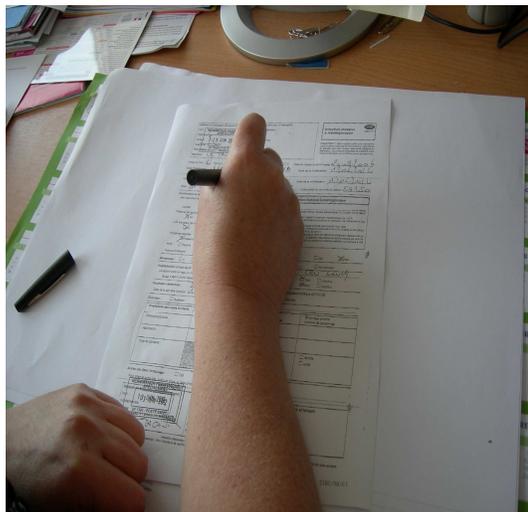


Surveillance des maladies à déclaration obligatoire en Lorraine - situation au 31 décembre 2010



Page 1
Editorial

Page 2
Bilan des maladies déclarées en Lorraine en 2010

Page 3
L'hépatite aiguë A en Lorraine en 2010

Page 4
Les infections invasives à méningocoque (IIM) en Lorraine en 2010

Page 5
La légionellose en Lorraine en 2010

Page 6
La rougeole en Lorraine en 2010

Page 7
Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) en Lorraine en 2010

Page 8
La tuberculose en Lorraine en 2010

Page 10
Rappels sur le circuit du système de déclaration obligatoire

| Editorial |

Christine Meffre, responsable de la Cire Lorraine-Alsace

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

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

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

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

Ce numéro du BVS vous propose donc un récapitulatif des MDO déclarées en 2010 en Lorraine suivi de chapitres dédiés spécifiquement à l'hépatite A, aux infections invasives à méningocoques, à la légionellose, à la rougeole, aux toxi-infections alimentaires collectives et à la tuberculose.

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

| Bilan des maladies déclarées en Lorraine en 2010 |

Lucie Schapman¹

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

| Tableau 1 |

Tableau récapitulatif des maladies à déclaration obligatoire notifiées en Lorraine en 2010

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

	LORRAINE			
	54 Meurthe-et-Moselle	55 Meuse	57 Moselle	88 Vosges
* département de notification				
Botulisme	0	0	0	0
Brucellose*	0	0	0	0
Charbon	0	0	0	0
Chikungunya	0	0	0	0
Choléra	0	0	0	0
Dengue	0	0	0	0
Diphthérie	0	0	0	0
Fièvres hémorragiques africaines	0	0	0	0
Fièvre jaune	0	0	0	0
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes*	0	0	1	0
Hépatite aiguë A	18	4	27	4
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	0	0	2	0
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	5	1	20	5
SIDA	0	0	2	0
Infection invasive à méningocoque	4	3	4	1
Légionellose	23	4	38	18
Listériose	3	0	2	4
Orthopoxviroses dont variole	0	0	1	0
Paludisme autochtone	0	0	0	0
Paludisme d'importation	0	0	0	0
Peste	0	0	0	0
Poliomyélite	0	0	0	0
Rage	0	0	0	0
Rougeole*	6	0	11	3
Saturnisme de l'enfant mineur	0	0	0	0
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres ESS	0	0	2	0
Tétanos	0	1	0	0
Toxi-infection alimentaire collective*	10	5	8	7
Tuberculose maladie*	40	4	75	18
Tuberculose ITL*	4	0	8	3
Tularémie*	1	1	0	0
Typhus exanthématique	0	0	0	0

| L'hépatite aiguë A en Lorraine en 2010 |

Christine Meffre¹

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

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

Critères de notification :

Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum

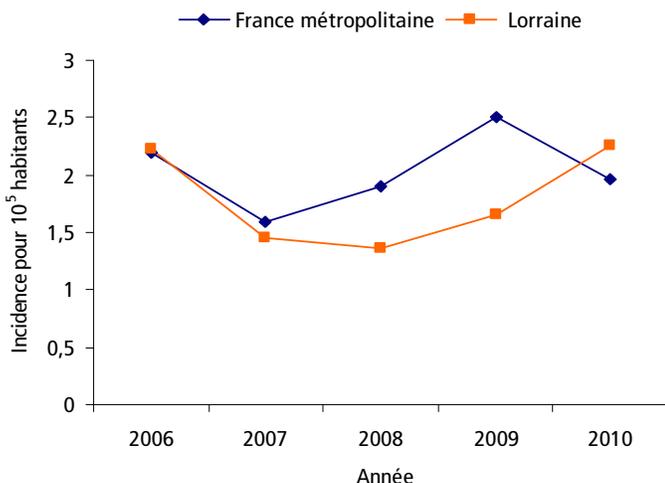
NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

En 2010, 53 cas d'hépatite aiguë A ont été notifiés dans la région Lorraine (contre 39 en 2009). L'incidence était de 2,3 cas pour 100 000 habitants, en nette augmentation par rapport à l'année antérieure (1,7 en 2009) et légèrement supérieure à l'incidence nationale de 2,0 cas pour 100 000 habitants.

Rapportée au département, l'incidence était de 2,5 cas pour 100 000 habitants en Meurthe et Moselle (N=18) ; de 2,1 cas pour 100 000 habitants en Meuse (N=4) ; de 2,6 cas pour 100 000 habitants en Moselle (N=27) et de 1,1 cas pour 100 000 habitants dans les Vosges (N=4). De 2006 à 2009, l'incidence annuelle des cas d'hépatite aiguë A déclarés en Lorraine a connu une évolution comparable à celle de la France métropolitaine (figure 1). En revanche, à partir de 2009, on observe une inversion des tendances avec une augmentation en Lorraine et une décroissance en métropole.

| Figure 1 |

Evolution de l'incidence des cas d'hépatite aiguë A déclarés en France métropolitaine et en Lorraine, 2006-2010



DESCRIPTION DES CAS EN LORRAINE EN 2010

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, 53 cas d'hépatite aiguë A ont été déclarés en Lorraine : 18 cas en Meurthe et Moselle, 4 cas en Meuse, 27 cas en Moselle et de 4 cas dans les Vosges.

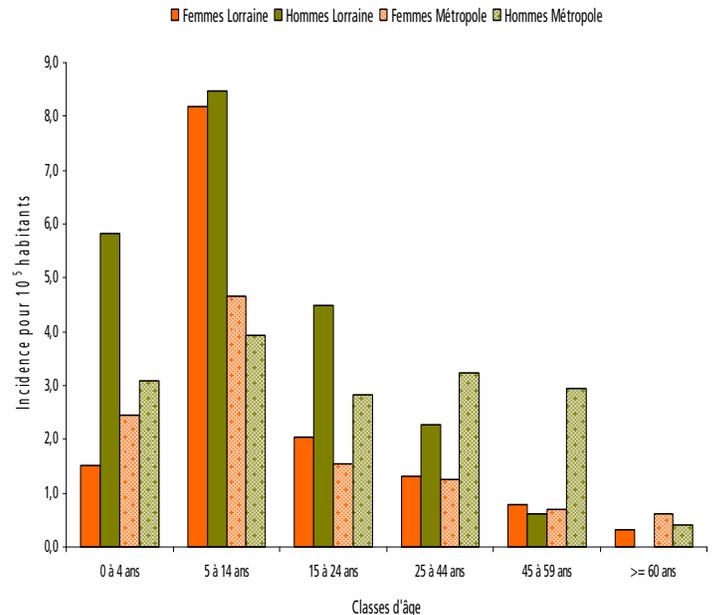
* Sexe et âge

L'âge des cas en 2010 variait de 3 ans à 72 ans avec une médiane à 14 ans liée au fait que 81% des cas avaient moins de 30 ans (médiane à 27 ans en 2009). Les cas étaient nettement plus jeunes qu'en France métropolitaine où l'âge médian était de 25 ans. En Lorraine, on observait un pic d'incidence très élevé dans la classe d'âge des 5-14 ans (8,3 cas pour 100 000 habitants) lié à la survenue d'une dizaine de cas de cette classe d'âge dans chacun des départements de Moselle et Meurthe et Moselle. A noter également, une incidence élevée chez les 0-4 ans et 15-25 ans (respectivement 3,7 et 3,3 cas pour 100 000 habitants). L'incidence des cas de sexe masculin était supérieure à celle des cas de sexe féminin (respectivement 2,7 versus 1,8).

Comme au niveau national, les taux d'incidence en 2010 en Lorraine étaient globalement plus élevés chez les hommes que chez les femmes (sauf chez les 45 ans et plus) et chez les moins de 15 ans que pour les autres classes d'âge (figure 2).

| Figure 2 |

Incidence par sexe et classe d'âge des cas d'hépatite aiguë A déclarés en France métropolitaine et en Lorraine, 2010



* Clinique et sévérité

En 2010, parmi les 53 cas, 43 (81%) étaient symptomatiques au moment du diagnostic et présentaient un ictère. Cette proportion était légèrement plus élevée qu'en France métropolitaine (78%). Le taux d'hospitalisation était de 55% en région, en très légère baisse par rapport à 2009 (59%) mais un peu plus élevé qu'en France métropolitaine (45%).

* Episodes de cas groupés

En Lorraine en 2010, 58% des cas déclarés appartenaient à un épisode de cas groupés contre 15% en 2009. Un cas recensé en Meurthe et Moselle et quatre cas en Moselle étaient liés à l'épidémie nationale d'hépatite A (59 cas répartis dans 18 départements métropolitains de novembre 2009 à février 2010) qui avait pour origine la consommation de tomates semi-séchées contaminées importées de Turquie et achetées en sandwicheries.

* Expositions à risque

Les deux principales expositions à risque dans les 2 à 6 semaines précédant le début des signes cliniques étaient la présence d'autres cas d'hépatite A dans l'entourage (62%), avec pour 70% d'entre eux des cas dans la famille et la présence d'un enfant de moins de 3 ans au domicile (24%). La notion d'un séjour hors France métropolitaine n'était rapportée que pour 13% des cas (30% au niveau national). Parmi les 7 cas ayant séjourné hors métropole, 71% avaient séjourné dans un pays du Bassin méditerranéen.

Seuls 6 cas (11%) avaient rapporté une consommation de fruits de mer (huîtres pour 50% d'entre eux, moules, crevettes et mélange de fruits de mer).

* Statut vaccinal

Parmi les 53 cas, 3 (6%) étaient vaccinés avec une dose.

Mesures de prévention :

La prévention de l'hépatite A repose sur l'hygiène personnelle et collective, en particulier l'hygiène des mains.

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les :

- jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologie hépatobiliaire chronique susceptible d'évoluer vers une hépatopathie chronique (notamment dues au virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool) ;
- enfants, à partir de l'âge de un an, nés de familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner ;
- homosexuels masculins ;
- personnels exposés professionnellement à un risque de contamination : s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (personnels des crèches, assistantes maternelles ...) ; des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées ; en charge de traitement des eaux usées et des égouts ; impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.

En présence d'un (ou plusieurs) cas d'hépatite A confirmé, en complément des mesures d'hygiène et de l'information des sujets contacts, la vaccination est recommandée dans :

- l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A (ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas), afin d'éviter une dissémination intrafamiliale. Il est recommandé de vacciner le plus tôt possible, sans examen sérologique préalable et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, **les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A, réunissant toutes les conditions suivantes** : nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère et n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité.

Si l'une au moins des conditions précédentes n'est pas remplie, une sérologie préalable est fortement recommandée, à la recherche d'anticorps totaux témoins d'une immunité ancienne, à condition que sa réalisation soit compatible avec le délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas.

- des communautés de vie en situation d'hygiène précaire. La population exposée, définie par l'investigation épidémiologique, sera vaccinée dès l'apparition du premier cas et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques de ce cas, afin d'éviter une extension épidémique au sein de la communauté et une diffusion hors de la communauté.

Schéma vaccinal :

Une injection et rappel : 6 à 12 mois plus tard.

Référence

- *Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012. Haut Conseil de Santé Publique. Bull epidemiol Hebd 2012;14-15*
- *Guide des vaccinations. INPES. Edition 2012;1-490*

| Les infections invasives à méningocoque (IIM) en Lorraine en 2010 |

Frédérique Viller¹

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

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

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

Définition des cas

Une IIM se manifeste habituellement sous la forme de :

- **Méningite** à méningocoque définie par la mise en évidence de :
 - *Neisseria meningitidis* dans le LCR (culture, PCR, examen direct)
 - Ou un LCR évocateur de méningite bactérienne purulente ET la présence d'éléments purpuriques cutanés ou la présence d'antigènes solubles méningococciques (dans le LCR, le sang ou les urines)
- **Méningococcémie** définie par la présence de *Neisseria meningitidis* dans le sang, ou au niveau d'une biopsie cutanée ou par la présence d'un purpura fulminans
- Rarement une IIM se manifestera sous la forme d'**arthrite** ou de **péricardite septique**

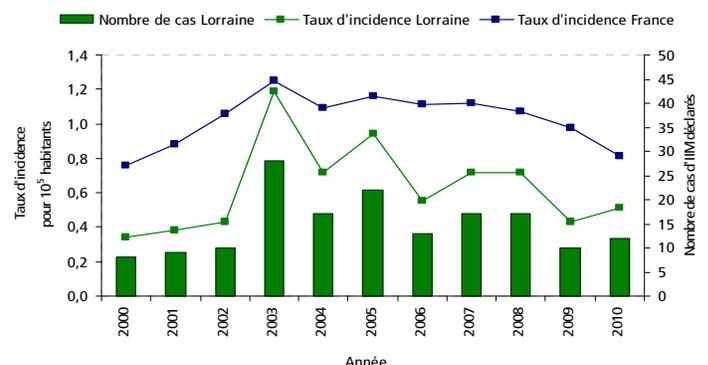
NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

En 2010, 12 cas d'IIM ont été déclarés en Lorraine : 4 étaient originaires de Meurthe et Moselle, 3 de Meuse, 4 de Moselle et un des Vosges. Le taux d'incidence des cas déclarés en Lorraine était en 2010 de 0,51 pour 100 000 habitants (vs 0,81 en France Métropolitaine).

La figure 1 montre le nombre de cas déclarés en Lorraine et l'évolution de l'incidence en France métropolitaine et en Lorraine depuis 2000. Les taux d'incidence d'IIM en Lorraine sont inférieurs aux taux nationaux pendant toute cette période. Suite à l'élargissement de la définition de cas d'IIM en 2002, on observe un pic d'incidence en 2003 en France et en Lorraine. En Lorraine, l'année 2003 correspond de plus à la survenue d'un cas groupé d'IIM B (7 cas) dans le département de la Moselle. Depuis 2008, on observe en France et en Lorraine une tendance à la baisse des taux d'incidence d'IIM.

| Figure 1 |

Evolution du nombre de cas et de l'incidence des IIM déclarées en France métropolitaine et en Lorraine, 2000-2010



DESCRIPTION DES CAS EN LORRAINE EN 2010

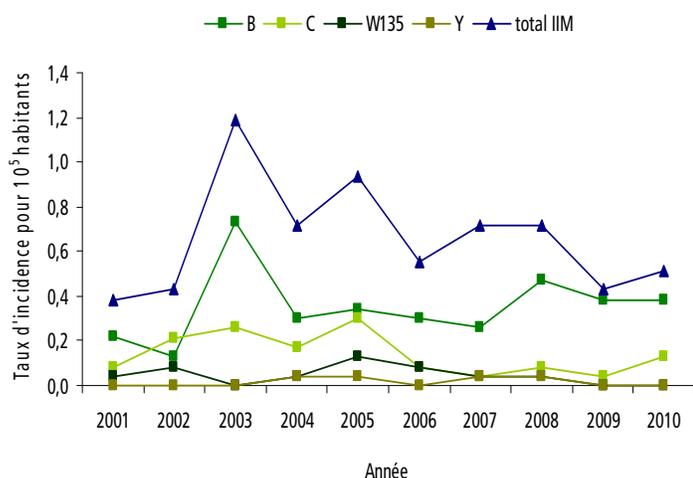
* Sérogroupes circulants

En 2010, le sérotype a été déterminé pour l'ensemble des 12 cas : 9 étaient de sérotype B (75%) et 3 de sérotype C (25%). En 2010, le sérotype B était prédominant chez les moins de 5 ans et chez les plus de 30 ans.

L'évolution de la répartition des sérotypes au cours des 10 dernières années en Lorraine est représentée figure 2. L'incidence des cas d'IIM B a atteint son maximum en 2003 (année du cas groupé Mosellan) et varie peu depuis 2005. L'incidence des cas d'IIM C a augmenté jusqu'en 2005 pour diminuer ensuite de plus de 50%. Aucun cas d'IIM W135 et Y n'a été retrouvé en 2009 et 2010.

| Figure 2 |

Evolution de l'incidence des cas d'IIM déclarés et de sérotypes de méningocoques circulants en Lorraine, 2001-2010



Sur les dix dernières années, le sérotype B prédominait dans toutes les classes d'âges à l'exception des plus de 30 ans où le sérotype C était majoritaire.

* Sexe et âge

Le sexe ratio H/F était de 1 en Lorraine en 2010 vs 1,24 en France métropolitaine.

En 2010, l'âge médian était de 22 ans [1-95 ans], 25% (3/12) des cas avaient moins de 5 ans. La proportion de cas âgés de plus de 20 ans était de 50% (6/12) en Lorraine (vs 38% en France) sans que cette différence ne soit significative.

* Sévérité

Deux patients (17%) ont présenté un purpura fulminans en 2010, un méningocoque de sérotype B était en cause dans les deux cas.

En 2010, l'évolution était connue pour l'ensemble des patients. Trois cas d'IIM B, dont les deux patients ayant présenté un purpura fulminans, étaient décédés et un cas d'IIM C présentait des séquelles. La létalité élevée du sérotype B (3/9) en Lorraine en 2010 était liée au décès de deux cas d'IIM B survenus à un âge avancé (85 et 95 ans).

* Confirmation biologique

Sur les 12 cas déclarés, 6 (50%) présentaient un tableau de méningite, 2 (17%) une méningococcémie et 4 (33%) un tableau associant méningite et méningococcémie.

Onze cas (92%) ont été confirmés par culture et/ou PCR. Pour un cas, le critère de déclaration était un LCR évocateur de méningite purulente associé à la présence d'éléments purpuriques cutanés et à un résultat d'antigène soluble méningococcique positif.

Pour la première année, on note la réalisation de prélèvements de lésion cutanée purpurique pour 3 cas avec pour chacun des résultats positifs : un par culture et deux par PCR. Pour un de ces patients, la confirmation biologique et la détermination du sérotype, a été obtenue uniquement par la PCR d'une lésion purpurique.

En 2010, le CNR a reçu du matériel (souche, ADN ou prélèvements) et réalisé le typage phénotypique et/ou génotypique pour 11 cas.

* Prévention dans l'entourage d'un cas

Pour les 8 cas pour lesquels il est précisé qu'une chimioprophylaxie a été mise en place dans l'entourage proche, le nombre moyen de cas traités était de 11,5 avec une médiane à 7,5. Lorsqu'une chimioprophylaxie a été instaurée en collectivité (5 cas), le nombre de cas traités était en moyenne 38,4 cas avec une médiane à 15.

Parmi les 3 cas de sérotype C, seul l'entourage et la collectivité d'un cas ont été vaccinés, cette vaccination a concerné 25 cas contacts.

Conclusion

La région Lorraine est une région de faible incidence d'IIM, elle se classe en 2010 au 17^{ème} rang/22 des régions de France métropolitaine en terme d'incidence des infections invasives à méningocoque. Contrairement à ce qui est observé au niveau national aucune hausse des IIM de sérotype Y n'est constatée en Lorraine puisque ce sérotype n'y a pas été isolé depuis 2008.

| La légionellose en Lorraine en 2010 |

Sophie Raguet¹

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

Les résultats de l'analyse des données de surveillance de la légionellose de 2010 ont été présentés dans le BVS n°4. Ce document est téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Lorraine-Alsace/Bulletin-de-veille-sanitaire-Est.-n-4-juillet-2011>

Lucie Schapman¹

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

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2005.

Critères de notification :

Cas clinique :

Fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik

Cas confirmé :

- Cas confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques* dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* et/ou PCR positive et/ou culture positive OU

- Cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé

* en l'absence de vaccination récente

NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

En 2006 et 2007, le nombre de cas déclarés au niveau national se limitait à moins de 50. En 2008, ce nombre est passé à 604 et cette augmentation s'est poursuivie en 2009 et 2010 pour atteindre plus de 5000 cas en 2010.

Le tableau 1 montre une légère augmentation de l'incidence des cas de rougeole en Lorraine depuis 2009 mais qui reste très inférieure à l'incidence nationale (2009 : 0,51 vs 2,47 pour 100 000 habitants – 2010 : 0,85 vs 8,10 pour 100 000 habitants).

| Tableau 1 |

Evolution de l'incidence des cas de rougeole déclarés en France métropolitaine et en Lorraine, 2006-2010

année	France métropolitaine		Lorraine	
	nombre de cas	taux d'incidence pour 10 ⁵ hab	nombre de cas	taux d'incidence pour 10 ⁵ hab
2006	40	0,07	5	0,21
2007	44	0,07	1	0,04
2008	604	0,97	3	0,13
2009	1546	2,47	12	0,51
2010	5087	8,10	20	0,85

DESCRIPTION DES CAS EN LORRAINE EN 2010

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010, 20 cas de rougeole ont été déclarés en Lorraine : 6 en Meurthe-et-Moselle, 11 dans la Moselle et 3 dans les Vosges.

* Sexe et âge

Le sexe ratio H/F était de 0,7 (8 hommes et 12 femmes). L'âge médian était de 12,5 ans [extrêmes : 9 mois - 43 ans].

* Sévérité

12 cas ont été hospitalisés et parmi eux, 5 ont développé des complications : 2 de type pulmonaire (pneumopathie et bronchiolite), 1 de type neurologique (encéphalite) et 2 de type général (diarrhée et vomissements). Aucun décès n'a été rapporté.

* Confirmation biologique

Parmi les 20 cas, 14 (70%) ont été considérés comme confirmés biologiquement dont 12 (86%) ont été confirmés par IgM sériques et 3 (21%) par IgM ou PCR dans la salive.

1 cas a été confirmé du fait de l'existence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé biologiquement.

* Statut vaccinal

Le statut vaccinal était renseigné pour 70% des cas (14/20). Sur l'ensemble de

ces cas, 12 (86%) n'étaient pas vaccinés contre la rougeole, 1 avait reçu deux doses et le nombre de doses était inconnu pour 1 cas. Aucune complication n'est survenue chez un vacciné.

* Origine de la contamination

La notion d'un contact dans les 7 à 18 jours précédant l'éruption a été renseignée pour 45% des cas (9/20). Sur l'ensemble de ces cas, cette notion a été retrouvée dans 56% des cas (5/9). Pour ces cas, les principaux lieux de contamination étaient le milieu familial (60%) et le restaurant (40%).

La notion d'un séjour à l'étranger pendant la période d'incubation a été renseignée pour 90% des cas (18/20), aucun cas importé n'a été signalé.

Conclusion et recommandations

Considérée à tort comme une pathologie infantile sans gravité, la rougeole peut être à l'origine de complications sévères voire mortelles (4 cas décédés en France de 2008 à 2010) et reste l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses. Cette sévérité a justifié l'engagement de la France au côté de l'OMS dans un programme d'élimination de la maladie à l'horizon 2010. Pour servir cet objectif, la rougeole a été réintroduite sur la liste des MDO en juillet 2005. Une confirmation biologique a dès lors été recommandée pour tout diagnostic clinique de rougeole. Des kits salivaires de détection rapide, développés par le Centre national de référence, sont donc mis gratuitement à la disposition des médecins par l'intermédiaire de l'ARS (siège et délégation territoriale) sur simple demande.

Depuis 2008, une épidémie de rougeole sévit en France liée à un taux de couverture vaccinale insuffisant pour éliminer la maladie. La conduite à tenir autour de cas de rougeole et les schémas vaccinaux ont donc été réactualisés.

Schémas vaccinaux :

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

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

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

Références

- *Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012. Haut Conseil de Santé Publique. Bull epidemiol Hebd 2012;14-15*
- *Adaptation transitoire des mesures de surveillance et de gestion autour des cas de rougeole (29 avril 2011), venant modifier la circulaire N°DGS/R11/2009/334 du 4 novembre 2009*
- *Circulaire DGS/R11/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés*
- *Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010. Ministère de la santé et de la solidarité*
- *Guide des vaccinations. INPES. Edition 2012;1-490*

| Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) en Lorraine en 2010 |

Claire Janin¹

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

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

Critères de notification :

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

Les objectifs de cette surveillance sont :

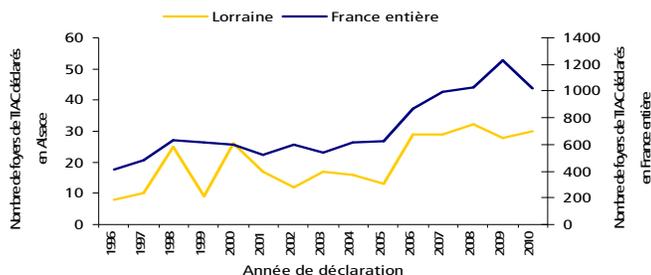
- d'identifier précocement, par une enquête épidémiologique et vétérinaire, l'aliment à l'origine de la TIAC et, le cas échéant de retirer de la distribution l'aliment incriminé ;
- de corriger les erreurs de préparation dans les établissements de restauration collective ou en milieu familial ;
- de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

NOMBRE DE FOYERS DE TIAC

En France, depuis 1996, 10780 foyers de TIAC ont été déclarés. Le nombre de foyers de TIAC a fortement augmenté depuis 2006 du fait d'une meilleure sensibilisation des déclarants, de l'intégration des données des Centres nationaux de référence et de la Direction générale de l'alimentation (DGAL) depuis 2006 et, de l'utilisation de plus en plus généralisée de WinTiac (logiciel d'investigation (signalement et analyse) mis à disposition des services de l'état depuis 2004). En 2010, le nombre de foyers de TIAC déclarés a diminué pour retrouver un nombre de foyers proche de ceux observés en 2007 et 2008 (figure 1). En Lorraine, du fait de faibles effectifs, le nombre de foyers de TIAC déclarés est soumis à des variations annuelles importantes. Depuis 2006, il tend à se stabiliser autour d'une trentaine de foyers par an.

| Figure 1 |

Nombre de foyers de TIAC déclarés en France entière et en Lorraine, 1996-2010



DESCRIPTION DES FOYERS DE TIAC EN LORRAINE EN 2010

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, 30 foyers de TIAC ont été déclarés en Lorraine [min : 5 en Meuse, max : 10 en Meurthe-et-Moselle] (tableau 1). Parmi les 916 personnes ayant partagé les repas suspectés, 182 personnes ont été malades, dont 14 ont été hospitalisées. Aucun décès n'a été à déplorer. Le nombre médian de cas par foyer a été de 4 [min : 2, max : 38].

| Tableau 1 |

Nombre de foyers de TIAC déclarés, de personnes malades et hospitalisées par département en Lorraine, 2010

Département	Nombre de foyers de TIAC	Nombre de personnes malades	Nombre de personnes hospitalisées
Meurthe-et-Moselle	10	88	2
Meuse	5	29	5
Moselle	8	28	3
Vosges	7	37	4
Total	30	182	14

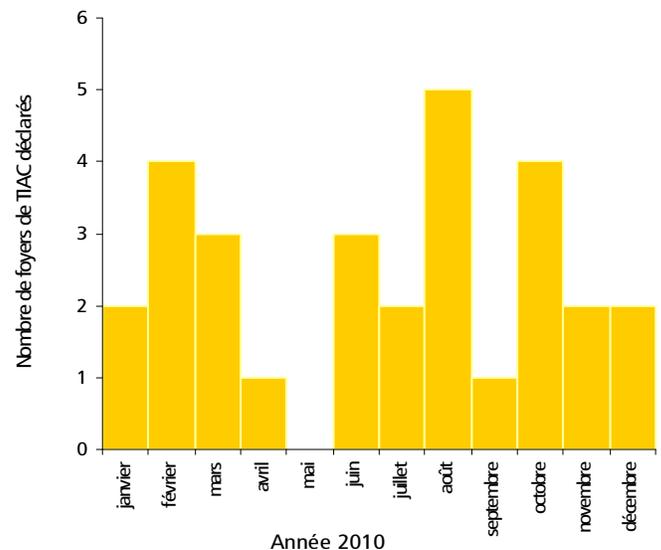
En 2010, la source de déclaration a été renseignée pour 60% des foyers (18/30). Pour ceux-ci, 44% (8/18) ont été déclarés par des médecins hospitaliers, 33% (6/18) par des médecins généralistes et 11% (2/18) par les Directions départementales des services vétérinaires - devenues en 2010 Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP). Les autres déclarations provenaient de consommateurs et d'un responsable d'établissement.

* Répartition temporelle des foyers

Les foyers de TIAC sont survenus tout au long de l'année, avec un maximum de 5 foyers déclarés durant les mois d'août (figure 2), ce qui coïncide avec le pic estival de foyers de TIAC déclarés en France.

| Figure 2 |

Répartition mensuelle des foyers de TIAC déclarés en Lorraine, 2010



* Lieu du repas

Les foyers de TIAC sont survenus principalement après un repas pris dans un foyer familial (47%), dans des collectivités (23%), dans des restaurants (20%) ou dans des entreprises (10%). En 2010, la proportion de foyers de TIAC survenus dans des foyers familiaux a été plus élevée en Lorraine qu'en France (36%).

* Facteurs étiologiques retrouvés

Parmi les 30 foyers, 6 (20%) ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique analytique au vu des caractéristiques des foyers.

Des analyses biologiques ont été réalisées chez les malades pour 11 foyers de TIAC (37%) mais seuls 6 résultats étaient disponibles : 4 positifs à *Salmonella*, 1 positif à *Yersinia enterocolitica* et 1 négatif.

De même, 7 foyers (23%) ont fait l'objet d'analyses biologiques sur des restes alimentaires. Sur les 5 résultats reçus, 2 étaient positifs à *Staphylococcus* et 3 étaient négatifs.

Les agents les plus fréquemment suspectés sur des critères cliniques et épidémiologiques ou confirmés biologiquement ont été les salmonelles (27%) et les staphylocoques (23%). Quatre allergies à l'histamine ont été signalées. Les autres germes suspectés ou confirmés ont été : *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Yersinia* et des virus entériques. Les informations recueillies pour 5 foyers n'ont pas permis d'identifier le pathogène.

* Aliments responsables

Un aliment responsable a été suspecté ou confirmé pour 70% (18/26) des foyers déclarés. Les principaux aliments incriminés ont été des produits de charcuterie, de la viande (porc, bœuf principalement), de la volaille, des œufs ou des produits à base d'œuf et des poissons (tableau 2). En 2010, la proportion de foyers de TIAC incriminant des produits de charcuterie a été plus élevée en Lorraine (17%) qu'en France (5%). A l'inverse, en Lorraine, aucune intoxication n'a mis en cause des coquillages alors que ceux-ci étaient incriminés pour 13% des foyers de TIAC français, ce qui reflète probablement des habitudes alimentaires différentes en Lorraine par rapport aux autres régions de France.

| Tableau 2 |

Répartition des foyers de TIAC déclarés par catégorie d'aliments suspectés ou confirmés et germes suspectés ou confirmés en Lorraine, 2010

Catégorie d'aliment	Nombre de foyers de TIAC	%	Germes confirmés ou suspectés
Produits de charcuterie	5	16,7	1 <i>Staphylococcus</i> , 1 <i>Clostridium perfringens</i> , 1 <i>Yersinia</i> , 1 <i>Salmonella</i> , 1 <i>Bacillus cereus</i>
Viandes	4	13,3	2 <i>Staphylococcus</i> , 1 <i>Salmonella</i>
Volaille	1	3,3	inconnu
Œufs et produits à base d'œuf	2	6,7	2 <i>Salmonella</i>
Poissons	2	6,7	2 intoxications par histamine
Autres aliments	6	20,0	2 intoxications par histamine, 2 <i>Staphylococcus</i> , 1 <i>Salmonella</i> , 1 <i>Bacillus cereus</i>
Inconnu	9	30,0	

| La tuberculose en Lorraine en 2010 |

Claire Janin¹

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

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964.

Critères de notification :

Tuberculose maladie :

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

Infection tuberculeuse latente (ITL) chez un enfant de moins de 15 ans :

intradermoréaction (IDR) à la tuberculine positive (induration > 15 mm si BCG, > 10 mm sans BCG, ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR de moins de 2 ans).

La tuberculose est une maladie transmissible par voie aérienne. Seules les formes pulmonaires et dans certains cas d'autres formes respiratoires de la maladie sont contagieuses.

TUBERCULOSE MALADIE

NOMBRE DE CAS ET TAUX DE DECLARATION

Au début des années 2000, l'exhaustivité de la déclaration de la tuberculose sur le territoire français avait été estimée à 65%. Pour cela, les données présentées ci-dessous sont exprimées en taux de déclaration et non en taux d'incidence.

Durant la période 2000-2010, 1658 cas ont été notifiés en Lorraine. Au cours de l'année 2010, 137 cas ont été déclarés, ce qui correspond à un taux de déclaration de 5,8 pour 100 000 habitants. Ainsi, la Lorraine se situe en 12^{ème} position par rapport aux autres régions de France métropolitaine, loin derrière l'Ile-de-France dont le taux était de 16,3 pour 100 000 habitants en 2010.

* Délai de signalement

Le délai médian de signalement (c'est-à-dire le délai entre l'apparition du 1^{er} cas et la déclaration) a été de 2 jours. Cependant, 6 affaires ont été signalées avec un délai supérieur ou égal à 4 jours (max : 21 jours), ce qui peut être préjudiciable à l'efficacité de l'investigation et qui empêche les prélèvements alimentaires.

Conclusion et recommandations

L'exhaustivité de la DO de TIAC en France est estimée à 20-25%. Il est donc important de stimuler la déclaration pour améliorer la connaissance des mécanismes des foyers épidémiques et mieux cibler les actions de prévention.

De plus, cette déclaration doit être précoce pour permettre des investigations épidémiologiques et alimentaires réactives, coordonnées et plus systématiques.

Afin d'améliorer le diagnostic étiologique, la prescription de coprocultures pourrait être plus fréquente pour les pathogènes recherchés en routine mais également pour des pathogènes ciblés (*Campylobacter*, virus entériques,...) en fonction de la symptomatologie présentée et du délai d'incubation.

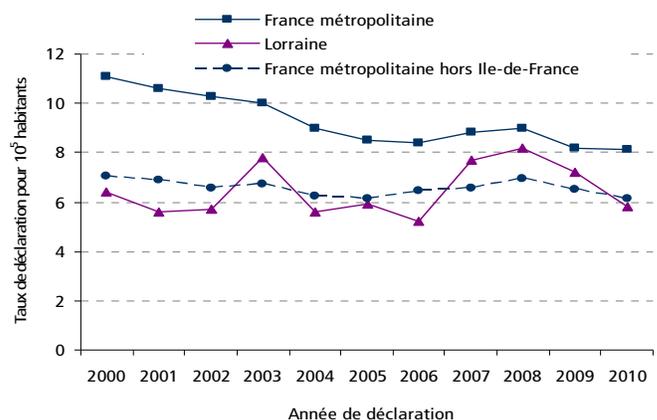
Références

- Delmas G, Jourdan da Silva N, Pihier N, Weill FX, Vaillant V, de Valk H. Les toxi-infections alimentaires collectives en France entre 2006 et 2008. *Bull Epidemiol Hebd* 2010;31-32:344-8.
- World Health Organization, *Foodborne Disease Outbreaks, Guidelines for Investigation and Control, 2008*
- LOGICIEL WINTIAC, Version 1, *Guide pour une démarche d'investigation d'une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) et l'utilisation du logiciel WINTIAC*

En Lorraine, depuis 2000, le taux de déclaration a été plus faible que le taux de déclaration en France métropolitaine. Sur cette période, il a présenté des fluctuations relativement importantes avec notamment une augmentation observée sur la période 2007-2008. En 2010, ce taux a diminué et est revenu un niveau proche du taux de déclaration France métropolitaine hors Ile-de-France (figure 1).

| Figure 1 |

Evolution du taux de déclaration de la tuberculose maladie déclarée en France métropolitaine et en Lorraine, 2000-2010



Sur la période 2000-2010, les taux de déclaration ont présenté des variations importantes selon le département et l'année de déclaration (tableau 1). En 2010, le taux de déclaration le plus élevé de Lorraine a concerné la Moselle

(7,2 pour 100 000 habitants) suivi par la Meurthe-et-Moselle, les Vosges et la Meuse avec respectivement des taux de 5,5, 4,7 et 2,1 pour 100 000 habitants.

| Tableau 1 |

Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose maladie par département en Lorraine, 2000-2010

Année de déclaration	Meurthe-et-Moselle		Meuse		Moselle		Vosges	
	Cas (N)	Taux /10 ⁵ hab	Cas (N)	Taux /10 ⁵ hab	Cas (N)	Taux /10 ⁵ hab	Cas (N)	Taux /10 ⁵ hab
2000	48	6,7	9	4,7	51	5	40	10,5
2001	42	5,9	8	4,1	53	5,2	26	6,8
2002	52	7,2	10	5,2	57	5,5	14	3,7
2003	56	7,8	10	5,2	93	9	23	6
2004	46	6,4	10	5,2	51	4,9	23	6
2005	48	6,6	10	5,2	64	6,2	15	3,9
2006	46	6,3	13	6,7	39	3,8	24	6,3
2007	83	11,4	16	8,2	46	4,4	35	9,2
2008	78	10,7	5	2,6	81	7,8	28	7,4
2009	53	7,3	12	6,2	75	7,2	28	7,4
2010	40	5,5	4	2,1	75	7,2	18	4,7
Total	592		107		685		274	

En 2010, les principaux déclarants ont été des médecins hospitaliers (65%), des pneumologues libéraux (19%) et des services de lutte anti-tuberculeuse (11%). Les autres sources de déclaration étaient les médecins généralistes (3%) et les biologistes hospitaliers ou libéraux (2%).

DESCRIPTION DES CAS EN LORRAINE EN 2010

Au total, 137 cas de tuberculose maladie ont été déclarés en Lorraine : 40 en Meurthe-et-Moselle, 4 en Meuse, 75 dans la Moselle et 18 dans les Vosges.

* Sexe et âge

Parmi les 137 cas déclarés en Lorraine, 78 étaient des hommes, soit 57%. Ils représentaient 60% des cas déclarés en France. L'âge médian (55 ans) était plus élevé chez les hommes (56 ans) que chez les femmes (53 ans). En France, l'âge médian des cas était de 44 ans en 2010.

* Origine géographique

Le lieu de naissance était renseigné pour 90% des cas de tuberculose déclarés (123/137). Près des 2/3 des cas (63%) étaient nés en France, 13% dans d'autres pays du continent européen, 11% en Afrique Subsaharienne, 8% en Afrique du Nord, 4% en Asie et 1% dans un autre pays. Le taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger était 7 fois supérieur à celui observé chez les personnes nées en France (3,6 vs 25,1) (tableau 2). Le taux de déclaration le plus élevé concernait les personnes nées en Afrique subsaharienne (180,5 pour 100 000 habitants). Le taux était de 22,2 parmi les personnes nées en Afrique du Nord, de 21,1 parmi les personnes nées en Asie et de 15,8 parmi les personnes nées en Europe (hors France).

Conclusion et recommandations

Même si la France est considérée comme un pays de faible incidence pour la tuberculose, cette maladie n'en reste pas moins un problème majeur de santé publique, qui touche surtout les populations nées à l'étranger et/ou défavorisées. En 2007, un plan de lutte contre la tuberculose a été mis en place et l'obligation de vaccination par le BCG a été suspendue et limitée à des enfants dits à risque de tuberculose. La lutte contre la tuberculose est assurée par des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) habilités qui assurent la prise en charge des personnes malades en direct ou en collaboration avec d'autres services de soin voire avec les médecins de ville. Les missions des CLAT sont multiples et comprennent notamment le dépistage dans les populations à risque et les investigations autour des cas de tuberculose.

Le taux de déclaration des cas en Lorraine a diminué sur la période 2008-2010 pour retrouver un taux proche de celui observé en France métropolitaine hors Ile-de-France (environ 6 cas/100 000 habitants). Cependant, les taux retrouvés dans certains groupes de population doivent inciter à ne pas relâcher les efforts de lutte antituberculeuse visant à réduire les disparités observées. L'identification et un traitement adéquat précoce des cas de tuberculose, ainsi que la mise en œuvre des conditions permettant la prise complète des traitements restent plus que jamais des priorités.

Références

- Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. 2007
- Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le BCG, 2007
- Figoni J. et al. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. Bull Epidemiol Hebd, 2011, 22 :258-260

| Tableau 2 |

Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose maladie par principales caractéristiques en Lorraine, 2010

Caractéristiques des cas	Nombre de cas	Taux pour 100 000 hab
Total	137	5,8
Hommes	78	6,8
Femmes	59	6,5
< 5 ans	1	0,7
5-14 ans	3	1,1
15-24 ans	14	4,6
25-39 ans	26	5,8
40-59 ans	33	5,0
60-74 ans	28	8,6
75 et plus	32	16,0
Nés en France	78	3,6
Nés à l'étranger	45	25,1
Nés en Europe (hors France)	16	15,8
Nés en Afrique Subsaharienne	13	180,5
Nés en Afrique du Nord	10	22,2
Nés en Asie	5	21,1

* Type de résidence

Parmi les cas pour lesquels l'information était renseignée (126/137), 22 résidaient en collectivité au moment de la déclaration de la tuberculose, dont 10 en centre d'hébergement collectif, 2 en établissement pénitentiaire et 2 en établissement hébergeant des personnes âgées. Aucun cas relatif à une personne sans domicile fixe n'a été déclaré.

* Clinique et biologie

Les formes les plus fréquentes étaient les tuberculoses pulmonaires (98 cas sur 137, soit 72%), qui pouvaient être soit isolées, soit associées à d'autres localisations. Parmi les 38 formes exclusivement extra-pulmonaires signalées en 2010, 17 formes ganglionnaires (localisation hiliaire ou extra-thoracique), 8 formes génitales, 7 tuberculoses pleurales, 4 formes ostéoarticulaires, 2 formes miliaires et 2 formes méningées ont été diagnostiquées.

Les résultats de culture en début de traitement étaient renseignés pour 33% des cas et étaient positifs pour 67% d'entre eux. Les cas pulmonaires à microscopie positive, qui sont les plus contagieux, étaient au nombre de 46.

Aucun cas de résistance (isoniazide ou rifampicine) n'a été signalé.

ITL CHEZ UN ENFANT DE MOINS DE 15 ANS

La déclaration obligatoire des ITL chez l'enfant de moins de 15 ans date de 2003. Entre 2003 et 2010, 110 cas d'ITL ont été déclarés en Lorraine. Le nombre de cas déclarés a varié de 2 à 23 selon les années, avec une moyenne de 14 cas par an. Ces données récentes sont partielles et difficiles à interpréter du fait notamment de l'impossibilité d'estimer l'exhaustivité de la déclaration.

| Rappels sur le circuit du système de déclaration obligatoire |

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

Signaler

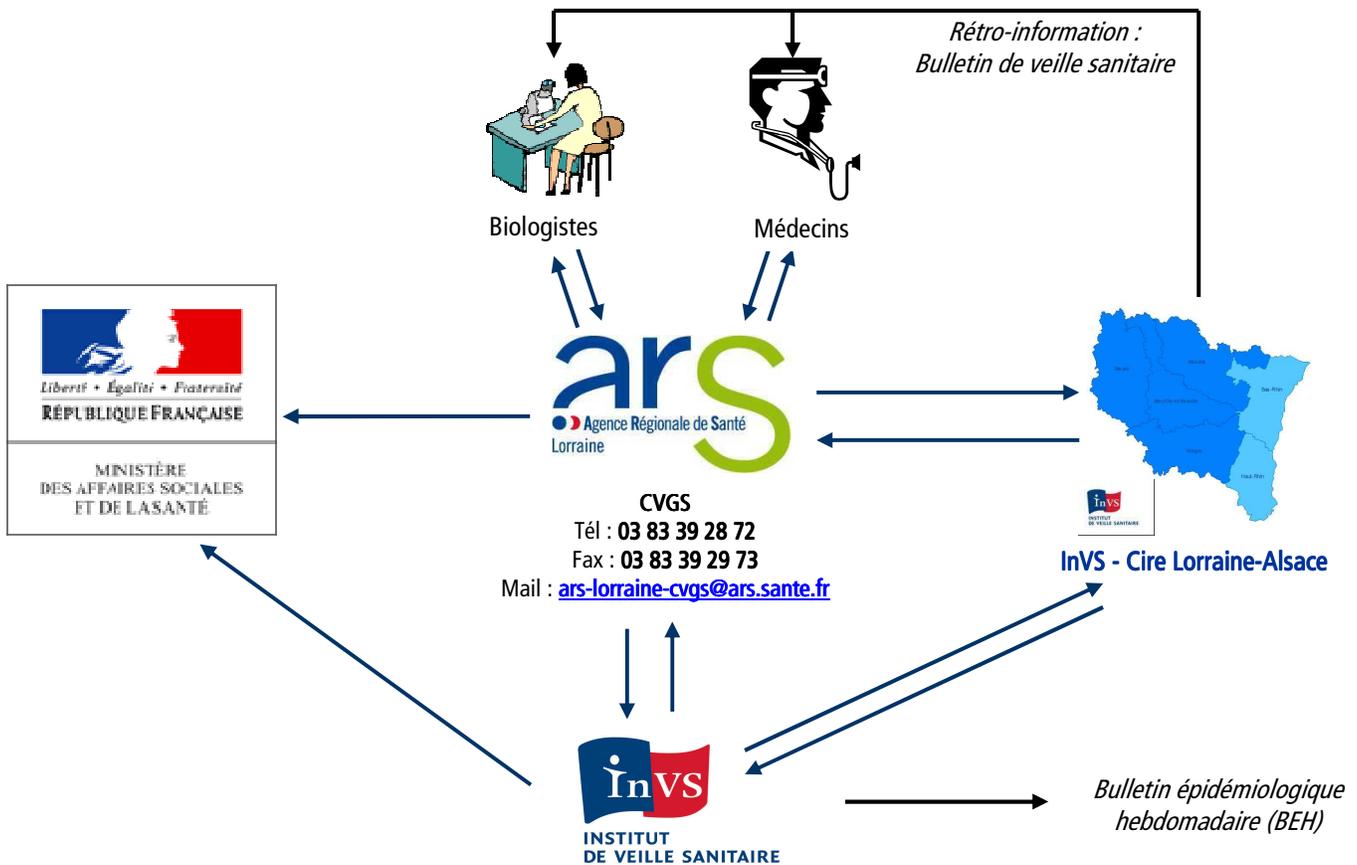
Le signalement des MDO par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent est transmis à la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVGS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine. Le signalement est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans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

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

Notifier

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

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



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

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

La publication d'un article dans le BVS n'empêche pas sa publication par ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.