

BREVES D'AQUITAINE

*Bulletin régional d'épidémiologie et de
veille sanitaire*

EDITORIAL

La santé au travail est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Les systèmes de surveillance visant à mieux connaître la santé des travailleurs se multiplient, parallèlement de nombreux travaux visant à surveiller et à évaluer l'exposition en milieu professionnel se développent, avec pour finalité une meilleure prévention des risques professionnels.

Dans cet objectif, le domaine de l'alerte sanitaire en milieu professionnel doit également évoluer. Ainsi, des réseaux de médecins du travail associés à la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et aux épidémiologistes chargés de la veille sanitaire se mettent en place, permettant d'accroître la circulation des informations entre les différents acteurs. Cette collaboration a pour finalité d'améliorer la culture du signalement d'évènements sanitaires survenus dans le domaine du travail pour une meilleure réactivité, et ainsi apporter des éléments de réponses adaptés dans les meilleurs délais. Cette collaboration vous est présentée au travers d'une suspicion de cas groupés de névrites optiques rétro-bulbaires dans une entreprise du tertiaire en Gironde.

Dans ce numéro vous trouverez également un bilan de la surveillance des épidémies saisonnières survenues au cours de l'hiver 2007-2008 en Aquitaine.

Enfin, la mise en place d'une étude descriptive de la psittacose dans l'Ouest de la France est l'occasion de faire un zoom sur cette pathologie d'origine aviaire dont l'épidémiologie est mal connue malgré sa gravité potentielle chez l'homme.

Si des personnes de votre entourage souhaitent recevoir le Brèves, n'hésitez pas à communiquer notre adresse mail (dr33-cire-aquitaine@sante.gouv.fr) afin qu'elles puissent s'inscrire sur notre liste de diffusion.

Laurent Filleul, Coordonnateur scientifique de la Cire Aquitaine

Sommaire

■ ■ ■ *SURVEILLANCE des épidémies
saisonnières de grippe, gastro-entérite et
bronchiolite saison 2007/2008*

■ ■ ■ *INVESTIGATION de cas groupés de
névrites optiques rétro-bulbaires (Norb) dans une
entreprise du tertiaire. Gironde, Mai 2007.*

■ ■ ■ *ZOOM SUR la Psittacose*

Comité éditorial

Directeur de la publication : Dr. Françoise Weber,
Directrice Générale de l'Institut de Veille Sanitaire

Rédacteur en chef : Laurent Filleul, coordonnateur
scientifique de la Cire Aquitaine

Comité de rédaction : Marianne Adolphe, Christine
Castor, Martine Charron, Sandrine Coquet, Elise
Daudens, Edouard Deti-Kossi, Laurent Filleul, Gaëlle
Gault, Sophie Larrieu, Véronique Servas.

Pour tous renseignements

Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Aquitaine

103 bis rue Belleville - 33063 Bordeaux Cedex Tél. : 05.57.01.97.20 Fax : 05.57.01.97.15
dr33-cire-aquitaine@sante.gouv.fr

■ ■ ■ SURVEILLANCE

Surveillance des épidémies saisonnières de grippe, gastro-entérite et bronchiolite en région Aquitaine, saison 2007/2008.

Ce bilan a été réalisé essentiellement à partir des données issues du système de surveillance SOS Médecins, mais également à partir des informations du Réseau Sentinelles (RS), du Grog (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) et des bulletins nationaux de surveillance édités par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Comme chaque année, la saison hivernale a été marquée par les épidémies saisonnières de grippe, de gastro-entérite et de bronchiolite (chez les enfants de moins de 2 ans). La saison grippale 2007/2008 a été modérée sans caractère de gravité, elle a débuté vers la mi-décembre, soit précocement par rapport aux saisons précédentes, le pic d'activité a été enregistré début février suivi d'une légère recrudescence vers la mi-février. L'épidémie de gastro-entérites a été également modérée par rapport aux années précédentes avec une forte activité observée lors des fêtes de fin d'année ; cette année aura toutefois été marquée par une reprise de l'épidémie fin janvier. Concernant les bronchiolites, l'épidémie a suivi cet hiver une dynamique relativement similaire à la saison 2006/2007, avec une augmentation de l'activité dès le mois de novembre et un pic épidémique atteint fin décembre.

• **Données de surveillance SOS Médecins**

L'analyse des visites pour syndromes grippaux, gastro-entérites et bronchiolites permet de suivre l'évolution de ces pathologies au niveau régional [1]. Ces indicateurs sont construits à partir de regroupements de diagnostics définis dans le tableau 1.

Tableau 1. Définition des indicateurs syndromes grippaux, gastro-entérites et bronchiolite. SOS Médecins.

Indicateurs	Syndromes grippaux	Gastro-entérites	Bronchiolite (< 2 ans)
Diagnostics	Grippe	Gastro-entérite virale	Bronchiolite
Syndrome grippal		Toxi-infection alimentaire collective	Bronchite aiguë
Fièvre isolée		Diarrhée	Crise d'asthme
Virose autre		Diarrhée + vomissements	Dyspnée aiguë
		Vomissements	

• **Données du Réseau Sentinelles (RS) et du Grog**

Les informations relatives aux cas de grippe clinique et de diarrhée aiguë déclarés par les médecins du RS (nombre de cas hebdomadaires déclarés, incidence nationale et régionale et seuil épidémique) étaient disponibles sur le site Sentiweb chaque semaine [2].

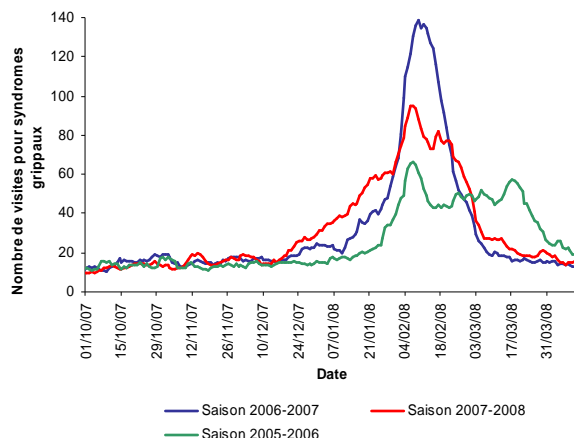
- Un cas de grippe clinique a été défini par une fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagné e de myalgies et de signes respiratoires.
- Un cas de diarrhée aiguë a été défini par une diarrhée aiguë récente (au moins 3 selles liquides ou molles par jour datant de moins de 14 jours) motivant la consultation.

Les données du Grog région Aquitaine ont permis d'identifier les virus circulants au cours de la saison, à partir des résultats des PCR.

• **Epidémie de grippe, saison 2007/2008**

En région Aquitaine, d'après les données de SOS Médecins, l'épidémie de grippe a duré de fin décembre (semaine 52) à début mars (semaine 10), soit précocement par rapport aux saisons précédentes comme on peut le voir à partir des données de l'association SOS Médecins Bordeaux (Figure 1). Après une augmentation progressive de l'activité grippale de fin décembre à mi-janvier, le pic d'activité a été enregistré lors de la semaine 6 comme au niveau national. L'activité a ensuite diminué progressivement jusqu'à la mi-février, où une légère recrudescence du nombre de visites pour syndromes grippaux a été observée lors du week-end du 16 et 17 février. Depuis la semaine 11, l'activité grippale s'est nettement ralentie et reste conforme à celle observée en période non épidémique.

Figure 1. Evolution du nombre de visites pour syndromes grippaux réalisées par SOS Médecins Bordeaux au cours des trois dernières

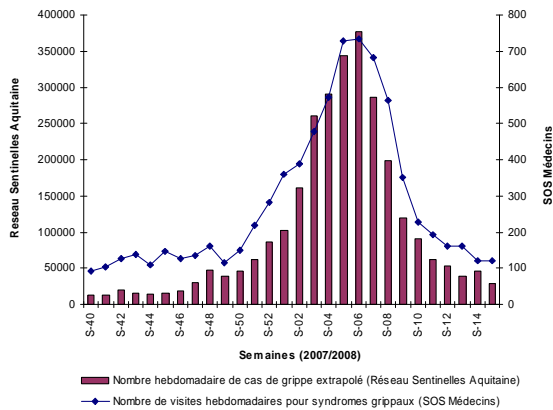


■ ■ ■ SURVEILLANCE

De la semaine 52-2007 à la semaine 10-2008, le nombre moyen de visites hebdomadaires réalisées par les médecins des 3 associations SOS Médecins de la région a été de 488. L'âge médian était de 26 ans, et 52,8% des patients visités étaient des femmes. Le taux d'hospitalisation était de 0,8%, et la moyenne d'âge de ces patients était de 38 ans.

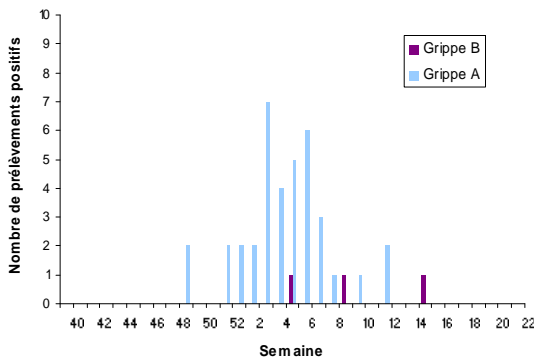
Le suivi des données du RS Aquitaine montrait une évolution de l'activité épidémique similaire à celle enregistrée par SOS médecins, avec un fort coefficient de corrélation de 0,91 entre ces deux sources de données (Figure 2).

Figure 2. Evolution du nombre hebdomadaire de cas de grippe clinique (RS) et de visites hebdomadaires pour syndromes grippaux par SOS Médecins en Aquitaine.



D'après les résultats de PCR du Grog région Aquitaine, les virus grippaux de type A ont prédominé au cours de la saison avec 92% des prélèvements positifs pour ce type virus. D'après la figure 3, on constate que le virus a circulé dès la semaine 48, avec une forte activité des semaines 3 à 6. Les virus de type B ont peu circulé, ils ont été mis en évidence en milieu et fin d'épidémie.

Figure 3. Evolution du nombre de prélèvements positifs pour la grippe A et grippe B. Données Grog région Aquitaine.



Au niveau national

L'épidémie de grippe qui a duré 9 semaines du 7 janvier au 9 mars est restée modérée, sans caractère de gravité et marquée par une circulation du virus de type A(H1N1) et de virus de type B, principalement en fin d'épidémie [3].

Selon le RS, l'âge médian des cas rapportés était de 27 ans, le sex ratio était de 0,97 et le taux d'hospitalisation a été de 0,1%.

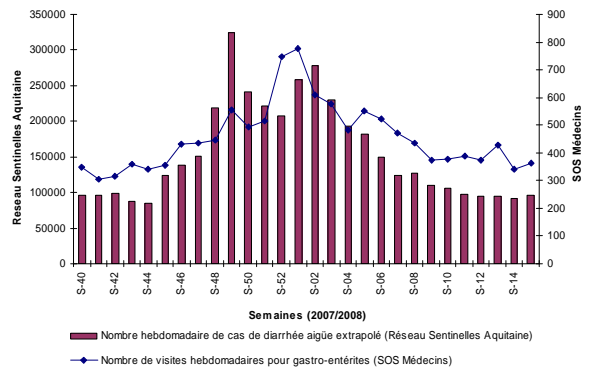
• **Epidémie de gastro-entérites 2007/2008**

Le suivi des visites pour gastro-entérites réalisées par SOS Médecins a mis en évidence une activité épidémique du 26/11/2007 (semaine 48) au 10/02/2008 (semaine 6). L'augmentation de l'activité relative aux gastro-entérites a débuté dès le mois de décembre avec une forte activité fin décembre et début janvier, l'activité s'est progressivement ralentie jusqu'à fin janvier où la reprise d'activité a été constatée (semaine 5).

Depuis fin février, l'activité relative aux gastro-entérites diminue progressivement (Figure 4).

Les données du RS montraient une évolution similaire de la déclaration des cas de diarrhée aigue au niveau de la région. Toutefois concernant la reprise d'activité de la gastro-entérite lors de la semaine 5, celle-ci n'a été observée qu'à partir du suivi des données de SOS Médecins.

Figure 4. Evolution du nombre hebdomadaire de cas de diarrhée aigue (RS) et de visites hebdomadaires pour gastro-entérites par SOS Médecins en Aquitaine.



■ ■ ■ **SURVEILLANCE**

De la semaine 48-2007 à la semaine 6-2008, 570 visites hebdomadaires ont été réalisées en moyenne par les médecins des 3 associations SOS Médecins de la région.

L'âge médian des personnes malades était de 22 ans, et 58,8% des patients visités étaient des femmes.

Le taux d'hospitalisation était de 0,5% et la moyenne d'âge de ces patients était de 36 ans (de 8 mois à 97 ans).

Au niveau national

L'épidémie de gastro-entérite a duré 11 semaines de la semaine 47-2007 à la semaine 5-2008.

Selon les données du RS, cette épidémie s'est caractérisée par un âge médian de 24 ans, une proportion d'hommes de 49% et un taux d'hospitalisation de 1,7%

● **Epidémie de bronchiolite 2007/2008**

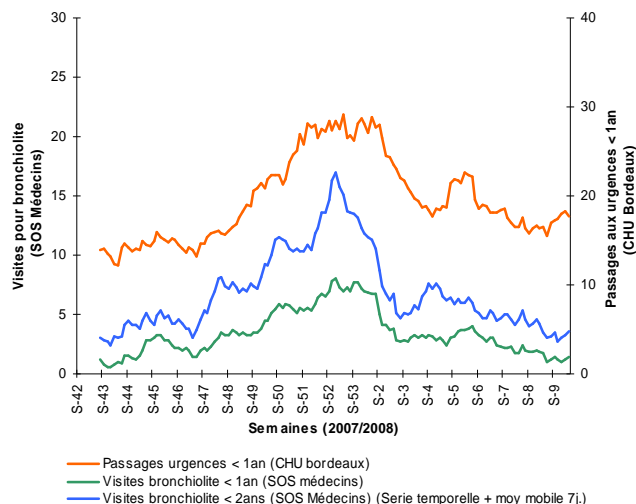
A partir des données de SOS Médecins, on considère que l'activité épidémique de la bronchiolite chez les nourrissons de moins de 2 ans a débuté dès la mi-novembre et a duré jusqu'à la fin janvier avec un pic enregistré lors de la première semaine des vacances scolaires de Noël (semaine 51).

Du 19/11/2007 (semaine 47) au 27/01/2008 (semaine 4), 647 visites ont été réalisées dont 48,7% chez des enfants de moins de 1 an. Le taux d'hospitalisation a été de 5%, et l'âge moyen des enfants hospitalisés était de 7 mois.

Par ailleurs, l'augmentation du recours à SOS Médecins Bordeaux pour bronchiolite a coïncidé avec l'augmentation des passages aux urgences des enfants de moins de 1 an.



Figure 5. Evolution du nombre de visites pour bronchiolite réalisées par SOS Médecins et passages aux urgences des moins de 1 an au CHU Bordeaux, semaine 42-2007 à semaine 9-2008.



● **Conclusion**

L'analyse des données sanitaires locales issues des différents systèmes de surveillance mis en place au niveau local, ainsi que les informations des réseaux nationaux tels que le Réseau Sentinelles et le Grog (Groupe régionaux d'observation de la grippe) permettent de fournir des éléments complémentaires, essentiels à l'analyse de la situation épidémiologique locale, notamment dans le cadre du suivi des pathologies saisonnières hivernales.

Le suivi des indicateurs relatifs à ces pathologies hivernales a permis d'informer l'ensemble des partenaires régionaux et les professionnels de santé de la situation épidémiologique par des points hebdomadaires tout au long de la saison.

Références bibliographiques

- [1] Brèves n°2 novembre 2006. Développement d'un système régional de veille sanitaire en Aquitaine
- [2] Site du Réseau Sentinelles Sentiweb disponible sur : <http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/>
- [3] Bulletin hebdomadaire de surveillance de la grippe. Semaine 14-2008. http://www.invs.sante.fr/presse/2008/le_point_sur/grippe_s14_08/S14_2008.pdf
- [4] Sentiweb hebdo N°2008s11
- [5] Sentiweb hebdo N°2008s07

■■■ INVESTIGATION

Suspicion de cas groupés de névrites optiques rétro-bulbaires (Norb) dans une entreprise du tertiaire. Gironde, Mai 2007.

• Contexte

En mai 2007, un médecin du travail contactait la Cire Aquitaine et la consultation des pathologies professionnelles (CPP) du CHU de Bordeaux pour signaler la survenue de 3 cas suspects de névrites optiques rétro-bulbaires (Norb) sur une période de 7 mois, chez des personnes travaillant au sein d'une même entreprise du secteur tertiaire. La Norb est une atteinte inflammatoire du nerf optique qui se traduit généralement par une baisse brutale de l'acuité visuelle, associée à une douleur à la mobilisation du globe oculaire. Le plus souvent idiopathique, elle constitue aussi l'un des modes d'entrée les plus fréquents dans la sclérose en plaque (Sep). Face à cette pathologie relativement rare, à son pronostic potentiellement grave et au regroupement des cas dans le temps et l'espace, **une démarche d'investigation des agrégats spatio-temporels**, s'appuyant sur le guide de recommandations de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) [1], a été initiée par la Cire et la CPP du CHU de Bordeaux, en étroite collaboration avec la médecine du travail. Les objectifs de cette investigation étaient de confirmer ou infirmer l'existence d'un excès de cas de Norb au sein de l'entreprise et de rechercher la présence d'un facteur d'exposition professionnel, environnemental ou autre, commun à ces cas.

• Méthode

Dans un premier temps, une revue de la littérature a été réalisée afin de rechercher des données sur l'épidémiologie et les facteurs de risques des Norb et des Sep.

La confirmation des cas a pu être réalisée après consultation des dossiers médicaux par un médecin de la CPP du CHU de Bordeaux.

Un questionnaire d'investigation des cas a permis de recueillir les informations suivantes : données sociodémographiques, calendrier résidentiel et professionnel, données cliniques, expositions à différents facteurs de risque.

Les recherches environnementales portant sur le site de l'entreprise ont consisté notamment à consulter différentes sources d'informations (service santé environnement de la Ddass Gironde; service urbanisme de la commune ; bases de données Internet Basol, Basias et Aria qui recensent les sites et sols potentiellement pollués, les activités industrielles à risques et les accidents industriels).



• Résultats

Facteurs de risque et épidémiologie des Norb et des Sep :

l'incidence des Norb en France n'est pas documentée. Des études nord-américaines rapportent une incidence annuelle allant de 0,4 à 5,1 pour 100 000 habitants. Concernant la Sep, entre 40000 et 80000 personnes seraient atteintes en France (*incidence annuelle 2 pour 100 000; prévalence de 30 à 60 pour 100 000*). Ces deux pathologies touchent préférentiellement les femmes (sex ratio de 1,5 à 2) et l'adulte jeune de 20 à 40 ans. Des cas de Norb en lien avec une exposition à des produits toxiques ont été rapportés ; notamment avec le styrène [2], le trichloréthylène [3], le méthanol [4] les dérivés du toluène [5], le thallium (rongicides, insecticides) [6] Mais les Norb d'origine toxique sont le plus souvent en rapport avec une intoxication alcool-tabagique. Certains médicaments sont connus pour être à l'origine de névrites optiques, c'est le cas de certains antibiotiques (éthambutol, chloramphénicol) [7] et antimitotiques (cisplatine, tamoxifène, amiodarone) [8]. D'autres cas iatrogènes ont également été rapportés en lien avec la prise de contraceptifs oraux (diéthylstilbestrol, éthynylestradiol), d'isoniazide, de nitrofurantoines et d'ibuprofène [9]. D'autres étiologies ont par ailleurs été retrouvées dans la littérature : pathologies démyélinisantes (neuromyélie de Devic, maladie de Schilder) ; origines infectieuses (tuberculose, syphilis, borréliose, infections virales) ; origines post-vaccinale (VAT, hépatite B, BCG) ; autres pathologies auto-immunes (Behcet, sarcoïdose, lupus, Gougerot).

Si le facteur environnemental est fortement suspecté dans la survenue des Sep, aucun élément y compris viral n'a été pour l'heure formellement identifié.

■■■ INVESTIGATION

Description des cas : les 3 cas étaient des femmes âgées de 33 à 38 ans qui ont présenté une même symptomatologie (douleur ophtalmique et baisse de l'acuité visuelle), ayant nécessité une hospitalisation, entre octobre 2006 et avril 2007. Toutes trois travaillaient dans le même service contentieux situé sur une même plateforme d'une vingtaine de personnes. L'activité principale du service est le suivi des dossiers litigieux avec les clients. Il s'agit principalement d'un travail posté sur écran. Leur ancienneté dans l'entreprise allait de 13 à 15 ans. Aucun autre facteur commun ou individuel pouvant expliquer la survenue d'une névrite optique n'a été mis en évidence. L'étude des dossiers médicaux a permis d'écartier pour l'une d'entre elles un diagnostic de Norb en faveur d'une douleur de type neurogène. Pour les 2 autres cas, un diagnostic de Norb, dans un tableau de SEP débutante, a été confirmé.

Enquête environnementale : l'entreprise où travaillent les cas est une importante société du secteur tertiaire située dans une ZAC à proximité de Bordeaux. Elle emploie environ 2300 salariés, dont une grande majorité de femme (75%). L'âge moyen des employés est de 38 ans et l'ancienneté moyenne de 9 ans. L'activité principale, effectuée par plus de 50 % des salariés, correspond à une activité de type « accueil téléphonique ». Les produits potentiellement toxiques utilisés dans l'entreprise sont peu nombreux et d'usage courant. Aucune source de pollution majeure, passée ou présente, n'a été retrouvée sur et en périphérie du site de l'entreprise. A noter qu'aucun cas de Norb n'a été signalé par le réseau de médecin du travail intervenant dans les autres entreprises environnantes.

Références bibliographiques :

[1] Germonneau P, Tillaut H, Gomes Do Espirito santo E. Guide méthodologique pour l'évaluation et la prise en charge des agrégats spatio-temporels de maladies non infectieuses Saint-Maurice, Institut de Veille sanitaire. 2005. [2] Mosconi G, Leghissa P, Fiorentini E, Tani A. [Retrolubar neuritis in a worker exposed to styrene]. Med Lav 1987; 78(5):380-385. [3] Abecia E, Martinez-Jarreta B, Pinilla I, Larrosa M, Castellano M, Honrubia M. Bilateral optic neuritis in occupational exposure to trichloroethylene. Med Lav 1996; 87(5):432-436. [4] Shinya H, Hoshino K, Kiritohshi M, Kiuchi S, Yamagami K, Nakatani T. [2 cases of acute retrolubar neuritis by thinner inhalation; detected methanol of high concentration in gas phase assay]. Chudoku Kenkyu 2003; 16(3):329-333. [5] Nemtsev GI, Smolianova NS. [Oxygen therapy of toxic optic neuritis of persons working in contact with nitroderivatives of toluol]. Oftalmol Zh 1976; 31(5):352-355. [6] Beer G, Schwartz RB. [Subacute myelo-optical neuropathy (SMON) in thallium poisoning]. Nervenarzt 1982; 53(8):451-454. [7] Chan RY, Kwok AK. Ocular toxicity of ethambutol. Hong Kong Med J 2006; 12(1):56-60. [8] Martin M, Weber-Varzegi J, Flammer J. [Toxic optic neuropathy due to cisplatin therapy: a case report]. Klin Monatsbl Augenheilkd 2005; 222(3):244-247. [9] Gamulescu MA, Schälke B, Schuierer G, Gabel VP. Optic neuritis with visual field defect--possible Ibuprofen-related toxicity. Ann Pharmacother 2006; 40(3):571-573.

• Discussion - conclusion

La survenue de 3 cas de Norb sur une période très courte et dans un espace géographique particulièrement circonscrit représentait dès le départ un événement incontestablement inquiétant et inhabituel. Il a d'ailleurs rapidement motivé un signalement aux autorités sanitaires. Malgré l'absence de données épidémiologiques en matière d'incidence des Norb en France, l'excès de cas semblait a priori manifeste et de ce fait, ne nécessitait pas d'être quantifié. Cependant, l'investigation clinique n'a pas corroboré le signalement initial de 3 cas souffrant d'une même pathologie. En effet, seuls 2 cas se sont avérés être d'authentiques Norb associées à un tableau de Sep débutante. En ce qui concerne le troisième cas, le diagnostic de Norb a pu être clairement écarté. Au regard de ces différents éléments, la notion d'excès de cas est alors beaucoup moins évidente et remet fortement en cause la notion même d'agrégat spatio-temporel. D'ailleurs, l'observation de 2 cas de Sep au sein de cette population équivaldrait au nombre de cas auquel on doit s'attendre si l'on tient compte de la prévalence de cette pathologie. Le fait que ces 2 cas soient rapprochés dans le temps et dans l'espace peut relever d'un phénomène aléatoire. En outre, l'enquête auprès des cas n'a pas détecté de facteur de risque individuel majeur, ni même de facteur d'exposition commun, hormis le fait de travailler dans le même service.

L'enquête environnementale autour du site et au sein même de l'entreprise n'a pas révélé non plus de facteur d'exposition particulier pouvant expliquer la survenue d'un tel événement sanitaire. Face à 2 cas de Sep débutantes survenus au sein d'une population particulièrement prédisposée pour cette pathologie (population majoritairement féminine - âge moyen : 38 ans) et en l'absence d'autres facteurs de risques, la Cire, la CPP et la médecine de travail ont conclu qu'il n'était pas justifié de poursuivre les investigations. Une information individuelle auprès des 3 personnes concernées a été réalisée par le médecin du travail ainsi qu'une restitution orale des résultats des investigations auprès des membres du CHSCT et de la direction. Par mesure de précaution, une surveillance passive et prospective des Norb et des Sep a été initiée au sein de cette entreprise par la médecine du travail.

■ ■ ■ ZOOM SUR ... LA PSITTACOSE

La psittacose

● **Définition :** la psittacose, appelée aussi chez l'homme ornithose et chez l'animal chlamydiose aviaire, est une zoonose due à *Chlamydophila psittaci*. *C. psittaci* est une petite bactérie, parasite intracellulaire obligatoire, à Gram négatif. Les infections à *C. psittaci* ont une répartition mondiale. La bactérie a été détectée à ce jour chez plus de 450 espèces d'oiseaux domestiques et sauvages. La plupart des infections aviaires se traduisent par un portage asymptomatique : si chez les psittacidés la chlamydiose se manifeste souvent par un tableau clinique, elle est presque toujours inapparente chez les volailles. Les oiseaux extériorisent généralement la maladie lorsque leur résistance générale est amoindrie à la suite de facteurs de stress (surpeuplement, infections intercurrentes, conditions d'hygiène défectueuses, carences nutritionnelles, transport de longue durée...).

● **Transmission à l'homme :** les oiseaux infectés, qu'ils soient malades ou non, excrètent via leurs déjections un grand nombre de chlamydiae dans l'environnement. L'homme peut se contaminer auprès des oiseaux par contact direct ou par inhalation de poussières contaminées. Dans les professions les plus exposées (éleveurs d'oiseaux ou de volailles, personnels d'abattoir de volailles, magasins d'oiseaux, vétérinaires), les risques de transmission existent lors d'activités favorisant le contact avec les poussières ou des aérosols contaminés par les fientes. L'exposition peut persister plusieurs mois en l'absence de mesures spécifiques. Les taux d'attaque lors des épidémies en milieu professionnel sont de 10 à 45 %, selon les activités professionnelles, la virulence des souches de *C. psittaci* et vraisemblablement selon la sensibilité des professionnels. La contamination lors de la manipulation en laboratoire de prélèvements infectés par *C. psittaci* est également possible. Aucune transmission alimentaire ou inter-humaine n'a été rapportée à ce jour.

● **Clinique :** chez l'homme, la durée d'incubation est de 5 à 19 jours. Généralement bénigne (fièvre, céphalées intenses, myalgies et toux sèche), la psittacose peut être grave avec des pneumopathies atypiques sévères voire mortelles, associées ou non à des formes extra-respiratoires cardiaques, neurologiques, hépatiques, rénales, si un traitement n'est pas rapidement mis en place



Le traitement repose sur l'antibiothérapie (chlortétracycline, doxycycline et autres tétracyclines). Le taux de mortalité lié aux complications serait supérieur à 20 % en l'absence de traitement antibiotique spécifique et inférieur à 1 % en cas de traitement précoce adapté.

● **Diagnostic :** le diagnostic direct par isolement sur culture cellulaire est difficile. Par contre, il peut être réalisé par PCR sur prélèvement pharyngé par le Centre national de référence (CNR) des Chlamydiae. Le diagnostic sérologique peut être réalisé par différentes techniques commercialisées : fixation du complément, ELISA ou micro-immunofluorescence (technique de référence). L'interprétation des résultats est difficile : elle dépend de la date du prélèvement par rapport au début des signes et il faut tenir compte d'une faible spécificité des tests (réaction croisées avec de nombreuses autres espèces bactériennes).

● **Epidémiologie :** la psittacose chez l'homme ne fait pas partie des maladies à déclaration obligatoire (la maladie animale est à déclaration obligatoire depuis février 2006). Son incidence, mal connue, est estimée par le CNR des Chlamydiae, à 20 / 30 cas par an. Cependant, elle est probablement sous diagnostiquée. De 1997 à 2007, 10 épisodes de cas groupés ont été identifiés et investigués : 3 épisodes familiaux liés à des psittacidés, 6 épisodes en milieu professionnel (4 en abattoirs et 2 en élevages) et 1 lors d'une exposition d'oiseaux d'ornement.

● **Prévention :** dans les élevages d'oiseaux familiaux, il faut insister sur l'hygiène des cages et des volières, sur le port de protections individuelles (masque et gants) lors du nettoyage des cages et des volières et sur la nécessité de se laver les mains après avoir touché les oiseaux. En cas de fièvre inexpliquée ou de toux, il est recommandé de consulter son médecin et de lui signaler des contacts avec des oiseaux. En milieu professionnel, des mesures de prévention individuelles et collectives sont particulièrement recommandées dans les lieux à risque (élevage de volailles, couvoir, abattoir, etc).

■ ■ ■ ZOOM SUR ... LA PSITTACOSE

Etude descriptive de la psittacose humaine dans le sud-ouest et l'ouest de la France, 2008-2009

● **Contexte** : devant le peu d'informations disponibles concernant la psittacose, sa gravité potentielle chez l'homme et la persistance d'épisodes épidémiques dans des contextes professionnels avicoles, l'Institut de veille sanitaire, en collaboration avec ses cellules régionales, le Centre national de référence des Chlamydiae, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et les services vétérinaires, a souhaité mettre en place une étude descriptive de cette pathologie dans plusieurs départements du Sud-ouest et de l'Ouest de la France du 1/1/2008 au 31/12/2009. L'option d'une étude basée sur le recensement des cas hospitalisés dans un réseau d'établissements hospitaliers a été retenue.

● **Objectifs de l'étude**

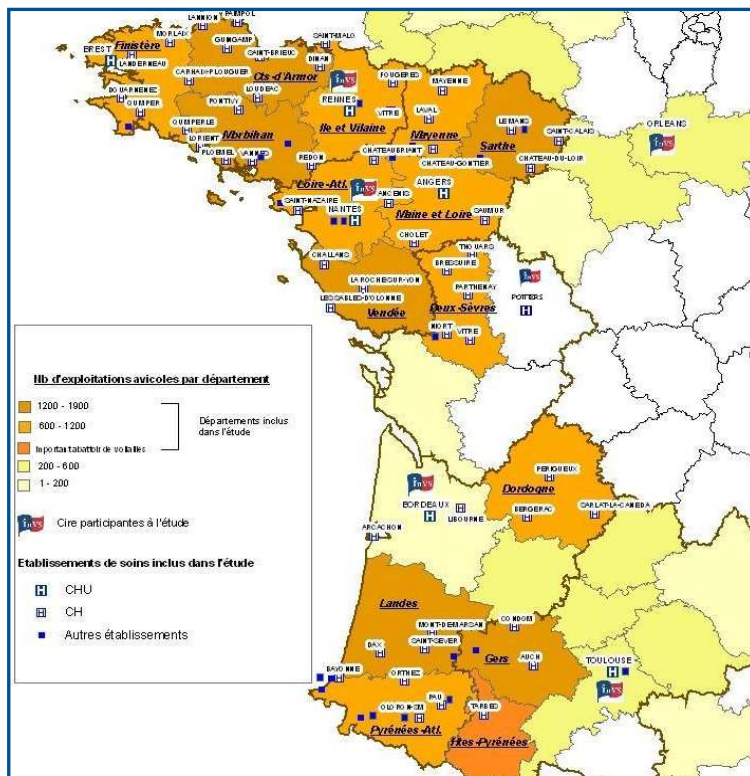
- Estimer l'incidence des cas de psittacose humaine hospitalisés, repérer les cas groupés et décrire les expositions des cas.
- Améliorer les connaissances sur les souches et génotypes circulant en France et responsables des cas sévères.
- Etudier la pertinence, la faisabilité et les modalités d'un système de surveillance de la psittacose.
- Elaborer des recommandations pour la prévention de la psittacose.

● **Population d'étude**

Adultes (>15 ans) résidant dans l'un des 15 départements de l'ouest et du sud-ouest, les plus concernés par l'élevage avicole (voir carte en figure 1) ;

- Aquitaine : Dordogne, Landes, Pyrénées-Atlantiques ;
- Midi-Pyrénées : Gers, Hautes-Pyrénées ;
- Bretagne : Ile-et-Vilaine, Côtes d'Armor, Finistère, Morbihan ;
- Pays-de-la-Loire : Loire-Atlantique, Mayenne, Sarthe, Maine-et-Loire, Vendée ;
- Poitou-Charentes : Deux Sèvres.

Figure 1 : Répartition des exploitations avicoles dans l'ouest de la France et départements participant à l'étude



• **Signalement des cas** : à partir d'un réseau de médecins hospitaliers volontaires (services de médecine interne, réanimation, pneumologie, maladies infectieuses), **signalement de tout cas suspect de psittacose* à la Cire** par le biais d'une fiche non nominative.

Parallèlement, le médecin hospitalier prescrit des prélèvements rhino-pharyngés (PCR) et sanguin (sérologie) qui doivent être adressés au CNR des Chlamydiae pour recherche étiologique.

Un épidémiologiste de la Cire recueille par la suite, à l'aide d'un questionnaire, les données cliniques, biologiques et d'exposition au cours d'entretiens téléphoniques avec le médecin hospitalier et avec le malade

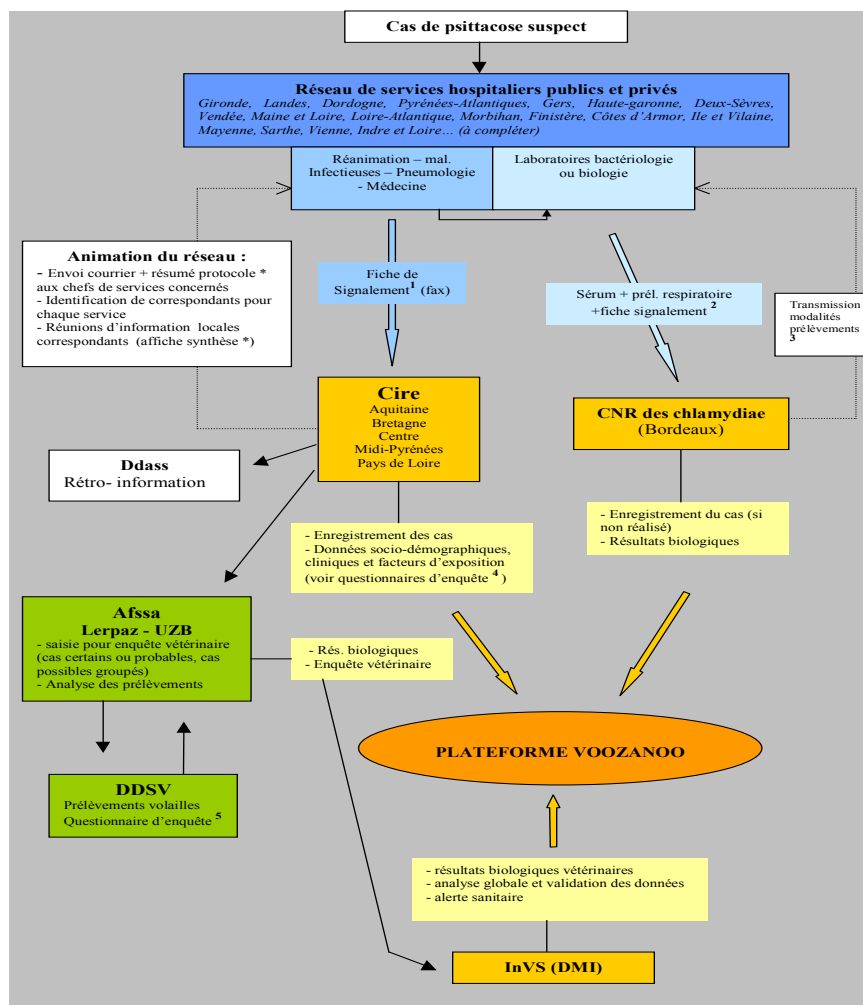
La saisie des données est réalisée grâce au logiciel Voozаноо, plateforme internet de recueil d'informations en ligne, qui permet une saisie en temps réel des données par les différents partenaires ainsi que leur consultation.

En fonction des différents éléments recueillis, en particulier des résultats biologiques, les cas sont classés en cas possible, probable ou confirmé.

* **Définition d'un cas suspect de psittacose** : toute personne appartenant à la population d'étude présentant une symptomatologie évocatrice de psittacose (fièvre, céphalées intenses, myalgies, toux sèche, pneumopathie) et décrivant le mois précédent la survenue des symptômes, une exposition directe à des oiseaux, à leurs fientes ou à leurs plumes quelle que soit l'espèce, dans un cadre professionnel ou non

• **Investigation vétérinaire et mesures de prévention** : avec l'accord des patients, la Cire déclenche une enquête vétérinaire en signalant les cas de psittacose suspects ou confirmés à l'Afssa. Ce sont les services vétérinaires du département concerné qui sont alors chargés de réaliser l'enquête sur le terrain (prélèvements volailles, questionnaire). En outre, un lien établi entre un cas de psittacose et le milieu professionnel donne lieu à signalement à la médecine du travail (MSA), afin que des mesures préventives soient mises en place.

Figure 2 : Circuit de l'information



¹ : Fiche de signalement des cas suspects humains ; ² : fiche de signalement habituelle CNR ; ³ : modalités de prélèvements ; ⁴ : questionnaire d'enquête épidémiologique ; ⁵ questionnaire d'enquête vétérinaire.

Pour en savoir plus sur la Psittacose:

- Voir site internet de l'Invs : http://www.invs.sante.fr/psittacose_2008_2009

- **CNR des infections à Chlamydia**

Adresse : Laboratoire de Bactériologie

Université Victor Segalen Bordeaux2

146 rue Léo Saignat

33076 Bordeaux cedex

Responsables : Bertille de Barbeyrac MCU-PH Tel : 05 57 57 16 33

Email : bertille.de.barbeyrac@u-bordeaux.fr

Christiane Bébéar PU-PH Tel : 05 57 57 16 25

E mail : christiane.bebear@u-bordeaux.fr

Adresse des envois (échantillons biologiques, sérum)

Laboratoire de Bactériologie

Hôpital Pellegrin

Place Amélie Raba Léon

33076 Bordeaux cedex

Dernières informations...

Publications

- Christine Castor, Florence Perret, Benoît Huc, Laurent Filleul. **Investigation et prise en charge d'une épidémie de gale dans une maison de retraite. Pyrénées-Atlantiques, France, novembre 2005-janvier 2006.** BEH 29 avril 2008, n°18. <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>

Congrès

- **Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM)** : bilan à 10 ans et perspectives le **26 juin 2008 de 14h à 16h** - Amphi Pierre-Alexandre Louis à l'Isped - Université Victor Segalen Bordeaux 2

- **Journées de l'Adelf** - Congrès international d'épidémiologie du **10 au 12 septembre 2008**. informations sur le site info@adelf-epiter-paris.org

- **Journées de veille sanitaire** le 27 et 28 novembre 2008. Cité des sciences. Paris.