



SITUATION EN FRANCE

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE JUILLET 1986 (Semaines 28 à 32)

RÉGIONS	MALADIES																				
	Typhoïde	Dysenterie (shigelle)	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	Hépatite virale	Teigne	Scarlatine	Rougeole	Poliomyélite	Rickettsiose	Diphthérie	Leptospirose	Lèpre	Paludisme	Tularémie	Dysenterie amibienne	Coqueluche	Psittacose
Alsace	9		2	1		22		1		2							3				
Aquitaine	1				1	38	1														
Auvergne	3	1	2			11	1	4		4	12										
Bourgogne	3		2			30		1			4						1				
Bretagne	1		2	2		41	2				1										
Centre			1			38	2				8										
Champagne - Ardenne			12	2		20		3			2				2						
Corse	2			3		1		1													
Franche-Comté			1		1	32		9		2	2						1				
Ile-de-France	4	1	8	1	1	278	1	8	2	3	1				3		12				
Languedoc - Roussillon	2		2	7		22		2			8		1								1
Limousin			2			9								2							
Lorraine	4		5		1	12	1	3									1				
Midi - Pyrénées	5		11	6	1	25		9	1						1						
Nord - Pas-de-Calais	2		10	1		83	1	1			1										
Basse-Normandie			1			24					1										
Haute-Normandie	1		2			48	1	2		1	12										
Pays de la Loire	1		4		1	44		4		3	1										
Picardie			6	1	1	75		1			4					1					
Poitou - Charentes	4		1			31	1	3			3										
Provence - Alpes - Côte d'Azur	6		8	1		100	1	6													
Rhône - Alpes	5		8			67		3		2	1										
TOTAL	53	2	90	25	7	1 051	12	61	3	17	61		1	2	8	1	20			1	
32 premières semaines 1986	221	26	651	167	35	6 583	38	890	76	322	244	1	3	3	24	7	105	1	8	42	2

LE POINT SUR...

RÉSEAU NATIONAL TÉLÉINFORMATIQUE DE SURVEILLANCE ET D'INFORMATION SUR LES MALADIES TRANSMISSIBLES : LE POINT SUR LES URÉTRITES MASCULINES EN 1985

M. Coulibaly*, J. Ménarès*, E. Bouvet** et A.-J. Valleron*

INTRODUCTION

Un Réseau national téléinformatique de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles a été mis en place dans le cadre d'une collaboration entre la Direction générale de la Santé et l'Inserm par

l'unité de recherches biomathématiques et biostatistiques depuis novembre 1984. À côté de diverses missions d'information dans le domaine des maladies transmissibles, cinq maladies sont surveillées : les urétrites masculines, l'hépatite présumée virale, les syndromes grippaux, la rougeole et les oreillons.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le Réseau national téléinformatique de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles est constitué de médecins généralistes bénévoles répartis sur toute la France. Ces médecins signalent par voie

* Unité de recherches biomathématiques et biostatistiques U 263 Inserm/université de Paris 7, 2, place Jussieu, Tour 53, 1^{er} étage, 75251 Paris cedex 05.

** Direction générale de la Santé, bureau des maladies transmissibles, 1, place de Fontenoy, Paris.

télématique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 leurs observations de nouveaux cas d'urétrite masculine. Le critère retenu est que l'urétrite doit être récente. Les renseignements recueillis concernent les cas d'urétrite masculine diagnostiqués en 1985. La collecte et le traitement des données, la diffusion de l'information en retour sous forme de pages vidéotex et la communication entre les partenaires du réseau sont assurés par un ordinateur-serveur frontal en réseau local avec d'autres micro-ordinateurs spécialisés dans les différentes tâches.

RÉSULTATS/CONCLUSION

Les résultats concernent la première année de fonctionnement du système de surveillance et sont les suivants : le nombre de cas par médecin par semaine est de 0,17 et le nombre moyen de cas annuel par médecin est de 8,84. Si l'on admet la représentativité du réseau, le nombre total de cas d'urétrite peut être grossièrement estimé à 440 000, ce qui correspondrait à une incidence d'environ 1 650 cas annuels pour 100 000 hommes âgés de 13 ans et plus; un écoulement a été signalé dans 77,7 % des cas.

L'âge moyen des cas signalés est de 33 ans. 7 % des sujets atteints ont moins de 20 ans, 44 % de 20 à 30 ans, 26 % de 31 à 40 ans et 23 % plus de 40 ans. Une incidence maximale a été observée en août-septembre. Aux USA, l'incidence varie entre 388 et 418 (MMWR, 32, 54, 1984), elle est de 668 en Belgique (Strobant et al., 1985). La grande différence entre les incidences pose le problème des critères utilisés pour la déclaration. En 1986, nous comptons augmenter le nombre de critères, y compris biologiques, et produire des résultats tenant compte de ces différents critères.

SITUATION INTERNATIONALE

COMITÉ DES INFECTIONS À ORTHOPOXVIRUS Rapport de la quatrième réunion

Une fois l'éradication de la variole confirmée en 1980 par l'Assemblée mondiale de la santé, l'O.M.S. a mis en place un programme quinquennal pour exécuter les politiques post-éradication adoptées par l'Assemblée dans sa résolution WHA33.4. Ce programme, recommandé par la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la variole, était destiné à dissiper toute crainte de réapparition de la variole et à produire une documentation complète sur les efforts déployés. Les progrès accomplis par le programme post-éradication ont été passés en revue année par année. La quatrième réunion du Comité des infections à orthopoxvirus, tenue à Genève du 24 au 26 mars 1986, avait pour tâche d'examiner la mise en œuvre des 19 recommandations sur la politique post-éradication faites à l'Assemblée mondiale de la Santé par la Commission mondiale et de recommander les politiques à suivre à partir de 1986.

La réunion a donc examiné la mise en œuvre de la politique post-éradication, en accordant une attention particulière à l'état des stocks de virus variolique et à leur avenir, à la réserve d'urgence de vaccin antivariolique de l'O.M.S. à la surveillance de l'orthopoxvirose simienne de l'homme et aux progrès accomplis en matière de documentation sur le programme.

I. POLITIQUE VACCINALE

L'O.M.S. a été informée que tous les États membres avaient désormais mis fin à la vaccination systématique. Aucun des pays au monde n'exige plus de certificat de vaccination antivariolique des voyageurs internationaux.

Il ressort des derniers rapports reçus par l'O.M.S. au sujet de la production et de la distribution de vaccin par les laboratoires qu'en 1984, sept pays ont produit au total 3,8 millions de doses de vaccin antivariolique. Une partie de cette production était destinée à la vaccination du personnel militaire. Dix pays ont cependant informé

l'O.M.S. qu'ils avaient renoncé à vacciner leur personnel militaire contre la variole.

Des progrès importants ont été accomplis dans l'obtention par génie génétique de souches de virus vaccinal capables de susciter une immunité à l'égard de plusieurs agents infectieux. Le Comité s'attend à ce que les essais sur l'homme de ces vaccins débutent sous peu et que plusieurs de ces souches de virus vaccinal puissent à l'avenir être produites et utilisées dans le cadre de programmes de vaccination. Il faut néanmoins distinguer clairement la vaccination antivariolique systématique, désormais universellement abandonnée, et l'utilisation de souches modifiées de virus vaccinal comme vecteurs dans le cadre de programmes de vaccination contre d'autres maladies. Cette nouvelle utilisation du virus vaccinal n'avait pas été prévue au moment où la Commission mondiale a formulé ses recommandations à l'O.M.S. Un comité a été chargé par l'O.M.S. de coordonner la mise au point d'antigènes vaccinaux par génie génétique sous les auspices des services d'appui en microbiologie et immunologie de la Division des maladies transmissibles.

II. STOCKS DE VACCINS

L'O.M.S. conserve des stocks de réserve de vaccin antivariolique suffisants pour protéger 200 millions de personnes en utilisant des aiguilles bifurquées. Les 7,4 millions de doses conditionnées pour injection sans aiguille ont été détruites ainsi que l'avait recommandé le Comité à sa troisième réunion, en 1984, et après consultation des pays qui avaient offert le vaccin. Les stocks restants sont entreposés dans 2 centres (Genève et Lausanne) et des épreuves d'activité sont régulièrement effectuées pour s'assurer de la bonne qualité du vaccin.

Le Comité a été informé que plus de 102 millions de doses de vaccin antivariolique sont détenues par 22 pays et que les conditions de conservation d'au moins 80 % de ces stocks sont satisfaisantes. Considérant que près de dix ans se sont écoulés depuis

le dernier cas de variole endémique et que l'orthopoxvirose simienne de l'homme ne s'est pas révélée poser un problème grave pour l'homme (voir section 5), le Comité estime qu'une situation d'urgence imprévue est désormais si improbable qu'il n'est plus nécessaire que l'O.M.S. conserve une réserve mondiale de vaccin.

Le Comité a été informé que des lots de semence du virus vaccinal étaient toujours détenus par 4 centres collaborateurs O.M.S.

III. EXAMEN DES CAS SUSPECTS

Le Comité a été informé que le nombre de cas suspects de variole notifiés à l'O.M.S. à la suite de rumeurs avait progressivement diminué, passant de 31 en 1980 à 10 en 1985. Les autorités nationales compétentes ont enquêté comme il le fallait sur ces cas suspects, avec l'aide de centres collaborateurs O.M.S. et d'épidémiologistes de l'organisation. Aucun ne s'est révélé être un cas de variole. Le Comité estime qu'il faut s'attendre à de nouvelles rumeurs, mais que, dans la plupart des cas, les enquêtes peuvent en toute sécurité être confiées aux autorités médicales des États membres, les compétences de l'O.M.S. et son concours pouvant s'avérer nécessaires dans certains cas pour maintenir la confiance du public à l'égard de l'éradication.

IV. LABORATOIRES DÉTENANT DES STOCKS DE VIRUS VARIOLIQUE

Deux équipes d'inspection de l'O.M.S. se sont rendues dernièrement dans les 2 laboratoires qui continuent de détenir des stocks de virus variolique, à savoir les **Centers for Disease Control** (Atlanta, États-Unis d'Amérique) et l'Institut de recherche sur les préparations virales (Moscou, U.R.S.S.) en novembre 1985 et janvier 1986 respectivement. Les rapports d'inspection se sont révélés satisfaisants pour les 2 laboratoires. L'un comme l'autre ont