

## Les Maladies à Déclaration Obligatoire dans la région Rhône-Alpes et ses départements en 2008



### Sommaire :

**Page 1 : Editorial**

**Page 2 : Les infections invasives à méningocoques**

**Page 3 : La légionellose**

**Page 4 : Les toxi-infections collectives**

**Page 5 : La tuberculose maladie**

**Page 6 : Tableau de synthèse de toutes les MDO**

**Page 7 : Annexes**

### | Editorial |

En 2003, le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) a été renforcé afin, notamment, de le rendre plus exhaustif et de mieux préserver l'anonymat des personnes. Les biologistes et médecins déclarants sont les principaux partenaires du système de surveillance des MDO. Leur adhésion au système de surveillance des MDO, ainsi que celle de tous les acteurs concernés conditionnent l'efficacité du système.

À ce jour, le nombre des MDO s'élève à 30 (annexe 1). A noter celles qui ont été ajoutées à la liste depuis 2005 : la rougeole, l'infection aiguë à hépatite A, le chikungunya et la dengue. A noter aussi en 2007, la modification de la fiche initiale de DO de la tuberculose et la mise en place de la déclaration des issues de traitement antituberculeux.

Ce premier bulletin d'information annuel fait la synthèse régionale des principales maladies transmissibles à DO déclarées par les professionnels de santé au cours de l'année 2008. Il a été réalisé par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) de Rhône-Alpes, antenne régionale de l'Institut de veille sanitaire (InVS) à partir des fiches de déclaration transmises par

les Délégations Territoriales Départementales à l'InVS. Il fait suite à une série de plaquettes publiées par la Cire en 2004 sur la situation en Rhône-Alpes concernant les infections invasives à méningocoque, les légionelloses, les toxi-infections alimentaires, la tuberculose et le saturnisme infantile. Ces plaquettes sont disponibles sur <http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr/> > La santé > Epidémiologie. Ce bulletin d'information a aussi pour objectif un retour d'information aux acteurs de la déclaration des MDO.

*En 2010, la loi hôpital patients santé et territoires a créé dans chaque région une agence régionale de santé (ARS) qui intègre les DDASS et les DRASS. Dans chaque département ont été créées des délégations territoriales départementales. Le circuit de la DO reste inchangé et les délégations territoriales départementales restent les uniques destinataires des signalements et des notifications.*

1/ CONTEXTE.

L'infection invasive à méningocoques est une maladie rare en France mais dont la gravité est illustrée par le taux de létalité élevé d'environ 15 % et par le risque de transmission interhumaine. Elle touche essentiellement les enfants et les adolescents et survient, en général, du début de l'hiver au printemps.

2/ DESCRIPTION DES CAS.

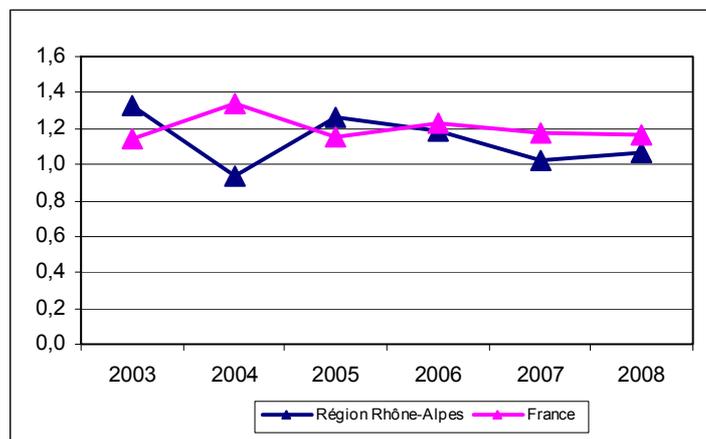
Les cas domiciliés en Rhône-Alpes (n=59)

Au total, 59 cas d'IIM domiciliés en région Rhône-Alpes ont été déclarés en 2008, soit un taux d'incidence annuel de 1,1/100000 habitants (Tableau 1). Cette incidence était égale à l'incidence en France métropolitaine. La Figure 1 montre l'évolution de l'incidence annuelle en région Rhône-Alpes et en France métropolitaine entre 2003 et 2008.

Les cas déclarés en Rhône-Alpes (n=62)

| Figure 1 |

Incidence annuelle (pour 100 000 habitants) des IIM en Rhône-Alpes et en France, 2003-2008



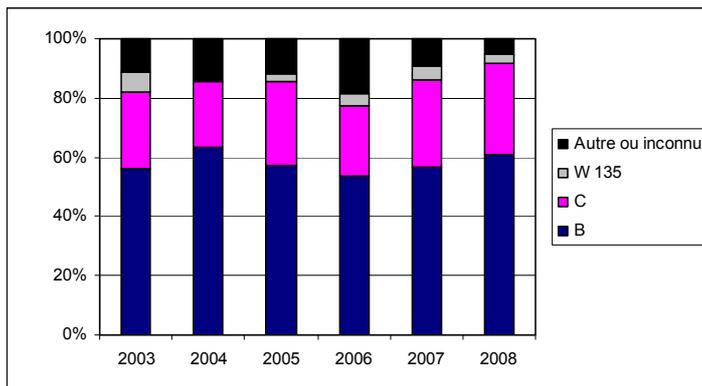
Parmi les cas déclarés en Rhône-Alpes, 28 étaient des femmes (45 %). L'âge médian était de 17 ans (de 0 à 102 ans). L'évolution s'est faite vers le décès chez 11 patients (18 %), vers la guérison chez 44 patients (71 %), vers une guérison séquellaire chez 5 patients (8 %) ; elle était non renseignée chez 2 patients (3 %).

La Figure 2 montre l'évolution de la répartition des principaux sérogroupes notifiés entre 2003 et 2008. En 2008, 36 sérogroupes B ont été notifiés (58 %), ainsi que 18 sérogroupes C (29 %), et 2 sérogroupes W135 (3 %) ; 6 cas correspondaient à un séro groupe autre ou inconnu (10 %).

Une antibioprofylaxie des sujets contact a été effectuée dans la famille ou dans l'entourage amical proche de 58 cas (89 %).

| Figure 2 |

Principaux sérogroupes de méningocoques (%), Rhône-Alpes, 2003-2008



| Tableau 1 |

Nombre de cas et incidence par départements de domicile, Rhône-Alpes, 2008

Département	Nombre de cas	Incidence*
Ain	8	1,4 [0,6-2,7]
Ardèche	3	1,0 [0,2-2,8]
Drôme	5	1,1 [0,3-2,5]
Isère	16	1,4 [0,8-2,2]
Loire	3	0,4 [0,1-1,2]
Rhône	15	0,9 [0,5-1,5]
Savoie	6	1,5 [0,5-3,2]
Haute Savoie	9	1,3 [0,6-2,4]
<b>Région Rhône-Alpes</b>	<b>65</b>	<b>1,1 [0,8-1,4]</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>689</b>	<b>1,1 [1-1,2]</b>

Un seul épisode de cas groupés a été recensé; deux cas étaient impliqués.

\*nombre de cas / 100 000 habitants

3/ RÉGLEMENTATION, MESSAGES

L'infection invasive à méningocoque nécessite en urgence à la fois une prise en charge médicale pour le patient et la mise en place d'une prophylaxie dans son entourage proche selon les recommandations. Le signalement réalisé dans les plus brefs délais participe fortement à la réalisation de ces mesures.

Les recommandations concernant la prophylaxie des infections invasives à méningocoque, ainsi que la procédure de signalement, sont encadrées par la circulaire N°DGS/5C/2006/458 du 23 octobre 2006 relative à la prophylaxie des IIM ([http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/circulaire\\_231006.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/circulaire_231006.pdf)). Une circulaire de 2009 concernant la prophylaxie spécifique des IIM B:14:P1,7,16 est également disponible ([http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/circulaire\\_iim\\_190209.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/circulaire_iim_190209.pdf)).

Critères de définition de cas des IIM depuis le 15 juillet 2002

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, 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).

Liens - Fiche de notification actualisée le 25 octobre 2006 : [http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche\\_meningocoque.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche_meningocoque.pdf)

## 1/ CONTEXTE.

La légionellose est une infection pulmonaire causée par une bactérie (*Legionella*). La contamination se fait par voie respiratoire par inhalation d'aérosols d'eau contaminée. Cette maladie affecte essentiellement des personnes présentant des facteurs favorisants (âge, maladies respiratoires, diabète...). Le diagnostic clinique doit être confirmé par un des examens biologiques suivants : isolement de la bactérie dans un prélèvement bronchique, présence d'antigène soluble dans les urines, augmentation des titres d'anticorps par 4 entre deux prélèvements successifs, immunofluorescence directe positive. Dans la majorité des cas, l'évolution est favorable sous traitement antibiotique. Cette infection pulmonaire peut survenir de manière sporadique ou épidémique, à un niveau communautaire ou nosocomial.

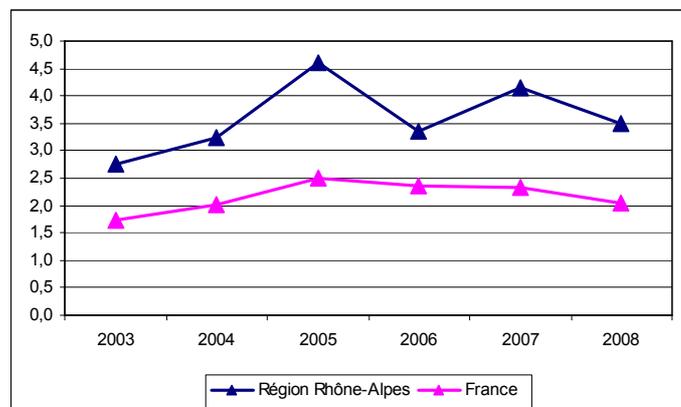
## 2/ DESCRIPTION DES CAS

## Les cas domiciliés en Rhône-Alpes (n=213)

Au total, 213 cas de légionelloses domiciliés en Rhône-Alpes ont été déclarés en 2008, soit une incidence régionale de 3,5/100 000 habitants (Tableau 1), tandis que l'incidence pour la France métropolitaine pour la même année était de 2/100000 habitants. La Figure 1 montre l'évolution de l'incidence annuelle entre 2003 et 2008 dans la région Rhône-Alpes et en France métropolitaine.

## | Figure 1 |

Incidence annuelle des légionelloses (pour 100 000 habitants) en Rhône-Alpes et en France, 2003-2008



## Les cas déclarés en Rhône-Alpes (n=213)

Parmi les cas déclarés en Rhône-Alpes, 45 étaient des femmes (21 %) ; l'âge médian était de 61 ans (minimum 21 ans, maximum de 99 ans).

L'antigénurie était retrouvée positive dans 209 cas (98 %), négative dans 3 cas (1 %) et non réalisée dans 1 cas (0,5 %). La mise en culture de prélèvements a été effectuée chez 39 cas (18 %) ; 31 étaient positifs. Elle n'était pas effectuée chez 75 cas (35 %). L'information sur la réalisation d'une culture n'était pas spécifiée pour 99 cas (47 %). L'origine sporadique ou épidémique des cas à partir des fiches de signalement n'a pas pu être étudiée.

## Critères de définition des cas de légionellose

Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

**cas probable** : titre d'anticorps élevé (> ou =256)

## | Tableau 1 |

Nombre de cas et incidence de la légionellose par départements, Rhône-Alpes, 2008

	Nombre de cas	Incidence*
<b>Ain</b>	25	4,4 [2,8-6,4]
<b>Ardèche</b>	7	2,3 [0,9-4,6]
<b>Drôme</b>	17	3,6 [2,1-5,8]
<b>Isère</b>	57	4,8 [3,7-6,3]
<b>Loire</b>	16	2,2 [1,2-3,5]
<b>Rhône</b>	50	3,0 [2,2-3,9]
<b>Savoie</b>	19	4,7 [2,8-7,3]
<b>Haute Savoie</b>	22	3,1 [2-4,7]
<b>Région Rhône-Alpes</b>	213	3,5 [3,1-4]
<b>France métropolitaine</b>	1 257	2,0 [1,9-2,2]

\*nombre de cas / 100 000 habitants

## 3/ RÉGLEMENTATION, MESSAGES

En 2008, la mise en culture des prélèvements a été réalisée chez 39 cas sur 213 (18 %). Pourtant, la culture des expectorations ou crachats présente l'intérêt d'identifier la souche responsable de la maladie et de la comparer avec la/les souches éventuellement retrouvées dans l'environnement, afin d'émettre des hypothèses quant à la source de contamination probable. La culture des prélèvements est donc à mettre en œuvre plus fréquemment.

Un guide a été élaboré en 2005 par la direction générale de la santé, diffusé par circulaire n° DGS/SD5C/SD7A/DEUS/2005/323 du 11 juillet 2005 :

Le risque lié aux légionelles - Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Il est disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/legionellose/guid2005.pdf>

Il se présente sous forme de 12 fiches pratiques :

1) la légionellose 2) surveillance de la légionellose en France 3) définition des cas 4) investigation et gestion d'un cas isolé 5) investigation épidémiologique de cas groupés 6) enquête environnementale : investigation des sources potentielles de contamination dans l'environnement en présence de cas groupés 7) envoi des prélèvements ou souches au CNR, comparaison des souches cliniques et environnementales 8) interprétation des résultats analytiques à l'exclusion des TAR, aide à la définition des mesures de gestion recommandées devant des cas groupés 9) communication autour de cas groupés 10) contamination d'un réseau de distribution d'eau chaude 11) contamination de l'eau minérale naturelle dans un établissement thermal 12) contamination d'une TAR humide.

## Liens:

The European Working Group for Legionella Infections (EWGLI) présente des données européennes de surveillance actualisées : <http://www.ewgli.org>

## cas confirmé :

- isolement de *Legionella* spp. dans un prélèvement clinique
- ou augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2ème titre minimum de 128
- ou immunofluorescence directe positive
- ou présence d'antigène soluble urinaire.

## 1/ CONTEXTE

Les buts de la surveillance des Tiac à travers la déclaration obligatoire sont :

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

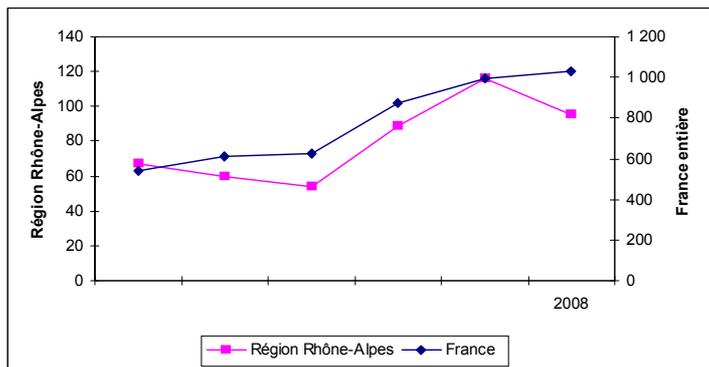
## 2/ DESCRIPTION DES CAS

### Les foyers déclarés en Rhône-Alpes (n=95)

Au total, 95 foyers de toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) suite à un repas pris en Rhône-Alpes ont été déclarés en 2008, soit un taux d'incidence annuel de 1,6/100 000 habitants (Tableau 1). Depuis 2003, l'incidence en Rhône-Alpes est équivalente à l'incidence française (Figure 1).

### | Figure 1 |

Nombre annuel de foyers des toxi-infections alimentaires collectives (pour 100 000 habitants) en Rhône-Alpes et en France, 2003-2008



Le lieu du repas contaminant était un restaurant dans 36 foyers (38 %), un repas familial dans 31 foyers (33 %), une cantine scolaire dans 6 foyers (6 %), un institut médico-social dans 3 foyers (3 %). Le nombre médian de personnes exposées était de 5 (minimum 2, maximum 380). Le nombre médian de malades était de 4 (minimum 2 à maximum 47).

L'aliment incriminé était inconnu dans 36 foyers (38 %), de la charcuterie dans 8 foyers (8 %), de l'œuf ou produit à base d'œuf dans 6 foyers (6 %) du poisson dans 6 foyers (6 %), de la volaille dans 5 foyers (5 %), de la viande dans 5 foyers (5 %), des fromages ou produits laitiers dans 4 foyers (4 %), des coquillages dans 3 foyers (3 %) et un autre aliment était incriminé dans 22 foyers (23 %).

L'agent responsable de la Tiac a pu être retrouvé pour 64 foyers (67 %) Les deux agents les plus fréquemment retrouvés étaient *Staphylococcus* dans 20 foyers (21 %) et *Salmonella* dans 17 foyers (18 %).

Il y a eu un décès consécutif à une Tiac en 2008.

### | Tableau 1 |

Nombre de foyers et incidence des toxi-infections alimentaires par départements, Rhône-Alpes, 2008

	Nombre de Foyers
Ain	0
Ardèche	0
Drôme	4
Isère	21
Loire	14
Rhône	34
Savoie	8
Haute Savoie	14
<b>Région Rhône-Alpes</b>	<b>95</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>1 029</b>

\*nombre de foyers / 100 000 habitants

## 3/ RÉGLEMENTATION, MESSAGES

Les critères de la définition de cas de Tiac (encadré ci-dessous) conditionnent le signalement à l'apparition d'au moins deux cas d'une symptomatologie similaire.

Toutefois, lors de la suspicion de toxi-infection alimentaire chez un sujet isolé, il est possible de signaler le cas à la Délégation Territoriale Départementale, qui pourra faire la relation (source commune potentielle) avec d'autres cas isolés ou non qui lui auraient été signalés.

### Liens

- Fiche de notification actualisée en 2007 :

[http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche\\_toxi\\_infection.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche_toxi_infection.pdf)

- Le bulletin épidémiologique n°51 de l'année 2006 fait le bilan des Tiac survenues en France entre 1996 et 2005 :

[http://www.invs.sante.fr/beh/2006/51\\_52/beh\\_51\\_52\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/51_52/beh_51_52_2006.pdf)

### Critères de définition des toxi-infections alimentaires collectives

Tout foyer de Tiac doit faire l'objet d'un signalement. Tout foyer de Tiac quels que soient les résultats des enquêtes épidémiologiques et environnementales (y compris en l'absence de résultats) doit être notifié. On appelle

foyer de Tiac la 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/ CONTEXTE.

L'incidence de la tuberculose a baissé régulièrement depuis 1972, à l'exception du début des années 1990 et semble se stabiliser dans les années récentes. La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population et dans certaines zones géographiques. La maladie touche principalement les sujets âgés, les populations en situation de précarité et les migrants en provenance de régions où la maladie est endémique.

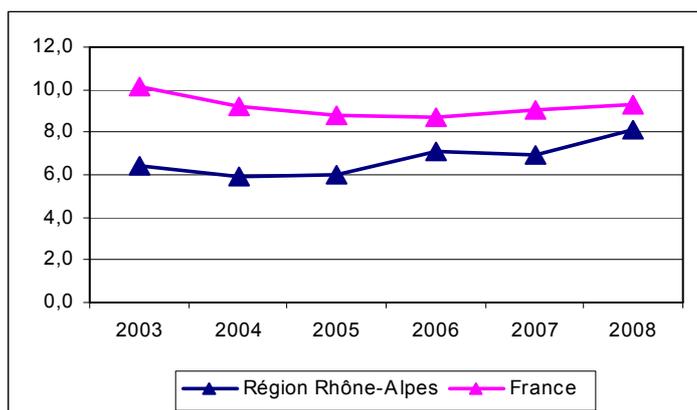
## 2/ DESCRIPTION DES CAS

### Les cas domiciliés en Rhône-Alpes (n=492)

Au total, 492 cas de tuberculose maladie domiciliés en région Rhône-Alpes ont été déclarés en 2008, soit un taux d'incidence annuel de 8,1/100 000 habitants (Tableau 1), tandis que l'incidence nationale était de 9,3/100 000 habitants. La Figure 1 montre l'évolution de l'incidence annuelle pour la région Rhône-Alpes et la France métropolitaine entre 2003 et 2008. L'incidence régionale est en augmentation progressive depuis 2005, passant de 5,7 en 2005 à 9,3/100 000 habitants en 2008.

| Figure 1 |

Incidence annuelle de la tuberculose maladie (pour 100 000 habitants) en Rhône-Alpes et en France, 2003-2008



### Les cas déclarés en Rhône-Alpes (n=506)

Parmi les cas déclarés en Rhône-Alpes, 225 (44 %) étaient des femmes. L'âge médian était de 52 ans (de 0 au minimum à 95 ans au maximum).

La localisation de la tuberculose maladie était inconnue chez 20 patients. Les formes pulmonaires isolées étaient prédominantes, touchant 279 patients (55 %). Les autres formes cliniques de tuberculose se répartissaient en 151 cas de tuberculose extra-pulmonaire (30 %), et 56 cas de

#### Critères de définition de cas de tuberculose

Cas signalés	Cas notifiés	Critères de signalement et de notification
<b>cas probables et cas confirmés de tuberculose maladie</b>	cas probables et cas confirmés de tuberculose maladie	<b>Tuberculose maladie</b> <b>cas confirmé</b> : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture Les principales mycobactéries du complexe tuberculosis comprennent : <i>M. tuberculosis</i> ; <i>M. bovis</i> ; <i>M. africanum</i> . <b>cas probable</b> : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, et (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard
<b>cas d'infection tuberculeuse chez l'enfant de moins de 15 ans</b>	cas confirmés d'infection tuberculeuse chez l'enfant de moins de 15 ans	<b>Infection tuberculeuse (primo-infection) chez un enfant de moins de 15 ans</b> : - IDR à 5U positive sans signe clinique ni para clinique (induration > 15 mm si BCG, ou > 10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans)

tuberculose extra-pulmonaire et pulmonaire (11 %). Six patients ont eu une tuberculose méningée (aucun enfant).

La majorité des cas déclarés étaient de nationalité française avec 315 cas (62 %). Les autres cas étaient européens hors France (30 cas, 6 %), ou d'autre nationalité (119 cas, 24 %). La nationalité était inconnue chez 42 cas (8,3 %).

Les cas vivant en collectivité étaient 65 (13 %) et se répartissaient ainsi : 29 vivaient en centre d'hébergement collectif, 16 en établissement pour personnes âgées, 16 dans un autre type de collectivité et 4 en établissement pénitentiaire. Neuf cas notifiés (2 %) étaient sans domicile fixe.

| Tableau 1 |

Nombre de cas et incidence de la tuberculose maladie par départements, Rhône-Alpes, 2008

	Nombre de cas	Incidence*
<b>Ain</b>	27	4,7 [3,1-6,9]
<b>Ardèche</b>	20	6,5 [3,9-10]
<b>Drôme</b>	19	4,0 [2,4-6,3]
<b>Isère</b>	81	6,9 [5,4-8,5]
<b>Loire</b>	63	8,5 [6,5-10,8]
<b>Rhône</b>	192	11,4 [9,8-13,1]
<b>Savoie</b>	35	8,6 [6-12]
<b>Haute Savoie</b>	55	7,8 [5,9-10,1]
<b>Région Rhône-Alpes</b>	492	8,1 [7,4-8,9]
<b>France métropolitaine</b>	5 758	9,3 [9,1-9,6]

\*nombre de cas / 100 000 habitants

## 3/ RÉGLEMENTATION, MESSAGES

**La vaccination n'est plus obligatoire, mais est très fortement recommandée dans certaines indications.**

La définition des cas à déclarer est rappelée dans le tableau suivant (disponible sur <http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/default.htm>). Il est rappelé que le signalement des cas est à effectuer le plus rapidement possible, afin d'effectuer la recherche des sujets contacts.

#### Liens :

- Avis relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents (9 mars 2007) :

[http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/cshpf/a\\_mt\\_090307\\_vaccinbcg.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/cshpf/a_mt_090307_vaccinbcg.pdf)

- Calendrier vaccinal : [http://www.invs.sante.fr/beh/2009/16\\_17/beh\\_16\\_17\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/16_17/beh_16_17_2009.pdf)

- Fiche de notification actualisée en 2009: [http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche\\_tuberculose.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche_tuberculose.pdf)

## | Synthèse des MDO, Rhône-Alpes, 2008 |

nombre de déclarations	Départements de déclaration								Total Rhône-Alpes	Total France
	01	07	26	38	42	69	73	74		
Botulisme (foyers) §	1	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Botulisme (cas)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Brucellose	2	0	1	3	1	1	0	0	8	14
Hépatite A aiguë	9	1	5	20	22	24	2	3	86	1204
Légionellose	23	7	16	58	15	53	19	22	213	1257
Listériose	7	4	2	8	8	16	0	4	49	276
IIM	6	2	5	14	3	17	7	8	62	689
Rougeole	5	2	5	43	1	14	21	35	126	620
Tuberculose latente (<15ans)	1	0	0	13	6	20	5	0	45	621
Tuberculose maladie	34	21	19	81	63	193	36	59	506	5758
Tétanos	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
Tiac §	0	0	4	21	14	34	8	14	95	1029
Tularémie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Typhoïde	1	0	0	1	1	1	2	1	7	131
Infection VHB	0	0	0	1	0	0	0	1	2	88
VIH*	10	7	13	35	9	119	4	15	212	3596
Sida*	2	2	3	6	8	27	0	7	55	624
Saturnisme	0	1	1	1	2	6	0	0	11	320

\* Département de domicile

§ Département de contamination

Ce tableau présente 17 maladies à DO sur les 30 existantes. Pour 13 maladies à DO, l'agent ne circule pas dans la région Rhône-Alpes : charbon, chikungunya, choléra, dengue, diphtérie, fièvres hémorragiques africaines, fièvre jaune, orthopoxviroses, paludisme autochtone et d'importation dans les DOM, peste, poliomyélite et rage.

## | Le signalement et la notification |

### SIGNALER : POUR L'URGENCE

Le signalement est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie). Il n'existe pas de support dédié. Le médecin ou le biologiste signale au médecin inspecteur (Misp) de la Délégation Territoriale Départementale de son département toutes les maladies suspectées ou confirmées biologiquement qui apparaissent en gras en annexe de ce document. Le signalement permet de réagir rapidement et de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire. Les investigations menées peuvent impliquer en plus des Délégations Territoriales Départementales, les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), l'Institut de veille sanitaire, les Centres nationaux de référence (CNR) et les autres services déconcentrés de l'Etat (Direction départementale des services vétérinaires, Direction départementale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes...).

### NOTIFIER : POUR LE SUIVI

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au Misp de la Délégation Territoriale Départementale du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. Les données cliniques, biologiques et sociodémographiques transmises pour chaque maladie sont fixées par arrêté du ministre de la santé après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Elle a pour objet le suivi épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire. Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales. La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. Elle doit être effectuée pour toutes les maladies à déclaration obligatoire.

Les fiches de notification sont disponibles sur <http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/>.

**| Annexe 1: Liste des 30 maladies à déclaration obligatoire selon le décret n° 2006-473 du 24 avril 2006 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire |**

<b>Botulisme</b>	<b>Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer</b>
<b>Brucellose</b>	<b>Peste</b>
<b>Charbon</b>	<b>Poliomyélite</b>
<b>Chikungunya*</b>	<b>Rage</b>
<b>Choléra</b>	<b>Rougeole</b>
<b>Dengue*</b>	<b>Saturnisme de l'enfant mineur</b>
<b>Diphthérie</b>	<b>Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines</b>
<b>Fièvres hémorragiques africaines</b>	Tétanos
<b>Fièvre jaune</b>	<b>Toxi-infection alimentaire collective</b>
<b>Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes</b>	<b>Tuberculose</b>
<b>Hépatite aiguë A</b>	<b>Tularémie</b>
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	<b>Typhus exanthématique</b>
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	
<b>Infection invasive à méningocoque</b>	
<b>Légionellose</b>	
<b>Listériose</b>	*Dans les départements figurant sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.
<b>Orthopoxviroses dont la variole</b>	<b>En gras</b> : les maladies nécessitant un signalement et une notification
<b>Paludisme autochtone</b>	

**| Annexe 2 : A qui signaler en région ? |**

**Au médecin inspecteur de santé publique de la Délégation territoriale du département d'exercice :**

<p><b>DTD de l'Ain</b> Tél. : 04.74.32.80.76      Fax : 04.74.32.80.69 E-mail : ARS-DT01-alerte@ars.sante.fr</p>	<p><b>DTD de la Loire</b> Tél. : 04.77.81.80.17      Fax : 04.77.81.80.01 E-mail : ARS-DT42-alerte@ars.sante.fr</p>
<p><b>DTD de l'Ardèche</b> Tél. : 04.75.20.29.11      Fax : 04.75.20.29.00 E-mail : ARS-DT07-alerte@ars.sante.fr</p>	<p><b>DTD du Rhône</b> Tél. : 04.72.61.40.76      Fax : 04.72.61.39.95 E-mail : ARS-DT69-alerte@ars.sante.fr</p>
<p><b>DTD de la Drôme</b> Tél. : 04.75.79.71.20      Fax : 04.75.79.71.26 E-mail : ARS-DT26-alerte@ars.sante.fr</p>	<p><b>DTD de la Savoie</b> Tél. : 04.56.11.08.11      Fax : 04.56.11.08.98 E-mail : ARS-DT73-alerte@ars.sante.fr</p>
<p><b>DTD de l'Isère</b> Téléphone : 04.76.63.65.03      Fax : 04.76.63.65.45 E-mail : ARS-DT38-alerte@ars.sante.fr</p>	<p><b>DTD de la Haute Savoie</b> Tél. : 04.50.88.48.18      Fax : 04.50.88.42.88 E-mail : ARS-DT74-alerte@ars.sante.fr</p>

NB : la mise en place des Agences régionales de santé et des délégations territoriales départementales ne change pas le circuit de déclaration

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