



Surveillance des infections à méningocoque en France, 1990-1997 : p. 189.

Les intoxications accidentelles non professionnelles en 1995, enquête menée auprès des centres antipoison de France : p. 190.

N° 42/1997

14 octobre 1997

SITUATION EN FRANCE

SURVEILLANCE DES INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE EN FRANCE, 1990-1997

B. HUBERT*, V. GOULET*, J.-Y. RIOU**

DESCRIPTION DES SOURCES D'INFORMATION

La surveillance des infections à méningocoque en France repose sur quatre sources d'information :

1. Les infections à méningocoque sont à déclaration depuis 1902. Une définition de cas pour la surveillance, introduite en 1985, est basée sur l'isolement de *Neisseria meningitidis* dans le liquide céphalorachidien (LCR) ou le sang ou sur la présence d'antigènes dans le LCR, le sang ou les urines. En 1989 et 1990, en utilisant la méthode de capture-recapture, nous avons estimé que les cas déclarés représentaient 71 % de l'ensemble des cas d'infections à méningocoque en France (1).

2. Le Centre national de Référence pour les méningocoques (CNR), situé à l'institut Pasteur depuis 1987, reçoit les souches adressées par les laboratoires pour confirmation du diagnostic de sérogroupage. On estime que les souches reçues représentaient 50 % de l'ensemble des isollements en 1989, 58 % en 1990 (1) et probablement une proportion plus élevée au cours des dernières années.

3. Un système de surveillance active basé sur les laboratoires (EPIBAC) fournit, depuis 1991 des informations sur les méningites et les bactériémies diagnostiquées en France : en 1995, ce système incluait la moitié des laboratoires hospitaliers publics français (2).

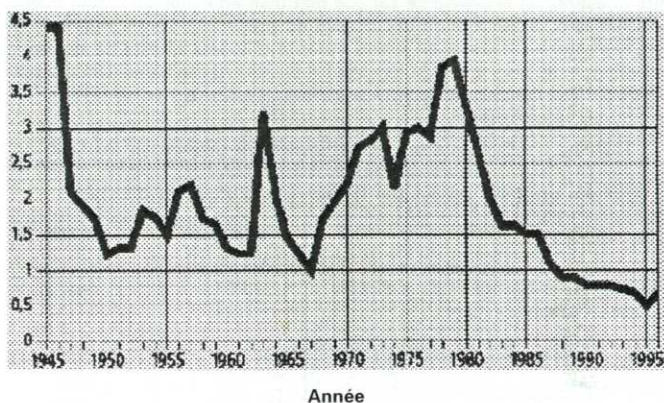
4. Les données provenant des certificats de décès sont enregistrées par l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM). Nous avons pris en compte les décès comportant une mention d'infection à méningocoque (code CIM-9 : 036.0 à 036.9) en tant que cause immédiate ou associée du décès.

RÉSULTATS

En 1995, le taux d'incidence des cas déclarés d'infections à méningocoque était à son niveau le plus bas depuis 1945 (fig. 1). Cette tendance récente est cohérente avec les données d'EPIBAC et du CNR (tabl. 1). Par rapport à 1995, une augmentation a été observée en 1996 (+ 11 %) et au début de 1997 (+ 10 % jusqu'à la semaine 19).

Figure 1. – Incidence des cas déclarés d'infections à méningocoque en France, 1945-1996

(Incidence pour 100 000)



* Réseau national de Santé publique, Saint-Maurice, France.

** Centre National de Référence des méningocoques, Institut Pasteur, Paris, France.

Tableau 1. – Cas rapportés d'infections à méningocoque, incidence estimée, France, 1990-1997

Année	Nombre de cas (déclarations)	Nombre de cas (CNR) [1]	Nombre de décès (certificats de décès)	Proportion de groupe C** %	Incidence estimée 1/10 ⁵ (déclarations)***	Incidence estimée 1/10 ⁵ (EPIBAC) [2]
1990	428	353	28	30	1,00	–
1991	432	415	37	33	1,00	0,98
1992	452	454	27	44	1,03	1,15
1993	418	427	20	35	0,95	0,92
1994	367	368	25	28	0,84	0,66
1995	310	329	28	22	0,75	0,69
1996	346	367	–	22	0,82	0,79
1997*	180	–	–	21	–	–

* Données provisoires jusqu'à la semaine 19 incluse.

** Parmi les cas déclarés.

*** Considérant que la sensibilité de la déclaration est stable à 70 % sur la période.

CNR : Centre national de Référence des méningocoques.

EPIBAC : Système de surveillance basé sur les laboratoires.

Entre 1990 et 1995, le nombre annuel de décès enregistrés a varié entre 20 (en 1993) et 37 (en 1991). Le taux de mortalité moyen annuel a été de 0,5/million. Parmi les cas déclarés, le taux de létalité était stable autour de 10 %. Aucun glissement dans la distribution par âge des cas n'a été observé entre 1990 et 1996.

Le sérotype C représentait environ 30 % des cas déclarés entre 1985 et 1991, a augmenté à 44 % en 1992 et a ensuite décliné à 22 % en 1995-1996 et 21 % au début de 1997 (tabl. 1). En comparant la période 1989-1992 avec 1996, l'incidence des infections liées au sérotype B:15 a légèrement diminué de 20 % à 17 % des isollements du groupe B ; B:4 (principalement du sous-type P1.4) a augmenté brutalement de 9 % à 26 % des isollements du groupe B ; C:2a a diminué de 69 % à 53 % des isollements du groupe C.

En réponse à l'augmentation des infections à méningocoque du sérotype C dans l'armée française en 1992, la vaccination de toutes les nouvelles recrues (200 000 hommes par an, soit 6 % des 3,2 millions d'hommes âgés de 18 à 25 ans) par un vaccin bivalent A-C a été introduite en 1993 par le ministère de la Défense (3). Toutefois, l'impact de cette mesure n'est pas clair puisqu'en 1993 une diminution de l'incidence du sérotype C a été observée dans chaque groupe d'âge et dans les deux sexes.

CONCLUSION

Le taux d'incidence des infections à méningocoque en France reste peu élevé (< 1/100 000) et les infections à sérotype C ne représentent qu'une faible proportion des cas.

RÉFÉRENCES

- [1] HUBERT B., DESENCLOS J.-C. – Évaluation de l'exhaustivité et de la représentativité d'un système de surveillance par la méthode de capture-recapture. Application à la surveillance des infections à méningocoque en France en 1989 et 1990. – *Rev. Épidém. Santé Publ.* 1993. 41 : 241-9.
- [2] MEHL-AUGEER I., VAILLANT V., LAURENT E., GOULET V. – Surveillance des méningites et des bactériémies par le réseau EPIBAC 1987-1994. – *Rev. Épidém. Santé Publ.* 1993. 45 (S) : S49-50.
- [3] SPIEGEL A., QUENEL P., SPERBER G., MEYRAN M. – Évaluation de l'efficacité de la stratégie de vaccination antiméningococcique chez les appelés de l'armée française. – *Cahiers Santé*, 6 : 383-8.