

## Bulletin de veille sanitaire N°3 / mars 2011

# Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne. Situation au 31 décembre 2008



© CDC / Barbara Rice

### Page 2

Récapitulatif des maladies déclarées dans l'interrégion Est en 2008  
Événement exceptionnel: 3 cas de charbon cutané en Moselle, décembre 2008

### Page 3

Les cas d'hépatites aiguës A dans l'interrégion Est en 2008

### Page 4

Les nouvelles séropositivités à VIH dans l'interrégion Est en 2008

### Page 5

Les cas de Sida dans l'interrégion Est en 2008

### Page 6

Les infections invasives à méningocoque dans l'interrégion Est en 2008

### Page 7

Les cas de légionellose dans l'interrégion Est en 2008

### Page 8

Les cas de rougeole dans l'interrégion Est en 2008

### Page 9

Les cas de tuberculose dans l'interrégion Est en 2008

### Page 10

Les foyers de TIAC dans l'interrégion Est en 2008

### Page 11

Rappels sur le circuit du système de déclaration obligatoire

## | Editorial |

**Christine Meffre, responsable de la Cellule de l'InVS en région Est**

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. Puis en 2005, de nouvelles maladies sont venues s'ajouter à la liste : rougeole, hépatite aiguë A, dengue et chikungunya. Enfin en 2007, la fiche initiale de la tuberculose a été modifiée et les caractéristiques de cette maladie ont été complétées par le descriptif des issues de traitement antituberculeux.

Aujourd'hui, le dispositif concerne 30 maladies.

L'ensemble des données, collectées hier par les Directions des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et aujourd'hui par les Agences régionales de santé (ARS), est analysé, interprété et 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 de l'interrégion Est vous propose donc un point d'actualité sur la situation des MDO en 2008 ainsi qu'une analyse de l'évolution des tendances pour les 8 maladies les plus fréquentes, ceci pour chacune des 3 régions.

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.

## | Récapitulatif des maladies déclarées dans l'interrégion Est en 2008 |

Quentin Franciosi<sup>1</sup>, Sophie Alsibai<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

### | Tableau 1 |

Tableau récapitulatif des maladies à déclarations obligatoires notifiées dans l'interrégion Est en 2008

RÉGIONS	ALSACE		CHAMPAGNE-ARDENNE				LORRAINE			
DÉPARTEMENTS	67 Bas-Rhin	68 Haut-Rhin	08 Ardennes	10 Aube	51 Marne	52 Haute-Marne	54 Meurthe-et-Moselle	55 Meuse	57 Moselle	88 Vosges
POPULATION EN 2008	1 091 000	746 500	284 000	302 000	566 000	186 500	727 500	194 000	1 039 500	380 000
Charbon	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1
Hépatite aigüe A	34	15	4	2	10	1	11	0	15	7
Infection aigüe symptomatique par le virus de l'hépatite B	2	4	1	1	0	0	1	1	5	1
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade*	32	50	7	6	28	5	35	3	43	9
Infection invasive à méningocoque	13	3	1	0	12	0	3	1	9	1
Légionellose	48	28	6	7	8	3	11	7	33	22
Listériose	6	6	2	2	1	2	2	1	4	1
Rougeole	6	3	0	0	19	0	2	0	0	0
Sida*	9	10	0	3	12	1	11	0	5	1
Toxi-infection alimentaire collective	18	11	0	10	3	1	10	0	14	8
Tuberculose	69	47	10	23	32	12	78	5	81	28
Tularémie	2	3	1	2	0	0	3	1	1	0

\* Source Déclaration Obligatoire du VIH et du Sida, données d'avril 2010, non corrigées ni pour la sous déclaration ni pour les délais de déclaration

#### Pour les pathologies suivantes, aucun cas n'a été déclaré en 2008 dans l'interrégion:

- Botulisme
- Brucellose
- Chickungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaigües spongiformes transmissibles humaines
- Tétanos
- Typhus exanthématique

## | Événement exceptionnel: 3 cas de charbon cutané en Moselle, décembre 2008 |

Frédérique Viller<sup>1</sup>, Christine Quenette<sup>2</sup>, Jean-Marc Kimeneau<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy, <sup>2</sup> Délégation Territoriale 57, ARS Lorraine

Le 3 décembre 2008, le service de dermatologie de l'hôpital militaire Legouest de Metz signalait un cas de charbon cutané humain à la Ddass 57.

Ce cas, boucher dans une entreprise de conditionnement de jambon en Allemagne, effectuait en France des abattages et des découpes d'animaux pour des éleveurs ou des chasseurs.

Il présentait à son hospitalisation le 2 décembre 2008 un œdème du bras droit et deux lésions ulcéro-nécrotiques sur l'avant bras droit et la main gauche.

Une analyse PCR d'une biopsie cutanée réalisée au niveau d'une lésion nécrotique était positive pour *Bacillus anthracis*.

L'interrogatoire retrouvait une fièvre et une asthénie depuis le 22 novembre puis l'apparition de lésions cutanées bulleuses assimilées par ce patient diabétique à des furoncles.

Le 4 décembre, l'investigation conduite par la Ddass et la Direction départementale des services vétérinaires (DDSV) 57 en lien avec la Cire Est, permettait d'identifier que ce boucher avait, le 19 novembre, éviscéré et découpé dans une ferme une vache gestante dont les circonstances de la mort n'étaient pas déterminées.

Le père de l'éleveur qui participait à l'abattage et à la découpe de l'animal avait été hospitalisé le 28 novembre dans le même service pour une lésion bulleuse hémorragique de la main droite, évoluant depuis 4 jours, cette lésion était compliquée d'une lymphadénite. Il était sorti 48 heures plus tard: un traitement antibiotique par Augmentin® avait été débuté après l'identification de staphylocoques dorés dans le liquide bulleux et la lésion évoluait favorablement.

Le 5 décembre, le père de l'éleveur était convoqué à nouveau pour la réalisation d'une biopsie cutanée. Les analyses PCR permettaient de confirmer le diagnostic de charbon cutané. Secondairement *Bacillus anthracis* était isolé sur le liquide bulleux prélevé avant le début de l'antibiothérapie (analyses réalisées au CHU de Nancy puis confirmées par le Centre national de référence).

L'enquête au sein de la ferme permettait de préciser que l'animal, à l'origine de la contamination, était une vache gestante qui avait pâturé pendant l'été dans un champ où une ligne électrique avait été enterrée au printemps. Il a été impossible de préciser si cette vache charbonneuse était morte sponta-

nément ou si elle avait été abattue par le père de l'éleveur après l'apparition de signes respiratoires aigus.

Les viscères de la vache et le fœtus avaient été enterrés dans l'exploitation, et les liquides échappés de la carcasse déversés dans la fosse à lisier. La viande avait été entreposée dans la chambre froide de voisins. Le foie de l'animal avait été consommé après l'abattage par une partie des membres de la famille de l'éleveur et par des amis et voisins.

Au total, 19 personnes ayant été en contact direct ou indirect avec la vache charbonneuse ou ses produits étaient identifiées.

Le 6 décembre, le service de dermatologie de l'hôpital militaire Legouest en lien avec le service d'infectiologie du CHU de Nancy examinait ces 19 personnes et évaluait les risques liés à leur exposition. Un troisième cas de charbon cutané était alors diagnostiqué puis confirmé par PCR sur biopsie cutanée. Il s'agissait d'un stagiaire en formation à la ferme qui avait manipulé la carcasse de l'animal et présenté une lésion nécrotique le 26 novembre.

Les 18 autres personnes étaient asymptomatiques. Cependant, 11 d'entre elles avaient manipulé des produits carnés ou consommé le foie de l'animal. Elles ont été jugées à risque d'être infectées et ont bénéficié d'un traitement antibiotique prophylactique.

La survenue de cas groupés de charbon cutané est un événement exceptionnel dans notre pays. Le dernier cas de charbon cutané déclaré en France date de 2003, il s'agissait d'un cas importé.

## | Les cas d'hépatites aiguës A dans l'interrégion Est en 2008 |

Lidiana Munerol<sup>1</sup>, Sophie Alsibaï<sup>1</sup>

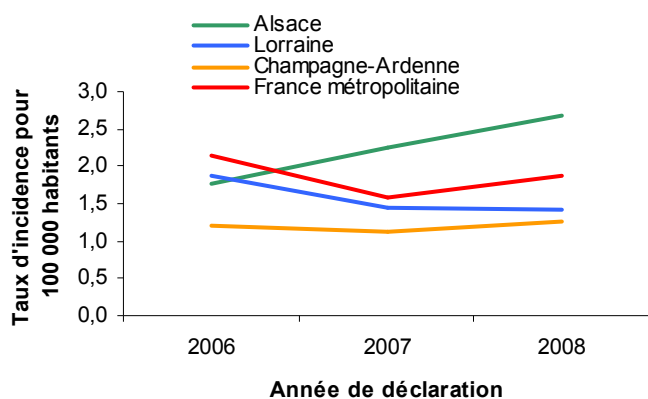
<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

L'hépatite aiguë A est devenue une maladie à déclaration obligatoire en novembre 2005. En 2008, 99 cas ont été déclarés dans l'interrégion Est: 49 en Alsace, 17 en Champagne-Ardenne et 33 en Lorraine.

L'évolution de l'incidence des cas déclarés de 2006 à 2008 est présentée figure 1. En Lorraine et en Champagne-Ardenne l'incidence variait peu et restait inférieure à l'incidence nationale. En Alsace, l'incidence était en augmentation constante, supérieure depuis deux ans à l'incidence française.

### [Figure 1]

Evolution de l'incidence des cas d'hépatites aiguës A déclarés en Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne de 2006 à 2008



### Caractéristiques des cas dans l'interrégion en 2008

Le sex-ratio H/F des cas déclarés était de 1,4 (58 hommes pour 41 femmes). Les enfants âgés de moins de 15 ans représentaient 32 % des cas (n=32) et les moins de 60 ans 94 % des cas (n=93).

Parmi les cas déclarés, 40 (40 %) ont été hospitalisés.

Une notion de voyage hors France métropolitaine existait pour 44 % des cas déclarés (n=44). Les pays les plus fréquemment mentionnés étaient les pays d'Afrique du Nord (45 %), dont le Maroc (25 %), et les pays européens (39 %) (Tableau 1).

La présence d'autres cas d'hépatite A dans l'entourage des malades était signalée pour 46 % des patients. Les cas sont fréquemment apparus sous forme de petits foyers épidémiques. En décembre 2008, une investigation dans le Haut-Rhin a décrit un foyer épidémique de 10 cas confirmés et 9 cas probables dans une communauté de gens du voyage.

### [Tableau 1]

Description des pays visités en cas de voyage hors France métropolitaine pour les cas d'hépatites aiguës A déclarés dans l'interrégion Est en 2008

Pays visité	Nombre de cas	
	N	%
<b>Afrique du Nord</b>	<b>20</b>	<b>45%</b>
Maroc	11	25%
Egypte	5	11%
Algérie	4	9%
<b>Europe</b>	<b>17</b>	<b>39%</b>
Communauté européenne	13	30%
Autre pays d'Europe	4	9%
<b>Asie</b>	<b>2</b>	<b>5%</b>
<b>Afrique sub-saharienne</b>	<b>4</b>	<b>9%</b>
<b>Non mentionné</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

## | Les nouvelles séropositivités à VIH dans l'interrégion Est en 2008 |

Fabian Thouillot<sup>1</sup>, Sophie Alsibaï<sup>1</sup>, Marion Dreyer<sup>1</sup>

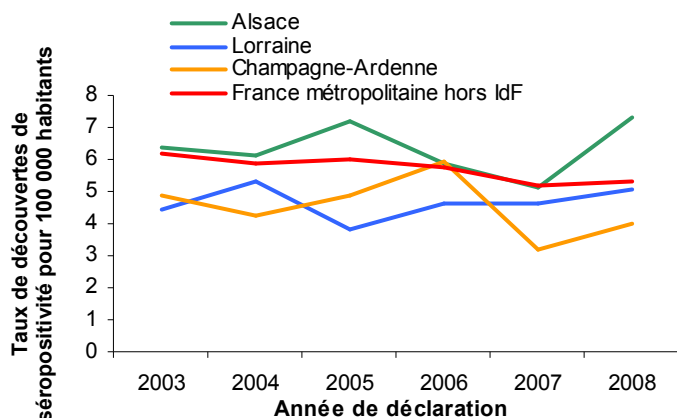
<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

Depuis mars 2003, la notification des découvertes de séropositivité à VIH est obligatoire. Entre mars 2003 et 2008, 29 156 déclarations de séropositivité ont été notifiées en France, dont 438 en Alsace, 382 en Lorraine et 268 en Champagne-Ardenne. La région Ile de France rapporte à elle seule 42 % des découvertes de séropositivité. Cette notification est grevée d'une importante sous-déclaration et de délais de déclaration pouvant atteindre 1 à 2 années.

Les taux de nouvelles séropositivités présentés figure 1 sont issus de données corrigées par l'InVS pour la sous-déclaration et le délai de déclaration. En 2008, il a été estimé à 308 le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH dans l'interrégion Est: 135 en Alsace, 119 en Lorraine et 54 en Champagne-Ardenne. Le taux de découvertes de séropositivité le plus élevé concernait l'Alsace (7,3 cas pour 100 000 habitants en 2008) dépassant même le taux national hors Ile de France (5,3 cas pour 100 000 habitants en 2008). La Lorraine et la Champagne-Ardenne présentaient des taux inférieurs (respectivement 5,1 et 4 cas pour 100 000 habitants en 2008) (Figure 1).

### | Figure 1 |

*Evolution du taux de découvertes de séropositivité à VIH pour l'Alsace, la Lorraine, la Champagne-Ardenne et la France métropolitaine hors Ile de France, données corrigées\* 2003-2008*



\*Données corrigées pour la sous-déclaration et les délais de déclaration

### Caractéristiques des cas déclarés dans l'interrégion en 2008

Au 1er avril 2010, 218 cas ont été déclarés pour l'année 2008 dans l'interrégion (données non corrigées, Cf. Tableau p.2).

**Sexe:** Les hommes représentaient 76 % des découvertes d'infections à VIH. Entre 2003 et 2008, le sex-ratio H/F a globalement augmenté en passant de 1,6 à 3,2.

**Âge:** La classe d'âge la plus représentée était celle des 30-39 ans (35 %). La majorité des cas (82 %) avait moins de 50 ans. La distribution des âges au moment du diagnostic était identique chez les hommes et chez les femmes.

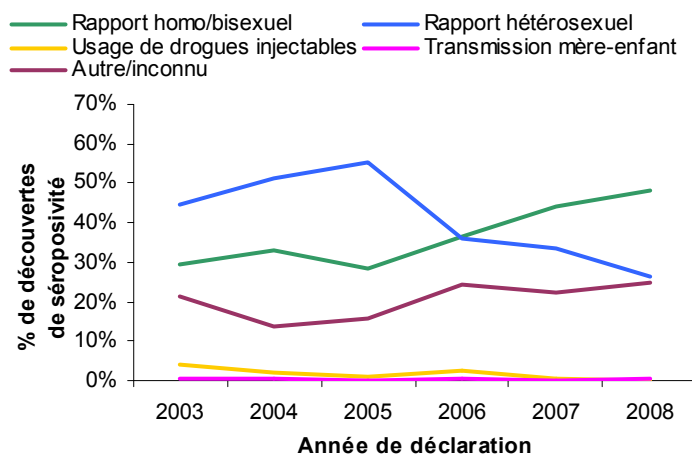
**Nationalité:** La nationalité était connue pour 86 % des cas: 78 % des personnes nouvellement infectées étaient de nationalité française (90 % d'hommes, 10 % de femmes). Les personnes de nationalité étrangère venaient majoritairement d'Afrique sub-saharienne (21 % d'hommes et 89 % de femmes).

**Mode de contamination:** Le mode de contamination était renseigné pour 80 % des déclarations: 58 % des infections nouvelles à VIH étaient liées à une relation homo/bisexuelle et 41 % à une relation hétérosexuelle. Les autres modes de contamination étaient rares: 1 cas de transmission mère-enfant et un cas lié à l'usage de drogue injectable.

De 2003 à 2008, on observe une évolution des modes de contamination déclarés avec notamment depuis 2005, une diminution des nouvelles infections à VIH liées à des relations hétérosexuelles et une augmentation des infections liées à des rapports homo/bisexuels. Ces tendances sont statistiquement significatives ( $p < 0.001$  Test du  $\chi^2$  de tendance) et observées par ailleurs au niveau national (hors Ile de France) [1].

### | Figure 2 |

*Evolution du mode de contamination des découvertes de séropositivité à VIH déclarées\* pour l'Alsace, la Lorraine et la Champagne-Ardenne, 2003-2008*



\*Données non corrigées, ni pour la sous-déclaration, ni pour les délais de déclaration

**Motif de dépistage:** Lorsque le motif de dépistage était connu, il apparaît que 36 % des cas se sont fait dépister en raison de signes cliniques ou biologiques et 31 % suite à un comportement à risque. Près de 20 % des cas dépistés restaient des découvertes liées à des bilans systématiques ou de grossesse. De 2003 à 2008, la grossesse était un motif de dépistage fréquent (18 % des femmes), plus encore chez les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne (22 %).

**Stade clinique:** Le stade clinique était connu lors de la découverte de séropositivité pour 88 % des cas. Parmi eux, 60 % étaient des personnes asymptomatiques, 13 % des découvertes étaient faites au stade de primo-infection, 14 % à un stade symptomatique non-Sida et 13 % au stade Sida. Dans 89 % des découvertes de séropositivité notifiées, un test d'infection récente a été effectué. Parmi elles, on retrouve 34 % d'infections récentes ( $\leq 6$  mois).

### Conclusion

L'analyse a permis d'identifier deux populations à risque: les hommes homosexuels de nationalité française dont la proportion tendait à augmenter sur la période 2003-2008 et les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne. L'accès au dépistage et aux soins de ces deux populations doivent faire l'objet d'actions prioritaires dans les plans de prévention de l'infection à VIH.

### Références

[1] Cazein F, Pillonel J, Imounga L, Le Strat Y, Bousquet V, Spacciferri G, et al. *Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida*, France, 2008. BEHWeb 2009(2).

Disponible en ligne : [www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/r-1.htm](http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/r-1.htm)

Lidiana Munerol<sup>1</sup>, Sophie Alsibaï<sup>1</sup>, Marion Dreyer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

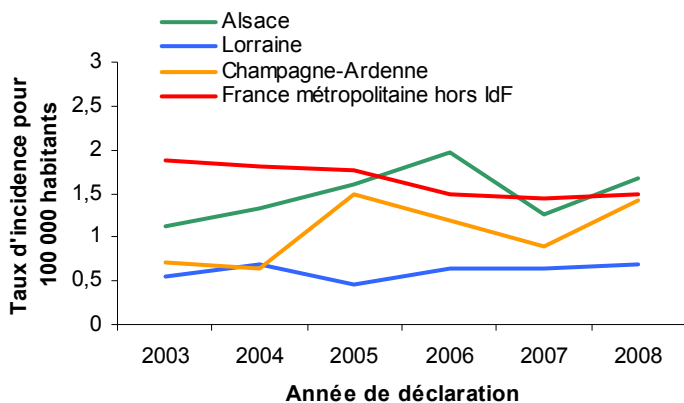
La notification des cas de Sida existe depuis 1982 et a été rendue obligatoire en 1986. Depuis 1982, 64 275 cas de Sida ont été signalés en France dont 803 en Alsace, 758 en Lorraine et 544 en Champagne-Ardenne. La région Ile de France rapporte à elle seule 45 % des déclarations. Des résultats récents font état d'une exhaustivité de la notification estimée à 75 % pour l'Alsace et 95 % pour la Lorraine ainsi que pour la Champagne-Ardenne (34 % pour la France entière).

Le nombre de cas de Sida et les incidences calculées figure 1 ont été redressés par l'InVS pour tenir compte de la sous déclaration et des délais de déclaration. En 2008, on estimait à 66 le nombre de cas de Sida dans l'interrégion Est: 31 en Alsace (soit une incidence de 1,7 cas pour 100 000 habitants), 16 en Lorraine (0,7 cas pour 100 000 habitants) et 19 en Champagne-Ardenne (1,4 cas pour 100 000 habitants).

L'évolution annuelle de l'incidence est présentée figure 1 pour chacune des 3 régions et pour la France métropolitaine hors Ile de France. De 2003 à 2008, on observait une décroissance de l'incidence nationale métropolitaine hors Ile de France. Cette tendance n'était pas retrouvée dans l'interrégion où l'incidence annuelle tendait à augmenter, notamment en Alsace et en Champagne-Ardenne tandis que le phénomène était plus modéré en Lorraine.

[Figure 1]

**Evolution annuelle de l'incidence des cas de Sida en Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne et France métropolitaine hors Ile de France, données corrigées\* 2003-2008**



\*Données corrigées pour la sous déclaration et les délais de déclaration

**Caractéristiques des cas déclarés dans l'interrégion Est en 2008**

Au 1er avril 2010, 52 cas ont été déclarés pour l'année 2008 dans l'interrégion (données non corrigées, Cf. Tableau p.2).

**Sexe:** Les hommes représentaient 79 % des cas déclarés de Sida, soit un sex-ratio H/F de 3,7.

**Âge:** Les classes d'âge les plus touchées étaient les 30-39 ans et les 40-49 ans, représentant chacune 27 % des cas déclarés. Pour l'ensemble de l'interrégion, 71 % des cas avaient moins de 50 ans.

**Nationalité:** La nationalité était renseignée pour 98 % des cas déclarés. Parmi ceux-ci, 80 % étaient de nationalité française (90 % d'hommes, 10 % de femmes), 14 % étaient originaires d'Afrique sub-saharienne (71 % de femmes, 29 % d'hommes), 4 % étaient originaires d'Asie et 2 % d'Europe.

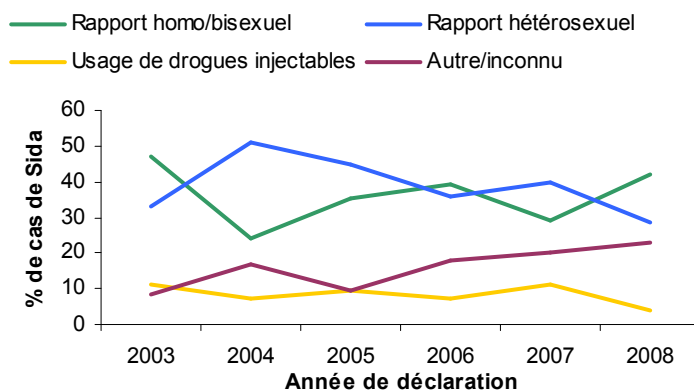
**Mode de contamination:** Le mode de contamination présumé était mentionné pour 98 % des cas (n=51). Les relations homo/bisexuelles représentaient 43 % des contaminations (n=22), les relations hétérosexuelles 29 % (n=15) et l'usage

de drogues injectables 4 % (n=2). Enfin, pour 24 % (n=12) le mode de contamination n'a pas pu être identifié.

La figure 2 présente la distribution annuelle des modes de contamination présumés de 2003 à 2008 sur l'ensemble des 3 régions. Depuis 2004, on constatait une baisse de la proportion des contaminations par voie hétérosexuelle (p=0,03 Test du chi<sup>2</sup> de tendance). A l'inverse, la part des contaminations par voie homo/bisexuelle tendait à augmenter, toutefois cette augmentation n'était pas statistiquement significative.

[Figure 2]

**Distribution annuelle des modes de contamination des cas de Sida déclarés dans l'interrégion Est, données non corrigées\* 2003-2008**



\*Données non corrigées, ni pour la sous déclaration, ni pour les délais de déclaration

**Pathologie inaugurale:** Les pathologies inaugurales du Sida les plus fréquemment rapportées étaient les pneumocystoses (33 %), les candidoses œsophagiennes (21 %), le sarcome de Kaposi (15 %) et les lymphomes non cérébraux (8 %).

**Connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral:** Parmi les 52 cas déclarés en 2008, 52 % connaissaient leur séropositivité (n=27) et seuls 23 % (n=12) étaient sous traitement antirétroviral depuis au moins 3 mois.

**Décès:** Parmi les 52 cas de Sida déclarés, 27 % (n=14) sont décédés en 2008: 5 en Alsace, 4 en Lorraine et 5 en Champagne-Ardenne.

Parmi ces 14 personnes décédées, 57 % (n=8) avaient été diagnostiquées au cours de l'année 2008, 14 % (n=2) en 2007 et les autres antérieurement. Parmi ces 14 personnes, 43 % (n=6) connaissaient leur séropositivité et étaient traitées, 21 % (n=3) connaissaient leur séropositivité sans être traitées et 36 % (n=5) ignoraient leur séropositivité.

**Conclusion**

L'incidence des cas de Sida est en augmentation depuis 2003 dans les 3 régions, de façon plus modérée en Lorraine.

En 2008, près de la moitié des personnes ont appris tardivement leur séropositivité, au moment du diagnostic de Sida. Par ailleurs, plus du tiers des personnes décédées en 2008 ignoraient leur séropositivité.

Pour rappel, le nombre de cas de Sida est davantage un indicateur de l'absence de dépistage ou d'accès au soin, qu'un indicateur de la dynamique de l'épidémie à VIH. Les résultats de l'interrégion traduisent donc la nécessité de renforcer les actions de dépistage et l'accès aux soins des personnes nouvellement dépistées séropositives pour le VIH.



## Les infections invasives à méningocoque dans l'interrégion Est en 2008

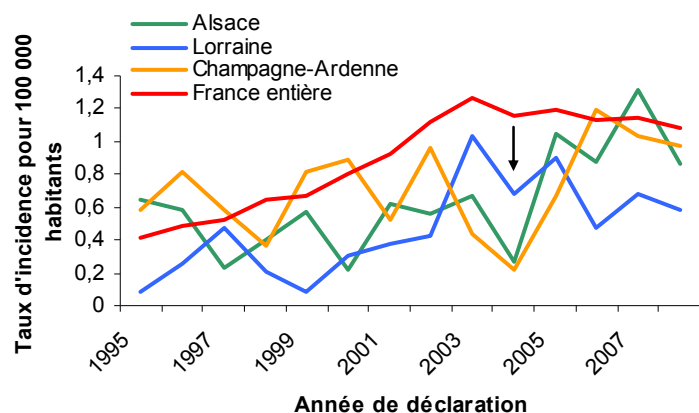
Fabian Thuillot<sup>1</sup>, Sophie Alsibaï<sup>1</sup>, Marion Dreyer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

En 2008, 43 infections invasives à méningocoque (IIM) ont été déclarées sur l'interrégion Est (16 en Alsace, 13 en Champagne-Ardenne et 14 en Lorraine). La figure 1 montre une incidence des IIM dans l'interrégion globalement inférieure à l'incidence nationale entre 1995 et 2008. Cependant, lors de cette même période, l'incidence des IIM n'a cessé d'augmenter sur les 3 régions. La rupture observée en 2004 (flèche figure 1) s'explique par la survenue précoce, fin 2003, du pic hivernal des IMM 2003-2004.

### Figure 1

Evolution de l'incidence des IIM en Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne et sur l'ensemble de la France, 1995-2008



### Caractéristiques des cas dans l'interrégion en 2008

**Répartition par âge et par sexe:** Le sexe ratio H/F était de 1. L'âge médian était de 13 ans. Près d'1/3 des cas avaient moins de 5 ans et 2/3 moins de 20 ans au moment du diagnostic.

Entre 2003 et 2008, la distribution par âge sur l'interrégion était comparable à celle observée sur le reste de la France ( $p=0,14$  Test du  $\chi^2$ ) (Tableau 1).

### Tableau 1

Répartition du nombre de cas d'IIM déclarés par classes d'âge dans l'interrégion Est et en France entière, 2003-2008

Classe d'âge	Interrégion		France	
	N	%	N	%
<1 an	1	0,4	3	0,07
[1-4]	61	24,6	1181	27
[5-14]	70	28,2	1027	23,4
[15-19]	43	17,3	728	16,6
[20-49]	44	17,7	878	20
50 et plus	29	11,7	561	12,8

**Répartition par sérotype:** Un sérotype a été identifié pour 93 % des patients ( $n=40$ ). Parmi ces cas, 75 % ( $n=30$ ) étaient du sérotype B, 15 % ( $n=6$ ) du sérotype C, 5 % ( $n=2$ ) du sérotype W135 et 2,5 % ( $n=1$ ) du sérotype Y. Pour 2,5 % des cas ( $n=1$ ), la distinction entre W135 et Y n'a pas été possible.

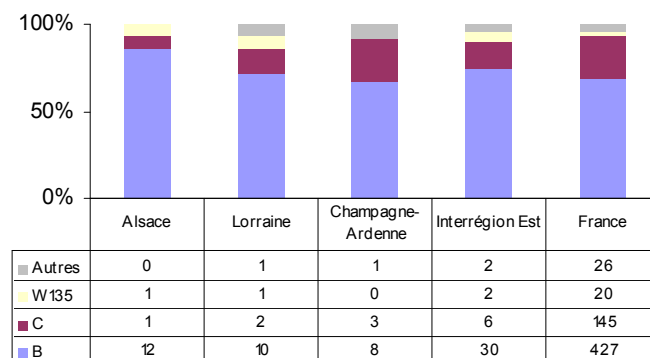
Le méningocoque a été isolé par culture chez 81 % des patients ( $n=35$ ): dans le LCR ( $n=20$ ), le sang ( $n=10$ ), le LCR et le sang ( $n=2$ ), le sang et une biopsie cutanée ( $n=1$ ), un liquide d'arthrite ( $n=2$ ). Une PCR était positive dans le

sérum et/ou le LCR chez 28 % des cas ( $n=12$ ): un sérotype a été identifié par cette technique pour 10 patients.

La figure 2 présente la distribution des sérotypes retrouvés sur les 3 régions et sur la France.

### Figure 2

Répartition par sérotype des IIM en Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne, sur l'ensemble de l'interrégion et sur la France entière en 2008



**Formes cliniques et évolution des cas:** Des taches purpuriques ont été observées chez 54 % des cas renseignés (18/33). Parmi eux, 9 ont développé un *purpura fulminans* (8 cas étaient du sérotype B et 1 de sérotype inconnu). En France, 57 % des cas ayant présenté un *purpura fulminans* étaient de sérotype B, 31 % de sérotype C, 3 % de sérotype W135 ou Y et 9 % de sérotype inconnu.

L'évolution de la maladie était renseignée pour 95 % des cas. On dénombrait 78 % de guérisons totales, 10 % de guérisons avec séquelles et 12 % de décès. Par comparaison, au niveau national, la létalité était de 11 % ( $p=0,8$  Test exact de Fisher) et 6 % des patients présentaient des séquelles ( $p=0,3$ ).

Parmi les 3 personnes décédées pour lesquelles l'information était connue, 2 avaient développé un *purpura fulminans*. En France, 68 % des personnes décédées avaient présenté un *purpura fulminans*.

**Chimioprophylaxie et vaccination dans l'entourage d'un cas:** 37 cas, pour qui l'information était connue, ont donné lieu à une chimioprophylaxie familiale (11 personnes par cas en moyenne). Pour 26 d'entre eux une chimioprophylaxie en collectivité a également été réalisée (30 personnes par cas en moyenne). Une vaccination de l'entourage proche a été mise en œuvre pour 4 cas (10 personnes par cas en moyenne). Un cas de sérotype C a entraîné la vaccination de 30 personnes en collectivité.

### Conclusion

Dans l'interrégion, les incidences d'IIM sont en augmentation depuis 1995 tout en restant inférieures aux valeurs nationales qui, elles, tendent à se stabiliser voire à décroître depuis 2003.

Les IIM sont des maladies graves, touchant le sujet jeune et dont les taux de létalité et de séquelles justifient la mise en place de mesures de contrôle immédiates. Sur le plan individuel, une injection précoce d'antibiotiques est recommandée en cas de *purpura fulminans*. En termes de santé publique, la notification des IIM demeure essentielle tant pour la prévention de l'entourage des cas que pour la connaissance épidémiologique. Le suivi épidémiologique national a ainsi permis de constater que certaines souches peuvent s'ancre durablement dans un territoire particulier et créer des foyers endémo-épidémiques comme le foyer lié au phénotype B:14:P1.7,16 de Seine-Maritime et de la Somme actif depuis 2003.

## Les cas de légionellose dans l'interrégion Est en 2008

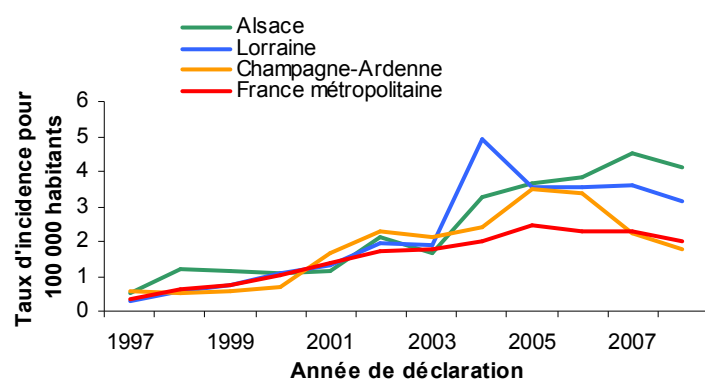
Oriane Boyer<sup>1</sup>, Sophie Alsibai<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

En 2008, 173 cas de légionellose ont été déclarés dans l'interrégion: 76 en Alsace, 73 en Lorraine et 24 en Champagne-Ardenne. Globalement sur la période 1997-2007, l'incidence de la légionellose dans chacune des 3 régions était supérieure à l'incidence en France métropolitaine (Figure 1). Entre 2007 et 2008, l'incidence en Champagne-Ardenne a diminué de 20 % et a rejoint l'incidence nationale (1,79 cas déclaré pour 100 000 habitants). Bien qu'en diminution également, les incidences en Lorraine (- 13 %) et en Alsace (- 9 %), restaient plus élevées que l'incidence française (respectivement 3,12 et 4,14 pour 100 000 habitants).

### Figure 1

Evolution de l'incidence annuelle de la légionellose en Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne et en France métropolitaine, 1997-2008



### Caractéristiques des cas dans l'interrégion en 2008

Plus de 75 % des cas sont survenus entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 octobre 2008.

**Âge et sexe:** Le sex-ratio H/F était de 2,8 (128 hommes pour 45 femmes) et l'âge médian de 58 ans [27 ans-98 ans]. Près de 50 % des cas déclarés étaient âgés de 60 ans ou plus.

**Facteurs de risque:** Près de 72 % des cas présentaient au moins un facteur de risque (Tableau 1). Le tabagisme était retrouvé chez 51 % des cas déclarés (44 % au niveau national,  $p=0,07$  Test du  $\chi^2$ ). Le tabac représentait l'unique facteur de risque pour 52 personnes sur 173 soit 30 % des cas (28 % au niveau national,  $p=0,5$  Test du  $\chi^2$ ).

### Tableau 1

Distribution des facteurs de risque chez les cas déclarés de légionellose et chez les cas décédés en Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne en 2008

Facteurs de risque*	Cas (N=173)		Décès (N=13)	
	N	%	N	%
Hémopathie	11	6,4	3	23,1
Corticothérapie / immunosuppression	21	12,1	4	30,8
Diabète	27	15,6	2	15,4
Cardiaque, respiratoire, éthylisme	30	17,3	4	30,8
Autres	4	2,3	0	0,0
Tabagisme	88	50,9	3	23,1
Présence d'au moins un facteur de risque	124	71,7	11	84,6

\*un cas peut présenter plusieurs facteurs de risque

En revanche, parmi les personnes décédées, les facteurs de risque les plus représentés étaient l'immunodépression ainsi que les maladies cardio-respiratoires et éthyliques (hémopathie 23,1 %, corticothérapie / immunosuppression 30,8 %, pathologies cardiaques, respiratoires et éthylisme 30,8 %) (Tableau 1).

**Lieux d'exposition:** Une exposition à risque dans les 10 jours précédant la maladie était renseignée pour uniquement 25 % des cas déclarés. Les lieux d'exposition les plus fréquemment mentionnés étaient liés aux voyages dans 52 % des cas (hôtels, campings...) et aux hôpitaux ou maisons de retraite dans 23 % des cas.

**Evolution de la maladie:** La majorité des cas (98 %) ont été hospitalisés. Treize patients sont décédés, soit une létalité de 7,5 % (la létalité nationale était de 11 %,  $p=0,2$  Test du  $\chi^2$ ). Les cas décédés étaient répartis en 11 hommes et 2 femmes dont l'âge médian était de 77 ans [50-98 ans], 6 résidaient en Alsace et 7 en Lorraine.

**Classification des cas et méthodes diagnostiques:** Les 173 cas étaient répartis en 170 cas confirmés et 3 probables (titre d'anticorps  $\geq 1/256$ ). Tous les cas confirmés l'ont été par la mise en évidence de l'antigène soluble urinaire détectant *Legionella pneumophila* de sérotype 1 (Lp1). Une culture de prélèvement broncho-pulmonaire a été effectuée pour 32 % des cas (n=55).

**Délais de déclaration:** La moyenne des délais de déclaration était de 9 jours [0-69 jours]. Sur l'interrégion, 40 % des cas ont été déclarés dans un délai inférieur à 5 jours, proportion atteignant 50 % en Alsace (33 % au niveau national). Cependant, pour 14 % des cas la déclaration était tardive, dans un délai supérieur à 15 jours (proportion atteignant 29 % en Champagne-Ardenne).

**Foyers de cas groupés:** En Alsace, un regroupement spatio-temporel de 9 cas ayant fréquenté Strasbourg et présentant une date de début des signes cliniques entre le 11 et le 28 août 2008, a donné lieu à une investigation. La comparaison des souches cliniques aux 11 souches environnementales issues de 4 sites (tours aéro-réfrigérantes et fontaine municipale) n'a pas permis de mettre en évidence une source commune de contamination. La Ddass a demandé une désinfection de l'ensemble des 29 TAR recensées dans la communauté urbaine de Strasbourg avec une priorité pour les 14 TAR alors en fonctionnement sur la ville.

Dans les Vosges, 8 cas de légionellose dont la date de début des signes cliniques se situait entre le 5 et le 26 août 2008 ont également conduit à une investigation. Il s'agissait de trois regroupements de cas distincts dont les sources de contamination n'ont pas été retrouvées.

### Conclusion:

En 2008, l'Alsace et la Lorraine se caractérisaient par une incidence de la légionellose toujours supérieure à l'incidence nationale malgré la baisse observée. Les sources de contamination restent difficiles à identifier. Cette recherche pourrait être facilitée par un meilleur renseignement des lieux d'exposition à risque qui n'est rempli que pour 25 % des fiches.

Par ailleurs, rappelons que la réalisation d'un prélèvement broncho-pulmonaire est indispensable pour confirmer le caractère groupé des cas et rechercher une source de contamination commune par comparaison des souches cliniques et environnementales.

## | Les cas de rougeole dans l'interrégion Est en 2008 |

Oriane Boyer<sup>1</sup>, Sophie Alsibai<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

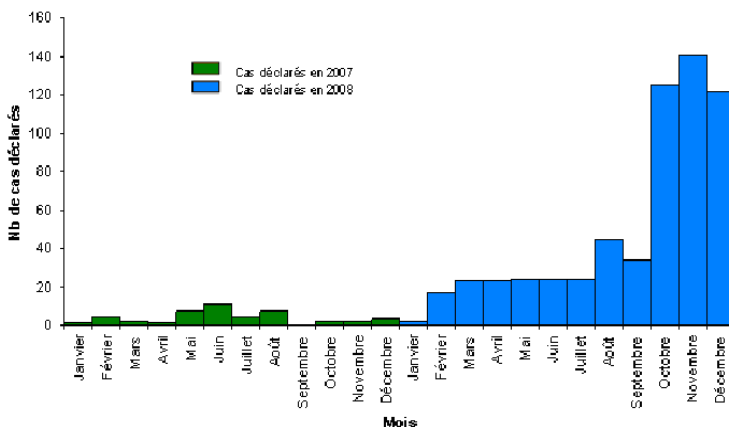
De toutes les maladies évitables par la vaccination, c'est la rougeole qui tue, aujourd'hui encore, le plus d'enfants dans le monde. En occident, elle est à tort considérée dans la représentation collective comme une pathologie infantile sans gravité, alors qu'elle peut être à l'origine de complications sévères 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 [1]. Pour servir cet objectif, la rougeole a été réintroduite sur la liste des MDO en juillet 2005 [2] car la faible incidence de la maladie rendait trop aléatoire sa détection par le réseau de médecins sentinelles chargé de la surveillance. Une confirmation biologique a dès lors été recommandée pour tout diagnostic clinique de rougeole. Des kits salivaires de détection rapide, permettant la détection en 3 jours d'IgM spécifiques et d'ARN viral par PCR, ont été développés par le Centre national de référence et mis gratuitement à la disposition des médecins par l'intermédiaire des Ddass sur simple demande.

### Situation en France en 2008

Alors qu'en 2006 et 2007, le nombre de cas déclarés au niveau national se limitait à 44 puis 40 cas (incidences respectives de 0,07 et 0,06 pour 100 000 habitants), une recrudescence majeure de la maladie est survenue en 2008 avec 604 cas déclarés (incidence de 0,96 pour 100 000 habitants) [3] (Figure 1).

### | Figure 1 |

*Distribution des cas de rougeole déclarés en France, 2007-2008*



L'âge médian des malades était de 11 ans [3 mois-56 ans] et 1/3 des cas était âgé de 15 ans ou plus. Parmi les cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 89 % n'étaient pas vaccinés par le vaccin trivalent RRO (rougeole, rubéole, oreillons), 9 % avaient reçu une seule dose et 2 % avaient reçu les deux doses recommandées par le calendrier vaccinal. Les génotypes majoritaires étaient des génotypes d'importation également retrouvés dans les épidémies signalées par d'autres pays européens (génotype D5: Suisse 2006, génotype D4: Angleterre 2007,...).

Cette augmentation du nombre de cas en 2008 a montré qu'il existait en France un réservoir de sujets réceptifs et que persistait un risque important de bouffées épidémiques lié à l'introduction du virus dans des communautés insuffisamment vaccinées. De plus, la déclaration était loin d'être exhaustive: la faible proportion de Déclarations Obligatoires (DO) reçues lors des investigations de cas groupés menées en 2008 prouvait que l'incidence réelle de la maladie restait sous-estimée.

### Déclarations obligatoires en Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne en 2008

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2008, 9 cas ont été déclarés en Alsace (6 dans le Bas-Rhin et 3 dans le Haut-Rhin), 2 cas en Meurthe et Moselle et 19 cas dans la Marne.

**Caractéristiques des cas:** Les 30 cas de rougeole déclarés dans l'interrégion se répartissaient en 20 cas confirmés, 1 cas épidémiologiquement lié et 9 cas cliniques. Il s'agissait de 13 adultes et 17 enfants dont l'âge médian était de 10 ans [6 mois-46 ans]. Le sex-ratio H/F était de 1,3 (17 hommes et 13 femmes). Quatre complications et 7 hospitalisations ont été rapportées.

**Statut vaccinal:** Le statut vaccinal était connu pour 29 cas sur les 30 déclarés. Parmi eux, si l'on exclut les personnes non éligibles pour la vaccination en raison de leur âge ou de leur statut d'immunodépression, 22 cas étaient éligibles pour la vaccination:

- 14 enfants parmi lesquels 1 seul présentait un schéma vaccinal complet, 9 n'étaient pas vaccinés et 4 avaient reçu une seule dose de vaccin ;
- et 8 adultes parmi lesquels seuls 2 avaient leur vaccination à jour.

**Episodes de cas groupés:** Deux épisodes de cas groupés sont survenus sur l'interrégion en 2008.

L'un en Alsace, où une notion de contagion a été mise en évidence pour 4 sujets. Un camp scout, organisé en juillet dans le Maine-et-Loire, rassemblant enfants et moniteurs de 17 départements différents, a été identifié comme lieu de contagion pour l'un des sujets qui a ensuite été vecteur de l'épidémie au sein de son environnement familial. A l'issue de l'investigation nationale, 58 cas de rougeole ont été répertoriés en France en lien avec ce camp scout.

L'autre épisode était survenu en janvier-février en Champagne-Ardenne. Il avait impliqué 19 personnes et donné lieu à l'investigation présentée ci-dessous.

### Investigation d'une épidémie de rougeole avec transmission nosocomiale en Champagne-Ardenne

Le premier foyer de cas groupés de la flambée épidémique observée en France en 2008 est survenu dans la ville de Reims de janvier à mars 2008. Il a été détecté par l'InVS suite au regroupement spatio-temporel de 3 DO reçues entre le 31 janvier et le 11 février. Il a été investigué par la Direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales, la Cire et les équipes du CHU de Reims en raison de sa diffusion au sein de l'établissement [4].

Au total, entre le 21 janvier et le 25 mars, 19 cas ont été recensés: 16 cas confirmés biologiquement, 1 cas confirmé épidémiologiquement et 2 cas cliniques. Huit enfants âgés de 6 mois à 14 ans et 11 adultes âgés de 19 à 46 ans ont été touchés. Parmi les enfants, 5 étaient éligibles pour la vaccination selon les recommandations actuelles: 3 n'étaient pas vaccinés et 2 avaient reçu 1 seule dose de vaccin. Parmi les adultes, 9 n'étaient pas vaccinés et parmi eux 7 étaient éligibles pour la vaccination (personnes nées à partir 1980).

Dix patients ont dû être hospitalisés ou ont consulté un service d'urgences et 3 d'entre eux ont présenté des complications (2 pneumonies, 2 kératites).

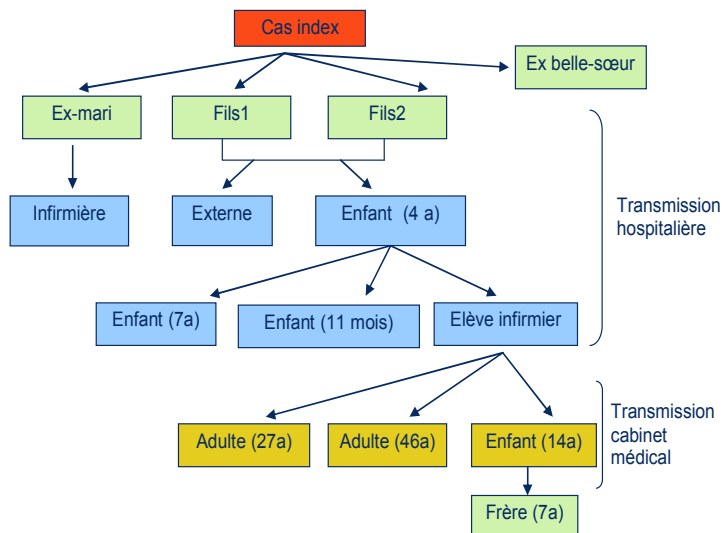
Une chaîne de transmission de 15 personnes a pu être reconstituée (Figure 2). Elle a permis de décrire précisément la transmission survenue en milieu de soins: au CHU d'une part, mais également au sein de 2 salles d'attente non contiguës d'un cabinet de 5 médecins généralistes prouvant une nouvelle fois le potentiel de contagiosité très important de la maladie.



A l'hôpital, 4 personnels de soins ont été impliqués dans cette épidémie dont 3 étudiants (une interne n'a pu être rattachée à la chaîne de transmission présentée ici). Aucun d'eux n'avait été vacciné malgré leur forte probabilité d'être amené à travailler en service accueillant des sujets à risque de rougeole grave au cours de leur activité.

## | Figure 2 |

**Schéma des liens entre les différents cas de rougeole épidémiologiquement liés, Reims, 21 janvier-25 mars 2008**



## Conclusion

La flambée épidémique de 2008 s'est poursuivie avec 1 544 cas rapportés sur le territoire national en 2009 (taux d'incidence 2,5 pour 100 000 habitants) puis 5 018 cas en 2010 (taux d'incidence 7,7 pour 100 000 habitants). Deux décès sont survenus en 2009 et 2 décès en 2010 [5].

Une nouvelle circulaire de novembre 2009 accompagne la préparation et la réponse aux flambées épidémiques de rougeole. Elle actualise notamment la

conduite à tenir autour des cas en milieu de soins (ambulatoire comme hospitalier) [6]. Le calendrier vaccinal 2010 recommande le rattrapage vaccinal des personnes non vaccinées correctement et enfin, un avis du HCSP de février 2011 propose une modification du calendrier vaccinal, recommandant que les adultes nés depuis 1980 aient reçu 2 doses du vaccin trivalent [7].

## | Figure 3 |

**Calendrier vaccinal**

Historique :

1983 : introduction de la vaccination anti-rougeoleuse

1986 : utilisation du vaccin trivalent RRO

Recommandation d'une seconde injection :

1996 : à 11-13ans

1997 : à 3-6 ans

2005 : à 13-24 mois

Recommandations vaccinales selon l'année de naissance :

Personnes nées depuis 1980 → 2 doses de RRO

Personnel soignant → 1 dose de RRO ou 2 doses si né depuis 1980 [7]

## Références

[1] Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010. Ministère de la santé et de la solidarité.

[2] Circulaire n° DGS/SD5C/2005/303 du 4 juillet 2005 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.

[3] BEH n° 39-40 du 20 Octobre 2009.

A consulter sur : <http://www.invs.sante.fr/BEH/>

[4] Alsibai S, Thierry S et Al. Cas groupés de rougeole avec transmission nosocomiale dans la ville de Reims, janvier-mars 2008. Journées de Veille Sanitaire du 27-28 novembre 2008. Poster N° 12.

[5] Bilan de l'Institut de Veille Sanitaire.

Consultable sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/default.htm>

[6] Circulaire n° DGS/RI1/2009/334 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.

[7] Avis du Haut Conseil de Santé Publique relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes, 11 février 2011.

## | Les cas de tuberculose dans l'interrégion Est en 2008 |

Lidiana Munerol<sup>1</sup>, Sophie Alsibai<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

L'augmentation de l'incidence des cas de tuberculose maladie déclarés au sein de l'interrégion, déjà soulignée en 2007, se confirmait en 2008 pour la Lorraine et la Champagne-Ardenne avec des incidences respectives de 8,2 cas

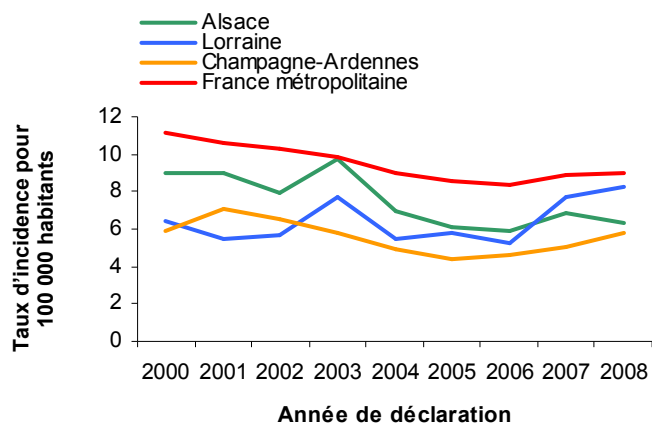
pour 100 000 habitants (+ 6,5 %) et de 5,8 cas pour 100 000 habitants (+ 16 %).

La tendance à la hausse de ces 2 régions suivait donc la tendance nationale. En Alsace par contre, l'incidence des cas de tuberculose déclarés diminuait en 2008 (baisse de 8,7 %).

L'évolution des incidences depuis 2000 pour les trois régions est résumée dans sur les figures 1 et 2.

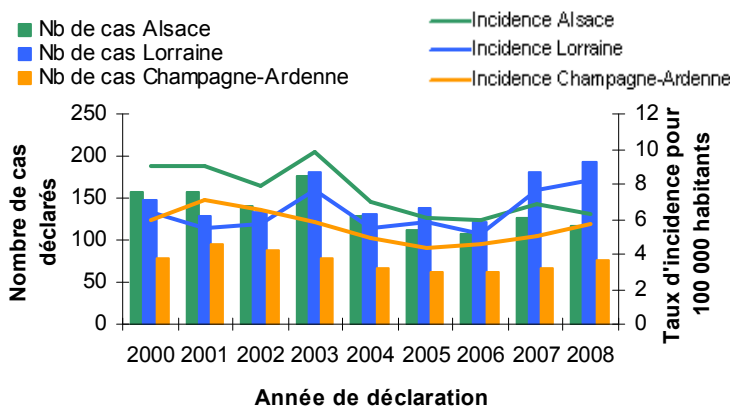
## | Figure 1 |

**Evolution de l'incidence de la tuberculose maladie déclarée en Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne et sur la France métropolitaine, 2000-2008**



## | Figure 2 |

**Nombre de cas et incidence de la tuberculose maladie déclarée en Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne, 2000-2008**



## | Les foyers de TIAC dans l'interrégion Est en 2008 |

Lidiana Munerol<sup>1</sup>, Sophie Alsibaï<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Est, Institut de veille sanitaire, Nancy

En 2008, 75 foyers de Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ont été déclarés sur l'interrégion. Ces foyers ont touché 917 personnes, 10 % ont été hospitalisées, aucune n'est décédée (Tableau 1). Les déclarations provenaient exclusivement des Ddass (81 %) et des Direction départementale des services vétérinaires (DDSV) (19 %).

### | Tableau 1 |

Répartition des foyers de TIAC déclarés dans l'interrégion en 2008

Région	Nombre de foyer		Nombre de personnes atteintes		Nombre de personnes hospitalisées		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alsace	29	39	507	55	57	60	0	0
Lorraine	32	43	313	34	21	22	0	0
Champagne-Ardenne	14	18	97	11	17	18	0	0
<b>Total interrégion</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>917</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

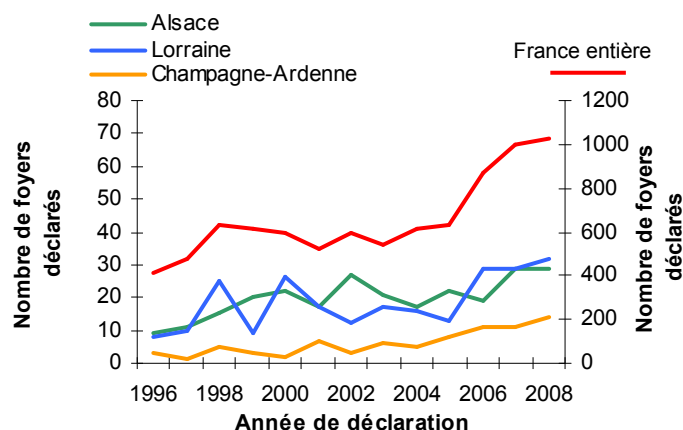
Le Tableau 1 fait apparaître un nombre de personnes atteintes proportionnellement plus important en Alsace: 39 % des foyers de TIAC pour 55 % des malades et 60 % des hospitalisations enregistrées sur l'interrégion. En effet, un plus grand nombre de foyers en collectivité sont survenus en Alsace (Cf. Lieu de survenue) - ces foyers ayant une taille moyenne plus importante que les foyers familiaux (21 cas par foyer en moyenne versus 4 cas par foyer).

A l'échelle nationale, une nette augmentation du nombre des DO est observée depuis 2006. Elle est liée à l'utilisation de plus en plus généralisée de WinTiac (logiciel de déclaration et d'analyse mis à disposition des services de l'état depuis 2004) ainsi qu'à l'intégration des données des Centres nationaux de référence et des DDSV via la Direction générale de l'alimentation (DGAL) depuis 2006 [1].

Dans l'interrégion, malgré des variations annuelles importantes liés à des effectifs plus faibles, cette tendance à la hausse était perceptible dans chacune des trois régions (Figure 1).

### | Figure 1 |

Nombre de foyers de TIAC déclarés en Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne et sur la France entière, 1996-2008



### Caractéristiques des cas dans l'interrégion en 2008

**Lieu de survenue:** La majorité des TIAC déclarées en Lorraine et en Champagne-Ardenne sont survenues au niveau familial (39 %) ou en restauration commerciale (26 %), ce qui est comparable aux données nationales (respectivement 30 % p=0,28 et 27 % p=0,8) [1].

En Alsace au contraire, la proportion de TIAC en collectivité était plus importante (65 % des foyers versus 41 % pour la France, p=0,008). En 2008, les cantines scolaires représentaient 14 % des foyers contre 10 % en France et les centres de loisirs 17 % contre 4 % en France (différence significative: p=0,003).

**Germes en causes:** Lorsqu'un germe a pu être mis en évidence ou suspecté (69 % des foyers déclarés), les plus fréquemment incriminés étaient les Salmonelles (23 % des foyers) et les Staphylocoques (17 % des foyers) (Tableau 2).

### | Tableau 2 |

Distribution du nombre de foyers (F) et de cas (C) de TIAC par germe en cause selon le lieu de survenue dans l'interrégion en 2008

GERME	Salmonella		Staphylo-coccus		Clostridium Perfringens		Bacillus cereus		Campylobacter		Réaction histaminique		Viral		Autre agent		Inconnu		Total	
	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C
Familiale	2	10	5	15	2	2	2	9	1	6	2	6	1	3			7	41	22	92
Restaurant	2	5	5	23					1	4	1	2	2	4			5	17	16	55
Cantine scolaire													2	28			3	162	5	190
Entreprise	1	9															3	113	4	122
Institut médico-soc.	2	30	1	20					1	16					1	20	1	20	6	106
Centre de loisirs	1	12	2	37													5	83	8	132
Banquets	2	24			1	60													3	84
Autre collectivité	2	43					1	8					1	7	2	8	3	38	9	104
Diffus	1	27																	1	27
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>160</b>	<b>13</b>	<b>95</b>	<b>3</b>	<b>62</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>42</b>	<b>3</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>474</b>	<b>74</b>	<b>912</b>

Dans les TIAC familiales, tous les germes étaient représentés de manière quasi équivalente, seuls les Staphylocoques ont été identifiés plus fréquemment (dans 33 % des foyers familiaux où un germe était connu). On ne retrouve donc pas sur l'interrégion la prédominance des Salmonelles, incriminées au niveau national dans 1/3 des foyers familiaux.

**Aliments et germes en cause:** Une grande part des aliments responsables des TIAC (41 %) sont restés inconnus. Lorsque ceux-ci étaient retrouvés (44 TIAC), les œufs étaient les plus fréquemment en cause (18 % des foyers) ainsi que la viande (11 %). Le regroupement viande/volaille/charcuterie représentait 29 % des aliments incriminés. Les œufs analysés étaient exclusivement contaminés par des Salmonelles.

**Saisonnalité:** On retrouve la saisonnalité estivale des TIAC (37 % de juin à août), liée en grande partie aux foyers à *Salmonella* (69 % entre juin et août).

#### Mesures prises

Des enquêtes ont été réalisées pour 51 foyers: 83 % des foyers en Alsace (n=24), 69 % en Lorraine (n=22) et 36 % en Champagne-Ardenne (n=5).

Un rapport d'enquête a été réalisé pour 20 épisodes: 35 % des épisodes en Alsace (n=10), 12 % en Lorraine (n=4) et 29 % en Champagne-Ardenne (n=6).

Ces enquêtes ont été effectuées par la Ddass seule dans 47 % des cas et par la Ddass et la DDSV dans 53 % des cas.

Un ou des facteurs responsables ont été identifiés dans 11 foyers (item renseigné pour 16 foyers seulement). Les facteurs contributifs les plus fréquents étaient la rupture de la chaîne du froid (64 % des cas), les équipements contaminés (45 %) et/ou une erreur de préparation (36 %). Des mesures ont été prises pour 9 foyers. Les plus fréquentes étaient des mesures d'informations (55 % des foyers) et/ou de désinfections de l'établissement (33 %).

#### Conclusion

L'amélioration dans la déclaration des foyers est en grande partie liée à l'intégration des données parvenues à la DGAL par les DDSV. Le recours au logiciel Wintiac reste limité aux enquêtes cas-témoin mises en place sur les foyers de grande ampleur. On peut regretter qu'en dehors de ces épisodes majeurs, la recherche du germe responsable ne soit pas plus systématique. Les coprocultures comme les recherches de pathogènes alimentaires devraient être réalisées afin de mieux orienter les mesures de contrôle et éviter les récides.

#### Références

[1] Surveillance des toxi-infections alimentaires collectives. Données de la déclaration obligatoires, 2008. InVS, décembre 2009. [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

## | Rappels sur le circuit du système de déclaration obligatoire |

Les maladies à déclaration obligatoire (MDO) sont actuellement au nombre de 30. Les données issues des déclarations obligatoires sont analysées et valorisées au niveau national par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et, au niveau régional, par les Cellules de l'InVS en région (Cire).

#### Signaler

Le signalement des MDO par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent à la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de leur région 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 inspecteur de santé publique (Misp) 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.

#### Transmettre une fiche de notification

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant à la CVAGS au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. Elle a pour objet le suivi épidémiologique des MDO. Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales.

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

## | A qui déclarer ? |

	CVAGS Lorraine	CVAGS Alsace	CVAGS Champagne-Ardenne
Tél:	03 83 39 28 72	03 88 88 93 33	03 26 66 79 29
Fax:	03 83 39 29 73	03 59 81 37 19	03 59 81 36 91
Mai l:	<a href="mailto:ars-lorraine-cvgs@ars.sante.fr">ars-lorraine-cvgs@ars.sante.fr</a>	<a href="mailto:ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr">ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr</a>	<a href="mailto:ars-ca-vss-cvgs@ars.sante.fr">ars-ca-vss-cvgs@ars.sante.fr</a>

- La liste des 30 MDO est consultable en page 2 de ce BVS.
- Les fiches de notification sont téléchargeables sur le site de l'InVS: [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

| Retrouvez ce numéro sur: [http://ars.lorraine.sante.fr/Votre\\_santé/Veille\\_sanitaire/Maladies-infectieuses](http://ars.lorraine.sante.fr/Votre_santé/Veille_sanitaire/Maladies-infectieuses) |

**Directeur de la publication:** Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS — **Rédactrice en chef:** Christine Meffre, responsable scientifique de la Cire Est

**Comité de rédaction:** Sophie Alsibai, Virginie Bier, Oriane Boyer, Marion Dreyer, Claire Janin, Christine Meffre, Lidiana Munerol, Sophie Raguet, Fabian Thouillot, Frédérique Villier

**Diffusion:** ARSLorraine—Immeuble « Les Thiers » - 4 rue Piroux—54036 Nancy Cedex—Tél.: 03.83.39.29.43- Fax: 03.83.39.28.95

ARSAlsace— 14 rue du Maréchal Juin - Cité Administrative Gaujot—67084 Strasbourg Cedex

Mail: [ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr)

<http://www.invs.sante.fr> ou <http://www.lorraine.sante.gouv.fr/cire/cire.html>

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.