



2^e journée régionale de veille sanitaire (JRVS) Aquitaine

8 décembre 2011, Artigues-près-Bordeaux

- Page 2 | Programme
- Page 3 | Session 1 - La veille et l'alerte sanitaires en Aquitaine
- Page 3 | Nouvelle organisation de la veille sanitaire
- Page 7 | Exemples de systèmes de surveillance spécifiques
- Page 11 | Session 2 - Du signal à la réponse : expériences en Aquitaine

I Editorial I

La 2^e journée régionale de veille sanitaire (JRVS) en Aquitaine a eu lieu le 8 décembre 2011 à la Maison de la promotion sociale à Artigues-près-Bordeaux sous la présidence de Nicole Klein, directrice générale de l'ARS et de Françoise Weber, directrice générale de l'InVS. Ce rendez-vous régional, organisé par la Cellule de l'InVS en région (Cire) en collaboration avec l'ARS, a pour objectif de rassembler les partenaires impliqués dans le champ de la veille sanitaire afin de partager des retours d'expériences.

Ce numéro spécial du Bulletin de veille sanitaire (BVS) présente les différentes communications que vous pouvez retrouver en intégralité sur le site de l'InVS en cliquant [ici](#).

Plus de 160 participants ont assisté à la journée notamment des représentants des établissements de santé et des structures médico-sociales (Ehpad, etc.), de l'URPS et des réseaux de professionnels de santé (SOS médecins, AquiRespi, etc.). Etaient aussi présents le Cclin, le CAPTV, l'Institut de santé publique de Bordeaux (Isped), le registre

général des cancers, l'Observatoire régional de la santé, les services de santé scolaire et universitaire, la médecine du travail, la Direccte, la DDPP de Gironde, les sapeurs pompiers, les médias et diverses associations. L'évaluation de la journée, à travers un questionnaire rempli par la moitié des participants, rend compte du succès de cette 2^e édition. Pour 95 % des répondants, cette journée s'est avérée utile à leur pratique professionnelle, la quasi-totalité a apprécié son contenu scientifique et 96 % ont été satisfaits par les possibilités de rencontre et d'échanges avec les intervenants et les autres participants. A la quasi unanimité, les participants ont souhaité la reconduction de ce rendez-vous.

Cet événement constitue un temps fort dans l'animation du réseau régional de veille sanitaire. Nous souhaitons remercier vivement les intervenants et les participants qui ont collaboré à cette journée, et nous vous donnons rendez-vous pour la 3^e édition, d'ores et déjà programmée au premier semestre 2013.

L'équipe de la Cire Aquitaine

9h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

10h00 OUVERTURE

Nicole Klein, directrice générale de l'Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine
Françoise Weber, directrice générale de l'Institut de veille sanitaire (InVS)

10h30 SESSION 1 - LA VEILLE ET L'ALERTE SANITAIRES EN AQUITAINE

Moderateurs : Fabienne Rabau, directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale, ARS ; Anne Gallay, adjointe au directeur du Département de coordination des alertes et des régions, InVS

Nouvelle organisation de la veille sanitaire

Patrick Rolland, Cire Aquitaine
Joao Simoes, Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires, ARS

EXEMPLES DE SYSTÈMES DE SURVEILLANCE SPÉCIFIQUE

La rougeole : dynamique de l'épidémie en France, 2008-2011

Denise Antona, Département des maladies infectieuses, InVS

Surveillance des intoxications au monoxyde de carbone

Frédérique Chemin, Département sécurité santé environnement, ARS

Surveillance de la bronchiolite : l'apport d'AquiRespi

Marik Fetouh, Réseau respiratoire d'Aquitaine, AquiRespi

Envenimations par physalie : un phénomène sanitaire émergent

Magalie Labadie, Centre antipoison et de toxicovigilance, CHU Bordeaux

Surveillance des maladies à caractère professionnel

Dorothee Provost, Département santé travail, Essat, InVS



12h30 DÉJEUNER

14h00 SESSION 2 - DU SIGNAL À LA RÉPONSE : EXPÉRIENCES EN AQUITAINE

Moderateurs/animateurs : Philippe Fort, directeur de la Délégation territoriale de la Gironde, ARS ; Patrick Rolland, responsable de la Cire Aquitaine

Eruptions prurigineuses liées aux chenilles processionnaires dans les Landes

Christine Castor, Cire Aquitaine

Gastro-entérites aigües d'origine hydrique en Gironde

François Mansotte, Département sécurité santé environnement, ARS

Infections à streptocoque A en service de chirurgie plastique

Christophe Gautier, Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Sud-Ouest

TABLE RONDE - EPIDÉMIE D'INFECTIONS À E. COLI O104:H4, GIRONDE, JUIN 2011

Bilan de l'épidémie

Gaëlle Gault, Cire Aquitaine

Bilan de la communication

Véronique Séguy, Service communication, ARS

PARTICIPANTS À LA TABLE RONDE

Laurent Abadie, journaliste, Agence France Presse

Eric d'Andigné, chef de Service des urgences, HIA Robert Picqué

Yves Charles, directeur de la Direction départementale de la protection des populations de Gironde

Christian Combe, chef de Service de néphrologie, CHU Bordeaux

Lisa King, épidémiologiste, Unité EAZ du Département des maladies infectieuses, InVS

Joao Simoes, responsable de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires, ARS

Bertrand Tisné, médecin généraliste de la ville de Bégles



16h30 CLÔTURE

Fabienne Rabau, directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale, ARS
Anne Gallay, adjointe au directeur du Département de coordination des alertes et des régions, InVS

Nouvelle organisation de la veille sanitaire

Patrick Rolland¹ (patrick.rolland@ars.sante.fr), Joao Simoes²

¹Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux

²Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires,(Cvags), ARS Aquitaine, Bordeaux

La veille sanitaire : un concept plus large que la surveillance en santé publique

Veille sanitaire et surveillance en santé publique — des concepts que les acteurs du champ sanitaire côtoient fréquemment dans leurs missions. Retenons que la veille sanitaire, image du « guetteur », repose sur les actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce. Elle s'appuie notamment sur la surveillance en santé publique (ou épidémiologique), image du « collectionneur », avec le recueil continu et systématique, l'analyse et l'interprétation des données de santé essentielles pour la planification, la mise en place et l'évaluation des pratiques de santé publique. Ainsi, la surveillance de l'état de santé de la population, l'alerte et la réponse à apporter en termes d'actions, sont autant d'éléments qui justifient une organisation visible de la veille sanitaire en région, en lien avec le niveau national.

Les acteurs en Aquitaine : les pilotes et le réseau régional de veille sanitaire

La loi de santé publique d'août 2004 et la loi Hôpital, patients, santé, territoires de juillet 2009 constituent les textes de référence selon lesquels la veille sanitaire devient un champ partagé entre l'InVS et les ARS. L'InVS est constitué d'un niveau national (6 départements) et d'un niveau régional (17 cellules de l'InVS en région - Cire). Les Cire sont coordonnées par le département de coordination des alertes et des régions. L'InVS est chargé de surveiller l'état de santé de la population, d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique et de contribuer à la gestion de crise. Les ARS (26 au total) sont chargées, dans le cadre de leur mission de pilotage de la politique de santé en région, d'organiser la veille sanitaire, l'observation de la santé, le recueil et le traitement des signalements d'événements pouvant présenter un impact sur la santé, et de contribuer à

l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion de crises.

En Aquitaine, le pilotage de la veille sanitaire est assuré selon des responsabilités définies par la Cire, niveau régional de l'InVS, et par la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) de la direction de santé publique et de l'offre médico-sociale de l'ARS. La CVAGS est composée d'une équipe au siège de l'ARS à Bordeaux et d'équipes en délégations territoriales (DT) localisées dans chacun des cinq départements. L'organisation ARS est complétée par le département de sécurité des soins et des produits de santé, le département de sécurité santé environnement et le service zonal de défense et sécurité, l'ARS Aquitaine étant ARS de zone de défense Sud-Ouest. Au-delà de ce dispositif, de nombreux acteurs contribuent à la veille sanitaire et vont constituer le réseau aquitain de veille sanitaire. Ce réseau est composé des professionnels de santé (55 980 dont 5 344 médecins généralistes), des établissements de santé (182) et médico-sociaux (1 389), des réseaux de santé (37), d'organisations de professionnels de santé, des représentants des vigilances, des organismes de surveillance des milieux, de l'assurance maladie, des organismes en santé publique, des services de l'Etat, des collectivités territoriales, etc. La Cire et la CVAGS contribuent à la mobilisation, l'animation et la coordination du réseau afin de répondre à la mission de veille sanitaire. Ce dispositif est en lien avec les préfets, les autres ARS de la zone, le Ministère de la santé et le siège de l'InVS.

L'organisation en Aquitaine autour de trois axes : surveillance, alerte sanitaire et communication

L'organisation retenue s'appuie sur des éléments de cadrage national et régional fixés dans le rapport conjoint InVS-DGS de février 2011 sur la veille et l'alerte sanitaires en France et dans le plan régional de santé d'Aquitaine (arrêté le 1^{er} mars 2012) au travers du volet du Vagusan (Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires).

Tout en considérant les missions respectives de l'InVS et de l'ARS Aquitaine, l'organisation en Aquitaine se décline autour de trois axes : la surveillance, l'alerte sanitaire et la communication des informations produites.

La surveillance, productrice de connaissance et génératrice d'alerte, pour l'action en santé publique

De nombreux systèmes de surveillance (près de 100) sont mis en œuvre ou utilisés par l'InVS, au niveau national par les départements de l'institut et au niveau régional par les Cire, avec l'appui essentiel des ARS, des réseaux locaux de veille sanitaire mais aussi du réseau national et international du champ sanitaire. Ces systèmes concernent les maladies infectieuses, les maladies chroniques, les risques en milieu de travail et plus largement ceux liés à l'environnement. Ils s'appuient notamment sur la surveillance syndromique, avec le suivi épidémiologique de l'activité des services d'urgence hospitaliers, des associations de médecine d'urgence de ville et des services d'états civils pour les certificats de décès. En Aquitaine, la surveillance syndromique s'appuie aussi sur le suivi épidémiologique de l'activité d'autres réseaux (kinésithérapeutes, pharmacies, écoles), avec une approche de maillage territorial permettant de cibler les populations qui n'ont pas recours systématiquement aux urgences. Le dispositif d'ensemble de surveillance est complété par les vigilances représentées localement (pharmacovigilance, infectiovigilance, hémovigilance, AMP vigilance, addictovigilance, biovigilance, radioprotection et toxicovigilance).

Concernant les maladies infectieuses, le réseau aquitain de veille sanitaire contribue notamment à la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO), des pathologies saisonnières, des maladies en collectivités, des infections nosocomiales, des infections sexuellement transmissibles et des zoonoses. Il permet par ailleurs d'assurer un suivi de la couverture vaccinale. Les acteurs en lien avec les risques professionnels permettent notamment de contribuer à la surveillance des maladies à caractère professionnel, des maladies liées à l'amiante ou encore de l'asthme d'origine professionnelle. Dans le champ environnement et santé, le réseau aquitain est notamment la clé de la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone, du suivi de l'impact de la pollution de l'air, des pathologies liées à la chaleur, des allergies, et du phénomène sanitaire émergent des envenimations par

physalie sur la côte Aquitaine. Enfin, dans le champ des maladies chroniques, et plus particulièrement du cancer, les registres locaux fournissent des indicateurs épidémiologiques sur le département de la Gironde pour toutes les localisations de cancer et sur la région entière pour le mésothéliome pleural.

L'ensemble des données épidémiologiques issues de la surveillance mise en place en Aquitaine, source de connaissance et d'alerte, constitue un socle à consolider et à développer pour l'aide à la décision régionale en santé publique sous la responsabilité de l'ARS.

L'alerte sanitaire, à partir d'un système adapté : la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

Veiller sur la santé de la population, alerter de toute menace pour la santé publique et apporter des réponses en matière d'investigations (« pour comprendre ») et de mesures de prévention et contrôle (« pour limiter la menace ») sont les enjeux de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires, opérationnelle 24h/24 (dispositif d'astreinte) et placée au sein de l'ARS. La plateforme s'appuie sur les systèmes de surveillance et un dispositif de veille adapté. Elle permet d'assurer à tout moment la réception, l'analyse, l'investigation et la gestion de tous les événements susceptibles de constituer une menace pour la santé de la population. Elle garantit une réponse rapide et adaptée afin de limiter l'impact de la menace identifiée. La plateforme est une organisation fonctionnelle, autour d'un point focal, entre la CVAGS et la Cire. Le point focal, support technique joignable 24h/24, permet de réceptionner et réguler tous les événements pouvant présenter une menace, en vue de leur traitement par la plateforme et les acteurs concernés. Il est le point départ des alertes vers la DGS, doublé d'un envoi systématique de la Cire vers le siège de l'InVS.

Trois types d'événements ont vocation à être signalés : i) les événements sanitaires et environnementaux susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé de la population : MDO, maladies infectieuses en collectivité, cas groupés de maladies non transmissibles, maladies pouvant être liées à des pratiques de soins, expositions en milieu de travail ou dans l'environnement, maladies ou expositions nécessitant des mesures au niveau national voire international, grands rassemblements inhabituels à risque ; ii) les événements survenant dans les établissements de santé et médico-sociaux pouvant avoir

des conséquences sur leur fonctionnement (champ ARS) : évènement indésirable grave, tensions observées au sein du système de soins, mouvements sociaux, sortie sans autorisation d'un patient hospitalisé sous contrainte ; iii) les évènements pouvant affecter le fonctionnement de la plateforme : déclenchement de plans, application du règlement sanitaire international, mise à disposition du préfet de moyens ARS, situation de crise, évènement pouvant avoir un impact médiatique. Au sein de la plateforme, les responsabilités et les rôles de la Cire et de la CVAGS sont définis. La Cire est garante de l'évaluation et des investigations, et la CVAGS de la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle. En pratique, les équipes de la CVAGS en DT assurent le traitement des évènements. La Cire et l'équipe de la CVAGS du siège de l'ARS interviennent lorsque la situation le justifie. Pour les évènements de compétence zonale, le service zonal de l'ARS assure le lien avec les plateformes concernées de la zone de défense.

Lorsqu'une alerte est déclenchée par la plateforme, la directrice générale (DG) de l'ARS en est informée, avant transmission au niveau national (Ministère de la santé et siège de l'InVS) et aux acteurs locaux (préfets, autres ARS de la zone). Quotidiennement, Ministère de la santé et InVS échangent sur la situation sanitaire et un point hebdomadaire est effectué avec les autres agences. S'agissant des relations entre l'ARS et les préfets, des protocoles définissent les responsabilités et les rôles respectifs. Les préfets s'appuient sur les moyens de l'ARS pour mettre en œuvre leurs compétences en matière de veille, sécurité et police sanitaire. La DG ARS et le préfet s'informent mutuellement de tout évènement sanitaire pouvant présentant un risque pour la santé publique ou susceptible de présenter un trouble à l'ordre public. Les directeurs de DT de l'ARS sont les correspondants de proximité des préfets de département. En termes de gestion de crise, l'ARS alerte et informe le préfet, aide à la décision et met en œuvre les actions de prévention. Le comité régional de sécurité sanitaire est présidé par le préfet de région et réunit les préfets de département et la DG ARS. Il est consulté sur les protocoles et les conditions de mise en œuvre. Il est chargé de développer les échanges d'information sur la situation sanitaire et de coordonner les moyens mis en œuvre par l'ARS face à une menace. En termes de préparation aux situations de crise, les plans de défense sont sous la responsabilité des

préfets et les volets santé sont élaborés par l'ARS. Le plan blanc élargi, cas particulier, est sous la responsabilité de la DG ARS. Il fixe, à l'échelle départementale, l'organisation des soins lors d'une crise de grande ampleur. La préparation aux situations de crise s'accompagne d'exercices et de retours d'expérience. En termes d'organisation de crise, le passage en situation de crise peut être décidé par le préfet et par la DG ARS selon l'évènement. En préfecture, cela se traduit par la mise en place d'un centre opérationnel départemental voire d'un centre opérationnel de zone renforcé, et au niveau de l'ARS, par l'activation d'une cellule de crise et la désignation de son pilote. Le commandement de la cellule est assuré par la DG ARS. Le préfet, le DGS et la DG de l'InVS en sont informés. Si l'évènement relève des missions de l'InVS, la Cire est associée à la cellule de crise. Toute situation de crise fait l'objet d'un retour d'expérience au sein de la plateforme et avec les acteurs du réseau aquitain impliqués.

La communication, un des enjeux majeurs pour l'ensemble des acteurs de la région

La communication s'impose comme le fil conducteur et fédérateur de l'organisation d'ensemble retenue. Elle concerne les points de situation au sein de la plateforme, l'information des acteurs du champ sanitaire sur la situation régionale, et le volet médiatique lui-même.

Les points de situation au sein de la plateforme sont de trois ordres : i) un point hebdomadaire, le vendredi avant le weekend d'astreinte, est effectué sur les évènements de la semaine écoulée. Il associe des représentants de la Cire et de l'équipe de la CVAGS du siège de l'ARS (en lien avec les équipes en DT si besoin), et le service zonal de l'ARS si la situation le justifie. Ce point fait l'objet du Bulletin sanitaire interne (BSI) ; ii) un point mensuel, appelé le « Petit-déjeuner des vigilants », associant les représentants locaux des vigilances et de la plateforme. Animé par la Cire, il permet de revenir sur les évènements du mois écoulé, de proposer des actions (surveillance renforcée, investigation complémentaire, mesures de gestion, communication, etc.) et de suivre l'évolution des évènements traités ; iii) un point annuel, sous forme d'une journée avec les membres de la plateforme, permet de réaliser le bilan de l'année passée, sur la base d'un rapport d'activité, en termes d'évènements survenus et d'échanges de pratique.

En termes d'information des acteurs du champ sanitaire sur la situation locale, l'InVS et l'ARS Aquitaine ont pour vitrine leurs sites internet et la tenue de conférences telle que la Journée régionale de veille sanitaire organisée par la Cire avec l'ARS. L'information InVS aux partenaires du réseau se traduit par différents documents : i) le « Point épidémio », chaque semaine, avec le point sur la situation sanitaire, avec notamment l'évolution des indicateurs sur les pathologies saisonnières, les MDO et les décès ; ii) le Bulletin de veille sanitaire (BVS), trimestriel, avec des articles sur des investigations, des systèmes de surveillance ou une thématique spéciale (ex. : grippe A (H1N1)2009) ; iii) le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), coordonné par le siège de l'InVS, sous formes d'articles et amené à documenter des situations sanitaires en Aquitaine ; ou encore la revue EuroSurveillance, pilotée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), vecteur qui permet de documenter des événements régionaux d'ampleur internationale (ex. : épidémie d'infections à *Escherichia coli* O104:H4 en juin 2011 en Gironde).

Le volet médiatique comprend la communication à l'initiative de l'ARS ou de l'InVS, et la communication à la demande des médias, de la préfecture et des acteurs du réseau aquitain. Ce volet doit notamment répondre à la demande croissante des professionnels de santé et de la population à être informée des situations sanitaires, et ce d'autant plus en situation d'alerte, avec la nécessité de diffuser largement des conduites à tenir et des messages de prévention.

Le socle de base de l'organisation retenue pour les différents types de communication est une coordination assurée par le service communication ARS, avec l'appui de celui de l'InVS et en articulation avec ceux des partenaires concernés. En situation de crise, le service communication de l'ARS s'articule avec les préfectures et bénéficie de l'appui du Ministère de la santé.

Une évolution de l'organisation régionale de la veille sanitaire, pour plus de visibilité

En Aquitaine, la mise en œuvre des recommandations nationales pour l'organisation régionale de la veille sanitaire s'est faite sur la base de l'expérience acquise par les acteurs locaux. Elle s'est notamment appuyée sur les leçons tirées des crises sanitaires des dernières décennies telles que l'affaire du sang contaminé en 1983, l'affaire de l'amiante à la fin des années 90, la canicule et l'épidémie de SRAS en 2003, la grippe aviaire en 2004, le Chikungunya en 2006, la grippe A(H1N1) en 2009, les tempêtes Klaus et Xynthia en 2009 et 2010, ou encore l'épidémie d'infections à *Escherichia coli* O104:H4 en 2011. L'évolution de l'organisation de la veille sanitaire en Aquitaine, rendue possible grâce à la collaboration formalisée et renforcée entre l'ARS et l'InVS, s'est inscrite dans un souci constant de lisibilité et visibilité du dispositif pour les professionnels du réseau aquitain de veille de sanitaire et pour la population de la région. « Surveiller, Alerter, Communiquer » constituent les mots-clés de la nouvelle organisation régionale, une organisation qu'il conviendra d'évaluer régulièrement dans une perspective constante d'amélioration.

Signaler, alerter
Événements pouvant avoir un impact sur la santé de la population

Point focal
24h/24

Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

☎ 05 57 01 47 90
@ ars33-alerte@ars.sante.fr
☎ 05 67 76 70 12

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

ars Agence Régionale de Santé Aquitaine
InVS INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE
Aquitaine

La rougeole : dynamique de l'épidémie en France 2008-2011

Denise Antona (d.antona@invs.sante.fr), Claire Baudon, Isabelle Parent, Daniel Lévy-Bruhl

Département des maladies infectieuses, InVS, Saint-Maurice

Introduction

Alors qu'en 2006 et 2007 le nombre de déclarations annuelles de cas de rougeole était inférieur à 50, laissant penser que la France était en phase de pré-élimination de la maladie, une augmentation très importante de l'incidence de la maladie est observée depuis 2008.

Matériel et méthodes

En France, la surveillance de la rougeole est basée sur la déclaration obligatoire. L'analyse a porté sur les cas déclarés au cours de la période allant de janvier 2008 à septembre 2011. Les cas ne respectant pas les critères cliniques d'inclusion, post-vaccinaux ou importés, ainsi que ceux infirmés par la biologie ont été exclus de l'analyse. Les résultats sont présentés en tenant compte de la dynamique de l'épidémie en trois vagues successives (octobre à septembre de l'année suivante).

Résultats

Entre janvier 2008 et septembre 2011, plus de 22 000 cas ont été notifiés dont 1 732 au cours de la 1^e vague, 3 358 au cours de la deuxième et 16 232 au cours de la 3^{ème}. En France comme en Aquitaine, l'incidence la plus élevée a concerné les enfants âgés de moins de 1 an (respectivement 135 et 120 cas pour 100 000 nourrissons) et plus de la moitié des cas avaient entre 15 et 30 ans, avec un risque de complications plus fréquentes dans ces tranches d'âge. Le bilan de l'épidémie est lourd, entraînant plus de 900 pneumopathies virales ou bactériennes graves, 26 complications neurologiques à type d'encéphalite ou myélite, et 10 décès. La majorité de ces décès est survenue chez des personnes jeunes (neuf avaient moins de 30 ans) et sept présentaient un déficit immunitaire, ne pouvant donc être protégées par la vaccination.

Discussion - Conclusion

Si plusieurs pays européens ont été touchés par des épidémies de rougeole au cours des dernières années, en 2011 la France était celui avec l'incidence la plus élevée (22 cas pour 100 000 habitants). La situation actuelle est la conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante ($\leq 90\%$ à 24 mois pour 1 dose) et hétérogène ayant conduit à la constitution progressive d'un réservoir important de sujets réceptifs. Même s'il existe, au-delà de 2 ans un rattrapage vaccinal, celui-ci reste également insuffisant. Les enquêtes en milieu scolaire montraient une couverture avec la seconde dose de 44 % à 6 ans en 2006 et de 85 % à 11 ans en 2008. L'enquête nationale de séroprévalence pilotée par l'InVS en 2009-2010 a confirmé cette situation en estimant à 8 % le taux de sujets réceptifs à la rougeole parmi les personnes âgées de 6 à 29 ans. Elle souligne l'urgence du rattrapage vaccinal des enfants, adolescents et jeunes adultes afin d'atteindre les niveaux d'immunité nécessaires pour arrêter la circulation du virus et protéger les populations vulnérables ne pouvant bénéficier de cette vaccination (enfants de moins d'un an, immunodéprimés, femmes enceintes). De plus, les cas hospitalisés exposent au risque de transmission nosocomiale et ceci doit conduire au renforcement du rattrapage des vaccinations parmi les professionnels de santé selon les recommandations vaccinales en vigueur.

Surveillance des intoxications au monoxyde de carbone

Frédérique Chemin¹ (frederique.chemin@ars.sante.fr), Christine Castor², François Ganiayre²

¹Département sécurité santé environnement, ARS Aquitaine, Bordeaux ; ²Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux

Introduction

Les propriétés physiques du monoxyde de carbone (inodore et incolore) rendent impossible l'alerte dès le début de la production de ce gaz dont l'inhalation peut provoquer une hypoxie et dans certains cas le décès.

Le monoxyde de carbone est produit lors de la combustion incomplète de matières carbonées telles que le gaz, le charbon ou le bois. Il est principalement lié à l'utilisation de certains appareils dans un contexte domestique ou professionnel (production d'eau chaude, chauffage, groupes électrogènes, etc.). Certains comportements individuels (absence d'entretien, utilisation inappropriée d'appareils, obstruction de grilles de ventilation, etc.) sont autant de facteurs de risque d'intoxication. Ces dernières années, la prévention des intoxications s'est concrétisée par la mise en place d'un programme d'actions de santé publique inscrit dans le Programme national santé environnement et dans la loi de santé publique. C'est dans ce cadre, qu'un dispositif de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone a été mis en place au niveau national en 2004. Les objectifs de ce dispositif sont d'une part l'alerte, afin de mettre en place rapidement des mesures de gestion et de prévention, et d'autre part, la description des caractéristiques de ces épisodes ainsi que l'évaluation des actions de santé publiques engagées.

Matériel et méthodes

Le dispositif de surveillance associe un système de surveillance épidémiologique et la mise en place de mesures de gestion de risque immédiates. En Aquitaine, il est basé sur un réseau régional de déclarants (service départemental d'incendie et de secours, Centre antipoison et de toxicovigilance, médecins libéraux, SOS Médecins, services d'urgence des hôpitaux, services hospitaliers, etc.), qui transmettent tout cas avéré ou suspecté d'intoxication (sauf celles en lien avec un incendie) au point focal de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires, placée au sein de l'ARS. Cette dernière est chargée de l'animation du réseau et de la mise en place des mesures de gestion. L'exploitation épidémiologique des données collectées est réalisée par le niveau national et régional de l'InVS.

Résultats

En 2010, 1 509 épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone ont été déclarés en France métropolitaine au système de surveillance. Au total, 5 195 personnes ont été impliquées, 3 413 transportées, 1 136 hospitalisées. En 2009, elles ont occasionné 92 décès. D'année en année, le pic des intoxications survient au cours des

périodes dites de « chauffe » et plus particulièrement entre décembre et février. Au cours de la tempête Klaus, qui a touché une partie de l'Aquitaine en janvier 2009, le dispositif a recensé plus de 60 épisodes en une semaine (contre environ 5 épisodes habituellement à cette période), liés pour la majorité à l'utilisation de groupe électrogène ou de chauffage de fortune.

Discussion - Conclusion

Les connaissances acquises par le biais de ce dispositif ont d'ores et déjà permis de mettre en place des actions ciblées de santé publique par la diffusion d'un certain nombre de messages d'information face à de nouvelles situations à risque (groupe électrogène, chauffage radiant dans les lieux de cultes, parasols chauffants, conditions météorologiques particulières, etc.).

Surveillance de la bronchiolite : l'apport d'AquiRespi

Marik Fetouh (marik.fetouh@wanadoo.fr)

AquiRespi, Réseau respiratoire d'Aquitaine, Bordeaux

Introduction

Fondé en 2003, AquiRespi est aujourd'hui un réseau pluri pathologique qui assure la prise en charge des bronchiolites, asthmes du nourrisson, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et mucoviscidoses, grâce à un financement de l'ARS. Ce réseau regroupe plus de 1 000 professionnels (médecins, kinésithérapeutes, infirmier(e)s, etc.) et 8 établissements de santé sur toute l'Aquitaine.

Un des services proposés consiste en l'organisation de la permanence de soins de kinésithérapie respiratoire pédiatrique sur tout le territoire aquitain. Près de 500 kinésithérapeutes, ayant tous suivi une formation préliminaire, se relaient de novembre à avril les week-ends et jours fériés, sur les 28 secteurs de garde. Ces professionnels sont tous signataires d'une charte qualité, par laquelle ils s'engagent à respecter un protocole de soin partagé, et à remplir une fiche-bilan pour chaque patient pris en charge. Ces fiches-bilans recensent un certain nombre d'antécédents et de données cliniques qui permettent de repérer précocement les nourrissons à

profil asthmatique. En effet, l'asthme est sous-diagnostiqué chez le nourrisson, et l'une des missions d'AquiRespi est de repérer ceux qui pourraient en être porteurs, puis de les réorienter vers leur médecin, avec lequel une réunion de concertation est organisée. En 2010, la Cire a signé un partenariat avec AquiRespi. Cette collaboration permet de suivre l'épidémie de bronchiolite au niveau régional, et ainsi de contribuer au dispositif de surveillance syndromique de la Cire, notamment basé sur le réseau Oscour® et les associations SOS Médecins. La Cire a entrepris une analyse descriptive des fiches-bilans remplies pendant la saison 2010-2011 qui avait pour objectif de caractériser les enfants pris en charge par le réseau lors de cette saison, afin d'identifier leur pathologie et d'analyser leurs facteurs de risque. L'ensemble des fiches-bilans a été transmis à la Cire à la fin de la saison.

Résultats

Du 30 octobre 2010 au 1^{er} mai 2011, AquiRespi a réalisé 27 week-ends de garde (dont 5 prolongés de jours fériés) et une garde d'une semaine entre Noël et le Nouvel an. Sur l'ensemble de la période, le réseau a pris en charge 4 431 enfants. Les analyses ont porté sur 4 426 enfants pour lesquels la fiche-bilan était exploitable. Un diagnostic a pu être établi pour 89,2 % des enfants pris en charge soit 3 949 enfants. Parmi eux, 67,9 % étaient des cas de bronchiolite, 29,2 % avaient une pathologie chronique, 2,8 % présentaient une bronchite et moins de 1 % (soit 5 cas) avaient une rhinopharyngite. Le service proposé par le réseau correspond donc aux besoins en termes de santé publique. Les principaux cas de pathologies chroniques se répartissent comme suit : 86 % d'asthmes et profil asthmatique (n=990), 5 % de prématurité, 3 % de trachéomalacie et 2 % de pathologies neuromusculaires. Sur l'ensemble de la saison, les enfants asthmatiques et à profil asthmatique sont pris en charge plus fréquemment en début et en fin d'épidémie. Inversement, la majorité des cas de bronchiolite est prise en charge entre décembre et février, soit lors de la période de circulation du VRS. Il n'y avait pas de période identifiée pendant laquelle les cas graves auraient été plus fréquents.

Conclusion

Au-delà de la caractérisation de la population prise en charge par le réseau, ce partenariat permet de renforcer le dispositif de surveillance régionale des pathologies respiratoires chez les nourrissons. Ainsi, ce suivi

épidémiologique a permis de mettre en évidence une épidémie 2011-2012 précoce et très active, qui sera vraisemblablement plus importante que les deux années précédentes, se situant au final entre 5 000 et 5 500 enfants pris en charge sur la saison épidémique.

Envenimations par physalie : un phénomène sanitaire émergent

Magali Labadie¹ (magali.labadie@chu-bordeaux.fr), Bénédicte Aldabe², Amélie Poulard¹, Nathalie Ong², Françoise Penouil¹, Patrick Rolland²

¹Centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV), CHU Bordeaux ; ²Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux

Contexte

Physalia physalis est un polype colonial, muni de longs filaments, parsemés de nombreuses cellules capables d'injecter du venin. Ces animaux sont connus des côtes australiennes et de Floride. Depuis 2008, sur le littoral atlantique français, *Physalia physalis*, habituellement rare, a été la cause de nombreuses envenimations. Elles sont responsables de lésions cutanées douloureuses, et aussi potentiellement de signes systémiques qui en font la gravité. Dans ce contexte, au cours de l'été 2011, le CAPTV de Bordeaux et la Cire Aquitaine ont mis en place une stratégie de surveillance, d'enregistrement des cas et de suivi des patients, avec pour double objectif d'alerter, de décrire la dynamique de l'épidémie, et d'améliorer la prise en charge des patients (projet PhysaTox).

Matériel et méthodes

La surveillance s'est déroulée entre le 1^{er} juin et le 30 sept. 2011. Chaque poste de secours CRS côtier a signalé aux Samu puis au CAPTV tous les cas d'envenimation pris en charge. Le CAPTV a colligé tous les cas et a suivi les patients (rappels tél., compte-rendu d'observation des patients hospitalisés, réalisation de photos des lésions). Les données ont été analysées par le CAPTV et la Cire.

Résultats

Bilan : 885 cas déclarés ; alerte le 1^{er} juin, pic épidémique le 16 juillet (94 cas), fin de l'épidémie le 23 août ; âge moyen 18 ans, âge médian 13 ans, sex ratio 1,5. Les signes généraux sont présents dans 15 % des cas avec un délai moyen de survenue de 15 minutes ; ce sont des

des douleurs abdominales, thoraciques, des atteintes respiratoires et neurologiques (malaise, confusion, perte de connaissance) et des signes neuromusculaires (fasciculations). La douleur est intense (>7, échelle 0-10) pour 68 % (n=51). Le Poisoning Severity Score est à 3 dans 8 % des cas nécessitant une prise en charge médicale. Il n'y a eu aucun décès, ni aucun patient hospitalisé plus de 24h.

Conclusion

Ce suivi confirme l'émergence du phénomène sanitaire des envenimations par physalie en Aquitaine, avec 8 % de cas sévères. Le traitement comporte des soins locaux immédiats et la survenue de signes généraux impose une prise en charge médicale. Une surveillance sanitaire pour les étés à venir se justifie.

Surveillance des maladies à caractère professionnel

Dorothee Provost¹ (dorothee.provost@isped.u-bordeaux2.fr), Florence Fernet², Thomas Dourlat³, Loïc Garras³, Madeleine Valenty³

¹Département santé travail, Essat, InVS, Bordeaux ; ²Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), Bordeaux ; ³Département santé travail, InVS, Saint-Maurice

Introduction

Les maladies à caractère professionnel (MCP) sont théoriquement toutes les maladies ou symptômes susceptibles d'être d'origine professionnelle qui n'entrent pas dans le cadre des tableaux des maladies professionnelles indemnisables. Bien que leur déclaration soit une obligation légale pour tout docteur en médecine, peu de médecins déclarent des MCP. De plus, ces signalements sont peu exploités, notamment faute de données sur la population d'où ils proviennent. Le programme de surveillance des MCP, mis en place par le Département santé travail de l'InVS et l'Inspection médicale du travail, a pour objectif principal d'explorer les signalements des MCP à des fins de surveillance épidémiologique en milieu du travail. Depuis 2007, l'Aquitaine participe à ce programme de surveillance, aujourd'hui opérationnel dans quinze régions.

Matériel et méthodes

Ce programme repose sur un réseau de médecins du travail volontaires qui signalent deux fois par an pendant deux semaines consécutives toutes les MCP observées lors des visites médicales. Les caractéristiques socioprofessionnelles de tous les salariés venus en visite médicale pendant la période considérée sont recueillies.

Résultats

En 2010, 92 médecins du travail de la région Aquitaine ont participé à au moins une des deux quinzaines, soit un taux de participation de 22 %.

Sur les 11 062 salariés vus pendant les quinzaines, 618 présentaient au moins une MCP lors de leur visite médicale (5,6 %). Les affections de l'appareil locomoteur (ALM) étaient les pathologies les plus fréquemment signalées (femmes : 3,5 % ; hommes : 3,4 %) ; suivies par la souffrance psychique (Femmes : 2,1 % ; Hommes : 1,0 %). La catégorie sociale la plus affectée par les ALM était celle des ouvriers (5,3 %). Une importante différence selon le sexe était observée parmi les ouvriers : prévalence de 8,0 % pour les femmes et de 4,7 % pour les hommes. La prévalence des ALM était la plus élevée dans le secteur de l'industrie (6,6 %).

Concernant la souffrance psychique, dans plus d'un cas sur deux, il s'agissait de syndromes dépressifs. La prévalence des MCP relevant de la souffrance psychique augmentait avec la catégorie sociale notamment chez les femmes : de 1,1 % pour les ouvrières à 4,5 % pour les cadres et professions supérieures. La plus forte prévalence était observée dans le secteur des activités financières et d'assurance (2,0 %).

Au total, 74 % des MCP remplissant tous les critères d'un tableau auraient pu, selon les médecins du travail, faire l'objet d'une réparation en maladie professionnelle.

Discussion - Conclusion

Ce programme de surveillance des MCP permet de repérer les spécificités régionales en termes de pathologies, de professions et de secteurs d'activité. Outre les éléments de connaissance nouveaux qu'il apporte, il permet la sensibilisation des acteurs de la santé au travail à la veille sanitaire et met l'accent sur la sous-déclaration des maladies professionnelles.

Eruptions prurigineuses liées à la présence de chenilles processionnaires dans les Landes

Christine Castor¹ (christine.castor@ars.sante.fr), Elsa Delisle¹, Julia Doutreix², Patrick Rolland¹

¹Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux ; ²Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS), ARS Aquitaine, Bordeaux

Introduction

En juillet 2010, une épidémie de gale touchant plusieurs colonies de vacances dans un camping des Landes était signalée aux autorités sanitaires. Des investigations ont été menées afin de vérifier le signalement et décrire l'épisode.

Matériel et méthodes

Les cas de prurit ont été recensés auprès de toutes les personnes participant aux colonies de vacances du camping pendant l'été. A l'occasion de la visite du site, une enquête transversale descriptive a été réalisée auprès des personnes présentes, ainsi qu'une investigation environnementale. D'autres sources de données ont été consultées pour évaluer le contexte sanitaire local.

Résultats

Au total, 62 cas de prurit ont été recensés, soit un taux d'attaque de 31 %. Pour près de la moitié des cas (48 %), les signes sont apparus dans les 24h suivant leur arrivée au camping. Les éruptions se caractérisaient par des papules réparties sur l'ensemble du corps, dont le dos, sans lésion interdigitale. Cinq cas ont présenté des signes associés sans gravité à type de toux ou d'irritation oculaire. La présence de terrain atopique était significativement plus importante chez les personnes ayant présenté un prurit ($p=0,05$). A noter enfin que les cas n'avaient pas été en contact avant leurs séjours et ne partageaient aucune literie. L'enquête environnementale a mis en évidence la présence de nids de chenilles processionnaires dans les pins sous lesquels les colonies

de vacances étaient installées. Ces chenilles dites *Thaumetopoea pityocampa* sont très présentes sur la façade atlantique où elles colonisent de préférence des pins situés en bordure de forêt. Couvertes de poils urticants, elles peuvent être à l'origine de réactions inflammatoires, voire de réactions allergiques graves. Les effets sanitaires peuvent également être liés aux poils présents en grande quantité dans les nids et qui se disséminent facilement dans l'environnement.

Discussion - Conclusion

Les investigations ont permis d'infirmier une épidémie de gale en raison des éléments suivants : identification d'une période très courte d'incubation (contrairement à celle de la gale qui est en moyenne de 21 jours) ; présence de signes cliniques non caractéristiques de la gale ; absence de vecteur commun à une transmission interhumaine ; présence de nids de chenilles sur le site. Des mesures de gestion ont rapidement été instaurées afin de limiter l'exposition aux poils de chenilles sur le camping (arrosage du sol, élimination des nids encore présents dans les pins, information des campeurs, des médecins et pharmaciens de la commune). Cet épisode souligne la nécessité de vérifier les signaux avant toutes mesures de gestion mais également la connaissance insuffisante des risques sanitaires liés à ce type d'exposition. Or, des travaux récents mettent en évidence l'installation progressive de *Thaumetopoea pityocampa* vers le nord du territoire français au cours des dernières années.

Episode de gastro-entérites aiguës d'origine hydrique en Gironde

François Mansotte¹ (francois.mansotte@ars.sante.fr), Sandrine Coquet², Gisèle Dejean¹

¹Département sécurité santé environnement, ARS Aquitaine, Bordeaux ; ²Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux

Introduction

En juillet 2010, une suspicion d'épidémie de gastro-entérites aiguës (GEA) est signalée par le maire d'une commune de la Gironde (700 habitants) suite à la

survenue de malades parmi les convives de 2 banquets organisés à une semaine d'intervalle. Les investigations menées par la délégation territoriale de la Gironde de l'ARS et la Direction départementale de la protection des populations de Gironde écartent l'origine alimentaire. Dans ce contexte l'ARS et la Cire Aquitaine entament des investigations épidémiologiques et environnementales.

Matériel et méthodes

L'enquête environnementale a consisté en une analyse détaillée du fonctionnement de la chaîne de production et de distribution de l'eau, en une mise en place d'un programme spécifique d'analyses microbiologiques et de renforcement du traitement de désinfection et du contrôle sanitaire. Une enquête épidémiologique exploratoire menée auprès des professionnels de santé et des châteaux viticoles locaux a été complétée par une étude de cohorte rétrospective auprès des habitants de la commune.

Résultats

La commune de Gironde située en zone viticole ne dispose pas de ressources d'eau d'alimentation qui lui soient propres et achète 100 % de son eau à la commune voisine qui dispose de quatre forages de profondeur comprise entre 53 et 409 mètres captant la nappe de l'Eocène. Le traitement de l'eau réalisée par la commune voisine se compose d'une déferrisation et d'une désinfection au bioxyde de chlore ou à l'hypochlorite de sodium ; aucun traitement supplémentaire n'est effectué par la commune acheteuse. L'eau achetée dessert d'abord le secteur nord de la commune en refoulement-distribution, puis passe par un réservoir avant d'alimenter, par surpression à débit variable, le secteur sud.

Les enquêtes environnementales réalisées mettent en évidence des anomalies bactériologiques sur certains réseaux privés alimentant des châteaux viticoles, des traces d'adénovirus au niveau d'un robinet du secteur sud de la commune. De plus, une visite de la station d'épuration des eaux usées, située en amont du secteur sud de la commune, qui met en évidence une conception non réglementaire du réseau interne de distribution d'eau de la station d'épuration ainsi qu'une analyse de qualité, aux résultats très mauvais, sur le réseau d'eau potable à l'entrée de cette installation, laissent suspecter un retour d'eaux usées vers le réseau d'eau potable public.

Les investigations épidémiologiques ont montré une répartition de cas de diarrhées sur l'ensemble du secteur sud de la commune avec un taux d'attaque très élevé (63 %) ; les coprocultures ont révélé une contamination parasitaire (*Giardia duodenalis* et *Cryptosporidium hominis*) sous une forme signant une pollution fécale d'origine vraisemblablement humaine.

Conclusion

Les résultats des démarches réalisées constituent des faisceaux d'arguments en faveur d'une contamination du réseau d'eau potable de la commune par des eaux usées, avec une contribution possible par d'autres ressources privées. Ces investigations concernant ce phénomène rare (une épidémie de GEA d'origine hydrique en France) n'auraient pu être réalisées sans la détermination des agents de la Cire et de l'ARS.

Remerciements

Le maire de la commune ; la Lyonnaise des Eaux ; les médecins, pharmaciens, les laboratoires d'analyse médicale et le centre hospitalier du secteur ; le laboratoire IPL-Atlantique de Bordeaux ; le laboratoire de l'Anses de Nancy ; le laboratoire de virologie du CHU de Dijon ; le laboratoire de parasitologie du CHU de Rouen ; et les agents de l'ARS et de l'InVS (niveau national et régional).

Infections à streptocoque A en service de chirurgie plastique

Christophe Gautier¹ (christophe.gautier@chu-bordeaux.fr), Rachel Dutrech¹, Anne-Gaëlle Venier², Catherine Dumartin²

¹Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins (Arlin) d'Aquitaine, CHU Bordeaux ; ²Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (Cclin) du Sud-Ouest, CHU Bordeaux

Introduction

En février 2011, cinq cas d'infection post-opératoires sont identifiés en trois jours parmi des patientes de chirurgie plastique. Ces patientes ont été opérées dans la même salle, par la même équipe chirurgicale. Dès la survenue des premiers cas, une cellule de crise est constituée au sein de l'établissement avec déclaration auprès de l'ARS : une information des patients opérés dans la même période

est effectuée afin de rechercher des cas additionnels, et il est décidé collectivement de suspendre toute activité chirurgicale. Le Cclin et l'Arclin sont immédiatement sollicités pour aider aux investigations et à l'évaluation des pratiques concernant cet évènement indésirable grave.

Matériel et méthodes

Une analyse approfondie des causes a été conduite avec les professionnels de l'établissement. Elle a d'abord reposé sur l'examen des données épidémiologiques concernant les cas afin de décrire le mécanisme de transmission du micro-organisme et d'identifier les expositions communes. Des mesures ont ensuite été prises en cohérence avec les recommandations nationales : recherche d'un portage parmi les professionnels contact, entretien avec les professionnels et évaluation des pratiques au bloc opératoire.

Résultats

Le bilan de l'épidémie est de 4 cas certains d'infections à streptocoque du groupe A et d'un cas probable. Au total, 27 prélèvements ont été effectués auprès de l'équipe chirurgicale. L'hypothèse d'une transmission à partir d'un professionnel a été privilégiée : la souche isolée chez 4 patientes était identique à celle isolée chez un des soignants, porteur au niveau pharyngé et d'une lésion cutanée. Une technique per-opératoire de prélèvement et d'injection de graisse autologue, qui concernait 3 des 5 cas, a été particulièrement analysée. Parallèlement, les observations ont permis d'objectiver certaines défaillances et de préconiser des actions d'amélioration portant sur : le port du masque et des gants, la friction chirurgicale, la préparation cutanée du visage, l'accès aux distributeurs de produits hydroalcooliques et le respect du temps de pause entre deux interventions.

Discussion - Conclusion

L'établissement a fait preuve de réactivité devant la survenue d'un évènement infectieux grave et les différents acteurs ont coordonné leurs actions dès l'alerte pour orienter efficacement les investigations et optimiser les mesures à prendre : EOH, Cclin et Arclin pour l'analyse du risque, CNR pour le typage des souches, et ARS pour le suivi des mesures et la définition des conditions de reprise d'une activité chirurgicale. Aucun autre cas n'a été diagnostiqué un an après la survenue de cet épisode.

Bilan de l'épidémie d'infections à *E. coli* O104:H4, Gironde, juin 2011

Gaëlle Gault (gaelle.gault@ars.sante.fr) et équipe de la Cire¹, EAZ-DMI²

¹Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux ; ²Unité des maladies entériques, d'origine alimentaire et zoonoses (EAZ), Département des maladies infectieuses, InVS, Saint-Maurice.

Introduction

Le 22 juin, l'Hôpital Robert Picqué situé à proximité de Bègles en Gironde signalait à la Cire Aquitaine 6 cas de diarrhée sanglante et 2 cas de syndrome hémolytique et urémique (SHU) entre le 16 et 21 juin. Le 24 juin, un premier cas est confirmé à *Escherichia coli* (*E. coli*) producteurs de shigatoxines (STEC) O104:H4, souche identifiée dans l'épidémie allemande survenue en mai 2011. Les cas avaient tous participé à une journée porte ouverte à Bègles. Une enquête épidémiologique a été mise en œuvre afin de décrire l'épidémie, identifier le véhicule et la source précise de l'infection et contribuer à la mise en place de mesures de contrôle et de prévention. Des analyses microbiologiques et une enquête de traçabilité ont été également réalisées.

Matériel et méthodes

L'enquête épidémiologique a été réalisée auprès de l'ensemble des participants à la journée, y compris le personnel organisateur. Un cas a été défini par tout participant à la journée ayant présenté soit un SHU, soit une diarrhée sanglante, soit un épisode de diarrhée entre le 8 et le 23 juin. La confirmation des cas a été obtenue par isolation de la souche STEC O104:H4 ou par sérologie O104. L'analyse descriptive a été réalisée sur tous les participants. Des taux d'attaque par aliment ont été calculés ainsi que les risques relatifs (RR) à l'aide d'un modèle de régression de Poisson, uniquement chez les adultes. Les prélèvements de selles et sérum ont été analysés par le Centre national de référence *E. coli* et *Shigella*. Des prélèvements d'eau (réseaux distribuant les cas, cuisine du centre loisirs) réalisés par l'ARS, et de graines (centre de loisirs et jardinerie d'achat) par la Direction départementale de la protection des populations de Gironde ont été envoyés pour analyse par le Laboratoire national de référence (LNR).

L'autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a coordonné l'enquête de traçabilité des graines en collaboration avec les autorités sanitaires des pays concernés dont la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

Résultats

Au total, 169 personnes (60,4 % de femmes) ont été interrogées dont 24 personnels organisateurs. Parmi eux, 24 cas ont été identifiés (taux d'attaque de 14,2 %, incubation médiane de 9 jours) dont 7 cas de SHU, 5 cas de diarrhée sanglante et 12 avec un épisode de diarrhée. Dix cas ont été confirmés et 8 ont été hospitalisés. Une association forte et significative liée à la consommation de graines germées a été mise en évidence. En considérant le type de graines, seule la consommation de graines de fenugrec était significativement associée à la maladie avec un RR de 5,1 [IC 95 % : 2,3-11,1]. Les adultes ayant consommé des graines de fenugrec lors du buffet avaient 5,1 fois plus de risque de développer la maladie par rapport à ceux qui n'en avaient pas consommé. Par ailleurs, deux cas secondaires de SHU confirmés STEC O104:H4 ont été observés au sein d'un foyer, avec la transmission de l'infection d'un homme à sa femme et à l'un de ses enfants. L'analyse de quatre réseaux d'eau d'adduction publique distribuant les cas était négative à *E. coli*. Les analyses microbiologiques des graines à l'origine de l'infection se sont avérées négatives à O104. L'enquête de traçabilité des graines a permis d'identifier un lot de fenugrec bio (producteur en Egypte) commun à l'épidémie survenue en Allemagne.

Conclusion

Cette épidémie a concerné 26 personnes, 12 d'entre elles ont été confirmées dont 11 avec une souche STEC O104:H4. La consommation de graines de fenugrec bio ont été identifiées comme étant à l'origine de l'épidémie. Les mesures de prévention et de gestion (retrait des lots incriminés) ont été réalisées. La survenue des épidémies française et allemande, dues à la même souche et au même vecteur de transmission, sont en faveur d'une contamination des graines par la bactérie STEC O104:H4.

Bilan de la communication autour de l'épidémie d'infections à *E. coli* O104:H4, Gironde, Juin 2011

Véronique Séguy (veronique.seguy@ars.sante.fr)¹, Séverine Huguet¹, Gabrielle Issaverdens², François Mansotte³, Patrick Rolland⁴

¹Service communication, ARS Aquitaine, Bordeaux ; ²Service communication, InVS, Saint-Maurice ; ³Délégation territoriale de la Gironde, ARS Aquitaine, Bordeaux ; ⁴Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux

Une alerte sanitaire dans un contexte médiatique particulier

L'alerte a été déclenchée dans le contexte de l'épisode allemand d'épidémie d'infections à *Escherichia coli* (*E. coli*) de mai-juin 2011 et de l'épidémie liée aux steaks hachés de mi-juin dans le Nord-Pas-de-Calais. L'annonce des premiers cas de syndromes hémolytiques et urémiques le 23 juin en Gironde a donc tout de suite déclenché une avalanche de sollicitations de la part des médias locaux, nationaux et internationaux auprès de l'ARS Aquitaine.

Une équipe dédiée à l'interface avec les médias

Une cellule de crise a immédiatement été activée par la directrice générale de l'ARS. Elle était composée de 8 à 10 personnes, avec des représentants la Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) du siège et de la délégation territoriale de Gironde, du service communication et de la Cire Aquitaine. La cellule permettait d'effectuer des points journaliers sur l'évolution de la situation et de décider des postures à adopter en matière de communication. Plusieurs objectifs ont été rapidement assignés à la communication : informer les professionnels de santé et la population sur l'épidémie et sur les conduites à tenir. Il s'agissait aussi de rassurer la population en indiquant les mesures prises pour trouver la source de cette infection, limiter les risques et retirer les graines (à l'origine de l'infection) de la commercialisation.

Une communication de crise adaptée à la situation

Différents acteurs ont été impliqués dans cette communication de crise : l'ARS et la Cire (7 communiqués et 4 conférences de presse sur 12 jours), le siège de l'InVS

(5 points épidémiologiques en ligne), les ministères de la santé, de l'économie et de l'agriculture (2 communiqués individuels et 4 interministériels), de la santé, de l'économie et de l'agriculture (2 communiqués individuels et 4 interministériels), l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (1 avis).

Des communications ont été faites au plan international par l'InVS (message d'alerte aux autorités sanitaires européennes), l'Agence européenne de sécurité sanitaire de l'alimentation (EFSA), le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), la Commission européenne (mesures d'urgence applicables aux graines importées d'Egypte), et enfin l'Etat français (arrêté ministériel de suspension de la mise sur le marché de graines de fenugrec issues de lots importés d'Egypte).

Une communication réussie grâce à un effort de coordination

La communication gérée par l'ARS, en collaboration avec l'InVS, a nécessité une forte coordination avec de nombreux acteurs (cabinet du Ministre de la Santé, service communication de la DGS, préfecture, mairie de Bègles, ordre des médecins de la Gironde, CHU de Bordeaux et Hôpital Robert Picqué). L'information a été pleinement relayée en interne au personnel de l'ARS, ainsi que sur le site de l'agence.

Le bilan a été positif : les messages ont été relayés par 48 médias en contact avec l'ARS sur la période de crise (15 médias locaux et 33 nationaux/internationaux) avec une reprise des éléments d'information fournies sur l'évolution de la situation, grâce à une anticipation de la préparation des messages à communiquer par la cellule de crise, une bonne répartition des rôles au sein de cette cellule et le choix afficher de répondre à toutes les sollicitations médiatiques.



Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine

Tél. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95 - Courriel : ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du BVS sur : www.invs.sante.fr et sur www.ars.aquitaine.sante.fr

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'InVS

Rédacteur en chef : Patrick Rolland, Responsable de la Cire Aquitaine

Comité de rédaction : Bénédicte Aldabe, Christine Castor, Dr Martine Charron, Sandrine Coquet, François Ganiayre, Gaëlle Gault, Dr Véronique Servas

Diffusion : Cire Aquitaine ; Adresse : ARS Aquitaine - Espace Rodesse - 103 bis rue Belleville - CS 91702 - 33063 Bordeaux Cedex