

Les Maladies à Déclaration Obligatoire en région Rhône-Alpes et ses départements en 2009

Coralie Gasc¹, Geneviève Dennetière¹, Nathalie Encrenaz¹, Olivier Catelinois¹
¹Cire Rhône-Alpes



Page 1 | Editorial |

Page 2 | Signaler et notifier |

Page 2 | 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 |

Page 10 | Annexes |

| Editorial |

Les maladies à déclaration obligatoire (MDO) sont un outil essentiel de la veille sanitaire. En France, en 2009, 31 maladies sont concernées (Annexe 1). Grâce au signalement immédiat, elles permettent aux médecins de l'Agence Régionale de Santé d'intervenir sans délai pour mettre en œuvre les mesures de gestion visant à limiter la survenue de nouveaux cas. Dans un deuxième temps, la notification via la fiche spécifique à chaque pathologie fournit des informations individuelles pour la surveillance de ces pathologies réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire, le pilotage et l'évaluation des programmes de santé publique.

Ce Bulletin de Veille Sanitaire (BVS), édité par la Cire Rhône-Alpes dresse, pour la deuxième année, un bilan des maladies à déclaration obligatoire signalées au sein de la région. Ce BVS a pour objectif de mettre à disposition des acteurs de la veille sanitaire en région, notamment l'ensemble des médecins et des biologistes, un bilan chiffré et commenté des MDO les plus fréquentes.

L'ensemble des données exploitées dans ce bulletin sont des

données consolidées pour l'année 2009. La consolidation consiste en la vérification du classement, de la complétude des informations des déclarations obligatoires. Des données plus récentes mais non consolidées sont consultables au sein des points épidémiologiques bimensuels réalisés par la Cire.

L'analyse des données présentées concerne d'une part les cas domiciliés en Rhône-Alpes et d'autre part les cas déclarés en Rhône-Alpes. Le département de déclaration correspond au département d'exercice du médecin ayant posé le diagnostic.

Nous tenons vivement à remercier l'ensemble des partenaires, médecins et biologistes qui contribuent à ce système de surveillance.

1/ SIGNALER : POUR L'URGENCE

Le signalement est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie). Il n'existe pas de support dédié. Le médecin ou le biologiste signale au médecin chargé de la veille sanitaire pour la Délégation Territoriale de l'ARS de son département (Annexe 2) toutes les maladies à déclaration obligatoire suspectées ou confirmées biologiquement (à l'exception de l'infection au VIH, du SIDA, de l'hépatite B et du tétanos). Le signalement permet de réagir rapidement et de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et le cas échéant, de déclencher les investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire. Les investigations menées peuvent impliquer en plus des Délégations Territoriales de l'ARS, l'Institut de Veille Sanitaire (le niveau national et/ou le niveau régional, ses Cire), l'Institut de veille sanitaire, les Centres nationaux de référence (CNR) et les autres services déconcentrés de l'Etat.

2/ NOTIFIER : POUR LE SUIVI

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin chargé de la veille sanitaire pour la Délégation Territoriale de l'ARS dans son département d'exercice 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 maladies à déclaration obligatoire. Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales. 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/surveillance/mdo/index.htm>

Les fiches de notification pour l'infection par le VIH, le SIDA ou l'hépatite A, sont disponibles auprès de la Cellule Régionale de Veille et de Gestion Sanitaire (CRVGS) de l'ARS.

| Les infections invasives à méningocoques |

1/ CONTEXTE

L'infection invasive à méningocoques (IIM) est une maladie rare en France mais dont la gravité est illustrée par une létalité élevée d'environ 15% et par un risque de transmission interhumaine. Elle touche essentiellement les enfants et les adolescents et survient, en général, du début de l'hiver au printemps.

2/ DESCRIPTION DES CAS

Les cas domiciliés en Rhône-Alpes (n=72)

En 2009, 72 cas d'IIM domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 1,2/100 000 habitants (Tableau 1). Cette incidence était comparable à l'incidence en France métropolitaine. L'incidence d'IIM parmi les personnes domiciliées en Rhône-Alpes apparaît stable depuis plusieurs années (Figure 1).

| Tableau 1 |

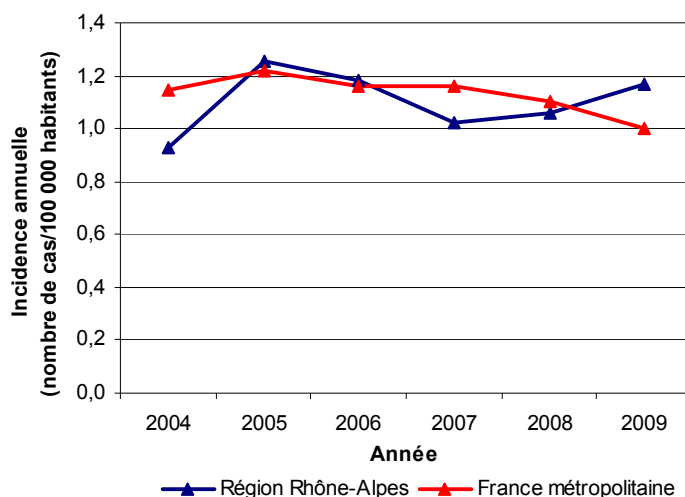
Nombre de cas et incidence (pour 100 000 habitants) des infections invasives à méningocoques par départements de domicile, Rhône-Alpes, 2009.

Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	7	1,2 [0,5-2,5]
Ardèche	3	1,0 [0,2-2,8]
Drôme	6	1,2 [0,5-2,7]
Isère	19	1,6 [1,0-2,5]
Loire	4	0,5 [0,1-1,4]
Rhône	25	1,5 [1,0-2,2]
Savoie	4	1,0 [0,3-2,5]
Haute Savoie	4	0,6 [0,2-1,4]
Région Rhône-Alpes	72	1,2 [0,9-1,5]
France métropolitaine	624	1,0 [0,9-1,1]

* nombre de cas / 100 000 habitants et intervalle de confiance à 95%

| Figure 1 |

Incidence annuelle (pour 100 000 habitants) des infections invasives à méningocoques en Rhône-Alpes et en France, 2004-2009.



Les cas déclarés en Rhône-Alpes (n=73)

Parmi les 73 cas déclarés en Rhône-Alpes en 2009, le sexe ratio homme/femme était de 0,97 (36 hommes et 37 femmes). L'âge médian des cas était de 17 ans (de 0 à 88 ans). 10 cas (14%) avaient moins d'un an. Parmi les 72 cas pour lesquels l'évolution était connue : 57 (79%) ont guéri, 7 (10%) ont présenté des séquelles et 8 (11%) sont décédés. Les séquelles les plus fréquentes étaient les nécroses avec ou sans amputations, présentes chez 5 cas, et les séquelles neurologiques identifiées chez 2 cas. La létalité correspond à celle observée au niveau national.

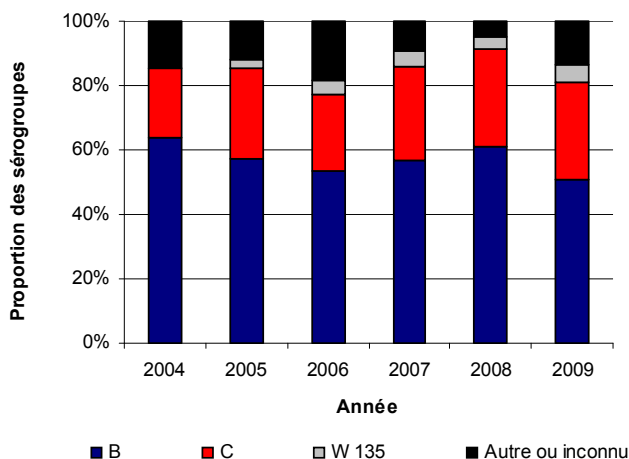
Une prophylaxie de l'entourage familial et amical proche ou dans la collectivité autour du cas a été mise en place pour 68 cas. En moyenne, 24 personnes étaient traitées par épisode.

La présence de purpura fulminans a été mise en évidence pour 23 cas et des éléments purpuriques cutanés pour 38 cas. La létalité des IIM était de 11%. Chez les cas présentant un purpura fulminans, elle atteignait 17%. Dans 70% des cas présentant un purpura fulminans et 17% 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 2009 est présentée sur la figure 2. En 2009, le sérotype a pu être identifié pour 63 cas (86%). Parmi les cas dont le sérotype était connu : 37 avaient un sérotype B (59%), 22 un sérotype C (35%) et 2 un sérotype W135 (3%).

| Figure 2 |

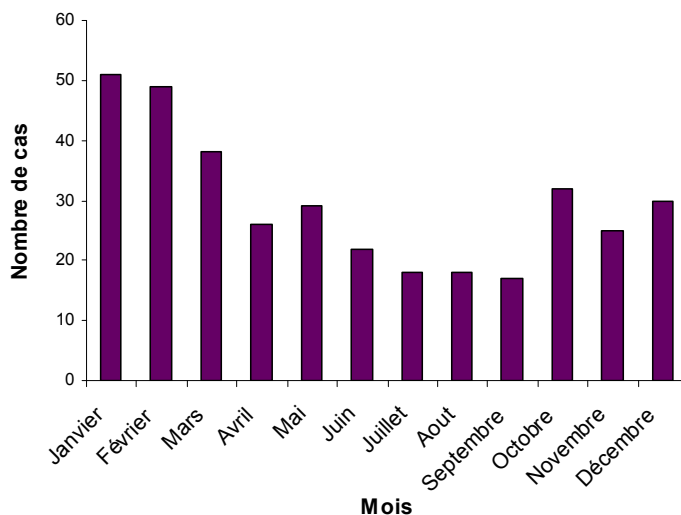
Répartition des principaux sérogroupes de méningocoques (%), Rhône-Alpes, 2004-2009.(n=73)



La répartition des cas déclarés entre 2005 et 2009 montre une augmentation des déclarations entre octobre et mars avec un pic en janvier et février (Figure 3).

| Figure 3 |

Répartition par mois des cas d'infections invasives à méningocoques déclarés entre 2005 et 2009 en Rhône-Alpes.



En 2009, un seul cas groupés a été recensé ; il impliquait 2 personnes.

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

L'infection invasive à méningocoque est une urgence médicale et nécessite l'administration d'une prophylaxie aux contacts proche du malade selon les recommandations nationales. Le signalement réalisé dans les plus brefs délais permet la mise en place de ces mesures dans les meilleurs délais.

Depuis janvier 2011, une nouvelle instruction encadre les recommandations concernant la prophylaxie des IIM (<http://www.invs.sante.fr>)

Critère de définition de cas des IIM depuis le 15 juillet 2002

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, L.C.R., 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 trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome).

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 (maladies respiratoires, diabète...).

2/ DESCRIPTION DES CAS

Les cas domiciliés en Rhône-Alpes (n=203)

En 2009, 203 cas de légionellose domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 3,3/100 000 habitants (Tableau 2). L'incidence de légionelloses parmi les personnes domiciliées en Rhône-Alpes diminue depuis 2007 mais reste supérieure à l'incidence en France métropolitaine (1,9/100 000 habitants) (Figure 4).

| Tableau 2 |

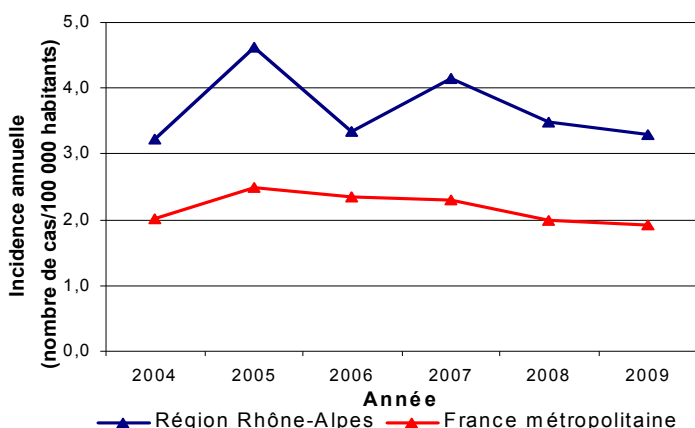
Nombre de cas et incidence (pour 100 000 habitants) de la légionellose par départements de domicile, Rhône-Alpes, 2009.

Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	21	3,6 [2,2-5,5]
Ardèche	6	1,9 [0,7-4,2]
Drôme	7	1,5 [0,6-3,0]
Isère	61	5,1 [3,9-6,6]
Loire	16	2,2 [1,2-3,5]
Rhône	50	2,9 [2,2-3,9]
Savoie	15	3,6 [2,0-6,0]
Haute Savoie	27	3,7 [2,5-5,5]
Région Rhône-Alpes	203	3,3 [2,9-3,8]
France métropolitaine	1 199	1,9 [1,8-2,0]

* nombre de cas / 100 000 habitants et intervalle de confiance à 95%

| Figure 4 |

Incidence annuelle (pour 100 000 habitants) de la légionellose en Rhône-Alpes et en France, 2004-2009.



Les cas déclarés en Rhône-Alpes (n=208)

Parmi les 208 cas déclarés, le sexe ratio homme/femme était de 2,71 (152 hommes et 56 femmes). L'âge médian des cas était 61 ans (de 23 à 95 ans). Le délai moyen entre la date des premiers signes et la date de déclaration était de 9,4 jours.

L'antigénurie était positive dans 192 cas (92%). Pour les 16 autres cas, l'antigénurie était négative et le diagnostic a été posé grâce à la sérologie (9 cas) ou à la mise en culture des prélèvements (4 cas) ou à la combinaison des deux (1 cas). La mise en culture des prélèvements a été réalisée pour 53 cas (25%) : elle était positive pour 46 cas.

Au total, 204 cas ont été hospitalisés et 16 sont décédés. Le délai moyen d'hospitalisation était de 3,8 jours. 146 cas (70%) présentaient au moins un facteur de risque connu. Les facteurs de risque les plus fréquents étaient : le tabagisme (62,3%), le diabète (21,9%) et la présence d'une hémopathie (13,7%) (Tableau 3). Pour 5 cas décédés, aucun facteur de risque n'était connu mais leurs âges étaient compris entre 76 et 88 avec une moyenne de 83,6 ans.

| Tableau 3 |

Répartition des facteurs de risques parmi les cas de légionellose (n=146) déclarés en Rhône-Alpes, 2009.

Facteur de risque	Nombre de cas	Fréquence (%)
Tabagisme	91	62,3
Diabète	32	21,9
Hémopathie	20	13,7
Cortico-thérapie	9	6,2
Autres immuno-suppresseurs	9	6,2
Autres facteurs	32	21,9

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

La mise en culture des prélèvements biologiques est encore peu réalisée lors d'une légionellose : uniquement 25% des cas déclarés en 2009 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 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.

Critère de définition de cas de légionellose

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 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 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 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

Les foyers déclarés en Rhône-Alpes (n=154)

En 2009, 154 foyers de Tiac suite à un repas pris en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 2,5/100 000 habitants (Tableau 4). La tendance de l'incidence des foyers de TIAC déclarés en Rhône-Alpes semble à la hausse depuis 2004. En 2009, l'augmentation a été plus importante et est élevée par rapport à l'incidence en France métropolitaine (1,9/100 000 habitants) (Figure 5).

| Tableau 4 |

Nombre de cas et incidence (pour 100 000 habitants) des foyers de TIAC par départements de contamination, Rhône-Alpes, 2009.

Département	Nombre de Foyers	Incidence*
Ain	11	1,9 [0,9-3,4]
Ardèche	7	2,2 [0,9-4,6]
Drôme	8	1,7 [0,7-3,3]
Isère	16	1,3 [0,8-2,2]
Loire	14	1,9 [1,0-3,2]
Rhône	53	3,1 [2,3-4,1]
Savoie	26	6,3 [4,1-9,2]
Haute Savoie	19	2,6 [1,6-4,1]
Région Rhône-Alpes	154	2,5 [2,1-2,9]
France métropolitaine	1 181	1,9 [1,8-2,0]

* nombre de cas / 100 000 habitants et intervalle de confiance à 95%

Le lieu du repas contaminant était un repas familial pour un tiers des cas (53 cas), un restaurant pour un autre tiers (47 cas) et la restauration collective pour le dernier tiers (44 cas). Au total, 1 338 malades ont été recensés, avec une médiane à 4 malades par épisode. 6 391 personnes ont été exposées avec une médiane de 5 personnes exposées par épisode.

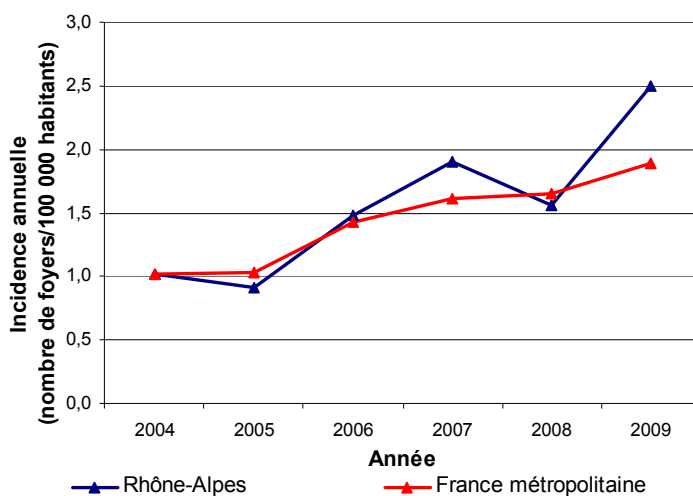
Critère de définition des toxi-infections alimentaires collectives

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 toxi-infections alimentaires collectives (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.

| Figure 5 |

Incidence annuelle (pour 100 000 habitants) de foyers de Tiac en Rhône-Alpes et en France, 2004-2009.



L'aliment incriminé a été identifié pour 91 foyers (59%). Les aliments les plus fréquemment identifiés étaient les œufs ou les produits à base d'œufs (13%), la charcuterie (9%), le poisson (9%), fromages/produits laitiers, coquillages et volailles (8%). Pour 36 foyers (40%) il s'agissait d'un autre aliment.

L'agent responsable de la Tiac a été identifié pour 23 foyers (15%). Les agents les plus fréquemment retrouvés étaient *Salmonella* (12 cas soit 52%), *Clostridium* (4 cas soit 17%) et *Campylobacter* (3 cas soit 13%).

Il y a eu un seul épisode pour lequel un décès est survenu. Le repas contaminant avait eu lieu dans un institut médico-social et le germe responsable de la Tiac n'avait pas pu être identifié.

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

L'investigation épidémiologique de terrain lors d'une suspicion de Tiac doit être réalisée rapidement après la survenue du repas suspecté. 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). Il est donc important de signaler rapidement les suspicions de Tiac.

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. 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

Les cas domiciliés en Rhône-Alpes (n=415)

En 2009, 415 cas de tuberculose maladie domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 6,7/100 000 habitants (Tableau 5). L'incidence de la tuberculose parmi les personnes domiciliées en Rhône-Alpes diminue en 2009 après trois années d'augmentation. Elle reste en dessous de l'incidence en France métropolitaine de 8,3/100 000 (Figure 6).

| Tableau 5 |

Nombre de cas et incidence (pour 100 000 habitants) de la tuberculose par départements de domicile, Rhône-Alpes, 2009.

Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	36	6,1 [4,3-8,5]
Ardèche	15	4,8 [2,7-7,9]
Drôme	18	3,7 [2,2-5,9]
Isère	71	5,9 [4,6-7,5]
Loire	54	7,3 [5,5-9,5]
Rhône	155	9,1 [7,7-10,7]
Savoie	23	5,6 [3,5-8,4]
Haute Savoie	43	5,9 [4,3-8,0]
Région Rhône-Alpes	415	6,7 [6,1-7,4]
France métropolitaine	5157	8,3 [8,0-8,5]

* nombre de cas / 100 000 habitants et intervalle de confiance à 95%

Les cas déclarés en Rhône-Alpes (n=421)

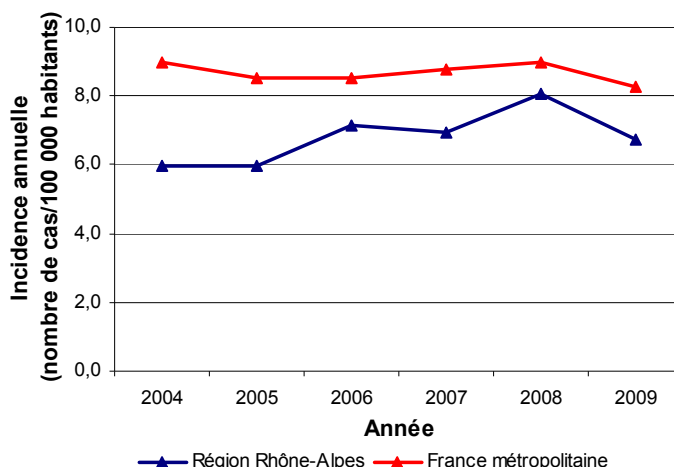
En 2009, 421 cas de tuberculose ont été déclarés en Rhône-Alpes. Le sexe ratio homme/femme était de 1,15 (225 hommes et 195 femmes). L'âge médian des cas était 50 ans (de 2 à 97 ans).

La localisation de la tuberculose était inconnue pour 5 cas (1%). La forme pulmonaire isolée était prédominante, présente chez 242 cas (57%). Pour 118 cas (28%) la localisation était uniquement extra-pulmonaire. Chez 56 cas (13%), elle était, à la fois, pulmonaire et extra-pulmonaire. Pour les cas de tuberculose extra-pulmonaire isolée, la localisation était connue pour 85 des 118 cas. La localisation la plus fréquente était la

tuberculose ganglionnaire (64%) suivie de la tuberculose ostéoarticulaire (13%) et la tuberculose génitale (12%) (Tableau 6).

| Figure 6 |

Incidence annuelle (pour 100 000 habitants) de la tuberculose en Rhône-Alpes et en France, 2004-2009.



| Tableau 6 |

Localisation des tuberculoses extra-pulmonaires isolées chez les cas de tuberculoses déclarés en Rhône-Alpes en 2009.

Localisation extra-pulmonaire	Nombre de cas	Fréquence (%)
Ganglionnaire	54	63,5
Ostéoarticulaire	11	12,9
Génitale	10	11,8
Miliaire	4	4,7
Méningée	4	4,7
Miliaire + ganglionnaire	2	2,4

Les cas vivant en collectivité étaient 62 (15%) et se répartissaient ainsi : 24 (39%) en centres d'hébergement collectif, 21 (34%) en établissements pour personnes âgées, 7 (11%) en établissements pénitentiaires et 7 (11%) dans d'autres collectivités.

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

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

Les recommandations sur la vaccination sont disponibles sur le calendrier vaccinal 2011 téléchargeable sur le site de l'Institut de Veille sanitaire (http://www.invs.sante.fr/beh/2011/10_11/beh_10_11_2011.pdf).

Critère de définition des cas de 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. microti* ; *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 sexuelle du VHA, surtout dans les communautés homosexuelles, favorisée par les contacts ano-oraux.

2/ DESCRIPTION DES CAS

Les cas domiciliés en Rhône-Alpes (n=114)

En 2009, 114 cas d'hépatite A domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 1,8/100 000 habitants (Tableau 7). Après deux années de diminution, l'incidence de l'hépatite A parmi les personnes domiciliées en Rhône-Alpes augmente en 2009. Cependant, elle reste en dessous de l'incidence en France métropolitaine de 2,4/100 000 (Figure 7).

| Tableau 7 |

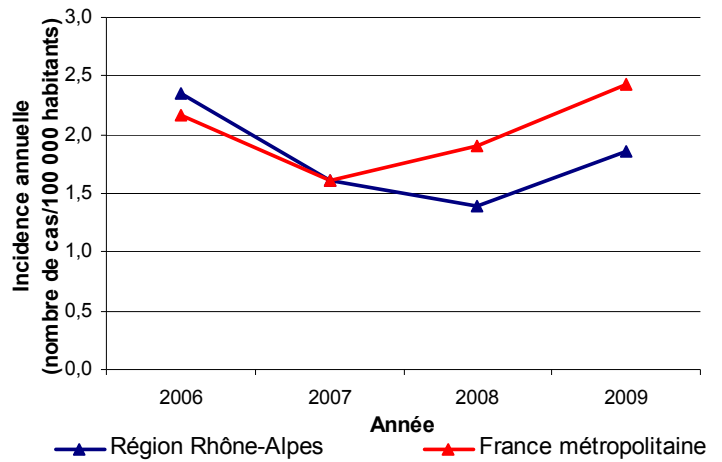
Nombre de cas et incidence (pour 100 000 habitants) de l'hépatite A par départements de domicile, Rhône-Alpes, 2009.

Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	10	1,7 [0,8-3,1]
Ardèche	3	1,0 [0,2-2,8]
Drôme	18	3,7 [2,2-5,9]
Isère	17	1,4 [0,8-2,3]
Loire	2	0,3 [0,3-1,0]
Rhône	39	2,3 [1,6-3,1]
Savoie	9	2,2 [1,0-4,2]
Haute Savoie	16	2,2 [1,3-3,6]
Région Rhône-Alpes	114	1,8 [1,5-2,2]
France métropolitaine	1 521	2,4 [2,3-2,3]

* nombre de cas / 100 000 habitants et intervalle de confiance à 95%

| Figure 7 |

Incidence annuelle (pour 100 000 habitants) de l'Hépatite A en Rhône-Alpes et en France, 2004-2009.



Les cas déclarés en Rhône-Alpes (n=115)

Parmi les 115 cas déclarés, le sexe ratio homme/femme était de 1,21 (63 hommes et 52 femmes). L'âge médian des cas était 20 ans (1 à 65 ans).

Le taux d'hospitalisation était de 43%.

Un voyage en dehors de la France pendant la période de contamination a été identifié chez 50 cas (43%). La destination principale de ces voyages était le Maghreb (62%).

En 2009, une épidémie d'hépatite A liée à une contamination de tomates séchées est survenue en France. Un cas a pu être rattaché à cette épidémie en Rhône-Alpes.

3/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

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

Critère de définition des cas 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. Associée aux résultats de la surveillance virologique, elle permet d'estimer l'incidence de l'infection par le VIH et de mieux orienter les actions de prévention en apportant des informations sur les populations récemment infectées par le VIH en France.

2/ DESCRIPTION DES CAS D'INFECTION PAR LE VIH

Les cas domiciliés en Rhône-Alpes

Au 30 juin 2010, 270 cas d'infection par le VIH diagnostiqués en 2009 chez des personnes domiciliées en Rhône-Alpes ont été déclarés. Après prise en compte de la sous-déclaration et des délais de déclaration, le nombre de découvertes de séropositivité en Rhône-Alpes est estimé à 367 [IC95% 331-403] en 2009, soit 5,9/100 000 habitants (BEH 45-46 du 30/11/2010). Après trois années de diminution, il se stabilise en 2009 et reste en dessous du nombre de découvertes de séropositivité en France métropolitaine de 10,7/100 000 (Figure 8).

Les cas déclarés en Rhône-Alpes

La description des cas a été réalisée sur les données non corrigées, c'est-à-dire, le délai de déclaration et la sous-déclaration n'ont pas été pris en compte.

Le sexe ratio homme/femme était de 2,68. La classe d'âge la plus représentée était les 30-39 ans (30%).

Le mode de contamination était connu pour 78% des femmes et 72% hommes. La contamination par voie hétérosexuelle concernait 95% des femmes et 33% des hommes. Pour les hommes, 64% déclaraient s'être contaminés lors de rapports homosexuels.

La majorité des cas (49%) a été diagnostiquée lors de la phase asymptomatique de l'infection par le VIH, 8% des cas lors de la phase symptomatique et 6% lors de la primo-infection. Pour 14% des cas, l'infection par le VIH a été mise en évidence au stade SIDA.

3/ DESCRIPTION DES CAS DE SIDA

Les cas domiciliés en Rhône-Alpes

Au 30 juin 2010, 76 diagnostics de SIDA en 2009, 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 96 le nombre de diagnostics de sida en 2009 chez des personnes domiciliées en Rhône-Alpes, soit un taux de 1,6/100 000 habitants (BEH 45-46 du 30/11/2010).

Le nombre de diagnostics de sida rapporté à la population parmi les personnes domiciliées en Rhône-Alpes se stabilise en 2009 (figure 9) et reste lui-aussi en dessous du nombre de diagnostics de SIDA en France métropolitaine.

Les cas déclarés en Rhône-Alpes

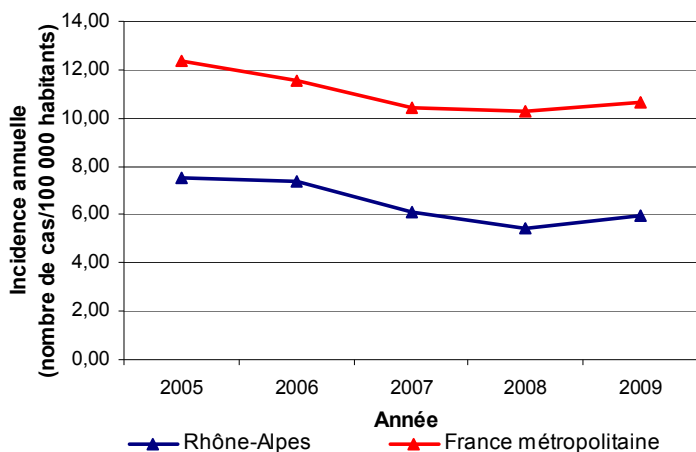
Le sexe ratio homme/femme était de 3,85. La classe d'âge la plus représentée était les 40-49 ans (30%).

Le mode de contamination était connu pour la totalité des femmes et pour 92% des hommes. Chez les femmes, le mode de contamination était essentiellement les relations hétérosexuelles (88%). Chez les hommes, le premier mode de contamination était les rapports hétérosexuels (52%) suivi par la contamination lors de rapports homosexuels (42%). La part de contamination liée à l'usage de drogue était marginale.

Les pathologies inaugurales les plus fréquentes étaient la pneumocystose (32%), la tuberculose (13% pour la tuberculose pulmonaire et 11% pour la tuberculose extra-pulmonaire), la candidose oesophagienne (16%) et le syndrome de Kaposi (13%), la toxoplasmose cérébrale (11%). Près de la moitié des cas n'avait pas connaissance de leur séropositivité au moment de leur diagnostic de SIDA.

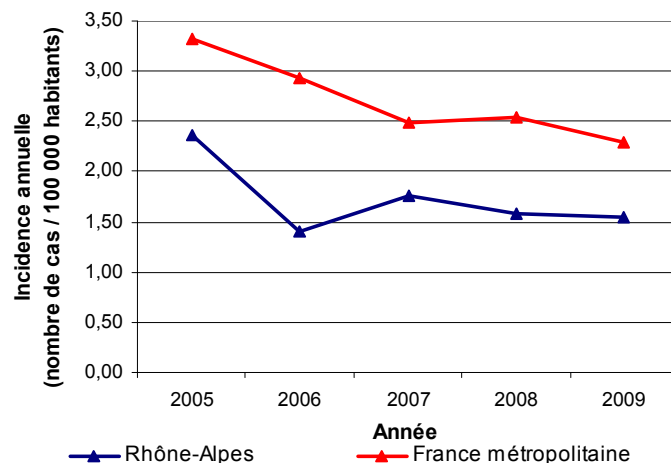
| Figure 8 |

Découvertes de séropositivité VIH (pour 100 000 habitants) de l'infection par le VIH en Rhône-Alpes et en France, 2004-2009.



| Figure 9 |

Cas de sida transposés à la population en Rhône-Alpes et en France, 2004-2009.



4/ MESSAGE ET REGLEMENTATION

Au niveau national, près des trois quarts des découvertes de séropositivité en 2009 sont survenues chez des personnes ayant déjà moins de 500 lymphocytes CD4/mm³, alors que les nouvelles recommandations préconisent désormais de traiter les personnes séropositives, même si elles sont asymptomatiques, dès qu'elles ont moins de 500 CD4. La promotion d'un dépistage plus précoce est d'autant plus d'actualité dans ce contexte.

Un rapport concernant la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH a été réalisé en 2010 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf).

Des données de surveillance à l'échelle nationale sont publiées chaque année dans le BEH (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>).

Critère de définition de cas 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, Rhône-Alpes, 2009 |

Nombre de déclaration	Départements								Total Rhône-Alpes	Total France
	01	07	26	38	42	69	73	74		
Botulisme (foyers)	0	0	0	1	0	1	0	0	2	13
Botulisme (cas)	0	0	0	1	0	3	0	0	4	29
Brucellose importée	0	0	2	0	0	0	0	0	2	22
Dengue importée	0	0	0	6	2	0	0	0	8	64
Diptérie	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Hépatite A aiguë	10	3	18	18	1	39	10	16	115	1 520
Légionellose	21	8	8	62	16	51	15	27	208	1 198
Listériose	6	7	1	13	5	9	1	0	42	323
IIM	6	3	5	19	4	28	4	4	73	622
Rougeole	3	4	7	23	13	51	34	40	175	1 589
Tuberculose latente (<15ans)	5	1	2	8	12	20	0	0	48	624
Tuberculose maladie	40	15	19	71	54	155	23	44	421	5 146
Tétanos	0	0	2	0	0	0	0	0	2	8
Tiac*	11	7	8	16	14	53	26	19	154	1 181
Tularémie	1	0	0	0	0	0	1	1	3	31
Typhoïde	0	0	0	2	1	6	3	0	12	143
Infection VHB	3	1	0	3	0	6	1	1	15	104
VIH**	12	8	5	42	20	144	12	27	270	4 118
Sida**	4	2	2	12	13	35	3	5	76	727
Saturnisme	0	1	0	1	3	9	0	0	14	250

* Département de contamination

** Département de domicile

Ce tableau présente 19 maladies à DO sur les 31 existantes. Pour 11 maladies à DO, aucun cas n'a été déclaré dans la région Rhône-Alpes en 2009 : charbon, chikungunya, choléra, fièvres hémorragiques africaines, fièvre jaune, orthopoxviroses, paludisme autochtone, peste, poliomyélite, rage et typhus exanthématique.

Les déclarations de suspicions de maladie de Creutzfeldt-Jacob alimentent, à l'instar de plusieurs autres sources de données, le réseau national de surveillance de l'INSERM. En 2009, en France, 134 suspicions de maladies de Creutzfeldt-Jacob ont été déclarées.

| Annexe 1 : Liste des 30 maladies à déclaration obligatoire selon le décret n° 2006-473 du 24 avril 2006 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire |

Botulisme	Poliomyélite
Brucellose	Rage
Charbon	Rougeole
Chikungunya*	Saturnisme de l'enfant mineur
Choléra	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Dengue*	Tétanos
Diphthérie	Toxi-infection alimentaire collective
Fièvres hémorragiques africaines	Tuberculose
Fièvre jaune	Tularémie
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	Typhus exanthématique
Hépatite aiguë A	
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	
Infection invasive à méningocoque	*Dans les départements figurant sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.
Légionellose	
Listériose	En gras : les maladies nécessitant un signalement et une notification
Orthopoxviroses dont la variole	Les fiches de déclaration et de notification (à l'exception de l'infection par le VIH, le SIDA et l'hépatite A) sont téléchargeables sur le site de l'InVS : http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm
Paludisme autochtone	
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer	
Peste	

| Annexe 2 : A qui signaler en région ? |

Au médecin inspecteur de santé publique de la Délégation territoriale du département d'exercice :

<p>DTD de l'Ain Tél. : 04.74.32.80.76 Fax : 04.74.32.80.69 Courriel : ars-dt01-alerte@ars.sante.fr</p>	<p>DTD de la Loire Tél. : 04.77.81.80.04 Fax : 04.77.81.80.01 Courriel : ars-dt42-alerte@ars.sante.fr</p>
<p>DTD de l'Ardèche Tél. : 04.75.20.29.20 Fax : 04.75.20.29.00 Courriel : ars-dt07-alerte@ars.sante.fr</p>	<p>DTD du Rhône Tél. : 04.72.34.41.52 Fax : 04.72.34.41.27 04.72.34.31.52 Courriel : ars-dt69-alerte@ars.sante.fr ars69-alerte@ars.sante.fr</p>
<p>DTD de la Drôme Tél. : 04.75.79.71.20 Fax : 04.75.79.71.26 Courriel : ars-dt26-alerte@ars.sante.fr</p>	<p>DTD de la Savoie Tél. : 04.56.11.08.11 Fax : 04.56.11.08.98 Courriel : ars-dt73-alerte@ars.sante.fr</p>
<p>DTD de l'Isère Téléphone : 04.76.63.64.35 Fax : 04.76.63.65.45 Courriel : ars-dt38-alerte@ars.sante.fr</p>	<p>DTD de la Haute Savoie Tél. : 04.50.88.48.18 Fax : 04.50.88.42.88 Courriel : ars-dt74-alerte@ars.sante.fr</p>

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du point épidémiologique hebdomadaire sur : <http://www.invs.sante.fr/regions/index.htm>

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

Rédaction et diffusion : 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>