

Epidémie de gastroentérites virales dans un centre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Roubaix, janvier 2006



Cette étude a été réalisée par :

Nolwenn MASSON

Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Nord
Programme de formation en épidémiologie de terrain

Bakhao NDIAYE

Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Nord

Karine BLANCKAERT

Centre de Coordination de la Lutte contres les Infections Nosocomiales Nord

Ont participé à la réalisation de cette étude :

Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Nord-Pas de Calais /Picardie

Sylvie HAEGHEBAERT
Danièle ILEF

Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Viviane LAUTROUSS
Anne VACHEE

Centre National de Référence des virus entériques

Pierre POTHIER

Nous adressons nos remerciements au chef de service et à l'ensemble du personnel soignant du CPAD Isabeau pour leur participation au recueil des données sanitaires.

Sigles et abréviations utilisés

CH : Centre hospitalier

Cire : Cellule Interrégionale d'Epidémiologie

Clin : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

C-Clin : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CNR : Centre national de référence

CPAD : Centre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Ddass : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

EqTP : équivalent temps plein

GE : Gastroentérite

NPC : Nord-Pas-de-Calais

TA : Taux d'attaque

SOMMAIRE

SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS.....	3
1 ALERTE.....	5
2 MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	5
2.1 Enquête épidémiologique	5
2.1.1 Définition de cas	5
2.1.2 Recueil des données	5
2.2 Enquête microbiologique.....	6
2.2.1 Volet alimentaire.....	6
2.2.2 Analyses chez les malades	6
3 RÉSULTATS	6
3.1 Caractéristiques de l'établissement.....	6
3.2 Description de l'épidémie	7
3.2.1 Courbe épidémique	7
3.2.2 Répartition spatiale des cas	8
3.2.3 Répartition des cas par profession chez les soignants	10
3.2.4 Description des cas.....	10
3.2.5 Résultats des analyses microbiologiques chez les résidents.....	11
3.3 Enquête environnementale et alimentaire	12
3.3.1 Organisation du service des repas	12
3.3.2 Organisation des équipes soignantes.....	12
3.3.3 Résultats des analyses alimentaires	12
3.3.4 Mesures de contrôle	12
4 DISCUSSION ET PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS	13
4.1 Discussion des résultats	13
4.2 Proposition de recommandations	15
5 CONCLUSION.....	16
6 RÉFÉRENCES	17

1 Alerte

Le 26 décembre janvier 2006, l'interne du Centre d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (CPAD) Isabeau de Roubaix signalait à l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène la survenue récente (depuis le 25 décembre) de 13 cas de gastroentérite (GE) parmi une centaine de résidents. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) avait aussitôt initié une investigation et recommandé la mise en œuvre de mesures de contrôle « standard ».

Le 2 janvier 2006, le Clin transmettait à la Ddass du Nord et au correspondant régional du Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-Clin) Nord un signalement de 44 cas de GE survenus dans ce CPAD.

Le 4 janvier, la Cire a été saisie par la Ddass du Nord afin de réaliser une investigation épidémiologique destinée à décrire l'épisode, en mesurer l'importance et tenter d'identifier les facteurs ayant favorisé sa survenue.

2 Matériel et méthodes

Le représentant du C-Clin Nord et deux épidémiologistes de la Cire se sont rendus au CPAD Isabeau, accompagnés de deux membres du Clin du Centre hospitalier (CH) de Roubaix, afin de recenser les cas et de recueillir des informations sur les conditions d'hébergement, de restauration, ainsi que de décrire les mesures de contrôle mises en œuvre.

2.1 Enquête épidémiologique

2.1.1 Définition de cas

Un cas clinique a été défini comme un résident ou un membre du personnel soignant du CPAD ayant présenté, depuis le 24 décembre 2005, un épisode aigu de gastro-entérite (GE) caractérisé par de la diarrhée (au moins deux selles liquides/j) ou des vomissements ou des douleurs abdominales ou des nausées.

2.1.2 Recueil des données

Pour les résidents, le recueil des données a d'abord été effectué le 04 janvier dans les services en consultant les dossiers médicaux. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé comportant des données socio démographiques, géographiques, cliniques et biologiques. Le recueil des données des cas survenus au CPAD après le 04 janvier a été réalisé par l'infirmière hygiéniste du Clin de Roubaix et transmis par fax à la Cire.

Il n'a pas été possible de recueillir la consommation alimentaire des résidents en raison du délai entre la survenue de l'épisode et l'investigation.

Pour le personnel soignant, le recueil des données a été effectué à l'aide du même questionnaire que les résidents. Des données relatives aux arrêts de travail et journées de repos pris après le début des signes ont également été recueillies. Il n'y a pas eu d'enquête alimentaire car le personnel ne consomme pas les mêmes repas que les résidents. L'infirmière du Clin a réalisé la collecte des données, par entretiens téléphoniques ou par entretiens directs sur le lieu de travail.

2.2 Enquête microbiologique

2.2.1 Volet alimentaire

Des prélèvements de repas du 24 décembre ont été effectués au niveau de la cuisine centrale. Ils ont été transmis pour analyse bactériologique à l'Institut Pasteur de Lille. Il n'y a pas eu de recherche virale dans les aliments.

Aucune mesure n'a été faite dans le réseau d'alimentation en eau.

Un contrôle visuel des conditions de stockage et de préparation des repas a été effectué par le représentant du C-Clin.

2.2.2 Analyses chez les malades

Des coprocultures ont été effectuées chez 17 résidents. Des recherches virales et bactériologiques sur les échantillons de selles ont été réalisées par le laboratoire du CH de Roubaix (rotavirus, adénovirus, bactéries anaérobies sulfito-réductrices, staphylocoques, salmonelles et *Clostridium difficile*).

Les selles ont été envoyées au CNR des virus entériques de Dijon pour un complément d'analyse virologique. La méthode d'analyse utilisée est progressive. Un premier pool de 8 échantillons est analysé. Si plus de 50% des échantillons sont positifs pour le même virus, il est considéré que l'étiologie est due à ce virus et le second pool de selles n'est pas analysé. Si possible, le virus isolé est soumis à un typage moléculaire permettant d'identifier le génotype.

Aucune coproculture n'a pu être réalisée chez les soignants malades.

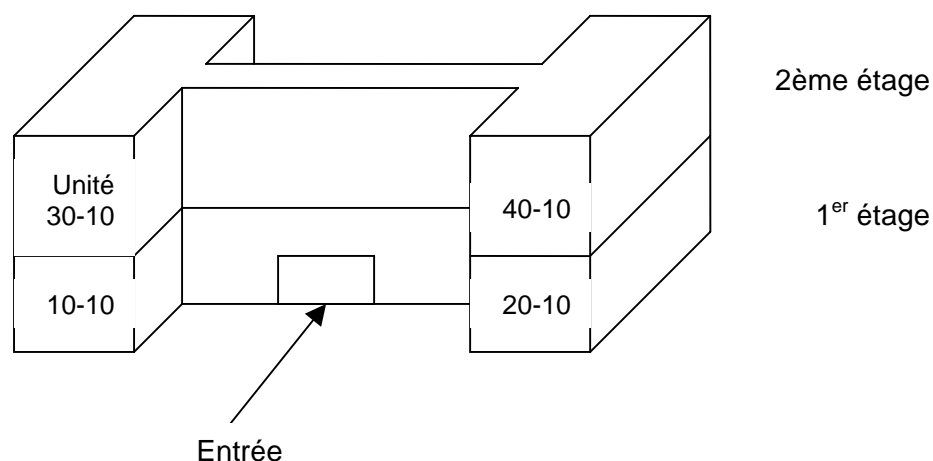
3 Résultats

3.1 Caractéristiques de l'établissement

Le Centre d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (CPAD) Isabeau dépend du CH de Roubaix. Il héberge 120 résidents en long séjour.

La résidence comporte un hall d'accueil en rez-de-chaussée. L'hébergement et la restauration s'effectuent sur 2 étages. Chaque étage est divisé en 2 unités séparées physiquement et reliées par une passerelle (figure 1). Chaque unité héberge 30 résidents, en chambre individuelle.

Figure 1 : Vue de masse du CPAD Isabeau, Roubaix.



Sur une journée de 24h, (du matin à la nuit incluse), 42 soignants sont présents sur le CPAD. Dans chaque unité, il y a 8 aides soignants, 1,75 équivalent temps plein (EqTP) infirmières, 0,5 EqTP cadre de santé et 0,25 EqTP médecin.

Les repas sont préparés au niveau de la cuisine centrale du CH de Roubaix et sont servis dans chaque unité, au niveau des lieux de vie.

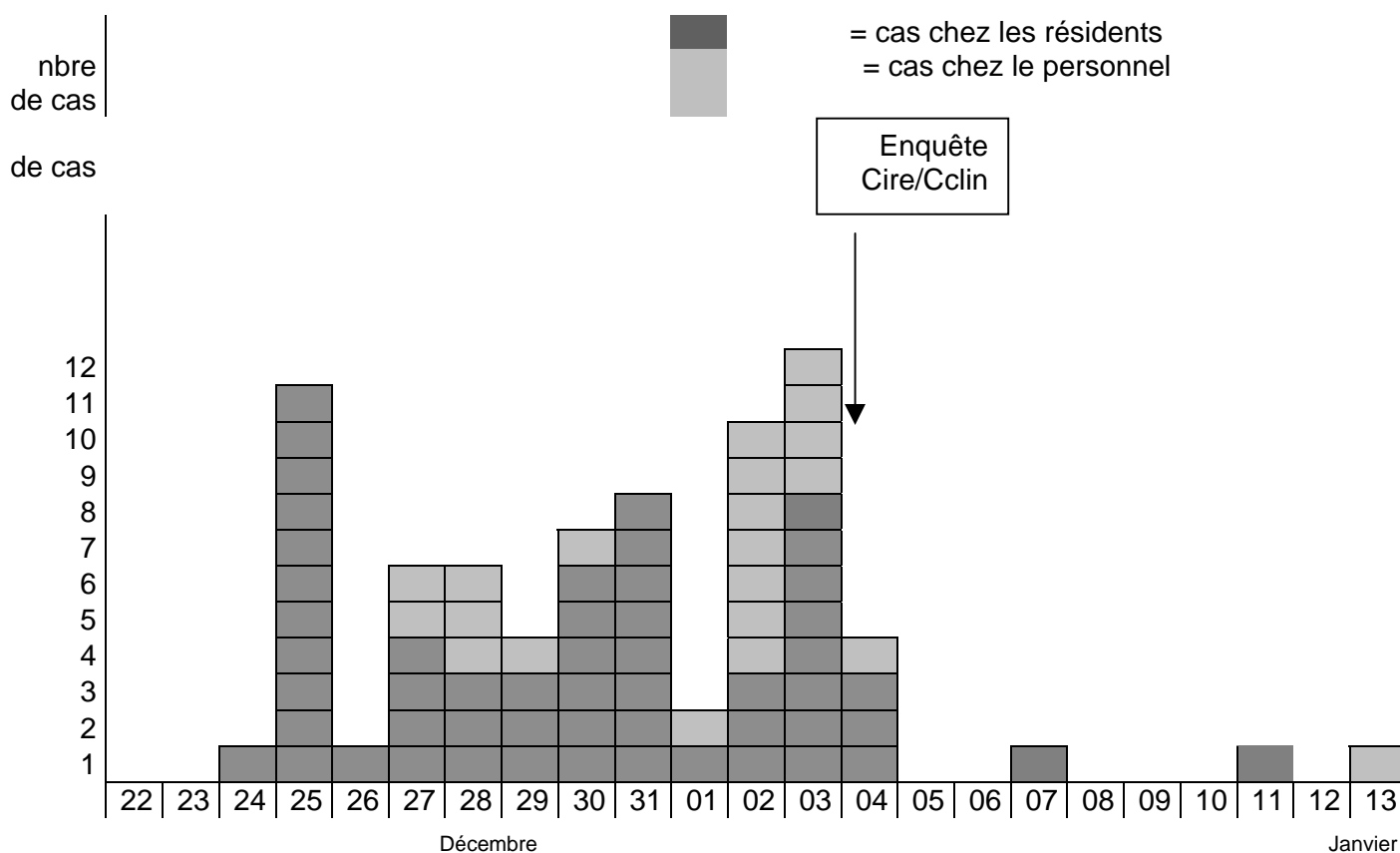
3.2 Description de l'épidémie

Au total, 55 cas ont été recensés chez les résidents (soit un taux d'attaque de 45,8%) et 21 chez le personnel soignant (taux d'attaque = 50%).

3.2.1 Courbe épidémique

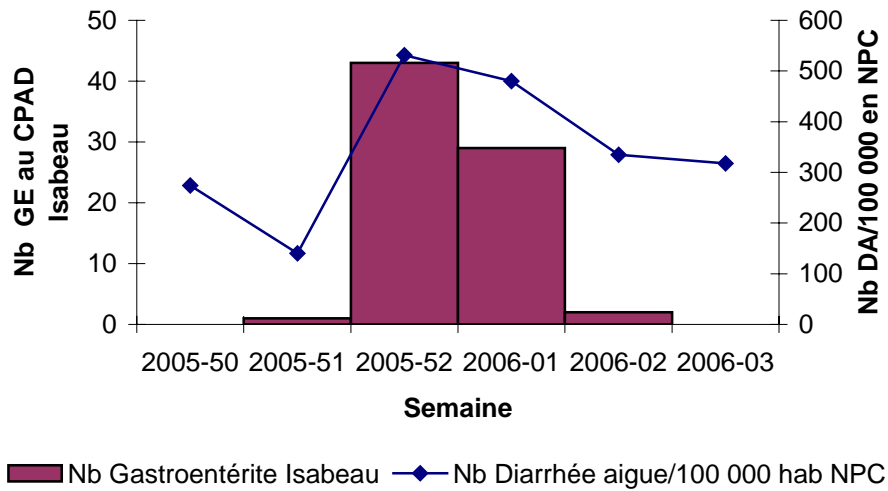
Les cas sont survenus au CPAD entre le 24 décembre et le 13 janvier 2006. La courbe épidémique montre un pic initial de onze cas survenu le 25 décembre puis deux vagues successives. Cette distribution des cas sur trois semaines et l'allure de la courbe épidémique suggèrent l'hypothèse d'une source de contamination commune. Après le pic initial, le nombre de cas a augmenté progressivement, en deux vagues successives, jusqu'à un maximum de 12 cas le 3 janvier, ce qui est compatible avec une transmission de personne à personne (figure 1).

Figure 2 : Courbe épidémique selon la date du diagnostic et la définition de cas. Epidémie de GE, centre Isabeau, Roubaix, 2006.



La survenue de cet épisode de gastro-entérite coïncidait avec le dépassement du seuil épidémique de GE hivernale dans la région (figure 3).

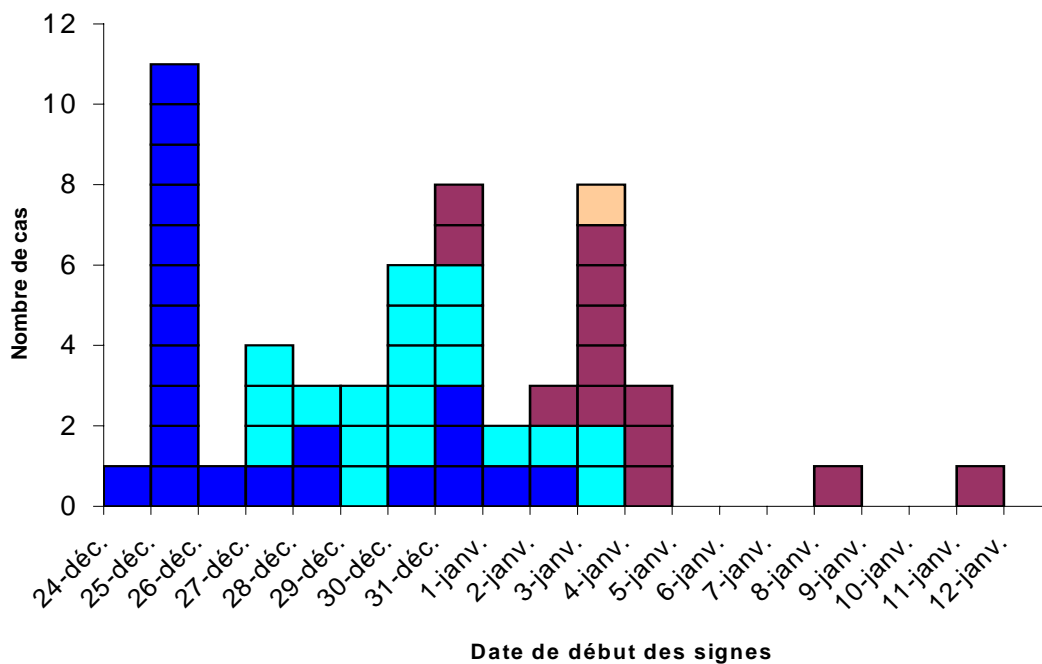
Figure 3 : Nombre de cas de gastroentérites au CPAD Isabeau et nombre de cas de diarrhées aiguës (gastroentérites) pour 100 000 habitants du Nord Pas de Calais, 2006 ⁽⁷⁾.



3.2.2 Répartition spatiale des cas

Les premiers cas étaient apparus chez les résidents du premier étage, dans l'unité 10-10. La diffusion s'était faite d'abord sur le même étage, dans l'autre unité (20-10) puis au second étage, dans l'unité 30-10 principalement (figure 2).

Figure 4 : Répartition des cas chez les résidents selon la date du diagnostic et l'unité de résidence. Epidémie de GE, résidence Isabeau de Roubaix, 2006.



■ : 10-10 ■ : 10-20 ■ : 10-30 ■ 10-40

Chez les résidents, les taux d'attaque par unité étaient de 70% au 10-10 ; 66,7% au 10-20 ; 40% au 30-10 et 3,3% au 40-10.

Les premiers cas chez le personnel sont survenus à partir du 27 décembre, au premier étage.

Avec 68% de taux d'attaque, le personnel et les résidents du premier étage ont été les plus touchés (tableau 1).

Tableau 1 : Taux d'attaque par étage chez les résidents et le personnel - Epidémie de GE, résidence Isabeau de Roubaix, 2006

Etage	Résidents	Personnel	Total
-------	-----------	-----------	-------

	Effectif	Nb Cas	TA	Effectif	Nb Cas	TA	Effectif	Nb Cas	TA
1er	60	41	68%	21	14	67%	81	55	68%
2ème	60	14	23%	21	7	33%	81	21	26%
Total	120	55	45,8%	42	21	50%	162	73	45%

Aucun cas de GE n'a été rapporté chez le personnel servant les repas dans les jours précédant la survenue des premiers cas chez les résidents.

3.2.3 Répartition des cas par profession chez les soignants

Avec 17 cas (TA : 53,1%), les aides soignants constituaient la profession la plus touchée (tableau 2)

Tableau 2 : Taux d'attaque par profession chez les soignants - Epidémie de GE, résidence Isabeau de Roubaix, 2006

Profession	Nombre de cas	Effectif total	Taux d'attaque (%)
Aide soignant	17	32	53,1
Infirmier	3	7	42,9
Cadre Infirmier	0	2	0
Médecin	1	1	100

D'après le Clin il n'y a pas eu d'autres cas rapportés chez les résidents dans les autres services de l'hôpital qui étaient approvisionnés par la même cuisine centrale.

3.2.4 Description des cas

Chez les résidents comme les soignants, plus de la moitié des cas étaient des femmes (tableau 3).

Tableau 3 : Répartition par sexe des malades chez les résidents et les soignants - Epidémie de GE, résidence Isabeau de Roubaix, 2006

Sexe	Résidents		Soignants	
	n	%	n	%
Femme	29	52,8	17	80,9
Homme	26	47,2	4	19,1

La médiane d'âge des résidents était de 78 ans (min-max : 53-97). L'âge des soignants n'a pas été renseigné.

La symptomatologie des résidents et des soignants malades était caractérisée par une prédominance de la diarrhée (près de 4/5) et de signes digestifs hauts (vomissements >50%). Les résidents malades n'ont pas présenté de fièvre. De la fièvre était rapportée chez un tiers des soignants malades, avec une température rapportée de 38,5°C en moyenne (min-max : 38,1-39).

Vingt six résidents et 10 soignants (47% des cas) avaient présenté à la fois des vomissements et de la diarrhée.

La fréquence des signes subjectifs tels la nausée et les douleurs abdominales était plus faible chez les résidents que chez les soignants (tableau 4).

Cinq cas ont manifesté uniquement des signes subjectifs. Chez les résidents, un cas survenu le 1er janvier n'a eu que des douleurs abdominales et un second résident a manifesté uniquement de la nausée le 3 janvier. Chez le personnel, deux cas survenus le 2 janvier ont rapporté uniquement des nausées et le dernier cas survenu le 13 janvier a manifesté seulement des douleurs abdominales.

La durée des symptômes chez les résidents a été de 2 jours en moyenne (min- max : 1-6).

Pour les soignants malades, l'épisode de gastroentérite a nécessité un arrêt de travail (arrêt de travail et/ou repos) durant en moyenne 3 jours (min-max : 0-8 j).

Tableau 4 : Signes cliniques présentés par les résidents et les soignants malades - Epidémie de GE, résidence Isabeau de Roubaix, 2006

	Résidents		Soignants	
	n	%	n	%
Diarrhée	48	87,3	16	76,2
Vomissement	32	58,2	12	57,1
Nausée	3	7,3	15	71,4
Douleurs abdominales	1	1,8	16	76,2
Fièvre	0	0	7	33,3

Le tableau clinique et l'évolution favorable en 24 à 72h sont en faveur d'une étiologie virale dans la collectivité.

3.2.5 Résultats des analyses microbiologiques chez les résidents

Parmi les 17 coprocultures réalisées chez les résidents malades, aucun pathogène (bactérie ou virus) n'a été identifié par le laboratoire du CH de Roubaix. Les recherches virales spécifiques effectuées au CNR des virus entériques ont mis en évidence la présence de norovirus du génogroupe II dans quatre échantillons sur huit testés (50%). Le typage moléculaire indiquait un norovirus de souche JAM II.4, génotype Bristol. Il n'a pas été identifié d'autre virus dans les selles (astrovirus, adénovirus 40 et 41 rotavirus ou sapovirus). Trois des quatre patients dont les selles étaient positives au norovirus avaient présenté des signes de gastroentérite aiguë en début d'épidémie, respectivement la nuit du 24 au 25/12, le 25/12 et le 27/12.

3.3 Enquête environnementale et alimentaire

3.3.1 Organisation du service des repas

L'hôpital de Roubaix est doté d'une cuisine centrale qui approvisionne les différentes structures de l'établissement en liaison froide. Le CPAD Isabeau dispose dans chaque unité d'une cuisine relais et d'une salle de repas. Chaque cuisine relais assure pour son unité la remise en chauffe des plats avant leur distribution. Celle-ci est effectuée par le personnel du CPAD qui dispose pour cela de gants à usage unique et de tablier plastique. Les repas sont conservés en armoire réfrigérante et sont protégés sous film plastifié. La traçabilité de l'entretien de ces cuisines relais ainsi que le respect des températures de conservation ont été observés lors de la visite du représentant du C-Clin. Il n'a pas été noté de dysfonctionnement dans la préparation et la distribution des repas au CPAD.

3.3.2 Organisation des équipes soignantes

En temps normal les équipes sont réparties par étage sauf la nuit. En période de fêtes et face à l'absentéisme provoqué par la survenue et la diffusion de l'épidémie de gastro-entérite au sein du personnel soignant, la mobilité du personnel a été accrue.

3.3.3 Résultats des analyses alimentaires

Les analyses bactériologiques alimentaires des repas témoins étaient conformes à la réglementation.

3.3.4 Mesures de contrôle

Dès le 28 décembre, le Clin a recommandé la mise en œuvre de mesures de contrôle "standard": renforcement de l'hygiène, utilisation des gants à usage unique pour tous soins proches du patients, port de surblouse.

Les résidents symptomatiques ont été isolés en chambre jusqu'à leur guérison clinique (suppression des repas communs).

L'admission de nouveaux résidents a été suspendue.

Le lundi 09 janvier, le C-Clin Nord a donné les recommandations suivantes :

- Renforcement des mesures d'hygiène des mains pour le personnel et les résidents; en privilégiant l'utilisation des solutions hydroalcooliques ;
- Renforcement du bionettoyage des surfaces contactes : poignées de portes, sanitaires et surfaces planes (en particulier des espaces communs) ;
- Restriction des activités de groupe (en particulier activité "cuisine").

Compte tenu des faibles effectifs de personnel soignants dans le CPAD, le regroupement du personnel soignant par unité n'a pas été possible.

Par ailleurs, bien qu'une limitation de la circulation des résidents valides ait été recommandée, il n'a pas été possible d'empêcher des déambulations entre unités de certains résidents présentant une démence.

4 Discussion et propositions de recommandations

4.1 Discussion des résultats

L'épidémie de gastroentérite a duré 3 semaines durant lesquelles 76 cas ont été recensés dans le CPAD Isabeau. Quarante six pour cent des résidents et 50% du personnel soignant ont contracté la gastroentérite.

Les premiers cas sont survenus chez les résidents dans l'unité 10-10, puis toutes les unités ont été touchées. Des cas sont survenus chez le personnel, sur les deux étages. Le premier étage a été le plus touché, avec un taux d'attaque global de 70%.

L'âge moyen des résidents malades était de 78 ans.

Les recherches de bactéries pathogènes effectuées dans les selles de 17 résidents malades ont été négatives. Chez quatre résidents malades, la recherche virale a montré la présence de norovirus de groupe II.

De plus, la définition de cas utilisée pour recenser les cas était peu spécifique, il est donc possible que le nombre de cas ait été surestimé. Cependant, 71 cas (93%) présentaient au moins un signe objectif (diarrhée ou vomissement). Chez les résidents, un cas survenu le 1^{er} janvier n'a eu que des douleurs abdominales et un second résident a manifesté uniquement de la nausée le 3 janvier. Chez le personnel, trois soignants pourraient être exclus : deux cas survenus le 2 janvier ayant rapporté uniquement des nausées et le dernier cas survenu le 13 janvier ayant manifesté seulement des douleurs abdominales.

Une exclusion de ces 5 cas, conduirait à comptabiliser 53 malades chez les résidents (TA = 44%) et 18 chez le personnel (TA= 43%).

Le mode de recueil des données différant chez les résidents (dossiers médicaux) et le personnel (symptômes rapportés) pourrait en partie expliquer la moindre proportion de signes subjectifs (nausée et douleurs abdominales) décrits chez les résidents.

Une définition de cas plus spécifique a été proposée récemment par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec et pourrait être utilisée à l'avenir pour l'investigation de ce type d'épisode (2005). Un cas de gastroentérite infectieuse est défini comme :

« L'apparition soudaine d'au moins 2 accès de vomissements au cours d'une période de 24 h ;

OU l'apparition soudaine de diarrhée en 24 h (fréquence : au moins 2 selles (molles ou liquides) de plus que ce qui est considéré comme normal pour ce patient) ;

ET en l'absence d'une autre cause apparente (laxatifs, médicaments associés à des troubles du transit intestinal, poussée évolutive d'une maladie chronique, situation de stress) ;

ET ces symptômes de vomissements ou de diarrhée sont accompagnés d'au moins un des signes suivants : fièvre, nausée, douleur ou crampes abdominales, céphalées. »

L'allure de la courbe épidémique est compatible avec l'hypothèse d'une contamination des résidents de l'unité 10-10 par une source alimentaire commune (pic du 25 décembre) puis une transmission de personne à personne diffusant dans les autres unités, chez les résidents et le personnel.

Le personnel a également été touché par cette épidémie, mais aucun cas n'a été confirmé chez les soignants. La mobilité accrue du personnel a pu favoriser la dissémination de l'agent entre unités et étages. Le fait que la déambulation des résidents malades entre les unités n'ait pu être strictement évitée a également dû participer à la diffusion spatiale de l'infection.

Il n'a pas été possible d'identifier un véhicule alimentaire à l'origine de la contamination des premiers malades chez les résidents du centre (analyses microbiologiques négatives et difficulté à interroger les cas sur leur consommation alimentaire). La collecte de données rétrospectives (10 jours de délai) sur la consommation alimentaire s'est avérée difficile chez

des résidents qui pouvaient présenter des troubles de la mémoire, de la démence et des difficultés d'élocution. En outre, la consommation alimentaire individuelle n'était pas consignée en routine dans les dossiers médicaux des résidents.

Par ailleurs, les repas considérés comme témoins par le Clin provenaient de la cuisine centrale et non des cuisines auxiliaires. L'intégralité de ces repas « témoins » n'a pu être analysée. De plus, aucune recherche virale n'a été réalisée dans les aliments. Ceci a limité les éléments permettant d'identifier une éventuelle source alimentaire.

Les résidents du centre consommaient les mêmes repas et la même eau dans toutes les unités, et l'épidémie a débuté dans l'unité 10-10. Par ailleurs, parmi les autres centres alimentés par la cuisine centrale du CH de Roubaix, aucun autre épisode de cas groupés de gastroentérite n'a été rapporté chez les résidents. Ces deux arguments ne sont pas en faveur d'une contamination alimentaire liée la fabrication à la cuisine centrale. L'hypothèse d'une contamination via le réseau d'alimentation en eau potable est peu probable, car elle aurait conduit à une apparition des cas de façon homogène dans toutes les unités. En conséquence, malgré l'absence de confirmation, l'hypothèse d'une contamination alimentaire des premiers cas lors du service des repas dans l'unité 10-10 peut être envisagée.

Le tableau clinique des résidents et du personnel dominé par de la diarrhée et des vomissements (plus de 50% des cas), une fièvre modérée présente uniquement chez quelques membres du personnel soignant, une durée des signes comprise entre 24 et 72 heures chez les résidents, suggèrent l'hypothèse d'une épidémie d'origine virale. Cette hypothèse est renforcée par les éléments suivants :

- L'épidémie au centre Isabeau coïncide avec le pic épidémique de gastroentérites en région Nord Pas de Calais (réseau Sentinelles, 2006).
- L'épidémie est survenue fin décembre-début janvier, ce qui est une caractéristique des infections à virus entériques.
- La symptomatologie est compatible avec l'hypothèse d'une infection à norovirus ⁽³⁾ ⁽¹⁾.
- Des norovirus de groupe II ont été retrouvés dans les selles de quatre cas dont la coproculture a été réalisée en début d'épidémie. Parmi les norovirus circulants en France, le groupe II est le plus fréquent dans la communauté depuis quelques années.

Le réservoir des norovirus est strictement humain. Les virus sont excrétés dans les selles et les vomissements. De ce fait, la transmission s'effectue principalement de façon orofécale ou par projection de vomissement ou par contact direct de personne à personne ⁽¹⁾. De plus, une transmission par les gouttelettes respiratoires est évoquée comme mode de transmission potentiel ⁽³⁾. Les modes de contamination indirects possibles sont l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés ou le contact avec des surfaces souillées. Le risque de transmission interhumaine secondaire à l'infection est élevé du fait de la faible dose infectante (10 à 100 particules virales) associée à un fort taux d'excrétion (106 particules virales par ml de selle) et à une certaine résistance dans l'environnement.

Des épidémies à norovirus ont déjà été rapportées dans des institutions hébergeant des personnes âgées et dépendantes ⁽²⁾⁽⁴⁾ ⁽⁷⁾. Le taux d'attaque élevé observé au centre Isabeau est compatible avec ceux rapportés dans des épisodes similaires, le norovirus étant caractérisé par une transmissibilité importante. Ainsi 62% des résidents et 32% du personnel d'un hôpital de long et moyen séjour ont été atteints lors d'une épidémie survenue à Rotterdam en 1999 ⁽⁵⁾.

4.2 Proposition de recommandations

Les recommandations pour la prévention et la prise en charge rapide d'une épidémie de gastroentérite virale peuvent être extraites du guide édité par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec en juin 2005.

Les mesures d'hygiène standard, notamment en vue de limiter le péril fécal, doivent être respectées dans l'établissement, quelque soit la situation épidémique.

Avant chaque début de saison épidémique, il est conseillé renforcer la vigilance afin de détecter le début de la recrudescence de gastroentérites dans la région ⁽⁷⁾ et d'informer le personnel du risque accru de survenue de gastroentérite d'origine virale au sein des structures d'hébergement. En effet, les infections virales peuvent être introduites dans l'établissement par des visiteurs, par les résidents se déplaçant hors de l'établissement, par le personnel (soignant ou travaillant aux cuisines mais aussi administratif) ⁽²⁾.

En saison épidémique communautaire, le personnel soignant devrait alors considérer que tout nouveau cas de gastroentérite chez un patient ou un membre du personnel est potentiellement dû à un norovirus, donc que la maladie est très facilement transmissible de personne à personne.

Ainsi le patient malade doit être isolé le plus rapidement et les précautions d'hygiène et de nettoyage de l'environnement autour du malade doivent être renforcées, sans attendre les résultats des analyses microbiologiques.

Parallèlement, tout personnel soignant ou manipulant des aliments présentant un tableau clinique de gastroentérite devrait être suspecté d'infection à norovirus. Le personnel malade devrait être retiré de son travail jusqu'à 48 h après la fin des symptômes (période d'excrétion virale)⁽²⁾.

En cas de suspicion de TIAC, il est recommandé de prélever des échantillons dans l'ensemble des plats proposés au menu, en tenant compte des possibles délais d'incubation. Par ailleurs, en cas d'alimentation en eau par fontaine réfrigérante, des prélèvements d'eau au niveau des fontaines devraient aussi être effectués.

5 Conclusion

Les résultats préliminaires de l'investigation confirment l'existence d'une épidémie de gastro-entérite probablement à norovirus dans la résidence Isabeau de Roubaix. La survenue de cet épisode de gastro-entérite coïncide avec le dépassement du seuil épidémique de gastro-entérite hivernale dans la communauté du NPC. Au total, 55 cas ont été recensés chez les résidents et 21 cas chez le personnel. La symptomatologie est restée bénigne chez les résidents et le personnel.

Afin d'endiguer la transmission virale, des recommandations de renforcement de l'hygiène données par le Clin, ont été appliquées.

L'hypothèse d'une contamination par une source commune ponctuelle n'a pu être vérifiée.

6 Références

- (1) Heymann, 2004. Epidemic viral gastroenteropathy *in* : Control of communicable disease, American Public Health Association, 18th ed, p.227-229.
- (2) Comité sur les Infections Nosocomiales du Québec (juin 2005). Mesures de contrôle et prévention des éclosions de cas de gastro-entérite infectieuse d'allure virale (Norovirus) à l'intention des établissements de soins. Rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (en ligne : <http://www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?E=p&NumPublication=446>)
- (3) InVS, 2004. Infections à norovirus. In : Morbidité et mortalité dues aux maladies infectieuses d'origine alimentaire en France.
- (4) MMWR Recomm Rep, 2001. "Norwalk-like viruses". Public health consequences and outbreak management. Jun 1;50 (RR-9):1-17.
(en ligne : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5009a1.htm>)
- (5) Ronveaux O. et al, 2000. Epidémie de gastroentérite à virus Norwalk-like dans un hôpital de long et moyen séjour à Rotterdam. Eurosurveillance, vol 5, n°5, may.
- (6) Sentiweb, 2006. Incidence régionale des diarrhées aiguës. (en ligne : <http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti/>, page lue le 06/01/2006.
- (7) Swiss noso, 2003. Epidémies nosocomiales à Norovirus, vol 10, n°2. (en ligne : <http://www.chuv.ch/swiss-noso/f102a3.htm>)

ANNEXE 1 : Menus des repas servis au CPAD Isabeau du 19 au 25 décembre 2005.