

Risques infectieux et transmissions croisées en SSR

Recommandations pour la pratique clinique (dans le contexte BMR/BHRe)

Sous l'égide de la



en collaboration avec



et la



B.Barrois, L.Theffenne, O.Rémy-Neris, PA.Joseph, M.Enjalbert, M.Genty, J.C.Layre, J.Facione, H.Dumas, N.Bradaï., B.Nicolas, A.Briand, E.Chaleat-Valayer– **SOFMER**;

T. Lavigne, H. Aumaitre, P. Saliou, JR.Zahar, B.Grandbastien, C.Chapuis, E.Seringue, O.Jonquet - **SF2H**; E.Seringe Arlin, C.Jeandel, G.Gavazzi, F.Mairot –**SFGG** ; R. Amalberti, F. Tissot-Guerraz - **Sou Médical**;
F.Fuz, D.de Valmont - **SHAM**; B.Bordet- **FHP**.

Introduction

BMR : problématique fréquente.
Isolement géographique difficile à réaliser et facteur de complications et de perte de chance.
BHRe : Prévalence faible mais en augmentation conformément à l'épidémiologie internationale :
- EPC : 0,7% des entérobactéries résistants aux carbapénèmes (dont 12% par production de carbapénémases)
- ERG : ≤1% des *E.faecium* résistants aux glycopeptide
Depuis 2009 : 780 épisodes signalés dont 48% en Ile de France. En SSR : pas de cas secondaire quand porteur connu pris en charge avec mesures anticipées, importance de l'information en amont. Beaucoup de cas sporadiques mais aussi des épidémies. *En cas d'épidémie, mesures mises en place efficaces → pas de nouveaux cas supplémentaires.*

Méthodologie

Conférence de consensus selon les *bases méthodologiques de 2006 de la HAS* et la méthode SOFMER.
Analyse et harmonisation des données de la littérature par un **binôme d'experts** issu de 2 sociétés différentes selon la grille de la HAS de 2013. Le niveau de preuve est indiqué (NP) pour chaque réponse. Il s'agit de **recommandations**.
Présentation aux différents **professionnels** afin de compléter par les recommandations des cliniciens.
Relecture par un **groupe d'experts différents** de ceux qui ont analysé la littérature.

En SSR, peut-on définir des caractéristiques cliniques et microbiologiques susceptibles d'augmenter le risque de transmission croisée?

- 1/ Facteurs de risque cliniques d'infections, en SSR idem à la pop. générale (immunodépression, diabète ...) (NP A). Mais populations spécifiques : blessés médullaires [risques d'infection urinaire (NP B) et d'escarres (NP B)]. Victime d'AVC [risques de pneumopathie (NP B)].
- 2/ Gradation du risque de transmissions croisées en SSR en fonction des échelles de dépendance (NP B), mais le défaut de consensus sur les scores empêche une standardisation.
- 3/ Les germes **idem** que hors SSR : Staphylocoques (SARM), Entérobactéries, dont les BMR et les BHRe (NP A).
- 4/ Procédures identifiées en SSR **idem** que hors SSR. *A noter modes de transmission peu classiques, type dissémination de staphylocoque à partir de plaies et d'escarres par aérosolisation (NP C).*
- 5/ Une part des transmissions est attribuable aux **familles** (ex : infections pulmonaires) (NP C).

Quelles sont les modalités d'utilisation, de gestion et d'organisation du plateau technique pour réduire les risques de transmission croisée?

- 1/ **Rappel des précautions standard (PS)** et mesures d'hygiène de base pour la prévention des infections croisées pour tous les patients quel que soit son statut infectieux, leurs proches, notamment dans l'hygiène des mains (NP A) et les intervenants. (accord fort (SFHH)).
- 2/ Assurer un bionettoyage des locaux et des matériels quotidien et après le passage de chaque patient porteur. Utiliser des infrastructures et matériels limitant les risques de transmission et facilitant la désinfection (NP C).
- 3/ Contact direct de la peau du patient avec les matériels limité au maximum. Envisager des moyens de protection à usage unique ou pouvant être désinfectés si décontamination aléatoire ou impossible.
- 4/ **Mettre à disposition** des thérapeutes et des patients, des points de solution hydro-alcoolique (SHA) proches des soins, chaque fois que possible un point d'eau pour le lavage manuel (NP C), un flacon de SHA individuel et transportable (avis d'experts), un point de recueil des déchets d'activités de soins à risques infectieux et



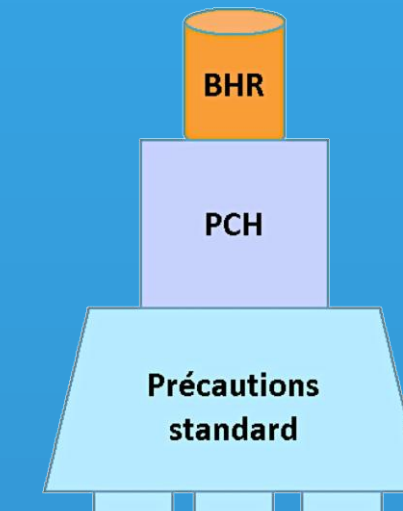
La signalétique doit être adaptée aux difficultés sensorielles et cognitives des usagers (Art 4 §2a de la directive 2011/24).

- 5/ Usage de surblouses et de gants pour toute activité exposant au contact direct en précaution contact (NP C).
 - 6/ Porteurs asymptomatiques de BMR pas d'isolement géographique sur plateau technique (NP B). **SI** précautions complémentaires (PCC), privilégier l'isolement technique et une organisation chronologique des soins (NP C).
- MAIS** isolement si précaution respiratoire type « air » ou en contexte épidémique, si l'isolement technique n'est pas réalisable. Eviter les moyens partagés ou l'accès aux activités de groupe (avis d'experts).
- Interdire** la balnéothérapie collective si la protection vis-à-vis des fluides contaminants ou des plaies ne peut pas être réalisée avec efficacité (avis d'experts).

Quelles sont les modalités de transfert hors de la chambre pour réduire les risques de transmission croisée ? vers le plateau technique, les lieux communs, le domicile ou substitut de domicile (y compris permission)

- 1/ **Inform**er l'entourage et tout intervenant lors d'un transfert d'un patient porteur de BHRe/ BMR.
- 2/ Transférer au **domicile** les patients porteurs de BHRe et les patients contacts dès que possible.
- 3/ **Limiter les transferts** dans ou hors du service pour un patient porteur de BHRe. Une application stricte des PS et PCC (si besoin) par tout professionnel pour les transferts y compris personnels de transports, et de même pour la rééducation (la rééducation en chambre doit être envisagée **mais l'accès au plateau technique peut être autorisé** si le risque de diffusion est faible (ex. plaie protégée)).
- 4/ Application stricte des PS et PCC (si besoin) pour les transferts entre unités SSR de patients porteurs de BMR.
- 5/ Limiter les transferts des patients contacts au sein ou entre unité de soins. Protocole si besoin de transfert :
 - Si le dépistage est immédiat, pour le patient porteur si mise en place immédiate des PCC contact et équipe dédiée, transfert des contacts possible n'importe où,
 - Si le dépistage est immédiat, pour le patient porteur mise en place des PCC, **mais pas** d'équipe dédiée : nécessité d'un dépistage chez le patient contact (3 prélèvements) et mise en place des PCC lors de tout transfert.
 - En cas de retard au dépistage du patient porteur : limiter les transferts tant que les 3 prélèvements ne sont pas négatifs

Quelles sont les modalités d'organisation spécifiques des professionnels du SSR pour réduire le risque de transmission croisée ? Coordination interprofessionnelle, planification des soins, choix et usage du matériel et des techniques...Qui isoler, quand, combien de temps ?



- 1/ **En plus des PS, appliquer les PCC** pour tout patient identifié BMR ou BHRe ou porteur d'une pathologie infectieuse contagieuse (Clostridium Difficile...). (*Grade C*), ou pour un porteur de micro-organismes à haut potentiel de transmission croisée.
En SSR, la levée des PCC est recommandée après 2 dépistages négatifs pour BMR (SF2H 2009) et après au moins 3 dépistages consécutifs négatifs pour BHRe (HCSP 2013).

- 2/ Il est **possible** d'associer d'autres mesures pour les BMR : la décolonisation chimique (SF2H; Minary-Dohen; Mody) ou la décontamination nasale par Mupirocine à visée individuelle chez le patient porteur de SARM à haut risque d'infection (Accord d'experts SF2H).

- 3/ **Précautions supplémentaires spécifiques en cas de d'épidémie de BHRe** :
 - *secteur d'hospitalisation dédié (cohorting) pour les porteurs, pour les contacts et pour les indemnes*
 - *salle de rééducation ou secteur avec petit matériel dédié, renforcement du bio nettoyage, et du personnel dédié. Si impossible, appliquer le principe de la marche en avant*
 - *limiter les déplacements des patients porteurs et leurs transferts, de suspendre les admissions, de programmer les sorties des porteurs et contacts dès que la situation médicale le permet sans perte de chance, et une cellule de crise.*

- 4/ organisation des soins de rééducation :

- Encadrer l'accès au plateau technique de rééducation par des mesures spécifiques d'hygiène. (Accord moyen SF2H).
- Si PCC : assurer un bio nettoyage adéquat après la prise en charge et chaque usage du matériel partagé, mais il n'est pas recommandé de le placer en fin de programme (Accord moyen SF2H).

Pour tout matériel en contact direct avec le patient il est recommandé d'utiliser du matériel à usage unique ou à patient unique (en kinésithérapie, en ergothérapie et en orthophonie).

En orthophonie, le port de masque est préconisé lors de la rééducation de la déglutition ou lors de l'exploration de la cavité buccale (risque de projections).

Quels sont les éléments de repérage, de dépistage clinique et biologique et de suivi des BMR ou des BHRe ?

- 1/ Données biologiques **peu spécifiques**. Interprétations selon la condition clinique du patient (avis d'experts).
 - 2/ Prélèvements systématiques et orientés devant un ATCD récent d'infection, une suspicion clinique d'infection ou après contact d'un sujet porteur (avis d'experts). Les manifestations cliniques sont souvent peu spécifiques (NP B).
 - 3/ **Pas** de dépistage systématique du portage sauf épidémie ou patients à risque (NP B).
- Ne pas répéter systématiquement les prélèvements de dépistage après quelques mois chez des porteurs chroniques de germes asymptomatiques. Attention à l'antibiothérapie répétée et prolongée et l'émergence des germes résistants (NP B).
- 4/ **Interpréter** les données bactériologiques en fonction de la pathologie, de l'historique, de la localisation du portage, de l'immunodépression éventuelle, des gestes pratiqués ou envisagés exposant au germe porté, des épisodes infectieux antérieurs et des traitements anti-infectieux déjà pratiqués (NP B).
- Les **bonnes conditions** de prélèvement, d'acheminement et d'analyse des échantillons sont essentielles à la qualité et la fiabilité des résultats (NP B). La positivité bactériologique notamment digestif ou urinaire d'un portage peut être intermittente (NP B).

Comment la transmission de l'information doit-elle être améliorée en amont, pendant et en aval du séjour?

- 1/ Renforcer les informations relatives au statut infectieux pour toutes les étapes du séjour. Notifier de la **même façon** une contamination à BMR ou BHRe.
- 2/ Développer le renseignement systématique et obligatoire du statut infectieux lors de la **demande** d'admission en SSR.
- 3/ Demander la présence systématique de l'information dans les documents remis par le service adresseur, **à l'arrivée**.
- 4/ Chercher à **identifier** les patients « à risques d'être porteurs » dès l'entrée du patient.
- 5/ Informer le patient autant que possible afin de **l'impliquer** : hygiène des mains, désinfection des agrès et appareillages de rééducation.
- 6/ **Structurer la Communication** et l'information pendant le séjour pour les intervenants, le patient, son entourage.
- 7/ Développer une information accessible à « tous ceux qui ont besoin de savoir » par différents moyens.
- 8/ **Tracer** le statut infectieux « particulier » après le séjour en SSR : en cas de ré-hospitalisation et pour le médecin traitant pour permettre d'identifier les patients porteurs et des contacts. Automatiser l'information dans les courriers médicaux de sortie du SSR et fiche de liaison paramédicales et de rendre certains items obligatoires.

Conclusion

Des recommandations simples

Du bon sens

Importance du rappel des mesures de protection standard pour les différents intervenants, au patient et son entourage.

Le respect de la balance bénéfice/risque : Entre risque de transmission croisée et risque de perte de chances



Avec le soutien et la participation du Sou médical et de la participation de SHAM et de la FHP