

INFORMATISATION DES DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES DE SIDA

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (C.N.I.L.) a émis un avis favorable pour l'automatisation des déclarations obligatoires de SIDA, sous réserve que le droit d'accès pour les patients soit mentionné sur les formulaires de déclaration.

Les questionnaires portant cette mention seront disponibles dans les D.D.A.S.S. dans le courant du mois de janvier.

Arrêté du 31 octobre 1988
relatif à l'informatisation des déclarations obligatoires de SIDA avéré
NOR : SPSP8801757A

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, porte-parole du Gouvernement,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 11 relatif aux maladies à déclaration obligatoire;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés;

Vu le décret n° 78-774 du 17 juillet 1978, modifié par les décrets n° 78-1823 du 28 décembre 1978 et n° 79-421 du 30 mai 1979 pris en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978;

Vu le décret du 21 décembre 1936 relatif aux conditions de déclaration de certaines maladies contagieuses;

Vu le décret n° 86-770 du 10 juin 1986 relatif à la liste des maladies à déclaration obligatoire;

Vu la délibération n° 88-91 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 6 septembre 1988,

Arrête :

Article premier. — Il est créé, à la direction générale de la santé (D.G.S.), bureau des maladies transmissibles, un traitement automatisé des déclarations obligatoires de SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise) qui constitue la forme clinique majeure de l'infection par le V.I.H. (virus de l'immunodéficience humaine), suivant la définition de l'O.M.S. (Organisation mondiale de la santé).

Article 2. — Les informations contenues dans le formulaire de déclaration obligatoire de SIDA avéré, qui font l'objet d'un traitement automatisé, sont les suivantes :

— initiales du nom et du prénom ; date de naissance ; sexe ; pays ou département de résidence ; nationalité ; code I.N.S.E.E. de la catégorie socio-professionnelle ;

— pathologie indicative de SIDA avéré, diagnostiquée ;
— mode présumé de transmission ;
— situation du malade : vivant ou décédé ;
— nom du médecin déclarant et service hospitalier d'appartenance.

Article 3. — Les informations individuelles portées sur le formulaire de déclaration obligatoire par le médecin déclarant sont transmises, sous pli confidentiel, au médecin inspecteur de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.). Le médecin inspecteur de la D.D.A.S.S. transmet, sous pli confidentiel, les déclarations obligatoires de SIDA avéré au médecin de la D.G.S. responsable de la surveillance épidémiologique du SIDA.

Article 4. — Après traitement automatisé, les informations mentionnées à l'article 2 du présent arrêté sont transmises, trimestriellement, sous la forme de statistiques synthétiques, rigoureusement anonymes, aux destinataires suivants :

— le ministre chargé de la santé ;
— les autorités sanitaires départementales ;
— les médecins déclarants ;
— le Bulletin épidémiologique hebdomadaire ;
— le centre collaborateur O.M.S. sur le SIDA à Paris.

Article 5. — Conformément aux dispositions des articles 34 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée, l'exercice du droit d'accès s'effectue auprès du bureau des maladies transmissibles à la direction générale de la santé, 1, place de Fontenoy, 75007 Paris, par l'intermédiaire du médecin déclarant.

Article 6. — Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 octobre 1988.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J.-F. GIRARD

LE POINT SUR...

ÉMERGENCE DE LA CHLOROQUINORÉSISTANCE DU PALUDISME AU SÉNÉGAL

J. LE BRAS (1), P. RINGWALD (1), J.-C. DOURY (2), J. BEYTOUT ET M. CAMBON (3)

L'émergence de foyers de chloroquinorésistance de *P. falciparum* au Sénégal est suspectée depuis 1987 (*Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1987, 81, p. 728). Nous rapportons deux cas d'accès palustre dont l'un grave, survenus au cours des deux derniers mois de 1988 malgré une chimioprophylaxie par la chloroquine correctement suivie. Dans les deux cas la souche plasmodiale isolée était chloroquinorésistante.

Un Français de 25 ans ayant séjourné au Sénégal et en Gambie a été hospitalisé le 16 décembre 1988 à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand pour accès palustre quatre jours après son retour de voyage. La parasitémie était de 1 200 000 parasites par μ l. L'apparition de troubles de la conscience a nécessité son transfert en réanimation où il a été traité par la quinine et a fait l'objet d'une exsanguino-transfusion. La souche était chloroquinorésistante (CI 50 = 190 nmol/l), sensible à la quinine et à la méfloquine. Le second sujet âgé de 20 ans a présenté un accès palustre en novembre 1988 alors qu'il séjournait depuis un mois au Sénégal (à l'exclusion de tout autre pays) et suivait une chimioprophylaxie régulière par la chloroquine. La souche plasmodiale isolée était chloroquinorésistante (CI 50 = 580 nmol/l) et sensible à la quinine et à la méfloquine. Ces deux cas confirment l'émergence de la chloroquinorésistance au Sénégal. Une souche résis-

tante *in vitro* avait été détectée dans ce pays en 1984 (*Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 1986, 35, p. 717), cependant aucun cas clinique n'était confirmé *in vivo* et *in vitro* jusqu'en 1988. Une enquête C.N.R.C.P./O.R.S.T.O.M. menée en novembre 1988 a constaté plusieurs échecs thérapeutiques de la chloroquine à Pikine, près de Dakar où 3 des 42 souches isolées étaient résistantes *in vitro* à la chloroquine.

Ces observations s'ajoutent aux données récemment publiées signalant l'existence de chloroquinorésistance au Mali, au Liberia, au Tchad et en Sierra Leone. La liste des pays africains où sévit le paludisme en fonction de la chloroquinorésistance est donc désormais (janvier 1989) :

Pays du groupe I :

Pas de chloroquinorésistance rapportée.

Djibouti, Égypte, Guinée Bissau, Guinée, Mauritanie, Niger, Somalie, Cap-Vert, Île Maurice, Sao Tome et Principe.

Pays du groupe II :

Chloroquinorésistance présente.

Afrique du Sud (Transval, Natal), Angola, Burkina Faso, Botswana, Nord-Cameroun, Comores,

Côte-d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Liberia, Madagascar, Mali, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.

Pays du groupe III :

Présence élevée de chloroquinorésistance et multirésistance.

Bénin (région de Cotonou), Burundi, Sud-Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, Kenya, Malawi, Mozambique, Rwanda, Tanzanie, Zaïre, Zanzibar.

(1) C.N.R.C.P., hôpital Bichat - Claude-Bernard 46, rue Henri-Huchard 75018 Paris
Tél. : (1) 40 25 88 99

(2) Centre collaborateur, I.M.T.S.S.A. (Le Pharo) 13398 Marseille-Armées

(3) Service de médecine tropicale et laboratoire de parasitologie Hôtel-Dieu 63003 Clermont-Ferrand Cedex.