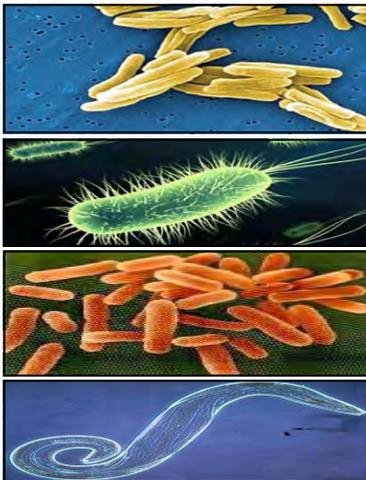


Les maladies à déclaration obligatoire dans les DFA (2006-2008)

Luisiane Carvalho, Cire Antilles Guyane



[Page 2](#) | [Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire](#) |

[Page 3](#) | [Les infections à VIH / Sida](#) |

[Page 7](#) | [La tuberculose](#) |

[Page 8](#) | [Les Toxi-infections alimentaires collectives](#) |

[Page 9](#) | [Les infections invasives à méningocoques](#) |

[Page 10](#) | [Les fièvres typhoïde et paratyphoïde](#) |

[Page 11](#) | [La listériose](#) |

[Page 12](#) | [L'hépatite B aiguë](#) |

[Page 13](#) | [L'hépatite A aiguë](#) |

[Page 14](#) | [La Rougeole](#) |

| Editorial |

Dr Philippe Quénel, Coordonnateur scientifique de la Cellule Interrégionale d'Épidémiologie Antilles Guyane

Les maladies à déclaration obligatoire (MDO) constituent l'un des piliers du dispositif national de surveillance épidémiologique. Ce système de surveillance, l'un des plus anciens, a été rénové et modernisé en 2003 sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire. Aujourd'hui, il offre toutes les garanties d'une surveillance épidémiologique efficace, respectueuse de l'anonymat des personnes, permettant d'évaluer les besoins nécessaires au contrôle des MDO et d'orienter les choix des politiques publiques en matière de santé.

Pour s'adapter à l'évolution de la situation épidémiologique des maladies, ce système doit être souple. C'est ainsi que la rougeole et l'hépatite A ont été ajoutées à la liste des MDO en 2005, le chikungunya dans les DFA et la dengue (en métropole et dans l'Océan Indien) en 2006, conduisant à surveiller aujourd'hui 30 maladies.

La plupart des MDO nécessitent un signalement immédiat à l'Agence régionale de santé (ARS) concernée. Cette information, si elle est transmise dans des délais les plus brefs possibles, permet de mener les investigations nécessaires et de mettre en place les mesures de contrôle de la maladie (isolement, prophylaxie médica-

menteuse ou vaccination, contrôle de la source d'exposition, etc.). Au plan national, la remontée de ces informations permet de suivre les tendances épidémiologiques de ces maladies et d'identifier la survenue d'épidémies supra régionales.

Tout ce dispositif ne peut fonctionner que si les médecins et les biologistes participent activement à cette surveillance. Pour être pleinement efficace, la surveillance des MDO doit être en effet exhaustive, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. Or, déclarer, c'est aussi contribuer à prévenir l'extension de la maladie ! La déclaration obligatoire ne doit donc pas être perçue comme une « lourdeur administrative ». Adhérer à ce dispositif, c'est être acteur à part entière du dispositif de veille sanitaire et assumer pleinement ses responsabilités pour la protection de la santé publique.

Dans ce numéro thématique, les bases du dispositif de surveillance basé sur les MDO sont rappelées et nous présentons une synthèse des caractéristiques épidémiologiques des principales maladies déclarées dans les DFA pour la période 2006-2008.

Globalement, l'infection par le VIH, le sida et la tuberculose sont les MDO dont les incidences sont les plus élevées dans les Antilles-

Guyane. Certaines tendances sont remarquables sur la période 2006-2008, notamment la part des infections récentes (inférieures à six mois) au VIH en Guadeloupe et en Guyane, d'autant que cette variable étant peu ou mal renseignée, les chiffres dont on dispose pourraient occulter une situation encore plus marquée. D'où, l'importance du remplissage complet des fiches de déclaration. Par ailleurs concernant le sida, entre 2006 et 2008, la proportion de cas ayant suivi un traitement antirétroviral dans les trois mois précédant le diagnostic, a globalement diminué ou reste faible pour les Antilles-Guyane. Il est de même, en Guadeloupe et en Martinique, pour la proportion de cas ayant connaissance de leur séropositivité avant le diagnostic sida.

Ce nouveau bilan de la situation épidémiologique des MDO dans les DFA, après ceux réalisés en 2007 (BASAG 2007 n°5) et en 2005

(BASAG 2005 n°6), devrait sans aucun doute, enrichir les travaux et les réflexions qui sont actuellement menées au sein des ARS dans le cadre de la préparation et de l'élaboration des Plans régionaux de santé (PRS). Concernant la rougeole et la rubéole, suite à la résolution de PAHO visant à parvenir à leur élimination dans les Amériques, une commission interrégionale présidée par la Cire AG sera mise en place fin octobre 2010 sous l'égide de la PAHO, afin de compiler et d'analyser toutes les données permettant de documenter et de vérifier l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans nos départements.

Poursuivons donc nos efforts conjoints pour améliorer la surveillance des MDO afin de guider au mieux les politiques de santé publique aux Antilles Guyane.

Ensemble, déclarons et surveillons !

| LE DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DES MALADIES DÉCLARATION OBLIGATOIRE |

1 / DESCRIPTION DU DISPOSITIF

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire repose sur la transmission par les médecins et biologistes, aux autorités sanitaires, de données individuelles pour 30 maladies (cf. Tableau 1).

Ce dispositif, qui a connu une évolution importante en 2003 dans la perspective du renforcement de l'anonymat des personnes (cf. Basag 2007 n°5), a comme objectifs de prévenir les risques épidémiques et d'analyser les évolutions de ces maladies dans le temps afin d'adapter au mieux les politiques de santé publique aux besoins de la population.

Deux procédures structurent ce dispositif :

- le **signalement**, procédure d'urgence et d'alerte, doit être réalisé sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, fax) par les médecins et les biologistes auprès du médecin inspecteur de santé publique de la Cellule de veille et de gestion des alertes sanitaires (CVGAS) des Agences Régionales de Santé (ARS). L'objectif est de mettre en place dans les meilleurs délais les mesures de prévention individuelles et collectives autour des cas et de déclencher si nécessaire des investigations complémentaires. Ces investigations peuvent nécessiter l'intervention de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), des Centres nationaux de référence (CNR) ou des services déconcentrés de l'Etat ;^
- la **notification** est une procédure de transmission de données individuelles au moyen d'une fiche de notification spécifique à chaque pathologie, téléchargeable sur le site de l'Institut de veille sanitaire (InVS)

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

2 / A QUI DECLARER

La déclaration (signalement et notification) se fait auprès du médecin inspecteur de santé publique des CVAGS des ARS :

ARS/CVGAS Guadeloupe

Tél : 05 90 410 200 / Fax : 05 90 99 49 24

E-mail : jocelyne.merault@ars.sante.fr

ARS/CVGAS Guyane

Tél : 05 94 25 53 16 / Fax : 05 94 25 53 36

E-mail : francoise.eltges@ars.sante.fr

ARS Martinique/CVGAS

Tél : 0 820 202 752 / Fax : 05 96 39 44 26

E-mail : dominique.meffre@ars.sante.fr

Les week-end, les jours fériés et aux heures non ouvrables, les signalements doivent être effectués auprès de l'astreinte de chaque ARS :

ARS Guadeloupe : 05 90 410 200

ARS Guyane : 06 94 43 99 49

ARS Martinique : 0 820 202 752

3/ OÙ SE PROCURER DES FORMULAIRES DE NOTIFICATION ET LES FICHES D'INFORMATION DES PERSONNES ?

Par internet, sur le site de l'InVS :

<http://www.invs.fr/surveillance/mdo/outils.htm>

Auprès des CVGAS des ARS des 3 DFA (coordonnées ci-dessus).

| Tableau 1 |

Liste des 30 maladies à déclaration obligatoire, septembre 2009

Botulisme, Brucellose, Charbon, Chikungunya, Cholera, Dengue (hors zone Antilles-Guyane), Diphtérie
Fièvres hémorragiques africaines, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde et fièvre paratyphoïdes
Hépatite aigue A, Infection aigue symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel que soit le stade
Infection invasive à méningocoque, Légionellose, Listériose, Orthopoxvirose dont la variole
Paludisme autochtone, Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer, Peste, Poliomyélite
Rage, Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie Creutzfeldt-Jacob et autres Encéphalopathies, subaigües spongiformes transmissibles humaines
Tétanos, Toxi-infection alimentaire collective, Tuberculose, Tularémie, Typhus exanthématique,

Afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies, la notification obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH et du sida, mise en place en 2003 a été modifiée en juillet 2007. Des variables ont été ajoutées et d'autres supprimées sur les fiches de notification du VIH et du sida chez l'adulte et l'adolescent. Par ailleurs, deux fiches distinctes ont été créées pour la notification de l'infection par le VIH et le sida chez l'enfant âgé de moins de 15 ans. Ces fiches sont disponibles sur demande auprès des ARS [1].

1 / NOTIFICATIONS DU VIH

En métropole, entre 2003 et 2008, l'incidence du VIH est restée relativement stable, comprise entre 7,7 et 5,3 nouveaux cas/10⁵ hab (Figure 1). Les trois DFA ont des incidences supérieures à celle de la métropole en particulier la Guyane où l'incidence était comprise entre 128,4 et 59,0 nouveaux cas/10⁵ hab sur la période 2003-2008.

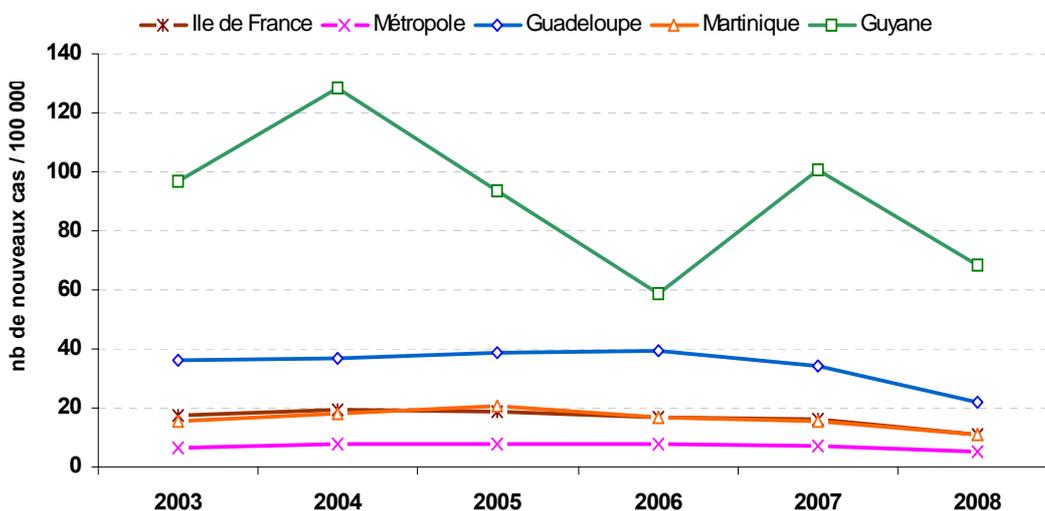
En Guadeloupe, le nombre de nouveaux cas était compris entre 39,7 et 21,9 pour 10⁵ hab.

La Martinique détient l'incidence la plus faible des trois DFA, comparable à celle de l'Île-de-France, comprise entre 20,7 et 10,8 nouveaux cas/10⁵ hab. La diminution de l'incidence observée en 2008 sera à confirmer après la consolidation des données.

Entre 2006 et 2008, la classe d'âge des 30-39 ans (36%) était la plus représentée pour les cas de contamination au VIH déclarés en France métropolitaine. Le sex-ratio H/F était de 0,5. Une majorité des cas étaient de nationalité française (39%) et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (22%) constituaient le 2^{ème} groupe le plus représenté parmi les cas. Les modes de contamination les plus fréquents étaient les rapports hétérosexuels (38%) et les rapports homo/bisexuels (26%).

| Figure 1 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas d'infection à VIH dans les DFA et en France métropolitaine entre 2003 et 2008



1.1. / Guadeloupe

Description des cas

Entre 2006 et 2008, 383 cas d'infection à VIH ont été notifiés en Guadeloupe : 159 cas en 2006, 136 en 2007 et 88 en 2008. Les classes d'âge les plus représentées étaient les 30-39 ans en 2006 (34%) et les 40-49 ans en 2007 (34%) et 2008 (31%). Le sex-ratio H/F était de 0,9 en 2006 et de 1,4 en 2007 et 2008.

Le diagnostic a été posé chez une personne de nationalité haïtienne dans 30% des cas en 2006 et chez une personne de nationalité française dans respectivement 38% et 34% des cas en 2007 et 2008. A noter que l'information sur la nationalité était manquante pour 36% des cas en 2006, 38% en 2007 et 25% en 2008.

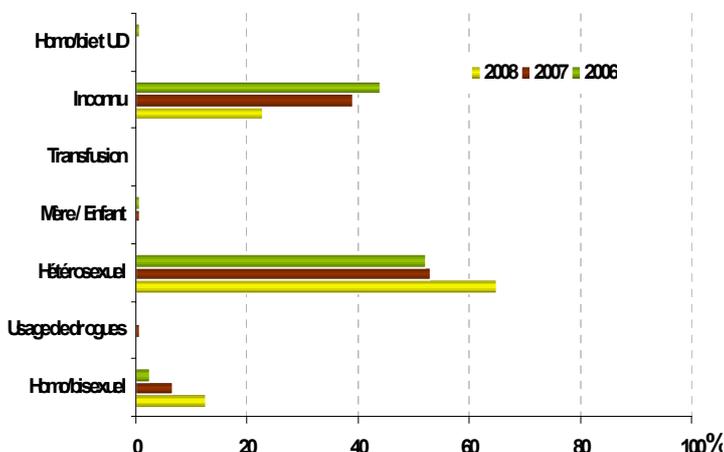
Caractéristiques de la contamination

Les rapports hétérosexuels étaient le principal mode de contamination sur la période étudiée, il concernait 52% des cas en 2006, 53% en 2007 et 65% en 2008 (Figure 2).

La part des infections récentes (inférieures à 6 mois avant le diagnostic) était en augmentation entre 2006 et 2008, passant successivement de 11% à 15% puis 14%. A noter que cette information était manquante pour 30 à 41% des cas déclarés chaque année.

| Figure 2 |

Modes de contamination au VIH en Guadeloupe entre 2006 et 2008



1.2. / Martinique

Description des cas

Entre 2006 et 2007, le nombre de cas d'infection à VIH en Martinique a peu varié passant de 67 à 61 cas. La diminution observée en 2008 avec 43 cas est à nuancer compte tenu que les données ne sont pas consolidées pour cette année.

En 2006 et 2008, une majorité des cas déclarés était âgée de 30 à 39 ans (respectivement 30% et 28%). En 2007, les classes d'âge des 30 à 39 ans et de 40 à 49 ans étaient les plus représentées (26%). Le sex-ratio H/F était de 2,7 en 2006, 2,8 en 2007 et en 1,3 en 2008.

Au cours de ces trois années, une large majorité des cas déclarés étaient de nationalité française : 69% en 2006, 85% en 2007 et 84% en 2008.

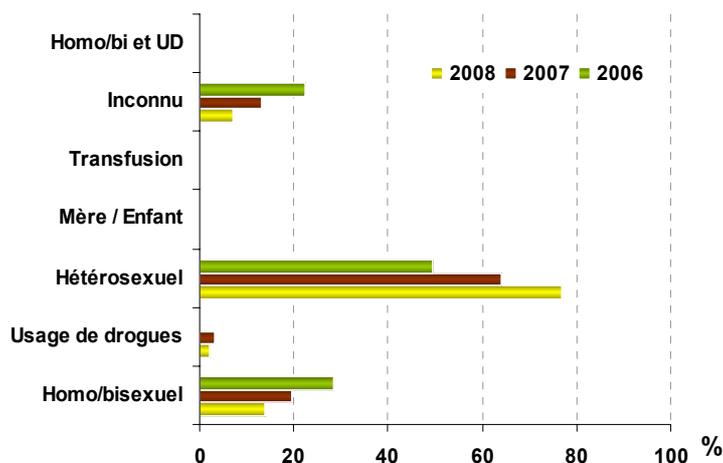
Caractéristiques de la contamination

Les rapports hétérosexuels restent le mode de contamination le plus fréquent sur la période étudiée (entre 49 et 77% des cas – Figure 3). La part des contaminations dues à des rapports homo ou bisexuels a diminué au cours de ces trois années, passant de 28% en 2006 à 20% en 2007 et 14% en 2008.

La part des infections récentes (inférieures à 6 mois avant le diagnostic) a diminué en 2006 et 2008, passant progressivement de 28% à 23% puis à 16%.

| Figure 3 |

Modes de contamination au VIH en Martinique entre 2006 et 2008



1.3. / Guyane

Description des cas

Au total, 486 cas d'infection à VIH ont été déclarés entre 2006 et 2008, soit 121 cas en 2006, 214 en 2007 et 151 en 2008.

Chaque année, la majorité des cas était âgée de 30 à 39 ans : 31% en 2006, 35% en 2007 et 29% en 2008. Les proportions d'hommes et de femmes étaient quasi-identiques chaque année. En effet, le sex-ratio H/F était de 0,8 en 2006 et de 1 en 2007 et 2008.

Une part importante des cas était originaire des Amériques (sous-continent non précisé) : 27% en 2006, 31% en 2007 et 20% en 2008. Chaque année, l'information sur l'origine géographique ou la nationalité des cas était manquante pour près de la moitié des cas.

Caractéristiques de la contamination

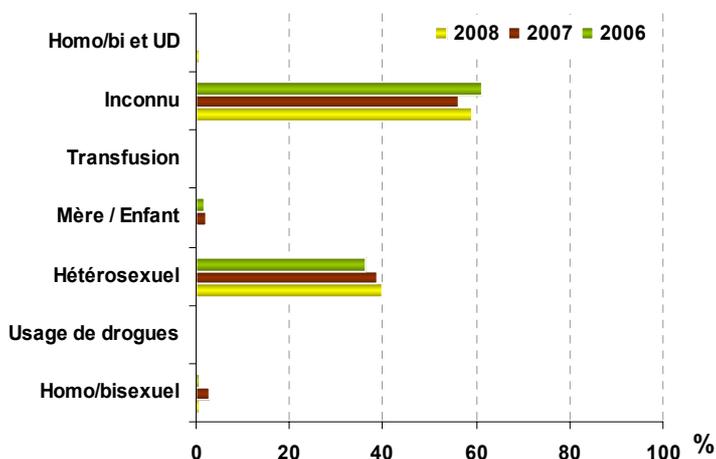
Les rapports hétérosexuels représentent le mode de contamination le plus fréquent : 36% en 2006, 39% en 2007 et 40% en 2008 (Figure 4). Cependant, pour un nombre important des cas déclarés,

l'information sur le mode de contamination n'a pas été renseignée (61% en 2006, 56% en 2007 et 59% en 2008).

La part des infections récentes (inférieures à 6 mois avant le diagnostic) était faible sur la période : 2% en 2006, 6% en 2007 et 9% en 2008. Cette information était manquante pour 45 à 73% des cas chaque année.

| Figure 4 |

Modes de contamination au VIH en Guyane entre 2006 et 2008



Critères de notification

Toute sérologie VIH positive confirmée (selon la réglementation en vigueur) chez un sujet de 13 ans et plus, pour la première fois dans un laboratoire à l'exception des sérologies effectuées dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Référence :

[1] Modification des fiches de notification obligatoire du VIH et du sida, juillet 2007. Document InVS, disponible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/modif_fiches_vih_sida.pdf

2 / NOTIFICATIONS DU SIDA

Depuis 1999, les incidences des cas de sida ont globalement diminué pour la Guyane et la Martinique. En Guadeloupe, bien que cette tendance soit moins marquée, l'incidence a diminué en 2007.

Les incidences des cas de sida en Guyane et en Guadeloupe restent cependant supérieures à l'incidence observée pour la métropole. Les données de 2008, non consolidées, sont à interpréter avec prudence (Figure 5).

En France métropolitaine, entre 2006 et 2008, le sex-ratio H/F était de 2,3 et les classes d'âge les plus représentées étaient les 40-49 ans (37%) et les 30-39 ans (32%). Les personnes de nationalité française (61%) et celles originaires d'Afrique subsaharienne (27%) étaient majoritaires. Les modes de contamination les plus fréquents étaient les rapports hétérosexuels (51%) et homo/bisexuels (25%). Sur cette période, plus de 10% de cas étaient décédés. La létalité est restée stable entre 2006 et 2007 (11% chaque année). La diminution observée en 2008 (7%) reste à confirmer après consolidation des données. La pneumocystose correspondait à la pathologie inaugurale la plus fréquemment développée par les cas (24%).

2.1. / Guadeloupe

Description des cas

Au total, 134 cas ont été déclarés entre 2006 et 2008 : 57 en 2006, 48 en 2007 et 29 en 2008.

Chaque année, la majorité des cas était âgée entre 40 et 49 ans : 33% en 2006, 46% en 2007 et 41% en 2008. Les hommes représentaient une majorité des cas : le sex-ratio H/F était de 2,4 en 2006, 1,5 en 2007 et 1,4 en 2008.

Les personnes de nationalité française étaient majoritaires sur ces trois années : 51% en 2006, 56% en 2007 et 41% en 2008. Les personnes de nationalité haïtienne constituaient le deuxième groupe le plus représenté : 33% en 2006, 40% en 2007 et 38% en 2008.

La létalité a peu évolué entre 2006 (14% des cas étaient décédés) et 2007 (17% de cas décédés). La diminution observée en 2008 (3% des cas décédés) devra être confirmée une fois les données consolidées.

Caractéristiques de la contamination

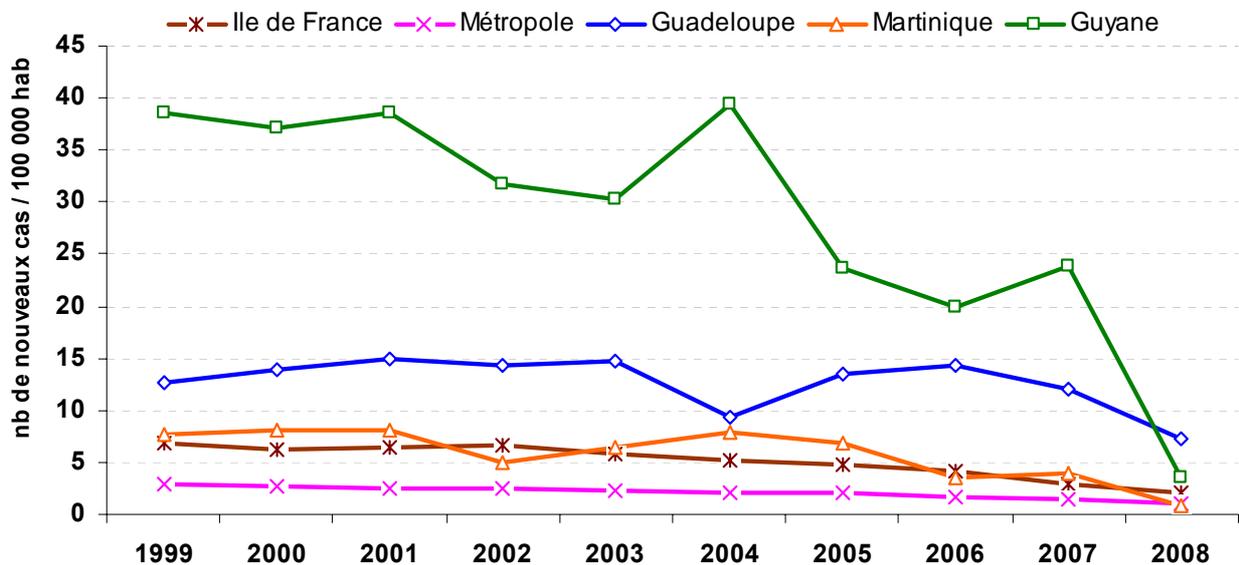
Les rapports hétérosexuels correspondent au mode de contamination le plus fréquent : 60% en 2006, 77% en 2007 et 79% en 2008.

La proportion de cas ayant connaissance de leur séropositivité avant le diagnostic sida a diminué au cours de ces trois années, ils étaient 61% en 2006, 56% en 2007 et 34% en 2008. Cette tendance reste à confirmer après consolidation des données de 2008. La part des personnes ayant suivi un traitement antirétroviral dans les trois mois précédant le diagnostic sida a elle aussi diminué, passant de 23% à 17% puis à 14% en trois ans.

La candidose œsophagienne correspond à la maladie inaugurale la plus fréquemment développée par les cas de sida sur la période étudiée (Tableau 2).

| Figure 5 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas de sida dans les DFA et en France métropolitaine entre 1999 et 2008



| Tableau 2 |

Maladies inaugurales développées par les cas de sida en Guadeloupe entre 2006 et 2008

Maladies inaugurales	2006		2007		2008	
	Effectif (n=57)	%	Effectif (n=48)	%	Effectif (n=29)	%
Tuberculose extra-pulmonaire	4	7,0	2	4,2	2	6,9
Tuberculose pulmonaire	7	12,3	4	8,3	2	6,9
Syndrome cachectique	2	3,5			1	3,5
Candidose œsophagienne	21	36,8	23	47,9	17	58,6
Candidose autre localisation			1	2,1	1	3,5
Cryptococcose			2	4,2		
Encéphalopathie à VIH	5	8,8	2	4,2	1	3,5
Histoplasmose	1	1,8				
Infection à HSV	1	1,8	3	6,3	1	3,5
Kaposi	1	1,8	1	2,1		
Leucoencéphalite multifocale progressive			1	2,1		
Pneumopathie interstielle lymphoïde	1	1,8				
Lymphome cérébral	1	1,8				
Lymphome autre localisation	2	3,5	1	2,1	2	6,9
Infection à mycobactéries atypiques	3	5,3	1	2,1	1	3,5
Pneumopathie bactérienne récurrente	1	1,8				
Pneumocystose	12	21,1	1	2,1	8	27,6
Septicémie à Salmonella non typhi			1	2,1		
Toxoplasmose cérébrale	8	14,0	9	18,8	2	6,9

2.2. / Martinique

Description des cas

Entre 2006 et 2008, 33 cas de sida ont été notifiés en Martinique : 14 en 2006, 16 en 2007 et 3 en 2008 (données incomplètes).

Les classes d'âge des 30 à 39 ans et des 60 à 69 ans étaient les plus représentées en 2006 (29%). En 2007, la majorité des cas était âgée de 40 à 49 ans (44%). En 2008, les 3 cas notifiés appartenaient aux classes d'âge des 20 à 29 ans et des 40 à 49 ans.

Les hommes étaient majoritaires : le sex-ratio H/F était de 1,8 en 2006 et de 3 en 2007. Les 3 cas déclarés en 2008 étaient de sexe masculin.

Les personnes de nationalité française représentaient 64% des cas en 2006, 88% en 2007 et 67% (n=2) en 2008. La nationalité haïtienne était la deuxième nationalité la plus représentée : 29% en 2006, 13% en 2007 et 33% (n=1) en 2008.

La létalité a légèrement diminué entre 2006 (29% des cas décédés) et 2007 (25% des cas décédés). Aucun des 3 cas notifiés en 2008 n'était décédé.

Caractéristiques de la contamination

Les rapports hétérosexuels constituaient le principal mode de contamination au cours de ces trois années.

La proportion de cas ayant connaissance de leur séropositivité au moment du diagnostic sida a diminué entre 2006 et 2007, passant de 57% à 25%. En 2008, 1 personne sur les 3 cas notifiés avait connaissance de sa séropositivité au moment du diagnostic sida.

Aucune des personnes parmi les 14 et 16 cas de sida notifiés respectivement en 2006 et 2007 n'avait suivi de traitement antirétroviral dans les trois mois précédant le diagnostic sida. En 2008, 1 cas parmi les trois notifiés l'avait fait.

La candidose œsophagienne était la maladie inaugurale la plus fréquemment diagnostiquée parmi les cas de sida en 2006 et 2007. La toxoplasmose cérébrale avait été diagnostiquée pour les trois cas notifiés en 2008 (Tableau 3).

Critères de notification

Toute pathologie inaugurale de sida correspondant à la définition du sida chez l'adulte et l'adolescent de 13 ans et plus.

2.3. / Guyane

Description des cas

Un total de 100 nouveaux cas de sida ont été notifiés en Guyane entre 2006 et 2008 : 41 en 2006, 51 en 2007 et 8 en 2008. Les données présentées ci-dessous pour 2008 sont incomplètes et doivent donc être interprétées avec prudence.

En 2006, la classe d'âge des 30-39 ans était la plus fréquemment représentée parmi les cas (39%) et en 2007 celle des 40 à 49 ans (38%). En 2008, parmi les 8 cas notifiés, 2 cas étaient âgés entre 20 et 29 ans, 3 entre 40 et 49 ans et 3 autres entre 50 et 59 ans.

Le sex-ratio H/F a peu évolué sur ces trois années, passant successivement de 1,2 à 1,4 puis à 1.

Les personnes originaires des Amériques étaient majoritaires en 2006 et 2007 : respectivement 46% et 39% des cas. En 2008, 4 cas étaient de nationalité française, 2 de nationalité haïtienne et 2 originaires des Amériques.

La létalité est restée stable entre 2006 et 2007 (12% et 14% des cas décédés). Aucun décès n'a été rapporté en 2008.

Caractéristiques de la contamination

Les rapports hétérosexuels sont le mode de contamination majoritaire sur ces trois années et en augmentation entre 2006 et 2007 ; respectivement 59% et 63% des cas. Les trois-quarts des cas notifiés en 2008 (n=6) s'étaient également contaminés au cours de rapports hétérosexuels. A noter que la part des non réponses, bien qu'en diminution entre 2006 et 2008, demeure importante (39% en 2006, 31% en 2007 et 25% en 2008).

La part des personnes ayant connaissance de leur séropositivité au moment du diagnostic sida a légèrement diminué entre 2006 (49%) et 2007 (43%). En 2008, 5 cas sur 8 avaient connaissance de leur séropositivité au moment du diagnostic sida.

La proportion de personnes ayant suivi un traitement antirétroviral dans les 3 mois précédant leur diagnostic sida est restée faible sur la période étudiée : 13% en 2006, 10% en 2007 et 13% en 2008.

Les maladies inaugurales les plus fréquentes parmi les cas notifiés en 2006 et 2007 étaient respectivement l'histoplasmose et la candidose œsophagienne. En 2008, la tuberculose pulmonaire, la candidose œsophagienne et la toxoplasmose cérébrale étaient les pathologies inaugurales les plus fréquemment diagnostiquées (Tableau 4).

| Tableau 3 |

Maladies inaugurales développées par les cas de sida en Martinique entre 2006 et 2008

Maladies inaugurales	2006		2007		2008	
	Effectif (n=14)	%	Effectif (n=16)	%	Effectif (n=3)	%
Tuberculose extra-pulmonaire	3	21,4	1	6,3		
Tuberculose pulmonaire			1	6,3		
Candidose œsophagienne	4	28,6	6	37,5		
Cryptococcose			1	6,3		
Cryptosporidiose	1	7,1				
Encéphalopathie à VIH	2	14,3				
Isosporidiose			1	6,3		
Kaposi	1	7,1				
Pneumocystose	3	21,4	1	6,3		
Toxoplasmose cérébrale	3	21,4	2	12,5	3	100,0

| Tableau 4 |

Maladies inaugurales développées par les cas de sida en Guyane entre 2006 et 2008

Maladies inaugurales	2006		2007		2008	
	Effectif (n=41)	%	Effectif (n=51)	%	Effectif (n=8)	%
Bactériémie récurrente			1	2,0		
Tuberculose extra-pulmonaire	4	9,8	4	7,8		
Tuberculose pulmonaire	5	12,2	10	19,6	2	25,0
Syndrome cachectique	3	7,3	1	2,0	1	12,5
Candidose oesophagienne	5	12,2	13	25,5	2	25,0
Infection à CMV	1	2,4	1	2,0	1	12,5
Cryptosporidiose			1	2,0		
Encéphalopathie à VIH	1	2,4	3	5,9		
Histoplasmose	10	24,4	10	19,6		
Infection à HSV	3	7,3				
Lymphome autre localisation	1	2,4				
Infection à mycobactéries atypiques	1	2,4	1	2,0		
Pneumopathie bactérienne récurrente			1	2,0		
Pneumocystose	8	19,5	5	9,8	1	12,5
Toxoplasmose cérébrale	4	9,8	9	17,7	2	25,0

| LA TUBERCULOSE |

En 2003 les critères de notification de la tuberculose ont été modifiés avec notamment l'introduction de nouveaux critères tels que la notification des infections tuberculeuses latentes des enfants âgés de moins de 15 ans, l'année d'arrivée en France pour des sujets nés à l'étranger, le fait d'être sans domicile fixe, ou encore l'exercice d'une profession à caractère sanitaire et social [1].

En 2007, la déclaration des issues de traitement des tuberculoses maladies a également été rendue à déclaration obligatoire, l'objectif étant de fournir des indicateurs d'évaluation de la lutte antituberculeuse afin d'améliorer la prise en charge des personnes n'ayant pas achevé leur traitement et d'établir des comparaisons avec les autres pays utilisant les mêmes indicateurs [2].

L'incidence nationale de la tuberculose a régulièrement diminué depuis plusieurs années jusqu'à atteindre un plateau en 2006 avant d'augmenter de 5% en 2007, avec 5 588 cas. Cette augmentation peut être liée à une sensibilisation plus importante des professionnels de santé suite au lancement du programme national de lutte contre la tuberculose et à la révision de la politique BCG [3] dans un contexte de réorganisation du dispositif national de lutte antituberculeuse.

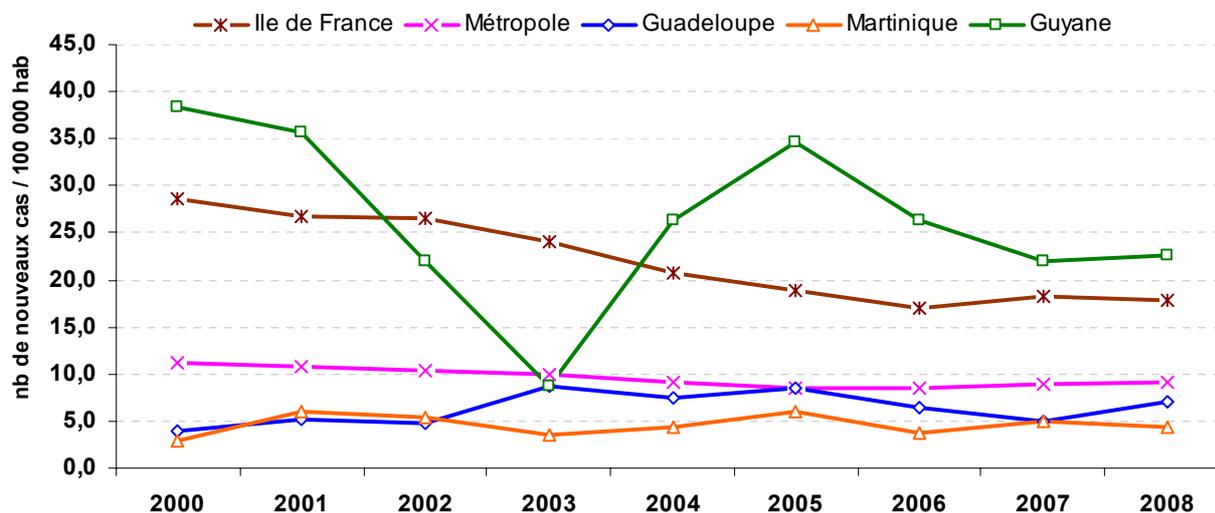
Les infections tuberculeuses latentes chez les moins de 15 ans ainsi que les issues de traitement ne sont pas présentées dans ce document.

Entre 2000 et 2008, les incidences de la tuberculose en Martinique et en Guadeloupe se sont maintenues en-deçà de l'incidence métropolitaine. Entre 2006 et 2008, le nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés en Martinique, était compris entre 3,8 et 5 nouveaux cas/10⁵ hab. L'incidence de la tuberculose en Guadeloupe est également restée stable sur cette période, passant de 6,4 à 5 puis à 7 nouveaux cas/10⁵ hab. La Guyane est le département français où l'incidence de cette maladie est la plus élevée. Après avoir augmenté en 2005, frôlant les 35 nouveaux cas/10⁵ hab., elle a diminué les deux années suivantes pour se stabiliser aux environs de 22 nouveaux cas/10⁵ hab. en 2008 (Figure 6).

En métropole, sur la période de 2006 à 2007, l'âge médian des cas de tuberculose était de 47 ans et les hommes étaient plus fréquemment touchés (sex-ratio H/F = 1,4). Plus de la moitié des cas étaient de nationalité française (60%). Les formes pulmonaires étaient majoritaires (72%).

| Figure 6 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas de tuberculose dans les DFA et en France métropolitaine entre 2000 et 2008



1. / Guadeloupe

Entre 2006 et 2008, 74 cas de tuberculose ont été déclarés en Guadeloupe (26 en 2006, 20 en 2007 et 28 en 2008). L'âge médian était de 45 ans [min=7 ; max=97] (47ans chez les hommes et de 42 ans chez les femmes). Le sex-ratio H/F était de 2,8.

Les personnes de nationalité étrangère représentaient 41% des cas déclarés.

Parmi les malades, 4,1% étaient sans domicile fixe, 5,4% vivaient en collectivité et 4,1% occupaient une profession à caractère sanitaire et social.

Parmi les formes cliniques observées, la forme pulmonaire représentait 86% des cas déclarés. Parmi les formes extra-pulmonaires, ont été signalées des tuberculoses à localisation : pleurale 5%, ganglionnaire hilare 4% et ganglionnaire autre que hilare 5%, méningée 1%, miliaire 1%.

2. / Martinique

Au total, 52 cas de tuberculose ont été déclarés en Martinique entre 2006 et 2008 : 15 en 2006, 20 en 2007 et 17 en 2008. L'âge médian des cas était de 49 ans [min=1 ; max=96] ; il était de 56 ans chez les hommes et 44 chez les femmes. Le sex-ratio H/F était de 1,3.

La proportion de personnes de nationalité étrangère s'élevait à 10%.

Aucun cas n'était sans domicile fixe (l'information était manquante pour 8% des signalements), 4% vivaient en collectivité et 10% exerçaient une profession à caractère sanitaire et social.

Les formes pulmonaires représentaient 75% des cas. Les formes à localisation extra-pulmonaire étaient réparties comme suit : pleurale 12%, ganglionnaire hilare 8%, ganglionnaire autre que hilare 6% et méningée 2%.

3. / Guyane

Ce sont 151 cas de tuberculose qui ont fait l'objet d'une déclaration entre 2006 et 2008 en Guyane : 54 cas en 2006, 47 en 2007 et 50 en 2008. L'âge médian était de 40 ans [min<1 ; max=78], 43 ans chez les hommes et 36 ans chez les femmes. Le sex-ratio H/F était de 1,7.

Les personnes de nationalité étrangère représentaient 58% des cas.

Plus de 5% des cas étaient sans domicile fixe, 6% vivaient en collectivité et 2% exerçaient une profession à caractère sanitaire ou social.

Les formes pulmonaires représentaient 83% des cas et parmi les formes extra-pulmonaires, 5% étaient pleurale, 7% à localisation ganglionnaire hilare, 5% à localisation ganglionnaire autre que hilare, 3% à localisation méningée, 2% miliaires, 1% ostéoarticulaire et 1% à localisation génitale.

Critères de notification

Tuberculose maladie

- Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* prouvée par la culture.
- 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 signes cliniques ni para cliniques (induration > 15mm si BCG ou > 10mm sans BCG ou augmentation de 10mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans).

Références :

- [1] D. Che, D. Bitar. (2006). Les cas déclarés en France en 2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, **18** : 121-5
- [2] Document d'information concernant les modifications de la déclaration obligatoire de la tuberculose en France. Document InVS accessible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/doc_info_juin2007.pdf
- [3] D. Antoine, D. Che. (2009). Numéro thématique - Actualités de la tuberculose. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, **12-13** : 106-109

| LES TOXI-INFECTIIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES |

La surveillance des toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) est assurée par la déclaration obligatoire depuis 1987 et complétée par les données provenant du Centre National de Référence des salmonelles.

Tout foyer de Tiac fait l'objet d'un signalement et d'une notification quels que soient les résultats des enquêtes épidémiologiques et environnementales (y compris l'absence de résultats) [1].

L'incidence des foyers de Tiac a augmenté en Martinique en 2006 et 2007, dépassant l'incidence observée en métropole, avant de diminuer en 2008 pour se situer à des niveaux inférieurs à celui de la métropole. En Guadeloupe, l'incidence des Tiac a été multipliée par 4 entre 2006 et 2008. En Guyane, un pic de l'incidence a été enregistré en 2007, suivi d'un retour à des niveaux proches de celui observé en 2006 et inférieur à l'incidence métropolitaine de 2008 (Figure 7).

1. / Guadeloupe

Entre 2006 et 2008, 36 foyers de Tiac ont été signalés en Guadeloupe : 3 en 2006, 15 en 2007 et 18 en 2008. Ces foyers ont concerné 149 personnes. Le nombre de personnes malades par foyer va-

riaient entre 2 et 26 cas (médiane = 3 cas). Pour 6 des 37 foyers notifiés (17%), des personnes malades ont nécessité une prise en charge hospitalière (12 au total soit 8% des cas). A noter que cette information était manquante pour 17% des foyers. Un décès a été signalé en 2008 sans que le lien avec la Tiac ne soit confirmé.

En 2006, 2 foyers sur les trois recensés (67%) ont eu lieu dans le cadre familial, le 3^{ème} est survenu dans un centre de loisir. Les deux années suivantes, la majorité des foyers sont survenus dans un centre de loisirs : 60% en 2007 et 84% en 2008.

Pour l'ensemble des foyers signalés, les aliments suspectés étaient principalement du poisson (25% des foyers) et de la volaille (8%). Cette information n'a pas été renseignée pour 36% des foyers déclarés. Une recherche étiologique a été effectuée sur des prélèvements alimentaires et/ou d'origine humaine pour près du tiers des foyers (31%). Un agent causal a été confirmé ou suspecté pour 56% des foyers. Les germes les plus fréquemment identifiés étaient *Staphylococcus aureus* (31% des foyers) et *Bacillus cereus* (11%).

Les facteurs à l'origine de la Tiac n'ont été précisés que pour 17% des foyers, il s'agissait de :

- l'utilisation d'un équipement inadapté pour 6% des foyers ;
- une contamination par le personnel pour 6% des foyers ;
- une rupture de la chaîne du froid pour 3% des foyers ;
- l'utilisation de matières premières contaminées pour 3% des foyers.

Les mesures correctives suivantes ont été entreprises pour 19% des foyers (cette information est manquante pour 70% des foyers) :

- la réalisation de travaux dans l'établissement (11% des foyers) ;
- la diffusion d'information sur les bonnes pratiques d'hygiène auprès du personnel (8%) ;
- la saisie de denrées (3%) ;
- une désinfection de l'établissement (3%) ;
- l'administration d'un traitement au personnel (3%).

2. / Martinique

Un total de 24 foyers de Tiac a été déclaré entre 2006 et 2008 en Martinique : 8 en 2006, 11 en 2007 et 5 en 2008. Ces foyers ont concerné 336 personnes. Le nombre de personnes malades par foyer variait entre 2 et 135 cas (médiane = 6) ; le foyer impliquant 135 personnes a été signalé en 2007. Quatre foyers parmi les 24 ont nécessité une prise en charge hospitalière des cas (30 personnes ont été hospitalisées au total). Aucun décès n'a été signalé.

La majorité des Tiac sont survenues dans un centre de loisir : 75% en 2006, 91% en 2007 et 60% en 2008. Les autres foyers sont survenus dans le cadre familial.

Les aliments suspectés étaient connus pour la moitié des Tiac, il s'agissait principalement de plats à base de volaille (17%) et de poisson (13%). La recherche d'un agent pathogène à partir de prélèvements alimentaires et/ou d'origine humaine, a été effectuée pour 21% des foyers. Un agent causal confirmé ou suspecté pour 71% des foyers.

Les agents les plus fréquemment identifiés étaient *Staphylococcus aureus* (21%), *Salmonella sp* (13%) et *Bacillus cereus* (13%).

Plusieurs facteurs, identifiés pour 21% des foyers, étaient à l'origine des Tiac signalées :

- un délai important entre la préparation et la consommation des plats (8%) ;
- l'utilisation d'un équipement inadapté (8%) ;
- une erreur dans le processus de préparation des plats (4%) ;
- le non respect des températures, que ce soit pour la chaîne du chaud (4%) ou de la chaîne du froid (4%).

Cette information était manquante pour 75% des foyers.

Des mesures correctives ont été entreprises pour 13% des foyers (donnée manquante pour 75%) : des travaux dans l'établissement (4%) et une information du personnel (13%).

3. / Guyane

Entre 2006 et 2008, 16 foyers de Tiac ont été signalés : 2 en 2006, 11 en 2007 et 3 en 2008. Au total, 189 personnes étaient concernées. Le nombre de cas variait entre 2 et 51 (médiane = 4). Pour 6 des 16 foyers (38%), des personnes (8 au total) ont dû être hospitalisées. Aucun décès n'a été signalé.

Les deux épisodes signalés en 2006 sont survenus dans le cadre familial. Plus de la moitié des foyers de 2007 sont survenus dans un centre de loisirs (55% soit n=6), de même que 2 foyers sur les 3 rapportés en 2008, les autres épisodes étant tous survenus dans le cadre familial.

Les principaux aliments suspectés étaient des œufs ou produits à base d'œufs (19%), de la viande (13%) et de la charcuterie (13%). Des analyses biologiques ont été réalisées sur des prélèvements alimentaires ou d'origine humaine pour 44% des foyers. L'agent étiologique a été confirmé ou suspecté pour 75% des Tiac.

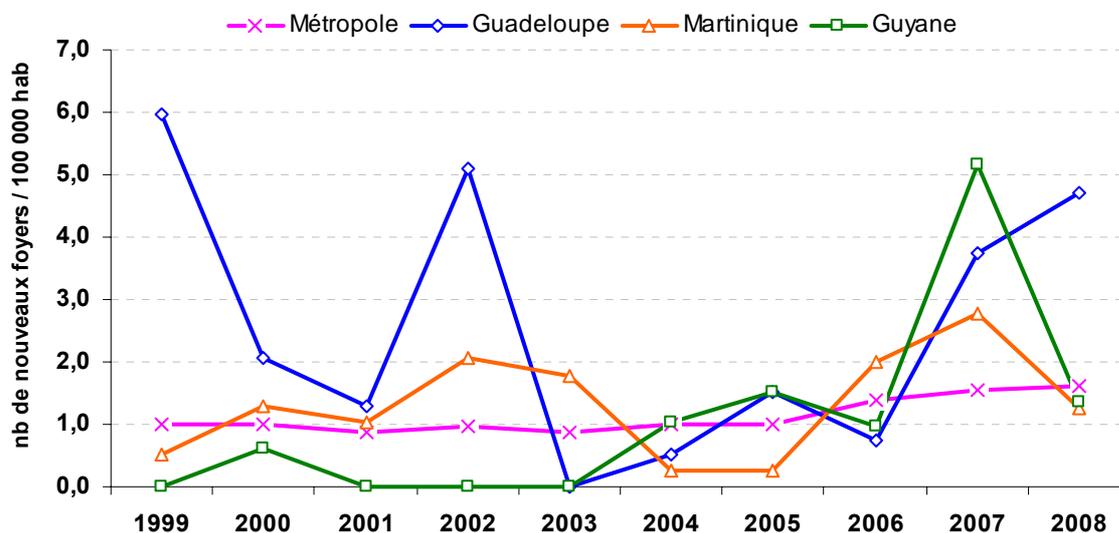
Les *Staphylococcus aureus* et les *Salmonella sp* étaient les principaux germes identifiés (pour respectivement 31% et 25% des foyers).

Les facteurs à l'origine de la Tiac, précisés seulement pour 19% des foyers, étaient :

- le non respect des températures de la chaîne du chaud (13% des épisodes) ;
- l'utilisation d'un équipement inadapté (13%) ;
- une contamination par le personnel (13%) ;
- une erreur dans le processus de préparation des plats (6%) ;
- un délai important entre la préparation des aliments et leur consommation (6%) ;

| Figure 7 |

Evolution de l'incidence annuelle des foyers de Tiac dans les DFA et en France métropolitaine entre 1999 et 2008



- le non respect de la chaîne du chaud (6%).

L'information sur la mise en place de mesures correctives est manquante pour 75% des foyers. Des mesures de ce type ont été entreprises pour 19% des foyers, il s'agissait de :

- la saisie de denrées (6%)
- la fermeture de l'établissement (6%) ;
- la réalisation de travaux dans l'établissement (6%) ;
- la diffusion d'information sur les bonnes pratiques d'hygiène auprès du personnel (6%) ;
- mesures (de type éviction) prises auprès du personnel (6%).

Critères de notification

Survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Référence :

[1] Fiche de notification des Tiac, accessible sur :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/tiac/default.htm>

| LES INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUES |

Les infections invasives à méningocoques (IIM) sont des infections graves d'origine bactérienne à *Neisseria meningitidis* qui se manifestent par une méningite ou une méningococcémie, la forme la plus grave étant le *purpura fulminans*. Cette maladie contagieuse se transmet par voie aérienne. Les sérogroupes les plus fréquents sont : le A (surtout en Afrique et en Asie), le B (le plus fréquent en France), le C et le W135 qui émerge depuis quelques années. D'autres sérogroupes, plus rares, ont également été identifiés comme étant pathogènes [1].

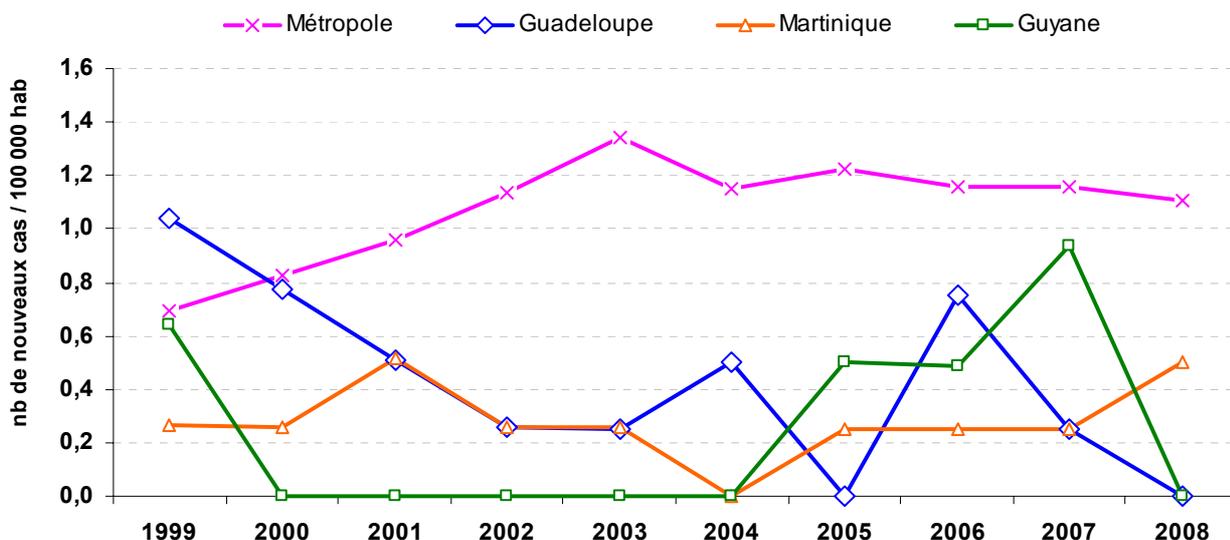
Cette maladie est devenue rare en France, sa gravité résidant dans l'issue parfois fatale (11% des cas sont décédés en 2008 [2]) et dans les séquelles (5% des cas). Elle touche essentiellement les enfants et les adolescents et survient en général du début de l'hiver au printemps.

Depuis 2000, l'incidence des IIM dans les DFA est restée inférieure à celle de la France métropolitaine (Figure 8) En Martinique, l'incidence est restée stable entre 2006 et 2007 avant d'amorcer une augmentation en 2008. En Guadeloupe, l'incidence a augmenté en 2006 puis a progressivement diminué. En Guyane, l'incidence des IIM était stable entre 2005 et 2006, elle a légèrement augmenté en 2007. Aucun nouveau cas n'a été signalé pour la Guadeloupe et la Guyane en 2008.

Entre 2006 et 2008, 21 115 cas d'IM ont été notifiés France entière, soit en moyenne 705 cas par an. L'âge médian était de 21 ans et 25% des cas avaient moins de 2 ans. Le groupe B représentait 59% des cas et le groupe C 23%. La présence d'un *purpura fulminans* était indiquée pour 27% des cas.

| Figure 8 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas d'infections invasives à méningocoques dans les DFA et en France métropolitaine entre 1999 et 2008



1. / Guadeloupe

Entre 2006 et 2008, 4 cas d'IIM ont été signalés en Guadeloupe : 3 en 2006 et 1 en 2007. L'âge médian était de 5,5 ans [min=4 ; max=71] et 3 cas sur les 4 avaient entre 4 et 6 ans. Le sex-ratio H/F était de 1.

Le sérotype B était indiqué pour 2 cas, de même que la présence de *purpura fulminans*. Un est décédé.

2. / Martinique

Quatre cas d'IIM ont été rapportés en Martinique entre 2006 et 2008 : 1 en 2006 et 2007 et 2 en 2008. L'âge médian était de 17 ans [min=5 ; max=78], trois cas avaient entre 5 et 18 ans. Le sex-ratio H/F était de 1. Les sérotypes B et C ont été identifiés pour 2 cas. La présence de *purpura fulminans* a été décrite pour 2 cas. Sur les 4 cas signalés, 2 sont décédés.

3. / Guyane

Entre 2006 et 2008, 3 cas d'IIM ont été signalés en Guyane, 1 en 2006 et 2 en 2007. Les cas étaient âgés de 15, 32 et 49 ans, tous trois étaient de sexe masculin. Seul le sérotype W a été identifié. Aucun cas n'a présenté de *purpura fulminans*. Aucun cas n'est décédé.

Critères de signalement et de notification

Tout patient répondant à l'un des critères suivants :

- Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide céphalo-rachidien (LCR), *liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal*) **ou** à partir d'une lésion cutanée purpurique ;
- Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR ;

- 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 ;

- 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*).

Références :

[1] Site de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/default.htm>

[2] BEH 2009/N°46-47, les infections invasives à méningocoque en France en 2008

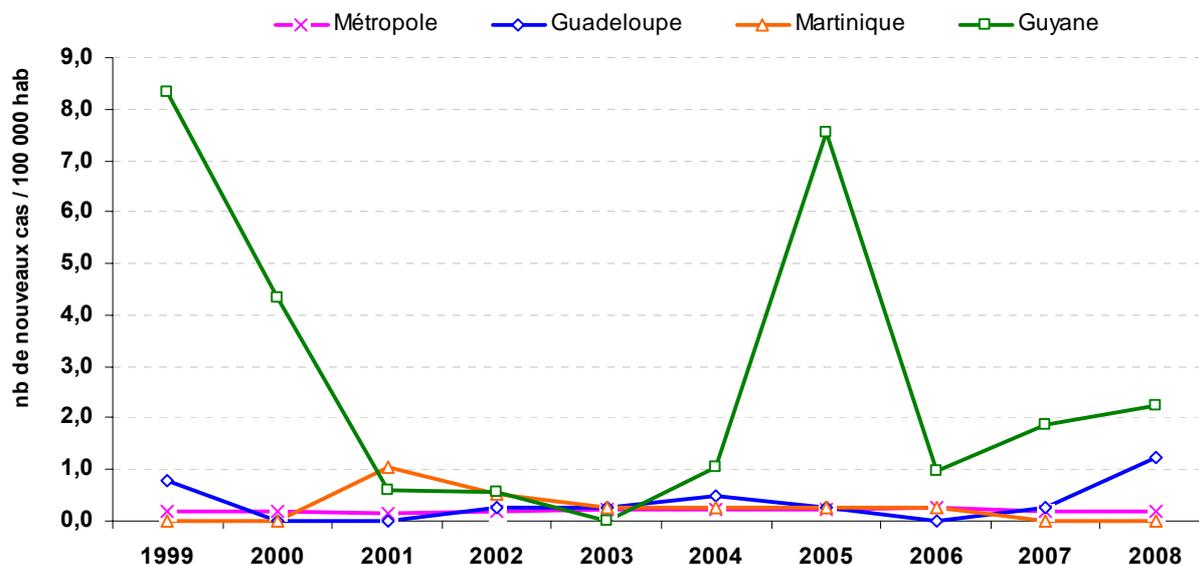
| LES FIEVRES TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE |

Les fièvres typhoïdes sont dues à *Salmonella typhi* et *Salmonella paratyphi* A, B ou C. Devenue rare en France, elle reste fréquente dans les pays à faible niveau d'hygiène. Le réservoir de germes est strictement humain : la contamination se fait par l'intermédiaire des fécès de malades ou de porteurs sains chroniques. La transmission est le plus souvent indirecte (ingestion d'eau, de coquillages, de légumes crus contaminés) [1].

Entre 2006 et 2008, l'incidence de la fièvre typhoïde et paratyphoïde était très faible en Martinique et a présenté une évolution comparable à celle de la métropole. En Guadeloupe et Guyane, l'incidence a augmenté en 2007 et 2008, passant respectivement de 0 à 1,2 et de 1 à 2,3 cas/10⁵ habitants. (Figure 9). En métropole, l'incidence des fièvre typhoïde et paratyphoïde est faible, elle était proche de 0,2 nouveau cas/10⁵ hab. en 2008.

| Figure 9 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde dans les DFA et en France métropolitaine entre 1999 et 2008



1. / Guadeloupe

Six cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde ont été rapportés en Guadeloupe entre 2006 et 2008 : 1 en 2007 et 5 en 2008. L'âge médian était de 35 ans [min=1 ; max=83]. Sur 6 cas, 5 étaient des hommes. Cinq cas ont nécessité une prise en charge hospitalière, 1 était guéri et 4 encore malades au moment de la déclaration.

Pour une majorité des cas (n=5), la fièvre était due à *Salmonella typhi*. Pour 1 cas il s'agissait d'une fièvre à *Salmonella paratyphi C*.

Un seul cas avait voyagé dans le mois précédent le début des signes, cette personne s'était rendue en Dominique.

2. / Martinique

En Martinique, 1 cas de fièvre typhoïde a été signalé en 2006 ; aucun cas n'a été rapporté au cours des deux années suivantes.

Le cas signalé en 2006 était une jeune fille de âgée 12 ans ; son état a nécessité une hospitalisation et celle-ci était encore malade lors de la déclaration. Elle a développé une fièvre à *Salmonella typhi*. L'information quant à un éventuel voyage à l'étranger dans le mois précédant la survenue des signes n'a pas été rapportée.

3. / Guyane

Entre 2006 et 2008, 11 cas de fièvre typhoïde ont été rapportés en Guyane : 2 en 2006, 4 en 2007 et 5 en 2008. L'âge médian des cas était de 13 ans [min=6 ; max=66] et le sex-ratio H/F était de 0,8. Sur les 11 cas, 9 ont été hospitalisés, 6 étaient guéris au moment de la déclaration et 1 était encore malade.

La plupart des cas ont développé une fièvre à *Salmonella typhi* (n=10). Le type *Salmonella paratyphi A* a été retrouvé chez le 11^{ème} cas.

Parmi les cas, 1 avait voyagé à l'étranger dans le mois précédant le début des symptômes (information manquante pour 2 cas), celui-ci s'était rendu au Brésil.

Critères de signalement et de notification

Cas confirmé = tableau clinique évocateur de fièvre typhoïde ou paratyphoïde associé à un isolement de *Salmonella typhi*, *S. paratyphi A*, B ou C quel que soit le site d'isolement.

A noter : ne pas notifier les sérologies positives à *Salmonella typhi* et *S. paratyphi*, ni les infections à d'autres sérotypes de *Salmonella* (*S. typhimurium*, *S. enteritidis*, par exemple) quel que soit le site d'isolement.

Références :

[1] CMIT, « Fièvre typhoïde ». In : CMIT, ed. E. PILLY, Montmorcency : 2M2 Ed ; 2003 : 318-20

| LA LISTERIOSE |

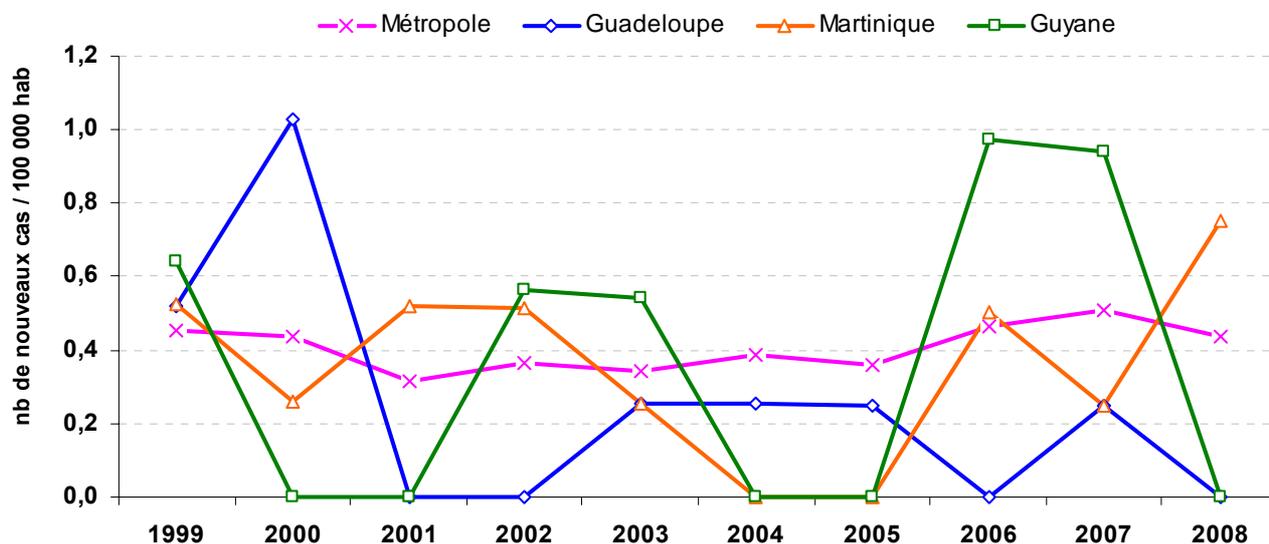
La listériose est une infection d'origine bactérienne à *Listeria monocytogenes*, qui est remarquable par ses capacités de multiplication à basse température (4°C). Elle est transmise par l'ingestion d'aliments contaminés consommés crus ou peu cuits. Sans conséquence grave chez l'homme non immunodéprimé, cette infection peut être sévère lorsqu'il existe un déficit de l'immunité (femmes enceintes, nouveau-nés, prématurés, personnes âgées, immunodéprimés...). La listériose peut provoquer des atteintes neuroméningées, des bactériémies, des septicémies ou des formes localisées [1].

Alors que l'incidence de la listériose dans les trois DFA était faible et inférieure à celle de la métropole en 2005, celle-ci a augmenté en Martinique entre 2006 et 2008 dépassant l'incidence métropolitaine en 2008. En Guyane, 2 cas ont été signalés en 2006 et 2007. La Guadeloupe a conservé une incidence faible et inférieure à celle de la France métropolitaine (figure 10).

Entre 2006 et 2008, 874 cas de listériose ont été signalés en métropole. L'âge médian était de 63 ans et le sex-ratio de 1. Les formes neuroméningées représentaient 87% des cas.

| Figure 10 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas de listériose dans les DFA et en France métropolitaine entre 1999 et 2008



1. / Guadeloupe

En Guadeloupe, le seul cas de listériose signalé entre 2006 et 2008 est une femme âgée de 79 ans diagnostiquée en 2007. Cette personne a développé une forme de type bactériémie/septicémie et était décédée au moment de l'envoi de la DO.

2. / Martinique

Sur la période de 2006 à 2008, 6 cas de listériose ont été rapportés pour la Martinique : 2 en 2006, 1 en 2007 et 3 en 2008. L'âge médian était de 25 ans [min=19 ; max=54] et le sex-ratio H/F était de 1.

Un cas a nécessité une hospitalisation et aucun décès n'a été rapporté.

La moitié des cas a développé une forme materno-néonatale, 2 une bactériémie/septicémie et 1 une forme neuroméningée (méningite isolée). Deux cas présentaient une pathologie sous-jacente et l'un deux suivait un traitement immunosuppresseur.

3. / Guyane

Entre 2006 et 2008, 4 cas de listériose ont été déclarés en Guyane ; 2 en 2006 et 2 en 2007. L'âge médian des cas était de 54,5 ans [min=48 ; max=75] et le sex-ratio H/F était de 0,3.

Chaque année, 1 cas a été hospitalisé et 1 décès a été rapporté en 2006.

Deux cas ont développé une forme de type bactériémie/septicémie, 1 cas une méningite isolée et 1 cas une méningoencéphalite. Sur les 4 cas, 3 présentaient une pathologie sous-jacente, parmi eux 1 suivait un traitement immunosuppresseur et 1 était sous corticoïdes.

Critères de signalement et de notification

Isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement clinique (sang, liquide céphalo-rachidien, liquide amniotique, placenta...).

Référence :

[1] CMIT, « Listériose ». In : CMIT, ed. E. PILLY, Montmorency : 2M2 Ed ; 2003 : 364-65

| LA LEGIONELLOSE |

La légionellose est une infection pulmonaire grave, causée par une bactérie du milieu extérieur appartenant au genre *Legionella*, qui se traduit par un syndrome infectieux respiratoire. Cet état grippal fait rapidement place à une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation. La maladie peut être mortelle dans 10 à 20% des cas.

La contamination se fait par voie respiratoire suite à l'inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. A ce jour, aucune transmission interhumaine n'a été démontrée.

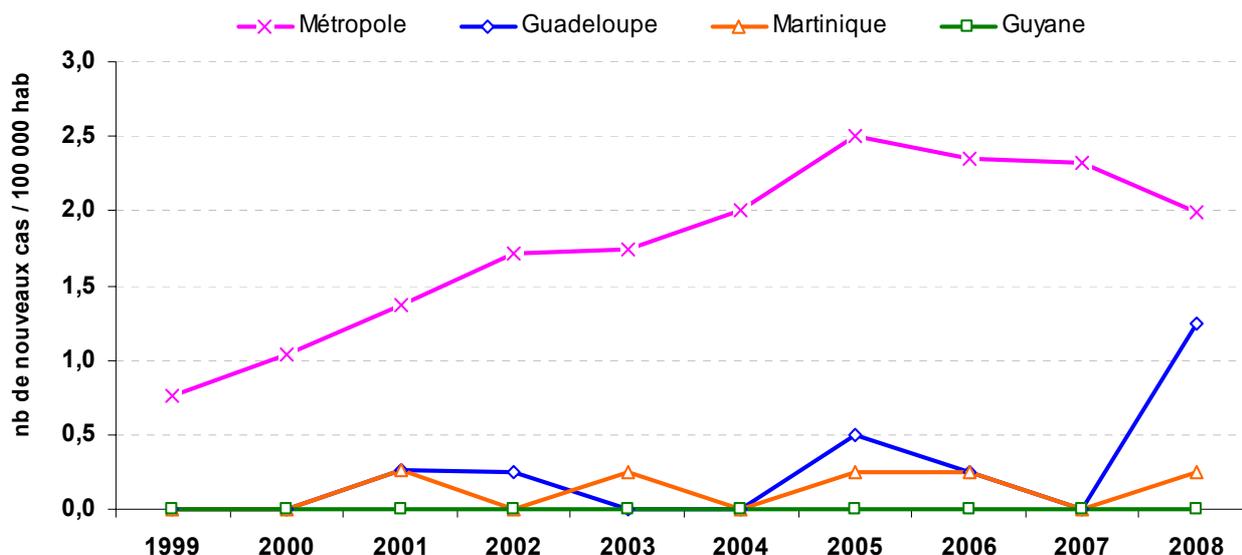
La légionellose affecte essentiellement les adultes et en particulier les personnes présentant les facteurs de risque suivants : âge avancé, maladie respiratoire chronique, diabète, immunodépression, traitement immunosuppresseur, tabagisme, alcoolisme [1].

L'incidence de la légionellose dans les DFA demeure faible et toujours inférieure à l'incidence en France métropolitaine qui a légèrement diminué entre 2005 et 2008 (figure 11). Aucun cas n'a jusqu'à présent été rapporté pour la Guyane. En Guadeloupe, l'incidence a augmenté en 2008 suite au signalement de 5 nouveaux cas.

Pour les cas de légionellose recensés en métropole entre 2006 et 2008, l'âge médian était de 62 ans et le sex-ratio H/F de 2,9. Les principaux facteurs de risque retrouvés chez les cas étaient le tabagisme pour 43% des cas et le diabète pour 15%.

| Figure 11 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas de légionellose dans les DFA et en France métropolitaine entre 1999 et 2008



1. / Guadeloupe

Sur la période de 2006 à 2008, 1 cas de légionellose a été signalé en 2006 et 5 autres cas en 2008. L'âge médian était de 55 ans [min=34 ; max=95] et le sex-ratio H/F de 5 (1 seule personne de sexe féminin parmi les cas).

L'ensemble des cas a nécessité une hospitalisation. Tous les patients ont présenté une pneumopathie. Un cas est décédé et 1 était encore malade au moment de l'envoi de la DO. Certains cas présentaient un ou plusieurs facteurs de risque ou favorisants : hémopathie (2 cas), tabagisme (3 cas) et une pathologie cardiaque (1).

L'espèce *Legionella pneumophila*, sérotype LP1, a été identifiée pour l'ensemble des cas.

2. / Martinique

En Martinique, 1 cas a été signalé en 2007 et 1 second en 2008. Ces personnes (un homme et une femme) étaient âgées de 54 et 60 ans. Tous deux ont été hospitalisés et ont développé une pneumopathie. Un cas était encore malade lors de l'envoi de la DO. Un cas présentait un facteur favorisants (éthylisme chronique).

L'espèce *Legionella pneumophila*, sérotype LP1, a été identifiée pour les deux cas.

Critères de signalement et de notification

Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

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

Référence :

[1] Site InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/legionellose/default.htm>

| L'HEPATITE B AIGUE |

L'hépatite B est une hépatite virale qui se transmet par voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant. Elle est considérée comme une maladie professionnelle chez les personnels soignants.

Réintroduites dans le dispositif de déclaration obligatoire en 2003, les infections aiguës symptomatiques par le virus de l'hépatite B relèvent d'une notification aux ARS mais pas d'un signalement urgent.

Dans 50 à 70% des cas, l'hépatite B aiguë est asymptomatique et le sujet ne présente pas d'ictère. Dans 2 à 10% ces cas, la maladie va évoluer vers un état de chronicité pouvant aboutir à une cirrhose du foie pour 20% des cas et à cancer du foie pour 2% des personnes ayant développé une cirrhose.

Un vaccin contre l'hépatite B existe depuis plus de vingt ans mais la couverture vaccinale aux âges cibles des recommandations actuelles reste très insuffisante, de l'ordre de 30%. Les recommandations de vaccination actuelles reposent sur une double stratégie de vaccination des personnes à risque élevé d'exposition et, dans une pers-

pective de contrôle à plus long terme de l'hépatite B, la vaccination des nourrissons associée au rattrapage vaccinal des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus [1].

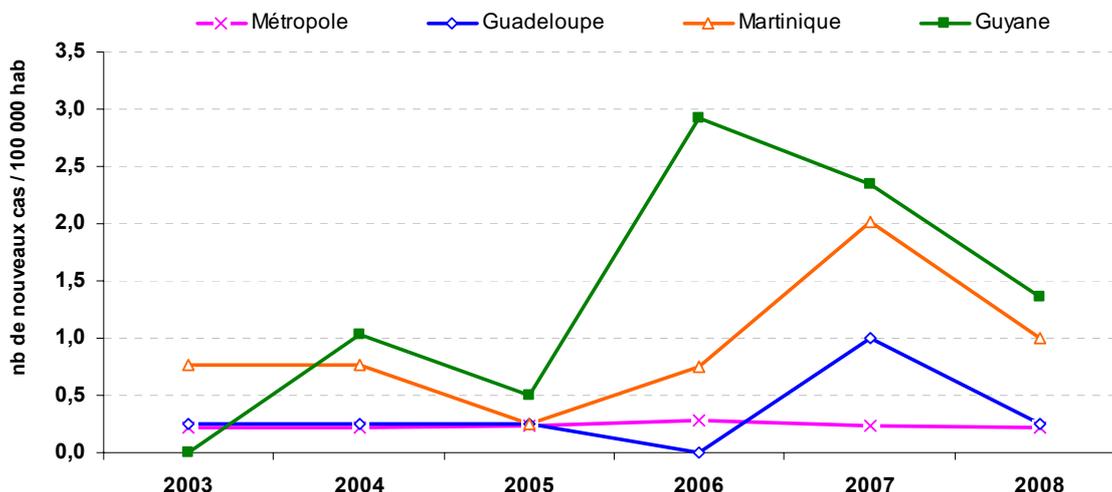
Depuis le début de la notification de l'hépatite B aiguë, la Guyane et la Martinique ont chacune enregistré des incidences annuelles globalement supérieures à celle de la métropole avec en moyenne respectivement de 1,4, 0,9 et 0,2 nouveaux cas/10⁵ habitants chaque année (Figure 12).

L'incidence en Guyane, la plus élevée des trois DFA, a sensiblement augmenté entre 2005 en 2006 (0,5 vs 2,9 nouveaux cas/10⁵ hab), elle diminué les deux années suivantes et se situait à 1,4 nouveaux cas/10⁵ hab en 2008.

L'évolution de l'incidence de l'hépatite B aiguë aux Antilles entre 2006 et 2008 était identique en Martinique et en Guadeloupe, caractérisée par une augmentation des cas en 2007 suivie d'une baisse en 2008.

| Figure 12 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas d'hépatite B aiguë dans les DFA et en France métropolitaine entre 2003 et 2008



En 2008, l'incidence en Guadeloupe était identique à l'incidence en métropole (0,2 nouveau cas/10⁵ hab), celle de la Martinique était plus élevée (1 nouveau cas/10⁵ hab).

L'analyse des données de la France métropolitaine pour la période de 2006 à 2008, indique que les hommes sont majoritaires (sex-ratio H/F = 2,5), que la classe d'âge de 30-39 ans est la plus touchée et, que les principales expositions potentielles sont le multipartenariat (55%) et le voyage dans un pays endémique dans les six mois précédant la contamination (21%).

1. / Guadeloupe

Entre 2006 et 2008, 5 cas ont été signalés en Guadeloupe : 4 en 2007 et 1 en 2008. L'âge médian était de 42 ans [min=37 ; max=63] et le sex-ratio H/F de 0,7. Deux cas ont été hospitalisés. L'information sur l'évolution de leur état n'a été renseignée pour aucun des 5 cas.

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés : 1 cas avait subi une intervention chirurgicale, 1 avait bénéficié de soins dentaires, 1 avait eu de multiples partenaires sexuels, 1 avait été confronté à un risque nosocomial et 1 avait voyagé dans un pays endémique dans les six mois précédant sa contamination.

2. / Martinique

En Martinique, 15 cas d'hépatite B aiguë ont été signalés entre 2006 et 2008 : 3 en 2006, 8 en 2007 et 4 en 2008. L'âge médian était de 44 ans [min=21 ; max=65] et le sex-ratio H/F de 6,5. Un cas a nécessité une hospitalisation. L'information sur l'évolution de leur état était manquante pour les 15 cas. Parmi les facteurs de risque potentiels déclarés ressortaient : l'utilisation de drogues par voie nasale (1

cas), les soins dentaires (2 cas), le multi partenariat sexuel (5 cas), la présence d'un cas familial d'hépatite B aiguë au moment de la contamination du patient (2 cas), la vie en institution (1 cas), un séjour dans un pays endémique (1 cas ayant voyagé à Ste Lucie).

3. / Guyane

Sur la période de 2006 à 2008, 14 cas d'hépatite B aiguë ont fait l'objet d'une déclaration en Guyane. L'âge médian était de 24 ans [min=15 ; max=59] et le sex-ratio H/F de 0,8. Parmi les 14 cas, 4 ont été hospitalisés (l'information était manquante pour 4 autres). L'évolution de l'état de santé des 14 cas n'a pas été précisée.

Seul un facteur de risque a été mentionné : 5 cas ont voyagé dans un pays endémique dans les six mois précédant leur contamination. Parmi eux, 1 s'était rendu au Brésil, 1 au Guyana et 3 au Suriname.

Critères de notification

Sujet dans le sérum duquel on a mis en évidence, pour la première fois, des IgM anti-HBc. Et si IgM non testées : mise en évidence de l'antigène HBs et des anticorps totaux anti-HBc, dans le contexte diagnostique d'une hépatite B aiguë (augmentation des ALAT avec ou sans ictère associé).

Sont à exclure : les cas de portage chronique de l'Ag HBs, notamment les cas de réactivation d'une infection chronique avec positivité des IgM anti-HBc.

Référence :

[1] Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, site InVS, accessible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/>

| L'HEPATITE A AIGUE |

L'hépatite A est une infection aiguë, d'évolution le plus souvent favorable, dont l'homme est le seul réservoir du virus à l'instar des autres hépatites virales. La contamination se fait essentiellement par voie digestive (féco-orale), par consommation d'eau ou d'aliments contaminés par les virus excrétés dans les fèces de personnes infectées ou par contact entre un sujet infecté et une personne réceptive. La transmission par des liquides biologiques (sang, salive) est possible mais exceptionnelle. L'incubation dure 2 à 6 semaines ; l'excrétion du virus étant maximale juste avant l'apparition des symptômes qui se traduisent le plus souvent par des signes généraux suivis d'un ictère [1].

La sévérité de la maladie augmente avec l'âge avec une évolution vers une hépatite fulminante dans 1% des cas. Dans les pays d'endémie faible comme la France, les adultes à risque sont les voyageurs, les usagers de drogues et les homosexuels. Les épidémies sont rares, mais parfois prolongées dans les collectivités fermées de jeunes enfants. La séroprévalence augmente avec l'âge [2].

L'hépatite A est à nouveau à déclaration obligatoire depuis novembre 2005. L'incidence en Guyane, proche de 2 cas/10⁵ hab. a quasiment doublé en 2007 avant de diminuer sensiblement en 2008 (2,3 cas/10⁵ hab.) et se situer à un niveau légèrement supérieur à celui de la métropole (Figure 13).

En Martinique, bien qu'inférieur à l'incidence métropolitaine, le nombre de nouveaux cas rapportés à la population était en constante augmentation sur la période étudiée, passant de 0,3 cas/10⁵ hab. en 2006 à 1,8 cas/10⁵ hab. en 2008.

1. / Guadeloupe

Trois cas d'hépatite A ont été déclarés en Guadeloupe entre 2006 et 2008, tous trois en 2006. Il s'agissait de 2 hommes et 1 femme,

âgés de 25, 40 et 48 ans. Un cas a présenté un ictère (information manquante pour 1 cas) et 1 cas a été hospitalisé.

Parmi les facteurs de risque possible, seul un séjour à l'étranger dans les 2 à 6 semaines avant le début des signes a été mentionné pour 1 cas un ayant séjourné au Venezuela.

2. / Martinique

Entre 2006 et 2007, 11 cas ont été signalés en Martinique : 1 en 2006, 3 en 2007 et 7 en 2008. L'âge médian était de 37 ans [min=22 ; max=83] et le sex-ratio H/F de 1,2. Sur les 11 cas, 4 ont présenté un ictère (information manquante pour 2 cas) et 6 ont nécessité une hospitalisation.

Parmi les expositions à risque possibles, 2 cas travaillaient ou avaient fréquenté une crèche ou un établissement d'accueil de personnes handicapées, 2 personnes avaient consommé des crustacés et 5 avaient séjourné hors de son département de résidence (Haïti, Martinique (1 résidant de métropole), Nouvelle-Calédonie, St Martin et les Philippines).

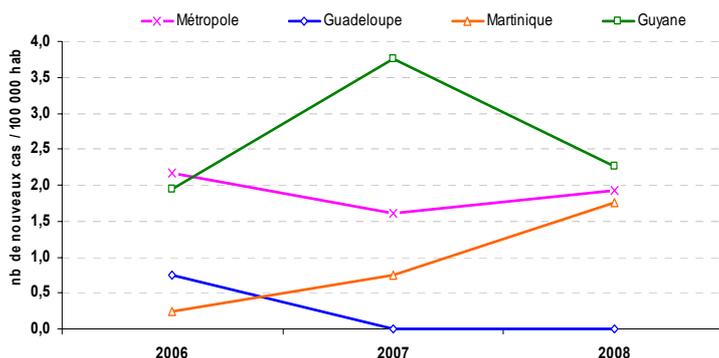
3. / Guyane

En Guyane, 17 cas d'hépatite A ont été rapportés : 4 en 2006, 8 en 2007 et 5 en 2008. L'âge médian était de 23 ans [min=4 ; max=43] et le sex-ratio H/F de 4,7. La plupart des cas ont présenté un ictère (13), cette information était manquante pour 3 cas. Sept cas ont été hospitalisés.

Cinq cas avaient séjourné à l'étranger dans les 2 à 6 semaines avant le début des signes, les destinations étaient les suivantes : le Brésil (2 cas), la Colombie (1), le Pérou (1) et le Suriname (1). Un cas avait consommé des crustacés.

| Figure 13 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas d'hépatite A aiguë dans les DFA et en France métropolitaine entre 2006 et 2008



Critères de notification

Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

Références :

- [1] CMIT, "Hépatite virale A". In : CMIT, ed E. PILLY, Montmorency : 2M2 Ed ; 2003 : 403-04
 [2] E. Couturier *et al.* (2007). Hépatite aiguë A en France en 2006. Première année de surveillance par la déclaration obligatoire. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 29-30 : 253-56

| LA ROUGEOLE |

La rougeole est une maladie très contagieuse dont la transmission se fait par voie aérienne ou contact direct avec des sécrétions nasopharyngées. Les signes cliniques sont caractérisés par une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, un catarrhe (toux, coryza, conjonctivite), accompagnés ou non par le signe de Köplik et suivis d'une éruption maculo-papuleuse généralisée. Perçue comme une maladie de l'enfance bénigne, la rougeole peut donner lieu à des complications graves [1].

En 1998, les pays de la Région européenne de l'OMS s'étaient engagés dans une politique d'élimination du virus de la rougeole à l'horizon 2010. Elle a été réintroduite parmi les maladies à déclaration obligatoire en 2005. Toutefois, depuis 2008, la France fait face à une recrudescence de l'incidence des cas de rougeole. L'épidémie s'est intensifiée en 2009 et s'est poursuivie en 2010 [2].

Les seuls cas de rougeole rapportés dans les DFA entre 2006 et 2008 ont été déclarés en Guadeloupe : 1 cas en 2006 et 2 en 2007. Il s'agissait de deux cas cliniques âgés de 1 an, un de sexe féminin et l'autre de sexe masculin. Un des cas a été hospitalisé et a présenté des convulsions et une hyperthermie. Aucun des deux cas n'avait effectué un séjour à l'étranger 7 à 18 jours avant l'éruption. Aucun cas n'avait été vacciné.

Critères de notification

• Cas clinique : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

Cas confirmé :

- cas confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques* dans la salive ou le sérum ou séro-conversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* ou PCR positive ou culture positive)

ou

- cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé.

* en l'absence de vaccination récente

Références :

- [1] I. Parent du Châtelet, D. Lévy-Bruhl (2004). Surveillance de la rougeole en France. Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie. Rapport InVS accessible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rougeole_071204/index.html
 [2] Données de déclaration obligatoire de la rougeole, bilan provisoire au 31/05/09. Accessible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/default.htm>

Cellule Inter Régionale d'Épidémiologie Antilles Guyane
 Tél. : 05 96 39 43 54 — Fax : 05 96 39 44 14
 Mail : philippe.quenel@ars.sante.fr

Guadeloupe	Guyane	Martinique
Cire Antilles Guyane Tél. : 05 90 99 49 54 / 49 07 Fax : 05 90 99 49 24 Mail : sylvie.cassadou@ars.sante.fr Mail : jean-loup.chappert@ars.sante.fr	Cire Antilles Guyane Tél. : 05 94 25 60 74 / 60 72 Fax : 0594 25 53 36 Mail : vanessa.ardillon@ars.sante.fr Mail : luisiane.carvalho@ars.sante.fr Mail : claude.flamand@ars.sante.fr	Cire Antilles Guyane Tél. : 05 96 39 43 54 Fax : 05 96 39 44 14 Mail : alain.blateau@ars.sante.fr Mail : martine.ledrans@ars.sante.fr Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr
ARS/CVGS Tél. : 05 90 99 49 27 Fax : 05 90 99 49 24 Mail : jocelyne.merault@ars.sante.fr	ARS/CVGS Tél. : 05 94 25 60 70 Fax : 05 94 25 53 36 Mail : francoise.eltges@ars.sante.fr	ARS/CVGS Tél. : 05 96 39 42 48 Fax : 0596 39 44 26 Mail : dominique.meffre@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : http://www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/bvs/antilles_guyane/index.html

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

Rédacteur en chef : Dr Philippe Quénéel, Coordonnateur scientifique de la Cire AG

Maquettiste : Claudine Suivant, Cire AG

Comité de rédaction : Vanessa Ardillon, Marie Barrau, Alain Blateau, Véronique Bousser, Luisiane Carvalho, Dr Sylvie Cassadou, Dr Jean-Loup Chappert, Martina Escher, Claude Flamand, Martine Ledrans, Dr Philippe Quénéel, Jacques Rosine.

Diffusion : Cire Antilles Guyane - Centre d'Affaires AGORA—Pointe des Grives. B.P. 656. 97261 Fort-de-France

Tél. : 596 (0)596 39 43 54 - Fax : 596 (0)596 39 44 14

<http://www.invs.sante.fr> — <http://www.martinique.ars.sante.fr> — <http://www.guadeloupe.ars.sante.fr> — <http://www.guyane.ars.sante.fr/sante/>