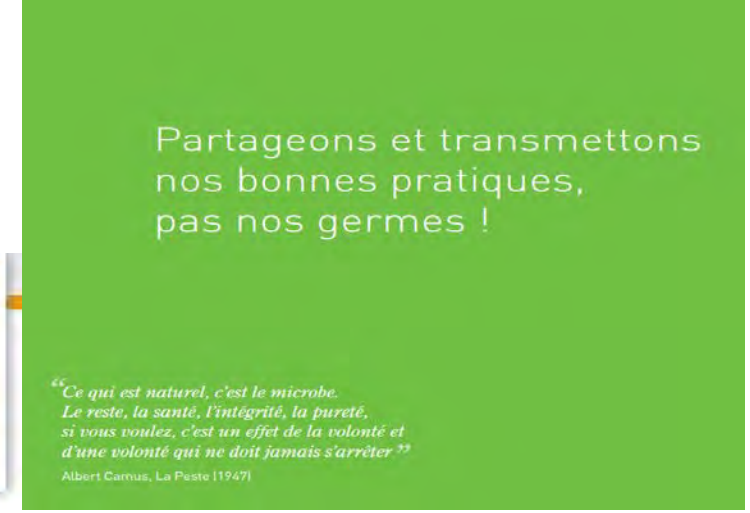


CPias Occitanie

Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

Rôle du référent en EHPAD

Aurélia Eden (CH Perpignan Médecin SMIT)
Emilie Rama (EHPAD Pézilla la rivière. Médecin coordonnateur)
Cécile Mourlan (Cpias Occitanie pharmacien)

28/09/2018

CENTRE HOSPITALIER PERPIGNAN

Après l'été , l'hiver!!

- Vous êtes référent en EHPAD :
- Mr Tchoum, résident, tousse depuis la semaine dernière, a de la fièvre depuis ce matin
- Au même étage: 3 autres résidents toussent
- Le test grippe a été réalisé: 1 est positif parmi les 4 résidents
- CAT?
- Cas clinique inspiré de:

JNI 19es Journées Nationales d'Infectiologie
du mercredi 13 au vendredi 15 juin 2018
Cité des Congrès de Nantes

Vaccins sujet agé en EHPAD

Prof. Gaëtan Gavazzi
University of Grenoble-Alpes, GREPI, EA 74 08
University Clinic of Geriatric Medicine,
University hospital of Grenoble-Alpes, France
GGavazzi@chu-grenoble.fr

Cas groupés de grippe: sélectionner les bonnes réponses

1. Port de masque chirurgical dans sa chambre et maintien en chambre seule
2. Arrêt des activités collectives
3. Les Trod grippe ont une bonne sensibilité
4. Le test de référence est la PCR grippe
5. L'oseltamivir peut être proposé si grippe et même si les signes ont débutés au delà de 48h

Cas groupés de grippe : CAT?

- A. Port de masque chirurgical et maintien en chambre seule
- B. Arrêt des activités collectives
- C. Les trod grippe ont une bonne sensibilité
- D. Le test de référence est la PCR grippe
- E. L’oseltamivir peut être proposé si grippe et même si les signes ont débutés au delà de 48h

Diagnostic de grippe: Trod ou pcr?

Le préleveur doit porter un masque et des gants à usage unique.

Interprétation des résultats et décisions

Les résultats du test doivent être interprétés avec prudence, en tenant compte notamment de la possibilité de faux négatifs et en s'appuyant sur le contexte clinique.

Un test négatif ne permet pas d'exclure le diagnostic de grippe. Un résultat négatif peut en effet résulter d'un niveau d'antigènes inférieur au seuil de détection du test (du fait par exemple d'une procédure incorrecte de prélèvement ou d'un prélèvement trop tardif par rapport au début de la maladie).

Si une certitude diagnostique est nécessaire, un résultat négatif doit conduire à poursuivre les investigations avec des examens en laboratoire (RT-PCR).

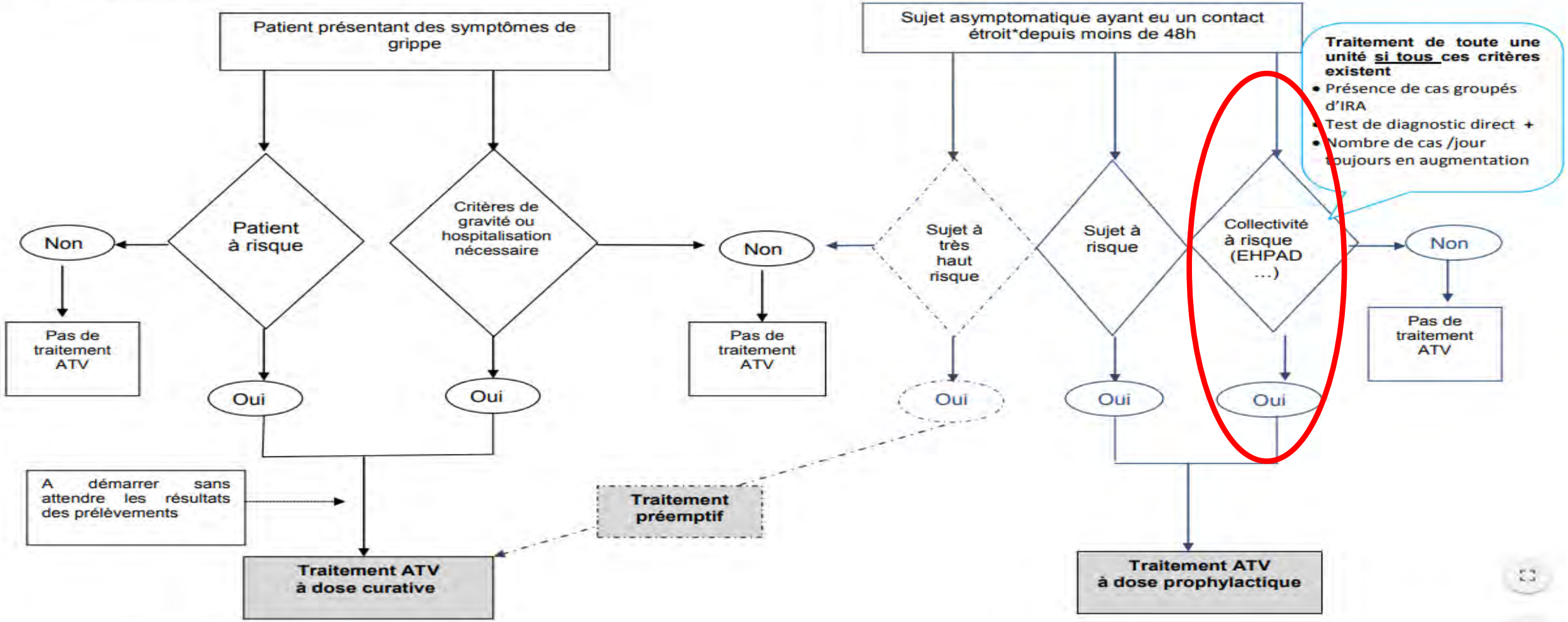
Un résultat négatif chez un patient présentant des signes évocateurs de grippe ne doit pas retarder la mise en route d'un traitement antiviral s'il est indiqué (patients à risque).

L'usage des TROD grippe est intéressant dans les collectivités, où la réalisation de plusieurs tests sur plusieurs personnes permet d'améliorer la sensibilité du dépistage et de détecter une épidémie grippale débutante.

Dans les collectivités de personnes âgées, ces tests doivent être effectués sur au moins 3 cas.

place oseltamivir (vacciné ou pas)

Fiche 5-2 Schéma de prescription des antiviraux



- - - - - - - - Traitement préemptif hors AMM

* **Contact étroit** : personnes partageant le même lieu de vie que le cas index ; contact direct en face à face à moins d'un mètre lors d'une toux, d'un éternuement ou d'une discussion

Vaccination du sujet âgé

- Vous faites le point sur l'EHPAD: 2/4 des patients sont vaccinés
- Votre collègue , médecin traitant arrive sur place
- « de toute façon on ne connaît pas trop l'innocuité de ces vaccins »

le CTV change tous le temps…

- …….et vu l'efficacité .. Alors que la couverture est bonne…

La grippe et le Sujet Agé

A. Elle est habituelle donc avec effet modéré sur sujets agés
B. B. Les sujets âgés atteints, sont à haut risque de morbi-mortalité
C. C. La présentation clinique est souvent liée à d’autres pathologies qui se décompensent.
D. D. La grippe, c’est souvent pareil chez les vieux
E. E. Si elle est avérée, l’antibiothérapie est rare…

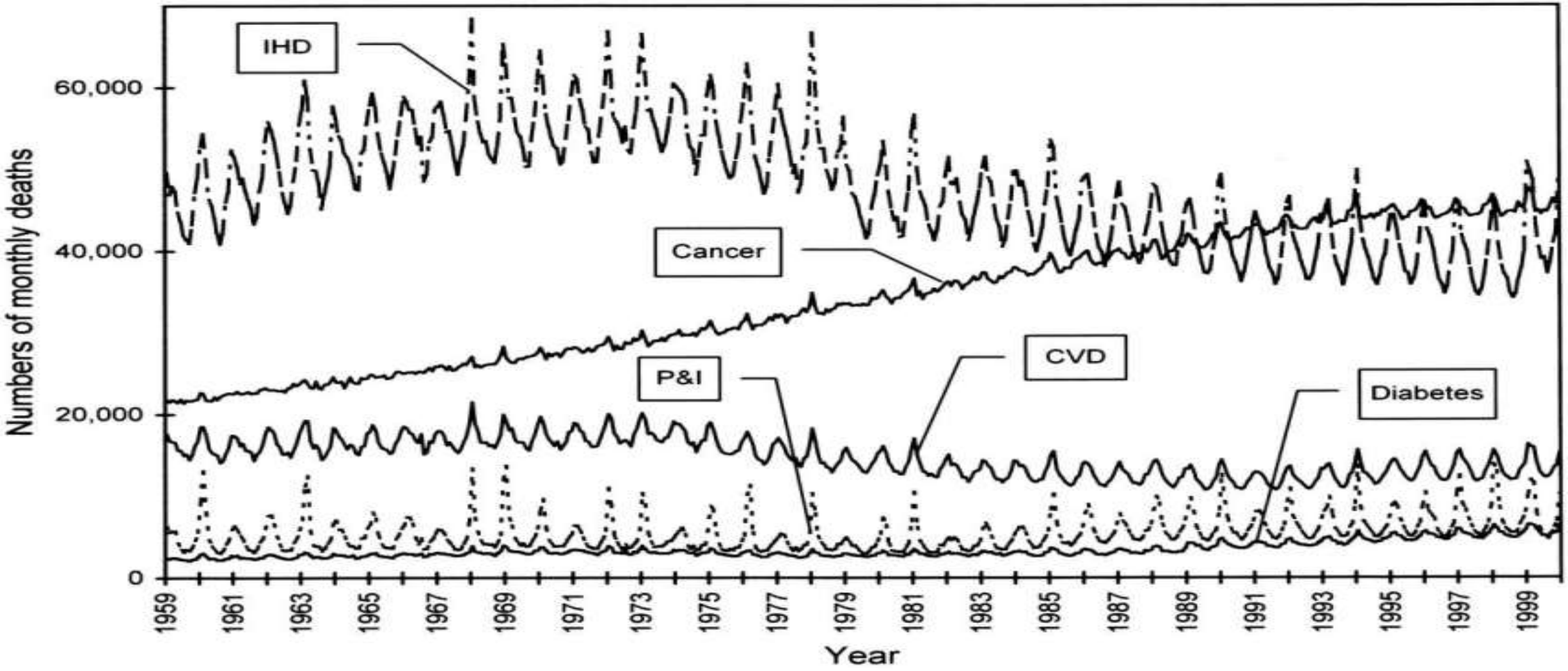
La grippe et le Sujet Agé

- A. Elle est habituelle donc avec effet modéré sur sujets agés Faux
- B. Les sujets âgés atteints sont à haut risque de morbimortalité Vrai
- C. La présentation clinique est souvent liée à d’autres pathologies qui se décompensent. Vrai
- D. La grippe c’est souvent pareil chez les vieux Faux
- E. Si elle est avérée, l’antibiothérapie est rare… Faux

Complications de la grippe

- Respiratoires: Décompensation respiratoire, Bronchite, exacerbation de BPCO
- Infectieuses: ***Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphyloccocus aureus***
- Cardiovasculaires: Insuffisance cardiaque, Infarctus du myocarde , Accident vasculaire cérébral
- Gériatriques: Dépendance fonctionnelle ,Décompensation d'une pathologie sous jacente, Chute , fracture

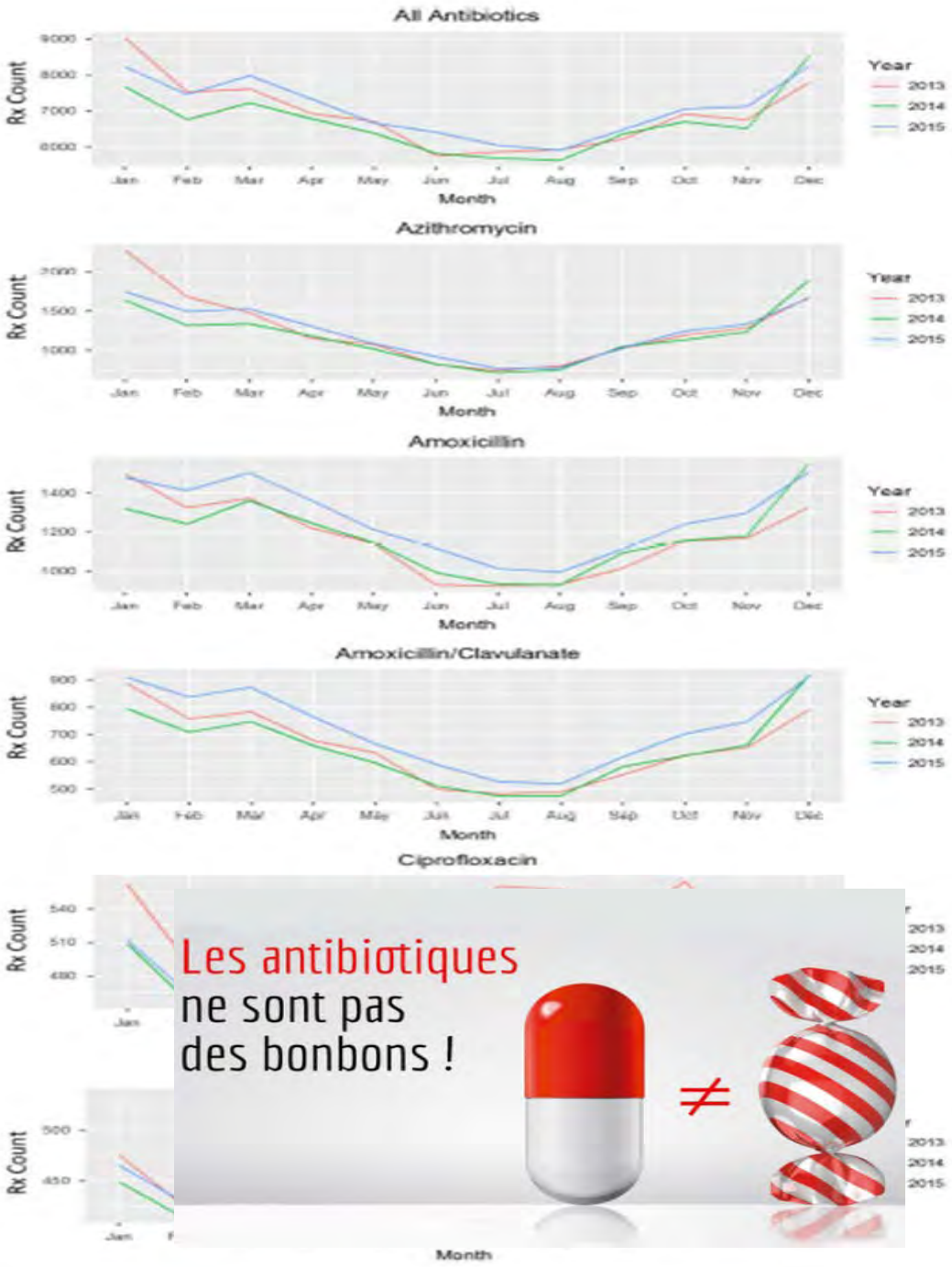
Comment la grippe tue ?



Cycle hivernal des ATB

- Si la grippe ne circule pas,

Le pneumocoque non plus



Formation médicale

Inappropriate prescribing in outpatient healthcare: an evaluation of respiratory infection visits among veterans in teaching versus non-teaching primary care clinics

Diane M. Parente[1,2], Tristan T. Timbrook[1,2], Aisling R. Caffrey[1,2,3] and Kerry L. LaPlante[1,2,3,4*]

Mésusage antibiotique associé à l'absence de formation: à vous de former vos collègues!!

Vous

Les autres

Table 1 Rates of prescribing during respiratory infection visits

	Fleming-Dutra et al.[a]	VA clinics total	VA teaching clinics	VA non-teaching clinics
Sinusitis	1206/1748 (69.0)	294/357 (82.4)	38/63 (60.3)	256/294 (87.1)
Pharyngitis	824/1172 (70.3)	123/244 (50.4)	12/53 (22.6)	111/191 (58.1)
Bronchitis	748/1014 (73.8)	431/696 (61.9)	55/168 (32.7)	376/528 (71.2)
Pneumonia	324/478 (67.8)	67/233 (28.8)	15/40 (37.5)	52/193 (26.9)
Total	3102/4412 (70.3)	915/1530(59.8)	120/324 (37.0)	795/1206 (65.9)

All data as no. (%)
VA veterans affairs
[a]Unweighted sample data among age ≥20

Epidémie 2017/2018: 21000 décès

Figure 8 : Mortalité en France toutes causes toutes classes d'âges, semaines 26/2011 à 14/2018

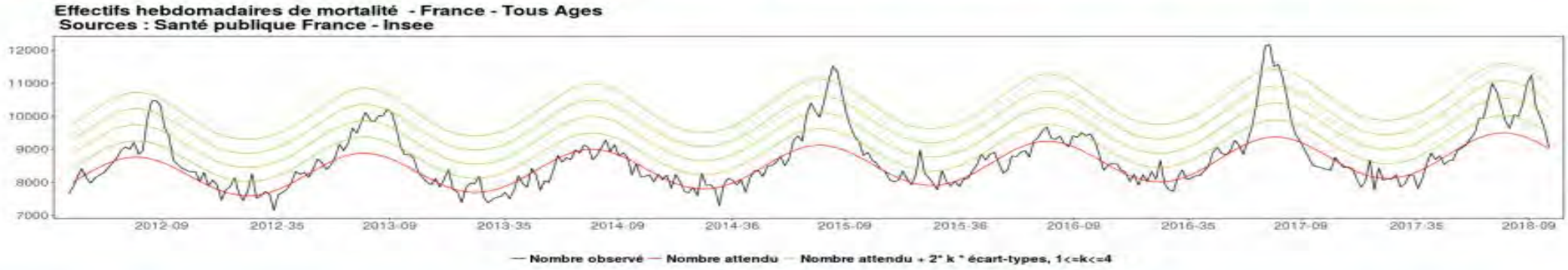
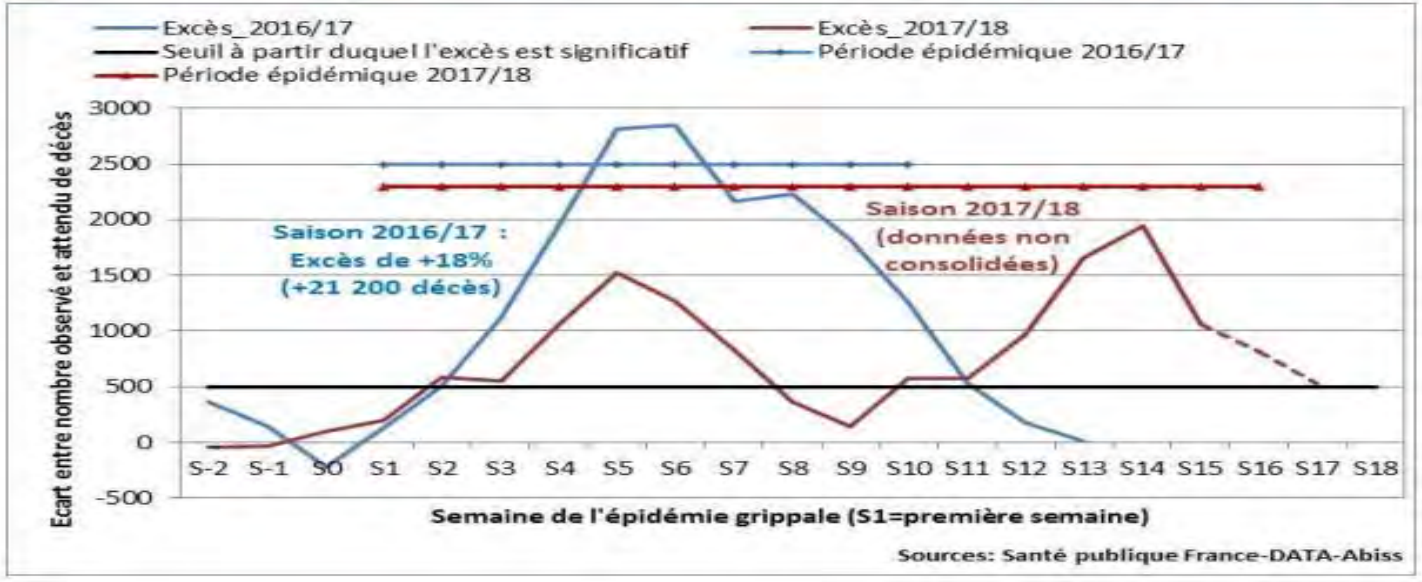


Figure 9 : Excès de mortalité hebdomadaire sur les saisons d'épidémie grippales de 2016-2017 et 2017-2018, tous âges confondus*, France – Dernières semaines de la saison 2017-2018 incomplètes



Vous refaites le point sur la situation vaccinale de tout le monde et préconiser une vaccination de professionnels en urgence

- La réponse de l'IDE coordinatrice est :
- « Oui, mais les vaccins ne peuvent pas marcher aussi vite.
- Et les effets indésirables alors que tous les patients ne sont pas vaccinés ??.»

Le vaccin est-il efficace?

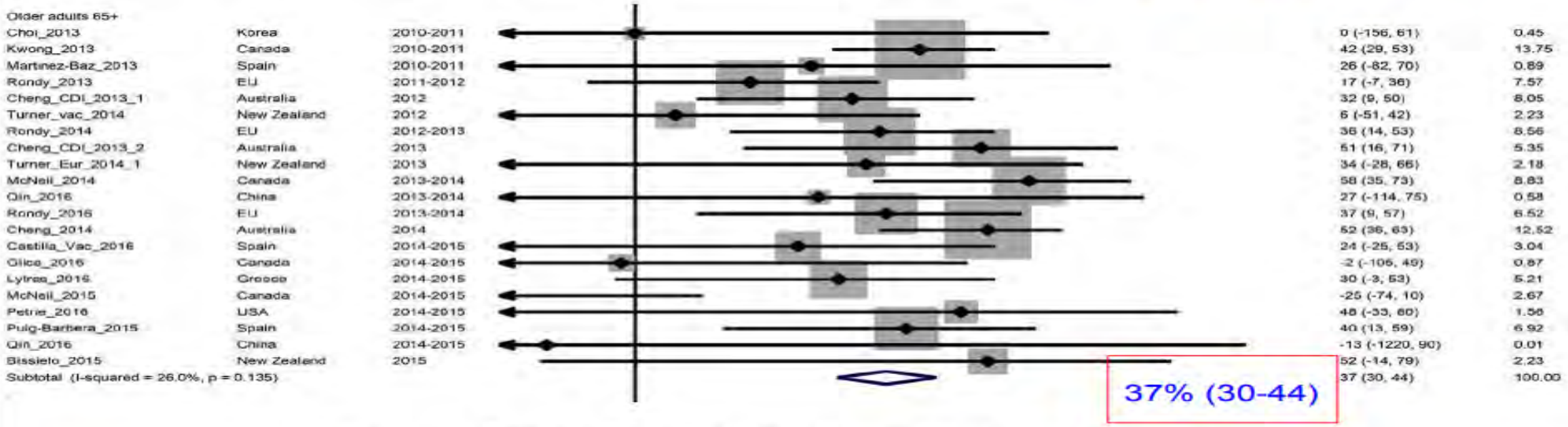
Prof. Gaëtan Gavazzi
University of Grenoble-Alpes, GREPI, EA 7408
University Clinic of Geriatric Medicine,
University hospital of Grenoble-Alpes, France
GGavazzi@chu-grenoble.fr

Effectiveness of influenza vaccines in preventing severe influenza illness among adults: A systematic review and meta-analysis of test-negative design case-control studies

Marc Rondy [a,b,*], Nathalie El Omeiri [c], Mark G. Thompson [d], Alain Levêque [c], Alain Moren [a], Sheena G. Sullivan [e]

Efficacité

Chez >65 ans



Moins d'efficacité si H3N2 predomine : 31% (12-51)

Journal of Infection (2017)

Instruction DGS/RI1/DGOS/DGCS n° 2016-4 du 8 janvier 2016 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière

NOR : *AFSP1600137J*

Vaccin pour tous!

-Taux d'attaque de la grippe soignants **>** / population générale

-/129 épisodes de grippes nosocomiales signalées à l'InVS: **≅ 50% sur personnel soignants**

Recommandations:

- campagnes annuelles de vaccination contre la grippe des personnes > 65 +entourage+ des personnels de santé

cette vaccination doit s'intégrer dans un programme global de prévention de l'infection nosocomiale, en complément des mesures barrières ; les établissements de santé et médico-sociaux doivent mettre en place des actions visant à promouvoir la vaccination ainsi que toutes les mesures permettant de faciliter son application et sa réalisation sur les lieux du travail ; en période de circulation virale, les services hospitaliers et médico-sociaux sont fondés à demander à leur personnel non vacciné de porter un masque. »

Vaccination anti grippale des professionnels

1. La couverture vaccinale est bonne V/F
2. Le vaccin permet de limiter l'impact de la grippe en EHPAD V/F
3. Les campagnes de vaccination sont suffisantes V/F
4. La vaccination n'est qu'un des éléments de stratégie de prévention de l'épidémie V/F
5. L'obligation vaccinale est la solution V/F

Vaccination anti grippale des professionnels

- La couverture vaccinale est bonne
- Le vaccin permet de limiter l'impact de la grippe en EHPAD
- Les campagnes de vaccination sont suffisantes
- La vaccination n'est qu'un des éléments de stratégie de prévention de l'épidémie
- L'obligation vaccinale est la solution

Prof. Gaëtan Gavazzi
University of Grenoble-Alpes, GREPI, EA 74 08
University Clinic of Geriatric Medicine,
University hospital of Grenoble-Alpes, France
GGavazzi@chu-grenoble.fr

Effet cocooning en milieu professionnel

La Vaccination des professionnels de Santé protège les résidents en EHPAD

Institutions	10	10	23	23	20	20
Nb résidents	749	688	1249	1323	1722	1678
Vaccination des prof	49.8	4.8	35.4	5	69.9	31.8
Mortalité parmi les résidents	13.6	22.4*	11	15.3 *	5.2	6 *
	Carman WF Lancet 2000,		Hayward AC BMJ 2007		Lemaître M JAGS 2009	

* P<0.05

France: championne du monde!!

Couverture vaccinale prof. de sante:20%

France: 41% not safe!!

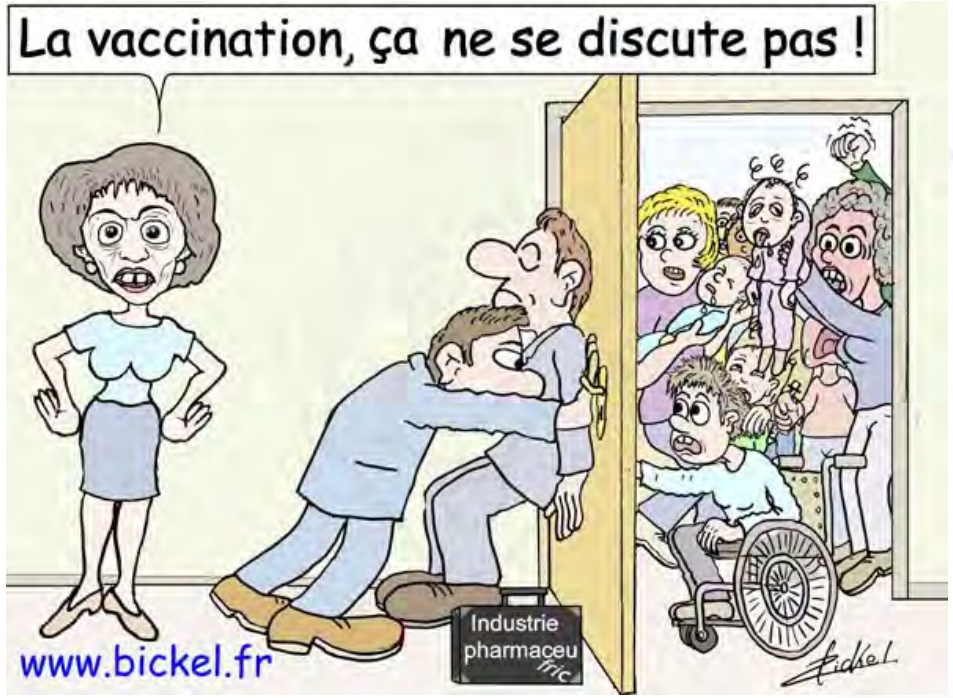
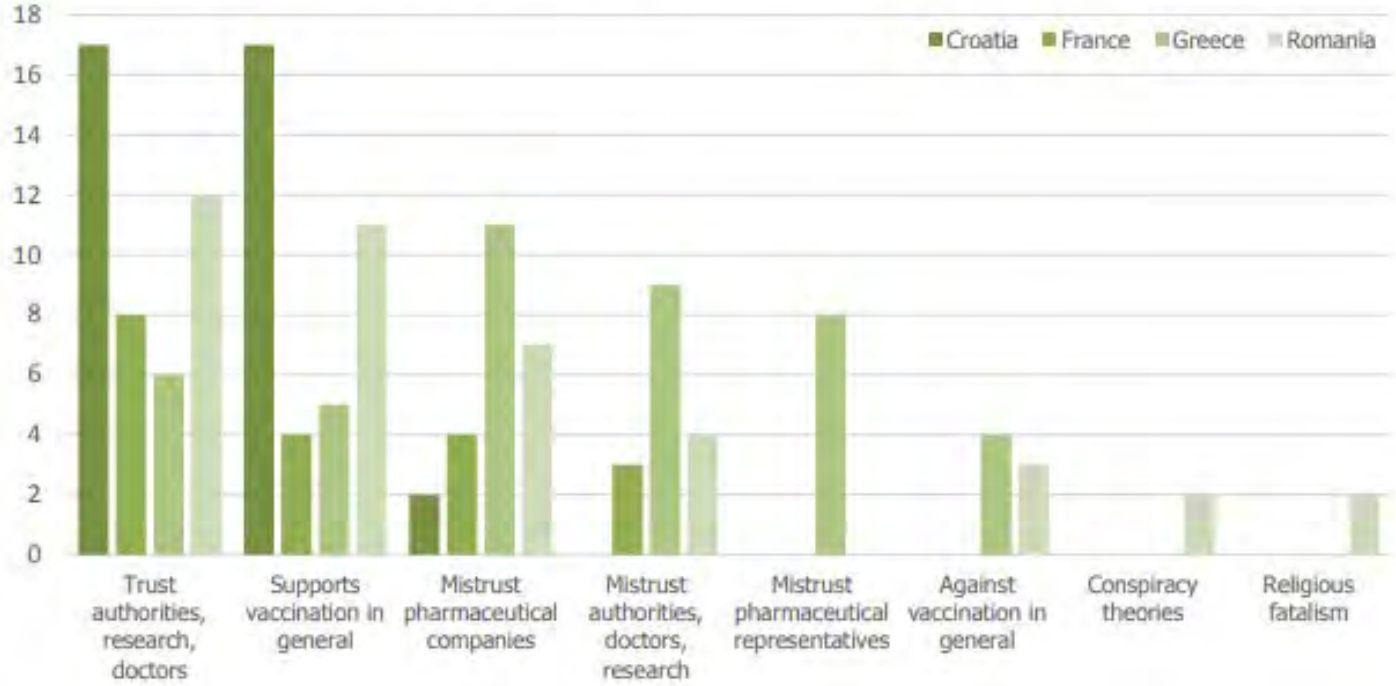


Figure 7. Perceived role of doctors

Figure 4. Trust and mistrust around vaccination



ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

Santé publique France | inpes | 2016 : l'Inpes, l'InVS et l'Eprus s'unissent pour créer Santé publique France

Comment améliorer la couverture vaccinale?

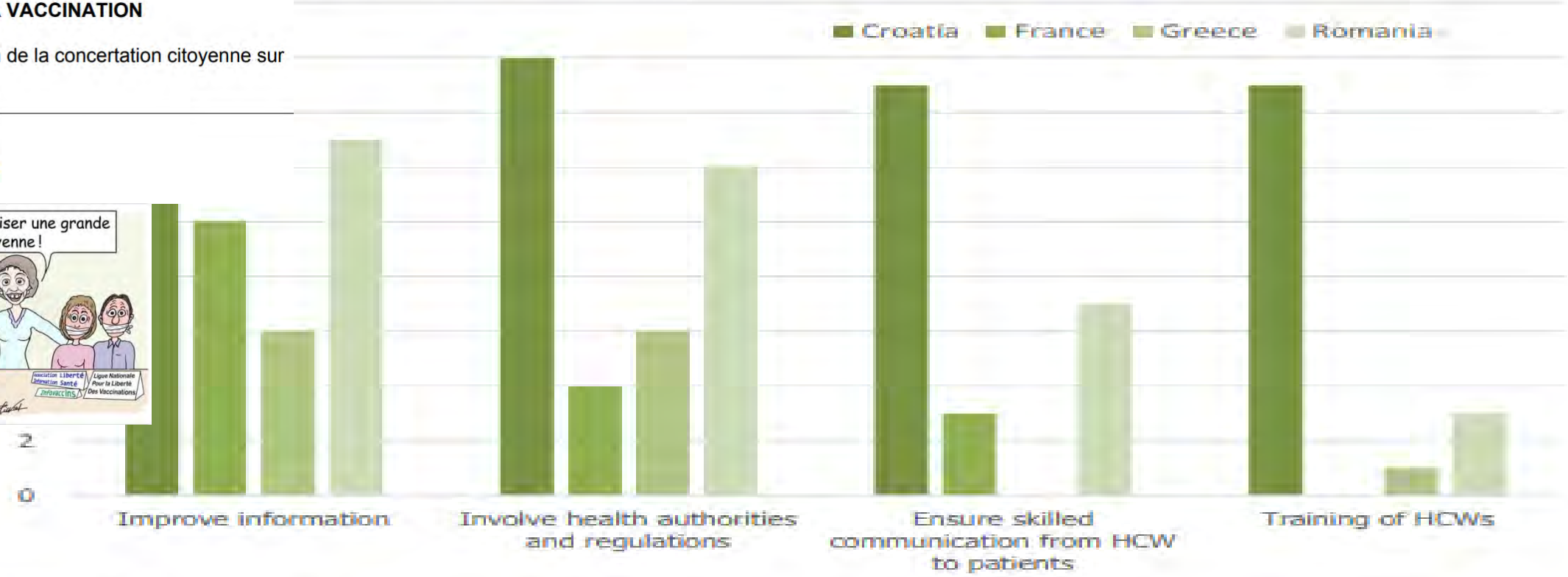
ars Occitanie

Figure 9. Improving vaccination confidence

RAPPORT SUR LA VACCINATION

Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination

30 novembre 2016



HCW = healthcare workers

L'obligation : une solution payante?

France ...Vaccination 2009

Vaccination	Politique Vaccinale	Couverture %
B Hepatitis	Obligatoire	97.8
Diph/Tetan/Pol	Obligatoire	95.5
BCG	Obligatoire	94.9
Measles	Recommandée	49.7
Pertussis	Recommandée	11.4
Varicella	Recommandée	29.9
Influenza	Recommandée	25.6

L'information

- Publication d'info sur la grippe
- (poster/staff :Améliorer les connaissances/

Vaccins versus homéopathie, risque entourage familial)

Campagne de vaccination locale

- Retour de campagnes vaccinales/épidémie

de grippe

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE

SECTION MALADIES TRANSMISSIBLES

Relatif aux vaccins anti-grippaux

(séance du 24 novembre 2006)

Considérant :

- qu'il existe des vaccins anti-grippaux ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché au niveau européen,
- que ces vaccins ont prouvé leur efficacité dans la prévention de la morbidité et de la mortalité liées à la grippe dans les populations à risque,

Considérant d'autre part :

- qu'il existe des médicaments homéopathiques ayant une indication dans la prévention des états grippaux,
- que l'autorisation de mise sur le marché octroyée à ces médicaments homéopathiques ne nécessite pas l'existence de preuves scientifiquement établies, l'existence d'une tradition homéopathique étant suffisante[1],
- qu'il peut arriver que ces médicaments homéopathiques soient présentés comme étant des « vaccins homéopathiques »,
- que l'utilisation de ces médicaments homéopathiques à la place du vaccin anti-grippal constitue une perte de chance, notamment chez les personnes à risque de complications,

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, ne recommande, pour la prévention de la grippe, que l'utilisation des vaccins anti-grippaux et rappelle que les médicaments homéopathiques ne peuvent se substituer à ces vaccins dans cette indication, notamment pour les personnes appartenant aux groupes pour lesquels cette vaccination est recommandée.

Cas clinique: Mme Belage

- Mme Belage, 88 ans, démente, est plus fatiguée que d’habitude;
- un bilan biologique est réalisé et montre :hémogramme normal
- CRP 100 mg/l, créatinine 105 µmol/l soit clairance: 30 ml/min
- l’ECBU réalisé montre GB: 100 000/mm3 et

  culture positive à E coli BLSE 1 millions de copies/ml

CAT?

A: fosfomycine sachet puis ECBU 5 j après

B: cotrimoxazole 400 mg /j,5j et ECBU 5 j après

C: pas de traitement, réévaluation clinique

Antibiogramme

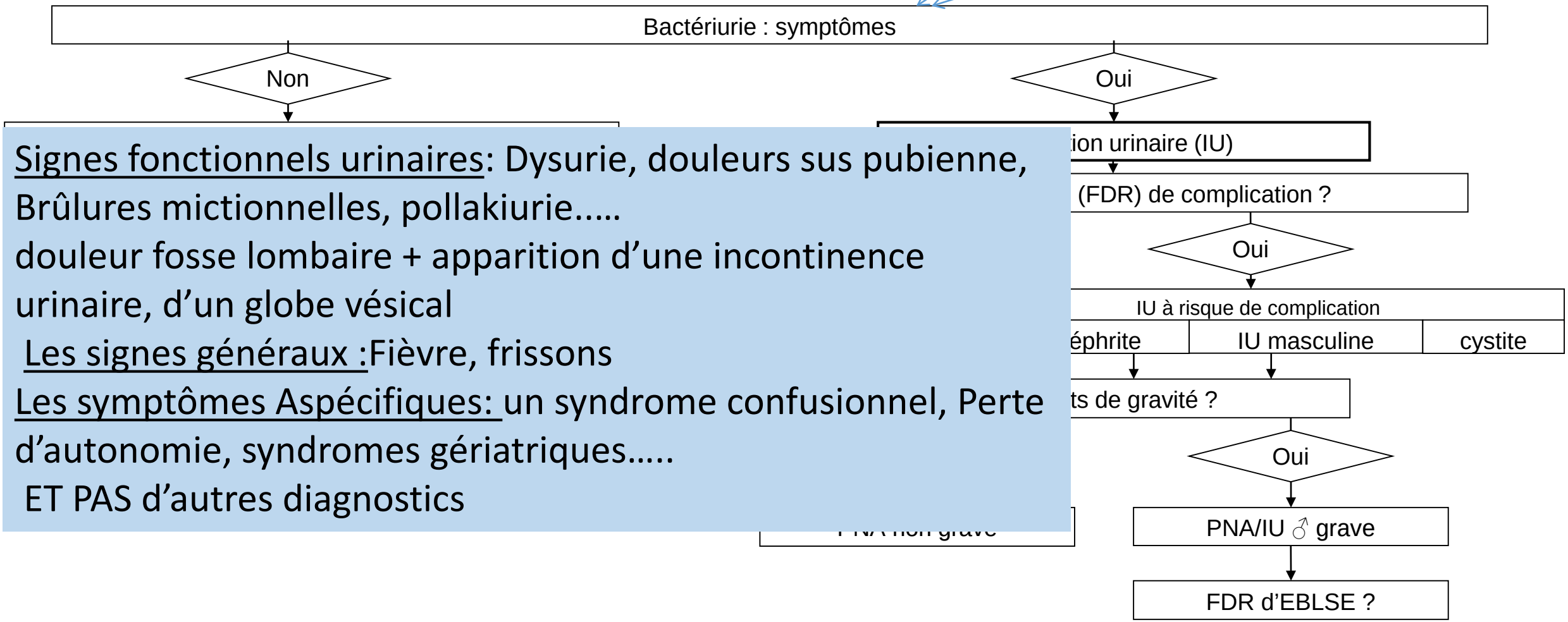
Escherichia coli

AMOXICILLINE	**RESISTANT**
AMOX+AC.CLAVULANIQUE	**RESISTANT**
TICARCILLINE	**RESISTANT**
PIPERACILLINE	**RESISTANT**
PIPER + TAZOBACTAM	Intermédiaire
MECILLINAM	**RESISTANT**
CEFALOTINE	**RESISTANT**
CEFOXITINE	Sensible
CEFOTAXIME	**RESISTANT**
CEFTAZIDIME	Intermédiaire
AZTREONAM	Intermédiaire
CEFEPIME	Intermédiaire
ERTAPENEME	Sensible
IMIPENEM	Sensible
GENTAMICINE	**RESISTANT**
AMIKACINE	Sensible
ACIDE NALIDIXIQUE	**RESISTANT**
OFLOXACINE	**RESISTANT**
CIPROPFLOXACINE	**RESISTANT**
FOSFOMYCINE	Sensible
COTRIMOXAZOLE	Sensible
FURANES	Sensible
CHLORAMPHENICOL	Sensible
TETRACYCLINE	Sensible
commentaire ATB:	Béta-lactamines : B

- A: fosfomycine sachet puis ECBU 5 j après
- B: cotrimoxazole 400 mg /j,5j et ECBU 5 j après
- C: pas de traitement ,réévaluation clinique

LA CRP n'est pas un symptôme!!

La fatigue est un symptôme!



Signes fonctionnels urinaires: Dysurie, douleurs sus pubienne, Brûlures mictionnelles, pollakiurie.....
douleur fosse lombaire + apparition d'une incontinence urinaire, d'un globe vésical
Les signes généraux :Fièvre, frissons
Les symptômes Aspécifiques: un syndrome confusionnel, Perte d'autonomie, syndromes gériatriques.....
ET PAS d'autres diagnostics

ECBU positif…

BACTEREMIC URINARY TRACT INFECTION IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS ARE ANY CURRENTLY AVAILABLE DIAGNOSTIC CRITERIA SENSITIVE ENOUGH?

JAGS 2011;59:567-568.

- 61 patients; âge moyen 76,7 ans
-ECBU + Hémoc +
-> 75 ans vs < 75 ans
- Mortalité 27% vs 4,1%
- 48,6% des > 75ans = 0 signes U
- Critères de McGeer : 16/37 (43,3%)
- Critères de Loeb : 21/37 (56,8%)

Table 1. Presenting Symptoms and Clinical Signs

Symptoms and Signs	n (%) Total N = 61	18–74 n = 24	≥ 75 n = 37
Dysuria	9 (14.7)	8 (33.3)	1 (2.7)
Hematuria	2 (3.3)	1 (4.2)	1 (2.7)
Frequency	7 (11.5)	4 (16.7)	3 (8.1)
Urgency	1 (1.6)	1 (4.1)	0
Retention	5 (8.2)	1 (4.1)	4 (10.8)
Suprapubic pain	9 (14.8)	3 (10.7)	6 (16.2)
Flank pain	9 (14.8)	4 (16.7)	5 (13.5)
Rigors	19 (31.1)	9 (37.5)	10 (27.0)
Any urinary tract symptoms	38 (62.3)	19 (79.2)	19 (51.4)
Pyrexia*			
> 37.0°C	58 (95.1)	24 (100)	34 (91.9)
> 37.9°C	50 (82.0)	23 (95.8)	27 (73.0)
1.5°C increase above baseline	46 (75.4)	23 (95.8)	23 (62.2)
Chronic urinary catheter	15 (24.6)	3 (12.5)	12 (32.4)
Suprapubic tenderness	18 (29.5)	4 (16.7)	14 (37.8)
Costovertebral angle tenderness	7 (11.5)	4 (16.7)	3 (8.1)
Delirium	13 (21.3)	3 (12.5)	10 (27.0)
Acute or worsened urinary incontinence	3 (4.9)	2 (8.3)	1 (2.7)
Functional decline	17 (27.9)	1 (4.1)	16 (43.2)
Dementia	10 (16.4)	2 (8.3)	8 (21.6)
Change in urine character or hematuria	10 (16.4)	4 (16.7)	6 (16.2)
Pulse > 100 beats per minute	29 (47.5)	7 (29.2)	22 (59.5)
Systolic blood pressure < 100 mmHg	5 (8.2)	1 (4.1)	4 (10.8)
C-reactive protein > 9 mg/L	60 (98.4)	23 (95.8)	37 (100)
Serum total white cell count > 11.010⁹/L	45 (73.8)	18 (75.0)	27 (73.0)

*Peak recorded temperature during the illness.

Quand il existe des signes cliniques, biologiques et radiologiques évocateurs d'une pathologie infectieuse non urinaire avec un ECBU positif, il faut alors considérer qu'il s'agit d'une colonisation bactérienne…

Suite Mme Belage

Suite à un pic fébrile à 38°,2, le médecin traitant décide de traiter par Cotrimoxazole (Bactrim*) 400 mg/j sur 7 jours

Vous auriez fait pareil?

1. OUI
2. NON

NON

étude prospective sur 2 ans, l'infection urinaire contribue aux épisodes fébriles dans 10% des cas alors que les patients inclus dans étude sont à haute prévalence bactériurique (32 à 75 %) .

Si ECBU positif et fièvre:

dans 9 cas sur 10

il y a une autre cause de fièvre

- Importance de l'examen clinique pour recherche de signes infectieux pulmonaire cutanés, enquête médicamenteuse, allergique

Med Qual
Centre Ressource en Antibiologie

LA LETTRE D'ACTUALITÉS

« Antibiotiques et Iatrogénie chez le sujet âgé »

Limiter la polymédication, c'est aussi mieux prescrire

N°180 - Juillet 2018

Triméthoprime / Sulfaméthoxazole	Atteinte cutanée, hématotoxicité, insuffisance rénale

Risque à ne pas traiter?

Effets indésirables des ATB?

Formation des soignants au bénéfice/risque ATB:
Évaluation clinique infectieuse
Recherche des effets ATB

OUI ssi fièvre +(CRP élevée)
+et pas d'autres point d'appel infectieux clinique voire inflammatoire

J4 de bactrim*..

- Mme Belage a de la fièvre a 39° avec des boutons et se plaint de la gorge, le médecin, après examen clinique, conclu à une angine demande l'avis téléphonique à l' infectiologue qui propose un traitement de l'angine et de la pyélonéphrite avec mise sous imipénème 1 gr X3/j IV durant 7 jours

Angine et pyélonéphrite: Comment étayer ce diagnostic?

Comme vous doutez de ces diagnostics,

Il vous répond : « la dernière fois, cela s'est terminé en phlegmon amygdalien!! Et puis l'infectiologue est d'accord avec moi!! »

Quel autre diagnostic est à évoquer?

Conso ATB et complications infectieuses ORL

Open Access Research
BMJ Open

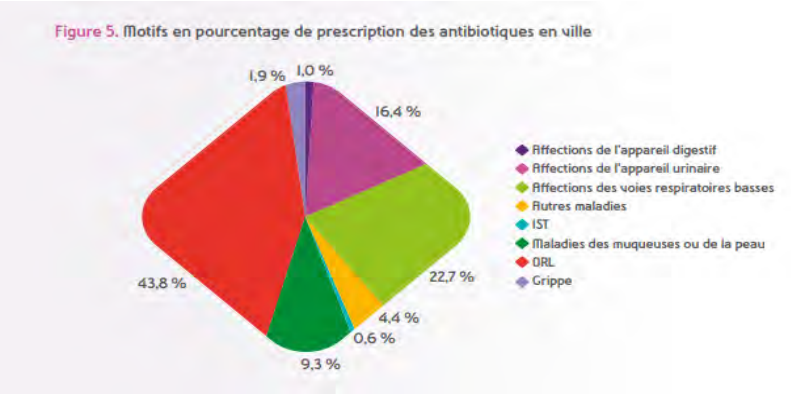
Antibiotic use and bacterial complications following upper respiratory tract infections: a population-based study

Thomas Cars,[1] Irene Eriksson,[1,2] Anna Granath,[3,4] Björn Wettermark,[1,2] Jenny Hellman,[5] Christer Norman,[5] Anders Ternhag[2,5]

Etude prospective suédoise sur 23% population (2,3 Millions de cas) sur 10 ans (2006/2016)

Complications étudiées (mastoïdites, méningite, Abcès ORL , infection invasive à streptocoque, pansinusite abcès orbitaire, dural, extra dural cellulite ethmoïdite)

Résultats conso ATB: ↓**22%**en 10 ans



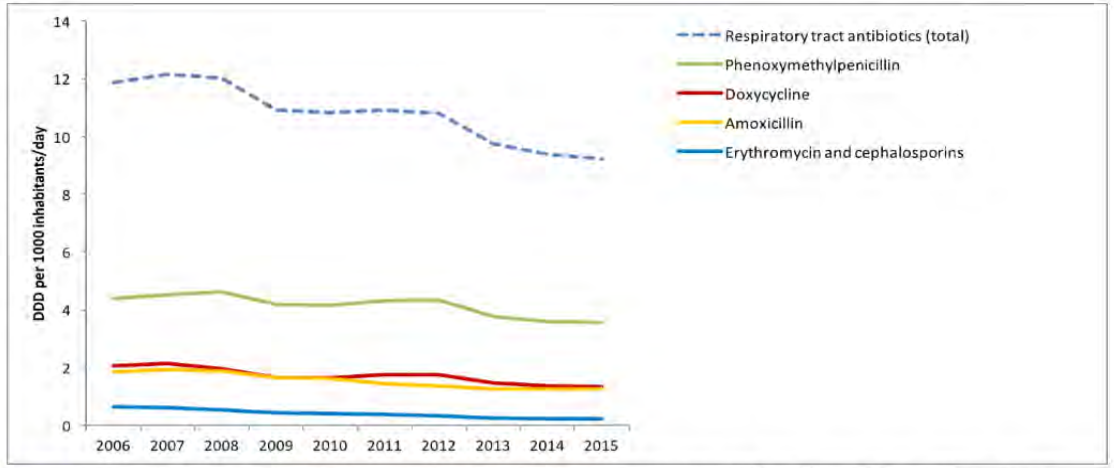
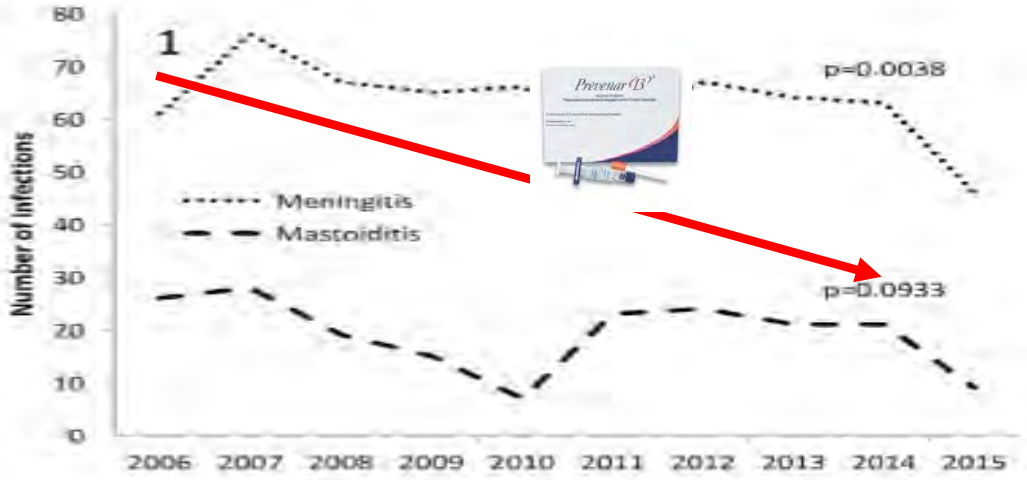
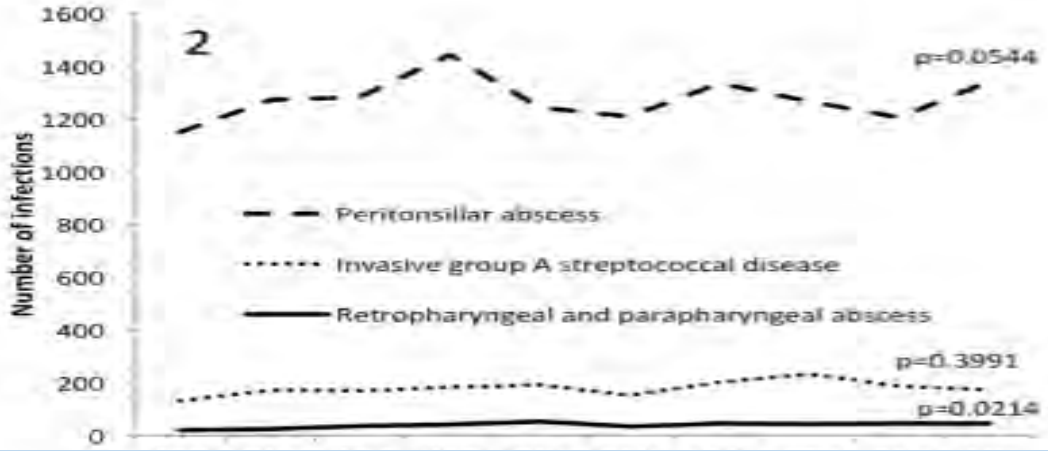


Figure 2 Trend for respiratory tract antibiotic utilisation in Stockholm County from 2006 to 2015. DDD, defined daily dose.

Pas d'association entre diminution ATB et Complications ORL





"Our findings of no association between more restricted antibiotic use and the incidence of bacterial complications are in line with previous studies".

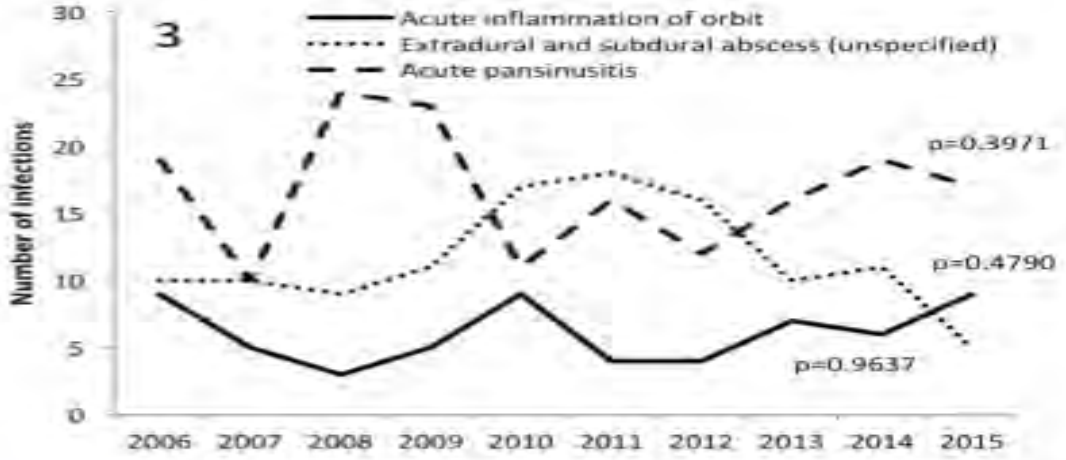


Figure 3 presents trends for bacterial complications in Stockholm County from 2006 to 2015. The four panels (1-4) correspond to the complications we also assess in the four cohorts of the prospective cohort study (1) acute otitis media cohort, (2) tonsillitis cohort, (3) sinusitis cohort and (4) sinusitis and acute upper respiratory tract infections of multiple and unspecified site cohorts. p-values present test for trend.

Figure 3 Trend for bacterial complications in Stockholm County from 2006 to 2015.

Toxidermie au cotrimoxazole?

Effets secondaires dermatologiques des antibiotiques Dr Hélène Durox JNI 2014

Antibiotiques à risque élevé > 3%:

– Amoxicilline – Trimethoprime/ Sulfamétoxazole

– Isoniazide – Rifampicine

Aspect clinique	Délai	Risque vital	Médicaments inducteurs
Éruption érythémateuse	7 – 14 j	Non	**aminopénicillines, β-lactamines, sulfamides, antituberculeux**
Urticaire	Minutes / heures	Non	**pénicillines, sulfamides**
Érythème pigmenté fixe	< 48h	Non	**sulfamides, tétracyclines**
Purpura vasculaire / thrombopénique	7 – 21 j		**pénicillines, céphalosporines, sulfamides**
Photosensibilité	Qq heures à qq jours	< 1%	**cyclines, quinolones**
Éruptions pustuleuses	< 4 j	**2 – 5 %**	**aminopénicillines, pristinamycine, macrolides**
DRESS	2 – 6 sem	**5 – 10 %**	**sulfamides, minocycline**
Stevens-Johnson / Lyell	7 – 21 j	**20 – 25 %**	**sulfamides, pénicillines**

Signes de gravité

-Étendue et infiltration des lésions, œdème du visage

- Fièvre élevée
- Polyadénopathies ,
- Prurit, brûlures cutanées ,
- Lésions muqueuses – Décollement cutané, Signe de Nikolsky

CAT: Stop antibiotique

- Pas de nouveau médicament
- Emollient locaux

J2 imipénème pour Mme Bélage

- Devant la fièvre persistante et la dégradation cutanée
- et apparition de diarrhée, la patiente est transférée à l'hopital avec diagnostic de toxidermie au bactrim* et colite à clostridium
- Quelle votre CAT en tant que médecin référent?

La gestion du risque infectieux

DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX
pour personnes âgées

Outil de sensibilisation / formation / aide à la pratique

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual

Mise en œuvre : Société Française de Gériatrie et Gérontologie, avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

http://www.mobiqual.org/thematiques/risques-infectieux/

Tout est écrit!!

3.1 Les missions du directeur

Le succès de la démarche de prise en compte du risque infectieux (démarche qualité, gestion des risques) dépend de l'engagement du directeur et de la mise en place de mesures organisationnelles.

Les points clés de l'action du directeur

- Formation / information
- Hygiène
- Vaccination
- Gestion des crises épidémiques

3.2 Les missions du cadre de santé et/ou de l'IDEC

Le cadre de santé et l'IDEC ont un rôle équivalent dans la gestion du risque infectieux en EHPAD. Sous l'autorité du directeur et en lien étroit avec le médecin coordonnateur et l'ensemble des professionnels, sont directement impliqués dans la politique de stion du risque de l'établissement.

Les points clés de l'action du cadre de santé et/ou de l'IDEC

- Formation / information
- Hygiène
- Vaccination
- Alimentation
- Gestion des crises épidémiques

nformation, sensibilisation et formation

Informer le personnel sur le risque infectieux et conforter la conviction d'utilité de chacun dans la prévention du risque.

Proposer, en lien avec le directeur et le médecin coordonnateur, des formations sur diverses thématiques en lien avec le risque infectieux en fonction des missions des personnels (vaccination, hygiène, entretien des locaux, gestion des déchets, BMR, gestion d'une crise épidémique, etc.).

- Sensibiliser les personnels à la nécessité d'une vaccination contre la grippe saisonnière et être vacciné soi-même.
- Sensibiliser et informer les résidents et leurs proches sur le risque infectieux, l'importance d'une bonne hygiène des mains, l'importance des vaccinations, notamment antigrippale, l'importance du bon usage des antibiotiques.
- En cas de crise épidémique, informer les personnels, les résidents et leurs proches, selon les modalités mises en place dans l'établissement, en lien avec le directeur et le médecin coordonnateur.

3.4 Les missions de l'IDE

L'IDE est un maillon essentiel de la gestion du risque infectieux en EHPAD, sous l'autorité du cadre de santé. Les missions de l'IDE se déclinent, en matière de risque infectieux, à différents niveaux d'intervention : le développement d'une culture commune en termes d'hygiène, la prévention, le repérage diagnostique, le traitement.

Les points clés de l'action de l'IDE

- Formation / information
- Prévention : hygiène / vaccination
- Repérage et alerte
- Administration des médicaments

- **Information, sensibilisation et formation**
  - Informer et sensibiliser les AS sur le risque infectieux, contribuer à développer **une culture commune** en termes d'hygiène et **entretenir le sentiment d'utilité** de chacun dans la prévention du risque infectieux.
  - Sensibiliser et informer les résidents et leurs proches sur le risque infectieux, sur l'importance d'une bonne hygiène des mains, du port du masque en cas de signes d'infection respiratoire, sur l'importance du bon usage des antibiotiques.
- **Hygiène**

  Le respect des précautions d'hygiène lors des soins est primordiale pour prévenir la transmission des infections :
  - hygiène des mains dans tous les gestes du quotidien et les actes de soin,
  - port d'un masque de protection en cas de rhume, éternuement, toux,
  - précautions standard,
  - précautions complémentaires,
  - gestion des déchets, etc.
- **Vaccination**

  Sensibiliser les AS, les résidents et leurs proches à la nécessité d'une vaccination contre la grippe et être vacciné soi-même.
- **Diagnostic : repérage et alerte en cas de signes infectieux**

  L'IDE repère les **signes cliniques évoquant un épisode infectieux** et alerte le médecin traitant et le médecin coordonnateur. La vigilance est maximale en hiver, pendant la période de grande circulation virale. **En EHPAD, tout épisode infectieux, notamment respiratoire ou digestif, peut être le début d'une épidémie.**
- **Traitement**
  - L'IDE distribue les médicaments prescrits et s'assure qu'ils sont effectivement absorbés.
  - L'IDE réalise les actes de soins à visée thérapeutique (soins respiratoires, sondage urinaire, pansements, etc.) en respectant les bonnes pratiques de soin, en particulier en termes d'hygiène.

3.5 Les missions de l'AS

L'AS est un autre maillon essentiel de la gestion du risque infectieux en EHPAD, sous l'autorité de l'IDE. Ses missions placent l'AS au plus près des résidents, dans leur quotidien. L'AS est souvent la première personne à remarquer un changement dans l'état de santé ou les comportements d'un résident, changement qui peut être le signe d'une infection. De plus, le respect des règles d'hygiène dans ses tâches quotidiennes et sa contribution à diffuser les bonnes pratiques font le socle de la prévention de la contamination des résidents et du risque épidémique.

Les points clés de l'action de l'AS

- Prévention :
  - hygiène
  - vaccination
  - alimentation
- Repérage et alerte

- **Hygiène**
  - **Veiller tout au long des tâches quotidiennes au strict respect des règles d'hygiène :**
    - lors de la collaboration aux soins d'hygiène et de confort, toilettes, changes, etc.,
    - lors de la collaboration dans l'aide apportée aux persones ayant perdu leur autonomie de façon temporaire ou définitive (habillage, repas, aide à la marche, etc.),
    - lors de la collaboration dans l'hygiène de l'environnement (nettoyage des surfaces et des locaux, décontamination, etc.).
  - **Respecter rigoureusement les règles d'hygiène des mains,** qui est le facteur de prévention le plus efficace contre les infections, tant pour les résidents que pour le personnel.
- **Vaccination**

  Veiller à être à jour de ses vaccinations et à se faire vacciner chaque année contre **la grippe saisonnière**.
- **Alimentation**
  - **Veiller à ce que les résidents mangent correctement lors des repas et répondre à leurs attentes et à leurs besoins** (temps du repas, aides humaine et/ou technique, prise en compte des problèmes de vue, des difficultés physiques et/ou psychiques, etc.).
  - **Repérer les signes indiquant que la personne mange moins ou maigrit et alerter l'IDE** (perte d'appétit, beaucoup de restes dans l'assiette, vêtements trop grands, ceinture trop large, etc.).
- **Repérage et alerte**
  - **Être attentif aux modifications de l'état physique ou du comportement du résident.** Tout changement par rapport à l'état habituel de la personne peut être le signe d'une infection. La vigilance est maximale en hiver, pendant la période de grande circulation virale.
  - **Signaler à l'IDE,** qui alertera si besoin le médecin, tout signe susceptible de révéler une infection : fièvre, toux, diarrhée, douleur, modification de la peau (rougeur, chaleur, gonflement...), démangeaisons, urines troubles, modification de l'état de conscience, ou tout autre changement par rapport à l'état habituel de la personne.

3.3 Les missions du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est l'interlocuteur médical du directeur de l'établissement ; il promeut et coordonne, au sein de l'équipe, une culture commune de bonnes pratiques.

Les points clés de l'action du médecin coordonnateur

- Formation / information
- Prévention : hygiène / vaccination
- Bon usage des antibiotiques
- Gestion des crises épidémiques
- Surveillance et évaluation du risque infectieux

Dans le cadre de sa mission d'identification et de prévention des risques, il a une action centrale à mener dans le domaine du risque infectieux :

- définition et mise en pratique de la politique de gestion du risque infectieux, au sein de l'établissement et par les intervenants libéraux, gestion des crises épidémiques, en lien avec le directeur et le cadre de santé.

- **Information, sensibilisation et formation de l'ensemble des personnels**
  - Informer sur le risque infectieux, entretenir le sentiment d'utilité de chacun dans la prévention du risque et participer à l'élaboration des **plans de formation** (thématiques, formation interne, choix d'un organisme formateur).
  - Sensibiliser les médecins traitants à la gestion du risque infectieux, notamment en termes de prescription des **antibiotiques** (organisation de staffs quand cela est possible, signaler l'existence de tel ou tel enseignement post-universitaire - EPU).
  - Sensibiliser les personnels à la nécessité d'une **vaccination antigrippale**.
- **Politique de surveillance des phénomènes infectieux**
  - Identifier **une personne référente en hygiène** dans l'établissement (IDE hygiéniste, IDE, AS).
  - **Élaborer les procédures de surveillance des infections à potentiel épidémique** (grippe, tuberculose, infection invasive à pneumocoque, infection à *Clostridium difficile*, conjonctivite virale, gale, BMR, etc.).
  - **Signaler certains cas d'infections auprès de l'ARS** (MDO, cas groupés d'IRA ou de GEA, tout phénomène anormal survenant dans un contexte infectieux pouvant constituer une menace sanitaire grave pour la santé de la population).
  - **Établir un partenariat formalisé avec un laboratoire d'analyses médicales,** notamment pour le signalement de la présence de BMR.
  - **Participer au CCLIN.**
- **Plan de prévention à décliner en cas de crise épidémique** (voir les missions du directeur)
- **Actions visant à limiter l'émergence et la diffusion des BMR**
  - **Prévenir la transmission croisée en faisant de l'hygiène des mains une priorité.**
  - **Encourager le bon usage des antibiotiques par les médecins prescripteurs.** À noter que le médecin coordonnateur ne peut en aucun cas interférer sur les prescriptions des médecins libéraux, dans l'état actuel de la réglementation (octobre 2013). Son rôle ne peut être que pédagogique et incitatif à la mise en place de bonnes pratiques.
  - **Définir une politique antibiotique** à destination des médecins prescripteurs (protocoles de prescription, référent identifié, réévaluation systématique de la prescription antibiotique après 48 à 72 heures de traitement), en lien avec le pharmacien et la commission du médicament.
  - **Développer des outils de traçabilité de la prescription des antibiotiques** au sein de l'établissement, en lien avec le pharmacien référent.
- **Évaluation du risque infectieux en lien avec le directeur** (voir les missions du directeur)
- **Rédaction du rapport annuel d'activité médicale**
  Le médecin coordonnateur y consigne les éléments concernant la gestion du risque infectieux dans l'EHPAD (pratiques de soin en matière d'hygiène, épisodes infectieux, épisodes épidémiques, consommation d'antibiotiques, nombre d'hospitalisations et de décès pour infection, etc.).

3.7 Les missions du médecin traitant

Il est essentiel que le médecin traitant soit impliqué dans la politique de gestion du risque de l'établissement, il doit se sentir comme faisant partie intégrante de l'équipe.

En tant que prescripteur, le médecin traitant est particulièrement impliqué et doit systématiquement s'interroger avant toute prescription d'antibiotique : est-ce vraiment nécessaire ? Quel est l'antibiotique le plus adapté ? Sur quels critères évaluer l'efficacité du traitement ?

Les points clés de l'action du médecin traitant

- Bon usage des antibiotiques
- Alerte en cas d'épisode infectieux
- Sondage urinaire
- Vaccination

- **Bon usage des antibiotiques**
  Respecter les recommandations de prescription et la politique antibiotique de l'établissement (protocoles de prescription, référent identifié, réévaluation systématique de la prescription antibiotique après 48 à 72 heures de traitement, etc.)
- **Alerte en cas d'épisode infectieux**
  Alerter l'équipe de la survenue de tout épisode infectieux chez un résident, suivant la procédure en vigueur dans l'établissement, notamment en cas d'IRAB ou de GEA (tout cas expose les autres résidents à un risque épidémique). La vigilance est maximale en hiver, pendant la période de grande circulation virale.
- **Respecter et faire respecter les règles d'hygiène, notamment le lavage des mains**
- **Sondage urinaire**
  Mettre en œuvre tous les moyens possibles pour éviter les sondages urinaires, en lien avec le médecin coordonnateur et dans le cadre du projet de soins personnalisé.
- **Vaccination**
  Sensibiliser les résidents à la nécessité d'une vaccination anti-grippale et être vacciné soi-même. Le médecin traitant est responsable de la couverture vaccinale de ses patients.
- **S'assurer régulièrement du bon état nutritionnel des résidents**

http://www.agree-asso.fr/dc
congres2016/delamarre.pdf

3.6 Les missions du pharmacien

La mission du pharmacien est de concourir à la bonne gestion et au bon usage des médicaments des résidents afin de garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique.

Les points clés de l'action du pharmacien

- Bon usage des antibiotiques
- Anticipation en cas d'épidémie
- Information et formation

Dans cet objectif et quel que soit le mode d'intervention, il entretient une collaboration étroite avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD, les médecins traitants et l'ensemble de l'équipe. Dans le contexte de la gestion du risque infectieux en EHPAD, le pharmacien est impliqué dans la politique de bon usage des antibiotiques au sein de l'établissement.

- **Information et formation**
  - Sensibiliser, former les médecins coordonnateurs et les soignants au bon usage des antibiotiques, notamment en participant à la commission du médicament et à l'établissement de **la liste préférentielle des médicaments**.
  - Sensibiliser, inciter les médecins traitants au bon usage des antibiotiques.
  - Sensibiliser les résidents et leurs proches au bon usage des antibiotiques.

- **Bon usage des antibiotiques**

  Le bon usage des antibiotiques fait l'objet du Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-16.
  - Participation du pharmacien à l'élaboration de **la liste préférentielle des médicaments** supervisée par le médecin coordonnateur et en collaboration avec les médecins traitants (décret n° 2005-560 du 27 mai 2005). L'objectif de cette liste est d'harmoniser les pratiques et les relations entre les différents intervenants, réduire les risques d'erreur de dispensation et la iatrogénie.
  - Sensibilisation des médecins prescripteurs aux **interactions médicamenteuses** entre les antibiotiques et les classes médicamenteuses les plus dangereuses (AVK, β-bloquant, etc.).
  - Entretien de liens étroits avec **le référent antibiotique de l'établissement**.

- **Suivi de la consommation des antibiotiques au sein de l'EHPAD**

  Des outils d'évaluation sont disponibles sur le site du ministère de la Santé (consommation d'antibiotiques, indicateur composite de bon usage des antibiotiques - ICATB).

Bien manger, c'est se défendre mieux contre les infections. En effet, les personnes dénutries voient leurs défenses immunitaires affaiblies et deviennent plus sensibles aux infections. Assurer, chacun à son niveau d'action, une bonne alimentation des résidents est donc un facteur important de prévention des infections.