

Bilan de la surveillance des foyers de cas groupés d'infections respiratoires aiguës et gastro-entérites aiguës dans les établissements accueillant des personnes âgées. Alsace, hiver 2010-2011

S. Alsibai, M. Dreyer, C. Meffre
CIRE Lorraine-Alsace, Institut de veille sanitaire, Nancy, France

Contexte

Depuis 2008, la CIRE Lorraine-Alsace coordonne un dispositif de surveillance et d'aide à la gestion des épisodes d'infections respiratoires aiguës basses (IRA) et de Gastro-entérites aiguës (GEA) survenant en collectivités de personnes âgées en période hivernale.

La vulnérabilité des personnes âgées et la vie communautaire favorisent en effet une morbi-mortalité importante de ces épisodes épidémiques et la désorganisation délétère de services fonctionnant déjà en flux tendu.

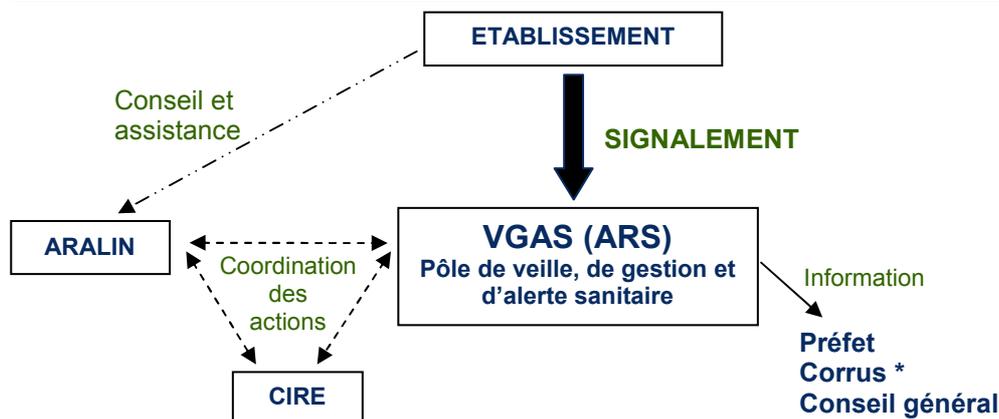
Afin de limiter l'impact de ces épidémies et faciliter la mise en œuvre des recommandations nationales par les établissements [1 ; 2], des outils d'aide ont été élaborés dès 2008 avec les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) - actuelle Agence régionale de santé (ARS) d'Alsace - et l'Antenne régionale d'Alsace de lutte contre les infections nosocomiales (Aralin). Ces outils sont destinés à détecter précocement les cas groupés par le biais de la feuille de surveillance et faire appliquer des mesures de contrôle immédiates grâce aux procédures, formulaires de signalement, affiches... Des sessions de formation ont accompagné leur diffusion dans les établissements à l'automne 2008 et 2010. Ils sont à disposition sur le site de l'ARS (voir p.8, rubrique "En savoir plus").

Ce point épidémiologique présente le bilan de surveillance de la saison hivernale 2010-2011, réalisé à partir des signalements des Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des Unités de soins de longue durée (USLD) d'Alsace. Il permet d'enrichir la connaissance épidémiologique sur ces foyers de cas groupés et sur la prise en charge des cas. Il 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.

Objectifs du signalement

- Identifier des événements « inhabituels »
- Recevoir une aide ou des conseils pour mettre en place les mesures de contrôle
- Permettre l'analyse épidémiologique (bilans, recommandations à venir)
- Proposer des recommandations pour l'année suivante

Figure 1 | Circuit du signalement



* Corrus : Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales de la Direction générale de la santé (DGS)

| Méthode |

Le pôle de Veille, de gestion et d'alerte sanitaire (VGAS) de l'ARS est le point focal régional qui reçoit et traite l'ensemble des signalements des établissements (Figure 1).

Lors de foyers de cas groupés, une fiche de signalement réalisée par la Cire sert de support au transfert d'informations (identification de l'Ehpad, du déclarant, nombre de résidents, de personnels, de malades, mesures mises en place,...). Cette fiche est envoyée directement par l'établissement (fax ou courriel) au pôle VGAS.

A la clôture de l'épidémie, cette même fiche complétée par les informations finales (nombre de cas totaux, résultats des analyses biologiques,...) sera à nouveau envoyée au pôle VGAS.

Définition d'un foyer d'IRA (CSHPF, 18 novembre 2005 [1])

Survenue d'au moins **3 cas d'IRA basses** (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 membre du personnel.

Définition d'un foyer de GEA (HCSP, 29 janvier 2010 [2])

Survenue d'au moins **5 cas de GEA** ayant un lien épidémiologique entre eux dans une période de **4 jours**.

Un cas de GEA est défini par :

- L'apparition soudaine d'au moins 2 selles molles ou liquides de plus que ce qui est considéré comme normal pour le résident au cours d'une période de 24h.
- L'apparition soudaine d'au moins 2 accès de vomissements au cours d'une période de 24h.

Dans le cadre de la surveillance, le pôle VGAS transmet à la Cire les fiches des signalements complétées et les bilans finaux des épisodes d'IRA et GEA survenant en Ehpad et USLD exclusivement (respectivement 112 et 21 établissements en Alsace).

La Cire saisit ces informations en temps réel sur un logiciel de l'Institut de veille sanitaire (InVS) dédié à cette surveillance.

Le bilan de la saison hivernale 2010-2011 s'est intéressé aux épisodes saisis sur cette base survenus du 1^{er} octobre 2010 au 30 avril 2011. Ces données ont été analysées avec le logiciel

| Résultats IRA |

> Nombre d'épisodes :

Du 1^{er} octobre 2010 au 30 avril 2011, 8 épisodes de cas groupés d'IRA ont été signalés en Alsace, 6 en Ehpad et 2 en USLD (1 signalement en service hospitalier a été exclu de l'analyse). Du personnel a été touché dans 7 épisodes sur 8.

> Taux d'attaque (TA) :

Le nombre moyen de résidents malades était de 10 cas par épisode (TA = 17 %). Parmi le personnel, 3,5 cas ont été touchés en moyenne par épisode (TA = 7 %) (Tableau 1).

> Gravité de la maladie :

Quatre épisodes ont conduit à des hospitalisations. Au total, 7 résidents ont été hospitalisés.

Un résident est décédé. L'imputabilité de l'IRA dans ce décès n'a pas été établie (Tableau 1).

Aucun épisode n'a présenté de critères de gravité.

Critères de gravité d'un épisode [1]

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

> **Durée de l'épidémie** : 10 jours en moyenne (Tableau 1).

> Recherche étiologique :

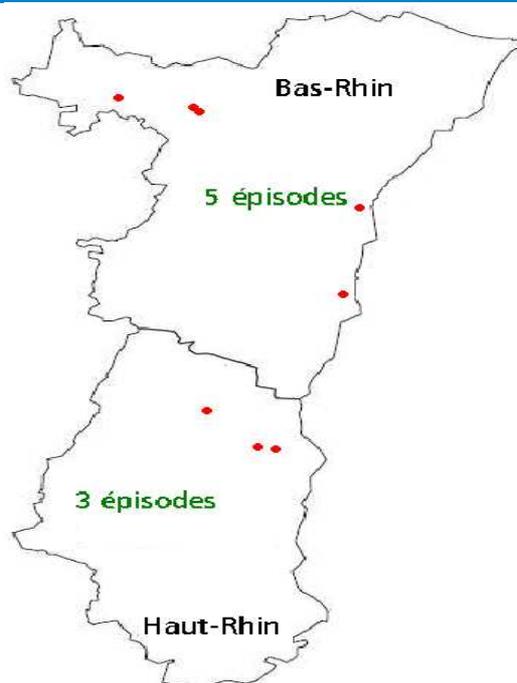
Pour 3 des 8 épisodes d'IRA, aucune étiologie n'a été recherchée.

Dans les 5 autres épisodes, une recherche étiologique a été entreprise avec la réalisation d'un test de détection rapide (TDR).

L'étiologie a pu être déterminée pour 3 épisodes sur 5:

- Un épisode de grippe sans précision sur le sérotype
- Un épisode de grippe A H3N2
- Un épisode de grippe A H1N1

| Figure 2 | Répartition géographique des 8 épisodes de cas groupés d'IRA signalés en Alsace, hiver 2010-2011

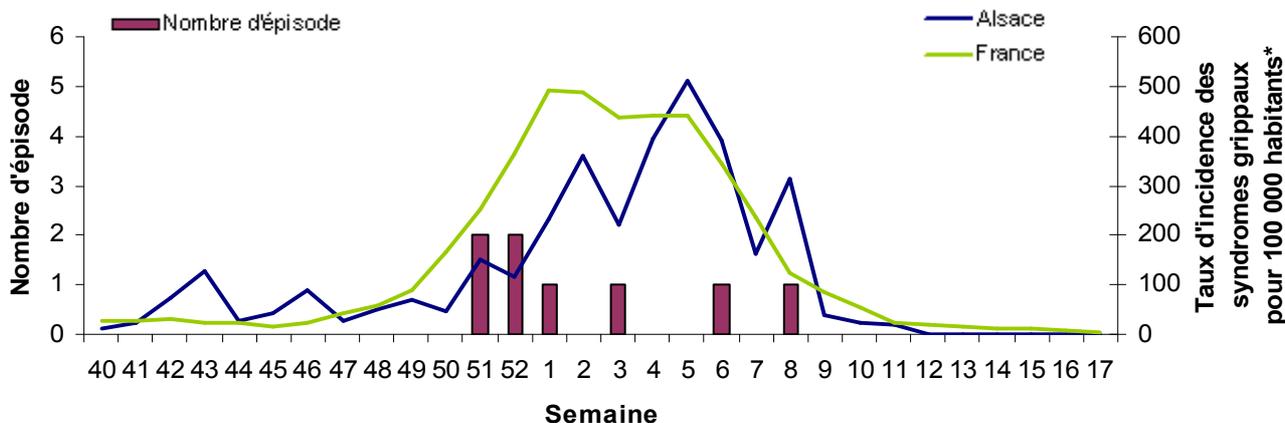


> Répartition temporelle :

D'après le bilan de la surveillance réalisée par le Groupement régional d'observation de la grippe (Grog), la période épidémique de la grippe en Lorraine a duré de la semaine 50 (du 13 au

19 décembre 2010) à la semaine 8 (du 21 au 27 février 2011). On constate que les épisodes diagnostiqués en Ehpad et USLD se

Figure 3 | Distribution des foyers de cas groupés d'IRA signalés en Ehpad et USLD en Alsace et évolution de l'incidence des syndromes grippaux en Alsace et en France* du 1^{er} octobre 2010 au 30 avril 2011



* Source des taux d'incidence des syndromes grippaux : réseau unifié Grog-Sentinelles

> Couverture vaccinale (CV) :

La CV antigrippale n'a été renseignée que pour 5 épisodes sur 8. Chez les résidents, elle a atteint 91 %. Pour le personnel, la CV était de 10 % (Tableau 1). Pour mémoire, l'objectif de la CV antigrippale de la loi de santé publique d'août 2004 est de 75 % dans tous les groupes à risque [3].

La CV contre le pneumocoque était insuffisamment renseignée pour être calculée.

> Délai de signalement:

8 jours en moyenne (Tableau 1).

Cinq établissements ont fait le signalement à la fin de l'épisode ou à distance.

> Mesures de contrôle : (Tableau 2)

La totalité des établissements ont mis en place les mesures gouttelettes.

Le délai moyen de mise en place de ces mesures était de 0,8 jour [0-5 jours]. Dans deux tiers des épisodes elles ont été mises en place le jour du diagnostic du 1^{er} cas.

D'autres mesures ont été appliquées dans 75 % des épisodes (information des visiteurs, suspension des activités collectives, arrêt maladie). Elles ont été mises en place dans un délai de 0 à 5 jours.

Une chimio-prophylaxie par Tamiflu® a été donnée dans 2 épisodes grippaux confirmés par TDR. Instaurée le lendemain de l'apparition du premier cas dans un épisode et 2 jours après dans l'autre, elle a probablement permis de limiter l'épidémie (TA respectifs de 2,6 et 15,2 %). Le second épisode a néanmoins conduit à un décès. Ceci souligne la gravité de la grippe chez les personnes fragiles. La CV antigrippale chez les résidents et chez

Tableau 1 | Caractéristiques des épisodes d'IRA signalés en Ehpad et USLD. Alsace, hiver 2010-2011

IRA en Alsace : 8 épisodes	Moyenne	Etendue
Nombre moyen de cas par épisode		
<i>Résidents</i>	10	[2 - 18]
<i>Personnel</i>	3,5	[0 - 8]
Taux d'attaque (%)*		
<i>Résidents</i>	17	[3 - 36]
<i>Personnel</i>	7	[0 - 13]
Durée de l'épisode (jours)	10	[1 - 34]
Taux d'hospitalisation (%)*	7	[0 - 20]
Taux de létalité (%)*	0,8	[0 - 6]
Taux de vaccination contre la grippe (%)*		
<i>Résidents</i>	91	[86 - 99]
<i>Personnel</i>	10	[0 - 23]
Délai de signalement (jours)	8	[2 - 20]
Délai de mise en place des mesures gouttelettes (jours)	0,8	[0 - 5]

* Moyenne des taux de chaque établissement

Tableau 2 | Mesures de contrôle mise en place, épisodes d'IRA en Ehpad et USLD. Alsace, hiver 2010-2011

N = 8 épisodes	Nombre	%
Mesures gouttelettes	8	100
Renforcement des mesures d'hygiène	8	100
Port du masque pour le personnel	7	87,5
Isolement ou regroupement de malades	7	87,5
Limitation des déplacements des malades	6	75
Suspension ou restriction des activités	2	25
Informations aux visiteurs	3	37,5
Mise à l'écart des soins du personnel malade	1	12,5

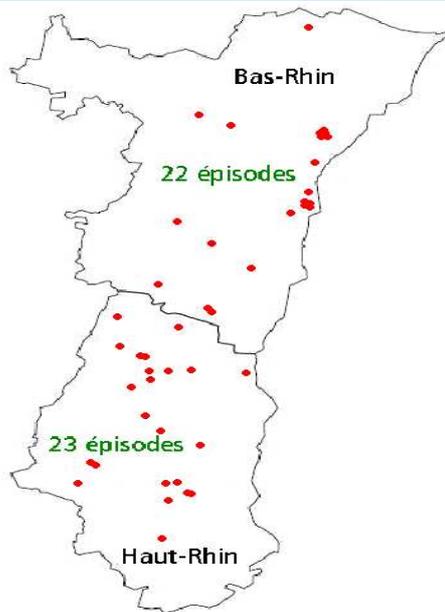
> **Nombre d'épisodes :** (Figure 4)

Du 1^{er} octobre 2010 au 30 avril 2011, 45 épisodes de GEA ont été signalés en Alsace : 40 par des Ehpad, 4 par des USLD et 1 par un service de Soins de suite et de réadaptation (SSR) qui a été inclus dans l'analyse car faisant partie d'une série de signalements de cas groupés au sein d'un même établissement.

Quatre foyers supplémentaires ont été exclus de l'analyse : 3 foyers déclarés par des SSR et 1 par un hôpital local.

Près de 96 % des épisodes renseignés (43/45) ont impliqué des membres du personnel.

| Figure 4 | Répartition géographique des 45 épisodes de cas groupés de GEA signalés en Alsace, hiver 2010-2011



> **Taux d'attaque (TA) :**

Le nombre moyen de résidents malades était de 25 cas par épisode (TA = 34 %). Parmi le personnel, 6 cas ont été touchés en moyenne par épisode (TA = 15 %). Les données étaient manquantes pour 17 signalements (Tableau 3).

> **Tableau clinique :**

Les symptômes les plus fréquents étaient les diarrhées (87 % des foyers). La proportion d'Ehpad ayant signalé des vomissements était cependant importante : 58 % (Figure 5).

La durée moyenne de la maladie était de 2,4 jours (Figure 6).

> **Gravité de la maladie :** (Tableau 3)

Six épisodes ont conduit à 10 hospitalisations au total.

Deux résidents sont décédés. L'imputabilité des décès au foyer épidémique est partielle pour 1 cas et inconnue pour l'autre.

> **Diffusion de l'épidémie :**

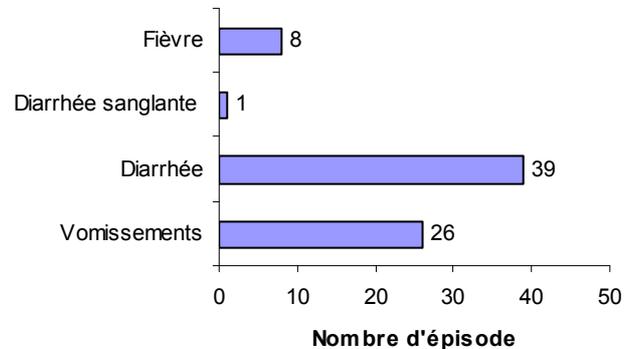
Plus de 80 % des établissements ont vu plus de la moitié de leurs secteurs touchés par l'épidémie.

Près de deux tiers des établissements ont été entièrement touchés par l'épidémie.

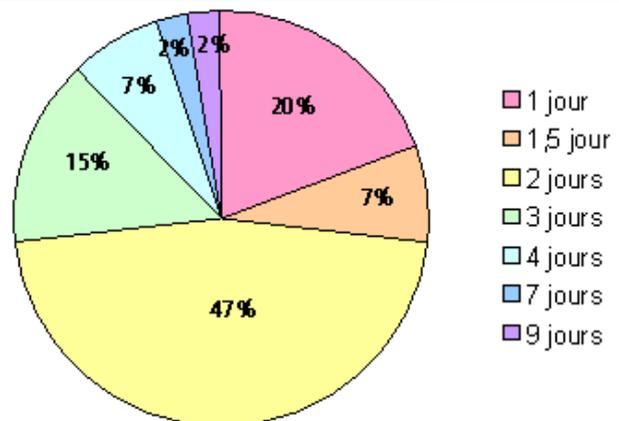
Après un démarrage en Ehpad, 2 foyers ont diffusé en SSR et 1 vers une unité Alzheimer.

> **Durée de l'épidémie :** 12 jours en moyenne (Tableau 3).

| Figure 5 | Symptômes des GEA observées en Ehpad et USLD. Alsace, saison hivernale 2010-2011.



| Figure 6 | Durée des GEA observées en Ehpad et USLD. Alsace, hiver 2010-2011



| Tableau 3 | Caractéristiques des foyers de GEA signalés. Alsace, hiver 2010-2011

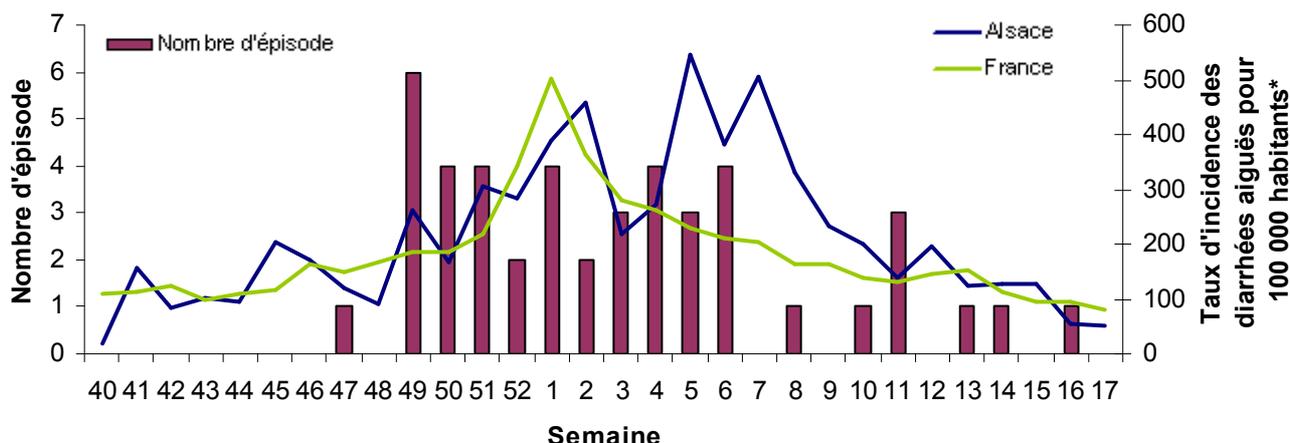
Episodes de GEA : N = 45	Moyenne	Etendue
Nombre moyen de cas par épisode		
<i>Résidents</i>	25	[4 - 80]
<i>Personnel</i>	6	[0 - 22]
Taux d'attaque (%)		
<i>Résidents</i>	34	[1,3 - 62]
<i>Personnel</i>	15	[0,6 - 44]
Taux d'hospitalisation (%)	0,8	[0 - 11]
Taux de létalité (%)	0,14	[0 - 3,3]
Durée de la maladie (jours)	2,4	[1 - 9]
Durée de l'épisode (jours)	12	[1 - 34]
Délai de signalement (jours)	10	[1 - 35]
Délai de mise en place des mesures de contrôle (jours)	1,4	[0 - 12]

> Répartition temporelle:

Les épisodes de GEA signalés sont survenus entre

la semaine 47 (du 22 au 28 novembre 2010) et la semaine 16 (du 18 au 24 avril 2011).

| Figure 7 | Distribution des foyers de cas groupés de GEA signalés en Ehpad et USLD en Alsace et évolution de l'incidence des diarrhées aiguës en Alsace et en France* du 1^{er} octobre 2010 au 30 avril 2011



* Source des taux d'incidence des diarrhées aiguës : réseau Sentinelles

> Recherche étiologique : (Figure 8)

Des analyses de selles ont été réalisées pour 31 épisodes (69 % des épisodes). Positives dans 23 épisodes sur 21, elles ont identifié :

- 13 épidémies à *Norovirus* ;
- 4 épidémies à *Rotavirus* ;
- 2 épidémies à *Clostridium difficile* ;
- 4 épidémies mixtes (*Norovirus* et *Rotavirus*, *Norovirus* et *Clostridium difficile*, *Rotavirus* et *Clostridium difficile*, *Norovirus* et *Salmonelle*).

Les analyses biologiques n'ont pas été systématiques pour tous les épisodes. Néanmoins, une étiologie pouvait être suspectée sur les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des épisodes, en particulier pour les *Norovirus* (TA rapidement élevés, vomissements fréquents, résolution rapide des symptômes,...).

Neuf signalements supplémentaires mentionnaient l'origine suspectée des foyers épidémiques :

- 6 *Norovirus* ;
- 3 *Rotavirus* ou *Norovirus* (Figure 8).

> Mesures de contrôle : (Tableau 4)

Le détail des mesures mises en place en première intention a été renseigné pour 42 épisodes.

Le début de mise en place des mesures de contrôle s'est fait dans un délai de 0 à 12 jours après l'apparition des signes du premier cas (délai moyen = 1,4 jour) (Tableau 3) :

- 61 % des établissements les ont mises en place le jour même ;
- 13 % les ont mises en place le lendemain du 1^{er} cas.

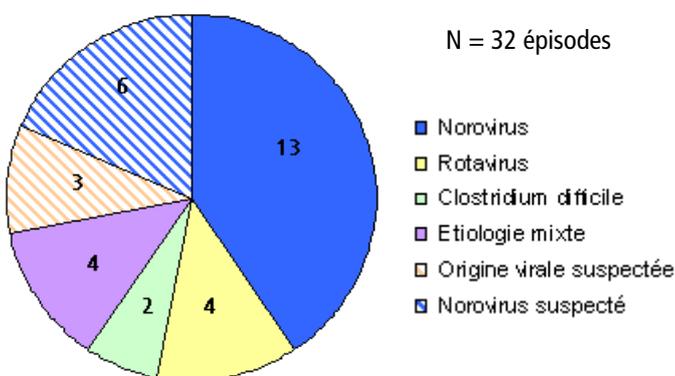
Parmi les 43 épisodes ayant impliqué du personnel, 23 établissements ont immédiatement mis le personnel à l'écart des soins et 6 établissements l'ont fait en seconde intention. (donnée manquante pour 2 épisodes).

De même 12 établissements ont limité les activités collectives d'emblée et 7 autres l'ont fait secondairement.

> Délai de signalement : 10 jours en moyenne (Tableau 3).

> Difficultés de gestion signalées : 18 % des établissements ont rapporté des difficultés de gestion des épisodes, majoritairement liées à des problèmes de personnel.

| Figure 8 | Etiologies confirmées ou suspectées des épisodes de GEA signalés. Alsace, hiver 2010-2011



| Tableau 4 | Mesures de contrôle de 1^{ère} intention des épisodes de cas groupés de GEA Signalés en Alsace, hiver 2010-2011

N = 42 épisodes	Nombre	%
Renforcement de l'hygiène des mains	41	98
Précautions contact	35	83
Nettoyage et désinfection des locaux	34	81
Limitation des déplacements des malades	34	81
Isolement en chambre individuelle ou regroupement de malades	36	86
Limitation des activités collectives	12	29
Mise à l'écart des soins du personnel malade (n = 41)	23	56
Mesures sur les aliments	28	67

Le bilan de la surveillance hivernale montre une bonne sensibilisation des établissements à la prise en charge du risque infectieux :

- gestion rapide (1,4 jour en moyenne) ;
- recherche étiologique entreprise ;
- signalements bien orientés au pôle VGAS de l'ARS.

Par rapport au bilan de 2008/2009, le nombre de signalements de cas groupés de GEA a d'ailleurs sensiblement augmenté cette année (45 signalements d'épisodes en 2010-2011 contre 31 en 2009-2010). Concernant le signalement des foyers de cas groupés d'IRA, la raison de l'augmentation des signalements (8 épisodes en 2010-2011 contre 1 épisode en 2009-2010) est tout autre, elle est probablement due à la moindre circulation du virus pandémique A(H1N1)2009 qui atteignait rarement les personnes âgées.

Tous les établissements n'ont cependant pas encore connaissance du dispositif d'auto-surveillance des épisodes de cas groupés ni des outils de gestion disponibles. Des taux d'attaque encore importants dus à des retards dans la mise en place des mesures de contrôle ont conduit à des épidémies graves : 50 % des foyers d'IRA ont conduit à une hospitalisation et 1 décès a été recensé ; 13 % des foyers de GEA ont également conduit à des hospitalisations.

On peut regretter que la mise en place de certaines mesures de contrôle telles que l'instauration des précautions contact en cas de GEA ou la limitation des déplacements des malades ne soit pas plus systématique.

L'information et l'adhésion de nouveaux établissements est donc toujours nécessaire.

> Les IRA et la grippe

En ce qui concerne les IRA, la figure 3 montre que l'arrivée de l'épidémie de grippe communautaire reste un bon indicateur de vigilance.

Cette année, l'épidémie grippale a été modérée. En Alsace, elle a duré 11 semaines, du 13 décembre 2010 au 27 février 2011 (10 semaines en France métropolitaine) et était liée à la co-circulation des virus A et B.

Les 4/5èmes des virus A isolés en population générale étaient représentés par le A (H1N1)2009. La protection des personnes de plus de 65 ans vis-à-vis de ce virus pandémique explique le peu d'épisodes encore observés cette saison en Ehpad (8 signalements). Les virus A isolés en collectivités de personnes âgées étaient d'ailleurs majoritairement des virus H3N2 [4].

Vaccination anti-grippale

Le taux de couverture vaccinale (CV) des résidents, comme lors de la saison précédente, a atteint 90 % mais celle du personnel n'était que de 10 % ce qui est tout à fait insuffisant pour protéger les résidents, même si ceux-ci sont vaccinés, en raison d'une efficacité vaccinale plus faible aux âges avancés.

Suite aux informations erronées qui ont circulé sur les adjuvants du vaccin antigrippal lors de la campagne de vaccination 2009-2010, le Grog a rapporté une chute de 15 % de la CV en population générale cette année [5] (même si le vaccin saisonnier 2010-2011 ne contenait d'ailleurs aucun adjuvant).

Au niveau des Ehpad en Alsace, les établissements ont constaté une réelle diminution de la CV antigrippale cette année. Il semblerait que les femmes en âge de procréer aient rapporté leurs inquiétudes sur l'innocuité du vaccin en cas de grossesse.

Si la proportion importante de virus A(H1N1)2009 circulant a permis de limiter l'épidémie cette année encore, il est primordial pour les années à venir que la CV antigrippale du personnel des Ehpad se rétablisse. La récente recommandation vaccinale pour les femmes enceintes et les personnes obèses sera peut-être en mesure de rétablir la confiance des personnels sanitaires vis-à-vis du vaccin antigrippal saisonnier [6].

Tests de dépistage rapides (TDR)

En termes de recommandation, l'autre priorité des Ehpad pour la préparation de la saison grippale est de savoir comment réaliser des TDR rapidement en cas de besoin. La gravité des épisodes de grippe chez les personnes âgées justifie que soit mise en œuvre une prophylaxie par Tamiflu® dès l'identification d'un contact avec un cas de grippe comme cela a été fait ici dans 2 épisodes de grippe avérée.

Indications des tests de dépistage rapide (TDR) grippe

Tout malade qu'il soit résident ou personnel :

- présentant un syndrome grippal
- dans les 3 jours suivant un premier cas
- en période de circulation du virus grippal [1].

> La pneumonie à pneumocoque

Chez les personnes âgées, la pneumonie à pneumocoque est la quatrième cause de mortalité toutes étiologies confondues et plus encore en institutions. Son diagnostic doit être évoqué sur des symptômes aspécifiques (asthénie, perte d'appétit, incontinence urinaire, chute sans cause) mais sa confirmation biologique est parfois difficile (Cf. encadré).

La vaccination anti-pneumococcique reste la meilleure protection contre la maladie. La CV n'a pas pu être mesurée à partir des données de surveillance des cas groupés d'IRA. On sait néanmoins qu'elle est souvent négligée par les médecins généralistes des résidents et sa promotion doit rester une priorité au sein des établissements.

Mise en évidence d'une étiologie à pneumocoque

- Examen cyto bactériologique des crachats (ECBC) : prélèvement de qualité médiocre en dehors d'une hospitalisation
- Antigénurie : aisément réalisable mais non remboursée

> Les GEA et le Norovirus

Contrairement à ce que l'on constate pour les IRA, la survenue de cas groupés de GEA ne suit pas précisément l'épidémie saisonnière de gastro-entérites en milieu communautaire. De nombreux foyers surviennent en dehors du pic épidémique (Figure 7) et plusieurs en dehors de la saison hivernale.

Pour les GEA, on recommande donc aux établissements de renseigner leur feuille de surveillance des épisodes de cas groupés tout au long de l'année.

Recherche étiologique

Des recherches étiologiques ont été menées dans 69 % des épisodes (31 épisodes).

Les laboratoires d'analyse de biologie médicale de ville, qui réalisent les examens bactériologiques et parasitologiques des selles, ne peuvent cependant mettre en évidence sur le plan virologique que les *rotavirus* et les *adénovirus*. Seuls les échantillons de selles envoyés au CNR des virus entériques sur demande de l'établissement bénéficient d'une recherche virale plus complète. Sur 17 échantillons analysés par le CNR, du *Norovirus* a été retrouvé 14 fois.

Une étiologie virale, notamment liée à du *Norovirus*, a de plus été suspectée dans 6 épisodes. La symptomatologie et le caractère explosif d'une épidémie à *Norovirus* rendent en effet ce diagnostic souvent aisé.

Ces différents éléments et la prédominance des épidémies à *Norovirus* documentées lors de la saison précédente en Ehpad ont conduit à une nouvelle recommandation pour l'hiver 2010-2011. Elle visait à rendre moins systématique les coprocultures en cas de forte suspicion de *Norovirus* afin de limiter le coût des recherches étiologiques (Cf. encadrés ci-dessous) [7]. Le respect de cette mesure explique la baisse de leur fréquence cette an-

La prédominance du *Norovirus* dans les épidémies virales survenant en collectivités de personnes âgées a été mesurée dans le quart nord-est de la France lors d'une étude menée par le CCLin-Est et le Grog-géronto de 2008 à 2010 [8]. Parmi les échantillons de selles envoyés au CNR, 61 % ont été positifs et ont permis d'isoler :

- 88 % de *Norovirus* (dont 90 % de génogroupe II) ;
- 8 % de *Rotavirus* ;
- 4 % de *Sapovirus*.

Particularités de prise en charge

Si les épidémies de GEA sont potentiellement moins graves que les IRA, notamment celles d'étiologie virale, elles sont souvent plus lourdes à gérer, touchant un plus grand nombre de résidents (TA = 34 %) en quelques jours et atteignant le personnel dans la quasi-totalité des épisodes (ici dans 96 % des cas renseignés avec un TA = 15 %). Les établissements soulignent d'ailleurs leurs difficultés organisationnelles, certains ont du rappeler ou embaucher du personnel de renfort.

Particularités du *Norovirus*

- dose infectante faible → transmission importante
- vomissements importants → dissémination sur sols, rideaux...
- résistance dans l'environnement
- résistance aux produits de désinfection classique :
→ utilisation d'eau de javel à 0,1 % (1000 pm)
→ SHA norme 14 476 en vérifiant qu'Adéno **et** Poliovirus testés
- excrétion prolongée même après disparition des symptômes
- grande diversité génétique et absence d'immunité croisée

La surveillance réalisée par les Ehpad depuis 2008 a montré :

- La prédominance des *Norovirus* dans les foyers en Ehpad ;
- La reconnaissance aisée de cette étiologie : vomissements, TA rapidement élevés, guérison en 48h/72h,...
- La nécessité de mesures d'hygiène rapides et spécifiques (eau de javel, SHA active sur le *Norovirus*) ;
- L'inutilité de la biologie pour la gestion épidémique :
détection du *Norovirus* obtenue après envoi secondaire des selles au CNR des virus entériques et résultats tardifs.

Recommandation pour les analyses de selles*

La recherche étiologique n'est plus systématique

- Réserver la coproculture aux épisodes dont la symptomatologie est atypique ou fébrile ou à ceux méritant une investigation épidémiologique ;
- Envoyer directement les selles au CNR des virus entériques :
 - si besoin d'une orientation diagnostique ;
 - pour alimenter la surveillance virologique nationale (épisodes répartis sur l'année).

* Proposition de l'InVS (Cire Lorraine-Alsace et Département des maladies infectieuses)

Les particularités du *Norovirus* complexifient encore la tâche de la maîtrise d'une épidémie (voir encadré ci-dessus). Certaines recommandations spécifiques issues de l'expérience des établissements méritent d'être rapportées :

- désinfection des rampes et poignées par le personnel de nuit (plus de temps disponible, moins de déplacements de malades) ;
- prescription d'anti-émétiques aux patients atteints de vomissements ;
- hygiène répétée des mains des résidents au cours de la journée ;
- en cas d'isolement impossible, veiller à l'hygiène des changes et des mains lorsque le malade déambule.

> Limite d'interprétation des données de surveillance

Certains Ehpad ignorent encore le dispositif d'auto-surveillance, ce qui entraîne un recueil des épisodes non exhaustif.

Le remplissage des feuilles de signalement, bien qu'optimisé par le pôle VGAS lors de ses contacts avec les établissements pour la gestion épidémique, reste imparfait, notamment sur la date de mise en place des différentes mesures de contrôle.

Le calcul des TA comporte des imprécisions. Il est difficile de distinguer précisément le personnel ou les lits affectés à l'Ehpad ou à l'hospitalisation (SSR, ...). Le personnel ne déclarant pas forcément sa maladie, le numérateur de son TA est incertain, le dénominateur devrait par ailleurs exclure le personnel qui n'est pas en contact réel avec les résidents (administratifs, ...).

| Conclusion - perspectives |

Pour la prochaine saison épidémique, la Cire Lorraine-Alsace, l'Aralin et le pôle VGAS vont poursuivre leur sensibilisation des collectivités de personnes âgées à la maîtrise du risque infectieux.

La Cire via l'ARS réitérera l'envoi aux établissements d'un mail de vigilance au moment du passage épidémique du seuil de grippe en Alsace.

Le pôle VGAS poursuivra son action d'aide à la gestion des épisodes signalés en collaboration avec l'Aralin qui, par ailleurs, poursuivra la formation des personnels aux techniques d'hygiène et précautions complémentaires.

La Cire souhaiterait développer une action destinée à impliquer plus encore les médecins coordonnateurs et en faire de véritables acteurs relais auprès des médecins généralistes

intervenant en Ehpad : **dépister tôt chaque épisode, le signaler sans délai, permettre ainsi le repérage précoce d'un foyer épidémique.**

A cette fin, le « référent épidémie » chargé de réceptionner tous les signalements et de tenir à jour la **feuille de surveillance** de l'Ehpad doit être bien identifié.

Sa fonction ainsi que la définition d'une **cellule de crise** à réunir en cas de gestion épidémique sont des recommandations centrales du plan national de prévention des Infections liées aux soins (IAS) pour les Ehpad .

| Outils disponibles |

Site Cire Lorraine-Alsace

- Feuille de surveillance
- Fiches de signalement
- Tableaux de relevés de cas
- Guide IRA et GEA de référence [1 ; 2]

Site CNR des virus entériques

- Formulaires de demande d'analyses
- Procédure d'envoi des échantillons de selles
- Informations sur les mesures de prévention et d'hygiène des GEA
- Guide IRA et GEA de référence [1 ; 2]

| Remerciements |

A l'ensemble des établissements ayant participé à la surveillance cet hiver, qu'ils aient ou non eu des épisodes à signaler.

Si le signalement est destiné à recevoir une aide ou des conseils lors d'une gestion épidémique et s'il en améliore la réactivité, il sert aussi la politique de santé publique.

Ce dispositif de surveillance apporte les données sans lesquelles nous n'aurions aucune visibilité sur l'épidémiologie en Ehpad. Elles nous permettent de décrire les phénomènes épidémiques, d'étudier des facteurs de risque et d'adapter les conduites à tenir comme cela a été le cas concernant les coprocultures.

| Références |

[1] Rapport du CSHPF. Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées. Séance du 18 novembre 2005. (Circulaire du 22 nov. 2006 n°DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/SD2/2006/489). [Lien](#)

[2] Rapport du HCSP. Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour les personnes âgées. 29 janvier 2010. [Lien](#)

[3] Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. DGS / Drees. Juillet 2005. [Lien](#)

[4] GROG Géronto. Bilan GROG n°10. Juin 2011. [Lien](#)

[5] APM International. Grippe: divergence de points de vue sur la couverture vaccinale entre l'InVS et le GEIG. 28 juin 2011.

[6] HCSP. Avis relatif à l'actualisation de la stratégie vaccinale contre la grippe 2011-2012. 13 juillet 2011. [Lien](#)

[7] Thouillot F., Delhostal C., Edel C., Bettinger A., Pothier P., Ambert-Balay K., Meffre C., Alsibai S. Surveillance report on gastroenteritis outbreaks in elderly communities from Alsace (eastern French region) in winter 2009/2010: features of a 37-outbreak series and aetiology research results. 2011.

[8] Rapport du CCLIN Est. Surveillance et prévention des épidémies saisonnières de gastro-entérites dans les établissements hébergeant des personnes âgées. Mars 2011.

Coordonnées pôle VGAS*

tel : 03 88 88 93 33
fax : 03 59 81 37 19
mail : ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr

* Veille, gestion et alerte sanitaire

En savoir plus

Site Cire :

www.ars.alsace.sante.fr/votre-santé/Cellule-de-l-InVS-en-région-Est/Surveillances-spécifiques/Infections-respiratoires-aiguës-et-gastro-entérites-aiguës

Site CCLIN-Est :

www.cclin-est.org

Site CNR des virus entériques :

www.chu-dijon.fr/page.php?url=directory/centre-national-de-referance-des-virus-enteriques

Site InVS :

www.invs.sante.fr

Directeur de la publication :

Dr Françoise Weber,
Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

Rédactrice en chef :

Christine Meffre,
Responsable scientifique de la Cire LA

Comité de rédaction :

Sophie Alsibai
Virginie Bier
Benoit Bonfils
Oriane Broustal
Marion Dreyer
Claire Janin
Christine Meffre
Sophie Raguet
Frédérique Villier

Diffusion

Cire Lorraine-Alsace

- ARS Alsace
14 rue du Maréchal Juin
Cité Administrative Gaujot
67084 Strasbourg Cedex

- ARS Lorraine
Immeuble « Les Thiers »
4 rue Piroux
54036 Nancy Cedex

Mail :

ARS-LORRAINE-ALSACE-
CIRE@ars.sante.fr
Tél. : 03.83.39.29.43
Fax : 03.83.39.28.95

<http://www.invs.sante.fr>
<http://www.ars.alsace.sante.fr/Cellule-de-l-InVS-en-region-Es.95650.0.html>