

Bilan de la surveillance hivernale Saison 2013-2014, Poitou-Charentes

Page 1	Editorial
Page 2	Grippe saisonnière
Page 5	Focus : Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière 2013-2014 en Poitou-Charentes à partir des données du régime général de l'assurance maladie (CNAMTS)
Page 6	Bronchiolite
Page 7	Gastroentérites
Page 9	Focus : Enquête épidémiologique de cas groupés avec symptomatologie gastro-intestinale en milieu scolaire, Poitiers
Page 11	Hypothermie
Page 12	Mortalité

| Editorial |

Philippe Germonneau, Responsable de la Cire Limousin Poitou-Charentes

La surveillance épidémiologique de l'hiver 2013 - 2014 mise en place par la Cellule de l'InVS en Région (Cire) Poitou-Charentes, a concerné la grippe et les syndromes grippaux, la bronchiolite du nourrisson, les gastro-entérites, les hypothermies et les décès toutes causes. Cette surveillance s'est appuyée sur les dispositifs de surveillance épidémiologique suivants :

- surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD),
- surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation,
- surveillance des réseaux de médecins Grog et Sentinelles,
- surveillance des infections respiratoires aiguës et des gastro-entérites aiguës en collectivités de personnes âgées,
- activité de SOS Médecins 17,
- mortalité de l'Insee.

Si l'hiver 2012-2013 avait vu survenir des épidémies de grippe, de gastro-entérites d'ampleurs notables dans la région Poitou-Charentes, l'hiver dernier a dessiné une situation épidémique d'impact modéré en termes de morbidité, de mortalité et de durée.

L'épidémie de grippe s'est développée de façon sensiblement synchrone à ce qui a été observé au plan national avec un début tardif (mi-janvier) pour atteindre un pic en semaine 08 et se terminer début mars. Vingt cas graves ont été signalés par les services de réanimation de la région. La surveillance virologique a mis en évidence au cours de cette épidémie des virus grippaux essentiellement de type A.

L'épidémie de gastro-entérite a débuté à la fin novembre pour présenter un pic en début d'année 2014 et s'éteindre en avril 2014. Le profil de l'épidémie était sensiblement le même au niveau national.

Ce moindre impact sanitaire des épidémies hivernales est à rapprocher, probablement, du bilan climatique de l'hiver 2013-2014 dominé par les flux d'ouest apportant d'abondantes précipitations et une douceur exceptionnelle.

Les résultats de cette surveillance sont détaillés dans le présent BVS. Ils sont complétés des données de couverture vaccinale fournies par la CNAMTS qui montrent une baisse au fil des ans de la vaccination antigrippale chez les personnes de 65 ans et plus. Par ailleurs, nous vous présentons l'investigation épidémiologique d'une épidémie de gastro-entérites survenue dans un établissement scolaire de la région.

Nous tenons à remercier tous les partenaires de cette surveillance : les services d'urgence et les services de réanimation des établissements de la région, les collectivités de personnes âgées, l'association SOS Médecins 17, les réseaux de médecins libéraux Grog et Sentinelles, les services de la CNAMTS et d'état civil. C'est grâce au concours de ces partenaires que la Cire peut chaque jour, réaliser cette surveillance et éditer un Point Épidémiologique hebdomadaire afin d'informer les professionnels de santé de la situation épidémiologique de la région.

Bonne lecture.

Indicateurs de surveillance de la grippe

Le dispositif de surveillance permet de suivre les épidémies de grippe selon plusieurs niveaux de gravité de l'infection allant du signalement d'un cas non compliqué jusqu'au décès. Chaque année il est activé en semaine 40 (1ère semaine d'octobre) et se termine en semaine 15 de l'année suivante (mi-avril).

Au niveau national, le dispositif de surveillance s'appuie sur des données épidémiologiques et virologiques issues de la médecine ambulatoire, des collectivités de personnes âgées, de l'hôpital ainsi que celles concernant les décès. A ces données sont associées des informations sur la grippe issue directement de la population (GrippeNet.fr). Pour en savoir plus : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Surveillance-de-la-grippe-en-France>.

En région Poitou-Charentes ce dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants (Figure 1) :

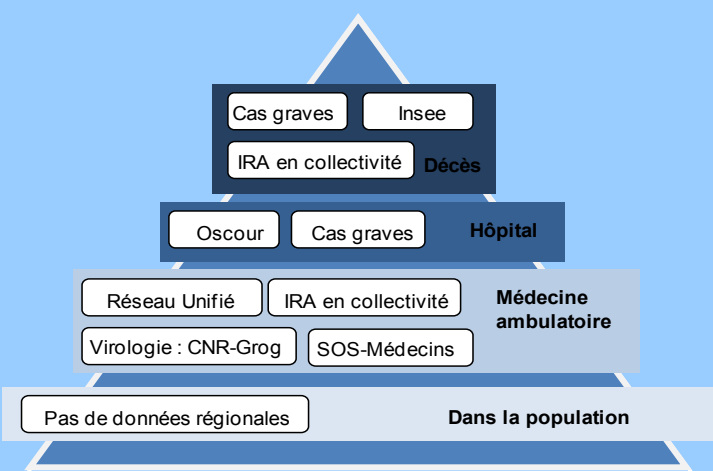


Figure 1. Dispositif de surveillance de la grippe en Poitou-Charentes du général aux cas particuliers, hiver 2013-2014.

Surveillance en médecine ambulatoire

Surveillance dans la communauté : Réseau Unifié

Cette surveillance est assurée par deux réseaux de médecins libéraux : le réseau Sentinelles, et le réseau des Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog). Ces deux réseaux mettent en commun depuis octobre 2009 une partie de leurs données pour former le Réseau Unifié de surveillance de la grippe, sur la base d'une même définition des cas : syndrome grippal (fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires). La mise en commun des données des réseaux permet une estimation plus précise des incidences régionales de consultations pour syndrome grippal. En Poitou-Charentes, on comptabilise en moyenne 14 médecins participants par semaine au cours de l'hiver 2013-2014.

SOS-Médecins 17

La surveillance de la grippe inclut le suivi du nombre de diagnostic clinique de grippe ou syndrome grippal posé par SOS-Médecins 17.

Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées

L'indicateur utilisé est le cas groupé d'infections respiratoires aiguës (IRA) défini comme la survenue d'au moins 5 cas d'IRA, dans un

Aide mémoire -sur la grippe

La grippe saisonnière est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus Influenzae (virus de type A et B) se transmettant de personne à personne par les sécrétions respiratoires ou par contact à travers des objets souillés. Les virus évoluent tous les ans, privant ainsi la population d'une immunité.

En moyenne en France, 2,5 millions de personnes seraient concernées chaque année par la grippe. Entre 25 % et 50 % des consultations concernent des jeunes de moins de 15 ans. En France métropolitaine, l'épidémie survient entre les mois de novembre et d'avril, débutant le plus fréquemment fin décembre - début janvier pour une durée moyenne de 9 semaines.

La grippe peut entraîner des complications graves chez les sujets à risque (personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente). La mortalité imputable à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés (plus de 90 % des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes de 65 ans et plus).

Pour en savoir plus :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Point-sur-les-connaissances>

délai de 4 jours parmi les résidents et signalé à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou au Centre de lutte Contre les infections nosocomiales (CClin). Une IRA est définie comme l'apparition d'au moins un signe fonctionnel ou physique d'atteinte respiratoire basse, associé à au moins un signe général suggestif d'infection.

Surveillance virologique

Le réseau des Grog effectue, pour un échantillon de patients, des prélèvements rhino-pharyngés qui sont adressés et analysés par le laboratoire de virologie du CHU de Poitiers travaillant avec le réseau pour confirmation du diagnostic de grippe.

Surveillance à l'hôpital

Données du réseau OSCOUR® (12 services d'urgences)

L'analyse des données permet de suivre la dynamique de l'épidémie par l'observation des variations hebdomadaires du nombre de patients consultant aux urgences ou hospitalisés pour grippe ou syndrome grippal. Le regroupement syndromique de grippe et syndrome grippal comprend les codes CIM-10 de diagnostics suivants : J09, J10, J11 et leurs dérivés.

Surveillance exhaustive des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation

Les cas de grippe (confirmés ou probables) hospitalisés en réanimation (cas graves) sont signalés à la Cire. La description de ces cas graves permet d'estimer la gravité de l'épidémie, d'identifier les facteurs de risque de grippe grave et d'évaluer l'efficacité du vaccin grippal pour éviter les formes graves.

Surveillance de la mortalité

La surveillance de la mortalité liée à la grippe repose sur le suivi de la létalité des cas graves de grippe en réanimation et des résidents malades dans les foyers d'IRA ainsi que sur la mortalité globale toutes causes confondues. Cette surveillance permet de déterminer la gravité de l'épidémie et de détecter un changement dans la distribution des caractéristiques épidémiologiques des personnes les plus gravement touchées par la maladie.

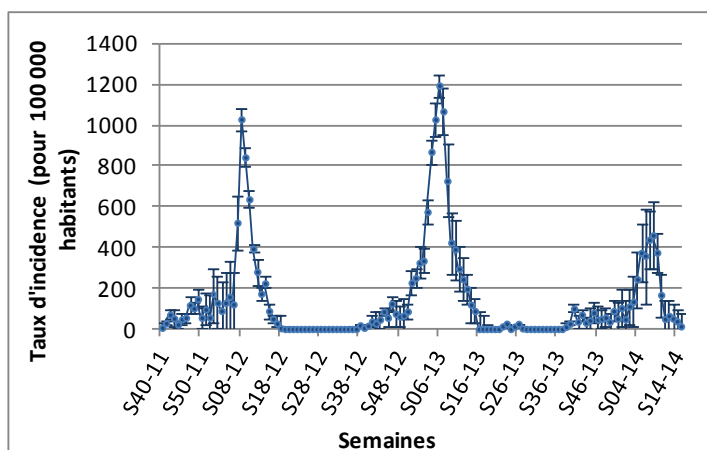
Surveillance en médecine ambulatoire

Surveillance dans la communauté

Réseau Unifié

En Poitou-Charentes, l'augmentation des consultations pour syndrome grippal a débuté en semaine 02-2014 (Figure 1). Le Pic d'activité a été observé en semaine 08-2014 avec un taux d'incidence de 460 cas pour 100 000 habitants [Intervalle de confiance à 95 % : 342-578].

L'épidémie de grippe de l'hiver 2013-2014 a été moins importante et de plus courte durée que l'épidémie de l'hiver précédent (Figure 1).



| Figure 1 |

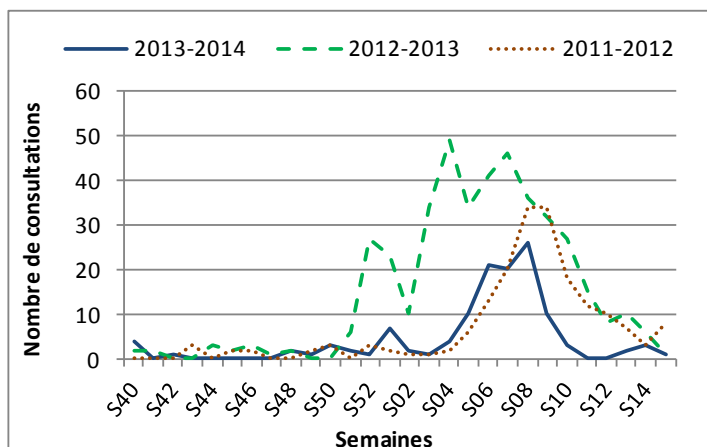
Taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal (cas pour 100 000 habitants) et son intervalle de confiance. Réseau unifié Grog-Sentinelles®- InVS, semaines 40/2011 - 15/2014, Poitou-Charentes.

Données SOS Médecins 17

Pour l'hiver 2013-2014, la fréquentation de SOS Médecins 17 pour grippe et syndrome grippal a augmenté à partir de la semaine 05-2014 (Figure 2). Le pic d'activité a été observé en semaine 08-2014 avec 26 consultations.

L'augmentation de l'activité a été observé pour toutes les classes d'âges.

En 2013-2014, le nombre de consultations a représenté jusqu'à 9 % de l'activité totale de SOS Médecins 17 en période épidémique. La hausse de l'activité pour grippe a été moins importante et de plus courte durée que les hivers précédents (Figure 2).

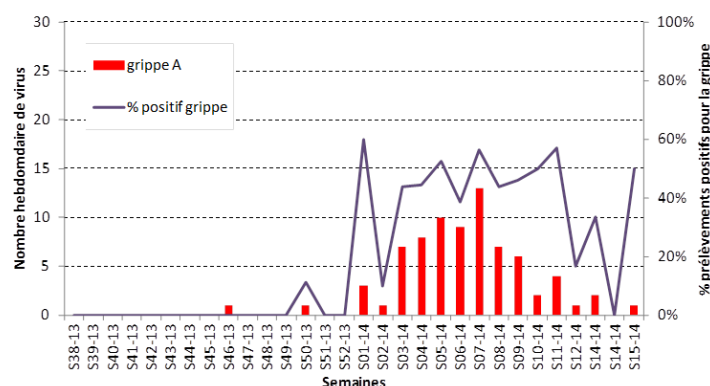


| Figure 2 |

Nombre de consultations à SOS-Médecins 17 pour grippe et syndrome grippal les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014.

Surveillance virologique

La détection des virus par le Grog en Poitou-Charentes a commencé en semaine 01-2014. Le seuil de positivité est resté stable proche de 50 % entre les semaines 03-2014 et 11-2014 (Figure 3). Les virus grippaux étaient de type A uniquement contrairement à ce qui a été observé l'année précédente avec une co-circulation des virus de type A et B.



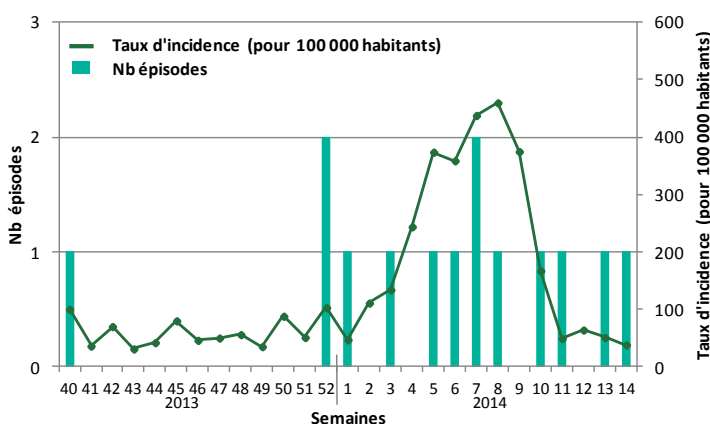
| Figure 3 |

Distribution hebdomadaire de la proportion de prélèvements positifs pour la grippe et du nombre de virus grippaux, par type, issus des prélèvements du Réseau des GROG en Poitou-Charentes et analysés par le laboratoire de virologie du CHU de Poitiers, semaines 38/2013 à 15/2014. Sources : GROG Poitou-Charentes, laboratoire de virologie du CHU de Poitiers, coordination nationale du Réseau des GROG

Surveillance des foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées et fragiles

Dans la période de surveillance de l'hiver 2013-2014, 14 épisodes d'IRA survenus en collectivités de personnes âgées et fragiles ont été signalés à l'ARS (Figure 4) soit deux fois moins d'épisodes que lors de la saison hivernale 2012-2013 où 29 épisodes avaient été signalés [1]. La distribution dans le temps des signalements des cas groupés d'IRA suit globalement la même tendance que l'évolution du taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal dans la communauté, avec un pic autour de la semaine 8-2014.

Parmi les 8 épisodes clôturés, les taux d'attaque médians étaient de 35 % chez les résidents et 7 % chez les personnels. Sept décès parmi les résidents ont été signalés.



| Figure 4 |

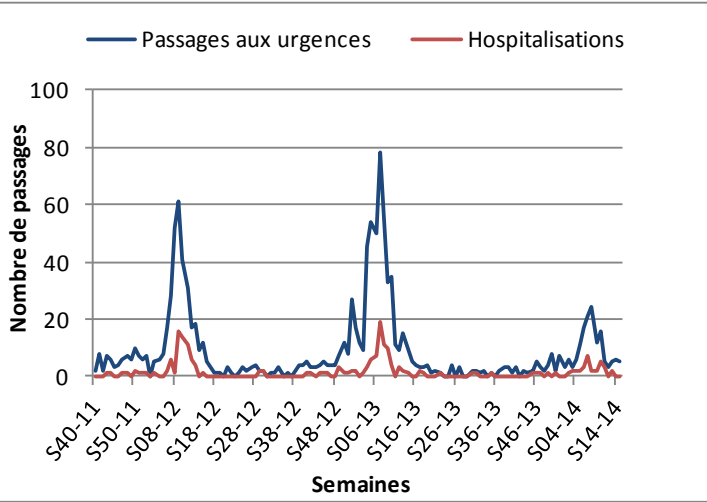
Nombre hebdomadaire d'épisodes d'infections respiratoires aiguës (IRA) selon la date de début des signes du 1er cas, signalés dans les collectivités de personnes âgées et fragiles, et taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal dans la communauté - Réseau unifié, semaine 40/2013 - 14/2014, Poitou-Charentes.

Parmi les établissements ayant répondu, les couvertures vaccinales médianes contre la grippe étaient de 82 % parmi les résidents et 16 % parmi les membres du personnel. Une recherche étiologique a été effectuée pour la moitié des épisodes, et 5 étiologies ont été déterminées, dont 3 avec un virus grippal et 2 avec un virus respiratoire syncytial (VRS).

Surveillance à l'hôpital

Données OSCOUR®

Le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations pour grippe et syndrome grippal l'hiver 2013-2014 a augmenté à partir de la semaine 05-2014 (Figure 5). Un pic a été observé en semaine 08-2014 comptabilisant 24 passages aux urgences dont 2 hospitalisations.



| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et d'hospitalisations pour une grippe ou un syndrome grippal, semaine 40/2011-15/2014, dans 12 établissements du Poitou-Charentes participant à OSCOUR® entre octobre 2011 et avril 2014.

L'activité pour grippe et syndrome grippal aux urgences en période épidémique a représenté jusqu'à 0,4 % de l'activité totale des urgences. La fréquentation aux urgences a augmenté pour toutes les classes d'âges. Un retour à une activité faible et stable a été observé mi-avril comme les hivers précédents.

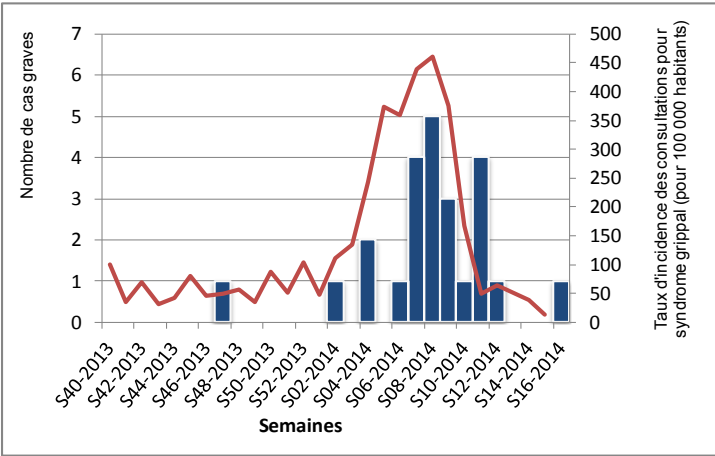
La proportion d'hospitalisation pour grippe sur l'ensemble de la période de surveillance est de 20 % (36 hospitalisations), supérieure à celles des deux hivers précédents (16 % l'hiver 2012-2013 et 18 % l'hiver 2011-2012).

La hausse d'activité pour grippe au cours de l'hiver 2013-2014 a été moins élevée que les hivers précédents.

Surveillance des cas graves

Du 1er novembre 2013 au 16 avril 2014, 20 cas graves de grippe admis en réanimation dans la région Poitou-Charentes ont été signalés à l'InVS. Ce nombre est semblable à celui pour la saison 2012-2013. Le pic d'admission a été atteint en semaine 8 (Figure 6), coïncidant avec le pic d'activité grippale en médecine ambulatoire.

Dix cas ont été signalés dans le département de la Vienne, 5 en Charente et 5 dans les Deux-Sèvres.



| Figure 6 |

Nombre de cas graves de grippe et taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal du Réseau Unifié, semaines 40 de 2013 à 16 de 2014, Poitou-Charentes.

La majorité des patients était des adultes de moins de 65 ans et du sexe masculin (75%) (tableau 1). La majorité des patients était infectée par un virus A (70% avec du A(H1N1)pdm09), présentait des facteurs de risque ciblés par la vaccination et n'était pas vaccinée. La létalité (25%) était élevée et au-dessus de la moyenne nationale (14%).

| Tableau 1 |

Caractéristiques des cas graves de grippe signalés en Poitou-Charentes, hiver 2013-2014

Statut virologique	Effectifs	%
A(H3N2)	4	20%
A(H1N1)pdm09	14	70%
A non sous-typé	1	5%
B	0	0%
Non typés	1	5%
Non confirmés	0	0%
Classes d'âge		
0-4 ans	0	0%
5-14 ans	0	0%
15-64 ans	12	60%
65 ans et plus	8	40%
Sexe		
Sexe ratio M/F - % d'hommes	3,0	75%
Facteurs de risque de complication		
Aucun	6	30%
Grossesse sans autre comorbidité	0	0%
Obésité (IMC>=30) sans autre comorbidité	3	15%
Autres cibles de la vaccination	11	55%
Statut vaccinal		
Non vacciné	18	90%
Vacciné	1	5%
Non renseigné ou ne sait pas	1	5%
Gravité		
SDRA (Syndrome de détresse respiratoire aigu)	12	60%
Ecmo (Oxygénation par membrane extracorporelle)	0	0%
Ventilation mécanique	13	65%
Décès	5	25%
Total	20	100%

Conclusion

La saison 2013-2014 en région Poitou-Charentes s'est caractérisée par une épidémie grippale d'intensité faible, d'une durée courte, dominée par une circulation majoritaire des virus A dans la communauté et sans gravité particulière. Cette épidémie a été moins importante que celle observée l'hiver précédent (2012-2013).

L'hiver 2013-2014, le taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal, au niveau national, a été supérieur au seuil épidémique pendant 5 semaines (semaines 05 à 09-2014).

La proportion d'hospitalisations pour grippe après un passage aux urgences était supérieure aux 2 années précédentes. Cela a également été observé au niveau national et ceci pourrait s'expli-

quer par la part de virus A (H1N1)pdm09 dans la circulation virale, plus enclins à provoquer des formes graves de grippe chez l'adulte alors que le virus A(H3N2) entraînent des gripes compliquées chez les personnes âgées.

Le dispositif de surveillance de la grippe mis en place par l'InVS en région Poitou-Charentes a permis de suivre tout au long de la saison hivernale l'évolution de l'épidémie. Toutefois, la faible participation des médecins généralistes à la surveillance en région ne permet pas aujourd'hui d'approcher avec précision les taux d'incidence de la grippe dans le Poitou-Charentes.

| Focus : Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière 2013-2014 en Poitou-Charentes à partir des données du régime général de l'assurance maladie (CNAMTS) |

Anne Bernadou, Cire Limousin Poitou-Charentes

Chaque année, une campagne de vaccination est organisée en France. Elle a pour vocation de protéger des populations identifiées par les autorités sanitaires, pour lesquelles la maladie représente un danger et ce, dans l'objectif de réduire le risque avéré de complications graves ou de décès de grippe.

L'Assurance maladie invite notamment les assurés de plus de 65 ans, et les femmes enceintes et les personnes atteintes de certaines maladies chroniques (asthme, diabète, insuffisance cardiaque...) à se faire vacciner [1]. Le vaccin est pris en charge à 100 % pour ces populations à risque. Des courriers leur sont envoyés avec un bon de vaccination permettant la délivrance gratuite du vaccin.

Au cours de l'hiver 2013-2014, la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière s'est déroulée du 11 octobre 2013 au 31 janvier 2014.

A partir des données CNAMTS, la couverture vaccinale (CV) a pu être calculée pour la population, affiliée au régime général, ciblée par les recommandations et à qui un bon de vaccination a été envoyé (CV = nombre de vaccins antigrippaux remboursés / nombre de bons de vaccination).

En Poitou-Charentes, lors de la saison 2013-2014, la CV était de 50,4 % et variait de 49,9 à 51,3 % selon les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) (Tableau 1).

La CV chez les 65 ans et plus en 2013-14 étaient de 52,8 % et variaient entre 50,6 % et 53,7 % selon les CPAM. La CV des moins de 65 ans en affections de longue durée (ALD) est moins élevée avec 35,2 % de vaccinés.

Une baisse de la CV est observée par rapport aux deux saisons précédentes (51,6 % en 2012-13 et comprise entre 51,3 et 55,4 % en 2011-12), en particulier chez les 65 ans et plus. Cette baisse est également observée en France métropolitaine, et cela depuis la pandémie grippale A(H1N1) de 2009-10 (Tableau 2).

La CV en Poitou-Charentes est légèrement supérieure à celle observée au niveau national (48,9 % en France) (Tableau 2). En revanche elle est bien inférieure à l'objectif de la loi de santé publique de 2004 qui est d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes cibles.

Référence

[1] Haut Conseil de Santé Publique. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013. Bull epidemiol Hebd 2013;14-15.

| Tableau 1 |

Couverture vaccinale antigrippale chez les personnes ciblées par la CNAMTS par CPAM et par âges, Poitou-Charentes, saison 2011-12 à 2013-14.

	2011-12	2012-13	2013-14
CPAM Charente			
65 ans et plus	56,9%	53,9%	52,3%
Moins de 65 ans en ALD	33,2%	32,2%	34,6%
CPAM Charente-Maritime			
65 ans et plus	58,3%	55,1%	53,5%
Moins de 65 ans en ALD	34,6%	33,4%	34,7%
CPAM Deux-Sèvres			
65 ans et plus	53,7%	51,9%	50,6%
Moins de 65 ans en ALD	35,8%	33,8%	36,5%
CPAM Vienne			
65 ans et plus	57,2%	55,0%	53,7%
Moins de 65 ans en ALD	34,2%	33,0%	35,4%
Poitou-Charentes			
65 ans et plus	NC	54,20%	52,80%
Moins de 65 ans en ALD	NC	33,20%	35,20%
Ensemble de la population	NC	51,60%	50,40%

Sources CNAMTS

| Tableau 2 |

Couverture vaccinale antigrippale chez les personnes ciblées par la CNAMTS par CPAM et par âges, France métropolitaine, saison 2009-10 à 2013-14.

	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
65 ans et plus	63,9%	56,2%	55,2%	53,1%	51,9%
Moins de 65 ans en ALD	54,4%	40,1%	33,0%	32,1%	33,3%
Ensemble de la population	60,2%	51,8%	51,7%	50,1%	48,9%

Sources CNAMTS

Indicateurs de surveillance de la bronchiolite

La surveillance de la bronchiolite en Poitou-Charentes est assurée à partir du réseau OSCOUR® auquel participent pour l'analyse des données, 12 services d'urgences de la région et de l'association SOS-Médecins-17.

Le regroupement syndromique de la bronchiolite comprend les codes CIM-10 des diagnostics suivants: J21, J210, J218 et J219.

Au niveau national, ces deux sources de données sont complémentaires de celles des Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog). Le réseau des Grog permet la surveillance de la circulation du VRS par le recueil du nombre de VRS isolés en France. Le réseau recense également les consultations de médecine de ville (médecins généralistes et pédiatres) pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans (<http://www.grog.org>).

Aide-mémoire sur la bronchiolite

La bronchiolite est une infection virale respiratoire épidémique saisonnière dont le principal responsable est le virus respiratoire syncytial (VRS) qui circule majoritairement en France entre octobre et février, avec un pic en décembre. En France, on estime que la bronchiolite touche chaque hiver près de 30 % des nourrissons, soit environ 460 000 cas par an. Deux pour cent des nourrissons de moins de 1 an seraient hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année et les décès imputables à la bronchiolite aiguë sont rares.

Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par une personne enrhumée et par les mains. Dans la majorité des cas, la bronchiolite évolue de manière favorable. Elle est facilement reconnue par le médecin ou le pédiatre et relève dans la très grande majorité des cas (95 %) d'une prise en charge en ville.

Pour de plus amples informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite>

Surveillance à l'hôpital (Oscour)

En Poitou-Charentes, 586 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés entre le 01/10/2013 et le 15/04/2014 chez les moins de 2 ans, 242 (41%) de sexe féminin et 344 (59%) de sexe masculin. Environ 327 (56%) enfants avaient moins de 6 mois, 176 (30%) entre 6 mois et 1 an et 83 (14%) entre 1 et 2 ans.

Pour la saison 2013-2014 et dès la semaine 41-2013, le nombre hebdomadaire de cas de bronchiolite enregistré aux urgences chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre le pic saisonnier pendant les semaines 52-2013 et 01-2014 avec 61 passages, suivi d'une baisse et de fluctuations jusqu'à la mi-avril 2014 (Figure 1).

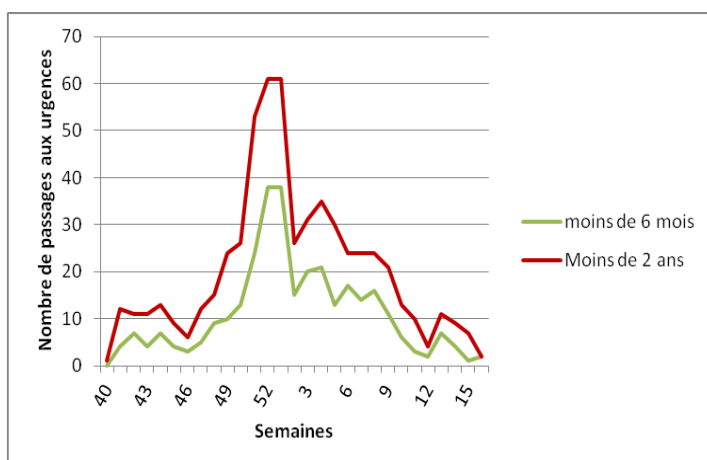
Le nombre total de passages pour bronchiolite aux urgences hospitalières était inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes (586 passages contre 641 en 2012-2013 et 617 en 2011-2012) (Figure 2).

Surveillance en médecine de ville

Près de 27 diagnostics de bronchiolite ont été posés par SOS Médecins 17 entre le 01/10/2013 et le 15/04/2014. L'activité liée à la bronchiolite était supérieure à celle des deux saisons précédentes.

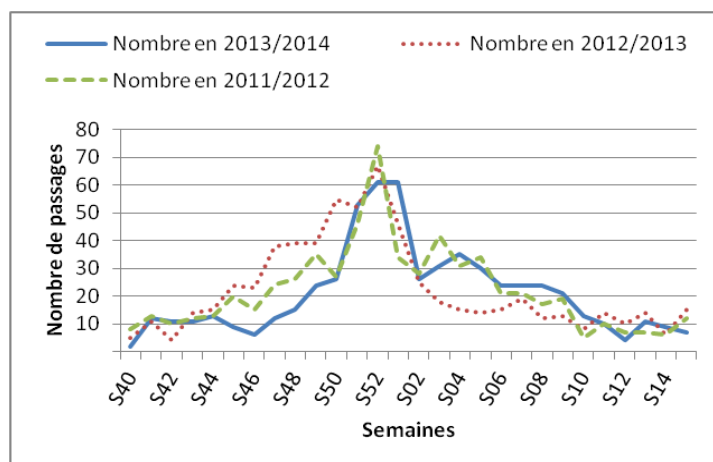
Conclusion

En Poitou-Charentes, le nombre hebdomadaire des passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre le pic saisonnier pendant les semaines 52-2013 et 01-2014 avec 61 passages. Ce nombre était inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes. Enfin, la dynamique de l'épidémie était similaire à celle observée sur le plan national.



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans et moins de 6 mois en Poitou-Charentes, du 01/10/2013 au 15/04/2014.



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans en Poitou-Charentes les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014.

Indicateurs de surveillance de gastro-entérite

En région Poitou-Charentes, le dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants :

Surveillance à l'hôpital

-Données du réseau OSCOUR® (12 services d'urgences)

L'indicateur utilisé est le regroupement syndromique de la gastro-entérite comprenant les codes CIM-10 de diagnostics suivants : A08, A09 et leurs dérivés

Surveillance ambulatoire

- Les consultations SOS-Médecins 17

L'indicateur utilisé est le diagnostic clinique de gastro-entérite.

- En collectivités de personnes âgées : l'indicateur est le cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA)

Toute survenue d'au moins 5 cas de GEA, dans un délai de 4 jours parmi les résidents, doit être signalée à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou au Centre de lutte Contre les infections nosocomiales (CClin).

Un cas de GEA est défini par l'apparition soudaine au cours d'une période 24h d'au moins 2 selles de consistance molle ou liquide de plus que ce qui est considéré comme normal ; ou d'au moins 2 accès de vomissements.

La période de surveillance s'étend de la semaine 40 (1er semaine d'octobre) à semaine 20 (mi-mai).

Aide mémoire sur la gastro-entérite

Les gastro-entérites hivernales sont en majorité d'origine virale et parmi les principaux virus responsables, on compte les rotavirus, les norovirus, les astrovirus et les adénovirus. La transmission interhumaine est le mode principal de transmission des GEA hivernales.

Il existe chaque année en France, comme dans tous les pays européens, une épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës virales (GEA). Les données du réseau Sentinelles permettent d'estimer que, chaque hiver ces GEA sont à l'origine de 700 000 à 3,7 millions de consultations en médecine générale. L'augmentation du nombre de consultations pour GEA s'observe habituellement entre décembre et janvier avec un pic, le plus souvent au cours des deux premières semaines de janvier. Ces épidémies durent en moyenne 7,5 semaines.

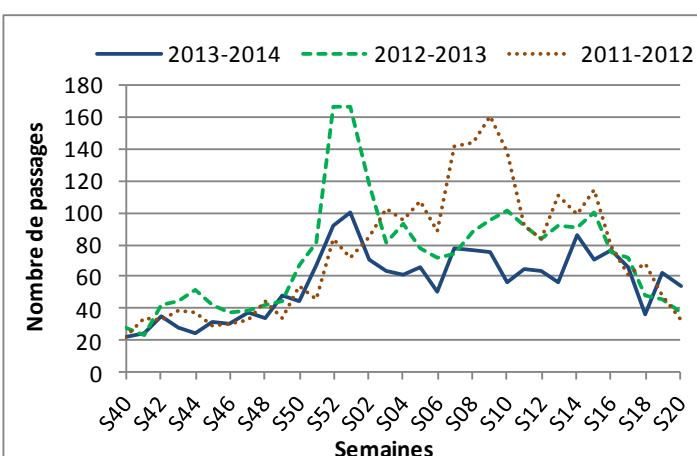
Pour plus d'informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d'origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales/Aide-memoire>

Au niveau national, la surveillance des GEA est assurée par plusieurs systèmes complémentaires : le réseau Sentinelles, le système OSCOUR® et le signalement des cas groupés de GEA en collectivités de personnes âgées (<http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d'origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales>).

Surveillance à l'hôpital

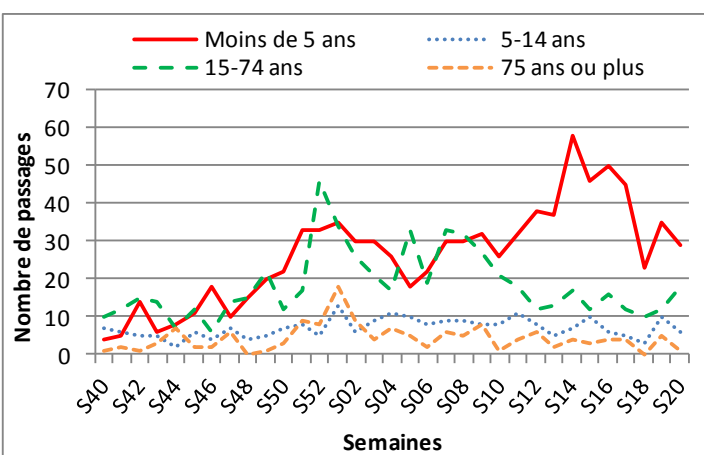
Au cours de l'hiver 2013-2014, le recours aux urgences pour gastro-entérite s'est accentué à partir de la semaine 50-2013 (Figure 1). Le pic a été observé en semaine 01-2014 avec 100 passages.

Cette augmentation a été observée dans toutes les classes d'âges (Figure 2).



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérite aiguë les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014, dans 12 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR® entre octobre 2011 et avril 2014



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérite aiguë l'hiver 2013-2014 par classes d'âges, dans 12 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR® entre octobre 2013 et avril 2014

Après la semaine du pic, le recours aux urgences s'est stabilisé à un niveau élevé (avec environ 65 passages en moyenne) jusqu'en semaine 20-2014 (Figure 1). A partir de la semaine 09-2014, le recours aux urgences pour gastro-entérite a concerné majoritairement les enfants âgés de moins de 5 ans (Figure 2).

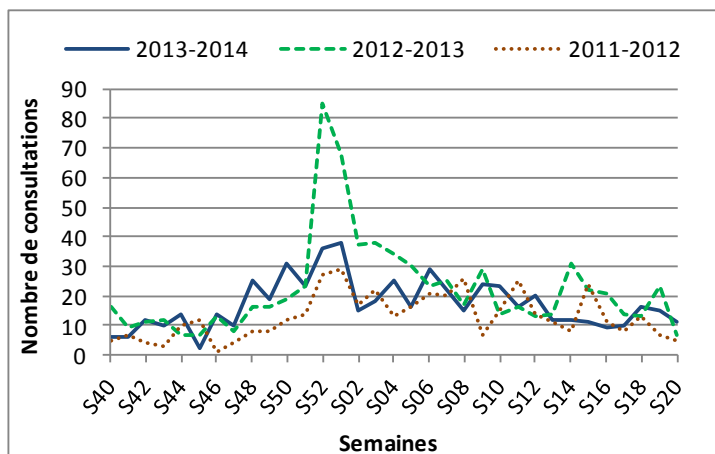
L'activité pour gastro-entérite en période épidémique a représenté jusqu'à 1,9 % de l'activité totale des urgences (soit quatre fois plus qu'en hors période épidémique).

La hausse de l'activité pour gastro-entérique a été moins élevée que celles des deux hivers précédents.

Surveillance en médecine ambulatoire

Données SOS Médecins 17

Pour la saison 2013-2014, la fréquentation de SOS Médecins 17 pour gastro-entérite a progressivement augmenté à partir de la semaine 48 -2013 (Figure 3). Le pic a été observé en semaine 01-2014 avec 38 consultations.



| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de consultations SOS-Médecins 17 pour gastro-entérite aiguë les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014

Cette augmentation de l'activité a été observée dans toutes les classes d'âges bien que plus élevée pour les adultes de 15 à 74 ans.

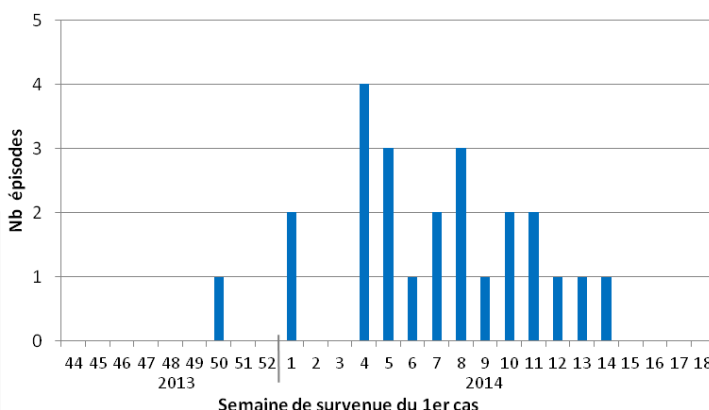
Pour l'hiver 2013-2014, le nombre de consultations pour gastro-entérites a représenté jusqu'à 13 % de l'activité totale de SOS Médecins 17, inférieur à l'hiver précédent (20 % en 2012-2013) mais similaire à l'hiver 2011-2012 (13 %).

Cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA) en collectivités de personnes âgées et fragiles

Au cours de la période de surveillance de l'hiver 2013-2014, 24 épisodes de GEA survenus en collectivités de personnes âgées et fragiles ont été signalés à l'ARS (Figure 4) soit deux fois moins d'épisodes que lors de la saison hivernale 2012-2013 où 48 épisodes avaient été signalés [1].

Les taux d'attaque médians parmi les 12 épisodes clôturés étaient de 25 % chez les résidents et 6 % chez les personnels. Ces épisodes ont donné lieu à l'hospitalisation d'un cas, aucun décès n'a cependant été recensé.

Une étiologie a été recherchée pour 25 % des épisodes (n=6) et retrouvée pour 2 épisodes (norovirus identifié pour ces 2 épisodes).



| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes de gastro-entérites aiguës (GEA) selon la date de début des signes du 1er cas, signalés dans les collectivités de personnes âgées et fragiles, semaine 44/2013 - 18/2014, Poitou-Charentes

Conclusion

En Poitou-Charentes, l'épidémie de gastro-entérites pendant l'hiver 2013-2014 a démarré fin décembre pour atteindre le pic en semaine 01-2014, à une valeur nettement inférieure à l'hiver précédent, et s'est ensuite prolongée jusqu'en avril.

Au niveau national, le taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour diarrhée aiguë n'a pas franchi le seuil épidémique au cours de l'hiver 2013-2014.

Le dispositif de surveillance de la gastro-entérite en région Poitou-Charentes a permis de suivre tout au long de la saison hivernale l'évolution de l'épidémie. Toutefois, la faible participation des médecins généralistes à la surveillance ne permet pas aujourd'hui d'approcher avec précision les taux d'incidence des gastro-entérites dans la région.

| Focus : Enquête épidémiologique de cas groupés avec symptomatologie gastro-intestinale en milieu scolaire, Poitiers |

Marie-Eve Raguenaud, Cire Limousin Poitou-Charentes

Contexte du signalement

Le 18 décembre 2013 un lycée de la Vienne signalait un nombre important d'élèves ayant présenté des signes digestifs aigus. Les premières informations recueillies par la CVGAS auprès du proviseur de l'établissement scolaire indiquaient qu'environ 70 internes sur les 300 hébergés au lycée avaient présenté des douleurs abdominales et/ou des vomissements dans la nuit du 17 au 18 décembre.

Une enquête alimentaire a été menée par la DDPP 86 qui a procédé à une inspection des cuisines le mercredi 18 décembre. La CVGAS s'est chargé de l'enquête microbiologique auprès des élèves hospitalisés ainsi que du personnel de cuisine via le médecin du travail.

Les mesures de contrôle mises en place étaient le renfort des mesures d'hygiène dans l'établissement et l'arrêt de travail pour le personnel de cuisine malade.

Objectif de l'investigation

L'objectif de l'étude épidémiologique effectuée par la Cire était de recenser les malades, d'examiner leurs caractéristiques et leur distribution dans le temps, et d'émettre des hypothèses sur l'origine de la contamination.

Méthodes

L'investigation a impliqué des discussions avec le personnel de l'infirmerie, le médecin de l'Education Nationale et le proviseur. Une enquête descriptive a été réalisée avec les données disponibles le 19 au matin dans le cahier informatisé de l'infirmerie de l'établissement scolaire. Les définitions de cas étaient :

Définition de cas pour le recensement des cas : Toute personne enregistrée à l'infirmerie ayant déclaré au moins un symptôme ou signe digestif (vomissement, diarrhée, douleur abdominale) entre le 17 et le 18 décembre.

Définition de cas pour la courbe épidémique : Toute personne enregistrée à l'infirmerie ayant déclaré au moins un signe digestif (vomissement, diarrhée) entre le 17 et le 18 décembre.

Compte tenu de l'impact médiatique interne et externe de l'épidémie (présence du SAMU, journalistes, police le mercredi matin dans l'établissement) et du renvoi à domicile des internes malades, le nombre d'absents enregistrés au lycée n'était probablement pas un bon indicateur du nombre d'élèves malades d'après le proviseur, car les motifs d'absence incluaient à la fois le fait d'être malade, de ne pas vouloir fréquenter un établissement « en pleine épidémie », et l'anticipation de la fin du trimestre (congé scolaire le 20 décembre).

Résultats

Recensement des cas à l'infirmerie avec au moins 1 symptôme ou signe clinique digestif :

95 élèves enregistrés à l'infirmerie parmi lesquels :

- 74 internes (dont 47 vus la nuit du 17/18) [Taux d'attaque de 32%]
- 19 demi-pensionnaires [Taux d'attaque de 3%]
- 2 externes/étudiants [Taux d'attaque de 2%].

Parmi les 48 élèves enregistrés à l'infirmerie le mardi après-midi ou le mercredi matin, 27 (56%) étaient des internes, 19 (40%) étaient des demi-pensionnaires et 2 des externes/étudiants.

Par ailleurs, au moins 5 des 30 élèves résidant à l'internat du lycée

mais scolarisés dans un autre lycée ont développé au moins un signe digestif dans la nuit du 18 au 19 décembre.

Au moins 2 enseignants, 2 employés administratifs, et 1 personnel de ménage ont développé au moins un signe clinique digestif le 17 ou 18 décembre.

Parmi le personnel de cuisine, 1 cuisinier était symptomatique pour une GEA (diagnostiqué avec une GEA le 17 au soir) le lundi, 2 autres avaient au moins un symptôme ou signe digestif, et 3 autres étaient absents le mercredi (sur 15 employés de cuisine).

D'après les appels reçus par l'infirmière du lycée de la part de médecins généralistes, des élèves auraient consulté leur médecin, notamment le mercredi 18.

Description des cas à l'infirmerie avec au moins 1 signe clinique (Vomissement ou diarrhée) :

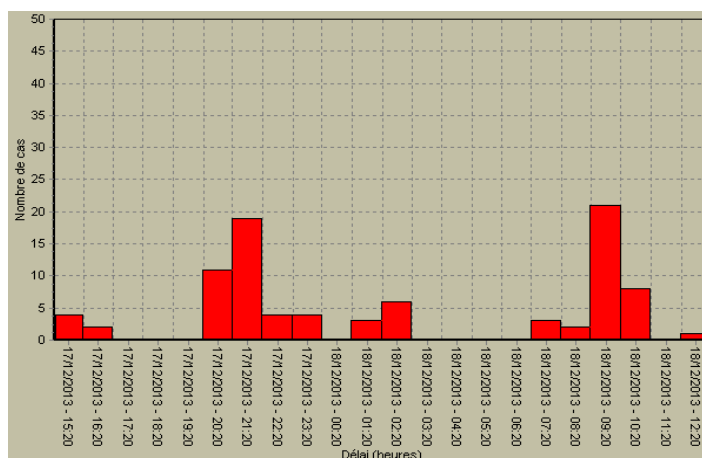
Un **total de 89 cas** présentant des vomissements et/ou une diarrhée ont été recensés dans le cahier de l'infirmerie.

Parmi les 89 cas, 52 (58%) étaient du sexe masculin et 36 (40%) du sexe féminin. Les élèves étaient issus de tous les niveaux (Seconde, 1ère, Terminale).

Les signes cliniques digestifs principaux rapportés par les élèves étaient les vomissements (88 / 95) d'apparition brutale en l'absence de fièvre. Trois cas ont déclaré une diarrhée. La durée de la maladie était courte (<24 heures) et la résolution des signes était spontanée pour la majorité des cas.

Au total, **six** élèves ont été **hospitalisés** dans la nuit du 17/18 dont 1 seul plus de 24 heures.

La courbe épidémique (Figure 1) des cas enregistrés à l'infirmerie montre un étalement des cas sur une période de 21 heures à partir du mardi 17 vers les 15 heures, avec un 1er regroupement de cas en début de soirée le 17 et un 2ème regroupement dans la matinée du 18.



| Figure 1 |

Courbe épidémique des cas enregistrés à l'infirmerie de l'établissement scolaire les 17-18 décembre 2013 (n=89), Poitiers.

Exposition à une même origine alimentaire

Parmi les personnes malades, certaines ne mangeaient pas à la cantine (1 professeur, 2 externes, ainsi que les 5 élèves d'un autre lycée résidant en internat).

Si l'on considère que le repas du lundi 16 à midi a pu être contaminé par le personnel de cuisine symptomatique d'une GEA et ayant manipulé les plats, la courbe d'incubation montre une incubation de 24-52 heures, ce qui pourrait orienter vers un calicivirus (ex : norovirus).

Les données des passages aux urgences dans la région et notamment au CHU de Poitiers ne montraient pas d'augmentation des cas de GEA en semaine 50 (9-15 décembre) par rapport à la semaine 49. La période épidémique pour les GEA virales débute habituellement à cette période (fin décembre).

Discussion

Les éléments de l'enquête épidémiologique étaient en faveur d'une origine virale du phénomène épidémique de gastroentérites aiguës ayant touché l'ensemble de l'établissement les 17-18 décembre. Le tableau clinique et la durée d'incubation estimée par l'amplitude de la courbe épidémique orientaient vers une étiologie virale. Le regroupement de la majorité des cas sur une période d'environ 24 heures suggéraient une exposition commune qui pourrait être le repas de lundi midi (809 repas servis pour un total de 852 internes et demi-pensionnaires). Même si l'origine alimentaire était appuyée par le fait qu'un cuisinier en service était symptomatique d'une GEA lundi, une transmission interhumaine a probablement participé au phénomène épidémique en expliquant les cas secondaires apparus plus tardivement.

Les arguments en faveur d'une origine virale étaient :

- Le tableau clinique typique d'une infection à Norovirus (apparition soudaine de vomissements pour la majorité des cas) ;
- Incubation 24-52 heures dans l'hypothèse d'une contamination le

lundi midi ;

- Présence d'un cuisinier diagnostiqué avec une GEA virale et ayant préparé le repas 24 heures avant l'épidémie et présence de cas parmi le personnel de cuisine à partir du 17 décembre ;
- Présence de cas secondaires parmi les élèves internes ne fréquentant pas l'établissement la journée et ne consommant pas le repas de midi ;
- Cas parmi les personnes non-exposées aux repas ;
- Selon les cliniciens du service des urgences, la symptomatologie des cas hospitalisés n'était pas en faveur d'une infection bactérienne ;
- Taux d'attaque élevé (~30% chez les internes).

Les arguments en faveur d'une source commune de contamination d'origine alimentaire étaient :

- Présence de personnel de cuisine malade dont 1 diagnostiqué avec une GEA virale vingt-quatre heures avant le premier pic épidémique et ayant préparé le repas du lundi midi ;
- Durée d'incubation du norovirus (16-72 heures) plausible avec la contamination du repas du lundi midi ;
- Regroupement de la majorité des cas sur 24 heures, suggérant une source commune de contamination.

Les modes de transmission ont probablement été par ingestion de plats contaminés, par contact direct avec une personne infectée (voie féco-orale) et par contact indirect avec les surfaces contaminées dans l'internat et à la cantine. Les norovirus peuvent en effet survivre pour de longues périodes sur différents types de surface comme l'acier inoxydable et le polychlorure de vinyle (PVC).

Indicateur « Hypothermie »

Dans le cadre du dispositif « Froid extrême et santé » mis en place par l'Institut de veille sanitaire, l'un des indicateurs suivi au travers du réseau OSCOUR® pendant la période hivernale est le nombre de passages aux urgences pour « Hypothermie ». Cet indicateur est un regroupement syndromique de diagnostics qui comprend les hypothermies (code CIM-10 T68) mais aussi les gelures (codes CIM-10 T33, T34 et T35) et les autres effets d'une baisse de la température (code CIM-10 T69).

En Poitou-Charentes, 56 passages aux urgences correspondant au regroupement syndromique « Hypothermie » ont été enregistrés dans OSCOUR® entre le 01/10/2013 et le 15/04/2014. Le nombre d'hypothermies a varié de façon notable pendant la saison hivernale. Le pic saisonnier a été observé en semaine 10-2014 avec 6 passages (Figure 1).

Le nombre hebdomadaire d'hypothermies enregistré a été inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes (56 passages contre 88 en 2012-2013 et 91 en 2011-2012) (Figure 2).

Environ 75 % des cas d'hypothermies enregistrés aux urgences ont fait l'objet d'une hospitalisation.

Parmi les 56 diagnostics enregistrés aux urgences hospitalières, 23 (41%) étaient des hypothermies, 6 (11%) des gelures et 27 (48%) des pathologies associées au froid. Environ 38% des cas résidaient en Charente, 20% en Charente-Maritime, 13% dans les Deux-Sèvres, 25% dans la Vienne et 4% dans d'autres départements. Le sex-ratio était de 0,93 et l'âge médian des cas de 77 ans.

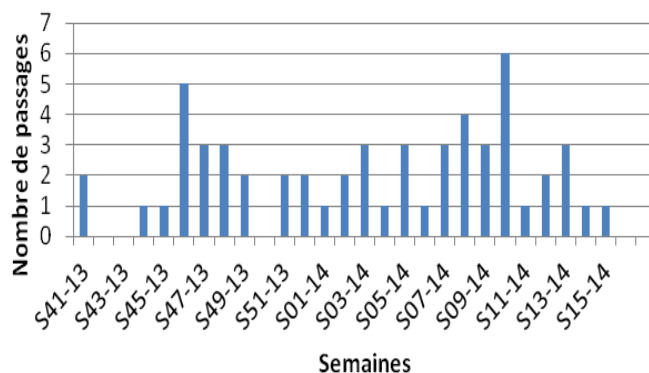
Conclusion

Durant l'hiver 2013-2014, le nombre de passages aux urgences pour hypothermie a varié de façon notable pour atteindre le pic saisonnier en semaine 10-2014 avec 6 passages. Ce nombre était inférieur à ceux observés les deux saisons précédentes. Enfin, la majorité des cas a fait l'objet d'une hospitalisation.

Aide-mémoire sur l'indicateur « Hypothermie »

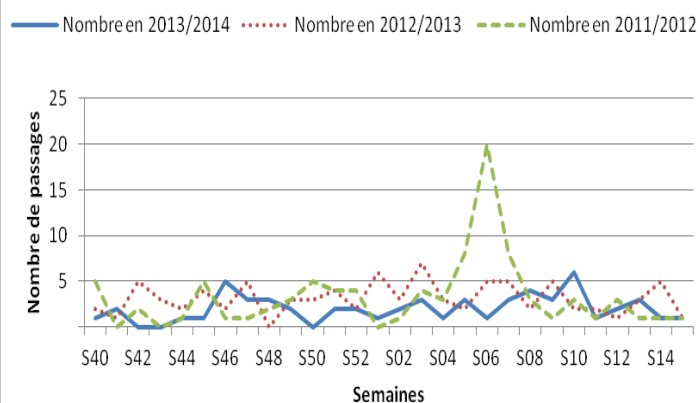
L'hypothermie est définie comme un refroidissement involontaire de la température interne du corps humain en dessous de 35°C. Elle est le résultat d'une baisse de la production de chaleur, d'une augmentation de la perte de chaleur ou d'un dysfonctionnement de la thermorégulation.

Pour de plus amples informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Climat-et-sante/Froid-et-sante>



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour Hypothermie en Poitou-Charentes, du 01/10/2013 au 15/04/2014.



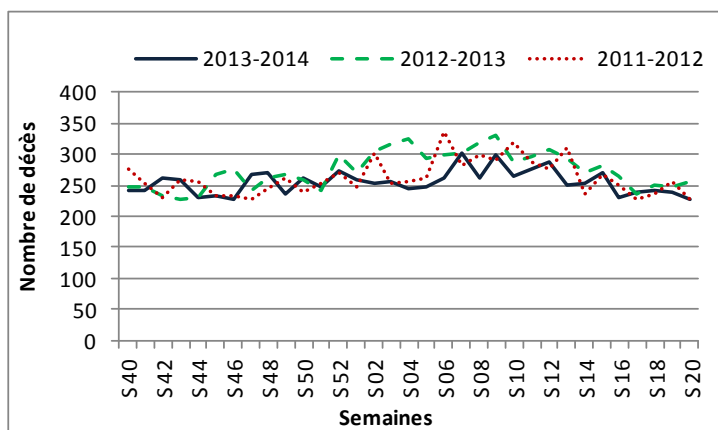
| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour hypothermie en Poitou-Charentes les hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014.

Indicateurs de surveillance de la mortalité

L'évolution de la mortalité est suivie principalement à partir des données transmises au quotidien par l'Insee. Les données collectées sont issues du volet administratif des certificats de décès enregistré par les bureaux d'état-civil informatisés et portent sur l'âge et le sexe de la personne décédée, la date de décès et la commune de décès. Les 105 communes participant en Poitou-Charentes à cette surveillance depuis 2010 couvrent environ 71 % de la mortalité totale (254 décès en moyenne par semaine). Les délais de transmission permettent un enregistrement de plus de 90 % des décès dans un délai moyen de 5 jours. Les informations sur les causes médicales de décès ne sont pas disponibles à travers cette source de données.

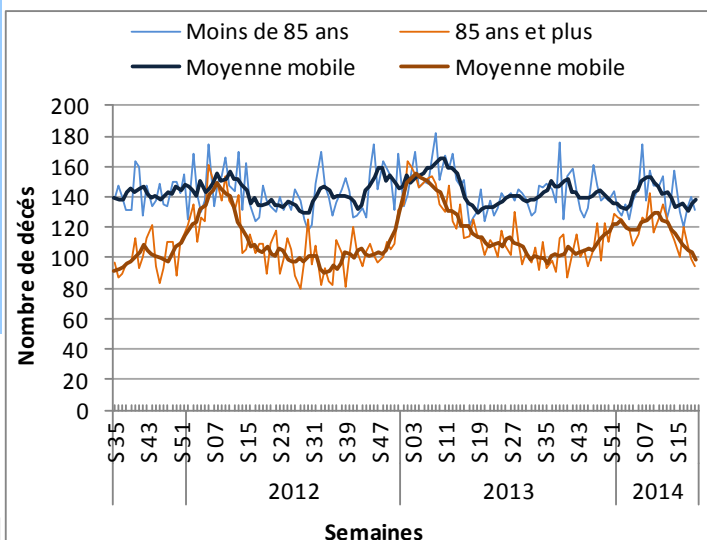
Durant l'hiver 2013-2014, le nombre de décès, tous âges confondus a légèrement augmenté à partir de la semaine 06-2014 (Figure 1). Les effectifs de décès étaient inférieurs à ceux observés les deux hivers précédents.



| Figure 1 |

Nombre de décès hebdomadaires, hivers 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014 en Poitou-Charentes

L'augmentation de la mortalité en période hivernale 2013-2014 a concerné particulièrement les personnes âgées de 85 ans et plus (Figure 2) comme observé les hivers précédents.



| Figure 2 |

Nombre de décès hebdomadaires et moyenne mobile sur 5 semaines, de la semaine 35-2011 à la semaine 20-2014, Poitou-Charentes

Conclusion

En Poitou-Charentes, au cours de l'hiver 2013-2014, une légère hausse de la mortalité a été observée entre les semaines 6 et 13-2014, moins importante que celles observées les deux hivers précédents.

Référence

- Bernadou A, Ndong JR, Noury U, Raguenaud ME. Bilan de la surveillance hivernale, saison 2012-2013, Poitou-Charentes. Bulletin de Veille Sanitaire Poitou-Charentes. n°23—Décembre 2013. <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Limousin-Poitou-Charentes/Bulletin-de-veille-sanitaire-Poitou-Charentes.-n-23-Decembre-2013>