
Foire aux Questions n° 1

relative aux recommandations pour la prévention de la transmission par voie respiratoire

11 juin 2025

Pourquoi faire porter un FFP2 à un patient pour lequel s'applique les PC Respiratoire renforcées ?

En cas de risque d'aérosolisation, le soignant doit porter un FFP2 mais aussi des lunettes de protection ?

Dans les précautions complémentaires respiratoires renforcées, il est proposé de faire porter un appareil de protection respiratoire FFP2 au patient lorsqu'il sort de sa chambre, dans la mesure où il est en capacité de le supporter et le porter correctement, car les études montrent que le FFP2 correctement porté et ajusté est plus performant que le masque à usage médical pour limiter l'émission de particules respiratoires infectieuses (contrôle de l'émission à la source).

En cas de geste à risque d'aérosolisation, le soignant porte un FFP2 + lunettes de protection et le patient ne porte pas de masque car il bénéficie du soin aérosolisant.

Le double masquage patient et soignant est recommandé dans les 3 précautions complémentaires selon le tableau de synthèse page 22 ? Si le patient ne peut pas porter le masque, on doit mettre un FFP2 pour les PC simples ?

Le contrôle de l'émission à la source (port d'un masque/APR par le patient) est une mesure de prévention efficace pour les expositions en champ proche quelle que soit la performance/conformité de la ventilation, et pour les expositions en champ lointain en cas de ventilation non conforme.

Dans un contexte de ventilation conforme, que le patient soit masqué ou pas, cela ne change pas le type de masque porté par le soignant. En revanche, en cas de ventilation non conforme, le port d'un masque par le patient permettra de diminuer le risque d'exposition. Pour un soin en champ proche et prolongé (> 15mn) pour les pathogènes de catégorie A, si le patient est masqué, le soignant sera suffisamment protégé par le port d'un masque à usage médical alors qu'il devra porter un FFP2 si le patient n'est pas masqué. Pour un soin de courte durée, le masque à usage médical est suffisant que le patient soit masqué ou non.

Concernant les BMR respiratoires hormis SARM (page 27) : dans les PS, sous chapitre hygiène respiratoire, il n'apparaît pas la partie "tout professionnel qui réalise un soin direct à risque de projection ou d'aérosolisation doit porter un masque" ? Pour une infection respiratoire à BMR autre que SARM (exemple *Pseudomonas aeruginosa* Résistant) on applique uniquement les PS ?

Hors SARM, il est effectivement recommandé d'appliquer les PS pour la prise en charge des patients porteurs de BMR au niveau respiratoire.

Rappel des précautions standard : R18 : Porter un masque à usage médical et des lunettes de sécurité ou un masque à visière en cas de risque d'exposition par projection ou aérosolisation à un produit biologique d'origine humaine.

Lorsqu'un patient présente des signes respiratoires (toux, expectoration...), les PS d'hygiène respiratoire recommandent le port d'un masque à usage médical pour les soignants.

Qui dans un établissement de santé (page 28) va réaliser la veille sanitaire auprès de Santé Publique France pour savoir si le département est en période d'épidémie communautaire ? On va tous être masqués de novembre à mars ? patients, soignants et visiteurs ? Contraire aux engagements de développement durable des ES avec les déchets de masques !

SPF publie sur son site internet les bulletins hebdomadaires sur l'évolution de l'épidémiologie des infections respiratoires aiguës ([Publications de Santé Publique France](#)) permettant le suivi de la période épidémique virale hivernale, couvrant généralement le début de l'épidémie de VRS à la fin d'épidémie de grippe (cf. Avis SF2H https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2023/11/avis_sf2h_mesures_epidemies_hivernales_v14112023.pdf).

N'est-il pas préférable d'associer des précautions Contact aux PC respiratoire pour les soins de contacts vis à vis de la sédimentation des particules infectieuses et la durée de survie sur les surfaces comme indiqué sur vos schémas et tableaux ? Un tablier systématique pour les soins de contact avec le patient ou l'environnement ?

La transmission respiratoire résulte d'une exposition à une porte d'entrée respiratoire donc même si les particules infectieuses d'origine respiratoire peuvent sédimenter et contaminer des surfaces, le risque de contamination secondaire de la tenue du soignant ne va pas engendrer un risque d'exposition respiratoire de celui-ci, ni du patient. De ce fait, il n'y a pas lieu de recommander de porter systématiquement une protection de la tenue dans le cadre des précautions respiratoires en dehors des soins souillants/mouillants (en accord avec les PS).

En SMR, avec ventilation conforme R5, pour un patient avec une infection type A et qui a des aérosols en chambre donc PGA risque élevé, les PC respiratoires renforcées sont nécessaires dans sa chambre mais en dehors de la chambre on descend à des PC respiratoires simples pour le patient et les professionnels, pour des activités encadrées de rééducation individuelle en salle (par exemple pour un covid qui n'est plus symptomatique mais avec une durée des PC respiratoires de 14 jours) ?

Effectivement, lorsque le patient quitte sa chambre, il porte un masque ce qui permet un contrôle de l'émission à la source et diminue donc le risque d'exposition, ce qui permet donc de n'appliquer que les PC respiratoires simples, contrairement à des PGA en chambre qui nécessitent des PC respiratoires renforcées en cas de ventilation conforme avec la R5.

Dans le cadre de la mise en place des PC respiratoires maximales, la ventilation attendue de la chambre est : minimum de renouvellement horaire de 6V/h sans recyclage et/ou chambre à pression négative et/ou taux maximal de CO₂. Faut-il lire "et" ou "ou" ?

Pour avoir une ventilation conforme, il faut pouvoir garantir un taux minimal de renouvellement horaire de 6V/h sans recyclage permettant de limiter le taux de CO₂ inférieur à 800ppm. Selon les

moyens de mesures à disposition, le suivi du taux horaire de renouvellement ou du taux de CO₂ permet de garantir cette conformité.

Dans les nouvelles recommandations de prévention de la transmission respiratoire, le tableau XV indique la durée des précautions. Il y est indiqué pour la Covid-19 la même durée que celle qui était indiquée dans l'avis SF2H sur la protection des professionnels publié en 2023, à savoir 14j pour patient non immunodéprimé dont 48h sans fièvre, 24j si patient immunodéprimé, 10j si patient non immunodéprimé asymptomatique.

Dans l'avis du HCSP du 31/08/23 sur la prévention des infections respiratoires hivernales, il est indiqué « toute personne présentant des signes cliniques évocateurs d'infection respiratoire doit respecter avec une vigilance particulière les mesures universelles d'hygiène jusqu'à 48 heures après la résolution des symptômes, même en l'absence de documentation virologique ». Enfin, l'application BugControl indique pour la Covid-19 que la durée des mesures doit aller jusqu'à la fin de la durée de contagiosité, la transmissibilité étant précisée de 9 à 15j après l'apparition des symptômes. Ma question est donc : quelle durée pour les précautions respiratoire en cas de Covid-19 ?

Pour la prise en charge de patients atteints de COVID-19, à la date de rédaction des recommandations, les éléments bibliographiques à disposition suggéraient un maintien des PC pendant 10j chez les patients non immunodéprimés asymptomatiques, 14 j chez les patients non immunodéprimés dont 2j sans fièvre et jusqu'à 24j chez les patients immunodéprimés. Selon l'évolution des connaissances scientifiques, ces délais peuvent être amenés à évoluer.

En cas de patient de réanimation intubé pour décompensation lié au VRS, combien de temps doit on garder les précautions respiratoires en place ? Les recommandations préconisent jusqu'à l'arrêt des symptômes, sauf qu'intubé il est difficile de les évaluer : - Écoulement nasal. - Toux. - Respiration sifflante. - Perte d'appétit et diminution de l'énergie. - Fièvre.

Cette situation nécessite une discussion avec le clinicien au cas par cas et ne peut être standardisée.

Quelle est la définition du champ lointain ? > 1 mètre ?

On définit le champ lointain comme tout contact au-delà d'un mètre (par opposition au champ proche qui correspond au contact face à face de moins d'un mètre).

Pour un germe de catégorie A dont la persistance environnementale dans l'air est classé A (grippe) ou B (covid), sait-on combien de temps il faut attendre pour installer un nouveau patient dans un box ou une chambre non aérée dans un local avec une ventilation conforme avec la R5 ?

Je ne trouve cette info que pour les BK où on parle de 6 renouvellement de l'air (environ 4h dans nos locaux).

En cas de ventilation conforme et pour des pathogènes classés en A ou B, le temps de réalisation du bionettoyage de sortie de patient semble suffisant avant d'accueillir un nouveau patient. L'agent réalisant le bionettoyage devra en revanche respecter le port de masque à usage médical pour un pathogène de type A (grippe, covid, etc), et un FFP2 pour un pathogène de type B (tuberculose, rougeole, etc). En cas de ventilation non conforme, il est difficile de recommander une durée précise avant l'accueil d'un nouveau patient du fait d'un manque de données dans la littérature. Selon la

cartographie de la ventilation, ce point doit être discuté avec les services techniques afin d'évaluer la cinétique de décroissance des particules dans l'air (cf. Tableau IX, page 73).

Les actes de kiné respiratoires sont considérés comme PGA ?

Dans le guide page 24, non cité comme PGA, puis page 54 en PGA modéré puis dans l'exemple page 117 comme PGA élevé.

Les actes de kiné respiratoire ne sont pas considérés comme des PGA, c'est pour cette raison qu'ils ne sont pas listés dans le tableau page 24. Dans l'exemple cité page 117, il s'agit d'un soin de kiné respiratoire associé à des crachats induits par sérum hypertonique (ce qui aurait dû être précisé dans cet exemple). L'induction de crachat par sérum hypertonique est destinée à améliorer la qualité du prélèvement respiratoire à visée de diagnostic bactériologique. Cette manœuvre majore à la fois la production de toux et de particules respiratoires infectieuses présentes dans les sécrétions. C'est la raison pour laquelle cette manœuvre est classée comme PGA à risque élevé.

Ce qui équivaut à comprendre pour la kiné respiratoire :

- patient non infecté ou non porteur => pas de port de masque pour le soignant ?

Non, la kiné respiratoire peut engendrer des projections de sécrétions respiratoires et il est donc recommandé de porter un masque à usage médical et une protection oculaire dans le cadre des PS.

- patient infecté avec pathogène A et B => port de masque à usage médical ?

Non, il s'agit ici d'une exposition avec contact direct (champ proche et patient non masqué).

Donc, en cas de ventilation conforme, le soignant devra porter :

- un masque à usage médical pour un pathogène de type A
- un FFP2 pour un pathogène de type B.

En cas de ventilation non conforme, le soignant devra porter :

- un masque à usage médical pour un pathogène de type A si le soin dure moins de 15 minutes
- un FFP2 pour un pathogène de type A pour un soin de >15 minutes et pour un pathogène de type B.

- patient infecté avec un pathogène C => port d'APR de type FFP2 ?

Oui, le soignant devra porter un FFP2 quel que soit la conformité de la ventilation.

Les PGA à risque modéré et à risque élevé s'appliquent-elles pour les patients non en précaution complémentaire respiratoire donc en précaution standard ? Quel masque utiliser ?

Les précautions complémentaires respiratoires ne s'appliquent qu'aux patients suspects ou infectés par un pathogène à transmission respiratoire.

Dans le cadre des précautions standard, lors de la réalisation de PGA, le port de masque à usage médical et d'une protection oculaire évite la projection de pathogènes respiratoires sur les muqueuses du soignant au cours de ce soin où le soignant a son visage à hauteur de celui du patient. En période d'épidémie hivernale, il est recommandé de remplacer le masque à usage médical par un masque FFP2.

Est-il possible d'avoir une synthèse de l'ensemble des textes réglementaires pour les recommandations R2 à R11 et notamment les articles du code du travail correspondants. Le but étant d'avoir plus facilement des leviers d'action auprès des décideurs

Les différents textes réglementaires sont cités dans l'argumentaire (chapitre X) et référencés dans le guide de recommandations.

La gestion des plateaux repas : Dans quelle situation faut-il mettre en place des plateaux à usage unique ?

Dans le cadre des précautions complémentaires respiratoires, il n'est jamais recommandé d'utiliser des plateaux repas à usage unique.

Concernant la gestion du linge : Face à quel type de virus/bactérie, faut-il le mettre en secteur spécifique ?

Dans le cadre des précautions complémentaires respiratoires, il n'est pas recommandé de mettre en place une filière spécifique de gestion du linge. La démarche RABC, à laquelle la filière linge est soumise, suffit à couvrir les risques associés.

Concernant la désinfection de la chambre, lors de la sortie d'un patient : Face à quel type de virus/bactérie, faut-il réaliser une désinfection complète des murs avec un détergeant/ désinfectant ?

Dans le cadre des précautions complémentaires respiratoires, il n'est pas recommandé de mettre en place une procédure spécifique de bionettoyage. Les opérations de supervision et de contrôle du bionettoyage doivent garantir la bonne application des procédures en vigueur dans l'établissement.

Dans le cadre de la réactualisation, nous disposons de chambre équipée d'une VMC dans la salle de bain et de fenêtres avec un système à ouverture partielle. Considérez-vous que cette configuration nécessite la prise charge d'un patient en précautions respiratoires simples ou renforcées ?

Pour répondre à cette interrogation, les services techniques compétents doivent être sollicités afin de cartographier la performance de la ventilation.

Dans les PGA à risque modéré, on a l'expression : « procédure ORL proximale avec aspiration ». Peut-on inclure l'aspiration de sécrétions buccales/nasales par exemple... ?

Ces procédures incluent bien l'aspiration de sécrétions buccales et nasales.

Dans un service avec une ventilation non conforme, les PC Respiratoires maximales ne peuvent pas être mises en place, puisque la mesure essentielle par rapport aux PC Respiratoires renforcées concerne l'aéraulique. Recommanderiez-vous, dans le cas de la prise en charge d'un patient infecté avec un MO de type B, le transfert du patient dans un service à l'aéraulique conforme, même s'il ne répond pas de la spécialité ?

En cas de prise en charge d'un patient nécessitant des PC respiratoires maximales, il est recommandé de disposer d'une chambre à ventilation conforme ou de mettre en place un système palliatif de traitement de l'air. Le transfert dans un service d'une spécialité autre que celle dont relève la prise en charge du patient doit être portée à l'appréciation de l'équipe qui le prend en charge, en évaluant la balance bénéfique/risque lié à ce transfert. Si la qualité de la prise en charge le permet, un transfert vers des locaux conformes optimise et simplifie la gestion du risque infectieux, mais ce transfert ne doit pas engendrer une perte de chance pour le patient.

En tenant compte des matrices, dans le cadre d'un service non conforme avec la R5, pour la prise en charge d'un patient avec un MO du groupe B, lors d'un contact champ lointain > 30 minutes, il faut mettre en place des PC Respiratoires maximales, alors que pour un contact rapproché > 30 minutes les PC Respiratoires renforcées suffisent. Cela ne me paraît pas logique au premier abord, sauf si la ventilation (plus exigeante dans les PC Respiratoires maximales et seule réelle différence entre les deux niveaux) a un intérêt supérieur dans le champs lointain et moindre dans le champ proche. Est-ce que mon raisonnement est le bon ? Il faut que je puisse l'expliquer aux professionnels des services.

Effectivement, la conformité de la ventilation permet d'éliminer les particules respiratoires infectieuses et diminue donc le risque d'exposition en champ lointain ou lors des PGA à risque élevé.

Qu'en est-il du sens de filtration des masques ? Il ne faut plus en tenir compte ?

C'est la norme qui définit l'usage préférentiel de ces 2 types de dispositifs, initialement développés pour protéger le porteur dans le cadre des FFP2, et pour limiter l'émission pour le masque à usage médical. Les médias filtrants utilisés dans la constitution des masques et FFP2 fonctionnent en réalité dans les 2 sens de filtration.

Pourquoi est-ce qu'en précautions respiratoires renforcées, le patient doit porter un APR alors qu'en cas de REB le patient ne doit porter qu'un masque de soins ?

L'utilisation d'APR, s'il est correctement porté et ajusté, est plus efficace pour contrôler l'émission à la source. Les prochaines recommandations REB seront probablement rédigées en tenant compte de cette évolution.

Quel circuit pour les patients atteints d'une infection respiratoire au bloc opératoire ? Actuellement nous extubons toujours ces patients en salle d'intervention ; se pose la question de la surveillance post-interventionnelle. Doit-elle être réalisée en salle d'intervention ? Le patient peut-il être surveillé en SSPI s'il porte un masque ?

Un patient relevant de précautions respiratoires :

- Doit être extubé en salle d'intervention et surveillé si possible en salle d'intervention ;
- Peut être pris en charge dans des locaux communs type SSPI s'il porte un masque. Dans ce cas, il convient de s'assurer que la ventilation de la SSPI est conforme avec la R5.

La SFAR a abrogé ses recommandations sur le sujet en 2023 mais doit-on pour autant lever toutes les précautions ?!

Il s'agit ici des recommandations spécifiques à la période de pandémie de COVID-19 qui considéraient que tous les patients étaient potentiellement porteurs ou infectés par le SARS-CoV-2.

Peut-on regrouper dans la même chambre deux patients symptomatiques atteints de grippe A quel que soit le virus (H1N1, H3N2) responsable de leur infection ? Si oui peut-on regrouper un patient qui a contracté une grippe A il y quelques mois, actuellement guéri, avec un patient symptomatique de grippe A ?

La mise en place de précautions complémentaires respiratoires nécessite une prise en charge en chambre individuelle. En cas de difficulté d'accès à une chambre individuelle dans un contexte de recrudescence de cas, le recours à un regroupement de patient en chambre double doit être évalué au cas par cas selon le profil des patients concernés et leur risque de forme grave, en tenant compte du risque de co-infection/surinfection, en lien avec les infectiologues de l'établissement.

Idéalement comme précisé dans la recommandation R29, les patients admis en chambre double devraient être infectés par le même type/variant de pathogène :

R29 En période d'épidémie communautaire d'agents infectieux transmissibles par voie respiratoire, il est possible d'utiliser des chambres doubles pour deux patients/résidents atteints d'une infection respiratoire transmissible documentée liée au même pathogène (si l'information est connue, même type/variant de pathogène en cas de co-circulation de plusieurs types/variants induisant une immunité croisée faible/partielle).

Dans le Guide précautions respiratoires, vous ne mentionnez plus l'importance de disposer de masques type "R" cad avec un film anti-projection, que nous préconisons pour se protéger "des autres" en plus du type II qui protège "les autres" (messages simples diffusés depuis 20 ans dans tous nos services). Depuis le Covid cette notion a apparemment disparu et aucune étude à ma connaissance n'a comparé un IIR avec un APR ou même avec un II simple. Certains APR revendiquent également le "R" d'ailleurs... ce qui me paraît intéressant dans l'indication "risque aérosol" aujourd'hui admise. Qu'en pensez-vous ?

Le type I ou II caractérise le degré de filtration du masque à usage médical (cf. pages 80 à 87).

La mention « R », que ce soit pour un masque à usage médical ou un FFP2, signifie qu'il existe une résistance à la projection de liquide permettant de protéger d'un AES la personne qui le porte. Cette caractéristique est notamment recommandée pour les équipes chirurgicales ou les dentistes, ou pour tout soin à risque d'exposition à des projections de liquide sous pression.

De plus, vous ne distinguez plus ce que j'appelle certainement à tort les "type KN95" cad avec élastique derrière les oreilles et les "vrais FFP2" cad avec élastiques derrière la tête. Peut-être un appendice sur le bon choix des masques pourrait-il compléter le guide, par ailleurs très clair et précis sur les ventilations.

Les annexes IX et X (page 170-173) du guide recommandations reprennent les différents éléments et caractéristiques des masques et APR, permettant d'éclairer le choix approprié d'un type de masque ou APR. Par ailleurs, le suivi de la recommandation R14 offre la meilleure garantie de sécurité pour les porteurs d'APR en milieu de soins.