



**Retour d'expérience sur la gestion
des épidémies d'IRA en EHPAD
dans la région Nord Pas de Calais en 2012**
*Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
Nord Pas-de-Calais*

Enquêteurs :

Yann Ollivier, ARLIN Nord Pas de Calais
Dr. Sophia Mechkour, ARLIN Nord Pas de Calais
Camille Blondel, 3ème année de Licence Ingénierie et Santé Publique, Université Lille II

Rédacteur :

Dr. Karine Blanckaert, ARLIN Nord Pas de Calais

Lecture :

Dr. Karine Windels, Cellule de l'InVS et CIRE Nord Pas de Calais

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les médecins et infirmières coordinatrices des structures participantes qui ont consacré du temps à nous recevoir et à nous répondre. Nous remercions l'ensemble des professionnels des EHPAD pour leur coopération lors de cette enquête sur la gestion des épidémies infections respiratoires aiguës. Nous remercions Camille Blondel, Stagiaire Ilis, qui a contribué à rendre possible ce retour d'expérience.

Liste des Etablissements participants :

Amettes	EHPAD St Benoit
Bavay	Villa Senecta
Beuvry	Résidence de France
Boulogne sur Mer	EHPAD Résidence La Corvette
Bourbourg	Résidence O. Varlet
Carvin	EHPAD Les Orchidées
Corbehem	EHPAD La Quiétude
Coudekerque Branche	EHPAD Yvon Duval
Croix	EHPAD Les Ogiers
Denain	CH
Haubourdin	EHPAD du CH Jean de Luxembourg
Laventie	Résidence St Jean
Lille	EHPAD Edilys
Lille	Centre Féron Vrau
Lomme	EHPAD Gilbert Forestier
Lomme	EHPAD Les Roses
Marcq en Baroeul	EHPAD Les Marronniers
Neuville St Rémy	EHPAD Les Edelweiss
Noeux les Mines	Résidence Louise Weiss
Quievrechain	EHPAD Les Feuillantines
Raimbeaucourt	EHPAD Les Myosotis
Sailly sur la Lys	EHPAD Les Prés de Lys
Saintt Amand les Eaux	EHPAD Estréelle
Verquin	EHPAD St Camille
Villeneuve d'Ascq	EHPAD Les Orchidées
Wambrechies	Résidence Obert

SOMMAIRE

Glossaire.....	0
1) Contexte.....	1
2) Fonctionnement régional du signalement en EHPAD.....	2
3) Objectifs de l'étude.....	3
3.1 Objectifs principaux.....	3
3.2 Objectifs secondaires.....	3
4) Population de l'enquête.....	3
5) Méthode.....	4
6) Résultats.....	5
6.1 Description de l'échantillon et des épisodes d'IRA signalés durant la période épidémique (février-mars 2012).....	5
6.2 Recherches étiologiques.....	6
6.3 Les apports du signalement d'une épidémie d'IRA.....	6
6.4 Les difficultés rencontrées durant l'épisode par les établissements.....	7
6.5 Le surcoût occasionné.....	8
6.7 La gestion de l'épidémie d'IRA.....	9
6.7.1 Pour les résidents.....	9
6.7.2 Pour le personnel soignant et les visiteurs.....	9
6.8 La vaccination antigrippale.....	10
6.9 La gestion d'une épidémie d'IRA en 2013.....	11
7) Analyse des résultats.....	11
8) Conclusion.....	15
Bibliographie.....	16
Annexe 1 : Questionnaire.....	17
Annexe 2 : Fiche signalement IRA.....	22

Glossaire

EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
CCLIN	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ARLIN	Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
ARS	Agence Régionale de Santé
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
CIRE	Cellules de l'institut de veille sanitaire en région
CRVAGS	Cellule Régionale de Veille, Alerte, Gestion Sanitaire
IRA	Infection Respiratoire Aigue
TDR	Test de Diagnostic Rapide
GMP	GIR Moyen Pondéré
GIR	Groupe Iso-Ressource (degré de dépendance)
PATHOS	Logiciel de saisie des états pathologiques
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale

1) Contexte

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des lieux de vie et de soins qui favorisent la propagation d'agents infectieux et qui peuvent être à l'origine d'épidémie. Les infections respiratoires aiguës (IRA) représentent la première cause de morbidité infectieuse en EHPAD et sont à l'origine chaque hiver de nombreuses admissions en établissements de santé. Les épidémies d'IRA en EHPAD sont redoutées pour leurs conséquences parfois graves pour les résidents [1]. Elles sont souvent secondaires à l'addition de plusieurs facteurs favorisant. On pourra citer les comorbidités des personnes âgées, la charge en soins favorisée par un absentéisme en période hivernale ou la vie en collectivité. Les EHPAD sont par ailleurs des lieux de vie ouverts sur le monde extérieur. Les visiteurs et les personnels en charge des soins ou des animations peuvent être à l'origine de l'introduction de pathogènes viraux et/ou bactériens à l'origine de ces épidémies.

En 2006 sont parues les premières recommandations nationales concernant la conduite à tenir face à une épidémie d'IRA dans une collectivité. Puis en 2010, ont été publiées des recommandations pour les Gastroentérites aiguës (GEA) [1-4]. Dès 2006, les recommandations introduisaient la notion de signalement des épidémies aux autorités sanitaires avec un seuil de 3 cas apparaissant simultanément chez les résidents en 8 jours pour les IRA. Ces recommandations avaient pour but d'améliorer la gestion de ces épidémies.

Pour contribuer à la mise en place de ces recommandations dans la région Nord Pas-de-Calais, la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région (CIRE), l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) et l'agence régionale de santé (ARS) ont conçu dès 2009 un outil d'aide au signalement à destination des EHPAD. Cet outil sous forme de classeur, met à disposition des fiches de surveillance, des fiches techniques et des supports de signalement qui sont une aide aux établissements pour la surveillance des épidémies en interne, mais également dans la mise en place des mesures de gestion des épisodes épidémiques les plus répandues en EHPAD dont les IRA, la gale et les GEA [5].

Depuis ces recommandations, une nette amélioration de la réactivité des structures accueillant les personnes âgées est observée. Celles-ci favorisent la mise en œuvre des précautions « standard » conduisant à la protection du personnel et des résidents. Malgré l'augmentation de la vigilance à travers le signalement ces dernières années, il apparaît dans de nombreux cas, que les recherches étiologiques au décours des IRA ne soient pas effectuées, limitant de fait, la mise en application de mesures spécifiquement adaptées. A l'occasion de la gestion de ces cas, on peut constater et déplorer que la couverture vaccinale du personnel de ces établissements reste encore très faible. Il reste donc important de renforcer la surveillance et la gestion de ces épisodes.

Le signalement des infections respiratoires aiguës et des GEA a été récemment revu par l'instruction N°DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées (2), les critères de signalement ont été modifiés. En 2012, le signalement à l'ARS devait être effectué lorsque 3 cas d'IRA survenaient dans un délai de 8 jours consécutifs, ce seuil est maintenant de 5 cas dans un délai de 4 jours.

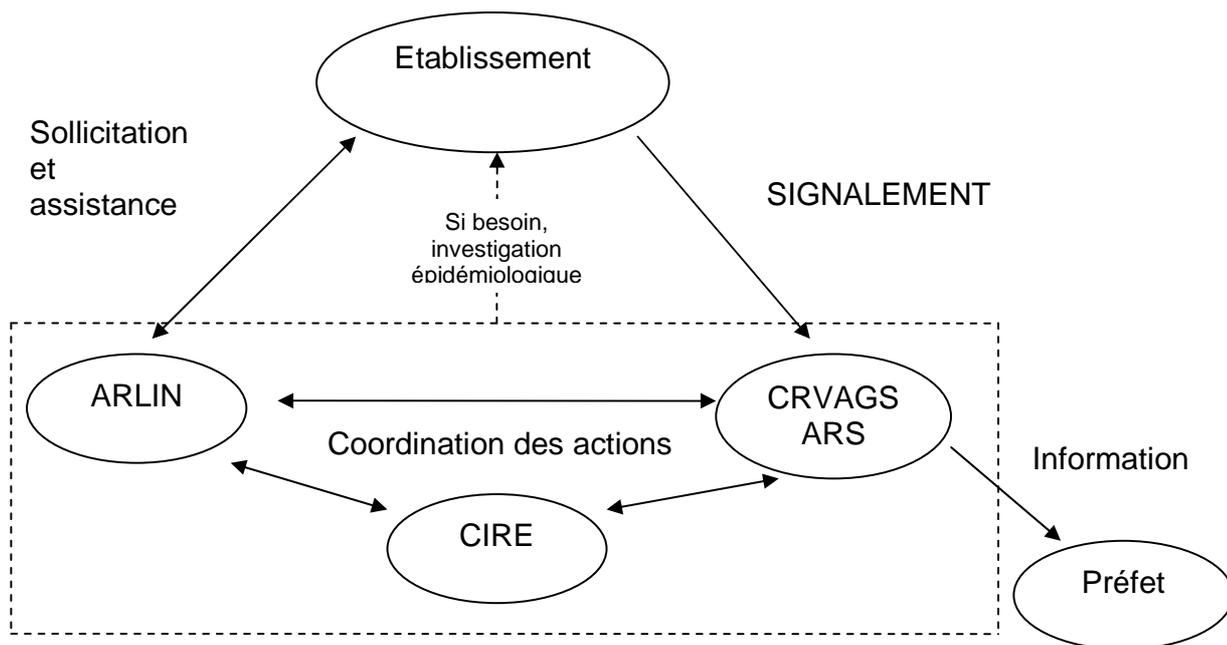


Figure 1: Circuit du signalement et partenaires

2) Fonctionnement régional du signalement en EHPAD

Lors d'une épidémie d'IRA, l'EHPAD remplit une fiche de signalement type (ANNEXE 2) qu'elle envoie à l'ARS. La fiche comporte en plus des renseignements descriptifs du phénomène épidémique, des questions relatives à la gestion de l'évènement. L'analyse de la fiche est effectuée par la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CRVAGS) de l'ARS. La CRVAGS valide les critères de signalement et s'assure de l'application des mesures de gestion adéquates afin de lutter au mieux contre cet épisode épidémique. La CRVAGS contacte à ces fins systématiquement l'EHPAD afin de faire une mise au point sur la situation et peut à cette occasion également compléter les données descriptives de la fiche de signalement avec la structure. Elle s'assurera également du suivi de l'épisode jusqu'à sa clôture à la fin de l'épidémie. Les données de la fiche descriptive sont envoyées systématiquement par mail à l'ARLIN et à la CIRE. L'ARLIN est

en charge du conseil au EHPAD, elle apporte également un soutien technique et une aide pour la gestion du risque infectieux aux établissements. A la demande de l'ARS ou des établissements, elle peut réaliser l'évaluation des mesures mises en oeuvre par des audits sur place. Au niveau de l'ARLIN, les données descriptives des épidémies sont analysées et classées sous format papier et dans un tableau de type excel.

3) Objectifs de l'étude

Dans notre région, entre 2011 et 2012, le nombre d'épisodes d'IRA signalés est passé de 5 à 27 épisodes. Nous avons donc proposé à la CIRE et à l'ARS, à l'occasion de l'accueil d'un stagiaire en qualité et gestion des risques à l'antenne régionale, d'effectuer une évaluation de l'apport du signalement des IRA dans notre région. Nous formulons l'hypothèse que le contact systématique tant par la CRVAGS et par l'ARLIN des structures signalant des IRA améliorerait les pratiques de prévention dans les EHPAD. Nous souhaitons donc à distance des épisodes d'IRA survenue en 2012, évaluer avec les structures les apports de ce circuit signalement et vérifier notre hypothèse.

3.1 Objectifs principaux

- Identifier les différentes actions mises en place dans les établissements pour la prévention et la gestion des situations épidémiques d'IRA et rétro-information des résultats de l'enquête aux établissements de la région.
- Sensibilisation et amélioration des stratégies de prise en charge des épidémies d'IRA dans les établissements de collectivité pour personnes âgées de la région.

3.2 Objectifs secondaires

- Evaluation de l'acceptation du dispositif de signalement régional par les établissements médico-sociaux.

4) Population de l'enquête

En 2012, 27 EHPAD ont signalé un épisode de cas groupés d'IRA. L'échantillon sélectionné était composé de 24 EHPAD ayant signalé un épisode de cas groupés d'IRA en février et mars 2012 (période de circulation du virus grippal dans la région). Ces établissements ont tous été contactés.

5) Méthode

Nous avons réalisé une évaluation à l'aide d'un questionnaire standardisé administré lors d'un entretien au sein des structures avec les médecins et les infirmières coordinatrices. Le questionnaire type qui servait de base à l'entretien, a été élaboré et testé auprès d'une équipe opérationnelle en hygiène hospitalière puis lors d'une première visite dans un établissement ayant effectué un signalement d'IRA en 2012. L'ensemble de l'équipe de l'ARLIN a effectué une validation finale du contenu du questionnaire avant les entretiens dans les établissements et le recueil de données après la réalisation des tests (annexe 1).

Le questionnaire ciblait les recommandations formulées par le Haut conseil de la santé public reprises dans *l'INSTRUCTION N°DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées* et s'est inspiré d'un précédent travail effectué sur le sujet dans la région Provence Alpes Cote d'Azur (6).

L'outil utilisé pour cette enquête était un questionnaire administré en face à face d'une durée moyenne d'une heure. Le contact direct au sein de l'établissement a été privilégié pour recueillir des données les plus exhaustives possibles. L'entretien permettait également aux professionnels des établissements de poser diverses questions sur la gestion des épidémies, sur les nouvelles recommandations ainsi que sur les problèmes de prévention des infections associées aux soins qu'ils rencontraient dans leur établissement. Pour les professionnels qui ne souhaitaient pas nous rencontrer en raison d'un temps de travail parfois limité en EHPAD, un envoi par mail du questionnaire a été effectué et un entretien téléphonique a alors été conduit pour valider les réponses. Il était possible de nous adresser des réponses par mail et par courrier. Quand il était nécessaire, une relance téléphonique était mise en œuvre afin d'obtenir le maximum de réponses. Les visites dans les établissements se sont déroulées du 14/01/2013 au 21/02/2013.

Un masque de saisie a été élaboré sur excel. Les pourcentages ont été exprimés et les intervalles de confiance (IC) ont été calculés selon la méthode binomiale exacte.

6) Résultats

6.1 *Description de l'échantillon et des épisodes d'IRA signalés durant la période épidémique (février-mars 2012)*

De février à mars 2012, l'ARS et l'ARLIN ont reçu 24 signalements d'épisodes groupés d'IRA en EHPAD. Le délai entre la mise en évidence des cas groupés d'IRA et le signalement effectif à l'autorité sanitaire était compris entre 6 et 10 jours. Ces épisodes, d'une durée moyenne de 12 jours, ont touchés 515 résidents et ont été responsables de 35 hospitalisations et de 4 décès. Ces épisodes ont touchés les résidents mais également le personnel des établissements avec un total de 84 professionnels déclarés atteints. Des entretiens ou au minimum un questionnaire rempli par le médecin coordonnateur de la structure, ont pu être obtenus pour 20 des 24 EHPAD ciblées pour cette évaluation ; soit un taux de participation de 83%.

La médiane de la capacité d'accueil de ces 20 structures était de 80 résidents [min 39 ; max 287] et la médiane du nombre de professionnels y exerçant était de 45. Les établissements déclaraient un GMP allant de 627 à 858 et un PATHOS de 148 à 291.

Lors de ces épisodes d'IRA survenues en 2012 dans le 20 structures qui ont accepté de nous répondre, la médiane du taux d'attaque des résidents malades par établissement se situait à 22.6% [min 8,7 % ; max 60%] et le taux d'attaque global était calculé à 23,1% IC 95% [21,2-25,2] chez les résidents hébergés dans ces structures. Sur les 412 résidents qui ont présenté des symptômes, 27 ont du être hospitalisés (6,6% IC 95% [4.4-9.5] des résidents atteints) et 3 sont décédés. Au sein des professionnels soignants, la médiane des taux d'attaque se situait à 3% [min 0 % ; max 20%] avec un total de 46 professionnels déclarés malades pour ces 20 établissements. La durée de l'épidémie variait de 6 jours à 21 jours avec une médiane de durée de 11 jours. Le signalement à l'autorité sanitaire était effectué pour ces épisodes avec un délai médian de 4 jours entre les 3 premiers cas et le signalement ; un maximum de 20 jours était observé.

Les résidents qui souffraient d'une IRA présentaient de la toux et des signes auscultatoires récents dans 100% des structures. La fièvre était citée pour 80% des signalements. Moins d'un médecin coordonnateur sur 2 rapportaient des dyspnées (46%). D'autres signes cliniques ont également été observés, en moindre proportion, comme des myalgies, des vomissements, des confusions, des douleurs laryngées ainsi que de l'asthénie.

6.2 Recherches étiologiques

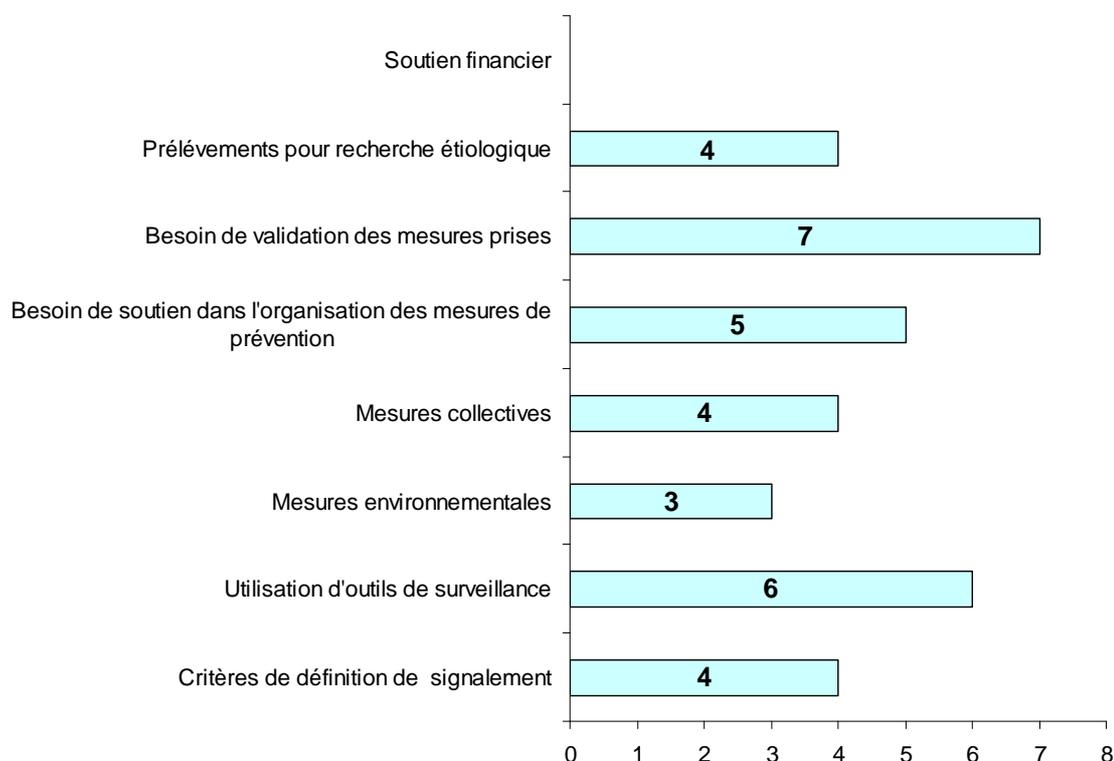
Durant ces cas groupés d'IRA, 12 (60%) établissements interrogés déclaraient réaliser des prélèvements microbiologiques à but diagnostique. Des tests de diagnostic rapide de la grippe ont pu être réalisés pour 9 établissements. Au final, le virus de la grippe a pu être mis en évidence pour 6 de ces cas groupés (4 fois au moyen de TDR et pour 1 fois par PCR par le laboratoire de l'hôpital voisin et pour un autre cas par le laboratoire de ville sans méthode précisée). Si on exclue la grippe comme étiologie, les examens de laboratoires les plus souvent cités étaient la recherche d'antigènes solubles bactériens urinaires pour *Legionella pneumophila* ou le pneumocoque. On note que 12 établissements (60%) n'était pas en mesure de réaliser de tests de diagnostic rapide (TDR) de la grippe sur place. Le motif le plus fréquent de non réalisation de TDR était l'absence de ces tests à disposition au sein de l'établissement lors de la survenue de l'épidémie (8 établissements sur les 12). Un médecin coordonateur n'a pas jugé utile de les réaliser car les symptômes n'évoquaient pas la grippe. Un établissement rapportait un délai d'obtention des résultats par le laboratoire de plus de 5 jours.

6.3 Les apports du signalement d'une épidémie d'IRA

Sur l'ensemble des médecins coordonateurs des établissements interrogés, 100% ont répondu que la fiche de signalement était une aide à l'identification des cas groupés, 90% une aide pour la mise en place des mesures de prévention. On note que 90% ont déclaré qu'elle n'était pas contraignante à compléter et 90% non pas eu de difficultés à remplir les courbes épidémiques. Cependant on notera que cette courbe épidémique n'a été adressée à l'ARS avec le signalement que dans 11 des épisodes enquêtés.

Suite au signalement, les établissements sont systématiquement contactés par l'ARS. Or, seulement 79% (15/19) des personnes interrogées se souviennent avoir été contacté par l'ARS et 37% par l'ARLIN. Pour les personnes interrogées qui se souviennent de ce contact, un établissement sur 2 déclare que ce contact a été une aide à la gestion de l'épidémie. Les points cités par les personnes interviewées sont rapportés dans le graphique 1. On remarquera que le soutien financier n'est jamais rapporté.

Graphique 1 : Aides apportées lors du contact avec l'établissement

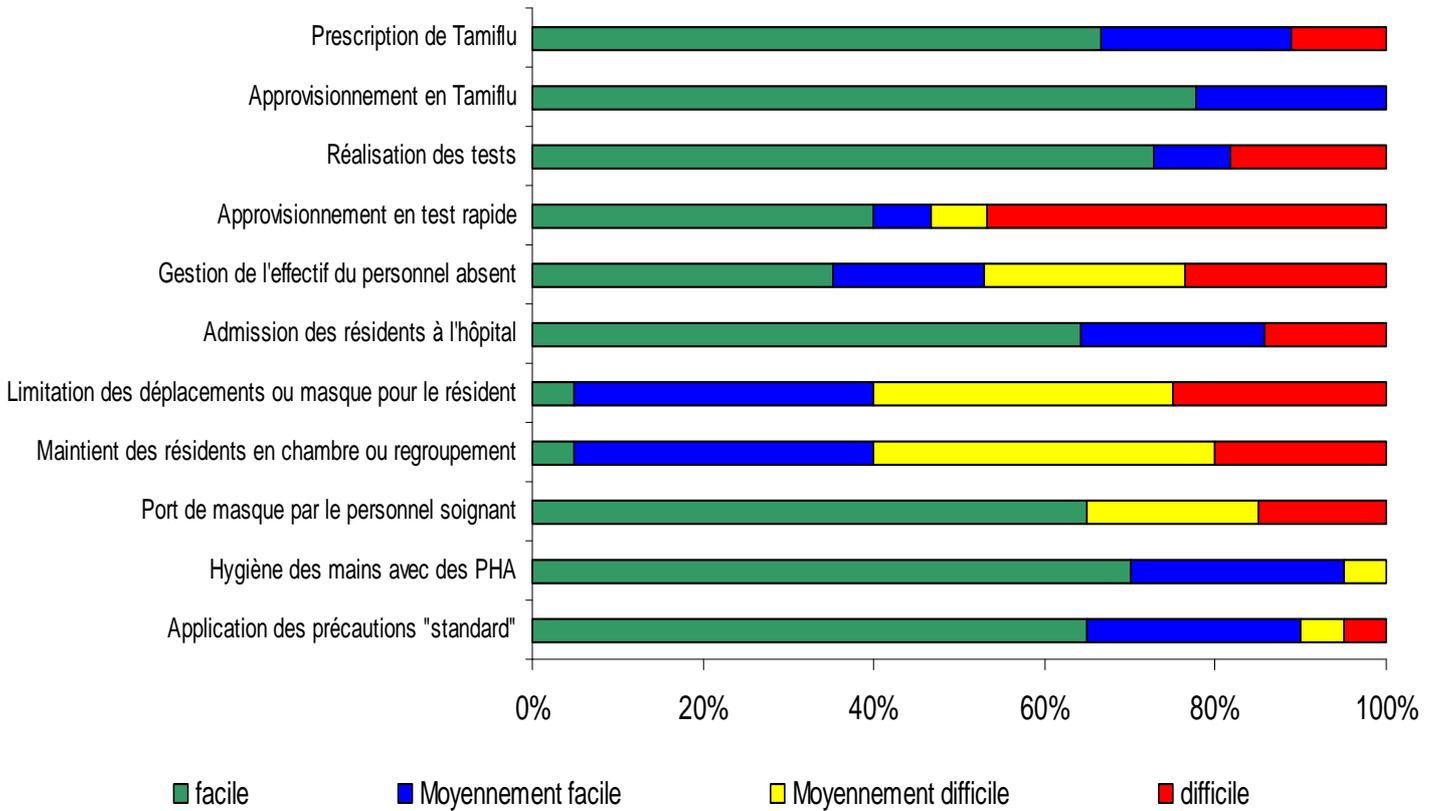


Le niveau de satisfaction global du dispositif de signalement était évalué sur une échelle visuelle de 1 à 5 : il est évalué à 4 et 5 pour 85% des établissements contactés. Pour 90% des personnes interrogées, le dispositif en deux temps avec un bilan de clôture de l'alerte effectué en fin d'épidémie n'apparaît pas comme une contrainte.

6.4 Les difficultés rencontrées durant l'épisode par les établissements

Les établissements étaient interrogés sur les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer pour la gestion de l'épidémie. Les résultats globaux sont rapportés dans le graphique 2. La principale difficulté rencontrée concerne la gestion de résidents malades et en particulier le maintien en chambre ou le port d'un masque.

Graphique 2 : Difficultés rapportées par les établissements



6.5 Le surcoût occasionné

Durant cette période épidémique, 90% des établissements déclarent ne pas avoir estimé le surcoût occasionné par la gestion de l'épidémie. Deux établissements auraient estimés leur coût. Un seul établissement nous a fourni des données lors de l'entretien, celui-ci a chiffré à 107 euros le coût des TDR, à 26 euros 60 le coût des solutions hydro-alcooliques consommées, à 11 euros le coût des masques, à 33 euros le coût des sur-blouses et à 11 euros le coût des gants pour 4 résidents malades et un taux attaque de 10%.

A l'occasion de l'épidémie rapportée, 15 établissements signalent avoir eu recours à du personnel supplémentaire. Ce poste de dépense n'a pas pu être estimé, ni celui en rapport avec l'absentéisme pour maladie du personnel.

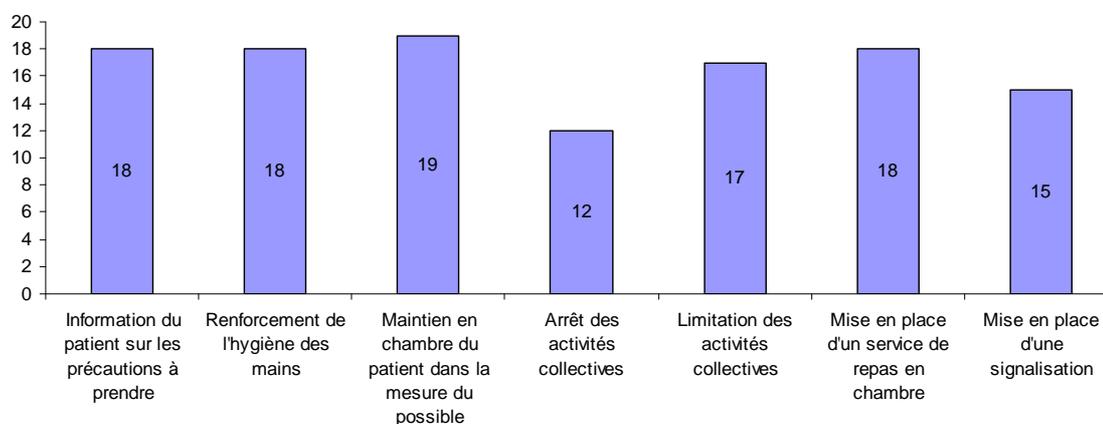
6.7 La gestion de l'épidémie d'IRA

Lors de cette étude, tous les établissements ont déclaré posséder un protocole relatif aux procédures et conduites à tenir en cas de situation épidémique et que celui-ci est mis à la disposition du personnel soignant (en salles de soins, via intranet). La majorité de l'établissement estime que cette procédure est bien connue du personnel soignant. Lors de la survenue d'une épidémie d'IRA au sein de la structure, 75% des établissements reportent l'admission de nouveau résidents. Les principales mesures de prévention recommandées par le Haut conseil de la santé publique pour éviter la survenue des épidémies ont été rapportées par les établissements.

6.7.1 Pour les résidents

Lors de la survenue d'IRA au sein de la structure, les principales mesures mises en œuvre autour des cas ont été listées dans le graphique 3. L'arrêt des activités collectives et la signalisation d'un cas sont les mesures les moins fréquemment mises en œuvre.

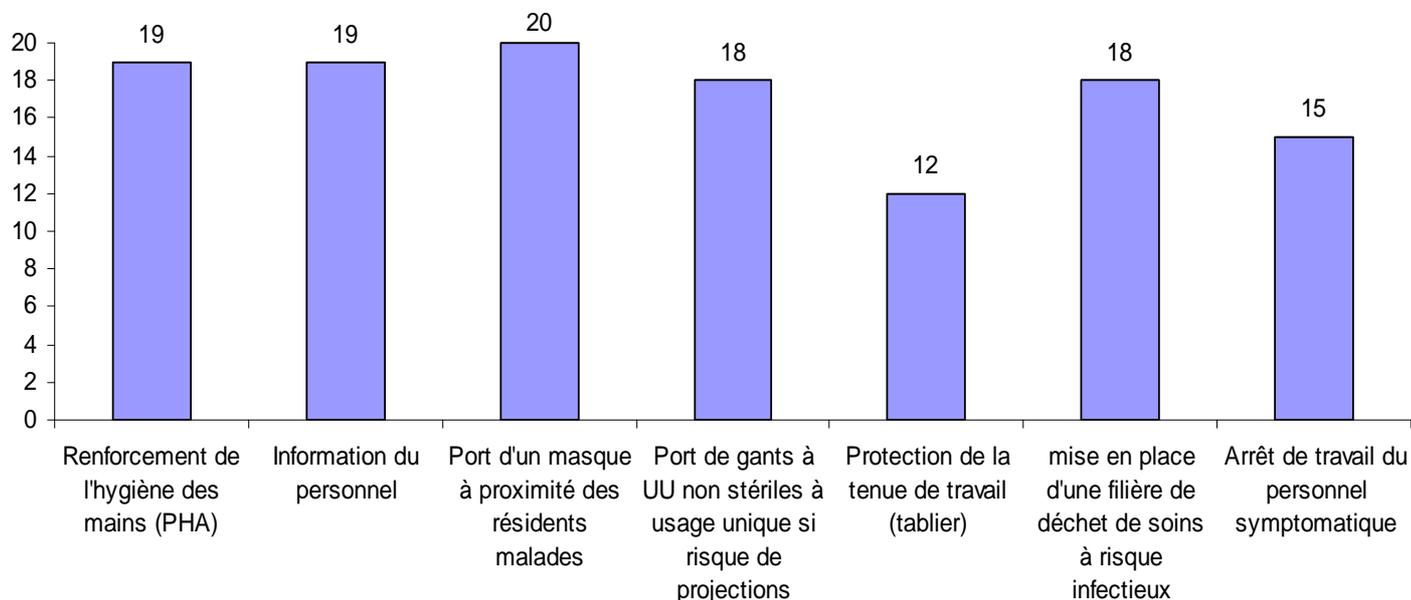
Graphique 3 : Mesures de prévention mises en œuvre autour d'un cas d'IRA



6.7.2 Pour le personnel soignant et les visiteurs

Les principales mesures mises en œuvre autour d'un cas par le personnel soignant ont été listées dans le graphique 4. La protection de la tenue de travail par un tablier plastique lors des soins directs aux résidents malades et l'arrêt de travail du personnel soignant sont les mesures les moins fréquemment mises en œuvre. Le bionettoyage de l'environnement proche du résident malade ne peut être renforcé que pour 12 (60%) des établissements interrogés.

Graphique 4 : Mise en œuvre des mesures recommandées par le HCSP pour le personnel soignant



Pour les visiteurs, tous les établissements déclarent mettre à disposition du produit hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains, 95% (19/20) déclarent leur apporter des informations (oralement et/ou par voie d'affichage), mais seulement 5 établissements demandent aux visiteurs de se présenter au personnel pour se faire expliquer les consignes d'hygiène avant d'entrer dans la chambre d'un résident malade.

6.8 La vaccination antigrippale

95% des établissements ont déclaré mener une campagne de vaccination contre la grippe en 2011/2012 et 2012/2013. En 2011/2012, le taux médian de couverture vaccinale des résidents hébergés dans ces 20 structures et rapporté par les médecins coordonnateurs était de 90% [min 55% ; max 98%]. Pour les professionnels de santé, celui-ci tombe à 10% [min 2% ; max 57%]. Ce qui confirme la difficulté de convaincre le personnel soignant du bien fondé de la stratégie de vaccination de l'entourage pour prévenir la survenue des épidémies IRA en lien avec la circulation du virus de la grippe.

6.9 La gestion d'une épidémie d'IRA en 2013

Les établissements ont été interrogés sur les évolutions qu'il avait pu constater dans leur organisation à la suite de l'épidémie qu'il avait signalée en 2012. Depuis les signalements de 2012, 95% des établissements reconnaissent se sentir mieux préparé pour lutter contre les IRA en période épidémique et 80% (IC95% [56%-94%]) pensent s'être améliorés dans le respect des précautions « standard » au quotidien, 70% pensent qu'ils pourront, dans le futur, assurer une meilleure gestion des épidémies ; 55% déclarent avoir mis en place une surveillance en interne et 1 sur 2 déclare avoir mis en place des partenariats avec une équipe d'hygiène.

En 2013, 85% (IC95% [62%-97%]) des établissements qui ont vécu précédemment un épisode épidémique signalé, déclarent qu'ils effectueront systématiquement des TDR lors de la survenue d'un nouvel épisode d'épidémies d'IRA mais seulement 35% (IC95% [15%-60%]) indiquent en posséder en stock au jour de l'enquête. Parmi les établissements ne possédant pas de TDR en stock, un seul établissement ne savait pas où s'en procurer.

On observe cependant, que seulement 40 % ont organisé des formations internes sur le risque infectieux en EHPAD et 40% des structures ne mènent pas de campagne spécifique de sensibilisation à la prévention des épidémies de gripes hivernales.

7) Analyse des résultats

Il s'agissait d'une étude déclarative sur un très petit échantillon d'établissement d'hébergement pour personnes âgées. Il est donc difficile d'extrapoler ces résultats à l'ensemble des structures de même type de la région. Cependant on note qu'elles représentaient un échantillon assez standard en termes d'âge moyen des résidents et de densité de soins. Les épidémies de grippe rapportées par ces établissements en 2012, avaient un taux d'attaque médian à 25%, similaire à celui rapporté au niveau national (7). Les éléments descriptifs des épisodes ne présentaient pas de particularités. Un retard dans la déclaration des cas groupés (délai supérieur à 8 jours entre la date du 3^{ème} cas d'IRA et l'envoi du signalement à l'ARS) était parfois observé. Ce délai peut être associé avec un circuit du signalement interne inopérant et être un facteur aggravant des épidémies. Dans notre étude aucune difficulté de cette nature n'a pu être mise en évidence.

On insistera sur l'absentéisme du personnel en lien avec ces épidémies qui n'est pas négligeable (jusqu'à 20% de l'effectif soignant a été déclaré malade pour certaines structures de notre échantillon), ce qui contribue à augmenter la charge en soins et rend l'application des mesures strictes de prévention plus difficile à mettre en œuvre.

Seule la mise en évidence du virus de la grippe lors des épidémies, permet de recommander à l'institution de mettre en œuvre une prophylaxie par antiviraux des sujets contacts à risque (2). Cette stratégie peut éviter l'extension des épidémies d'IRA en EHPAD. Il a été clairement démontré que cette stratégie était cout efficace (2,8). En 2012 dans notre région, seulement 47% des structures médico-sociales confrontées à une épidémie d'IRA ont réalisé des prélèvements à visée microbiologique (et 32% ont réalisé des TDR) alors que ceux-ci permettent d'identifier le pathogène responsable et d'optimiser la prise en charge des cas. L'absence de recherche microbiologique peut être associée à plusieurs facteurs : la difficulté de réaliser des examens paracliniques chez un sujet âgé, l'absence d'indication retenue par le médecin traitant face à un syndrome viral cliniquement peu grave, l'indisponibilité des tests (absence de stock de prélèvements, méconnaissance de la possibilité d'en commander, délai d'obtention des tests trop important). On déplorera donc que les recherches étiologiques soient rarement réalisées dans le cadre de la prise en charge d'une infection respiratoire aigüe en EHPAD dans notre région. Les entretiens confirmeront que l'accès aux TDR grippe est encore très faible. Dans notre enquête, 85% des médecins coordonateurs confrontés en 2012 à un épisode épidémique ont l'intention de réaliser ces tests lors d'une prochaine épidémie d'IRA, mais un tiers des établissements seulement possèdent ces tests en stock. La difficulté d'approvisionnement n'est pas la cause majeure (la majorité des personnes interrogées ont confirmé savoir ou s'en procurer) ; les réticences sont plus souvent en lien avec le coût d'achat d'une boîte de tests. Un axe de progrès pour la région est donc clairement identifié : favoriser les prélèvements afin de mettre en place les mesures adaptées et convaincre les décideurs (directeurs de structure le plus souvent) que la stratégie est efficiente.

Cette enquête avait pour objectif d'analyser qualitativement le service rendu par le système de signalement mis en place dans la région depuis 2009 (5). Il apparaît à la suite de ces entretiens que globalement ce système était bien accepté et compris. Les personnes interrogées étaient globalement satisfaites des contacts et des renseignements qu'elles avaient pu obtenir à cette occasion.

Le dispositif de signalement mis en place dans notre région (« classeur signalement » (EHPAD) apparait nettement comme une aide à l'identification des cas groupés et pour la mise en place des mesures de prévention. En outre, les fiches de surveillance et de signalement ne semblent pas contraignantes à compléter et permettent de visualiser la progression de l'épidémie d'après les établissements. Il faut cependant pondérer ces avis, car dans l'ensemble des dossiers de signalements d'épidémies enregistrés à l'antenne, les courbes épidémiques ne nous sont parvenues que dans 60% des cas. Dans l'ensemble des structures, le dispositif de signalement semble bien accepté par les professionnels et le classeur signalement EHPAD apparait comme une aide et un outil très apprécié. Des résultats similaires étaient observés dans la région Provence Alpes cote d'azur lors de la saison hivernale 2010-2011(6).

Suite au signalement, les établissements interrogés se souviennent généralement avoir été contacté par l'ARS (79%) et mais beaucoup moins par l'ARLIN alors que 79% des établissements ont effectivement été joint par l'ARLIN à la suite du signalement. Il faut cependant noter que la confusion entre les missions de l'ARS et de l'antenne régionale est assez systématique.

Les établissements inclus dans l'étude, suivant leur situation, ont reçu des accompagnements de nature différente de l'ARS et de l'ARLIN pour mettre en place les mesures adéquates. Il s'agissait de l'aide à la détermination des critères de signalement, dans l'utilisation des outils de surveillance, dans la mise en place des mesures environnementales et collectives, dans l'organisation des mesures de prévention, ou encore dans le choix des prélèvements à effectuer pour les recherches étiologiques. Pour moitié, les responsables des établissements médico-sociaux interrogés (médecins coordonateurs et infirmières coordonatrices) ont apprécié les interventions des organismes extérieurs. L'aide à l'utilisation des outils de surveillance et le besoin de validation des mesures sont les points les plus souvent cités. Il est à noter que le soutien financier n'a jamais rapporté.

Lorsque les établissements n'ont pas eu besoin d'aide de ces organismes, il y avait généralement une équipe opérationnelle d'hygiène sur place ou une infirmière coordinatrice spécialisée en hygiène. Même si ces établissements n'ont pas bénéficié d'une aide concrète, le contact avec l'ARS et l'ARLIN est néanmoins considéré comme rassurant pour les professionnels et leur apparaît comme un soutien.

Les difficultés rencontrées durant ces épisodes diffèrent d'un établissement à l'autre. En effet elles peuvent varier en fonction de l'architecture de l'établissement, de la durée et de l'étendue de l'épidémie, de la sensibilisation des personnels soignants aux précautions complémentaires d'hygiène à mettre en œuvre et de la présence ou non d'une équipe opérationnelle d'hygiène. Les difficultés rencontrées sont essentiellement liées au type d'activité. L'EHPAD est un lieu de vie, à ce titre, la limitation des déplacements des résidents et le maintien en chambre des résidents malades sont les mesures qui sont perçues comme les plus dures à mettre en œuvre. Les contraintes financières ne sont jamais rapportées. Le surcout d'un épisode épidémique n'est d'ailleurs pratiquement jamais estimé.

La gestion des épidémies fait l'objet de protocoles dans tous les établissements et leur mise à disposition au personnel soignant est facilitée. Les informations qu'ils contiennent sont considérées comme connu du personnel. La diffusion des classeurs signalement aux EHPAD de la région Nord Pas-de-Calais a probablement facilité la réalisation de ceux-ci. Ce résultat suggère qu'un élargissement aux autres établissements de type Maison d'accueil spécialisées ou foyer d'accueil de la région de cet outils pourrait faire progresser l'ensemble des établissements médico-sociaux dans la gestion des épidémies.

Le contenu des procédures en cas d'épidémies est majoritairement conforme aux recommandations du HCSP, les admissions de nouveaux résidents sont reportées. L'information des résidents est assurée par la majorité des structures. Pour les visiteurs, les précautions sont généralement appliquées par l'ensemble des établissements. Les mesures d'hygiène sont renforcées, en particulier l'hygiène des mains et le port des masques par les soignants. Ces données sont conformes à celles observées dans d'autres études de même type (6,9). On notera que le port d'un tablier de protection sur la tenue de travail lors des risques de projection de liquide biologique n'est pas encore acquis par tous. La mesure de renforcement du bionettoyage n'est possible que dans 60% des structures interrogées. Si ce point peut paraître secondaire, il devient hautement problématique dans les épidémies de gastroentérite aiguës. L'arrêt des activités collectives fait partie des mesures de gestion d'épidémie qui sont le moins souvent mise en œuvre (5 structures déclarent ne pas la mettre en œuvre).

La majorité des établissements déclarent mener des campagnes de vaccination et obtiennent des taux de vaccination chez les résidents très satisfaisants. Celui-ci reste encore très nettement insuffisant chez le personnel soignant. Ces résultats sont équivalents à ceux observés dans la région Provence Alpes cote d'Azur lors de la saison hivernale 2010-2011, où la couverture vaccinale du personnel était comprise entre 21% et 40%(6).

Suite aux épisodes de cas groupés d'IRA en 2012, les établissements considèrent qu'ils sont dorénavant mieux préparés à la gestion d'un tel épisode. Ils pensent être plus respectueux des mesures d'hygiène (précautions standard). Cependant, près de la moitié des établissements (40%) ne réalisent pas de formation en interne aux mesures d'hygiène ni de campagne de sensibilisation hivernale à la prévention de la transmission croisée du virus grippal. Lorsqu'une campagne est menée, elle peut se faire sous différentes formes : par voie d'affichage, par des formations sur diverses thématiques, par entretien individuel afin d'expliquer l'importance de la vaccination contre la grippe chez le personnel soignant. Une action régionale pourrait mettre à la disposition des médecins coordonnateurs des kits de communication pour le personnel et les visiteurs qui leur permettraient de sensibiliser en début d'hiver à la vaccination dans leur établissement.

8) Conclusion

En conclusion, cette étude a permis de réaliser un bilan des épisodes survenus en 2012 durant la période épidémique et a pu montrer que les EHPAD participantes sont globalement satisfaites du dispositif signalement de la région et ont su tirer profit de l'épisode signalé. Cependant certains points restent encore à améliorer comme le respect de certaines composantes des précautions standard (protection de la tenue de travail) et la couverture vaccinale des professionnels soignants. En ce qui concerne plus particulièrement la gestion des cas d'IRA, la promotion des TDR grippe doit être poursuivie au niveau régionale en mettant à la disposition des médecins coordonateurs des TDR ou en établissant des conventions avec le laboratoire de ville. Lors de l'hospitalisation de résidents, l'information de la suspicion de grippe doit être donnée afin que l'établissement de santé d'accueil réalise la recherche (TDR ou PCR).

Cette évaluation a permis de montrer que l'acceptabilité du dispositif de signalement par les EHPAD est bonne, ce dispositif peut donc probablement être élargi à l'ensemble des établissements médico-sociaux de la région. En 2013, une actualisation assurée par l'ARS de ce classeur a été effectuée, pour tenir compte de la publication d'une nouvelle instruction sur la gestion des épidémies d'IRA et de GEA. Une Check List reprenant les mesures à mettre en place lors des épidémies d'IRA est depuis disponible afin de compléter les autres outils du classeur.

La visibilité de l'ARLIN et ses missions de conseil aux établissements médico-sociaux doit être amélioré dans la région. Cette étude a contribué à permettre un échange entre l'ARLIN et les professionnels des EPHAD qui avaient signalé en 2012. Ces visites ont également permis de diffuser aux établissements les informations relatives aux formations assurées par l'ARLIN et de fournir des conseils dans le domaine de la prévention des Infections associées aux soins.

Des outils régionaux de communication pourraient être mis à la disposition des médecins coordonateurs. Des affiches pour la sensibilisation des visiteurs et des professionnels à la vaccination antigrippale pourraient faire l'objet d'un groupe de travail avec des soignants de ces secteurs.

Bibliographie

- [1] Haut Conseil de la Santé Publique : Conduites à tenir devant une ou plusieurs 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).
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ_489.pdf
- [2] Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la prophylaxie chez les personnes à risque lors d'une épidémie de grippe dans une collectivité, en période de circulation du virus grippal. 2004.
http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_160104_grippe_collectivite.pdf
- [3] Haut Conseil de la Santé Publique : *Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités pour les personnes âgées* Juillet 2012.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf
- [4] Ministère des affaires sociales et de la santé, *INSTRUCTION N°DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées* et *Check List : épidémies d'IRA dans une collectivité de personnes âgées*
- [5] ARS, Dispositif EHPAD, <http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/Dispositif-EHPAD.130074.0.html>
- [6] ARS Provence-Alpes Côte d'Azur, inVS Cire Sud, CCLIN Arlin Paca, Mars 2012, *Evaluation du dispositif de surveillance et de prise en charge des cas groupés de maladies à potentiel épidémique dans les collectivités de personnes âgées en région Provence-Alpes-Côte-D'azur, saison hivernale 2010-2011*,
http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Sante_publique/Veille_sanitaire/Surveillance_des_pathologies_a_risque/Evaluation/Plaque Evaluation du dispositif de surveillance_2010-2011.pdf
- [7] Vaux S, Poujol I, Bonmarin I, Levy Bruhl D, Desenclos JC. Surveillance of lower respiratory tract infections outbreaks in nursing homes in France. *Eur J Epidemiol* 2009;(3):149-55.
- [8] **Risebrough NA, Bowles SK, Simor AE, McGeer A, Oh PI Economic evaluation of oseltamivir phosphate for postexposure prophylaxis of influenza in long-term care facilities.**
J Am Geriatr Soc. 2005;53:444-51.
- [9] Gupta RK, Zhao H, Cooke M, Harling R, Regan M, Bailey L, Nguyen-Van-Tam JS. Public health responses to influenza in care homes: a questionnaire-based study of local Health Protection Units. *Public Health* 2007 : 29 (88-90).

- o Si non, pourquoi n'avez-vous pas réalisé de prélèvements ?
-
- o Pour quelles raisons n'avez-vous pas réalisé de TDR ?
-

Apports du signalement d'épidémie d'IRA

- La feuille de surveillance IRA est-elle une aide :

Pour l'identification des cas groupés ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pour la mise en place des mesures de prévention ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- La feuille de surveillance est-elle contraignante à compléter ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
- Avez-vous rencontré des difficultés à réaliser les courbes épidémiques ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

 - o Si oui, lesquelles ?
 -
- Suite au signalement, avez-vous été contacté par l'ARS ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

 - o Si oui, ce contact vous a-t-il apporté une aide ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
- Avez-vous également été contacté par l'ARLIN ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

 - o Si oui, ce contact vous a-t-il apporté une aide ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
- Dans quelles mesures vous ont-ils aidé suite au signalement ?

<input type="checkbox"/> Critères de définition de signalement
<input type="checkbox"/> Utilisation des outils de surveillance
<input type="checkbox"/> Mesures environnementales (nettoyage)
<input type="checkbox"/> Mesures collectives
<input type="checkbox"/> Besoin de soutien dans l'organisation des mesures de prévention
<input type="checkbox"/> Besoin de validation des mesures prises
<input type="checkbox"/> Prélèvements pour recherche étiologique
<input type="checkbox"/> Soutien financier

 - o Si non, Pourquoi ?
 -
- Jugez-vous le signalement en deux temps contraignant (signalement initial suivi d'un bilan final)

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

- Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre niveau de satisfaction concernant le dispositif global (surveillance interne, signalement externe et outils de gestion) :
 1 2 3 4 5

Difficultés rencontrées durant l'épisode

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées durant l'épisode ?

	Facile	Moyennement facile	Moyennement difficile	Difficile	N.A
Vérification des précautions standards					
Hygiène des mains avec des produits hydro-alcooliques					
Port de masque par le personnel lors des soins aux patients symptomatiques					
Maintien du patient symptomatique en chambre individuelle ou regroupement des patients					
Limitation des déplacements des patients ou masque porté par le patient hors de la chambre					
Admission des résidents à l'hôpital					
Gestion de l'effectif du personnel absent					
Approvisionnement en test rapide					
Réalisation des tests					
Approvisionnement en Tamiflu®					
Prescription de Tamiflu®					
Autres mesures ?					

Surcoût occasionné

- Avez-vous chiffré le coût de l'épisode ?
 Oui Non
- Si oui,
 - Quel a été le coût des tests rapides de la grippe à charge de l'établissement ?
 - Quel a été le coût du matériel ?
 - Solutions hydro-alcooliques :
 - Masques :
 - Sur-blouses :
 - Gants :
 - Autres (appareils à aérosols supplémentaires, humidificateurs...) :
 - Quel a été le coût du traitement par Tamiflu® à la charge de l'établissement ?

- Quel est le nombre total de journées d'absentéisme du personnel ?
- Avez-vous eu recours à du personnel supplémentaire ?
- Si oui, pouvez-vous préciser le nombre total de journées correspondant ?

Gestion des épidémies d'IRA

- Possédez-vous un protocole relatif aux procédures et conduites à tenir en cas de situation épidémique ?
 - Oui Non
- Le personnel soignant a-t-il connaissance de ce protocole ? (formations, courrier et fiche de paye, renvois d'informations)
 - Oui Non
- Celui-ci est-il mis à la disposition du personnel ? (salle de soins, Internet)
 - Oui Non
- Lors d'une épidémie reportez-vous l'admission d'un nouveau résident ?
 - Oui Non
- Pour les résidents, lors de la découverte d'un cas d'IRA, quelles précautions mettez-vous en place :
 - Information du patient sur les précautions à prendre
 - Renforcement de l'hygiène des mains
 - Maintien en chambre du patient dans la mesure du possible
 - Arrêt des activités collectives
 - Limitation des activités collectives
 - Mise en place d'un service de repas en chambre
 - Mise en place d'une signalisation (dossier soins/planification des soins/portes...)
- Quelles autres précautions mettez-vous en place autour du résident porteur d'IRA ?

.....

.....
- Pour le personnel de l'établissement, quelles mesures sont prises lors d'un cas d'IRA :
 - Renforcement de l'hygiène des mains et friction à l'aide d'un produit hydro-alcoolique (PHA) avant et après contacts directs avec les malades ou leur environnement
 - Information le personnel
 - Port d'un masque uniquement à proximité des résidents malades
 - Port de gants non stériles à usage unique si risque de contact avec liquides biologiques
 - Port d'un tablier plastique à usage unique lors des soins à risque de projections
 - Elimination des équipements de protection individuelle dans la filière des déchets de soins à risque infectieux
 - Arrêt de travail du personnel malade
- Quelles autres actions sont mises en place par et pour le personnel soignant ?

.....

.....
- Quelles précautions mettez-vous en place vis-à-vis des visiteurs :
 - Information des visiteurs par voie d'affichage ou oral
 - Présentation des visiteurs au personnel avant l'entrée en chambre d'un résident malade
 - Mise à disposition de produit hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains

4

Annexe 2 : Fiche signalement IRA

A retourner sans délai, dès que l'épisode de cas groupés est identifié, même si vous ne disposez pas de toutes les informations, à la Cellule Régionale de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires (CRVAGS) de l'Agence Régionale de Santé :
 téléphone : 03.62.72.77.77 fax : 03.62.72.88.75 messagerie : ars-npdc-vellesanitaire@ars.sante.fr

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS

Date du signalement : ____/____/____

Etablissement

Personne qui signale : _____ Fonction : _____

Nom de l'établissement : _____

Commune : _____ Code Postal : _____

Tél de la structure : _____

Nom et n° de téléphone : du directeur de la structure : _____

de l'infirmier coordonnateur/cadre : _____

du médecin coordonnateur : _____

Médecin coordonnateur : ETP Type d'établissement : _____

Nb de résidents : Foyer logement USLD

Nb de membres du personnel : Hôpital ou clinique EHPAD, M.de Retraite

Autre (préciser) : _____

Episode

	Résidents	Membres du personnel
Cas (non hospitalisé)		
Cas hospitalisé		
Décès		

Date de début des signes du premier cas : ____/____/____

Date de début des signes du dernier cas connu le jour du signalement : ____/____/____

Critères de sévérité : Oui Non

Si oui, lesquels ? : 3 décès en moins de 8 jours
 5 nouveaux cas ou + dans 1 même journée
 Absence de diminution de l'incidence dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle

Signes cliniques

La majorité des malades présentent-ils de la toux ? Oui Non Ne sait pas

La majorité des malades présentent-ils de la fièvre? Oui Non Ne sait pas

Présence de dyspnée Oui Non Ne sait pas

Signes auscultatoires récents Oui Non Ne sait pas

Autres signes ? Lesquels : _____

Cadre réservé à l'Agence Régionale de Santé :

Validation du signalement par : CRVAGS CIRE ARLIN Signalement N° IRA ____/____/____

Page 1 sur 2

IRA/Fiche de signalement/Octobre 2010