

Bulletin de veille sanitaire - N° 41 - PC / Octobre 2015

Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées ou fragiles en Poitou-Charentes, saison hivernale 2014-2015

|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 en Poitou-Charentes, hiver 2014-2015](#)

Page 6 | [Prise en charge des patients porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques en EHPAD](#)

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 en Poitou-Charentes, hiver 2014-2015

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].

Ce bulletin de veille sanitaire a pour but de présenter le dispositif régional de surveillance mis en place en Poitou-Charentes auprès des établissements hébergeant des personnes âgées et fragiles ainsi que le bilan des signalements d'épisodes d'Ira et de GEA réalisés lors de la saison hivernale 2014-2015.

1. Dispositif régional de surveillance

Circuit de signalement

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

Pour les Ehpad non affiliés à un établissement de santé, (ES) ainsi que pour les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et foyers d'accueil médicalisé (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 [5].

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.

Afin de clôturer 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.

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.

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

Accueil des personnes âgées et fragiles en Poitou-Charentes au 01/01/2014 (Source Statiss Poitou-Charentes 2014)

- 326 EHPAD
- 36 Maisons de retraites
- 76 Foyers logement
- 23 MAS
- 29 FAM

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.

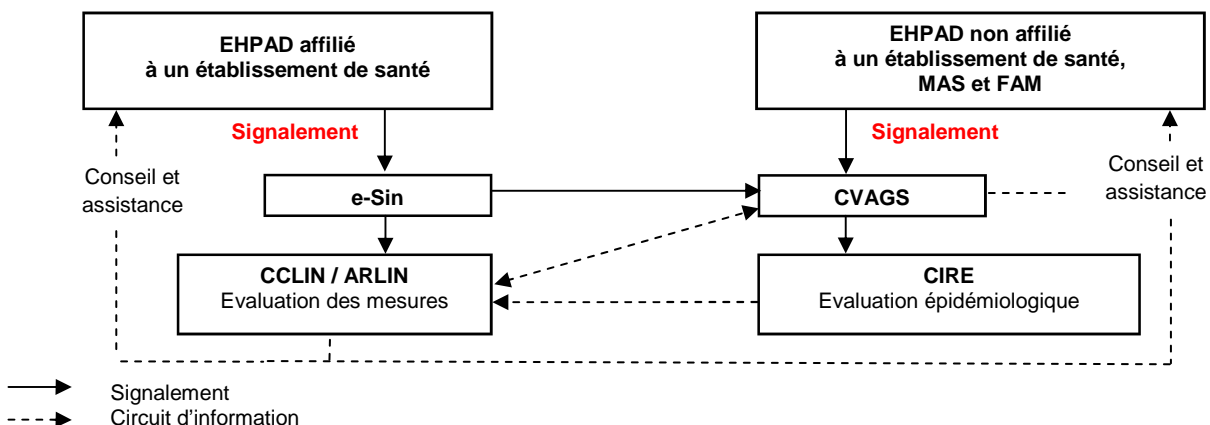
Un **cas groupés** est défini par la survenue d'**au moins 5 cas d'Ira ou de GEA parmi les résidents dans un délai de 4 jours**.

3. Saisie et analyse des données

La CVGAS 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®.

L'ensemble des épisodes signalés répondant aux critères de signalements ont été retenus dans l'analyse, quelque que soit le type d'établissement déclarant hébergeant des personnes âgées ou fragiles.

| Figure 1 : Circuit de signalement et coordination régionale |



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

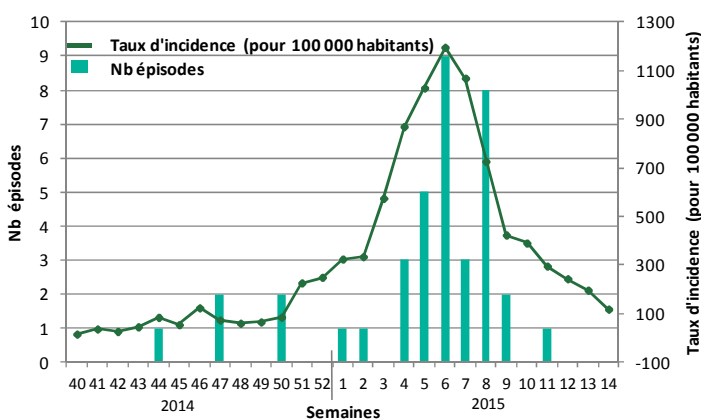
Entre le 1er octobre 2014 et le 15 avril 2015, période définie comme période de surveillance de la grippe au niveau national, 38 épisodes d'Ira correspondant aux critères de signalement ont été signalés à la CVAGS.

Une majorité d'épisodes a été signalée dans les départements de la Charente-Maritime (13 épisodes) et des Deux-Sèvres (12 épisodes). Sept ont été signalés en Charente et 6 dans la Vienne.

La majorité des épisodes (80 %) est survenue entre les semaines 04 et 09-2015. 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 en semaine 6-2015 (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 2014-2015, région Poitou-Charentes.



2. Type d'établissement

Tous les établissements ayant déclaré au moins un épisode étaient des Ehpad. Parmi eux, 2 étaient affiliés à un établissement de santé.

Deux établissements ont signalé chacun 2 épisodes.

3. Caractéristiques des épisodes clôturés

Tous les épisodes ont été clôturés.

Au total, 866 résidents ont été malades et 183 membres du personnel.

Le taux d'attaque moyen chez les résidents était de 27 %, ce taux était de 10 % parmi les membres du personnel.

Cinquante-six résidents ont été hospitalisés au cours des épisodes, soit un taux moyen d'hospitalisation de 7 %. Vingt-neuf résidents décédés ont été recensés dans 18 épisodes.

La durée médiane des épisodes est de 14,5 jours entre la survenue du premier et du dernier cas. Au minimum, un épisode a duré 4 jours et au maximum, 58 jours.

4. Critères d'intervention

Parmi les épisodes clôturés, 15 présentaient au moins un critère d'intervention (cf encadré). Pour 13 épisodes, il s'agissait de la survenue d'au moins 5 cas dans une jour-

née, pour 3 épisodes, il s'agissait de l'absence de diminution de l'incidence dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle et pour 1 épisode, il s'agissait

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

- Demande intervention 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

d'une demande de l'établissement.

5. Recherche étiologique

Une recherche étiologique a été effectuée pour 14 épisodes dont 9 épisodes avec un critère d'intervention.

Un test diagnostique rapide (TDR) a été fait pour chacun de ces épisodes.

Une grippe a été confirmée dans 10 épisodes. Il s'agissait d'une grippe A pour 6 épisodes, d'une grippe B pour 2 épisodes et d'une grippe non typée dans 2 épisodes.

Pour un épisode, l'étiologie retrouvée n'était pas de la grippe mais de la légionellose.

6. Mesures de prévention et de contrôle

Le taux de couverture vaccinale moyen chez les résidents est de 84 % parmi les 29 établissements ayant répondu, il est de 23 % chez le personnel des 24 établissements ayant renseigné cette information.

Des mesures de contrôle ont été mises en place dans tous les épisodes. Le nombre médian de mesures mises en place par épisode est 5 (étendue 2 à 7).

Les précautions type « gouttelettes », le renforcement de l'hygiène des mains et la limitation des déplacements et l'information des visiteurs étaient les mesures les plus

| Tableau 1 |

Mesures de contrôle mises en place lors de la survenue d'épisodes d'Ira, hiver 2014-2015, région Poitou-Charentes.

Mesures de contrôle	Nb épisodes
Renforcement de l'hygiène des mains	38
Limitation déplacements de malades	37
Précautions type "gouttelettes" (port de masque)	35
Information des visiteurs	35
Arrêt ou limitation activités	32
Chimioprophylaxie antivirale	7
Autres mesures	5

fréquemment mises en place (Tableau 1).

Parmi les 7 épisodes pour lesquels une chimioprophylaxie antivirale a été mise en place, une recherche étiologique a été faite pour 3 épisodes, confirmant une grippe pour ces 3 épisodes.

Le délai médian pour la mise en place des mesures de contrôle était de 1 jour (étendue : 0 à 12 jours).

7. Délai de signalement

Le délai médian entre la survenue des premiers cas et le signalement des épisodes à la CVAGS était de 7 jours, variant de 0 à 46 jours.

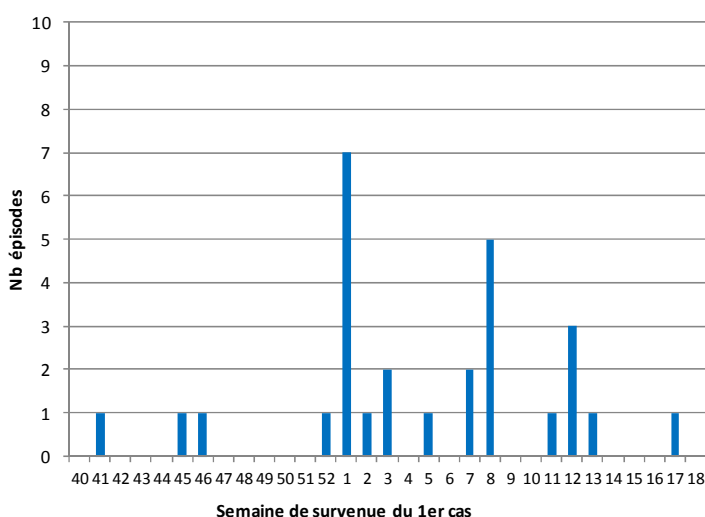
1. Nombre et répartition spatio-temporelle des épisodes des lors du signalement

Entre le 1er octobre 2013 et le 30 avril 2014, 28 épisodes de GEA survenus en collectivités de personnes âgées et fragiles ont été signalés à la CVAGS. Une majorité d'épisodes a été signalée dans les départements de la Charente-Maritime et de la Vienne (9 épisodes chacun). Sept épisodes ont été déclarés en Charente et 3 dans les Deux-Sèvres.

Près de 70 % des épisodes sont survenus entre les semaines 52-2014 et 08-2015, avec un pic en semaine 01-2015 (7 épisodes signalés) (Figure 3).

| Figure 3 |

Nombre d'épisodes de GEA signalés selon la semaine de survenue du 1er cas, hiver 2014-2015, région Poitou-Charentes.



2. Type d'établissement

La presque totalité des épisodes a été signalée par des Ehpad (27 épisodes). Parmi eux, 2 établissements étaient rattachés à un établissement de santé.

Un épisode a été signalé par un foyer logement.

3. Caractéristiques des épisodes

19 épisodes sur les 28 ont été clôturés.

Au total, 395 résidents ont été malades parmi les 19 épisodes clôturés et 65 membres du personnel.

Le taux d'attaque moyen chez les résidents était de 26 %, ce taux était de 7 % parmi les membres du personnel.

3 résidents ont été hospitalisés au décours de 3 épisodes différents et aucun membre du personnel. Aucun décès n'a été signalé parmi les résidents.

La durée médiane entre la survenue du premier et du dernier cas est de 7 jours. Au minimum, un épisode a duré moins d'une journée et au maximum, 16 jours.

4. Recherche étiologique

Une étiologie a été recherchée pour 7 épisodes soit 25 % des épisodes et confirmée pour 4 épisodes. Il s'agissait de norovirus dans 3 épisodes et un adénovirus pour 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 9 (étendue 1 à 10).

Le renforcement de l'hygiène des mains et la limitation des déplacements sont les deux mesures les plus fréquemment mises en place, respectivement dans 100 % et 93 % des épisodes. Viennent ensuite l'information des visiteurs et le bionettoyage (Tableau 2).

Un bionettoyage a été réalisé pour les 3 épisodes pour

| Tableau 2 |

Mesures de contrôle mises en place lors de la survenue d'épisodes de GEA, hiver 2014-2015, région Poitou-Charentes.

Mesures de contrôle	Nb épisodes	%
Renforcement de l'hygiène des mains	28	100
Précautions type "contact"	22	79
Limitation des déplacements de malades	26	93
Arrêt ou limitation des activités collectives	22	79
Mise à l'écart des soins du personnel malade	22	79
Nettoyage classique	20	71
Bionettoyage	23	82
Information des visiteurs	24	86
Mesures sur les aliments	20	71
Autres mesures	9	32

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 14 épisodes, entre 1 et 2 jours après pour 12 épisodes et 4 jours après pour 2 épisodes.

6. Délai de signalement

Le délai médian entre la survenue des premiers cas et le signalement des épisodes à la CVAGS était de 3 jours, variant de 0 à 13 jours.

Au cours de la surveillance 2014-2015, 38 épisodes d'Ira ont été signalés à la CVAGS soit près de 3 fois plus qu'en 2013-2014 (14 épisodes signalés). Au niveau national aussi, le nombre d'épisodes a plus que triplé entre les 2 saisons hivernales passant de 371 épisodes en 2012-2013 à 1328 en 2013-2014 [7].

En ce qui concerne les GEA, 24 épisodes ont été signalés à la CVAGS en 2014-2015, autant qu'en 2013-2014. Au niveau national en revanche, le nombre d'épisodes signalés entre les 2 saisons a augmenté (825 épisodes en 2014-2015 contre 553 en 2013-14 [8]).

En ce qui concerne les caractéristiques des épisodes d'Ira, la durée médiane des épisodes est restée stable entre les deux saisons : 14,5 jours en 2014-2015 et 14 en 2013-2014.

Le taux d'attaque moyen parmi les résidents a diminué entre les saisons hivernales 2013-2014 et 2014-2015 passant de 34 % à 27 %. Il est inférieur à celui observé au niveau national qui est de 29,6 % pour la saison hivernale 2014-2015. Le nombre de résidents décédés parmi les résidents malades a été multiplié par 4 entre les 2 saisons hivernales passant de 7 à 29. Au niveau national, un excès de mortalité a également particulièrement concerné les personnes âgées. Ceci s'explique par le virus A(H3N2) prédominant lors de la dernière saison hivernale, connu pour provoquer des complications chez les personnes fragiles.

Le taux d'attaque moyen parmi le personnel a lui augmenté entre les deux saisons hivernales passant de 6 % à 10 % et est supérieur à celui observé au niveau national (5,8 % pour saison hivernale 2014-2015).

Le taux de couverture vaccinale moyen des résidents était en légère augmentation par rapport à la saison 2013-2014 avec 84 % contre 80 %. Parmi les membres du personnel, ce taux était également en augmentation par rapport à 2013-2014 avec 24 % contre 14 %. Ce taux reste insuffisant, la vaccination du personnel soignant dans les collectivités de sujets âgés étant une mesure de prévention essentielle pour réduire la mortalité des résidents [2].

En ce qui concerne la recherche étiologique, elle a été faite pour 37 % des épisodes, ce qui est inférieur à la saison 2013-2014 où une recherche avait été faite pour 50 % des épisodes mais identique au niveau national où 40 % des épisodes ont fait l'objet d'une recherche étiologique.

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.

Pour la saison 2014-2015, tous les épisodes ont été clôturés alors qu'en 2013-2014, seulement la moitié l'avait été. La clôture des épisodes avec transmission d'un bilan final permet de disposer de données définitives concernant les épisodes.

Le nombre de signalements de cas groupés de GEA a été légèrement plus important lors de la saison hivernale 2014-2015 par rapport à celle de 2013-2014. Au niveau national, le nombre d'épisodes signalés a également été plus important en 2014-2015 (+ 50 %) par rapport à 2013-2014 (825 vs 553 épisodes).

Le taux d'attaque moyen parmi les résidents était globalement stable entre les deux dernières saisons hivernales (24 % en 2013-2014 versus 26 % en 2014-2015). Il est légèrement inférieur au taux d'attaque moyen observé au niveau national qui est de 30 % en 2014-2015. Le taux d'attaque moyen parmi le personnel a été stable entre les

saisons hivernales (6 % en 2013-2014 et 7 % en 2014-2015).

Pour les deux dernières saisons hivernales, la proportion d'épisodes pour lesquels une recherche étiologique a été faite est stable, à 25 %. Les épisodes de GEA sont souvent difficiles à gérer car touchant un grand nombre de résidents, il est donc important d'effectuer une recherche étiologique afin de mettre en place des mesures de contrôle précoces et adaptées afin de limiter la diffusion auprès des résidents et du personnel.

La proportion d'épisodes clôturés (pour lesquels un bilan final a été envoyé) a augmenté entre les 2 saisons pour atteindre 68 % des épisodes en 2014-2015.

Entre les saisons 2013-2014 et 2014-2015, le délai médian de signalement des épisodes d'Ira est resté stable à 7 jours mais a légèrement diminué pour les GEA (de 4 à 3 jours). 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] 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>
- [6] Noury U. Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées ou fragiles, saison hivernale 2013-2014. Bulletin de veille sanitaire n°32, Poitou-Charentes, octobre 2014. http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/veille_sanitaire/BVS_IRA_GEA_PC_2014.pdf, consulté le 1er octobre 2015.
- [7] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(32-33):593-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/32-33/2015_32-33_1.html
- [8] Jourdan N. Bilan national de la surveillance de GEA en Ehpad. Communication orale, Journée du GEPP surveillance Ira-GEA du 12 octobre 2015, InVS

Prise en charge des patients porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques en EHPAD

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

L'identification de Bactéries Hautement Résistantes aux Antibiotiques (BHRe) dans un prélèvement à visée diagnostique entraîne la mise en œuvre de mesures encadrées mais beaucoup moins contraignantes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qu'en établissement de soins.

Selon les recommandations publiées en 2013 par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) « *la diffusion de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHR) en France ... constitue une urgence sanitaire à l'aube de l'ère post-antibiotique. En effet, ces bactéries ont largement diffusé au niveau mondial et le risque est, à court terme, de ne plus pouvoir traiter efficacement les patients infectés par ces agents infectieux* ».

Les BHRe concernées sont principalement¹ :

- enterococcus faecium résistants aux glycopeptides (ERG) quel qu'en soit le mécanisme (vanA ou vanB),
- entérobactéries résistantes aux carbapénèmes par production d'une carbapénémase (EPC), bactéries commensales du tube digestif, résistantes à de nombreux antibiotiques, avec des mécanismes de résistance transférables entre bactéries¹.

En France, dans les établissements de santé², la densité d'incidence des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) a été multipliée par 4 (+325 %) et la proportion de l'espèce Escherichia coli (E. coli) au sein des EBLSE est passée de 19 à 59 % depuis 2002³.

Ces bactéries dont l'émergence est en lien avec la pression de sélection liée à l'antibiothérapie sont également identifiées pour une part importante dans la communauté. Les établissements médico-sociaux sont eux aussi concernés par la maîtrise de l'émergence et de la diffusion de ces micro-organismes qui représentent l'objectif principal du dernier programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)⁴.

Cette colonisation lorsqu'elle survient chez des patients fragiles dont le microbiote intestinal a été altéré par des traitements antibiotiques⁵ sera pérenne et ne peut à elle seule pas justifier la prolongation d'une hospitalisation.

Dans la région Poitou-Charentes, ces BHRe n'avaient jusqu'à présent diffusé que sur un mode sporadique ou épidémique limité en établissement de santé, mais depuis le début de l'année 2015, l'Arclin Poitou-Charentes a été

en situation d'accompagner plusieurs EHPAD dans la prise en charge de résidents porteurs de BHRe.

Les mesures à mettre en œuvre

Antérieurement au PROPIAS 2015, le HCSP⁶ avait recommandé en 2013 :

- Une attention constante pour le respect des précautions standard, et particulièrement pour la gestion des excréta avec des moyens matériels en bassins, lave-bassins adaptés et en supprimant les douchettes parfois utilisées pour la gestion de ces bassins.
- La maîtrise de l'environnement de ces patients ou résidents, qui repose sur des protocoles de bionettoyage validés, respectés par des professionnels formés et reconnus pour ces tâches ; ceci concerne les locaux et les matériels partagés.
- Un contrôle de la prescription antibiotique pour ces patients/résidents avec un recours systématique au référent « antibiotique » de l'établissement ou d'un établissement voisin afin de valider l'indication d'une antibiothérapie et aider au choix éventuel de celle-ci.

La maîtrise de la diffusion des BHRe repose donc à la fois sur une stratégie de réduction de la prescription des antibiotiques mais aussi sur la prévention de la diffusion à partir des patients porteurs. En EHPAD la mesure principale visera au respect rigoureux des précautions standard.

Ces précautions sont justifiées en raison de colonisations principalement digestives et urinaires qui entraîneront une colonisation cutanée secondaire dans la majorité des cas.

Contrôle de l'impact des antibiotiques sur la résistance bactérienne :

Cet objectif du PROPIAS 2015⁷ passe par la réduction et le suivi des consommations ainsi que par une réévaluation de la molécule prescrite à J3 et J7. Cette mesure doit permettre également la maîtrise de la résistance pour le Staphylocoque et celle du Clostridium difficile.

Chez les patients porteurs de BHRe, la prescription d'antibiotique doit faire systématiquement l'objet de l'avis d'un médecin infectiologue. En effet, l'administration d'un antibiotique va modifier la flore traditionnelle et les BHRe non atteintes par le traitement anti infectieux seront en capacité de proliférer. Rappelons que les Cclin sud-ouest et le CHU de Poitiers ont participé à l'élaboration d'un kit péda-

¹ HCSP, Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRe), Juillet 2013 : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=372>

² Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Surveillance-des-bacteries-multiresistantes-dans-les-etablissements-de-sante-en-France>

³ Surveillance des bactéries multiresistantes dans les établissements de santé en France, Réseau BMR-Raisin, Résultats 2013, Publié le : 10/07/2015 : <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Surveillance-des-bacteries-multiresistantes-dans-les-etablissements-de-sante-en-France>

⁴ INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 : <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2015/instruction/propias2015.pdf> <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-d-actions-de-prevention-des-infections-associees-aux-soins-propias.html>

⁵ Bulletin SF2H, Hygiène juin 2015

⁶ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=372>

⁷ PROPIAS 2015 - objectif 4 : Contrôler l'impact des antibiotiques sur la résistance bactérienne

gologique national à l'usage des EHPAD pour améliorer l'usage des antibiotiques en 2013⁸.

En l'état de nos connaissances, il est préférable de considérer dans le temps un résident identifié comme porteur de BHRé comme potentiellement toujours colonisé car aucun prélèvement de contrôle ne donnera une information pertinente sur son statut.

Prévention de la diffusion à partir des patients porteurs :

Le résident doit être installé dans une chambre individuelle. Le changement quotidien de son linge est programmé chaque fois que possible. S'il est en capacité de sortir de sa chambre, il est préférable qu'il n'utilise que ses propres toilettes. Il doit ainsi que ses proches être informé de ce portage et éduqué à la désinfection des mains avant la sortie de sa chambre. Cette information lui permettra d'être acteur de la prévention dans l'EHPAD et également d'informer les professionnels de l'établissement de santé en cas d'une éventuelle hospitalisation.

Les précautions standard sont à respecter lors de la réalisation des soins au quotidien et en routine par tous les professionnels de l'établissement. Ce point est contenu dans l'objectif n°2 du PROPIAS 2015 : « Améliorer le niveau d'application des Précautions Standard et la prise en charge du péril fécal »⁹.

Précautions standard

L'hygiène des mains est la mesure principale, celle qui assure la sécurité des autres résidents et celle des soignants :

- S'abstenir du port de bijoux aux mains et aux poignets afin d'éviter leur colonisation et la transmission de micro organismes aux autres résidents et aux proches du soignant
- Privilégier des frictions bien faites avec une solution hydro alcoolique qui désinfecte et élimine les micro-organismes.

Ces désinfections sont à faire entre deux gestes, après tout contact avec le résident et son environnement, au retrait des gants et systématiquement à la sortie de la chambre.

Dans le cas où le résident n'est pas cohérent et si sa déambulation ne peut pas être maîtrisée, l'équipe devra programmer de l'aider pour réaliser une désinfection des mains avec une solution hydro alcoolique aux heures des changes, avant les repas et les activités communautaires. Le lavage des mains est pratiqué uniquement au moment de la toilette et lorsqu'elles sont visuellement sales car il est moins efficace que la friction.

Le port du tablier à usage unique pour faire les changes, les soins entraînant un contact ou le ménage. Le tablier est enlevé et jeté avant de sortir de la chambre. Le port du tablier évite la contamination de la tenue et celle des mains par contact ultérieur avec la tenue contaminée.

Le port des gants lors de risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques

Les mesures environnementales

La maîtrise de l'environnement repose sur trois éléments principaux qui sont la gestion des risques liés à :

- l'environnement du résident,
- les dispositifs utilisés au cours des soins,
- le risque fécal.

Entretien de l'environnement avec la réalisation d'un bionettoyage quotidien effectué selon les procédures habituelles de l'établissement.

Les dispositifs utilisés au cours des soins et entraînant un contact avec la peau saine doivent être désinfectés après leur utilisation selon les recommandations habituelles lorsqu'ils sont réutilisables. Cette désinfection est réalisée par essuyage ou préférentiellement par immersion avec un détergent désinfectant (et non avec un désinfectant) pour dispositifs médicaux⁹. Pour tout acte invasif l'usage unique doit être privilégié.

La gestion des excréta a pour objectif de prendre en compte le « péril fécal » et la qualité microbiologique de l'environnement. De nombreuses publications démontrent la contamination de l'environnement, des soignants et de leur tenue lors de la vidange des excréta dans les toilettes des résidents. L'ARLIN Haute-Normandie a modélisé cette contamination qui est présentée dans une vidéo¹⁰.

Bien souvent les soignants répugnent à sortir le seau ou le bassin de la chambre pour réaliser la vidange et le nettoyage dans un lave bassin. C'est cependant la meilleure des pratiques pour éviter la contamination de l'environnement et du soignant. Le lave bassin assure la vidange puis la désinfection des dispositifs d'élimination des excréta.

Une enquête réalisée dans les EHPAD de l'inter-région par le CCLIN Sud-ouest et l'ARLIN Poitou-Charentes en 2014 montre que beaucoup d'améliorations restent à faire dans ce domaine. 15% seulement des établissements répondants sont équipés de lave bassin (37/248). Dans 86% des établissements la vidange des dispositifs d'élimination est réalisée dans les toilettes de la chambre du résident et il est préoccupant de constater que 148 EHPAD répondent que cette vidange est suivie d'un rinçage avec l'eau de la douche ou du lavabo et 65 avec une douche.

Le HCSP a écrit dans ses recommandations : « l'utilisation de douchette est proscrite pour l'entretien de ce type de matériel en raison du risque d'aérosols qui expose les personnels soignants et les patients au risque de contamination et d'aérosolisation lors des manipulations »¹¹.

Les alternatives à l'utilisation de lave bassin existent :

⁸ <http://www.sante.gouv.fr/kit-pedagogique-pour-l-usage-des-antibiotiques-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad,13615.html>

⁹ PROPIAS 2015 - objectif 2 : Améliorer le niveau d'application des PS et la prise en charge du péril fécal

¹⁰ http://www.cclinparisnord.org/REGION/ARLINhn_doc.htm

broyeurs, sacs à usage unique, elles sont présentées dans les recommandations du CCLIN Paris Nord¹².

Le linge, les déchets ne font l'objet d'aucune mesure spécifique et doivent être sortis une fois par équipe de la chambre dans un sac fermé. **La vaisselle** est nettoyée dans le lave vaisselle de l'EHPAD.

Enfin un point important est l'information de tous : résident, soignants, famille et proches, mais aussi transmission de l'information avant le transfert vers un établissement de santé car si en EHPAD, la prise en charge des résidents porteurs de BHRé s'organise avec un renforcement des mesures d'hygiène de base, en établissement de santé elle nécessite la mise en place d'organisations qui ne peuvent pas s'improviser.

En conclusion

La mise en place de ces mesures n'apporte pas véritablement de modifications des pratiques recommandées habituellement. Il s'agit plus d'augmenter la vigilance vis-à-vis des résidents porteurs de ces BHRé. Le PROPIAS 2015 demande que soient réalisés des audits sur l'hygiène des mains, un suivi bisannuel de la consommation de PHA, des évaluations du bionettoyage et de la gestion des excréta y compris dans les établissements médico-sociaux. C'est une question de qualité et de sécurité des soins : celle des résidents comme celle des soignants. L'entrée dans un établissement d'hébergement doit s'accompagner d'une éducation à l'hygiène des mains pour tous : soignants et résidents. L'investissement sera valorisé par la diminution de transmission de ces BHRé mais également des BMR¹³ et par là même des cas grippe et ou de gastro entérite en période épidémique. En établissement médico-social, la prise en charge d'un patient porteur de BHRé ne devrait pas apporter de contrainte supplémentaire. Elle ne doit pas être source de peur non plus pour les soignants qui disposent au quotidien de tous les moyens de se protéger et de ne pas transmettre même si un effort reste à faire concernant l'élimination des excréta.

Le CCLIN Paris-Nord et ses Arlin ont résumé les mesures à

prendre pour l'accueil d'un résident porteur ou ancien porteur de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes en établissements médico-sociaux dans une fiche technique http://www.cclinparisnord.org/Guides/FT_BHRé_2014.pdf

¹¹ HCSP, Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRé), février 2010 : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=372>

¹² http://www.cclinparisnord.org/Guides/FT10_Excreta2.pdf

¹³ Bactéries multi résistantes aux antibiotiques (le PROPIAS demande que la maîtrise du SARM soit consolidée et prévoit l'évaluation de sa prévalence en EMS)

| 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.

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