

## Le point sur les Maladies à Déclaration Obligatoire dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie en 2004

Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales  
du Nord, du Pas-de-Calais, de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme  
Synthèse réalisée par la Cellule InterRégionale d'Epidémiologie du Nord-Pas-de-Calais Picardie

### « Déclarer-agir-prévenir »

#### Eradiquer la rougeole d'ici 2010

#### Maladies à déclaration obligatoire (février 2005)

**Botulisme**  
**Brucellose**  
**Charbon**  
**Choléra**  
**Diptérie**  
**Fièvres hémorragiques africaines**  
**Fièvre jaune**  
**Fièvre typhoïde et paratyphoïde**  
**Hépatite B aiguë**  
**Infection Invasive à Méningocoque (IIM)**  
**Infection à VIH**  
**Légionellose**  
**Listériose**  
**Paludisme autochtone**  
**Paludisme d'importation**  
**Peste**  
**Poliomyélite**  
**Rage**  
**Rougeole (2005)**  
**Saturnisme de l'enfant mineur**  
**Sida**  
**Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob**  
**Tétanos**  
**Toxi-Infection Alimentaire Collective**  
**Tuberculose**  
**Tularémie**  
**Typhus exanthématique**  
**Orthopoxviroses dont la Variole**

**En 2005**, la rougeole est redevenue une **maladie à déclaration obligatoire** (décret n° 2005-162 du 17 février).

En France, la vaccination, pratiquée depuis 1983, a permis de diminuer de 98,5% le nombre de cas annuels de rougeole (4 500 cas estimés en 2004), mais la couverture vaccinale chez les enfants à 2 ans stagne autour de 85% depuis quelques années, ce qui est insuffisant pour éradiquer la maladie.

La rougeole survient de plus en plus chez des enfants qui ont grandi sans rencontrer le virus ni avoir été vaccinés (62% des cas avaient plus de 10 ans en 2002). Or le risque de complications et de décès est plus important notamment chez les plus de 20 ans (risque d'encéphalite aiguë). Par ailleurs, il existe une disparité dans la couverture vaccinale entre les départements, avec une plus faible couverture dans le sud du pays. Ces zones constituent des poches de populations réceptives pouvant favoriser la survenue d'épidémies (épidémie de rougeole de 259 cas en région PACA en 2003).

La déclaration obligatoire de la rougeole repose sur un double circuit, signalement par les cliniciens et par les biologistes, afin d'améliorer l'exhaustivité de l'information. Cette nouvelle surveillance et un calendrier vaccinal systématisé devraient permettre d'atteindre, d'ici 6 ans, une incidence de la rougeole en France inférieure à un cas annuel par million d'habitants, en excluant les cas importés.

☞ Ce document a pour vocation de retourner, sous une forme synthétique, les données de surveillance régionale à ceux qui les produisent et qui en ont besoin pour renforcer les actions de prévention au niveau local, départemental ou régional. Il a été réalisé à partir des données de surveillance fournies par l'Institut de Veille Sanitaire et les Ddass (signalements d'IIM).

☞ Les données nationales plus détaillées peuvent être consultées sur le site de l'Institut de Veille Sanitaire à l'adresse suivante : [www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm)

☞ Toute demande d'information complémentaire peut être adressée à la Cire à l'adresse suivante : [dr59-cire-nord@sante.gouv.fr](mailto:dr59-cire-nord@sante.gouv.fr)

#### A qui déclarer ? ▶ au Médecin Inspecteur de Santé Publique de votre département

• Semaine ▶ appeler la Ddass		• WE et jours fériés ▶ appeler la Préfecture pour contacter la personne d'astreinte		
Nord	Tél : 03 20 18 34 86	Fax : 03 20 18 34 78	Nord	Tél : 03 20 30 59 59
Pas-de-Calais	Tél : 03 21 60 30 58	Fax : 03 21 60 30 04	Pas-de-Calais	Tél : 03 21 21 20 00
Aisne	Tél : 03 23 21 52 44	Fax : 03 23 79 10 31	Aisne	Tél : 03 23 21 82 82
Oise	Tél : 03 44 06 48 52	Fax : 03 44 06 47 90	Oise	Tél : 03 44 06 12 34
Somme	Tél : 03 22 89 88 60	Fax : 03 22 45 08 39	Somme	Tél : 03 22 97 80 80

## Infections à VIH au 30/09/2004

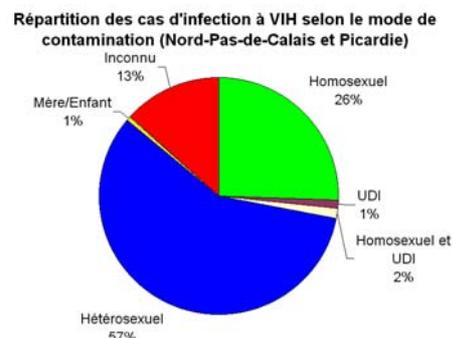
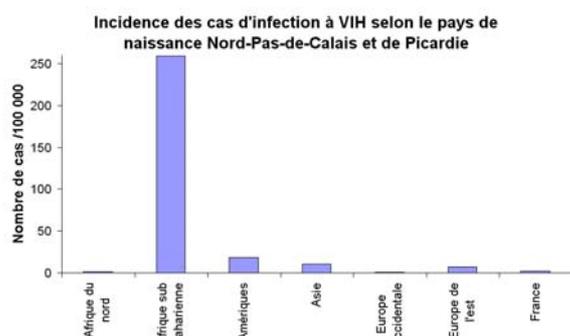
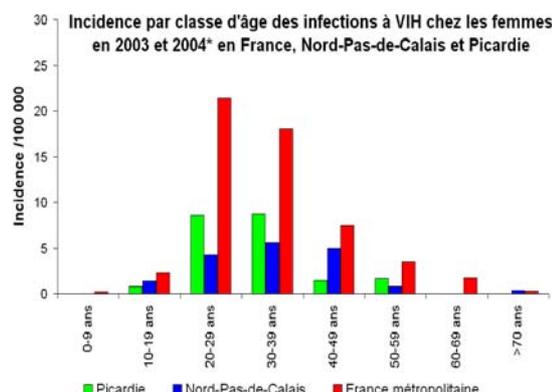
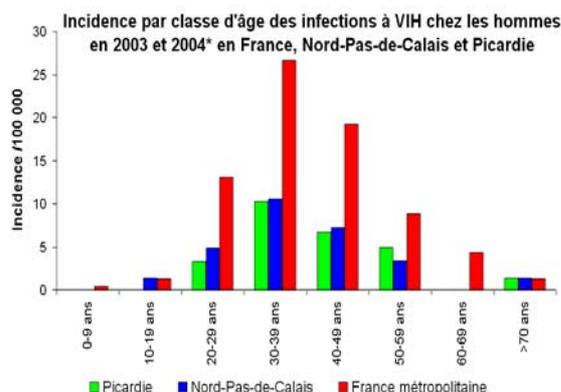
### Critères de notification de l'infection à VIH

▶ adultes et enfants de plus de 13 ans : toute sérologie VIH confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire hors CDAG

▶ enfants de moins de 18 mois nés de mère séropositive : 2 résultats positifs sur deux prélèvements différents pour un des examens suivants : culture virale, PCR, antigénémie p24

▶ 18 mois à 13 ans : sérologie positive confirmée

- De février 2003 (date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH) à septembre 2004, 188 cas d'infection à VIH ont été notifiés dans les 2 régions : 127 cas dans le Nord-Pas-de-Calais (NPdC), 61 en Picardie.
- Le sexe ratio H/F était de 1,5 (112/76).
- La classe d'âge la plus touchée était celle des 30-39 ans (38,3% des cas).
- la majorité des cas (53 %) sont nés en France (incidence  $1,8/10^5$ ) mais l'incidence la plus élevée est retrouvée chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ( $260/10^5$ ) (figure).
- Les contaminations hétérosexuelles sont prédominantes dans les 2 régions (NPdC 53%, Picardie 68%, France entière 56%), devant les contaminations homosexuelles (NPdC 31,5%, Picardie 13%, France 22%), et la contamination chez les usagers de drogues



intraveineuses (NPdC 1,6%, Picardie 0%, France 2,2%) (figure).

- Le test virologique de diagnostic d'infection récente (< 6 mois) a été réalisé chez 65% des cas notifiés. La proportion de contaminations récentes, équivalente dans les 2 régions, est similaire à celle observée en France (31,5%). Sur les 2 régions, 43% des contaminations homosexuelles correspondaient à des infections récentes (50% dans le NPdC, 17% en Picardie) alors que l'analyse met en évidence un dépistage tardif des contaminations hétérosexuelles avec seulement 23% d'infections récentes (tableau).

	NPdC	Picardie	France entière
% testés	55%	87%	69%
Contaminations récentes (< 6 mois)	30%	28%	31,5%
Contaminations homosexuelles récentes	50%	17%	51%
Contaminations hétérosexuelles récentes	17,5%	29%	25%

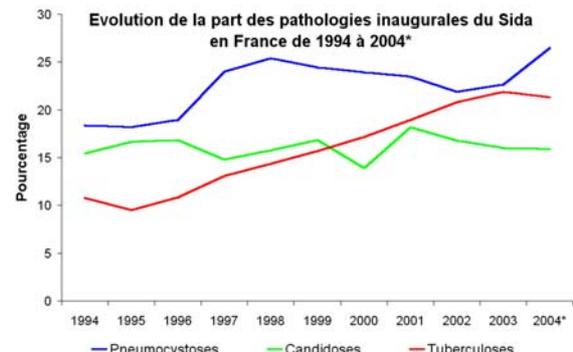
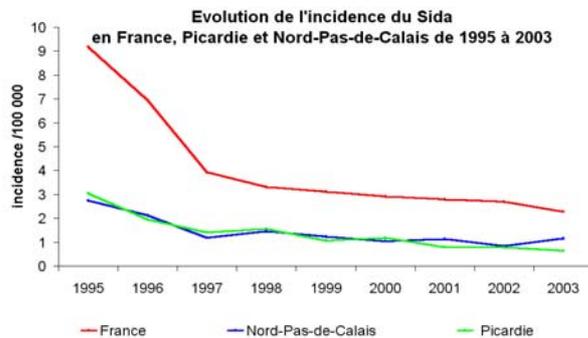
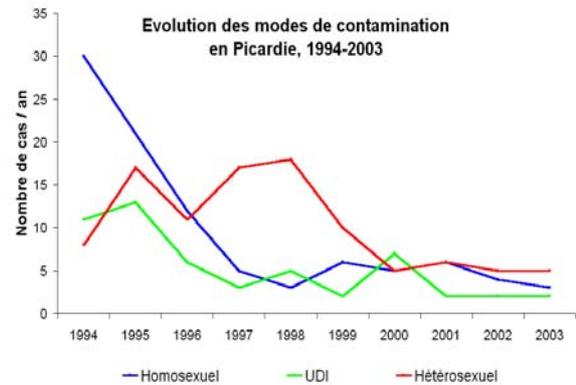
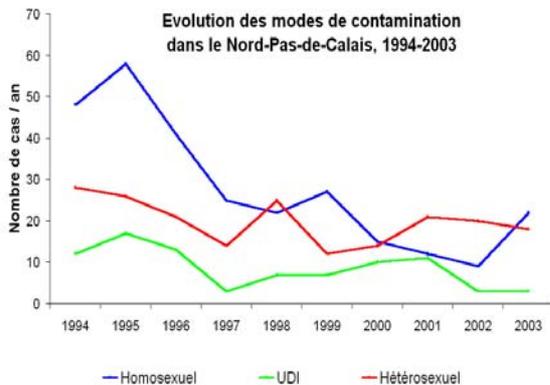
## Situation du Sida au 30/09/2004\*

\*données 2004 non consolidées

- Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et le 30 septembre 2004, 71 nouveaux cas de SIDA ont été déclarés dans le Nord-Pas-de-Calais (54 dans le Nord, 17 dans le Pas-de-Calais) et 14 cas en Picardie (4 dans l'Aisne, 10 dans l'Oise) (figure).
- L'incidence de la maladie dans les deux régions est inférieure à l'incidence nationale ( $2,3/10^5$  en France en 2003,  $1,2/10^5$  dans le NPdC et  $0,6/10^5$  en Picardie).
- Le sexe ratio H/F est de 3,25 (65/20).
- La classe d'âge la plus fréquemment touchée en France et dans les deux régions est celle des 30-39 ans (41% des cas dans les deux régions, moyenne nationale 44%), devant celle des 40-49 ans (23%).
- 61% des cas du NPdC et 57% des cas de Picardie connaissaient déjà leur séropositivité au moment du diagnostic du Sida. Parmi eux, 65 % des cas du NPdC et 75% des cas de Picardie bénéficiaient déjà d'un traitement anti-rétroviral.

- Les pathologies inaugurales les plus fréquentes étaient : pneumocystose (26%), tuberculose (19%) et candidoses œsophagiennes (16%). Ces 10 dernières années, la tuberculose est en augmentation parmi les pathologies inaugurales du Sida (figure).
- Les contaminations hétérosexuelles prédominent en Picardie (43% en Picardie ) alors que les contaminations

homosexuelles sont devenues prédominantes en 2003 dans le NPdC (42%). Les contaminations chez les usagers de drogues intraveineuses (UDI) restaient stables (6 cas dans le NPdC, 3 cas en Picardie) (figure).



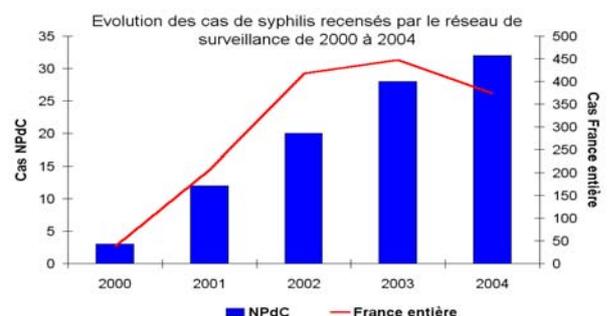
## Le point sur la surveillance de la syphilis dans la région Nord-Pas-de-Calais depuis 2000

La déclaration obligatoire de la syphilis a été levée en 2000 en raison de la quasi-disparition de la maladie. Mais une recrudescence des cas observée en Ile-de-France a justifié la mise en place fin 2000 d'un réseau d'une surveillance reposant sur un réseau volontaire de centres de dépistage et des cliniciens. La région Nord-Pas-de-Calais participe à ce réseau. La résurgence de la maladie, ainsi que l'augmentation de la fréquence d'autres IST (lymphogranulomatose vénérienne, urétrites, herpès génital), sont d'autant plus problématiques qu'elles constituent des facteurs de risque de transmission du VIH, et signent un relâchement dans la protection des rapports sexuels.

- 103 cas ont été signalés de 2000 à juin 2005: 78 cas dans le Nord et 13 dans le Pas-de-Calais. Le nombre de cas a été multiplié par 10 depuis 4 ans dans la région (figure).
- Il s'agissait de 24 syphilis primaires, 54 syphilis secondaires, et 25 syphilis latentes précoces.
- 97% des cas étaient de sexe masculin.
- L'âge moyen des cas était de 36,9 ans [min-max : 18-59].
- L'origine de la contamination était homo/bisexuelle dans 83,5% des cas (n=86) et hétérosexuelle dans 16,5% des cas.
- 61% des cas étaient co-infectés par le VIH et 87% d'entre eux connaissaient leur statut VIH avant le diagnostic de syphilis.
- Pour 15% des cas (n=16), une autre IST a été diagnostiquée en même temps que la syphilis : VIH (n=8), herpès génital (n=3), chlamydie (n=2), lymphogranulomatose vénérienne (n=2) et hépatite B (n=1)

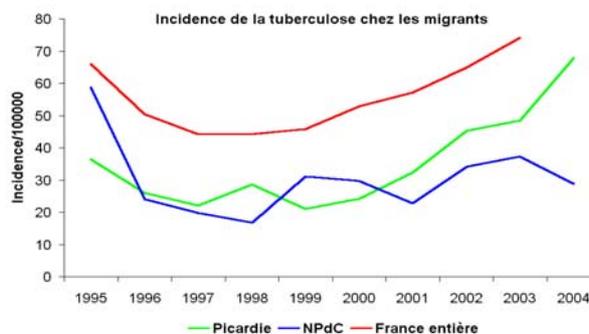
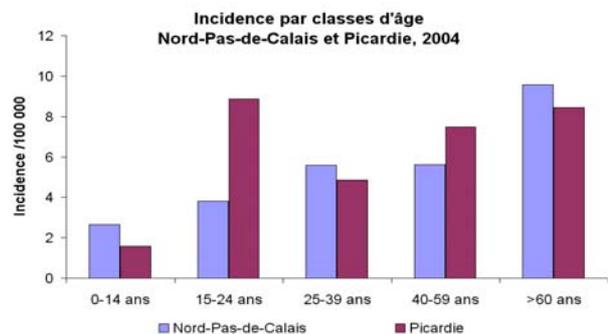
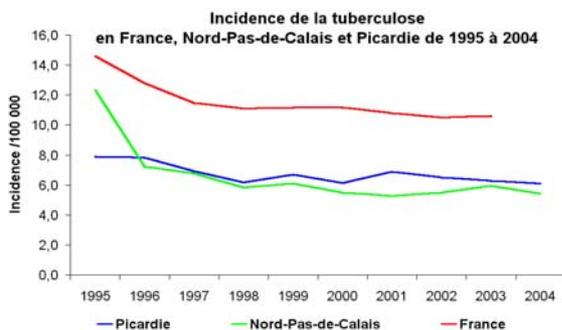
### Caractéristiques de la syphilis en fonction du stade BEH(2001) n°35-36

Stade	Manifestations cliniques et particularités
Syphilis primaire	Chancre : érosion indurée et indolore. 10 à 100 jours après contamination. Spontanément régressif
Syphilis secondaire	Roséole : éruption maculeuse Syphilides papuleuses Evolution par poussées entrecoupées de phases asymptomatiques. Spontanément régressif
Syphilis latente précoce	Asymptomatique Sérologie positive de moins de 1 an



## Tuberculoses notifiées en 2004

- En 2004, 218 cas ont été déclarés dans le Nord-Pas-de-Calais (141 dans le Nord, 77 dans le Pas-de-Calais), 114 ont été déclarés en Picardie (29 dans l'Aisne, 56 dans l'Oise, 29 dans la Somme).
- L'incidence de la tuberculose était de  $5,43/10^5$  dans le NPdC, et  $6,10/10^5$  en Picardie. Elle est stable dans les deux régions depuis 2000 et reste inférieure à l'incidence nationale ( $10,6/10^5$  en 2003) depuis 10 ans (figure).
- Le sexe ratio H/F est de 1,6 dans le NPdC et 2,6 en Picardie.
- L'incidence augmente avec l'âge, variant de  $2,3/10^5$  chez les moins de 15 ans, à  $9,2/10^5$  chez les plus de 75 ans; on note toutefois un pic d'incidence à  $8,9/10^5$  chez les 15-24 ans en Picardie. Chez les personnes nées en Afrique, l'incidence est maximale dans la classe d'âge des 15-24 ans (figure).
- Les personnes nées en France représentaient 63,6% des cas (incidence  $3,8/10^5$ ), mais l'incidence la plus élevée était retrouvée chez les personnes originaires de pays d'Afrique sub-saharienne ( $170/10^5$ ) et du Maghreb ( $29,3/10^5$ ).
- L'incidence de la tuberculose autochtone est en constante diminution alors que l'incidence chez les personnes nées à l'étranger a subi, ces 5 dernières années, une augmentation très importante en Picardie, plus modérée en NPdC (figure).
- 327 cas étaient des tuberculoses maladie et 5 cas étaient des primo-infections, âgés de 2 à 9 ans. 75% des cas avaient une forme pulmonaire et 25% des localisations extra pulmonaires isolées. 5 cas, âgés de 22 à 82 ans, ont présenté une forme méningée, associée à une localisation pulmonaire pour 2 d'entre eux.
- 61% des formes pulmonaires étaient bacillifères (BAAR+)
- 41 cas (12,3%) vivaient en collectivité (établissements, foyers, hôpitaux), 11 cas (3,3%) avaient une profession à caractère sanitaire et social, et 7 cas (2,1%) étaient sans domicile fixe.
- Aucun décès n'a été signalé.



## Cas de saturnisme infantile notifiés en 2004

**Définition de cas :** première plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l dont a eu connaissance le médecin prescripteur pour un enfant mineur.

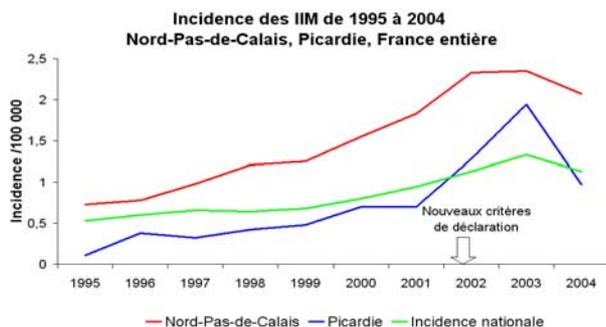
- 59 nouveaux cas de saturnisme infantile ont été signalés dans les 2 régions en 2004 : 47 dans le Nord, 10 dans le Pas-de-Calais, 2 dans l'Oise, et aucun dans l'Aisne et la Somme.
  - ▶ **Nord :** 37 des 47 cas ont été dépistés dans le cadre d'une action de dépistage dans des immeubles insalubres et construits avant 1948, et 10 cas lors de la campagne de dépistage organisée autour des sites pollués de CEAC (Lille) et Metaleurop-Umicore (Noyelles-Godault) .
  - ▶ **Pas de Calais :** 9 cas sur 10 ont été dépistés lors de la campagne de dépistage organisée autour du site pollué de Metaleurop-Umicore (Noyelles-Godault).
  - ▶ **Oise :** origine de la contamination non identifiée dans les 2 cas.
- L'âge moyen des cas dans le NPdC était de 3,6 ans [min-max : 3 mois-15 ans] ; dans l'Oise, les cas étaient âgés de 2 et 4 ans.
- Les plombémies au moment du dépistage des cas dont la contamination était liée à l'habitat variaient de 102 à 1980 µg/l [médiane: 150]. Les cas dépistés à proximité des sites industriels pollués avaient des plombémies variant de 102 à 195 µg/l [médiane : 118].
- 39% des cas dépistés en 2004 ont vu leur plombémie normalisée dans un délai médian de 5 mois après le dépistage [min-max :1-14] et 47,5% des plombémies sont restées supérieures à 100 µg/l. 45% des cas liés à l'habitat se sont normalisés vs 32% des cas dépistés à proximité d'un site industriel pollué (n=6). Il est donc recommandé de surveiller l'évolution de la plombémie tous les 3 à 6 mois après le dépistage d'un cas.

# Infections invasives à méningocoques (IIM) signalées en 2004

- En 2004, 83 cas d'IIM ont été signalés dans le Nord-Pas-de-Calais (50 dans le Nord, 33 dans le Pas-de-Calais), et 18 cas en Picardie (8 dans l'Aisne, 5 dans l'Oise et 5 dans la Somme).

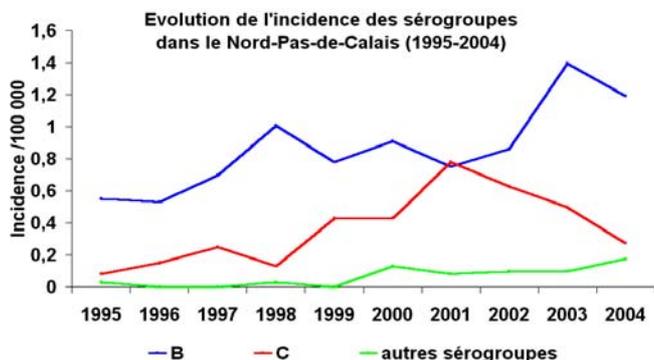
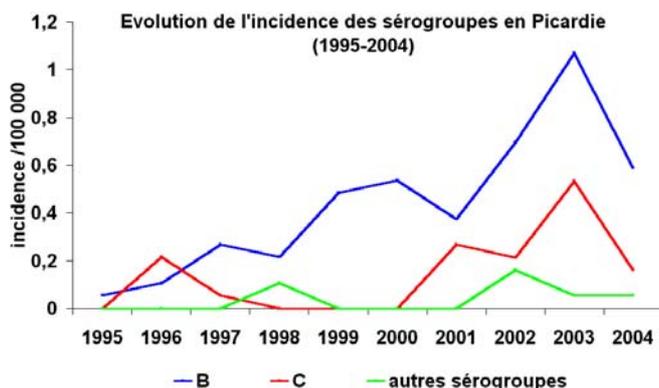
- NPdC** : l'incidence des IIM est en diminution en 2004 ( $2,06/10^5$ ) mais demeure très supérieure à l'incidence nationale ( $1,13/10^5$ ) depuis dix ans.

**Picardie** : après une augmentation importante observée en 2002 et 2003, l'incidence en 2004 ( $0,96/10^5$ ) redevient inférieure à l'incidence nationale (figure+tableau).



Incidence/10 <sup>5</sup>	2002	2003	2004
<b>Nord</b>	2,35	2,15	1,95
<b>Pas de Calais</b>	2,29	3,12	2,28
<b>Aisne</b>	1,31	1,68	1,49
<b>Oise</b>	1,15	1,3	0,64
<b>Somme</b>	1,4	3,05	0,9
<b>France</b>	1,13	1,33	1,13

- Les infections dues au sérotype B prédominent dans les deux régions (58,4 % des cas). Leur incidence, en diminution dans les 2 régions, était de  $1,20/10^5$  en NPdC et  $0,59/10^5$  en Picardie en 2004. Les infections dues au sérotype C, également en diminution, représentaient 14% des cas, avec une incidence de  $0,27/10^5$  en NPdC et  $0,16/10^5$  en Picardie. Les autres sérotypes, W135 (3), A (1), et autres sérotypes (4), représentaient 8% des cas. 20% des cas n'étaient pas groupés (figures).



- 85% des cas dans les deux régions avaient moins de vingt ans. L'incidence la plus élevée était retrouvée chez les moins de 5 ans ( $18,7/10^5$  dans le NPdC,  $6,4/10^5$  en Picardie), particulièrement chez les nourrissons <1an qui représentaient 40% des cas <5 ans.
- La létalité était de 6% (5/83) dans le NPdC et 11% (2/18) en Picardie.
- 72% des cas ont présenté des formes purpuriques : taches purpuriques (39 cas) et *purpura fulminans* (34 cas). La proportion de cas avec *purpura fulminans* était de 37% dans le NPdC et 17% en Picardie (28% au niveau national en 2003). La létalité du *purpura fulminans* était de 15% (5/34).
- 76,5% des cas avec *purpura fulminans* ont bénéficié d'une antibiothérapie précoce (44% en France en 2003), et 29% des cas sans *purpura fulminans* en ont bénéficié (38,5% des cas avec *purpura cutané isolé*).
- Une antibioprofylaxie a été proposée pour l'entourage proche et/ou la collectivité de 99 cas sur 101. 3353 personnes ont été traitées (méd : 23, min-max : 6-173). Une vaccination a été réalisée pour l'entourage et/ou la collectivité autour de 16 cas : 285 personnes vaccinées (méd : 12,5, min-max : 4-51).

## Antibiothérapie d'urgence au domicile en cas de lésions purpuriques

Pr Francis Leclerc,  
Chef de Service de réanimation pédiatrique, CHRU de Lille

- Il est essentiel de rappeler qu'au domicile, devant l'association de signes infectieux ET, chez un enfant entièrement dénudé, d'un purpura (lésion ne s'effaçant pas à la vitro pression) comportant au moins un élément ecchymotique ou nécrotique de plus de 3 mm de diamètre:
- Il faut injecter immédiatement une première dose d'antibiotique approprié aux IIM, si possible par voie IV, sinon par voie IM<sup>1</sup>
- L'antibiotique recommandé est la **ceftriaxone (sans lidocaïne)**<sup>2</sup> à la posologie de 50 mg/kg chez le nourrisson et l'enfant sans dépasser 1 gramme et 1 à 2 grammes chez l'adulte
- Sachant que l'injection de lidocaïne est contre-indiquée quel que soit l'âge par voie IV et n'a pas d'AMM par voie IM avant l'âge de 30 mois, l'emploi de **ceftriaxone sans lidocaïne**, dans sa forme «1 gramme injectable», distribuée en pharmacie d'officine, est recommandé à la posologie suivante:

**CEFTRIAXONE sans lidocaïne**  
(flacons 1 gramme pour voies IV, IM)

POIDS Malade	POSOLOGIE	SOLVANT (eau ppi)*
10 kg	500 mg	5ml
15 kg	750 mg	7,5ml
> 20 kg	1 gramme	10ml

\* Par voie IM, le volume de solvant peut être divisé de moitié

- Il faut ensuite dans tous les cas transférer d'urgence le malade à l'hôpital si possible avec une équipe de SMUR et prévenir le service des urgences de l'hôpital qui accueillera le malade.

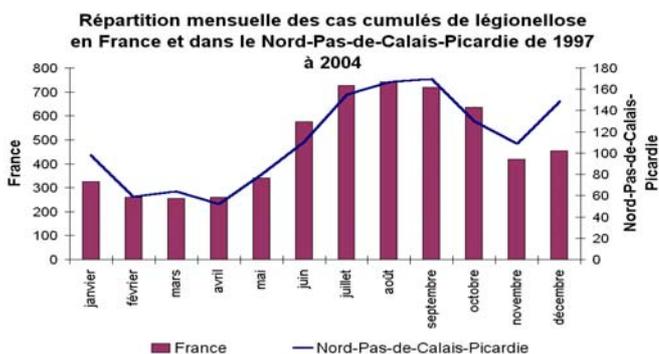
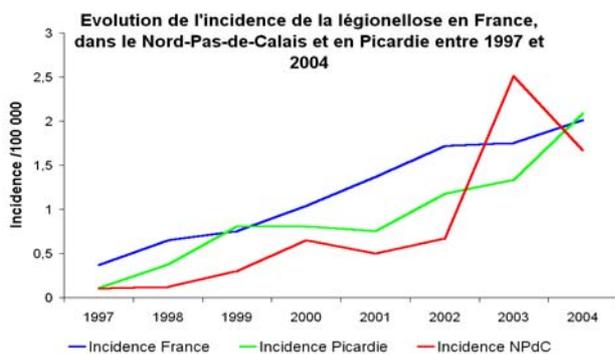
1 Circulaire N° DGS/SD5C/2002/400 du 15 juillet 2002 (modifiant la circulaire N° DGS/SD5C/2001/542)

2 Avis du CSHPF du 10 mars 2000

## Légionelloses notifiées en 2004

- 106 cas de légionelloses ont été déclarés dans le Nord-Pas-de-Calais et en Picardie, dont 34 dans le Pas-de-Calais, 33 dans le Nord, 18 dans l'Aisne, 11 dans la Somme et 10 dans l'Oise. On observe une augmentation de l'incidence de la maladie en France et dans ces deux régions depuis 1997 (figure).
- Avec 42% des cas survenant entre juin et septembre, la saisonnalité des cas en NPdC et Picardie est similaire à celle observée en France (figure).
- En 2004, l'incidence était de 1,7/10<sup>5</sup> dans le NPdC et 2,1/10<sup>5</sup> en Picardie. Le pic d'incidence observé en 2003 en NPdC était lié à l'épidémie du lensois.
- 100 cas étaient confirmés et 6 cas étaient probables. Le diagnostic était confirmé par la présence d'antigènes solubles urinaires dans 90% des cas (n=95), par isolement de *Legionella spp* dans 24,5% des cas (n=26), et par augmentation du titre d'anticorps (x4) dans 5,7% des cas (n=6).
- 91,5% des cas étaient dus à *Legionella pneumophila type 1* (LP1), 1 cas était dû à LP6, le sérotype des autres cas n'était pas précisé (diagnostic par titrage des anticorps).
- 78% des cas étaient des hommes (sexe ratio = 3,6), l'âge médian était de 59 ans [min-max : 23-98]. L'incidence la plus élevée était retrouvée dans la classe d'âge des 50-59 ans (26,4% des cas), puis chez les 70-79 ans (20% des cas).
- La létalité était de 15%.
- Un ou plusieurs facteurs favorisants ont été signalés chez 57,5% des patients :
  - tabagisme (40,6% des cas)
  - hémopathie (10,4%)
  - diabète (9,4%)
  - traitement immunosuppresseur (7,6% de cas, correspondant à une corticothérapie pour la moitié).
- Des expositions à risque dans les dix jours précédant le début des signes ont été retrouvées dans 45,3% des cas (48/106); 22 cas avaient contracté leur légionellose en dehors de leur région de résidence :
  - 19 cas étaient liés à l'épidémie de légionellose survenue dans le Pas-de-Calais fin 2003,
  - 21 cas avaient voyagé ou séjourné dans des hôtels ou campings dans les 10 jours précédant le début de la maladie,
  - 8 cas avaient effectué un séjour à l'hôpital ou en maisons de retraite dans les 10 jours précédant le début de la maladie.

Diagnostiquer rapidement une légionellose	Identifier une souche de légionelle
<p><b>Recherche d'antigène soluble urinaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rapide, accessible à tous, sensible et très spécifique</li> <li>• positif dès le début de la maladie et durant l'évolution (2 mois en moyenne), même sous antibiothérapie</li> <li>• ne permet de diagnostiquer que les infections à <i>Legionella pneumophila</i> sérotype 1 (90% des cas)</li> </ul> <p><b>A faire en ville dans un contexte épidémique ou échec au traitement par β-lactamines d'une pneumopathie.</b></p>	<p><b>Culture de prélèvement broncho-pulmonaire (LBA)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• demande spécifique au laboratoire (milieux de culture appropriés)</li> <li>• méthode parfois lente (3 à 10 jours) et résultats parfois négatifs par une antibiothérapie active contre la <i>Legionella</i></li> <li>• indispensable en cas d'épidémie pour aider à identifier la source de contamination</li> </ul> <p><b>A demander chaque fois que possible, même si l'antigénurie est positive car elle seule permet l'identification de la souche.</b></p>



## Références

- Calendrier vaccinal 2005 et autres avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatifs à la vaccination. *BEH* (2005) n°29-30
- I. Bonmarin, I. Parent du Châtelet, D. Lévy-Bruhl. La rougeole en France : impact épidémiologique d'une couverture vaccinale sub-optimale. *BEH* (2004) n°16 : 61-62
- C. Six, F. Franke, A. Pieyre, C. Zandotti, F. Freymuth, F. Wild et coll. Investigation de cas de rougeole en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur au cours du premier semestre 2003. *BEH* (2004) n°16 : 63-64
- Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice. Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003. *BEH* (2004) n°24-25 : 102-110.
- E. Couturier, A. Michel, AL. Basse-Guérineau, C. Semaille et les médecins participant au Réseau de surveillance de la syphilis. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. *BEH* (2004) n°3 : 9-12
- Numéro thématique : Le point sur la tuberculose. *BEH* (2005) n°17-18 : 65-84
- C. Campèse, S. Jarraud, D. Bitar, C. Maine, D. Che. Les légionelloses survenues en France en 2004. *BEH* (2005) n°26 : 129-32.
- PH. Miquel, S. Haeghebaert, D. Che, C. Campese, C. Guitard, T. Brigaud et coll. Épidémie communautaire de légionellose, Pas-de-Calais, France, novembre 2003-janvier 2004. *BEH* (2004) n°36-37 : 179-81
- A. Perrocheau. Les infections invasives à méningocoques en France, en 2003. *BEH* (2004) n°46 : 217-220
- P. Bretin, C. Lecoffre, G. Salines. Saturnisme de l'enfant mineur, une nouvelle dynamique pour la surveillance. *BEH* (2004) n°8 : 29-30.