

LE POINT SUR...

LES SYNDROMES GRIPPAUX : FRANCE 1988-1990

J. MENARES*, Ph. GARNERIN*, B. HUBERT**, A-J. VALLERON*

INTRODUCTION

Le réseau national téléinformatique de surveillance et d'information des maladies transmissibles a commencé à fonctionner début novembre 1984.

Ce réseau est le résultat d'un accord entre l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) et de la Direction générale de la santé (D.G.S.) [1, 2, 3] et, grâce à la collaboration des médecins généralistes sentinelles, il a pu suivre les poussées épidémiques des syndromes grippaux.

Nous présentons ici les deux dernières poussées des syndromes grippaux observées en France.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le réseau est composé de 550 médecins généralistes sentinelles qui constituent un échantillon représentatif des médecins généralistes libéraux exerçant en France selon l'âge, le sexe, le mode d'exercice, et la distribution géographique.

Les médecins sentinelles communiquent à l'aide de terminaux Minitel, au moins une fois par semaine, le nombre de cas de syndromes grippaux observés parmi leurs clients. Pour chaque cas ils communiquent le sexe, l'âge, l'état vaccinal et des éventuels prélèvements pharyngés.

Pour les effets de la surveillance, un cas de syndrome grippal est défini selon les critères suivants [4] :

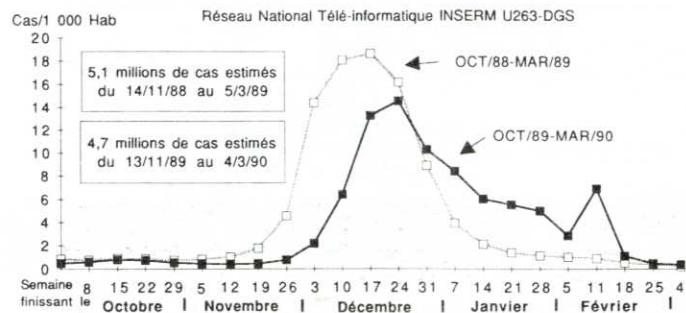
- montée brutale de la fièvre;
- fièvre supérieure à 39 °C;
- myalgies;
- signes respiratoires.

RÉSULTATS

Entre octobre 1988 et avril 1990, les médecins sentinelles ont communiqué 53 846 cas de syndromes grippaux. Ces communications ont permis la rédaction de bulletins électroniques diffusés cinq jours après la fin de la semaine concernée. Ces bulletins hebdomadaires comportent un histogramme signalant l'incidence nationale moyenne par médecin observée au cours des 29 dernières semaines ainsi que l'incidence observée dans chacune des 22 régions de France.

En 1988-1989, on a observé (fig. 1) une poussée précoce débutant fin novembre qui atteint en deux semaines (3^e semaine de décembre) son maximum de 18,5 cas pour 1 000 habitants (1 029 000 cas pour cette seule semaine et 5,1 millions de cas estimés pour l'ensemble de la poussée).

Figure 1. — Incidence hebdomadaire nationale des syndromes grippaux (France, octobre 1988 à mars 1989 et octobre 1989 à mars 1990)



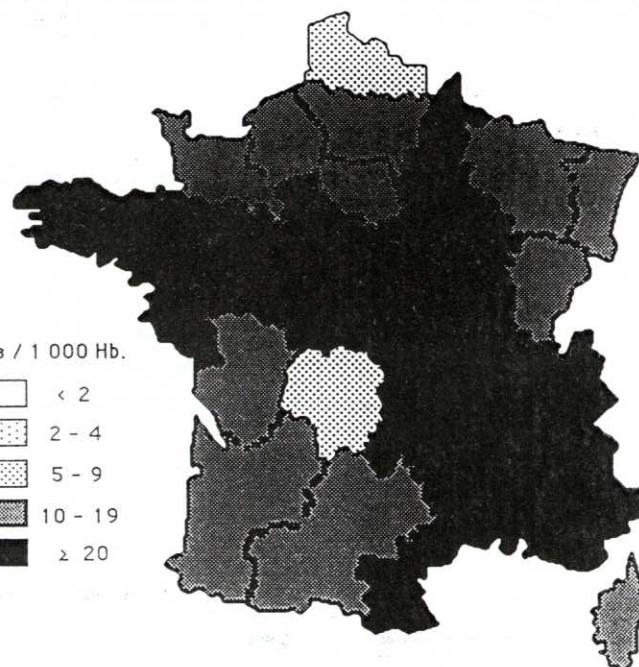
Ayant commencé dans la région Nord - Pas-de-Calais l'épidémie s'est étendue rapidement à l'Île-de-France et vers le sud-est et ensuite vers le nord-ouest, couvrant enfin la totalité du pays (fig. 2).

En 1989-1990 (fig. 1), la poussée épidémique des syndromes grippaux atteint son maximum de 15 cas pour 1 000 habitants (840 000 cas pour cette seule semaine et 4,7 millions de cas pour l'ensemble de la poussée) la dernière semaine de décembre.

Cette poussée épidémique s'est manifestée d'abord en Haute-Normandie, s'étendant simultanément vers la Picardie et la Basse-Normandie, et ensuite vers la Champagne - Ardenne et la Lorraine. Un front a couvert la Franche-Comté et le Rhône - Alpes. L'épidémie a couvert ensuite l'ensemble du pays (fig. 3).

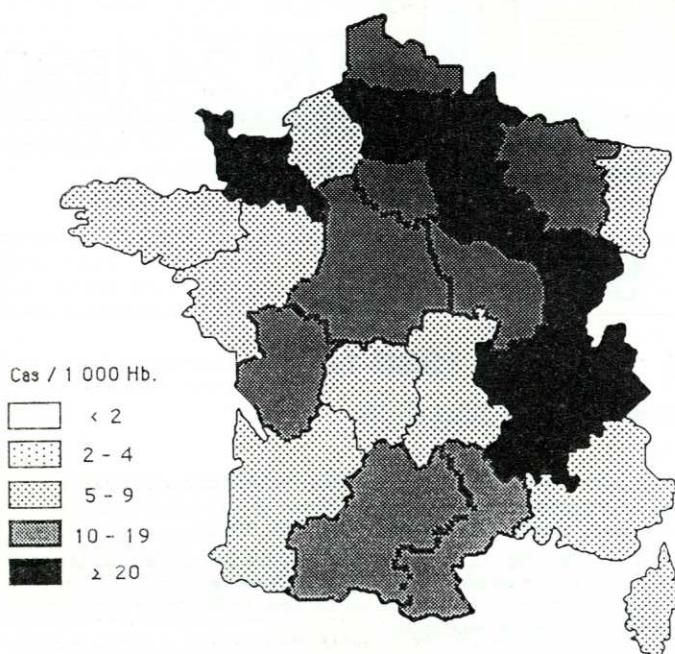
En 1988-1989, le groupe d'âges le plus touché (fig. 4) par les syndromes grippaux a été celui des 6 à 17 ans, l'incidence maximale de ce groupe étant de 32 cas pour 1 000. Le groupe de 0 à 5 ans a été le deuxième le plus touché avec 23 cas pour 1 000; le groupe d'âges de 18 à 65 ans a eu une incidence maximale de 13 cas pour 1 000 et pour l'ensemble de la période, 2,5 millions de cas ont été estimés dans cette tranche d'âges. Le groupe d'âges de plus de 65 ans a eu une incidence maximale de 2,5 cas pour 1 000 et pour toute la période 161 200 cas ont été estimés.

Figure 2. — Incidence régionale des syndromes grippaux lors de la semaine où l'incidence a été maximale en 1988 (12-18 décembre)



* U 263 I.N.S.E.R.M., Université Paris-VII, 2, place Jussieu, 75251 Paris Cedex 05
** Bureau des maladies transmissibles, D.G.S.

Figure 3. — Incidence régionale des syndromes grippaux lors de la semaine où l'incidence a été maximale en 1989 (18-24 décembre)



En 1989-1990 (fig. 4) le groupe d'âges de 0 à 5 ans a été le plus touché par les syndromes grippaux [5]; l'incidence maximale de ce groupe étant de 22,5 cas pour 1 000, suivi de celui des 6 à 17 ans avec une incidence maximale de 20 cas pour 1 000. Le groupe d'âges de 18 à 65 ans a eu une incidence maximale de 10 cas pour 1 000 et pour l'ensemble de la période, 2,4 millions de cas ont été estimés. Le groupe d'âges de plus de 65 ans a eu une incidence maximale de 8 cas pour mille et pour l'ensemble de la période 506 800 cas ont été estimés.

DISCUSSION

La régularité de la communication des cas observés par le même ensemble de médecins généralistes sentinelles pendant ces années et le nombre de cas ainsi collectés semblent constituer des signes en faveur de la qualité de l'information. Le retour immédiat de l'information permet un rétro-contôle de celle-ci de la part de ceux qui sont à l'origine de l'information à double titre. En effet, les médecins sentinelles ont observé les cas et porté les diagnostics mais ensuite ce sont encore eux qui ont introduit cette information dans le système. Tout écart dans le traitement de l'information ou dans la

rédaction et la diffusion des bulletins hebdomadaires donnera lieu, comme cela a été le cas, à une réaction de la part des sentinelles. En somme, plus le système d'information est transparent, plus il est fiable.

Les poussées épidémiques de syndromes grippaux en 1988-1989 et 1989-1990 ont été les plus importantes des six dernières années. La première a surtout atteint les enfants et les adolescents et la seconde a atteint de façon relativement plus importante les adultes et les personnes âgées. Cela peut être constaté, non seulement par l'examen des taux pour 1 000 personnes de chacune des tranches d'âge mais aussi en comparant la proportion des cas âgés de 18 ans et plus communiqués au cours de ces deux poussées : en 1988-1989 cette proportion a été de 52 % alors qu'en 1989-1990 elle a été de 61 %. Cela trouve, bien entendu, son explication dans la nature des agents pathogènes ayant circulé dans la population.

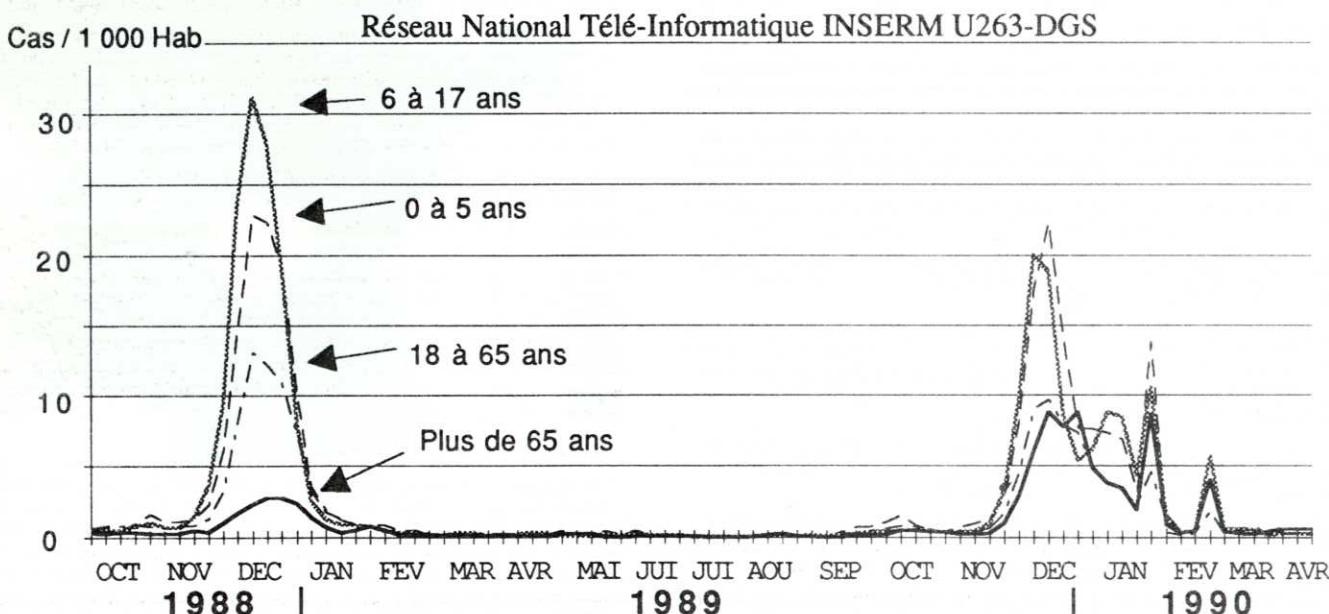
Les deux faits majeurs à considérer sur ce plan étant, d'une part la très importante participation des virus respiratoires syncytiaux s'attaquant prioritairement aux enfants et notamment à ceux de 5 ans et moins mais qui peuvent aussi, bien entendu, infecter de grands enfants et des adolescents. D'autre part, en 1989-1990 une modification antigénique dans les virus grippaux du sous-type A/H3 N2 a certainement été à la base de la multiplication par plus de 3 du nombre de cas observés chez les personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la poussée précédente.

Cette augmentation s'est produite au cours d'une poussée qui, tous âges confondus, est moins importante que la précédente. Cette situation a provoqué un effet particulier : la précocité, l'augmentation brusque et l'incidence élevée de la poussée 1988-1989, au cours de laquelle la circulation de V.R.S. a été très importante, ont sensibilisé la population et le corps médical vis-à-vis de la prévention pour la période suivante. Cette prévention a été faite à l'aide du vaccin et d'un chimiothérapeutique anti-grippe A introduit sur le marché. Il y a eu certainement un nombre plus important de personnes vaccinées que l'année précédente. Malgré cela, il a été possible d'observer l'augmentation mentionnée des cas de syndromes grippaux parmi les personnes âgées. Chacun connaît les conséquences en coût social que cela peut avoir. Il sera extrêmement intéressant d'étudier les conséquences de ce grand nombre de cas de syndromes grippaux enregistrés dans ce groupe à risque.

RÉFÉRENCES

- [1] VALLERON A.-J., BOUVET E., GARNERIN Ph., MENARES J., A Computer Network for the Surveillance of Communicable Disease : The French Experiment. *Am J. Public Health*, 1986 ; 76, 1289-92.
- [2] MENARES J., GARNERIN Ph., VALLERON A.-J., et al., Le réseau télématique national de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles. VI^e colloque franco-soviétique sur la grippe et les affections respiratoires virales, Lyon, juin 1986.
- [3] O.M.S., maladies transmissibles : réseau télérégional de surveillance. *Rel. Épid. Hebdo*, 1986, 61, 369-71.
- [4] World health Organization : Surveillance of acute viral respiratory infections in Europe — A report of WHO symposium. Madrid 1980. June 2-6. Copenhagen : WHO regional office for Europe, 1981.
- [5] MENARES J., GARNERIN Ph., VALLERON A.-J., Surveillance of influenza-like diseases through a national computer networks. France 1984, 1989. MMWR, 1989, 38 : 855-857.

Figure 4. — Incidence hebdomadaire nationale des syndromes grippaux (France, octobre 1988 à avril 1990)



SITUATION EN FRANCE

LA TULARÉMIE EN FRANCE EN 1989

(Rapport du Centre national de référence de la perte et autres yersinioses, tularémie et pastenrelloses - Institut Pasteur, Paris)

H.H. MOLLARET, C. TRAM

Les informations rapportées ici ont deux provenances : en matière de maladie humaine, les demandes de sérodiagnostic émanant d'hôpitaux ou de laboratoires d'analyses médicales ; en matière animale, les renseignements que nous adressent directement certains laboratoires vétérinaires départementaux et, surtout, les informations fournies par la structure d'épidémiomonitoring de l'École nationale vétérinaire d'Alfort.

MALADIE HUMAINE

Il a été demandé au Centre national de la tularémie 839 sérodiagnostics durant l'année 1989.

424 échantillons étaient dépourvus d'anticorps. 255, pour lesquels il fut répondu « traces », avec incitation à demander un second sérodiagnostic une semaine plus tard, agglutinaient faiblement (agglutination avec le sérum pur, disparaissant dès dilution au 1/10) :

- 78 sérum agglutinaient au 1/10 ;
- 14 agglutinaient au 1/20 ;
- 11 agglutinaient au 1/50 ;
- 8 agglutinaient au 1/100 ;
- 17 agglutinaient au 1/200 ;
- 22 agglutinaient au 1/500 ;
- 9 agglutinaient au 1/1 000 ;
- 1 agglutinait au 1/2 000.

Nous considérons comme significatif d'une tularémie récente évoluant depuis une dizaine de jours, un titre supérieur ou égal au 1/100 ; mais déjà un titre du 1/50 est évocateur.

Aspects cliniques

En ne retenant que 57 malades ayant eu une sérologie supérieure ou égale au 1/100, on constate que la forme ulcéroganglionnaire domine (précisions données dans 40 cas). Deux formes aiguës ont été signalées, une chez la femme et une chez l'enfant, ce qui correspond bien aux descriptions classiques.

Dans l'ensemble il s'agit d'adultes du sexe masculin, chasseurs ou cultivateurs.

L'incubation : alors que classiquement elle est de quatre à cinq jours, dans 6 cas un délai plus long, supérieur à une semaine, et pouvant aller jusqu'à trois semaines, a été signalé.

Les tularémides ont été signalées dans 7 cas, mais avec une certaine imprécision, les cliniciens confondant les tularémides véritables survenant sur un membre supérieur ou parfois le thorax, avec des lésions vésiculeuses constatées précocement le plus souvent sur la face palmaire des doigts, là où s'est faite la pénétration de la bactérie. Ces lésions digitales sont peu évocatrices chez des travailleurs manuels ayant de fréquentes érosions cutanées.

L'évolution est en général favorable sous l'influence des antibiotiques (aminoglycosides, avec ou sans ponction ganglionnaire). Des rechutes ont été signalées, en rapport semble-t-il avec un retard dans la mise en route de la thérapeutique.

Éléments diagnostiques

À travers les réponses obtenues des cliniciens ou lors des conversations téléphoniques avec ceux-ci lorsqu'ils demandent l'interprétation d'un résultat de sérodiagnostic ou un conseil thérapeutique, il apparaît que le sérodiagnostic est l'examen demandé en premier. Nous en confirmons la qualité, la positivité dès le 8^e jour de la maladie ; son interférence avec le sérodiagnostic de brucellose est bien connue mais en pratique il ne peut y avoir de cause d'erreur dans l'interprétation de la sérologie chez un sujet subfébrile ou franchement fébrile, porteur d'une adénopathie axillaire inflammatoire très douloureuse d'apparition récente. Et surtout le syndrome fébrile suivi d'adénopathie survient quatre à cinq jours au minimum, deux semaines au maximum après un contact avec un lièvre.

La recherche directe de *Francisella tularensis* à partir d'une lésion cutanée et surtout par ponction ganglionnaire n'est qu'exceptionnellement demandée par les cliniciens : 3 laboratoires de province seulement nous ont téléphoné pour demander des conseils pour la mise en culture du produit de ponction ganglionnaire.

Un élément capital du diagnostic est constitué par la notion de contact avec un lièvre. Elle a été retrouvée dans presque tous les cas dont nous avons eu connaissance et dans lesquels la question a été posée.

Le plus souvent il s'agit d'un lièvre trouvé mort, dont le cadavre aura été ramassé à main nue, voire rapporté au domicile, dans quelques cas c'est après dépeçage que le cadavre apparaît comme non consommable.

Parfois le lièvre était manifestement malade, ayant été facilement capturé par un chien ou écrasé par une voiture.

La question d'un contact avec un lièvre est déterminante pour l'établissement d'un diagnostic de tularémie. Elle reste malheureusement souvent sans réponse lorsque le contact a lieu en dehors d'une période de chasse et que le malade craint d'être accusé de braconnage.

MALADIE ANIMALE

Habituellement, tout se résume à la découverte d'un cadavre de lièvre. Il ne nous a pas été signalé d'observation d'animal en incubation mais la notion d'incubation est évidente dans un assez grand nombre de cas : animal littéralement tiré à bout portant par un chasseur, ou attrapé à la course par un chien ou par un humain.

Les cadavres ne sont pas spécialement amaigris. La présence d'une marque à l'oreille en rapport avec une provenance d'Europe centrale, n'a pas été signalée.

AU POINT DE VUE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

a. La manipulation d'un cadavre de lièvre est la cause habituelle de la tularemie humaine.

En 1989 aucun cas consécutif à une morsure de tique n'a été signalé.

Aucun cas pouvant être rapporté à la consommation de viande insuffisamment cuite ou congélée n'a été signalé.

La répartition géographique de la tularémie chez le lièvre pour l'année 1989, serait la suivante, d'après les informations que nous a communiquées le docteur vétérinaire F. MOUTOU (École nationale vétérinaire d'Alfort) [nombre de cadavres trouvés morts et chez qui la tularémie fut bactériologiquement vérifiée dans chaque département] :

- Seine-et-Marne > 16 ;
- Allier > 7 ;
- Puy-de-Dôme > 7 ;
- Corrèze > 3 ;
- Dordogne > 3 ;
- Indre-et-Loire > 3 ;
- Yonne > 3 ;
- Doubs > 2 ;
- Seine-et-Oise > 3.

La tularémie a encore été signalée dans le Pas-de-Calais, la Marne et la Meuse, le Haut-Rhin, la Saône-et-Loire et l'Ain, le Lot-et-Garonne, le Gers et l'Aveyron.

Il y a donc une augmentation sensible dans l'extension de la tularémie chez le lièvre en 1989 par rapport à l'année précédente. Mais, inversement, certains territoires traditionnels tels que le Bas-Rhin et le Haut-Rhin connaissent une période d'accalmie : un seul cas annuel dans le Haut-Rhin. Il en est de même pour la Vienne.

Les cas humains de tularémie sont plus difficiles à situer : tributaires des laboratoires qui nous adressent l'échantillon de sérum du malade, nous ne pouvons pas toujours accéder directement à ce dernier, dont nous connaissons seulement l'indication du domicile mais celui-ci n'est pas obligatoirement dans le département dans lequel s'est produite la contamination.

Il y a cependant une superposition entre cas humains et cas animaux : les cas humains ayant eu un sérodiagnostic supérieur au 1/100 et pour lesquels nous avons pu avoir connaissance du lieu de chasse se sont situés dans les départements suivants : Pas-de-Calais, Nord, Oise, Meurthe-et-Moselle, Haut-Rhin, Doubs, Jura, Allier, Creuse, Puy-de-Dôme, Haute-Vienne, Charente, Maine-et-Loire, Gironde, Gers, Haute-Garonne, Tarn.

6 cas humains diagnostiqués en 1989 par l'Institut Pasteur de Lyon concernaient des habitants du Cher, de l'Allier, de la Creuse, du Puy-de-Dôme, du Rhône et de la Saône-et-Loire.

La date de survenue de la tularémie humaine devrait suivre une courbe parallèle à celle de la tularémie animale. En fait, alors que la tularémie n'est pas signalée pendant l'été chez le lièvre, elle l'est chez l'homme de façon paradoxale. La notion de contact avec un lièvre n'est pas toujours retrouvée chez les malades (crainte par eux d'être accusés de braconnage ou de transport de gibier en dehors de la période d'ouverture de la chasse). D'autre part aucun cas de tularémie survenue en été n'est expliqué par une morsure de tique.

AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE

Les praticiens utilisent volontiers la streptomycine (1,5 g par jour) ou la tétracycline (200 mg par jour), isolément ou en association avec de bons résultats, à condition que le traitement ait été mis en route précocement. Il est des cas tardivement traités dans lesquels la ponction évacuatrice est nécessaire. Dans quelques cas des rechutes ont été rapportées après traitement par les tétracyclines ou le chloramphénicol. Dans ce cas la pénicilline (400 mg X 2/24 h) entraîne une régression rapide de l'adénopathie.

Par suite d'un mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé lancé le 2 avril dernier, les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales ne sont pas en mesure de communiquer normalement à la Direction générale de la santé les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est suspendue.