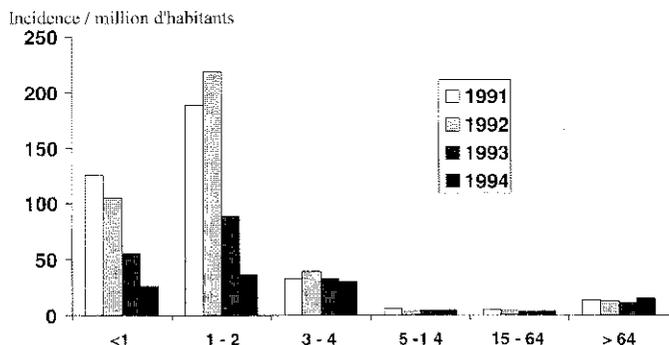


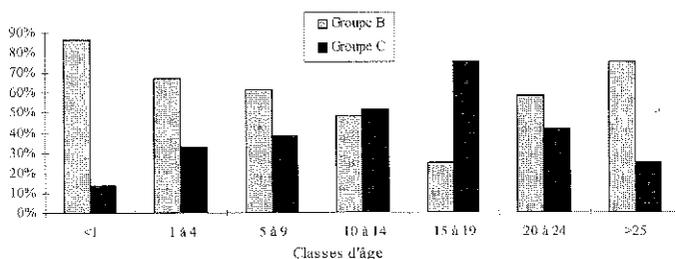
Figure 2. - Incidence estimée par million d'habitants des méningites à *Haemophilus influenzae* selon l'âge
EPIBAC, 1991-1994



Répartition des sérogroupes de *N. meningitidis* en fonction de l'âge

Le sérotype et la classe d'âge étaient renseignés dans 86 % des 523 cas notifiés de 1991 à 1994. Durant cette période, la répartition des 3 principaux sérogroupes était la suivante : groupe A : 1 %, groupe B : 64 % et groupe C : 35 %. Le sérotype C était en cause dans 29 % des cas chez les enfants de moins de 5 ans et dans seulement 14 % des cas chez les enfants de moins d'un an. Il était prédominant entre 10 et 19 ans (fig. 3).

Figure 3. - Répartition par âge des méningites à *N. meningitidis* de sérogroupes B et C
EPIBAC, 1991-1994



DISCUSSION

EPIBAC est un outil de surveillance qui permet d'analyser l'évolution des principales méningites bactériennes communautaires et de connaître la part relative de chacune d'elles.

La représentativité du réseau EPIBAC étudiée en comparant les établissements d'accueil des laboratoires participant au réseau à l'ensemble des établissements possédant un laboratoire interne est apparue satisfaisante en terme de répartition des admissions en médecine et en pédiatrie et en terme de type d'établissement entre 1987 et 1993 [1]. En 1994, la part des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) était plus importante. La comparaison des estimations du nombre global d'infections invasives obtenues en stratifiant selon le type d'établissement aux estimations obtenues sans stratification montre une différence d'estimation toujours inférieure à 5 %. La surreprésentation des CHU ne doit donc pas interférer de façon majeure dans les résultats.

Certains laboratoires ne participant pas toujours de manière constante, les tendances ont été étudiées en extrapolant les résultats annuels observés dans les laboratoires participants à une population de référence jugée stable au cours du temps. Ces extrapolations ont pu être réalisées du fait de la bonne représentativité du système et du fait que le nombre total de cas notifiés était suffisamment important pour que la précision des extrapolations soit acceptable. Cependant les estimations présentées dans certaines classes d'âge où le nombre de cas notifiés est faible sont très sensibles à des variations aléatoires et les tendances observées doivent alors être interprétées avec précaution.

Une analyse critique des estimations fournies par EPIBAC comparées aux données des centres nationaux de référence, à la déclaration obligatoire et à d'autres études publiées en France, a permis de valider ces estimations.

Une diminution importante du nombre de méningites à *H. influenzae* a été observée depuis 1992 à la suite de la diffusion du vaccin Hib en France. La brièveté du délai entre la diffusion du vaccin Hib et son impact sur l'épidémiologie des méningites à *H. influenzae* a été également observée en Grande-Bretagne [2]. Entre 1987 et 1994, l'incidence des méningites à *N. meningitidis* était très différente selon les pays : elle était 3 fois plus élevée en Grande-Bretagne qu'en France [3]. La tendance à la diminution des méningites à *N. meningitidis* observée en France a aussi été rapportée dans la majorité des pays européens comme la Suisse, l'Espagne ou l'Italie mais n'était pas retrouvée en Belgique où l'incidence augmentait, ni en Allemagne ou en Grande-Bretagne où elle était stable [3, 4, 5]. En 1994, l'incidence des méningites à *S. pneumoniae* variait dans les pays européens entre 1,1 et 14,1 cas par million d'habitants [3]. La stabilité de l'incidence des méningites à *S. pneumoniae* observée en France l'était également en Belgique et en Grande-Bretagne [4, 6].

Sans la participation des microbiologistes hospitaliers, des données sur l'incidence et sur l'évolution temporelle des maladies infectieuses, en particulier celles étudiées par EPIBAC, ne seraient pas disponibles en France. Le partenariat actif avec les microbiologistes hospitaliers constitue, de ce fait, un élément essentiel du système de surveillance de ces maladies en France.

Le rapport EPIBAC 1987-1993 est disponible,
sur simple demande
au Réseau national de Santé publique, réseau EPIBAC,
tél. : 01 43 96 65 04; fax : 01 43 96 65 02

RÉFÉRENCES

- [1] Le réseau EPIBAC. - Surveillance des méningites et des bactériémies à *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *L. monocytogenes*, *S. pneumoniae*. 1987-1993. - Réseau national de Santé publique. Saint-Maurice. France, 1995.
- [2] Communicable Disease Surveillance Center. - Invasive *Haemophilus influenzae* infection : changing patterns of infectious diseases. - Communicable Disease Report 1994; 4 : 227.
- [3] CONNOLLY M., NOAH N. - Surveillance of bacterial meningitis in Europe 1994. - King's College School of Medicine and dentistry. December 1995.
- [4] DUCOFFRE G. - Surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires de microbiologie 1994. - Rapport de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie, rue Juliette-Wytsman 14-1050 Bruxelles.
- [5] JONES DM, KACZMARSKI EB. - Meningococcal infections in England and Wales: 1993. - Communicable Disease Report 1994; 4 : R 97-100.
- [6] ASZKENASY OM, GEORGE RC, BEGG NT. - Pneumococcal bacteraemia and meningitis in England and Wales 1982 to 1992. - Communicable Disease Report 1994; 4 : R 45-49.

LE POINT SUR...

LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE À VIRUS ÉBOLA AU GABON

L'épidémie actuelle de fièvre hémorragique à virus Ébola au Gabon a commencé en juillet 1996. Le premier cas est un chasseur de 39 ans décédé dans la région de Booué, province d'Ogooué-Ivindo. L'OMS a fait état de cette situation épidémique le 14 octobre 1996, après que l'identité du virus Ébola ait été confirmée par le Centre international de recherche médicale de Francville (CIRMF) le 4 octobre 1996.

Ce virus a, depuis, été isolé et séquencé par le CNR pour les arbovirus et virus des fièvres hémorragiques de l'Institut Pasteur de Paris : il s'agit du même virus que lors de l'épidémie de février 1996 à Makokou (Gabon).

Depuis juillet, l'épidémie a touché 58 personnes et entraîné 43 décès dont 3 à Libreville (informations données par l'OMS le 9 janvier 1997). Le dernier décès date du 8 janvier 1997.

L'épidémie semblait contrôlée en novembre 1996 puisque le 13 novembre 1996, on dénombrait 27 cas dont 17 décès et que seul 1 contact identifié restait sous surveillance médicale.

Elle a cependant été réactivée lors de l'enterrement d'une personne, décédée dans la région de Booué le 26 novembre 1996. C'est en effet à cette occasion que plusieurs personnes, dont certaines habitaient à Libreville, ont été contaminées par le virus Ébola.

À l'heure actuelle, il semble que l'hypothèse d'une extension de l'épidémie à Libreville puisse être écartée puisqu'un seul cas de transmission secondaire a été identifié (transmission à un médecin qui a été soigné en Afrique du Sud et a, à son tour, contaminé une infirmière à Johannesburg en

novembre 1996). Cependant, 167 contacts (à Libreville et dans la région de Booué) font actuellement l'objet d'une surveillance quotidienne.

La fièvre hémorragique à virus Ébola est une maladie qui se traduit, dans sa forme sévère, après une période silencieuse de quelques jours (20 jours maximum), par une fièvre élevée, des maux de tête, des douleurs musculaires puis des vomissements et une diarrhée souvent sanglants.

Il n'existe pas de traitement spécifique : le traitement consiste en une compensation des pertes liquidiennes et une correction des troubles biologiques.

Le risque de transmission est réel mais nécessite un contact étroit, soit avec un malade en phase clinique de la maladie, soit avec un liquide biologique infecté (sang, sécrétions digestives, urine, sperme, sueur...). Les personnes en période d'incubation et ne présentant pas de signe clinique ne sont pas contagieuses (voir *BEH* n° 6, 1996, p. 25-26, B. Le Guenno).

Actuellement, une fiche d'information est systématiquement distribuée aux passagers des vols en provenance de Libreville. Cette fiche d'information

décrit les premiers signes de la maladie et surtout, permet, en étant remise au médecin traitant en cas de suspicion d'Ébola, que le patient soit pris immédiatement en charge de manière appropriée.

En effet, une prise en charge adaptée nécessite, entre autres choses (*REH*, 35/70, 1995, 249-256), des mesures d'isolement du patient, de protection des personnels soignants, et d'information des personnels des laboratoires d'analyses médicales, afin d'éviter de voir apparaître des cas secondaires. Ces mesures doivent être définies, localement, par les différents services concernés, cliniques et biologiques en association avec le CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

D'autre part, en cas de suspicion, contacter le Centre national de référence pour les arbovirus et virus des fièvres hémorragiques (B. Le Guenno) au 01 40 61 30 88 (Institut Pasteur, 28, rue du Dr Roux, 75724 Paris Cedex).

Les DDASS ont été informées de cette épidémie et ont diffusé ces informations à tous les établissements de soins ainsi qu'aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

CONGRÈS AMIS-ÉPITER ÉTHIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

13 et 14 mars 1997, Nantes, cité des Congrès

L'Association des médecins-inspecteurs de Santé publique (AMIS) et d'épidémiologie de terrain (ÉPITER) organise conjointement les 13 et 14 mars 1997 au Palais des congrès de Nantes un congrès sur le thème « Éthique et Santé publique ».

La première journée du congrès organisée par l'AMIS aborde sous forme de session de présentations les thèmes suivants : contexte éthique et déontologique, « éthique, solidarité et exclusion », « éthique et éducation pour la santé », « éthique et politique de santé », « éthique, offre de soins, et maîtrise des coûts » et « confidentialité des données médicales ».

La seconde journée organisée conjointement par ÉPITER et l'AMIS traitera des 3 sujets suivants : « groupes à risque, conduites à risque... risque de stigmatisation et de discrimination », « le risque socialement acceptable » et « épidémiologie, santé publique et responsabilité ».

Les thèmes abordés lors des 2 journées seront animés par des professionnels de santé publique (MISP, médecins de santé publique, épidémiologistes...) mais aussi des sociologues, juristes, journalistes, décideurs et responsables politiques.

Droit d'inscription : **600 F** repas non compris
(**300 F** pour une journée).

Pour les demandes d'inscription, contacter soit :

AMIS : J. Raimondeau, DRASS MAN,
6, rue René-Viviani, 44262 Nantes Cedex 2
(Fax : 02 40 12 80 77).

ou

ÉPITER : F. Bonnet, ÉPITER,
hôpital national de Saint-Maurice
14, rue du Val-d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex
(Fax : 01 43 96 65 02).

BOURSES DE STAGES EN ÉPIDÉMIOLOGIE D'INTERVENTION

Le programme européen de formation à l'épidémiologie d'intervention (EPIET), financé par l'Union européenne depuis 1995, offre 8 bourses de stage de formation en épidémiologie d'intervention. Le stage, d'une durée de 22 mois, débutera le 1^{er} octobre 1997.

Candidatures : Les candidats doivent avoir une expérience dans le domaine de la santé publique, un intérêt majeur pour le travail de terrain, une bonne maîtrise de l'anglais et d'au moins une autre langue européenne, et être prêts à séjourner 22 mois dans un autre pays européen. Les candidats doivent avoir moins de 10 ans d'expérience en santé publique.

Objectif : Le but de ce programme est de permettre aux stagiaires d'assumer à terme, des responsabilités dans le domaine de l'épidémiologie des maladies transmissibles. Ce programme de formation par la pratique inclut la surveillance des maladies transmissibles, l'investigation des phénomènes épidémiques, la recherche appliquée, et met l'accent sur la communication avec les décideurs.

Les stagiaires suivront un cours d'introduction de 3 semaines avant de prendre leurs fonctions dans des instituts d'accueil des 15 pays membres de l'Union européenne. Des cours supplémentaires seront organisés au cours des 2 années de stage par les différentes institutions européennes ayant des responsabilités dans le domaine de la surveillance épidémiologique.

Les lettres de candidature accompagnées d'un curriculum vitae doivent être envoyées avant le 28 février 1997.

Des informations complémentaires peuvent être obtenues à l'adresse suivante :

Dr Frank Van Loock – Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie

14 J. Wytmanstraat

B-1050 Bruxelles, Belgique

Tél. : 00 32 26 42 57 83 – Fax : 00 32 27 42 54 10

E mail : frank.vanloock@ihe.be