

Mise en place des précautions complémentaires de type contact en E.H.P.A.D.



Dr Corine LOISON
Gériatre
Résidence de la Fraternité
C.H. ROUBAIX

*Journée Régionale de formation et d'information du 23 mai 2013
Prévention du risque infectieux en E.H.P.A.D.*

Le Plan

- Les spécificités en E.H.P.A.D.
- Les difficultés rencontrées en E.H.P.A.D.
- Les outils
- En pratique, comment faire
- Illustrations par des cas cliniques

Spécificité des résidents en EHPAD

- Fragilité
- Pathologies associées
- Troubles du comportement
- Problématique du résident dément incontinent déambulant
- Vie en collectivité
- Priorité à la socialisation

→ Risque infectieux augmenté en EHPAD +++
→ L'hygiène s'adapte aux nécessités/besoins de socialisation

Les difficultés de la prévention de transmission des B.M.R. en l'E.H.P.A.D..

- Difficultés de mettre en place les précautions standards et encore plus complémentaires (« réaliser un isolement »).
- Ne pas nuire à la personne porteuse de la B.M.R.
- Insuffisance qualitative et quantitative en personnel (charge en soins élevée en raison d'une médicalisation croissante et d'un faible ratio personnel, intérim)
- Surcout en temps et en matériel dédié non pris en compte dans le budget
- Très nombreux intervenants à coordonner

Les outils pour prévenir la transmission croisée

- **Hygiène de base** (résidents, professionnels)
- Bonnes pratiques d'hygiène lors des soins (dont la réfection du lit, la gestion du linge lors des soins):
 - > **Précautions "standard"**
 - > Précautions complémentaires **si nécessaire**
- Hygiène de l'environnement
 - > Environnement **immédiat** du patient/résident +++
 - > Zones manuportées
- **Bon usage des antibiotiques (BMR)**

Les précautions standards

- **Hygiène des mains**
- **Utilisation appropriée et restrictives des gants**
- **Protection de la tenue de travail**
- **Masque**
- **Lunettes**
- **Gestion du risque AES**

Les précautions standards

■ Hygiène des mains

en l'absence de souillure visible des mains

une **friction** des mains à la **solution hydro-alcoolique** (FHA) en remplacement du lavage des mains (au savon doux ou antiseptique)

si souillure visible des mains, effectuer un lavage simple des mains au savon

Les précautions standards

■ Utilisation appropriée et restrictives des gants à usage unique

- ❑ Si risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques, des muqueuses ou de la peau lésée, du matériel souillé,
- ❑ Lors de l'évacuation des déchets
- ❑ Changer de gants entre chaque patient
- ❑ Retirer les gants dès la fin du soin avant de toucher l'environnement
- ❑ Retirer les gants lorsque, dans une séquence de soins chez un même patient, l'on passe d'un site contaminé à un site propre du corps ou lorsque l'on passe d'un site contaminé à un autre site contaminé
- ❑ **Une paire de gants = un patient = un soin**
- ❑ Port de gants et hygiène des mains = actions indissociables :
 - Friction hydro alcoolique
 - avant et après **Port des Gants**

Les précautions standards

- protection de la tenue de travail
 - **tablier plastique à usage unique** (sans manche) lors des soins souillants (diarrée), mouillants (toilette, change) ou exposant au sang ou aux liquides biologiques
 - **≠ Pas de surblouse pour les visiteurs et en dehors des soins précisés**
- masque chirurgical
 - si une **toux supposée d'origine infectieuse**
 - dès l'admission en établissement ou lorsque le résident circule hors de sa chambre en milieu de soins
 - dans une situation de soins **lorsqu'il est proche (moins de 1 mètre)** d'autres personnes non protégées par un masque adapté

Les précautions complémentaires

- Socle des précautions standard
- Individualisation des dispositifs médicaux
- Limitation du stockage du matériel
- Placer systématiquement en chambre individuelle les patients porteurs de BMR
- Regrouper les patients porteurs de la même BMR dans une chambre ou un secteur du service
- organiser les soins

Les précautions complémentaires

■ FHA :

- dans toutes les indications d'hygiène des mains
- immédiatement avant tout contact avec un patient
- immédiatement avant tout soin propre ou tout acte invasif et après tout contact avec un patient
- après tout contact accidentel avec des liquides biologiques (sang, selles, urines ...) après s'être lavé les mains au savon doux
- après tout contact avec l'environnement proche du patient
- avant de sortir de la chambre
- Il est fortement recommandé de considérer que **le fait d'entrer dans la chambre** d'un patient nécessitant des **précautions complémentaires de type contact ne constitue pas à lui seul** une indication à la réalisation d'un geste d'hygiène des mains

En pratique, comment gérer un résident porteur d' à une B.MR?

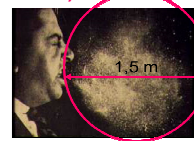
- 1) Informer l'équipe sur les données bactériologiques
- 2) Définir l'objectif pour l'équipe
- 3) Rappel des précautions standards et des recommandations d'hygiène des mains
- 4) Projet de soins après analyse de la situation

En pratique, Comment faire?

1) Informer l'équipe sur les données bactériologiques:



*Quel germe,
Infection ou colonisation
quel réservoir,
quel risque de dissémination et de transmission,
quel mode de transmission,
quel enjeu*



Transmission croisée par contact

- rarement directe entre résidents
- par les **mains** du personnel soignant
 - > à partir d'un **résident réservoir** (ou de son **environnement immédiat**)
 - > rarement à partir de l'environnement plus distant
- par les dispositifs médicaux
 - > brassard à tension, stéthoscope, garrot
 - > Matériel de transfert (lit-fauteuil-bain)
- par les tenues souillées des professionnels (attention aux gants et à leur usage)



En pratique, Comment faire?

2) Définir l'objectif pour l'équipe:

*Isoler le microorganisme et non la personne
Ne pas nuire au résident*

3) Rappel des précautions standards et des recommandations d'hygiène des mains

Mises en œuvre par tout soignant, lors de tout soin, à tout résident quelque soit son statut infectieux pour diminuer le risque de transmission croisée

En pratique, Comment faire ?

4) Projet de soins après analyse de la situation

- Rédigé en équipe pluridisciplinaire avec l'aide de l'E.O.H. : mesures complémentaires ?
- Individualisé par rapport aux caractéristiques de la personne
- Individualisé par rapport au type de BMR, à sa localisation, au risque de dissémination, au retentissement somatique
- Adapté aux possibilités et moyens de l'E.H.P.A.D.
- Précise les personnes à informer (famille, animation, bénévole, coiffeur, pédicure, kiné...) et les consignes à leur donner

En pratique, Comment faire ?

4)Projet de soins après analyse de la situation

- Détaille les mesures de prévention de dissémination et mesures pour isoler le germe retenues
 - ❑ Choisir les **bonnes « barrières »** contre la diffusion des microorganismes
 - ❑ Les placer au **bon moment**
 - ❑ Les placer au **bon endroit**
 - ❑ Modalité d'**éliminations des déchets**
- Prescrit médicalement
- Vérifier le respect et application du projet de soin (suivi des actions-réévaluation faisabilité)



Arrêté du 17 mai 2006 (J.O. du 2 septembre):

les antennes régionales lutte contre les infections nosocomiales ont la charge d'assurer conseil et assistance dans le domaine de l'hygiène hospitalière au EHPAD.

Premier cas de figure

- Portage sain (colonisation) sans effraction et sans signes clinique d'infection
 - ❑ risque de dissémination très bas
 - ❑ Respect des précautions standards et hygiène de base du résident (mains, linge...), du soignant et environnement proche
 - ❑ Signalisation dossier de soin et porte selon tolérance
 - ❑ Peut quitter sa chambre

> * L'utilisation de produits désinfectants pour friction est à promouvoir pour l'hygiène des mains des soignants et des personnes le nécessitant.

Deuxième cas de figure

- BMR sur site anatomiquement lésé ou infecté correctement isolé de l' environnement
 - Risque de dissémination bas
 - Même remarque que cas 1
 - Attention maintien qualité de l'isolement du site anatomique concerné

Troisième cas de figure

- Infection à B.M.R. avec impossibilité d'isoler correctement la zone anatomique concernée (toux)
 - Risque de dissémination élevé
 - Discussion intérêt d'une hospitalisation
 - Isolement technique (mesures complémentaires)
 - Signalement porte de chambre et dossier
 - Interdire / limiter au maximum les sorties pendant la période où le risque est élevé

En résumé

- A l'heure de l'urgence du moindre usage des antibiotiques, **l'observance des PS s'impose**
- **Précautions standard** = boîte à outil des agents
- Intégrer les PS dans **toutes les phases** de la prise en charge et de l'accompagnement socialisant de **tous les résidents**:
 - > **abolit l'isolement** des résidents (sauf situations spécifiques exceptionnelles)
 - > permet d'éviter des épidémies
 - > assure la **sécurité** des agents et facilite leur travail
 - > contribue à réaliser des **économies** notables

Après la théorie, quelques situations concrètes

Cas clinique N°1

Une patiente démente (MMS 4/30) déambulante est porteuse d'un E coli BLSE dans ses urines.
Elle est diabétique et bénéficie de soins de pédicurie
Sa fille lui rend visite régulièrement.

Evaluation du risque de dissémination

Le risque de dissémination est:

- A. Bas
- B. Elevé
- C. Très bas

Mesures possibles de prévention de la dissémination

■ Identification du résident et de sa chambre:

- ❑ Information donnée à chaque transmission
- ❑ Etiquette de signalisation sur le dossier de soin et /ou planning mural
- ❑ Message d'interpellation en chambre sur la porte de salle de bain?
- ❑ Personnel d'accueil informe que passage par IDE avant toute visite, tout soin

■ Information de sa fille :

- ❑ Par qui : médecin coordonnateur ,cadre de santé, IDE, directeur
- ❑ Comment: plaquette d'information, lavage des mains principalement, éviter utilisation sanitaire du résident

Mesures possibles de prévention de la dissémination

■ Isoler le germe : problème d'urination :

- ❑ Heure des accidents connues? Conduites régulières au WC /faisabilité?
- ❑ Protections avec combinaison pour limiter retrait /dépend du niveau de dépendance
- ❑ Zone préférée d'urination ? Aménagement et nettoyage renforcée de cet endroit
- ❑ Limiter la déambulation par activité collective
- ❑ Autres idées

≠ Isoler le résident: fauteuil avec adaptable intégré, barrière de porte, contention au fauteuil, sécuridrap...

Mesures possibles de prévention de la dissémination

- **Renforcement hygiène des mains de la patiente**
 - À chacun des soins,
 - A chaque repas
 - Lors de croisement de soignants dans les couloirs
 - Stock de SHA disponible, réapprovisionnement
 - Accessible en chambre/risque d'être bu , format de poche?
 - **Précautions standards** par l'équipe soignante
-

Mesures possibles de prévention de la dissémination

- **Modalités de nettoyage** (chambre, couloir, salle de vie)
: prévenir l'ASH , maitresse de maison ou la société de nettoyage....
 - Pas de mesures spécifique pour la vaisselle, set de table?
 - **Préciser modalités d'élimination des déchets**
 - **Durée des mesures** : au long cours à priori,
programmation d' un ECBU de contrôle à trois mois
-

Cas clinique N°2

Une patiente avec démence vasculaire débutante (MMS 20/30) est porteuse d'un SARM au niveau d'une plaie de jambe sur ulcère veineux qui nécessite la réfection des pansements tous les deux jours.

Elle a un fond anxieux qui se majore lorsqu'elle est seule et vit mal les mesures mises en place pour éviter la diffusion du SARM

Quelle prise en charge ?

- Isoler le germe dans un pansement est-il possible?
- Isolement contact en chambre?
- Lavage des mains de la résidente en sortant de sa chambre et avant chaque activité, lui donner un SHA ?
- Participations aux activités collectives (repas, animations...?)
- Liberté de ses déplacements?
- Evaluation du retentissement des mesures sur le résident
- Durée des mesures (prélèvements nasaux à la cicatrisation de la plaie)

Cas clinique N°3

Un patient B.P.C.O. avec démence vasculaire (MMS 15/30) est porteur d'un SARM au niveau bronchique. Il vient d'entrer dans l'institution et a du mal à s'adapter. Il ne garde pas le masque, vit mal la contention au fauteuil (est dans le déni de ses troubles posturaux) et l'isolement en chambre ce qui génère des épisodes d'agressivité et des cris.

Il est apyrétique. Il n'y a pas de sd infectieux biologique. Il présente des épisodes de toux productives : il n'utilise pas le crachoir mais crache le plus souvent dans des mouchoirs qu'il pose ensuite sur la table ou sur son lit.

Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Consensus formalisé d'experts
Juin 2009

ORIG

Quelques références

CCW

RIF BMR
pour les établissements
de soins
de personnes âgées
2009

- Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ministère de la santé, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, 2007.
- Prévention des infections en EHPAD, conférence de consensus ORIG 2009
- Evaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD CCLIN Sud Ouest
- KIT BMR pour les EHPAD , CCLIN Sud Est, 2009
- Prévention de la transmission des infections à BMR en milieu gériatrique et maintien de la socialisation , resCLIN, Champagne Ardennes, CCLIN Est
- La prévention de la transmission croisée des microorganismes en EMS, *Véronique Bussy-Malgrange, resclin-reims, JREMS-1, mars 2011*

CCLIN

Évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD

Prévention

des infections
en établissements de soins
de personnes âgées
2009

merci de votre attention