

Bulletin de veille sanitaire N°14 / août 2013

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Lorraine - situation au 31 décembre 2011

Maladies à Déclaration Obligatoire

< déclarer > < agir > < prévenir >

| Page 1 | [Editorial](#)

| Page 2 | [Bilan des maladies déclarées en Lorraine en 2011](#)

| Page 3 | [L'hépatite aiguë A en Lorraine en 2011](#)

| Page 4 | [Les infections invasives à méningocoque \(IIM\) en Lorraine en 2011](#)

| Page 5 | [La légionellose en Lorraine en 2011](#)

| Page 7 | [La rougeole en Lorraine en 2011](#)

| Page 8 | [Les toxi-infections alimentaires collectives \(TIAC\) en Lorraine en 2011](#)

| Page 9 | [La tuberculose en Lorraine en 2011](#)

| Page 12 | [Rappels sur le circuit du système de déclaration obligatoire](#)



Source : InVS

déclarer | agir | prévenir

| Editorial |

Lucie Schapman, Cire Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Nancy

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) repose sur la détection, le signalement et la notification des cas par les biologistes et les médecins déclarants.

Depuis sa conception, ce dispositif a connu plusieurs phases de développement. Il a tout d'abord été renforcé en 2003, afin d'améliorer l'exhaustivité des déclarations et de mieux préserver l'anonymat des personnes. Entre 2005 et 2012, cinq nouvelles maladies sont venues s'ajouter à la liste : rougeole et hépatite aiguë A, dengue et chikungunya, et enfin le mésothéliome (janvier 2012).

Aujourd'hui, le dispositif concerne 31 maladies à déclaration obligatoire dont les fiches de notification ont été révisées en 2011.

Après collecte, analyse et interprétation, l'ensemble des données est publié à la fois au niveau national par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et au niveau régional par les Cellules de l'InVS en régions (Cire).

Ce numéro du BVS vous propose donc un bilan de surveillance des MDO déclarées en 2011 en Lorraine, suivi de chapitres dédiés spécifiquement à l'hépatite aiguë A, aux infections invasives à méningocoque (IIM), à la légionellose, à la rougeole, aux toxi-infections alimentaires collectives et à la tuberculose.

Nous remercions tout particulièrement les biologistes et médecins à l'origine de ces déclarations. Ils nous permettent ainsi d'améliorer la connaissance de l'épidémiologie de ces maladies et d'adapter les moyens de prévention.

Lucie Schapman¹

¹ Cire Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Nancy

| Tableau 1 |

Tableau récapitulatif des maladies à déclaration obligatoire notifiées en Lorraine en 2011

Ces données sont issues de la base de données nationale des maladies à déclaration obligatoire (MDO) de l'InVS-siège. Le nombre de cas est indiqué par département de résidence sauf pour certaines pathologies (*) pour lesquelles l'analyse a été réalisée par département de notification.

	LORRAINE			
	54 Meurthe-et-Moselle	55 Meuse	57 Moselle	88 Vosges
Botulisme	0	0	0	0
Brucellose*	0	0	0	0
Charbon	0	0	0	0
Chikungunya	0	0	0	0
Choléra	0	0	0	0
Dengue	0	0	0	0
Diphthérie	0	0	0	0
Fièvres hémorragiques africaines	0	0	0	0
Fièvre jaune	0	0	0	0
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes*	0	0	1	0
Hépatite aiguë A	8	0	13	0
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	0	0	0	0
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	19	2	21	5
SIDA	2	1	3	0
Infection invasive à méningocoque	2	1	10	5
Légionellose	16	2	35	11
Listériose	2	0	2	1
Orthopoxviroses dont variole	0	0	0	3
Paludisme autochtone	0	0	0	0
Paludisme d'importation	0	1	0	0
Peste	0	0	0	0
Poliomyélite	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0
Rougeole*	20	2	27	3
Saturnisme de l'enfant mineur	2	0	0	0
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres ESS	1	1	2	0
Tétanos	0	1	0	0
Toxi-infection alimentaire collective*	14	1	13	5
Tuberculose maladie*	51	7	60	18
Tuberculose ITL*	6	0	6	0
Tularémie*	2	1	1	0
Typhus exanthématique	0	0	0	0

| L'hépatite aiguë A en Lorraine en 2011 |

Christine Meffre¹

¹ Cire Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Nancy

L'hépatite aiguë A est une maladie à déclaration obligatoire depuis novembre 2005.

Critères de notification :

Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum

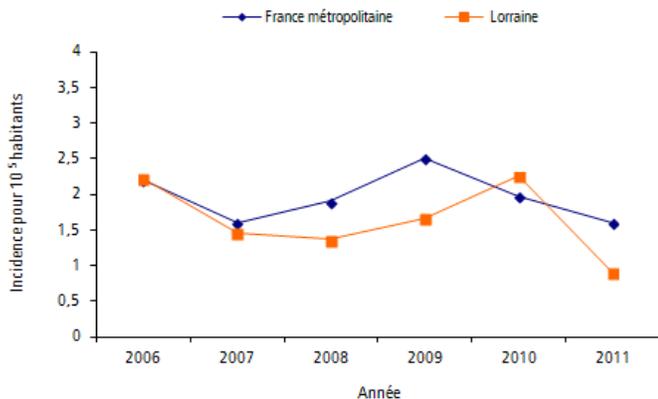
NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

En 2011, 21 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés en Lorraine ce qui est très inférieur à l'année antérieure (53 cas en 2010). Ces cas représentaient une très faible proportion (1,9%) des cas incidents déclarés en métropole. L'incidence en Lorraine était de 0,9 cas pour 100 000 habitants. Rapportée au département, cette incidence était de 1,1 cas pour 100 000 habitants en Meurthe et Moselle (N=8) et de 1,2 cas pour 100 000 habitants en Moselle (N=13). L'incidence départementale n'a pu être calculée en Meuse et dans les Vosges du fait de l'absence de cas notifiés. Par comparaison, toujours en 2011, l'incidence nationale des cas déclarés en métropole était de 1,6 cas pour 100 000 habitants.

L'évolution de l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite aiguë A en Lorraine est présentée figure 1. Globalement de 2006 à 2011, l'incidence en Lorraine est toujours inférieure à l'incidence métropolitaine. On observe une évolution similaire des tendances sur l'ensemble de la période, mais avec un décalage d'un an pour la tendance régionale à partir de 2007. En effet, l'incidence nationale augmente de 2007 à 2008 tandis qu'elle continue de décroître en Lorraine. Puis au niveau national, une décroissance est amorcée en 2009, laquelle aura lieu un an plus tard en Lorraine.

En 2011 en Lorraine, l'incidence est 2,5 fois inférieure à celle de 2010 (2,3/100 000) et se trouve au niveau le plus bas jamais atteint dans cette région.

| Figure 1 | Evolution de l'incidence annuelle des cas d'hépatite aiguë A déclarés en France métropolitaine et en Lorraine, 2006-2011.



DESCRIPTION DES CAS EN LORRAINE EN 2011

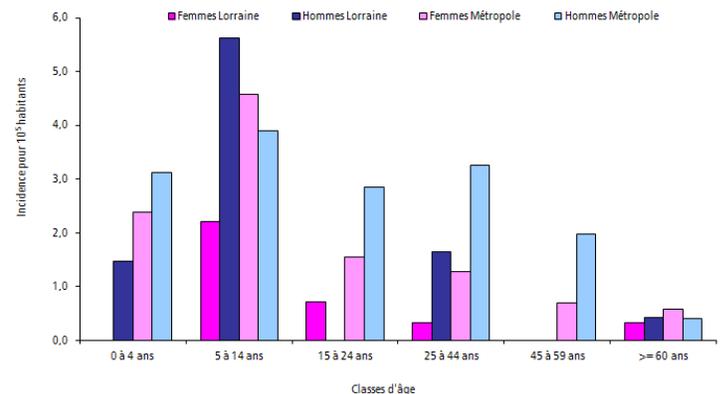
* Sexe et âge

Les 21 cas se répartissaient en 15 hommes et 6 femmes. L'incidence en 2011 en Lorraine était de 2,6 fois plus élevée chez les hommes (1,3 cas d'hépatite aiguë A pour 100 000 hommes) que chez les femmes (0,5 cas pour 100 000 femmes). Cette disparité au niveau des sexes avec une plus forte incidence chez les hommes est également retrouvée au niveau national.

En 2011, l'âge des cas variait de 1 à 74 ans avec une médiane à 12 ans liée au fait que 67% des cas déclarés en Lorraine avaient moins de 30 ans. La moyenne des cas déclarés était de 22 ans. L'incidence la plus élevée était retrouvée dans la classe d'âge des 5-14 ans et ceci à la fois tous sexes confon-

du (4,0 cas/100 000), chez les garçons (5,6/100 000) et chez les filles (2,2/100 000) (figure 2). Le pic d'incidence était également retrouvé en métropole pour cette tranche d'âge (4,2/100 000). La distribution des incidences par sexe et classe d'âge en Lorraine et en métropole est présentée en figure 2. Quelle que soit la classe d'âge, l'incidence en Lorraine est toujours inférieure à l'incidence métropolitaine chez les femmes. Ceci se retrouve également chez les hommes sauf pour la classe d'âge des 5-14 ans. Il est à noter toutefois que ces comparaisons demeurent assez difficiles en raison du faible nombre de cas déclarés en région en 2011.

| Figure 2 | Incidence par sexe et classe d'âge des cas d'hépatite aiguë A déclarés en France métropolitaine et en Lorraine, 2011.



* Clinique et sévérité

En 2011, parmi les 21 cas, 20 (95%) étaient symptomatiques au moment du diagnostic dont 17 (85%) présentaient un ictère. Cette proportion était plus élevée qu'en France métropolitaine (71%). Le taux d'hospitalisation était de 62% en région, en légère augmentation par rapport à 2010 (53%) et plus élevé que celui de métropole (43%). Ces hospitalisations étaient plus fréquentes dans la classe d'âge des 5-14 ans : 62% des cas hospitalisés en Lorraine contre 24% en métropole.

* Episodes de cas groupés

En Lorraine, en 2011, 29% des cas déclarés appartenaient à un épisode de cas groupés. Cette proportion est en net recul par rapport aux années antérieures (58% en 2010 et 15% en 2009). Au niveau national cette proportion était de 38% en 2011.

* Expositions à risque

Les deux principales expositions à risque dans les 2 à 6 semaines précédant le début des signes cliniques étaient la présence d'autres cas d'hépatite A dans l'entourage (43%) dont 19% dans la famille et la notion d'un séjour hors France métropolitaine pour 48% des cas. Parmi les 10 cas ayant séjourné hors métropole, 8 (80%) avaient séjourné dans un pays du Bassin méditerranéen.

Seuls 2 cas avaient rapporté une consommation de fruits de mer.

* Statut vaccinal

Aucun des 21 cas n'était vacciné ou n'avait souvenir d'avoir été vacciné.

Schéma vaccinal :

Une injection.

Un rappel : six à douze mois plus tard. Cette seconde dose peut être administrée jusqu'à trente-six mois ou cinq ans, selon la spécialité, après la première injection. Durée de protection : cf. Guide des vaccinations 2012, page103.

Recommandations aux voyageurs :

La vaccination est recommandée à partir de l'âge de 1 an pour tous les voyageurs devant séjourner dans un pays à hygiène précaire, quelles que soient les conditions du séjour. Elle est particulièrement recommandée chez les personnes souffrant d'une maladie chronique du foie ou de mucoviscidose.

Un examen sérologique préalable (recherche d'IgG) a un intérêt pour les personnes ayant des antécédents d'ictère, ayant passé leur enfance en zone d'endémie ou nées avant 1945.

Schéma vaccinal chez les voyageurs :

Une injection, au moins 15 jours avant le départ.

Un rappel 6 à 12 mois plus tard. Cette seconde dose peut être administrée jusqu'à 3 ans ou 5 ans après la première injection, selon la spécialité. La durée de protection est d'au moins 10 ans. Il existe un vaccin pédiatrique dosé à 720 U, utilisable de 1 à 15 ans. Le vaccin de l'hépatite A est produit à partir d'un virus inactivé.

Références

- le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH. 2013 avril ; n°14-15 : 129-58
- Recommandations sanitaires pour les voyageurs. BEH. 2013 juin ; n°22-23 : 239-66

| Les infections invasives à méningocoque (IIM) en Lorraine en 2011 |

Camille Gravelier, Frédérique Viller¹

¹ Cire Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Nancy

La surveillance des infections invasives à méningocoque (IIM) repose en France sur les données de la déclaration obligatoire (DO) et sur le typage par le centre national de référence (CNR) des méningocoques, des souches et des échantillons cliniques ou extraits d'ADN transmis par les laboratoires.

Les critères de notification figurent sur la DO. Depuis juillet 2002, les critères de déclaration ont été élargis au purpura fulminans et depuis fin 2006 à une PCR positive à partir d'un site normalement stérile ou à partir d'une lésion cutanée.

Définition des cas

Une IIM se manifeste habituellement sous la forme de :

- **Méningite** à méningocoque définie par la mise en évidence de :

- *Neisseria meningitidis* dans le LCR (culture, PCR, examen direct)
- Ou un LCR évocateur de méningite bactérienne purulente ET la présence d'éléments purpuriques cutanées ou la présence d'antigènes solubles méningococciques (dans le LCR, le sang ou les urines)

- **Méningococcémie** définie par la présence de *Neisseria meningitidis* dans le sang, ou au niveau d'une biopsie cutanée ou par la présence d'un purpura fulminans

- Rarement une IIM se manifestera sous la forme d'**arthrite** ou de **péricardite septique**

NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

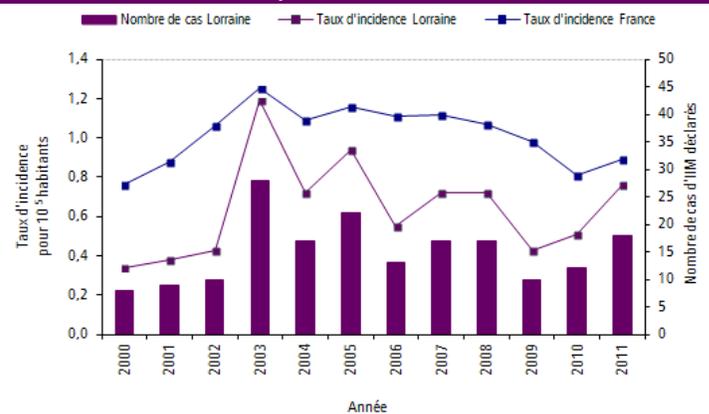
Le nombre de cas notifiés en 2011 a été de 18 en Lorraine : 2 cas d'IIM étaient originaires de Meurthe et Moselle, 1 de Meuse, 10 de Moselle et 5 des Vosges. Le taux d'incidence des cas notifiés en Lorraine était en 2011 de 0,76 pour 100 000 habitants (vs 0,89 en France Métropolitaine).

Le nombre de cas déclarés et l'évolution de l'incidence d'IIM en Lorraine et en France depuis 2000 sont présentés figure 1.

Les taux d'incidence d'IIM en Lorraine sont inférieurs aux taux nationaux pendant toute cette période. Le maximum d'incidence a été observé en France en 2003, année qui faisait suite à l'élargissement de la définition de cas de 2002. En Lorraine, l'année 2003 correspond non seulement à un pic d'incidence du fait de l'élargissement de la définition de cas mais aussi à la survenue d'un foyer de cas groupé d'IIM B (7 cas) dans le département de la Moselle.

En 2011, on observe une légère augmentation de l'incidence d'IIM en France. En Lorraine, l'incidence d'IIM augmente depuis 2010 et tend à se rapprocher du taux d'incidence de la France métropolitaine.

| Figure 1 | Evolution du nombre de cas et du taux d'incidence des IIM déclarées en France métropolitaine et en Lorraine, 2000-2011.

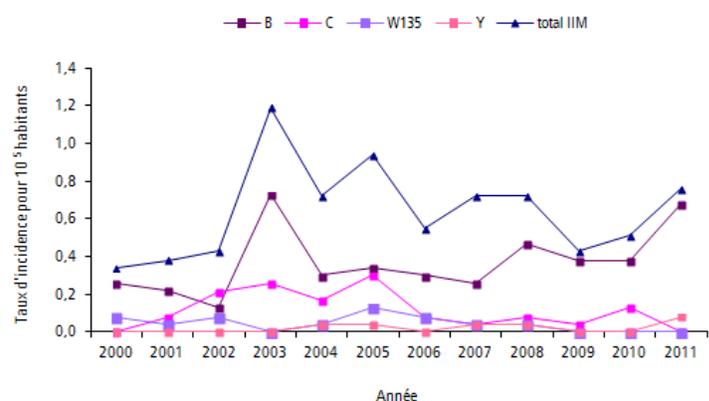


DESCRIPTION DES CAS EN LORRAINE EN 2011

En 2011, le sérotype a été déterminé pour l'ensemble des cas. Parmi les 18 cas, 16 étaient de sérotype B et 2 de sérotype Y. Aucun cas d'IIM de sérotype C n'a été déclaré cette année.

L'évolution de la répartition des sérotypes au cours des 10 dernières années en Lorraine est représenté figure 2. L'incidence des cas d'IIMB a atteint son maximum en 2003 (année du foyer de cas Mosellan). En 2011 on observe une augmentation de l'incidence de l'IIMB en Lorraine.

| Figure 2 | Evolution des taux d'incidence des IIM liées aux principaux sérotypes, Lorraine, 2000-2011.



* Sexe et âge

Le sexe ratio H/ F était de 1 en Lorraine en 2011 vs 1,16 en France métropolitaine.

En 2011, l'âge médian était de 25 ans [3 mois – 88 Ans], 15% (3/18) des cas avaient moins de 5 ans. La proportion de cas âgés de plus de 20 ans était de 61% (11/18) en Lorraine (vs 38% en France Métropolitaine) sans que cette différence ne soit significative.

* Gravité et pronostic de la maladie

Trois patients (16%) ont présenté un purpura fulminans en 2011, un méningocoque de sérotype B était en cause dans les trois cas.

En 2011, l'évolution était connue pour l'ensemble des patients. Quatre cas d'IIMB sont décédés, dont un des patients ayant présenté un purpura fulminans. Aucun cas de séquelles précoces n'a été déclaré.

* Confirmation du diagnostic

Sur les 18 cas notifiés, 5 (30%) présentaient un tableau de méningite, 9 (50%) une méningococcémie et 4 (20%) un tableau associant méningite et méningococcémie.

Dix-sept cas (94%) ont été confirmés par culture et/ou PCR. Pour un cas, le critère de déclaration était un tableau de choc septique avec purpura fébrile compliqué de CIVD chez un nourrisson ayant bénéficié d'une antibiothérapie précoce. La PCR et la culture sont restées négatives, mais l'antigène urinaire soluble était positif à méningocoque B.

En 2011, le CNR a reçu du matériel (souche, ADN ou prélèvements) et réalisé le typage phénotypique et/ou génotypique pour 14 cas.

* Prévention dans l'entourage d'un cas

Pour les 17 cas pour lesquels il est précisé qu'une chimioprophylaxie était mise en place dans l'entourage proche, le nombre moyen de contacts traités était de 13,1 avec une médiane à 9. Lorsqu'une chimioprophylaxie a été instaurée en collectivité (8 cas), le nombre de contacts traités était en moyenne de 14,7 cas avec une médiane à 10. Autour d'un des cas d'IIM Y l'entourage proche a bénéficié d'une chimioprophylaxie pour 65 personnes, et 59 personnes ont été vaccinées.

SITUATION INHABITUELLE

Entre avril et juin 2011, 3 cas d'IIM B liés à des souches identiques du CC ST-32 (B :4P1.15 ; VR1=19 :VR2=15) sont survenus chez des enfants résidents à Sarrebourg et ses environs (département 57) et avaient conduit au dépassement du seuil épidémique (taux d'attaque = 15 cas pour 100 000 habitants). L'enquête n'a pas permis de retrouver de lien entre les enfants et les familles des enfants. Aucun des cas ne présentait de purpura fulminans et l'évolution a été favorable pour tous. Aucun nouveau cas lié à ce clone n'est survenu à ce jour à Sarrebourg et ses environs.

Conclusion

La région Lorraine est une région de faible incidence d'IIM, elle se classe en 2011 au 14^{ème} rang/22 des régions de France métropolitaine en terme d'incidence des infections invasives à méningocoque. Le sérotype Y est réapparu en 2011 en Lorraine, alors qu'il n'avait plus été observé dans la région depuis 2008.

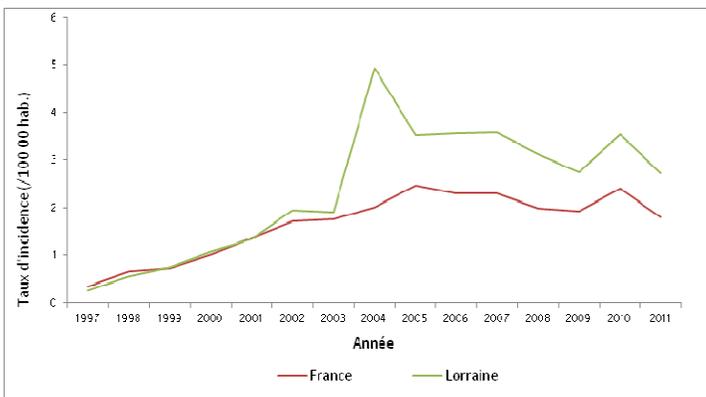
| La légionellose en Lorraine en 2011 |

Sophie Raguet¹

¹Cire Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Strasbourg

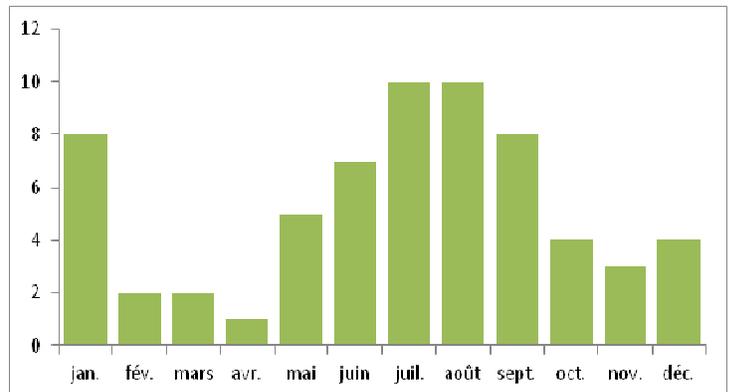
En 2011, 64 cas de légionellose domiciliés en Lorraine ont été déclarés. Le taux d'incidence régional brut était de 2,7 cas/100 000 hab. (figure 1), soit 1,5 fois celui observé en France métropolitaine (1,8 cas /100 000 hab. en 2011, figure 1).

|Figure 1 | Taux d'incidence annuel brut de légionellose en France métropolitaine et en Lorraine. 1998-2011.



Parmi les 64 cas, 35 (55%) résidaient en Moselle, 16 (25%) en Meurthe-et-Moselle, 11 (17%) dans les Vosges et 2 (3%) en Meuse. Les cas sont survenus majoritairement en période estivale, entre juin et septembre (figure 2). Le mois de janvier a été marqué par un nombre inhabituellement élevé de 8 cas.

|Figure 2 | Répartition du nombre de cas de légionellose par mois de début des symptômes. Lorraine, 2011.



La majorité des cas était des hommes (48 hommes, 16 femmes) soit un sexe ratio (H/F) de 3. L'âge médian des cas était de 58,5 ans (min=24 ans, max=86 ans). Les taux d'incidence augmentaient avec l'âge et le taux le plus élevé était de 6,9 cas/100 000 hab. chez les personnes de plus de 80 ans.

La moitié des cas a été déclarée en moins d'une journée (min=8, max= 33). Seul 1 cas n'a pas été hospitalisé. Parmi les 55 cas (86%) pour lesquels l'évolution était connue, il y a eu 5 décès, portant la létalité à 9%.

Parmi les 64 cas, 48 (75%) présentaient au moins un facteur de risque. Le tabagisme était cité pour 52% des cas (33/64) ; le diabète pour 17% (11/64) ; autre facteur pour 16% (10/64) ; une hémopathie pour 8% (5/64) ou un traitement immunosuppresseur pour 6% (4/64). Le tabac seul était mentionné comme facteur de risque pour 36% des cas (23/64). Parmi les 64 cas, 63 étaient des cas confirmés (98%), 1 cas était probable. L'antigénurie était la principale méthode de diagnostic (62 cas), pour 1 cas le diagnostic a été posé par culture et PCR et pour 1 cas par un titre unique élevé d'anticorps. Parmi l'ensemble des cas, une PCR a été réalisée pour 4 cas (6%). Une souche a été isolée par culture pour 19 cas (30%). Parmi les 19 souches isolées et envoyées au Centre National de Référence des *Legionella* (CNR-L), 18 (95%) étaient *Legionella pneumophila* de sérotype 1 et 1 était une *Legionella bozemani*. Parmi les 18 souches Lp1, 9 (50%) étaient sporadiques ; 3 (17%) étaient endémiques (2 souches « Lorraine », 1 souche « Louisa »). Une exposition à risque a été rapportée pour 20 cas (31 %). L'exposition la plus fréquente était un voyage (tableau 1). Parmi les voyages, le séjour dans un hôtel ou dans un camping était rapporté pour 9 cas (14%), le séjour dans une résidence temporaire pour 2 cas (3,1 %) et la notion de voyage pour 4 cas (6,2 %).

Tableau 1 | Expositions à risque rapportées. Légionellose. Lorraine, 2011.

2011 (n=64)		
Expositions à risque	n	%
Voyage*	15	23,4
Hôpital	2	3,1
Autres expositions	1	1,6
Maison de retraite	1	1,6
Station thermale	1	1,6
Total des cas ayant eu au moins une exposition à risque	20	31,3

*rassemble : voyage quel que soit le type, un séjour dans un camping ou un hôtel ou dans une résidence temporaire.

En 2011, un épisode de cas groupés a été investigué en Lorraine. Cet épisode concernait 3 cas ayant présenté des signes cliniques entre le 12 et le 21 octobre et qui avaient comme seul point commun d'avoir fréquenté le même secteur de l'agglomération nancéenne durant leur période d'incubation. Dans ce secteur, une tour aérofrigoriférante (TAR) a présenté une contamination à 1 100 UFC/L durant cette période. Cependant une confirmation que cette source était à l'origine de cet épisode par comparaison des souches cliniques et environnementales n'a pas été possible, aucune souche clinique n'ayant été isolée. La TAR a été nettoyée et des analyses ont confirmé sa désinfection.

Conclusion et recommandations

Une étude récente indique que le taux d'exhaustivité de la déclaration obligatoire de la légionellose est en France de 89% [IC95% : 88,4-89,4] et en Lorraine de 89% [IC 95% : 87-91] (1). Ces données permettent ainsi d'avoir une bonne connaissance de la situation épidémiologique. En 2011, le taux d'incidence brut de la légionellose en Lorraine était de 2,7 cas/ 100 000 hab. Ce taux a diminué par rapport à 2010, mais reste supérieur à celui de la France métropolitaine, plaçant la Lorraine parmi les régions avec le plus fort taux d'incidence comme il est constaté depuis 2006 (1).

Les cas déclarés en 2011 présentaient les mêmes caractéristiques (en termes de répartition par âge, sexe, facteur de risque, exposition à risque et létalité) que les cas déclarés sur la période 2009-2010. La proportion de souches isolées par culture était similaire à ce qui avait été enregistré sur cette période (30% en 2011, vs 20% en 2009-2010, p=0,1) (2). Il convient d'encourager l'isolement de souche qui reste la seule façon de préciser la source de contamination face à un foyer de cas groupés.

Ainsi la détection d'antigènes dans les urines reste la principale méthode diagnostique. Il convient de rappeler que la concentration des urines permet d'augmenter la sensibilité de ce test sans en diminuer la spécificité. Il est important d'informer les biologistes sur cette pratique car elle permet de mieux identifier l'étiologie de la pneumopathie, de cibler le traitement antibiotique et de mettre en place des mesures de prévention et de contrôle (1).

Références

(1) Campese C, Che D. Evaluation quantitative du système de surveillance des légionelloses en France en 2010 [Internet]. InVS; 2012 page 40. Available from: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Evaluation-quantitative-du-systeme-de-surveillance-des-legionelloses-en-France-en-2010>

(2) Raguet S. Bulletin de veille sanitaire Est. n°4 - juillet 2011. Surveillance de la légionellose en Lorraine et en Alsace en 2009 et 2010 [Internet]. Available from: <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Lorraine-Alsace/Bulletin-de-veille-sanitaire-Est.-n-4-juillet-2011>

Lucie Schapman¹

¹ Cire Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Nancy

Considérée à tort comme une pathologie infantile sans gravité, la rougeole peut être à l'origine de complications sévères voire mortelles, même si elles sont rares, et reste l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses. Cette sévérité a justifié l'engagement de la France au côté de l'OMS dans un programme d'élimination de la maladie à l'horizon 2010. Le plan européen a été revu puisque, malgré une introduction du vaccin anti rougeoleux dans le calendrier vaccinal des enfants depuis une trentaine d'années, plusieurs pays européens rapportaient des incidences élevées et des épidémies en 2010. Aussi en septembre 2010, les pays membres de l'OMS/ Europe se sont accordés sur le report de l'objectif d'élimination de la rougeole pour l'année 2015. Pour servir cet objectif, la rougeole a été réintroduite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire en juillet 2005.

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 et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* et/ou PCR positive et/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

NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

Depuis 2008, le nombre de cas déclarés au niveau national est en augmentation pour atteindre environ 15 000 cas en 2011.

Le tableau 1 montre une augmentation de l'incidence des cas de rougeole déclarés en Lorraine depuis 2009 qui s'est accentuée en 2011 mais qui reste très inférieure à l'incidence nationale (2009 : 0,51 vs 2,47 pour 100 000 habitants – 2011 : 2,21 vs 23,72 pour 100 000 habitants).

| Tableau 1 | Evolution de l'incidence des cas de rougeole déclarés en France métropolitaine et en Lorraine, 2006-2011.

année	France métropolitaine		Lorraine	
	nombre de cas	taux d'incidence	nombre de cas	taux d'incidence
2006	40	0,07	5	0,21
2007	43	0,07	1	0,04
2008	604	0,97	3	0,13
2009	1544	2,47	12	0,51
2010	5090	8,11	20	0,85
2011	14967	23,72	52	2,21

DESCRIPTION DES CAS EN LORRAINE EN 2011

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011, 52 cas de rougeole ont été déclarés en Lorraine : 20 en Meurthe-et-Moselle, 2 dans la Meuse, 27 en Moselle et 3 dans les Vosges.

* Sexe et âge

Le sexe ratio H/F était de 1,2 [27 hommes et 23 femmes]. L'âge médian était de 24 ans [extrêmes : 6 mois-47 ans].

* Sévérité

Vingt-six cas ont été hospitalisés et pour 7 d'entre eux, des complications sont survenues : pneumopathies (2), hépatite ou bilan hépatique perturbé (3), fausse couche/avortement (1) et accouchement prématuré (1). Aucun décès n'a été rapporté.

* Confirmation biologique

Parmi les 52 cas, 36 (69%) ont été confirmés biologiquement dont 33 (92%) par IgM sériques et 2 (6%) par IgM ou PCR dans la salive.

Trois cas ont été confirmés du fait de l'existence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé biologiquement.

* Statut vaccinal

Le statut vaccinal était renseigné pour 79% des cas (41/52). Sur l'ensemble de ces cas, 61% (25/41) n'étaient pas vaccinés contre la rougeole, 32% (13/41) n'avaient reçu qu'une seule dose et 7% (3/41) avaient reçu deux doses. Des complications sont intervenues chez 2 vaccinés à une dose (pneumopathie et fausse couche/avortement).

* Origine de la contamination

La notion d'un contact dans les 7 à 18 jours précédant l'éruption a été renseignée pour 54% des cas (28/52). Sur l'ensemble de ces cas, cette notion a été retrouvée dans 54% des cas (15/28). Pour ces cas, les principaux lieux de contamination étaient le milieu familial (27%), le milieu scolaire (27%) et le milieu hospitalier (20%).

La notion d'un séjour à l'étranger pendant la période d'incubation a été renseignée pour 87% des cas (45/52). Sur l'ensemble de ces cas, cette notion a été retrouvée dans 11% des cas (5/45). Les pays mentionnés étaient l'Espagne, le Luxembourg, le Maroc et l'île Maurice.

Conclusion et recommandations

Depuis 2009, le nombre de cas déclarés en Lorraine est en augmentation comme ce qui est observé au niveau national. Le virus continue à circuler, il faut donc rester vigilant et continuer à veiller à la mise à jour du statut vaccinal avec deux doses de vaccin pour toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980.

Schémas vaccinaux :

- Enfants âgés de 12 à 24 mois : une dose du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole à 12 mois et une 2ème dose entre 13 et 24 mois
- Pour les enfants accueillis en collectivité avant l'âge d'un an : une dose de vaccin trivalent à 9 mois et une 2ème dose entre 12 et 15 mois
- **Toute personne née depuis 1980 et âgée de plus de 24 mois : deux doses au total de vaccin trivalent, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies**
- **Toute personne née avant 1980, non vaccinée et sans antécédents de rougeole, exerçant des professions de santé ou en charge de la petite enfance : une dose de vaccin trivalent**

Mesures spécifiques pour la vaccination des personnes potentiellement réceptives autour d'un cas :

- Enfants âgés de 6 à 8 mois
- Enfants âgés de 9 à 11 mois non encore vaccinés
- Personnes âgées de plus de 1 an et nées depuis 1980
- Professionnels de santé et personnes travaillant en crèche, halte-garderie, assistantes maternelles nés avant 1980

Références

- Dossier thématique rougeole (InVS) : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole>
- Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH. 2013 avril;n°14-15:129-58
- Adaptation transitoire des mesures de surveillance et de gestion autour des cas de rougeole (29 avril 2011), venant modifier la circulaire N°DGS/R11/2009/334 du 4 novembre 2009
- Circulaire DGS/R11/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés
- Décret no 2005-162 du 17 février 2005 modifiant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire.
- Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010. Ministère de la santé et de la solidarité

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) en Lorraine en 2011

Claire Janin¹

¹ Cire Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Nancy

La déclaration obligatoire des TIAC a été mise en place en 1987.

Critères de notification :

Survenue d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

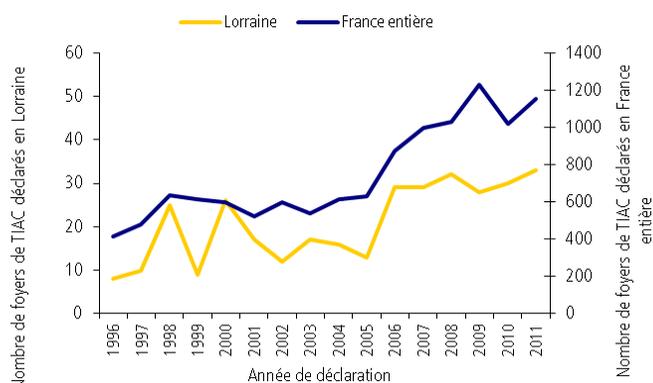
Les objectifs de cette surveillance sont :

- d'identifier précocement, par une enquête épidémiologique et vétérinaire, l'aliment à l'origine de la TIAC et, le cas échéant de retirer de la distribution l'aliment incriminé ;
- de corriger les erreurs de préparation dans les établissements de restauration collective ou en milieu familial ;
- de réduire la contamination des matières premières (mesures de prévention, abattage des troupeaux de poules pondeuses contaminées, etc.).

NOMBRE DE FOYERS DE TIAC

En France, depuis 1996, 11932 foyers de TIAC ont été déclarés. Après une forte baisse en 2010, le nombre de TIAC déclarées en 2011 a augmenté pour se rapprocher du nombre de déclarations de 2009 (figure 1). En Lorraine, le nombre de foyers de TIAC déclarés tend à se stabiliser autour d'une trentaine de foyers par an depuis 2006.

Figure 1 | Nombre de foyers de TIAC déclarés en France entière et en Lorraine, 1996-2011.



DESCRIPTION DES FOYERS DE TIAC EN LORRAINE EN 2011

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011, 33 foyers de TIAC ont été déclarés en Lorraine. La Meurthe-et-Moselle est le département où le nombre de foyers déclarés a été le plus important suivi de la Moselle, des Vosges et de la Meuse (tableau 1). Parmi les 712 personnes ayant partagé les repas suspectés, 287 personnes ont été malades ce qui représente un taux d'attaque moyen de 40 %. Douze personnes ont été hospitalisées. Aucun décès n'a été signalé. Le nombre médian de cas par TIAC a été de 4 [min : 2, max : 75].

Tableau 1 | Nombre de foyers de TIAC déclarés, de personnes malades et hospitalisées par département en Lorraine, 2011.

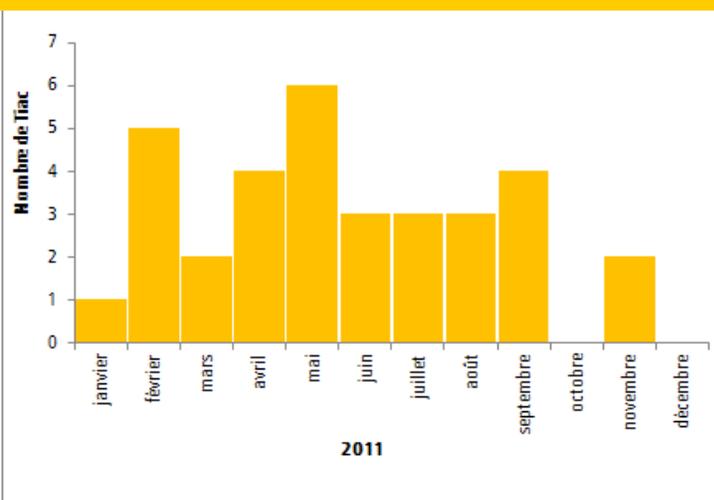
Département	Nombre de foyers	Nombre de personnes malades	Nombre d'hospitalisations
Meurthe-et-Moselle	14	175	4
Meuse	1	3	3
Moselle	13	90	5
Vosges	5	19	0
Total	33	287	12

En 2011, la source de déclaration a été renseignée pour 67 % des foyers (22/33). Pour ceux-ci, 41 % (9/22) ont été déclarés par des médecins hospitaliers, 32 % (7/22) par des médecins généralistes et 14 % (3/22) par les Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP). Les autres déclarations provenaient d'un responsable d'établissement (2 déclarations) et d'une personne malade (1 signalement).

* Répartition temporelle des foyers

Les foyers de TIAC sont survenus tout au long de l'année, avec 70 % des foyers déclarés entre les mois d'avril et de septembre (figure 2).

Figure 2 | Répartition mensuelle des foyers de TIAC déclarés en Lorraine, 2011



* Lieu du repas

En 2011, la grande majorité des TIAC (23/33 soit 70 %) sont survenues après un repas pris dans un restaurant alors qu'en 2010 cette proportion s'élevait à 20 %. Les autres TIAC sont survenues après un repas pris au foyer familial (9 %), lors d'un banquet (6 %), dans des entreprises (6 %), dans un centre de loisirs (3 %) ou dans une cantine scolaire (3 %).

En France, la proportion de foyers survenant en restauration commerciale augmente depuis 2003 et a représenté 36 % des TIAC déclarées en 2011. La proportion de TIAC concernant des foyers familiaux était de 34 % en 2011.

* Facteurs étiologiques retrouvés

Des analyses biologiques ont été réalisées chez les malades pour 17 foyers de TIAC (52 %) mais seuls 6 résultats positifs ont été renseignés : 5 à *Campylobacter* et 1 à *Salmonella*.

De même, 7 foyers (21 %) ont fait l'objet d'analyses biologiques sur des restes alimentaires dont 1 était positif à *Clostridium perfringens*.

Les agents les plus fréquemment suspectés sur des critères cliniques et épidémiologiques ou confirmés microbiologiquement ont été les salmonelles, les *Campylobacter*, les staphylocoques, *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens* (5 foyers concernés par chacun des germes). Une origine virale a été suspectée ou confirmée pour 4 foyers et une TIAC à l'histamine a été signalée. Les informations recueillies pour 4 foyers n'ont pas permis d'identifier le pathogène.

* Aliments responsables

Un aliment responsable a été suspecté ou confirmé pour 76 % (25/33) des foyers déclarés. Les principaux aliments incriminés ont été des oeufs ou des produits à base d'oeuf, des produits de charcuterie, des poissons et fruits de mers, de la volaille et de la viande (tableau 2). D'autres aliments, principalement des produits cuisinés (pizza, couscous, paella...) ont également été mis en cause dans 10 foyers de TIAC.

| Tableau 2 | Répartition des foyers de TIAC déclarés par catégorie d'aliments suspectés ou confirmés et germes suspectés ou confirmés en Lorraine, 2011.

Catégorie d'aliment	Nombre de foyers	%	Germes confirmés ou suspectés
Oeufs et produits à base d'œuf	4	12	2 salmonelles, 1 <i>Clostridium perfringens</i>
Produits de charcuterie	3	9	1 salmonelle, 1 <i>Campylobacter</i> , 1 <i>Clostridium perfringens</i>
Poissons et fruits de mer	3	9	1 virus entérique, 1 allergie à histamine
Volaille	3	9	1 salmonelle, 1 <i>Campylobacter</i> , 1 <i>Bacillus cereus</i>
Viandes	2	6	1 staphylocoque
Autres aliments	10	31	3 <i>Bacillus cereus</i> , 2 <i>Clostridium perfringens</i> , 2 virus, 2 staphylocoques, 1 salmonelle
Inconnu	8	24	

*** Facteurs favorisants**

Les principaux facteurs favorisants mis en évidence ont été :

- des erreurs de préparation (3 foyers) ;
- des matières premières contaminées (2 foyers) ;
- une contamination par le personnel (1 foyer) ;
- un équipement inadapté (1 foyer).

*** Mesures mises en place**

Aucune fermeture de restaurant n'a été signalée. Des travaux ont été prescrits pour 1 établissement et une désinfection des locaux pour 2 autres.

*** Délai de signalement**

En 2011, le délai médian de signalement (c'est-à-dire le délai entre l'apparition du 1^{er} cas et la déclaration) a été de 3 jours. Cependant, 9 TIAC ont été signalées avec un délai supérieur ou égal à 5 jours (max : 18 jours), ce qui peut être préjudiciable à l'efficacité de l'investigation ou à la réalisation des prélèvements alimentaires.

Conclusion et recommandations

Il n'est pas toujours facile de valider une suspicion de TIAC et quelquefois l'hypothèse d'un foyer des cas groupés de gastro-entérites est également soulevée. L'étape de validation d'un signal de TIAC avec la caractérisation précise des cas, notamment sur les symptômes présentés et l'heure d'apparition des symptômes est donc importante. Pour des TIAC présentant certains critères (taux d'attaque important, gravité...), une enquête analytique de type cohorte ou cas/témoin permet de soulever des hypothèses étiologiques, aussi bien concernant l'aliment suspecté que le germe potentiellement en cause. Ces hypothèses permettent d'orienter les analyses alimentaires réalisées par les DD(CS)PP et le cas échéant de prendre les mesures de gestion adaptées.

Références

- Delmas G, Jourdan da Silva N, Pihier N, Weill FX, Vaillant V, de Valk H. Les toxi-infections alimentaires collectives en France entre 2006 et 2008. *Bull Epidémiol Hebd* 2010;31-32:344-8
- World Health Organization, *Foodborne Disease Outbreaks, Guidelines for Investigation and Control, 2008*

| La tuberculose en Lorraine en 2011 |

Jonathan Epstein¹

¹ Cire Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Nancy

La tuberculose est une maladie transmissible par voie aérienne. Seules les formes pulmonaires et dans certains cas d'autres formes respiratoires de la maladie sont contagieuses. La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964 en France.

Même si la France est considérée comme un pays de faible incidence pour la tuberculose, cette maladie touche surtout certains territoires et certaines populations comme les personnes nées à l'étranger et/ou défavorisées. En 2007, un plan de lutte contre la tuberculose a été mis en place (prévention des retards au diagnostic, renforcement des actions de dépistage, maintien de la résistance aux antibiotiques à un faible niveau, amélioration de la surveillance épidémiologique et amélioration de la lutte antituberculeuse), et l'obligation de vaccination par le BCG a été suspendue et remplacée par une forte recommandation de vacciner les enfants les plus exposés à la tuberculose.

L'ARS est responsable de la lutte antituberculeuse au plan régional mais sa mise en œuvre est assurée par les Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) habilités. Les missions des CLAT sont multiples et comprennent notamment le dépistage dans les populations à risque et les investigations autour des cas de tuberculose.

Au début des années 2000, l'exhaustivité de la déclaration de la tuberculose en France avait été estimée à 65 %. Pour cela, les données présentées ci-dessous sont exprimées en taux de déclaration et non en taux d'incidence, avec l'hypothèse sous-jacente que les variations des taux de déclaration reflètent les variations du taux d'incidence.

TUBERCULOSE MALADIE

NOMBRE DE CAS ET TAUX DE DECLARATION

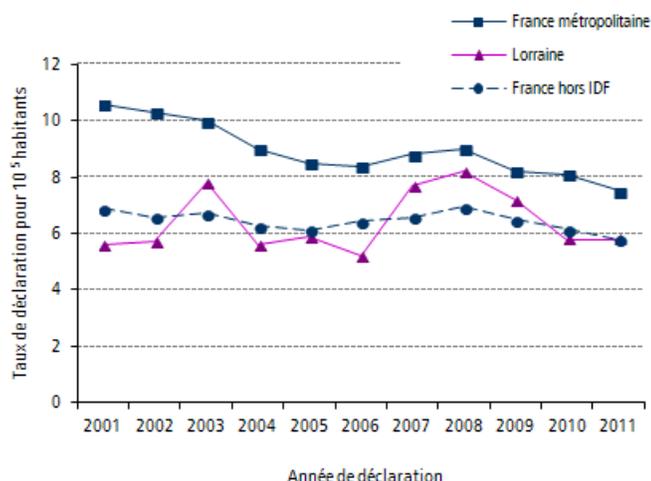
Durant la période 2001-2011, 1646 cas ont été déclarés en Lorraine (136 cas en 2011 soit 5,8 cas/100 000 habitants). Ainsi, la Lorraine se situe en 10^{ème} position par rapport aux autres régions de France métropolitaine, loin derrière l'Ile-de-France dont le taux de déclaration était de 14, 9/100 000 habitants en 2011.

Entre 2001 et 2011, le taux de déclaration en Lorraine est resté inférieur à celui de France métropolitaine, mais cette différence est moins importante depuis 2007. Le taux de déclaration en Lorraine a fluctué sur la période avec notamment une augmentation observée sur la période 2007-2008 jusqu'à un pic à 8,2/100 000 habitants, puis une diminution en 2009-2010. En 2011, ce taux s'est stabilisé au même niveau que le taux de déclaration en France métropolitaine hors Ile-de-France (figure 1).

Critères de notification :
Tuberculose maladie :
 - Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosi prouvée par la culture
 - Cas probable : signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose et décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard

Infection tuberculeuse latente (ITL) chez un enfant de moins de 15 ans : intradermoréaction (IDR) à la tuberculine positive (induration > 15 mm si BCG, > 10 mm sans BCG, ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR de moins de 2 ans)

Figure 1 | Evolution du taux de déclaration de la tuberculose maladie déclarée en France métropolitaine et en Lorraine, 2001-2011.



Sur la période 2001-2011, les taux de déclaration ont présenté des variations importantes selon le département et l'année de déclaration (tableau 1). En 2011, le taux de déclaration le plus élevé de Lorraine a concerné la Meurthe-et-Moselle (7,0/100 000 habitants) suivi par la Moselle (5,7/100 000 habitants), puis les Vosges et la Meuse avec respectivement des taux de 4,7 et 3,6 pour 100 000 habitants.

Tableau 1 | Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose maladie par département en Lorraine, 2001-2011.

Année de déclaration	Meurthe-et-Moselle		Meuse		Moselle		Vosges	
	Nb de cas	Taux /10 ⁵ hab	Nb de cas	Taux /10 ⁵ hab	Nb de cas	Taux /10 ⁵ hab	Nb de cas	Taux /10 ⁵ hab
2001	42	5,9	8	4,1	53	5,2	26	6,8
2002	52	7,2	10	5,2	57	5,5	14	3,7
2003	56	7,8	10	5,2	93	9	23	6
2004	46	6,4	10	5,2	51	4,9	23	6
2005	48	6,6	10	5,2	64	6,2	15	3,9
2006	46	6,3	13	6,7	39	3,8	24	6,3
2007	83	11,4	16	8,2	46	4,4	35	9,2
2008	78	10,7	5	2,6	81	7,8	28	7,4
2009	53	7,3	12	6,2	75	7,2	28	7,4
2010	40	5,5	4	2,1	75	7,2	18	4,7
2011	51	7,0	7	3,6	60	5,7	18	4,7
Total	595		105		694		252	

Ces chiffres et tendances départementales doivent être interprétés avec prudence en raison des faibles effectifs. De plus, la structure d'âge des populations départementales peut avoir une influence sur le taux de déclaration, la tuberculose étant plus fréquente au sein des populations âgées.

DESCRIPTION DES CAS EN LORRAINE EN 2011

Au total, 136 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Lorraine en 2011 : 51 en Meurthe-et-Moselle, 7 en Meuse, 60 en Moselle et 18 dans les Vosges.

En 2011, les principaux déclarants ont été les médecins hospitaliers (86 %), puis les pneumologues libéraux (7,5 %). Les autres sources de déclaration étaient les services de lutte antituberculeuse (1,5 %), les biologistes hospitaliers ou libéraux (1,5 % chacun) et les médecins généralistes (1 %).

* Sexe et âge

Parmi les 136 cas déclarés en Lorraine, 74 (55%) étaient des hommes. En France, les cas masculins représentaient 60% des cas déclarés. L'âge médian était de 53 ans chez les hommes et chez les femmes. En France en 2011, l'âge médian des cas était de 43 ans.

* Origine géographique

Le lieu de naissance était connu pour 85 % des cas de tuberculose déclarés (116/136). Parmi les cas pour lesquels le lieu de naissance était connu, plus de la moitié des cas (54 %) étaient nés en France, 21 % dans d'autres pays du continent européen, 14 % en Afrique du Nord, 7 % en Afrique Subsaharienne, 4 % en Asie. Le taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger était 10 fois supérieur à celui observé chez les personnes nées en France (2,9/100 000 habitants vs 29,6/100 000) (tableau 2), la part des personnes nées à l'étranger reste élevée comme dans le reste de la France. Le taux de déclaration le plus élevé concernait les personnes nées en Afrique subsaharienne (111,1/100 000 habitants). Le taux était de 35,5/100 000 parmi les personnes nées en Afrique du Nord, de 23,8/100 000 parmi les personnes nées en Europe (hors France) et de 21,1/100 000 parmi les personnes nées en Asie. L'année d'entrée en France n'était renseignée que pour 47 % des cas nés à l'étranger (25/53). Parmi eux, 40 % étaient arrivés en France depuis moins de 5 ans.

Tableau 2 | Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose maladie par principales caractéristiques en Lorraine, 2011.

Caractéristiques des cas	Nombre de cas	Taux pour 100 000
Total	136	5,8
Hommes	74	6,4
Femmes	61	5,1
< 5 ans	4	3,0
5-14 ans	5	1,8
15-24 ans	10	3,4
25-39 ans	31	7,0
40-59 ans	29	4,4
60-74 ans	36	10,7
75 et plus	21	10,2
Nés en France	63	2,9
Nés à l'étranger	53	29,6
Nés en Europe (hors France)	24	23,8
Nés en Afrique Subsaharienne	8	111,1
Nés en Afrique du Nord	16	35,5
Nés en Asie	5	21,1

* Exposition particulière

Parmi les cas déclarés en Lorraine en 2011, 10 avaient une profession à caractère sanitaire et social. Parmi ces 10 cas, quatre étaient en contact avec des enfants de moins de 15 ans et deux travaillaient dans un établissement de santé.

* Type de résidence

Parmi les cas pour lesquels l'information était renseignée (114/136), 22 résidaient en collectivité au moment de la déclaration de la tuberculose, dont 10 en centre d'hébergement collectif, 6 en établissement hébergeant des personnes âgées et 3 en établissement pénitentiaire. Un cas relatif à une personne sans domicile fixe a été déclaré.

* Caractéristiques cliniques

Les formes les plus fréquentes en 2011 étaient les tuberculoses pulmonaires (97 cas sur 136, soit 71 % des cas), qui pouvaient être soit isolées, soit associées à d'autres localisations. Parmi les 37 formes exclusivement extra-pulmonaires signalées en 2011, 21 formes ganglionnaires (16 intrathoraciques et 5 extrathoraciques), 3 tuberculoses pleurales, 3 ostéoarticulaires, 2 miliaires, 1 méningée et 10 autres localisations extra-pulmonaires ont été diagnostiquées. Il n'y a pas eu de localisation génitale en 2011 en Lorraine.

Un cas est considéré comme contagieux s'il s'agit d'une tuberculose pulmonaire et que, soit l'examen microscopique est positif (BAAR +), soit la culture retrouve une mycobactérie du complexe tuberculosis. En 2011, il y avait 44 nouveaux cas potentiellement contagieux déclarés (soit 32 %) en Lorraine.

* Caractéristiques diagnostiques

Un cas est considéré comme confirmé quand on retrouve une mycobactérie du complexe tuberculosis en culture. Les résultats de culture en début de traitement étaient renseignés pour seulement 33 % des cas. Parmi les cultures renseignées, 80% étaient positives.

L'examen direct des frottis n'apporte pas le même niveau de preuve que la culture mais reste un argument biologique fort en faveur d'une tuberculose. En 2011 en Lorraine 85 % des cas de tuberculose pulmonaire déclarés ont eu un examen direct sur frottis d'expectoration, dont 53 % ont été positifs.

Au total, 85 % des cas déclarés ont eu soit un examen direct des frottis, soit une culture, et pour 53 % des cas déclarés le germe a été identifié par examen direct ou par culture.

Les résultats d'antibiogramme n'ont été renseignés que pour 16 cas en Lorraine en 2011, aucun cas de résistance (isoniazide ou rifampicine) n'a été signalé.

* Contexte du diagnostic

Le contexte du diagnostic était précisé dans 85 % des cas (116/126) en 2011. Pour 78 % de ces cas, il s'agissait d'un recours spontané au système de soins, pour 6 % le diagnostic a eu lieu dans le cadre d'une enquête autour d'un autre cas, 4% des cas ont été diagnostiqués suite à un dépistage.

Conclusion et recommandations

Le taux de déclaration des cas en Lorraine, bien que fluctuant, reste proche de celui observé en France métropolitaine hors Ile-de-France (environ 6 cas/100 000 habitants). Cependant, l'analyse a montré qu'il reste des groupes plus à risque avec des taux de déclaration importants, ceci doit inciter à ne pas relâcher les efforts de lutte antituberculeuse visant à réduire les disparités observées. L'identification et un traitement adéquat précoce des cas de tuberculose, ainsi que la mise oeuvre des conditions permettant la prise complète des traitements restent primordiales pour une meilleure prise en charge des cas et limiter l'émergence de germes résistants.

ITL CHEZ UN ENFANT DE MOINS DE 15 ANS

La déclaration obligatoire des ITL chez l'enfant de moins de 15 ans date de 2003. Entre 2003 et 2011, 122 cas d'ITL ont été déclarés en Lorraine. Le nombre de cas déclarés a varié de 2 à 23 selon les années, avec une moyenne de 13 à 14 cas déclarés par an. Il y a eu 12 cas déclarés d'ITL en 2011 en Lorraine. Ces données récentes sont partielles et difficiles à interpréter du fait notamment de l'impossibilité d'estimer l'exhaustivité de la déclaration.

| Rappels sur le circuit du système de déclaration obligatoire |

Les maladies à déclaration obligatoire (MDO) sont actuellement au nombre de 31 (liste p2 + mésothéliome). Les données issues des déclarations obligatoires sont analysées et les résultats diffusés d'une part au niveau national par l'InVS-siège et d'autre part au niveau régional par l'InVS-Cire.

Signaler

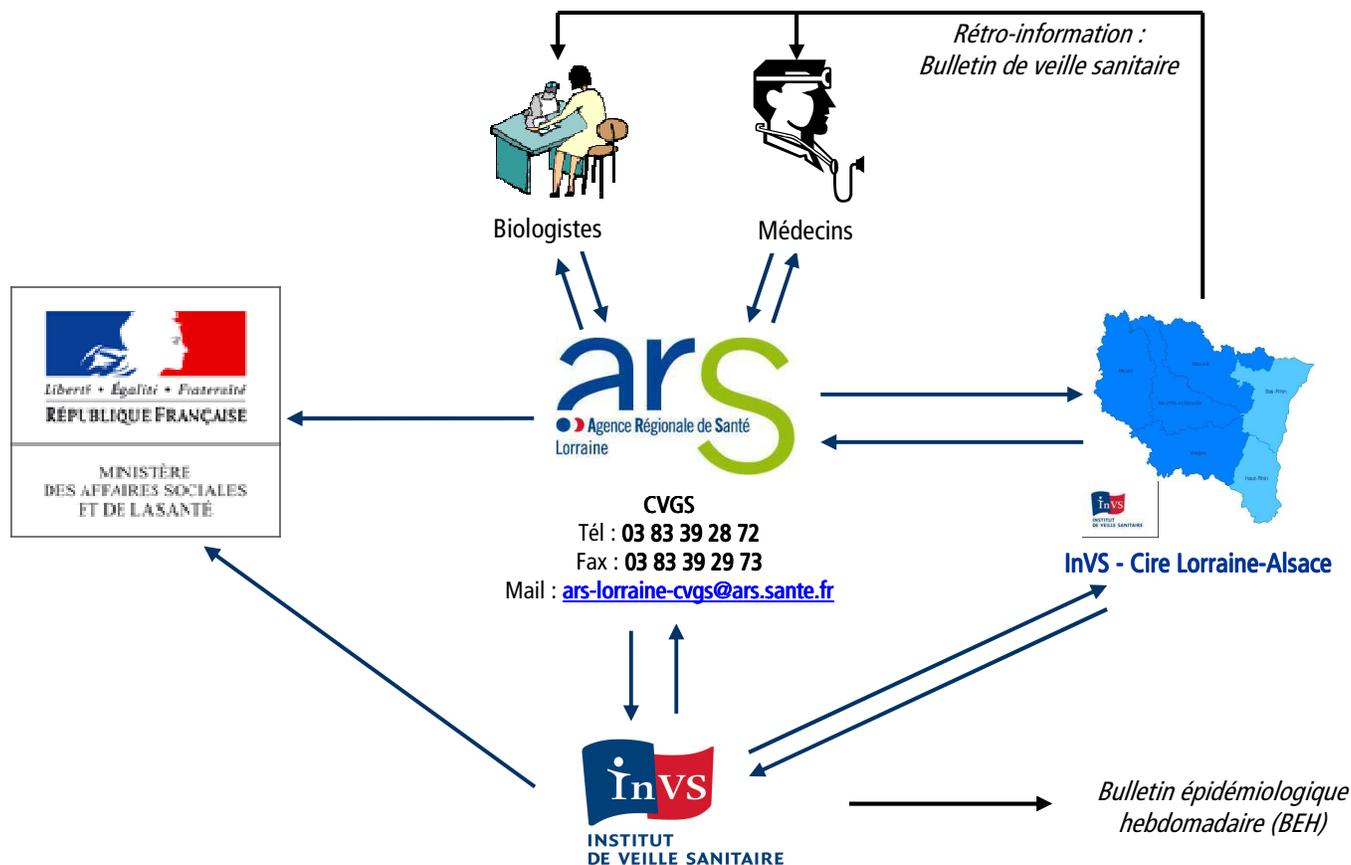
Le signalement des MDO par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent est transmis à la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVGS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine. Le signalement est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, mail, télécopie). Il n'existe pas de support dédié au signalement. Les maladies qui justifient une intervention urgente, à savoir toutes les MDO à l'exception de l'infection à VIH, du Sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos sont à signaler.

La procédure de signalement permet au médecin de la CVGS de réagir rapidement et de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire. Dans ce cadre, les données transmises par les déclarants peuvent être nominatives et ne sont pas conservées au-delà du temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

Notifier

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant à la CVGS au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie (fiches téléchargeables sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr>). Elle a pour objet le suivi épidémiologique des MDO. Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

En application de la loi informatique et libertés, chaque personne dont la maladie est déclarée doit en être informée individuellement par son médecin. Le médecin informe oralement la personne au moment de l'annonce du diagnostic ou au moment qu'il jugera le plus opportun pour elle. Il lui remet une des deux fiches d'information sur la notification de toutes les MDO et une fiche d'information spécifique pour la notification obligatoire de l'infection à VIH.



| Retrouvez ce numéro sur : www.invs.sante.fr ou www.ars.lorraine.sante.fr |

Directeur de la publication: Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS — **Rédactrice en chef:** Christine Meffre, responsable scientifique de la Cire Lorraine-Alsace
Comité de rédaction: Virginie Bier, Benoît Bonfils, Oriane Broustal, Claire Janin, Christine Meffre, Sophie Raguët, Laurie Renaudin, Lucie Schapman, Frédérique Viller
Diffusion: ARS Lorraine—Immeuble « Les Thiers » - 4 rue Piroux—54036 Nancy Cedex—Tél.: 03.83.39.29.43- Fax: 03.83.39.28.95
ARS Alsace— 14 rue du Maréchal Juin - Cité Administrative Gaujot—67084 Strasbourg Cedex
Mail: ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr
<http://www.invs.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.