

Bienvenue à notre webinaire

Epidémies virales & Bon Usage Antibiotique en EHPAD

Avec la participation de notre experte invitée :

Dr Sophie CHAMPOLLION, gériatre, médecin coordinateur EHPAD, Meudon (92)

Et animé par l'équipe du CRAtb Île-de-France :

Dr Cécilia FARAUT-PIZZOCOLO & Dr Samy TAHA

Lundi 15 janvier 2024



Three decorative circles of varying shades of blue and grey are positioned in the upper left area of the slide.

1

Etat des lieux de la consommation et des résistances antibiotiques

●● Une reprise de la consommation depuis la fin de la pandémie

Prescriptions d'antibiotiques de 2012 à 2022
pour 1 000 habitants et par an



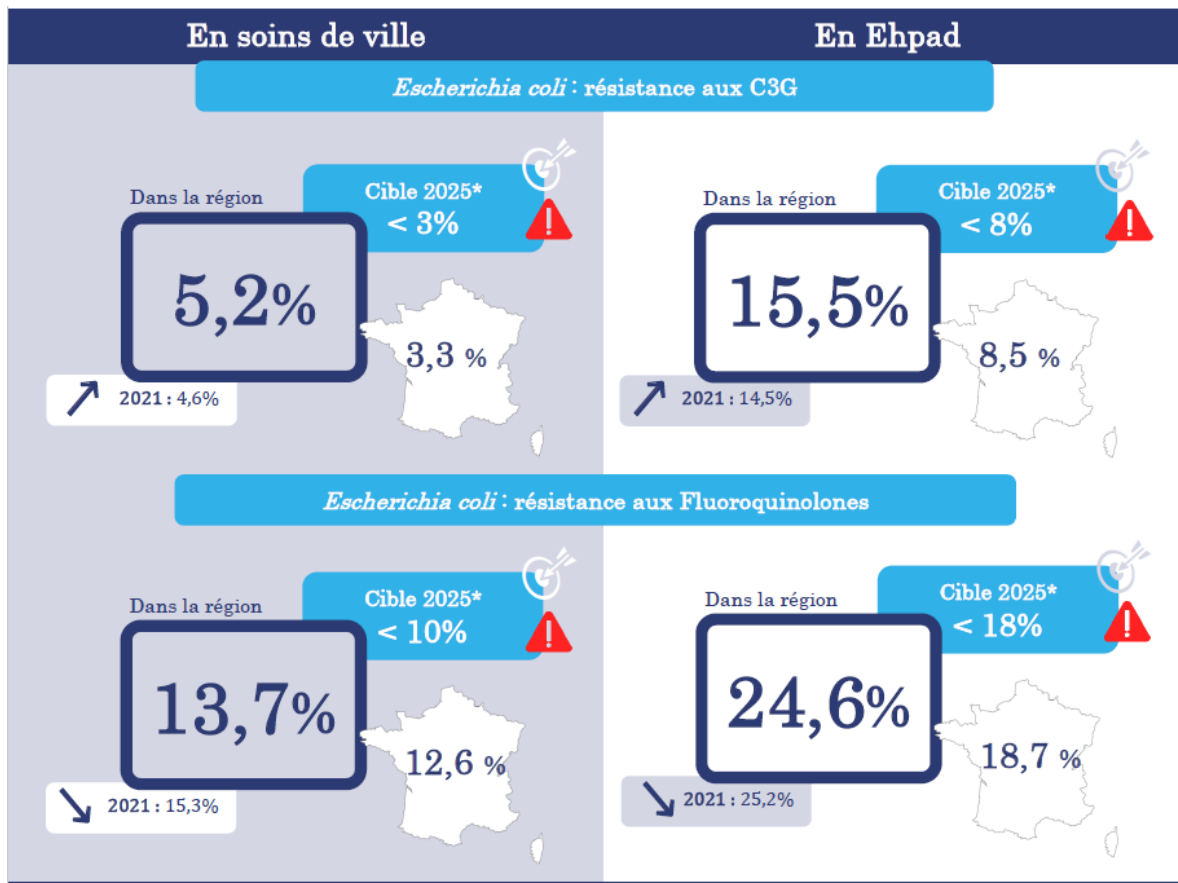
Sources : Données SNDS. Analyse Santé publique France

Prescriptions d'antibiotiques en 2022
par mois et par classe d'âges



La France reste l'un des pays les plus consommateurs d'antibiotiques en Europe (4^e rang depuis 2018).

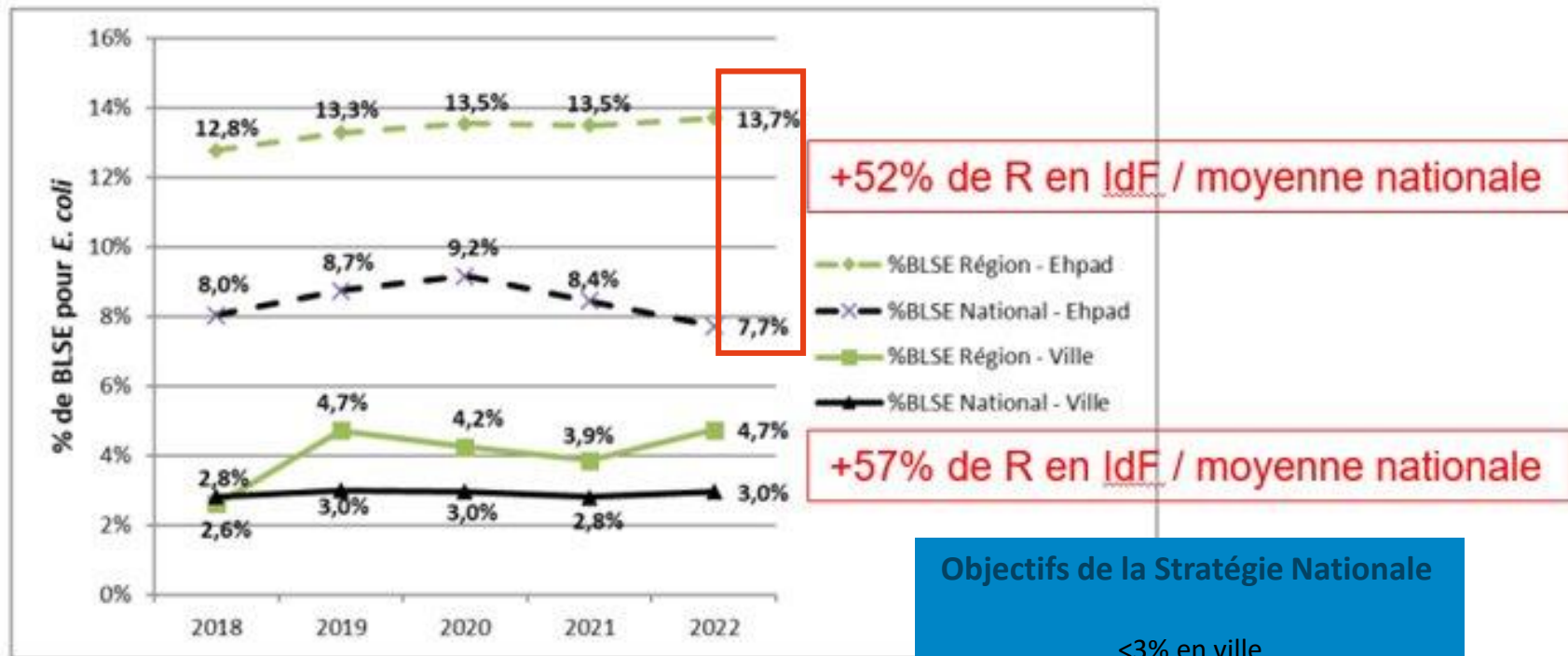
Données de résistance PRIMO 2022 : Resistance d'E.Coli aux C3G





Données de résistance PRIMO 2022 : Evolution des E.Coli BLSE

Evolution du pourcentage de souches de *Escherichia coli* productrices de BLSE dans les prélèvements urinaires selon le type d'hébergement. Mission PRIMO, Région Île-de-France, Résultats 2022.



Objectifs de la Stratégie Nationale

<3% en ville
<8% en EHPAD

Three decorative circles of varying shades of blue and grey are positioned in the upper left area of the slide.

2

L'épidémie hivernale 2023-2024 d'infections respiratoires aiguës (IRA)



Des indicateurs d'IRA à un niveau élevé stable

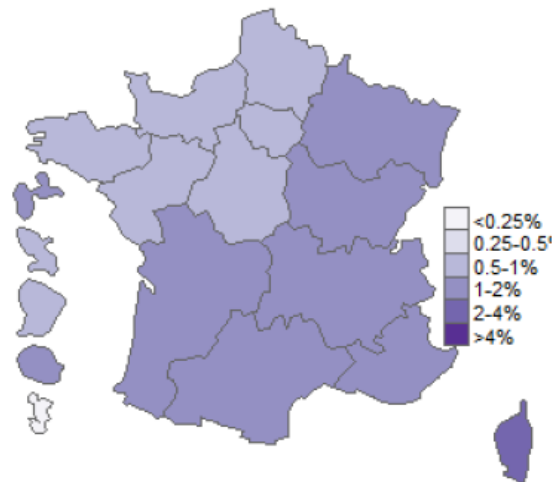
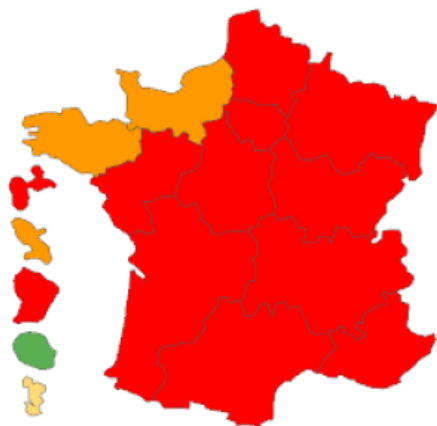
Niveau d'alerte régional*

Grippe^{1,2,3}

Bronchiolite^{1,2}

Taux de passages aux urgences

COVID-19¹



■ Pas d'alerte ■ Pré-épidémie ■ Epidémie ■ Post-épidémie

Point de situation

En semaine 01, les indicateurs des infections respiratoires aiguës étaient stables en médecine de ville. Ils étaient en diminution à l'hôpital excepté chez les 65 ans et plus.

Three decorative circles of varying shades of blue and grey are positioned in the upper left area of the slide.

3

Les insuffisances respiratoires aiguës chez la personne âgée en EHPAD

La grippe

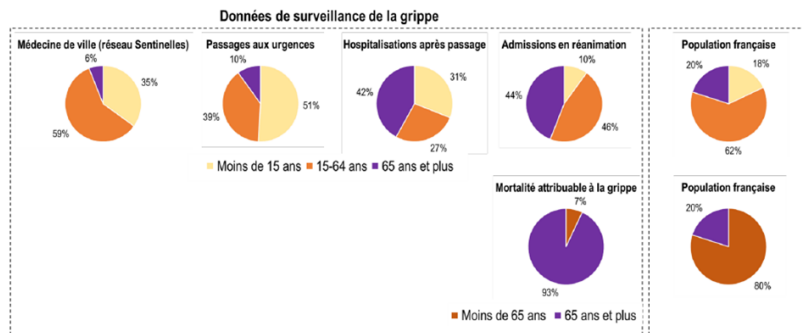


Epidémiologie



- Période épidémique de Novembre à Avril et durée en moyenne de 9 semaines.
- Epidémie 22-23 précoce et longue avec impact élevé sur l'offre de soin de 1^{er} recours mais nombre modéré de signalements dans les EMS.

Figure 1. Répartition moyenne (en pourcentage) des cas de grippe par classes d'âges et par source de données de surveillance, en comparaison de la structure de la population française (Insee, au 1^{er} janvier 2020), au cours des épidémies de grippe 2011-2012 à 2021-2022*



* Les données de mortalité attribuable à la grippe ne concernent que les épidémies de grippe 2011-2012 à 2019-2020.

Couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge (source : SNDS – DCIR- tous régimes – Traitement Santé publique France)						
Saison grippale	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22
Moins de 65 ans	28,7%	28,9%	29,7%	31,0%	38,7	34,3
65 ans ou +	50,0%	49,7%	51,0%	52,0%	59,9	56,8
TOTAL	45,7%	45,6%	46,8%	47,8%	55,8%	52,6%



Tableau clinique brutal mais peu spécifique

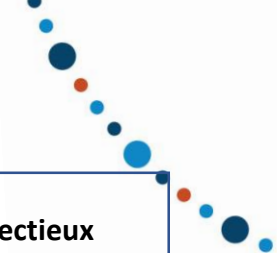


Tableau classique

Syndrome infectieux marqué + Syndrome respiratoire (*) + Syndrome algique **sans foyer infectieux**

(*) *Eliminer pathologie cardio-respiratoire sous jacente*

Evolution favorable (5j)

Chez le sujet âgé

Tableau clinique initial souvent trompeur



- 1/3 fièvre et toux absentes
- 1/2 expectorations et dyspnée absentes
- **symptômes aspécifiques :** Chutes
Changement aigu de l'état fonctionnel
Diminution appétit
Incontinence urinaire
Délire / état confusionnel aigu

Plus d'hospitalisations

Surinfections bactériennes respiratoires (S.aureus / pneumocoque++)

Décompensation maladies chroniques

Complications cardio-respiratoires, neuropsychiques

Perte d'autonomie



Stratégie du *point of care test* (POCT) : Les TROD

Diagnostic clinique simple en période épidémique mais...

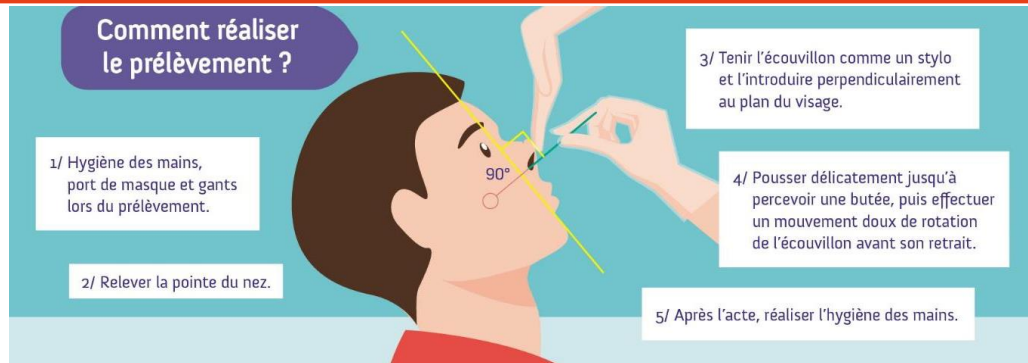
...importance du diagnostic de certitude en EMS : **Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)**

En période de circulation grippale et de cas groupés en EHPAD (5 cas en 4 jours)

- **TDR sur au moins 3 cas rapidement (dans le 48H début des signes)**
- Si l'ensemble des TDR négatifs:
 - rechercher autres étiologies (décompensation de pathologie cardio-respi)
 - **tests moléculaires multiplex** à privilégier si possible...**Se rapprocher du laboratoire conventionné**

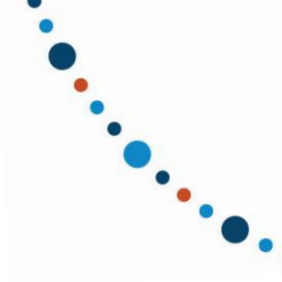


Penser aux TROD combinés
(grippe, COVID +/- VRS)
Plus facilement accessibles





Traitement en absence de complications



Traitement symptomatique

- Antipyrétiques/antalgiques (Éviter les AINS)
- Surveillance des apports hydriques et alimentaires
- Soins de support
- Mesures de précautions complémentaires (gouttelettes)

+/- Traitement spécifique (antiviraux)

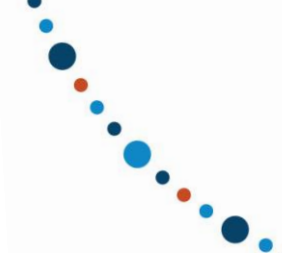


PAS DE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE SYSTÉMATIQUE





Les antiviraux : Oseltamivir et Zanamivir



- Réduisent:
 - durée et intensité symptômes (-21% vs placebo)
 - **risque d'hospitalisation** (-63% vs placebo)
 - fréquence complications respiratoires (-44% vs placebo)

Dobson J., Lancet, 2015
- **Effets indésirables** communs à type de **nausées** et **vomissements** (déshydratation).
Rarement troubles neurologiques et hépatite.
- Diviser la dose par 2 si DFG < 30 mL/min et CI si DFG < 10 mL/min (pas d'adaptation si insuffisance hépatique).
Tolérance reste bonne.

Choo D., Nephrology Dialysis Transplantation, 2010
- Interaction avec Warfarine (surdosage, signal faible), Entecavir (surdosage), Méthotrexate (surdosage et EI).
- Efficacité corrélée à la **précocité du début de traitement**
=> importance **diagnostic précoce (TROD++)**

Dans les 48h après le début des signes

- Les personnes partageant le **même lieu de vie** que le cas index et/ou
- Les personnes ayant eu un **contact direct en face à face à moins d'un mètre** lors d'une toux, d'un éternuement ou d'une discussion

- **Tous les résidents d'une unité spatiale** (secteur, aile, étage) dans laquelle on observe :
 - > Des cas groupés d'insuffisance respiratoire aiguë
 - > Avec au moins un test positif (TROD grippe) en période de circulation de la grippe
 - > Et un nombre de cas/jour toujours en augmentation



= résidents atteints de pathologies chroniques décompensées ou à fort risque de décompensation en cas de grippe



NON

**Dans les 48h après
le contact étroit**

- > Voie orale
- > 75 mg x 2/jour
- > Pendant 5 jours



- > Voie orale
- > 75 mg/jour
- > Pendant 10 jours

juin 2019 - Publication Dursin 05 20 08 01 05 - DRSB 20 0 03 2 3 - Crédit photo : Thinkstock - Ne pas jeter sur la voie publique

Relecteurs : M. CHARON-RTH (Corhuyin), S. GALLAIS (Colines), C. LEGEAY (Anjelin), M. BAUER (RTH du Choletais), S. PERRON (RTH du Saumurois), D. CLEMENT (Remalin), E. TRICA (Lutrin 72), C. JANSSEN (Clindrêre), R. HUE (Eclrin), Cellule de veille et d'alerte ARS PDL, S. FLOREANI (DGS), S. VAN DER WERF et B. LENO (CNR Grippe), S. BERNARD-STOECKLIN (SPF), K. BLANCKAERT (Cpias HdF), S. ALFANDARI (CH Tourcoing)

CPIas PDL : Bâtiment le Tourville - CHU - 5 rue du Pr Boquien - 44093 NANTES



Les complications post-grippales

Complications respiratoires basses

- **Pneumonie virale primaire** (grippe maligne) rare, souvent mortelle
- **PNEUMONIE BACTÉRIENNE SECONDAIRE**
- Pneumonie mixte
- **Décompensation BPCO**
- Décompensation d'asthme

Extra-respiratoires

- Myosites
- Cardiaques (myocardite, péricardite)
- Neurologiques (encéphalites, polyradiculonévrites, Guillain-Barré)

Complications respiratoires hautes

J5-J7 (après amélioration clinique initiale)

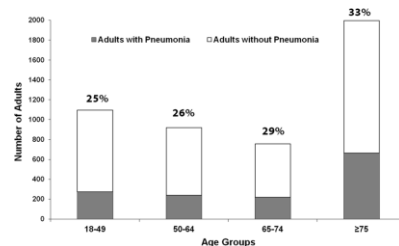
Aggravation: récurrence hyperthermie, toux productive et dyspnée AVEC
FOYER DE CREPITANT A L'AUSCULTATION PULMONAIRE

***S. aureus* +++**

Pneumocoque +++

Autres pyogènes (*H. influenzae* ou *S. pyogenes*)

Gram- ou anaérobies rares



4765 adultes hospitalisés avec grippe

- **Pneumonie (29%)**
- âge ≥ 75 ans (OR 1.27)
- EPAHD (OR 1.37)
- BPCO (OR 1.37)
- immunodépression (OR 1.45)

• **Mortalité X6**

• **S.aureus 46% pneumocoque 28%**

Pathogen	Patients with pneumonia n = 61; no. (%)	Patients without pneumonia n = 66; no. (%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	17 (28)	6 (9)
Group A streptococcus	4 (7)	3 (4)
<i>Haemophilus influenzae</i>	1 (2)	0
<i>Neisseria meningitidis</i>	1 (2)	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	28 (46)	30 (44)
MRSA	15	14
MSSA	10	16
Unknown	3 (5)	0
Gram negative rods ^b	3 (5)	10 (15)
Other streptococci ^c	4 (7)	8 (12)
Other pathogens ^d	2 (3)	5 (7)
Unknown pathogens	1 (2)	6 (9)

Garg et al BMC Infectious Diseases (2015)



Epidémiologie de la pneumopathie chez le sujet âgé

1ère cause d'hospitalisation et de mortalité d'origine infectieuse en EHPAD

3 fois plus de pneumopathies

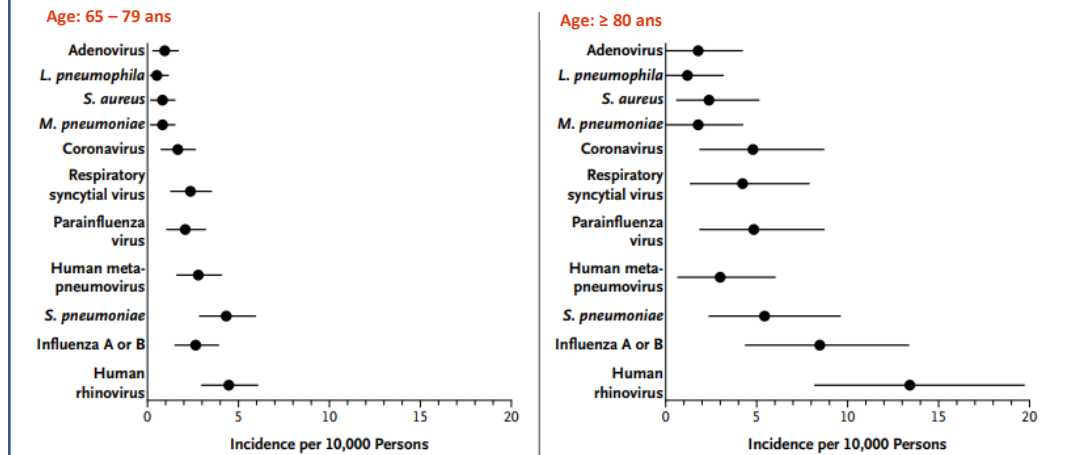
par rapport à la population d'adultes jeunes :

Groupe d'âge (années)	Incidence annuelle des pneumonies (IC 95%) nb cas /10 000 adultes
18-49	6,7 (6,1-7,3)
50-64	26,3 (24,1-28,7)
65-79	63 (56,4-70,3)
≥80	164,3 (141,9-189,3)

Parmi ces pneumopathies :

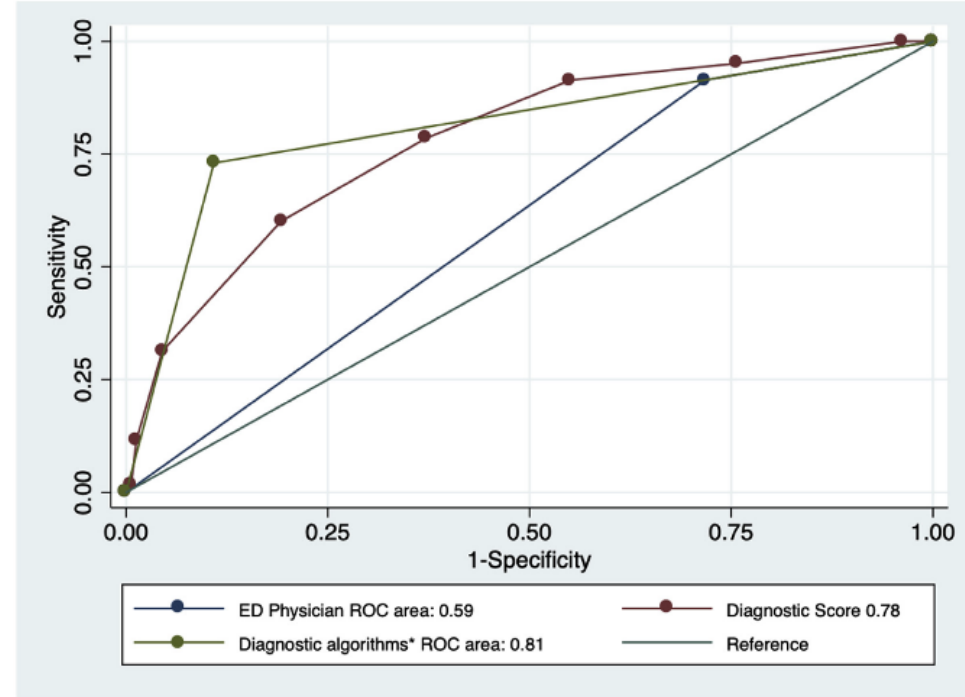
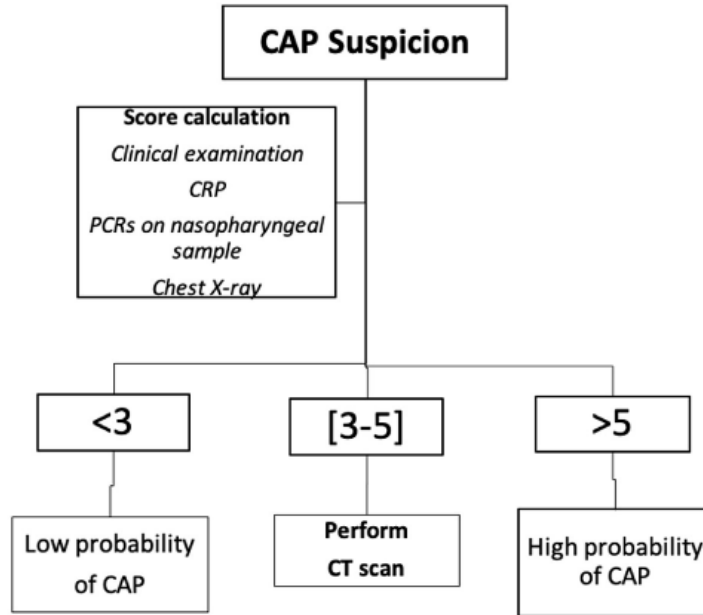
- **5 fois plus de grippe et de *S. pneumoniae*** que chez les adultes plus jeunes
- **10 fois plus de rhinovirus humain** que chez les adultes plus jeunes.

Taux d'incidence annuels de pneumopathies nécessitant une hospitalisation par pathogène, USA, 2010-2012





Des scores diagnostiques pour s'aider...si structure adaptée



Score calculation: cough=1, chest pain=1, fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$ =1, PCR positive result (except rhinovirus) in nasopharyngeal swab = 1, CRP ≥ 50 mg/L = 2 and parenchymal infiltrate on chest X-ray = 2.



Cas clinique n°1

Mme Y., 87 ans, résidente en EHPAD, GIR 1, diabétique, insuffisante cardiaque... Douleur medio thoracique avec AEG, dyspnée et toux grasse depuis 24h. Apyrétique et constantes stables pour le moment.

La radiographie de thorax au lit est celle-ci.



Quelles sont les propositions vraies ?

- A/ Le tableau clinique est compatible avec une pneumopathie
- B/ La radio est ininterprétable
- C/ La silhouette cardiaque est augmentée
- D/ On peut conclure à une pneumopathie sur la radio et traiter
- E/ On réalise un TROD viral



Cas clinique n°1

Mme Y., 87 ans, résidente en EHPAD, GIR 1, diabétique, insuffisante cardiaque... Douleur medio thoracique avec AEG, dyspnée et toux grasse depuis 24h. Apyrétique et constantes stables pour le moment.

La radiographie de thorax au lit est celle-ci.



Quelles sont les propositions vraies ?

A/ Le tableau clinique est compatible avec une pneumopathie

B/ La radio est ininterprétable

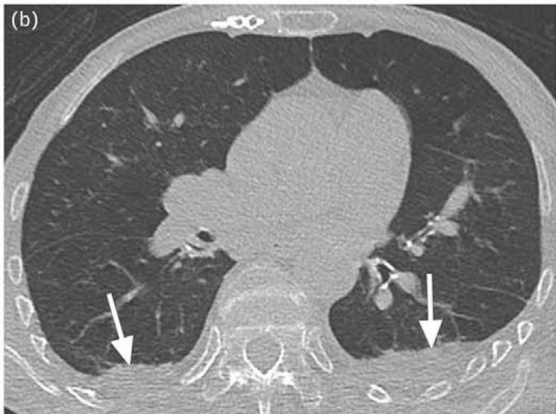
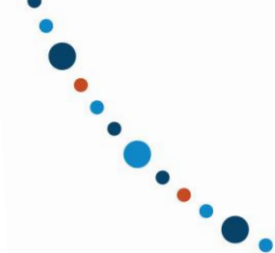
C/ La silhouette cardiaque est augmentée

D/ On peut conclure à une pneumopathie sur la radio et traiter

E/ On réalise un TROD viral

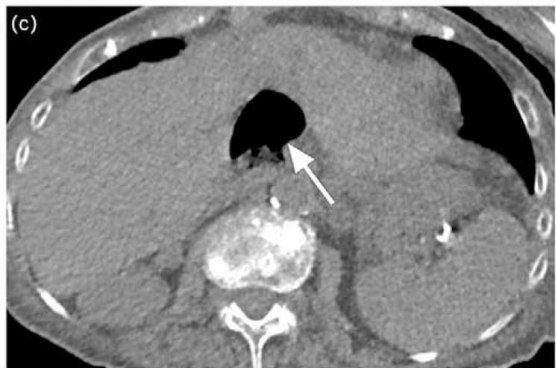


Attention aux tableaux trompeurs !



Adressée au SAU, Mme Y. bénéficie d'une TDM thoracique devant le bon EG et la radio ininterprétable :

Pas de pneumopathie mais épanchement pleural postérieur évocateur de poussée d'insuffisance cardiaque gauche.



Sur cette coupe, présence d'une poche d'air dans l'estomac évocateur d'aérophagie !



Cas clinique n°2

La même Mme Y., avec le même tableau bénéficie d'un TROD qui revient positif à la grippe. Devant le bon EG vous optez pour un traitement symptomatique et surveillance. Après une évolution favorable, elle devient fébrile et tachycarde 5j plus tard. Elle ne s'alimente plus et a le visage crispé.

Quelles sont les propositions vraies ?

- A/ Le tableau clinique est compatible avec une pneumopathie
- B/ La temporalité est cohérente avec une pneumopathie post-grippale
- C/ L'antibiothérapie devra couvrir le Staphylocoque Aureus
- D/ On traite pendant 10 jours
- E/ En cas d'évolution favorable au 5^{ème} jour, on pourra discuter l'arrêt de l'antibiothérapie



Cas clinique n°2

La même Mme Y., avec le même tableau bénéficie d'un TROD qui revient positif à la grippe. Devant le bon EG vous optez pour un traitement symptomatique et surveillance. Après une évolution favorable, elle devient fébrile et tachycarde 5j plus tard. Elle ne s'alimente plus et a le visage crispé.

Quelles sont les propositions vraies ?

A/ Le tableau clinique est compatible avec une pneumopathie

B/ La temporalité est cohérente avec une pneumopathie post-grippale

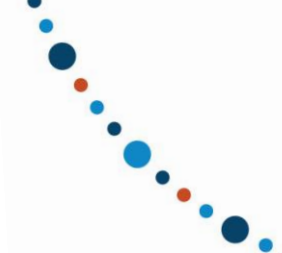
C/ L'antibiothérapie devra couvrir le *Staphylocoque aureus*

D/ On traite pendant 10 jours

E/ En cas d'évolution favorable au 5^{ème} jour, on pourra discuter l'arrêt de l'antibiothérapie



Prise en charge de la pneumopathie post-grippale



⇒ cibler systématiquement le pneumocoque et le *staphylococcus aureus* (seule situation où il doit être couvert)

⇒ pas de bi-antibiothérapie en première intention / réévaluation systématique à 48-72H

Pas de critères de gravité : **Amoxicilline + acide clavulanique** 1g x 3/j

Si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j

Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

Sévère ou échec à 48 heures : **Ceftriaxone** 1g/j IV/IM/SC + Azithromycine 500mg J1 puis 250mg de J2 à J5

Durée traitement

5j si évolution favorable :

T_s ≤ 37,8°C ET ≥ 3 signes de stabilité clinique parmi :

TAS ≥ 90 mmHg

FR ≤ 24/mn

FC ≤ 100 bpm

SpO₂ ≥ 90%

Sinon J7

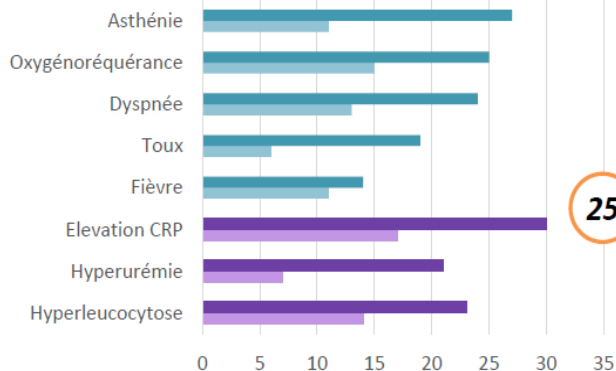
La toux n'est pas un critère de non-amélioration !

L. Bories, C. Brun, L. Dourthe, A. Jouffroy, T. Boughalem, N. Sayre
Hôpital Casanova, C. H. de Saint-Denis, 93200, Saint-Denis, France

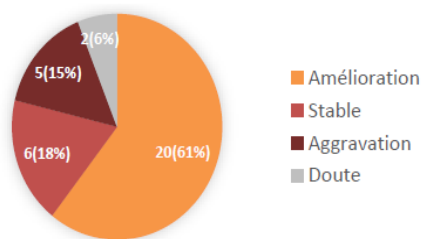
Résultats

Signes cliniques et biologiques les plus fréquents

Evaluation initiale Amélioration J3



Evaluation clinique à J3



Durée ATB

18

5j
13 patients

5 discordances¹

Pneumopathies communautaires

Exclusion de 10
pneumopathies nosocomiales

7

7j
5 patients

2 discordances¹

Evolutions défavorables à 30j

Rechute

Complication

Décès

5j	3 (23%)	2 (15%)	2 (15%)
7j	2 (40%)	0 (0%)	1 (20%)

Au total, on ne note pas plus d'évolutions défavorables dans le groupe 5 jours.

Cas de discordances :

- 3 cas liés à des erreurs de décompte de jours de traitement.
- 4 cas liés à des rechutes.

¹Discordance = durée de traitement effective différente de la durée prévue à J3

35 patients



16 (46%) 19 (54%)

85,1 ans

Charlson $\leq 1-2$ (44,1%)

CRB 65 ≤ 2 (88,2%)

CURB 65 ≤ 2 (61,8%)

DMS médiane : 13j



Vaccination du sujet âgé : GRIPPE

Recommandations 2023-2024 :

- + de 65 ans
- Patients ayant **maladies chroniques prédisposantes**
- Patients **institutionnalisés**
- **Prof de santé/des ESMS**

Spécialités disponibles:

- **Fluarix Tetra®** (AMM des 6 mois)
- **Vaxigrip Tetra®** (AMM des 6 mois, 2 doses)
- **Influvac Tetra®**
- **Flucelvax Tetra®** pour allergie à l'œuf, à partir de 2 ans
- Vaccin **Efluelda®** : pour les patients de + De 65 ans (4 fois plus de dose en antigène)



Recommandations particulières

La vaccination est recommandée chaque année chez les personnes à risque de grippe sévère ou compliquée, à savoir :

- les femmes enceintes, quel que soit le trimestre de la grossesse ;
- les personnes, y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois, atteintes des pathologies suivantes :
 - affections broncho-pulmonaires chroniques répondant aux critères de l'ALD 14 (asthme et BPCO) ;
 - insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives quelle que soit la cause, y compris les maladies neuromusculaires à risque de décompensation respiratoire, les malformations des voies aériennes supérieures ou inférieures, les malformations pulmonaires ou les malformations de la cage thoracique ;
 - maladies respiratoires chroniques ne remplissant pas les critères de l'ALD mais susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale, dont asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyper-réactivité bronchique ;
 - dysplasies broncho-pulmonaires¹⁴ ;
 - mucoviscidose ;
 - cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec une HTAP et/ou une insuffisance cardiaque ;
 - insuffisances cardiaques graves ;
 - valvulopathies graves ;
 - troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours ;
 - maladies des coronaires ;
 - antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
 - formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie et maladie de Charcot) ;
 - paralysies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique ;
 - néphropathies chroniques graves ;
 - syndromes néphrotiques ;
 - drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso-drépanocytose ;
 - diabètes de type 1 et de type 2 ;
 - maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose ;
 - déficits immunitaires primitifs ou acquis ;
 - pathologies oncologiques et hématologiques, transplantations d'organe et de cellules souches hématopoïétiques, déficits immunitaires héréditaires, déficits immunitaires acquis ;
 - maladies inflammatoires et/ou auto-immunes recevant un traitement immunosuppresseur, personnes infectées par le VIH quels que soient leur âge et leur statut immunovirologique (cf. tableau 4.4.2) ;
- Les personnes obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40 kg/m², sans pathologie associée ou atteintes d'une pathologie autre que celles citées ci-dessus ;
- Les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge ;
- L'entourage¹⁵ des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave ainsi définis : prématurés, notamment ceux porteurs de séquelles à type de broncho-dysplasie, et enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection de longue durée (cf. supra)
- ainsi que l'entourage des personnes immunodéprimées¹⁶.

Recommandations pour les professionnels

- Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère. Ces derniers sont détaillés dans le tableau 4.4.1 vaccination en milieu professionnel.
- Personnel navigant des bateaux de croisière et des avions, personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides) et les professionnels exposés aux virus influenza porcins et aviaires¹⁷.



Vaccination du sujet âgé : PNEUMOCOQUE

2.12 Infections à pneumocoque (IP)

Recommandations particulières

1- Pour les prématurés et les nourrissons à risque élevé de contracter une infection à pneumocoque (cf. ci-dessous la liste des personnes à risque), le maintien d'un schéma vaccinal renforcé comprenant une primovaccination à trois doses (2 mois, 3 mois, 4 mois) du vaccin pneumococcique conjugué 13-valent suivies d'une dose de rappel est recommandé.

2- À partir de l'âge de 2 ans, la vaccination est recommandée pour les patients à risque ; elle est effectuée avec un vaccin conjugué 13-valent, ainsi qu'avec un vaccin pneumococcique polysidique non conjugué 23-valent[®] (VPP 23) selon les modalités figurant dans le schéma vaccinal mentionné plus bas : elle s'adresse aux personnes suivantes :

- a) Patients immunodéprimés (patients concernés par les recommandations de vaccination des immunodéprimés) ;
- Aspléniques ou hypospléniques (incluant les syndromes drépanocytaires majeurs) ;
 - Atteints de déficits immunitaires héréditaires ;
 - Infectés par le VIH ;
 - Patients présentant une tumeur solide ou une hémopathie maligne ;
 - Transplantés ou en attente de transplantation d'organe solide ;
 - Greffés de cellules souches hématopoïétiques ;
 - Traités par immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique ;
 - Atteints de syndrome néphrotique.

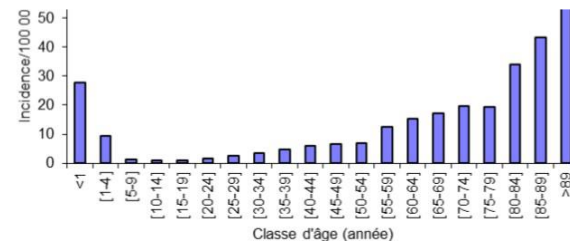
b) Patients non immunodéprimés porteurs d'une maladie sous-jacente prédisposant à la survenue d'infection invasive à Pneumocoque (IIP) :

- Cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque ;
- Insuffisance respiratoire chronique, bronchopneumopathie obstructive, emphysème ;
- Asthme sévère sous traitement continu ;
- Insuffisance rénale ;
- Hépatopathie chronique d'origine alcoolique ou non ;
- Diabète non équilibré par le simple régime ;
- Patients présentant une brèche ostéo-méningée, un implant cochléaire ou candidats à une implantation cochléaire.

Vaccination recommandée :

- Vaccin pédiatrique :
bénéfice indirect pour sujet âgé
- Patients immunodéprimés : risque élevé +++
- Patients avec pathologie prédisposante

adulte ≥ 65 ans ??



La COVID-19



Cas clinique n°3

Toujours Mme Y., qui présente cette fois plutôt une toux fébrile avec un syndrome confusionnel depuis la veille.

Elle qui déteste le gout du café en a bu sans broncher ce matin. Les constantes sont satisfaisantes pour le moment.

Le TROD triplex est positif à SARS-CoV2.

Quelles sont les propositions vraies ?

A/ Il faut isoler Mme Y. dans sa chambre

B/ Il faut dépister systématiquement les résidents et professionnels contact

C/ Mme Y. est éligible à un traitement par Paxlovid®

D/ Elle risque de présenter des contre-indication à ce traitement

E/ L'infection retarde le projet de rappel vaccinal de 6 mois



Cas clinique n°3

Toujours Mme Y., qui présente cette fois plutôt une toux fébrile avec un syndrome confusionnel depuis la veille.

Elle qui déteste le gout du café en a bu sans broncher ce matin. Les constantes sont satisfaisantes pour le moment.

Le TROD triplex est positif à SARS-CoV2.

Quelles sont les propositions vraies ?

A/ Il faut isoler Mme Y. dans sa chambre

B/ Il faut dépister systématiquement les résidents et professionnels contact

C/ Mme Y. est éligible à un traitement par Paxlovid®

D/ Elle risque de présenter des contre-indication à ce traitement

E/ L'infection retarde le projet de rappel vaccinal de 6 mois

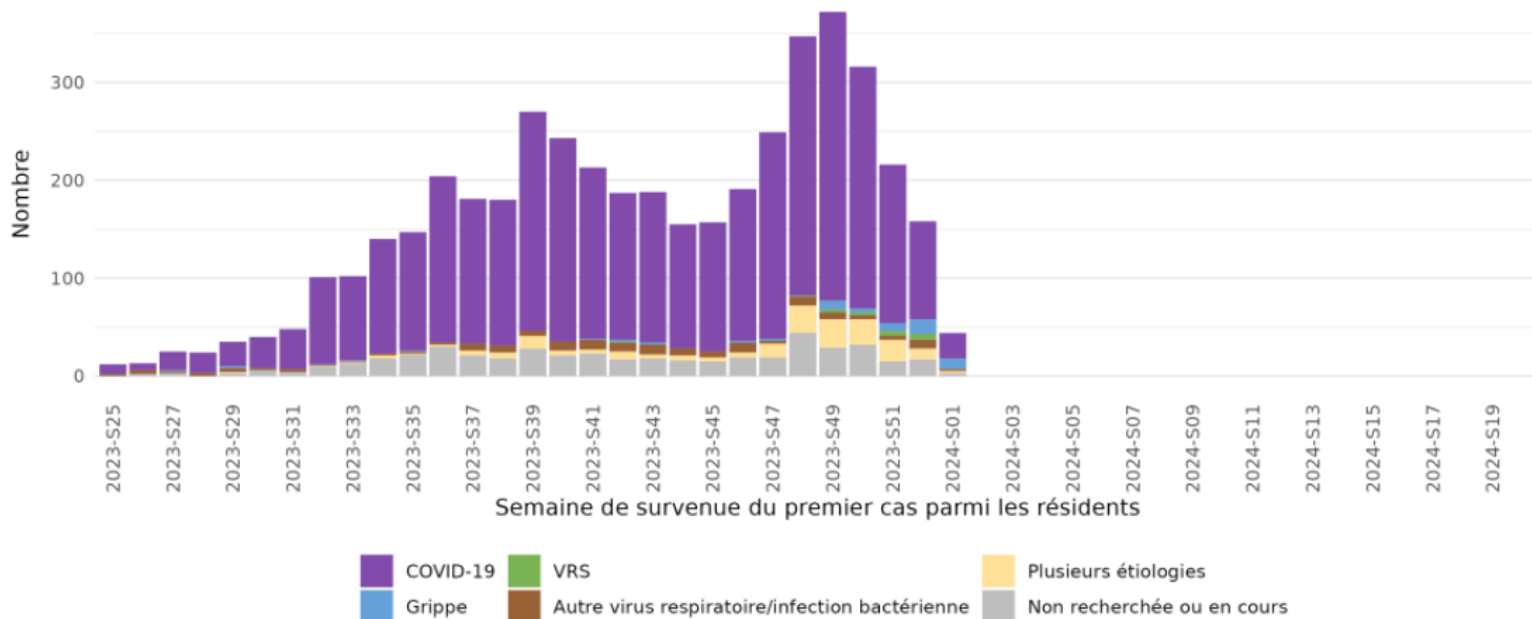


**Seulement si
symptomatique**



Epidémiologie en EMS

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



S1 et S52 : données non consolidées



Tableau clinique de COVID-19

Signes généraux fréquents :

- asthénie inexpliquée
- myalgies inexpliquées
- céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue
- anosmie /hyposmie sans rhinite associée
- agueusie / dysgueusie

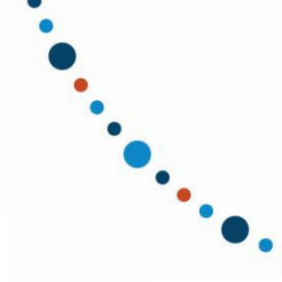
Chez le sujet âgé

Tableau clinique initial peu spécifique :

- AEG
- chutes répétées inhabituelles par leur fréquence ou leur contexte
- apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs inhabituels par leur présentation ou leur fluctuation
- syndrome confusionnel
- Troubles digestifs inexpliqués
- décompensation d'une pathologie préexistante



Traitement en absence de complications



Traitement symptomatique

- Antipyrétiques/antalgiques (Éviter les AINS)
- Surveillance des apports hydriques et alimentaires
- Soins de support
- Mesures de précautions complémentaires (gouttelettes)

Traitement curatif (Paxlovid)



PAS DE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE SYSTÉMATIQUE





Evolution de l'infection COVID chez le sujet âgé

Tableau 2 : évolution standard de la COVID et de sa prise en charge J_0 - J_9

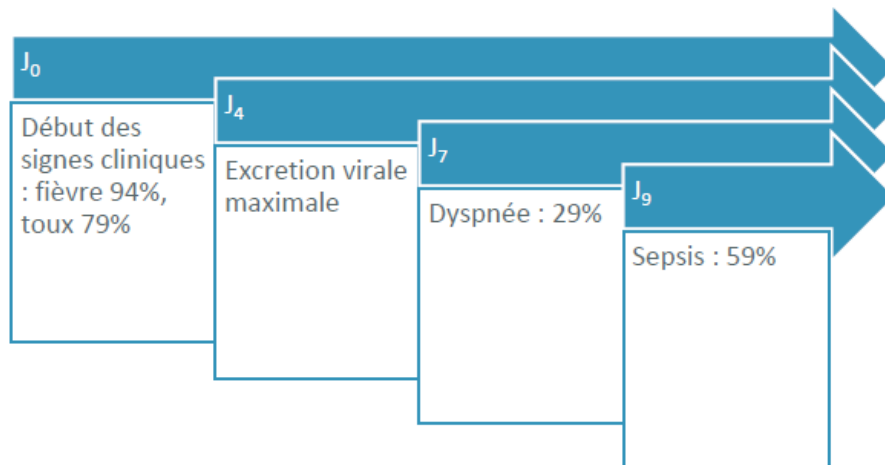
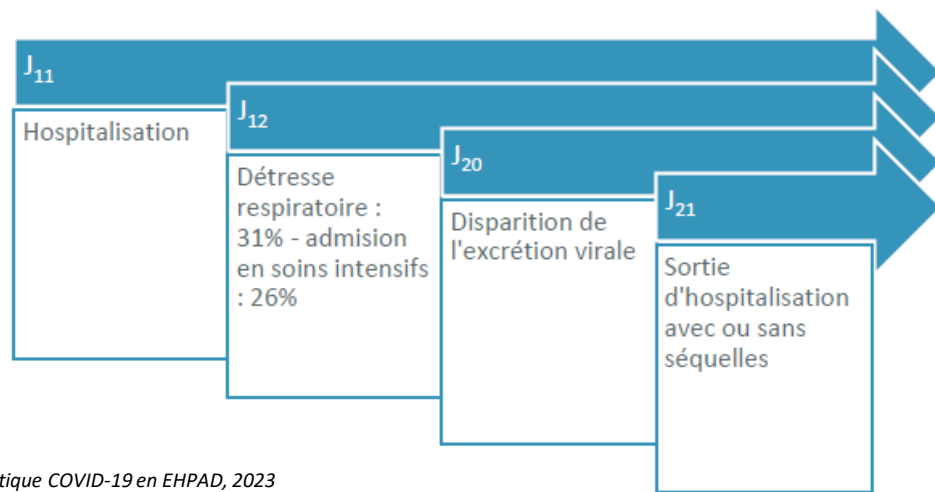


Tableau 3 : évolution standard de la COVID et de sa prise en charge J_{11} - J_{21}



Règles de dépistage, d'isolement et de suivi en EHPAD

17/03/2023

ACTUALISATION DES CONSIGNES D'ISOLEMENT ET DE DÉPISTAGE DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ACCOMPAGNANT DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

IV- CONDUITE À TENIR DES LE 1^{ER} CAS ET EN CAS DE CAS GROUPES COVID OU GRIPPE

CONDUITE À TENIR AUTOUR D'UN RÉSIDENT OU D'UN PROFESSIONNEL SYMPTOMATIQUE ET/OU POSITIFS

Dans les structures collectives accueillant des personnes âgées ou des personnes vulnérables au Covid-19 et autres causes d'infection respiratoires aiguës, il est nécessaire, en cas de **symptômes évocateurs chez un résident ou un professionnel**, de poursuivre le recours au dépistage pour confirmer l'étiologie et de mettre en œuvre les mesures proportionnées pour limiter la transmission communautaire.

En tout état de cause et quel que soit le résultat, le respect strict des mesures barrières est indiqué, notamment celui du port du masque, associé à une réduction dans la mesure du possible des contacts avec les résidents pour éviter une diffusion trop importante.

Prévention de la transmission du Sars-CoV2 et des virus respiratoires hivernaux en ESMS

V2- 04/09/2023

Conduite à tenir autour d'un résident ou d'un professionnel symptomatique et/ou testé positif

Dépistage* en cas de symptômes évocateurs

* Pas de dépistage des contacts asymptomatiques sauf si campagne de vaccination en cours (cf. dia 1)

Confirmer l'étiologie

+

Mesures proportionnées à la situation

Résident symptomatique positif

Professionnel symptomatique positif

Contacts avec les résidents

A réduire

Activité **sans contact** avec les résidents dans la mesure du possible (si maintien en poste)

Mesures barrières +++

Repas en chambre ou table isolée
Activités avec port de masque et adapter mesures si impossible

Port du masque permanent, y compris avec les autres professionnels.
Repas et pauses seuls

Autre

Jusqu'à disparition des symptômes et au max pendant 7 j si grippe; 10 j si Sars-CoV2 ou VRS

Arrêt de travail si continuité de service possible

Recommandations relatives aux indications du diagnostic de la COVID-19 par biologie moléculaire en milieu hospitalier - Version 2 _ 11/07/2023

Patient positif symptomatique ou non

Suivi de l'élimination virale/contagiosité (notamment lors d'un transfert vers SSR/SLD ou EHPAD)

Suivi par technique moléculaire non recommandé (sauf si immunodépression^b, fréquence à discuter en réunion de concertation pluridisciplinaire)

En cas d'infection SARS-CoV-2 diagnostiquée récente, les recommandations suivantes sont proposées en cas de transfert vers SSR/SLD ou EHPAD

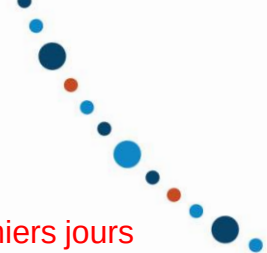
Résumé des délais avant transfert et durée des précautions contact et gouttelettes (PCG)

Tableau clinique	Délai avant transfert	Durée PCG
COVID-19 asymptomatique	aucun	10 jours
COVID-19 chez non immunodéprimé	7 jours	14 jours
COVID-19 chez patients âgés (≥ 75 ans)	7 à 9 jours ^b	14 à 24 jours ^b
COVID-19 après réanimation ou chez ID	9 jours	24 jours

^b : Immunodépression associée à une sur-morbi-mortalité en cas de COVID-19 : chimiothérapie en cours, hémopathie maligne, greffe de cellules souches hématopoïétiques, transplantation d'organes solides, VIH au stade SIDA, tout déficit immunitaire primaire, autres immunodépressions sévères.



Traitement curatif : nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®)



Indication : Patients adultes non oxygéno-dépendants à risque élevé de forme grave de Covid-19 **dans les 5 premiers jours** des symptômes

Contre-indication :

- Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min) **MAIS...**
- Insuffisance hépatique sévère (Child Pugh C).

Ticagrélor	Augmentation de l'exposition avec risque de saignement	Paxlovid contre-indiqué avec ce médicament
Apixaban Dabigatran Rivaroxaban	Augmentation des concentrations plasmatiques de l'apixaban avec majoration du risque de saignement	Paxlovid non-recommandé avec ce médicament (Avis d'experts) : en cas de nécessité de maintien d'une anticoagulation une réévaluation de l'association avec le Paxlovid doit être menée entre clinicien et pharmacologue.
Amiodarone, Flécaïnide, Dronédarone, Propafénone, Quinidine	Risque de troubles du rythme cardiaque	Paxlovid contre-indiqué avec ce médicament (RCP)
Clozapine	Risque d'allongement du QTc	Paxlovid contre-indiqué avec ce médicament (RCP)
Midazolam oral, Diazepam, Clorazepate, Estazolam	Augmentation de l'exposition d'un facteur 10 à 25, risque de dépression respiratoire	Paxlovid contre-indiqué avec ce médicament (RCP)
Carbamazépine Phénytoïne	Risque d'échec du traitement antiviral	Paxlovid contre-indiqué avec ce médicament (RCP). Utilisation impossible du Paxlovid même à distance de l'arrêt de l'antiépileptique (<3 semaines).
Colchicine	Risque toxique en cas d'accumulation	Paxlovid contre-indiqué avec ce médicament (RCP)
Oxycodone	Augmentation de l'exposition de l'ordre de 90%	Paxlovid contre-indiqué avec ce médicament (Avis d'experts)
Alfuzosine Silodosine	Risque d'hypotension orthostatique	Paxlovid contre-indiqué avec ce médicament (RCP)

spaxlovid)

Posologie :

- 2 cp de nirmatrelvir (300 mg) + 1 cp de ritonavir (100 mg) toutes les 12 heures, pendant 5 jours
- Si 30<DFG<60 mL/min : Reduire à 1 cp de nirmatrelvir
- Si DFG < 30ml/min et/ou hémodialyse : 300/100 mg à J1 puis 150/100 mg de J2 à J5 en une seule prise par jour (hors AMM après évaluation individuelle).

Délivrance :

Présentation d'un test positif de diagnostic ou dépistage de la COVID-19 (RT-PCR ou antigénique ou autotest antigénique réalisé sous la supervision d'un professionnel de santé)

→ **prescription anticipée conditionnelle possible**



Recommandations vaccinales actuelles



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

DGS-URGENT

DATE : 15/09/2023

RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2023-17

TITRE : CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LE COVID-19 A L'AUTOMNE 2023

Début le 02/10/2023 (grippe le 17/10/2023)

Les cibles de la campagne de vaccination contre le Covid-19 sont les suivantes :

- Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- Les personnes, âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque plus élevé de forme grave de la maladie (hypertension artérielle compliquée, problèmes cardiaques, vasculaires, hépatiques, rénaux, pulmonaires, diabète, obésité, cancers, personnes transplantées, personnes atteintes de trisomie 21 ou de troubles psychiatriques ou de démence) ;
- Les personnes immunodéprimées ;
- Les femmes enceintes ;
- Les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD) ;
- Les personnes à très haut risque de forme grave selon chaque situation médicale individuelle et dans le cadre d'une décision partagée avec les équipes soignantes ;
- Les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables, y compris les professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial.

Vaccins ouverts à la commande	Libellé du vaccin sur l'outil de commande	Nombre de doses par flacon	Libellés des dispositifs médicaux associés	Quota en nombre de flacon de vaccin par effecteur	Effecteurs autorisés
Comirnaty® XBB.1.5 PAE 12 ans +	COMIRNATY XBB1.5 PFZ 30MCG AD 6D	6 doses	KIT ADMIN ADULTE 1ML-25G-25MM BT100	20 flacons (*)	Médecins, Pharmaciens, Infirmiers, Sages-femmes, Chirurgiens-dentistes, MSP, CDS, LBM, FAM, MAS, EHPAD, USLD, RA, SST
Comirnaty® XBB.1.5 PAE 5-11 ans	COMIRNATY XBB1.5 PFZ 10MCG 5-11A 6D	6 doses	KIT ADMIN ENFANT 1ML-25G-25MM BT100	2 flacons	Médecins, infirmiers, sages-femmes, PMI
Comirnaty® XBB 1.5 à diluer 6 mois - 4 ans	COMIRNATY XBB1.5 PFZ 3MCG 6M4A 10D	10 doses	KIT ADMIN ENFANT 1ML-25G-16MM BT100	1 flacon	Médecins, infirmiers, sages-femmes
			SERINGUE RECONSTIT 3ML BT200		
			AIGUILLE RECONSTIT 21G-40MM BT100		
VidPrevtyl Beta®	VACCIN COVID 19 SANOFI PA+ADJ FLD10D	10 doses	KIT ADMIN ADULTE 1ML-25G-25MM BT100	10 flacons	Médecins, Pharmaciens, Infirmiers, Sages-femmes, Chirurgiens-dentistes, MSP, CDS, LBM, FAM, MAS
			SERINGUE RECONSTIT 5ML BT100		
			AIGUILLE RECONSTIT 21G-40MM BT100		

(*) Pour les commandes destinées aux EHPAD, ce plafond est relevé à 100 flacons.

Schéma

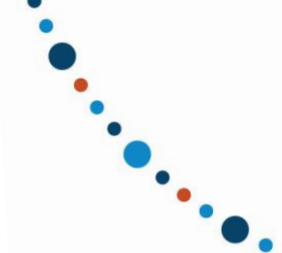
- **Déjà vaccinés ou infectés ou 5 ans et + : 1 dose**
- **6 mois après la dernière infection ou injection**

Ces populations sont éligibles à **partir de 6 mois** après leur dernière infection ou injection de vaccin contre le Covid-19. Ce délai est **réduit à 3 mois pour les personnes immunodéprimées**, qui deviennent ainsi éligibles, 3 mois après leur dernière injection, en raison même de leur déficit immunitaire responsable d'un taux plus faible et d'un déclin plus rapide des anticorps protecteurs.

Le VRS



Le Virus Respiratoire Syncytial



- Virus à ARN, famille des paramyxovirus
- Fardeau méconnu mais néanmoins important chez les sujets âgés fragiles
- Symptômes IRA fréquents (asymptomatique < 10%) et durée longue (> 3 semaines)
 - = > **Epidémie en institution : 5-27% des IRA**
 - => > 20 000 hospitalisations chez les personnes ≥ 65 ans
 - => risque majeur de progression vers une pneumonie (mortalité > 30%)
 - = > **Pneumonie 2 à 15 % avec taux d'attaque jusqu'à 40%**



PEC est essentiellement symptomatique

Antibiotiques UNIQUEMENT si surinfection bactérienne



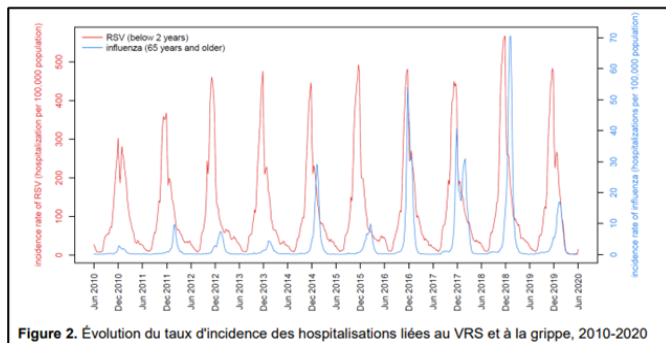


Estimation hospitalisations et décès attribuables à VRS et grippe chez les adultes ≥ 65 ans

Juillet 2010 - février 2020

		Causes respiratoires	Causes cardio-respiratoires
		Estimation [95% CI]	Estimation [95% CI]
RSV	Hospitalization	n	20 904 [20 418 – 21 335]
		/100,000	173,7 [169,7 – 177,4]
	Décès	n	1 560 [1 258 – 1 865]
		/100,000	13,5 [11,0 – 16,1]
Influenza	Hospitalization	n	21 732 [21 416 – 22 047]
		/100,000	179,6 [176,9 – 182,1]
	Décès	n	3 897 [3 743 – 4 054]
		/100,000	33,2 [31,7 – 34,7]

Table 1. Évolution du de des incidences annuelles moyennes d'hospitalisation et décès attribuable aux infection à VRS et à la grippe pour les causes respiratoires et cardio-respiratoires



Taux annuels moyens d'hospitalisationsMortalité annuelle attribuable

Cause respiratoires

VRS: 6,0 %

GRIPPE: 6,2%

Causes cardiorespiratoires

VRS: 3,3%

GRIPPE: 3,6%

Cause respiratoires

VRS: 3,2 %

GRIPPE: 6,2 %

Causes cardiorespiratoires

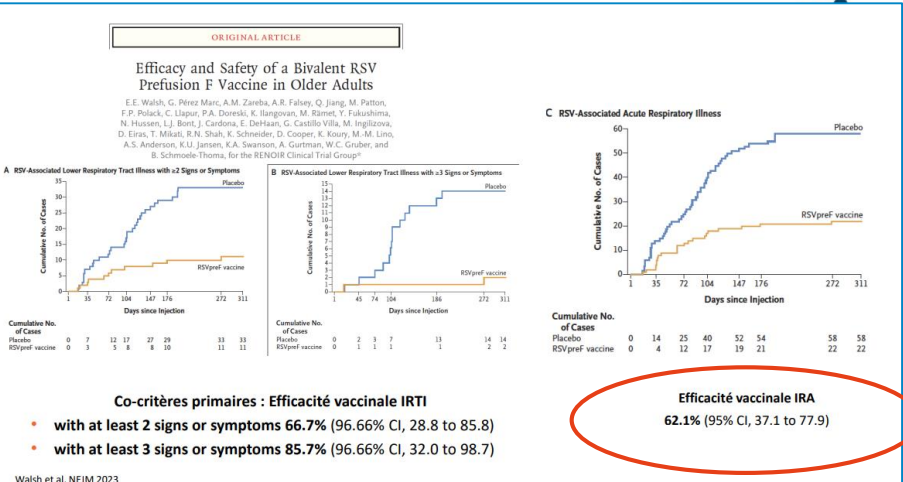
VRS: 1,5 %

GRIPPE: 2,6 %

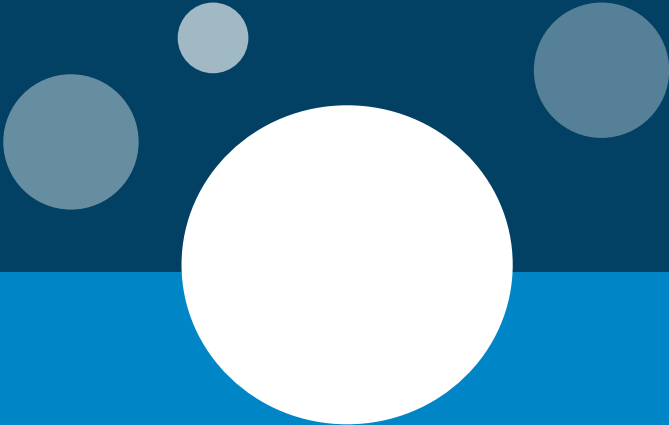
=> VRS responsables fardeau hospitalier et mortalité

importants, similaire grippe

=> mesures préventives +++



=> Démarrage des travaux : mars 2024. La validation de la stratégie est attendue pour octobre 2024.

Four circles of varying sizes and shades of blue and white are positioned in the upper left quadrant of the slide. One large white circle is the most prominent, with three smaller circles in shades of blue and grey around it.

Messages clés



Take Home Messages

1/ PAS D'ANTIBIOTHERAPIE SYSTEMATIQUE dans les infections virales

2/ Renforcement des PRECAUTIONS

dès la suspicion de cas en période épidémique

- Port de **masque** :
 - Chirurgical dès l'entrée en chambre
 - FFP2 pour les manœuvres à risque d'aérosolisation
 - Chirurgical pour le résident lorsqu'il quitte sa chambre
- **Aération** régulière des chambres
- **Isolement** géographique des résidents et **restriction des visites** lors des cas groupés
- **Précautions contact** (dans une moindre mesure) :
 - OU du matériel dédié pour chaque résident (tensiomètre, thermomètre, saturomètre)
 - **Hygiène des mains** avec une solution hydro-alcoolique avant de sortir de la chambre



1- Déplier le masque, le tenir par le haut (baguette) et passer les doigts dans les élastiques (côté bleu légèrement brillant à l'extérieur)



2- La face absorbante (côté blanc) est à appliquer sur la bouche



3- Positionner le masque sur le nez et la bouche en incluant le menton



4- Accrocher le masque : passer les élastiques derrière les oreilles



5- Modeler la barrette et ajuster la au contour du nez avec vos deux index

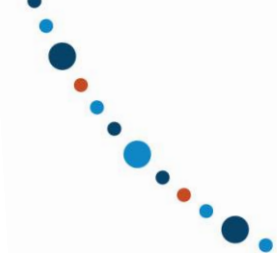


6- Assurer l'étanchéité du masque : 41 Le nez, la bouche et le menton doivent être recouverts

CPias Ile-de-France – les mesures complémentaires (communication)



Take Home Messages



3/ VACCINATION : résidents, professionnels de santé, visiteurs

4/ DIAGNOSTIC PRÉCOCE

- Les traitements curatifs reposent sur diagnostic précoce
- Stratégie POCT par des **TROD** (COVID, Grippe, VRS) cruciale ++

5/ IDENTIFICATION ET TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

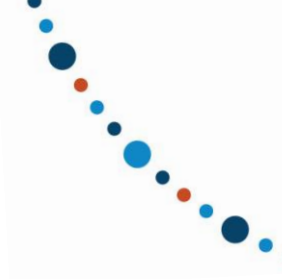
Les **complications bactériennes** peuvent prendre mille visages mais la combinaison de :

- connaissances épidémiologiques (PNP principalement post-grippale)
- **examen clinique** (éliminer les diag diff, vérifier l'état général)
- **TROD ou PCR**
- **Structures locales** (services de radiologie à domicile)
- **mesures d'anticipation** (protocoles, ordonnances conditionnelles, directives)
- **recommandations antibiotiques actualisées** (durée courtes, spectres étroits)

Permettent de limiter au mieux la consommation ATB et du système de soin primaire.



La spécificité des EHPAD dans le BUA



- **Fonctionnement complexe**
 - **Consommation importante ATB : population fragile / cas groupés**
 - **Turn-over important et diversité acteurs de soins**
 - Prescripteurs :
 - Evaluation clinique quand nécessaire
 - Difficulté du diagnostic sur patients polypathologiques
 - Med Co :
 - Reco actualisées voire adaptées localement
 - Avis spécialisé pour les cas complexes
 - IDE :
 - Reco claires sur les indications de prélèvements
 - Aides-Soignants :
 - Soins de nursing (transferts, alimentation), prévention, surveillance)
 - Pharmaciens :
 - Restreindre l'utilisation d'ATB critiques
 - Communication avec les prescripteurs
- ⇒ Importance majeure dans la quête du BUA**
⇒ Référent local ? (formation / retours/ suivis)