

[6] Cassadou S. Le réseau de médecins sentinelles en Guadeloupe. Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane 2008;(10):3-4.

[7] Ardillon V. Le réseau de médecins sentinelles de Guyane. Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane 2008;(10):5.

[8] Cire Antilles-Guyane. Retex dengue Antilles Guyane 2007 : surveillance épidémiologique des cas hospitalisés – clinique et diagnostic de la dengue. Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane 2008;(1):1-10.

[9] World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnostic, treatment, prevention and control. Geneva : World Health Organization, New edition 2009;147 p.

[10] Barniol J, Gaczkowski R, Barbato EV, da Cunha RV, Salgado D, Martínez E, *et al.* Usefulness and applicability of the revised dengue case classification by disease: multi-centre study in 18 countries. BMC Infect Dis. 2011;11:106.

[11] Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies de dengue (Psage dengue) en Martinique. Version 2. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, juin 2007 ; 27 p. + annexes. Disponible à : [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB\\_3830](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB_3830)

[12] Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies de dengue en Guadeloupe continentale et îles proches (Psage dengue). Version 1 du 18/09/2007. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, septembre 2007 ;25 p. + annexes. Disponible à : [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB\\_3829](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB_3829)

[13] Cire Antilles-Guyane. Bilan des épidémies de dengue en Guadeloupe et en Martinique. Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane 2008; (4):9-10.

[14] Cire Antilles-Guyane. Le point épidémiologique : Surveillance de la dengue en Guadeloupe 2010 ;28. Disponible à : [http://www.invs.sante.fr/surveillance/dengue/points\\_guadeloupe/2010/pep\\_guadeloupe\\_2010\\_28\\_dengue.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/dengue/points_guadeloupe/2010/pep_guadeloupe_2010_28_dengue.pdf)

[15] Fouque F, Reynes JM, Moreau JP. Dengue in French Guiana, 1969–1993. Bull Pan Am Health Organ. 1995;(29):147–55.

[16] Reynes JM, Laurent A, Deubel V, Telliam E, Moreau JP. The first epidemic of dengue hemorrhagic fever in French Guiana. Am J Trop Med Hyg. 1994;51:545-53.

[17] Cire Antilles-Guyane. Élaboration d'un critère d'alerte pour la détection précoce des épidémies de dengue dans les Antilles françaises. Bulletin d'Alerte et de Surveillance Antilles Guyane 2008;(4):5-8.

[18] Beatty ME, Stone A, Fitzsimons DW, Hanna JN, Lam SK, Vong S, *et al*; Asia-Pacific and Americas Dengue Prevention Boards Surveillance Working Group. Best practices in dengue surveillance: a report from the Asia-Pacific and Americas Dengue Prevention Boards. PLoS Negl Trop Dis. 2010;4(11):e890.

[19] Haut Conseil de la Santé Publique. Stratégie de diagnostic biologique de la dengue. Janvier 2011. 41p. Disponible à : [http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20110121\\_dengue.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20110121_dengue.pdf)

## Épisode de cas groupés d'éruption prurigineuse liée à la présence de chenilles processionnaires du pin dans un camping des Landes, France, juillet 2010

Elsa Delisle<sup>1,2</sup>, Christine Castor (christine.castor@ars.sante.fr)<sup>1</sup>, Julia Doutreix<sup>3</sup>, Patrick Rolland<sup>1</sup>

1/ Cire Aquitaine, Institut de veille sanitaire, Bordeaux, France

2/ Profet, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ; École des hautes études en santé publique, Rennes, France

3/ Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires, Agence régionale de santé d'Aquitaine, Bordeaux, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – En juillet 2010, une épidémie de gale touchant plusieurs colonies de vacances dans un camping des Landes était signalée aux autorités sanitaires. Des investigations ont été menées afin de vérifier le signallement et décrire l'épisode.

**Méthodes** – Les cas de prurit ont été recensés auprès de toutes les personnes participant aux colonies de vacances du camping pendant l'été. À l'occasion de la visite du site, une enquête transversale descriptive a été réalisée auprès des personnes présentes, ainsi qu'une investigation environnementale. D'autres sources de données ont été consultées pour évaluer le contexte sanitaire local.

**Résultats** – Au total, 62 cas de prurit ont été recensés, soit un taux d'attaque de 31%. Pour près de la moitié des cas (48%), les signes sont apparus dans les 24h suivant leur arrivée au camping. Les éruptions se caractérisaient par des papules réparties sur l'ensemble du corps, dont le dos, sans lésion interdigitale. Les cas n'avaient pas été en contact avant leurs séjours et ne partageaient aucune literie. L'enquête environnementale a mis en évidence la présence de nids de chenilles processionnaires (*Thaumetopoea pityocampa*) dans les pins sous lesquels les colonies de vacances étaient installées.

**Conclusion** – L'épidémie de gale a ainsi été infirmée et des mesures de gestion ont rapidement été instaurées afin de limiter l'exposition aux poils de chenilles sur le camping, à l'origine des cas de prurit. Cet épisode souligne la nécessité de vérifier les signaux avant toutes mesures de gestion.

### Mots clés / Key words

Investigation, cas groupés, chenilles processionnaires du pin, éruption prurigineuse, France / Investigation, cluster, pine processionary caterpillar, dermatitis, France

### Contexte et alerte

Les chenilles processionnaires du pin (*Thaumetopoea pityocampa*) sont des parasites des pinèdes d'Europe du Sud, très présentes sur la façade atlantique. Elles colonisent préférentiellement des pins situés en bordure de forêt, provoquant leur défoliation. Entre février et mars, elles descendent au sol en procession et s'enfouissent dans des zones meubles et ensoleillées, l'émer-

gence des papillons ayant lieu vers la fin du mois de juillet. À partir du 3<sup>ème</sup> stade larvaire, les chenilles développent des poils qui, au contact de la peau, se brisent et libèrent une protéine urticante, la thaumetopoeïne, à l'origine de réactions inflammatoires (urticaire, conjonctivite ou toux irritative), voire de réactions allergiques graves (œdème laryngé, choc anaphylactique) [1-3]. La survenue d'effets sanitaires n'implique pas

systématiquement un contact direct avec les chenilles, les poils présents dans les nids pouvant être disséminés par le vent et persister dans l'environnement.

Le samedi 17 juillet 2010, le Samu des Landes informait la Délégation territoriale des Landes de l'Agence régionale de santé (DT40 – ARS) Aquitaine de la survenue d'une trentaine de cas de gale au sein de colonies de vacances installées

sur une même zone d'un camping. Au cours du week-end, d'importantes mesures ont été entreprises : nettoyage et désinfection du linge et des tentes, traitement anti-scabieux collectif pour environ 125 cas ou contacts, arrêt de certaines activités collectives. Le lundi suivant, la Cire Aquitaine, en collaboration avec l'ARS, mettait en place une investigation afin de vérifier le signalement, décrire cet épisode et identifier d'éventuels facteurs ayant favorisé la diffusion de l'épidémie.

## Méthodes

Un cas a été défini comme toute personne séjournant sur le secteur du camping réservé aux colonies de vacances et ayant présenté pendant cette période une éruption prurigineuse. Une description des conditions de séjour des colonies de vacances a préalablement été réalisée puis une recherche rétrospective de tous les cas a été effectuée auprès des directeurs de colonies de vacances présents sur le site depuis le 6 juillet. Il leur a également été demandé, ainsi qu'aux directeurs arrivés après la date du signalement, de transmettre chaque semaine à la Cire le nombre de nouveaux cas.

Une enquête descriptive transversale a été réalisée le 20 juillet lors d'une visite sur site auprès d'un échantillon d'enfants et adultes de deux colonies présents à cette date, à l'aide d'un questionnaire administré sur place, portant sur les caractéristiques sociodémographiques, la survenue ou non de signes cliniques et la présence d'antécédents allergiques.

Afin d'évaluer le contexte sanitaire local, plusieurs enquêtes ont également été réalisées :

- recherche de cas d'éruption prurigineuse auprès de quelques vacanciers séjournant également dans le camping ;
- suivi prospectif et rétrospectif des ventes de médicaments antihistaminiques<sup>1</sup> de juin à août 2010 auprès de deux pharmacies de la commune ;
- suivi hebdomadaire des consultations pour éruption prurigineuse auprès de trois médecins généralistes de la commune pendant le mois de juillet ;
- recherche rétrospective des sollicitations pour « urticaires », « allergies cutanées » et « autres atteintes cutanées ou ophtalmologiques » dans les bases de données du réseau Oscour<sup>®2</sup> (Centre hospitalier de Mont-de-Marsan (40)) et celle des systèmes d'information communs des Centre antipoison et de toxicovigilance (Sicap) pour l'Aquitaine.

Une enquête environnementale a été réalisée par la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (Draaf) d'Aquitaine (évaluation de l'exposition aux chenilles et à leurs nids) et la DT40 (contrôle des eaux de baignade).

## Résultats

### Description des séjours de vacances

L'environnement forestier du camping où est survenu cet épisode se compose d'une pinède au

sol sablonneux, située en bord de route et d'une forêt de feuillus plus étendue. Les colonies de vacances, au nombre de 3 ou 4, étaient accueillies sur une zone « groupe » située dans la pinède. Les participants aux colonies dormaient dans des tentes de 2 à 6 personnes, avec leur matelas et duvet personnels, à même le sol. Les enfants n'avaient pas de lien entre eux avant leur séjour et les colonies avaient pour seules activités communes la pratique du surf et les baignades dans l'océan Atlantique. La préparation des repas et les approvisionnements alimentaires étaient propres à chaque colonie, seule l'utilisation des blocs sanitaires était commune et partagée avec d'autres vacanciers du camping.

### Description de l'épidémie

Entre le 6 juillet et le 8 août 2010, 6 colonies ont occupé la zone « groupe » du camping, soit un total de 198 personnes. Sur cette période, 62 cas d'éruption prurigineuse ont été recensés, soit un taux d'attaque (TA) global de 31%. Le pic de l'épidémie est survenu le 11 juillet, à la fin de la première semaine des séjours, au cours de laquelle plus de la moitié des cas sont survenus (n=35) (figure 1). Toutes les colonies ont été concernées. Pour près de la moitié des cas (48%), les signes sont survenus dans les 24 heures suivant l'arrivée au camping et pour la plupart avant les premières baignades. Pour 15 cas (24%), un diagnostic médical de gale a été posé après examen clinique sans confirmation parasitologique.

L'enquête descriptive transversale a porté sur 64 personnes (52 enfants et 12 animateurs), appartenant à 2 colonies de vacances, présentes sur le site entre le 10 juillet et le 8 août 2010. Au total, 34 personnes répondaient à la définition de cas, soit un TA de 53%, dont 29 enfants (TA=56%) et 5 adultes (TA=42%). L'âge moyen

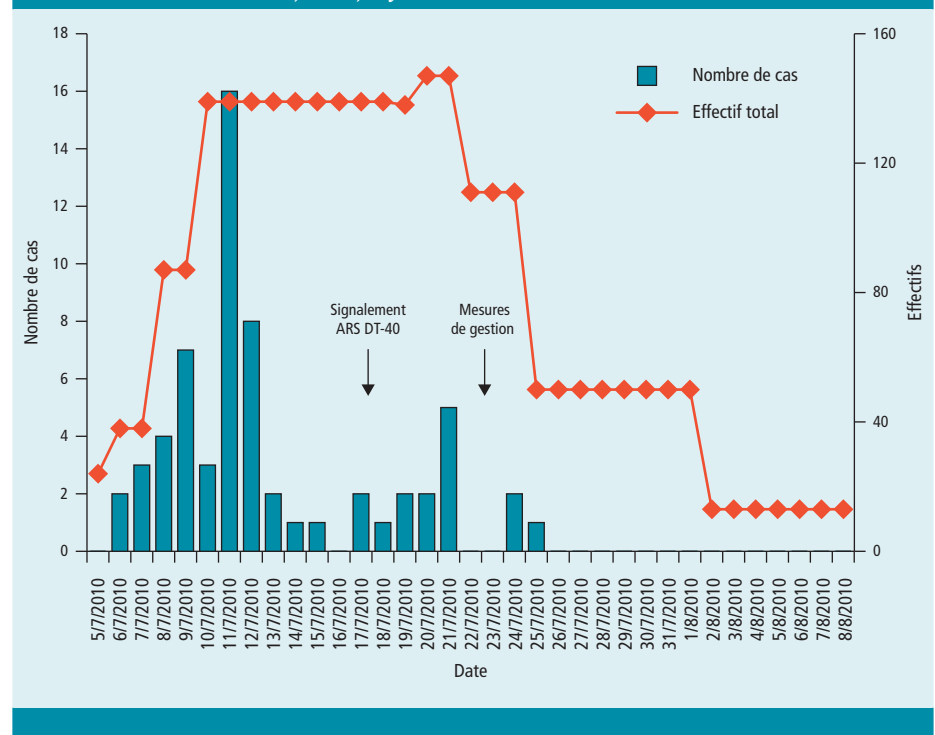
des cas était de 12 ans chez les enfants et de 21 ans chez les adultes, comparable à celui des non malades (respectivement,  $p=0,19$  et  $p=0,10$ ). Le sexe ratio H/F des cas était de 2,8 (vs. 0,9 pour les non malades). Tous les cas enquêtés ont présenté une éruption cutanée prurigineuse, caractérisée par des papules (5 mm de diamètre environ) situées pour la grande majorité sur les membres supérieurs (88%) et le torse (68%), mais également sur les membres inférieurs (62%) et le dos (33%) (tableau 1). Aucune lésion au niveau des espaces interdigitaux n'a été observée. Cinq cas ont développé des signes associés, notamment une toux chez un enfant asthmatique et une irritation oculaire pour 2 cas.

Tableau 1 Caractéristiques cliniques des cas de prurit enquêtés (N=34). Landes, France, juillet 2010 / Table 1 Clinical characteristics among investigated pruritus cases (n=34). Landes district, France, July 2010.

Signes	N (%)
<b>Éruption cutanée</b>	<b>34 (100)</b>
- Membres supérieurs :	
bras	30 (88)
mains	27 (80)
mains	19 (56)
- Membres inférieurs	21 (62)
- Tronc :	
cou	29 (85)
torse/ventre	22 (65)
dos	23 (68)
dos	11 (32)
<b>Prurit</b>	<b>34 (100)</b>
<b>Irritation oculaire</b>	<b>2 (6)</b>
<b>Toux</b>	<b>1 (3)</b>
<b>Céphalées</b>	<b>2 (6)</b>

À la date de l'enquête, parmi les 34 cas, 23 ne présentaient plus de symptômes. Pour ces derniers, la durée médiane des signes était de 9 jours (min : 1 - max : 13).

Figure 1 Distribution des cas de prurit selon la date de début des signes et les effectifs présents sur le site. Landes, France, juillet 2010 / Figure 1 Cases by date of symptoms onset and number of people on the camping restricted area. Landes district, France, July 2010.



<sup>1</sup> Gel Apaisyl<sup>®</sup>, Onctose<sup>®</sup> et Onctose hydrocortisone<sup>®</sup>, Cétiristine<sup>®</sup>, Aeriuss<sup>®</sup>, Xyzall<sup>®</sup>

<sup>2</sup> Organisation de la surveillance coordonnée des urgences : système de surveillance national basé sur le nombre et les diagnostics de passages aux urgences des hôpitaux participants.

Parmi les personnes enquêtées, 13 présentaient des antécédents d'allergie. La prévalence de terrain atopique était plus importante chez les cas que chez les non-malades (29,4% vs. 10% ;  $p=0,05$ ). Cependant, la nature et la durée ( $p=0,86$ ) des signes chez les cas allergiques étaient semblables à celles des cas non allergiques. Aucun antécédent d'allergie aux chenilles n'a été mentionné.

### Contexte sanitaire local

Parmi les autres vacanciers installés dans la pinède, 8 ont pu être interrogés, ils ont tous présentés des signes identiques aux cas recensés. Un seul des vacanciers interrogés résidant dans la zone « feuillue » ( $n=10$ ) a présenté ces signes, cette personne ayant l'habitude de se promener quotidiennement dans la pinède alentour.

Une augmentation des ventes des médicaments antihistaminiques a été observée en juillet et août 2010 par rapport au moins de juin. Néanmoins, pour les pharmaciens consultés, les ventes de ces médicaments ne semblaient pas plus élevées que les années précédentes pour cette période. Les médecins généralistes interrogés n'ont pas observé d'activité particulièrement importante liée à des éruptions cutanées. Les données issues de la base Sicap ne montraient pas d'augmentation des sollicitations pour les motifs retenus, au mois de juillet 2010 par rapport au mois précédent. En revanche, l'hôpital de Mont-de-Marsan a enregistré une légère augmentation du nombre de passages pour « allergies » et « urticaire » en juillet 2010 par rapport au mois et années précédents mais sur des effectifs très faibles ( $n < 10$ ).

### Enquête environnementale

Lors de sa visite sur place, la Draaf a observé des nids anciens de chenilles processionnaires dans les pins du camping. Un nid en état de délitement, contenant une chenille vivante, a été retrouvé près d'une tente d'une colonie. En septembre 2009, la Draaf d'Aquitaine avait averti les autorités sanitaires d'une brutale augmentation des populations des chenilles *Thaumetopoea pityocampa* dans le massif landais (figure 2) [4], contre lesquelles les pins du camping et des environs n'avaient pas été traités.

Par ailleurs, la DT-40 n'a pas signalé de problème de qualité des eaux de baignade sur cette zone.

### Discussion

Cette investigation a permis d'infirmer l'épidémie de gale initialement signalée aux autorités sanitaires. Cette hypothèse a pu être écartée pour plusieurs raisons :

- la période d'incubation de la gale est en moyenne de 21 jours [5]. Or, les signes sont majoritairement survenus lors des premiers jours de séjour et les cas n'avaient pas été en contact lors des semaines précédentes ;
- chacun dormait dans sa propre literie et les cours de surf, durant lesquels les combinaisons utilisées auraient pu être des vecteurs de transmission de la gale, ont eu lieu après la survenue des premiers cas. Une transmission interhumaine ou *via* des tissus n'était donc pas envisageable ;
- enfin, les signes cliniques observés n'étaient pas caractéristiques de la gale car les papules étaient présentes sur une grande partie du corps,

notamment le dos et le cou, sans présence de lésions interdigitales.

En revanche, plusieurs éléments étaient en faveur d'une épidémie d'éruption prurigineuse liée à une exposition aux chenilles processionnaires du pin, dont la présence a été constatée sur le site. En effet, le seul facteur de risque commun à l'ensemble des cas était celui de résider sur une même zone plantée de pins. Les caractéristiques de cet épisode concordaient avec ceux décrits en Europe, pour lesquels une exposition aux chenilles processionnaires avait été démontrée [6-8], notamment en France, où des épisodes similaires ont également été observés : en Lorraine en 2005, lié à des chenilles processionnaires du chêne [9] et en Loire-Atlantique en 2006, dû à des contacts directs avec des chenilles de l'espèce *Lithosia quadra* [10]. Pendant l'été, les chenilles *Thaumetopoea pityocampa* sont enfouies dans le sol sous forme de cocons [2], mais leurs poils peuvent rester dans l'environnement plusieurs semaines. Le temps sec de début juillet 2010 aurait favorisé leur mise en suspension et ainsi l'apparition de cas. La survenue d'orages en fin de mois et la mise en place de mesures de prévention auraient permis de limiter le phénomène. De plus, les conditions de séjour des colonies étaient propices à une exposition importante : sable mis en mouvement, couchages à même le sol, séchage du linge à l'air libre sous les pins.

L'évaluation du contexte sanitaire au niveau de la commune est difficile à interpréter. En effet, les médecins contactés, généralement remplaçants, n'avaient pas d'éléments de comparaison par rapport aux années antérieures. L'augmentation des ventes de médicaments antihistaminiques au mois de juillet observée chez les pharmacies interrogées est en grande partie liée à l'afflux touristique en période estivale. Par

ailleurs, les médicaments suivis étaient peu spécifiques des symptômes observés.

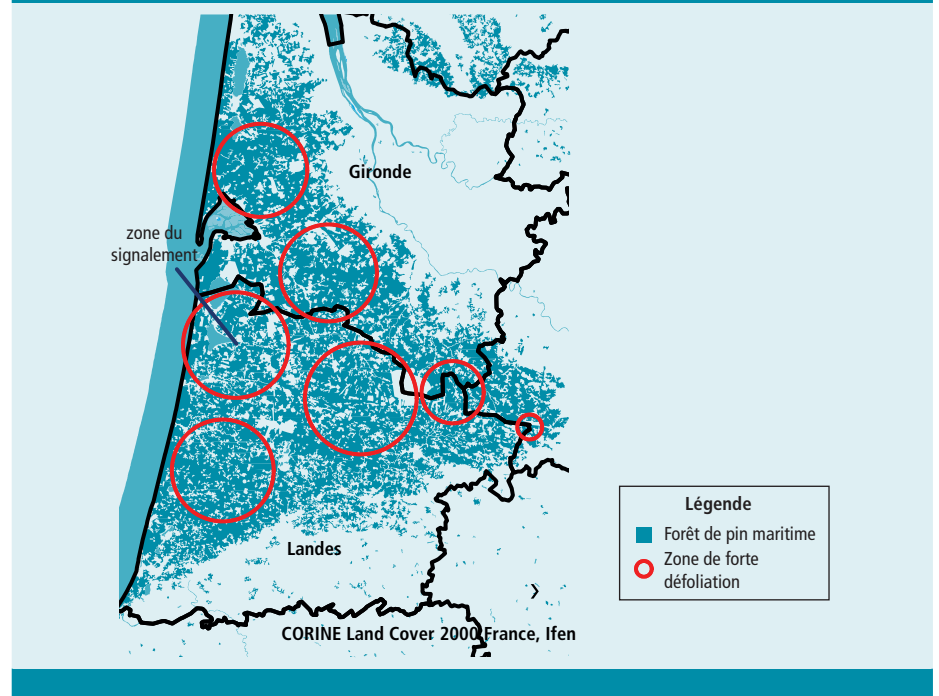
### Conclusion et recommandations

Suite au signalement de nombreux cas de prurit au sein de colonies de vacances séjournant dans un camping des Landes en juillet 2010, l'investigation a permis de rattacher cet épisode à la présence de chenilles processionnaires. Avant la fin du mois de juillet, des mesures de contrôle et de prévention ont été mises en place afin de limiter l'impact sanitaire de cette exposition. Des recommandations élaborées conjointement par l'ARS et la Draaf d'Aquitaine ont été transmises au maire de la commune concernée, qui appelaient à enlever les nids de *Thaumetopoea pityocampa* encore présents dans les arbres et au sol et d'arroser le sol pour réduire la quantité de poils urticants en suspension. Les campeurs ont été informés, par le biais d'un affichage, de la conduite à tenir en cas de symptômes et des précautions à prendre pour limiter l'exposition. Un suivi attentif des enfants des colonies de vacances, et en particulier les sujets asthmatiques, a été préconisé avec orientation vers une consultation médicale si nécessaire. Les médecins généralistes et les pharmaciens de la commune ont également été informés.

Cet épisode est l'occasion de rappeler l'importance de la validation des signaux sanitaires par le recueil d'un minimum de données épidémiologiques. Lors de suspicion d'épidémies de gale survenant en collectivité, les mesures de gestion, qui ne présentent pas un caractère d'urgence, doivent être établies de manière concertée et être précédées d'une évaluation du contexte épidémique [5].

Cet épisode souligne également une connaissance insuffisante des risques sanitaires liés aux expositions aux chenilles. Or, des travaux récents

Figure 2 Répartition des forêts de pins maritimes en Aquitaine (France) et zones de forte défoliation des pins par les chenilles processionnaires au printemps 2010 (source : Draaf Aquitaine) / Figure 2 Maritime pine forest map in the Aquitaine region (France) and high defoliation areas due to processionary caterpillars. Spring 2010 (source : Draaf Aquitaine)



mettent en évidence l'installation progressive de *Thaumetopoea pityocampa* vers le nord du territoire français depuis plusieurs années [11]. Ces résultats devraient alerter les autorités sanitaires sur la nécessité d'informer les populations concernées ainsi que les professionnels de santé sur les risques liés à ce type d'exposition.

#### Références

[1] Lamy M, Pastureaud MH, Novak F, Ducombs G, Vincendeau P, Maleville J, *et al.* Thaumetopoein: an urticating protein from the hairs and integument of the pine processionary caterpillar (*Thaumetopoea pityocampa* Schiff., *Lepidoptera*, *Thaumetopoeidae*). *Toxicon*. 1986;24(4):347-56.

[2] Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt d'Aquitaine. Pôle santé des forêts Aquitaine et Midi-Pyrénées. Une chenille urticante: la processionnaire du pin. Disponible à : [http://www.gironde.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/une\\_chenille\\_urticante\\_la\\_processionnaire\\_du\\_pin\\_Doc1\\_cle8eeeb9\\_cle0d741d.pdf](http://www.gironde.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/une_chenille_urticante_la_processionnaire_du_pin_Doc1_cle8eeeb9_cle0d741d.pdf)

[3] Diaz JH. The evolving global epidemiology, syndromic classification, management, and prevention of caterpillar envenoming. *Am J Trop Med Hyg*. 2005;72(3):347-57.

[4] Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt d'Aquitaine. Pôle santé des forêts Aquitaine et Midi-Pyrénées. Bilan de la campagne d'observation hiver 2009-2010 sur le Massif Landais. Cenon, 2010. Disponible à : [http://draaf.aquitaine.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/bilan\\_pp2009-2010\\_cle0c1f32.pdf](http://draaf.aquitaine.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pp2009-2010_cle0c1f32.pdf)

[5] Castor C, Bernadou I, Chosidow O, Lebourgeois K, Gautier C, Pilles D, *et al.* Épidémie de gale communautaire - Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2008. Disponible à : [http://www.invs.sante.fr/publications/2008/epidemie\\_gale\\_communauteaire/epidemie\\_gale\\_communauteaire.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/epidemie_gale_communauteaire/epidemie_gale_communauteaire.pdf)

[6] Artola-Bordás F, Arnedo-Pena A, Romeu-Garcia MA, Bellido-Blasco JB. Outbreak of dermatitis caused by pine processionary caterpillar (*Thaumetopoea pityocampa*) in schoolchildren. *An Sist Sanit Navar*. 2008;31(3):289-93. (Article en espagnol).

[7] Gottschling S, Meyer S, Dill-Mueller D, Wurm D, Gortner L. Outbreak report of airborne caterpillar dermatitis in kindergarden. *Dermatology*. 2007;215:5-9.

[8] Spiegel W, Maier H, Maier M. A non-infectious airborne disease. *Lancet*. 2004;363(9419):1438.

[9] Prudhomme A, Alsibaï S. Étude de l'impact sanitaire des chenilles processionnaires du chêne en région Lorraine, en 2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. Disponible à : [http://www.lorraine.sante.gouv.fr/cire/etud\\_inv/santenv/che\\_proc.pdf](http://www.lorraine.sante.gouv.fr/cire/etud_inv/santenv/che_proc.pdf)

[10] Barataud D, Daniau C. Étude descriptive d'un épisode de pullulation de chenilles Lithosies quadrilles (*Lithosia quadra*) survenu au cours de l'été 2006. Aspects sanitaires et expositions environnementales, Loire-Atlantique. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2008. Disponible à : [http://www.invs.sante.fr/publications/2008/chenilles\\_lithosia\\_quadra\\_rapp/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/chenilles_lithosia_quadra_rapp/index.html)

[11] La processionnaire du pin (*Thaumetopoea pityocampa*) ; Institut national d'agronomie (Inra), Orléans. Disponible à : [http://www.orsay.inra.fr/les\\_unites/ur\\_zoologie\\_forestiere/processionnaire\\_du\\_pin](http://www.orsay.inra.fr/les_unites/ur_zoologie_forestiere/processionnaire_du_pin)

## Le dispositif des maladies à déclaration obligatoire en France : évolutions récentes

Magid Herida (m.herida@invs.sante.fr)

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

### Résumé / Abstract

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) repose sur des textes réglementaires. Cet article décrit les grandes lignes du dispositif de surveillance des MDO remanié en 2003 et les évolutions introduites depuis cette date : inscription de nouvelles maladies, circuit de déclaration, modifications de certaines fiches de déclaration. L'évaluation du dispositif en 2005 auprès de cliniciens et biologistes a conduit à des actions de sensibilisation par une meilleure rétro-information en direction des déclarants potentiels, afin d'optimiser le taux de déclaration.

### Recent changes in the mandatory notification system in France

The French mandatory notification system, based on statutory regulation, has been deeply modified in 2003. This paper outlines the procedure in place and highlights the changes introduced since 2003, such as the registration of new diseases, reporting system, or changes in some notification forms. An assessment of the whole system was performed in 2005 among clinicians and biologists. Consequently, better information and feed-back were emphasised in order to improve the notification rate.

### Mots clés / Key words

Maladies à déclaration obligatoire, surveillance / Mandatory notification system, surveillance

### Introduction

Instauré à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) repose sur une obligation légale. Tous les professionnels de santé (médecins et biologistes) sont tenus de notifier aux autorités sanitaires les cas dès qu'ils diagnostiquent une maladie inscrite sur la liste des MDO. Ce dispositif, qui témoigne d'une volonté forte des autorités sanitaires de prévenir et de contrôler la diffusion de ces maladies, a connu au fil des décennies plusieurs évolutions législatives [1]. L'Institut de veille sanitaire (InVS) en assure la coordination nationale. Un des principaux objectifs de cette surveillance est la détection précoce des épidémies afin d'en interrompre ou d'en réduire la transmission par des mesures de contrôle et de prévention appropriées. Les autres objectifs, qui concernent toutes les MDO, sont d'estimer l'incidence et la dynamique temporo-spatiale des maladies sous surveillance et d'identifier les populations les plus exposées ou les plus à risque de développer des formes graves afin de définir, d'évaluer et d'adapter les programmes de prévention et de contrôle.

Cet article décrit les grandes lignes du dispositif de déclaration obligatoire, qui a été profondément remanié en 2003, et les modifications apportées depuis. Il reprend les principaux enseignements de l'évaluation du dispositif menée en 2005 auprès des déclarants potentiels [2] et présente les activités entreprises pour optimiser le taux de déclaration.

### Le dispositif mis en place en 2003

La loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire stipule que font l'objet d'« une transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire », les maladies pour lesquelles « une intervention urgente locale, nationale ou internationale est requise pour contrôler un risque de diffusion » et les maladies dont « la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique » [3].

Ces modifications législatives ont conduit en 2003 à la mise en place d'un nouveau dispositif de surveillance des MDO avec actualisation de la liste des maladies et mise en application de deux procédures de déclaration : le signalement et la

notification. Ce dispositif ayant été décrit précédemment [4], nous en rappelons ici les grandes lignes.

Pour les MDO dites à signalement, le professionnel de santé est tenu de signaler sans délai et par tous les moyens appropriés le cas aux autorités sanitaires locales afin que ces dernières puissent mettre en œuvre rapidement des mesures de prophylaxie individuelle et collective autour des cas, et si nécessaire, déclencher des investigations pour identifier et contrôler la source de la contamination.

La notification est requise pour l'ensemble des maladies inscrites sur la liste et consiste en un recueil standardisé de données sociodémographiques, cliniques et biologiques. Elle intervient après le signalement et le plus souvent après confirmation du diagnostic. Les données issues de la notification permettent un suivi des tendances et l'identification des personnes à risque. Elles contribuent à la conduite et à l'évaluation des programmes de prévention et de contrôle.

Outre cette distinction entre signalement et notification, les innovations du dispositif de surveil-