

IRA

La Tour du Pin

○ Dr Colavolpe

Contexte environnemental

- Architecture de 1973, 209 résidents, balcons, 50% de chambres doubles
- Restaurant de 100 couverts
- Juillet
- Pigeons
- Travaux de maçonnerie à proximité

Résultats

- 68 patients contaminés
- 3 mois d'épidémie

Signes cliniques pauvres

- Rhinite fugace
- Fièvre absente ou faible et courte
- Toux minime
- Dyspnée parfois rapidement évolutive
- Décompensation cardio-respiratoire
- Sibilants

Le tableau clinique est celui d'une bronchiolite

Chronologie

- Début flou
- Dans les six semaines précédentes: **17 cas retrouvés, 7 hospitalisations: pneumopathie d'inhalation**
- 24 juillet : contact avec ARS et CClin: pas d'épidémie
- Médecins généralistes locaux : pas d'épidémie

Une origine interne est suspectée

Confirmation de l'exclusion de certaines pathologies

- Légionnelle
- Grippe
- Coqueluche

Recherche étiologique: Prise de contact

- Biologiste local
- Pneumologue local
- Hôpital recevant nos patients
- Pneumologue hospitalier
- **Service Bactériologie, Virologie, maladie infectieuse
du CHU**
- Réunion virologue, CClin, INVS, EHPAD

Tests pratiqués

- Chlamydia pneumoniae et psittaci : pigeons
- Mycoplasme pneumoniae: travaux de maçonnerie
- PCR bactériologique et virologique
- Fièvre Q
- Cryptococcose

Type de tests

- Coqueluche: aspiration nasopharyngée
- Mycoplasme et chlamydia prélèvement de gorge
- Chlamydiae psittacchi: aspiration bronchique
- Prélèvement de fiente de pigeon fraîche

Retentissement sur les équipes

- Précautions « contact » systématisées: passage facile aux mesures « gouttelettes »
- Gestion des repas parfois délicate
- Compréhension « individuelle » des mesures d'isolement
- Déclaration à l'ARS

Difficultés

- Repérage des cas
- Poids de informations
- Financement des tests
- **Solitude**

Hypothèse diagnostique

Evolution

- Janvier 2015
- Même symptomatologie
- 5 semaines d'épidémie
- 95 malades
- 14 hospitalisés

Axes d'amélioration

- Mise en place de mesures « gouttelettes » dès le premier cas?
- Création d'une cellule de veille épidémique et tenue d'une courbe?
- Activation d'une cellule de crise en cas d'épidémie pour améliorer la diffusion de l'information

Proposition

- Grand nombre de cas
- Retard de prise en charge
- Redressement d'un diagnostic
- Tableau clinique batard
- Des signes de gravité
- Une cause locale suspectée
- Lancement d'une enquête étiologique
- Solitude
- Multiplication **asynchrone** des correspondants

Création d'un Staff pluridisciplinaire contextualisé

- Hygiéniste, Infectiologue, Biologiste, spécialiste...
- Membre de la cellule de crise coté EHPAD

Staff pluridisciplinaire: le lieu

- Sur site
- Au CHU
- Les deux: la TELEMEDECINE

Le mieux:

Ne pas avoir d'épidémie