

Surveillance des infections respiratoires aiguës basses et des gastroentérites aiguës dans les collectivités et services accueillant des personnes âgées en Franche-Comté Saison hivernale 2011-2012 (01/09/2011 au 30/04/2012)



Page 1	Editorial
Page 3	Introduction
Page 4	Contexte
Page 5	Surveillance des infections respiratoires aiguës basses (Irab)
Page 8	Surveillance des gastroentérites aiguës (GEA)
Page 11	Conclusion et références

| Editorial |

Claude Tillier, responsable de la Cire Bourgogne/Franche-Comté

La surveillance des épidémies survenues en établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) pendant la saison hivernale en 2011-2012 montre une nette augmentation des signalements d'épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) par rapport à la saison précédente, s'accompagnant en parallèle d'une plus grande mortalité. Ce système de surveillance n'étant pas exhaustif, on ne peut attribuer avec certitude la différence observée entre les deux saisons hivernales à la seule virulence accrue du virus saisonnier prédominant en 2011-2012 vis-à-vis des personnes âgées. Cette hypothèse est malgré tout étayée par la notion d'un changement de virus dominant entre les deux saisons hivernales, le virus A(H1N1) en 2010-2011 dont les cas graves et décès concernaient surtout les moins de 65 ans, le virus saisonnier A(H3N2) en 2011-2012 qui au contraire présentait des risques pour les plus de 65 ans. Ce changement dans l'âge des personnes atteintes a été vérifié au plan national et régional dans la surveillance des cas graves de grippe (ayant conduit à une admission en réanimation) effectuée par l'InVS et par la Cire pour les régions de Bourgogne et de Franche-Comté.

Sur le plan de la gestion du risque sanitaire, les personnes âgées constituent une population dont la fragilité est d'une part liée à l'âge et aux pathologies associées, et d'autre part, au fait de résider en collectivité par amplification du risque épidémique. Le risque d'infection invasive à pneumocoque est multiplié dans une collectivité de personnes âgées (après 65 ans, le taux annuel est de 194,2/100 000 en institution contre 44,6/100 000 à domicile).

Ce sont les raisons pour lesquelles la vaccination (antigrippale, mais aussi antipneumococcique pour les sujets à risque) leur est préconisée malgré un faible taux de séroconversion chez les personnes les plus avancées en âge. C'est parce que les personnes âgées sont moins immunocompétentes qu'il est important de vacciner également leur entourage contre la grippe. Ainsi, certaines études ont montré qu'une bonne couverture anti-grippale du personnel en Ehpa était corrélée avec moins de cas graves et de décès chez les résidents. La vaccination du personnel en Ehpa limite également l'absentéisme au travail notamment en période d'épidémie, facteur de désorganisation des services. Les taux de vaccination actuels du personnel en Bourgogne et Franche-Comté sont encore insuffisants à ces deux égards.

Les mesures de préparation aux épidémies en établissement de personnes âgées comprennent ainsi, outre les vaccinations recommandées des résidents et du personnel, les protocoles et procédures concernant le renforcement des mesures d'hygiène et les mesures de gestion, et bien sûr une surveillance de l'apparition de cas groupés. Cette surveillance permet la détection précoce des épidémies et la mise en œuvre rapide des mesures de protection. Les recherches à visée diagnostique ne sont pas à négliger car certains germes demandent des mesures spécifiques de gestion.

ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de Santé
CAT	Conduite à tenir
Cclin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
Cire	Cellule de l'InVS en région
CNR	Centre national de référence
CROSS	Centre opérationnel de réception et d'orientation des signaux sanitaires
CSHPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Dress	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Ehpa	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FINES	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GEA	Gastroentérites aiguës
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IAS	Infection associée aux soins
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Irab	Infections respiratoires aiguës basses
InVS	Institut de veille sanitaire
RFclin	Réseau Franc-Comtois de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
PCR	Polymerase chain reaction
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
STATISS	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
TDR	Test de diagnostic rapide
Tiac	Toxi-infection alimentaire collective
USLD	Unité de soins de longue durée

Les personnes âgées, particulièrement celles vivant en collectivité, présentent une vulnérabilité aux infections qui peut s'expliquer notamment par une fragilité et des facteurs de sensibilité dus à l'âge. Pour cette raison, les établissements médico-sociaux, dont ceux hébergeant des personnes âgées (Ehpa), sont tenus de signaler à l'Agence régionale de santé (ARS), ainsi qu'au CClin s'ils sont rattachés juridiquement à des établissements de santé, tout événement de santé qui, soit par son caractère groupé ou anormal, soit par un caractère de gravité individuelle ou collective, fait peser une menace d'extension au sein de la collectivité.

Depuis leur création (arrêté du 17 mai 2006), les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) ont également pour mission d'étendre leur champ d'intervention aux Ehpa non dépendants d'un établissement de santé. L'objectif de ces mesures est d'aider les établissements à améliorer la préparation, la détection et la gestion de tels événements, notamment les foyers d'infections respiratoires aiguës basses (Irab) et les épidémies de gastroentérites aiguës (GEA).

Ces deux pathologies ont été retenues comme prioritaires en 2005 par l'InVS pour développer un système de signalement d'événements sentinelles dans les Ehpa en réponse à une saisine du ministère chargé de la Santé. Ces événements ont en effet une capacité d'extension rapide au sein de ces établissements et peuvent y avoir un impact important en termes de morbidité voire de mortalité.

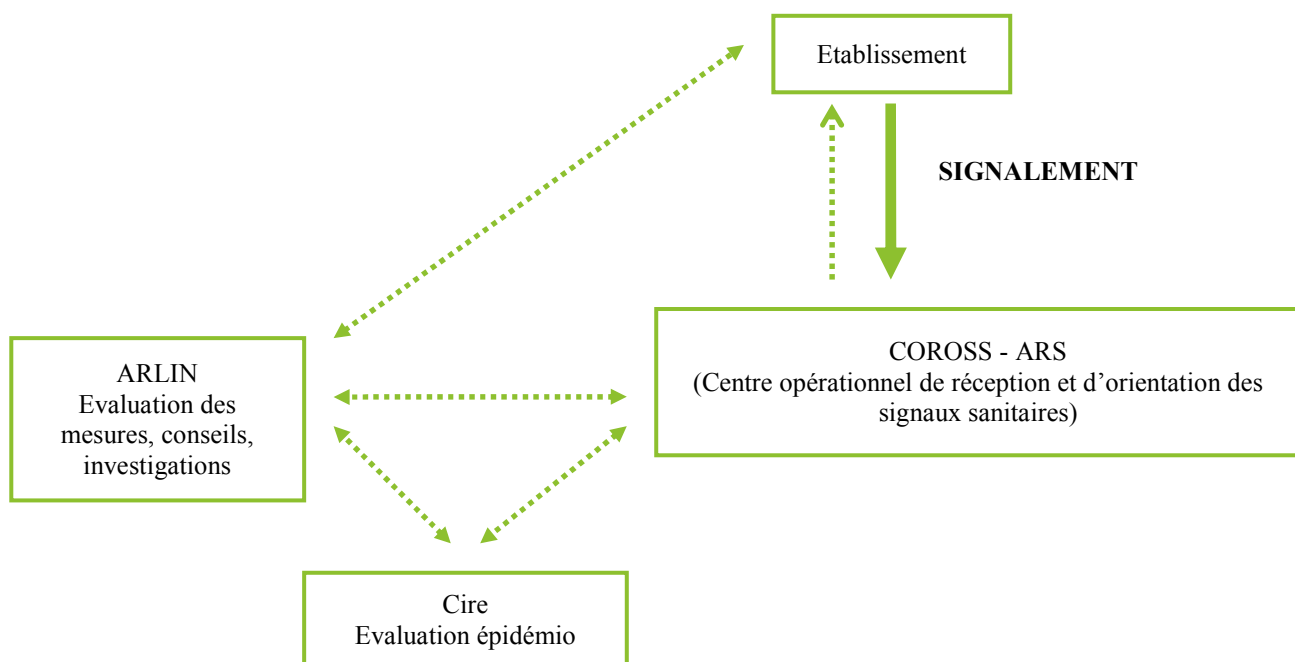
Ils se caractérisent également par l'existence de mesures de contrôle individuelles et/ou collectives [1-2]. Une base de surveillance InVS des foyers d'Irab en collectivités de personnes âgées a ainsi été mise en place dès 2006, élargie en 2010 aux foyers de GEA. La Cire saisit en temps réel les informations sur ce logiciel et en effectue l'analyse annuelle. Ce rapport analyse les Irab et les GEA signalés par les collectivités accueillant des personnes âgées de Franche-Comté durant la saison hivernale 2011-2012 allant du 1^{er} septembre 2011 au 30 avril 2012 et saisis dans la base InVS.

La procédure de signalement qui a été présentée lors de plusieurs réunions est téléchargeable sur le site de l'ARS Franche-Comté [http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Internet.franche-comte.0.html](http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Internet/franche-comte.0.html) (Rubrique : Votre santé ; Veille et gestion des alertes sanitaires ; lien « Procédure de signalement des événements infectieux dans les établissements pour personnes âgées » placé sous les infections associées aux soins). Les questionnaires à utiliser sont mis à jour chaque année et placés à ce même endroit sur le site.

Ces différents éléments sont également disponibles sur le site du RFclin <http://www.rfclin.info/> (onglet Prévention des IAS en Ehpa / Outils / Signalement des événements infectieux dans les EMS-PA).

| Figure 1 |

Circuit simplifié des signalements des Irab et des GEA en Franche-Comté



La Franche-Comté compte 274 750 personnes âgées de 60 ans et plus : soit 23 % de la population franc-comtoise. Dans les départements du Jura et de la Haute-Saône, 26 % et 25 % des personnes résidentes avaient 60 ans et plus, respectivement. Le Doubs et le Territoire-de-Belfort en dénombre 22 % chacun (Source Insee – données actualisées au 1^{er} janvier 2012). En dehors de leur domicile, les personnes âgées peuvent vivre dans des Ehpa dont les trois grandes catégories sont (1) les **maisons de retraite** (structures recevant en permanence les personnes âgées au titre de leur

logement privatif ; elles peuvent être médicalisées et les résidents choisissent leur propre médecin traitant) ; (2) les **unités de soins de longue durée** (USLD - structures recevant généralement des personnes âgées plus dépendantes et ayant des pathologies plus lourdes ; elles dépendent en général d'un centre hospitalier et sont médicalisées) et (3) les **foyers logements** (structures où les personnes âgées sont les plus autonomes ; elles ont le choix en termes de vie collective ou non). Dans la région, le nombre d'hébergements permanents était de 170 établissements au 01/01/2011 ([Tableau 1](#)).

| Tableau 1 |

Accueil des personnes âgées en Franche-Comté et en France métropolitaine (Source : DREES – ARS - FINESS)
Lits ou places installés au 01.01.2011 publics ou privés

Types d'accueil	FRANCE METROPOLITAINE	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire-de-Belfort	FRANCHE-COMTE	Part de la région par rapport à France %
Hébergement permanent							
Maison de retraite							
nombre d'établissements	7 049	44	46	30	11	131	2
nombre de lits	515 573	3 112	2 491	2 128	1 126	8 857	2
Foyer logement							
nombre d'établissements	2 762	11	15	9	4	39	1
nombre de logements	140 882	577	767	392	79	1 815	1
dont EHPAD (en maisons de retraite et foyers logements) (*)							
nombre d'établissements	6 918	40	45	28	11	124	2
nombre de lits	528 272	3 018	2 544	2 053	1 126	8 741	2
Hébergement temporaire nombre lits	9 274	100	68	38	22	228	2
Accueil de jour nombre de places	10 277	130	112	16	76	334	3
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)							
nombre de services	2 024	20	15	14	4	53	3
nombre de places	108 485	914	633	549	260	2 356	2
Soins de longue durée nombre de lits (*)	33 579	291	143	30	123	587	2

* Par rapport aux années précédentes, la diminution éventuelle du nombre de places en USLD provient de la transformation d'USLD en Ehpad. Les places sont requalifiées en "maison de retraite" au sens des catégories FINESS. Le nombre de maisons de retraite - Ehpad et de lits a augmenté d'autant.

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile / SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

Définition d'un foyer d'Irab et critères d'investigation (CSHPF, 18 novembre 2005) [1]

Foyer d'Irab

Survenue d'au moins 3 Irab (en dehors des pneumopathies de déglutition) dans un délai de 8 jours chez des personnes partageant les mêmes lieux, qu'elles soient résidentes de l'établissement ou membres du personnel.

Critères d'investigation

Une investigation pourra être menée par l'ARS, la Cire et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière devant certaines situations précises :

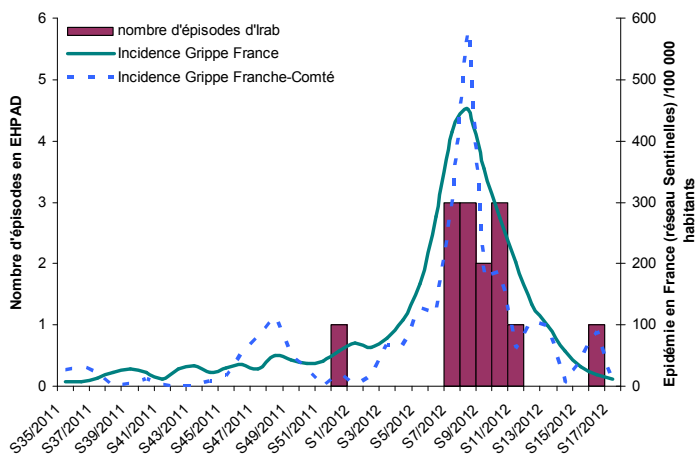
- 3 décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux survenant en moins de 8 jours ;
- 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée ;
- absence de diminution de l'incidence des cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.

Nombre et répartition temporelle

Durant la saison hivernale 2011-2012, 14 foyers d'Irab ont été signalés au Centre opérationnel de réception et d'orientation des signaux sanitaires (COROSS) de l'ARS Franche-Comté. Le premier épisode s'est déclaré début janvier, le dernier en avril (Figure 2).

La majorité des épisodes (86 %) ont eu lieu au cours des semaines 7 à 11 (13 février au 18 mars), coïncidant avec le pic national et régional de l'épidémie de grippe.

| Figure 2 |
Répartition hebdomadaire du nombre de foyers d'Irab (par date d'apparition du premier cas), Franche-Comté, saison hivernale 2011-2012 et incidence en population générale (source de données : Réseau sentinelles, Inserm, Université Pierre et Marie Curie, <http://www.sentiweb.fr>)



Délais de signalement

Les délais de signalement à l'ARS se sont échelonnés entre 2 et 10 jours après la date d'apparition du premier cas, avec une moyenne à 6 jours et une médiane à 5 jours.

Type d'établissement

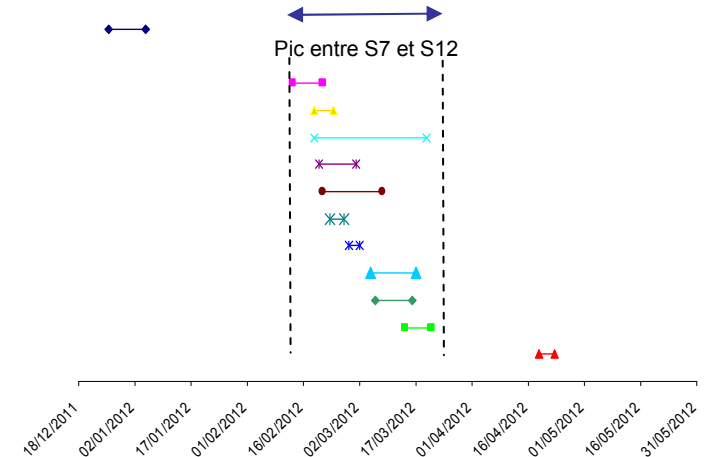
Parmi les 14 établissements ayant signalé un épisode, 9 étaient des maisons de retraite (dont 7 Ehpad), 1 établissement hospitalier, 2 établissements couplant un Ehpad et une Unité de soins de longue durée (USLD), 1 foyer logement et 1 unité pour personnes handicapées mentales vieillissantes.

Durée des épisodes signalés

Douze établissements ont renseigné par épisode les dates du premier et du dernier cas. Ces épisodes sont représentés dans le temps et la durée en Figure 3 : on note un pic d'épisodes concomitants entre le 15 février et le 20 mars (7^{ème} et 12^{ème} semaine).

La durée moyenne des épisodes était de 10 jours, (min-max : 3 - 30 j) avec une valeur médiane à 9 jours.

| Figure 3 |
Date de début et de fin d'épisode pour chaque Ehpa, Franche-Comté, saison hivernale 2011-2012

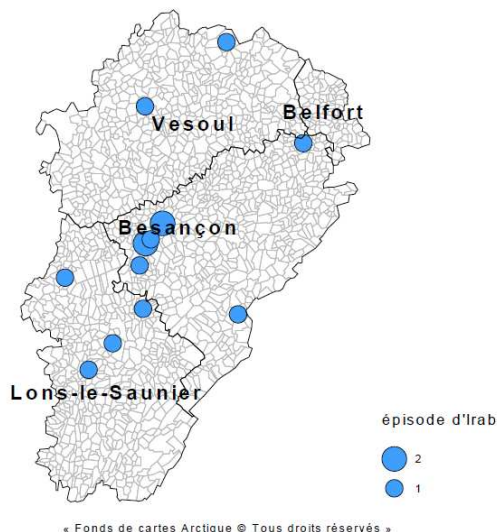


Répartition géographique

La majorité des épisodes d'Irab soit 8 (57 %) ont été signalés dans le département du Doubs, 4 autres étaient issus du Jura, les 2 derniers de la Haute-Saône et aucun dans le Territoire-de-Belfort (Figure 4).

| Figure 4 |

Répartition géographique des épisodes d'Irab signalés au COROSS de l'ARS Franche-Comté, saison hivernale 2011-2012



Caractéristiques des épisodes signalés

En moyenne, 13,5 résidents et 2,6 membres du personnel ont été malades par épisode. Sur un total de 189 résidents malades, 23 ont été transférés en unité de soins (soit 12 % des résidents malades) et 2 sont décédés, le taux de létalité s'élevant à 1 %.

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

La totalité des établissements ayant signalé un épisode rassemblait 1 223 résidents, dont la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière était de 87 % en moyenne (min-max : 37 % - 100 %). Parmi eux, 189 ont présenté une Irab, le taux d'attaque moyen chez les personnes âgées s'élevant ainsi à 20,4 % (min-max : 4,6 % - 47,5 %; 0 donnée manquante).

Le personnel comprenait pour l'ensemble des 11 établissements ayant donné l'information 678 membres, avec une couverture vaccinale contre la grippe saisonnière de 28,9 % en moyenne (min-max : 0 % - 80 % : 8 données manquantes) et une médiane à 24,6 %. On a recensé 34 cas d'Irab dans cette population, ce qui représente un taux d'attaque chez le personnel de 6,8 % (min-max : 0 % - 20 % ; 3 données manquantes).

Critères de sévérité

Parmi les signalements, 3 sur 14 (21 %) attestaient d'épisodes d'Irab comportant au moins un critère de sévérité :

- 2 établissements ont constaté l'apparition de 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée,
- 1 Ehpad n'a pas vu l'incidence des nouveaux cas diminuer dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.

| Tableau 2 |

Caractéristiques des foyers d'Irab signalés, région Franche-Comté, saison hivernale 2011-2012

	Total
Caractéristiques des épisodes	
Nombre d'épisodes signalés	14
Nombre d'établissements concernés	14
Durée moyenne des épisodes (min-max)	10j (3-30j)*
Nombre moyen de cas résidents par épisode (min-max)	13,5 (3-38)
Taux d'attaque parmi les résidents (min-max)	20,4 % (4,6-47,5 %)
Nombre moyen de cas personnel par épisode (min-max)	2,6 (0-6)**
Taux d'attaque parmi le personnel (min-max)	6,8 % (0-20 %)***
Nombre de résidents transférés en unités de soins	23 ****
Nombre de résidents décédés	2
Critères de sévérité	
Nombre d'épisodes avec au moins un critère de gravité	3 (21 %)
Nombre d'épisodes avec 3 décès ou plus en 8 jours attribuables à l'épisode infectieux	0
Nombre d'épisodes avec apparition de 5 nouveaux cas ou plus dans une même journée	2
Nombre d'épisodes avec non-diminution de nouveaux cas après mesures de contrôle	1

* 2 données manquantes ; ** 1 donnée manquante ; *** 3 données manquantes ; **** 1 donnée manquante

Mesures mises en place pour gérer l'épidémie et délai de mise en œuvre

La totalité des établissements ont mis en place des mesures de contrôle (Tableau 3). Les 4 mesures standards au complet (renforcement des mesures d'hygiène, port de masque pour personnel, isolement du patient en chambre individuelle ou regroupement des patients et limitation des déplacements du patient, masque porté par le patient lorsqu'il quitte la chambre) ont été mises en œuvre pour 11 établissements (soit 79 %).

Parmi les 3 établissements avec au moins un critère de gravité, aucun n'a mis en œuvre d'investigation.

| Tableau 3 |

Mesures de contrôle mises en place au cours des épisodes d'Irab dans les Ehpad, Franche-Comté, janvier - mai 2012

Mesures de contrôle	Nombre d'épisodes	%
Renforcement des mesures d'hygiène	14	100
Port de masque pour personnel	12	86
Isolement du patient en chambre individuelle ou regroupement des patients	12	86
Limitation des déplacements du patient, masque porté par le patient lorsqu'il quitte la chambre	11	79
Chimioprophylaxie	2	14
Autres	5	36

En plus des mesures standards (78 à 86 % des établissements selon les mesures), quelques Ehpad ont instauré d'autres mesures telles que l'information des visiteurs et intervenants extérieurs, la suspension des animations ou des admissions. Une chimioprophylaxie a été instaurée dans 2 épisodes qui ont obtenu une confirmation diagnostique de grippe. Cette mesure a été mise en place 2 jours après le 1^{er} cas d'Irab au cours d'un de ces 2 épisodes et dans l'autre 5 jours après.

Le délai de mise en place des mesures de contrôle s'échelonne entre 0 et 7 jours après la date d'apparition du 1^{er} cas (2 données manquantes) avec une moyenne et une médiane de 2 jours. Quatre établissements (1/3 des établissements pour lesquels on a l'information) ont mis en place ces mesures le jour même de l'apparition du 1^{er} cas.

Recherche étiologique

Parmi les épisodes d'Irab, 10 ont fait l'objet d'une recherche étiologique (71 %) :

- 7 épisodes ont pu être attribués à la grippe dont 4 à la grippe A (dont 1 grippe A H3), 3 à la grippe sans précision du type ;
- 2 épisodes dont l'étiologie n'a pas été déterminée ;
- 1 épisode attribué à une autre étiologie.

Les tests de diagnostic rapide de la grippe (TDR) ont été utilisés au cours de 3 épisodes dont 2 fois où ils ont été positifs. L'étiologie grippale d'un autre épisode a été déterminée par PCR.

Quelques facteurs pouvant expliquer le taux d'attaque des résidents

Des facteurs peuvent influencer le taux d'attaque des résidents: la couverture vaccinale à la fois des résidents et du personnel, le délai de la mise en œuvre des mesures...

L'étude des relations entre taux d'attaque des résidents et couverture vaccinale du personnel, délai de mise en œuvre des mesures de contrôle et délai de signalement après l'apparition du premier cas, n'a pas permis de dégager de tendance cohérente, probablement dû au faible nombre d'épisodes rapportés.

Discussion

Ce bilan présente les résultats de la surveillance des foyers d'Irab en Ehpad en Franche-Comté survenus pendant l'hiver 2011-2012. On peut constater que l'épidémie a été tardive cette année, les premiers signalements n'étant parvenus qu'à partir de janvier. Les informations concernant les épisodes ont été transmises avec, en moyenne, un peu plus de 5 jours de retard sur le début des signes du premier cas, et ne sont pas complètes pour chaque signalement, mais l'ensemble permet de retirer certains enseignements.

Sur 14 épisodes de cas groupés d'Irab, le taux d'attaque des résidents dépassait 20 %, avec 21 % d'établissement ayant subi un épisode sévère. Pour comparaison sur les 954 épisodes signalés entre le 1^{er} septembre 2011 et le 2 mai 2012 en France, 483 (50,6 %) comportaient au moins un facteur de gravité.

On peut constater que la couverture vaccinale des résidents est bonne mais celle du personnel reste significativement basse (29 % avec 8 établissements n'ayant pas renseigné cette information), alors que des données attestent d'une réelle corrélation entre une bonne couverture vaccinale du personnel et l'incidence plus basse des Irab en établissement [3-5].

Concernant la mise en place de mesures de contrôle de l'épidémie (mesures gouttelettes, chimioprophylaxie ou autres), un tiers des établissements l'ont effectué le jour même de l'apparition du premier cas, la moyenne de ce délai étant de 2 jours, signant ainsi une bonne réactivité de ceux-ci. Pour mieux documenter la mise en place de ces mesures et leurs effets sur les taux d'attaque des résidents, il serait nécessaire de demander systématiquement aux Ehpa de fournir une courbe épidémique, seule manière de tracer le début de l'épisode de cas groupés et son évolution.

Enfin, on peut constater que 2/3 des établissements ont mis en place des recherches à visée diagnostique et notamment pour la grippe, information nécessaire en période épidémique pour savoir s'il y a lieu ou non de mettre en place au sein de la structure des traitements prophylactiques pour les contacts. Des difficultés ont été rapportées pour certains établissements de se procurer des TDR ou d'organisation pour l'envoi de prélèvements.

Il serait donc nécessaire de mettre en place une stratégie régionale pour la saison prochaine.

En 2010, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a structuré au sein d'un guide les recommandations relatives à la conduite à tenir (CAT) devant des GEA en Ehpad [2]. Ce guide synthétise les connaissances sur l'épidémiologie, les principaux agents responsables, le diagnostic et le traitement des GEA. Il détaille les mesures de prévention à mettre en place en routine et les CAT face à la survenue d'un ou

plusieurs cas de GEA, et précise les deux circuits de signalement (à l'ARS et à l'ARLIN avec les fiches spécifiques). Comme pour les Irab en 2006, l'InVS a créé en 2010 une base informatisée pour cette surveillance, alimentée et exploitée en région par la Cire en collaboration avec la direction Veille/Sécurité sanitaire et environnementale de l'ARS de Franche-Comté.

Définition d'un foyer de GEA et critères d'investigation (HAS du 29 janvier 2010) [2]

Foyer de GEA

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

Critères d'investigation

Une investigation pourra être menée par l'ARS, la Cire ou l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière si :

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

Nombre de foyers de GEA

Entre le 1er septembre 2011 et le 30 avril 2012, 26 foyers de GEA ont été signalés à l'ARS Franche-Comté dont 18 foyers correspondaient à la définition de GEA. Comme préconisé dans la procédure, tous les épisodes ont été renseignés à l'aide de la fiche générique.

Caractéristiques des foyers de GEA

Les 18 épisodes de GEA, touchant des collectivités de personnes âgées, ont été signalés dans trois départements francs-comtois (Figure 5).

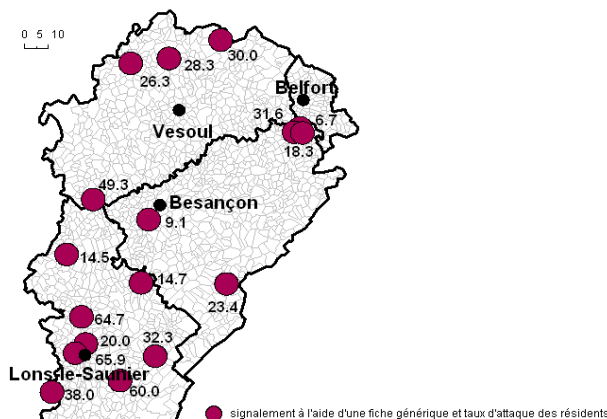
Le signalement est intervenu en moyenne 6 jours après le début des signes du premier cas (entre 2 et 13 jours) avec une médiane à 5,5 jours.

En Franche-Comté, l'épidémie de gastroentérites dans la population générale a commencé à s'installer pendant la première semaine de l'année 2012 (semaine du 2 janvier 2012). Fin janvier 2012, l'épidémie continuait sa progression mais à un niveau plus faible que les pics des deux dernières années. La fin de l'épidémie a été annoncée au niveau national pendant le mois de mars, et ce même si quelques régions (la Franche-Comté n'étant pas concernée) avaient encore une activité élevée fin mars 2012.

Les foyers de GEA dans les collectivités accueillant des personnes âgées de Franche-Comté sont survenus entre le 22 novembre 2011 et le 17 avril 2012 avec un nombre maximal atteint en semaine 03/2012 avec 5 épisodes (Figure 6). Ce pic de foyers est intervenu 2 semaines après la semaine où l'incidence de GEA en Franche-Comté a été la plus élevée.

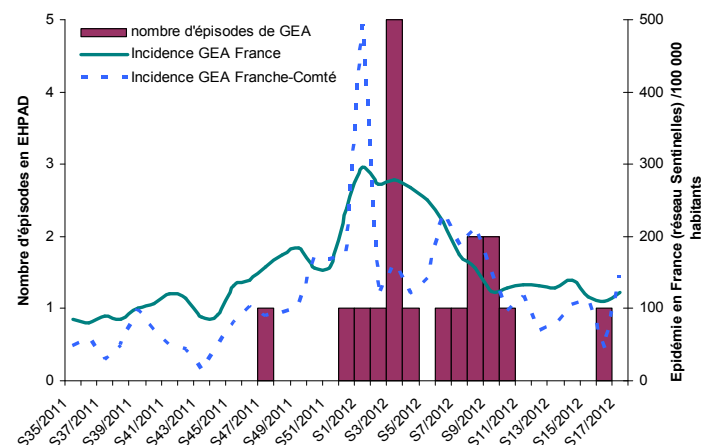
| Figure 5 |

Répartition géographique et taux d'attaque des résidents des foyers de GEA en collectivités de personnes âgées signalés au COROSS, Franche-Comté, saison hivernale 2011-2012



| Figure 6 |

Répartition hebdomadaire du nombre de foyers de GEA (date des premiers signes), Franche-Comté, saison hivernale 2011-2012 et incidence en population générale (Source de données : Réseau sentinelles, Inserm, Université Pierre et Marie Curie, http://www.sentiweb.fr)



Les établissements accueillaien en moyenne 88 résidents en moyenne (de 19 à 275) et le nombre de personnels était de 61 en moyenne (de 10 à 282 ; 5 données manquantes). Au cours de ces 18 épisodes, 372 résidents ont été malades (Tableau 4). Le taux d'attaque moyen par épisode pour les résidents était de 31 % (entre 6 % et 66 %). Cinq hospitalisations et 3 décès dans 2 structures ont été déclarés.

Des membres du personnel ont été touchés pour 12 foyers (n=66 ; entre 1 et 11 par structure) ; 2 épisodes n'ont pas eu de personnels affectés et 1 donnée était manquante.

La durée moyenne des épisodes était de 10 jours (entre 2 et 26 jours ; médiane : 8 jours).

| Tableau 4 |

Caractéristiques des foyers de GEA par département et en région Franche-Comté, saison hivernale 2011-2012

	Département franc-comtois			Région
	25	39	70	Total
Caractéristiques des épisodes				
Nombre d'épisodes signalés	5	9	4	18
Nombre d'établissements concernés	5	9	4	18
Durée moyenne en jours des épisodes (min-max)	8 (2-15)	11 (2-20)	11 (3-26)	10 (2-26)
Nombre moyen de cas résidents par épisode (min-max)	23 (6-59)	19 (9-27)	21 (12-36)	21 (6-59)
Taux d'attaque moyen parmi les résidents (min-max)	18 % (6 %-31 %)	37 % (14 %-66 %)	33 % (26 %-49 %)	31 % (6 %-66 %)
Nombre moyen de cas personnel par épisode (min-max), si personnel touché	2 (1-3)	4 (1-10)	5 (1-11)	4 (1-11)
Taux d'attaque moyen parmi le personnel (min-max)	8 % (0,4 %-16 %)	17 % (6 %-38 %)	11 % (4 %-23 %)	13 % (0,4 %-38 %)
Sévérité des épisodes				
Hospitalisation	1	3	1	5*
Décès	1	2	0	3

*2 données manquantes

Mesures de contrôle

Toutes les structures ont mis en place des mesures de contrôle (un foyer n'a pas renseigné cette information). Les mesures de contrôle ont été mises en œuvre en moyenne sous 48 heures après la date du premier cas de l'épisode (de 0 à 9 jours).

Les mesures de contrôle les plus mises en œuvre ($\geq 80\%$) ont été :

- le renforcement des mesures d'hygiène des mains (100 %) pour l'ensemble des résidents et la précaution de type contact (i.e. porter des gants non stériles à usage unique ; assurer une hygiène des mains après tout contact avec l'environnement du résident et en sortant de la chambre ; la programmation des soins du résident symptomatique en fin de tournée de soins, si possible) ;
- le nettoyage et la désinfection des surfaces et des locaux ;
- la limitation des déplacements des malades (Tableau 5).

Des difficultés pour la mise en œuvre de ces mesures ont été mentionnées par 4 structures :

- de gestion, de matériel et de personnel pour une structure ;
- de gestion et organisationnel pour une structure ;
- de gestion et de personnel pour deux structures.

| Tableau 5 |

Mesures de contrôle des foyers de GEA, Franche-Comté, saison hivernale 2010-2011

Mesures de contrôle	Total (n=17*)
Renforcement des mesures d'hygiène	17 (100 %)
Précautions de type contacts	8 (47 %)
Nettoyage et désinfection surfaces et locaux	15 (88 %)
Limitation des déplacements des malades	14 (82 %)
Isolement des malades	11 (65 %)
Arrêt ou limitation des activités collectives	10 (59 %)
Mise à l'écart des soins du personnel malade	10/15
Mesure sur les aliments (préparation, conservation, distribution, etc.)	9 (53 %)

* pour un épisode aucune mesure n'a été précisée

Recherche étiologique

Cette recherche a été réalisée pour 9 épisodes, soit 50 % des épisodes. Une étiologie virale a été identifiée pour 3 épisodes dont 2 à Norovirus/Sapovirus, 1 à Rotavirus et pour un autre épisode il s'agissait d'une étiologie bactérienne à *pseudomonas aeruginosa*. Les autres épisodes n'ont pas eu de résultats positifs.

Parmi les 9 épisodes pour lesquelles aucune recherche étiologique n'a été entreprise, aucune suspicion d'étiologie n'a été formulée. En revanche, pour un de ces épisodes la transmission interhumaine a été mentionnée.

Quelques facteurs influençant le taux d'attaque des résidents

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

Le taux d'attaque le plus élevé (65,9 %) est relatif au seul épisode où le Norovirus a été identifié. Ce seul épisode ne peut être représentatif.

Trois épisodes ont un délai de mise en œuvre de plus de 3 jours sur les 18 épisodes. Le taux d'attaque moyen de ces épisodes était de 31,1 % vs 30,7 % pour les autres épisodes. Au vu du nombre de signalements, ce résultat ne peut appuyer la tendance mais tend à montrer qu'une mise en place rapide des mesures de contrôle tend à atténuer le taux d'attaque des résidents au sein de la structure.

Discussion

Les signalements francs-comtois ont représenté 3,2 % (18/564) des signalements des foyers de GEA français signalés sur la période du 1^{er} septembre 2011 au 30 avril 2012. Comme l'an passé, aucun signalement d'une structure dans le Territoire-de-Belfort n'a été enregistré. En Franche-Comté, 9 328 places étaient ouvertes au 01/01/2011; ce qui correspond à 1,5 % des places de ces mêmes structures en France métropolitaine ([Tableau 1](#)).

Ces signalements n'étant pas exhaustifs, on ne peut conclure qu'il y a eu le double d'épisodes en Franche-Comté par rapport à la moyenne française. Nous tendrions plutôt à penser qu'il s'agit d'une meilleure déclaration et donc d'une bonne sensibilisation à la surveillance de ces événements qui s'appuie sur un guide paru seulement en 2010. Par ailleurs, le nombre de signalements a augmenté par rapport à l'année dernière (pour rappel, 5 signalements pour la saison hivernale 2010-2011). Ce fait est probablement le résultat du travail initié en Franche-Comté par les anciennes Drass et Ddass, le RFclin et la Cire et appuyé l'an dernier avec l'élaboration de différentes réunions organisées par l'ARS Franche-Comté pour la présentation de la nouvelle procédure.

Par ailleurs, cette surveillance étant passive il est possible que seuls les épisodes qualifiés comme sévères n'aient été signalés au COROSS.

Le tableau clinique relativement bénin décrit lors de ces épisodes et l'évolution favorable en quelques jours sont en faveur d'une étiologie virale pour les différents épisodes. Le taux d'attaque a été élevé parmi les résidents lors des épidémies de GEA (31 % en moyenne). Les données montrent que le personnel de santé n'est pas épargné par les épidémies de gastroentérites et peut également être le vecteur entre différents secteurs.

Les mesures barrières sont généralement connues et mises en place rapidement. La mise en place dans les 3 jours après l'identification du premier cas de ces mesures par le médecin coordinateur et/ou le personnel de la structure concernée, a probablement contribué à diminuer la survenue de nouveaux cas. Il convient de noter que la circulation du virus peut persister plus longtemps dans les collectivités qu'en population générale requérant ainsi une vigilance prolongée en dehors de la saison épidémique. Ainsi, l'attention doit être maintenue les quelques semaines après la fin de l'épidémie. Ce résultat a été constaté en France lors des précédentes saisons hivernales [6] et au cours de l'année 2011 en Franche-Comté avec un signalement en août 2011.

Des efforts doivent être maintenus pour diminuer les délais des signalements et améliorer la qualité de remplissage des fiches. Par exemple, l'item nombre de personnels a été très peu rempli, tout comme le nombre d'hospitalisation, probablement du fait de l'absence de lien fait entre la décompensation de malades polyopathologiques et l'épisode de diarrhée.

| Conclusion |

Pendant la saison hivernale 2011-2012, les surveillances des foyers de GEA et Irab en collectivité de personnes âgées ont fonctionné de manière satisfaisante avec une bonne déclaration. Lors de la saison hivernale précédente (2010-2011), il avait été enregistré 1 signalement d'Irab et 5 signalements de GEA. Cependant, il est à noter qu'aucun signalement, que ce soit pour les Irab ou les GEA, n'est parvenu d'une structure implantée dans le Territoire-de-Belfort et ce, malgré leur présence lors des formations organisées en septembre 2011 par l'ARS, le RFclin et la Cire à l'attention des Ehpa pour leur présenter la procédure de signalements avec les outils nécessaires au signalement de ces épisodes de cas groupés.

Il est important de rappeler qu'au-delà des informations épidémiologiques, ce dispositif a pour but principal d'inciter l'établissement à mettre en place une surveillance de ces épisodes infectieux afin de les détecter précocement et mettre en place rapidement des mesures de contrôle.

Il permet également via le signalement qu'un appui puisse leur être apporté en termes de gestion, et à terme, d'adapter les moyens nécessaires pour limiter l'extension des Irab et des GEA parmi les résidents et la morbidité des épisodes.

Il semble nécessaire de faire encore un effort de promotion pour la mise en place plus précoce des mesures de contrôle (et ce même s'il est actuellement de 2 jours) et le signalement aux autorités de santé sans délai (les délais moyens étant de 6 jours cette saison). Pour mieux évaluer l'efficacité des mesures de contrôle mises en place, il serait nécessaire que l'établissement produise à chaque fois une courbe épidémique. Une aide à l'établissement de cet outil devrait leur être proposée la saison prochaine.

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

| Références |

[1] Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées. Rapport du CSHPF. Section des maladies transmissibles, 18 novembre 2005

[2] Conduite à tenir HAS du 29 janvier 2010
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf

[3] Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, *et al.* Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355(9198):93-97

[4] Lemaitre M, Meret T, Rothan-Tondeur M, Belmin J, Lejonc JL, Luquel L, *et al.* Effect of influenza vaccination of nursing home staff on mortality of residents: a cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(9):1580-1586

[5] Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J, *et al.* Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2006;(7581):333-1241

[6] Jourdan-Da Silva N, Delmas G, Balay K, Poujol I, Josseran L, Blanchon T, Turbelin C, Pothier P, Vaillant V. Épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës en France, 2006-2007. *Bull Epidemiol Hebd* 2007 ; 51-52:449-52 [Épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës en France, 2006-2007](#)

Pour en savoir plus :

GEA : Site InVS : http://www.invs.sante.fr/surveillance/gastro_enterites/default.htm

Remerciements

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

Au RFclin et au COROSS de l'ARS Franche-Comté pour le suivi des signalements et l'aide à la gestion auprès des collectivités de personnes âgées.

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

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

Rédaction : Jeanine Stoll, Sabrina Tessier, Laurence Tournier

Diffusion : ARS Bourgogne — Immeuble « Le Diapason », 2 place des Savoirs — 21035 Dijon Cedex 9 — Tél: 03.80.41.99.41 — Fax: 03.80.41.99.53
ARS Franche-Comté — Immeuble « La City », 3 avenue Louise Michel — 25044 Besançon Cedex
Mail : ars-bourgogne-franche-comte-cire@ars.sante.fr