

# Agir

## Prévention de la diffusion des bactéries multi-résistantes

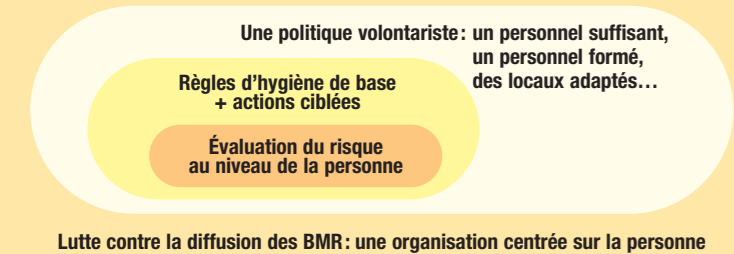
### Objectif

Par les moyens de prévention, amener les sujets à présenter un niveau de risque de dissémination très bas.

### Moyens

La prévention de la transmission et de la diffusion des BMR fait partie intégrante des préoccupations quotidiennes de l'ensemble des partenaires de l'établissement impliqués dans la prise en charge des personnes âgées. L'indispensable **réflexion multi-disciplinaire et coordonnée** rassemblera :

- l'ensemble des acteurs du soin,
- les biologistes,
- l'équipe opérationnelle en hygiène,
- le pharmacien,
- les personnels compétents en hygiène du comité de gestion des risques,
- les responsables administratifs.



### Conclusion

Adopter, dans la lutte contre la diffusion des BMR, des pratiques en adéquation avec la qualité du « lieu de vie » en institution gériatrique est un défi que les équipes relèvent quotidiennement.

« Il faut isoler la bactérie et non la personne ».

### > Références :

- (1) Max MICOUD. Préface. Hygiène S. Hygiène et prévention des infections dans les établissements de soins pour personnes âgées. 1997; V(6) : 312-313.
- (2) Novella JL, Garron S, Blanchard F. La fragilité du sujet âgé. Rev Prat 2003; 53(4) : 353-354.
- (3) Anonyme. Maîtrise de la diffusion des BMR aux ATB-1999 CTIN, Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale.
- (4) Anonyme. Infections nosocomiales: Comment interpréter les taux? l'exemple des ISO - ANAES, mars 2003.
- (5) Anonyme. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
- (6) Anonyme. Recommandations pour l'hygiène des mains, SFHH 2002.
- (7) Anonyme. Enquête nationale de prévalence 2001. Institut de veille sanitaire, octobre 2003.

Les axes stratégiques issus de cette réflexion sont à la fois du domaine des ressources et du domaine des soins. Ils sont le fruit d'une politique volontariste menée sur le long, le moyen et le court terme et au cas par cas :

#### Ressources « long terme »

- Architecture
- Mobiliers
- Matériels
- Hygiène des locaux
- Ratio patients/soignants

#### Organisation des soins « Moyen et court terme »

- Formation du personnel
- Précautions « standard »
- Protocoles de soins
- Politique antibiotique
- Matériels de soins

#### Évaluation du niveau de risque de la personne

- Évaluation clinique et biologique initiale
- Ré-évaluation
- Suivi

Un programme de prévention s'appuyant sur le respect des règles d'hygiène de base permet de limiter la diffusion des BMR en respectant la personne âgée dans toute sa dimension humaine.

### Questions)

# réponses

#### 1) Le dépistage, pour quoi faire ?

Le dépistage identifie les porteurs de BMR dans les services de court séjour où le risque de transmission croisée est majoré par le mode de prise en charge du patient. Sauf exception, on ne dépistera pas le portage de BMR en institution type long séjour ou maison de retraite, même si elle est médicalisée. En revanche, les services de court séjour gériatrique, et parfois les services de soins de suite et de réadaptation pourront réaliser ce dépistage, selon leurs protocoles d'admission des patients. En cas d'infection, le diagnostic bactériologique pourra révéler la présence d'une BMR, en situation de pathogène ou de colonisant.

#### 2) Un patient, dépisté porteur d'une BMR lors d'une hospitalisation pour une symptomatologie aiguë, réintègre l'établissement de long séjour ou la maison de retraite: quelle attitude adopter ?

Dans ce cas, on étudiera le niveau de risque de dissémination de la BMR, au moment de l'admission et chaque jour. Les règles énoncées dans la présentation des différentes situations doivent être préconisées avec l'objectif de garder en permanence le juste équilibre entre maintenir la relation sociale, et donc la vie collective, et garantir les autres résidents du risque de transmission croisée ou directe des BMR.

#### 3) Le linge ou les déchets issus de la chambre d'un sujet connu porteur ou infecté à BMR doivent-ils suivre un circuit particulier ?

Non, le linge et les déchets suivent les circuits habituels et l'entourage peut remporter le linge et l'entretenir lui-même. Les produits lessiviels modernes sont suffisamment performants pour que le risque de dissémination dans l'environnement par le biais du linge soit considéré comme inexistant. En revanche, il est indispensable que, comme pour tout patient, le linge ne soit pas en contact avec la tenue des soignants lors de la réfection des lits ou lors des soins.

#### 4) Est-il possible d'utiliser du linge de toilette en tissu ?

En cas de risque de dissémination bas, le patient peut utiliser du linge de toilette en tissu. Ce linge de toilette doit être changé au moins quotidiennement. En cas de risque élevé de dissémination, on privilégiera soit l'utilisation de linge de toilette à usage unique, soit le changement du linge de toilette après chaque usage. En revanche, le personnel soignant utilisera toujours des essuie-mains à usage unique. Les essuie-mains en tissu sont proscrits.

#### 5) Que fait-on de la vaisselle ?

La vaisselle suit le circuit habituel de l'entretien de la vaisselle collective.



#### 6) La pression de sélection des antibiotiques existe-t-elle en institution gériatrique ?

La pression de sélection existe dès lors qu'un antibiotique est prescrit. Les résultats de l'enquête nationale de prévalence de 2001<sup>(7)</sup>, montrent que l'utilisation des antibiotiques est moins fréquente en milieu gériatrique qu'en service de court séjour. Ceci peut laisser penser que la pression de sélection est moins forte en institution gériatrique. Toutefois, comme ailleurs, l'utilisation des antibiotiques en milieu gériatrique doit être raisonnée.

#### 7) Quel message peut-on faire passer au sujet et à son entourage pour que l'information soit juste, loyale et compréhensible et qu'elle les rassure pour un éventuel retour à domicile ?

« Nous sommes tous porteurs de germes, nous en mangeons, nous en respirons. Nous cohabitons le plus souvent sans problème avec eux. Parfois, sous l'influence de certains médicaments ou de maladies, ces germes qui nous entourent peuvent devenir résistants aux antibiotiques : on les nomme *bactéries multi-résistantes*. Ces germes sont sans danger pour le personnel, pour les visiteurs et pour la plupart des patients. Mais ils peuvent provoquer des infections chez certains. C'est pourquoi il faut éviter de les transmettre d'un patient à l'autre. Pour prévenir cette transmission, des mesures sont mises en place ».

#### 8) Que recommander pour l'organisation du ménage ?

Le professionnalisme de l'équipe prend ici tout son sens. Le ménage des chambres des sujets connus porteurs sera effectué tous les jours, si possible en fin de programme, sous réserve que cette nouvelle organisation ne perturbe pas le sujet.

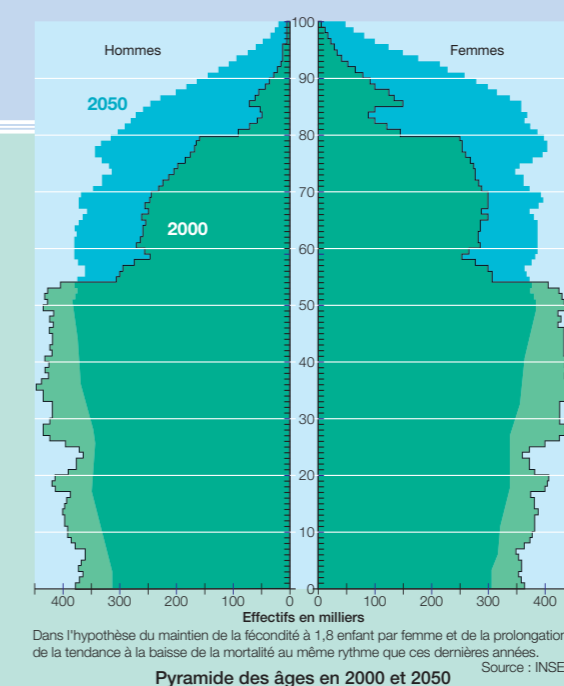
#### 9) Et pour les visiteurs ?

À l'inverse des soignants ou des bénévoles, les visiteurs d'une personne porteuse de BMR représentent un risque très faible de transmission croisée entre patients. En dehors des situations à risque de dissémination élevée, aucune tenue vestimentaire particulière ne leur sera imposée ni même recommandée. Il leur sera demandé de se laver les mains en quittant la chambre de la personne.



# Prévention

de la transmission des infections à bactéries multi-résistantes en milieu gériatrique et maintien de la socialisation



### Contexte

L'augmentation du nombre de personnes âgées doit être intégrée dans les stratégies de prise en charge en institution gériatrique des prochaines décennies. L'efficacité et l'efficience du management médical en institution gériatrique doivent permettre d'identifier précocement les états de fragilité et les facteurs de risque de la personne âgée. Cette identification précoce permettra la mise en place d'une stratégie préventive plus efficace.

**Données issues du fichier national FINESS, juin 2002 :**  
→ 9530 établissements d'hébergement des personnes âgées dont 6490 maisons de retraite (capacité de 596 839 lits).  
→ 1000 unités de soins de longue durée.

### L'infection chez le sujet âgé : données chiffrées<sup>(1)</sup>

- 50 à 85 % des personnes âgées présentent un ou plusieurs épisodes infectieux au cours de 100 jours de vie en collectivité gériatrique.
- 8 à 9 % des personnes en situation de dépendance moyenne sont infectées.
- > 50 % des personnes en situation de dépendance totale sont infectées.

#### Données chiffrées RESCLIN, enquête de prévalence 2001 (1320 personnes)

- Âge moyen des patients : 82,8 ans
- Patients infectés : 6,1 %
- Patients sous antibiotiques : 5,5 %

<sup>(1)</sup> Bactérie multi-résistante aux antibiotiques  
<sup>(2)</sup> *Staphylococcus aureus* méticillino-résistant

#### > Ont participé à la rédaction de ce document :

- Françoise Balicki, Épernay ; Marie Berard, Ay ; Bernadette Gales, Ay ; Anne Henry, Reims ; Frédérique Lahire, Épernay ; Jean-Pierre Pietrement, Épernay ; Élisabeth Quignard, Sézanne ; Jean Vincler, Montmirail ; Véronique Weber, Sézanne.
- > **Comité de pilotage :** Véronique Bussy Malgrange, Reims ; Monique Cochet, Montmirail ; Catherine Lafaurie, Épernay ; Jean-Luc Novella, Reims ; Hélène Zambelli, Chaumont.
- > **Relecture :** membres du comité de lecture de l'ORIG, membres du conseil d'administration du RESCLIN.



# Reconnaître

## Fragilité infectieuse liée au vieillissement

Le vieillissement est déterminé par un ensemble de processus dynamiques secondaires du à une altération physiologique et psychologique, lente et progressive, de l'organisme humain. Il se distingue par nature des manifestations liées à la présence d'une maladie. Ces altérations conduisent à une diminution de la

capacité «à faire face» avec une augmentation du risque morbide et du risque de dépendance<sup>(9)</sup>. De plus, la symptomatologie des infections chez la personne âgée, souvent fruste, peut retarder le diagnostic.

### Principaux champs du vieillissement

- État physique
- État psychique
- État sensoriel
- État neurologique
- Niveau d'autonomie
- Niveau d'activité
- Vie sociale
- État nutritionnel

### Principaux marqueurs de fragilité

- Âge > 85 ans
- Dénutrition
- Troubles cognitifs
- Perte musculaire
- Dépression
- Polymédication
- Déficit sensoriel
- Chutes à répétition
- Difficultés socio-économiques

### Principaux facteurs de risques d'infection

- Trouble de la déglutition
- Altération des défenses immunitaires
- Perte d'autonomie
- Dépendance sévère
- Effraction cutanée ou muqueuse
- Poly-pathologies
- Dispositif invasif (sonde, gastrostomie...)

L'association de plusieurs facteurs de risque favorise l'apparition de pathologies, de perte d'autonomie, et conduit à une surmortalité. Parmi les pathologies les plus fréquemment retrouvées chez les individus âgés fragiles, on retrouve l'ensemble des infections<sup>(2)</sup>.

### Risque lié au non respect de la vie sociale de la personne âgée

La vie sociale et le niveau d'activité de l'individu sont deux des principaux déterminants du vieillissement. Toute entrave à la vie sociale du sujet va inévitablement se traduire par

une dégradation de son autonomie physique ou psychique. Elle sera aussi à l'origine d'un certain nombre de troubles du comportement.

**En toute circonstance, tout doit être mis en œuvre pour préserver une qualité de vie sociale optimale de la personne âgée.**

# Comprendre

## Définitions

### Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR)

Des bactéries sont dites multi-résistantes lorsque, du fait de l'accumulation des résistances naturelles et acquises,

elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques. Les antibiotiques habituellement actifs ne le sont plus.<sup>(3)</sup>

### Principales BMR rencontrées en milieu gériatrique

- Les *Staphylococcus aureus* méticillino-résistants (SAMR), sont résistants à toutes les bêta-lactamines, très souvent résistants aux aminosides, macrolides et fluoroquinolones.<sup>(9)</sup>
- Les Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), sont essentiellement *Escherichia coli*, *Enterobacter sp* et *Klebsiella sp*. Les EBLSE sont principalement impliquées dans les infections urinaires (> 50%), symptomatiques ou non. Les EBLSE sont résistants à la plupart des bêta-lactamines, aux aminosides et très souvent aux fluoroquinolones.<sup>(9)</sup>
- Les *Pseudomonas aeruginosa* multi-résistants, sont résistants aux bêta-lactamines anti pseudomonas habituelles (ticarcilline, ceftazidime, imipenem) et souvent aux aminosides et aux fluoroquinolones.<sup>(9)</sup>

Les BMR imposent la mise en œuvre de mesures visant à contrôler et limiter les risques qu'elles induisent pour l'écologie microbienne. Les BMR peuvent être importées d'un autre établissement de santé ou acquises dans l'établissement où est hospitalisé le patient. Le réservoir (lieu où elles peuvent séjourner et se multiplier) peut être le patient, le personnel médical ou paramédical et parfois l'environnement. La diffusion se fait essentiellement par **transmission croisée d'un sujet porteur à un sujet non porteur, par l'intermédiaire du personnel.**

### Colonisation à BMR

Présence d'une BMR dans un site où l'espèce est souvent présente mais pas à l'état multirésistant (SARM et rhinopharynx, EBLSE et tube digestif) ou dans un site où l'espèce est en général

absente mais sans signe clinique ou biologique d'infection (*P. aeruginosa* et voies aériennes supérieures)<sup>(3)</sup>. Les patients colonisés par une BMR peuvent être dits «porteurs» d'une BMR.<sup>(4)</sup>

### Infection à BMR

Présence d'une BMR dans un site anatomique avec signes cliniques ou biologiques d'infection (infection urinaire sympto-

matique, infection broncho-pulmonaire, bactériémie, infection de site opératoire...).

# Agir

## Particularité de l'infection chez le sujet âgé

La présentation clinique d'une infection chez le sujet âgé ne répond pas toujours à sa description classique. La frontière entre colonisation et infection est souvent imprécise, induisant des difficultés à différencier les patients colonisés et

infectés. Le risque de dissémination d'une BMR dans l'environnement direct du sujet ou par transmission croisée n'est pas équivalent en fonction des situations.

**1** En cas de portage sain, correspondant à la colonisation d'un site anatomique, sans effraction et sans signe clinique d'infection, le risque de dissémination est très bas. Exemple: portage nasal ou au niveau des aisselles. Sous réserve du respect des règles d'**hygiène de base**, le sujet peut quitter sa chambre.

### Règles d'hygiène de base :

- Le respect des précautions «standard»<sup>(5)</sup> et des recommandations pour l'hygiène des mains\*<sup>(6)</sup> (SFHH 2002):
  - **limite au maximum le risque de transmission croisée.**
- L'optimisation de l'hygiène corporelle de la personne: toilette méticuleuse des mains\* régulière et toujours avant de quitter la chambre, vêtements changés et nettoyés régulièrement, literie changée chaque fois que nécessaire:
  - **limite au maximum la diffusion de la BMR.**
- L'hygiène rigoureuse de l'environnement proche de la personne, dans le respect des protocoles:
  - **limite au maximum le risque de contamination par l'environnement.**

**2** En cas de présence d'une BMR, au niveau d'un site anatomique lésé ou infecté, correctement isolé de l'environnement, le risque est bas.

Exemples: plaie infectée ou colonisée à BMR, sous pansement fermé, colonisation ou infection urinaire sans fuite urinaire, bactériémie à porte d'entrée cathéter dont le cathéter a été enlevé...

En plus du respect des règles d'hygiène de base, notamment lors de la réfection d'un éventuel pansement, une attention particulière sera portée au maintien de la qualité de l'**isolement du site anatomique concerné** (pansement ou vêtements du patient non souillés).

### Dans ces situations, sous réserve du respect des règles énoncées :

- La personne peut quitter sa chambre.
- La personne peut se rendre dans les lieux de vie en collectivité.
- La signalisation sur la porte de la chambre est utile mais elle est à proscrire si elle est mal vécue par la personne.
- La signalisation dans le dossier ou sur le planning infirmier et la transmission d'informations sont indispensables.

**3** En cas d'infection avec impossibilité d'isoler correctement la zone anatomique concernée, le risque de dissémination est élevé.

Exemples: toux productive, urines non contenues avec maintien de protections urinaires impossible, surinfection de lésions cutanées disséminées, diarrhée et colonisation fécale...

### Dans ce cas, en plus du respect des règles d'hygiène de base, d'autres mesures s'imposent :

- Réflexion sur la nécessité d'une hospitalisation en court séjour gériatrique.
- Isolement technique, avec signalisation sur la porte de la chambre.
- Le patient ne peut pas quitter sa chambre durant la période où le risque de dissémination est élevé.

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