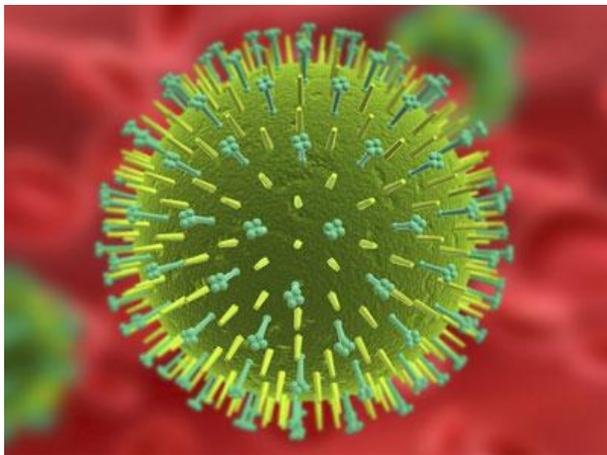


Surveillance des infections respiratoires aiguës et des gastroentérites aiguës dans les collectivités et services accueillant des personnes âgées en Franche-Comté Saison hivernale 2012-2013



Page 1	Introduction
Page 2	Contexte
	Méthodes
Page 3	Surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA)
Page 8	Surveillance des gastroentérites aiguës (GEA)
Page 13	Conclusion
	Glossaire
	Remerciements

| Introduction |

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) doivent faire face à des foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) basses ou hautes et à des foyers de gastroentérites aiguës (GEA) tout au long de l'année mais préférentiellement pendant la saison hivernale. Ces deux types de pathologies dans ces collectivités peuvent avoir un impact négatif important, aussi bien sur la santé des résidents, du personnel que sur la désorganisation du travail (arrêts de travail du personnel, rappel du personnel) voire engendrer un impact financier pour la structure.

Les objectifs de ces surveillances sont de suivre la dynamique des épidémies en Ehpa et les facteurs de risques associés afin d'adapter les mesures de contrôle et réduire l'impact des foyers sur la morbi-mortalité des résidents.

| Contexte |

La surveillance de ces épisodes en Ehpa est pilotée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) depuis 2006 pour les IRA et 2010 pour les GEA. En région, elle s'appuie sur l'agence régionale de santé (ARS) qui reçoit les signalements et contribue à la gestion de ces épisodes avec la participation du RFCLIN et les équipes opérationnelles d'hygiène.

En amont du début de la saison hivernale 2012-2013, les établissements accueillant des personnes âgées de la région Franche-Comté avaient été sensibilisés au circuit de signalement, à la maîtrise des risques infectieux par des réunions organisées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) et la Cellule de l'InVS en régions (Cire) Bourgogne et Franche-Comté.

La procédure de signalement présentée lors des rencontres est téléchargeable sur le site de l'ARS Franche-Comté <http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Internet.franche-comte.0.html> (Rubrique : Votre santé ; Veille et gestion des alertes sanitaires ; lien « Procédure de signalement des événements infectieux dans les établissements pour personnes âgées » placé sous les infections associées aux soins). Les fiches relatives à ces surveillances sont mises à jour chaque année et placées à ce même endroit sur le site. Ces différents éléments sont également disponibles sur le site du RFclin <http://www.rfclin.info/> (onglet Prévention des IAS¹ en Ehpa / Outils / Signalement des événements infectieux dans les EMS-PA²).

| Tableau 1 |

Nombre d'établissements (maison de retraite, logements-foyers et Ehpad) en Franche-Comté au 01/01/2012

	nombre
Maison de retraite	137
Logement -Foyer	37
Total	174
<i>Dont Ehpad</i>	<i>130 (74 %)</i>

Source : STATISS 2012

Cette surveillance concernait 174 collectivités franc-comtoises (Tableau 1). Par ailleurs, 587 lits étaient disponibles à cette même date dans les unités de soins de longue durée (USLD) de Franche-Comté.

| Méthodes |

Tous les Ehpa signalaient les épisodes au Centre opérationnel de réception et d'orientation des signaux sanitaires (COROSS) de l'ARS. Le circuit de signalement pouvait différer en fonction du statut des Ehpad. En effet, les établissements rattachés à un CH renseignaient la fiche relative au circuit CCLIN (*via* e-Sin), et ceux non rattachés à un CH renseignaient la fiche dédiée à la surveillance des IRA ou des GEA et étaient invités cette année à transmettre un bilan final de l'épisode après la fin de l'épidémie, soit 10 jours après le dernier cas. Or dans un souci d'harmonisation, l'ARS préconisait d'utiliser le circuit de signalement hors e-sin.

Brièvement, les fiches permettaient de recueillir l'identification de la structure, le déclarant, des éléments descriptifs de l'épisode (nombre de malades parmi les résidents et les agents du personnel, décès éventuels, début de l'épidémie, mesures de contrôle mises en place). Pour les IRA, le statut vaccinal était renseigné ce qui permettait de calculer des taux de couverture vaccinale.

Le bilan final renseignait à la fin de l'épisode le nombre de résidents malades, le nombre de personnels malades, les critères de gravité (hospitalisation et décès) ce qui permettait d'ajuster les indicateurs tels que le taux d'attaque des résidents. Si le bilan final n'était pas transmis, ces indicateurs étaient calculés à partir des éléments fournis lors du signalement. Les taux d'attaque chez les résidents ne sont calculés qu'à partir des établissements ayant fourni un nombre total de résidents.

Une fois réceptionnées, la Cire vérifiait la définition des épisodes, saisissait sur une base informatisée dans les plus brefs délais et a exploité ces données à la fin de la saison hivernale. Si le nombre de décès ou d'hospitalisations n'était pas renseigné sur la fiche, il était considéré comme nul.

Les données ont été analysées grâce aux logiciels Stata et Excel, les graphiques ont été réalisés sous Excel et les cartes ont été produites *via* Cartes et données.

¹ IAS : Infections associées aux soins

² EMS-PA : établissements médico-sociaux et les établissements d'hébergement pour personnes âgées

En juillet 2012, sur saisine du directeur général de la santé, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) émet un nouveau rapport révisant le guide de novembre 2005 sur les conduites à tenir devant une ou plusieurs IAb (infection respiratoire aiguë basse : ce terme n'est plus repris dans les nouveaux textes) dans les collectivités de personnes âgées. Les recommandations sont reprises dans l'instruction DGS du 21 décembre 2012³ relative aux conduites à tenir devant des IRA ou GEA dans les collectivités de personnes âgées, à destination des directeurs d'établissement.

Nouvelle définition de cas groupés d'IRA (HCSP, juillet 2012) et critères d'investigation

Foyer d'IRA

Survenue d'au moins 5 cas d'IRA (en dehors des pneumopathies de déglutition) dans un délai de 4 jours parmi les résidents.

Critères d'intervention

Une intervention pourra être menée par l'ARS, l'Arlin/Cclin ou l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et/ou la Cire devant certaines situations précises avec critères de gravité justifiant un appui :

- trois décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux survenant en moins de huit jours
- cinq nouveaux cas ou plus dans la même journée
- absence de diminution de l'incidence des cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle
- demande de l'établissement.

Pour rappel : ancienne définition d'un foyer d'IRA basse (CSHPP, 18 novembre 2005)

Survenue d'au moins trois IRA basses (en dehors des pneumopathies de déglutition) dans un délai de huit jours chez des personnes partageant les mêmes lieux, qu'elles soient résidentes de l'établissement ou membres du personnel.

| Résultats |

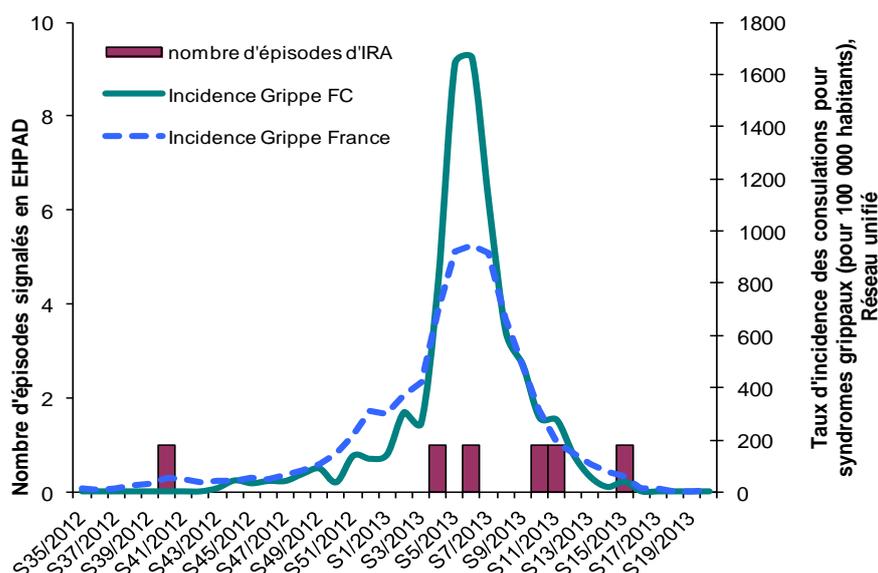
a. Nombre, répartition temporelle et durée des épisodes signalés et délais de signalements

Durant la saison hivernale 2012-2013 (du 1er septembre 2012 au 31 mai 2013), 6 épisodes d'IRA ont été signalés au COROSS de l'ARS Franche-Comté. Le premier épisode de cas groupés a débuté le 1er octobre 2012 et le dernier le 8 avril 2013 (Figure 1). Quatre épisodes ont eu lieu pendant la période de pic épidémique en France et en Franche-Comté.

Les délais de signalement à l'ARS se sont échelonnés entre 3 et 6 jours après la date d'apparition du premier cas, avec une moyenne et une médiane à 4,5 jours.

| Figure 1 |

Répartition hebdomadaire du nombre de foyers d'IRA (par date d'apparition du premier cas), région Franche-Comté, saison hivernale 2012-2013 et incidence en population générale (source de données : Réseau Unifié Grog-Sentinelles)



³ <http://www.cclinparisnord.org/EHPAD/Instr211212.pdf>

b. Répartition temporelle et durée des épisodes d'IRA

Six établissements ont renseigné les dates du premier et du dernier cas.

La durée moyenne des épisodes était de 10,8 jours, (min-max : 6-14 j) avec une valeur médiane de 11,5 jours.

c. Type d'établissements

Les six signalements provenaient de six Ehpad dont un comportait également une unité de soins de longue durée (USLD).

d. Répartition géographique

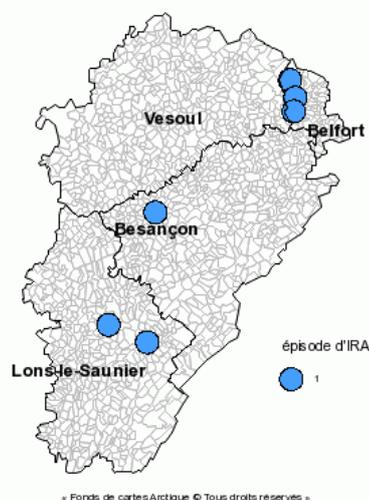
Les épisodes d'IRA se sont déroulés dans trois départements (Figure 2), 1 dans le Doubs, 2 dans le Jura et 3 dans le Territoire de Belfort. Il n'y a pas eu de signalement provenant de la Haute-Saône.

e. Caractéristiques des épisodes signalés

En moyenne, 21,5 résidents et 3,5 membres du personnel ont été malades par épisode.

| Figure 2 |

Répartition géographique par communes des épisodes d'IRA signalés au COROSS de Franche-Comté, saison hivernale 2012-2013



| Tableau 2 |

Caractéristiques des foyers d'IRA signalés, région Franche-Comté, saison hivernale 2012-2013

	Total
Caractéristiques des épisodes	
Nombre d'épisodes signalés	6
Nombre d'établissements concernés	6
Durée moyenne des épisodes (min-max)	10,8 j (6-14 j)
Nombre moyen de cas résidents par épisode (min-max)	21,5 (5-39)
Taux d'attaque parmi les résidents (min-max)	22,6 % (5,2-36,1)
Nombre moyen de cas personnel par épisode (min-max)	3,5 (1-8)*
Taux d'attaque parmi le personnel (min-max)	4,4 % (0,8-12)
Nombre de résidents transférés en unités de soins	9
Nombre de résidents décédés	2
Critères de gravité	
Nombre d'épisodes avec au moins un critère de gravité	1 (16,6 %)
Nombre d'épisodes avec apparition de 5 nouveaux cas ou plus dans une même journée	1

*2 données manquantes

f. Taux d'attaque et couverture vaccinale des résidents et du personnel des établissements ayant connu une épidémie d'IRA

Six établissements ont renseigné leur nombre de résidents pour un total de 658 résidents, et quatre ont renseigné la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière des résidents qui était en moyenne de 85,4 % (min-max : 61,1 % - 97,9 %) avec une médiane à 91,3 %. Parmi les résidents, 129 ont présenté une IRA, le taux d'attaque moyen chez les personnes âgées s'élevant ainsi à 22,6 % (min-max : 5,2 % - 36,1%). Le nombre de malades transférés en unité de soins s'est élevé à 9 (soit 6,9 % des résidents malades) et 2 personnes d'un même établissement sont décédées, le taux moyen de létalité s'élevant ainsi à 2,6 %.

Le personnel comprenait pour l'ensemble des six établissements 555 membres, la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière renseignée par quatre établissements était à 9,5 % en moyenne (min-max : 0 % - 38,2 %) et une médiane à 4,8 %. Les six épisodes de cas groupés d'IRA ont également concerné du personnel, pour un total de 21 cas d'IRA dans cette population, ce qui représente un taux d'attaque chez le personnel de 4,4 % (min-max : 0,8 % - 12 %) et une médiane à 2,3 %.

g. Critères de sévérité

Un seul établissement attestait d'un épisode d'IRA comportant un critère de gravité qui était l'apparition de 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée.

h. Mesures mises en place pour gérer l'épidémie et délais de mise en œuvre

Tous les établissements ont mis en place des mesures de contrôle. Les quatre mesures barrières au complet (renforcement des mesures d'hygiène, port de masque pour personnel et masque porté par le patient lorsqu'il quitte la chambre, limitation des déplacements du patient, arrêt ou limitation des activités collectives) ont été mises en œuvre pour cinq établissements (soit 83 %), le sixième établissement n'ayant mis en place que trois de ces mesures.

Mesures recueillies lors de la surveillance :

- renforcement de l'hygiène des mains (personnel/résidents/visiteurs)
- précautions de type « gouttelettes » : port du masque pour le personnel et les malades déambulants
- mise en place de mesures géographiques : limitation des déplacements du patient
- limitation des déplacements des malades
- Arrêt ou limitation des activités collectives
- Chimio prophylaxie antivirale
- Informations des visiteurs et intervenants extérieurs
- Autres mesures, (suspension des admissions,...)

Mesures de contrôle mises en place au cours des épisodes d'IRA dans les Ehpa, Franche-Comté, septembre 2012 - mai 2013

Mesures de contrôle	Nombre d'épisodes	%
Mesures barrières		
Renforcement des mesures d'hygiène	6	100
Port de masque pour personnel et masque porté par le patient lorsqu'il quitte la chambre	6	100
Limitation des déplacements du patient	6	100
Arrêt ou limitation des activités collectives	5	83
Autres mesures		
Information des visiteurs	5	83
Chimioprophylaxie	2	33
Autres	2	33

En plus, des mesures barrières (83 à 100 % des établissements selon les mesures), deux Ehpad ont instauré d'autres mesures telles que la suspension des admissions et la limitation des visites. Le délai de mise en place des mesures barrières était de 2,7 jours en moyenne (médiane : 2,5 j).

Une chimioprophylaxie a été instaurée dans la gestion de deux épisodes suite à la confirmation diagnostique de grippe, dans un délai de 2 jours après le début des signes du premier cas pour un Ehpad et 5 jours pour l'autre.

Un seul établissement a estimé avoir besoin d'un recours externe.

i. Recherche étiologique

Parmi les 6 épisodes d'IRA, 5 épisodes ont fait l'objet d'une recherche étiologique (83 %). Dans trois épisodes, des tests de diagnostic rapide (TDR) grippe ont été pratiqués avec recherche positive dans les trois cas (un épisode à grippe A, un épisode à grippe B, un épisode mixte grippe A et grippe B). Dans deux autres épisodes, le diagnostic de grippe a été recherché par PCR, avec un confirmé (sans précision sur le type) et l'autre négatif.

j. Bilans finaux et courbes épidémiques

Les six établissements ont fait parvenir des bilans finaux, dans un délai moyen après le dernier cas de 27,3 jours (entre 9 et 58) et une médiane à 19,3 jours. Trois établissements ont pu adresser une courbe épidémique.

k. Etude sur les facteurs pouvant expliquer le taux d'attaque des résidents

Le nombre d'établissements signalant était trop faible cette saison pour pouvoir étudier ces facteurs.

I. Discussion

L'épidémie de grippe de cette dernière saison hivernale en France métropolitaine, a vu le franchissement du seuil épidémique entre la semaine 51 de 2012 et la semaine 11 de 2013, soit pendant 13 semaines au lieu de 8 semaines habituellement. Cette durée plus importante que les hivers précédents, serait due à une co-circulation des virus A(H1N1) pdm09 et A(H3N2) ainsi que du virus B. Par rapport à la France métropolitaine, l'épidémie de grippe en Franche-Comté a eu la même durée (début et fin concomitants avec l'épidémie nationale) mais elle a été de plus grande intensité (source : réseau unifié Grog-Sentinelles).

Entre le 1^{er} octobre 2012 et le 15 avril 2013, dates de début et fin de la surveillance de la grippe saisonnière au niveau national, six établissements ont signalé un épisode de cas groupé d'IRA en Franche-Comté. Ces signalements constituent 0,8 % du total des signalements d'IRA en collectivités de personnes âgées en France (753) pendant la période de surveillance grippe, dénotant un défaut de signalement de la part des établissements francomtois.

Sur les six épisodes, le taux d'attaque moyen des résidents était à 22,6 %, avec un établissement ayant subi un épisode grave.

Comme constaté les précédentes années, la couverture vaccinale chez les résidents était bonne à 85 % tandis que celle du personnel reste significativement basse à 9,5 %.

Les délais de signalements ne reflètent pas forcément la réactivité des établissements car les signalements ne se font qu'à partir du cinquième cas en moins de quatre jours, or ils sont calculés à partir de l'apparition du 1^{er} cas résident.

Les délais de mise en place des mesures de contrôle de l'épidémie ont été satisfaisants avec 2,7 jours en moyenne, sachant qu'au regard des courbes épidémiques envoyées par trois établissements, il a pu être constaté que cette mise en place avait été effectuée le jour même d'entrée dans la définition de cas groupés (5 nouveaux cas dans un intervalle de 4 jours) pour deux d'entre eux et le lendemain pour le dernier. Il y a donc une bonne compréhension de la définition de cas groupés et du moment opportun de mise en place des mesures de contrôle d'une épidémie. Cela dénote également une vigilance attentive opérée par ces établissements.

Cette remarque doit cependant être nuancée car il n'est pas possible, avec le mode de recueil actuel de cette surveillance, de connaître ce qui a été réalisé par l'établissement en termes de renforcement des mesures standards autour du premier cas.

Eu égard au délai de mise en place des mesures barrières, toute démarche de sensibilisation des établissements à mettre en place les mesures barrières dès le premier cas est à encourager.

Un gros effort a été effectué par l'ARS pour mettre à disposition des établissements des TDR et les encourager à pratiquer des examens à visée étiologique. Cinq établissements sur les six ayant signalé des cas groupés ont pratiqué des tests pour détecter la grippe qui se sont révélés positifs dans quatre épisodes dont deux suivis de la mise en place d'une chimioprophylaxie des contacts.

Enfin, en termes d'exhaustivité des signalements, les données ci-dessus résultent d'un système de surveillance passif, c'est-à-dire fondé sur la déclaration des établissements et il est difficile de connaître le nombre d'épisodes non déclarés.

Comme pour les IRA, l'instruction DGS du 21 décembre 2012 a redéfini les critères de signalement pour les GEA. Ainsi, la définition des foyers se concentre sur un nombre de cas parmi les résidents. La définition des cas est rappelée ci-dessous :

Définition d'un foyer de GEA et critères d'investigation

Foyer de GEA

Survenue d'au moins 5 cas de GEA dans un délai de 4 jours parmi les personnes résidentes

Critères d'intervention

Une intervention pourra être menée par l'ARS, l'Arlin/Clin ou l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et/ou la Cire devant certaines situations précises avec critères de gravité justifiant un appui :

- toxi-infection alimentaire collective (Tiac) ou suspicion de Tiac
- présence de critères de gravité (hospitalisation et décès)
- persistance de cas malgré la mise en place des mesures de contrôle.

Pour rappel : ancienne définition d'un foyer de GEA (HAS, 29 janvier 2010)

Survenue d'au moins 5 cas de GEA en 4 jours chez des résidents et/ou du personnel fréquentant le même établissement

| Figure 3 |

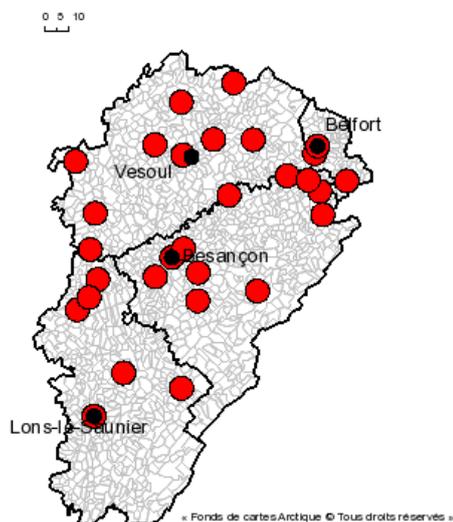
Répartition géographique des foyers de GEA en collectivités de personnes âgées signalés au COROSS, Franche-Comté, saison hivernale 2012-2013

a. Nombre de foyers de GEA

Pendant la saison hivernale 2012-2013, 46 signalements de foyers de GEA ont été signalés au COROSS de l'ARS Franche-Comté dont 39 foyers correspondaient à la définition de cas groupés de gastroentérites aiguës survenus dans une collectivité accueillant des personnes âgées pendant l'hiver 2011-2012 allant du 1^{er} septembre 2012 au 30 avril 2013.

b. Caractéristiques des foyers de GEA

Les 39 épisodes de gastroentérites aiguës, touchant des collectivités de personnes âgées, ont été signalés dans les quatre départements francs-comtois (Figure 3).



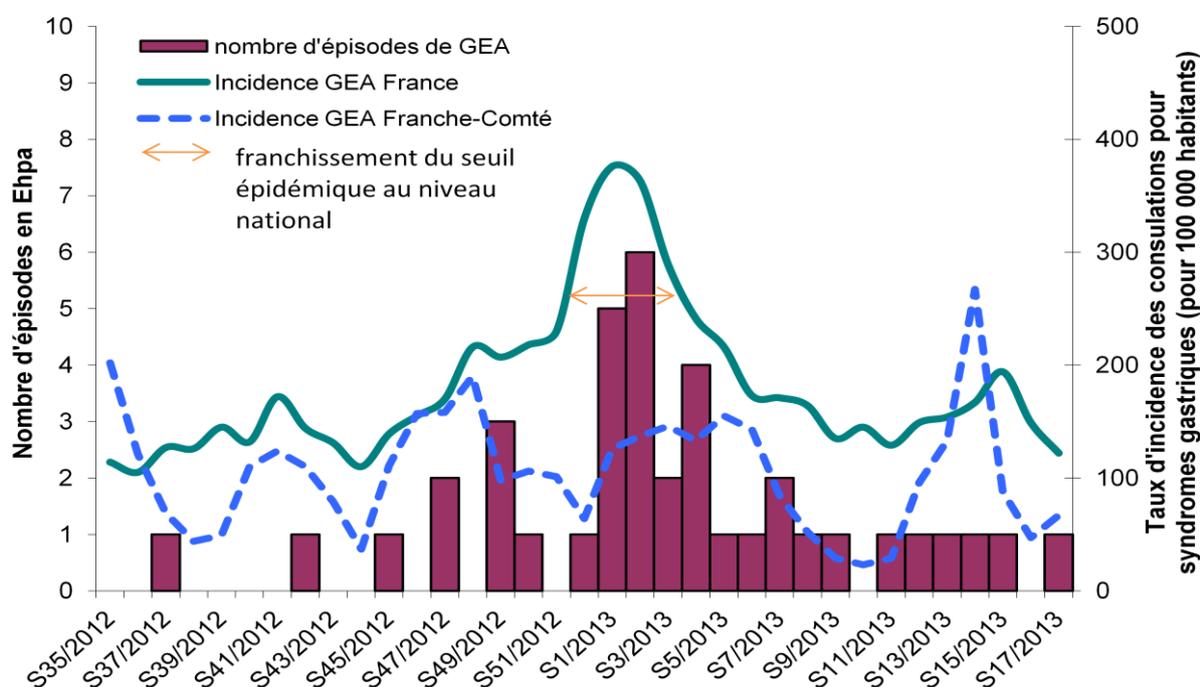
Le signalement est intervenu en moyenne 6 jours après le début des signes du premier cas (allant du jour même à 48 jours) avec une médiane à 3 jours.

Les foyers de gastroentérites dans les collectivités accueillant des personnes âgées de Franche-Comté sont survenus entre le 16 septembre 2012 et le 24 avril 2013 avec un nombre

maximal atteint en semaine 02/2013 avec 6 épisodes (Figure 4). Entre les semaines 52 et 3 (période épidémique de GEA en population générale en France selon le réseau Sentinelles), 14 foyers ont été déclarés en Franche-Comté (soit 35 % des foyers pendant l'épidémie nationale).

| Figure 4 |

Répartition hebdomadaire du nombre de foyers de GEA (date d'apparition du premier cas), région Franche-Comté, saison hivernale 2012-2013 et taux d'incidence des consultations pour syndromes gastriques en population générale (Source de données : Réseau sentinelles, Inserm, Université Pierre et Marie Curie, <http://www.sentiweb.fr>).



Caractéristiques des foyers de GEA par département et en région Franche-Comté, saison hivernale 2012-2013

	Département franc-comtois				Région
	25	39	70	90	Total
Caractéristiques des épisodes					
Nombre d'épisodes signalés	15	7	10	6	38
Nombre d'établissements concernés	12	7	10	6	35
Durée moyenne en jours des épisodes (min-max)	8 (1-24)	15 (1-27)	8 (2-15)	11 (8-14)	10 (1-27)
Nombre moyen de cas résidents par épisode (min-max)	21 (8-40)	24 (12-30)	22 (6-55)	34 (14-51)	24 (6-55)
Taux d'attaque moyen parmi les résidents (min-max)	32 % (10 %-65 %)	36 % (22 %-61 %)	33 % (6 %-68 %)	44 % (17 %-69 %)	35 % (6 %-69 %)
Nombre moyen de cas personnel par épisode (min-max), si personnel touché	5 (2-12)	6 (3-8)	8 (1-22)	8 (2-15)	7 (1-22)
Taux d'attaque moyen parmi le personnel (min-max)	15 % (2 %-37 %)	14 % (8 %-26 %)	16 % (1 %-41 %)	23 % (4 %-33 %)	16 % (1 %-41 %)
Sévérité des épisodes					
Hospitalisation	5	2	5	0	12
Décès	0	0	2	0	2

c. Mesures de contrôle

Mesures recueillies lors de la surveillance

- Renforcement des mesures d'hygiène
- Précautions de type contact
- Nettoyage classique des surfaces et locaux
- Bio nettoyage : détergence des sols, détergence et désinfection des surfaces avec les produits en vigueur dans l'établissement
- Limitation des déplacements des malades
- Arrêt ou limitation des activités collectives
- Mise à l'écart des soins et de la préparation des repas du personnel malade
- Information des visiteurs
- Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution, etc.)

Toutes les structures ont mis en place des mesures de contrôle. Les mesures de contrôle ont été mises en œuvre en moyenne sous 24 heures après la date du premier cas (de 0 à 5 jours). Il est à noter que 4 structures ont mis en place les mesures de contrôle dans un délai de 3 jours ou plus. Pour un épisode, les mesures de contrôle ont été mises en place le jour précédent la découverte du premier cas parmi les résidents (information vérifiée auprès de l'établissement).

La mesure de contrôle la plus mise en œuvre a été le renforcement des mesures d'hygiène des mains (100 %) pour l'ensemble des résidents. Les trois autres mesures les plus mises en œuvre (75 %) ont été :

- la limitation des déplacements des malades ;

- les précautions complémentaires de type contact (i.e. porter des gants non stériles à usage unique ; assurer une hygiène des mains après tout contact avec l'environnement du résident et en sortant de la chambre ; la programmation des soins du résident symptomatique en fin de tournée de soins, si possible) ;
- le nettoyage classique.

Les autres mesures ont concerné entre 40 % et 71 % des épisodes (Tableau 5). Le renforcement de l'entretien des surfaces et locaux et le bio nettoyage (détergence des sols, détergence et désinfection des surfaces avec les produits en vigueur dans l'établissement) ont été entrepris pour 24 épisodes.

Mesures de contrôle des foyers de GEA, région Franche-Comté, saison hivernale 2012-2013

Mesures de contrôle	Total (n=38)
Renforcement des mesures d'hygiène	38 (100 %)
Précautions de type contact	29 (76 %)
Nettoyage classique des surfaces et locaux	29 (76 %)
Bionettoyage	27 (71 %)
Limitation des déplacements des malades	30 (79 %)
Arrêt ou limitation des activités collectives	26 (68 %)
Mise à l'écart des soins et de la préparation des repas du personnel malade	18 (47 %)
Information des visiteurs	27 (71 %)
Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution, etc.)	16 (42 %)

Un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode a été requis pour 19 épisodes. Pour les établissements ayant précisé la structure contactée, il s'agissait du réseau local d'hygiène (n=8), le RFClin (n=7) et l'ARS (n=5).

d. Recherche étiologique

Sur les 38 épisodes, 10 épisodes ont eu au moins une identification d'un virus ou d'une bactérie (soit 40 % ; 10/25 épisodes avec recherche), 15 épisodes n'ont pas eu de résultat positif malgré les recherches entreprises (ou n'ont pas retourné l'information à l'ARS), 11 n'ont pas fait de recherche et 2 n'ont pas renseigné cette information.

Une particularité dans le Territoire-de-Belfort : malgré le fait que plus la moitié des structures ont effectué de recherches (4/6), aucune cause n'a été identifiée pour ces 6 épisodes. Les recherches positives ont consisté en : 6 épisodes positifs au Norovirus (dont un épisode associé également avec du Clostridium difficile) soit 60 % (6/10), 2 positifs au Rotavirus (20 % (2/10)), 1 épisode avec une coproculture positive à candida (10 % (1/10)) et le dernier positif à un virus non précisé (10 % (1/10)).

Les Norovirus ont été identifiés pour les épisodes survenus entre le 16 septembre 2012 et le 02 mars 2013 et les deux Rotavirus ont été identifiés en décembre et en mars.

e. Quelques facteurs influençant le taux d'attaque

De nombreux facteurs peuvent influencer le taux d'attaque parmi les résidents tels que l'agent identifié (taux d'attaque plus important quand il s'agit de Norovirus, ou lorsque le délai de mise en œuvre des mesures de contrôle dépasse 3 jours).

Le taux d'attaque était plus élevé sans être statistiquement significatif pour les 6 épisodes où le Norovirus a été identifié (37 % vs 34 %).

Trois épisodes ont un délai de mise en œuvre de plus de 3 jours sur les 35 épisodes. Le taux d'attaque moyen de ces épisodes était de 59 % vs 32 % pour les autres épisodes. Au regard du nombre de signalements, ce résultat est à interpréter avec précaution mais semble montrer qu'une mise en place rapide des mesures de contrôle atténue le taux d'attaque des résidents au sein de la structure.

f. Courbes épidémiques

Les structures ont renvoyé cet hiver 18 courbes épidémiques sur 38 épisodes. Cependant, 4 étaient inexploitable pour deux raisons principales : pas de distinction entre les résidents et le personnel, le nombre de cas représenté sur la courbe n'était pas en adéquation avec le bilan final.

Parmi les 14 courbes exploitables, avec un nombre moyen de 5 cas avant la mise en œuvre des mesures, une décroissance est observée les jours suivants avec 3,1 cas en moyenne le lendemain et moins de 2 cas en moyenne dès le quatrième jour.

Le signalement a été effectué dans un délai moyen de 5,7 jours après l'apparition du 5^{ème} cas (14 épisodes avec courbe épidémique).

Ces établissements avaient mis en place la première mesure de contrôle dans un délai moyen de 2 jours après le premier cas : 8 dans un délai allant du jour-même au lendemain et 6 dans un délai de 2, 4 et 8 jours.

g. Discussion

Les signalements francs-comtois ont représenté 3 % (38/1236) des signalements des foyers de GEA français en 2012-2013. Ces signalements ne sont pas exhaustifs mais leur nombre montre qu'il existe globalement une bonne sensibilisation à la surveillance de ces évènements. Une montée en charge progressive de ces signalements est constatée depuis le début de la mise en place de cette surveillance. Ainsi, le nombre de signalements en région Franche-Comté semble suivre la dynamique de la sensibilisation de ces surveillances : rencontres programmées avant le début de chaque saison hivernale. Par ailleurs, pendant l'hiver 2012-2013 un nouveau variant de norovirus, Sydney 2012⁴, a circulé expliquant une recrudescence de l'épidémie saisonnière. Enfin, pendant cette saison hivernale, même si l'incidence nationale de la diarrhée aiguë était au-dessous du seuil épidémique pour la semaine 49 (entre le 3 et 9 décembre 2012), le taux d'incidence était au-dessus du seuil épidémique national pour 5 régions dont la Franche-Comté. Lors de cette semaine, 3 épisodes sont survenus dans la région.

Malgré le nouveau variant, le taux d'attaque parmi les résidents en Franche-Comté est resté stable depuis les trois derniers hivers de l'ordre de 30 %. Une nouvelle fois, les données montrent que le personnel de ces structures n'est pas épargné par les épidémies de gastroentérites et peut également être le vecteur entre différents secteurs. Même si le nombre de personnel malades n'est plus intégré dans la définition des cas, il est important et essentiel qu'ils fassent partis de la surveillance interne de la structure.

Le délai de signalement (entre le premier cas et la date de signalement au COROSS) a été en moyenne de 6 jours. Au regard des courbes épidémiques, le signalement avait été effectué dans un même délai moyen (14 épisodes avec courbe épidémique). Ce court délai permet à la structure de bénéficier au mieux des conseils, de l'aide extérieure nécessaire pour enrayer la propagation de l'épidémie voire de vérifier auprès de l'ARS/du RFCLIN et des IDE de territoire que tout est mis en œuvre dans les meilleures conditions.

A noter que les délais de signalements ne reflètent pas forcément la réactivité des établissements car les signalements ne se font qu'à partir du cinquième cas en moins de quatre jours, or ils sont calculés à partir de l'apparition du 1^{er} cas résident.

Les mesures de contrôle sont généralement connues et mises en place rapidement. D'ailleurs, le taux d'attaque des résidents était plus faible si ces mesures barrières (sans pouvoir identifier la mesure la plus adéquate et sans que cela soit statistiquement significatif) étaient implantées dans les 3 jours après l'identification du premier cas. Il convient

de noter que la circulation du virus peut persister plus longtemps dans les collectivités qu'en population générale requérant ainsi une vigilance prolongée en dehors de la saison épidémique ; ce qui permet de rappeler que la surveillance est pérenne. Le signalement de 2 épisodes sur la période mai-juin (1 par mois) en témoigne. Au niveau national, 31 et 9 épisodes ont été signalés respectivement au mois de mai et juin 2013.

Les recherches étiologiques ont été facilitées par la gratuité des analyses réalisées par le CNR des virus entériques. Cependant, 29 % des épisodes n'ont pas fait l'objet de recherche. Par ailleurs, les recherches peuvent ne pas aboutir.

Les bilans finaux ont tous été transmis à l'ARS (avec parfois la nécessité de plusieurs relances) ce qui a pour conséquence que :

- le taux d'attaque parmi les résidents n'est pas sous-estimé ;
- la mise à jour sur les données virologiques a été possible.

Pour rappel, ce bilan doit être envoyé à l'ARS après un délai de 10 jours après le dernier cas. Par contre, peu de courbes épidémiques sont envoyées et quand c'est le cas elles sont parfois ininterprétables, ce qui est attendu quand il n'y a pas eu de formation adéquate.

Du fait de la nouvelle définition des foyers de GEA, pour quelques foyers la date du premier cas a été corrigée par la Cire (prise en compte uniquement des résidents désormais). En revanche, sur les courbes épidémiques exploitables, la mise en place des mesures de contrôle se fait après la découverte de 5 cas en moyenne (ce qui est compatible avec la définition).

S'il n'est pas possible, avec le mode de recueil actuel de cette surveillance, de connaître ce qui a été réalisé par l'établissement en termes de renforcement des mesures standards autour du premier cas, toute démarche de sensibilisation des établissements à mettre en place les mesures barrières dès le premier cas est à encourager.

Des efforts doivent être maintenus pour diminuer les délais de signalement. Il serait également nécessaire d'utiliser la fiche de signalement envoyée à chaque début de saison hivernale par mail. Enfin, harmoniser les fiches de signalement génériques spécifiques à la surveillance des épisodes d'IRA et de GEA dans les Ehpa avec les fiches de signalement d'infection nosocomiale permettrait de faire des bilans uniformes.

⁴ <http://eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20345> / <http://eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20413>

| Conclusion de la surveillance IRA et GEA |

Ce bilan hivernal complète le suivi hebdomadaire présenté dans le point épidémiologique publié chaque semaine de la Cire. Pendant la saison hivernale 2012-2013, les surveillances des IRA et des GEA en collectivités de personnes âgées ont fonctionné de manière satisfaisante avec une bonne déclaration.

Ce dispositif a pour but principal d'inciter l'établissement à se préparer pour faire face à ces épidémies afin d'en limiter l'impact. Ainsi, il semble encore nécessaire de fournir un effort de promotion pour la mise en place d'une surveillance en interne afin de détecter le plus précocement possible un début d'épidémie et démarrer sans délai les mesures de contrôle.

Il permet également *via* le signalement qu'un appui puisse leur être apporté en termes de gestion. Enfin, au-delà des informations épidémiologiques, ces surveillances permettront à terme, d'adapter les moyens nécessaires pour limiter l'extension des IRA et des GEA parmi les résidents et la morbidité des épisodes.

Ce bilan a enfin pour objectif d'offrir au personnel des établissements une rétro-information sur son travail et de sensibiliser toujours plus d'acteurs à l'importance de la maîtrise du risque épidémique.

Pour la saison prochaine, un suivi sera maintenu. La Cire Bourgogne Franche-Comté publie chaque jeudi un point épidémiologique présentant l'ensemble des surveillances.

| Glossaire |

ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales	FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
ARS	Agence régionale de santé	GEA	Gastroentérites aiguës
CClin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales	HAS	Haute autorité de santé
CH	Centre hospitalier	H CSP	Haut conseil de la santé publique
Cire	Cellule de l'InVS en région	IDE	Infirmière diplômée d'état
CNR	Centre national de référence	InVS	Institut de veille sanitaire
CSHPF	Centre supérieur d'hygiène publique de France	IRA	Infections respiratoires aiguës
COROSS	Centre opérationnel de réception et d'orientation des signaux sanitaires	RFClin	Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales
DGS	Direction générale de la santé	STATISS	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
Ehpa	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées	TDR	Test de diagnostic rapide
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Tiac	Toxi-infection alimentaire collective
E-sin	Outil d'émission et gestion des signalements d'infection nosocomiale par l'ensemble des acteurs concernés	USLD	Unité de soins de longue durée
		VRS	Virus respiratoire syncytial

Comment s'inscrire à notre point épidémiologique (PE) régional ?

- Si vous souhaitez vous inscrire à ce PE, il vous suffit de nous envoyer un mail : ARS-BOURGOGNE-FRANCHECOMTE-CIRE@ars.sante.fr
- Si vous souhaitez vous désabonner à ce PE, il vous suffira de nous envoyer un mail.

Comment suivre l'épidémie de grippe et de gastroentérites pendant les saisons hivernales au niveau national?

Deux bulletins des données de surveillance sont publiés par l'InVS et sont disponibles ici :

- <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance>

- <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales/Donnees-epidemiologiques>

| Remerciements |

A l'ensemble des établissements ayant participé à la surveillance.

Au Centre opérationnel de réception et d'orientation des signaux sanitaires, au RFClin et aux équipes opérationnelles d'hygiène pour le suivi des signalements et l'aide à la gestion auprès des collectivités de personnes âgées.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur : <http://www.invs.sante.fr/BVS>

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

Analyse des données : Jeanine Stoll, Sabrina Tessier

Relecteur : Claude Tillier

Conception : Mariline Ciccardini

Diffusion : ARS Bourgogne — Immeuble « Le Diapason », 2 place des Savoirs — 21035 Dijon Cedex 9 — Tél: 03.80.41.99.41 — Fax: 03.80.41.99.53

ARS Franche-Comté — Immeuble « La City », 3 avenue Louise Michel — 25044 Besançon Cedex

Mail : ars-bourgogne-franche-comte-cire@ars.sante.fr