

Le GROG Géronto-Alsace, un outil à la disposition des institutions de personnes âgées.

Philippe Gaspard, *Equipe Inter-établissement d'Hygiène Hospitalière, Centre Hospitalier, Rouffach*

Si les causes de mortalité en gériatrie, et notamment en institutions, sont essentiellement cardio-vasculaires, les décès par infection interviennent dans 21 à 54,6 % des cas (1-2). Dans ces 2 études, les proportions d'infections respiratoires étaient respectivement de 15 et 32,8 %.

De plus la vie en institution, du fait de la vie en communauté qui lui est associée, favorise ces infections (3).

Concernant les épidémies respiratoires, les surveillances mises en place localement dans le cadre de l'Equipe Inter-établissement d'Hygiène Hospitalière (EIHH) ainsi que les données bibliographiques (4-5-6) montrent l'importance de ces phénomènes.

Au vu de ces données, il semble important de mener des actions de prévention, d'information et d'aide à la gestion de ces infections.

L'existence des GROG, associant un réseau de vigies déjà constitué, des compétences et une méthodologie, peut être un atout pour aider à mener à bien ces actions de prévention (voir schéma).

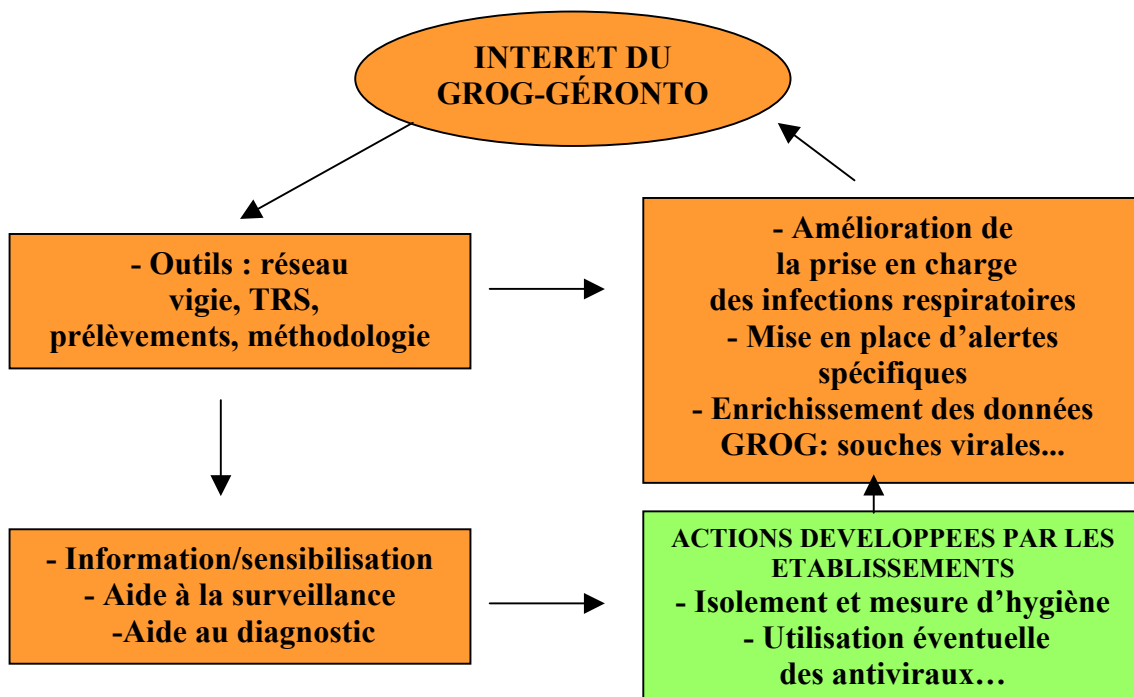


Schéma n°1: Place et rôles du GROG Géronto-Alsace

En effet, le réseau des GROG apporte une aide et des outils nécessaires à l'information, la sensibilisation, la surveillance et le diagnostic. Ces points sont essentiels pour l'étape suivante qui consiste à développer une stratégie de prise en charge (isolement, mesure d'hygiène, antiviraux...).

IXème Journée Nationale des GROG – Paris, 21 octobre 2004

Enfin, les informations recueillies et centralisées au niveau du GROG-Géronto sont des données capitales pour l'amélioration de la prise en charge des infections respiratoires dans les institutions, la mise en place d'alertes spécifiques ...

Cette démarche est en cours de développement à un stade pilote au niveau du secteur sanitaire 3 en Alsace (68, Haut-Rhin), en collaboration avec une Equipe Inter-établissement d'hygiène Hospitalière qui intervient dans 12 établissements d'hébergement pour personnes âgées. Dans un premier temps, la surveillance ne sera effective que dans 7 établissements (personnel et patients) et ne concernera que 300 patients.

La mise en place des Tests Rapides de Surveillance (TRS) et des kits de prélèvement, des fiches de signalement, la définition des indicateurs et les modalités de retour de l'information sont autant d'éléments déjà en place pour que le dispositif soit opérationnel pour la campagne 2004-2005.

1- Aronow WS. Clinical causes of death of 2372 older persons in a nursing home during 15-year follow-up. J Am Med Dir Assoc. 2000 May-Jun;1(3):95-6.

2-Mc Gee W. Causes of death in a hospitalized geriatric population : an autopsy study of 3,000 patients. Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol. 1993, 423:343-349.

3-Koivula I, Sten M, Makela PH. Prognosis after community-acquired pneumonia in the elderly: a population-based 12-year follow-up study. Arch Intern Med. 1999 Jul 26;159(14):1550-5.

4-Gravenstein S, Ambrozaitis A, Schilling M, Radzisauskiene D, Krause P, Drinka P, Shult P, Freund B. Surveillance for respiratory illness in long-term care settings: detection of illness using a prospective research technique. J Am Med Dir Assoc. 2000 May-Jun;1(3):122-8.

5-Loeb M, McGeer A, McArthur M, Peeling RW, Petric M, Simor AE. Surveillance for outbreaks of respiratory tract infections in nursing homes. CMAJ. 2000 Apr 18;162(8):1133-7.

6-note DGS du 17 septembre 2004 relatif à la prophylaxie chez les personnes à risque lors d'une épidémie de grippe dans une collectivité, en période de circulation du virus grippal (avis du CSHPF 16 janvier 2004).

Source : GROG