

BIBLIOGRAPHIE

[1] BOUGNOUX M.E. HUBERT B. – **Toxoplasmose congénitale. Bilan de la prévention primaire en France.** – *BEH* 1990; 4 : 13-14.
 [2] Laboratoire national de la Santé. – **Immunité et infections toxoplasmiques de la femme enceinte en France, année 1983.** – *BEH* 1984; 51 : 2-3.
 [3] DESMONTS G., COUVREUR J., BEN RACHID M.S. – **La toxoplasmose, la mère et l'enfant.** – *Arch. Fr. Pédiat.* 1965; 22 : 1183-1200.

[4] CARME B., LENNE E., TIRARD V., HAYETTE M.P., GONDROY J. – **Étude épidémiologique de la toxoplasmose chez les femmes enceintes à Amiens (Picardie). Nécessité d'une enquête nationale.** – *BEH* 1994; 38 : 173-74.
 [5] BLONDEL B., DU MAZAUBRUN C., BREART G. – **Enquête nationale périnatale, 1995. – Rapport de fin d'étude, DGS/Services départementaux de PMI/SESI/INSERM U 145, 1 vol, février 1996.**
 [6] BARIL L., ANCELLE T., THULLIEZ PH., GOULET V., TIRARD V., CARME B. – **Facteurs de risque d'acquisition de la toxoplasmose chez les femmes enceintes en 1985.** – *BEH* 1996; 16 : 73-75.

SURVEILLANCE

ÉPIDÉMIE DE SYNDROMES GRIPPAUX EN FRANCE HIVER 1996/1997

MAISON P.*, CARRAT F., FARRAN N.*, FLAHAULT A.*

Le syndrome grippal est une maladie surveillée de façon continue depuis 1984, par les 500 médecins généralistes du réseau « Sentinelles » répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Ce réseau a été développé par l'INSERM dans le cadre d'une convention avec le Réseau national de Santé publique (RNSP) et la Direction générale de la Santé (DGS) [1]. Les cas de syndromes grippaux sont définis sur le réseau par les signes suivants [2] : hyperthermie brutale > 39°C, myalgies et signes respiratoires.

Dans la semaine du 18 au 24 novembre 1996, 3 indicateurs précoces d'épidémie sur 4 étaient en faveur d'une épidémie d'ampleur nationale. L'incidence nationale avait doublé par rapport à la semaine précédente (111 cas contre 55/100 000), dans 6 départements de la France métropolitaine, l'incidence des syndromes grippaux avait dépassé 300 cas pour 100 000 habitants [3] et le pourcentage des cas de 10-19 ans avait fortement augmenté (31 contre 18). Seul le seuil épidémique (126/100 000) calculé selon un modèle de régres-

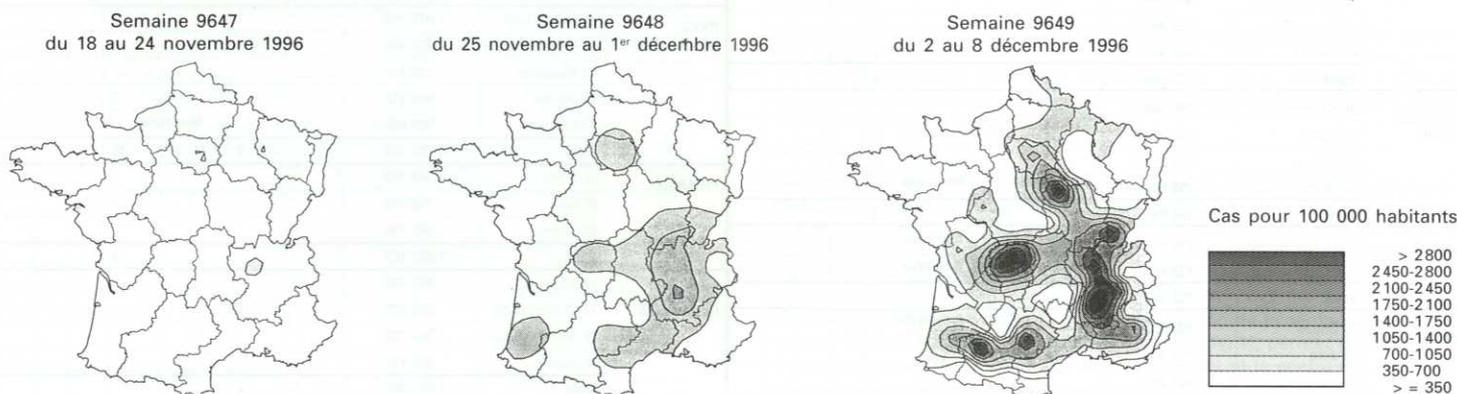
sion périodique n'était pas encore dépassé [4]. Un état de pré-alerte maximale était annoncé.

Depuis le 25 novembre l'incidence nationale de cas de syndrome grippal est supérieure au seuil épidémique, compte tenu des variations saisonnières et d'après les données rapportées par les médecins sentinelles.

Lors de la semaine du 25 novembre au 1^{er} décembre 1996, l'estimation de l'incidence nationale de cas de syndromes grippaux est passée de 124 à 337 cas pour 100 000 habitants (pour un seuil de 132/100 000). Puis elle a progressé à 783 cas pour 100 000 habitants (donnée non consolidée) lors de la semaine du 2 au 8 décembre (pour un seuil de 137/100 000). Cela constitue la première alerte de la saison 1996/1997 et confirme la pré-alerte.

Sur les 2 premières semaines (48 et 49), l'intensité de cette épidémie était comparable à celle des plus fortes épidémies de ces 12 dernières années, cependant sa vitesse initiale de propagation et sa date de début la situaient dans la moyenne de ces 8 dernières années (fig. 1).

Figure 1. – Cartes de l'incidence des syndromes grippaux entre le 18 novembre et le 11 décembre 1996



Les régions initialement les plus touchées ont été : Rhône-Alpes (800 cas/100 000 pendant la semaine du 25 novembre), l'Île-de-France (500/100 000), l'Auvergne (428/100 000) et le Languedoc-Roussillon (402/100 000). 11 régions (sur 22) étaient concernées la première semaine et 17 la suivante. La progression de cette épidémie sera visible et mise à jour chaque semaine de l'hiver sur internet (<http://www.b3e.jussieu.fr/sentiweb>).

La médiane des âges est de 20 ans pour les 2 semaines, respectivement 48 et 46 % des cas ont moins de 20 ans contre 18 % lors de la semaine du 18 au 24 novembre. La distribution de l'âge des cas est décalée vers les plus jeunes, ce qui confirme l'épidémie de grippe (tabl. 1). Ce rajeunissement s'explique probablement par la diffusion initiale de l'épidémie dans les collectivités scolaires. Le sex-ratio observé est proche de 1. Seuls 3 à 4 % des cas, de ces 2 semaines, étaient vaccinés contre la grippe. Sachant qu'il faut attendre en général 2 semaines après la vaccination pour atteindre un taux protecteur d'anticorps, il était probablement encore temps, dans la plupart des régions, de vacciner les sujets à risque au moment de la pré-alerte (semaine du 18 au 24 novembre).

Tableau 1. – Pourcentages par classe d'âge des cas de syndromes grippaux entre le 18 novembre et le 11 décembre 1996 en France

Âge (%)	du 18 au 24/11	du 25/11 au 1/12	du 2 au 8/12
0 à 9 ans.....	12	12	15
10 à 19 ans.....	31	36	31
20 à 59 ans.....	48	46	47
> 60 ans.....	9	6	7

Cette épidémie survient seulement 8 semaines après le début de la campagne de vaccination contre la grippe. Cela confirme la nécessité d'une vaccination saisonnière précoce [5] et de la surveillance continue des syndromes grippaux.

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des médecins sentinelles qui assurent cette surveillance et grâce auxquels ces résultats ont pu être obtenus, ainsi que toute l'équipe du réseau « Sentinelles » sans le concours de laquelle ce travail n'aurait pu être réalisé.

RÉFÉRENCES

[1]. GARNERIN P. VALLERON A.J. – **The french communicable diseases computer network : a technical view.** – *Comput Biol Med* 1992, 22 : 189-200.
 [2]. FLAHAULT A, GARNERIN P. CHAUVIN P et coll. – **Épidémiologie des maladies transmissibles en médecine générale. Bilan du réseau « Sentinelles » en 1994.** – *BEH* 1995, 20 : 87-91.
 [3]. TOUBIANA L, FLAHAULT A – **A time-space criterion for early detection of epidemics of Influenza-like-illness in France.** – Poster, 3rd ECMBM, Heidelberg. 1996.
 [4]. COSTAGLIOLA D, FLAHAULT A, GALINEC D et coll. – **A routine tool for detection and assessment of epidemics of Influenza-like-illness in France.** – *Am J Public Health* 1991, 81 : 97-99.
 [5]. ARDEN HA, COX NJ, SCHONBERGER LB. – **Prevention and control of influenza. Recommendations of Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).** – *MMWR* 1996. 45 : 1-24.

* Réseau Sentinelles, institut Saint-Antoine fédératif de recherche sur la santé, INSERM U444, Paris.