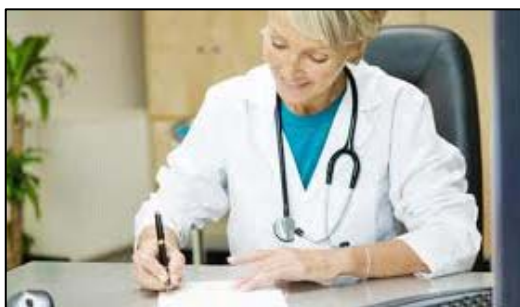


## Focus sur 5 maladies à déclaration obligatoire : Évolution dans les départements français d'Amérique de janvier 2009 à décembre 2011

Luisiane Carvalho, Cire Antilles Guyane



**Page 2** | [Le dispositif de surveillance des MDO et ses nouveautés](#) |

**Page 3** | [Hépatite A](#) |

**Page 4** | [Infections invasives à méningocoques](#) |

**Page 5** | [Légionellose](#) |

**Page 6** | [Rougeole](#) |

**Page 8** | [Toxi infection alimentaire collective](#) |

### | Editorial |

**Martine Ledrans, Responsable de la Cire Antilles Guyane**

La déclaration obligatoire d'un certain nombre de maladies constitue l'un des piliers du dispositif national de surveillance épidémiologique. Ce système de surveillance, l'un des plus anciens dans le domaine, apporte des informations nécessaires pour le contrôle de ces maladies à déclaration obligatoires (MDO) et pour orienter les choix des politiques publiques en matière de santé publique.

Depuis mai 2005, c'est la quatrième fois que la Cire Antilles Guyane propose aux lecteurs du BASAG puis du BVS un bilan de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire.

Depuis cette date, le dispositif a évolué. Deux maladies non infectieuses sont ainsi venues enrichir la liste des maladies : le saturnisme infantile et le mésothéliome.

Par ailleurs, le fonctionnement du dispositif se modifie actuellement pour aller vers une régionalisation de l'activité de veille sur 5 de ces MDO que sont les infections invasives à méningocoques, les cas d'hépatite A, de rougeole, de légionellose et les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac).

C'est pourquoi, ce bilan est essentiellement consacré à ces 5 maladies choisies pour ce processus de régionalisation qui devrait per-

mettre de compléter la veille déjà exercée au niveau local sur ces pathologies.

La situation épidémiologique telle qu'évaluée par la DO dans les Antilles est similaire pour l'hépatite A, pour les infections invasives à méningocoques et pour la légionellose, l'incidence y est plus faible qu'en France (départements français d'Amérique (DFA) exclus). L'hépatite A et les infections à méningocoques ont présenté un regain en Guyane en 2011. Une meilleure sensibilisation à la recherche et à la déclaration peut être une des explications de cette tendance. L'évolution pour ces maladies restent donc à surveiller en Guyane. Pour la rougeole, l'enjeu pour les DFA est de maintenir l'absence de circulation du virus et ce malgré les poussées épidémiques que connaît la France métropolitaine ; enjeu d'autant plus important qu'il s'inscrit dans la stratégie d'élimination de la rougeole dans les Amériques portée par l'OMS depuis de nombreuses années. La DO est donc un outil essentiel permettant que tout cas soit notifié rapidement afin d'empêcher ou de limiter la formation de chaîne secondaire à partir de cas importés. Quant aux Tiac, leur incidence est très fluctuante dans les DFA traduisant peut-être des évolutions dans les pratiques de déclaration.

Parmi la liste des autres pathologies soumises à déclaration, certaines présentent, à des titres différents, un intérêt tout particulier pour la zone des Antilles-Guyane. Il s'agit notamment de l'infection par le VIH, de la tuberculose et du paludisme d'importation. Elles ont fait ou feront l'objet d'articles dédiés dans des BVS récents ou à venir.

Le paludisme d'importation aux Antilles a été traité dans le BVS n°1 de 2012 où l'on a vu quelle importance s'attachait au signalement réactif de ces cas pour lutter contre la ré-émergence du paludisme dans ces régions.

L'infection par le VIH a aussi fait l'objet d'un numéro spécial du BVS en décembre dernier à l'occasion de la journée mondiale qui lui est consacrée. Tout le monde sait le poids particulier de l'infection dans les départements français d'Amérique. Les informations produites

par la DO sont cruciales pour apprécier les progrès engendrés par les politiques de santé et orienter leurs nouveaux développements.

Enfin, la tuberculose présente également des caractéristiques épidémiologiques particulières dans les DFA qui seront prochainement présentées dans le BVS.

En conclusion, il convient de rappeler que ce dispositif ne peut produire des informations pertinentes que si tous les médecins et les biologistes participent activement à cette surveillance. Il doit d'être exhaustif, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. Or, déclarer, c'est agir, mais c'est aussi prévenir l'extension de la maladie !

**Ensemble, déclarons et surveillons !**

## | LE DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DES MDO ET SES NOUVEAUTES |

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire repose sur la transmission de données individuelles pour 31 maladies (Tableau 1) par les médecins et biologistes aux autorités sanitaires.

### Mésotéliome

La dernière maladie à avoir été ajoutée à ce dispositif est le mésotéliome qui est devenu à déclaration obligatoire depuis janvier 2012. Cette déclaration concerne tous les sites anatomiques (plèvre, péritoine, péricarde...). La déclaration des nouveaux cas de mésotéliome s'impose dorénavant à tout médecin pathologiste ou clinicien (pneumologue, chirurgien, oncologue, généraliste...) qui en pose le diagnostic. Le formulaire de notification est téléchargeable sur le site de l'InVS. Une fois rempli, daté et signé, le formulaire est à adresser rapidement au médecin en charge des MDO à l'Agence régionale de santé (ARS) de sa région d'exercice, sur le numéro de fax de la plate-forme régionale de veille et de gestion sanitaires.

Deux procédures structurent ce dispositif :

- le **signalement** : procédure d'urgence et d'alerte, cette étape doit être réalisée sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, fax) par les médecins et les biologistes auprès du médecin char-

gé des MDO de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) des Agences Régionales de Santé (ARS). L'objectif est de mettre en place dans les meilleurs délais les mesures de prévention individuelles et collectives autour des cas et de déclencher si nécessaire des investigations complémentaires. Ces investigations peuvent nécessiter l'intervention des épidémiologistes des Cellules de l'InVS en région (Cire), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), des Centres nationaux de référence (CNR) ou des ARS ;

- la **notification** est une procédure de transmission de données individuelles au moyen d'une fiche de notification spécifique à chaque pathologie, téléchargeable pour la plupart sur le site de l'InVS <http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/>

Depuis avril 2011, ce dispositif est complété par la mise à disposition *en temps réel* aux Cire des données relatives à cinq MDO à signalement. Ce système complémentaire, coordonné par le Département des maladies infectieuses (DMI) de l'InVS qui reçoit et valide les données avant de les saisir sur une plate-forme de partage, concerne les infections invasives à méningocoques, les cas d'hépatite A, de rougeole, de légionellose et les toxi-infections alimentaires collectives. L'objectif est de permettre aux Cire de mener à bien leurs missions de détection et d'investigation de situations inhabituelles pouvant conduire à des alertes.

## | Tableau 1 |

Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire, janvier 2012

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Botulisme</li> <li>• Brucellose</li> <li>• Charbon</li> <li>• Chikungunya</li> <li>• Cholera</li> <li>• Dengue (hors zone Antilles-Guyane)</li> <li>• Diphthérie</li> <li>• Fièvres hémorragiques africaines</li> <li>• Fièvre jaune</li> <li>• Fièvre typhoïde et fièvre paratyphoïdes</li> <li>• Hépatite aigue A</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection aigue symptomatique par le virus de l'hépatite B</li> <li>• Infection par le VIH quel que soit le stade</li> <li>• Infection invasive à méningocoques</li> <li>• Légionellose</li> <li>• Listériose</li> <li>• Mésotéliome</li> <li>• Orthopoxvirose dont la variole</li> <li>• Paludisme autochtone</li> <li>• Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer</li> <li>• Peste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliomyélite</li> <li>• Rage</li> <li>• Rougeole</li> <li>• Saturnisme de l'enfant mineur</li> <li>• Suspicion de maladie Creutzfeldt-Jacob et autres Encéphalopathies spongiiformes transmissibles humaines</li> <li>• Tétanos</li> <li>• Toxi-infection alimentaire collective</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Tularémie</li> <li>• Typhus exanthématique</li> </ul>
---	--	---

Bien que le dispositif de « MDO en ligne » permette aux Cire d'accéder aux données en temps réel, les bilans sont réalisés sur une base de données finalisée et prête pour une analyse annuelle.

Ce bulletin « spécial MDO » présente un focus sur l'évolution de ces cinq maladies à déclaration obligatoire dans les Départements français d'Amérique et sur la période de 2009 à 2011, faisant ainsi suite au précédent BVS sur cette thématique paru en 2010 [2].

## A qui déclarer ?

La déclaration (signalement ou notification) se fait auprès du médecin coordonnateur de la Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaires des ARS :

### ARS Guadeloupe

Tél : 05 90 41 02 00

Fax : 05 90 99 49 24

E-mail :

ars971-alerte@ars.sante.fr

### ARS Martinique

Tél : 0 820 202 752

Fax : 05 96 39 44 26

E-mail :

ars972-alerte@ars.sante.fr

### ARS Guyane

Tél : 05 94 25 72 37

Fax : 05 94 25 72 95

E-mail :

ars973-alerte@ars.sante.fr

## Où se procurer les formulaires de notification et les fiches d'information des personnes ?

Les formulaires peuvent être récupérés sur le site de l'InVS :

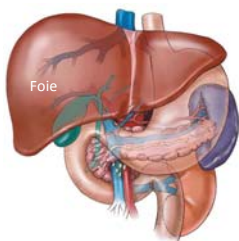
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>

ou auprès des CVAGS des ARS de votre région.

## Références

1. L. Carvalho. (2007). Situation épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire dans les Départements Français d'Amérique au 31 décembre 2005. *Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles-Guyane*, n°5, numéro thématique.
2. L. Carvalho. (2010). Les maladies à déclaration obligatoire dans les DFA (2006-2008). *Bulletin de Veille Sanitaire des Antilles-Guyane*, n°8, numéro thématique.

## | HEPATITE A |



L'hépatite A est une infection aiguë, d'évolution le plus souvent favorable, dont l'homme est le seul réservoir du virus à l'instar des autres hépatites virales. La contamination se fait essentiellement par voie digestive (féco-orale), par consommation d'eau ou d'aliments contaminés par les virus excrétés dans les fèces de personnes infectées ou par contact entre un sujet infecté et une

personne réceptive. La transmission par des liquides biologiques (sang, salive) est possible mais exceptionnelle. L'incubation dure 2 à 6 semaines, l'excrétion du virus est maximale juste avant l'apparition des symptômes qui se traduisent le plus souvent par des signes généraux suivis d'un ictère [1]. La sévérité de la maladie augmente avec l'âge avec une évolution vers une hépatite fulminante dans 1% des cas. Dans les pays d'endémie faible comme la France, les adultes à risque sont les voyageurs, les usagers de drogues et les homosexuels. Les épidémies sont rares, mais parfois prolongées dans les collectivités fermées de jeunes enfants. La séroprévalence augmente avec l'âge [2].

### Critères de notification

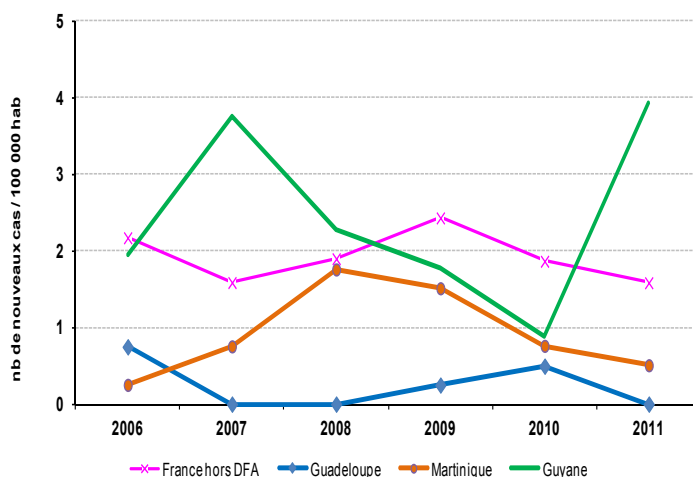
Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

Entre 2009 et 2011, l'incidence de l'hépatite A aux Antilles est restée inférieure à celle de la France hors DFA (Figure 1). Elle était très faible en Guadeloupe où 3 cas ont été signalés entre 2009 et 2010, et approchait les 0,5 cas pour 100 000 habitants en 2010. En Martinique, l'incidence a diminué à partir de 2009 pour atteindre 0,5 nouveaux cas pour 100 000 hab. en 2011. En Guyane, après une dimi-

nution continue entre 2008 et 2010, l'incidence a sensiblement augmenté en 2011, dépassant l'incidence de la France (hors DFA) et frôlant les 4 cas pour 100 000 hab.

### | Figure 1 |

Evolution de l'incidence annuelle de l'hépatite A aiguë dans les DFA comparée à celle de la France DFA exclus, de 2006 à 2011



En France, 1 244 cas d'hépatite A ont été déclarés en 2010, année qui avait été marquée par la survenue d'une épidémie nationale d'hépatite A liée à la consommation de tomates séchées. Comme les années antérieures, les taux annuels d'incidence en 2010 étaient globalement plus élevés chez les hommes que chez les femmes et chez les moins de 15 ans que pour les autres classes d'âge. Les

deux principales expositions à risque dans les 2 à 6 semaines précédant le début de la maladie étaient la présence de cas d'hépatite A dans l'entourage (46%) avec, pour 78% d'entre eux, des cas dans l'entourage familial, et un séjour hors métropole (30%). Parmi les cas ayant séjourné hors métropole, presque la moitié d'entre eux (42%) ont séjourné dans l'un des pays du Maghreb. Cette même année, 33% des cas déclarés appartenaient à un épisode de cas groupés ayant fait l'objet d'une investigation par les Agences régionales de santé.

## Situation dans les DFA

### Guadeloupe

En Guadeloupe, 1 nouveau cas a été signalé en 2009 et 2 en 2010. Il n'y a pas eu de cas signalé en 2011. Les cas concernaient 2 hommes et 1 femme (sex-ratio H/F = 2), l'âge médian était de 26 ans [min=22 ; max=67].

Deux cas ont présenté un ictère et 2 ont été hospitalisés.

Une personne avait séjourné à l'étranger (République Dominicaine) dans les 2 à 6 semaines avant de début des signes.

### Martinique

Un total de 11 cas a été rapporté en Martinique entre 2009 et 2011 : 6 en 2009, 3 en 2010 et 2 en 2011. Sur cette période, les hommes étaient légèrement majoritaires par rapport aux femmes (sex-ratio H/F = 1,2). L'âge médian était de 29 ans [min=7 ; max=65] et la classe d'âge des [20-29] ans est la plus représentée.

Sur les 11 cas, 5 ont présenté un ictère et 1 a nécessité une prise en charge hospitalière.

Un cas avait séjourné hors-DFA au cours des 2 à 6 semaines avant le début des signes (République Dominicaine).

### Guyane

En Guyane, 15 cas d'hépatite A ont été déclarés : 4 en 2009, 2 en 2010 et 9 en 2011. Après interrogation de l'ARS, cette augmentation serait le reflet d'une amélioration de la déclaration et de la recherche biologique de cet agent. Les femmes étaient majoritaires (sex-ratio H/F = 0,7). L'âge médian était de 20 ans [min=5 ; max=52] et la classe d'âge des [20-29] ans était la plus représentée. Tous les cas sauf 1 ont présenté un ictère et 10 ont été hospitalisés (67%).

Parmi les cas, 5 avaient séjourné à l'étranger dans les 2 à 6 semaines avant le début des signes : 4 au Brésil et 1 au Suriname.

### Références

1. CMIT, "Hépatite virale A". In : CMIT, ed E. PILLY, Montmorency : 2M2 Ed ; 2003 : 403-04
2. E. Couturier *et al.* (2007). Hépatite aiguë A en France en 2006. Première année de surveillance par la déclaration obligatoire. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 29-30 : 253-56

### Remerciements

A Elizabeth Couturier pour sa relecture attentive.

## | INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUES |

### Critères de signalement et de notification

Tout patient répondant à l'un des critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide céphalo-rachidien (LCR), liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique ;
2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR ;
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) et :
  - soit, présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type,
  - soit, présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR, le sang ou les urines ;
4. Présence d'un *purpura fulminans* (*purpura* dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie. L'état de choc témoigne de l'extrême gravité de ce syndrome).



Les infections invasives à méningocoques (IIM) sont des infections graves d'origine bactérienne à *Neisseria meningitidis* qui se manifestent par une méningite ou une méningococcémie, la forme la plus grave étant le *purpura fulminans*. Cette maladie contagieuse se transmet par gouttelettes [1]. Dans le monde, l'épidémiologie des sérogroupes varie selon les régions : le séro groupe A prédomine en Afrique et est responsable d'épidémies en Asie, les B (le plus fréquent en France) et C prédominent en Amérique et en Europe où ils sont à l'origine de cas sporadiques et de petites bouffées épidémiques, le Y, le W135 et le X restent minoritaires [2].

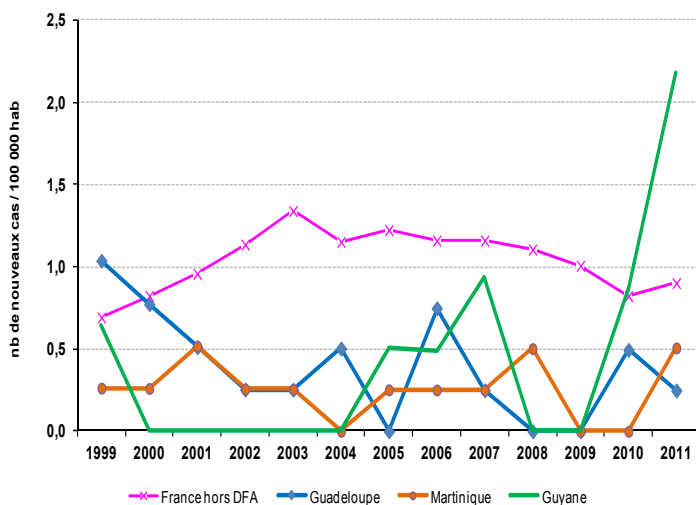
En France métropolitaine, le nombre de cas déclarés a diminué en 2009 et en 2010, cette baisse était principalement liée à une diminu-

tion de l'incidence des IIM C [3]. En 2011, l'incidence des IIM a augmenté et une hausse statistiquement significative de l'incidence des IIM Y (de 0,03 à 0,07 et  $p < 0,01$ ) a été observée entre 2009 et 2011 [4]. En 2011 en France métropolitaine, l'âge médian des cas était de 16 ans [min=0 ; max=102]. Parmi les IIM dont le séro groupe était connu, 72,8% étaient du séro groupe B, 15,5% du C, 8,5% du Y, 2,6% du W135 et 0,6% étaient des sérogroupes plus rares. Les formes cliniques sévères à *purpura fulminans* représentaient 33% des cas [4].

Excepté pour la Guyane, l'incidence des IIM dans les DFA est restée inférieure à celle de la France métropolitaine (Figure 1). En 2010 et 2011, une nette augmentation de l'incidence a été observée en Guyane avec respectivement 2 et 5 cas déclarés ; ces cas n'étaient pas groupés. Entre 2009 et 2011, 3 cas ont été signalés en Guadeloupe en 2010, 2 en Martinique (les deux en 2011) et 7 en Guyane.

## | Figure 1 |

Evolution de l'incidence annuelle des IIM dans les DFA comparée à celle de la France hors DFA entre 1999 et 2011



## Situation dans les DFA

### Guadeloupe

Parmi les 3 cas signalés en Guadeloupe entre 2010 et 2011, deux étaient des hommes. Ces personnes étaient âgées respectivement de 38, 56 et 59 ans.

Le sérotype B a été identifié pour les 3 cas. Les cas déclarés en 2010 n'ont pas présenté de *purpura fulminans* et ont tous les deux guéri. Ces informations n'ont pas été renseignées pour le cas signalé en 2011.

### Martinique

Deux cas d'IIM ont été signalés en 2011 en Martinique, tous deux des nourrissons de sexe masculin dont 1 cas néonatal mais pour lequel la DO de la mère n'a pas été faite. Le deuxième enfant était âgé de 3 mois.

Le sérotype n'a pas été renseigné. La présence de diplocoque à l'examen direct du LCR a été mise en évidence dans les deux cas qui par ailleurs ont évolué favorablement.

### Guyane

En Guyane, 2 cas d'IIM ont été recensés en 2010 et 5 en 2011, tous isolés. Ces 7 cas, dont 3 étaient des femmes, étaient âgés de 1 mois à 41 ans (âge médian = 11 ans).

Le sérotype B a été identifié pour trois cas, le groupe C pour 2 cas et le groupe A pour 1 cas. Cette information était manquante pour 1 cas. Un *purpura fulminans* a été décrit pour 1 cas (sérotype B). L'ensemble des cas a guéri, toutefois le cas le plus âgé a présenté des séquelles (péricardite).

## Références

1. Site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/default.htm>
2. Avis du Haut Conseil de la santé publique du 25 juin 2010, relatif à l'utilisation du vaccin méningococcique conjugué trivalent A, C, Y, W135 Menveo®
3. I. Parent du Châtelet, et al. (2011). Les infections invasives à méningocoque en France en 2010, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 45-46, 475-80
4. I. Parent du Châtelet, et al. (2012). Les infections invasives à méningocoque en France en 2011 : principales caractéristiques épidémiologiques, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 49-50, 469-73

## Remerciements

A Isabelle Parent pour ses conseils avisés et sa relecture attentive.

## | LEGIONELLOSE |



La légionellose est une infection pulmonaire grave, causée par une bactérie du milieu extérieur appartenant au genre *Legionella*, qui se traduit d'abord par un syndrome infectieux respiratoire. Cet état grippal fait rapidement place à une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation. La maladie peut être mortelle dans 10 à 20% des cas.

La contamination se fait par voie respiratoire suite à l'inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. A ce jour, aucune transmission interhumaine n'a été démontrée.

La légionellose affecte essentiellement les adultes et en particulier les personnes présentant les facteurs de risque suivants : âge avancé, maladie respiratoire chronique, diabète, immunodépression, traitement immunosuppresseur, tabagisme, alcoolisme [1].

L'incidence de la légionellose dans les DFA demeure faible et inférieure à l'incidence en France hors DFA qui a progressivement diminué à partir de 2005, excepté en 2010 (Figure 1). En Guyane, l'incidence de la légionellose est quasi nulle : 1 cas a été rapporté en 2010, il s'agissait du 2<sup>ème</sup> depuis 1998. En Guadeloupe, l'incidence est restée stable en 2009 et 2010 (1 cas déclaré chaque année) avant d'augmenter en 2011. En Martinique, une augmentation de l'incidence a été observée en 2009 et en 2011.

En 2011, 1170 cas de légionellose ont été déclarés en France, parmi eux 1151 (99%) étaient confirmés. La majorité (53%) des cas est survenue entre juin et septembre. L'âge médian des cas était de 62 ans [19-100 ans] et le sexe ratio homme/femme était de 2,9 (866 hommes et 304 femmes). L'incidence augmentait avec l'âge et les taux d'incidence les plus élevés s'observaient chez les personnes de plus de 80 ans (6,2 pour 100 000 hab.). Seuls 18 cas n'avaient pas été hospitalisés (1,5%). Par ailleurs, 74% des cas (866/1170) présentaient au moins un facteur de risque connu. Le tabagisme était le seul facteur de risque rapporté pour 27% des cas. L'évolution de la maladie était connue pour 90% des cas (1057/1170) et la létalité était de 10,8% (114 décès) [1].

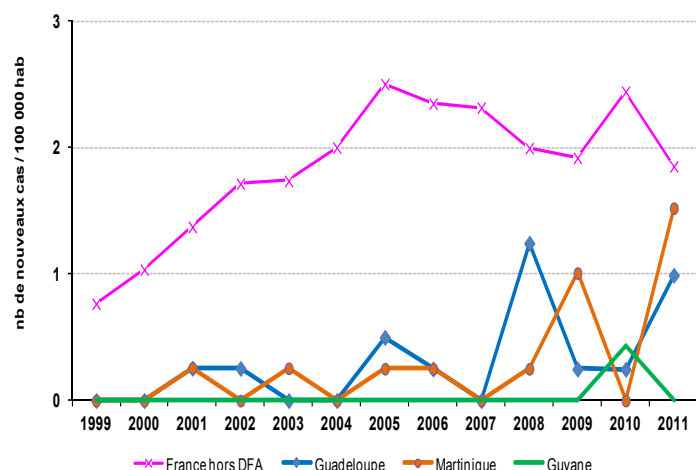
## Critères de signalement et de notification

Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

- cas confirmé :
  1. isolement de *Legionella* spp. dans un prélèvement clinique
  2. augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2<sup>ème</sup> titre minimum de 128
  3. immunofluorescence directe positive
  4. présence d'antigène soluble urinaire
- cas probable : titre d'anticorps élevé ( $\geq 256$ )

## | Figure 1 |

Evolution de l'incidence annuelle des cas de légionellose dans les DFA comparée à celle de la France DFA exclus entre 1999 et 2011



## Situation dans les DFA

### Guadeloupe

En Guadeloupe, entre 2009 et 2011, 6 cas de légionellose ont été déclarés : 1 en 2009 et 2010 et 4 en 2011. Sur ces 6 cas, 4 étaient des hommes. L'âge médian était de 40 ans [min=6 ; max=78].

Parmi les 6 cas, 5 ont été hospitalisés, 1 cas est décédé et 1 était encore malade au moment de la notification. La personne décédée présentait plusieurs facteurs de risque : elle avait subi une greffe et suivait une corticothérapie. Deux autres cas présentaient des facteurs de risque : le tabagisme pour l'un et le diabète pour le deuxième.

L'espèce *Legionella pneumophila* a été identifiée pour l'ensemble des cas et le sérotype Lp1 pour 5 cas.

### Martinique

En Martinique, 4 cas de légionellose ont été signalés en 2009 et 6 en 2011. Parmi ces 10 cas, 8 étaient des hommes (sex-ratio H/F = 4). L'âge médian était de 67,5 ans [min=47 ; max=84].

Tous les cas ont nécessité une hospitalisation et 3 étaient encore malades au moment de l'envoi de la DO. Des facteurs de risque ont été retrouvés pour 6 cas : le tabagisme pour 3 cas, le diabète pour 2 cas, la prise d'immunosuppresseurs (autre qu'une corticothérapie) et l'alcoolisme pour 1 cas.

L'espèce *Legionella pneumophila*, sérotype Lp1, a été identifiée pour l'ensemble des cas.

### Guyane

En 2010, un 2<sup>ème</sup> cas confirmé de légionellose a été rapporté en Guyane (le 1<sup>er</sup> l'avait été en 1998). Il s'agissait d'un homme de 40 ans, il n'a pas été hospitalisé et a guéri de sa maladie. Il ne présentait pas d'autre facteur de risque que le tabagisme.

L'espèce *Legionella pneumophila*, sérotype Lp1 a été identifiée par les antigènes urinaires.

Aucune source de légionelle n'a été mise en évidence par l'investigation environnementale. Par ailleurs, ce cas avait comme particularité de présenter des IgM positifs pour la fièvre Q. Le séquençage génomique n'a permis ni de retrouver le génome de *Legionella spp*, ni de *Coxiella burnetii* (responsable de la fièvre Q), cependant le prélèvement sanguin n'avait pas été manipulé dans des conditions adéquates de stérilité.

En Guyane, *C. burnetii* n'a pas encore été isolée chez des personnes présentant une sérologie positive pour la fièvre Q. Une hypothèse avait été formulée par l'Institut Pasteur de Guyane, à savoir que, pour le cas présent, il s'agirait d'une souche particulière dont la sérologie habituelle pour la fièvre Q se positiverait, et qui ne serait pas une *C. burnetii* mais serait plus proche d'une légionelle.

## Référence

1. Accessible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Legionellose/Donnees/Bilan-des-cas-de-legionellose-survenus-en-France-en-2011>

## | ROUGEOLE |



La rougeole est une maladie très contagieuse pour laquelle la transmission se fait par voie aérienne ou contact direct avec des sécrétions naso-pharyngées. Les signes cliniques sont caractérisés par

une fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , un catarrhe (toux, coryza, conjonctivite), accompagnés ou non par le signe de Koplik et suivis d'une éruption maculo-papuleuse généralisée. Perçue comme une maladie de l'enfance bénigne, la rougeole peut donner lieu à des complications graves [1]. Elle a été réintroduite parmi les maladies à déclaration obligatoire en 2005.

En 2002, l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe a développé et mis en place un plan stratégique avec pour objectif d'éliminer la rougeole en 2010. Toutefois, malgré une introduction du vaccin anti rougeoleux dans le calendrier vaccinal des enfants depuis une trentaine d'années, plusieurs pays européens rapportaient des

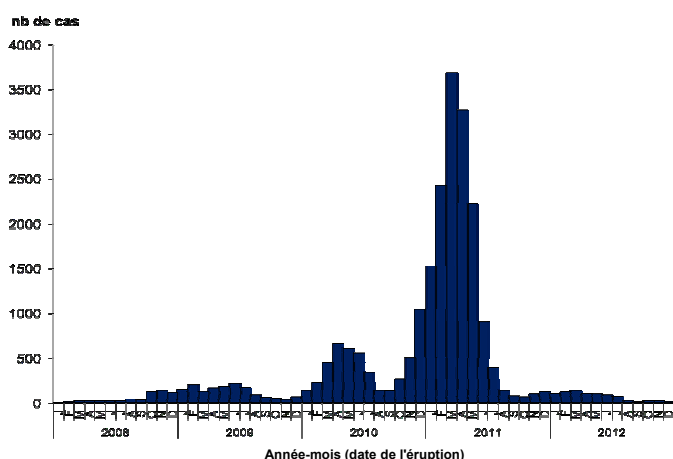
incidences élevées et des épidémies en 2010. Aussi en septembre 2010, les pays membres de l'OMS/ Europe se sont accordés sur le report de l'objectif d'élimination de la rougeole pour l'année 2015.

Il convient de rappeler que l'élimination de la rougeole dans les Amériques (et donc dans les DFA) constituait un des objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé pour 2000. Cet objectif a été atteint, au moins depuis 2005, d'après la Commission interrégionale chargée de documenter et vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Départements Français d'Amérique [2].

En 2008, la France métropolitaine a fait face à une recrudescence de l'incidence des cas de rougeole. L'épidémie s'est intensifiée en 2009 et s'est poursuivie en 2010 et 2011 (Figure 1). En 2011, la France était le pays le plus affecté puisque responsable de près de 80% des cas déclarés en Europe [3].

## | Figure 1 |

Evolution mensuelle du nombre de cas de rougeole déclarés en France, janvier 2008 à décembre 2012 (Source : InVS [3])



Les derniers chiffres [4] indiquent que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, plus de 23 000 cas de rougeole ont été déclarés en France, distribués en trois vagues épidémiques. Pour l'année 2011, 14 966 cas ont été notifiés, dont 714 ont présenté une pneumopathie grave, 16 une complication neurologique et 6 sont décédés. La forte décroissance du nombre des cas notifiés entre mai et octobre 2011 signe la fin de la 3<sup>ème</sup> vague. De janvier à décembre 2012, 859 cas ont été notifiés (dont 3 encéphalites et 32 pneumopathies graves, aucun décès). Le virus continue toutefois à circuler avec les incidences les plus élevées observées dans le Sud-Ouest de la France. Il faut donc rester vigilant et continuer à veiller à la mise à jour du statut vaccinal avec 2 doses de vaccin pour toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980.

### Critères de notification

- Cas clinique : fièvre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  associée à une éruption maculopapuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.
- Cas confirmé :
  - cas confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques\* dans la salive ou le sérum ou séro-conversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG\* ou PCR positive 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

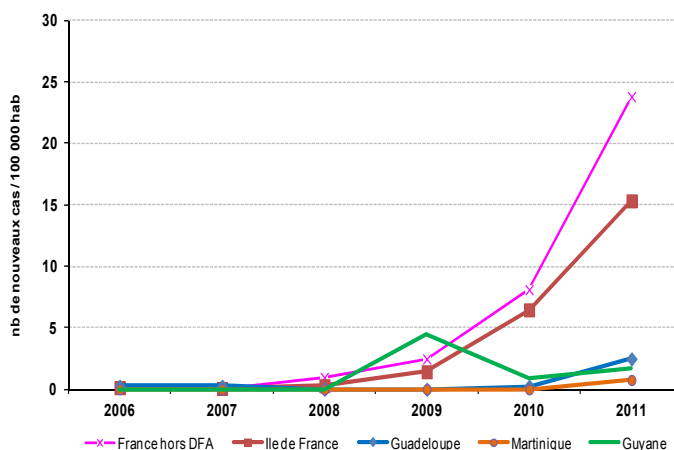
### Situation dans les DFA

Entre 2009 et 2011, 20 cas de rougeole avaient été déclarés dans les DFA : aucun en 2009, 3 en 2010 (1 en Guadeloupe et 2 en Guyane) et 17 en 2011 (10 en Guadeloupe, 3 en Martinique et 4 en Guyane).

Ainsi, des trois DFA, la Guadeloupe est le département qui détient le plus fort taux d'incidence (Figure 2) mais qui reste cependant bien en-deçà de l'explosion observée en métropole.

## | Figure 2 |

Evolution de l'incidence annuelle de la rougeole dans les DFA comparée à celle de la France DFA exclus, de 2006 à 2011



### Guadeloupe

La Guadeloupe, comptabilisait 11 cas déclarés sur la période d'étude avec une nette augmentation de leur nombre au cours de l'année 2011 due à des cas importés depuis la métropole et à la formation de chaînes de transmission secondaires notamment à Saint-Martin [5]. Les femmes étaient largement majoritaires (n=9) et l'âge médian était de 24,5 ans (min=0,5 ; max=34). Attention toutefois à l'interprétation de ce chiffre compte-tenu du faible effectif.

L'ensemble des cas étaient biologiquement confirmés excepté un cas « épidémiologiquement confirmé ». Deux cas avaient été hospitalisés et aucun n'avait présenté de complications.

Un contact avec un autre cas dans les 7 à 18 jours précédant l'éruption avait été retrouvé pour 7 personnes dont 4 avaient eu un contact avec un cas confirmé.

Enfin, concernant le statut vaccinal, 6 cas n'avaient reçu aucune dose de vaccin (dont 4 cas âgés de 2 à 24 ans), 3 avaient reçu une dose et 1 personne avait déclaré avoir reçu les deux doses (dates de vaccination non précisées). Cette information était inconnue pour 1 cas.

### Martinique

En Martinique, les 3 cas signalés en 2011 étaient tous biologiquement confirmés, de sexe masculin et respectivement âgés de 11 mois, 15 ans et 24 ans.

Le cas le plus âgé était le seul à avoir été hospitalisé, il n'avait pas présenté de complication et avait été en contact avec un autre cas dans son cercle familial dans les 7 à 18 jours précédant les signes. Le statut de ce contact (cas confirmé ou non) n'avait pas été documenté.

D'après les données déclarées, aucun cas n'avait séjourné hors de Martinique dans les 7 à 18 jours précédant l'éruption et aucun n'avait été vacciné.

Les investigations menées par la suite ont montré que 2 de ces cas étaient importés et que le troisième était non importé et d'étiologie inconnue.

### Guyane

En Guyane, les 2 cas recensés en 2010 étaient de la même famille (1 seule fiche de DO a été reçue par l'InVS) : une jeune femme de

25 ans, cas importé de métropole et sa nièce de 13 mois, cas secondaire. Les deux cas avaient été confirmés biologiquement. Seul le cas index avait nécessité une hospitalisation avec évolution favorable. L'investigation [6] avait permis d'identifier plus d'une centaine de personnes contact qui avaient été invitées à se présenter à des séances de consultation et de rattrapage vaccinal organisées au cours des deux jours qui ont suivi le signalement. Environ la moitié des contacts s'était présentée à ces séances. Aucun autre cas secondaire n'avait été identifié.

Les 4 cas déclarés en 2011 (dont 3 militaires) étaient tous biologiquement confirmés et soit des cas importés, soit des cas secondaires liés à un cas importé. L'âge médian était de 24,5 ans (min=19 ; max=35) et sur ces 4 cas, 1 était une femme.

Deux personnes ont nécessité une hospitalisation sans toutefois avoir présenté de complication.

Deux personnes avaient reçu une dose de vaccin anti-rougeoleux.

Au total, bien qu'à la lecture de l'analyse de ces données issues de la déclaration obligatoire, des incertitudes demeurent sur l'origine de la contamination, les investigations menées suite à chaque signalement ont permis de lever le doute quant à la reprise de la circulation du virus de la rougeole dans les DFA et à une éventuelle endémicité des cas signalés. Toutefois, les DFA ne sont pas à l'abri d'une recrudescence du nombre des cas de rougeole ni de la réapparition de cas autochtones compte tenu de la forte contagiosité de ce virus, en particulier dans le contexte récent d'intensification de la circulation du virus notamment en Europe et en France métropolitaine avec qui les échanges sont nombreux. En outre, cette situation pourrait être favorisée par une couverture vaccinale sub-optimale, et qui reste peu documentée pour les adolescents et les adultes [2].

Ce contexte implique le maintien d'une vigilance stricte vis-à-vis de la survenue de nouveaux cas aux Antilles et en Guyane ; les **méde-**

**cins**, en sus de leur rôle prépondérant pour l'obtention et le maintien d'une couverture vaccinale sont la pièce maîtresse pour que le dispositif de surveillance de cette MDO reste efficace. C'est pourquoi nous soulignons l'importance du **signalement précoce de tout cas suspect de rougeole auprès de l'ARS** (dès la suspicion clinique), afin de pouvoir évaluer le plus rapidement possible la situation et mettre en place les mesures qui s'imposent.

## Références

1. I. Parent du Châtelet, D. Lévy-Bruhl (2004). Surveillance de la rougeole en France. Bilan et évolution en vue de l'élimination de la maladie. Rapport InVS accessible sur : [http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rougeole\\_071204/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rougeole_071204/index.html)
2. M. Théodore, *et al* (2012). Elimination de la rougeole et de la rubéole : un défi à relever pour les 3 ARS des DFA. Communication orale. Troisièmes journées interrégionales de veille sanitaire des Antilles-Guyane. Guadeloupe, Le Gosier, octobre 2012. Accessible sur : <http://www.invs.sante.fr/fr/Actualites/Agenda/3es-Journees-interregionales-de-veille-sanitaire-des-Antilles-Guyane>
3. D. Antona, C Baudon F Freymuth, M Lamy, C Maine, I Parent du Chatelet, et al. La rougeole en France. M/S 2012; 11(28):1005-9.
4. Données de déclaration obligatoire de la rougeole, bilan provisoire au 15/01/2013. Accessible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Rougeole/Points-d-actualites>
5. L. Carvalho, *et al* (2011). Investigation autour d'un cas confirmé et d'un cas clinique de rougeole, Cayenne, avril 2010. *Bulletin de Veille Sanitaire Antilles-Guyane*, n°1 : 10-12

## Remerciements

A Denise Antona pour sa relecture attentive et ses conseils avisés.

## | TOXI INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE |



Les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) sont à déclaration obligatoire depuis 1987.

L'incidence des foyers de Tiac a évolué en dents de scie aux Antilles entre 2009 et 2011, avec une tendance à la baisse

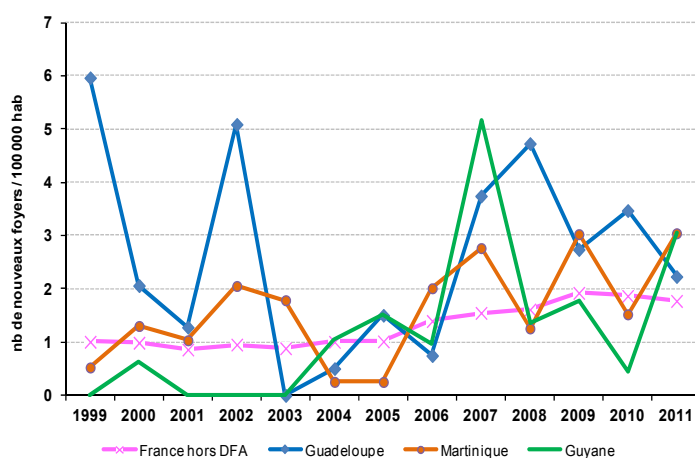
pour la Guadeloupe et le contraire pour la Martinique. En ce qui concerne la Guyane, après une forte augmentation de l'incidence en 2007, les incidences étaient soit proches soit bien inférieures à celles de la métropole durant les trois années qui ont suivi. Cependant, en 2011, la Guyane détenait de nouveau l'incidence la plus forte des DFA, proche de celle de la Martinique et bien au-delà de celle de la métropole (Figure 1).

### Critères de notification

Survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire [1].

## | Figure 1 |

Evolution annuelle de l'incidence des Tiac dans les DFA et comparée à celle de la France DFA exclus entre 1999 et 2011





## Situation dans les DFA

### Guadeloupe

Ce sont 34 foyers qui ont été déclarés en Guadeloupe entre 2009 et 2011 : 11 en 2009, 14 en 2010 et 9 en 2011. Au total, 202 personnes avaient présenté des signes compatibles avec une Tiac, le nombre de malades par foyer était compris entre 2 et 26 (avec une médiane de 3).

Sur ces 34 foyers, 7 (21%) ont nécessité l'hospitalisation d'un ou plusieurs malades (13 personnes hospitalisées au total soit 6% des cas). Cette information était manquante pour 29% des foyers déclarés. Il n'y a pas eu de décès signalé en lien avec ces foyers.

Au cours de ces trois années, une large majorité des foyers sont survenus dans le cadre familial : 73% en 2009 (n=8), 69% en 2010 (n=9) et 56% en 2011 (n=5). La diminution du nombre de tiac familiales était en faveur d'épisodes survenus dans la restauration en 2010 (n=3 vs 0 l'année précédente) et dans les cantines scolaires en 2011 (n=2 vs 1 en 2010 et 0 en 2009).

L'information sur les aliments suspectés était manquante pour 24% des foyers. Pour ceux dont on dispose de l'information, les principaux aliments suspectés étaient à base de poisson et/ou fruits de mer (58%). Seuls 15% des foyers ont bénéficié d'une recherche étiologique par analyse biologique de prélèvements alimentaires et/ou d'origine humaine. Un agent causal a néanmoins été suspecté pour 71% des foyers et confirmé pour 8% des foyers. Pour ces foyers, les pathogènes les plus fréquemment suspectés ou identifiés étaient la ciguatera (26%) et *Bacillus cereus* (19%).

La recherche de facteurs à l'origine de la Tiac n'a été renseignée que pour 24% des foyers (n=8). Les principaux facteurs identifiés étaient :

- l'utilisation d'un équipement inadapté (n= 7) ;
- une erreur dans le processus de préparation (n= 5) ;
- un délai important entre la préparation et la consommation (n= 5) ;
- un défaut de la chaîne du chaud (n= 5) ;
- la contamination du personnel (n= 4).

Pour 7 foyers parmi les 8 dont des facteurs de risque ont été identifiés, au moins une des mesures correctives suivantes a été appliquée :

- réalisation de travaux dans l'établissement (n= 3) ;
- diffusion d'informations sur les bonnes pratiques d'hygiène auprès du personnel (n= 2) ;
- désinfection de l'établissement (n= 3) ;
- administration d'un traitement au personnel (n= 1) ;
- fermeture de l'établissement (n=1).

### Martinique

Entre 2009 et 2011, 30 foyers de Tiac ont été déclarés en Martinique, 12 en 2009, 6 en 2010 et 12 en 2011. Ils ont concerné 262 personnes qui ont présenté des signes cliniques compatibles avec une Tiac, parmi elles 9 ont été hospitalisées (dont 4 d'un même foyer survenu en 2011 dans le cadre d'un repas familial et pour lequel l'agent étiologique suspecté était *B. cereus*). Aucun décès n'a été répertorié.

Sur la période d'étude, le nombre de malades par foyer était compris entre 2 et 67 (médiane = 4). Le foyer incluant 67 cas était survenu en 2011, le repas suspecté avait été servi dans une cantine scolaire et *S. aureus* avait été suspecté pour être l'agent étiologique à l'origine de la contamination.

Pour la majorité des foyers, la consommation d'un repas dans un

restaurant a été suspectée (58% en 2009, 50% en 2010 et 42% en 2011). Les deux autres lieux les plus fréquemment concernés étaient le cadre familial et les cantines scolaires.

Les plats à base de poisson et/ou de fruits de mer avaient été suspectés pour 42% des foyers pour lesquels cette information était disponible. L'information était manquante pour 37% des épisodes.

Une recherche biologique d'agent pathogène à partir de prélèvements alimentaires et/ou d'origine humaine, n'a été effectuée que pour 23% des foyers (n=7). Un agent causal a cependant été suspecté pour 63% des foyers et confirmé pour 7%. Pour ces foyers, les agents le plus fréquemment suspectés ou identifiés étaient *B. cereus* (29%) et *S. aureus* (24%), par ailleurs les intoxications histaminiques concernaient 19% de ces foyers.

Des facteurs de risque ont été recherchés pour 33% des foyers (n=10) et identifiés pour 30% (n=9), à savoir principalement :

- l'utilisation d'un équipement inadapté (n=7) ;
- le non respect des températures, que ce soit pour la chaîne du chaud (n=5) ou de la chaîne du froid (n=5) ;
- la contamination des denrées par le personnel (n=4) ;
- une erreur dans le processus de préparation des aliments (n=4).

Une ou plusieurs mesures correctives ont été entreprises dans les suites de ces 9 foyers, il s'agissait :

- d'une information sur les bonnes pratiques d'hygiène auprès du personnel (n=6) ;
- de la réalisation de travaux dans l'établissement (n=5) ;
- de la désinfection de l'établissement (n=5) ;
- de la fermeture d'un établissement (n=1).

### Guyane

En Guyane, 4 foyers de Tiac ont été signalés en 2009, 1 en 2010 et 7 en 2011. Ces 12 foyers ont inclut 69 personnes qui ont développé des signes compatibles avec une Tiac, soit entre 2 et 14 personnes par foyer (médiane = 4). Le foyer comprenant 14 malades a été déclaré en 2010, le repas suspecté auquel 65 personnes avaient participé s'était déroulé dans un internat. Aucun des 14 cas n'a nécessité une hospitalisation. L'investigation n'a pas pu avoir lieu compte-tenu de l'éloignement de la commune concernée et la source de contamination n'a pas été identifiée.

Les foyers étaient survenus dans le cadre familial (n=5), dans un restaurant (n=4), au sein d'une collectivité (n=2) et lors d'un banquet (n=1). Les principaux aliments suspectés étaient les produits à base de volaille (n=4) et les œufs ou produits à base d'œufs (n=2). Pour 4 foyers, cette information était manquante. Une recherche biologique sur des prélèvements alimentaires et/ou d'origine humaine a été effectuée pour 5 épisodes. Un agent étiologique a été suspecté pour 4 foyers et confirmé pour 2 ; ces agents pathogènes étaient : *Salmonella*, *S. aureus* (confirmé pour 1 épisode), *Shigella flexneri* (confirmé pour 1 épisode) et *Clostridium perfringens*.

Les facteurs contributifs ont été renseignés seulement pour 1 foyer, il s'agissait de l'utilisation d'un équipement inadapté et du non respect des températures, que ce soit pour la chaîne du chaud ou de la chaîne du froid. Pour l'établissement incriminé, des travaux y ont été effectués, de même qu'une désinfection de l'établissement et une information sur les bonnes pratiques d'hygiène a été délivrée au personnel. L'information sur les facteurs contributifs et sur la mise en place de mesures correctives était très incomplète : elle était manquante pour 11 foyers sur les 12 déclarés.

Ainsi, l'évolution de l'incidence des foyers de Tiac dans les DFA est très variable d'une année à l'autre et d'une région à l'autre. Cette

observation était toujours valable pour la période de 2009 à 2011 sur laquelle se porte notre analyse et donne le sentiment d'une déclaration aléatoire en fonction des années, soulignant ainsi la nécessité de sensibiliser les acteurs concernés à la culture du signalement. De plus, plusieurs volets de l'investigation sont souvent incomplets qu'il s'agisse de l'enquête alimentaire, de l'enquête biologique que ce soit sur l'humain ou sur les aliments, ou encore des résultats de la recherche de facteurs de contributifs.

Le Comité de pilotage de la Veille Sanitaire de 2011 et de 2012 qui a réuni les directions des trois ARS, la Cire Antilles-Guyane et la direction de l'InVS, a considéré la sensibilisation des acteurs à la culture du signalement comme une priorité pour les DFA. Des actions en ce sens (pas uniquement sur les Tiac mais sur les signaux sanitaires d'une façon générale) sont en cours par les ARS avec l'appui de la Cire Antilles-Guyane.

Ce volet est complété par celui de la formation des acteurs de la Veille Sanitaire chargés du traitement des signaux ; c'est ainsi que deux sessions de formation ont été proposées fin 2012 aux agents des Plateformes de Veille et de Sécurité Sanitaire afin de les sensibiliser sur l'importance de la réactivité et de la qualité du recueil de données. Les Tiac figuraient parmi les sujets abordés sous forme d'étude de cas. Ces rappels devraient permettre d'améliorer la qualité des données recueillies qui est indispensable à la compréhension de la survenue des épisodes de Tiac, pour une meilleure prévention de ce type de signaux.

### Référence

1. Fiche de notification des Tiac, accessible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/tiac/default.htm>

### Remerciements

A Nathalie Jourdan da Silva et Gilles Delmas pour leur relecture attentive et leurs conseils avisés.

**République française**

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____
---	--

**Maladie à déclaration obligatoire**  
**Toxi-infection alimentaire collective**  
 N° 12211\*02

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de TACS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Date de la notification : / /

Nombre de malades : / / /      Nombre de malades hospitalisés : / / /      Nombre de malades décédés : / / /

Caractéristiques du/des malade(s) :								
Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Date et heure de début des signes cliniques	Signes cliniques*	Analyses microbiologiques / tests, non faits, inconnus	Résultats : négatif ou positif (si +, préciser l'agent : Salmonelle, Shigellocoque, Campylobacter...)	Complications : DCD = décès H = hospitalisation
exemple	31	M	42500	10/06/95 à 12 h	V, DFA	tate	S. Enteritidis	H
no 1	/	/	/	/	/	/	/	/
no 2	/	/	/	/	/	/	/	/
no 3	/	/	/	/	/	/	/	/
no 4	/	/	/	/	/	/	/	/
no 5	/	/	/	/	/	/	/	/
no 6	/	/	/	/	/	/	/	/
no 7	/	/	/	/	/	/	/	/
no 8	/	/	/	/	/	/	/	/
no 9	/	/	/	/	/	/	/	/
no 10	/	/	/	/	/	/	/	/

\* N = nausées, D = diarrhée, F = fièvre, V = vomissements, A = douleurs abdominales

**Analyses microbiologiques dans les aliments (recherche de germes ou de toxines) :**

positive     négative     non faite  
 Si analyses positives, préciser l'agent : .....  
 Si analyses négatives ou non faites chez les cas ou dans les aliments, quels sont les agents suspects (le ou les 2 plus probables) ?  
 1/ .....  
 2/ .....

**Toxi-infection alimentaire collective**  
 Critères de notification : survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

**Origine de l'intoxication :**

Date du repas : / /      Heure du repas : / h /

Nombre de personnes ayant participé au repas : / / /      Département du repas : / / /  
 Lieu du repas :  familial     scolaire  
                            restaurant     institut médico-social (hôpital, crèche, maisons de retraite, CAT, MAS)  
                            collectivité :     restaurant d'entreprise  
                            autre collectivité, préciser : .....

**Aliment(s) consommé(s) suspecté(s) :** .....

**Origine de(s) aliment(s) suspecté(s) (ex. : supermarché, production locale, production familiale) :** .....

**Commentaires (circonstances) :** .....

Maladie à déclaration obligatoire (art. L. 3113-1, R. 3113-1, R. 3113-2, R. 3113-5, O. 3113-7 du Code de la santé publique)  
 Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire

*L'équipe de la Cire Antilles Guyane vous souhaite une très bonne année 2013*

**Cire Antilles Guyane**  
 Tél. : 05 96 39 43 54 — Fax : 05 96 39 44 14  
 Mail : martine.ledrans@ars.sante.fr

**Guadeloupe**  
**Cire Antilles Guyane**  
 Tél. : 05 90 99 49 54 / 49 07  
 Fax : 05 90 99 49 24  
 Mail : sylvie.cassadou@ars.sante.fr  
 Mail : jean-loup.chappert@ars.sante.fr  
  
**ARS/CVGS**  
 Tél. : 05 90 99 44 84  
 Fax : 05 90 99 49 24  
 Mail : patrick.saint-martin@ars.sante.fr

**Guyane**  
**Cire Antilles Guyane**  
 Tél. : 05 94 25 72 49 / 72 50 / 72 52  
 Fax : 0594 25 72 95  
 Mail : vanessa.ardillon@ars.sante.fr  
 Mail : luisiane.carvalho@ars.sante.fr  
 Mail : claude.flamand@ars.sante.fr  
  
**ARS/CVGS**  
 Tél. : 05 94 25 72 35  
 Fax : 05 94 25 72 95  
 Mail : francoise.eltgés@ars.sante.fr

**Martinique**  
**Cire Antilles Guyane**  
 Tél. : 05 96 39 43 54  
 Fax : 05 96 39 44 14  
 Mail : alain.blateau@ars.sante.fr  
 Mail : elise.daudens@ars.sante.fr  
 Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr  
  
**ARS/CVGS**  
 Tél. : 05 96 39 42 52  
 Fax : 0596 39 44 26  
 Mail : josselin.vincent@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

**Directeur de la publication** : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire  
**Rédacteur en chef** : Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG  
**Maquettiste** : Claudine Suivant, Cire AG  
**Comité de rédaction** : Vanessa Ardillon, Alain Blateau, Luisiane Carvalho, Dr Sylvie Cassadou, Dr Jean-Loup Chappert, Elise Daudens, Claude Flamand, Martine Ledrans, Marion Petit-Sinturel, Jacques Rosine.  
**Diffusion** : Cire Antilles Guyane - Centre d'Affaires AGORA—Pointe des Grives. B.P. 656. 97261 Fort-de-France  
 Tél. : 596 (0)596 39 43 54 - Fax : 596 (0)596 39 44 14  
<http://www.invs.sante.fr> — <http://www.ars.sante.fr>