

INVESTIGATION D'UN SYNDROME COLLECTIF INEXPLIQUÉ DANS UN FOYER D'ACCUEIL : APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE ET ENSEIGNEMENTS

// INVESTIGATION OF AN UNEXPLAINED COLLECTIVE SYNDROME IN A RESIDENTIAL FACILITY: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH AND LESSONS LEARNED

Carine Grenier¹, Stéphane Erouart¹, Myriam Blanchard¹, Leslie Kouam¹, Frédéric Gonano², Marie Teyssandier²,
Mélanie Martel¹ (melanie.martel@santepubliquefrance.fr)

¹ Santé publique France – Normandie, Rouen

² Agence régionale de santé, délégation départementale de l'Orne, cellule environnement, Alençon

Soumis le 30.10.2025 // Date of submission: 10.30.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Les syndromes collectifs inexpliqués (SCI) se caractérisent par l'apparition simultanée de symptômes similaires, plutôt bénins, au sein d'un groupe partageant un environnement commun, sans cause clairement identifiable. En janvier 2022, un foyer d'accueil pour adultes atteints de troubles du spectre autistique (TSA) en Normandie a connu trois épisodes successifs de symptômes oculaires et cutanés touchant résidents et professionnels, entraînant plusieurs interventions d'urgence et l'évacuation partielle du bâtiment.

Méthode – Une enquête pluridisciplinaire (épidémiologique, clinique, environnementale) a été menée, combinant investigations épidémiologiques, cliniques et environnementales. Vingt-sept personnes ont été concernées (13 résidents, 14 professionnels).

Résultats – Les résidents présentaient des manifestations oculaires objectivables, tandis que les professionnels décrivaient des symptômes fonctionnels, tels que picotements oculaires et céphalées. L'analyse environnementale n'a révélé aucune anomalie : qualité de l'air et de l'eau conforme aux normes, absence de dysfonctionnements techniques et de polluants détectables. Les données cliniques suggèrent une origine infectieuse probable pour les symptômes des résidents, tandis que les symptômes des professionnels relèvent d'un SCI induit par l'anxiété collective.

Conclusion – Cet événement met en lumière l'influence des phénomènes psychosomatiques qui peuvent se manifester chez tout un chacun dans un contexte d'anxiété aiguë face à une menace sanitaire mal identifiée. Il illustre la complexité des SCI, combinant un déclencheur initial et des réactions psychosomatiques chez les témoins ou les personnes exposées à l'inquiétude ambiante. L'étude souligne l'importance d'une approche multidisciplinaire pour identifier, expliquer et gérer de tels épisodes, ainsi que la nécessité d'une communication claire auprès des résidents, des professionnels et des familles concernées pour limiter l'ampleur et la durée des manifestations.

Introduction – Unexplained collective syndromes (UCS) are characterized by the simultaneous occurrence of similar symptoms within a group sharing a common environment, without a clearly identifiable organic cause. In January 2022, a residential facility for adults with autism spectrum disorders (ASD) in Normandy experienced three successive episodes of ocular and cutaneous symptoms affecting both residents and staff, prompting multiple emergency interventions and partial evacuation of the building.

Method – A multidisciplinary investigation was conducted, combining epidemiological, clinical, and environmental assessments. Twenty-seven individuals were concerned (13 residents, 14 staff members).

Results – Residents exhibited objective ocular manifestations, whereas staff reported functional symptoms, such as ocular tingling and headaches, mainly in response to stress and uncertainty. Environmental analysis revealed no anomalies: air and water quality was compliant with standards, and no technical failures or detectable pollutants were identified. Clinical data suggest a probable infectious origin for residents' episodes, while staff symptoms reflect a UCS triggered by collective anxiety.

Conclusion – This case highlights the power of psychosomatic phenomena, which can affect anyone in the context of acute anxiety arising from a poorly identified health threat. It illustrates the complexity of UCS, combining an initial organic trigger with psychosomatic reactions among witnesses or those exposed to heightened concern. The study underscores the importance of a multidisciplinary approach for identifying, explaining, and managing such episodes. Clear communication with residents, staff, and families is essential to limit the extent and duration of functional manifestations.

Mots-clés : Syndromes collectifs inexpliqués, Troubles psychosomatiques, Anxiété, Troubles du spectre autistique, Foyers pour adultes, Investigation multidisciplinaire

// **Keywords**: Unexplained collective syndromes, Psychosomatic symptoms, Anxiety, Autism spectrum disorders, Residential facilities, Multidisciplinary investigation

Introduction

Les syndromes collectifs inexplicables (SCI) désignent l'apparition simultanée, au sein d'un groupe de personnes partageant un environnement commun, de symptômes similaires sans qu'une cause organique clairement identifiable ne soit mise en évidence¹. Ces phénomènes sont souvent observés dans des milieux confinés, tels que les établissements scolaires, les lieux de travail ou les structures médico-sociales, et peuvent entraîner un fort impact émotionnel et organisationnel². Leur origine est généralement multifactorielle, impliquant des interactions complexes entre facteurs environnementaux, psychosociaux et parfois infectieux^{3,4}.

L'identification et la gestion des SCI représentent un défi pour les autorités sanitaires, car elles nécessitent une approche multidisciplinaire combinant expertise clinique, enquête épidémiologique et analyse environnementale^{4,5}. Ces investigations visent à écarter une cause toxique ou infectieuse, tout en prenant en compte l'éventuelle contribution d'un effet psychogène de masse ou d'une réaction collective au stress⁶. La littérature souligne ainsi l'importance d'une communication transparente et d'une prise en charge adaptée pour limiter l'ampleur et la durée des épisodes⁷.

Le 18 janvier 2022, Santé publique France a été alertée par l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie d'une situation d'urgence dans un foyer d'accueil médicalisé (FAM), accueillant des adultes atteints de troubles du spectre autistique (TSA). Des symptômes oculaires et cutanés inexplicables ont touché des résidents et des membres du personnel de certaines unités du foyer, entraînant plusieurs interventions des pompiers, de la Structure mobile d'urgence et de réanimation (Smur) et de la police. Trois épisodes distincts ont eu lieu entre le 14 et le 19 janvier dans deux unités du bâtiment, menant à l'évacuation partielle puis complète du foyer le 19 janvier (l'hypothèse d'une origine environnementale ayant été évoquée). Aucun incident similaire n'avait été signalé depuis l'ouverture en 2013. Une enquête interdisciplinaire a été lancée pour comprendre l'origine des faits et proposer des mesures de gestion.

L'objectif de cet article est de décrire cette enquête et d'en analyser les résultats au regard des connaissances actuelles sur les SCI.

Méthode

Investigation épidémiologique

Une enquête transversale a été menée par Santé publique France et les symptômes présentés par les résidents et le personnel ont été décrits de façon chronologique.

Un questionnaire standardisé et anonymisé a été administré par les épidémiologistes de Santé publique France – Normandie en entretien face à face ou par téléphone entre le 21 janvier et le 21 février 2022. Celui-ci était à destination de tout résident ou professionnel ayant fréquenté une unité de l'établissement où des cas sont survenus entre le 14 et le

19 janvier 2022 (quatre unités de vie qu'on nommera unité 1 à 4). Les résidents n'étant pas en capacité de répondre pour eux-mêmes, leurs questionnaires ont été remplis avec des professionnels du FAM. Les informations recueillies portaient sur des données sociodémographiques (âge, sexe, profession) et des informations cliniques (symptômes, chronologie des manifestations, prise en charge médicale, antécédents médicaux).

Un cas a été défini comme tout résident ou professionnel de l'établissement ayant présenté un ou plusieurs symptômes lors d'un ou plusieurs épisodes survenus entre le 14 et le 19 janvier 2022.

Investigation clinique

L'enquête épidémiologique a été complétée par le recueil des observations médicales et des ordonnances établies par les médecins des secours intervenus sur place, ainsi que par des professionnels de santé consultés à la maison médicale locale et aux urgences de l'hôpital du secteur. Par ailleurs, des spécialistes en infectiologie et dermatologie ont été consultés afin d'apporter leur expertise sur cette situation.

Investigation environnementale

L'ARS a conduit une investigation environnementale basée sur le guide de diagnostic et de prise en charge des SCI⁴ :

- visite sur site le 21 janvier 2022, au cours de laquelle des échanges avec le personnel et une inspection des locaux ont permis de recueillir des informations sur le fonctionnement du bâtiment ;
- compilation des observations et des mesures réalisées par les pompiers lors de leurs interventions, analyse des rapports d'expertise portant sur les systèmes de ventilation, de chauffage, de climatisation et sur la qualité de l'eau ;
- campagne de mesures de la qualité de l'air intérieur effectuée par un laboratoire accrédité du 27 au 31 janvier 2022, en l'absence d'occupation des locaux.

Le plan d'échantillonnage comportait cinq points de prélèvement dans plusieurs unités. Les analyses comprenaient un enregistrement continu des paramètres de confort (température, hygrométrie), ainsi que la recherche de polluants chimiques et microbiologiques (bactéries, levures, moisissures). Les mesures ont été réalisées par le laboratoire accrédité Labeo (pôle d'analyses et de recherche interdépartemental de Normandie) à la demande du service Santé environnement de l'ARS Normandie.

Résultats

Investigation épidémiologique

Population étudiée

Le FAM héberge 26 résidents encadrés par 25 membres du personnel en journée. Il est situé dans un environnement calme au nord d'une ville

de 13 000 habitants en Normandie. Il est constitué d'un bâtiment découpé en quatre espaces d'accueil des résidents (dits « unités » ou « maisons ») séparés par des espaces de travail pour le personnel. Sauf exception, les résidents restent dans leur unité et ne se mélangent pas, tandis qu'une partie du personnel ne travaille qu'avec certaines unités et qu'une autre partie intervient sur les quatre unités.

Au total, 27 personnes ont été interrogées : 14 professionnels et 13 résidents (tableau 1). Parmi elles, 17 personnes ont présenté des signes cliniques et répondaient à la définition de cas (9 professionnels et 8 résidents).

Parmi les 14 professionnels, 8 personnes ont été interrogées sur les 9 ayant travaillé dans les unités concernées durant les jours d'apparition des symptômes (3 aides-soignants, 3 maîtresses de maison, 2 aides médico-psychologiques). Certaines avaient également exercé dans les unités non concernées par les événements, permettant d'établir que la moitié du bâtiment n'avait pas été touchée par le SCI. L'enquête a également inclus 2 infirmiers, 2 éducateurs spécialisés et 2 veilleurs de nuit, intervenant transversalement auprès de tous les résidents, assurant ainsi une bonne exhaustivité des symptômes.

Concernant les résidents, le questionnaire a été complété pour les 13 habitants des deux unités affectées (14 résidents n'ayant aucun contact avec ces unités ni aucun symptôme ont été exclus).

La répartition par sexe et par âge était similaire chez les professionnels et les résidents (*sex-ratio* femmes/hommes de 1,7, âge moyen entre 35 et 40 ans).

Tableau 1
Description des caractéristiques des sujets investigués, foyer d'accueil pour adultes, 14-19 janvier 2022

	Résident (n=13)	Professionnel (n=14)
Profession, n		
Aide-soignant	-	3
Maîtresse de maison	-	3
Aide médico-psychologique	-	2
Infirmier	-	2
Veilleur de nuit	-	2
Éducateur spécialisé	-	2
Genre, n (%)		
Masculin	5 (38)	5 (36)
Féminin	8 (62)	9 (64)
Âge moyen en années (min-max)	35 [23-51]	38 [27-44]
Maladies chroniques, n (%)		
Aucune	9 (69)	8 (57)
Au moins une	4 (31)	6 (43)
Asthme	0	4
Allergie	1	5
Autres	4	2

Par ailleurs, 43% des professionnels présentaient des maladies chroniques (asthme, allergies), de même que 31% des résidents (épilepsie, obésité).

Chronologie des événements

Un cas isolé d'érythème cervical, survenu le jeudi 13 janvier chez un résident de l'unité 1 ayant des antécédents de fragilité cutanée, a été rapporté. Bien distinct des épisodes suivants, cet événement a néanmoins suscité une inquiétude parmi le personnel (d'après des échanges avec des professionnels du FAM).

Le vendredi 14 janvier 2022, vers 8 h, un professionnel du FAM a constaté au réveil chez une autre résidente de l'unité 1 des yeux rouges, gonflés et larmoyants avec des plaques rouges sous les yeux. Elle a été prise en charge par l'infirmière qui a effectué un nettoyage des yeux au sérum physiologique. Vers 11 h, l'équipe encadrante a constaté une symptomatologie oculaire similaire chez 2 autres résidents de l'unité 1 qui ont été pris en charge de la même manière par l'infirmière. Entre 13 h et 14 h, des signes oculaires similaires sont apparus chez 2 autres résidents de l'unité 1 (dont le résident qui avait présenté un érythème cutané la veille) et un résident de l'unité 2 qui a l'habitude de déambuler entre les unités 2 et 1. Devant ce phénomène, l'établissement a sollicité les secours qui sont intervenus sur place (Smur, sapeurs-pompiers et police). Les résidents ont été pris en charge par le Smur qui a posé un diagnostic de conjonctivites allergiques et a prescrit un nettoyage des yeux au sérum physiologique.

Parallèlement, les sapeurs-pompiers ont effectué des mesures environnementales pour rechercher une éventuelle fuite de gaz ou d'autres émanations. Aucun produit toxique n'ayant été retrouvé, les résidents ont été autorisés à réintégrer l'unité.

En soirée, face à l'aggravation des symptômes, 2 résidents ont été conduits aux urgences où un diagnostic de conjonctivite allergique a été posé. L'établissement a alors décidé d'évacuer l'unité 1 par mesure de précaution. Deux résidents sont rentrés au domicile de leur famille et les autres ont été installés dans l'unité 2. L'unité 1 a été fermée aux personnes et aérée durant tout le week-end.

Le lundi 17 janvier, après un nettoyage désinfectant, l'unité 1 a été réouverte aux résidents à 15 h. Cependant, vers 17 h 30, des symptômes oculaires ont à nouveau été trouvés chez les résidents, dont ceux ayant présenté des signes le vendredi 14 janvier. Vers 18 h 30, des irritations oculaires sont survenues chez les professionnels. L'établissement a procédé à une nouvelle évacuation de l'unité et à une nouvelle intervention conjointe des sapeurs-pompiers, du véhicule d'intervention des risques technologiques (Virt) et du Smur. Les résidents et les professionnels ont été pris en charge par le service d'aide médicale urgente (Samu) qui a posé des diagnostics de conjonctivite légère. Les sapeurs-pompiers ont exploré l'unité de vie et le vide sanitaire à la recherche de produits toxiques, chimiques et de champignons. Ils n'ont relevé aucune anomalie.

Environ trois heures après la réintégration de l'unité 1, une symptomatologie similaire a été signalée chez des professionnels (6 nouveaux cas), sans résidents symptomatiques. Un nouvel appel au Samu a entraîné une nouvelle évacuation des résidents vers l'unité 2.

Enfin, le mercredi 19 janvier, un troisième épisode de symptomatologie similaire s'est produit dans l'unité 2, affectant deux résidents et un professionnel (figure 1). Les sapeurs-pompiers et la police ont à nouveau été appelés. Après le départ des secours, qui n'ont pas constaté de nouveaux éléments, l'établissement a été évacué vers un autre site d'accueil.

Les investigations épidémiologiques et environnementales ont été menées sur place à partir du 21 janvier jusqu'au 21 février 2022. La principale mesure de gestion mise en œuvre a été le maintien de la fermeture de l'établissement le temps que les conclusions des investigations épidémiologiques et environnementales soient disponibles. L'objectif était de rester en cohérence avec la décision de la direction d'évacuer les lieux et de ne pas les réintégrer dans un climat d'incertitude. C'est une application stricte du principe de précaution qui a prévalu.

Les résultats ont été rendus à la direction de l'établissement le 21 février en même temps qu'une autorisation de réintégration des locaux a été donnée par l'ARS. Ces résultats ont été immédiatement diffusés auprès de l'ensemble du personnel pour qu'il puisse se les approprier. Une restitution auprès des familles

a été faite le 3 mars 2022 lors d'une réunion sur place, après la réintégration des locaux. Cela a permis de les rassurer sur l'état environnemental de l'établissement et d'expliquer les phénomènes qui sont survenus en janvier 2022. Les réactions observées lors de la restitution des résultats manifestaient une bonne compréhension des conclusions des enquêteurs et une dédramatisation de ce qui s'était passé, indiquant une mise à distance des inquiétudes initiales au profit d'une réassurance globale.

Symptomatologie rapportée

Huit résidents et 9 professionnels ont présenté au moins un symptôme lors d'un des épisodes (tableau 2a). Du fait des limitations de communication des résidents, leurs symptômes ont été décrits par le personnel. Les signes observés différaient entre les deux groupes : les résidents présentaient des manifestations spécifiques et objectivables (notamment ophtalmiques), tandis que les professionnels rapportaient des symptômes plus généraux et variés.

La temporalité des symptômes variait également : chez les résidents, l'apparition s'étalait sur environ sept heures, alors qu'elle était plus concentrée, sur environ une heure, chez les professionnels.

La durée des symptômes chez les résidents n'a pas excédé quelques jours avec un traitement local (sérum physiologique, collyre antibactérien). Chez les professionnels, les symptômes ont diminué dès la sortie du bâtiment ou dans les trois jours suivants, sans complications ni critères de gravité.

Figure 1

Répartition des cas selon la première date d'apparition des signes chez les résidents (n=8) et les professionnels (n=9) selon le lieu d'apparition dans le foyer d'accueil pour adultes, 14-19 janvier 2022

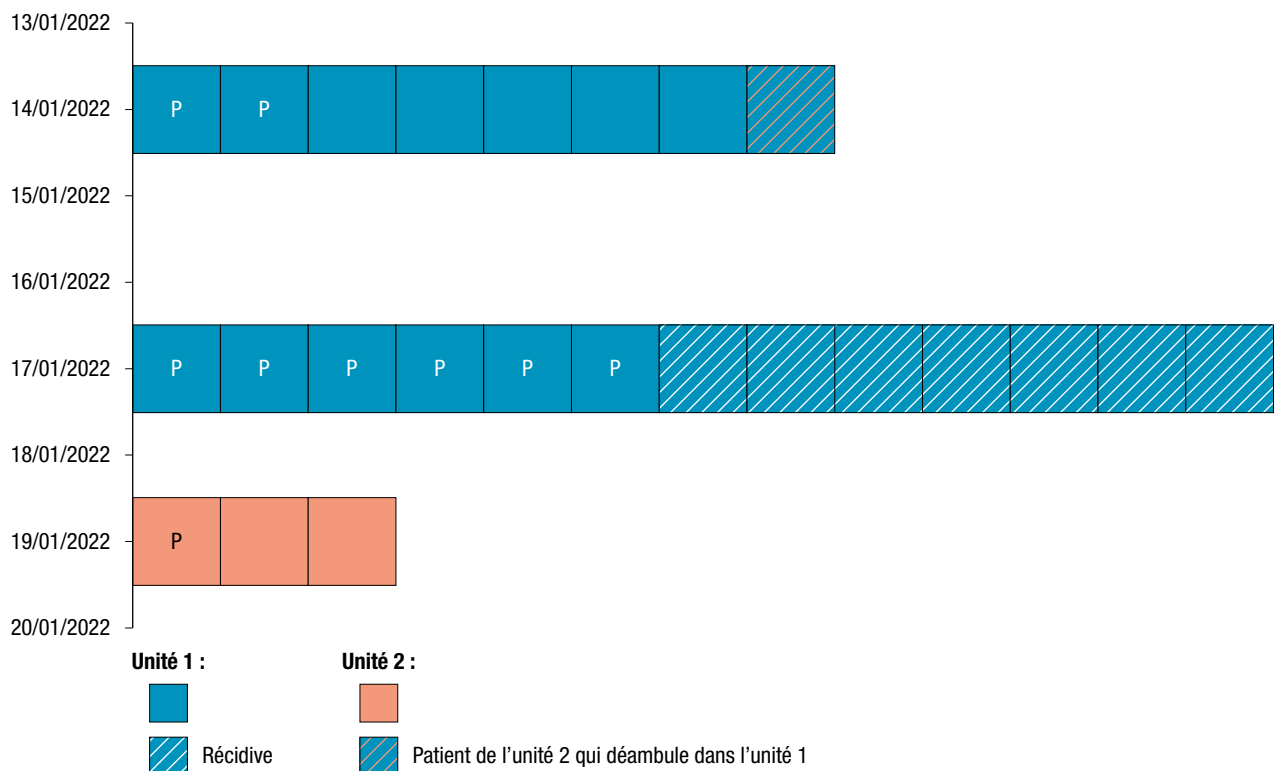


Tableau 2

Description des symptômes chez les résidents et les professionnels, foyer d'accueil pour adultes, 14-19 janvier 2022

2a) Selon le questionnaire des trois épisodes

	Résidents (n=13)	Professionnels (n=14)
Absence de symptomatologie, n (%)	5 (38,5)	5 (35,7)
Symptomatologie, n (%)	8 (61,5)	9 (64,3)
Type de symptôme (nombre de fois rapportées sur les 3 épisodes), n		
Yeux rouges/gonflés	14	-
Yeux qui larmoient	6	-
Yeux qui piquent	4	9
Érythème sur le visage	8	-
Toux	1	-
Picotements/maux de gorge	-	5
Picotement du nez	-	2
Sensation de gêne respiratoire	-	5
Céphalées	-	5
Palpitations	-	1
Autre (sensation d'atmosphère pesante, de brûlure du nez)	-	8

De façon générale, les symptômes étaient spontanément résolutifs et pouvaient récidiver avec le retour dans le bâtiment.

Investigation clinique

Le rapport d'intervention du Smur le 14 janvier a confirmé la divergence des symptômes entre résidents (hypérémie conjonctivale, œdème palpébral, écoulements oculaires) et professionnels (picotements oculaires) (tableau 2b). Un cas de palpitations chez un professionnel a conduit à un bilan cardiaque.

Deux résidents présentant une aggravation des signes ont été diagnostiqués d'abord comme ayant une conjonctivite aiguë allergique, puis une conjonctivite infectieuse.

Un infectiologue consulté en tant qu'expert, a reconnu la possibilité d'une origine infectieuse virale malgré une chronologie atypique.

Investigation environnementale

Construit en 2013, le bâtiment ne présentait aucune proximité avec un site industriel polluant. L'entretien des locaux était quotidien, réalisé par des professionnels en l'absence des résidents, avec des produits d'entretien habituels stockés en sécurité et utilisés de façon mesurée pour éviter tout surdosage.

Aucun dysfonctionnement n'a été relevé sur les systèmes de ventilation, de chauffage et de climatisation. L'analyse microbiologique de l'eau, réalisée le 24 janvier 2022, a confirmé sa conformité aux normes réglementaires.

La campagne de mesures a inclus cinq points de prélèvement : trois dans l'unité 1 (épicerie de l'événement), un dans le salon de l'unité 2 (également touché) et un dans le salon de l'unité 3, où aucun événement ne

2b) Selon le compte-rendu d'intervention du Smur du vendredi 14 janvier 2022

	Résidents (n=8)	Professionnels (n=5)
Examen normal, n (%)	2 (25,0)	3 (60,0)
Symptômes rapportés, n (%)	6 (75,0)	2 (40,0)
Type de symptôme, n		
Hypérémie conjonctivale	4	1
Œdème palpébral	2	-
Macule érythémateuse sur le visage	4	-
Écoulement oculaire (clair)	2	-
Picotements oculaires	-	4
Palpitations	-	1

Smur : Structure mobile d'urgence et de réanimation.

s'était produit. Elle a été effectuée en locaux inoccupés et a montré des concentrations en formaldéhyde et benzène plus de 12 fois inférieures aux seuils réglementaires. Le CO₂ variait entre 447 et 496 ppm, bien en deçà du seuil d'alerte de 1000 ppm. Les concentrations des autres polluants recherchés étaient inférieures aux seuils de détection ou à des niveaux 20 à 30 fois inférieurs aux valeurs guides. La concentration en moisissures était plus de 14 fois inférieure au seuil défini par l'Anses. La température moyenne était conforme aux recommandations (18-22 °C), tandis que l'hygrométrie était dans la limite basse des valeurs recommandées, les mesures ayant été effectuées en locaux vides.

Discussion

Cette enquête menée au sein du FAM en janvier 2022 a permis de documenter un épisode collectif de manifestations oculaires et cutanées chez des résidents et des professionnels.

Érythème cutané isolé

En premier lieu, le cas d'érythème cutané survenu le jeudi 13 janvier doit être considéré comme isolé et distinct des cas de conjonctivite qui sont apparus les jours suivants. En effet, le résident qui a présenté ces signes avait des antécédents connus de fragilité cutanée. Le tableau clinique de ses signes a décrit des brûlures superficielles selon les médecins qui l'ont consulté. L'évolution a été résolutive en plusieurs jours, sous traitement local. Ce tableau ne se retrouve chez aucun autre résident ni professionnel. Sa progression semble distincte de celle des signes oculaires, dans la mesure où le résident a également présenté des signes de conjonctivite le vendredi 14 janvier 2022 en début d'après-midi, plusieurs heures après l'apparition du premier cas, et où ses signes oculaires ont évolué plus rapidement vers la guérison que ses signes cutanés. Aucune hypothèse diagnostique ne permet en outre d'attribuer l'ensemble de ces signes à une même cause.

Bien qu'isolé, cet épisode est survenu juste avant l'épidémie de conjonctivites et son origine exacte n'a pas pu être identifiée. Il a donc concouru à l'inquiétude initiale sur la nature des signes observés et à l'évocation d'une origine environnementale ayant conduit à l'évacuation du bâtiment. Cela souligne le rôle d'un événement déclencheur qui se retrouve souvent à l'origine immédiate des SCI.

Épidémie de conjonctivites : hypothèses diagnostiques

Plusieurs hypothèses explicatives de l'épidémie ont été étudiées, celle-ci pouvait être d'origine irritative, allergique ou infectieuse virale.

Hypothèse irritative

Les enquêtes n'ont pas mis en évidence d'exposition à des agents irritants. La qualité de l'air était conforme aux normes et les mesures chimiques et microbiologiques ne retrouvaient pas de pollution⁸.

Hypothèse allergique

Elle est peu probable, en raison de la saison hivernale, de l'absence de nouveaux produits ou de modifications dans les pratiques de nettoyage, ainsi que des aliments communs aux différentes unités, alors que les symptômes étaient initialement limités à l'une d'entre elles.

Hypothèse infectieuse virale

Elle apparaît la plus probable, notamment en raison de la chronologie des cas, initialement localisés puis étendus après regroupement des résidents, suggérant une transmission interhumaine. La littérature rapporte des épidémies virales de conjonctivites très contagieuses dans les collectivités, notamment liées à des adénovirus^{9,10}. L'évolution spontanément résolutive en quelques jours, sans gravité, est également caractéristique de ce type d'épidémie. Toutefois, l'absence de prélèvements biologiques empêche de conclure. La rapidité d'apparition des symptômes reste atypique, mais n'invalide pas l'hypothèse pour autant.

Évolution

Plusieurs éléments au cours de l'épidémie ont pu contribuer à perturber sa compréhension au moment où elle se déroulait, détaillés ci-après. En premier lieu, la notion de récurrence des signes chez les résidents doit être questionnée pour le lundi 17 janvier 2022. Tous les résidents qui ont présenté des signes oculaires ce jour-là en avaient déjà présenté le vendredi 14 janvier. La disparition complète des signes chez les résidents durant le week-end n'est pas clairement documentée et il est probable que les signes constatés chez les résidents le lundi soient une simple évolution de l'infection et non une récurrence à proprement parler.

En second lieu, les signes constatés chez les professionnels à partir du lundi 17 janvier 2022 étaient majoritairement de nature fonctionnelle (picotements, céphalées). Les médecins intervenus sur place n'ont

pas objectivé les mêmes signes que chez les résidents. Ces manifestations pourraient être liées à l'inquiétude vis-à-vis de la situation. Celles-ci ont été observées dans des épisodes de SCI et sont décrites dans la littérature scientifique^{4,11-13}. Elles se sont surajoutées aux signes liés à l'épidémie virale chez les résidents et ont disparu lorsque le sentiment d'exposition à un risque non maîtrisé a disparu. Ceci explique la différence de tableaux cliniques observés chez les résidents et les professionnels, qui a pu perturber la compréhension du diagnostic.

Un point notable de ce SCI réside dans le fait qu'aucun facteur social ni environnemental n'a favorisé sa survenue. En effet, les bâtiments du foyer étaient sains et conformes à la réglementation : la notion de syndrome des bâtiments malsains pouvait être exclue. Les conditions de travail évoquées par le personnel lors des entretiens avec les épidémiologistes étaient bonnes et aucun conflit social ne préexistait à l'événement d'après la direction.

Néanmoins, on retrouve ici le déroulement habituel d'un SCI :

- une situation sanitaire avec un cas isolé d'affection dermatologique, puis une épidémie de conjonctivites probablement infectieuses chez les résidents, qui a constitué le facteur déclencheur du SCI ;
- le SCI en lui-même, généré par l'incompréhension de l'événement initial et le développement d'une symptomatologie physique en réaction à la forte inquiétude ambiante. Il a touché principalement le personnel qui a présenté des signes spécifiques, différents de ceux des résidents qui avaient une conjonctivite :
 - symptômes avant tout fonctionnels et non objectivables à l'examen clinique (picotements, céphalées) spontanément résolutifs une fois le sujet soustrait à la situation de stress (retour au domicile), puis pouvant récidiver lors du retour dans l'établissement ;
 - déploiement d'importantes mesures de gestion avec interventions multiples des services de secours, confirmant l'impression de danger pour les personnes présentes ;
 - discordance entre l'importance des mesures de gestion et l'incapacité des acteurs à identifier une menace objective ou des conséquences sanitaires graves.

Biais potentiels des enquêtes

L'absence d'enquête psychosociale constitue une limite de cette investigation, car elle aurait permis de mieux appréhender la dimension subjective des symptômes, notamment chez le personnel. Elle n'a pas pu être mise en place faute de compétences disponibles chez les enquêteurs dans le temps relativement court durant lequel les investigations ont été décidées et menées (intervention en urgence dans le mois qui a suivi le signalement à l'ARS). Un biais de

mémorisation ne peut également être exclu, compte tenu de la répétition et de la similarité des épisodes, ce qui pourrait avoir influencé la description chronologique et la sévérité rapportée des symptômes.

Cependant, l'enquête épidémiologique a bénéficié d'une bonne représentativité des professionnels impliqués et d'une couverture complète des résidents concernés afin d'avoir l'exhaustivité des symptômes de l'événement.

De même, l'enquête environnementale a été exhaustive, incluant une inspection détaillée des locaux et des analyses approfondies de nombreux paramètres. Les résultats confirment un environnement sain, excluant une origine environnementale de l'épidémie.

Enseignements à tirer

Cet événement montre qu'un SCI peut survenir chez des adultes dans un environnement sain et équilibré. Il rappelle l'importance des phénomènes psychosomatiques qui peuvent se manifester chez tout un chacun, dans un contexte d'anxiété aiguë face à la perception d'une menace sanitaire mal identifiée.

Dans ce cas, il semble difficile de prévenir la survenue d'un SCI. En revanche, il est important de savoir l'identifier pour pouvoir l'expliquer et parvenir à sa résolution. Les constatations des services de secours, les analyses environnementales, l'enquête épidémiologique et le temps pris par l'établissement, direction comme personnel, dans l'accompagnement de ces démarches ont été déterminants pour aboutir à une issue favorable. La prise en charge d'un SCI se doit donc d'être multidisciplinaire et le temps nécessaire aux investigations doit être respecté pour mener à sa résolution.

Conclusion

L'épisode collectif de conjonctivites survenu en janvier 2022 au sein du foyer d'accueil médicalisé a associé manifestations cliniques et réactions psychosociales. L'analyse approfondie des données a permis de retenir chez les résidents une origine virale probable, excluant une cause environnementale ou allergique, et des réactions psychosomatiques chez les professionnels.

Cette expérience met en lumière l'importance d'une information claire et régulière, appuyée par une prise en charge médicale individuelle adaptée, pour contenir l'ampleur et la durée de tels épisodes.

Cet événement rappelle également que des phénomènes psychosomatiques peuvent se manifester dans un contexte d'anxiété élevée lorsqu'une menace sanitaire est mal identifiée.

Enfin, cette enquête souligne la nécessité d'une approche multidisciplinaire, combinant expertise médicale, épidémiologique, environnementale et psychologique dans l'analyse des syndromes collectifs inexpliqués, pour en permettre la résolution. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec le contenu de cet article.

Références

- [1] Bartholomew RE, Wessely S. Protean nature of mass sociogenic illness: From possessed nuns to chemical and biological terrorism fears. *Br J Psychiatry*. 2002;180:300-6.
- [2] Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: Challenges for clinical assessment and management. *Lancet*. 2014;383(9926):1422-32.
- [3] Jones TF. Mass psychogenic illness: Role of the individual physician. *Am Fam Physician*. 2000;62(12):2649-53, 2655-6.
- [4] Kermarec F, Heyman C, Dor F. Diagnostic et prise en charge des syndromes collectifs inexpliqués – Synthèse. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010. 4 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/diagnostic-et-prise-en-charge-des-syndromes-collectifs-inexpliques-synthese>
- [5] Dor F, Bringer-Guérin C, Kermarec F, Urban S, Briand E. Deux guides méthodologiques pour la prise en charge des syndromes collectifs inexpliqués et pour la gestion de la qualité de l'air intérieur : une nécessaire double articulation entre sciences et entre sciences et gestion. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. 2010;71(5):813-7.
- [6] Kermarec F, Daniau C, Colleville AC, Sassi M. Descriptive epidemiological analysis of mass psychogenic illness managed by "Santé publique France" 2010–2014. Identification of key factors for evaluation. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2018;66(Supplement 5):S335.
- [7] Kermarec F (Coord.). Les syndromes psychogènes : connaissances acquises et études de cas. *Bull Epidemiol Hebd*. 2007;(15-16):1-16. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2007/15_16/index.htm
- [8] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Liste des Valeurs guides de qualité d'air intérieur de l'Anses. Maisons-Alfort: Anses; 2020. https://www.anses.fr/fr/system/files/Tableau_VGAI_Avril_2021.pdf
- [9] Sendra-Gutiérrez JM, Martín-Rios D, Casas I, Sáez P, Tovar A, Moreno C. An outbreak of adenovirus type 8 keratoconjunctivitis in a nursing home in Madrid. *Euro Surveill*. 2004;9(3):27-30.
- [10] Li D, Zhou JN, Li H, He CY, Dai QS, Li XL *et al*. An outbreak of epidemic keratoconjunctivitis caused by human adenovirus type 8 in primary school, southwest China. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):624.
- [11] Barataud D, Hubert B, Leftah-Marie N. Investigation d'un syndrome des bâtiments malsains dans les laboratoires du rez-de-jardin de l'Institut de biologie du CHU de Nantes, 2006-2008. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2009. 52 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/pays-de-la-loire/documents/rapport-synthese/2009/investigation-d-un-syndrome-des-batiments-malsains-dans-les-laboratoires-du-rez-de-jardin-de-l-institut-de-biologie-du-chu-de-nantes-2006-2008>
- [12] Pépin P, Cheloufi D. Manifestations sanitaires inexpliquées chez les écoliers de Bert dans l'Allier, 14 avril-4 juillet 2014. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016. 52 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/manifestations-sanitaires-inexpliquees-chez-les-ecoliers-de-bert-dans-l-allier-14-avril-4-juillet-2014>
- [13] Mathieu A, Blanchard M. Investigation d'un syndrome collectif inexpliqué survenu au Pôle urgence d'une structure sociale privée du Havre (76). Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 22 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/rapport-synthese/2018/>

Citer cet article :

Grenier C, Erouart S, Blanchard M, Kouam L, Gonano F, Teyssandier M, Martel M. Investigation d'un syndrome collectif inexpliqué dans un foyer d'accueil : approche pluridisciplinaire et enseignements. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(8):141-8. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/8/2026_8_2.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.



> ARTICLE // Article

ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER COLORECTAL EN GUYANE FRANÇAISE DE 2003 À 2017 : UNE ANALYSE DESCRIPTIVE ET SPATIALE À PARTIR DES DONNÉES DU REGISTRE DES CANCERS

// EPIDEMIOLOGY OF COLORECTAL CANCER IN FRENCH GUIANA FROM 2003 TO 2017: A DESCRIPTIVE AND SPATIAL ANALYSIS BASED ON DATA FROM THE CANCERS REGISTRY

Sarah Bailly¹ (sarah.bailly@ch-cayenne.fr), Alolia Aboikoni², Qiannan Wang¹, Meg Rouvreau¹, Hakim Amroun³, Dominique Louvel², Mathieu Nacher¹, Kinan Drak Alsibai¹

¹ Registre des cancers de Guyane (RCan Guyane), Institut santé des populations en Amazonie (Isipa), Centre hospitalier universitaire (CHU) de Guyane, Cayenne

² Service de médecine gastro-entérologie, CHU de Guyane, Cayenne

³ Service de chirurgie viscérale et digestive, CHU de Guyane, Cayenne

Soumis le 15.09.2025 // Date of submission: 09.15.2025

Résumé // Abstract

En Guyane française, territoire marqué par de fortes disparités sociodémographiques et géographiques, l'incidence du cancer colorectal (CCR) a été très peu documentée malgré son enjeu majeur de santé publique. Cette étude vise à décrire l'épidémiologie du CCR en Guyane française de 2003 à 2017.

Nous avons analysé l'ensemble des cas incidents de CCR enregistrés par le Registre des cancers de Guyane entre 2003 et 2017. L'analyse a porté sur la répartition des cas selon le sexe, l'âge et les territoires de santé. Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale (TSM) ont été calculés et les tendances temporelles et spatiales ont été examinées.

Un total de 464 cas de CCR a été recensé sur la période étudiée. Le TSM a diminué en moyenne de 3,3% par an, passant de 20,1 cas à 12,6 pour 100 000 personnes-années. Cette tendance masque des dynamiques opposées : une baisse moyenne annuelle de 8,4% chez les femmes et une augmentation moyenne de 2,2% par an chez les hommes. Le taux spécifique a progressé d'environ 2,4% par an chez les 50-64 ans et une tendance à la hausse a été observée dans la tranche des 40-49 ans (+3,3% par an chez les hommes, +1,1% par an chez les femmes) sur la période 2003-2017. L'analyse spatiale a révélé une forte concentration des cas dans le Centre Littoral (88% des cas), avec un TSM cinq fois supérieur à celui du territoire du Maroni.

Ces résultats mettent en évidence des contrastes épidémiologiques marqués du CCR en Guyane française, notamment selon le sexe et la géographie. L'augmentation de l'incidence chez les hommes et la forte concentration des cas dans les zones littorales soulignent la nécessité de renforcer les stratégies de dépistage et de prévention. Une surveillance particulière est requise pour le CCR précoce chez les jeunes adultes, une tendance émergente qui pourrait justifier une adaptation des recommandations à l'avenir.

In French Guiana, a territory marked by pronounced sociodemographic and geographic disparities, the incidence of colorectal cancer (CRC) has been scarcely documented despite its major public health importance. This study aims to describe the epidemiology of CRC in French Guiana from 2003 to 2017.

We analyzed all incident cases of CRC recorded by the French Guiana cancers Registry between 2003 and 2017. The analysis focused on the distribution of cases by sex, age, and health territories. Age-standardized incidence rates (ASIR) were calculated, and temporal and spatial trends were examined.

A total of 464 CRC cases were recorded during the study period. The overall ASIR decreased by 3.3% per year, from 20.1 to 12.6 per 100,000. However, this trend conceals opposing dynamics: a mean annual decrease