



SITUATION EN FRANCE

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Paris (année 1984)

DIAGNOSTICS	TOTAL des déclarations simples		GROUPE D'AGE																		MODE DE CONTAGION			
			5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75 et +		?		RC		RL	
	Médecins praticiens	Services publics	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Blennorragie (30)	48	9857	2	—	2694	517	4363	339	1465	84	312	25	79	3	15	2	4	—	1	—	5	40	8929	931
Chancres mou (31)	1	135	—	—	19	3	60	1	30	1	15	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	1	131	4
Syphilis primaire	17	382	—	—	72	3	178	11	94	7	21	2	7	2	1	—	—	1	—	—	1	4	371	23
Syphilis secondaire (33-2)	12	361	—	1	40	18	163	25	76	9	29	5	4	1	2	—	—	—	—	—	2	5	312	54
Maladie de Nicolas Favre (34)																								

QUELQUES ENQUÊTES PARTICULIÈRES

● **Une méningite cérébrospinale** a été signalée en Charente-Maritime chez une femme de 65 ans. La maladie s'est manifestée par un coma brutal avec coelupus cardiovasculaire et syndrome hémorragique avec purpura. Les antécédents précis de la malade n'étaient pas connus mais il existait une intoxication éthylique certaine. Le méningocoque identifié était de type B. Malgré une ventilation assistée et une antibiothérapie précoce, la malade est décédée en quelques heures.

● **Un cas mortel de diphtérie** est survenu chez un homme de 37 ans dont les antécédents vaccinaux n'étaient pas connus. L'isolement de *Corynebacterium diphtheriae* dans les prélèvements de gorge a confirmé le diagnostic, non évident en raison de l'état semi-comateux dans lequel avait été hospitalisé le malade, sans fausses membranes ce jour-là, puisqu'elles ne sont apparues que le lendemain avec une aggravation de l'état général. Le malade est décédé en quatre

jours, l'autopsie a révélé la présence d'une embolie pulmonaire.

● **Un cas de psittacose** a été signalé dans le Val-d'Oise chez une femme de 43 ans. Cette malade a présenté en effet un tableau respiratoire fébrile inexpliqué mais l'interrogatoire a révélé qu'elle était en contact permanent avec trois perroquets dont l'un était malade. Il convient par ailleurs de signaler que plusieurs membres de cette famille (6 au total) ont présenté des manifestations identiques. L'évolution a été favorable sous antibiotiques.

● **Un cas de lèpre** est signalé en Haute-Garonne chez un réfugié vietnamien âgé de 29 ans et résidant en France depuis un an. Les signes cliniques se résument sur le plan cutané à des plaques érythémateuses légèrement squameuses au niveau du pied gauche et sur le plan neurologique à une perte de la sensibilité superficielle du genou gauche, une induration au niveau des trajets nerveux des membres inférieurs et au niveau du cubital à droite et du médian à gauche.

Par ailleurs, la biopsie cutanée est positive, la réaction de Mitsuda positive, le frottis nasal négatif, il s'agit d'une forme tuberculoïde.

● Trois cas de **paludisme** importés du Kenya ont été signalés :

● Dans la Sarthe : il s'agit d'un homme de 66 ans ayant présenté un accès pernicieux mortel. Ce malade avait bien suivi la chimioprophylaxie prescrite : il s'agit vraisemblablement d'un paludisme à *Plasmodium falciparum* chloroquinorésistant.

● Dans la Côte-d'Or : le malade âgé de 60 ans a mal suivi la chimioprophylaxie conseillée lorsqu'il est revenu en France : il a présenté un neuropaludisme d'évolution rapidement favorable sous méfloquine ce qui laisse supposer ici aussi l'existence d'une souche de *Plasmodium falciparum* résistante à la chloroquine.

● Enfin à Paris, chez un homme de 83 ans qui n'avait reçu aucune chimioprophylaxie : le malade, coronarien connu, est décédé d'une complication cardiovasculaire. Le *Plasmodium* en cause était du type *falciparum*.

LE POINT SUR...

UNE NOUVELLE CONCEPTION
DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ?

Direction générale de la Santé, Bureau des maladies transmissibles, docteur Élisabeth BOUVET

Depuis début 1982, une réflexion a été entreprise à la Direction générale de la Santé pour tenter de définir une nouvelle politique de surveillance des maladies transmissibles. En effet, la déficience et l'inadaptation des systèmes de surveillance en place sont apparues flagrantes à la suite de différentes épidémies récentes. En outre, lors d'échanges nationaux ou internationaux, l'absence de données fiables concernant la majorité des maladies transmissibles empêche toute discussion ultérieure sur les décisions en matière de prévention

et d'action de lutte ainsi que toute tentative d'évaluation de ces mesures.

En effet, la nature volontiers contagieuse et épidémique de nombreuses maladies infectieuses ainsi que l'existence fréquente d'une prévention et d'un traitement efficaces rendent en théorie ce domaine de la pathologie particulièrement justiciable et accessible aux actions de prévention et de contrôle à l'échelon de santé publique.

Il existe néanmoins un système de surveillance des maladies transmissibles depuis près d'un

siècle en France. Ce système repose sur la déclaration obligatoire par tout médecin en ayant connaissance d'un cas d'une des 30 maladies figurant sur une liste fixée par décret.

Le système de la déclaration sur lequel repose actuellement presque toute la surveillance des maladies transmissibles s'avère très contestable tant dans sa fiabilité que dans la nature des informations qu'elle peut fournir.

Aucun système de surveillance des maladies ou syndromes ne figurant pas sur la liste n'est prévu

en dehors de la grippe dont nous reparlerons et des informations recueillies par les laboratoires de référence et le Laboratoire national de la Santé. Récemment, de nouvelles maladies ou syndromes et la connaissance nouvelle de maladies transmissibles d'évolution souvent grave et dont le mode de transmission est encore mal connu suscitent l'inquiétude et rendent nécessaire la mise en place de systèmes de surveillance adaptés.

Le **syndrome d'immunodéficience acquise** ou SIDA, la **maladie des légionnaires**, la **fièvre coréenne hémorragique** en sont des exemples. L'apparition de ces « nouvelles » pathologies a engendré un regain d'intérêt pour les maladies transmissibles et leurs moyens de contrôle et de surveillance.

Il a fallu pour le SIDA imaginer, à partir de rien, un réseau de surveillance. En revanche, il n'existe pas de surveillance des **légionelloses nosocomiales** dont la nature souvent pose un problème particulier. La connaissance de cas français de fièvre coréenne hémorragique est très récente et il est encore trop tôt pour juger de l'importance du problème.

La grande ignorance concernant l'épidémiologie des maladies transmissibles en France est à souligner. Il est maintenant opportun d'élaborer et de développer une stratégie nouvelle de surveillance de ces maladies dans un concept large.

Il n'est pas question de défendre la position qui serait de savoir pour savoir. Il est évident qu'il serait inutile et inintelligent de mettre en place une surveillance de toutes les maladies transmissibles. Beaucoup de maladies dont l'impact dans la population est faible vis-à-vis desquelles il n'existe aucune prévention ne justifient aucune surveillance particulière au niveau national. La surveillance doit obéir à un objectif clairement défini.

L'opportunité de développer une surveillance nationale d'une maladie dépend de plusieurs éléments, en particulier de son incidence, de sa gravité (tant en mortalité qu'en séquelles ou en arrêt de travail par exemple), de l'existence ou non de mesures préventives... La nature de la surveillance dépend, quant à la rapidité de l'information qu'elle doit fournir, de la rapidité imposée par l'action en retour et de son niveau. Par exemple la surveillance de la **grippe** qui va déclencher le début d'une épidémie de grippe doit apporter une information rapide en retour auprès des médecins praticiens dont elle aidera l'exercice quotidien. A l'inverse, la surveillance de la **tuberculose** au niveau national aura surtout un intérêt pour l'Administration de la Santé publique dans le suivi du programme de lutte antituberculeuse nationale. L'action de prévention et de dépistage faite par chaque médecin autour d'un cas de tuberculose passe par un circuit court non influencé dans l'immédiat par une surveillance nationale de la tuberculose.

La nature continue ou discontinue de la surveillance est à envisager au cas par cas selon ses objectifs. La mise en place d'une surveillance doit donc être justifiée par l'importance du problème en santé publique et elle doit apporter des éléments de réponse quant aux actions à entreprendre et à poursuivre dans le domaine de la lutte et de la prévention.

Les données fournies par la surveillance mise en place doivent être largement diffusées et utilisables par les médecins praticiens et représentent l'une des bases de l'aide à la décision pour les décideurs de santé publique.

Il serait injuste d'être trop pessimiste et d'ignorer des études multicentriques ou des sondages auprès des praticiens qui ont permis de répondre aux questions que se posaient infectiologues et médecins et ce, en général, sur un temps limité : infections à **haemophilus**, infections à **pneumocoque**, **rougeole**, ...

Il serait injuste aussi d'ignorer les efforts réalisés par de nombreux médecins de santé publique,

dans les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, pour mettre en place localement un système de surveillance d'une infection particulièrement préoccupante : brucellose en Corse, méningites dans le Val-de-Marne en sont deux exemples.

Toutes ces tentatives présentent, en fait, un intérêt majeur et méritent d'être connues, évaluées et éventuellement développées car elles peuvent représenter les bases d'une surveillance à plus grande échelle.

La prise en compte de toutes ces lacunes et des besoins définis plus haut a conduit le directeur général de la Santé à mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire, comprenant essentiellement des médecins hospitaliers infectiologues, des médecins de santé publique, des épidémiologistes, pour tenter d'établir une conception nouvelle de la surveillance des maladies transmissibles en France.

Celle-ci repose sur différents systèmes qui sont en cours de réorganisation.

I. LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE

a. Élaboration d'une nouvelle liste des maladies à déclaration obligatoire, moins longue (environ 10 maladies) contenant des maladies pour lesquelles il paraît indubitablement justifié de posséder un recensement exhaustif et qui peuvent indiquer des mesures rapides de santé publique.

b. Revalorisation de la déclaration obligatoire. La réduction de la liste est un atout de cette revalorisation, ainsi que la simplification de la procédure, déclaration téléphonique, information en retour auprès des médecins déclarateurs, possibilité pour eux de posséder des informations plus larges, accès à des banques de données, etc.

c. La déclaration obligatoire n'est qu'un des instruments de la surveillance des maladies transmissibles. Même lorsqu'elle est en place pour une maladie, elle doit être complétée par d'autres sources de données (laboratoires, mortalité, etc.).

II. LES AUTRES INSTRUMENTS DE LA SURVEILLANCE

a. Dans l'hypothèse d'une suppression de l'exclusivité décernée jusqu'à présent à la déclaration obligatoire en matière de surveillance des maladies transmissibles, il faut définir d'autres sources de données. Celles-ci existent déjà pour la plupart mais soit ne sont pas utilisées à cette fin, soit non utilisables telles quelles. Dans certains cas, enfin, les instruments de surveillance sont à imaginer.

On peut citer une liste de sources de données existantes :

- certificats de décès;
- statistiques de morbidité hospitalière;
- statistiques du service de santé des Armées;
- statistiques assurance-maladie;
- statistiques des structures de soins spécialisés : dispensaire antituberculeux et antivénérien;
- enquêtes par sondage auprès des médecins (DOREMA, etc.);
- certificats de santé du carnet de santé;
- consommation vaccinale;
- centres nationaux de référence (salmonelle, shigelle, méningocoque, leptospirose, légionellose, etc.);
- enquêtes sur la couverture vaccinale;
- consommation de médicaments;
- enquêtes sérologiques (enquêtes CERBA par exemple);
- enquêtes spécifiques effectuées par l'I.N.S.E.R.M. ou un autre institut de recherche;
- consommation de médicaments spécifiques dont immunoglobulines spécifiques;
- statistiques des services vétérinaires.

Il faudrait développer :

- les données concernant l'absentéisme scolaire et au travail;

- le recueil permanent et systématique de certaines données de laboratoire par le Laboratoire national de la Santé (bactéries isolées des hémocultures et du L.C.R., virologie, parasitologie);
- certains réseaux d'information sur des sujets très précis à partir de services hospitaliers spécialisés (exemple : méningo-encéphalite de rougeole dans les services de réanimation pédiatrique, pan-encéphalite subaiguë sclérosante (P.E.S.S.) dans les services de neurologie pédiatrique, etc.).

III. LE RÉSEAU DE SURVEILLANCE PAR MÉDECINS GÉNÉRALISTES SENTINELLES

Dans ce système télématique à partir d'un réseau de médecins généralistes, la surveillance concerne les maladies les plus fréquentes, pour lesquelles l'information sert avant tout à préparer la politique de santé publique et éventuellement à prévenir des poussées épidémiques. Compte tenu de la fréquence des maladies concernées, l'information peut être surveillée par un tel système : ce sont le **syndrome grippal**, la **rougeole**, l'**hépatite virale** et l'**urétrite masculine**. Des poussées épidémiques de ces maladies sous surveillance peuvent être décelées par le système et aider à déclencher une alerte.

Pour chacune des maladies ou syndromes retenus, la nécessité de surveillance a été la conséquence de préoccupations spécifiques de santé publique :

- la surveillance des syndromes grippaux par le réseau, conjointement aux données des laboratoires de référence informe les médecins et les structures de santé publique de l'importance de l'endémie, de l'apparition éventuelle d'une épidémie et du rôle étiologique des différents agents infectieux : virus grippal, virus paragrippaux, mycoplasme, chlamydia, V.R.S., etc. Les données ainsi recueillies permettent d'orienter la thérapeutique et la prévention, et indiquent éventuellement la mise en œuvre de moyens préventifs et de soins à une large échelle (régionale ou nationale);
- l'incidence de la rougeole ambulatoire qui mesure l'impact de la campagne de vaccination en France et dans les régions peut être estimée grâce au réseau sentinelle. Les informations recueillies pour chaque cas renseignent en outre sur les tranches d'âge cibles (qui augmentent avec la réduction de la morbidité) et contrôlent la constance de l'efficacité de la vaccination;
- l'urétrite masculine : les maladies sexuellement transmissibles représentent dans notre pays un problème croissant de santé publique : nombreux cas, retentissement sur la fertilité et les hospitalisations pour infection pelvienne chez la femme. Des programmes préventifs sont mis en place. Ceux-ci concernent les médecins généralistes et leur pratique (traitement précoce, traitement du partenaire, information des populations à risque). Des indicateurs sont indispensables pour suivre les tendances épidémiologiques des M.S.T. et mesurer l'impact des mesures prises pour adapter la lutte et la prévention. La surveillance de l'urétrite masculine, aisément caractérisable cliniquement et diagnostiquée en majorité par les généralistes est l'un de ces indicateurs. Elle doit être associée à une surveillance bactériologique par les laboratoires pour prendre tout son intérêt;
- l'hépatite présumée virale est encore à déclaration obligatoire, mais celle-ci est en pratique très rarement effectuée et ne permet pas de suivre la morbidité de ce syndrome. Pourtant, la surveillance de la morbidité de l'hépatite virale est importante car elle renseigne d'une part sur l'hygiène hydrique et alimentaire (hépatite A), et d'autre part sur la transmission et les groupes à risque pour l'hépatite B vis-à-vis de laquelle on dispose d'une vaccination. Là encore la conjonction des données cliniques avec celles du laboratoire de virologie sera indispensable dans l'avenir pour mieux connaître la part respective des différentes étiologies.

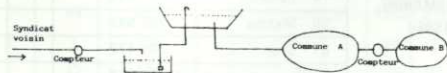
ENQUÊTE

UNE ÉPIDÉMIE DE GASTROENTÉRITES EN MAINE-ET-LOIRE

Le lundi 11 mars 1985 à 17 heures, le médecin des actions sanitaires de la D.D.A.S.S. était contacté par un médecin généraliste qui s'inquiétait du nombre de cas de gastroentérites relevés chez ses patients depuis le vendredi de la semaine précédente. Le même phénomène était constaté par son collègue de la commune voisine.

Une première enquête épidémiologique permettait de préciser les points suivants :

- le premier cas de gastroentérite datait du 8 mars (soit 4 jours avant que les services de la D.D.A.S.S. en soient informés);
- toutes les personnes touchées étaient domiciliées dans les deux communes concernées, à l'exception de quelques parents et amis;
- indistinctement, enfants et adultes étaient atteints (seuls les nourrissons ne présentaient aucun trouble);
- les signes présentés étaient à type de nausées, vomissements, diarrhées avec ou sans fièvre, évoluant favorablement en 36 ou 48 heures.



L'eau distribuée le 12 mars était légèrement trouble dans le secteur aval de la commune A et sur l'ensemble de l'agglomération de la commune B. La Société fermière expliquait ce phénomène, qui durait depuis plusieurs jours, par des manœuvres d'une borne incendie par une entreprise de maçonnerie (fabrication de béton).

Quatre prélèvements en vue d'analyse étaient effectués respectivement au château d'eau et en 3 points du réseau (chez des abonnés victimes de gastroentérites).

Les résultats des analyses effectuées par le laboratoire agréé et connus le 13 mars au soir permettaient de tirer les conclusions suivantes :

- l'eau du réservoir surélevé était potable;
- l'eau en distribution, sur les 3 prélèvements, était non potable bactériologiquement (présence de coliformes fécaux);
- les caractéristiques chimiques de l'eau de deux échantillons prélevés étaient tout à fait différentes de celles de l'eau du réservoir, ce qui laissait soupçonner un branchement parasite.

Le jeudi matin, une enquête technique sur plan et sur le terrain était menée par la D.D.A.S.S. et la Compagnie fermière. Plusieurs constatations paraissaient importantes pour déterminer l'origine de la pollution du réseau public :

- la turbidité de l'eau n'apparaissait que sur la commune B et une partie de la commune A (secteur proche de la commune B);
- les caractéristiques chimiques de l'eau distribuée dans ces secteurs correspondaient à celles de l'eau de la rivière voisine utilisée pour l'irrigation par une association syndicale d'horticulteurs;
- les deux communes étaient séparées par un compteur muni d'un clapet antiretour en bon état de marche;

Tout évoquait donc une intoxication collective dont le vecteur pouvait être l'eau du réseau public. Le Service d'hygiène du milieu était saisi pour enquête sur ce point.

ENQUÊTE TECHNIQUE AU NIVEAU DES RÉSEAUX PUBLICS DE DISTRIBUTION D'EAU

Les deux communes touchées (A et B) dont la population est respectivement de 2 190 et 1 760 habitants, sont alimentées par un même réseau public d'eau potable. L'eau distribuée est achetée à un syndicat voisin. Après le compteur, elle est refoulée vers un château d'eau, qui alimente tout d'abord l'agglomération et les écarts de la commune A dont le réseau est géré par une compagnie fermière, puis la commune B dont le réseau est géré par la mairie.

- une quantité importante d'eau polluée avait été injectée dans le réseau au point de modifier les caractéristiques de l'eau sur les deux communes. Au vu de ces éléments, il paraissait évident que le branchement parasite était le fait d'un horticulteur branché sur le réseau syndical d'irrigation et implanté sur le réseau aval de la commune A avant le compteur de la commune B.

Après vérification des compteurs de trois horticulteurs, il s'est avéré que l'un d'entre eux avait décompté 600 m³ depuis le dernier relevé par la Compagnie fermière en novembre 1984.

Cet exploitant possédait un réseau d'irrigation interne à ses serres, qui pouvait être branché soit sur la canalisation d'irrigation alimentée par la rivière voisine, soit sur le réseau public d'eau potable. A la suite d'incidents liés au gel sur sa borne d'irrigation, l'horticulteur avait ouvert la vanne installée sur son branchement en eau potable (diamètre : 40 mm). Après réparation, suite à un oubli ou défaillance au niveau de la vanne, le réseau syndical d'irrigation, dont la pression est de l'ordre de 5 bars, refoulait dans le réseau public d'eau potable dont la pression est de 3 bars.

Aussitôt découverte le jeudi 14 mars, cette interconnexion était supprimée.

Différentes mesures étaient prises immédiatement en collaboration avec la Compagnie fermière et les mairies concernées :

- surchloration au niveau du château d'eau;
- ouverture de bornes incendie et des purges sur le réseau;
- information de la population par voie de presse.

Le 15 mars, des contrôles montraient que les caractéristiques chimiques de l'eau du réseau

étaient redevenues normales. De plus, on trouvait en tout point des deux communes un taux de chlore libre supérieur à 0,5 mg/l, nécessaire pour assurer une bonne désinfection du réseau en 48 heures.

Les analyses bactériologiques réalisées le 19 mars 1985, après 24 heures de chloration au taux habituellement utilisé, confirmaient le retour à la normale.

ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET MESURES SANITAIRES

Parallèlement à cette enquête technique au niveau du réseau public d'eau potable, le médecin des actions sanitaires suivait avec les médecins libéraux l'évolution de l'épidémie de gastroentérites sur les deux communes.

Entre le 8 mars et le 16 mars (c'est-à-dire entre le début de l'épidémie et le moment où la chloration de l'eau était effective), 800 à 1 000 habitants ont été touchés.

Il n'existait aucun établissement sanitaire ou social, ni dialysé à domicile sur ces deux communes.

De manière précise, il a été possible de suivre l'évolution des ventes de médicaments (antiseptiques, antidiarrhéiques, antispasmodiques) en référence aux ventes des mois précédents.

Grâce à cette surveillance, on peut dire que le retour à la normale est intervenu 5 jours après la prise des différentes mesures de désinfection et l'avis donné à la population de ne plus consommer l'eau du réseau public.

Parallèlement à cette action de surveillance, une campagne d'information sur les règles d'hygiène à respecter a été menée à plusieurs niveaux :

- cantines scolaires;
- magasins alimentaires et restaurants;
- familles (bulletin communal).

Actuellement, la surveillance a pour objet de déceler l'apparition de **Salmonelloses** ou autres diarrhées microbiennes et d'**hépatite A**.

Elle s'effectue grâce à la collaboration des médecins du secteur, des laboratoires d'analyses de biologie médicale, du centre hospitalier.

A ce jour, aucun cas n'a été signalé.

CONCLUSION

Cette épidémie importante de gastroentérites, si elle a pu être enrayerée rapidement grâce à la collaboration des services publics, des médecins libéraux et des collectivités locales, a permis d'attirer l'attention des autorités sanitaires sur quelques problèmes importants :

- le risque de contamination des populations par l'eau existe toujours;
- si l'eau produite par les stations de traitement présente en général des garanties de qualité, un gros effort est à faire au niveau de la protection des réseaux;
- les professionnels et les particuliers manquent d'information sur les risques présentés par les interconnexions;
- une collaboration entre médecins libéraux, pharmaciens et Pouvoirs publics est nécessaire pour éviter le renouvellement d'une telle épidémie.

Semaine du 6 au 12 mai 1985

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

IN 5 256046 P 17