

LA LETTRE DE L'ORS de Basse-Normandie

ISSN en cours

Numéro 1

décembre 1997

EDITORIAL

Dès ses débuts, l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie s'est efforcé de remplir la totalité des missions qui lui ont été confiées, missions définies par la circulaire du 28 juin 1985 et toujours d'actualité. Parmi ces tâches figurent la valorisation et la diffusion d'informations d'une façon rapide et sous une forme accessible aux différents partenaires, notamment aux professionnels de santé. "Le Bulletin de l'ORS" répondait mais en partie seulement à cette demande en diffusant les études les plus marquantes réalisées par l'ORS à la demande des principaux décideurs. En effet, l'ORS n'est heureusement pas seul à être intéressé par les problèmes de santé de la Région Bas-Normande. Il se doit non seulement de communiquer et de travailler avec les autres équipes, formant ainsi un véritable réseau de compétences, mais encore de participer à la diffusion de leurs travaux. Aussi, il nous a semblé que le moment était venu d'éditer à côté du "Bulletin" une "Lettre". Nous pourrions ainsi diffuser, en plein accord avec nos partenaires et grâce à leur collaboration, les travaux régionaux récents les plus marquants dans le domaine de la santé publique.

Docteur J. ROBILLARD
Président de l'ORS

Bonne Année 1998

SOMMAIRE

Les difficultés d'une bonne communication,
page 2

La Conférence Régionale de Santé 1997,
page 3

— Dossier —

Le suicide et les tentatives de suicide en Basse-Normandie,
page 4 & 5

Le réseau de surveillance de la grippe en Basse-Normandie,
page 6

Les leucémies dans le Nord-Cotentin,
Page 7

La documentation de l'ORS,
page 8

Le Tableau de Bord Régional de la Santé en Basse-Normandie est toujours disponible à l'ORS au prix unitaire de 200 francs (+ frais de port) ; **une mise à jour de 15 fiches** a été effectuée en 1996 (50 F).

La Fédération Nationale des ORS et les Observatoires ont publié en 1997 une synthèse des Tableaux de Bord Régionaux : **"La Santé Observée dans les régions de France"** (250 Francs + port). Vous pouvez commander tous ces documents à :

Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie
9 bis rue de Saint Germain - 14000 CAEN
Tél. & Fax : 02.31.73.47.93

Les difficultés d'une bonne communication

Le lancement de la présente revue constitue un événement très positif pour la diffusion de données épidémiologiques régionales. Il s'inscrit dans l'évolution de notre époque, marquée par un développement intense de la communication.

L'enjeu essentiel est que l'information soit fiable et bien adaptée. Dix années de Comités de lecture à l'ORS ont montré combien les écueils sont nombreux. Nous nous proposons d'en évoquer quelques-uns parmi les plus fréquents.

Seront brièvement envisagées : les difficultés d'explication, la complexité de certaines interprétations, la validité des conclusions et l'adaptation de la communication au lecteur.

Difficultés d'explication

Prenons un problème a priori simple et d'intérêt pratique évident : on veut classer par ordre d'importance les causes de mortalité dans la région. Les décès sont dénombrés selon leur origine. Puis il vient naturellement à l'idée de les rapporter aux "candidats" à la mort donc aux effectifs de vivants correspondants en distinguant les sexes. On veut ensuite tenir compte de l'âge au décès. Les Années Potentielles de Vie Perdue (APVP) sont alors calculées mais celles-ci ne sont vraiment intéressantes que par comparaison aux autres régions. On est ainsi conduit aux APVP standardisées, d'où la nécessité de choisir un mode de standardisation etc

L'épidémiologiste qui doit expliquer toutes ces démarches a souvent du mal à être simple tout en restant précis, assez complet pour être clair et suffisamment court pour ne pas lasser.

Les tests statistiques les plus élémentaires débouchent sur un langage qui déconcerte les non initiés. Les différences significatives sont néanmoins assorties d'un risque de se tromper et les différences non significatives ne prouvent pas l'absence d'écart, celui-ci pouvant apparaître avec des effectifs plus élevés. Il faut être bon pédagogue si on ne veut pas paraître byzantin.

Complexités des interprétations

En quelques minutes, l'informatique peut fournir une énorme quantité de dénombrements (tout ce qui peut être compté) et/ou de longues séries de graphiques.

On parle parfois de mine d'information. C'est en fait un amas encombrant au sein duquel la chasse au trésor est délicate.

Dans un ensemble de tableaux de nombres on peut être tenté de solliciter à nouveau l'ordinateur pour tester toutes les comparaisons possibles mais cette pêche aux renseignements (les Américains parlent de catch fishing) peut conduire à des différences significatives sans valeur pratique (en moyenne 5% des tests, en l'absence de tout écart réel).

De même, pour interpréter une série chronologique, les périodes à considérer et les tests convenables sont difficiles à déterminer.

Validité des conclusions

Les déductions doivent être appropriées et mesurées. On sait combien l'esprit est prompt à imaginer des relations de cause à effet devant une conjonction de faits qui peut résulter d'une relation indirecte voire d'un artefact. L'extrapolation de constatations à des populations différentes, à des lieux différents est pleine d'embûches. Et la séduisante recherche action se justifie plus souvent dans l'action que dans une véritable démarche scientifique.

Les conclusions doivent aussi être mesurées, ni trop tièdes car il est dommage de ne pas profiter pleinement d'une constatation convenable (quand le risque de se tromper est suffisamment faible), ni trop affirmées quand elles sont peu sûres et/ou non corroborées par d'autres travaux de même nature. La polémique sur l'usine de la Hague est regrettable. Avant toute communication d'envergure, chacun doit se soumettre à une large critique de ses pairs.

Adaptation au lecteur

Chercheurs, décideurs et grand public diffèrent sur de nombreux points : formation, expérience, références, objectifs, méthodes. Il faut en tenir compte dans la présentation des communications, non pour édulcorer mais pour transmettre des idées justes avec le meilleur impact. C'est souvent malaisé. Ainsi le public et ses responsables politiques s'accrochent mal de problèmes non résolus, de conclusions incertaines qui sont pourtant fréquentes. En témoignent par exemple les nombreuses questions qui subsistent sur l'attitude à adopter vis-à-vis de dépistages de maladies importantes.

Amiante, nucléaire, sang contaminé : la qualité de l'information épidémiologique a de plus en plus d'importance. C'est la raison pour laquelle l'Observatoire Régional de la Santé a depuis longtemps mis en place un Conseil Scientifique pour examiner les publications. La qualité de son travail est liée à l'éventail des compétences auxquelles elle peut faire appel en fonction des questions abordées. C'est toute la richesse de l'ORS que de pouvoir réunir producteurs de soins, administratifs, méthodologistes en alliant hospitaliers, libéraux, médicaux et paramédicaux.

La nouvelle revue de l'ORS traduit la vitalité de cette collaboration.

Professeur A. THOUIN
Président du Conseil Scientifique de l'ORS

La Conférence Régionale de Santé de Basse-Normandie 14 mai 1997

Dernière minute :
Date de la prochaine
Conférence Régionale de Santé
29 avril 1998

La 2ème Conférence Régionale de Santé s'est tenue le 14 mai 1997 au Centre des Congrès de Caen. Pilotée par la DRASS, elle réunissait des représentants de l'Etat et des collectivités territoriales, des professionnels de santé, des institutions et des établissements, des usagers. La Conférence présentait bilans et projets de santé permettant au jury de dégager les axes de conclusion suivants :

A - Principes-guides des actions

- 1 - Accroître les moyens de **prévention** en impliquant tous les acteurs : individus, environnements familial et social, établissements
- 2 - concevoir les actions dans la **durée** pour être efficace et pouvoir évaluer
- 3 - développer l'**échange des compétences** professionnelles dans le respect des savoirs de chacun
- 4 - renforcer la **coordination** des interventions hospitalières ou ambulatoires médicales, sociales, psychologiques et judiciaires.

B - Priorités réaffirmées

1 - La prévention des tentatives de suicide et leur récurrences

Le contexte social est mieux connu : dans la Manche, suicides d'adultes masculins, de milieu rural, avec récurrence familiale ; à Caen (1/3 des tentatives de suicide de la Région) 20% des récurrences sont dans des quartiers défavorisés. Sensibilisation encore insuffisante des milieux de santé ; demande accrue des adultes pour une aide face aux difficultés des jeunes ; besoin de garantir un suivi psychiatrique ou psychologique aux suicidants.

2 - La prévention de la maltraitance à enfants

Choix de 1996, reconnu comme grande cause nationale ; difficultés du dénombrement par l'Aide Sociale à l'Enfance et la Justice.

a - aide aux victimes : appel téléphonique simplifié et secret, accompagnement des enfants victimes , recherche de procédures d'audition moins traumatisantes

b - information du grand public et des jeunes scolarisés ou en établissement.

3 - La prise en charge des patients alcooliques

Insuffisamment prise en compte, cette pathologie rend impérieuse une alcoologie de liaison en milieu intra et extra-hospitalier de structures souples avec un suivi ambulatoire.

Un service social spécialisé (Conseil général, budget RMI) permet une aide professionnelle technique individuelle ou collective.

4 - La Santé des Enfants et des Adolescents

Thème proposé par le Haut Comité de Santé Publique ; présence de deux lycéennes à la table ronde. Souhait de :

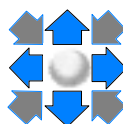
- Renforcer l'information pour l'accès des jeunes à des soins adaptés
- prêter attention aux difficultés économiques et d'insertion notamment en milieu rural, à la mauvaise nutrition en milieu urbain
- développer les lieux d'écoute et d'orientation en matière de santé, proche des jeunes.

Les conclusions de la Conférence régionale de santé ont été transmises à la Conférence nationale de santé (30 juin- 2 juillet à Lille) qui a élaboré un rapport soumis aux membres du Parlement dans le courant de juillet.

Madame le Docteur Valla-Lequeux
Membre du jury de la Conférence Régionale de Santé
Vice-Président de l'ORS

Le **jury de la Conférence Régionale de Santé** était composé comme il suit :

- **Président** : M. **DROULIN**, Président du Conseil Economique et Social Régional de Basse-Normandie
- M. **ANDRE**, Vice-président du conseil d'administration de l'Etablissement public de santé d'Avranches-Granville
- Mme **DESVAGES**, Présidente de l'Union Départementale des Associations Familiales de la Manche
- M. Le Docteur **HAMEL**, Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse-Normandie
- M. Le Professeur **LE COUTOUR**, Professeur de Santé publique, CHU de Caen
- M. **LELOUPP**, Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Normandie
- M. **LEROSIER**, journaliste à Ouest-France
- M. Le Docteur **PERRAULT**, Conseiller général du département de l'Orne
- M. **RENAUT**, Directeur de l'Etablissement public de santé d'Argentan
- Mme Le Docteur **VALLA-LEQUEUX**, Médecin pédiatre d'exercice pédopsychiatre en retraite.



Grandes lignes de la présentation de l'ORS à la Conférence Régionale de Santé

La mortalité et le morbidité des jeunes sont les plus faibles de toute la vie mais cette période est marquée par des difficultés spécifiques et des comportements à risque pouvant avoir, outre des conséquences immédiates, des répercussions déterminantes pour la santé aux âges ultérieurs.

La relative bonne santé de cette population, ainsi que sa faible propension à exprimer ses difficultés et besoins d'aide, sont des facteurs pouvant expliquer la connaissance insuffisante que nous en avons.

Entre 1968 et 1994, le taux de mortalité infantile a plus fortement diminué en Basse-Normandie (de 22 à 5 pour 1000 naissances vivantes) qu'en France (de 20 à 6 pour 1000). Entre 1991 et 1994, la mortalité périnatale est significativement plus faible en Basse-Normandie qu'en France et la mort subite du nourrisson a diminué de façon spectaculaire à la suite de la campagne de prévention lancée fin 1992.

Après l'âge de 1 an et jusqu'à 30 ans, les traumatismes et empoisonnements (essentiellement accidents de la circulation et suicides) constituent les principales causes de décès ; de plus, chez les 5-14 ans, il existe une surmortalité pour l'ensemble de ces causes en Basse-Normandie : 20 décès par an (dont les deux tiers sont dus à des accidents de la circulation) au lieu de 15 attendus selon le taux national ; entre 15 et 24 ans on observe déjà un excès significatif de suicides (28 par an au lieu de 21 attendus).

A propos du système de soins, la Basse-Normandie se caractérise par une capacité d'accueil plus élevée qu'en moyenne en lits d'hospitalisation de pédiatrie ; par contre l'offre est largement inférieure aux indices nationaux en ce qui concerne les médecins scolaires et les infirmières scolaires en secteur rural, ainsi que les médecins et infirmières de P.M.I.

La Programmation Stratégique des Actions de Santé (PSAS) choisie par la Région de Basse-Normandie à la suite de divers travaux et des résultats des Conférences régionales de santé a été le suicide, sa prise en charge, sa prévention au niveau des tentatives et des récidives. Ce sujet méritait donc une place importante dans la première "Lettre de l'ORS".
Nour remercions les auteurs qui nous ont permis de réaliser ces pages.

le rédacteur en chef, Dr A.FLACHS

La tentative de suicide dans l'agglomération caennaise

A la suite de l'étude que nous avons effectuée sur la population des suicidants hospitalisés au CHU de CAEN lors de l'année 1981, et dont les résultats étaient marqués par une forte mortalité prématurée masculine, il nous a semblé intéressant de préciser la réalité des tentatives de suicide dans l'agglomération afin d'en déterminer les caractéristiques démographiques et géographiques.

L'objectif final de ce travail était de définir les populations prioritaires susceptibles de bénéficier des mesures de prévention.

Afin de préciser cette population, un recueil exhaustif a été effectué auprès de l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés de l'agglomération, permettant d'identifier les personnes hospitalisées pour une tentative de suicide, qu'elle soit médicale ou chirurgicale.

Ces sujets ont donc été caractérisés par leur âge et leur sexe ainsi que leur quartier de domicile. Parallèlement, il a été nécessaire d'identifier les personnes sans domicile fixe ainsi que les récidivistes afin de caractériser, dans toutes ses dimensions, ce phénomène.

Les résultats les plus significatifs de cette étude sont :

- une féminisation marquée, mais classique, de la tentative de suicide (59%),
- Un taux de récurrence particulièrement important (23% des suicidants récidivent dans l'année),
- Un âge moyen particulièrement jeune (aux alentours de 32 ans).

Les résultats les plus originaux de cette enquête sont d'ordre géographique puisqu'ils précisent que certains quartiers sont plus spécialement touchés par les tentatives de suicide (personnes sans domicile fixe, et récidivistes exclus). Ainsi pour les hommes, le quartier de la Guérinière est particulièrement touché, alors que pour les femmes la tentative de suicide est plus diffuse avec trois quartiers plus atteints : la Guérinière et la Grâce de Dieu à Caen et surtout le quartier du Grand Parc à Hérouville-Saint-Clair.

Professeur X. LE COUTOUR
Professeur de Santé Publique, CHU de Caen

Epidémiologie des tentatives de suicide dans le secteur sanitaire du Centre Manche

Etude rétrospective portant sur 364 cas consécutifs au cours de l'année 1995

L'étude présentée est rétrospective, et concerne l'ensemble des cas de tentatives de suicide hospitalisés dans les établissements de santé du Centre Manche (principalement dans les hôpitaux de Coutances et de Saint-Lô) entre le 1er janvier et le 31 décembre 1995.

La population de ce secteur est essentiellement rurale (99 519 habitants/153 6000).

L'incidence des tentatives de suicide est de 291/100 000 habitants avec une différence nette entre les suicidants résidant en milieu rural (incidence de 152/100 000 habitants) et les suicidants résidant en milieu urbain (300/100 000 habitants).

Il existe plus de tentatives de suicide parmi les femmes (59,9% des tentatives), et l'âge moyen des suicidants est de 35 ans.

La saison la plus suicidogène est l'été et la moins est l'hiver. Les tentatives sont plus fréquentes le dimanche et le mardi, et près de la moitié des suicidants arrivent aux urgences entre 17 heures et minuit.

En ce qui concerne la prise en charge, une grande majorité de suicidants est hospitalisée dans un service de médecine. Il est remarquable que, au cours de l'année 1995, 40% de ces suicidants n'ont pas été vus par un membre de l'équipe psychiatrique pendant leur hospitalisation. Il est à noter que depuis, des postes d'infirmier psychiatrique ont été créés notamment à l'hôpital de Saint-Lô.

Le mode suicidaire le plus souvent employé est l'intoxication médicamenteuse, et l'éthylémie, quand elle a été recherchée, était positive dans 40% des cas.

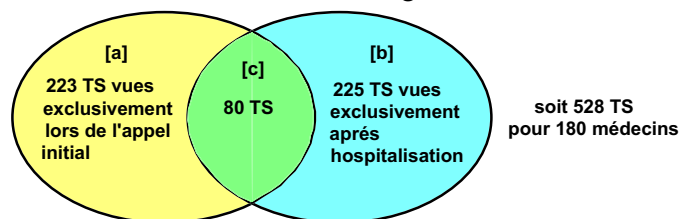
Enfin, il a été retrouvé 15 familles dans lesquelles 2 membres ont fait au moins une tentative de suicide au cours de cette étude, ce qui signifie que 10% des tentatives ont un lien familial. Ceci justifie l'attention particulière qui doit être portée aux proches de sujets ayant accompli un tel geste.

Madame le Docteur E. JEAN
Service de Santé Publique, CHU de Caen

Le médecin généraliste face aux tentatives de suicide en Basse-Normandie

A la demande de la DRASS de Basse-Normandie et dans le cadre des choix prioritaires définis par les Conférences Régionales de Santé depuis 1996, une enquête sur l'incidence et la prise en charge des tentatives de suicide (TS) a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 187 médecins généralistes (MG) tirés au sort parmi les 1258 MG installés en Basse-Normandie.

La première partie de l'enquête portait sur le nombre de TS vues au cours de l'année 1996 par le MG ; le bilan apparaît ci-dessous en fonction des 3 cas de figure rencontrés :



223 TS vues exclusivement au moment de l'appel initial [a], 225 TS exclusivement suivies après hospitalisation [b] et 80 TS vues à la fois en première intention et à la sortie de l'hôpital [c]. Le deuxième cas de figure correspond aux TS prises en charge par les services d'urgences (pompiers, SAMU, SMUR). En posant par hypothèse qu'une même TS n'a pas été prise en charge par plusieurs médecins de l'échantillon, la somme des tentatives de suicide ainsi répertoriées permet d'approcher l'incidence annuelle totale des TS médicalisées : en 1996, les 187 médecins répondants ont été amenés à prendre en charge 528 TS, soit en moyenne 2,8 TS par médecin en Basse-Normandie, avec une différence selon la zone urbaine (2,5 TS par an) et rurale (3,3 TS). Par ailleurs la répartition des modalités de prise en charge apparaît liée au secteur d'installation : les soins initiaux exclusifs sont plus fréquents en zone rurale (52% des TS) qu'en zone urbaine (34%) et le suivi exclusif après hospitalisation plus fréquent en zone urbaine (57%) qu'en zone rurale (25%).

En admettant que les TS vues par ces médecins représentatifs des MG constituent également un échantillon représentatif de l'ensemble des TS médicalisées régionales, on peut, à partir de ce résultat, estimer à environ 3550 l'incidence des TS médicalisées en Basse-Normandie en 1996.

Par rapport à la population régionale des 15 ans et plus (1.144.529 habitants selon l'estimation INSEE au 1er janvier 1995), ce nombre correspond à un taux brut de 310 TS pour 100 000 habitants.

On sait que globalement le nombre de TS est au moins 10 fois plus important que le nombre de suicides réussis. On devrait donc avoir environ 355 décès par suicide en 1996 en Basse-Normandie ; ce nombre est cohérent avec la dernière donnée publiée par l'INSERM (388 décès par suicide en 1995 dans la région).

Docteur A. COLLIGNON
ORS de Basse-Normandie

En cours de réalisation

Prévention des conduites suicidaires des jeunes en difficulté d'insertion sociale

Pourquoi une recherche action ?

Pour améliorer l'adaptation des interventions aux besoins des jeunes dans le domaine de la prévention en santé mentale, nous posons l'hypothèse qu'il faut améliorer la compréhension par eux-mêmes des problématiques actuelles des intervenants de terrain ainsi que des relations entre les différents types de professionnels et de structures concernés.

C'est pourquoi nous essaierons de mettre en lumière, d'explicitier et de confronter les représentations et les analyses que les intervenants ont des difficultés des jeunes, ainsi que les ressources dont les jeunes disposent pour construire leur bien-être.

Nous nous intéresserons au cours de cette recherche action au positionnement de chacun dans sa pratique professionnelle (individuelle et/ou collective) qui permet au jeune de gagner en "mieux-être". Le but de cette recherche action sera d'identifier et d'expérimenter des stratégies et des méthodes pour développer ce "mieux-être" chez les jeunes en difficulté d'insertion sociale.

Les étapes de la recherche action

Après les phases de mobilisation et d'analyse participative des pratiques professionnelles, le CORES procédera à l'étude du matériel recueilli et proposera des objectifs de travail. Ceux-ci seront négociés avec des intervenants en même temps que se définiront les indicateurs d'évaluation continue.

Les étapes suivantes verront la mise en place d'un ou plusieurs groupes de travail chargé(s) de réfléchir aux démarches à entreprendre pour atteindre les objectifs fixés, puis la mise en place des actions. Enfin, l'évaluation du programme se déroulera en 1999.

L. Vigne, Docteur J.-L. VERET
Comité Régional d'Education pour la Santé (CORES)

La prévention des conduites suicidaires à Saint-Lô (Manche)

A la suite de la mise en place du PSAS (Programme Stratégique des Actions de Santé) de Basse-Normandie, le Secteur de santé mentale de Saint-Lô a initié un groupe pluridisciplinaire associant des intervenants de divers horizons des champs médical, social, scolaire mais aussi un philosophe et un prêtre de campagne.

Le groupe a engagé une réflexion sur les conduites suicidaires en ne la limitant pas au seul champ médical mais en envisageant également leurs aspects sociaux, éthiques et culturels. Après quelques mois de travail, il a proposé un projet de prévention des conduites suicidaires chez l'adolescent.

Autour de ce projet se trouvent impliqués les jeunes qui le désirent, les familles, les intervenants de première intention qui sont en milieu scolaire l'infirmière et le médecin scolaire, le conseiller d'éducation, les professeurs, l'aumônerie et les professionnels de la santé mentale qui pourront intervenir à la demande.

Objectif explicite : mise en place d'un réseau relationnel entre tous les acteurs du soin et du champ social, chacun mettant sa compétence au service des autres dans son propre domaine et sans intervenir hors de celui-ci.

Docteur P. ALARY
Secteur de Santé Mentale de Saint-Lô
Centre Hospitalier Spécialisé du Bon Sauveur

Le Réseau de Surveillance de la Grippe en Basse-Normandie

Pourquoi surveiller la grippe ?

Des épidémies d'affections respiratoires aiguës cycliques sont décrites depuis le XVIème siècle et le terme "influenza" a été utilisé pour la première fois en Angleterre pour l'épidémie de 1743. La première pandémie répertoriée comme étant due à la grippe est celle de 1889-1890.

Depuis la pandémie mondiale de l'hiver 1918-1919 (20 à 40 millions de morts dans le monde), la grippe est l'une des plus importantes infections saisonnières dans les pays développés. Cette maladie peut être mortelle encore de nos jours malgré les progrès accomplis depuis 70 ans dans le traitement des complications. Or, paradoxalement, la grippe est banalisée en raison de sa bénignité habituelle chez les adultes.

Le GROG

A la suite de la pandémie de 1947, un programme de surveillance des épidémies a été mis en place par l'OMS pour identifier les souches de virus en circulation et détecter les nouveaux variants nécessaires à la production annuelle du vaccin.

Des réseaux de médecins libéraux (généralistes et pédiatres) ont été créés en France en 1984 : **Les Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG)**. Ces médecins sentinelles (20 médecins généralistes et 2 pédiatres en Basse-Normandie) suivent l'évolution des épidémies au sein de la population afin de donner l'alerte le plus précocement possible. Il est ainsi possible de prendre des contre-mesures organisationnelles et préventives.

Donner l'alerte

Quatre indicateurs non spécifiques d'épidémie (nombre d'actes, de visites, de viroses respiratoires et d'arrêts de travail inférieurs à 15 jours) sont recueillis chaque semaine par l'ORS auprès des médecins "sentinelles" ; en cas d'épidémie de grippe, ces indices augmentent d'environ 150% par rapport à l'activité de base mesurée au mois d'octobre. D'autres indices d'activité ou de consommation médicale sont collectés par la coordination nationale des GROGs (fréquentation des pharmacies, ventes de médicaments par l'Office Commercial Pharmaceutique, ...). L'apport essentiel du réseau est de gérer non seulement le recueil de l'information, mais aussi **sa circulation et son retour vers les professionnels du système de soins et le public**. Il existe ainsi un retour d'information hebdomadaire entre octobre et avril au moyen du bulletin du réseau national des GROGs adressé aux médecins sentinelles ainsi qu'aux autorités sanitaires et partenaires des GROGs.

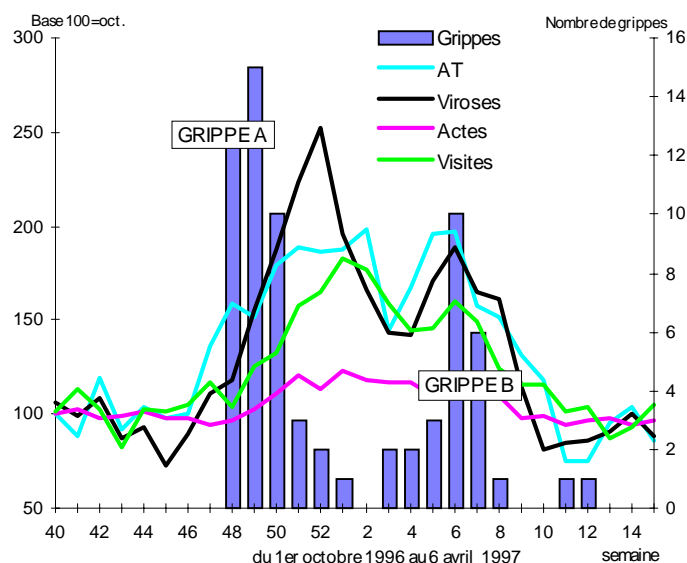
Tout le travail du réseau tend vers un seul objectif : **donner l'alerte** afin de permettre aux acteurs du système de soins de prendre leurs dispositions, aux populations non encore touchées de se faire vacciner, tout ceci participant à l'éducation pour la santé en faisant mieux comprendre l'importance collective d'une prévention individuelle.

Docteur A. COLLIGNON, L. BURNOUF
ORS de Basse-Normandie - GROG

Dernière minute

Un numéro de téléphone a été créé par la Direction Générale de la Santé pour les médecins et les pharmaciens des voyageurs revenant de Hong-Kong ou d'Extrême-Orient : 01.40.61.37.83

La saison 1996-97 Les indices du GROG de Basse-normandie



Lors de la saison 1996-97, les premières grippes ont été identifiées dans la région caennaise mais également dans l'Orne, le 25 novembre 1996 : les souches identifiées étaient proches du virus **A/Wuhan/359/95(H3N2)** inclus dans le vaccin. Dès le 30 octobre, les GROGs annoncent une pré-alerte épidémique à la suite de l'apparition de foyers de grippe A(H3N2) dans 3 régions françaises (Rhône-Alpes, Bretagne et Lorraine). L'alerte épidémique sera donnée par le GROG national dès le 20 novembre 1996. Le GROG de Basse-Normandie annonce par voie de presse une épidémie débutante de grippe le 4 décembre 1996. Ce virus a circulé en Basse-Normandie jusqu'à la fin du mois de janvier 1997. En février, une deuxième épidémie a été observée dans notre région ; il s'agissait cette fois de la **Grippe B**.

Par rapport à l'activité des médecins pendant le mois de référence (octobre), l'épidémie de grippe A multiplie la fréquence des viroses par un facteur 2,5 (1,8 pour l'épidémie de grippe B) et celle des visites par un facteur 1,7 (1,6) au moment du pic.

Au cours de cette saison, 70 identifications de virus grippaux ont été effectuées par le Laboratoire de Virologie du CHRU parmi les 279 prélèvements naso-pharyngés réalisés par les médecins sentinelles dans la population générale (taux de positivité pour la grippe = 25,1 %).

L'épidémiologie virale régionale (saison 96-97)

◆ Les virus grippaux identifiés chez les patients hospitalisés ont été essentiellement des virus AH3N2 au début de l'hiver puis des virus de la grippe B au mois de février. La majorité (90%) des sujets infectés sont des enfants dont 8% ont été hospitalisés en réanimation.

◆ Pendant les premières semaines de janvier, les bronchiolites ont continué de circuler de façon intensive chez les enfants hospitalisés (essentiellement dues au VRS Type B).

◆ Début mars, une épidémie de VRS Type A et de virus Parainfluenza Type 3 est apparue en Basse-Normandie (circulent toujours également des grippes B).

Professeur F. FREYMUTH
Laboratoire de Virologie du CHRU de Caen

Les leucémies dans le Nord-Cotentin

Travaux du comité présidé par le Pr. C. SOULEAU, volet épidémiologique

Répondant à notre mission officielle de diffusion des travaux épidémiologiques régionaux, nous reproduisons ci-après, l'essentiel du résumé du rapport demandé en février 1997 par le Ministre de l'Environnement et le Secrétaire d'Etat à la Santé.

Volet épidémiologique

1 - Etat de la question

“La publication récente (1997) des premiers résultats d'une étude cas-témoin sur les leucémies des sujets de moins de 25 ans dans le Nord-Cotentin a suscité la mise en place du comité scientifique chargé de la préparation du présent rapport. Cette publication a été précédée d'une étude de mortalité dans cette même région portant sur la période 1968-1986 (publiée en 1990) et de deux études d'incidence, publiées en 1993 et 1995 et portant respectivement sur les périodes 1978-1990 et 1978-1992. Ces 4 publications constituent l'ensemble des informations épidémiologiques disponibles sur les risques de leucémies chez les sujets de moins de 25 ans dans le Nord-Cotentin. Les observations qu'elles apportent se résument de la façon suivante :

- l'incidence des leucémies dans l'ensemble du Nord-Cotentin est conforme à l'incidence attendue (25 cas observés pour la période 1978-1992 pour 22,8 cas attendus). Il n'y a donc pas d'augmentation de l'incidence des leucémies dans l'ensemble du Nord-Cotentin.

- dans le seul canton de Beaumont-Hague est observé un excès numérique de cas de leucémie au cours de la période 1978-1992 (4 cas observés pour 1,4 cas attendus). Bien qu'il soit en deçà du seuil de significativité statistique habituel, cet excès s'en approche.

- dans le cadre de l'étude cas-témoin, des associations statistiquement significatives et numériquement importantes ont été observées avec trois habitudes de vie : la fréquentation des plages par les enfants et/ou par leurs mères au moins une fois par mois, la consommation de poissons ou coquillages d'origine locale par les enfants au moins une fois par semaine ; ainsi que le fait d'habiter dans une maison en granit.

Les observations de l'étude d'incidence sont quantitativement incompatibles avec une interprétation causale des associations statistiques décrites dans l'étude cas-témoin pour l'ensemble du Nord-Cotentin : si l'une quelconque de ces associations était causale, on aurait dû observer un excès (qu'on peut estimer à environ une vingtaine de cas) de leucémies dans le Nord-Cotentin au cours de la période 1978-1992 alors qu'aucun excès n'est observé au cours de la même période dans cette même région.

Les analyses publiées à ce jour n'apportent pas tous les éléments qui permettraient de lever la contradiction entre ces études et d'identifier précisément son origine.”

2 - Recommandations du comité scientifique

1) “L'analyse des études d'incidence, d'une part, et cas-témoins, d'autre part, réalisées dans le Nord-Cotentin, doit être encore approfondie selon les modalités détaillées dans le rapport complet, pour aboutir à des résultats validés et interprétables de façon cohérente(*) ;

2) Une étude d'incidence des leucémies du sujet de moins de 25 ans dans le Nord-Cotentin au cours des 4 dernières années (de 1993 à 1996) doit être réalisée très rapidement afin de vérifier, notamment, si l'excès numérique observé dans le canton de Beaumont-Hague se maintient, voire se renforce, au cours de ces 4 nouvelles années, ou si, au contraire, cet excès numérique s'estompe. Cette étude d'incidence devra être poursuivie au cours des années ultérieures.

Il est par ailleurs recommandé de développer les travaux suivants :

a) enregistrement de l'incidence des cancers dans le département de la Manche et surveillance régulière des variations géographiques et temporelles de l'incidence des différents cancers, notamment de ceux pouvant être induits par l'exposition aux radiations ionisantes ; dans le cadre de cet enregistrement, il convient de caractériser au mieux sur le plan biologique la pathologie cancéreuse observée ;

b) enregistrement des leucémies de l'enfant au niveau national, étude des variations géographiques et temporelles de leur incidence, recherche des facteurs de risque environnementaux, constitutionnels et/ou liés aux modes de vie ;

c) mise en place d'une structure chargée de recueillir des informations sur différents indicateurs de santé et d'exposition à l'échelle de petites unités géographiques et d'analyser leurs variations géographiques et temporelles (tendances, agrégats,...).

Ces travaux relèvent de la surveillance ordinaire des risques et de la recherche systématique et permanente des facteurs de risque, et doivent être poursuivis de façon continue, régulièrement mis à jour et portés à la connaissance du public. Leur développement requiert un accès plus facile aux informations d'exposition et/ou de santé.”

(*) NDRL : désaccord de deux membres du Comité sur ce point.

Un service de documentation ouvert au public s'est progressivement développé depuis 1987. Tous les documents reçus sont classés par grands thèmes sanitaires et sociaux. L'ORS dispose ainsi de **6 900 références**, ouvrages et articles d'origines très diverses (rapports du Ministère de la Santé, rapports d'activité des différents organismes sanitaires et sociaux, rapports des ORS, comptes-rendu de colloques, revues spécialisées en santé publique, ...).

Le service de documentation est ouvert :

du lundi au jeudi de 9h à 17h et le vendredi de 9h à 16h

Appeler Laurence BURNOUF au 02.31.73.47.93

Nous avons reçu récemment :

La situation des registres en France en 1997

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, N°17, 1997, 4 pages.

Les enfants et adolescents handicapés dans les établissements spécialisés en 1995

DRASS de Basse-Normandie, 1997, 4 pages.

Epidémiologie de l'asthme infantile dans le Calvados

FONTAINE V., DENIAUD F., Thèse de médecine, Faculté de Médecine, Université de Caen, 1996, 85 pages.

22ème congrès de l'Association des Epidémiologistes de Langue Française. Montpellier 2, 3, 4 avril 1997

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Vol. 45, supplément 1, 1997, 151 pages.

Registre des cancers de l'enfant en Bretagne - Résultats sur 5 années de fonctionnement

ORS Bretagne, 1996, 100 pages.

Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune

FAVRE J.-D., CHOQUET M., AZOULAY G., Haut Comité de la Santé Publique, Actualité et dossier en Santé Publique, N°18, 1997, p. 14-16.

Eau ... Santé Publique ... Résumé des interventions du 24 avril 1997. Cabourg

Société Normandie-Picardie de Santé Publique, Agence de l'eau de Seine-Normandie, 1997.

Mortalité de la population active bas-normande selon la catégorie socio-professionnelle entre 1975 et 1990

MORELLO R., Thèse de médecine, Laboratoire d'Informatique et Epidémiologie du CHU de Caen, Université René Descartes, 1997, 122 pages.

Le point sur l'avortement en France

Institut National des Etudes Démographiques, Population et Sociétés, N°325, 1997, 4 pages.

L'ozone, un polluant voyageur

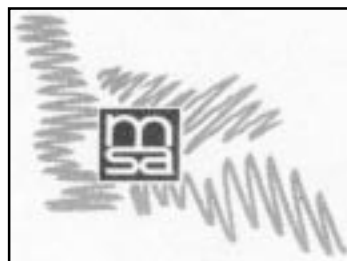
Institut Français de l'Environnement, Les Données de l'Environnement, N°29, 1997, 4 pages.

Mortalité par cancer autour d'installations nucléaires françaises. Entre 0 et 64 ans

HATTCHOUEL J.-M., LAPLANCHE A., HILL C., Questions en Santé Publique, Les Editions INSERM, 1995, 78 pages.

Dépistage des cancers - De la médecine à la santé publique

SANCHO-GARNIER H., BERAUD C., DORE J.F., PIERRET J., SCHAFFER P., Questions en Santé Publique, Les Editions INSERM, 1996, 168 pages.



Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie
9 bis rue de Saint-Germain
14000 Caen

Directeur de la publication :
Dr Jean Robillard, Président

Rédacteur en chef :
Dr André Flachs, Vice-Président

Président du Conseil Scientifique :
Pr André Thouin

Maquette :
Anthony Lefebvre

Impression :
Alfa B, Caen
(tirage à 5 000 exemplaires)

**Edité avec la participation du
Crédit Agricole du Calvados**

