

Les Maladies à Déclaration Obligatoire en région Rhône-Alpes et ses départements en 2010

Alexandra Thabuis¹, Coralie Gasc¹
¹Cire Rhône-Alpes



Page 1 | Editorial |

Page 2 | Le système de surveillance |

Page 3 | Les infections invasives à méningocoques |

Page 4 | La légionellose |

Page 5 | Les toxi-infections alimentaires collectives |

Page 6 | La tuberculose |

Page 7 | L'hépatite A |

Page 8 | L'infection par le VIH et le Sida |

Page 9 | Synthèse des MDO en Rhône-Alpes |

| Editorial |

Ce troisième Bulletin de Veille Sanitaire (BVS) consacré aux maladies à déclaration obligatoire (MDO) présente un bilan chiffré et commenté des MDO les plus fréquentes dans la région Rhône-Alpes.

Ce bilan porte sur les données consolidées pour l'année 2010. Ce délai entre la notification par les professionnels de santé et la publication des résultats s'explique par la nécessité de consolider les données : inclure les cas déclarés tardivement, éliminer les doublons (cas déclarés plusieurs fois), compléter les informations manquantes sur chaque fiche de notification...

Des données plus récentes mais non consolidées sont consultables dans les points épidémiologiques bimensuels réalisés par la Cire.

Pour plus de cohérence dans l'analyse et de simplicité dans la lecture des résultats, les données présentées concernent les cas domiciliés en Rhône-Alpes, quel que soit le département de déclaration (département d'exercice du médecin ou du biologiste déclarant). Certaines déclarations effectuées à l'ARS Rhône-Alpes, mais concernant des cas non domiciliés dans la région, n'ont donc pas été incluses dans l'analyse.

Les données concernant la rougeole n'ont pas été reprises dans ce bulletin. En effet, un bilan détaillé de l'épidémie observée en 2010-2011 a été publié par la Cire en novembre 2011¹.

Enfin, nous remercions vivement l'ensemble des partenaires qui contribuent à ce système de surveillance, en particulier les médecins et biologistes déclarants.

¹ Cire Rhône-Alpes - Bulletin de veille sanitaire 2011 - N° spécial / Rougeole en Rhône-Alpes - Point sur la vague épidémique d'octobre 2010 à septembre 2011 : <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Rhone-Alpes/Bulletin-de-veille-sanitaire-Rhone-Alpes.-Numero-special-rougeole>

1/ ACTEURS DE LA DECLARATION OBLIGATOIRE

Les déclarants : l'obligation de déclaration concerne aussi bien les biologistes, responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, que les médecins libéraux et hospitaliers.

La Cellule régionale de veille et de gestion sanitaire (CRVGS) de l'Agence régionale de santé (ARS) : destinataire des signalements, elle est chargée de mettre en œuvre les investigations et les mesures de gestion autour d'un ou plusieurs cas afin de prévenir et réduire localement les risques de diffusion de ces maladies. Elle a également un rôle primordial dans la validation et la transmission de données de qualité à l'Institut de veille sanitaire (InVS), et la sensibilisation des déclarants aux enjeux de la surveillance.

Les épidémiologistes de l'InVS :

- au niveau national (départements des maladies infectieuses et département santé-environnement) : ils centralisent les données des différentes régions, les analysent et les transmettent aux autorités sanitaires accompagnées de recommandations. Ils assurent également la communication de ces informations auprès des acteurs de ce dispositif, de la communauté médicale et scientifique et du public au niveau régional, national et européen.

- au niveau régional : la Cellule de l'InVS en Région (Cire) apporte un soutien aux acteurs locaux de la surveillance, en particulier dans le cadre d'investigations complémentaires autour d'un cas ou de cas groupés.

2/ SIGNALEMENT ET NOTIFICATION

Le signalement est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, mail, fax). Il n'existe pas de support dédié. Le médecin ou le biologiste signale à la CRVGS de l'ARS toutes les MDO suspectées ou confirmées biologiquement, à l'exception de l'infection au VIH, du SIDA, de l'hépatite B, du tétanos et du mésothéliome. Le signalement permet de mettre en place rapidement les mesures de gestion et de prévention individuelles et collectives autour des cas, et si nécessaire, de déclencher les investigations pour identifier l'origine de la contamination.

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant à l'ARS au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. Les données cliniques, biologiques et sociodémographiques transmises pour chaque maladie sont fixées par arrêté du Ministre de la santé après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Elle a pour objet le suivi épidémiologique des MDO. Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions

de prévention locales et nationales. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. Elle doit être effectuée pour toutes les MDO.

Les fiches de notification (à l'exception de celles pour l'infection au VIH, le SIDA et l'hépatite B) sont téléchargeables sur le site internet de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/31-maladies-a-declaration-obligatoire>.

Les fiches de notification pour l'infection par le VIH, le SIDA ou l'hépatite B sont disponibles auprès de la CRVGS de l'ARS.

3/ LISTE DES 31 MDO

| Tableau 1 |

Liste des 31 MDO (en gras : maladies nécessitant un signalement et une notification)

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

Depuis le 16 janvier 2012 (décret n°2012-47), la déclaration des mésothéliomes devient obligatoire en France métropolitaine et ultramarine. Cette déclaration obligatoire (DO) concerne tous les sites anatomiques (plèvre, péritoine, péricarde, vaginale testiculaire...). C'est la 31^{ème} MDO. Pour plus d'informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Declaration-obligatoire-des-mesotheliomes>.

5/ COORDONNÉES DE LA CRVGS DE L'ARS RHÔNE-ALPES

Numéro de téléphone unique : 0810 22 42 62 à compter du 2 juillet 2012

Courriel : ars69-alerte@ars.sante.fr

DTD de l'Ain : Fax : 04 74 42 93 78
Courriel : ars-dt01-alerte@ars.sante.fr

DTD de l'Ardèche : Fax : 04 75 20 28 90
Courriel : ars-dt07-alerte@ars.sante.fr

DTD de la Drôme : Fax : 04 75 79 71 26
Courriel : ars-dt26-alerte@ars.sante.fr

DTD de l'Isère : Fax : 04 76 63 65 45
Courriel : ars-dt38-alerte@ars.sante.fr

DTD de la Loire : Fax : 04 77 81 80 01
Courriel : ars-dt42-alerte@ars.sante.fr

DTD du Rhône / siège : Fax : 04 72 34 41 27
Courriel : ars-dt69-alerte@ars.sante.fr

DTD de la Savoie : Fax : 04 56 11 08 98
Courriel : ars-dt73-alerte@ars.sante.fr

DTD de la Haute-Savoie : Fax : 04 50 88 42 88
Courriel : ars-dt74-alerte@ars.sante.fr

1/ CONTEXTE

Les infections invasives à méningocoques (IIM) sont des maladies rares en France, mais qui présentent un risque de transmission interhumaine et dont la létalité est élevée (environ 15%). Elles surviennent, en général, du début de l'hiver au printemps, et touchent essentiellement les enfants et les adolescents.

2/ DESCRIPTION DES CAS

En 2010, 51 cas d'IIM domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 0,8/100 000 habitants (Tableau 2). Cette incidence était égale à l'incidence en France métropolitaine.

| Tableau 2 |

Nombre de cas et incidence (pour 100 000 habitants) des IIM par département de domicile, Rhône-Alpes, 2010.

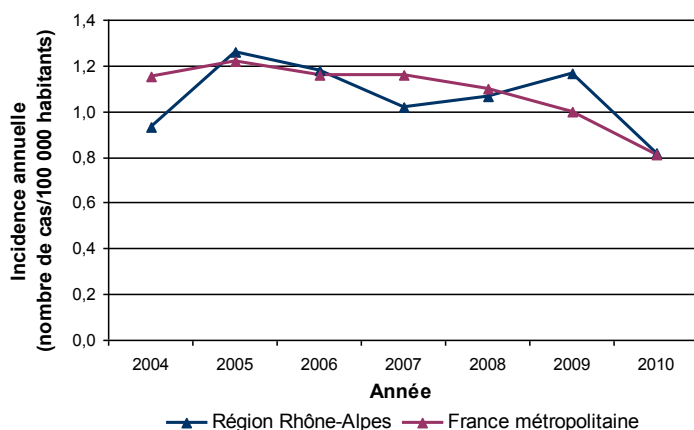
Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	6	1,0
Ardèche	1	0,3
Drôme	1	0,2
Isère	11	0,9
Loire	5	0,7
Rhône	14	0,8
Savoie	3	0,7
Haute Savoie	10	1,4
Région Rhône-Alpes	51	0,8
France métropolitaine	511	0,8

* nombre de cas déclarés / 100 000 habitants

La Figure 1 montre que l'incidence des IIM en Rhône-Alpes est en baisse cette année, atteignant son plus faible niveau depuis 2004. L'incidence nationale suit la même tendance.

| Figure 1 |

Evolution de l'incidence annuelle des IIM en Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2004-2010.



Parmi les 51 cas domiciliés en Rhône-Alpes en 2010, le sexe ratio homme / femme était de 1,1 (27 hommes et 24 femmes).

L'âge médian était de 20 ans (de 0 à 79 ans) ; 5 cas (10 %) avaient moins d'un an. Parmi les 47 cas pour lesquels l'évolution était connue : 41 (87 %) ont guéri, 4 (9 %) ont présenté des séquelles et 2 (4 %) sont décédés. La létalité était inférieure à celle des années précédentes, et à celle observée au niveau national en 2010 (10,4 %).

Une prophylaxie de l'entourage familial et amical proche ou dans la collectivité autour du cas a été mise en place pour 44 cas. En moyenne, 18 personnes étaient traitées par épisode.

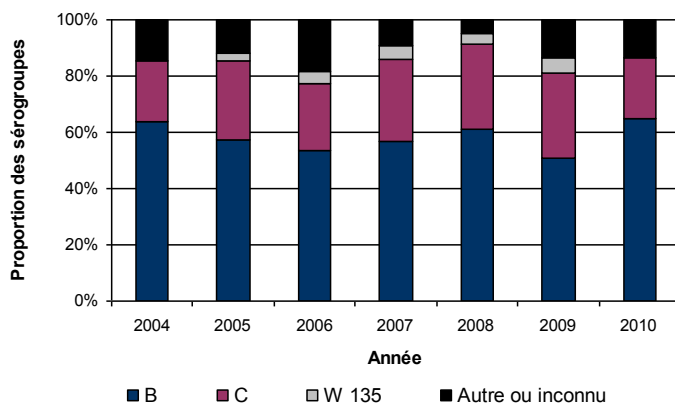
La présence de *purpura fulminans* a été mise en évidence pour 9 cas et des éléments purpuriques cutanés pour 23 cas. La létalité des IIM chez les cas présentant un *purpura fulminans* atteignait 11 %. Dans 67 % des cas présentant un *purpura fulminans* et 36 % des cas ne présentant pas de *purpura fulminans*, le traitement antibiotique a été mis en place avant les prélèvements biologiques.

L'évolution des sérogroupes entre 2004 et 2010 est présentée sur la Figure 2. En 2010, le sérotype a pu être identifié pour 49 cas (96 %). Parmi eux, 33 avaient un sérotype B (67 %), 11 un sérotype C (22 %) et 5 un autre sérotype (différent du W135).

En 2010, un seul cas groupés a été recensé ; il impliquait deux enfants d'une même fratrie.

| Figure 2 |

Répartition des principaux sérogroupes de méningocoques (%), Rhône-Alpes, 2004-2010 (n=49)



3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

L'IIM est une urgence médicale et nécessite l'administration d'une prophylaxie aux contacts proches du malade selon les recommandations nationales ([Instruction N°DGS/RI 1/2011/33 du 27 janvier 2011](#)). Le signalement doit donc être réalisé dans les plus brefs délais.

Depuis 2010, la vaccination systématique contre les IIM C est recommandée chez tous les nourrissons de 12 à 24 mois, avec rattrapage jusqu'à 24 ans révolus (cf. [calendrier vaccinal 2012](#)).

Critères de notification des IIM : au moins 1 des 4 critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, 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 d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,
 - soit, présence d'antigène soluble méningococcique 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 3 mm de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

1/ CONTEXTE

La légionellose est une infection pulmonaire pouvant survenir de manière sporadique ou épidémique, à un niveau communautaire ou nosocomial. Elle affecte essentiellement les personnes présentant des facteurs favorisants (tabagisme, diabète...).

2/ DESCRIPTION DES CAS

En 2010, 227 cas de légionellose domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 3,6/100 000 habitants (Tableau 3).

| Tableau 3 |

Nombre de cas déclarés et incidence (pour 100 000 habitants) de la légionellose par département de domicile, Rhône-Alpes, 2010.

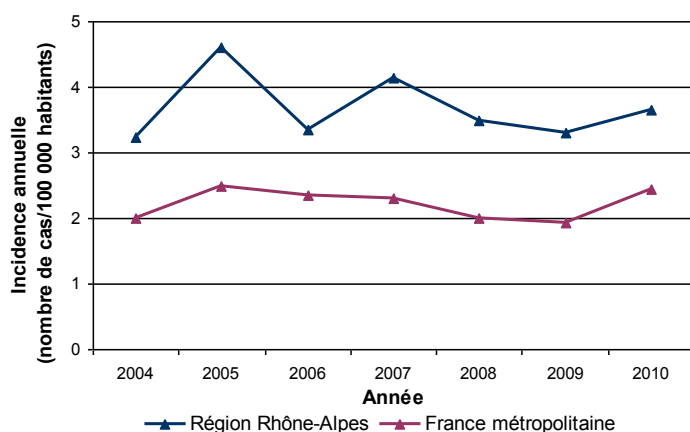
Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	22	3,7
Ardèche	2	0,6
Drôme	7	1,4
Isère	67	5,6
Loire	22	2,9
Rhône	59	3,4
Savoie	13	3,1
Haute Savoie	35	4,8
Région Rhône-Alpes	227	3,6
France métropolitaine	1 540	2,5

* nombre de cas déclarés / 100 000 habitants

L'incidence de la légionellose en Rhône-Alpes est en augmentation en 2010, par rapport aux deux années précédentes. Elle suit la même tendance que l'incidence nationale, tout en restant nettement supérieure (Figure 3).

| Figure 3 |

Evolution de l'incidence annuelle de la légionellose en Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2004-2010.



Parmi les 227 cas déclarés, le sexe ratio homme / femme était de 2,78 (167 hommes et 60 femmes). L'âge médian des cas était de 62 ans (de 27 à 98 ans).

L'antigénurie était positive pour 211 cas (93 %), négative pour 11 cas (5 %), non effectuée pour 1 cas et non spécifiée pour les 4 autres. Pour ces 16 cas sans antigénurie positive, le diagnostic a été posé grâce à la sérologie (9 cas), la mise en culture des prélèvements (6 cas) ou à la PCR (1 cas). La mise en culture des prélèvements a été réalisée pour 58 cas (25 %) : elle était positive pour 55 cas.

Au total, 220 cas ont été hospitalisés et 23 sont décédés. Le délai moyen d'hospitalisation était de 3,5 jours.

Cent cinquante-neuf cas (70 %) présentaient au moins un facteur de risque connu ; les facteurs de risque les plus fréquents étaient le tabagisme (59,1 %) et le diabète (22,0 %) (Tableau 4).

| Tableau 4 |

Répartition des facteurs de risque parmi les cas de légionellose (n=159) déclarés en Rhône-Alpes, 2010 (un cas pouvant présenter plusieurs facteurs de risque).

Facteur de risque	Nombre de cas	Fréquence (%)
Tabagisme	94	59,1
Diabète	35	22,0
Hémopathie	19	11,9
Ethylisme	18	11,3
Corticothérapie	13	8,2
Insuffisance respiratoire chronique	11	6,9
Autres facteurs	10	6,3
Autres immunosuppresseurs	9	5,7

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

La mise en culture des prélèvements biologiques est encore peu réalisée lors d'une légionellose : seuls 25 % des cas déclarés en 2010 ont bénéficié de cette technique d'identification.

Pourtant, il est nécessaire de pouvoir comparer la souche identifiée sur les prélèvements biologiques du patient et les souches retrouvées dans le milieu environnemental pour être en capacité d'identifier la source de contamination.

L'utilisation systématique de la mise en culture des prélèvements biologiques permettrait d'améliorer les connaissances sur les mécanismes de contamination et l'ajustement de mesures de prévention plus adaptées. Il est donc important de promouvoir l'utilisation de cette technique.

Critères de notification des légionelloses :

Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

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

1/ CONTEXTE

La surveillance des toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) contribue à la mise en place et l'évaluation de mesures visant à prévenir ces événements et contribue ainsi à la sécurité alimentaire.

Les objectifs de cette surveillance, à travers la DO, 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 des repas, notamment dans les établissements de restauration collective,
- de réduire la contamination des matières premières (mesures de prévention dans les élevages, abattages de poules dans les élevages contaminés, etc.).

2/ DESCRIPTION DES FOYERS

Pour cette MDO, qui présente la particularité de concerner des foyers de plusieurs cas, c'est le département de déclaration (correspondant le plus souvent au lieu de repas) qui a été pris en compte dans les analyses. Des taux d'incidence ne peuvent donc pas être calculés.

En 2010, 139 foyers de Tiac ont été déclarés en Rhône-Alpes (Tableau 5).

| Tableau 5 |

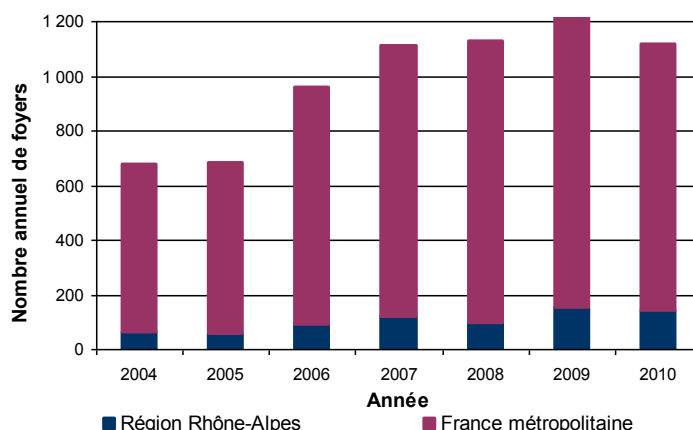
Nombre de foyers de Tiac par département de déclaration, Rhône-Alpes, 2010.

Département	Nombre de foyers
Ain	8
Ardèche	4
Drôme	2
Isère	21
Loire	11
Rhône	45
Savoie	27
Haute Savoie	21
Région Rhône-Alpes	139
France métropolitaine	977

Comme pour la France métropolitaine, le nombre de foyers de Tiac en Rhône-Alpes est en baisse par rapport à 2009. Cependant, il reste à un niveau plus important que les années 2004 à 2008 (Figure 4).

| Figure 4 |

Evolution du nombre annuel de foyers de Tiac déclarés en Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2004-2010.



Le lieu du repas contaminant était un repas familial pour 54 foyers (39 % des foyers), un restaurant pour 47 foyers (37 %) et la restauration collective pour 29 foyers (21 %). Au total, 968 malades ont été recensés, avec une médiane de 4 malades par épisode. Ces chiffres sont nettement inférieurs à 2009 (1 338 malades).

L'information sur l'aliment responsable de l'intoxication était connue pour 94 foyers (68 %). Les aliments les plus fréquemment incriminés ou suspectés étaient les viandes (20 %), les poissons (18 %) et les œufs et produits à base d'œufs (16 %), suivis des fromages et produits laitiers (9,5 %), des volailles (6 %) et de la charcuterie (5 %).

Les analyses biologiques réalisées chez les malades ou dans les aliments ont confirmé l'agent responsable de la Tiac dans 26 foyers (19 %). Le germe le plus fréquemment retrouvé était *Salmonella* (18 foyers soit 69 %).

Il n'y a eu aucun décès.

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

Lors d'une suspicion de Tiac, l'investigation épidémiologique de terrain doit être réalisée rapidement après la survenue du repas suspect. Etant donné qu'elle est souvent basée sur un questionnaire alimentaire, plus le délai est long, plus les informations sont difficiles à recueillir (biais épidémiologiques). D'où l'importance de signaler rapidement les suspicions de Tiac.

Critères de notification des TIAC :

Tout foyer de TIAC quels que soient les résultats des enquêtes épidémiologiques et environnementales (y compris en l'absence de résultats) doit être signalé.

Les TIAC se définissent par l'apparition d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

1/ CONTEXTE

L'incidence de la tuberculose a baissé régulièrement depuis 1972, à l'exception du début des années 1990 et semble se stabiliser dans les années récentes. La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose, avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population et dans certaines zones géographiques (Ile-de-France). La maladie touche principalement les sujets âgés, les populations en situation de précarité et les migrants en provenance de régions dans lesquelles la maladie est endémique.

2/ DESCRIPTION DES CAS

En 2010, 433 cas de tuberculose maladie domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 7,0/100 000 habitants (Tableau 6).

| Tableau 6 |

Nombre de cas déclarés et incidence (pour 100 000 habitants) de la tuberculose par département de domicile, Rhône-Alpes, 2010.

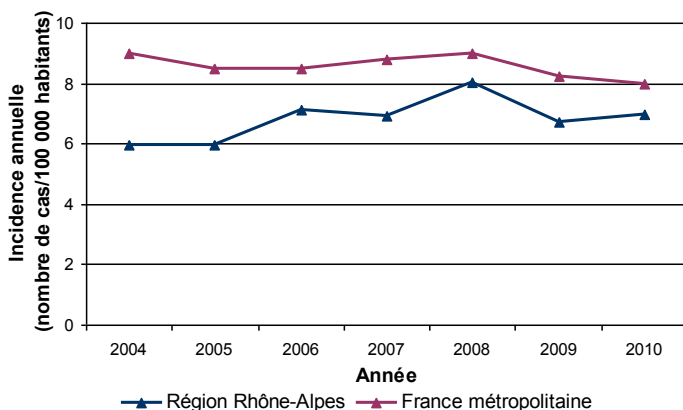
Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	39	6,5
Ardèche	8	2,5
Drôme	19	3,9
Isère	93	7,7
Loire	54	7,2
Rhône	158	9,2
Savoie	20	4,8
Haute Savoie	42	5,7
Région Rhône-Alpes	433	7,0
France métropolitaine	5 024	8,0

* nombre de cas déclarés / 100 000 habitants

L'incidence de la tuberculose en Rhône-Alpes augmente légèrement par rapport à 2009, mais reste toujours en dessous de l'incidence nationale (8,0/100 000 habitants) (Figure 5).

| Figure 5 |

Evolution de l'incidence annuelle de la tuberculose en Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2004-2010.



Le sexe ratio homme/femme était de 1,5 (262 hommes et 170 femmes). L'âge médian des cas était de 50 ans (de 0 à 97 ans). Si on regarde la région de naissance des cas, 50 % d'entre eux sont nés à l'étranger (18 % en Afrique du Nord, 17 % en Afrique subsaharienne, 11 % en Europe).

La localisation de la tuberculose était inconnue pour 5 cas (1 %). La forme pulmonaire isolée était prédominante, présente chez 245 cas (57 %). Pour 123 cas (28 %) la localisation était uniquement extra-pulmonaire. Chez 60 cas (14 %), elle était à la fois pulmonaire et extra-pulmonaire. Pour les cas de tuberculose extra-pulmonaire isolée, la localisation était connue pour 86 des 123 cas. La localisation la plus fréquente était la tuberculose ganglionnaire (59 %) suivie de la tuberculose ostéo-articulaire (12 %) et la tuberculose génitale (12 %) (Tableau 7).

| Tableau 7 |

Localisation des tuberculoses extra-pulmonaires isolées parmi les tuberculoses déclarées en Rhône-Alpes en 2010 (n=86).

Localisation extra-pulmonaire	Nombre de cas	Fréquence (%)
Ganglionnaire	51	59,3%
Ostéoarticulaire	10	11,6%
Génitale	10	11,6%
Méningée	5	5,8%
Méningée + ganglionnaire	3	3,5%
Ostéoarticulaire + ganglionnaire	2	2,3%
Miliaire + ganglionnaire	2	2,3%
Miliaire	1	1,2%
Miliaire + méningée	1	1,2%
Miliaire + ostéoarticulaire	1	1,2%

Les cas vivant en collectivité étaient 57 (13 %) et se répartissaient ainsi : 21 (38 %) en centres d'hébergement collectif, 13 (24 %) en établissements pour personnes âgées, 3 (5 %) en établissements pénitentiaires et 18 (33 %) dans d'autres collectivités.

Dans 77 % des cas, la tuberculose a été déclarée par un médecin hospitalier. Les principales autres sources de déclaration étaient les pneumo-phtisiologues libéraux (9 %), les services de lutte antituberculeuse (7,5 %), les biologistes hospitaliers (4 %) et les médecins généralistes (2 %).

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire, mais très fortement recommandée dans certaines indications.

Les recommandations de vaccination sont disponibles dans le [calendrier vaccinal 2012](#).

Critères de notification de la tuberculose :

Tuberculose maladie

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

Infection tuberculeuse (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans :

IDR à 5U positive sans signe clinique ni para clinique (induration > 15 mm si BCG, ou > 10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans)

1/ CONTEXTE

L'hépatite A est fréquente dans les pays en voie de développement où elle affecte le plus souvent les enfants. Dans les pays où les conditions d'hygiène sont bonnes et l'incidence plus faible, l'hépatite A survient surtout chez les adultes chez lesquels elle est plus fréquemment symptomatique et grave.

Le principal mode de transmission est interhumain par voie oro-fécale. La transmission alimentaire est plus rare mais peut être responsable d'importantes épidémies. Il existe aussi une transmission du virus de l'hépatite A en lien avec certaines pratiques sexuelles (contacts oro-anaux), en particulier dans les communautés homosexuelles.

2/ DESCRIPTION DES CAS

En 2010, 87 cas d'hépatite A domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 1,4/100 000 habitants (Tableau 8).

| Tableau 8 |

Nombre de cas déclarés et incidence (pour 100 000 habitants) de l'hépatite A par département de domicile, Rhône-Alpes, 2010.

Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	1	0,2
Ardèche	5	1,6
Drôme	5	1,0
Isère	14	1,2
Loire	10	1,6
Rhône	41	2,4
Savoie	3	0,7
Haute Savoie	8	1,1
Région Rhône-Alpes	87	1,4
France métropolitaine	1 220	1,9

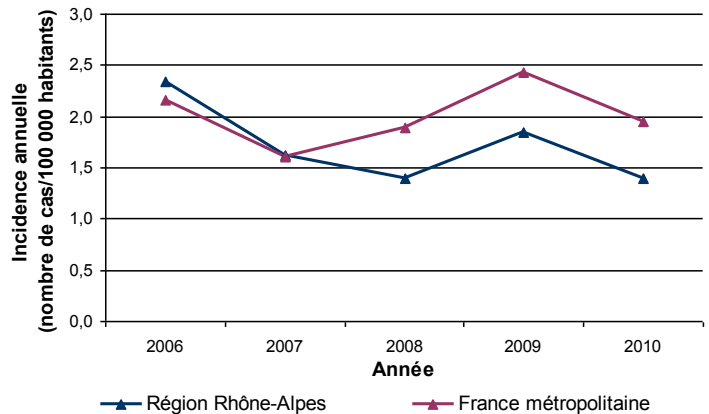
* nombre de cas déclarés / 100 000 habitants

Après une augmentation observée en 2009, l'incidence de l'hépatite A parmi les personnes domiciliées en Rhône-Alpes diminue en 2010, pour retrouver le même niveau qu'en 2008.

Elle est toujours inférieure à l'incidence nationale (1,9/100 000), qui suit exactement la même tendance (Figure 6).

| Figure 6 |

Evolution de l'incidence annuelle de l'Hépatite A en Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2006-2010.



Parmi les 87 cas déclarés, le sexe ratio homme/femme était de 2,0 (58 hommes et 29 femmes). L'âge médian des cas était de 23 ans (1 à 80 ans). Le taux d'hospitalisation était de 46 %.

Les deux principales expositions à risque dans les deux à six semaines précédant le début de la maladie étaient :

- la présence de cas d'hépatite A dans l'entourage de 27 cas (31 %) ; pour 85 % d'entre eux, il s'agissait de cas dans l'entourage familial ;
- un séjour hors métropole pour 36 cas (41 %) ; pour 61 % d'entre eux, il s'agissait d'un séjour dans un pays du Maghreb.

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

La déclaration précoce des cas permet d'identifier d'éventuels cas groupés et de mettre en place une investigation afin de déterminer l'origine de la contamination.

INFORMATION SUR LE MECANISME D'ACTIVATION POLYCLONALE

Au premier semestre 2011, 14 cas d'hépatite A aiguë résidant dans l'Ain ont été déclarés à l'ARS, alors qu'entre 2007 et 2010, 3,5 cas en moyenne étaient déclarés sur la même période de l'année. L'analyse des données de la DO retrouvait un possible regroupement géographique de 4 cas en mai dans la région de Lagnieu. Il s'agissait de personnes âgées de plus de 45 ans. A l'exception de la consommation d'huîtres par un cas, aucune circonstance d'exposition n'était retrouvée pour les 3 autres personnes...

Avant d'explorer plus avant l'hypothèse d'une possible origine commune de contamination, la première étape de l'investigation a consisté à valider le diagnostic d'hépatite A aiguë chez les personnes les plus âgées. En effet, chez des sujets antérieurement immunisés contre l'hépatite A (infection ancienne), la survenue d'une autre infection ou d'une pathologie auto-immune peut engendrer un mécanisme d'activation polyclonale du système immunitaire et notamment la production d'IgM anti-VHA¹. Le risque est donc de conclure à tort à un diagnostic d'hépatite A aiguë. Ce risque est d'autant plus grand que les personnes sont âgées, les signes cliniques peu spécifiques et la cytolysé hépatique modérée. La recherche d'ARN viral circulant par RT-PCR et la mesure de l'index d'avidité des IgG anti-VHA permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'hépatite A aiguë. L'index d'avidité des IgG anti-VHA mesure l'affinité des anticorps pour leur cible antigénique. Il augmente avec la maturation de la réponse immunitaire et est d'autant plus élevé que la réponse est ancienne.

Des aliquotes de sérum prélevées sur 5 patients âgés de 45 à 78 ans (les 4 de la région de Lagnieu et un autre cas isolé géographiquement) ont pu être adressés au centre national de référence (CNR) de l'hépatite A. Un test de détection des IgM anti-VHA faiblement réactif pour 4 patients sur 5, des ALAT modérément augmentées, un ARN viral indétectable et un index d'avidité compris entre 67 et 100 % ont conduit le CNR à conclure à une infection ancienne pour l'ensemble des 5 cas analysés.

Les résultats du CNR ont permis d'invalider la suspicion d'un possible regroupement spatial et temporel des cas d'hépatite A aiguë. Les investigations épidémiologiques à la recherche d'une possible origine commune n'ont par conséquent pas été poursuivies.

Cet épisode invite à considérer avec prudence les résultats de détection des IgM anti-VHA chez les patients âgés de plus de 50 ans, particulièrement en cas de symptomatologie frustrée, de cytolysé modérée et de circonstances d'exposition inexistantes ou peu évocatrices. Il ne remet pas en cause la définition de cas utilisée pour la déclaration obligatoire qui reste basée sur la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum du malade.

¹ Mackiewicz V., Roque-Afonso A.-M., Dussaix E. Hépatite A : de l'évidence au piège diagnostique. Revue francophone des laboratoires. 2006;382:51-56

Critère de notification de l'hépatite A : Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

1/ CONTEXTE

La notification obligatoire de l'infection au VIH permet de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes qui découvrent leur séropositivité VIH, afin de mieux orienter les actions de prévention.

2/ DESCRIPTION DES CAS D'INFECTION PAR LE VIH

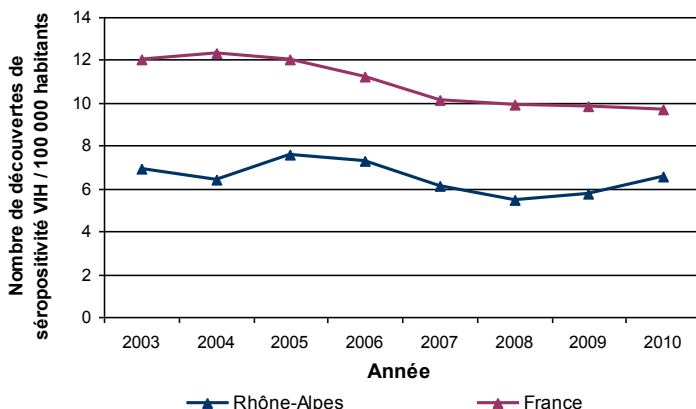
Au 31 décembre 2010, 232 cas d'infection par le VIH diagnostiqués en 2010 chez des personnes domiciliées en Rhône-Alpes ont été déclarés (données brutes).

Après la prise en compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des valeurs manquantes, le nombre réel de personnes qui découvrent leur séropositivité en Rhône-Alpes en 2010 (données corrigées) est estimé à 404 [IC95% 296-511], soit 6,6/100 000 habitants.

Après une diminution de 2006 à 2008, le taux de découvertes de séropositivité VIH remonte en 2009 et 2010, mais reste inférieur au taux national de 9,7/100 000 (Figure 7). Il est important de noter que ce taux ne correspond pas à l'incidence du VIH (c'est-à-dire le nombre de contaminations) puisque le diagnostic de séropositivité peut intervenir plusieurs années après la contamination.

| Figure 7 |

Evolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH pour 100 000 habitants, en Rhône-Alpes et en France, 2003-2010.



La description des cas présentée ci-dessous a été réalisée sur les données brutes.

Le sexe ratio homme/femme était de 2,2. La classe d'âge la plus représentée était les 30-39 ans (27 %).

Le mode de contamination était connu pour 64 % des femmes et 71 % hommes. La contamination par voie hétérosexuelle concernait 91,5 % des femmes et 33 % des hommes. Pour les hommes, 65,5 % déclaraient s'être contaminés lors de rapports homosexuels.

La majorité des cas (62 %) a été diagnostiquée lors de la phase asymptomatique de l'infection par le VIH, 9 % des cas lors de la phase symptomatique et 11 % lors de la primo-infection. Pour 18 % des cas, l'infection par le VIH a été mise en évidence au stade sida.

3/ DESCRIPTION DES CAS DE SIDA

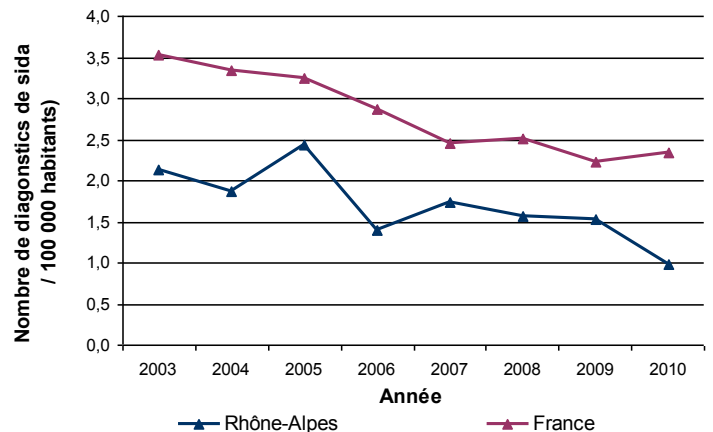
Au 31 décembre 2010, 39 diagnostics de sida en 2010, chez des personnes domiciliées en Rhône-Alpes, ont été déclarés.

Après prise en compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration, on estime à 61 le nombre de diagnostics de sida en 2010 chez des personnes domiciliées en Rhône-Alpes, soit un taux de 1,0/100 000 habitants.

Contrairement au VIH, on peut considérer que le nombre de diagnostics de sida correspond à l'incidence du sida (maladie), puisque les symptômes étant le plus souvent très sévères, il n'y a pas beaucoup de délai entre ces symptômes et le diagnostic. L'incidence du sida en Rhône-Alpes poursuit sa baisse en 2010 et reste inférieure à l'incidence nationale (Figure 8).

| Figure 8 |

Evolution de l'incidence annuelle du sida en Rhône-Alpes et en France, 2003-2010.



La description des cas présentée ci-dessous a été réalisée sur les données brutes.

Le sexe ratio homme/femme était de 2,9. La classe d'âge la plus représentée était les 40-49 ans (33 %).

Le mode de contamination était connu pour 90 % des femmes et pour 72 % des hommes. Chez les femmes, le mode de contamination était essentiellement les relations hétérosexuelles (89 %). Chez les hommes, le premier mode de contamination était les rapports homo/bisexuels (52 %), suivi par la contamination lors de rapports hétérosexuels (38 %). La part de contamination liée à l'usage de drogue était marginale.

Les pathologies inaugurales les plus fréquentes étaient la pneumocystose (30 %), le syndrome de Kaposi (13 %), la toxoplasmose cérébrale (13 %), la tuberculose pulmonaire (11 %) et la candidose œsophagienne (11 %). Moins d'un tiers des cas (31 %) avaient connaissance de leur séropositivité au moment du diagnostic de sida.

4/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

Des données de surveillance sur l'infection à VIH-sida à l'échelle nationale ont été publiées dans le [BEH 43-44 du 29/11/2011](#).

Les fiches de notification obligatoire du VIH et du sida ont été [modifiées](#) en octobre 2011. Les nouvelles fiches sont à utiliser depuis janvier 2012.

Le [plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014](#), rendu public fin 2010, prône une généralisation du dépistage et sa répétition dans les populations exposées.

Critères de notification des infections par le VIH et du Sida :

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

Sida chez l'adulte et l'adolescent de 15 ans et plus : toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'adulte et l'adolescent (<http://www.invs.sante.fr/beh/1993/11/index.html>)

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

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

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

Sida chez l'enfant de moins de 15 ans : toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'enfant (<http://www.invs.sante.fr/display/?doc=beh/1995/11/index.htm>)

| Synthèse des MDO déclarées en 2010 |

Nombre de déclarations en 2010	Département *								Total Rhône-Alpes	Total France métropolitaine
	01	07	26	38	42	69	73	74		
Botulisme	0	0	0	0	0	1	0	0	1	24
Brucellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Charbon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chikungunya	0	0	0	1	0	0	0	0	1	17
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Dengue	<i>Données 2010 non consolidées à ce jour</i>									
Diphthérie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Fièvres hémorragiques africaines	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	0	4	0	4	0	3	1	3	15	145
Hépatite A aiguë	1	5	5	14	10	41	3	8	87	1 220
Infection VHB	0	0	1	1	0	1	0	1	4	81
Infection VIH	15	7	13	35	3	130	5	24	232	3 147
IIM	6	1	1	11	5	14	3	10	51	511
Légionellose	22	2	7	67	22	59	13	35	227	1 540
Listériose	0	2	3	7	7	20	0	5	44	307
Orthopoxviroses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Paludisme autochtone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme d'importation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	13	83	295	240	52	161	91	81	1 016	5 185
Saturnisme de l'enfant mineur	3	1	1	1	0	4	1	1	12	211
Sida	2	1	2	6	2	18	0	8	39	526
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob	1	0	0	2	1	2	0	1	7	25
Tétanos	0	1	1	1	1	0	0	0	4	14
Tiac	8	4	2	21	11	45	27	21	139	977
Tuberculose	39	8	19	93	54	158	20	42	433	5 024
Tularémie	1	0	0	0	0	0	1	0	2	30
Typhus exanthématique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* département de domicile, sauf pour les MDO suivantes où il s'agit du département de déclaration : Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes, Rougeole, Tiac, Tularémie

Merci à Odile Boutou-Kempf¹ pour la rédaction de l'encadré sur l'activation polyclonale (p. 7), et à Geneviève Dennetière¹ et Marielle Schmitt¹ pour la relecture de ce numéro.

¹ Cire Rhône-Alpes

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du bulletin de veille sanitaire sur :
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>
<http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Maladies-a-declaration-obligat.94422.0.html>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
 Rédacteur en chef : Olivier Catelinois, responsable de la Cire Rhône-Alpes
 129 rue Servient - 69 418 LYON Cedex 03
 Tél. : 04 72 34 31 15 - Fax : 04 78 60 88 67
ars-rhonealpes-cire-alerte@ars.sante.fr
<http://www.invs.sante.fr> - <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>