

Bulletin de veille sanitaire — N°2-PC / septembre 2010

Maladies à déclaration obligatoire

Synthèse de la surveillance dans le Poitou-Charentes en 2008

Marie-Eve Raguenaud, Myriam Taouqi, Ursula Noury, Anne Thuret, Philippe Germonneau.

Cellule de l'InVS en Régions Limousin et Poitou-Charentes

| Editorial |

Philippe Germonneau, Responsable de la Cire Limousin Poitou-Charentes

Ce deuxième numéro du BVS est consacré à nouveau aux maladies à déclaration obligatoire (MDO). Le premier numéro brossait un tableau des MDO déclarées en Poitou-Charentes jusqu'en 2007, décrivant l'évolution et les caractéristiques des cas sur plusieurs années. Il rappelait également les objectifs de déclaration de chacune des pathologies présentées.

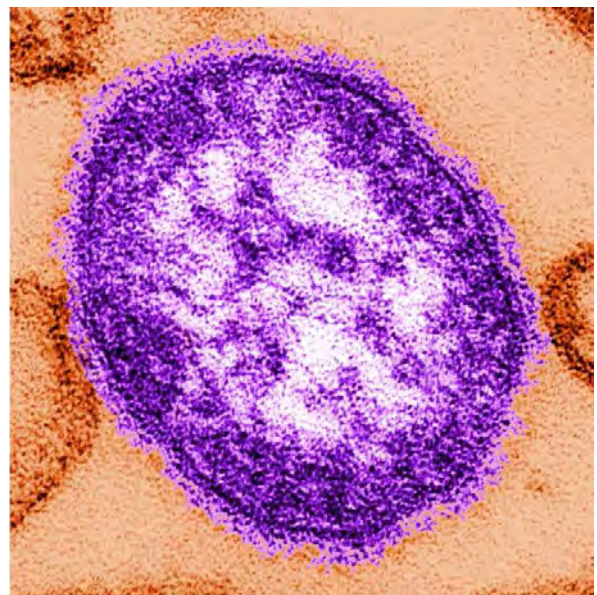
Ce BVS N°2 propose une analyse détaillée des MDO déclarées en 2008, dernières données validées disponibles. L'analyse a été réalisée à partir du fichier national pour la période du 01/01/2008 au 31/12/2008. Les données de population proviennent des estimations 2008 fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

L'année 2008 a été marquée par la recrudescence des déclarations de cas de rougeole, particulièrement en Deux-Sèvres et Charente-Maritime ; la fréquence toujours élevée des foyers de TIAC sur le littoral ainsi qu'une augmentation nette des cas de tularémie, deux particularismes partagés dans le grand-ouest.

La surveillance épidémiologique des MDO avec les partenaires du réseau de santé publique s'inscrit aujourd'hui dans le cadre de la restructuration et du renforcement du dispositif de veille sanitaire régionale. Faire face aux situations d'alerte sanitaire est une des toutes premières missions de la nouvelle Agence Régionale de Santé.

La réussite de cette entreprise passe par une refonte de la veille sanitaire au niveau régional. La construction d'une plateforme de veille sanitaire en est un des outils d'amélioration. Elle matérialisera cette évolution essentielle de l'organisation dans la région, par :

- un point d'entrée unique pour tout signal sanitaire produit dans la région ;
- une réception permanente des signaux ;
- une analyse et une gestion des signaux par des professionnels dédiés à la veille sanitaire ;
- une traçabilité et un partage des informations par tous les acteurs de la veille sanitaire au sein de la région.



Virus de la rougeole en microscopie électronique en transmission.

|Sommaire|

Page 1 | Editorial |

Page 2 | Rougeole |

Page 4 | Légionellose |

Page 5 | Listériose |

Page 6 | Toxi-infections alimentaires collectives |

Page 8 | Infection invasive à méningocoque |

Page 9 | Fièvres typhoïde et paratyphoïde |

Page 10 | Tuberculose |

Page 11 | Hépatite A |

Page 12 | Hépatite aiguë B |

Page 13 | Infection VIH et sida |

Page 15 | Tularémie |

Page 16 | Tableau récapitulatif des maladies à déclaration obligatoire en 2008 |

1/ Introduction

L'élimination de la rougeole en 2010 est un des objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la région européenne. En France, un plan national d'élimination a été mis en place en 2005, fixant notamment un objectif de couverture vaccinale de 95 % à l'âge de 2 ans. Ainsi, la rougeole est redevenue en juin 2005 une maladie à déclaration obligatoire (DO). La notification de la rougeole a pour objectif national de détecter les cas groupés, de mesurer les progrès vers l'élimination, de faciliter les actions de prévention et enfin, d'établir les incidences départementale, régionale et nationale, ainsi que les tendances et les principales caractéristiques épidémiologiques de la rougeole.

2/ Définitions de cas

- **Cas clinique** : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée à une éruption maculopapuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.
- **Cas confirmé** :
 - biologiquement : patient ayant présenté des signes cliniques et pour lequel un ou plusieurs critères de confirmation biologique étaient présents (détection d'IgM spécifiques* dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* et/ou PCR positive et/ou culture positive)
 - épidémiologiquement : cas clinique ayant été en contact avec un cas confirmé dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption.

* en l'absence de vaccination récente

3/ Résultats

Nombre de cas notifiés et classification des cas

En 2008, 40 cas cliniques de rougeole ont été notifiés à l'InVS. Trente-neuf cas ont été retenus dans l'analyse : 14 cas (36 %) étaient confirmés biologiquement, 2 cas étaient confirmés épidémiologiquement (5 %) et 23 cas étaient des cas cliniques (59 %).

Distribution géographique et temporelle

Les cas se répartissent dans 3 des 4 départements de la région : 82 % des cas notifiés (32 cas) étaient originaires des Deux-Sèvres, 6 de la Vienne et 1 de Charente-Maritime. 92 % des cas (36 cas) ont eu une date d'éruption entre octobre et décembre 2008.

Description des cas selon le sexe et l'âge

Le sex-ratio H/F des cas déclarés était de 0,95, l'âge moyen et médian de 10 ans (extrêmes : 8 mois – 26 ans). Seuls 10 % des cas avaient 20 ans et plus.

Confirmation biologique

Parmi les 14 cas confirmés biologiquement, tous ont eu une détection d'IgM sériques, la mise en évidence d'une séroconversion en IgG a été effectuée pour 3 patients et la détection d'ARN viral (dans la salive, le nasopharynx ou le sérum) chez 3 patients. Aucun patient n'a été confirmé par la détection d'IgM salivaires par le CNR.

Hospitalisation

Sept cas ont été hospitalisés (17,5%) : 4 étaient confirmés biologiquement, 3 étaient des cas cliniques. Trois des cas hospitalisés ont présenté des complications (pneumopathies). Aucun cas d'encéphalite aiguë post-rougeoleuse et aucun décès lié à la rougeole n'ont été rapportés.

Statut vaccinal des cas

L'information sur le statut vaccinal était disponible pour 92 % des cas (36 cas). Les cas pour lesquels l'information n'était pas disponible étaient âgés de 24 mois, 14 et 15 ans. Parmi les patients ayant un statut vaccinal renseigné et étant susceptible d'avoir déjà reçu au moins une dose de vaccin, 31 (86 %) n'étaient pas vaccinés, 3 (8 %) avaient reçu une dose, 1 cas avait reçu deux doses.

Origine de la contamination

Trente cas (76 %) ont rapporté avoir eu un contact avec un cas de rougeole dans les 7 à 18 jours précédant l'éruption. Le principal lieu de contamination rapporté était au sein de la famille pour 15 cas, à l'école pour 14 et dans un autre lieu sans précision pour 1 cas.

4/ Discussion

En 2008, 39 cas de rougeole ont été notifiés en Poitou-Charentes dont une majorité dans le département des Deux-Sèvres qui faisait alors partie des 5 départements ayant un taux d'incidence des cas déclarés 5 fois supérieur au taux national avec un taux de 8,8 cas pour 100 000 habitants.

Les données de 2008 montrent que les cas en Poitou-Charentes sont majoritairement jeunes (90 % avaient moins de 20 ans). Cette population était insuffisamment vaccinée puisque 86 % des personnes susceptibles d'avoir reçu au moins une dose n'étaient pas vaccinées.

L'origine de la contamination fait apparaître qu'elle a majoritairement lieu à l'école, compte tenu de l'âge des cas, et au sein de la famille. Peu de cas ont été hospitalisés et aucune forme grave n'a été observée.

En 2009, l'épidémie a gagné la Charente-Maritime qui s'est distinguée au niveau national par un taux d'incidence élevé de 12,4 cas pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence a continué de croître en Deux-Sèvres en 2009 à 9,7 cas pour 100 000 habitants. Pourtant, même si des actions de sensibilisation à la DO ont été conduites auprès des professionnels de santé, il a été montré, lors de l'investigation de cas groupés en 2009, que les chiffres de DO sous-estimaient l'incidence réelle.

Epidémie nationale de cas de rougeole de 2008 à 2010

Alors que la circulation du virus semblait assez limitée en 2006 et 2007, une résurgence de la maladie en France a été observée au printemps 2008. L'épidémie s'est poursuivie et intensifiée sur toute l'année 2009 et début 2010. Ainsi, en 2009, le nombre de rougeoles déclarées en France métropolitaine s'élevait à 1 544, ce qui correspondait à un taux d'incidence de 2,5/100 000 habitants. Pour les cinq premiers mois de 2010, 1 972 cas ont déjà été recensés dont 137 pour la région Poitou-Charentes (données disponibles au 21 juin 2010).

Compte-tenu de ce contexte épidémique, la surveillance s'axe aujourd'hui davantage sur celle des cas groupés définis par la survenue de 3 cas ou plus de rougeole parmi lesquels au moins un cas a été confirmé biologiquement, dans une même zone géographique et sur une période de temps limitée (le nombre de cas est ramené à 2 cas ou plus si les cas fréquentent une même collectivité). De plus, cette situation très préoccupante doit conduire à renforcer les activités de vaccination contre la rougeole des jeunes enfants ainsi que celles du rattrapage des enfants, adolescents et jeunes adultes telles que recommandées dans le calendrier vaccinal.

Vaccination contre la rougeole

Recommandations 2010 du Haut conseil de la santé publique

La recommandation actuelle de vaccination contre la rougeole (avec un vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole) est l'administration d'une 1^{ère} dose à 12 mois et d'une 2^{ème} dose entre 13 et 24 mois.

Un programme de rattrapage cible les enfants et adolescents nés en 1992 et au-delà pour atteindre deux doses (jusqu'à 18 ans en 2010) et les adultes nés entre 1980 et 1991 pour atteindre une dose (19 à 30 ans en 2010).

Une circulaire de la Direction générale de la santé fixe des recommandations spécifiques de vaccination autour d'un cas ou de cas groupés (Circulaire N°DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés).

Vaccination des professionnels de santé

Les personnes nées avant 1980 non vaccinées et sans antécédents de rougeole (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, qui exercent les professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave, doivent recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.

1/ Introduction

La surveillance de la légionellose en France repose sur la déclaration obligatoire, mise en place en 1987 et sur le Centre national de référence des *Legionella* lorsqu'une souche clinique a été isolée. La déclaration permet de détecter d'éventuels cas groupés, de connaître l'incidence de la maladie, les tendances et les principales caractéristiques épidémiologiques des cas.

2/ Définitions de cas

- *Cas probable* : pneumopathie associée à un titre d'anticorps élevé (≥ 256).
- *Cas confirmé* : pneumopathie associée à au moins 1 des critères suivants :
 - l'isolement de *Legionella spp* dans un prélèvement clinique ;
 - ou à l'augmentation du titre d'anticorps ($\times 4$) avec un 2e titre minimum de 128 ;
 - ou à une immunofluorescence directe positive ;
 - ou à la présence d'antigène soluble urinaire.

3/ Résultats

Nombre de cas déclarés en 2008

En 2008, 29 cas de légionellose ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 9 respectivement en Charente et dans la Vienne, 8 en Charente-Maritime, et 3 dans les Deux-Sèvres. Tous les cas étaient domiciliés dans le département de notification, à l'exception d'un cas dans chaque département. Ces 4 cas étaient résidents à l'étranger pour 2 d'entre eux, en Haute-Loire et en Indre.

Répartition par sexe et par âge

Le sex-ratio H/F était de 3,1.

L'âge médian et moyen des cas déclarés était de 66 ans (étendue = 40-93 ans).

Répartition par date de début des signes

Pour 20 cas sur 29, soit 69 %, la date des premiers signes se situait entre le 1er mai et le 31 septembre.

Clinique

Tous les cas présentaient une pneumopathie confirmée radiologiquement.

Diagnostic biologique

Les 29 cas étaient des cas confirmés. Vingt-huit cas avaient été confirmés par antigène soluble urinaire associé à une culture pour 9 d'entre eux, et à une PCR pour 1 d'entre eux. Un cas était confirmé par sérologie. Pour les 29 cas, l'espèce était *Legionella pneumophila*. Il s'agissait du sérotype 1 pour 28 cas et du sérotype 56 pour 1 cas.

Facteurs de risque

Parmi les 29 cas notifiés, 17 présentaient au moins un facteur de risque pour la maladie. Le tabagisme était retrouvé chez 10 patients et rapporté comme seul facteur favorisant pour 3 d'entre eux (tableau 1).

Hospitalisation et évolution clinique

Vingt-huit cas ont été hospitalisés. Le délai médian et moyen entre la date de début des signes et l'hospitalisation, calculé à partir des 28 données disponibles était de 4 jours (étendue = 0-14 jours).

Parmi les 29 cas déclarés, 27 ont guéri, 1 est décédé, 1 était toujours malade lors de la notification.

4/ Discussion

Les données de la déclaration obligatoire montrent une diminution de l'incidence de la légionellose en France depuis 2006. Cette baisse

pourrait être attribuable en partie aux nombreux efforts réalisés pour la maîtrise du risque légionelles par l'ensemble des intervenants (conception des réseaux d'eau, meilleure identification des sources potentielles de contamination, meilleure prévention du risque au niveau des installations à risque, notamment les tours aéro-réfrigérantes ...).

En Poitou-Charentes, le nombre de cas déclarés a atteint son maximum en 2006 (47 cas déclarés) et est resté comparable en 2008 (29 cas déclarés) au niveau observé en 2007 (27 cas déclarés). La saisonnalité observée au niveau national (période de mai à octobre) était retrouvée au niveau régional.

La recherche de *Legionella* par la mise en culture de prélèvements broncho-pulmonaires (expectorations, aspiration trachéale, lavage broncho-alvéolaire ...) est recommandée devant tout cas de légionellose et reste encore limitée en Poitou-Charentes (réalisée seulement chez un tiers des cas en 2008).

| Tableau 1 |

Facteurs favorisants des cas de légionellose déclarés en Poitou-Charentes en 2008.

Facteurs favorisants (non mutuellement exclusifs)	N
Tabagisme	10
Cardiopathie	6
Diabète	4
Cancer/hémopathie	2
Ethylisme	2
Corticoïdes / immunosuppresseurs	1
Pathologie rénale	1
Au moins 1 facteur	17

Diagnostic de la légionellose

(Source : *Le risque lié aux légionelles. Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Juillet 2005. Ministère de la Santé et des Solidarités, DGS, CSHPF*)

La recherche d'antigènes solubles urinaires est primordiale pour poser un diagnostic rapide précoce. Elle reste possible même après un traitement antibiotique adapté. L'inconvénient majeur de cette méthode est que les tests actuellement commercialisés ne détectent que *Legionella pneumophila* sérotype 1 ; ce sérotype est néanmoins responsable d'environ 90 % des légionelloses. Un test urinaire négatif n'exclut donc pas une légionellose, notamment à une autre espèce ou sérotype de légionelles.

La recherche de *Legionella* par la mise en culture de prélèvements broncho-pulmonaires (expectorations, aspiration trachéale, lavage broncho-alvéolaire ...) est recommandée devant tout cas de légionellose. Cette culture doit notamment être systématique devant toute positivité de la recherche d'antigènes urinaires. Elle est indispensable pour confirmer les cas groupés et aider à identifier la source de contamination, par comparaison moléculaire de la souche clinique avec les souches environnementales.

1/ Introduction

La surveillance de la listériose est réalisée en France par la déclaration obligatoire, mise en place en 1998, et les données du Centre national de référence des *Listeria* qui centralise et caractérise les souches de *Listeria monocytogenes* provenant des laboratoires de microbiologie.

L'objectif de la DO est de recueillir des informations sur les aspects cliniques et sur la consommation alimentaire du patient afin de pouvoir identifier les éléments communs (aliments, chaîne de magasins...) entre des patients infectés par des souches considérées comme identiques par le CNR, le but final étant de pouvoir remonter à une éventuelle source commune de contamination.

2/ Définitions de cas

- Un *cas confirmé* correspond à l'isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement clinique (sang, LCR, liquide amniotique, placenta ...).

- Un *cas materno-néonatal* concerne une femme enceinte, un « produit » d'avortement, un nouveau-né mort-né ou un nouveau-né de moins de 1 mois. Lorsqu'une souche est isolée chez une femme enceinte et son nouveau-né, un seul cas est comptabilisé.

- Un *cas non materno-néonatal* est un cas n'appartenant pas à un des groupes ci-dessus.

3/ Résultats

Nombre de cas déclarés en 2008

En 2008, 6 cas de listériose ont été notifiés en Poitou-Charentes, tous de forme non materno-néonatale. Au total, 2 cas ont été notifiés dans la Vienne et 1 cas dans chacun des autres départements de la région. Tous les cas résidaient dans le département de notification.

Répartition par sexe et par âge

Il s'agissait de 4 hommes et 1 femme. L'âge moyen était de 73 ans (médiane = 71 ans, étendue = 55-80 ans).

Répartition par date de début des signes

Pour 4 cas, la date de début des signes était comprise entre les mois de juin et de septembre inclus.

Type de la maladie

Trois cas présentaient une bactériémie/septicémie, 1 cas une forme neuroméningée et un cas une autre forme (pleurésie).

Diagnostic biologique

Quatre cas avaient été confirmés par hémoculture, associée pour l'un d'entre eux à un prélèvement de LCR. Un des cas avait été confirmé par une ponction pleurale.

Facteurs de risque

Tous présentaient une pathologie sous-jacente, associée pour 2 d'entre eux à la prise d'un traitement immunosuppresseur (corticoïdes pour 1 cas, type de traitement non précisé pour l'autre cas).

Hospitalisation et évolution clinique

Parmi les 4 cas pour lesquels la variable était renseignée, aucun n'était hospitalisé depuis plus de 10 jours au moment du diagnostic. Quatre des 5 cas sont décédés, dont 3 présentaient une forme bactériémique /septicémique. Les cas décédés avaient tous une pathologie sous-jacente.

4/ Discussion

Le nombre de cas de listériose déclarés en France est de 200 à 300 par an en France (276 en 2008). En Poitou-Charentes, le nombre de cas de listériose déclarés chaque année entre 1999 et 2008 variait de 0 à 10.

L'évolution clinique de 4 des 5 cas notifiés en Poitou-Charentes montre la gravité potentielle de la maladie. La meilleure prévention pour les sujets à risque, notamment les sujets immunodéprimés consiste à éviter la consommation des aliments les plus fréquemment contaminés (fromages au lait cru, poissons fumés, coquillages crus...) et à respecter les règles de conservation, cuisson suffisante et hygiène lors de la manipulation et de la préparation des aliments.

1/ Introduction

Les buts de la surveillance des Tiac à travers la déclaration obligatoire sont :

- d'identifier précocement l'aliment à l'origine de la Tiac et, le cas échéant retirer de la distribution l'aliment incriminé ;
- de corriger les erreurs de préparation dans les établissements de restauration collective et en milieu familial ;
- de réduire la contamination des matières premières (mesures de prévention dans les élevages, abattage des troupeaux de poules pondeuses contaminées, etc.).

2/ Définitions

Une Tiac est définie comme la survenue d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

On distingue les foyers de Tiac :

- *confirmés* : lorsque l'agent est isolé dans un prélèvement d'origine humaine (sang/selles) ou dans des restes alimentaires ou des repas témoins ;
- *suspectés* : lorsque l'agent pathogène n'a pas été confirmé; il est alors suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation étiologique prenant en compte les signes cliniques, la durée médiane d'incubation et le type d'aliments consommés ;
- *d'étiologie inconnue* lorsque l'agent pathogène n'a été ni confirmé ni suspecté à l'aide de l'algorithme.

3/ Résultats

Source de déclaration

La source de déclaration était des médecins généralistes (25 %), des médecins hospitaliers (22 %), des responsables d'établissement (institut médico-social, cantine scolaire ...) (16%), des Ddass (13%), le CNR (6%) ; le reste par d'autres sources.

Nombre de Tiac et de cas et répartition géographique

En 2008, 32 Tiac ont été déclarés en Poitou-Charentes représentant près de 3 % des foyers de Tiac en France. On observe une grande variabilité entre les départements avec 50 % des Tiac déclarées en Charente-Maritime et très peu dans la Vienne (Tableau 1). Le nombre médian de cas par foyer était de 11 cas (étendue : 2-100).

Gravité des cas

En 2008, la fréquence d'hospitalisation était de 7 % (32 sur 477 cas).

Aucun cas n'est décédé.

| Tableau 1 |

Nombre de foyers de Tiac et de cas par département, Poitou-Charentes, 2008

Département de repas	Foyers		Cas	
	N	%	N	%
16 - Charente	5	16	158	33
17 - Charente-Maritime	16	50	193	40
79 - Deux-Sèvres	9	28	115	24
86 - Vienne	2	6	11	2
Poitou-Charentes	32	100	477	100
France	1124		12 549	

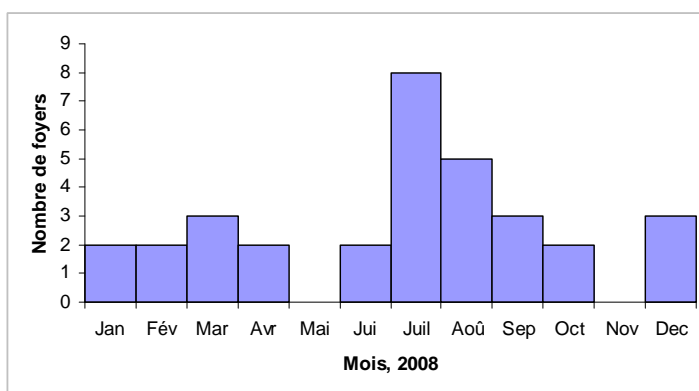
Agents responsables

L'agent étiologique a été confirmé dans 7 foyers et suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation dans 11 autres foyers. Les agents confirmés ou suspectés étaient: *Salmonella* (8), *Bacillus cereus* (7), *Clostridium perfringens* (1), histamine (1), virus (1).

Des aliments ont pu être incriminés ou suspectés pour 14 foyers de Tiac : œufs (6), viande (2), charcuterie (1), volaille (1), poisson (1), coquillage (1), et autres aliments non spécifiés (2).

Répartition mensuelle des foyers

On observe une recrudescence des Tiac en période estivale, en juillet et août (Figure 1).



| Figure 1 |

Nombre de foyers de Tiac déclarés en Poitou-Charentes en 2008 en fonction du mois d'exposition.

Lieu de survenue

Au total, 31% des foyers de Tiac sont survenus en milieu familial, 25 % dans un restaurant, 13 % dans un institut médico-social, et 31 % dans d'autres collectivités (entreprise (9%), cantine scolaire (6%), banquets (6%), centre de loisirs (3%) ...).

Facteurs ayant contribué à la survenue de la Tiac

Au moins un facteur ayant contribué à la survenue de la Tiac a été identifié dans 6 foyers. Les facteurs en cause retrouvés étaient : le non-respect des températures (6), une erreur dans le processus de préparation (4), un délai important entre la préparation et la consommation (3), et un problème lié au personnel (1). Parmi les 11 foyers ayant fait l'objet d'un rapport, 2 ont donné lieu à la mise en œuvre de mesures de contrôle et de prévention (information, ...).

4/ Discussion

L'augmentation du nombre de Tiac déclarées en Poitou-Charentes depuis 2003, a connu un ralentissement en 2008 (38 cas en 2007). La majorité des Tiac ont été déclarées dans le département de Charente-Maritime. Au niveau national, la période 2006-2008 a été marquée par un quasi doublement du nombre de déclarations de Tiac.

Seulement 56 % des Tiac ont donné lieu à une recherche étiologique. Il conviendrait d'améliorer le diagnostic étiologique des Tiac par la prescription des coprocultures lors de leur survenue, en incluant la recherche de pathogènes non recherchés en routine comme les *Campylobacter*, les *E.coli* enterohémorragiques (EHEC) lorsque la clinique oriente vers ce type d'agent.

Les efforts d'application des recommandations concernant la restauration doivent être poursuivis et renforcés notamment dans les restaurants et les institutions médico-sociales où le nombre de Tiac était important en Poitou-Charentes.

1/ Introduction

La surveillance des IIM repose sur la DO et la caractérisation des souches invasives au Centre national de référence des méningocoques. Le signalement des cas d'IIM permet de mettre en œuvre des mesures pour prévenir l'apparition de cas secondaires parmi les contacts proches du patient.

2/ Définitions de cas

Définition de cas d'IIM probables et confirmés (depuis juillet 2002) :

Tout patient répondant à l'un des 4 critères suivants:

1. isolement de *Neisseria meningitidis* d'un site normalement stérile ou d'une lésion cutanée purpurique;
2. présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR;
3. présence d'un purpura fulminans;
4. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) associé à un des éléments suivants: a) présence d'éléments purpuriques cutanés, b). présence d'antigènes solubles méningococciques dans le LCR, sang ou urines.

3/ Résultats

Nombre de cas déclarés en 2008

En 2008, 18 cas d'IIM ont été déclarés en Poitou-Charentes. Le taux d'incidence des IIM était le plus élevé en Vienne, suivi par la Charente (tableau 1).

| Tableau 1 |

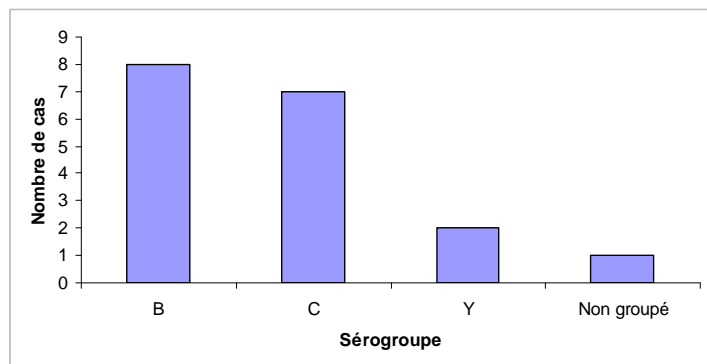
Nombre de cas domiciliés en Poitou-Charentes et taux d'incidence des infections invasives à méningocoque par département, 2008

Départements	Nombre de cas par département de domicile*	Taux d'incidence pour 100 000 habitants
Charente	4	1,1
Charente-Maritime	4	0,7
Deux-Sèvres	2	0,5
Vienne	9	2,4

* 1 cas déclaré hors région PC

Caractéristiques des cas

Au total, 28 % des cas avaient moins de 5 ans. Cinq cas ont présenté une forme sévère, le purpura fulminans, parmi les 14 cas pour lesquels l'information était renseignée. Aucun décès n'a été signalé. Deux cas (12 %) ont gardé des séquelles. Parmi les 5 cas avec purpura fulminans, 3 avaient reçu une injection d'antibiotique en traitement précoce. Le sérotype B était prédominant (47 %), suivi du sérotype C (41 %) et Y (12 %) (figure 2).



| Figure 2 |

Distribution des sérotypes identifiés chez les cas d'IIM déclarés en Poitou-Charentes, 2008

A partir des données des fiches DO, il est estimé qu'autour d'un cas, le nombre médian de personnes traitées par chimioprophylaxie dans l'entou-

rage proche du cas était de 11 (trois cas avec plus de 100 personnes traitées dans l'entourage). En collectivité, ce chiffre était de 9 (deux cas avec plus de 35 personnes traitées dans l'entourage).

Autour d'un cas d'infection par un sérotype pour lequel des vaccins sont disponibles (A,C,W135,Y), le nombre médian de personnes vaccinées dans l'entourage proche était de 33 (trois cas avec >60 personnes).

4/ Discussion

En 2008, aucune situation épidémique ou hyperendémique n'a été identifiée dans la région. L'incidence régionale (1,0 cas pour 100 000 habitants) était comparable à l'incidence nationale en 2008 (1,2 cas pour 100 000 habitants).

Depuis 2005, la baisse de l'incidence des IIM en France est principalement liée à une diminution de l'incidence des IIM C. En 2009, le sérotype B restait prédominant avec une létalité identique (10%) à celle des IIM C. Les enfants de moins de 5 ans représentent une part importante des cas d'IIM.

Une souche particulière d'IIM B: 14:P1.7,16 identifiée en Charente en 2009

Une souche particulière de méningocoque du groupe B, le clone B : 14 : P 1.7, 16 , a été impliquée dans l'hyperendémie documentée en Seine-Maritime (incidence en 2008 supérieure à 3 cas pour 100 000 habitants). L'incidence était devenue nulle depuis fin 2008 jusqu'août 2009, suite à une campagne de vaccination par le vaccin MenBvac®. Fin 2008, l'incidence de cas d'IIM B:14:P1.7,16 a augmenté dans une zone de la Somme, suggérant l'émergence d'un nouveau foyer d'hyperendémicité.

Depuis juillet 2009, 2 cas d'IIM B:14:P1.7,16 ont été signalés en Charente. Une surveillance attentive et renforcée des IIM dans ce département est en cours.

Vaccination contre l'IIM C

Recommandations générales 2010 du Haut conseil de la santé publique

La vaccination systématique avec une seule dose de vaccin méningococcique C conjugué est recommandée chez tous les nourrissons âgés de 12 à 24 mois.

Durant la période initiale de mise en place de cette stratégie et en attendant son impact optimal par la création d'une immunité de groupe, l'extension de cette vaccination systématique jusqu'à l'âge de 24 ans révolus est aussi recommandée selon le même schéma vaccinal à une dose.

Vaccins disponibles et schémas vaccinaux

Le vaccin méningococcique C conjugué permet la vaccination :

- de l'enfant à partir de l'âge de 1 an, de l'adolescent et de l'adulte, avec une injection unique ;
- du nourrisson de moins de 1 an, s'il est contact d'un cas, avec deux doses à au moins 2 mois d'intervalle et un rappel au cours de la deuxième année de vie en respectant un intervalle d'au moins 6 mois après la deuxième dose.

1/ Introduction

La surveillance des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes repose sur la déclaration obligatoire et sur le sérotypage des souches effectué par le Centre national de référence des *Salmonella*.

La déclaration obligatoire permet la détection de cas groupés pouvant être liés par une source commune, notamment dans le cadre d'une TIAC, l'étude des caractéristiques de la maladie, et le suivi des tendances évolutives.

2/ Définitions de cas

Un cas *confirmé* correspond à un tableau clinique évocateur de fièvre typhoïde ou paratyphoïde associé à un isolement de *Salmonella Typhi*, *Paratyphi A*, *B* ou *C*, quel que soit le site d'isolement.

Les sérologies positives et les infections à d'autres sérotypes de *Salmonella* (*Typhimurium*, *Enteritidis*, ...) quel que soit le site d'isolement, ne donnent pas lieu à notification.

3/ Résultats

Nombre de cas déclarés en 2008

En 2008, 2 cas de fièvres paratyphoïdes ont été notifiés en Poitou-Charentes : 1 cas de fièvre paratyphoïde A importé en Charente-Maritime et 1 cas de fièvre paratyphoïde B dans la Vienne.

Répartition par sexe et par âge

Il s'agissait d'un homme et d'une femme âgés respectivement de 56 et 21 ans.

Répartition par date de début des signes

Les signes cliniques avaient débuté pendant les mois de décembre et de juin.

Diagnostic biologique

Le diagnostic avait été fait par un prélèvement de selles pour 1 cas et par hémoculture pour l'autre cas.

Mode de contamination

Le mode de contamination était connu pour un des 2 cas qui rapportait un séjour en zone d'endémie (Inde) au cours du mois précédant le début des symptômes.

Hospitalisation et évolution clinique

Les deux cas ont été hospitalisés et ont eu une évolution clinique favorable.

4/ Discussion

L'incidence des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes est très faible en France (0,20 cas pour 100 000 habitants en 2008). Les cas déclarés sont en grande majorité (85 % en 2008) des cas sporadiques importés de zones endémiques. En 2008, le Maroc, l'Inde et le Sénégal étaient aux premiers rangs des pays d'acquisition probable des cas importés déclarés en France.

En Poitou-Charentes, le nombre de fièvres typhoïdes et paratyphoïdes déclarées chaque année depuis 2000 était compris entre 0 et 2.

La vaccination contre la fièvre typhoïde est recommandée avant un voyage en zone endémique, particulièrement pour les enfants et les jeunes adultes, et quand le séjour est prolongé, dans les pays où l'hygiène est précaire. Le vaccin protège contre la fièvre typhoïde provoquée par *Salmonella typhi*. Il ne confère pas de protection contre les infections causées par *Salmonella paratyphi* ou d'autres salmonelles non typhoïdiques.

Vaccination des voyageurs contre la fièvre typhoïde (Recommandations 2010 du Haut conseil de la santé publique)

Le vaccin contre la fièvre typhoïde peut être administré à partir de l'âge de 2 ans.

Le schéma vaccinal comprend une injection 15 jours avant le départ.

La durée de protection est de 3 ans.

1/ Introduction

La notification permet d'analyser et de suivre l'évolution de la tuberculose au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales. Les cas de tuberculose maladie doivent faire l'objet d'une déclaration d'issue de traitement.

2/ Définitions de cas

Cas confirmé de tuberculose maladie: maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture

Les mycobactéries du complexe tuberculosis comprennent :

M. tuberculosis ; M. bovis ; M. africanum ;

M. microtti ; M. canetti ; M. caprae ; M. pinnipedii.

Cas probable de tuberculose maladie: (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard

Les données du recensement de 1999 (disponibles en janvier 2010) ont été utilisées pour les calculs des incidences par lieu de naissance (Insee).

3/ Résultats

Nombre de cas déclarés en 2008

En 2008, 71 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Poitou-Charentes (soit 4,1 cas pour 100 000 habitants), sans grande variabilité entre les départements (Tableau 1).

Sexe et âge

| Tableau 1 |

Nombre de cas de tuberculose et taux pour 100 000 habitants par département de déclaration, Poitou-Charentes, 2008

Départements	Nombre de cas déclarés	Incidence des cas déclarés pour 100 000 habitants
Charente	13	3,7
Charente-Maritime	23	3,8
Deux-Sèvres	16	4,4
Vienne	19	4,5

Parmi les cas de tuberculose maladie déclarés en 2008 en Poitou-Charentes, 39 (55 %) étaient des hommes et 32 (45 %) des femmes. L'âge médian était de 45 ans (54 ans pour les hommes et 62 ans pour les femmes). Aucun cas de tuberculose maladie n'a été déclaré parmi les enfants de moins de 15 ans. Les proportions de cas les plus élevées concernaient les plus de 75 ans (34 % des cas déclarés) et les adultes de 40 à 59 ans (27 %). L'incidence la plus élevée concernait les plus de 75 ans (12,9 cas pour 100 000) (Tableau 2).

Origine géographique

En 2008, le lieu de naissance était renseigné pour 94 % des cas de tuberculose déclarés. La majorité des personnes concernées étaient nées en France (68 %) (tableau 2).

Vie en collectivité

Parmi les 63 personnes (89 %) pour lesquelles l'information était renseignée, 8 % vivaient en collectivité au moment de la déclaration de la tuber-

| Tableau 2 |

Nombre de cas déclarés de tuberculose et taux en fonction des principales caractéristiques de cas, Poitou-Charentes, 2008

	Nb de cas (%)	Incidence des cas déclarés pour 100 000 habitants
Total	71	4,1
Hommes	39 (55%)	4,6
Femmes	32 (45%)	3,5
<15 ans	0	0
15-24 ans	3 (4%)	1,5
25-39 ans	13 (18%)	4,2
40-59 ans	19 (27%)	3,9
60-74 ans	12 (17%)	4,5
>75 ans	24 (34%)	12,6
Nés en France	48 (68%)	2,8
Nés à l'étranger	19 (27%)	45,3
Non renseigné	4 (6%)	NA
Nés en Europe (hors France)	5	NA
Nés en Afrique subsaharienne	7	NA
Nés en Afrique du Nord	5	NA
Nés en Asie	2	NA

NA : non applicable

culose (centre d'hébergement collectif, établissement pour personnes âgées, et établissement pénitentiaire).

Caractéristiques cliniques

Parmi tous les cas déclarés en 2008, 51 (72 %) avaient une tuberculose pulmonaire (associée ou non à une autre localisation), et 28 % une tuberculose exclusivement extra-pulmonaire. Les formes pleurales et ganglionnaires intra-thoraciques représentaient 40 % des tuberculoses exclusivement extra-pulmonaires. Deux cas de formes sévères (méningée et miliaire) ont été déclarés chez des personnes de plus de 75 ans.

Les résultats de culture en début de traitement étaient renseignés pour 76 % des cas déclarés et étaient positifs pour 83 % d'entre eux. Les cas potentiellement contagieux en début de traitement (cas pulmonaires à microscopie positive ou à culture positive sur prélèvement respiratoire; n=44) représentaient 86 % des cas de tuberculoses pulmonaires et 62 % de l'ensemble des cas déclarés en 2008.

4/ Discussion

Comparé à 2007, le nombre de cas de tuberculose déclarés a baissé de 11 % (80 cas déclarés en 2007). Globalement, une diminution du nombre de cas est observée dans la région depuis 2000. Le taux de déclaration régional est deux fois moins élevé que celui en France métropolitaine (9,0 cas pour 100 000 habitants en 2008). Au niveau national, comparé à 2007, le nombre de cas a augmenté de 3,3% en 2008. Une réelle augmentation du nombre de cas survenus et/ou une amélioration de la détection et de la déclaration des cas peuvent avoir contribué à cette hausse.

Si le taux de déclaration régional de la tuberculose maladie est relativement faible, il subsiste des groupes de population présentant des risques plus élevés de la maladie. Il s'agit des personnes âgées dont la tuberculose maladie correspond certainement en grande partie à une réactivation d'infection acquise à une période où la prévalence de la tuberculose était élevée. Les risques plus importants de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger sont probablement liés à une exposition dans leur pays d'origine, mais aussi aux conditions de vie et d'accès aux soins sur le territoire français. Ces populations doivent faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

1/ Introduction

En raison de son potentiel épidémique, de sa gravité potentielle chez l'adulte et de l'existence d'un vaccin efficace, l'hépatite A justifie un système national de surveillance. Fin 2005, l'hépatite A est devenue une maladie à déclaration obligatoire avec pour objectif principal la détection de cas groupés au niveau départemental afin de prendre rapidement les mesures de contrôle.

2/ Définition de cas

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

Un cas groupé est suspecté lorsqu'un autre cas dans l'entourage est signalé, lorsque deux cas ou plus sont signalés dans certaines collectivités d'enfants, dans un village/ville/quartier en moins de 2-3 semaines, par un même laboratoire ou par plusieurs laboratoires géographiquement proches.

3/ Résultats

Nombre de cas déclarés en 2008

En 2008, 10 cas d'hépatite A ont été déclarés en Poitou-Charentes, soit un taux de déclaration de 0,6 cas pour 100 000 habitants.

Le nombre de cas déclarés était faible dans tous les départements (Tableau 1). Au total, 4 des 10 des cas ont été notifiés pendant les mois de septembre/octobre. Aucun cas groupé n'a été signalé.

Au total, 6 des 10 cas ont été notifiés dans un délai inférieur à une semaine après la date du diagnostic biologique (IgM(+)).

Caractéristiques des cas

Les hommes étaient majoritaires (9/10). La moitié des cas avaient plus de 45 ans (Tableau 2). Au total, 6 des 10 cas avaient un ictère associé ou

| Tableau 1 |

Nombre de cas d'hépatite A et taux de déclaration par département de déclaration, Poitou-Charentes, 2008

Départements	Nombre de cas déclarés	Taux de déclaration pour 100 000 habitants
Charente	3	0,9
Charente-Maritime	2	0,3
Deux-Sèvres	3	0,8
Vienne	2	0,5

non à des symptômes aspécifiques (asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée). La moitié des cas ont été hospitalisés.

Expositions à risque

Toutes les fiches avaient au moins une exposition à risque complétée. Parmi les expositions à risque documentées, on retient : un séjour hors métropole (5), la consommation de fruits de mer (3), et la présence d'un enfant de moins de 3 ans à domicile (2) (Tableau 2).

4/ Discussion

Le taux d'incidence de cas déclarés en Poitou-Charentes en 2008 était moins élevé qu'en France métropolitaine (1,9/100 000 avec un total de 1179 cas déclarés).

Les séjours estivaux en zones d'endémie sont probablement responsables du nombre plus élevé de cas en septembre/octobre.

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée chez les adultes non immunisés et les enfants de plus d'un an voyageant en zone d'endémie (pays d'hygiène précaire), ainsi que chez les personnes exposées professionnellement à un risque de contamination (personnes s'occupant de jeunes enfants, travaillant dans une collectivité pour personnes handicapées ou en restauration collective).

| Tableau 2 |

Caractéristiques et expositions à risque des cas notifiés d'hépatite A par classe d'âge, Poitou-Charentes, 2008

Caractéristiques et expositions à risque	<6 ans	6-15 ans	16-25 ans	26-45 ans	>45 ans	Total
Nombre de cas	0	1	1	3	5	10
Clinique						
Ictère (seul ou associé à d'autres symptômes aspécifiques)	0	1	1	2	2	6
Symptômes (sans ictère)	0	0	0	1	2	3
Absence d'ictère ou symptômes	0	0	0	0	1	1
Hospitalisation	0	0	1	2	2	5
Expositions à risque*						
Cas entourage	0	0	0	1	0	1
Séjour hors métropole	0	0	1	2	2	5
Enfant <3 ans à domicile	0	0	0	1	1	2
Consommation fruits de mer	0	0	0	1	2	3

*un cas peut présenter plusieurs expositions à risque

Schéma vaccinal - Hépatite A

Recommandations 2010 du Haut conseil de la santé publique

1 injection
Rappel : 6 à 12 mois plus tard.
Cette 2ème dose peut être administrée jusqu'à 36 mois ou 5 ans, selon la spécialité, après la 1ère injection

1/ Introduction

Le but de la surveillance de l'hépatite B (VHB) est d'évaluer l'impact de la politique de prévention en mesurant la circulation du virus de l'hépatite B. Elle permet d'estimer l'incidence des formes aiguës confirmées par la biologie, d'en suivre les tendances dans le temps, dans l'espace et en fonction des caractéristiques des personnes infectées. Elle permet également d'étudier les formes graves ayant donné lieu à une hospitalisation, en particulier les formes fulminantes, et d'identifier les cas groupés.

2/ Définitions de cas

Cas confirmé :

- détection d'IgM anti-HBc pour la première fois
- si IgM anti-HBc non testées, détection d'AgHBs et Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite B aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère).

3/ Résultats

En 2008, 3 cas ont été notifiés en Poitou-Charentes, tous dans le département de la Vienne. Il s'agissait de 3 hommes âgés de 38 à 45 ans. Un cas a été hospitalisé. L'évolution clinique n'était pas renseignée. Les expositions potentiellement à risque signalées étaient l'usage de drogues injectables, le portage de l'AgHBs du partenaire connu du patient et le portage de l'AgHBs d'une personne de la famille connu du patient au moment de la contamination.

4/ Discussion

Les effectifs limités ne permettent pas une analyse approfondie au niveau régional. Avec une incidence estimée à 4,1 cas pour 100 000 habitants (IC95%: 3,7-4,5), la France fait partie des pays de faible incidence de l'infection par le VHB. En 2008, un total de 781 cas d'hépatites aiguës B ont été déclarées en France. 49% des cas ont été hospitalisés, dont 10 sont décédés en l'absence de greffe et 11 ont été greffés. Ces résultats au niveau national montrent que l'infection au VHB demeure un problème de santé publique, alors qu'existe que les nourrissons, préadolescents et sujets à risque peuvent bénéficier d'une vaccination:

- enfants et adolescents accueillis dans les services et institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- enfants d'âge préscolaire accueillis en collectivité.
- nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs ;
- enfants et adultes accueillis dans les institutions psychiatriques ;
- personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ;
- toxicomanes utilisant des drogues parentérales
- voyageurs dans les pays de moyenne ou de forte endémie (cf. infra Risques chez les voyageurs)
- personnes amenées à résider en zones de moyenne ou de forte endémie ;
- personnes qui, dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles, sont susceptibles d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être

exposées au sang et autres produits biologiques, soit directement (contact direct, projections), soit indirectement (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge, de déchets), [à titre indicatif et non limitatif sont concernés : les professionnels de santé libéraux, les secouris-

Schémas vaccinaux pour l'hépatite B

Recommandations 2010 du Haut conseil de la santé publique

En population générale : un schéma préférentiel en trois injections, qui respecte un intervalle d'au moins un mois entre la première et la deuxième injection, et un intervalle compris entre cinq et douze mois entre la deuxième et la troisième injection, est recommandé (par exemple schéma 0, 1, 6 mois).

Au-delà des trois injections de ce schéma initial, les rappels systématiques de vaccin contre l'hépatite B ne restent recommandés que dans des situations particulières.

Pour les adolescents âgés de 11 à 15 ans révolus, non antérieurement vaccinés, la vaccination est réalisée en suivant :

- soit le schéma classique à trois doses (cf. ci-dessus) ;
- soit un schéma à deux doses, avec un des deux vaccins ayant l'AMM pour cette indication (ENGERIX B® 20 µg ou vaccin GENHEVAC B® Pasteur 20 µg) en respectant un intervalle de six mois entre les deux doses, et en l'absence de risque élevé d'infection par le virus de l'hépatite B dans les six mois qui séparent les deux injections.

Pour les nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs, la vaccination doit être pratiquée impérativement à la naissance, selon un schéma en trois injections (une dose à 0, 1 et 6 mois) et avec un vaccin autre que HBVAXPRO_5 µg, la première dose étant associée à l'administration d'immunoglobulines anti-HBs.

Un schéma à 4 doses (une dose à 0, 1, 2 et 6 mois) est recommandé pour les prématurés de moins de 32 semaines ou de poids inférieur à 2 kg.

Pour certains cas particuliers, un schéma adapté, incluant trois doses rapprochées et une quatrième dose 1 an plus tard, peut être proposé lorsque l'immunité doit être rapidement acquise (étudiants non vaccinés des filières médicales et paramédicales, départ imminent pour un séjour prolongé en zone de moyenne ou de forte endémie.

tes, les gardiens de prison, les éboueurs, les égoutiers, les policiers, les tatoueurs...];

j. personnes susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe...);

k. entourage d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs (personnes vivant sous le même toit);

l. partenaires sexuels d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs;

m. personnes détenues qui peuvent cumuler un certain nombre de facteurs d'exposition au virus de l'hépatite B.

1/ Introduction

La surveillance du VIH et du sida concoure à l'élaboration des mesures de prévention et de contrôle.

2/ Méthodes

Critères de notification pour le VIH

Toute sérologie VIH positive confirmée (selon la réglementation en vigueur) chez un sujet de 15 ans et plus, pour la première fois dans un laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

Exception : les sérologies effectuées de façon anonyme, dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ne sont pas à notifier.

(Détail des critères disponible sur le site de l'InVS: <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>)

Critères de notification pour le sida

Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'adulte et l'adolescent.

(Liste des pathologies inaugurales disponible sur le site de l'InVS: <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>)

Analyse des données

L'analyse des données présentées ici ne concerne que les découvertes de séropositivité, définies comme les séropositivités connues depuis moins d'un an. Les données utilisées pour l'analyse des caractéristiques des cas sont celles du 30/12/2009 non corrigées pour la sous-déclaration. Les données de 2008 sont provisoires et non redressées pour les délais de déclaration. Pour l'analyse de l'évolution des cas au cours du temps, les données corrigées ont été utilisées.

3/ Résultats

INFECTION VIH

Nombre de cas notifiés en 2008

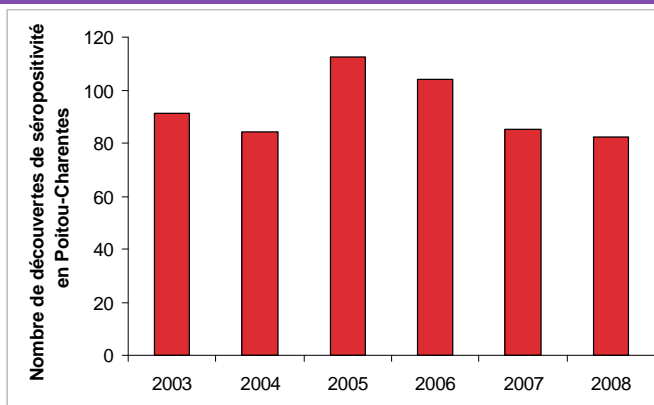
En 2008, 50 découvertes de séropositivité VIH ont été notifiées chez des personnes domiciliées en Poitou-Charentes (11 en Charente, 12 en Charente-Maritime, 12 dans les Deux-Sèvres, 15 dans la Vienne). Trente-trois pour cent (13/40) des cas avaient un résultat du test d'infection récente (<6 mois avant le diagnostic) positif. Depuis 2005 on a observé une légère diminution du nombre de découvertes de séropositivité dans la région (figure 1).

Sexe, âge et nationalité

En 2008, 72 % (36/50) des personnes découvrant leur séropositivité étaient des hommes, proportion qui reste stable depuis 2004.

Les proportions de cas les plus élevées concernaient les tranches d'âge suivantes: 20-29 ans (28 %), 30-39 ans (26 %), et 40-49 ans (24 %).

La nationalité était renseignée pour 76 % des personnes concernées. Les personnes de nationalité étrangère représentaient 21 % des découvertes



| Figure 1 |

Découvertes de séropositivité VIH par année de diagnostic en Poitou-Charentes. Données corrigées pour la région.

de séropositivité. Pour les données 2003-2009, la proportion de personnes de nationalité étrangère était supérieure chez les femmes (tableau 1).

| Tableau 1 |

Découvertes de séropositivité VIH par nationalité et sexe, Poitou-Charentes, données cumulées 2003-2009

Nationalité	Femmes		Hommes		Total	
	N*	%	N*	%	N*	%
France	36	51%	153	87%	189	77%
Afrique subsaharienne	34	48%	20	11%	54	22%
Europe hors France	1	1%	1	0,6%	2	0,8%
Amérique	0	0%	1	0,6%	1	0,4%
Total	71		175		246	

*Personnes pour lesquelles la nationalité était renseignée

Mode de contamination

En 2008, parmi les 68 % des personnes pour lesquelles le mode de contamination était renseigné, 56 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels et 44 % par rapports homosexuels.

Motif de dépistage

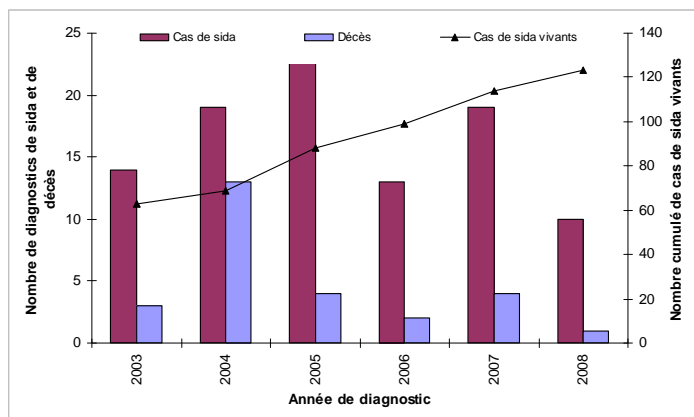
En 2008, pour la première fois, le premier motif de dépistage était une exposition au VIH (37 %). La présence de signes cliniques ou biologiques liés au VIH était le deuxième motif de dépistage (29 %). Les autres motifs étaient un bilan systématique (16 %), une grossesse (8 %) et d'autres motifs de dépistages non spécifiés (10 %). Les hommes étaient plus souvent dépistés en présence de signes liés au VIH (36 %) que les femmes (10 %).

Stade clinique

En 2008, la proportion de personnes ayant découvert leur séropositivité précocement au stade de primo-infection ou à un stade asymptomatique était élevée (82 %) et en hausse par rapport aux années précédentes.

SIDA

Globalement, le nombre de cas de sida est en diminution avec 6 cas de sida notifiés en 2008. Trois des six personnes n'avaient pas connaissance de leur séropositivité avant le diagnostic sida. Après correction pour la sous-déclaration, le nombre de cas de sida en Poitou-Charentes était de 10 pour 2008. Un cas de sida est décédé en 2008 (figure 2).



| Figure 2 |

Cas de sida par année de diagnostic, cas de sida décédés par année de décès et cas de sida vivants au 31 décembre de chaque année, Poitou-Charentes, 2008—Données des décès au 31/12/2009 non corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration)

4/ Discussion

Le nombre de découvertes de séropositivité est en légère baisse depuis 2005 et le nombre de cas de sida en diminution. Le dépistage reste tardif pour une partie des personnes infectées : 18 % des personnes ont découvert leur séropositivité au stade clinique en 2008. Néanmoins la tendance est encourageante car cette proportion est en diminution par rapport aux années précédentes.

Régionalisation de la surveillance des infections sexuellement transmissibles (ResIST)

L'InVS a mis en place une surveillance des IST depuis 2001 suite à la réémergence de la syphilis en France. L'objectif principal de la régionalisation de la surveillance est de contribuer à une meilleure connaissance de l'importance des IST en région, en particulier de la syphilis, des gonococcies et de la Lymphogranulomatose rectale. Ces infections ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire.

Le système de recueil d'information s'appuie sur la participation de cliniciens bénévoles, généralistes et spécialistes, qui complètent une fiche clinique pour chaque nouveau cas diagnostiqué. Ces fiches remontent à l'InVS par le biais des Cellules de l'InVS en région.

Si vous êtes intéressés à participer à cette surveillance, veuillez prendre contact avec l'antenne régionale de l'InVS:

Cellule de l'InVS en régions Limousin Poitou-Charentes
 ARS Poitou-Charentes
 Email: dr86-cire@ars.sante.fr
 Tel: 05 49 44 83 18

1/ Introduction

Les cas de tularémie sont recensés à partir du dispositif de déclaration obligatoire depuis octobre 2002 et des diagnostics réalisés par le Centre national de référence de la tularémie.

La tularémie est inscrite sur la liste des maladies visées par le plan Biotox.

L'objectif de la surveillance par la déclaration obligatoire est de détecter précocement tout phénomène inhabituel, en particulier des cas groupés de la maladie ou l'apparition sur le territoire d'une souche virulente liée à une utilisation malveillante (bioterrorisme), de suivre les tendances évolutives de l'incidence et de décrire les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des cas.

2/ Définitions de cas

- Un cas *probable* correspond à un tableau clinique évocateur associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps compris entre 20 et 50 ou une exposition commune à celle d'un cas confirmé.

- Un cas *confirmé* correspond à un tableau clinique évocateur associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps supérieur ou égal à 50, ou à l'isolement de *Francisella tularensis* à partir de prélèvements cliniques, ou à une amplification génique positive.

3/ Résultats

Nombre de cas déclarés en 2008

En 2008, 14 cas sporadiques de tularémie ont été notifiés en Poitou-Charentes, dont 6 dans la Vienne, 5 dans les Deux-Sèvres, 2 en Charente et 1 en Charente-Maritime.

Délai de notification

Le délai moyen de notification à partir de la date de début des signes était de 73 jours (médiane = 41 jours, étendue = 22-309 jours).

Répartition par sexe et par âge

Le sex-ratio H/F était de 1. L'âge médian des cas déclarés était de 56 ans (moyenne = 54 ans, étendue = 17-75 ans).

Répartition par date de début des signes

Pour 4 cas sur 14, les signes avaient débuté au mois de janvier. Les autres cas étaient répartis sur les autres mois de l'année.

Formes cliniques

Parmi les 14 cas, 8 présentaient une forme ganglionnaire, 3 une forme pleuro-pulmonaire, 2 une forme ulcéro-ganglionnaire et 1 une forme typhoïdique.

Diagnostic biologique

Parmi les 14 cas, 1 était probable et 13 étaient confirmés, dont 11 par sérologie, 1 par isolement de la bactérie *Francisella tularensis* à partir d'une hémoculture, et 1 par PCR à partir d'un prélèvement de ganglion.

Mode de contamination

Un cas rapportait un voyage à l'étranger (Tchéquie) pendant le mois précédant le début des signes.

Parmi les autres expositions à risque recueillies concernant les 15 jours précédant le début des symptômes, 12 cas rapportaient un contact avec un animal : 6 cas avaient manipulé des lièvres ; les 6 autres cas rapportaient des contacts avec d'autres animaux vertébrés possiblement vecteurs de tularémie (cf tableau 1).

| Tableau 1 |

Expositions aux animaux des cas de tularémie déclarés en Poitou-Charentes en 2008.

Type d'exposition	Espèces animales	Nombre de cas exposés
Gibier	Lièvres	6
Animaux d'élevage	Lapins	2
Animaux de compagnie ou loisirs	Chiens	2
	Chats	1
Animaux sauvages	Rongeurs (rats)	1
Total		12

Deux cas rapportaient une piqûre de moustique et un cas, une piqûre de tique.

Six patients déclaraient avoir eu des activités de loisirs de plein air (promenade, trek). Cinq patients rapportaient un contact avec de la terre (jardinage remblayage) et deux patients, un contact avec l'eau d'un cours d'eau ou d'un puits.

Hospitalisation et évolution clinique

Sept cas ont été hospitalisés. Six cas ont eu une évolution clinique favorable. Un cas a présenté des complications à type d'insuffisance rénale. Pour les 7 autres cas, la prise en charge était toujours en cours au moment de la notification.

4/ Discussion

Une augmentation importante du nombre de cas de tularémie déclarés en France a été enregistrée entre 2007 et 2008 (108 cas au total en 2008, avec un doublement du nombre de cas sporadiques par rapport à 2007) sans explication à ce jour (pas de modification du système de surveillance ou d'action de sensibilisation particulière). La même tendance a été retrouvée en Poitou-Charentes en 2008 (14 cas versus 2 à 9 les années précédentes).

Dans le Grand Ouest, un des deux grands foyers de tularémie au niveau national, le département des Deux-Sèvres est une zone particulièrement concernée depuis de nombreuses années.

Les caractéristiques des cas de tularémie notifiés en Poitou-Charentes en 2008 indiquent que les chasseurs et leur entourage, les personnes dont la profession est en rapport avec l'agriculture et celles pratiquant des loisirs de plein air doivent être en priorité la cible des actions de prévention (manipulation du gibier avec des gants voire des lunettes de protection, lavage des mains après contact avec l'animal, cuisson suffisante des viandes, port de gants pour le jardinage et de vêtements longs lors de randonnées/promenades).

| Tableau 1 |

Récapitulatif des Maladies à Déclaration Obligatoire déclarées en Poitou-Charentes en 2008, par département de déclaration.

Maladie	16-Charente	17-Charente-Maritime	79-Deux-Sèvres	86-Vienne	Total Poitou-Charentes
1. Botulisme	0	0	0	0	0
2. Brucellose	0	0	0	0	0
3. Charbon	0	0	0	0	0
4. Chikungunya	0	0	0	0	0
5. Choléra	0	0	0	0	0
6. Dengue	0	0	1	0	1
7. Diphtérie (cas non importé)	0	0	0	0	0
8. Fièvres hémorragiques africaines	0	0	0	0	0
9. Fièvre jaune	0	0	0	0	0
10. Fièvres typhoïde et paratyphoïdes	0	1	0	1	2
11. Hépatite aiguë A	3	2	3	2	10
12. Infection aiguë par le VHB	0	0	0	3	3
13. Infection par le VIH	11	12	12	15	50
14. Infections invasives à méningocoque	4	4	2	9	18
15. Légionellose	9	8	3	9	29
16. Listériose	1	1	1	2	5
17. Orthopoxviroses dont la variole	0	0	0	0	0
18. Paludisme autochtone	0	0	0	0	0
19. Paludisme d'importation dans les Départements d'outre-mer	-	-	-	-	-
20. Peste	0	0	0	0	0
21. Poliomyélite	0	0	0	0	0
22. Rage	0	0	0	0	0
23. Rougeole	0	1	32	6	39
24. Saturnisme de l'enfant mineur (1er sem. 2008)	0	0	0	1	1
25. Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines	-	-	-	-	-
26. Tétanos	0	0	0	0	0
27. Toxi-infections alimentaires collectives	5	15	9	2	31
28. Tuberculose	13	23	16	19	71
29. Tularémie	2	1	5	6	14
30. Typhus exanthématique	0	0	0	0	0
Total	49	68	84	75	275

Recommandations vaccinales 2010 du Haut conseil de la santé publique: <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>

| Ours | 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

Diffusion : Cire Limousin Poitou-Charentes ARS Poitou-Charentes, 4 rue Micheline Ostemeyer, 86021 Poitiers cedex

Tél. : 05 49 44 83 18 - Fax : 05 49 42 30 00 Email: dr86-CIRE@sante.gouv.fr

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