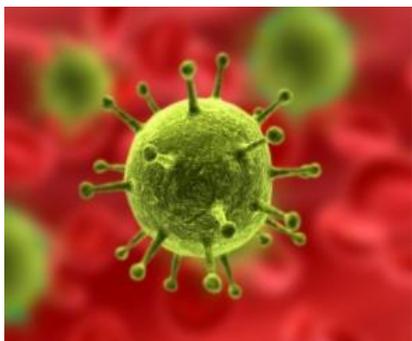


Infections respiratoires aiguës, bilan de la vague hivernale 2012-2013 en Auvergne



[Page 1 | Introduction |](#)

[Page 2 | Surveillance de la grippe |](#)

[Page 6 | Surveillance de la bronchiolite |](#)

[Page 8 | Surveillance des infections respiratoires aiguës en Ehpad |](#)

[Page 10 | Remerciements |](#)

| Introduction |

La Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région Auvergne (Cire) vous propose de faire le bilan de la vague épidémique de grippe qui a sévi durant l'hiver 2012-2013. Ce bulletin sera complété par le bilan de la vague épidémique de bronchiolite et par la présentation des résultats de la surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës (Ira) en Ehpad.

Durant toute la durée de ces épidémies, le dispositif de surveillance a été animé localement par les Cires et les équipes de veille sanitaire des ARS. L'ensemble des dispositifs, leurs modalités et leurs résultats sont présentés dans ce bulletin pour la région Auvergne.

La surveillance des infections respiratoires aiguës va être reconduite selon les mêmes modalités cette saison.

Tout au long de la période hivernale, l'ensemble de ces données de surveillance seront diffusées à travers les « Points épidémiologiques » hebdomadaires de la Cire aux partenaires de la surveillance (SOS-Médecins, professionnels de santé, urgentistes, Samu, réanimateurs, Ehpad) et aux partenaires institutionnels (ARS).

Bonne lecture !

L'équipe de la Cire Auvergne

1. Méthode

1.1. SURVEILLANCE AMBULATOIRE

La surveillance ambulatoire a reposé sur 2 réseaux : l'association SOS-médecins de Clermont-Ferrand, et le réseau unifié sentinelles-Grog-InVS.

- **Le réseau des associations SOS-Médecins :** Il contribue au système de surveillance des urgences et des décès (SurSaUD®). En Auvergne une association fait partie de ce réseau : SOS-Médecins Clermont-Ferrand.

La surveillance a reposé sur le nombre de diagnostics de grippe cliniques posés par les médecins de l'association. En parallèle la part des consultations pour grippe dans l'activité totale des médecins a également été observée pour prendre en compte les fluctuations de l'activité de l'association, notamment en période de vacances.

En Auvergne, les données d'activités de l'association sont disponibles depuis mai 2007. Un seuil épidémique hebdomadaire régional a été défini par l'intervalle de confiance unilatéral à 95 % de la valeur attendue, déterminée par un modèle de régression périodique (Serfling) à partir des données historiques (part d'activité grippal).

- **Le réseau unifié sentinelles-Grog-InVS :** Ce réseau qui regroupe les médecins du réseau Sentinelles et ceux du réseau Grog a été mis en place en septembre 2009 au moment de la pandémie grippale A(H1N1)_{pdm09}. En Auvergne, le réseau unifié a reposé en moyenne sur la participation de 18 médecins (moyenne des données hebdomadaires entre novembre 2012 et mars 2013).

La surveillance a reposé sur le suivi des estimations hebdomadaires des taux d'incidence régionaux des syndromes grippaux.

L'historique des données du réseau unifié étant basé sur une courte période, il n'est pas possible de définir un seuil épidémique hebdomadaire pour le réseau unifié. En revanche, les données d'estimations d'incidence fournies par le réseau sentinelles sont disponibles depuis 1984. Un seuil épidémique régional a donc été défini à partir des données régionales du réseau Sentinelles selon les mêmes modalités que le seuil défini pour les données SOS-Médecins (Serfling).

1.2. SURVEILLANCE HOSPITALIERE

La surveillance hospitalière a reposé sur 2 systèmes de surveillance : le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) et le suivi des cas graves de grippe admis en réanimation.

- **Le réseau Oscour® :** Ce réseau est intégré au système de surveillance SurSaUD®. Il est basé sur la remonté de l'activité des services d'accueil des urgences (SAU) via la transmission des résumés de passages aux urgences (RPU).

En Auvergne, l'intégralité des 15 établissements adhèrent actuellement au réseau Oscour® et transmettent leurs RPU. Lors de la saison hivernale, 12 des 15 établissements transmettaient ces données soit 82 % de l'activité totale des urgences de la région. Sur la période novembre 2012 - mars 2013, le codage des diagnostics pour ces établissements étaient de 33 % correspondant à 27 % de l'ensemble des passages aux urgences.

La surveillance a reposé sur le suivi du nombre de consultations et d'hospitalisations pour grippe cliniques dans les services d'accueil des urgences participant au réseau Oscour®.

- **La surveillance des cas graves de grippe :** Elle a été mise en place en 2009 lors de la pandémie grippale et a été reconduite lors des saisons suivantes. Un cas grave de grippe a été défini comme un patient hospitalisé dans un service de réanimation ou de soins intensifs et présentant un diagnostic de grippe confirmé biologiquement (cas confirmé) ou une forme clinique grave sans autre étiologie identifiée et dont l'anamnèse évoque le diagnostic de grippe (cas probable).

Pour chaque cas, une fiche de signalement devait être remplie et transmise à la Cire qui assurait l'enregistrement des signalements, leur analyse et la rétro-information auprès des différents partenaires.

1.3. SURVEILLANCE DE LA MORTALITE

La surveillance de la mortalité a reposé sur deux sources de données : la mortalité spécifique à la grippe via le suivi des cas graves et le suivi de la mortalité non spécifique via les déclarations de décès effectuées à l'Insee par les 6 villes sentinelles de la région[†]. Pour la mortalité non spécifique, un seuil épidémique régional a été défini (Serfling).

* CH de Montluçon, Vichy, Aurillac, Mauriac, Saint-Flour, Brioude, Le Puy-en-Velay, Ambert, Issoire, Riom, Thiers, Clermont-Ferrand et la polyclinique Saint-François-Saint-Antoine.

† Montluçon, Moulins, Vichy, Aurillac, Le Puy-en-Velay, Clermont-Ferrand

2. Résultats

2.1. SURVEILLANCE AMBULATOIRE

- SOS-Médecins Clermont-Ferrand

La part de l'activité grippale dans les interventions de l'association SOS-médecins de Clermont-Ferrand a connu une augmentation rapide fin décembre 2012 passant de 2,3 % (semaine 2012-51) à 6,9 % en semaine 2012-52, dépassant le seuil épidémique (4,9 %). Cette augmentation a perduré jusqu'à début février, où la part d'activité grippale était de 26,4 % pour ensuite diminuer et repasser sous le seuil épidémique fin mars (5,3 %).

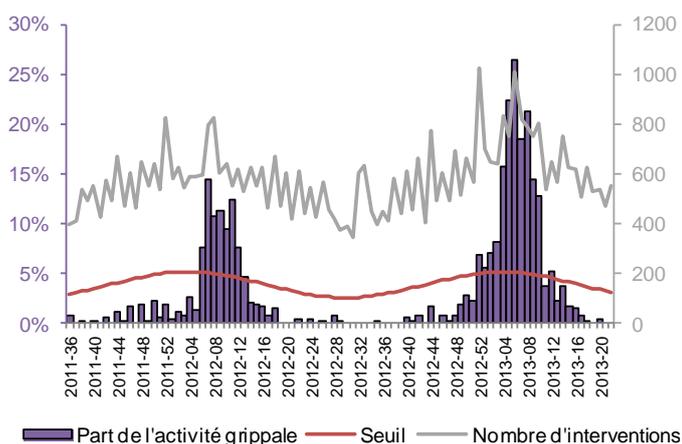
Le seuil épidémique régional (déterminé par un modèle de régression périodique (Serfling) à partir des données historiques de part d'activité grippale) a permis d'estimer **la durée de la vague épidémique à 13 semaines** (cf. | Figure 1 |).

L'intensité observée lors de cette épidémie apparaît nettement supérieure à celle de la saison précédente, avec une part d'activité grippale au moment du pic épidémique de 26,4 % contre 14,4 % la saison passée. Au total, 9 941 diagnostics de grippe auront été posés durant les semaines épidémiques contre 5 156 durant la saison précédente (cf. | Figure 2 |).

L'ampleur de la vague épidémique a également été plus importante cette année avec une durée d'épidémie de 13 semaines contre 8 semaines en 2011-2012.

| Figure 1 |

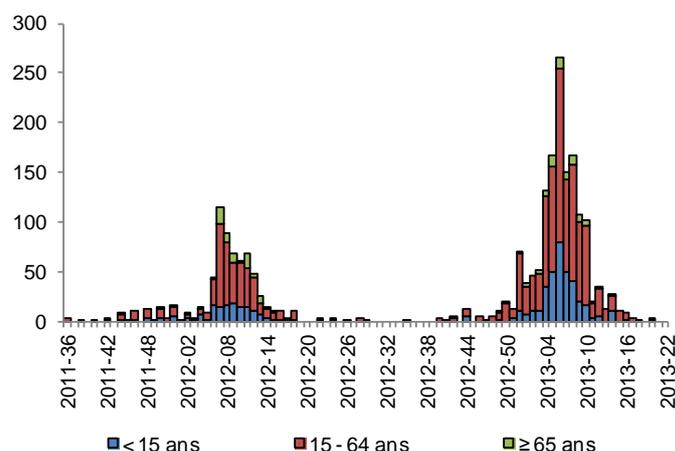
Part de l'activité grippale dans les interventions effectuées par l'association SOS-médecins Clermont-Ferrand et seuil épidémique régional. Septembre 2011 - Mai 2013.



Durant les semaines épidémiques, 70 % des diagnostics de grippe ont été posés chez des personnes âgées de 15 à 64 ans contre 25 % pour les moins de 15 ans et 5 % chez les plus de 65 ans. Cette répartition par classe d'âge des recours à SOS-Médecins est similaire à celle observée lors de la saison précédente.

| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire, selon l'âge, de gripes cliniques diagnostiquées par l'association SOS-médecins Clermont-Ferrand. Septembre 2011 - Mai 2013.



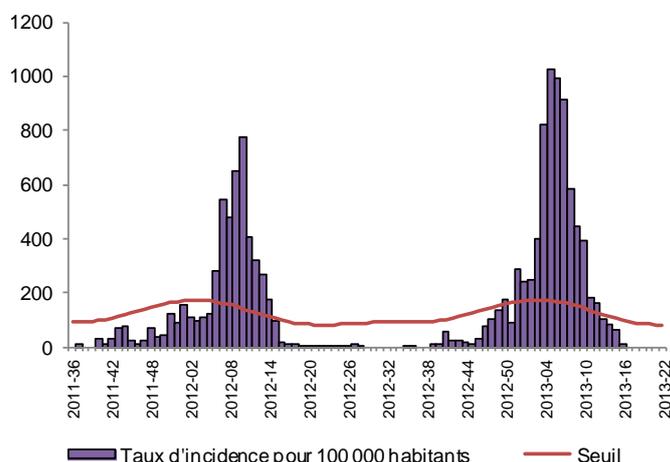
- Réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS

Le taux d'incidence des gripes cliniques estimé à partir des données du réseau unifié a franchi le seuil épidémique régional (réseau Sentinelles) pour la première fois en semaine 2012-52 avec 285 cas pour 100 000 habitants (seuil à 168). Le pic épidémique a été atteint fin janvier (semaine 2013-05) avec un taux d'incidence estimé de 1 026 cas pour 10⁵ habitants, soit environ 11 000 nouveaux cas. L'activité grippale est restée épidémique jusqu'à la mi-mars (semaine 2013-12).

Sur la base du seuil régional (Serfling à partir des estimations d'incidence du réseau Sentinelle), **la durée de l'épidémie est estimée à 13 semaines** contre 8 semaines lors de la saison 2011-2012 (cf. | Figure 3 |).

| Figure 3 |

Suivi du taux d'incidence des cas de gripes cliniques ayant consulté en ville, estimé par le réseau unifié et seuil épidémique régional (Réseau Sentinelles). Septembre 2011 - Mai 2013.



Le total cumulé des cas de grippe vues en médecine de ville durant les semaines épidémiques est estimé à 90 181 cas, soit un **taux d'attaque cumulé de 6,7 %** dans la région. Ce taux est significativement supérieur ($p < 10^{-5}$) à celui observé la saison précédente (3,9 % - 52 683 cas).

Au niveau national, la durée de l'épidémie a été estimée à 13 semaines avec un pic épidémique atteint en semaine 2013-06. Le taux d'attaque cumulé est estimé à 6,75 % comparable à celui observé en Auvergne.

2.2. SURVEILLANCE HOSPITALIERE

• Consultations et hospitalisations pour grippe

Les recours hospitaliers pour grippe dans les services d'urgence de la région ont suivi une dynamique similaire à celle observée en médecin ambulatoire. Le nombre de consultations pour grippe a augmenté fin décembre pour atteindre le pic début février. Le nombre de consultations a ensuite diminué jusqu'à la fin mars.

Au total, sur les 13 semaines épidémiques, 171 diagnostics de grippe ont été posés dans les SAU de la région. Ce nombre doit être interprété avec précaution puisque sur cette période, le codage des diagnostics par les SAU participant représentait moins de 30 % de l'ensemble des passages aux urgences.

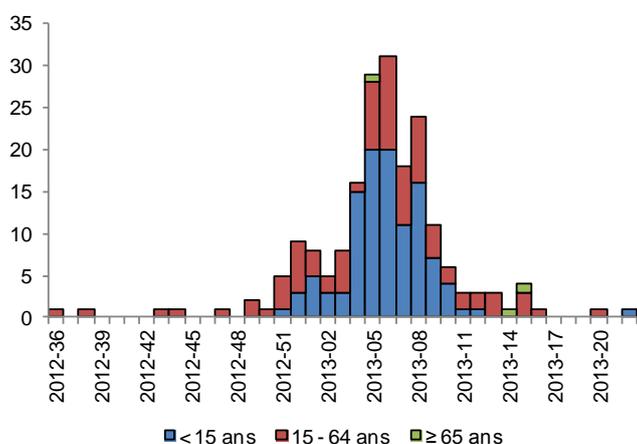
Parmi ces 171 diagnostics, 64 % des cas concernaient des enfants de moins de 15 ans et 1 % des personnes de plus de 65 ans.

Suite à ces consultations, 13 personnes ont été hospitalisées (8 %).

Ces données ne peuvent être comparées à celle de la saison précédente où seulement 6 CH transmettaient leurs données de RPU.

| Figure 4 |

Distribution hebdomadaire, selon l'âge, des recours pour grippe cliniques dans les SAU. Auvergne Septembre 2012-Mai 2013



| Tableau 1 |

Caractéristiques des cas graves de gripes hospitalisés dans les services de réanimation. Auvergne, Hiver 2012-2013

	Nombre	%
Nombre de cas graves	28	100
Sexe		
Hommes	13	46,4
Femmes	15	53,6
Classes d'âge		
<1 an	1	3,6
1-14 ans	2	7,1
15-64 ans	20	71,4
65 ans et plus	5	17,9
Vaccination anti-grippale		
Non	18	64,3
Oui	1	3,6
NSP	9	32,1
Facteurs de risque		
Aucun facteur de risque	8	28,6
Facteurs de risque ciblé par la vaccination	20	71,4
Grossesse (ou post-partum)	0	0,0
Obésité morbide (IMC>30)	7	35,0
Autres cibles vaccinales	13	65,0
Gravité		
Syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA)	15	53,6
Décès	4	14,3
Traitement		
Ventilation non invasive	15	53,6
Ventilation mécanique	14	50,0
ECMO	2	7,1
Autre ventilation	2	7,1
Analyse virologique (typage et sous-typage)		
Grippe B	13	46,4
Grippe A(H1N1) _{pdm 2009}	6	21,4
Grippe A(H3N2)	6	21,4
Grippe A (non sous-typé)	2	7,1
Non confirmé	1	3,6

2.3. SURVEILLANCE DE LA MORTALITE

- Dispositif de suivi des cas graves de grippe

Au total, 4 décès ont été rapportés parmi les 28 cas graves signalés, soit une létalité de 14,3 %. Lors de la saison passée la létalité observée dans les services de réanimation était de 23 % (3/13)

3. Synthèse des principaux résultats (saison hivernale 2011-2012 et 2012-2013)

Généralités	2011-2012	2012-2013
Durée de la vague	9 semaines	13 semaines
Pic épidémique*	2012-10	2013-05
Début de la vague*	2012-06	2012-52
Fin de la vague*	2012-14	2013-12
Syndromes grippaux en ville (Réseau unifié)		
Estimation du nombre de patients ayant consulté pour syndrome grippal	52 683	90 181
[min - max]	[40 516 - 64 850]	[70 859 - 109 502]
Taux d'attaque cumulé (personnes ayant consulté)	3,9%	6,7%
[min - max]	[3,0% - 4,8%]	[5,3% - 8,1%]
Admission en réanimation		
	13	28
Taux de cas graves pour mille patients ayant consulté en ville	0,25 ‰	0,31 ‰
Taux d'admission en réanimation par million d'habitants	9,6	20,8
Nombre de décès pour grippe signalés	3	4

* Année-Semaine

L'âge moyen des patients décédés était de 68 ans (étendue : 49 ans - 69 ans). Les 4 patients ont développé un SDRA et ont nécessité une prise en charge par ventilation mécanique.

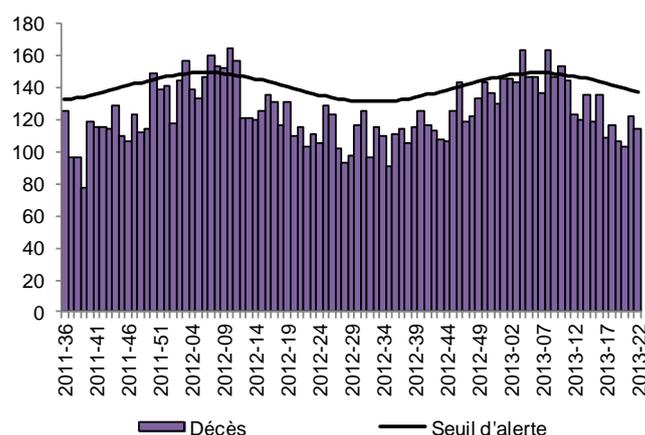
L'information sur la vaccination anti-grippale était disponible pour 2 patients qui n'étaient pas vaccinés. Les 4 personnes présentaient des facteurs de risques ciblés par la vaccination.

- Les données de mortalité transmises par les bureaux d'état-civil à l'Insee

Le nombre de décès signalés à l'Insee par les bureaux d'état-civil des 6 villes sentinelles de la région a mis en évidence une augmentation du nombre de décès en janvier et février mais dans des proportions attendues (cf. | Figure 6 |). Le seuil d'alerte (Serfling) a été franchi à 3 reprises durant les semaines épidémiques contre 5 fois lors de l'épidémie 2011-2012.

| Figure 6 |

Nombre de décès hebdomadaire transmis par les bureaux d'état-civil des 6 villes sentinelles. Auvergne octobre 2011 - Mai 2013



4. Discussion - Conclusion

Cette saison, la vague épidémique grippale a été caractérisée par une durée exceptionnelle (13 semaines) et par une intensité supérieure à celle observée lors de la saison précédente.

La durée de l'épidémie a été estimée à **13 semaines** à partir des données de surveillance ambulatoire (Réseaux unifiés et SOS-Médecins) et de leur seuil épidémique associé.

Les données du réseau unifié ont permis d'estimer à **6,7 % la part de la population ayant consulté en ville** pour un syndrome grippal durant les semaines épidémiques, **soit environ 90 000 personnes**. Ce taux est très supérieur à celui observé la saison précédente (3,9 % - 52 683 cas - $p < 10^{-5}$).

Concernant la surveillance hospitalière, 171 diagnostics de grippe ont été posés dans les SAU de la région durant les semaines épidémiques, conduisant à 13 hospitalisations (8 %). Du fait de la faible transmission des RPU lors de la saison précédente, aucune comparaison ne peut-être effectuée.

Le taux d'admission en réanimation a été estimé à 20,8 cas par million d'habitants, supérieur à celui observé en

2011-2012 (9,6 cas pour 106 hab. - $p=0,03$). Rapporté au nombre de personnes ayant consulté en ville pour syndrome grippal le taux de cas graves pour 1 000 patients est similaire sur les deux saisons (0,25 en 2011-2012 et 0,31 en 2012-2013 ; $p=0,79$).

Sur le plan virologique, l'épidémie grippale a été marquée par la co-circulation de 3 virus grippaux sur le plan national. Au 15 avril 2013, sur les 2 577 virus grippaux identifiés par le réseau des GROG la répartition était la suivante : 45 % de virus grippaux de type A (21 % A(H1N1)pdm09, 18 % A(H3N2) et 6 % non sous-typés) et 55 % de virus grippaux de type B. Cette répartition a également été observée par le réseau des laboratoires hospitaliers (Renal) avec pour les 7 541 virus isolés, 51 % de type A et 49 % de type B

Les caractéristiques générales de l'épidémie (durée, intensité, pic épidémique) étaient identiques aux 3 sources, en ville par les réseaux GROG et le réseau unifié, et à l'hôpital par les données d'activité des urgences et le signalement des cas graves de grippe.

La surveillance de la grippe en Auvergne sera reconduite selon les mêmes modalités pour la saison 2013-2014.

| Surveillance de la bronchiolite |

1. Méthode

1.1. SURVEILLANCE AMBULATOIRE

La surveillance ambulatoire a reposé sur les données l'association SOS-médecins de Clermont-Ferrand, et s'est intéressée au nombre de diagnostics de bronchiolites posés et la part de ces diagnostics dans le l'activité globale de l'association.

Bien que l'historique des données soit conséquent (2007), le faible nombre de diagnostic posés chaque semaine par l'association (maximum = 11) ne permet pas d'établir un seuil épidémique.

2. Résultats

2.1. SURVEILLANCE AMBULATOIRE

Les premiers diagnostics de bronchiolites ont été posés à la mi-octobre. Le pic a été atteint lors de la première semaine de janvier avec 11 diagnostics posés (cf. | Figure 7 |).

L'épidémie observée semble avoir été moins importante que lors de la saison 2011-2012. Entre novembre et fé-

1.2. SURVEILLANCE HOSPITALIERE

La surveillance a reposé sur le suivi du nombre consultations et d'hospitalisations pour bronchiolites dans les services d'accueil des urgences participant au réseau Oscour®.

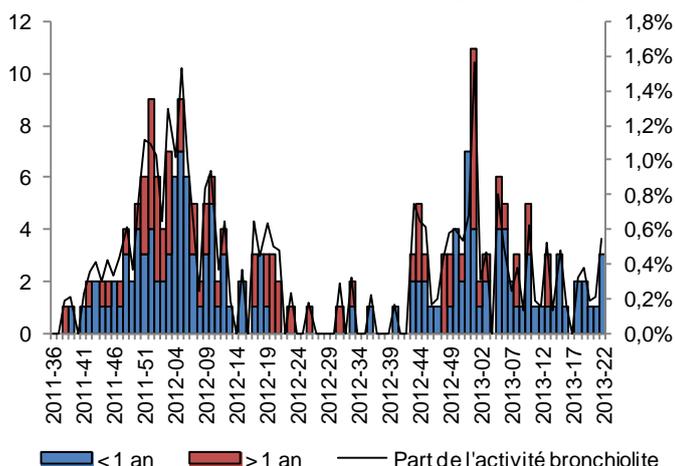
Lors de la saison hivernale, 12 des 15 établissements transmettaient ces données soit 82 % de l'activité totale des urgences de la région. Sur la période novembre 2012 - mars 2013, le codage des diagnostics pour ces établissements étaient de 33 % correspondant à 27 % de l'ensemble des passages aux urgences.

vrier, 58 bronchiolites ont été diagnostiquées (dont 64 % chez des enfants de moins d'un an) contre 82 la saison précédente (65 % de moins d'un an).

En termes de part d'activité, la bronchiolite a représenté au plus fort de l'épidémie 1,6 % des diagnostics de l'association (comparable à la saison précédente, 1,5%).

| Figure 7 |

Nombre de bronchiolites diagnostiqués par l'association SOS-Médecins de Clermont-Ferrand. Octobre 2011 - Mai 2013



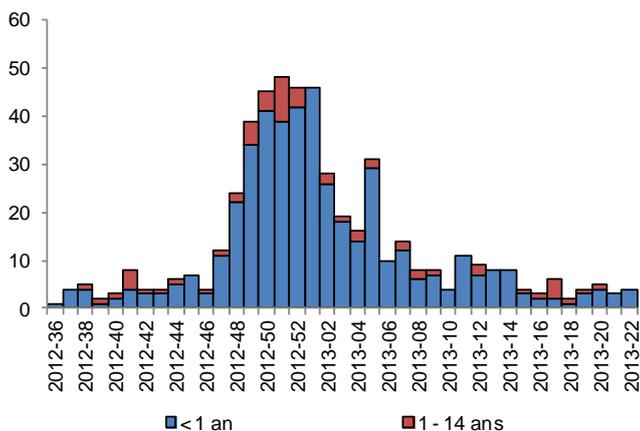
2.2. SURVEILLANCE HOSPITALIERE

Le nombre de consultations dans les SAU de la région pour bronchiolite a connu une augmentation importante à partir de mi-novembre (semaine 2012-47). Les diagnostics ont ensuite fortement augmenté pour atteindre leur maximum fin décembre (semaine 2012-51) avant de diminuer progressivement (cf. | Figure 8 |).

L'activité a été soutenue entre mi-novembre et mi-février (semaine 2012-47 à 2012-07), période durant laquelle plus de 10 consultations hebdomadaires pour bronchiolite ont été signalées. Durant ces 13 semaines, 379 diagnostics de bronchiolites ont été portés, dont 91 % chez des enfants de moins de un an.

| Figure 8 |

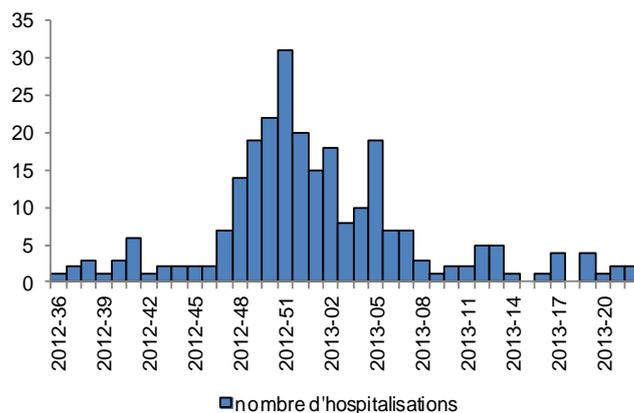
Distribution hebdomadaire, selon l'âge, des recours pour bronchiolites dans les SAU. Auvergne, Septembre 2012- Mai 2013



Suite à ces 379 consultations, 197 patients (52 %) ont été hospitalisés. La dynamique des hospitalisations est similaire celle des consultations (cf. | Figure 9 |), avec un pic d'hospitalisations fin décembre (2012-51).

| Figure 9 |

Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour bronchiolites dans les SAU. Auvergne, Septembre 2012- Mai 2013



3. Discussion - Conclusion

L'épidémie de bronchiolites a été observée entre novembre et février. Durant les 13 semaines où l'activité hospitalière a été la plus intense, 379 diagnostics de bronchiolites ont été posés dont 52 % ont fait l'objet d'une hospitalisation.

L'activité en médecine ambulatoire semble avoir débuté plus précocement, mais le faible nombre de diagnostics de bronchiolites posés rend difficile la détection de période épidémique.

Au niveau national, la dynamique de l'épidémie de bronchiolite observée cette saison est en tout point similaire à celle de la saison 2011-2012.

1. Méthode

1.1. SENSIBILISATION AU SIGNALEMENT ET OUTILS D'AIDE A LA GESTION

Cette année une nouvelle campagne de sensibilisation a été réalisée auprès des Ehpad de la région. En octobre 2012, 4 réunions ont été organisées avec les représentants des Ehpad des 4 Délégations Territoriales de la région. Ces rencontres ont permis de leur présenter le bilan de la surveillance hivernale 2011-2012 ainsi que de réactualiser leurs connaissances sur la gestion des épidémies d'IRA, notamment après la mise à jour des recommandations du HCSP concernant les épidémies d'IRA.

En parallèle, les outils d'aide à la gestion et au signalement ont été mis en ligne sur le site de l'ARS à disposition des Ehpad. L'objectif était de réunir sur une même plateforme publique, les outils de surveillance continue, de déclaration et de gestion de crise avec les recommandations officielles ainsi que des affiches d'éducation.

1.2. CRITERES ET CIRCUIT DE SIGNALEMENT

Les critères de signalement ont été actualisés en 2012. Ils sont désormais communs pour les épidémies d'IRA et de GEA.

Critères de signalement :

Cas groupés d'IRA : au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours (en dehors des pneumopathies de déglutition) parmi les personnes résidentes.

Le circuit de signalement différait en fonction du statut des Ehpad (Cf. Figure 10 |) Les Ehpad rattachés à un CH effectuaient leur signalement au circuit CCLIN (via e-Sin), les Ehpad non rattachés à un CH signalaient à l'ARS (CRVGS) à l'aide de la fiche de signalement correspondant aux cas groupés d'IRA. Toutefois, cette année, par souci de regroupement des signaux, et d'homogénéisation des données, il a été demandé aux

Ehpad rattachés à un CH de faire un double signalement : au circuit CCLIN et à l'ARS. Pour ce faire, dès qu'un signalement était enregistré sur e-sin, l'ARS se chargeait d'envoyer une fiche de signalement pour que l'Ehpad concerné la remplisse.

Le signalement de ces événements devait permettre au minimum d'identifier la structure, le déclarant, de décrire succinctement l'évènement (nombre de cas, décès éventuels, début de l'épidémie, mesures de contrôle mises en place) et de solliciter une aide éventuelle pour la gestion et l'investigation de cet évènement.

Les informations suivantes étaient également demandées : statut vaccinal chez les résidents et le personnel, recherche étiologique, transfert de patient en unité de soins, besoin de soutien extérieur, investigation réalisée, problèmes rencontrés, présence de facteurs de gravité, à savoir :

- 3 décès ou plus en moins de 8 jours ;
- 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée ;
- absence de diminution des cas malgré la mise en place de mesure de protection.

Les établissements étaient invités à transmettre un bilan final de l'épisode après la fin de l'épidémie.

1.3. ANALYSE DES DONNEES

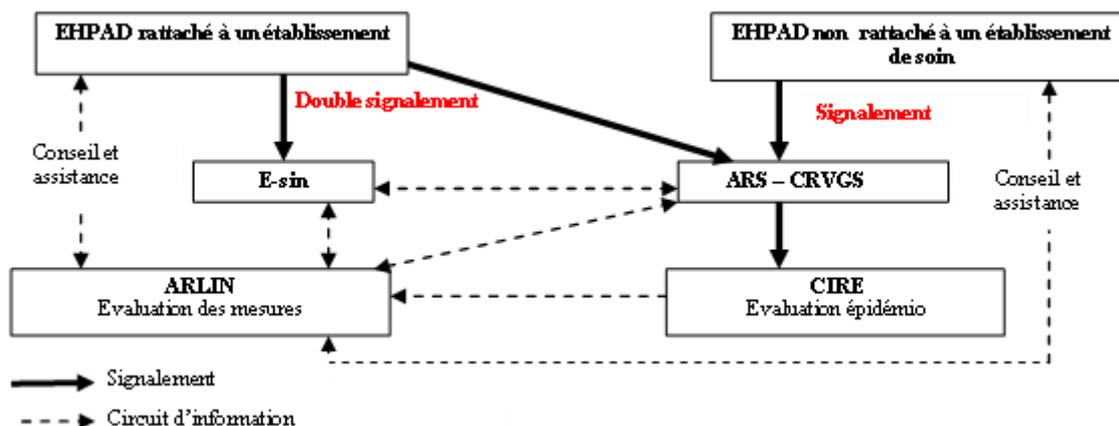
Les données de signalement recueillies étaient vérifiées voire complétées, puis saisies dans une base informatique nationale gérée par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Lorsque le nombre de décès ou d'hospitalisation n'était pas renseigné par une EHPAD, il était considéré comme nul. Si l'effectif du personnel n'était pas renseigné les données concernant le personnel n'étaient pas prises en compte.

Les données ont été analysées grâce au logiciel Excel.

| Figure 10 |

Circuit de signalement des épisodes de cas groupés d'IRA



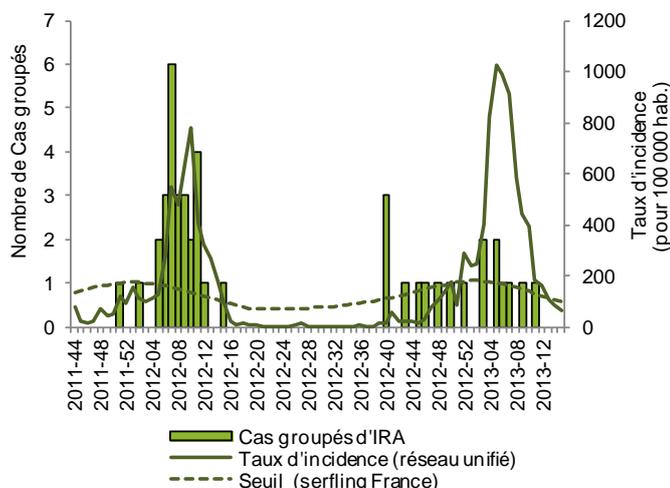
2. Résultats

2.1. DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE ET TEMPORELLE

Cette saison, le premier épisode de cas groupés a eu lieu début octobre (semaine 2012-40). Contrairement à l'année passée où la quasi-totalité des épisodes de cas groupés étaient survenus de façon concomitante à l'épidémie de grippe, la moitié des épisodes signalés cette saison l'ont été avant le démarrage de l'épidémie (Cf. | Figure 11 |).

| Figure 11 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes d'IRA (selon la date de début des signes) et taux d'incidence des syndromes grippaux estimé par le réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS. Auvergne, du 31 octobre 2011 au 7 avril 2013.



Au total, 17 épisodes d'IRA ont été signalés cette saison, contre 27 l'année passée. La répartition départementale des signalements est présentée au | Tableau 2 |. Durant l'hiver 2012-2013, 8 % des Ehpad ont signalé un épisode de cas groupés d'IRA contre 12 % l'an passé. Cette diminution n'est pas statistiquement significative ; $p=0,11^{\ddagger}$.

| Tableau 2 |

Répartition départementale des épisodes d'IRA signalés en Auvergne – Hiver 2012-2013

Département	Nombre d'Ehpad	Nombre de cas groupés signalés	%	Taux de signalement (%)
Allier	44	6	35%	14%
Cantal	40	2	12%	5%
Haute-Loire	50	5	29%	10%
Puy-de-Dôme	92	4	24%	4%
Auvergne	226	17	100%	8%

2.2. CARACTERISTIQUES DES EPISODES

Une fiche de clôture a été transmise pour 15 signalements (88 %). Le taux d'attaque moyen chez les résidents était de 29,6 % (étendue : [13,4 % - 64,3 %]), inférieur à celui observé lors de l'hiver 2011-2012 (36,4%).

Au total, 286 résidents ont été affectés, dont 16 ont dû être hospitalisés et 12 sont décédés (Cf. | Tableau 3 |). Le taux d'attaque chez le personnel était de 5,7 %, inférieur à celui observé lors de la saison précédente (10,7 %).

En moyenne, les épisodes ont duré 14 jours.

| Tableau 3 |

Caractéristiques principales des épisodes d'IRA. Auvergne Hiver 2011-2012 et 2012-2013

	Hiver 2011/2012	Hiver 2012/2013
Nb total de foyers signalés	27	17
Nb total de résidents malades	815	286*
Taux d'attaque moyen chez les résidents (%)	36,4	29,6*
Nb total d'hospitalisations	55	16*
Taux d'hospitalisation (%)	6,0	6,2*
Nb total de décès	32	12*
Létalité moyenne parmi les malades	4,0	4,5
Nb total de personnels malades	151	26**
Taux d'attaque moyen chez le personnel (%)	10,7	5,7**
Durée moyenne des épisodes	16 j	14 j

* Données calculées sur 15 épisodes

** Données calculées sur 10 épisodes

2.3. MESURES DE PREVENTION ET DE CONTROLE

La couverture vaccinale contre la grippe chez les résidents était de 86 % (étendue 56 % - 97 %) et de 17 % (étendue 6 % - 23 %) chez le personnel (information disponible pour 8 épisodes). Pour 4 épisodes, la campagne de vaccination n'avait pas débuté au sein de l'établissement au moment du début de l'épisode.

Les différentes mesures de contrôle mises en place pour limiter la transmission épidémique sont décrites dans le | Tableau 4 |.

| Tableau 4 |

Mesures de contrôles mises en place dans les épisodes d'IRA

Mesures de contrôle	Nombre d'épisodes	%
Renforcement des mesures d'hygiène	15	94%
Port du masque pour le personnel	12	75%
Isolement du patient	15	94%
Limitation des déplacements du patient	16	100%
Chimio prophylaxie	1	6%

En moyenne, les mesures ont été mises en place dans les 4 jours (médiane : 2 jours ; étendue : 0 - 12 jours).

Une recherche étiologique a été effectuée dans 7 foyers (44 %). Un virus grippal a été retrouvé dans 3 épisodes.

[‡] Test du Khi-2. Logiciel Stata® 12

3. Discussion - Conclusion

Les signalements d'épisodes d'IRA ont été moins nombreux cette saison (17 vs 27), malgré une épidémie de grippe plus importante en intensité et en durée. La co-circulation des 3 virus grippaux (B, A(H1N1)pdm09 et A(H3N2)) pourrait expliquer cette diminution. En effet, l'année précédente avait été marquée par la circulation quasi exclusive du virus A(H3N2) connu pour être plus virulent chez les personnes âgées. Une recherche étiologique a été effectuée dans 7 des 17 cas groupés signalés (41 %), mettant en évidence un virus grippal pour 3 épisodes. La moitié des épisodes signalés est survenue en dehors de la période épidémique de la grippe. Afin d'améliorer les connaissances sur l'étiologie de ces cas

groupés, il apparaîtrait intéressant de pouvoir élargir la recherche à d'autres agents infectieux que les virus *Influenzae* (VRS, Rhinovirus, pneumocoque...).

La vaccination contre la grippe chez le personnel avec une moyenne à 17 % reste très insuffisante. Il faut rappeler que la littérature rapporte que le personnel non vacciné peut être à l'origine d'épidémies de grippe en collectivité de personnes à risque, et que la prophylaxie par l'oseltamivir n'est pas une alternative à la vaccination grippale et ne s'y substitue pas. Nous rappelons que la vaccination annuelle contre la grippe est la meilleure prévention contre la surmortalité chez les personnes pour lesquelles la grippe représente un danger.

| Remerciements |

Nous adressons nos remerciements à l'ensemble des professionnels de santé participant à la surveillance épidémiologique, et plus particulièrement aux médecins des réseaux Sentinelles et Grog, aux médecins de l'association SOS-Médecins, aux urgentistes et aux réanimateurs, aux personnels des Ehpad et aux équipes de veille sanitaire de l'agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne.

CIRE AUVERGNE

Tel : 04 73 74 50 38 - Fax : 04 73 74 48 96

Mail : ars-auvergne-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro sur : [http:// www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

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

Comité de rédaction : Guillaume Spaccaferri, Emmanuelle Vaissière, Nicolas Vincent, Mireille Vincent.

Diffusion : CIRE Auvergne - 60 avenue de l'Union Soviétique - 63 000 Clermont Ferrand