

Bulletin de veille sanitaire - N°25 - LIM / Janvier 2014

Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées en Limousin, saison hivernale 2012-2013.

|Sommaire|

Page 1 | [Analyse des données de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées en Limousin, hiver 2012-2013](#) |

Page 6 | [Une préoccupation nationale : la maîtrise du péril fécal](#) |

Analyse des données de surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées en Limousin, hiver 2012-2013

Anne Bernadou, Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Limousin Poitou-Charentes

| Contexte |

Les personnes âgées, particulièrement celles vivant en collectivité, présentent une vulnérabilité aux infections s'expliquant par une fragilité et des facteurs de sensibilité, généraux ou locaux, propres aux sujets âgés ou liés à l'institution.

En raison des caractéristiques de cette population, les épidémies de gastro-entérites aiguës (GEA) et d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont fréquentes et caractérisées par une morbidité élevée avec un taux d'attaque important.

Le signalement des cas groupés d'IRA a été mis en place en 2005 en réponse à une saisine du ministère en charge de la santé demandant à l'Institut de veille sanitaire (InVS) de développer un système de signalements d'événements sentinelles dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les cas groupés d'IRA et de GEA ont alors été retenus comme les deux événements prioritaires pour la mise en place de ce signalement en raison de leur capacité d'extension rapide au sein de ces établissements, de leur impact important en termes de morbidité ou de mortalité et de l'existence de mesures de contrôle individuelles ou collectives.

L'objectif principal du signalement de ces événements et des recommandations relatives à leur prévention est de réduire leur morbidité et mortalité grâce à l'identification précoce des foyers et la mise en place réactive de mesures de contrôle appropriées.

Les premières recommandations nationales définissant la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'IRA survenant en EHPAD ont été diffusées en 2006 [1]. Une actualisation récente de ces recommandations a été réalisée par le Haut Conseil de

Santé Publique (HCSP) en octobre 2012 [2]. Par ailleurs, des recommandations relatives aux conduites à tenir devant la survenue de GEA en EHPAD ont également été éditées par le HCSP en janvier 2010 [3]. Ces recommandations sont également reprises dans une instruction de la Direction générale de la santé (DGS) parue le 21 décembre 2012 [4].

En Limousin, la surveillance des cas groupés d'IRA et de GEA a été renforcée en 2012. Pour cela, des réunions départementales des structures d'accueil des personnes âgées ont été organisées et animées conjointement par la Cire et la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) de l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) du Limousin.

Ce bulletin de veille sanitaire présente le bilan de la surveillance hivernale 2012-2013 réalisé à partir des signalements des collectivités de personnes âgées transmis à la CVAGS.

Comment signaler à la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) ?

Point focal unique de l'ARS accessible 7j/7 et 24h/24

Tél : 05 55 11 54 54

Fax : 05 67 80 11 26

Courriel : ars87-alerte@ars.sante.fr

1. Les personnes âgées et leur hébergement

Le Limousin compte 168 324 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 23 % de la population de la région. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 26 % de la population en Creuse, 24 % en Corrèze et 21 % en Haute-Vienne (Source Insee - Estimation au 1er janvier 2009).

Le Limousin dispose de 146 établissements pour l'accueil permanent des personnes âgées autonome ou dépendantes (Maison de retraite ou Foyers logement) dont 119 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) (Tableau 1) [5].

| Tableau 1 : structures d'accueil des personnes âgées en Limousin (Source : STATIS) |

	Limousin	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne
Maison de retraite				
Nombre d'établissement	122	50	33	39
Nombre de Lits	9 268	3 437	2 371	3 460
Logement foyer				
Nombre d'établissement	24	9	1	14
Nombre de Lits	1 043	412	64	567
Dont EHPAD (en maisons de retraite ou logements foyers)				
Nombre d'établissement	119	47	33	39
Nombre de Lits	9 232	3 401	2 371	3 460

2. Critère de signalement

Tout cas groupés d'IRA ou de GEA survenant en établissement accueillant des personnes âgées doit être signalé sans délai à la CVAGS, et ce tout au long de l'année.

Depuis le 21 décembre 2012, le critère de signalement est identique pour les cas groupés d'IRA et de GEA.

Un épisode de **cas groupés** est défini par la survenue d'au moins 5 cas d'IRA ou de GEA parmi les résidents dans un délai de 4 jours.

3. Dispositif régional de surveillance

Sensibilisation au signalement et aux outils

En mai et juin 2012, une réunion des établissements médico-sociaux (EHPAD notamment) a été organisée dans chaque département. Ces rencontres ont permis de présenter le bilan de la surveillance hivernale IRA et GEA 2011-2012, de réactualiser les connaissances sur la gestion des épidémies d'IRA et de GEA et de présenter des outils d'aide à la détection et au suivi des épisodes (tableau de relevé des cas et feuille de surveillance). L'ensemble de ces outils a été mis à disposition sur le site internet de l'ARS Limousin.

Circuit du signalement

Lors de la survenue d'un épisode de cas groupés d'IRA ou de GEA répondant aux critères de signalement, une fiche permet aux établissements hébergeant des personnes âgées d'en faire le signalement. Cette fiche est envoyée par fax ou courriel directement à la CVGAS pour les établissements non affiliés à un établissement de santé (ES) ou insérée en pièce-jointe dans l'application « E-sin » destinée aux signalements d'infections nosocomiales, pour les établissements affiliés à un ES (Figure 1). A la clôture de l'épisode, cette même fiche complétée avec les informations finales (nombre total de cas, résultats des analyses biologiques, etc.) est de nouveau envoyée par l'établissement (fax ou courriel) à la CVAGS.

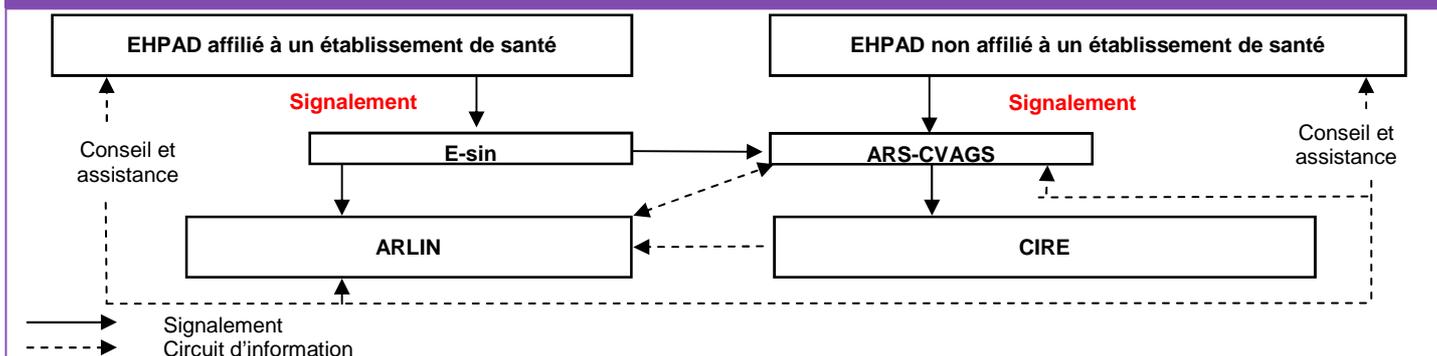
Coordination régionale

Lors des journées d'information, le rôle de chacun des acteurs de la surveillance a été précisé (Figure 1). La CVAGS reçoit les signalements, diffuse des recommandations, aide à l'investigation et à la mise en place de mesures de contrôle et de surveillance. L'ARLIN aide les EHPAD (rattachés ou non à un ES) à mettre en place les mesures d'hygiène nécessaires et participe aux investigations. La Cire propose des outils de surveillance, peut apporter un appui à l'investigation épidémiologique et assure la rétro-information au cours et en fin de saison hivernale.

4. Saisie et analyse des signalements

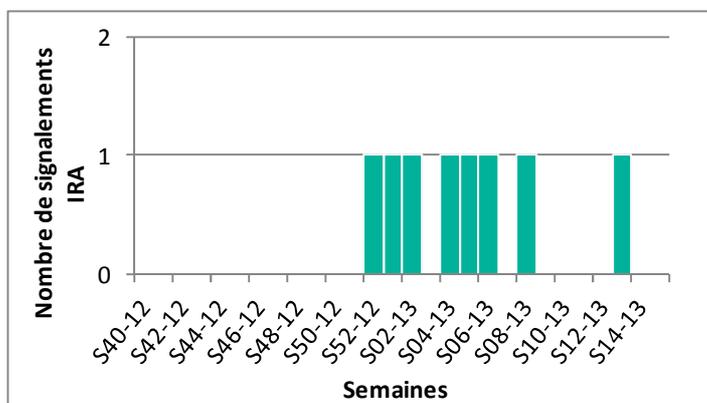
Les données de signalement recueillies sont vérifiées, voire complétées, puis saisies dans une application informatique spécifiquement dédiée à cette surveillance. L'analyse des données est effectuée par la Cire à l'aide des logiciels Excel et Stata. Elle prend en compte les épisodes signalés entre le 1er octobre 2012 et le 30 avril 2013. Les résultats sont ensuite communiqués aux établissements et aux partenaires.

| Figure 1 : Dispositif de surveillance |



Nombre et répartition spatio-temporelle

Entre le 1er octobre 2012 et le 30 avril 2013, 8 épisodes d'IRA ont été signalés à la CVAGS. Ces foyers d'IRA ont été signalés dans tous les départements du Limousin : 3 épisodes en Corrèze, 2 en Creuse et 3 en Haute-Vienne. Les épisodes sont survenus entre la semaine 52-2012 (24 au 30 décembre) et la semaine 13-2013 (25 au 31 mars) (Figure 1).



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes d'IRA, signalés dans les collectivités de personnes âgées selon la date de début des signes du 1er cas en Limousin. Saison hivernale 2012-2013.

Type d'établissement

Tous les établissements ayant déclaré un épisode étaient des EHPAD. Parmi eux, la moitié était affiliée à un établissement de santé. Pour la moitié d'entre eux, ils accueillait jusqu'à 78 résidents (étendue : 32-91) et le nombre médian de membre de personnel était de 50 (étendue : 21-62 ; n=7).

Caractéristiques des épisodes

Une fiche de clôture a été transmise pour tous les épisodes. Au total, 188 résidents et 28 membres du personnel ont été malades. Pour la moitié des épisodes, le taux d'attaque chez les résidents n'excédait pas 36 % (étendue : 19 % - 44 %). Parmi les membres du personnel, le taux d'attaque n'excédait pas 8 % (étendue : 0 % - 19 % ; n=7) pour la moitié des épisodes.

La présence de toux et de fièvre supérieure à 38°C a été signalée dans tous les épisodes pour lesquels l'information était renseignée.

Douze résidents ont été hospitalisés au décours des épisodes, soit un taux d'hospitalisation médian de 6 % (étendue : 0 % - 11 %). Deux résidents sont décédés.

La durée médiane des épisodes était de 13 jours, variant de 7 à 22 jours.

Critère d'intervention

Quatre épisodes présentaient au moins un critère justifiant une intervention de l'ARS ou de la Cire (cf encadré). Pour 3 épisodes, il s'agissait de la survenue d'au moins 5 cas dans une journée et pour 1 épisode, il s'agissait de l'absence de diminution de l'incidence dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.

Critères d'intervention justifiant un appui de l'ARS et/ou de la Cire défini selon les recommandations du HCSP

- demande d'aide de l'établissement
- 3 décès en moins de 8 jours
- ou 5 nouveaux cas ou + dans 1 même journée
- ou persistance de l'apparition de nouveau cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle

Recherches étiologiques

Une recherche étiologique a été effectuée pour 7 épisodes, soit dans 87 % des épisodes. Il s'agissait d'un test de diagnostic rapide (TDR) pour tous ces épisodes. Pour ces 7 épisodes, une étiologie de grippe a été confirmée : grippe A pour 3 épisodes, grippe B pour 2 épisodes et 2 non typés.

Mesures de prévention et de contrôle

Pour la moitié des épisodes, le taux de couverture vaccinale n'excédait pas 88 % chez les résidents (étendue : 69 % - 98 % ; n=7), et 18 % chez les membres du personnel (étendue : 5 % - 29 % ; n=4).

Des mesures de contrôle ont été mises en place lors de tous les épisodes. Le renforcement de l'hygiène des mains, les précautions de type « gouttelettes » et la limitation des déplacements de malades étaient les mesures les plus fréquemment mises en place. Aucun épisode n'a impliqué la mise en place de chimioprophylaxie antivirale (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Mesures de contrôle mises en place lors de la survenue d'épisodes d'IRA, hiver 2012-2013, région Limousin.

Mesures de contrôle	Nombre d'épisodes	Proportion*
Renforcement de l'hygiène des mains	8	100%
Précautions type "gouttelettes"	8	100%
Limitation des déplacements de malades	8	100%
Arrêt ou limitation des activités collectives	7	88%
Information des visiteurs	6	75%
Chimioprophylaxie	0	0%
Autres mesures	2	25%

* Lorsque la mesure n'était pas renseignée, elle a été considérée comme n'ayant pas été mise en place

Les mesures de contrôle ont été mises en place le jour même de l'apparition des premiers malades pour 6 épisodes (75 %), 4 jours après pour 1 épisode et 14 jours après pour 1 épisode.

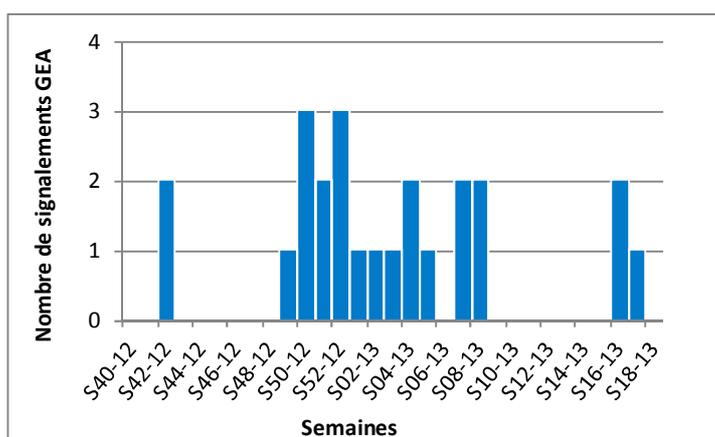
Délai de signalement

Le délai médian entre la survenue des premiers cas et le signalement des épisodes à la CVAGS était de 13 jours, variant de 2 à 38 jours.

Nombre et répartition spatio-temporelle

Entre le 1er octobre 2012 et le 30 avril 2013, 24 foyers de GEA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à la CVAGS. Un épisode n'a pas été inclus dans les analyses car il est survenu après le 30 avril 2013. Ces foyers de GEA ont été signalés dans tous les départements du Limousin, plus particulièrement en Creuse (10 épisodes) et en Haute-Vienne (9 épisodes).

Les épisodes sont survenus entre la semaine 42-2012 (15 au 21 octobre) et la semaine 17-2013 (22 au 28 avril) avec un nombre maximal de 3 épisodes atteint les semaines 50 et 52 de 2012 (Figure 1).



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes de GEA, signalés dans les collectivités de personnes âgées selon la date de début des signes du 1er cas en Limousin. Saison hivernale 2012-2013.

Type d'établissement

Les 24 épisodes ont été signalés par 21 établissements : un établissement a signalé 2 épisodes et un autre 3 épisodes. Les établissements étaient des EPHAD pour 95 %. Ils étaient non affiliés à un établissement de santé pour 80 %.

Pour la moitié d'entre eux, ils accueillait jusqu'à 78 résidents (étendue : 53 - 175) et le nombre médian de membres du personnel était de 55 (étendue : 11 - 135 ; n=18).

Caractéristiques des épisodes

Une fiche de clôture a été transmise pour tous les épisodes. Au total, 713 résidents et 134 membres du personnel ont été malades au cours des épisodes de GEA.

Pour la moitié des épisodes, le taux d'attaque chez les résidents n'excédait pas 40 % (étendue : 7 % - 79 %). Parmi les membres du personnel, le taux d'attaque n'excédait pas 10 % (étendue : 0 % - 31 %) pour la moitié des épisodes.

Les symptômes les plus fréquents étaient les diarrhées et les vomissements : pour 92 % des épisodes la majorité des malades présentaient des diarrhées et pour 42 % des vomissements. La durée médiane des symptômes a été de 2 jours (étendue : 1j - 4j).

L'hospitalisation d'un résident a été déclarée et aucun décès n'a été signalé.

La durée médiane des épisodes était de 10 jours (étendue : 2j - 24j).

Recherche étiologique

L'étiologie a été recherchée pour 15 épisodes soit 63 % des épisodes. Pour 6 épisodes, au moins une étiologie a été mise en évidence. Une étiologie virale a été retrouvée dans les 6 épisodes : 2 norovirus et 4 rotavirus. Pour deux de ces épisodes, une étiologie bactérienne a également été retrouvée : salmonelle et une autre bactérie.

Mesures de gestion et de prévention

Des mesures de contrôle ont été mises en place pour l'ensemble des épisodes. Cependant, certaines ne sont pas mises en œuvre aussi fréquemment que d'autres, c'est le cas notamment de la mise à l'écart des soins, du personnel malade et des mesures sur les aliments (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Mesures de contrôle mises en place dans les épisodes de cas groupés de GEA signalés, Limousin. Saison hivernale 2012-2013.

Mesures de contrôle	Nombre d'épisodes	Proportion*
Renforcement de l'hygiène des mains	24	100%
Précautions type "contact"	24	100%
Limitation des déplacements de malades	23	96%
Arrêt ou limitation des activités collectives	20	83%
Mise à l'écart des soins du personnel malade	6	25%
Nettoyage classique	22	92%
Bionettoyage	15	63%
Information des visiteurs	18	75%
Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution ...)	10	42%

* Lorsque la mesure n'était pas renseignée, elle a été considérée comme n'ayant pas été mise en place

Les mesures de contrôle ont été mises en place le jour même de l'apparition des premiers malades pour 15 épisodes (65 %), le lendemain pour 7 (30 %) et le troisième jour pour 1 épisode.

Délai de signalement

Le délai médian entre la survenue des 1ers cas et le signalement des épisodes à la CVAGS était de 5 jours, variant de 0 à 27 jours.

| Discussion et conclusion |

Au cours de la surveillance menée du 1er octobre 2012 au 30 avril 2013, 8 épisodes d'IRA et 24 épisodes de GEA ont été signalés à la CVAGS.

La majorité des épisodes d'IRA est survenue pendant la période épidémique de la grippe (entre la semaine 51-2012 et la semaine 11-2013) [6]. Le nombre de signalements de cas groupés d'IRA était similaire à celui de la saison 2011-2012 (7 épisodes signalés). Cependant, la recherche étiologique a été plus fréquente (87 % en 2012-2013 contre 57 % en 2011-2012). Cette augmentation peut s'expliquer par l'effort des professionnels de santé et des acteurs de santé publique à respecter les recommandations, malgré des difficultés rapportés par certains établissements à se procurer des TDR ou s'organiser pour l'envoi des prélèvements. Il faut rappeler que la recherche étiologique est importante pour mettre en place des mesures de contrôle spécifiques et précoces, notamment la chimioprophylaxie antivirale, en cas de détection de virus grippaux [7].

La couverture vaccinale médiane des résidents était élevée (88 %), supérieure à la saison 2011-2012 (70 %). En revanche celle des membres du personnel reste insuffisante avec une médiane à 18 %. Pourtant, la vaccination du personnel soignant dans les collectivités de sujets âgés pourrait entraîner une diminution de la mortalité des résidents [2].

Les épisodes de GEA sont survenus tout au long de la période de surveillance sans suivre précisément l'épidémie saisonnière en milieu communautaire. Le nombre de signalements de cas groupés de GEA a très fortement augmenté par rapport à la

saison 2011-2012 (3 épisodes en 2011-2012). Cette augmentation peut s'expliquer par une meilleure déclaration et donc une meilleure sensibilisation à la surveillance de ces événements, mais aussi, par l'émergence d'un nouveau variant de génotype GII4 signalée par le CNR des virus entériques cette saison, ce dernier étant impliqué dans plus des trois-quarts des épisodes de cas groupés de GEA à norovirus au niveau national [8].

Les épisodes de GEA sont souvent lourds à gérer touchant un grand nombre de résidents (taux d'attaque médian de 40 %) et des membres de personnel (touchés dans 83 % des épisodes). Les particularités du norovirus (dose infectante faible et persistance dans l'environnement) complexifient la maîtrise des épisodes [3]. C'est pourquoi il est important de mettre en place des mesures de contrôle précoces et adaptées afin de limiter la désorganisation des services et la surcharge de travail.

Le bilan de la surveillance hivernale 2012-2013 montre une bonne sensibilisation des établissements à la prise en charge du risque infectieux, notamment pour la mise en place des mesures de contrôle de façon quasi-systématique et le signalement effectué à la CVAGS. Cependant, tous les établissements n'ont pas encore connaissances du dispositif de surveillance des épisodes de cas groupés (outils de signalement et de gestion disponibles). Une communication renouvelée auprès des établissements et leur adhésion au système de surveillance devrait permettre d'améliorer la détection précoce des cas groupés d'IRA et de GEA et favoriser la mise en place rapide des mesures de contrôle, limitant ainsi la propagation de l'épidémie affectant tant les résidents que les membres du personnel.

| Outils mis à disposition |

Les outils régionaux de surveillance et de gestion des cas groupés d'IRA et de GEA sont disponibles sur le site internet de l'ARS Limousin à l'adresse suivante : <http://www.ars.limousin.sante.fr/Surveillance-episodes-infectie.82408.0.html>

| Références |

- [1] Circulaire n°DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/SD2/2006/48 9 du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées.
- [2] Rapport du HCSP de juillet 2012 : Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf
- [3] Rapport du HCSP du 29 janvier 2010 : Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf
- [4] Instruction N°DGS/RI1/DGSC/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées. http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf

- [5] Statistiques et indicateurs de la santé, STATIS 2012 Limousin. ARS du Limousin.
- [6] Equipes de surveillance de la grippe. Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France, saison 2011-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(32):394-401.
- [7] Haut Conseil de la santé publique. 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. Avis et rapport. Paris : HCSP, 9 novembre 2012. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=298>
- [8] Situation épidémiologique des gastro-entérites aiguës en France. Point au 23 avril 2013. Institut de veille sanitaire.
- Jourdan-Da Silva N, Delmas G, Balay K, Poujol I, Jossier L, Blanchon [9] T, Turbelin C, Pothier P, Vaillant V. Epidémie hivernale de gastro-entérites aiguës en France, 2006-2007. Bull Epidemiol Hebd 2007; 51-52:449-52

| Remerciements |

Nous tenions à remercier l'ensemble des établissements ayant participé à cette surveillance, ainsi que la CVAGS de l'ARS, l'ARLIN et les réseaux locaux d'hygiène pour le suivi des signalements et l'aide à la gestion auprès des collectivités de personnes âgées.

Une préoccupation nationale : la maîtrise du péril fécal.

Serge MARIE, Antenne Régionale de Lutte contre les infections Nosocomiales de la région Limousin

Jusqu'au début du 20ème siècle, les maladies infectieuses étaient la première cause de mortalité dans les pays les plus développés. Les avancées dans les domaines de l'asepsie, les vaccinations et l'usage des antibiotiques ont considérablement augmenté l'espérance de vie humaine. Les préoccupations majeures en terme de santé publique étaient les infections et les maladies aiguës. Elles sont désormais les maladies chroniques et dégénératives. Avec le vieillissement avancé et la perte d'autonomie qui l'accompagne, la nécessité d'intégrer un établissement pour personnes âgées dépendantes s'impose souvent. La population accueillie, fréquemment porteuse de comorbidités, constitue une communauté où les infections peuvent se développer et où la transmission d'agents infectieux est plus ou moins aisée.

La fascinante richesse en micro-organismes de l'intérieur de notre tube digestif nous rappelle qu'il convient de gérer attentivement les excréta, dans un souci de protection individuelle mais également collective. Ces microbes ont, pour certain, un potentiel pathogène élevé.

En parallèle, nous sommes confrontés à la montée d'un péril majeur : l'émergence de souches bactériennes de plus en plus résistantes à de nombreux antibiotiques. Il convient donc de lutter contre la dissémination de tous les micro-organismes présents dans les produits biologiques que nous éliminons. Or ceux-ci sont extrêmement nombreux. Dans 1 gramme de selle il est retrouvé, chez des malades infectés par les germes en question, jusqu'à 108 salmonelles et 109 norovirus, chiffres variant selon les études. De la contamination découlera la colonisation dont il pourra découler des infections, souvent sous la forme d'épidémies de gastro-entérites.

Comment gérer ce risque ? Depuis Semmelweis, il n'est plus nécessaire de démontrer l'importance que revêt l'hygiène des mains dans la prévention de la diffusion des micro-organismes. En conséquence, les « Précautions Standard » incluent, en première position, cette pratique dans la liste des mesures à prendre pour réduire au maximum la transmission des micro-organismes. Elles sont à respecter vis-à-vis de tout patient ou résident, dans toutes les circonstances qui le nécessitent. Le recours à des gants à usage unique jetable peut être d'une grande aide lors de réalisation d'actes de soins potentiellement contaminants. Le fait de ne pas souiller massivement ses mains avec des produits biologiques lors de soins grâce à eux permet, après leur élimination, d'avoir des pratiques d'hygiène des mains plus efficaces et plus rapidement. Mais il convient d'être très rigoureux, et de respecter une règle très simple : utiliser un gant pour réaliser un seul acte, pour un seul résident/malade, et l'éliminer aussitôt dans la filière adaptée. Ce mode d'emploi doit être compris et respecté de tous.

Au-delà des « Précautions Standard », la nécessité de maîtriser la diffusion des BMR (bactéries multi résistantes) et plus récemment des BHR (bactéries hautement résistantes) réactive la

vigilance vis-à-vis de la qualité microbiologique de l'environnement. Et toutes les manipulations lors de l'élimination des fèces peuvent s'avérer très contaminantes pour les locaux et les tenues des professionnels concernés. Des travaux scientifiques nous ont appris au cours des dernières années que les chasses d'eau provoquent des aérosolisations responsables de la présence de germes 30 minutes après leur usage (Johnson, 2013), que l'usage des douchettes pour nettoyer les bassins dans les toilettes délivrent des centaines, voire des milliers de gouttelettes sur les murs des WC mais également sur les bras et la tenue des professionnels qui les utilisent (Hoet, 1979)...

A contrario, les laves bassin peuvent contribuer à protéger de manière très efficace l'environnement dans la mesure où ils réalisent de manière performante vidange, nettoyage et désinfection des bassins, mais également des urinaux, des boccas...

Il est possible de se procurer sur le site internet de NOSOBASE une fiche dédiée à la gestion des excréta à l'adresse http://www.cclinparisnord.org/Guides/FT10_Excreta2.pdf

A défaut de laveuse désinfecteur de bassin

- Privilégier l'utilisation d'un sac protecteur contenant un produit géllifiant, placé dans le bassin : le retirer et l'éliminer dans un sac à déchets.
- Dans ce cas, en l'absence de souillures, nettoyer le bassin avec une chiffonnette imprégnée de désinfectant.

Si pas de sac protecteur ou présence de souillures :

- Il est nécessaire d'avoir un local permettant l'évacuation des excréta (vider ou WC) réservé à cet usage pour limiter la transmission croisée et la transmission environnementale.
- Transporter le bassin (ou autre contenant) plein muni de son couvercle vers ce local.

Vidange :

- Vider le bassin dans le vidoir, en prenant soin de protéger sa tenue avec un tablier à usage unique, des gants, des lunettes de protection (risque de projection).
- Procéder à un rinçage, compléter si besoin d'un brassage. Attention au risque de projection et à la contamination de l'environnement.

Nettoyage / désinfection :

- Immérer dans un grand bac contenant un produit désinfectant (bactéricide, virucide) respecter le temps de contact du produit, rincer puis sécher.
- Renvoier le bain de produit au minimum toutes les 24h (plus en fonction du niveau de souillures visibles).
- Déposer le bassin désinfecté dans un lieu de stockage propre ou directement dans la chambre.

Rappel

- Port de gants et hygiène des mains
- Tablier de protection imperméable

Avec une laveuse désinfecteur de bassin (LDB) :

Conduite à tenir

- Retirer le dispositif (bassin, urinal) avec des gants UU
- Enlever les gants, réinstaller le patient
- Remettre une paire de gants
- Transporter tout dispositif plein, muni de son couvercle jusqu'au local où se situe la LDB
- Placer dans la LDB : le bassin et son couvercle sur les supports inférieurs prévus dans la LDB de manière à ce que le bassin se vide de son contenu à la fermeture de la porte du LDB (vérifier le bon positionnement dans le bac bassin)
- Enlever les gants
- Effectuer un lavage des mains après le retrait des gants
- Encadrer la phase en route du cycle de nettoyage en suivant le mode d'emploi du fabricant
- À la fin du cycle, vérifier le bon déroulement (alarme, voyants...), retirer le bassin et son couvercle puis les nettoyer, soit dans une zone dédiée propre, soit directement dans la chambre du patient

Rappel concernant les précautions standard :

- Des gants à UU doivent être portés pour tout contact avec des selles et des urines et une hygiène des mains est requise à leur retrait.

Entretien / Maintenance

Au quotidien

- Nettoyer les parois extérieures du LDB avec un désinfectant à base d'alcool.
- Nettoyer et désinfecter les supports sur lesquels sont centrifugés les matériels propres en fin de cycle.
- Vérifier :
 - l'intégrité des tuyaux d'alimentation en produits
 - le niveau des produits désinfectant, anticalcaire (désinfectant si l'AR chimique)
 - le bon fonctionnement des buses (absence de tartre)

Assèchement

- Programmer (selon le modèle de LDB) un cycle de nettoyage à vide de l'appareil (par exemple 1 fois / semaine) et tracer l'opération

En cas de panne

- Contacter la personne en charge de la maintenance (il peut exister un contrat avec un prestataire extérieur)
- Appliquer la procédure manuelle

ND : Renouveler les bassins, urinaux... des qrtls sont abîmés (plastiques rayés, etc...)

Pour la gestion du risque infectieux dans toutes ses dimensions en établissement de soins médico-social, le réseau des CCLIN-ARLIN a élaboré un document accessible également sur NOSOBASE, à l'adresse http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/2011_EHPAD_CCLIN_Version2_13_12_11.pdf

L'ARLIN Limousin reste à votre disposition pour toute demande d'information au 05 55 05 88 51.

| Ours | Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de veille sanitaire sur : <http://www.invs.santefr/BVS>