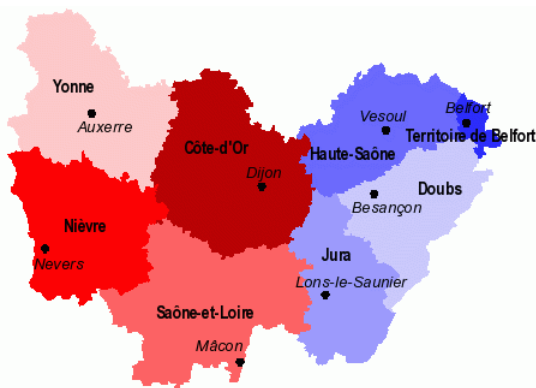


Les maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MDO) en Bourgogne et en Franche-Comté déclarées en 2010



Page 1	Editorial
Page 2	Dispositif de surveillance
Page 3	Hépatite A
Page 4	Infection à VIH et sida
Page 8	Infection invasive à méningocoques (IIM)
Page 10	Légionellose
Page 12	Rougeole
Page 14	Toxi-infection alimentaire collective (Tiac)
Page 16	Tuberculose
Page 18	Autres MDO infectieuses dans nos régions

| Editorial |

Claude Tillier, responsable de la Cire Bourgogne/Franche-Comté

Ce premier Bulletin de Veille Sanitaire (BVS) de la Cire Bourgogne Franche-Comté est consacré aux maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MDO) déclarées dans les deux régions en 2010 (dernières données consolidées depuis le bilan quinquennal 2005-2009, rapports disponibles sur le site de l'InVS). Le signalement d'une MDO à l'Agence régionale de santé territorialement compétente permet de mettre en œuvre des mesures immédiates de gestion pour éviter l'apparition de nouveau cas et est également utilisé dans un objectif de surveillance épidémiologique et d'évaluation des politiques de prévention. Pour atteindre ces objectifs et compte tenu de la fréquence de ces maladies, il est indispensable que la déclaration soit aussi exhaustive que possible.

En Bourgogne et en Franche-Comté, les taux d'incidence de légionellose sont plus élevés que le taux national, spécificité qui concerne l'ensemble de l'est de la France. Ce gradient ouest-est observé n'est pas expliqué par l'exhaustivité élevée des déclarations dans ces régions (88,5 %) qui est également retrouvée dans le reste du territoire français. Des études sont en cours à l'InVS pour tenter d'expliquer ce gradient ouest-est, notamment par une origine climatique.

Pour d'autres MDO, l'exhaustivité des déclarations n'est pas connue en Bourgogne et Franche-Comté. La Cire conduit actuellement une étude pour estimer l'exhaustivité des déclarations de la tuberculose maladie et en déduire le nombre réel de nouveaux cas apparus en 2009-2010.

Une exhaustivité maximale de la déclaration est importante pour la lutte anti-tuberculeuse car tout cas fait l'objet d'une enquête de dépistage dans son entourage par les centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) afin de repérer les infections secondaires et limiter au maximum la transmission en les traitant. En ce qui concerne les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac), notamment communautaires, leur repérage et signalement, souvent difficiles et donc non exhaustifs, sont également importants car cela permet la mise en œuvre rapide des mesures de gestion au niveau local, mais aussi au niveau national dans la mesure où une Tiac d'apparence isolée peut correspondre à la circulation diffuse de germes pathogènes sur le territoire national voire au delà.

Les analyses épidémiologiques incitent à poursuivre les efforts en Bourgogne et Franche-Comté en matière de prévention. Le pourcentage de dépistage de séropositivité VIH à un stade symptomatique, donc trop tardif, est encore élevé. La nette réémergence de la rougeole en 2010 dans les deux régions - à l'instar de l'épidémie nationale - était prévisible compte tenu des taux insuffisants de couverture vaccinale (en dessous des 95 % nécessaires à l'éradication). Le cas de tétanos observé en Bourgogne en 2010 aurait pu être évité s'il avait été correctement vacciné. Les cas groupés d'hépatite A chez des gens du voyage, liés à des conditions d'hygiène précaires, mettent en évidence les effets sanitaires de l'absence de terrains aménagés.

La participation des professionnels de santé à la déclaration des MDO s'inscrit dans une démarche essentielle de santé collective complémentaire de la relation individuelle avec son patient.

1 / DESCRIPTION DU DISPOSITIF

La surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) est fondée sur la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire (ARS) par déclaration spontanée des professionnels de santé. Les données cliniques, biologiques et socio-démographiques transmises pour chaque maladie sont fixées par arrêté du ministre de la santé après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

☞ Il s'agit d'un système de surveillance passif dont l'exhaustivité et l'efficacité dépendent de la participation des médecins et des biologistes déclarants.

Deux procédures distinctes depuis le 6 mai 1999 :

• **Le signalement** des MDO par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent à l'Agence Régionale de Santé (ARS) est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie). Il n'existe pas de support dédié au signalement.

La procédure de signalement permet la mise en place précoce des mesures de suivi individuel et de prévention collective avec l'identification de contacts autour du cas et leur traitement éventuel.

Le déclarant est tenu de fournir toute information utile pour la mise en oeuvre des mesures d'investigation et de protection, y compris l'identité et l'adresse du malade. Ces informations ne sont conservées que le temps nécessaire à l'intervention des autorités sanitaires.

☞ Sont à signaler les maladies qui justifient une intervention urgente, à savoir toutes les MDO (Tableau 1) excepté l'infection par le VIH quel qu'en soit le stade, l'hépatite B aiguë et le tétanos.

• **La notification** est une procédure de transmission des données individuelles qui intervient après le signalement et le plus souvent après confirmation du diagnostic. Les médecins ou les biologistes déclarants notifient le cas à l'ARS au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie.

☞ La notification doit être effectuée pour toutes les MDO. Une seule adresse pour disposer des fiches de notification (sauf celles de l'infection par le VIH quel qu'en soit le stade et de l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B - VHB) :

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

Pour le VIH et le VHB, les fiches composées de plusieurs feuillets autocopiants doivent être demandées à l'ARS.

2 / A QUI DECLARER ?

ARS Bourgogne
cellule de veille, d'alertes et de gestion des signaux (CVAGS)
Tél : 03.80.41.99.99
Fax : 03.80.41.99.50
Mail : ars21-alerte@ars.sante.fr

ARS Franche-Comté
centre opérationnel de réception et d'orientation des
signaux sanitaires (COROSS)
Tél : 03.81.65.58.18
Fax : 03.81.65.58.65
Mail : ars25-alerte@ars.sante.fr

| Tableau 1 |

Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire, par ordre alphabétique, mars 2012

Botulisme	Mésothéliome
Brucellose	Orthopoxviroses dont la variole
Charbon	Paludisme autochtone
Chikungunya	Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Choléra	Peste
Dengue	Poliomyélite
Diphthérie	Rage
Fièvres hémorragiques africaines	Rougeole
Fièvre jaune	Saturnisme de l'enfant mineur
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Hépatite aiguë A	Tétanos
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	Toxi-infection alimentaire collective
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	Tuberculose
Infection invasive à méningocoques	Tularémie
Légionellose	Typhus exanthématique
Listériose	

En Bourgogne, 60 cas d'hépatite aigüe A ont été notifiés en 2010, dont 31 résidaient dans l'Yonne, 16 dans la Nièvre, sept en Côte-d'Or et six en Saône-et-Loire.

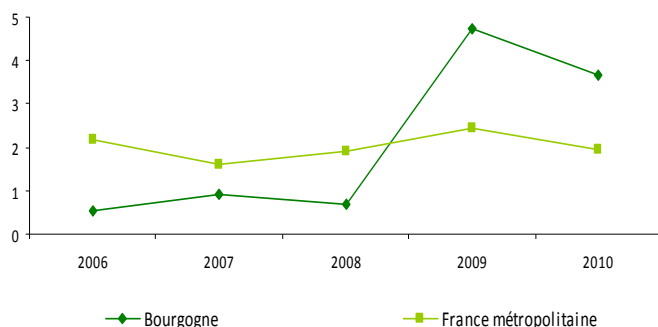
Légère diminution du taux de déclaration par rapport à 2009

Le taux de déclaration régional était compris entre 0,5 et 1 cas pour 10⁵ habitants jusqu'en 2008 et a atteint 4 cas pour 10⁵ habitants en 2009, dépassant la moyenne nationale. En 2010, le taux régional a légèrement diminué (Figure 1).

Le département de la région Bourgogne avec le taux d'incidence le plus élevé pour l'année 2010 est l'Yonne, qui est par ailleurs le 2^{ème} taux d'incidence départemental le plus élevé de France métropolitaine.

| Figure 1 |

Evolution annuelle du taux de déclaration d'hépatite aigüe A (pour 10⁵ habitants) en Bourgogne et en France, 2006-2010



Plusieurs cas groupés dans l'Yonne

De même qu'en 2009, l'Yonne a été confrontée à la survenue de cas groupés dans des populations vivant sur des sites d'accueil pour gens du voyage dans des conditions sanitaires précaires (15 cas selon la délégation territoriale de l'Yonne).

Pas de saisonnalité marquée

La répartition des cas en fonction du mois de déclaration ne permet pas de distinguer de saisonnalité. Le mois où le plus de cas ont été diagnostiqués était février (11 cas).

La moitié des cas avait moins de 12 ans

L'âge des cas variait en 2010 de 2 à 93 ans, avec une médiane à 12 ans ce qui était plus faible qu'en France métropolitaine, où l'âge médian des cas était de 25 ans.

Les femmes étaient légèrement plus atteintes que les hommes (sexe ratio=0,9).

Plus d'un tiers des cas ont été hospitalisés

La plupart des déclarations correspondaient logiquement à des hépatites symptomatiques, puisque par définition elles font l'objet d'une consultation médicale. Un ictère était présent dans près de 70 % des cas déclarés et 38 % des cas ont été hospitalisés.

L'existence de cas d'hépatite A dans l'entourage était la principale exposition à risque

Plus de la moitié des cas (57 %; 34/59) ont signalé l'existence d'autres cas d'hépatite A dans leur entourage, principalement l'entourage familial (85 %). Neuf cas ont déclaré avoir un enfant de moins de 3 ans à domicile (16 %)¹. Un séjour hors France métropolitaine a été retrouvé pour cinq des 54 cas renseignés (9 %). Les lieux de séjour étaient le Maroc pour deux d'entre eux, le Cameroun pour un, le Portugal pour un et le Soudan pour le cinquième. Parmi les autres expositions à risque, six cas sur 50 avaient consommés des fruits de mer ou crustacés (deux cas des huîtres, deux cas des moules, un cas des crevettes et un cas des crevettes et moules).

¹ Du fait que 70 % des enfants de moins de 6 ans sont porteurs asymptomatiques et que la majorité des enfants de moins de 3 ans n'ont pas atteint l'âge de la propreté, ce critère constitue une exposition à risque de transmission du virus de l'hépatite A.

En Franche-Comté, six cas d'hépatite aigüe A ont été notifiés en 2010, dont cinq résidaient dans le Doubs et un en Haute-Saône.

Diminution du taux de déclaration

Depuis 2006, le taux de déclaration régional diminue chaque année passant de 1,3 cas pour 10⁵ habitants en 2006 à 0,5 cas pour 10⁵ habitants en 2010. Le taux de déclaration régional était toujours inférieur au taux de déclaration national.

Description des cas

L'âge des cas variait en 2010 de 2 à 57 ans avec une médiane à 40 ans. Deux cas étaient des femmes et quatre étaient des hommes.

Evolution clinique

La plupart des déclarations correspondaient logiquement à des hépatites symptomatiques. Un ictère était présent chez cinq cas (un cas non renseigné) et deux cas ont été hospitalisés.

Expositions à risque

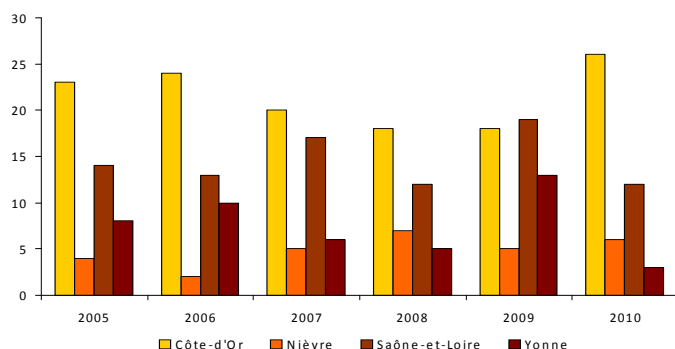
Parmi les expositions à risque, un cas a signalé l'existence d'autres cas d'hépatite A dans son entourage familial, un autre cas a déclaré avoir un enfant de moins de 3 ans à domicile et deux cas sur cinq avaient consommés des fruits de mer ou crustacés (un cas des huîtres et des crevettes et l'autre cas des moules).

La Côte-d'Or particulièrement concernée

En 2010, 47 personnes séropositives au VIH résidaient en Bourgogne dont 26 en Côte-d'Or, six dans la Nièvre, 12 en Saône-et-Loire et trois dans l'Yonne (Figure 2). Parmi elles, huit ont été déclarées dans une région autre que la Bourgogne (cinq en Rhône-Alpes, deux en Ile-de-France et un en Auvergne).

| Figure 2 |

Evolution annuelle du nombre de cas d'infection à VIH dans les quatre départements de Bourgogne, 2005-2010



Les hommes de 30-49 ans les plus touchés

Le sexe ratio H/F était de 2,9. En 2010, l'âge des cas ne variait pas en fonction du sexe. La tranche d'âge la plus touchée était celle des 30-49 ans (63,8 % ; 30/47).

Origine des cas différente selon le sexe

En 2010, les femmes étaient majoritairement originaires d'Afrique sub-saharienne (60,0 % ; n=6). Trente pourcent (n=3) des femmes étaient d'origine française. La majorité des hommes était d'origine française (71,4 % ; n=25). Le pays de naissance n'a pas été renseigné dans 21,3 % des cas.

Mode de contamination différent selon le sexe

La totalité des femmes dont le mode de contamination était documenté (83,3 % ; 10/12) avaient été contaminées par rapports hétérosexuels. Chez les hommes dont le mode de contamination était documenté (74,3 % ; 26/35), les principaux modes de contamination étaient les rapports homosexuels ou bisexuels (53,8 %) suivi des rapports hétérosexuels (34,6 %).

Un dépistage souvent tardif chez les hommes

Pour les femmes dont le motif de dépistage était connu (83,3 %), les motifs avancés étaient le bilan systématique (50,0 % ; n=5) suivi de la prise en charge (40,0 % ; n=4) et de la présence de signes cliniques ou biologiques (10,0 % ; n=1).

Pour les hommes, les deux principaux motifs avancés étaient la présence de signes cliniques ou biologiques (42,9 % ; n=12) et la prise en charge (39,3 % ; n=11). D'autres motifs ont également été renseignés : l'exposition au VIH (7,1 % ; n=2), le bilan systématique (7,1 % ; n=2). Un motif n'était pas spécifié pour un homme. Le motif était inconnu pour 20,0 % des hommes (soit sept cas).

Un tiers des cas était à un stade symptomatique

Parmi les cas dont le stade clinique au moment du dépistage était connu (80,8 %), 10,5 % des cas étaient à un stade de primo-infection, 55,3 % à un stade asymptomatique, 18,4 % à un stade symptomatique non sida et 15,8 % à un stade sida.

Diminution du nombre de déclarations

En 2010, le nombre total de cas de sida notifiés et domiciliés en Bourgogne était de huit (deux en Côte-d'Or, trois dans la Nièvre, deux en Saône-et-Loire et un dans l'Yonne). Le nombre de personnes vivantes au 31 décembre 2010 après avoir développé un sida dans l'année était de 6, soit 75,0 % des cas (Tableau 2).

| Tableau 2 |

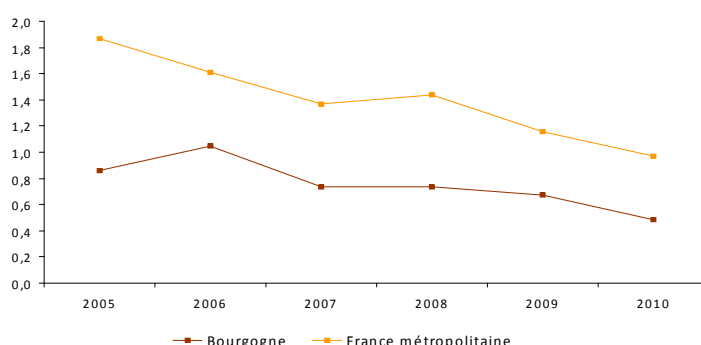
Nombre annuel de cas de sida (par sexe) et de décès en Bourgogne, 2005-2010

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cas	14	17	12	12	11	8
Femme	1	5	2	4	2	0
Homme	13	12	10	8	9	8
Décès	2	2	2	0	2	2

En 2010, le taux de déclaration était toujours inférieur à celui de la France (Figure 3).

| Figure 3 |

Evolution annuelle du taux de déclaration du sida (pour 10⁵ habitants) selon l'année de diagnostic en Bourgogne et en France, 2005-2010



Les hommes de 40 à 49 ans d'origine française les plus touchés

En 2010, les huit cas de sida notifiés et domiciliés en Bourgogne sont des hommes (Tableau 2). Aucun n'était âgé de moins de 30 ans ou de plus de 60 ans. La moitié des cas (50,0 % ; n=4) avait entre 40 et 49 ans. La totalité des hommes dont le pays de naissance était connu (87,5 %) était d'origine française.

Mode de contamination principal : rapports homosexuels ou bisexuels

Chez les cas dont le mode de contamination était documenté (75,0 % ; 6/8), les trois modes de contamination étaient les rapports homosexuels ou bisexuels (50,0 % ; n=3) suivi des usages de drogues par voie injectable (33,3 % ; n=2) et des rapports hétérosexuels (16,7 % ; n=1).

Méconnaissance de la séropositivité avant le sida et traitement antirétroviral

Les trois quarts (75,0 % ; 6/8) des personnes chez lesquelles un diagnostic de sida a été posé en 2010 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic. Parmi les deux personnes qui la connaissaient, une seule avait bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le sida.

La méconnaissance de la séropositivité VIH au moment du diagnostic était plus fréquente chez les personnes contaminées par rapports homosexuels ou bisexuels (40,0 % ; 2/5) ou par usages de drogues par voie injectable (40,0 % ; 2/5).

Principales pathologies associées au sida : pneumocystoses et candidoses oesophagiennes

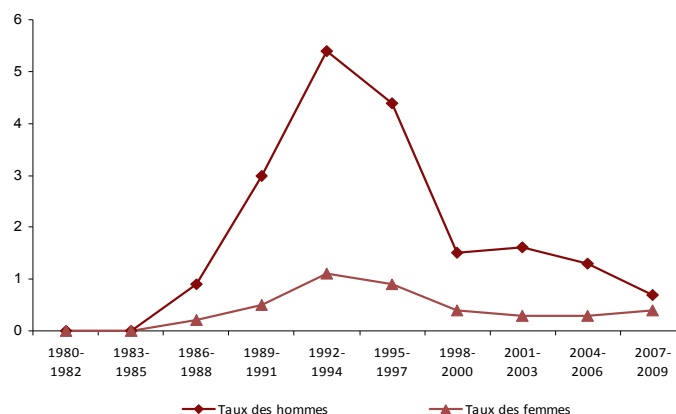
Les pathologies inaugurales les plus fréquemment observées en 2010 sont les pneumocystoses (50,0 % ; 4/8) et les candidoses (37,5 % ; n=3/8).

| Mortalité du sida et des maladies à VIH (Source : CépiDC – Inserm) |

Les premiers cas de décès par sida et maladies à VIH (avec 11 décès en Bourgogne) ont été enregistrés en 1987. Les décès surviennent majoritairement chez les hommes, mais la part des décès féminins est en progression notamment entre 2007 et 2009 (Figure 4).

| Figure 4 |

Evolution par sexe des taux de décès standardisés par âge du sida et des maladies à VIH, Bourgogne, 1980 -2009



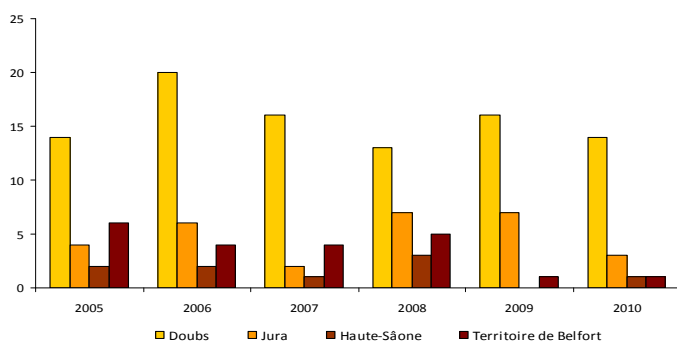
Source : CépiDC – Inserm

Le Doubs particulièrement concerné

En 2010, 19 personnes séropositives au VIH résidaient en Franche-Comté dont 14 dans le Doubs, trois dans le Jura, un en Haute-Saône et un dans le Territoire de Belfort (Figure 5). Parmi elles, deux ont été déclarées dans une région autre que la Franche-Comté (un en Bourgogne et un en Ile-de-France).

| Figure 5 |

Evolution annuelle du nombre de cas d'infection à VIH dans les quatre départements de Franche-Comté, 2005-2010



Les hommes de 30 à 49 ans les plus touchés

Le sexe ratio H/F était de 1,7.

En 2010, l'âge des cas ne variait pas en fonction du sexe. La tranche d'âge la plus touchée était celle des 30-49 ans (52,6 % ; 10/19).

Origine des patients différente selon le sexe

En 2010, les femmes étaient originaires d'Afrique subsaharienne (50,0 % ; n=2) ou d'origine française (50,0 % ; n=2). L'ensemble des hommes était d'origine française. Le pays de naissance n'a pas été renseigné dans 42,1 % des cas.

Mode de contamination différent selon le sexe

La majorité des femmes dont le mode de contamination était documenté (57,1 % ; 4/7) avaient été contaminées par rapports hétérosexuels (75,0 % ; 3/4). Une enfant a été contaminée par la relation mère/enfant. Chez les hommes dont le mode de contamination était documenté (66,7 % ; 8/12), le principal mode de contamination était les rapports homosexuels ou bisexuels (87,5 %). Un homme a été contaminé par rapports hétérosexuels.

Un dépistage souvent tardif

En 2010, le motif de dépistage ne dépendait pas du sexe. Pour les cas dont le motif de dépistage était connu (57,9 % ; n=11), les principaux motifs avancés étaient l'exposition au VIH (36,4 % ; n=4) suivi de la présence de signes cliniques ou biologiques (27,3 % ; n=3). D'autres motifs ont également été renseignés : la prise en charge (18,2 % ; n=2) et le bilan systématique (9,0 % ; n=1). Un motif n'était pas spécifié pour un cas.

La moitié des cas était à un stade symptomatique

Parmi les cas dont le stade clinique au moment du dépistage était connu (52,6 %), 50,0 % (n=5) des cas étaient à un stade asymptomatique, 30,0 % (n=3) à un stade symptomatique non sida et 20,0 % (n=2) à un stade sida. Aucun cas n'était à un stade de primo-infection.

Diminution du nombre de déclarations

En 2010, le nombre total de cas de sida notifiés et domiciliés en Franche-Comté était de trois (un dans le Doubs et deux dans le Jura). Parmi ces cas, une personne est décédée en 2010 (Tableau 3).

| Tableau 3 |

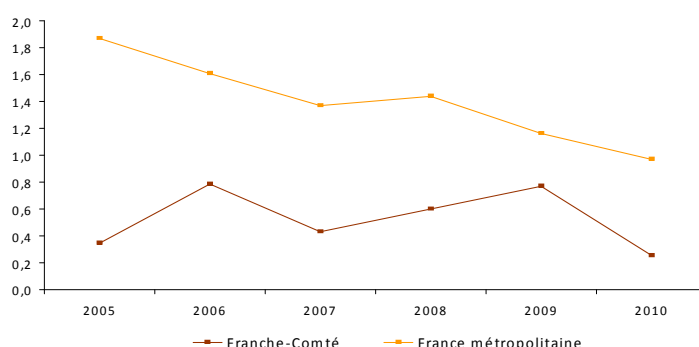
Nombre annuel de cas de sida (par sexe) et de décès en Franche-Comté, 2005-2010

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cas	14	17	12	12	11	3
Femme	1	5	2	4	2	1
Homme	13	12	10	8	9	2
Décès	2	2	2	0	2	1

En 2010, le taux de déclaration était toujours inférieur à celui de la France (Figure 6).

| Figure 6 |

Evolution annuelle du taux de déclaration du sida (pour 10⁵ habitants) selon l'année de diagnostic en Franche-Comté et en France, 2005-2010



Les hommes de 30 à 59 ans d'origine française les plus touchés

Le sexe ratio H/F était de 2 (Tableau 3). Les cas étaient âgés de 30 à 59 ans. Les deux hommes étaient d'origine française et la femme d'Europe occidentale.

Mode de contamination principal : rapports homosexuels ou bisexuels

Chez les deux cas dont le mode de contamination était documenté, le mode de contamination était les rapports homosexuels ou bisexuels.

Méconnaissance de la séropositivité avant le sida et traitement antirétroviral

Deux cas sur les trois chez lesquels un diagnostic de sida a été posé en 2010 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic. La personne qui la connaissait avait bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le sida.

Pathologies associées au sida : pneumocystoses et candidoses oesophagiennes

En 2010, un cas a eu une pneumocystose inaugurale et un cas a eu une candidose oesophagienne inaugurale.

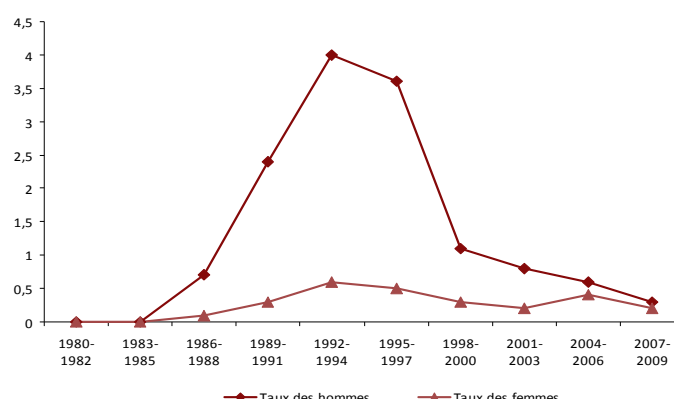
| Mortalité du sida et des maladies à VIH (Source : CépiDC – Inserm) |

Les premiers cas de décès par sida et maladies à VIH (avec cinq décès en Franche-Comté) ont été enregistrés en 1987. Au cours des années 1993-1995 on observait une nette sous-mortalité en Franche-Comté (2,8/100 000 *versus* en population générale : 8,2/100 000)¹.

Les décès surviennent majoritairement chez les hommes, mais leur part diminue fortement depuis 1992 (Figure 7).

| Figure 7 |

Evolution par sexe des taux de décès standardisés par âge du sida et des maladies à VIH, Franche-Comté, 1980 -2009



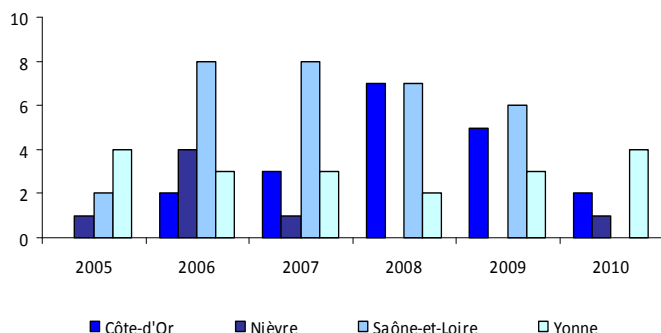
Source : CépiDC – Inserm

¹ Aouba A, Péquignot F, Laurent F, Boileau J, Pavillon G, Jouglu E. Mortalité par VIH en France : tendances évolutives depuis les années 1980. Bull Epidemiol Hebd. 2008 – Thématique; 45-46:447-52.

En 2010, sept cas d'IIM ont été déclarés en Bourgogne. Les cas habitaient dans l'Yonne (quatre cas), en Côte-d'Or (deux cas) et dans la Nièvre (un cas) (Figure 8). Tous étaient des cas isolés.

| Figure 8 |

Evolution annuelle du nombre de cas d'IIM déclarés dans les quatre départements de Bourgogne, 2005-2010



Diminution du taux de déclaration depuis 2008

Après une forte augmentation en 2006, le taux de déclaration régional a diminué depuis 2008. En 2010, le taux de déclaration régional est de 0,43 cas pour 10^5 habitants. Il reste inférieur à celui observé en France depuis 2005 (Figure 9).

Les jeunes garçons étaient les plus touchés

Le sexe ratio H/F était de 2,5 (1,25 en France).

La majorité des cas (6/7) signalés dans la région étaient âgés de moins de 21 ans (67 % pour la France). Le taux de déclaration régional le plus élevé en 2010 était chez les moins de 5 ans (4,46 pour 10^5 habitants).

Le sérogroupe B était le plus fréquent

En Bourgogne, le sérogroupe du méningocoque était connu pour 86 % des cas (6/7). Parmi eux, le B était le plus fréquemment rencontré (5/6), suivi par le C (1/6). Le taux de déclaration régional était inférieur à celui observé en France pour le sérogroupe B (0,30 pour 10^5 habitants *versus* 0,57 pour 10^5 habitants) et le sérogroupe C (0,06 pour 10^5 habitants *versus* 0,13 pour 10^5 habitants).

Une évolution favorable dans tous les cas

Des éléments purpuriques cutanés étaient présents chez 4/6 cas pour lesquels l'information était disponible (soit 67 %). Parmi ces patients, 50 % ont reçu une injection précoce d'antibiotique (2/4).

Un *purpura fulminans* était présent chez un cas. Ce patient n'a pas bénéficié d'une injection précoce d'antibiotique.

L'évolution de la maladie était connue pour tous les cas. Tous ont guéri sans séquelle rapportée sur la fiche de DO.

Mesures de prévention adaptées

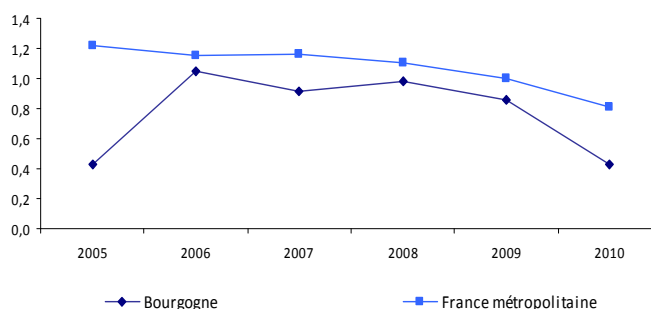
Pour protéger les personnes en contact étroit et répété avec les personnes atteintes d'une IIM, sont utilisées deux stratégies : la chimioprophylaxie et, selon le groupe, la vaccination. Dans cinq cas sur sept, l'information sur une chimioprophylaxie collective et/ou familiale était renseignée :

- la chimioprophylaxie collective a été instituée dans deux cas sur cinq) et a concerné 34 personnes.
- la chimioprophylaxie familiale a été instituée chez tous les cas et a concerné 88 personnes.

L'information sur une vaccination collective et/ou familiale n'était renseignée pour aucun cas.

| Figure 9 |

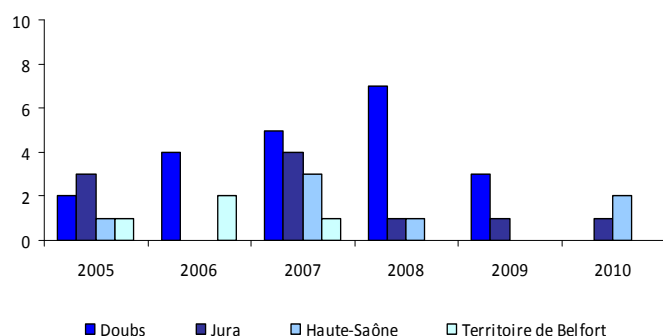
Evolution annuelle du taux de déclaration d'IIM (pour 10^5 habitants) en Bourgogne et en France, 2005-2010



En 2010, trois cas d'IIM ont été déclarés en Franche-Comté. Les cas habitaient en Haute-Saône (deux cas) et dans le Jura (un cas) (Figure 10). Tous étaient des cas isolés.

| Figure 10 |

Evolution annuelle du nombre de cas d'IIM déclarés dans les quatre départements de Franche-Comté, 2005-2010



Diminution du taux de déclaration depuis 2007

Le taux de déclaration régional a diminué depuis 2005 avec, cependant, un pic en 2007. En 2010, il était de 0,26 cas pour 10⁵ habitants et restait inférieur à celui observé en France (Figure 11).

Sexe et âge des 3 cas

Le sexe ratio H/F était de 2 (1,25 en France).

Deux cas sur trois étaient âgés de moins de 21 ans (67 % pour la France). L'autre cas avait 43 ans.

Le sérotype B était le plus fréquent

En Franche-Comté, le sérotype du méningocoque était connu pour tous les cas. Parmi eux, 2/3 avaient un B et 1/3 avait un C. Le taux de déclaration régional était inférieur à celui observé en France pour le sérotype B (0,17 pour 10⁵ habitants *versus* 0,57 pour 10⁵ habitants) et le sérotype C (0,09 pour 10⁵ habitants *versus* 0,13 pour 10⁵ habitants).

Une évolution favorable dans tous les cas

Des éléments purpuriques cutanés étaient présents chez 2/3 cas (soit 67 %). Parmi ces patients, tous ont bénéficié d'une injection précoce d'antibiotique.

Un *purpura fulminans* était présent chez un cas. Ce patient a bénéficié d'une injection précoce d'antibiotique.

L'évolution de la maladie était connue pour tous les cas. Tous ont guéri sans séquelle rapportée sur la fiche de DO.

Mesures de prévention adaptées

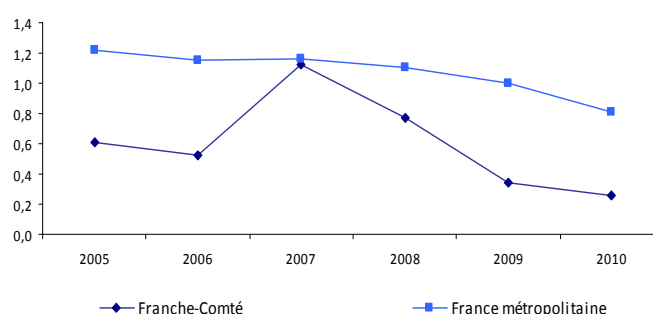
Pour protéger les personnes en contact étroit et répété avec les personnes atteintes d'une IIM, sont utilisées deux stratégies : la chimioprophylaxie et, selon le groupe, la vaccination. Dans deux cas sur trois, l'information sur une chimioprophylaxie collective et/ou familiale était renseignée :

- la chimioprophylaxie collective a été instituée dans un cas sur les deux renseignés et a concerné six personnes.
- la chimioprophylaxie familiale a été instituée chez tous les cas et a concerné 18 personnes.

L'information sur une vaccination collective et/ou familiale n'était renseignée pour aucun cas.

| Figure 11 |

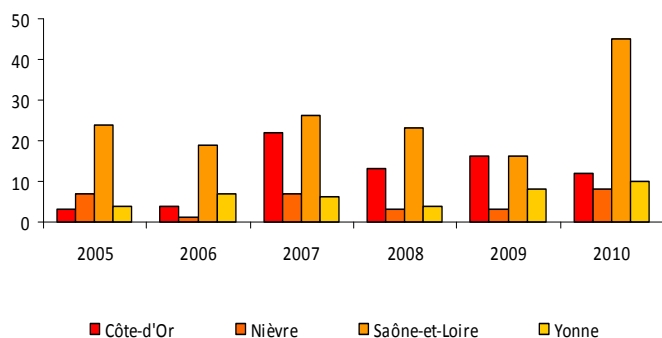
Evolution annuelle du taux de déclaration d'IIM (pour 10⁵ habitants) en Franche-Comté et en France, 2005-2010



En 2010, 75 cas résidant en Bourgogne ont été déclarés. Le département ayant enregistré le plus grand nombre de cas était la Saône-et-Loire avec 45 cas (60 %). Les autres cas résidaient en Côte-d'Or (12 cas), dans l'Yonne (10 cas) et dans la Nièvre (huit cas) (Figure 12).

| Figure 12 |

Evolution annuelle du nombre de cas de légionellose résidant dans les quatre départements de Bourgogne, 2005-2010



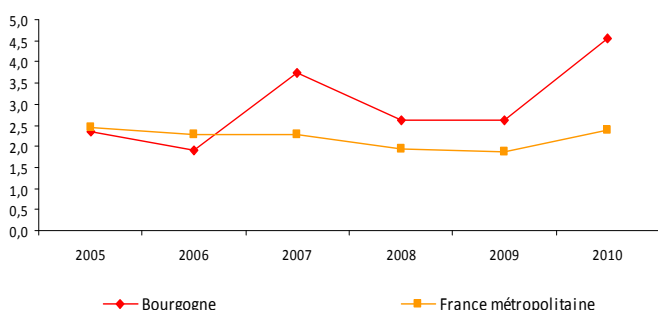
Forte augmentation du taux de déclaration en Saône-et-Loire

Depuis 2007, le taux de déclaration en Bourgogne est supérieur à celui de la France métropolitaine. Comme l'illustre la Figure 13, l'année 2010 a été marquée par une augmentation globale en Bourgogne, et particulièrement en Saône-et-Loire. Ainsi en 2010, le taux de déclaration régional était de 4,6 cas pour 10^5 habitants, soit environ 2 fois le taux de déclaration français pour la même année (2,4 pour 10^5 habitants). En tenant compte du taux d'exhaustivité, les taux de déclaration étaient de 4,7 pour 10^5 habitants et de 2,7 pour 10^5 habitants respectivement pour le Bourgogne et la France métropolitaine^{1,2}.

L'augmentation en Bourgogne est essentiellement due à l'accroissement du taux de déclaration de la Saône-et-Loire passant de 2,9 pour 10^5 habitants en 2009 à 8,1 pour 10^5 habitants en 2010 (taux non corrigés).

| Figure 13 |

Evolution annuelle du taux de déclaration de légionellose (pour 10^5 habitants) en Bourgogne et en France, 2005-2010



¹ Evaluation quantitative du système de surveillance des légionelloses en France en 2010. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2012. 40 p.

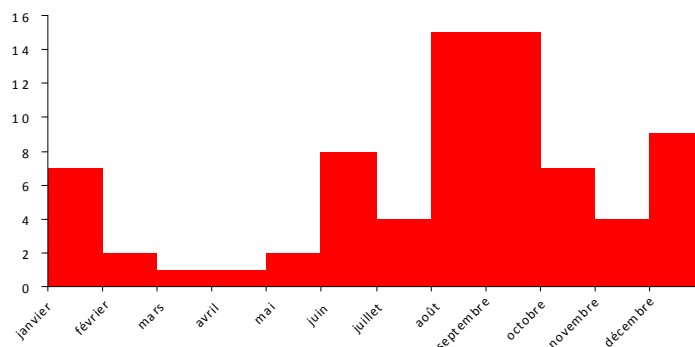
² « A la Une » du Point Epidémiologique de la Cire Bourgogne Franche-Comté du 3 mai 2012

Une saisonnalité assez marquée

En 2010, 56 % des cas sont survenus entre les mois de juin et septembre avec un pic de 30 cas d'août à septembre (Figure 14).

| Figure 14 |

Distribution des cas de légionellose selon le mois de début des signes, Bourgogne, 2010



Les hommes âgés étaient les plus touchés

Parmi les 75 cas déclarés, 64 (85 %) étaient des hommes (sex-ratio H/F= 5,8). L'âge médian des cas était de 63 ans (min-max=31-88 ans). Depuis 2005, le taux de déclaration régional augmentait avec l'âge et les taux les plus élevés étaient relevés chez les personnes de 80 ans et plus. En revanche, en 2010, le taux de déclaration le plus élevé était relevé chez les personnes de 60-69 ans avec 12,8 pour 10^5 habitants.

Les facteurs de risque restaient inchangés

Sur 75 cas, 55 (soit 73 %) présentaient au moins un facteur de risque connu, notamment le tabagisme (45 %), un diabète (19 %), une hémopathie ou un cancer (8 %), la corticothérapie (5 %), ou l'immunosuppression (4 %). Le tabagisme était l'unique facteur de risque rapporté pour 36 % des cas.

Une évolution souvent favorable, mais 5 % de décès

La pneumopathie était confirmée radiologiquement pour tous les cas et tous ont été hospitalisés. L'évolution était connue pour tous les cas. Parmi eux, 75 % ont guéri, 20 % était encore malade au moment de la déclaration. La létalité était de 5 % (soit quatre décès).

La souche isolée était *L. pneumophila*

Parmi les 75 cas déclarés, tous étaient confirmés (détection des antigènes solubles urinaires pour 74 cas ou isolement de souche clinique). L'espèce *Legionella pneumophila* était en cause dans tous les cas avec un sérotype Lp1 pour 74 cas (99 %).

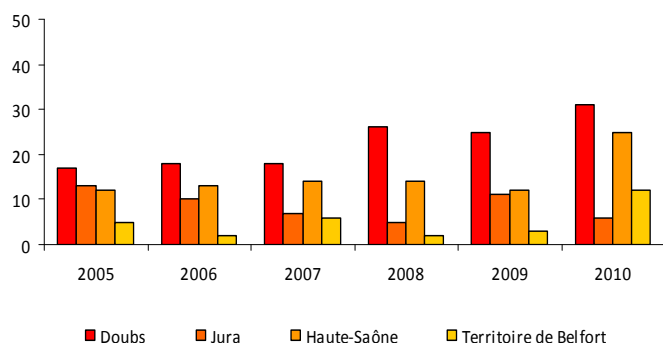
Un foyer de cas groupés en Saône-et-Loire

En janvier 2010, un regroupement spatio-temporel de quatre cas a été identifié dans le département de la Saône-et-Loire. Une fontaine publique a été identifiée comme l'unique source possible de contamination.

En 2010, 74 cas résidant en Franche-Comté ont été déclarés. Le département ayant enregistré le plus grand nombre de cas était le Doubs avec 31 cas (42 %). Les autres cas résidaient en Haute-Saône (25 cas), dans le Territoire de Belfort (12 cas) et dans le Jura (six cas) (Figure 15).

| Figure 15 |

Evolution annuelle du nombre de cas de légionellose résidant dans les quatre départements de Franche-Comté, 2005-2010



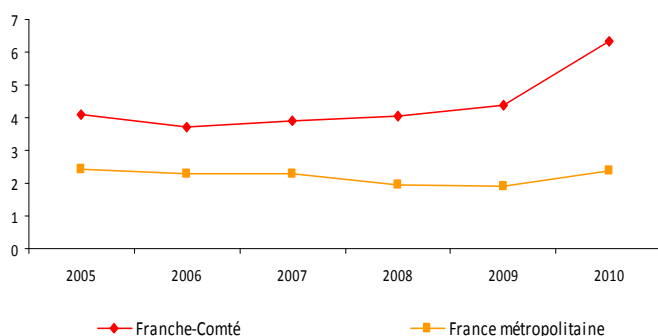
Augmentation du taux de déclaration

Depuis 2005, le taux de déclaration en Franche-Comté est supérieur à celui de la France métropolitaine. Comme l'illustre la Figure 16, l'année 2010 a été marquée par une augmentation globale en Franche-Comté. Ainsi en 2010, le taux de déclaration régional était de 6,3 cas pour 10^5 habitants, soit environ trois fois le taux de déclaration français pour la même année (2,4 pour 10^5 habitants). En tenant compte du taux d'exhaustivité, les taux de déclaration étaient de 6,4 pour 10^5 habitants et de 2,7 pour 10^5 habitants respectivement pour la Franche-Comté et la France métropolitaine^{1,2}.

L'augmentation en Franche-Comté est essentiellement due à l'accroissement du taux de déclaration de la Haute-Saône passant de 5,0 pour 10^5 habitants en 2009 à 10,4 pour 10^5 habitants en 2010, et du Territoire de Belfort passant de 2,1 pour 10^5 habitants en 2009 à 8,4 pour 10^5 habitants en 2010 (taux non corrigés).

| Figure 16 |

Evolution annuelle du taux de déclaration de légionellose (pour 10^5 habitants) en Franche-Comté et en France, 2005-2010



¹ Evaluation quantitative du système de surveillance des légionelloses en France en 2010. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2012. 40 p.

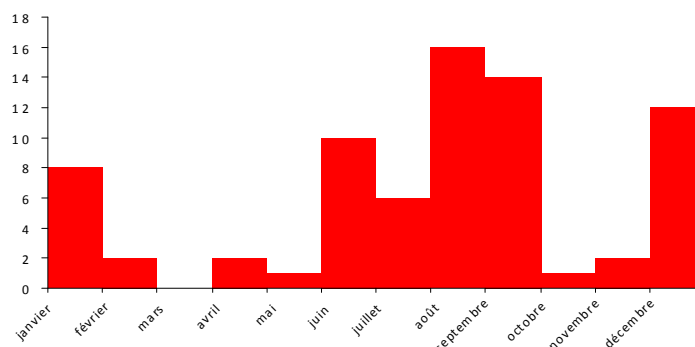
² « A la Une » du Point Epidémiologique de la Cire Bourgogne Franche-Comté du 3 mai 2012

Une saisonnalité assez marquée

En 2010, 62 % des cas sont survenus entre les mois de juin et septembre avec un pic de 30 cas d'août à septembre (Figure 17).

| Figure 17 |

Distribution des cas de légionellose selon le mois de début des signes, Franche-Comté, 2010



Les hommes âgés étaient les plus touchés

Parmi les 74 cas déclarés, 56 (76 %) étaient des hommes (sexe ratio H/F= 3,1). L'âge médian des cas était de 59 ans (min-max=32-94 ans). Depuis 2005, le taux de déclaration régional augmente avec l'âge et les taux les plus élevés sont relevés chez les personnes de 80 ans et plus avec 19,4 pour 10^5 habitants en 2010.

Les facteurs de risque restaient inchangés

Sur 74 cas, 53 (soit 72 %) présentaient au moins un facteur de risque connu, notamment le tabagisme (51 %), un diabète (20 %), une hémopathie ou un cancer (5 %), une corticothérapie (5 %), ou une immunosuppression (4 %). Le tabagisme était l'unique facteur de risque rapporté pour 27 % des cas.

Une évolution souvent favorable, mais 14 % de décès

La pneumopathie était confirmée radiologiquement pour 73 cas (99 %) et seulement deux cas (3 %) n'ont pas été hospitalisés. L'évolution était connue pour tous les cas. Parmi eux, 80 % ont guéri, 7 % était encore malade au moment de la déclaration. La létalité était de 14 % (soit 10 décès).

La souche majoritairement isolée était *L. pneumophila*

Parmi les 74 cas déclarés, 73 étaient confirmés (détection des antigènes solubles urinaires pour tous les cas). Un seul cas était probable avec un titre d'anticorps élevé. L'espèce *Legionella pneumophila* était en cause dans 73 cas avec un séro-groupe Lp1 pour tous les cas.

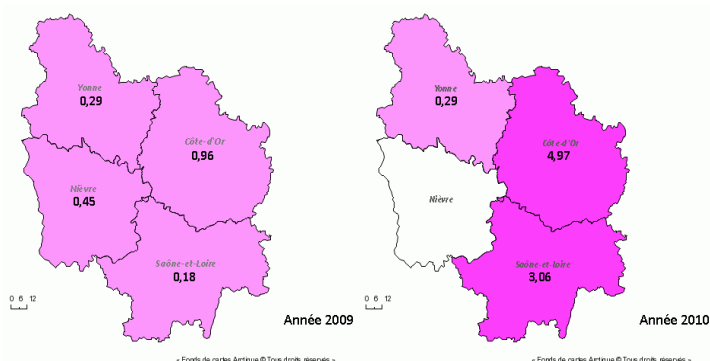
Le gradient ouest-est constaté sur l'incidence en 2010 persiste après correction des données par les taux d'exhaustivité de la DO. Le taux d'exhaustivité de la DO légionellose estimé au niveau national à 88,5 % (intervalle de confiance à 95 % : 88,0 - 89,0) est comparable à la listériose dont la gravité et la nécessité de mesures de gestion autour du cas sont similaires (taux d'exhaustivité de 92 % en 2006)¹.

Un taux de déclaration supérieur à 3 pour 10⁵ habitants en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire en 2010 (Figure 18)

Les cas déclarés en Bourgogne ont été rares entre 2005 et 2009. En 2010, 52 cas de rougeole ont été déclarés : en Côte-d'Or (31 cas), en Saône-et-Loire (18 cas), dans l'Yonne (deux cas) et dans la Nièvre (un cas). Le taux d'incidence national en 2010 était de 8,1 pour 10⁵ habitants.

| Figure 18 |

Evolution annuelle du taux de déclaration de rougeole (pour 10⁵ habitants) par département, Bourgogne, 2009-2010

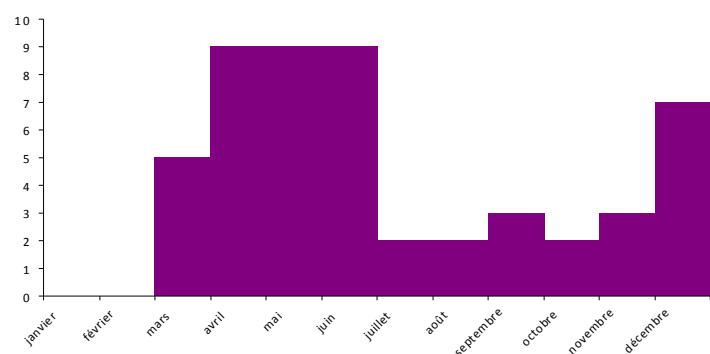


Les cas se distribuaient ainsi : 65 % de cas confirmés biologiquement, 31 % de cas cliniques et 4 % de cas confirmés épidémiologiquement. Parmi les cas confirmés biologiquement, la recherche d'IgM sérique a été la technique la plus employée en Bourgogne (27 cas).

Parmi les cas déclarés en 2010, 53 % des cas ont déclaré leur éruption entre avril et juin (27/51) et près de 14 % au cours du mois de décembre (Figure 19). Ces deux vagues épidémiques correspondent à la tendance observée en France métropolitaine en 2010.

| Figure 19 |

Distribution des cas de rougeole selon le mois de l'éruption, Bourgogne, 2010



Les hommes et les plus jeunes concernés

La majorité des cas signalés étaient de sexe masculin (34 sur les 51 renseignés ; 67 %). Par ailleurs, les moins de 30 ans étaient les plus concernés (83 % des cas). L'âge était compris entre 8 mois et 59 ans en 2010. Il est à noter que l'âge moyen des cas a augmenté entre 2009 et 2010.

Des hospitalisations et complications à tous âges

Parmi les 51 cas où l'information était disponible, 48 présentaient un exanthème maculo-papuleux (94 %). Le signe de Koplik était décelé dans 49 % des cas.

L'hospitalisation a concerné 20 cas : 11 de sexe masculin et neuf de sexe féminin. Toutes les classes d'âges ont été concernées (Tableau 4).

| Tableau 4 |

Nombre de cas de rougeole hospitalisé par tranche d'âge, Bourgogne, 2010

Tranche d'âge	n	%
<1 à 14 ans	4	20
15-29 ans	11	55
plus de 30 ans	5	25
Total	20	100

Des complications étaient renseignées pour sept cas parmi les cas déclarés (dont deux qui n'ont pas été hospitalisés). Les sept cas avaient pour quatre d'entre eux moins de 15 ans, deux entre 15 et 29 ans et le dernier plus de 30 ans. Les complications reportées étaient trois pneumopathies, deux otites et deux fièvres.

Une vaccination peu réalisée chez les cas

L'information sur la vaccination a été recueillie pour 41 cas. La rougeole a touché essentiellement des personnes non vaccinées (34; 83 %). Les cas vaccinés étaient au nombre de sept (dont six avaient reçu une dose) et avaient moins de 30 ans. Le seul cas avec les deux doses était âgé de 15 ans.

Plusieurs foyers de cas groupés

Parmi les 31 cas où l'information était disponible, 18 cas ont eu un contact avec un autre cas (7-18 jours avant éruption). Pour dix d'entre eux, le lieu de contamination était le milieu familial.

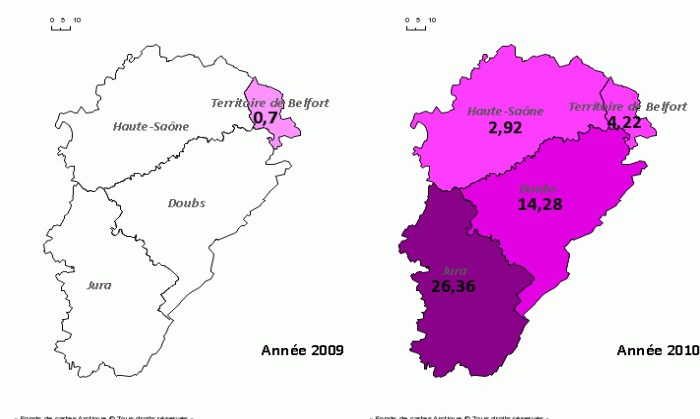
Par ailleurs, la notion de séjour à l'étranger pendant la période d'incubation a été reportée pour 4 cas sur les 43 renseignés.

Un taux de déclaration supérieur à 14 pour 10⁵ habitants dans le Jura et dans le Doubs en 2010 (Figure 20)

Les cas déclarés en Franche-Comté ont été rares entre 2005 et 2009. En 2010, 162 cas de rougeole ont été déclarés : dans le Doubs (100 cas), dans le Jura (53 cas), dans le Territoire de Belfort (cinq cas) et en Haute-Saône (quatre cas). Le taux d'incidence national en 2010 était de 8,1 pour 10⁵ habitants.

| Figure 20 |

Evolution annuelle du taux de déclaration de rougeole (pour 10⁵ habitants) par département, Franche-Comté, 2009-2010

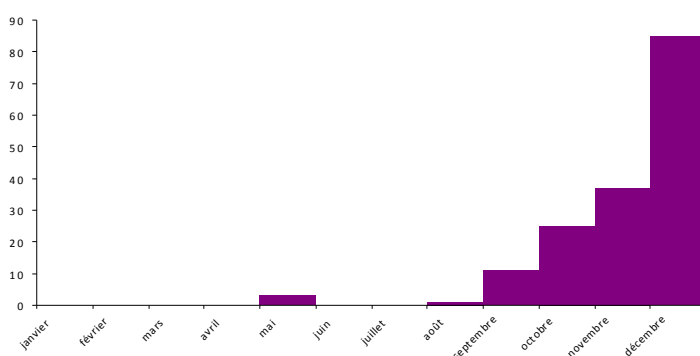


Les cas se distribuèrent ainsi : 38 % de cas confirmés biologiquement, 44 % de cas cliniques et 18 % de cas confirmés épidémiologiquement. Parmi les cas confirmés biologiquement, la recherche d'IgM sérique a été la technique la plus employée en Franche-Comté (67 cas).

Parmi les cas déclarés en 2010, 97 % des cas ont déclaré leur éruption entre septembre et décembre (158/162) (Figure 21). Cette vague épidémique correspond à la tendance observée en France métropolitaine en 2010.

| Figure 21 |

Distribution des cas de rougeole selon le mois de l'éruption, Franche-Comté, 2010



Les plus jeunes concernés sans différence hommes/femmes

La majorité des cas signalés étaient de sexe masculin (90 / 162 ; 56 %). Par ailleurs, les moins de 30 ans étaient les plus concernés (93 % des cas). L'âge était compris entre 3 mois et 54 ans en 2010. Il est à noter que l'âge moyen des cas a diminué entre 2009 et 2010.

Des hospitalisations et complications à tous âges

Tous les cas présentaient un exanthème maculo-papuleux. Le signe de Koplik était décelé dans 65 % des cas.

L'hospitalisation a concerné 24 cas : 14 de sexe masculin et 10 de sexe féminin. Toutes les classes d'âges ont été concernées (Tableau 5).

| Tableau 5 |

Nombre de cas de rougeole hospitalisé par tranche d'âge, Franche-Comté, 2010

Tranche d'âge	n	%
<1 à 14 ans	8	33
15-29 ans	15	63
plus de 30 ans	1	4
Total	24	100

Des complications étaient renseignées pour 14 cas parmi les cas déclarés. Les 14 cas avaient pour deux d'entre eux moins de 15 ans, neuf entre 15 et 29 ans et trois plus de 30 ans. Les complications reportées étaient six pneumopathies, deux otites, deux kératites, un purpura bénin, une cytolysé hépatique, une candidose buccale et une toux.

Une vaccination peu réalisée chez les cas

L'information sur la vaccination a été recueillie pour 145 cas. La rougeole a touché essentiellement des personnes non vaccinées (130/90 %). Les cas vaccinés étaient au nombre de 15 (dont 10 avaient reçu une dose). Parmi ces 15 cas, 12 avaient moins de 30 ans (46 %).

Plusieurs foyers de cas groupés

Parmi les 135 cas où l'information était disponible, 113 cas (83 %) ont eu un contact avec un autre cas (7-18 jours avant éruption). Pour 98 d'entre eux, les lieux de contamination étaient principalement le milieu familial (n=50) et les milieu scolaire (n=48). Le milieu scolaire a été impacté suite à un rassemblement international de jeunes qui a eu lieu fin août 2010. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Franche-Comté avait comptabilisé 41 cas (communiqué de presse du 21 octobre 2010).

Par ailleurs, la notion de séjour à l'étranger pendant la période d'incubation a été reportée pour 3 cas sur les 115 renseignés.

Au moins quatre foyers par département, 236 malades au total

En 2010, 22 Tiac ont été déclarées en Bourgogne (soit 2,2 % des Tiac déclarées en France métropolitaine). L'augmentation observée en 2009 ne s'est pas poursuivie. Les départements de la région Bourgogne ont déclaré moins de 10 foyers (huit en Côte-d'Or, six en Saône-et-Loire et quatre dans la Nièvre et dans l'Yonne).

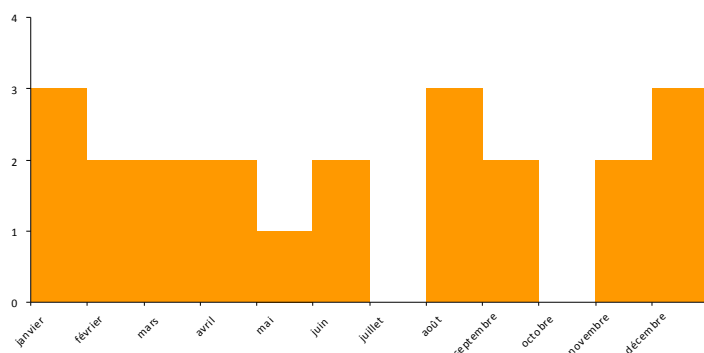
Le nombre total de personnes exposées a été de 840, dont 236 ont été malades (28 %). Les cas étaient au nombre de 115 dans la Nièvre, de 63 en Côte-d'Or, de 43 en Saône-et-Loire et de 15 dans l'Yonne. Six hospitalisations ont été complétées et aucun décès n'a été recensé.

Plus de foyers en janvier, août et décembre

La répartition mensuelle des déclarations montre la présence de Tiac toute l'année (sauf en juillet et en octobre) avec un maximum de trois foyers en janvier, en août et en décembre (Figure 22).

| Figure 22 |

Distribution des foyers de Tiac selon le mois de début des signes, Bourgogne, 2010



Des foyers essentiellement familiaux

Les lieux de survenue des Tiac les plus fréquents en 2010 étaient le milieu familial (13 Tiac ; 59 %) et les collectivités incluant les cantines scolaires, les entreprises, les instituts médico-sociaux et les centres de loisirs (sept Tiac ; 32 %).

Tous les groupes d'aliments suspectés

Parmi les 18 Tiac où un aliment a été suspecté, les coquillages et les fruits de mer ont concerné quatre foyers, la viande et la charcuterie ont concerné trois Tiac chacune et enfin deux foyers ont ciblé le fromage ou les produits laitiers. Deux Tiac ont ciblé soit la volaille, soit les oeufs et les produits à base d'oeufs.

Recherche étiologique confirmée pour cinq foyers de Tiac

Dans près de la moitié des foyers de Tiac (41 %), aucune recherche étiologique n'a été effectuée, ni sur prélèvement alimentaire ni sur prélèvement d'origine humaine. Parmi ces foyers, la majorité était survenu dans le milieu familial (n=7). L'agent pathogène étiologique a pu être confirmé pour cinq Tiac, suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation pour 12 Tiac, et était inconnu pour cinq Tiac. Les agents les plus fréquemment confirmés ou suspectés étaient : virus entérique (6), *Staphylococcus Aureus* (4), *Bacillus cereus* (3) et *Clostridium perfringens* (2).

Facteurs à l'origine des Tiac et mesures correctives mentionnées pour un seul et même foyer

Ces informations étaient très peu renseignées. Le seul facteur à l'origine d'un foyer était une rupture des chaînes du froid et du chaud. A la suite de cette affaire, des travaux ont été entrepris dans l'établissement.

Au moins un foyer par département, 240 malades au total

En 2010, 26 Tiac ont été déclarées en Franche-Comté (soit 2,7 % des Tiac déclarées en France métropolitaine). Le nombre de Tiac observé en 2009 s'est maintenu en 2010 (27 foyers en 2009). Les départements de la région Franche-Comté ont déclarés au moins un foyer (16 dans le Doubs, cinq en Haute-Saône, quatre dans le Jura et un dans le Territoire de Belfort).

Le nombre total de personnes exposées était de 1 075, dont 240 ont été malades (22 %).

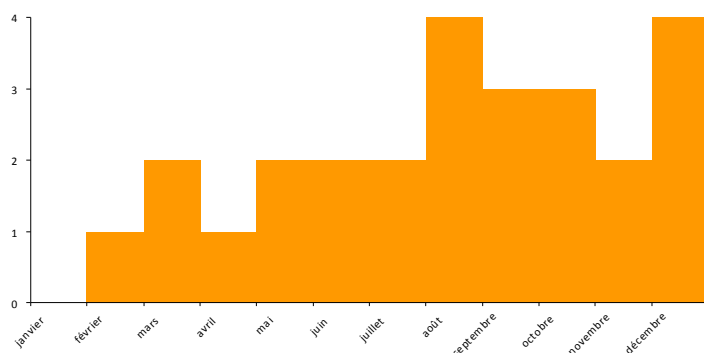
Les cas étaient au nombre de 150 dans le Doubs, de 68 dans le Jura, de 18 en Haute-Saône et de quatre dans le Territoire de Belfort. Vingt-cinq hospitalisations ont été comptabilisées et aucun décès n'a été recensé.

Plus de foyers en août et décembre

La répartition mensuelle des déclarations montre la présence de Tiac toute l'année (sauf en janvier) avec un maximum de quatre foyers en août et en décembre (Figure 23).

| Figure 23 |

Distribution des foyers de Tiac selon le mois de début des signes, Franche-Comté, 2010



Des foyers essentiellement familiaux

Les lieux de survenue des Tiac les plus fréquents en 2010 étaient le milieu familial (13 Tiac ; 50 %), le restaurant (sept Tiac ; 27%) et dans les autres collectivités telles que les cantines scolaires, les entreprises, les instituts médico-sociaux et les centres de loisirs (cinq Tiac ; 19 %).

Tous les groupes d'aliments suspectés

Parmi les 21 Tiac où un aliment a été suspecté, les oeufs et les produits à base d'oeufs ont concerné quatre foyers, la viande trois foyers, les coquillages et les fruits de mer deux foyers. Enfin, le fromage ou les produits laitiers et la volaille ont été mis en cause dans un foyer chacun. La catégorie « Autre » a rassemblé 10 foyers.

Recherche étiologique confirmée pour neuf foyers de Tiac

Pour plus de la moitié des foyers de Tiac (57 %), aucune recherche étiologique n'a été effectuée, ni sur prélèvement alimentaire ni sur prélèvement d'origine humaine. Parmi ces foyers, la majorité était survenu dans le milieu familial (n=9) et dans un restaurant (n=4).

L'agent pathogène étiologique a pu être confirmé pour neuf Tiac, suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation pour 13 Tiac, et était inconnu pour quatre Tiac. Les agents les plus fréquemment confirmés ou suspectés étaient : Salmonellose (7), *Staphylococcus Aureus* (4), virus entérique (4), *Bacillus cereus* (1), *Campylobacter* (1) et *Clostridium perfringens* (1).

Facteurs à l'origine des Tiac mentionnés pour un seul foyer et une seule mesure corrective

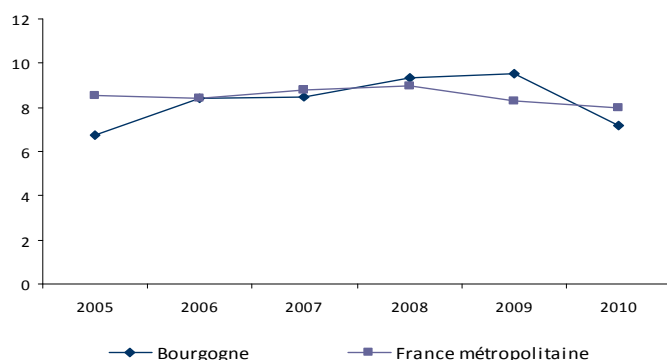
Ces informations étaient très peu renseignées. Les facteurs à l'origine d'un foyer étaient une rupture dans la chaîne du froid et un délai important entre préparation et consommation ont été constatés. Pour un autre foyer, des mesures auprès du personnel ont été prises.

Diminution de 24 % du nombre de cas déclarés en Bourgogne en 2010 par rapport à 2009

En 2010, 118 cas ont été déclarés en Bourgogne. Le taux de déclaration de la tuberculose maladie en Bourgogne a augmenté régulièrement depuis 2005 jusqu'au taux de 9,5 pour 10⁵ habitants en 2009 où il dépassait le taux de déclaration de la France métropolitaine, avant de redescendre en 2010 à une valeur de 7,2 pour 10⁵ habitants (Figure 24), en dessous du taux de déclaration de la France métropolitaine de 8,1 pour 10⁵ habitants avec 5 049 cas.

| Figure 24 |

Evolution annuelle du taux de déclaration de tuberculose maladie (pour 10⁵ habitants) en Bourgogne et en France, 2005-2010



Par département, la Nièvre et l'Yonne présentent un taux de déclaration en 2010 légèrement supérieur aux deux autres départements (Figure 25).

Les hommes et les personnes âgées les plus touchés

Le sexe ratio H/F était de 1,2 avec un taux de déclaration chez les hommes de 8,0 pour 10⁵ habitants et chez les femmes de 6,4 pour 10⁵ habitants.

La moyenne d'âge était de 56,5 ans (médiane à 60,5) avec un minimum à 1 an et un maximum à 97 ans.

Les tranches d'âge les plus touchées étaient les personnes âgées de 75 ans et plus, puis les 25-39 ans et les 60-74 ans (Tableau 6).

Trois cas étaient âgés de moins de 15 ans (1,7 et 14 ans) dont deux étaient vaccinés par le BCG. Le troisième, non vacciné, provenant d'un pays endémique résidait en France depuis 2009.

| Tableau 6 |

Nombre de cas de tuberculose par tranche d'âge, Bourgogne, 2010

Tranche d'âge	n	Taux de déclaration
Moins de 15 ans	3	1,1
15-24 ans	11	5,9
25-39 ans	24	8,5
40-59 ans	20	4,4
60-74 ans	39	8,0
Plus de 75 ans	21	21,7
Total	118	7,2

Une majorité de cas nés en France mais les personnes nées à l'étranger ont un taux de déclaration six fois plus élevé

Parmi les 109 cas dont le pays de naissance était renseigné, 77 (71 %) étaient nés en France, et 32 (29 %) à l'étranger dont 14 en Afrique du nord (13 %), 10 en Afrique subsaharienne (9 %) et sept (6 %) en Europe dont quatre hors UE. Le taux de déclaration des cas nés en France était de 5/10⁵ contre 33,7/10⁵ pour ceux nés à l'étranger.

La vie en collectivité ne concernait que 13 cas (12 %) dont cinq vivaient en centre d'hébergement collectif et quatre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Aspects cliniques et bactériologiques

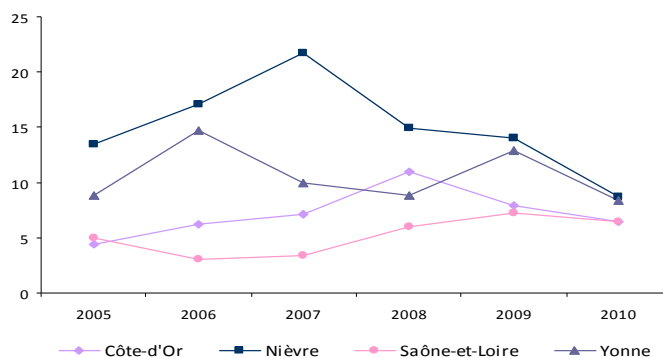
Parmi les cas neuf (8 %) avaient déjà été traités pour une tuberculose.

Parmi les formes cliniques, 66 cas (56 %) présentaient des formes pulmonaires, 38 cas (32 %) présentaient des formes extra-pulmonaires (ganglionnaires, génitales, pleurales, ostéo-articulaires) et 14 cas (12 %) avaient des formes mixtes. Deux cas présentaient une forme méningée (27 et 72 ans) et trois cas une miliaire (58, 70 et 71 ans).

Parmi les localisations pulmonaires ou mixtes, et ceux pour lesquels l'information était disponible, 50 (71 %) étaient potentiellement contagieux avec 37 cas qui étaient bacillifères à l'examen direct (Bacille acido-alcool résistants positifs - BAAR +), et 25 cas qui étaient positifs à la culture respiratoire, six cas parmi eux ayant les deux tests positifs.

| Figure 25 |

Evolution annuelle du taux de déclaration de tuberculose maladie (pour 10⁵ habitants) dans les quatre départements de Bourgogne, 2005-2010



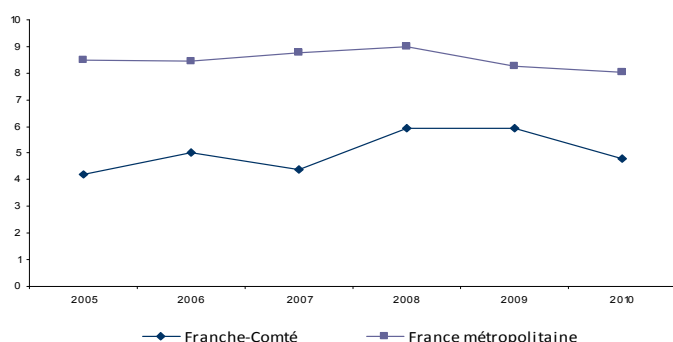
Diminution du nombre de cas déclarés de 19 % en 2010 en Franche-Comté par rapport à 2009

En 2010, 56 cas ont été déclarés en Franche-Comté, moindre qu'en 2009 et 2008.

Le taux de déclaration de la tuberculose maladie en Franche-Comté a été relativement stable depuis 2005 et reste, avec 4,8 pour 10⁵ habitants en 2010, nettement inférieur au taux de déclaration de la France métropolitaine (Figure 26), celui-ci étant à 8,1 pour 10⁵ habitants avec 5 049 cas.

| Figure 26 |

Evolution annuelle du taux de déclaration de tuberculose maladie (pour 10⁵ habitants) en Franche-Comté et en France, 2005-2010



Cependant, par département, le Territoire de Belfort a un taux de déclaration en 2010 à 9,8 pour 10⁵ habitants, doublé par rapport aux autres départements et supérieur à celui de la France métropolitaine (Figure 27).

Les hommes et les personnes âgées les plus touchés

Le sexe ratio H/F était de 1,4 avec un taux de déclaration chez les hommes de 5,7 pour 10⁵ habitants et chez les femmes de 3,9 pour 10⁵ habitants.

La moyenne d'âge était de 51 ans (médiane à 53,5) avec un minimum à 18 ans et un maximum à 87 ans. Il n'y avait pas de cas âgés de moins de 18 ans.

Les tranches d'âge les plus touchées étaient les 60-74 ans et les 75 ans et plus (Tableau 7). Cependant dans le Territoire de Belfort, un plus fort taux de déclaration a été observé chez les adultes jeunes (17,8 pour 10⁵ habitants pour les 25-39 ans et 15,9 pour 10⁵ habitants pour les 15-24 ans).

| Tableau 7 |

Nombre de cas de tuberculose par tranche d'âge, Franche-Comté, 2010

Tranche d'âge	n	Taux de déclaration
Moins de 15 ans	0	0
15-24 ans	7	4,9
25-39 ans	12	5,4
40-59 ans	16	5,0
60-74 ans	13	7,6
Plus de 75 ans	8	7,6
Total	56	4,8

Une majorité de cas nés à l'étranger dont le taux de déclaration est multiplié par 17 par rapport aux cas nés en France

Parmi les 55 cas dont le pays de naissance était renseigné, 25 (45 %) étaient nés en France, et 30 (55 %) à l'étranger dont 16 en Afrique du nord (53 %) et neuf (30 %) en Europe dont sept hors UE. Le taux de déclaration des cas nés en France était de 2,3 pour 10⁵ habitants contre 38,9 pour 10⁵ habitants pour ceux nés à l'étranger.

La vie en collectivité ne concernait que quatre cas (8 %) dont trois vivaient en centre d'hébergement collectif.

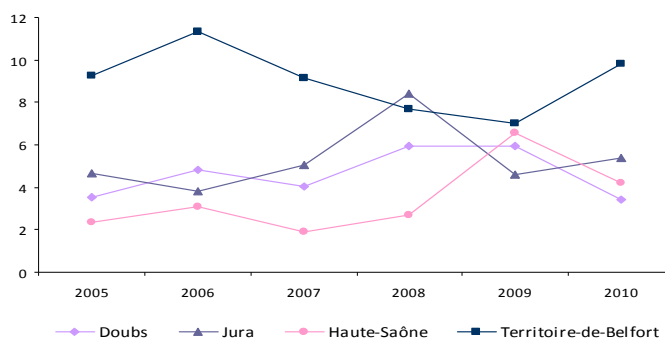
Aspects cliniques et bactériologiques

Parmi les formes cliniques, 42 cas (75 %) présentaient des formes pulmonaires, 12 cas (21,4 %) présentaient des formes extra-pulmonaires dont des tuberculoses ganglionnaires, os-téo-articulaires et pleurales et deux cas (3,6 %) avaient des formes mixtes. Il n'y avait pas de formes méningées ni de miliaires.

Parmi les localisations pulmonaires ou mixtes, 36 (82 %) étaient potentiellement contagieux avec 25 cas (57 %) qui étaient bacillifères à l'examen direct (Bacille acido-alcoolo résistant positif - BAAR +), et 16 cas (36 %) qui étaient positifs à la culture respiratoire (cinq cas parmi eux ayant les deux résultats positifs).

| Figure 27 |

Evolution annuelle du taux de déclaration de tuberculose maladie (pour 10⁵ habitants) dans les quatre départements de Franche-Comté, 2005-2010



Les effectifs des autres MDO sont présentés à titre indicatif.

Pour 13 maladies à DO, concernant les régions Bourgogne et Franche-Comté, il n'y a eu aucun cas déclaré en 2010 : charbon, chikungunya, choléra, dengue, diphtérie, fièvres hémorragiques africaines, fièvre jaune, orthopoxviroses, paludisme (autochtone et d'importation dans les DOM), peste, poliomyélite, rage et typhus exanthématique.

Deux suspicions de maladie de Creutzfeldt-Jakob ont été notifiées dans nos régions : une dans l'Yonne et une dans le Territoire de Belfort. Ces données ne sont pas exhaustives du fait qu'elles n'incluent pas les données issues du réseau d'épidémiosurveillance de cette maladie (réseau InVS/Inserm U708).

Le nombre de cas à caractère sporadique des sept maladies restantes est indiqué ci-dessous :

| En Bourgogne |

| Tableau 8 |

Nombre annuel de cas de 7 MDO déclarées en Bourgogne, 2005-2010

Maladies à déclaration obligatoire	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Listériose	5	9	5	6	10	10	45
Tularémie	0	1	1	5	3	2	12
Hépatite B	3	3	2	2	0	0	10
Fièvres typhoïde et paratyphoïdes	1	2	2	1	1	1	8
Botulisme (foyers de)	1	0	0	0	1	0	2
Tétanos	0	1	0	0	0	1	2
Brucellose	0	0	0	1	0	0	1

| En Franche-Comté |

| Tableau 9 |

Nombre annuel de cas de 7 MDO déclarées en Franche-Comté, 2005-2010

Maladies à déclaration obligatoire	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Listériose	4	2	2	1	6	5	20
Tularémie	0	1	3	2	2	3	11
Hépatite B	4	3	1	1	0	0	9
Fièvres typhoïde et paratyphoïdes	1	1	2	0	1	1	6
Brucellose	3	2	1	0	0	0	6
Botulisme (foyers de)	0	0	0	0	1	0	1
Tétanos	1	0	0	0	0	0	1

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des partenaires pour leur implication dans le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, notamment les médecins déclarants, les laboratoires d'analyse médicale, les équipes des ARS Bourgogne et Franche-Comté responsables de la prise en charge des MDO.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur : <http://www.invs.sante.fr/BVS>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'InVS

Analyse des données : Sandrine Daniel, Jeanine Stoll, Elodie Terrien, Sabrina Tessier

Rédaction : François Clinard, Sandrine Daniel, Olivier Retel, Anne Serre, Jeanine Stoll, Elodie Terrien, Sabrina Tessier, Claude Tillier

Diffusion : ARS Bourgogne — Immeuble « Le Diapason », 2 place des Savoirs — 21035 Dijon Cedex 9 — Tél: 03.80.41.99.41 — Fax: 03.80.41.99.53

ARS Franche-Comté — Immeuble « La City », 3 avenue Louise Michel — 25044 Besançon Cedex

Mail : ars-bourgogne-franche-comte-cire@ars.sante.fr