

## SITUATION EN FRANCE

● **Surveillance de la grippe** : renseignements communiqués pour la semaine du 16 au 22 avril 1984 par les laboratoires de référence de :

AGENTS	FRANCE NORD				FRANCE SUD			
	Isole- ment	Conver- sion	Titres élevés	Sérologie effectuée	Isole- ment	Conver- sion	Titres élevés	Sérologie effectuée
Grippe A	-	2	8	429	-	3	16	796
Grippe B	-	-	3	429	-	6	10	(total)
Grippe C	-	-	1	115	-	-	-	
Parainfluenza 1	-	-	1	409	-	-	2	848
Parainfluenza 2	-	-	-	369	-	-	4	(total)
Parainfluenza 3	-	-	10	405	-	1	10	
Virus respiratoire syncytial	-	-	6	384	-	1	10	
Adénovirus	5	2	19	458	10	1	28	
Ornithose Psittacose	-	-	35	627	-	-	8	
Mycoplasma pneumoniae	-	2	21	516	-	-	6	
Fièvre Q	-	1	266		-	1	-	

En France Sud, 8,4 % de syndromes respiratoires sont signalés parmi la clientèle des médecins généralistes.

En France Nord, de nombreux cas d'ornithose-psittacose ont été diagnostiqués au cours de la deuxième semaine d'avril. Ils ont surtout été observés à Nancy. Les adénovirus continuent à circuler largement.

● **Toxi-infection alimentaire collective** dans une maison de retraite de Mayenne. Les services de la D.A.S.S. ont été informés le 13 mars 1984 d'une intoxication alimentaire survenue parmi les pensionnaires d'une maison de retraite le 4 février. Bien que tardive, l'enquête menée conjointement avec la Direction des services vétérinaires et la D.A.S.S. a permis de mettre en évidence la chronologie des faits et le mécanisme probable de l'intoxication.

Dans la matinée du 4 février, 28 sur 52 pensionnaires, ainsi que la directrice et un membre du personnel, présentaient un tableau de coliques avec diarrhée abondante et liquide, fièvre, céphalées, vomissements, symptômes persistant plusieurs jours et nécessitant la prescription d'un traitement symptomatique. Une pensionnaire de 72 ans était hospitalisée.

Les soupçons se sont d'emblée portés sur un pâté de tête préparé sur place l'après-midi du 1<sup>er</sup> février par le personnel de cuisine avec l'aide d'un pensionnaire. Le cochon dont il provenait avait été tué le 31 janvier et sa carcasse livrée en camion frigorifique le même jour. Débités le matin du 1<sup>er</sup> février dans la cuisine de la maison de retraite avec l'aide d'un « abatteur professionnel », les morceaux de viande, rôtis, saucisses, etc., une fois préparés, auraient été mis immédiatement en congélation. Quant au pâté de tête, après plusieurs heures de cuisson et adjonction d'oignons crus, il aurait été laissé à refroidir à température ambiante jusqu'au lendemain, avant sa mise en chambre froide le 2 février. Le samedi 3 mars, il était consommé au repas de midi avec des crudités, de la macédoine de légumes en conserve, du fromage et des fruits.

Le 9 février, les résultats de la coproculture pratiquée chez la malade hospitalisée indiquaient la présence d'un germe **Salmonella typhi murium**. Ce même germe était retrouvé dans les selles d'une des

malades soignée à la maison de retraite. L'examen bactériologique effectué à l'initiative de la directrice de la maison de retraite le 10 février sur un prélèvement de pâté de tête par le laboratoire de la Direction des services vétérinaires mettait en évidence également un **Salmonella typhi murium**.

Les malades qui présentaient encore des symptômes étaient mis sous antibiothérapie et certains réhydratés. Une coproculture pratiquée le 28 février chez une malade révélait la présence de **Salmonella typhi murium**.

Compte tenu des conditions correctes d'abattage et de transport de l'animal, ainsi que des longues heures de cuisson qu'a nécessité la préparation du pâté de tête, il est probable que la contamination n'a pu se faire que lors des manipulations ultérieures. Il n'est pas impossible que les oignons crus, introduits dans le pâté de tête après cuisson, aient été les vecteurs du germe. Celui-ci est en effet très répandu dans le milieu ambiant et a très bien pu être apporté par des oignons mal lavés. L'éventualité d'une contamination à partir du personnel de cuisine ne peut être écartée. Cependant les coprocultures pratiquées chez ce personnel sont restées négatives. Un seul prélèvement ayant été fait, ce résultat n'élimine pourtant pas totalement l'hypothèse d'un portage sain par un ou plusieurs agents des cuisines.

Une analyse bactériologique de rillettes préparées en même temps que le pâté de tête est restée négative, ce qui tendrait à renforcer l'éventualité d'une contamination lors de la manipulation du seul pâté de tête.

Le séjour prolongé à température ambiante aurait favorisé considérablement la prolifération du germe dans cet aliment.

### Conclusion

1. Les services de la D.D.A.S.S. n'ont été prévenus que très tardivement. Ils n'ont donc pas pu prendre les mesures prophylactiques qui s'imposaient, ni mener l'enquête sur l'origine exacte de l'intoxication.

2. Cet accident, dont les conséquences auraient pu être bien plus graves, doit être l'occasion de rappeler aux gestionnaires d'établissements accueillant des personnes âgées ou des enfants les règles essentielles à respecter en matière d'hygiène alimentaire, et en particulier d'insister sur les risques engendrés par certaines pratiques, encore largement répandues bien qu'interdites par la législation : abattage et congélation « maison », préparation de charcuterie et de conserves.

(Sources : Docteur Vegas – D.D.A.S.S. de Mayenne).

● Une **rickettsiose** est déclarée (semaine n° 11) par la D.A.S.S. des Alpes-Maritimes. La maladie s'est manifestée chez une fillette de 6 ans par une hyperthermie à 40° pendant une semaine et un bouton isolé évoluant vers une escarre. Le diagnostic a été confirmé par une sérologie positive. L'évolution a été favorable sous vibramycine pendant deux semaines. L'enfant avait été piqué par une tique pendant les vacances à Saint-Tropez.

# LE POINT SUR...

## RÉSEAU DE SURVEILLANCE DES MÉNINGITES INFECTIEUSES DANS LE VAL-DE-MARNE

### Une méthode expérimentale de recueil des données de maladies transmissibles au niveau d'un département

par le Dr CARRÈRE

Le développement de l'épidémiologie, ces dernières années, ainsi que le rôle primordial de la médecine préventive reconnu par tous doivent inciter les organismes de santé publique à être partout présents. La surveillance des maladies transmissibles dans le quotidien ainsi que leur incidence au sein de la population en sont une illustration vivante. Il n'est pas, dans ce propos, d'étudier les méthodes épidémiologiques et statistiques de recueil de l'information ni de faire un choix sur les moyens à utiliser (tout devant s'adapter en fonction de chaque situation), mais de faire part de l'expérience sur le terrain d'une D.D.A.S.S. confrontée à ces problèmes de chaque jour.

Tout a commencé par la mise en place d'un réseau permanent de surveillance des méningites cérébro-spinales. En effet, le caractère endémique de cette affection est manifeste dans les zones urbanisées et il s'agit d'une maladie qui, dans certains cas, est encore malheureusement mortelle. Cet aspect spectaculaire, la notion de contagiosité mal définie par les uns, le risque plus grand de survenue en milieu scolaire ou collectif, le « manque de sang-froid » de quelques responsables ont guidé notre choix.

#### I. FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU PERMANENT DE SURVEILLANCE DES MÉNINGITES

Le service des Épidémies de la D.D.A.S.S. (sous-direction des Actions sanitaires) est en contact permanent avec les services de bactériologie des établissements hospitaliers du département et des hôpitaux parisiens susceptibles de recevoir des malades du Val-de-Marne qui seraient suspects de méningite.

Ce dispositif permet d'avoir un diagnostic précoce, utile à l'éventuelle mise en place immédiate d'une surveillance ou de toute autre action.

Ainsi, lorsqu'il s'agit d'un cas positif, le médecin des épidémies se met en rapport avec les cliniciens hospitaliers afin d'envisager les mesures communes. Celles-ci sont alors transmises et exécutées par les services responsables concernés (Santé scolaire, service de P.M.I., bureau municipal d'hygiène).

Cette surveillance est basée sur deux principes (schéma n° 1) :

##### 1. Principe actif :

Appel du médecin des épidémies de la D.D.A.S.S. aux différents services de bactériologie; relation directe avec un correspondant nominal, en général un assistant et un technicien choisis par le chef de service parmi ceux qui s'intéressent particulièrement au méningocoque. Les cas sont alors échangés et répertoriés.

Ces appels ont lieu les lundi et vendredi matins; ainsi le week-end est « couvert ». Par exemple, si un enfant a été hospitalisé dans la nuit du jeudi au vendredi, l'informa-

tion est connue dès le vendredi matin. Ce jour-là, avant de laisser partir les enfants en week-end, on peut prendre des éventuelles mesures, évitant ainsi la panique. Si un cas survient pendant le week-end, l'appel du lundi matin apporte bien le renseignement et les mesures peuvent être prises dès l'ouverture des établissements; là encore la confusion peut être évitée.

##### 2. Principe passif :

Du mardi au jeudi, les correspondants de bactériologie téléphonent à la D.D.A.S.S. dès qu'ils ont une ponction lombaire nouvelle à examiner pour suspicion de méningite bactérienne.

A partir de ces informations, les renseignements sont retranscrits sur un registre chronologique tandis que le médecin des épidémies contacte le service hospitalier où l'enfant est traité. Ici, bien entendu, avec l'accord du chef de service, un correspondant est désigné parmi les chefs de clinique ou les assistants (les internes sont également informés, mais étant donné leur changement fréquent, on ne peut les utiliser comme correspondants).

Actuellement, les principaux hôpitaux concernés sont :

- le centre hospitalier universitaire Henri-Mondor;
- le centre hospitalier intercommunal de Créteil;
- Le centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges;
- l'hôpital Saint-Camille de Bry-sur-Marne;
- le centre hospitalier de Bicêtre;
- l'hôpital Trousseau;
- l'hôpital Bretonneau;
- l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul;
- le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière;
- l'hôpital Claude-Bernard.

L'hôpital Paul-Brousse n'est pas contacté du fait qu'il s'agit d'un établissement d'adultes qui ne reçoit que très peu de cas. Quant au S.A.M.U. 94, à chaque fois qu'il transporte un malade pour suspicion de méningite, il ne manque pas de contacter la D.D.A.S.S.

Les hospitalisations de malades du Val-de-Marne dans les hôpitaux des Enfants-Malades, Hérold sont exceptionnelles; ces derniers n'étant pas géographiquement dans le secteur du département.

Cependant, nous tenons compte des travaux des chercheurs du centre hospitalier universitaire des Enfants-Malades dont la réputation mondiale n'est plus à souligner.

#### II. MOYENS D'ACTION

Il nous a fallu, pour agir, utiliser les moyens déjà mis en place tout en envisageant des solutions possibles d'amélioration pour préparer des systèmes adaptés aux besoins de notre époque afin d'actualiser notre action et perfectionner nos moyens d'étude (schéma n° 2).

Un téléphone : une ligne directe nous paraît indispensable, car il faut que les utilisateurs puissent joindre les correspondants rapidement. Il faut que la D.D.A.S.S. soit accessible facilement pour éviter tout découragement.

Le répondeur automatique ne semble être, à notre avis, qu'une solution de secours car les contacts et les relations humaines nous paraissent un élément déterminant dans l'aide apportée par les correspondants. Un tel répondeur pourrait être utilisé en dehors des heures ouvrables par exemple.

Télégramme, dans son utilisation classique et habituelle.

Relations directes établies entre le médecin responsable des épidémies et ses correspondants : déplacements dans différents services hospitaliers, collaboration à certains Staff, réalisation de courrier personnalisé dans la mesure du possible, en n'oubliant pas d'adresser un retour d'information. Enfin, carte-lettre réponse simple, courte, précise avec enveloppe pour le renvoi.

Nous ne développerons pas ici les solutions possibles d'amélioration ainsi que les systèmes adaptés plus perfectionnés car ces procédés ne font pas partie de notre propos.

#### III. RÉSULTATS DE LA MISE EN PLACE D'UN TEL RÉSEAU

##### 1. Sur le plan pratique :

Une information rapide, fiable et efficace, puisque permettant la mise en route d'une surveillance quasi-immédiate sur les secteurs intéressés. Bien entendu, les mesures s'inspirent de la circulaire ministérielle n° 8 du 28 janvier 1980 relative à la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale.

Pour le méningocoque B, actuellement, cette attitude est la plus réaliste et la plus utile : psychologiquement, elle permet de rassurer l'entourage et les collectivités en cause, du fait que l'information vient des services publics avant même que le « mal court » par des bruits et rumeurs entraînant souvent un « vent de panique » ou d'insécurité; par ailleurs, la présence d'un médecin sur place indique l'action effective de cette surveillance et ajoute à la sécurité la confiance nécessaire pour pouvoir être maître de la situation.

De ce fait, petit à petit, les notions de désinfection, de fermeture d'établissement et chimiothérapie massives qui ont été modifiées ces dernières années sont mieux comprises par les intéressés. Ainsi, une éducation sanitaire sur ce sujet porte progressivement ses fruits.

Pour le méningocoque A et C : ce réseau permet de mettre en place, dans les meilleurs délais, des séances de vaccinations limitées aux sujets à risque et ici encore il faut commencer à éduquer les intéressés sur l'aspect

restrictif de ces vaccinations et essayer d'éviter une confusion qui ne manquera pas d'être faite avec le méningocoque B. Il est indispensable d'agir de façon réaliste, il faut considérer le public comme adulte et les responsables doivent montrer l'exemple en faisant cet effort d'éducation et d'information aux progrès actuels.

## 2. Sur le plan épidémiologique : (schéma n° 3)

Ce réseau permet la réalisation d'une méthode de travail uniforme sur tout le territoire d'un département, le Val-de-Marne en l'occurrence; méthodologie traitant de la prévention et de la chimioprophylaxie. L'intérêt est grand : d'une part, vis-à-vis du public, cette cohérence dans l'action entre les médecins hospitaliers et les services de Santé publique accroît la crédibilité des

mesures entreprises et donne l'assurance d'une sécurité.

D'autre part, un tel réseau donne une mise à jour régulière des cas et permet d'indiquer l'évolution des méningites et de pouvoir déceler rapidement un risque d'extension. De telles informations doivent entraîner des mesures qui éviteront la transformation d'un état endémique classique en un état épidémique.

Par ailleurs, la sollicitation active des informations permet d'avoir le maximum de renseignements fiables, source d'études comparatives sur les méningites, notamment, faire la discrimination entre méningocoque, haemophilus, pneumocoque, listeria, etc. Actuellement, il nous est possible d'affirmer que la deuxième cause des méningites bactériennes est l'**haemophilus influenzae**. Une étude ultérieure pourra être entreprise sur les méningites lymphocytaires dites présumées virales.

Enfin, par extension, nous obtenons spontanément de la part de nos correspondants des informations concernant d'autres maladies transmissibles : fièvre typhoïde, hépatite virale, brucellose, etc.

Les enquêtes épidémiologiques sont dûment et complètement remplies.

Les échanges permanents réalisés entre les bactériologistes, les cliniciens hospitaliers, les médecins de Santé publique et les médecins de ville (schéma n° 4) aboutissent à une collaboration débouchant sur une nouvelle connaissance de l'épidémiologie des méningites bactériennes dans la région parisienne.

La régularité et le sérieux des informations nous permettent de réaliser des études de portée internationale; notamment, des échanges d'information sont en cours avec les Centers for Disease Control (C.D.C.).

Schéma n° 1  
Surveillance des méningites  
dans le Val-de-Marne

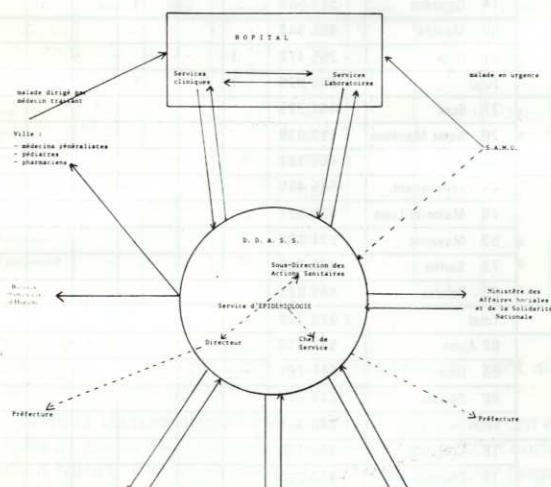


Schéma n° 3  
Moyens d'information  
en épidémiologie départementale

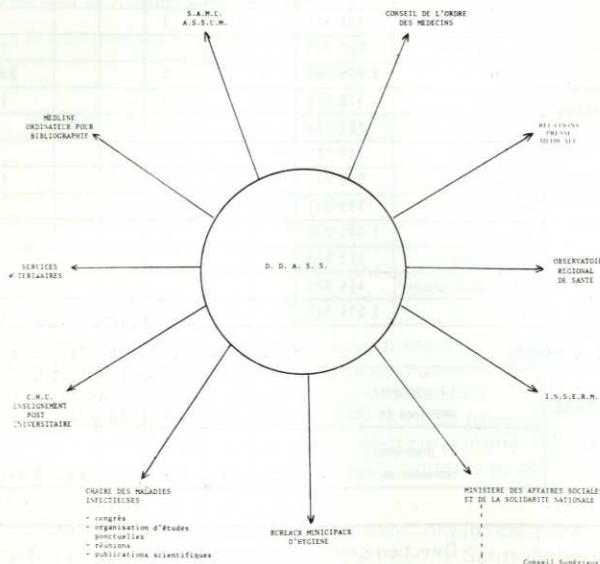


Schéma n° 2  
Relations du Service des épidémies  
avec l'extérieur

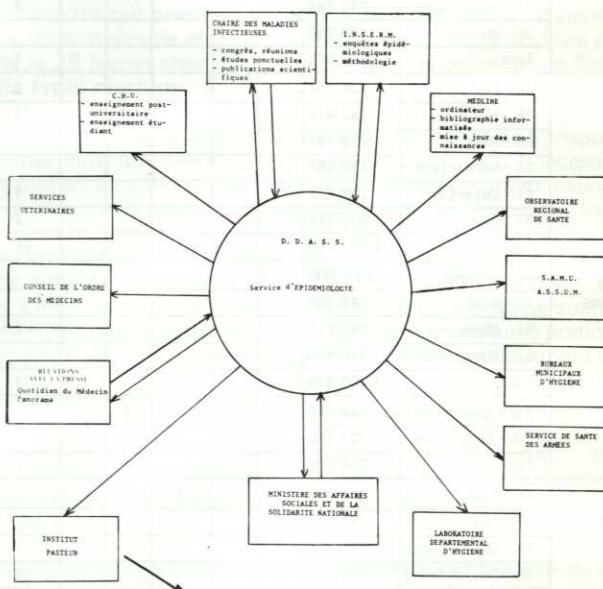
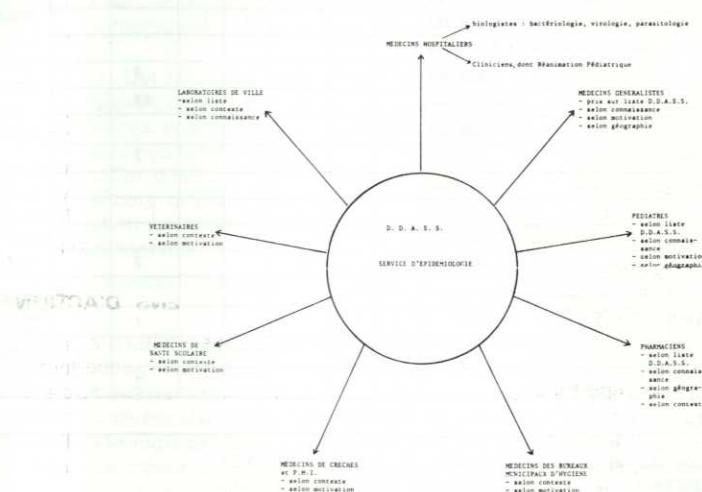


Schéma n° 4  
Correspondants départementaux  
pour recueil des données et enquêtes



# 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							
	68 - Rhin (Haut-)	650 732									23 - Creuse	139 968							
	Total	1 566 048									87 - Vienne (Haute-)	355 737							
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356						2			Total	737 153							
	33 - Gironde	1 127 546	1			1	1	4		LORRAINE	54 - M.-et-Mos.	716 846							1
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101							1
	47 - Lot-et-Garonne	298 522									57 - Moselle	1 007 189							1
	64 - Pyrénées-Atlan.	555 670									88 - Vosges	395 769							2
	Total	2 656 518	1			1	1	6			Total	2 319 905							2
AUVERGNE	03 - Allier	369 580								MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 443							
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654							
	43 - Loire (Haute-)	205 895									31 - Garonne (Hte-)	824 501							1
	63 - Puy-de-Dôme	594 365		1				2			32 - Gers	174 154	1						
	Total	1 332 678		1				2			46 - Lot	154 533							
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	473 548						2			65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345						1	1
	71 - Saône-et-Loire	571 852									82 - Tarn-et-Gar.	190 485							3
	89 - Yonne	311 019									Total	2 326 037	1	1					5
	Total	1 596 054						2											
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	538 869								NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 520 526	1	1					10
	29 - Finistère	828 364						3			62 - Pas-de-Calais	1 412 413							
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764						4			Total	3 932 939	1	1					10
	56 - Morbihan	590 889								NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	589 559							4
	Total	2 707 886						7			50 - Manche	465 948							1
CENTRE	18 - Cher	320 174						5			61 - Orne	295 472	1						5
	28 - Eure-et-Loir	362 813		1				3		NORMANDIE (HAUTE-)	27 - Eure	462 323							2
	36 - Indre	243 191									76 - Seine-Maritime	1 193 039							2
	37 - Indre-et-Loire	506 097									Total	1 655 362							4
	41 - Loir-et-Cher	296 220						1		PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498							6
	45 - Loiret	535 669						2			49 - Maine-et-Loire	675 321							5
	Total	2 264 164		1				11			53 - Mayenne	271 784							28
CHAMPAGNE - ARDENNE	08 - Ardennes	332 338									72 - Sarthe	504 768							
	10 - Aube	289 300									85 - Vendée	483 027							2
	51 - Marne	543 627						1			Total	2 930 398							13 28
	52 - Marne (Haute-)	210 670								PICARDIE	02 Aisne	533 970							4
	Total	1 345 935						1			60 - Oise	661 781							
CORSE	2 B - Corse (Haute-)	102 800						3			80 - Somme	544 570							
	2 A - Corse-du-Sud	127 200									Total	1 740 321							4
	Total	230 000						3		POITOU - CHARENTES	16 - Charente	340 770							2
FRANCHE - COMTÉ	25 - Doubs	477 163		1							17 - Charente-Mar.	513 220							1
	39 - Jura	242 925									79 - Sèvres (Deux-)	342 812							1
	70 - Saône (Haute-)	231 962									86 - Vienne	371 428							1
	90 - Terr. de Belfort	131 999						1			Total	1 568 230							4
	Total	1 084 049		1				1		PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 176 243						29			05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	77 - Seine-et-Marne	886 918						1			06 - Alpes-Marit.	881 198							6
	78 - Yvelines	1 196 111						13			13 - B.-du-Rhône	1 724 199	3	1					13
	91 - Essonne	988 306						6			83 - Var	708 331							1
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039		1							84 - Vaucluse	427 343							1
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301			1	1					Total	3 965 209	3	3					20
	94 - Val-de-Marne	1 193 655								RHÔNE - ALPES	01 - Ain	418 518							1
	95 - Val-d'Oise	920 587		1				9			07 - Ardèche	267 970							1
	Total	10 073 160		2	1	1		58			26 - Drôme	389 781							
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686									38 - Isère	936 771							
	30 - Gard	530 478		1				2			42 - Loire	739 521							
	34 - Hérault	706 499									69 - Rhône	1 445 208							
	48 - Lozère	74 294									73 - Savoie	323 675							3
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557									74 - Savoie (Haute-)	494 505							5
	Total	1 926 514		1				2			Total	5 015 947		2	1	1			5
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe									TOTAL DE LA SEMAINE	7		13	8	3	162	28		
	972 - Guyane	1						1											
	973 - Martinique									FRANCE METROPOLITAINE	17 premières semaines de 1984	122	52	328	98	15	4 187	100	
	974 - Réunion	2						2			17 premières semaines de 1983	124	68	412	153	34	5 093	338	