en 2009 (68,0 %) (Figure 3).



| Figure 3 |

Répartition des cas de tuberculose maladie en Aquitaine par nationalité (2000-2009)

Depuis 2003, 66 tuberculoses (6 %) sont survenues chez des sujets exerçant une profession à caractère sanitaire et social, et 20 chez des sans domicile fixe (SDF) (1,7 %). En 2009, 12 cas ont été déclarés chez des sujets vivant en collectivité (6,7 %). Les collectivités les plus citées étaient les centres d'hébergement collectif (n=4) et les établissements pour personnes âgées (n=3).

1.3. Résultats biologiques et résistance

Parmi les 1 289 cas de tuberculoses pulmonaires déclarés depuis 2000, 1 179 (91,5 %) ont fait l'objet d'un prélèvement pour examen direct sur frottis d'expectoration. Le résultat est revenu positif pour 60,2 % des cas. Une culture sur prélèvement respiratoire a été effectuée sur 573 patients ayant déclaré une tuberculose pulmonaire et les résultats sont revenus positifs dans 88,1 % des cas. Depuis 2003, 2,6 % des patients ont été déclarés résistants à la rifampicine (contre 3,6 % en France) et 2,5 % (contre 3,0 % en France) à l'isoniazide.

Les résistances aux anti-tuberculeux semblent en diminution ; en 2009 seuls trois cas de résistance aux antibiotiques ont été signalés en Aquitaine tandis qu'en 2005 les taux de résistance étaient respectivement de 10,3 % (n=18) et 11,5 % (n=20) pour ces 2 types de traitements. Ces résultats sont à prendre avec réserve du fait de la non complétude des données.

2. Les PIT latentes chez l'enfant de moins de 15 ans (2003 – 2009)

Sur les 3 526 PIT latentes déclarées en France depuis 2003, seulement 31 ont été déclarées en Aquitaine (2 en 2004, 2 en 2005, 4 en 2006, 4 en 2007, 6 en 2008 et 13 en 2009), dont 18 en Gironde, 6 dans les Landes, 6 en Lot-et-Garonne et 1 dans les Pyrénées Atlantiques. Parmi eux, huit enfants étaient de nationalité étrangère, dont quatre originaires d'Europe. Ces données récentes ne sont pas interprétables, en particulier à cause de l'exhaustivité qui n'est pas estimée et du faible nombre de cas recensés.

L'incidence de la tuberculose en Aquitaine, si elle reste inférieure à celle de la France, ne diminue pas. La proportion de patients étrangers reste inférieure à celle observée au niveau national et sa répartition est différente.

Cet article est extrait du « Point sur... La contamination par le virus du sida en Aquitaine » publié en décembre 2010 par l'Observatoire régional de la santé (ORS) Aquitaine, et reproduit avec leur aimable autorisation. Vous pourrez trouver l'article dans son intégralité sur www.ors-aquitaine.org.

Note méthodologique

Le système de surveillance du sida, animé par l'InVS, est basé sur la notification des cas de sida devenue obligatoire en 1986. Elle repose essentiellement sur la participation des médecins hospitaliers (99,5 %). Une estimation de la sous déclaration des cas diagnostiqués a été réalisée dans les années 1990 ; elle s'élevait alors à 15 % au niveau national avec des variations selon les régions. Une nouvelle estimation a été réalisée en 2004-2006 ; elle s'élève à 34 % au niveau national et est plus importante en Aquitaine (49 %). Il est vraisemblable que le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic du sida soit faible et peu variable entre les personnes. Aussi, les nombres de nouveaux cas de sida notifiés (corrigés de la sous déclaration et des délais de déclaration) doivent être proches de la réelle incidence de la maladie.

La notification des diagnostics d'infection à VIH, mise en place en 2003 et également animée par l'InVS, repose majoritairement sur la participation des médecins cliniciens et biologistes hospitaliers mais implique également les praticiens de ville ; environ un tiers des notifications de biologistes et un quart des notifications de cliniciens sont faites par des médecins de ville. La sous déclaration des diagnostics de séropositivité au VIH a diminué, passant au niveau national de 38 % en 2004 à 31 % en 2009. Depuis 2008, l'InVS considère d'emblée les déclarations établies par les biologistes comme des découvertes de séropositivité (voir BEH n°45-46, 2008) sans attendre le volet médical ; d'après une étude menée sur les années antérieures, il s'avère que 80 % de ces déclarations concernent des nouvelles découvertes. La conséquence est l'augmentation de la part des valeurs non renseignées, notamment le stade clinique et le mode de contamination, informations renseignées par les cliniciens. Les nouvelles découvertes de séropositivité d'une année ne correspondent pas aux contaminations de l'année. Ce serait le cas si tous les diagnostics étaient posés dans un délai court après la contamination.

Ici, **le chapitre sur l'incidence des cas de sida et des nouvelles découvertes de séropositivité repose sur des données corrigées mises à notre disposition par l'InVS**. Elles sont corrigées du délai de déclaration et de la sous déclaration pour les années 2003-2009. Les autres chapitres sont basés sur les données déclarées non corrigées. Dans tous les cas, il s'agit des données arrêtées au 31-12-2009.

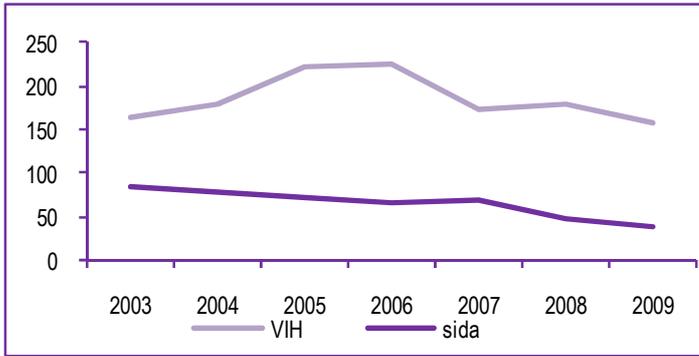
La surveillance de l'activité de dépistage du VIH (laboVIH) concerne l'ensemble des laboratoires d'analyse de biologie médicale de ville et hospitalière. Chaque biologiste collecte le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de sérologies confirmées pour la première fois positives dans son laboratoire.

La surveillance des décès selon la cause est réalisée par l'Inserm au centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC). Les données recueillies sont exhaustives.

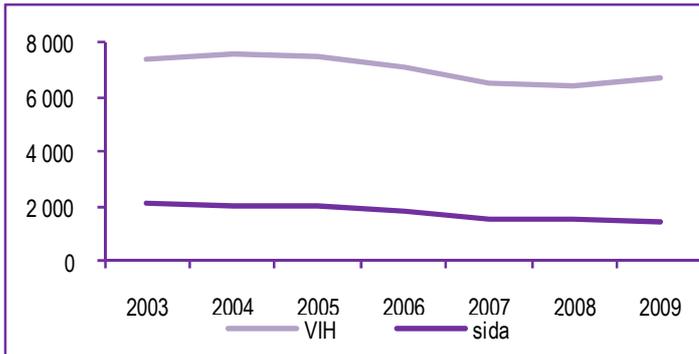
En Aquitaine, d'après les nouvelles estimations de l'InVS, le nombre annuel de nouveaux cas de sida est en moyenne de 40 en 2008-2009, nombre en forte diminution depuis 2003-2004 (80). Le nombre annuel de nouvelles découvertes de séropositivité, de l'ordre de 170 en 2003-2004, a augmenté en 2005-2006 (220) et redescend à 170 en 2008-2009 (Figure 1). Les estimations font état pour l'ensemble de la France de plus de 1 400 nouveaux cas de sida et 6 700 nouvelles découvertes de séropositivité en 2009. Le nombre de nouveaux cas de sida a diminué depuis 2003 alors que celui de nouvelles découvertes de séropositivité au VIH est resté proche de 7 500 jusqu'en 2005 et a diminué ensuite (Figure 1).

En 2008-2009, avec 13 nouveaux cas de sida par million d'habitants, l'Aquitaine se situe au 8^e rang des régions métropolitaines, derrière l'Île-de-France (50) et Provence-Alpes-Côte-D'azur (28). Le taux national est de 23 nouveaux cas par million d'habitants pour la France métropolitaine. Le nombre estimé de nouvelles découvertes de séropositivité s'élève à 53 par million d'habitants, soit un taux proche de la moyenne de France métropolitaine hors Île-de-France (57). Nettement inférieur au taux d'Île-de-France (261), de Paca (93), Midi-Pyrénées (75) et d'Alsace (67), il est cependant plus élevé que dans plusieurs régions (Bretagne, Poitou-Charentes, Nord-Pas de Calais, Picardie, Basse-Normandie, Corse) où le taux est inférieur à 40 nouvelles découvertes par million d'habitants.

En Aquitaine



En France



| Figure 1 |

Évolution des nombres de nouveaux cas de sida et de nouvelles découvertes de séropositivité, en Aquitaine et en France, 2003-2009 ; Source InVS, données au 31/12/09, corrigées du délai de déclaration et de la sous déclaration.

1. VIH

Entre 2003 et 2009, les nouvelles découvertes de séropositivité déclarées d'aquitains concernent 7 fois sur 10 des hommes (63 % en France). Parmi l'ensemble des personnes ayant découvert leur séropositivité, les contaminations par rapports hétérosexuels sont aussi nombreuses que celles par rapports homosexuels (un tiers chacune). En France, la transmission par relations hétérosexuelles est plus représentée (44 %) que celle par relations homosexuelles (23 %). L'augmentation des infections sexuellement transmissibles, notamment à gonocoque, est un préoccupant rappel des pratiques sexuelles à risques. Le mode de contamination non renseigné est d'environ 30 % en Aquitaine et en France. Les autres modes ont un poids faible (3,5 %) (Tableau 1). Les estimations des découvertes de séropositivité par mode de contamination réalisées pour l'ensemble de la France indiquent une progression du nombre de découvertes liées à une contamination homosexuelle.

| Tableau 1 |

Répartition des découvertes de séropositivité selon le mode de contamination et le sexe, en Aquitaine, 2003-2009 (pour 100 découvertes) ; Source InVS, données brutes au 31/12/09

	Hommes	Femmes	Ensemble
Homosexuel/bisexuel	33,0	-	33,0
Hétérosexuel	13,9	19,0	32,9
Autre/inconnu	20,6	10,0	30,6
Autres modes*	3,0	0,5	3,5
Total	70,5	29,5	100,0

* usager de drogues, transfusé en France, mère/enfant, homosexuel/usager de drogues

En Aquitaine, plus de la moitié des découvertes de séropositivité au VIH concerne des personnes âgées de 20-39 ans, plus d'un tiers des personnes de 40-59 ans. Elles sont rares avant 20 ans (4 %) et après 60 ans (7 %). Cette répartition est proche chez les personnes contaminées par des relations homosexuelles ou par des relations hétérosexuelles. Elle est comparable à celle observée en France.

2. Sida

En Aquitaine, les hommes représentent plus des trois quarts des cas de sida déclarés de 2003 à 2009. Les contaminations liées à des relations homosexuelles ou hétérosexuelles sont chacune à l'origine d'environ un tiers de l'ensemble des cas de sida. Les contaminations chez les usagers de drogue ont un poids important (17,5 %). Chez les hommes, la transmission lors de relations homosexuelles est deux fois plus importante que celle par relations hétérosexuelles. Comme pour les découvertes de séropositivité au VIH, parmi les nouveaux cas de sida, les femmes sont moins représentées en Aquitaine qu'en France. Chez les hommes, les nouveaux cas de sida sont plus souvent associés à une transmission lors de relations homosexuelles et moins souvent à une transmission lors de relations hétérosexuelles (Tableau 2). Le poids des contaminations par injection de drogues par voie intraveineuse est deux fois plus élevé en Aquitaine qu'en France

| Tableau 2 |

Répartition des nouveaux cas de sida selon le mode de contamination et le sexe, en Aquitaine, 2003-2009 (pour 100 nouveaux cas) ; source InVS, données brutes au 31/12/09

	Hommes	Femmes	Ensemble
Homosexuel/bisexuel	35,9	-	35,9
Hétérosexuel	17,1	15,7	32,8
Usager de drogues	12,9	4,6	17,5
Autre/inconnu	7,4	2,2	9,6
Autres modes*	3,7	0,5	4,2
Total	77,0	23,0	100,0

* homosexuel/usager de drogues, transfusé en France, mère/enfant

3. Un retard au dépistage plus important chez les personnes contaminées lors de relations hétérosexuelles

Au cours de la période 2003-2009, parmi les aquitains ayant découvert leur séropositivité au VIH, 14 % ont appris en même temps qu'ils étaient malades du sida. À l'opposé, pour 12 %, la séropositivité a été diagnostiquée lors de la phase de la primo infection qui suit la contamination. Le stade clinique n'était pas renseigné pour un quart des notifications de séropositivité (Tableau 3).

Les personnes contaminées lors de relations hétérosexuelles découvrent plus tardivement leur séropositivité au VIH que les hommes contaminés lors de relations homosexuelles.

| Tableau 3 |

Répartition des nouvelles découvertes de séropositivité selon le mode de contamination et le stade clinique en Aquitaine, 2003-2009 ; source InVS, données brutes au 31/12/09

	Mode homo- sexuel/ bisexuel (%)	Hétéro Sexuel (%)	Ensemble (%)
Primo infection	22,6	9,9	11,7
Asymptomatique	44,5	52,1	37,9
Sympt. non sida	11,7	12,4	10,2
Stade sida	12,0	17,0	14,0
Non renseigné	9,2	8,6	26,2
Total	100,0	100,0	100,0

Le test d'infection récente, qui permet de déterminer si la contamination a eu lieu moins de 6 mois auparavant, a été réalisé chez près de 80 % des personnes découvrant leur séropositivité (70 % en France). En Aquitaine comme en France, environ 30 % des tests ont confirmé une contamination récente. Cette proportion est plus élevée chez les personnes contaminées lors de relations homosexuelles (41 % en Aquitaine, 47 % en France) que chez celles contaminées lors de relations hétérosexuelles (28 % en Aquitaine, 21 % en

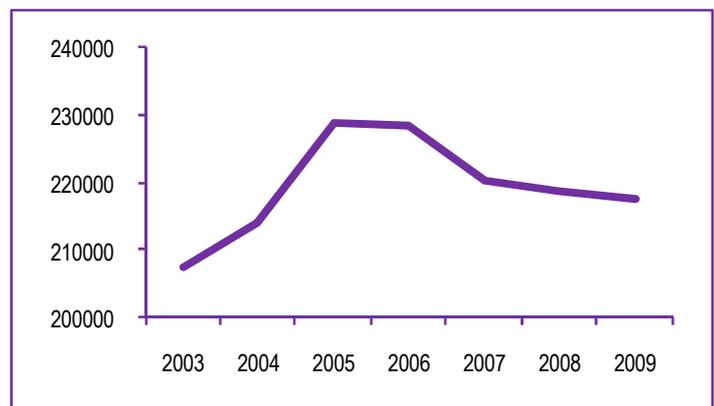
France). Parmi les cas de sida diagnostiqués en 2003-2009, 70 % n'ont pas bénéficié de traitement antirétroviral. Il s'agit souvent de personnes qui ne savaient pas qu'elles étaient contaminées par le VIH (43 %) ou de personnes qui se sachant contaminées n'ont pas reçu de traitement. Plus d'un quart des personnes chez qui le sida a été diagnostiqué en 2003-2009, étaient traitées par antirétroviraux avant l'entrée dans la maladie (Tableau 4).

| Tableau 4 |

Cas de sida diagnostiqués en 2003-2009 selon la connaissance de la séropositivité et la prise d'un traitement ; source InVS, données brutes au 31/12/09

	Aquitaine (%)	France (%)
Séropositivité ignorée	43,3	35,4
Séropositivité connue et sans traitement	27,2	28,7
Séropositivité connue et avec traitement	26,3	34,1
Non renseigné	3,2	1,8
Total	100,0	100,0

Le nombre estimé de personnes testées pour le VIH, y compris dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de la région a augmenté entre 2003 et 2005 et reste stable depuis 2007, autour d'environ 218 000 (Figure 2). Rapportées à la population régionale, les 217 600 sérologies réalisées en 2009 correspondent à 69 tests pour 1 000 habitants, proportion comparable à la valeur moyenne nationale hors Île-de-France. Cette proportion est plus élevée en Île-de-France et Paca (environ 105 pour 1 000). La proportion de tests positifs est de 1,3 pour 1 000 en 2009 dans la région (1,4 en 2005). En France, ce taux est de 2,2 en 2009 (4,5 en Île-de-France).

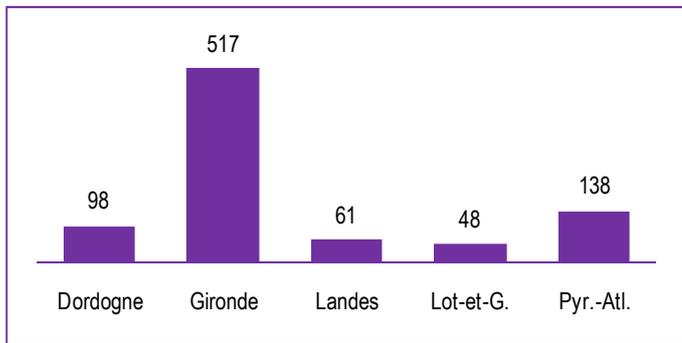


| Figure 2 |

Nombre estimé de personnes testées pour le VIH en Aquitaine ; source InVS, données LaboVIH, estimations 09/2010

4. Dans les départements aquitains

Parmi l'ensemble des découvertes notifiées de séropositivité¹ de la région, 60 % concernent des Girondins, 16 % des personnes des Pyrénées-Atlantiques, 11 % de Dordogne, et 7 et 6 % des habitants des Landes et du Lot-et-Garonne (Figure 3).



| Figure 3 |

Nombre de découvertes de séropositivité au VIH notifiées à l'InVS de 2003 à 2009, région Aquitaine ; source InVS, données brutes au 31/12/09

Parmi les découvertes de séropositivité au VIH, la part des modes de contamination non renseignés est particulièrement élevée dans deux départements, le Lot-et-Garonne (près de la moitié) et la Gironde (34 %). Elle est à l'opposé beaucoup plus faible pour les Pyrénées-Atlantiques (20 %). La part des modes de transmission par relations homosexuelles est beaucoup plus élevée dans les Pyrénées-Atlantiques (43 %) que dans le Lot-et-Garonne (17 %). Ces répartitions très différentes, ajoutées aux faibles effectifs de nouvelles découvertes notifiées, sont des éléments empêchant de faire un bilan objectif de la situation de l'épidémie du VIH à l'échelle départementale (Tableau 5).

Dans l'ensemble des cas de sida notifiés depuis 1986 à l'InVS, la part des contaminations liées à des relations sexuelles entre hommes est nettement plus importante que les autres modes en Gironde et dans les Landes. En Dordogne, c'est celle des contaminations liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse qui est plus élevée (Tableau 6).

¹ Ces données sont celles notifiées à l'InVS au 31/12/09. Celles des années 2008 et 2009 sont incomplètes du fait du délai entre le diagnostic et l'arrivée de la notification à l'InVS. Elles sous-estiment les nombres de nouvelles découvertes du fait de la sous-déclaration, 31 % d'entre elles n'étant pas notifiées en Aquitaine. Sans information sur la régularité de cette sous-estimation dans les 5 départements, il faut considérer ces nombres comme des valeurs minimales.

| Tableau 5 |

Répartition des nouvelles découvertes de séropositivité notifiées par mode de contamination et par département en région Aquitaine, 2003-2009 ; source : InVS, données brutes au 31/12/09

	Dordogne (%)	Gironde (%)	Landes (%)	Lot-et-Garonne (%)	Pyrénées-Atlantiques (%)	Aquitaine (%)
Homosexuel/bisexuel	33,7	31,9	27,9	16,7	43,4	32,8
Hétérosexuel	31,6	31,7	41,0	37,5	31,9	32,7
Usager de drogue injectable	5,1	2,2	4,9	2,1	5,1	3,1
Autres modes/non renseigné	29,6	34,2	26,2	43,7	19,6	31,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

| Tableau 6 |

Répartition des cas de sida notifiés par mode de contamination et par département en région Aquitaine, 1986-2009, source InVS, données brutes au 31/12/09

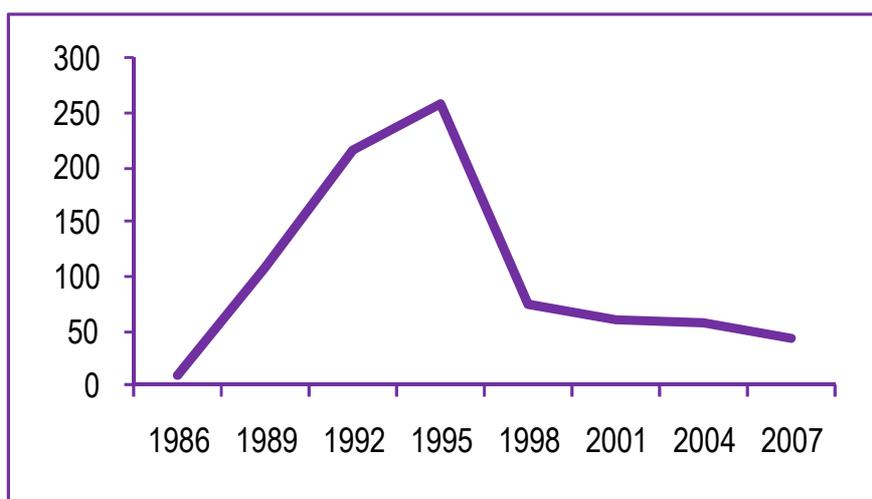
	Dordogne (%)	Gironde (%)	Landes (%)	Lot-et-Garonne (%)	Pyrénées-Atlantiques (%)	Aquitaine (%)
Homosexuel/bisexuel	27,1	39,6	42,9	33,3	37,4	38,0
Hétérosexuel	17,1	14,9	17,5	11,4	16,4	15,3
Usager de drogue injectable	36,2	28,1	23,0	32,3	31,7	29,4
Autres modes/non renseigné	19,6	17,3	16,6	22,9	14,5	17,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5. Une diminution des décès

Les décès correspondent aux codes B20-B24 (maladies dues au VIH) et Z21 (infections asymptomatiques par le VIH) de la CIM-10.

Les premiers décès dus à l'infection par le VIH sont enregistrés en 1987. Trente décès d'Aquitains sont enregistrés cette année là. Le nombre atteint 287 en 1995 et descend à 84 en 1997 ; il reste proche de 60 jusqu'en 2003 et passe en-deçà de 50 depuis 2005 (43 en 2007). L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale (Figure 4).

En 2006-2008, le taux standardisé de mortalité par maladie due au VIH est de 2,1 pour 100 000 chez les hommes et 0,6 chez les femmes. Ces taux classent l'Aquitaine au 4^e rang des régions de France métropolitaine chez les hommes et au 5^e chez les femmes. Entre 1997-1999 et 2006-2008, le taux standardisé a plus fortement diminué en Aquitaine (- 49 % chez les hommes et - 40 % les femmes) qu'en France métropolitaine (- 38 % et - 29 %).



| Figure 4 |

Nombre annuel moyen de décès dus à l'infection par le VIH en Aquitaine de 1985-87 à 2006-08, source Inserm, CépiDc

Bilan des déclarations de MDO en Aquitaine (1995 à 2009)

Le bilan n'est pas exhaustif sur toutes les MDO et porte sur celles pour lesquelles des données épidémiologiques sont disponibles.

	< 1995	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Botulisme	7 ¹	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	3	1	17
Brucellose	0	6	1	7	3	2	1	1	4	0	2	1	0	0	1	0	29
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	/	8	1	0	1	1	2	6	1	7	3	6	4	5	2	4	51
Hépatite aiguë A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	40	21	42	61	164
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	/	/	/	/	/	/	/	/	/	2	5	6	4	6	1	2	26
Infection à VIH	/	/	/	/	/	/	/	/	/	115	140	154	131	134	87	123	884
Sida	1 828 ²	282	193	84	74	85	66	55	36	43	40	36	34	35	23	18	2 932
Infection invasive à méningocoque³	/	10	15	19	22	24	33	34	42	37	30	26	30	30	31	29	412
Légionellose	/	/	0	9	19	15	26	42	77	36	66	56	66	54	62	37	565
Listériose	/	/	/	/	/	17	21	14	12	14	25	17	17	33	19	22	211
Rougeole	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0	1	14	136	151
Tétanos	/	/	3	0	0	3	2	1	1	3	1	0	2	1	0	0	17
Toxi-infection alimentaire collective	/	/	16	27	32	25	36	22	19	24	29	25	33	40	36	54	418
Tuberculose	/	/	/	/	/	/	161	169	150	128	143	174	189	171	175	178	1 638
Tularémie	/	/	/	/	/	/	/	/	0	0	0	1	3	2	5	1	12
Total	1 835	316	245	165	173	196	381	378	385	446	515	529	584	564	532	666	7 910

¹ Botulisme : 7 cas entre 1991 et 1994

² Sida : 1 828 cas entre 1982 et 1994

³ Erratum : les chiffres d'IIM indiqués dans le bilan du BVS n°4 de juin 2010 sont erronés

/ : Donnée manquante en l'absence de déclaration obligatoire ou de données épidémiologiques disponibles

Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine

Tél. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95 - Courriel : ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du BVS sur : www.invs.sante.fr et sur www.ars.aquitaine.sante.fr

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

Rédacteur en chef : Patrick Rolland, Responsable de la Cire Aquitaine

Rédacteur en chef adjoint : Gaëlle Gault

Maquettiste : Isabelle Teycheney

Comité de rédaction : Bénédicte Aldabe, Christine Castor, Dr Martine Charron, Sandrine Coquet, Dr Véronique Servas