

5ème journée régionale de formation et d'information
Prévention du risque infectieux en EHPAD

Les recommandations infections respiratoires basses et gastro-entérites aigues en EHPAD du Haut Conseil de Santé Publique



Pr François PUISIEUX
Hôpital gériatrique les Bateliers
CHRU de LILLE
Université de LILLE 2



Conduite à tenir devant une ou plusieurs
infections respiratoires aiguës dans les
collectivités
de **personnes âgées**

Juillet 2012



**Recommandations relatives aux
conduites à tenir devant des
gastro-entérites aiguës
en établissement d'hébergement
pour personnes âgées**

Commission spécialisée Maladies transmissibles

29 janvier 2010

Facteurs de vulnérabilité des résidents

- Facteurs généraux
 - Vieillesse ;
 - Dénutrition protéino-énergétique ;
 - Polypathologie
- Facteurs locaux favorisant les IRB
 - ↓ efficacité de la toux ;
 -
- Facteurs locaux favorisant les GEA
 - ↓ de l'acidité
 -

3

Facteurs de risque liés à l'institution

- Nombre élevé de résidents ;
- Hébergement en chambre double ;
- Dépendance des résidents pour les ADL ;
- Manque de personnel ;
- Respect insuffisant des règles d'hygiène ;
- Activités en groupe (repas, animation, rééducation...) ;
 - **Risque élevé de transmission croisée des germes notamment par manuportage +++**
- Intensité des soins
 - **Risque élevé de sélection de germes résistants aux antibiotiques**

4

Gravité particulière des épidémies en EHPAD

- Taux d'attaque souvent importants (% de résidents infectés)
- Sévérité des cas du fait de la fragilité des résidents
- Personnel qui peut être dépassé par la charge de travail
 - Faible ratio de personnel
 - Le personnel peut lui-même être touché par l'infection

5

Epidémiologie des IRB en EHPAD

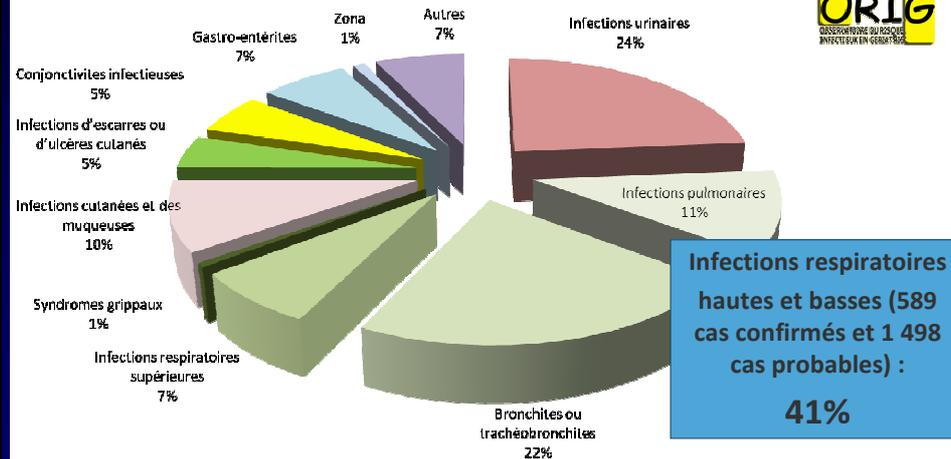
- Incidence des infections respiratoires basses: 10 fois plus élevée qu'en milieu communautaire chez les plus de 75 ans
- 1ère cause de mortalité d'origine infectieuse en EHPAD
- 1ère cause infectieuse de transfert vers l'hôpital

- Carratala J, et al. Arch Intern Med 2007;167:1393e9.
- Aronow WS. J Am Med Dir Assoc. 2000;1:95-6

6

Enquête PRIAM : enquête nationale de prévalence en EHPAD

Taux de prévalence des infections : 11,23%



Répartition proportionnelle des infections par site infectieux

Epidémiologie des GEA en EHPAD

- Du 1er novembre 2008 au 31 mars 2009, 155 épisodes de cas groupés de GEA signalés à l'InVS
- Dans ces 155 épisodes :
 - Nombre médian de résidents malades = 22 (2 à 102)
 - Taux d'attaque moyen = 40% (8% à 77%)
 - Décès = 0,3% des résidents au décours de la GEA
 - Cas rapportés chez le personnel dans 33 épisodes, nombre médian d'agents malades par épisode = 7
- Des échantillons de selles ont été analysés au CNR des virus entériques pour 121 épisodes, un virus a été isolé dans 86% des cas (104) :
 - un norovirus dans 101 épisodes

Microbiologiques des IRB

Virus: influenza A et B, virus respiratoire syncytial,...

S. pneumoniae

BK

Germes atypiques: mycoplasme, legionelle, chlamydia,...

Autres bactéries: *H influenzae*, *S. aureus*, BGN, anaérobies

- Les recherches étiologiques sont rarement effectuées ou ne ciblent que quelques agents pathogènes.
- Les infections virales occupent une part importante et probablement sous-évaluée par l'absence de recherche étiologique.

9

Microbiologie des GEA

- Diversité des agents infectieux :
 - des virus : norovirus, sapovirus, rotavirus, adénovirus entériques, astrovirus ;
 - des bactéries : *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, et des toxines bactériennes (*Staphylococcus aureus*, *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*) ;
 - des protozoaires : giardia, cryptosporidium.
- Tous ces agents peuvent être à l'origine d'épisodes de cas groupés de GEA.
- Les GEA à Norovirus sont les plus fréquentes, en particulier en hiver.

10

Recommandations IRB

Sommaire

- Fiche 1 : Introduction
- Fiche 2 : Épidémiologie des infections respiratoires basses en ehpad
- Fiche 3 : Particularités des personnes âgées
- Fiche 4 : Prévention
- Fiche 5 : Conduite à tenir devant un cas isolé d'infection respiratoire aiguë basse en établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Fiche 6 : Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infections respiratoires aiguës basses en collectivités de personnes âgées
- Fiche 7 : Recherche étiologique des infections respiratoires basses en ehpad

11

Algorithme applicable chez les résidents et les personnels de santé

0 cas	Application des mesures d'hygiène standard lors des soins : lavage des mains etc. Vaccinations à jour du personnel et des résidents
1 cas	Diagnostic et traitement d'un cas d'infection respiratoire basse
	Application des mesures d'hygiène complémentaires
Cas groupés	Application des mesures d'hygiène complémentaires
	Mises en place de mesures spécifiques aux pathologies
	Recherche étiologique
	Signalement
	Investigation si critères de sévérité

12

0 cas

Prévention des infections en EHPAD

13

Précautions standards

- Hygiène des mains +++ (produits hydro-alcooliques)
- Entretien des locaux et du matériel
- Tenue professionnelle
- Chaîne de restauration (stockage, conservation des aliments, préparation, conditionnement, transport et distribution des repas)
- Circuit des déchets à risque
- Entretien du linge et du circuit d'eau



14

Autres mesures

- Dépistage et prise en charge des troubles de déglutition
- Hygiène bucco-dentaire
- Limitation de l'usage des sondes urinaires
- Lutte contre la dénutrition et les escarres
- Politique d'antibiothérapie
- Politique de vaccination
 - Vaccination des résidents
 - Vaccination grippe pour le personnel

15

Anticipation

- Formation du personnel
- Disponibilité du matériel
- Identification et surveillance des cas
 - renforcement de la surveillance au début de chaque période hivernale
- Désignation du « référent épidémie »
- Définition d'une cellule de crise
- Etablissement d'un document contenant des procédures

16

1 cas

Conduite à tenir devant un cas isolé d'infection respiratoire aiguë basse

17

Diagnostic

Le tableau clinique d'infection respiratoire aiguë est souvent trompeur chez le sujet âgé.

- Il faut penser à une IRB chez le sujet âgé devant des signes peu spécifiques comme:
 - un état confusionnel,
 - une anorexie,
 - des chutes,
 - une altération de l'état général,
 - des douleurs abdominales, un malaise, une somnolence, une incontinence, une décompensation d'insuffisance respiratoire chronique ou d'insuffisance cardiaque, etc.

18

Diagnostic microbiologique

- Le diagnostic microbiologique d'IRA est souhaitable en cas d'infection grave ou d'évolution défavorable (le patient est généralement hospitalisé).
- Le diagnostic microbiologique est également souhaitable en situation épidémique en Ehpad.

19

Signes radiologiques

- Du fait de la fréquence particulière des tableaux cliniques atypiques chez la personne âgée vivant en institution, une radiographie de thorax serait souhaitable pour confirmer le diagnostic.

20

Hospitalisation

- L'hospitalisation est à envisager :
 - en présence de signes de gravité clinique :
 - en cas de complication de la pneumonie (notamment suspicion d'épanchement pleural ou d'abcédation) ;
 - lorsque les soins requis et une surveillance pluriquotidienne du patient ne peuvent pas être assurés dans l'Ehpad ;
 - En présence de comorbidités majeures associées.
- *Des hospitalisations courtes (de 48 heures environ) dans des services ciblés partenaires de l'Ehpad, susceptibles d'accueillir directement le patient en évitant un passage par les urgences, sont des solutions à développer.*

21

Traitement antibiotique Afssaps – SPILF – SPLF 2010 Antibiothérapie probabiliste des pneumonies aiguës communautaires non graves hospitalisées (urgences ou médecine)

	<u>Premier choix</u>	<u>Echec à 48 h</u>
Arguments en faveur du pneumocoque (pneumocoque fortement suspecté ou documenté) ⁴ <i>Sujet jeune, sujet âgé ou sujet avec co-morbidité(s)</i>	Amoxicilline	Réévaluation
Pas d'argument en faveur du pneumocoque <i>Sujet jeune</i>	Premier choix Amoxicilline ou pristinamycine ou télichromycine ²	Echec des Bêta-lactamines à 48 h Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofloxacine) ¹ Réévaluation
<i>Sujet âgé*</i> <i>Sujet avec co-morbidité(s)</i>	Amoxicilline/acide clavulanique ou céfotaxime ou ceftriaxone ou FQAP (lévofloxacine) ¹	Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofloxacine) ¹ Réévaluation

* y compris en institution

Précautions complémentaires « gouttelettes »

- Elles doivent être appliquées en cas de suspicion ou de diagnostic d'IRB (hors suspicion de tuberculose respiratoire) en plus des précautions standard.
 - Ces mesures sont avant tout des mesures techniques, en particulier lors des soins.
 - La mise en place de mesures géographiques (isolement géographique, limitation des déplacements du résident dans les espaces communs) peut être nécessaire dans certaines situations (épidémie).
- Dans tous les cas, ces mesures complémentaires seront adaptées à la situation clinique et au contexte de l'établissement médico-social.

23

Cas groupé

Conduite à tenir devant plusieurs
cas d'infections respiratoires
aiguës basses

24

Signalement

- Critère : **survenue d'au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours parmi les résidents**
- À la cellule de veille sanitaire et de gestion de l'ARS en 2 temps :
 - premier envoi de la fiche de signalement ;
 - deuxième envoi du bilan final et de la courbe épidémique de l'épisode

25

Outils en annexes

1. Feuille de surveillance (courbe épidémique)
2. Tableau de recensement des cas
3. Check-list des mesures à mettre en place par l'établissement
4. Fiche de signalement externe à destination de l'ARS

26

Quand réaliser une recherche étiologique sur un foyer de cas groupés d'IRA en Ehpad ?

- Une recherche étiologique doit être systématique si critère de gravité
 - 3 décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux survenant en moins de 8 jours
 - ou 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée
 - ou absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.
- Selon le contexte épidémique local ou la gravité des cas, une recherche peut être demandée dès l'apparition des premiers cas, notamment pour proposer un traitement spécifique (exemple : grippe et antiviraux) des résidents.

27

Quelle stratégie diagnostique ?

- En période de circulation grippale..., la réalisation dans l'Ehpad de tests de diagnostic rapide (TDR) antigénique de grippe est préconisée.
- En dehors de la période de circulation des virus influenza, la recherche d'une étiologie virale doit reposer sur les tests moléculaires multiplex.
- En milieu extrahospitalier, les examens bactériologiques sont difficiles à obtenir. Ils sont aussi de faible rentabilité particulièrement chez la personne âgée.
- En pratique, si le patient n'est pas hospitalisé, et en dehors d'une suspicion de tuberculose, l'examen microbiologique pouvant être utile est la recherche dans les urines d'antigènes de *Legionella pneumophila* et de *Streptococcus pneumoniae*.

1 cas

Conduite à tenir devant un cas isolé de gastroentérite aiguë

29

Transmission

- Les GEA sont des maladies à transmission oro-fécale. La contamination peut se faire par :
 - contact direct avec un malade infecté ou un porteur sain (transmission de personne à personne) ou par contact indirect avec des objets souillés par les selles ou vomissements de malades infectés ;
 - ingestion d'un aliment ou d'un liquide souillé par un germe et/ou sa toxine (Tiac).

30

Prise en charge d'un patient atteint de GEA

- Diagnostic :
 - Diagnostic clinique
 - Diagnostic différentiel
 - Signes de gravité
 - Examens complémentaires: sanguins, microbiologiques, radiologiques et endoscopiques
 - Une coproculture et un examen parasitologique des selles ne sont à prescrire que si le tableau clinique le justifie : fièvre supérieure à 39°C, rectorragie, déshydratation sévère, évolution se poursuivant depuis plus de 5 jours.
 - Infection à *Clostridium difficile*

31

Prise en charge d'un patient atteint de GEA

- La question de l'hospitalisation
- Traitement symptomatique
- Traitement antibiotique :
 - **Les antibiotiques sont rarement indiqués +++**
 - Traitement antibiotique si et seulement si infection bactérienne suspectée et syndrome dysentérique, ou signes de gravité, ou fièvre élevée ou d'évolution supérieure à trois jours.
 - Dans ces situations cliniques, l'antibiothérapie doit être débutée avant les résultats des examens bactériologiques
 - Fluoroquinolones (ciprofloxacine, ofloxacine, lévofloxacine) en première intention,

32

Prise en charge d'un patient atteint de GEA

➤ *Diarrhée à Clostridium difficile* :

- Seule la présence de la toxine est une indication à la prescription d'antibiotique.
- Antibiothérapie:
 - Formes peu ou modérément sévères: métronidazole 500 mg x 3/jour per os
 - Formes sévères, récurrences, échecs ou contre-indications du métronidazole: vancomycine 250 mg x 4/jour à 500 mg x 4/jour per os.
 - Aucune adaptation posologique en fonction de la clairance de la créatinine des patients n'est à prévoir.
 - La durée de traitement est de 10-14 jours.

33

Conduite à tenir autour d'un cas de GEA

- Réduire la transmission dans un Ehpad
- Mettre en œuvre sans retard
 - ↪ rappel des précautions standard
 - ↪ signalement au « référent épidémie »
 - ↪ applications des précautions complémentaires
 - précautions de type contact
 - précautions environnementales
 - masque si nécessaire
 - précautions spécifiques en cas d'infection à *C. difficile* (avis du CSHPF du 22 septembre 2006)

34

Cas groupé

Conduite à tenir devant plusieurs cas de gastroentérites aiguës

35

Conduite à tenir autour d'un épisode de cas groupés de GEA

- Mesures de contrôle
 - ↳ confirmation de la situation par le médecin coordonnateur
 - ↳ mobilisation de la cellule de crise
 - ↳ mise en place des mesures de gestion
 - environnementale
 - des professionnels
 - des résidents
 - des visiteurs

36

Conduite à tenir autour d'un épisode de cas groupés de GEA

- Recherche étiologique
 - prélèvements de selles de patients malades, acheminés rapidement au laboratoire
 - en fonction du tableau clinique, de la durée de l'incubation, du tableau clinique
 - ↳ recherche bactérienne
 - ↳ recherche virale
 - ↳ recherche de parasites

37

Conduite à tenir autour d'un épisode de cas groupés de GEA

- Signalement des cas groupés
 - Selon la nature de l'épisode
 - ↳ Tiac signalement et notification obligatoire
 - ↳ Autres GEA : au moins 5 cas en 4 jours chez des personnes résidentes ou personnels ayant des liens épidémiologiques entre elles
 - À la cellule de veille sanitaire et de gestion de l'ARS

38

Autres recommandations récentes du HCSP

- 21/12/2012 Simplification du **calendrier vaccinal**
- 20/12/2012 Recommandations pour les conditions d'exercice de la **thanatopraxie**
- 09/11/2012 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**
- 09/11/2012 Actualisation des recommandations sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de **gale**
- 28/09/2012 Guide des conduites à tenir en cas de **maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes**

39

Conclusion EHPAD = lieu de vie



40