

DISPOSITIF DE SURVEILLANCE

En 2022, 36 maladies listées ci-dessous sont des **maladies à déclaration obligatoire** (MDO). Parmi elles, 34 sont des maladies infectieuses et 2 sont non-infectieuses (mésotéliome et saturnisme chez les enfants mineurs).

La liste des MDO n'est pas figée et évolue en fonction de l'émergence de nouveaux pathogènes, de la résurgence d'anciennes maladies sur le territoire ou des besoins de la surveillance dictés par les politiques de santé publique au niveau national et international. En 2023, la **leptospirose** a également rejoint la liste des MDO (focus en page 8) soit **37 MDO actuellement surveillées en France** :

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Encéphalite à Tiques
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite aiguë A
- Infection aiguë par le virus de l'hépatite B
- Infection par le virus West-Nile
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- **Leptospirose** (depuis 2023)
- Listériose
- Mésotéliome
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les DOM
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Rougeole
- Rubéole
- Saturnisme (enfants mineurs)
- Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire collective
- Tuberculose (tous) et infection tuberculeuse latente (chez l'enfant)
- Tularémie
- Typhus exanthématique
- Zika

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire repose sur l'implication de 4 acteurs :

- **les déclarants** : l'obligation de déclaration concerne les biologistes, responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale privés et les médecins libéraux et hospitaliers ;
- l'**Agence régionale de Santé** (ARS) destinataire des signalements et notifications et chargée de mettre en place les investigations et les mesures de gestion autour d'un ou plusieurs cas ;
- les **centre nationaux de référence** (CNR) en charge de la confirmation biologique et la caractérisation des souches qui leur sont adressées ;
- les épidémiologistes de **Santé publique France** qui sont en charge d'apporter une expertise aux ARS pour les investigations épidémiologiques, de réaliser la surveillance épidémiologique et de transmettre les résultats aux pouvoirs publics avec des recommandations sur les mesures ou actions.

POINTS SAILLANTS DE L'ANNEE 2022

L'année 2022 a été marquée par plusieurs évènements :

- 50 cas de Monkeypox, une orthopoxvirose jusque-là non circulante sur le territoire national. En 2022, une épidémie mondiale s'est déclarée, en majorité chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), contaminés par transmission interhumaine. Environ 5 000 cas ont été identifiés en France en 2022.
- 12 cas d'Infection invasives à méningocoques (IIM), dont la moitié de sérotype Y: En 2020 et 2021, en lien avec les mesures barrières dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, les IIM avaient connu une forte décroissance et avant 2022.

COMMENT SIGNALER ?

PLATEFORME RÉGIONALE DE RÉCEPTION DES SIGNAUX



Cité administrative Coligny,
131 Rue du Faubourg Bannier, 45044 Orléans
tél : 02 38 77 32 10
fax : 02 34 00 02 58
mail : ARS45-ALERTE@ars.sante.fr



CHIFFRES 2017-2022

Le **Tableau 1** présente les chiffres annuels du nombre de MDO notifiées entre 2017 et 2022 et l'évolution entre l'année 2022 et la moyenne des années 2017-2021. L'analyse porte sur les cas de MDO notifiés :

- dont la date de début des signes est comprise entre le 01/01/2017 et le 31/12/2022 ;
- pour les personnes résidentes dans l'un des 6 départements de la région Centre-Val de Loire. Pour les toxi-infections alimentaires collectives, les événements survenus dans l'un des 6 départements de la région ont été inclus dans l'analyse.

Tableau 1. Nombre annuel de cas de maladies à déclaration obligatoire par année de survenue, Centre-Val de Loire, 2017-2022

Maladie à déclaration obligatoire	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Botulisme	0	0	0	0	1	0 →
Brucellose	0	2	2	2	0	3 →
Charbon	0	0	0	0	0	0 →
Chikungunya	3	1	0	0	0	0 →
Choléra	0	0	0	0	0	0 →
Dengue	1	1	6	26	2	10 →
Diphthérie	0	1	2	0	0	0 →
Encéphalite à tique (TBE) (depuis 2021)	-	-	-	-	0	0
Fièvre hémorragiques africaines	0	0	0	0	0	0 →
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0 →
Fièvre typhoïde et fièvre paratyphoïdes	6	4	3	3	3	4 →
Hépatite A	114**	68**	77**	16	13	14 ↘
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	0	1	0	1	1	3 →
Infection invasive à méningocoque	18	9	10	0	3	12 →
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade*	90	87	98	76	79	86 →
Légionellose	49	70	58	42	64	60 →
Listériose	12	12	10	12	24	15 →
Mésothéliome*	33	26	44	25	18	34 →
Orthopoxviroses dont variole	0	0	0	0	0	50** ↗
Paludisme autochtone	0	0	0	0	0	0 →
Paludisme d'importation dans les DROM (uniquement DROM)	-	-	-	-	-	-
Peste	0	0	0	0	0	0 →
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0 →
Rage	0	0	0	0	0	0 →
Rougeole	1	104**	44**	0	0	2 ↘
Rubéole (depuis 2018)	-	0	0	0	0	0 →
Saturnisme chez les enfants mineurs*	9	5	8	3	9	6 →
Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone	0	0	0	0	0	0 →
Suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines	2	10	7	2	6	2 →
Tétanos	0	0	0	0	0	0 →
Toxi-infection alimentaire collective (Tiac)	25	41	61	19	22	43 ↗
Tuberculose et infection tuberculeuse latente (ITL) de l'enfant* (incluant la surveillance des résultats issus de traitement)	169	169	184	159	146	105 ↘
Tularémie	2	6	7	3	5	0 →
Typhus exanthématique	0	0	0	0	0	0 →
Virus du Nil Occidental (West-Nile virus) (depuis 2021)	-	-	-	-	0	1
Zika	0	1	0	0	0	0 →

* Données des 2 dernières années non consolidées

** Année(s) avec épidémie(s) ou épisode(s) de grande ampleur documenté(s) en France et ayant impacté la région Centre-Val de Loire

CHIFFRES 2017-2022 (SUITE)

Comparativement aux années précédentes, notons que **la plupart des MDO déclarés en 2022 observe un niveau similaire aux années précédentes**, avec des chiffres proches de la moyenne des 5 dernières années (à plus ou moins 5 cas près, cf. [Tableau 1](#)).

On note cependant une hausse pour 2 pathologies : orthopoxvirose dont la variole et toxi-infection alimentaire collective. A contrario, on note une baisse d'activité pour 3 pathologies : hépatite A, tuberculose et rougeole (2 cas). En 2022, 10 MDO ont enregistré **plus de 10 signalements sur l'année** ([Tableau 1](#)) :

- Un focus sera proposé uniquement sur les 5 pathologies suivantes : **Hépatite A, Infection invasive à méningocoques, Toxi-infection alimentaire collective (Tiac), Listériose et Orthopoxviroses dont variole**
- Les 5 autres MDO ne feront donc pas l'objet d'un focus dans ce bulletin, certaines d'entre faisant l'objet d'une publication spécifique : [Dengue](#), Infection par le VIH quel qu'en soit le stade (production prévue en 2024), Légionellose (production prévue en 2024), Tuberculose (production prévue en 2024), Mésothéliome (cette pathologie ne fait pas l'objet d'une intervention urgente locale et revêt un caractère sensible lié à l'exposition professionnelle, les caractéristiques des signalement ne peuvent donc être détaillées)

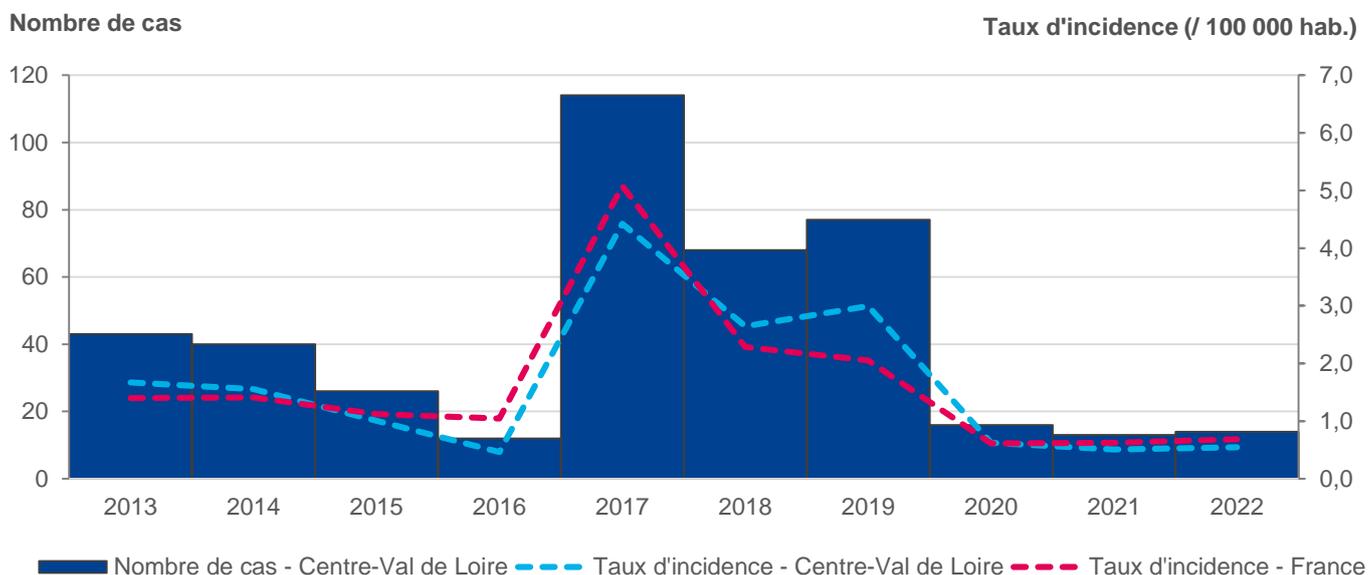
Focus sur la rougeole : Les cas de rougeoles signalés en 2022 présentent un lien familial et sont non correctement vaccinés. Du fait d'une couverture vaccinale insuffisante sur le territoire français, il s'ensuit des épidémies d'ampleur revenant à plusieurs années d'intervalle comme en 2010-2011 ou 2018-2019. Ces années, plusieurs dizaines de cas enregistrés en Centre-Val de Loire (cf. [Bulletin de Santé publique MDO 2017-2022](#)). Les autres années (en 2022, notamment), des cas sporadiques sont identifiés.

HEPATITE A

Le virus de l'hépatite A (VHA) est présent dans les selles de personnes infectées. Chez l'homme, il se transmet le plus souvent par les mains, ou par consommation d'eau contaminée ou d'aliments consommés crus contaminés lors de la production ou de la préparation par une personne infectée excrétrice. Sa prévention est basée sur l'hygiène et la vaccination.

En 2022 en région Centre-Val de Loire, **14 cas de VHA ont été identifiés**, un chiffre comparable à ceux observés en 2020 et 2021 (resp. 16 et 13 cas). Le taux d'incidence (TI) régional était estimé à 0,5 cas pour 100 000 habitants, comparable à celui enregistré sur le territoire national (0,7 cas pour 100 000 habitants). Entre 2017 et 2019, une épidémie de grande ampleur est survenue en 2017-2019 dans la communauté HSH sur l'ensemble de territoire national avec plusieurs dizaines de cas sur la région.

Figure 1. Évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite A en région Centre-Val de Loire et taux d'incidence brute annuels en région Centre-Val de Loire et en France, 2013-2022.



Caractéristique des cas

La moitié des cas sont de sexe masculin (n = 7, 50 %) et l'âge médian est de 22,5 ans (min-max = 2-84 ans). La classe d'âge des 5-24 ans (6 cas) et plus était la plus représentée avec un taux d'incidence à 1,0 cas pour 100 000 habitants.

Parmi les 14 cas signalés en 2022, 5 sont résidents du Loiret (36 % des cas) soit TI départemental de 0,7 cas pour 100 000 habitants.

Clinique : Tous les cas ont présenté une forme symptomatique dont 64 % un ictère (n = 9). La moitié des cas ont été hospitalisés.

Exposition à risque

Une exposition à risque, dans les 2 à 6 semaines précédant le diagnostic, a été retrouvée pour 79 % des cas signalés : un séjour hors métropole pour 43 % des cas (n = 6 cas), un contact avec un enfant de moins de 3 ans pour 36 % des cas (n = 4), l'existence d'autres cas dans l'entourage pour 21 % des cas (n = 3). Deux cas faisait partie d'un signalement de cas groupé.

Vaccination : Parmi les 12 cas pour lesquels l'information sur la vaccination était disponible, aucun n'avait reçu de doses de vaccin.

INFECTION INVASIVE A MENINGOCOQUES (IIM)

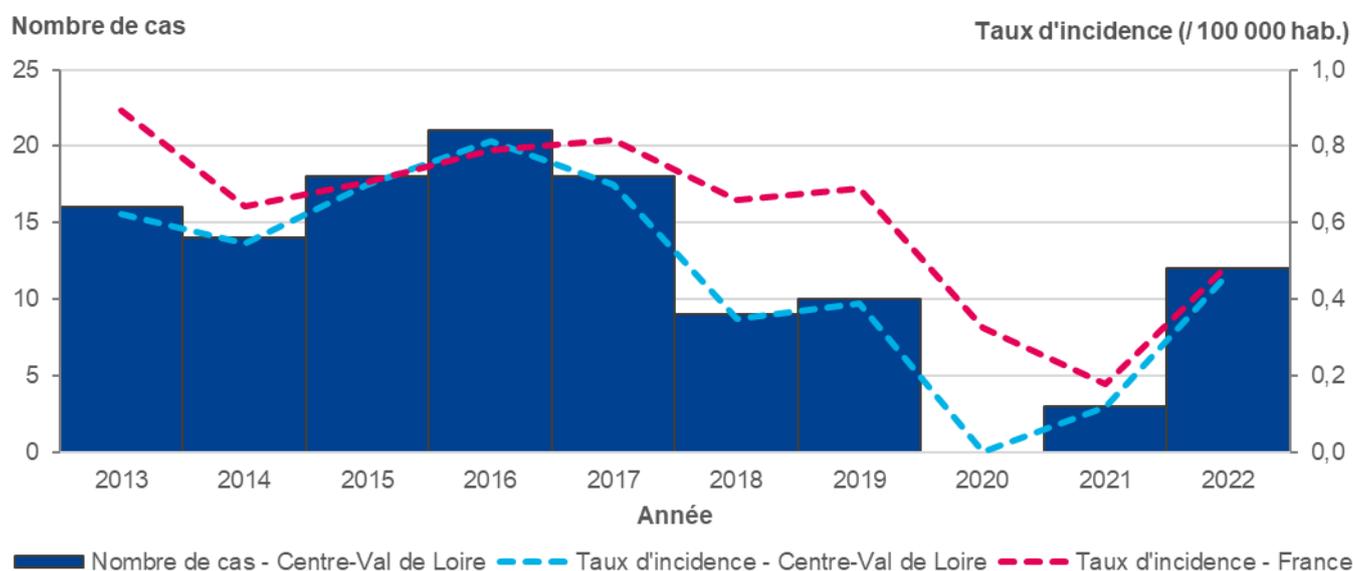
Les infections invasives à méningocoques (IIM) présentent plusieurs sérogroupes : A, B, C, Y et W (les plus répandues) ou autres. Les réservoir est exclusivement humain (personne malade ou asymptomatique) et la transmission se fait de personne à personne, par contact direct répété et prolongé avec les sécrétions rhino-pharyngées. Les moins de 15 ans sont les plus exposés.

Depuis 2018, le vaccin conjugué contre les méningocoques de séro groupe C est obligatoire chez les enfants avec une dose à 5 mois puis une seconde à 12 mois et, dans le cadre d'un programme de rattrapage, une dose jusqu'à 24 ans. La vaccination contre les autres sérogroupes n'est recommandée que dans des circonstances particulières. Depuis 2022, la vaccination des nourrissons contre le méningocoque B a été introduite dans le calendrier vaccinal. Le schéma vaccinal comprend deux doses et un rappel avec une première dose à l'âge de 3 mois suivie d'une deuxième dose à 5 mois et d'un rappel à 12 mois.

En 2022 en région Centre-Val de Loire, **12 cas d'IIM ont été identifiés** soit un taux d'incidence régional était estimé à 0,5 cas pour 100 000 habitants, comparable à celui enregistré sur l'ensemble du territoire national (0,5 cas pour 100 000 habitants, soit 323 cas déclarés) (**Figure 2**). Sept cas sont survenus entre fin mars de début juin et les 5 autres cas sont survenus en décembre.

On note en 2020 et 2021 une baisse significative des cas liés en grande partie aux mesures barrières mises en place dans le cadre de l'épidémie de COVID-19. En début d'année 2022, la levée progressive des mesures sanitaires dont celle du port du masque a induit une circulation plus active des virus, et de facto une reprise de ces signalements. Le nombre de cas signalés en 2022 reste dans les valeurs habituelles observées avant l'épidémie de Covid-19.

Figure 2. Évolution annuelle du nombre de cas d'infections invasives à méningocoques en région Centre-Val de Loire et taux d'incidence brute annuels en région Centre-Val de Loire et en France, 2013-2022.



Caractéristique des cas

La moitié des cas sont de sexe masculin (n = 6) et l'âge médian est de 17,5 ans (min-max = 8 mois-76 ans). La classe d'âge des 15-24 ans et plus était la plus représentée avec 5 cas (TI = 1,8 cas pour 100 000 habitants).

Parmi les 12 cas signalés en 2022, la moitié sont résidents de l'Indre-et-Loire (n = 6) soit un TI départemental évalué à 1,0 cas pour 100 000 habitants et un tiers (n = 4) sont résidents du Loiret (TI = 0,6 cas pour 100 000 habitants).

Séro groupe

Au niveau national en 2022, les IIM à séro groupe B restent les plus fréquentes (49 % des cas) suivi des IIM à séro groupe Y (24 % des cas) et W (20 % des cas).

En Centre-Val de Loire, tout en considérant qu'il s'agit d'effectif faibles, les IIM à séro groupe Y (6 cas soit 50 %) étaient les plus fréquentes, le séro groupe B représentait un tiers des cas (4 cas) et les deux autres cas présentaient un séro groupe W (17 %). Sur les 10 années précédentes, hormis en 2018 où le séro groupe Y était déjà majoritaire sur la région, c'est le séro groupe B qui représentait le plus de cas sur la région (52 % des cas entre 2012 et 2021).

Clinique : Entre 2022, pour les cas pour lesquels l'information était disponibles : 33 % (n = 3/9) avait des éléments purpuriques cutanées, 25 % (n = 2/8) présentait des signes de choc et 10 % (n = 1/10) présentait un *purpura fulminans*.

Évolution : Aucun cas n'est décédé ou n'a présenté de séquelles.

Prévention dans l'entourage des cas

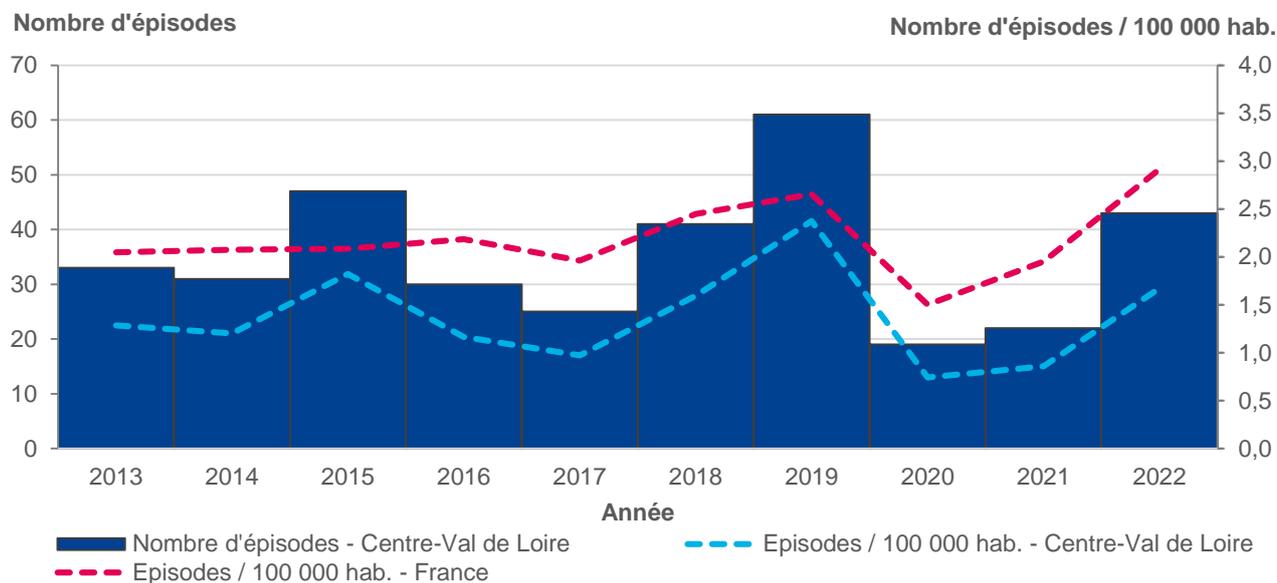
Des antibiotiques en prophylaxie autour du cercle proche de 11 des 12 cas ont été indiqués avec entre 3 à 26 personnes traitées (115 personnes en tout). De plus, des proches ont été vaccinés, à raison de 54 personnes en tout autour de cas. Pour les cas ayant fréquenté des collectivités à risque (n = 5), 49 personnes ont été traitées par antibioprophyllaxie (min = 2, max = 26) et la vaccination des contacts a été recommandée pour 34 personnes.

TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE

Une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) se définit comme la survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en générale gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

En 2022 en région Centre-Val de Loire, **43 épisodes de TIAC** survenus suite à un repas consommé dans la région **ont été signifiés**. Le taux de notification régional était estimé à 1,7 épisode pour 100 000 habitants, en dessous de celui enregistré sur le territoire national (2,9 épisodes pour 100 000 habitants) (**Figure 3**).

Figure 3. Évolution annuelle du nombre d'épisodes de TIAC en région Centre-Val de Loire et taux de notification brute annuels en région Centre-Val de Loire et en France, 2013-2022.



Caractéristique des épisodes

Sur les épisodes signalés en 2022, 42 % concerne l'Indre-et-Loire (n = 18) et 18 % le Cher (n = 8).

Caractéristiques des épisodes et des cas

La majorité des épisodes était survenue dans le cadre d'un repas familial (42 %, n = 18) ou au restaurant (30 %, n = 13). Les autres épisodes faisaient suite à un repas en établissement médico-social (7 %), centre de loisirs (4 %) ou dans d'autres collectivités (17 %).

Sur l'ensemble des épisodes, entre 2 et 60 personnes par repas ont été malades (total = 331 cas) et le nombre moyen de cas par repas était évalué à 8 (médiane = 4). Le taux d'attaque global était estimé à 29 % (médiane = 50 %, moyenne = 59 %).

Les principaux signes cliniques recensés chez les cas étaient des diarrhées (54 %) et des douleurs abdominales (43 %). Vingt-trois personnes ont été hospitalisées soit un taux d'hospitalisation global à 7 % et aucun décès n'a été reporté.

Aliments en cause

Un ou plusieurs aliments en cause ont été identifiés ou suspectés pour 37 épisodes (86 %). Parmi eux, il s'agissait principalement de plats cuisinés (24 %), de viande (16 %) ou de produits à base d'œufs (14 %).

Agents pathogènes en cause

Suite à un examen biologique chez les cas (coproculture...) ou une analyse sur les aliments, un agent pathogène a été confirmé pour environ un tiers des épisodes (n = 14 ; 33 %). L'agent pathogène le plus fréquemment confirmé était *Salmonella* représentant 19 % de l'ensemble des épisodes.

Pour 26 épisodes (61 %), un ou plusieurs agents pathogènes était suspecté (mais non confirmé biologiquement). Il s'agissait principalement de *Staphylococcus aureus* (23 % des épisodes), *Bacillus cereus* (12 %) ou *Clostridium perfringens* (12 %).

Mesures mise en œuvre

Pour les 27 épisodes pour lesquels l'information était disponible, une mesure d'hygiène (contrôle sanitaire, retrait-rappel, mesures de mise en conformité d'installation fermeture...) a été engagée pour 26 % d'entre eux (n = 7).

En 2022, 2 alertes alimentaires d'importance ont touché le territoire hexagonale, avec plusieurs cas identifiés en France :

- A compter de janvier, [des cas de syndrome hémolytique et urémique \(SHU\) et d'infections à *E. coli* producteurs de shiga-toxine \(STEC\) en lien avec la consommation de pizzas](#) : 2 cas ont été identifié en région Centre-Val de Loire
- A compter de mars 2022, [une épidémie de salmonellose \(S.4,5,12:i:-\) en lien avec la consommation de chocolat](#) : aucun cas n'a été identifié en région Centre-Val de Loire

LISTERIOSE

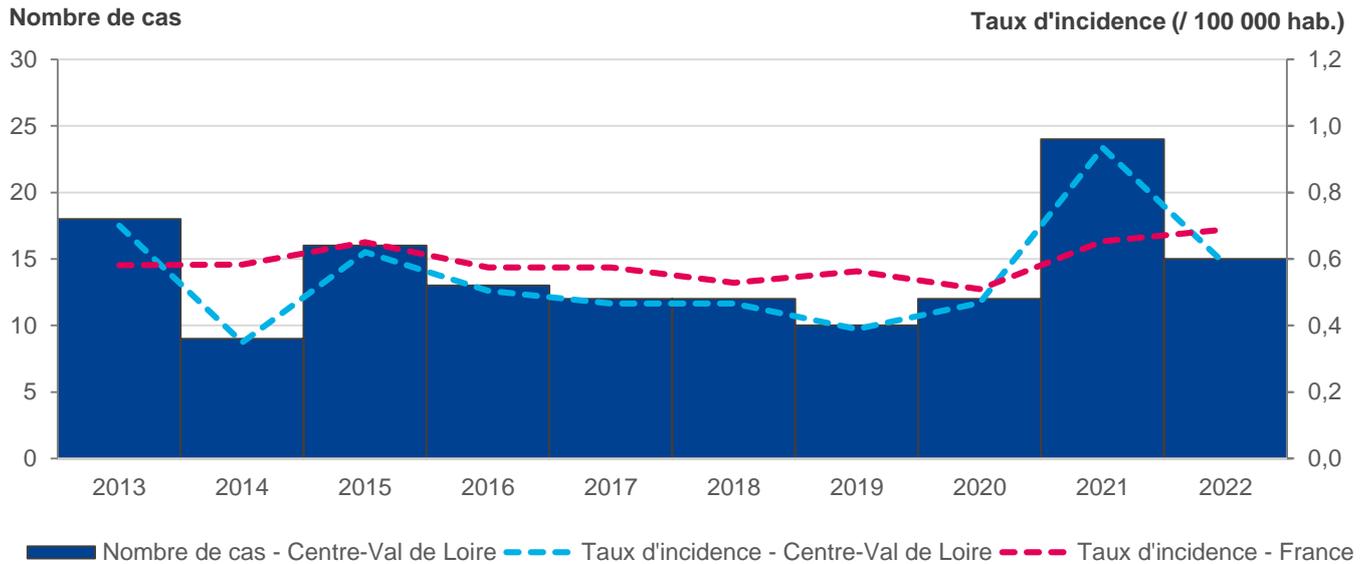
La listériose se transmet soit via l'alimentation soit de façon transplacentaire chez le fœtus ou par la filière génitale chez le nouveau-né (forme materno-néonatale).

Les principaux aliments à risque sont les aliments consommés sans cuisson tels que les fromages à pâte molle au lait cru, poissons fumés charcuteries.

Chez les populations à risque (hors femme enceinte), la listériose se manifeste soit par des atteintes neurologiques soit par des formes bactériémies ou plus rarement par des formes localisées (infection d'ascite). Chez la femme enceinte, la listériose peut se manifester par une fièvre ou un syndrome pseudo-grippal et peut se compliquer d'avortement, de mort in utero, ou d'infection sévère chez le nouveau-né.

En 2022 en région Centre-Val de Loire, **15 cas de listérioses ont été identifiés**. Le taux d'incidence régional était estimé à 0,6 cas pour 100 000 habitants, comparable à celui enregistré sur l'ensemble du territoire national (0,7 cas pour 100 000 habitants) (**Figure 4**).

Figure 4. Évolution annuelle du nombre de cas de listériose en région Centre-Val de Loire et taux d'incidence brute annuels en région Centre-Val de Loire et en France, 2013-2022.



Caractéristique des cas

Parmi les cas déclarés, 60 % étaient des hommes (9 cas). Cinq cas sont survenus dans le Loir-et-Cher (TI = 1,5 cas pour 100 000 habitants) et les 5 autres départements enregistraient 2 cas chacun.

Formes materno-néonatales

Un seul cas de forme materno-néonatale (7 %) a été signalé en 2022 sur la région, concernant une forme maternelle isolée.

Formes non materno-néonatales

Sur les 14 cas de forme non materno-néonatale, L'âge médian était de 81 ans (min-max = 36-91 ans). Dix cas (71 %) ont manifesté une bactériémie-septicémie, 3 ont eu une forme neuro-méningée (21 %) et 1 cas d'autres signes cliniques (7 %). Une majorité des cas (n = 13, 93 %) avaient une pathologie sous-jacente et 6 était sous traitement immunosuppresseur (43 %). Parmi les cas dont l'évolution est renseignée, aucun décès n'est reporté.

ORTHOPOXVIROSES DONT LA VARIOLE : EPIDEMIE DE MONKEYPOX EN 2022

Les orthopoxviroses sont des infections dues à des virus du genre orthopoxvirus. Parmi eux, le virus Monkeypox qui jusqu'en 2021 était présent majoritairement en Afrique et responsable de zoonoses infectant l'homme de manière accidentelle.

Cependant, en 2022, le virus Monkeypox a connu une expansion mondiale avec des contaminations interhumaines, en particulier chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). La transmission se fait par voie aérienne directe à partir de gouttelettes émises depuis des lésions rhinopharyngées ou à partir des lésions cutanées, par contact direct, ou indirect avec des objets contaminés.

La situation rencontrée en 2022 a amené à la construction de [conduites à tenir](#) sur le territoire national, dont la mise en œuvre de la vaccination qui permet de réduire la symptomatologie et le risque de diffusion. Depuis 2022, une vaccination est proposée aux personnes à risques et personnes exposées au virus, nées après 1974, les personnes nées avant 1974 ayant bénéficié d'une vaccination antivariolique.

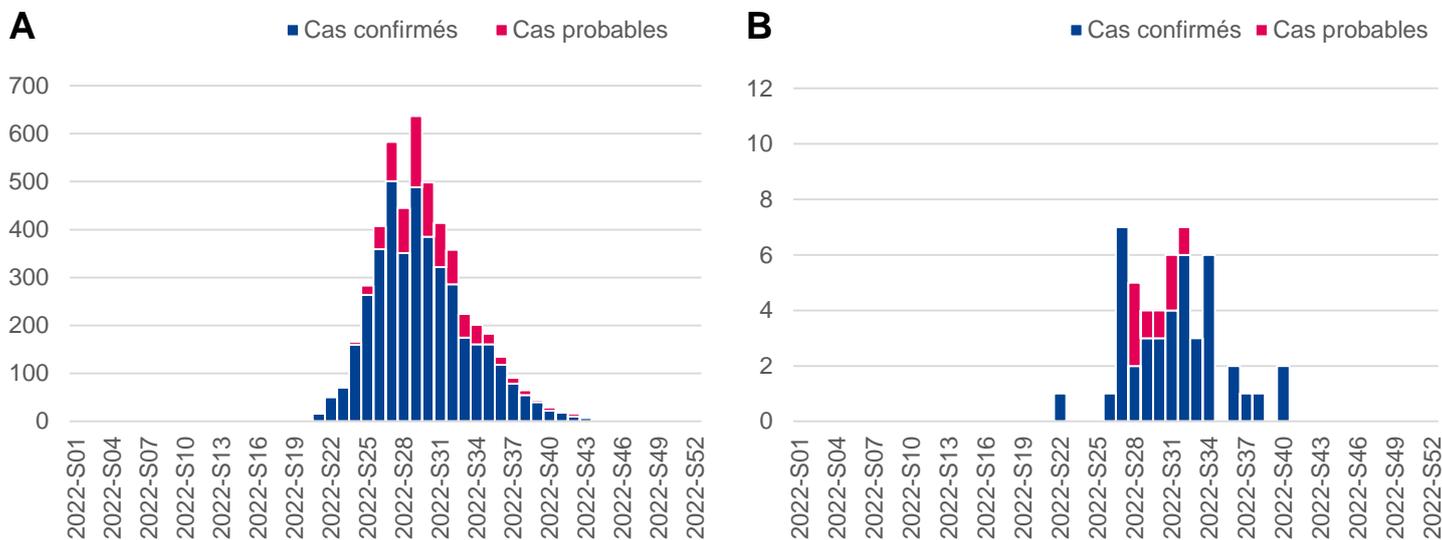
Devant la flambée de l'épidémie, il a été également décidé durant l'été un arrêt de l'analyse biologique systématique pour les personnes symptomatiques ayant eu une exposition à risque (contacts de cas confirmés et/ou personnes ayant eu des comportements sexuels à risque), introduisant la notion de cas probable (cf. conduite à tenir) qui ont également fait l'objet d'un signalement à déclaration obligatoire.

ORTHOPOXVIROSES DONT LA VARIOLE : EPIDEMIE DE MONKEYPOX (SUITE)

L'épidémie en France, débutée en semaine 20 (semaine du 16 mai) et a connu une ascension jusqu'en semaine 30 (semaine du 25 juillet) puis un décroissance progressive jusqu'à la semaine 43 (**Figure 5A**).

En région Centre-Val-de-Loire, **50 cas ont été déclarés** sur l'année, entre les semaines 22 et 40 : 42 cas confirmés et 8 cas probables (**Figure 5B**). Le taux d'incidence brute est de 1,9 cas pour 100 000 habitants, en dessous du taux national (7,6 cas pour 100 000 soit 4 973 cas dont 4 119 cas confirmés). L'épidémie survenue en 2022 a particulièrement touché la région Ile-de-France qui recense 63 % des cas signalés (3 117 cas dont 2 505 cas confirmés) avec un taux d'incidence évalué à soit 25,1 cas pour 100 000 habitants. Après la phase épidémique en 2022, la région Centre-Val de Loire a connu un cluster en Touraine en 2023 (cf. encadré de bas de page).

Figure 5. Évolution hebdomadaire du nombre de cas confirmés et probables de Monkeypox, par date de signalement, France (A) et en Centre-Val de Loire (B), 2022.



Caractéristique des cas

Quarante-sept cas (94 %) sont de sexe masculin et l'âge médian est de 33 ans (min-max = 11-68 ans). Chez les hommes, 35 sont âgés entre 15 et 45 ans (70 % du total) soit un TI dans cette tranche d'âge pour les hommes de 8,6 cas pour 100 000 habitants. Parmi les 50 cas signalés en 2022, 20 sont résidents du Loiret (TI = 2,9 cas pour 100 000 habitants), 16 de l'Indre-et-Loire (TI = 2,6 cas pour 100 000 habitants) et 8 du Cher (TI = 2,7 cas pour 100 000 habitants).

Exposition à risque

Sur les 44 cas pour lesquels l'information était documentée, 35 cas (80 %) masculins ont été contaminés suite à des relations sexuelles, 3 cas (7 %) sont contacts de cas confirmés et 6 cas (14 %) se sont contaminés par un autre biais.

Statut vaccinal

Parmi les 44 cas pour lesquels l'information était disponible :

- 31 (70 %) n'étaient pas vaccinés
- 9 (21 %) avaient eu une dose de vaccin antivariolique dans l'enfance
- 3 (7 %) avaient bénéficié d'une seule dose de vaccin nouvelle génération en 2022
- 1 (2 %) avait bénéficié d'une dose de vaccin antivariolique dans l'enfance et d'une dose de vaccin nouvelle génération en 2022

Contacts à risque

Une surveillance autour du cercle proche des cas a été engagée pour 110 personnes, 31 ayant bénéficié d'une vaccination préventive.

Cluster de Monkeypox en Touraine (2023)

Suite à l'épidémie survenue en 2022, la circulation du virus Monkeypox a fortement chuté dans les pays touchés. A l'automne 2023, l'épidémie a éclaté en [Asie du Sud-Est et dans le Pacifique Ouest](#) et depuis la fin de l'année, [une recrudescence est observée dans plusieurs pays déjà touchés en 2022](#) (Portugal, Royaume-Uni). En sus de ces situations d'ampleur, plusieurs « clusters » ont été identifiés dans différents pays lors de la première moitié de l'année 2023 ([Etats-Unis...](#)) dont un en France, en Centre-Val de Loire :

- Entre le 1er janvier et le 4 avril 2023, 19 cas de Mpox, tous confirmés, et résidents en Centre-Val de Loire ont été rapportés : 15 cas résidents dans l'Indre-et-Loire et 4 dans le Loir-et-Cher.
- L'âge médian des cas est 40 ans (de 24 à 56 ans). Tous sont des hommes.
- 18 cas indiquent avoir eu des relations HSH dont 9 avait un lien direct possible de contamination avec un autre cas.
- Aucun n'avait rapporté d'épisode en 2022. Tous sont symptomatiques (lésions cutanées) et ne présentant pas de formes graves.
- 10 cas avait un schéma de vaccination complet à 2 doses (vaccination reçue dans l'enfance et/ou vaccination en 2022).

Pour en savoir plus : [Infectious Disease Now](#) (article en anglais), [Site de Santé publique France](#) (point de situation du 27 avril 2023)

LA LEPTOSPIROSE, NOUVELLE MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE EN 2023

La leptospirose est une zoonose de répartition mondiale à dominance tropicale, cause plus d'1 million de cas graves par an et près de 60 000 morts dans le monde (contre 12 000 décès pour la dengue).

En France métropolitaine, le nombre de cas diagnostiqués est d'environ 600 par an (TI = 1,0 pour 100 000 habitants), avec une recrudescence en été et en automne. Dans les départements ou régions d'outre-mer (DROM) et les collectivités d'outre-mer (COM), l'incidence est 10 à 70 fois plus élevée qu'en métropole, avec des pics épidémiques pendant la saison des pluies ou lors des cyclones.

La leptospirose est devenue maladie à déclaration obligatoire en France en 2023. Les éléments décrits ci-dessous sont disponibles sur le site de Santé publique France : [Dossier thématique](#), [Fiche diagnostic](#)

Agent pathogène : bactérie du genre *Leptospira*

Réservoir : Le réservoir animal est très diversifié, et outre les rongeurs (rats, ragondins, souris, mulots), il comprend certains carnivores (mangoustes, renards), des animaux d'élevage (bovins, caprins, ovins, chevaux, porcs) et des animaux de compagnie (chiens et rongeurs de compagnie). Tous ces animaux, souvent porteurs sains ou peu symptomatiques, excrètent les leptospires dans leurs urines.

Mode de transmission : La leptospirose est une maladie qui se transmet à l'homme par contact de la peau lésée ou d'une muqueuse avec de l'urine d'animaux porteurs de l'infection ou d'un environnement (eau douce, terre humide) contaminé par cette urine.

Exposition à risque : Les principales expositions à risque sont le contact avec de l'eau douce et les sols humides/ boues (lac, rivière, puits, fossé, lavoir, etc), notamment lors des activités de loisirs (kayaking, rafting, baignade...) ou lors d'une exposition professionnelle. On note également des expositions à risque lors du nettoyage d'habitations, locaux, voies publiques après des intempéries ou de travaux agricoles/ inondations.

Clinique : La présentation clinique de la leptospirose est extrêmement variée, allant d'un syndrome grippal bénin dans la majorité des cas jusqu'à un tableau de défaillance multiviscérale, associant des atteintes hépatiques, rénales, et pulmonaires, potentiellement mortelle.

Incubation : 4 à 14 jours (min-max: 3-30 jours) pour la phase initiale (septicémique) ET 4 à 5 jours après les premiers signes pour la phase d'état (immunologique).

Traitement : Une antibiothérapie mise en place rapidement permet d'éviter une évolution vers une forme sévère associée à une mortalité plus importante.

Vaccination : Un vaccin monovalent contre *Leptospira interrogans* du sérovar *Icterohaemorrhagiae* (en 3 injections – rappel tous les 2 ans) est disponible et recommandé au cas par cas pour les populations à risque, après évaluation précise des risques par un médecin. La vaccination des groupes à risque ne dispense aucunement de la mise en place systématique des mesures de prévention.

Biologie : Le diagnostic repose obligatoirement sur un examen biologique positif.

Critères de notification :

- Cas confirmé : Tableau clinique évocateur de leptospirose ET (Amplification génique (PCR) positive dans un échantillon biologique OU Test MAT (Micro Agglutination Test) positif OU Séroconversion ou augmentation du titre par 4)
- Cas probable : Tableau clinique évocateur de leptospirose test IgM positif

[Liste des maladies à déclaration obligatoire, dossiers thématiques et fiches de signalement](#)

Retrouvez également les chiffres détaillés par région et départements sur le site [Géodes®](#)

Le point épidémio

Remerciements à nos partenaires :

- Les professionnels de santé qui par leurs signalements contribuent à la prévention, au contrôle et à la surveillance épidémiologique des MDO
- Les services de l'ARS Centre-Val de Loire et des délégations départementales
- Les Directions des Maladies infectieuses et Santé Environnement et Travail de Santé publique France

Diffusion

Santé publique France Centre-Val de Loire
cire-cvl@santepubliquefrance.fr

Twitter : @sante-prevention

Toutes les informations en région :

www.santepubliquefrance.fr/regions/centre-val-de-loire



Directrice de la publication

Caroline Semaille
Directrice générale de Santé publique France

Santé publique France Centre-Val de Loire

Esra Morvan (responsable)
Sophie Grellet
Virginie de Lauzun
Jean-Rodrigue Ndong
Mathieu Rivière
Nicolas Vincent (rédacteur de ce numéro)