



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Édition du 9 décembre 2019

Semaine

OFSP-Bulletin 50/2019

Magazine d'information pour professionnels de la santé et pour les médias

Légionellose après utilisation d'une station de lavage
de véhicules automobiles : trois cas dans le canton de Zurich, p. 10

1^{er} janvier 2020 : tout est prêt pour les audits cliniques en radioprotection, p. 13

Impressum

ÉDITEUR

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne (Suisse)
www.bag.admin.ch

RÉDACTION

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne
Téléphone 058 463 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

IMPRESSION

Stämpfli AG
Wölflistrasse 1
CH-3001 Berne
Téléphone 031 300 66 66

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Le bulletin de l'OFSP est une revue spécialisée hebdomadaire, en français et en allemand, qui s'adresse aux professionnels de la santé, aux médias et aux milieux intéressés. Ce périodique publie les derniers chiffres en matière de santé ainsi que des informations importantes de l'OFSP.

Abonnez-vous pour recevoir la version électronique du bulletin :
www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses _____	4
Statistique Sentinella _____	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales _____	7
Légionellose après utilisation d'une station de lavage de véhicules automobiles : trois cas dans le canton de Zurich _____	10
1 ^{er} janvier 2020 : tout est prêt pour les audits cliniques en radioprotection _____	13
Vol d'ordonnances _____	15

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 48^e semaine (03.12.2019)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Sont exclus les cas de personnes domiciliées en dehors de la Suisse et de la principauté du Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en gris correspondent aux données annualisées : cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.

^b Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella

^c N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e Le nombre de cas de gonorrhée a augmenté en raison d'une adaptation de la définition de réinfection et n'est pas comparable à celui des éditions précédentes du Bulletin. Les déclarations pour le même patient arrivant à des intervalles d'au moins 4 semaines sont maintenant comptées comme cas séparés.

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^g Les nombres de cas de syphilis ne sont plus comparables à ceux des éditions précédentes du Bulletin en raison d'une adaptation de la définition de cas.

^h Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 48^e semaine (03.12.2019)^a

	Semaine 48			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	2 1.20	4 2.40	2 1.20	5 0.80	14 2.10	11 1.70	120 1.40	137 1.60	119 1.40	111 1.40	129 1.60	105 1.30
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	30 18.20	26 15.80	52 31.70	69 10.40	68 10.30	100 15.20	13699 159.60	14939 174.10	9510 111.60	13408 169.20	13695 172.90	7854 99.80
Légionellose	12 7.30	9 5.40	3 1.80	55 8.30	42 6.40	36 5.50	587 6.80	566 6.60	474 5.60	559 7.10	539 6.80	463 5.90
Méningocoques: maladie invasive		1 0.60	1 0.60	4 0.60	5 0.80	3 0.50	42 0.50	60 0.70	57 0.70	38 0.50	59 0.70	54 0.70
Pneumocoques: maladie invasive	19 11.50	22 13.30	21 12.80	69 10.40	62 9.40	59 9.00	897 10.40	962 11.20	960 11.30	799 10.10	868 11.00	851 10.80
Rougeole	1 0.60			2 0.30	1 0.20	4 0.60	215 2.50	47 0.60	117 1.40	214 2.70	47 0.60	104 1.30
Rubéole^c							1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03	1 0.01
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	5 3.00	11 6.70	4 2.40	21 3.20	34 5.20	31 4.70	415 4.80	517 6.00	547 6.40	391 4.90	487 6.20	504 6.40
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	133 80.60	162 98.20	121 73.80	538 81.50	587 88.90	531 81.00	7329 85.40	7555 88.00	7351 86.30	6876 86.80	7220 91.10	6886 87.50
Hépatite A	3 1.80	3 1.80	3 1.80	8 1.20	19 2.90	8 1.20	79 0.90	99 1.20	113 1.30	71 0.90	96 1.20	110 1.40
Hépatite E	2 1.20	2 1.20		8 1.20	8 1.20		113 1.30	62 0.70		102 1.30	62 0.80	
Infection à E. coli entérohémorragique	17 10.30	21 12.70	11 6.70	82 12.40	74 11.20	48 7.30	1126 13.10	819 9.50	699 8.20	1072 13.50	787 9.90	668 8.50
Listériose	1 0.60	1 0.60		5 0.80	4 0.60	4 0.60	37 0.40	54 0.60	45 0.50	35 0.40	52 0.70	42 0.50
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.60			2 0.30	2 0.30	1 0.20	22 0.30	22 0.30	22 0.30	20 0.20	21 0.30	21 0.30
Salmonellose, autres	26 15.80	24 14.50	22 13.40	131 19.80	92 13.90	106 16.20	1547 18.00	1469 17.10	1857 21.80	1466 18.50	1397 17.60	1760 22.40
Shigellose	5 3.00	1 0.60	6 3.70	21 3.20	18 2.70	16 2.40	224 2.60	233 2.70	141 1.60	202 2.60	227 2.90	135 1.70

	Semaine 48			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	278 168.40	298 180.60	234 142.80	1063 161.00	992 150.30	945 144.20	11866 138.30	11138 129.80	11159 130.90	11128 140.50	10413 131.40	10375 131.90
Gonorrhée ^e	66 40.00	83 50.30	44 26.80	284 43.00	288 43.60	206 31.40	3733 43.50	2883 33.60	2573 30.20	3500 44.20	2704 34.10	2380 30.20
Hépatite B, aiguë			2 1.20		1 0.20	7 1.10	25 0.30	35 0.40	35 0.40	22 0.30	31 0.40	31 0.40
Hépatite B, total déclarations	20	23	25	89	89	112	1085	1231	1190	1009	1128	1090
Hépatite C, aiguë					2 0.30	4 0.60	25 0.30	28 0.30	42 0.50	23 0.30	27 0.30	39 0.50
Hépatite C, total déclarations	26	12	22	83	83	124	1041	1300	1390	961	1207	1287
Infection à VIH	10 6.10	3 1.80	8 4.90	36 5.40	20 3.00	27 4.10	435 5.10	404 4.70	473 5.60	396 5.00	368 4.60	431 5.50
Sida		1 0.60	1 0.60	4 0.60	3 0.40	7 1.10	76 0.90	71 0.80	85 1.00	69 0.90	70 0.90	81 1.00
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	12 7.30		27 4.10	41 6.20		609 7.10	544 6.30		559 7.10	544 6.90	
Syphilis, total ^g	1 0.60	17 10.30	23 14.00	36 5.40	60 9.10	84 12.80	839 9.80	904 10.50	973 11.40	764 9.60	847 10.70	911 11.60
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose	1 0.60	1 0.60		1 0.20	1 0.20	1 0.20	6 0.07	5 0.06	9 0.10	6 0.08	5 0.06	9 0.10
Chikungunya				3 0.40			38 0.40	4 0.05	18 0.20	37 0.50	4 0.05	18 0.20
Dengue		5 3.00	2 1.20	20 3.00	13 2.00	10 1.50	225 2.60	168 2.00	155 1.80	212 2.70	158 2.00	145 1.80
Encéphalite à tiques	4 2.40	3 1.80	3 1.80	19 2.90	18 2.70	18 2.80	269 3.10	372 4.30	271 3.20	265 3.30	371 4.70	268 3.40
Fièvre du Nil occidental							1 0.01			1 0.01		
Fièvre jaune								1 0.01			1 0.01	
Fièvre Q	1 0.60	2 1.20	2 1.20	2 0.30	6 0.90	4 0.60	101 1.20	52 0.60	36 0.40	97 1.20	49 0.60	36 0.50
Infection à Hantavirus								1 0.01	3 0.04		1 0.01	1 0.01
Infection à virus Zika				1 0.20		2 0.30	1 0.01	6 0.07	14 0.20	1 0.01	3 0.04	12 0.20
Paludisme	5 3.00	2 1.20	2 1.20	29 4.40	26 3.90	22 3.40	281 3.30	300 3.50	332 3.90	269 3.40	281 3.60	320 4.10
Trichinellose							2 0.02	1 0.01		2 0.03		
Tularémie		1 0.60	2 1.20	9 1.40	9 1.40	19 2.90	127 1.50	125 1.50	127 1.50	122 1.50	116 1.50	122 1.60
Autres déclarations												
Botulisme									2 0.02			2 0.03
Diphthérie ^h							2 0.02	5 0.06	4 0.05	2 0.03	5 0.06	2 0.03
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	3 1.80		1 0.60	3 0.40	2 0.30	1 0.20	22 0.30	16 0.20	18 0.20	17 0.20	14 0.20	17 0.20
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 29.11.2019 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	45		46		47		48		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Suspicion d'influenza	33	2.4	40	2.9	28	2.0	37	3.1	34.5	2.6
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	2	0.1	2	0.1	3	0.2	5	0.4	3	0.2
Piqûre de tiques	4	0.3	3	0.2	2	0.1	0	0	2.3	0.2
Borréliose de Lyme	4	0.3	2	0.1	3	0.2	1	0.1	2.5	0.2
Herpès zoster	9	0.7	12	0.9	9	0.7	5	0.4	8.8	0.7
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	2	0.1	3	0.2	1	0.1	1.8	0.1
Médecins déclarants	157		160		157		149		155.8	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Sous nos latitudes, les affections grippales surviennent de façon saisonnière. Jusqu'à présent, une vague de grippe est observée chaque hiver. D'une année à l'autre, l'intensité, la durée, les souches virales et les répercussions sur la population varient. Afin d'informer la population et les médecins en temps voulu de la vague de la grippe et de la couverture de la grippe par le vaccin, l'OFSP publie d'octobre à avril un rapport hebdomadaire avec une évaluation des risques.

Semaine 48/2019

La propagation des affections grippales en Suisse est actuellement sporadique. Durant la semaine 48, 149 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 3,1 cas d'affections grippales pour 1000 consultations. Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à une incidence de 23 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants.

Le seuil épidémique saisonnier de 69 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants n'a pas été atteint (Figure 1).

L'incidence était basse dans l'ensemble des classes d'âge (Tableau 1). La propagation de la grippe était sporadique dans les régions 5 et 6 (Figure 2, Encadré).

Durant la semaine 48, le Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) a mis en évidence deux virus Influenza A dans les 9 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella.

Figure 1

Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale, extrapolé pour 100 000 habitants

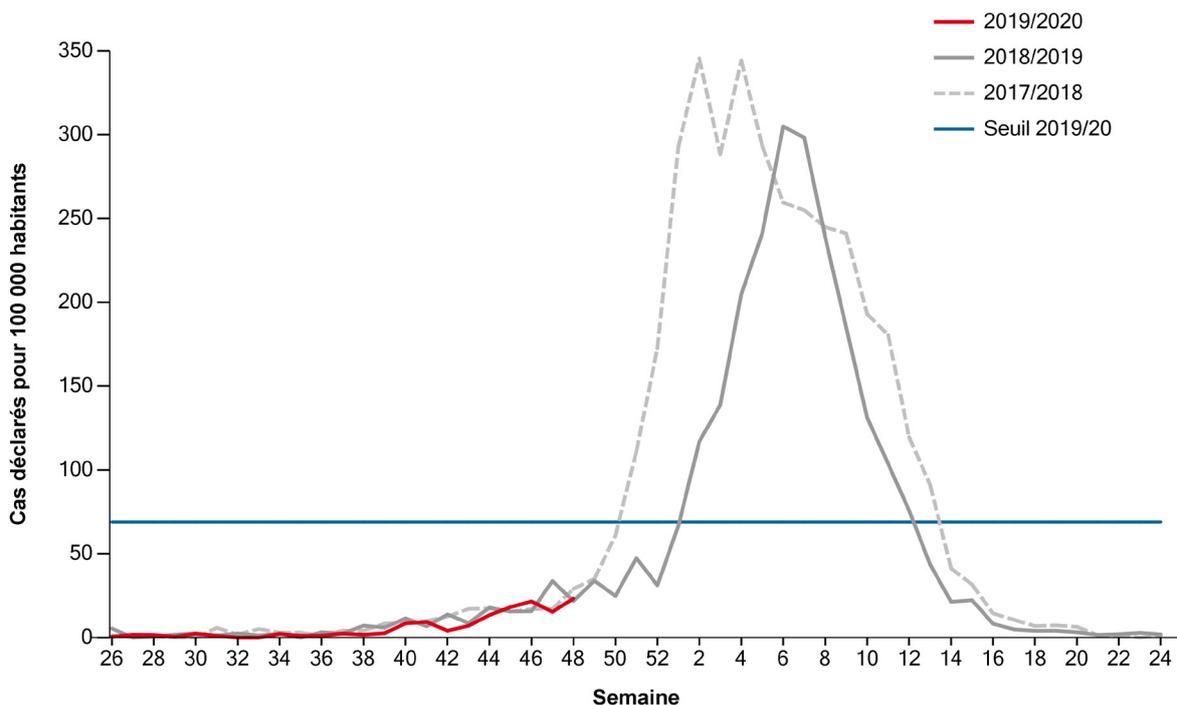
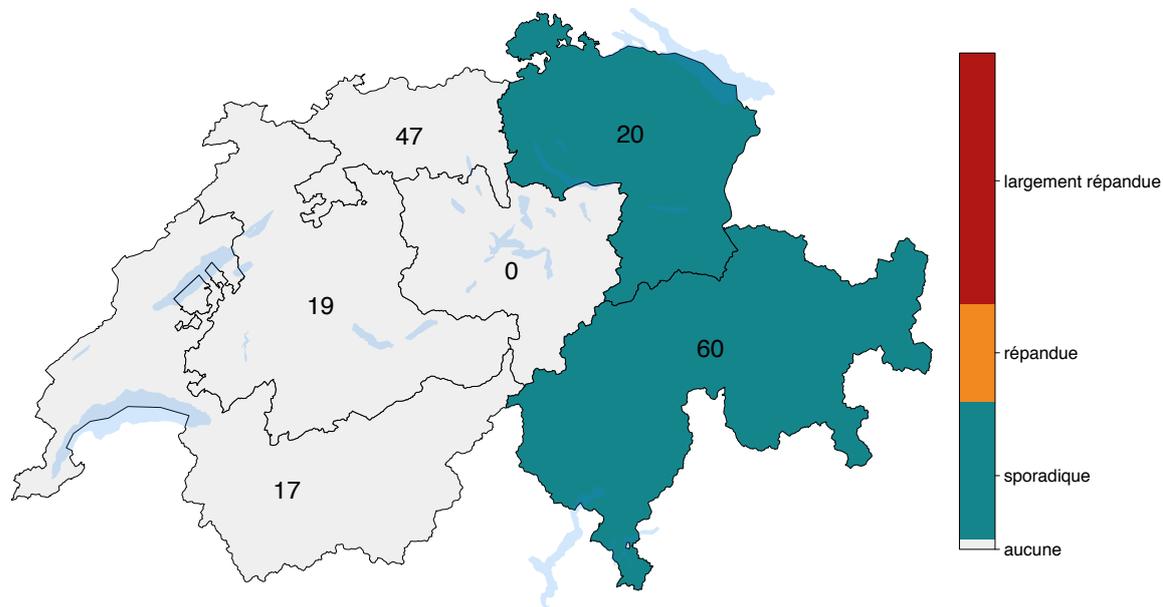


Figure 2

Incidence des affections grippales pour 100 000 habitants et propagation des virus Influenza par région Sentinella durant la semaine 48/2019



Région 1 (GE, NE, VD, VS), Région 2 (BE, FR, JU), Région 3 (AG, BL, BS, SO), Région 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Région 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH), Région 6 (GR, TI). Chiffre: incidence des affections grippales pour 100 000 habitants. Couleur: propagation (cf. glossaire).

Tendance: ▲ ascendante ▼ descendante ◆ constante

Situation internationale

Récemment en Europe, on a généralement observé une activité grippale basse [1]. De même, l'Asie et l'Amérique du Nord ont enregistré une activité basse avec une tendance à la hausse [2-4], les Etats-Unis ayant dépassé leur seuil saisonnier de 2,4 % (proportion d'échantillons positifs pour Influenza) depuis la semaine 46. Dans ces régions, on a jusqu'à présent détecté sporadiquement des virus Influenza A et Influenza B.

Tableau 1:

Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge durant la semaine 48/2019

Classe d'âge	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Tendance
0-4 ans	30	-
5-14 ans	11	-
15-29 ans	36	-
30-64 ans	27	-
≥65 ans	7	-
Suisse	23	-

Tableau 2:

Virus Influenza circulant en Suisse durant la saison 2019/20

Fréquence des types et sous-types d'Influenza isolés

	Semaines cumulées 2019/20
Echantillons positifs	8 de 96 (8,3 %)
B Victoria	25 %
B Yamagata	0 %
B non sous-typé	0 %
A(H3N2)	13 %
A(H1N1)pdm09	50 %
A non sous-typé	13 %

GLOSSAIRE

- Incidence :** Nombre de consultations pour affections grippales pour 100 000 habitants par semaine.
- Intensité :** Comparaison de l'incidence actuelle avec l'incidence historique. L'intensité est fournie seulement pendant l'épidémie. Elle se subdivise en quatre catégories : basse, moyenne, élevée et très élevée.
- Propagation :** La propagation se base :
- sur la proportion des médecins Sentinella qui ont déclaré des cas d'affections grippales et
 - sur la mise en évidence de virus Influenza au CNRI dans les échantillons prélevés par les médecins Sentinella.
- Elle est classée dans les catégories suivantes : aucune, sporadique, répandue, largement répandue.
- Seuil épidémique :** Niveau de l'incidence à partir duquel la saison de la grippe se situe dans sa phase épidémique. Il est basé sur les données des dix saisons précédentes. Le seuil épidémique se situe à 69 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants pour la saison 2019/20.
- Tendance :** Comparaison du niveau d'intensité de la semaine actuelle à celui des deux semaines précédentes. La tendance n'est fournie qu'après le dépassement du seuil épidémique et se subdivise en trois catégories : ascendante, descendante et constante.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 058 463 87 06
E-mail epi@bag.admin.ch

Pour les médias

Téléphone 058 462 95 05
E-mail media@bag.admin.ch

Références

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 03.12.2019).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 03.12.2019).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 03.12.2019).
4. World Health Organisation (WHO) Influenza update – 355 http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/ (accessed on 03.12.2019).

La surveillance Sentinella de la grippe en Suisse

L'évaluation épidémiologique de la grippe saisonnière est basée :

- sur les déclarations hebdomadaires des affections grippales transmises par les médecins Sentinella ;
- sur les frottis nasopharyngés envoyés pour analyse au Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) à Genève ;
- sur tous les sous-types d'Influenza soumis à la déclaration obligatoire, confirmés par les laboratoires.

Les typages effectués par le CNRI en collaboration avec le système de déclaration Sentinella permettent une description en continu des virus grippaux circulant en Suisse.

Ce n'est que grâce à la précieuse collaboration des médecins Sentinella que la surveillance de la grippe en Suisse est possible. Elle est d'une grande utilité pour tous les autres médecins, de même que pour la population en Suisse. Nous tenons donc ici à exprimer nos plus vifs remerciements à tous les médecins Sentinella !

Légionellose après utilisation d'une station de lavage de véhicules automobiles : trois cas dans le canton de Zurich

Ces dernières années, le nombre de cas de légionellose n'a cessé de croître, mais il est souvent difficile de trouver la source de l'infection. Il est rare que plusieurs cas puissent être mis en relation avec la même source potentielle. Nous rendons compte ici de trois cas qui sont survenus dans le canton de Zurich à l'été/automne 2018 et dont la source d'infection potentielle est une même station de lavage de véhicules automobiles.

Ces trois cas montrent que, malgré des corrélations anamnestiques plausibles, il n'est pas toujours simple de définir de manière avérée une même source d'infection. La difficulté à détecter la légionellose dans les échantillons de l'environnement pourrait expliquer pourquoi les examens sont souvent sans résultat. De manière générale, les sources d'infection moins connues, telles que les stations de lavage de véhicules automobiles, devraient être davantage prises en compte lors de la recherche de la source des cas de légionellose.

INTRODUCTION

Ces dernières années, le nombre de cas de légionellose n'a cessé de croître en Suisse. Alors qu'à peine 200 cas étaient recensés en 2008, il y en avait plus de 500 en 2018. Cela correspond à une incidence de quelque 6,7 cas par tranche de 100 000 habitants (1, 2). La légionellose étant une maladie grave, la plupart des patients doivent être hospitalisés. En moyenne, environ 90 % des patients signalés à l'OFSP sont hospitalisés. Les légionelles sont en particulier présentes dans les environnements chauds et humides, par exemple dans les systèmes de production d'eau chaude. L'être humain est en premier lieu contaminé en inhalant de l'eau sous forme aérosolisée, notamment via des douches, des jacuzzis et des tours de refroidissement. Toutefois, le terreau et le compost peuvent aussi contenir des légionelles et, partant, représenter une source d'infection (3). Il est malgré tout relativement difficile d'identifier cette source. De plus, il est rare que plusieurs cas de maladie puissent être liés à la même source. Ces dernières années, de petits foyers de légionellose isolés sont apparus en Suisse. En 2001, huit cas ont par exemple pu être rattachés à une tour de refroidissement à Genève (4) et, en 2012, trois cas avaient pour source le même centre sportif à Zurich (5). En outre, une publication parue récemment traite du plus grand foyer de légionellose documenté à ce jour en Suisse (34 cas à Genève et dans la région environnante). Bien que, dans ces régions, de fortes concentrations en légionelles aient été détectées dans deux tours de refroidissement, il n'est pas possible de conclure que la source de l'infection est uniquement microbiologique (6). Au contraire, des chercheurs bâlois

ont prouvé, grâce au séquençage du génome entier, que douze échantillons cliniques de patients (historiques ou datant de 2017) contenaient un agent pathogène quasiment identique à celui trouvé dans l'eau de deux systèmes de refroidissement par évaporation (7).

Nous rendons compte ici de trois cas qui ont été signalés au service du médecin cantonal de Zurich à l'été/automne 2018 et pour lesquels une même source d'infection potentielle a été décelée (cf. illustration 1).

DESCRIPTIF DES CAS

Cas 1

Le premier cas, celui d'un homme de 58 ans, a été signalé au service du médecin cantonal de Zurich le 30 août 2018 par le laboratoire ayant posé le diagnostic. La recherche d'antigènes urinaires des légionelles s'est révélée positive. Le cas a été signalé par le médecin quatre jours plus tard. Le malade présentait des symptômes depuis le 26 août 2018. Il a été hospitalisé trois jours plus tard et le diagnostic de la légionellose a été posé. Il souffrait par ailleurs de diabète, un facteur de risque. L'anamnèse a permis de déceler deux sources d'infection potentielles : un séjour sur une aire de camping en Autriche lors des deux premières semaines du mois d'août et l'utilisation d'une station de lavage de véhicules automobiles suite à ce séjour (date exacte inconnue).

Cas 2

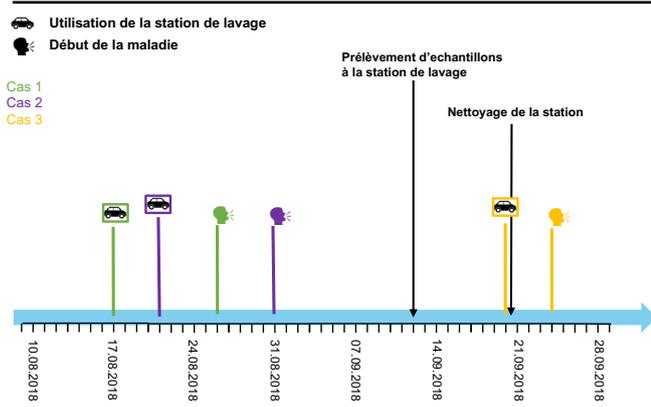
Cinq jours après le premier cas, soit le 4 septembre 2018, un nouveau cas de légionellose a été signalé au service médical cantonal de Zurich. Un homme de 38 ans souffrait d'une pneumonie depuis le 31 août 2018 et avait dû être hospitalisé le 2 septembre 2018. Ici aussi, la recherche d'antigènes urinaires des légionelles s'est révélée positive. Dans ce cas, les facteurs de risque étaient les suivants : consommation de tabac et immunosuppression. L'anamnèse a mis en lumière un séjour dans un hôtel en Égypte jusqu'au 16 août 2018 et l'utilisation d'une station de lavage de véhicules automobiles le 21 août 2018. Il s'est avéré qu'il s'agissait de la même station que dans le premier cas.

Une fois que l'anamnèse a révélé que les deux hommes avaient utilisé la même station de lavage, le laboratoire cantonal de Zurich en a été informé. Il a procédé au contrôle de cette station et a prélevé des échantillons d'eau le 12 septembre 2018, d'une part dans le tunnel de lavage et d'autre part sur une lance à haute pression. Le premier ne contenait pas de légionelles, mais le second affichait une concentration en *Legionella pneumophila* (LP) des sérogroupes 2 à 14 égale à 325 000 UFC/l. Une fois les résultats des examens disponibles, le box de lavage concerné a été immédiatement mis hors service et les quatre box de lavage de la station désinfectés le même jour. Le laboratoire cantonal a ensuite contrôlé les lances à haute pression le 24 septembre 2018 et n'a plus trouvé de légionelles.

Cas 3

Début octobre, un troisième cas a été signalé, celui d'un homme de 77 ans qui présentait des symptômes depuis le 24 septembre 2018 et qui a été hospitalisé trois jours plus tard pour une pneumonie. La consommation de tabac constituait un facteur de risque en l'espèce. Ici aussi, l'anamnèse a révélé que la station de lavage susmentionnée avait été utilisée, et ce juste avant le nettoyage du 20 septembre 2018, soit quatre jours avant le début de la maladie.

Illustration 1
évolution temporelle des trois cas



Comme les trois patients présentaient des antigènes des légionelles dans leur urine, ils ont très vraisemblablement été infectés par la LP de sérotype 1, puisque le test d'antigènes urinaires se limite à ce sérotype. Dans un des cas, un test PCR (échantillon d'expectoration) a aussi été effectué. Pour les deux autres patients, aucun autre examen n'a été réalisé. Les échantillons prélevés à la station de lavage et l'échantillon d'expectoration ont été transmis au Centre National de Référence pour Legionella (CNRL) à Bellinzone pour qu'une typologie plus approfondie soit effectuée. Des LP de sérotype 3 ont alors été détectées dans les échantillons prélevés à la station de lavage. L'échantillon du patient n'a quant à lui fourni aucun résultat complémentaire. Par ailleurs, le laboratoire cantonal a prélevé des échantillons dans la douche du deuxième patient, mais aucune légionelle n'a été trouvée.

DISCUSSION

À notre connaissance, les trois cas décrits précédemment sont les premiers de Suisse à être liés à un foyer d'infection dans une station de lavage de véhicules automobiles. La littérature scientifique comporte toutefois quelques articles étrangers sur des cas de légionellose ayant leur source dans un contexte similaire. En 2008, six cas sont par exemple survenus en Australie (8). L'association australienne des stations de lavage a alors informé les propriétaires de telles installations au sujet de leur devoir de vigilance et des mesures essentielles servant au contrôle de la légionelle (9). En outre, aux Pays-Bas en 2012, une personne de 81 ans a très vraisemblablement contracté la légionellose dans une station de lavage (10). De tels cas ont également été décelés en Italie en 2015 et en 2016 (11), en Autriche et en Allemagne (12–14). Une étude réalisée en France en 2003 et 2004 a par ailleurs montré que des légionelles étaient parfois présentes dans les stations de lavage. Ainsi, l'analyse de plusieurs échantillons d'environnement a révélé la présence de telles bactéries dans 5 des 165 échantillons prélevés dans des stations de lavage. Cependant, les chercheurs ont supposé au final que la source de l'infection se situait dans une tour de refroidissement (15).

Dans l'ensemble, il est possible que les trois cas zurichois soient liés à la même station de lavage. Le laps de temps entre l'exposition et le début de la maladie est plausible (4–10 jours). Cependant, d'autres sources potentielles ne peuvent être que partiellement exclues. En effet, la douche constitue une source potentielle dans deux cas. Il en va de même pour les séjours à l'hôtel ou en camping pour les cas 1 et 2, bien que le laps de temps entre l'exposition et le début de la maladie s'élève à 15 jours pour ce qui est du séjour à l'hôtel. Cet intervalle est relativement long, raison pour laquelle l'hôtel constitue une source peu probable. Toutefois, les échantillons cliniques et les échantillons d'environnement n'ont au final pas permis de déceler des sérogroupes de légionelles concordants. Le test permettant de définir la présence d'antigènes des légionelles dans l'urine est rapide, peu invasif et d'une haute spécificité. Il permet de détecter les exo-polysaccharides de la LP de sérotype 1 (16). Bien que les réactions croisées avec d'autres sérogroupes soient possibles, il convient, en l'espèce, de conclure que les cas de maladie ont été causés par une infec-

tion de LP du sérotype 1. Or, les échantillons prélevés à la station de lavage ne contenaient que des LP du sérotype 3. Malgré tout, la station de lavage constitue une source d'infection potentielle. La divergence entre les analyses microbiologiques peut en effet s'expliquer par le fait que les tests standard ne permettent guère de détecter certaines souches de la bactérie dans les échantillons d'environnement ou que la souche particulièrement virulente du sérotype 1 n'était présente qu'en très faible concentration dans l'environnement (3, 17). Enfin, nous ne pouvons pas exclure que d'autres sources se soient trouvées à proximité de la station de lavage. Les résultats de la typologie effectuée pour l'échantillon d'expectoration du cas 2 auraient été particulièrement utiles pour clarifier cette question. Cependant, il n'est pas toujours possible d'extraire de l'ADN à partir d'un échantillon d'expectation et, ainsi, de procéder à une typologie. Analyser le plus rapidement possible les échantillons d'expectation dans ce but permet toutefois d'accroître le taux de réussite. Dès lors, il faudrait à l'avenir que la procédure standard prévoie l'envoi rapide de ces échantillons au CNRL.

CONCLUSIONS

Les cas de légionellose décrits précédemment et les rapports de cas publiés dans la littérature scientifique montrent que les stations de lavage de véhicules automobiles doivent être prises en compte comme sources d'infection potentielles lors de l'enquête d'entourage. Il faut davantage y penser au moment d'interroger les malades et leur entourage. Par ailleurs, le prélèvement d'échantillons cliniques, en particulier d'expectations, et un diagnostic culturel des pathogènes sont importants pour la recherche des causes, au même titre que le test d'antigènes urinaires prévu dans la procédure standard. Si des échantillons d'expectation sont disponibles, ils doivent être envoyés le plus rapidement possible au CNRL pour être soumis à des analyses complémentaires. Enfin, des problèmes dans l'analyse des échantillons d'environnement ou de trop faibles concentrations de souches de LP virulentes dans l'environnement peuvent jouer un rôle dans la recherche des causes.

Références

1. Bundesamt für Gesundheit. Die Legionärskrankheit in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, 2008 bis 2017. Bull BAG 2018;21: 7–11
2. Bundesamt für Gesundheit. Zahlen zu Infektionskrankheiten: Legionellose <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.html>
3. van Heijnsbergen E, Schalk JA, Euser SM, Brandsema PS, den Boer JW, de Roda Husman AM. Confirmed and Potential Sources of Legionella Reviewed. Environ Sci Technol. 2015 Apr 21;49(8):4797–815
4. Bundesamt für Gesundheit. Gruppierte Fälle von Legionellose in Genf, Sommer 2001. Bull BAG 2003;29: 500–503
5. Bundesamt für Gesundheit. Gruppierte Fälle von Legionellose im Kanton Zürich im Frühjahr 2012. Bull BAG 2012;46:874–875
6. Zanella M, Yerly S, Cherkaoui A, Renzi G, Mamin A, Cordes L et al. A community outbreak of Legionnaires' disease in Geneva, Switzerland, June to September 2017. Swiss Med Wkly. 2018;148:w14687
7. Wüthrich D, Gautsch S, Spieler-Denz R, Dubuis O, Gaia V, Moran-Gilad J et al. Air-conditioner cooling towers as complex reservoirs and continuous source of Legionella pneumophila infection evidence by a genomic analysis study in 2017, Switzerland. Euro Surveill. 2019;24(4):pii=1800192. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.4.1800192>
8. Artikel in The Age vom 22. Mai 2008: <https://www.theage.com.au/national/eight-catch-legionnaires-in-car-wash-20080522-ge73pv.html>
9. Australian Car Wash Association. Control of Legionella for the Car Wash Industry. <http://www.whtlimited.com/doc/lib/193/car-wash-guidance-australia.pdf>
10. Euser SM, de Jong S, Bruin JP, Klapwijk HP, Brandsema PS, Reijnen L, Den Boer JW. Legionnaires' disease associated with a car wash installation. Lancet. 2013 Dec 21;382(9910):2114
11. Baldovin T et al. May car washing represent a risk for Legionella infection? Ann Ig. 2018 Jan-Feb;20(1):57–65
12. Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES). Nationale Referenzzentrale für Legionella-Infektionen. Jahresbericht 2010
13. MMW Fortschritte der Medizin. Legionellen in der Autowaschanlage. Ausgabe 9/2018
14. Artikel in kurier.at vom 28.02.2018: <https://kurier.at/chronik/oesterreich/legionellen-in-autowaschanlage-zwei-steirer-infiziert/312.420.138>
15. Nguyen TM, Ilf D, Jarraud S, Rouil L, Campese C, Che D et al. A community-wide outbreak of legionnaires disease linked to industrial cooling towers – how far can contaminated aerosols spread? J Infect Dis. 2006 Jan 1;193(1):102–11
16. Dunne WM Jr, Picot N, van Belkum A. Laboratory Tests for Legionnaire's Disease. Infect Dis Clin North Am. 2017 Mar;31(1):167–178
17. Doleans A, Aurell H, Reyrolle M, Lina G, Freney J, Vandenesch F et al. Clinical and environmental distributions of Legionella strains in France are different. J Clin Microbiol. 2004 Jan;42(1):458–60

Auteurs:

D^r méd. Natalie Aellig, ODH, service médical cantonal, Direction de la santé du canton de Zurich (auparavant) et Département de la santé et des affaires sociales du canton d'Argovie (actuellement)
D^r méd. Bettina Bally, ODH, Direction de la santé du canton de Zurich, service médical cantonal, médecin cantonale adjointe

1^{er} janvier 2020 : tout est prêt pour les audits cliniques en radioprotection

Deux ans après l'introduction de la nouvelle ordonnance sur la radioprotection, le délai transitoire arrive à son terme. Dès le 1^{er} janvier 2020, des audits cliniques pourront être ordonnés pour tous les établissements médicaux (hôpitaux, cliniques, instituts) qui exploitent des installations de tomodensitométrie, de radio-oncologie ou de médecine nucléaire, ou qui effectuent des examens de radiologie interventionnelle. Ces procédés ont recours à des doses élevées de rayonnement ionisant, ce qui peut représenter un danger pour les patients et pour le personnel. Les audits cliniques constituent une nouvelle approche pour réduire les expositions inutiles aux rayonnements. Durant le délai transitoire, les établissements ont eu le temps de se préparer à ces nouveaux audits et de rédiger leur manuel de qualité ; les associations professionnelles concernées avaient élaboré des recommandations en la matière.

Désormais, l'OFSP a la possibilité d'ordonner un audit clinique obligatoire tous les cinq ans. En 2020, il commencera par la radiologie, la radio-oncologie et la médecine nucléaire ; une vingtaine d'audits cliniques au total auront lieu l'année prochaine. Par la suite, d'autres spécialités s'y ajouteront, telles que la cardiologie, qui a recours à des procédures interventionnelles assistées par radioscopie. Les établissements sont tirés au sort dans les trois régions linguistiques. Environ quatre mois à l'avance, l'OFSP leur propose trois dates possibles et leur communique les noms des auditeurs. Pour autant qu'il y ait suffisamment de personnel disponible, l'établissement peut poursuivre ses activités normalement le jour de l'audit. La rémunération des auditeurs (env. 6000 à 8000 francs) est à la charge des établissements audités. L'OFSP ne facture pas de coûts supplémentaires. L'audit suivant peut avoir lieu au plus tôt cinq ans après.

UN ÉCHANGE COLLÉGIAL PRÉSENTE DE NOMBREUX AVANTAGES

Les audits cliniques sont des évaluations par les pairs : il ne s'agit pas de contrôles de la part de l'OFSP, mais d'échanges collégiaux entre les équipes d'auditeurs et les établissements médicaux (voir fig. 1).

Les auditeurs choisis sont entièrement indépendants de l'établissement audité, ceci afin de garantir leur impartialité. Une équipe d'auditeurs cliniques est généralement composée de trois personnes : un médecin, un physicien médical et un technicien en radiologie. Ce groupe interdisciplinaire se rend à l'établissement sélectionné pour en évaluer la pratique clinique (cf. fig. 2).

En collaboration avec les spécialistes internes, il détermine si les expositions au rayonnement sont justifiées et optimisées,

Comment les établissements mettent-ils en œuvre les prescriptions concernant les audits cliniques ?

Nouvelles tâches à long terme :

- Rédiger un manuel de qualité : recommandations disponibles à l'adresse www.auditclinique.ch.
- Effectuer chaque année une autoévaluation et mettre en œuvre les mesures qui en résultent.
- Après un audit clinique : mettre en œuvre, au sein de l'établissement, les mesures recommandées.

Après l'annonce d'un audit clinique (env. 4 mois à l'avance) :

- Confirmer l'une des trois dates proposées.
- Donner son accord concernant l'équipe d'auditeurs proposée.
- Désigner un interlocuteur.
- Mettre à disposition les documents demandés par le responsable de l'audit (sur la plate-forme informatique : Le secrétariat scientifique intégré à l'OFSP met à disposition une plate-forme informatique externe pour les documents et attribue les autorisations nécessaires à l'interlocuteur).

Le jour de l'audit :

- Un médecin, un physicien médical et un technicien en radiologie médicale se tiennent à disposition toute la journée pour discuter avec l'équipe d'auditeurs.
- Une salle de réunion est disponible.

et compare les pratiques de l'établissement avec les normes reconnues.

À l'issue de l'audit, qui dure environ une journée, l'équipe d'auditeurs présente ses recommandations et rédige ensuite un rapport à l'attention de l'établissement audité. L'OFSP n'est



Fig. 1: Un audit clinique est une expertise réalisée par des confrères indépendants (en général un médecin, un physicien médical et un technicien en radiologie médicale) ayant pour but d'assurer une utilisation optimale des rayonnements ionisants.

informé du contenu du rapport qu'en cas d'écarts significatifs par rapport aux dispositions légales en matière de radioprotection.

L'analyse des audits-pilotes a révélé que les personnes auditées les estimaient très utiles pour la protection des patients ainsi que pour les processus au sein de l'établissement.

Le personnel et les patients bénéficient globalement d'une meilleure protection de la santé.

LES AUDITEURS ONT SUIVI UNE FORMATION SPÉCIALE

Les experts qui s'engagent en tant qu'auditeurs cliniques doivent disposer d'une grande expérience dans leur domaine. Ils viennent des trois régions linguistiques et ont été spécifiquement formés à planifier un audit clinique, à le réaliser et à en communiquer les résultats de façon adaptée au groupe cible. Jusqu'à présent, près de 100 personnes ont suivi cette formation et ont été nommées auditeurs cliniques.

Une première grande rencontre d'auditeurs a eu lieu le 18 novembre 2019. Elle visait à permettre un échange de savoir afin que tous les auditeurs atteignent le même niveau de connais-

sances avant le début des audits. En outre, les représentants de l'organisation des audits cliniques ont rappelé encore une fois les directives en la matière et ont mis à disposition les documents correspondants. Le très grand nombre de participants et la richesse des discussions ont témoigné de la motivation de tous les futurs auditeurs à garantir une qualité des soins élevée.

ORGANISATION GÉNÉRALE ET RÔLE DE L'OFSP

Un comité de pilotage de huit personnes a été mis en place il y a deux ans pour assurer l'organisation globale des audits cliniques. Il est composé de représentants des associations professionnelles suisses de radiologie (SSR), de radio-oncologie (SSRO), de médecine nucléaire (SSMN), de radiobiologie et de physique médicale (SSRPM), de l'Association suisse des techniciens en radiologie médicale (ASTRM), de la Fédération des médecins suisses (FMH), de l'OFSP et, depuis peu, de la Société Suisse de Cardiologie (SSC). Le comité définit la stratégie des audits cliniques; pour ce faire, il s'appuie sur les expériences tirées des audits-pilotes.

Par ailleurs, des commissions spécialisées ont été créées pour chaque spécialité auditée. Elles définissent le contenu des audits et conseillent le comité de pilotage. Le secrétariat scientifique intégré à l'OFSP coordonne la planification des audits et assure la direction générale du projet (fig. 3).

Des précisions complémentaires et une fiche d'information sont disponibles sur le site www.auditclinique.ch.

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
Division Radioprotection
Secrétariat scientifique Audits cliniques
Tél.: 058 467 16 24
Courriel: clinicalaudits@bag.admin.ch

Fig. 2
Déroulement d'un audit clinique en radioprotection dans un établissement médical.

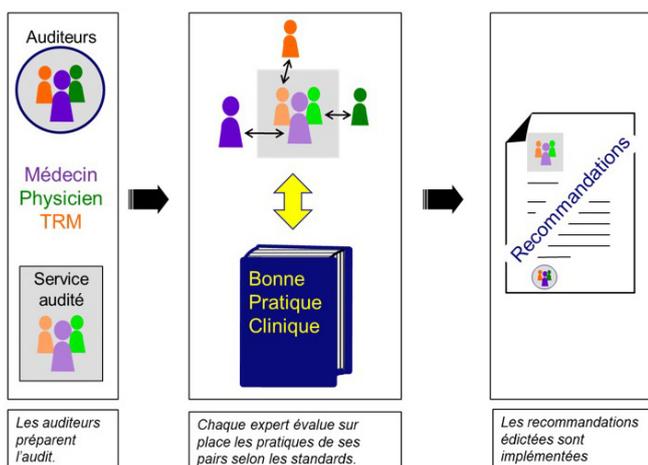
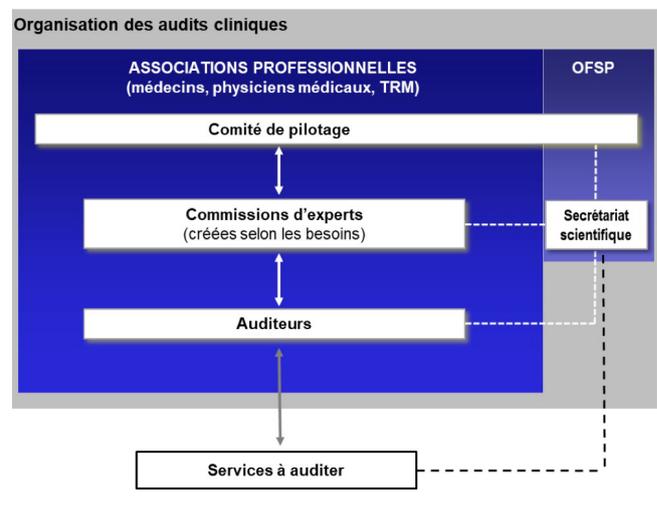


Fig. 3
Structure de l'organisation des audits cliniques: de nombreuses parties prenantes engagées soutiennent les processus complexes.



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Bâle-Ville		0518376-0518400
Berne		8202726
Zurich		7684342 8019402 8162398

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine
50/2019