

Page 1 | [Faits marquants 2015](#) |

Page 2 | [TIAC](#) |

Page 3 | [Hépatite A](#) |

Page 4 | [Listériose, tularémie](#) |

| Editorial |

Ce Bulletin de veille sanitaire présente les données régionales de déclaration de l'année 2015 parvenues à Santé publique France, pour les maladies d'origine alimentaire et les zoonoses.

En 2015, 104 foyers de Toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) ont été déclarés dans la région, affectant 725 personnes, dont 6,5% ont été hospitalisées¹. Ce nombre est stable par rapport à 2014. La région se caractérise par un taux de déclaration plus important dans les départements du littoral ainsi qu'une consommation de coquillages et de fruits de mer en cause dans 24% des foyers pour lesquels un aliment a été suspecté. L'analyse des données issues des systèmes contribuant à la surveillance des toxi-infections montre que, en France, les toxi-infections liées à la consommation de coquillages sont principalement d'origine virale (majoritairement norovirus et secondairement virus de l'hépatite A). Les agents pathogènes les plus fréquemment confirmés ou suspectés dans la région étaient *Staphylococcus aureus* ou *Bacillus cereus* (46%), des virus (16%, soit deux fois plus qu'au niveau national) et *Salmonella* (14%). Par rapport à 2014, le nombre de foyers de Tiac survenus en milieu familial a chuté de 45%.

En 2015, 38 cas d'hépatite A ont été détectés, le plus souvent en septembre à la rentrée des congés d'été; et 32 cas de listériose : ces chiffres étaient stables par rapport à 2014. En revanche, on notait trois fois plus de cas de tularémie par rapport aux années antérieures (soit 17 cas).

Ce bulletin est l'occasion de remercier tous les déclarants et de rappeler l'importance de renforcer la sensibilisation des déclarants au signalement et à la notification des maladies à déclaration obligatoire.

Le dispositif de signalement permet en effet de mieux maîtriser les risques d'épidémie et fournir des données de surveillance de qualité car la déclaration obligatoire (DO) reste le système le plus performant pour la surveillance et la détection des maladies d'origine alimentaire et les zoonoses.

Dr. Stéphanie Vandentorren, responsable CIRE Nouvelle Aquitaine

¹ Données de la DO et de la Direction générale de l'alimentation via les Directions départementales des populations

| Les 31 maladies à déclaration obligatoire |

[Botulisme](#)
[Brucellose](#)
[Charbon](#)
[Chikungunya](#)
[Choléra](#)
[Dengue](#)
[Diptérie](#)
[Fièvres hémorragiques africaines](#)
[Fièvre jaune](#)
[Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes](#)
[Hépatite aiguë A](#)
[Infection aiguë symptomatique par virus de l'hépatite B](#)
[Infection par le VIH quel qu'en soit le stade](#)
[Infection invasive à méningocoque \(IIM\)](#)
[Légionellose](#)
[Listériose](#)
[Mésothéliome](#)
[Orthopoxviroses dont la variole](#)
[Paludisme autochtone](#)
[Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer](#)
[Peste](#)
[Poliomyélite](#)
[Rage](#)
[Rougeole](#)
[Saturnisme de l'enfant mineur](#)
[Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines](#)
[Tétanos](#)
[Toxi-infection alimentaire collective \(TIAC\)](#)
[Tuberculose](#)
[Tularémie](#)
[Typhus exanthématique](#)

A qui signaler une maladie à déclaration obligatoire ?

A l'ARS Nouvelle-Aquitaine :

Tél : 0809 400 004

Fax : 05 67 76 70 12

Tiac - définitions de cas

Une Tiac est définie comme la survenue d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

On distingue les foyers de Tiac :

- **confirmés** : lorsque l'agent pathogène est isolé dans un prélèvement d'origine humaine (sang/selles) ou dans des restes alimentaires ou des repas témoins;
- **suspectés** : lorsque l'agent pathogène n'a pas été confirmé, il est alors suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation étiologique prenant en compte les signes cliniques, la durée médiane d'incubation et le type d'aliments consommés ;
- **d'étiologie inconnue** lorsque l'agent pathogène n'a été ni confirmé ni suspecté à l'aide de l'algorithme.

Nombre de foyers

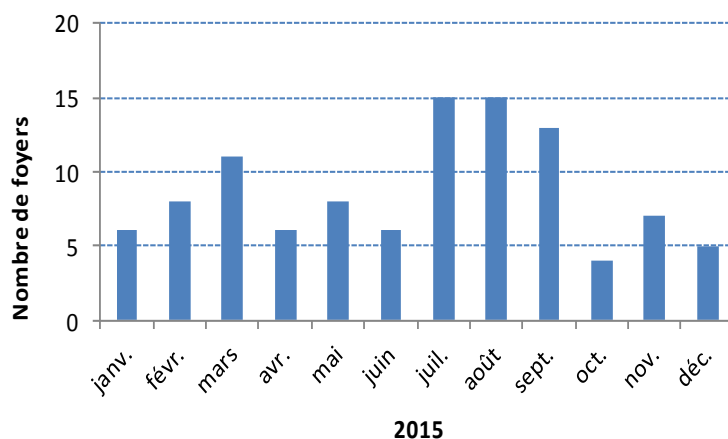
En 2015, 104 foyers de Tiac ont été déclarés en région Nouvelle-Aquitaine. Comme en France, ce nombre est stable par rapport à 2014. Le nombre de foyers déclarés en 2015 a varié entre 1 à 34 foyers selon les départements avec un tiers des foyers déclarés dans le département de la Gironde, 19% en Charente-Maritime et 12% dans les Pyrénées-Atlantiques (tableau 1). En rapportant le nombre de foyers de Tiac au nombre d'habitants, le taux de déclaration de Tiac était plus important dans les départements de Charente-Maritime, Gironde et Landes (figure 1 - page suivante).

Tableau 1. Nombre annuel de foyers de Tiac déclarés par département en Nouvelle-Aquitaine et en France, 2013 à 2015

	2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%
16- Charente	9	7,3	7	6,0	6	5,8
17- Charente-Maritime	28	22,6	21	17,9	20	19,2
19- Corrèze	4	3,2	4	3,4	1	1,0
23- Creuse	2	1,6	6	5,1	2	1,9
24- Dordogne	4	3,2	3	2,6	3	2,9
33- Gironde	35	28,2	29	24,8	34	32,7
40- Landes	5	4,0	9	7,7	8	7,7
47- Lot-et-Garonne	2	1,6	2	1,7	6	5,8
64- Pyrénées-Atlantiques	16	12,9	22	18,8	12	11,5
79- Deux-Sèvres	2	1,6	4	3,4	3	2,9
86- Vienne	11	8,9	3	2,6	6	5,8
87- Haute-Vienne	6	4,8	7	6,0	3	2,9
Région Nouvelle-Aquitaine	124	100,0	117	100,0	104	100,0
France	1344	/	1374	/	1390	/

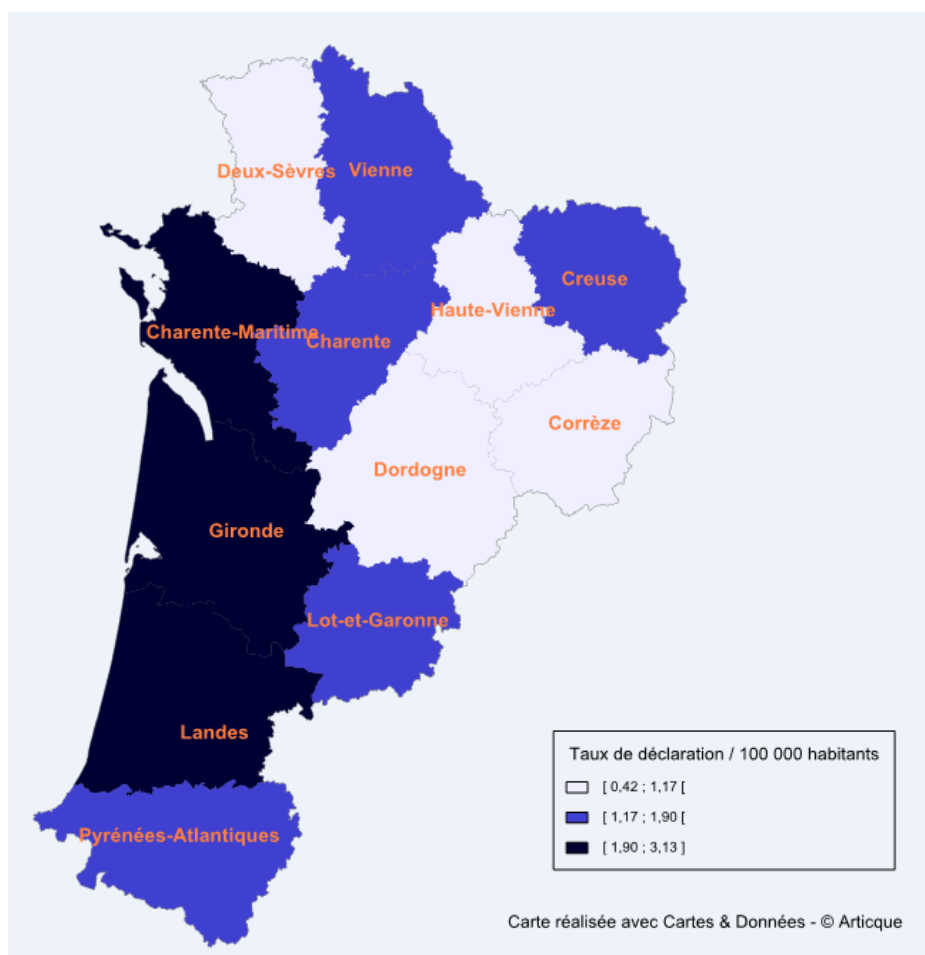
La majorité des foyers (40%) a été déclarée entre juillet et septembre, et près d'un quart (24%) entre janvier et février. La recrudescence estivale a été particulièrement observée en Charente-Maritime (figure 2).

Figure 2. Evolution mensuelle du nombre de foyers de Tiac déclarés en 2015, Nouvelle-Aquitaine



La moitié des Tiac a été déclarée dans un délai de 2 jours (contre une médiane de 3 jours dans les autres régions). Selon les départements, le délai médian variait de 1 jour (département Creuse, Dordogne et Deux-Sèvres) à 18 jours (Charente).

Figure 1. Distribution du nombre de foyers de Tiac déclarés pour 100 000 habitants par département en Nouvelle-Aquitaine, 2015



Nombre de cas et caractéristiques des foyers

Au total, les 104 foyers déclarés en 2015 ont concerné 725 cas dont 47 ont été hospitalisés (soit un taux d'hospitalisation de 6,5%). Aucun décès n'a été recensé. Le taux d'attaque moyen était de 64%.

Le nombre moyen de cas par foyer était de 7. La taille des foyers a varié de 2 à 52 cas avec près de deux tiers des foyers ayant concerné moins de 5 cas (tableau 2).

Lieu de survenue

En 2015, la moitié des foyers est survenue lors de repas pris au restaurant, 27% suite à un repas en restauration collective et 19% en milieu familial.

Par rapport à 2014, la part des foyers survenant en milieu familial a diminué de 45% (tableau 3).

Tableau 2. Taille des foyers de Tiac, Nouvelle-Aquitaine, 2015

Nombre de cas par foyer	n	%
2	38	37
3 à 4	29	28
5 à 9	16	15
10 à 29	16	15
>=30	5	5
Total foyers	104	100

Tableau 3. Lieux de survenue des foyers de Tiac, Nouvelle-Aquitaine, 2015

	2014		2015	
	n	%	n	%
Restaurant	47	41	51	50
Restauration collective sociale	24	21	28	27
<i>Institut médico-social</i>	7	6	13	12
<i>Cantine scolaire</i>	13	11	8	8
<i>Centre de loisirs</i>	3	3	5	5
<i>Entreprise</i>	1	1	2	2
Foyer familial	41	35	20	19
Autre collectivité (banquet, autres)	4	3	4	4
Total	116*	100	103*	100

* information manquante pour 1 foyer

Agents en cause

En 2015, pour 90% des foyers (n=94) l'agent pathogène en cause a été confirmé (n=12) ou suspecté (n=82) contre 84% (n=97) en 2014 (tableau 4).

Les principaux agents en cause étaient :

- des agents à action toxinique pour 46% des foyers, principalement *Staphylococcus aureus* et *Bacillus cereus*
- des virus pour 16% des foyers soit le double par rapport aux autres régions françaises (8%)
- des agents à action invasive pour 14% des foyers majoritairement des *Salmonella*.

L'évolution des foyers de Tiac déclarés en Nouvelle-Aquitaine en fonction de l'agent pathogène depuis 2010 montre que (figure 3) :

- les foyers liés agents *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* et *Clostridium perfringens* restent majoritaires
- les foyers liés à *Salmonella*, *Shigella* et *Campylobacter* sont en diminution depuis 2013
- les foyers liés à des virus sont stables depuis 2013.

En 2015, près de 60% des foyers liés à des salmonelles sont survenus en milieu familial. Plus de la moitié, respectivement 52% et 58% des foyers à *Staphylococcus aureus* et à *Bacillus cereus*, est survenue suite à un repas dans un restaurant. Les trois Tiac à *C. perfringens* sont survenues en restauration collective sociale.

Aliments en cause

Un aliment en cause a été suspecté ou confirmé pour 48% des foyers déclarés en 2015 (n=50) contre 52% (n=61) en 2014.

Dans la région, la consommation de coquillages et de fruits de mer était majoritairement en cause dans les foyers de Tiac pour lesquels un aliment a été suspecté (24%), suivie de la consommation d'œufs ou de produits à base d'œufs (12%) et de la consommation de viande (10%) (tableau 5).

Dans la région, la proportion de Tiac liée à la consommation de coquillages ou fruits de mer (24%) a été plus de deux fois supérieure à celle des autres régions françaises (9%), et a été plus importante qu'en 2014. Parmi les 12 Tiac à coquillage déclarées, 7 sont survenues dans les départements côtiers de la région.

Pour la moitié des Tiac à salmonelles, la consommation d'œufs et produits à base d'œufs a été suspectée. Les Tiac à *Staphylococcus aureus* ont été majoritairement associées à la consommation de viande, volaille ou charcuterie. Enfin, dans 71% des Tiac à virus entériques, la consommation de coquillages ou fruits de mer a été suspectée.

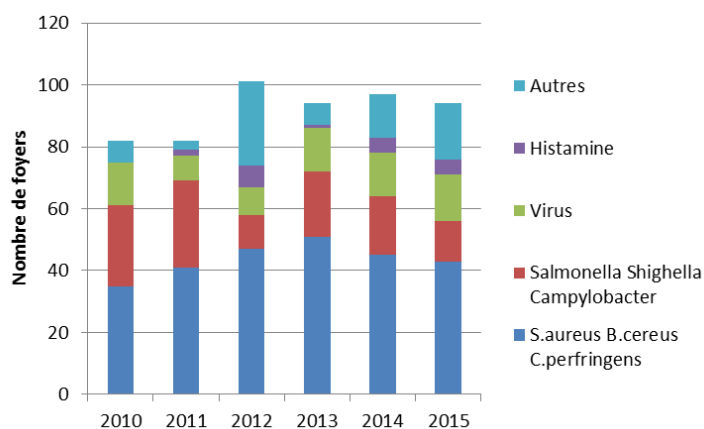
Tableau 5. Nombre de foyers de Tiac selon l'aliment confirmé ou suspecté, Nouvelle-Aquitaine, 2014 et 2015

	2014		2015	
	n	%	n	%
Coquillages et fruits de mer	9	15	12	24
Œufs et produits à base œufs	8	13	6	12
Viande	13	21	5	10
Fromage et produits laitiers	4	7	4	8
Poisson	5	8	3	6
Volaille	5	8	2	4
Charcuterie	4	7	1	2
Boissons	1	2	0	0
Autres	12	20	17	34
Total	61	100	50	100

Tableau 4. Nombre de foyers de Tiac selon l'agent pathogène confirmé ou suspecté, Nouvelle-Aquitaine, 2014 et 2015

	2014		2015	
	n	%	n	%
Agent à action toxinique	45	46	43	46
<i>Staphylococcus aureus</i>	23	24	21	23
<i>Clostridium perfringens</i>	8	8	3	3
<i>Bacillus cereus</i>	14	14	19	20
Agent à action invasive	19	20	13	14
<i>Salmonella</i>	15	15	12	13
<i>Shigella</i>	1	1	0	0
<i>Campylobacter</i>	3	3	1	1
Virus	14	14	15	16
Histamine	5	5	5	5
Autres	14	14	18	19
Total foyers	97	100	94	100

Figure 3. Evolution de la répartition du nombre de foyers de Tiac selon les agents confirmés ou suspectés, Nouvelle-Aquitaine, 2015



Hépatite A - définition de cas

Un cas d'hépatite A est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

Un foyer de cas groupés est suspecté lorsqu'un autre cas dans l'entourage est signalé, lorsque deux cas ou plus sont signalés dans certaines collectivités d'enfants, dans un village/ville/quartier en moins de 2-3 semaines, par un même laboratoire ou par plusieurs laboratoires géographiquement proches.

- En 2015, 38 cas d'hépatite A ont été déclarés dans la région. Ce nombre est stable par rapport aux deux années antérieures mais est deux fois inférieur à la moyenne des cas déclarés sur la période 2007-2012 (moyenne annuelle de 70 cas) (Figure 1).
- Le taux de déclaration de l'hépatite A est de 0,6 cas pour 100 000 habitants en région en 2015. Trois des 12 départements ont un taux de déclaration supérieur à la moyenne régionale: les Landes avec 2,2 cas / 100 000 habitants, la Dordogne avec 2,0 cas / 100 000 et la Vienne avec 0,7 cas / 100 000 habitants.
- En 2015, 60% des cas d'hépatite A ont été déclarés dans trois départements: Landes (9), Dordogne (8), et Gironde (6) (Figure 2). Aucun cas d'hépatite A n'a été déclaré dans trois départements: Creuse, Charente, Lot-et-Garonne.
- Les départements avec les taux de déclarations des cas d'hépatite A en 2015 sont : les Landes (2,2 cas / 100 000), la Dordogne (1,9 cas / 100 000), la Charente-Maritime (0,6 cas / 100 000) et la Vienne (0,7 cas / 100 000) (carte 1).
- L'évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite A déclarés sur la période 2006-2015 (Figure 3) montre des pics de déclarations dans certains départements, souvent correspondant à des épidémies (ex: Charente-Maritime en 2011, Vienne en 2012).
- La répartition mensuelle des déclarations de cas d'hépatite A en 2015 montre un pic de déclarations en septembre, coïncidant avec la fin des congés d'été et le retour de séjour hors

Figure 1. Nombre de cas d'hépatite A déclarés par an en Nouvelle-Aquitaine, 2006-2015.

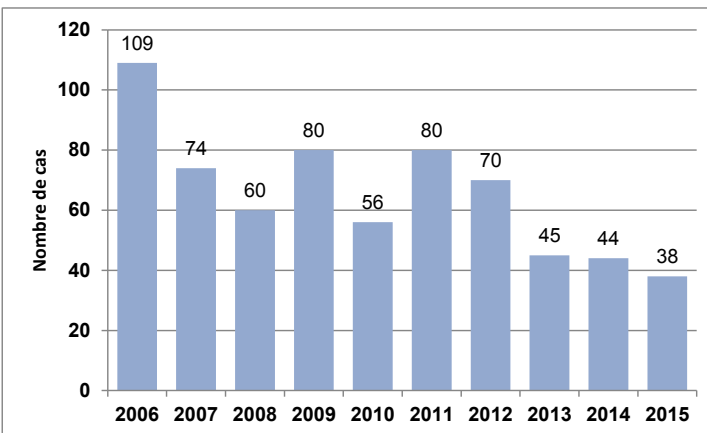
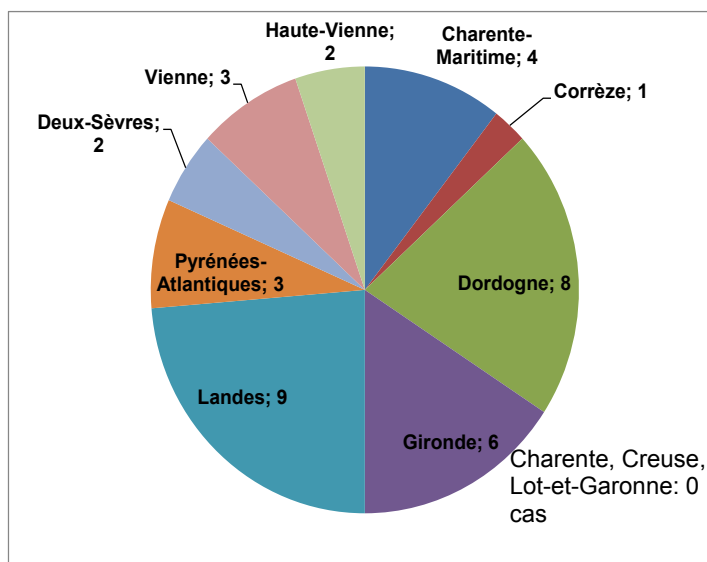
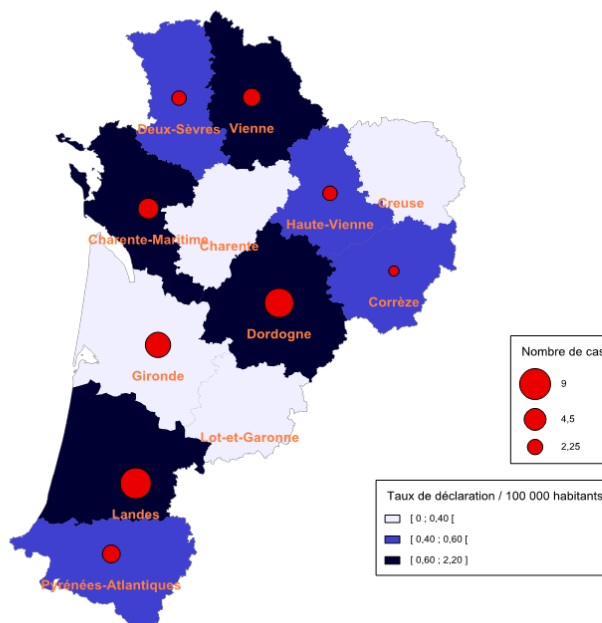


Figure 2. Nombre de cas d'hépatite A déclarés en 2015 par département.



Carte 1. Taux de déclaration et nombre de cas déclarés d'hépatite A en 2015 en Nouvelle Aquitaine par département.

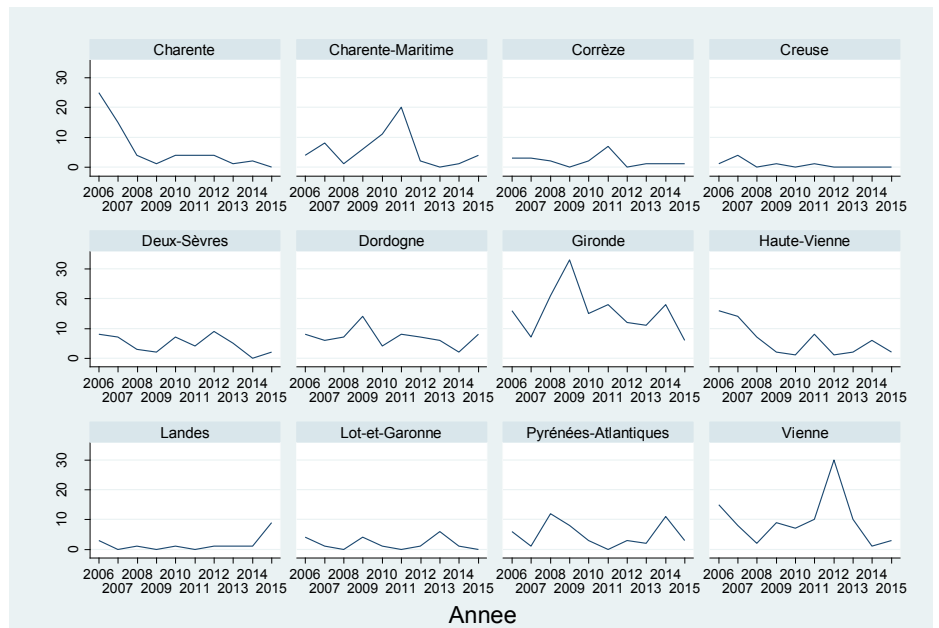
Taux de déclaration et nombre de cas déclarés d'hépatite A par département en Nouvelle Aquitaine en 2015



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

France métropolitaine, une exposition à risque pour l'hépatite A (Figure 4 et tableau 1).

Figure 3. Nombre de cas d'hépatite A déclarés par an et par département en région Nouvelle-



- Le sexe-ratio homme-femme est de 1,7.
- Le taux de déclaration pour hommes (0,84) est 1,8 fois plus élevé que pour les femmes (0,46). Chez les hommes, le taux de déclaration est le plus élevé dans la classe d'âge 16-25 ans et chez les femmes, le taux de déclaration est le plus élevé chez les 6-15 ans (Figure 5).
- Le taux annuel de déclaration est le plus élevé chez les 16-25 ans (1,3 cas/100 000 habitants) et chez les 6-15 ans (0,9 cas/100 000 habitants). En 2015, aucun cas n'a été déclaré chez les moins de 5 ans.
- Dix-huit des 38 cas, soit près de la moitié, ont été hospitalisés. Vingt cas (soit 54%) ont présenté un ictère. La fréquence de l'ictère est plus élevée chez les enfants et adultes de moins de 45 ans (ictère chez 68% des cas) que chez les adultes de plus de 45 ans (ictère chez 33% des cas).
- Les principales expositions à risque rapportées par les patients étaient : un séjour hors France métropolitaine (37%), un autre cas d'hépatite A dans l'entourage (32%), et la consommation de fruits de mer (26%) (Tableau 1). La fréquence de notion de séjour hors France métropolitaine est plus importante chez les enfants et jeunes adultes de 6 à 25 ans (10/14 cas; 71%) que chez les adultes de plus de 25 ans (4/24 cas ; 17%). Parmi les 12 cas sans exposition à risque rapportée, 10 étaient des adultes de plus de 45 ans.

Figure 4. Nombre de cas d'hépatite A déclarés par mois en 2015

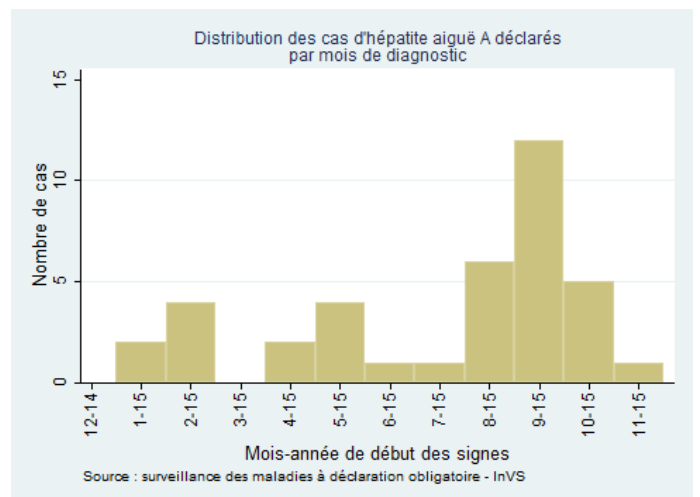
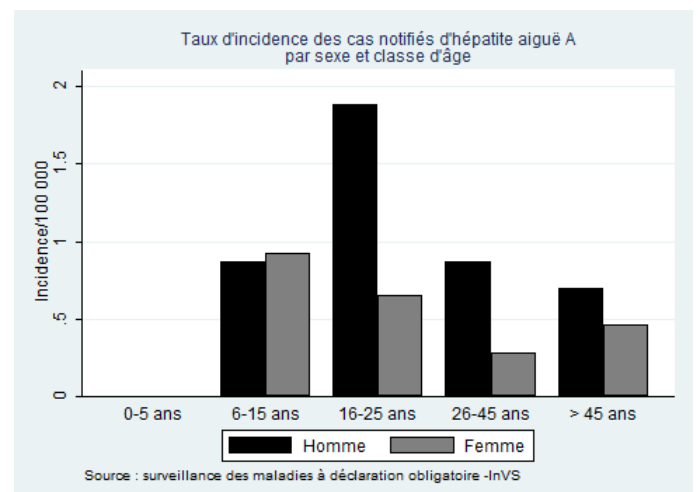


Figure 5. Taux de déclaration des cas d'hépatite A par sexe, Nouvelle-Aquitaine, 2015.



Cas groupés d'hépatites A de souche rare dans le sud des Landes, octobre 2015.

Fin 2015, l'ARS recevait la notification de 3 cas d'hépatite A domiciliés dans une même commune des Landes, sans notion de voyage à l'étranger. Une recherche active a permis d'identifier 6 autres cas résidant ou fréquentant cette même commune. Tous les cas ont été interrogés afin d'identifier une source commune de contamination. La date des premiers symptômes pour les 9 cas était comprise entre le 1^{er} septembre et le 1^{er} octobre 2015. La majorité étaient des hommes (sex-ratio h/f =8/1) et étaient âgés en moyenne de 36 ans (23 - 51 ans). Les investigations n'ont identifié aucun lien familial, amical, professionnel ou de loisirs entre eux. Seule la fréquentation commune de deux commerces d'alimentation a été mise en évidence, sans identification d'un aliment précis ou de personnel ayant souffert d'une hépatite A. Une enquête portant sur le réseau d'eau de la commune a permis d'écarter une éventuelle contamination de l'eau par du VHA. Des analyses biologiques complémentaires ont été menées par le CNR du VHA pour 8 des 9 cas. Pour ces derniers, l'ARN viral était détectable et une souche unique de génotype IA a été identifiée. Cette souche, qui n'avait jamais été identifiée en France, était très proche génétiquement de souches provenant d'Asie du Sud-Est ou du Pacifique. Aucune consommation commune d'aliments originaires d'Asie et aucun contact avec des personnes en provenance de cette zone n'ont été mis en évidence chez les cas.

Tableau 1. Expositions à risque des cas déclarés d'hépatite A résidant en Nouvelle-Aquitaine, 2015.

Expositions à risque	0-5 ans	6-15 ans	16-25 ans	26-45 ans	>45 ans	Total N (%)
<i>Nombre de cas</i>	0	6	8	8	16	38
Cas dans l'entourage		2	2	6	2	12 (32%)
Enfant <3 ans à domicile		2	0	0	0	2 (5%)
Fréquente ou travaille dans une crèche		0	1	0	0	1 (3%)
Fréquente ou travaille dans établissement pour personne handicapées*		0	0	0	0	0
Notion de séjour hors France métropolitaine		6	4	2	2	14 (37%)
Consommation de fruits de mer		1	1	3	5	10 (26%)
Consommation d'huîtres		0	0	1	3	4 (11%)
Cas sans exposition à risque rapportée		0	1	1	10	12 (32%)

* Non renseigné pour 8 cas

| Listériose - 2015 |

Listériose - définition de cas

Un **cas confirmé** correspond à l'isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement clinique (sang, LCR, liquide amniotique, ...).

Un **cas materno-néonatal** concerne une femme enceinte, un « produit » d'avortement, un nouveau-né mort-né ou un nouveau-né de moins d'un mois. Lorsqu'une souche est isolée chez une femme enceinte et son nouveau-né, un seul cas est comptabilisé.

Un **cas non materno-néonatal** est un cas n'appartenant pas à un des groupes ci-dessus.

- En 2015, 32 cas de listériose ont été déclarés dans la région. Ce nombre est stable par rapport aux années antérieures (Figure 1). 56% des cas ont été déclarés dans trois départements: la Charente-Maritime (6 cas), la Gironde (6 cas) et les Pyrénées-Atlantiques (6 cas) (Figure 2). Aucun cas n'a été déclaré dans les départements de la Creuse et des Landes.

- Parmi les 32 cas de listériose, 4 étaient de forme materno-néonatale dont l'évolution était la suivante: 1 mort in utero-avortement, 1 mort in utero - mort-né, 1 nouveau-né vivant, et 1 forme maternelle isolée. Treize cas ont présenté une bactériémie/septicémie, 8 une forme neuroméningée (méningoencéphalite).

- Au diagnostic de listériose, 8 des 32 cas (25%) étaient des hospitalisés pour une autre pathologie. Vingt-six patients (81%) avaient une pathologie sous-jacente et 8 cas (25%) étaient sous traitement immunosuppresseur.

- Le sexe-ratio homme-femme était 1,9. L'âge médian était de 75 ans.

- Dix cas parmi les 28 cas pour lesquels l'évolution finale était renseignée sont décédés (létalité de 36%).

Figure 1. Nombre de cas de listériose déclarés en Nouvelle-Aquitaine, 1999-2015.

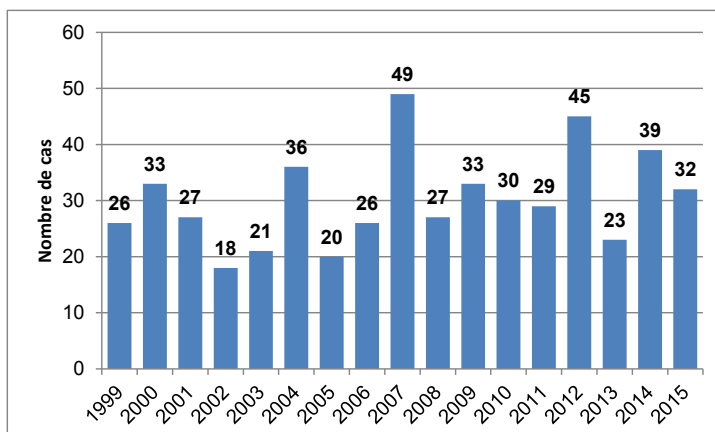
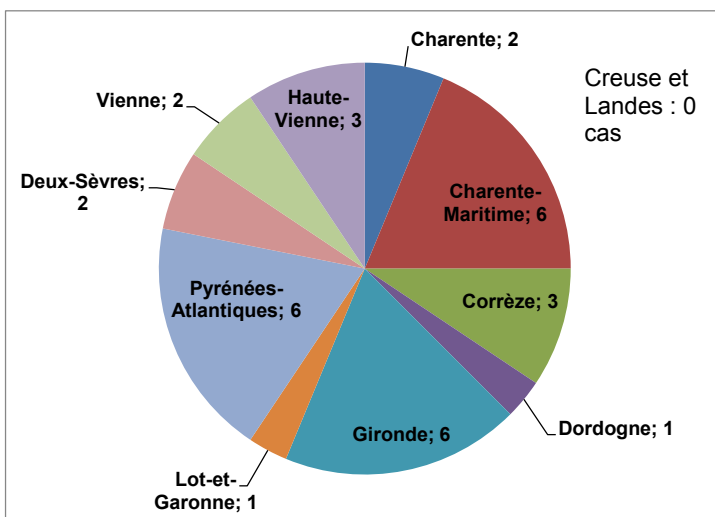


Figure 2. Nombre de cas de listériose déclarés par département en Nouvelle-Aquitaine en 2015.



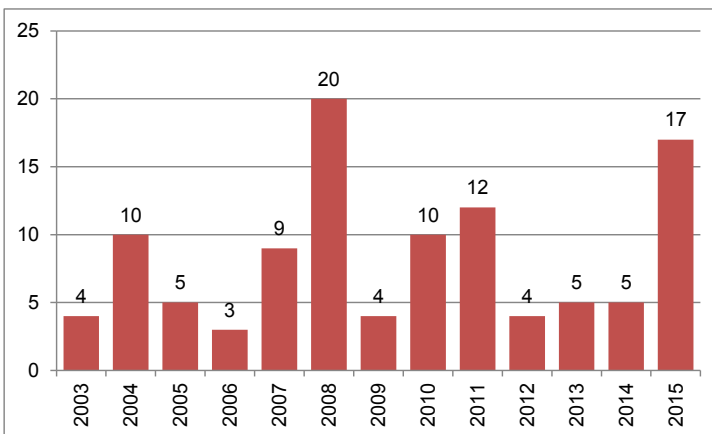
Tularémie -définitions de cas

Un **cas probable** correspond à un tableau clinique évocateur associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps compris entre 20 et 50 ou une exposition commune à celle d'un cas confirmé.

Un **cas confirmé** correspond à un tableau clinique évocateur associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps supérieur ou égal à 50, ou à l'isolement de *Francisella tularensis* à partir de prélèvements cliniques, ou à une amplification génique positive.

- En 2015, 17 cas de tularémie ont été déclarés en région, un nombre trois fois supérieur au nombre de cas déclarés annuellement depuis 2012 (figure 1).
- Cet excès de cas de tularémie est également observé au niveau national en 2015 en particulier dans le Grand Ouest et le Nord de la France. L'augmentation des cas de tularémie concernait l'ensemble des expositions à risque, suggérant une origine écologique et/ou environnementale. Des cycles épidémiques ont ainsi été décrits dans d'autres pays où l'incidence de la maladie est supérieure à celle de la France. Une situation identique avait été décrite en région ainsi qu'au niveau national au cours de l'hiver 2007/2008.
- En France, la saisonnalité et la distribution géographique des cas restent directement liées celles des activités à risque (chasse, loisirs de plein air, morsure de tiques), comme l'avait montré l'analyse décennale des données de surveillance.

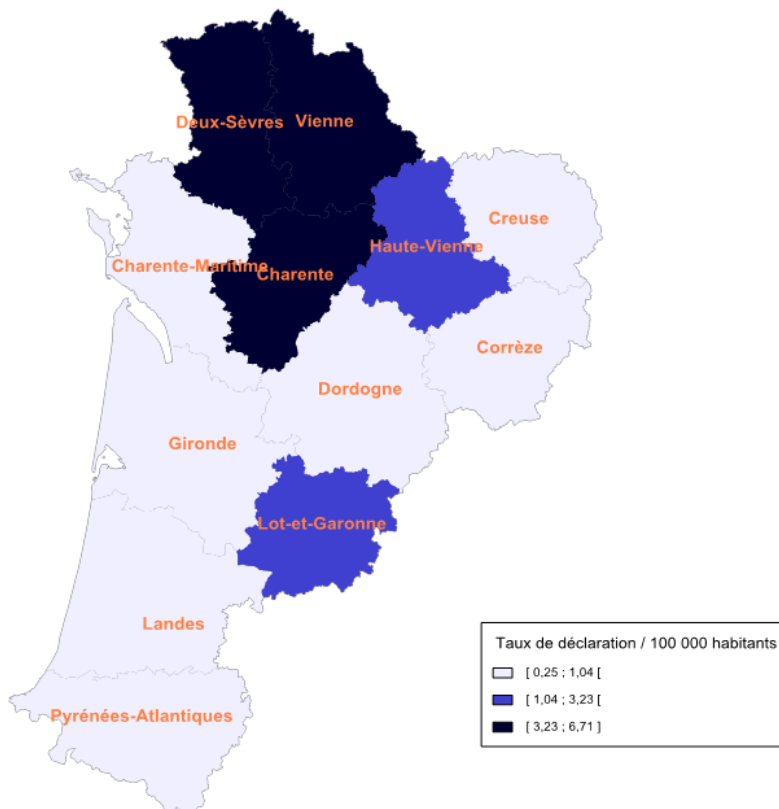
Figure 1. Nombre de cas de tularémie déclarés en Nouvelle-Aquitaine, 2003-2015.



- En région, les trois départements avec les taux d'incidence des cas déclarés de tularémie les plus élevés sur la période 2003 à 2015 se situent dans le nord : les Deux-Sèvres (6,7 cas/100 000), la Vienne (6,0 cas/100 000) et la Charente (4,2 cas/100 000) (figure 2).
- En 2015, des cas de tularémie ont été déclarés dans 8 des 12 départements de la région : Vienne (5 cas), Charente (3), Haute-Vienne (2), Gironde (2), Lot-et-Garonne (2), Deux-Sèvres (1), Dordogne (1) et Charente-Maritime (1).

Figure 2. Taux d'incidence des cas déclarés de tularémie par département, Nouvelle-Aquitaine, 2003-2015.

Taux d'incidence des cas déclarés de tularémie par département de résidence en Nouvelle Aquitaine de 2003 à 2015



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

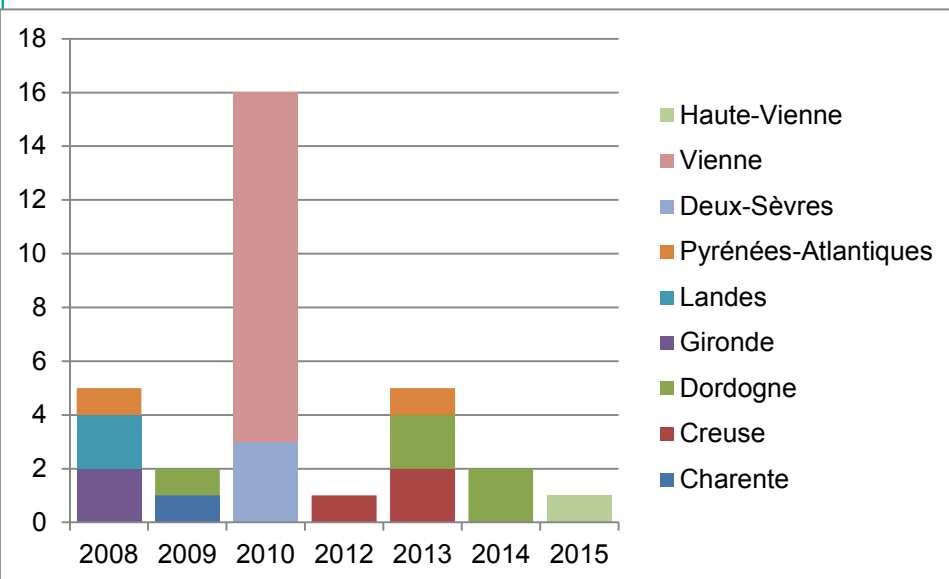
| Botulisme - 2015 |

Botulisme - critères de notification

- Tout cas clinique de botulisme doit être signalé

- En 2015, 1 cas isolé de botulisme a été déclaré en région, dans le département de la Haute-Vienne.
- Le nombre annuel de cas de botulisme est faible et fluctue entre 1 et 5 sur la période 2008-2015 (Figure 1) à l'exception de l'année 2010 au cours de laquelle un foyer de cas de botulisme a été détecté et investigué dans le département de la Vienne.
- En 2014, les 2 cas déclarés correspondaient à un foyer familial en Dordogne pour lequel la toxine de type F due à *Clostridium botulinum* a été confirmée. Ce type de botulisme est très rare et n'avait jamais été rapporté en France.

Figure 1. Nombre de cas de botulisme déclarés par département en Nouvelle-Aquitaine, 2008-2015.



| Brucellose - 2015 |

Brucellose - critères de notification

- Tout cas probable ou cas confirmé est à signaler.

Tableau clinique évocateur de brucellose associé à :

cas confirmé : isolement de *Brucella* spp. dans un prélèvement clinique.

cas probable : au moins l'un des résultats suivants :

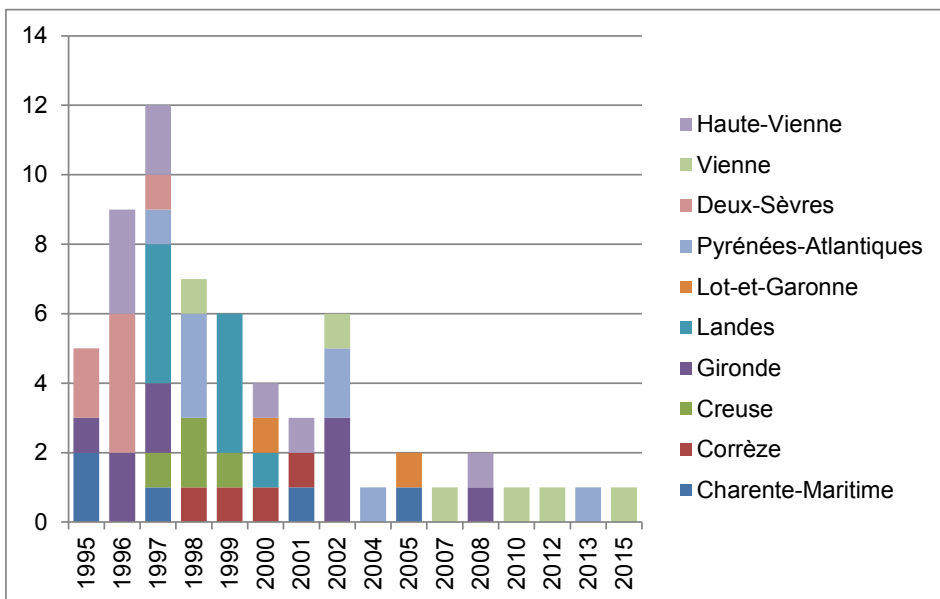
- Amplification génique positive dans un prélèvement clinique.

- ou multiplication par au moins 4 du titre d'anticorps ou séroconversion entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé au moins 15 jours plus tard.

cas possible : mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum.

En 2015, 1 cas de brucellose a été déclaré dans la région, dans le département de la Vienne. Depuis une dizaine d'années, 1 à 2 cas sont déclarés par an, fréquemment dans le département de la Vienne (Figure 1).

Figure 1. Nombre de cas de brucellose déclarés par département en Nouvelle-Aquitaine, 1995-2015.



Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général de Santé publique France

Rédacteur en chef : Stéphanie Vandentorren, Responsable de la Cire Nouvelle Aquitaine

Retrouvez-nous sur : www.santepubliquefrance.fr

Cire Nouvelle Aquitaine

Site Bordeaux :
103 bis rue de Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux cedex

Tel. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95

Site Poitiers :
4 rue Micheline Ostermeyer - 86021 Poitiers cedex
Tel. : 05 49 42 31 87—fax : 05 49 42 31 54

ars-na-cire@ars.sante.fr