BVS

Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Agence Régionale de Santé Aquitaine

Bulletin de veille sanitaire - Numéro 3 - Avril 2010

Page 1 | Surveillance et prise en charge des foyers d'infection respiratoire aiguë basse en collectivités de personnes âgées en Aquitaine : saison 2008-2009 |

Page 4 | Episode de cas groupés de méningite à méningocoque B dans le département des Landes, décembre 2008 à septembre 2009 |

Page 7 | Retour « à froid » sur la 1ère Journée régionale de veille sanitaire (JRVS) d'Aquitaine - 10 septembre 2009 |

Editorial

C'est avec retard que nous vous proposons ce nouveau numéro du BVS qui n'y a pas échappé… lui aussi était « grippé » !

Près d'un an après les premiers cas de grippe A(H1N1)2009, la Cire tient à remercier tous les partenaires qui lui ont permis d'assurer sa mission de veille et d'information sur la situation épidémiologique. Un BVS spécial vous sera bientôt proposé.

Dans ce numéro, vous trouverez un bilan de la surveillance des foyers d'infection respiratoire aiguë basse dans les collectivités de personnes âgées, et une synthèse des informations sur un épisode de cas groupés de méningite à méningocoque B. Enfin, nous reviendrons sur la première JRVS de septembre 2009 qui avait rassemblé bon nombre d'entre vous.

Avril 2010 marque la création de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine, et le renfort de la visibilité de l'enjeu de veille sanitaire en région en collaboration étroite avec l'InVS.

Nous en profitons pour vous rappeler que le BVS est désormais ouvert à vos contributions, la publication d'un article dans le BVS n'empêchant pas sa publication par ailleurs. Alors, lancez-vous, nous attendons vos propositions ! Merci de nous les adresser sur ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr.

Le prochain BVS sera un numéro spécial consacré à la surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Un numéro revenant sur les tempêtes Klaus et Xynthia est également programmé.

Patrick Rolland

Surveillance et prise en charge des foyers d'infection respiratoire aiguë basse en collectivités de personnes âgées en Aquitaine : saison 2008-2009

1. Le dispositif mis en place

Les infections respiratoires aiguës basses (Irab) sont fréquentes dans les collectivités de personnes âgées et représentent la première cause de mortalité infectieuse en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) [1]. Plusieurs étiologies peuvent être à l'origine de foyers d'Irab dans ces établissements, mais les plus fréquemment retrouvées sont la grippe, l'infection à pneumocoque et la coqueluche.

La conduite à tenir devant ces infections en collectivités de personnes âgées est détaillée dans le rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) (séance du 18 novembre 2005) accompagnant la circulaire du 22 novembre 2006 [1, 2]. Il est stipulé que tout foyer d'Irab doit être signalé à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) concernée ainsi qu'au Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (Cclin) lorsque la collectivité est rattachée à un établissement de santé.

Définition d'un foyer d'Irab et critères d'investigation (CSHPF, 18 novembre 2005)

Foyer d'Irab

Survenue d'au moins 3 cas d'Irab (en dehors des pneumopathies de déglutition) dans un délai de 8 jours chez des personnes partageant les mêmes lieux, qu'elles soient résidentes de l'établissement ou membre du personnel.

Critères d'investigation

Une investigation pourra être menée par la Ddass, la Cire et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière si : [3 décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux sont recensés en moins de 8 jours] **ou** [5 nouveaux cas ou plus surviennent dans la même journée] **ou** [absence de diminution de l'incidence des cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle].

Ce signalement a pour but de limiter la morbidité et la mortalité liées aux Irab par l'identification précoce du foyer, la mise en place de mesures de contrôle adaptées et des recherches étiologiques. En effet, suite au signalement, conseil et assistance peuvent être apportés à l'établissement pour la prise en charge de l'épisode. De plus, une investigation des épidémies particulièrement sévères ou non contrôlées par les mesures habituelles peut être mise en place.

En 2008, la Cire, l'Arlin Aquitaine du Cclin Sud-Ouest et les Ddass ont élaboré un dispositif opérationnel de détection, de signalement et de gestion des foyers d'Irab dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) d'Aquitaine. Ce dispositif inclut une fiche de surveillance, une fiche de signalement, une plaquette résumant la conduite à tenir et une affiche à destination des visiteurs, adressés aux Ehpa en septembre 2008. Les différents documents et outils sont également téléchargeables sur le site internet de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) d'Aquitaine (voir http://www.ars.sante.fr).

2. Les principaux resultats

Les foyers d'Irab commencent à être signalés aux autorités sanitaires

Entre août 2008 et août 2009, 17 foyers d'Irab ont été signalés par 16 Ehpa (tous des Ehpad). Ces épisodes ont concerné quatre départements de la région (Figure 1). Ces données ne sont pas exhaustives, mais indiquent la sensibilisation de certains Ehpa au signalement de ces épisodes. Pour mémoire, lors de la saison 2007-2008, sur les 64 foyers d'Irab en collectivités de personnes âgées rapportés [3], aucun ne provenait de structures d'Aquitaine.

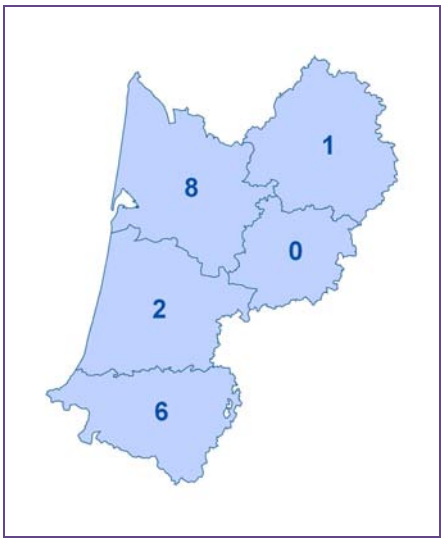


Figure 1 : répartition des foyers d'Irab signalés par département, région Aquitaine, saison 2008–2009.

Au cours des 17 épisodes, 160 résidents ont été malades (Tableau 1). Le taux d'attaque moyen par épisode pour les résidents était de 14 % (étendue : 3 % - 33 %). Parmi eux, 15 ont été transférés en unités de soins. Un résident est décédé. Des membres du personnel ont été touchés dans 7 épisodes (41 % des épisodes), représentant au total 23 agents malades. Le taux d'attaque moyen par épisode pour le personnel était de 4 % (étendue : 0 % - 13 %). Les épisodes ont duré en moyenne 8 jours avec une étendue allant de 1 à 24 jours (il s'agit de données sur 15 épisodes renseignés). Le signalement est intervenu en moyenne 9 jours après le début des signes du premier cas (médiane : 7 j, étendue : 1j - 26 j). Des critères de sévérité ont été retrouvés dans 2 épisodes, avec pour l'un, l'apparition de 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée, et pour l'autre, la survenue de nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place de mesures de contrôle.

Tableau 1 : caractéristiques des foyers d'Irab signalés, région Aquitaine, saison 2008-2009.

Caractéristiques des épisodes		Etendue
Nombre d'épisodes signalés	17	
Nombre d'Ehpa concernés	16	
Durée moyenne des épisodes	8 j	[1-24]
Nombre moyen de cas par épisode	11	[3-23]
Sévérité des épisodes		
Taux d'hospitalisation des résidents	9 %	[0-40]
Taux d'attaque parmi les résidents	14 %	[3-33]
Taux d'attaque parmi le personnel	4 %	[0-13]
Taux de létalité	1 %	
Nb d'épisodes avec critères de gravité	2	
Couverture vaccinale antigrippale		
Couverture vaccinale antigrippale des résidents (moyenne)	87 %	[55-100]
Couverture vaccinale antigrippale du personnel (moyenne)	44 %	[10-89]

Une bonne couverture vaccinale chez les résidents mais insuffisante chez le personnel

Dans les Ehpa qui ont signalé des foyers d'Irab en 2008-2009, on constate que si les couvertures vaccinales antigrippales des résidents sont généralement élevées, celles des professionnels de ces établissements sont insuffisantes (Tableau 1). La couverture vaccinale moyenne contre la grippe des résidents et des membres du personnel était respectivement de 87 % (médiane : 92 %, étendue : 55 % - 100 %) et 44 % (médiane : 42 %, étendue : 14 % - 89 %).

La vaccination annuelle contre la grippe saisonnière est recommandée pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque [4]. Cette vaccination contre la grippe du personnel soignant est une mesure de prévention essentielle. Elle permet une réduction significative de la mortalité hivernale toutes causes des résidents, et particulièrement celle liée aux pneumonies [5]. Au vu de ces résultats, les actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé de la région Aquitaine doivent être poursuivies.

Des mesures de contrôle de type « gouttelettes » mises en place dans tous les épisodes signalés…

Avec le plus souvent le renforcement des mesures d'hygiène, l'isolement en chambre individuelle ou le regroupement des patients (Tableau 2). Venait ensuite la limitation des déplacements du patient (71 %). Le port du masque par le personnel a été moins fréquemment appliqué (65 %). Le délai moyen de mise en place de ces mesures après le premier cas était de 4 jours (11 épisodes renseignés, étendue : 1j - 10 j). Les mesures de contrôle ont été mises en place dès le premier jour dans 3 épisodes seulement.

… mais une recherche étiologique rarement réalisée.

En termes de recherche étiologique, sur les 17 épisodes rapportés, la grippe et la coqueluche ont été mises en cause dans un épisode chacune. L'étiologie est restée indéterminée dans 5 épisodes et non recherchée dans 10 autres.

Une antibioprophylaxie a été mise en place dans l'épisode coquelucheux. Une chimioprophylaxie post-exposition par antiviral (oseltamivir par ex.) n'a été mise en place dans aucun épisode.

Tableau 2 : prise en charge des foyers d'Irab signalés, région Aquitaine, saison 2008-2009

	n	%
Respect des mesures gouttelettes		
Renforcement des mesures d'hygiène	17	100
Port du masque par le personnel	11	65
Isolement du patient en chambre individuelle ou regroupement de patients	16	94
Limitation des déplacements du patient, masque porté par le patient lorsqu'il quitte sa chambre	12	71
Recherche étiologique		
Grippe sans autre précision	1	6
Coqueluche	1	6
Etiologie indéterminée	5	29
Etiologie non recherchée	10	59
Episodes avec prescription d'une prophylaxie par antiviral	0	-

La survenue de foyers liés à la grippe dans les collectivités de personnes âgées est attendue en période de circulation des virus grippaux dans la communauté. Ainsi, les foyers d'Irab déclarés en Aquitaine sont survenus pour la plupart (71 %) pendant la période d'épidémie grippale entre la semaine 51/2008 et la semaine 8/2009 [6] (Figure 2). En période d'épidémie grippale, cette étiologie est donc à rechercher en premier lieu lors de la survenue d'un foyer d'Irab.

Selon les recommandations du CSHPF [1, 8], lors de l'apparition de cas groupés d'Irab dans un établissement accueillant des personnes âgées pendant la période de circulation du virus grippal, des tests de diagnostic rapide (TDR) de la grippe doivent être réalisés (NB : ces recommandations peuvent être modifiées en cas de circulation de virus grippal pandémique). Conformément aux recommandations [7, 8], une chimioprophylaxie post-exposition par antiviral (ex : oseltamivir) peut être proposée précocement aux personnes à risque si cette étiologie est confirmée.

En septembre 2009, dans le contexte de la grippe A(H1N1) 2009, le ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville a élaboré une fiche technique pour les responsables d'Ehpa reprenant les mesures à mettre en œuvre en cas de syndrome respiratoire aigu.

3. Conclusion

Le dispositif régional de surveillance visant à détecter, signaler et investiguer si besoin les foyers d'Irab dans les Ehpa d'Aquitaine a été activé pour la première fois au cours de la saison hivernale 2008-2009. Le nombre de foyers d'Irab rapporté a certainement été sous-estimé, malgré l'appui potentiel de la Ddass ou la Cire pour l'investigation, et l'expertise de l'Arlin en matière d'hygiène des soins.

Le bilan de cette première saison montre que si le risque épidémique d'Irab commence à être pris en compte par les structures déclarantes, la préparation des Ehpa doit être améliorée. Des actions de sensibilisation du personnel travaillant au contact des personnes âgées doivent être poursuivies.

Ces actions concernent notamment la vaccination antigrippale du personnel, la définition de procédures internes pour la détection et le signalement des cas groupés d'Irab, la mise en place des mesures gouttelettes dès le premier cas et la réalisation des recherches étiologiques.

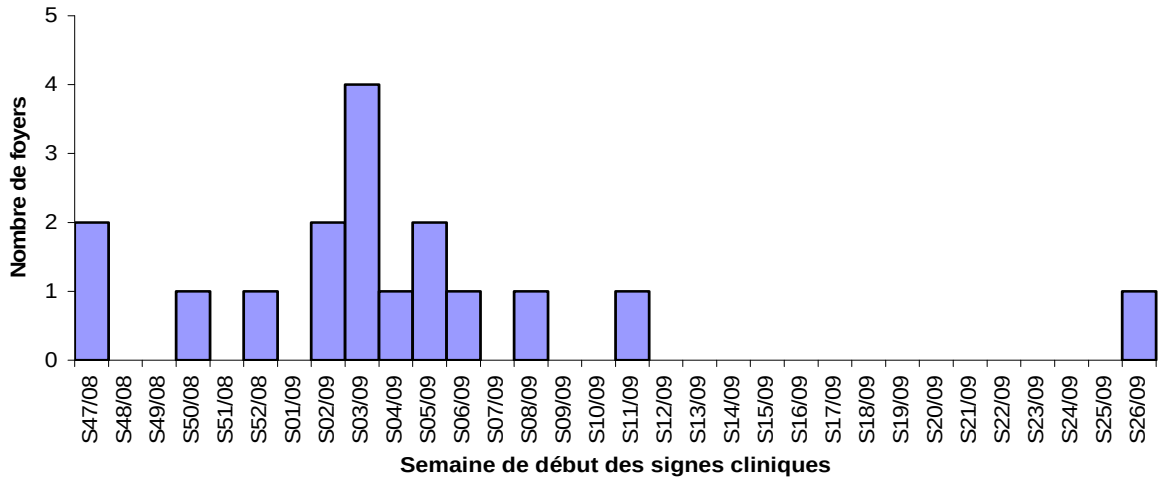


Figure 2 : répartition hebdomadaire du nombre de foyers d'Irab survenus en Ehpa, région Aquitaine, saisons 2008-2009

Références

[1] Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées. Rapport du CSHPF. Section des maladies transmissibles, 18 novembre 2005.

[2] Circulaire n° DHOS/E2/GDS/SD5C/DGAS/SD2/2006/48 9 du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées

[3] Vaux S, Bonmarin I, Poujol I, Lévy-Bruhl, Desenclos JC. Foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) en collectivités de personnes âgées en France, 2006-2007. Bull Epidémiol Hebd. 2007; 39-40 :339-42.

[4] Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2009 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. 20 avril 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2009 ; 16-17.

[5] Thomas RE, Jefferson TO, Demicheli V, Rivetti D. Influenza vaccination for health-care workers who work with elderly people in institutions: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2006; 6:273-9.

[6] Bulletin hebdomadaire de surveillance de la grippe saisonnière, saison 2008-2009, http://www.invs.sante.fr/surveillance/grippe_dossier/

[7] Protocole de mise en place de la chimioprophylaxie dans une collectivité de personnes à risque lors d'une épidémie de grippe, en période de circulation du virus grippal (complément à la circulaire n°444 du 17 septembre 2004).

[8] DGS, DGAS, InVS, Ccclin Paris Nord, Réseau des Grog, CNR Coqueluche, CNR Grippe France-Nord, CNR Pneumocoques. Guide pratique de la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées. Octobre 2008.

Episode de cas groupés de méningite à méningocoque B dans le département des Landes, décembre 2008 à septembre 2009

1. Introduction

Les méningites sont les formes d'infections invasives à méningocoque (IIM) les plus fréquentes. Il s'agit d'une infection due à la bactérie Neisseria meningitidis qui se transmet uniquement de personne à personne. Il existe différents sérogroupes (A, B , C, W135, etc.). Les IIM sont des maladies à déclaration obligatoire, et en France, les IIM B sont les plus fréquentes.

Entre décembre 2008 et janvier 2009, cinq cas d'IIM B ont été notifiés à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) des Landes.

Ce nombre de cas semblait anormalement élevé, dans la mesure où le nombre total de cas notifiés dans ce département en 2006 et 2007 était respectivement de quatre et sept.

En application de la circulaire DGS/5C/2006/458 du 23/10/06 relative à la prophylaxie des IIM, les mesures de gestion ont été prises autour de chaque cas par la Ddass. En parallèle, face à cette situation d'alerte sanitaire, une investigation épidémiologique a été mise en place par la Cire en collaboration avec la Ddass dès la survenue du second cas, en janvier 2009. Les objectifs étaient d'identifier la survenue de nouveaux cas, de décrire la situation, d'identifier une éventuelle origine commune, et de proposer le cas échéant, des mesures de contrôle et de prévention adaptées.

2. Méthodes

Tous les cas d'IIM B notifiés à partir de décembre 2008 vivant, travaillant ou allant à l'école dans les Landes ont été interrogés par téléphone par la Cire ou la Ddass. Des données concernant leurs caractéristiques sociodémographiques, leur histoire médicale et leurs activités pendant les 10 jours précédant la date de début des signes ont été recueillies.

Les cas étaient regroupés dans un rayon de 20 km autour de la ville de Dax, zone qui compte environ 125 000 habitants. L'incidence des IIM B a été estimée sur cette zone ainsi que sur l'ensemble du département. Le nombre de cas attendus dans le département a été estimé par classes d'âge, en utilisant la méthode de standardisation indirecte (les incidences des IIM B dans le reste de la France ont été appliquées aux populations des différentes classes d'âge choisies). Des ratios standardisés d'incidence (SIR), soit le nombre de cas observés sur le nombre de cas attendus, ont ainsi pu être calculés pour chaque classe afin d'estimer l'excès de cas.

Les prélèvements ont été envoyés au Centre national de référence (CNR) des méningocoques pour typage des souches.

3. Résultats

Description des cas

Onze cas d'IIM B ont été déclarés sur la période de 10 mois de décembre 2008 à septembre 2009, dont 5 sur la seule période de décembre 2008 à janvier 2009 (Figure 1).

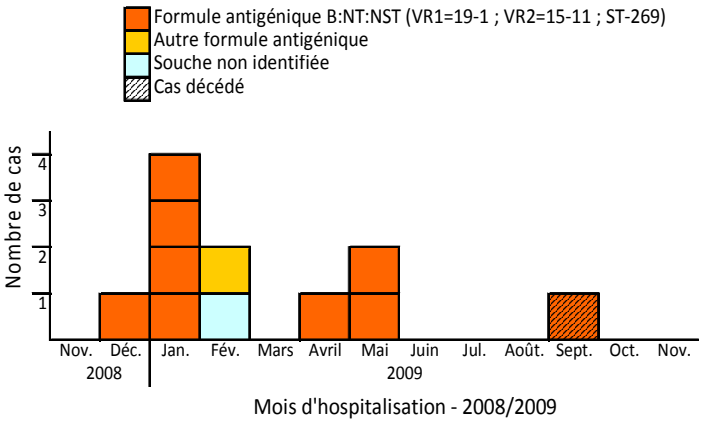


Figure 1 : courbe épidémique des 11 cas d'IIM B déclarés dans le département des Landes, décembre 2008 à septembre 2009.

Six cas sur 11 sont des hommes. L'âge des cas est compris entre 7 mois et 47 ans (médiane : 18 ans). Tous ont été hospitalisés. Deux ont présenté un purpura fulminans dont l'un est décédé le lendemain de son hospitalisation. L'évolution des 9 autres cas a été favorable après quelques jours d'hospitalisation.

Huit cas vivaient dans la zone de Dax, un fréquentait l'école primaire, et deux (originaires de la zone) étudiaient dans les départements voisins de Gironde et des Pyrénées-Atlantiques, mais revenaient pour les week-ends ou les vacances scolaires. La figure 2 montre la répartition géographique des cas.

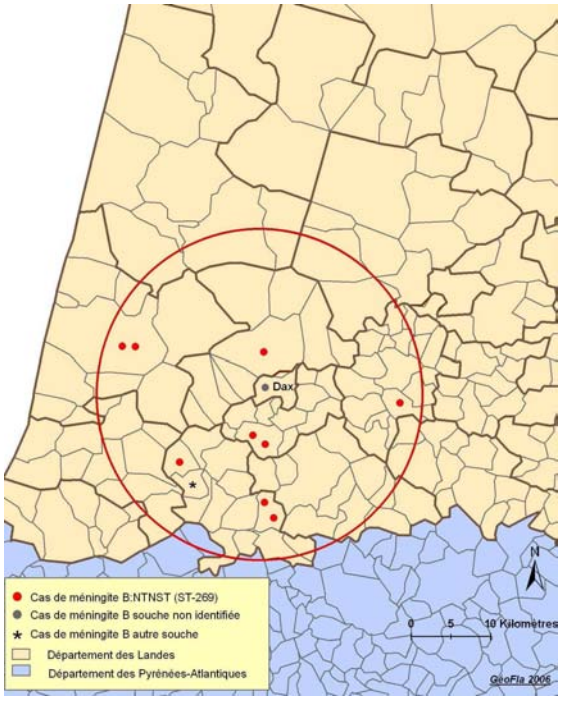


Figure 2 : répartition des cas d'IIM B déclarés dans le département des Landes, décembre 2008 à septembre 2009.

Liens épidémiologiques

Les investigations épidémiologiques ont montré que les six premiers cas, survenus entre décembre 2008 et avril 2009 n'avaient aucun lien direct, mais présentaient un point commun : trois avaient fréquenté, à des dates différentes, la même discothèque dans les dix jours précédant le début de leurs signes et trois autres avaient des parents ou amis proches qui y travaillaient. Les neuvième et dixième cas, survenus en mai 2009, étaient soit ami, soit membre de la famille d'un précédent cas survenu plusieurs mois avant. Concernant les autres cas, dont le dernier survenu en septembre 2009 et décédé, aucun lien avec les précédents cas n'a été trouvé. Aucun autre lieu commun ou communauté plus réduite (école, groupe social) n'a pu être identifié.

Estimation de l'incidence

L'incidence des IIM B dans les Landes et dans la zone de Dax a été estimée respectivement à 3,0/100 000 habitants et 8,9/100 000 habitants pour les 52 semaines précédant la survenue du dernier cas, alors qu'au niveau national, cette incidence était de 0,65/100 000 (Tableau 1). Le département des Landes était ainsi situé au premier rang après classement des départements par incidence des IIM B. Toutes tranches d'âge confondues, le nombre de cas observés dans les Landes était 4,5 fois plus élevé que le nombre attendu.

Par ailleurs, la distribution des cas par classes d'âge dans le département était différente de celle observée au niveau national : 4 cas (36 %) étaient âgés entre 20 et 24 ans alors que dans le reste de la France, sur la base des données de 2008, cette catégorie représentait 10 %.

Le nombre de cas chez les 20-24 ans était 23,5 fois plus élevé que le nombre attendu (p<0,001). Une tendance similaire, cependant moins évidente était également observée chez les 15-19 ans, avec un nombre de cas près de 7 fois plus élevé que l'attendu (p=0,08).

Tableau 1 : incidence cumulée d'IIM B en fonction de l'âge dans le département des Landes (semaine 40/2008 à semaine 40/2009) et sur le reste de la France (2008), et quantification de l'excès de cas observé dans les Landes.

	Département des Landes			Reste de la France			Excès de cas			
Classes d'âge	Nb cas	%	Incidence (n/100 000)	Nb cas	%	Incidence (n/100 000)	Nb cas attendus	SIR*	p**	Intervalle de confiance à 95 %
< 5 ans	3	27	15,5	189	46	4,8	0,94	3,2	0,14	0,6 - 9,2
5-14 ans	1	9	2,4	43	10	0,5	0,23	4,3	0,41	0,1 - 24,2
15-19 ans	2	18	10,0	63	15	1,5	0,30	6,7	0,08	0,7 - 24,1
20-24 ans	4	36	25,1	42	10	1,0	0,17	23,5	< 0,001	6,3 - 60,2
>= 25 ans	1	9	0,4	77	19	0,2	0,48	2,1	0,75	0,0 - 11,6
Total	11	100	3,0	414	100	0,6‡	2,41	4,6	< 0,001	2,3 - 8,2

* Standardized Incidence Ratio : ratio du nombre de cas observés sur le nombre de cas attendus

** p-value (test de la différence du nb de cas observés et du nb de cas attendus)

‡ données non corrigées pour la sous-notification

Données biologiques

Pour 10 des 11 cas, une souche a pu être isolée et caractérisée au CNR des méningocoques (analyses non réalisées pour le onzième cas). La même formule antigénique B :NT :NST (non-typable/non sous-typable) de profil PorA (VR1=19-1 ; VR2=15-11) était largement prédominante (neuf souches sur dix analysées). Les résultats du CNR ont mis en évidence que ces neuf souches appartenaient au même complexe clonal ST-269. Aucune ne présentait de résistance aux antibiotiques.

Mesures de contrôle

Afin de prévenir la transmission de la maladie, les mesures de contrôle habituelles ont été prises au fur et à mesure autour de chaque cas, après identification des cas contacts par la Ddass. De plus, un traitement par rifampicine a été recommandé pour l'ensemble du personnel de la discothèque en février 2009, après que plusieurs cas en contact direct ou indirect avec le lieu aient été déclarés. Les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers de la région ont été informés de la situation par un courrier qui appelait à la vigilance et rappelait l'obligation de la déclaration des cas d'IIM. Un communiqué de presse sur les signes précoces de méningite avait été diffusé février 2009.

4. Discussion et conclusion

Entre décembre 2008 et septembre 2009, le département des Landes a connu une situation particulière concernant les IIM B avec un nombre de cas observés 4,5 fois plus élevé que ce qui était attendu à cette période. De plus, ces cas étaient regroupés sur une zone géographique restreinte. Cette forte incidence n'était pas retrouvée les années passées (incidence annuelle moyenne de 1,4/100 000 habitants depuis 2000 ; cf. http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/default.htm).

Cet épisode de cas groupés était du à un même complexe clonal, ST-269, qui semble toucher plus particulièrement la classe des 15-24 ans. D'autres épisodes de cas groupés d'IIM avaient déjà montré que les adolescents et jeunes adultes étaient plus à risque [1, 2, 3], ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'une vie sociale active augmente le risque de transmission, et donc d'infection quand la bactérie circule dans la population. Cependant, des modifications dans la distribution des âges d'IIM peuvent être observées pendant des épidémies dues à l'introduction d'un nouveau clone. Il semble que la discothèque ait été un foyer initial de transmission de la maladie et que la prophylaxie recommandée en février aux membres du personnel ait contribué à diminuer cette transmission, puisqu'aucun cas n'est survenu dans les 2 mois qui ont suivi la recommandation. L'apparition de nouveaux cas, à partir d'avril, qui n'étaient pas liés à la discothèque mais à des cas précédents, suggère une circulation communautaire de la bactérie par l'intermédiaire de porteurs sains.

Dans la mesure où aucun vaccin n'existe contre la formule antigénique responsable de cet épisode de cas groupés, la pertinence de mettre en place une chimioprophylaxie élargie au sein de la population a été débattue au sein d'une cellule d'aide à la décision regroupant la Cire, la Ddass, le Département des maladies infectieuses (DMI) de l'InVS, le CNR et la Direction générale de la santé (DGS). Cette stratégie avait été adoptée par deux fois en France pour contrôler des épisodes de cas groupés d'IIM B sur des zones géographiques très restreintes [4, 5]. Cependant, dans la mesure où les cas étaient relativement répartis dans l'espace et le temps et que, s'agissant d'une population ouverte, le risque de réintroduction rapide de la bactérie dans la population traitée par des personnes non visées par la chimioprophylaxie était grand [6], la mise en place de telles mesures élargies n'a pas été recommandée. Même si l'évolution des 10 premiers cas a été favorable, le décès brutal du dernier cas, couplé à une possible circulation communautaire de la bactérie, doit inciter à une vigilance particulière de la part des professionnels de santé et à une surveillance renforcée dans les Landes.

Références

[1] Rouaud P, Perrocheau A, Taha M K, Sesboué C, Forgues A M, Parent du Châtelet I et al. Prolonged outbreak of B meningococcal disease in the Seine-Maritime department, France, January 2003 to June 2005. Euro Surveill. 2006;11(7):178-81.

[2] Tyrrell GJ, Chui L, Johnson M, Chang N, Rennie RP, Talbot JA. Edmonton Meningococcal Study Group. Outbreak of Neisseria meningitidis, Edmonton, Alberta, Canada. Emerg Infect Dis. 2002;8(5):519-21.

[3] Cartwright KA, Stuart JM, Noah ND. An outbreak of meningococcal disease in Gloucestershire. Lancet. 1986;328(8506):558-61.

[4] Perrocheau A. Outbreak of group B meningococcal disease in France prompted community chemoprophylaxis. Euro Surveill. 2000;4(13):pii=1631.
http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=1631

[5] Termignon JL, Deshayes F, Kermarec F, Bilo de Bernardi P, Alsibai S. Décision et mise en oeuvre d'une chimioprophylaxie élargie en population générale dans un contexte de cas groupés d'IIM B : l'expérience de Metz-Borny, France, 2003.
http://www.invs.sante.fr/publications/2005/jvs_2005/veille_sanitaire_recherche.pdf

[6] Katz LH, Zelazny A, Scharf S et al. Mass antibiotic treatment to stop an outbreak of meningococcal disease: a molecular analysis. Clin Microbiol Infect. 2007 Sep;13(9):943-6

Retour « à froid » sur la 1ère Journée régionale de veille sanitaire (JRVS) d'Aquitaine - 10 septembre 2009

1. Introduction

Le 10 septembre 2009 avait lieu la 1ère Journée régionale de veille sanitaire (JRVS) d'Aquitaine, organisée par la Cire et co-présidée par la Directrice générale de l'InVS, Françoise Weber, et le Directeur de la Drass, Jacques Cartiaux.

Plus de 10 ans après la création de l'InVS, ce rendez-vous régional est désormais inscrit un peu partout en France, et a pour objectif de rassembler les partenaires impliqués dans le champ de la veille sanitaire autour d'un état des lieux et des enjeux des prochaines années.

Près de 170 acteurs s'étaient rassemblés à la Maison de la promotion sociale à Artigues-près-Bordeaux en Gironde. Etaient représentés les établissements de santé (services de médecine, laboratoires, urgences, etc.) et médico-sociaux (Ehpad, etc.), les réseaux de professionnels de santé (médecins sentinelles, SOS Médecins, laboratoires d'analyses, etc.), les « vigilants » (Cclin, Centre antipoison et de toxicovigilance, etc.), l'Institut de santé de publique de Bordeaux (Isped), les registres de cancers, l'Observatoire régional de la santé, l'Assurance maladie, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, les services de santé scolaire et universitaire, la médecine du travail, les services de l'Etat (Drass, Ddass, ARH, Drire, préfectures, etc.), la mairie de Bordeaux, les sapeurs pompiers, les médias, et diverses associations et entités privées. Cette première JRVS a été par ailleurs honorée de la présence du Préfet délégué pour la sécurité et la défense, Jean-Marc Falcone.

La suite de cet article revient sur les temps forts de la journée, présente les résultats de l'évaluation qui en a été faite, et conclut en ouvrant sur la prochaine édition.

2. Temps forts de la journée

Cette première édition a fait l'objet de trois temps forts. La matinée a été consacrée à l'organisation régionale de la veille sanitaire couplée à la présentation de systèmes de surveillance, et l'après-midi à des retours d'expérience, du signal sanitaire à la réponse. Dans l'intervalle, et en raison de l'actualité, une table ronde autour de l'épidémie de la grippe A(H1N1)2009 a permis un large débat avec la salle.

La présentation de l'organisation régionale de la veille sanitaire a été l'occasion de revenir sur les évènements sanitaires majeurs qui ont marqué l'Aquitaine ces 10 dernières années. Cette entrée en matière a permis ensuite de rappeler le dispositif actuel d'organisation, auquel contribuent une multitude d'acteurs incontournables pour son bon fonctionnement, et de présenter les grandes lignes de l'évolution à venir dans le cadre des Agences régionales de santé (ARS).

Le dispositif actuel a été illustré par la présentation de quatre systèmes structurants pour la veille sanitaire : la surveillance sanitaire des urgences et des décès, la surveillance des cancers par les registres, le dispositif de la veille et d'alerte dans le champ de la toxicovigilance, et la surveillance et les signalements des infections nosocomiales.

Trois retours d'expérience, de la veille à l'alerte sanitaires, sont venus compléter la vision du dispositif régional, de la réception des signaux à la réponse en termes de recommandations et de gestion, en passant par l'évaluation et l'investigation. Ont été abordés un épisode de cas groupés d'infection à méningocoque B dans les Landes, la pollution d'un réseau d'eau potable par l'Ethyl tertio butyl éther (ETBE) en Gironde, et une série d'évènements sanitaires inhabituels observés en milieu professionnel.

La table ronde, organisée autour de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009, a permis de débattre de ce sujet d'actualité. Animée par le coordonnateur des Cire, la table ronde a réuni des acteurs impliqués dans la gestion de l'épidémie et la prise en charge des cas, avec la participation de responsables de services du CHU de Bordeaux (maladies infectieuses et tropicales, laboratoire de virologie, Samu-Centre 15), et de représentants des Ddass, de la défense sanitaire et de la sécurité, et des médias (France Bleu Gironde).

La communication face à un tel évènement a fait l'objet essentiel du débat. A la question « Comment informer sans alarmer ? », l'importance du rôle des médias, en tant qu'acteurs de la veille sanitaire, a été débattue, ainsi que leur interface avec la communauté scientifique. A l'heure où la médecine de ville prenait le relai de la prise en charge des cas, la nature et

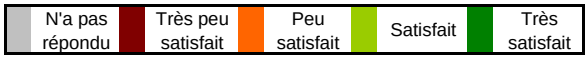
la diffusion de l'information destinée aux médecins libéraux a également été discutée. Dans la continuité, la salle a largement sollicité les participants à la table ronde sur la communication autour de la vaccination et de la « polémique » du moment autour des adjuvants.

Le point de vue de Françoise Weber
Directrice générale de l'InVS

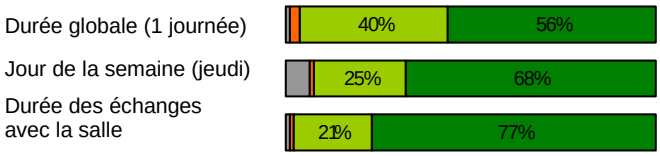
« Cette journée, c'est surtout pour moi, une journée d'échange et de partage avec les différents acteurs de la veille sanitaire que nous sommes et que vous êtes »

3. Evaluation de la journée

Dans le but d'évaluer cette première JRVS, un questionnaire a été distribué aux participants afin de recueillir leur avis sur la journée, notamment sur son apport, sur les thèmes abordés, sur les conditions matérielles, et sur leurs attentes de la prochaine édition. Au total, 66 % des participants ont rempli le questionnaire, et la Cire tient ici à les en remercier.

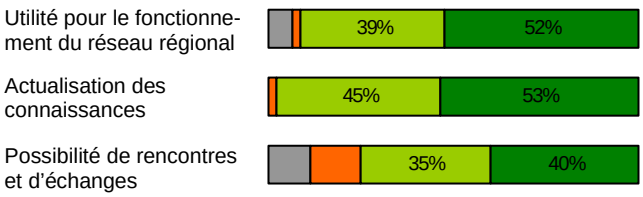


Durée de la journée, choix du jour, durée des échanges



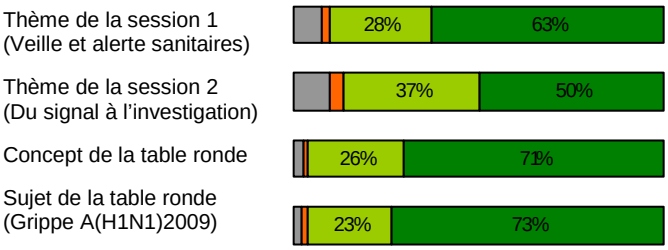
La quasi-totalité des participants s'est avérée satisfaite de la durée de l'événement (1 journée) et du choix du jour de la semaine retenu (un jeudi). Dans l'ensemble, la durée des échanges avec la salle a été jugée satisfaisante bien que quelques participants (moins de 5 %) aient estimé que les temps de discussion n'étaient pas assez longs.

Apport de la journée (réseau régional, connaissances)



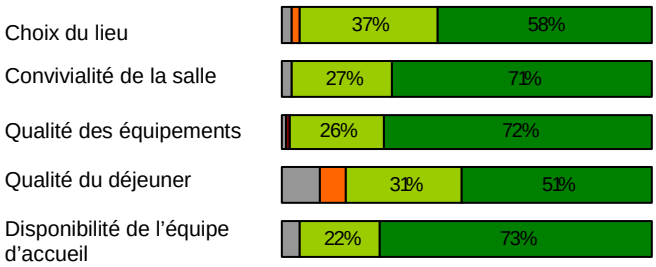
Plus de 9 participants sur 10 ont jugé la journée « utile » pour le fonctionnement du réseau régional, leur permettant par ailleurs d'actualiser leurs connaissances. Par ailleurs, le fait de réunir les partenaires, avec des approches métiers complémentaires, a souvent été souligné comme un point positif. On notera cependant qu'environ 15 % des participants auraient apprécié des plages horaires d'échange plus importantes.

Thèmes de la journée et table ronde



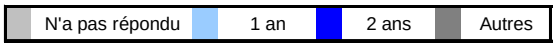
Le choix des thèmes des deux sessions a été globalement apprécié par les participants. On notera que le concept de la table ronde, mais également le sujet autour de la grippe A(H1N1)2009, ont remporté une vive adhésion, avec plus de 95 % de participants satisfaits.

Conditions matérielles



Le choix de la salle, la Maison de la promotion sociale, et la qualité de ses équipements, ont largement été plébiscités par les participants. Néanmoins, les avis sur la qualité du déjeuner proposé étaient plus nuancés. Enfin, la disponibilité de l'équipe d'accueil, composée de personnels de la Cire et de la Drass, qui a contribué au bon déroulement de la journée, a été soulignée par 95 % des participants.

Prochaine édition (périodicité, sujets à aborder)



A la quasi unanimité, les participants ont répondu « oui » à la question de reconduction de ce rendez-vous avec les partenaires aquitains de la veille sanitaire, avec une large préférence pour une périodicité annuelle.

De nombreuses suggestions de sujets à aborder ont été recensées parmi lesquelles on citera la nouvelle organisation de la veille sanitaire dans le cadre des ARS, les maladies infectieuses (grippe, toxi-infections alimentaires collectives, infections à streptocoque A, etc.), les maladies chroniques et traumatismes (surveillance des noyades en Aquitaine, risques psychiques, etc.), les maladies liées à l'environnement général et aux expositions professionnelles (amiante, intoxications au CO, baignades et cyanobactéries, produits phytosanitaires, etc.).

Bien que la JRVS soit centrée sur la veille sanitaire, les participants ont émis le souhait que le volet des mesures de gestion des évènements sanitaires soit plus amplement abordé. Enfin, d'autres sujets plus transversaux ont été rapportés, et notamment sur les priorités régionales et des actualités scientifiques.

Le point de vue de Jacques Cartiaux
Directeur de la Drass Aquitaine

« Le fondement de notre efficacité collective, c'est que chacun des partenaires s'entende dans un objectif commun, sur l'idée que la somme des compétences contribue au respect du continuum 'veille - alerte - gestion de crises' »

4. Conclusion

La première édition de la JRVS d'Aquitaine, ouverte à tous les acteurs de la veille sanitaire de la région, a été un succès. Elle a bénéficié de retombées médiatiques locales significatives, et la Cire tient à remercier tout particulièrement France 3 Aquitaine, TV7 Bordeaux, France Bleu Gironde, et Sud-Ouest pour leur couverture de l'évènement. Un point presse avait été organisé autour de Françoise Weber, Directrice générale de l'InVS, Jacques Cartiaux, Directeur de la Drass, et de Jean-Marc Falcone, Préfet délégué à la défense et à la sécurité.

Fort du bilan de cette première JRVS, la seconde édition peut déjà être envisagée. Cependant, au vu du contexte actuel de mise en place de l'ARS Aquitaine, il nous a semblé plus raisonnable de la programmer aux environs de mai/juin 2011. Un appel à communications sera envisagé et le principe d'une table ronde sera reconduit autour d'un sujet d'actualité.

Françoise Weber, Jean-Marc Falcone et
Jacques Cartiaux lors du point presse

La Cire tient une nouvelle fois à remercier l'ensemble des participants à cette première JRVS d'Aquitaine. Dans l'attente de la prochaine édition, nous vous informons que l'ensemble des communications orales de la journée du 10 septembre 2009 sont disponibles sur le site de l'InVS à la rubrique « Evènements » (http://www.invs.sante.fr/).

Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine
103 bis rue Belleville
33063 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 57 01 97 20 - Fax : 05 57 01 97 15
ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr

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

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

Comité de rédaction : Marianne Adolphe, Bénédicte Aldabe, Christine Castor, Martine Charron, Sandrine Coquet, Elsa Delisle, Gaëlle Gault, Stéphanie Hoppe, Laure Meurice, Véronique Servas.