

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

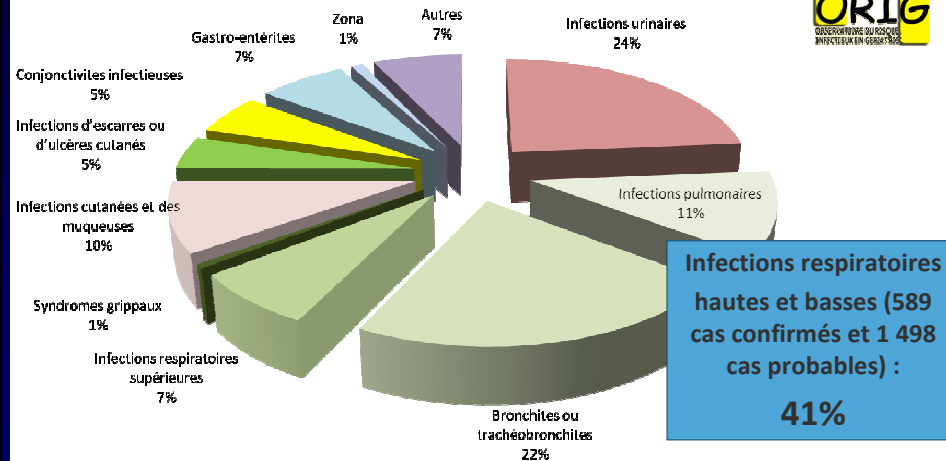
- Incidence des infections respiratoires basses: 10 fois plus élevée qu'en milieu communautaire chez les plus de 75 ans
- 1ère cause de mortalité d'origine infectieuse en EHPAD
- 1ère cause infectieuse de transfert vers l'hôpital

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

\* 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

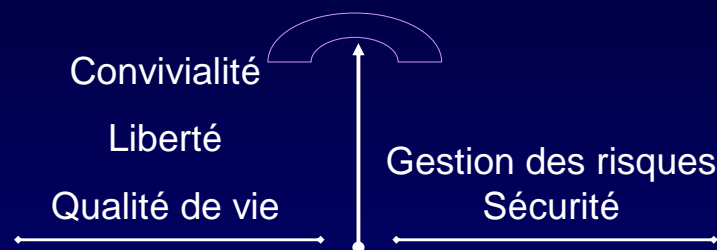
38

## 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