

Bulletin de veille sanitaire - N°26 - PC / Décembre 2013

Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées ou fragiles, 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 ou fragiles, hiver 2012-2013](#)

Page 6 | [Retour d'expérience 2012-2013](#) |

Page 6 | [La gestion des excréta, ou 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 ou fragiles, hiver 2012-2013

Ursula NOURY, Cellule de l'InVS en régions Limousin et 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 Poitou-Charentes, une information sur la procédure de signalement des cas groupés d'IRA et de GEA ainsi que sur les recommandations a été adressée par la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) de l'Agence régionale de santé (ARS) aux Ehpad en 2011 et 2012. Compte tenu d'un nombre de signalements limités, une stratégie de sensibilisation auprès de tous les établissements accueillant des personnes âgées ou fragiles a été mise en place dans chaque département en octobre et novembre 2012. Ce bulletin de veille sanitaire a pour but de présenter le dispositif régional de surveillance mis en place ainsi que le bilan réalisé à partir des signalements d'épisodes d'IRA et de GEA signalés lors de la saison hivernale 2012-2013.

1. Dispositif régional de surveillance

Sensibilisation au signalement et aux outils

En Poitou-Charentes, un renforcement de la surveillance des cas groupés d'Ira et de GEA a été effectué fin 2012 auprès de tous les établissements accueillant des personnes âgées ou fragiles. Pour cela, un comité de pilotage co-piloté par la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en régions (Cire) Limousin et Poitou-Charentes et la CVAGS, et associant l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) et des représentants d'Ehpad, a été mis en place. Ce comité de pilotage a participé à la préparation des journées d'information qui ont eu lieu en octobre et novembre 2012 dans chaque département de la région.

Le but de ces journées était de présenter aux 326 Ehpad, 19 maisons d'accueil spécialisé (MAS) et 28 foyers d'accueil médicalisé (FAM) pour personnes handicapées de la région [5], l'ensemble des outils de surveillance (outils d'auto-détection des épisodes, fiche de signalement et outils d'aide à la gestion des épisodes de cas groupés d'Ira ou de GEA). Les réunions ont aussi été l'occasion de rappeler les mesures de prévention et de gestion appropriées aux épisodes d'Ira et de GEA. L'ensemble des outils présentés est mis à disposition sur le site internet de l'ARS Poitou-Charentes [6].

Circuit de signalement

En Poitou-Charentes, le circuit de signalement diffère selon le statut des Ehpad (Figure 1).

Pour les Ehpad non affiliés à un établissement de santé, (ES) ainsi que pour les MAS et FAM, les épisodes de cas groupés d'Ira ou de GEA répondant aux critères de signalement doivent être signalés à la CVAGS à l'aide de la fiche de signalement [6].

Pour les Ehpad rattachés à un ES, les épisodes doivent être signalés dans l'application E-Sin destinée au signalement externe des infections nosocomiales. Afin de recueillir les mêmes informations concernant les épisodes, il a été demandé aux Ehpad rattachés à un ES de renseigner la fiche de signalement et de la mettre en pièce jointe dans E-Sin.

A la clôture de l'épisode, la fiche ayant servi au signalement, complétée avec les informations finales (nombre total de cas, résultats des analyses biologiques etc), doit être de nouveau envoyée par les établissements accompagnée dans la mesure du possible d'une courbe épidémique retraçant l'épisode.

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

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

Tél : 05 49 42 30 30

Fax : 05 24 84 51 43

Courriel : ars-pch-alerte@ars.sante.fr

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 (via E-Sin pour les Ehpad rattachés à un ES), diffuse auprès de l'ensemble des Ehpad des recommandations, aide à l'investigation et à la mise en place de mesures de contrôle et de surveillance.

Le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et l'Arlin reçoivent les signalements venant des Ehpad rattachés à un ES, aident l'ensemble des Ehpad si besoin à la mise en place des mesures d'hygiène nécessaires et participent aux investigations.

La Cire propose des outils de surveillance, informe les établissements lors de la circulation du virus grippal et du dépassement du seuil épidémique de grippe, peut apporter un appui à l'investigation épidémiologique et assure l'analyse des données et la rétro-information au cours et en fin de saison hivernale.

2. Critère de signalement

Tout cas groupés d'Ira ou de GEA survenant en établissement accueillant des populations âgées ou fragiles doit être signalé sans délai à la CVAGS ou via E-Sin, et ce tout au long de l'année.

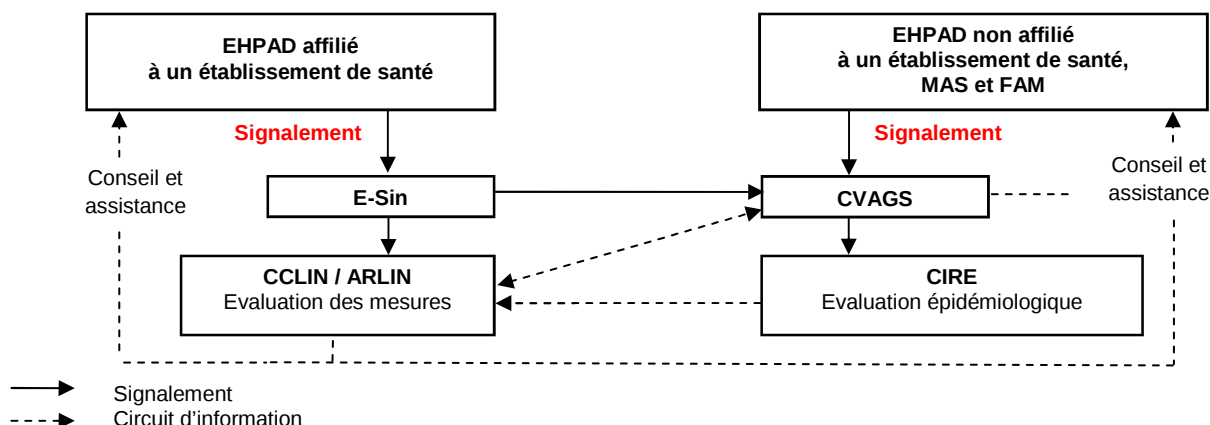
Depuis le 21 décembre 2012, le critère de signalement est identique pour les cas groupés d'Ira et de GEA.

Un 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. Saisie et analyse des données

La CVAGS reçoit les fiches de signalement (signalement par l'établissement ou via E-Sin), elle valide et complète si besoin les informations avec les établissements. Elle saisit ensuite ces informations dans une application développée par l'InVS spécifiquement dédiée à cette surveillance. L'analyse des données est effectuée par la Cire à l'aide des logiciels Excel et Stata.

| Figure 1 : Circuit de signalement et coordination régionale |



1. Nombre et répartition spatio-temporelle des épisodes lors du signalement

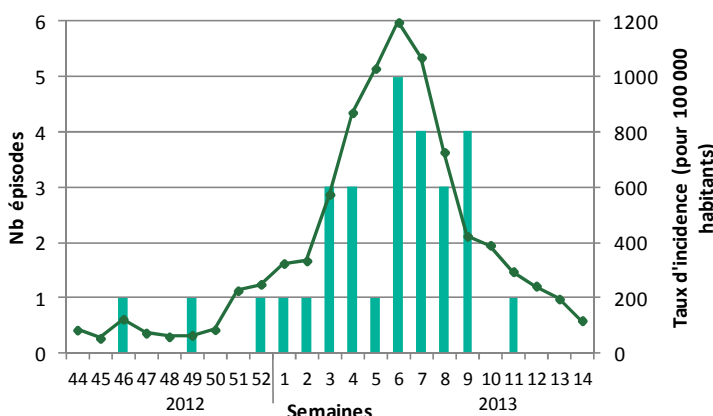
Entre le 1er octobre 2012 et le 15 avril 2013, période définie comme période de surveillance de la grippe au niveau national, 29 épisodes d'Ira ont été signalés à la CVAGS.

Une majorité d'épisodes (12 épisodes) a été signalée dans le département de la Charente-Maritime. Neuf épisodes ont été déclarés dans les Deux-Sèvres, 4 respectivement dans la Vienne et la Charente.

La majorité des épisodes (79 %) a eu lieu entre les semaines 3 et 9 de l'année 2013, soit du 14 janvier au 03 mars 2013, avec un pic en semaine 6. La distribution dans le temps des signalements de cas groupés d'Ira suit la même tendance que l'évolution du taux d'incidence des consultations pour syndromes grippaux dans la communauté, avec un pic également en semaine 6 (Figure 2).

| Figure 2 |

Nombre d'épisodes d'Ira signalés selon la semaine de survenue du 1er cas et taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndromes grippaux dans la communauté (Réseau Unifié), hiver 2012-2013, région Poitou-Charentes.



2. Type d'établissement

Les établissements ayant majoritairement déclaré un épisode sont des Ehpad (25 épisodes) et parmi eux, 3 étaient rattachés à un établissement de santé. Une unité de soin longue durée et foyer logement ont chacun déclaré un épisode. D'un point de vue hospitalier, 2 services pour personnes ayant des maladies mentales et des handicaps ont déclaré chacun un épisode.

3. Caractéristiques des épisodes clôturés

Vingt-quatre épisodes sur 29 ont été clôturés.

Au total, 486 résidents ont été malades parmi les 24 épisodes clôturés et 76 membres du personnel.

Le taux d'attaque médian chez les résidents est de 27 %, ce taux est de 5 % parmi les membres du personnel.

Trente-cinq résidents ont été hospitalisés au cours des épisodes, soit un taux d'hospitalisation médian de 5 %. Neuf résidents sont décédés au cours de 7 épisodes.

La durée médiane des épisodes est de 9,5 jours entre la survenue du premier et du dernier cas. Au minimum, un épisode a duré 2 jours et au maximum, 55 jours.

4. Critères d'intervention

Parmi les épisodes clôturés, 9 présentaient au moins un critère d'intervention. Pour 8 épisodes, il s'agissait de la

survenue d'au moins 5 cas dans une journée et pour 2 épisodes, 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 et/ou de l'ARS, de l'Arlin/CClin, de la Cire selon les recommandations du HCSP

- Une demande venant de l'établissement
- 5 nouveaux cas ou + dans 1 même journée
- 3 décès ou + attribuables à l'épisode infectieux en moins de 8 jours
- Absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place de mesures de contrôle

5. Recherche étiologique

Une recherche étiologique a été effectuée pour 11 épisodes, soit dans 44 % des épisodes et pour 3 des 9 épisodes avec un critère d'intervention.

Il s'agissait d'un test diagnostic rapide (TDR) pour 9 épisodes.

Une grippe a été confirmée dans 9 épisodes. Il s'agissait d'une grippe A dans 8 épisodes (dont une confirmée A (H1N1) pdm09) et d'une grippe A et B dans un épisode. Pour un épisode, *Haemophilus influenzae* a été identifié. L'étiologie n'a pas été précisée pour un épisode.

6. Mesures de prévention et de contrôle

Le taux médian de couverture vaccinale chez les résidents est de 85 % parmi les 22 établissements ayant répondu, il est de 20 % chez le personnel parmi les 13 établissements ayant renseigné cette information.

Des mesures de contrôle ont été mises en place dans 28 épisodes pour lesquels l'information était disponible.

Le renforcement de l'hygiène des mains, la limitation des déplacements et l'information des visiteurs étaient les mesures les plus fréquemment mises en place (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Mesures de contrôle mises en place lors de la survenue d'épisodes d'Ira, hiver 2012-2013, région Poitou-Charentes.

Mesures de contrôle	Nb épisodes
Renforcement de l'hygiène des mains	27
Limitation déplacements de malades	27
Information des visiteurs	27
Précautions type "gouttelettes" (port de masque)	25
Arrêt ou limitation activités	20
Chimioprophylaxie antivirale	5
Autres mesures	4

Parmi les 5 épisodes pour lesquels une chimioprophylaxie antivirale a été mise en place, 4 avaient une confirmation diagnostique de grippe.

Le délai médian pour la mise en place des mesures de contrôle était de 2 jours (étendue : 0 à 38 jours).

7. Délai de signalement

Le délai médian entre la survenue des premiers cas et le signalement des épisodes à la CVAGS était de 6 jours, variant de 2 à 38 jours.

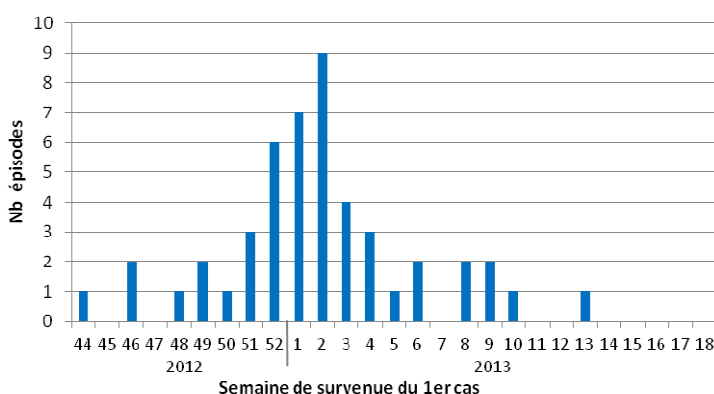
1. Nombre et répartition spatio-temporelle des épisodes lors du signalement

Entre le 1er octobre 2012 et le 30 avril 2013, 48 épisodes de GEA survenus en collectivités de personnes âgées et fragiles ont été signalés à la CVAGS. Une majorité d'épisodes (17) a été signalée dans le département de la Charente-Maritime. Treize épisodes ont été déclarés dans les Vienne et 9 épisodes ont été signalés pour chacun des départements de Charente et des Deux-Sèvres.

Près de la moitié des épisodes (22) est survenue en 3 semaines : entre les semaines 52-2012 à 02-2013 (Figure 3).

| Figure 3 |

Nombre d'épisodes de GEA signalés selon la semaine de survenue du 1er cas, hiver 2012-2013, région Poitou-Charentes.



2. Type d'établissement

Les 48 épisodes ont été signalés par 47 établissements : un établissement a signalé 2 épisodes. 89 % des établissements ayant déclaré un épisode étaient des Ehpad et parmi eux, 4 étaient rattachés à un établissement de santé. Parmi les autres établissements déclarants, 2 étaient des établissements de soins de suite et réadaptation (SSR), 2 des FAM et 1 foyer logement.

3. Caractéristiques des épisodes

Quarante-six épisodes sur les 48 ont été clôturés.

Au total, 1369 résidents ont été malades parmi les 46 épisodes clôturés et 336 membres du personnel.

Le taux d'attaque médian chez les résidents était de 45 %, ce taux était de 15 % parmi les membres du personnel.

Cinq résidents ont été hospitalisés au décours de 4 épisodes et aucun membre du personnel. Un résident est décédé au cours d'un épisode.

La durée médiane entre la survenue du premier et du dernier cas est de 11 jours. Au minimum, un épisode a duré 1 jour et au maximum, 39 jours.

4. Recherche étiologique

Une étiologie a été recherchée pour 19 épisodes soit 41 % des épisodes et confirmée pour 4 épisodes. Il s'agissait de norovirus dans 3 épisodes et de rotavirus dans 1 épisode.

5. Mesures de prévention et de contrôle

Des mesures de contrôle ont été mises en place dans l'ensemble des épisodes.

Le nombre médian de mesures mises en place par épisode est 8 (étendue 1 à 10).

Le renforcement de l'hygiène des mains est la mesure la plus fréquemment mise en place dans 98 % des épisodes, suivie des précautions type « contact » et la limitation des déplacements de résidents malades (respectivement mises en place de 96 % des épisodes). En ce qui concerne la mise à l'écart du personnel malade, cette mesure a été mise en place dans 63 % des épisodes lors desquels au moins un membre du personnel était malade (Tableau 2).

| Tableau 2 |

Mesures de contrôle mises en place lors de la survenue d'épisodes de GEA, hiver 2012-2013, région Poitou-Charentes.

Mesures de contrôle	Nb épisodes
Renforcement de l'hygiène des mains	47
Précautions type "contact"	46
Limitation des déplacements de malades	46
Arrêt ou limitation des activités collectives	34
Mise à l'écart des soins du personnel malade	27
Nettoyage classique	43
Bionettoyage	36
Information des visiteurs	41
Mesures sur les aliments	30
Autres mesures	10

Un bionettoyage a été réalisé pour 2 des 3 épisodes pour lesquels un norovirus a été mis en évidence.

Les mesures de contrôle ont été mises en place le jour même de l'apparition des premiers malades pour 22 épisodes (46 %), entre 1 et 3 jours pour 16 épisodes (33 %) et entre 3 et 7 jours pour 7 épisodes (15 %). Le délai n'a pas été renseigné pour 3 épisodes.

6. Délai de signalement

Le délai médian entre la survenue des premiers cas et le signalement des épisodes à la CVAGS était de 5 jours, variant de 0 à 22 jours.

Au cours de la surveillance 2012-2013, 29 épisodes d'Ira et 48 épisodes de GEA ont été signalés à la CVAGS.

La majorité des épisodes d'Ira est survenue pendant la période épidémique de la grippe au niveau national (entre la semaine 51-2012 et la semaine 11-2013) [7]. Le nombre de signalements de cas groupés d'Ira était identique en 2012-2013 par rapport à 2011-2012 mais le nombre de résidents malades était moins important en 2012-2013 (486 résidents malades) par rapport à 2011-2012 (629 résidents malades). La durée médiane des épisodes a augmenté entre les deux saisons passant de 8 jours en 2011-2012 à 9,5 en 2012-2013. En ce qui concerne la recherche étiologique, elle a été faite dans 83 % des épisodes lors de la saison 2011-2012 contre dans 44 % des épisodes lors de la saison 2012-2013. Cette diminution peut s'expliquer par des difficultés rencontrées de la part de certains établissements pour 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, notamment la chimioprophylaxie antivirale, en cas de détection de virus grippaux [8]. Ainsi, il est recommandé aux Ehpad de mettre en place une organisation avant la saison épidémique, leur permettant de disposer rapidement en cas de besoin de TDR, directement au niveau de l'établissement ou par l'intermédiaire de leur laboratoire de référence.

La couverture vaccinale médiane des résidents était élevée (85 %) et sensiblement égale à celle de la saison 2011-2012 (88 %). En revanche celle des membres du personnel reste insuffisante avec une médiane à 20 % en 2012-2013, en légère diminution par rapport à 2011-2012 (25 %). La vaccination du personnel soignant dans les collectivités de sujets âgés est une mesure de prévention essentielle pour réduire la mortalité des résidents [2].

Près de la moitié des épisodes de GEA est survenue en 3 semaines, entre les semaines 52-2012 à 02-2013, ce qui correspond à ce qui a été observé au niveau national par le réseau Sentinelles en population générale [9]. Le nombre de signalements de cas groupés de GEA a quadruplé entre la saison 2011-2012 et 2012-2013 avec 48 épisodes signalés en 2012-2013. 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 était impliqué dans plus des 3/4 des épisodes de cas groupés de GEA à norovirus au niveau national [9]. De même, ce nouveau variant pourrait expliquer que la durée médiane des épisodes ait considérablement augmenté entre 2011-2012 et 2012-2013, passant de 6 à 11 jours.

Les épisodes de GEA sont souvent difficiles à gérer car touchant un grand nombre de résidents (taux d'attaque médian de 45 % parmi les résidents). Les particularités du norovirus (dose infectante faible et persistance dans l'environnement) complexifient la maîtrise des épisodes [3]. C'est pourquoi il est important d'effectuer une recherche étiologique (en 2012-2013, une recherche étiologique a

été faite dans seulement dans 41 % des épisodes) et de mettre en place des mesures de contrôle précoces et adaptées afin de limiter la diffusion auprès des résidents et du personnel.

Le bilan de la surveillance hivernale 2012-2013 montre que malgré l'organisation de journées départementales de sensibilisation des établissements à la surveillance, le délai médian de signalement a augmenté entre les saisons 2011-2012 et 2012-2013, et ce aussi bien pour les Ira (passant de 5 à 6 jours) que pour les GEA (de 3 à 5 jours). Il convient de rappeler aux établissements qu'une détection et un signalement précoces d'un épisode permet la mise en place rapide des mesures de contrôle et ainsi de réduire la morbidité, la mortalité et la durée des épisodes, limitant la désorganisation des services et la surcharge de travail.

Références :

- [1] Circulaire n°DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/SD2/2006/489 du 22 novembre 2006 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 et du social 2012 Poitou-Charentes http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/etudes_et_publications/Statiss2012.pdf
- [6] Dossier technique consacré à la surveillance des épisodes infectieux en collectivité de personnes âgées et handicapées - Site internet ARS Poitou-Charentes : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Surveillance-des-episodes-infe.150200.0.html>
- [7] Equipes de surveillance de la grippe. Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France, saison 2011-2012. Bull Epidémiol Hebd. 2013; 32 :394-401.
- [8] Avis du HCSP du 09 novembre 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. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=298>
- [9] Situation épidémiologique des gastro-entérites aiguës en France. Point au 23 avril 2013. Institut de veille sanitaire.

| Remerciements |

Nous tenions à remercier l'ensemble des établissements ayant participé à cette surveillance, ainsi que la CVAGS, 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 et handicapées.

Retour d'expérience 2012-2013

Dr François MARCHE, Dr Véronique CHAGNON, Valérie LE GALLIARD, **Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires du Poitou-Charentes**

Lors de la saison hivernale 2012/2013, en Poitou-Charentes, 29 épisodes d'Ira et 48 de GEA ont été signalés à la CVAGS.

Cela a été l'occasion d'échanges fructueux entre la Cellule de Veille et différents acteurs au sein des EHPAD, et nous permet de proposer quelques éléments de gestion de ces épisodes de GEA et d'Ira.

La précocité de la mise en place des mesures de contrôle apparaît être une condition importante pour réduire l'ampleur des épidémies dans ces collectivités.

ANTICIPER

- promouvoir la vaccination du personnel (y compris les non-soignants), ainsi que des familles des résidents.
- protocoler la surveillance des cas et d'organiser une cellule prête à être activée en cas d'épidémie.
- s'assurer d'avoir toujours en quantité suffisante des masques, tabliers, mouchoirs en papier, solutés hydro alcooliques, produits d'entretien virucide....et s'organiser avec le laboratoire afin de disposer de TDR.

FORMATION

- assurer des formations initiales et continues de type « précautions standards/complémentaires, bio-nettoyage... » tout au long de l'année.

INFORMATION

- avoir une signalisation prête à être affichée.
- informer les familles que l'établissement peut être amené à recommander la suppression des visites en cas d'épidémie, à arrêter les activités communes, y compris la pratique du culte...
- organiser la communication avec les ambulanciers, le service d'urgences, lorsqu'un résident malade (ou non) doit être transféré en période d'épidémie.
- organiser l'information des médecins traitants, intervenants extérieurs et leur proposer des tenues de protection.
- organiser l'alerte à la CVAGS (préparer les numéros tél/fax/adresse mail), et désigner le professionnel ayant en charge ce travail.

QUELQUES RAPPELS

- le personnel malade ne doit pas venir travailler
- reporter les admissions en cas d'épidémie
- organiser les mesures d'isolement (en particulier pour les week-end, les jours fériés et/ ou en l'absence du cadre coordonnateur)

La gestion des excréta, ou la maîtrise du péril fécal

Chantal LEGER, Catherine LALAND, **Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales de la région Poitou-Charentes**

En 1949 le docteur DOYNE BELL [1], écrivait : « la conception de la salle de soins illustre notre tentative pour éviter les infections croisées...du côté propre où les bassins stérilisés sont stockés, l'infirmière se lave les mains avant de quitter la salle ».

En 2013, l'hygiène des mains n'a plus besoin de faire la preuve de son efficacité. C'est une mesure recommandée pour la prévention et la maîtrise des infections bactériennes et virales et donc des gastro-entérites.

A l'aube de l'ère post antibiotique un nouvel enjeu de santé publique émerge avec la maîtrise de la diffusion des BMR (Bactéries Multi résistantes) et des BHRé (Bactéries Hautement Résistantes). La gestion de l'environnement joue un rôle fondamental aux côtés des précautions standard, dans la maîtrise de la transmission de micro-organismes [2].

Le tube digestif est le principal réservoir de bactéries commensales. Dans 1 gramme de selles, on retrouve en fonction des études 10^8 Salmonelles [3], 10^9 Norovirus [4]. Ces micro-organismes pouvant être à l'origine d'épidémies de gastro-entérites.

La gestion des excréta a été identifiée avec les Précautions Standard, comme une des thématiques principales de la maîtrise des BMR et BHRé. Cette gestion rigoureuse contribue à la qualité microbiologique de l'environnement.

Best [5] montre qu'il est possible de retrouver, jusqu'à 35

UFC (Unités Formant Colonie) de *Clostridium difficile*, dans l'air au niveau de la cuvette 30 minutes après avoir tiré la chasse d'eau abattant ouvert. Dans une revue de la littérature Johnson [6] met en évidence la contamination de l'environnement proche de la cuvette des toilettes provoquée par l'activation de la chasse d'eau.

Dans la revue Symbiose en 1979 Hoet [7] démontre la pollution de l'environnement provoquée par les douchettes lors du rinçage des bassins dans les toilettes. Les auteurs introduisent un colorant dans des bassins. Ils ne dénombrent pas moins de 3662 tâches provoquées sur des papiers absorbants tapissant les murs du WC. Le tablier, les avant bras de l'infirmière sont constellés de tâches.

La gestion des épidémies de GEA fait l'objet de recommandations spécifiques à l'intention des Etablissements de santé et Médico Sociaux (EMS) [8].

Les recommandations concernent la gestion du risque fécal sont identiques quel que soit le type d'établissement. Il est recommandé prioritairement de réaliser, après chaque utilisation, l'entretien du bassin dans un lave-bassin. Les laves bassin sont destinés à réaliser vidange, nettoyage et désinfection des bassins, urinaux, bouches... La gestion des excréta fait l'objet d'une fiche spécifique élaborée par le CClin Paris Nord. Elle est disponible dans le site de Nosobase [9].

Les CClin/Arlin mettent à la disposition des EMS des fiches techniques [9]. Certaines peuvent apporter une aide pour la gestion d'une GEA, ou l'élaboration d'un cahier des charges pour l'achat d'un lave bassin. Ces fiches peuvent aussi être téléchargées sur téléphone Android dans Google Play [10].



MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN
EHPAD
FICHES TECHNIQUES / PRATIQUES

Fiche technique n° 7



Gestion des excréta dans les établissements de santé et médico-sociaux

Les selles sont un réservoir majeur de bactéries commensales du tube digestif (exemple : *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, entérocoques...). Ces bactéries peuvent être porteuses de mécanismes de résistance aux antibiotiques.

Les urines peuvent également contenir des micro-organismes d'origine digestive. Le respect strict de mesures d'hygiène de base est indispensable pour éviter la transmission de ces micro-organismes de patient à patient.

Élimination des excréta :

Patients continents

Élimination dans les toilettes

Patients continents—dépendants

Utilisation de bassin, urinal ou chaise percée

Élimination recommandée dans un lave-bassin situé dans un local dédié
Acheminement protégé des bassins, urinaux et chaises percées (couverture ou sac)
Respect du protocole d'utilisation du lave-bassin

A défaut d'utilisation d'un lave-bassin :

- Il est recommandé d'attribuer bassin, chaise percée, urinal au patient ou au résident tout le temps de son séjour (un bassin = un patient)
- les bassins, urinaux, bocal et seaux des chaises percées, sont vidés et nettoyés dans le local « vidoir » et non dans le cabinet de toilette du patient, non adapté
- il est recommandé d'utiliser des sachets protecteurs de bassins et/ou de chaises percées, avec notamment une poudre ou un tampon absorbant gélifiant.

L'utilisation de bassin et urinal à usage unique est possible avec un broyeur spécifique à ce type de matériel.

IMPORTANT !

Ne pas utiliser de douchettes pour nettoyer :
aérosol de matières fécales et urines dans l'environnement

Patients incontinents

Les déchets souillés par les urines ou les fèces (protections, alèses à usage unique...) sont éliminés par la filière DAOM (sac fermé)

En cas de diarrhée infectieuse (suspicion de bactéries pathogènes : *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli* enteropathogènes ou de virus : adénovirus, rotavirus, norovirus ...), les déchets sont éliminés par la filière DASRI *

La colonisation des excréta par une BMR n'entraîne pas nécessairement une élimination par la filière DASRI, la filière DAOM est suffisante **

Les poches à urines (en cas de sondage) sont vidées régulièrement (ne jamais déconnecter la poche de la sonde)

Les urines doivent être éliminées au fur et à mesure. Si la conservation est nécessaire, le pot de recueil doit être fermé hermétiquement



Fiche technique n° 7

Gestion des excréta
dans les établissements de santé
et médico-sociaux

Prévention de la transmission croisée : respect des précautions standard

Pour le soignant



Tablier si soins mouillants et contacts directs avec le patient (lors des changes ou de la toilette)

Port de gants à usage unique lors de tout contact avec les excréta et/ou des urines. À retirer et éliminer systématiquement dès la fin du soin contaminant.

Hygiène des mains : au retrait des gants, par friction avec produit hydro-alcoolique (rappel : lavage au savon doux liquide si mains visiblement souillées)

Pour le patient ou le résident



Mettre à disposition des produits hydro-alcooliques (PHA).

Sensibilisation à l'hygiène des mains, et/ou aide à la réalisation du geste (chez le patient ou résident dépendant) après le passage aux toilettes et avant les repas

Hygiène de l'environnement :

Entretien des surfaces et matériels



Le personnel revêt un tablier et porte des gants pour ces tâches

Patient continent mobile : le cabinet de toilette du patient bénéficie d'un bionettoyage quotidien

Patient continent dépendant : la chaise percée doit être nettoyée et désinfectée après chaque utilisation avec un produit nettoyant/désinfectant

Nettoyage quotidien de la chambre et du lit

- Privilégier le matériel à usage unique et en limiter le stockage dans les chambres
- Nettoyer/désinfecter la housse de matelas lors de la réfection du lit
- Nettoyer immédiatement les salissures dues aux vomissements et aux diarrhées



Assurer le renouvellement régulier des bassins et urinaux car l'usure entrave leur bon entretien

Manipulation du linge souillé



- Manipulation du linge sale avec des gants à usage unique, tablier plastique, en évitant de le « plaquer » contre soi et de le poser sur le sol
- Evacuation rapide du linge vers le lieu d'enlèvement pour nettoyage
- Conditionnement en double emballage, non indispensable
- Si du linge est traité par la famille (EHPAD, soins de suite et de rééducation, psychiatrie...) le mettre immédiatement dans un sac plastique pour éviter toute manipulation avant un traitement en machine

Groupe de travail : Danièle Landrieu, Brigitte Higuera, Anne Carbone, Karim Lebaudic
Relecture : Annie Brevet, Béatrice Croze, Patricia Hussen, Dominique Lesaffre, Yann Ollivier, Denis Thillard

Ce document peut être reproduit et distribué sans permission,
sous réserve qu'il soit reproduit de façon précise et que la source soit mentionnée.

Iconographie : MeDys
juin 2011

* Ministère de l'emploi et de la solidarité : Guide technique, Élimination des Déchets d'Activités de Soins 1999 - Annexe 2

** PHM : Consensus Formalisé d'expert, Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact - recommandation 111

Références :

- [1] Doyne Bell ; discussion on planning a pediatric unit in an undergraduate teaching hospital, Proceedings of the Royal Society of Medicine, 631, Vol. XLII, February 1949.
- [2] HCSP. Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRE). 2013.
- [3] Thomson S.; The numbers of pathogenic bacilli in faeces in intestinal diseases, J Hyg 1955;53:217-24.
- [4] Atmar RL, Opekun AR, Gilger MA, Estes MK, Crawford SE, Neill FH, et al. Norwalk virus shedding after experimental human infection. Emerg Infect Dis 2008;14:1553-7.
- [5] Best E.L. ; Potential for aerosolization of Clostridium difficile after flushing toilets: the role of toilet lids in reducing environmental contamination risk, JHI, 80, 2012

- [6] Johnson D.L. ; Lifting the lid on toilet plume aerosol: A literature review with suggestions for future research; American Journal of Infection Control 41 (2013) 254-8
- [7] Hoet T. ; Le traitement des bassins de lit, Symbiose, n°4, mars 1975
- [8] Investigation d'une épidémie de gastro-entérites virales dans un établissement hébergeant des personnes âgées. Département du Var, avril-mai 2007. InVS 2010.
- [9] <http://www.cclin-arlin.fr>
- [10] Gestion des excréta dans les établissements de santé et médico-sociaux. Fiche technique. 2010, 2 pages. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinParisNord/2010_Excretas_CCLIN.pdf

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

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Rédacteur en chef : Philippe Germonneau, responsable de la Cire

Coordination : Ursula Noury, épidémiologiste à la Cire

Diffusion : Cellule de l'InVS en régions Limousin Poitou-Charentes

ARS Poitou-Charentes, 4 rue Micheline Ostemeyer, 86021 Poitiers cedex

Tél. : 05 49 42 30 85 - Fax : 05 49 42 31 54 Email: ars-limousin-pch-cire@ars.sante.fr

<http://www.invs.sante.fr>