

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Nord-Pas-de-Calais



[Page 1 | Introduction |](#)

[Page 2 | Organisation de la surveillance des MDO dans la région Nord-Pas-de-Calais |](#)

[Page 4 | Surveillance de la légionellose \(1997-2015\) |](#)

[Page 5 | Surveillance de la Tuberculose \(2000-2014\) |](#)

[Page 8 | Surveillance des Toxi-infections alimentaires collectives \(TIAC\) \(1996-2014\) |](#)

[Page 10 | Surveillance des infections invasives à méningocoques \(IIM\) \(1995-2015\) |](#)

[Page 12 | Surveillance de l'hépatite aiguë A \(2006-2015\) |](#)

[Page 14 | Remerciements et Acronymes |](#)

| Introduction |

Nous vous présentons dans ce bulletin un bilan actualisé de la **surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire (MDO)** les plus fréquemment signalées à l'Agence régionale de santé du Nord Pas de Calais **en 2014 et 2015** (Légionellose, Tuberculose, Toxi-infections alimentaires, Infections invasives à méningocoque et Hépatite virale A aiguë).

L'année 2015 a été marquée par une nouvelle **recrudescence importante des cas d'hépatite A, observée depuis le début de l'année, atteignant le niveau d'incidence observé en 2008** et témoignant d'un nouveau cycle épidémique. Cette situation demande un signalement sans délai des nouveaux cas à l'ARS pour permettre la mise en œuvre rapide de la vaccination des sujets contacts, des investigations et des mesures de contrôle (renforcement des mesures d'hygiène et de vigilance) autour des cas déclarés et limiter ainsi au mieux la diffusion de la maladie dans la communauté.

Après 2 pics observés en 2011 et en 2013 dans le département du Nord, correspondant à des situations épidémiques et hyper-endémiques dans la métropole lilloise, et un quasi doublement de l'incidence dans le Pas de Calais entre 2013 et 2014, **l'incidence régionale des Infections invasives à méningocoque (IIM) dues au sérotype C est en forte diminution dans la région (-40%) en 2015**. Ces résultats encourageants doivent inciter à poursuivre les actions de promotion des recommandations vaccinales contre le méningocoque C, afin d'atteindre une couverture vaccinale permettant de protéger les moins de 1 an, trop jeunes pour être vaccinés, et les plus de 25 ans, non ciblés par les recommandations vaccinales.

Ce numéro est une nouvelle fois l'occasion 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 systématiquement. 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.

1/ Les maladies à déclaration obligatoire

31 maladies sont inscrites sur la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO) ¹ (tab. 1).

La grande majorité (29) concerne des maladies infectieuses transmissibles et 2 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.

Le dispositif repose sur 2 procédures obligatoires :

- le signalement immédiat, par tous moyens appropriés, de 27 MDO nécessitant la mise en œuvre en urgence de mesures visant à **contrôler le risque de diffusion** (tab. 1);
- la notification par l'envoi d'une fiche de DO colligeant les informations requises, pour les 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 d'une MDO au Point focal régional (PFR) de l'ARS par le médecin ou le biologiste qui en fait le diagnostic, ou toute personne qui la constate (Tiac), est **une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié**. 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. tab 1).

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.

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 les investigations complémentaires pour identifier l'origine de la contamination et adapter les mesures de contrôle du risque de diffusion.

Les données nominatives, transmises par les déclarants à des fins de gestions, ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention conformément aux termes de la loi sur l'Informatique et les Libertés.

2.2/ La procédure de notification ³

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par un médecin ou biologiste déclarant au médecin désigné par le Directeur général de l'ARS du lieu d'exercice, au moyen d'une fiche spécifique à chaque MDO⁴. 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 31 MDO afin de mieux cibler les actions de prévention nationales et locales.

| Tableau 1 | Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire.

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
 Diphtérie
 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 en 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).

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 <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/31-maladies-a-declaration-obligatoire>

3/ Les acteurs de la déclaration obligatoire dans la région Nord-Pas-de-Calais

La prise en charge et la surveillance des maladies à déclaration obligatoire repose sur la forte implication de 3 acteurs : les **déclarants** (médecins et biologistes), l'équipe de la **Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CRVAGS) de l'ARS** et les **épidémiologistes de l'InVS en région (Cire)**.

Suite au signalement d'une des 27 MDO à signalement immédiat, la mise en œuvre des mesures de gestion destinées à réduire le risque de diffusion relève de la **CRVAGS** de l'ARS¹. Si nécessaire, l'appui **d'experts dans les domaines de l'épidémiologie, des maladies transmissibles, des risques environnementaux ou autres (Cire-InVS, infectiologues, toxicologues, hygiénistes...)** peut être sollicité par la CRVAGS dans le cadre de la **plateforme de veille et d'urgences sanitaires** pour la définition et la mise en œuvre

d'investigations épidémiologiques ou de mesures exceptionnelles complémentaires.

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

Au-delà de la surveillance exercée par les acteurs régionaux, la Direction générale de la santé (DGS) et son département des Urgences Sanitaires (DUS), sont systématiquement informés des alertes sanitaires et interviennent, en tant que de besoin, dans les décisions en matière de gestion des risques à l'échelon départemental, régional ou national.

Les données de surveillance des 31 MDO fournies par l'InVS alimentent la définition des politiques de santé publique mises en œuvre par le Ministère chargé de la Santé.

¹ Dans le cadre du signalement des cas de saturnisme et de légionellose, le **Département santé environnement (DSE)** de l'ARS Nord Pas de calais contribue à la recherche de la source environnementale de la contamination.

4/ En pratique

Comment déclarer ?

- 1- Vous devez **signaler** par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au Point focal régional de la CRVAGS/ARS
 - 2- 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 18h au lundi 8 h.

A qui déclarer ?

Tout signalement ou notification doit être adressé au **Point focal régional (PFR)** de la CRVAGS/ARS par le moyen le plus approprié. Les signaux sont réceptionnés et traités de 8h30 à 17h30 les jours ouvrés.

Mail	ars-npdc-signal@ars.sante.fr
Téléphone	03 62 72 77 77
Fax	03 62 72 88 75

Une astéinte médicale est assurée les WE du vendredi 18h au lundi 8 h.

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 du Point focal régional (PFR) de l'ARS Nord-Pas-de-Calais
- 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.**

5/ Références

- [1] [Le dispositif des maladies à déclaration obligatoire en France : évolutions récentes.](#) Bull Epidemiol Hebd 2011;33-34:366-8
- [2] [Les maladies à déclaration obligatoire : connaître, diagnostiquer, déclarer](#) Bulletin de veille sanitaire océan Indien. N°16 - Avril 2012
- [3] [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 en intégralité disponible sur le site InVS

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 :

Critères de signalement / notification

pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

Cas confirmé :

1. isolement de *Legionella spp.*
2. augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2^e titre minimum de 128
3. présence d'antigène soluble urinaire

Cas probable :

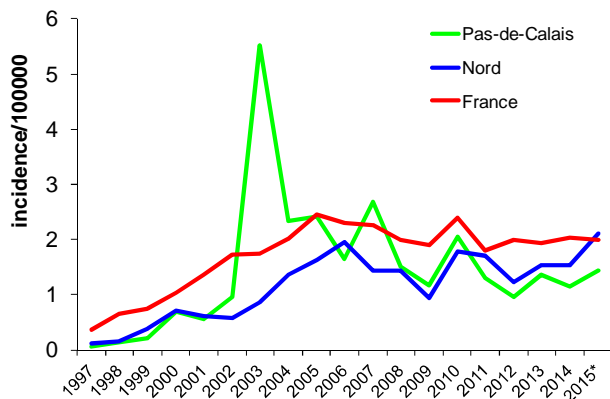
4. titre d'anticorps élevé (≥ 256)
5. PCR positive

2/ Evolution de l'incidence

De 1997 à décembre 2015, 980 cas de légionellose ont été déclarés dans la région Nord-Pas-de-Calais [1] : 410 résidaient dans le Pas-de-Calais et 570 dans le Nord. Ces dix dernières années, l'incidence moyenne régionale est inférieure à l'incidence nationale (fig. 1). Dans le département du Nord, l'incidence est en augmentation depuis 2012 et elle rejoint, en 2015, l'incidence nationale. Dans le Pas-de-Calais, l'évolution de l'incidence a été marquée par la survenue de 2 épidémies en 2003-2004 et en 2007.

Figure 1 |

Incidence annuelle pour 100 000 habitants dans le Nord-Pas-de-Calais et en France, 1997-2015.



3/ Description des cas

La répartition mensuelle des cas déclarés de 1997 à 2015 retrouve une saisonnalité estivale avec plus de la moitié des cas (55 %) survenant de juillet à octobre. Le pic de cas, observé en décembre et janvier, est lié à l'importante épidémie survenue fin 2003-début 2004 dans le Pas-de-Calais (fig.2).

L'âge médian des 980 cas déclarés de 1997 à 2015 était de 56 ans (min-max : 20-100 ans) et le sexe ratio H/F était de 3,6. L'incidence augmente avec l'âge pour atteindre son maximum chez les plus de 70 ans ($3,6/10^5$) (fig. 3).

Figure 2 |

Répartition mensuelle des cas de légionellose notifiés dans le Nord-Pas-de-Calais de 1997 à 2015*.

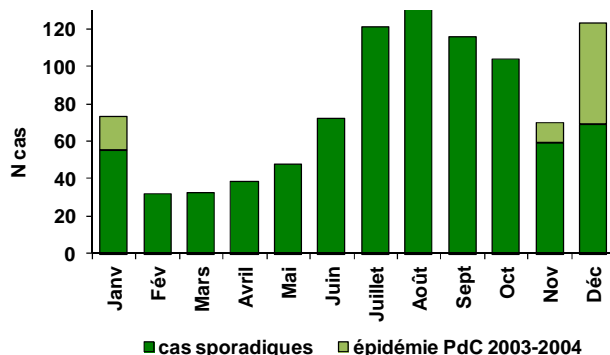
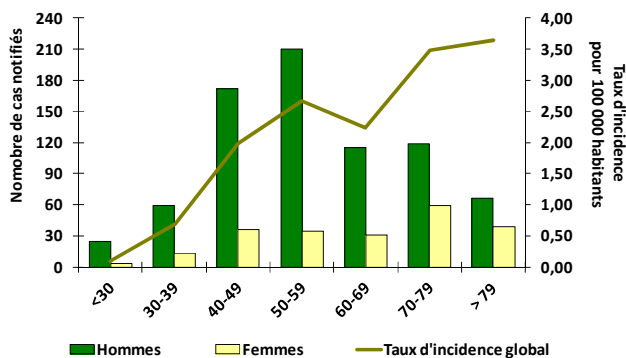


Figure 3 |

Répartition par classes d'âge des cas de légionellose notifiés de 1997 à 2015 dans le Nord-Pas-de-Calais.



Dans 99 % [959/980] des cas, la pneumopathie était confirmée radiologiquement.

L'évolution était connue dans 93 % des cas et la létalité était de 10 % (101 décès) sur toute la période d'étude.

Soixante-treize pour cent des cas présentaient au moins un facteur prédisposant connu (tab. 1).

Tableau 1 |

Facteurs de risque non mutuellement exclusifs des cas de légionellose notifiés dans le Nord-Pas-de-Calais de 1997 à 2015.

Facteurs de risque	Nombre de cas	%
Au moins un facteur	717	73%
Tabagisme	493	69%
Diabète	144	20%
Ethylisme	80	13%
Insuffisance respiratoire	63	9%
Hémopathie	52	8%
Corticothérapie	33	5%
Insuffisance cardiaque	40	6%
Autres facteurs	19	3%

Quatre vingt seize pour cent des cas ont été confirmés par la présence d'antigènes solubles urinaires. La culture a été mise en œuvre dans 26 % des cas et une souche clinique a pu être isolée dans 75 % des cas (193/257).

Legionella pneumophila était en cause dans 97 % des cas (944/980) et le sérotype Lp1 était majoritaire (98 % des cas). Les autres sérotypes en cause dans 2 % des cas étaient Lp6, Lp2, Lp3, Lp5, Lp8 et Lp16.

5/ Recommandations du Centre National de Référence des légionelles [2]

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.

Ces recommandations sont reprises dans la révision du Guide d'investigation et d'aide à la gestion en ligne depuis décembre 2013.

6/ Références

[1] <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Legionellose>

[2] [Survenue de cas de légionellose. Guide d'aide à l'investigation. HCSP 23/12/2013](#)

| Surveillance de la tuberculose dans le Nord-Pas-de-Calais (2000-2014) |

1/ Tuberculose-maladie

Critères 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. microtti, M. canetti, M. caprae et M. pinnipedii.
- **cas probable** : signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard

1.1/ Qualité du système de surveillance

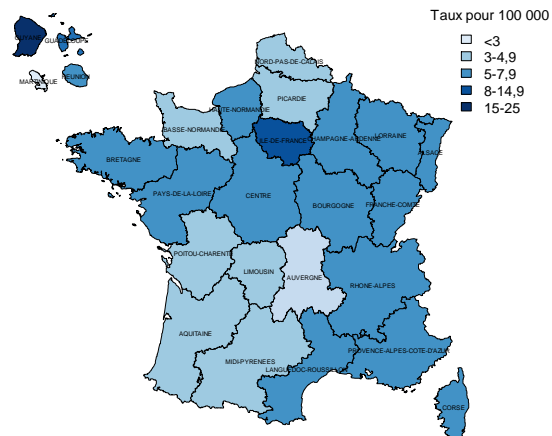
Le taux de déclaration de la tuberculose est une estimation du taux d'incidence de la tuberculose maladie pour laquelle l'exhaustivité de la DO a été estimée, par l'InVS, à environ 65 % sur l'ensemble du territoire, avec néanmoins de grandes disparités. Une étude, réalisée en 2003 à partir des données du Régime Général de l'Assurance Maladie, estimait à $9,6/10^5$ le taux d'incidence de la tuberculose dans le Nord-Pas-de-Calais (vs $5,7/10^5$ pour la DO) et $14,8/10^5$ (vs $10/10^5$ pour la DO) au niveau national pour cette même année.

1.2/ Evolution de l'incidence

En 2014, avec 180 cas de tuberculose-maladie déclarés, la région Nord-Pas-de-Calais se situait au 18^{ème} rang des régions de France métropolitaine (fig. 1).

| Figure 1 |

Taux régionaux pour 100 000 habitants de déclaration de tuberculose-maladie, 2014.

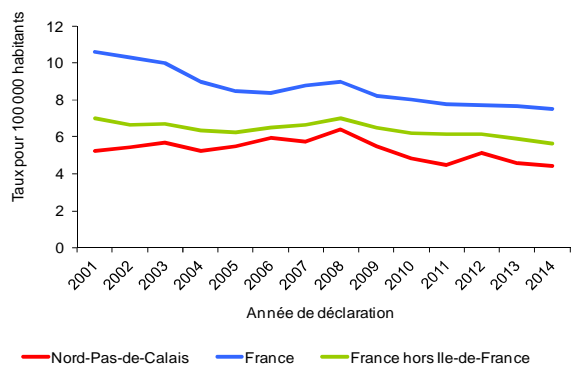


Depuis 2001, 2 988 cas de tuberculose-maladie ont été déclarés dans la région Nord-Pas-de-Calais : 2041 dans le département du Nord et 947 dans le Pas-de-Calais. Le taux de déclaration dans la région reste inférieur aux taux national et hors Ile-de-France (fig. 2).

Sur la période d'étude, le taux de déclaration dans le département du Nord est supérieur à celui du Pas de Calais, hormis de 2006 à 2008 (fig. 3). Alors qu'il est, depuis 2008, diminution constante dans le Pas de Calais, le taux de déclaration reste globalement stable dans le département du Nord.

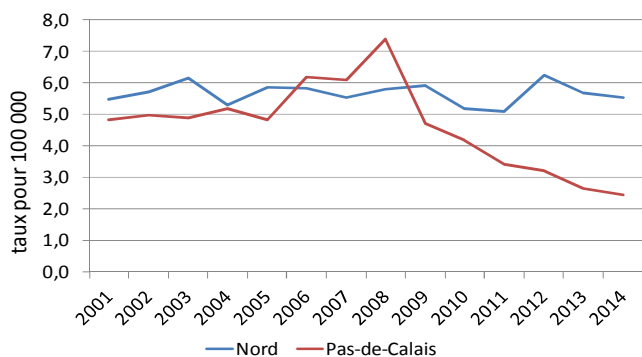
| Figure 2 |

Evolution du taux de déclaration de tuberculose-maladie, France, Nord-Pas-de-Calais et France hors Ile-de-France, 2001-2014.



| Figure 3 |

Evolution des taux de déclaration de tuberculose-maladie dans le Nord et le Pas de Calais, 2001-2014.



1.3/ Principales caractéristiques épidémiologiques des cas de tuberculose - maladie

Près de 2/3 des cas (62 %) de tuberculose-maladie déclarés depuis 2001 sont des hommes ; l'âge médian des cas est de 44 ans [min-max : 0-93 ans].

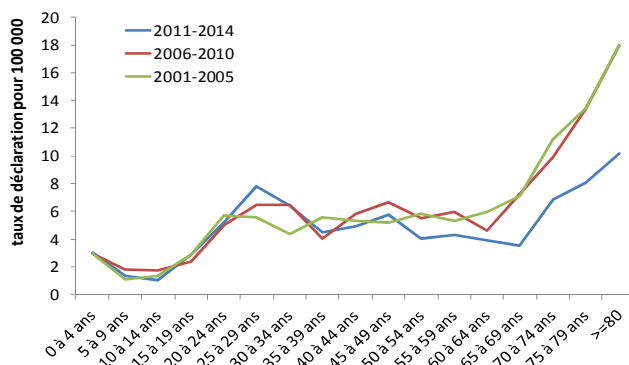
Globalement stable entre 20 et 70 ans, l'incidence de la tuberculose-maladie augmente de manière importante chez les plus de 70 ans. Sur toute la période d'étude, on observe, ces 4 dernières années (2011-2014), une diminution importante de l'incidence (-37% en moyenne) chez les plus de 50 ans. Cette diminution, particulièrement marquée (-43%) chez les plus de 65 ans, est le reflet de l'évolution naturelle de la maladie dans la population des personnes nées en France avec une diminution constante de l'exposition au bacille de la tuberculose (fig. 4). Chez l'enfant, l'incidence la plus élevée sur toute la période d'étude est observée chez les 0-4 ans ($3,0/10^5$). Elle était en augmentation en 2013 ($5,2/10^5$) et redevient, en 2014, ($3,0/10^5$) du même ordre qu'en 2012.

De 2001 à 2012, 541 décès de patients résidant dans le Nord-Pas de Calais ont été attribués à la tuberculose par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC, Inserm) ; 92 d'entre eux (17%) étaient âgés de moins de 65 ans, dont un enfant âgé de 3 ans, décédé en 2012 d'une tuberculose neuroméningée.

Quatre-vingt pour cent des cas déclarés depuis 2001 dans le Nord-Pas-de-Calais présentaient une forme pulmonaire isolée (68%) ou associée à une localisation extra-pulmonaire (13%) et 19 % une forme extra-pulmonaire. Cinquante neuf pour cent des localisations pulmonaires étaient bacillifères (baar+ à l'examen direct).

| Figure 4 |

Taux de déclaration de tuberculose-maladie par classes d'âges, Nord-Pas-de-Calais, 2001-2014.

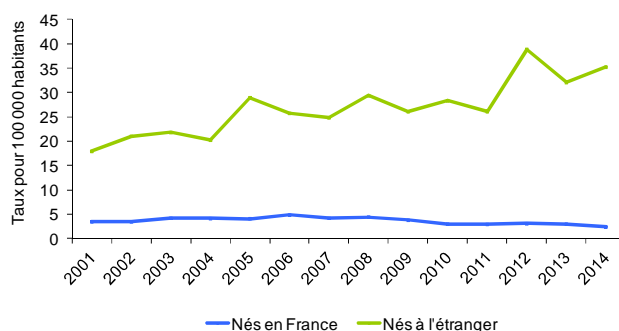


Parmi les 2 755 cas pour lesquels l'information était disponible, 1 940 (70 %) étaient nés en France et 815 (30 %) à l'étranger dont 47 % étaient originaires de pays d'Afrique du Nord, 27 % de pays d'Afrique subsaharienne, 15% de pays de la zone Europe et 8 % de pays d'Asie.

Sur la période d'étude, le taux de déclaration de la tuberculose maladie est en moyenne sept fois plus élevé chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France. Il a doublé sur la période 2001 ($18,3/10^5$) - 2014 ($35,2/10^5$). Le taux de déclaration chez les personnes nées en France demeure faible et en diminution (fig. 5).

| Figure 5 |

Taux de déclaration de tuberculose-maladie selon le lieu de naissance (France et Etranger), Nord-Pas-de-Calais, 2001-2014.



Les cas de tuberculose nés à l'étranger sont plus jeunes (46,3 ans) que ceux nés en France (48,2 ans).

Les formes pulmonaires isolées sont plus fréquentes chez les cas nés en France (70%) que chez les cas nés à l'étranger (59%).

Cinquante-deux pour cent des cas de tuberculose-maladie nés à l'étranger, dont la date d'arrivée est renseignée, sont arrivés en France dans les cinq années précédant le diagnostic dont plus des 2/3 (70%) dans les deux années.

Depuis 2001, 337 cas de tuberculose maladie (11 %) ont été déclarés chez des personnes hébergées en collectivité : 40 % en centres d'hébergement collectif, 18% en établissement pour personnes âgées, 10 % en établissement pénitentiaire et 32 % dans d'autres types de collectivité.

Depuis 2003, 129 cas de tuberculoses (4,3 %) ont été déclarés chez des personnes exerçant une profession à caractère sanitaire et social. Le nombre de cas déclarés chez des personnes exerçant une profession à caractère sanitaire et social est en moyenne de 10 chaque année.

La proportion de tuberculose-maladie chez des personnes sans domicile fixe est 3,5 % sur toute la période d'étude (n=104).

Les cas ayant des antécédents de tuberculose traitée représentaient 7,5 % des cas déclarés de 2001 à 2014. Cette proportion était de 8,2 % chez les cas nés en France et 7,9 % chez les cas nés à l'étranger.

La culture était positive chez 84 % des cas renseignés (1 441/1 719).

Les résultats de l'antibiogramme pour l'isoniazide **et** la rifampicine ne sont renseignés que pour 12,5% (n=238) des 1900 cas de tuberculose déclarés depuis 2006. Parmi les 238 cas, 11 cas de tuberculose multi-résistante (résistance à au moins l'isoniazide **et** la rifampicine) ont été identifiés : 2 cas en 2006, 1 cas en 2008, 1 cas en 2010, 1 cas en 2011, 2 cas en 2012, 1 cas en 2013 et 3 cas en 2014. Tous étaient nés ou d'ascendance née à l'étranger et le délai moyen d'arrivée en France pour les cas nés à l'étranger était de 2,8 ans [min-max : 0-7]. Pour 4 des 9 cas renseignés, des antécédents personnels ou familiaux de tuberculose traitée étaient rapportés.

Depuis 2007, année de diffusion des nouvelles recommandations vaccinales (cf encadré ci-contre), 29 cas de tuberculose maladie, dont un décès, ont été déclarés dans la région Nord-Pas de Calais chez des enfants âgés de 0 à 7 ans, non vaccinés par le BCG alors qu'ils étaient éligibles à la vaccination en raison d'antécédents familiaux de tuberculose, et que la grande majorité d'entre eux (25/29) étaient nés en France.

4/ 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] [Tuberculose en France : la vigilance reste nécessaire.](#) BEH n°24-25/2012 :283-302. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-24-25-2012>
- [3] [Epidémiologie de la tuberculose en France en 2014.](#) Fatima Aït Belghiti et coll.
- [4] [Suites du programme national de lutte contre la tuberculose.](#) Catherine Guichard, DGS. (pdf, 122 Ko)
- [5] [Enquête autour d'un cas de tuberculose.](#) Rapport du HCSP, 25/10/2013.
- [6] [Tuberculose-maladie dans le département du Nord : analyse descriptive des déclarations obligatoires en 2012.](#) Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 13 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

Recommandations vaccinales tuberculose

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, en Guyane ou à Mayotte ;
- 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, 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.

2/ Infections tuberculeuses latentes (primo-infection) chez l'enfant de moins de 15 ans

Critères de signalement / notification

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)

De 2003 à 2014, 143 infections tuberculeuses latentes ont été déclarées dans la région Nord-Pas-de-Calais (108 dans le Nord et 33 dans le Pas-de-Calais). Le nombre annuel moyen d'ITL déclarées sur toute la période d'étude est de 12. En moyenne de 5 cas sur la période 2003-2008, il a quadruplé (en moyenne 20 cas/an) sur la période 2009-2014.

L'âge médian des cas était de 5 ans [min-max : 0-14ans].

Les circonstances du diagnostic, renseignées pour 80% cas déclarés depuis 2008, étaient très majoritairement le dépistage autour d'un cas de tuberculose-maladie dans 72 % des cas.

Parmi les 51 cas d'ITL nés à l'étranger, 45 % étaient originaires de Russie ou de pays d'Europe de l'Est (très majoritairement de Roumanie (83%)) et 1/3 de pays d'Afrique sub-saharienne.

3/ Conclusions

Dans le Nord-Pas de Calais, le taux de déclaration de la tuberculose demeure globalement stable et inférieur à celui observé au niveau national. L'augmentation constante du taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger et le rajeunissement des cas, observés ces dernières années reflètent probablement un meilleur ciblage du diagnostic chez les populations à risque, ainsi que l'évolution naturelle de la maladie dans la population des personnes nées en France.

Surveillance des Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) dans le Nord-Pas-de-Calais (1996-2014)

1/ Surveillance

Critères de signalement / notification

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 ».

Toute Tiac doit faire l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire (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 CRVAGS 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 à l'InVS par le Centre National de Référence (CNR) des *Salmonella* et *Shigella* suite à l'identification des souches envoyées par les laboratoires.

Le signalement immédiat et la déclaration obligatoire (DO) des Tiac permet aux Cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) 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.

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.

2/ Sources de déclaration

Depuis 1996, les principales sources de déclaration de Tiac dans la région Nord-Pas-de-Calais sont les médecins hospitaliers (36 %), les médecins généralistes (24 %) et les responsables d'établissements (14 %).

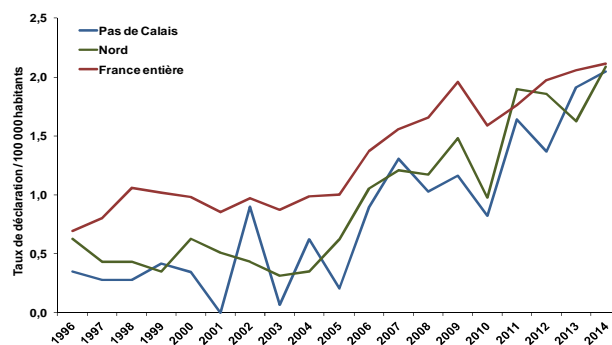
3/ Evolution du nombre de TIAC déclarées de 1996 à 2014

L'analyse suivante porte sur les Tiac déclarées dans le Nord-Pas de Calais de 1996 à 2014.

Depuis 1996, 15 985 foyers de Tiac ont été déclarés au niveau national dont 692 foyers (4,3 %) dans la région Nord-Pas-de-Calais. Le taux de déclaration des Tiac est en augmentation constante depuis 2006 en France et dans le Nord-Pas-de-Calais. (fig. 1). Cette augmentation reflète probablement une meilleure déclaration et l'amélioration de la surveillance avec le recoupement 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 DO, permettant ainsi de repérer les foyers de Tiac non déclarés.

Figure 1

Evolution du taux de déclaration des Tiac en France et dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, 1996-2014.



De 1996 à 2014, les Tiac dans le Nord-Pas-de-Calais ont été à l'origine de 7903 malades dont 622 hospitalisations, soit un taux d'hospitalisation de 7,9 %. Au total, 4 décès ont été recensés en 2004, 2005, 2008 et 2009, dont 2 sont survenus au décours de Tiac familiales et 2 au décours de Tiac en institutions médico-sociales ; un décès a été attribué à une infection à *Salmonella Typhimurium*, l'étiologie n'ayant pu être confirmée pour les 3 autres décès, dont deux survenus chez des personnes âgées en institutions médico-sociales.

Tableau 1

Evolution du nombre de Tiac, du nombre de cas, d'hospitalisés et de décès en Nord-Pas-de-Calais de 1996 à 2014.

Agent causal	Foyers		Cas		Décès		Hospitalisations	
	N	% ^{1,2}	N	% ^{1,2}	N	N	% ^{1,2}	
Agents confirmés								
<i>Salmonella</i>	108	60,7	1439	59,8	1	213	77,7	
dont								
<i>Enteritidis</i>	52	48,1	529	36,8	0	111	52,1	
<i>Typhimurium</i>	29	26,9	487	33,8	1	60	28,2	
autres sérotypes	3	2,8	199	13,8	0	9	4,2	
Sérotypes indéterminés	24	22,2	224	15,6	0	33	15,5	
<i>Campylobacter</i>	11	6,2	63	2,6	0	7	2,6	
<i>Clostridium Perfringens</i>	4	2,2	142	5,9	0	2	0,7	
<i>Staphylococcus aureus</i>	23	12,9	281	11,7	0	26	9,5	
<i>Bacillus</i>	7	3,9	78	3,2	0	2	0,7	
Histamine	4	2,2	11	0,5	0	4	1,5	
Virus	6	3,4	169	7,0	0	10	3,6	
Autres pathogènes	15	8,4	222	9,2	0	10	3,6	
Total agents confirmés³	178	25,7	2405	30,4	1	274	44,1	
Agents suspectés								
<i>Salmonella</i>	45	11,4	579	12,9	0	28	11,5	
<i>Clostridium Perfringens</i>	39	9,9	741	16,5	0	6	2,5	
<i>Staphylococcus aureus</i>	153	38,8	1258	28,0	1	87	35,7	
<i>Bacillus</i>	99	25,1	1096	24,4	1	88	36,1	
Histamine	10	2,5	27	0,6	0	8	3,3	
Virus	22	5,6	351	7,8	0	18	7,4	
Autres pathogènes	26	6,6	446	9,9	0	9	3,7	
Total agents suspectés³	394	56,9	4498	56,9	2	244	39,2	
Agent inconnu³	120	17,3	1000	12,7	1	104	16,7	
Total	692	100,0	7903	100,0	4	622	100,0	

¹ Pour les différents agents, % du total des agents déterminés.
² Pour les sérotypes de salmonelles, % du total des salmonelles.
³ pourcentages calculés sur le total des foyers, cas, hospitalisations et décès

4/ Agents identifiés ou suspectés

L'agent étiologique a été confirmé ou suspecté, sur des critères clinico-épidémiologiques, dans 83 % des Tiac déclarées de 1996 à 2014. L'agent étiologique a pu être isolé dans l'aliment ou dans un prélèvement biologique dans 26 % de l'ensemble des Tiac déclarées (tab. 1). Aucun agent n'a été identifié ou suspecté dans 17 % des foyers.

Parmi les foyers pour lesquels l'agent étiologique a été confirmé, *Salmonella* était en cause respectivement dans 60% des cas et des

foyers et le sérotype *enteritidis* a été retrouvé respectivement dans la moitié des foyers (48 %) et plus d'1/3 des cas (37%) confirmés à *Salmonella*.

Parmi les foyers pour lesquels l'agent étiologique a été suspecté sur la base des éléments cliniques et épidémiologiques, les intoxications à *Staphylococcus* prédominent (39 % des foyers et 28 % des malades) (tab 1).

La distribution mensuelle des foyers de Tiac notifiés est caractérisée par une recrudescence estivale (41 % de juin à septembre) dont 30 % dus à des salmonelles (fig. 2).

La diminution constante de la part des Tiac dues aux salmonelles, observée de 1996 à 2003 dans le Nord-Pas-de-Calais et le reste de la France, résulte des mesures de contrôle importantes mises en œuvre dans les années 90 pour lutter contre les contaminations dans la filière volaille (fig. 3). A l'inverse, l'augmentation de la part des foyers dus aux autres agents est probablement liée à l'amélioration du signalement et du diagnostic de certains agents.

Figure 2 |
Distribution mensuelle des Tiac notifiées selon l'agent identifié ou suspecté, Nord-Pas-de-Calais, 1996-2014.

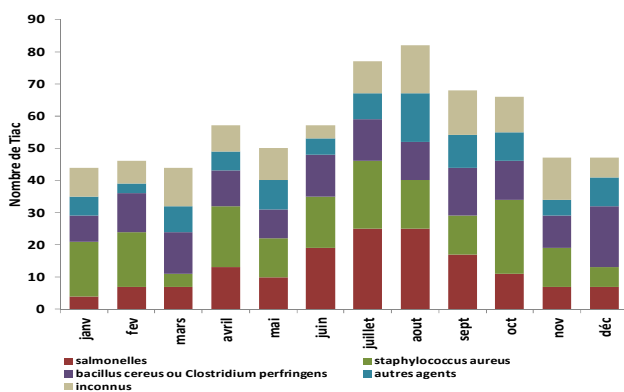
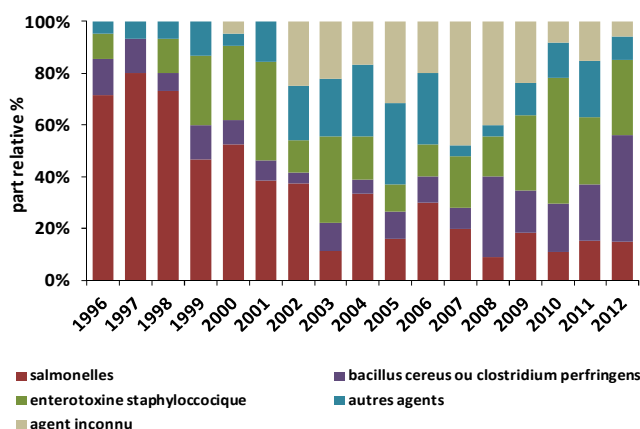


Figure 3 |
Evolution de la part relative des principaux agent identifiés ou suspectés dans les Tiac notifiées dans le Nord-Pas-de-Calais de 1996 à 2014.



5/ Lieux de survenue

Les Tiac familiales et les Tiac en restauration collective représentent respectivement 35 et 26 % des foyers déclarés.

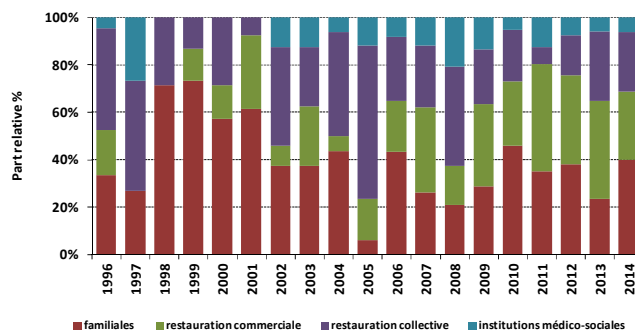
Les Tiac en restauration collective ont été à l'origine de 69 % des malades pour 12,5 % respectivement en milieu familial et en restauration commerciale.

Le nombre moyen de malades par foyer était de 4 en milieu familial

[min-max : 2-50] et de 24 en restauration collective [min-max : 2-230].

La proportion de Tiac familiales déclarées a significativement diminué dans les années 2000 ($p < 0,01$) alors que, inversement, la part des Tiac en restauration commerciale connaît une augmentation significative ($p < 0,001$) depuis 2006 sans qu'il soit possible d'affirmer si ces tendances sont liées à une meilleure déclaration des Tiac en restauration commerciale ou une aggravation de la sous-déclaration des Tiac familiales (fig. 4). Néanmoins, jusqu'en 2005, les Tiac familiales déclarées étaient majoritairement dues à des salmonelles (48 %), responsables de tableaux cliniques plus sévères justifiant souvent un recours médical. Or, la diminution globale des Tiac à salmonelles, observée depuis le début des années 2000, a probablement entraîné une diminution des signalements des épisodes familiaux, sous-déclarés lorsqu'ils sont dus à des agents dont la symptomatologie, plus bénigne, ne justifie pas de recours médical.

Figure 4 |
Part évolutive des Tiac selon le lieu de survenue, Nord-Pas-de-Calais, 1996 à 2014.



6/ Aliments identifiés ou suspectés

L'aliment responsable a été identifié ou suspecté dans 65 % des foyers.

Les aliments les plus fréquemment en cause dans les foyers de Tiac déclarés étaient les aliments composés (31%) et les viandes (26%). Les œufs et produits à base d'œufs crus ou peu cuits étaient en cause dans 16% des foyers de Tiac ; leur part est en diminution.

Les œufs et préparations à base d'œufs crus étaient en cause dans plus de la moitié (52%) des Tiac à salmonelles, notamment en milieu familial (56 %) ; les plats ayant nécessité des manipulations étaient plus fréquemment (45 %) à l'origine de Tiac à *C. perfringens*, *S.aureus* ou *B.cereus*.

7/ Facteurs contributifs et mesures correctrices

Au moins un facteur contributif (non mutuellement exclusifs) de la survenue de la Tiac a été identifié pour 34 % des Tiac notifiées : contamination par l'équipement (51 %), contamination par le personnel (30 %), matières premières contaminées (27 %), erreurs dans le processus de préparation (22 %), non respect de la chaîne du froid (24 %), délai important entre préparation/consommation (13%).

Un tiers (30%) des foyers de TIAC pour lesquels des mesures correctrices (non mutuellement exclusives) étaient renseignées ont donné lieu à : des travaux dans l'établissement (57 %), formation du personnel (41 %), fermeture/désinfection de l'établissement (41 %), personnel écarté de la préparation (5 %).

8/ Conclusions

Depuis 2006, on observe en Nord-Pas-de-Calais, à l'instar du reste de la France, une augmentation du nombre des Tiac déclarées, liée à une modification des modalités de la surveillance et probablement un meilleur signalement depuis la mise en place des point focaux régionaux des ARS. L'analyse des caractéristiques des Tiac déclarées dans la région Nord-Pas de Calais montre que les efforts d'application des recommandations concernant la restauration commerciale doivent être poursuivis.

En milieu familial, le respect des recommandations suivantes permettra de réduire les risques de survenue de Tiac :

- 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 ;

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'en améliorer l'exhaustivité.

9/ Références

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

[Données relatives aux toxi-infections alimentaires collectives déclarées en France en 2014](#)

| Surveillance des Infections invasives à méningocoques (IIM) en Nord-Pas-de-Calais 1995-2015 |

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.

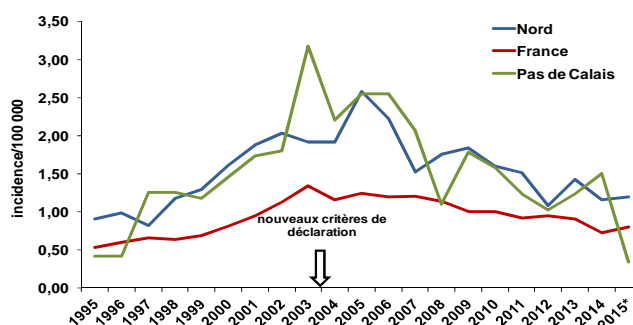
4. Présence d'un *purpura fulminans* (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne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

1/ Evolution de l'incidence des IIM en Nord-Pas-de-Calais

Quatre vingt huit cas d'IIM ont été notifiés en 2014 (55 cas) et 2015 (36 cas) dans la région Nord-Pas-de-Calais : 61 cas dans le Nord et 27 cas dans le Pas-de-Calais. En 2015, l'incidence régionale des IIM, tous sérogroupes confondus, est la plus basse observée ces 20 dernières années. En diminution importante (> 30%) en 2015 (0,89 cas/10⁵ habitants) par rapport à 2013, elle demeure légèrement supérieure à l'incidence nationale (0,8/10⁵). Elle est stable dans le département du Nord mais a fortement diminué en 2015 dans le Pas de Calais (fig. 1).

| Figure 1 |

Evolution de l'incidence des IIM, tous sérogroupes confondus, en Nord-Pas-de-Calais et France entière, 1995-2015.



2/ Principaux sérogroupes

Parmi les 88 cas d'IIM notifiés en 2014 et 2015 dans la région, le séro-groupe a pu être identifié pour 85 cas (97 %) : 60 cas étaient dus au séro-groupe B (71 %), 16 au séro-groupe C (19 %), 7 au séro-groupe Y (8 %) et 2 au séro-groupe W 135 (2%) (fig. 2).

L'incidence régionale des IIM B est en diminution importante (-30%) en 2015 après l'augmentation observée de 2012 à 2014.

L'incidence régionale des IIM dues au séro-groupe C est aussi en diminution (-40%) en 2015 par rapport à 2014.

L'incidence annuelle des IIM C est très fluctuante depuis 2010 dans le département du Nord, avec 2 pics observés en 2011 ($0,31/10^5$) et 2013 ($0,35/10^5$), correspondant à des situations épidémiques et hyper-endémiques dans la métropole lilloise (cf BVS précédents). Dans le Pas-de-Calais, après avoir plus que doublé entre 2013 ($0,14/10^5$) et 2014 ($0,34/10^5$), elle est nulle en 2015 (fig.3).

L'incidence des autres sérogroupes reste faible dans la région. On observe ces 4 dernières années, à l'instar de la situation nationale, une augmentation des infections dues au séro-groupe Y.

Figure 2 |

Evolution de l'incidence des principaux sérogroupes dans le Nord - Pas-de-Calais, 1995-2015.

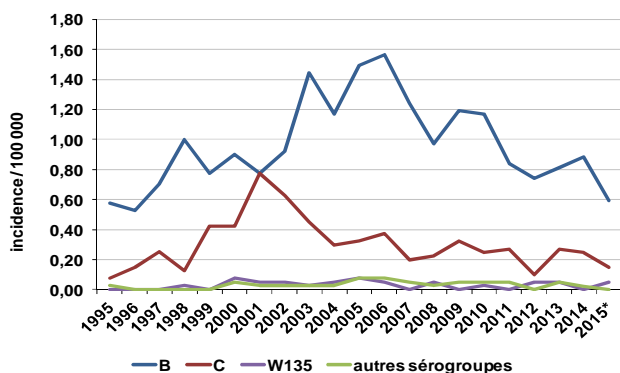
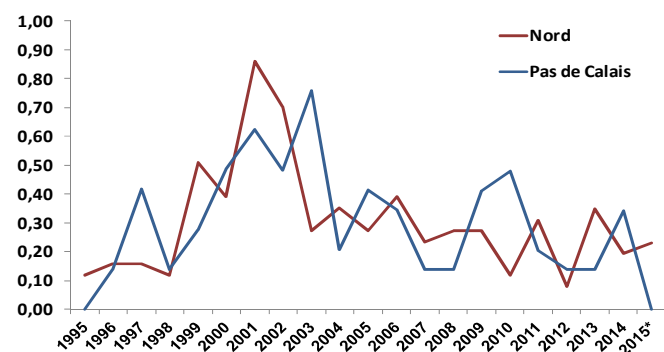


Figure 3 |

Evolution de l'incidence des IIM C en Nord-Pas-de-Calais, 1995-2015.



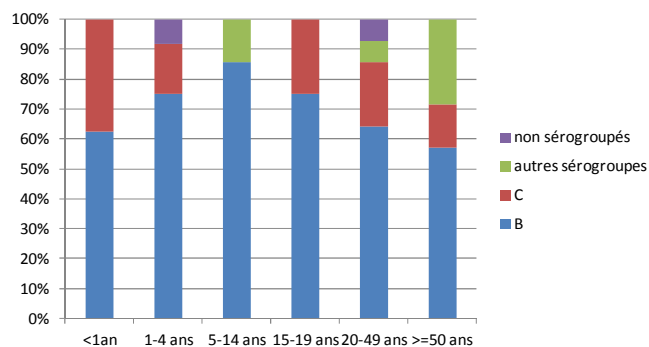
3/ Répartition par sexe et âge

Le sexe ratio H/F des cas déclarés en 2014 et 2015 est de 1,1.

Ces deux dernières années, la part des IIM dues au séro-groupe B est prédominante (73%) chez les moins de 15 ans. Celle des IIM dues au séro-groupe C représentent près d'1/4 (23%) des cas âgés de plus de 20 ans (fig. 4).

Figure 4 |

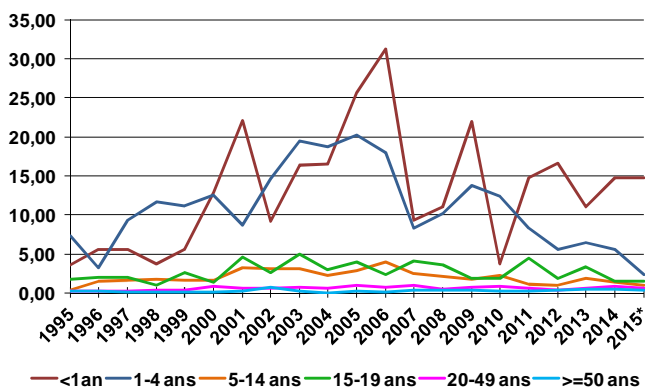
Répartition selon la classe d'âge des sérogroupes des IIM déclarées en 2014 et 2015 dans le Nord-Pas de Calais



Depuis 2011, l'incidence la plus élevée est observée chez les moins de 1 an avec une prédominance du séro-groupe B. En 2011 et 2014, deux pics d'incidence des IIM de séro-groupe C ont par ailleurs été observés dans cette classe d'âge, en raison d'une couverture vaccinale régionale probablement encore insuffisante dans la population ciblée par les recommandations vaccinales, pour protéger les très jeunes nourrissons (fig. 5).

Figure 5 |

Evolution de l'incidence des IIM, tous sérogroupes confondus, selon la classe d'âges, Nord-Pas-de-Calais, 1995-2015.



4/ Gravité des cas

La proportion de *Purpura fulminans* (PF) chez les cas déclarés en 2014 et 2015 était de 20% tous sérogroupes et classes d'âges confondus (IIM B 22%, IIM C 8%, autres sérogroupes (Y, W) 25%). La proportion de PF la plus élevée est observée chez les moins de 5 ans (35%) et diminue avec l'âge (11,5% chez les plus de 25 ans).

Quatre décès ont été rapportés en 2014 et 2015. La létalité régionale était de 4,5 % (11% au niveau national). Trois décès étaient secondaires à une IIM B et 1 à une IIM Y.

5/ Mesures de contrôle

Au total, 1188 personnes ont bénéficié d'une antibioprofylaxie autour des cas déclarés en 2014 et 2015 dont 430 [min-max : 0-43] dans des collectivités fréquentées par les cas et 758 [min-max : 0-55] dans l'entourage familial des cas. Cent soixante deux personnes ont, en outre, bénéficié d'une vaccination dans l'entourage de 15 cas d'IIM C et 6 cas d'IIM Y et 2 d'IIM W.

6/ Conclusions

Les infections à méningocoques sont à déclaration obligatoire et toute suspicion doit être signalée sans délai à l'Agence régionale de

santé (ARS). Ce signalement permet la mise en œuvre immédiate des mesures de prophylaxie (antibiotique et vaccinations) destinées à prévenir la survenue de cas secondaires parmi les contacts proches du patient.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, l'incidence des IIM, bien que supérieure à l'incidence nationale, a été divisée par près de 3 depuis 2005. En 2015, elle a encore diminué de 30% par rapport à 2014 pour atteindre un niveau équivalent à celui observé à la fin des années 90. Seule l'incidence régionale des IIM de sérotype B reste légèrement supérieure à l'incidence nationale. Pour le sérotype C, l'incidence régionale, en diminution importante entre 2014 et 2015, est redevenue du même ordre que l'incidence nationale. Après les augmentations d'incidence des IIM C observées en 2010 dans la métropole lilloise et 2014 dans le Pas de Calais, les recommandations vaccinales anti méningococciques C doivent continuer à être promues dans la région auprès des cibles vaccinales afin d'atteindre une

couverture vaccinale permettant de protéger les moins de 1 an, trop jeunes pour être vaccinés, et les plus de 25 ans, non ciblés par les recommandations vaccinales.

7/ Références

- [Principales caractéristiques épidémiologiques des IIM en France en 2015](#)
- [Calendrier vaccinal 2015](#)
- [Vaccination contre les infections invasives à méningocoque B Place du vaccin Bexsero®. Avis du HCSP, 25/10/2013.](#)

| Surveillance de l'Hépatite A en Nord-Pas-de-Calais (2006 – 2015*) |

* 2015 données non consolidées

Critères de signalement / notification

Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum

L'hépatite aiguë A est à déclaration obligatoire depuis novembre 2005. Tout cas d'hépatite aiguë A doit être signalé sans délai au point focal de l'ARS et notifié par le déclarant (biologiste ou médecin). Les objectifs de la surveillance sont :

- la détection des cas groupés afin de mettre en œuvre rapidement les mesures de contrôle nécessaires ;
- le suivi des principales tendances épidémiologiques.

1/ Résultats

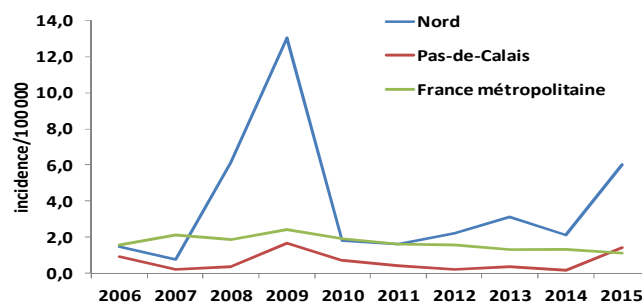
1.1/ Evolution de l'incidence régionale

De 2006 à 2015, 1077 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés dans la région : 985 dans le Nord et 92 dans le Pas-de-Calais.

Depuis la mise à DO de l'hépatite aiguë A, deux phénomènes épidémiques ont été détectés dans la région : une importante épidémie communautaire dans le département du Nord en 2008 et 2009 [1] et une nouvelle recrudescence dans le Nord et le Pas de Calais depuis le début de l'année 2015, témoignant d'un nouveau cycle épidémique (fig. 1).

| Figure 1 |

Evolution de l'incidence régionale et nationale de l'hépatite aiguë A entre 2006 et 2015.

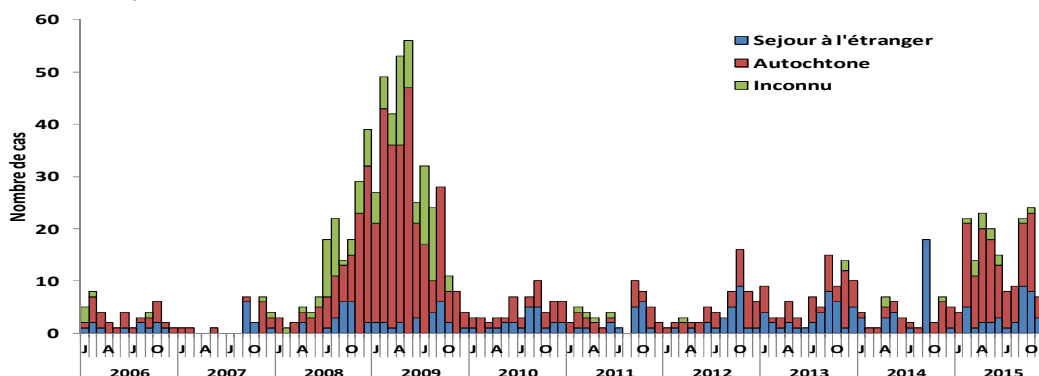


1.2 / Principales caractéristiques épidémiologiques

A l'instar de la situation épidémiologique nationale, la distribution mensuelle des cas, déclarés dans la région, retrouve durant les années non épidémiques (2006, 2007, 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014), une recrudescence post-estivale avec près des 2/3 des cas (61%) déclarés en septembre-octobre chez des personnes ayant séjourné en pays d'endémie durant l'été (fig. 2). Durant les années épidémiques 2008, 2009 et 2015, cette proportion n'est plus que de 39%, témoignant de la circulation autochtone active du VHA dans la communauté.

| Figure 2 |

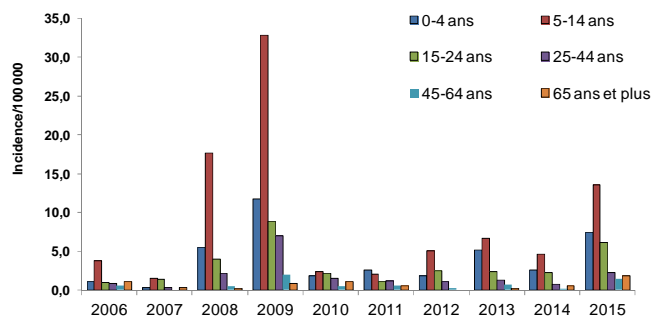
Distribution mensuelle des cas d'hépatite A déclarés dans le Nord-Pas-de-Calais de 2006 à 2015



Sur toute la période d'étude, l'âge médian des cas déclarés est de 12 ans [1-90 ans]. Durant les 3 années épidémiques 2008, 2009 et 2015, les cas étaient significativement plus jeunes (10 ans) que durant les années non épidémiques 2006, 2007, 2010, 2011, 2012, 2013 (15 ans ; $p < 10^{-5}$). En 2008, 2009 et 2015, les 5-14 ans sont les plus touchés avec une incidence moyenne de 21,4 cas pour 100 000 habitants versus 3,7 cas pour 100 000 en moyenne les autres années (fig. 3).

| Figure 3 |

Incidences par année et par classe d'âge des cas d'hépatite aiguë A. Nord-Pas-de-Calais, 2006-2015



Le sex-ratio (homme/femme) des cas déclarés depuis 2006 est de 1,2.

Quatre-vingt sept pour cent des cas étaient symptomatiques. L'ictère est rapporté dans 75% des cas, isolé ou associé à d'autres signes aspécifiques (asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales ou diarrhées). Il est plus fréquemment rapporté chez les plus de 5 ans (72 % vs 49 % ; $p < 10^{-6}$). Le taux d'hospitalisation, globalement de 33%, est significativement plus élevé chez les plus de 15 ans (40 % vs 23 % ; $p < 10^{-6}$).

Parmi les 847 cas renseignés, 41 (5 %) avaient reçu 1 dose de vaccin contre l'hépatite A entre 1 et 39 jours avant le début des signes, alors qu'ils étaient probablement en phase d'incubation. Ces données restent cohérentes avec l'immonogénicité importante du vaccin et son efficacité (95%) en post exposition.

1.3/ Expositions à risque (non mutuellement exclusives)

Sur toute la période d'étude, l'existence d'autres cas d'hépatite A était rapporté dans l'entourage de 66% des cas déclarés. Cette proportion était significativement plus élevée lors des années épidémiques 2008, 2009 et 2015 (75% vs 50% ; $p < 10^{-6}$) (tab. 1). Dans plus de la moitié des cas, les autres cas rapportés dans l'entourage des cas déclarés sont survenus dans l'entourage familial (55 %).

Un séjour hors métropole est retrouvé dans 26 % des cas déclarés sur toute la période d'étude (tab.1). Cette proportion était significativement plus basse durant les années épidémiques 2008-2009 et 2015 (14 % vs 45 % ; $p < 10^{-6}$). Parmi les autres expositions à risques, 36 % des cas rapportaient des contacts avec un enfant de moins de 3 ans au domicile, 14% la consommation de fruits de mer et 1 % travaillaient en crèche ou en structures d'accueil pour personnes handicapées (tab. 1).

| Tableau 1 |

Caractéristiques cliniques et exposition à risque des cas notifiés d'hépatite aiguë A. Nord-Pas-de-Calais, 2006-2015

Caractéristiques et expositions à risque	Total N= 1077
Clinique	
Ictère	75%
Symtômes	83%
Absence d'ictère ou symptôme	5%
Hospitalisation	
	33%
Exposition à risque	
Cas dans l'entourage	66%
Entourage familial	55%
Séjour hors métropole	26%
Enfant < 3 ans à domicile	36%
Consommation de fruit de mer	14%
Travail/Fréquentation	
- établissement pour handicapés	1%
- crèche	1%

2/ Conclusions

La mise en place depuis 2006 de la surveillance de l'hépatite A par la DO a permis de détecter et suivre l'évolution et les caractéristiques des cas déclarés dans la région. Ainsi, depuis 2006, une importante épidémie communautaire d'hépatite aiguë A, a été détectée en 2008 et 2009, dans le département du Nord [1] et une **recrudescence importante des cas est observée depuis le début de l'année 2015, atteignant le niveau d'incidence observé en 2008**. Dans ces conditions, il est essentiel que les cas soient signalés sans délai à l'ARS pour permettre la mise en œuvre rapide la vaccination des sujets contacts, des investigations et des mesures de contrôle (renforcement des mesures d'hygiène et de vigilance) autour des cas déclarés. Hors périodes épidémiques, les caractéristiques épidémiologiques de l'hépatite aiguë A en Nord-Pas-de-Calais sont similaires à celles observées au niveau national [2] en termes d'incidence, de classes d'âge touchées et d'expositions à risque.

3/ Références

- [1] [Épidémie communautaire d'hépatite A dans le département du Nord, France, 2008-2009](#)
 [2] [Données de surveillance](#)

Recommandations de vaccination contre l'hépatite A

Vaccination préventive ciblée	Vaccination autour d'un ou plusieurs cas
<p>> des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - impliqués dans la préparation des aliments et de la restauration collective, - personnels des crèches, structures de garde pour personnes handicapées et personnels s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté, - personnels s'occupant du traitement des eaux usées, militaires. <p>> des personnes exposées de manière spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - adultes non immunisés et enfants > 1 an qui vont séjourner dans les pays où l'hygiène est précaire, - jeunes des internats et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, - patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B ou porteurs d'une maladie chronique du foie (hépatite C, consommation excessive d'alcool) ou atteints de pathologies hépato-biliaires chroniques (mucoviscidose, ..) susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique, - homosexuels masculins. 	<p>> dans l'entourage familial et toute personne vivant sous le même toit qu'un cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - non vaccinée contre l'hépatite A, - née après 1945, - sans antécédent connu d'ictère, - n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité. <p>> dans les communautés de vie en situation d'hygiène précaire (gens du voyage,...)</p> <p>> dans les établissements pour personnes handicapées</p> <p>> dans les structures accueillant des enfants en garde collective et n'ayant pas atteint l'âge de la propreté</p>

| Remerciements |

A l'équipe de veille sanitaire de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais (CVAGS) 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 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.

| Acronymes |

ARS	Agence régionale de santé	HSCP	Haut conseil de santé publique
CAD	Cellule d'aide à la décision	IIM	Infection invasive à méningocoque
CépiDC	Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès	InVS	Institut de veille sanitaire
Cire	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région	MDO	Maladie à déclaration obligatoire
CNR	Centre national de référence	OMS	Organisation mondiale de la santé
CRVAGS	Cellule régionale de veille, d'alerte et de gestion sanitaires	PF	<i>Purpura fulminans</i>
DDPP	Direction départementale de la protection des populations	PFR	Point focal régional
DGAI	Direction générale de l'alimentation	PMI	Protection maternelle et infantile
DO	Déclaration obligatoire	Tiac	Toxi-infection alimentaire collective

| Informations |

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

<http://www.invs.sante.fr/Regions-et-territoires/L-InVS-dans-votre-region/Nord/Actualites-Publications>

Directeurs de la publication : F. Bourdillon, Directeur général de l'InVS et Pascal Chaud, Responsable de la Cire-InVS Nord

Comité de rédaction : Véronique Allard; Pascal Chaud ; Sylvie Haeghebaert; Christophe Heyman; Gabrielle Jones, Magali Lainé, Bakhaou N'Diaye, Hélène Prouvost, Caroline Vanbockstaël; Karine Wyndels, Cire Nord

Diffusion : Cire Nord – ARS Nord-Pas-de-Calais, 556 avenue Willy Brandt 59777 EURALILLE – Tél : 03.62.72.88.88 – Fax : 03.20.86.02.38 – Mail : ARS-NPDC-CIRE@ars.sante.fr
<http://www.invs.sante.fr> et <http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr>