



SITUATION EN FRANCE

Surveillance de la grippe : renseignements communiqués pour la période du 25 au 30 novembre par les laboratoires de :

AGENTS	FRANCE NORD (1)				FRANCE SUD (2)			
	Isolation	Conversion	Titres élevés	Sérologie effectuée	Isolation	Conversion	Titres élevés	Sérologie effectuée
Grippe A	—	—	10	415	—	—	7	747
Grippe B	—	—	2	415	—	—	2	747
Grippe C	—	—	1	69	—	—	—	—
Parainfluenza 1	—	—	2	369	—	—	2	866 (total)
Parainfluenza 2	—	—	—	—	—	1	3	
Parainfluenza 3	5	—	17	413	—	6	24	
Virus respiratoire syncytial	42	3	3	422	1	—	15	—
Adénovirus	1	1	18	495	—	1	22	—
Ornithose Psittacose	12	—	6	511	—	—	5	—
Mycoplasma pneumoniae	—	3	26	647	—	1	11	—
Fièvre Q	—	—	8	283	—	—	—	—

(1) Un virus grippal de type A a été décelé par immunofluorescence chez un enfant à l'hôpital Trousseau à Paris. L'isolement du virus a permis de confirmer le diagnostic.

Au cours d'une poussée épidémique localisée dans une unité de l'armée finlandaise, le virus grippal A (H₃N₂) a été isolé à trois reprises mais il n'y a pas eu jusqu'ici d'extension à la population générale.

(2) Surveillance de la population. Clientèle des médecins généralistes : 10,8 % de syndromes respiratoires.

MISE EN PLACE A TITRE EXPÉRIMENTAL D'UN RÉSEAU DE MÉDECINS SENTINELLES GÉNÉRALISTES POUR LA SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Un **nouveau** système d'information sur les maladies transmissibles au niveau national est testé.

Nouveau car il représente un substitut à la « déclaration obligatoire » critiquée car en théorie systématique mais notoirement sous-utilisée dans le cas de nombreuses maladies transmissibles.

Nouveau car il s'appuie sur des **médecins généralistes** volontaires répartis sur tout le territoire national.

Nouveau car, sur le plan de la technologie, il représente un exemple d'**informatique intégrée** : au départ, la saisie des données est faite par téléinformatique chez les médecins; ensuite, leur validation, leur analyse, la diffusion des résultats sous forme de bulletins papier ou informatique, la création de banque de données sont effectuées dans le même système informatique.

L'expérience a débuté en novembre 1984.

LA BASE DU SYSTÈME

1. Un réseau de médecins « correspondants »

Le noyau de ce réseau est constitué des « médecins correspondants » qui de 1980 à 1983 ont « surveillé » la grippe en France (grâce à un échange postal avec l'Unité I.N.S.E.R.M. U 165). Ce réseau a été évalué en 1983 notamment en ce qui concerne sa représentativité en termes de démographie médicale.

Actuellement, l'expérience « maquette » regroupe 100 médecins volontaires du précédent réseau.

2. Une équipe de l'I.N.S.E.R.M. en collaboration avec la Direction générale de la Santé (D.G.S.)

Cette équipe travaille à l'Unité de recherches biomathématiques et biostatistiques (U.R.B.B. I.N.S.E.R.M. U 263) dirigée par le P^r Valleur.

3. La pathologie surveillée

Depuis novembre 1984, les médecins communiquent régulièrement le nombre de cas et certaines caractéristiques épidémiologiques de 4 syndromes ou maladies observés par eux : hépatite présumée virale, syndrome grippal, rougeole, urétrite masculine.

LE MATÉRIEL UTILISÉ

Dans l'expérience, le « serveur » central est un micro-ordinateur de 448 K octets avec disque dur de 8 M octets : quatre accès simultanés sont possibles. Les communications avec l'extérieur se font au moyen de « lignes vertes » (ce sont des lignes téléphoniques particulières où les appelants n'ont pas à payer la communication); les correspondants sont équipés de Minitel.

Dans le système définitif, le serveur sera un mini-ordinateur permettant plus d'accès simultanés, un stockage, un traitement et une édition de banques de données performants; des stations de travail distantes permettront aux partenaires qui le désireront d'effectuer les calculs et des éditions de résultats sur les banques de données constituées.

LES PERSPECTIVES

1. Accroissement du nombre de partenaires

Le centre d'informations offrira des connections à de nouveaux partenaires scientifiques, hospitaliers et administratifs dans le but d'abord de permettre une utilisation optimale des informations recueillies, ensuite de dynamiser la communication entre tous les partenaires du système de Santé qu'ils appartiennent au secteur privé ou au secteur public, grâce à une messagerie.

Le nombre de médecins participants devrait être de 500 (1 % des médecins généralistes).

2. Extension vers la mission d'« Alerte »

Un tel circuit d'information performant permettra de mieux « alerter » en cas de poussées épidémiques, de découverte de nouveaux syndromes ou de maladies transmissibles graves et rares.

3. Extension à d'autres missions

Certaines actions de pharmacovigilance, d'évaluation de mesures prophylactiques, et de façon générale de recherche épidémiologique en médecine ambulatoire seront entreprises en utilisant l'infrastructure du réseau.

LE FINANCEMENT

Le financement de cette « maquette » provient de la Direction générale de la Santé. Le personnel appartient en majorité à l'I.N.S.E.R.M. et à l'Éducation nationale. Les locaux sont ceux de l'Université Paris 7.

ENQUÊTE

RÉSEAU DE SURVEILLANCE NATIONALE PERMANENT DES INFECTIONS A PNEUMOCOQUE

RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES : ANTIBIOGRAMMES RÉALISÉS DANS LES 24 CENTRES

Année 1984 – Résultats partiels

	Nombre de souches testées	Nombre de souches résistantes	Pourcentage de résistance
Pénicilline 10 UI.	420	0	0
Oxacilline	379	0	0
Amoxicilline	361	0	0
Thiamphénicol	397	19	4,78
Doxycycline	407	84	20,63
Minocycline	401	89	22,19
Erythromycine	423	68	16,07
Clindamycine	413	63	15,25
Cotrimoxazole	364	28	7,69

RÉPARTITION SUIVANT LEUR SÉROTYPE DE 426 (1) SOUCHES AVEC ANTIBIOGRAMMES PROVENANT DES 24 CENTRES

Année 1984 – Résultats partiels

Sérotype	Nombre de souches	Sérotype	Nombre de souches
19	59	34	6
3	42	35	6
14	41	5	5
23	39	17	5
6	37	27	4
1	23	33	4
18	19	2	3
15	16	12	3
NT	14	46	3
8	12	16	2
9	12	21	2
7	11	35-42	2
4	11	37	2
11	10	38	2
20	8	27	1
10	7	29	1
13	6	31	1
24	6	36	1

(1) 29 souches provenant de centres n'appartenant pas au réseau ont été incluses dans les 426.

RÉPARTITION DES SOUCHES PAR CENTRE

Nom du centre	Nombre de souches (1)	AB adressés	AB fait au centre de références	AB non fait
Aix-en-Provence	86	48	13	25
Annecy	4	4	/	/
Claude-Bernard	35	10	9	16
Bordeaux	36	18	/	18
Bretonneau	/	/	/	/
Compiègne	14	14	/	/
Créteil	80	/	80	/
Clermont-Ferrand	/	/	/	/
Le Mans	5	/	/	5
Limoges	/	/	/	/
Longjumeau	8	7	1	/
Louis-Mourier	28	10	15	3
Mulhouse	38	12	22	4
Nantes	16	/	/	16
Nice	5	2	1	2
Reims	27	7	9	11
Rennes	5	3	2	/
Toulouse	14	/	/	14
Tourcoing	2	2	/	/
Trousseau	81	42	25	14
Versailles	11	2	9	/
Vienne	2	2	/	/
Villeneuve-Saint-Georges	28	28	/	/
Strasbourg	/	/	/	/
Total	525	211	196	128

LE POINT SUR...

PRÉSENCE DE MARQUEURS SÉROLOGIQUES DU VIRUS L.A.V. CHEZ DES PATIENTS HÉMODIALYSÉS

Un patient hémophile traité dans un centre de dialyse de la banlieue parisienne pour insuffisance rénale chronique s'est avéré porteur d'anticorps contre le virus L.A.V., virus considéré comme responsable du S.I.D.A.

L'enquête menée a montré que parmi les patients et le personnel du centre, seul ce premier malade présentait de façon indiscutable des anticorps contre ce virus.

Aucun signe clinique évoquant le S.I.D.A. n'a été observé chez les patients du centre, y compris chez le malade cité.

Les premiers sondages effectués dans d'autres centres de dialyse ont permis de retrouver quelques autres patients séropositifs (11 positifs sur 277 patients testés).

Ces observations appellent plusieurs commentaires :

1° L'interprétation de ces séropositivités pose des problèmes difficiles pour des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, présentant souvent des désordres immunologiques pouvant interférer avec la réalisation d'un test sérologique. La spécificité des tests utilisés ne peut être considérée comme suffisamment déterminée.

2° L'observation d'un résultat sérologique positif pour ce virus ne donne aucune indication sur la surveillance éventuelle du S.I.D.A. Cet examen permet uniquement de déceler si les personnes ont été en contact avec le virus, sans avoir aucune valeur pronostique.

3° La présence de malades hémodialysés séropositifs pour ce virus n'est pas surprenante. Parmi ces malades, de nombreux patients sont polytransfusés, notamment dans le cadre de protocoles de préparation à une greffe de rein. La transfusion sanguine peut être responsable de la transmission du virus, et le risque d'être en contact avec l'agent responsable de la maladie s'accroît avec le nombre de transfusions reçues.

4° Bien que les recherches tendant à la mise au point de tests sérologiques de détection d'anticorps anti L.A.V. utilisables en routine progressent rapidement, ces tests ne sont pas disponibles actuellement. Il est donc impossible pour l'instant de tester l'ensemble des 13 000 patients traités en France pour insuffisance rénale chronique.

Une enquête visant à évaluer le risque de contamination par le virus L.A.V. dans le cadre particulier de l'hémodialyse se met en place actuellement.

Des mesures générales de renforcement des précautions d'hygiène hospitalières, applicables dans ces centres spécialisés, doivent être prises. L'adoption de mesures spécifiques adaptées aux conditions particulières de la dialyse est à l'étude.

BILHARZIOSE INTESTINALE EN MARTINIQUE

La situation de la bilharziose intestinale en Martinique en 1983 peut se résumer de la manière suivante :

- présence d'un réservoir humain de parasites peu important mais non négligeable : 12 % pour l'ensemble de l'île (enquête I.N.S.E.R.M. de 1977);

- absence ou très faible infestation au niveau des tranches d'âges les plus basses de la population humaine (résultats de l'I.N.S.E.R.M. pour l'ensemble de la Martinique en 1977);

- rareté du Mollusque vecteur *Biomphalaria glabrata* qui paraît actuellement confiné dans quelques cressonnières;

- abondance du Mollusque *Biomphalaria straminea* dont le rôle de vecteur qui paraît actuellement négligeable sinon nul, reste néanmoins à préciser;

- découverte dans des cressonnières de la Roxelane d'un unique site de transmission encore actif en 1983, mais dont l'importance épidémiologique paraît très limitée et qui constitue un cas particulier.

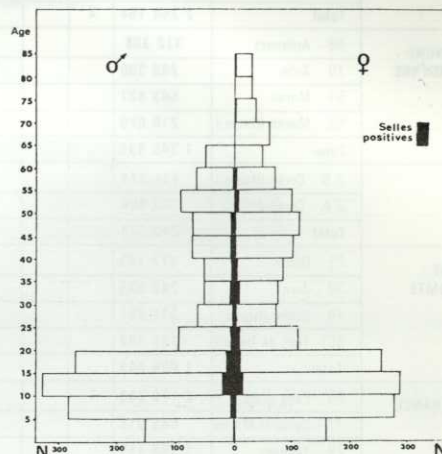
Les faits observés tendent tous à montrer que la transmission de la bilharziose en Martinique est aujourd'hui presque totalement interrompue. Cette interruption vraisemblablement progressive, remonte à plus d'une dizaine d'années comme le montre l'infestation des tranches d'âge de la population, aussi bien au niveau général de la Martinique que dans le cas des sites particuliers comme Pointe-la-Mare ou le quartier Jardin des Plantes.

Les facteurs responsables de cette interruption de la transmission paraissent les suivants :

- disparition du Mollusque vecteur *B. glabrata* à la suite de la colonisation intense des cours d'eau par *B. straminea*, espèce beaucoup mieux adaptée au régime irrégulier des rivières et des ravines, mais qui est peu ou non vectrice de *S. mansoni*. Ce phénomène d'exclusion compétitive de *B. glabrata* constitue vraisemblablement un des facteurs les plus importants de l'interruption de la transmission parasitaire en Martinique;
- disparition de la contamination fécale des eaux. Depuis plusieurs années, le développement des adductions d'eau et des installations sanitaires a contribué considérablement à la diminution de la contamination fécale des eaux. Celle-ci n'est cependant pas totalement interrompue dans de nombreuses régions;
- enfin, modifications du comportement humain vis-à-vis de l'eau. La diminution de la fréquence des contacts de l'homme avec l'eau constitue peut-être un facteur qui a joué en faveur d'une interruption de la transmission dans certaines régions. Bien que ce phénomène ait pu être vérifié dans certains cas, il est toutefois difficile d'en apprécier l'importance au niveau général de la Martinique.

En conclusion, la situation actuelle est tout à fait favorable en Martinique à la poursuite d'un plan de lutte qui devrait aboutir à l'éradication de la parasitose. Des campagnes chimiothérapiques, la détection et l'élimination des divers sites de transmission encore fonctionnels, la détection et l'élimination des sources de contamination fécale, devraient en constituer les grandes lignes.

Cependant, le rôle exact de *B. straminea* dans la transmission des souches martiniquaises de *S. mansoni* reste encore à préciser. Les expériences d'infestations actuellement en cours au laboratoire permettront de tester la susceptibilité de cette espèce vis-à-vis de différentes souches de *Schistosoma mansoni*.



Répartition de la bilharziose par tranches d'âge d'un échantillon de 3 682 personnes en Martinique en 1977. On remarquera la très faible infestation des tranches d'âge les plus basses : 1 seul enfant positif sur 312 de 0 à 5 ans et 9 positifs sur 562 de 5 à 10 ans.

(Enquête réalisée par l'I.N.S.E.R.M. en 1977.)

Source : DDASS de la Martinique - Dr Gilles.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Période du 3 au 9 décembre

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					1	14		LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448						3	
	68 - Rhin (Haut-)	650 372						6			23 - Creuse	139 968						1	
	Total	1 566 048					1	20			87 - Vienne (Haute-)	355 737							
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356	1		1					LORRAINE	Total	737 153						4	
	33 - Gironde	1 127 546			1			21			54 - M.-et-Mos.	716 846	2				1	1	
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101						1	
	47 - Lot-et-Garonne	298 522									57 - Moselle	1 007 189							
	64 - Pyrénées-Atlant.	555 670				1					88 - Vosges	395 769			1			1	
AUVERGNE	Total	2 656 518	1		2	1		21		MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 319 905	2		1		1	3	
	03 - Allier	369 580									09 - Ariège	136 443	1						
	15 - Cantal	162 838						2			12 - Aveyron	278 654							
	43 - Loire (Haute-)	205 895									31 - Garonne (Hte-)	824 501	1						
	63 - Puy-de-Dôme	594 365						2			32 - Gers	174 154							
BOURGOGNE	Total	1 332 678						4		NORD - PAS-DE-CALAIS	46 - Lot	154 533							
	21 - Côte-d'Or	473 548						1	4		65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345	2					2	
	71 - Saône-et-Loire	571 852				1		1			82 - Tarn-et-Gar.	190 485							
	89 - Yonne	311 019						1			Total	2 326 037	4					2	
BRETAGNE	Total	1 596 054				1		3	4	NORMANDIE (BASSE-)	59 - Nord	2 520 526	1		1			24	
	22 - Côtes-du-Nord	538 869						3			62 - Pas-de-Calais	1 412 413	2						
	29 - Finistère	828 364						1			Total	3 932 939	3		1			24	
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764	1					3			14 - Calvados	589 559							
	56 - Morbihan	590 889						2			50 - Manche	465 948						1	
CENTRE	Total	2 707 886	1					9		NORMANDIE (HAUTE-)	61 - Orne	295 472							
	18 - Cher	320 174									Total	1 350 979							1
	28 - Eure-et-Loir	362 813						1			27 - Eure	462 323							
	36 - Indre	243 191									76 - Seine-Maritime	1 193 039	1			1		6	
	37 - Indre-et-Loire	506 097									Total	1 655 362	1			1		7	
CHAMPAGNE - ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	296 220	1					1		PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498						3	
	45 - Loiret	535 669	1					1			49 - Maine-et-Loire	675 321			1			2	
	Total	2 264 164	2					1	3		53 - Mayenne	271 784						1	
	08 - Ardennes	332 338									72 - Sarthe	504 768	1						
	10 - Aube	289 300			1						85 - Vendée	483 027						2	
CORSE	51 - Marne	543 627			2			1		PICARDIE	Total	2 930 398	1		1			9	
	52 - Marne (Haute-)	210 670						2			02 - Aisne	533 970						4	
	Total	1 345 935			3			3			60 - Oise	661 781		4					
	2 B - Corse (Haute-)	131 574									80 - Somme	544 570						3	
	2 A - Corse-du-Sud	108 604									Total	1 740 321		4				7	
FRANCHE - COMTÉ	Total	240 178								POITOU - CHARENTES	16 - Charente	340 770						1	
	25 - Doubs	477 163									17 - Charente-Mar.	513 220			1				
	39 - Jura	242 925									79 - Sevres (Deux-)	342 812							
	70 - Saône (Haute-)	231 962						1			86 - Vienne	371 428			1				
	90 - Terr. de Belfort	131 999									Total	1 568 230			2			1	
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 084 049						1		PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
	75 - Paris (Ville)	2 176 243	1					32			05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	77 - Seine-et-Marne	886 918									06 - Alpes-Marit.	881 198						2	
	78 - Yvelines	1 196 111						6			13 - B.-du-Rhône	1 724 199			1				
	91 - Essonne	988 306						3			83 - Var	708 331	1					43	
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039						15			84 - Vaucluse	427 343							
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301	1	1				41			Total	3 965 209	1		1			45	
	94 - Val-de-Marne	1 193 655	1		1			8		RHÔNE - ALPES	01 - Ain	418 518				1		5	
	95 - Val-d'Oise	920 587						5			07 - Ardèche	267 970		2					
	Total	10 073 160	3	1	1			110			26 - Drôme	389 781							
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686									38 - Isère	936 771	2		2			12	
	30 - Gard	530 478			1			2			42 - Loire	739 521						6	
	34 - Hérault	706 499						1			69 - Rhône	1 445 208							
	48 - Lozère	74 294									73 - Savoie	323 675						2	1
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557									74 - Savoie (Haute-)	494 505						3	
FRANCE OUTRE-MER	Total	1 926 514			1			3			Total	5 015 947	2	2	2	1		28	1
	971 - Guadeloupe							3		TOTAL DE LA SEMAINE			21	7	15	4	3	307	5
	972 - Guyane							2		FRANCE METROPOLITAINE TOTAL : 54 334 871	50 premières semaines 1984		679	264	832	283	110	11 838	998
	973 - Martinique										50 premières semaines 1983		821	189	863	395	117	13 286	1 416
	974 - Réunion							1											

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

Pour recevoir un abonnement, il suffit de s'adresser à la rédaction