



Page 1 | Editorial |

Page 2 | La surveillance des MDO dans la région Picardie |

Page 4 | Surveillance des Infections à VIH et du Sida en Picardie |

Page 7 | Surveillance de la Légionellose en Picardie (1997-2011) |

Page 8 | Surveillance de la Tuberculose en Picardie (2000-2010) |

Page 10 | Surveillance des Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) en Picardie (1996-2011) |

Page 14 | Surveillance des infections invasives à méningocoques (IIM) en Picardie (1995-2011) |

Page 16 | Surveillance de la rougeole en Picardie (2006-2011) |

Page 18 | Nouveauté 2012, le mésothéliome : 31ème maladie à déclaration obligatoire |

Page 19 | Remerciements |

| Editorial |

Avec la création, le 1^{er} avril 2010, de l'Agence régionale de santé (ARS) de Picardie, la déclaration des Maladies à déclaration obligatoire (MDO), et plus largement, le signalement de tout événement porteur d'un risque pour la santé publique, se fait désormais via un point d'entrée unique pour toute la région, la Cellule de Réception et d'Orientation des Signaux (CROS) de l'Agence régionale de Santé (ARS) de Picardie (Cf. coordonnées page 3). Suite à un signalement, l'évaluation des risques sanitaires et la réponse aux alertes de santé publique s'appuie sur une plateforme de veille et d'urgences sanitaires regroupant les équipes de la Cellule de veille et de gestion sanitaire (CVGS) de l'ARS Picardie et de l'antenne régionale de la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (Cire) Nord. Cette nouvelle organisation vise à améliorer l'exhaustivité et la qualité du signalement et de la notification dans un but d'investigation, de prévention sanitaire, de contrôle des maladies et de surveillance épidémiologique.

Après un rappel de l'organisation du dispositif de signalement et de surveillance des MDO, ce bulletin est l'occasion de vous proposer une analyse des tendances régionales des principales MDO jusqu'en 2010-2011. Enfin, nous vous proposons **un focus sur** l'ajout d'une 31ème maladie à la liste officielle des maladies à DO, **le mésothéliome**.

La surveillance de l'hépatite aiguë A qui avait fait, en juin 2012, l'objet de d'un bulletin de veille sanitaire (BVS) thématique disponible- à l'URL suivante [BVS hépatite A](#), n'est pas abordée dans ce numéro.

Au final, il est important de rappeler que le dispositif des MDO ne peut fonctionner que si médecins et biologistes qui diagnostiquent ces maladies participent activement à cette surveillance en les signalant. **Adhérer et participer à ce dispositif, c'est agir pour prévenir la propagation des maladies et être un acteur à part entière de la veille sanitaire en contribuant pleinement à la politique de santé publique.** Ce dispositif ne saurait exister sans votre collaboration permanente et nous vous en remercions.

Dr Pascal Chaud, médecin épidémiologiste, responsable de la Cire Nord

1/ Les maladies à déclaration obligatoire

On compte aujourd'hui **31 maladies** sur la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO) [1,5,6] (cf. tableau 1).

La grande majorité des MDO ($n=29$) concerne des maladies infectieuses transmissibles. Les 2 autres MDO, le mésothéliome dont la mise à DO est très récente (2012) et le saturnisme de l'enfant mineur, sont liées à des expositions environnementales.

Il existe 2 procédures de déclaration obligatoire (DO) :

- le signalement sans délai, par tous les moyens appropriés, requis pour 27 MDO afin de **contrôler le risque de diffusion** ;
- la notification, demandée pour l'ensemble des 31 MDO inscrites sur la liste afin de contribuer à **la conduite et à l'évaluation des programmes de santé**.

2/ Les procédures de déclaration

2.1/ La procédure de signalement [2]

Le « **signalement** » des maladies à déclaration obligatoire par les médecins et les biologistes, qui les suspectent ou les diagnostiquent, à la Cellule de Réception et d'Orientation des Signaux (CROS) qui est le Point focal de l'ARS pour la réception des signaux, est **une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié**.

Il n'existe pas de fiche spécifique dédiée au signalement. Les informations indispensables pour le traitement du signal peuvent être transmises au choix par téléphone, télécopie, mail. Il est également possible de compléter et transmettre ces informations à partir de la fiche de notification.

Les maladies qui justifient une intervention urgente, à savoir toutes les maladies à déclaration obligatoire à l'exception de l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë, du mésothéliome et du tétanos, sont à signaler (cf. tableau 1).

Cette procédure permet :

- 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 réduire le risque de diffusion.

Dans ce cadre, les données transmises par les déclarants sont nominatives mais la loi sur l'Informatique et les Libertés prévoit qu'elles ne soient conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention, puis détruites.

2.2/ La procédure de notification[3]

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin désigné par le Directeur général de l'ARS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque MDO [4]. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic.

Après avoir été complétée et rendue anonyme par l'ARS, la fiche de notification est ensuite transmise à l'InVS.

La notification doit être effectuée pour toutes les maladies à déclaration obligatoire. Elle permet l'analyse et le suivi des principales tendances évolutives de ces maladies afin de mieux cibler les actions de prévention nationales et locales.

| Tableau 1 |

Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire [6]

Maladies dites « à signalement » pour lesquelles une intervention locale, nationale ou internationale urgente est requise pour contrôler un risque de diffusion et dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphthérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et paratyphoïde
Hépatite aiguë A
Infection invasive à méningocoque
Légionellose
Listériose
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Toxi-infection alimentaire collective
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

Maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé

Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
Infection à VIH quel qu'en soit le stade
Mésothéliome
Tétanos

En application de la loi informatique et libertés, les patients concernés par une MDO doivent être informés individuellement par leur médecin de la procédure de déclaration obligatoire. Les modalités de protection de l'anonymat et des données du dispositif de déclaration obligatoire ont été autorisées par la CNIL (délibération n° 02-082 du 19 novembre 2002).

3/ Les acteurs de la déclaration obligatoire dans la région Picardie

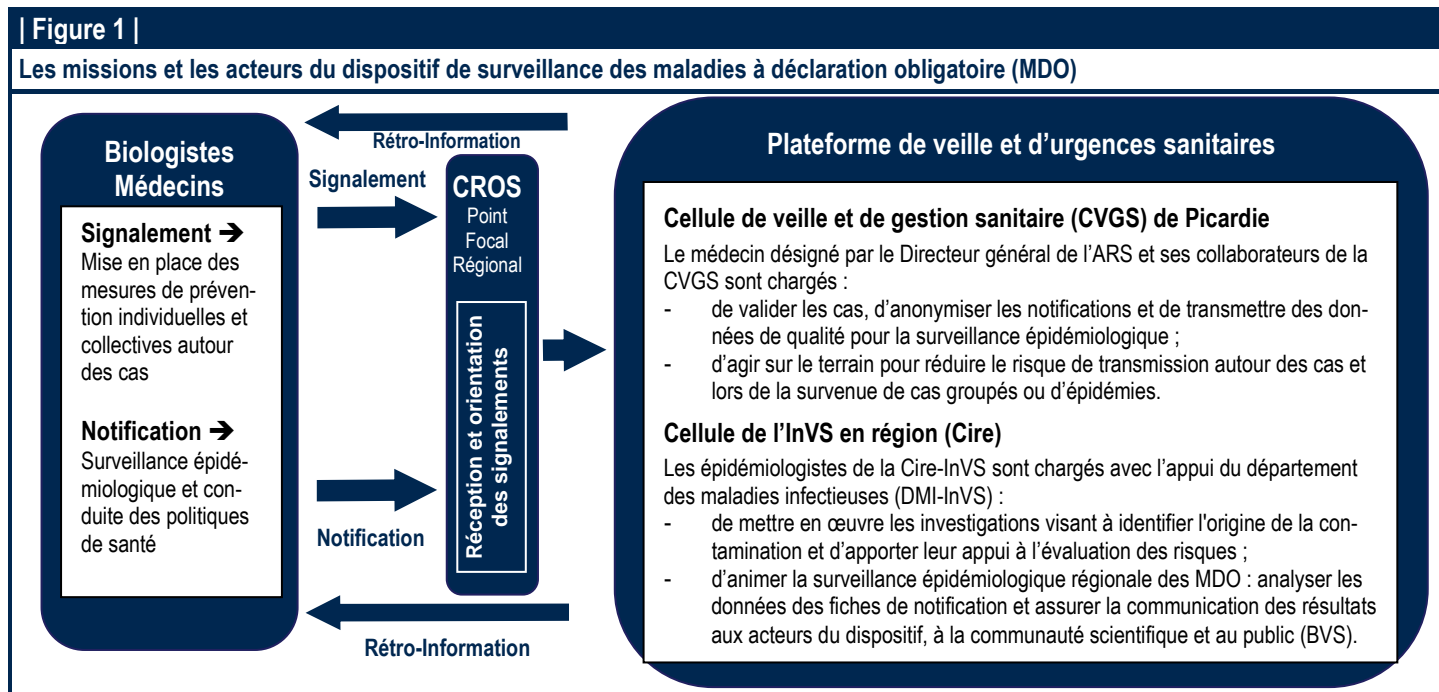
Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire repose sur la forte implication de 3 acteurs : les **déclarants** (médecins et biologistes), l'équipe de la **Cellule de veille et de gestion sanitaire (CVGS) de l'ARS de Picardie** et les **épidémiologistes de l'InVS en région (Cire)** (cf. figure 1).

Suite au signalement par un **médecin** ou un **biologiste** de l'une des 27 MDO, la mise en œuvre des mesures de gestion destinées à réduire le risque de diffusion est assurée par les médecins, ingénieurs et infirmières de la **CVGS** de l'ARS, avec l'appui, si nécessaire, des **épidémiologistes de la Cire** pour la mise en place d'investigations épidémiologiques visant à identifier la source de contamination. Les **services santé environnement** de l'ARS Picardie sont également impliqués dans la gestion, notamment autour des cas de saturnisme et de légionellose.

Au niveau régional, le suivi épidémiologique des caractéristiques et tendances spatio-temporelles des MDO est assuré par la Cire afin d'orienter les mesures de gestion et les politiques de prévention.

Au-delà de la surveillance exercée par ces trois acteurs en région Picardie, le Ministère chargé de la Santé, et plus particulièrement, la Direction générale de la santé (DGS), est informé des alertes sanitaires et intervient, en tant que de besoin, dans les décisions en matière de gestion des risques à l'échelon départemental, régional ou national.

Sur la base des données de surveillance des 31 MDO fournies par l'InVS, le Ministère chargé de la Santé définit les politiques publiques.



4/ En pratique

Comment déclarer ?

- Vous devez **signaler** par tout moyen approprié (téléphone, fax...) à la CROS de l'ARS Picardie
- Et **notifier** (après le signalement et parfois après confirmation biologique) par **fax ou mail**, à l'aide des **fiches de notifications**.

Une astéinte médicale est assurée les WE du vendredi 16h30 au lundi 8 h30.

A qui déclarer une maladie à déclaration obligatoire ?

Tout signalement ou notification doit être adressé à la **CROS** de l'ARS Picardie par le moyen le plus approprié. Les signaux sont réceptionnés et traités de 8h30 à 18h00 les jours ouvrés.

Mail	ars-picardie-signaux@ars.sante.fr
Téléphone	03 22 97 09 02
Fax	03 22 97 09 01

Une astéinte médicale est assurée les WE du vendredi 16h30 au lundi 8h30.

Tout envoi par fax ou mail nécessitant une réponse immédiate doit être doublé d'un appel téléphonique

Où se procurer les formulaires de notifications et les fiches d'informations aux personnes ?

- Auprès de la **CROS** de l'ARS de Picardie
- Sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr) dans : **Accueil > Dossiers thématiques > Maladies infectieuses > Maladies à déclaration obligatoire > 31 maladies à déclaration obligatoire**.

Vous trouverez également sur le site pour chaque maladie, un dossier thématique comprenant un aide mémoire, des précisions sur le signalement et la notification, des données épidémiologiques, des publications, des liens, des circulaires et textes de référence ...

5/ Références

- [1] Article L 3113-1 du Code de la santé publique
- [2] Articles D 3113-6 et R 3113-4 du Code de la santé publique
- [3] Articles D 3113-7 et R 3113-2 du Code de la santé publique
- [4] [Dossier-thématique: 31 maladies à Déclaration Obligatoire](#)
- [5] [Le dispositif des maladies à déclaration obligatoire en France : évolutions récentes](#). Bull Epidemiol Hebd 2011;33-34:366-8
- [6] [Les maladies à déclaration obligatoire : connaître, diagnostiquer, déclarer Bulletin de veille sanitaire océan Indien. N°16 - Avril 2012](#)
- [7] [Évaluation du dispositif des maladies à déclaration obligatoire en France : connaissances, attitudes et pratiques des médecins et des biologistes, 2005](#). Bull Epidemiol Hebd 2008;51-52:503-7 et rapport disponible sur le site InVS

La notification obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH et du sida, mise en place en 2003, est modifiée en juillet 2007, afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies, de la façon suivante :

1. Modification des fiches de notification obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'adulte et l'adolescent (précisions sur les critères de déclaration, suppression, modification et ajout de variables). Les nouvelles fiches ont été progressivement diffusées au cours du second semestre 2007.
2. Création de 2 fiches distinctes pour la notification obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'enfant de moins de 15 ans. La notification d'infection par le VIH de l'enfant est désormais initiée par le biologiste, comme chez l'adulte. Ces fiches sont utilisées depuis juillet 2007.

Les formulaires de notifications, comportant 3 à 5 feuillets autocollants, ne peuvent être ni photocopiés, ni téléchargés depuis Internet. Les déclarants (biologistes et cliniciens) doivent en faire la demande auprès de l'ARS de leur région d'exercice [2].

La surveillance virologique (dépôt sur buvard, par le biologiste, de quelques microlitres du sérum ayant servi au diagnostic et envoi au Centre national de référence du VIH (CNR-VIH), qui effectue un test d'infection récente et un sérotypage), se poursuit sans modification des différents supports (buvards, sachets plastiques et enveloppes T). Cette surveillance ne concerne que l'adulte et l'adolescent.

NOTA :

- Les analyses suivantes ont été réalisées à partir des données de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de sida notifiés jusqu'au 31/12/2010.
- Les données pour les notifications d'infection à VIH et de sida sont présentées en effectifs bruts non corrigés pour les délais de déclaration et la sous-déclaration.
- Les analyses pour la Picardie concernent les cas d'infection à VIH et de sida résidant en Picardie. Lorsque la « région de domicile » n'était pas renseignée, la région de déclaration a été prise en compte.

DONNEES NATIONALES

- Le nombre total de sérologies VIH, réalisées en 2010, est estimé à 4,98 millions (IC 95 % : [4,91 - 5,05]), soit 77 sérologies VIH pour 1 000 habitants [1]. Il est stable depuis 2006.
- Le nombre de sérologies positives a été estimé à 10 836 en 2010, soit 167 cas par millions d'habitants [1]. Ces chiffres sont stables depuis 2007.
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2010 est estimé à 6 265 (IC 95 % : [5 914- 6 616]) [1]. Après avoir diminué significativement entre 2004 et 2007 ($p < 10^{-3}$), le nombre de découvertes de séropositivité est stable depuis ($p = 0,36$).
- En 2010, on estime à 1 510 le nombre de nouveaux diagnostics de Sida. Après avoir diminué pour passer d'environ 2 200 cas en 2003 à 1 600 en 2007, le nombre estimé de diagnostics de sida en France fluctue depuis entre 1 400 et 1 600 cas annuels [3].

1. L'infection par le VIH

1.1. Données de surveillance de l'activité de dépistage du VIH

Depuis 2001, un système de surveillance (LaboVIH) permet de suivre l'activité de dépistage du VIH à partir de l'activité des labora-

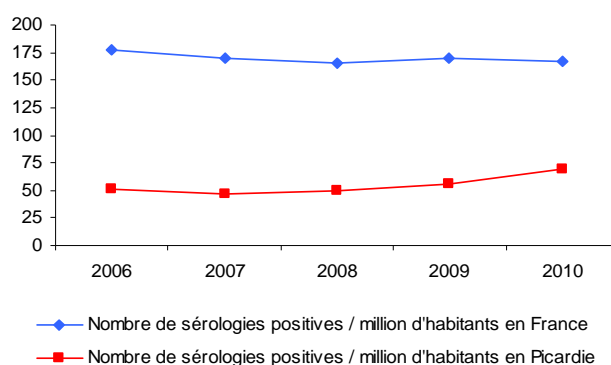
toires d'analyses médicales de ville et hospitaliers [4]. En 2010, le nombre de sérologies VIH effectuées en Picardie était de 54 p. 1 000 habitants. Il est globalement stable depuis 2006 et très inférieur à celui observé au niveau national (77 p. 1 000 habitants).

Le taux de sérologies positives par million d'habitants est estimé en 2010 à 69 en Picardie, très inférieur au taux national (167 par million d'habitants). Il est néanmoins en augmentation dans la région depuis 2007 (fig. 1).

La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests effectués, estimée à 1,3 en 2010 (versus 2,2 au niveau national), varie de 0,8 à 1,3 depuis 2006.

Figure 1

Evolution du nombre de sérologies positives par million d'habitants en Picardie et en France, 2006-2010.



1.2. Données de la notification Obligatoire de l'infection à VIH

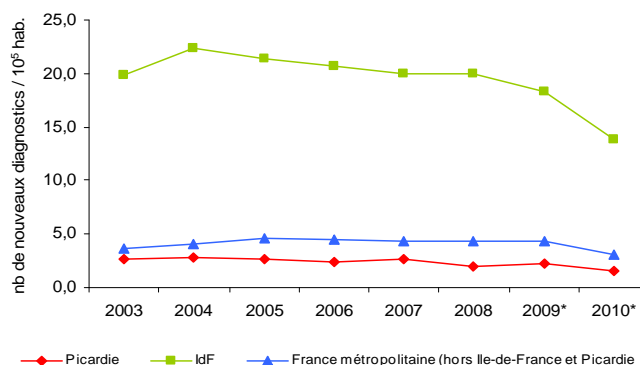
1.2.1. Taux de découverte de séropositivité VIH

Au total entre 2003 et 2010, 356 cas d'infection à VIH ont été notifiés en Picardie.

Entre 2003 et 2009, le taux de découverte de séropositivité VIH variait de 2,8 à 2,3 pour 10^5 habitants. La diminution observée en 2010 (1,5 cas pour 10^5 hab.) doit être interprétée avec réserve, en raison des délais de sous-déclaration qui peuvent s'étendre jusqu'à deux ans (fig.2).

Figure 2

Evolution annuelle des taux de découverte de séropositivité VIH en France métropolitaine, Ile-de-France et Picardie de 2003 à 2010



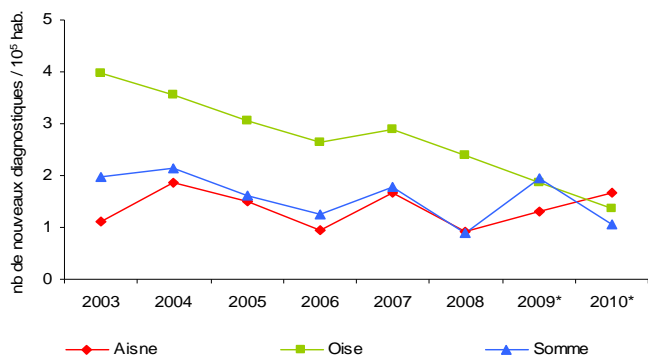
* Données provisoires non redressées par les délais de déclaration et la sous-déclaration

A l'échelon départemental, le taux de découverte de séropositivité VIH, supérieur de 2003 à 2008 dans l'Oise par rapport aux deux autres départements, est en diminution constante sur toute la période (fig.3). Il était en 2010 du même ordre que les taux observés

dans la Somme et dans l'Aisne. Le taux de découverte de séropositivité VIH est globalement stable dans les 2 autres départements sur la période d'étude.

Figure 3

Evolution annuelle du taux de découvertes de séropositivité VIH en Picardie de 2003 à 2010 par département



* Données provisoires non redressées par les délais de déclaration et la sous-déclaration

1.2.2. Caractéristiques sociodémographiques

Les hommes représentaient la majorité des découvertes de séropositivité sur la période 2003-2010 (64,3 %) avec un sex-ratio H/F global de 1,8 variant de 1,1 à 3,2 suivant les années.

Entre 2003 et 2010, les 30-39 ans représentaient la majorité des découvertes de séropositivité (34 %) devant les 20-29 ans (25 %). Les moins de 30 ans représentaient 29 % des cas notifiés sur cette période contre 54 % pour les 30-49 ans.

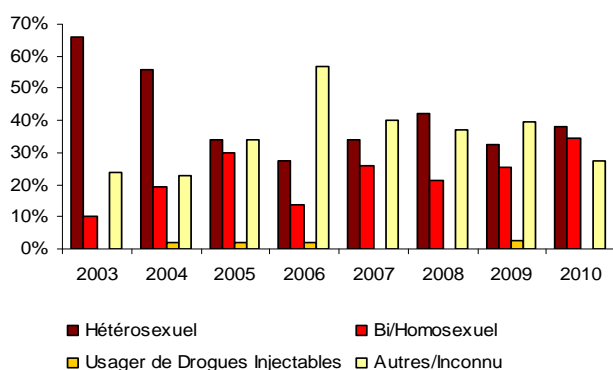
Entre 2003 et 2010, 53 % des personnes (pour lesquels l'information était connue) découvrant leur séropositivité étaient nées en France. La proportion de personnes nées à l'étranger est en diminution depuis 2006 : elle représentait 52 % des cas sur la période 2003-2006, 39 % en 2007-2010 ($p < 0,03$) (Test du Khi-2. Logiciel R, version 2.11.0)

1.2.3. Mode de contamination

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH entre 2003 et 2010, 42 % avaient été contaminés par rapports hétérosexuels (68 % des contaminations féminines et 28 % des contaminations masculines), 22% par des rapports homosexuels (34 % des contaminations masculines), et 1 % par usage de drogues injectables. Les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination sur toute la période d'étude mais la part des contaminations homo-bisexuelles est en augmentation constante depuis 2008 (fig. 4).

Figure 4

Répartition des cas d'infection VIH déclarés en Picardie de 2003 à 2010 selon le mode de contamination



Chez les hétérosexuels entre 2003 et 2010, la part des moins de 30 ans est plus élevée chez les femmes (41 %) que chez les hommes (11 %). Inversement, la part des plus de 50 ans est plus importante chez les hommes (29 %) que chez les femmes (7 %). Ces différences de répartition par classe d'âge entre les hommes et les femmes sont retrouvées au niveau national [4]. Les personnes nées en Afrique subsaharienne sont majoritaires parmi les contaminations hétérosexuelles (52% versus 30% nés en France). Soixante pour cent des femmes et 41% des hommes, contaminés par rapports hétérosexuels, étaient originaires d'Afrique subsaharienne versus respectivement 22% de femmes et 40% d'hommes nés en France. Quatre-vingt deux pour cent des hommes contaminés par rapports homosexuels, sont nés en France.

1.2.4. Motifs de dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2010, les principaux motifs de dépistage étaient la présence de signes cliniques (27 %), une exposition au VIH (18 %) et un bilan systématique (8 %). Le motif de dépistage n'était pas renseigné dans 30 % des cas.

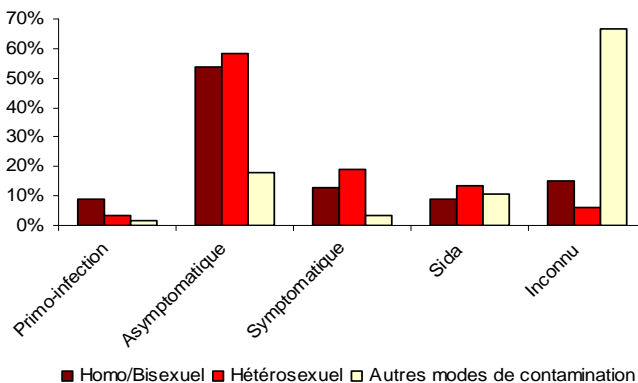
Le motif de dépistage diffère selon le mode de contamination, les homosexuels étant plus souvent dépistés suite à une exposition au VIH (33 %) que les hétérosexuels (21 %).

1.2.5. Stade clinique au moment du dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2010, 4 % ont été diagnostiquées précocement au stade de la primo-infection, 43 % à un stade asymptomatique, 12 % à un stade symptomatique non sida, et 12 % au stade sida (fig.5). Le stade clinique au moment du dépistage n'était pas renseigné dans 28 % des cas.

Figure 5

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, en Picardie de 2003 à 2010.



2. Notification Obligatoire du sida

2.1. Taux d'incidence du sida

L'exhaustivité de la déclaration obligatoire des cas de sida a été estimée sur la période 2004-2006 à 90,7 % (IC 95 % : [87,4 - 94,2]) pour les régions Nord-Pas-de-Calais-Picardie, nettement supérieure à l'exhaustivité nationale estimée à 66,1% (IC95% : [65,1 - 67,2]) [5].

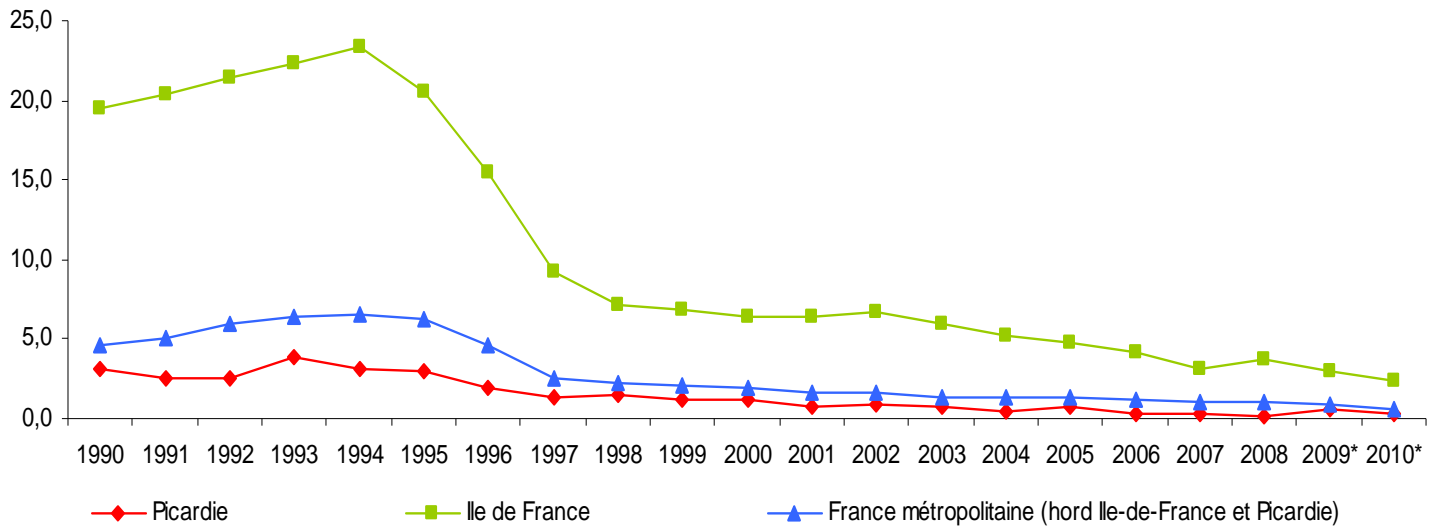
Depuis le début de la notification obligatoire des cas de sida en 1986, 661 cas ont été recensés en Picardie. Le taux d'incidence du sida a diminué dans la région depuis 1996, coïncidant avec l'introduction des associations d'antirétroviraux (fig. 6 et 7).

Les taux observés depuis 1990 sont inférieurs à ceux retrouvés en France métropolitaine (hors IDF et Picardie).

Jusqu'en 2005, le taux annuel d'incidence était supérieur dans le département de l'Oise. Il est, depuis 2006, similaire dans les trois départements picards (fig.7).

Figure 6

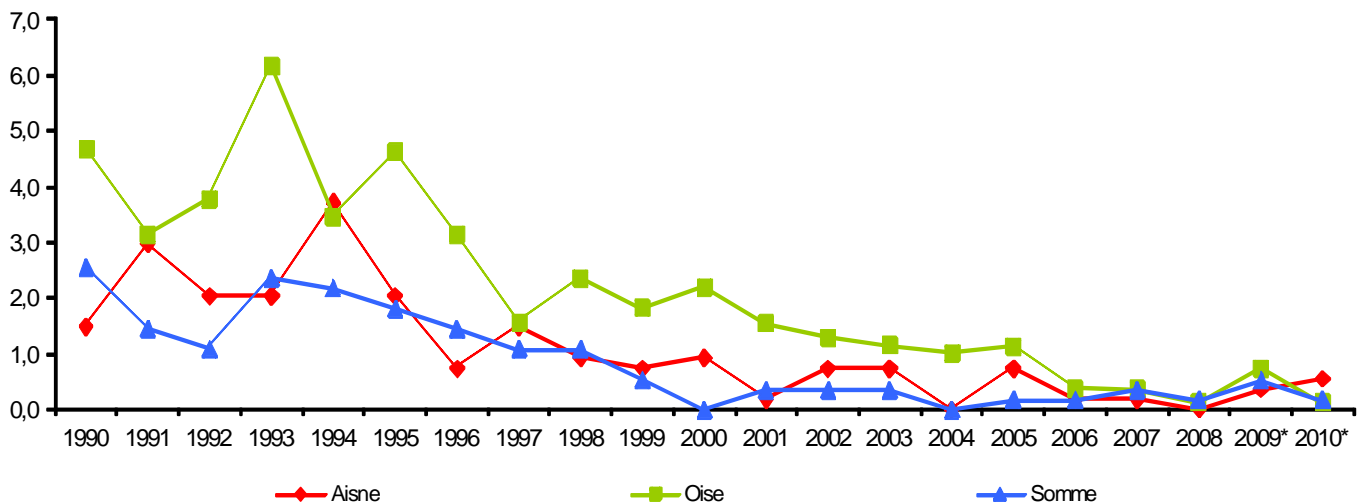
Evolution annuelle du taux de cas de sida pour 100 000 habitants en France métropolitaine, Ile-de-France et Picardie de 1990 à 2010.



* Données provisoires non redressées par les délais de déclaration et la sous-déclaration

Figure 7

Evolution annuelle du taux de cas de sida pour 100 000 habitants en Picardie de 1990 à 2010 par département.



* Données provisoires non redressées par les délais de déclaration et la sous-déclaration

NOTA : L'analyse des caractéristiques des cas de sida notifiés en Picardie portent sur les années 2003 - 2010.

2.2. Caractéristiques sociodémographiques

Entre 2003 et 2010, 68 cas de sida ont été notifiés en Picardie.

Les hommes représentaient la majorité des cas notifiés (67,6 %) avec un sex-ratio H/F global de 2,1, variant de 0,7 à 7 selon les années.

Les 30-39 ans et les 40-49 ans, majoritaires, représentent respectivement 32 % des cas de sida notifiés sur la période d'étude. Les moins de 30 ans représentent 10,3 % des cas notifiés.

59 % des cas de sida étaient nés en France et 21 % étaient originaires de pays d'Afrique Subsaharienne.

2.3. Mode de contamination, connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral

L'origine de la contamination était hétérosexuelle dans 46 % des cas, homosexuelle dans 22 % des cas et liée à l'usage de drogues

injectables dans 16 % des cas. Le mode de contamination était inconnu dans 13 % des cas.

Quarante-neuf pour cent des cas avaient connaissance de leur séropositivité au moment du diagnostic sida.

Seuls 22 % des cas avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida de trois mois ou plus.

2.4. Pathologies inaugurales

Les principales pathologies inaugurales du sida étaient la pneumocystose (28% des cas), la tuberculose (21 % des cas), et la toxoplasmose cérébrale (18 % des cas) (tab.1).

Vingt et un pour cent des cas de sida notifiés de 2003 à 2010 sont décédés.

Tableau 1

Fréquence des pathologies inaugurales du sida chez les cas notifiés en Picardie de 2003 à 2010

Pathologies Inaugurales	effectif	%
Pneumocystose	19	27,9%
Tuberculose quelle que soit la localisation	14	20,6%
Toxoplasmose cérébrale	12	17,6%
Candidose oesophagienne	6	8,8%
Kaposi	4	5,9%
Leucoencéphalite multifocale progressive	4	5,9%
Lymphome autre localisation	3	4,4%
Cancer invasif du col	2	2,9%
Cryptosporidiose	2	2,9%
Pneumopathie bactérienne récurrente	2	2,9%
Encéphalopathie à VIH	2	2,9%
Syndrome cachectique	1	1,5%
Infection a CMV	1	1,5%
Infection à HSV	1	1,5%
Isosporidiose	1	1,5%
Infection à Mycobactéries atypiques	1	1,5%

Surveillance de la légionellose en Picardie (1997-2011)

1. Définition de cas

La surveillance de la légionellose en France est basée sur la déclaration obligatoire (DO) mise en place en 1987. Depuis le renforcement de la surveillance de la légionellose en 1997, les critères de signalement et de notification sont :

CRITERES DE SIGNALEMENT / NOTIFICATION

Pneumopathie associée à au moins un des critères suivants:

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

2. Evolution de l'incidence

De 1997 à 2011, 387 cas ont été déclarés en Picardie : 131 résidaient dans l'Aisne, 146 dans l'Oise et 110 dans la Somme. En 2011, contrairement à la situation nationale, l'incidence régionale (1,94/10⁵) a augmenté de 23% par rapport à 2010. Elle était de 1,86/10⁵, 1,62/10⁵ et 2,48/10⁵ respectivement dans l'Aisne, l'Oise et la Somme. Sur toute la période d'étude, le taux d'incidence annuel de la légionellose demeure néanmoins, en Picardie, globalement inférieur au taux d'incidence national. Son évolution est parallèle à celle observée au niveau national (fig.1).

3. Description des cas

L'âge moyen des 387 cas déclarés de 1997 à 2011 était de 59,1 ans (étendue [15-101 ans], médiane 57 ans) et le sexe ratio H/F de 2,96 [290 hommes/98 femmes]. Le taux d'incidence de la légionel-

3. Références

- [1] Modification des fiches de notification obligatoire du VIH et du Sida, juillet 2007. Site de l'InVS : http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/modif_fiches_vih_sida.pdf
- [2] Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot Florence, et al. Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France 2003-2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;(43-44):446-54
- [3] Lot F, Pillonel J, Pinget R, Cazein F et al. Les pathologies inaugurales du sida, 2003-2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;(43-44):454-57
- [4] Cazein F, Le Vu S, Pillonel J, Le Strat Y, Couturier S, Basselier B, Lot F, Semaille C. Dépistage de l'infection VIH en France, 2003-2009. Bull Epidemiol Hebd. 2010 ;(45-46):451-54
- [5] Spaccaferri G, Cazein F, Lièvre L, Bernillon P, Geffard S, Lot F, et al. Estimation de l'exhaustivité de la surveillance des cas de sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. Bull Epidemiol Hebd. 2010 ;(30):313-6

lose augmente avec l'âge pour atteindre une incidence maximale de

5,6/10⁵ chez les 90 ans et plus.

La répartition mensuelle des cas est marquée par une saisonnalité estivale de juin à octobre avec 65 % des cas survenus pendant cette période (Fig.3).

Pour 96 % [370/387] des cas, la pneumopathie était confirmée radiologiquement et 93% des cas déclarés depuis 2003 ont été hospitalisés. L'évolution était renseignée pour 74% [285/387] des cas et la létalité était de 11,6 % (45 décès) sur toute la période d'étude. L'âge moyen des cas décédés était de 73,5 ans (étendue [41-101 ans], médiane 78 ans) et 71 % d'entre eux présentaient au moins un facteur de risque connu.

Figure 1

Evolution de l'incidence annuelle pour 100 000 habitants des cas de légionellose déclarés en France et en Picardie de 1997 à 2011

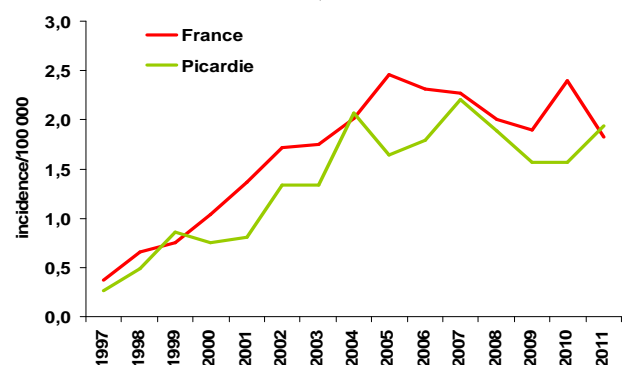


Figure 2

Incidence selon la classe d'âge et le sexe des cas de légionellose déclarés en Picardie de 1997 à 2011.

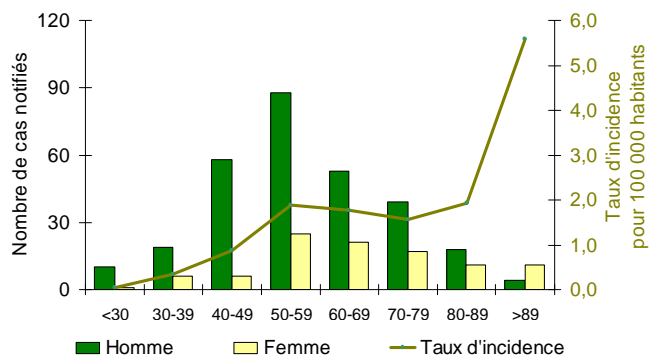
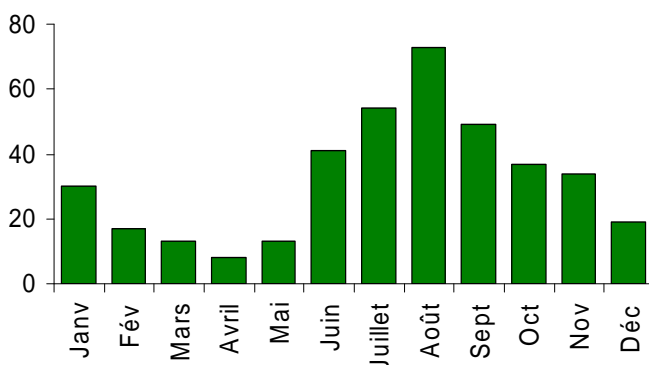


Figure 3

Distribution mensuelle des cas de légionellose notifiés en Picardie de 1997 à 2011 selon le mois du diagnostic de



5. Références

[1] Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2011

[2] Campèse C, Bitar D, Jarraud S, Maine C, Forey F, Etienne J, Desenclos JC, Saura C, Che D. [Progress in the surveillance and control of Legionella infection in France, 1998-2008](#). International Journal of Infectious Diseases 15 (2011) e30–e37

Soixante et onze pour cent (274/387) des cas présentaient au moins un facteur de risque connu, notamment, tabagisme, diabète, hémopathie/cancer, immunosuppression. Le tabagisme était le facteur de risque le plus fréquemment rapporté (Tab. 1).

Quatre vingt sept pour cent des cas étaient confirmés biologiquement, principalement par détection des antigènes solubles urinaires (95 %), séroconversion (3%) ou isolement d'une souche clinique (17%). Lorsqu'elle était précisée, la seule espèce identifiée était *Legionella pneumophila* (LP) et LP1 était majoritaire (92 %).

Tableau 1

Principaux facteurs prédisposant des cas de légionellose notifiés en Picardie de 1997 à 2011

Facteur prédisposant	Nombre de cas	Pourcentage
Tabagisme	183	47%
Diabète	51	13%
Hémopathie	39	10%
Corticothérapie	26	7%
Autres facteurs*	38	10%
Au moins un facteur	274	71%

* insuffisance rénale, insuffisance cardiaque ou respiratoire, greffe, éthylisme

4. Recommandations (Centre National de Référence des *legionella*, juin 2010)

En présence d'un cas de légionellose confirmé par antigénurie positive, et afin de pouvoir confirmer l'origine de la contamination, il est essentiel que des prélèvements pulmonaires (ECBC ou LBA) soient effectués pour une mise en culture et isolement de la souche de légionelle. Ce prélèvement doit être réalisé de préférence avant la mise en œuvre de l'antibiothérapie mais peut aussi être effectué après une antibiothérapie de quelques jours

Surveillance de la tuberculose en Picardie (2000-2010)

1. Tuberculose-maladie

CRITERES DE SIGNALEMENT / NOTIFICATION

Tuberculose maladie

- **cas confirmé** : maladie due à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* prouvée par la culture. Les mycobactéries du complexe *tuberculosis* comprennent : *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti*, *M. caprae* et *M. pinnipedii*.
- **cas probable** : signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard

Depuis 2007, les cas de tuberculose maladie doivent faire l'objet d'une déclaration d'issue de traitement

1.1. Qualité du système de surveillance

Le taux de déclaration de la tuberculose est une estimation du taux d'incidence de la tuberculose-maladie pour laquelle l'exhaustivité de la DO avait été estimée par l'InVS, à 65% sur l'ensemble du territoire, avec néanmoins de grandes disparités. Une étude, réalisée en 2003 à partir des données du Régime Général de l'Assurance Maladie estimait à 10,6/10⁵ le taux d'incidence de la tuberculose en Picardie (vs 5,8/10⁵ pour la DO) et 14,8/10⁵ (vs 10/10⁵) au niveau national pour cette même année¹.

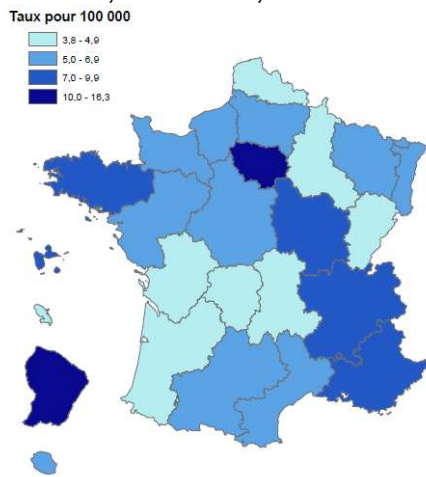
1.2. Evolution de l'incidence

En 2010, avec 101 cas de tuberculose déclarés (soit un taux de déclaration de 5,27/10⁵ habitants), la Picardie se situait au 8^{ème} rang des régions françaises (Figure 1).

¹ ALLENBACH D, MONTAGNIER B, SOUCHE A et al. La population traitée par médicaments anti-tuberculeux en 2003 : les données du régime général de l'Assurance maladie. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 2004, 35, 4, p. 223-232.

| Figure 1 |

Taux de déclaration par région (pour 100 000 habitants) des cas de tuberculose-maladie, France entière, 2010



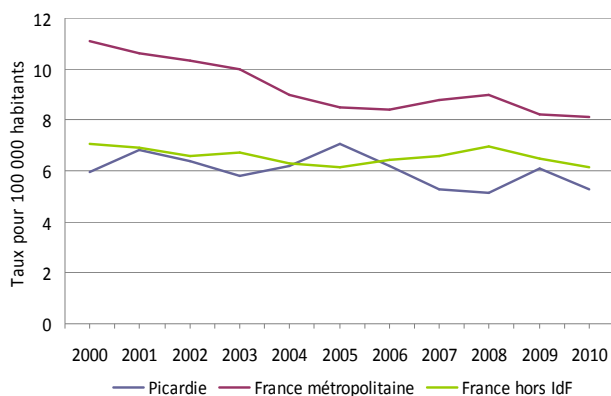
De 2000 à 2010, 1250 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Picardie : 271 dans l'Aisne, 590 dans l'Oise et 389 dans la Somme.

Depuis 2000, les taux de déclaration de tuberculose sont inférieurs aux taux nationaux et comparables à ceux observés hors Ile-de-France (figure 2).

Sur les dix dernières années, le taux de déclaration dans l'Aisne était inférieur aux taux de déclaration dans les deux autres départements de Picardie. De 2005 à 2007, le taux de déclaration dans l'Oise, supérieur aux taux des deux autres départements et au taux national (hors IDF) a diminué de manière importante. Il est de nouveau en augmentation depuis 2009.

| Figure 2 |

Evolution du taux de déclaration des cas de tuberculose-maladie par année, France et Picardie, 2000-2010



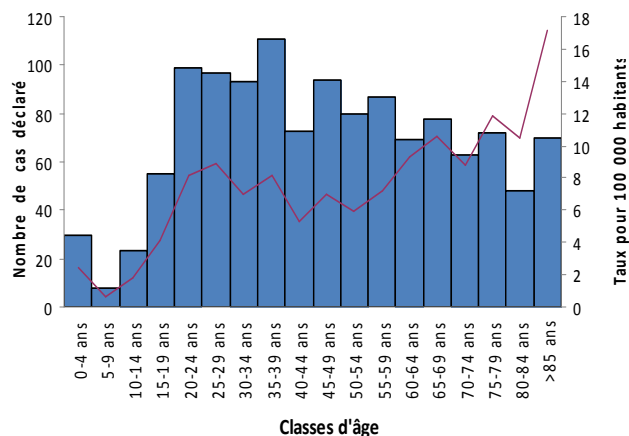
1.3 Principales caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose - maladie

Près de 2/3 des cas (58%) de tuberculose-maladie déclarés depuis 2000, sont des hommes ; l'âge médian des cas est de 47 ans [min-max : 0-96 ans]. Globalement stable de 20 à 65 ans, l'incidence de la tuberculose-maladie augmente de manière importante chez les plus de 65 ans pour atteindre son maximum (17,1/10⁵) chez les plus de 85 ans.

Chez l'enfant, l'incidence la plus élevée est observée chez les 0-4ans (2,4/10⁵) et particulièrement chez les nourrissons de moins de 1 an (4,4/10⁵) (Figure 3).

| Figure 3 |

Nombre de cas et taux de déclaration de tuberculose-maladie par classe d'âges, Picardie, 2000 - 2010



Parmi les 1250 cas déclarés en Picardie de 2000 à 2010, 75 % présentait une tuberculose pulmonaire isolée ou associée à une localisation extra pulmonaire et 25 % une forme localisation pulmonaire stricte. Quinze cas de tuberculose neuro-méningée ont été déclarés de 2001 à 2009 chez des patients âgés de 16 à 85 ans dont 87% présentait une autre localisation.

La culture était positive chez 80,9% des cas renseignés (440/544).

Cinquante huit pour cent des cas étaient bacillifères en début de traitement (cas pulmonaires avec culture positive ou examen direct positif sur prélèvement respiratoire). Quinze méningites tuberculeuses et deux formes miliaires ont été déclarées. Aucune de ces deux formes n'a été retrouvée chez un enfant de moins de 5 ans.

De 2000 à 2009, 107 décès attribués à la tuberculose ont été enregistrés (source CépiDC) dont 25 âgés de moins de 65 ans.

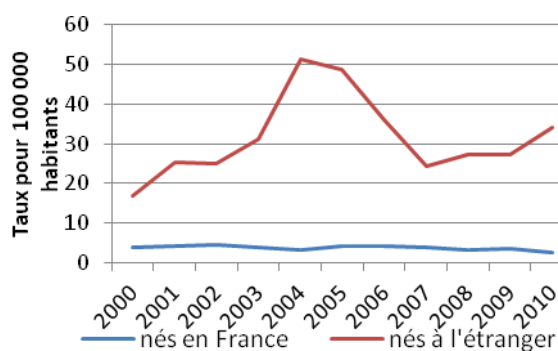
Parmi les 1250 cas déclarés depuis 2000 et pour lesquels l'information était disponible, 29,4 % étaient nés à l'étranger (vs 49 % au niveau national) : 13 % en Afrique subsaharienne, 8,6 % en Afrique du Nord, 3 % en Europe, 2,5 % en Asie et 29,3 % dans un autre pays.

Le taux de déclaration de tuberculose-maladie était en moyenne neuf fois plus élevé chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France. Sur la période d'étude, le taux de déclaration de tuberculose-maladie est en diminution constante chez les personnes nées en France (4/10⁵ en 2000 versus 2,7/10⁵ en 2010). En revanche, une augmentation importante du taux de déclaration a été observée, de 2003 à 2006, chez les personnes nées à l'étranger, suivie d'une diminution importante en 2007. La tendance est de nouveau à l'augmentation depuis 2008. Les taux importants, observés au milieu des années 2000 chez les personnes nées à l'étranger, étaient notamment liés à une augmentation des cas déclarés dans le département de l'Oise (Figure 4).

Un peu plus d'1/3 (37,5%) des cas recensés chez des personnes nées à l'étranger (information disponible depuis 2003) étaient arrivés en France dans les deux ans précédant le diagnostic de tuberculose et 41,3 % des cas résidaient en France depuis plus de 10 ans.

Les cas de tuberculose nés à l'étranger étaient plus jeunes que ceux nés en France (âge moyen respectivement de 39 ans versus 52 ans).

Evolution du taux de déclaration de tuberculose-maladie selon l'année et le pays de naissance (France et étranger), Picardie, 2000-2010



Source : INSEE (recensements 1999 et 2006)

Depuis 2000, 173 cas (13,8 %) sont survenus chez des personnes hébergées en collectivité : 64 (5,1 %) dans des centres d'hébergement collectif, 48 (3,8 %) dans un établissement pour personnes âgées, 9 (0,7 %) dans un établissement pénitentiaire et 47 (3,7 %) dans un autre type d'hébergement.

Depuis 2003, 53 tuberculoses (4,2 %) sont survenues chez des sujets exerçant une profession à caractère sanitaire et social et 13 (1 %) chez des SDF.

Les résultats de l'antibiogramme pour l'isoniazide et la rifampicine étaient renseignés pour seulement 15% des 533 cas de tuberculose-maladie déclarés ces 5 dernières années (2006 à 2010). Quatre cas de tuberculoses multi-résistantes (résistance à au moins l'isoniazide **et** la rifampicine), sans antécédent de tuberculose traitée, ont été déclarés en 2006 chez 2 patients ayant présenté une tuberculose pulmonaire et 2 patients avec une tuberculose extra pulmonaire. Etant donné le faible effectif renseigné, ces chiffres doivent être interprétés avec précaution et ne pas être assimilés à un taux de multi-résistance.

2. Infections tuberculeuses latentes

De 2005 à 2010, 31 cas d'infections tuberculeuses latentes ont été déclarés en Picardie (24 dans l'Oise, 7 dans l'Aisne et aucun dans la Somme).

3. Références

- [1] Allenbach D., Montagnier B., Souche A. et al. La population traitée par médicaments antituberculeux en 2003 : les données du régime général de l'Assurance maladie. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 2004, 35, 4, p. 223-232.
- [2] Figoni J. et al. *Bull Epidemiol Hebd*, 2011, 22 :258-260. [Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009](#)
- [3] [Epidémiologie de la tuberculose en France en 2010](#). Julie Figoni, InVS. (pdf, 275 Ko)
- [4] [Suites du programme national de lutte contre la tuberculose](#). Catherine Guichard, DGS. (pdf, 122 Ko)

CRITERES DE SIGNALEMENT / NOTIFICATION

L'infection tuberculeuse latente (ITL ou primo-infection) dépistée chez un enfant de moins de 15 ans est à déclaration obligatoire :

IDR à 5U positive sans signe clinique ni para clinique (induration >15 mm si BCG, ou >10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans)

L'âge médian des cas était de 6 ans [min-max : 0-14ans]. Les circonstances du diagnostic étaient le dépistage autour d'un cas de tuberculose – maladie pour tous les cas renseignés (45%).

RECOMMANDATIONS VACCINALES

Depuis 2007 la vaccination par le BCG des enfants et adolescents avant l'entrée en collectivité n'est plus obligatoire. Cependant, cette suspension d'obligation de vaccination a été accompagnée d'une recommandation forte de vaccination des enfants les plus exposés au risque de tuberculose :

- nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, AME, ...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

L'efficacité de la vaccination par le BCG réside essentiellement dans la prévention des méningites et miliaires tuberculeuses des jeunes enfants et doit être réalisée au plus tôt, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie.

I Surveillance des Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) en Picardie (1996-2010) |

1. Définition de cas

Une Tiac est définie par la « 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 ».

2. Surveillance et sources de données

Le signalement immédiat et la déclaration obligatoire (DO) des Tiac permet aux Cellules Régionales de Veille et de Gestion Sanitaire des Agences régionales de santé (ARS) et aux Directions départementales de la protection des populations (DDPP) de réaliser des enquêtes épidémiologiques et vétérinaires destinées à identifier le/les aliment(s) responsable(s) et les facteurs favorisants afin de prendre des mesures spécifiques pour prévenir les récurrences.

Toute Tiac doit faire l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire départementale (ARS ou DDPP). Cette déclaration est obligatoire : « d'une part pour tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence, d'autre part, pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouvent les malades ». Les données de la déclaration obligatoire proviennent de plusieurs sources :

- les notifications aux CVGS des ARS dans le cadre de la déclaration obligatoire. Ces déclarations sont transmises à l'Institut de veille sanitaire (InVS), accompagnées le cas échéant du rapport d'investigation du foyer de Tiac ;
- les déclarations aux DDPP qui font l'objet d'une transmission à la Direction Générale de l'Alimentation (DGAI) et ultérieurement de l'envoi d'un rapport d'investigation.
- les Tiac déclarées par les laboratoires au Centre National de Référence (CNR) des *Salmonella* et *Shigella* lors de l'envoi des souches.

La synthèse et l'analyse des données sont réalisées par l'InVS après mise en commun des informations de ces sources et élimination des doublons.

3. Sources de déclaration

Les principales sources de déclaration sont les médecins hospitaliers (32 %), les médecins généralistes (15%) et les responsables d'établissements (10 %).

4. Evolution et caractéristiques des TIAC déclarées en Picardie de 1996 à 2010

De 1996 à 2010, 10797 foyers de Tiac ont été déclarés au niveau national dont 233 foyers (2 %) en Picardie : 64 foyers dans l'Aisne, 90 foyers dans l'Oise et 79 dans la Somme. Le nombre de Tiac déclarées a fortement augmenté en France depuis 2006. En Picardie, la même tendance est observée, malgré une baisse des déclarations en 2008 (figure 1).

L'augmentation du nombre de foyers déclarés en France depuis 2006 est liée à :

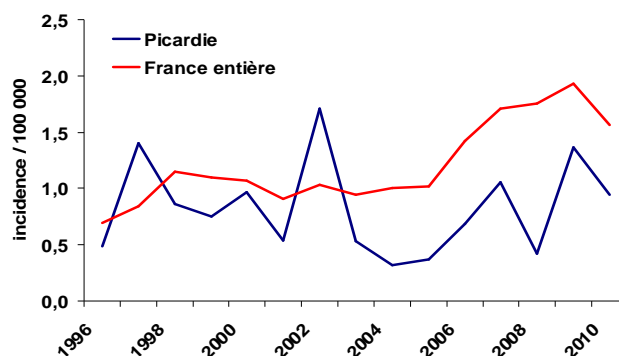
- l'utilisation de plus en plus généralisée du logiciel WinTiac dans les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et Cellules de Veille et de Gestion Sanitaires des ARS depuis 2004, permettant un signalement plus rapide et plus systématique ;
- la mise en relation systématique des données des Centres nationaux de référence (CNR) pour lesquelles la notion de cas groupés est connue (particulièrement concernant les salmonelles et les virus entériques) avec les données de la déclaration obligatoire, permettant de documenter des événements qui n'avaient pas fait l'objet d'une déclaration obligatoire (DO) initialement ;
- l'important effort fait à partir de l'année 2006 par le bureau des alertes de la Direction générale de l'alimentation (DGAI) visant à systématiser la remontée rapide d'informations des Directions départementales des services vétérinaires (DDSV).

Sur la période 1996-2010, les 233 Tiac déclarées en Picardie ont été à l'origine de 2944 malades dont 359 hospitalisations, soit un taux d'hospitalisation de 12 %.

Deux décès ont été signalés en 1996 et 2008 dont l'un au décours d'une Tiac familiale et l'autre, au décours d'un banquet. Dans les 2 cas, les résultats des investigations orientaient vers une infection à *Salmonella*, hypothèse confirmée (*Salmonella* Typhimurium) dans l'une des deux Tiac, l'étiologie n'ayant pas pu être confirmée pour l'autre Tiac.

Figure 1

Evolution de l'incidence des foyers de Tiac déclarés en Picardie, 1996-2010



4.1 Agents étiologiques identifiés ou suspectés

L'agent étiologique a été confirmé ou suspecté, sur des critères cliniques et épidémiologiques, dans 76 % des Tiac déclarées de 1996 à 2010 et l'agent étiologique a été isolé dans l'aliment ou dans un prélèvement biologique dans 46 % des Tiac (Tableau 1).

Les salmonelles étaient en cause dans la moitié des foyers confirmés ou suspectés et le sérotype Enteritidis a été retrouvé dans les 3/4 des foyers confirmés à *Salmonella*.

Les salmonelles étaient responsables de 58 % des malades parmi les foyers confirmés et 2/3 des hospitalisations étaient liées à des infections à *Salmonella* confirmées ou suspectées. Parmi les foyers dont l'agent était suspecté à partir des éléments cliniques et épidémiologiques recueillis lors de l'investigation, les foyers d'intoxications à *Staphylococcus* prédominaient (38 % des foyers et 15 % des malades) mais *Bacillus cereus*, qui représentait moins de foyers (23 %) était responsable d'une proportion plus importante de malades (30 %) (tableau 1).

Tableau 1

Distribution du nombre de foyers de Tiac, du nombre de cas, d'hospitalisés et de décès selon l'agent étiologique identifié ou suspecté, Picardie, 1996-2010

Agents confirmés	Foyers		Nombre cas		Décès	Hospitalisation	
	N	% ^{1,2}	N	% ^{1,2}		N	% ^{1,2}
<i>Salmonella</i>	80	74,8	689	58,5	1	160	71,4
dont							
<i>Enteritidis</i>	46	61,5	292	42,4	0	102	63,8
<i>Typhimurium</i>	14	18,7	169	24,5	1	27	16,9
autres sérotypes	2	2,7	116	16,8	0	0	0,0
Sérotypes indéterminés	18	24,1	110	16,0	0	29	18,1
<i>Clostridium Perfringens</i>	4	3,7	46	3,9	0	5	2,2
<i>Enterotox. Staph.</i>	15	14,0	314	26,7	0	53	23,7
<i>Bacillus</i>	1	0,9	43	3,7	0	0	0,0
Histamine	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0
Virus entérique	1	0,9	19	1,6	0	0	0,0
Autres pathogènes	6	5,6	68	5,8	0	8	3,6
Total agent confirmé	107	45,9	1177	40,0	0	224	62,4
Agents suspectés							
<i>Salmonella</i>	9	12,7	125	12,5	1	19	36,5
<i>Clostridium Perfringens</i>	9	12,7	164	16,4	0	4	7,7
<i>Enterotox. Staph.</i>	27	38,0	151	15,1	0	27	51,9
<i>Bacillus</i>	16	22,5	297	29,8	0	0	0,0
Histamine	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0
Virus entérique	4	5,6	140	14,0	0	0	0,0
Autres pathogènes	6	8,5	121	12,1	0	2	3,8
Total agent suspecté	71	30,5	998	33,9	0	52	14,5
Agent inconnu	55	23,6	769	26,1	0	83	23,1
Total	233	100,0	2944	100,0	2	359	100,0

¹ Pour les différents agents, % du total des agents déterminés

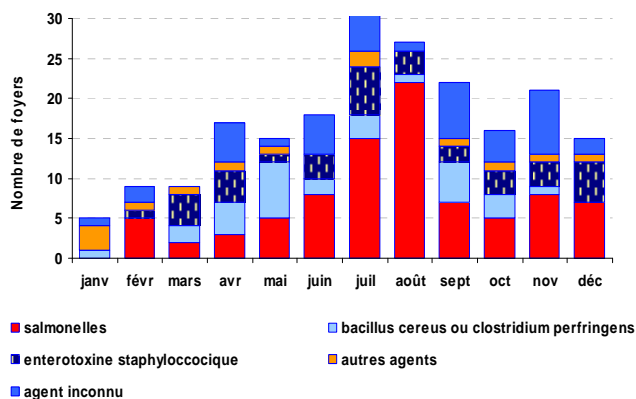
² Pour les sérotypes de salmonelles, % du total des salmonelles.

4.2 Principales caractéristiques épidémiologiques

La distribution mensuelle des foyers de Tiac notifiées est caractérisée par une recrudescence estivale avec près de 40% des foyers survenant de juillet à septembre dont 55 % imputées à des salmonelles (figure 2).

Figure 2

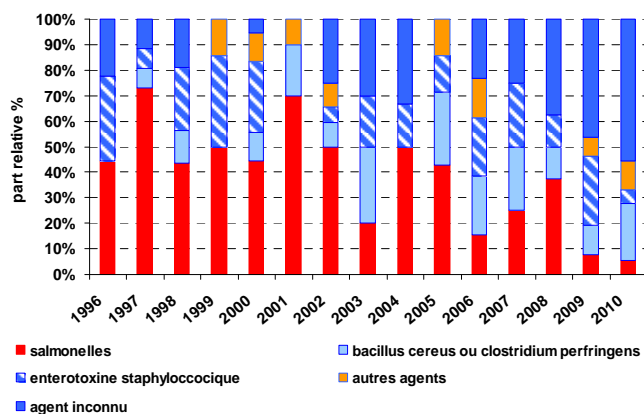
Distribution mensuelle des foyers de Tiac notifiés selon l'agent identifié ou suspecté. Picardie, 1996-2010



En Picardie, à l'instar du reste de la France, la part relative des foyers dus aux salmonelles connaît, depuis 2003, une diminution significative par rapport à la période 1996-2002 (32 % versus 63 % ; $p < 0,001$). Cette évolution résulte probablement des mesures de contrôle importantes mises en œuvre dans les années 90 pour lutter contre les contaminations dans la filière volaille. A l'inverse, la part des foyers dont l'étiologie est inconnue est en augmentation significative (16% versus 35% ; $p < 0,001$) et celle due à d'autres agents reste globalement stable (figure 3).

Figure 3

Evolution de la part relative des principaux agent identifiés ou suspectés dans les Tiac notifiées en Picardie de 1996 à 2010



4.3 Lieux de survenue

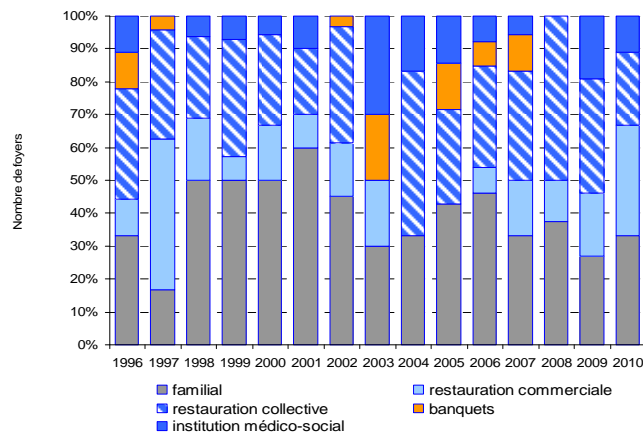
Le nombre moyen de malades par foyer était de 6 en milieu familial [min-max : 2-42] et de 18 en restauration collective [min-max : 2-134].

Les Tiac familiales et les Tiac en restauration collective représentent respectivement 41 % et 33 % des foyers notifiés. Les Tiac en restauration collective ont été à l'origine de 55 % des malades pour respectivement 18% et 8% pour les Tiac familiales et en restauration commerciale.

On n'observe pas en Picardie de tendance évolutive significative des Tiac déclarées selon le lieu de survenue (figure 4).

Figure 4

Part évolutive des Tiac selon le lieu de survenue. Picardie, 1996 à 2010



4.4 Aliments identifiés ou suspectés

L'aliment responsable a été identifié ou suspecté dans 71 % des foyers et l'agent étiologique a été isolé dans l'aliment responsable dans 20 % des foyers. Les aliments les plus fréquemment en cause étaient les œufs et les produits préparés à base d'œufs crus ou peu cuits (43 % des foyers de Tiac pour lesquels l'aliment a été identifié ou suspecté).

Les œufs et préparations à base d'œufs étaient en cause dans plus des 2/3 (69 %) des Tiac à salmonelles, notamment en milieu familial ; les viandes en sauce et plats ayant nécessité des manipulations étant plus fréquemment à l'origine de Tiac à C. Perfringens, S.aureus ou B.cereus.

4.5 Facteurs contributifs et mesures correctrices

Dans 38 % des foyers de Tiac notifiés, au moins un facteur contributif de la survenue de la Tiac a été identifié (non mutuellement exclusifs) :

- contamination par l'équipement (43 %) ;
- non respect de la chaîne du froid (46 %) ;
- erreurs dans le processus de préparation (38 %) ;
- matières premières contaminées (24 %) ;
- contamination par le personnel (32 %) ;
- un délai important entre préparation/consommation (34 %).

Trente-deux pour cent des foyers de TIAC signalés ont fait l'objet de mesures correctrices (non mutuellement exclusif) :

- travaux dans l'établissement (65 %) ;
- information auprès du personnel (57 %) ;
- mesures prises auprès du personnel (50 %) ;
- désinfection de l'établissement (32 %) ;
- saisie des denrées (23 %) ;
- personnel écarté de la préparation (18 %) ;
- fermeture de l'établissement (14 %).

5. Conclusion

Depuis 2006, on observe en Picardie une relative stabilité du nombre de foyers de Tiac déclarés. L'analyse des caractéristiques de leurs caractéristiques montre que les efforts d'application des recommandations concernant la restauration collective doivent être poursuivis compte tenu du nombre important de malades générés :

- respect des bonnes pratiques de transport, stockage et préparation des aliments ;
- respect strict des chaînes du chaud et du froid ;
- l'utilisation de mayonnaises industrielles, de préparations à base d'œufs pasteurisés et de poudre d'œufs est recommandée et doit être privilégiée en restauration collective.

En milieu familial, le respect des recommandations suivantes permettra de réduire les risques liés à la consommation d'œufs crus ou peu cuits :

- placer rapidement après l'achat les œufs dans le réfrigérateur (4° C), où ils seront conservés pendant une durée n'excédant pas deux semaines ;
- pour les personnes les plus vulnérables (personnes âgées, personnes immunodéprimées et jeunes enfants), il est recommandé de ne pas consommer d'œufs crus ou peu cuits (une cuisson complète doit rendre fermes le blanc et le jaune) ;
- les préparations à base d'œufs crus ou peu cuits (mayonnaise, crèmes, mousses au chocolat, pâtisseries...) doivent être élaborées le plus près possible du moment de la consommation et maintenues au froid ;
- Enfin, les viandes hachées et les viandes de volaille doivent être consommées cuites « à cœur ».
- Le signalement et la déclaration des TIAC doivent donc continuer à être stimulés afin d'améliorer l'exhaustivité.

6. Références

[1] Risques microbiologiques alimentaires dans les produits d'origine animale : surveillance et évaluation. BEH Hors-série/2012. [BEH-Hors-serie-2012](#)

[2] Delmas G, Jourdan da Silva N, Pihier N, Weill F-X, Vaillant V, de Valk H. [Les toxi-infections alimentaires collectives en France entre 2006 et 2008](#). Bull épidémiol Hebd 2010;31-32:344-8

[3] J M Pigeon, C Vanbockstael, M R Popoff et al. Two outbreaks of botulism associated with consumption of green olive paste, France, September 2011. Eurosurveillance, Volume 16, Issue 49, 08 December 2011 disponible à l'URL suivante : <http://eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20035>

Du signalement aux mesures de contrôle...

Toxi-infection alimentaire collective chez les participants à un dîner-spectacle, Oise-avril 2011

Le 4 avril 2011, l'Agence régionale de santé (ARS) de Picardie était alertée par le maire d'une commune de l'Oise d'une possible toxi-infection alimentaire collective (Tiac) survenue chez une cinquantaine de personnes ayant participé, le samedi 2 avril au soir, à un dîner spectacle rassemblant 150 convives, organisé par le comité des fêtes.

Quatre-vingt deux pour cent des convives interrogés ont présenté un épisode de gastro-entérite non fébrile dans les heures suivant leur participation au dîner spectacle.

Les investigations épidémiologiques et microbiologiques, mises en œuvre par l'antenne picarde de la Cellule de l'InVS en région Nord, la Cellule de Veille et de Gestion Sanitaire (CVGS) de l'ARS Picardie et la Direction départementale de la protection des populations de l'Oise (DDPP), ont confirmé l'origine alimentaire de cet épisode lié à la contamination massive par *Clostridium perfringens* du chili con carne servi lors du dîner.

Une visite d'inspection sanitaire, effectuée le 4 avril par la DDPP dans l'établissement de préparation (traiteur) du repas a mis en évidence plusieurs non-conformités susceptibles d'être à l'origine de contamination ou de dégradation des denrées préparées dans l'établissement qui ont donné lieu à des mises en demeure et recommandations afin de prévenir les récurrences.

Alerte au botulisme de type A, septembre 2011 [3]

Le botulisme est une neuro-intoxication due à une puissante neurotoxine bactérienne produite par *Clostridium botulinum*. En France, le botulisme est une affection rare (<1 cas/1 000 000). Sa forme la plus fréquente est alimentaire et résulte de l'ingestion d'un aliment contenant de la toxine botulique préformée.

Entre le 3 et le 5 septembre, 2 TIAC familiales à *Clostridium botulinum* ont été signalées aux ARS Paca et de Picardie.

La première TIAC, survenue dans le Vaucluse, impliquait 5 des 8 convives, ayant partagé un repas familial le 01/09/11, lors duquel des préparations de tapenades artisanales, achetées dans une épicerie du sud-est de la France. Cinq convives avaient présenté des signes évocateurs de botulisme dans les 48 heures et trois d'entre eux avaient développé une paralysie respiratoire justifiant une prise en charge de réanimation.

La 2^{ème} TIAC est survenue dans la Somme suite à un repas commun partagé, le 3 septembre au soir, par 6 convives, dont trois ont développé un botulisme sévère (paralysie respiratoire) dans les 24 heures suivant la consommation de tapenades artisanales, achetées par un des convives dans une épicerie du sud-est de la France.

La survenue concomitante de ces 2 foyers de Tiac à botulisme, non géographiquement groupés, chez des personnes ayant consommé des produits similaires, achetés dans le sud-est de la France, a permis d'identifier rapidement l'origine commune et le circuit de distribution des préparations artisanales à l'origine de ces 2 Tiac. Un retrait/rappel de toutes les préparations a été aussitôt effectué. La vente de ces produits, durant la saison touristique estivale et sur internet, a donné lieu à une alerte nationale et internationale via le réseau d'alerte européen.

Critères de signalement / notification

Au moins l'un des quatre critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoque ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCR, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) ou d'une lésion cutanée purpurique.

2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR

3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie)

ET :

- soit, présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,

- soit, présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR, le sang ou les urines.

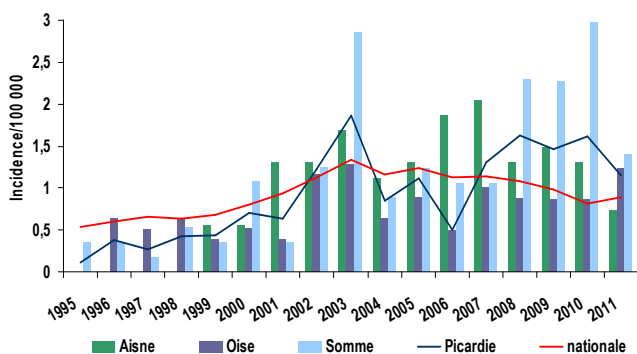
4. Présence d'un *purpura fulminans* (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome).

1/ Evolution de l'incidence des IIM en Picardie

Au total, 307 cas d'IIM ont été déclarés de 1995 à 2011 en Picardie : 89 cas dans l'Aisne, 98 cas dans l'Oise et 120 cas dans la Somme. L'incidence des IIM, tous sérogroupes confondus, avait plus que doublé, dans la Somme, entre 2007 (1,06/10⁵) et 2008 alors qu'elle demeurait stable, sur la période d'étude, dans les 2 autres départements. Cette augmentation d'incidence des IIM, tous sérogroupes confondus, dans la Somme était liée à l'émergence d'un foyer d'hyperendémie d'IIM dues au clone B14:P1:7,16 dans 4 cantons limitrophes de la zone de Dieppe en Seine-Maritime. Les caractéristiques épidémiologiques de ce foyer font l'objet d'un paragraphe spécifique.

Figure 1

Evolution de l'incidence des IIM tous sérogroupes confondus en Picardie et France entière, 1995-2011.



2/ Répartition par sérogroupes

Quatre vingt quatorze pour cent des IIM déclarées en Picardie de 1995 à 2011 ont pu être sérotypées. Les IIM dues au sérotype B prédominent (78%). Celles dues aux sérogroupes C représentent

15% des cas et celles dues aux autres sérogroupes (W, Y, X et U) 7% des cas.

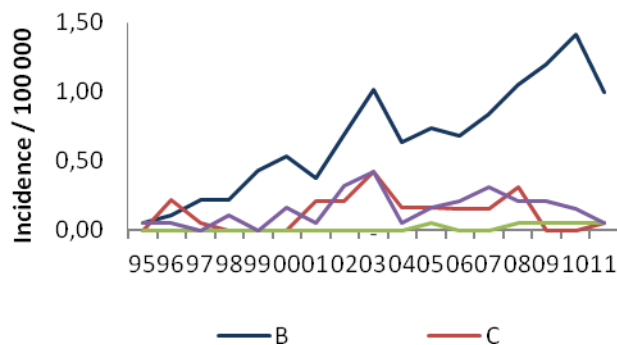
De 1995 à 2010, une augmentation constante de l'incidence des IIM B a été observée en Picardie, avec deux pics, en 2003 (1,01/10⁵) et en 2010 (1,41/10⁵). L'augmentation importante de l'incidence des IIM B, observée en 2009 et 2010 était liée à l'émergence du foyer d'hyperendémie des IIM B14:P1:7,16 dans la Somme. En 2011, la diminution de l'incidence régionale des IIM B, résulte d'une diminution importante des cas confirmés et possibles d'IIM B14:P1:7,16 dans ce département suite à la campagne de vaccination par le MenBvac®, mise en œuvre début 2009 dans les 4 cantons touchés par l'hyperendémie, et des vaccinations mises en œuvre systématiquement autour des cas confirmés ou possible survenant dans le reste du département (cf. Point sur le foyer d'hyperendémie d'IIM B14:P1:7,16 dans la Somme).

L'incidence des IIM dues aux autres sérogroupes est globalement stable sur la période d'étude.

En 2011, 22 cas d'IIM ont été notifiés en Picardie (incidence régionale 1,15/10⁵ habitants) : 4 cas dans l'Aisne (0,74/10⁵), 10 cas dans l'Oise (1,24/10⁵) et 8 cas dans la Somme (1,4/10⁵).

Figure 2

Evolution de l'incidence des principaux sérogroupes en Picardie, 1995-2011.



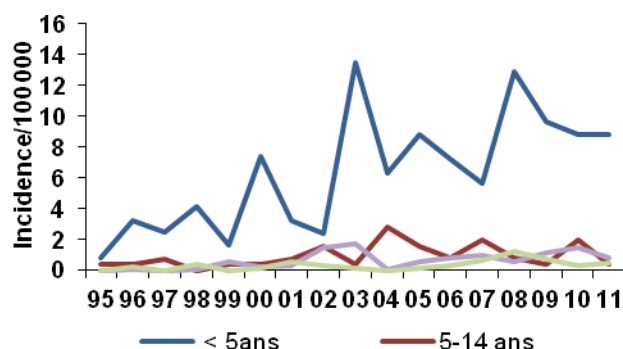
3/ Caractéristiques des cas

Le sexe-ratio H/F des cas déclarés de 1995 à 2011 était de 1,2.

De 1995 à 2011, l'incidence la plus élevée des IIM, tous sérogroupes confondus, est observée chez les enfants de moins de 5 ans avec deux pics, en 2003 et 2008. Dans les autres classes d'âge, l'incidence est globalement stable sur la période d'étude.

Figure 3

Evolution de l'incidence des IIM, tous sérogroupes confondus, selon la classe d'âges. Picardie, 1995-2011



La proportion de *Purpura fulminans* (PF) chez les cas, déclarés en Picardie de 1995 à 2011, était de 30% (versus 25% au niveau national en 2010), globalement identique dans les 3 départements.

Avec 41 décès rapportés entre 1995 et 2011, la létalité était de 14,6% (41/280) (versus 10% au niveau national en 2010) sur toute la période, globalement identique dans les 3 départements.

4/ Mesures de contrôle autour des cas

Au total, 7579 personnes ont bénéficié d'une chimioprophylaxie dont 4406 en collectivité et 3173 dans l'entourage familial des 307 cas d'IIM notifiés entre 1995 et 2011.

En outre, la chimioprophylaxie a été complétée par une vaccination préventive pour 841 personnes dont 417 en collectivité et 424 dans l'entourage des cas d'IIM C, Y, W 135 et IIM B14:P1.7,16 dans la Somme.

Point sur le foyer d'hyperendémie d'IIM B14 :P1 :7,16 dans la Somme

1/ Contexte

A partir de 2003, la zone de Dieppe, en Seine-Maritime, a connu une situation d'hyperendémie d'infections invasives à méningocoques (IIM) de sérotype B, liées à un clone virulent de phénotype B:14:P1.7,16.

A partir de 2008, ce foyer d'hyperendémie a diffusé dans 4 cantons de la Somme, situés à l'Ouest d'Abbeville (Ault, St Valery sur Somme, Friville Escarbotin et Gamache) et limitrophes de Seine Maritime. Dans ces 4 cantons, l'incidence des IIM dues à la souche B:14 :P1.7,16 a considérablement augmenté à partir de fin 2008, témoignant de l'émergence d'un nouveau foyer d'hyperendémicité (figure 4).

Pour lutter contre cette hyperendémicité, une campagne de vaccinations par le vaccin MenBvac®, dirigé contre la souche B14:P1.7,16, avait été mise en œuvre, dès 2006 en Seine Maritime. Au vu de l'extension géographique de ce foyer d'hyperendémie, la campagne de vaccinations a été élargie, début 2009, à plusieurs autres cantons de Seine-Maritime et de la Somme. Dans la Somme, les personnes ciblées par cette campagne de vaccinations sont les personnes, âgées de 2 mois à 24 ans, résidant, scolarisées ou gardées dans les 4 cantons correspondant au nouveau foyer d'hyperendémicité (Ault, Friville-Escarbotin, Gamaches et Saint-Valéry-sur-Somme).

Parallèlement, la surveillance épidémiologique des IIM a été renforcée afin de décrire les cas, suivre l'évolution de l'incidence et orienter les mesures de contrôle.

- Un cas confirmé est un cas d'IIM de sérotype B, de sérotype 14 et de sous-type P1.7,16, ou un cas d'IIM B diagnostiqué par PCR, de sérotype indéterminé mais de sous-type P1.7,16, déterminé par séquençage du gène *porA* (VR1:7 VR2:16)
- Un cas possible est un cas d'IIM B de sérotype ou sous-type inconnu ne permettant pas d'exclure la souche B:14:P1.7,16, ou cas d'IIM de sérotype inconnu
- Les autres cas sont les cas d'IIM B de sérotypes et sous-types différents de la souche B:14:P1.7,16, et les cas dus à d'autres sérotypes

2/ Incidence et caractéristiques des cas

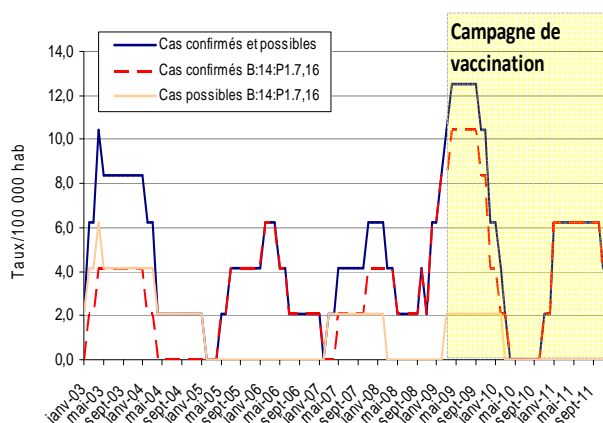
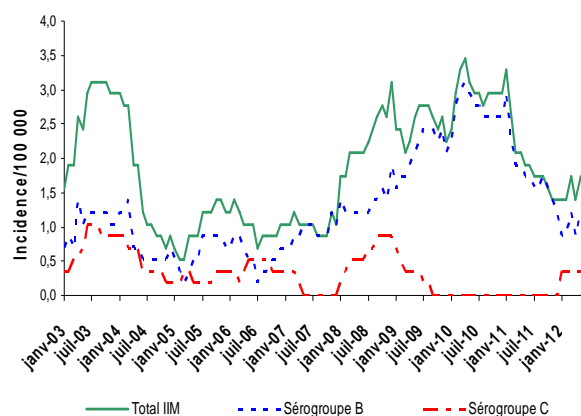
Au total, depuis 2008, 19 cas confirmés d'IIM B14:P1.7,16 sont survenus chez des personnes résidant dans la Somme dont 8 (42%) géographiquement groupés chez des résidents des cantons d'Ault, Friville-Escarbotin, Gamache et Saint-Valéry sur Somme (figure 5).

Les figures 4 et 4 bis mettent en évidence l'augmentation importante, à partir de mi-2008 dans la Somme, de l'incidence des IIM, tous sérotypes confondus, et de celle des IIM dues à la souche B14:P1.7,16 dans les 4 cantons situés à l'ouest d'Abbeville, où l'incidence glissante sur 52 semaines des cas confirmés et possibles d'IIM B14 :P1.7,16 était, début 2009, 7 fois plus élevée (12/10⁵) que dans le reste du département (1,7/10⁵).

Le clone B14:P1.7,16 était en cause dans 79% des 19 cas pour lesquels la souche a pu être typée au Centre national de référence des méningocoques.

Figure 4 et 4 bis |

Incidence glissante sur 52 semaines des cas d'IIM déclarés dans la Somme et des cas confirmés ou possibles d'IIM B14 :P1.7, 16 survenus dans les 4 cantons situés à l'ouest d'Abbeville de 2003 à 2011



L'incidence annuelle moyenne des cas confirmés d'IIM B14:P1.7,16 la plus élevée est observée chez les moins de 5 ans. Dans la zone d'hyperendémie des cas cantons situés à l'ouest d'Abbeville, elle est près de 20 fois plus élevée chez les moins de 5 ans que dans le reste du département (tableau 1).

Parmi les cas confirmés d'IIM B14:P1.7,16 recensés dans la Somme depuis 2008, la proportion de *Purpura fulminans* et la létalité sont respectivement de 47% et 21% versus 29% et 16% chez les cas dus à d'autres sérogroupes ou autres phénotypes de méningocoques B.

3/ Conclusions

La campagne de vaccination MenBvac®, implémentée début 2009 dans les 4 cantons situés à l'ouest d'Abbeville pour lutter contre l'hyperendémicité des IIM B14:P1.7,16, a permis d'observer, début 2010, une diminution importante de l'incidence des IIM dans tout le département et notamment dans la zone d'hyperendémie. Néanmoins, la survenue, fin 2010-début 2011 dans les 4 cantons situés à l'ouest d'Abbeville, de 3 nouveaux cas chez des jeunes enfants non vaccinés et d'un autre cas, en mai 2012, chez un adolescent qui avait reçu 3 doses de vaccin, témoignent de la **circulation persistante de la souche B14:P1.7,16** dans cette zone et de la **couverture vaccinale insuffisante** dans la population. Les derniers résultats des tests d'immunogénicité du vaccin MenBvac® ont conduit le Haut Conseil de la Santé Publique à recommander, dans son rapport du 9 septembre 2011, une modification du schéma vaccinal à 4 doses. La survenue récente, en Seine Maritime et dans la Somme, de nouveaux cas d'IIM B14:P1.7,16 chez des personnes qui avaient reçu 3 doses de vaccin, illustre la nécessité d'augmenter rapidement le niveau de couverture vaccinale (**4 doses**) dans les zones d'hyperendémicité de la souche B14:P1.7,16.

La surveillance épidémiologique renforcée montre que, dans le reste du département, des cas d'IIM B14:P1.7,16 continuent de survenir de manière sporadique sans qu'aucun nouveau foyer d'hyperendémicité n'ait, à ce jour, été identifié.

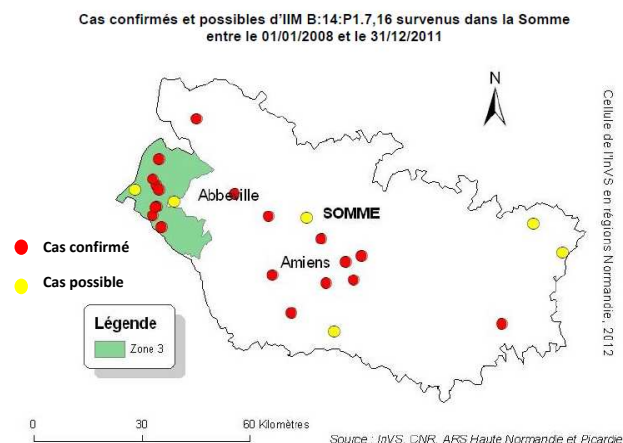
I Tableau 1 |

Incidence annuelle moyenne selon la classe d'âge des cas confirmés d'IIM B14:P1.7,16 dans la zone des 4 cantons situés à l'ouest d'Abbeville et dans le reste du département, 2008-2011

Incidence annuelle moyenne / 100 000 2008-2011	Zone d'hyperendémie des 4 cantons situés à l'ouest d'Abbeville	Reste du département de la Somme
<5 ans	59,5	3,1
5 - 14 ans	4,3	0,4
15 - 24 ans	9,0	1,3
> 25 ans	0,0	0,1
Total	4,3	0,5

I Figure 5 |

Répartition géographique des cas d'IIM B14:P1.7,16 selon la commune de résidence. Somme, 2008 à 2011



La rougeole en Picardie 2006 - 2011

L'interruption de la circulation endémique du virus de la rougeole en 2010 était un des objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la région européenne. Pour y répondre, la France avait mis en place en 2005 un plan national d'élimination de la rougeole, fixant notamment un objectif de couverture vaccinale de 95 % à l'âge de 2 ans. La rougeole est redevenue, en 2005, une maladie à déclaration obligatoire et tout cas, clinique ou confirmé, doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) sans attendre les résultats biologiques, afin que soient rapidement mises en œuvre les mesures de contrôle autour du cas. Il est, par ailleurs, recommandé de confirmer biologiquement les cas de rougeole.

Critères de signalement / notification

- **Cas clinique** : fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée à une éruption maculopapuleuse 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

Alors que le dispositif de la déclaration obligatoire ne recensait qu'une quarantaine de cas en 2006 et 2007, trois vagues épidémiques ont été observées en France depuis fin 2008 avec 604 cas notifiés en 2008, 1 525 en 2009, 5 075 en 2010 et près de 15 000 cas pour l'année 2011.

1/ Evolution du nombre de cas déclarés dans la région Picardie

En Picardie, alors qu'aucun cas n'avait été déclaré en 2006 et 2007, 3 en 2008 (dans l'Aisne), 20 en 2009 dont 13 dans l'Oise. A partir d'avril 2010, la majorité des signalements concernaient des cas de rougeole survenus au sein d'une importante communauté de gens du voyage insuffisamment vaccinée et installée sur une aire d'accueil de l'Oise. Au total, 35 cas ont été recensés au sein de cette communauté et d'autres cas ont été recensés, dès le mois de mai, dans la population domiciliée aux alentours de l'aire d'accueil, en raison d'une couverture vaccinale également insuffisante.

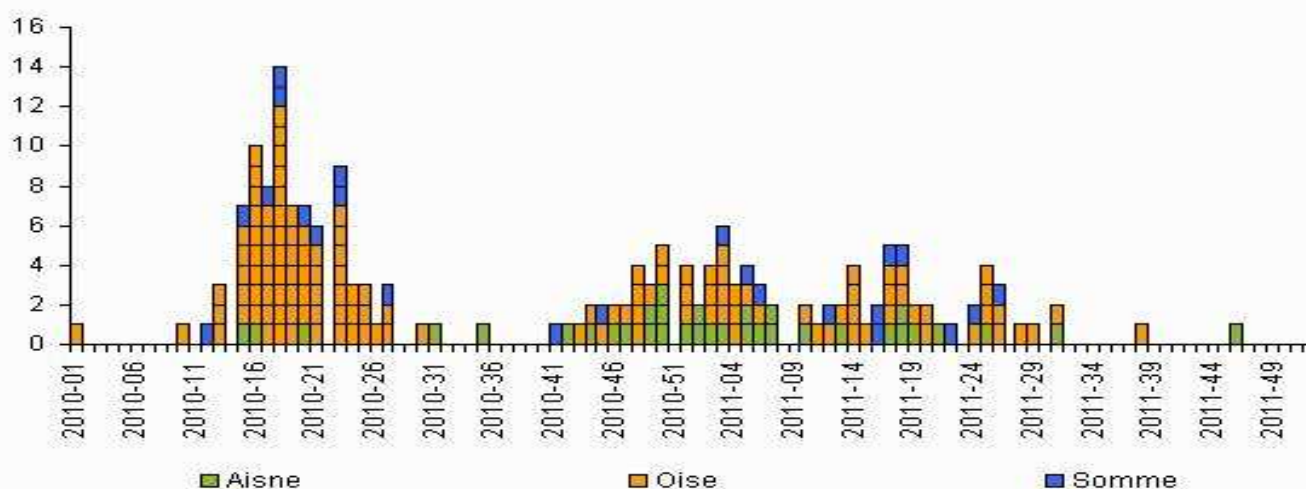
Une seconde vague épidémique, touchant les trois départements, a débuté en novembre 2010 pour atteindre un pic en fin d'année (fig 1). La troisième et dernière vague, de plus faible ampleur, a atteint son pic au début du mois de mai 2011. Depuis, la situation s'est stabilisée et l'épidémie semble circonscrite sur la région.

L'incidence annuelle des cas déclarés dans la région était de 6 cas pour 10^5 habitants en 2010, comparable à l'incidence nationale ($5,2/10^5$). Elle a diminué en 2011, passant à 3,7 cas pour 10^5 habitants, très inférieure à l'incidence des cas déclarés en France sur cette période (près de $20/10^5$).

La situation épidémiologique est devenue épidémique à partir de 2010, avec 114 cas de rougeole déclarés à l'ARS de Picardie dont 87 résidaient dans l'Oise.

Figure 1

Nombre hebdomadaire de cas de rougeole déclarés en Picardie selon le département de résidence. Janvier 2010 - décembre 2011



2/ Principales caractéristiques des cas déclarés depuis le début de l'épidémie (janvier 2010 – décembre 2011)

L'âge moyen des cas déclarés était de 18 ans et le sexe-ratio H/F de 1.

Soixante cinq pour cent des cas étaient biologiquement confirmés par détection d'IgM salivaires et/ou sériques.

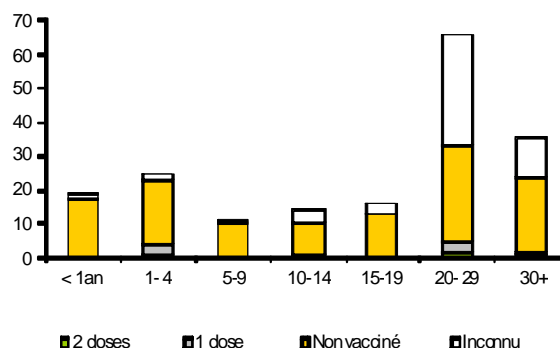
Quarante sept pour cent ont fait l'objet d'une hospitalisation et des complications ont été observées chez 40 patients (22 %) dont 26 pneumopathies (65 %). Un décès par syndrome de détresse respiratoire aiguë est survenu chez un homme de 19 ans fragilisé par une pathologie sous-jacente.

Le statut vaccinal était renseigné pour 69 % des cas : 91 % n'étaient pas vaccinés, 6 % avaient reçu une dose et 3 % avaient reçu 2 doses de vaccin.

Le calendrier vaccinal 2011 recommande la vaccination à deux doses, par un vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, pour toutes les personnes nées depuis 1980. Une dose de vaccin est également recommandée pour les personnes nées avant 1980 non vaccinés et sans antécédent de rougeole exerçant une profession de santé ou en charge de la petite enfance.

Figure 2

Statut vaccinal des cas déclarés en Picardie selon la classe d'âges, 2006-2011



3/ Conclusions

Le nombre de cas rougeole déclarés en France a connu une augmentation brutale en 2008 alors que cette maladie semblait en cours d'éradication grâce à la vaccination. Cette tendance se confirme pour atteindre, à ce jour, plus de 22 000 cas déclarés depuis 2008.

En Picardie, l'épidémie est moins intense mais l'évolution observée, ces deux dernières années, témoigne d'une circulation active du virus.

Recommandations vaccinales

- *Enfants âgés de 12 à 24 mois* : 1^{ère} dose de vaccin trivalent à 12 mois, 2^{ème} dose entre 13 et 24 mois. Les enfants âgés de 6 à 8 mois, vaccinés par le vaccin monovalent suite à une exposition à un cas de rougeole, devront recevoir par la suite deux doses de vaccin trivalent selon le calendrier vaccinal.
- *Pour les enfants accueillis en collectivité avant l'âge d'un an* : 1^{ère} dose de vaccin trivalent à 9 mois, 2^{ème} dose entre 12 et 15 mois.
- *Toutes les personnes de plus de 24 mois nées depuis 1980 doivent avoir reçu au total* (en tenant compte des doses administrées depuis l'âge de 9 mois) *deux doses de vaccin trivalent à au moins un mois d'intervalle, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.* Dans le cas contraire, compléter la vaccination par le nombre de doses manquantes, jusqu'à un total de deux doses.
- *Professionnels de santé ou de la petite enfance nés avant 1980, non vaccinés et sans antécédents de rougeole* : une dose de vaccin trivalent, à l'embauche ou en poste.
- *Femmes nées avant 1980 non immunisées contre la rubéole pour qui une vaccination contre la rubéole est recommandée* : le vaccin trivalent doit être réalisé à la place du vaccin rubéoleux seul.
- *Autour d'un cas de rougeole* : mise à jour des recommandations vaccinales. En situation de *cas groupés de rougeole* : en plus des recommandations autour d'un cas, toutes les personnes, y compris nées avant 1980 doivent compléter leur vaccination jusqu'à obtenir en tout deux doses de vaccin trivalent.

| Nouveauté 2012, le mésothéliome : 31^{ème} maladie à déclaration obligatoire |

1. Contexte

Le mésothéliome est une forme rare et virulente de cancers qui affecte les séreuses, principalement au niveau de la plèvre (82 à 88%), plus rarement du péritoine et exceptionnellement du péricarde ou de la vaginale testiculaire. Le nombre annuel de nouveaux cas est estimé entre 800 et 1200 en France.

L'exposition à l'amiante est le seul facteur de risque avéré et cette exposition est le plus souvent d'origine professionnelle. La part des mésothéliomes due à une exposition professionnelle est en effet estimée à 83% chez les hommes (intervalle de confiance à 95% IC95% [77-90]) mais seulement à 38% chez les femmes (IC95% [27-50]). Les expositions peuvent aussi être d'origine environnementale (naturelle, anthropique, domestique, intramurale) mais ces dernières sont peu étudiées en France.

Il existe depuis 1998 un système de surveillance épidémiologique des mésothéliomes pleuraux : le programme national de surveillance des mésothéliomes (PNSM). Il couvre actuellement 23 départements. Ce système apporte des informations essentielles sur les mésothéliomes pleuraux mais il demeure incomplet : il ne couvre pas tout le territoire et n'apporte aucune information sur les mésothéliomes touchant d'autres séreuses que la plèvre.

A la demande du Ministère chargé de la Santé, les mésothéliomes ont été intégrés dans la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO) par le décret n°2012-47 du 16 janvier 2012, devenant ainsi la 31^{ème} MDO. Cette déclaration s'impose à tout médecin, (pathologiste et clinicien) qui pose un diagnostic de mésothéliome, quel que soit son site anatomique.

2. Objectifs de la DO

La déclaration obligatoire poursuit deux objectifs de connaissance épidémiologique :

- renforcer la surveillance des mésothéliomes tous sites anatomiques (plèvre et autres localisations, notamment péritoine) sur tout le territoire national afin d'évaluer la politique de santé et d'orienter les actions de prévention ;
- identifier les cas sans exposition professionnelle connue à l'amiante afin de mener une enquête d'exposition pour améliorer la connaissance de la maladie en lien avec les expositions extra-professionnelles notamment environnementale, en ciblant sur trois populations : les femmes - les moins de 50 ans - les mésothéliomes « hors plèvre ».

La DO permettra à l'Institut de Veille sanitaire (InVS) de produire des indicateurs d'incidence des mésothéliomes au niveau national et pour chaque région. Elle permettra aussi par les enquêtes environnementales qui pourront y être associées, de documenter les origines environnementales des expositions à l'amiante, notamment dans les 3 populations où les connaissances sont insuffisantes.

Il s'agit de mieux comprendre ces expositions et d'identifier des actions possibles pour la prévention des mésothéliomes.

La DO ne se substitue pas au système de déclaration des maladies professionnelles.

L'atteinte des objectifs poursuivis demande une exhaustivité et une qualité des données les meilleures possibles.

3. Circuit de la déclaration obligatoire

Les mésothéliomes ne nécessitant pas d'intervention urgente des

autorités sanitaires, son signalement n'est pas requis.

En revanche la notification est obligatoire pour tout médecin en posant le diagnostic :

- les **pathologistes** qui posent formellement le diagnostic des mésothéliomes ;
- les **cliniciens** notamment les **pneumologues**, les **chirurgiens**, les **oncologues** mais également les **généralistes**, en contact avec leur patient, qui jouent un rôle essentiel dans l'identification des cas survenant en dehors d'une exposition professionnelle connue à l'amiante et dans l'information individuelle du patient.

Dès la confirmation du diagnostic, la notification doit se faire auprès du médecin de la Cellule de veille et de gestion sanitaire (CVGS) de l'Agence régionale de santé (ARS). Le circuit de déclaration est présenté en figure 1.

Pour en savoir plus, un dossier « Déclaration obligatoire des mésothéliomes » est consultable en ligne sur le site de l'InVS à l'URL suivante : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Declaration-obligatoire-des-mesotheliomes/Comment-notifier-cette-maladie>.

Figure 1 | Circuit de la déclaration obligatoire d'un cas de mésothéliome

Médecin déclarant pathologiste ou clinicien

Complète la fiche de notification et la transmet par fax ou mail à la Cros (Cellule de réception et d'orientation des signaux de l'ARS) :

Mail	ars-picardie-signaux@ars.sante.fr
Fax	03 22 97 09 01



Médecin de la CVGS/ARS

Enregistre, vérifie (complétude, doublons)
Procède à l'anonymisation
Transmet les volets anonymes à l'InVS



InVS

Analyses nationales
Diffusion des résultats vers les médecins déclarants et les autorités sanitaires

Remerciements

Aux équipes de veille sanitaire de l'ARS de Picardie, et plus particulièrement à l'équipe de Cellule de veille et de gestion sanitaire (CVGS) qui par son action quotidienne permet une surveillance épidémiologique de qualité et une réponse adaptée sur le terrain pour réduire le risque de transmission autour des cas, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui, par leurs signalements, contribuent à la prévention et à la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire.

4. En pratique

Il est important de **réaliser la notification rapidement** suite au diagnostic afin que l'enquête auprès du patient reste possible et informative.

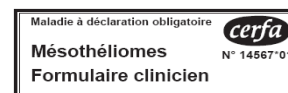
Pour faciliter le remplissage du formulaire, deux modèles sont utilisés selon que le médecin déclarant est un pathologiste ou un clinicien. Il est ainsi possible de télécharger, soit une fiche de notification spécifique « pathologiste » :

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_14567.do,

soit une fiche de notification « clinicien » :

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_14568.do.

Avant d'imprimer le formulaire, il est conseillé de sélectionner la région Picardie dans la partie en haut à droite : « **Important** : à remplir et à **faxer rapidement** au médecin de l'ARS au numéro suivant » en cliquant sur l'onglet.



Important : à remplir et à **faxer rapidement** au médecin de l'ARS au numéro suivant :

Sélectionner votre région d'exercice

En application de la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient est obligatoirement informé individuellement de ses droits par son médecin (clinicien déclarant) qui lui remettra la notice d'information téléchargeable également sur le site de l'InVS.

Pour en savoir plus, un dossier « Déclaration obligatoire des mésothéliomes » est consultable en ligne sur le site de l'InVS à l'URL suivante : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Declaration-obligatoire-des-mesotheliomes/Comment-notifier-cette-maladie>.

Informations

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives des Points Epidémiologiques sur :

<http://www.invs.sante.fr/Regions-et-territoires/Localisation-et-contacts/Picardie>