

Foire aux Questions

Recommandations pour la prévention de la transmission croisée « Air et Gouttelettes »

A) R0 :

B) Mode de transmission « Air » ou « Gouttelettes »

1/ Pour la transmission « Gouttelettes » : dans le texte page 21 on parle de transmission par l'émission de gouttelettes (particules $> 5\mu$) lors de la parole, la respiration, les éternuements ou la toux alors que dans le tableau seuls la toux et l'éternuement sont mentionnés, pourquoi cette différence ?

Le texte décrit de façon exhaustive les modes de transmission, le tableau est un résumé qui ne mentionne que les modes de transmission les plus contaminants. Ces modes de transmission sont d'ailleurs repris dans l'argumentaire des recommandations, notamment R6.

C) R1 « Air » et commentaires :

2/Quelle est la place du FFP1 ?

Le groupe a privilégié le choix du FFP2 en raison de ses capacités de filtrations supérieures (92% *versus* 78% pour le FFP1) et de fuites au visage moins importantes (8% *versus* 22% pour le FFP1). En raison de ces qualités, le masque FFP2 entraîne une résistance respiratoire plus importante que le FFP1 et certains agents peuvent avoir plus de difficultés à le tolérer. Dans une démarche bénéfique/risque, et pour certains personnels (raisons anatomiques ou respiratoires), le service de santé au travail peut être sollicité pour orienter le choix.

D) R2 « Air » et commentaires :

3/ Doit-on porter un APR dans la chambre lorsque le patient suspect ou atteint de pathologie à transmission « Air » est sorti de sa chambre ?

Oui, le port d'un APR est justifié car les particules contaminantes (petites : $< 5\mu$) restent en suspension dans l'air de la chambre pendant un temps variable selon l'inoculum, le taux d'humidité et le renouvellement de l'air de la chambre.

4/ Quelle est la durée du temps d'attente avant l'admission d'un nouveau patient ?

Si la chambre est correctement ventilée, il n'y a pas lieu de prolonger le temps d'attente habituel. Si la ventilation repose sur l'ouverture des fenêtres, la chambre doit être aérée régulièrement, porte fermée. En fonction de l'architecture et des conditions aérauliques de la pièce, le temps d'attente sera évalué et défini avec l'EOH.

E) R3 « Air » et commentaires :

5/ Si le patient suspect ou atteint de pathologie à transmission « Air » porte un masque chirurgical, le soignant doit-il également porter un APR (cumul des mesures) ?

Non, ce n'est pas nécessaire. C'est le soignant ou le visiteur qui par principe, porte l'appareil de protection respiratoire systématiquement avant de rentrer dans la chambre. Lors du déplacement, le patient doit porter un masque de type chirurgical **pour ne pas contaminer l'air sur son passage**. Une information sur le bon port du masque doit lui être donnée.

Sur les plateaux médico-techniques, il est recommandé de prévoir pour le personnel l'utilisation d'APR, au cas où le patient ne supporterait plus son masque chirurgical. Il est rappelé que les temps d'attente et les déplacements doivent être limités au minimum.

La réponse est page 23.

F) R4 « Gouttelettes » et commentaires :

5bis/ Si le patient, suspect ou atteint de pathologie à transmission « Gouttelettes», porte un masque chirurgical, le soignant doit-il également porter un masque chirurgical (cumul des mesures) ?

Non, ce n'est pas nécessaire. C'est le soignant ou le visiteur qui par principe, porte le masque dès l'entrée dans la chambre. Lors du déplacement, le patient doit porter un masque de type chirurgical **pour ne pas contaminer les personnes rencontrées**. Une information sur le bon port du masque doit lui être donnée.

Sur les plateaux médico-techniques, il est recommandé de prévoir pour le personnel l'utilisation d'un masque, au cas où le patient ne supporterait plus son masque chirurgical. Il est rappelé que les temps d'attente et les déplacements doivent être limités au minimum.

6/ Ne trouvez-vous pas ce commentaire et cet argumentaire contradictoires ?

*« - les masques chirurgicaux ne protègent pas contre l'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie Air
- pour toute manœuvre à risque d'aérosolisation des sécrétions respiratoires (intubation, extubation ,fibroscopie...)chez un patient suspect où atteint d'une infection à transmission gouttelettes, le port d'un APR et de lunettes de sécurité est recommandé
- il n'y a pas d'élément bibliographique qui décrive une supériorité de l'APR par rapport au masque chirurgical pour les affections respiratoires à transmission de type Gouttelettes. Le virus le plus souvent étudié est celui de la grippe. De plus un APR est plus difficile à tolérer qu'un masque chirurgical du fait de sa résistance inspiratoire. »*

Ils ne sont pas contradictoires, car si de nombreuses études n'ont pas montré la supériorité de l'APR par rapport au masque chirurgical dans la transmission inter-humaine par voie gouttelettes, plusieurs études ont montré (tableau bibliographique R1 page 24 du document) une supériorité **de l'APR** pour la prévention de la transmission par des aérosols viraux (notamment la grippe). C'est pour cette raison que le groupe recommande le port d'un APR pour toute manœuvre à risque d'aérosolisation chez un patient suspect ou atteint d'une infection à transmission gouttelettes. Les APR sont conçus pour filtrer les particules et minimiser la fuite au visage avant de protéger contre l'inhalation d'aérosol.(argumentaire page 23 du document). En revanche, lors de l'inspiration les masques chirurgicaux laissent pénétrer une fraction non négligeable de micro-organismes transmissibles par voie aérienne, du fait des performances insuffisantes des média filtrants comme le montrent des essais scientifiques. De plus, les masques chirurgicaux ont une mauvaise étanchéité au visage.

7/ Dans les commentaires vous recommandez la mise en place de système clos pour un patient intubé-ventilé, plus le port d'un APR, pourquoi ?

Cette recommandation repose sur le principe de précautions, sachant que lors de soins délivrés à ce type de patients, le soignant peut être amené à réaliser des gestes sur l'arbre respiratoire (aspirations, extubation...) qui n'étaient pas prévus avant d'entrer dans la chambre. Il peut également survenir des déconnexions accidentelles du système clos....

8/ Pourquoi « dès » l'entrée dans la chambre pour les précautions « Gouttelettes » et non pas « avant » comme pour « Air » ?

Parce que dans la transmission « Air », c'est l'air de la chambre qui est contaminé et potentiellement contaminant. Alors que dans la transmission « gouttelettes », c'est le patient qui émet des sécrétions sous forme de gouttelettes lorsqu'il parle, tousse, crache, éternue, qui est contaminant. La distance entre la porte de la chambre et le lit du patient étant

souvent inférieure à 6 mètres (distance maximale de projection de gouttelettes), il est préférable de mettre le masque chirurgical dès l'entrée.

9/ Pourquoi les « PS » pour un patient porteur de Bactéries Multirésistantes aux antibiotiques (BMR) au niveau de l'arbre respiratoire et symptomatique et pas les précautions « Gouttelettes »?

En pratique, la différence entre port du masque dès l'entrée dans la chambre et lors des soins (PS) n'est pas majeure : cette distinction est très théorique. En effet, le port du masque chirurgical doit de toute façon être anticipé lorsqu'un soignant doit faire un soin à un patient atteint de pathologie respiratoire symptomatique. Ceci est valable, quel que soit le statut BMR du patient. Le port du masque rentre dans le cadre des Précautions standard. Ceci est cohérent avec les recommandations SF2H sur la prévention de la transmission croisée par contact de 2009.

G) Recommandations / germe :

10/ Dans le tableau par germe page 34, il semble y avoir une erreur concernant la forme contagieuse de la lèpre, ne serait-ce pas la forme lépromateuse qui est contagieuse ?

En effet, la forme tuberculoïde est paucibacillaire et ne s'accompagne pas d'atteinte respiratoire, elle n'est pas considérée comme contagieuse. Seule la forme lépromateuse multibacillaire est habituellement considérée comme contagieuse. Ce sont les sécrétions ORL qui sont contaminantes. Néanmoins, il existe des formes « borderline » qui ont des aspects cliniques variés avec prédominance tuberculoïde ou lépromateuse. Dans les hôpitaux de métropole, la lèpre est extrêmement rare.

11/Pour les actes invasifs (intubation) que l'on serait amené à réaliser chez un patient atteint de méningococcie, faut-il porter un APR ou un masque chirurgical?

Le risque d'aérosolisation des sécrétions respiratoires est possible, même s'il n'a pas été démontré et la gravité de la maladie est telle qu'il faut privilégier le port d'un APR.

12/ Contagiosité de la méningite à méningocoque : 24h après le début du traitement ou après la première injection d'antibiotique actif sur le portage oro-pharyngé comme c'est écrit dans l'instruction du 27/01/2011 ?

En pratique ces 2 notions sont très proches et le groupe de travail a préféré garder 24h par prudence.

13/ Durée de contagiosité de la coqueluche : pourquoi 48h avant les signes cliniques alors que le texte du Haut Conseil de Santé Publique considère les sujets « contact » à partir du début des signes cliniques ?

Le texte du Haut Conseil de Santé Publique 2008 considère que : « *La contagiosité est maximale pendant la phase catarrhale, puis diminue avec le temps et peut être considérée comme nulle après 3 semaines sans traitement antibiotique ou après 5 jours de traitement antibiotique efficace (voire 3 jours selon le traitement)* ». Cette phase catarrhale dure les 1 à 2 premières semaines de la maladie. Le délai de 48 heures permet de prendre en compte le caractère aléatoire de la date des premiers signes cliniques.

13/ Lors d'une prise en charge d'un patient porteur de *Pneumocystis*, ce dernier est installé en chambre seule ?

Un patient porteur de *Pneumocystis* est installé en chambre individuelle. Le risque infectieux lié à *Pneumocystis* concerne le plus souvent des services de maladies infectieuses et/ou de patients immunodéprimés. Des transmissions croisées de pneumocystoses ont été décrites dans ce type de service. Cependant, le caractère opportuniste de ce micro-organisme ne justifie pas la mise en œuvre de précautions complémentaires en plus du respect des Précautions standard et de la « cough étiquette » dans les lieux communs (urgences, consultations ...)

14/ Quel masque porter pour prendre en charge un cas de Peste pulmonaire ?

Un masque chirurgical est suffisant, si on considère le mode de transmission qui se fait par voie « Gouttelettes » (recommandations « isolement septique » du ministère 1998). Compte tenu de la virulence de la maladie, le port d'un APR est plus que vivement recommandé lors de toute manœuvre à risque d'aérosolisation des sécrétions respiratoires.

H) Tuberculose pulmonaire :

15/ Quels articles permettent d'affirmer que l'examen direct peut être positif et la culture négative : présence de bacilles morts ?

Plusieurs articles assez anciens ont évoqué ce phénomène de négativation des cultures avant la négativation des examens microscopiques, notamment Kim *et al* (Am Rev Respir Dis ; 1984 ; 129 : 264-68) qui retrouvent ce phénomène chez 20% des patients initialement Microscope+ (148 patients) et ceci après 4 à 20 semaines de traitement.

16/ Pour un patient porteur d'une tuberculose pulmonaire opéré, le réveil est réalisé en salle d'intervention ?

Effectivement, l'extubation est un acte entraînant des aérosols importants, l'environnement maîtrisé de la salle d'intervention limite le risque de contamination mais ne dédouane pas le professionnel du port d'un appareil de protection respiratoire.

17/ Pourquoi : Elimination des masques en DAOM plutôt qu'en DASRI ?

Il n'y a aucun argument scientifique qui permette d'affirmer ni de suspecter une contamination inter-humaine de micro-organismes d'origine respiratoire par la filière des déchets. Les bonnes pratiques doivent être respectées : les sacs poubelles sont placés sur des supports avec ouverture non manuelle ; une hygiène des mains est réalisée après manipulation des poubelles. Pour certains, le système de fermeture non manuelle « porte feuille » entraînerait un appel d'air lors des ouvertures et des fermetures mais ce point n'est pas documenté comme étant responsable de cas secondaire.

I) Vaccination :

18/ Est-ce que le professionnel ou le visiteur porte un masque chirurgical s'il est vacciné vis-à-vis de la grippe et/ou de la rougeole ?

Quel que soit le statut vaccinal du professionnel ou du visiteur, le port de masque (chirurgical pour la grippe, APR pour la rougeole) est requis. D'une part, la couverture vaccinale peut ne pas être totale, d'autre part l'homogénéité des comportements, à la fois des professionnels, des familles et des visiteurs permet une meilleure acceptation des mesures de protection.