

INFORMATION

PÈLERINAGE DE LA MECQUE

Les pèlerins se rendant à La Mecque devront être munis à l'entrée en Arabie Saoudite d'un certificat de vaccination contre la méningite méningococcique datant de moins de 2 ans et de plus de 3 semaines.

Source : R.E.H. 1988 ; 63 : 128.

SITUATION EN FRANCE

LES LEPTOSPIROSES EN FRANCE EN 1987

Dr Baranton, Dr Perolat,

Centre national de référence des leptospiroses, Institut Pasteur, Paris

En 1987, 4 952 sérums et 119 prélevements (hémocultures, cultures de L.C.R., urocultures) ont été adressés au Centre national de référence.

Ont été considérés comme cas de leptospirose, les malades chez qui a été isolée une leptospire ou qui ont présenté une réaction sérologique $\geq 1/100$ avec un des antigènes de la réaction de référence.

Le niveau d'endémie 1987 apparaît comme tout à fait exceptionnel comparé à celui de 1986 :

	Métropole	D.O.M. - T.O.M.
1986	238	160
1987	443 (*)	185 (**)

(*) + 4 cas provenant de deux nouveaux laboratoires collaborateurs.

(**) + 46 cas provenant de Nouvelle-Calédonie.

Ce sont en fait au total 675 cas qui ont été répertoriés cette année en France ; mais même en faisant abstraction des 50 cas déclarés par des laboratoires nouvellement sollicités, c'est un chiffre sans égal dans le passé.

A. Pour la métropole, responsable de cette augmentation des cas, le maximum répertorié depuis quinze ans était de 304 cas en 1983.

L'analyse des données permet de localiser dans l'espace et le temps l'accroissement endémique par rapport à l'accoutumée en métropole.

Si le pic estival, du reste modeste cette année, s'est bien produit en juillet-août, il s'y ajoute un second maximum plus élevé et tout à fait inhabituel en octobre-novembre, non pas explicable par la période des congés (fig. 1).

Si l'on examine l'aspect géographique, il montre l'habituelle répartition maximale en périphérie de l'hexagone avec une densité plus élevée au voisinage des grands bassins fluviaux, un peu accentuée cette année tout particulièrement dans le sud-ouest de la façade atlantique (fig. 2).

La moyenne d'âge des patients dont l'âge est connu (370) est de 42 ans (voisine chez les hommes et les femmes et quelle que soit l'origine des malades). 80 % des cas sont de sexe masculin.

La répartition par groupes professionnels ou d'activités ne montre rien de particulier. Il faut toutefois noter que si les agriculteurs représentent plus de la moitié des cas relevés dans les groupes dits « à risques », la population « inactive » (étudiants et surtout écoliers et retraités) est aussi largement représentée parmi les patients que l'ensemble des groupes à risques, ce qui souligne l'importance du phénomène loisirs (pêche, sports nautiques, baignades, animaux de compagnie) [tabl. 1].

Figure 1. — Distribution mensuelle des cas de leptospirose diagnostiqués en 1987

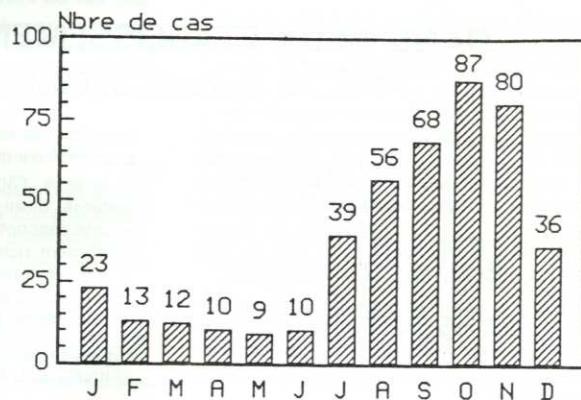


Figure 2. — Répartition départementale des cas de leptospirose diagnostiqués en 1987

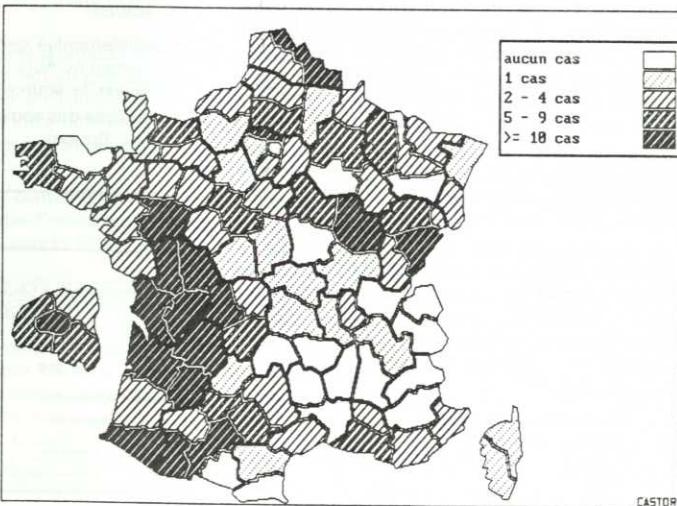


Tableau 1. — Répartition des cas de leptospirose selon la profession (dans les 209 cas où celle-ci est connue)

Profession	Nombre de cas	Pourcentage
Agriculteurs	44	21
Voierie, égouts	6	3
Bouchers, abattoirs	10	5
Plombiers	5	2
Professions médicales et paramédicales	5	2
Restauration, laiteries	8	4
Bateliers, forestiers	5	2
Professions non exposées	126	60
Total	209	100

La répartition des sérovars en cause montre la poursuite du déclin d'*Icterohaemorrhagiae* (60 % des cas dans les années 70, 37 % en 1987), la plus grande diversification des sérovars retrouvés et tout particulièrement cette année l'importance grandissante de *Grippotyphosa* : 25 % des leptospiroses 1987 globalement (chiffre multiplié par quatre entre 1986 et 1987, alors que le nombre de cas a doublé). De plus, en octobre-novembre, ce sérovar est aussi représenté qu'*Icterohaemorrhagiae* et prédomine même en décembre.

Si l'on rapproche tous ces éléments, on peut estimer que sur une année normale s'est greffée en automne (octobre-novembre) une recrudescence de leptospiroses à *Grippotyphosa*, particulièrement nette dans la région atlantique. À l'origine de cette recrudescence, on peut suggérer les conditions

météorologiques défavorables, bien que non exceptionnelles (pluie et vent), qui ont prévalu dans la partie ouest du pays.

B. Dans les D.O.M.-T.O.M., on retrouve peu d'éléments spécifiques à cette année, sinon l'apparition du sérovar *hardjo* à la Réunion et en Guadeloupe, tout comme en Métropole. Cette apparition était attendue dans le domaine humain puisque ce sérovar était déjà présent chez le bétail et déjà observé en pathologie humaine dans les autres pays européens. En Nouvelle-Calédonie, ce sérovar était déjà connu car cette zone du Pacifique l'abritait depuis plusieurs années (Nouvelle-Zélande).

En Martinique et à la Réunion, le nombre de cas s'est accru ; le cyclone qui a ravagé ce dernier département en février, ainsi que les pluies qui s'en sont suivies, peuvent expliquer la recrudescence d'avril.

Sur le plan de la gravité, il est toujours aussi difficile d'estimer la léalité de la leptospirose (5 cas mortels recensés) faute d'information sur les évolutions fatales des leptospiroses confirmées et surtout par l'impossibilité d'apporter un diagnostic sérologique lors des décès précoces, les plus fréquents, les anticorps n'étant démonstratifs qu'après les 10^e et 15^e jours de maladie, souvent plus si une antibiothérapie a été instituée d'emblée.

À noter que cette année le nombre d'**examens bactériologiques** (qui seuls peuvent apporter une certitude dans les quinze premiers jours) a doublé par rapport à 1986 (109 en 1987 contre 48 en 1986) tendance que nous souhaiterions voir se confirmer.

Il faut signaler que cet été le décès d'un jeune adolescent adepte des sports nautiques a entraîné un certain degré de « médiatisation » à cette endémie mais que l'interprétation de la presse s'est souvent centrée sur la mise en cause de cours d'eau précis, d'absence d'analyses d'eau, de dératisation, etc., toutes mesures ou conclusions approximatives et d'efficacité douteuse quand on sait que pratiquement toutes les eaux de surface non traitées peuvent être touchées ponctuellement.

ENQUÊTE

ÉPIDÉMIE DE SHIGELLOSE DANS DEUX ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES DE SEINE-MARITIME

C. Vaillant*, J. Duchemin**, A. Collet*** et J. Bacou****

Devant la survenue de 15 cas de gastro-entérites, pendant le deuxième week-end de septembre 1987, chez des enfants scolarisés dans un même établissement de Barentin, le médecin généraliste de garde a alerté la D.D.A.S.S. de Seine-Maritime. Dans le mois qui a suivi, près de 200 cas ont été observés dans ce même collège.

Pour préciser la source de cette épidémie et interrompre la chaîne de transmission, une étude épidémiologique a été effectuée par l'ingénieur sanitaire de la D.D.A.S.S. et le médecin de liaison de santé scolaire.

MÉTHODE

Les cas de gastro-entérites étaient tous scolarisés dans deux établissements de Barentin : le collège André-Marie et l'école Louis-Pergaud. Il faut noter que du 8 au 20 septembre 1987 l'ensemble des élèves demi-pensionnaires et pensionnaires de ces établissements ont tous pris leurs repas à la cantine de l'école Louis-Pergaud. L'enquête mise en place concernait donc les élèves malades et non malades inscrits dans ces deux établissements pendant le mois de septembre 1987 (soit 736 élèves).

Un questionnaire établi par l'ingénieur sanitaire de la D.D.A.S.S. a été distribué à tous les élèves et rempli pendant les cours de sciences naturelles sous le contrôle du professeur (les trois professeurs concernés ayant été préalablement mis au courant par l'ingénieur sanitaire).

Les données recueillies grâce à ce questionnaire anonyme concernaient :

- le sexe, l'âge, la classe et le statut scolaire (externe, demi-pensionnaire ou pensionnaire);
- une description clinique des symptômes éventuellement ressentis;
- type et durée de la prise en charge thérapeutique (absentéisme);
- l'existence de cas dans la fratrie.

L'analyse a été effectuée grâce au logiciel EPIINFO (C.D.C.).

A été considéré comme malade, tout enfant ayant eu une diarrhée avec ou sans fièvre après la rentrée scolaire (le 8-9-1987).

Une confirmation du diagnostic, par coproculture a été recherchée pour 31 cas; tous positifs à *S. sonnei*.

Parallèlement à cette enquête épidémiologique, un certain nombre de mesures ont été prises pour retrouver la source de cette épidémie :

- analyse des eaux potables (laboratoire municipal de Rouen);

- prélèvements alimentaires (services vétérinaires) et des instruments de cuisine;
- coprocultures pour le personnel de la cantine.
- certains malades étant de retour de Tunisie, (32) un questionnaire complémentaire a permis d'obtenir des données concernant leur séjour (habitat, hygiène alimentaire et principal).

Enfin des notes aux familles ont été transmises par les enfants, concernant les mesures pratiques à adopter devant cette épidémie (évitement scolaire, mesures d'hygiène, point de la situation dans les établissements).

RÉSULTATS

Parmi les 736 élèves interrogés, on compte 185 malades (25 %).

Répartition par sexe et âge

Le sexe-ratio est voisin de 1 pour les malades et les non-malades.

	Nombre des élèves	Pourcentage de malade	Risque relatif	P
Établissement : Louis-Pergaud	81	7		
André-Marie	675	27,4	3,7	p < 0,001
Âge : < 13 ans	392	31,1	1,3	p < 0,02
> 13 ans	319	23,2		
Sexe : Masculin	347	29,4	1,1	N. S.
Féminin	371	26,4		
Statut : Externe	93	14,8		
Demi-pensionnaire	612	29,7	29,7	p < 0,001

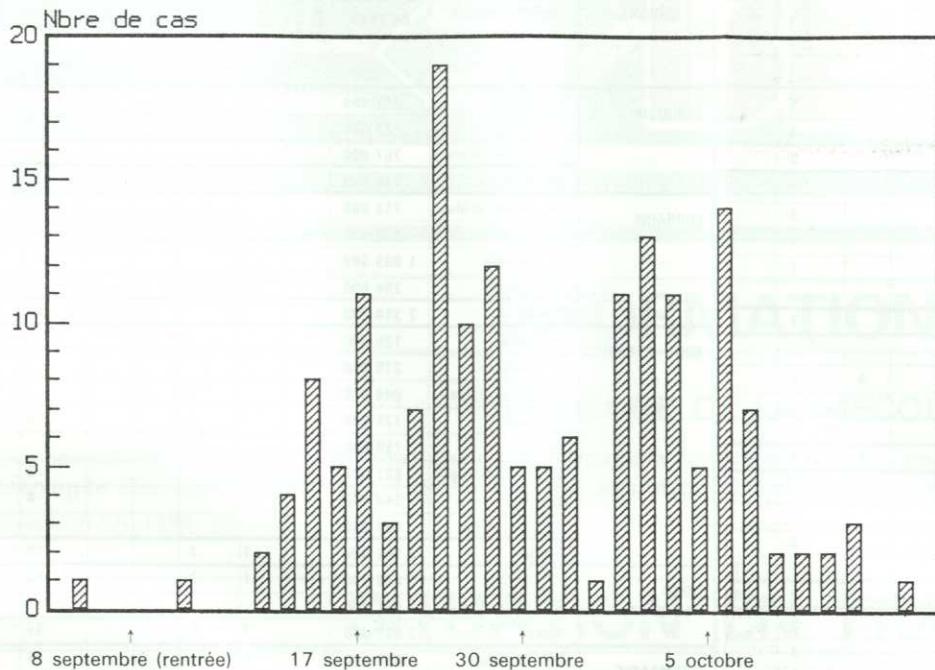
* Interne en biologie, Rouen.

** Ingénieur sanitaire, D.D.A.S.S. 76.

*** Médecin coordinateur de santé scolaire, D.D.A.S.S. 76.

**** Interne de santé publique, D.G.S.

Courbe épidémique



Il y a significativement plus de malades chez les enfants de moins de 13 ans que chez les plus de 13 ans (risque relatif : 1,34, $p < 0,02$).

Statut scolaire

Il y a significativement plus de malades parmi les demi-pensionnaires (30 %) que parmi les externes (15 %).

Établissements concernés

On met en évidence une différence significative entre le pourcentage de malades parmi les élèves du collège André-Marie (27,4 %) et parmi ceux de l'école Louis-Pergaud (7,4 %) [$p < 0,001$].

Évolution

21 % des malades ont consulté un médecin. La durée d'évolution moyenne de la diarrhée est de 4,5 jours (médiane à 3,5 jours), 90 % des malades n'ont plus de diarrhée après 8 jours d'évolution.

Courbe épidémique

La période de 2 à 3 jours séparant la rentrée scolaire de l'apparition des premiers cas est tout à fait compatible avec la durée d'incubation d'une *Shigellose* (1 à 3 jours en moyenne).

L'ascension progressive du nombre de cas pendant la première semaine de l'épidémie ainsi que sa durée (environ un mois) sont en faveur d'une transmission interhumaine.

Cas importés

Parmi les 191 cas, 24 sont des enfants vraisemblablement contaminés en Tunisie, 13 ont été malades sur place (41 % des enfants ayant séjourné en Tunisie) et 11 après leur retour en France.

Cependant on ne met pas en évidence de différence significative entre le pourcentage de malades dans les classes comprenant un ou plusieurs élèves ayant présenté une gastro-entérite pendant ou après leur séjour en Tunisie (29 %) et le pourcentage de malades dans les autres classes (25 %).

Environnement

Les analyses effectuées dans les locaux de l'école Louis-Pergaud tant au niveau de l'eau que dans les cuisines se sont révélées négatives ainsi que les 42 coprocultures des membres du personnel de restauration.

lavage des mains); la prédominance d'un facteur étiologique type « mains sales » semble ainsi se dégager.

Cette épidémie a été très localisée (à Barentin, et précisément au collège André-Marie); la contamination intra-familiale a été très faible. Elle a touché de très rares adultes (les seuls atteints ont mangé à la cantine de l'école Louis-Pergaud). Par conséquent, les conseils d'hygiène et l'évitement proposés ont été bien respectés et assez efficaces pour éviter l'extension de l'épidémie à l'extérieur et en limiter la durée dans le collège.

Commentaire sur la logistique mise en place

Dans cet épisode brutal, le système de recueil d'informations a été rapidement mis en place et efficace. Le réseau de liaison interne des 17 médecins généralistes de la vallée de l'Austreberthe a permis aux autorités sanitaires d'apprécier l'importance de l'épidémie et d'agir en conséquence :

1. Coprocultures dès l'apparition des premiers cas.
2. Campagne d'éducation sanitaire : enseignement des règles d'hygiène individuelle et collective avec la collaboration des professeurs de sciences naturelles.
3. Mise en place de sèche-mains soufflants, désinfection des sanitaires.

Il est regrettable de ne pas avoir conservé les repas des 9, 10 et 11 septembre afin de les analyser, ceux-ci correspondant à la période précédant le premier pic d'incidence.

La cause primaire de l'épisode est, selon toute vraisemblance, liée à un ou plusieurs enfants malades ou porteurs inapparents, contaminés en juillet-août par ingestion d'eau ou d'aliments souillés lors d'un voyage en Tunisie.

Ce fait, corroboré par le nombre important d'enfants indisposés durant leur séjour, ne peut néanmoins être validé avec certitude par l'enquête épidémiologique, d'autant plus que *Shigella sonnei* est relativement répandu sur le territoire français.

PRÉVENTION

Recommandations générales

Pour éviter de revivre un tel épisode infectieux, il est important que, de part et d'autre, les principes de l'hygiène collective soient mieux respectés.

En matière d'hygiène alimentaire : contrôle régulier du personnel de cuisine (inspection académique) et des aliments servis (direction des Services vétérinaires, auto-contrôle).

Au niveau des surfaces : nettoyage des sanitaires; papier toilette mis à la disposition des élèves; savon et essuie-mains.

Aspect administratif : le contrôle de l'hygiène des établissements collectifs est sans doute à renforcer, sous l'angle surtout de la prévention et de l'éducation sanitaire du personnel d'encadrement.

Action des parents : une sensibilisation des enfants vis-à-vis des principes d'hygiène individuelle.

Au niveau de la commune : il est important de veiller au respect des mesures d'hygiène pour les colonies de vacances à l'étranger (locaux, eau et aliments, encadrement).

Au niveau médical : il est important de signaler à la D.D.A.S.S. toute maladie transmissible sévisant sous forme de cas groupés dans le temps ou l'espace (qu'elle soit ou non à déclaration obligatoire). Des réseaux locaux de médecins « sentinelles » sont particulièrement utiles pour ce type de problèmes d'autant plus que leur action ne se limite pas à une simple alerte, mais se prolonge par une information homogène et sereine de la population, en liaison avec les responsables de santé publique.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 18 au 24 avril 1988

Rédacteur en chef : Dr Élisabeth BOUVET

Rédacteur en chef : Dr Elisabeth BOUVEI
Rédaction : Drs Jean-Baptiste BRUNET, Bruno HUBERT, Anne LAPORTE, Jean PERRIN

Redaction : D- Jean-Baptiste BRUNET.
Administration : M André CHAUVIN

Administration : M. André CHAUVIN
Les demandes d'abonnement doivent être faites par courrier

La publication d'un article dans le *B.E.H.* n'empêche pas sa publication ailleurs

La publication d'un article dans le B.E.P. n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles publiés peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Direction générale de la Santé
Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
Bureau 1 C : 1, place Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 47 65 25 55

N° CPP : 2015 AD

N° ORT : 2015 AB
on ailleurs