

## Bulletin de veille sanitaire - N° 42 - LIM / Décembre 2015

Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées en Limousin, saison hivernale 2014-2015.

### | Sommaire |

**Page 1** | [Analyse des données de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées en Limousin, hiver 2014-2015](#) |

**Page 6** | [Test rapide d'orientation diagnostic \(TROD\) de la grippe](#) |

### Analyse des données de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées en Limousin, hiver 2014-2015

Anne Bernadou, Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Limousin Poitou-Charentes

### | Contexte |

Les personnes âgées, particulièrement celles vivant en collectivité, présentent une vulnérabilité aux infections s'expliquant par une fragilité et des facteurs de sensibilité, généraux ou locaux, propres aux sujets âgés ou liés à l'institution.

En raison des caractéristiques de cette population, les épidémies de gastro-entérites aiguës (GEA) et d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont fréquentes et caractérisées par une morbidité élevée avec un taux d'attaque important.

Le signalement des cas groupés d'IRA a été mis en place en 2005 en réponse à une saisine du ministère en charge de la santé demandant à l'Institut de veille sanitaire (InVS) de développer un système de signalements d'événements sentinelles dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les cas groupés d'IRA et de GEA ont alors été retenus comme les deux événements prioritaires pour la mise en place de ce signalement en raison de leur capacité d'extension rapide au sein de ces établissements, de leur impact important en termes de morbidité ou de mortalité et de l'existence de mesures de contrôle individuelles ou collectives.

L'objectif principal du signalement de ces événements et des recommandations relatives à leur prévention est de réduire leur morbidité et mortalité grâce à l'identification précoce des foyers et la mise en place réactive de mesures de contrôle appropriées.

Les premières recommandations nationales définissant la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'IRA survenant en EHPAD ont été diffusées en 2006 [1]. Une actualisation récente de ces recommandations a été réalisée par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) en octobre 2012 [2]. Par ailleurs, des recommandations relatives aux conduites à tenir devant la survenue de GEA en EHPAD ont également été éditées par le HCSP en janvier 2010 [3]. Ces recommandations sont également reprises dans une instruction de la Direction générale de la santé (DGS) parue le 21 décembre 2012 [4].

En Limousin, la surveillance des cas groupés d'IRA et de GEA a été renforcée en 2012. Pour cela, des réunions départementales des structures d'accueil des personnes âgées ont été organisées et animées conjointement par la Cire et la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) de l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) du Limousin.

Ce bulletin de veille sanitaire présente le bilan de la surveillance hivernale 2014-2015 réalisé à partir des signalements des collectivités de personnes âgées transmis à la CVAGS.

## 1. Les personnes âgées et leur hébergement

Le Limousin compte près de 174 200 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 23 % de la population de la région, ce qui en fait une des régions les plus âgées d'Europe. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 27 % de la population en Creuse, 24 % en Corrèze et 22 % en Haute-Vienne (Source Insee - Estimation au 1er janvier 2013).

Le Limousin dispose de 145 établissements pour l'accueil permanent des personnes âgées autonomes ou dépendantes (Maison de retraite ou Foyers logement) dont 119 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) [5].

## 2. Critère de signalement et critère d'intervention

### Critère de signalement

Tout regroupement de cas d'IRA ou de GEA survenant en établissement accueillant des personnes âgées doit être signalé sans délai à la CVAGS, et ce tout au long de l'année.

Un épisode de **cas groupés** est défini par la survenue d'**au moins 5 cas d'IRA ou de GEA** parmi les résidents dans un délai de 4 jours.

### Critère d'intervention (uniquement pour les épisodes d'IRA)

Quatre critères définis selon les recommandations du HCSP peuvent justifier un appui de l'ARS et/ou de la Cire pour tous signalements de cas groupés d'IRA.

### Critères d'intervention :

- demande d'aide de l'établissement
- ou 3 décès en moins de 8 jours
- ou 5 nouveaux cas ou + dans 1 même journée
- ou persistance de l'apparition de nouveau cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle

## 3. Dispositif régional de surveillance

### Circuit du signalement

Lors de la survenue d'un épisode de cas groupés d'IRA ou de

### Comment signaler à la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) ?

**Point focal unique de l'ARS accessible 7j/7 et 24h/24**

**Tél : 05 55 11 54 54**

**Fax : 05 67 80 11 26**

**Courriel : [ars87-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars87-alerte@ars.sante.fr)**

GEA répondant aux critères de signalement, une fiche permet aux établissements hébergeant des personnes âgées d'en faire le signalement. Cette fiche est envoyée par fax ou courriel directement à la CVGAS pour les établissements non affiliés à un établissement de santé (ES) ou insérée en pièce-jointe dans l'application « e-sin » destinée aux signalements d'infections nosocomiales, pour les établissements affiliés à un ES (Figure 1). A la clôture de l'épisode, cette même fiche complétée avec les informations finales (nombre total de cas, résultats des analyses biologiques, etc.) est de nouveau envoyée par l'établissement (fax ou courriel) à la CVAGS.

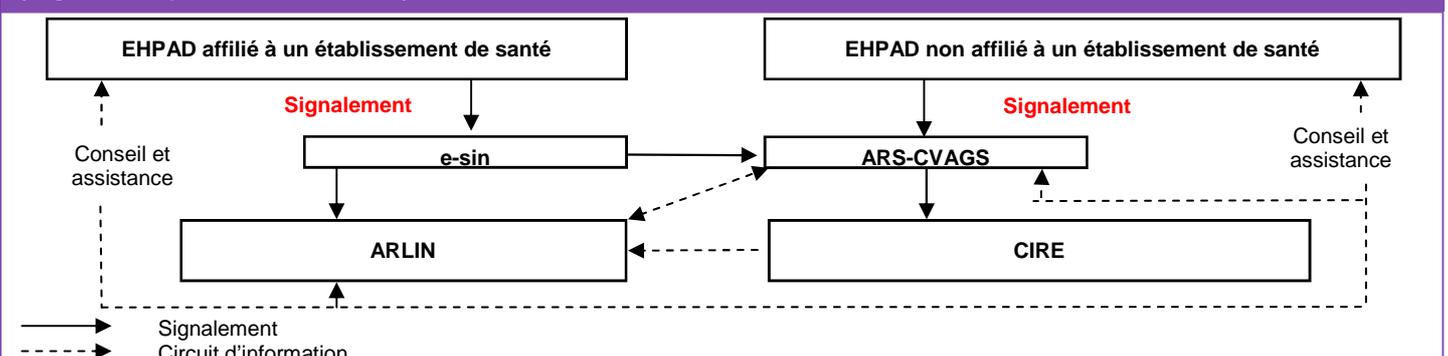
### Coordination régionale

La CVAGS reçoit les signalements, diffuse des recommandations, aide à l'investigation et à la mise en place de mesures de contrôle et de surveillance. L'ARLIN aide les EHPAD (rattachés ou non à un ES) à mettre en place les mesures d'hygiène nécessaires et participe aux investigations. La Cire propose des outils de surveillance, peut apporter un appui à l'investigation épidémiologique et assure la rétro-information au cours et en fin de saison hivernale.

## 4. Saisie et analyse des signalements

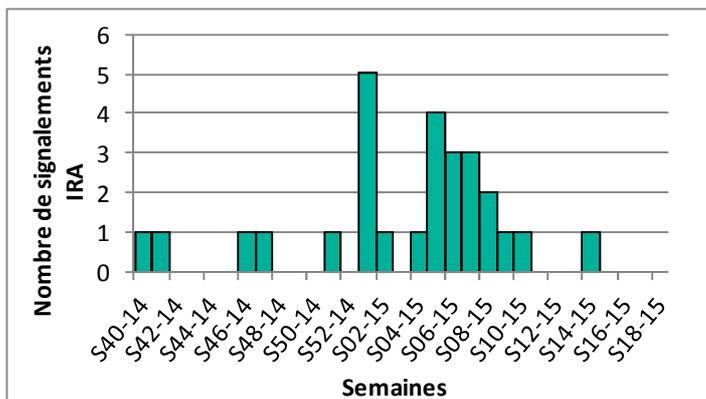
Les données de signalement recueillies sont vérifiées, voire complétées, puis saisies dans une application informatique spécifiquement dédiée à cette surveillance par la CVAGS. L'analyse des données est effectuée par la Cire à l'aide des logiciels Excel et Stata. Elle prend en compte les épisodes signalés entre le 1er octobre 2014 et le 30 avril 2015. Les résultats sont ensuite communiqués aux établissements et aux partenaires.

| Figure 1 : Dispositif de surveillance |



### Nombre et répartition spatio-temporelle

Entre le 1er octobre 2014 et le 30 avril 2015, 27 épisodes d'IRA ont été signalés à la CVAGS. Ces foyers d'IRA ont été signalés dans tous les départements du Limousin : 5 en Corrèze, 6 en Creuse et 16 en Haute-Vienne. Les épisodes sont survenus entre la semaine 40 (du 01/10 au 5/10/15) et 14 (du 30/03 au 5/04/15) de 2014 (Figure 1), avec 2 pics observés en janvier sur les semaines 01 et 05.



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes d'IRA, signalés dans les collectivités de personnes âgées selon la date de début des signes du 1er cas en Limousin. Saison hivernale 2014-2015.

### Type d'établissement

Les 27 épisodes ont été signalés par 22 établissements, 5 établissements ayant signalé 2 épisodes.

La majorité des établissements ayant déclaré un épisode était des EHPAD (18) dont 3 étaient affiliés à un établissement de santé. Trois Unités de soins de longue durée (USLD) et un service de Soins de suite et de réadaptation (SSR) ont également déclaré un épisode. Pour la moitié d'entre eux, ils accueillient jusqu'à 85 résidents (étendue : 54-211 ; n=22) et le nombre médian de membres du personnel était de 60 (étendue : 39-150 ; n=19).

### Caractéristiques des épisodes

Une fiche de clôture a été transmise pour 25 épisodes. Parmi ces épisodes, 572 résidents et 78 membres du personnel ont été malades. Les taux d'attaque moyen pour ces épisodes étaient de 26 % chez les résidents et de 6 % chez les membres du personnel (n=22).

La présence de toux et de fièvre supérieure à 38°C a été signalée dans la majorité des épisodes. La durée médiane des symptômes a été de 6 jours (étendue : 3j - 10j).

Vingt et un résidents ont été hospitalisés au décours des épisodes, soit un taux d'hospitalisation moyen de 4 %. Huit résidents sont décédés, soit une létalité moyenne de 1,5 %.

La durée médiane des épisodes était de 10 jours variant de 4 à 27 jours.

### Critère d'intervention

Six épisodes présentaient au moins un critère justifiant une intervention de l'ARS ou de la Cire. Pour tous ces épisodes, il s'agissait de la survenue d'au moins 5 cas dans une journée et parmi eux, un établissement avait fait une demande d'aide.

### Recherches étiologiques

Une recherche étiologique a été effectuée pour 14 épisodes, soit 56 % des épisodes, à l'aide d'un test de diagnostic rapide (TDR). Pour 9 épisodes, une étiologie de grippe a été confirmée : grippe A pour 6 épisodes et grippe B pour 3 épisodes.

### Mesures de prévention et de contrôle

Pour la moitié des épisodes, le taux de couverture vaccinale moyen était de 80 % chez les résidents (variant de 69 % - 98 % ; n=7), et 18 % chez les membres du personnel (étendue : 5 % - 29 % ; n=4).

Des mesures de contrôle ont été mises en place lors de tous les épisodes. Aucune mesure n'a été mise en place dans l'ensemble des établissements. Le renforcement de l'hygiène des mains, les précautions type « gouttelettes », la limitation des déplacements de malades et l'information des visiteurs ont été mis en place pour la majorité des épisodes de cet hiver (Tableau 1). Pour 4 épisodes, il a été mis en place une chimioprophylaxie antivirale.

| Tableau 1 |

Mesures de contrôle mises en place dans les épisodes de cas groupés de IRA signalés, Limousin. Saison hivernale 2014-2015.

Mesures de contrôle	Nombre d'épisodes	Proportion*
Renforcement de l'hygiène des mains	24	96%
Précautions type "gouttelettes"	22	88%
Limitation des déplacements de malades	24	96%
Arrêt ou limitation des activités collectives	17	68%
Information des visiteurs	20	80%
Chimioprophylaxie	4	16%
Autres mesures	3	12%

\* Lorsque la mesure n'était pas renseignée, elle a été considérée comme n'ayant pas été mise en place

Les mesures de contrôle ont été mises en place le jour même de l'apparition des premiers malades pour 12 épisodes (48 %), le lendemain pour 6 épisodes (24 %), entre 2 et 12 jours pour les 7 autres épisodes.

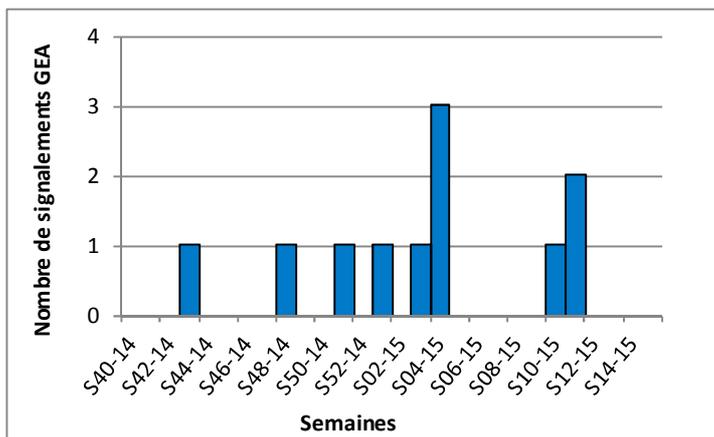
### Délai de signalement

Le délai médian entre la survenue des premiers cas et le signalement des épisodes à la CVAGS était de 7 jours, variant de 2 à 36 jours.

### Nombre et répartition spatio-temporelle

Entre le 1er octobre 2014 et le 30 avril 2015, 11 foyers de GEA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à la CVAGS. Ces foyers de GEA ont été signalés dans tous les départements du Limousin : 3 épisodes en Creuse, 3 en Corrèze et 5 en Haute-Vienne.

Les épisodes sont survenus entre la semaine 42 (du 13/10 au 19/10) et la semaine 11 (du 9/03 au 15/03/15) avec un nombre maximal de 3 épisodes atteint la semaine 04 (Figure 1).



| Figure 1 |

**Nombre hebdomadaire d'épisodes de GEA, signalés dans les collectivités de personnes âgées selon la date de début des signes du 1er cas en Limousin. Saison hivernale 2014-2015.**

### Type d'établissement

La majorité des établissements ayant déclaré un épisode était des EHPAD (10) dont 4 étaient affiliés à un établissement de santé. Un service de Soins de suite et de réadaptation (SSR) a également déclaré un épisode. Pour la moitié d'entre eux, ils accueillait jusqu'à 82 résidents (étendue : 34 - 99) et le nombre médian de membres du personnel était de 59 (étendue : 34 - 75).

### Caractéristiques des épisodes

Une fiche de clôture a été transmise pour tous les épisodes. Au total, 280 résidents et 32 membres du personnel ont été malades au cours des épisodes de GEA. Pour Le taux d'attaque moyen chez les résidents était de 35 %. Parmi les membres du personnel, le taux d'attaque moyen était de 5 %. Les symptômes les plus fréquents étaient les diarrhées et les vomissements : pour tous les épisodes la majorité des malades présentaient des diarrhées et pour 55 % des vomissements. La durée médiane des symptômes a été de 2 jours (étendue : 1j - 4j). La durée médiane des épisodes était de 9 jours (étendue : 3j - 29j). L'hospitalisation de 3 résidents a été déclarée et 2 décès ont été signalés.

### Recherche étiologique

L'étiologie a été recherchée pour 6 épisodes soit 55 % des épisodes. Une étiologie a été retrouvée pour 3 épisodes : 2 norovirus et 1 bactérie (autre que salmonelles).

### Mesures de gestion et de prévention

Des mesures de contrôle ont été mises en place pour l'ensemble des épisodes. Cependant, certaines ne sont pas mises en œuvre aussi fréquemment que d'autres, c'est le cas notamment de la mise à l'écart des soins du personnel malade et des mesures sur les aliments (Tableau 1).

Les mesures de contrôle ont été mises en place le jour même de l'apparition des premiers malades pour 8 épisodes (72 %), 2 jours, 4 jours et 5 jours après pour 3 épisodes.

| Tableau 1 |

**Mesures de contrôle mises en place dans les épisodes de cas groupés de GEA signalés, Limousin. Saison hivernale 2014-2015.**

Mesures de contrôle	Nombre d'épisode	Proportion*
Renforcement de l'hygiène des mains	11	100%
Précautions type "contact"	11	100%
Limitation des déplacements de malades	11	100%
Arrêt ou limitation des activités collectives	5	45%
Mise à l'écart des soins du personnel malade	4	36%
Nettoyage classique	6	55%
Bionettoyage	6	55%
Information des visiteurs	9	82%
Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution ...)	5	45%

\* Lorsque la mesure n'était pas renseignée, elle a été considérée comme n'ayant pas été mise en place

### Délai de signalement

Le délai médian entre la survenue des 1ers cas et le signalement des épisodes à la CVAGS était de 4 jours, variant de 2 à 11 jours.

## | Discussion et conclusion |

Au cours de la surveillance menée du 1er octobre 2014 au 30 avril 2015, 27 épisodes d'IRA et 11 épisodes de GEA ont été signalés à la CVAGS.

Le nombre hebdomadaire d'épisodes a augmenté en décembre 2014 avec un premier pic survenu en début janvier (semaine 1) suivi d'un second fin janvier (semaine 5). Plus de la moitié des épisodes d'IRA (56 %) est survenu pendant la période épidémique de la grippe (période épidémique de grippe au niveau national : du 12 janvier au 15 mars 2015 [6]). Le nombre de signalements de cas groupés d'IRA était largement supérieur aux deux saisons précédentes (3 épisodes signalés en 2013-2014 et 8 en 2012-2013) [7]. Cette augmentation a également été observée au niveau national [6].

Les taux d'attaque moyen par épisode (26 % chez les résidents et 6 % chez le personnel) étaient en baisse par rapport aux deux années précédentes, où ils variaient entre 33% et 40% chez les résidents et 9 % à 19% chez le personnel.

Une recherche étiologique a été réalisée pour 14 épisodes (51%). Pendant la période de circulation du virus grippal, une recherche étiologique par tests rapides d'orientation diagnostique de la grippe est recommandée et a été réalisée pour 73 % des épisodes du Limousin. La recherche étiologique est importante pour mettre en place des mesures de contrôle spécifiques et précoces, notamment la chimioprophylaxie antivirale, en cas de détection de virus grippaux [8]. Cette saison, 4 épisodes ont mis en place une chimioprophylaxie antivirale.

La couverture vaccinale moyenne des résidents était en baisse (80 %), inférieure aux saisons précédentes (87 % en 2012-2013 et 97 % en 2013-2014). La couverture vaccinale des membres du personnel était encore insuffisante, avec une moyenne de 18 %. La vaccination du personnel soignant dans les collectivités de sujets âgés est une mesure de prévention essentielle

pour permettre la diminution de la mortalité des résidents [2].

Les épisodes de GEA sont survenus tout au long de la période épidémique, en majorité sur janvier au moment du pic de diarrhée aiguë observé par le réseau sentinelle [9]. Le nombre de signalements de cas groupés de GEA était supérieur à celui de la saison 2013-2014 et inférieur à celui de la saison 2012-2013 (respectivement 8 et 24 épisodes signalés), comme observé au niveau national.

Les taux d'attaque moyen par épisode (35 % chez les résidents et 5 % chez le personnel) étaient en baisse par rapport aux deux années précédentes, où ils variaient entre 36 % et 43 % chez les résidents et 11 % à 19 % chez le personnel.

Les épisodes de GEA sont souvent lourds à gérer touchant un grand nombre de résidents et des membres de personnel (touchés dans 70 % des épisodes). Les particularités du norovirus (dose infectante faible et persistance dans l'environnement) complexifient la maîtrise des épisodes [3]. C'est pourquoi il est important de mettre en place des mesures de contrôle précoces et adaptées afin de limiter la désorganisation des services et la surcharge de travail.

Le bilan de la surveillance hivernale 2014-2015 montre une hausse du nombre de signalements par rapport à l'année précédente. Pour les IRA, la hausse est probablement la conséquence de l'épidémie hivernale de grippe qui a été plus sévère au cours de la saison 2014-2015, notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans (hausse des hospitalisations et excès de mortalité). Ces conséquences de la grippe sont probablement dues au virus A(H3N2), connu pour donner des complications chez les personnes fragiles. Elles sont aussi liées à l'insuffisance de la vaccination chez les personnes à risque et à l'inadéquation entre les souches A(H3N2) circulantes et celles contenues dans le vaccin [6].

## | Références |

[1] Circulaire n° DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/SD2/2006/489 du 22 novembre 2006 du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées.

[2] Rapport du HCSP de juillet 2012 : Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120703\\_infecrespicollagees.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf)

[3] Rapport du HCSP du 29 janvier 2010 : Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées. [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129\\_gastro.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf)

[4] Instruction N°DGS/RI1/DGSC/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées. [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste\\_20130001\\_0100\\_0094.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf)

[5] Statistiques et indicateurs de la santé, STATIS 2014 Limousin. ARS du Limousin.

[6] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(32-33):593-8.

[7] Bernadou A. Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées en Limousin, saison hivernale 2014-2015. n°32—décembre 2014. <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Limousin-Poitou-Charentes/Bulletin-de-veille-sanitaire-Limousin-n-32-December-2014>

[8] Haut Conseil de la santé publique. Utilisation des antiviraux chez les patients en extra-hospitalier pour le traitement en curatif et le traitement en post-exposition en période de circulation des virus de la grippe saisonnière. Avis et rapport. Paris : HCSP, 9 novembre 2012. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=298>

[9] Jourdan N. Bilan de la surveillance de GEA en Ehpad. Communication orale, Journée GEPP surveillance IRA-GEA du 12 octobre 2015

## | Outils mis à disposition |

Les outils régionaux de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA et de GEA sont disponibles sur le site internet de l'ARS Limousin à l'adresse suivante : <http://www.ars.limousin.sante.fr/Surveillance-episodes-infectie.82408.0.html>

## | Remerciements |

Nous tenons à remercier l'ensemble des établissements ayant participé à cette surveillance, ainsi que la CVAGS de l'ARS, l'ARLIN et les réseaux locaux d'hygiène pour le suivi des signalements et l'aide à la gestion auprès des collectivités de personnes âgées.

# Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) de la grippe

Marion Beurdeley-Gauthier, Médecin responsable de la veille et de la sécurité sanitaire de l'ARS du Limousin

## 1. Place du TROD dans le diagnostic de la grippe

La grippe touche chaque année entre 2 et 8 millions de personnes en France. Les structures du réseau OSCOUR et sentinelles ont rapporté 3 000 000 de consultations, 3 000 hospitalisations, 1 600 cas de grippe grave hospitalisés en réanimation durant la saison 2014-2015.

Un excès de mortalité (18 000) a été constaté durant l'épidémie de grippe 2014-2015, concernant pour 90% des patients âgés de plus de 65 ans.

Le diagnostic moléculaire (RT-PCR) est devenu la référence pour le diagnostic biologique de la grippe mais cet examen est coûteux et nécessite une réalisation dans un laboratoire de biologie médicale. Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) de la grippe peuvent aider à réduire l'incertitude clinique au « lit du patient », orienter la prise en charge immédiate et de décider d'utiliser ou non un traitement antibiotique ou antiviral ainsi que de poursuivre ou non les investigations paracliniques.

Le diagnostic biologique, avec recours au TROD grippe, est recommandé dans les collectivités de personnes âgées où l'identification précoce de l'agent infectieux est essentielle au contrôle de l'épidémie et permet d'établir un diagnostic étiologique.

## 2. Principe des TROD dans le diagnostic de la grippe

Les TROD dépistent les virus de type A et B de la grippe en 30 minutes par détection des nucléoprotéines virales internes par immunochromatographie.

Ces tests permettent d'identifier les type de virus A et B mais pas de différencier les sous types.

Les TROD peuvent être réalisés par des médecins ou sous leur responsabilité par un autre professionnel de santé. L'utilisation des TROD n'est pas conseillée en dehors des périodes de circulation virale intense. Une réalisation précoce dans les 48h-72 heures suivant le début des signes est indispensable pour optimiser la sensibilité du test. Le préleveur doit porter un masque et des gants à usage unique.

Au sein des collectivités pour personnes âgées, les TROD doivent être effectués sur 3 cas au moins. La sensibilité du test est diminuée chez les personnes âgées, il est donc impératif de faire un bon prélèvement nasal et de respecter le mode d'emploi des TROD. Un seul prélèvement négatif n'exclut pas le diagnostic de grippe. En cas de test négatif et de forte suspicion faire un prélèvement selon les modalités de votre laboratoire et le lui envoyer.

## 3. Indications du TROD

Un test rapide à orientation diagnostique de la grippe est à réaliser dans les 48h après le début des signes.

En période de circulation du virus grippal, quand un cas de syndrome grippal survient dans une collectivité de personnes à risque, la conduite à tenir est la suivante :

- ◆ pour un 1er cas de syndrome grippal (cas 1) → aucun prélèvement n'est fait.
- ◆ si un 2ème cas apparaît dans les 3 jours qui suivent le 1er cas (cas 2) → réaliser un TROD grippe.
- ◆ si un 3ème cas apparaît dans les 3 jours qui suivent le 2ème cas (cas 3) → réaliser un TROD grippe.
- ◆ si un 4ème cas apparaît dans les 3 jours qui suivent le 3ème cas (cas 4) → réaliser un TROD grippe.

Dès qu'un TROD grippe est positif, la grippe est présente dans la collectivité, ce qui autorise la mise en place selon la situation d'un traitement curatif ou d'une prophylaxie par Oseltamivir. Il faut au minimum 3 tests négatifs pour affirmer que ce n'est pas de la grippe.

En période d'épidémie de grippe déclarée dans la région, le TROD peut être pratiqué dès le premier cas et particulièrement en cas d'apparition de cas multiple le même jour.

## 4. Réalisation du TROD

- ⇒ Prélèvement par **écouvillonnage nasal (1 narine)** : insérer l'écouvillon en le poussant délicatement le plus loin possible parallèlement au palais, réaliser de petits mouvements rotatifs pendant 15 sec en frottant les parois afin de recueillir des cellules, puis retirer doucement l'écouvillon.
- ⇒ Réalisation du test : placer l'écouvillon dans le tube du réactif dans lequel aura été versé la solution du réactif.
- ⇒ Tourner l'écouvillon dans cette solution
- ⇒ Mettre la bandelette test dans le tube
- ⇒ Lire le résultat après **10 minutes** au lit du patient.

## Sources

1. Site internet du ministère de la santé, Dossier grippe saisonnière <http://sante.gouv.fr/grippe-saisonniere.3588.html>
2. CNR des virus Influenza-HCL. Rapport final d'évaluation des tests rapides d'orientation diagnostique TROD des virus influenza A et B. Octobre 2014 [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_TROD\\_grippe\\_CNR.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_TROD_grippe_CNR.pdf)
3. Communication orale, Journée OMEDIT-ARLIN Auvergne du 15 avril 2014