

Bulletin de veille sanitaire – N°15 / Décembre 2013

Page 2		Les intoxications au monoxyde de carbone, importance et enjeu du signalement en termes de santé publique, Aquitaine, période 2005-2012
Page 7		Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires et de gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées en Aquitaine, septembre 2012 – août 2013
Page 13		Point de situation en décembre 2013 sur l'adhésion à la campagne de vaccination contre les infections invasives à méningocoque B14:P1.7,16 en Pyrénées Atlantiques, cinq mois après sa mise en place fin juin 2013

Editorial

Patrick Rolland

Institut de veille sanitaire, Département de coordination des alertes et des régions, Cellule de l'InVS en région Aquitaine, Bordeaux

En cette période hivernale, nous vous proposons dans ce nouveau numéro du Bulletin de veille sanitaire (BVS) de faire un focus sur la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone (CO) et sur celle des infections respiratoires aiguës (IRA) et des gastro-entérites aiguës (GEA) en collectivités pour personnes âgées. Un point sur l'adhésion à la vaccination en Pyrénées-Atlantiques contre les infections invasives à méningocoque (IIM) B14:P1.7,16 vous est également proposé suite à l'épidémie de 2012-2013.

Le CO demeure une problématique de santé publique, à l'origine d'environ 4 000 intoxications par an en France dont près de 100 en Aquitaine, nécessitant une prise en charge médicale et des mesures de gestion immédiates. Mis en place en 2005, le dispositif de surveillance est en cours d'évaluation au plan national. Afin de le renforcer en Aquitaine, le Centre antipoison et de toxicovigilance de Bordeaux est désormais positionné en première ligne vis-à-vis des structures des urgences afin d'améliorer les signalements des intoxications.

Les personnes âgées en collectivités, population fragile, font l'objet d'une surveillance chaque hiver en termes d'épisodes d'IRA et de GEA. Elle contribue à la mise en place réactive

de mesures de contrôle pour réduire l'impact sanitaire de ces épisodes. En 2013, un Groupe d'échanges de pratiques professionnelles a été mis en place au sein de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Il vise à mutualiser les expériences acquises dans les régions et à proposer des orientations et des pratiques communes, afin de renforcer cette surveillance et les actions qui en découlent.

Depuis 2011, les Landes et les Pyrénées-Atlantiques ont été particulièrement touchés par la survenue de cas d'IIM B, avec notamment une situation épidémique de B14 :P1.7,16 dans les Pyrénées-Atlantiques en 2012-2013. Outre la campagne de vaccination mise en place, cette situation a démontré tout l'intérêt d'une surveillance permanente pour détecter les cas groupés et permettre la mise en place rapide des mesures de contrôle. Plus récemment, en novembre 2013, la mise en évidence réactive d'une épidémie d'IIM C en Dordogne a d'ailleurs aussi amené l'Agence régionale de santé à agir vite en promouvant la vaccination contre le méningocoque C, une vaccination recommandée depuis 2010 chez les 1-24 ans.

La cellule de l'InVS en région vous souhaite une bonne lecture et vous présente ses meilleurs vœux pour 2014.

Les intoxications au monoxyde de carbone, importance et enjeu du signalement en termes de santé publique, Aquitaine, période 2005-2012

Christine Castor (christine.castor@ars.sante.fr)¹, **Sabine Hautreux**², **Françoise Penouil**³

1/ Institut de veille sanitaire (InVS), Département de coordination des alertes et des régions (Dcar), Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux – 2/ Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine, Direction de la santé publique (DSP), Mission santé environnement (MSE), Bordeaux –

3/ Centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV), Bordeaux

Introduction

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz incolore, inodore, sans saveur et non irritant qui se mélange à l'air ambiant. Indétectable par nos sens, le CO est un gaz très toxique qui provoque chaque année en France une centaine de décès [1].

Le CO est le produit d'une combustion incomplète des matières carbonées (gaz naturel, butane, fioul, essence, pétrole, charbon, bois, éthanol, etc.). Les appareils à combustion, principalement ceux de chauffage, de production d'eau chaude, ou encore les moteurs thermiques, sont susceptibles de générer du CO sous certaines conditions :

- quantité insuffisante d'oxygène dans l'air (pièce calfeutrée, aération insuffisante, entrée d'air bouchée, etc.) ;
- présence d'impuretés dans les matières carbonées ;
- évacuation insuffisante des gaz de combustion (conduit mal raccordé, cheminée obstruée, etc.) ;
- utilisation prolongée ou inadaptée d'appareil ;
- dysfonctionnement de l'appareil.

L'inhalation et le passage dans le sang du CO empêche le transport d'oxygène vers les tissus. La sévérité de l'intoxication dépend de la durée et de l'intensité de l'exposition au CO. Les premiers symptômes les plus fréquents sont l'apparition de céphalées, une asthénie, des nausées ou des vomissements. Dans les formes plus graves, une perte de connaissance, des troubles neurologiques ou cardio-vasculaires peuvent entraîner un état de coma, puis la mort. Dans certains cas, des séquelles à long terme peuvent intervenir, regroupées sous le terme de syndrome post-intervallaire (signes neuropsychiatriques).

Depuis des décennies, les intoxications au CO font partie des préoccupations de santé publique. Le renforcement de la lutte contre ces intoxications, inscrit à la fois dans la loi de santé publique du 9 août 2004 et dans le plan national santé environnement, prévoyait, outre un renforcement de la réglementation et des actions d'information et de prévention, la mise en place d'un nouveau dispositif de surveillance de ces intoxications [2].

Ce dispositif, coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS), a été mis en place en France en 2005 avec un triple objectif :

- alerter sur les situations d'intoxication au CO, afin de prendre les mesures immédiates de gestion du risque en soustrayant les personnes exposées de la source d'émanation de CO et de prévenir les récives (enquête technique, prescription de travaux) ;
- décrire la répartition spatio-temporelle des intoxications, les circonstances de survenue et les facteurs de risque ;
- évaluer l'efficacité générale de la politique de prévention.

Modalité d'organisation de la surveillance

Présentation du dispositif

Tout signalement d'intoxication au CO suspectée ou avérée est transmis dans les meilleurs délais à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires placée au sein de l'Agence régionale de santé (ARS).

En Aquitaine, les structures des urgences, signalent les cas d'intoxication directement au Centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV), qui les complète avant de les transmettre à l'ARS (Figure 1). Quelles que soient les circonstances de survenue de l'intoxication, une enquête médicale est menée par l'ARS. Seules les intoxications au CO accidentelles domestiques ou survenues dans un établissement recevant du public (ERP), font l'objet d'une enquête environnementale par les techniciens environnementaux des ARS ou des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS).

L'enquête médicale repose sur un questionnaire standardisé et vise à décrire les caractéristiques démographiques, les symptômes (signes cliniques et biologiques), la prise en charge thérapeutique et l'évolution à 24 heures. L'enquête environnementale repose sur trois questionnaires standardisés et vise à décrire le local où s'est produit l'intoxication, la(es) source(s) d'émanation en lien avec l'intoxication, les facteurs favorisant, et le cas échéant, l'exécution des mesures correctrices.

Les questionnaires sont saisis par les personnes en charge de la réception du signalement et des enquêtes, sur l'application web « Siroco » afin de constituer la base de données nationale.

Critères de signalement

Le système de surveillance s'applique à toutes les intoxications au CO, suspectées ou avérées, survenues de manière accidentelle ou volontaire (tentative de suicide), dans l'habitat,

dans un local à usage collectif (ERP), en milieu professionnel ou en lien avec un engin à moteur thermique (comme un véhicule).

En 2008, les intoxications au CO liées à un incendie ont été exclues (par circulaire interministérielle) du domaine d'application du système de surveillance du fait qu'elles relèvent d'une stratégie de prévention différente.

Figure 1 - Dispositif de surveillance des intoxications au CO en Aquitaine, 2012-2013



Résultats

Nombre et répartition spatio-temporelle des intoxications

Depuis la mise en place du dispositif en 2005, une cinquantaine d'épisodes d'intoxication au CO est signalée chaque année en Aquitaine, soit 422 épisodes au cours des 8 dernières années, avec plus de 1 300 personnes impliquées (présentes au moment de l'épisode d'intoxication et potentiellement intoxiquées) (Figure 2).

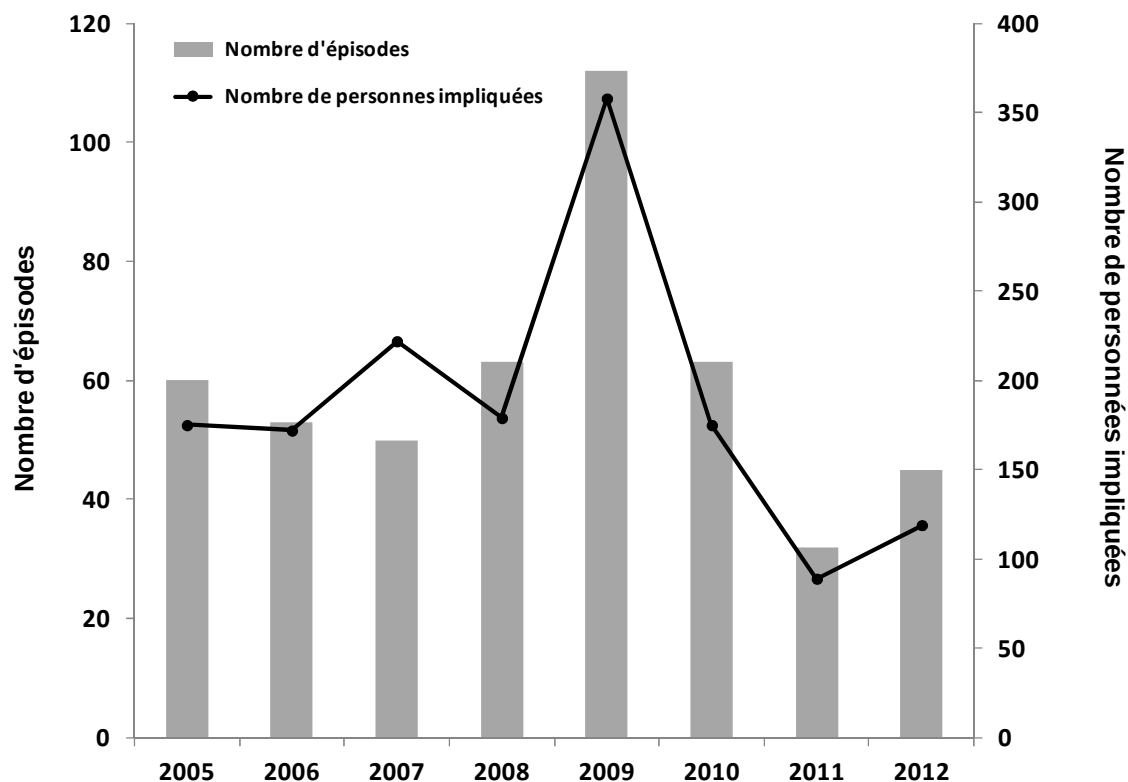
Toutefois, en 2009, le nombre d'épisodes signalés a doublé, conséquence de la tempête Klaus qui a balayé une partie de la région en janvier et de l'utilisation inappropriée de groupes électrogènes en raison des coupures d'électricité [3].

En 2012, un total de 45 épisodes impliquant 119 personnes a été signalé, soit un peu plus qu'en 2011, année caractérisée par un hiver plutôt doux en région Aquitaine comme dans le reste de la France.

D'après les données issues du dispositif de surveillance de 2009 à 2012 (période de non-déclaration des intoxications liées aux incendies), près de 86 % des épisodes sont survenus entre octobre et mars, avec un pic en janvier (Figure 3).

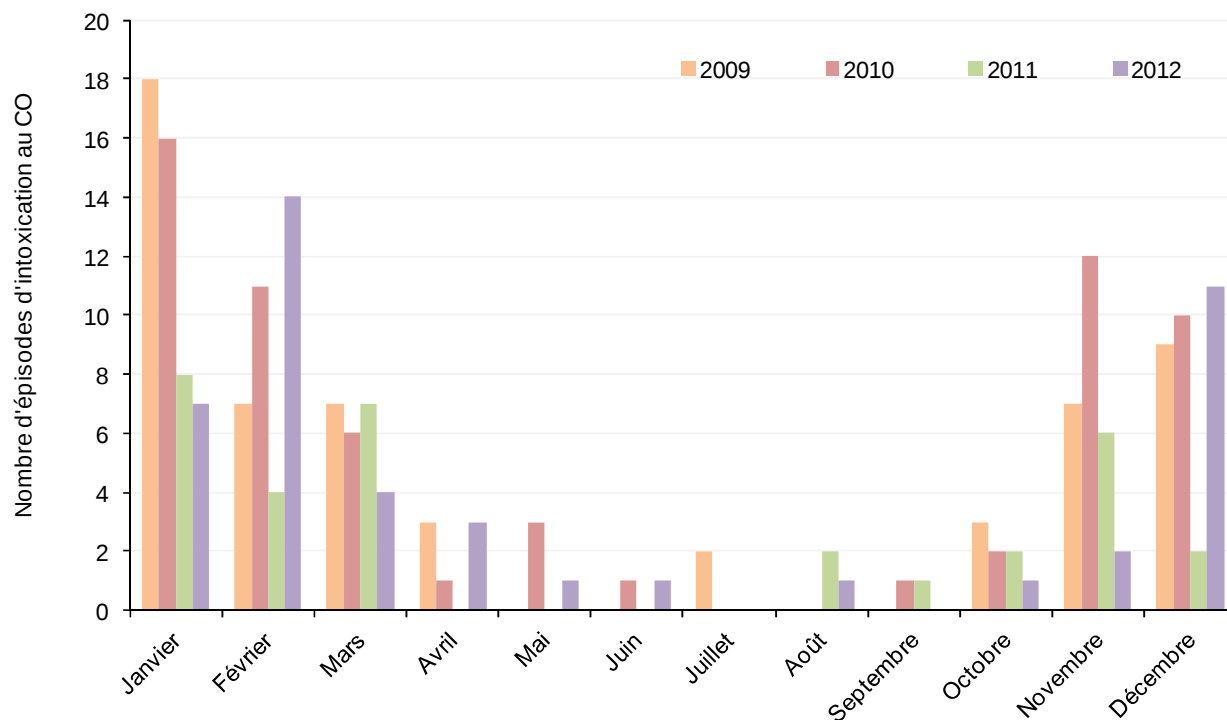
Près de la moitié des épisodes signalés depuis 2005 (43,4 %) concernait le département de la Gironde, qui recouvre environ 45 % de la population en Aquitaine (Tableau 1).

Figure 2 - Nombre annuel d'épisodes d'intoxication au CO et de personnes impliquées, Aquitaine, 2005-2012*



* incluant les épisodes liés à la tempête Klaus de 2009 (n=56) et les épisodes liés aux incendies de 2005 à 2007

Figure 3 - Nombre mensuel d'épisodes d'intoxication au CO, Aquitaine, 2009-2012*



* hors épisodes liés à la tempête Klaus de 2009 (n=56)

Tableau 1 - Nombre d'épisodes d'intoxication au CO par département, Aquitaine, 2005-2012*

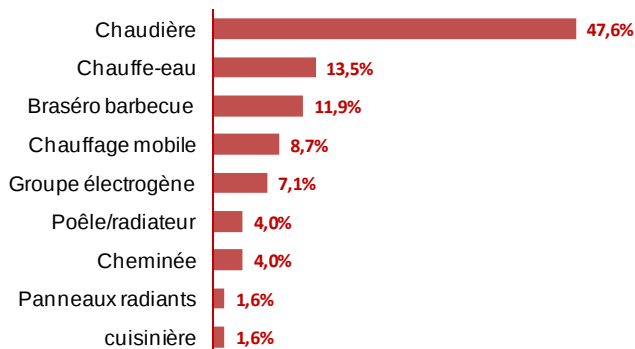
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total (%)
Dordogne	8	8	8	9	9	5	2	3	52 (12,3)
Gironde	30	19	18	31	25	27	14	19	183 (43,4)
Landes	5	6	4	7	5	5	3	4	39 (9,2)
Lot-et-Garonne	7	11	3	7	10	12	9	15	74 (17,5)
Pyrénées-Atlantiques	10	9	17	9	7	14	4	4	74 (17,5)
Aquitaine	60	53	50	63	56	63	32	45	422 (100,0)

* intoxications liées aux incendies incluses de 2005 à 2007 ; hors épisodes liés à la tempête Klaus de 2009 (n=56)

Circonstances de survenue, sources de l'intoxication et facteurs favorisants

Sur la base des données renseignées pour les quatre dernières années (n=189, hors épisodes liés à la tempête Klaus de 2009), 84,1 % des épisodes sont survenus dans l'habitat, 12,2 % en milieu du travail et 1,6 % dans un établissement recevant du public. Pour 4 épisodes, il s'agissait d'intoxications volontaires. En ce qui concerne les sources d'intoxications qui ont pu être renseignées sur cette période (n=126, hors épisodes liés à la tempête Klaus), les chaudières ont été identifiées ou suspectées comme étant à l'origine de près de la moitié des épisodes (47,6 %) (Figure 4). Les autres sources d'intoxication les plus fréquentes étaient le chauffe-eau (13,5 %) mais également l'utilisation, généralement inadaptée, d'un braséro ou d'un barbecue (11,9 %) à l'intérieur des locaux, en guise de chauffage de fortune.

Pour ces épisodes, un ou plusieurs facteurs favorisants l'intoxication ont pu être identifiés. Dans plus de la moitié des cas (53,3 %) un défaut d'aération des locaux a été mis en évidence (Tableau 2). Un défaut au niveau de l'appareil ou du conduit d'évacuation a été identifié dans plus d'un quart des cas (respectivement 30,3 % et 25,4 %). Dans plus de 20 % des cas, un événement météorologique de type grand froid, vents violents ou redoux a été évoqué, et dans un peu moins de 20 %, l'utilisation inadaptée d'un appareil à combustion (moteur thermique, braséro, barbecue). En ce qui concerne les épisodes où une chaudière a été identifiée ou suspectée comme source de l'intoxication, un défaut au niveau des conduits d'évacuation a été mis en évidence dans 57,1 % des cas, un défaut d'aération dans 50,0 % et un défaut de l'appareil dans 21,4 % des cas (données 2012). Pour ces épisodes, aucun défaut d'entretien ou d'utilisation inadaptée n'a été relevé.

Figure 4 - Proportion de sources d'intoxication au CO identifiées ou suspectées, Aquitaine, 2009-2012 (n=126)*

* hors épisodes liés à la tempête Klaus de 2009 (56 épisodes)

Tableau 2 - Nombre et pourcentage de facteurs favorisants l'intoxication au CO, Aquitaine, 2009-2012 (n=122)*

Facteurs favorisants ¹	n	%
Défaut d'aération	65	53,3
Défaut conduit évacuation	31	25,4
Défaut appareil	37	30,3
Défaut entretien	6	4,9
Utilisation inadaptée	24	19,7
Evènements météo	26	21,3
Coupures électricité	4	3,3

¹ plusieurs items possibles

* hors épisodes liés à la tempête Klaus de 2009 (56 épisodes)

Impact sanitaire des intoxications au CO

Depuis 2010, sur les 383 personnes impliquées dans des épisodes d'intoxication non liés à des incendies, au moins 208 d'entre elles ont été transportées vers une structure des urgences (54,3 %) et 78 ont dû être hospitalisées (20,4 %). Sur cette même période, parmi les 289 personnes intoxiquées avec une fiche médicale renseignée, 61,6 % n'ont pas présenté pas de signes ou des signes de faible gravité (inconfort, céphalées, fatigue) et 36,0 % ont présenté des signes graves allant de signes généraux aigus à des troubles neurologiques ou cardiovasculaires graves. Sur cette période, 7 décès ont été déclarés.

Conclusion

Le bilan des intoxications au CO en Aquitaine au cours des 8 dernières années, de 2005 à 2012, est relativement stable, avec une cinquantaine d'épisodes en moyenne signalés par an, et globalement plus faible que dans d'autres régions du Nord ou de l'Est de la France [1]. Si l'on observe une baisse au cours des deux dernières années, celle-ci pourrait être liée à la non prise en compte des intoxications dans le cadre d'incendie depuis 2008. Néanmoins, en 2009, l'Aquitaine a connu un pic très important d'intoxications suite au passage de la tempête Klaus qui a entraîné de nombreuses coupures d'électricité. L'existence du dispositif et d'un réseau de signalants réactif a permis d'identifier des sources d'intoxication spécifiques à de tels événements climatiques avec près des trois quarts d'intoxications au CO en lien avec l'utilisation d'un groupe électrogène. Ces résultats ont permis par la suite de prendre en compte ce type de risque dans les plans de prévention,

notamment avec l'intégration de conseils de prévention au niveau des cartes de vigilance Météo-France lors de passage en vigilance orange pour risque de neige/verglas, grand froid ou vents violents. Après 8 années de fonctionnement, il est important de rester vigilant et d'améliorer les signalements d'intoxication au CO en mobilisant les déclarants face à un risque lourd en termes d'impact sanitaire. Des actions de communication régulières, notamment en période hivernale, sont menées par l'Inpes et l'ARS auprès du public [4, 5] (Encadré 1), ainsi que des réunions départementales pour mobiliser le réseau de déclarants.

Remerciements aux acteurs de la surveillance des intoxications au CO en Aquitaine, notamment les déclarants (structures des urgences, Sdis, etc.), les services communaux d'hygiène et de santé, et les DT ; et à Agnès Verrier de l'InVS pour sa relecture attentive.

Références

- [1] <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Intoxications-au-monoxyde-de-carbone/Donnees-epidemiologiques-de-surveillance>
- [2] Circulaire interministérielle du 23/09/08 relative à la surveillance des intoxications au CO et aux mesures à mettre en œuvre modifiant la circulaire DGS/SD7C/DDSC/SDGR no 2005-552 du 14/12/05
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-10/ste_20080010_0100_0133.pdf
- [3] Coquet S, et al. Phénomène climatique exceptionnel et intoxications au CO : de la surveillance à l'action de santé publique, France, Sud-Ouest, janvier 2009. Bull. Epidemiol Hebd. 2011 (45-46) ;467-71.
- [4] <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2009/028.asp>
- [5] <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Intoxications-au-monoxyde-de-c.146483.0.html>

Encadré 1 - Exemples de supports de communication autour des intoxications au CO diffusés par l'Inpes et de l'ARS Aquitaine, 2012-2013



Surveillance de cas groupés d'infections respiratoires et de gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées en Aquitaine, septembre 2012 – août 2013

Véronique Servas (veronique.servas@ars.sante.fr)¹, **Christine Castor**¹, et les équipes de l'ARS et du Cclin/Arlin Aquitaine

1/ Institut de veille sanitaire (InVS), Département de coordination des alertes et des régions (Dcar), Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux

Introduction

Les épidémies d'infections respiratoires aiguës (IRA) et de gastro-entérites aiguës (GEA), survenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), sont favorisées par la fragilité des résidents et la vie en collectivité. Elles ont un impact sanitaire important chez les résidents et peuvent déstabiliser l'organisation des structures.

L'Agence régionale de santé (ARS), l'antenne régionale du Cclin Sud-Ouest (Arlin) et la Cellule de l'InVS en région (Cire) ont mis en place un dispositif opérationnel de détection, de signalement et de gestion des foyers d'IRA (depuis sept. 2008) et de GEA (depuis sept. 2010) dans les collectivités de personnes âgées d'Aquitaine (Encadré 1) qui s'appuie sur les recommandations du Haut conseil de la santé publique [1-3].

Cette surveillance des cas groupés d'IRA et de GEA tout au long de l'année a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées à ces épisodes par :

- l'identification précoce des foyers ;
- la mise en place réactive de mesures de contrôle *ad hoc* ;
- l'investigation des épidémies particulièrement sévères ou non contrôlées par les mesures habituelles.

Encadré 1 - Ehpad en Aquitaine au 01/01/2013

Nombre total d'Ehpad : 464
Nombre d'Ehpad rattachés à un établissement de santé : 59
Capacité installée moyenne par Ehpad : 70
Capacité installée totale : 32 589

Sources : ARS, Drees, Finess ; données SAE 2012 des Ehpad

Méthodes

Lors de la survenue dans l'établissement de cas groupés répondant à la définition de cas (Encadré 2), l'établissement complète une fiche de signalement et l'adresse par fax à la

plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires placée au sein de l'ARS Aquitaine (Encadré 3).

Après validation par l'ARS, les données sont saisies en délégations territoriales dans l'application web « Voozehpad » gérée par le département des maladies infectieuses de l'InVS. Afin de consolider les données fournies lors du signalement, les Ehpad sont invités à fournir un bilan final de l'épisode.

L'analyse des données a porté ici sur les épisodes de cas groupés d'IRA et de GEA signalés par les Ehpad d'Aquitaine entre septembre 2012 et août 2013, en les comparant à ceux de la saison précédente 2011-2012.

Encadré 2 - Critères de signalement

Episode de cas groupés d'IRA (révision 2012) : survenue d'au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours (en dehors des pneumopathies de déglutition) parmi les résidents

Episode de cas groupés de GEA : survenue d'au moins 5 cas de GEA dans un délai de 4 jours parmi les résidents

Encadré 3 - A qui signaler ?

Signaler, alerter
Événements pouvant avoir un impact sur la santé de la population

Point focal
24h/24

Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

☎ 05 57 01 47 90
@ ars33-alerte@ars.sante.fr
📠 05 67 76 70 12

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

ars InVS
Aquitaine

Résultats

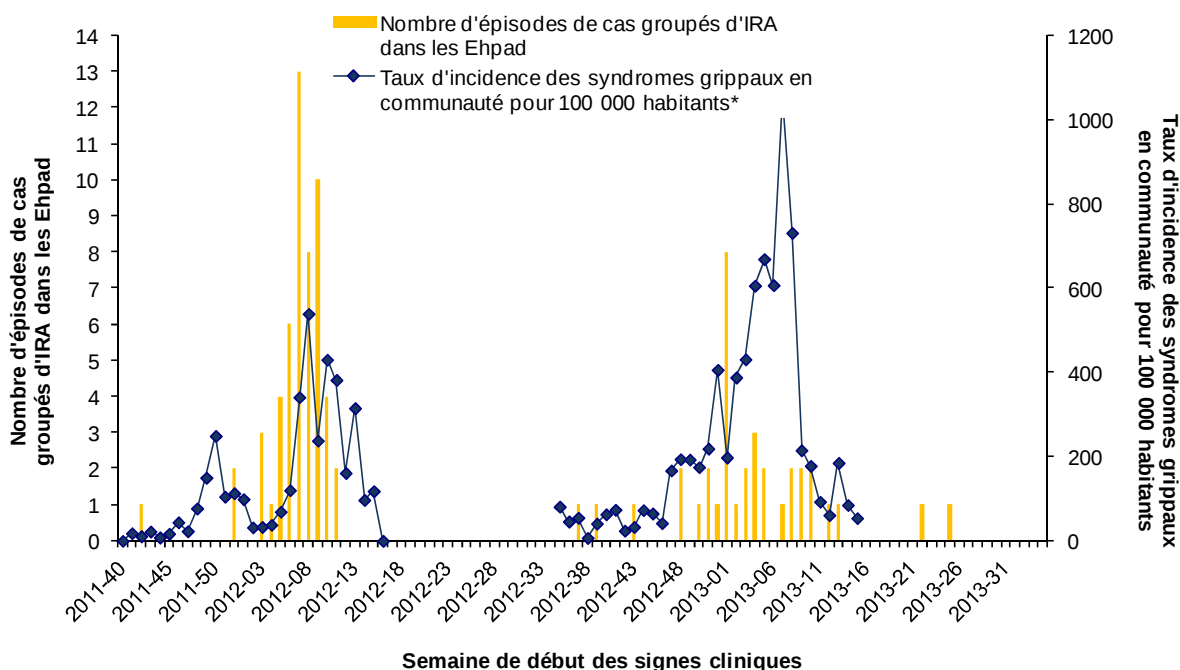
ÉPISODES DE CAS GROUPES D'IRA

Entre septembre 2012 et août 2013, trente-six épisodes d'IRA ont été signalés par 34 Ehpad, soit un taux de signalement de 8 %. En considérant la période de surveillance de la grippe, de septembre à avril, trente-quatre épisodes ont été signalés en 2012-2013 contre 54 en 2011-2012.

Répartition temporelle

En 2012-2013, la majorité de ces épisodes (86 %) a débuté entre la semaine 47/2012 – où le Réseau unifié Sentinelles®-Grog-InVS a montré une hausse de l'incidence des consultations pour syndromes grippaux – et la semaine 15/2013 de fin de la surveillance hivernale de la grippe (Figure 1).

Figure 1 - Nombre hebdomadaire d'épisodes de cas groupés d'IRA signalés par les Ehpad et taux d'incidence hebdomadaire des syndromes grippaux en communauté pour 100 000 habitants selon le réseau unifié Sentinelles®-Grog-InVS, saisons 2011-2012 et 2012-2013, Aquitaine



* source : réseau unifié Sentinelles®-Grog-InVS

Caractéristiques des épisodes

Un bilan final a été reçu pour 30 épisodes sur 36 pour la saison 2012-2013. Les caractéristiques de ces épisodes sont résumées dans le tableau 1.

Des critères de gravité ont été retrouvés dans 9 épisodes (30 %), principalement en raison d'une incidence journalière élevée. Un appui extérieur a été demandé pour la gestion de deux épisodes.

Recherche étiologique

Une recherche étiologique a été effectuée pour 10 foyers (33 % des foyers), proportion comparable à celle de 2011-2012 (31 %). Cette recherche a permis d'identifier deux épisodes de grippe A confirmée par TDR et un épisode de coqueluche.

Mesures de prévention et de contrôle

La couverture vaccinale moyenne contre la grippe était de 86 % chez les résidents en 2012-2013 (min-max : 67-100, données pour 29 foyers), et de 88 % en 2011-2012. Chez le personnel, la couverture était de 19 % (min-max : 0-53, données pour 27 foyers), et de 20 % en 2011-2012. Des mesures de contrôle ont été mises en place dans tous les épisodes (Tableau 2) comme en 2011-2012. Le délai moyen de mise en place était de 4 jours (min-max : 0-27) contre 3 jours en 2011-2012. Une mise en place rapide (dans les 3 premiers jours) a été réalisée dans 17 épisodes soit 57 % des épisodes, proportion identique à celle de 2011-2012. Une antibioprophylaxie a été mise en place lors de l'épisode de coqueluche, mais pas de chimioprophylaxie antivirale lors des épisodes de grippe.

Tableau 1 - Caractéristiques principales des foyers d'IRA clôturés, saisons 2011-2012 et 2012-2013, Aquitaine

Caractéristiques	2011-2012	2012-2013
Nombre de foyers signalés clôturés	48	30
Nombre total de résidents malades	1 054	591
Taux d'attaque moyen chez les résidents	30 %	30 %
Nombre d'hospitalisations	65	40
Taux moyen d'hospitalisation parmi les résidents malades	7 %	8 %
Nombre de décès	26	17
Létalité chez les résidents	2,5 %	2,9 %
Nombre d'épisodes où du personnel malade a été signalé (%)	39 (81 %)	20 (67 %)
Nombre total de personnels malades	214	131
Taux d'attaque moyen chez le personnel	9 %	8 %
Durée médiane des épisodes (jours)	13	13

Tableau 2 - Mesures de contrôle mises en place dans les épisodes d'IRA clôturés, saison 2012-2013, Aquitaine

Mesures	Nombre d'épisodes
Renforcement de l'hygiène des mains	30 (100 %)
Précautions de type « gouttelettes »	25 (83 %)
Limitation des déplacements des malades	29 (97 %)
Arrêt ou limitation des activités collectives	17 (57 %)
Chimioprophylaxie antivirale	0
Information des visiteurs et intervenants extérieurs	24 (80 %)

EPISODES DE CAS GROUPES DE GEA

Répartition temporelle

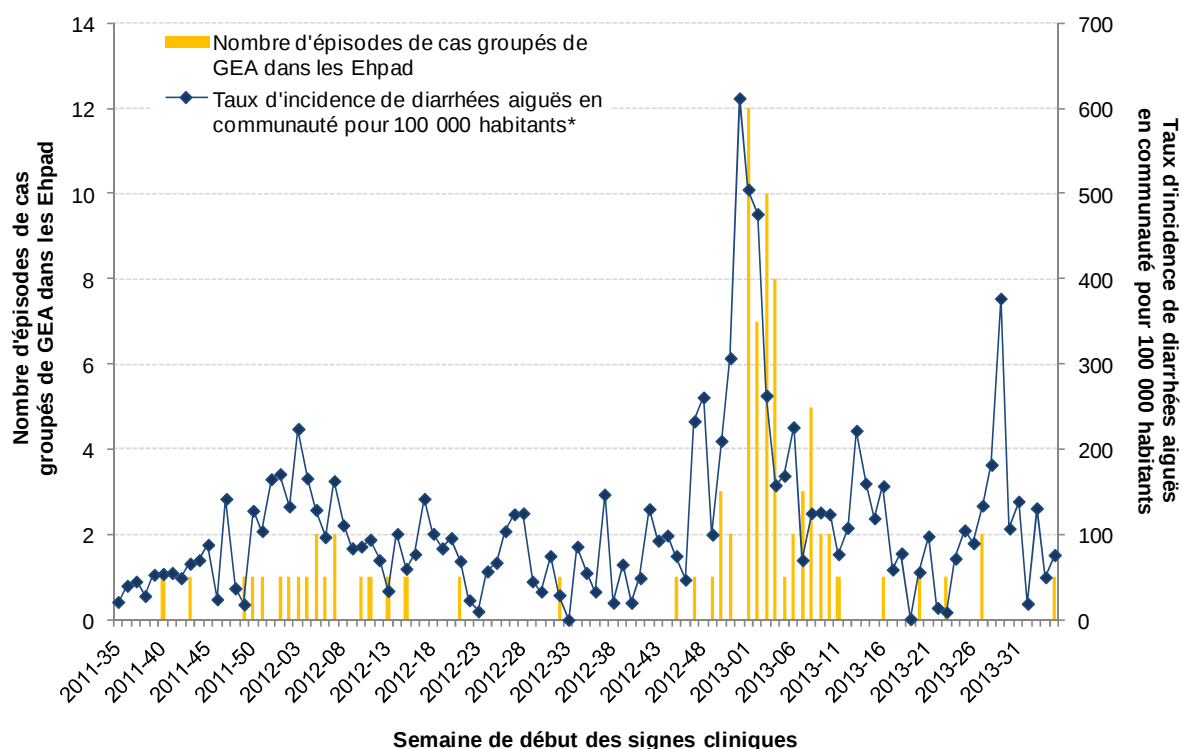
Entre septembre 2012 et août 2013, soixante-sept épisodes ont été signalés, soit un taux de signalement de 14 %. Ce nombre, trois fois plus élevé qu'en 2011-2012, a été particulièrement important entre décembre 2012 et mars 2013, avec un pic en janvier (Figure 2).

Par ailleurs, l'évolution des signalements suit celle des cas de diarrhées aiguës rapportée par le réseau Sentinelles®, et ce, de manière plus marquée pour la période hivernale 2012-2013.

Caractéristiques des épisodes

Les caractéristiques des épisodes des saisons 2011-2012 et 2012-2013 sont résumées dans le tableau 3.

Figure 2 - Nombre hebdomadaire d'épisodes de cas groupés de GEA signalés par les Ehpad et taux d'incidence hebdomadaire de diarrhées aiguës en communauté pour 100 000 habitants selon le réseau Sentinelles®, période 09/2011-09/2013, Aquitaine



* source : réseau Sentinelles®

Tableau 3 - Caractéristiques principales des épisodes de cas groupés de GEA, saisons 2011-2012 et 2012-2013, Aquitaine

Caractéristiques	2011-2012	2012-2013
Nombre de foyers signalés clôturés	20	67
Nombre total de résidents malades	427	1144
Taux d'attaque moyen chez les résidents	32 %	25 %
Nombre d'hospitalisations	2	6
Nombre de décès	1	2
Létalité chez les résidents	0,2 %	0,2 %
Nombre d'épisodes où du personnel malade a été signalé (%)	18 (90 %)	50 (75 %)
Nombre total de personnels malades	104	227
Taux d'attaque moyen chez le personnel	16 %	8 %
Durée médiane des épisodes (jours)	4	9

Recherche étiologique

Dans près de la moitié des épisodes (n=32), une recherche étiologique (coproculture) a été réalisée. Une recherche de virus entériques, nécessitant un envoi des prélèvements au Centre national de référence (CNR) des virus entériques, n'a été demandée que dans 25 % des cas (n=17). Les recherches ont mis en évidence essentiellement du norovirus (n=11).

Mesures de contrôle

Tous les Ehpad ont mis en place des mesures de contrôle avec un délai moyen de 1,5 jours après la survenue du premier cas (médiane : 1 jour; min-max : 0-18). Le détail de l'ensemble des mesures de gestion est présenté dans le tableau 4.

Tableau 4 - Mesures de contrôle mises en place dans les épisodes de cas groupés de GEA, saison 2012-2013, Aquitaine

Mesures	Nombre d'épisodes
Renforcement de l'hygiène des mains	66 (100 %)
Précautions de type « contact »	62 (92%)
Limitation des déplacements des malades	65 (97 %)
Arrêt ou limitation des activités collectives	49 (74 %)
Mise à l'écart soins et préparation repas du personnel malade	36 (59 %)
Nettoyage classique des locaux	39 (58 %)
Bio nettoyage des locaux	49 (74 %)
Information des visiteurs et intervenants extérieurs	56 (77 %)

Discussion - Conclusion

Le nombre de cas groupés d'IRA signalés dans les Ehpad en Aquitaine entre septembre 2012 et août 2013 est moindre que lors de la saison précédente. Cette baisse a été constatée sur l'ensemble de la métropole. Elle pourrait être expliquée par le fait que la saison 2011-2012 a été caractérisée par une circulation majoritaire du virus A(H3N2), le plus souvent retrouvé chez les personnes âgées [4], alors que 2012-2013 a été caractérisée par plusieurs virus grippaux (A(H3N2), A(H1N1)pdm09, B).

En France métropolitaine, la saison 2012-2013 a été caractérisée en communauté par une épidémie grippale d'une ampleur plus importante que celle des trois saisons précédentes et d'une durée particulièrement longue de 13 semaines entre la semaine 51/2012 et la semaine 11/2013 (période estimée à partir des données du réseau Sentinelles® pour lesquelles des seuils épidémiques existent). En Aquitaine, les cas groupés d'IRA déclarés en Ehpad sont survenus pour la plupart (77 %) pendant la période épidémique grippale. Seul un tiers des épisodes a fait l'objet d'une recherche étiologique contre 46 %

sur le plan national. Or, cette recherche étiologique est importante pour pouvoir mettre en place précocement les mesures de contrôle spécifiques, notamment une chimioprophylaxie antivirale des contacts en cas de détection de virus grippaux, selon les recommandations en vigueur [5].

Par ailleurs, comme les années précédentes, on constate que si la couverture vaccinale antigrippale des résidents est généralement élevée, celle du personnel est insuffisante alors que la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier avec des personnes à risque de grippe sévère [6]. Dans les collectivités de sujets âgés, la vaccination du personnel soignant pourrait ainsi entraîner une diminution de la mortalité des résidents [7].

Concernant les cas groupés de GEA, la saison 2012-2013 a été marquée par une nette hausse des signalements en Aquitaine, notamment au cours de la période hivernale. Le nombre de signalements a été multiplié par plus de trois par rapport à la saison précédente (67 en 2012-2013 contre 20 en

2011-2012). Cette hausse est peut être à rapporter à une meilleure connaissance du dispositif par les Ehpad depuis fin 2010. Entre novembre 2012 et avril 2013, le CNR des virus entériques a identifié du norovirus dans 267 des 302 foyers pour lesquels un résultat virologique était disponible. L'émergence d'un nouveau variant de norovirus de génotype GII4 pour la saison 2012-2013 a été signalée par le CNR et pourrait expliquer l'augmentation du nombre de signalements de cas groupés de GEA [8]. Ce nouveau variant, Sydney 2012, a été identifié dans plus de trois quarts des épisodes de cas groupés de GEA à norovirus et a touché plusieurs pays d'Europe [9,10].

Par ailleurs, les données du réseau Sentinelles® permettent d'estimer que ces GEA sont à l'origine chaque hiver de 700 000 à 3,7 millions de consultations en médecine générale en France [11]. Les GEA hivernales sont surtout d'origine virale avec un mode de transmission principalement de personnes à personnes. Le renforcement des mesures d'hygiène, dont la friction hydroalcoolique des mains, reste le principal moyen de limiter l'impact des GEA, notamment au sein des Ehpad.

Le bilan de la surveillance de la saison 2012-2013, avec un nombre de signalements d'épisodes de cas groupés d'IRA et de GEA en hausse dans les Ehpad de la région, montre que si la dynamique de signalement est en progression – pouvant refléter une meilleure sensibilisation des Ehpad au risque infectieux – elle doit être poursuivie et renforcée. A l'occasion du signalement, le soutien qui peut être apporté par l'ARS à l'établissement et l'expertise du Cclin/Arlin concourent à l'amélioration de la prise en charge de ces épisodes.

Remerciements aux équipes des Ehpad d'Aquitaine et aux équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière pour leur participation ; à Nathalie Jourdan-Da Silva de l'InVS pour sa relecture attentive.

Documents et outils de surveillance et de gestion

Les documents et outils de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA et de GEA en Ehpad sont disponibles sur le site de l'ARS : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Signaler-un-evenement-pouvant.140411.0.html>

Références

[1] Haut conseil de la santé publique – Conduite à tenir devant une ou plusieurs IRA dans les collectivités de personnes âgées – juillet 2012. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=288>

[2] Instruction n°DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 déc. 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées

[3] Haut conseil de la santé publique. Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement pour personnes âgées. 29 janvier 2010. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf

[4] Equipes de surveillance de la grippe. Surveillance épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine : saison 2012-2013. Bull. Epidemiol Hebd.2013 ;(32): 394-401. <http://www.invs.sante.fr/beh/2013/32/index.html>

[5] Haut Conseil de la santé publique – avis du 9 novembre 2012 relatif à l'utilisation des antiviraux chez les patients en extrahospitalier pour le traitement en curatif et le traitement en post-exposition en période de circulation des virus de la grippe saisonnière. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=297>

[6] Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>

[7] Carman WF, Elder AG, Wallace LAA, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. Lancet 2000; 355 : 93-7.

[8] Situation épidémiologiques des gastro-entérites aiguës virales au 23 avril 2013. InVS. <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales/Donnees-epidemiologiques>

[9] van Beek J, Ambert-Balay K, Botteldoorn N, Eden JS, Fonager J, Hewitt J, Iritani N, Kroneman A, Vennema H, VinjÃ© J, White PA, Koopmans M, on behalf of NoroNet. Indications for worldwide increased norovirus activity associated with emergence of a new variant of genotype II.4, late 2012. Euro Surveill. 2013;18(1):pii=20345. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20345>

[10] Fonager J, Hindbæk LS, Fischer TK. Rapid emergence and antigenic diversification of the norovirus 2012 Sydney variant in Denmark, Oct to Dec, 2012. Euro Surveill. 2013;18(9):pii=20413. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20413>

[11] Gastro-entérites aiguës d'origine virale, aide mémoire. InVS, mise à jour le 17 janvier 2013. <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales/Aide-memoire>

Point de situation en décembre 2013 sur l'adhésion à la campagne de vaccination contre les infections invasives à méningocoque B14:P1.7,16 en Pyrénées Atlantiques, cinq mois après sa mise en place fin juin 2013

Martine Charron (martine.charron@ars.sante.fr)¹, **Martine Vivier-Darrigol**², et les équipes de l'ARS Aquitaine

1/ Institut de veille sanitaire (InVS), Département de coordination des alertes et des régions (Dcar), Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine, Bordeaux – 2/ Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine, Direction de la santé publique (DSP), Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), Bordeaux

Contexte

Dans le cadre de la surveillance des infections invasives à méningocoque (IIM) menée conjointement par l'InVS et le Centre national de référence (CNR) des méningocoques, six cas d'IIM B14:P1.7,16, âgés de 1 à 18 ans, ont été signalés entre 07/2012 et 04/2013 en région Aquitaine. Les 4 cas survenus entre juillet et septembre 2012 (dont 2 co-primaires) étaient domiciliés dans deux cantons, Lagor et Navarrenx. Les 2 autres cas survenus en avril 2013 (co-primaires) étaient domiciliés à plusieurs kilomètres de ces cantons, mais avaient des activités (travail ou crèche) sur Lagor et Navarrenx. Un des 6 cas est décédé. La population considérée à risque regroupait donc les habitants des deux cantons de Lagor et Navarrenx. La survenue de ces 6 cas, a montré sur Lagor et Navarrenx une incidence à 14,0 pour 100 000 habitants, dépassant le seuil épidémique de 10 pour 100 000 défini dans l'instruction de la DGS de 2011 [1]. Cette souche ayant montré ses capacités à s'installer de façon durable après introduction dans une population donnée, le Haut conseil de santé publique (HCSP) a rendu un avis le 22/02/13 [2] en proposant la vaccination par MenBvac® des contacts des cas, quel que soit leur domicile selon un schéma à 2 doses, et une vaccination des 2 mois à 24 ans domiciliés, étudiant, travaillant ou étant gardés sur Lagor et Navarrenx, selon un schéma à 4 doses (3 doses à 6 semaines plus un rappel à un an). L'Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine a organisé une campagne de vaccination pour la population concernée en lui adressant un courrier, avec une vaccination possible dans deux centres de vaccination, auprès de la PMI et des médecins traitants. Un courrier de la DGS du 12/12/13 consécutif à un nouvel avis du HCSP du 25/10/13 [3] invite l'ARS à poursuivre la campagne de vaccination en substituant sans délai le MenBvac® par le Bexsero® selon un schéma simplifié à deux doses. La campagne dans les collèges et lycées de Lagor et Navarrenx sera initiée début 2014 selon le nouveau schéma.

Adhésion à la campagne de vaccination

Dans le cadre de l'évaluation de la couverture vaccinale assurée par la cellule de l'InVS en région Aquitaine, l'adhésion à la vaccination au cours de la campagne est évaluée pour les populations domiciliées dans les cantons de Lagor et Navarrenx depuis le démarrage de la campagne fin juin 2013. En décembre 2013, l'adhésion est de 18,8 %, avec des variations selon les cantons et les âges, les taux de vaccination les plus élevés étant chez les enfants de moins de 10 ans. L'adhésion à la vaccination devrait augmenter avec l'introduction du Bexsero®, selon un schéma vaccinal plus simple que le MenBvac®, et la mise en place de la campagne dans les collèges et lycées. La situation épidémiologique sera réévaluée à l'issue de cette campagne.

Canton	Eligibles	Vaccinés 1 dose (%)	Vaccinés 2 doses (%*)	Vaccinés 3 doses (%*)
Lagor	4 669	716 (15,3)	579 (80,9)	483 (67,5)
Navarrenx	1 710	482 (28,2)	403 (83,6)	328 (68,0)
Total	6 379	1 198 (18,8)	982 (82,0)	811 (67,7)

* fréquence rapportée aux personnes vaccinées à 1 dose

[1] http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/02/cir_32603.pdf

[2] http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20130222_vaccmeningoBPpyreneesAtlantiques.pdf

[3] http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20131025_vaccmeningocoqueBBexsero.pdf

Merci à Isabelle Parent du Chatelet de l'InVS pour sa relecture attentive.

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

Rédacteur en chef : Patrick Rolland, Responsable de la Cire Aquitaine

Equipe de la Cire :

Martine Casseron	Assistante
Christine Castor	Epidémiologiste
Martine Charron	Médecin Epidémiologiste
Aurélien Fischer	Pharmacien Epidémiologiste
Florence Francis	Interne de santé publique
Gaëlle Gault	Epidémiologiste
Laure Meurice	Epidémiologiste
Véronique Servas	Médecin épidémiologiste
Sabine Vygen	Médecin épidémiologiste Epiet

Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine
103 bis rue Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 57 01 46 20 - Fax : 05 57 01 47 95
ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr

Retrouvez les BVS :

www.invs.sante.fr (carte régions et territoires)

www.ars.aquitaine.sante.fr (espace Cire)

