

chée par le pays de naissance. Enfin, la relation entre profession et état de santé n'est pas univoque : l'état de santé lié au diabète a pu affecter la carrière professionnelle, comme le montre la fréquence du reclassement professionnel (9 %).

Conclusion

Cette étude exploratoire, associée aux autres données françaises disponibles [1,2], confirme qu'en France, chez les personnes de statut socio-économique moins favorisé, la prévalence du diabète de type 2 est plus importante, le profil de risque vasculaire différent, les complications macrovasculaires plus fréquentes et la prise en charge du diabète de moindre qualité. En 1999, les taux de mortalité liée au diabète étaient par ailleurs nettement supérieurs chez les personnes de catégories socio-professionnelles moins favorisées (ouvriers et employés) par rapport aux plus privilégiées (cadres supérieurs, professions libérales) [9].

Des efforts doivent être faits pour améliorer la prévention, l'éducation thérapeutique et la prise en

charge du diabète des personnes issues des milieux moins favorisés. Les recommandations concernant le dépistage du diabète de type 2 [10] vont dans ce sens en proposant en population défavorisée un dépistage communautaire et non plus uniquement ciblé et opportuniste. Une meilleure caractérisation du niveau socio-économique reste nécessaire dans les études portant sur le diabète, ce que le renouvellement d'Entred se propose de réaliser.

Remerciements

Consultables sur : www.invs.sante.fr/beh/2006/45/index.htm

Références

- [1] Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidemiol Hebd 2006; 14:93-6.
- [2] Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications; the Epices Score. Diabetes Care 2005; 28(11):2680-5.

[3] Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. Diabetes Metab 2000; 26:11-24.

[4] Fagot-Campagna A, Simon S, Varrould-Vial M, Ihaddadène K, Vallier N, Scaturro S et al. Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles, Entred 2001. Bull Epidemiol Hebd 2003; 49-50:238-9.

[5] Doussin A, Dumesnil S, Le Fur P. Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002. Questions d'Economie de la Santé 2002; 62.

[6] Institut Roche de l'Obésité. Rapport Obépi 2000, le surpoids et l'obésité en France: enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant. Sofres 2000.

[7] Balsa AI, McGuire TG. Statistical Discrimination in Health Care. Journal of Health Economics 2001; 20(6): 881-907.

[8] Romon I, Fosse S, Weill A, Varrould-Vial M, Fagot-Campagna A. Prévalence des complications macrovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France. Étude Entred 2001. Bull Epidemiol Hebd 2005; 12-13:46-8.

[9] Péquignot F, Jouglu E, Le Tallec A. Mortalité attribuée au diabète en France. Bull Epidemiol Hebd 2002; 20-21:91.

[10] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (<http://www.anaes.fr>). Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Diabetes Metab 1999, 25.

Lèpre dans la collectivité départementale de Mayotte en 2005

Georges-Yves de Carsalade (anne.de-brettes@wanadoo.fr)¹, Aboubacar Achirafi¹, Béatrice Flageul²

1 / Dass de Mayotte, Mamoudzou, France 2 / Hôpital Saint-Louis, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – Mayotte, île française de l'archipel des Comores dans l'Océan Indien, est située dans une zone de forte endémicité incluant les autres îles de l'archipel, Madagascar et l'Afrique de l'Est. La dernière évaluation de la situation de la lèpre dans l'île datant de 1998, il nous est apparu important de réaliser un nouveau bilan, ce d'autant que l'OMS s'était fixé pour objectif l'élimination de la lèpre dans le monde en 2005.

Résultats – L'enquête rétrospective portant sur les années 1999 à 2005, montre que la maladie est restée à l'état endémique avec une prévalence de 4,47/10 000 au 31 décembre 2005 et un taux annuel de détection toujours élevé (22 à 38/100 000 habitants). Les caractéristiques des nouveaux cas étaient conformes à celles retrouvées au niveau mondial (prédominance du sexe masculin, des adultes de moins de 45 ans et des formes paucibacillaires), à l'exception dans la population autochtone d'un pourcentage élevé de patients de moins de 15 ans (29 %) et de plus du tiers de cas familiaux. Lors du diagnostic, 7,8 % des patients présentaient un handicap de degré 2.

Conclusion – Ces éléments soulignent la nécessité de renforcer la lutte contre la maladie dans cette île.

Leprosy in Mayotte island, French administrative division in Comoro Island in 2005

Introduction – Mayotte, French island of the Comoro Islands in the Indian Ocean, is located in a leprosy endemic area including the other islands of the archipelago, named Madagascar and eastern Africa. The last leprosy epidemiological study in the island was reported in 1998 and since the WHO have hoped to achieve the complete elimination of leprosy in the world by the end of 2005, it seemed important to reassess the current situation.

Results – A retrospective study carried out over the 1999-2005 period showed that the disease was still endemic with a prevalence of 4.47/10 000 population by 31 December 2005 and a high annual detection rate of new cases (22 to 38/100 000 population). The profile of the newly detected cases was in line with the one reported globally (male predominance, adults aged under 45 years, and paucibacillary forms) with two exceptions: the high percentage of children under 15 years of age (29%) and more than third of family cases. Moreover, 7,8% of the new cases presented grade 2 disabilities at the time of diagnosis.

Conclusion – These features emphasize the need for enhanced leprosy control in this island.

Mots clés / Key words

Lèpre, maladie de Hansen, Mayotte, Comores, France, épidémiologie / Leprosy, Hansen's disease, Mayotte, Comoro Islands, France, Epidemiology

Introduction

En raison de l'efficacité de la polychimiothérapie antibacillaire (PCT) recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1982, celle-ci s'était fixée comme objectif en 2000 puis en 2005 d'éliminer la lèpre comme problème de santé publique en atteignant une prévalence (nombre de patients sous PCT à un moment donné pour 10 000 habitants dans les pays touchés par la maladie) inférieure à 1/10 000 dans le monde. Cet objectif n'a pas été atteint dans plusieurs pays d'Afrique de l'Est tels que le Mozambique, Madagascar, la Tanzanie où respectivement la prévalence au 31 décembre 2004 était de 2,4, 2,5 et 1,3/10 000

habitants) [1] ni dans l'île d'Anjouan, île de l'Union des Comores où à la même date la prévalence était de 3,11/10 000 habitants [2]. L'île de Mayotte, collectivité départementale française, est située dans l'archipel des Comores à 300 km de Madagascar. En 2005, sa population était estimée à 170 000 habitants sur une superficie de 374 kilomètres carrés. Lors de notre précédente étude sur la situation de la lèpre entre 1990 et 1998 [3], la prévalence en 1998 était de 3,12/10 000, confirmant le caractère endémique de la maladie dans l'île. Il nous a paru intéressant de refaire le point sur la situation épidémiologique de la lèpre à Mayotte depuis notre dernière enquête.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les années 1999 à 2005. Toutes nos données ont été recueillies à partir des registres du Service de léprologie de la Dass. Ce service s'occupe du dépistage passif, du suivi des patients et de la sensibilisation à cette maladie de tous les acteurs de santé. Il est composé d'un infirmier léprologue mi-temps et d'un médecin référent une journée par semaine.

L'âge, le sexe et la notion de cas familiaux ont été colligés pour tous les nouveaux cas. En raison d'un brassage de population important avec les îles voisines, l'origine et le lieu d'habitation des patients ont été précisés : ceux vivant depuis plus de 10 ans

sur l'île ou les enfants nés et vivant à Mayotte ont été considérés comme autochtones et les autres comme non autochtones.

Tous les patients avaient eu leur diagnostic confirmé par une biopsie d'une ou deux lésions sur lesquelles avait été pratiqué un frottis pour évaluer l'Index bactériologique (IB) (nombre de BH vu par champ) avant la mise sous traitement. Pour comparer nos résultats à ceux de la précédente étude, nous avons utilisé la classification de l'OMS de 1988 dans laquelle les patients ayant un IB négatif (absence de bacille sur le frottis) sont classés paucibacillaires (PB) et ceux ayant un IB positif comme multibacillaires (MB). L'existence au moment du diagnostic d'un handicap de degré 2 selon la classification de l'OMS¹ avait été notée. La PCT comprenait :

- pour la lèpre PB : rifampicine (RMP) 600mg/mois, disulone (DDS) 100mg/jour ou clofazimine (CLO) 100mg/jour au moins 6 mois ;
- pour la lèpre MB : RMP 600mg/mois CLO 300mg/mois et DDS 100mg/jour et CLO 100 mg/jour au moins 24 mois ou mieux jusqu'à un IB négatif ou à 1+ (1 à 10 BH/100champs).

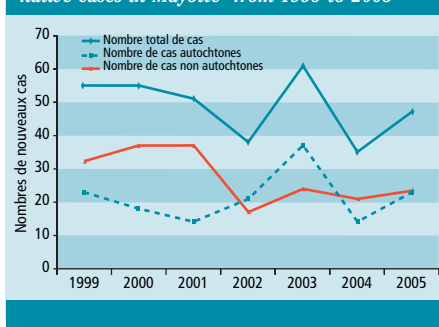
Durant le traitement les patients avaient bénéficié d'un suivi au moins mensuel comportant une évaluation clinique et le dépistage d'états réactionnels : réaction de réversion (RR) ou érythème nouveau lépreux (ENL), les premiers nécessitant une corticothérapie et les seconds la mise sous pentoxifylline [4]. Les patients qui ne s'étaient pas présentés aux consultations avaient été systématiquement recherchés à domicile. Après la fin du traitement, un suivi annuel avait été organisé ainsi qu'un contrôle bactériologique pour les patients MB. Par ailleurs, pour évaluer l'efficacité des actions de sensibilisation des différents acteurs de santé et des patients menées depuis 2002, nous avons noté systématiquement par qui nous avait été adressé chaque nouveau patient.

Les calculs statistiques ont été réalisés avec le test du Chi².

Résultats

Au total, 342 nouveaux cas de lèpre ont été diagnostiqués entre le 1^{er} janvier 1999 et 31 décembre 2005. Le taux de détection annuel (nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an pour 100 000 habitants) a varié entre 21,87 et 38,12/100 000 habitants, soit un minimum de 35 nouveaux cas en 2004 et un maximum de 61 nouveaux cas en 2003, année durant laquelle a eu lieu une campagne de détection active (figure 1).

Figure 1 Nombre de nouveaux cas de lèpre par an et leur répartition en cas autochtones et non autochtones, à Mayotte entre 1999 et 2005
Figure 1 Number of new leprosy cases by year and their distribution between native and non native cases in Mayotte from 1999 to 2005



¹ Présence d'une déformation ou d'une lésion visible (mal perforant...)

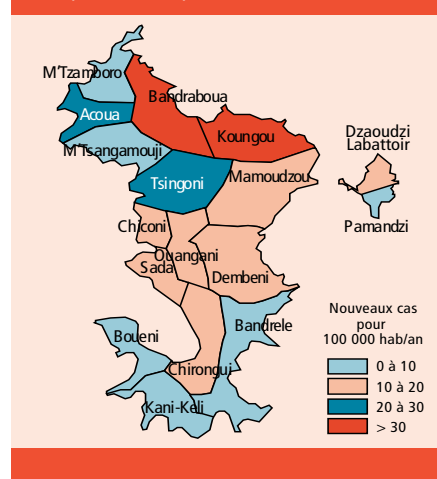
Durant cette période, la prévalence a fluctué entre 4,47 et 5,81/10 000 habitants.

Depuis 2002, 54 % des patients avaient été adressés au service par des médecins, 9 % par d'autres acteurs de santé (essentiellement des infirmiers), 14 % par le cas index qui avait dépisté un cas intra domiciliaire, 3 % par le cas index qui avait dépisté un cas extra domiciliaire, 16 % par l'équipe de léprologie et 4 % autres.

Sur l'ensemble des patients, 56 % (192/342) étaient non autochtones et 44 % (150/342) étaient autochtones. Le nombre de nouveaux cas s'échelonnait entre 17 et 37 cas parmi les non autochtones et entre 14 et 23 cas parmi les autochtones sauf durant l'année 2003 où 37 cas autochtones (figure 1) avaient été détectés. Cette année là, en plus des 22 cas autochtones détectés passivement, 15 cas ont été diagnostiqués lors d'une campagne de détection active organisée dans les 91 familles autochtones ayant eu au moins 1 cas de lèpre depuis 1997. Lors de ce dépistage, 325 sujets contacts intra domiciliaires sur 422 recensés ont bénéficié d'un examen clinique associé à une biopsie en cas de lésion cutanée suspecte et d'une information sur la lèpre.

Les cas de lèpre autochtone (LA) comme de lèpre non autochtone (LNA) se répartissaient de façon inhomogène sur l'île. Plus de 60 % cas des nouveaux cas autochtones et plus de 80 % (160/192) des nouveaux cas non autochtones étaient détectés dans 5 communes : Mamoudzou, la plus peuplée de l'île (LA : 27 cas ; LNA : 85 cas), Koungou (LA : 43 cas ; LNA : 46 cas), Bandraboua (LA : 20 cas ; LNA : 9 cas), Acoua (LA : 7 cas) et Labattoir (LNA : 20 cas) (figure 2).

Figure 2 Répartition sur l'île par commune des nouveaux cas de lèpre autochtone entre 1999 et 2005 (moyenne annuelle sur sept ans)
Figure 2 Distribution of new native leprosy cases in Mayotte island by commune from 1999 to 2005



La population atteinte comprenait 60 % d'hommes et 40 % de femmes. Les enfants de moins de 15 ans représentaient 19 % des malades, 61 % avaient entre 15 et 45 ans et 19 % avaient plus de 45 ans (tableau 1). La seule différence statistiquement significative ($p < 0,001$) retrouvée entre les malades autochtones et non autochtones était leur répartition par groupe d'âge avec plus d'enfants de moins de 15 ans et d'adultes de plus de 45 ans dans le groupe des autochtones et plus d'adultes de 15 à 45 ans dans le groupe des patients non autochtones. Plus du tiers des cas autochtones étaient des cas familiaux. Il n'y avait que 10 % de cas familiaux dans la population non autochtone.

Tableau 1 Répartition des nouveaux cas de lèpre en fonction de l'âge et de l'origine, à Mayotte de 1999-2005 / **Table 1** Registered new leprosy cases by age and origin in Mayotte between 1999-2005

	Total (%)	Autochtones (%)	Non autochtones (%)	P*
Patients	342	150	192	
Inférieur à 15 ans	65 (19)	44 (29)	21 (11)	<0,001
Entre 15 et 45 ans	211 (62)	66 (44)	145 (75)	<0,001
Supérieur à 45 ans	66 (19)	40 (27)	26 (14)	<0,01

* Test du Chi 2.

Les patients étaient majoritairement des patients PB (PB : 57 % versus MB : 43 %). Plus de 50 % des MB, avaient une charge bacillaire très élevée (IB à 4+ ou 5+). Lors du diagnostic, 7,8 % des patients avaient une infirmité de degré 2.

La majorité des patients (90 %) (306/342) avait terminé leur traitement. Sur les 36 patients ayant interrompu la PCT, 9 avaient refusé de terminer leur traitement (5 autochtones et 4 non autochtones), 24 patients non autochtones avaient été perdus de vue ou expulsés et 3 patients autochtones avaient été perdus de vue. Durant le traitement, 22 % des patients nécessitèrent une corticothérapie générale pour RR et 4,6 % (16/342) eurent au moins un épisode d'ENL. Après la fin de la PCT, 6,5 % firent une RR.

Discussion

Alors que la maladie de Hansen a été éliminée comme problème de santé publique depuis de nombreuses années dans les autres DOM-TOM (prévalence pour 10 000 habitants au 31 décembre 2005 de 0,63 en Polynésie Française, 0,53 en Guadeloupe, 0,36 en Guyane, 0,21 en Nouvelle Calédonie et 0,12 en Martinique) [5], notre étude montre que la lèpre reste, avec une prévalence de 4,47/10 000 au 31/12/2005, un problème de santé publique important à Mayotte. Par rapport à notre précédente étude (3) qui couvrait la période de 1990 à 1998, la situation semble s'être aggravée car le taux de détection annuel qui était de 14 à 31/100 000 habitants entre 1990 et 1998, a été plus élevé variant de 21 à 38/100 000 habitants entre 1999 et 2005 et alors que 254 nouveaux cas avaient été diagnostiqués en 9 ans, ce nombre a été de 342 nouveaux cas en 7 ans (tableau 2).

Par ailleurs, le pourcentage d'enfants de moins de 15 ans parmi les cas autochtones, considéré comme un bon reflet du niveau de transmission de la maladie, est resté élevé à l'identique (respectivement 28 % versus 29 %). Les pourcentages toujours élevés de patient MB (43 %) et surtout de patient MB avec un IB à 4 ou 5+ (52 % des MB) indiquent également une transmission importante. La proportion faible de cas familiaux (10 %) parmi les cas non autochtones s'explique par l'absence totale ou partielle de leur famille sur le territoire.

Depuis 1999, d'importantes actions ont été menées dans l'île en matière de lutte anti-lépreuse. En 2003, la campagne de dépistage au sein des familles autochtones ayant eu au moins un cas de lèpre depuis 1997 a permis la détection de 61 nouveaux cas, chiffre le plus important de l'étude. Le renforcement des activités de formation des personnels de santé et d'information des malades en matière de dépistage semble avoir été très utile car de nombreux patients ont été adressés au service par les médecins, initialement peu formés à cette patholo-

Tableau 2 Comparaison des données épidémiologiques des nouveaux cas de lèpre diagnostiqués à Mayotte de 1990-1998 et de 1999-2005
Table 2 Comparison of epidemiological data of new leprosy cases diagnosed in Mayotte between 1990-1998 and 1999-2005

	1990-1998	1999-2005
Nombre de nouveaux cas détectés	254	342
Prévalence minimale et maximale/ 10 000 Hbts	1,4 - 3,1	4,4 - 5,8
Taux de détection annuel minimal et maximal/100 000 habitants	14 - 31	21 - 38
% de cas autochtones	56	44
% de PB	63	57
% de MB	37	43
% de MB ayant un IB à 4 ou 5+ pour 100 MB	45	52
% d'enfant de moins de 15 ans chez les cas autochtones	28,2	29
% de degré d'infirmité de grade 2	12,6	7,8
% de patient ayant terminé leur traitement	92	90
Nombre de patients autochtones perdus de vue (%)	4 (3)	3 (2)
Nombre de patients non autochtones perdus de vue ou expulsés (%)	6 (6)	24 (12)

gie car majoritairement d'origine métropolitaine et fréquemment renouvelés, les autres acteurs de santé et les malades eux-mêmes. Cette augmentation du nombre de personnes susceptibles de dépister la maladie est certainement à l'origine de l'augmentation du nombre de cas diagnostiqués. Un tel phénomène est connu. Ainsi, dans l'île d'Anjouan et à Madagascar, où des campagnes d'élimination de la lèpre (CEL) ont été organisées ces dernières années, le nombre de nouveaux cas a considérablement augmenté (300 nouveaux cas ont été dépistés en 2002 lors de la CEL à Anjouan puis 130/an en 2003 et 2004 alors que dans les années précédant la CEL il n'y avait que 100 nouveaux cas par an). De plus et bien qu'il n'y ait pas de différence statistiquement significative, le diagnostic a été probablement plus précoce car le pourcentage de patients ayant une invalidité de degré 2 au moment du diagnostic a diminué (7,8 % dans cette étude *versus* 12,6 % durant la période 1990-1998). Ces résultats étaient donc prévisibles et sont le témoin d'une action efficace. Néanmoins, alors qu'une PCT bactéricide permettant classiquement l'arrêt de la contagiosité dès le premier mois a été mise en place sur l'île depuis plus de 14 ans, la transmission n'a pas diminué. Cette constatation qui a été faite dans de nombreux pays [6] pourrait s'expliquer par une durée d'incubation de la maladie très longue (cinq à 10 ans, voire plus) et de

plus, dans le cas de Mayotte, par le nombre non négligeable de patients non autochtones perdus de vue ou expulsés et qui insuffisamment traités restent contagieux pour leur entourage. En 2006 grâce à un financement de la caisse de sécurité sociale de Mayotte et de la Dass et grâce à la participation d'élèves infirmiers nous avons pu organiser des campagnes d'affichages et de sensibilisation dans des écoles et parmi la population de quelques villages. Il est donc indispensable de continuer et d'intensifier ses actions de lutte sur le terrain tout en sachant qu'il est certainement illusoire d'envisager l'élimination de la lèpre à Mayotte sans que celle-ci soit éliminée des pays proches.

Références

- [1] Situation mondiale de la lèpre en 2005. *Rel Epid Hebd OMS*, 2005; 34:289-296.
- [2] Zahara S. Situation de la lèpre à Anjouan (Union des Comores) en 2004. *Bulletin de l'ALLF*, 2006; 18:7-8.
- [3] De Carsalade G, Achirafi A, Flageul B. La lèpre dans la collectivité territoriale de Mayotte (Océan indien): Étude rétrospective de 1990 à 1998. *BEH*, 1999; 44:186-187.
- [4] De Carsalade G, Achirafi A, Flageul B. Pentoxifylline in the treatment of erythema nodosum leprosum. *J Dermatol* 2003; 30:64-68.
- [5] La lèpre dans les DOM-TOM au 1^{er} janvier 2006. *Bulletin de l'ALLF*, 2006; 19:3.
- [6] Rapport du Forum technique de l'Association Internationale de la Lèpre (ILA) (février 2002). *Bulletin de l'ALLF*, 2002, n° spécial: 11.

Streptocoque du groupe B en pathologie humaine : origine des isolats et sensibilité aux antibiotiques

Roland Quentin (quentin@med.univ-tours.fr)^{1,4}, Joëlle Loulergue¹, Laurence Mala¹, Audrey Porcheron¹, Claude Grasmick², Patrice Laudat³
 Nathalie van der Mee-Marquet¹ et les réseaux de surveillance des infections à streptocoque du groupe B^{2,3,4}

1 / Université François Rabelais, CHU Trousseau, Tours, France 2 / Réseau du Collège de bactériologie virologie hygiène des hôpitaux 3 / Réseau des laboratoires privés (RBML et Epiville)
 4 / Réseau des Centres hospitaliers universitaires (voir composition des réseaux en fin d'article)

Résumé / Abstract

Introduction – Le streptocoque du groupe B (SGB) est la première cause des infections néonatales mais sa place dans les infections de l'enfant et de l'adulte en France est à évaluer.

Méthodes – Les circonstances cliniques d'isolement du SGB, les sérotypes impliqués et la sensibilité aux antibiotiques des souches ont été évalués avec l'aide d'un réseau de 29 laboratoires.

Résultats – 66,4 % des souches de SGB isolées sont issues des prélèvements effectués chez l'adulte et l'enfant. Les bactériémies surviennent dans 84,8 % des cas chez le sujet de plus de 50 ans. Les SGB de sérotype III prédominent chez les souches isolées des infections néonatales (66,6 %). Chez l'adulte et l'enfant, la majorité des SGB isolés sont de sérotype I (32,7 %) et III (35,9 %). Les souches de SGB sont toutes sensibles aux pénicillines et au céfotaxime. La résistance aux tétracyclines est notable (79,4 %). La prévalence de la résistance à l'érythromycine (20,9 %) est plus élevée pour les souches isolées chez les nouveau-nés (>30 %) que pour celles isolées chez l'enfant et l'adulte (17,4 %) et pour les SGB de sérotype V (46,9 %).

Discussion-Conclusion – Les différents sérotypes de SGB ont une certaine spécificité de site anatomique. L'utilisation de l'érythromycine pour la prophylaxie ou le traitement des infections à SGB mériterait d'être rediscutée.

Group B streptococcus as human pathogen: origin of isolates and antibiotic susceptibility

Introduction – *Group B streptococcus (GBS)* is the main cause of neonatal infection. Its role in children and adults infections in France has to be assessed.

Methods – The clinical circumstances in which group B streptococcus (GBS) strains were isolated, serotypes involved and the antibiotic susceptibility of isolates were evaluated with the contribution of 29 French laboratories.

Results – 66.4% of GBS strains were isolated from adults and children. 84.8% of bacteriemiae occur in adults over 50. The prevalence of serotype III in neonatal GBS infections was 66.6% while GBS strains isolated from adults were mostly of serotype I (32.7%) and III (35.9%). All isolates were fully susceptible to penicillin and cephalosporin. Resistance to tetracyclin was noticeable (79.4%). Resistance to erythromycin (20.9%) was higher among GBS strains isolated from neonates (>30%) than among children and adults isolates (17.4%) and was observed for 46.9% of serotype V strains.

Discussion-Conclusion – The various GBS serotypes show specificities for different anatomic sites. The relevance of using erythromycin for GBS prophylaxis or treatment of GBS infections deserves to be reconsidered.

Mots clés / Key words

Streptococcus agalactiae, origine des souches, sérotype, sensibilité aux antibiotiques / *Streptococcus agalactiae*, origin of strains, serotype, antibiotic susceptibility