bulletin épidémiologique hebdomadaire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du Travail

et des Affaires sociales

Direction générale de la Santé

BEH

Orientations pour la révision des modalités de surveillance des maladies transmissibles en France : p.115.

N° 26/1996

25 juin 1996

SURVEILLANCE

ORIENTATIONS POUR LA RÉVISION DES MODALITÉS DE SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES EN FRANCE

RAPPORTEURS : B. HUBERT*, B. HAURY**

La stratégie française de surveillance des maladies infectieuses communautaires (hors infections nosocomiales) a été définie il y a maintenant une dizaine d'années [1]. Depuis cette période, des maladies infectieuses ont été nouvellement identifiées (SIDA, légionellose, infections à *E. coli* producteurs de vérotoxines, hépatite C, etc.). La situation épidémiologique d'autres maladies s'est modifiée (rougeole). Il est apparu également que certains systèmes de surveillance (comme la déclaration de la légionellose) ne fournissaient pas les informations qu'on attendait d'eux. Des ajustements ont été réalisés mais sans nouvel examen de l'ensemble du dispositif. Pour réorganiser de façon cohérente ce dispositif de surveillance, il était nécessaire de fixer des priorités.

Une évaluation de la stratégie de surveillance des maladies infectieuses a été réalisée en 1994 et 1995 conjointement par le Réseau national de Santé publique et la Direction générale de la Santé avec la participation d'experts et de représentants de diverses institutions.

OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

- Hiérarchiser la liste des maladies nécessitant une surveillance en fonction de leur importance en santé publique;
- Préciser les objectifs attendus de la surveillance pour chaque maladie;
- Juger de l'adéquation de la surveillance actuelle à ces objectifs;
- Dresser une liste des systèmes de surveillance à maintenir, à créer ou à modifier;
- Définir les priorités des propositions.

MÉTHODE D'ÉVALUATION

Une liste des maladies infectieuses communautaires déjà surveillées ou susceptibles d'être mises sous surveillance a été établie. Nous avons volontairement exclu les infections nosocomiales dont la surveillance relève d'une autre logique et d'autres structures. 84 agents infectieux, syndromes ou maladies ont été regroupés autour de 5 thèmes (tabl. 1). 10 agents ou maladies ont été classés simultanément dans 2 ou 3 groupes pour favoriser les approches différentes (hépatites, tuberculose, grippe...).

Tableau 1. – **Thèmes des 5 groupes de travail**

Groupe	Thème
1	Maladies à prévention vaccinale
2	MST, infection à VIH, hépatites
3	Maladies d'origine alimentaire
4	Zoonoses et maladies d'importation
5	Infections respiratoires, méningites et autres agents pathogènes

Coordinateurs : I. Capek[2], L. Chambaud[1], J.C. Desenclos[1], B. Haury[2], B. Hubert[1], A. Laporte[1], A. Lepoutre[2], C. Moyse[2], I. Rebière[1], V. Tirard[2].

Membres des groupes de travail : T. Ancelle, S. Baron, P. Begué, J.B. Brunet, O. Castel, F. Charlet, P. Chauvin, G. Daurat, B. Decludt, P. Dehaumont, D. Desfontaine, J. Drucker, C. Ducos-Miral, ML. Ferial, F. Gay, F. Gentil, C. Gobet, S. Gottot, V. Goulet, P. Grimont, N. Guérin, D. Levy-Bruhl, E. Maillot, L. Meyer, M. Meyran, J. Perrin, O. Pierre, M. Rey, J. Rocourt, M. Ruch, V. Tirard, M. Vallet, P. Veit.

* Réseau national de Santé publique.

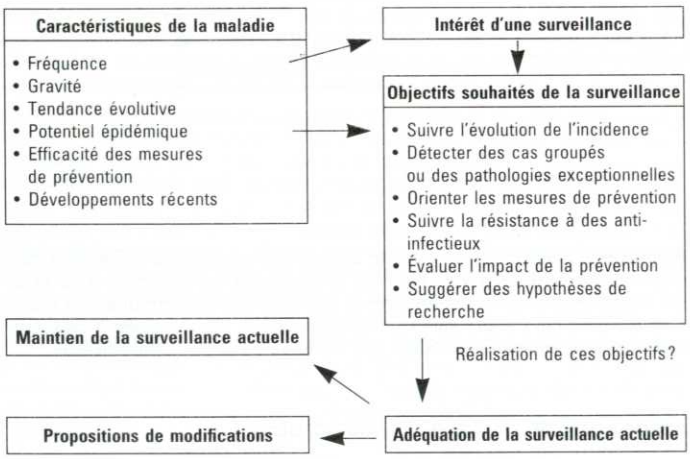
** Direction générale de la Santé - Bureau VS2.

L'évaluation a tout d'abord été réalisée dans 5 groupes, composés de membres du R.N.S.P. et de la D.G.S. qui en assuraient la coordination, de partenaires institutionnels (D.D.A.S.S., Services des conseils généraux, ministères de l'Agriculture, des Finances, de la Défense, de l'Éducation nationale...) et de personnes compétentes sur les thèmes étudiés.

Chaque participant a disposé d'un mois pour analyser de façon individuelle chacune des maladies correspondant à son thème avec une bibliographie récente. Cette phase a permis d'obtenir une dizaine d'évaluations individuelles pour chaque maladie. Ensuite, les coordinateurs de chaque groupe ont relevé tous les points de discordance et de convergence qui ont été discutés dans les groupes. La synthèse des 5 groupes a été réalisée par les 10 coordinateurs avec l'aide d'un intervenant extérieur (Serge Gottot, directeur des Études et de la Recherche à l'E.N.S.P.). L'ensemble des participants a été réuni une dernière fois pour discuter et valider les conclusions.

La démarche commune appliquée à chaque maladie a consisté tout d'abord à identifier, à partir des caractéristiques de la maladie en France, d'une part la pertinence d'une surveillance et, d'autre part, les objectifs souhaités de cette surveillance; puis, à vérifier la réalisation effective de ces objectifs par les systèmes de surveillance actuels. En cas d'inadéquation des systèmes, des propositions de modification ont été formulées (fig. 1).

Figure 1. – **Principe de l'évaluation de la surveillance pour chaque maladie**



CARACTÉRISTIQUES DES MALADIES

La mortalité est inférieure à 1 décès par million d'habitants pour les 3/4 des maladies et la létalité inférieure à 1% pour les 2/3 des maladies. La tendance évolutive est en majorité stable (54%) ou en diminution (21%). Près des 2/3 des maladies peuvent survenir sous forme de cas groupés, que ce soit par transmission interhumaine ou à partir d'une source commune d'infection. Les mesures possibles de prévention sont plus fréquemment des recommandations aux groupes à risque (61%) qu'une réglementation sur les sources d'infection (30%), une vaccination (32%) ou une chimioprophylaxie (19%).

La publication d'un article dans le B.E.H. n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

INTÉRÊT D'UNE SURVEILLANCE

L'intérêt d'une surveillance a été évalué en fonction des caractéristiques de la maladie. Cette étape a permis de classer les maladies dans l'une des 4 catégories suivantes : surveillance indispensable, nécessaire, souhaitable ou non prioritaire. Pour 40 maladies, une surveillance a été jugée indispensable ou nécessaire (tabl. 2). Ces maladies se distinguent des autres par une incidence ou une létalité plus élevées et surtout par une plus fréquente efficacité potentielle des mesures de prévention.

Tableau 2. – **Classement des maladies selon l'intérêt d'une surveillance**

Indispensable	Nécessaire	Souhaitable	Non prioritaire
n=27 (32 %)	n=13 (16 %)	n=28 (33 %)	n=16 (19 %)
1 Coqueluche Diphtérie Haemophilus (Hib) Hépatite B Polio Rougeole Grippe Rubéole périnat. Tétanos Tuberculose Méningocoque	1 Oreillons	1 Varicelle	1 Variole
2 Chlamydia Infection VIH SIDA	2 Hépatite C Syphilis Gonococcie	2 Herpès HPV Infections HTLV Urétrites masc. Hépatite E	2 Nicolas Favre Chancre mou
3 Listériose Botulisme Salmonellose TIAC Typhoïde	3 VTEC (dont SHU) Hépatite A Campylobacter Shigellose	3 Trichinose Diarrhée Yersiniose Rotavirus Dinoflagellés	3 Anisakiase Cryptosporidiose Giardiase V. Norwalk
4 Paludisme Choléra F. jaune F. hém. vir. afr. Peste Rage	4 Toxopl. périnat. Brucellose Leptospirose F. hém. sd rénal	4 Echinococcose Mal. Lyme Ornithose Dengue Distomatose Hydatidose Leishmaniose Lèpre F. bout. médit.	4 Typhus Amibiase Charbon Fièvre Q Pasteurellose Toxocarose Tularémie
5 Légionellose MCJ	5 Pneumocoque	5 TSS Pneumop. atypique CMV VRS Strepto A Strepto B périnat. Méningites virales Mycob. atypiques	5 Pédiculose Gale

Parmi ces maladies, on retrouve la plupart des maladies à prévention vaccinale; les infections à VIH, les MST majeures et les hépatites A, B et C; les maladies d'origine alimentaires à fort potentiel épidémique; les maladies d'importation à surveillance internationale et les zoonoses à caractère national pour lesquelles il existe des mesures de prévention efficaces.

ADÉQUATION DE LA SURVEILLANCE ACTUELLE

Elle a été jugée par la confrontation entre les objectifs réalisés par la surveillance actuelle et les objectifs attendus. Chaque maladie a été classée dans une des catégories suivantes :

=> **Surveillance bien adaptée** : les objectifs de la surveillance sont atteints et la surveillance actuelle doit être maintenue. Nous avons également classé dans cette catégorie les maladies non prioritaires qui ne sont pas actuellement surveillées.

=> **Ajustements mineurs de la surveillance** : le fonctionnement de la surveillance actuelle n'est pas remis en cause; cependant, quelques ajustements permettraient de mieux répondre aux objectifs de cette surveillance (par exemple modification de fiches de déclaration).

=> **Modifications majeures de la surveillance** : la surveillance actuelle est insuffisante pour répondre aux objectifs; les propositions portent soit sur une modification importante d'un système (élargissement d'un réseau par exemple), soit sur l'ajout d'un nouveau système. Pour quelques maladies, les modifications doivent être précédées d'une évaluation du système de surveillance.

=> **Étude préalable avant surveillance** : il n'existe pas de système de surveillance et la situation épidémiologique de cette maladie en France est mal connue. Une étude préalable est nécessaire pour déterminer l'opportunité d'une surveillance.

=> **Surveillance inadéquate** : la maladie est considérée comme prioritaire à surveiller et il n'existe actuellement aucune surveillance; soit la maladie n'est pas prioritaire et la surveillance actuelle n'est pas justifiée

Pour 32 des 40 maladies, il a été relevé une inadéquation plus ou moins marquée de la surveillance par rapport aux objectifs attendus (tabl. 3).

Tableau 3. – **Adéquation de la surveillance pour les maladies dont la surveillance est jugée indispensable ou nécessaire**

Intérêt de la surveillance	Totalement inadéquate	Étude préalable	Modifications majeures	Modif. après évaluation	Ajustements mineurs	Bien adaptée
Indispensable	Coqueluche		MST Chlamydia Haemophilus Hépatite B Listériose Rougeole Tuberculose Diphtérie Poliomyélite	Grippe Légionellose Rubéole Tétanos	Botulisme Infect. à VIH Méningocoque Paludisme Salmonellose TIAC Typhoïde	Choléra F. jaune F. Hem Vir Afric M Creutzf. Jackob Peste Rage Sida
Nécessaire	Toxoplasmose	Hépatite C VTEC SHU	Brucellose Campylobacter Gonococcie Hépatite A Pneumocoque Syphilis		Oreillons Leptospirose Shigellose	F. Hém. avec synd. rénal

ORIENTATIONS PRIORITAIRES DE LA SURVEILLANCE

De ce travail découlent des grandes orientations. Les propositions qui ont été faites par les 5 groupes sont extrêmement nombreuses. Leur réalisation devra se faire sur plusieurs années et pour cette raison, il a fallu déterminer des priorités dans leur mise en œuvre. Ces propositions ne constituent que des orientations et il faudra, au fur et à mesure, les réexaminer et les aménager avec les professionnels de santé concernés. Cependant, ce travail a duré près de 2 ans et parallèlement certains projets déjà engagés, comme ceux sur la tuberculose, la coqueluche ou la rougeole, se sont poursuivis.

Chaque groupe a, maladie par maladie, formulé des propositions que l'on peut classer sous 3 rubriques :

- mesures d'information et de formation,
- modifications, créations et évaluations de systèmes de surveillance,
- et études.

1. **Mesures de formation et d'information** :

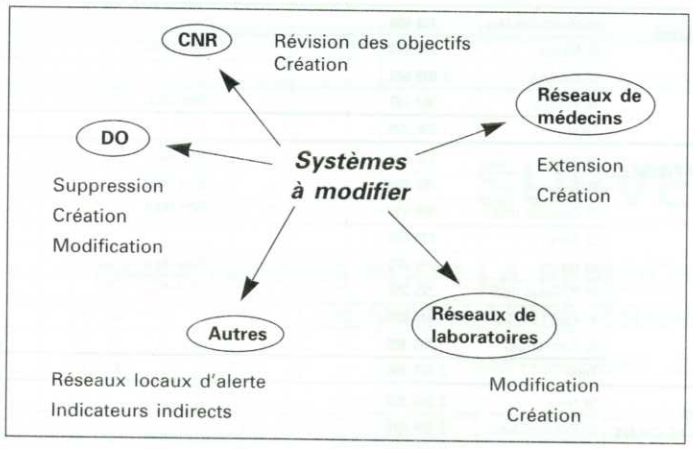
• D'une manière générale, pour mieux impliquer les médecins dans la surveillance, des rappels ou une information semblent indispensables, cela devrait passer par des **guides de surveillance** énumérant les maladies à déclaration obligatoire, expliquant les circuits, donnant des informations sur la conduite à tenir devant des **cas groupés** (d'hépatite A, de shigellose, de trichinose, de streptocoque A, par exemple). Ces guides devraient comporter également des **fiches sur des maladies rares** telles que fièvres hémorragiques virales, rage, peste, fièvre jaune etc. avec des rappels cliniques, diagnostiques (en particulier envoi au CNR) et des indications sur le signalement et la conduite à tenir.

• Quant aux médecins de santé publique destinataires des fiches de DO et amenés à intervenir au niveau des départements, ils disposeront de **guides spécifiques** pour les aider à mieux répondre aux demandes d'intervention (guide hépatite A, légionellose...).

2. **Modifications, créations et évaluations de systèmes :**

Les propositions concernent tous les systèmes de surveillance (fig. 2).

Figure 2. – **Systèmes de surveillance à modifier**



=> que ce soit les centres nationaux de référence dont les missions devraient être mieux définies, et pour lesquels plusieurs créations ont été évoquées,

=> que ce soit les réseaux de médecins ou de laboratoires (tabl. 4),

=> ou la déclaration obligatoire (tabl. 5),

=> ou encore d'autres types de systèmes de surveillance, comme la création de réseaux d'alerte (dinoflagellés, hépatite A) ou la surveillance par des indicateurs indirects comme la consommation de médicaments ou les dons de sang.

Tableau 4. – **Propositions concernant les réseaux**

Réseaux de laboratoires	Réseaux de médecins
Création :	**Création :**
Hépatites A et B	MST
Modification :	Poliomyélite (paralysies flasques aigües)
VIH	(Toxic shock syndrom)
Streptocoques	Surveillance locale : dengue, lèpre,
Méningites virales	échinococcose
Coqueluche	**Modification :**
Suppression :	Oreillons
Syphilis	Coqueluche

Tableau 5. – **Propositions concernant la déclaration obligatoire**

Suppression	Modification
* 4 MST	* Diphtérie
* Typhus	* Tétanos
* Variole	* TIAC
Création	* Typhoïde
* Syphilis congénitale	* Paludisme
* Listériose	* Choléra
* Coqueluche	* Botulisme
* Rougeole	* Brucellose

3. **Études**

a. Elles peuvent être **communes à plusieurs maladies** comme par exemple :

- **des enquêtes sur la fréquence relative de différents agents infectieux** dans les diarrhées aiguës (*Salmonella, Shigella, Capylobacter, Yersinia...*) ou dans les pneumopathies communautaires, les méningites.
- **des enquêtes de retour de voyage,** en particulier, pou apprécier l'effet des recommandations sanitaires aux voyageurs,
- **des enquêtes sur les infections périnatales** (rubéole, herpès, varicelle etc.),
- et **des enquêtes sur la couverture vaccinale** chez l'adulte et chez l'enfant.

b. Certaines maladies demandent, elles, des **études spécifiques,** soit avant de mettre en place une surveillance (hépatites C, infections à papilloma virus...), soit pour avoir ponctuellement des éléments sur l'incidence ou la prévalence de certaines infections (herpès chez la femme enceinte...). Il peut s'agir, encore, d'enquêtes de séroprévalence (rubéole, tétanos diphtérie) ou d'enquêtes étiologiques pour identifier des groupes à risque ou des sources d'infection (hépatite A, listériose). Et enfin, des études peuvent être utiles pour évaluer l'impact d'actions de prévention (toxoplasmose, mortalité par grippe).

CONCLUSION :

La mise en œuvre ne pourra se faire qu'avec la participation de tous les professionnels concernés. En effet, en pratique, elle nécessitera :

- des mesures législatives et réglementaires en ce qui concerne la DO et les CNR,
- des modifications de systèmes de surveillance allant de la création à une évaluation, mais passant surtout par une meilleure coordination des différents systèmes,
- des études épidémiologiques,
- et enfin, des mesures de sensibilisation et d'information des professionnels de santé sur lesquels repose une grande partie de la surveillance.

C'est évidemment dans le domaine de la modification ou création de systèmes que les propositions ont été le plus nombreuses. C'est là également qu'il faudra à nouveau prendre le temps de la réflexion pour s'interroger sur la nécessité de tel ou tel système et sur ses modalités de fonctionnement.

RÉFÉRENCE

[1] BOUVET E. – **Une nouvelle conception de la surveillance des maladies transmissibles.** – *BEH* n° 20/1985 : 81-82.

NOTE DE LA RÉDACTION :

La surveillance des maladies transmissibles en France a été enrichie depuis 10 ans par la mise en place de nouveaux outils. En effet, en plus de la déclaration obligatoire qui représentait l'instrument exclusif de la surveillance jusqu'en 1984, il a été instauré une surveillance par des réseaux de médecins, de laboratoires; en outre, une meilleure utilisation des données des centres nationaux de référence a été organisée pour la surveillance épidémiologique. La création du Réseau national de Santé publique en 1993 est un élément de renforcement de la cohérence du dispositif.

La proposition de révision actuelle découle de l'analyse des adéquations entre les instruments existants et les objectifs de la surveillance des maladies transmissibles, tels qu'ils ont été définis par des groupes de travail de médecins impliqués dans cette surveillance et coordonnés par des épidémiologistes. La question de la révision des outils est envisagée selon le point de vue du responsable de santé publique qui souhaite revoir la liste des maladies à déclarer et élargir le champ des réseaux de surveillance. La liste des maladies « à surveiller » établie prend en compte les questions posées aux professionnels pour chaque maladie et les possibilités de surveillance. Ce travail de mise à plat de l'existant est une nécessité et un préalable. Il doit se poursuivre par une étude de la validité des outils existants, notamment le contenu de la déclaration obligatoire. Une réflexion sur les modalités de la déclaration et sur l'utilisation des nouveaux systèmes d'information mis en place, par exemple hospitaliers, devrait constituer une prochaine étape. L'utilisation de ces outils devrait améliorer les échanges d'informations et constituer un élément favorable de motivation des praticiens pour la surveillance des maladies transmissibles.