



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Webinaire

LEPTOSPIROSE EN MARTINIQUE

Direction déléguée veille et sécurité sanitaire
26/10/2023

Point de situation en Martinique : étude incidence InVS (2011)

- La leptospirose, zoonose bactérienne affectant particulièrement les régions tropicales, est l'une des maladies négligées des pays du Sud, en particulier en Amérique latine et dans la Caraïbe
- Pour autant, son impact sanitaire aux Antilles françaises était connu pour être largement supérieur à celui de la maladie en France hexagonale
- InVS a publié une étude sur l'incidence de la leptospirose qui a été estimée à 69 et 61 cas annuels pour 100 000 habitants respectivement en Guadeloupe et en Martinique, soit une incidence plus de 100 fois supérieure à celle de la métropole.
- L'épidémiologie de la maladie a pu être également décrite en termes de sévérité, de caractéristiques démographiques ou de saisonnalité.

Source : Incidence de la leptospirose aux Antilles. Etude du 1er janvier au 31 décembre 2011 (santepubliquefrance.fr)

Leptospirose : résultats d'une enquête réalisée en 2017 (ARS Martinique)

En 2017, 100 cas de leptospirose ont été déclarés à l'ARS Martinique. Parmi eux, 71 cas étaient confirmés (dont 39 par PCR), 26 cas probables et 3 cas résultats indisponibles

Plus de 73% des cas confirmés ont été rapportés entre les mois d'août et décembre (n=52) avec un pic observé en septembre et octobre (figure 1).

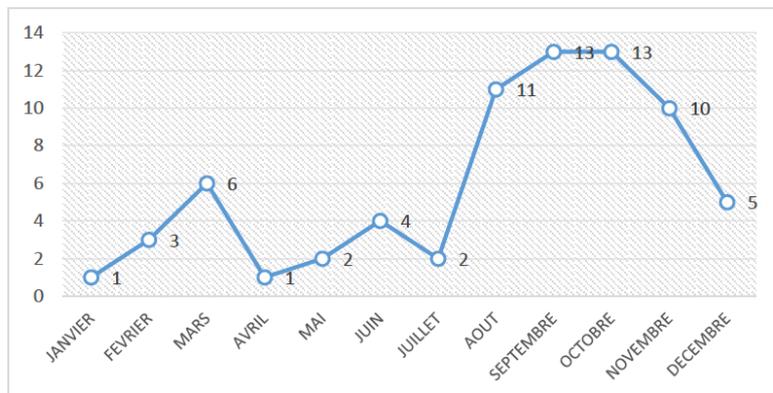


Figure 1 : Répartition des cas confirmés de leptospirose par mois, Martinique, 2017

- **Catégorie socio-professionnelle** (disponible pour 55/71 cas) (tableau 1) :
 - 31 % avaient une activité professionnelle à risque d'exposition aux leptospires (n= 19):
agriculteurs (6 cas); professionnels des espaces verts (3 cas); artisan, ouvriers du bâtiments (3 cas); autres professions à risques (gendarme, sapeur-pompier, militaire) (7 cas).
 - 69% avaient une activité professionnelle considérée comme non à risque d'exposition aux leptospires (n=36) :
sans profession (6 cas); retraité (12 cas); élève/étudiant (4 cas) ; autres professions (14)

| Activités | Nombre (n) | Pourcentage (%) |
|----------------------|---------------|--------------------|
| Professions à risque | 19 | 27 |
| Autres professions | 14 | 20 |
| Elèves/étudiants | 4 | 5 |
| Sans profession | 6 | 8 |
| Retraité | 12 | 17 |
| Infos manquantes | 16 | 23 |
| Total | 71 | |

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des cas confirmés leptospirose, Martinique, 2017

- **Répartition géographique des cas**

La commune de résidence était renseignée pour 65 cas/71.

Ces cas de leptospirose résidaient sur 29 des 34 communes de l'île (figure 3).

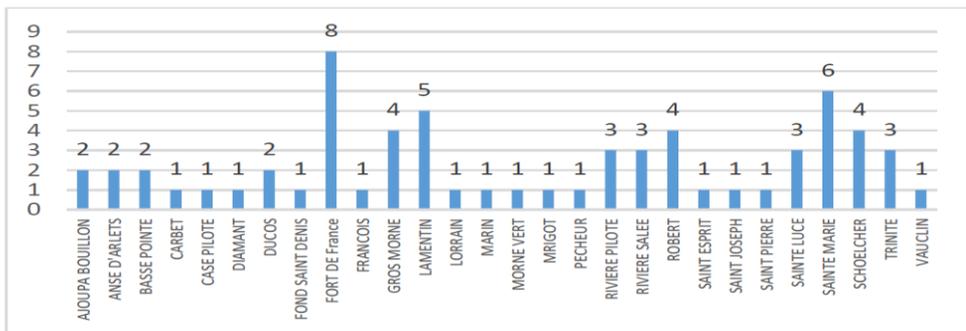


Figure 3 : Répartition des cas confirmés par commune de domicile, Martinique, 2017

• Hypothèse sur la source de contamination

Sur les 71 cas confirmés, 57 cas investigués par ARS ou déclarant

- 19% travaux d'agriculture et de jardinage (n=9)
- 45% élevages (n=21)
- 9% activités en pleine nature (randonnée) (n=4)
- 6% travaux dans un habitat insalubre ou contact avec des rats (n=3)
- 21% activités aquatiques (bain en rivière, canyoning) (n=10)

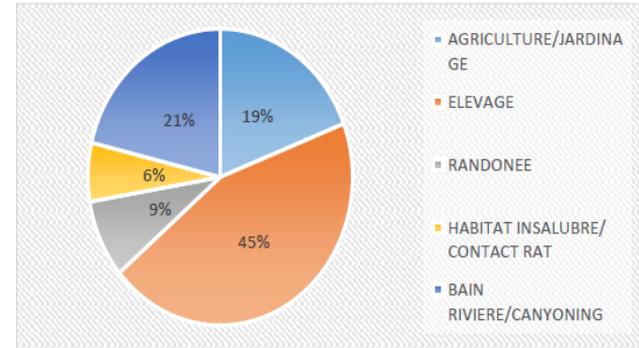


Figure 4 : Répartition des cas confirmés par source de contamination, Martinique, 2017

Leptospirose : réinscription à la liste des maladies à déclaration obligatoire

- Avis du HCSP en date du 16 décembre 2022, recommandation de la réinscription de la leptospirose sur la liste des MDO pour l'ensemble du territoire national
- Décret n° 2023-716 du 2 août 2023 relatif à la liste des maladies devant faire l'objet d'un signalement en application de l'article L. 3113-1 du code de la santé publique
- Arrêté du 17 août 2023 relatif au signalement obligatoire des cas de leptospirose

République française

| | | |
|--|--|---|
| Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Signature : | Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie : | Maladie à déclaration obligatoire Leptospirose N°16292701  <small>Important: cette maladie peut justifier une réévaluation clinique locale, nationale ou internationale. Tout cas confirmé ou probable doit être signalé immédiatement par tout moyen (numéro d'urgence, téléphone, e-mail, télécopie, etc.).</small> |
|--|--|---|

Initial du nom : P M F Sexe M F Date de naissance : _____
 Code d'anonymat : _____ Date de la notification : _____
 Code d'anonymat : _____ Date de la notification : _____
 Sexe M F Année de naissance : _____ Code postal du domicile du patient : _____

Clinique :
 Date des premiers signes cliniques : _____
 Fièvre (> 38,5°C) Syndrome algique (myalgie, arthralgie)
 Altérite rénale Altérite hépatique (ex. icteré)
 Altérite pulmonaire Altérite neurologique (mêlange)
 Autre, précisez : _____
 Hospitalisation : oui non NSP
 Passage en réanimation : oui non NSP Plaquettes < 150 000/mm³ : oui non NSP
 Évolution au moment de la déclaration : Toujours malade Guérison Hospitalisation en cours Décès

Confirmation biologique du diagnostic :

| Type d'examens | Nature des prélèvements | Date prélèvement | Positif | Négatif | NSP | Séro-conversion | Titre ou bande | Marque ou MS | Typage (Sérotype / génotype) |
|----------------|-------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------|------------------------------|
| PCR | sang | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | - | - |
| PCR | urine | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | - | - |
| PCR | LDR | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | - | - |
| ELISA IgM | sang | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | - | - |
| ELISA IgM | sang | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | - | - |
| MAT | sang | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | - | - |
| MAT | sang | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | - | - |

Expositions dans les 21 jours avant le début des signes (plusieurs réponses possibles) :
 Profession : _____ Date de retour : _____
 Séjour à l'étranger : oui non NSP Précisez le(s) pays : _____ Date de retour : _____
 Séjour en France hors du département de résidence : oui non NSP Précisez le(s) département(s) : _____ Date de retour : _____
 Contact avec des animaux (sauvages/élevage/domestiques) : oui non NSP Précisez contexte/animal : _____
 Présence de rongeurs dans le domicile, sur le lieu de travail ou de loisirs : oui non NSP Précisez : _____
 Recours à une source d'eau non courante (ex. eau de pluie, puits, source) : oui non NSP Précisez : _____
 Triathlon, activités à risque : _____
 Baignade, contact avec eau douce, piscine : _____
 Kayak, rafting, canyoning : _____
 Événement sportif en extérieur (marathon, triathlon, 100 km) : _____
 Activité agricole (élevage, jardinage...) : _____
 Nettoyage après intempéries : _____
 Marche/picnik non en extérieur : _____
 Autre : _____

Vaccination contre la leptospirose : oui non NSP Nombre de doses : _____ Date de la dernière dose : _____
 Notion de cas groupés : oui non NSP Si oui, nombre cas : _____ Si oui, précisez l'exposition : _____

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie : Signature : | Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie : | ARS (signature et tampon) |
|---|--|----------------------------------|

Mémoire à destination obligatoire (art. L. 3113-1, R. 3113-1 et suivants, D. 3113-2 du Code de la santé publique)
 Information individuelle des personnes. Droit d'accès et de modification pendant 12 mois par le titulaire de la carte de l'usager (1016). Confidentialité des informations à Santé publique France



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



JE VOUS REMERCIE DE VOTRE ATTENTION

Intitulé de la direction/service