

UNIVERSITE PARIS V
Faculté Cochin Port Royal

Les bactéries multi-résistantes BMR
en HEPAD, mythe ou réalité

Dr LE PAIH LEROY Marie-Françoise

DIU de médecin coordonnateur HEPAD

Année 2007-2008

1 - INTRODUCTION	3
2 - LES BACTERIES MULTI RESISTANTES BMR	3
2.1 - Définition des BMR	3
2.2 - Evolution des indicateurs	4
2.2.1 - La proportion de BMR dans l'espèce	4
2.2.2 - Les indicateurs d'incidence de BMR	5
2.3 - Risque de diffusion épidémique des BMR	6
3 - LES INFECTIONS EN HEPAD	7
4 - LA LUTTE CONTRE LES BMR	8
4.1 - Stratégie et mesures à prendre	8
4.1.1 - Identification des patients porteurs de BMR	8
4.1.2 - Précautions d'isolement	10
4.2 - Politique d'utilisation des antibiotiques	12
5 - LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES	13
6 - DISCUSSION	14
7 - CONCLUSION	17
8 - BIBLIOGRAPHIE	17
9 - ANNEXES	18

1 - INTRODUCTION

Les EHPAD sont des structures où les personnes âgées souvent dépendantes vivent en collectivité pour de longues périodes, souvent jusqu'à leur décès. Le monde des EHPAD est très hétérogène. Ces structures publiques ou privées, sont de taille très variable. La densité des soins et le ratio densité de soins / moyens humains, qui conditionnent en grande partie le risque infectieux lié aux bactéries multirésistantes BMR, est très variable d'un établissement à l'autre. Ces bactéries multi résistantes représentent un problème de santé publique. Les HEPAD sont considérées à tort ou à raison (mythe ou réalité) comme un réservoir important pour les BMR.

Les EHPAD prennent en charge des personnes porteuses de poly-pathologies et des degrés de dépendance un peu moins élevés que les établissements hospitaliers de soins de longue durée (USLD), mais ne disposent pas à l'inverse des USLD, des prestations d'un Comité de Lutte contre l'Infection Nosocomiale (CLIN). Les problématiques de ces deux types de structures ne sont pas éloignées car le niveau de dépendance des patients en EHPAD a augmenté ces dernières années et va continuer à augmenter, ce qui va accroître la charge en soins et le risque infectieux dans ces établissements.

Les EHPAD sont des structures particulières qui se situent entre le domicile privé et l'établissement hospitalier.

2 - LES BACTERIES MULTI RESISTANTES BMR

2.1 - Définition des BMR

Les bactéries sont dites multirésistantes (BMR) aux antibiotiques lorsque, du fait de l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles d'antibiotiques, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques utilisables en thérapeutique. La multirésistance est une étape vers l'impasse thérapeutique. En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène, de leur caractère commensal qui expose au risque de diffusion hors de l'hôpital, de leur caractère clonal ou du caractère aisément transférable des mécanismes de résistance impliqués, les BMR qui font l'objet du programme national sont les *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline SARM et les entérobactéries productrices de bêta-

lactamases à spectre étendu (EBLSE). Les autres BMR nosocomiales qui ne présentent pas toutes ces caractéristiques (ex. : *Enterobacter* ou *Serratia* hyperproducteurs de céphalosporinase, *P. aeruginosa* ou *Acinetobacter baumannii* résistants aux β -lactamines...) ne sont pas incluses dans le programme national, mais peuvent justifier, dans certaines circonstances, des mesures de surveillance ou d'intervention, en particulier au niveau local en cas d'événements particuliers ou dans le cadre d'actions visant à diminuer la pression de sélection par les antibiotiques.

Depuis 2004 le nombre de signalements à l'institut de veille sanitaire d'événements nosocomiaux impliquant des entérocoques résistants à la Vancomycine (ERV) a augmenté et plusieurs épidémies d'ampleur inhabituelle se sont produites dans les hôpitaux français et les maisons de retraite. Les ERV exposent en France, où la prévalence des SARM est élevée, à un " co-portage " de SARM et d'ERV et, en conséquence, au transfert du gène de résistance aux glycopeptides de ERV à SARM, comme cela s'est déjà produit aux USA.

2.2 - Evolution des indicateurs

Les indicateurs et les chiffres suivants sont définis par le RAISIN : Réseau d'Alerte et d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales, dernier rapport de 2005 (1)

2.2.1 - La proportion de BMR dans l'espèce

Cet indicateur a été le premier indicateur utilisé. Le pourcentage de SARM chez *S. aureus* était en 1993-1994 de 38 à 41 % dans les hôpitaux de plusieurs régions de France, que ce soit globalement ou dans les hémocultures. La proportion de souches BLSE chez *K. pneumoniae* était à la même époque de 10 à 25 %, et même de 38 % en réanimation, chiffres qui résultaient d'une augmentation régulière depuis 1985, année des premiers cas. Lors des enquêtes de prévalence des IN conduites en 1996 et 2001, les proportions de SARM parmi les souches de *S. aureus* d'origine nosocomiale étaient respectivement de 57 et 64 %

Sur le plan pratique, cet indicateur, très attrayant car il peut être produit directement par les laboratoires de bactériologie hospitaliers, repose sur deux pré requis :

- Il impose de recueillir les mêmes informations sur les souches sensibles ainsi que sur les souches multirésistantes de l'espèce dès lors que l'on veut stratifier les données, ce qui est fastidieux lorsque la résistance est peu fréquente,
- Il nécessite un travail de dédoublonnage plus long que les autres indicateurs, puisque celui-ci doit prendre en compte toutes les souches de l'espèce pour chaque patient.

Cet indicateur est de moins en moins utilisé en routine.

2.2.2 - Les indicateurs d'incidence de BMR

Le nombre absolu de patients porteurs de BMR détectés sur la base des prélèvements à visée diagnostique positifs (cas incidents) est un indicateur simple et accessible depuis les laboratoires qui reflète directement l'ampleur des épidémies et mesure la charge de travail pour les équipes en charge de la prévention. Le nombre de cas incidents est très informatif lorsqu'il est rapporté au nombre de patients admis (taux d'attaque) ou au nombre de jours d'hospitalisation JH (densité d'incidence) durant la même période.

Le nombre d'admissions directes (c'est-à-dire transferts intérieurs exclus) est un dénominateur pertinent pour les services de court séjour, mais difficile à obtenir des administrations hospitalières qui incluent souvent les transferts intérieurs pour des raisons comptables. Cet indicateur n'est pas pertinent pour les unités de SSR-SLD en raison de la longue durée de séjour et, en conséquence, du faible nombre d'admissions. En revanche, le nombre de jours d'exposition ou jours d'hospitalisation pour les hôpitaux est un dénominateur polyvalent pertinent pour tous les types d'hospitalisation, et assez facile à obtenir des administrations hospitalières car il fait partie de la comptabilité de l'établissement.

La densité d'incidence des SARM pour 1000 JH est utilisée depuis 1995 et était cette année là de 2,82 en réanimation et de 0,15 en long séjour.

En 2005, l'incidence globale de SARM était de 0,58 pour 1000 JH et variait selon les inter régions. Enfin, la densité d'incidence en moyen et long séjour (SSR-SLD)

était globalement de 0,39 pour 1 000 JH, soit deux fois plus basse qu'en court séjour, mais était plus dispersée.

Les enquêtes concernant les BMR par exemple celles du CCLIN Paris Nord excluent les souches isolées de prélèvements réalisés chez des malades externes consultant à l'hôpital ou hospitalisés moins de 24 heures (ex : hospitalisation de jour) ou résident en EHPAD. Ainsi l'incidence des BMR en HEPAD n'est pas une donnée classiquement disponible.

2.3 - Risque de diffusion épidémique des BMR

L'expression "patient porteur de BMR" recouvre toutes les situations où le patient est une source de dissémination potentielle de BMR :

- Infection : présence de BMR dans un site anatomique habituellement stérile, accompagnée de signes cliniques ou biologiques d'infection (ex : infection du site opératoire, infection urinaire asymptomatique, bactériémie...).
- Colonisation : présence de BMR dans un site anatomique où l'espèce est souvent présente mais pas à l'état multirésistant (ex : SARM et rhinopharynx, EBLSE et tube digestif) ou, alternativement, dans un site anatomique où l'espèce est en général absente mais sans signe clinique ou biologique d'infection (ex : *P. aeruginosa* et voies aériennes supérieures).

Les réadmissions de patients porteurs de BMR, leurs transferts entre hôpitaux et leur circulation entre les services sont une cause importante de diffusion épidémique des BMR. Plusieurs enquêtes ont ainsi montré que 25 à 40% des patients porteurs de BMR l'étaient dès leur admission et avaient été, en fait, colonisés lors d'une hospitalisation antérieure. Il importe donc de proposer une démarche commune qui associe l'ensemble des établissements d'une région liés par les transferts de patients.

La méconnaissance du portage de BMR augmente probablement le risque de leur diffusion. En situation épidémique, 50 à 75% des patients porteurs de BMR sont asymptomatiques, c'est à dire qu'ils ne peuvent être détectés que par dépistage. Le portage prolongé de BMR des patients après leur sortie de l'hôpital et la présence de ceux-ci dans certaines communautés non hospitalières (ex : maisons de retraite...), expose au risque de diffusion extra-hospitalière de ces bactéries.

3 - LES INFECTIONS EN HEPAD

Auparavant, l'infection en EHPAD était située à mi-chemin entre le "communautaire" et le "nosocomial". Depuis l'actualisation des définitions des infections nosocomiales en 2007 par le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins CTINILS (2). L'infection acquise en HEPAD est dite associée au soin IAS

L'infection associée au soin comprend donc l'infection nosocomiale (au sens de contractée dans un établissement de santé) et couvre également les soins délivrés en dehors un établissement de santé avec un sens large y compris les HEPAD. Désormais le sens infection nosocomiale sera réservée exclusivement au infection associée au soin en établissement de santé.

Une infection est dite IAS si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive.

Ces infections comprennent :

- Les infections liées aux soins, liées à l'état de santé des personnes et à leur état de dépendance(alitement, dénutrition, incontinence, matériel étranger à plus ou moins long cours, troubles du comportement ou de la compréhension, troubles de la déglutition...).
- Les infections liées à la vie en collectivité, transmises par le personnel, les visiteurs, les autres résidents comme la grippe, les pneumopathies transmissibles en période hivernale, des épidémies de gastro entérites, la gale.
- Les infections liées à un agent de l'environnement (légionellose...)

Il faut également indiquer que l'infection ne représente que la partie visible de l'iceberg. De nombreuses bactéries micro-organismes sont transmises aux pensionnaires des EHPAD par les visiteurs, le personnel, les autres pensionnaires à l'occasion des activités de la vie collective ou par les mains du personnel. Les bactéries multi résistantes aux antibiotiques (BMR) sont ainsi fréquemment portées par les personnes vivant en EHPAD, en particulier chez celles (60 % environ) qui effectuent des séjours hospitaliers. La transmission de ces BMR est certainement fréquente et les EHPAD représentent des "réservoirs" importants de BMR, expliquant de fréquentes réimportations à l'hôpital.

4 - LA LUTTE CONTRE LES BMR

La lutte contre les BMR à l'hôpital, qui s'intègre dans une politique globale de prévention des IN et de maîtrise de la résistance aux antibiotiques, est une priorité nationale qui implique toute la communauté hospitalière et fait partie des indicateurs d'activité et de qualité, et des référentiels d'accréditation des établissements de santé.

La politique de lutte contre les bactéries multi résistantes aux antibiotiques repose sur des actions menées selon deux axes complémentaires :

- Prévenir la diffusion des bactéries multi résistantes par transmission croisée,
- Réduire la pression de sélection exercée par les antibiotiques sur les bactéries multi résistantes. (3)

4.1 - Stratégie et mesures à prendre

La prévention de la diffusion par transmission croisée des BMR repose sur deux types de mesures :

- L'identification précoce des patients porteurs.
- L'isolement des patients porteurs.

4.1.1 - Identification des patients porteurs de BMR

L'identification des patients porteurs de BMR, qui est réalisée en milieu hospitalier, nécessite des aménagements en EHPAD.

Elle est primordiale, car c'est elle qui permet de mettre en œuvre les mesures d'isolement. Cette identification concerne :

- Les patients déjà connus pour être porteurs, et signalés d'emblée à l'admission (ex : fiche de liaison, utilisation des systèmes d'information hospitalière, mention par le patient lui-même et son entourage),
- Les patients pour lesquels une BMR a été mise en évidence à partir de prélèvements à visée diagnostique ou à partir de prélèvements de dépistage

L'identification des patients porteurs de BMR comprend :

- La détection de la multirésistance au laboratoire qui repose sur des techniques microbiologiques déjà largement diffusées.
- La notification rapide et claire par le laboratoire qui permet de faire connaître à l'équipe soignante les patients porteurs de BMR. La notification repose sur :
 - Le contact personnalisé entre le biologiste et l'équipe soignante,
 - La mention du caractère multirésistant de la bactérie sur la feuille de résultats (tampon, étiquette ou impression directe).
- La signalisation des patients porteurs de BMR dans le service d'hospitalisation qui permet d'indiquer de façon explicite, à chacun des acteurs de soins, les précautions particulières pour la prise en charge de ces patients. Cette signalisation doit être commune à toutes les BMR pour être reconnue de tous (pictogramme commun). Elle figure à l'entrée de la chambre, dans les dossiers médicaux et de soins infirmiers. La signalisation figurant sur un support ad hoc permet, également, d'informer les équipes des services médicotechniques prenant en charge, de manière temporaire, les patients porteurs de BMR.
- La mise en place d'un système d'information relative au portage de BMR, permettant d'identifier rapidement les patients porteurs de BMR lors d'une hospitalisation ultérieure ou d'un transfert dans un autre service ou un autre établissement de soins. Ce système, qui permet la mise en place rapide des mesures d'isolement appropriées, repose sur une mention explicite du portage de BMR dans le dossier du patient et dans le compte rendu d'hospitalisation, un contact personnalisé avec l'équipe soignante d'accueil avant le transfert et l'information du patient et de son entourage, afin de renforcer leur compréhension et leur adhésion aux mesures d'isolement préconisées. En outre, cette dernière mesure permettra aux patients de mentionner le portage lors d'hospitalisations ultérieures. En aucun cas, le portage de BMR ne peut être un motif de refus d'admission dans un autre service ou établissement de soins.

4.1.2 - Précautions d'isolement

Les précautions d'isolement sont mises en œuvre dans les unités de soins de suite et réadaptation (SSR) et dans les unités de soins de longue durée (SLD) .

Ces précautions devraient pouvoir être étendues au HEPAD.

La stratégie et les mesures à prendre se heurtent à deux difficultés d'application majeures :

- La nécessité d'une vie sociale pour les patients qui y séjournent rend l'isolement géographique très difficile ;
- Les moyens matériels y sont limités (notamment pour le dépistage et l'isolement des patients porteurs de BMR) et la charge en soins est élevée en raison d'une médicalisation croissante et d'un faible ratio personnel / malades.

Environ 10 à 20 % des patients admis en SSR et SLD et transférés d'unités de soins de court séjour sont porteurs, à l'admission, de SARM (4,5). La diffusion des BMR en SSR et SLD entretient un réservoir important et participe à leur réintroduction dans les services de court séjour. Bien que la fréquence de la résistance, notamment chez *S. aureus*, soit très élevée en SSR et en SLD, et que la durée du portage chez les patients puisse être très longue, la morbidité liée aux BMR y paraît plus faible qu'en court séjour. La proportion de patients admis en HEPAD porteur de BMR n'est pas une donnée habituelle.

La mise en œuvre des mesures en SSR et SLD devrait tendre vers celles proposées pour les unités de court séjour puisque les risques de transmission croisée y sont élevés. Cependant, la grande diversité des structures d'accueil (notamment au niveau architectural), de leur médicalisation, de leur niveau global d'hygiène et surtout de leurs moyens rend difficile le choix d'une stratégie unique applicable à toutes les unités.

La stratégie est définie selon l'analyse de la situation épidémiologique de chaque établissement, en particulier pour les SARM et EBLSE, et des moyens disponibles. Les mesures essentielles, d'ordre général ou spécifique aux BMR, sont :

- L'amélioration des moyens nécessaires au lavage des mains et à l'isolement technique des patients (installation de lavabos équipés dans les chambres, mise à disposition de gants et de tabliers à usage unique...).
- La généralisation de l'utilisation des solutions hydro alcooliques en remplacement du lavage des mains, en respectant les conditions d'utilisation.
- L'amélioration globale de l'hygiène, en particulier le respect des précautions "standard", des procédures lors des actes invasifs les plus fréquents (système clos de sondage urinaire), et l'entretien de l'environnement.
- La transmission de l'information du portage de BMR lors des transferts (court séjour, SSR, SLD, HEPAD) au moyen d'une fiche de liaison.
- La réalisation aussi stricte que possible d'un isolement technique des patients les plus disséminateurs (dispositifs invasifs, incontinence totale, escarres, aide totale à la mobilité).
- La formation en hygiène, et en particulier à l'épidémiologie des BMR, du personnel médical et paramédical... Cette formation ou information incombe au médecin coordonnateur.

La mise en place des précautions dites complémentaires aux précautions standard doit être faite sur une prescription médicale lors de la connaissance d'une BMR. L'isolement géographique proprement dit avec confinement dans la chambre n'est pas recommandée pour les personnes âgées. Le site anatomique d'isolement de la BMR est primordial pour le type de précautions à mettre en place. Pour une BMR cutanée ou urinaire par exemple, les précautions complémentaires sont des précautions contact. Pour une BMR pulmonaire les précautions complémentaires sont les

précautions gouttelettes. L'association précautions contact et gouttelettes est réalisée dans des cas particuliers.

Ces précautions doivent être expliquées au patient, à sa famille, aux visiteurs et doivent être connues du personnel. Des fiches d'information simple ont été réalisées par différents centres de coordination des CLIN (CCLIN) pour les patients hospitalisés. Deux fiches synthétiques pour précautions contact et précautions gouttelettes sont proposées pour aider le personnel. Elles figurent en annexe.

4.2 - Politique d'utilisation des antibiotiques

Il a été bien démontré que l'utilisation des antibiotiques joue un rôle important dans l'émergence et la diffusion des BMR. C'est pourquoi il est indispensable d'intégrer une politique rationnelle de l'utilisation des antibiotiques dans la stratégie de maîtrise de la résistance à l'hôpital.

Un nouveau guide de stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé (recommandations professionnelles), avril 2008 Haute autorité de santé HAS donne les recommandations précisant les dispositions relatives à la prescription des antibiotiques à l'hôpital.

A ce jour, il n'y a pas de guide comparable pour aider les médecins généralistes et le médecin coordonnateur d'HEPAD alors que le bon usage des antibiotiques chez le sujet âgé est leur préoccupation quotidienne. Une des missions du médecin coordonnateur est d'élaborer la liste, par classe des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et le cas échéant avec le pharmacien chargé de la gestion de la pharmacie à usager intérieur ou le pharmacien mentionné. (6)

5 - LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES

Les dernières recommandations pour les HEPAD et ou les BMR sont les suivantes :

- Pratiques d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées. DRASS Midi-Pyrénées, Commission de coordination régionale des vigilances, CCLIN Sud-Ouest, 2008.
- 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.
- Guide pratique pour la prise en charge d'une épidémie à ERG. CCLIN Est, septembre 2008.
- Vous (ou l'un de vos proches) êtes porteur d'un entérocoque résistant aux antibiotiques (ERV ou ERG). CCLIN Paris-Nord, août 2008.
- Fiche technique : mesures de prévention des cas de colonisation à entérocoques résistants aux glycopeptides dans les établissements hébergeant des personnes âgées. CCLIN Paris-Nord, 2008.
- Fiches techniques pour le dépistage et la décolonisation des porteurs de Staphylococcus Aureus résistant à la méticilline SARM. CCLIN Ouest, 2007 :
 - Introduction
 - Fiche 1 : Dépistage des patients porteurs de SARM - hors contexte épidémique.
 - Fiche 2 : Dépistage des patients porteurs de SARM - dans un contexte épidémique.
 - Fiche 3 : Dépistage des personnels porteurs de SARM - dans un contexte épidémique.
 - Fiche 4 : Pour le laboratoire en charge de dépistage des patients porteurs de SARM.
 - Fiche 5 : Décolonisation des patients porteurs de SARM
 - Fiche 6 : Décolonisation des personnels porteurs de SARM
- Information sur les bactéries multi résistantes aux antibiotiques pour le personnel soignant. CCLIN Sud-Est, 2006.

- Information sur les bactéries multi résistantes aux antibiotiques pour le patient et sa famille.
- Guide d'auto-évaluation "ANGELIQUE"

6 - DISCUSSION

La prise en compte des BMR hors établissement de santé est fondamentale pour la réussite du programme national de lutte contre les BMR, priorité nationale. La maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques est une priorité de santé publique qui nécessite des actions concertées, tant en médecine de ville que dans les établissements de santé. La prévention de la transmission croisée et la réduction de la pression de sélection, par un usage rationnel des antibiotiques, en sont les deux composantes essentielles. Il faut se rappeler du slogan les antibiotiques, ce n'est pas automatique. On ne traite pas uniquement sur un résultat de laboratoire. En probabiliste, on ne traite pas une infection uniquement sur son site anatomique mais en se posant la question quelle est le type de bactérie probablement responsable de l'infection. En HEPAD, il existe une utilisation très importante des antibiotiques dans ces structures ce qui accentue encore le risque de sélection de BMR.

La lutte contre les BMR en EHPAD est rendue particulièrement difficile en raison de nombreux facteurs : très faibles ratios de personnel, absence de diagnostic bactériologique précis des pathologies infectieuses, antibiothérapie à large spectre probablement excessive, difficultés pour expliquer les mesures de prévention aux pensionnaires et aux familles, diversité de la prise en charge médicale par les nombreux médecins de ville, formation des médecins de ville et des médecins coordonnateurs à compléter dans le domaine du risque infectieux, formation en hygiène insuffisante chez le personnel en particulier les agents de service, nombreux intervenants extérieurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes. De plus, dans les EHPAD, la vie collective des résidents est développée (lecture quotidienne du journal, gymnastique en groupe, animations, sorties,...) ce qui peut aussi avoir des implications pour cette problématique.

Il faut toujours évaluer le bénéfice risque pour limiter la diffusion des BMR et éviter le syndrome de glissement lié à l'isolement.

La réactivité des structures doit s'améliorer, à la fois pour diagnostiquer et déclarer les épidémies et pour mettre en œuvre les mesures de contrôle de ces phénomènes. Tout comme en ville ou à l'hôpital, les personnels de ces structures ont un rôle à la fois dans le déclenchement et la diffusion de l'épidémie et dans son traitement.

Classiquement pour les hospitaliers, les HEPAD sont considérées comme des réservoirs importants de BMR. S'agit-il vraiment d'un mythe ou d'une réalité ? Toutes les HEPAD sont-elles équivalentes? Petites structures de campagne, grande structure de périphérie des grandes métropoles?

A ces questions, il est difficile de répondre.

Les données épidémiologiques concernant strictement les HEPAD sont indisponibles sauf pour les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

Le médecin coordonnateur a un rôle essentiel à jouer pour connaître l'épidémiologie de son ou ses établissements. Il est nécessaire qu'il recense les patients porteurs de BMR transférés des établissements hospitaliers et les résidents ayant acquis la ou les BMR dans l'EHPAD. L'épidémiologie au sein d'une HEPAD dépend du type de recrutement origine des patients, fréquence et durée des hospitalisations antérieures ainsi que des pathologies sous-jacentes.

L'efficacité des mesures mises en place sera liée à la non acquisition de la BMR dans l'HEPAD.

Dans le cadre de la lutte contre les infections associées aux soins, tout établissement de santé doit mettre en œuvre une politique active de lutte contre les bactéries multi résistantes aux antibiotiques (BMR). Celle-ci repose, en premier lieu, sur l'application et le strict respect, pour tout patient, des précautions d'hygiène "standard" lors de soins potentiellement contaminants. Des mesures d'isolement complémentaires, adaptées aux modes de transmission du germe en cause, sont à appliquer lorsqu'une BMR est suspectée ou identifiée chez un patient. En particulier, il faut souligner l'importance de la signalisation des patients porteurs de BMR et de la transmission de l'information aux services ou établissements qui reçoivent ces patients lors d'un transfert et d'une ré-hospitalisation. En effet, ces actions concourent à la sensibilisation de l'ensemble des professionnels, des patients et de leur famille et permettent la coordination des acteurs de soins pour une meilleure prise en charge des patients. Ces précautions dites complémentaires

à la précaution standard doivent être une prescription médicale lors de la connaissance d'une BMR. De même, la levée de ces précautions dites complémentaires aux précautions standard est une prescription médicale.

L'isolement géographique proprement dit avec confinement dans la chambre n'est pas recommandée pour les personnes âgées

La prise en charge de patients porteurs de BMR nécessitant un investissement supplémentaires en matériel (exemple appareil à tension dédié ou lavable) et en temps (habillage...). Ces modalités particulières de prise en charge des soins seront mentionnés dans le rapport annuel d'activité médicale.

Il est indispensable de structurer la prévention du risque infectieux en EHPAD. Ce programme de prévention doit être réaliste, adapté aux caractéristiques de la structures. La qualité et la coopération entre directeur d'établissement, le médecin coordonnateur, l'infirmière ou cadre infirmier est déterminante. Il est en effet fondamental de bien préciser le rôle des différents acteurs dans le programme de lutte contre le risque infectieux en EHPAD, et de s'assurer que ceux-ci travaillent de façon synergique. Le rôle du médecin coordonnateur est fondamental. Il faut lui donner les moyens d'assurer cette mission de coordination, en particulier vis à vis de ses confrères généraliste.

La non diffusion des BMR au sein de l'établissement sera un gage de bonne prise en charge en terme d'hygiène et d'antibiothérapie adaptée.

Depuis l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales, publié au journal officiel le 2 septembre les antennes régionales ont la charge d'assurer conseil et assistance dans le domaine de l'hygiène hospitalière au HEPAD. Les HEPAD n'étant pas un établissement de santé, n'ont pas l'obligation d'avoir un comité de lutte contre les infections nosocomiales CLIN. Des ressources et des référents seraient nécessaires pour mettre en œuvre un programme efficace adapté aux spécificités de ces établissements.

L'incidence des SARM fait partie des indicateurs du tableau de bord des hôpitaux de même que la consommation des solutions hydroalcooliques en litre. Ces items seront ils dans les années à venir utilisés également dans les HEPAD ?

7 - CONCLUSION

Les bactéries multi résistantes BMR représentent un problème de santé publique. Les HEPAD sont considérées à tort ou à raison (mythe ou réalité) comme un réservoir important pour ces BMR. Chaque HEPAD a vraisemblablement sa propre écologie bactérienne. L'épidémiologie au sein de l'établissement dépend du type de recrutement ainsi que des pathologies sous-jacentes

Le médecin coordonnateur a un rôle essentiel à jouer pour connaître l'épidémiologie de son établissement. Il est nécessaire qu'il recense les patients porteurs de BMR transférés des établissements hospitaliers.

La non diffusion des BMR au sein de l'établissement sera un gage de bonne prise en charge en terme d'hygiène et d'antibiothérapie adaptée.

8 - BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Surveillance des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé en France, Réseau BMR-Raisin, Résultats 2005.
- 2 - Actualisation des définitions des infections nosocomiales Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'action sociale, CTINILS 2007.
- 3 - Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques , Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'action sociale, Comité technique national des infections nosocomiales 1997.
- 4 - Delière-Baron E., Jourdan B., Duviquet M. et Abramowitz Cl. Importation et acquisition de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline isolé en milieu gériatrique institutionnel. Méd Mal Inf 1996 ; 26, RICA 644-50.
- 5 - Murphy S., Denman S., Bennett R.G. et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization in a long care facility. J Am Geriatr Soc 1992 ; 40 : 213-7.
- 6 - Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification , aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

9 - ANNEXES

- 1 – Précautions contact.
- 2 – Précautions gouttelettes.

PRECAUTIONS CONTACT



VISITEURS

Doivent s'adresser au personnel
avant d'entrer dans la chambre



CHAMBRE SEULE

POUR LE PERSONNEL ET LES VISITEURS



Procéder à une friction hydro alcoolique
des mains en entrant et en sortant



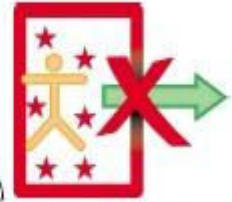
GANTS Dès l'entrée
A jeter dans la chambre



SURBLOUSE Lors de soins au patient et
contact prolongé environnement
A jeter dans la chambre

PRECAUTIONS

GOUTTELETTES



A prendre à moins d'1 mètre du patient

VISITEURS

Doivent s'adresser au personnel
avant d'entrer dans la chambre



CHAMBRE SEULE



PERSONNEL ET VISITEURS

Porter un masque chirurgical
à jeter avant la sortie de la chambre



Procéder à une friction hydro alcoolique
des mains avant et après chaque soin



PATIENT

Porter un masque chirurgical lors des
sorties de la chambre

Résumé

Les bactéries multi résistantes BMR représentent un problème de santé publique. Les HEPAD sont considérées à tort ou à raison (mythe ou réalité) comme un réservoir important pour ces BMR. Chaque HEPAD a vraisemblablement sa propre écologie bactérienne. L'épidémiologie des BMR et les infections associées aux soins fait partie de la prise en charge des soins. Le médecin coordonnateur a un rôle essentiel à jouer pour connaître l'épidémiologie de son établissement. Il est souhaitable qu'il recense les patients porteurs de BMR transférés des établissements hospitaliers. La politique de prise en charge locale y compris en prescription d'antibiotique en dépendra de même que les recommandations d'hygiène de base, précautions standard et les recommandations complémentaires si nécessaire. La formation et l'information des médecins traitants, du personnel, du résident et de sa famille sont primordiales.

Mots clés

Bactéries multi-résistantes, infections associées aux soins IAS, précautions standard, épidémiologie