

Conseils pratiques pour la prise en charge d'une épidémie de grippe en EHPAD

Practical guide for the management of influenza outbreaks in nursing homes

Société Française de Gériatrie et Gériologie

Mise à jour des recommandations de la Société Française de Gériatrie et Gériologie (SFGG) rédigées en 2004

La mise à jour de ces recommandations a été réalisée à la demande du Conseil scientifique de la SFGG par le groupe de travail réunissant les Dr AUBIN Jean-Thierry (Paris), CARRAT Fabrice (Paris), GAVAZZI Gaétan (Grenoble), VETEL Jean-Marie (Le Mans) et les Pr de WAZIERES Benoît (Nîmes) et BELMIN Joël (Ivry-sur-Seine).

Les auteurs

AUBIN Jean-Thierry, Institut Pasteur, CNR Virus Influenzae, 25 rue du Dr Roux, 75724 Paris Cedex 15, France.

BELMIN Joël, Hôpital Charles Foix, service hospitalo-universitaire de gériatrie, 94205 Ivry-sur-Seine, France.

CARRAT Fabrice, Faculté de médecine Saint-Antoine, épidémiologie, systèmes d'information, modélisation, 27 rue Chaligny, 75571 Paris Cedex 12, France.

GAVAZZI Gaétan, CHU de Grenoble, département de Médecine Gériatrique et Communautaire, BP 217 X, 38043 Grenoble Cedex 09, France.

VETEL Jean-Marie, CH du Mans, 194 avenue Rubillard, 72037 Le Mans Cedex, France.

de WAZIERES Benoît, CHU de Nîmes - Carêmeau, Unité de Médecine Gériatrique, Place Robert Debré, 30029 Nîmes Cedex 04, France.

Mots clés : Société Française de Gériatrie et Gériologie - Grippe - Épidémie - Recommandations - Personnes âgées - EHPAD.

La grippe est une maladie grave chez les sujets âgés, notamment les personnes âgées fragiles, et/ou vivant en institution gériatrique. La grippe est très contagieuse, avec un mode de transmission respiratoire et la survenue de cas groupés, ce qui définit une épidémie. La grippe épidémique est très fréquente dans les établissements regroupant des personnes âgées, en particulier les EHPAD.

Les mesures définies ci-après doivent être appliquées par un médecin en collaboration avec le directeur de l'établissement. Le médecin coordonnateur de l'établissement est naturellement le plus à même de mettre en œuvre ces mesures ; si la convention tripartite n'a pas été signée, le directeur de l'établissement doit faire appel à un médecin généraliste référent.

La vaccination des résidents et du personnel en contact avec les résidents est la mesure la plus efficace pour prévenir la survenue d'une épidémie de grippe en EHPAD.

SUSPECTER LE DIAGNOSTIC DE GRIPPE CHEZ UN SUJET ÂGÉ

Le diagnostic de grippe doit être suspecté devant :

- un syndrome grippal de début brutal : fièvre et au moins deux des symptômes suivants : céphalées, myalgies, toux, asthénie marquée, coryza, anorexie ;

Correspondance : Société Française de Gériatrie et Gériologie.
E-mail : contact@sfgg.org
Article reçu le xx.xx.2005 - Accepté le xx.xx.2005.

- durant une période de circulation du virus de la grippe : il est facile de s'informer sur le site internet de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) ou sur celui des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG). D'autres symptômes ou signes sont fréquents : dyspnée, confusion mentale, vomissements, chutes, déshydratation. Il est important de noter que le fait d'avoir été vacciné contre la grippe durant la même saison hivernale ne permet pas d'écarter le diagnostic de grippe.

POSER LE DIAGNOSTIC D'UNE ÉPIDÉMIE DE GRIPPE EN EHPAD

Les signes sus-cités ne sont pas spécifiques de la grippe et peuvent être observés dans d'autres infections, notamment l'infection par le virus respiratoire syncytial. Aussi, devant plusieurs cas groupés d'infection respiratoire dans une institution, il est important de documenter le diagnostic chez plusieurs patients ou membres du personnel par la mise en évidence du virus grippal par un test de dépistage rapide (technique immunoenzymatique) dont les résultats sont obtenus en quelques minutes (voir en annexe). L'épidémie est affirmée en présence d'au moins deux cas groupés en moins de 72 heures. En cas d'épidémie de grippe confirmée, il est inutile de réaliser des tests de dépistage rapide chez les autres patients.

PRENDRE DES MESURES POUR LIMITER LA DIFFUSION DE L'ÉPIDÉMIE

Ces mesures peuvent être prises immédiatement, avant même que le diagnostic virologique soit confirmé (sauf celles concernant l'oseltamivir qui sont mises en œuvre une fois le diagnostic virologique confirmé).

Isolement des résidents atteints de grippe

- Éviter la circulation des résidents atteints (notamment déplacements en salle à manger ou dans les lieux de vie ou d'animations, ...).
- Isoler les résidents atteints et hébergés en chambre double avec un résident non atteint : si possible déplacement en chambre seule, ou bien en chambre double en réunissant deux résidents atteints.
- Le port d'un masque respiratoire par les résidents atteints est habituellement recommandé, mais rarement possible chez les résidents vivant en EHPAD.

Précautions concernant les résidents non atteints

- Retarder les admissions de nouveaux résidents prévues dans le(s) secteur(s) touché(s) par l'épidémie.

- Vaccination grippale des résidents non atteints et non vaccinés durant la saison hivernale.
- Pour les résidents ayant été en contact avec des résidents atteints, une chimioprophylaxie par oseltamivir doit être débutée (modalités détaillées ci-après), si le diagnostic d'épidémie de grippe de l'institution a été établi au plan virologique. La notion de sujet contact est définie comme un contact direct avec un cas suspect dans un espace clos dans les 5 jours suivant les premiers signes. En pratique, l'identification de tous les sujets contacts est souvent difficile dans une institution en raison de la vie en collectivité. Aussi, il est fréquent d'avoir à considérer comme sujets contacts l'ensemble des résidents non atteints d'une même unité géographique ou fonctionnelle.

Précautions concernant le personnel

- Lors des soins donnés aux résidents atteints, porter un masque protégeant la bouche et le nez, renforcer les mesures concernant l'hygiène des mains (lavage, solutions hydro-alcooliques), porter des gants de protection.
- Conseiller au personnel de soin présentant un syndrome grippal de ne pas venir travailler et de consulter leur médecin. En cas de grippe chez un agent du personnel travaillant au contact des résidents, l'éviction par un arrêt de travail est recommandée ; en attendant cette mesure, le port d'un masque est recommandé.
- Conseiller au personnel de soin non vacciné contre la grippe durant la même saison hivernale de se faire vacciner immédiatement.
- Pour les agents du personnel ayant été en contact avec des résidents atteints, une chimioprophylaxie par oseltamivir (modalités détaillées au V) doit être envisagée si l'agent n'est pas vacciné ou s'il est vacciné depuis moins de 15 jours, et si le diagnostic virologique de l'épidémie de grippe a été établi. Pour certaines personnes du groupe, cette mesure pourrait même être proposée aux agents vaccinés correctement. En effet, la vaccination ne garantit pas l'absence de contagiosité de l'individu vacciné, même s'il ne présente aucun symptôme. De plus, l'efficacité du vaccin est variable et peut être faible en cas de glissement antigénique du virus grippal, ou d'une infection à virus de type B.

LA PRISE EN CHARGE ET LE TRAITEMENT DES RÉSIDENTS ATTEINTS DE GRIPPE

Mesures générales

Les sujets âgés de plus de 65 ans et vivant en institution font partie, de fait, des groupes à haut risque de complications.

L'hyperthermie induite par la grippe doit être traitée car ses répercussions peuvent aggraver le tableau clinique

(déshydratation, confusion mentale, tachycardie). Le traitement de choix est le paracétamol. L'aspirine peut être un complément utile (sauf chez les sujets recevant des anticoagulants), mais les autres AINS doivent être évités.

La déshydratation est fréquente au cours des maladies infectieuses chez les personnes âgées institutionnalisées. Chez les résidents atteints de grippe, il faut la prévenir en assurant des apports hydriques suffisants par voie orale. En cas de déshydratation avérée, il faut la corriger en assurant des apports d'eau et de sodium supérieurs aux besoins quotidiens. Pour les apports hydriques, la voie orale doit être privilégiée. En cas d'impossibilité, il faut recourir à une perfusion sous-cutanée. Lorsque la déshydratation justifie une réhydratation par voie veineuse, une hospitalisation est le plus souvent nécessaire. En cas de déshydratation, certains traitements, comme les diurétiques ou les sulfamides hypoglycémisants, peuvent être transitoirement arrêtés ou leur posologie diminuée durant la phase fébrile. Chez les patients recevant un antivitamine K, il est prudent de diminuer la posologie et de surveiller l'INR. Les risques inhérents à l'alitement et à la diminution de mobilité doivent être évalués et prévenus. En particulier à la phase aiguë, il faut entreprendre une prophylaxie de la thrombose veineuse profonde et une prévention des escarres de pression. La kinésithérapie respiratoire est utile, mais les fluidifiants bronchiques n'ont pas d'indication. Les traitements par aérosols peuvent être utiles pour humidifier les muqueuses bronchiques et lever un éventuel spasme bronchique associé.

Les complications les plus sévères comme l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire nécessitent des soins spécifiques, le plus souvent mis en œuvre dans le cadre d'une hospitalisation.

Médicaments anti-viraux chez les résidents atteints de grippe (voir aussi section V)

L'utilisation d'un médicament antiviral comme l'oseltamivir peut diminuer la durée des symptômes de la grippe, et son efficacité est d'autant meilleure que le traitement est débuté précocement, idéalement dans les heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes. Débuté après les 48 heures qui suivent les premiers symptômes, ce traitement n'est pas utile. L'effet de ce médicament sur la mortalité et les autres complications de la grippe n'est pas clairement établi. La dose est de 2 cp/j (à réduire de moitié si la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/mn) et la durée du traitement est de 14 jours.

Antibiothérapie chez les résidents atteints de grippe

La grippe est une maladie virale, contre laquelle les antibiotiques ne sont pas efficaces. Toutefois, le risque d'in-

fection bactérienne secondaire ("surinfection") est réel chez les sujets âgés fragiles. Il n'y a pas d'indication à prescrire des antibiotiques dans le but de prévenir une infection bactérienne secondaire (antibioprophylaxie).

En cas d'infection bactérienne respiratoire secondaire, un traitement antibiotique est indiqué. Le diagnostic d'infection bactérienne respiratoire secondaire peut être suspecté après plusieurs jours d'évolution de la grippe devant :

- une toux grasse et purulente apparaissant progressivement au cours de l'évolution de la grippe,
- des frissons,
- la persistance ou la réapparition de la fièvre,
- une altération massive de l'état général,
- un foyer auscultatoire pulmonaire localisé,
- une radiographie thoracique montrant un foyer systématisé,
- ou encore une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

La réalisation d'une radiographie thoracique est souhaitable en cas de suspicion d'infection bactérienne secondaire.

LES MÉDICAMENTS ANTIVIRAUX

L'oseltamivir (Tamiflu®) est le médicament de choix. En effet, il est actif sur les virus A et B et il a un rapport bénéfice risque satisfaisant en prophylaxie et en curatif (agrée coll. Remb. 35%). Les autres médicaments actifs sur le virus de la grippe ont certaines limites : l'amantadine est inactive sur le virus B et sa tolérance neuropsychiatrique est médiocre chez les sujets âgés ; le zanamivir est difficile à utiliser chez les personnes âgées dépendantes en raison de son mode d'administration.

En cas d'épidémie de grippe dans une institution, confirmée par un test virologique, l'oseltamivir doit être prescrit à la posologie/durée de :

- deux comprimés par jour pendant 5 jours chez les résidents atteints de grippe, *Erratum dans la revue de octobre 2005*
- et d'un comprimé par jour en traitement prophylactique chez les sujets contacts jusqu'au septième jour après le début des symptômes du dernier cas.

En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/mn), la posologie doit être diminuée de moitié.

Il est important de débiter le traitement antiviral le plus tôt possible, moins de 48 heures après le début des symptômes chez les résidents atteints, et, pour le traitement post-exposition, dans les 48 heures qui suivent un contact.

Le traitement prophylactique du personnel non vacciné au contact avec des personnes à risque est conseillé. En

effet, un tel traitement débuté dans les 48 heures post-exposition réduit de 89% l'incidence de la grippe symptomatique, et donc l'absentéisme du personnel ; or un absentéisme massif du personnel peut être préjudiciable à la qualité des soins donnés aux résidents, notamment en situation de crise. Par ailleurs, ce traitement contribue à réduire la circulation du virus dans l'établissement.

QUAND HOSPITALISER UN RÉSIDENT ATTEINT DE LA GRIPPE ?

Aucune étude ne permet de définir avec précision les indications d'hospitalisation chez les patients institutionnalisés atteints de grippe. La survenue de complications sévères telles qu'une insuffisance cardiaque, une insuffisance respiratoire, des troubles neurologiques (confusion mentale, troubles de la vigilance) ou encore l'aggravation du patient malgré le traitement est une indication à une hospitalisation. Dans d'autres situations, comme la déshydratation, la surinfection bactérienne ou encore l'anorexie, le mode de prise en charge doit être choisi en fonction de la gravité du tableau et surtout des possibilités locales de traitement et de surveillance.

ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET LOGISTIQUES

Le chef d'établissement doit être informé de la survenue d'une épidémie. Celle-ci doit être déclarée aux autorités départementales de santé (DDASS).

En cas d'épidémie de grippe en institution gériatrique, le taux d'attaque chez le personnel est souvent important. La direction de l'établissement doit anticiper ce problème et prendre les mesures nécessaires pour faire face à un absentéisme prévisible, ce d'autant que l'épidémie entraîne un surcroît de travail pour les soignants et que la densité de personnel de soin est faible.

Le chef d'établissement doit fournir au personnel les moyens d'appliquer ces mesures pour faire face à l'épidémie. Pour ce faire, l'établissement doit disposer d'un matériel de base pour appliquer les premières mesures sans retard :

- des masques de protection FFP2¹,
- des gants de protection et des solutions hydro-alcooliques,
- le matériel permettant de faire une dizaine de prélèvements avec milieux de transport pour un diagnostic virologique

effectués dans un laboratoire ; ou bien le matériel permettant de faire une dizaine de tests de diagnostic virologique rapide à réaliser sur place,

- un stock d'oseltamivir.

Les quantités de masques, de gants et d'oseltamivir doivent être préalablement définies avec le médecin coordonnateur en tenant compte de la taille de l'établissement. Ces médicaments ou dispositifs devront faire l'objet d'une gestion de stock (dates de péremption, remplacement en cas d'utilisation).

Si l'établissement fait le choix de réaliser le diagnostic virologique au laboratoire, il est souhaitable de prendre contact avec ce dernier pour s'assurer que, le moment venu, il sera en mesure d'effectuer ces tests en urgence.

Ces mesures pour gérer l'épidémie de grippe doivent être mises en œuvre par le chef d'établissement et le médecin coordonnateur. Toutefois, si ce dernier n'est pas immédiatement disponible (médecin à temps partiel par exemple), le chef d'établissement doit faire appel à un autre médecin pour engager les premières mesures sans perte de temps.

La prescription aux résidents relative à la prise en charge de l'épidémie (tests de dépistage, oseltamivir, vaccination antigrippale notamment) doit être réalisée par le médecin coordonnateur, notamment si le recours au médecin traitant est susceptible de retarder la prescription.

Durant une épidémie de grippe, la prescription d'oseltamivir et la vaccination grippale du personnel ayant été en contact avec des résidents atteints de grippe doivent être réalisées par le médecin du travail. Le coût de ce traitement est à la charge de l'employeur.

Durant la période hivernale, il est souhaitable que l'établissement se tienne informé de façon hebdomadaire des périodes de circulation du virus de la grippe dans son département. Le plus facile est de consulter le site internet du GROG. En cas de circulation atteignant le seuil épidémique, il faut en informer le médecin coordonnateur et le chef d'établissement.

PRÉVENTION DES ÉPIDÉMIES DE GRIPPE EN EHPAD

Elle repose sur la vaccination des résidents et des personnes en contact avec les résidents.

En EHPAD, la vaccination anté-grippale des résidents est habituellement réalisée au cours d'une campagne vaccinale annuelle. Toutefois, il est important de vérifier le statut vaccinal des résidents admis après cette campagne et de les vacciner si nécessaire.

Il est essentiel d'inciter le personnel en contact avec les

¹ Selon la norme européenne EN149, les masques anti-poussières FFP2 arrêtent au moins 92% des particules de 0,01 à 1 micron en aérosol.

résidents à se vacciner contre la grippe. Des réunions d'information et la gratuité du vaccin sont des moyens efficaces pour encourager la vaccination du personnel, de même que la possibilité technique d'être vacciné sur le lieu de travail.

D'une façon plus générale, il est judicieux d'informer les familles et visiteurs des résidents, ainsi que les bénévoles visitant régulièrement l'EHPAD, de leur rôle potentiel dans la diffusion du virus de la grippe. Il faut recommander à ces personnes de se vacciner contre la grippe et de différer leurs visites au sein de l'établissement, dans la mesure du possible, en cas de symptômes grippeux et/ou de rhume.

ANNEXE

Le diagnostic rapide de la grippe

Les tests de dépistage rapide (techniques immunoenzymatiques) peuvent être réalisés par de nombreux laboratoires et leurs résultats sont obtenus en quelques minutes. Ces tests peuvent aussi être réalisés par tout médecin au lit du patient ou au cabinet.

La technique de prélèvement doit être soigneusement respectée. Elle doit être faite le plus tôt possible après l'apparition des symptômes, par écouvillonnage nasal : introduction de l'écouvillon dans une narine sur 2 cm, parallèlement au plan du palais, rotation lente et frottement des muqueuses pour détacher des cellules, retrait et mise dans le milieu de transport (en cas de réalisation des tests dans un laboratoire) ou réalisation du test sur place (test de dépistage comprenant un écouvillon). Durant le transport vers le laboratoire, le prélèvement peut être conservé à température ambiante.

Kits de Prélèvement

ViralPack et Virocult sont distribués par BIOLYS SA. 12, chemin des Erables, ZA de la Ronze. 69440 Taluyers.

RÉFÉRENCES

Belmin J, Veyssier P. Prévention des maladies infectieuses en collectivité gériatrique. In : Veyssier P, Belmin J (eds). Conduites à tenir dans les infections du sujet âgé. Paris : Masson ; 2004 : 214-227.

Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (Direction Générale de la Santé). Avis 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 (séance du 16 janvier 2004).

Hannoun C, Veyssier P, Vetel JM. La grippe en gériatrie. *Revue de Gériatrie* 2004; 29: 613-628.

Sites internet :

Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG) : www.grog.org

Institut National de Veille Sanitaire (InVS) : www.invs.sante.fr

Réseau Sentinelles : <http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti>

Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG) : www.orig.fr

Liste (non exhaustive) de tests de dépistage rapide.

Non exhaustive list of quick screening tests.

Test	Nombre d'essais	Présence d'écouvillons
Becton Dickinson Directigen Flu A+B	20	non
BINAX NOW Flu A / Flu B	22	non
Quidel QuickVue Influenza Test Argene	25	oui
Medix Biochemica Inflenza A&B Test	20	oui

Consultez notre site internet
www.revuedegeriatrie.fr