

Maladies infectieuses

Dispositif de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées de la région Paca

Saison hivernale 2006-2007



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

Ddass Provence-Alpes-Côte d'Azur
Cre Sud



Antenne régionale Paca



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Sommaire

Abréviations	2
1. Introduction	3
1.1 Les établissements d’hébergement pour personnes âgées en région Provence-Alpes-Côte d’Azur	3
1.2 Contexte	5
1.3 Objectifs	5
2. Méthode	6
2.1 Signalement et investigation de cas groupés d’IRA	6
2.2 Évaluation du dispositif	6
2.3 Analyse	6
3. Résultats	8
3.1 Taux de participation des Ehpa de la région Paca	8
3.2 Représentativité des Ehpa en région Paca	9
3.3 Situation administrative des établissements participants	9
3.4 Préparation des Ehpa aux risques de survenue de cas groupés d’IRA	10
3.5 Couverture vaccinale antigrippale	11
3.5.1 Couverture vaccinale antigrippale des résidents	11
3.5.2 Couverture vaccinale antigrippale du personnel	13
3.5.3 Répartition des taux de vaccination antigrippale dans les Ehpa	15
3.6 Couverture vaccinale antipneumococcique des résidents	16
3.7 Bilan des cas groupés et description de la prise en charge des IRA	17
3.7.1 Bilan des cas groupés d’IRA	17
3.7.2 Description de la prise en charge	17
3.8 Bilan des cas groupés et description de la prise en charge des GEA	18
3.8.1 Bilan des cas groupés des GEA	18
3.8.2 Description de la prise en charge des GEA	18
3.9 Bilan des cas groupés de gale	18
3.9.1 Bilan des cas groupés de gale	18
3.9.2 Description de la prise en charge des gales	18
4. Discussion	19
5. Conclusion	22
Références bibliographiques	23
Annexes	24

Dispositif de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées de la région Paca

Saison hivernale 2006-2007

Rédacteurs

Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud

Julie Berbis, Caroline Six

Institutions et personnes ayant contribué à l'étude

Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud : Julie Berbis, Caroline Six, Nadine Verduci

Antenne régionale du Cclin Sud-Est : Jean-Christophe Delarozière, Marie-Claire Carpentier

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône : Francis Charlet, Brigitte Masini

Remerciements

Les auteurs remercient le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées qui ont accepté de participer à l'enquête, les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales, ainsi que les services Études et statistiques et Actions de santé et offre de soins de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Provence-Alpes-Côte d'Azur pour leur contribution à la réalisation de cette étude.

Abréviations

Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie
Cclin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
Clin	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CSHPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Dhos	Direction des hôpitaux et de l'offre de soins
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Drees	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
DGS	Direction générale de la santé
Ehpa	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENSP	École nationale de santé publique
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GEA	Gastro-entérite aiguë
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IRA	Infections respiratoires aiguës
Misp	Médecin inspecteur de santé publique
MR	Maison de retraite
LF	Logement-foyer
Paca	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Rlin	Réseau de lutte contre les infections nosocomiales
USLD	Unité de soin de longue durée

1. Introduction

1.1 LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Démographie des personnes âgées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) présente une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus supérieure à celle de la France

métropolitaine (tableau 1). C'est dans le département des Alpes-Maritimes que cette proportion est la plus élevée et dans celui des Bouches-du-Rhône qu'elle est la plus basse, équivalente à celle de la France métropolitaine.

La proportion de personnes de plus de 75 ans a augmenté en France et dans la région Paca entre 2004 et 2005, excepté dans les départements alpins où elle est restée stable.

TABLEAU 1

RÉPARTITION DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS PAR DÉPARTEMENT – RÉGION PACA, FRANCE

Département	2004		2005	
	PA \geq 75 ans ^a	% ^b	PA \geq 75 ans ^a	% ^b
Alpes-de-Haute-Provence	14 127	10	14 941	10
Hautes-Alpes	11 767	9	12 275	9
Alpes-Maritimes	118 724	11	121 064	11
Bouches-du-Rhône	149 224	8	153 528	8
Var	93 835	10	97 159	10
Vaucluse	42 041	8	43 543	8
Région Paca	429 718	9	442 510	9
France métropolitaine	4 746 498	8	4 897 907	8

Source Insee - Population 2005.

^a Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus.

^b Part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population totale.

Établissements d'hébergement pour personnes âgées

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de nuit ou uniquement pour la journée [1].

Ils regroupent quatre types d'établissements :

- les **maisons de retraite** (MR) sont des lieux d'hébergement collectif de personnes âgées offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, les repas et divers services spécifiques ;
- les **logements-foyers** (LF) sont des ensembles de logements autonomes (privatifs) et qui offrent des équipements ou des

services collectifs (restaurant, salle de réunion, infirmerie, service de blanchissage, de surveillance) dont l'usage est facultatif ;

- les **unités de soins de longue durée** (USLD) sont des structures plus médicalisées (lits sanitaires), destinées aux personnes n'ayant pas d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements d'entretien ;
- les **résidences d'hébergement temporaire** pour personnes âgées sont des établissements spécialisés dans l'accueil temporaire des personnes âgées afin de leur permettre de faire face à des difficultés passagères (isolement, absence momentanée de la famille, convalescence...).

Description des Ehpa en Paca

En juin 2007, date de consultation du fichier Finess de la région Paca, le nombre d'Ehpa s'élevait à 763 dans la région dont 506 (66 %) étaient de statut privé. La distribution par type d'établissement et département est présentée dans le tableau 2.

Les MR représentent 75 % de l'effectif total des Ehpa, les LF 16 %, les USLD 8 % et les résidences d'hébergement temporaire 1 %. Cette répartition diffère de celle de la France métropolitaine, où les proportions sont respectivement de 60 %, 28 %, 10 % et 1 % [1,2].

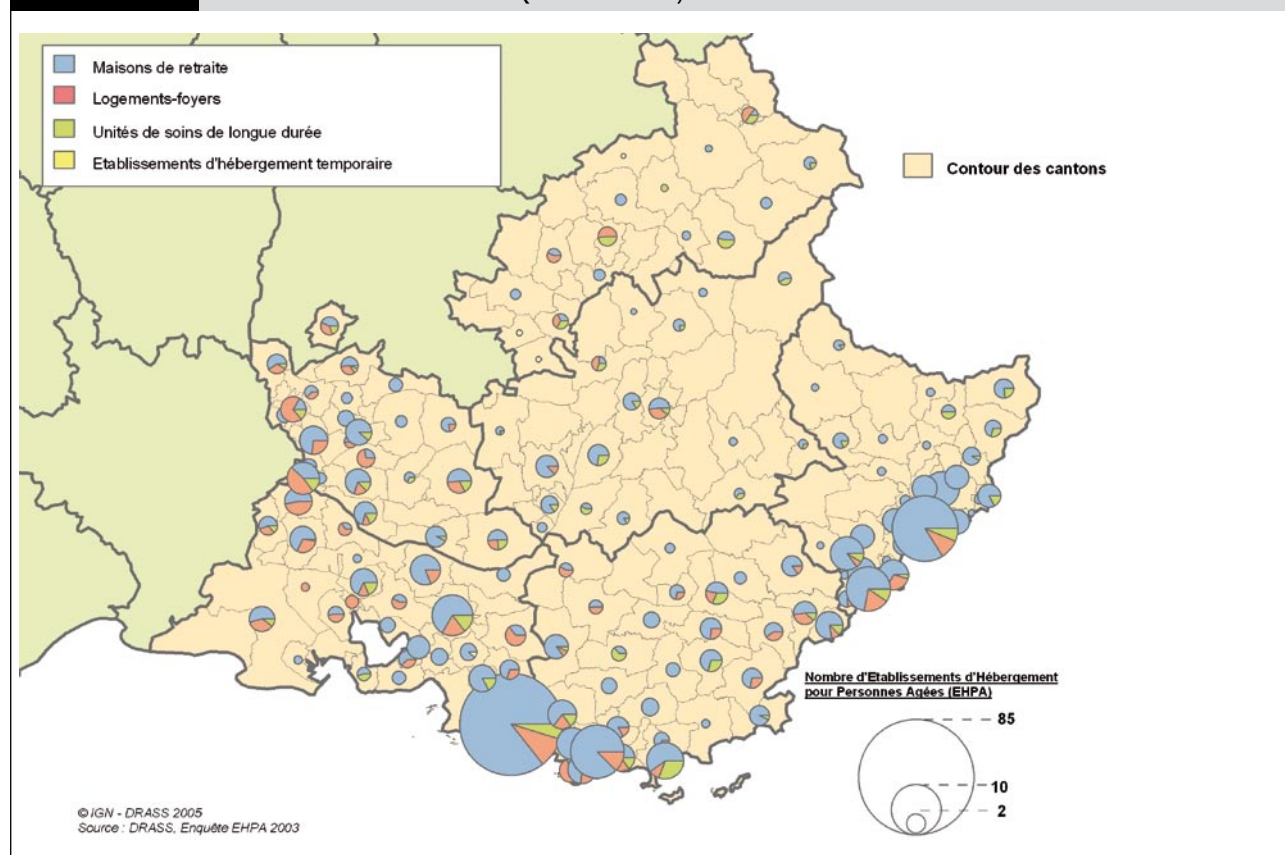
TABEAU 2 NOMBRE D'EHPA PAR DÉPARTEMENT, RÉGION PACA, 2007

Département	Maison de retraite	Logement - Foyer	USLD	Résidence d'hébergement temporaire	Ehpa
Alpes-de-Haute-Provence	30	4	11	0	45
Hautes-Alpes	17	4	5	2	28
Alpes-Maritimes	184	21	13	0	218
Bouches-du-Rhône	159	37	12	4	212
Var	127	35	13	0	175
Vaucluse	54	21	10	0	85
Total	571	122	64	6	763

Source : Finess - mise à jour par la Cire Sud (juin 2007).

La majorité des Ehpa se concentre sur la zone côtière où la densité de la population est la plus élevée (figure 1).

FIGURE 1 LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE DES EHPA, RÉGION PACA



Réforme de la tarification des Ehpa

Une réforme de la tarification des Ehpa est en cours. Cette réforme a pour but d'homogénéiser et améliorer la qualité de prise en charge des résidents. Un de ses principes est la mise en œuvre, par négociation locale, de conventions tripartites entre l'établissement, l'État et le Conseil général. Les établissements signataires deviennent des Ehpad

(établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) (annexe 1).

Au 30 avril 2007, 44 % des établissements de la région Paca ont signé une convention tripartite, la proportion d'Ehpad ayant signé variant fortement selon les départements (tableau 3).

Département	ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA SIGNATURE DE CONVENTION TRIPARTITE PAR LES EHPA DE PACA, AVRIL 2007		
	% de conventions tripartites		
	Signées	En cours de négociation	Non signées
Alpes-de-Haute-Provence	50	22	28
Hautes-Alpes	67	22	11
Alpes-Maritimes	39	16	45
Bouches-du-Rhône	43	13	44
Var	50	27	23
Vaucluse	37	15	48
Total	44	19	38

1.2 CONTEXTE

Les infections respiratoires aiguës (IRA) basses hivernales sont fréquentes dans les collectivités de personnes âgées. En septembre 2004¹, la Direction générale de santé (DGS) a demandé la mise en place de mesures de prophylaxie chez les personnes à risque lors d'une épidémie de grippe dans les collectivités, en période de circulation du virus grippal, et a diffusé les mesures recommandées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), section des maladies transmissibles, dans son avis du 16 janvier 2004. La circulaire demandait que toute survenue de cas groupés de grippe soit signalée à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et/ou au Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) concernés.

Pour compléter ces recommandations, un guide des conduites à tenir devant une ou plusieurs IRA basses dans les collectivités de personnes âgées a été élaboré (séance du 18 novembre 2005) par le CSHPF [3]. Une circulaire de la Direction des hôpitaux et de l'offre de soins (Dhos) est venue réaffirmer ces recommandations en novembre 2006².

Ainsi, dès janvier 2006, la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Sud, l'antenne régionale Paca du CClin Sud-Est et la Ddass des Bouches-du-Rhône ont initié une collaboration qui a permis l'élaboration de

modalités d'organisation d'un dispositif de surveillance visant à détecter, signaler et investiguer les cas groupés d'IRA dans les Ehpa de la région Paca. Ce dispositif permettant la mise en place de mesures a été évalué en avril 2007 pour la deuxième année consécutive.

1.3 OBJECTIFS

Les objectifs du projet visaient à :

- réduire la mortalité et la morbidité dues à ces pathologies et particulièrement à la grippe chez les personnes âgées résidentes dans les Ehpa par :
 - l'identification précoce des cas groupés d'IRA,
 - la mise en place de procédures de signalement vers les CClin et Ddass,
 - la mise en place des mesures de contrôle appropriées,
 - l'investigation des épidémies particulièrement sévères ou qui ne seraient pas contrôlées par les mesures habituelles,
 - l'évaluation du dispositif de surveillance des IRA ;
- mesurer la couverture vaccinale de la grippe auprès du personnel et des résidents et celle du pneumocoque auprès des résidents ;
- estimer la fréquence des foyers d'IRA et d'autres foyers épidémiques d'origine infectieuse, notamment des gastro-entérites aiguës (GEA) et de gale.

¹ NOTE N°DGS/SD5C/DHOS/E2/DGAS/SD2/2004/444 du 17 septembre 2004 diffusant un avis du CHSPF – section maladies transmissibles – 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.

² CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/SD2/2006/489 du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant des IRA basses chez les personnes âgées.

2. Méthode

2.1 SIGNALEMENT ET INVESTIGATION DE CAS GROUPÉS D'IRA

Le CSHPF, dans son rapport du 18 novembre 2005, a défini les cas groupés d'IRA et les modalités d'intervention des autorités sanitaires selon des critères précis :

- **Cas groupés d'IRA**

Survenue de 3 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 membres du personnel.

- **Critères d'investigation de cas groupés**

Une investigation de la part de la Ddass ou de la Cire est nécessaire si :

- 3 décès ou plus, attribuables à l'épisode infectieux, sont recensés en moins de 8 jours ;
- **OU** 5 nouveaux cas ou plus surviennent dans la même journée ;
- **OU** si on note une absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.

Un courrier signalant la mise à disposition d'outils a été envoyé par les Ddass à tous les Ehpa de la région Paca en décembre 2006. Tous ces outils étaient à télécharger à partir du site Internet de la Drass Paca³ (annexe 2).

Ces outils étaient les suivants :

- le guide élaboré par le CHSPF lors de sa séance du 18 novembre 2005 ;
- des affiches à destination des visiteurs et des soignants ;
- un modèle de fiches mensuelles de surveillance et leur guide d'utilisation ;
- une fiche de signalement à renseigner et à adresser à la Ddass et au Cclin ;
- une note résumant la conduite à tenir pouvant servir de base pour rédiger la procédure interne de l'établissement ;
- un résumé des résultats de l'enquête menée en Paca sur la gestion des IRA au cours de l'hiver 2006-2007.

2.2 ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Une enquête rétrospective a été réalisée en mai 2007, par questionnaire, auprès de tous les Ehpa de la région Paca. Une relance a été faite 3 semaines après le premier courrier auprès des établissements n'ayant pas répondu (annexe 3).

Les variables étudiées portaient sur des données administratives (type d'établissement, convention tripartite, présence d'un médecin coordinateur, nombre de personnel travaillant dans l'établissement...),

les actions de préparation contre les IRA (stock de masques, dispositifs de surveillance et d'information, laboratoire référent, nombre de résidents et de personnels vaccinés), la survenue de cas groupés d'IRA, de GEA et de gale (nombre d'épisodes, nombre de résidents et de personnels malades par épisodes, modalités de prise en charge).

Les réponses au questionnaire ont été adressées par fax ou par voie postale à la Cire Sud. Tous les établissements ayant indiqué des épisodes infectieux dans le questionnaire ont été rappelés par téléphone pour une investigation rétrospective de ces cas groupés d'IRA.

Les questions impliquant les foyers de GEA ou de gale ont fait l'objet d'une enquête rétrospective moins approfondie, l'objectif étant à ce stade d'estimer l'ampleur de ces types d'infections au sein des Ehpa.

2.3 ANALYSE

La représentativité des établissements répondants par rapport à l'ensemble des établissements de la région Paca a été examinée en utilisant les données de référence suivantes :

- la liste des Ehpa à partir du fichier Finess, fourni par la Drass Paca en février 2006, mis à jour lors de l'enquête d'évaluation menée en avril 2006 par la Cire Sud ;
- les estimations de population de l'Insee de 2005 par tranche de 5 ans. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a été retenu afin de permettre des comparaisons avec les données de la littérature [1,4].

La variable "Nombre de personnes travaillant dans l'établissement" dans le questionnaire n'a pu être utilisée pour des analyses approfondies pour les raisons suivantes :

- une même personne pouvait exercer ses fonctions de soins dans deux types d'Ehpa différents appartenant à une même entité juridique, les deux types de structures pouvant se trouver géographiquement au même endroit (par exemple à des étages différents). Cette personne pouvait alors être comptabilisée pour chaque type d'Ehpa ;
- cette variable a pu être considérée par certains Ehpa comme de type administratif et l'information fournie ne correspondait pas au nombre de personnes exerçant dans la structure mais à celui du nombre d'équivalents temps plein de l'établissement.

La couverture vaccinale antigrippale a été calculée en effectuant le rapport entre le nombre de résidents ou des personnels vaccinés et l'effectif des résidents ou des personnels des établissements répondants. Ont été considérés comme vaccinés un résident ou un membre du personnel qui avait reçu une dose de vaccin antigrippal à partir du 3^e trimestre 2006.

³ Site Internet Drass Paca www.paca.sante.gouv.fr/

La couverture vaccinale antipneumococcique a été estimée par le rapport entre le nombre de résidents vaccinés et l'effectif des résidents des établissements répondants. Ne pouvant disposer du nombre exact de personnes devant bénéficier de la vaccination antipneumococcique, selon les recommandations émises dans le calendrier vaccinal [5], le nombre total de résidents a été pris comme dénominateur, amenant de ce fait à sous-évaluer la couverture vaccinale. Un résident a été considéré comme vacciné s'il avait reçu une dose de vaccin au cours

des cinq années précédentes, le fait de relever des recommandations vaccinales étant laissé à l'appréciation de son médecin.

Une analyse descriptive a été réalisée. Les données ont été comparées entre chaque type d'établissements et globalement sur les deux années.

Les données ont été saisies et traitées sous Epi-info version 6.04dfr.

3. Résultats

3.1 TAUX DE PARTICIPATION DES EHPA DE LA RÉGION PACA

Les courriers ont été envoyés à 788 établissements en Paca dont 48 ont été exclus par la suite pour les raisons suivantes : 41 étaient fermés, 3 n'étaient pas encore ouverts et 4 n'étaient pas des Ehpa (établissements de soins de suite et de réadaptation, handicap, convalescence). Le courrier n'a pas été envoyé à 4 établissements en raison de leur ouverture trop récente.

Six questionnaires n'ont pas pu être exploités car ils englobaient chacun deux structures, soit 12 Ehpa répondants. L'analyse a porté sur 496 des 740 établissements en activité, soit un taux de participation de 67 % (figure 2).

Le nombre total de résidents hébergés dans les Ehpa participants était de 30 953 et le nombre moyen par Ehpa de 62 [extrêmes de 8 à 238 résidents].

Pour la saison 2006-2007, l'analyse montre des taux de participation comparables entre les départements ($p=0,23$). En comparaison avec la saison précédente, le taux de participation a augmenté dans tous les départements (tableau 4).

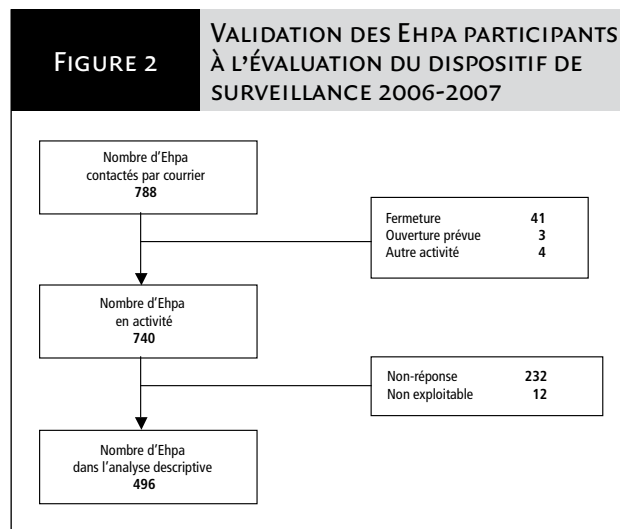


TABLEAU 4 TAUX DE PARTICIPATION DES EHPA PAR DÉPARTEMENT, RÉGION PACA, SAISON 2006-2007

Département	Nombre d'établissements contactés	Nombre d'établissements participants	Taux de participation	
			2006-2007	Rappel 2005-2006
Alpes-de-Haute Provence	44	26	59 %	34 %
Hautes-Alpes	26	19	73 %	50 %
Alpes-Maritimes	214	145	68 %	41 %
Bouches-du-Rhône	201	124	62 %	38 %
Var	170	119	70 %	34 %
Vaucluse	85	63	74 %	42 %
Total	740	496	67 %	39 %

La proportion d'Ehpa ayant donné une adresse électronique s'élevait à 71 %.

Comparé à 2005-2006, le taux de participation à l'enquête en 2006-2007 a augmenté pour chaque type d'établissement. Les taux de participation sont élevés pour les MR et les LF. En revanche, pour les USLD, le taux, bien qu'en progression, reste bien inférieur (tableau 5).

Seule une des trois résidences d'hébergement temporaire répertoriées a participé à l'enquête. Cet établissement a été assimilé, pour le reste de l'analyse, à une MR.

Le taux de participation des Ehpa ne variait pas significativement selon que les Ehpa soient de statut public (65 %) ou privé (68 %).

TABLEAU 5 TAUX DE PARTICIPATION PAR TYPE D'EHPA, RÉGION PACA, SAISON 2006-2007

Type d'établissement	Nombre d'établissements contactés	Nombre d'établissements participants	Taux de participation	
			2006-2007	Rappel 2005-2006
Maison de retraite	555	382	69 %	41 %
Résidence d'hébergement temporaire	3	1	33 %	0 %
Logement-foyer	122	84	69 %	38 %
USLD	60	29	48 %	24 %
Total	740	496	67 %	39 %

3.2 REPRÉSENTATIVITÉ DES EHPA EN RÉGION PACA

La distribution par département des Ehpas ayant répondu était comparable à celle des Ehpas recensés dans la région ($p=0,9$). Il en est de même pour la répartition selon le statut public/privé avec respectivement 33 % et 34 % ($p=0,8$).

Concernant la distribution par type d'Ehpa, on notait aussi une bonne représentativité des Ehpas ayant répondu par rapport à l'ensemble de ces établissements en Paca ($p=0,2$) :

- les MR représentaient 72 % des répondants alors qu'elles constituent 76 % des Ehpas en Paca ;
- les LF et les USLD représentaient respectivement 17 % et 6 % des répondants, alors qu'en Paca, ces chiffres s'élèvent à 16 et 8 %.

3.3 SITUATION ADMINISTRATIVE DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS

Concernant les informations administratives collectées, l'analyse a montré de fortes disparités entre les types de structures considérées.

Ainsi, parmi les 496 Ehpas qui ont répondu :

- 54 % avaient signé une convention tripartite les habilitant en tant qu'Ehpad et 15 % étaient en cours de signature. La proportion

d'établissements ayant signé une convention tripartite était plus élevée dans les MR que dans les autres types d'établissements (tableau 6a) ;

- 63 % avaient un médecin coordonnateur, condition préalable à la signature de la convention. Cette proportion s'élevait à plus de 70 % dans les MR et les USLD, ces dernières étant les structures les plus médicalisées hébergeant des résidents dépendants ;
- en cas de besoin, 61 % disposaient de l'appui d'un Réseau de lutte contre les infections nosocomiales (Rlin). Ce chiffre atteint 100 % dans les USLD car il s'agit d'établissements sanitaires ayant obligation d'être en lien avec ce type de réseau.

Entre 2005-2006 et 2006-2007, le nombre global d'établissements participants ayant signé une convention tripartite a peu augmenté hormis dans les USLD (tableau 6b).

La proportion d'Ehpas ayant un médecin coordonnateur parmi les répondants est identique entre les deux années.

En revanche, le nombre d'établissements ayant établi une relation avec un Rlin a quasiment doublé entre 2005-2006 et 2006-2007, principalement dans les MR, les USLD étant déjà à 100 % en 2005-2006.

Caractéristiques	Maison de retraite		Logement-foyer		USLD		Total	
	n*	oui	n*	oui	n*	oui	n*	oui
	Convention Ehpad	382	64 %	84	7 %	28	57 %	494
Médecin coordonnateur	382	73 %	84	16 %	29	72 %	495	63 %
Relation avec un Rlin	293	67 %	68	19 %	29	100 %	390	61 %

* Nombre de répondants.

Caractéristiques	Maison de retraite			Logement-foyer			USLD			Total		
	05/06	06/07	p	05/06	06/07	p	05/06	06/07	p	05/06	06/07	p
	Convention Ehpad ^a	59 %	64 %	NS	7 %	7 %	NS	21 %	57 %	<0,05	49 %	54 %
Médecin coordonnateur ^a	71 %	73 %	NS	21 %	16 %	NS	73 %	72 %	NS	63 %	63 %	NS
Relation avec un Rlin ^a	37 %	67 %	<0,05	7 %	19 %	NS	100 %	100 %	NS	36 %	61 %	<0,05

^a Données manquantes.

NS : variation non statistiquement significative entre 2005-2006 et 2006-2007.

3.4 PRÉPARATION DES EHPA AUX RISQUES DE SURVENUE DE CAS GROUPÉS D'IRA

Un système de surveillance des IRA était en place au cours de l'hiver 2006-2007 dans 66 % des EHPa, essentiellement dans les MR et les USLD (tableau 7a). Parmi ceux qui avaient un système de surveillance, 78 % avaient utilisé le système proposé par le groupe de travail.

Les affiches à destination du personnel et des visiteurs qui étaient proposées ont été utilisées par 59 % des EHPa participants.

Soixante-dix-huit pour cent des EHPa avaient constitué un stock de masques. À noter que 28 des 29 USLD répondants parmi les 60 contactés en disposaient. L'USLD qui a déclaré ne pas avoir de stock de masques dépendait d'un centre hospitalier. Les types de masques disponibles étaient :

- des masques FFP2 pour 73 % d'entre eux ;
- des masques chirurgicaux pour 60 % d'entre eux ;
- des masques simples et divers pour 32 % d'entre eux.

Soixante-dix pour cent des EHPa ont déclaré avoir identifié un laboratoire pouvant effectuer des tests de diagnostic rapides de la grippe (97 % pour les USLD). Sept pour cent des MR et 4 % des USLD ont déclaré avoir effectué des tests de diagnostic rapide.

Caractéristiques	Maison de retraite		Logement-foyer		USLD		Total	
	n ^a	oui ^b	n ^a	oui ^b	n ^a	oui ^b	n ^a	oui ^b
Système de surveillance des IRA	364	71 %	75	39 %	26	77 %	465	66 %
proposée par le groupe de travail	247	79 %	27	70 %	20	75 %	294	78 %
Mesures de contrôle								
Stock de masques	374	84 %	79	46 %	29	97 %	482	78 %
Identification d'un laboratoire	360	74 %	73	43 %	29	97 %	462	70 %
Tests rapides de grippe effectués	376	7 %	78	1 %	28	4 %	482	6 %
Matériel de prévention								
Affiches	364	57 %	72	71 %	27	44 %	463	59 %

^a Nombre d'EHPa ayant répondu (données manquantes).

^b % de réponses positives par rapport au nombre d'EHPa ayant répondu.

Le nombre d'EHPa ayant déclaré avoir mis en place un dispositif de surveillance des IRA durant l'hiver 2006-2007 est plus élevé qu'en 2005-2006 (tableau 7b). En revanche, et bien que non confirmée statistiquement, la proportion d'USLD ayant mis en place un système de surveillance des IRA baisse entre 2005-2006 et 2006-2007.

D'une année sur l'autre, les EHPa ont été plus nombreux à utiliser les affiches de prévention, avoir un stock de masques et avoir identifié un laboratoire pouvant réaliser des tests rapides de la grippe. En revanche, la proportion d'établissements ayant réalisé des tests rapides de la grippe reste inchangée.

Caractéristiques	Maison de retraite ^a			Logement-foyer ^a			USLD ^a			Total		
	05/06	06/07	p	05/06	06/07	p	05/06	06/07	p	05/06	06/07	p
Système de surveillance des IRA	63 %	71 %	<0,05	16 %	39 %	<0,05	87 %	77 %	NS	57 %	66 %	<0,05
proposée par le groupe de travail	78 %	79 %	NS	57 %	70 %	NS	73 %	75 %	NS	76 %	78 %	NS
Mesures de contrôle												
Stock de masques	65 %	84 %	<0,05	27 %	46 %	<0,05	93 %	97 %	NS	61 %	78 %	<0,05
Identification d'un laboratoire	41 %	74 %	<0,05	11 %	43 %	<0,05	60 %	97 %	<0,05	37 %	70 %	<0,05
Tests rapides de grippe effectués	8 %	7 %	NS	0 %	1 %	NS	7 %	4 %	NS	7 %	6 %	NS
Matériel de Prévention												
Affiches	52 %	57 %	NS	45 %	71 %	<0,05	40 %	44 %	NS	51 %	59 %	<0,05

^a Données manquantes.

NS : variation non statistiquement significative entre 2005-2006 et 2006-2007.

3.5 COUVERTURE VACCINALE ANTIGRIPPALE

3.5.1 Couverture vaccinale antigrippale des résidents

La couverture vaccinale pour l'ensemble des résidents hébergés en Ehpa s'élevait à 91 % (tableau 8a). Elle était inférieure dans les LF (84 %) où les résidents sont autonomes et en général suivis médicalement par leur médecin traitant ne dépendant pas de l'établissement.

Elle variait selon le statut de l'établissement, les établissements privés ayant une meilleure couverture vaccinale que les établissements publics ($p < 0,01$). Elle variait également selon les départements, de l'ordre de 88 % dans les Alpes-de-Haute-Provence à 92 % dans le Vaucluse ($p < 0,001$).

La couverture vaccinale tendait à diminuer en fonction de la taille de l'Ehpa, ceux de petite taille étant mieux couverts et cela, quel que soit le type d'établissement (χ_2 de tendance $p < 10^{-5}$).

Caractéristiques	COUVERTURE VACCINALE ANTIGRIPPALE DES RÉSIDENTS EN EHPA, RÉGION PACA, SAISON 2006-2007 (N=449 EHPA)							
	Maison de retraite		Logement-foyer		USLD		Total	
	Nombre total résidents	% vaccination	Nombre total résidents	% vaccination	Nombre total résidents	% vaccination	Nombre total résidents	% vaccination
Total	23 964	91	2 667	84	1 772	92	28 403	90
Statut juridique								
Privé	16 829	92	1 710	83	302	99	18 841	92
Public	7 135	88	957	86	1 470	90	9 562	88
Département								
Alpes-de-Haute-Provence	1 278	87	86	87	59	95	1 423	88
Hautes-Alpes	705	90	116	86	344	94	1 165	91
Alpes-Maritimes	6 575	93	371	60	602	90	7 548	91
Bouches-du-Rhône	6 926	91	778	86	60	90	7 764	91
Var	5 713	90	527	88	392	89	6 632	89
Vaucluse	2 767	92	789	90	315	94	3 871	92
Taille de l'Ehpa								
0 à 24 résidents	929	96	33	100	76	93	1 038	96
25 à 49 résidents	3 063	95	468	91	293	92	3 824	94
50 à 74 résidents	6 001	92	864	81	405	92	7 270	90
75 à 99 résidents	8 389	90	979	80	357	87	9 725	89
Plus de 100 résidents	5 582	89	323	91	641	93	6 546	90
Convention Ehpac*								
oui	17 970	90	461	88	1 090	92	19 521	90
non	2 288	94	2 206	83	483	89	4 977	89
en cours	3 503	93	-	-	169	96	3 672	93
Médecin coordonnateur*								
oui	19 382	91	860	80	1 228	92	21 470	90
non	4 379	93	1 807	86	544	91	6 730	91
Relation avec un Rlin*								
oui	12 715	91	789	81	1 772	92	15 276	91
non	5 652	92	1 423	86	-	-	7 075	91

* Données manquantes.

La couverture vaccinale des résidents contre la grippe a augmenté entre 2005-2006 et 2006-2007 ($p < 0,05$ - tableau 8b).

En 2005, la couverture vaccinale est restée stable dans les structures ayant signé une convention tripartite ou disposant d'un médecin coordonnateur ou étant en relation avec un Rlin.

Cette augmentation s'observe dans le secteur privé ($p < 10^{-5}$) et est plus marquée dans certains départements, notamment dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse.

Caractéristiques	ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE ANTIGRIPPALE DES RÉSIDENTS EN ÉHPA ENTRE 2005-2006 ET 2006-2007			
	Total			
	2005-2006 (277 EHPA)		2006-2007 (449 EHPA)	
	Nombre total de résidents	% vaccination	Nombre total de résidents	% vaccination
Total	17 137	89	28 403	90
Statut juridique				
Privé	11 653	89	18 841	92
Public	5 484	89	9 562	88
Département				
Alpes-de-Haute-Provence	765	89	1 423	88
Hautes-Alpes	718	90	1 165	91
Alpes-Maritimes	4 772	90	7 548	91
Bouches-du-Rhône	5 388	88	7 764	91
Var	3 071	89	6 632	89
Vaucluse	2 423	89	3 871	92
Taille de l'EHPA				
0 à 24 résidents	696	92	1 038	96
25 à 49 résidents	2 434	92	3 824	94
50 à 74 résidents	5 327	88	7 270	90
75 à 99 résidents	4 826	89	9 725	89
Plus de 100 résidents	3 854	89	6 546	90
Convention EHPAD				
oui	10 019	91	19 521	90
non	5 568	86	4 977	89
en cours	1 095	87	3 672	93
Médecin coordonnateur				
oui	12 452	89	21 470	90
non	4 417	88	6 730	91
Relation avec un Rlin				
oui	6 573	91	15 276	91
non	9 726	87	7 075	91

3.5.2 Couverture vaccinale antigrippale du personnel

La couverture vaccinale pour l'ensemble des personnels en Ehpa s'élevait à 40 % (tableau 9a). Elle était inférieure dans les USLD, bien que ces structures soient les plus médicalisées. C'est dans les maisons de retraite qu'elle était significativement la plus élevée.

Elle variait selon le statut de l'établissement, les établissements privés ayant une meilleure couverture vaccinale que les établissements publics ($p < 10^{-5}$). Elle variait également selon les départements, allant de 48 % pour le Var à 21 % pour les Hautes-Alpes.

La couverture vaccinale tendait à diminuer en fonction de la taille de l'Ehpa, hormis pour les USLD, les établissements de petite taille étant mieux couverts (tests de tendance significatifs (χ^2 de tendance $p < 10^{-5}$)).

Caractéristiques	Maison de retraite		Logement-foyer		USLD		Total	
	Nombre total personnel	% vaccination	Nombre total personnel	% vaccination	Nombre total personnel	% vaccination	Nombre total personnel	% vaccination
Total	10 754	43	728	32	1 470	22	12 952	40
Statut juridique								
Privé	6 840	50	509	36	241	41	7 590	49
Public	3 914	31	219	25	1 229	18	5 362	28
Département								
Alpes-de-Haute-Provence	637	28	29	38	53	21	719	28
Hautes-Alpes	477	21	-	-	324	20	801	21
Alpes-Maritimes	2 944	38	35	46	547	20	3 526	35
Bouches-du-Rhône	2 820	45	316	33	33	45	3 169	44
Var	2 950	52	184	38	350	24	3 484	48
Vaucluse	926	48	164	23	163	25	1 253	42
Taille de l'Ehpa								
0 à 24 résidents	372	59	16	50	138	29	526	51
25 à 49 résidents	1 471	48	187	44	540	17	2 198	40
50 à 74 résidents	2 296	44	228	32	337	21	2 861	40
75 à 99 résidents	4 242	44	224	28	137	42	4 603	43
Plus de 100 résidents	2 373	35	73	15	318	20	2 764	33
Convention Ehpac								
oui	8 699	42	93	40	1 114	19	9 906	40
non	902	57	635	31	255	38	1 792	45
en cours	1 153	38	-	-	101	16	1 254	36
Médecin coordonnateur								
oui	9 218	43	177	36	1 242	20	10 637	40
non	1 536	43	551	31	228	33	2 315	39
Relation avec un Rlin*								
oui	5 957	43	118	20	1 470	22	7 545	39
non	2 208	48	458	34	-	-	2 666	45

* Données manquantes.

La couverture vaccinale variait selon les catégories de personnel travaillant dans les Ehpa, les soignants étant les mieux protégés ($p < 0,05$). Cette couverture pour le personnel administratif et des services généraux (19 % des effectifs) s'élevait à 39 %, pour le personnel hôtelier (ASH et restauration, soit 36 % des effectifs) à 39 % et pour le personnel soignant (médicaux et paramédicaux, soit 45 % des effectifs) à 43 %.

La couverture vaccinale antigrippale du personnel est restée stable entre 2005-2006 et 2006-2007 (tableau 9b). Cependant, cette relative stabilité cachait de fortes variations selon les critères d'analyse, notamment selon la taille de l'Ehpa.

Ainsi, alors que la couverture vaccinale a augmenté pour les personnels du secteur privé, elle a diminué pour ceux du secteur public. De même, tous les départements à l'exception du Var ont vu la couverture vaccinale du personnel diminuer d'une année à l'autre.

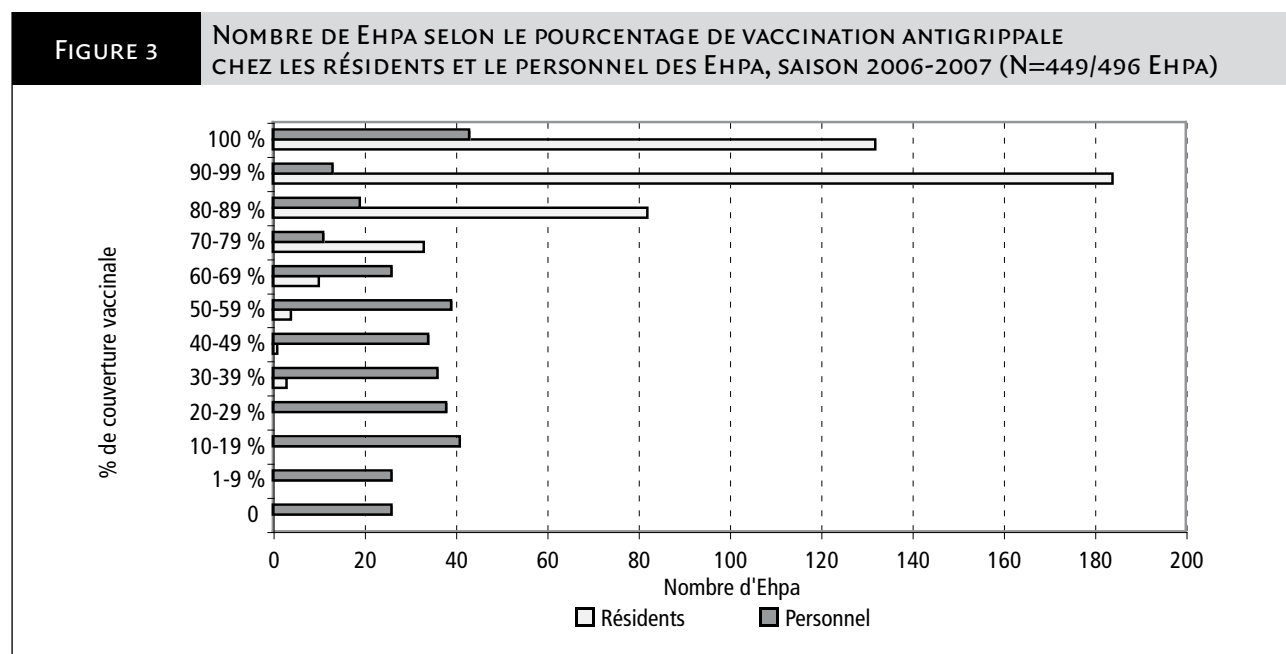
Que les établissements aient ou non signé une convention tripartite et qu'ils aient été ou non en relation avec un Rlin, la couverture vaccinale antigrippale du personnel de ces établissements est restée relativement stable. En revanche, cette couverture tend à baisser dans les Ehpa n'ayant pas de médecin coordinateur.

Caractéristiques	ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE ANTIGRIPPALE CHEZ LE PERSONNEL ENTRE 2005-2006 ET 2006-2007			
	2005-2006 (235 Ehpa)		2006-2007 (352 Ehpa)	
	Nombre total personnel	% vaccination	Nombre total personnel	% vaccination
Total	7 960	40	12 952	40
Statut juridique				
Privé	4 856	47	7 590	49
Public	3 104	29	5 362	28
Département				
Alpes-de-Haute-Provence	390	31	719	28
Hautes-Alpes	339	45	801	21
Alpes-Maritimes	2 345	37	3 526	35
Bouches-du-Rhône	2 239	46	3 169	44
Var	1 467	34	3 484	48
Vaucluse	1 180	43	1 253	42
Taille de l'Ehpa				
0 à 24 résidents	356	44	526	51
25 à 49 résidents	1 224	43	2 198	40
50 à 74 résidents	2 586	36	2 861	40
75 à 99 résidents	2 041	45	4 603	43
Plus de 100 résidents	1 753	38	2 764	33
Convention Ehpac				
oui	5 118	39	9 906	40
non	2 276	43	1 792	45
en cours	325	32	1 254	36
Médecin coordonnateur				
oui	6 355	39	10 637	40
non	1 605	44	2 315	39
Relation avec un Rlin				
oui	3 648	38	7 545	39
non	3 837	44	2 666	45

3.5.3 Répartition des taux de vaccination antigrippale dans les Ehpa

La couverture vaccinale antigrippale chez les résidents était inférieure à 50 % dans seulement 1 % des 449 Ehpa répondants. En revanche, elle atteignait 90 % dans 70 % des Ehpa, avec 30 % ayant atteint les 100 %.

La couverture vaccinale chez les personnels était inférieure à 42 % dans la moitié des 352 Ehpa répondants. Huit pour cent des Ehpa avaient une couverture de vaccination antigrippale nulle.



3.6 COUVERTURE VACCINALE ANTIPNEUMOCOCCIQUE DES RÉSIDENTS

La couverture vaccinale pour tous les résidents hébergés en Ehpa était de 21 %, plus élevée dans les USLD et inférieure dans les LF (tableau 10).

Elle variait selon statut de l'établissement, et à l'opposé de la couverture vaccinale antigrippale, les établissements privés avaient

une couverture vaccinale moins bonne que les établissements publics répondants ($p < 10^{-5}$). Elle variait également selon les départements avec, en Vaucluse, une couverture largement supérieure à celle des autres départements.

La couverture vaccinale antipneumococcique, à l'inverse de la couverture vaccinale antigrippale, augmentait avec la taille de l'Ehpa, particulièrement dans les maisons de retraite (χ_2 de tendance $p < 10^{-5}$).

Caractéristiques	Maison de retraite		Logement-foyer		USLD		Total	
	Nombre total résidents	% vaccination	Nombre total résidents	% vaccination	Nombre total résidents	% vaccination	Nombre total résidents	% vaccination
Total	19 450	21	1 141	5	1 559	30	22 150	21
Statut juridique								
Privé	13 245	21	808	4	228	1	14 281	19
Public	6 205	23	333	6	1 331	35	7 869	24
Département								
Alpes-de-Haute-Provence	850	2	-	-	59	0	909	2
Hautes-Alpes	639	4	-	-	344	35	983	15
Alpes-Maritimes	5 419	19	80	1	568	18	6 067	19
Bouches-du-Rhône	5 315	23	459	5	60	5	5 834	21
Var	4 761	18	237	0	253	17	5 251	17
Vaucluse	2 466	40	365	8	275	75	3 106	40
Taille de l'Ehpa								
0 à 24 résidents	720	19	33	0	76	16	829	18
25 à 49 résidents	2 466	18	161	11	179	3	2 806	17
50 à 74 résidents	4 992	19	439	5	405	54	5 836	20
75 à 99 résidents	6 565	19	401	3	258	17	7 224	18
Plus de 100 résidents	4 707	29	107	4	641	30	5 455	29
Convention Ehpad*								
oui	14 838	23	122	14	911	25	15 871	23
non	1 715	14	1 019	4	449	34	3 183	14
en cours	2 694	13	-	-	169	57	2 863	15
Médecin coordonnateur*								
oui	16 199	22	393	10	1 114	18	17 706	22
non	3 048	12	748	2	445	63	4 241	15
Relation avec un Rlin*								
oui	10 642	24	213	1	1 559	30	12 414	24
non	4 588	14	645	1	-	-	5 233	12

* Données manquantes.

3.7 BILAN DES CAS GROUPÉS ET DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE DES IRA

3.7.1 Bilan des cas groupés d'IRA

Surveillance hivernale

Au cours de la saison hivernale 2006-2007, quatre Ehpa ont signalé à la Ddass la survenue d'un épisode de cas groupés d'IRA. Le signalement est intervenu en moyenne 6,5 jours après l'apparition du premier cas [étendue : 1-11 jours]. Ces quatre Ehpa étaient des maisons de retraite n'ayant pas signé la convention tripartite et disposaient chacun d'un médecin coordonnateur. Aucun des épisodes signalés ne présentait de critères de gravité, le fait de signaler semblant plus lié à l'adhésion du personnel (médecin ou encadrant) de signaler ce type d'événements.

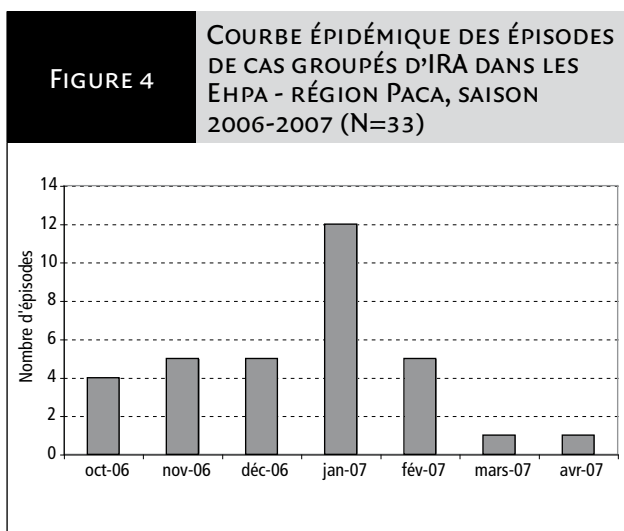
Enquête rétrospective

Au cours de l'enquête rétrospective, 24 Ehpa, dont les 4 ayant signalé au cours de l'hiver, ont déclaré avoir eu des foyers d'IRA apparus entre octobre 2006 et avril 2007. Une déclaration a été exclue pour non-respect des critères de définition de cas groupés d'IRA.

Au total, 23 Ehpa (4,6 %) ont déclaré avoir eu au moins un épisode groupé d'IRA au cours de l'hiver 2006-2007. Ces 23 Ehpa étaient tous des maisons de retraite.

Le nombre total d'épisodes de cas groupés rapporté d'octobre 2006 à avril 2007 s'élevait à 33, certains Ehpa ayant subi 2, voire 3 épisodes bien distincts au cours de l'hiver. Tous correspondaient à la définition de cas groupés d'IRA (figure 4). Ces épisodes ont duré 16 jours en moyenne [de 5 à 53 jours]. La grande majorité des épisodes est survenue au début de la saison grippale, alors que les données du réseau Sentinelles montrent que l'épidémie de grippe a sévi surtout de janvier à mi-mars 2007, soit plus tardivement dans la saison.

Des critères de gravité ont été retrouvés pour deux épisodes : pour l'un, il s'agissait d'une absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle, et pour l'autre, de cinq nouveaux cas survenus le même jour. En revanche, aucune investigation n'a été menée et ces épisodes ont été gérés en interne.



Avec 305 résidents malades sur 2 373 résidents, le taux d'attaque moyen parmi les résidents par épisodes était de 13 % [étendue : 4 %-55 %]. Parmi les cas, 2 % avaient été hospitalisés (7 hospitalisations en provenance du même Ehpa). La létalité avait atteint 1 % (3 décès).

Onze établissements ont déclaré 16 épisodes de cas groupés associant des résidents et des personnels malades. Cinquante-trois membres du personnel ont été malades. Le taux d'attaque moyen des personnels par épisodes, pour 19 des 23 Ehpa répondants, s'élevait à 3,4 % [de 0 à 31 %] (43 sur 1 257 personnels). Quinze personnes ont bénéficié d'un arrêt de travail (28 %) au sein de 4 établissements.

3.7.2 Description de la prise en charge

Lors du recueil des informations, tous les items n'ont pas pu être renseignés par tous les 23 Ehpa concernés.

- Quinze sur les 23 Ehpa ont déclaré avoir la possibilité d'effectuer des tests rapides de la grippe dans un laboratoire extérieur. Un seul établissement a réalisé des tests dans le cadre d'une recherche étiologique complète, virologique et bactériologique. Les résultats se sont révélés négatifs.
- Un établissement a prescrit du Tamiflu®, sans réalisation préalable de test rapide de la grippe. Il n'a pas été possible de savoir si cette prescription était à visée prophylactique ou curative.
- Neuf établissements sur 17 répondants ont déclaré avoir mis des mesures d'isolement en place face aux cas groupés d'IRA. Trois de ces établissements ont considéré qu'il s'agissait d'une mesure difficile pour les raisons suivantes :
 - souffrance psychologique des malades isolés ;
 - résidents désorientés déambulant malgré l'isolement ;
 - problème logistique engendré par de nombreuses chambres doubles ;
 - difficultés d'organisation impliquant une charge de travail supplémentaire, principalement pour le port des repas en chambre.
- Aucun report d'admission n'a eu lieu suite à des cas groupés. Tous les établissements ont fait remarquer que cette mesure n'avait pas eu lieu d'être puisqu'ils étaient complets.
- Des mesures de restriction des visites ont été mises en place dans 4 établissements sur 11 ayant répondu.
- Le lavage systématique des mains avec un savon antiseptique ainsi que l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique étaient pratiqués par le personnel dans 13 établissements répondants à cette question. Pour deux de ces Ehpa, il s'agissait d'une mesure permanente.
- Des gants étaient portés au cours des soins pratiqués aux résidents malades dans 10 établissements sur 12 répondants.
- Des instructions étaient données pour le port de masque par le personnel pendant les soins aux résidents malades dans 9 établissements sur 13 répondants. Toutefois, un établissement a signalé qu'il s'agissait d'une mesure difficile, qui effrayait souvent les résidents. Un autre a précisé que le port du masque par le personnel n'était demandé que lorsqu'un membre du personnel était lui-même malade. Parmi les quatre établissements répondants n'ayant pas utilisé de masque, trois ont déclaré disposer d'un stock de masques pour la grippe.

3.8 BILAN DES CAS GROUPÉS ET DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE DES GEA

3.8.1 Bilan des cas groupés des GEA

Au total, 50 Ehpa ont déclaré avoir été confrontés à 55 foyers de GEA durant l'hiver 2006-2007. Aucun de ces foyers n'a fait l'objet d'un signalement à la Ddass.

Parmi ces 50 Ehpa, 44 ont fourni des compléments d'informations relatifs à 49 foyers de GEA. Les dates de début et de fin de ces épisodes n'étaient pas suffisamment précises pour calculer leur durée moyenne.

Le taux d'attaque moyen des résidents par épisode était de 28 % (962 malades sur 3 473 résidents).

L'information sur le nombre de membres du personnel malades a été fournie pour 34 établissements et pour un total de 38 épisodes. Un total de 164 membres du personnel a été malade. Le taux d'attaque moyen par épisode pour 31 Ehpa sur les 34 répondants était de 11 % (153 malades sur 1 418 membres du personnel).

Aucune complication n'a été rapportée.

3.8.2 Description de la prise en charge des GEA

Quarante-trois Ehpa ont pu être contactés rétrospectivement pour obtenir une description de la prise en charge de ces épisodes, mais les informations retrouvées ont été souvent incomplètes pour diverses raisons (changement d'équipe, cahiers incomplets, peu de souvenirs de l'épisode...).

Seuls 9 établissements ont déclaré avoir réalisé des prélèvements de selles pour recherche étiologique. Trois résultats ont été retrouvés positifs pour du rotavirus (2 fois) et du colibacille (une fois).

Quinze établissements ont dit avoir mis en place et respecté les mesures hygiéniques recommandées et les mesures diététiques et hydriques adaptées.

Huit établissements ont déclaré avoir isolé les patients atteints de GEA, mais quatre d'entre eux ont précisé que ces mesures étaient difficiles (résidents déambulateurs porteurs de la maladie d'Alzheimer, souffrance psychologique, problème de place).

Ils ont en outre signalé des difficultés supplémentaires engendrées par ces épisodes :

- dans la préparation des repas ;
- pour les mesures de réhydratation ;
- avec un surcoût dû à l'achat de matériel supplémentaire (changes des résidents et notamment les couches) ;
- avec des perturbations dans l'organisation des soins devant le manque de moyens humains, le surcroît de travail et l'absentéisme augmenté du personnel lors de ces épidémies.

3.9 BILAN DES CAS GROUPÉS DE GALE

3.9.1 Bilan des cas groupés de gale

Quatre Ehpa, tous maisons de retraite, ont déclaré avoir été confrontés à une épidémie de gale au cours de la saison hivernale. Trois ont pu fournir des compléments d'information.

Ces trois épidémies de gale avaient été signalées à la Ddass.

Le taux d'attaque moyen des résidents était de 4,5 % (14 contaminés sur 313 résidents) et celui du personnel de 4,6 % (9 contaminés sur 193 membres du personnel).

3.9.2 Description de la prise en charge des gales

Pour chacune des trois épidémies, les difficultés suivantes ont été mentionnées :

- 1/ - des difficultés d'approvisionnement en Stromectol®,
 - une difficulté de convaincre le médecin du travail de la nécessité d'une prévention générale,
 - un appui du parasitologue du CHU local qui s'est déplacé,
 - quelques cas d'allergies au Stromectol® signalés à la pharmacovigilance ;
- 2/ - la mise en isolement des résidents, d'autant plus que l'affection touchait certains résidents déambulateurs, porteurs de la maladie d'Alzheimer ;
- 3/ - la nécessité de convaincre une famille qui, devant le terme de gale, voulait aviser la presse,
 - la mise en place du traitement sur 2 jours pour les résidents et le personnel,
 - des frais importants engendrés et engagés par un Ehpa : 2 200 euros de surcoût pour les produits (Stromectol® et Ascabiol®) et le matériel (blouses, masques...), sans compter les heures supplémentaires effectuées par le personnel,
 - l'administration d'un traitement préventif à toute nouvelle personne issue de collectivité (hôpital, autres Ehpad) dans un Ehpa.

4. Discussion

Pour la deuxième année consécutive en région Paca, une enquête a été menée afin d'évaluer les mesures mises en place dans le cadre d'un projet visant à réduire la mortalité et la morbidité due aux IRA et plus particulièrement la grippe chez les personnes âgées résidentes en Ehpa. Ce projet global visait, d'une part, à fournir aux établissements des outils de prévention, de surveillance et de prise en charge des personnes âgées, d'autre part, à développer la culture du signalement d'événements de santé afin de favoriser une intervention précoce.

Un taux élevé de participation à l'enquête

Le taux de participation à l'évaluation du dispositif pour la saison hivernale 2006-2007 a été de 68 %, taux nettement supérieur à celui de 2005-2006, qui était de 39 %. Cette augmentation peut être attribuée à la fois à une relance effectuée par courrier auprès des établissements qui n'avaient pas répondu dans un premier temps à l'enquête, mais aussi peut-être par une familiarisation plus grande au dispositif. Ce taux de participation en hausse a en outre contribué à la mise à jour de la base de référence Finess ainsi qu'à l'actualisation des adresses électroniques pour les Ehpa qui en disposent.

Pour les USLD, le taux de participation a été meilleur que l'année précédente, mais reste faible comparé aux autres types d'établissements. Dans la mesure où les USLD dépendent le plus souvent de structures hospitalières et ont un service administratif commun, il est possible que les courriers suivent un circuit inapproprié pour arriver au bon destinataire.

Comme cela a été signalé, les résidences d'hébergement temporaire, peu nombreuses dans la région, ne figurent pas dans la présentation de résultats puisqu'une seule de ces résidences sur les trois répertoriées a participé à l'enquête. Cette structure a été assimilée aux maisons de retraite car ce mode d'hébergement et le profil des résidents accueillis restent proches de ce type d'établissement, à la différence que les résidents y séjournent pour des durées de temps plus courtes. D'ailleurs, un certain nombre de places réservées à des hébergements transitoires sont souvent disponibles dans les maisons de retraite.

La distribution des Ehpa participants était représentative des établissements identifiés dans la région et ceci, par département, par statut public ou privé et par type d'Ehpa. Le taux élevé de participation et la bonne représentativité vis-à-vis des établissements de la région ont permis une interprétation robuste des informations collectées.

Une préparation accrue des établissements

La proportion des Ehpa affirmant avoir mis en place un système de surveillance des IRA a progressé entre les saisons hivernales 2005-2006 et 2006-2007, passant de 57 % à 66 %. Il en va de même pour la constitution d'un stock de masque et l'identification d'un laboratoire référent pouvant réaliser des tests rapides de la grippe. En revanche, l'utilisation des tests de diagnostic rapides pour la grippe reste très limitée, ceux-ci semblant même encore méconnus. Trois médecins ont demandé par téléphone des explications sur ces tests qu'ils

ne connaissaient pas. De plus, les recherches étiologiques pour les IRA ne font pas partie de la pratique courante dans les Ehpa, les résidents étant le plus souvent d'emblée traités par antibiotiques, avec des schémas thérapeutiques différents particulièrement dans les établissements où les résidents sont suivis individuellement par leur médecin traitant.

Durant l'hiver 2006-2007, les outils de prévention, d'auto-surveillance, de signalement et de contrôle des cas groupés d'IRA ont été mis à disposition *via* Internet. Ceci a pu restreindre en partie la participation des acteurs à ce dispositif, ces derniers n'étant pas toujours équipés adéquatement pour télécharger les documents. Ce mode de communication n'est pas apparu comme approprié à tous les Ehpa et des alternatives doivent être offertes aux Ehpa pour disposer de ces outils.

Une couverture vaccinale antigrippale satisfaisante chez les résidents mais insuffisante parmi le personnel

La couverture vaccinale antigrippale des résidents en 2006-2007 était globalement élevée et similaire à celle de l'année précédente. Dans près d'un tiers des Ehpa, tout le personnel était vacciné.

Dans les maisons de retraite où étaient hébergés 84 % des résidents de l'étude, le taux de vaccination était de 91 %. Dans les logements-foyers, elle a été difficile à estimer précisément car le personnel remplissant le questionnaire ne dispose pas nécessairement de l'information, les résidents étant en général suivis médicalement à l'extérieur de l'établissement par des médecins libéraux. Il est cependant peu probable qu'elle ait été surestimée, les données n'étant fournies que si l'information était disponible. À l'inverse, dans les USLD, elle était élevée (92 %).

En revanche, concernant le personnel, la couverture vaccinale antigrippale stagne à 40 %, ce qui correspond à celle retrouvée au niveau national, de 38 %, sur les 34 foyers d'IRA répertoriés pour la saison 2006-2007 [6]. Il existe une différence marquée entre les établissements privés et publics, le secteur privé étant mieux couvert. Dans la moitié des Ehpa, la couverture était inférieure à 42 % et même nulle dans 8 % des Ehpa.

Cette couverture vaccinale du personnel a été cependant difficile à évaluer dans tous les Ehpa pour diverses raisons. Lorsque le personnel a été vacciné au cours de séances de vaccination organisées au sein de l'établissement, l'information était disponible. Mais lorsque cette vaccination avait fait l'objet d'une initiative personnelle, elle n'était pas nécessairement connue et documentée dans l'établissement. En 2007, les données de vaccination antigrippale ont été recueillies et analysées par catégorie de personnel (administratif, hôtelier et soignant). En effet, des catégories, comme le personnel administratif dans les grandes structures ne justifient pas impérativement d'être vaccinés, car peu ou pas en contact direct avec les résidents. Cette estimation n'a cependant pas apporté d'information majeure, puisqu'il apparaît qu'avec 43,5 %, la couverture vaccinale chez les personnels

soignants était comparable à la couverture globale et toujours faible. Cette estimation ne devrait pas être reprise dans l'avenir car cela a considérablement alourdi le questionnaire et a justifié de nombreux rappels téléphoniques aux Ehpa afin d'obtenir les informations requises.

Lors des contacts informels avec certains membres du personnel, il semble que les raisons de non-vaccination, outre les contre-indications médicales, soient diverses. Le recours à des médecines alternatives est régulièrement évoqué et le CSHPF a d'ailleurs émis un avis recommandant que, pour la prévention de la grippe, les médicaments homéopathiques ne peuvent se substituer aux vaccins antigrippaux [5,7]. Les raisons de non-vaccination ou de réticences à être vacciné, décrites dans la littérature [8-10] ont d'ailleurs été relatées lors d'entretiens avec des médecins coordonnateurs ou des cadres de santé. Les raisons invoquées allaient de l'oubli de se faire vacciner à la perception d'une toxicité du vaccin ou encore la crainte des effets secondaires. La suspension de l'obligation de vaccination antigrippale des professionnels de santé en octobre 2006 aurait elle aussi contribué aux difficultés de vaccination du personnel contre la grippe hivernale. Une note 4 rappelait que la vaccination altruiste des professionnels de santé et des professionnels en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque, dans un but de protection des populations dont ils ont la charge, demeurait d'actualité et les employeurs étaient invités à la proposer activement dans leurs établissements.

Les enjeux de cette vaccination concernent les résidents et les personnels. Il est avant tout important de rappeler que l'efficacité vaccinale antigrippale est nettement plus faible chez le sujet âgé que chez l'adulte jeune et ne dépasse généralement pas 50 % chez les personnes de plus de 70 ans. D'autre part, aux États-Unis, une étude datant de 2007 concernant plus de 700 000 personnes âgées vivant dans des foyers pour personnes âgées dépendant d'un système d'assurance de santé a montré que sur 10 saisons (1990-2000), la vaccination antigrippale était associée à une réduction de 27 % du risque d'hospitalisation pour pneumonie et grippe et de 48 % de décès parmi ces personnes [11].

Une couverture vaccinale antipneumococcique peu élevée chez les résidents

La couverture vaccinale antipneumococcique des résidents était à 21 %. Dans le département du Vaucluse, elle s'élevait à 40 %, ceci grâce à l'intervention du Conseil général qui, en 2003, avait organisé une campagne de vaccination dans les maisons de retraite du département. Cette couverture était supérieure dans les maisons de retraite de plus de 100 résidents, ce qui peut être lié à la capacité de ces établissements à accueillir des personnes nécessitant une prise en charge plus lourde et donc susceptibles d'être plus candidates à la vaccination. La couverture vaccinale, supérieure également dans les USLD, peut aussi être liée au recrutement différent des patients par rapport aux autres Ehpa.

L'information sur la vaccination antipneumococcique des résidents a été plus difficile à recueillir que pour le vaccin antigrippal car cette vaccination est à renouveler tous les cinq ans. Le statut vaccinal n'était donc pas forcément connu par les répondants, d'autant plus que les résidents pouvaient avoir été accueillis dans l'établissement depuis moins de 5 ans. De plus, cette vaccination est recommandée aux personnes appartenant à certains groupes à risque (notamment insuffisance respiratoire et insuffisance cardiaque) et doit être proposée lors de leur admission dans des structures de soins ou d'hébergement aux personnes à risque qui n'en auraient pas encore bénéficié [5]. Elle ne concerne donc pas tous les résidents, ce qui rend donc le dénominateur difficile à apprécier.

La couverture vaccinale a donc probablement été sous-évaluée, bien qu'une enquête multicentrique menée dans 107 institutions de soins gériatriques en France en 2005 l'ait estimée à 22 %, donc équivalente à celle de la région Paca [12], ce taux concernant les résidents appartenant aux groupes à risques ou non.

Le vaccin, déjà peu coûteux à l'achat, est par ailleurs remboursé à 65 % chez les personnes considérées à risque et celles âgées de plus de 65 ans.

Une culture du signalement à renforcer

Au cours de la surveillance des IRA pendant la saison hivernale, seuls quatre épisodes de cas groupés ont fait l'objet d'un signalement à la Ddass concernée, sur un total de 33 épisodes répertoriés lors de l'évaluation du dispositif. La culture du signalement n'est pas encore intégrée malgré l'appui apporté par la Ddass et la Cire pour l'investigation et le soutien et l'expertise du CCLin en matière d'hygiène. Elle semble plus liée à l'adhésion du personnel qu'à la gravité des épisodes de cas groupés. De plus, selon les critères établis par le CSHPF [3], une investigation aurait été justifiée dans deux Ehpa.

Comparé à la saison 2005-2007, le nombre de cas groupés d'IRA rapporté en Paca est plus élevé en 2006-2007 (6 *versus* 33) [13], augmentation liée avant tout à la plus grande participation des Ehpa à l'enquête. Il y a eu peu d'hospitalisations et de décès. L'incidence de la grippe, hautement responsable des épisodes d'IRA, est restée en effet faible, tout comme l'année précédente. Le réseau Sentinelles et le réseau des Grog ont décrit une épidémie grippale modérée dont la durée et l'intensité sont restées inférieures aux valeurs moyennes de ces dernières années [14] et l'analyse des signalements de foyers d'IRA survenus dans l'ensemble de la France métropolitaine et rapportés à l'InVS montre une diminution de la gravité de ces épisodes comparée aux années antérieures [6].

Les personnels touchés par des IRA l'ont été dans presque la moitié des établissements ayant déclaré rétrospectivement des cas (11 sur 23) et des épisodes (16 sur 33). Ils ont de surcroît pu être à l'origine de l'introduction et de la diffusion des pathologies d'IRA dans les collectivités, ce qui renforce la nécessité de favoriser la vaccination des personnels.

⁴ Note aux directeurs d'établissement de santé et d'établissements médico-sociaux du 11 septembre 2007, sur la vaccination contre la grippe des professionnels de santé et des professionnels en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque, cosignée par la DHOS, le DGS et le DGAS.

Il est à noter que tous les établissements qui ont signalé des épisodes d'IRA étaient des maisons de retraite et avaient un médecin coordinateur.

Le bilan des épisodes de GEA et de gale

Aucun des 55 épisodes de cas groupés de GEA répertoriés n'a été signalé. Une absence de critères de signalement pour les GEA a été relevée et montre l'importance de leur mise en place par les autorités sanitaires). Pour la gale, 3 épisodes notifiés sur 4 avaient fait l'objet d'un signalement à la Ddass. Ces bilans mettent en exergue le peu de signalements effectués à la Ddass. Les établissements interrogés à

ce sujet ont affirmé pouvoir gérer ces épidémies en interne, sans aide extérieure, mais aussi parfois exprimé une certaine méconnaissance de la structure destinataire du signalement et de son rôle.

Quel que soit le type d'épisode infectieux, il a été difficile d'en évaluer l'impact sur le personnel. À distance de l'épisode, le médecin, le cadre ou le directeur remplissant le questionnaire ne se souvenait plus toujours des raisons d'absences du personnel.

Les mesures barrière étaient respectées de façon variable selon les établissements, certaines étant plus facilement applicables que d'autres.

5. Conclusion

Dans la prise en charge des cas groupés, il est nécessaire que les Ehpa améliorent leur dispositif afin de pouvoir rapidement obtenir un diagnostic en vue d'établir un traitement précoce. Des rencontres avec les médecins coordinateurs et personnels encadrants travaillant dans les Ehpa sont à prioriser dans l'avenir afin d'établir une collaboration à part entière entre les différents partenaires.

De manière générale, le signalement dans les Ehpa doit être fortement amélioré. Une information précise sur certaines affections ciblées avec des critères de signalement, de gravité et d'investigation précis engageant l'intervention de la Ddass et des actions avec la Cire et/ou le CClin, tels que ceux élaborés pour les IRA, est à renforcer. Ces trois structures représentent un soutien et une expertise pour les Ehpa.

Obligation ou non, il n'en reste pas moins que le vaccin contre la grippe est la meilleure façon de protéger les patients, notamment

les personnes fragiles, et de réduire le risque d'être contaminé par le virus en rencontrant des personnes infectées. Dans les structures médicalisées, les résidents sont relativement bien vaccinés. Il semble évident que le message de la vaccination des personnes âgées passe de plus en plus auprès des professionnels de santé et de la population en général. Des efforts restent à faire au niveau des structures non médicalisées, où l'on observe encore des couvertures vaccinales peu satisfaisantes et probablement assez proches de celle de la population générale âgée. Enfin, le message de la vaccination altruiste des professionnels de santé et autres personnels ne semble pas avoir vraiment pénétré dans certains établissements pour personnes âgées et dans d'autres institutions hébergeant des personnes fragilisées. Pour cela, un travail de promotion de la vaccination auprès des personnels de la région Paca doit être réitéré au vu de ces résultats et des séances de vaccination organisées au sein même des établissements.

Références bibliographiques

- [1] Rapport Drass Paca - Info Stat n° 2 - 46 280 places destinées aux personnes âgées dans la région Paca en 2003 - octobre 2005.
- [2] Drees n° 380 - Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements - mars 2005.
- [3] CSHPF, Section des maladies transmissibles (séance du 18 novembre 2005). Guide des conduites à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées.
- [4] Drees n° 379 - Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel - février 2005.
- [5] Calendrier vaccinal 2007. Avis du CSHPF. Bull Epid Hebd 2007; n°31-32:272-81.
- [6] Vaux S, Bonmarin I, Poujol, I, Lévy-Bruhl D, Desenclos JC. Foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) en collectivités de personnes âgées en France, 2006-2007. Bull Epid Hebd 2007; n°39-40:339-42.
- [7] Avis du CSHPF, Section des maladies transmissibles (séance du 24 novembre 2006). Avis relatif aux vaccins antigrippaux.
- [8] Étude des déterminants de la vaccination antigrippale chez le personnel des centres hospitaliers de Vichy et Montluçon (Allier). Rapport ENSP et InVS. Novembre 2004.
- [9] Vaccination des professionnels de santé : enquête sur la couverture vaccinale 2004-2005. Consulté le 27/10/2007.
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe/enquete_vaccin_pro.htm
- [10] Gavazzi G, Rothan Tondeur M. Vaccination antigrippale chez les professionnels de santé : état des lieux et enjeux.
- [11] Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB, Mullooly JB, Hak E. Effectiveness of Influenza Vaccine in the Community-Dwelling Elderly. N Engl J Med 2007;357:1373-81.
- [12] Harper S, Fukuda K, Uyeki TM, *et al.* Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2004;53:1-40.
- [12] Gavazzi G, Rothan Tondeur M, de Wazière B. Couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique dans les institutions de soins gériatrique en France. Communication affichée, RICAI 2006, Paris.
- [13] Six C, Deniau J. Dispositif de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées de la région Paca. Rapport Cire Sud. Décembre 2006. Consulté le 07/12/2007.
www.paca.sante.gouv.fr/pow/idcplg?IdcService=SS_GET_PAGE&ssDocName=PACA_002369&ssSourceNodId=501
- [14] Vaux S, Turbelin C, Valette M, *et al.* Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France métropolitaine : saison 2006-2007. Bull Epid Hebd 2007; n°39-40:334-6.

ANNEXE 1. RÉFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD

Repose sur cinq principes fondamentaux :

- **transparence** de coûts et des prises en charge ;
- **renforcement des moyens médicaux** ;
- **solidarité envers les personnes âgées dépendantes** grâce à l'APA qui permet de payer le tarif dépendance de leur établissement ;
- **démarche qualité** dans les établissements ;
- **mise en œuvre d'un partenariat** à travers les conventions tripartites entre l'établissement, le Conseil général et le représentant de l'État dans le département.

Avant, le financement des établissements consistait en une double source de recettes :

- un forfait soins (en service de soins de longue durée) ou un forfait de section de cure médicale (en maison de retraite) financés par l'Assurance maladie. Il s'agissait en fait d'un forfait par jour et par résident ;
- un prix de journée (division du reste du budget de l'établissement par son nombre prévisionnel de journées + paiement de services facultatifs).

Ce système a atteint ses limites d'où la réforme.

Le principe d'une réforme de la tarification des Ehpads, avec individualisation spécifique de la dépendance, avait déjà été posé par la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD).

Les mécanismes de cette réforme ont été définis en 1999 (décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999, arrêté du 26 avril 1999), puis par le décret du 4 mai 2001. Dans le même temps, était lancée la démarche de remplacement de la PSD par l'APA.

Il s'en suit pour l'établissement une tarification ternaire :

- **un tarif hébergement** ;
- **un tarif soins** ;
- **un tarif dépendance**.

Les Ehpads de 25 places et plus sont tenus de signer la convention tripartite (établissement, CG, État) qui doit respecter un cahier des charges établi par arrêté ministériel, avant le 31 décembre 2007. Cette date a été reportée par la loi de finance de la sécurité sociale 2006 (à l'origine 31 décembre 2005).

L'article L. 313-2 du Code de l'action sociale et des familles prévoit en outre que cette convention doit identifier les services où sont dispensés des soins palliatifs, le nombre de référents en soins palliatifs et le nombre de lits de soins palliatifs.

En effet, tous les établissements (publics, privés ou médico-sociaux) sont tenus par la loi de dispenser des soins palliatifs quelle que soit leur activité. Afin d'assurer une qualité optimale de ces soins, notamment au niveau des moyens et de la formation des référents, l'existence de ces services et lits doit être identifiée par la convention.



Infections respiratoires aiguës basses

Conduite à tenir devant la survenue de plusieurs cas

Mesures de prévention (annexe 1 de l'avis du CSHPF)

Vaccination

- Contre la grippe des résidents et des professionnels intervenant dans l'établissement chaque année en octobre
- Contre le pneumocoque conformément au calendrier vaccinal

Lavage et désinfection des mains

- avant et après contact avec un pensionnaire
- après contact avec sang, sécrétions, etc et les objets en contact
- avant de préparer, distribuer, servir les aliments et de nourrir les pensionnaires

Gants

Le port de gant ne dispense pas du lavage des mains.

Masques

Le port d'un masque sera adapté aux circonstances (cf p 24 de l'avis du CSHPF et sur <http://www.inrs.fr>)

Isolement

De la personne malade si possible en chambre seule.
Maintenir la plus grande distance entre malade et autres personnes.

Visiteurs

Report de la visite si atteints d'IRA (cf poster)

Détection des premiers cas

Le médecin diagnostiquant une IRA (hors pneumopathies de déglutition) informe le médecin coordonnateur ou le directeur (voir calendrier d'auto surveillance).

Recherche étiologique

En période de circulation grippale

Test de diagnostic rapide de la grippe chez un malade présentant un syndrome grippal dans les 3 jours après un premier cas (voir avec le laboratoire la disponibilité de tests rapides).

Hors période de grippe ou si les tests sont négatifs, *Recherche d'autres germes* :

1 : Ag urinaires et hémoculture (pneumocoque et légionelle)

2 : si toux persiste, rechercher coqueluche (sérologie ou PCR) ou tuberculose (examen direct sur expectoration)

Mesures de contrôle

Quelque soit le germe :

Appliquer les mesures barrière (cf paragraphe **Mesures de prévention**)

Mesures spécifiques selon le germe

Signalement

Critères de signalement

Sont à signaler sans délai toute survenue d'au moins **3** infections respiratoires aiguës basses en dehors des pneumopathies de déglutition dans un délai de 8 jours chez des personnes partageant les mêmes lieux (résidant au même étage, même service ...) qu'elles soient résidentes de l'établissement ou membres du personnel.

Le signalement (articles R3113-4 et R6111-12 à R6111-17 du code de la Santé publique).

Le signalement est fait à la Ddass :

- ◆ par le médecin coordonnateur, si l'établissement ne dépend pas d'un établissement de santé.
- ◆ par le professionnel de santé chargé du signalement des infections nosocomiales, si l'établissement est géré par un établissement de santé (cf. Annexe 6 de l'avis du CSHPF).

La notification (article R3113-1 à 3 du code de la Santé publique).

La légionellose et la tuberculose étant des maladies à notification obligatoire, leur signalement sera suivi d'une notification à la Ddass.

L'investigation

Les cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités ne nécessitent une investigation **que dans certains cas précis** :

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

Dans le cas des établissements de santé, l'investigation est conduite par l'EOHH et transmise à la DDASS ; dans les autres cas, elle est conduite par la DDASS ou la CIRE. Une fiche d'investigation (fiche 1) individuelle est proposée en annexe de l'avis du CSHPF.

Conduite à tenir devant plusieurs cas d'infection respiratoire basse dans une collectivité de personnes âgées

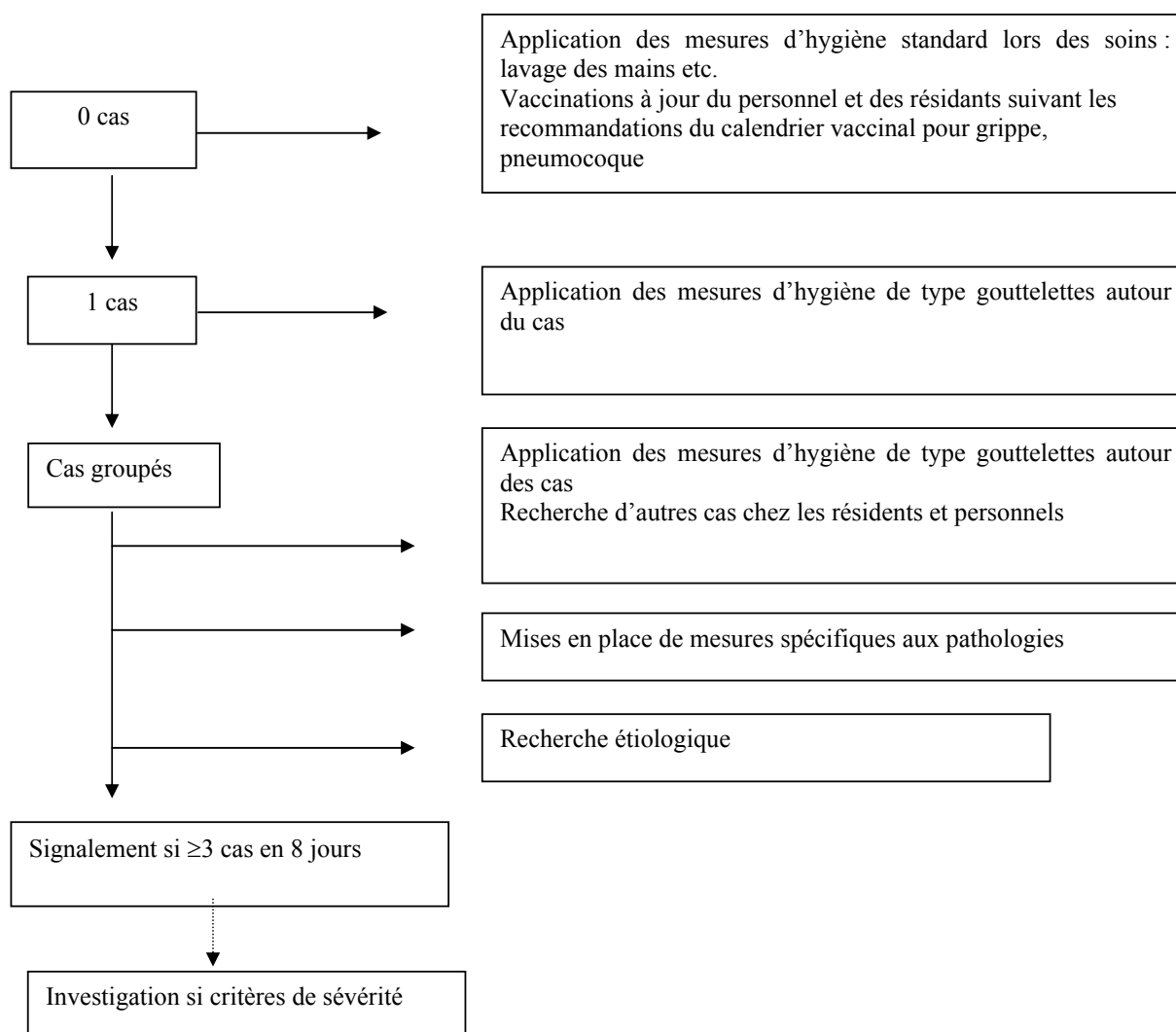
Objectif :

- Eviter ou contrôler une épidémie en collectivité de personnes âgées

Actions :

- La prévention : vaccinations et mesures d'hygiène standard
- Détection des premiers cas
- Recherche étiologique
- Mesure de contrôle
- Signalement
- Investigation

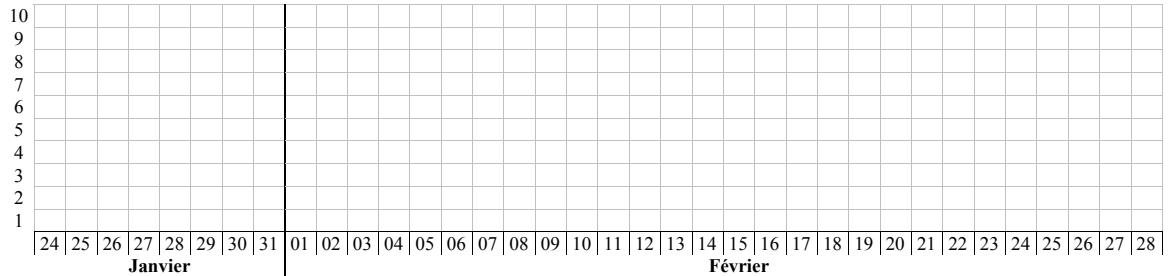
Algorithme applicable chez les résidents et les personnels de santé



Surveillance des infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées

Ddass de

Nombre de cas



Cas résident
 Cas personnel

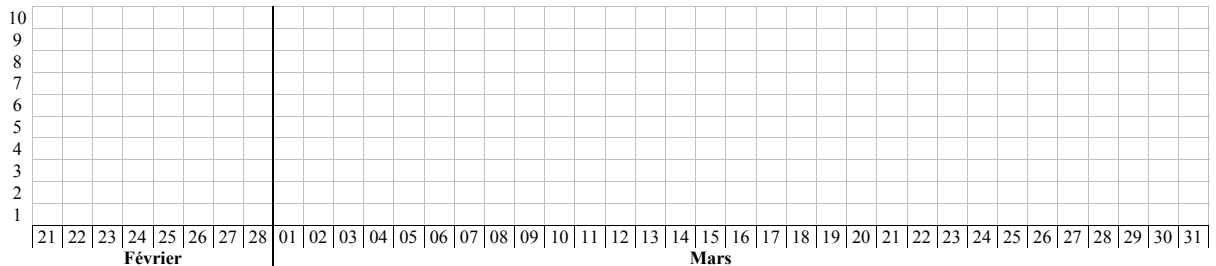
Cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses :
3 infections respiratoires aiguës basses en dehors des pneumopathies de déglutition, **dans un délai de 8 jours**, chez des personnes partageant les mêmes lieux, qu'elles soient résidentes de l'établissement ou membres du personnel.

Des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans une collectivité de personnes âgées doivent entraîner une investigation.

Surveillance des infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées

Ddass de

Nombre de cas



Cas résident
 Cas personnel

Cas groupé d'infections respiratoires aiguës basses :
3 infections respiratoires aiguës 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 membres du personnel.

Des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans une collectivité de personnes âgées doivent entraîner une investigation.

Guide d'utilisation de la fiche de surveillance des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées

1. Pourquoi cette fiche de surveillance ?

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a émis des recommandations relatives aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses (IRA) dans les collectivités de personnes âgées¹. En effet, les IRA constituent la 1^{ère} cause de mortalité d'origine infectieuse dans les établissements hébergeant des personnes âgées.

Or, dans ces établissements, il est parfois difficile d'identifier des cas groupés : les résidents sont suivis par des personnels soignant différents, les maladies du personnel ne sont pas forcément prises en compte...

Cette fiche de surveillance vous est proposée pour vous aider à identifier précocement les cas groupés d'IRA dans votre établissement.

2. Cette fiche de surveillance est-elle obligatoire ?

Non, cette fiche vous est proposée. Si vous disposez déjà d'un système de surveillance adapté aux IRA, utilisez-le.

3. Qui renseigne cette fiche de surveillance ?

La fiche de surveillance est renseignée, selon l'établissement, par le médecin coordonnateur, le directeur de l'hôpital, le référent grippe, la surveillante, un médecin ou un(e) infirmier(e) référent...

4. Comment utiliser cette fiche de surveillance ?

Chaque jour, le nombre d'IRA est noté sur les feuilles de surveillance ci-jointes.

Si le malade est un résident, le cas est matérialisé par une case blanche. S'il s'agit d'un membre du personnel, le cas est matérialisé par une case grise. La date est celle de l'apparition des signes cliniques et non celle de l'éventuelle consultation.

Par exemple, si un résident a présenté de la fièvre et une toux le 31/01 mais n'a bénéficié d'une consultation que le lendemain, il figurera sous forme d'une case blanche à la date du 31/01.

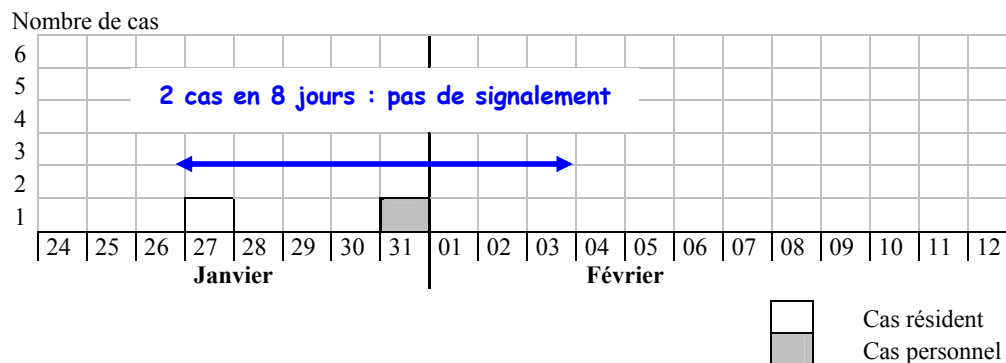
¹ Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées. Rapport du conseil supérieur d'hygiène publique de France, séance du 18 novembre 2005.

Exemple n°1

Le 27/01, un résident a débuté une IRA → 1 case blanche le 27/01

Le 31/01, un personnel a débuté une IRA → 1 case grise le 31/01

Entre le 27/01 et le 03/02, il y a 8 jours. Pendant cette période, 2 IRA sont survenues. Il ne s'agit pas de cas groupés d'IRA.



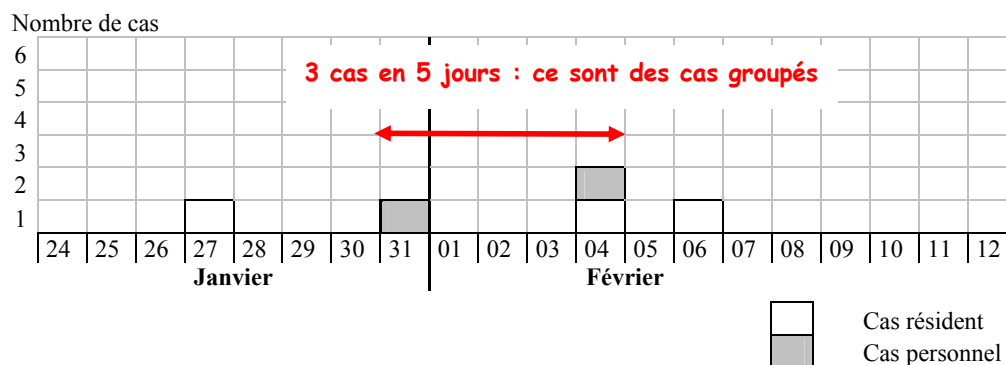
Exemple n°2

Le 27/01, un résident a débuté une IRA → 1 case blanche le 27/01

Le 31/01, un personnel a débuté une IRA → 1 case grise le 31/01

Le 04/02, un résident et un personnel ont débuté une IRA → 1 case blanche et 1 grise le 04/02

Le 6 février, un résident a débuté une IRA → 1 case blanche le 06/02



Entre le 31/01 et le 04/02, il y a moins de 8 jours. Pendant cette période, 3 IRA sont survenues. Il s'agit de cas groupés d'IRA. **Des mesures doivent être prises et ces cas groupés d'IRA doivent être signalés.**

N.B : Si l'on avait pas tenu compte des cas survenus à la fin du mois de janvier, les cas groupés d'IRA auraient été signalés le 06/02 (2 cas le 04/02 et 1 cas le 06/02 soit 3 cas en 3 jours) au lieu du 04/02. La mise en œuvre des mesures aurait donc été retardée de 2 jours. Pour ne pas passer à côté de cas groupés d'IRA, nous vous conseillons donc de reporter sur la nouvelle feuille de surveillance les cas survenus dans les 8 derniers jours du mois précédent.

Fiche de signalement de cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses (IRA) dans une collectivité de personnes âgées

Etablissement :

Date d'envoi / ___ / ___ /2006/

Nom et coordonnées de l'établissement :

.....

Noms et fonction de la personne responsable du signalement :

.....
 Coordonnées téléphoniques de la personne

responsable du signalement :

/ ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Nombre de résidents accueillis dans l'établissement	/ ___ / ___ / ___ /
Effectif du personnel	/ ___ / ___ / ___ /
Date de début des symptômes du 1 ^{er} cas d'IRA	/ ___ / ___ /2006/
Nombre de malades depuis le 1 ^{er} cas	
Parmi les résidents	/ ___ / ___ /
Parmi les membres du personnel	/ ___ / ___ /
Nombre de personnes hospitalisées pour une IRA	/ ___ / ___ /
Nombre de personnes décédées d'une IRA	/ ___ / ___ /
Y a-t-il eu 3 décès attribuables à des IRA en moins de 8 jours ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu 5 nouveaux cas d'IRA ou plus dans une même journée ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Des tests de dépistage rapide de la grippe ont-ils été réalisés ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le germe (ou les germes) en cause a-t-il été identifié ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, nom du germe	
Des mesures de prévention ont-elles été prises dans l'établissement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle date ?	/ ___ / ___ /2006/
Si oui, quelles mesures ?	
.....	
.....	
Une investigation est-elle en cours ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous besoin d'aide ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

A faxer à la Ddass de votre département
au CCLin Sud-est : 04-91-38-28-33

Fax Ddass

04 04-92-30-85-21
05 04-92-53-78-26
06 04-93-72-28-06
13 04-91-37-96-08
83 04-94-09-84-05
84 04-90-27-71-33

INFORMATION VISITEURS : LA GRIPPE



En période d'épidémie de grippe saisonnière, les personnes âgées sont fragiles et sensibles à ce virus.



Les visiteurs peuvent constituer une source d'infection par l'intermédiaire des voies respiratoires ou des mains.



Pour cette raison, il est nécessaire de respecter quelques règles :

➤ **Évitez de rendre visite à une personne âgée si vous êtes malade (fièvre, toux, rhume...)**



➤ **Lavez-vous les mains avant et après la visite à cette personne afin d'éviter la transmission de ce virus.**

Laissez la grippe à la porte

INFORMATION SOIGNANTS GRIPPE SAISONNIERE ET PERSONNES AGEES

En période d'épidémie grippale, il faut soupçonner la grippe si au moins 3 Infections Respiratoires Aigües basses (IRA) surviennent en moins de 8 jours

EN CAS DE SUSPICION QUE FAUT-IL FAIRE ?

- 1. Détecter rapidement le risque d'épidémie**
 - Utiliser la fiche de surveillance
 - Effectuer sans délai les tests rapides de la grippe (sur prélèvements naso-pharyngés)
- 2. Stopper la transmission de la grippe**
 - En mettant en place des mesures barrières (masques et précautions d'isolement respiratoire)
 - En renforçant les mesures d'hygiène (lavage des mains)

3. Traiter précocement les malades : antiviraux (Tamiflu®)

4. Signaler sans délai par fax ces cas groupés d'IRA

- A la DDASS du département
- Au CCLIN Sud-est PACA
(fax : 04-91-38-28-33)

Fax DDASS

04	04-92-30-85-21
05	04-92-53-78-26
06	04-93-72-28-06
13	04-91-37-96-08
83	04-94-09-84-05
84	04-90-27-71-33

Ne laissez pas la grippe diffuser dans votre établissement

ANNEXE 3. ÉVALUATION DU DISPOSITIF



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités



Madame, Monsieur le Directeur

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Marseille, le 16 mai 2007

Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud
Suivi du dossier : Caroline SIX/ Julie BERBIS
☎ 04 91 29 94 95 / 📠 04 91 29 93 87
caroline.six@sante.gouv.fr
Julie.BERBIS@sante.gouv.fr

Au cours du mois de décembre 2006, dans le cadre de la prévention et de l'amélioration de la prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA) basses dans les collectivités de personnes âgées, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), en collaboration avec la Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud (Cire) et le Comité de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) Sud-est, vous avait communiqué l'adresse Internet du site de la DRASS, mettant à votre disposition les documents suivants :

- Le rapport du conseil supérieur d'hygiène publique de France concernant les recommandations relatives aux conduites à tenir devant les infections respiratoires basses dans les collectivités de personnes âgées.
- Des fiches destinées à vous aider dans la conduite à tenir si des cas groupés d'IRA survenaient dans votre établissement :
 - une note résumant la conduite à tenir qui pouvait vous servir de base pour rédiger votre propre procédure interne,
 - un modèle de fiches de surveillance (5 fiches mensuelles) et son guide d'utilisation,
 - une fiche de signalement à renseigner et à adresser à la DDASS et au CCLIN pour toute survenue **d'au moins trois** infections respiratoires dans un délai de 8 jours,
 - une affiche information des visiteurs et une affiche information des patients.
- Les résultats de l'enquête menée en PACA sur la gestion des IRA au cours de l'hiver 2005-2006 (rapport et résumé).

Pour la deuxième année consécutive, la CIRE se propose d'évaluer les outils qui vont ont été présentés. Pour cela, vous trouverez dans ce courrier un questionnaire à renseigner par tous les établissements. De plus, dans le but d'évaluer les différentes épidémies auxquelles vous avez pu être confronté, vous trouverez un tableau complémentaire permettant de décrire succinctement les cas groupés d'IRA mais aussi de gastroentérites aiguës et de gale qui auraient pu survenir dans votre établissement.

Ce questionnaire est à compléter par un médecin, le médecin coordonnateur, le(a) surveillant(e) infirmier(e) ou vous-même. Si vous rencontrez un problème, n'hésitez pas à nous contacter aux numéros de téléphone suivants : 04 91 29 93 87 ou 04 91 29 93 24.

Une fois le questionnaire renseigné, nous vous demandons de bien vouloir nous l'adresser par fax à la CIRE au numéro suivant : 04 91 29 94 20.

Si un ou plusieurs épisode(s) de cas groupés est survenu dans votre établissement, nous vous contacterons par téléphone pour plus de renseignements.

Enfin, dans le cadre du plan Canicule 2007, nous vous informons qu'il existe une procédure de signalement des décès liés à la chaleur survenant entre le 1^{er} juin et le 31 août 2007, qui sera prochainement accessible sur les sites Internet de la DRASS www.paca.sante.gouv.fr/ et de l'InVS www.invs.sante.fr/ .

Le Directeur Régional des
Affaires Sanitaires et Sociales

Jean CHAPPELLET
Lettre signée

Gestion des cas groupés d'infections respiratoires aiguës en établissement pour personnes âgées au cours de l'hiver 2006-2007

A envoyer par Fax à la CIRE-Sud au **04 91 29 94 20** pour fin mai
Si vous regroupez 2 types d'établissement, remplir un questionnaire pour chacun.
Nous sommes à votre disposition pour toute question au **04 91 29 93 24**

1. Nom et adresse de votre établissement

.....
.....

Adresse électronique
N° Finess établissement /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

2. Quelles sont les coordonnées du correspondant à contacter :

Nom :
Téléphone :
Fonction (directeur, médecin coordonnateur, surveillant(e), infirmier(e), ...) :

3. Quel est le type de l'établissement ? Maison de retraite Logement-foyer

Unité de soins de longue durée Autre

4. Votre établissement est une : Structure publique Structure privée

5. L'établissement a-t-il signé une convention tripartite Ehpad ? en cours oui non

6. L'établissement a-t-il un médecin coordonnateur ? oui non

7. Pouvez-vous avoir l'appui d'un réseau de lutte contre les infections nosocomiales ? oui non

8. Nombre de résidents dans l'établissement /___/___/___/___/

9. Nombre de résidents vaccinés **contre la grippe** fin 2006 au total ? /___/___/___/___/

10. Parmi les résidents présents cet hiver 06-07, combien ont été vaccinés **contre le pneumocoque** entre début 2001 et fin 2006 ? (vaccin recommandé pour une période de 5 ans) /___/___/___/___/

11.

Personnel	Nombre exact (pas ETP)	Vaccinés contre la grippe
Administratif et services généraux		
Hôtelier (ASH et restauration)		
Soignant (médicaux et paramédicaux)		
Total		

12. Avez-vous la possibilité d'effectuer des tests de dépistage rapide de la grippe dans l'établissement ou par un laboratoire extérieur ? oui non

13. Avez-vous mis en place une surveillance des IRA cet hiver 2006-07 ? oui non

Si oui, laquelle ? Celle proposée par la DDASS

Autre : précisez.....

Si non, pour quelle raison ?

14. Avez-vous utilisé les affiches adressées par la DRASS cet hiver oui non

15. Avez-vous effectué ou demandé des tests rapides de la grippe cet hiver ? oui non

16. Du Tamiflu® a-t-il été prescrit dans votre établissement cet hiver ? oui non

Si oui, à combien de patients ? /___/___/___/___/

17. L'établissement disposait-il d'un stock de masques pour la grippe ? oui non

Si oui, quel type? Masque chirurgical simple Masque type FFP2

Autre, précisez

18. Avez-vous eu des épisodes de cas groupés d'IRA¹ entre octobre 2006 et avril 2007 ? oui non

19. Avez-vous eu d'autres épisodes infectieux (gastroentérite, gale) ? oui non

Si oui à l'une de ces questions (18, 19), remplir le tableau annexe.

¹ Cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses : **3 infections respiratoires aiguës 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 membres du personnel.

N° Finess établissement / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Tableau Annexe : Episodes infectieux à caractère épidémique

Si vous avez eu des épisodes infectieux de cas groupés dans votre établissement cet hiver, merci de remplir ce tableau.

Nous vous contacterons par téléphone pour avoir des précisions sur cet ou ces épisodes.

		Infection respiratoire aiguë (IRA)	Gastroentérite	Gale
EPISODE 1	Date de début			
	Date de fin			
	Date de signalement			
	Nombre de résidents malades			
	Nombre de personnels malades			
EPISODE 2	Date de début			
	Date de fin			
	Date de signalement			
	Nombre de résidents malades			
	Nombre de personnels malades			
EPISODE 3	Date de début			
	Date de fin			
	Date de signalement			
	Nombre de résidents malades			
	Nombre de personnels malades			

Commentaires sur les difficultés rencontrées, les dépenses spécifiques et les conséquences concernant la gestion des épisodes :

Dispositif de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées de la région Paca – Saison hivernale 2006-2007

Dans les établissements avec hébergement pour personnes âgées (Ehpa), un grand nombre de cas et de décès dus aux infections respiratoires aiguës (IRA) pourrait être évité par une amélioration des mesures de prévention et de contrôle. Ce projet vise à réduire la mortalité et la morbidité dues aux IRA chez les résidents en Ehpa par l'identification précoce des cas groupés, la mise en place de procédures de signalement vers les Cclin et les Ddass et de mesures de contrôle appropriées, l'investigation des épidémies et l'évaluation du dispositif de surveillance des IRA.

Pour la 2^e année consécutive, la diffusion d'outils (prévention, autosurveillance, signalement, mesures de contrôle) a été adressée aux 740 Ehpa. Le dispositif de la saison hivernale 2006-2007 a ensuite été évalué par un questionnaire qui leur a été adressé.

Le taux de participation à l'enquête a été de 69 %. L'évaluation a montré une amélioration de l'utilisation des outils, avec notamment 66 % des Ehpa qui avaient une autosurveillance des IRA, 70 % un laboratoire identifié effectuant les tests de dépistage rapides de la grippe et 78 % un stock de masques disponible.

Des cas groupés ont été notifiés rétrospectivement dans 23 Ehpa avec au total 33 épisodes dont 4 signalés en temps réel aux Ddass. Le taux d'attaque était de 13 % chez les résidents, avec 7 hospitalisations et 3 décès, et de 3 % chez le personnel. Des tests et des prescriptions de Tamiflu® ont été réalisés pour un seul épisode. Les Ehpa doivent améliorer leur dispositif de prise en charge des cas afin de réaliser un diagnostic rapide pour établir un traitement précoce, appliquer les procédures de signalement et respecter les mesures préconisées.

La couverture vaccinale des résidents en Ehpa est relativement élevée pour la grippe (91 %) mais insuffisante pour le pneumocoque (21 %). Celle du personnel pour la grippe est basse (40 %). Il semble que le message de la vaccination altruiste du personnel ne semble pas avoir vraiment pénétré dans certains établissements. Un travail de sensibilisation de santé doit être réitéré au vu de ces résultats.

Surveillance of acute respiratory infection clusters in nursing homes, Provence-Alpes-Côte d'Azur region, France – winter 2006-2007

In nursing homes, a large number of cases and deaths due to acute respiratory infections (ARI) could be avoided with improved monitoring and prevention measures.

This project consists in reducing the mortality and morbidity due to ARI in nursing home residents by implementing the following procedures:

- early detection of ARI outbreaks;
- setting up a formal notification procedure to the local health authorities (Cclin and Ddass);
- appropriate monitoring measures;
- outbreak investigation and evaluation of the monitoring system.

For the second year, the distribution of resources (prevention, self-surveillance, notification and monitoring processes) was dispatched to the 740 nursing homes of the region. At the end of the 2006-07 winter season, a questionnaire was sent to evaluate this plan.

The participation rate was 69%. The evaluation showed an improvement in the use of resources, as 66% of nursing homes set up ARI self-surveillance, 70% identified a laboratory for rapid influenza screening and 78% had a stock of masks available.

Outbreaks were retrospectively notified by 23 nursing homes with a total of 33 outbreaks, 4 of which were reported on time to the Ddass. The attack rate was 13% for residents, including 7 hospitalisations and 3 deaths; the rate for staff was 3%. Tests and Tamiflu® prescriptions were used for one outbreak only. Nursing homes must improve their case management procedures in order to achieve prompt diagnoses, give early treatment, apply notification procedures, and respect recommended measures.

Vaccination coverage of residents was high for influenza (91%) but low for pneumococcus (21%); influenza coverage was low (40%) for the staff. The message of altruist vaccination does not seem to be quite understood in all health care centres. Considering these results, a campaign to raise awareness should be launched again.

Citation suggérée :

Berbis J, Six C. Dispositif de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées de la région Paca – Saison hivernale 2006-2007. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2008, 35 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne

94 415 Saint-Maurice Cedex France

Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00

Fax : 33 (0)1 41 79 67 67

www.invs.sante.fr

ISSN : 1956-6956

ISBN : 978-2-11-097496-9

Tirage : 120 exemplaires

Imprimé par FRANCE REPRO -

Maisons-Alfort

Réalisé par DIADEIS-Paris

Dépôt légal : avril 2008