

Maladies à déclaration obligatoire

Date de publication : 04.12.2025

ÉDITION CENTRE-VAL DE LOIRE

Les maladies à déclaration obligatoire en Centre-Val de Loire en 2024

Édito / Points-clés

A ce jour, en France, 38 maladies à déclaration obligatoire (MDO) font l'objet d'une surveillance nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. La leptospirose et la COVID-19 (uniquement la collecte et la transmission des résultats de dépistage par les laboratoires) sont les dernières maladies ajoutées à la liste en date, depuis 2023.

En région, l'Agence régionale de Santé (ARS) est chargée des mesures de gestion autour des signalements et la cellule régionale de Santé publique France assure un suivi en temps réel de ces maladies afin d'en caractériser leur évolution épidémiologique et d'apporter son expertise pour les investigations complexes.

En 2020, la mise en œuvre des mesures barrière dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 a eu un effet réducteur sur la survenue de plusieurs maladies infectieuses avec un retour à la normale voire, pour certaines, une surincidence observée sur les années suivantes.

Ce bulletin est consacré aux MDO signalées en région Centre-Val de Loire en 2024. Six d'entre elles font l'objet d'une analyse détaillée : la listériose, l'infection invasive à méningocoques, la leptospirose, l'hépatite A, les toxi-infections alimentaires collectives et la légionellose.

Dans la région, l'année 2024 marque un nouveau rebond dans la surveillance avec pas moins de 750 signalements adressés à l'ARS (hors COVID-19, saturnisme chez les enfants mineurs et paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer).

Parmi les évolutions notables en 2024, on recense dans la région :

- une hausse de plusieurs pathologies dont les infections invasives à méningocoques (22 cas, majoritairement de sérogroupe Y), les toxi-infections alimentaires collectives (56 épisodes), l'hépatite A (29 cas) ou la dengue (197 cas importés, principalement depuis les Antilles) ;
- un cas groupé de botulisme en Indre-et-Loire (5 cas) lié à la consommation d'un pesto d'origine artisanale ;
- 22 cas de leptospiroses identifiés pour cette première année de mise à déclaration obligatoire de cette maladie.

L'équipe de la Santé publique France Centre-Val de Loire profite également de la production de ce bulletin pour remercier tous les acteurs contribuant à ce dispositif de veille et de surveillance.

Les maladies à déclaration obligatoire

Dossier thématique



En 2024, en France, 38 maladies à déclaration obligatoire (MDO) font l'objet d'une surveillance nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. La plupart ($n = 33$) nécessite une intervention urgente (Tableau 1). Trente-six d'entre elles sont infectieuses et 2 sont non-infectieuses : le mésothéliome et le saturnisme chez les enfants mineurs.

Tableau 1. Liste des 38 MDO en 2024

Maladie nécessitant une intervention urgente dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique	
<u>Botulisme</u>	<u>Paludisme autochtone</u>
<u>Brucellose</u>	<u>Paludisme d'importation dans les DROM</u> (DROM uniquement)
<u>Charbon</u>	<u>Peste</u>
<u>Chikungunya</u>	<u>Poliomyélite</u>
<u>Choléra</u>	<u>Rage</u>
<u>Dengue</u>	<u>Rougeole</u>
<u>Diphthérite</u>	<u>Rubéole</u>
<u>Encéphalite à tiques</u> (Mai 2021)	<u>Saturnisme chez les enfants mineurs</u>
<u>Fièvres hémorragiques africaines</u>	<u>Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone</u>
<u>Fièvre jaune</u>	<u>Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines</u>
<u>Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes</u>	
<u>Hépatite aiguë A</u>	<u>Toxi-infection alimentaire collective</u>
<u>Infection invasive à méningocoque</u>	<u>Tuberculose*</u> (incluant la surveillance des résultats issus de traitement)
<u>Légionellose</u>	<u>Tularémie</u>
<u>Leptospirose</u> (Sept. 2023)	<u>Typhus exanthématique</u>
<u>Listériose</u>	<u>West Nile virus</u> (Mai 2021)
<u>Orthopoxviroses (dont variole et Mpox)</u>	<u>Zika</u>
Maladie dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique	
<u>COVID-19</u> (données télétransmises, 2023)	<u>Infection par le VIH quel qu'en soit le stade*</u>
<u>Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B</u> (disponible sur demande à l'ARS du lieu d'exercice)	<u>Mésothéliome / Fiche Clinicien – Fiche Pathologiste</u>
	<u>Tétanos</u>

* Télédéclaration des DO

La liste de ces maladies 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 aux niveaux national et international. Ainsi, les dernières maladies ajoutées à la liste sont la leptospirose (août 2023) et la COVID-19 (juillet 2023), avec comme particularité pour cette dernière de reposer uniquement sur la collecte et la transmission des résultats de dépistage par les laboratoires de biologie (sans déclaration individuelle des cas).

Le dispositif de surveillance repose sur l'implication de plusieurs acteurs (Figure 1) dont :

- **les déclarants** : l'obligation de déclaration concerne les médecins libéraux et hospitaliers, les biologistes et les responsables de laboratoires hospitaliers ou de laboratoires d'analyses de biologie médicale privés ;
- **les centre nationaux de référence** (CNR), qui peuvent être sollicités pour la confirmation biologique et la caractérisation des souches qui leur sont adressées ;
- **l'Agence régionale de Santé** (ARS) du lieu de résidence du cas, destinataire des signalements/notifications et chargée de mettre en place les investigations et les mesures de contrôle ou d'actions de prévention pour prévenir les risques d'épidémie.

Exemples d'actions possibles :

- mise en place d'une antibioprophylaxie et d'une vaccination pour les personnes ayant été en contact avec un cas d'infection invasive à méningocoque ;
- investigation des consommations alimentaires des personnes concernées lors d'une TIAC afin d'identifier l'aliment à l'origine de l'épisode ;
- application de mesures correctives sur un réseau d'eau chaude sanitaire dans un établissement recevant du public à l'origine de cas groupés de légionellose.

Ces actions ne sont pas spécifiques à ces pathologies et peuvent être adaptées selon la situation sanitaire rencontrée.

- les épidémiologistes de **Santé publique France** qui apportent l'expertise aux ARS pour les investigations complexes, réalisent le suivi épidémiologique pour étudier l'évolution de la situation et caractérisent les populations affectées (facteurs socio-démographiques, facteurs de risque, expositions...). Ces éléments sont transmis aux pouvoirs publics accompagnés de recommandations sur les mesures à mettre en œuvre et permettent d'évaluer et d'adapter les politiques de santé publique.

Exemple :

- la prévention de l'infection à VIH ou de l'hépatite B aiguë
- la lutte contre le saturnisme infantile
- l'adaptation des stratégies vaccinales...

Figure 1. Schéma du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire



Source : Santé publique France

Coordonnées pour le signalement et la notification des MDO

PLATEFORME RÉGIONALE DE RÉCEPTION DES SIGNALS



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 2019-2024

Le Tableau 2 présente les chiffres annuels des MDO (hors saturnisme, COVID-19 et paludisme d'importation dans les DROM) pour les cas résidents en Centre-Val de Loire, quel que soit le lieu de contamination ou de déclaration, avec une date de début des signes comprise entre 2019 et 2024. Les données sur le saturnisme chez les enfants mineurs ne sont pas disponibles pour l'année 2024.

Pour les toxi-infections alimentaires collectives, sont comptabilisés les événements survenus dans l'un des 6 départements de la région avec une date de repas comprise entre 2019 et le 2024.

Tableau 2. Nombre annuel de MDO (hors COVID-19, saturnisme chez les enfants mineurs et paludisme d'importation dans les DOM) par année de survenue, Centre-Val de Loire, 2019-2024

Maladie à déclaration obligatoire	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Botulisme	0	0	1	0	0	6 ↗
Brucellose	2	2	0	3	1	0 ➔
Charbon	0	0	0	0	0	0 ➔
Chikungunya*	0	0	0	0	1	0 ➔
Choléra	0	0	0	0	0	0 ➔
Dengue*	6	26	2	10	86	197 ↗
Diphthérite	3	0	1	0	1	0 ➔
Encéphalite à tique (depuis 2021)	-	-	0	0	2	0 ➔
Fièvre hémorragiques africaines	0	0	0	0	0	0 ➔
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0 ➔
Fièvre typhoïde et fièvre paratyphoïdes*	3	3	3	4	2	5 ➔
Hépatite A	77	16	13	14	18	29 ↗
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	0	1	1	3	4	5 ➔
Infection invasive à méningocoque	10	0	3	12	17	22 ↗
Infection par le VIH quelqu'en soit le stade**	101	80	79	90	150	126 ➔
Légionellose	58	42	64	60	74	68 ➔
Leptospirose (depuis août 2023)	-	-	-	-	6	22 -
Listériose	10	12	24	15	17	20 ➔
Mésothéliome**	44	25	18	35	20	30 ➔
Orthopoxviroses dont variole et le Mpox	0	0	0	50	20	0 ↘
Paludisme autochtone	0	0	0	0	0	0 ➔
Peste	0	0	0	0	0	0 ➔
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0 ➔
Rage	0	0	0	0	0	0 ➔
Rougeole	58	2	0	2	8	9 ➔
Rubéole	0	0	0	0	0	0 ➔
Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone	0	0	0	0	0	0 ➔
Suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob** ...	7	2	6	2	13	7 ➔
Tétanos	0	0	0	0	0	0 ➔
Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)	61	19	22	43	60	56 ↗
Tuberculose** (dont les résultats issus de traitement)	184	159	145	123	171	146 ➔
Tularémie	7	3	5	0	1	2 ➔
Typhus exanthémique	0	0	0	0	0	0 ➔
West-Nile virus* (depuis 2021)	-	-	0	1	0	0 ➔
Zika*	0	0	0	0	0	0 ➔

* Cas importés uniquement (= acquisition de la maladie hors France Hexagonale)

** Chiffres des deux dernières années (2023-2024) non consolidés

* Comparaison avec la moyenne des 5 années précédentes : ↗ Hausse ➔ Stable ↘ Baisse

Source : Maladies à déclaration obligatoire, Santé publique France

Situation en 2024

Evolution régionale

En 2024, **750 signalements validés** de maladies à déclaration obligatoire (hors saturnisme, COVID-19 et paludisme d'importation dans les DROM) ont été adressés à l'ARS Centre-Val de Loire et à Santé publique France (versus 515 en moyenne entre 2019 et 2023).

Cette hausse est principalement liée à l'augmentation des cas importés de dengue en lien avec l'épidémie survenue aux Antilles en 2024 (n = 197, bilan produit en mai 2025) mais également à l'ajout de la leptospirose à la liste des MDO depuis 2023 (n = 22, détail en page 8).

La hausse de 2024 concerne également 4 autres maladies :

- l'infection invasive à méningocoques (n = 22, détail en page 7)
- l'hépatite A (n = 29, détail en page 9)
- les toxi-infections alimentaires collectives (56 épisodes, détail en page 10)
- le botulisme (n = 6, focus en page 12)

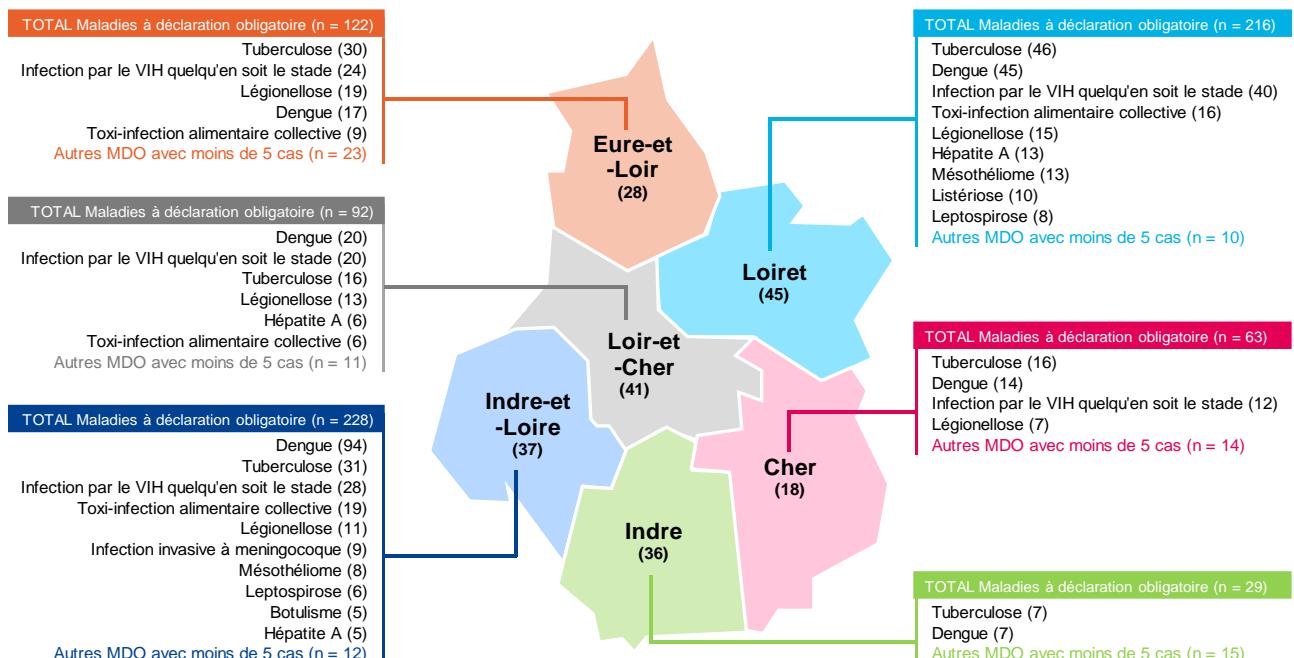
La plupart des autres MDO signalées en 2024 observe un niveau similaire aux années précédentes, hors les orthopoxviroses dont le Mpox, en baisse cette année (0 cas, Tableau 1). Aussi, dans ce bulletin, il est également proposé une analyse des caractéristiques des cas de listériose (n = 20, page 6) et de légionellose (n = 68, page 11).

Pour le mésothéliome (n = 30), les caractéristiques des cas sont trop sensibles pour être communiquées et pour les autres MDO, les chiffres sont insuffisants pour permettre une analyse détaillée.

Répartition départementale

Pour chaque département, la tuberculose, la dengue, l'infection par le VIH (quel qu'en soit le stade) et la légionellose sont les pathologies majoritairement signalées (Figure 2). Près de la moitié des cas de dengue importés dans la région (94 sur 196) concerne des résidents de l'Indre-et-Loire et la moitié des cas de listériose (10 sur 20) des résidents du Loiret.

Figure 2. Répartition départementale des maladies à déclaration obligatoire, Centre-Val de Loire, 2024



Source : Maladies à déclaration obligatoire, Santé publique France

Listériose

Dossier thématique

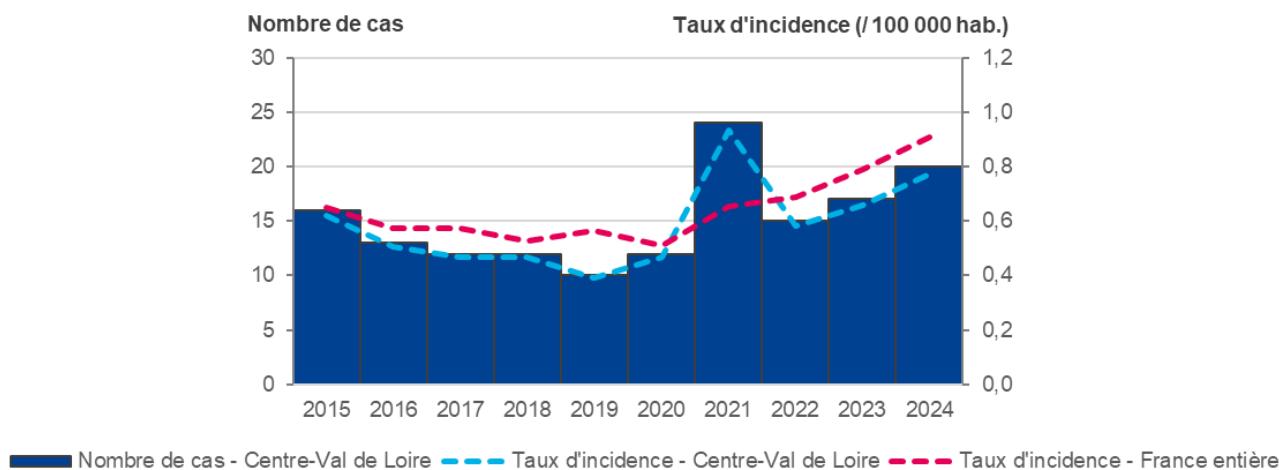


Chez les populations à risque (hors femme enceinte), la listériose se manifeste par des atteintes neurologiques ou par des formes bactériémies ou plus rarement par des formes localisées (infection d'ascite). Chez la femme enceinte, la listériose peut se manifester par une fièvre ou un syndrome pseudo-grippal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

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, les poissons fumés et charcuteries...

En 2024, **20 cas de listériose ont été identifiés en région Centre-Val de Loire**, un chiffre globalement comparable aux années précédentes. Le taux d'incidence régional annuel brut était estimé à 0,8 cas pour 100 000 habitants, légèrement inférieur à celui enregistré sur le territoire national (0,9 cas pour 100 000 habitants) (Figure 3).

Figure 3. 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, 2015-2024



Source : Maladies à déclaration obligatoire, Santé publique France

Caractéristique des cas

Parmi les cas déclarés, 10 (50 %) étaient des hommes.

Formes materno-néonatales

Un cas de forme materno-néonatale (5 %) a été signalé en 2024 sur la région, concernant un nouveau-né vivant.

Formes non materno-néonatales

Sur les 19 cas (95 %) de listériose présentant une forme non materno-néonatale, l'âge médian était de 75 ans de 50 à 92 ans.

Quatorze cas (74 %) ont manifesté une bactériémie-septicémie et 4 (21 %) ont eu une forme neuro-méningée. Une majorité des cas ($n = 16$ soit 84 %) avaient une pathologie sous-jacente et 3 (16 %) était sous traitement immunosuppresseur.

Parmi les cas pour lesquels l'évolution est renseignée, aucun décès n'est reporté.

Infection invasive à méningocoque

Dossier thématique



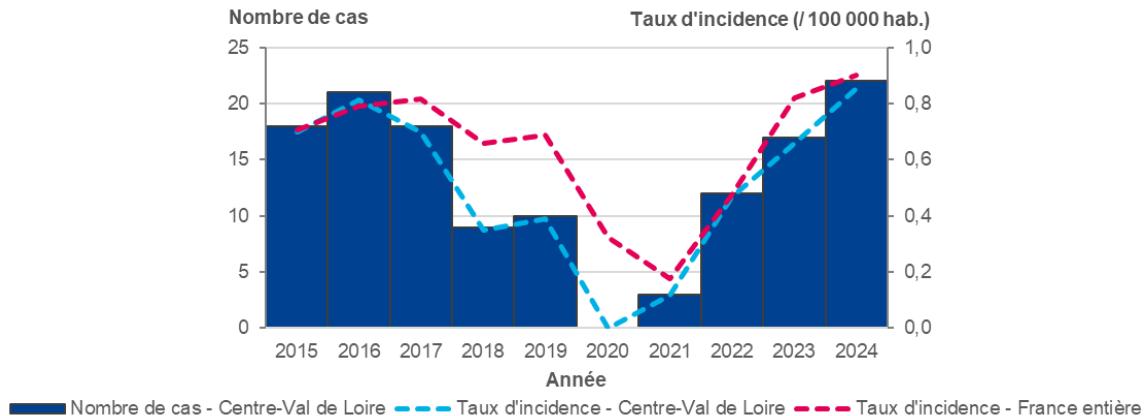
Les infections invasives à méningocoques (IIM) présentent plusieurs sérogroupes dont les groupes A, B, C, Y et W parmi les plus répandus. Le réservoir est exclusivement humain (personne malade ou asymptomatique) et la transmission se fait de personne à personne, par contact direct répété et prolongé avec les sécrétions rhino-pharyngées.

La vaccination reste le moyen le plus efficace pour prévenir ces infections. En 2023 et 2024, seule la vaccination contre les IIM C était obligatoire pour les moins de 2 ans, tandis que celle contre les IIM B était recommandée. Depuis le 1er janvier 2025, la vaccination ACWY et B est obligatoire pour tous les nourrissons jusqu'à 24 mois, y compris ceux déjà vaccinés contre le méningocoque C, et elle est recommandée pour les adolescents de 11 à 14 ans et les jeunes de 15 à 24 ans dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination contre le méningocoque B pouvant également leur être proposée.

En 2020-2021, sur l'ensemble des régions, on note une baisse des cas liés en grande partie aux mesures barrières mises en place dans le cadre de l'épidémie de COVID-19. Depuis, 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 (Figure 4).

En 2024 en région Centre-Val de Loire, 22 cas d'IIM ont été identifiés, un chiffre en hausse par rapport à ceux observés les années précédentes. Le taux d'incidence brut régional annuel était estimé à 0,85 cas pour 100 000 habitants, comparable à celui enregistré sur le territoire national (0,90 pour 100 000 habitants).

Figure 4. Évolution annuelle du nombre de cas d'IIM en région Centre-Val de Loire et taux d'incidence brute annuels en région Centre-Val de Loire et en France, 2015-2024



Source : Maladies à déclaration obligatoire, Santé publique France

Caractéristiques démographiques : 9 cas (41 %) étaient de sexe masculin. L'âge médian était de 52 ans (min-max = 1-89 ans). Les 15-24 ans (n = 3) étaient les plus touchés avec un taux d'incidence évalué à 1,03 cas pour 100 000 habitants dans cette tranche d'âge.

Sérogruppe : en considérant des effectifs faibles, les IIM à sérogroupes Y (n = 9 ; 41 %) étaient les plus fréquentes devant les IIM à sérogroupes B (n = 6 ; 27 %) et W (n = 6 ; 27 %). On recense également 1 cas de sérogroupe non-typé.

Clinique : concernant les cas pour lesquels l'information était disponible, 14 % présentaient des éléments purpuriques cutanées, 16 % des signes de choc et 14 % un purpura fulminans. Deux cas dont un jeune homme de moins de 20 ans sont décédés (IIM B pour les 2 cas).

Prévention dans l'entourage des cas : autour du cercle proche ou au sein des collectivités fréquentées, des antibiotiques en prophylaxie ont été indiqués pour 345 personnes (min-max = 2-59) et la vaccination a été proposée à 67 personnes (min-max = 0-14).

Leptospirose

Dossier thématique

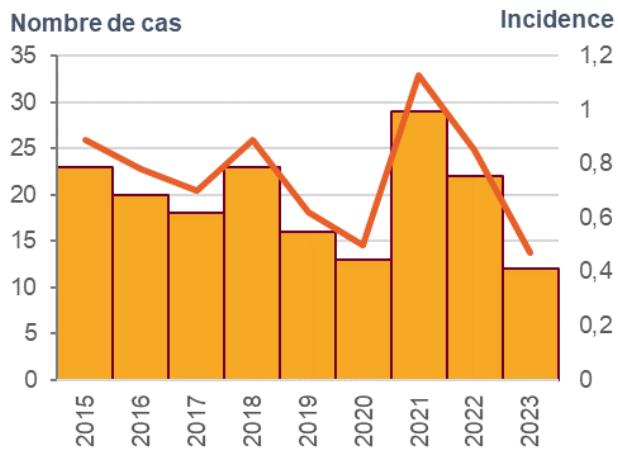


La leptospirose est une zoonose à répartition mondiale et à dominance tropicale. Elle se transmet par contact direct ou indirect (environnement contaminé : eau douce...) d'une peau lésée ou muqueuses avec de l'urine d'animaux porteurs. La présentation clinique est extrêmement variée, allant d'un syndrome grippal bénin dans la majorité des cas jusqu'à un tableau de défaillance multiviscérale, potentiellement mortelle.

La leptospirose se prévient par des mesures collectives (dératification, gestion des effluents, drainage) et individuelles (protection contre les contacts avec les eaux ou sols contaminés). La vaccination est recommandée aux personnes susceptibles d'être en contact avec un environnement contaminé du fait de la pratique régulière et durable d'une activité à risque (Kayaking, Rafting, Canyoning...), aux professionnels exposés et aux voyageurs en zones à risque mais ne couvre qu'un sérogroupue spécifique et ne dispense pas des mesures de protection.

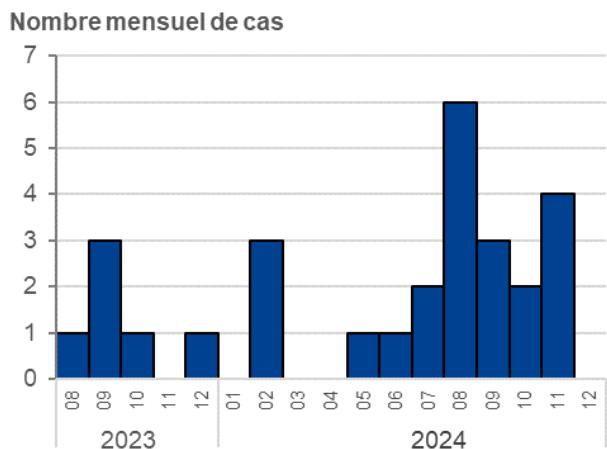
Entre 2015 et 2023 dans la région, entre 12 cas (année 2023) et 29 cas (année 2021) de leptospirose étaient confirmés biologiquement par le Centre National de référence (Figure 5). **En 2024, 22 cas de leptospirose** ont été notifiés par le dispositif de déclaration obligatoire dont 13 survenus entre mai et septembre 2024 (Figure 6).

Figure 5. Évolution annuelle du nombre de cas et de l'incidence de leptospirose en Centre-Val de Loire avant l'inscription en DO, 2015-2023



Source : Centre national de référence (CNR) de la Leptospirose

Figure 6. Évolution mensuelle du nombre de cas de leptospirose en Centre-Val de Loire, aout 2023-décembre 2024



Source : Maladies à déclaration obligatoire, Santé publique France

Caractéristiques démographiques : une majorité des cas ($n = 17$ soit 77%) était de sexe masculin. L'âge médian était de 58,5 ans (min-max = 12-81 ans).

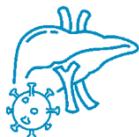
Expositions à risque : Tous les cas avaient au moins une exposition identifiée

- 7 cas (32 %) mentionnaient un séjour hors de leur département de résidence, dont 1 à l'étranger et 2 dans les Antilles Françaises ;
- 11 cas (50 %) indiquaient une activité impliquant un contact avec de l'eau douce (baignade, pêche, canyoning) ($n = 8$) et/ou de l'eau non courante (eaux stagnantes, puits privé...) ($n = 5$) ;
- 9 cas (41 %) indiquaient des activités de jardinage ou agricole ;
- 9 cas (41 %) signalait un contact avec des animaux et 7 cas (32 %) rapportaient la présence de rongeurs au domicile, sur le lieu de travail ou de loisirs.

Clinique : 19 cas (86 %) présentaient de la fièvre, 18 (82 %) des signes hépatiques, 14 (64 %) une atteinte rénale et 11 (50 %) une atteinte algique. Moins de 20 % des cas présentait un atteinte neurologique (18 %) ou pulmonaire (9 %). Dix-neuf cas (86 %) ont été hospitalisés dont 10 (46 %) ont été admis en réanimation. Aucun décès n'a été reporté au moment de la déclaration.

Hépatite A

Dossier thématique



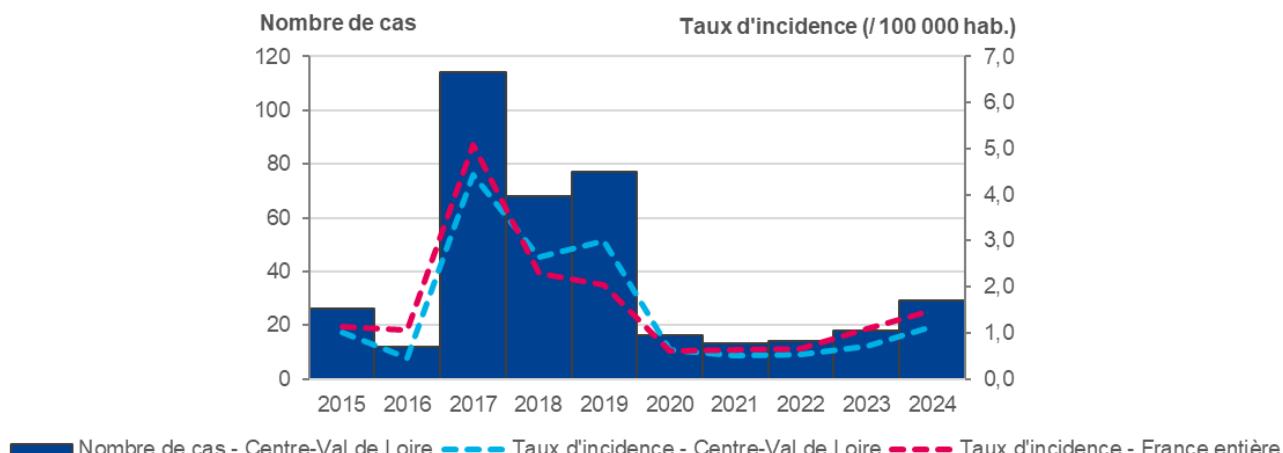
Le virus de l'hépatite A (VHA) est présent dans les selles de personnes infectées. Chez l'homme, il se transmet le plus souvent par les mains ou par consommation d'eau ou d'aliments consommés crus contaminés lors de la production ou de la préparation par une personne infectée excrétrice.

La prévention de l'hépatite A est basée sur l'hygiène des mains et la vaccination. Actuellement, la vaccination est recommandée aux personnes à risque de développer une maladie sévère ou particulièrement exposées au virus, comme par exemple les voyageurs, les professionnels de la petite enfance et du handicap, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Sur la période 2015-2024, l'évolution de l'incidence a été marquée par une hausse du nombre de cas entre 2017 et 2019 suite à une épidémie européenne ayant affecté principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), suivi d'une baisse de signalements en 2020, en lien avec les mesures instaurées pour la gestion de l'épidémie de COVID-19 (Figure 7).

En 2024 en région Centre-Val de Loire, 29 cas de VHA ont été identifiés et notifiés, un chiffre en hausse par rapport aux années précédentes. Le taux d'incidence régional annuel était estimé à 1,1 cas pour 100 000 habitants, inférieur à celui enregistré sur le territoire national (1,5 cas pour 100 000 habitants).

Figure 7. Évolution annuelle du nombre de cas de VHA en région Centre-Val de Loire et taux d'incidence brute annuels en région Centre-Val de Loire et en France, 2015-2024



Caractéristiques démographiques : plus de la moitié des cas était de sexe féminin ($n = 16$, 55 %). L'âge médian était de 29 ans (min-max = 4-74 ans) et la classe d'âge des 5-14 ans ($n = 7$) était la plus représentée avec un taux d'incidence évalué à 2,3 cas pour 100 000 habitants.

Clinique : 23 cas (82 %) ont présenté une forme symptomatique dont 17 un ictere (61 %). Près de deux tiers des cas ($n = 16$, 62 %) ont été hospitalisés.

Exposition à risque : une exposition à risque dans les 2 à 6 semaines précédant le diagnostic a été retrouvée pour 72 % des cas signalés ($n = 21$), les principales étant un séjour hors métropole (42 % ; $n = 12$), la consommation de fruits de mer (17 % ; $n = 5$) et la présence d'un enfant de moins de 3 ans dans l'entourage (17 % ; $n = 5$).

Lien entre les cas : 9 cas étaient liés à un moins un autre cas connu dans l'entourage.

Statut de vaccination : 1 cas avait reçu au moins une dose de vaccin antérieure à la maladie, avec 1 dose de vaccin.

Toxi-infection alimentaire collective

Dossier thématique

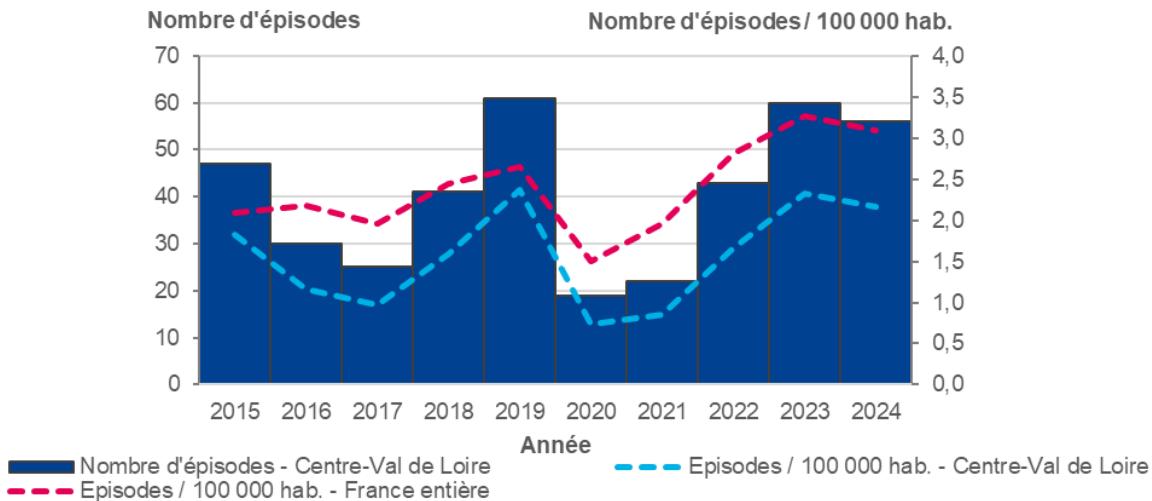


Une **toxi-infection alimentaire collective (TIAC)** se définit comme la survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en générale gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Pour la plupart des épisodes au restaurant et dans une autre restauration collective, une enquête vétérinaire est menée par la DD(ETS)PP (direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations). Elle est destinée à identifier les aliments responsables et facteurs favorisants afin de prendre des mesures adaptées (mesure d'hygiène en restauration...) pour prévenir les récidives.

En 2024 en région Centre-Val de Loire, 56 épisodes de TIAC ont été signalées, équivalent au nombre d'épisodes le plus élevé jusque-là, enregistré en 2019 (61 épisodes) ou 2023 (60 épisodes). Le taux de notification régional était estimé à 2,2 épisodes pour 100 000 habitants, en dessous de celui enregistré sur le territoire national (3,1 épisodes pour 100 000 habitants) (Figure 8).

Figure 8. 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, 2015-2024



Source : Maladies à déclaration obligatoire, Santé publique France

Lieu de survenue : les épisodes surviennent majoritairement au restaurant (41 % ; n = 23), lors d'un repas familial (30 % ; n = 17) ou en entreprise (7 % ; n = 4). Les autres épisodes faisaient suite à un repas en établissement médico-social, en cantine scolaire, en restauration collective, lors d'un banquet ou au sein d'une autre collectivité.

Caractéristique des cas : sur l'ensemble des épisodes, 731 personnes ont été malades avec un épisode regroupant jusqu'à 335 cas (épisode en restauration collective sur plusieurs établissements scolaires). Le taux d'attaque global était estimé à 35 % (médiane = 60 %). Trente-huit personnes ont été hospitalisées (taux d'hospitalisation = 5 %) et aucun décès n'a été reporté.

Aliments en cause : Un ou plusieurs aliments en cause ont été identifiés ou suspectés pour 55 épisodes (98 %). Parmi eux, il s'agissait principalement de plats cuisinés (24 %), de viande hors volaille (22 %), de produits à base de végétaux (22 %) et de produits laitiers (13 %).

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 15 épisodes (27 %). Les agents pathogènes les plus fréquemment identifiés étaient *Salmonella* (5 épisodes), *Bacillus cereus* (3 épisodes) et *Norovirus* (3 épisodes). Pour les 41 épisodes sans étiologies confirmés, 35 avait au moins un agent pathogène suspecté (85 %), majoritairement du *Bacillus cereus* (14 épisodes).

Legionellose

Dossier thématique

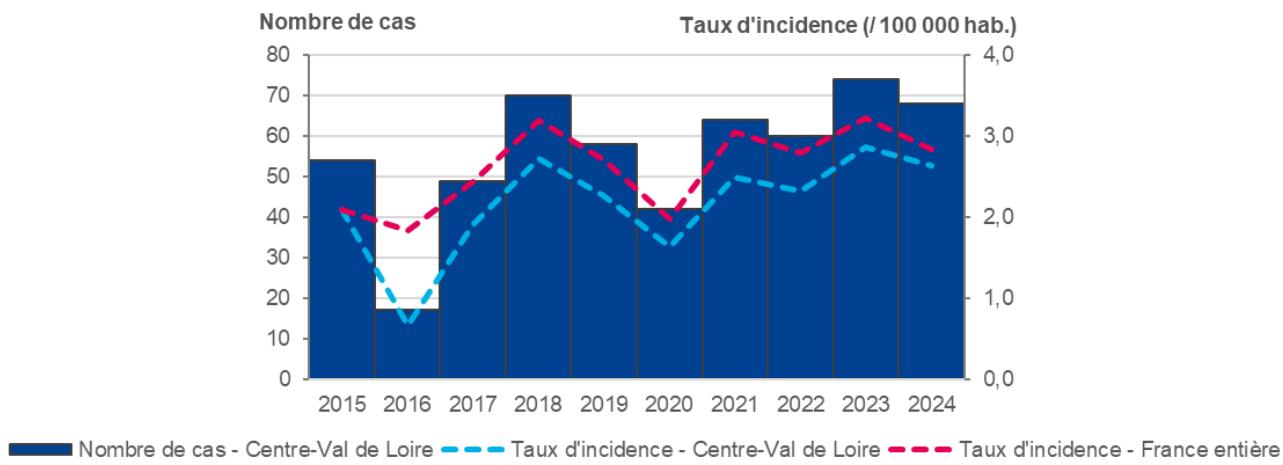


La légionellose, infection pulmonaire due à la bactérie *legionella*, se contracte par inhalation d'aérosols contaminés issus d'installations hydrauliques artificielles (réseaux d'eau, tours aéro-réfrigérantes, etc.). Elle se manifeste par un syndrome pseudo-grippal 2 à 10 jours après exposition évoluant rapidement vers une pneumopathie sévère..

L'investigation d'un cas de légionellose vise à confirmer le diagnostic, retracer les expositions à risque, rechercher d'autres cas liés, et déclencher, selon le contexte (nosocomial, voyage...), une enquête environnementale ciblée. En cas d'identification de la source de contamination, des mesures de contrôle (nettoyage, comparaison de souches) sont mises en œuvre, pour limiter la propagation et optimiser la prise en charge.

Hormis une baisse en 2016 (17 cas), la dynamique de la légionellose dans la région reste proche de celle observée sur le territoire national avec plus d'une quarantaine de cas enregistrés chaque année (de 42 en 2020 à 72 en 2023). En 2024, **68 cas de légionellose** ont été identifiés et notifiés sur la région, un chiffre stable comparativement aux années précédentes. Le taux d'incidence régional annuel brut était estimé à 2,6 cas pour 100 000 habitants, comparable à celui enregistré sur le territoire national (2,9 cas pour 100 000 habitants) (Figure 9).

Figure 9. Évolution annuelle du nombre de cas de légionellose en région Centre-Val de Loire et taux d'incidence brute annuels en région Centre-Val de Loire et en France, 2015-2024



Source : Maladies à déclaration obligatoire, Santé publique France

Caractéristiques démographiques : Environ 4 cas sur 5 (81 % ; n = 55) étaient de sexe masculin. L'âge médian était de 65 ans (min-max = 22-91 ans).

Facteurs de risque : 78 % des cas (n = 53) avaient au moins un facteur de risque dont 44 % du tabagisme, 24 % un âge supérieur à 75 ans et 19 % du diabète.

Exposition : 24 cas (35 %) avaient au moins une exposition à risque identifiée dont 9 (13 %) la fréquentation d'un hôtel (lieu différent pour les 5 cas). Cinq cas (7 %) étaient résidents d'une maison de retraite dont 4 d'un même établissement, liés à une même exposition (cas groupé).

Clinique : Tous les cas ont présenté des signes évocateurs de pneumopathie, et 91 % des situations ont évolué en pneumopathie sévère (n = 60). Tous les cas ont été hospitalisés et 5 cas, tous âgés de 75 ans ou plus, sont décédés (7 %).

Sérogroupe : *Legionella pneumophila* sérogroupe 1 a été identifié dans 96 % des situations (65 cas). Le sérogroupe 7 et *Legionella Longbeachae* ont été identifiés pour 1 cas chacun. Le sérogroupe du dernier cas n'a pas été identifié.

Quelques focus...

Botulisme



Le botulisme résulte le plus souvent d'une intoxication alimentaire sur des produits contaminés. Bien que rare en France (en moyenne 0,4 cas pour 100 000 habitants par an), cette maladie peut entraîner des complications importantes (blocage des fonctions nerveuses, paralysie musculaire...), voire le décès. Entre 2010 et 2023, un seul cas de botulisme a été signalé dans la région (cas importé, en 2021).

En septembre 2024, **5 personnes**, résidentes dans l'Indre-et-Loire, ont contracté la maladie suite à la consommation lors d'un même repas d'un pesto d'origine artisanale. Le CNR des Bactéries anaérobies et du botulisme a confirmé la présence de *Clostridium botulinum* dans ce pesto consommé et dans le sérum de 4 des 5 patients admis en réanimation. Des mesures de retraits du produit et une alerte sanitaire ont été lancées. Aucun autre cas en lien avec la consommation de ce produit n'a été identifié. **Un autre cas**, sans lien, est survenu chez un nourrisson après consommation de miel. Le miel peut contenir des spores de *Clostridium botulinum*, présentant un risque accru de botulisme chez les nourrissons de moins d'un an.

Rougeole



La rougeole est en maladie très contagieuse, faisant l'objet d'une obligation vaccinale en France. Elle se transmet le plus souvent par voie aérienne directement auprès d'un malade et se manifeste par l'apparition de fièvre et d'une éruption cutanée, associées à au moins un signe parmi une conjonctivite, un coryza, de la toux, un signe de Koplik.

Du fait d'une couverture vaccinale insuffisante (inférieure à 95 % en France), la rougeole revient régulièrement sur le territoire, soit de manière épisodique soit sous forme d'épidémie cyclique comme en 2010 ou 2017.

En 2024 en France, 483 cas de rougeole, dont 84 importés, ont été déclarés en France, un nombre de cas 4 fois supérieur à l'année précédente mais encore limité par rapport à la moyenne des années antérieures à la pandémie de COVID-19. Soixante-quatre foyers épidémiques ont été identifiés dont un regroupant 53 cas en Auvergne-Rhône-Alpes et un regroupant 32 cas en Occitanie. **En Centre-Val de Loire, en 2024, 9 cas non liés entre eux ont été identifiés** dont 1 cas importé. Les cas résidents dans la région étaient âgés de 1 à 47 ans et en grande majorité non vaccinés ou non complètement vaccinés avec un schéma complet à deux doses (7 cas sur 9).

Tularémie



La tularémie, zoonose due à *Francisella tularensis*, se transmet à l'Homme par ingestion, inhalation ou par contact avec soit des micromammifères infectés, tiques, végétaux ou matériaux contaminés. Elle se manifeste après 3 à 5 jours d'incubation par une fièvre brutale et des symptômes variés selon la porte d'entrée (ulcères cutanés, adénopathies, conjonctivite, formes pulmonaires ou typhoïdiques).

En France, le nombre de tularemie signalées chaque année est d'environ 70 cas en moyenne, avec des pics annuels pouvant atteindre près de 140 cas (2018, 2021).

En France, parmi les risques rapportés par les cas, pouvant néanmoins différer des expositions réelles, on retrouve en majorité (à plus de 50 %) des loisirs en plein air, le contact avec la terre et le contact avec des animaux dont les lièvres ou les rongeurs. La notion de piqûre de tiques est également rapportée par un peu moins d'un quart des personnes infectées, de même que la pratique d'une activité de chasse.

En Centre-Val de Loire, entre 2002 (année de la mise en déclaration obligatoire de la maladie) et 2024, 94 cas de tularémie ont été signalés dont **2 cas sur l'année 2024** (max = 15 cas en 2008).

Matériels et méthodes

L'identification des cas déclarés dans la région a été effectuée pour chaque maladie en sélectionnant les cas selon le département de domicile, à l'exception des TIAC pour lesquelles les foyers ont été sélectionnés selon le département de repas consommé. La base de données relative aux TIAC rassemble les informations épidémiologiques décrivant l'épisode et les résultats des enquêtes alimentaires confiées aux DD(ETS)PP, transmises à la direction générale de l'alimentation (DGAL). Les pourcentages sont calculés parmi les cas pour lesquels l'information est connue. Les données sont présentées pour la région Centre-Val de Loire et par département, lorsque le nombre de cas est supérieur à 5. Les données de population utilisées sont celles fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee, données actualisées au 07/11/2025). Les taux d'incidence rapportés correspondent aux taux de déclaration de la maladie pour 100 000 habitants non corrigés de la sous-déclaration de ces pathologies par les professionnels de santé.

Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
CNR	Centre national de référence
DDETSPP	Direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DROM/COM	Département et région d'outre-mer / Collectivité d'outre-mer
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec un homme
IIM	Infection invasive à méningocoque
Insee	Institut national de la statistique et des études
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
TI	Taux d'incidence
Tiac	Toxi-infection alimentaire collective
VHA	Virus de l'hépatite A

Remerciements

Santé publique France Centre-Val de Loire tient à remercier :

- l'ensemble des professionnels de santé qui par leurs signalements contribuent à la prévention, au contrôle et à la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire,
- les services de l'ARS Centre-Val de Loire en charge des mesures sanitaires autour des cas de MDO pour la prise en charge du signalement et leur collaboration à l'investigation de cas,
- la direction des Maladies Infectieuses, la direction Santé Environnement et Travail et la direction des Régions de Santé publique France qui contribuent chaque jour à la surveillance des MDO.

Rédaction

Nicolas VINCENT (Santé publique France Centre-Val de Loire)

Selecture

Esra MORVAN, Mathieu RIVIERE (Santé publique France Centre-Val de Loire), Alexandra SEPTFONS (Santé publique France, direction des maladies infectieuses)

Pour nous citer : Bulletin Maladies à déclaration obligatoire 2024. Édition Centre-Val de Loire. Décembre 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 13 pages, 2025.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 04/12/2025

Contact et contacts presse : cire-cvl@santepubliquefrance.fr et presse@santepubliquefrance.fr