

DONNÉES PROVISOIRES 2001

Les données provisoires de 2001 au 2 mai 2002 font état de 677 signalements hebdomadaires (nouveaux critères) et de 558 fiches de notification reçues (anciens critères). L'incidence brute des notifications d'IIM confirmées par une fiche est de 0,94 et l'incidence corrigée de 1,28 pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 14 % par rapport à 2000 (figure 1).

La saison épidémique s'est prolongée d'un peu plus d'un mois par rapport à 2000 avec 49 % des cas survenus avant fin mai.

La distribution des âges est comparable à la période 1996-1999 et ne confirme pas les changements observés en 2000, sauf pour la classe d'âge des 25 ans et plus qui, comme l'année précédente, représente 23 % des cas en 2001.

La proportion de séro groupe B, bien que toujours la plus élevée (54 %), a baissé et celle de séro groupe C est passée de 23 % en 2000 à 34 % en 2001 ($p < 10^{-2}$). La proportion de séro groupe W135 a légèrement diminué comparée à 2000 et reste très au-dessus des valeurs enregistrées précédemment avec 6 % des IIM dont le groupe est connu (figure 3).

La proportion de *purpura fulminans* était de 25 % comparable aux années précédentes et la létalité de 14,5 % légèrement plus élevée qu'en 2000 ($p = 0,06$).

CONCLUSION

Le taux d'incidence des infections à méningocoques augmente progressivement depuis 1996 mais reste bien en dessous des taux enregistrés dans

les années 1980. Cette augmentation est due, en partie, à une meilleure notification par les praticiens, le taux d'exhaustivité étant passé de 62 % en 1996 à 73 % en 1999 [1]. Elle est également le reflet d'une augmentation réelle du nombre de cas.

La létalité est stable. Le nombre de personnes recevant une chimioprophylaxie autour d'un cas continue d'augmenter depuis 1995 alors que la proportion de cas reliés est constante depuis dix ans. Le séro groupe B représente toujours le séro groupe dominant. Le séro groupe W135 a augmenté très fortement en 2000 et est toujours présent en 2001. La proportion de séro groupe C était comparable en 2000 aux années précédentes mais les données provisoires de 2001 indiquent une forte augmentation.

Il convient donc de rester vigilant quant à l'évolution épidémiologique des méningocoques, notamment ceux de séro groupe C afin d'adapter au mieux la politique vaccinale et d'y inclure, si nécessaire, le vaccin conjugué contre le méningocoque C récemment commercialisé.

RÉFÉRENCES

- [1] Perrocheau A. Evaluation de la surveillance des infections à méningocoques en France en 1996 par la méthode capture-recapture. Rapport InVS, 2001
- [1] A. Perrocheau, D. Levy-Bruhl. Les infections à méningocoques en France en 1998 et 1999. *BEH* 51/2000
- [1] Matsika-Claquin MD, Perrocheau A, Taha MK, Levy-Bruhl D, Renault P, Alonso JM et al. Epidémie d'infections à méningocoques W135 liée au pèlerinage de la Mecque de 2000. *Presse Med* 2001 ; 30(31 Pt 1) : 1529-1534

Note de la Direction générale de la santé (DGS) et de l'Institut de veille sanitaire (InVS) relative à la définition de cas d'infections invasives à méningocoque et à leur notification

La circulaire n° DGS/SD5C/2001/542 du 8 novembre 2001 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque incluait une nouvelle définition de cas d'infections invasives à méningocoque devant conduire à un signalement sans délai à l'autorité sanitaire et à la mise en œuvre d'une prophylaxie dans l'entourage. Cependant cette circulaire, même si elle fait référence à la définition de cas selon l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 10 mars 2000, maintenait pour la notification des cas la définition de l'ancienne fiche jusqu'à la parution d'un arrêté fixant le contenu de la nouvelle fiche.

La modification de cette fiche était prévue à l'occasion de la mise en œuvre des mesures renforcées de protection de l'anonymat prévues par l'article L.3113-1 du code de la santé publique et définies par les décrets du 6 mai 1999 et du 16 mai 2001. Ces mesures, qui incluent l'anonymisation des données individuelles et concernent toutes les maladies à notification obligatoire, seront mises en place fin 2002.

Cependant, le contexte d'augmentation importante des infections invasives à méningocoque en 2001 par rapport à 2000, notamment celles liées au séro groupe C, justifie aujourd'hui la mise en œuvre d'une surveillance renforcée. Cette surveillance renforcée doit permettre en particulier de dépister rapidement les situations pour lesquelles des investigations complémentaires sont nécessaires, pouvant éventuellement aboutir à la mise en œuvre de mesures de prévention exceptionnelles. L'application de la nouvelle définition de cas, permettant une estimation plus précise de la situation épidémiologique, constitue un outil du renforcement de cette surveillance.

Par ailleurs, la définition de cas, telle que définie dans l'avis du 10 mars 2000, a été à nouveau modifiée par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France dans un avis émis le 16 mai 2002. L'aide apportée par la Polymerase Chain Reaction (PCR) au diagnostic d'une infection méningococcique, particulièrement dans le cas d'un échec de la culture, y a été intégrée.

Dans ce contexte, une nouvelle fiche de notification intermédiaire, incluant la nouvelle définition de cas, sera diffusée très prochainement, pour application immédiate, sans attendre l'aboutissement de la procédure en cours d'anonymisation des données individuelles.

(*) Centre national de référence des méningocoques, Institut Pasteur - Dr Jean-Michel Alonso - tél. : 01 45 68 83 30 - fax : 01 40 61 30 34 - email : jmalonso@pasteur.fr
Dr Muhamed-Kheir Taha - tél. : 01 45 68 84 38 - fax : 01 40 61 30 34 - email : mktaha@pasteur.fr

La nouvelle définition de cas, qui figurera dans cette fiche de notification sera donc la suivante :

est considéré comme cas d'infection invasive à méningocoque tout cas remplissant l'une au moins des conditions suivantes :

1. isolement bactériologique de méningocoques dans un site normalement stérile (sang, liquide céphalo-rachidien (LCR), liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique) **ou** à partir d'une lésion cutanée purpurique ;
2. présence de diplocoques à Gram négatif à l'examen microscopique du LCR ;
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) **et**
 - soit présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type ;
 - soit présence d'antigène soluble méningococcique dans le LCR, le sang ou les urines ;
 - **soit PCR positive à partir du LCR ou du sérum ;**
4. présence d'un *purpura fulminans* (*purpura* dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

La technique de diagnostic des infections méningococciques par PCR, mise au point par le Centre national de référence (CNR) des méningocoques, est utilisable par tout laboratoire disposant des compétences et installations pour le diagnostic par PCR. **Cependant, la PCR ne peut être proposée comme alternative à la culture car cette dernière demeure indispensable à la réalisation de l'antibiogramme, aucune technique génotypique ne permettant actuellement de prédire le niveau de résistance aux différents antibiotiques.** Des informations sur les modalités de mise en œuvre de la PCR ou de transmission de prélèvements au CNR pour sa réalisation peuvent être obtenues auprès du CNR (*).

Une circulaire incluant cette nouvelle définition des cas devant faire l'objet d'un signalement sans délai à l'autorité sanitaire et dans l'entourage desquels une prophylaxie doit être envisagée conformément aux recommandations en vigueur sera diffusée très prochainement. Elle comportera en annexe la nouvelle fiche intermédiaire de notification obligatoire des infections invasives à méningocoque.