

Gestion des alertes sanitaires et risque émergent

Josiane Pillonel,
Epidémiologiste-Démographe
Institut de Veille Sanitaire
Département des maladies infectieuses

Contexte et objectifs

Contexte

- ❖ Crises sanitaires des années 1990 : sang contaminé, vache folle, amiante
- ❖ Crises plus récentes : canicule de 2003, Sras, WNV, Chik, H5N1, H1N1

→ Un véritable dispositif d'alerte sanitaire s'est constitué

Objectifs de la présentation

- ❖ Connaître l'historique du dispositif d'alerte sanitaire
- ❖ Comprendre les grandes lignes d'organisation de la gestion des alertes et des processus décisionnels

2 exemples ayant conduit à la mise en œuvre de mesures transfusionnelles

- ❖ Le chikungunya à la Réunion en 2005-2006
- ❖ Epidémie d'hépatite A dans les Côtes d'Armor en août 2007



I - Historique du dispositif d'alerte sanitaire

II - Grandes lignes de l'organisation actuelle de l'alerte sanitaire

III - Deux exemples ayant nécessité la mise en œuvre de mesures préventives :

- ❖ Le chickungunya à la Réunion en 2005-2006
- ❖ Epidémie d'hépatite A dans les Côtes d'Armor en août 2007

Historique (1)

Avant 1984 : notification des maladies à DO

1985 :

- réseaux de médecins et de laboratoires volontaires
- Mise en place des CLIN et des Cclin

1992 : Réseau national de santé publique (RNSP).

Missions : coordonner, animer et renforcer les activités de surveillance et d'intervention épidémiologique, dont le domaine de l'environnement.

1994 : création des Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) pour aider les services déconcentrés de l'Etat à investigation et gestion des épidémies et pollutions environnementales.

Historique (2)

Loi du 1er juillet 1998 : → Création de l'InVS, l'Afssaps et de l'Afssa

Loi du 9 août 2004 : complète la loi de juillet 1998 sur les agences

→ l'InVS est au centre du dispositif national de veille sanitaire :

- observation permanente de la santé de la population - veille sanitaire
- alerte sanitaire et contribution à la gestion de crise

Loi du 21 juillet 2009 : loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » → création des ARS

- veille sanitaire et observation de la santé dans la région
- recueil et traitement des signalements d'événements sanitaires
- organisation et gestion des situations d'urgence et de crise sanitaire

Articulation de tous les acteurs nécessaire au bon fonctionnement du système d'alerte sanitaire.



L'alerte sanitaire au niveau international

Années 1990 : Développement des réseaux internationaux sur les maladies transmissibles permettant la détection précoce :

- menaces liées aux voyages (ex : légionellose)
- contamination de produits alimentaires diffusés en Europe
- circulation d'agents pathogènes (Sras, H5N1, WNV,...)

1998 : création d'un réseau européen de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles

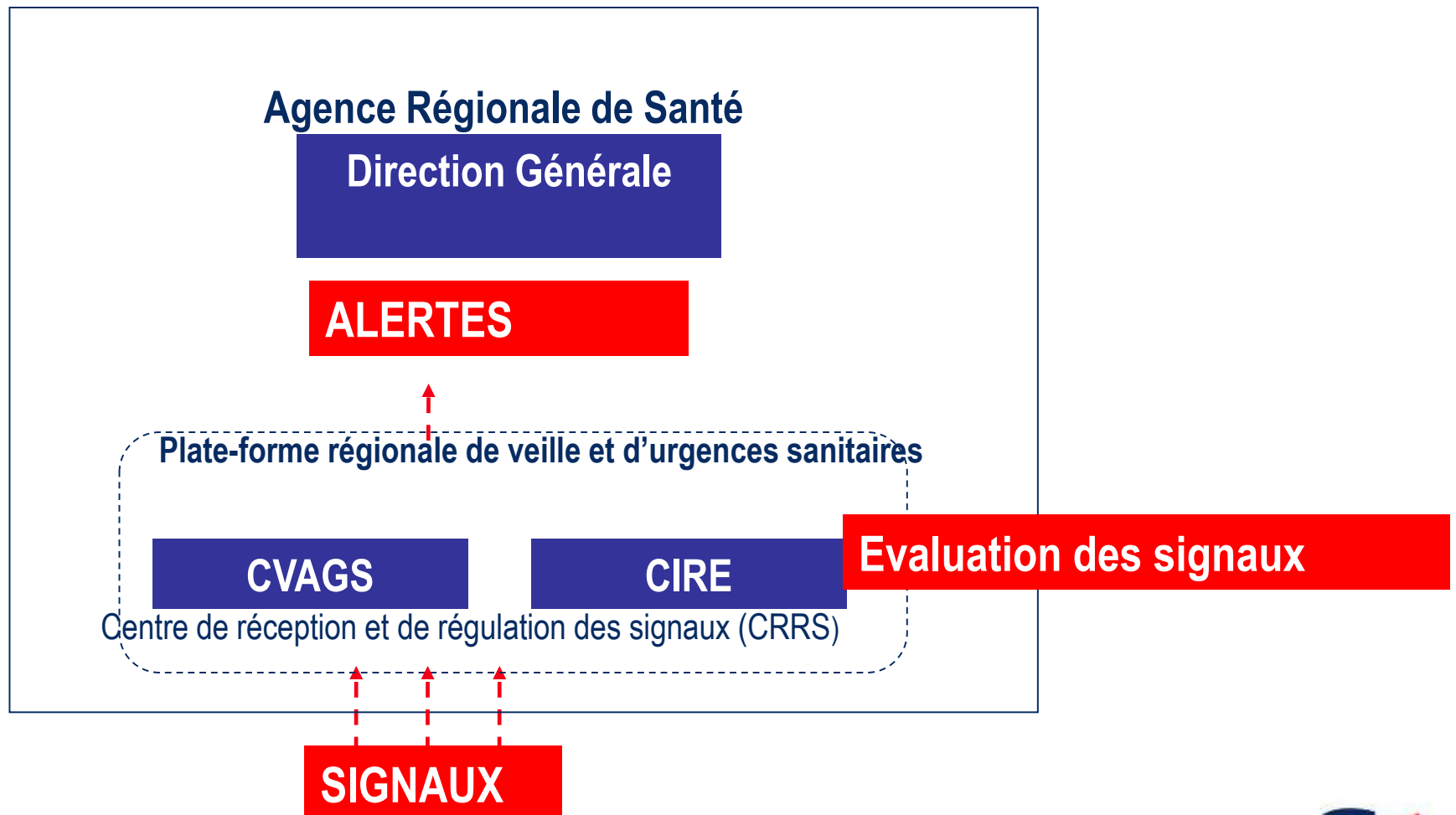
2005 : création du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)



I - Historique du dispositif d'alerte sanitaire

II - Grandes lignes de l'organisation actuelle de l'alerte sanitaire : le point de départ est régional, à partir de signaux.

Le niveau régional de veille et de gestion des urgences sanitaires et de la circulation de l'information



CVAGS : Cellule de veille, d'alertes et de gestions sanitaires **CIRE** : Cellule de l'InVS en région

Les signaux reçus à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires

Signalements d'indicateurs perturbés = dépassement de seuil ou de norme

- ❖ maladies à déclaration obligatoire et des infections nosocomiales
- ❖ systèmes régionaux ou nationaux de surveillance et de vigilance

Signalements d'évènements en dehors des systèmes de surveillance organisés

- ❖ issus du système de soins, d'un service administratif ou toute autre source

Tout signal doit ensuite être validé : est-il réel ? quel impact peut-il avoir sur la santé publique ?

Tout signal doit être saisi dans le SI commun (rejeté, validé,...)

Si menace pour la santé publique, → **alerte** → DG de l'ARS puis préfet.

Si concerne un agent transmissible par le sang, le DG de l'ARS doit prévenir l'EFS de la zone concernée et l'Afssaps

Fonctionnement de la plate forme de veille sanitaire de l'ARS

CVAGS

(responsabilité du DG de l'ARS)

- Réceptionne les signaux
- Vérifie et valide les signaux
- Assure la gestion des signalements
- Prépare les outils de gestion des situations d'urgence
- Coordonne la préparation des plans (ex : plan pandémie grippale)

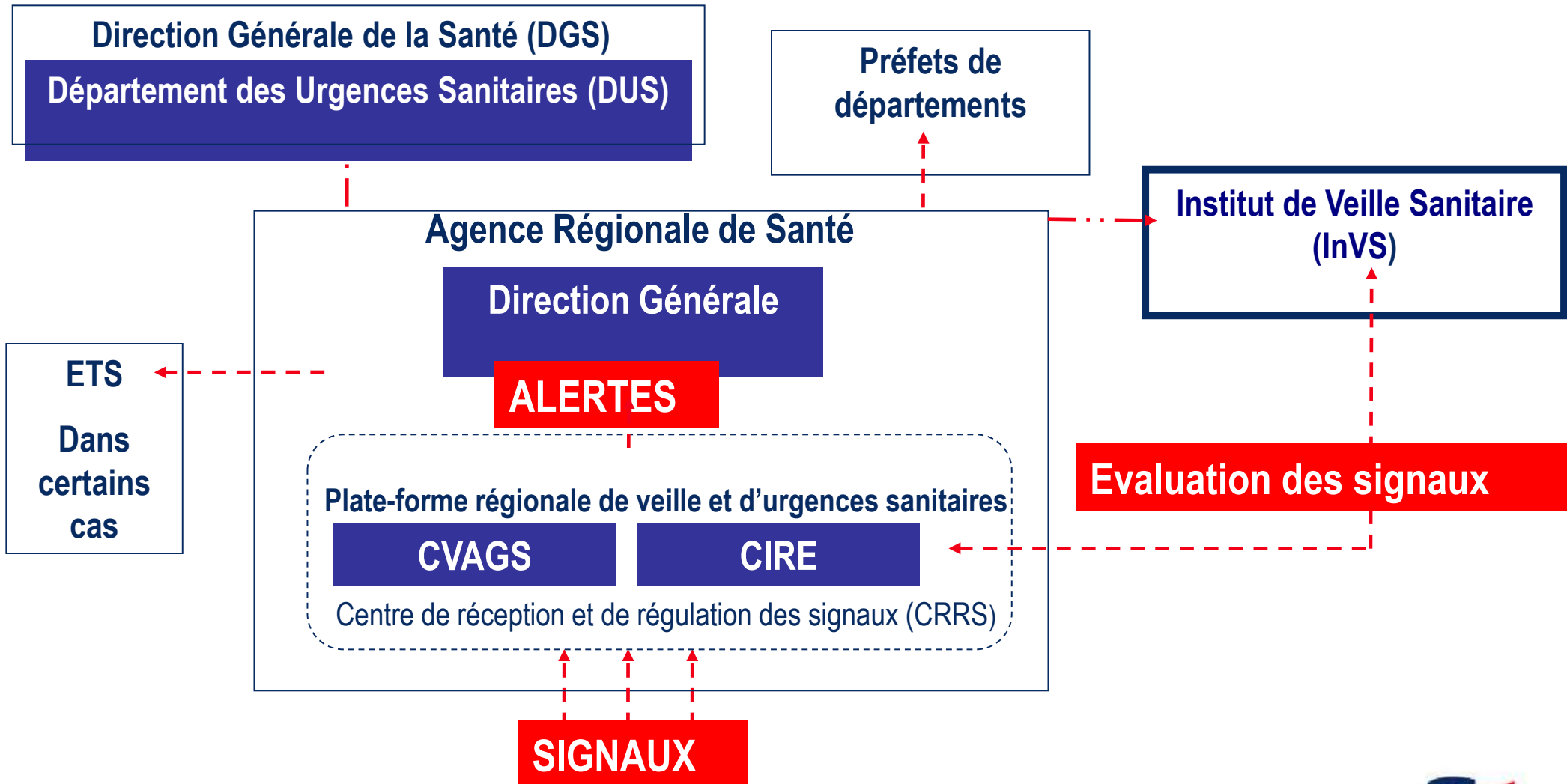


CIRE

(responsabilité du DG de l'InVS)

- Prend connaissance des signaux
- Contribue à validation
- Détient outils d'investigation et d'analyse de risque
- Fait fonctionner systèmes de surveillance de l'InVS
- Transmet les signaux issus des systèmes de surveillance
- Assure le lien avec l'InVS

Schéma des dispositifs de veille et d'urgences sanitaires et de la circulation de l'information



CVAGS : Cellule de veille, d'alertes et de gestions sanitaires **CIRE** : Cellule de l'InVS en région



Rôle de la Direction Générale de la Santé

Responsable de l'organisation des dispositifs d'alerte et de gestion de crise

préparation des plans nationaux de protection de la santé (ex : plan pandémie grippale)
et leurs déclinaisons au niveau local

Le département des urgences sanitaires (DUS)

- ❖ Interface avec l'InVS, les autres agences sanitaires, le cabinet du ministre et les structures de crise ministérielle
- ❖ Tête de réseau des CVAGS = centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS)



Rôle de l'Institut de Veille Sanitaire

L'InVS : pivot du dispositif d'analyse des risques

Alertes simples → Cire et/ou département scientifique de l'InVS sur le sujet

Alertes complexes → Département de coordination des alertes et des régions (DCar)

Diffuse informations collectées par le système d'alerte :

- aux autorités sanitaires (cabinet du ministre, DGS, DUS) : bulletin quotidien des alertes (BQA)
- aux Agences nationales concernées : l'Afssaps et l'EFS (risque transfusionnel)
- aux réseaux européens d'alerte (messagerie EWRS = Early Warning and Response System)
- Si critères d'une Urgence de Santé Publique d'Importance Internationale remplis, l'InVS propose à la DGS, point focal pour le RSI, d'émettre une alerte à l'OMS.

Dispositions particulières pour WNV Dengue et Chikungunya

Si circulation de ces virus en France, une cellule d'aide à la décision (CAD) « éléments et produits du corps humain »

- ❖ Activée si cas humain autochtone (ex : Dengue et Chik - été 2010)
- ❖ Peut être activée si cas humains à l'étranger lorsque mesures d'exclusion, du fait d'un séjour dans la zone concernée, n'ont pas été définies au préalable par le groupe de travail arboviroses de l'Afssaps (ex : WNV – été 2010)
- ❖ Propose les mesures pour la sécurisation des PSL et des greffons

La CAD regroupe l'ensemble des acteurs de la santé humaine : représentants des administrations et agences concernées ainsi que des experts scientifiques

L'Afssaps en assure le secrétariat et peut demander à ce que l'EFS, le CTSA ou l'ABM prennent des mesures complémentaires en lien avec l'alerte traitée.



I - Historique du dispositif d'alerte sanitaire

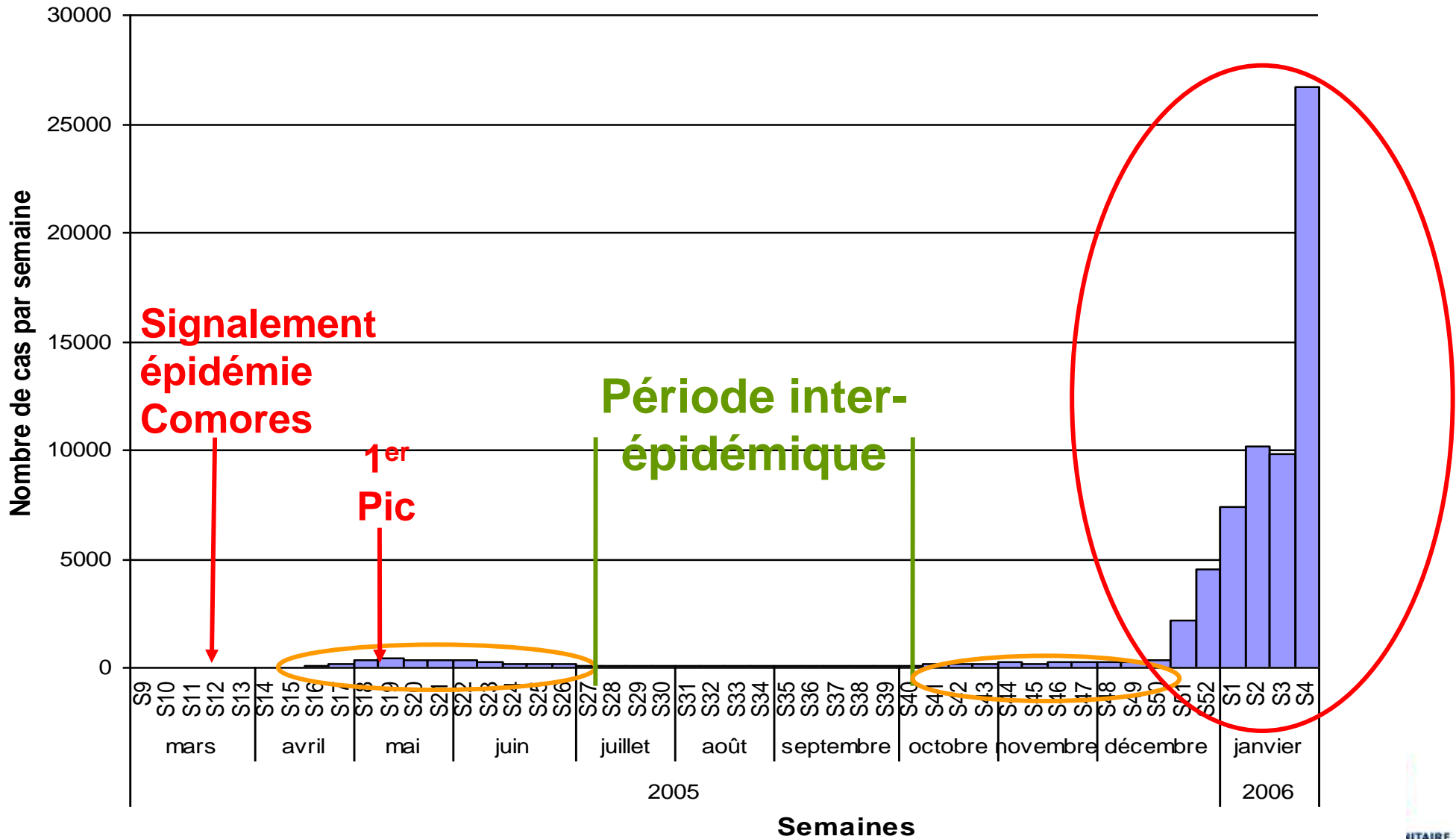
II - Grandes lignes de l'organisation actuelle de l'alerte sanitaire

III - Deux exemples ayant entraîné la mise en œuvre de mesures préventives :

❖ **Le chikungunya à la Réunion en 2005-2006**

❖ **Epidémie d'hépatite A dans les Côtes d'Armor en août 2007**

Epidémie de Chikungunya à la Réunion – 2005/2006



Mesures prises par l'EFS

23 janvier 2006

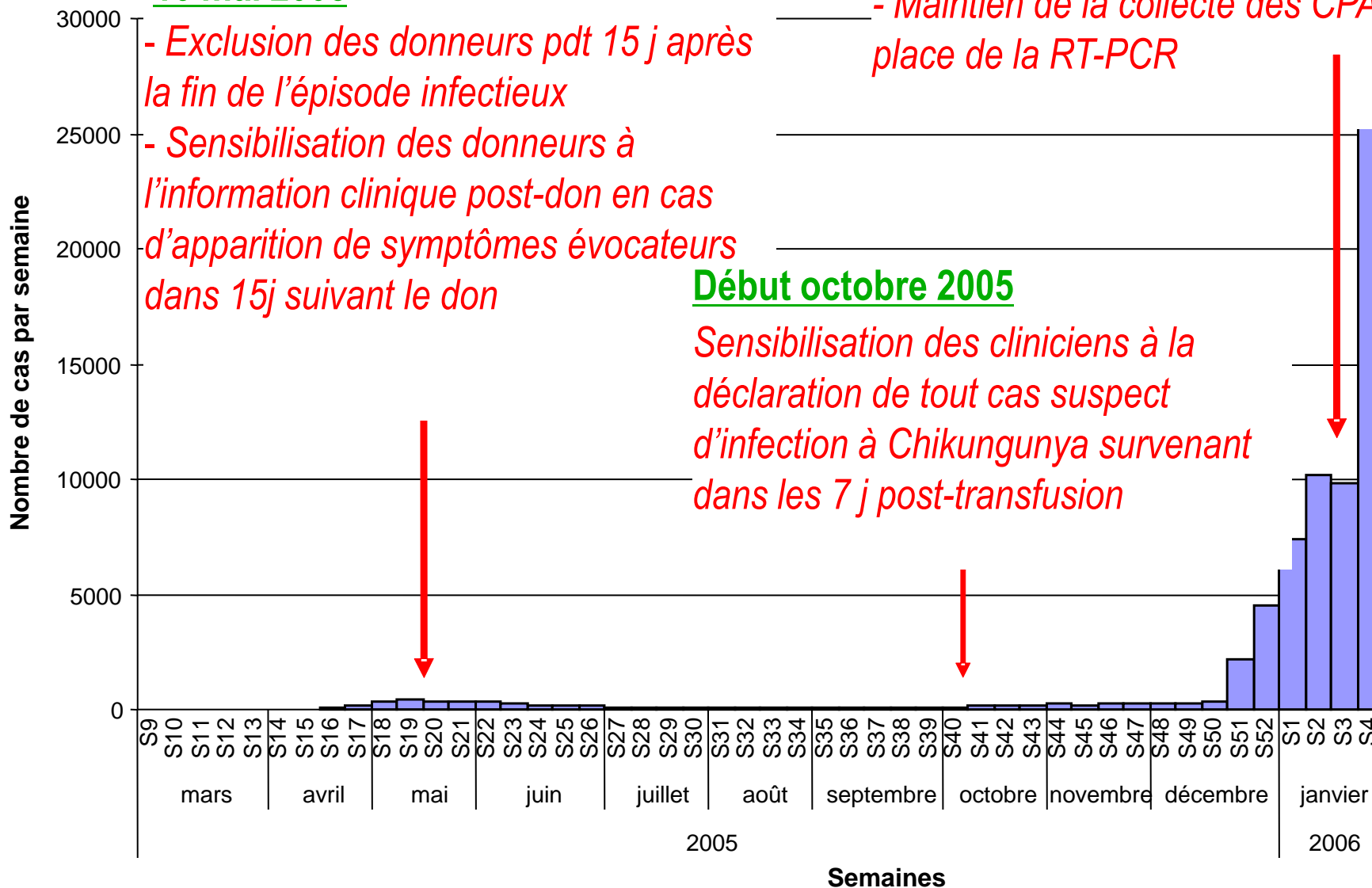
- Arrêt collectes sang total / approvisionnement de CGR par la métropole
- Maintien de la collecte des CPA avec mise en place de la RT-PCR

16 mai 2005

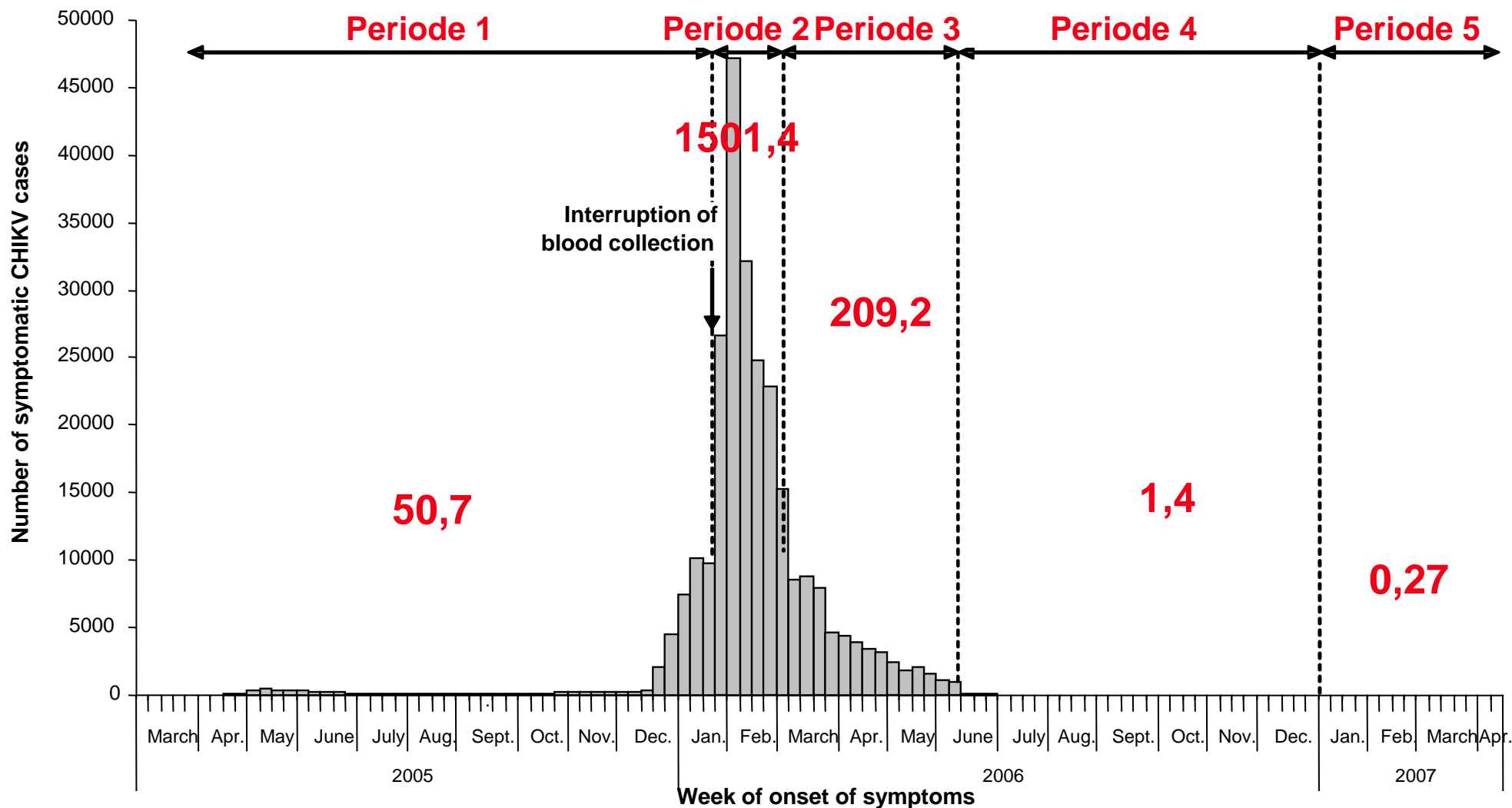
- Exclusion des donneurs pdt 15 j après la fin de l'épisode infectieux
- Sensibilisation des donneurs à l'information clinique post-don en cas d'apparition de symptômes évocateurs dans 15j suivant le don

Début octobre 2005

- Sensibilisation des cliniciens à la déclaration de tout cas suspect d'infection à Chikungunya survenant dans les 7 j post-transfusion



Risque de contamination d'un don par le Chikungunya (pour 100 000 dons)



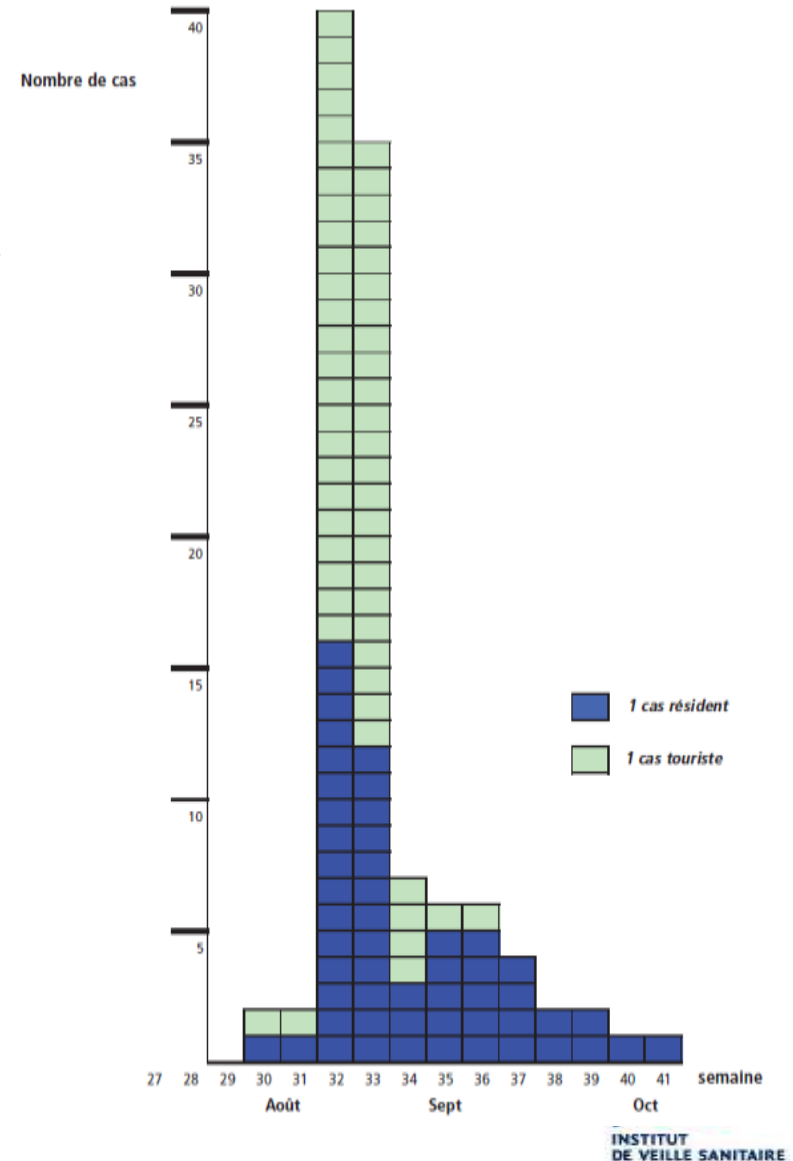
Epidémie d'hépatite A dans les Côtes-d'Armor en août 2007

21 août 2007 : la Ddass informe la Cire-Ouest de la survenue de 9 cas d'hépatite A dans les Côtes-d'Armor

→ Investigation Cire, Ddass et InVS pour confirmer et décrire l'épidémie, identifier la source et orienter les mesures de contrôle

24 août 2007 : l'InVS signale à l'EFS, CTSA et ABM de X 20 de l'incidence d'hépatite A dans les Côtes d'Armor par rapport à 2006

→ Risque accru de prélever du sang infecté par le VHA



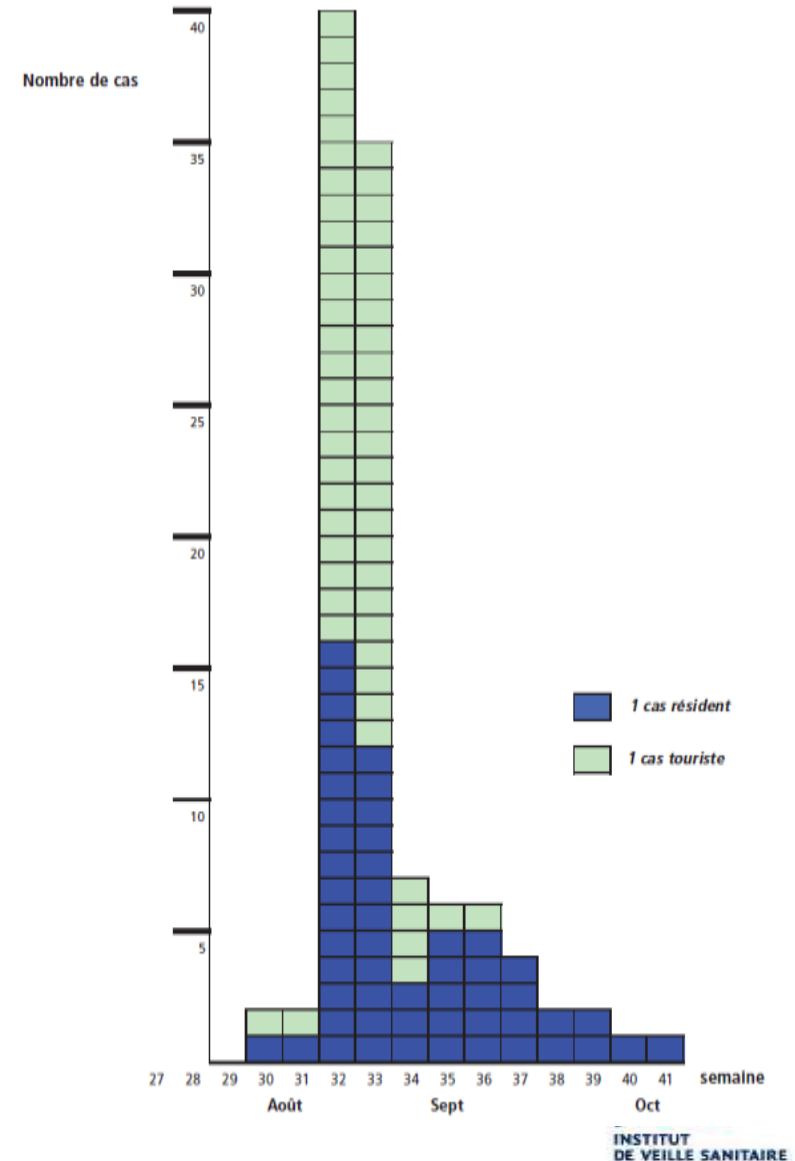
Epidémie d'hépatite A dans les Côtes-d'Armor en août 2007

24 août 2007 : l'EFS Bretagne décide le maintien des collectes avec précautions

- 1 – ajournement du don de 2 semaines en cas de conso. de coquillages crus provenant de la baie de Paimpol
- 2 – renforcement de l'information post don
- 3 – mise en quarantaine des produits pendant 2 semaines
- 4 – test de biologie moléculaire pour le VHA

Début septembre : augmentation du nombre de cas et extension de la zone concernée : les mesures préventives sont renforcées

Début octobre : InVS déclare fin de l'épidémie mais le maintien des mesures jusqu'au 20 octobre (durée de la virémie)



Conclusion

- Ces 2 exemples, (et cas récents de dengue et de chikungunya en PACA) montrent que l'importance d'une alerte le plus en amont possible, à proximité immédiate de l'évènement concerné
- Ils montrent aussi l'importance de l'implication de l'ensemble des professionnels de santé dans ce dispositif
- L'alerte est ainsi un outil d'aide précoce à la décision, notamment lorsqu'il s'agit de mettre en place des mesures pour prévenir la transmission d'un agent transmissible par transfusion
- Le nouveau dispositif, avec notamment la création des ARS, doit contribuer à encore améliorer la qualité de l'expertise des signaux et la réactivité du dispositif