

Bulletin de veille sanitaire — N° 01 / Mai 2017

Enquête 2015 sur la surveillance et la gestion des cas groupés d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et Gastro-Entérites Aiguës (GEA) en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Rhône-Alpes

Page 02 : Introduction

Page 02 : Le dispositif de signalement et de surveillance des cas groupés d'IRA et de GEA en collectivités de personnes âgées

Page 03 : Bilan de la surveillance des IRA et des GEA en Ehpad, saison 2014-2015

Page 05 : Enquête auprès des Ehpad, sur le dispositif de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA et de GEA

Page 13 : Références

| Editorial |

Depuis 2003, le dispositif de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA et de GEA en Ehpad s'est mis en place progressivement avec pour objectif majeur de réduire l'impact sanitaire de ces épisodes pour cette population fragile.

Afin d'évaluer son déploiement dans la région, les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels dans les Ehpad en lien avec ce dispositif, la Cire Rhône Alpes a mené une enquête en 2015. Cette enquête a été réalisée avant la fusion des régions et de la Cire Auvergne-Rhône Alpes intervenue début 2016. A l'instar d'autres régions, une enquête du même type avait également été réalisée en Auvergne en 2014 [8].

Ce BVS est dédié à la présentation des résultats de cette enquête. Les questions posées aux Ehpad portant sur des attitudes et des pratiques relatives à la saison 2014-2015, un bilan détaillé de cette saison est également présenté.

Avec un taux de participation proche de 50% et une participation plus élevée des Ehpad rattachés à un établissement de santé et de statut public, on ne peut exclure un biais de sélection des Ehpad les plus sensibilisés au dispositif parmi les répondants.

Malgré cette limite, les résultats de l'enquête sont en faveur d'une bonne adhésion et connaissance globale du dispositif qui est jugé utile et positif pour maîtriser ces épisodes infectieux. Néanmoins, une part non négligeable des épisodes d'IRA et GEA ne sont pas déclarés par manque de temps ou méconnaissance du dispositif. L'utilité des tests rapides d'orientation ou de diagnostic pour la grippe et l'intérêt des antiviraux en curatif ou préventif n'est pas reconnue par environ un quart des répondants. Pour les GEA, le recours au CNR pour identifier une étiologie virale est encore souvent méconnu. Ces résultats ont conduit au développement d'outils pratiques pour améliorer les connaissances utiles aux Ehpad et aux équipes d'hygiène pour la gestion de ces épisodes.

La Cire Auvergne-Rhône Alpes tient à remercier les Ehpad pour leur haut niveau de participation, l'association des médecins coordinateurs de la région Région-Alpes, l'Arlin, le Pôle régional de Veille Sanitaire de l'ARS et la direction de l'autonomie de l'ARS pour leur contribution à l'élaboration du protocole et du questionnaire et enfin, le service études et prospective de l'ARS pour son soutien à la réalisation de l'enquête.

| Introduction |

Les cas groupés d'Infections respiratoires aiguës (IRA) et de gastro-entérites aiguës (GEA) représentent des causes de morbidité très fréquentes dans les collectivités de personnes âgées [1]. Les IRA représentent par ailleurs la première cause de mortalité en établissement pour personnes âgées [2, 3, 4].

Les signalements de ces épisodes par les collectivités de personnes âgées, notamment les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée (USLD), aux autorités sanitaires ont débuté en 2003, et la généralisation du dispositif de surveillance et de gestion des IRA et des GEA en collectivités de personnes âgées, défini dans l'instruction de la Direction Générale de la Santé du 12 décembre 2012 [5], est assez récente.

Ce dispositif a pour finalité de réduire la morbidité et la mortalité associées aux cas groupés d'IRA et de GEA dans ces établissements.

L'objectif principal en est d'améliorer la détection précoce et le contrôle du phénomène épidémique.

Il a été constaté que depuis que des épisodes d'IRA ont été signalés en 2003, les taux d'attaque et la mortalité spécifique ont diminué, tout comme la durée des épisodes [4]. Ceci témoigne d'une meilleure gestion par les établissements des phénomènes épidémiques liés aux IRA.

Dans quelques régions, les Cellules d'intervention en Régions de Santé publique France (Cire), ont mené des évaluations de ces dispositifs. Ces évaluations portaient sur la perception et l'adhésion des professionnels de santé au dispositif.

Menées en Pays de Loire, Bretagne, ex-Nord-Pas-de-Calais et ex-Auvergne [6, 7, 8], les résultats de ces enquêtes ont montré que ces dispositifs étaient jugés le plus souvent globalement utiles par les établissements, et semblaient également avoir contribué au développement de la culture de gestion du risque infectieux en Ehpad [6].

Il a été jugé opportun, dans l'ex-région Rhône-Alpes, de mener une enquête de ce type, dont la finalité serait l'identification de pistes d'améliorations du dispositif.

| Le dispositif de signalement et de surveillance des cas groupés d'IRA et de GEA en collectivités de personnes âgées |

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), doivent déclarer au pôle régional de veille sanitaire (PRVS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) les cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) et les cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA), lorsqu'au moins cinq cas surviennent dans un délai de quatre jours.

A l'issue de l'épisode, l'établissement complète et transmet à l'ARS une fiche de synthèse standardisée, disponible sur le site Internet de l'ARS, intégrant le bilan définitif de l'épidémie, et comportant des données qui

caractérisent l'épisode sur le plan épidémiologique, et qui décrivent ses modalités de gestion.

La saisie de ces données dans l'application nationale dédiée est assurée par les personnes chargées de la veille sanitaire à l'ARS, avec l'appui de la Cellule d'intervention en Région de Santé publique France (Cire).

Ce dispositif est activé toute l'année. Cependant, un suivi particulier par la Cire est assuré au cours des saisons à risque d'épidémie grippale ou de gastro-entérite, entre les mois d'octobre et d'avril.

Pour la saison 2014-2015, sur laquelle l'enquête a porté, ces données ont été traitées et analysées sur la période comprise entre la semaine 2014-40 (début octobre 2014) et la semaine 2015-18 (fin avril 2015).

1.1 Episodes de cas groupés d'IRA

De début octobre 2014 à fin avril 2015, 102 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés par les EHPAD et les USLD, à l'ARS (Fig. 1).

Ces épisodes sont survenus dans le contexte d'une épidémie caractérisée par une co-circulation des virus A(H1N1)pdm2009, B et A(H3N2), ce dernier étant majoritaire (46%) et distinct de la souche vaccinale, ce qui a eu pour conséquence un impact défavorable sur l'efficacité vaccinale [9]. L'impact chez les plus de 75 ans a été très marqué au cours de cette épidémie puisqu'un excès de décès quelle que soit la cause a été estimé à environ 1800 dans cette classe d'âge au cours de l'épidémie [9].

Caractéristiques épidémiologiques et virologiques

Le taux d'attaque moyen au cours de cette saison était de 23 % parmi les résidents et de 5,6 % parmi le personnel. Le taux d'hospitalisation moyen des résidents était de 5 %, et la létalité moyenne est de 3,4 % (Tableau 1). Ces indicateurs n'étaient pas différents de ceux observés au cours des deux saisons précédentes.

Une recherche étiologique avait été menée dans 72 % des épisodes signalés, et parmi ceux-ci la grippe avait été confirmée dans 75 % des cas. Lorsque le type de virus était connu, le virus A était en cause dans $\frac{3}{4}$ des épisodes, les autres étaient liés au virus B (Tableau 2).

Ces résultats sont cohérents avec la distribution des virus circulants en communautaire cette saison.

Indicateurs de gestion

Le délai médian entre la survenue du premier cas et la mise en place des premières mesures de contrôle était de 2 jours. Cependant, 39 % des établissements n'avaient mis en place les premières mesures de contrôle qu'à partir du 3^{ème} jour après la survenue du 1^{er} cas (Tableau 4).

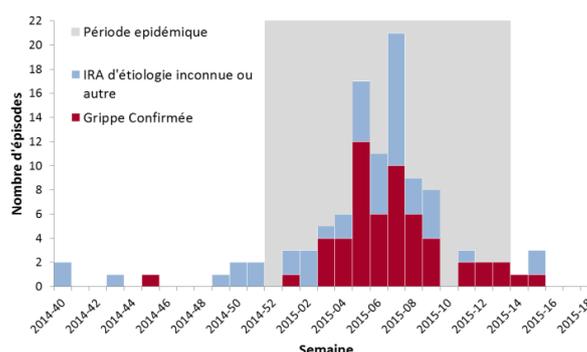
On observe que lorsque les mesures sont mises en place précocement (<3 jours), la durée moyenne des épisodes est plus courte (10 jours) que lorsqu'elles sont mises en place plus tardivement (14 jours) (Tableau 4).

De même, la durée moyenne des épisodes est plus courte lorsque les antiviraux sont prescrits en prophylaxie (8 jours versus 12 jours). Néanmoins, il s'agit d'une étude observationnelle, on ne peut donc pas attribuer cet effet à l'action de l'oseltamivir (Tab. 4).

Couverture vaccinale des résidents et des personnels

La couverture vaccinale des résidents, parmi les établissements qui ont signalé des cas groupés et qui ont renseigné cette information, est élevée à 83 %. Celle des personnels est en revanche faible (16 %), comme les saisons précédentes (Tableau 3).

Figure 1. Distribution par semaine du nombre de signalements de cas groupés d'IRA, Rhône-Alpes, 2014-40 à 2015-18



1.2 Episodes de cas groupés de GEA

Entre début octobre 2014 et fin avril, 128 épisodes de cas groupés de GEA ont été signalés par les EHPAD ou USLD, à l'ARS (Fig. 2).

Caractéristiques épidémiologiques et virologiques

Le taux d'attaque moyen au cours de cette saison est de 28 % parmi les résidents et de 8 % parmi le personnel. Le taux d'hospitalisation moyen des résidents est de 1,3 %, et la létalité moyenne est de 0,3 % (Tableau 1).

Une recherche étiologique a été menée dans 53 % des épisodes signalés. Parmi ceux pour lesquels une étiologie a été identifiée, le norovirus était retrouvé dans plus de 90 % des épisodes, et le rotavirus dans 6 % d'entre eux (Tableau 2).

Indicateurs de gestion

Le délai médian entre la survenue du premier cas et la mise en place des premières mesures de contrôle était de 1,7 jour. Cependant, 21 % des établissements n'ont mis en place les premières mesures de contrôle qu'à 3 jours ou plus de la survenue du 1^{er} cas (Tableau 4).

Comme pour les épisodes d'IRA, la durée moyenne des épisodes de cas groupés de GEA est plus courte lorsque les mesures sont mises en place précocement (<3 jours) que lorsqu'elles sont mises en place plus tardivement (>=3 jours), respectivement de 8 jours et de 13 jours (tableau 4).

Figure 2. Distribution par semaine du nombre de signalements de cas groupés de GEA, Rhône-Alpes, semaine 2014-40 à semaine 2015-18

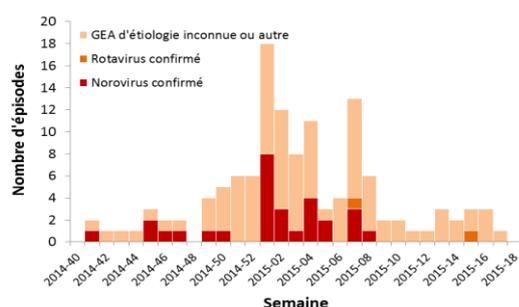


Tableau 1. Caractéristiques épidémiologiques des épisodes de cas groupés de GEA et d'IRA en collectivités de personnes âgées, au cours de la saison 2014-2015 (semaine 2014-40 à semaine 2015-18)

Caractéristiques épidémiologiques des épisodes de cas groupés	GEA	IRA
Nombre de foyers signalés et clôturés	128	102
Nombre total de résidents malades	3160	2031
Taux d'attaque moyen chez les résidents	27,8 %	22,6 %
Taux d'attaque moyen chez le personnel	7,7 %	5,6 %
Nombre d'hospitalisations en unité de soins	42	105
Taux d'hospitalisation moyen	1,3 %	5 %
Nombre de décès	10	70
Létalité moyenne	0,3 %	3,4 %

Tableau 2. Caractéristiques virologiques des épisodes de cas groupés de GEA et d'IRA en collectivités de personnes âgées, au cours de la saison 2014-2015 (semaine 2014-40 à semaine 2015-18)

Caractéristiques virologiques des épisodes de cas groupés	GEA	IRA
Nombre d'épisodes avec recherches étiologiques	68 / 128 (53 %)	73/102 (72 %)
Grippe (Total, A, B, type Inconnu)	-	55 (A: 23, B: 8, type Inconnu: 24)
Autre virus respiratoire	-	2
Norovirus	30	-
Rotavirus	2	-
Clostridium difficile	1	-

Tableau 3. Couvertures vaccinales du vaccin antigrippal parmi les établissements ayant signalé des épisodes d'IRA et ayant renseigné cet item (N=81 établissements pour les données des résidents, N=60 établissements pour les données des personnels), semaine 2014-40 à semaine 2015-18

Couverture vaccinale parmi les établissements ayant signalé des épisodes de cas groupés et ayant renseigné cet item	IRA
Couverture vaccinale résidents	83 %
Couverture vaccinale personnels	16 %

Tableau 4. Indicateurs de gestion des épisodes de cas groupés de GEA et d'IRA en collectivités de personnes âgées, semaine 2014-40 à semaine 2015-18

Indicateurs de gestion des épisodes de cas groupés	GEA	IRA
Délai médian (jours) entre la survenue du 1er cas et la mise en place des 1 ^{ères} mesures	1,7	2
Proportion de foyers pour lesquels le délai de mise en place des 1 ^{ères} mesures de contrôle est supérieur à 3 jours	21 %	39 %
Durée moyenne des épisodes (jours) si les 1 ^{ères} mesures de contrôle sont mises en place <3 jours	8,3	10,2
Durée moyenne des épisodes (jours) si les 1 ^{ères} mesures de contrôle sont mises en place >=3 jours	12,7	13,7
Durée moyenne des épisodes (jours) si les antiviraux en prophylaxie ont été prescrits		8
Durée moyenne des épisodes (jours) si les antiviraux en prophylaxie n'ont pas été prescrits		12
Délai moyen (jours) entre la survenue du 1er cas et le signalement	6,3	8,4

| Enquête auprès des Ehpad, sur le dispositif de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA et de GEA |

1 OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Les objectifs opérationnels étaient d'évaluer:

- Le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des EHPAD, en termes de surveillance et de gestion des IRA et GEA;
- L'utilisation des outils de surveillance et de gestion;

- La perception de l'utilité du dispositif auprès des EHPAD.

Un objectif secondaire était de contribuer à la mobilisation des Ehpad vis-à-vis de la gestion du risque infectieux lié aux IRA et aux GEA, ceci ayant été noté comme une plus-value de l'enquête dans d'autres régions [6].

Par rapport aux autres régions, un focus a été mené sur des sujets identifiés comme importants. Il s'agissait notamment d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des tests de diagnostics rapides de la grippe d'une part (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique réalisés au lit du patient ou TROD, et Tests de Diagnostic Rapide ou TDR réalisés dans un laboratoire d'analyses médicales), et vis-à-vis de l'oseltamivir face à des cas groupés de grippe d'autre part.

2 MATERIEL ET METHODES D'ENQUETE

La Cire a initié et assuré le pilotage de l'enquête, en s'appuyant sur un comité de suivi composé de l'Arlin Rhône-Alpes, le pôle régional de Veille Sanitaire et le service études et prospectives de l'ARS Rhône-Alpes, ainsi qu'un représentant de l'association des médecins coordonnateurs de l'ex-région Rhône-Alpes.

Le protocole et les questionnaires se sont inspirés de ceux élaborés dans les enquêtes conduites dans les autres régions (Pays de la Loire, Bretagne, ex-Auvergne), puis adaptés aux besoins exprimés collégialement en comité de suivi.

Le questionnaire a été conçu de telle sorte de garantir l'anonymat de l'établissement répondant.

Il comportait des informations sur:

- Les caractéristiques de l'établissement (département, capacité d'accueil, nombre de résidents, statut, etc...);
- Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de la surveillance et de la gestion;
- L'utilisation des outils et l'opinion des équipes sur leur qualité et leur utilité;
- L'utilité du dispositif global, de la rétro-information, le niveau de satisfaction général, l'apport du dispositif à l'établissement;

- Les connaissances, attitudes et pratiques à propos des Tests Rapides d'Orientation Diagnostiques (TROD) et Tests Rapide de Diagnostics (TDR), ainsi que des traitements antiviraux.

Le questionnaire comportait environ 110 items (questions fermées, QCM, texte libre..).

Disponible sur une plateforme de saisie en ligne mise à disposition par l'ARS Rhône-Alpes (SOLEN), la phase de test avait évalué le temps de réponse à environ 20 minutes.

Il était accessible en ligne pour les 696 Ehpads de l'ex-région Rhône-Alpes, informés par e-mail, pendant six semaines (de début mai 2015 à la mi-juin 2015).

Afin de maximiser le taux de réponse, les actions suivantes ont été réalisées:

- 1) Annonce préliminaire de l'enquête aux Ehpads via le site ARS, le bulletin de l'Arlin, et les Points épidémiologiques de la Cire;
- 2) Quatre relances par mail ont été conduites pour les non répondant;
- 3) Le questionnaire était également mis à disposition et téléchargeable sur le site de l'ARS pour les Ehpads ne souhaitant pas le saisir en ligne;
- 4) La durée d'enquête était étendue à 6 semaines.

L'analyse descriptive des données a été réalisée avec Stata 12.

3 RESULTATS DE L'ENQUETE

3.1 Participation

Après trois semaines d'enquête le taux de réponse global était de **17 %**, il a atteint en fin d'enquête **47 %** (327 établissements répondant / 696 établissements sollicités).

Le taux de participation des Ehpad variait selon les départements de 39 % (Isère) à 63 % (Ain) (Tableau 5).

Tableau 5. Nombre et proportion d'Ehpad répondant, par département, Rhône-Alpes

Département	Nombre d'Ehpad	Nombre d'Ehpad répondant	Proportion
Isère	102	40	39 %
Drôme	63	26	41 %
Loire	112	51	46 %
Rhône	166	77	46 %
Savoie	57	26	46 %
Haute-Savoie	66	32	48 %
Ardèche	66	35	53 %
Ain	64	40	63 %

La répartition des fonctions des personnes ayant complété l'enquête était la suivante, les médecins coordonnateurs correspondant à la catégorie la plus représentée:

- Médecins coordonnateurs: **54 %** (178)
- Infirmières coordonnatrices ou cadres supérieurs: **23 %** (76)
- Hygiénistes: **12 %** (38)
- Directeurs: **9 %** (30)
- Autres (soignant médecin ou infirmier) : **2 %** (5)

3.2 Caractéristiques des établissements participant

Le questionnaire étant anonyme, il n'était pas possible de comparer les caractéristiques des établissements répondant avec celles des établissements non répondant, ce qui aurait permis d'identifier des différences pouvant générer des biais.

A défaut, il a été regardé dans quelle mesure l'échantillon répondant différait de l'ensemble des établissements de la région. Une potentielle sur ou sous-représentation des Ehpad, sur les caractéristiques recueillies, a donc été étudiée.

En ce qui concerne les capacités d'accueil des résidents, le statut de l'établissement (privé lucratif, privé non lucratif et public), et l'implantation (rurale ou urbaine), le sous-groupe d'Ehpad répondant ne différait pas de l'ensemble des Ehpad.

Cependant, les Ehpad rattachés à un établissement de santé étaient légèrement surreprésentés dans l'échantillon des répondants, par rapport à l'ensemble des Ehpad régionaux (Tableau 6).

Tableau 6. Caractéristiques des 696 Ehpad de l'ex-région Rhône-Alpes et des Ehpad ayant répondu à l'enquête, Rhône-Alpes

Département	Ehpad de la région Rhône-Alpes		Ehpad participant à l'enquête	
	Effectifs	Proportion	Effectifs	Proportion
Département				
Ain	64	9 %	40	12 %
Ardèche	66	9 %	35	11 %
Drôme	63	9 %	26	8 %
Isère	102	15 %	40	12 %
Loire	112	16 %	51	16 %
Rhône	166	24 %	77	24 %
Savoie	57	8 %	26	8 %
Haute-Savoie	66	9 %	32	10 %
Capacité d'accueil				
0-59	159	23 %	59	18 %
60-79	167	24 %	89	27 %
80-89	169	24 %	72	22 %
90 et +	201	29 %	107	33 %
Rattachement à un établissement de santé				
Oui	156	22 %	102	31 %
Non	540	78 %	225	69 %
Statut				
Privé lucratif	125	18 %	46	14 %
Privé non lucratif	235	34 %	108	33 %
Public	336	49 %	173	53 %
Implantation				
Rurale	119	17 %	62	19 %
Urbaine	577	83 %	264	81 %
Total	696		327	

En termes de ressources et de moyens mis en œuvre pour la gestion des risques infectieux, les Ehpad répondant déclarent :

- 1) La présence d'un médecin coordonnateur dans 88% des établissements;
- 2) Une médiane de 0,5 Equivalent Temps Plein (ETP) pour l'activité du médecin coordonnateur [minimale: 0,1; maximale:1];
- 3) La présence d'un référent du risque infectieux dans 80 % des établissements dont la qualification se répartit comme suit: infirmières coordonnatrices (17 %), médecins coordonnateurs (15 %), cadres de santé (11 %), hygiénistes ou infirmières (35 %), ou combinaison de personnels (22 %).

3.3 Connaissances, attitudes, pratiques vis-à-vis du dispositif de surveillance et de gestion

3.3.1 L'accès à l'information et mise en place du dispositif

Le message de début de saison à risque d'épidémie hivernale, adressé à l'ensemble des Ehpad en fin de chaque année par l'ARS Rhône-Alpes, est le moyen le plus fréquemment cité par les établissements répondant pour l'accès à l'information sur le dispositif de surveillance, devant le site Internet de l'ARS et l'instruction de la DGS de 2012.

Pour 98 % des répondants, le site Internet de l'ARS est connu, et 89 % d'entre eux l'ont consulté en 2014-2015.

Plus de 40 % des établissements répondant ont mis en place leur dispositif de surveillance et gestion avant 2012. Les autres établissements répondant l'ont mis en place au cours des saisons suivantes :

- Depuis saison 2012-2013 : 20 %
- Depuis saison 2013-2014 : 19 %
- Depuis saison 2014-2015 : 20 %

3.3.2 Le signalement à l'ARS

Plus de $\frac{3}{4}$ des établissements savent que la période de surveillance ainsi que le signalement à l'ARS des IRA et GEA couvre toute l'année, tandis qu'un quart d'entre eux pense qu'elle est limitée à la période automne - hiver.

De même, près de $\frac{3}{4}$ d'entre eux déclarent connaître les critères de signalement des cas groupés, le quart restant déclarant les connaître partiellement.

Au cours de la saison 2014-2015, 30 % des établissements répondant déclarent avoir eu des cas groupés de GEA et 26% d'entre eux déclarent avoir eu des cas groupés d'IRA, épisodes répondant aux critères de signalement. Parmi ces épisodes, ils déclarent que 18 % des cas groupés de GEA et 33 % des cas groupés de d'IRA n'ont pas été signalés à l'ARS en 2014-2015.

Parmi les raisons les plus souvent citées par les établissements n'ayant pas signalé un épisode de cas groupés, sont citées, par ordre de fréquence décroissante :

- Faible nombre de cas ou absence d'éléments de gravité;
- Méconnaissance du dispositif de signalement;
- Manque de temps;
- Phénomène épidémique maîtrisé;
- Episode ne répondant pas aux critères de signalement.

3.3.3 Les outils de surveillance et de gestion

Plus de 70 % des établissements répondant disent connaître, globalement, l'existence des outils de surveillance et gestion. Selon l'outil, ils en connaissent l'existence dans 63 % à 80 % des cas, sauf pour le rapport d'évaluation des TROD, connu par seulement 27% des répondants (Tableau 7).

La proportion d'Ehpad jugeant utile ou très utile, globalement, les outils mis à disposition sur le site

Internet de l'ARS est élevée (90 %). Selon l'outil, ce jugement favorable varie entre 78 % et 95 % (Tableau 7).

La proportion d'Ehpad jugeant de bonne ou très bonne qualité, globalement, les outils mis à disposition sur le site Internet de l'ARS est également élevée à 91 %, et varie selon l'outil entre 83 % et 96 % (Tableau 7).

Enfin, la proportion d'Ehpad déclarant avoir eu au moins un épisode de cas groupés et avoir utilisé les différents outils au cours de la saison 2014-2015 varie selon l'outil, de 24 % (pour le rapport de l'évaluation des TROD), à 72 % (pour la fiche de signalement) (Tableau 7).

3.3.4 Gestion des épisodes épidémiques

Près de 90 % des répondants déclarent posséder un document de conduite à tenir. Parmi ceux-ci, plus de 9/10 déclarent que l'équipe a connaissance de la conduite à tenir, avec des niveaux variables de compréhension et de maîtrise (maîtrise dans 50 % des cas, notions dans 50 % des cas).

L'existence d'un plan bleu avec volet infectieux est déclarée par 76 % des répondants (16 % n'en non pas, 8 % répondent ne pas savoir).

Une convention a été passée avec une équipe mobile d'hygiène par 60 % des Ehpad (67 % par des établissements non rattachés à un établissement de santé, et 44 % par des établissements rattachés).

44 % des établissements répondant ont déclaré avoir sollicité une aide extérieure en 2014-2015, lors d'un épisode cas groupé.

Pour cette aide extérieure, les équipes mobiles d'hygiène (EMH) ou équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) des groupes d'établissements étaient les structures les plus fréquemment citées par les Ehpad (citées par 42 % des Ehpad). Les équipes opérationnelles d'hygiène étaient citées par 39 % des

Ehpad, l'ARS par 26 % et enfin l'Arin ou le CCLIN par 22 %.

Les raisons les plus souvent citées étaient la nécessité d'un soutien : à la validation des mesures prises (75 % des citations), au signalement (55 % des citations), à l'organisation des mesures de prévention et de gestion (54 % des citations), et à la mise en œuvre des mesures environnementales (53 % des citations).

3.4 Focus sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, vis-à-vis de la recherche étiologique des cas groupés de GEA

Pour les recherches étiologiques lors de cas groupés de GEA, seulement 23 % des répondants disent connaître le protocole d'envoi de prélèvements au CNR virus entériques, et 31 % savent que ces analyses sont réalisées gratuitement par le CNR, en situation de cas groupés (Tableau 8).

Les Ehpad sont 80 % à déclarer qu'en situation de cas groupés de GEA, ils réalisent au moins une coproculture, et 59 % au moins une recherche de virus entérique.

En situation de cas groupés de GEA, 82 % des établissements qui réalisent des prélèvements de selles combinent les recherches étiologiques (coproculture standard et/ou recherche de virus entérique et/ou recherche de C difficile). Lorsque les recherches étiologiques sont combinées, les trois types de recherche sont systématiquement menés dans 46 % des cas.

Enfin, au cours des deux dernières saisons (2013-2014 et 2014-2015), ils sont 30 % à déclarer avoir envoyé un prélèvement au CNR en situation de cas groupés de GEA (Tableau 8).

3.5 Focus sur les connaissances, les attitudes et les pratiques vis-à-vis de la recherche étiologique des cas groupés d'IRA

A propos des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique sur les recherches étiologiques lors de cas groupés d'IRA, seuls 36 % des Ehpad déclarent avoir un niveau de maîtrise ou d'expert sur le sujet (Tableau 9). Près de la moitié déclare avoir des notions, tandis que 16 % déclarent posséder un faible niveau de connaissance.

Globalement, 28 % des répondants estiment que le diagnostic de grippe est peu ou pas utile en situation de cas groupés. Parmi les médecins coordinateurs répondant, cette proportion est de 24 %.

Les trois freins à l'utilisation des TROD les plus cités par les établissements sont, du plus important au moins important : 1) le coût élevé, 2) la méconnaissance de l'existence des TROD, et 3) des difficultés d'approvisionnement (Tableau 9).

Lorsque cette question est restreinte aux médecins coordinateurs répondant, les trois freins les plus cités sont les mêmes, néanmoins l'item "Méconnaissance de l'existence des TROD" est le moins cité des trois.

Quarante-cinq pour cent des répondants déclarent disposer de TROD immédiatement disponibles en 2014-2015 (Tableau 9). Cependant, parmi les établissements qui disposent d'un budget spécifique pour l'achat de TROD, cette proportion est de 65 %, contre 28 % parmi les établissements qui déclarent ne pas en avoir.

Pour les Ehpad disposant de TROD immédiatement disponibles, 56 % déclarent les utiliser systématiquement devant un cas groupé d'IRA, 34 % déclarent les utiliser parfois et 10 % déclarent ne jamais les utiliser (Tableau 9).

Devant une situation de cas groupés d'IRA, et depuis que le dispositif national existe, 58 % des établissements ont utilisé au moins une fois les TROD, 36 % ont eu recours au laboratoire d'analyse médicale (TDR), et 6 % ont eu recours à ces deux modalités (Tableau 9).

3.6 Focus sur les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des antiviraux en situation de cas groupés d'IRA

Les questions relatives aux antiviraux étaient posées quelle que soit la qualité du répondant. Néanmoins, l'analyse des résultats a été restreinte *in fine* aux médecins coordonnateurs, susceptibles de les prescrire.

Vingt-six pour cent, soit plus d'un quart des médecins coordonnateurs répondant jugent inutile l'utilisation d'oseltamivir (quelle que soit son indication: prophylactique, curatif ou préemptif), en cas d'épidémie de grippe confirmée par un test positif. Son utilisation est jugée utile par 70% d'entre eux, tandis que 4% n'ont pas d'opinion (Tableau 10).

Parmi les médecins jugeant l'oseltamivir inutile, les réponses les plus fréquentes à la question " *Que pensez-vous de l'oseltamivir ?* " étaient, par ordre d'importance: faible efficacité, existence d'effets secondaires nombreux, coût élevé du traitement et méconnaissance globale de l'oseltamivir.

En cas d'épidémie de grippe dans l'Ehpad, le médecin coordonnateur prescrit lui-même les antiviraux aux résidents dans la moitié des cas. Dans ces situations, 80 % déclarent toujours disposer de la clairance de la créatinine avant la prescription (tableau 10).

3.7 Opinion générale sur le dispositif

Globalement, le niveau de satisfaction générale sur le dispositif est très bon pour 6% des établissements,

bon pour 53%, correct pour 35% et mauvais pour 6% d'entre eux.

Plus de 80% des établissements répondant ont déclaré que le dispositif avait permis d'améliorer la réactivité des mesures de contrôle (82 %), l'organisation interne face à des épisodes similaires (87 %), le respect des précautions standards au quotidien (89 %) et le respect des précautions complémentaires devant ces situations (84 %).

Pour près de 80% des établissements, le dispositif a par ailleurs permis d'induire des formations internes (75 %), de développer une surveillance en interne (79 %) et de renforcer les partenariats (78 %).

Les qualificatifs associés par les établissements à la surveillance et la gestion des IRA et GEA étaient partagés entre :

1) Des qualificatifs favorables :

- Travail d'équipe : 77 %;
- Amélioration des pratiques : 64 %;
- Décloisonnement : 21 %;
- Enrichissement personnel : 19 %;
- Sentiment d'utilité : 9 %;
- Sentiment de solidarité : 5 %.

2) Et des qualificatifs défavorables:

- Surcharge de travail : 37 %;
- Contraintes administratives : 25 %;
- Inquiétude : 9 %;
- Pression : 6 %;
- Stress : 6 %;
- Sentiment d'inutilité : 0,3 %.

Enfin, à la question « *Y a-t-il d'autres phénomènes épidémiques pour lesquels un signalement pourrait vous aider dans la gestion?* », 20 % des établissements ont déclaré par l'affirmative, la gale ayant été le phénomène le plus souvent cité.

3.8 Couverture vaccinale

La couverture vaccinale recueillie par l'enquête pour la saison 2014-2015 est comparable à celle recueillie à travers le dispositif de surveillance pour la même saison (84% chez les résidents et 17% chez les personnels).

Selon les établissements, les 16 % de résidents non vaccinés l'étaient le plus souvent pour les raisons suivantes: existence de contre-indications (citées par 24% des répondants), résident arrivé après la campagne de vaccination (cité par 17% des répondants), et refus (cité par 8% des répondants).

Tableau 7. Connaissances, attitudes et pratiques des Ehpad vis-à-vis des outils de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA et de GEA en Rhône-Alpes, 2015

Outils	Proportion d'Ehpad déclarant connaître l'existence de cet outil (n = nombre de répondant)	Proportion d'Ehpad déclarant avoir eu au moins un épisode de cas groupés et avoir utilisé cet outil, durant la saison 2014-2015 (n = nombre de répondant)	Proportion d'Ehpad jugeant cet outil utile ou très utile (n = nombre de répondant)	Proportion d'Ehpad jugeant cet outil de bonne qualité ou de très bonne qualité (n = nombre de répondant)
Outils mis à disposition sur le site de l'ARS de type : vidéo, flyers, affichette (IRA quels masques porter, vidéo réalisation d'un prélèvement, vidéo port du masque, affichette visiteur)	72 % (n=327)	45 % (n=143)	90 % (n=220)	91 % (n=203)
Fiche de surveillance interne (avec la courbe épidémique) IRA et GEA	81 % (n=327)	66 % (n=145)	91 % (n=263)	91 % (n=241)
Fiche de signalement et de clôture IRA et GEA à destination de l'ARS	80 % (n=327)	72 % (n=141)	90 % (n=243)	89 % (n=229)
Fiche interne de recensement des cas	72 % (n=327)	61 % (n=137)	87 % (n=239)	83 % (n=224)
Check-list interne des mesures à prendre pour aider à l'organisation	75 % (n=327)	61 % (n=138)	95 % (n=240)	96 % (n=223)
Repères pour la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique de la grippe (TROD)	63 % (n=327)	48 % (n=82)	83 % (n=203)	83 % (n=185)
Rapport de l'évaluation des TROD	27 % (n=327)	24 % (n=80)	78 % (n=131)	83 % (n=114)

Tableau 8. Connaissances et pratiques des Ehpad vis-à-vis de la surveillance et la gestion des cas groupés de GEA en Rhône-Alpes, 2015

Connaissances et pratiques	Proportion d'Ehpad ayant répondu par l'affirmative (n = nombre de répondant)
L'existence du protocole d'envoi au CNR est connue par l'Ehpad	23 % (n=327)
La gratuité de l'analyse par le CNR en situation de cas groupés est connue par l'Ehpad	31 % (n=327)
L'absence de recherche virale systématique en cas de coproculture est connue par l'Ehpad	92 % (n=327)
Les Ehpad déclarent réaliser au moins une coproculture en situation de cas groupés de GEA	80 % (n=327)
Les Ehpad déclarent réaliser au moins une recherche de virus entériques en situation de cas groupés de GEA	59 % (n=327)
Au cours de la saison 2014-2015, les Ehpad ont envoyé un prélèvement au CNR en situation de cas groupés de GEA	30 % (n=198)

Tableau 9. Connaissances, attitudes et pratiques des Ehpad vis-à-vis des tests de diagnostics rapides de la grippe (TROD et TDR) en Rhône-Alpes, 2015

Connaissances, attitudes et pratiques		Réponse (n = nombre de répondant)
Connaissances	Proportion d'Ehpad déclarant avoir un niveau de maîtrise ou d'expert des recommandations du HCSP sur la recherche étiologique de cas groupés d'IRA	36 % (n=320)
Attitudes	Proportion d'Ehpad déclarant que le diagnostic de grippe dans une situation de cas groupés d'IRA est très utile	72 % (n=327)
	Par ordre d'importance, principaux freins à l'utilisation des TROD cités par les Ehpad	1. Coût élevé 2. Méconnaissance de l'existence des TROD 3. Difficultés d'approvisionnement
Pratiques	Proportion d'Ehpad disposant d'un budget spécifique permettant de prendre en charge le coût des recherches étiologiques en situation de cas groupés	45 % (n=285)
	Proportion d'Ehpad disposant de TROD immédiatement disponibles en 2014-2015	45 % (n=327)
	Proportion d'Ehpad:	
	N'ayant jamais utilisé les TROD/TDR dans une situation de cas groupés	10 % (n=101)
	Utilisant parfois les TROD/TDR dans une situation de cas groupés	34 % (n=101)
	Utilisant toujours les TROD/TDR dans une situation de cas groupés	56 % (n=101)
	Dans une situation de cas groupés, proportion d'Ehpad:	
	Ayant réalisé les tests rapides (TROD) dans l'établissement	58 % (n=109)
	Ayant eu recours au laboratoire (TDR)	36 % (n=109)
	Ayant eu recours aux deux possibilités ci-dessus	6 % (n=109)

Tableau 10. Attitudes et pratiques des médecins coordonnateurs en Ehpad vis-à-vis de l'utilisation des antiviraux quelle que soit l'indication (curatif, préventif, préemptif), dans les situations de cas groupés d'IRA liés à la grippe, en Rhône-Alpes, 2015

Attitudes et pratiques		Réponse (n = nombre de répondant)
Attitudes	En cas d'épidémie de grippe confirmée:	
	Part de médecins coordonnateurs répondant qui jugent que l'oseltamivir est utile	70 % (n=178)
	Part de médecins coordonnateurs répondant qui jugent que l'oseltamivir est inutile	26 % (n=178)
	Part de médecins coordonnateurs répondant n'ayant pas d'opinion sur son utilité	4 % (n=178)
	Par ordre d'importance, principaux arguments cités par les médecins coordonnateurs qui jugent que l'oseltamivir est inutile en cas de grippe confirmée	1. Faible efficacité 2. Nombreux effets secondaires 3. Coût 4. Méconnaissance de l'oseltamivir
Pratiques	En cas d'épidémie de grippe dans l'Ehpad le médecin coordonnateur (plusieurs réponses possibles) :	
	Prescrit lui-même l'oseltamivir aux résidents	48 % (n=178)
	Laisse l'initiative de la prescription aux médecins traitants sans les contacter	10 % (n=178)
	Informe les médecins traitants de la situation et de la recommandation de prescription des antiviraux	48 % (n=178)
	Conseille les médecins traitants de prescrire des antiviraux	26 % (n=178)
	Lorsque le médecin coordonnateur prescrit lui-même l'oseltamivir:	
	Il déclare toujours disposer de la clairance de la créatinine	79 % (n=141)
	Il déclare parfois disposer de la clairance de la créatinine	18 % (n=141)
	Il déclare ne jamais disposer de la clairance de la créatinine	3 % (n=141)

4 DISCUSSION - CONCLUSION

Avec un taux de réponse de 47 % sur un total de 696 Ehpads sollicités, la participation des établissements à l'enquête est très satisfaisante. Des taux similaires ont été constatés sur les enquêtes menées dans différentes régions [6, 7, 8].

En raison de l'anonymat de l'enquête, il n'était pas possible de comparer les caractéristiques des Ehpads répondant avec celles des Ehpads non-répondant. Néanmoins on note, parmi les répondants, une légère surreprésentation des établissements rattachés à un établissement de santé, de statut plus souvent public que privé, par rapport à l'ensemble des Ehpads de l'ex-région Rhône-Alpes.

L'existence d'un biais de réponse, dans la mesure où celle-ci est déclarative, et celle d'un biais de sélection, puisque les établissements répondant sont probablement plus adhérents au dispositif que les non-répondants, est fort probable. Ces deux biais pourraient tendre vers des réponses généralement plus favorables et positives. En revanche, l'anonymat du questionnaire a sans doute contribué à l'expression des établissements peu ou pas adhérents au dispositif, par rapport aux enquêtes menées dans d'autres régions, ce qui tend à limiter cet effet [6; 7; 8].

Les médecins coordonnateurs étaient les professionnels les plus représentés parmi les 327 individus ayant renseigné le questionnaire, ce qui constitue un sous-échantillon suffisant pour étudier les réponses de cette catégorie professionnelle, notamment au regard des questions qui concernaient les méthodes de diagnostic rapide et la prescription de l'oseltamivir en cas d'épidémie de grippe.

Le message envoyé par l'ARS aux Ehpads chaque début de saison hivernale est le moyen le plus souvent cité par les Ehpads pour l'accès à l'information sur le dispositif de surveillance et de gestion. C'est dire son importance, ainsi que la pertinence de cibler comme support des outils (d'information, de

surveillance et de gestion) le site Internet de l'ARS, connu par 98 % des répondants.

La montée en charge du dispositif et son déploiement au sein des Ehpads étaient inconnus. Cette enquête a permis de comprendre la progressivité de la mise en place du dispositif de surveillance et de gestion, et d'expliquer l'augmentation des signalements au fil des saisons. En effet, 40 % des Ehpads répondant déclarent l'avoir mis en place avant fin 2012, puis environ 20 % d'établissements supplémentaires déclarent l'avoir mis en œuvre au cours de chacune des trois saisons (2012-2013, 2013-2014, 2014-2015).

Il est intéressant de noter qu'au cours de la saison 2014-2015, les Ehpads répondant déclarent que 18 % des épisodes de cas groupés de GEA et 33 % des épisodes de cas groupés d'IRA, n'ont pas été signalés à l'ARS. Cette sous-déclaration, probablement légèrement surestimée (car des épisodes non signalés ne l'étaient pas en raison de l'absence de critères de signalement), est proche de ce qui a été observé en 2013 en Pays de Loire, où l'exhaustivité des signalements avait été estimée à 81 % pour les épisodes d'IRA ainsi que pour ceux de GEA [6].

Les raisons les plus fréquentes citées pour les non-signalements sont le faible nombre de cas ou l'absence d'éléments de gravité, mais aussi le manque de temps ou la méconnaissance des critères de signalement.

Globalement les établissements ont une bonne connaissance des critères de signalement, mais aussi des outils mis à disposition, excepté pour le rapport du CNR sur les TROD, mais ceci s'explique par sa publication tardive (fin 2014-2015) et sa présentation peu adaptée à une lecture rapide.

Les outils mis à disposition des Ehpads étaient jugés utiles et de bonne qualité par les répondants. Parmi les Ehpads ayant déclaré avoir eu au moins un épisode de GEA ou d'IRA au cours de la saison 2014-2015, les outils de type fiche de surveillance interne, tableau de

recensement des cas, et check-list des mesures à prendre ont été largement utilisés (au moins 60 %), confirmant leur utilité.

Les Ehpad déclarent quasiment tous disposer d'une conduite à tenir face aux IRA et GEA et 3/4 d'entre eux d'un plan bleu avec volet infectieux. Naturellement, ceci ne préjuge pas de l'opérationnalité de ces procédures. Ainsi, au cours de la saison 2014-2015, plus de 4/10 ont déclaré avoir nécessité un soutien extérieur (Equipe mobile d'hygiène ou d'une équipe opérationnelle d'hygiène le plus souvent, mais aussi Arlin ou ARS).

En cas d'épidémie de GEA, si la plupart des Ehpad (80%) déclarent effectuer des recherches étiologiques, le recours au CNR des virus entériques (en l'absence de recherche du Norovirus systématique par une grande partie des laboratoires d'analyses médicales de ville), reste peu fréquent dans les situations de cas groupés (30%).

Il est intéressant de noter que l'utilité des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et tests diagnostiques rapides (TDR) ne fait pas l'unanimité au sein des Ehpad et parmi les médecins coordonnateurs: en effet, respectivement 28 % et 24 % d'entre eux les considèrent peu ou pas utiles en cas de cas groupés d'IRA. Ceci se vérifie en pratique puisque qu'ils sont seulement 56 % à les avoir utilisés au moins une fois devant un cas groupé depuis que le dispositif existe, et moins de la moitié déclare en disposer immédiatement en 2014-2015.

Les freins les plus souvent cités pour la non-utilisation des TROD sont leur coût, la méconnaissance de leur existence et des difficultés d'approvisionnement, même lorsque la question posée uniquement aux médecins coordonnateurs.

On constate que l'opinion des médecins coordonnateurs sur les antiviraux est contrastée, 26% d'entre eux jugeant inutile l'utilisation d'oseltamivir en cas d'épidémie de grippe confirmée par un test positif. Leurs arguments portent sur une faible efficacité, de nombreux effets secondaires, le coût du traitement et une mauvaise connaissance de l'oseltamivir.

Globalement le dispositif de surveillance et de gestion est bien accepté, perçu comme ayant eu un impact favorable au sein de l'établissement, malgré les contraintes administratives et la surcharge de travail qu'il occasionne. Ces constatations sur l'opinion générale sur le dispositif sont similaires à celles qui ont été rapportées dans les autres enquêtes régionales [6, 7, 8].

Ces résultats sont cohérents avec les jugements exprimés par les établissements aux acteurs proches du terrain, tels que l'Arlin et les équipes mobiles d'hygiène. Ils permettent de contribuer à alimenter les pistes d'améliorations à proposer aux Ehpad, explorées, entre autres, dans le cadre du comité de pilotage des équipes mobiles d'hygiène (Arlin et ARS) et des sous-groupes de travail qui s'y rapportent, initiés depuis 2015. Parmi les pistes d'améliorations qui ont été suivies d'une réflexion collégiale entre l'Arlin, l'ARS, des représentants d'Equipes Mobiles d'Hygiène et la Cire, ont été travaillés des outils pratiques et pédagogiques à destination des Ehpad et des équipes mobiles d'hygiène (EMH) sur la réalisation des prélèvements naso-pharyngés, sur l'utilisation des TROD et celle des antiviraux en situation de grippe.

REFERENCES

1. Chami K, Gavazzi G, de Wazières B, Lejeune B, Piette F, Lietard C et al. « Prévalence des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : analyse régionale », enquête PRIAM, France, 2006-2007, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2009 ; 31-32 : 349-352.
2. Carratala J, Mykietiuk A, Fernandez-Sabe N, et al. Health care-associated pneumonia requiring hospital admission: epidemiology, antibiotic therapy, and clinical outcomes. Arch Intern Med 2007;167:1393e9.
3. Aronow WS. Clinical causes of death of 2372 older persons in a nursing home during 15-year follow-up. J Am Med Dir Assoc. 2000;1:95-6.
4. Haut Conseil de la santé publique - Conduite à tenir devant une ou des Ira en Ehpad/Juillet 2012. Disponible à partir de l'URL : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=288>
5. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction DGS/RI1/DGCS no 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées
6. Chiron E, Barataud D, Hubert B. Surveillance des épidémies d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des Pays de la Loire, 2010-2013. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 78 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
7. Surveillance des cas groupés d'IRA et GEA en collectivités de personnes âgées en Bretagne. Point épidémiologique au 22 juin 2015: Disponible à partir de l'URL: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ouest-Bretagne/2015/Surveillance-des-cas-groupes-d-IRA-et-GEA-en-collectivites-de-personnes-agees-en-Bretagne.-Point-epidemiologique-au-22-juin-2015>
8. Surveillance des épidémies d'infections respiratoire aiguës et des gastro-entérites aiguës dans les Ehpad de la région Auvergne. 2013-2014, Bulletin de Veille Sanitaire N°23, Octobre 2014. Disponible sur [l'URL](#)
9. Trois saisons de surveillance de la grippe en Rhône-Alpes: 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015, Bulletin de Veille Sanitaire N°6, Novembre 2015. Disponible sur l'URL: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Rhone-Alpes/Bulletin-de-veille-sanitaire-Rhone-Alpes-Novembre-2015>

| Glossaire |

ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
CCLIN	Centre inter-régional de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins
CIRE	Cellule d'intervention en région, Santé publique France
CNR	Centre national de Référence
DGS	Direction Générale de la Santé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
EMH	Equipe mobile d'hygiène
GEA	Gastro-entérite aigüe
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IRA	Infection respiratoire aigüe
PRVS	Pôle régional de Veille Sanitaire
TDR	Test de diagnostic rapide
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
USLD	Unité de soins de longue durée

| Remerciements |

Remerciements à l'ensemble des partenaires contributeurs à la surveillance des IRA et des GEA en collectivités de personnes âgées, et aux participants à l'enquête :

- Les équipes professionnelles de santé et les directions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Remerciements aux contributeurs à l'élaboration de l'enquête et à sa mise en œuvre:

- Association des médecins coordonnateurs de la région Région-Alpes
- Arlin Rhône-Alpes
- Pôle régional de Veille Sanitaire de l'ARS
- Direction de l'autonomie de l'ARS
- Service études et prospective de l'ARS

CIRE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Tel : 04 72 34 31 15 - Fax : 04 72 34 41 55 - Mail : ars-ara-cire@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro sur : [http:// www.santepubliquefrance.sante.fr](http://www.santepubliquefrance.sante.fr)

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur Général de Santé Publique France

Rédacteur en Chef : Christine Saura, Responsable de la Cire Auvergne-Rhône-Alpes

Comité de rédaction : Equipe de la Cire Auvergne-Rhône-Alpes

Coordination du numéro : Dr Jean-Loup CHAPPERT

Contribution à la réalisation de l'enquête : Karine Laubriat, stagiaire Master 2

Diffusion : CIRE Auvergne-Rhône-Alpes - 241, rue Garibaldi - CS 93383 69 418 LYON Cedex 03