



SITUATION EN FRANCE

Surveillance de la grippe : renseignements communiqués pour la semaine du 7 au 14 janvier 1984 par les laboratoires de :

AGENTS	FRANCE NORD				FRANCE SUD			
	Isolation	Conversion	Titres élevés	Sérologie effectuée	Isolation	Conversion	Titres élevés	Sérologie effectuée
Grippe A	-	1	13	608	-	-	-	478
B	-	1	6	608	-	-	7	478
C	-	-	1	104	-	-	-	-
Parainfluenzae 1	-	1	7	554	-	-	6	-
Parainfluenzae 2	1	1	7	550	-	1	1	-
Parainfluenzae 3	-	1	13	559	-	2	9	-
Virus respiratoire syncytial	29	8	21	576	2	3	7	-
Adénovirus	3	-	28	652	-	16	-	-
Ornithose Psittacose	-	2	23	727	-	1	3	-
Mycoplasma pneumoniae	-	3	30	653	-	5	-	-
Fièvre Q	-	-	2	360	-	-	-	-

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

1° Une **toxi-infection alimentaire** a été déclarée dans le Var au B.E.H. n° 1. 47 personnes sur 92 ont présenté quelques heures après un repas pris dans un restaurant, des troubles gastro-intestinaux.

Une visite conjointe de l'établissement par les services de la D.D.A.S.S. et les services vétérinaires a permis de relever plusieurs infractions à la réglementation en vigueur (en particulier, arrêté du 26 septembre 1980) et l'absence de respect des règles élémentaires d'hygiène en ce qui concerne la manipulation et la préparation des denrées alimentaires.

Il est donc nécessaire d'insister sur la visite des établissements de restauration et la surveillance des maladies d'origine alimentaire. Le dernier bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé (n° 4 du 27 janvier 1984) fait mention de directives sur ce sujet :

SURVEILLANCE DES MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE
Directives*

Les renseignements en provenance de nombreuses parties du monde montrent que les maladies d'origine alimentaire sont une importante cause de morbidité et de mortalité chez l'homme. Elles entraînent, en plus de la souffrance physique, d'importantes conséquences socio-économiques qui se traduisent en journées de travail perdues et en frais imputables à l'hospitalisation et à la perte de denrées alimentaires. Chaque pays a donc intérêt à prendre toutes les mesures utiles pour combattre ces maladies.

L'efficacité de ces mesures dépend surtout de la possibilité de disposer de renseignements fiables sur les maladies d'origine alimentaire, mais malheureusement ces renseignements sont souvent recueillis par le canal de programmes nationaux de surveillance insuffisamment planifiés et dont le fonctionnement laisse à désirer.

* Guidelines for organization and management of surveillance of foodborne diseases (document non publié VPH/82.39). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1983 (en anglais seulement).

Le but des directives est de récapituler les principes généraux d'organisation d'un système de surveillance des maladies d'origine alimentaire, y compris les investigations épidémiologiques, et d'aider les États membres à mettre sur pied un tel système au niveau national.

Le document, qui a été rédigé par onze spécialistes sous la direction du Dr G.-I. Forbes du *Scottish Home and Health Department*, Edimbourg, Royaume-Uni, est destiné à des catégories très diverses d'agents de santé publique travaillant à la lutte contre les maladies d'origine alimentaire.

Le document définit la surveillance, la collecte et l'interprétation des données épidémiologiques, notamment sur les causes et l'incidence des maladies d'origine alimentaire, en vue de permettre aux autorités responsables de prendre les mesures préventives ou correctives appropriées.

Les directives soulignent que la surveillance n'est pas une activité isolée, mais la composante de tout programme efficace de lutte à partir de laquelle est définie et mise en œuvre la politique qui le sous-tend.

C'est la notification des maladies qui constitue l'élément principal d'un programme de surveillance. Elle consiste :

- 1° Dans la recherche des germes pathogènes responsables chez l'homme, les animaux, dans les aliments et l'environnement;
- 2° Dans l'étude des foyers et des cas sporadiques;
- 3° Dans le collationnement et l'interprétation des données;
- 4° Dans la diffusion d'informations en vue de diligenter l'action.

Partie intégrante de tout programme de surveillance, la notification systématique permet une rapide analyse des données à utiliser dans les programmes de lutte et la mise au point de plans à long terme visant à atténuer les effets des maladies d'origine alimentaire. En outre, un programme de surveillance permet d'évaluer l'impact des diverses mesures de lutte sur la morbidité d'origine alimentaire, favorisant du même coup l'élaboration de méthodes appropriées. Tout en brossant les grandes lignes de l'organisation et de la gestion des programmes, les directives proposent au lecteur des critères concrets permettant de confirmer la présence d'un foyer de maladies d'origine alimentaire donnant des indications pour le recueil, la conservation, l'emballage et l'expédition des échantillons, reproduit la liste des agents retenus par le programme OMS de surveillance pour la lutte contre les maladies d'origine alimentaire en Europe et cite des exemples de techniques épidémiologiques qui pourraient être utiles pour l'étude des foyers de maladies d'origine alimentaire.

Le document en question peut être obtenu gratuitement sur demande adressée au chef du Service de la Santé publique vétérinaire, division des maladies transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

2° Le choléra en France en 1983.

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 1983, trois cas de choléra en liaison avec le trafic international ont été constatés sur le territoire français :

- un Marocain de 35 ans, en provenance du Maroc : la souche isolée est de type *El Tor Ogawa*;
- un Français de 60 ans, arrivé d'Algérie : la souche isolée est de type *El Tor Inaba*;
- un enfant algérien de 14 mois de retour d'Algérie : la souche isolée est également de type *El Tor Inaba*.

Ces cas, conformément à l'article 13 du Règlement sanitaire international ont été notifiés à l'Organisation mondiale de la Santé; chaque souche a été adressée au Centre national de référence des vibrios (Institut Pasteur, Paris).

ENQUETE

IMPACT DE LA CIRCULAIRE RELATIVE A LA PROPHYLAXIE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DU 28 JANVIER 1980 (Bureau 1C - Direction générale de la Santé)

Une circulaire ministérielle relative à la prophylaxie de la méningite à méningocoque a été publiée le 28 janvier 1980 à la suite des conclusions d'un groupe de travail. Ce texte, qui avait pour but de définir la prophylaxie des cas secondaires, est le premier texte officiel qui propose des instructions claires à ce sujet. Le principal objectif de cette circulaire était d'apporter une réponse précise et univoque aux interrogations suscitées par la survenue d'un cas et de tenter d'éviter ainsi le déclenchement d'une réaction de panique dans l'entourage des patients.

Trois ans plus tard, il apparaît opportun d'évaluer l'impact de ce texte sur les médecins appelés à prendre des décisions préventives. De même, il nous est apparu important de mesurer le plus objectivement possible l'application de ce texte dans la réalité depuis 3 ans.

MÉTHODES

Le tableau I montre les principaux points abordés dans la circulaire. Certaines mesures y sont considérées comme utiles ou à recommander : c'est le cas pour la surveillance médicale des sujets en contact direct et de l'antibioprophylaxie par la spiramycine pendant 5 jours chez les contacts proches et de façon répétée. D'autres mesures sont considérées comme inutiles : désinfection des locaux d'habitation et scolaires, recherche de porteurs de germe, éviction scolaire des frères et sœurs.

Le nombre de cas déclarés de méningite à méningocoque en France a régulièrement diminué depuis 1979. Le nombre d'enquêtes effectuées et analysables dépasse chaque année 70 % des cas déclarés. Le pourcentage d'infections à méningocoque prouvées oscille entre 70 et 90 % des cas documentés selon les années (tabl. II).

RÉSULTATS

Une chimioprophylaxie à l'entourage a été prescrite dans 66 % des cas en 1979, 62,4 % en 1980 et 75,3 % en 1982, donc un pourcentage significativement plus élevé de cas en 1982 que lors des années précédentes.

Les fiches d'enquête établies par les médecins déclarateurs et les médecins de santé publique ont été analysées pour 1979, 1980, 1981 et 1982 au niveau du service concerné du ministère de la Santé.

L'antibiotique prescrit est indiqué sur le tableau III. On peut observer que si une bétalactamine était prescrite dans près de 60 % des cas en 1979, avant la publication de la circulaire ministérielle et la spiramycine seulement dans 20 % des cas, la tendance est complètement inversée en 1982 où la spiramycine atteint près de 80 % des prescriptions de prophylaxie contre 11,56 % pour les bétalactamines cette même année. On peut remarquer que l'utilisation de la rifampicine et des autres macrolides reste très marginale dans cette indication, tandis que la prescription des sulfamides a très significativement baissé en 4 ans.

Cette évolution dans les habitudes en matière d'antibioprophylaxie avec un remplacement progressif des pénicillines et des sulfamides par la spiramycine est représentée sur la figure 1.

Pour les années 1981 et 1982, nous avons recherché s'il existait une corrélation entre la prescription d'une chimioprophylaxie à l'entourage et l'évolution (favorable ou décès), l'âge (avant ou après 15 ans) et la positivité de l'examen bactériologique (méningocoque + ou -) du cas initial déclaré. On remarque qu'en 1981 une chimioprophylaxie était plus volontiers prescrite lorsque

l'évolution du cas initial avait été mortelle (mais il existe peut-être ici un biais vis-à-vis de la déclaration), et en 1981 et 1982 lorsqu'il s'agit d'un enfant et lorsque la bactériologie est positive (la différence est ici hautement significative) (tabl. IV).

Les autres mesures prophylactiques discutées dans la circulaire sont mentionnées dans le tableau V.

La place de la désinfection des locaux déjà modeste en 1979 est encore amoindrie en 1982 mais non négligeable (8,1 %). Lorsqu'elle est effectuée, elle est souvent mentionnée comme imposée par l'entourage, le milieu enseignant ou les services municipaux. Il est vrai que l'article L. 14 inscrivant la désinfection des locaux en cas de maladie à déclaration obligatoire est toujours en vigueur en France. La recherche de porteurs de germe dans le rhinopharynx réputée comme inutile et illusoire est effectuée dans 14,2 % des cas. La surveillance des contacts est rarement mentionnée. La mise en quarantaine, la fermeture d'école et l'éviction scolaire de la fratrie sont encore parfois prescrites. Le vaccin A + C est très peu prescrit d'après l'analyse des fiches d'enquête.

Une enquête par sondage auprès de 300 généralistes, de 100 pédiatres et de 50 pneumophtisiologues vient d'être réalisée. Elle nous apprend que plus de 80 % des médecins praticiens de ville savent que la méningite à méningocoque est à déclaration obligatoire en France. La notoriété de la déclaration obligatoire de cette infection est élevée par rapport aux autres maladies de la liste des maladies à déclaration obligatoire. Dans le même sondage, il a été demandé quelle était la chimioprophylaxie recommandée en cas de méningite. La chimioprophylaxie que les généralistes estiment comme recommandée est la spiramycine pour 22,9 %, une bétalactamine pour 17,8 % et un sulfamide pour 16,8 %. Chez les

pédiatres, la spiramycine est considérée comme recommandée pour 48,8 %, les bétalactamines pour 11,8 % et les sulfamides pour 6,3 %. La circulaire du 28 janvier 1980 est connue par 65,3 % des généralistes interrogés et par 89 % des pédiatres (tabl. VI). Les autres mesures de prophylaxie telles que la désinfection, l'isolement des contacts, l'éviction scolaire des frères et sœurs — mesures qui sont considérées comme inutiles dans la circulaire — sont encore réputées comme recommandées ou utiles par un nombre important de praticiens, généralistes ou pédiatres.

CONCLUSIONS

La notoriété de la circulaire ministérielle relative à la prophylaxie de la méningite à méningocoque semble importante.

La recommandation de chimioprophylaxie aux sujets contacts proches est largement appliquée.

L'utilisation de la spiramycine dans cette indication est très suivie autour des cas déclarés. Le contraste avec un taux faible de prescription de ce produit en curatif (3 % des prescriptions d'antibiotique et la 3^e place parmi les macrolides).

Le comportement adopté autour des cas non déclarés n'est pas connu et est probablement sensiblement différent. Quant au message concernant les autres mesures prophylactiques, il semble moins bien passé et l'application en est encore insuffisante; la fermeture d'école, la mise en quarantaine, l'éviction scolaire des sujets contacts restant encore trop souvent prescrites. Ainsi les instructions restrictives sont moins bien acceptées que les propositions positives.

On peut donc estimer que le but principal de cette circulaire qui était de donner des instructions claires et applicables a été atteint et que ce texte est maintenant devenu un guide de conduite à tenir très largement utilisé par les médecins.

Évolution de la chimioprophylaxie depuis 1979

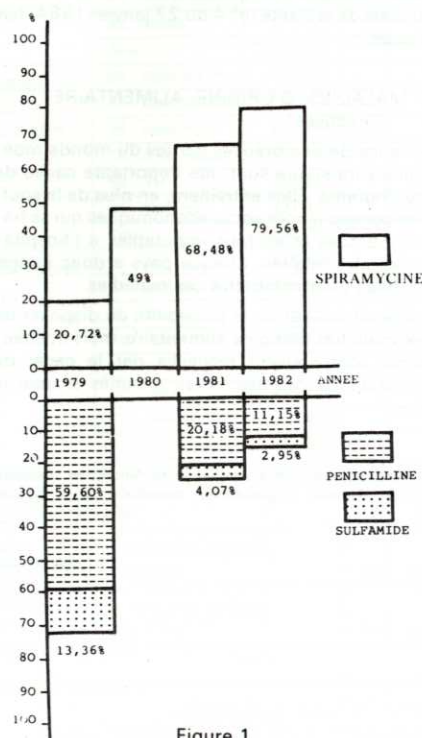


Figure 1

CIRCULAIRE N° 8 DU 28 JANVIER 1980
RELATIVE A LA PROPHYLAXIE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Tableau I

« Une surveillance médicale des sujets qui ont été en contact direct avec le malade sera assurée afin de dépister précocement une éventuelle méningite cérébro-spinale. »

« En conséquence, l'antibioprofylaxie que l'on doit recommander actuellement est l'administration de spiramycine pendant 5 jours à la dose quotidienne de 2 g aux personnes qui ont été en contact proche

et répété avec le malade, donc dans la majorité des cas, aux personnes vivant au foyer du malade. »

MESURES PROPHYLACTIQUES INUTILES

« La désinfection des locaux d'habitation du malade, et des locaux scolaires éventuellement fréquentés par lui, est inutile. »

« La recherche des porteurs de germes dans l'entourage du malade est également illusoire et sans intérêt. »

« L'intérêt de cette investigation reste donc limité à des recherches épidémiologiques. »

« L'éviction scolaire des frères et sœurs d'un malade et des parents, quand ils sont membres de l'enseignement, est inutile. »

Tableau II

Méningite à méningocoque - Déclarations

Années	Cas déclarés	Enquêtes	Méningo +	Chimio-prophylaxie
1979	2 036	1 502 (73,77 %)	1 321 (87,9 %)	994 (66,2 %)
1980	1 621	1 257 (77,54 %)	1 069 (85 %)	784 (62,4 %)
1981	1 359	992 (72,99 %)	694 (69,96 %)	664 (66,9 %)
1982	1 081	663 ?	528 (79,6 %)	499 (75,7 %)

Tableau IV

Chimio prophylaxie selon l'évolution, l'âge, la bactériologie

	Années	Décès +	Décès -	
Évolution	1981	75 %	67 %	S. P < 0,05
	1982	80,76 %	75,29 %	NS
Âge	1981	≤ 15 ans 72,9 %	> 15 ans 64 %	S. P < 0,02
	1982	77 %	67 %	S. P < 0,01
Bactériologie	1981	M + 84,9 %	M - 73 %	S. P < 0,01
	1982	76 %	64,5 %	S. P < 0,01

Tableau III

Chimio prophylaxie

Années	Pénicilline B. lactamines	Spiramycine	Sulfamides	Tétra	R	Macrolide
1979	397/666 (59,6 %)	138/666 (20,7 %)	89/666 (13,4 %)			
1980		292/596 (49 %)				
1981	109/540 (20,18 %)	368/540 (68,15 %)	22 (4 %)	2		32 (5,9 %)
1982	43/372 (11,56 %)	296/372 (79,57 %)	11/372 (2,9 %)	2	1	13 (3,5 %)

Tableau V

Autres mesures - Prophylaxie

Années	Désinfection	Ph	Sur	Q	F.E.	E.S.	V
1979	260 (19,7 %)	283 (21,4 %)	35 (2,6 %)	?	?	?	-
1980	?	(20 %)	-	-	-	-	3
1981	67 (6,7 %)	160 (16,1 %)	8	3	2	11	6
1982	54 (8,1 %)	94 (14,2 %)	3	3	2	3	4

Ph : Prélèvement rhinopharyngé
 E.S. : Éviction scolaire
 F.E. : Fermeture école

Sur : Surveillance
 Q : Quarantaine
 V : Vaccination

Tableau VI

**Connaissez-vous une circulaire récente
 concernant la prophylaxie de la méningite à méningocoque?
 Quelles sont les recommandations concernant ... ?**

	Pédiatres (n = 100)	Généralistes (n = 300)
	%	%
Circulaire connue	89	65,3
Désinfection +	29	37
Isolement +	42	53
Vaccination +	10	13
Éviction scolaire +	54	60

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676								LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448			1				
	68 - Rhin (Haut-)	650 732						1			23 - Creuse	139 968							
	Total	1 566 048						1			87 - Vienne (Haute-)	355 737							
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356			1			2		LORRAINE	Total	737 153			1				
	33 - Gironde	1 127 546						2			54 - M.-et-Mos.	716 846			1			3	
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101						1	
	47 - Lot-et-Garonne	298 522	1	2							57 - Moselle	1 007 189	1					3	
	64 - Pyrénées-Atlant.	555 670				1					88 - Vosges	395 769						1	
AUVERGNE	Total	2 656 518	1	2	1	1		4		MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 319 905	1		1			8	
	03 - Allier	369 580						1			09 - Ariège	136 443							
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654							
	43 - Loire (Haute-)	205 895	1			1					31 - Garonne (Hte-)	824 501						2	
	63 - Puy-de-Dôme	594 365									32 - Gers	174 154						1	
BOURGOGNE	Total	1 332 678	1	2		1		1		NORD - PAS-DE-CALAIS	46 - Lot	154 533						1	
	21 - Côte-d'Or	473 548	1		1			1			65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635						2			81 - Tarn	339 345							
	71 - Saône-et-Loire	571 852									82 - Tarn-et-Gar.	190 485						4	
	89 - Yonne	311 019						1			Total	2 326 037							
BRETAGNE	Total	1 596 054	1		1			4		NORMANDIE (BASSE-)	59 - Nord	2 520 526	1	1	2			4	
	22 - Côtes-du-Nord	538 869						7			62 - Pas-de-Calais	1 412 413	1		1			8	
	29 - Finistère	828 364						6			Total	3 932 939	2	1	3			12	
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764						2		NORMANDIE (HAUTE-)	14 - Calvados	589 559						1	
	56 - Morbihan	590 889						2			50 - Manche	465 948						4	
CENTRE	Total	2 707 886						17			61 - Orne	295 472							
	18 - Cher	320 174						2		PAYS DE LA LOIRE	Total	1 350 979						5	
	28 - Eure-et-Loir	362 813						1			27 - Eure	462 323						3	
	36 - Indre	243 191			2			1			76 - Seine-Maritime	1 193 039			1			6	
	37 - Indre-et-Loire	506 097						1			Total	1 655 362			1			9	
CHAMPAGNE - ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	296 220						4		PICARDIE	44 - Loire-Atlant.	995 498			1			8	
	45 - Loiret	535 669			2			9			49 - Maine-et-Loire	675 321						6	
	08 - Ardennes	332 338									53 - Mayenne	271 784						1	
	10 - Aube	289 300									72 - Sarthe	504 768						3	
	51 - Marne	543 627						7			85 - Vendée	483 027			2			3	
CORSE	52 - Marne (Haute-)	210 670						2		POITOU - CHARENTES	Total	2 930 398			3			21	
	Total	1 345 935						9			02 - Aisne	533 970						1	
	2 B - Corse (Haute-)	102 800				3					60 - Oise	661 781						5	
FRANCHE - COMTÉ	2 A - Corse-du-Sud	127 200									80 - Somme	544 570			1				
	25 - Doubs	477 163						1			Total	1 740 321			1			6	
	39 - Jura	242 925								PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	16 - Charente	340 770						3	
	70 - Saône (Haute-)	231 962						1			17 - Charente-Mar.	513 220							
	90 - Terr. de Belfort	131 999									79 - Sèvres (Deux-)	342 812							
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 084 049						2			86 - Vienne	371 428				1			
	75 - Paris (Ville)	2 176 243	1	2	3			24			Total	1 568 230				1		3	
	77 - Seine-et-Marne	886 918						3		RHÔNE - ALPES	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
	78 - Yvelines	1 196 111						12			05 - Alpes (Hautes-)	105 070				2		1	
	91 - Essonne	988 306						7			06 - Alpes-Marit.	881 198						1	
LANGUEDOC - ROUSSILLON	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039						10			13 - B.-du-Rhône	1 724 199							
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301		1	3			21			83 - Var	708 331	1						
	94 - Val-de-Marne	1 193 655			1			8			84 - Vaucluse	427 343						6	
	95 - Val-d'Oise	920 587						7			Total	3 965 209	1			2		3	
	Total	10 073 160	1	3	7			92		FRANCE METROPOLITAINE TOTAL : 54 334 871	01 - Ain	418 518			1				
OUTRE-MER	11 - Aude	280 686						1			07 - Ardèche	267 970	2		1				
	30 - Gard	530 478						3			26 - Drôme	389 781							
	34 - Hérault	706 499			1						38 - Isère	936 771						9	
	48 - Lozère	74 294									42 - Loire	739 521						3	
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557						3			69 - Rhône	1 445 208							
FRANCE	Total	1 926 514			1			7			73 - Savoie	323 675							
	971 - Guadeloupe										74 - Savoie (Haute-)	494 505						2	
	972 - Guyane										Total	5 015 947	2		2			14	
	973 - Martinique										TOTAL DE LA SEMAINE			10	6	24	8	231	
OUTRE-MER	974 - Réunion				1		1	11			4 premières semaines de 1984		25	11	86	19	2	1 125	60
											4 premières semaines de 1983		42	26	90	34	10	1 204	3

Responsable de la publication : D^r Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^{rs} Michelle BRUAIRE et Christine JESTIN
 Conception : BERNARD RIGAUD-CONSEIL, 64000 Pau

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 567.55.44

Abonnement gratuit : Pour recevoir un abonnement, il suffit d'adresser à la rédaction : vos nom, prénom, profession, adresse complète