



Surveillance des infections à méningocoque en France, 1990-1997 : p. 189.
Les intoxications accidentelles non professionnelles en 1995, enquête menée auprès des centres antipoison de France : p. 190.

N° 42/1997

14 octobre 1997

REÇU LE
28 OCT 1997

SITUATION EN FRANCE

SURVEILLANCE DES INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE EN FRANCE, 1990-1997

B. HUBERT*, V. GOULET*, J.-Y. RIOU**

DESCRIPTION DES SOURCES D'INFORMATION

La surveillance des infections à méningocoque en France repose sur quatre sources d'information :

1. Les infections à méningocoque sont à déclaration depuis 1902. Une définition de cas pour la surveillance, introduite en 1985, est basée sur l'isolement de *Neisseria meningitidis* dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) ou le sang ou sur la présence d'antigènes dans le LCR, le sang ou les urines. En 1989 et 1990, en utilisant la méthode de capture-recapture, nous avons estimé que les cas déclarés représentaient 71 % de l'ensemble des cas d'infections à méningocoque en France (1).

2. Le Centre national de Référence pour les méningocoques (CNR), situé à l'Institut Pasteur depuis 1987, reçoit les souches adressées par les laboratoires pour confirmation du diagnostic de sérogroupage. On estime que les souches reçues représentaient 50 % de l'ensemble des isollements en 1989, 58 % en 1990 (1) et probablement une proportion plus élevée au cours des dernières années.

3. Un système de surveillance active basé sur les laboratoires (EPIBAC) fournit, depuis 1991 des informations sur les méningites et les bactériémies diagnostiquées en France : en 1995, ce système incluait la moitié des laboratoires hospitaliers publics français (2).

4. Les données provenant des certificats de décès sont enregistrées par l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM). Nous avons pris en compte les décès comportant une mention d'infection à méningocoque (code CIM-9 : 036.0 à 036.9) en tant que cause immédiate ou associée du décès.

RÉSULTATS

En 1995, le taux d'incidence des cas déclarés d'infections à méningocoque était à son niveau le plus bas depuis 1945 (fig. 1). Cette tendance récente est cohérente avec les données d'EPIBAC et du CNR (tabl. 1). Par rapport à 1995, une augmentation a été observée en 1996 (+ 11 %) et au début de 1997 (+ 10 % jusqu'à la semaine 19).

Tableau 1. - Cas rapportés d'infections à méningocoque, incidence estimée, France, 1990-1997

Année	Nombre de cas (déclarations)	Nombre de cas (CNR) [1]	Nombre de décès (certificats de décès)	Proportion de groupe C** %	Incidence estimée 1/10 ⁵ (déclarations)***	Incidence estimée 1/10 ⁵ (EPIBAC) [2]
1990	428	353	28	30	1,00	-
1991	432	415	37	33	1,00	0,98
1992	452	454	27	44	1,03	1,15
1993	418	427	20	35	0,95	0,92
1994	367	368	25	28	0,84	0,66
1995	310	329	28	22	0,75	0,69
1996	346	367	-	22	0,82	0,79
1997*	180	-	-	21	-	-

* Données provisoires jusqu'à la semaine 19 incluse.

** Parmi les cas déclarés.

*** Considérant que la sensibilité de la déclaration est stable à 70 % sur la période.

CNR : Centre national de Référence des méningocoques.

EPIBAC : Système de surveillance basé sur les laboratoires.

Entre 1990 et 1995, le nombre annuel de décès enregistrés a varié entre 20 (en 1993) et 37 (en 1991). Le taux de mortalité moyen annuel a été de 0,5/million. Parmi les cas déclarés, le taux de létalité était stable autour de 10 %. Aucun glissement dans la distribution par âge des cas n'a été observé entre 1990 et 1996.

Le sérotype C représentait environ 30 % des cas déclarés entre 1985 et 1991, a augmenté à 44 % en 1992 et a ensuite décliné à 22 % en 1995-1996 et 21 % au début de 1997 (tabl. 1). En comparant la période 1989-1992 avec 1996, l'incidence des infections liées au sérotype B:15 a légèrement diminué de 20 % à 17 % des isollements du groupe B; B:4 (principalement du sous-type P1.4) a augmenté brutalement de 9 % à 26 % des isollements du groupe B; C:2a a diminué de 69 % à 53 % des isollements du groupe C.

En réponse à l'augmentation des infections à méningocoque du sérotype C dans l'armée française en 1992, la vaccination de toutes les nouvelles recrues (200 000 hommes par an, soit 6 % des 3,2 millions d'hommes âgés de 18 à 25 ans) par un vaccin bivalent A-C a été introduite en 1993 par le ministère de la Défense (3). Toutefois, l'impact de cette mesure n'est pas clair puisqu'en 1993 une diminution de l'incidence du sérotype C a été observée dans chaque groupe d'âge et dans les deux sexes.

CONCLUSION

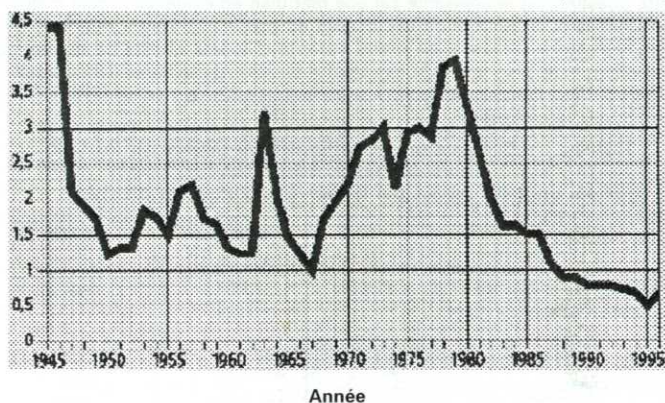
Le taux d'incidence des infections à méningocoque en France reste peu élevé (< 1/100 000) et les infections à sérotype C ne représentent qu'une faible proportion des cas.

RÉFÉRENCES

- [1] HUBERT B., DESENCLOS J.-C. - Évaluation de l'exhaustivité et de la représentativité d'un système de surveillance par la méthode de capture-recapture. Application à la surveillance des infections à méningocoque en France en 1989 et 1990. - *Rev. Épidém. Santé Publ.* 1993. 41 : 241-9.
- [2] MEHL-AUGER I., VAILLANT V., LAURENT E., GOULET V. - Surveillance des méningites et des bactériémies par le réseau EPIBAC 1987-1994. - *Rev. Épidém. Santé Publ.* 1993. 45 (S) : S49-50.
- [3] SPIEGEL A., QUENEL P., SPERBER G., MEYRAN M. - Évaluation de l'efficacité de la stratégie de vaccination antiméningococcique chez les appelés de l'armée française. - *Cahiers Santé*, 6 : 383-8.

Figure 1. - Incidence des cas déclarés d'infections à méningocoque en France, 1945-1996

(Incidence pour 100 000)



Année

* Réseau national de Santé publique, Saint-Maurice, France.

** Centre National de Référence des méningocoques, Institut Pasteur, Paris, France.

ENQUÊTE

LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES NON PROFESSIONNELLES EN 1995, ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES CENTRES ANTIPOISON DE FRANCE

C. FOURNIER*, K. POCQUET*, C. DUVAL*, G. DIXSAUT*, les directeurs des centres antipoison français**

Les accidents de la vie courante, dont le nombre en France dépassait 8 millions en 1992 [1], sont une source de mortalité importante, estimée à 32,8 pour 100 000 habitants d'après les enquêtes menées par la CNAM auprès des familles, et d'après l'enquête EHLASS*** auprès des urgences hospitalières [1]. Dans son rapport 1994, le Haut Comité de la Santé Publique fixait comme objectif prioritaire pour l'an 2000 la diminution de 20 % des décès par accidents de la vie courante (année référence : 1994). En 1992, les intoxications accidentelles non professionnelles (IANP) représentaient 1,6 % des accidents de la vie courante.

L'enquête rétrospective que nous avons menée a pour objectif d'isoler les IANP parmi tous les appels reçus par les centres antipoison français (CAP) [2]. Le but est d'étudier leurs caractéristiques (préalable à la prévention), de les comparer à celles des intoxications accidentelles non professionnelles repérées grâce à l'enquête EHLASS [3], et de connaître le rôle des centres anti-poisons dans ce type d'accidents.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été élaboré en collaboration avec les 13 CAP français, au cours de l'année 1996, puis envoyé à chaque centre. Il permet de connaître le nombre d'IANP enregistrées au cours de l'année 1995 sur le nombre total d'appels, ainsi que les principales caractéristiques de survenue de ces accidents. Nous avons comparé ces données aux statistiques portant sur l'ensemble des appels reçus dans les 13 centres en 1995 (causes accidentelles et volontaires confondues), d'après leur rapport d'activité annuel, et aux données françaises obtenues par EHLASS sur les IANP (1748 cas d'intoxication sur les 55663 accidents domestiques recensés en 1995 dans les hôpitaux concernés).

RÉSULTATS

Sur les treize questionnaires envoyés aux CAP, 10 nous ont été retournés, mais n'ont malheureusement pas pu être tous exploités, ou seulement partiellement, soit du fait de données manquantes (informations indisponibles pour les centres, problèmes de traitement statistique des informations, manque de moyens financiers), soit à cause d'une inhomogénéité des définitions des termes employés dans l'enquête entre les différents centres. En fonction de la qualité des données reçues pour chaque item, nous avons donc analysé les résultats de 6 à 8 centres antipoison (Angers, Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Reims, Rennes et Toulouse). Les IANP représentent la part la plus importante des appels aux centres antipoison :

Tableau 1. - Pourcentages d'appels pour IANP par rapport au nombre total d'appels parvenus aux différents CAP

1995	Nombre d'appels	Nombre d'IANP	%
Angers	12 648	8 355	66
Bordeaux	14 286	8 204	57
Lille	15 595	8 969	57,5
Lyon	24 700	16 425	66
Nancy	8 756	5 220	60
Reims	3 942	1 758	45
Rennes	14 214	8 964	63
Toulouse	15 050	7 264	48
Total	109 191*	65 159	59,7

* Ces appels, dont les données sont exploitables, représentent 54,8 % du nombre total d'appels reçus par les treize CAP en 1995.

Âge

Si l'on considère les appels pour l'ensemble des intoxications reçues par les différents centres, on remarque deux pics de fréquence en fonction de l'âge : un chez les enfants de 1 à 4 ans (28,2 %) et un chez les adultes de 30 à 49 ans (16,9 %). Mais si l'on ne considère plus que les IANP, on observe alors un seul pic, chez les enfants de 1 à 4 ans (52,4 %). Cette répartition est identique dans l'enquête EHLASS (un pic de 55 % chez les 1-4 ans).

Sexe

Contrairement à l'ensemble des intoxications (accidentelles et volontaires), qui touchent préférentiellement le sexe féminin (52,4 %), les IANP, dans les CAP comme dans EHLASS, atteignent plus fréquemment le sexe masculin (respectivement 52,6 et 53,7 %). Cette différence est significative ($p < 10^{-7}$).

* Ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction générale de la Santé, sous-direction de la veille sanitaire.

** P. ALQUIER, P. CURTES, P. DEBRU, P. EFTHYMIU, P. EVREUX, P. FAVAREL-GARRIGUES, P. FURON, P. JAEGER, P. JOUGLARD, P. LAMBERT, P. LEROY, P. SEYS, P. VIRENGUE.

*** EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System). Ce système recense des données sur les accidents domestiques auprès des professionnels de santé des services d'urgences hospitaliers, selon une méthodologie commune aux différents pays de la CEE. Le recueil de données, prospectif, a débuté en 1986 et concerne 60 hôpitaux en Europe. Le grand nombre de cas recensés (361196 de 1986 à 1996) permet une étude épidémiologique approfondie et donc une meilleure approche des accidents domestiques, tant au niveau national qu'europpéen.

Moment de survenue

La répartition mensuelle des IANP est peu différente de celle de l'ensemble des appels aux CAP : elle est relativement stable dans l'année, avec une légère recrudescence des IANP pendant les mois d'été et d'automne.

La répartition des IANP dans la semaine ne laisse pas apparaître de prédominance d'un jour en particulier.

S'agissant de la répartition horaire, on observe deux pics de fréquence des IANP : le plus important entre 18 et 22 heures (30,9 %), et le second entre 10 et 14 heures (27,7 %), comme l'ensemble des appels aux CAP.

Lieu d'intoxication

La majorité des intoxications survient à domicile (63 %). Pour les IANP, c'est encore plus marqué, avec 83 % des cas (le chiffre est de 93,2 % dans l'enquête EHLASS). Les autres cas ont lieu soit à l'extérieur soit en collectivité.

Groupes de « produits » incriminés

Sur les sept centres dont les réponses ont été analysées, quatre nomment un produit par appel, tandis que les trois autres citent plusieurs produits par appel, mais la comparaison des % avec ceux donnés par EHLASS nous semble tout de même possible.

Tableau 2. - Groupes de produits incriminés dans les intoxications et dans les IANP

1995	CAP-Tous appels (%)	CAP-IANP (7 CAP) (%)	IANP-EHLASS (%)
Médicaments	50,4	36,0	30,3
Produits ménagers	16,6	20,9	18,5
Produits industriels	7,1	5,8	*
Plantes	**	7,5	7,1
Monoxyde de carbone	2,2	3,1	5,1
Autres ou inconnus	23,7	26,7	39
Total	100	100	100

* La rubrique « produits industriels » n'existe pas dans EHLASS, et les produits correspondants sont donc classés autres ou inconnus.

** La rubrique « plantes » est individualisée dans l'enquête CAP-IANP, mais pas dans le rapport annuel des CAP.

Qui donne l'alerte?

Lors de la survenue d'une IANP, c'est le plus souvent le public qui appelle le CAP (63,2 % contre 53,9 % pour l'ensemble des appels aux CAP). Les médecins donnent l'alerte dans 34,5 % des IANP (au lieu de 40,6 % tous appels confondus). En moyenne sur les sept CAP, c'est plus souvent un médecin hospitalier qui appelle (20,9 %) qu'un médecin de ville (14,5 %), mais ceci varie d'un CAP à l'autre. Les autres appels proviennent des agents de collectivité (1,4 % pour les IANP, et 4,6 % pour l'ensemble des appels reçus).

L'enquête montre par ailleurs que le délai d'alerte (délai entre la survenue de l'accident et l'appel) est court : il est inférieur à 10 minutes dans 33,1 % des cas, et inférieur à 30 minutes dans 56,6 % des cas d'IANP (calcul effectué sur six CAP).

Traitement conseillé ou effectué.

Cette question est intéressante car elle met bien en évidence le rôle majeur des CAP dans la diminution du recours au médecin ou aux urgences. En effet, les centres drainent un grand nombre d'appels directs du public, et conseillent dans presque 50 % des cas l'abstention ou la surveillance simple à domicile par l'entourage (contre seulement 14,8 % si l'on considère l'ensemble des intoxications).

Tableau 3. - Comparaison des attitudes conseillées par les CAP lors des appels pour IANP, et des attitudes suivies par les services d'urgences d'EHLASS

	IANP-CAP %	EHLASS %
Abstention ou surveillance simple à domicile	49,7	60,7
Consultation généraliste (CAP) ou Traitement sans hospitalisation (EHLASS)	15,6	7,8
Hospitalisation	16,8	31,2
Inconnue	17,9	0,3
Total	100	100

Les urgences hospitalières, dans l'enquête EHLASS, conseillent souvent l'abstention thérapeutique; ceci aurait pu être fait téléphoniquement par les CAP dans de nombreux cas. Les CAP orientent aussi certains patients vers les médecins généralistes, ce qui évite le recours à l'hôpital et donc une surcharge des services d'urgence.

Il reste dommage de ne rien savoir de près de 20 % des attitudes conseillées par les CAP.

Traitement effectué en cas d'hospitalisation

Compte tenu de l'inhomogénéité des réponses des CAP, les résultats sont à interpréter avec prudence, et il est impossible de les comparer avec ceux concernant l'ensemble des intoxications. Pour résumer : 29,7 % des hospitalisés bénéficient uniquement d'une surveillance simple; 20,7 % reçoivent un traitement symptomatique; 10 % subissent un traitement évacuateur et le traitement spécifique (antidote ou charbon activé) ne concerne que 2,6 % des hospitalisés.

Évolution après appel au CAP

Sur les sept centres ayant répondu à cette question, 48,2 % des évolutions restent inconnues. La guérison est connue dans 51,2 % des cas; les décès concernent 0,06 % des cas (0,1 % pour EHLASS). La rubrique « séquelles » (0,55 % en moyenne, mais allant de 0,02 à 5,8 %) est complétée différemment par les centres, qui y notent soit les complications soit les séquelles et est donc difficilement interprétable.

DISCUSSION

Le public qui appelle les centres antipoison et celui qui va à l'hôpital ne sont pas tout à fait identiques. Cependant, l'analyse des questionnaires envoyés aux CAP et des données EHLASS nous permet d'obtenir des informations convergentes au sujet des intoxications accidentelles non professionnelles.

La tranche d'âge la plus touchée par les IANP est celle de 1 à 4 ans et plus fréquemment de sexe masculin, comme dans la majorité des accidents de la vie courante. Les heures de survenue vont de 10 à 14 heures et de 18 à 22 heures; ces tranches horaires correspondent-elles aux moments de

relâchement de la surveillance des parents (heures de préparation des repas, entre autres) ou bien tout simplement aux moments de présence au domicile? Par ailleurs, la grande majorité des IANP se produit à domicile, avec parmi les produits les plus fréquemment incriminés les médicaments, les produits ménagers et les plantes. C'est donc sur ces points que la prévention pourra être renforcée.

Par ailleurs, on peut noter le rôle important que jouent les centres antipoison dans les conseils aux familles des accidentés (les IANP étant le plus souvent bénignes), permettant de soulager les urgences hospitalières; on peut se demander si une meilleure information des familles, pour les encourager à recourir encore davantage aux centres antipoison, ne serait pas bénéfique.

CONCLUSION

Les centres antipoison recevant un très grand nombre d'appels, il était intéressant d'analyser leurs données et d'en extraire les intoxications accidentelles non professionnelles. C'est grâce à cette meilleure connaissance que la prévention pourra être plus efficace. Cette enquête nous apporte des données intéressantes et complémentaires de celles de l'enquête EHLASS. Il serait bon de la renouveler régulièrement tous les deux ou trois ans pour déterminer des tendances, éventuellement détecter de nouveaux types d'intoxications, et évaluer l'efficacité des mesures de prévention mises en place. Pour que ce travail puisse avoir lieu, il faudrait au préalable homogénéiser les définitions des données recueillies par les différents centres antipoison, et éventuellement harmoniser le questionnaire avec celui d'EHLASS, afin de simplifier l'exploitation des informations recueillies.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DUVAL C., SALOMON L. – **Les accidents de la vie courante.** – Direction générale de la santé. – *La documentation française.*
- [2] Rapport d'activité 1995 des centres anti-poisons français. – Direction générale de la santé.
- [3] DUVAL C., NECTOUX M. – **Exploitation statistique des données françaises du système EHLASS sur les intoxications en 1995.** – CITI 2 et DGS. (Publication en cours).

ERRATUM

BEH N° 13/1997. – REGISTRES

Impact des actions de dépistage en France sur la prévalence des naissances malformées, période 1990-1994

J. GOUJARD et al.

Pour le 1^{er} paragraphe, lignes 5-7, page 55. *Il convient de lire* : « ... soit approximativement *chaque année* 180 000 naissances (1/4 des naissances françaises) et 670 interruptions médicales de grossesse (IMG) pour anomalies congénitales, et ils répertorient environ 4 500 naissances ou fœtus malformés par an ».

Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Poliomyélite
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	961 020		4							1	
	68 Rhin (Haut-)	681 443						2				
	Total	1 642 463		4				2		1		
AQUITAINE	24 Dordogne	388 669										
	33 Gironde	1 234 434						2		1		
	40 Landes	315 605	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	47 Lot-et-Garonne	305 945		1								
	64 Pyrénées-Atlant.	589 415		1				1				
	Total	2 834 068		2				3		1		
AUVERGNE	03 Allier	355 438						1				
	15 Cantal	157 984	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	43 Loire (Haute-)	206 010		2								
	63 Puy-de-Dôme	597 985						5				
	Total	1 317 417		2				6				
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	500 742		1								
	58 Nièvre	231 826										
	71 Saône-et-Loire	557 316										
	89 Yonne	327 656	1					2				
	Total	1 617 540	1	1				2				
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	539 508						1				
	29 Finistère	839 663						1				
	35 Ille-et-Vilaine	816 111	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	56 Morbihan	627 919						1				
Total	2 823 201						3					
CENTRE	18 Cher	322 945	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	28 Eure-et-Loir	400 317	1					1				
	36 Indre	237 996	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	37 Indre-et-Loire	538 680										
	41 Loir-et-Cher	308 963										
	45 Loiret	592 387						4				
Total	2 401 288	1					5					
CHAMPAGNE- ARDENNE	08 Ardennes	295 784										
	10 Aube	292 066		1								
	51 Marne	559 974										
	52 Marne (Haute-)	202 636	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
Total	1 350 460		1									
CORSE	2 A Corse-du-Sud	119 427	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	2 B Corse (Haute-)	132 675	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	Total	252 102										
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	490 637										
	39 Jura	251 790										
	70 Saône (Haute-)	229 790	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	90 Terr. de Belfort	136 111						1				
	Total	1 108 328						1				
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 155 137	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	77 Seine-et-Marne	1 130 058	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	78 Yvelines	1 339 661	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	91 Essonne	1 117 764										
	92 Hauts-de-Seine	1 402 837						4				
	93 Seine-St-Denis	1 403 136			1			11				
	94 Val-de-Marne	1 232 407	/ / / / / / / / / / / / / /				Non reçu	/ / / / / / / / / / / / / /				
	95 Val-d'Oise	1 080 938						1				
	Total	10 861 938			1			16				
LANGUEDOC- ROUSSILLON	11 Aude	303 694						2				
	30 Gard	598 897										
	34 Hérault	823 589						2				
	48 Lozère	72 724										
	66 Pyrénées-Orient.	372 622						1				
	Total	2 171 466						5				
FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	407 485							1			
	972 Martinique	370 756	1	1								
	973 Guyane	131 136										
	974 Réunion	595 839		1				2				
	Total	1 505 216	1	2				3				