



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

Vagues de froid : n'y a-t-il vraiment rien à faire ?

Cold spells: Is there really nothing we can do?

C. Trivalle

Pôle gériatrie, hôpital Paul-Brousse, hôpitaux universitaires Paris-Sud, AP-HP, 14, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94804 Villejuif cedex, France

Disponible sur Internet le 17 juin 2011

Comme pour la canicule, les vagues de froid sont responsables d'une surmortalité importante, principalement chez les sans-abri et les personnes âgées. Une étude récente de l'institut de veille sanitaire (InVS) [1] a conclu qu'il n'était pas pertinent de mettre en place un système de surveillance et d'alerte complexe car les principales mesures de prévention sont des mesures de fond concernant l'amélioration de l'habitat et l'accès à une énergie propre et peu coûteuse. Autrement dit, c'est bien beau de déclencher une alerte, mais cela ne résout pas les problèmes d'exposition au froid des personnes vivant dans des logements mal isolés et mal chauffés. En fait, la mortalité lors des vagues de froid reflète la qualité du système médicosocial d'un État : les pays avec une forte pauvreté, inégalité et précarité ont une plus forte mortalité hivernale.

Lors de la dernière grande vague de froid de décembre 2008–janvier 2009, ce sont les gériatres hospitaliers qui ont alerté les autorités en constatant une surmortalité inhabituelle dans leurs services. Est-ce qu'une alerte adaptée aurait permis de diminuer cette surmortalité ?

Le froid peut être responsable de pathologies directes comme l'hypothermie et les engelures, qui restent cependant exceptionnelles et qui concernent principalement les sans-abri. Il peut être responsable de pathologies traumatiques s'il s'accompagne de verglas ou de neige, et d'une recrudescence des intoxications au monoxyde de carbone. Mais l'essentiel de la mortalité, en particulier chez les personnes âgées, est différé. Elle se fait par insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral (AVC) ou pathologies respiratoires d'origine infectieuse : grippe, pneumonie ou bronchite. Au niveau respiratoire, le froid fragilise l'épithélium pulmonaire, favorisant ainsi le développement des infections.

Adresse e-mail : christophe.trivalle@pbr.aphp.fr

Deux vagues de froid ont été bien étudiées en France, celle de 1985 et celle de 2009 [1]. En 1985, la surmortalité a été de 9000 décès (+10% en moyenne) avec des pointes de 30% chez les personnes âgées à Paris. Cette surmortalité était principalement liée à des infarctus du myocarde (+17%), des accidents vasculaires cérébraux (+54%) et des pneumonies (+208%). Durant les six premières semaines de 2009, l'excès de mortalité a été proche de 6000 décès (+14%), en particulier chez les personnes de 95 ans et plus avec un maximum proche de 550 décès pour 100 000 habitants [2]. Cette surmortalité a été favorisée par la concomitance d'une épidémie grippale. Une étude européenne [3] a étudié les données sur la mortalité hivernale dans 15 grandes villes de 1999 à 2000. La majorité des décès concernait des personnes âgées de plus de 75 ans (50–68%) et des personnes de 65–74 ans (14–29%). La mortalité cardiovasculaire représentait 40 à 50% des décès. La mortalité liée au froid était plus élevée dans les villes du Sud de l'Europe que dans celles du Nord qui sont mieux préparées. L'impact du froid sur la mortalité se faisait ressentir jusqu'à 23 jours pour toutes les causes, et plus fortement pour les pathologies respiratoires (+35%), principalement chez les plus de 75 ans.

Actuellement, les mesures mises en place sont une alerte météorologique avec des campagnes d'information identiques à celles pour la canicule. Pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les mesures à mettre en place doivent figurer dans leur plan bleu avec convention signée avec l'établissement de santé le plus proche. La circulaire DGS du 12 novembre 2010 prévoit que le préfet est chargé de surveiller la disponibilité en lits d'hôpitaux (dispositif « hôpital en tension »). Ce point est fondamental, car les vagues de froid surviennent très souvent en même temps que les épidémies virales (grippe, virus respiratoire syncytial (VRS), gastro-entérite...) – qui saturent déjà les hôpitaux – et en périodes de congés (lits fermés, personnels soignants en vacances).

Ces données sont donc importantes et devraient être largement diffusées auprès des médecins généralistes et des gériatres, les personnes âgées étant les plus touchées par cette surmortalité liée au froid. De plus, l'InVS a réussi à déterminer un seuil prédictif d'une surmortalité liée au froid [1], ce seuil devant être calculé pour chaque ville.

Ainsi, pour Paris, il s'agit d'une température minimale moyenne en dessous de -9°C pendant trois jours avec des températures maximales en dessous de -2°C . Pour Marseille, le seuil est à -3°C pour les minimales et à $+4^{\circ}\text{C}$ pour les maximales. Ainsi, avec des indicateurs météorologiques simples, on peut prévoir une surmortalité d'au moins 15% dans les jours qui suivent de près le pic de froid. Il est probable au vu d'autres études que cette surmortalité concerne principalement les personnes âgées de plus de 75 ans (pathologie cardiovasculaire, AVC et infections pulmonaires). En sachant que l'impact lié au froid peut se voir sur une période de 23 jours, il doit être possible de prévoir des lits d'hospitalisation supplémentaire en gériatrie et de mettre en place des mesures médicales précoces pour prévenir cette surmortalité. Compte tenu de la très grande fréquence des surinfections bactériennes lors des épisodes de grippe ou de VRS chez le sujet âgé, il faut étudier l'intérêt potentiel d'une antibiothérapie précoce (en s'aidant éventuellement de marqueurs comme la procalcitonine qui serait un bon indicateur de surinfection). Enfin, d'une façon générale, il faut continuer à développer la vaccination grippale et pneumococcique chez les personnes âgées et, de façon plus spécifique, chez celles souffrant de pathologies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Laaidi K, Economopoulou A, Wagner V, Pascal M, et al. Vagues de froid et santé en France métropolitaine ; impact, prévention, opportunité d'un système d'alerte. *Bull Epidemiol Hebd* 2011;7:61–6.
- [2] Fouillet A, Illeff D, Josseran L. Surveillance de la mortalité en France au cours de l'hiver 2008–2009, premiers éléments. *Bull Epidemiol Hebd* 2009;15:133–7.
- [3] Analitis A, Katsouyanni K, Biggeri A, et al. Effects of cold weather on mortality: results from 15 European cities within the PHEWE project. *Am J Epidemiol* 2008;168:1397–408.