

parmi les 1 224 professionnels dépistés et 10 (1,3 %) ITL chez les 791 patients dépistés.

Discussion - Conclusion

Les résultats de cette étude, même s'ils doivent être interprétés avec prudence compte-tenu des données manquantes, permettent de tirer quelques enseignements.

Les épisodes étudiés ont généré des réponses souvent massives. En effet, le nombre moyen de contacts identifiés par épisode est très important et reflète probablement la difficulté à établir une liste de contacts pour lesquels le risque d'avoir été exposés suffisamment longtemps et de manière suffisamment rapprochée avec le cas de tuberculose ou pour lesquels le risque lié à un état immunitaire dégradé justifierait un dépistage selon les recommandations existantes [3]. Cette difficulté peut être due à l'absence de documents permettant de juger de ces contacts (planning de présence, feuilles de soins...) ou à la surévaluation du risque de transmission, conduisant à élargir les critères de dépistage à des personnes ayant été très peu, voire non exposées. Les résultats peuvent également indiquer que les référentiels en place [3] ne sont pas suffisamment opérationnels pour décliner les étapes nécessaires à l'identification des sujets contacts.

Dans un des épisodes, plus de 800 patients ont été contactés pour bénéficier d'un dépistage [4]. Au final, aucun cas de tuberculose maladie secondaire à un contact avec le cas index n'a été dépisté. Le rendement de ces investigations est en effet souvent faible ; dans notre étude, 0,1 % des contacts parmi le personnel avaient une tuberculose maladie, et 5 % environ des personnels dépistés présentaient une infection tuberculeuse latente, dont le caractère récent n'était pas toujours établi pour une population par ailleurs fortement exposée au risque de tuberculose. Le rendement appliqué aux patients était encore plus faible puisqu'aucune tuberculose maladie n'a été identifiée et que 1,3 % des patients dépistés présentaient une infection tuberculeuse latente. Dans ces conditions et compte-tenu du coût de telles investigations (humain, financier, organisationnel et émotionnel), il convient d'insister sur l'importance d'un ciblage très précis des personnes devant faire l'objet d'un dépistage prenant en compte à la fois les caractéristiques du contact (réalité du contact, durée, proximité et conditions de confinement dans lesquelles il a lieu) et celles des personnes exposées (âge,

immunodépression et autres risques de progression vers la maladie).

Un des autres points soulevés par cette étude concerne la difficulté à identifier précocement ces cas. En effet, les personnels semblent sous-estimer le risque vis-à-vis de la tuberculose si l'on en juge par les délais relativement longs avant le diagnostic ou la part des cas diagnostiqués avec des formes évoluées (cavernes). Les professionnels de santé sont de moins en moins confrontés à la tuberculose dans un contexte de diminution de l'incidence et le risque est considéré comme négligeable par une part importante des médecins [5]. Peu d'informations étaient disponibles quant aux visites de médecine du travail et, même si les données paraissent rassurantes, il convient de renforcer l'information sur l'importance de ces rendez-vous qui concernent l'ensemble des professionnels des ES, y compris le personnel intérimaire. Cette sensibilisation fait d'ailleurs partie intégrante du programme national de LAT.

Enfin, la dernière information importante concerne l'organisation pratique des enquêtes qui ont été réalisées. Les Clat ont pour mission de mettre en œuvre la politique de lutte antituberculeuse en lien avec les Ddass qui en assurent la responsabilité. Dans notre étude, ces structures ne sont que rarement impliquées lorsque des cellules de gestion sont mises en place et les Clat ne coordonnent finalement que peu d'enquêtes. Le Clat et la Ddass, avec l'expertise du CClin, devraient pourtant être associées systématiquement et précocement aux décisions, pour que les moyens logistiques et humains ainsi que l'expérience des différentes structures puissent être mutualisés dans l'objectif de rendre plus efficaces les investigations [6].

Les résultats de cette étude doivent cependant être interprétés avec prudence. En effet, l'objectif n'était pas de décrire l'ensemble des épisodes de tuberculose impliquant des professionnels de santé survenant chaque année, mais d'identifier les éventuels axes d'amélioration dans la gestion des investigations. L'étude était limitée aux épisodes ayant fait l'objet d'un SIN sous l'hypothèse que les épisodes majeurs (nombre et caractéristiques des sujets contacts notamment) étaient signalés par ce moyen. De plus, les fiches de SIN comportent de nombreux éléments d'information sur les circonstances de survenues, informations absentes des autres sources de données recueillies en routine (déclaration obligatoire notamment). Malgré cette première sélection,

de très nombreuses données n'ont pu être recueillies auprès des Ddass, rendant difficile l'évaluation du dispositif. Ainsi, les informations sur les résultats des investigations n'ont pu être obtenues en totalité que pour six des 26 épisodes étudiés, ce qui est très insuffisant. Il est très probable que les données aient été collectées par ailleurs, mais le fait que toutes les informations ne remontent pas vers les Ddass est un indicateur qui doit inciter à améliorer encore les échanges d'informations entre les partenaires de la LAT. L'axe 6 du programme de lutte contre la tuberculose insiste sur la nécessité de la coordination des acteurs locaux, et les données de cette étude viennent appuyer cette priorité. L'évaluation d'un dispositif de santé publique contraignant, comme celui du dépistage autour d'un cas de tuberculose chez un soignant, est un élément essentiel qui doit permettre de juger si les mesures mises en œuvre suivent les référentiels définis et d'évaluer l'impact des mesures. Le constat de cette étude indique qu'à ce stade de la mise en œuvre de ce point particulier du plan de lutte contre la tuberculose, cette évaluation est à améliorer. Il est donc nécessaire de structurer et formaliser les retours d'information dans cette perspective d'évaluation et pour faire bénéficier l'ensemble des acteurs de la lutte antituberculeuse de l'expérience acquise, tant au niveau local que national. Le programme national de lutte contre la tuberculose ne pourra que s'enrichir des actions engagées sur le terrain.

Références

- [1] Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. www.sante.gouv.fr/html/dossiers/tuberculose/prog_tuberculose_2007_2009.pdf
- [2] Coker R. Lessons from New York's tuberculosis epidemic. Tuberculosis is a political as much as a medical problem-and so are the solutions. *BMJ*. 1998 ;317(7159):616.
- [3] Groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques.
- [4] Magnin D, Ronnaux-Baron AS, Denis MA, Carret G, Nicolle MC, Vanhems P. Investigation d'un cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqué chez un soignant, Lyon, France, 2004-2005. *Bull Epidemiol Hebd*. 2007 ;(17):137-9.
- [5] Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis :Inpes, coll. Études santé, 2008 : 252 p.
- [6] Blanc-Jouvan F, Lalande B, Luneau A, et al. Une enquête autour d'un cas de tuberculose contagieuse en milieu scolaire. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008 ;(10-11):74-6.

Épisodes de grippe dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dans les Bouches-du-Rhône, France, mars-avril 2008

Laurence Calatayud¹, Caroline Six (caroline.six@sante.gouv.fr)¹, Jean-Luc Duponchel², Franck Sillam^{1,3}, Francis Charlet², Jean-José Leussier², Philippe Malfait¹

1/ Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud, Institut de veille sanitaire, Marseille, France 2/ Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône, Marseille, France 3/ Programme de formation à l'épidémiologie de terrain - Profet, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

En avril 2008, deux épidémies de grippe sont survenues dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) employant du personnel commun.

Une investigation a été réalisée auprès de l'ensemble des résidents et du personnel des deux Ehpad. Des prélèvements visant à confirmer des cas

Influenza outbreaks in two retirement homes in the Bouches-du-Rhône district, France, March-April 2008

In April 2008, two influenza outbreaks occurred in two nursing homes that had staff who worked across the two sites.

suspects de grippe ainsi qu'à la recherche d'autres étiologies ont été réalisés. Les taux d'attaque parmi les résidents et le personnel étaient de 42 % et 10 % dans l'Ehpad1, et de 28 % et 11 % dans l'Ehpad2. Sur l'ensemble des cas, 6 cas ont été confirmés par test de diagnostic rapide (TDR) pour la grippe, 15 résidents ont été hospitalisés et 3 sont décédés. La couverture vaccinale contre la grippe était de 81 % chez les résidents et 17 % chez le personnel.

La méconnaissance des conduites à tenir et l'absence de médecin coordonnateur ont entraîné un retard de diagnostic et des hospitalisations non justifiées dans l'Ehpad1. Dans l'Ehpad2, une meilleure réactivité a permis de contenir l'épidémie. Même si cela n'a pu être démontré biologiquement, le personnel commun aux deux établissements a très certainement contribué à la propagation de l'épidémie.

Il faut promouvoir la vaccination du personnel et, lors d'épisodes de cas groupés d'infection respiratoire aiguë en Ehpad, assurer l'éviction des personnels malades ou, à défaut, préconiser le port du masque anti-projection pour ces personnels malades, afin de diminuer la propagation de la grippe au sein de la collectivité.

Mots clés / Key words

Grippe, transmission, personnes âgées, personnel, établissement / Influenza, transmission, elderly, staff, nursing home

Introduction

Deux épisodes successifs de grippe sont survenus dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), propriétés d'un même groupe gestionnaire et situés à 8 km de distance l'un de l'autre.

Le 3 avril 2008, le directeur de l'Ehpad1, en l'absence de médecin coordonnateur, informait la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) des Bouches-du-Rhône de la survenue de 31 cas d'infections respiratoires aiguës basses (IRA) depuis 10 jours, entraînant une désorganisation importante de la structure accueillant 60 personnes. Ces IRA avaient touché 25 résidents (provoquant 1 décès et 4 hospitalisations) et 6 membres du personnel. Des mesures « gouttelettes » avaient été préconisées par la Ddass, et le Samu des Bouches-du-Rhône, contacté par le Directeur, s'était rendu sur place en appui, relayé le week-end par le médecin de garde du secteur. Bien que difficiles à obtenir en avril, des tests de dépistage rapide (TDR) de la grippe effectués sur 6 résidents avaient révélé 2 résultats positifs. La Ddass et la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Sud se sont rendues dans l'Ehpad le 10 avril pour une investigation.

Le 14 avril, un épisode d'IRA était signalé dans un deuxième Ehpad, accueillant 64 personnes, par le Médecin directeur du même groupe gestionnaire. Ce médecin était venu en renfort suite à la survenue, depuis le 11 avril, de 8 cas parmi les résidents, dont un hospitalisé et décédé, et un cas chez un agent. Trois des TDR réalisés chez les 8 patients étaient positifs. Les recommandations de la Ddass et de la Cire, outre les mesures « gouttelettes », ont alors été d'administrer de l'oseltamivir en curatif aux malades et en chimioprophylaxie aux résidents contacts non malades et au personnel non vacciné. Le 15 avril, l'investigation était étendue aux deux Ehpad, avec pour objectifs de décrire les deux épidémies et rechercher un éventuel lien entre celles-ci.

Matériels et méthodes

Une enquête épidémiologique a été réalisée rétrospectivement auprès de l'ensemble des résidents et du personnel des deux Ehpad.

An outbreak investigation was carried out among the elderly and staff members. Samples were analysed for influenza and other etiological pathogens.

The attack rate was 42% among the elderly and 10% among staff in the first nursing home, and 28% and 11% in the second nursing home. Among all combined cases, 6 were confirmed through the rapid influenza test, 15 required hospitalisation, and 3 had died by the time of investigation. Influenza vaccination coverage was 81% among the elderly, and 17% among the staff. Regarding the first nursing home, late influenza diagnosis and unnecessary hospitalisations were likely to be linked to the lack of knowledge of an outbreak protocol by staff and the lack of a designated medical coordinator. In the second nursing home, due to an early implementation of control measures, the outbreak remained limited. Despite a lack of laboratory confirmed evidence, for the second nursing home, staff members working across both sides probably facilitated the spread of this outbreak.

In order to minimize influenza spread among high risk groups within a community, a high uptake of influenza vaccination among staff should be promoted and, during an outbreak, sick staff members should be encouraged to stay away from work or if not possible, be recommended to wear a mask.

Un cas probable a été défini comme tout résident ou membre du personnel dont le diagnostic d'IRA a été posé par un médecin. Un cas était considéré comme confirmé biologiquement après identification d'un virus grippal par TDR.

Parmi les techniques de détection utilisées, le TDR (QuickVue Influenza A+B) a été réalisé sur écouvillon rhinopharyngé chez les résidents et les personnels malades. Ces prélèvements ont été acheminés et analysés au laboratoire de l'hôpital d'instruction des Armées (HIA) Laveran à Marseille. Les prélèvements ont ensuite été adressés au HIA du Val-de-Grâce, où une détection rapide par Elisa immunocapture et une culture cellulaire pour tous les patients prélevés en vue d'une recherche de virus de la grippe et des virus parainfluenzae a été effectuée. Ces prélèvements ont alors été adressés au Centre national de référence (CNR) de la grippe pour mise en culture sur trois systèmes cellulaires pour identification des souches.

Des prélèvements urinaires pour recherche de légionelles et de *Streptococcus pneumoniae* par antigène bactérien soluble ont été réalisés chez les résidents malades. Des prélèvements d'eau chaude sanitaire (ECS) sur des points d'usage représentatifs ont été analysés pour recherche de légionelles.

Les informations d'ordre démographique et médical ont été collectées en utilisant les fiches individuelles recommandées dans le guide des conduites à tenir du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) [1].

Outre les résidents des Ehpad présents au moment de l'épidémie, un recensement par catégorie des membres du personnel a été effectué en incluant le personnel permanent par Ehpad, le personnel transversal exerçant dans les deux établissements, le personnel encadrant du groupe venu en appui et le personnel intérimaire. Pour les membres du personnel des deux premières catégories, des fiches individuelles ont été remplies et non pour les autres, car il n'a pas été possible d'identifier les personnes passées d'un établissement à l'autre au cours de cette période.

Une analyse descriptive des cas et des épisodes a été réalisée en fonction de facteurs spatio-temporels, démographiques et médicaux.

Résultats

Description des cas

L'épidémie a duré 24 jours, du 26 mars au 18 avril (figure 1).

Pour l'Ehpad1, 29 cas (27 probables et deux confirmés) ont été déclarés dont 4 chez le personnel (3 cas parmi le personnel fixe et 1 cas pour le personnel encadrant du groupe). L'épisode a duré 12 jours, du 26 mars au 9 avril. Le taux d'attaque était de 42 % chez les résidents (25/60) et d'au moins 10 % chez le personnel (3/30 + 1 cas du siège). Pour l'Ehpad2, 23 cas ont été recensés (19 probables et 4 confirmés), dont 5 chez le personnel (3 cas parmi le personnel fixe, 1 cas chez le personnel transversal et le dernier au siège du groupe). L'épisode a duré 8 jours, du 11 au 18 avril. Le taux d'attaque était de 28 % (18/64) chez les résidents et de 11 % chez le personnel (4/35 + 1 cas au siège). Une aide-soignante du site de l'Ehpad2 est tombée malade le 30 mars, au moment de l'épidémie dans l'Ehpad1, soit 12 jours avant le début de l'épidémie dans l'Ehpad2. La courbe épidémique montre deux épisodes bien distincts, avec 1 cas, survenu entre ceux-ci (le 9 avril) ; il s'agissait d'un membre du personnel encadrant.

Des prélèvements urinaires ont été réalisés chez 25 cas (13 à l'Ehpad1 et 12 à l'Ehpad2), et un pneumocoque a été isolé le 3 avril chez un résident de l'Ehpad1. Les résultats des 6 prélèvements d'ECS du 11 avril (recherche de *Legionella*) ont été positifs pour deux chambres (1 300 et 1 000 UFC/litre).

Les résultats des TDR de la grippe effectués à l'Ehpad1 le 8 avril et à l'Ehpad2 du 14 au 17 avril montrent 6 résultats positifs (5 virus grippaux B et 1 A), tous confirmés par Elisa (figure 2). La culture cellulaire a confirmé 1 virus grippal B. Le délai entre le début des signes et le prélèvement variait de 72 heures à 8 jours à l'Ehpad1 et était inférieur à 72 heures à l'Ehpad2. L'analyse par le

CNR de ces prélèvements, réalisée en juin et juillet 2008, n'a pas retrouvé de souche virale. La recherche d'adénovirus et de rhinovirus a été négative. Cliniquement, le symptôme le plus fréquent retrouvé chez les résidents malades était une toux productive (84 %), suivi par la fièvre et l'asthénie pour la moitié d'entre eux (tableau). Parmi les autres signes, la présence de diarrhée et/ou vomissements pour 15 cas et de maux de gorge pour 6 cas a été observée. Au total, 15 cas ont été hospitalisés, dont 14 de l'Ehpad1 parmi lesquels 5 ne sont restés que quelques heures. L'hospitalisation a

duré quatre jours en moyenne après l'apparition des signes cliniques (extrêmes 0-8). Au total, 3 décès, dont 2 à l'Ehpad1, en lien avec cette épidémie sont survenus chez les résidents. Concernant le personnel malade, la toux productive, la fièvre et les courbatures ont été les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés. Aucune chimioprophylaxie n'a été administrée dans l'Ehpad1 et 72 % des résidents malades ont reçu des antibiotiques (10 médecins traitants ayant prescrit cinq types d'antibiotiques différents). Dans l'Ehpad2, suite aux premiers cas de grippe confirmés, une chimioprophylaxie par osel-

tamivir a été administrée à 84 % des résidents non malades et au personnel non vacciné et présent pendant l'épisode. Parmi les 5 membres du personnel qui sont tombés malades, 4 avaient bénéficié de cette prophylaxie au préalable.

Couverture vaccinale

La couverture vaccinale globale pour la grippe était d'au moins 81 % (84 % à l'Ehpad2 vs. 77 % à l'Ehpad1), le statut vaccinal étant inconnu pour 21 résidents admis en cours de saison hivernale. Dans chaque Ehpad, des séances de vaccination des résidents ont été organisées en novembre 2007. Aucune vaccination anti-pneumocoque n'a été rapportée dans les dossiers médicaux. La couverture vaccinale pour la grippe chez les cas et les non-cas était respectivement de 74 % et 84 %, et ne différait pas significativement. Les trois cas décédés au cours de cette épidémie étaient vaccinés contre la grippe.

La couverture vaccinale de la grippe était de 17 % pour le personnel permanent et transversal des deux structures (inconnu pour trois personnes). Dans chaque établissement, deux séances d'information sur l'importance de la vaccination antigrippale du personnel soignant et une séance de vaccination sur place avaient été organisées avant la saison grippale.

Mesures de gestion

Dans les deux Ehpad, des mesures « gouttelettes » ont été mises en œuvre (six jours dans l'Ehpad1 et trois jours dans l'Ehpad2 après l'apparition du premier cas) lors du signalement à la Ddass, ainsi que des mesures complémentaires telles que le maintien en chambre de tous les résidents malades et non malades ou l'utilisation de vaisselle jetable. Des séances d'information à destination des familles ont été organisées et des affiches, à destination des visiteurs et du personnel, placées aux endroits stratégiques des établissements. Les mesures ont été levées au bout de dix jours à l'Ehpad1 (14 avril) et de 11 jours à l'Ehpad2 (22 avril).

A l'Ehpad1, dans l'attente des résultats de recherche de légionelles, l'arrêt des douches et la consommation d'eau en bouteille avaient été mis en place. Les mesures de contrôle relatives à la conformité du réseau d'eau ont fait l'objet d'une visite ultérieure de la Ddass.

Le médecin directeur du groupe a annoncé son déplacement hebdomadaire sur les deux établissements jusqu'au recrutement d'un médecin coordonnateur sur ces deux sites.

Discussion

Deux épidémies d'IRA successives ont été déclarées dans deux Ehpad des Bouches-du-Rhône, proches l'un de l'autre et appartenant à un même groupe gestionnaire, propriétaire d'établissements répartis sur le territoire national.

Lors du premier épisode (Ehpad1), le signalement à la Ddass a été fait en raison d'une forte désorganisation au sein de l'établissement, liée à la méconnaissance de la conduite à tenir, la survenue d'un décès et l'absence de médecin coordonnateur. Ainsi, 14 patients ont été transférés à l'hôpital, alors que ces transferts n'avaient pas nécessairement de lien avec un caractère de gravité, mais plutôt pour but de soulager la prise en charge des autres cas et des résidents de l'Ehpad. Certains de ces patients ont ainsi été renvoyés à l'Ehpad dans les heures suivantes, parfois en plein milieu de la nuit et ceci même de la part de l'hôpital ayant passé une convention

Figure 1 Courbe épidémique selon la date de début des symptômes dans deux Ehpad chez les résidents et le personnel, Bouches-du-Rhône, France, mars-avril 2008 / Figure 1 Epidemic curve according to the onset of symptoms among residents and staff in two retirement homes, Bouches-du-Rhône, France, March-April 2008

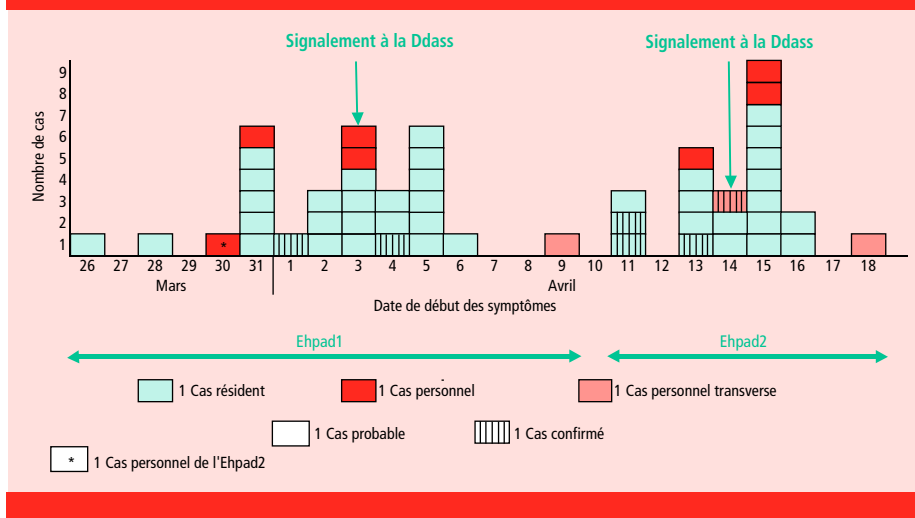


Figure 2 Virus grippaux isolés dans deux Ehpad, Bouches-du-Rhône, France, mars-avril 2008 / Figure 2 Influenzae virus isolated in two retirement homes, Bouches-du-Rhône, France, March-April 2008

Établissement	Nombre de Prélèvements	TDR	ELISA	Culture cellulaire* HIA Val-de-Grâce
Ehpad1	6	1 virus grippal B	1 virus grippal B	1 négatif
		1 virus grippal A	1 virus grippal A	1 négatif
		4 négatifs	4 négatifs	4 négatifs
Ehpad2	13	4 virus grippaux B	4 virus grippaux B	1 virus grippal B
		8 négatifs	1 virus parainfluenzae	3 négatifs
			1 négatif	1 virus parainfluenzae
				7 négatifs

* Cultures cellulaires réalisées au CNR : toutes sont négatives.

Tableau Signes cliniques des résidents et du personnel dans deux Ehpad, Bouches-du-Rhône, France, mars-avril 2008 / Table Clinical symptoms among residents and staff in two retirement homes, Bouches-du-Rhône, France, March-April 2008

	Résidents malades (43)		Personnels malades (8)		Total malades (51)	
	Effectifs	Fréquence (%)	Effectifs	Fréquence (%)	Effectifs	Fréquence (%)
Asthénie	22	51	3	37	25	49
Toux productive	36	84	4	50	40	78
Toux sèche	3	7	2	12	5	10
Fièvre >38,5°	23	53	4	50	27	53
Vomissements/diarrhée	15	35	0	0	16	29
Rhinorrhée	11	26	2	25	13	25
Sueurs	10	23	1	13	11	21
Dyspnée	6	14	0	0	6	12
Malaises	6	14	0	0	6	12
Maux de gorge	4	9	2	25	6	12
Troubles neurologiques	3	7	0	0	3	6
Courbatures	1	2	4	50	5	10
Céphalées	1	2	2	25	3	6

avec l'Ehpad dans le cadre des plans bleus. Cette désorganisation et les manques de procédures ont nécessité l'intervention à plusieurs reprises du Samu des Bouches-du-Rhône et du médecin de garde du secteur pour apporter une aide à la prise en charge des patients.

Le diagnostic a été tardif, en particulier à cause de l'absence de médecin coordonnateur. Certaines recherches étiologiques autres que la grippe ont été réalisées seulement chez certains patients hospitalisés. Des antibiotiques ont été administrés d'office par les différents médecins traitants des résidents sans aucune concertation. Les TDR ont été difficiles à obtenir à cause d'une méconnaissance des procédures de commande à faire en amont de la saison hivernale, associée à l'indisponibilité de ces tests au niveau des laboratoires de biologie médicale en fin de saison grippale. Quelques TDR ont été fournis par un hôpital militaire de Marseille. Des TDR ont été réalisés jusqu'à huit jours après le début des signes alors qu'il est recommandé de les faire dans les 48 heures [2], au risque d'avoir des faux négatifs lorsqu'ils sont réalisés tardivement. Ces TDR, au lieu d'être lus sur place, ont été lus par le laboratoire lors de l'acheminement des autres prélèvements destinés au CNR, par méconnaissance de l'utilisation de ces tests. Les prélèvements ont été acheminés rapidement de l'Ehpad à l'hôpital militaire, ils ont ensuite transité pendant de longues périodes entre Marseille, le HIA du Val-de-Grâce et le CNR : certaines analyses ont été faites trois mois après le prélèvement.

Durant l'épisode dans l'Ehpad2, profitant de l'expérience de l'Ehpad1, les mesures ont été mises en place plus rapidement. L'obtention de TDR a été plus aisée, quoique en nombre limité. Un signalement à la Ddass a été fait plus rapidement et a permis l'instauration de la prise d'oseltamivir en curatif et en prophylaxie pour les résidents, (tel qu'il est préconisé dans les recommandations du CSHPF [1,2]) et pour les membres du personnel non vaccinés (tel qu'il est recommandé uniquement par la Société française de gériatrie et gérontologie [3]). Tout ceci avec pour conséquence un taux d'attaque inférieur pour les résidents de l'Ehpad2 (28 % vs. 42 %), mais similaire et relativement peu élevé pour les membres du personnel (10 % vs. 11 %) alors qu'ils étaient très peu vaccinés.

La problématique de personnel commun aux deux établissements est ressortie au second épisode. En plus du personnel commun, puisqu'il s'agit d'Ehpad dépendant d'un même groupe gestionnaire, il s'est avéré que beaucoup de catégories

de personnels pouvaient transiter d'un établissement à l'autre : médecins, kinésithérapeutes, psychologues, coiffeurs, personnel de restauration collective, animateurs, personnel encadrant, personnel du siège social...

Si, dans ces épisodes, il n'a pas pu être prouvé que des cas confirmés parmi les membres du personnel ont transité d'un Ehpad à l'autre, il est certain que le personnel qui s'est partagé entre les deux Ehpad a contribué à la propagation du virus. Le recensement des membres du personnel a été très difficile à réaliser et certains ont pu être grippés et ne pas l'avoir déclaré ou encore ont pu être porteurs paucisymptomatiques du virus et l'avoir propagé dans l'autre établissement. Dans la littérature, il est décrit que l'excrétion du virus commence un jour avant l'apparition des symptômes et que le taux d'infection asymptomatique en période épidémique dépasse les 30 % dans la communauté [4]. De plus, au cours du premier épisode, les personnels malades n'avaient pas interrompu leur travail à l'apparition des symptômes.

Concernant la vaccination, le personnel était très peu vacciné contre la grippe, alors que des séances de vaccination au sein de l'Ehpad, précédées d'une information, leur avaient été proposées. Le refus de cette vaccination par le personnel, malgré les efforts réalisés par la direction de l'établissement, constitue une réelle difficulté. Dans l'évaluation du dispositif de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA dans la région Paca [5], il a été clairement démontré que les séances d'information et de vaccination sur place n'influençaient que de manière négligeable le niveau de couverture vaccinale. Cependant, des campagnes actives de vaccination, cumulant plusieurs actions conjointes, peuvent avoir un certain impact sur la couverture vaccinale [6]. Quant à la vaccination contre le pneumocoque, les informations étaient inexistantes au sein des dossiers médicaux des résidents.

Les « effets collatéraux », suite à cette épidémie, ont été multiples. Un troisième établissement du groupe, situé dans un département voisin, a également détecté des cas groupés d'IRA. Des membres du personnel fixes ou intérimaires difficiles à identifier, ayant travaillé dans les deux Ehpad, auraient été à la source de désagréments dans d'autres établissements où ils exerçaient également. Dans un autre Ehpad, des mesures « gouttelettes » ont été mises en place dans un contexte de tension parce qu'une aide-soignante avait également travaillé dans l'un des établissements concerné par l'épidémie de grippe et s'était vue prescrire de

l'oseltamivir en chimioprophylaxie. Enfin, la rumeur de cas de grippe aviaire a circulé dans une commune de la zone, du fait de la mise sous oseltamivir d'un certain nombre de personnes.

En conclusion, lors la survenue de cas groupés d'IRA dans une collectivité de personnes fragilisées, il est important de procéder à une recherche de la grippe comme étiologie, lorsqu'il est rapporté que la grippe circule dans la communauté comme c'était le cas pour cette épidémie, avec la circulation du virus grippal B tardif lors de la saison 2007-2008. Il apparaît également important d'identifier le personnel travaillant dans plusieurs structures et d'insister pour que des procédures soient expliquées aux personnels intérimaires. Il ressort de cette expérience qu'il est essentiel que les membres du personnel, en plus des résidents, soient vaccinés contre la grippe et que, lorsqu'ils présentent des symptômes grippaux, une éviction soit effective ou, à défaut, qu'ils portent un masque anti-projection, afin d'éviter la propagation de la grippe au sein de la collectivité.

Remerciements

Les auteurs remercient les directeurs, l'administration et le personnel des établissements pour leur collaboration et leur participation au recueil des données.

Références

- [1] CSHPF. Section des maladies transmissibles (séance du 18 novembre 2005). Guide des conduites à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées.
- [2] DGCS, DGAS, InVS, HAS, CCLIN Paris nord, Réseau des Grog, CNR coqueluche, CNR grippe France-Nord, CNR pneumocoques. Guide pratique de la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées, élaboré sous la forme d'un document de synthèse (8 pages) avec des fiches pratiques rappelant : les mesures de contrôle, de signalement d'investigation et de recherche étiologique. Octobre 2008. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe/guide_inf_respiratoires.pdf
- [3] SFGG. Conseils pratiques pour la prise en charge d'une épidémie de grippe en Ehpad. Mise à jour des recommandations de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) rédigées en 2004. Revue de Gériatrie. 2005; 30(7).
- [4] Carrat F, Vergu E, Ferguson NM, Lemaître M, Cauchemez S, Leach S, et al. Time lines of infection and disease in human influenza: A review of volunteer challenge studies. Am J Epidemiol. 2008; 167:775-85.
- [5] Cire Sud. Dispositif de surveillance et de prise en charge des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées en région Paca, 2005-2008. Novembre 2008 http://www.invs.sante.fr/publications/2008/infections_respiratoires_collectivites_paca/index.html
- [6] Chamoux A, Denis-Porret M, Rouffiac K, Baud O, Millot-Theis B, Souweine B. Étude d'impact d'une campagne active de vaccination antigrippale du personnel hospitalier du CHU de Clermont-Ferrand. Méd Mal Inf. 2006; 36:144-50.