

Page 1 | Surveillance des maladies à déclaration obligatoire : VIH et sida en Pays de la Loire, données 2014 |

Page 7 | Les couvertures vaccinales en Pays de la Loire, 2014-2015 |

Page 8 | Les cas d'hépatite A déclarés en Pays de la Loire en 2014 |

Page 9 | Surveillance des cas de légionellose déclarés en 2014 dans les Pays de la Loire |

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire : VIH et sida en Pays de la Loire, données 2014

Ronan Ollivier

Santé publique France-Cire des Pays de la Loire

1. Introduction

Le système national de surveillance de l'épidémie de sida a été mis en place en 1982. La déclaration des cas de sida a été rendue obligatoire aux professionnels de santé en 1986. A partir de 1996, les progrès thérapeutiques et notamment la découverte de traitements antirétroviraux ont permis d'empêcher ou de retarder l'évolution de la maladie au stade Sida chez les personnes infectées par le VIH. En 2001, un système de surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH) a été instauré par l'InVS sur l'ensemble du territoire français. En mars 2003, la notification obligatoire des nouveaux diagnostics

d'infection par le VIH, couplée à la surveillance virologique des contaminations récentes et des sous-types circulant a été mise en place par l'InVS pour compléter la surveillance d'activité de dépistage (LaboVIH).

L'objet de cet article est de présenter les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et celles du diagnostic de sida entre 2004 et 2014 dans les Pays de la Loire. Elles ont été comparées à celles du reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France.

2. Méthodes

2.1 Système de surveillance

La surveillance de l'infection par le VIH repose sur trois sources de données :

- Les dépistages qui ont été réalisés par les laboratoires d'analyse de biologie médicale (LaboVIH). En 2014, 89% des laboratoires de ville ou hospitaliers ont participé à LaboVIH. Le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives pour la première fois sont ainsi recueillis [1].
- Les notifications obligatoires de l'infection par le VIH initiées par les biologistes et complétées par les cliniciens pour toutes les personnes qui ont eu une sérologie confirmée positive pour la première fois.
- Les notifications obligatoires de Sida déclarés par les cliniciens pour tout nouveau diagnostic de sida.

Ces deux dernières notifications sont anonymisées à la source par le déclarant par un code identifiant anonyme construit à partir d'un logiciel fourni par l'InVS.

Jusqu'en avril 2016, ces notifications obligatoires étaient réalisées à partir de formulaires papier, fournis sur demande aux déclarants (biologistes et cliniciens) par l'ARS de leur région d'exercice. Depuis avril 2016, la notification peut s'effectuer en ligne sur www.e-do.fr. Les anciens formulaires papier en stock peuvent être utilisés jusqu'en fin 2016. A épuisement des stocks ou au plus tard en janvier 2017, les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne pourront obtenir des formulaires sous forme de PDF à imprimer en s'adressant au support téléphonique e-DO Info Service. Plus d'information sur [le site web de Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr).

La surveillance virologique est couplée à la notification obligatoire du VIH. Elle est réalisée par le Centre National de Référence du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon buvard, déposé par le biologiste à partir du fond du tube ayant permis le diagnostic VIH. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent, et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste. Le matériel de surveillance virologique reste fourni par les ARS, sur demande du biologiste.

2.2 Analyse des données

Les nombres de dépistages et de diagnostics seront d'abord présentés à partir de données corrigées, puis les caractéristiques des personnes diagnostiquées seront analysées à partir des données brutes.

2.2.1 Données corrigées

Pour connaître le nombre annuel de diagnostics à partir de la DO du sida ou du VIH, pour analyser leur évolution au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant ce nombre à la population, il est nécessaire de tenir compte de la sous-déclaration et du retard de déclaration. En effet, des DO concernant l'année 2014 peuvent être enregistrées en 2015 ou 2016. D'autre part le recueil des DO n'est pas exhaustif. L'ANSP fournit donc des données corrigées.

Pour les données sida la sous-déclaration a été estimée par méthode capture-recapture, comparant la base de données des DO de sida avec la cohorte de patients atteints du VIH consultant dans un hôpital français et celle du Groupe épidémiologique du sida en Aquitaine, sur les périodes 1990-93, 2004-2006, et 2007-2009. Ces mesures ont mis en évidence une aggravation de la sous-déclaration du sida, qui est passée de 16 % en 1990-93 à 34 % en 2004-2006 et à 41 % en 2007-2009 [2].

Pour les données VIH, la sous-déclaration est estimée en comparant les données de LaboVIH avec les DO reçues à l'ANSP, basées sur la même définition de cas. La sous-

déclaration a diminué entre 2003 (44 %) et 2008 (27 %), puis s'est stabilisée (29 % en 2013).

Les délais de déclaration pour le VIH ou le sida sont corrigés suivant la distribution des délais observés les années antérieures. Cette correction n'est pas valide si les délais de déclaration sont très fluctuants, ce qui est le cas dans certaines régions ou certains départements.

2.2.2 Données brutes

Les données brutes présentées dans cet article concernent les DO sida et VIH enregistrées dans les bases nationales maintenues par l'ANSP. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas en proportions, mais leurs effectifs sous-estiment le nombre réel de cas.

Les données issues de l'Île-de-France et des départements d'outre-mer ont été exclues de l'analyse dans la mesure où ces zones géographiques présentaient des caractéristiques épidémiologiques spécifiques [3].

L'analyse des données a porté sur celles des Pays de la Loire entre 2004 et 2014 en les comparant à celles du reste de la France métropolitaine. Elle a été réalisée sous Excel© et Stata12©. L'hypothèse retenue était que ces deux populations étaient proches l'une de l'autre.

Les données brutes ont été présentées sous forme de pourcentages sur la période 2004-2013 et en 2014. Les données manquantes ont été exclues des calculs. Les répartitions des différentes variables catégorielles ont fait l'objet d'une comparaison entre les Pays de La Loire et le reste de la France métropolitaine hors Île de France à l'aide d'un test du Chi² d'homogénéité. L'évolution des proportions entre 2004 et 2014 a été analysée à l'aide de la commande stata « ptrend » créée par Patrick Royston [4] qui calcule une statistique chi² de tendance ou de régression.

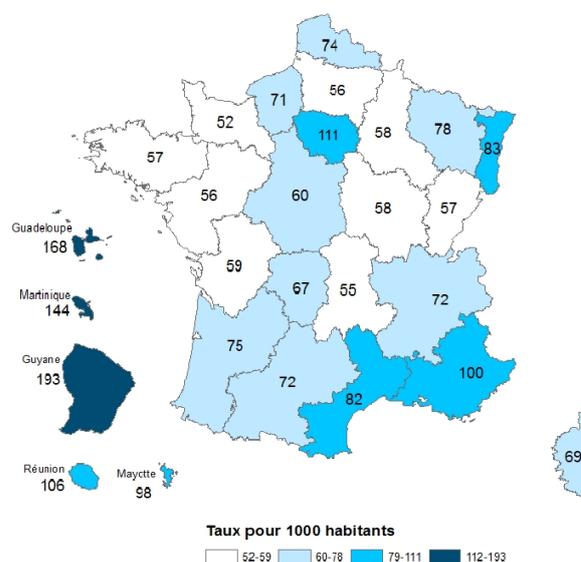
3. Résultats

3.1 Infections à VIH

3.1.1 Activité de dépistage du VIH

En 2014, le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région Pays de la Loire était de 56 pour 1000 habitants avec un intervalle de confiance à 95% (IC95%) = [54-58] (Figure 1). Ce taux est stable depuis 2011. Il a oscillé entre 51 et 52 entre 2008 et 2010, alors qu'en 2003 ce taux se trouvait 69 / 1000 habitants. Le nombre total de sérologies pour VIH réalisés en pays de la Loire a été estimé à 207 050 avec un IC95% = [201 072-213 028]. Il y avait 1,3 sérologie positive pour 1000 tests réalisés en Pays de la Loire.

Figure 1 : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1000 habitants, par région, 2014 (source: ANSP, données LaboVIH, 2014)

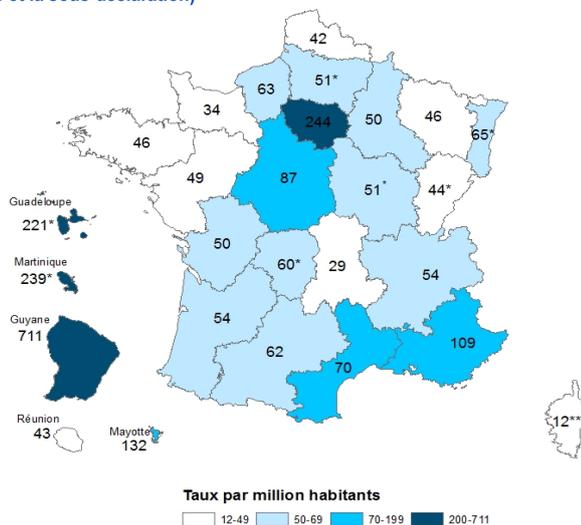


3.1.2 Notification obligatoire de l'infection à VIH

a) Incidences estimés d'infections à VIH

En 2014, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région a été estimé à 182 (IC95%=[127-236]), soit un taux de 49 / 1 000 000 habitants (IC95%=[34-64]), ce qui place la région des Pays de la Loire au 16ème rang parmi les régions de France (y compris DOM-TOM) (Figure 2).

Figure 2: Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, 2014 (source: ANSP, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous-déclaration)

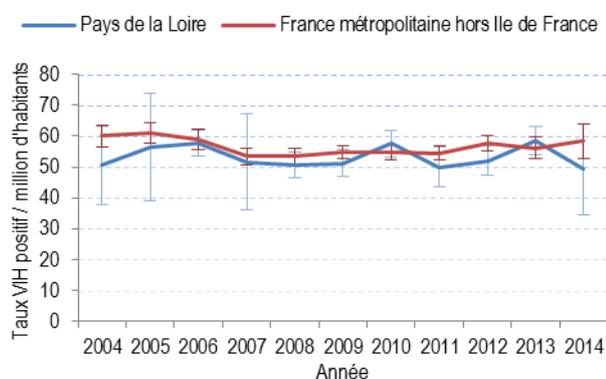


*Estimation 2014 impossible à ce jour, le taux présenté ici est calculé pour l'année 2013
 **Estimation 2014 impossible à ce jour, le taux présenté ici est calculé à partir des données 2014 brutes (non corrigées)

Bien que le nombre de découvertes de séropositivité VIH ait eu tendance à légèrement augmenter en Pays de la Loire ces dernières années, le taux de découverte de séropositivité VIH sur données corrigées est lui resté stable (Figure 3).

En 2013, l'estimation du pourcentage de sous-déclaration des d'infections à VIH était de 11% dans les Pays de la Loire, alors qu'elle était de 32% pour l'ensemble de la métropole hors Ile-de-France.

Figure 3 : taux de découverte de séropositivité VIH par million d'habitants en Pays de la Loire France métropolitaine hors Ile-de-France (source : ANSP, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous-déclaration), Intervalles de confiance à 95%



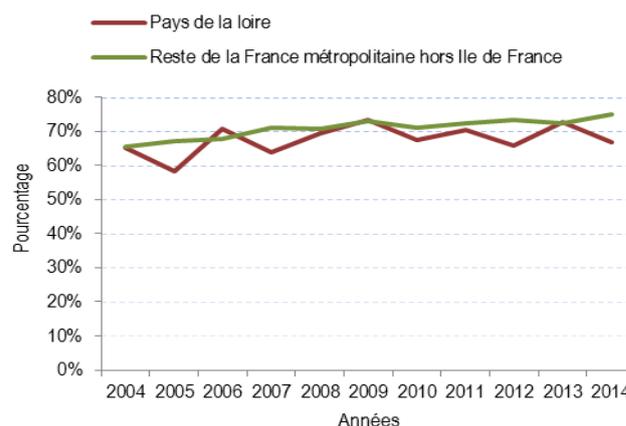
b) Caractéristiques sociodémographiques

La classe d'âge entre 25 et 49 ans représentait 71% des cas d'infection VIH notifiés dans les Pays de la Loire entre 2004 et 2013 et 72% en 2014 (Tableau 2).

Les hommes représentaient 68% des cas d'infection à VIH notifiés entre 2004 et 2013 en Pays de la Loire et 67% en 2014. En France métropolitaine hors Ile-de-France, la proportion d'hommes était à 70% entre 2004 et 2013 et à 75% en 2014 (Tableau 2).

La part des hommes touchés par la maladie chaque année entre 2004 et 2014 a augmenté en France métropolitaine hors Ile-de-France ($p < 0,001$), (Figure 4). En Pays de la Loire, la hausse n'était pas significative.

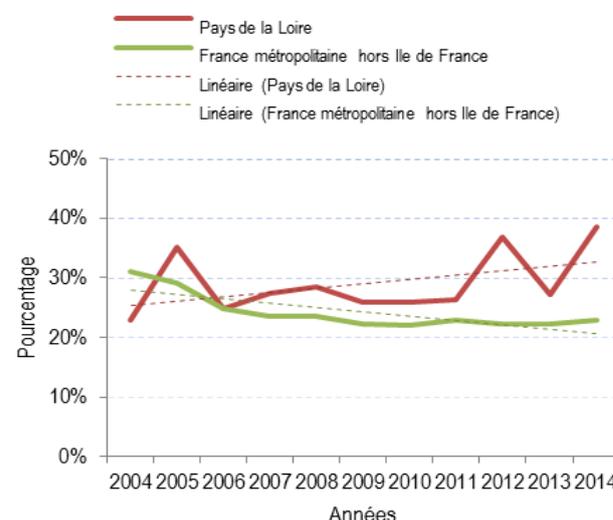
Figure 4 : Part des hommes parmi les découvertes de séropositivité déclarées en Pays de la Loire comparativement au reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2004-2014 (source : ANSP, données DO VIH brutes au 31/12/2014)



Entre 2004 et 2013, la répartition des pays de naissance des cas notifiés en Pays de la Loire était significativement différente de celle du reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France ($p < 0,001$). Néanmoins, en Pays de la Loire comme dans le reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France la majorité des cas, environ deux tiers, était née en France. Une différence était notée pour les personnes nées à l'étranger (Tableau 2).

L'évolution de la proportion des cas nés en Afrique sub-saharienne en France métropolitaine entre 2004 et 2014 a eu tendance à diminuer ($p < 0,001$), tandis qu'en Pays de la Loire la hausse esquissée Figure 5 n'était pas significative.

Figure 5 : Evolution de la proportion des cas d'infection à VIH nés en Afrique sub-saharienne déclarés en Pays de la Loire comparativement au reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2004-2014 (source : ANSP, données DO VIH brutes au 31/12/2014)



En prenant en compte le sexe et le pays de naissance, les femmes touchées par le VIH étaient majoritairement nées en Afrique subsaharienne en Pays de la Loire (60%) comme en France métropolitaine hors Ile-de-France (58%). Les hommes, pour la plupart, étaient nés en France (79% en Pays de la Loire et en France métropolitaine) (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des découvertes de séropositivité VIH selon le sexe et le pays de naissance en Pays de la Loire comparativement au reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2004-2014 (source : ANSP, données DO VIH brutes au 31/12/2014)

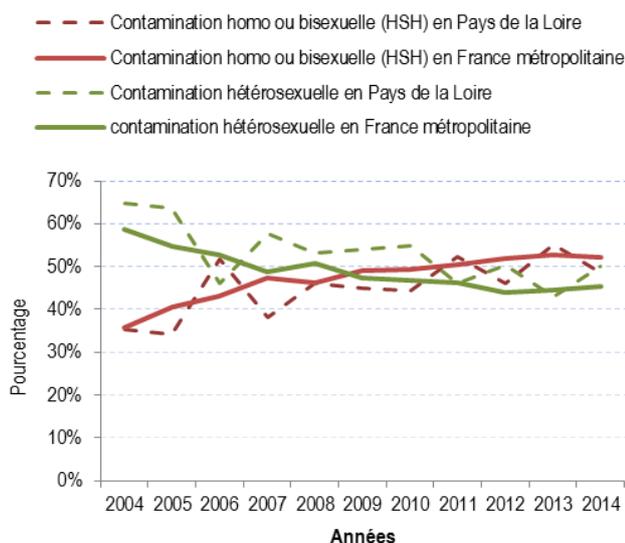
	Femme	Homme
<i>Pays de la Loire</i>		
Afrique sub-saharienne	60%	15%
Autre	6%	6%
France	34%	79%
<i>Reste de la France</i>		
Afrique sub-saharienne	58%	11%
Autre	9%	10%
France	33%	79%

c) Modes de contamination

Les cas ont été contaminés par deux modes principaux : les rapports hétérosexuels ou les rapports sexuels entre hommes (Tableau 2, Figure 6).

Entre 2004 et 2013, le pourcentage d'infections VIH à l'occasion

Figure 6 : Evolution des modes de contamination (homo ou bisexuelle et hétérosexuelle) parmi les découvertes de séropositivité à VIH déclarées en Pays de la Loire comparativement au reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2004-2014 (source : ANSP, données DO VIH brutes au 31/12/2014)



de rapports hétérosexuels a représenté environ la moitié des cas (52% en Pays de la Loire et 50% dans le reste de la France à l'exclusion de l'île de France). Sur cette période, il existait une différence dans la répartition des modes de contamination entre les Pays de la Loire et le reste de France métropolitaine ($p < 0,01$). Néanmoins, les différences constatées étaient minimes : deux pourcents en moins de contaminations par usage de drogues injectables et deux pourcents en plus de contaminations par voie hétérosexuelle en Pays de la Loire (Tableau 2).

En 2014, la contamination lors de rapports hétérosexuels représentait encore la moitié des cas en Pays de la Loire (50%) alors qu'elle était moindre dans le reste de la France métropolitaine (45%) sans que cette différence soit significative. (Tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des découvertes de séropositivité VIH notifiées en Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France entre 2004 et 2014 (source : ANSP, données DO VIH brutes au 31/12/2014)

	2004-2013		2014*	
	Pays de la Loire n=1444	France métrop. n=19353	Pays de la Loire n=123	France métrop. n=1553
Classes d'âge				
moins de 25	12%	12%	15%	11%
25 à 49 ans	71%	70%	72%	67%
50 ans ou plus	17%	19%	14%	22%
Sexe				
Homme	68%	70%	67%	75%
Femme	32%	30%	33%	25%
Pays de naissance				
France	66%	66%	57%	67%
Afrique sub-saharienne	28%	25%	39%	23%
Autre	6%	10%	5%	10%
Mode de contamination				
HSH†	46%	47%	49%	52%
Hétérosexuels	52%	50%	50%	45%
UDI‡	1%	3%	1%	2%
Autres	0%	1%	0%	1%
Motif de dépistage				
Signes cliniques ou biologiques	37%	35%	35%	30%
Exposition VIH	27%	25%	17%	21%
Prise en charge	2%	10%	0%	1%
Bilan systématique	13%	11%	17%	14%
Grossesse	5%	5%	3%	4%
Dépistage orienté**	8%	7%	24%	20%
Autre motif	8%	7%	3%	11%
Stade clinique au moment du diagnostic				
Primoinfection	13%	12%	13%	12%
Asymptomatique	61%	59%	69%	63%
Symptomatique	13%	12%	8%	12%
SIDA	14%	17%	10%	14%
Nombre de CD4 au moment du diagnostic***				
0-199	29%	29%	23%	29%
200-349	18%	21%	23%	21%
350-499	22%	21%	20%	19%
500 ou plus	32%	30%	34%	31%
Délai de diagnostic****				
Précoce	37%	37%	38%	37%
Intermédiaire	34%	33%	39%	34%
Stade avancé	29%	30%	23%	29%

*Données provisoires ; **Dépistage orienté : personnes vues en consultation pour une pathologie autre que le VIH (IST, AEG, hépatites, autres...) ou dans un contexte suggérant une contamination possible (prise de risque datant de plus de 6 mois, arrivée d'un pays où l'épidémie est généralisée, etc.) ; ***données recueillies depuis 2008 ; ****Délai de diagnostic : précoce=stade primoinfection ou nbCD4>=500, stade avancé=stade sida ou nb CD4<200, intermédiaire=autres éventualités. † Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; ‡ Usage de drogues injectables

Globalement, une augmentation progressive de la part des transmissions lors de rapports sexuels entre hommes et une diminution progressive de la part des contaminations lors de rapports hétérosexuels ont été constatées (Figure 6). Ces tendances se sont révélées significatives en France et dans les Pays de la Loire ($p < 0,001$).

L'usage de drogues par voie intraveineuse restait un mode de contamination marginal et les autres modes de contamination, notamment la transfusion sanguine et la transmission mère-enfant par voie transplacentaire, ont été très rares.

d) Circonstances de la réalisation de la sérologie VIH

L'existence de signes cliniques ou biologiques préalables a été le motif de dépistage le plus fréquent en Pays de la Loire entre 2004 et 2013 (37%) et en 2014 (35%) (Tableau 2).

Le deuxième motif le plus fréquent en Pays de la Loire entre 2004 et 2013 était l'exposition récente au VIH (27%) équivalent au à celui du reste de la France (Tableau 2). En 2014, le dépistage orienté est devenu le deuxième motif le plus fréquent dans les Pays de la Loire (24%), tandis qu'il restait en troisième position dans le reste de la France.

Toutefois, la comparaison de la répartition des motifs de dépistage entre les Pays de la Loire et le reste de la France métropolitaine n'a pas montré de différence significative.

e) Délai de diagnostic de l'infection à VIH

Les cas d'infection VIH notifiés en Pays de la Loire lors d'une primo-infection ou en l'absence de symptôme représentaient 74% entre 2004 et 2013 et 82% en 2014 (Tableau 2).

Les données concernant le nombre de lymphocytes cd4 sont disponibles depuis 2008. Le pourcentage de cas présentant un système immunitaire relativement conservé (nombre de CD4 à plus de 350) était à 54% en Pays de la Loire entre 2008 et 2013 et en 2014.

Le délai de diagnostic de l'infection à VIH est apprécié sur le stade clinique et sur le nombre de CD4 comptabilisés au moment au moment de la découverte de séropositivité. Le pourcentage de diagnostics précoces était de 37% en Pays de la Loire.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre Pays de la Loire et France métropolitaine dans la répartition de ces variables catégorielles portant sur le délai de prise en charge ou de diagnostic des patients (Tableau 2).

3.2 Nouveaux cas de sida

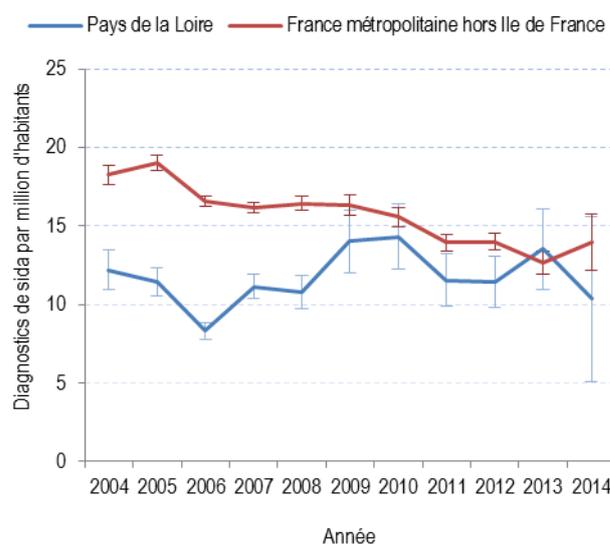
3.2.1 Estimation des taux d'incidence

En 2014, le nombre de découvertes de sida en Pays de la Loire a été estimé à 38. Cette estimation est à interpréter avec précaution dans la mesure où l'intervalle de confiance est large [19-58]. Le taux de diagnostics de sida a été estimé à 10 par million d'habitants en Pays de la Loire. Ce taux se situait à 14 par million d'habitants dans la métropole hors Ile de France.

Depuis 2004, les taux annuels de diagnostics de sida sont restés stables en Pays de la Loire alors qu'ils ont eu tendance à diminuer en France métropolitaine hors Ile-de-France. (Figure 7).

Le nombre absolu de déclarations a aussi diminué en France entre 2004 et 2014.

Figure 7 : Taux de diagnostics de sida en Pays de la Loire, France métropolitaine hors Ile-de-France de 2004 à 2014 (source : ANSP, données DO sida au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous-déclaration), Intervalles de confiance à 95%



3.2.2 Notifications sida données brut

a) Caractéristiques sociodémographiques

La répartition par sexe était équivalente dans les Pays de la Loire et dans le reste de la France hors Ile de France. Les trois quarts des patients étaient des hommes.

La répartition par classe d'âge dans les Pays de la Loire était superposable à celle trouvée dans le reste de la France métropolitaine. Les trois quarts des patients avaient entre 25 et 49 ans (Tableau 3).

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de sida notifiés en Pays de la Loire et en France métropolitaine hors Ile-de-France, entre 2004 et 2014 (source : ANSP, données DO sida brutes au

	2004-2013		2014	
	Pays de la Loire n=285	France métrop. n=4570	Pays de la Loire n=14	France métrop. n=216
Classe d'âge				
moins de 25	4%	3%	0%	2%
25 à 49 ans	75%	70%	57%	65%
50 ans ou plus	22%	27%	43%	33%
Sexe				
Homme	77%	72%	71%	71%
Femme	24%	28%	29%	29%
Pays de naissance				
France	72%	69%	57%	62%
Afrique sub-saharienne	23%	19%	43%	24%
Autre	5%	12%	0%	14%
Mode de contamination				
HSH*	42%	34%	46%	34%
Hétérosexuel	53%	51%	55%	58%
UDI**	4%	13%	0%	7%
Autres	1%	3%	0%	1%
Connaissance de la maladie				
oui	50%	53%	43%	49%
non	50%	47%	57%	51%
Traitement avant maladie				
oui	16%	23%	39%	16%
non	84%	77%	62%	84%

*Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, **Usage de drogues injectables

Toutefois, l'âge médian des femmes, sur la période de 2004 à 2014 s'est avéré plus bas en Pays de la Loire (36 ans) comparativement au reste de la France métropolitaine (40 ans) alors que l'âge médian des hommes était équivalent.

Par ailleurs, la répartition des cas selon le pays de naissance était significativement différente en Pays de la Loire par rapport au reste de la France métropolitaine sur la période 2004-2013 ($p < 0,01$) avec un pourcentage de patients nés en Afrique subsaharienne plus élevé de quatre pourcents sur la période 2004-2013 et un pourcentage de patients nés à l'étranger hors Afrique subsaharienne plus bas de sept pourcents (Tableau 3).

b) Modes de contamination

La répartition des modes de contamination en Pays de la Loire était significativement différente à celle trouvée dans le reste de la France entre 2004 et 2013 ($p < 0,01$) (Tableau 3). La contamination homo ou bisexuelle est apparue plus fréquente dans les Pays de la Loire (plus huit pourcents) alors que celle liée à l'usage de drogues injectable était plus rare (moins neuf pourcents).

c) Connaissance séropositivité et traitement au moment du diagnostic

Le pourcentage de cas connaissant leur séropositivité au moment du diagnostic était équivalent en Pays de la Loire et dans le reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France (Tableau 3).

Le pourcentage de cas, ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de sida, était plus bas en Pays de la Loire que dans le reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France sur la période 2004 à 2013 ($p = 0,01$). En 2014, cette proportion s'est avérée supérieure en Pays de la Loire par rapport au reste de la France.

d) Maladies inaugurales

Les trois pathologies inaugurales les plus fréquemment retrouvées dans les Pays de la Loire entre 2004 et 2013 sur les données brutes étaient par ordre décroissant : la pneumocystose, la toxoplasmose cérébrale et le sarcome de Kaposi. Ces trois pathologies étaient aussi retrouvées en France métropolitaine hors Ile-de-France (Tableau 4).

Tableau 4: Proportions des cinq maladies inaugurales les plus fréquentes en Pays de la Loire comparativement au reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2004-2013 (source: ANSP, données sida brutes au 31/12/2014)

Pays de La Loire (n=322*)		France métrop. (n=5315*)	
Pneumocystose	26%	Pneumocystose	25%
Toxoplasmose cérébrale	12%	Candidose œsophagienne	11%
Kaposi	11%	Toxoplasmose cérébrale	10%
Tuberculose pulmonaire	9%	Kaposi	9%
Lymphome autre localisation	8%	Tuberculose pulmonaire	7%

* Il peut y avoir plusieurs maladies inaugurales pour un même patient

La tuberculose pulmonaire représentait la quatrième pathologie inaugurale la plus fréquente avec 9% des cas déclarés entre 2004 et 2013.

Sarcome de Kaposi et lymphome représentaient 19% des déclarations en Pays de la Loire.

En 2014, la pneumocystose pulmonaire demeurait la cause la plus fréquente d'entrée dans la maladie dans les pays de la Loire. Toutefois, il s'agissait de données non corrigées et le nombre de cas déclarés était plutôt bas dans la région.

Cette maladie restait aussi une cause prépondérante d'entrée dans la maladie en Ile-de-France et dans le reste de la France métropolitaine.

Tableau 5: Proportions des cinq maladies inaugurales les plus fréquentes en Pays de la Loire comparativement au reste de la France métropolitaine hors Ile-de-France, 2014 (source: ANSP, données sida brutes au 31/12/2014)

Pays de La Loire (n=17*)		France métrop. (n=256*)	
Pneumocystose	24%	Pneumocystose	31%
Syndrome cachectique	12%	Candidose œsophagienne	11%
Lymphome autre localisation	12%	Tuberculose pulmonaire	11%
Tuberculose extra-pulmonaire	6%	Toxoplasmose cérébrale	10%
Candidose œsophagienne	6%	Kaposi	8%

* Il peut y avoir plusieurs maladies inaugurales pour un même patient

4. Conclusion

Le taux de dépistage VIH en Pays de La Loire a été estimé à 56 / 1000 habitants en 2014. Il était inférieur à celui trouvé en France métropolitaine hors Ile-de-France (70 / 1000 habitants).

Le taux de découverte de séropositivité VIH est resté stable dans les Pays de la Loire depuis 2004. Il a été estimé à 49 / 1 000 000 d'habitants en 2014 ce qui plaçait la région en 16ème position sur 24 régions (y compris Ile-de-France et départements d'outre-mer).

Concernant l'analyse des données brutes, la région Pays de la Loire présente peu de différences par rapport au reste de la France métropolitaine hors Ile de France.

La majorité des femmes (60%) chez qui était découverte une séropositivité VIH étaient nées en Afrique subsaharienne tandis que les hommes (80%) étaient nés majoritairement en France. Les deux modes de contamination les plus fréquents étaient liés aux rapports hétérosexuels ou homosexuels. Pour ce qui est des circonstances de diagnostic, le dépistage orienté a présenté une part plus importante en 2014 en Pays de la Loire en conformité avec les recommandations du haut conseil de santé publique [5]

notamment en offrant un dépistage ciblé et régulier du VIH pour certaines populations et/ou dans certaines circonstances. Dans son bulletin épidémiologique annuel de 2014 [6], le COREVIH Pays de la Loire notait la disponibilité de l'autotest depuis septembre 2015 qui devrait permettre d'améliorer à terme l'efficacité du dépistage. La part des diagnostics précoce est apparue satisfaisante par rapport au reste de la France.

Le taux d'incidence du sida a été estimé à 10 / 1 000 000 d'habitants en 2014 dans les Pays de la Loire. Il était inférieur au taux national hors Ile-de-France et au taux retrouvé en Pays de la Loire l'année précédente (14 / 1 000 000 habitants).

Dans les Pays de la Loire, comme dans le reste de la France, métropolitaine la majorité des patients étaient des hommes (75%). La contamination lors de rapports homosexuels était plus fréquente. La proportion de personnes ne bénéficiant pas d'un traitement au moment du diagnostic de sida a été plus importante en Pays de la Loire ce qui irait dans le sens d'une insuffisance du nombre de dépistages VIH dans la région comme l'indiquait le COREVIH dans son dernier bulletin [6].

5. Références

1. Cazein F, Le Strat Y, Ramus C, Pillonel J, Lot F. Dépistage de l'infection par le VIH dans les laboratoires d'analyses médicales, 2003-2014. Bull Epidemiol Hebd. 2015(40-41):3.
2. Spaccaverri G, Cazein F, Lièvre L, Bernillon P, Geffard S, Lot F, et al. Estimation de l'exhaustivité de la surveillance des cas de sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. Bull Epidemiol Hebd. 2010(30):4.
3. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida, France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015(9-10):10.
4. Royston P. PTREND: Stata module for trend analysis for proportions. 2002 ; . Disponible: <http://econpapers.repec.org/software/bocbocode/s426101.htm>
5. Haut conseil de santé publique. Evaluation du plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014. Paris ; 2015. 50 p.
6. COREVIH Pays de la Loire. Bulletin épidémiologique annuel VIH et sida en Pays de la Loire pour 2014. 2015. 13 p. Disponible: www.corevih-pdl.fr

Les couvertures vaccinales en Pays de la Loire, 2014-2015

Pascaline Loury

Santé publique France-Cire des Pays de la Loire

Les données de couvertures vaccinales pour les Pays de la Loire déjà publiées dans des BVS antérieurs font l'objet d'une mise à jour pour l'année 2014. Les indicateurs établis à partir des certificats de santé du 24^{ème} mois de l'enfant ou des données de remboursements de l'assurance maladie présentés dans les tableaux 1 et 2 permettent d'évaluer les applications des recommandations à la fin du schéma recommandé chez l'enfant.

Couvertures à l'âge de 2 ans

- vaccins Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, Coqueluche et Haemophilus influenzae de type b : les couvertures vaccinales étaient supérieures à 90% dans les Pays de la Loire en 2014.
- vaccin Pneumocoque : les couvertures, en légère diminution entre 2012 et 2013, tendaient à se stabiliser en 2014, n'atteignant pas encore l'objectif de 90%.

- le vaccin contre l'hépatite B : les couvertures autour de 82% poursuivaient leur augmentation en 2014 (sauf en Vendée).
- vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole : les couvertures régionales de 91% pour 1 dose et de 76% pour 2 doses en 2014 n'atteignaient pas les objectifs définis par l'OMS (respectivement 95% et ≥80%) malgré une augmentation de 5 points pour 2 doses par rapport à 2013. La couverture à 2 doses restait encore en dessous de la moyenne nationale.
- vaccin Méningocoque C : les couvertures étaient augmentées de 11 à 19 points entre 2013 et 2014 puis de 15 à 19 points entre 2014 et 2015, atteignant globalement 67% sur la région en 2015.

Globalement, il y a peu de disparités départementales sur les indicateurs de couvertures vaccinales.

Tableau 1 : Couvertures vaccinales départementales DTP, coqueluche, HIB, pneumocoque et hépatite B à 3 doses et rougeole 1 dose et 2 doses lors de l'établissement du certificat du 24^{ème} mois, Pays de la Loire, 2013 et 2014

Année du certificat de santé obligatoire à 2 ans	DTP		Coqueluche		HIB		Pneumocoque		Hépatite B		Rougeole-Oreillons-Rubéole			
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013		2014	
	(nés en 2011)	(nés en 2012)	(nés en 2011)		(nés en 2012)									
											1 dose	2 doses	1 dose	2 doses
44 - Loire-atlantique	96%	96%	96%	95%	95%	94%	87%	87%	78%	81%	91%	76%	90%	78%
49 - Maine-et-Loire	98%	98%	98%	98%	97%	97%	85%	89%	80%	84%	88%	69%	90%	75%
53 - Mayenne	98%	98%	98%	98%	97%	98%	89%	91%	83%	85%	93%	63%	94%	70%
72 - Sarthe	99%	99%	99%	99%	99%	98%	87%	85%	76%	82%	93%	69%	92%	74%
85 - Vendée	99%	99%	99%	99%	98%	98%	89%	88%	84%	82%	91%	70%	93%	76%
Région Pays de la Loire	98%	98%	97%	97%	97%	97%	87%	88%	80%	82%	90%	71%	91%	76%
France entière	99%	98%	98%	98%	97%	97%	89%	89%	82%	83%	90%	74%	91%	77%

Source : DREES. Remontées des services de Protection Maternelle et Infantile (conseils généraux) - Traitement Santé publique France

Tableau 2 : Couvertures vaccinales départementales infection invasive à méningocoque de sérotype C selon l'âge, données de remboursement de l'assurance maladie, Pays de la Loire, 2013 et 2015

Estimation au 31/12	Meningocoque C (données provisoires)												
	2 ans		3 à 4 ans		5 à 9 ans		10 à 14 ans		15 à 19 ans		20 à 24 ans		
	2013	2014	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015
44 - Loire-atlantique	36%	48%	67%	56%	62%	34%	51%	25%	32%	18%	25%	-	-
49 - Maine-et-Loire	31%	50%	66%	50%	63%	35%	50%	25%	33%	18%	25%	-	-
53 - Mayenne	36%	55%	71%	53%	69%	34%	53%	24%	34%	15%	23%	-	-
72 - Sarthe	35%	46%	61%	52%	64%	34%	51%	24%	32%	17%	24%	-	-
85 - Vendée	39%	54%	69%	56%	68%	36%	52%	26%	33%	18%	25%	-	-
Région Pays de la Loire	35%	50%	67%	54%	64%	35%	51%	25%	33%	18%	25%	-	-
France entière			70%						32%		24%		7%

Source : données de l'assurance maladie - Traitement Santé publique France (DCIR-SNIIRAM pour les données départementales - EGB pour les données nationales)

Rattrapage vaccinal contre le méningocoque C chez les personnes de 2 à 24 ans

Les couvertures pour les enfants et les adolescents ciblés par un rattrapage vaccinal méningocoque C ont été augmentées d'une dizaine de points en moyenne entre 2013 et 2015. Elles restaient en 2015 largement insuffisantes et décroissantes avec l'âge, atteignant 64% chez les 3-4 ans contre 25% chez les 15-19 ans.

Pour plus d'information sur les indicateurs, consulter :

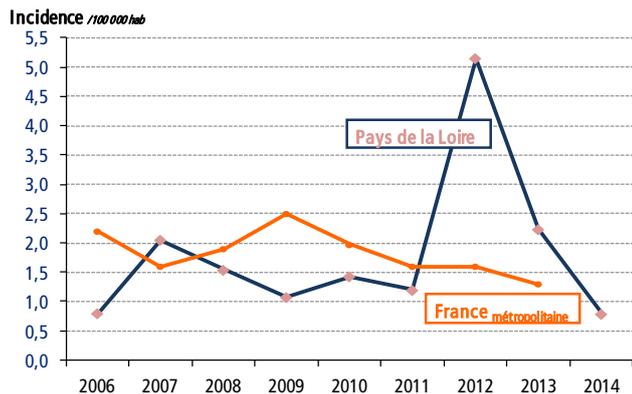
« Couverture vaccinale dans les Pays de la Loire, 2012 »

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Pays-de-la-Loire/Bulletin-de-veille-sanitaire-Pays-de-la-Loire.-n-24-Novembre-2014>

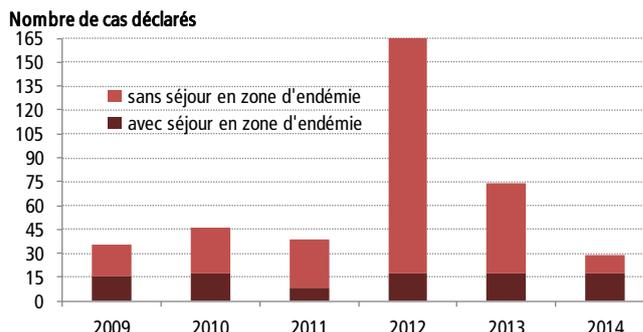
et le site internet de Santé publique France

Les cas d'hépatite A déclarés en Pays de la Loire en 2014

Incidence annuelle des cas d'hépatite A déclarés, 2006-2014



Nombre de cas d'hépatite A annuel par notion de voyage en zone d'endémie hépatite A, 2009-2014



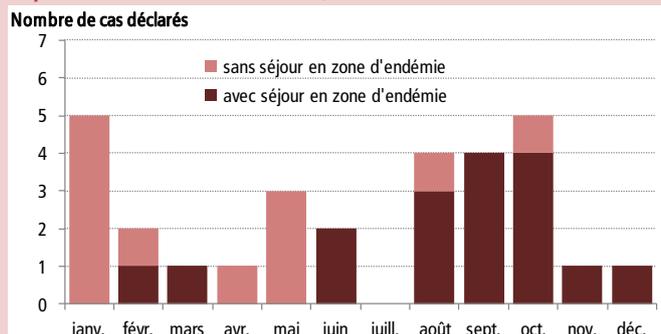
Nombre de cas d'hépatite A par département, 2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Incidence
Loire-Atlantique 44	11	13	19	27	20	6	0,5
Vendée 85	0	1	1	6	13	1	0,2
Maine-et-Loire 49	9	6	6	80	30	10	1,3
Mayenne 53	4	15	0	2	9	9	2,9
Sarthe 72	14	16	17	72	9	3	0,5
Pays de la Loire	38	51	43	187	81	29	0,8
Incidence / 100 000	1,1	1,4	1,2	5,2	2,2		

Critère de déclaration : présence d'IgM anti-virus de l'hépatite A dans le sérum

29 cas déclarés en 2014

Répartition mensuelle des cas, 2014



En 2014

Avec une incidence annuelle de 0,8 cas pour 100 000 habitants, l'épidémiologie de l'hépatite A dans la région est revenue à son niveau de base.

Les cas sont majoritairement des personnes de retour de zone endémique.

Les départements de Loire-Atlantique, Vendée et Sarthe ont été relativement épargnés.

Caractéristiques des cas comparés aux cas survenus sur la période comparés aux années antérieures

	2008-2011			2012			2013			2014		
	N	%	Incidence /100 000 /an moyenne	N	%	Incidence /100 000 /an	N	%	Incidence /100 000 /an	N	%	Incidence /100 000 /an
Total	179		1,3	187		5,2	81		2,2	29		0,8
Homme	98	55%		103	55%		43	53%		17	59%	
Classe d'âge												
0-19 ans	77	43%	2,1	88	47%	9,5	42	52%	4,5	12	41%	1,3
20-39 ans	62	35%	1,8	55	29%	6,3	22	27%	2,5	10	35%	1,1
40-59 ans	34	19%	0,9	39	21%	4,1	12	15%	1,2	5	17%	0,5
≥ 60 ans	6	3%	0,2	5	3%	0,6	5	6%	0,6	2	7%	0,2
Retour de zone endémique	60	37%		17	10%		17	23%		17	59%	
Cas d'hépatite A dans l'entourage	70	47%		117	66%		53	67%		9	36%	
IgM+ et signes évocateurs d'hépatite A (ictère, anorexie, fièvre, signes digestifs...)	154	86%		177	95%		80	99%		27	93%	
IgM+ sans signes évocateurs												
- avec signes biologiques de cytolyse	14	8%		7	4%		0	0%		0	0%	
- avec uniquement notion de de retour de zone endémique ou cas dans l'entourage	11	6%		3	1%		1	1%		2	7%	
Hospitalisation	75	45%		56	32%		30	38%		16	55%	

Source : SpF-Cire Données de la déclaration obligatoire



Surveillance des cas de légionellose déclarés en 2014 dans les Pays de la Loire

Faits marquants en 2014

Diminution en 2014 du nombre de cas de légionellose chez les personnes résidant dans la région des Pays de la Loire (n=39) par rapport à l'année 2013 (n=47). Les cas sont survenus principalement en été (6 cas en juillet et 10 cas en août), mais à noter la survenue de 5 cas au mois de décembre 2014.

Les hommes sont beaucoup plus concernés par cette pathologie que les femmes, avec un sexe-ratio H/F de 8,8 (35/4). Aucun cas n'a été observé pour les classes d'âge inférieures à 40 ans en 2014.

La confirmation biologique du diagnostic a été très majoritairement réalisée par détection d'antigènes solubles urinaires (93 %), puis dans une moindre mesure par culture (33 %). La quasi-totalité des cas ont été hospitalisés (97 %) et le taux de décès était de 10 % en 2014. Le principal facteur favorisant retrouvé était le tabagisme (49 %).

Les espèces de légionelles identifiées étaient quasi exclusivement des *L. pneumophila* sérotype 1 (Lp1) (92 %), hormis un cas pour lequel l'espèce *L. longbeachae* a été retrouvée.

Enfin, concernant les expositions environnementales, la proportion d'expositions dans les maisons de retraite a diminué par rapport à l'année précédente (5 % en 2014 versus 17 % en 2013), et celle concernant les voyages a légèrement augmenté (38 % en 2014 versus 21 % en 2013).

Figure 1 : Evolution du taux annuel d'incidence des cas de légionellose résidant dans la région, Pays de la Loire, 1995 - 2014

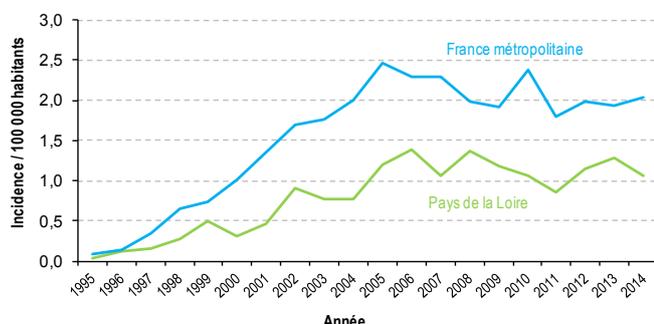


Figure 2 : Répartition des cas de légionellose selon le mois de survenue de la maladie, Pays de la Loire, 2014

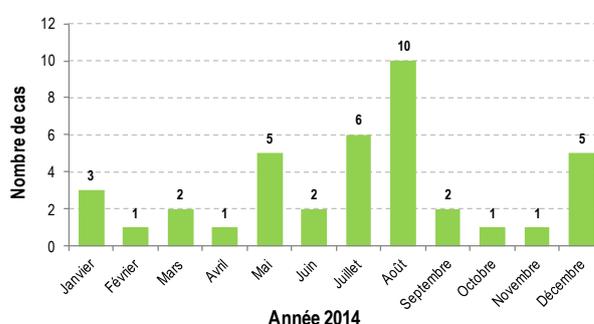


Tableau 1 : Nombre de cas de légionellose déclarés chez des personnes résidant dans la région, par département et par année, Pays de la Loire, 2006 - 2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total 2006-2014	Incidence départementale annuelle moyenne (*)
Loire-Atlantique (44)	14	12	12	11	13	7	16	15	19	119	1,2
Maine-et-Loire (49)	14	11	11	10	9	6	12	12	7	92	1,5
Mayenne (53)	8	3	6	2	4	2	2	3	2	32	1,3
Sarthe (72)	7	3	5	8	5	8	7	8	4	55	1,2
Vendée (85)	5	8	14	11	7	8	5	9	7	74	1,5
Pays de la Loire	48	37	48	42	38	31	42	47	39	372	1,3
Incidence régionale / 100 000 habitants	1,4	1,1	1,4	1,2	1,1	0,9	1,2	1,3	1,1	-	-

(*) Calculée en se basant sur la population de la région des Pays de la Loire en 2010

Figure 3 : Répartition des cas de légionellose par classe d'âge et par sexe, Pays de la Loire, 2014

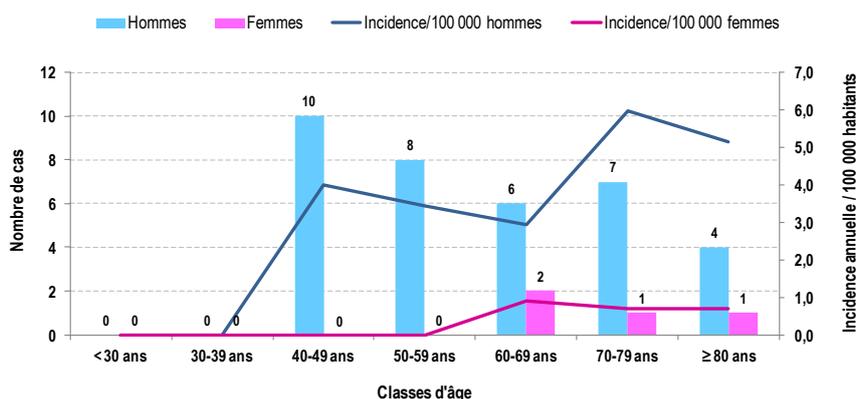


Tableau 2 : Proportion de confirmation positive du diagnostic de légionellose, espèces et sérogroupes de légionelles, prise en charge et évolution des cas, Pays de la Loire, 2014

	N	%
Confirmation du diagnostic		
Antigène	35	90%
Culture	13	33%
PCR	4	10%
Sérologie	0	0%
Espèces et sérogroupes		
<i>Legionella pneumophila</i> séro groupe 1 (Lp1)	36	92%
<i>Legionella longbeachae</i> (LL)	1	3%
Prise en charge et évolution		
Hospitalisation	38	97%
Guérison	34	87%
Décès	4	10%

Figure 4 : Facteurs favorisants (*), Pays de la Loire, 2014

(*): plusieurs facteurs favorisants peuvent être retrouvés chez un même cas.

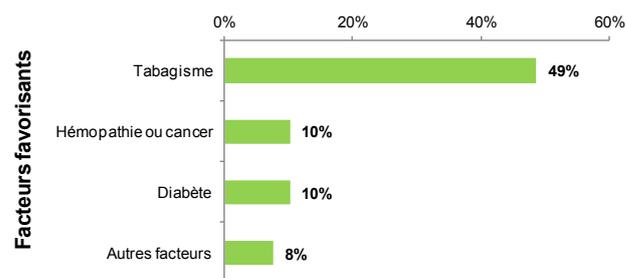


Tableau 3 : Fréquence des expositions à risque parmi les cas domiciliés dans la région, Pays de la Loire, 2014

Année 2014		
Catégories d'exposition à risque au cours des 10 jours précédant le début de la maladie	N	% (*)
Aucune exposition identifiée	23	59%
Etablissement de santé	1	3%
Etablissement médico-sociaux (**)	2	5%
Croisière	1	3%
Voyage	15	38%
<i>dont hôtel-camping</i>	10	26%
<i>dont résidence temporaire</i>	3	8%
<i>dont autres types de voyage (***)</i>	2	5%
Autres (****)	1	3%

(*) Le pourcentage total est supérieur à 100 % dans la mesure où plusieurs catégories d'exposition sont possibles pour un même cas.

(**) Maison de retraite.

(***) Sans précision de lieu et type de logement.

(****) Autres : piscine, établissement recevant du public, exposition professionnelle, etc.

Définitions de cas

Toute personne présentant une pneumopathie accompagnée d'au moins un des signes biologiques suivants :

- **Cas probable :**
 - titre(s) d'anticorps \geq 256 ;
 - PCR positive (critère introduit en 2011).
- **Cas confirmé :**
 - isolement de *Legionella* spp. dans un prélèvement clinique ;
 - augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2ème titre minimum de 128 ;
 - présence d'antigènes solubles urinaires.

A qui signaler un cas de légionellose ?

A l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire (24h/24)

Tel : 0800 277 303

Fax : 02 49 10 43 89

Mail : ars44-alerte@ars.sante.fr

Cire des Pays de la Loire
Tél : 02.49.10.43.62 - Fax : 02.49.10.43.92
✉ ars-pdl-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro sur <http://www.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général de Santé publique France
Rédacteur en Chef : Dr Bruno Hubert, responsable de la Cire des Pays de la Loire
Maquettiste : Sophie Hervé, Cire des Pays de la Loire
Comité de rédaction : Equipe de la Cire des Pays de la Loire

Diffusion : Cire des Pays de la Loire - 17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233 - 44262 Nantes cedex 2
<http://www.santepubliquefrance.fr> - <http://ars.paysdelaloire.sante.fr>

La publication d'un article dans le BVS n'empêche pas sa publication par ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.