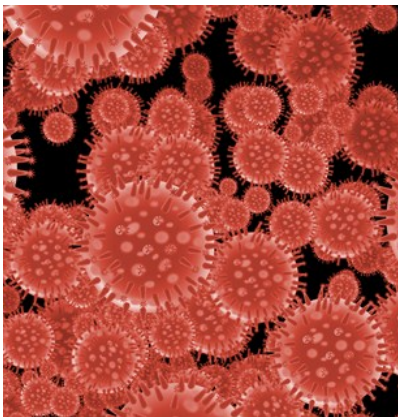


Surveillance de la grippe, des cas groupés d'infections respiratoires et de gastroentérites aiguës en Champagne-Ardenne Bilan de la saison 2012-2013



Sommaire

| Page 1 | Editorial

| Page 2 | Surveillance épidémiologique, clinique et virologique des cas de grippe en médecine ambulatoire en Champagne-Ardenne par le réseau GROG CHARD

| Page 5 | Surveillance des cas groupés d'IRA/GEA dans les Ehpad en Champagne-Ardenne

| Editorial |

Pr Laurent Andreoletti (PU-PH)

Responsable de l'Unité de Virologie Médicale et Moléculaire, Pôle de Biologie Médicale du CHU de REIMS; Responsable du Réseau GROG Champagne-Ardenne (GROG-CHARD); Directeur de l'Unité de Recherche EA-4684 à la Faculté de Médecine de Reims

C'est au début des années 1950 que le concept moderne de "surveillance épidémiologique" s'est développé sous l'impulsion des travaux du Docteur Alexander D. Langmuir au "Centers for Disease Control (CDC)". De la surveillance des individus, les différents acteurs en santé publique sont alors passés à celle des pathologies et en particulier celles d'origine infectieuses comme le paludisme, la poliomyélite, les hépatites virales et plus récemment la grippe et les agents viraux à tropisme respiratoire dits « émergents ». La surveillance épidémiologique est le processus de collecte, de compilation et d'analyse des données, ainsi que leur diffusion à l'ensemble de ceux qui ont besoin d'être informés". Cette définition appelle trois commentaires: (i) la surveillance épidémiologique est un processus continu et systématique; (ii) elle peut ainsi être opposée aux enquêtes ponctuelles; (iii) la rapidité du traitement de l'information et la diffusion des résultats sont indispensables pour un bon fonctionnement d'un système de surveillance épidémiologique moderne. Ainsi, pour reprendre une citation d'un épidémiologiste polonais, le Docteur Jan Kostrzewski : "la surveillance, c'est de l'information appelant l'action". Cette définition implique que les actions de surveillance traitent en priorité des problèmes pouvant faire l'objet d'une prévention, d'un traitement ou d'une action de santé publique au sens large.

Le groupe régional d'observation de la grippe (GROG) de champagne Ardenne (CHARD) a été mis en place en 2003 et il regroupe actuellement 14 médecins généralistes et 5 pédiatres répartis sur les quatre départements de la région. Il permet une surveillance hebdomadaire des taux d'infection aiguës respiratoires en médecine de ville ainsi qu'une veille virologique (virus de la grippe et virus respiratoires communs ou émergents) grâce à la réalisation hebdomadaire de prélèvements respiratoires analysés en temps réel au CHU de Reims (Laboratoire de Virologie Médicale et Moléculaire). Cette surveillance clinico-virologique permet de savoir quand les premiers cas cliniques de grippe ont fait leur apparition dans notre région ce qui va permettre d'augmenter significativement le niveau de fiabilité du diagnostic clinique de grippe par les médecins généralistes et spécialistes confrontés quotidiennement aux infections respiratoires aiguës (IRA) et aux syndromes dits pseudo-grippaux (« ILI » pour Influenza Like Syndrome). Par ailleurs ce réseau de surveillance épidémiologique en médecine ambulatoire peut permettre de calculer les taux d'incidence d'infection et les seuils épidémiologiques régionaux de l'infection grippale et de les comparer aux autres régions françaises afin de surveiller la dynamique de l'épidémie.

De plus il permet grâce à la réalisation en ambulatoire de prélèvements respiratoires d'effectuer un typage des souches virales détectées et donc de réaliser une identification moléculaire visant à comparer les souches circulantes avec celles qui ont été choisies dans la composition du vaccin saisonnier destiné à protéger les patients dits à « risques élevés » de grippe avec des complications cliniques. Enfin comme les recherches virologiques ne s'arrêtent pas à la grippe, la surveillance biologique peut permettre d'identifier des virus émergents par culture virale et/ou biologie moléculaire.

A côté de la surveillance en médecine de ville via le réseau GROG, une surveillance spécifique des cas groupés d'Infections Respiratoires Aiguës et de Gastro-entérites Aiguës en Ehpad est mise en place depuis quelques années en France, permettant ainsi d'identifier précocement le début de l'épidémie au sein de la collectivité afin de mettre en place rapidement les mesures de gestion et de limiter l'impact sur la santé des résidents et du personnel.

En 2013 avec l'émergence et la circulation du nouveau Coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (NCoV-MERS), le réseau GROG de notre région sera sollicité en 2013-2014 non seulement pour la surveillance des virus grippaux déjà connus, mais aussi pour identifier des syndromes respiratoires qui pourraient être induits par de nouveaux virus émergents potentiellement responsables de formes cliniques graves (SDRA, Insuffisance rénale, encéphalites, myocardites, hépatites) et donc associés à des taux de mortalité élevés. La veille épidémiologique peut permettre dans ce cas de repérer, d'identifier et d'isoler les porteurs de ces nouveaux virus afin d'éviter des événements de transmission en chaîne et également de mieux prendre en charge ces patients en milieu hospitalier afin de limiter les risques de complications graves liés à des pathologies chroniques cardiovasculaires ou à une immunodépression. Dans ce contexte, la notion de veille épidémiologique virale prend alors tout son sens et elle répond en tout point à la définition moderne des actions en santé publique au sein de notre vaste région constituée de quatre départements.

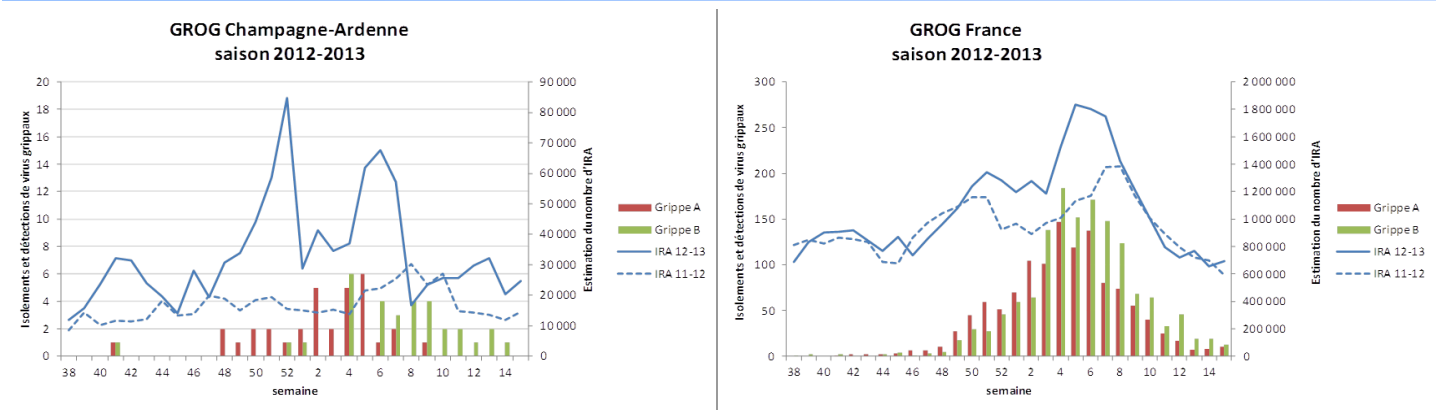
Surveillance épidémiologique, clinique et virologique des cas de grippe en médecine ambulatoire en Champagne Ardenne par le Réseau GROG CHARD

Laurent Andréoletti (PU-PH)
Laboratoire de Virologie Médicale et Moléculaire, CHU et EA-4684 Faculté de médecine de Reims, France
Responsable du Réseau GROG-CHARD

Le groupe régional d'observation de la grippe (GROG) en Champagne-Ardenne (CHARD) a été mis en place en 2003 et il regroupe actuellement 14 médecins généralistes et 5 pédiatres sur les trois départements de la région. Il permet une surveillance hebdomadaire des taux d'infection aiguës respiratoires en médecine de ville ainsi qu'une veille virologique (virus de la grippe et virus respiratoires communs) grâce à la réalisation hebdomadaire de prélèvements respiratoires analysés au CHU de Reims (Laboratoire de virologie médicale et moléculaire).

Le seuil épidémique de la grippe (données nationales et régionales GROG) a été franchi pendant 11 semaines, de fin décembre (sem. 51/2012) à début mars (sem. 9/2013), avec un pic fin janvier-début février (sem. 5 et 6/2013). La période d'activité grippale a été comparable en Champagne-Ardenne à celle relevée au niveau national (Figure 1). L'épidémie de grippe y a été un peu plus longue mais de moindre intensité qu'au plan national. Elle a culminé fin janvier-début février (semaine 5) (Figure 1). Toutes les tranches d'âge ont été concernées par la grippe avec, comme habituellement, un impact beaucoup plus fort chez l'enfant (1 enfant sur 3) et moindre chez les seniors (données non montrées). Au pic épidémique, la proportion des infections respiratoires aiguës (IRA) d'allure grippale au sein des actes de médecine générale était augmentée de 95% par rapport à la moyenne du mois d'octobre 2012.

Figure 1. Infections Respiratoires Aiguës (IRA) en médecine générale et en pédiatrie et nombre de virus grippaux isolés ou détectés en population générale - Saison 2012/2013 (comparaison avec IRA MG en France)
 Sources : Réseau des GROG, CNR des virus influenzae (Institut Pasteur, Paris) et laboratoires vigies GROG



Durant la saison 2012-2013, les médecins vigies ont réalisés 154 prélèvements respiratoires (système de prélèvement et de transport, Virocult, Corsham, UK) chez 59 enfants (0 à 15 ans) et 95 adultes (16 à 77 ans): les données épidémiologiques virologiques et cliniques de ces patients ont été répertoriées au moment de la consultation et un diagnostic final rétrospectif a été objectivé (Tableau 1).

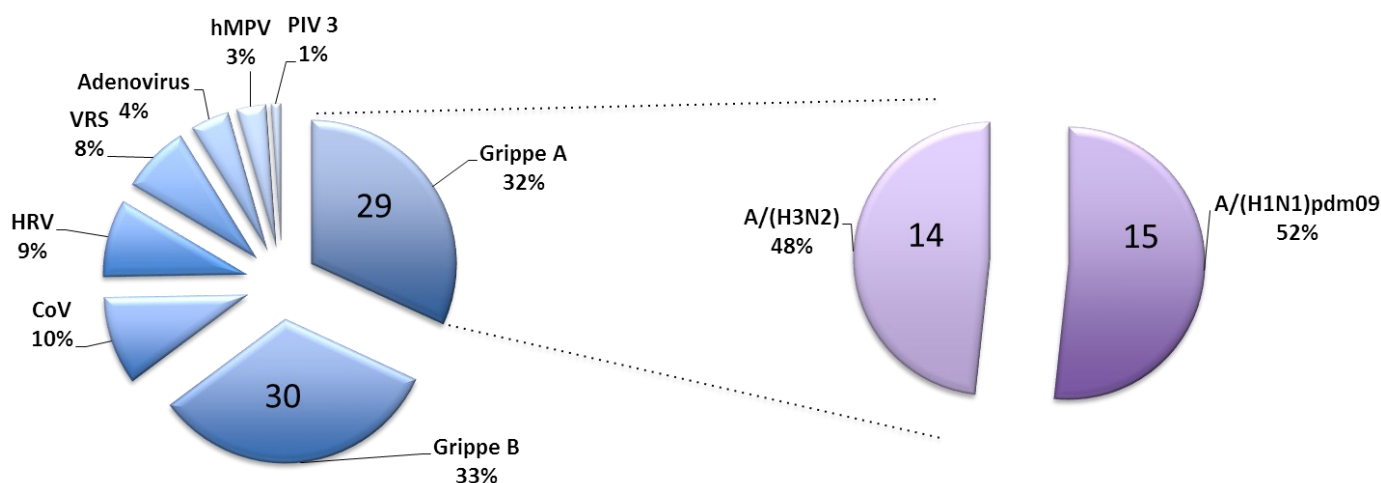
Tableau 1. Données démographiques et cliniques des Patients prélevés dans le cadre de la surveillance du GROG CHARD 2012-2013

Nombre de patients	154
Sexe (H/F)	85/69 (1,23)
Age (ans) moyenne (SD, extrêmes)	27,6 (20,5 ; 0-77)
Enfants (n=59)	6 (4,4 ; 0-15)
Adultes (n=95)	41 (14,2 ; 16-77)
Diagnostic clinique final	
ILI* (n)	132
rhinopharyngite (n)	14
bronchiolite (n)	8
Délais (j) entre le début des symptômes et le prélèvement	1,32 (0,91; 0-6)
Délais moyen (j) d'acheminement du prélèvement	2,41 (1,15 ; 1-6)

ILI*: influenza like syndrome ; définition CEE

Quatre vingt-onze (59%) des 154 prélèvements respiratoires réalisés dans des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) par les médecins du réseau GROG CHARD se sont révélés positifs pour la détection d'un virus respiratoire parmi lesquels ont été identifiés les souches suivantes: grippe B (33%), grippe A (32%), Coronavirus souches classiques (CoV) (10%), Rhinovirus humains (HRV) (9%), Adenovirus (4%) , metapneumovirus humain (HMPV) (3%), Para-influenza III (PIV III)(1%). Parmi les 29 cas de grippe A, 14 ont été sous-typés comme étant des virus H3N2 (48%) et 15 comme étant des virus H1N1pdm09 (52%) (Figure 2). Comme au niveau national, les virus grippaux de type B et de sous-type A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) ont co-circulé dans le Nord-Est (Figure 1). Les virus de type B ont été un peu moins actifs que dans les autres régions (données non montrées). Au final, les virus grippaux de type B et de sous-type A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) ont co-circulé en trois vagues superposées (Figure 1). Cette co-circulation grippale a entraîné un franchissement du seuil épidémique GROG pendant 12 semaines (durée moyenne des épidémies de grippe depuis 1989 : 8 semaines), soit 2,5 fois plus long qu'en 2011/2012 (données nationales GROG). Tous les isolats de grippe testés étaient sensibles aux inhibiteurs de la neuraminidase.

Figure 2. Résultats virologiques : GROG CHARD 2012-2013
91 (59%) des 154 écouvillons respiratoires positifs par (RT)-PCR MWR :
Pas de co-infection Grippe A/B avec un autre virus respiratoire



Au niveau clinique, les 59 cas de grippe documentés ont présenté des signes cliniques classiques (fièvre (39.8°C) (38.6-41°C), toux et début brutal) associés dans 28% des cas de grippe A à des troubles digestifs (Tableau 2). Dans 15 des 59 cas de grippe documentés, on a répertorié des terrains à risques de complications sévères (diabète, grossesse, obésité (IMC>32), maladies cardiovasculaires ou pulmonaires chroniques). Cliniquement un seul patient a présenté une complication clinique à type d' « epistaxis ». Aucun patient du GROG n'a été admis en réanimation ou soin intensif durant la saison 2012-2013 (Tableau 2) . Sur les 59 patients infectés par la grippe A/B, 13 (22%) ont bénéficiés d'un traitement par oseltamivir, alors que 13 (14%) patients parmi les 95 négatifs pour la grippe ont vu leur traitement antiviral stoppé au regard de leur statut virologique. Enfin parmi les 59 patients infectés par la grippe A ou B, 4 (7%) avaient été vaccinés en octobre-novembre 2012 par le vaccin grippe saisonnier (données non montrées).

Tableau 2. Données cliniques des patients GROG CHARD 2012-2013

	Grippe A	Grippe B	Autres virus	Négatif	Total
Nb total	29	30	32	63	154
	%	%	%	%	%
Signes					
Fièvre	100	97	84	94	94
Début brutal	97	100	91	95	95
Toux	90	90	91	81	86
Rhinite/Coryza	83	87	91	75	82
Céphalées	90	77	78	76	79
Pharyngite	38	50	31	38	39
Signes digestifs	28	13	16	21	19
Otite/otalgie	3	10	16	8	9
Bronchite/bronchiolite	0	7	16	2	5
Adénopathie	7	0	0	2	2
<hr/>					
	Grippe A	Grippe B	Autres virus	Négatif	Total
Nb total	29	30	32	63	154
Facteurs de risque					
grossesse	1	0	0	0	1
IMC>=30	0	1	1	2	4
diabète	2	0	0	3	5
maladie cardiovasculaire	1	5	0	6	12
maladie chronique					
pulmonaire	2	2	0	4	8
immunodépression	0	0	0	0	0
Vaccination	2	2	2	2	8
Complication clinique	1	0	1	3	5
Reanimation	0	0	0	0	0
DC	0	0	0	0	0

Le réseau GROG CHARD est un exemple de structure de surveillance épidémiologique et virologique pour une pathologie infectieuse à prévention vaccinale. Ce réseau régional participe à la détection précoce et à l'apparition et la circulation de virus grippaux potentiellement responsables de syndromes grippaux sévères en Champagne Ardenne et sur le territoire métropolitain. Pour la saison épidémique 2012-2013, les virus grippaux de type B et de sous-type A(H1N1) pdm09 et A(H3N2) ont co-circulé entraînant un franchissement du seuil épidémique GROG pendant 12 semaines (durée moyenne des épidémies de grippe depuis 1989 : 8 semaines), soit 2,5 fois plus long qu'en 2011/2012 en France et en Champagne Ardenne (données nationales GROG). A partir de ces données, selon la méthodologie GROG, un calcul fait par extrapolation des données pendant la période épidémique de la région (soit cette saison de mi-décembre à fin février) permet d'estimer à 197 000 le nombre de patients ayant consulté pour une infection grippale en Champagne-Ardenne au cours de la période épidémique de grippe 2012-2013 ; plus de 44% de ces patients étaient âgés de moins de 15 ans.

Remerciements :

GROG National : Dr Jean Marie Cohen, Dr Anne Mosnier, Isabelle Daviaud, Marion Quesne

GROG CHARD : Catherine HENRY (secrétariat CHU virologie) , les 14 médecins généralistes et les 5 Pédiatres Vigies

Laboratoire de Virologie Médicale du CHU de REIMS :

Dr N Lévêque, Dr F Renois, Dr Y Nguyen, Dr V Brodard, le personnel technique du laboratoire.

Pour en savoir plus :

<http://www.grog.org>

<http://www.invs.sante.fr/>

Bilan de la surveillance hivernale 2012-2013 en Champagne-Ardenne : cas groupés d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de Gastro-entérites Aiguës (GEA) dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad)

Ibrahim MOUNCHETROU NJOYA, Cire Ile-de-France et Champagne-Ardenne

Introduction

Comme chaque hiver, les Ehpad subissent des épidémies d'infections respiratoires aiguës et/ou de gastro-entérites aiguës. L'IRA demeure la première cause de mortalité d'origine infectieuse en Ehpad et la première cause infectieuse de transfert vers l'hôpital (1).

L'incidence des IRA dans les Ehpad est estimée, selon plusieurs études, entre 0.3 et 2.5 épisodes pour 1000 jours-résident, avec une médiane à 1 épisode pour 1000 jours-résidents. Cette incidence est 30 fois plus élevée que celle observée dans la population générale et 10 fois plus élevée que celle rapportée dans la population des 75 ans et plus vivant en communauté (2). Le taux d'attaque moyen est de 25% parmi les résidents et la létalité moyenne de 4% (2).

Concernant les cas groupés de GEA en établissement de long séjour, d'après une revue de la littérature internationale des articles publiés de 1997 à 2007 (3), 69% de ces épisodes étaient d'origine virale dont 83% dus à norovirus. Le nombre moyen de cas par épisode était de 47 (médiane 35) pour les épisodes viraux et de 25 (médiane 16) pour les épisodes bactériens. La transmission était alimentaire pour 52% d'épisodes d'origine bactérienne et inter-humaine pour 71% de ceux d'origine virale. La létalité globale était de 2%, plus élevée pour les infections bactériennes (7%) que pour les infections virales (0.7%).

Les IRA et GEA au sein des collectivités de personnes âgées ont un impact important, tant sur la santé des résidents que sur la désorganisation des services engendrée par les arrêts de travail du personnel. La surveillance des cas groupés au niveau de chaque établissement permet d'identifier précocement le début de l'épidémie au sein de la collectivité afin de mettre en place rapidement les mesures de gestion et de limiter l'impact sur la santé des résidents et du personnel. Le signalement de ces événements permet, si besoin, de demander une aide à la mise en place des mesures de gestion et sert de support à la surveillance épidémiologique et virologique.

Les recommandations du HCSP rappellent l'importance des bonnes pratiques d'hygiène en matière de prévention de la transmission des IRA et des GEA. Elles constituent un objectif vers lequel doit tendre toute collectivité de personnes âgées.

Tableau 1 : Répartition par département des cas groupés d'IRA/GEA signalés en Champagne-Ardenne

Département	Nombre d'Ehpad	IRA			GEA		
		Nombre d'épisode	% par département	Taux de signalement (%)	Nombre d'épisode	% par département	Taux de signalement (%)
Ardennes	39	2	10	5.1	5	25	12.8
Aube	39	2	10	5.1	5	25	12.8
Haute-Marne	23	8	40	34.8	5	25	21.7
Marne	47	8	40	17.0	5	25	10.6
Total	148	20	100	13.5	20	100	13.5

Les objectifs de la surveillance des cas groupés d'IRA et de GEA sont de suivre la dynamique des épidémies en Ehpad et les facteurs de risques associés à ces épidémies afin d'adapter les mesures de contrôle et réduire l'impact des cas groupés sur la morbi-mortalité des résidents.

Ce bulletin a pour objet de présenter les résultats de la surveillance hivernale 2012-13 des épisodes d'IRA et de GEA dans les Ehpad de la région Champagne-Ardenne suite à la sensibilisation des Ehpad au signalement de ce type d'événement.

Matériel et méthode

La période de la surveillance hivernale s'est étendue comme au niveau national du 1^{er} octobre 2012 (semaine 40/2012) au 16 avril 2013 (semaine 16/2013).

1) Dispositif régional et outils d'aide à la gestion

En septembre 2012, un groupe de travail (GT) grippe a été mis en place en Champagne-Ardenne, réunissant l'ensemble des acteurs et partenaires de la veille sanitaire régionale concerné par cette thématique (Cire, ARS, virologues, Arlin, équipes opérationnelles d'hygiène et personnel d'Ehpad). Au terme de ce travail, une lettre d'information réalisée conjointement par l'ARS, la Cire et l'ARLIN a été adressée aux équipes opérationnelles d'hygiène (EOH), laboratoires d'analyse de biologie médicale (LABM) et Ehpad de Champagne-Ardenne. Parmi les difficultés recensées, ressortaient : le problème de la recherche étiologique et de la gestion efficace des épisodes. Pour faciliter la recherche étiologique des IRA en Ehpad, le GT a préconisé la formation du personnel soignant d'Ehpad au prélèvement nasopharyngé et l'acquisition des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) par les LABM pour ainsi ravitailler en permanence les Ehpad partenaires.

Des outils simples d'auto-surveillance et de gestion des épidémies ont été élaborés ou sélectionnés du rapport du HCSP et fournis aux Ehpad : une fiche pratique de conduite à tenir résumant le nouveau rapport du HCSP sur la grippe, un arbre décisionnel pour la recherche virologique de la grippe, des courbes épidémiques de surveillance annuelle IRA/GEA, des fiches de signalement types IRA/GEA.

2) Critères et circuit de signalement

Conformément aux recommandations du HCSP de janvier 2010 pour les GEA et de juillet 2012 pour les IRA, les critères de signalement étaient les suivants :

- **Cas groupés d'IRA** : survenue d'au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours parmi les personnes résidentes.
- **Cas groupés de GEA** : survenue d'au moins 5 cas de GEA dans un délai de 4 jours parmi les personnes résidentes.

Le circuit de signalement différait en fonction du statut des Ehpad. Les Ehpad rattachés à un établissement de santé (ES) effectuaient leur signalement au circuit CCLIN (via e-Sin), les Ehpad non rattachés à un ES signalaient directement au point focal régional de l'Agence Régionale de Santé (ARS) à l'aide de la fiche de signalement correspondant aux cas groupés d'IRA ou de GEA.

Toutefois, par soucis de regroupement des signaux et d'homogénéisation des données de surveillance épidémiologique, il a été demandé aux Ehpad rattachés aux ES de faire un double signalement : via e-Sin 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 concernée la remplisse.

Le signalement de ces événements devait permettre au minimum d'identifier l'Ehpad concerné, le déclarant, de décrire succinctement l'événement (nombre de cas chez les résidents et chez le personnel, décès éventuels, début de l'épidémie et vérification de la mise en place des mesures de contrôle). Il permettait également de solliciter une aide éventuelle de l'ARS ou l'ARLIN pour la gestion voire de la Cire pour l'investigation de cet événement.

Les informations supplémentaires étaient renseignées : le statut vaccinal contre la grippe chez les résidents et le personnel, la recherche étiologique, le nombre de cas hospitalisés, les investigations réalisées, les problèmes rencontrés.

Le besoin de soutien extérieur était lié à la présence des critères d'intervention, à savoir :

- Une demande de l'établissement ;
- 3 décès en moins de 8 jours ;
- 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée ;
- Une absence de diminution de l'incidence dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.

Les établissements étaient invités à transmettre un bilan final de l'épisode après la fin de l'épidémie, c'est-à-dire 7 jours en moyenne après la survenue du dernier cas.

3) Analyse des signalements

Les données de signalement recueillies étaient vérifiées voire complétées, puis saisis par l'ARS dans l'application informatique dédiée, gérée par l'InVS. L'analyse de ces données a pris en compte les signalements de cas groupés d'IRA/GEA survenus entre les semaines 40/2012 et 16/2013 en Ehpad/USLD et saisis dans l'application. Les données manquantes ont été prises en compte.

Résultats

La Champagne-Ardenne compte 148 Ehpad (avec activité de soin). Dans le cadre de la surveillance hivernale des cas groupés d'IRA et des GEA en Ehpad, un total de 40 foyers a été signalé entre le 1^{er} octobre 2012 et le 16 avril 2013 : 20 épisodes d'IRA et 20 épisodes de GEA. La répartition par département de ces foyers illustrée par le tableau 1 montre que 80% des foyers d'IRA étaient signalés dans les départements de la Haute-Marne et de la Marne, avec une répartition similaire, tandis que les foyers de GEA étaient répartis de façon équitable dans les 4 départements (25% chacun).

1) Caractéristiques des signalements des cas groupés d'IRA

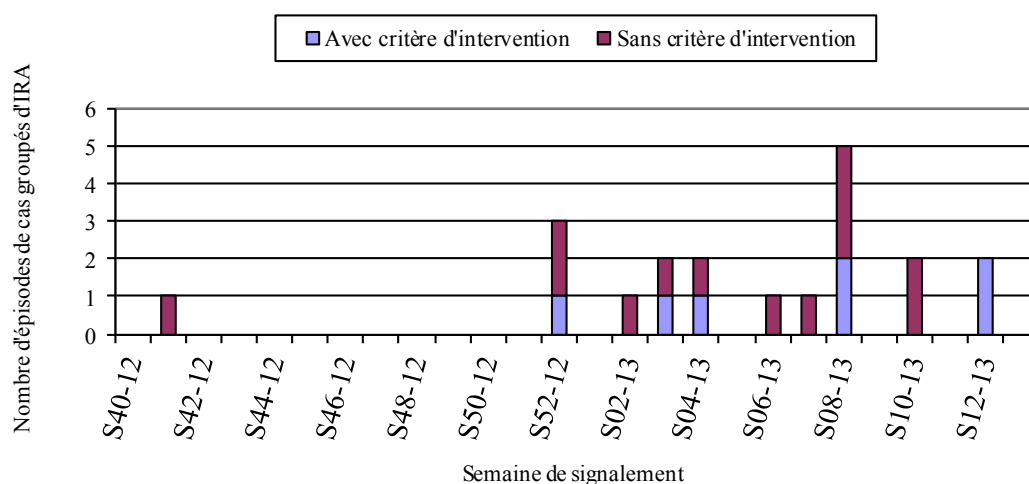
Nombre d'épisodes et distribution temporelle

Entre le 1^{er} octobre 2012 et le 16 avril 2013, 20 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés dans les Ehpad en Champagne-Ardenne, soit environ 3% des signalements recensés au niveau national pendant la même période (4).

Parmi les 20 notifications des foyers d'IRA :

- 9 concernaient des Ehpad rattachés à un établissement de santé,
- Aucun établissement n'a signalé plus d'un épisode,
- 7 signalements, soit 35% du total présentaient au moins un critère d'intervention, et pour la majorité des signalements (5/7), ce critère concernait l'apparition de 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée.
- Le 1^{er} épisode est survenu en semaine 41/2012 et le dernier en semaine 12/2013. Soixante pourcent des signalements étaient survenus entre les semaines 2 à 8/2013 avec un pic en semaine 8 (Figure 1).

Figure 1. Nombre de cas groupés d'IRA selon les critères d'intervention, Champagne-Ardenne



Taux d'attaque et durée de l'épisode

En Champagne-Ardenne, l'ensemble des épisodes de cas groupés d'IRA déclarés comptait 407 résidents malades sur un total de 2191 (tableau 2). Le taux d'attaque chez les résidents était en moyenne de 22.9% (min : 5.4% et max : 66.7%) contre 10.2% (min : 0 et max : 100) chez le personnel (64 membres du personnel malades sur 1231).

Tableau 2 : Caractéristiques des cas groupés d'IRA signalés en Champagne-Ardenne

	Episode d'IRA (n=20)			
	Total	Moyenne	Min	Max
Nombre de cas d'IRA résidents*	407	22.6	5	66
Taux d'attaque chez les résidents* (%)	-	22.9	5.4	66.7
Nombre d'hospitalisation*	40	2.2	0	9
Taux d'hospitalisation* (%)	-	9.1	0	34.6
Nombre de décès*	17	0.9	0	5
Létalité* (%)	-	4.3	0	30.8
Nombre de cas d'IRA personnel	64	3.2	0	11
Taux d'attaque chez le personnel (%)	-	10.2	0	100
Durée des épisodes (jours)	274	13.7	3	44
Délai de mise en place des mesures de gestion (jours)	59	3.5	0	15

*2 données manquantes

Les épisodes ont duré en moyenne 2 semaines (min : 3 jours et max : 44 jours). Dix-huit établissements ont envoyé le bilan final de l'épidémie, et le délai de réception de ce bilan final était en moyenne de 2 semaines (min : 0 jour et max : 82 jours).

Mesures de gestions et de prévention

La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière des résidents des Ehpad était en moyenne de 87, 9 % (min : 70,6% et max : 100%) contre 13.8 % (min : 0 et max : 26.32) chez le personnel.

17 établissements ont renseigné la date de mise en place des premières mesures de contrôle, le délai moyen de mise en place de ces mesures était de 3.5 jours (min : 0 jour et max : 15 jours) (tableau 2). Dès l'apparition du premier cas, les mesures de contrôle étaient mises en place dans les 48 heures pour 10 épisodes et au-delà de 48 heures pour 7 épisodes. La chimioprophylaxie antivirale était mise en place dans 4 épisodes (4/20, avec 4 données manquantes) (tableau 3). 13 établissements sur 20 ont renvoyé la courbe épidémique (65%).

Tableau 3 : Description des mesures de contrôle devant des cas groupés d'IRA

Mesures de contrôle	Nombre d'épisode	%
Renforcement de l'hygiène des mains	17 (3 données manquantes)	85
Précautions type « gouttelettes »	15 (3 données manquantes)	75
Limitations des déplacements des malades	19 (1 donnée manquante)	95
Arrêt ou limitation des activités collectives	14 (4 données manquantes)	70
Chimioprophylaxie antivirale	4 (4 données manquantes)	20
Information des visiteurs	13 (4 données manquantes)	65

Recherche étiologique

L'étiologie d'IRA a été recherchée dans 45% des épisodes (9 épisodes/20). Parmi ces 9 épisodes, la TDR était positive pour au moins 1 cas dans 6 épisodes.

2) Caractéristiques des signalements de cas groupés de GEA

Nombre d'épisode et distribution temporelle

Vingt épisodes de cas groupés de GEA en Ehpad ont été signalés en Champagne-Ardenne durant l'hiver 2012-2013. On a noté une égalité parfaite en nombre de signalements dans les 4 départements de la région. Le meilleur taux de signalement étant observé pour les Ehpad de la Haute-Marne : 21, 7 % (Tableau 1). Aucun établissement n'a signalé plus d'un événement pendant toute la période de surveillance.

Ces signalements s'étendaient de la semaine 47 à la semaine 12, avec un maximum de 3 signalements par semaine (figure 2).

Taux d'attaque et durée

Les principales caractéristiques des épisodes de cas groupés de GEA signalés en Champagne-Ardenne sont présentées dans le tableau 4. Parmi les 2191 résidents, 809 ont présenté des signes de GEA pendant l'hiver. En moyenne le taux d'attaque était de 42,2% chez les résidents contre 16% chez le personnel (3 données manquantes), avec 208 personnels malades sur 1371.

Les épidémies de GEA ont duré en moyenne 2 semaines (min : 3 jours et max : 45 jours). Le délai de réception du bilan final était en moyenne de 10 jours (min : 2 jours et max : 29 jours).

Figure 2 : Distribution temporelle des cas groupés de GEA, Champagne-Ardenne

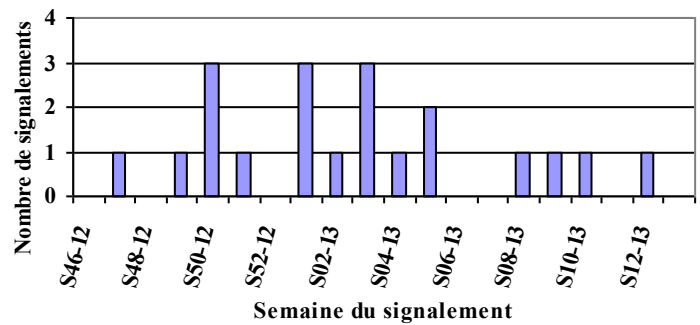


Tableau 4 : Caractéristiques des cas groupés de GEA signalés en Champagne-Ardenne

	Episode de GEA (n=20)			
	Total	Moyenne	Min	Max
Nombre de cas de GEA résidents	809	40.5	11	94
Taux d'attaque chez les résidents (%)	-	42.2	16.4	74.2
Nombre d'hospitalisation	5	0.3	0	3
Taux d'hospitalisation (%)	-	0.5	0	5.2
Nombre de décès	2	0.1	0	2
Létalité (%)	-	0.2	0.0	3.5
Nombre de cas de GEA personnel	208	10.9	0	30
Taux d'attaque chez le personnel (%)	-	16.0	0.00	44.4
Durée des épisodes (jours)	251	13.7	3	45
Délai de mise en place des mesures d'hygiène (jours)	62	3.1	0	30

Mesures de gestion et de prévention

Les différentes mesures de contrôle mise en place pour limiter la transmission épidémique sont décrites dans le tableau 5. Tous les Ehpad ont renseigné la date de mise en place des premières mesures de contrôle, et 17 d'entre eux ont pris des mesures dans les 48 heures suivant la détection du 1^{er} cas.

Cependant 2 établissements ont pris des mesures après 2 semaines d'évolution de l'épidémie (17 et 30 jours). Quatre établissements ont reçu un appui pour la gestion ou l'investigation de l'épisode (ARS/Cire, ARLIN ou réseau local d'hygiène).

Seulement 3 établissements sur 20 n'ont pas envoyé de courbe épidémique.

Recherches étiologiques

Des recherches étiologiques ont été réalisées pour 9 signalements (45% d'épisodes). Du Norovirus a été identifié dans 7 épisodes (77.8%), dont 1 associé à du Rotavirus. Aucune étiologie n'a été trouvée pour les 2 épisodes restant.

Discussion

Le nombre de signalement pendant l'hiver 2012-2013 a été légèrement inférieur à celui de l'hiver 2011-2012 pour les IRA (respectivement 20 cas groupés contre 26) et égal pour les GEA (20 cas groupés). Ces chiffres ne permettent pas d'apprécier l'effet de la sensibilisation des Ehpad réalisée en début de surveillance. La comparaison détaillée avec les données historiques a été difficile du fait de l'absence de formalisation du dispositif de surveillance les années précédentes. Néanmoins, il faut tenir compte du changement majeur survenu en juillet 2012, à savoir la modification du critère de signalement pour les cas groupés d'IRA, passant de : « au moins 3 cas d'IRAB en 8 jours chez les résidents ou des membres du personnel partageant les mêmes lieux » à « au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours parmi les résidents », s'alignant ainsi avec la définition pour les cas groupés de GEA. Ceci a très probablement modifié la sensibilité de ce critère et ne permettant pas une comparaison brute des données observées.

Tableau 5 : Description des mesures de contrôle devant des cas groupés de GEA

Mesures de contrôle	Nombre d'épisode	%
Renforcement des mesures d'hygiène	20	100
Nettoyage classique	13 (4 données manquantes)	65
Précautions type « contact »	19	95
Limitations des déplacements des malades	19 (1 donnée manquante)	95
Arrêt ou limitation des activités collectives	17 (1 donnée manquante)	85
Mise à l'écart des soins et de la préparation des repas du personnel malade	13 (1 donnée manquante)	65
Information des visiteurs	19 (1 donnée manquante)	95
Bio nettoyage	16 (1 donnée manquante)	80
Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution, ...)	10 (2 données manquantes)	50

Surveillance épidémiologique

Pour les Ehpad rattachés à un établissement de santé, la double déclaration via e-sin et via la fiche de signalement InVS paraît trop complexe et peut représenter un frein au signalement.

Concernant les cas groupés d'IRA, on a noté un pic des signalements en semaine 08/2013 (figure 1), une semaine après le pic d'incidence régional observé en médecine de ville (données non publiées du réseau unifié).

Le même constat a été fait au niveau national, avec un pic de signalement des cas groupés en Ehpad observé en semaine 09/2013 (4), deux semaines après le pic d'incidence nationale observé en médecine de ville. Ce décalage dans le temps des pics observés en médecine de ville et en Ehpad est en faveur d'une introduction des virus par le biais des visiteurs ou du personnel soignant.

D'où l'importance des mesures de sensibilisation dans la population générale pour protéger les personnes âgées fragiles vivant en institution.

En 2012-13, l'épidémie hivernale de grippe a été très longue, mais avec une intensité modérée comparée à celle de 2011-12.

Chez les résidents, le taux d'attaque moyen des IRA était de 23% par épisode de cas groupés, inférieur au taux d'attaque moyen national (28%). La létalité moyenne est quant à elle supérieure en Champagne-Ardenne par rapport au niveau national (4,25% vs 3%), restant toutes inférieures à celle de 2011-12.

Concernant les outils mis à disposition des Ehpad, les courbes épidémiologiques ont été transmises à l'ARS dans 65% des épisodes d'IRA et 85% des épisodes de GEA. Ces chiffres intéressants soulignent néanmoins des difficultés d'élaboration de ces courbes, en lien probable avec une mauvaise préparation à leur utilisation d'une part et avec la complexité du circuit de signalement pour les Ehpad rattachés à un ES d'autre part.

Les épisodes d'IRA/GEA ont duré en moyenne 2 semaines, avec néanmoins des extrêmes à 44/45 jours. Ce chiffre souligne les difficultés éventuelles à maîtriser ces épisodes, le plus souvent suite au retard à la mise en place des mesures de contrôle ou à l'entretien de l'épisode épidémique par les allers et venues des personnes au sein de l'établissement (personnel et visiteurs).

La couverture vaccinale contre la grippe des résidents était en moyenne de 87%, légèrement supérieure à celle observée au niveau national, alors que celle du personnel était inférieure (13%) à celle observée au niveau national (22%) (4). Ces données montrent une fois de plus que le taux de couverture vaccinal du personnel très insuffisant. Il faut rappeler que le fait d'être en collectivité favorise le risque d'épidémie.

Selon les recommandations du HCSP, la vaccination des personnes âgées et des professionnels de santé demeure la mesure de prévention essentielle. De plus la vaccination du personnel soignant dans les collectivités de sujets âgés pourrait entraîner une diminution de la mortalité des résidents.

Le virus de la grippe a été recherché dans 45% d'épisodes, légèrement au dessus de l'observation nationale (41%). Parmi ces épisodes, 67% ont été confirmés comme liés à la grippe contre 60% au niveau national. Ces chiffres montrent que la recherche du virus grippal est encore rarement effectuée. Néanmoins, une amélioration de ces chiffres est attendue pour l'hiver 2013-14 avec le renforcement du dispositif régional de surveillance.

Concernant les GEA, 45% d'épisodes ont fait l'objet d'une recherche étiologique, et le norovirus a été retrouvé dans environs 4/5 d'épisode, ce qui est en accord avec les données de la littérature (3).

Si l'ensemble des établissements ont rapporté la mise en place des mesures de contrôle, leur délai de mise en œuvre à partir de la date de début de signes du 1^{er} cas apparait encore souvent trop long pour limiter efficacement la diffusion de l'épidémie au sein de la collectivité.

Conclusion

Ce premier bilan relatif à la surveillance des cas groupés d'IRA/GEA en Ehpad en Champagne-Ardenne souligne la nécessité d'une bonne coordination entre les acteurs régionaux (ARS, ARLIN et Cire) mais également une bonne coordination au sein des Ehpad (médecin coordonateur et autres personnels soignants).

Toutefois, nous avons noté une prise en compte croissante du risque épidémique liés aux épisodes infectieux par les collectivités de personnes âgées en Champagne-Ardenne, même si la prévention et la prise en charge des foyers d'IRA/GEA peuvent encore être renforcées.

L'analyse a porté sur les signalements survenus entre les semaines 40/2012 et 16/2013, nous avons par ailleurs noté la survenue des foyers d'IRA/GEA en dehors de la période hivernale, montrant ainsi la nécessité de maintenir une vigilance tout au long de l'année, comme l'a préconisé le rapport du HCSP de juillet 2012.

Le dispositif régional mise en place en 2012 sera renforcé l'année prochaine.

Références

1. *Haut Conseil de la Sante Publique. CONDUITE À TENIR DEVANT UNE OU PLUSIEURS INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS DANS LES COLLECTIVITÉS DE PERSONNES ÂGÉES [Internet]. France: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 juill p. 9. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf*
2. *Haut Conseil de la Sante Publique. CONDUITE À TENIR DEVANT UNE OU PLUSIEURS INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS DANS LES COLLECTIVITÉS DE PERSONNES ÂGÉES [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 juill p. 12-13. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf*
3. *Haut Conseil de la Sante Publique. Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées [Internet]. France: Haut Conseil de la Santé Publique; 2010 janv p. 10. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20100129_gastro.pdf*
4. *Emmanuel Belchior et al. Bulletin épidémiologique grippe. Point au 16 avril 2013. [Internet]. Institut de Veille sanitaire; 2013 avr. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance>*

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

Si vous souhaitez être inscrit sur la liste de diffusion du BVS en format électronique, merci d'adresser votre demande à l'adresse ars-idf-cire@ars.sante.fr

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

Rédacteur en chef : Stéphanie VANDENTORREN, responsable de la Cire Ile-de-France Champagne-Ardenne

Coordination du numéro et maquette : Nicolas Carré, Emeline Leporc,

Comité de rédaction : Elsa Baffert, Clément Bassi, Nicolas Carré, Cécile Forgeot, Céline Legout, Emeline Leporc, Ibrahim Mouchetrou, Annie-Claude Paty,

Diffusion : Cire Ile-de-France Champagne-Ardenne - 35, rue de la Gare 75019 Paris

Tél. : 01 44 02 08 16 - Fax : 01 44 02 06 76 - Courriel: ars-idf-cire@ars.sante.fr