

ATELIER 6

Les précautions complémentaires d'hygiène pour les structures de moyen et long séjour - SSR et USLD

PROBLEMES SPECIFIQUES D'HYGIENE EN SSR ET USLD

HENRY A., BUREAU-CHALOT F., BAJOLET O.

EOHH - CHU de Reims

La nature et la densité des soins effectués dans les structures de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) à orientation gériatrique et de Soins de Longue Durée (SLD) anciennement nommés « longs séjours » sont différentes.

Si les secteurs de SSR, sont orientés vers la préparation de la sortie et la réinsertion, les secteurs de SLD, dispensent des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien¹.

DONNÉES DE SURVEILLANCE SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES SECTEURS DE SSR ET DE SLD

Peu de données de surveillance relatives à ces structures sont disponibles en France. Si l'on se réfère à l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (IN) en 2001 (2), des spécificités apparaissent. Ainsi, les taux d'IN dans les secteurs de SSR sont plus importants qu'en court séjour et qu'en SLD (tableau 1).

Tableau 1

Infection nosocomiale selon le type d'activité			
	Court Séjour*	SSR	SLD
% Infectés	6,7 %	11,1 %	6,9 %
Infections nosocomiales totales	7,6 %	11,9 %	7,4 %
Infection nosocomiale acquise dans l'établissement	6,6 %	8,6 %	7,1 %

* Tous services confondus

Tableau 2

Siège des infections			
	Court Séjour*	SSR	SLD
Urines	38 %	47 %	39 %
Infection du Site Opératoire	14 %	10 %	2 %
Pneumopathie	13 %	6 %	8 %
Respiratoire haute	6 %	8 %	15 %
Peau tissus mous	6 %	13 %	19 %
Bactérienne/septicémie	6 %	2 %	1 %
Cathéter	6 %	1 %	0 %
Autres**	11 %	13 %	17 %

** Infections gastro intestinales, ORL stomatologiques, ophtalmologiques, génitales, ostéoarticulaires, du SNC, cardio vasculaires.

La répartition des infections nosocomiales varie également en fonction du type d'hospitalisation. Ainsi dans les secteurs de SLD, à l'exclusion de l'infection urinaire, le siège des IN diffère de celui rencontré en services de court séjour : les infections les plus fréquentes sont les infections de la peau et des tissus mous, respiratoires hautes, les conjonctivites, les gastroentérites et les mycoses buccales, classées dans «Autres» (tableau 2).

HYGIÈNE ET SECTEURS DE SSR

Si l'on exclut, les secteurs de réadaptation fonctionnelle, les sièges principaux d'infection en SSR sont comparables à ceux du court séjour et les problèmes spécifiques d'hygiène se rejoignent : pose et gestion de la sonde vésicale, maintien de la continence, soins post opératoires, ou encore prévention des troubles de décubitus.

HYGIÈNE ET SECTEURS DE SLD

La prévention des risques infectieux dans les secteurs de SLD fait l'objet de recommandations³. Ces recommandations spécifiques se justifient en raison de l'âge et de l'état général des patients, de la vie en collectivité, des contraintes architecturales et de fonctionnement, ainsi que par la faible densité en personnel.

- La survenue d'épidémies dans les secteurs de SLD est souvent méconnue et pose des problèmes spécifiques. Pourtant, les données issues de la littérature et de notre expérience démontrent la fréquence des épidémies d'origine virale ou parasitaire. Ainsi des épidémies de gale ont été décrites dans les structures de SLD⁴. L'incidence des cas est équivalente chez les résidents et le personnel. Ces secteurs sont plus touchés que les autres secteurs d'hospitalisation avec des cas plus nombreux. Ceci peut s'expliquer par le nombre plus important de sujets dépendants et grabataires, ainsi que par un diagnostic difficile, les causes de prurit dits « sénile » étant multiples. Les épidémies virales sont également fréquentes. Les virus à l'origine de ces épidémies sont variés (grippe, adénovirus, VZV, norovirus). Nous avons ainsi été confrontés dans notre établissement à des épidémies de grippe, et de kératoconjonctivite à adénovirus⁵. Afin de prévenir et contenir ces phénomènes épidémiques, parmi les mesures prises on peut citer la diffusion de recommandations écrites spécifiques au problème rencontré, la mise en place d'une surveillance active en collaboration avec le laboratoire de virologie, la sensibilisation et l'information sur la vaccination antigrippale en collaboration avec le service de médecine et santé au travail.

– Des problèmes spécifiques, contribuant à l'hydratation, à la nutrition et au maintien de l'autonomie, notamment l'hygiène bucco-dento-prothétique ont également été mis en évidence. Plus particulièrement, lors d'une étude réalisée au CHU par le centre d'enseignement et de recherche dentaire en 2000, il avait été mis en évidence chez les résidents un délabrement dentaire important (tarte dentaire : 44,7%), la présence de foyers infectieux (gingivite inflammatoire : 39,2%, candidose buccale ou labiale : 43,1%), des prothèses dentaires usées et non fonctionnelles et une absence d'hygiène bucco-dentaire (présence de débris alimentaires permanents : 64,9%). Ces problèmes fréquents nous ont conduit à envisager la diffusion d'une plaquette régionale qui est en cours de réalisation et à réitérer une évaluation de l'hygiène bucco-dento-prothétique dans ces secteurs.

CONCLUSION

Cette expérience nous a conduit à sensibiliser les soignants à l'importance de la surveillance cutanéomuqueuse et à travailler des outils d'évaluation et des protocoles. La mise en place d'une surveillance des prélèvements cliniques de ces secteurs avec le labo-

ratoire de virologie et la collaboration avec le service de médecine et de santé au travail devrait nous permettre de mettre en place une politique de prévention dans les services de SLD.

RÉFÉRENCES

1. Circulaire du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation.
2. Enquête nationale de prévalence 2001 - RAISIN - www.invs.santé.fr
3. CCLIN-Ouest : Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. 2002
4. Investigation d'une épidémie de gale dans un centre de long et de moyen séjour pour personnes âgées de la région parisienne. BEH. 1997 ; 6 : 23-25
5. Piednoir E., Bureau-Chalot F., Merle C., Gotzamanis A., Wuibout J., Bajolet O. Direct costs associated with a nosocomial outbreak of adenoviral conjunctivitis infection in a long term care institution. Am. J. Infect. Control. 2002 ; 30(7) : 407-10.

INFORMATION DES FAMILLES

MEHAYE Philippe

Le patient et la maladie nosocomiale forment un couple chargé souvent de souffrance et de méconnaissance très rarement de rancœur ou de volonté de querelle. Le souci premier des malades est toujours de retrouver une vie normale hors de la souffrance.

Si les recommandations d'hygiène leurs semblent judicieuses, ils n'ont pas forcément une perception pertinente de la conduite à tenir au quotidien. L'une des difficultés du corps médical environnant est de s'assurer, autant que possible, qu'il est en accord avec les schémas de pensée des malades.

Les niveaux de priorités ne sont pas forcément communs. Les malades n'ont que très rarement le sentiment que la maladie nosocomiale est le fruit d'une erreur de pratique mais par contre se montrent, vis-à-vis du personnel de l'établissement, sensibles à la manière dont ils sont traités et aux égards dont il est fait preuve envers eux.

Les rencontres avec les hospitalisés montrent combien la disparité de comportement des patients nécessite, pour le personnel soignant, des facultés d'adaptation afin que les messages de bonne conduite hygiénique soient perçus avec efficacité.

Le rôle n'est pas forcément plus facile pour le représentant des usagers. Il se doit de respecter le malade dans ses perceptions en évitant de n'entendre que ce que celui-ci veut bien lui dire au premier degré, et qui souvent, traduit des sentiments cachés ou difficiles à exprimer. Il se doit aussi de respecter le travail des soignants en évitant de porter des jugements de valeurs.

Une mise à l'aise patiente et bienveillante favorise la communication et aide le malade à un soulagement psychologique la parole dans ce domaine peut être salvatrice les visiteurs des malades connaissent bien ces situations. Elle est aussi, parfois source d'émergence brutale de rancœurs justifiées ou non.

En aucun cas le rôle du représentant des usagers ne sera un rôle "allumeur de poudre" mais au contraire d'intermédiaire faisant en sorte que les situations puissent se résoudre au mieux des intérêts de chacun.

C'est que désormais le malade est quelqu'un qui trouve facilement de l'information s'il est lecteur, téléspectateur, ou mieux encore internaute. Son comportement commence à changer, certains n'hésitent plus à poser des questions. Ce facteur sera positif dans la mesure où le patient va devenir partenaire dans son traitement délaissant le rôle d'être de souffrance totalement abandonné au corps médical.

C'est aussi un aspect favorable dans la mesure où la cour de cassation ayant considéré que la relation médecin - malade relève du contrat synallagmatique le médecin est désormais placé dans l'obligation d'apporter la preuve qu'il a informé son client.

Heureusement les maladies nosocomiales ne sont ni fréquentes ni généralement très graves dans leurs conséquences ce qui limite les actions judiciaires.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES BMR ET MAINTIEN DE LA SOCIALISATION

NOVELLA JEAN-LUC, BUSSY MALGRANGE VÉRONIQUE, ZAMBELLI HÉLÈNE,
LAFURIE CATHERINE, COCHET MONIQUE

L'augmentation du nombre de personnes âgées doit être intégrée dans les stratégies de prise en charge en institution gériatrique des prochaines décennies que celles-ci soient hospitalières ou non. 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. Cependant il est d'autres risques propres à altérer l'état de santé de nos aînés, ainsi de par la présence d'un certain nombre de facteurs de fragilité les personnes âgées apparaissent beaucoup plus à risque de développer des pathologies infectieuses. Ce risque déjà plus présent en situation communautaire du fait d'une baisse relative des défenses immunitaires de l'individu qui retrouve majorer en institutions gériatriques qui regroupent généralement les sujets les plus fragiles, le plus dépendant, nécessitant le plus de soins. Ainsi, 85 % des personnes âgées présentent un ou plusieurs épisodes infectieux au cours de 100 jours de vie en collectivité gériatrique¹. Si 8 à 9 % des personnes en situation de dépendance moyenne sont infectées, plus de 50 % des personnes en situation de dépendance totale sont infectées¹. Les institutions pour personnes âgées se caractérisent par une forte endémie de colonisation à BMR associée à un faible taux d'infection. Le SAMR représente à lui seul 50 % des BMR.

Plusieurs facteurs de risque de fragilité sont bien établis en gériatrie comme : Âge >85 ans, la dénutrition, les troubles cognitifs, la perte musculaire, la dépression, la polymédication, les déficits sensoriel, les chutes à répétition ou les difficultés socio-économiques. 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 infections².

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

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. Il nous est apparu important de pouvoir identifier différents scénarios possibles qui vont conduire à des stratégies de prise en charge différente.

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 »³ et des recommandations pour l'hygiène des mains*⁴ (SFHH 2002).
- Limiter 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.
- Limiter au maximum la diffusion de la BMR.
- L'hygiène rigoureuse de l'environnement proche de la personne, dans le respect des protocoles.
- Limiter 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'objectif reste par les moyens de prévention, amener les sujets à présenter un niveau de risque de dissémination très bas. 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. Cela impose une indispensable réflexion multidisciplinaire et coordonnée.

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. 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.

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

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.

Relecture : membres du comité de lecture de l'ORIG, membres du conseil d'administration du RESCLIN.

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. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
4. Anonyme. Recommandations pour l'hygiène des mains, SFHH 2002.