

# Journée référents 2 octobre 2018

R Verdon

Maladies Infectieuses et Tropicales

CHU de Caen

ACCUEIL &gt; SANTÉ



# Lyon: Ce que l'on sait après les 13 décès dus à la grippe dans une maison de retraite

**GRIPPE** Six des treize victimes avaient été vaccinées contre la grippe...

Anissa Boumediene  | Publié le 08/01/17 à 19h03 — Mis à jour le 08/01/17 à 19h03

1  **261**         



Une maison de retraite (illustration). — ISOPIX/SIPA

Le virus de la grippe a fait **treize morts** au sein d'une maison de retraite lyonnaise entre le 23 décembre et le 7 janvier. Au total, sur les 110 pensionnaires que compte l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Korian Berthelot de Lyon, **région où l'épidémie est très sévère**, 72 d'entre eux ont contracté la grippe. Après ce drame, le ministère de la Santé a diligenté une enquête auprès de l'inspection générale des services (IGAS) pour faire la lumière sur les causes de cet

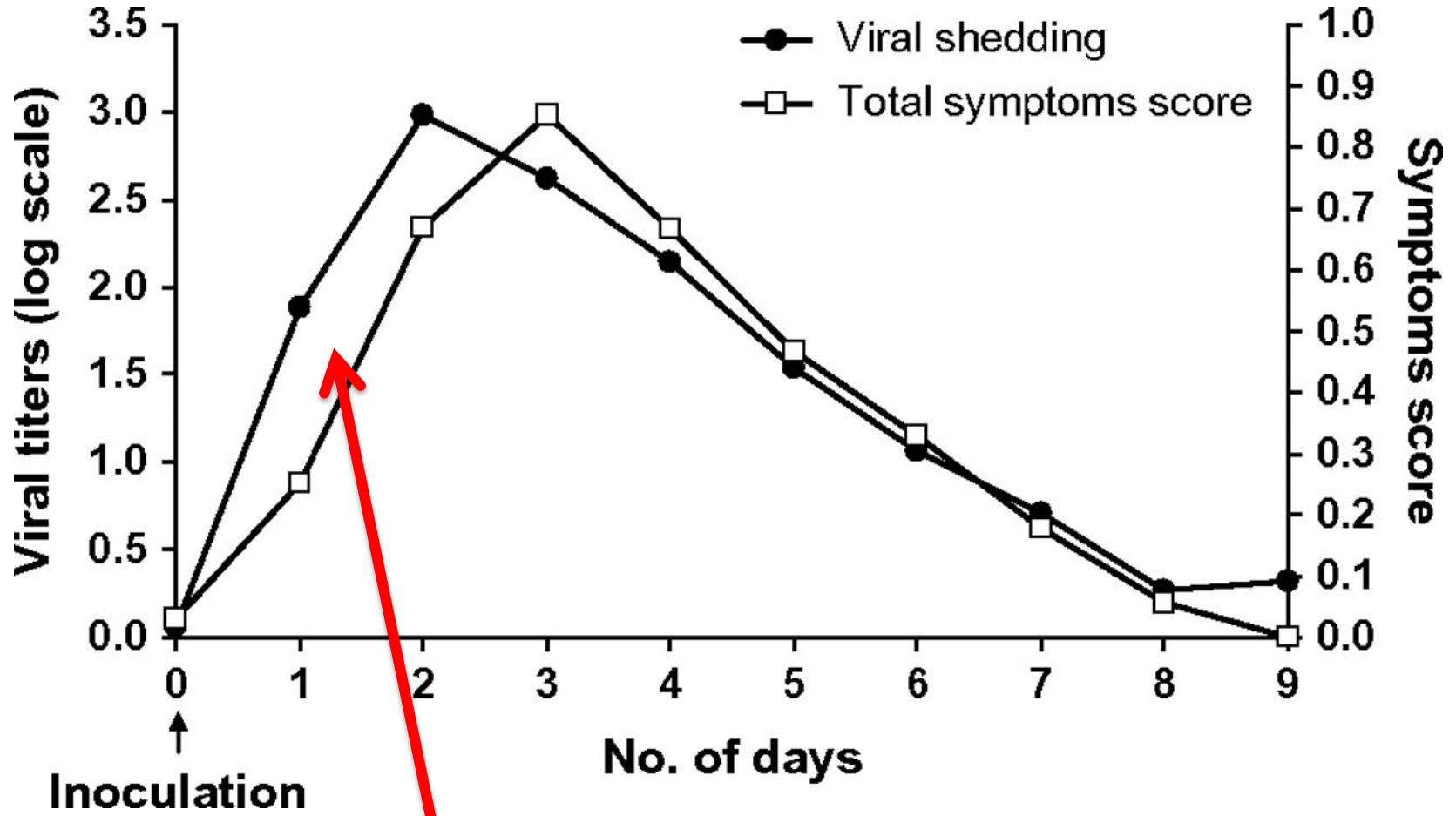
# Grippe: clinique

- Incubation 1-3 j (m=2 j)
- Début brutal avec:
  - Fièvre, frissons, asthénie intense, myalgies, arthralgies
  - Toux sèche, douleur rétrosternale (par irritation bronchique)
  - Rhinorrhée, douleurs pharyngées, céphalées
  - Irritation conjonctivale, larmoiement
  - Se du syndrome grippal en période épidémique = 60-70 %

# Grippe: clinique (2)

- Examen physique:
  - fièvre (durée 1 à 5j; V grippal)
  - rhinorrhée, pharyngite érythémateuse, le plus souvent
  - rares râles bulleux ou sous-crépitants possibles
  - adénopathies cervicales possibles
- Particularités cliniques selon le terrain:
  - enfant: otites fréquentes, troubles digestifs
  - personne âgée: fièvre parfois moins marquée, autres signes trompeurs (confusion, chute, ...)
  - les signes respiratoires peuvent manquer

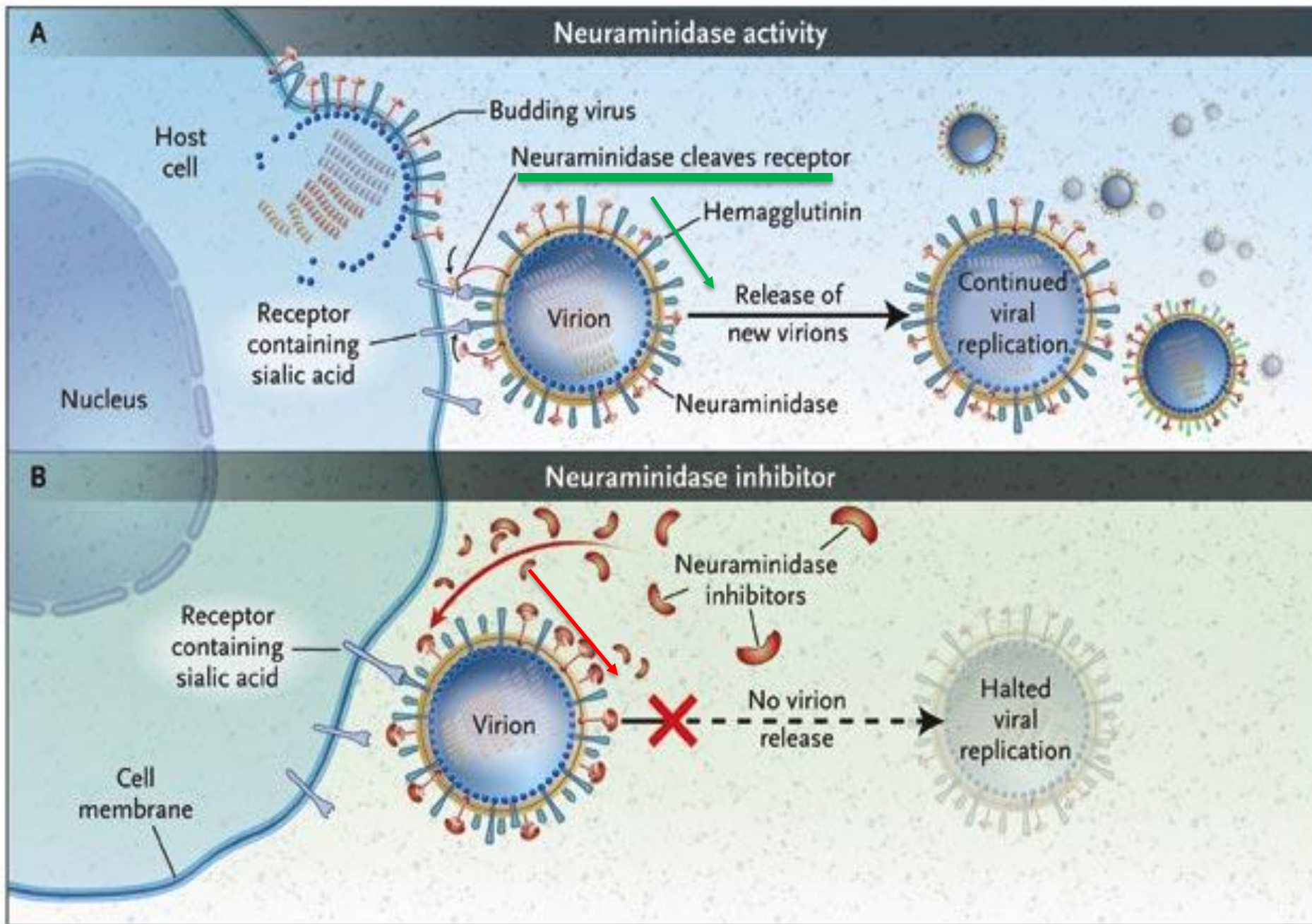
# Excrétion virale et symptômes lors de la grippe expérimentale



**contagiosité**

# Impact de la grippe du sujet âgé

- Incidence d'hospitalisation majeure
  - 185 / 100 000 si  $\geq 65$  ans
  - 0,4 / 100 000 si  $< 65$  ans
- Risque d'hospitalisation
  - 7,3 %
- Nombre de décès annuels
  - 7600 décès



# oseltamivir (Tamiflu<sup>®</sup>)

- Présentations:
  - sirop, gélules
- Adaptation P, fonction rénale, interactions quasi nulles
- Contre-indications:
  - Hypersensibilité, intolérance composants
- Effets indésirables
  - Tr. digestifs (nausées, vomissements, 10%)
  - Tr. neuropsychy rares (ado, Japon)
- Poso curative:
  - 75 mg x 2/ j 5 j
- Poso préventive:
  - 75 mg x 1/j 10 j



# 3 stratégies de traitement

- Curatif
- Pré-emptif
- Préventif post-exposition

# Curatif

- Personnes symptomatiques quelque soit l'âge:
  - Personnes jugées à risque de complications ciblées par la vaccination, y compris femmes enceintes
  - Personnes avec grippe grave d'emblée ou s'aggravant même au-delà de 48 h début symptômes
  - Personnes avec grippe nécessitant une hospitalisation

# Pré-emptif

- Chez personne encore asymptomatique:
  - Jugée à très haut risque de complications
  - Encore asymptomatique
  - Ayant été en contact étroit (< 48h) avec sujet grippé ou hautement suspect de l'être
  - Posologie curative

# Contact étroit

- Personnes partageant le même lieu de vie que le cas index
- Contact direct face à face à moins d'1 m lors d'une toux, d'un éternuement ou d'une discussion

# Préventif – post-exposition

- Personnes à risque de complications ( $\Leftrightarrow$  éligibles à la vaccination) si contact étroit < 48 h avec cas prouvé ou hautement probable
- Posologie:  $\frac{1}{2}$  curative, durée 10 j
- Collectivités de personnes à risque (ex: EHPAD)
  - Contact étroit définissable: cf ci-dessus
  - Contact étroit ?: extension prophylaxie à unité spatiale au début d'un foyer de cas groupés:
    - Diag virologique + (1 seul suffit en épidémie)
    - Nb cas en augmentation

# Ca marche en pratique ?

Open Access

Research

## **BMJ Open** Evaluation of the use of oseltamivir prophylaxis in the control of influenza outbreaks in long-term care facilities in Alberta, Canada: a retrospective provincial database analysis

---

Ming Ye,<sup>1</sup> Angela Jacobs,<sup>2</sup> Muhammad Naeem Khan,<sup>2</sup> Joy Jaipaul,<sup>2</sup> Joanna Oda,<sup>2</sup> Marcia Johnson,<sup>2</sup> Alexander Doroshenko<sup>2,3</sup>

*BMJ Open* 2016;**6**:e011686.  
doi:10.1136/bmjopen-2016-011686

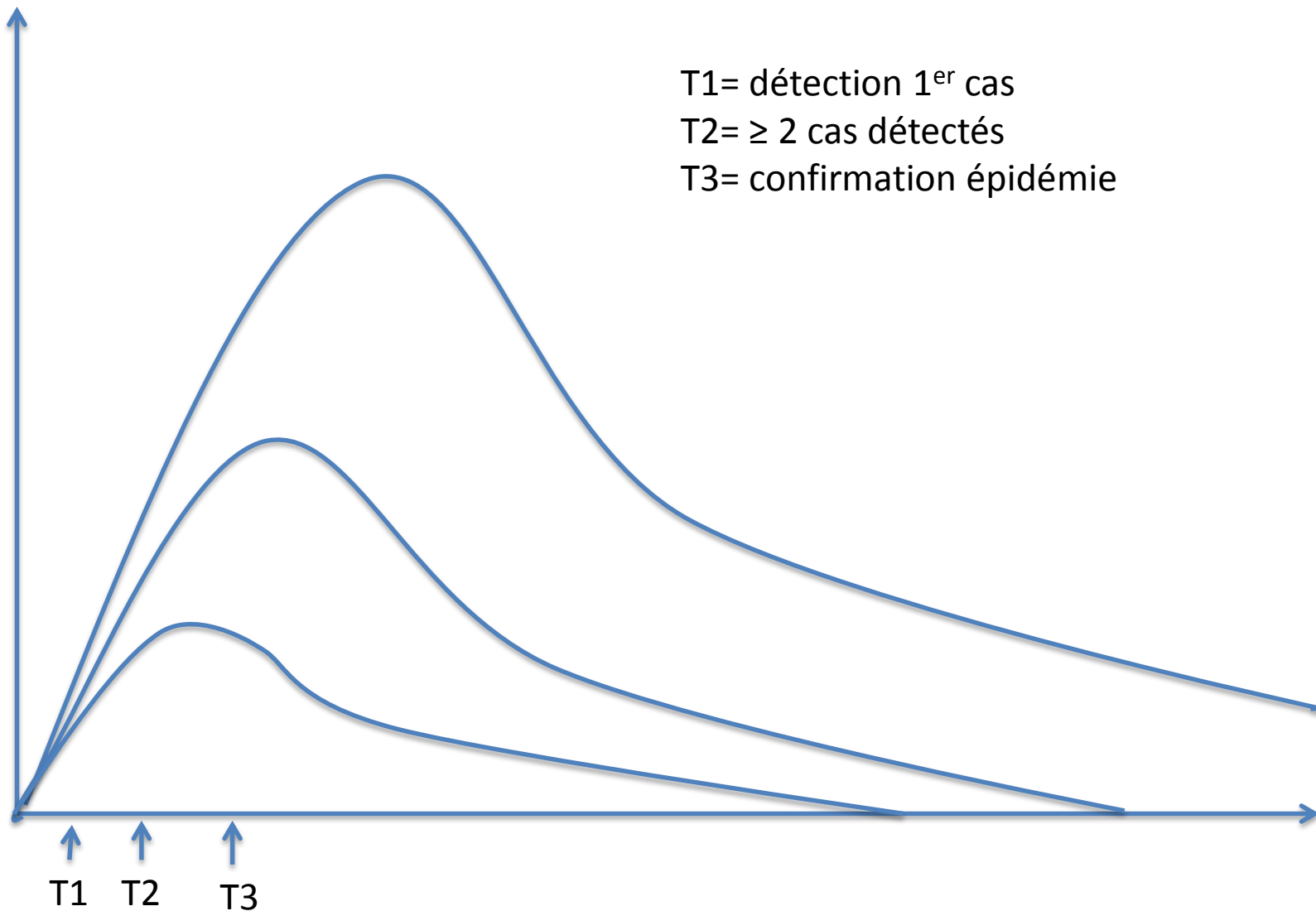
# Etude Ye M. Généralités

- « long term care facilities » (EHPAD, USLD,...) en Alberta
- Recommandations tt en LTCF:
  - Tt cas par oseltamivir 75 mg x 2/j 5 j
  - Tt exposés par oseltamivir 75 mg x1 /j 10j; durée prolongée/interrompue selon situation
- 2013-2014, 2014-2015
- Inadéquation souche vaccinale H3/N2 vs souche circulante en 2014-2015
- « Influenza-like infection »: infection respiratoire aiguë comportant: fièvre toux, mal de gorge, arthromyalgies, fatigue)= syndrome grippal = SG

## Etude Ye M. Généralités (suite)

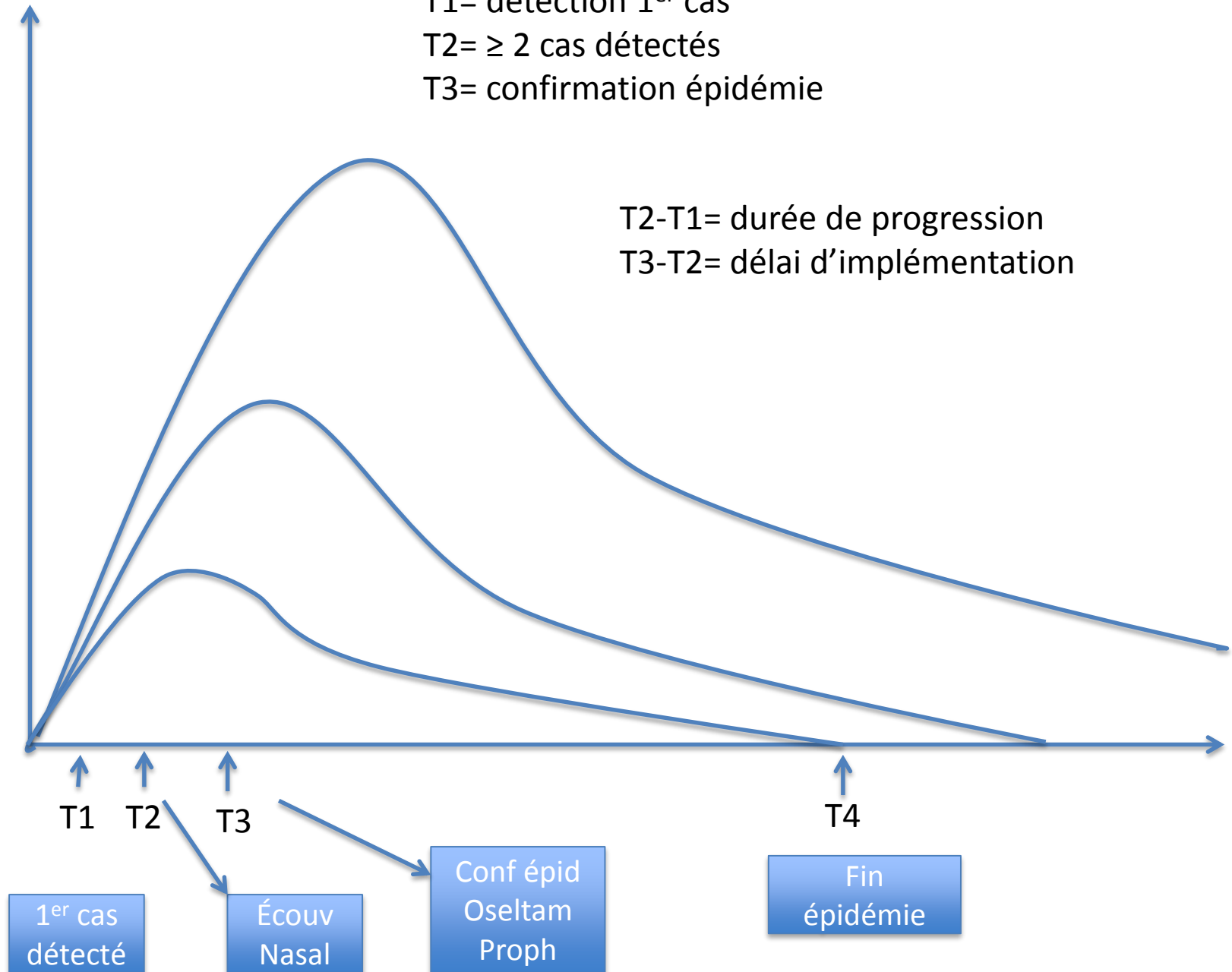
- Epidémie grippale:
  - $\geq 2$  cas de SG liés épidémiologiquement en  $\leq 7$  j dans le même établissement, dont 1 cas au moins est prouvé.
  - Épidémie finie au-delà de 8 j après apparition du dernier cas dans un même établissement
- Prophylaxie recommandée le même jour que la confirmation d'épidémie





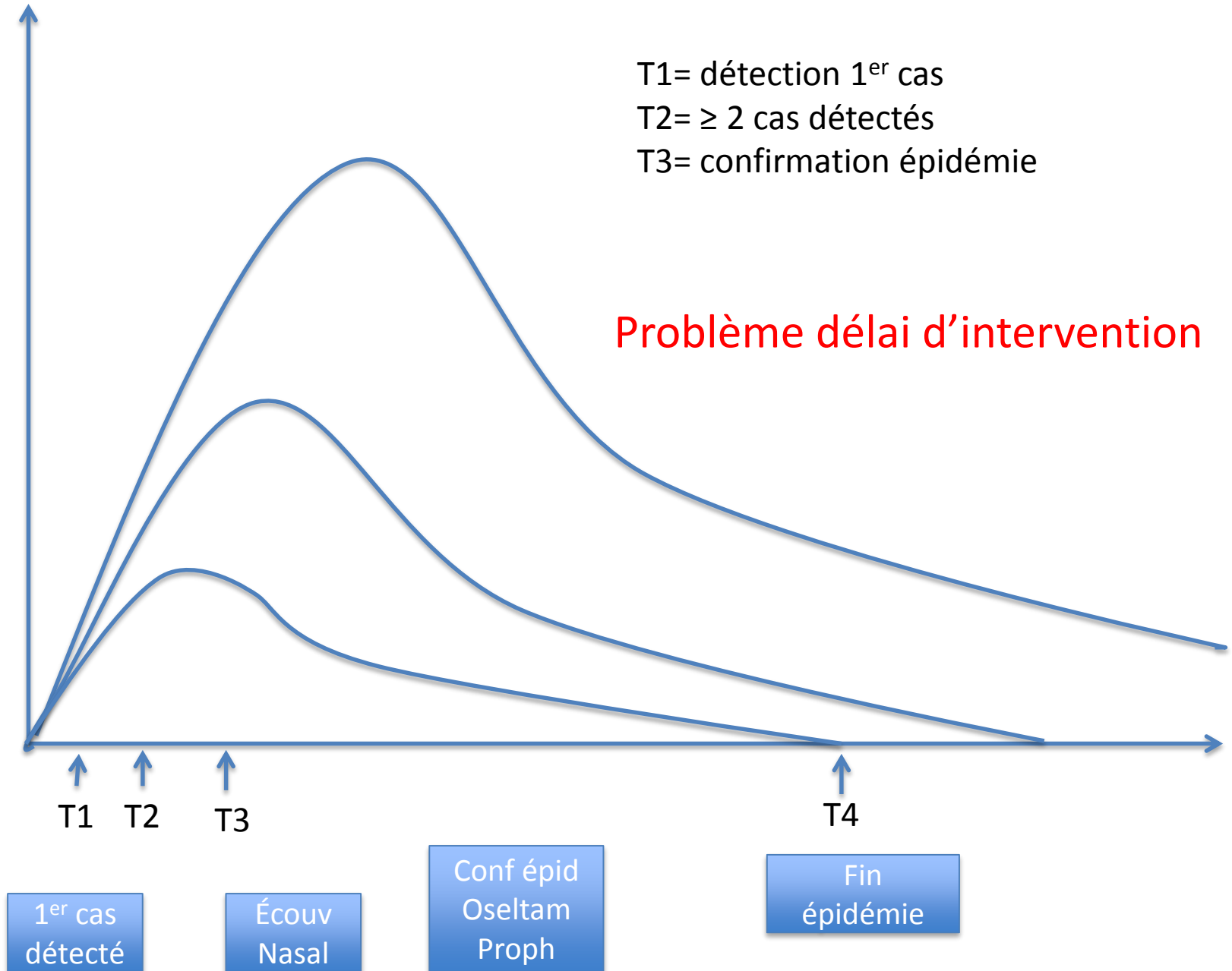
T1= détection 1<sup>er</sup> cas  
T2=  $\geq 2$  cas détectés  
T3= confirmation épidémie

T2-T1= durée de progression  
T3-T2= délai d'implémentation



T1= détection 1<sup>er</sup> cas  
T2=  $\geq 2$  cas détectés  
T3= confirmation épidémie

Problème délai d'intervention

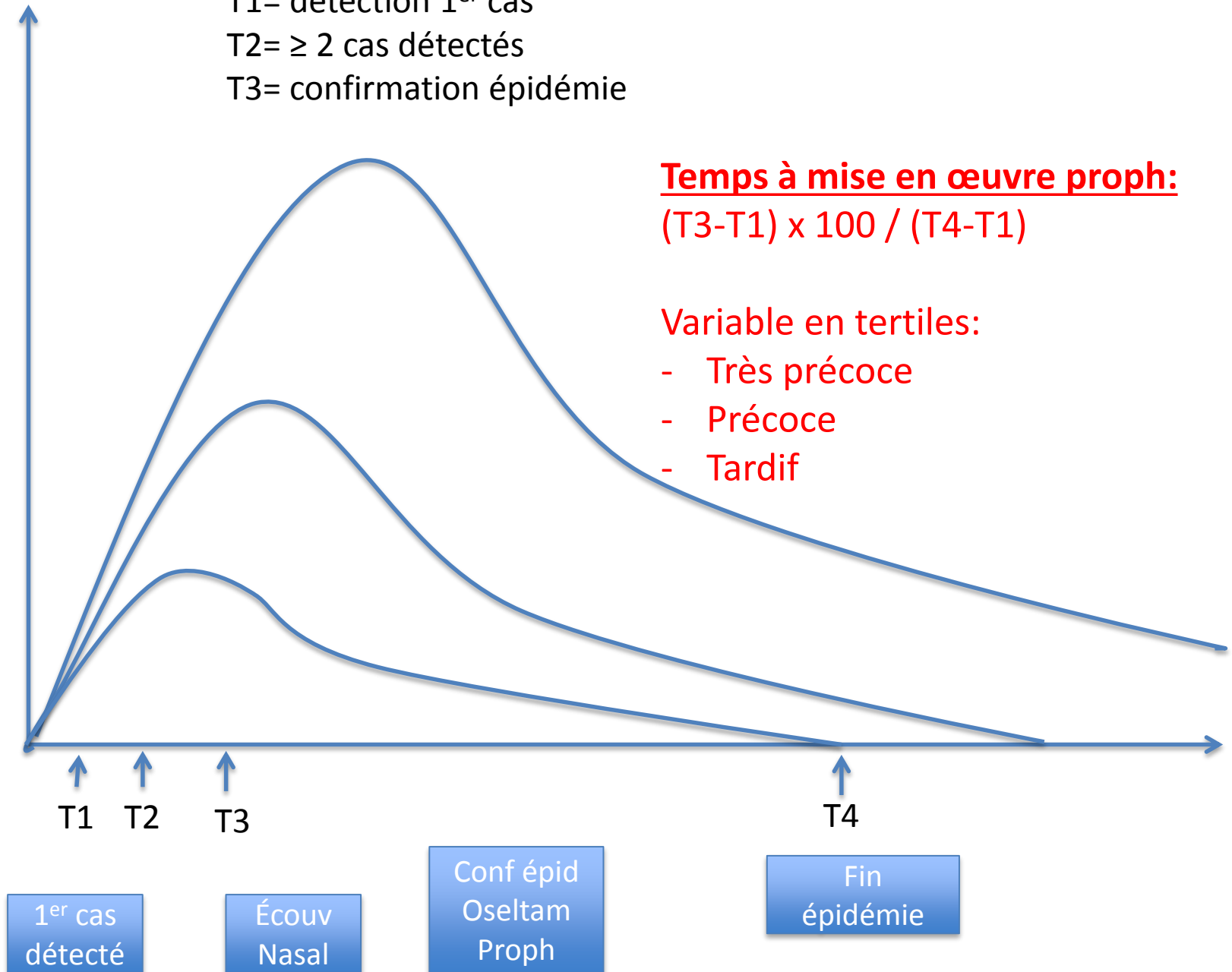


T1= détection 1<sup>er</sup> cas  
T2= ≥ 2 cas détectés  
T3= confirmation épidémie

**Temps à mise en œuvre proph:**  
 $(T3-T1) \times 100 / (T4-T1)$

Variable en tertiles:

- Très précoce
- Précoce
- Tardif



caractéristique	%, écarts, moyenne
N résidents/LTCF	93 (9-437)
Année épidémie 13/14	14,2 %
Année épidémie 14/15	85,8 %
Souche principale A / B	75,5 % / 20,5
Souches mixées O / N	79 % / 21 %
Durée épidémie (T4-T1) j	17,2 (8-44)
Durée progression (T2-T1)	3,8 (0-16)
Prévalence SG pdt progression /100 résidents	6,95 (0,9)
Temps à décider oseltamivir (T3-T2)	1,8 (0-13)
Durée épidémie après intervention (T4-T3)	12,35 (3-28)
Risque SG pdt épidémie / 100 résidents	16,2 (1,7)
Risque H pdt épidémie / 100 résidents	1,05 (0,29)

caractéristique	%, écarts, moyenne
N résidents/LTCF	93 (9-437)
Année épidémie 13/14	14,2 %
Année épidémie 14/15	85,8 %
Souche principale A / B	75,5 % / 20,5
Souches mixées O / N	79 % / 21 %
Durée épidémie (T4-T1) j	17,2 (8-44)
Durée progression (T2-T1)	3,8 (0-16)
Prévalence SG pdt progression /100 résidents	6,95 (0,9)
Temps à décider oseltamivir (T3-T2)	1,8 (0-13)
Durée épidémie après intervention (T4-T3)	12,35 (3-28)
Risque SG pdt épidémie / 100 résidents	16,2 (1,7)
Risque H pdt épidémie / 100 résidents	1,05 (0,29)

# Principaux résultats (multivariée)

- **1 j de retard** à la mise en œuvre de la prophylaxie par oseltamivir est associée:
  - à **2,22 j** [1,37-3,06] de **durée épidémique supplémentaire** (S)
  - + 5 % **risque SG** post-intervention (NS)
  - + 6% **risque hospitalisation** (NS)
- Variables d'ajustement:
  - Personnes à risque au moment de l'intervention
  - Durée de progression de l'épidémie
  - Prévalence SG pdt durée progression
  - Localisation établissement
  - Co-infection avec virus non grippaux
- Forces de l'étude:
  - Hiver 2014-2015 avec vaccin peu efficace
  - Étude en conditions réelles proches de l'intervention proposée en France

# CAS GROUPÉS IRA

[INFECTION RESPIRATOIRE AIGÛE]  
EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL



## FICHE RÉFLEXE HIVER

### ANALYSER ET SIGNALER

- Critères de signalement d'au moins **5 cas d'IRA** dans un délai **de 4 jours**.
- Transmettre le formulaire et la courbe à **ars14-alerte@ars.sante.fr**.
- Pour les EMS rattachés à un établissement de santé : déclarez sur e-sin en joignant le **formulaire de signalement** et la **courbe épidémique**.

### **SIGNALEZ** à l'ARS

Plateforme de veille et de sécurité sanitaire

**0809 400 660**

FAX : 02 34 00 02 83 • [ars14-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars14-alerte@ars.sante.fr)



## ADAPTER LES MESURES DE PRÉVENTION ET DE GESTION

- Rappeler les précautions standard.
- Mettre en place les précautions "gouttelettes".
- Communiquer auprès des équipes, des patients et des familles.

## IDENTIFIER L'AGENT PATHOGENE

- Réaliser des **prélèvements nasopharyngés** : Trod grippe sur 3 cas récents (au plus tard dans les 48h suivant le début des signes cliniques).
- Si les Trod sont négatifs, envoyer des prélèvements au CNR-CHU de Caen (multiplex).
- Si confirmation du diagnostic de grippe, **utiliser les antiviraux conformément aux recommandations.**

## SURVEILLER ET CLÔTURER L'ÉPISODE

- Suivre l'évolution sur la courbe épidémique (**fin de l'épidémie : 10 jours après le dernier cas**).
- Clôturer l'épisode en complétant le formulaire de signalement à transmettre à l'ARS.



### LIENS UTILES

**Vous trouverez toutes les procédures et outils de communication utiles sur le site du CPias Normandie et sur le site internet de l'ARS de Normandie.**

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**

Le HCSP recommande une **utilisation ciblée** des inhibiteurs de la neuraminidase et quels que soient les antécédents vaccinaux :

Traitement curatif chez les personnes symptomatiques dans les situations suivantes :

- personnes à risque de complications, âgées de 1 an et plus, y compris les femmes enceintes, ciblées par la vaccination ; = **toute personne ciblée vaccination**
- personnes présentant une grippe grave d'emblée ou dont l'état général s'aggrave selon l'appréciation du médecin ; = **grave**
- personnes dont l'état justifie une hospitalisation pour grippe. = **hospitalisation**

L'efficacité du traitement étant corrélée à la précocité de son administration, il doit être initié le plus rapidement possible, sans attendre le résultat du test de confirmation virologique du diagnostic s'il a été réalisé (= connaissance autres cas proches / épidémie...)

Un traitement préemptif par les INA, c'est-à-dire à dose **curative**, chez les **personnes encore asymptomatiques** mais jugées à risque très élevé de complications grippales par le médecin, et en **contact étroit avec un cas confirmé ou cliniquement typique de grippe** : par exemple les personnes présentant des co-morbidités graves et/ou instables, comme les affections cardiopulmonaires graves ou les personnes immunodéprimées, qu'elles vivent ou non en collectivité.

Ce traitement doit également être initié le plus rapidement possible sans attendre le résultat du test de confirmation virologique du diagnostic s'il a été réalisé.

Bien qu'il s'agisse d'une prescription hors AMM, le HCSP estime que le rapport bénéfice/risque est très en faveur de ce traitement chez ces patients. En effet, un traitement post-exposition à demi-dose exposerait à un risque de manque d'efficacité et d'émergence de virus résistants si le patient devient symptomatique.

## Un traitement prophylactique en post-exposition

- Uniquement chez les personnes jugées à risque de complications âgées de 1 an et plus y compris les femmes enceintes, ciblées par la vaccination,  
et après un contact étroit datant de moins de 48 heures avec un cas confirmé ou présentant une symptomatologie typique de grippe.
- En collectivités de personnes à risque (ex : collectivités de personnes âgées).