



LE POINT SUR...

10 JUL 1992

RÉSEAU NATIONAL TÉLÉINFORMATIQUE DE SURVEILLANCE ET D'INFORMATION SUR LES MALADIES TRANSMISSIBLES (R.N.T.M.T.)

Bilan de la surveillance des médecins sentinelles en 1991

U.R.B.B. (I.N.S.E.R.M. U 263) - D.G.S.

Le réseau national téléinformatique de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles a été créé en 1984 dans le cadre d'une collaboration entre l'Unité de recherches biomathématiques et biostatistiques (U.R.B.B. - I.N.S.E.R.M. U 263) et la Direction générale de la Santé (D.G.S.). Le R.N.T.M.T. rassemble plusieurs partenaires du système de santé et de soins. Il comprend en particulier un réseau d'environ 500 médecins sentinelles répartis sur tout le territoire national et représentant 1 % de la population des médecins généralistes français. Ces médecins exercent bénévolement la surveillance continue de 7 pathologies définies sur des critères cliniques et biologiques (rougeole, oreillons, varicelle, syndromes grippaux, diarrhées aiguës, hépatite présumée virale, urétrite masculine) et la prescription du test V.I.H. Par minitel et au moins une fois par semaine, ils accèdent au serveur vidéotex du R.N.T.M.T. et communiquent les cas qu'ils ont observés et les tests qu'ils ont prescrits. Ils enrichissent ainsi en temps réel, la base de données du réseau. Ils participent par ailleurs à des enquêtes ponctuelles réalisées à la demande (maladie de Lyme, attitude vis-à-vis de la vaccination, etc.). Le serveur vidéotex du R.N.T.M.T. est également utilisé par les directions départementales de l'Action sanitaire et sociale pour signaler à la D.G.S., le nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire observés chaque semaine. Enfin, le Laboratoire national de la Santé utilise également le R.N.T.M.T. pour conduire la surveillance de certaines maladies transmissibles grâce à un réseau de laboratoires d'analyses biologiques hospitaliers.

Cet article présente les résultats de la surveillance exercée par les médecins sentinelles du R.N.T.M.T. durant l'année 1991.

I. ROUGEOLE

Critères retenus pour l'identification des cas :

- éruption généralisée d'une durée supérieure à 3 jours;
- fièvre supérieure à 38,5 °C;
- toux ou coryza ou conjonctivite.

Durant l'année 1991, 517 cas de rougeole ont été rapportés. 466 d'entre eux étaient décrits de manière détaillée. L'incidence de la rougeole observée par le R.N.T.M.T. en 1991 est stable par rapport aux 3 années précédentes. Elle est estimée à 146 000 cas (avec un intervalle de confiance à 95 % de [131 000-161 000]) ce qui correspond à un taux de 258 pour 100 000 habitants (avec un intervalle de confiance à 95 % de [232-285]). Une variation saisonnière de l'incidence présentant un pic en juin est observée depuis plusieurs années. La moyenne d'âge à l'attaque est de 6,6 ans avec un écart type de 4,9. Le taux d'incidence par âge le plus important est, comme les années précédentes, représenté par la classe 1-4 ans (tabl. 1). Néanmoins, ce pourcentage est inférieur à celui des autres années et en conséquence, on observe une forte augmentation du pourcentage des plus de 9 ans. Il n'y a de différence significative ni entre les sexes, ni entre les distributions d'âge des garçons et des filles. En ce qui concerne l'utilisation des vaccins, on observe, de même que pour les années précédentes, une diminution du Rouvax (27 %) en faveur du R.O.R. (68 %). La majorité des informations ont été fournies à partir du carnet de vaccinations de l'enfant (79 %). La vaccination a rarement lieu dans un contexte épidémique (16 %). La majorité des cas apparaissent à l'école (61 %) en raison de l'âge à l'attaque de la rougeole. Dans la majorité des cas, un contagio a lieu (95 %). Le pourcentage de cas ayant été préalablement vaccinés est de 13,1 % pour cette année si l'on

ne considère comme cas associés à un échec de la vaccination, que ceux pour lesquels le délai entre la vaccination et le diagnostic est supérieur à 15 jours.

Tableau 1. — Taux d'incidence et distribution d'âge des cas de rougeole observés sur le R.N.T.M.T. pour la France entière en 1991

Groupe d'âge (années)	Taux d'incidence pour 100 000 habitants	Distribution d'âge (%)
< 1	500	4,1
1-4	1 459	32,7
5-9	1 354	40,3
10-14	558	16,4
15-19	107	3,9
≥ 20	6	2,6

II. OREILLONS

Critères retenus pour l'identification des cas :

- tuméfaction parotidienne uni ou bilatérale, douloureuse, récente, isolée ou associée à une atteinte testiculaire, pancréatique, méningée ou encéphalitique;
- en l'absence de parotidite, l'association d'une orchite, d'une méningite ou d'une pancréatite et d'une séroconversion ourlienne.

422 cas ont été rapportés durant l'année 1991, dont 405 décrits en détail. L'incidence observée cette année augmente par rapport aux 3 années précédentes. Elle est estimée à 117 000 cas (avec un intervalle de confiance à 95 % de [103 600-130 400]) ce qui correspond à un taux de 207 pour 100 000 habitants (avec un intervalle de confiance à 95 % de [183-231]). La moyenne d'âge à l'attaque est de 9,6 ans avec un écart type de 10,6. La classe d'âge la plus fréquente est la classe des 5-9 ans, classe d'âge pour laquelle le taux d'incidence pour 100 000 habitants est également le plus élevé (tabl. 2). Il n'y a pas de différence significative entre sexes. 15,8 % des sujets ont été préalablement vaccinés. Le R.O.R. est le vaccin le plus couramment utilisé (80 % contre 20 % pour l'Imovax). La majorité des cas apparais-

Tableau 2. — Taux d'incidence et distribution d'âge des cas d'oreillons observés sur le R.N.T.M.T. pour la France entière en 1991

Groupe d'âge (années)	Taux d'incidence pour 100 000 habitants	Distribution d'âge (%)
< 1	50	0,5
1-4	924	25,0
5-9	1 268	45,7
10-14	456	17,1
15-19	107	3,5
≥ 20	25	8,2

sent à l'école (58 %) en raison de l'âge à l'attaque de cette maladie. Un contage est noté pour 44 % des cas. Le nombre de complications (soit 1 % des cas) continue de diminuer par rapport aux années précédentes.

III. VARICELLE

Critères retenus pour l'identification des cas :

- début brutal avec fièvre modérée (37,5 °C-38 °C);
- éruption typique : érythémato-vésiculeuse (3-4 jours), prurigineuse, avec phase de dessiccation.

2 187 cas parmi les 2 372 signalés, ont été décrits de façon détaillée au cours de l'année 1991, permettant une première approche de l'épidémiologie de cette pathologie en France. La saisonnalité est marquée par un creux entre août et novembre, tandis que les nombres de cas décrits au cours des autres mois semblent constants. La distribution d'âge des cas indique une prédominance des 1-4 ans (45%) et des 5-9 ans (35 %), mais montre aussi un nombre non négligeable de cas chez les moins de 1 an (103 cas décrits, 5 %) et chez les plus de 20 ans (148 cas décrits, 7 %); 2 cas chez des adultes à haut risque ont également été rapportés : un cas chez une femme enceinte, 1 cas chez un malade immunodéprimé. Au total 2 % des cas présentent une complication et celle-ci est fortement liée à l'âge du malade : les complications sont beaucoup plus fréquentes chez les nourrissons ou chez les plus de 15 ans avec respectivement 6 et 8 % des cas présentant une complication dans ces tranches d'âge, contre seulement 1 % parmi les 1-14 ans (fig. 1). Les complications, en majorité des surinfections bactériennes, concernent pour un tiers les lésions cutanées ou muqueuses, et pour un autre tiers le tractus respiratoire. 1 an de surveillance de la varicelle par les médecins sentinelles nous a permis d'appréhender l'épidémiologie de cette infection courante, telle qu'elle se présente en France actuellement. L'absence de saisonnalité marquée, à l'exception de 3 mois de plus faible incidence, devra être confirmée par la poursuite de la surveillance les prochaines années. La fréquence assez importante des cas chez les adultes, ainsi que la plus forte fréquence des complications chez ces sujets doit également être notée.

Figure 1. - Distribution d'âge des cas de varicelle et des complications

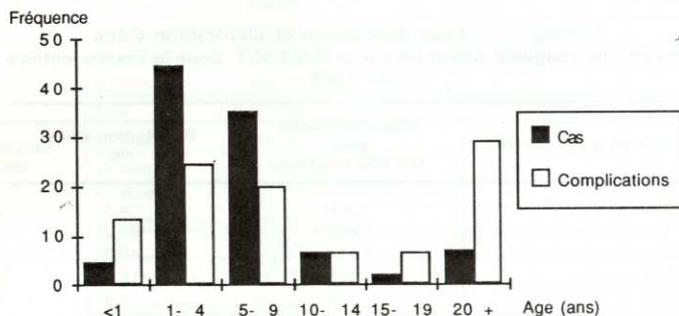
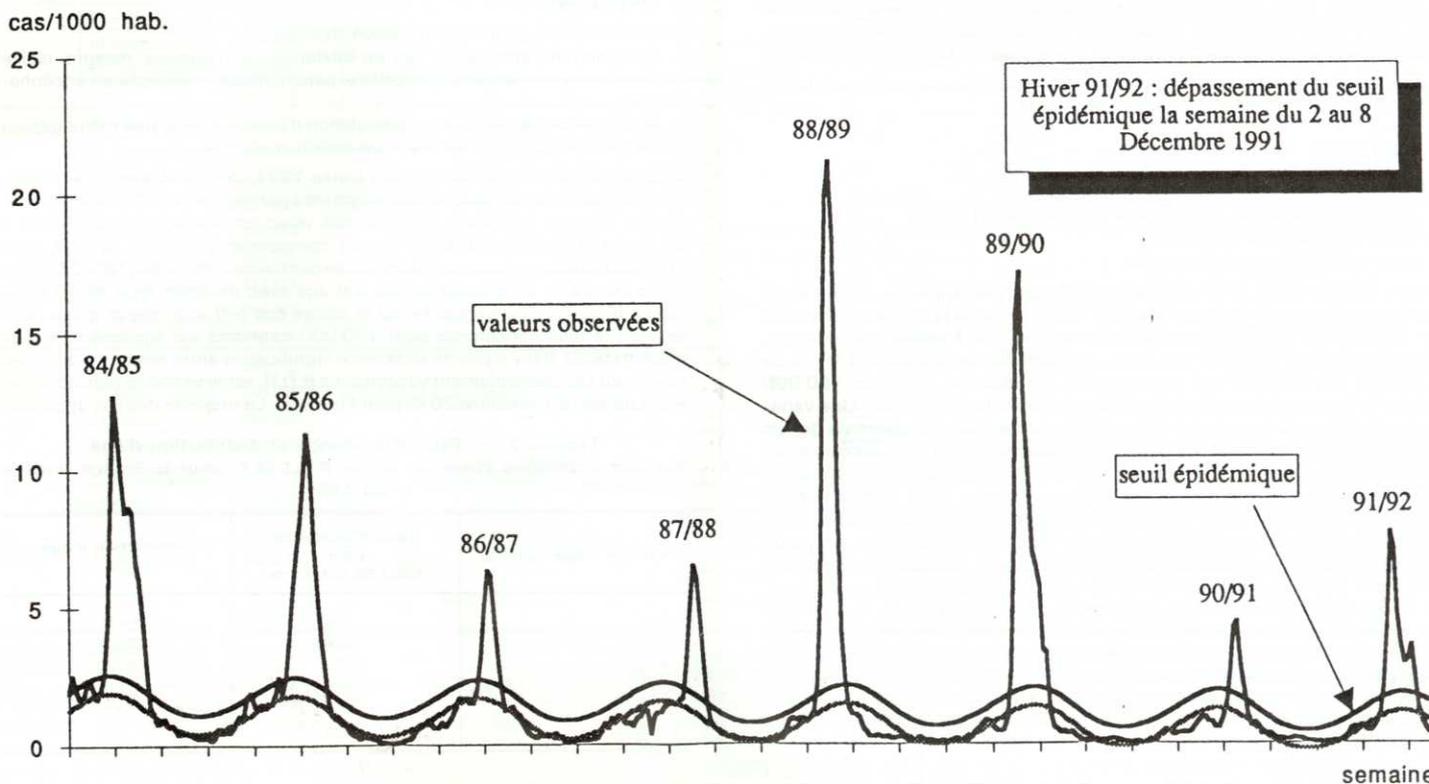


Figure 2. - Incidence hebdomadaire nationale de syndromes grippaux et seuil épidémique calculé selon la méthode de Serfling



IV. SYNDROMES GRIPPAUX

Critères retenus pour l'identification des cas :

- montée brutale de la fièvre;
- fièvre supérieure à 39 °C;
- myalgies;
- signes respiratoires.

9 653 cas, dont 8 639 décrits de manière détaillée, ont été rapportés. Comme chaque hiver, une poussée épidémique a été observée. La première alerte a été donnée au cours de la semaine du 2 au 8 décembre 1991 (fig. 2), par l'observation de dépassements simultanés des seuils épidémiques dans les régions Pays de la Loire et Bourgogne (respectivement 5,6 et 5 cas par médecin par semaine) et d'un premier franchissement au niveau national (1,8 cas pour un seuil à 1,55 cas). L'épidémie s'est développée principalement selon un axe Nord-Ouest/Sud-Est et a rapidement couvert la plus grande partie du pays à l'exception des régions du Nord-Est (Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne). Cette épidémie, qui a duré 10 semaines, a atteint son maximum 3 semaines après son début avec une incidence nationale de 764 cas pour 100 000 habitants. Des maxima locaux (supérieurs à 15 cas par médecin par semaine) ont été enregistrés dans le Lot-et-Garonne, le Cantal, le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône pour la moitié Sud, et toute la région Bretagne pour la moitié Nord (fig. 3). L'épidémie a présenté un « rebond » entre le 20 janvier et le 2 février 1992, probablement imputable à la fermeture puis la réouverture des classes à l'occasion des vacances scolaires. À titre de bilan, la taille de l'épidémie a été moyenne (1 563 000 cas estimés) par comparaison aux valeurs enregistrées en 88/89 et 89/90 (plus de 3 500 000), mais nettement supérieure à l'année précédente (550 000 cas). Les répartitions par tranche d'âge restent comparables aux années précédentes avec environ 7 % des cas observés de moins de 5 ans, 38 % des cas entre 5-19 ans, 51 % des cas entre 20-69 ans et 4 % des cas de 70 ans et plus.

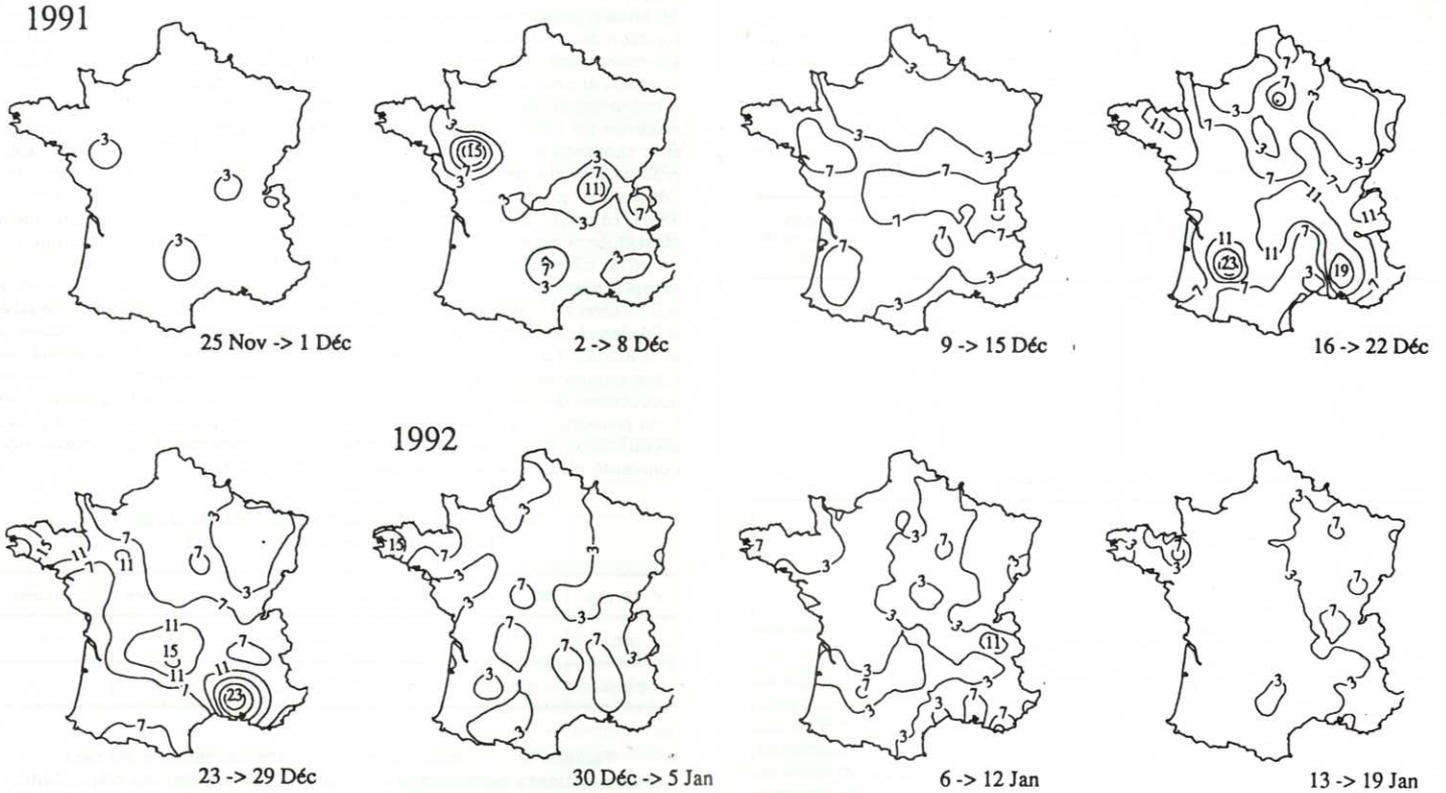
V. DIARRHÉES AIGUËS

Critères retenus pour l'identification des cas :

- diarrhée aiguë;
- récente datant de moins de 15 jours;
- motivant la consultation.

Au cours de l'année 1991, 8 392 cas de diarrhées aiguës étaient signalés dont 7 053 décrits en détail. Le nombre moyen de cas de diarrhée aiguë observé est de 0,93 cas par médecin par semaine, ce qui correspond sur l'ensemble de l'année à un taux de 4 400 cas pour 100 000 habitants et à une estimation nationale de 2 500 000 cas. Le recul de cette surveillance n'étant que de 1 an, il est impossible d'apporter des informations fiables en terme de saisonnalité et/ou de pic épidémique. Toutefois la courbe des observations de diarrhées faites par les médecins sentinelles a été rapprochée du nombre d'identifications de rotavirus et de salmonelles faites par les centres nationaux de référence. La courbe des rotavirus montre un pic au cours des mois d'hiver, tandis que la courbe des salmonelles présente un pic

Figure 3. — Épidémie de syndromes grippaux 1991-1992
 Les courbes de niveaux représentent le nombre de cas moyen par médecin et par semaine
 Minimum : 3 cas/semaine. Écart entre deux lignes voisines : 4 cas/semaine



entre août et octobre. Parallèlement les observations de diarrhées aiguës varient avec un pic principal en hiver et un pic secondaire à la fin de l'été (fig. 4 a et b). Afin de comparer les caractéristiques épidémiologiques des diarrhées décrites à ces différentes périodes, l'année d'observation a été séparée en trois parties : les 12 semaines d'hiver (1^{re} période), les 8 semaines de fin d'été (2^e période), et le reste de l'année (3^e période). Toutes les classes d'âge sont touchées, mais les enfants de moins de 10 ans sont sur-représentés dans les cas de diarrhée décrits (13 % de la population, mais 30 % des cas). Aucune distribution d'âge spécifique ne différencie les 3 périodes. 49 % des cas de diarrhée sont accompagnés de fièvre, mais la fièvre est rapportée plus fréquemment en hiver. 56 % des cas rapportent des vomissements. La fièvre, ainsi que les vomissements sont plus fréquents chez les enfants. Les présentations de fièvre et de vomissements sont statistiquement associées, et au total un tiers des cas rapportent fièvre et vomissement. Dans 38 % des cas une notion de contagé est retrouvée; cette notion est plus forte au cours de l'hiver (44 %), et plus faible à la fin de l'été (29 %) que durant le reste de l'année (34 %). Le contagé est essentiellement un contagé familial (78 %), mais l'importance du contagé scolaire doit être notée puisqu'elle est indiquée chez 50 % des cas âgés de 5 à 14 ans, de même que l'importance du contagé professionnel mentionnée chez 25 % des cas de plus de 15 ans. Une coproculture a été prescrite dans 6 % des cas. La recherche des germes étant variable, la fréquence de positivité des coprocultures a été calculée lorsque les germes ont été recherchés (tabl. 3). Une variation de la prescription suivant l'âge des cas est observée : 9 % des 0-4 ans, 4 % des 5-14 ans, 6 % des plus de 15 ans. Une coproculture est prescrite plus fréquemment en cas de fièvre (8 % de prescription s'il y a fièvre contre 4 % en son absence). La présence ou non de vomissements n'influe pas la prescription de coproculture. Une coproculture est moins prescrite en présence de contagé de l'entourage, ainsi qu'en hiver, tandis que 10 % des cas rapportés à la fin de l'été ont eu un examen prescrit.

Figure 4 a. — Nombre d'identifications par les laboratoires nationaux de références en 1991

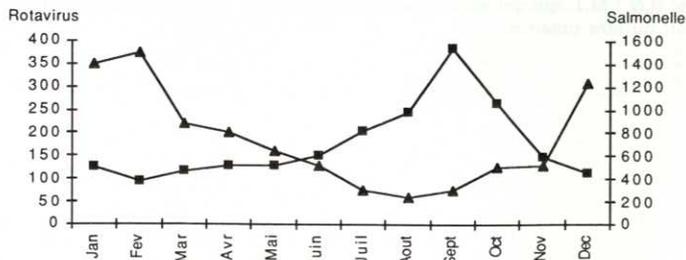


Figure 4 b. — Nombre de cas de diarrhée aiguë rapportés au cours de l'année 1991 par les médecins sentinelles du R.N.T.M.T.

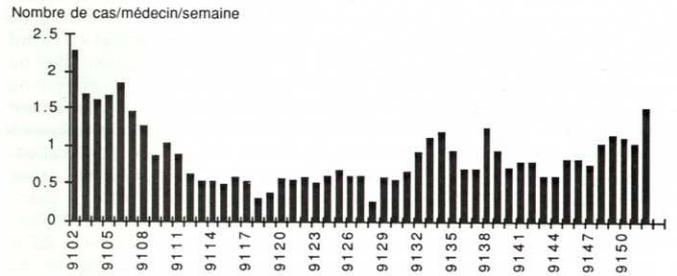


Tableau 3. — Distribution des germes recherchés et isolés au cours des diarrhées

Germes	Coprocultures pratiquées		Cultures positives	
	Nombre	%	Nombre	%
Salmonelle	326	83	70	21
<i>E. Coli</i> entéropathogène	313	84	54	17
Rotavirus	210	57	17	8
Campylobacter	276	74	11	4
Shigelle	319	86	6	2
Yersinia	277	76	3	1

VI. HÉPATITE PRÉSUMÉE VIRALE

Critères retenus pour l'identification des cas :

- récente;
- absence d'autres causes d'hépatite (hépatite médicamenteuse, hépatite chronique);
- taux de transaminases 2 fois plus élevé que la valeur supérieure de la normale (fixée par le laboratoire).

En 1991, 222 cas d'hépatite présumée virale ont été signalés sur le R.N.T.M.T. Parmi les 164 cas décrits de façon détaillée, l'absence de sérologie, l'indisponibilité des résultats pour 50 cas, ou l'association à divers autres virus pour 5 cas, ont permis une confirmation sérologique dans seulement deux tiers des cas. L'incidence des hépatites virales peut donc être estimée entre 40 000 et 60 000 cas. 60 % des cas sont masculins. La surveillance des hépatites aiguës virales associée aux données des laboratoires a permis de mieux connaître la répartition des types d'hépatites.

Environ 36 % d'hépatites A surviennent chez les jeunes de moins de 15 ans, un autre pic de 33 % se retrouve dans la tranche d'âge des 20-29 ans, quant à l'hépatite B sa fréquence est nulle avant 20 ans, excepté 1 cas chez un nouveau-né, 69 % des cas surviennent avant 40 ans. La répartition des différentes hépatites observées est la suivante : hépatite A 48 %, hépatite B 26 %, hépatite C 6 % ; enfin 22 cas (20 %) ne présentaient aucun marqueur et sont donc classés en hépatites non A non B. Les modes de contamination présumés sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4. — Modes de contamination présumés en fonction de la nature du virus de l'hépatite

Mode de contamination présumé	Hépatite A (n = 52)	Hépatite B (n = 28)	Hépatite C (n = 7)	Hépatite non A non B (n = 22)
Professionnelle		3	1	1
Toxicomanie		2	2	
Rapports sexuels		9	1	1
Dialyse		1	1	1
Injection/scarification/acupuncture		1	1	
Voyage	10	6		
Alimentation	6			4
Mode non connu	36	6	1	15

VII. URÉTRITES MASCULINES

Critères retenus pour l'identification des cas :

- présence de dysurie et/ou
- présence d'un écoulement urétral purulent, mucopurulent ou mucoïde récent.

En 1991, 247 cas d'urétrite masculine ont été signalés dont 230 décrits en détail. Le nombre moyen d'urétrites déclarées par médecin et par mois pour l'année 1991 est de 0,11 et on peut sur cette base estimer le nombre de cas annuels à environ 65 000. Par rapport aux résultats des années précédentes la tendance à la baisse de cette pathologie sur l'ensemble du territoire se poursuit. Par ailleurs, les variations du nombre de cas d'urétrite observés chaque mois par médecin montrent une disparition des pics constatés durant les années 1988 et 1989 au mois d'août et septembre. La distribution des cas d'urétrite par tranche d'âge montre un mode dans la classe 20-29 ans qui regroupe 38 % des cas décrits ; 8 % des cas ont moins de 20 ans, 25 % ont entre 30 et 39 ans, 18 % ont entre 40 et 49 ans et 13 % ont plus de 50 ans (moyenne $34,0 \pm 11,6$ ans). On observe une augmentation du pourcentage de cas ayant 50 ans et plus par rapport à l'année précédente où ce pourcentage était égal à 8 % sans que cela n'entraîne un vieillissement significatif de la population. Le nombre de cas associés à une présence d'écoulement, soit 176 parmi les 230 cas décrits (77 %) est significativement plus élevé que celui de l'année 1990 (67 %). Ce pourcentage après avoir diminué de 1985 à 1989 est en augmentation depuis 1990. La distribution des orientations sexuelles est identique à celle observée en 1990 : 11 % des patients atteints d'urétrite se déclarent homo ou bisexuel et 89 % se déclarent hétérosexuels. Parmi les patients qui se déclarent homo ou bisexuels la présence d'un écoulement est significativement plus fréquente (90 %) que parmi les patients hétérosexuels (70 %) lorsque l'on analyse les données de 1990-1991. On n'observe aucune différence d'âge des patients selon leur orientation sexuelle (33,9 ans pour les patients hétérosexuels et 33,4 ans pour les patients qui se déclarent homo ou bisexuels). La moyenne d'âge des patients présentant une urétrite avec écoulement ne diffère pas significativement de la moyenne d'âge des patients présentant une urétrite sans écoulement.

VIII. PRESCRIPTIONS DES SÉROLOGIES V.I.H.

Pour 1991, 1 809 sérologies ont été décrites parmi les 1 963 signalées, soit 14,0 tests par médecin par an en moyenne. L'extrapolation à la France entière donne un total de 700 000 tests. On observe une augmentation sensible du nombre moyen de tests prescrits en novembre et en décembre 1991 en liaison avec les problèmes liés à la transfusion sanguine. Ce nombre double en novembre par rapport au mois d'octobre 1991 et triple par rapport aux mois de novembre et décembre 1990. De ce fait la moyenne d'âge a augmenté significativement de 29,9 ans à 32,6 ans et le pourcentage de patients âgés de plus de 50 ans est passé de 5 % en 1990 à 10 % en 1991 (tabl. 5). Le pourcentage de femmes parmi les consultants testés est plus

élevé que celui des hommes en 1990 et 1991. Le pourcentage de ceux qui ont demandé spontanément le test a augmenté significativement par rapport à 1990 de 42 % à 50 %. La répartition des patients en fonction du motif de recours au test pour les patients dont le résultat est connu et âgés de plus de 15 ans est présentée dans le tableau 6. La distribution des patients testés en fonction des motifs de recours au test, qui était marquée depuis 1988 par un accroissement régulier des tests prescrits dans le cadre des examens prénuptiaux et prénataux mais qui était relativement stable en ce qui concerne le nombre des patients testés appartenant à un groupe « à haut risque », s'est modifiée en 1991 : la fréquence des patients testés pour cause de transfusion sanguine a été multipliée par 5 entre 1990 et 1991 ; jusqu'en 1990, près de la moitié des tests prescrits l'étaient dans le cadre des examens prénuptiaux et prénataux, alors que cette proportion est tombée à 40 % en 1991. La majorité des patients séropositifs appartient aux groupes à risque « classiques » puisque 29 % sont homosexuels et 14 % sont toxicomanes. Parmi les 52 sujets dépistés séropositifs en 1991, 31 % sont des femmes. La séroprévalence chez les femmes testées en 1991 est égale à 1,8 % et à 4,3 % chez les hommes ($P = 0,002$). Le sex-ratio homme/femme est égal à 0,94 dans la population des consultants testés et à 2,25 chez les consultants séropositifs. La surveillance des prescriptions de tests V.I.H. confirme les observations effectuées les années antérieures, c'est-à-dire une bonne acceptation de test dans des populations à priori à risque très faible, une forte proportion de tests effectués dans le cadre d'examen de routine (tests prénuptiaux, tests prénataux et bilan de contraception), une prévalence constante autour de 4 % chez les hommes testés.

Tableau 5. — Distribution par classe d'âge des consultants testés en 1991

< 15 ans	15-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	≥ 50 ans
48	76	821	427	162	176
2,8 %	4,4 %	48,0 %	25,0 %	9,5 %	10,3 %

Tableau 6. — Distribution des motifs de recours au test et des patients séropositifs en 1990 et 1991 chez les consultants dont le résultat est connu (%)

Raison principale du test	1990		1991	
	% testés	% V.I.H. +	% testés	% V.I.H. +
Homosexuel/bisexuel	2,8	30,0	3,6	28,8
Transfusé avant juillet 1985	2,5	3,2	12,2	5,8
Toxicomane par voie intraveineuse	2,2	6,4	1,9	13,5
Résident dans des zones à prévalence élevée (Afrique, Caraïbes)	1,0	3,2	1,4	7,7
Partenaire hétéro V.I.H. + ou à risque élevé	1,5	3,2	1,6	7,7
Présence de M.S.T. ou d'hépatite B	7,2	16,1	6,2	12,5
Présence d'une infection	5,7	16,1	4,6	0,0
Contact hétérosexuel jugé « à risque » (a)	8,7	6,4	7,2	9,6
Test prénuptial	30,4	9,7	26,7	1,9
Test prénatal	17,3	0,0	12,9	5,8
Autres (b)	12,1	0,0	11,9	1,9
Inconnu	8,4	6,4	10,0	5,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

(a) Hétérosexuel à partenaires multiples, rapport non protégé, nouveau partenaire, rapport avec prostituée, rapport extraconjugal, viol, rapports non protégés.

(b) Contact professionnel, contact familial, angoisse, effet média, demande administrative (visa, assurance), examen préopératoire, piqûre.

REMERCIEMENTS

Nous tenons ici à remercier vivement l'ensemble des médecins généralistes du R.N.T.M.T. qui ont assuré cette surveillance et grâce à qui ces résultats ont pu être obtenus.