

- Surveillance hivernale -

Page 1 | Editorial |

Page 2 | Bilan de la surveillance sanitaire hivernale 2014/15 |

Page 7 | Le réseau sentinelle Normandie |

Page 8 | Étude de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière du personnel du CHU-Hôpitaux de Rouen avant et après mise en place d'une campagne de promotion de la vaccination |



| Editorial |

Arnaud Mathieu (InVS-Cire Normandie)

La surveillance des épidémies saisonnières de grippe, de gastro-entérite aiguë (GEA) et de bronchiolite est coordonnée chaque année par le Département des maladies infectieuses de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et partagée au niveau régional avec les Cire. La surveillance de ces épidémies saisonnières repose sur la collecte et l'analyse de différents indicateurs issus de l'activité de plusieurs partenaires de l'inter-région. La complémentarité de ces indicateurs permet (i) de documenter les situations épidémiques locales, (ii) de suivre leur évolution et (iii) de les décrire en termes d'amplitude, de gravité et de population touchée. La surveillance comprend également un volet virologique permettant un suivi des souches circulantes.

Au-delà de la veille sanitaire, le système de surveillance appliqué par la Cire Normandie et les données qu'il produit, contribue à l'information des professionnels de santé, leur permettant de mieux préparer les périodes épidémiques en adaptant leurs plannings et en renforçant leurs équipes sur le terrain. Cette capacité n'est possible que s'il continue d'être armé d'un réseau important, par la participation du plus grand nombre et contributif, par la qualification du motif de recours.

Au-delà de la veille et de la surveillance, l'étude de contexte de lutte contre la propagation d'épidémie comme celle de la grippe dans un établissement recevant du public notamment sensible, permet de compléter les connaissances sur les dispositifs appliqués et aider les politiques de promotion de la santé.

Ce bulletin présente par ailleurs des informations utiles sur la perception de la vaccination par le personnel du CHU-Hôpitaux de Rouen et permet d'envisager de nouveaux axes de travail.

Surveillance de la grippe par Internet GrippeNet.fr

Qui sont ces personnes avec syndromes grippaux qui ne consultent pas : sont-ils jeunes ou vieux, hommes ou femmes, exposés aux transports en commun, vaccinés, porteurs de maladies chroniques ? Voilà une série de questions auxquelles nous pourrions répondre grâce à GrippeNet.fr. A partir de novembre 2015, les internautes résidant en France auront pour la cinquième année consécutive la possibilité de participer à la surveillance de la grippe, en se connectant sur le site Internet www.grippenet.fr. La première saison de GrippeNet.fr a réuni près de 4 500 participants, et les premières analyses soulignent l'intérêt de poursuivre cette surveillance.



Rendez-vous sur www.grippenet.fr ou contactez contact@grippenet.fr

Dates clés

26/11/2015 Journée de l'Arin haut-normand
01/12/2015 journée mondiale VIH/SIDA

Bilan de la surveillance sanitaire hivernale 2014/15 en Normandie

Arthur Spillebout, Benjamin Larras (InVS, Cire Normandie)

I Introduction I

La surveillance des épidémies saisonnières de grippe, de gastro-entérite aiguë (GEA) et de bronchiolite est coordonnée chaque année par le Département des maladies infectieuses de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et partagée au niveau régional avec les Cire. La surveillance de ces épidémies saisonnières repose sur la collecte et l'analyse de différents indicateurs issus de l'activité de plusieurs partenaires de l'inter-région. La complémentarité de ces indicateurs permet (i) de documenter les situations épidémiques locales, (ii) de suivre leur évolution et (iii) de les décrire en termes d'amplitude, de gravité et de population touchée. La surveillance comprend également un volet virologique permettant un suivi des souches circulantes. Cet article présente les résultats de l'analyse descriptive des données issus des différents systèmes de surveillance pour la saison 2014/15.

I Matériels et méthodes I

La surveillance de ces épidémies saisonnières repose sur le dispositif de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD[®]) ainsi que sur plusieurs sources de données locales aux objectifs de surveillance complémentaires.

Le dispositif SurSaUD[®] repose sur la remontée quotidienne de données de morbidité issues des structures d'urgence (SU) et des associations SOS Médecins et des données de mortalité issues des certificats de décès. Il permet notamment le suivi de phénomènes attendus telles que les épidémies saisonnières, en termes de dynamique épidémique (identification du début de l'épidémie, de son pic et de sa fin), d'amplitude et de population touchée. La surveillance est basée sur l'analyse de la proportion des diagnostics cliniques codés grippe ou syndromes grippaux (codes CIM-10 J09, J10 et J11 et dérivés), GEA (codes CIM-10 A08 et dérivés et A09) et bronchiolites chez les moins de 2 ans (codes CIM-10 J21 et dérivés) par les médecins des SU et des associations SOS Médecins par rapport à l'ensemble des diagnostics. Pour la saison 2014/15, près de 61 % des passages totaux pris en charge par les SU de l'inter-région étaient exploitables à des fins épidémiologiques (74 % en Basse-Normandie et 50 % en Haute-Normandie) selon les critères d'analyse de la Cire Normandie (plus de 70 % de diagnostics codés) ainsi que l'ensemble des données des 3 associations SOS Médecins de Normandie (Caen, Cherbourg et Rouen)¹. Pour l'épidémie de grippe saisonnière, un seuil interrégional permettant de détecter la présence locale de l'épidémie de grippe a été défini par la Cire dans le cadre d'un groupe de travail InVS, selon un modèle de régression périodique de Serfling².

En complément du dispositif SurSaUD[®], la Cire réalise une surveillance :

- virologique au moyen des informations transmises chaque semaine par les laboratoires hospitaliers de virologie du CHU de Caen et du CHU de Rouen. Les informations transmises renseignent sur le nombre de prélèvements traités et positifs pour les différents types et sous-types de virus grippaux et pour le virus respiratoire syncytial (VRS), virus responsable de la majorité des bronchiolites³ ;
- des cas graves de grippe (confirmés par un prélèvement virologique positif ou probable) pour disposer d'une information qualitative sur le profil de ces cas. Elle repose sur le signalement à la Cire, par un réseau de services de réanimation, de soins intensifs et de soins continus volontaires (adultes et pédiatriques), des cas graves de grippe hospitalisés dans ces services et de données associées (données démographiques, facteurs de risques, vaccination contre la grippe saisonnière, gravité des symptômes, résultat virologique et évolution du patient). Une approche descriptive permet d'estimer la gravité de l'épidémie par la description des caractéristiques épidémiologiques (effectifs, populations concernées, facteurs de risques) des personnes les plus sévèrement touchées pour adapter les mesures de contrôle ;
- des cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) et de GEA dans les collectivités de personnes âgées (au moins 5 cas symptomatiques dans une collectivité donnée dans un délai de 4 jours) signalés aux ARS et/ou aux antennes de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin). Cette surveillance a pour objectif d'identifier précocement ces épisodes, d'évaluer leurs caractéristiques (taux d'attaque chez les résidents et le personnel, létalité, taux d'hospitalisation, durée, délai de signalement, couverture vaccinale antigrippale chez les résidents et le personnel, mesures de prévention mises en place, recherche étiologique), pour permettre aux ARS de renforcer les mesures de prévention le cas échéant et de limiter la morbi-mortalité des épisodes en améliorant leur prise en charge au moyen de mesures de gestion adaptées et précoces ;
- des appels en lien avec la bronchiolite chez des enfants de 0 à 3 ans. Cette surveillance s'appuie sur la transmission hebdomadaire des nombres d'appels reçus par les associations LexoBronchio de Lisieux (14), Bronchio 14, SOS Kiné Manche (50) et par le réseau bronchiolite haut-normand (27, 76).

I Bilan et caractéristiques de l'épidémie de grippe saisonnière, saison 2014/15 I

I Surveillance des syndromes grippaux *via* le dispositif SurSaUD[®] I

La proportion des diagnostics codés grippe ou syndrome grippal dans les SU bas-normandes et haut-normandes a augmenté progressivement de la semaine 2014-51 à la semaine 2015-01, puis de manière plus franche à partir de la semaine 2015-03, jusqu'à atteindre une valeur maximale en semaine 2015-06 (Figure 1). Pour cette semaine, cette proportion a atteint 2,3 % de l'activité des SU des deux régions toutes causes et tous âges confondus. Dans les limites de comparabilité, cette proportion était plus élevée que celles des saisons hivernales 2012/13 et 2013/14 (respectivement 1,8 % et 0,7 % au pic épidémique). Le nombre et la proportion de syndromes grippaux ont ensuite affiché une décroissance rapide jusqu'en semaine 2015-10, avant de revenir à des valeurs proches du niveau de base en semaine 2015-16.

L'analyse des données transmises par les 3 associations SOS Médecins de Normandie (Figure 2) a montré une augmentation progressive de la proportion de consultations pour syndromes grippaux à partir de la semaine 2014-49, puis une augmentation plus franche à partir de la semaine 2015-03. Un pic d'activité pour syndromes grippaux a été atteint en semaine 2015-06, représentant 25,9 % de l'activité totale tous âges enregistrée par les 3 associations, ce qui correspondait à une proportion plus élevée comparée à la saison hivernale 2013/14 (12,6 % au pic épidémique) et équivalente à la saison 2012/13 (25,5 % au pic épidémique). La proportion de syndromes grippaux a ensuite affiché une décroissance pour revenir à des valeurs proches du niveau de base en semaine 2015-17.

Le seuil interrégional appliqué par la Cire² a été franchi pendant 14 semaines, de la semaine 2014-52 à la semaine 2015-13 (Figure 3).

Figure 1 | Distribution hebdomadaire de la proportion des diagnostics codés syndrome grippal, saisons hivernales 2010/11 à 2014/15, régions Basse-Normandie et Haute-Normandie (InVS, OSCOUR®)

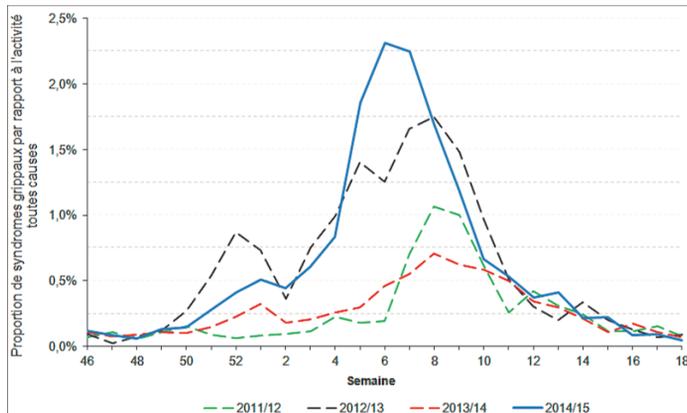


Figure 2 | Distribution hebdomadaire de la proportion des diagnostics codés syndrome grippal, saisons hivernales 2010/11 à 2014/15 (InVS, associations SOS médecins de Caen, Cherbourg et Rouen)

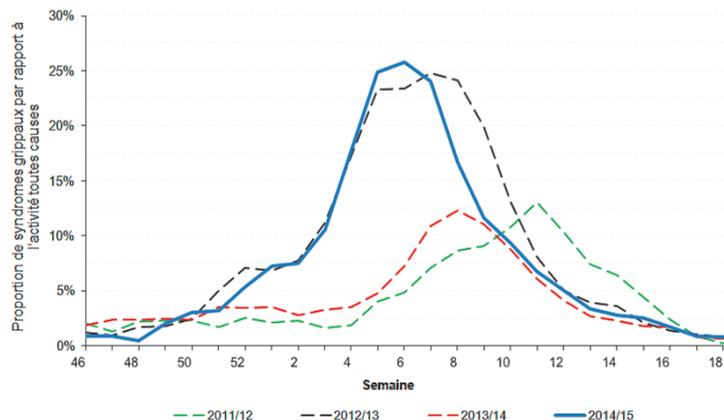
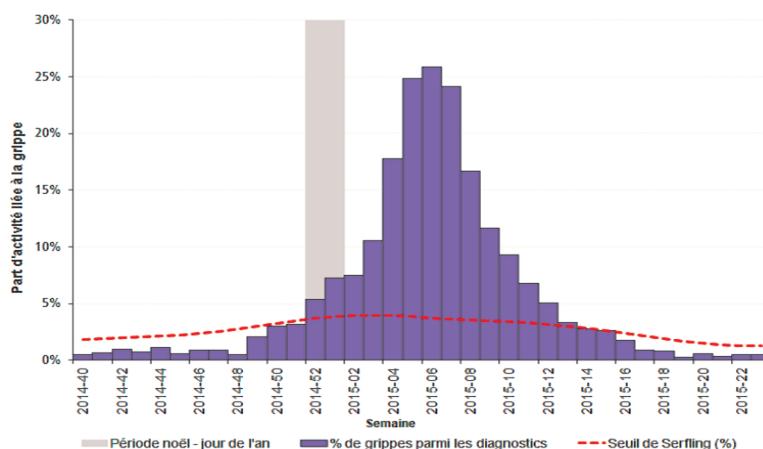


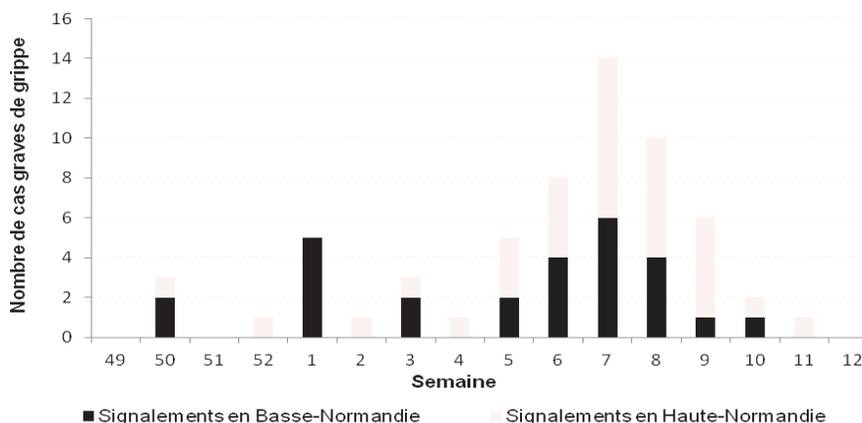
Figure 3 | Distribution hebdomadaire de la proportion des diagnostics codés syndrome grippal et du seuil épidémique pour la saison 2014/15 (InVS, associations SOS Médecins de Caen, Cherbourg et Rouen)



| Surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation |

Un total de 68 cas graves de grippe a été signalé à la Cire Normandie entre les semaines 2014-50 et 2015-11 (semaines d'admission) par 6 différents services. Parmi ces cas, 67 (31 en Basse-Normandie et 36 en Haute-Normandie) ont été confirmés biologiquement (Figure 4).

Figure 4 | Distribution des cas graves de grippe admis dans les services de réanimation de Basse-Normandie et de Haute-Normandie par semaine d'admission, saison hivernale 2014/15



L'âge médian des cas était de 62 ans. Parmi l'ensemble des cas, 44 % avaient 65 ans ou plus et la majorité des cas avait entre 15 et 64 ans (56 %). Une comorbidité associée a été rapportée pour 88 % des cas, parmi lesquelles les pathologies pulmonaires étaient les plus fréquentes (N = 34), suivies des pathologies cardiaques (N = 14), du diabète (N = 12) et d'une immunodépression (N = 12) (plusieurs comorbidités possibles). Parmi l'ensemble des cas, 9 % n'avaient aucun facteur de risque identifié.

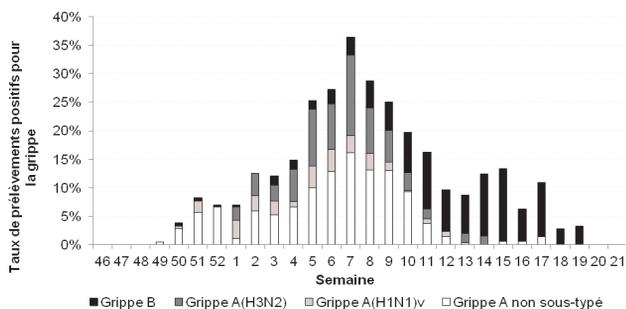
Pour les 59 cas dont le statut vaccinal était connu, 71 % d'entre eux n'étaient pas vaccinés contre la grippe (N = 42). Parmi l'ensemble des cas, 34 % (N = 23) ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et 15 % sont décédés (N = 10).

Parmi les 67 cas pour lesquels des analyses virologiques ont pu être réalisées, les laboratoires ont identifié 11 cas de grippe A(H1N1)v, 14 cas de grippe A(H3N2), 30 cas de grippe A non sous-typés et 12 cas de grippe B (Tableau 1).

| Surveillance virologique de la grippe |

La proportion de prélèvements virologiques positifs pour les virus grippaux (pour l'ensemble des deux laboratoires) a augmenté à partir de la semaine 2014-50 pour atteindre un pic en semaine 2015-07 (36 %). Après une phase de décroissance, un deuxième pic, moins important, a ensuite été observé en semaine 2015-15, avec une proportion de positivité de 13 % (Figure 5). Pour l'ensemble des deux laboratoires, 76 % des virus grippaux isolés étaient de type A, contre 24 % de type B. Cette répartition était retrouvée pour les deux laboratoires. Parmi les virus de type A sous-typés, la proportion de virus A(H3N2) était 2,5 fois plus importante que celle des virus A(H1N1)v. Deux vagues épidémiques distinctes et décalées dans le temps ont pu être distinguées : de la semaine 2014-49 à la semaine 2015-10, les virus grippaux de type A étaient majoritaires, puis à partir de la semaine 2015-11 et jusqu'à la fin de la saison grippale, la grippe B était majoritaire, la grippe A ne circulant presque plus. Cette deuxième vague était un peu plus précoce pour le laboratoire haut-normand que pour le bas-normand.

| Figure 5 | Distribution hebdomadaire de la proportion de prélèvements positifs pour la grippe, par type et sous-type, saison hivernale 2014/15 (laboratoires de virologie des CHU de Caen et de Rouen)



| Tableau 1 | Caractéristiques épidémiologiques des cas graves de grippe signalés en Basse-Normandie et en Haute-Normandie (nombre et %), saison hivernale 2014/15

	Nombre de cas (N = 68)	Proportion %
Classes d'âge		
0-4 ans	0	0
5-14 ans	0	0
15-64 ans	38	56
65 ans et plus	30	44
Proportion hommes/femmes		
		57
Statut virologique		
A	55	81
A(H1N1)	11	16
A(H3N2)	14	21
A non sous-typé	30	44
B	12	18
Non-typé ou non-confirmé	1	1
Statut vaccinal		
Non vacciné	42	62
Vacciné	17	25
Inconnu ou manquant	9	13
Complications		
Syndrome de détresse respiratoire aigu	23	34
Décès	10	15
Facteurs de risque ciblés par la vaccination		
Aucun	6	9
Pathologies pulmonaires	34	50
Pathologies cardiaques	14	21
Immunodépression	12	18
Diabète	12	18
Obésité (IMC>30) avec autre comorbidité	5	7
Pathologie rénale	4	6
Séjour dans un établissement ou service de soins	1	1
Obésité (IMC>30) sans autre comorbidité	0	0
Grossesse sans autre comorbidité	0	0
Autres	3	4
Facteurs de risque non connus	1	1

| Surveillance des cas groupés d'IRA en collectivités de personnes âgées |

Entre les semaines 2014-42 et 2015-13 (cas index des épisodes), 65 épisodes de cas groupés d'IRA en collectivités de personnes âgées (40 en Basse-Normandie et 25 en Haute-Normandie) ont été signalés à la Cire Normandie par les ARS des 2 régions (Figure 6). Dans les limites de comparabilité, ce nombre était élevé par rapport à la saison hivernale 2013/14 (N = 16) et la saison 2012/13 (N = 52). Un pic du nombre de signalement était observé en semaine 2015-07 (N = 12). Le délai moyen de signalement des épisodes était de 8 jours (0-23). Les taux moyens d'attaque des IRA chez les résidents et chez le personnel étaient respectivement de 32 % et 10 %. La couverture vaccinale chez les résidents était en moyenne de 85 % et celle du personnel de 34 % (Tableau 2).

Parmi les 31 épisodes signalés pour lesquels des prélèvements virologiques ont été réalisés, 68 % avaient au moins un prélèvement positif pour la grippe (N = 21), dont 16 virus de type A (76 %) et 5 de type B (24 %).

| Figure 6 | Distribution hebdomadaire (par semaine de survenue du cas index) des foyers de cas groupés d'IRA en collectivités de personnes âgées signalés aux ARS de Basse-Normandie et de Haute-Normandie, saison hivernale 2014/15

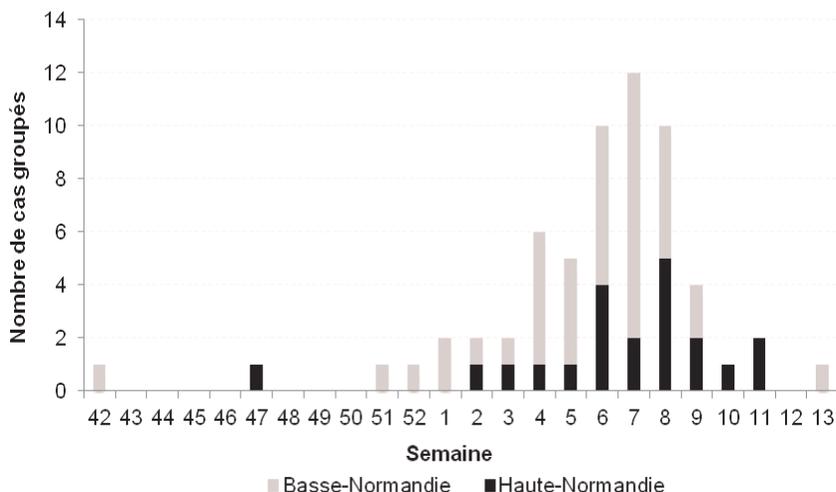


Tableau 2 | Caractéristiques des épisodes d'IRA signalés par les collectivités de personnes âgées entre le 30/10/2014 et le 09/04/2015, régions Basse-Normandie et Haute-Normandie

Résidents	
Nombre de malades (n = 59)	1 381
Nombre moyen de malades/épisode (min-max)	23 (3-66)
Taux d'attaque moyen en % (min-max) (n = 57)	32 % (7 %-75 %)
Nombre de décès en lien avec l'épisode (taux de létalité) (n = 55)	33 (2,4 %)
Nombre d'hospitalisations (taux d'hospitalisation) (n = 55)	81 (5,9 %)
Durée moyenne en jours/épisode (min-max) (n = 52)	13 (3-29)
Couverture vaccinale moyenne (n = 46)	85 %
Membres du personnel	
Nombre de malades (n = 56)	227
Nombre moyen de malades/épisode (min-max)	4 (0-17)
Taux d'attaque moyen (min-max) (n = 46)	10 % (0 %-40 %)
Couverture vaccinale (n = 30)	34 %

n correspond au nombre d'épisodes pour lesquels l'information était disponible (N = 65)

| Conclusion |

L'analyse des différents indicateurs régionaux collectés par la Cire Normandie montre que l'épidémie de grippe saisonnière 2014/15 sur l'inter-région de Normandie a été plus longue et plus intense que lors de la saison hivernale 2013/14. L'épidémie a été marquée par deux vagues épidémiques successives, la première due au virus grippal de type A (majoritairement A(H3N2)), puis une deuxième plus tardive due au virus grippal de type B, prolongeant ainsi la durée de l'épidémie. Comme observé au niveau national⁴, l'épidémie de grippe saisonnière a été responsable en Normandie d'un nombre plus élevé d'épisodes de cas groupés en collectivités de personnes âgées et d'un nombre plus élevé d'hospitalisations dans les services de réanimation par rapport aux deux saisons hivernales précédentes, dans les limites de comparabilité (l'analyse des tendances selon les saisons doit être réalisée avec prudence car l'exhaustivité de ces deux dispositifs de surveillance n'est pas connue). Des formes sévères de grippe ont été observées chez les personnes âgées et les sujets à risque.

L'estimation du taux d'incidence des syndromes grippaux vus en consultation de médecine générale par le Réseau Unique de médecins libéraux n'était pas exploitable en Normandie pour la saison 2014/15, le nombre de médecins participants étant jugé trop faible.

| Bilan et caractéristiques de l'épidémie de bronchiolite chez les moins de 2 ans, saison 2014/15 |

| Surveillance de la bronchiolite chez les moins de 2 ans via le dispositif SurSaUD® |

La proportion des diagnostics de bronchiolite chez les moins de 2 ans codés par les structures d'urgence de l'inter-région a augmenté à partir de la semaine 2014-37. Deux pics ont été observés : un premier en semaine 2014-44, puis un second en semaine 2014-52 (le pic épidémique), avec un diagnostic sur 5 (20,6 %) codé comme bronchiolite. Ce pic correspondait à une proportion des diagnostics de bronchiolite globalement équivalente comparée aux saisons hivernales 2011/12 à 2013/14 (Figure 7). L'activité est ensuite revenue à un niveau d'activité observé hors période épidémique en semaine 2015-19, après un léger regain d'activité en semaine 2015-13.

Comme pour les résultats d'analyse des données des SU, l'analyse des données transmises par les 3 associations SOS Médecins (Figure 8) a montré une augmentation progressive de la proportion de bronchiolites par rapport à l'activité toutes causes codées chez les moins de 2 ans à partir de la semaine 2014-41. Après une diminution en semaine 2014-45, une augmentation plus franche de cette proportion a été observée à partir de la semaine 2014-49. Un pic d'activité a été atteint en semaine 2014-52, représentant 15,5 % de l'activité totale enregistrée parmi les enfants de moins de 2 ans, ce qui correspondait à une proportion globalement équivalente par rapport aux saisons hivernales 2011/12 à 2013/14. L'activité en lien avec les bronchiolites a ensuite affiché une décroissance avec un rebond en semaines 2015-11 et 2015-12, pour revenir à des valeurs proches du niveau de base en semaine 2015-16.

Figure 7 | Distribution hebdomadaire de la proportion de bronchiolites parmi les passages aux urgences des enfants de moins de 2 ans, saisons hivernales 2011/12 à 2014/15, régions Basse-Normandie et Haute-Normandie (InVS, OSCOUR®)

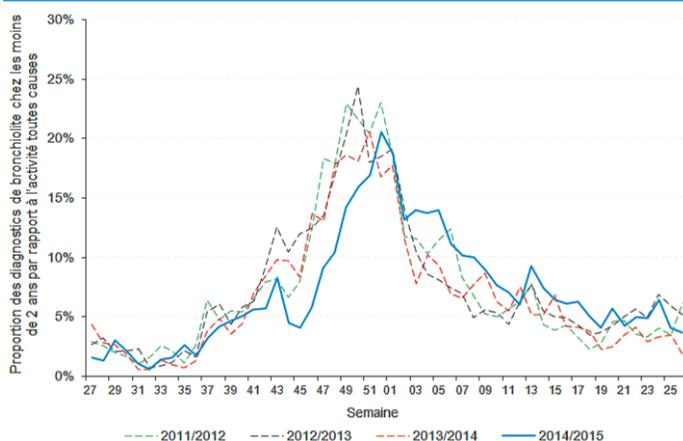
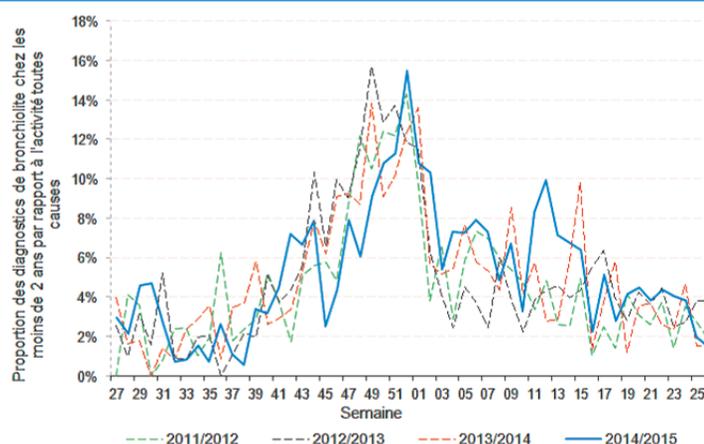


Figure 8 | Distribution hebdomadaire de la proportion de bronchiolites chez les enfants de moins de 2 ans, saisons hivernales 2011/12 à 2014/15, régions Basse-Normandie et Haute-Normandie (InVS, associations SOS médecins de Caen, Cherbourg et Rouen)



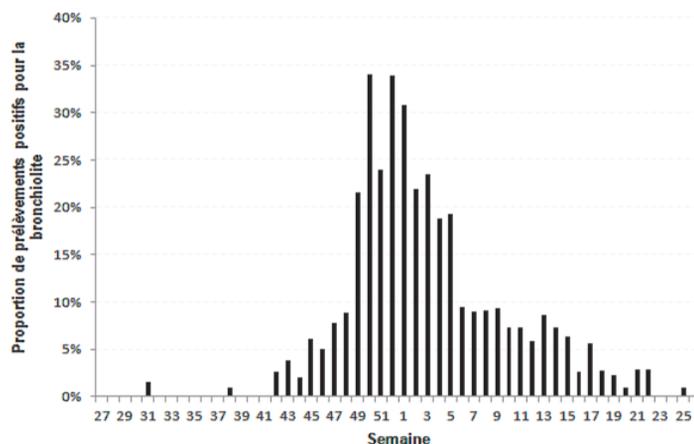
| Surveillance de la bronchiolite chez les moins de 2 ans via les réseaux de masseurs-kinésithérapeutes |

La dynamique de l'épidémie observée *via* les réseaux de masseurs-kinésithérapeutes haut-normand et bas-normands coïncidait avec celles observées *via* les données des associations SOS Médecins et des SU, pour la période correspondant aux semaines 2014-46 à 2015-10 (période de surveillance commune à l'ensemble des associations). Un pic d'activité en lien avec la bronchiolite a été enregistré au cours des weekends des semaines 2014-52 et 2015-01, correspondant à la période des congés scolaires de Noël. Les données transmises par le réseau bronchiolite haut-normand ont affiché un regain d'activité en semaines 2015-13 et 2015-14.

| Surveillance virologique du virus respiratoire syncytial |

La proportion de prélèvements positifs pour le VRS (pour l'ensemble des deux laboratoires) a augmenté à partir de la semaine 2014-42 (3 %) pour atteindre un pic de 34 % en semaines 2014-50 et 2014-52. La proportion de prélèvements positifs pour le VRS a ensuite observé une décroissance par paliers pour revenir à des valeurs faibles fin avril, après un léger regain d'activité fin mars et début avril (Figure 9).

| Figure 9 | Evolution hebdomadaire de la proportion de prélèvements positifs pour la bronchiolite, saison hivernale 2014/15 (laboratoires de virologie des CHU de Caen et de Rouen)



| Conclusion |

L'analyse des différents indicateurs régionaux transmis à la Cire Normandie a permis de montrer que la dynamique de l'épidémie de bronchiolite chez les moins de 2 ans est restée globalement équivalente à celle observée au cours des saisons épidémiques précédentes tant au niveau de l'intensité que de la durée. Il faut cependant noter que la phase de décroissance de l'activité en lien avec la bronchiolite et le VRS a été très progressive et que cette situation est restée active jusqu'à début avril.

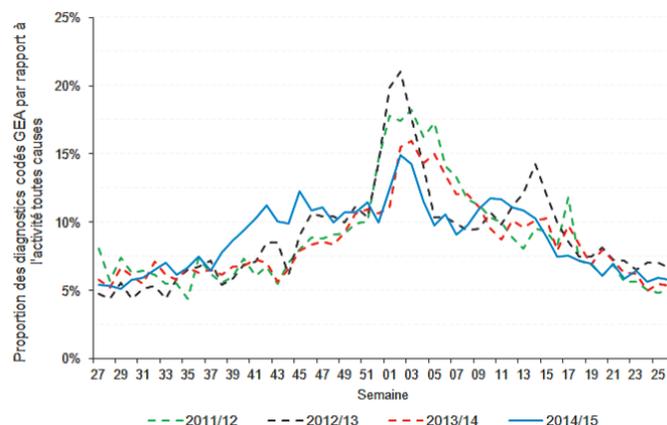
| Bilan et caractéristiques de l'épidémie de gastro-entérite aiguë, saison 2014/15 |

| Surveillance des gastro-entérites aiguës *via* le dispositif SurSaUD® |

La proportion des diagnostics codés GEA parmi l'ensemble des passages dans les SU de l'inter-région n'a pas dépassé les 0,9 % sur la totalité de la saison hivernale. Une augmentation modérée de cette proportion et du nombre de diagnostics de GEA a cependant été observée de la semaine 2014-50 à la semaine 2015-15.

| Figure 10 | Distribution hebdomadaire de la proportion des diagnostics codés gastro-entérite, saisons hivernales 2010/11 à 2014/15 (InVS, associations SOS Médecins de Caen, Cherbourg et Rouen)

Le nombre de consultations chez SOS Médecins dans l'inter-région et la proportion de consultations codées gastro-entérites ont affiché une augmentation inhabituellement précoce, à partir de mi-septembre (semaine 2014-38), restant à des valeurs élevées (variant entre 9,4 % et 12,2 %) entre les semaines 2014-40 et 2014-52. Ce phénomène a également été observé dans d'autres régions de France métropolitaine. La progression de la proportion de GEA s'est ensuite amplifiée en semaine 2015-01, atteignant un maximum de 15,0 % de l'activité SOS Médecins tous âges et toutes causes confondues en semaine 2015-02. Cette proportion a ensuite progressivement diminué à partir de la semaine 2015-04 pour revenir, après un regain d'activité entre les semaines 2015-09 et 2015-14, aux valeurs observées hors période épidémique, mi-mai (Figure 10).



| Surveillance des cas groupés de GEA en collectivités de personnes âgées |

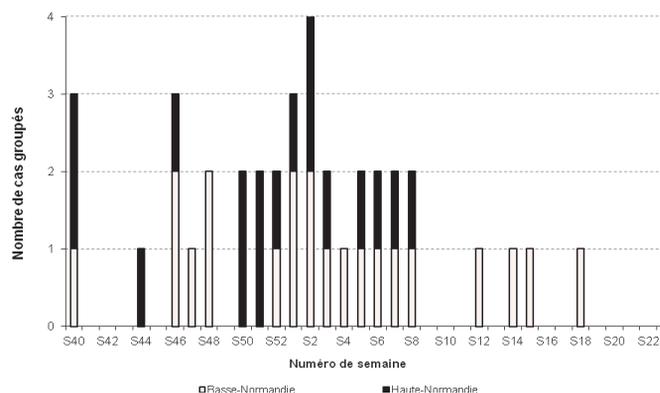
Entre les semaines 2014-40 et 2015-18 (cas index des épisodes), un total de 39 cas groupés de GEA a été déclaré aux ARS de Normandie (18 en Haute-Normandie et 21 en Basse-Normandie), contre respectivement 24 et 50 épisodes pour les saisons hivernales 2013/14 et 2012/13 (Figure 11).

Pour l'ensemble des deux régions, les taux moyens d'attaque de GEA chez les résidents et chez le personnel étaient respectivement de 36 % et 10 % (Tableau 3). La recherche étiologique réalisée pour 14 de ces épisodes a permis de mettre en évidence 3 épisodes positifs pour le norovirus et 1 épisode positif pour le rotavirus.

| Conclusion |

L'analyse des différents indicateurs régionaux transmis à la Cire Normandie a permis de montrer que l'épidémie de gastro-entérite aiguë a débuté plus tôt par rapport aux saisons épidémiques précédentes, comme observé dans d'autres régions métropolitaines. Sa durée a par conséquent été plus longue, sans que l'intensité au moment du pic épidémique n'ait été très élevée.

| Figure 11 | Evolution hebdomadaire (par semaine de survenue du cas index) des foyers de cas groupés de gastro-entérites aiguës en collectivité de personnes âgées signalés aux ARS de Basse-Normandie et de Haute-Normandie (N = 39), saison hivernale 2014/15



Pour un des épisodes, la date de survenue du cas index n'a pu être documentée

| Tableau 3 | Caractéristiques des épisodes de GEA signalés par les collectivités de personnes âgées aux ARS entre le 06/10/2014 et le 02/06/2015, régions Basse-Normandie et Haute-Normandie

Résidents	
Nombre de malades (n = 39)	1 119
Nombre moyen de malades/épisode (min-max)	29 (7-100)
Taux d'attaque moyen (min-max) (n = 38)	36 % (9 % - 71 %)
Durée moyenne en jours/épisode (n = 33)	10
Personnel	
Nombre de malades (n = 38)	141
Nombre moyen de malades/épisode (min-max)	4 (0-15)
Taux d'attaque moyen (min-max) (n = 28)	10 % (0 %-36 %)

n correspond au nombre d'épisodes pour lesquels l'information était disponible (N = 39)

Le réseau Sentinelles Normandie

Victoire Roussel, médecin généraliste du réseau Sentinelles Normandie

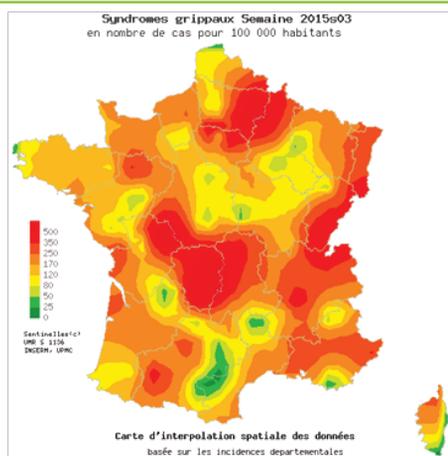
Dans les années 1980, alors que la surveillance épidémiologique reposait principalement sur la déclaration obligatoire des maladies, des systèmes basés sur différentes sources de données sanitaires se sont développés. **En 1984, le réseau Sentinelles (www.sentiweb.fr) a ainsi été créé** par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Université Pierre et Marie Curie. Plus de 30 ans après, en 2015, il est constitué de plus de 1200 médecins généralistes volontaires, dit « médecins Sentinelles », et un sous-échantillon d'environ 430 médecins surveillent de manière hebdomadaire **8 indicateurs*** (7 maladies infectieuses et 1 non infectieuse) sur l'ensemble du territoire métropolitain. À partir des données transmises, le réseau Sentinelles réalise une estimation de l'incidence des maladies surveillées (figure 1), décrit leur variation temporelle, détecte les épidémies de grippe et de diarrhées aiguës, et propose des prévisions épidémiques. Le réseau travaille avec de nombreux partenaires tels que l'institut de veille sanitaire, des centres nationaux de référence (CNR), la direction générale de la santé, etc.

En plus de la surveillance clinique, les médecins Sentinelles peuvent participer à la **surveillance virologique des syndromes grippaux et des oreillons** en réalisant des prélèvements parmi les patients vus lors de leurs consultations. Dans le cadre de la surveillance virologique des oreillons, nous travaillons avec le CNR de la Rougeole et des Paramyxoviridae respiratoires humains basé au centre hospitalier universitaire de Caen.

En **Haute et Basse Normandie**, 44 médecins sont inscrits au réseau (figure 2), avec un âge moyen de 58 ans. Les hommes représentent 89% des inscrits. Selon l'Insee, ils exercent pour 36% d'entre eux (n= 16) en milieu rural, 36% (16) en centre-ville, 16% (7) en banlieue et 11% (5) dans une ville isolée. Les médecins Sentinelles normands exercent seuls pour 53% d'entre eux (10), à 2-3 médecins pour 37% (7) et à 4 ou plus pour 10% (2). Parmi ces médecins, 15 participent de façon hebdomadaire au recueil de données.

Une réflexion est en cours pour le développement du réseau en Normandie et la mise en place d'une antenne régionale Sentinelles. Afin d'augmenter la précision des données régionales, un nombre plus important de médecins généralistes est nécessaire. Les médecins Sentinelles consacrent environ 10 minutes de leur temps au réseau par semaine. Si vous souhaitez recevoir des informations, contactez le Dr Victoire Roussel, médecin généraliste du réseau (victoire.roussel@iplesp.upmc.fr ou 01.44.73.84.35).

| Figure 1 | Taux d'incidence des syndromes grippaux en semaine 03 de 2015 (pour 100 000 habitants) (réseau Sentinelles, 2015)



| Figure 2 | Répartition des médecins Sentinelles inscrits en Normandie (réseau Sentinelles, 2015)



* Les 8 indicateurs sont les syndromes grippaux, les diarrhées aiguës, la varicelle, les oreillons, les urétries masculines, la maladie de Lyme, le zona et les tentatives de suicide.

Étude de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière du personnel du CHU-Hôpitaux de Rouen avant et après mise en place d'une campagne de promotion de la vaccination, saisons 2013/14 et 2014/15

Nathalie Nicolay (InVS, Cire Normandie)

| Introduction |

En France, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour tous les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère (1). Malgré cette recommandation, la couverture vaccinale (CV) antigrippale des professionnels de santé en région Haute-Normandie est basse, estimée par les services de médecine du travail à respectivement 11 % et 7 % au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen, 23 % et 11 % au Groupe Hospitalier du Havre et 34 % et 20 % à l'hôpital de la Croix-Rouge de Bois-Guillaume pour les saisons hivernales 2008/09 et 2010/11. Au niveau national, elle a été estimée entre 27 % et 34 % selon le secteur d'activité (2,3) alors que l'objectif fixé par la loi de santé publique de 2004 est de 75 % (1).

Pour la saison 2014/15, une campagne de promotion de la vaccination visant à "sensibiliser, informer et mobiliser les professionnels de santé sur l'importance et l'intérêt des vaccinations" a été mise en place par l'Agence régionale de la santé (ARS) Haute-Normandie en collaboration avec le Service de médecine du travail et pathologie professionnelle (SMTTP) du CHU-Hôpitaux de Rouen et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Haute-Normandie. Cette campagne, mise en place fin octobre 2014, était composée d'éléments de promotion à diffusion passive (affiches et cartes postales) et d'un élément participatif (concours de slogans). Elle s'ajoutait aux mesures visant à améliorer l'accessibilité du personnel du CHU-Hôpitaux de Rouen à la vaccination contre la grippe saisonnière mise en place chaque saison hivernale par le SMTTP. Ces mesures incluent la gratuité de la vaccination pour l'ensemble du personnel, des séances de vaccination offertes dans le SMTTP, la vaccination par délégation dans les services et le déplacement d'une « équipe mobile de vaccination » dans les services.

La Cire Normandie a été saisie par l'ARS Haute-Normandie pour évaluer l'impact de la campagne de promotion mise en place pour la saison hivernale 2014/15 au sein de l'ensemble des établissements du CHU-Hôpitaux de Rouen sur les professionnels de santé.

| Objectifs de l'étude |

Mesurer et comparer les valeurs de CV contre la grippe saisonnière des professionnels de santé du CHU-Hôpitaux de Rouen pour les saisons hivernales 2013/14 et 2014/15, soit avant et après mise en place de la campagne de promotion de la vaccination ;
Décrire les motifs de vaccination ou de non vaccination des professionnels de santé ainsi que les modalités d'accès à la vaccination ;
Calculer la proportion de professionnels de santé ayant eu connaissance d'au moins un des trois outils de promotion de la vaccination.

| Matériels et méthodes |

• Type d'étude

L'étude épidémiologique mise en place était une étude descriptive transversale de mesure de la CV contre la grippe saisonnière pour les saisons hivernales 2013/14 et 2014/15 (avant et après mise en place de la campagne de promotion de la vaccination), auprès des professionnels de santé incluant les médecins, sages-femmes, infirmier(e)s, aides soignant(e)s, kinésithérapeutes, dentistes et les « autres » professionnels de santé (ergothérapeutes, orthophonistes, auxiliaires de vie, pédicures, psychomotriciens, éducateurs, diététiciens) du CHU-Hôpitaux de Rouen.

• Population d'étude

La population source était constituée par l'ensemble des professionnels rémunérés par le CHU-Hôpitaux de Rouen en mars 2015. Était inclus, tout professionnel de santé rémunéré par le CHU-Hôpitaux de Rouen en mars 2015 et travaillant sur l'un des 7 sites composant le CHU-Hôpitaux de Rouen et titulaire d'un contrat de travail autre qu'une convention de stage. Pour la mesure de la CV pour la saison hivernale 2013/14, seuls les professionnels de santé déclarant avoir été rémunérés par le CHU-Hôpitaux de Rouen en décembre 2013 étaient inclus.

• Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par un auto-questionnaire papier distribué avec le bulletin de salaire du mois de mars 2015 à l'ensemble du personnel salarié du CHU-Hôpitaux de Rouen. Le personnel avait également la possibilité de remplir une version électronique du questionnaire en ligne sur le site intranet du CHU. Le questionnaire recueillait les informations suivantes : caractéristiques socioprofessionnelles, éléments de connaissance de la campagne de promotion de la vaccination, statut vaccinal déclaré pour les saisons hivernales 2014/15 et 2013/14 et élément(s) ayant contribué à la vaccination, modalités de vaccination (lieu de vaccination), raison(s) de non-vaccination selon le statut vaccinal pour la saison hivernale 2014/15.

Le type de données collectées n'a pas nécessité de déclaration Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

• Gestion et traitement des données

Après transmission à la Cire, les questionnaires complétés en version papier ont été saisis à l'aide d'un masque de saisie créé sous Microsoft Access® 2007. Les réponses aux questionnaires électroniques ont été intégrées à la base de données.

• Analyse des données

L'analyse a été réalisée avec les logiciels Stata® IC 12.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA). Le taux de participation global à l'enquête a été calculé par le rapport entre le nombre de questionnaires retournés par les professionnels de santé et le nombre total de professionnels de santé (donnée SRH). Les taux de participation par catégorie professionnelle ont été calculés. Les CV contre la grippe saisonnière et leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) ont été calculées pour les saisons 2014/15 et 2013/14. La comparaison des CV entre les saisons 2013/14 et 2014/15 a été effectuée à l'aide d'un test du Chi2 de McNemar. Les éléments de connaissance des différents outils de promotion déployés par l'ARS ainsi que les modalités de vaccination (lieu et/ou personne réalisant la vaccination) et les éléments ayant contribué au choix de la vaccination ou non vaccination ont été décrits.

• **Taux de participation et description de l'échantillon**

Le taux de participation global parmi les professionnels de santé était de 17,7 % (Tableau 1). Environ un médecin et un infirmier(e) sur cinq ont retourné leur questionnaire (19,7 % et 22,7 % de taux de participation respectivement). Le taux de participation était moins élevé parmi les aides-soignants (12,7 %) et dans la catégorie « autre professionnel de santé » (12,6 %).

L'échantillon de participants comptait une majorité de femmes (83 %) et d'infirmier(e)s (41,2 %). Une majorité de participants travaillait dans les services de médecine (35,7 %) (Tableau 2). La distribution de l'échantillon de participants par catégorie socioprofessionnelle différait significativement de la distribution théorique telle que transmise par le SRH ($p < 0.0001$) : la catégorie des infirmiers était surreprésentée et celle des aides soignants sous-représentée (Tableau 1).

• **Couvertures vaccinales**

⇒ **Couvertures vaccinales pour les saisons hivernales 2013/14 et 2014/15**

Pour la saison hivernale 2014/15, 39,4 % (IC 95 % : 36,7 % - 42,1 %) des professionnels de santé ayant participé à l'enquête se déclaraient vaccinés contre la grippe saisonnière (N = 484/1227). Pour la saison hivernale 2013/14, 44,9 % (IC 95 % : 41,9 ; 47,8) d'entre eux se déclaraient vaccinés (N = 504/1123). La diminution observée de la CV était statistiquement significative ($p = 0,0004$, test du Chi2 de Mc Nemar).

| Tableau 1 | Participation à l'enquête selon la catégorie professionnelle (nombre, taux, distributions théoriques et observées), enquête grippe, CHU-Hôpitaux de Rouen, 2015

	Total ^a	Nombre de participants	Taux de participation (%)	Distribution théorique (%)	Distribution effective (%)
Catégorie professionnelle					
Médecin	1425	281	19,7	20,5	22,9
Sage-femme	100	23	23,0	1,4	1,9
Infirmier(e)	2230	506	22,7	32,1	41,2
Aide-soignant(e)	1960	248	12,7	28,2	20,2
Pharmacien(e)	63	22	34,9	0,9	1,8
Kinésithérapeute	56	18	32,1	0,8	1,5
Autre professionnel de santé	1105	130	11,8	15,9	10,6
Total	6939	1228	17,7	100	100

^a Effectifs transmis par le Service des ressources humaines du CHU-Hôpitaux de Rouen

| Tableau 2 | Distribution des caractéristiques socioprofessionnelles des participants (N = 1228), enquête grippe, CHU-Hôpitaux de Rouen, 2015

Caractéristiques socioprofessionnelles	n	%
Sexe		
Masculin	207	17,0
Féminin	1014	83,0
Manquant	7	-
Age		
30 ans ou moins	241	19,6
Entre 31 et 40 ans	316	25,7
Entre 41 et 50 ans	354	28,8
Plus de 50 ans	316	25,7
Manquant	1	-
Catégorie professionnelle		
Médecin	281	22,9
Sage femme	23	1,9
Infirmier(e)	506	41,2
Aide-soignant(e)	248	20,2
Kinésithérapeute	18	1,5
Autre professionnel de santé	130	10,6
Secteur(s) d'activité		
Anesthésie Réanimation	133	11,2
Gynécologie Obstétrique	55	4,6
Ehpad* - Gériatrie	83	7
Pédiatrie	172	14,5
Autre service de soins en médecine	424	35,7
Autre service de soins en chirurgie	157	13,2
Service médicotechnique et administratif	134	5,1
Plusieurs secteurs d'activité déclarés	30	2,5
Manquant	40	-

*Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Pour la saison hivernale 2014/15, la CV rapportée par les médecins, les pharmaciens et les kinésithérapeutes était plus élevée que la CV rapportée parmi les autres catégories professionnelles (Tableau 3) mais restait en deçà des 75 % de CV recommandée par le HCSP. Un tiers des infirmiers (33,2 %) et un aide-soignant sur 5 (23 %) se déclaraient vaccinés lors de la saison 2014/15. La comparaison des CV entre les saisons hivernales 2013/14 et 2014/15 montre que les CV déclarées par les infirmiers et les aides soignants ayant participé ont significativement diminué ($p < 0,05$). Aucune différence de CV entre les deux saisons n'était observée parmi les autres catégories professionnelles.

| Tableau 3 | Couvertures vaccinales calculées sur la base du statut vaccinal déclaré par les participants et leur intervalle de confiance (IC 95 %) pour les saisons 2013/14 et 2014/15 selon la catégorie professionnelle, enquête grippe, CHU-Hôpitaux de Rouen

Catégorie professionnelle	Saison 2013/14		Saison 2014/15		p
	CV (%)	IC 95 %	CV (%)	IC 95 %	
Kinésithérapeute (N = 18)	56,2	31,1 - 81,4	72,2	50,9 - 93,5	0,15
Pharmacien (N = 22)	50,0	26,2 - 73,8	68,2	48,2 - 88,1	0,04
Médecin (N = 281)	74,6	69,2 - 79,9	67,6	62,1 - 73,1	0,12
Sage-femme (N = 23)	45,5	24,1 - 66,8	47,8	26,9 - 68,7	0,65
Infirmier(e) (N = 506)	38,6	34,2 - 43,0	33,2	29,1 - 37,3	0,03
Aide-soignant(e) (N = 248)	33,0	26,8 - 39,2	23,0	17,7 - 28,2	<10 ⁻³
Autre professionnel de santé (N = 130)	26,7	18,7 - 34,6	23,2	15,9 - 30,6	0,16

⇒ **Modalités de vaccination pour la saison 2014/15**

Majoritairement, le personnel ayant participé à l'enquête a eu recours au SMTTP du CHU-Hôpitaux de Rouen via la délégation de la vaccination dans les services (45,5 %) ou la vaccination dans les locaux du SMTTP (31,6 %) (Tableau 4). L'équipe mobile de médecine du travail a vacciné moins d'une personne sur 10 (8,1 %).

| Tableau 4 | Modalités de vaccination déclarées par les professionnels de santé vaccinés pour la saison 2014/15, enquête grippe, CHU-Hôpitaux de Rouen, 2015

Modalité de vaccination	Professionnel de santé (N = 484)	
	n	%
Délégation dans le service	219	45,5
Dans le Service de médecine du travail	152	31,6
Par l'équipe mobile de médecine du travail	39	8,1
En médecine de ville	35	7,3
Proche / moi-même	24	5,0
Dans un centre de vaccination	9	1,9
Autre	3	0,6
Manquant	3	-

• **Connaissance des outils de promotion de la vaccination**

Les outils de promotion les plus "visibles" étaient les affiches qui ont été identifiées par 70,2 % des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire d'enquête. Moins d'un professionnel sur cinq (15,9 %) a eu connaissance ou a participé au concours de slogans (Tableau 5).

| Tableau 5 | Connaissance des outils de la campagne de promotion vaccinale par les professionnels de santé, enquête grippe, CHU-Hôpitaux de Rouen, 2015

Outils de promotion de la vaccination	Professionnel de santé (N = 1228)	
	n	%
Campagne de promotion		
Connaissance d'au moins un outil de la campagne		
Oui	854	70,2
Non	363	29,8
Manquant	11	-
Affiches de promotion		
Oui	815	66,5
Non	410	33,5
Manquant	3	-
Cartes postales		
Oui	111	9,5
Non	1053	90,5
Manquant	64	-
Concours de slogans		
Oui, j'y ai participé	9	0,7
Non, mais j'en ai eu connaissance	194	15,9
Non, je n'en ai pas eu connaissance	1013	83,4
Manquant	12	-
Discussion entre collègues		
Oui	972	80,5
Non	236	19,5
Manquant	20	-

• **Motifs de vaccination et de non vaccination**

⇒ **Motifs de vaccination déclarés par le personnel vacciné pour la saison 2014/15**

Trois quarts des professionnels de santé ayant participé (74,3 %) déclaraient se faire vacciner chaque saison et que ce geste était « habituel » (Tableau 6). La campagne de promotion de la vaccination n'a pas joué un rôle clé dans la décision de se faire vacciner parmi les participants à l'enquête. Elle a été citée par 5,3 % des professionnels. Un quart des participants motivait l'acte vaccinal à des fins de prévention (prévenir un risque pour l'entourage) (25,7 %). Un antécédent personnel de grippe était cité par un participant sur 6 (15,8 %).

| Tableau 6 | Elément(s) (plusieurs réponses possibles) ayant contribué à la décision de se faire vacciner cité(s) par les professionnels de santé se déclarant vaccinés pour la saison 2014/15, enquête grippe, CHU-Hôpitaux de Rouen, 2015

	Professionnel de santé (N = 484)	
	n	%
Je me fais habituellement vacciner	361	74,3
Personne à risque dans mon entourage	125	25,7
Antécédent personnel de grippe	77	15,8
Obligation vaccinale dans mon service	29	6,0
Campagne de promotion de la vaccination contre la grippe	26	5,3
J'ai une maladie chronique / Je suis asthmatique	19	3,9
Contrainte liée au port du masque sur le lieu de travail en cas de non vaccination	10	2,1
Survenue de cas de grippe dans mon entourage	9	1,9
Actualités sur le virus Ebola	5	1,0
Autre(s) élément(s) ayant contribué(s) à la vaccination*	23	4,7
Manquant	2	-

* Parmi les autres éléments cités : grossesse (n=3), exemplarité / responsabilité (n=6), éviter les arrêts de travail (n=2), proposition par un professionnel (n=3)

⇒ **Eléments ayant contribué à la décision de ne pas se faire vacciner cités parmi le personnel non vacciné pour la saison 2014/15**

Le principal élément ayant contribué à la décision de ne pas se faire vacciner lors de la saison hivernale 2014/15 était le manque d'efficacité perçu du vaccin antigrippal rapporté par 41,4 % des participants (Tableau 7). Un accès difficile à la vaccination était rapporté par 6,7 % des participants. Par ailleurs, parmi les personnels non vaccinés en 2014/15 ayant complété la question ouverte sur les raisons de non vaccination (n = 212), 64 ne se sont pas faits vacciner bien qu'ils en aient eu la volonté (réponse de type "oubli", "négligence", "manque de temps").

| Tableau 7 | Eléments (plusieurs réponses possibles) ayant contribué à la décision de ne pas se faire vacciner cités par les professionnels de santé non vaccinés en 2014/15, enquête grippe, CHU-Hôpitaux de Rouen, 2015

	Professionnel de santé (N=732)	
	n	%
La vaccination antigrippale n'est pas suffisamment efficace	303	41,4
Réticence / opposition à la vaccination	241	32,9
Crainte des effets secondaires du vaccin ou des douleurs liées à l'injection	209	28,6
Je ne fais pas partie des personnes à risque d'attraper la grippe	137	18,7
J'utilise d'autres moyens de protection contre la grippe	72	9,8
. Homéopathie	26	3,6
. Mesures d'hygiène / Port du masque	38	5,2
. Vitamines / Citrons	6	0,8
. Autres moyens de protection moins fréquemment rapportés ou non précisés ^a	26	3,6
Accès difficile à la vaccination	49	6,7
Contre-indication personnelle au vaccin	45	6,1
Autre(s) raison(s)	123	16,8
. Oubli / Négligence	18	2,5
. Je suis rarement ou jamais malade / Je n'ai jamais ou rarement eu la grippe	16	2,2
. Manque de temps	14	1,9
. Malade lors de la campagne de vaccination	8	1,1
. Antécédents d'effets secondaires suite à la vaccination	8	1,1
. Absence de contact avec des patients	7	1,0
. Autres raisons moins fréquemment rapportées ^b	55	7,5
Manquant	11	-

^a Autres moyens de protection notables (tout personnel) : huiles essentielles (n = 5), hygiène de vie / alimentation équilibrée (n = 4), vitamines C (n=3), magnésium (n = 4), phytothérapie (n = 1)

^b Autres raisons : attente de l'équipe mobile de vaccination mais non rencontrée (n = 8), rupture de stock de vaccin en médecine du travail (n = 8), grossesse (n = 5), antécédent de grippe malgré la vaccination (n = 4), non connaissance des possibilités de vaccination (n = 4), manque de confiance (n = 3), non obligation (n = 3), grippe bénigne pour moi (n = 3), manque d'information sur les sessions de vaccination (n = 3), souche virale H1N1 contenue dans le vaccin (n = 2), syndrome grippal avant d'être vacciné (n = 2), lobbies de l'industrie pharmaceutique (n = 2), vaccin payant (n = 1).

| Discussion |

Avec respectivement 44,9 % et 34,9 % de CV calculées pour les saisons 2013/14 et 2014/15, cette étude montre que la vaccination contre la grippe des professionnels de santé travaillant au sein du CHU-Hôpitaux de Rouen est insuffisante et ce, malgré une campagne d'accessibilité soutenue par le SMTTP, une campagne complémentaire de sensibilisation à la vaccination et une loi de santé publique affichant un objectif de 75 %.

Parmi le personnel du CHU-Hôpitaux de Rouen, la tendance à la baisse de la CV observée dans cet échantillon illustre deux phénomènes : l'incapacité des programmes déjà mis en place à maintenir un niveau de CV contre la grippe constant et l'incapacité d'une campagne de promotion basée essentiellement sur des messages à diffusion passive (affiches et cartes postales) à promouvoir la vaccination auprès d'un plus grand nombre. La campagne de promotion mise en place par l'ARS Haute-Normandie n'a pas eu l'impact escompté sur la CV contre la grippe du personnel du CHU-Hôpitaux de Rouen. Selon l'étude, seulement 5 % du personnel de santé vacciné en 2014/15 et 10 % du personnel non vacciné en 2013/14 mais vacciné en 2014/15 rapportaient s'être fait vacciner à la suite de cette campagne. Par ailleurs, la CV n'était pas plus élevée parmi les professionnels ayant eu connaissance d'au moins un des outils de la campagne de promotion par rapport aux professionnels déclarant ne pas en avoir eu connaissance (rapport en cours d'écriture). Les messages de la campagne étaient essentiellement axés sur la vaccination comme moyen de prévention contre la grippe nosocomiale et comme moyen de préserver les forces vives à l'hôpital en rappelant aux professionnels de santé de porter un masque s'ils faisaient le choix de la non vaccination. La protection individuelle contre la grippe saisonnière est un axe de communication à renforcer. En effet, un antécédent personnel de grippe a été le motif de vaccination rapporté par 16,6 % des professionnels de santé vaccinés de l'échantillon.

Le concours de slogans était un outil très original de promotion de la vaccination. A l'image de cet outil, les futures campagnes se voudront plus participatives, dans l'objectif d'interpeller le professionnel de santé, provoquer des échanges promoteurs de la vaccination, corriger les fausses croyances, identifier au mieux les réticences et fournir l'information nécessaire à encourager la vaccination. Par ailleurs, les outils de communication doivent être le plus possible adaptés selon le niveau de connaissance des professionnels au vu des différences de CV observées selon la catégorie professionnelle.

En conclusion, cette étude fournit des informations utiles sur la perception de la vaccination par le personnel du CHU-Hôpitaux de Rouen et permet d'envisager de nouveaux axes de communication. Les éléments de promotion à diffusion passive de la campagne n'ont pas été efficaces. Un nouvel axe de travail repose sur le développement d'outils participatifs.

Bilan de la surveillance sanitaire hivernale 2014/15 en Normandie

- (1) Bulletin de veille sanitaire n°14, Cire Normandie, février 2015 – Sur quel dispositif de surveillance syndromique se base la veille sanitaire en Normandie ?
- (2) Serfling, R.E. 1963. Methods for Current Statistical Analysis of Excess Pneumonia & Influenza Deaths. Public Health Report, 78: 494-504.
- (3) InVS, aide mémoire sur la bronchiolite - <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite/Aide-memoire>
- (4) InVS - Bulletin épidémiologique grippe. Point au 22 mai 2015

Etude de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière du personnel du CHU-Hôpitaux de Rouen avant et après mise en place d'une campagne de promotion de la vaccination , saisons 2013/14 et 2014/15

1. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. JO du 11/08/2004. [Consulté le 02/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
2. Vaux S, Van Cauteren D, Guthmann J-P, Le Strat Y, Vaillant V, de Valk H, et al. Influenza vaccination coverage against seasonal and pandemic influenza and their determinants in France: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2011;11(1):30.
3. Guthmann J-P. Enquête nationale de couverture vaccinale, France, janvier 2011. Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière dans les groupes cibles et mesure de l'efficacité vaccinale. Couverture vaccinale par les vaccins diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTP) et antipneumococcique chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011 p. 21.
4. Rapport en cours d'écriture.

POUR TOUT SIGNALEMENT

ARS de Basse-Normandie

Tel : 02 31 70 95 10 - Fax : 02 31 70 95 50

ARS de Haute-Normandie

Tel : 02 32 18 31 69 - Fax : 02 32 18 26 92

Liste des 31 maladies à déclaration obligatoire

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite aiguë A
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH
- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- Listériose
- Mésothéliome
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Rougeole
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire collective
- Tuberculose et suivi de traitement
- Tularémie
- Typhus exanthématique

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de veille sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>

Directeur de la publication : Dr François BOURDILLON, directeur général de l'Institut de veille sanitaire

Rédacteur en chef : Arnaud MATHIEU, coordonnateur scientifique de la Cire Normandie

Comité de rédaction : Mélanie Martel

Diffusion : Cire Normandie - 31, rue Malouet 76000 Rouen

Tél. : 02 32 18 31 64 - Fax : 02 32 18 26 50

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