

I Éditorial I

Maladies à déclaration obligatoire – Données 2008

Nous sommes heureux de vous adresser le premier numéro du Bulletin de veille sanitaire interrégional Provence-Alpes-Côte d'Azur – Corse, qui présente les derniers résultats disponibles de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca).

Il a pour objectif de mettre à la disposition des acteurs de la veille et de l'alerte de la région, en particulier aux biologistes et médecins qui sont les principaux partenaires du système de surveillance des MDO, un bilan chiffré et commenté des principales MDO.

Ce bilan rappelle aussi l'intérêt du signalement immédiat des MDO au médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass). En effet, cette information transmise en urgence, permet de mener toutes les investigations nécessaires et de mettre en place toutes les mesures de contrôle de la transmission de la maladie (isolement, vaccination ou prophylaxie médicamenteuse, contrôle de la source d'exposition...).

Au-delà de la réponse à l'alerte, la déclaration sert à surveiller les tendances des pathologies pour développer des stratégies de lutte, comme le montrent les actions menées dans les Alpes-Maritimes contre la légionellose ou dans les Bouches-du-Rhône contre la tuberculose.

L'année 2010 sera marquée par la création de l'Agence régionale de santé (ARS) de la région Paca, qui regroupera de nombreux acteurs départementaux et régionaux de la veille sanitaire. Celle-ci sera, dans un proche avenir, votre interlocuteur ce domaine.

L'information transmise par ce bulletin vise à permettre de mieux comprendre et mieux jouer son rôle dans le dispositif interrégional de veille sanitaire, et de contribuer à la construction et à la structuration de ce réseau. De prochains bulletins seront publiés régulièrement et mis à votre disposition sur le site Internet de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Paca (www.paca.sante.gouv.fr), et bientôt sur celui de l'ARS, ainsi que sur celui de l'Institut de veille sanitaire (InVS): www.invs.sante.fr/display/?doc=regions/cire_publications_sud.htm

I Signaler I

Le signalement des MDO, par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent, au Misp de la Ddass de leur lieu d'exercice, est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie).

Il n'existe pas de support dédié au signalement. Les maladies qui justifient une intervention urgente, à savoir toutes les MDO, à l'exception de l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos, sont à signaler. La procédure de signalement permet au Misp de réagir rapidement, de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas et, si nécessaire, de déclencher une investigation pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire. Dans ce cadre, les données transmises par les déclarants peuvent être nominatives et ne sont pas conservées au-delà du temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

Maladies à déclaration obligatoire

- Botulisme	- Listériose
- Brucellose	- Orthopoxviroses, dont la variole
- Charbon	- Paludisme autochtone
- Chikungunya*	- Paludisme d'importation dans les Départements d'outre-mer
- Choléra	- Peste
- Dengue*	- Poliomyélite
- Diphtérie	- Rage
- Fièvres hémorragiques africaines	- Rougeole
- Fièvre jaune	- Saturnisme chez les enfants mineurs
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- Hépatite A aiguë	- Tétanos
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	- Toxi-infections alimentaires collectives
- Infection invasive à méningocoque	- Tuberculose
- Infection par le VIH, quel que soit le stade	- Tularémie
- Légionellose	- Typhus exanthématique

* Dans les départements figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé.

I Notifier I

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

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

I À qui déclarer ? I

Au médecin inspecteur de santé publique:

Ddass des Alpes-de-Haute-Provence (04)

Tél.: 04 92 30 88 13 - Fax : 04 92 30 85 21 - Tél. préfecture : 04 92 36 72 00

Ddass des Hautes-Alpes (05)

Tél.: 04 92 52 54 56 - Fax : 04 92 52 86 50 - Tél. préfecture : 04 92 40 48 00

Ddass du Alpes-Maritimes (06)

Tél.: 04 93 72 28 40 - Fax : 04 93 72 28 06 - Tél. préfecture : 04 93 72 20 00

Ddass des Bouches-du-Rhône (13)

Tél.: 04 91 00 58 05 - Fax : 04 91 37 96 08 - Tél. préfecture : 04 91 15 60 00

Ddass du Var (83)

Tél.: 04 94 09 85 31 - Fax : 04 94 09 84 61 - Tél. préfecture : 04 94 18 83 83

Ddass du Vaucluse (84)

Tél.: 04 90 27 71 46 - Fax : 04 90 27 71 33 - Tél. préfecture : 04 88 17 84 84

Pendant les week-ends et jours fériés, c'est la préfecture qui contacte la personne de la Ddass en astreinte.

I Cas de tuberculose maladie déclarés en 2007 I

Les cas retenus pour l'analyse sont les cas domiciliés en région Paca ou notifiés en Paca pour les sans domicile fixe.

389 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Paca (taux d'incidence=8,1 pour 100000 habitants). Les taux variaient selon les départements, atteignant 9,6/100000 dans les Alpes-Maritimes (103 cas), 9,5/100000 dans les Bouches-du-Rhône (182 cas), 6,1/100000 dans le Var (59 cas), 6,0/100000 dans le Vaucluse (52 cas), 5,3/100000 dans les Hautes-Alpes (7 cas) et 3,9/100000 dans les Alpes-de-Haute-Provence (6 cas).

Les déclarations provenaient à 79 % d'un médecin hospitalier.

L'âge médian était de 45 ans (minimum 0, maximum 95) et le sex-ratio hommes/femmes (H/F) de 1,6.

Un antécédent de tuberculose concernait 10,4 % des cas (28/269).

La localisation était exclusivement pulmonaire pour 267 cas.

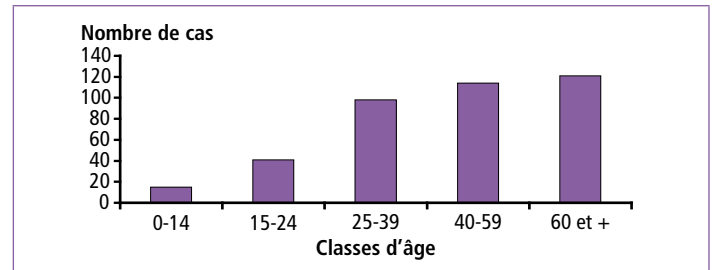
Un examen microscopique a été réalisé pour 341 cas et était positif pour 43 % d'entre eux. 270 cultures ont été réalisées et 73 % étaient positives.

La répartition selon le lieu de naissance (connu pour 97 % des cas) était la suivante : 50 % étaient nés en France, 25 % dans un pays d'Afrique du Nord, 11 % dans un pays d'Afrique subsaharienne, 7 % dans un pays européen autre que la France, 5 % dans un pays d'Asie et 2 % dans un autre pays.

L'habitation en collectivité au moment du diagnostic concernait 15 % des cas (55/364). Le type d'hébergement était un centre d'hébergement collectif (foyer social, travailleurs...) pour 13 d'entre eux, un établissement d'hébergement pour personnes âgées pour 8, un établissement pénitentiaire pour 9 et un autre type d'établissement pour les 25 restants. Les personnes sans domicile fixe représentaient 5 % des cas (17/336).

I Figure 1 I

Nombre de cas de tuberculose maladie par classe d'âge, Paca, 2007



Source: InVS.

I Évolution de la tuberculose infection chez les moins de 15 ans dans les Bouches-du-Rhône de 2003 à 2007 I

Les cas d'infection tuberculeuse (IT) ou infection tuberculeuse latente (primo-infection) chez les enfants de moins de 15 ans sont à déclaration obligatoire depuis 2003. Les données ci-après sont extraites des déclarations concernant des résidents du département des Bouches-du-Rhône.

Sur les 309 IT recensés, 270 ont été déclarées par le Centre de lutte antituberculeuse (Clat) du Conseil général des Bouches-du-Rhône et 261 concernent des résidents de Marseille. Le pays de naissance est la France dans 128 cas et un autre pays dans 181 cas.

Le taux d'incidence des cas d'IT comme le taux d'incidence des tuberculose maladie (TM) sont plus importants dans le Centre et le Nord de Marseille (figures 2 et 3).

Au cours des 10 dernières années, le taux d'incidence des TM s'est stabilisé dans le département. En revanche, le taux d'incidence des IT a diminué sensiblement (figure 4).

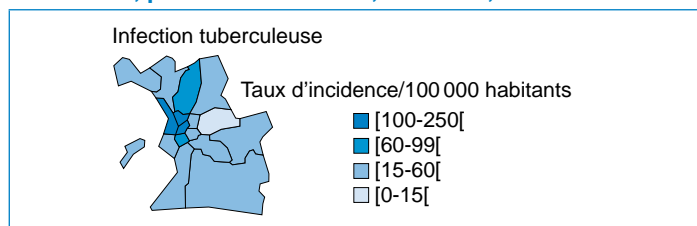
Les circonstances de diagnostic des IT ont évolué de 2003 à 2007 (figure 5). Le contrôle vaccinal systématique a progressivement disparu ainsi que les diagnostics d'IT qui y étaient liés, au profit du dépistage autour des cas et du bilan des primo-arrivants.

La décroissance du nombre de cas d'IT déclarés semble beaucoup plus le résultat d'une évolution de la politique de dépistage que d'une réelle décroissance de cette affection. La stabilité du nombre de cas de TM et la répartition géographique similaire d'IT et de TM militent dans ce sens.

Ce constat met l'accent sur la nécessité de maintenir une vigilance au niveau du dépistage des enfants à risque (en lien avec des pays à risque, contacts de TM, situations de précarité...). Cette action doit s'accompagner d'efforts en vue de protéger par la vaccination ces mêmes populations, et la vaccination dès la maternité constitue probablement le meilleur moyen d'y parvenir.

I Figure 2 I

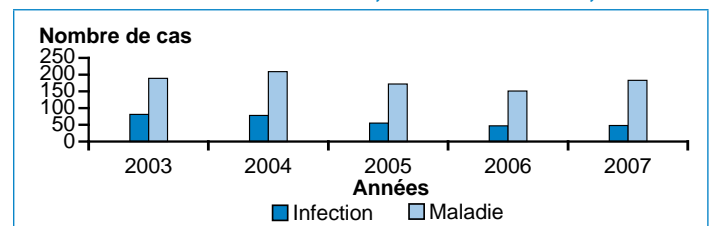
Taux d'incidence d'infection tuberculeuse chez les moins de 15 ans, par arrondissement, Marseille, 2003-2007



Source: Ddass/Clat.

I Figure 4 I

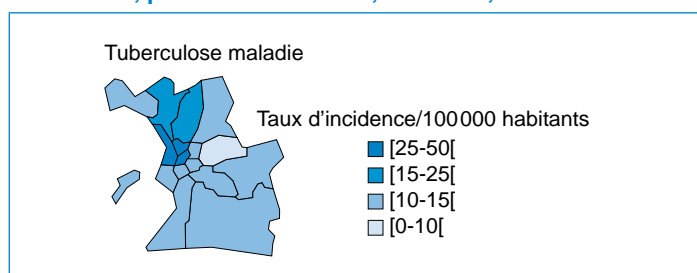
Nombre annuel de cas d'infection tuberculeuse et tuberculose maladie chez les moins de 15 ans, Bouches-du-Rhône, 2003-2007



Source: Ddass/Clat.

I Figure 3 I

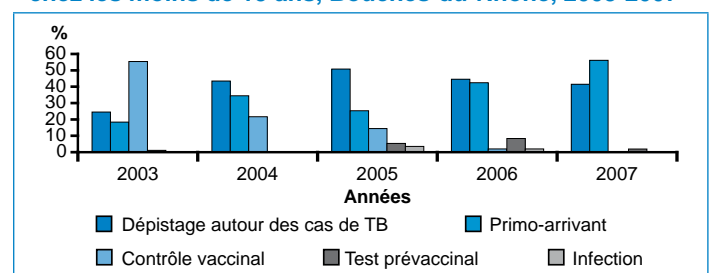
Taux d'incidence de tuberculose maladie chez les moins de 15 ans, par arrondissement, Marseille, 2003-2007



Source: Ddass/Clat.

I Figure 5 I

Circonstances de diagnostic des tuberculoses infection chez les moins de 15 ans, Bouches-du-Rhône, 2003-2007



Source: Ddass/Clat.

I Cas de légionellose déclarés en 2008 I

Les cas retenus pour l'analyse sont les cas résidents en région Paca.

102 cas de légionellose ont été déclarés en Paca (taux d'incidence=2,1 pour 100 000 habitants). Les taux d'incidence étaient de 3,8/100 000 dans les Hautes-Alpes (5 cas), 2,6/100 000 dans le Var (25 cas), 2,5/100 000 dans les Alpes-Maritimes (27 cas), 2,1/100 000 dans le Vaucluse (11 cas), 1,9/100 000 dans les Alpes-de-Haute-Provence (3 cas) et 1,6/100 000 dans les Bouches-du-Rhône (31 cas). Le taux d'incidence en France en 2008 était de 2,0/100 000.

Après une hausse continue des cas incidents, une diminution régulière est observée depuis 2005 (figure 6).

L'âge médian des cas était de 71,8 ans (minimum 3, maximum 97) et le sex-ratio H/F de 3,1 (77/25).

La létalité était de 22 % (22/102) en Paca et de 10 % en France.

Le diagnostic a été porté à l'aide d'un test de détection des antigènes solubles urinaire pour 86 % des cas (n=88), un isolement d'une souche clinique pour 9 % (n=9) et un titrage unique supérieur à 256 pour 4 % (n=4).

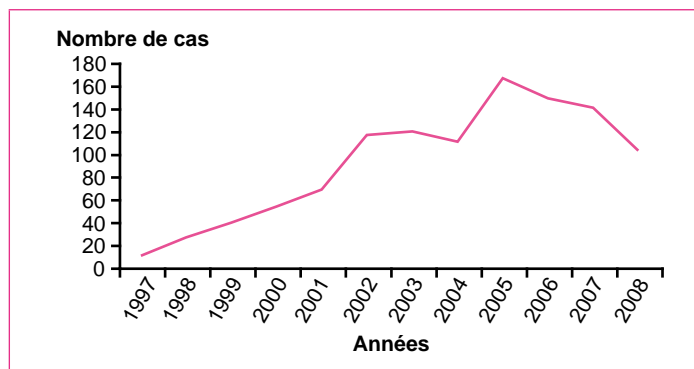
L'espèce *Legionella pneumophila* du sérotype 1 était en cause pour 99 cas.

Un ou plusieurs facteurs favorisant ont été retrouvés pour 61 % des cas :

- tabagisme pour 30 cas (29 %);
- diabète pour 18 cas (18 %);
- hémopathie pour 11 cas (11 %);
- corticoïdes ou autre immunosuppresseur pour 9 cas (9 %).

I Figure 6 I

Nombre annuel de cas de légionellose déclarés en Paca, 1997-2008



Source : InVS.

I Cas de légionellose déclarés dans les Alpes-Maritimes, 2002-2008 I

Ces dernières années, le département des Alpes-Maritimes a été un des départements français qui a enregistré le plus de cas de légionellose (tableau 1). Ainsi, de 2005 à 2007, les taux d'incidence étaient 2 à 3 fois plus élevés que ceux observés en France.

I Tableau 1 I

Distribution annuelle des cas de légionellose, Alpes-Maritimes, 2002-2008

Année	Nombre de cas	Taux d'incidence pour 100 000 habitants
2002	28	2,7
2003	39	3,7
2004	42	4,0
2005	76	7,1
2006	50	4,7
2007	58	5,4
2008	27	2,5

Source : InVS.

Différentes investigations épidémiologiques ont été menées et ont permis d'identifier plusieurs épisodes de cas groupés (Nice en janvier-février 2002, Alpes-Maritimes en octobre-décembre 2005, Alpes-Maritimes en mai-juin 2007). L'épisode du printemps 2007 a été le plus important avec 19 cas recensés de légionellose à *Legionella pneumophila* sérotype 1.

Lors de ces investigations, aucun facteur d'exposition commun n'a été trouvé en dehors d'une exposition potentielle à des tours aérofrigorifères (TAR) par voie humide. Malgré divers éléments épidémiologiques permettant de maintenir l'hypothèse d'une contamination par une ou plusieurs TAR (concentration dans le temps, zone géographique limitée et absence d'autre facteur de risque retrouvé), leur implication n'a jamais pu être confirmée biologiquement.

Cette absence de confirmation biologique est due :

- en grande partie à des facteurs environnementaux (recensement des tours non exhaustif, concentrations en *Legionella* mesurées après l'alerte pas toujours représentatives des concentrations au moment de l'exposition, représentativité des prélèvements d'eau réalisés);
- mais aussi au faible nombre de souches cliniques disponibles au moment des enquêtes. Il est primordial de disposer de telles souches afin de confirmer le caractère groupé de l'épisode et afin de confronter les souches cliniques typées avec les souches environnementales isolées.

La surveillance de la légionellose pour l'année 2008 montre une baisse importante du nombre de cas dans le département (27 cas). La France enregistre aussi une baisse de l'incidence, mais nettement moins marquée.

Cette diminution de plus de 50 % de l'incidence dans les Alpes-Maritimes entre 2007 et 2008 peut en partie s'expliquer par les actions menées lors des deux dernières investigations épidémiologiques et environnementales, avec en particulier une sensibilisation des gestionnaires de TAR au risque *Legionella*.

La vigilance reste essentielle car, si peu de cas ont été déclarés au premier semestre 2009, de nouveaux cas groupés ont été signalés en fin d'année.

En résumé, il est important d'insister sur :

- l'intérêt d'un signalement rapide des cas par les cliniciens et biologistes à la Ddass afin d'engager les investigations nécessaires;
- l'importance d'effectuer des prélèvements cliniques qui permettent d'isoler et d'identifier des souches cliniques, de les comparer avec des souches environnementales et éventuellement de préciser la ou les sources possibles de contamination.

I Les toxi-infections alimentaires collectives déclarées en 2008 I

La sélection géographique est basée sur le département où a eu lieu le repas incriminé.

76 foyers de toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) ont été déclarés en Paca : 37 dans les Bouches-du-Rhône, 22 dans le Var, 11 dans les Alpes-Maritimes, 3 dans le Vaucluse et 3 dans les Alpes-de-Haute-Provence.

Au total, 678 malades ont été recensés (taux d'incidence=14,2 pour 100 000 habitants) dont 46 ont été hospitalisés.

L'agent étiologique responsable de la Tiac a été identifié dans 59 % des foyers. 36% des Tiac pour lesquelles l'agent était confirmé étaient dues à un staphylocoque (16/45) et 18% à une salmonelle (8/45).

66 % des foyers (n=50) de Tiac sont survenus en restauration collective et 32% (n=24) en milieu familial. Parmi les Tiac en restauration collective, 50 % sont survenues en restauration commerciale et 10 % dans chacun des types de restauration suivants : Institut médico-pédagogique, centres de loisirs ou milieu scolaire.

Un aliment a été identifié ou suspecté dans 55 % des foyers (42/76). Parmi ceux-ci, on retrouvait les poissons et coquillages (19%), viandes, charcuteries et volailles (17%), œufs et préparations à base d'œufs crus ou peu cuits (10%), fromages et produits laitiers (10%).

I Cas d'hépatite aiguë A déclarés en 2008 I

Les cas retenus pour l'analyse sont les cas notifiés en région Paca.

En 2007, 79 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés en Paca (taux d'incidence=1,7 pour 100 000), dont 30 dans les Bouches-du-Rhône, 18 dans les Alpes-Maritimes, 15 dans le Vaucluse, 11 dans le Var, 3 dans les Hautes Alpes et 2 dans les Alpes-de-Haute-Provence.

Une hospitalisation a concerné 48% de ces cas.

L'âge médian était de 24 ans (minimum 2, maximum 74) et le sex-ratio H/F de 1,6.

26 cas avaient d'autres cas dans leur entourage dont 23 dans leur famille.

La notion de séjour hors France métropolitaine concernait 49% des cas notifiés (36/74), dont 67% (24 cas) avaient voyagé dans un pays du Maghreb et 22% dans le reste du continent africain. Parmi les 37 cas déclarés en septembre et octobre, 66% avaient fait un séjour hors métropole (23/35).

Parmi les cas n'ayant pas voyagé (38/74), 10 avaient consommé des fruits de mer. Seize ont rapporté des cas dans l'entourage, dont 14 dans le milieu familial.

I Les infections invasives à méningocoque déclarées en 2008 I

Les cas retenus pour l'analyse sont les cas résidents en région Paca en 2008.

42 cas d'infections invasives à méningocoque (IIM) ont été déclarés en Paca (taux d'incidence=0,9 pour 100 000 habitants similaire au taux en France métropolitaine). Les taux étaient de 3,2/100 000 dans les Alpes-de-Haute-Provence (5 cas), 1,1/100 000 dans les Alpes-Maritimes et dans le Var (avec respectivement 12 et 11 cas), 0,8/100 000 dans le Vaucluse (4 cas) et 0,5/100 000 dans les Bouches-du-Rhône (10 cas). Aucun cas n'a été déclaré dans les Hautes-Alpes. Quatre cas sont décédés (létalité=10%).

Le délai médian de déclaration est de 1 jour (minimum 0, maximum 12).

14 % des cas (6 cas) étaient âgés de moins de 1 an, 50 % (21 cas) entre 1 et 20 ans et 36 % (15 cas) de plus de 20 ans. Le taux d'incidence (TI) le plus élevé était observé chez les moins de 1 an (TI=10,8/100 000).

Le sex-ratio H/F était de 1,1 (1,1 en France).

Le sérotype B reste prédominant (69%), suivi du sérotype C (19%) (figure 7). La répartition est comparable à celle notée en France métropolitaine.

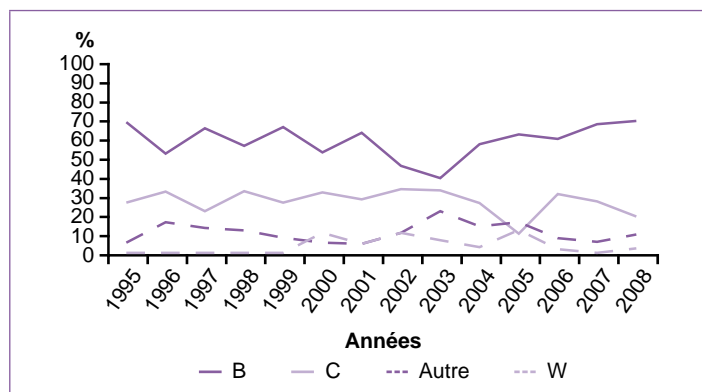
Un *purpura fulminans* était présent pour 41% des cas (14/34). Les 4 décès étant survenus parmi ces 14 cas, la létalité parmi ces cas s'élève à 29%.

959 personnes de l'entourage des cas ont reçu une chimioprophylaxie : 512 en collectivité et 447 en famille.

71 personnes de l'entourage des cas ont été vaccinées : 27 en collectivité et 44 en famille.

I Figure 7 I

Répartition annuelle en pourcentage des infections invasives à méningocoque selon le sérotype, Paca, 1995-2008



Source : InVS.

Ont contribué à ce bulletin : Francis Charlet (Ddass des Bouches-du-Rhône), Violaine Ménard, Françoise Rey, Patricia Azas (Clat des Bouches-du-Rhône), Franck Sillam, Joël Deniau, Florian Franke, Philippe Malfait (Cire Sud).

Recueil des données réalisé par les Ddass des Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Var et Vaucluse.

Nous remercions tous les professionnels de santé pour leur participation.

Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud – 23/25 rue Borde – 13285 Marseille cedex 08 – Tél. : 04 91 29 93 87 – Fax : 04 91 29 94 20 – ISBN : 978-2-11-099067-9 – ISBN-NET : 978-2-11-099106-5 – Création graphique : Beside-Paris – Réalisation : Diadeis-Paris – Imprimé par : Imprimerie Centrale SA Luxembourg – Tirage : 10 000 exemplaires – Dépôt légal : janvier 2010