



## SITUATION EN FRANCE

**Surveillance de la grippe** : renseignements communiqués pour la semaine du 20 au 25 février 1984 par les laboratoires de :

AGENTS	FRANCE NORD				FRANCE SUD			
	Isol- ment	Conver- sions	Titres élevés	Sérologies effectuées	Isol- ment	Conver- sions	Titres élevés	Sérologies effectuées
Grippe A	-	-	3	613	-	-	-	701
Grippe B	1	1	1	611	-	-	1	701
Grippe C	-	-	1	131	-	-	-	
Parainfluenze 1	-	-	-	589	-	-	3	
Parainfluenze 2	-	1	3	578	-	-	0	752
Parainfluenze 3	-	2	29	603	-	-	11	
Virus respiratoire syncytial	7	6	10	620	-	1	20	
Adénovirus	9	-	17	715	-	1	23	
Ornithose-Psittacose	2	-	15	716	-	-	7	
Mycoplasma-pneumonie	-	3	28	852	-	-	12	
Fièvre Q	-	-	2	432	-	1	-	

Surveillance de la population (France Sud) : clientèle des médecins généralistes : 9,3 % de syndromes respiratoires.

**Une toxi-infection alimentaire collective** a été signalée dans les Yvelines au BEH n° 9. Dans un établissement d'enseignement secondaire, 271 personnes sur 1 305 rationnaires ont présenté des troubles digestifs mineurs rapidement résolutifs.

l'analyse des reliefs alimentaires a montré — en particulier dans un plat de viande — un nombre excessif de coliformes fécaux, de staphylocoques présumés pathogènes, d'anaérobies sulfite-réducteurs, ce qui témoigne d'une mauvaise hygiène des manipulations et d'une cuisson insuffisante de la viande. L'examen médical du personnel a révélé, en outre, la présence de plusieurs porteurs de staphylocoques présumés pathogènes dans le rhino-pharynx mais aucune lésion cutanée. Il n'est pas possible d'établir un lien de cause à effet entre le portage de staphylocoques par le personnel appelé à manipuler les denrées alimentaires et la présence de staphylocoques dans les aliments en l'absence de recherches plus poussées, en particulier sérotypie et toxinogénèse.

**Rage** (renseignements communiqués par le Centre national d'études sur la rage et la pathologie des animaux sauvages) [BEM - RAF, vol. 14, n° 1, janvier 1984].

Quelques précisions sur la rage bovine.

A l'incitation de plusieurs responsables régionaux ou nationaux concernés par les problèmes que pose la rage bovine et sa prophylaxie, le Centre national d'études sur la rage avait collaboré, dès 1978 à d'importants travaux sur ce sujet.

Ces recherches aboutissaient, en 1981, à la publication des résultats d'une étude complète sur la cinétique des anticorps rabiques chez 72 bovins vaccinés depuis 800 jours contre la rage, ou la rage et la fièvre aphteuse (Rec. Med. Vet. 1981, 157, 10 : 717-728).

Elles se sont poursuivies, durant l'année 1983, par l'étude de la résistance de quelques-uns de ces mêmes bovins à l'inoculation du virus de la rage et des caractères de la maladie chez d'autres animaux non vaccinés.

Les résultats de cette étude ont fait l'objet de rapports techniques dont les principales conclusions peuvent être ainsi résumées :

### 1. Concernant la rage chez les bovins non vaccinés

L'inoculation intra-musculaire à 16 vaches de diverses dilutions d'un broyat de glandes salivaires de renards enragés a permis de constater, entre autre :

- qu'elles étaient naturellement beaucoup plus résistantes que le renard au virus rabique d'origine vulpine : il faut  $10^{3.5}$  « doses létales 50 % souris par voie cérébrale » pour en tuer une sur deux, soit 10 000 fois plus qu'il n'en faut pour les renards;
- qu'elles n'élaborent que peu, ou pas d'anticorps à la suite de cette inoculation, contrairement à d'autres espèces;
- que, sur 15 bêtes mortes de rage, 12 réexcrétaient du virus dans leur salive à des titres d'autant plus élevés que leur maladie avait été plus longue (record :  $10^{8.4}$  doses létales souris par gramme de glande, soit assez pour tuer 40 000 autres vaches!);
- que certains animaux pouvaient excréter le virus avant d'extérioriser les symptômes de rage.

### 2. Concernant la résistance à la rage des bovins vaccinés

Comme le laissait prévoir le titrage des anticorps chez les animaux ayant reçu un vaccin mixte rage-fièvre aphteuse (additionné d'hydroxyde d'alumine) leur résistance à l'épreuve a été parfaitement concluante.

En effet, 6 sur 6 d'entre eux, qui avaient été vaccinés 55 mois auparavant et avaient reçu un rappel 16 mois après cette primo-vaccination, ont résisté à une épreuve mortelle pour 5 témoins sur 5.

Plusieurs de ces conclusions devraient intéresser le virologue, l'immunologue, l'épidémiologue, le vétérinaire ou le médecin.

Mais elles intéresseront aussi toutes les autorités responsables qui ont le souci d'accorder les mesures de lutte contre la rage bovine aux progrès confirmés des recherches en ce domaine. Ce qui, dans la pratique, peut n'être pas toujours aisément.

# LE POINT SUR...

## BILAN DE LA POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN 1983

### I. Mise en place des structures de concertation et d'aide à la décision

La politique de promotion de la Santé, mise en œuvre en mars 1982, a été confirmée par l'adoption par le Gouvernement en mai 1982 de la Charte de la Santé où l'on retrouve, parmi les quatre impératifs définis, la volonté de promouvoir la Santé.

Cette priorité a été reprise dans le cadre du IX<sup>e</sup> Plan pour le programme d'exécution prioritaire : n° 11 « Moderniser et mieux gérer le système de santé ».

Le développement de cette volonté en matière de promotion de la Santé, le passage du stade expérimental à un niveau fonctionnel positif conduisent à analyser les grandes lignes de cette action : mise en place et rôle des structures de concertation : les comités consultatifs de promotion de la Santé ; aide au développement dans chaque région de structures spécialisées en épidémiologie : les observatoires régionaux de santé, outils techniques d'aide à la décision ; bilan de l'utilisation des crédits déconcentrés en 1983 au titre des « programmes régionaux de prévention » (chap. 47-13, art. 60) [voir n° 11].

#### LES COMITÉS CONSULTATIFS DE PROMOTION DE LA SANTÉ : STRUCTURES DE CONCERTATION

Les comités de promotion de la Santé sont avant tout des instances de concertation démocratique destinées à prendre en compte les problèmes de santé de la population, à recevoir les informations venues de cette population et des professions concernées, à proposer les actions et les programmes, à coordonner les activités des nombreux organismes publics ou privés qui participent à la prévention et à la promotion de la santé au niveau régional, départemental et local, afin d'en améliorer l'efficience.

Ces instances consultatives permettent une approche globale de la santé et favorisent le développement de la prévention, notamment pour lutter contre les inégalités en matière de santé en veillant à l'écoute notamment des populations défavorisées.

#### Les comités consultatifs régionaux de promotion de la Santé

Au niveau régional, 11 comités ont été ainsi créés par arrêté préfectoral, à l'initiative du commissaire de la République de la région. Les directeurs régionaux des Affaires sanitaires et sociales et les médecins-inspecteurs régionaux en sont les animateurs et les conseillers.

Ces comités sont composés notamment, outre les représentants de l'Administration, des représentants élus des collectivités territoriales, des grandes centrales syndicales, des organisations professionnelles et syndicales des professions de santé, des universités et en particulier des U.E.R. médicales, pharmaceutiques et odontologiques, des institutions sanitaires et sociales publiques ou privées, intervenant au niveau de la région, des caisses de sécurité sociale, des mutuelles, des représentants des usagers et des comités départementaux.

Outre la coordination et la concertation des partenaires régionaux et départementaux, les comités définissent les priorités régionales, proposent des programmes de prévention et une répartition des crédits déconcentrés au titre des « programmes régionaux de prévention » en présentant au commissaire de la République un plan annuel d'intervention ; certains d'entre eux animent une politique de promotion de la Santé en accord avec l'acquis scientifique, dans un souci de pragmatisme et d'économie de moyens tout en essayant de développer les perspectives régionales et de planifier les interventions.

Le fonctionnement de cette assemblée de 80 à 120 membres regroupés en plusieurs collèges est lourd et s'appuie sur l'appareil administratif dont dispose la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales.

En séance plénière (une ou deux fois par an), sont définis les grands axes prioritaires d'une politique régionale de promotion de la Santé et le plan d'intervention annuel est mis au point, avant de le soumettre à l'accord du commissaire de la République de la région.

Les travaux de l'assemblée plénière sont animés par un ou des présidents et préparés par des groupes de travail, organisés autour de thèmes spécifiques très variés (maternité, sexualité, santé et travail, quartiers défavorisés, personnes âgées, ... pour ne donner que quelques exemples).

Si la phase expérimentale a vu la mise en place de comités régionaux afin d'impulser rapidement l'organisation des comités départementaux et locaux, il eût été plus logique de laisser se constituer en premier les comités locaux.

En effet, c'est à ce niveau que l'écoute attentive de la population facilite l'expression des besoins de santé.

#### Les comités locaux de promotion de la Santé

Il en existe déjà une centaine.

Dans les villes, les comités locaux se constituent autour d'élus locaux, de professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, de bureaux municipaux d'hygiène, d'association de quartier ou de comités d'hygiène et sécurité des entreprises.

C'est le plus souvent des élus ou des professionnels de santé qui suscitent la constitution de ces comités dans le seul but d'améliorer la santé de la population concernée.

Au niveau rural, il est plus difficile de s'organiser : là aussi, les élus, les professions de santé, les organismes d'assurance maladie, ou les associations rurales prennent les initiatives nécessaires, en accord les uns avec les autres afin de ne pas multiplier les interventions, auprès d'une même population dans un souci d'économie de moyens.

L'organisation et le fonctionnement de ces comités locaux restent souples au sein d'une entité géographique donnée (quartier, commune, canton, etc.).

Ici, constitués en association, (loi de 1901), là simplement déclarés à la D.D.A.S.S., ils doivent, pour être représentés au comité consultatif départemental, être un lieu de rencontre, d'information mutuelle et de réflexion où doivent naître l'expression des besoins d'une population désireuse de prendre en charge ses problèmes de santé.

#### Le comité consultatif départemental de promotion de la Santé

Les comités consultatifs départementaux de promotion de la Santé sont constitués par arrêté préfectoral sous la responsabilité du commissaire de la République de département, assistés des D.D.A.S.S. Les médecins-inspecteurs départementaux en sont les animateurs et les conseillers. Il en existe actuellement une vingtaine.

Il convient de rappeler la composition, missions et le fonctionnement de cette assemblée regroupant 50 à 80 membres.

Constitués à l'image des comités régionaux, ils regroupent au niveau départemental l'ensemble des partenaires intéressés à la promotion de la Santé.

Ils ont pour mission l'écoute et l'aide technique des comités locaux, la définition des priorités départementales, la proposition de programmes d'intervention en regroupant, le cas échéant, des actions en programmes coordonnés, en adaptant les moyens aux objectifs et en servant de relais entre le terrain et le niveau régional.

Le fonctionnement de ces comités départementaux s'appuie sur l'appareil administratif dont dispose la D.D.A.S.S.

#### LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES EN ÉPIDÉMIOLOGIE

##### Pourquoi des observatoires régionaux de la Santé ?

Dans le respect de la nouvelle répartition des compétences (loi du 22 juillet 1982), il apparaît nécessaire d'apporter à l'échelon régional une connaissance fine de l'état de santé.

Si l'échelon régional a d'abord été retenu, c'est pour trois raisons :

- l'échelon régional conserve dans la nouvelle répartition des compétences un rôle de planification sanitaire et sociale ;
- l'observation de la santé prend toute sa valeur sur des tailles de population suffisantes, surtout lorsqu'il s'agit d'examiner la survenue de pathologies peu fréquentes ;
- la qualité des travaux et les comparaisons régionales sont plus faciles à maintenir au niveau de 22 structures plutôt qu'au niveau d'une centaine de partenaires ;
- enfin, l'état du développement de l'épidémiologie en France ne permet pas toujours de doter chacune des régions d'équipes d'épidémiologistes compétents, c'est pourquoi l'effort de la nation, dans cette période économique sévère, doit porter avant tout sur l'échelon régional.

Cette volonté d'associer les compétences de chacun et de répondre aux besoins locaux nous amène à examiner la structure, les missions des observatoires, leur fonctionnement et leur coordination.

### Structures des observatoires régionaux de la Santé.

L'organisation adoptée au niveau régional est dans la presque totalité des cas (Île-de-France exceptée), l'association régie par la loi de 1901. Ce type d'organisation a semblé posséder le maximum d'avantages : souplesse, autonomie, garantie du secret médical dans le respect des libertés individuelles, facilité d'ouverture vers des partenaires variés, gestion financière permettant des financements multiples. L'Observatoire régional de la Santé apparaît donc comme une structure légère, souple et pluridisciplinaire.

Les conseils d'administration, composés de 14 à 30 personnes, sont constitués le plus souvent de 4 à 6 collèges : collège des élus, des organismes de protection sociale, des ministères, des professionnels de santé hospitaliers et libéraux, des personnalités qualifiées (statisticiens, épidémiologistes, spécialistes en santé publique).

Dans la région Rhône-Alpes, l'option a été prise de constituer le conseil d'administration à partir des seules personnalités qualifiées. En Aquitaine, le parti choisi est de faire participer les usagers.

Dans la plupart des cas, le conseil d'administration est assisté d'un conseil scientifique ou de commissions spécialisées.

Le réseau d'observatoires est pratiquement réalisé puisque 19 observatoires régionaux de la Santé sont actuellement en place en Alsace, Aquitaine, Bretagne, Centre, Champagne - Ardennes, Franche-Comté, Île-de-France, Languedoc - Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi - Pyrénées, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou - Charentes, Provence - Côte d'Azur.

Reste à étendre ce réseau à l'Auvergne et à Bourgogne.

Déjà des observatoires se réunissent annuellement pour améliorer et amplifier leurs activités.

La région Corse pose des problèmes spécifiques du fait à la fois de la taille de la population et de son insularité. Une réflexion est en

cours en liaison avec l'I.N.S.E.R.M. pour essayer d'adapter les missions de l'observatoire à cette situation particulière; cette réflexion sera étendue aux départements d'outre-mer.

### Les missions des observatoires régionaux de la Santé.

Les observatoires régionaux de la Santé ont pour mission d'identifier, de recueillir et de coordonner les données sanitaires et sociales nécessaires à l'Etat, aux collectivités territoriales et aux organismes traitant de la santé pour leur permettre de bâtir une politique de santé cohérente à l'échelon local, départemental, régional.

Ces données devraient permettre à chacun des partenaires d'orienter ses décisions, d'évaluer les programmes de soins et de prévention entrepris et d'en calculer le rapport coût/efficacité.

Or, ces données sont déjà très nombreuses mais dispersées, peu utilisées et quelquefois peu exploitables, c'est pourquoi la plupart des observatoires s'orientent vers un inventaire critique des données existantes.

Certains déterminent déjà une politique en matière de recueil et d'analyse des données épidémiologiques, afin que n'y figurent que les éléments suffisamment utilisables, fiables et comparables pour déterminer une politique de santé, suscitant les enquêtes nécessaires, les coordonnent, afin d'éviter les doubles emplois, les recueils inutiles, etc.

La tâche est difficile, nécessite un travail de longue haleine en essayant d'éviter trois écueils :

1° Vouloir se substituer aux acteurs de santé, du fait des informations dont ils disposent. Il est clair que la responsabilité des décisions en matière de santé reste à l'Etat et aux collectivités territoriales.

2° Engranger des données innombrables en tentant d'être exhaustif sans avoir réellement défini l'objectif et le mode d'utilisation des informations ainsi rassemblées.

3° S'enfermer dans une technique épidémiologique lourde et se transformer en institut de recherche. Lorsque l'observation de phénomènes sanitaires s'avérera insuffisante pour déclencher un programme de soins ou de prévention, il faudra s'aider de techniques analytiques plus complexes, relevant alors d'organismes plus spécialisés, comme l'I.N.S.E.R.M. par exemple.

Enfin, les observatoires veillent à la diffusion de l'information.

En effet, l'échelon régional permet de mettre en place des circuits d'informations courts qui assurent une information en retour rapide pour stimuler l'intérêt et la collaboration des différents partenaires au niveau local et départemental mais qui facilitent aussi les comparaisons interrégionales pour mettre en commun les acquis et, à plus long terme, évaluer l'efficacité des programmes entrepris. Déjà un observatoire sur trois dispose de bulletins.

### Le fonctionnement des observatoires

Le démarrage des structures a été lent car le budget de l'Etat, en 1983, n'a pas permis la création de la soixantaine de postes nécessaires; les observatoires ont donc fonctionné avec l'aide des directeurs régionaux des Affaires sanitaires et sociales, qui ont mis à disposition à temps plein ou partiel du personnel (médecins-inspecteurs de la Santé, statisticiens, administratifs, ingénieurs sanitaires), des locaux et qui ont prêté leurs infrastructures.

Quelques observatoires ont engagé du personnel : le plus souvent il s'agit d'épidémiologistes ou de documentalistes.

Le fonctionnement des observatoires a été assuré pour les plus récents (17 sur les 19 existants) par l'Etat, par l'intermédiaire de crédits déconcentrés auprès des commissaires de la République de région au titre de la prévention (5,7 MF).

Pour les 2 plus anciens, les autres institutions intéressées participent au financement de l'O.R.S. Île-de-France (financement 50/50 Etat-région), et O.R.S. Lorraine (financement 1/3 Etat, 1/3 élus, 1/3 caisses) traduisant bien l'intérêt des différents partenaires à cette démarche.

### Coordination des observatoires régionaux.

Les observatoires régionaux de la Santé ont déjà manifesté le besoin d'une coordination en décidant d'une journée annuelle de travail en commun. Afin de préparer cette journée et de présenter l'état d'avancement de leurs travaux, des groupes de travail ont été institués pour réfléchir à la coordination des bases documentaires, définir les indicateurs de santé nécessaires à tous les niveaux, assurer la compatibilité des différents systèmes entre eux, enfin pour analyser les besoins en support informatique.

# Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoides et paratyphoides	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoides et paratyphoides	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	1				7			23 - Creuse	139 968							
	Total	1 566 048	1	1				7			87 - Vienne (Haute-)	355 737							1
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356	1	1				1		LORRAINE	Total	737 153							
	33 - Gironde	1 127 546						11			54 - M.-et-Mos.	716 846							
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101							5
	47 - Lot-et-Garonne	298 522		1				2			57 - Moselle	1 007 189							5
	64 - Pyrénées-Atlan.	555 670			1						88 - Vosges	395 769							
AUVERGNE	Total	2 656 518	1	2				14		MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 319 905							
	03 - Allier	369 580						2			09 - Ariège	136 443							
	15 - Cantal	162 838						1			12 - Aveyron	278 654							2
	43 - Loire (Haute-)	205 895									31 - Garonne (Hte-)	824 501							
	63 - Puy-de-Dôme	594 365						1			32 - Gers	174 154							2
BOURGOGNE	Total	1 332 678						4			46 - Lot	154 533							
	21 - Côte d'Or	473 548						3			65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345							3
	71 - Saône et Loire	571 852									82 - Tarn-et-Gar.	190 485							
	89 - Yonne	311 019									Total	2 326 037							7
BRETAGNE	Total	1 596 054						3		NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 520 526							16
	22 - Côtes du-Nord	538 869	2								62 - Pas-de-Calais	1 412 413							
	29 - Finistère	828 364									Total	3 932 939							10
	35 - Ille et Vilaine	749 764	1					2			14 - Calvados	589 559							3
	56 - Morbihan	590 889						3			50 - Manche	465 948							1
CENTRE	Total	2 707 886	3					5			61 - Orne	295 472							4
	18 - Cher	320 174								NORMANDIE (HAUTE-)	27 - Eure	462 323							
	28 - Eure et Loir	362 813						3			76 - Seine-Maritime	1 193 039							4
	36 - Indre	243 191									Total	1 655 362							4
	37 - Indre et Loire	506 097									44 - Loire-Atlant.	995 498							2
CHAMPAGNE ARDENNE	41 - Loir et Cher	296 220								PAYS DE LA LOIRE	49 - Maine-et-Loire	675 321							4
	45 - Loiret	535 669						3			53 - Mayenne	271 784							2
	Total	2 264 164						6			72 - Sarthe	504 768							
	08 - Ardennes	332 338									85 - Vendée	483 027							1
	10 - Aube	289 300						5			Total	2 930 398							9
CORSE	51 - Marne	543 627								PICARDIE	02 - Aisne	533 970							
	52 - Marne (Haute-)	210 670						1			60 - Oise	661 781							12
	Total	1 345 935						6			80 - Somme	544 570							4
	2 B - Corse (Haute-)	102 800	1								Total	1 740 321							17
	2 A - Corse du Sud	127 200									16 - Charente	340 770							3
FRANCHE COMTÉ	Total	230 000	1							POITOU - CHARENTES	17 - Charente-Mar.	513 220							2
	25 - Doubs	477 163						1			79 - Sèvres (Deux-)	342 812							3
	39 - Jura	242 925									86 - Vienne	371 428							3
	70 - Saône (Haute-)	231 962									Total	1 568 230							11
	90 - Terr. de Belfort	131 999						1			04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
ILE DE FRANCE	Total	1 084 049						2		PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	75 - Paris (Ville)	2 176 243						28			06 - Alpes-Marit.	881 198							
	77 - Seine et Marne	886 918						5			13 - B.-du-Rhône	1 724 199							
	78 - Yvelines	1 196 111		1							83 - Var	708 331							
	91 - Essonne	988 306						3			84 - Vaucluse	427 343							1
LANGUEDOC ROUSSILLON	92 - Hauts de Seine	1 387 039		1				7		RHÔNE - ALPES	Total	3 965 209							6
	93 - Seine St Denis	1 324 301		1							01 - Ain	418 518							1
	94 - Val de Marne	1 193 655						13			07 - Ardèche	267 970							1
	95 - Val d'Oise	920 587						4			26 - Drôme	389 781							
	Total	10 073 160		3				60			38 - Isère	936 771							1
FRANCE OUTRE-MER	11 - Aude	280 686								TOTAL DE LA SEMAINE	42 - Loire	739 521							
	30 - Gard	530 478		1				2			69 - Rhône	1 445 208							
	34 - Hérault	706 499									73 - Savoie	323 675							3
	48 - Lozère	74 294		1							74 - Savoie (Haute-)	494 505							2
	66 - Pyrénées Orient	334 557									Total	5 015 947							8
FRANCE OUTRE-MER	Total	1 926 514		1	1			2		FRANCE MÉTROPOLITAINE	6	2	19	1				197	
	971 - Guadeloupe										10 premières semaines de 1984	69	37	207	52	5	2 621	71	
	972 - Guyane							1			10 premières semaines de 1983	91	50	256	88	19	3 188	29	
	973 - Martinique							3											
	974 - Réunion		1																