

# BULLETIN DE VEILLE SANITAIRE ÎLE-DE-FRANCE

## LE POINT SUR LES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

(SEPTEMBRE 2005)

N° 1

Comité de pilotage : Directions Départementales des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France  
Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France  
Cellule interrégionale d'épidémiologie d'Ile-de-France

**Synthèse réalisée par la Cellule interrégionale d'épidémiologie d'Ile-de-France :**  
Emilie Boiselet, Dominique Dejour Salamanca, Hubert Isnard, Laurence Mandereau Bruno

### EDITORIAL

Voici donc le premier bulletin de veille sanitaire réalisé par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire), les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales et l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France.

#### **Maladies à déclaration obligatoire [1,2]** (fiches de déclaration sur [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr))

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Choléra
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et paratyphoïde
- Hépatite B aiguë
- Infection invasive à méningocoque (IIM)
- Infection à VIH
- Légionellose
- Listériose
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Rougeole
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Sida
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus exanthématique

Il présente une synthèse des informations apportées par les maladies à déclaration obligatoire. Le VIH [3], le Sida et le saturnisme infantile [4] en sont absents car ces trois maladies bénéficient déjà d'une publication par la Drass ou par l'ORS.

Ce numéro sera suivi de numéros thématiques qui permettront d'approfondir à chaque fois un sujet avec la participation d'autres acteurs de terrain.

La déclaration obligatoire des maladies (DO) bénéficie depuis janvier 2003 de nouvelles modalités qui garantissent un plus grand niveau d'anonymat et donc de protection des informations médicales. Elle s'est élargie à de nouvelles maladies, infection par le VIH, hépatite B aiguë et tout dernièrement rougeole pour mieux répondre aux objectifs de santé publique qui lui ont été fixés : alerter sur tout cas nécessitant une intervention de contrôle rapide, suivre l'évolution d'une maladie pour évaluer les politiques de santé.

Avec ses 11 millions d'habitants, avec la moitié des cas de Sida et de tuberculose de la métropole, avec 80 % des cas de saturnisme infantile, la région Ile-de-France se doit de bénéficier d'un système de veille sanitaire performant.

Déclarer une maladie c'est renforcer sa surveillance et donc renforcer les mesures de contrôle et les politiques de santé dans la région. Médecins de ville ou hospitaliers, cliniciens, biologistes, médecins de santé publique et de prévention, c'est vous qui faites de la DO un outil efficace de lutte contre les maladies transmissibles ou environnementale (saturnisme infantile). Vos partenaires, la Cire, les Ddass et l'ORS s'engagent à vous retourner aussi souvent que possible l'information que vous avez aidée à construire.

Merci par avance pour vos commentaires et vos prochaines contributions. Bonne lecture.

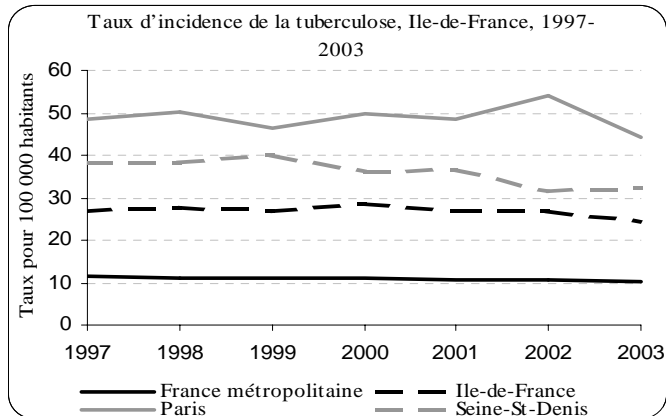
# Les cas de tuberculose déclarés en 2003 [5]

Problème majeur de santé publique en Ile-de-France.

Les résultats présentés concernent les cas de tuberculose déclarés au cours de l'année 2003. Les estimations de population 2003 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ont été utilisées pour les calculs des taux d'incidence.

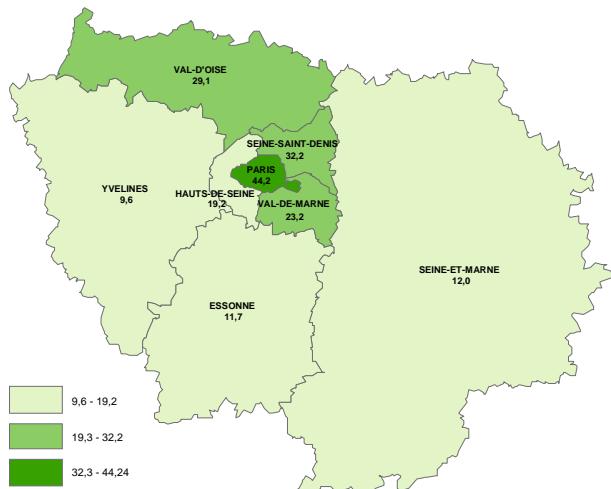
## Nombre de cas - incidence

En 2003, 2 711 cas de tuberculose, soit 46 % des cas Français ont été déclarés en Ile-de-France et 3 276 dans le reste de la France. L'Ile-de-France, au sein de laquelle on observe une grande disparité, avait un taux d'incidence 3,6 fois supérieur à la moyenne nationale hors Ile-de-France ( $24,4/10^5$  versus  $6,7/10^5$ ). Depuis 1997, l'incidence en Ile-de-France est stable proche de 27 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an.



En 2003, 950 cas ont été déclarés à Paris ( $44,2/10^5$ ) et 450 ( $32,2/10^5$ ) en Seine-Saint-Denis, ces deux départements ayant l'incidence la plus élevée en France métropolitaine.

## Distribution régionale par département de notification, Ile-de-France, 2003 (incidence / 100 000 habitants)



On observe une importante disparité au sein de la région, ainsi Paris et la Seine-Saint-Denis regroupent à eux seuls plus de 50 % des cas.

## Répartition par sexe et âge

En Ile-de-France, 65 % des cas étaient de sexe masculin (sexe ratio H/F : 1,88). Les patients étaient plus jeunes qu'au niveau national (âge médian : 36 ans versus 42 ans). L'incidence atteignait 37,7 cas pour 100 000 personnes âgées de 25 à 39 ans versus  $6,9/10^5$  pour le reste de la France

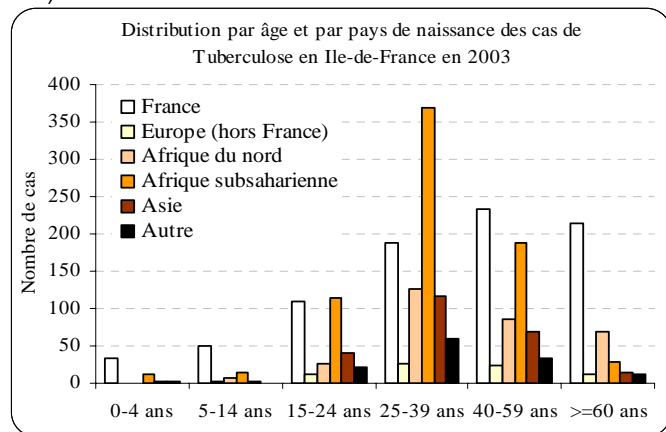
métropolitaine hors Ile-de-France.

## Répartition par nationalité et pays de naissance

La nationalité était renseignée pour 2 336 cas (86 %) et les personnes de nationalité étrangère représentaient 57,8 % des cas de tuberculose déclarés (1351/2336).

Le pays de naissance, meilleur indicateur de la provenance d'un pays d'endémie tuberculeuse que la nationalité, était connu pour 85,8 % des cas. Près de 65 % des cas, pour lesquels le pays de naissance était connu, étaient nés à l'étranger (64,2 %), 31,1 % en Afrique subsaharienne, 13,6 % en Afrique du Nord, 10,6 % en Asie, 3,3 % dans d'autres pays européens et 5,6 % dans d'autres pays étrangers.

Les adultes nés en Afrique subsaharienne étaient les plus touchés et notamment ceux de 25 à 39 ans. A Paris, parmi les personnes nées à l'étranger, celles nées en Asie contribuaient pour plus de 100 cas par an (plus de 10% des cas).



La ville de Paris et le département de Seine-Saint-Denis comportent à eux seuls plus de 60 % des patients nés en Afrique Subsaharienne et en Asie.

## Formes cliniques

Les formes pulmonaires isolées ou associées représentaient 98 % des cas et les formes extra-pulmonaires 2 % (68,9 % des cas renseignés). Le nombre de cas avec localisation méningée reste stable avec 61 cas diagnostiqués en 2003 contre 68 en 2002. Ces cas de localisation méningée surviennent plus fréquemment chez les personnes nées en Afrique Subsaharienne.

## Bactériologie

Le résultat de l'examen microscopique dans les localisations pulmonaires était renseigné dans 84,2 % des cas. Ce marqueur de contagiosité de la maladie était positif pour 45,2 % des cas renseignés.

Le résultat de la culture, renseigné pour 77,8 % des cas, était positif pour 35 % d'entre eux (50 % en cours).

## Infection tuberculeuse chez l'enfant de moins de 15 ans

En 2003, 157 cas d'infection tuberculeuse chez des enfants de moins de 15 ans ont été notifiés en Ile-de-France avec 51,6 % de garçons. La nationalité était renseignée dans 82,2 % des cas et parmi eux 70,5 % étaient de nationalité française. 11 enfants de moins de 15 ans vivaient en collectivité. 84,7 % des enfants de moins de 15 ans étaient vaccinés par le BCG (78,9 % des cas renseignés).

### EXHAUSTIVITE DE LA DECLARATION OBLIGATOIRE

Par la méthode capture-recapture, l'étude des patients tuberculeux avec une culture positive à *Mycobacterium tuberculosis*, diagnostiqués en 2001 et 2002 dans les laboratoires de bactériologie de 7 CHU à Paris et dans le Val-de-Marne, a montré que 64 % d'entre eux avaient fait l'objet d'une notification à la DDASS.

### RESISTANCE DU BACILLE TUBERCULEUX

Parmi les 1163 patients tuberculeux avec une culture positive diagnostiqués dans ces laboratoires, la majorité était née à l'étranger, surtout en Afrique sub-saharienne. Les patients nés en Asie et en Europe avaient plus souvent une résistance primaire à l'isoniazide que les patients nés en France ( $p < 0,05$ ) tandis que les patients nés en Afrique sub-saharienne présentaient plus souvent une résistance primaire et secondaire à la streptomycine que les patients nés en France ( $p < 0,05$ ). Ces résistances ayant peu d'impact sur le succès thérapeutique, l'origine géographique des patients ne doit pas conduire à modifier le traitement initial standard de la tuberculose.

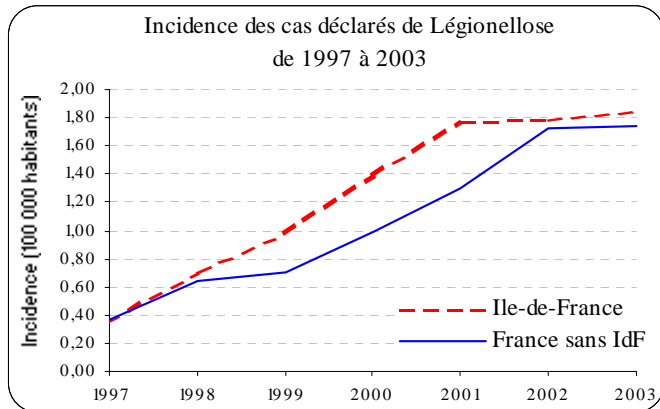
Dr E. GUERRIN TRAN – mémoire de DEA, Résistance du bacille tuberculeux en France, sept. 2004, Univ. PARIS VI

# Les cas de légionelloses déclarés en 2003 [6]

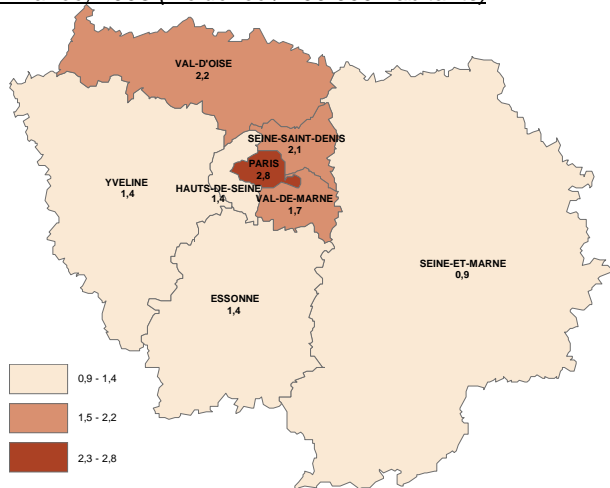
Pour l'année 2003, 176 cas de légionellose ont été déclarés en Ile-de-France (17 % des cas français) et 868 dans le reste de la France.

## Evolution de l'incidence<sup>1,2</sup>

L'incidence déclarée en Ile-de-France en 2003 était de 1,84 cas pour 100 000 habitants versus 1,74 cas pour 100 000 dans le reste de la France.

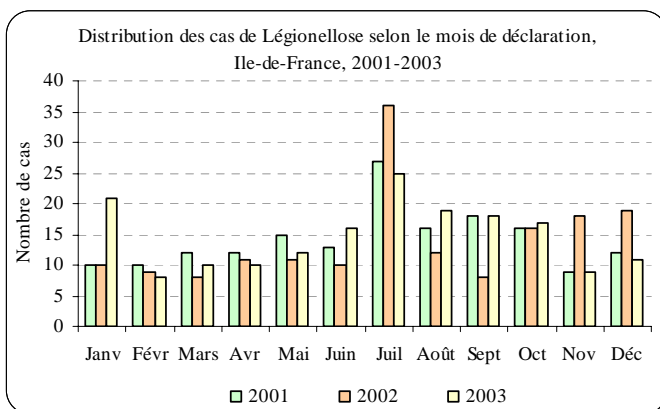


## Distribution régionale par département de notification, Ile-de-France, 2003 (incidence / 100 000 habitants)



C'est à Paris et dans le Val-d'Oise que l'on observait la plus forte incidence des cas déclarés de légionellose en 2003 avec respectivement 2,85 et 2,23 cas pour 100 000 habitants. Toutefois, les cas sont domiciliés en fonction du département de résidence et non pas des lieux d'exposition.

## Distribution mensuelle des cas en Ile-de-France



Plus de 50 % des cas sont distribués entre juin et octobre (pic en juillet) traduisant la recrudescence estivale de la maladie.

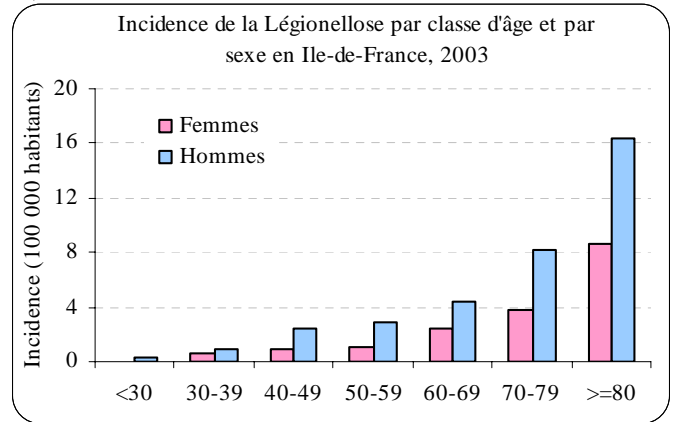
<sup>1</sup> Les données de population utilisées pour les calculs des taux d'incidence sont les estimations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) de 2003.

<sup>2</sup> Taux d'incidence standardisé sur l'âge et le sexe en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine.

## Description des cas

L'âge médian des cas était de 67 ans (étendue 5 – 98 ans). Néanmoins en dessous de 23 ans, on ne dénombrait qu'un seul cas, celui d'un garçon de 5 ans présentant une légionellose à *Legionella pneumophila* (Lp).

Le sexe ratio H/F était de 1,7 contre 2,7 au niveau national. L'incidence chez les hommes de plus de 80 ans atteignait 16,3/10<sup>5</sup>.



L'évolution de la maladie était connue pour 89 % des cas (157/176) : 126 patients ont guéri et 31 sont décédés, correspondant à une létalité de 20 % contre 14 % au niveau national.

La moyenne d'âge des patients décédés était plus élevée que celle des cas guéris (70 ans versus 62) et 68 % des décès concernaient des hommes (létalité : hommes 19 %, femmes 15 %).

Un ou plusieurs facteurs favorisants de la maladie ont été trouvés chez 164 cas (93 %) avec la distribution suivante :

Facteurs favorisants *	N	%
Corticoïdes	22	13
Diabète	13	8
Hémopathie	26	16
Tabagisme	59	36
Autre pathologie associée **	44	27
<b>Au moins un facteur</b>	<b>164</b>	<b>100</b>

\* non mutuellement exclusif

\*\*cardiaque – respiratoire – VIH – éthyliste – rénal – greffe

Le tabagisme était rapporté comme seul facteur favorisant pour 36 cas (22 %).

## Bactériologie

Parmi les 176 cas, 142 (81 %) avaient été diagnostiqués par un test de détection de l'antigène urinaire positif.

Pour 35 patients (20 %) une souche avait pu être isolée.

L'espèce et le sérotype étaient renseignés pour 168 cas (95 %). L'espèce *Legionella pneumophila* représentait 95 % des cas diagnostiqués (168/176). 85 % des cas étaient dus au sérotype 1 (142/168). Les autres sérotypes impliqués étaient le sérotype 5 (1 cas), le 6 (6 cas) et le 8 (2 cas). Il est non précisé pour 17 cas (10 %).

## Exposition à risque et notion de cas groupés

Sur 174 cas renseignés, 27 correspondaient à des cas nosocomiaux possibles ou certains (15,5 %), 28 (16 %) avaient été contractés à l'occasion d'un voyage (hôtel, camping ou résidence temporaire) et 9 en maisons de retraite (5 %).

11 cas appartenaient à des cas groupés soit 6 % dont 5 cas localisés dans le 5<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. L'enquête a porté sur les tours aéro réfrigérantes installées dans un rayon de 500 m autour des cas. Pour 3 des 7 sites répertoriés, la recherche de légionelles s'est révélé positive. En l'absence de souche clinique aucune comparaison n'a pu être effectuée avec les souches environnementales. Le STIIIC a assuré le suivi des mesures de nettoyage et de désinfection des tours.

## Les foyers de toxi-infections alimentaires collectives déclarés en 2002 [7]

En 2002, 102 foyers de toxi-infections alimentaires collectives ont été déclarés en Ile-de-France (17 % des cas français) et 495 dans le reste de la France.

La distribution par départements de ces 102 foyers était la suivante :

- 33 foyers à Paris ;
- 15 dans le Val-d'Oise ;
- 15 dans les Yvelines ;
- 12 dans le Val-de-Marne ;
- 9 en Seine-Saint-Denis ;
- 8 dans l'Essonne ;
- 7 en Seine-et-Marne ;
- 3 dans les Hauts-de-Seine.

Au total, 1842 malades ont été recensés dont 171 hospitalisés. Aucun décès n'a été signalé.

53 foyers sont survenus en restauration collective, 30 en restauration commerciale, 16 en milieu familial. 3 foyers étaient diffus.

L'aliment responsable a été identifié dans 49 % des foyers, il s'agissait de :

- Viandes et volailles : 15 foyers ;
- Produits de la mer : 11 foyers ;
- Œufs et produits à base d'œufs : 10 foyers ;
- Produits laitiers : 1 foyer ;
- Autres aliments : 13 foyers.

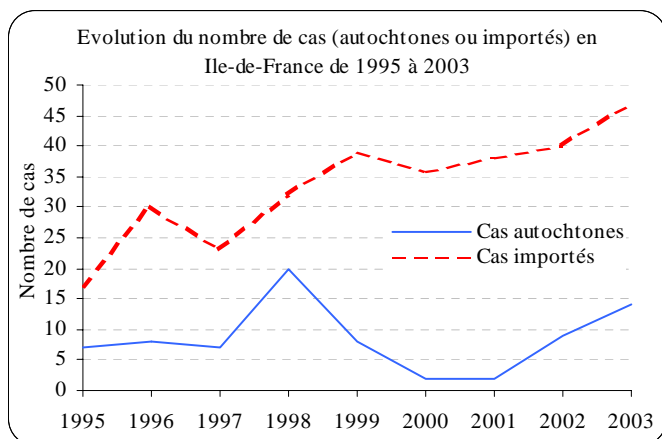
L'agent causal a été identifié ou suspecté dans 72 % des foyers :

	Foyers	Cas	Hospitalisés
<i>Salmonella</i> :			
- <i>Enteridis</i>	15	389	83
- <i>Typhimurium</i>	1	17	15
- Autres sérotypes	1	6	0
- Non sérotypées	10	104	5
<i>Clostridium perfringens</i>	13	264	1
<i>Staphylococcus aureus</i>	8	166	23
Autres agents	26	311	14

## Les cas de fièvres typhoïdes et paratyphoïdes déclarés en 2003 [8, 9]

En 2003, 61 cas de fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ont été déclarés en Ile-de-France (14 autochtones) et 82 cas dans le reste de la France (47 autochtones).

Les cas étaient en majorité des cas importés, phénomène en constante augmentation depuis 1995.



La distribution géographique des cas était la suivante : 26 % à Paris comme en Seine-Saint-Denis (n=16), 13 % dans le Val-de-Marne comme dans le Val-d'Oise (n=8), 7 % dans les Hauts-de-Seine (n=4) et 5 % en Seine-et-Marne, dans les Yvelines et en Essonne (n=3).

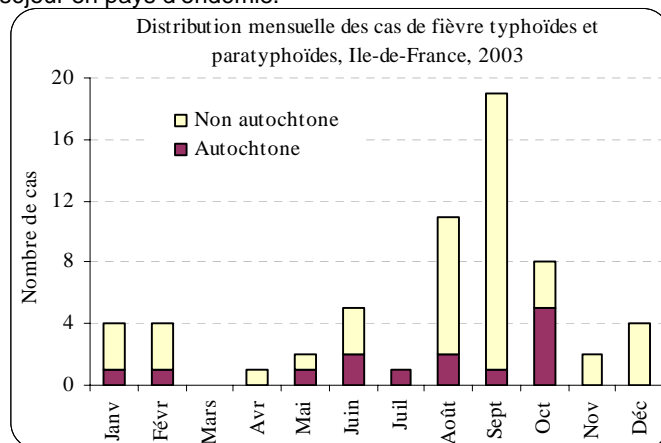
### Répartition par âge et sexe

Sur l'ensemble des cas déclarés, 49 % étaient de sexe masculin (sexe ratio H/F : 0,97).

L'âge moyen des cas était de 27 ans (médiane : 26 ans).

### Distribution mensuelle des cas en Ile-de-France

En 2003, un pic saisonnier a été observé en août et septembre, lié à la survenue d'un nombre important de cas rentrant d'un séjour en pays d'endémie.



### Evolution clinique

En 2003, *Salmonella Typhi*, le germe impliqué dans 85 % des cas, était responsable de 13 des 14 cas autochtones. 97 % des cas ont été hospitalisés.

### Cas dans l'entourage

Pour 27 % (13/48) des cas renseignés, d'autres cas étaient signalés dans l'entourage ; ceci souligne l'importance d'expliquer à chaque patient la nécessité de renforcer les mesures d'hygiène au domicile et au travail.

### UN FOYER DE FIEVRE TYPHOÏDE A SALMONELLA TYPHI DANS UNE SANDWICHERIE PARISIENNE EN OCTOBRE 2003 [9]

Plusieurs cas (7 cas) de fièvres typhoïdes autochtones ont été détectés entre le 28 septembre et le 16 octobre 2003 chez des résidents d'Ile-de-France, provenant de 4 départements de la région. L'investigation réalisée par l'InVS et la DASS de Paris a permis d'identifier que 6 d'entre eux avaient fréquenté le même établissement de restauration rapide.

L'enquête conjointe des services vétérinaires et de la DASS de Paris a montré qu'aucun des employés ne présentait de symptômes récents ni d'antécédent de fièvre typhoïde et aucun n'avait réalisé de séjour en pays d'endémie depuis l'été 2002.

La réalisation de 6 coprocultures a permis d'identifier un personnel de l'établissement de restauration comme porteur du germe.

Dès l'identification de l'établissement impliqué, un communiqué de presse informait la clientèle d'une possible exposition. Un numéro d'appel géré par la Cire Ile-de-France était proposé pour plus d'informations et des conseils personnalisés. Plus de 300 appels ont été traités.

Cet épisode montre l'importance du respect des bonnes pratiques d'hygiène dans la restauration ainsi que l'intérêt de la déclaration précoce des cas de fièvres typhoïdes aux DASS, pour identifier rapidement les sources de contamination.

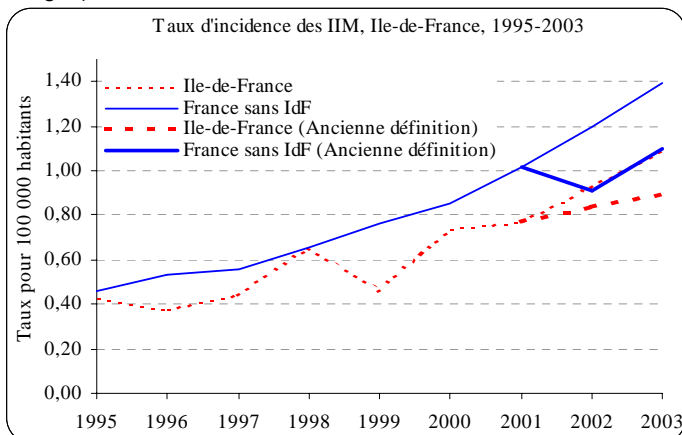
## Les infections invasives à méningocoques déclarées en 2003 [10]

Les résultats présentés concernent les cas d'infections invasives à méningocoques (IIM) déclarées au cours de l'année 2003.

Bien qu'il s'agisse de pathologies graves, le taux d'exhaustivité de la notification des IIM en France en 2003 était estimé à 75 % avec un intervalle de confiance à 95 % variant de 72 à 78 %. On ne dispose pas de ce taux pour la région Ile-de-France.

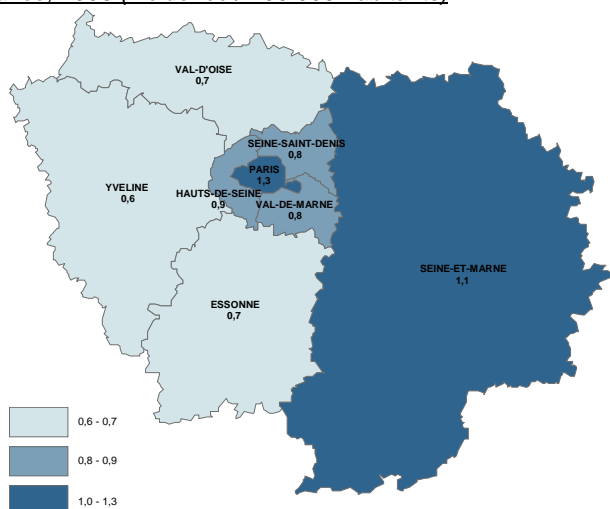
### Evolution de l'incidence<sup>3,4</sup>

Depuis 1996, l'incidence des IIM augmente régulièrement en Ile-de-France, comme en France. A partir de 2002, la forte hausse tant en Ile-de-France que dans le reste de la France est liée à la modification de la définition des cas d'IIM (critères plus larges).



En 2003, 121 cas d'IIM ont été déclarés en Ile-de-France et 675 dans le reste de la France métropolitaine. Le taux d'incidence standardisé en Ile-de-France était de 1,03 pour 100 000 habitants (versus 1,43/10<sup>5</sup> pour la France hors Ile-de-France et 1,34/10<sup>5</sup> au niveau national).

### Distribution régionale par département de notification, Ile-de-France, 2003 (incidence / 100 000 habitants)



En 2003, 26 cas ont été déclarés à Paris (1,3/10<sup>5</sup>) et 14 en Seine-et-Marne (1,1/10<sup>5</sup>), ces deux départements ayant les incidences les plus élevées en Ile-de-France.

### Distribution mensuelle

La répartition par mois suivait la saisonnalité habituelle des IIM. En 2003, comme sur la période 1995-2003, le pic hivernal en

<sup>3</sup> Les données de population utilisées pour les calculs des taux d'incidence sont les estimations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) de 2003.

<sup>4</sup> Taux d'incidence standardisé sur l'âge en prenant comme population de référence celle de la France métropolitaine.

Ile-de-France est apparu en décembre (février au niveau national) tandis que le point le plus bas correspondait au mois de juin (août en France).

### Répartition par sexe et âge

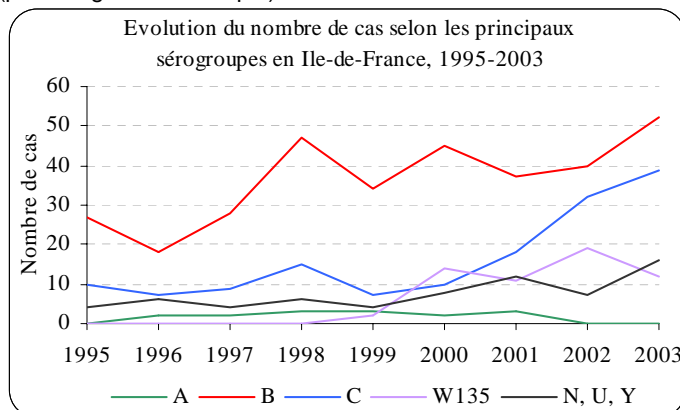
En 2003, le sexe ratio H/F était de 1. L'âge des cas variait de 1 jour à 81 ans, avec un âge moyen égal à 22 ans et un âge médian égal à 17 ans. Au total, 71 % des cas étaient âgés de moins de 25 ans. Les patients étaient plus âgés en Ile-de-France qu'en France entière (p=0,025).

Le taux d'incidence le plus élevé était observé chez les enfants de moins de 5 ans (3,67 / 10<sup>5</sup>), il diminuait ensuite jusqu'à 14 ans et augmentait à l'adolescence (15-19 ans : 2,65/10<sup>5</sup>). Il restait inférieur à 1/10<sup>5</sup> à partir de 25 ans et augmentait à partir de 65 ans.

### Distribution des sérogroupes

En 2003, le sérotype était connu pour 98 % des 121 cas d'IIM notifiés en Ile-de-France. Le sérotype B représentait 44 % des cas, le C 33 %, le W135 10 % et les autres sérotypes (N, U, Y) 13 %.

Cette distribution diffère de la distribution nationale (p=0,03). Hormis en 2001, le nombre d'IIM B augmente depuis 1996. Le nombre d'IIM C a globalement été stable jusqu'en 2000, puis enregistre une nette augmentation depuis 2001 qui se prolonge en 2003 contrairement au niveau national. Depuis 2000, l'Ile-de-France comptabilise entre 10 et 20 cas d'IIM à W135 par an (pèlerinage de la Mecque) .



### Les formes graves et décès

En 2003, 1/3 des cas présentait un purpura fulminans (83 % des cas renseignés) ; 10 personnes sont décédées à la suite d'une infection invasive à méningocoques, soit un taux de létalité de 9 % parmi les patients pour lesquels l'évolution était connue (96 %). Ces résultats restent conformes aux données nationales.

Pour 6 patients, d'autres cas dans l'entourage ont été signalés.

### Prévention dans l'entourage des cas

En 2003, en moyenne 9 personnes de l'entourage proche des cas avaient reçu une chimioprophylaxie contre 5 en 2000 et 4 en 1997. Dans la collectivité dont le cas est issu, cette valeur est passée de 14 en 1997 à 20 en 2003 mais reste inférieure à la moyenne nationale (33 en 2003).

Après exclusion des cas dus au sérotype B, la moyenne des personnes vaccinées dans l'entourage proche du cas est passée de 1,3 personnes vaccinées en 2000 à 5 en 2003. La moyenne des personnes vaccinées, au sein de la collectivité dont est issu le cas, est passée de 8 à 17 personnes entre 1997 et 2003. Elle est inférieure à la valeur nationale (33 personnes vaccinées dans la collectivité par cas).

## Un cas de Diphtérie à *Corynebacterium ulcerans* déclaré en 2003 [11,12]

En octobre 2003, une patiente de 47 ans originaire de Seine-et-Marne, récemment greffée d'un rein, a présenté un tableau d'infection respiratoire d'évolution sévère entraînant une hospitalisation en unité de soins intensifs. L'apparition de fausses membranes a orienté la recherche bactériologique sur un *Corynebacterium*. Le CNR, après mise en évidence du gène de la toxine, a identifié un *Corynebacterium ulcerans*, peu fréquent en pathologie humaine.

L'interrogatoire de la patiente n'a pas mis en évidence de facteurs d'exposition connus pour *C. ulcerans* (fromage au lait cru, contact avec des animaux de ferme). La patiente était traitée par immunosuppresseurs depuis sa greffe.

Bien que la transmission de *C. ulcerans* de personne à personne ne soit pas documentée [11], la conduite à tenir pour les sujets contacts est la même que celle pour la diphtérie à *C. diphtheriae*.

Au total, 78 personnes dont 7 proches, 2 ambulanciers et 69

personnels de santé ont fait l'objet d'un prélèvement pharyngé, de la prescription d'amoxicilline et d'une injection de rappel de vaccin. Aucun des sujets contacts ainsi identifiés ne présentait de *C. ulcerans* dans les prélèvements pharyngés.

La littérature évoquant le rôle des chats dans le portage et la transmission de *C. ulcerans* [12], un prélèvement a été réalisé sur l'animal domestique de la patiente : son chien. Ce dernier présentait des lésions ulcérotives des fosses nasales qui se sont révélées très riches en *C. ulcerans*. Ce cas constitue le premier cas documenté de contamination par *C. ulcerans* entre un chien et un homme.

En dépit d'un traitement antibiotique prolongé, le chien est resté porteur de la bactérie. Ce constat a conduit à décider l'euthanasie de l'animal, avant d'autoriser le retour de la patiente à son domicile après un nettoyage et une désinfection appropriés.

### Références bibliographiques

1. Nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. BEH n°12-13/2003.
2. Surveillance nationale des maladies infectieuses, 1998-2000. Institut de veille sanitaire, Novembre 2002.
3. InVS et CNR : « Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003 ». BEH n°24-25/2004 pp102-109.
4. Comité de pilotage du SSSIILF : « Saturnisme infantile : la lettre du SSSIILF », bulletin n°3, Décembre 2004.
5. Didier Che, Dounia Bitar. « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2003 ». BEH n°17-18/2005.
6. Christine Campèse, Sophie Jarraud, Bénédicte Decludt, Guy Jacquier, Didier Che. « Les légionelloses déclarées en France en 2003 ». BEH n°36-37/2004.
7. S. Haeghebaert, F. Le Querrec, P. Bouvet, A. Gallay, E. Espié, V. Vaillant. « Toxi-infections alimentaires collectives en France en 2001 ». BEH n°50/2002.
8. Véronique Vaillant, François-Xavier Weill, Jean-Michel Thiolet, Anne Collignon, Dominique Salamanca, Elisabeth Bouvet, Catherine Collinet, Chantal Cosson, Chantal Gloaguen, Henriette de Valk. « Cas groupés de fièvre typhoïde liés à un établissement de restauration à Paris, 2003 ». BEH n°21/2004.
9. Sylvie Haeghebaert, Philippe Bouvet, Henriette de Valk « Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes en France en 2001 ». BEH n°14/2003.
10. Anne Perocheau. « Les infections invasives à méningocoques en France, en 2003 ». BEH n°46/2004.
11. Akio Hatanaka, Atsunobu Tsunoda, Makoto Okamoto et al. « *Corynebacterium ulcerans* Diphteria in Japan » Emerg. Infect. Dis. 2003 ;9, N°6, 752-3.
12. C. Kelly, A Efstratiou, au nom de DIPNET « Le septième congrès international du Groupe de Travail Européen sur la Diphtérie - Vienne, juin 2002 » - Eurosurveillance Vol.8 - N°10 octobre pp.189-94.

### A qui déclarer ? à la Ddass de votre département

#### • **Semaine** ➤ appeler la Ddass

Paris	Tél : 01-58-57-14-61	Fax : 01-58-57-11-03
Seine-et-Marne	Tél : 01-64-87-62-14	Fax : 01-64-97-62-01
Yvelines	Tél : 01-30-97-74-24 / 73-27	Fax : 01-30-97-74-14
Essonne	Tél : 01-69-36-72-04	Fax : 01-69-36-49-60
Hauts-de-Seine	Tél : 01-40-97-96-33	Fax : 01-47-29-06-94
Seine-Saint-Denis	Tél : 01-41-60-70-69 / 70-03	Fax : 01-41-60-71-59
Val-de-Marne	Tél : 01-49-81-87-02	Fax : 01-49-81-87-46
Val-d'Oise	Tél : 01-34-41-14-65 / 14-67	Fax : 01-34-41-15-45

#### • **WE et jours fériés** ➤ appeler la Préfecture pour contacter la personne d'astreinte de la Ddass

Paris	Tél : 01-49-28-40-00
Seine-et-Marne	Tél : 01-64-71-77-77
Yvelines	Tél : 01-39-49-78-00
Essonne	Tél : 01-69-91-91-91
Hauts-de-Seine	Tél : 01-40-97-20-00
Seine-Saint-Denis	Tél : 01-41-60-60-60
Val-de-Marne	Tél : 01-49-56-60-00
Val-d'Oise	Tél : 01-34-20-29-99 ou 0821-80-30-95

Directeur de la publication : Hubert ISNARD

Impression : DRASS Ile-de-France 58-62 rue de Mouzaïa 75935 Paris cedex 19

Cellule interrégionale d'épidémiologie d'Ile-de-France - tél. : 01-44-84-23-61 - e-mail : dr75-cire@sante.gouv.fr

Dépôt légal : à parution — ISSN : en cours