

Dépistage du saturnisme de l'enfant en Rhône-Alpes et Auvergne

Bilan 2006

**Données interrégionales Rhône-Alpes et Auvergne
du Système National de Surveillance des
Plombémies de l'Enfant mineur (SNSPE)**

**Auteurs : Sabine Sabouraud, Corine Pulce
Relecteur : Philippe Bretin**

Dépistage du saturnisme de l'enfant en 2006 dans l'interrégion Rhône-Alpes et Auvergne

Ce bilan 2006 exploite les données interrégionales Rhône-Alpes et Auvergne du Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE).

Ces données ont été recueillies et exploitées par Sabine Sabouraud et Corine Pulce, médecins toxicologues au Centre antipoison et de toxicovigilance de Lyon (CAPTV), avec l'appui de Jacques Descotes, chef de service.

Ce rapport a été rédigé par Sabine Sabouraud au sein du CAPTV de Lyon. Il a été relu et corrigé par Philippe Bretin, épidémiologiste dans le Département santé environnement de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Des compléments d'analyse ont été réalisés à sa demande.

L'activité de surveillance des plombémies menée par le CAPTV de Lyon est financée par l'InVS dans le cadre d'une convention avec les Hospices Civils de Lyon (26/07/2006). La réalisation de ce bilan annuel par le CAPTV est en accord avec l'article 2 de cette convention.

Ce rapport a été présenté au Groupe médical plomb du Rhône lors de sa réunion du 24/05/2007 à la DDASS du Rhône.

Remerciements à François Testud, médecin du travail et toxicologue au CAPTV de Lyon, pour sa contribution aux renseignements concernant les apprentis exposés professionnellement au plomb et à ses composés.

Le CAPTV de Lyon et l'InVS remercient tous les partenaires interrégionaux du Système de surveillance des plombémies, notamment toutes les personnes et organismes qui ont participé à la collecte des informations au niveau de l'interrégion :

- les médecins prescripteurs des plombémies :
 - les médecins libéraux
 - les services de PMI (protection maternelle et infantile)
 - les services hospitaliers (en particulier les services de pédiatrie)
 - les médecins du travail
 - les autres structures (centres de santé, santé scolaire,...)
- les laboratoires de prélèvement de la plombémie
- les laboratoires d'analyse de la plombémie agréés pour le dosage :
 - le Laboratoire Marcel Mérieux
 - la Fédération de Biochimie de l'Hôpital Edouard Herriot
 - le Laboratoire Pasteur Cerba
- les DDASS (Directions départementales des affaires sanitaires et sociales)
- le Département Ecologie Urbaine de la Ville de Lyon
- les Bureaux d'Hygiène de Villeurbanne, Vénissieux et St Etienne
- la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) Rhône-Alpes et la DRASS d'Auvergne

Sommaire

1	INTRODUCTION	1
2	METHODES	2
2.1	Fonctionnement du système de surveillance	2
2.2	Rôles et actions du centre antipoison de Lyon	3
2.2.1	Recueil et transmission de l'information	3
2.2.2	Outils d'exploitation des données	4
2.2.3	Participation nationale et interrégionale au SNSPE	4
3	RESULTATS	4
3.1	Efficacité de la collecte des données	4
3.2	Volume de l'activité de dépistage	5
3.3	Répartition des primoprélèvements par département	7
3.4	Médecins prescripteurs	8
3.5	Caractéristiques sociodémographiques des enfants primodépistés	10
3.6	Niveaux de plombémie des enfants testés	10
3.7	Répartition des prélèvements par département et par classe de plombémie	11
3.8	Etude des cas incidents	15
3.8.1	Nombre de cas incidents et rendement du primodépistage	15
3.8.2	Caractéristiques sociodémographiques des cas incidents	16
3.8.3	Facteurs de risque et motifs particuliers de dépistage des cas	16
3.9	Suivi des enfants	18
3.9.1	Suivi en fonction de la classe de plombémie	18
3.9.2	Traitement chélateur	19
4	DISCUSSION	20
5	CONCLUSION	22

1 INTRODUCTION

Ce rapport a été réalisé à partir des données interrégionales du Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE), en étudiant uniquement les plombémies prélevées en 2006 chez les enfants et jeunes de moins de 18 ans, exclusivement dans l'interrégion Rhône-Alpes et Auvergne (RAA), qui comprend 12 départements.

L'objet de ce rapport est de dresser le bilan des activités de dépistage du saturnisme infantile en RAA en 2006. Les objectifs de ce bilan sont donc :

- caractériser les enfants primodépistés et, parmi eux, les enfants intoxiqués, ce qui participe au recensement des nouveaux cas d'intoxication saturnine dépistés, ceux-ci devant correspondre aux déclarations obligatoires (D.O.) faites par les DDASS à l'InVS
- déceler et étudier les nouveaux cas chez les enfants suivis pour situation à risque
- évaluer les stratégies de dépistage mises en œuvre
- caractériser les enfants demeurant intoxiqués et, parmi eux, les enfants ayant reçu un traitement chélateur en 2006, correspondant aux enfants suivis les plus intoxiqués
- déceler et/ou caractériser les enfants ou les jeunes appartenant à un groupe à risque

Ce bilan 2006 fait suite aux bilans des activités de dépistage du système interrégional RAA de surveillance du saturnisme infantile réalisés par le CAP de Lyon respectivement pour les années 2005, 2004, 2003 et 2002, ainsi qu'au précédent bilan des activités de dépistage en 1997-1998 du Réseau Rhône-Alpes/Auvergne de Toxicovigilance.

Un bilan de **10 ans de surveillance du saturnisme infantile en Rhône-Alpes et Auvergne 1994-2003** a par ailleurs été réalisé, les institutions ayant contribué à l'étude étant le Centre antipoison de Lyon (recueil et gestion des données), la CIRE ou Cellule InterRégionale d'Epidémiologie Rhône-Alpes (analyse des données et rédaction du rapport) et le département santé environnement de l'InVS (participation à la validation des données). Ce rapport analyse des informations relatives à 2587 enfants résidant en Rhône-Alpes et ayant bénéficié d'une première plombémie entre 1994 et 2003. Il est disponible sur le site de la DRASS : www.rhone-alpes.sante.gouv.fr

A partir de ce rapport, une plaquette Surveillance du saturnisme infantile en Rhône-Alpes de 1994 à 2003 a été mise en ligne sur le site de la DRASS :

www.rhone-alpes.sante.gouv.fr/sante/cire/acrobat/saturnisme.pdf

Au niveau national, l'InVS a réalisé un rapport qui dresse le bilan de l'activité de dépistage du saturnisme infantile en France entre 1995 et 2002, 1995 étant la date de création du précédent SNSSI (Système national de surveillance du saturnisme infantile) :

Dépistage du saturnisme de l'enfant en France de 1995 à 2002.

Ce rapport est téléchargeable sur le site de l'InVS :

www.invs.sante.fr/publications/2006/depistage_saturnisme/depistage_saturnisme_1995_2002.pdf

2 METHODES

2.1 FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE

Le **Système national de surveillance des plombémies de l'enfant mineur** (SNSPE, qui remplace l'ancien SNSSI) a été mis en place par la Direction générale de la santé (DGS), Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, selon la circulaire DGS/2004/185 du 21 avril 2004, qui annule et remplace la circulaire du 9 mai 1995. Cette surveillance est pilotée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Elle intègre désormais deux dispositifs :

- le dispositif de surveillance des plombémies, qui s'appuie sur les laboratoires d'analyses de biologie médicale et les Centres antipoison (CAP), selon l'arrêté du 5 février 2004 relatif à l'organisation d'un système national de surveillance des plombémies de l'enfant mineur ;
- le dispositif de **déclaration obligatoire** (D.O.) des nouveaux cas de saturnisme, qui s'appuie sur les médecins prescripteurs, les DDASS et l'InVS, et a été instauré par l'arrêté du 5 février 2004 relatif à la D.O. du saturnisme de l'enfant mineur (J.O. n°55 du 5 mars 2004).

Ces deux dispositifs reposent sur le remplissage d'une seule et même **fiche**, servant à la fois à la surveillance de toutes les plombémies, à la notification et au signalement (D.O.) des nouveaux cas de saturnisme. Cette fiche est téléchargeable sur le site internet de l'InVS (http://www.invs.sante.fr/surveillance/saturnisme/fiche_do_saturnisme.pdf). Elle doit être remplie par le médecin prescripteur lors de la prescription de toute plombémie chez un mineur et remise à la famille avec l'ordonnance de plombémie (ou directement adressée au laboratoire d'analyse avec le prélèvement). La famille présente la fiche au laboratoire de prélèvement, qui la transmet au laboratoire d'analyse de la plombémie (agréé pour le dosage), qui lui-même renvoie la fiche complétée au prescripteur et en adresse une copie au Centre antipoison correspondant au département du domicile de l'enfant.

L'organisation s'appuie sur un dispositif national avec:

- une coordination interrégionale, répartie en 10 réseaux interrégionaux correspondant aux zones d'intervention des CAP (Angers, Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes, Strasbourg et Toulouse), chaque réseau étant piloté par l'unité de Toxicovigilance d'un Centre antipoison (CAPTV) et par la DRASS correspondante.
- une coordination nationale, assurée par l'InVS, assurant le recensement de l'ensemble des données recueillies dans chaque interrégion.

A chaque niveau, interrégional et national, doit être mis en place un comité scientifique réunissant le Centre antipoison pilote, les DRASS et DDASS des régions et départements concernés, les structures cliniques participant au dépistage et au suivi des enfants intoxiqués (Services Hospitaliers de Pédiatrie, Centres de Protection Maternelle et Infantile, Services de Santé Scolaire, Médecins Libéraux...), ainsi que les laboratoires assurant les dosages de plombémie.

2.2 RÔLES ET ACTIONS DU CENTRE ANTIPOISON DE LYON

2.2.1 Recueil et transmission de l'information

Le **Centre antipoison et de Toxicovigilance de Lyon** (CAPTV) assure le recueil prospectif des données cliniques et biologiques, tout d'abord grâce à la réception des fiches de surveillance (adressées par les médecins prescripteurs de toute plombémie chez une personne mineure), comme le prévoit le circuit réglementaire.

Parallèlement s'est mis en place un circuit complémentaire de recueil des plombémies s'appuyant sur les trois laboratoires agréés assurant ce dosage pour la région Rhône-Alpes : le laboratoire Fédération de Biochimie et de Biologie Spécialisée (Pharmacologie – Toxicologie - Eléments Traces) de l'Hôpital Edouard Herriot (LHEH) et le laboratoire Marcel Mérieux (LMM) situés à Lyon, ainsi que le laboratoire Pasteur Cerba (LPC) situé à Cergy Pontoise. De plus, quelques plombémies sont adressées au CAP par le Laboratoire de Toxicologie Professionnelle et Environnementale du CHU de Grenoble. Le LMM (qui est le principal laboratoire agréé dosant les plombémies de l'interrégion) communique au CAPTV des listings mensuels (sous forme de fichiers Excel) de toutes les plombémies réalisées chez les enfants mineurs, et le LPC plusieurs listings par mois.

Ces deux circuits complémentaires de collecte d'informations, s'appuyant sur deux sources différentes bien ciblées, sont un gage d'exhaustivité. Cette activité de recueil est complétée par une importante recherche active des informations manquantes auprès des prescripteurs par le CAPTV : envoi de la fiche (à compléter) par le CAPTV au médecin prescripteur pour chaque plombémie non documentée spontanément, suivi de deux relances, et cela quel que soit le résultat de la plombémie. Même en cas de non-réponse du médecin prescripteur après 2 relances, chaque plombémie est saisie sur la base de données régionale, avec les informations minimum indispensables à la saisie : nom et prénom de l'enfant, date de naissance, code postal et commune d'habitation de l'enfant, date de prélèvement, résultat du dosage de la plombémie, laboratoire agréé ayant dosé la plombémie, coordonnées du médecin prescripteur (avec l'institution et/ou le service du prescripteur). Toutes les plombémies 2006 reçues par le CAPTV des laboratoires de dosage ont donc été intégralement saisies sur la base de données régionale.

En ce qui concerne l'exhaustivité des plombémies 2006, le CAPTV a récupéré 27 plombémies (en demandant un listing récapitulatif de l'année 2006) de la part du laboratoire de biochimie de l'Hôpital Edouard Herriot, qui ne lui avaient pas été transmises. Par ailleurs, entre 1995 et 2002, le CAP de Lyon ne saisissait que les plombémies des listings transmis par les laboratoires pour lesquelles il y avait un retour de la fiche préremplie. Depuis 2003, le CAPTV de Lyon saisit toutes les plombémies des listings transmis périodiquement. Rappelons que l'InVS avait estimé le taux d'exhaustivité (rapport entre le nombre de plombémies enregistrées dans le système et celui réalisé par les laboratoires) du système national de surveillance en 2000, 2001 et 2002 à 69, 70 et 82% grâce à l'enquête auprès des laboratoires menée par l'InVS en 2004.

En ce qui concerne les D.O., elles devraient être faites systématiquement et spontanément pour toute première plombémie trouvée ou devenant ≥ 100 $\mu\text{g/L}$ par le prescripteur au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DDASS du département où habite la personne mineure. Pour chaque première plombémie trouvée ≥ 100 $\mu\text{g/L}$ ou devenant ≥ 100 $\mu\text{g/L}$, le CAPTV de Lyon envoie aux DDASS une « fiche de transmission destinée aux MISP

des DDASS et des SCHS» de telle sorte que les DDASS puissent vérifier que tous les cas leur sont bien signalés et le cas échéant prendre contact avec le prescripteur afin qu'il fasse la D.O. en remplissant la fiche de surveillance et de D.O. Cette information faite aux DDASS et aux Bureaux d'Hygiène leur permet avant tout de réaliser les actions d'investigation et de prise en charge (en particulier de prévention) en direction de l'enfant.

2.2.2 Outils d'exploitation des données

Les données sont informatisées. Elles sont saisies par le médecin en charge de la surveillance du Saturnisme infantile au CAPTV sur la base de données régionale à l'aide du Logiciel Saturnisme CAP, conçu et installé par la société ClinInfo à la demande de l'InVS. Ce logiciel a été installé début 2005 au CAPTV de Lyon, en remplacement de la précédente application (l'historique des données a été repris dans la nouvelle base). Les données enregistrées pour chaque plombémie sont validées et transmises régulièrement à l'InVS fiche par fiche par connexion Internet, de façon anonymisée, conformément à l'avis favorable n° 358840 du 14 janvier 2004 rendu par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'exploitation régionale est réalisée par le CAPTV grâce à une extraction informatique anonymisée à partir de la base de données du Logiciel Saturnisme CAP, sous forme de fichier Microsoft Excel.

L'InVS assure par ailleurs une exploitation statistique nationale des données.

2.2.3 Participation nationale et interrégionale au SNSPE

Au niveau national, le CAPTV de Lyon participe au Comité scientifique national du système de surveillance des plombémies de l'enfant, constitué par l'InVS et qui s'est réuni le 23/01/2006.

Au niveau départemental, le CAPTV de Lyon participe au Groupe médical saturnisme du Rhône, organisé par la DDASS du Rhône, qui s'est réuni le 20/04/2006 avec présentation du Bilan 2006 par le CAPTV.

Au niveau interrégional, une Journée Centre antipoison/DDASS/CIRE Surveillance du saturnisme infantile et des intoxications au monoxyde de carbone a eu lieu le 15/03/2005. Lors de cette Journée, la CIRE (Cellule interrégionale d'épidémiologie) de la DRASS Rhône-Alpes avait présenté le rapport **10 ans de surveillance du saturnisme infantile en Rhône-Alpes et Auvergne 1994-2003**.

3 RESULTATS

3.1 EFFICACITÉ DE LA COLLECTE DES DONNÉES

- Parmi les 517 plombémies dosées en 2006 pour des enfants habitant en RAA, **74,5%** ont été dosées par le laboratoire Marcel Mérieux (LMM), **14%** par le laboratoire Pasteur

Cerba (LPC) et **11,5%** par le laboratoire de l'Hôpital Edouard Herriot (LHEH). Ces trois laboratoires sont agréés pour les plombémies réalisées au titre de la surveillance des travailleurs. En 2006 aucune plombémie n'a été dosée par un autre laboratoire (laboratoire de Toxicologie du CHU de Dijon ou laboratoire de Biologie intégrée du CHU de Grenoble).

Cette obtention des listings des laboratoires « doseurs » permet d'estimer que l'exhaustivité du recueil des plombémies en RAA est excellente en 2006, et bien meilleure que l'exhaustivité globale du système au niveau national telle qu'elle a été estimée précédemment pour les années 2000-2002.

- La transmission directe des fiches au CAPTV par les laboratoires d'analyse est **11,1%** seulement : 6,3% pour le LMM (4,9% en 2005 et moins de 1% en 2004), 23,3% pour le LPC (31% en 2005 et 13% en 2004), et 27% pour le LHEH (30% en 2005 et 76% en 2004). Le travail de recherche active d'information par le CAPTV est donc important.

Le taux final de retour des fiches au CAPTV au 01/04/2007 (après deux relances par courrier en cas de non-retour) est de **77%** (82% en 2005), soit 80% en ce qui concerne les fiches des plombémies analysées par le LMM (83% en 2005 et 2004), 75% pour les fiches des plombémies analysées par le LPC (88% en 2005 et 2004), et 60,5% pour les fiches des plombémies analysées par le LHEH (66% en 2005 et 100% en 2004).

La recherche active par le CAPTV des informations liées à chaque plombémie, qui permet de documenter avec précision 77% des plombémies (au lieu de 11,1% spontanément), améliore donc considérablement la qualité des données recueillies en 2006 en RAA.

Néanmoins, la transmission directe des fiches par les laboratoires d'analyse de la plombémie peut être améliorée, l'enquête menée par l'InVS auprès des laboratoires en 2004 avait permis d'estimer à 63% la proportion de demandes d'analyses arrivant au laboratoire accompagnées de la fiche de surveillance remplie par le prescripteur.

3.2 VOLUME DE L'ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE

Nombre de prélèvements

Nombre total de prélèvements : 517

Nombre de primoprélèvements : 418

Nombre de prélèvements de suivi : 99

Ratio primoprélèvements / prélèvements de suivi : 4,25

Ont donc été recensés **517** prélèvements entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2006.

Parmi ces 517 prélèvements 2006, on peut distinguer :

- **418** primoprélèvements (ou primodépistages), le primoprélèvement étant défini comme la première plombémie mesurée chez un enfant.
- **99** prélèvements de suivi d'un enfant préalablement dépisté et identifié par le système de surveillance. Ceux-ci comprennent les prélèvements de suivi d'une intoxication connue, et les prélèvements de suivi d'une situation à risque (respectivement **73** et **26** en 2006).

Les **517** plombémies correspondent à **478** enfants prélevés en 2006. En effet **34** enfants ont eu plusieurs prélèvements : 29 enfants ont eu 2 prélèvements et 5 enfants en ont eu 3. Les **99** prélèvements de suivi correspondent à **74** enfants : 17 enfants ont eu 2 prélèvements de suivi et 4 enfants en ont eu 3.

Le ratio primoprélèvements/prélèvements de suivi est en augmentation (+34%) par rapport à 2005 (4,25 versus 3,17 en 2005 et 2,94 en 2004). Cette augmentation correspond à l'augmentation du nombre de primoprélèvements. En effet, le nombre de prélèvements de suivi est stable par rapport à 2005 (99 versus 109).

On note une augmentation du nombre total de prélèvements par rapport à 2005 (+13,4%), qui correspond à une augmentation du nombre de primoprélèvements (+21%) Rappelons que le nombre de primoprélèvements avait augmenté de façon significative (+71%) entre 2002 et 2003.

Cette augmentation du nombre de primoprélèvements en 2006 traduit les efforts de dépistage dans plusieurs départements, en particulier le Rhône (+28 primoprélèvements) et l'Isère (+21 primoprélèvements).

Evolution du nombre de prélèvements de 2002 à 2006

Nombre de prélèvements	2006	2005	2004	2003	2002
Nombre total	517	454	489	420	260
Nombre de primoprélèvements	418	345	365	351	205
Nombre de prélèvements de suivi	99	109	124	69	55
Ratio primo/suivi	4,25	3,17	2,94	5,09	3,73

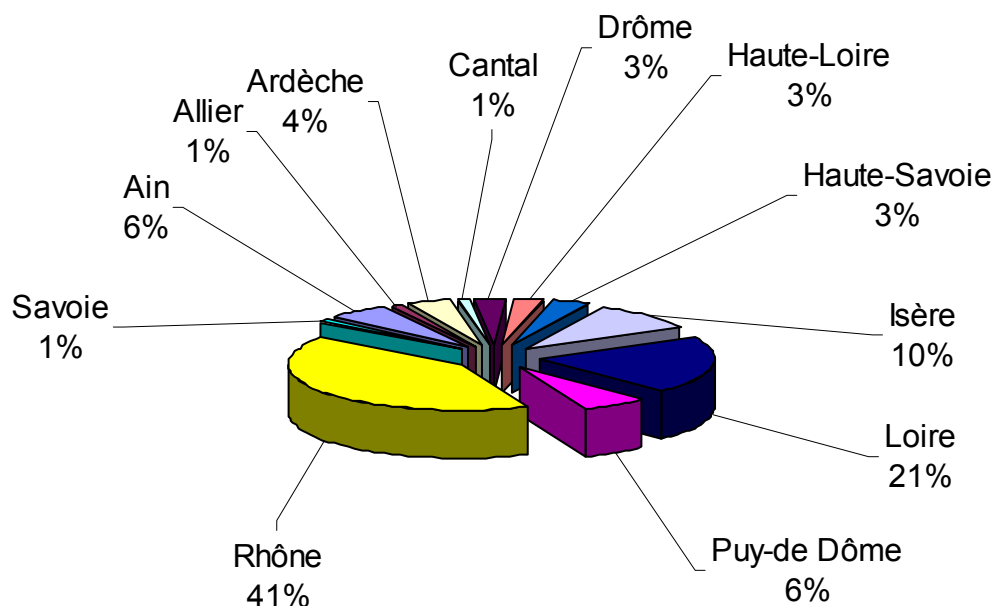
Taux de dépistage chez les enfants de moins de 7 ans en Rhône-Alpes en 2006

Parmi les 418 primoprélèvements, on dénombre 281 primoprélèvements chez l'enfant de moins de 7 ans, dont 254 en Rhône-Alpes et 27 en Auvergne.

Le taux de dépistage en Rhône-Alpes en 2006 chez les enfants de moins de 7 ans est le nombre d'enfants de moins de 7 ans testés pour la première fois en 2006 rapporté au nombre estimé d'enfants de moins de 7 ans en Rhône-Alpes (estimation d'après le recensement INSEE de 1999). Ce taux de dépistage calculé est de 57,5 pour 100 000 enfants de moins de 7 ans en Rhône-Alpes en 2006.

3.3 RÉPARTITION DES PRIMOPRÉLÈVEMENTS PAR DÉPARTEMENT

Les 418 primoprélèvements sont répartis ainsi :



En 2006, tous les départements ont notifié des primoprélèvements (il en était de même en 2005, 2004 et 2003, 9/12 seulement en 2002). Deux départements de l'interrégion se partagent 62% des primoprélèvements (66% en 2005 et 60% en 2004), respectivement le Rhône (172) et la Loire (86). Le nombre de primoprélèvements est en augmentation dans le Rhône (+29 prélèvements) et dans l'Isère (+21 prélèvements). Il est stable dans la Loire.

Nombre de primoprélèvements par département

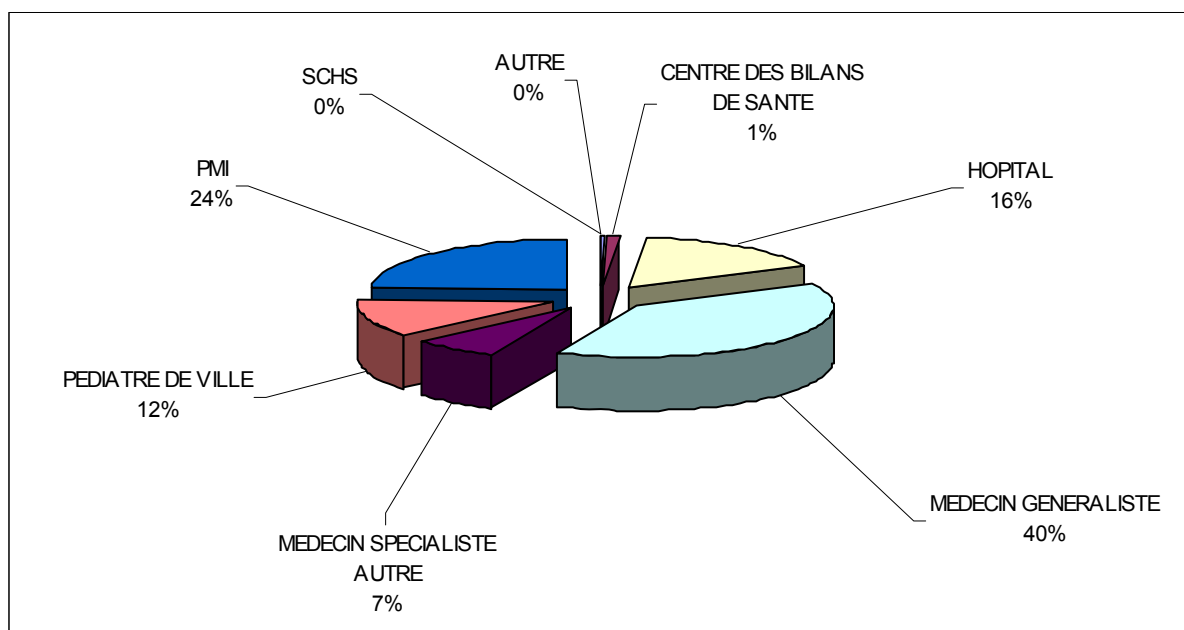
Département	2006	2005	2004	2003	2002
Ain	24	15	24	31	8
Allier	5	14	13	2	1
Ardèche	16	7	10	4	1
Cantal	5	2	1	1	0
Drôme	13	15	22	8	3
Haute-Loire	11	9	11	14	43
Haute-Savoie	14	11	15	9	0
Isère	42	21	26	20	3
Loire	86	84	62	59	70
Puy-de Dôme	25	18	15	5	0
Rhône	172	143	158	185	73
Savoie	5	6	8	13	3
Total	418	345	365	351	205

Principales communes qui dépistent au sein des deux départements qui dépistent le plus (le Rhône et la Loire) :

- parmi les 172 primoprélèvements (pp) du Rhône, 50% (86 pp) ont été réalisés dans la Ville de Lyon intra muros, ce qui représente 20,6% des primoprélèvements de l'interrégion. Au sein de la Ville de Lyon, les 4 arrondissements dans lesquels on dénombre le plus de pp en 2006 sont le 1^{er}, le 3^{ème}, le 4^{ème} et le 7^{ème}, puis le 6^{ème} et le 9^{ème}. Au niveau des banlieues de la Courly (Communauté urbaine de Lyon), Villeurbanne et Oullins se détachent avec une 10^{aine} de pp chacun.
- parmi les 85 pp de la Loire, 27% ont été réalisés à St Etienne (23 pp) et 27% à Firminy (23 pp).
- le reste des primoprélèvements correspond au dépistage diffus réalisé principalement par les médecins libéraux, sans qu'aucune autre ville ne se détache, en dehors de Clermont-Ferrand, qui représente 50% des primoprélèvements réalisés dans le Puy-de-Dôme (qui eux-mêmes représentent 5,7% des primoprélèvements).

3.4 MÉDECINS PRESCRIPTEURS

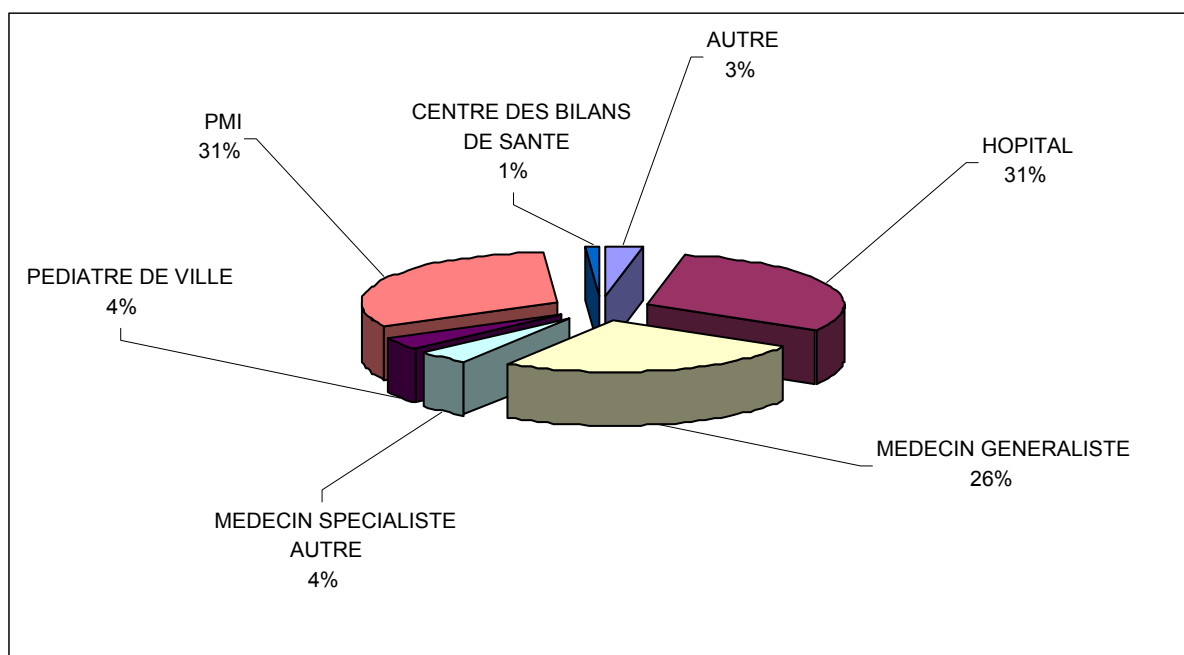
Origine des prescripteurs de primoprélèvements en 2006



Depuis les trois bilans précédents (2005, 2004 et 2003), on note une modification de l'origine du prescripteur : ce n'est plus le médecin de PMI qui est le premier prescripteur de primoprélèvement mais le médecin généraliste (40% en 2006, 39% en 2005, 44% en 2004, 45% en 2003), suivi par le médecin de PMI (24% en 2006, 27% en 2005, 19% en 2004 et 33% en 2003).

Chez les prescripteurs de primoprélèvements, on dénombre 12% de pédiatres de ville puis 7% de « médecins spécialistes autres ». Parmi eux, on trouve 17 prescriptions de médecine du travail, 6 en gastroentérologie, une en gynécologie obstétrique, une en médecine interne, et 5 en médecine militaire. En effet depuis 2004 est apparue une nouvelle catégorie de prescripteurs (dans la catégorie « médecin spécialiste autre ») : le médecin du travail. Ces prescriptions de plombémies réalisées par des médecins du travail concernent la surveillance des apprentis (cf. le paragraphe 2.2.). Le système de surveillance, qui concernait l'enfant auparavant (dans le précédent SNSSI), a été étendu à l'« enfant mineur » par l'arrêté du 5 février 2004 et la circulaire DGS/2004/185 du 21 avril 2004.

Origine des prescripteurs de prélèvements de suivi en 2006



En ce qui concerne les prélèvements de suivi, ils sont partagés entre le médecin de PMI (31% en 2006, 44% en 2005) et le pédiatre hospitalier (31% en 2006, 27% en 2005).

3.5 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENFANTS PRIMODÉPISTÉS

On appelle enfants « primodépistés » les enfants ayant bénéficié d'une première plombémie (quel que soit le résultat).

- Sex-ratio des enfants primodépistés :

le sex-ratio est légèrement en faveur du sexe masculin : 1,22. Il en était de même lors du bilan RAA 1997-1998, et la même tendance est retrouvée dans le rapport national InVS 1995-2002.

- Age au primoprélèvement :

la majorité des enfants testés ont moins de 7 ans en 2006 en RAA : 67% (94,4% dans le bilan national 1995-2002). Près d'un tiers (30,6%) des primoprélèvements ont été réalisés dans la classe d'âge 1 - 2 ans (31,6% dans le bilan national 1995-2002 et 40% dans le bilan interrégional 1994-2003). La nouvelle classe d'âge 16 – 17 ans représente 8% en 2006.

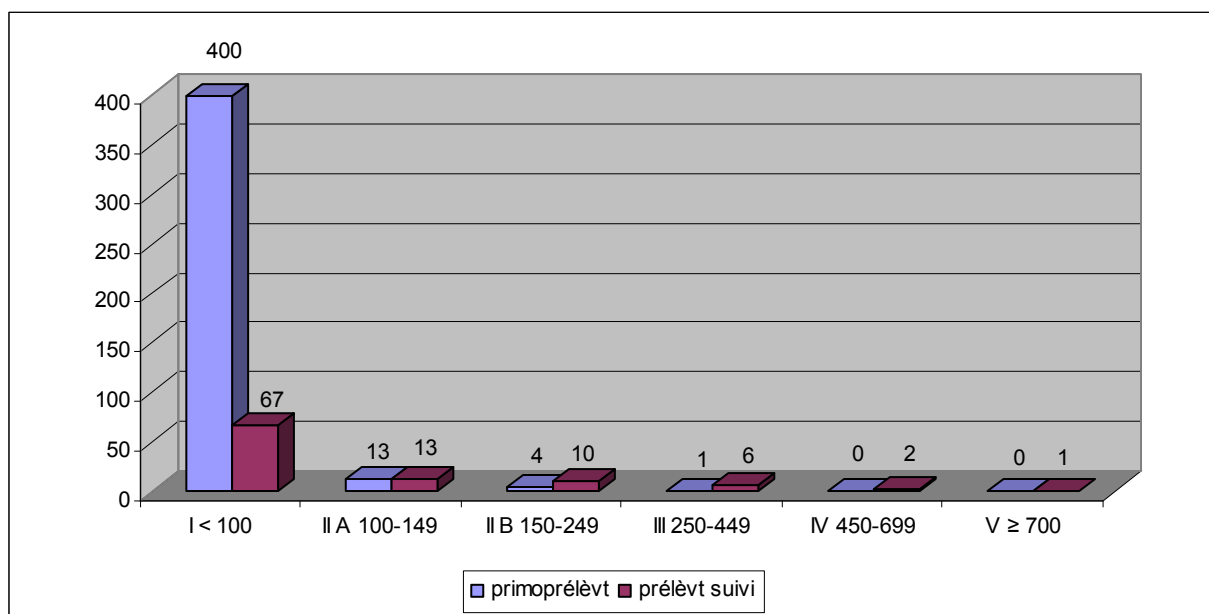
- Origine géographique de la mère :

elle n'est renseignée que pour 51% des primoprélèvements. Lorsqu'elle est renseignée, l'origine prédominante est la France (28%), puis l'Afrique du nord et méditerranée orientale (8%) (58% en Rhône-Alpes dans le rapport InVS 1995-2002), la Turquie (3,8%) ; l'Afrique subsaharienne n'est pas importante (seulement 1,7%).

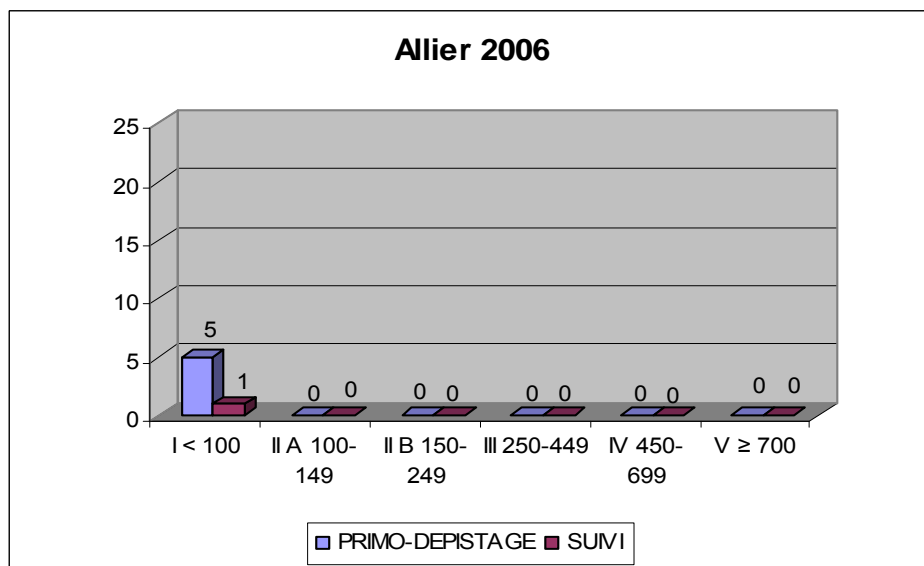
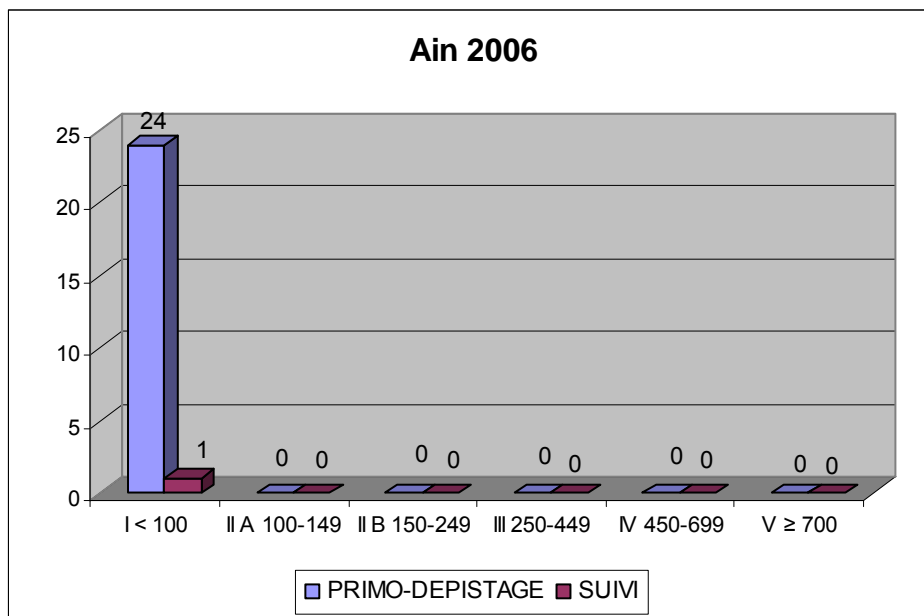
3.6 NIVEAUX DE PLOMBEMIE DES ENFANTS TESTES

Résultats globaux en Rhône-Alpes et Auvergne

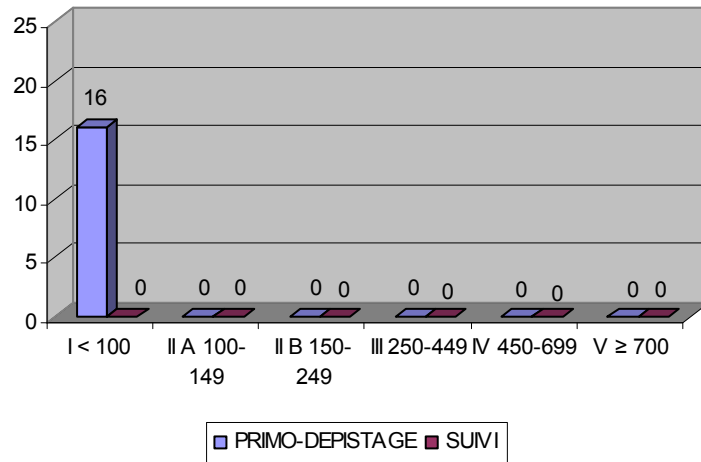
Distribution par classe des plombémies réalisées en Rhône-Alpes/Auvergne en 2006



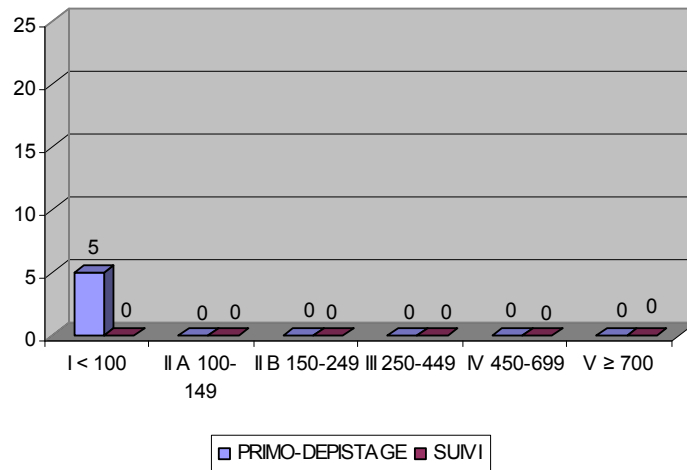
3.7 RÉPARTITION DES PRÉLÈVEMENTS PAR DÉPARTEMENT ET PAR CLASSE DE PLOMBÉMIE



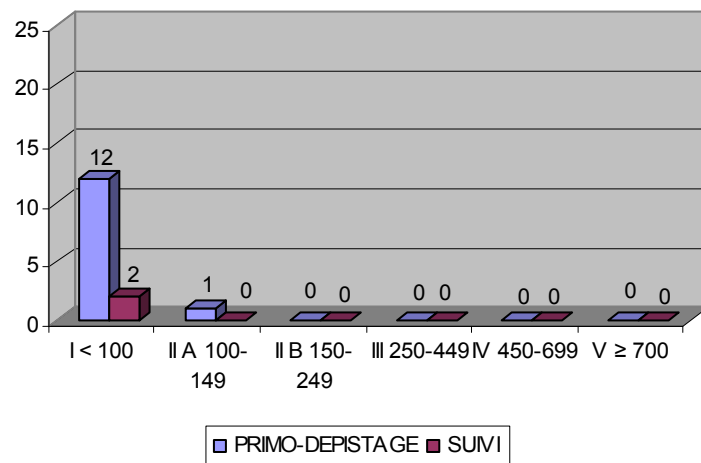
Ardèche 2006



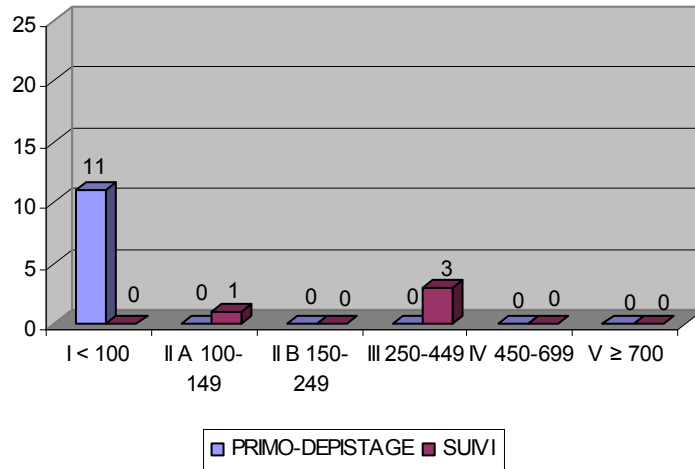
Cantal 2006



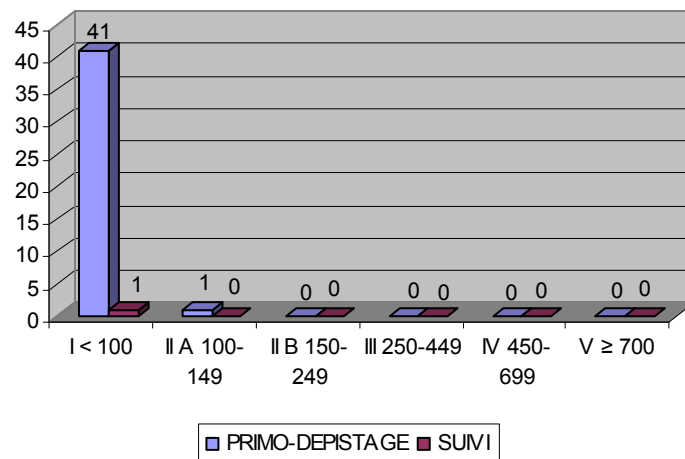
Drôme 2006



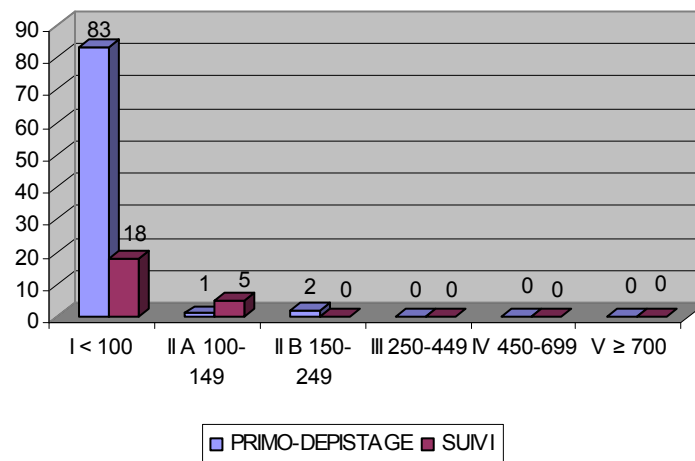
Hte Loire 2006

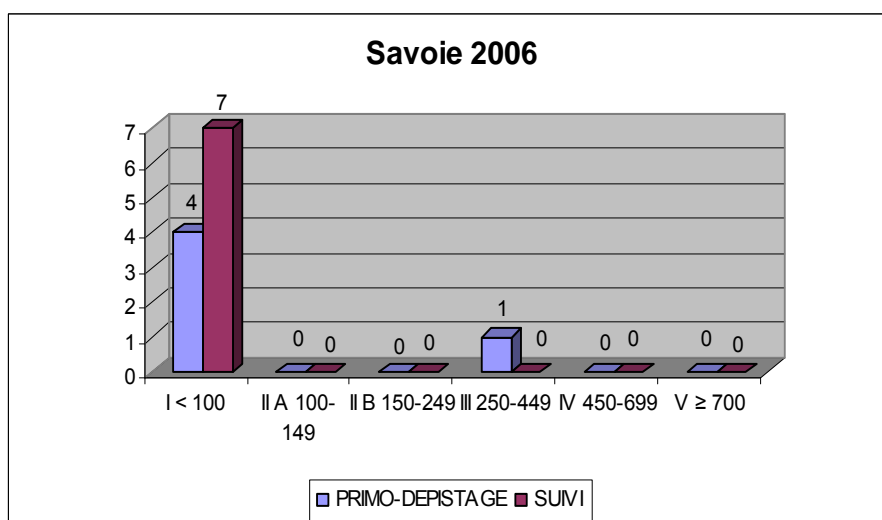
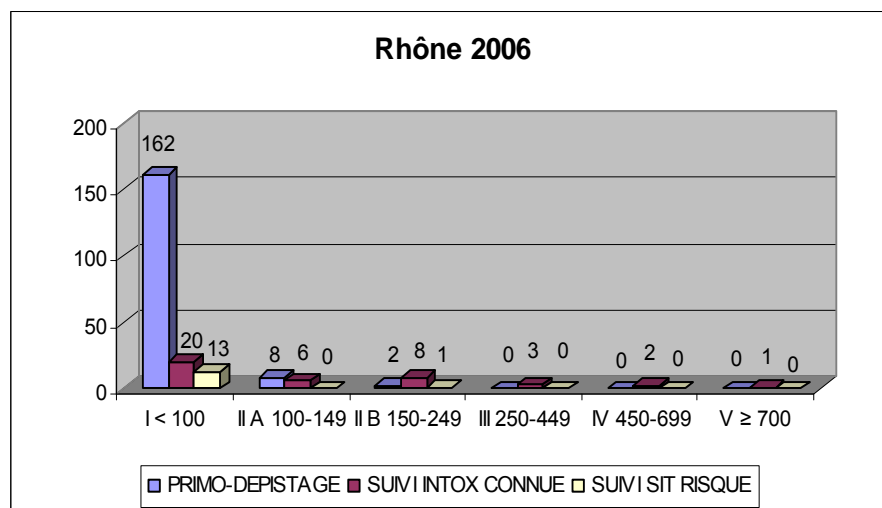
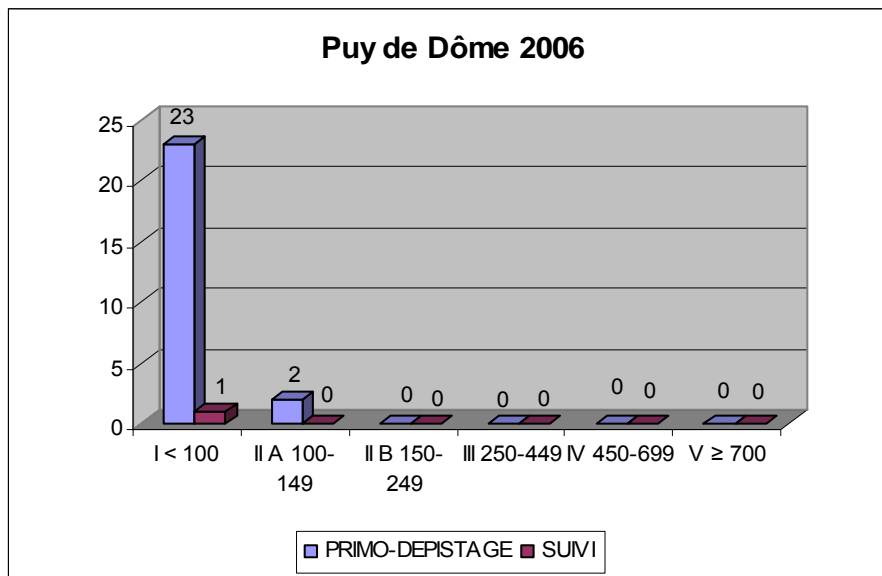


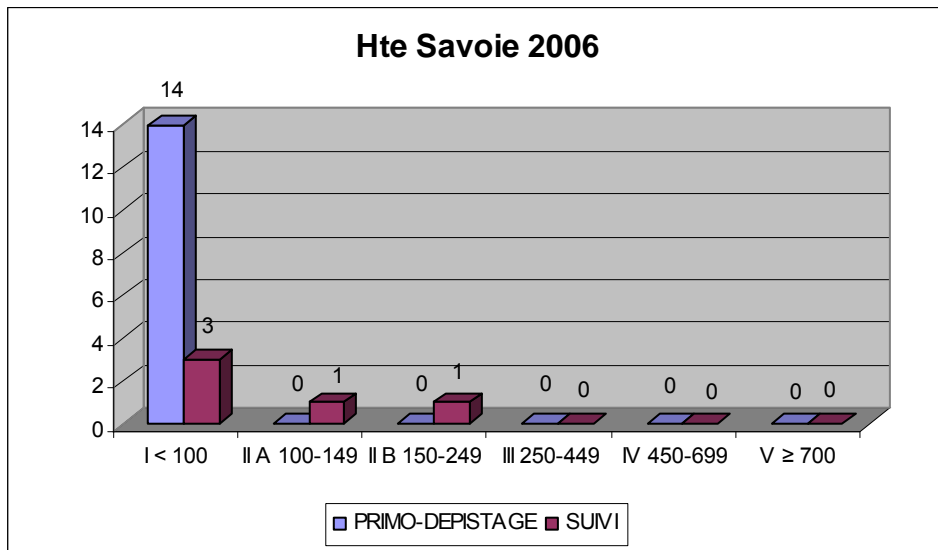
Isère 2006



Loire 2006







3.8 ETUDE DES CAS INCIDENTS

3.8.1 Nombre de cas incidents et rendement du primodépistage

Le dispositif de surveillance a permis d'identifier 19 nouveaux cas de saturnisme en 2006 (versus 20 en 2005, 16 en 2004 et 17 en 2003) soumis à déclaration obligatoire chez l'enfant mineur dans l'interrégion Rhône-Alpes et Auvergne (toutes les D.O. ont été faites par les DDASS en RAA en 2006). Ces **19 cas incidents** correspondent à 18 cas chez les primodépistés et un cas chez un jeune présentant une première plombémie de suivi $\geq 100 \mu\text{g/L}$ alors que ses plombémies antérieures étaient $< 100 \mu\text{g/L}$.

L'**incidence apparente** du saturnisme infantile est le nombre de cas incidents chez les enfants de moins de 7 ans en Rhône-Alpes (12 cas) rapporté à la population estimée (cf. supra) des enfants de moins de 7 ans vivant dans l'interrégion Rhône-Alpes (441 590 enfants) soit 2,71 pour 100 000 enfants de moins de 7 ans en 2006.

Le **rendement du primodépistage est de 4,5%** (5,8% en 2005) : 4,5% des primoprélèvements sont $\geq 100 \mu\text{g/L}$. Le rendement a diminué par rapport à 2005 (alors que le nombre de primoprélèvements a sensiblement augmenté, plusieurs départements ayant fait des efforts de dépistage). Le rapport *InVS Dépistage du saturnisme de l'enfant en France de 1995 à 2002* a montré que le rendement du primodépistage dans l'interrégion Rhône-Alpes/Auvergne est passé de 36,5% en 1995 à 5,2% en 2002. Cette baisse semble se poursuivre.

Niveaux de plombémie des cas incidents

Le niveau de la plombémie chez les 19 nouveaux cas est modéré, voire faible : 13 cas se situent en classe IIA (100-149 $\mu\text{g/L}$), 5 cas en classe IIB (150-249) et un seul cas est en classe III (250-449) (3 cas en classe III en 2005 et 2 en 2004). On ne décèle aucun nouveau cas en classes IV et V, il en était de même en 2005. Aucun primoprélèvement ne dépasse 265 $\mu\text{g/L}$ en 2006.

3.8.2 Caractéristiques sociodémographiques des cas incidents

L'âge des nouveaux cas est moins de 7 ans pour 13 cas, 16-17 ans dans 3 cas, et compris entre 7 et 15 ans pour les 3 autres cas. L'origine ethnique est renseignée dans 13 cas sur 19, il s'agit de la France dans 6 cas et d'un pays étranger dans 7 cas : l'Afrique subsaharienne dans 3 cas, l'Afrique du nord dans 2 cas, et un pays d'Europe dans 2 cas (Roumanie et Portugal). On dénombre 11 filles pour 8 garçons.

Parmi les 19 cas incidents, l'origine du prescripteur est le médecin généraliste dans 7 cas, la PMI dans 4 cas, l'hôpital dans 4 cas, la médecine du travail dans 3 cas, et un centre de bilans de santé dans 1 cas.

3.8.3 Facteurs de risque et motifs particuliers de dépistage des cas

Le rapport *10 ans de surveillance du saturnisme infantile en Rhône-Alpes et Auvergne 1994-2003* avait mis en évidence les facteurs de risque qui sont le plus prédictifs d'une plombémie élevée : l'habitat construit avant 1949, notamment s'il est dégradé, le comportement de pica, la connaissance d'autres enfants intoxiqués dans l'entourage, l'âge (plombémies plus élevées chez les 1-3 ans), l'origine sub-saharienne des parents et dans une moindre mesure nord-africaine ou proche-orientale, le nombre élevé d'enfants de moins de 6 ans au domicile (3 et plus...). La proportion de plombémies $\geq 100 \mu\text{g/L}$ n'était pas plus élevée lorsque des signes cliniques sont mentionnés. En revanche, elle était significativement plus élevée en présence d'une anémie et/ou d'une carence martiale.

Parmi les 19 nouveaux cas 2006, l'étiologie du saturnisme est environnementale dans 14 cas (72%) et professionnelle dans 3 cas (17%). Dans 2 cas (12%), le motif de prélèvement est autre, le facteur de risque habitat n'étant pas identifié.

Chez les 14 cas dont la source d'exposition est environnementale, le facteur de risque est toujours l'habitat antérieur à 1949 et/ou dégradé, avec présence de peintures au plomb dans le logement connue dans 5 cas, et avec travaux récents dans l'habitat connus dans 2 cas. Un comportement de pica est noté dans 4 cas, toujours associé au facteur de risque habitat ancien et/ou dégradé (avec présence de peintures au plomb dans 2 cas). Parmi ces 14 cas, une carence martiale est connue dans 4 cas.

Chez les 2 cas pour lesquels le facteur de risque habitat n'est pas renseigné, le motif de prélèvement est dans un cas la présence d'un autre enfant intoxiqué dans l'entourage (frère), dans l'autre cas il s'agissait d'un bilan étiologique de douleurs abdominales.

- **Médecine du travail :**

Chez les 3 cas dont le motif de prélèvement est la surveillance par la médecine du travail dans le cadre d'un apprentissage, l'un est un menuisier posant des portes « plombées » avec de fines plaques de plomb dans un service de radiologie, sa plombémie de primodépistage est à $117 \mu\text{g/L}$ (sa plombémie de suivi sera à $167 \mu\text{g/L}$) ; les 2 autres sont des apprentis vitraillistes. L'un d'eux avait une première plombémie à $265 \mu\text{g/L}$ (les plombémies de suivi diminueront par la suite en 2007 grâce à une amélioration de son hygiène de travail), la seconde personne apprentie vitrailliste avait une première plombémie à $28 \mu\text{g/L}$ et une plombémie de suivi d'une situation à risque à $171 \mu\text{g/L}$. Dans ces 3 cas d'exposition professionnelle, bien que ces 3 personnes soient décelées par le système de surveillance (avec D.O. de ces 3 nouveaux cas)

puisque une première plombémie est $\geq 100 \mu\text{g/L}$, il s'agit d'une imprégnation par le plomb et non d'une intoxication, les plombémies étant inférieures à la valeur considérée comme sans risque sanitaire en milieu de travail ; en France actuellement les travailleurs exposés doivent avoir une plombémie inférieure à $400 \mu\text{g/L}$ chez l'homme, $300 \mu\text{g/L}$ chez la femme (IBE : indice biologique d'exposition).

Parmi les 417 primoprélèvements, 17 plombémies, auxquelles il faut rajouter une plombémie de suivi d'une situation à risque chez une apprentie vitrailliste, et une plombémie de suivi d'une intoxication connue, ont été réalisées par la médecine du travail, et cela chez 17 apprentis. Parmi eux, 8 sont des apprentis carrossiers-peintres (dont 7 en garage automobile et un sur machines agricoles), pouvant utiliser des peintures contenant des chromates de plomb (en particulier de couleur jaune). Ces carrossiers-peintres présentent tous une plombémie $< 100 \mu\text{g/L}$. Parmi les 9 autres apprentis, on trouve un verrier cristallier, deux vitraillistes avec sertissage au plomb, un menuisier posant des portes avec des plaques de plomb, un apprenti travaillant sur un chantier où une entreprise assure en milieu confiné du décapage de peintures au plomb, un autre effectuant des travaux de rénovation, un apprenti dans une entreprise faisant du recyclage de batteries, et deux dont l'apprentissage est non renseigné.

Parmi ces 17 apprentis, 3 présentent des plombémies $\geq 100 \mu\text{g/L}$: les deux apprentis vitraillistes, et le menuisier posant des portes « plombées ». Les 2 vitraillistes présentent des plombémies modérées, respectivement à $171 \mu\text{g/L}$ et $265 \mu\text{g/L}$.

En termes de législation en milieu de travail, l'article R.234-20 du Code du travail donne une liste de travaux pouvant exposer au plomb et/ou à ses composés, auxquels il est interdit d'occuper les jeunes travailleurs de moins de 18 ans (il est également interdit de les admettre de manière habituelle dans les locaux affectés à ces travaux). Par ailleurs la Directive européenne 94/33/CE du 22 juin 1994, relative à la protection des jeunes au travail, dit que les Etats membres interdisent le travail des jeunes pour des travaux qui sont susceptibles d'entraîner des risques spécifiques pour les jeunes, notamment les travaux qui impliquent une exposition nocive aux agents chimiques, en particulier le plomb et ses composés, dans la mesure où les agents en question peuvent être absorbés par l'organisme humain.

- **Adoptions :**

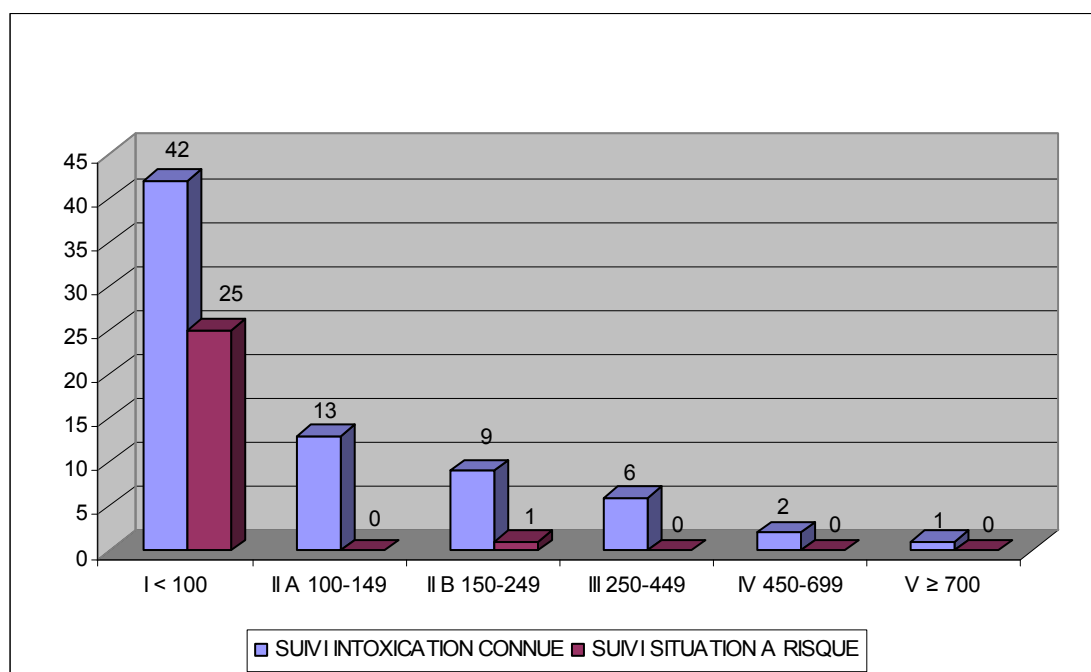
En ce qui concerne les autres motifs particuliers de dépistage, on remarque que 8% des primoprélèvements ont été réalisés en raison d'une adoption récente, soit **34** plombémies (25 en 2005) ; parmi elles, aucune plombémie n'est $\geq 100 \mu\text{g/L}$ (4 plombémies $\geq 100 \mu\text{g/L}$ en 2005). Pour ces 34 primoprélèvements, la provenance de l'enfant était la Chine pour 14 d'entre eux, Haïti pour 2, le Brésil pour 4, la Russie pour 4, la Colombie pour 4, l'Ethiopie pour 4 et le Vietnam pour 2.

- **Prélèvement sur sang du cordon :**

On note un primoprélèvement sur sang du cordon chez un nouveau-né exposé in utero, dont la mère était vitrailliste. Cette plombémie est $< 100 \mu\text{g/L}$ et correspond à une simple imprégnation par le plomb ($90 \mu\text{g/L}$).

3.9 SUIVI DES ENFANTS

3.9.1 Suivi en fonction de la classe de plombémie



99 plombémies de suivi ont été réalisées en 2006, parmi lesquelles on dénombre **73** plombémies de suivi d'une intoxication connue, et **26** plombémies de suivi d'une situation à risque. Parmi ces 99 plombémies de suivi, **32** (soit 32%) sont ≥ 100 µg/L et correspondent à 31 plombémies de suivi d'une intoxication connue (suivi des enfants demeurant intoxiqués par le plomb) et une seule plombémie de suivi d'une situation à risque (plombémie devenant ≥ 100 µg/L chez un jeune surveillé pour situation à risque et dont les plombémies étaient antérieurement < 100 µg/L). Ces **31** plombémies de suivi d'une intoxication connue ≥ 100 µg/L correspondent à **15 enfants** demeurant intoxiqués, ce qui est non négligeable comparativement au très faible nombre de cas incidents. L'un d'entre eux est un apprenti (menuisier posant des portes contenant des plaques de plomb), pour les 14 autres enfants la source d'exposition est environnementale.

Parmi les 15 enfants demeurant intoxiqués, on observe des niveaux de plombémie plus élevés que ceux des cas incidents : les 31 plombémies de suivi d'une intoxication connue ≥ 100 µg/L comprennent 18 plombémies ≥ 150 µg/L (se situant en classe IIB, III, IV ou V), correspondant à 10 enfants, et 13 plombémies comprises entre 100 et 149 µg/L (classe IIA), correspondant à 7 enfants.

Une seule plombémie de suivi est en classe V (≥ 700 µg/L) en 2006 (aucune en 2005, 2004 et 2003) ; elle est égale à 700 µg/L (prélevée le 3/10/06). Il existe néanmoins un doute sur ce résultat, l'indice de qualité d'analyse étant non conforme (le prélèvement n'ayant été dosé qu'une seule fois, sans dilution). Le contrôle de cette plombémie a posteriori sur le même tube de prélèvement est à 240 µg/L (résultat non fiable, sur tube conservé). Le résultat suivant (sans qu'il y ait eu de traitement chélateur) est à 470 µg/L, prélevée le 17/10/06. Cette enfant, pour laquelle le facteur de risque était le logement, avait été relogée en mai 2005.

3.9.2 Traitement chélateur

Trois enfants (suivi d'une intoxication connue) ont bénéficié d'un traitement chélateur en 2006 dans notre interrégion, à notre connaissance. Aucun enfant parmi les nouveaux cas n'a eu de traitement chélateur, les plombémies ne dépassant pas 265 µg/L.

Le premier enfant a été dépisté fin 2004 (primodépistage en classe V), il présentait un pica dans le cadre d'un autisme, s'est intoxiqué au domicile, où la présence de plomb a été mise en évidence par la DDASS, et a été relogé en mars 2005. Il a bénéficié de 4 cures de chélation en 2005, ses 10 plombémies de 2005 étaient en classe III (250 à 449 µg/L), sauf une en classe IV. En 2006, il a eu 2 cures de succimer entre janvier et avril 2006, puis est reparti dans son pays (Sénégal). En 2006 sa plombémie de janvier était à 585 µg/L (classe IV), ses dernières plombémies restaient en classe III (402 puis 339 µg/L fin avril).

La deuxième enfant, dépistée en novembre 2004 (391 µg/L), a bénéficié d'une cure de chélation en novembre 2006 (une cure en 2005 également). Cette enfant présentait un comportement de pica, s'est intoxiquée au domicile, où le diagnostic logement était positif, et a été relogée en 2005. Elle présente des difficultés d'apprentissage scolaire. Son pays d'origine est la Guinée. Ses 3 prélèvements effectués en 2005 étaient en classe III. En 2006 ses plombémies restent en classe III, une plombémie est ensuite à 700 µg/L (indice de qualité d'analyse non conforme), le contrôle est à 470 µg/L.

Le troisième enfant, âgé de 13 ans en 2006, est un enfant autiste avec un pica s'étant intoxiqué à l'hôpital ; il avait été dépisté en mars 2002 (primoprélèvement en classe IV). Il a bénéficié de 4 cures de chélation en 2006 (2 cures en 2005). En 2006 après une plombémie en classe IV (585 µg/L) ses plombémies de suivi sont en classe III.

Ces trois enfants ayant bénéficié d'un traitement chélateur, qui correspondent aux enfants suivis les plus intoxiqués, présentaient tous les trois un comportement de pica, facteur de risque majeur chez les enfants exposés au plomb, et deux dans le cadre d'un autisme.

Pour les trois enfants le traitement chélateur indiqué a été le succimer ou DMSA (acide meso-2,3-dimercaptosuccinique) administré per os, seul (sans association). Les modalités de prescription en ont été précisées dans *Les Recommandations* de la Conférence de Consensus « Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte. Prévention et prise en charge médico-sociale » qui s'est tenue à Lille les 5 et 6 novembre 2003 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Saturnisme_long.pdf)

4 DISCUSSION

Au total, **517** plombémies concernant **478** enfants ont été recensées en 2006 par le dispositif interrégional Rhône-Alpes-Auvergne du Système national de surveillance des plombémies de l'enfant mineur (SNSPE), parmi lesquelles on note **418** primoprélèvements et **99** prélèvements de suivi.

On peut retenir les points principaux suivants du dépistage du saturnisme de l'enfant en Rhône-Alpes et Auvergne en 2006 :

1. Le taux de dépistage chez les enfants de moins de 7 ans en Rhône-Alpes en 2006 est de 57,5 pour 100 000 enfants de moins de 7 ans (nombre d'enfants de moins de 7 ans testés la première fois en 2006 rapporté au nombre estimé d'enfants de moins de 7 ans en Rhône-Alpes).

2. Le nombre de primoprélèvements est en augmentation par rapport aux années précédentes : 418 en 2006, 345 en 2005, 365 en 2004, 351 en 2003, 205 en 2002 et 181 en 2001. Cette augmentation correspond aux efforts de dépistage de certains départements (en particulier le Rhône et l'Isère en 2006).

Le ratio primoprélèvements/prélèvements de suivi est en augmentation par rapport à 2005 (+34%) : 4,25 versus 3,17 en 2005 et 2,94 en 2004. Le nombre de prélèvements de suivi étant stable par rapport à 2005, cette augmentation correspond à l'augmentation du nombre de primoprélèvements et traduit également les efforts de dépistage.

3. Les données portent sur la totalité des 12 départements de l'interrégion. Au sein de l'interrégion, le Rhône et la Loire sont les 2 départements qui dépistent le plus (ils se partagent 62% des primoprélèvements en 2006).

Plus d'un 5^{ème} des 418 primoprélèvements de l'interrégion restent concentrés sur la Ville de Lyon en 2006 (soit 50% des 172 primoprélèvements du département du Rhône, qui eux-mêmes représentent 41% des primoprélèvements de l'interrégion RAA). Parmi les 20% des primoprélèvements réalisés dans la Loire, 27% sont concentrés à Saint Etienne et 27% à Firminy. Le reste des primoprélèvements correspond au dépistage diffus réalisé principalement par les médecins libéraux, sans qu'aucune autre ville ne se détache, en dehors de Clermont-Ferrand, qui représente 50% des primoprélèvements réalisés dans le Puy-de-Dôme (qui eux-mêmes représentent 5,7% des primoprélèvements).

4. Le rendement du primodépistage (proportion de primoprélèvements dont le résultat est $\geq 100 \mu\text{g/L}$) est de 4,5%. On note une diminution sensible du rendement par rapport à 2005 (5,8% en 2005), alors que le nombre de primoprélèvements a augmenté. Le rendement reste très faible depuis 2002. Le rendement est de 26% en moyenne sur l'interrégion entre 1994 et 2003, 38% dans le Rhône, 17% dans la Loire, 12% dans l'Ain et 12% en Isère. Dans les départements où le dépistage a été le plus important, ces pourcentages diminuent dans le temps. Le rapport *InVS Dépistage du saturnisme de l'enfant en France de 1995 à 2002* a montré une diminution progressive du rendement en Rhône-Alpes/Auvergne de 1995 (36,5%) à 2002 (5,2%).

Il est difficile de dire si cette diminution est due à la diminution de l'incidence réelle du saturnisme infantile (qui est inconnue), qui elle-même peut être la conséquence des efforts de

relogement, des efforts de prévention (encore faut-il que le plomb dans l'habitat soit « accessible » pour que l'enfant s'intoxique) et/ou de la diminution du nombre de logements à risque, ou si le dépistage est moins bien ciblé avec le temps (problème de l'identification des facteurs de risque par le prescripteur et du choix des zones dans lesquelles on dépiste).

5. Le nombre de cas incidents de saturnisme dépistés chez le mineur en RAA par le système de surveillance reste constant depuis 2003 et extrêmement faible : il est de 19 en 2006 (20 en 2005, 16 en 2004 et 17 en 2003). L'incidence apparente du saturnisme infantile en Rhône-Alpes en 2006 est de 2,71 pour 100 000 enfants de moins de 7 ans.

En ce qui concerne le niveau de la plombémie des 19 nouveaux cas dépistés, il reste très modéré : 13 cas se situent en classe IIA, 5 cas en classe IIB, et seulement un cas se situe en classe III (250-449 µg/L). On ne détecte aucun cas en classes IV et V (idem en 2005). La plombémie la plus élevée chez les nouveaux cas en 2006 est à 265 µg/L. Aucun enfant n'a de première plombémie supérieure à 450 µg/L en 2006 (aucun en 2005, un en 2004, aucun en 2003, 2 en 2002, 3 en 2001, 3 en 97-98 et 12 en 1992-1996).

6. En revanche, 31 plombémies de suivi d'une intoxication connue restent ≥ 100 µg/L en 2006, et correspondent à 15 enfants demeurant intoxiqués.

En ce qui concerne le traitement, 3 enfants seulement à notre connaissance (suivi d'une intoxication connue) ont bénéficié d'un traitement chélateur dans notre interrégion en 2006, dans tous les cas par succimer (ou DMSA) per os, seul (sans association).

Ces trois enfants ayant bénéficié d'un traitement chélateur, qui correspondent aux enfants les plus intoxiqués, présentaient tous les trois un comportement de pica, facteur de risque majeur chez les enfants exposés au plomb, et deux dans le cadre d'un autisme.

7. En ce qui concerne l'origine du prescripteur de plombémie, alors que les services de PMI étaient globalement les principaux prescripteurs de plombémies de primodépistage entre 1994 et 2003 en RAA (62%), ce n'est plus le cas depuis 2003, c'est le médecin généraliste (40% des primoprélèvements en 2006), suivi par le médecin de PMI (24%). Chez les prescripteurs de primoprélèvements, on dénombre 12% de pédiatres de ville puis 7% de « médecins spécialistes autres ». Parmi eux, on trouve 17 prescriptions de médecine du travail. En effet en 2004 on a vu apparaître un nouveau prescripteur, le médecin du travail, en raison de l'extension du dispositif de surveillance au mineur (et non plus seulement à l'enfant).

Parmi les cas incidents, l'origine du prescripteur est le généraliste dans 7 cas, la PMI dans 4 cas, l'hôpital dans 4 cas, la médecine du travail dans 3 cas, et un centre de bilans de santé dans 1 cas.

8. Parmi les 17 plombémies (primoprélèvements) réalisées par la médecine du travail, auxquelles il faut rajouter une plombémie de suivi d'une situation à risque chez une apprentie vitrailliste, trois plombémies sont ≥ 100 µg/L : celles de deux apprentis vitraillistes, et celle d'un apprenti menuisier posant des portes « plombées » avec des plaques de plomb (en service de radiologie). Les plombémies des 8 apprentis carrossiers-peintres en garage sont toutes < 100 µg/L.

9. Parmi les motifs particuliers de dépistage, 34 primoprélèvements ont été réalisés en raison d'une adoption récente, on ne trouve aucune plombémie ≥ 100 µg/L (4 l'étaient en 2005).

5 CONCLUSION

La surveillance des plombémies de l'enfant et du jeune mineur en Rhône-Alpes/Auvergne (RAA) a permis d'identifier une vingtaine de cas incidents de saturnisme par an de 2003 à 2006. L'incidence apparente du saturnisme infantile en 2006 en Rhône-Alpes est de 2,71 pour 100 000 enfants de moins de 7 ans. Le rendement du primodépistage en RAA reste faible depuis 2002 (5,2% en 2002) et semble continuer à diminuer (4,5% en 2006), alors qu'il était de 36,5% en 1995 (Rapport InVS 1995-2002).

Le niveau de la plombémie des 19 cas incidents dépistés en 2006 est modéré : aucune plombémie ne dépasse 265 µg/L. Parmi eux, 70% ont moins de 7 ans, l'étiologie est environnementale (facteur de risque lié au logement ancien et/ou dégradé) dans 14 cas et professionnelle dans 3 cas : on trouve 3 cas chez des apprentis suivis par la médecine du travail.

Parmi les enfants suivis, on observe d'après le système de surveillance 15 enfants demeurant intoxiqués. Parmi eux, seulement 3 enfants ont bénéficié d'un traitement chélateur, ce sont les enfants les plus intoxiqués. Ils présentaient tous les trois un comportement de pica, facteur de risque majeur chez les enfants exposés au plomb, et deux dans le cadre d'un autisme.

oOo

La sensibilisation des professionnels de santé doit se poursuivre et doit s'accompagner d'informations sur les modalités de prise en charge médicale et environnementale des enfants intoxiqués, ainsi que sur le système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) et la déclaration obligatoire du saturnisme chez l'enfant mineur (fiche commune à la surveillance et à la D.O. et circuit de l'information). Le saturnisme infantile demeure une préoccupation de Santé publique, il faut continuer à dépister devant l'existence de facteurs prédictifs d'une plombémie élevée. Un communiqué du Comité Technique Plomb du Rhône est paru dans la Publication de l'Ordre des Médecins du Rhône N°4 de mars 2006, ainsi que dans le journal du CAP de Lyon VIGITOX N°29 de décembre 2005.