

nellement à des animaux. Dans cette optique, Abadia et coll. ont étudié la séroprévalence des anticorps anti *Chlamydothrips psittaci* chez des travailleurs de la filière avicole. Cette séroprévalence s'est révélée élevée, notamment chez ceux en contact avec des canards, ce qui témoigne de l'importance de la transmission chez les personnes en contact proche avec des oiseaux infectés. L'étude des populations exposées professionnellement constitue ainsi une source irremplaçable pour apprécier le risque de transmission à l'homme de pathogènes, en particulier ceux dont le potentiel zoonotique n'est pas ou peu connu.

Devant la complexité des zoonoses, et le vaste besoin en termes de connaissance, de surveillance, d'expertise de laboratoire, de recherche, de formation et de communication, l'InVS a créé, en 2000, un groupe de travail multidisciplinaire dont l'objectif principal était de définir les besoins et actions prioritaires. L'article de Capek résume la méthodologie de la définition des priorités, et les principales actions mises en œuvre au cours de la période 2000-2005. Une sélection des actions prioritaires est décrite en détail dans les autres articles de ce numéro. L'ampleur quasi infinie des besoins et des actions envisageables impose de continuer ce processus de définition de priorités. Le groupe

multidisciplinaire a permis d'amorcer ce travail et des progrès importants ont été faits en termes de connaissance, surveillance, formation et communication. En outre, devant la difficulté à prédire l'émergence et le potentiel épidémique d'une zoonose comme l'épidémie de Chikungunya l'a montré récemment à la Réunion [3], il est apparu nécessaire d'élargir les missions de ce groupe vers la veille. Le travail déjà initié continuera ainsi dans les années à venir avec un nouveau groupe aux compétences élargies, notamment pour mieux apprécier les risques émergents.

RÉFÉRENCES

- [1] Taylor LH, Lathan SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2001; 356:983-9.
- [2] Woolhouse ME, Gowtage-Sequeria S. Host range and Emerging and re-emerging Pathogens. *EID* 2005; 11:1842-7.
- [3] Paquet C, Quatresous I, Solet J-L, Sissoko D, Renault P, Pierre V, Cordel H, Lasalle C, Thiria J, Zeller H, Schuffnecker I. Epidémiologie de l'infection par le virus Chikungunya à l'île de la réunion : point de la situation au 8 janvier 2006. *Bull Epidemiol Hebdo* 2006, hors série 31 janvier 2006 : 2-3.

Henriette De Valk

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

Définition de priorités et actions réalisées dans le domaine des zoonoses non alimentaires, 2000-2005

Isabelle Capek (i.capek@invs.sante.fr), Véronique Vaillant, Alexandra Mailles, Henriette de Valk

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

Les zoonoses non alimentaires sont hétérogènes en termes d'agents, de modes de transmission, de répartition géographique et d'importance en santé publique humaine et animale. Depuis sa création, l'Institut de veille sanitaire (InVS) recevait de nombreuses demandes de données épidémiologiques venant des partenaires français et européens. Ces données étant souvent indisponibles ou partielles les ressources en santé publique limitées et les problématiques multiples, l'InVS a mené en 2000 un travail de hiérarchisation pour établir un programme d'actions prioritaires (priorisation). Il avait pour objectifs d'abord de définir les zoonoses non alimentaires prioritaires, puis de déterminer les moyens à mettre en œuvre afin d'améliorer leurs connaissances, leur prévention et leur contrôle.

MÉTHODES DE PRIORISATION

La méthodologie utilisée a été la discussion et l'analyse par un groupe d'experts multidisciplinaire intervenant en santé publique humaine et vétérinaire¹.

Ses missions étaient :

- d'établir la liste des zoonoses à considérer ;
- de hiérarchiser les maladies en fonction de ces critères préalablement définis ;
- d'identifier les besoins pour chaque maladie en termes de connaissance, surveillance et d'expertise de laboratoire ;
- de juger de l'adéquation des actions en place pour répondre à ces besoins ;
- de proposer des actions pour répondre aux besoins non couverts et déterminer celles à mettre en œuvre en priorité.

¹ Composition du groupe de travail : B Dufour (Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Afssa), S Lavieille (Afssa), Bruno Garin-Bastuji (Afssa), G André-Fontaine (École nationale vétérinaire de Nantes), D Manfredi (Direction générale de la santé), T Ancelle (Centre hospitalier universitaire Cochin), F Deshayes (Cellule interrégionale d'épidémiologie Est), I Capek (InVS), V Vaillant (InVS).

Les différentes étapes comprenaient des discussions en groupe, des évaluations individuelles et le recours à des experts extérieurs [1].

Établissement de la liste des zoonoses à considérer

Dans une 1^{ère} phase, à partir d'une liste de zoonoses de l'OIE, (Office International des épizooties), les experts ont retenu une liste initiale de 37 zoonoses autochtones, transmises de l'animal à l'homme, avec ou sans vecteur et pour lesquelles la transmission n'était pas strictement ou essentiellement alimentaire.

Priorisation

Ces 37 zoonoses ont ensuite été priorisées selon les critères suivants :

- l'importance de la maladie humaine évaluée à travers l'incidence, la prévalence, la mortalité, la sévérité, la létalité, le potentiel épidémique, et l'existence de mesures de prévention et de contrôle ;
- l'importance de la maladie animale, indispensable pour estimer l'impact de la maladie chez l'homme, évaluée sur les résultats de la surveillance et des programmes de contrôle chez les animaux domestiques ou sauvages, la faisabilité de la mise en œuvre d'un système de surveillance ou d'un programme de contrôle ;
- l'existence de programmes de surveillance humaine ou animale à niveau européen ou international.

Des critères plus subjectifs (perception sociale, demande politique) n'ont pas été considérés.

Chaque membre du groupe a complété individuellement une fiche de recueil par maladie. Après une synthèse de ces données, une discussion en groupe a abouti, au classement des maladies, par consensus, en 3 niveaux de priorité (tableau 1) : 11 maladies prioritaires, 9 importantes et 17 non prioritaires qui ont été exclues dans la suite du processus.

Identification des besoins

Dans une troisième phase, le groupe a déterminé les besoins théoriques pour contrôler et prévenir ces zoonoses en terme :

- de connaissances épidémiologiques humaines et animales (incidence, répartition géographique, groupes à risque, vecteurs, etc.) ;
- de suivi des tendances ;
- de mécanisme d'alerte pour détecter précocement des épidémies (maladies à potentiel épidémique) et pour entreprendre une investigation (maladies émergentes) ;
- d'expertise de laboratoire sur le volet animal ou humain.

Tableau 1

Maladies prioritaires, importantes et peu importantes. Définition de priorités et actions réalisées, zoonoses non alimentaires, 2000-2005

11 Prioritaires	9 Importantes	17 Peu importantes
Brucellose	Charbon	Ankylostomiase
Echinococcose alvéolaire	Encéphalite à tiques	Babésiose
Grippe	Fièvre Q	Cryptococcose
Hydatidose	Hantavirus (FHSR)	Dermatite cercarienne
Leptospirose	Leishmaniose viscérale	Dirofilariose
Maladie de Lyme	Pasteurellose	Ebola
Mycobactérioses	Streptococcus suis	Echthyma contagieux
Psittacose	Toxocarose	Ehrlichiose
Rage	Tularémie	Encéphalomyélite ovine
Toxoplasmose		Fièvre boutonneuse méditerranéenne
Virus West Nile		Fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses
		Leishmaniose cutanée
		Maladie des griffes du chat
		Melioidose
		Rouget du porc
		Teigne
		Typhus exanthématique

Adéquation des actions

La phase suivante a consisté à vérifier si les programmes et systèmes de surveillance existants étaient adéquats pour répondre aux besoins identifiés lors de l'étape précédente. Le cas échéant, des actions (études, évaluations, mise en place de système de surveillance) ont été proposées. Les actions dont la faisabilité a été jugée moyenne ou faible (difficulté de mise en place, coût trop élevé par rapport aux bénéfices attendus) ont été secondairement écartées.

Propositions de nouvelles actions

Lors de la dernière phase, les actions retenues ont été formalisées dans un rapport [2] avec identification des partenaires pouvant participer à leur mise en œuvre et élaboration d'un calendrier de réalisation.

RÉSULTATS

Actions proposées

Mesures de formation-information

Pour améliorer l'information des médecins sur certaines zoonoses (leptospirose, rage des chiroptères, maladie de Lyme, etc.) des fiches devaient être rédigées pour la presse spécialisée. Des brochures à destination du grand public devaient être éditées et diffusées en ciblant soit une zone géographique (virus West Nile en Camargue, Hantavirus dans l'est de la France, etc.), soit la population particulièrement exposée (loisirs d'eau douce pour la leptospirose, chiroptérologues pour la rage, etc.).

Surveillance humaine

L'amélioration de l'exhaustivité de la déclaration obligatoire reposait sur la sensibilisation des médecins et des laboratoires (brucellose). Pour les maladies dont la surveillance pouvait reposer sur les Centres nationaux de référence (CNR), la création de nouveaux CNR (brucellose, charbon, maladie de Lyme, tularémie) et le renouvellement de CNR existants (fièvres hémorragiques) ont été l'occasion de définir des missions de surveillance spécifiques. De nouveaux systèmes de surveillance devaient être mis en place (Hantavirus au niveau national, West Nile dans la région de Camargue, maladie de Lyme en Alsace, etc.) puis évalués après un an de fonctionnement pour juger de la nécessité de les pérenniser ou de les modifier.

Études spécifiques

Des études ont été proposées pour déterminer :

- les facteurs de risque des cas de brucellose humaine en France ;
- le risque de transmission de *Brucella suis* biovar 2 pour les personnes au contact de foyers porcins ;
- l'importance de la circulation du virus West Nile par une enquête sérologique dans l'entourage des cas humains d'infection sévère ;
- le nombre de cas humains d'hydatidose après une synthèse des données animales recueillies en abattoirs ;
- le nombre de souches de mycobactéries atypiques identifiées par les laboratoires ;
- les séroconversions toxoplasmose des femmes enceintes et le nombre de toxoplasmoses congénitales (enquête périnatale nationale).

Alerte, investigations de cas groupés

La détection de cas groupés devait être améliorée et leur investigation facilitée par des guides à élaborer (brucellose, leptospirose, etc.).

Évaluation de programmes

Des évaluations de programmes ont été proposées pour la rage (coût/bénéfice de l'analyse des têtes animales et des traitements mis en place par les centres antirabiques) et la toxoplasmose (programme de dépistage de la toxoplasmose en France).

Autres recommandations

Un groupe « zoonoses non alimentaires », composé par les participants au processus de priorisation et complété par d'autres intervenants en matière de santé animale ou santé humaine (ex : Mutualité sociale agricole, Office national de la chasse et de la faune sauvage) devait être mis en place avec, pour mission principale, le suivi des actions prévues et l'échange d'information sur les zoonoses (projets en cours, problèmes émergents, etc.).

Un point souligné par le groupe était le problème lié aux nouveaux animaux de compagnie (NAC), pouvant introduire des agents exotiques en France ou être à l'origine de l'émergence ou de la recrudescence de certaines zoonoses (ex : peste).

Actions effectuées

Cette priorisation a servi de base au programme d'actions de l'InVS sur les zoonoses non alimentaires. Certaines actions n'étant pas du ressort de l'InVS (informations grand public) ont été réalisées par d'autres organismes (Direction générale de la santé, Afssa, Mutualité sociale agricole, etc.). D'autres actions sont apparues secondairement non pertinentes (étude sérologique autour d'un cas d'infection grave à virus West Nile), ou non faisables (synthèse des données d'abattoirs d'hydatidose).

En revanche, l'évolution de certaines pathologies où le contexte local ont nécessité de développer des actions non prévues (« guide charbon » et fiches « biotox », etc.).

Toutes ces actions sont résumées dans le tableau 2 (page 198) avec renvoi sur les rapports et publications qui les détaillent.

CONCLUSION

Cette expérience de définition des priorités parmi les zoonoses non alimentaires, nécessaire pour identifier les actions à développer dans ce nouveau domaine d'activité, a montré l'importance d'intégrer, dès le début du processus, des intervenants de la santé publique humaine et animale. Cette démarche est essentiellement évolutive et le groupe de travail poursuit sa démarche.

RÉFÉRENCES

- [1] Valenciano M. Définition de priorités dans le domaine des zoonoses non alimentaires 2000-2001. InVS, Janvier 2002. (http://www.invs.sante.fr/publications/2002/def_priorite_zoonoses/index.html).
- [2] Rapport sous presse.
- [3] Vaillant V. Séroprévalence humaine autour des foyers porcins de brucellose à *Brucella suis* biovar 2, France, 1993-2003. InVS, février 2005. (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/brucellose_210305/index.html).
- [4] Le Strat Y, Baranton G, Postic D, Capek I. Méthodes statistiques pour la détection temporelle d'événements inhabituels : application à la surveillance de la leptospirose en France. Journées scientifiques

Tableau 2

Actions proposées lors de la priorisation et réalisation des actions. Définition de priorités et actions réalisées, zoonoses non alimentaires, 2000-2005

Maladies	Propositions d'actions de la priorisation		Actions supplémentaires réalisées
	Actions recommandées	Actions réalisées	
Brucellose	Création d'un CNR et centralisation des souches animales et humaines au CNR	Réalisée (CNR ²)	Guide d'investigation (Biotox ³)
	Relance de la DO ¹ et détermination des facteurs de risque de la brucellose humaine en France	Réalisée [2]	
	Investiguer les cas groupés (guide - InVS)	Différé (pas d'identification de cas groupés)	
	Investigation autour des foyers animaux de <i>B.suis</i> biovar 2	Réalisée [3]	
Échinococcose alvéolaire	Études Échinococcose des chiens et des chats	En cours (ERZ ⁴)	Surveillance par FrancEchino (cf p 206)
	Information des médecins	Réalisée	
	Information du grand public	Réalisée : site (DGS ⁵) + plaquettes	
	Étude cas-témoins	Différée	
Échinococcose uniloculaire	Centralisation des données des abattoirs	Différée (DGA ⁶)	Renforcement du système de surveillance de la grippe (cf p 208)
	Enquête pour estimer le nombre de cas humains en France	Protocole en cours (FrancEchino + InVS)	
Grippe aviaire			
Leptospirose	Mise en place d'un système d'alerte humain	Réalisée en cours de mise en œuvre (CNR ² + InVS : [4])	Étude d'incidence en Aquitaine (cf p 199) Information grand public (Site DGS ⁵)
	Investiguer les cas humains groupés	Réalisé [5]	
	Information des médecins	Réalisée : prévention de la leptospirose [6]	
	Détermination des facteurs de risque de la leptospirose en France métropolitaine	Réalisée [7]	
	Surveillance aux Antilles	En cours (Cire)	
	Étude sur la leptospirose porcine aux Antilles	Différée (Cirad ⁶)	
Maladie de Lyme	Documenter la situation de la leptospirose à la Réunion	En cours (Cire)	Étude d'incidence (Limousin et Rhône-Alpes, cf p 201)
	Création d'un CNR ²	A réaliser	
	Création d'un réseau de laboratoires	En cours par le CNR	
	Système de surveillance en Alsace	Réalisée [8]	
	Information des médecins	Réalisée : Alsace, Limousin, Rhône-Alpes	
	Information du grand public	Réalisée : site (DGS ⁵)	
Mycobactérioses	Enquête de prévalence chez les forestiers	Réalisée (CCMSA ⁷ : rapport en cours)	Études en cours (CNR cf p 201)
	Liaison avec la surveillance des tiques	Études en cours (CNR cf p 201)	
	Enquête auprès des laboratoires sur les pratiques et les souches isolées	Réalisée (CCMSA ⁷ : rapport en cours)	
Psittacose	Élaboration d'un guide d'investigation autour de contacts humains de foyers d'animaux de compagnie	Réalisée (CCMSA ⁷ : rapport en cours)	Études en cours (CNR cf p 201)
	Étude sérologique sur les salariés du secteur avicole	Réalisée (CCMSA cf p 204)	
	Surveillance Pays de la Loire et Bretagne	Différée	
Rage	Développement expertise <i>C. psittaci</i>	En cours (CNR)	Conduite à tenir dans l'entourage d'un cas humain [9] Investigation autour d'un cas de rage canine importé [10] Information grand public (Site DGS ⁵)
	Évaluation du coût/bénéfice de l'analyse des têtes animales et évaluation traitement	Différée (DGS)	
	Améliorer la surveillance des chiroptères	Réalisé (Afssa)	
Toxoplasmose	Information sur la rage des chiroptères	Réalisée : Recommandations du CSHPF aux personnes régulièrement exposées à la rage des chiroptères [11]	Création d'un CNR ²
	Évaluation économique du programme de dépistage	Réalisation différée (DGS)	
	Estimation des séroconversions femmes enceintes, fœtus contaminés	Réalisée (enquête séroprévalence périnatale, rapport en cours)	
Fièvre West Nile	Étudier la faisabilité d'autres sources de données : ophtalmologistes, registre malformations	Estimation nombre de toxoplasmose congénitale	Étude de séroprévalence chez des donneurs de sang [13] Information grand public (Site DGS ⁵)
	Surveillance des cas cliniques humains et équin, aviaire	Réalisée : Pourtour méditerranéen et Antilles [12]	
Charbon	Étude de séroprévalence autour d'un cas humain confirmé	Évaluation de pertinence et de faisabilité : non pertinent	Création d'une DO ¹ + Investigation de chaque cas (biotox) Création d'un CNR ² Guide d'investigation (Biotox ³) Guide de recommandation pour la lutte contre le charbon humain et animal [14]
Encéphalite à tiques	Information des médecins (DGS)	Réalisée	Investigation dans la Drôme [15] et dans la vallée de Chamonix [16] Information grand public (Site DGS ⁵)
	Enquête de prévalence chez les forestiers	Réalisée, (CCMSA ⁷ : rapport en cours)	
Fièvre Q	Information du grand public (DGS)	Réalisée (Site DGS)	Investigation dans la Drôme [15] et dans la vallée de Chamonix [16] Information grand public (Site DGS ⁵)
	Définir cahier de charges du CNR ² (DGS + InVS)	Réalisée	
Hantavirus (FHSR)			Investigation 2003 [18]
	Cahier de charges du CNR ²	Réalisée	
	Information grand public	Réalisée (Site + plaquettes DGS)	
	Information des médecins	Réalisée (Site DGS)	
Leishmaniose viscérale	Mise en place d'un système de surveillance national	Réalisée après évaluation du système (CNR + InVS : [17])	Information grand public (Site DGS ⁵)
	Guide d'investigation	Différé (InVS)	
Infection à <i>Streptococcus suis</i>	Étude sur les facteurs de risque de la leishmaniose du chien (CNR + InVS)	Réalisée	Information grand public (Site DGS ⁵)
	Évaluation des résultats du CNR ²	Réalisé	
Tularémie	Information des médecins	Différé	Création d'une DO ¹ + Investigation de chaque cas (biotox) [19] Création d'un CNR ² Guide d'investigation (Biotox ³) Investigation de cas groupés [20] Information grand public (Site DGS ⁵)
	Recensement et suivi des souches	Réalisée (CNR ²)	

¹ Les maladies à déclaration obligatoire : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo> - ² Listes et missions des CNR <http://www.invs.sante.fr/display?doc=surveillance/cnr/index.htm>³ Guide d'investigation Biotox : http://www.invs.sante.fr/publications/guides_biotox/index.html - ⁴ Entente rage et zoonoses - ⁵ Site du ministère de la santé sur les zoonoses : <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/zoonose/sommaire.htm>⁶ Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement - ⁷ Caisse centrale de mutualité sociale agricole

- de l'Institut de veille sanitaire, 7 et 8 décembre 2004. Résumés des communications orales : méthodes en épidémiologie. (http://www.invs.sante.fr/publications/2004/js_2004/methodes_epidemiologie.pdf).
- [5] Capek I, Vaillant V. Leptospirose en France métropolitaine. Été 2003. InVS, mai 2004. (<http://www.invs.sante.fr/publications/2004/leptospirose/index.html>).
- [6] CSHPF. Avis relatif aux recommandations pour la prévention de la leptospirose en cas d'activité professionnelle à risque et Nouvelles recommandations relatives à la prévention du risque chez les personnes exposées à la leptospirose. 18 mars 2005. (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a_mt_180305_leptospirose_prof_def.pdf et http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/r_mt_180305_leptospirose.pdf).
- [7] Nardone A, Campèse C, Capek I. Les facteurs de risques de leptospirose en France métropolitaine. Une étude cas-témoin, juillet 1999-février 2000. InVS, décembre 2002.
- [8] La maladie de Lyme. Données du réseau de surveillance de la maladie en Alsace. Mars 2001 - Février 2003. Cire Est. InVS mars 2005. (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/lyme_alsace/index.html).
- [9] CSHPF. Recommandations relatives à la conduite à tenir dans l'environnement d'un cas de rage humaine. Juin 2004. (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/r_mt_180604_ragehumaine.pdf).
- [10] Servas V, Mailles A, Neau D, Castor C, Manetti A, Fouquet E, Ragnaud JM, Bourhy H, Paty MC, Melik N, Astoul J, Cliquet F, Moiton MP, François C, Coustillas M, Minet JC, Parriaud P, Capek I, Filleul L. Importation d'un cas de rage canine en Aquitaine : recherche et prise en charge des contacts à risque, août 2004-mars 2005. Euro Surveill 2005; 10(11):222-5. (<http://www.eurosurveillance.org/em/v10n11/1011-125.asp>).
- [11] CSHPF. Recommandations concernant les personnes régulièrement exposées au virus de la rage des chauves souris en France Métropolitaine. 14 janvier 2005. (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/r_mt_140105_rage.pdf).
- [12] La surveillance des infections à virus West Nile en France, 2001-2003 in Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003. <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/index.html>
- [13] Charrel RN, de Lamballerie X, Durand JP, Gallian P, Attoui H, Biagini P, De Micco P. Related. Prevalence of antibody against West Nile virus in volunteer blood donors living in southeastern France. Transfusion. 2001; 41:1320-1.
- [14] Recommandations pour la surveillance et la lutte contre le charbon animal et humain. Guide méthodologique. InVS juin 2005. (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/guide_charbon/guide_charbon.pdf).
- [15] Saviuc P, Vaillant V, Valenciano M, Capek I. Investigation sur des cas groupés de fièvre Q. Montoisson (Drôme). InVS août 2003. (http://www.invs.sante.fr/publications/2003/fievre_q/index.html).
- [16] Rey S, Dennetiere G, Rousset E, Aubert M, Struggar S, Languille J, Tissot-Dupont H, Vaillant V. Epidémie de fièvre Q dans la vallée de Chamonix (Haute-Savoie), juin-septembre 2002. InVS juin 2005. (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/fievre_q_chamonix/index.html).
- [17] Deshayes F, Fradet MR, Schmitt M. Surveillance de la fièvre hémorragique avec syndrome rénal (FHSR) octobre 2001-décembre 2002. InVS, novembre 2003. (http://www.invs.sante.fr/publications/2003/fhsr/rapport_fhsr.pdf).
- [18] Mailles A, Vaillant V, Haeghebaert S, Fradet MR, Capek I, Zeller H. Recrudescence des Infections à Hantavirus, France 2003. Médecine et Maladies Infectieuses 2005; 35: 68-72.
- [19] Mailles A, Vaillant V. Surveillance de la tularémie chez l'Homme en France en 2003 et 2004. InVS, octobre 2005. (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/tularemie_france_2003_2004/rapport_tularemie.pdf).
- [20] Siret V, Barataud D, Vaillant V, Capek I. Cas groupés de tularémie, Vendée, août 2004. InVS, septembre 2005. (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/tularemie_vendee/index.html).

Étude descriptive et prospective de l'incidence de la leptospirose en Aquitaine, 2004-2006

Christine Castor (christine.castor@sante.gouv.fr), Véronique Servas

Institut de veille sanitaire, Cellule interrégionale d'épidémiologie, Bordeaux

INTRODUCTION

La leptospirose est une zoonose largement répandue dans le monde, due à la bactérie *Leptospira interrogans*, actuellement regroupée en 23 sérogroupes. En France métropolitaine, elle touche 300 à 400 personnes par an, soit une incidence annuelle de 0,4 à 0,5/100 000 habitants [1]. L'Aquitaine est une des régions métropolitaines où l'incidence est régulièrement une des plus élevées [2,3]. Durant l'été 2003, le département de la Dordogne a par ailleurs connu une recrudescence de cas par rapport aux années antérieures [2]. En France, la leptospirose est reconnue comme maladie professionnelle mais ne fait plus l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1986. Sa surveillance épidémiologique repose actuellement sur les demandes de sérologie faites au Centre national de référence des leptospires (CNRL). Cette surveillance, bien que non exhaustive, permet de suivre les tendances temporelles. En 2004, la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) d'Aquitaine, en collaboration avec l'Institut de veille sanitaire (InVS), a mis en place une étude prospective et descriptive de l'incidence de la leptospirose en Aquitaine pour une période d'au moins deux ans. Cette étude a pour objectifs d'améliorer le recensement et la caractérisation des cas, de détecter et d'investiguer les cas groupés et d'évaluer la faisabilité et la pertinence d'un passage de la leptospirose en maladie à déclaration obligatoire (MDO).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un cas a été défini comme toute personne résidant de manière permanente ou temporaire dans l'un des cinq départements d'Aquitaine (Dordogne, Gironde, Landes, Pyrénées-Atlantiques, Lot-et-Garonne) entre juin 2004 et décembre 2006, et présentant des signes cliniques évocateurs de leptospirose : fièvre $\geq 38,5^\circ\text{C}$ avec

syndrome algique et notion d'exposition à une source possible de contamination pendant les 20 jours précédant l'apparition de la fièvre. Plusieurs définitions de cas ont pu être déclinées. En fonction des résultats sérologiques, les cas ont été classés en cas confirmés, cas probables et cas suspects (tableau 1).

Tableau 1

Définition des cas de leptospirose, Aquitaine, 2004-2006

Toute personne résidant de manière permanente ou temporaire dans l'un des cinq départements d'Aquitaine entre juin 2004 et décembre 2006 et présentant des signes cliniques évocateurs de leptospirose : fièvre $\geq 38,5^\circ\text{C}$ avec syndrome algique et notion d'exposition à une source possible de contamination pendant les 20 jours précédant l'apparition de la fièvre.

Cas suspect

Absence de confirmation biologique.

Cas probable

Une sérologie par test de micro-agglutination (MAT) positif avec un titre $\geq 1/100$ (excepté l'antigène Patoc) et présence d'IgM (ELISA) à un titre $\geq 1/800$.

Cas confirmé

Une culture ou une PCR positive ou une sérologie par MAT positive avec soit une augmentation significative du titre entre 2 prélèvements à au moins 2 semaines d'intervalle, soit un titre unique $\geq 1/800$ dans un des sérogroupes pathogènes (pour le séro groupe Grippotyphosa, un seul titre $\geq 1/100$ en MAT à au moins 2 semaines du début des signes, pour les sérogroupes Panama et Australis, un seul titre $\geq 1/200$ en MAT à au moins 2 semaines du début des signes*.

*Les anticorps spécifiques ne sont décelables que 8-10 jours après l'apparition de la fièvre.