

Formations hivernales ESMS des Pays de la Loire

CPias / CRATB

Septembre – octobre 2024

2024

Formations Hivernales

CPias
Pays de la Loire



*Des dates en visioconférence
pour retenir l'essentiel...*

... et des dates sur site pour approfondir les thématiques !

- Mardi 24 septembre
- Mardi 1er octobre
- Jeudi 03 octobre

de 14h00 à 15h30

*Pour vous inscrire aux visioconférences,
flashez ce QR code*



Thématiques

- Port des EPI
- TROD
- Signalement
- Vaccination
- Gestion des épidémies
- Bon usage des antibiotiques
- Coqueluche

RTH Eleph-An

cpias.pdl@chu-nantes.fr
04/10/2024 - 14h00-16h30
CHU de Nantes

RTH Anjelin

reseau-ANJELIN@chu-angers.fr
15/10/2024 - 14h30-16h30
CHU d'Angers



RTH Corhylin

marielle.charon@ch-cnp.fr
15/10/2024 - 2h
CH de Châteaubriant

RTH Lutin 72

lutinsct@ch-lemans.fr
04/11/2023 - 14h30-16h30
CH Le Mans

RTH du Saumurois

secretariat.hygiene-vigilances@ch-saumur.fr
15/10/2024 - 14h30-16h30
CH de Saumur

Pour vous inscrire à ces dates sur site , rapprochez-vous du RTH concerné.



CPias Pays de la Loire - cpias.pdl@chu-nantes.fr - 02 40 08 39 86



Sommaire

1

Épidémiologie

2

Moyens de prévention :
PS, vaccination

3

Éviter la transmission

4

Diagnostic des IRA/GEA

5

Durée des précautions
complémentaires

6

Évaluation et surveillance de la
gravité d'une IRA

7

Bon usage des antibiotiques lors
des IRA

8

Coqueluche

9

Diagnostic différentiel :
Pneumopathie d'inhalation

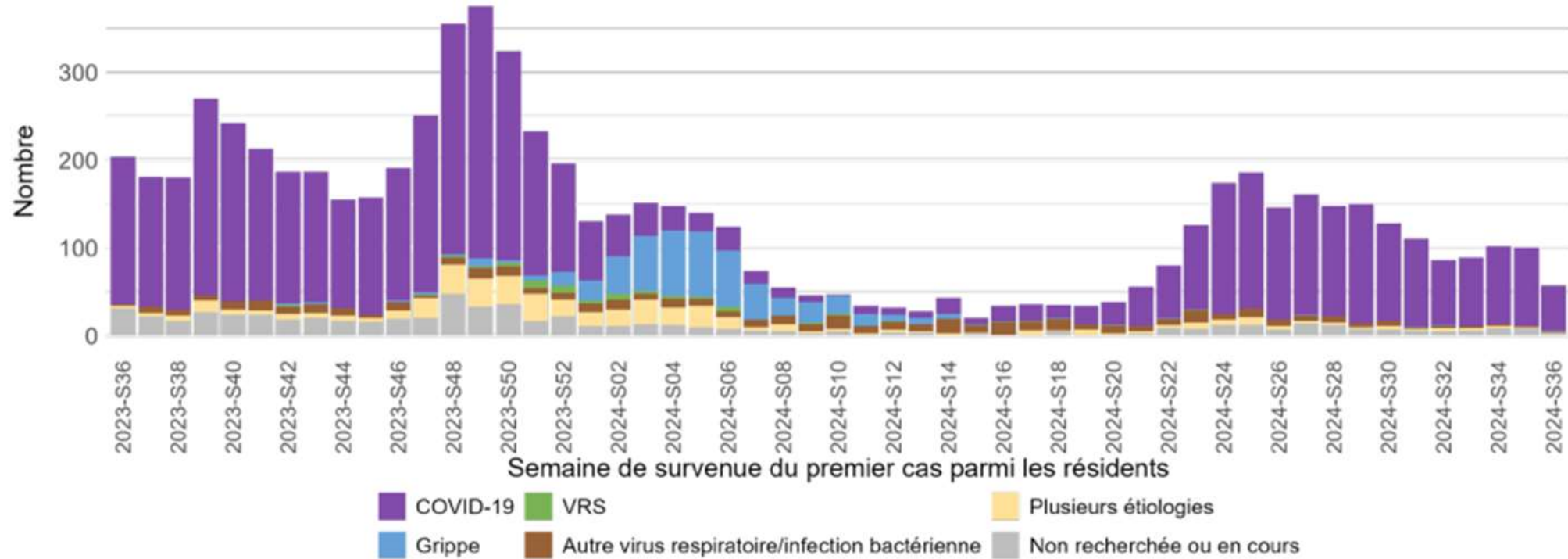
10

En cas d'épidémie



Données épidémiologiques- nationale - EMS

Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA dans les établissements médico-sociaux



S36 et S35 : données non consolidées

Données épidémiologiques : 2023-2024

Pays de la Loire

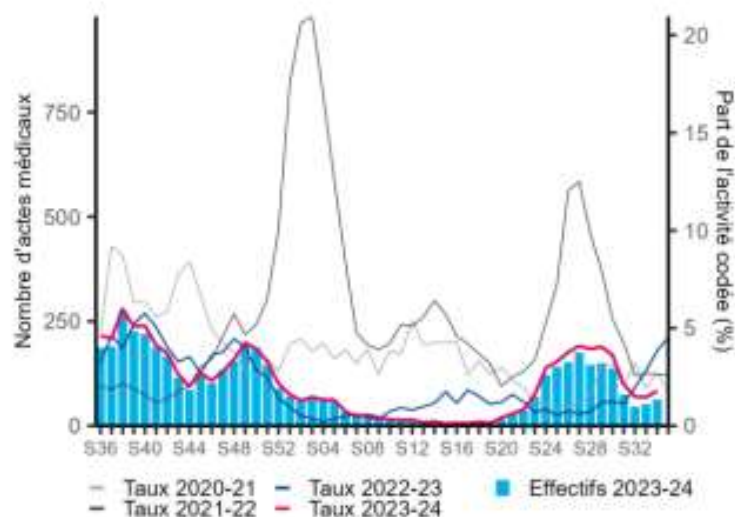


Pays de la Loire	VRS	Grippe
Pré épidémique	S 39 : fin septembre	S 49 : début décembre
Épidémique	S 41 : mi octobre	S 01 : 1 ^{er} janvier
Post épidémique	S 01 : 1 ^{er} janvier	S 10 : début mars

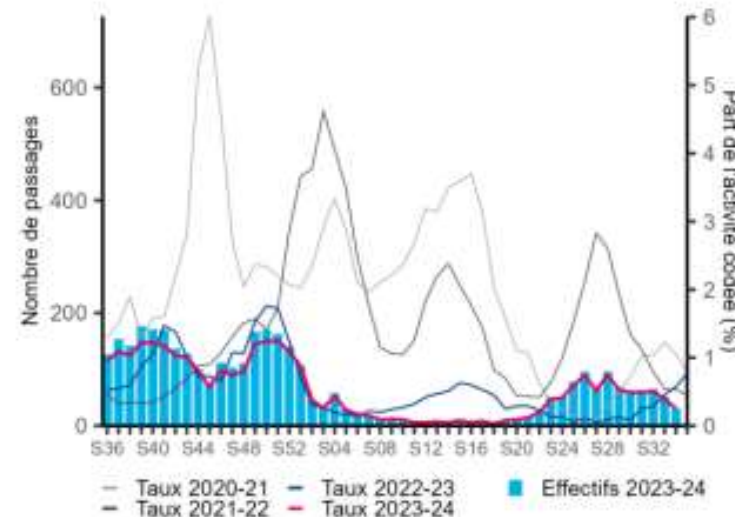
Grippe : majoritaire A(H1N1)pdm09 , proche de la souche vaccinale

COVID

Nombre et part de diagnostics syndromiques de Covid-19 parmi les actes SOS Médecins, population tous âges, Pays de la Loire



Nombre et part de diagnostics syndromiques de Covid-19 parmi les passages aux urgences, population tous âges, Pays de la Loire



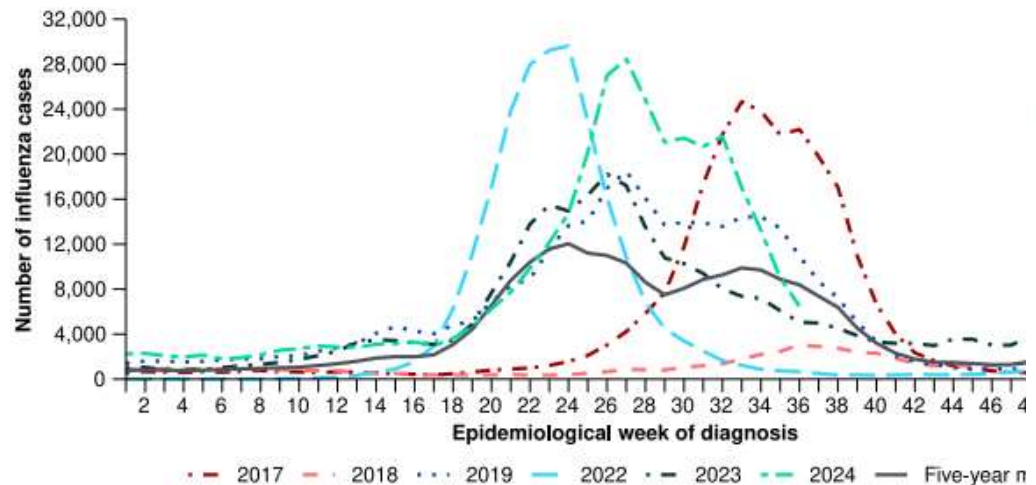


Données épidémiologiques – Projection grippe

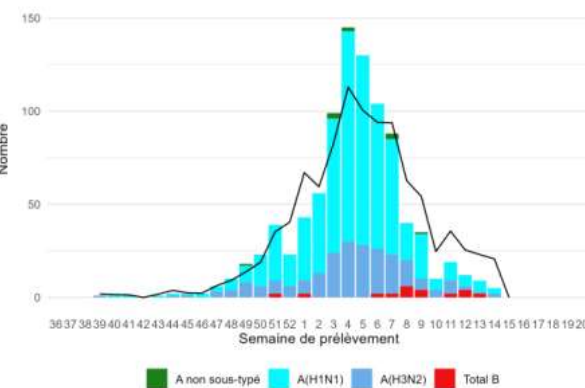
- Saison **Grippe** en Australie, qui précède la France
 - Début idem 2023 mais pic plus intense (=2022) et plus long
 - 96% Grippe A avec 93% non sous-typée, 3% A(H1N1); 1% A(H3N2) (mais 50 % -50% quand sous typé)

Épidémie de grippe en Australie

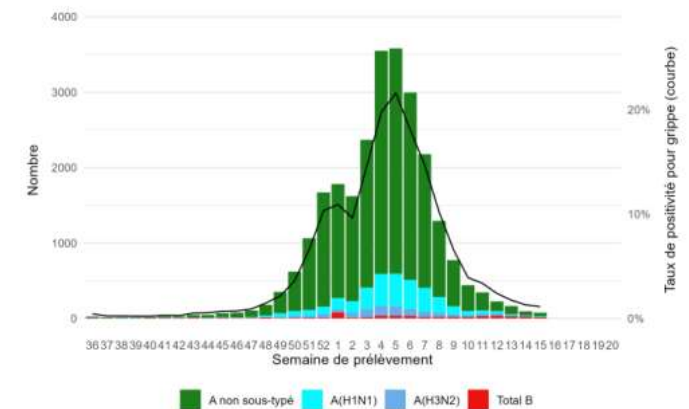
Figure 5: Influenza cases notified to the NNDSS and five-year mean* by year and week of diagnosis, Australia, 2017 to 8 September 2024



Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélèvements réalisés en France hexagonale



Source : réseau Sentinelles, DUMG Rouen, CNR



Source : réseau RENAL, CNR

QUIZ : La coqueluche, à l'image de la variole, est une maladie infectieuse en voie de disparaître grâce aux stratégies de vaccination élargies ?

QUIZ : La coqueluche, à l'image de la variole, est une maladie infectieuse en voie de disparaître grâce aux stratégies de vaccination élargies ?

Faux

La coqueluche une maladie en recrudescence



Recrudescence européenne (données ECDC)

25130 cas en 2023

32037 cas 1^{er} trimestre 2024



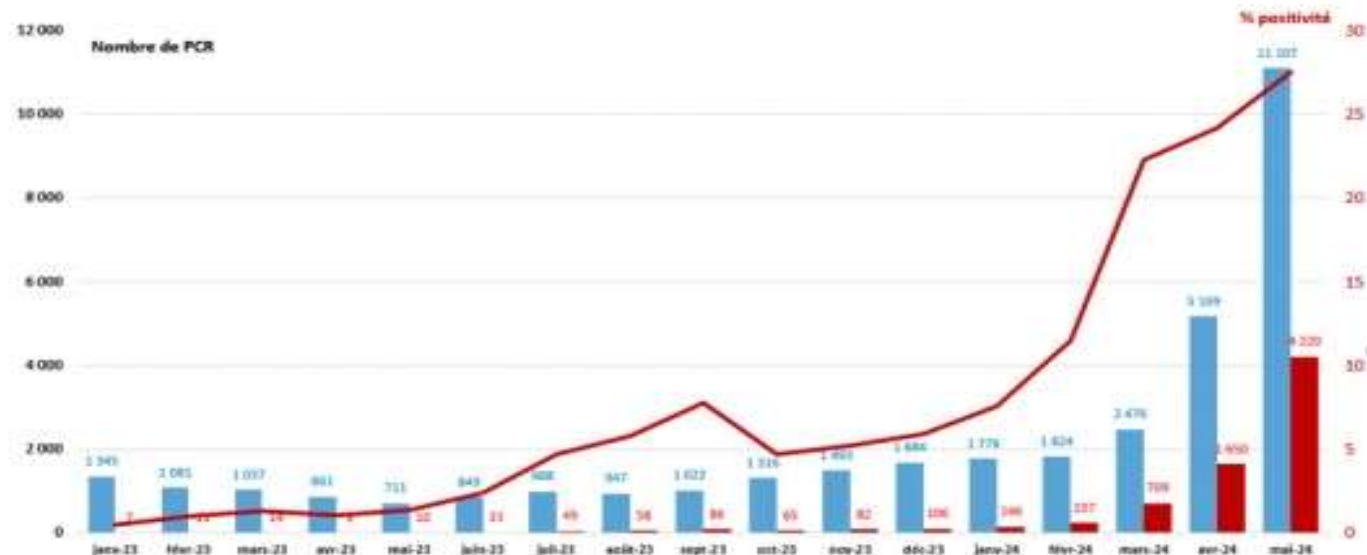
Réseau RENACOQ (surveillant depuis 2016 les nourrissons hospitalisés de moins de 12 mois)

2022, 45 cas

2023, 39 cas (données non consolidées).

Au 1^{er} trimestre 2024 : 70 cas

Figure 2. Nombre de PCR négatives et positives pour coqueluche et taux de positivité par mois, de janvier 2023 à mai 2024 (données 3-Labos provisoires, extraction de données du 2 juin 2024)





La coqueluche

Agent bactérien = *Bordetella pertussis*

Facteur de virulence spécifique de type toxinique
(nécrose cellulaire arbre respiratoire)



Forme clinique du nourrisson, potentiellement **très grave**

1. Catarrhe (rhume, éternuements)
2. Quintes (1 mois)
3. Convalescence



Clinique peu spécifique : bronchite trainante ou toux spasmodique. Patient source de contaminations

⇒ **toute toux prolongée de l'adulte ou de la personne âgée doit faire rechercher une coqueluche**



Moyens de prévention

Précautions standard

Vaccination

Check-IRA

Check-IRA / Matis



CHECK'IRA

Evaluation de la Prévention du Risque Infectieux Respiratoire



Pour se préparer dès
maintenant

Objectifs :

- Evaluer le niveau de préparation pour prévenir les infections respiratoires aiguës (IRA) **avant toute épidémie**.
- Evaluer les actions mises en œuvre lors de la gestion d'un épisode IRA **après avoir subi une épidémie**.
- Proposer à l'évaluateur une analyse personnalisée de sa performance et suggérer des conseils pratiques.

Présentation de l'outil

Pour les secteurs sanitaire et médico-social

- **13 critères** pour évaluer la partie "préparation" avant la survenue **d'un épisode d'IR (a priori)**
- **7 critères** pour évaluer la partie "mise en oeuvre des actions" à la suite d'un épisode d'IR (**a posteriori**).

Attention : Cet outil n'est pas une check-list pour la gestion d'un épisode d'épidémie d'IRA : [Appui à la prévention de la résistance aux antibiotiques - Antibio Resistance](#) Aller sur la rubrique *Etb médico Social*, puis chapitre *EPID'ESMS : Checklist gestion d'une épidémie en ESMS*



Etablissements de santé



Etablissements et services médico-sociaux



Expression des résultats:

l'évaluateur peut voir son niveau de **préparation (a priori)** ou de **gestion (a posteriori)** évalué sur une échelle allant de 0 à 10.

L'application propose:

- un commentaire personnalisé
- un plan d'action généré automatiquement et un accès à d'autres outils, recommandations ou documentation
- un poster reprenant les résultats, les commentaires et une synthèse du plan d'action



Vaccination Grippe / COVID

Commande à partir
du 23-24/09
10 jours de délais

- **Conjoint Grippe et COVID : Début de la campagne 15/10/2024:**
 - Vaccin grippe quadrivalent
 - *Vaccin haute dose EFLUELDA : arrêt commercialisation (pas d'accord sur le prix)*
 - Vaccin COVID à ARN m adapté JN.1
- **Possibilité d'administration concomitante :**
 - 2 sites d'injection différents.
 - Sinon pas de délai minimum entre vaccin Covid-19 et tout autre vaccin du calendrier vaccinal dont la grippe
 - COVID-19 : Délais de 3 mois vs dernière injection/infection (6 mois pop générale)
- **Responsabilité des ES et ESMS : Organiser des sessions de vaccination aux résidents et aux professionnels**



Vaccination Grippe / COVID

- **Personnes concernées par la vaccination Grippe - COVID :**
 - les personnes âgées de 65 ans et plus,
 - les personnes de moins de 65 ans, y compris les enfants dès l'âge de 6 mois, souffrant de certaines maladies chroniques,
 - les femmes enceintes,
 - l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois à risque de complication
 - l'entourage des personnes immunodéprimées,
 - les personnes souffrant d'obésité (IMC égal ou supérieur à 40),
 - **les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médicosocial d'hébergement quel que soit leur âge.**
 - **les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque,**
 - les aides à domicile des particuliers employeurs vulnérables.

QUIZ : La campagne de vaccination contre la grippe/le covid est l'occasion de vacciner les résidents éligibles contre le pneumocoque ?

QUIZ : La campagne de vaccination contre la grippe/le covid est l'occasion de vacciner les résidents éligibles contre le pneumocoque ?

VRAI

Pourquoi vacciner?

1ère cause

de pneumonie bactérienne communautaire et de méningite

Mortalité élevée

10 à 30%

Effet Collectif

Portage et transmission oro-pharyngés

Mauvaise couverture vaccinale

Seulement 4,5% des adultes éligibles



5 comorbidités



Diabète

~ 3 millions personnes



Maladies respiratoires chroniques

~ 800 000 personnes



Insuffisance cardiaque chronique

~ 500 000 personnes



Hépatopathies chroniques

~ 300 000 personnes



Néphropathies chroniques (dialyse)

~ 100 000 personnes

4 immunodépressions



Maladies inflammatoires chroniques traitées

~ 700 000 personnes



Néoplasies sous chimiothérapie

~ 400 000 personnes



Infection par le VIH

~ 170 000 personnes



Transplantation d'organe

~ 70 000 personnes

Comment ? nouveautés 2024

Renforcement

du rôle des IDE et des pharmaciens d'officine dans la vaccination

Arrivée du VPC 20 (Prévenar 20®)

Effet sur le portage: bénéfice collectif?

1 injection remplace le schéma Prévenar13®/Pneumovax®

1^{er} OBSTACLE : Y PENSER !

Occasions de vacciner :

- campagne de vaccination anti grippale / covid
- Entrée en institution
- Retour d'hospitalisation / évènement aigu (décompensation cardiaque, AVC, pneumonie...)



Ce qui change en 2024

Recommandations 2023

Recommandations 2024

Aucun vaccin

VPC13 (M0) + VPP23 (M2)

VPC20

Un seul vaccin

Si VPC13 → VPP23
Si VPP23 → VPC 13

Si VPC13 → **VPC20**
Si VPP23 → **VPC20**
(au moins 1 an après
la dernière injection
de vaccin
antipneumococcique)

Schéma complet

VPP23 à 5 ans

VPC20 à 5 ans

Outils



VACCINATION
INFO SERVICE.FR
Le site de référence qui répond à vos questions

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
ars
Assurance
Maladie

Assurance
Maladie

ANTIB
EHPAD

Vaccination contre le pneumocoque,
pensons aux résidents !

CRATB

Largement connue et appliquée chez les nourrissons, la vaccination anti pneumococcique est beaucoup moins utilisée chez les adultes. Pourtant, **la majorité des personnes âgées pourrait bénéficier de ce vaccin** et limiter le risque d'infections causées par le pneumocoque : pneumonies (jusqu'à 30% de mortalité), méningites, septicémies...

Moins de 5% des patients éligibles sont réellement vaccinés en France, principalement en raison d'une méconnaissance des indications.

La commercialisation du Prevenar 20® est l'occasion de mettre en lumière cette vaccination oubliée

Pour qui ?

La grande majorité des résidents sont concernés !

- Immunodépression : cancer sous chimiothérapie, maladie chronique sous immunosuppresseur, VIH, transplantation...
- Insuffisance d'organe : cardiaque, respiratoire, hépatique, rénale
- Diabète sous traitement médicamenteux

La liste complète des personnes éligibles est à retrouver [ici](#).

Comment ?

Une seule injection de Prevenar 20®

La nécessité d'une revaccination avec une dose ultérieure de Prevenar 20® n'est pas établie à ce jour

Pour les patients antérieurement vaccinés contre le pneumocoque

- Ayant reçu un Prevenar 13® **ET** un Pneumovax® : une injection de Prevenar 20® 5 ans après la dernière injection
- Ayant reçu un Prevenar 13® **OU** un Pneumovax® : une injection de Prevenar 20® au moins 1 an après la dernière injection

Quand ?

Dès qu'on y pense !

- Systématiquement à l'entrée en EHPAD
- Lorsque le résident revient d'une hospitalisation ou a présenté un évènement aigu
- Lors du diagnostic d'une pathologie chronique (diabète, insuffisance rénale...) ou d'une pathologie en ALD
- Lors des campagnes vaccinales hivernales contre la grippe et la COVID19 (il est possible de réaliser les 3 vaccins le même jour si besoin)

Par qui ?

Infirmière, médecin ou pharmacien

Pour plus d'information technique sur la vaccination, consultez le site vaccination info service
A noter que les vaccins conjugués (dont le Prevenar 20®) sont efficaces sur le portage oro pharyngé du pneumocoque et peuvent induire une immunité de groupe en cas de couverture vaccinale élevée.

Sources :



Éviter la transmission



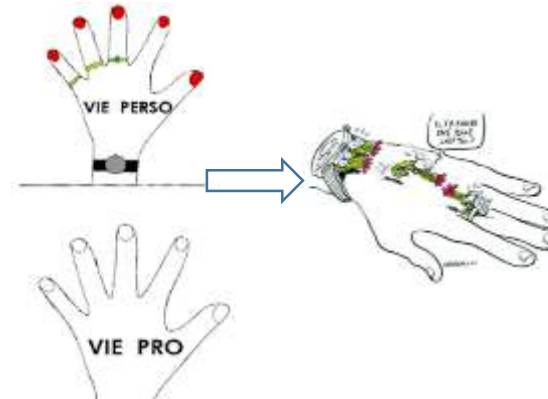
Précautions standard

Prérequis:

- **Tenue professionnelle**
 - Propre, adaptée et dédiée à l'activité
 - Manches courtes
 - Changée tous les jours
 - Entretien par l'établissement
- **Cheveux courts ou attachés**



- **Mains et poignets sans bijoux:** montre, bracelet et bague (y compris l'alliance)
- **Ongles courts, sans vernis**
Ni faux ongles ou résine





Port des EPI

INDICATIONS => Protection du professionnel contre le risque d'exposition aux micro-organismes:

- Lors des **contacts avec les muqueuses ou la peau lésée**
- Lors des **contacts ou risque de projection/d'aérosolisation de liquide biologique**



Tablier UU



Gants



Masque



Surlunettes

Choix de l'EPI:

- Selon de risque d'exposition lié au soin
- Selon le mode de transmission du micro-organisme



Port des EPI



Tablier UU

- **Précautions standard**

- Soins souillant ou mouillant
- Soins exposant à des risques de projections

*Toilette au lit, gestion des excréta,
bionettoyage des sanitaires, bionettoyage...*

- **Précautions complémentaires Contact (GEA) et Gouttelettes (IRA avec symptômes respiratoires)**

- Lors de tout contact avec le résident et son environnement

*Toilette, change, mobilisation,
réinstallation,...*

Port limité au lieu de soin,
à éliminer avant de sortir de la chambre



Gants

- **Précautions standard**

- Soins à risque de contact avec du sang ou autre liquide biologique, des muqueuses ou une peau lésée
- Si le professionnel présente des lésions sur les mains

- **Précautions complémentaires Contact (GEA) et Gouttelettes (IRA)**

-> Idem précautions standard

1 geste = 1 paire de gants
À enfiler juste avant le geste et
à retirer dès la fin du geste
À éliminer entre chaque patient

Hygiène des mains avant et après le port de gants



Port des EPI

• Précautions standard

- Lors des soins exposant à des risques de projections ou d'aérosolisation de liquide biologique
- Hygiène respiratoire: prévenir la transmission croisée interhumaine à partir d'une personne qui présente des symptômes respiratoires



Masque



Surlunettes

Précautions complémentaires Contact (GEA) et Gouttelettes (IRA)

- Protection du professionnel si vomissement du résident
- Le professionnel porte un masque* lors de la prise en charge de résident suspect/confirmé d'IRA

* *Le masque chirurgical est remplacé par un masque FFP2 lors des soins à risque d'aérosolisation*
























Hygiène des mains avant de mettre le masque et après son retrait

Précautions complémentaires Contact (GEA) et Gouttelettes (IRA avec symptômes respiratoires)

- Le professionnel porte des lunettes de protection lors des soins si le résident n'est pas en mesure de porter un masque
- Port systématique si geste à risque d'aérosolisation

Port des EPI



	IRA	GEA
Distribution du repas (sans contact avec le résident)	 <i>Si symptomatique</i>	 <i>vomissements</i>
Lever au fauteuil	  <i>Si symptomatique</i> <i>Si symptomatique</i>	  <i>vomissements</i>
Bionettoyage	   <i>Si symptomatique</i>	   <i>vomissements</i>
Soins de nursing	  +/-  <i>Si symptomatique</i>	  +/-  <i>vomissements</i>
Prélèvement nasopharyngé	 +/-     FFP2	



Respect strict des opportunités d'hygiène des mains





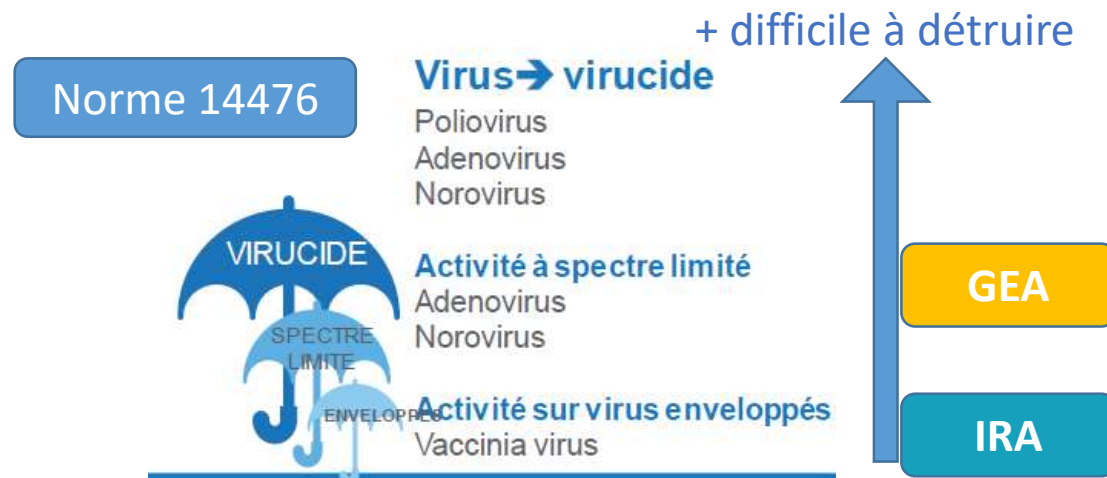
Désinfection du matériel/environnement

IRA

- Vérification de la norme virucide 14476- virus enveloppés

GEA

- Vérification des normes 14476
- **Actif sur adénovirus, rotavirus et norovirus en moins de 15 minutes**
- Sinon utiliser un produit sporicide





Participation du résident/visiteur

- **Hygiène des mains des résidents :**
 - Avant/après le repas
 - Avant/après les animations
 - Education du résident à l'hygiène de mains
 - Proposer le port du masque
- **Visiteurs :**
 - Port du masque
 - Hygiène des mains en rentrant dans l'EHPAD
 - Hygiène des mains avant de rentrer et en sortant de la chambre



Diagnostic des Infections Respiratoire Virales (1)

Pas de dépistage des contacts en systématique

- Dès l'apparition des symptômes chez les premiers sujets ,
 - > il est recommandé de réaliser une **recherche étiologique**
De GRIPPE, COVID, VRS
 - Quels matériels/tests à disposition ?
 - > Dans tous les cas il est recommandé un prélèvement par **écouvillonnage naso-pharyngé** à la recherche de GRIPPE / COVID /VRS
 - 2 possibilités pour l'analyse:
 - > Le **laboratoire d'analyses médicales** avec lequel vous travaillez habituellement qui propose dans la majorité des cas, une recherche par **PCR = test à privilégier** (*simplex ou quadriplex (Virus influenza A, B, VRS et SARS-CoV 2) selon les virus en circulation*)
 - > **Les TROD** = tests rapides que vous pouvez réaliser vous-même dans votre structure qui sont le plus souvent des recherches antigéniques (**≈ 20 % faux négatif = test indicatif mais rapide**)
- > en cas de résultat négatif à la recherche de ces virus, ne pas écarter la recherche de **Coqueluche (infection bactérienne)** par PCR
- > si PCR quadriplex et coqueluche négatives => PCR mutiplex



Diagnostic des Infections Respiratoire Virales (2)

Comment s'en procurer et comment les utiliser ?

- > Plusieurs laboratoires commercialisent des TROD IRA
 - recherche ciblée sur un virus (TROD simplex)
 - duplex (Grippe /COVID) ou quadriplex (GRIPPE A-B / COVID/ VRS)
- > Réaliser un écouvillonnage naso-pharyngé (une seule narine 3 secondes)
- > Puis décharger l'écouvillon dans la solution tampon
- > Déposer quelques gouttes de solution dans le puits sur la cassette.
- > Attendre la migration (env 15 minutes)
- > La lecture des résultats se fait à l'œil nu sans appareil spécifique

Dans tous les cas, bien suivre le mode opératoire joint dans le coffret et vérifier la date de péremption.

Pour plus d'informations, le rapport HAS de juin 2023 sur les TROD [ici](#)





Durées des précautions complémentaires

- **COVID 19** : précautions complémentaires gouttelettes et contact
 - **10 jours** pour les résidents asymptomatiques non immunodéprimés,
 - 10 jours pour résidents symptomatiques non immunodéprimés dont 2 jours sans fièvre,
 - **20 jours si immunodépression** ou forme grave symptomatique
- **Grippe**: précautions complémentaires gouttelettes et contact
 - **7 jours** pour les résidents non immunodéprimés dont 2 jours sans fièvre,
 - Peut être **prolongée si immunodépression** ou forme grave symptomatique
- **VRS** : précautions complémentaires gouttelettes et contact jusqu'à **l'arrêt des signes cliniques**, 7 jours de contagiosité,
- **GEA**: précautions complémentaires contact jusqu'à **48 h** après la fin des symptômes

QUIZ : Quels sont les critères cliniques permettant d'évaluer la gravité d'une infection respiratoire basse ?

QUIZ : Quels sont les critères cliniques permettant d'évaluer la gravité d'une infection respiratoire basse ?

- La toux persistante
- Une fréquence respiratoire $> \text{à } 30/\text{min}$
- Une saturation respiratoire $< 90 \%$
- Une fréquence cardiaque $> \text{à } 120/\text{min}$
- Une hypotension systolique $< 90\text{mmHg}$

Infections respiratoires basses en EHPAD

- Bronchite aiguë : majoritairement d'origine virale
- Exacerbation de BPCO : origine bactérienne dans environ 25% des cas - co-infections virus/bactérie possible
- Pneumonie aiguë communautaire (PAC) : pneumocoque dans 20% - virus dans <10% - co-infections..
- Pneumopathie d'inhalation : pas toujours infectieuse !
- Coqueluche !
- Tableaux parfois difficiles à distinguer, de même que leur étiologie bactérienne ou virale

- Quel que soit le diagnostic, quelques mots clé qui marchent toujours :
- **Évaluation de la gravité** : les **constantes** !
 - FC, FR, TA, sat, conscience, diurèse
 - Tracer ++
- Et la **réévaluation** : toujours les **constantes** !
 - Quel que soit le traitement instauré
- Un autre volet qui marche quel que soit le diagnostic : la **prévention** !
 - Vaccination : grippe, covid, pneumocoque, coqueluche
 - Précautions standards
 - Hygiène bucco dentaire, alimentation...

→ Rôle central de l'infirmière / des AS

QUIZ : En cas de pneumonie, certains critères permettent parfois de raccourcir la durée de l'antibiothérapie à 5 jours ?

QUIZ : En cas de pneumonie, certains critères permettent parfois de raccourcir la durée de l'antibiothérapie à 5 jours ?

VRAI

Durée raccourcie dans les PAC prises en charges en ville

- **Recommandations SPILF** novembre 2022 (+ recos USA, anglaises hollandaises et suisses)
- **Durée de traitement de 5 jours**, en cas d'évolution favorable, pour les pneumonies aiguës communautaires prises en charges en ville (quel que soit l'âge, les comorbidités et le contexte) :
 - **$T^{\circ} \leq 37,8^{\circ}\text{C}$ depuis 48h**
 - **TA systolique ≥ 90 mmHg**
 - **FC ≤ 100 /min**
 - **FR ≤ 24 /min**
 - **SpO2 $\geq 90\%$ ou PaO2 ≥ 60 mmHg en air ambiant**



El Moussaoui R et al, Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study. BMJ 2006 Jun

Uranga A et al. Duration of Antibiotic Treatment in Community-Acquired Pneumonia. JAMA Intern Med [Internet]. 2016 Sep

Dinh A et al, Discontinuing β -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2021 Mar

Réévaluation par l'infirmier.e de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires

Une infection des voies respiratoires basses a été diagnostiquée chez un résident et une antibiothérapie a été instaurée.

Des études ont montré que la durée d'antibiothérapie pouvait être raccourcie si certains critères étaient réunis (*).

Cette fiche de réévaluation vous permet de définir la meilleure durée de traitement nécessaire, en accord avec le médecin traitant du résident.

Quand réévaluer ?

A la fin du 3^{ème} jour d'antibiothérapie

Quels critères réévaluer ?

- Température < 37,8°C depuis 2 jours
- Pression artérielle systolique \geq 90mmHg
- Fréquence cardiaque \leq 100/min
- Fréquence respiratoire \leq 24/min
- SaO₂ \geq 90 %

5 critères sur 5

**Arrêt des antibiotiques à la fin
du 5^{ème} jour de traitement**
Informez le médecin traitant

Au moins 1 critère absent

Antibiothérapie
pendant 7 jours

(*) Wilensberger C, et al. Proposal for shorter antibiotic therapies. Med. Mal. Infect. 2017; 47: 90-141.
Sinh A, et al. Discontinuing β -lactam treatment after 9 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial. Lancet 2021; 397: 1195-208

QUIZ : Lors d'une bronchite aiguë, la toux peut durer 2 à 3 semaines ?

QUIZ : Lors d'une bronchite aiguë, la toux peut durer 2 à 3 semaines ?

VRAI

RAPPELS

La plupart des cas de bronchite, trachéite, rhinopharyngite sont causés par des virus.

Les antibiotiques ne fonctionnent pas contre les virus.

Les mucosités vertes ou jaunes sont liées à l'inflammation. Elles ne présagent pas de l'origine bactérienne ou virale et donc de la nécessité d'une antibiothérapie.

Une toux d'origine virale dure en moyenne un peu moins de 3 semaines.



**AVEC
ANTIBIOTIQUES**

OU

**SANS
ANTIBIOTIQUES**

7 PERSONNES SUR 10 SE SENTENT MIEUX APRÈS UNE SEMAINE

Le plus souvent, les antibiotiques sont inutiles

Surveiller:

- Persistance ou réapparition de la **fièvre**
- **Essoufflement**, tachypnée
désaturation
- **Hémoptysie**
- S. de **mvse tolérance** générale
- Persistance de la toux > 3-4 semaines

Soulager:

- antipyrétiques,
- hydratation (boissons chaudes)
- miel...



PARLONS DE TOUX D'ORIGINE VIRALE



**AVEC
ANTIBIOTIQUES**

OU

**SANS
ANTIBIOTIQUES**

7 PERSONNES SUR 10 SE SENTENT MEILLEUX APRÈS UNE SEMAINE
Le plus souvent, les antibiotiques sont inutiles.



RAPPELS

La plupart des cas de bronchite, trachéite, rhinopharyngite sont causés par des virus.

Les antibiotiques ne fonctionnent pas contre les virus.

Les mucosités vertes ou jaunes sont liées à l'inflammation. Elles ne présagent pas de l'origine bactérienne ou virale et donc de la nécessité d'une antibiothérapie.

Une toux d'origine virale dure en moyenne un peu moins de 3 semaines.



LES ATTITUDES À ADOPTER

"WASHÉE DU MIEUX"
SE LAVER LES MAINS RÉGULIÈREMENT
PRENDRE DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FÉVRE
OU LA DOULEUR
BOIRE DÉLIVRÉ
VOUS BRÛLER

QUAND CONSULTER ?

- La toux ne s'apaise pas ou dure plus de quatre semaines.
- J'ai du mal à respirer.
- J'ai une fièvre supérieure à 38 °C, je suis essouffé ou j'ai d'autres symptômes tels que des douleurs dans la poitrine, des vomissements répétés...

LES EFFETS NÉFASTES À COURT TERME DES ANTIBIOTIQUES

**DIARRHÉE - MAUX DE TÊTE - ALLERGIES
MÉTÉORISME - DIABÉTÈSE**
2 personnes sur 10
subissent des effets secondaires
suite à la prise d'antibiotiques

RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

- L'utilisation inadaptée d'antibiotiques (mauvaise indication, mauvaise durée, mauvais traitement) est responsable à moyen terme du développement de résistances.
- L'automédication d'antibiotique est à proscrire dans tous les cas.
- Demandez conseil à un professionnel de santé



<https://youtu.be/9FwBUFGaccU>

Outils de promotion du bon usage des antibiotiques
(medqual.fr)



La coqueluche

PCR

+ **culture** si
toux < 15 jours

DIAGNOSTIC biologique : la méthode de référence est la PCR

Bordetella

(aspiration ou écouvillonnage nasopharyngé ou mucus de quintes)

PCR à réaliser si **toux < 21 jours**

Pas de place pour la sérologie



TRAITEMENT

Antibiotiques de la famille des macrolides

Pas d'effet sur les symptômes

Réduit la contagiosité ++



La coqueluche – prévention



La vaccination ++
 Rappel dTCP
 Tout au long de la vie
 /10 ans après 65 ans

- Sujets à haut risque
 - o Nourrissons de moins de 6 mois quelles que soient les vaccinations de la mère ou de l'enfant ;
 - o Nourrissons de 6 à 11 mois avec moins de 2 doses ou dont la dernière est inférieure à 2 semaines.
- Sujets à risque
 - o Personnes présentant une maladie respiratoire chronique, obésité ou déficit immunitaire ;
 - o Personnes âgées de plus de 80 ans.



Précautions gouttelettes

Incubation 10 jours (7-21)

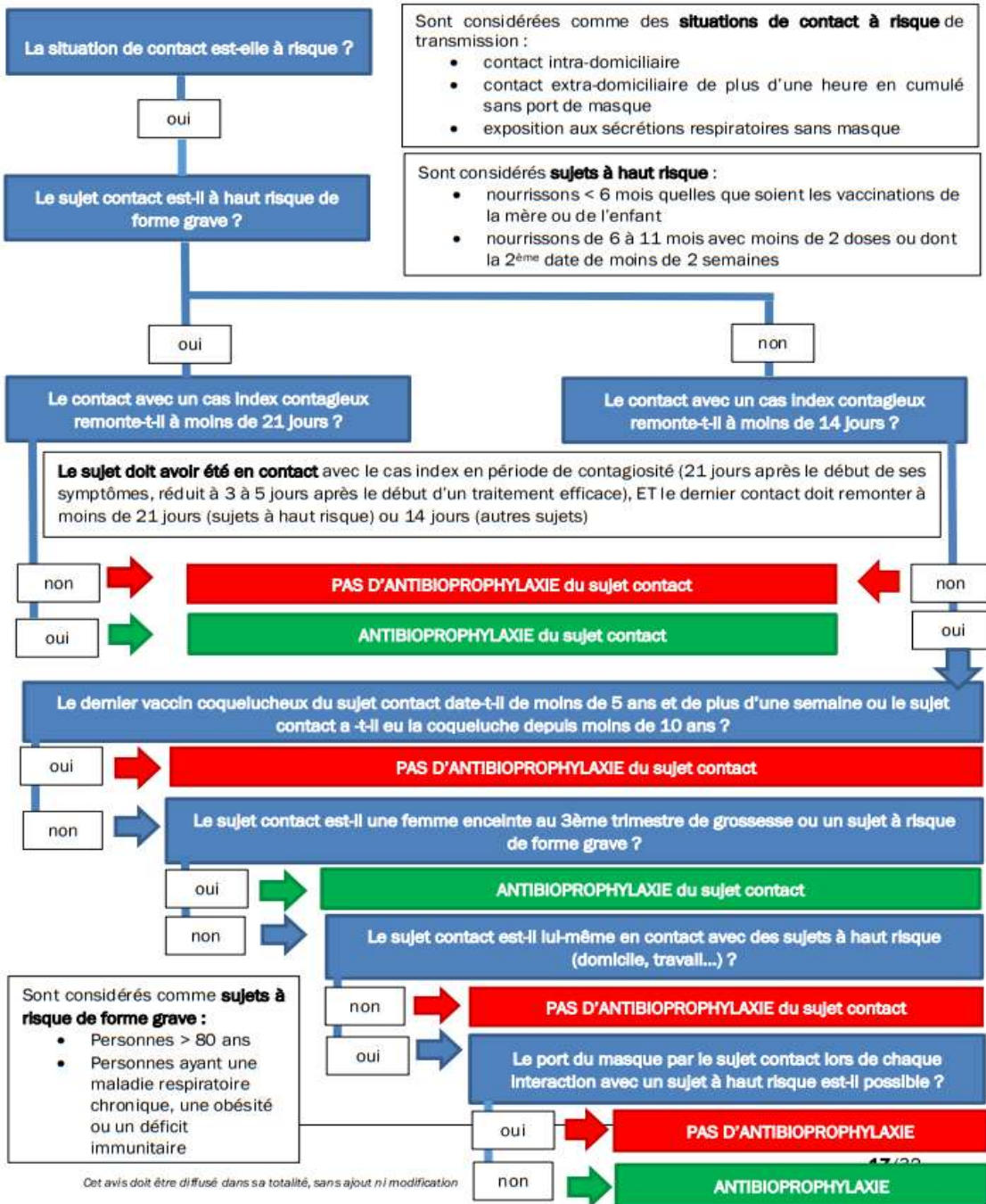
Contagiosité

- 21 jours
- 3 à 5 jours si ATB

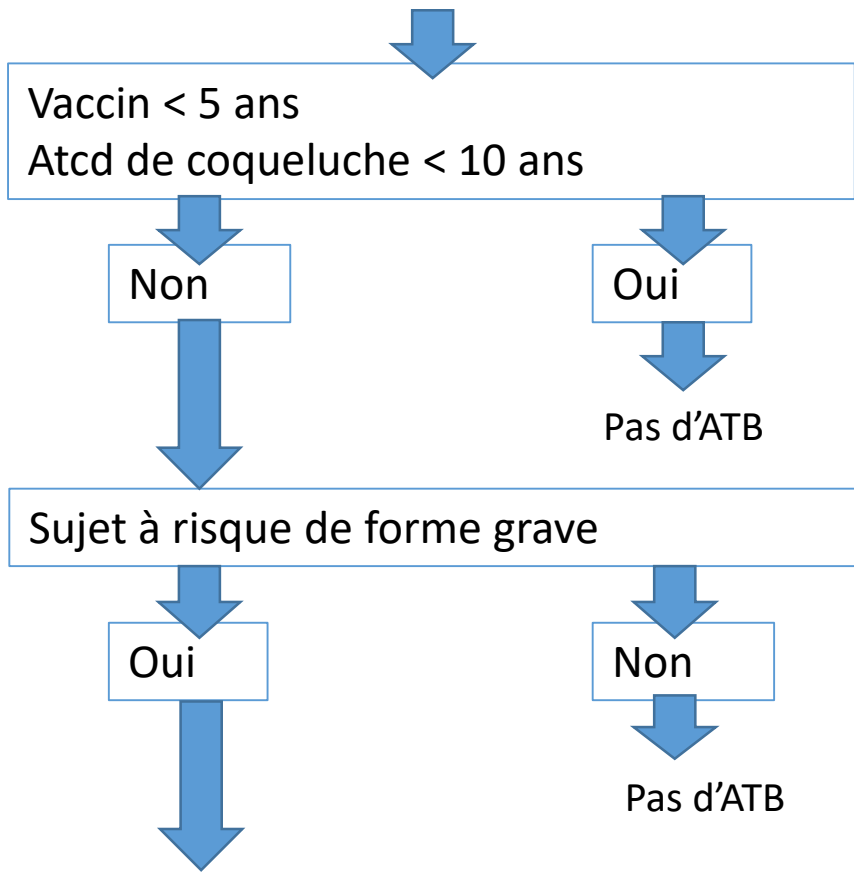


Dans certaines situations de contact, une **antibioprophylaxie peut être indiquée** chez les sujets à risque avec un dernier rappel vaccinal > 5 ans (ou atcd de coqueluche > 10 ans)

Logigramme relatif aux indications d'antibioprophylaxie pour un sujet contact



Sujet contact
 = contact avec une sujet considéré
 comme contagieux
 Et le dernier contact < 21 jours



Antibioprophylaxie

Conduite à tenir en cas groupés de coqueluches en EHPAD



à une nouvelle vaccination contre la coqueluche tous les soignants, primaires inclus, lorsque leur dernière dose date de plus de 5 ans (ou non avérée dans les 10 ans).

Respect scrupuleux du port de masque chirurgical par le personnel: tous les personnels

à un autre membre du personnel, pour réduire les contaminations entre collègues au lieu de travail

et les réunions en groupe dans des espaces clos et sans masque.

Antibioprophylaxie aux patients à risque de forme grave, si possible et si cela ne présente pas de contre-indication.

Informations partagées des résidents, surtout lorsqu'elles sont prévues en cas de cluster, et dans la mesure du possible faire porter un masque aux résidents.

- Si possible éviter l'arrivée de nouveaux résidents tant que le cluster n'est pas sous contrôle.

<https://www.hcsp.fr/explorer.cgi/avisrapportsdocteurs/maine?clefr=1366>

La coqueluche – pour en savoir plus...

CAT en cas de coqueluche en
EHPAD

<https://cpias-occitanie.fr/recommandations/protocole-coqueluche-pour-les-esms/>

Données épidémiologique
SPF

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/recrudescence-de-la-coqueluche-en-europe-appel-a-une-vigilance-renforcee-en-france>

HAS 2024
Stratégie vaccination

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3531467/fr/strategie-de-vaccination-contre-la-coqueluche-dans-le-contexte-epidémique-de-2024-rappel-vaccinal-des-professionnels-au-contact-des-personnes-a-risque-de-forme-grave

HCSP 2024
Prévention de la transmission
de la coqueluche aux personnes
à risque de forme grave

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1386>

HAS 2024
Choix et durées ATB

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3525542/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapies-coqueluche-chez-le-nourrisson-l-enfant-et-l-adulte

Diagnostic différentiel

- Pneumopathie d'inhalation

QUIZ : Quelles sont les affirmations vraies concernant les pneumopathies d'inhalation ?

- L'antibiothérapie est systématique
- Elles sont inévitables
- l'association C3G + flagyl est l'antibiothérapie de choix
- La vaccination peut jouer un rôle protecteur
- Je fais attention à l'état bucco dentaire des résidents sur mon établissement

Diagnostic de pneumonie d'inhalation : (1) + (2)

(1) Diagnostic positif de pneumonie

- Signes cliniques d'infection respiratoire aigüe basse
- +
- Infiltrat radiologique nouveau

Diagnostic de pneumonie d'inhalation : (1) + (2)

(1) Diagnostic positif de pneumonie

- Signes cliniques d'infection respiratoire aigüe basse
- +
- Infiltrat radiologique nouveau



Aucun examen complémentaire microbiologique n'est systématiquement recommandé

(2) Diagnostic étiologique présomptif d'inhalation

- Troubles de déglutition ou inhalation

ou

- Atteinte clinico-radiologique décline en présence de facteur de risque d'inhalation (troubles de vigilance, troubles de la déglutition, anomalie des réflexes nauséux et de toux, atteinte des voies aérodigestives supérieures ou altération de l'hygiène bucco-dentaire)

Retard à la vidange gastrique

Traumatisme, Spasme du pylore, Ileus, Médicaments ralentisseurs du transit (morphiniques, sédatifs).

Hypersécrétion gastrique

Douleur, stress.

Facteurs favorisant le reflux gastro-œsophagien

Reflux œsophagien, Hernie hiatale, *Obésité, Neuropathie diabétique avec dysautonomie (discutés).*

Facteurs laryngés

Intubation en préhospitalier, Anesthésie générale, Chirurgie urgente, Traumatisme crânien, Atteinte neuromusculaire (Sclérose en plaque Parkinson Guillain-Barré Paralysie des nerfs crâniens Dystrophies musculaires).



DIFFERENT

Le tableau respiratoire aigu immédiatement secondaire à une fausse route
(**pneumopathie chimique**) ne répond pas à la définition de PI.

Après une fausse route constatée :

- Il est recommandé de ne pas débuter d'antibiothérapie préemptive mais de procéder à une surveillance clinique et de ne débuter une antibiothérapie qu'en présence des critères de PI

Diagnostic de pneumonie d'inhalation : (1) + (2)

(1) Diagnostic positif de pneumonie

- Signes cliniques d'infection respiratoire aigüe basse
- +
- Infiltrat radiologique nouveau

(2) Diagnostic étiologique présomptif d'inhalation

- Troubles de déglutition ou inhalation
- ou
- Atteinte clinico-radiologique déclive en présence de facteur de risque d'inhalation (troubles de vigilance, troubles de la déglutition, anomalie des réflexes nauséux et de toux, atteinte des voies aérodigestives supérieures ou altération de l'hygiène bucco-dentaire)

Le tableau respiratoire aigu immédiatement secondaire à une fausse route (**pneumopathie chimique**) ne répond pas à la définition de PI.

Après une fausse route constatée :

- Il est recommandé de ne pas débiter d'antibiothérapie préemptive mais de procéder à une surveillance clinique et de ne débiter une antibiothérapie qu'en présence des critères de PI

	Molécule	Voie
1^{er} intention	Amoxicilline -acide clavulanique 1g X3 /j	PO ou IV (si gravité)
2^e intention (si allergie pénicilline ou impossibilité PO ou IV)	Ceftriaxone 1g/j	SC ou IV
Il est recommandé de ne pas associer le métronidazole à l'antibiothérapie de référence pour le traitement des pneumonies d'inhalation (GRADE C).		
3^e intention (si contre indication aux bêta-lactamines)	Sulfaméthoxazole 800mg/Triméthoprim 160mg 800/160 toutes les 8 heures	PO ou IV
En cas d'échec à 72h	Pipéracilline 4g-Tazobactam 500mg 4g toutes les 6 à 8 heures	IV

Pneumopathies d'inhalation

- Pneumopathies chimiques (pas ATB systématique)
- Dg radio → doute et pas de signe de gravité : on surveille
- ATB 1ere intention = Amox/Ac. Clav., 5 jours
- C3G + flagyl c'est fini !!
- Prévention



En cas d'épidémie

EpidESMS / Primo

Objectif : permettre aux structures de vérifier de façon systématique les actions essentielles à mener face à la survenue de plusieurs cas d'infections.

Surveillance et audit

EPID'ESMS : Checklist gestion d'une épidémie en ESMS **NEW**

- Checklist gestion d'une épidémie en ESMS : document word à télécharger (version 09/2023)
- Checklist gestion d'une épidémie en ESMS en ligne
- Diaporama de présentation de l'outil (pdf)



<https://antibioresistance.fr/>

Pour vous accompagner dès le premier cas

Checklist gestion d'une épidémie en ESMS

 Checklist épidémie (étape 1/5)

 Checklist gestion d'une épidémie en ESMS

Code couleur: Investigation communication formation soin organisation

Mesures immédiates (dans les 24 à 48h)

	Date de mise en oeuvre	Commentaires
La démarche diagnostique est lancée et les prélèvements microbiologiques réalisés, ou le micro-organisme responsable est identifié	<input type="radio"/> Oui	<input type="text"/>
• Recommandations pour la pratique des prélèvements microbiologiques en EHPAD	<input type="radio"/> Non	<input type="text"/>

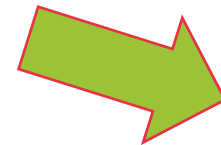


Le Signalement

- Nouvelles définitions pour le signalement
 - **3 cas résident en 4 jours IRA**
 - **5 cas résident en 4 jours GEA**

- Il se fait sur internet via le **Portail unique du signalement**

<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>



The screenshot shows a Google search page with the query "signaler un événement indésirable grave". The search results include a snippet from the "Ministère de la Santé" website, which states: "Le signalement d'un EIGS se fait obligatoirement sur le portail signalement-sante.gouv.fr en cochant la case « Événements indésirables graves associés aux soins - déclaration - 1ère partie » ainsi que les éventuelles vigilances associées à l'événement (pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance, etc.)." Below this, there is a link to the "Portail de signalement des événements sanitaires indésirables" and a section titled "Autres questions posées" with two questions: "Quels sont les critères de gravité d'un événement indésirable ?" and "Quels sont les trois types d'événements indésirables à signaler aux autorités sanitaires?".



1 Signaler un risque pour la santé publique
Agir pour sa santé et celle des autres

Signaler un événement indésirable

EN CAS D'URGENCE
Appelez le 15

EN CAS D'INTERCATION
Contactez le centre anti-poisons le plus proche de vous

Vous souhaitez porter une réclamation sur la qualité d'un soin ou d'une prise en charge ? Cliquez ici pour plus d'informations.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

2 Signaler un événement sanitaire indésirable

Merci de prendre le temps d'effectuer un signalement. Vous recevrez une confirmation à la fin.

Je suis un particulier
Vous êtes le premier concerné, un proche, un collègue, un représentant d'une institution (école, directeur d'hôtel, une association d'usagers, ...)

Je suis un professionnel de santé
Vous êtes un professionnel de santé ou travaitez dans un établissement sanitaire ou médico-social (concernaire de soins, directeur d'hôpital, ...)

Je suis un autre professionnel
Vous êtes une entreprise ou un organisme spécialisé fabricant, distributeur, importateur, revendeur, ...

Si vous avez des difficultés à identifier votre profil, cliquez sur "Je suis un particulier".

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

3 Si la vigilance relative à votre signalement n'apparaît pas dans la liste ci-dessous, vous pouvez la retrouver en parcourant les autres catégories proposées :

Les vigilances les plus signalées

- Événement indésirable associé à des soins
- Effet sanitaire indésirable suspecté d'être lié à des produits de consommation
- Maladie nécessitant une intervention de l'autorité sanitaire et une surveillance continue
- Cybersécurité
- Observatoire national des violences en santé (ONVS)
- Effet sanitaire indésirable suspecté d'être lié à un dispositif ou un acte sans finalité médicale, y compris esthétique

- Pharmacovigilance (dont vaccin contre la Covid-19)
- Matérovigilance
- Une infection respiratoire aigüe (IRA) - volet 1
- Une infection respiratoire aigüe (IRA) - volet 2
- Événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) - déclaration - 1ère partie
Le signalement d'un DOS d'effets en 2 étapes : le signalement initial (partie 1) suivi 2 mois plus tard d'une analyse des causes (partie 2)
- Événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) - déclaration - 2ème partie
- Gastroentérite Aigüe (GEA) - déclaration - 1ère partie
- Gastroentérite Aigüe (GEA) - déclaration - 2ème partie

Précédent Suivant

- Déclarer l'épidémie à l'aide de la 1^{ère} partie
- Bien penser à **clôturer** votre signalement en complétant la 2^{ème} partie

Une aide est accessible via le Cpias [ici](#)

Tout comme vous pouvez vous faire aider de votre RTH



Points clés - PCI

- Se préparer :
 - Campagne de vaccination grippe/COVID et pneumocoque
 - Vérification de la vaccination coqueluche
 - Check-IRA [Appui à la prévention de la résistance aux antibiotiques - Antibio Resistance](#)
 - Formation/sensibilisation des professionnels



Points clés - PCI

- Dès l'apparition des symptômes chez le premier cas :
 - Précautions complémentaires adaptées
 - EPI : selon le risque d'exposition lié au soin et le mode de transmission du micro-organisme
 - Désinfection du matériel et de l'environnement efficace
 - Recherche étiologique par prélèvement naso-pharyngé
 - Traitement adapté
 - Remplir la courbe épidémique (disponible ici https://antibioresistance.fr/prevention_infections)
 - Accompagnement avec RTH + EPID'ESMS
 - Mesures collectives (HDM, masque...)
- Si 3 cas (IRA) ou 5 cas (GEA) résident en 4 jours : signalement via le portail des signalements
 - Clôturer l'épisode par la partie 2

Points clés - BUA

Devant un résident présentant une infection respiratoire :

- **réaliser des TROD**, surtout en période épidémique : moins d'infections virales, c'est moins d'antibiotiques prescrits
- **importance des constantes** pour évaluer la gravité
- la toux persistante n'est pas un signe de mauvaise évolution
- vaccination : penser aussi au **pneumocoque** ! Stratégie vaccinale simplifiée en 2024
- **Pas d'antibiothérapie systématique après une inhalation**
- Si l'antibiothérapie est nécessaire : **5 jours**, c'est possible !

2024

Formations Hivernales



*Des dates en visioconférence
pour retenir l'essentiel...*

... et des dates sur site pour approfondir les thématiques !

- Mardi 24 septembre
- Mardi 1er octobre
- Jeudi 03 octobre

de 14h00 à 15h30

*Pour vous inscrire aux visioconférences,
flashez ce QR code*



Thématiques

- Port des EPI
- TROD
- Signalement
- Vaccination
- Gestion des épidémies
- Bon usage des antibiotiques
- Coqueluche

RTH Eleph-An

cpias.pdl@chu-nantes.fr
04/10/2024 - 14h00-16h30
CHU de Nantes

RTH Anjelin

reseau-ANJELIN@chu-angers.fr
15/10/2024 - 14h30-16h30
CHU d'Angers

RTH Corhylin

marielle.charon@ch-cnp.fr
15/10/2024 - 2h
CH de Châteaubriant

RTH Lutin 72

lutinset@ch-lemans.fr
04/11/2023 - 14h30-16h30
CH Le Mans

RTH du Saumurois

secretariat.hygiene-vigilances@ch-saumur.fr
15/10/2024 - 14h30-16h30
CH de Saumur

Pour vous inscrire à ces dates sur site , rapprochez-vous du RTH concerné.

