



Impact(s) psychologique(s) et neuropsychologique(s) de l'isolement septique

Mélanie BASPEYRAS – Responsable des soins

Eric DUMAS – Gériatre

Centre de soins le Verger des Balans



- Aucun lien d'intérêt



De quoi parle-t-on ?

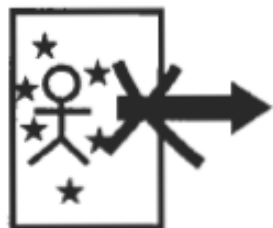
- Qu'est-ce qu'un isolement septique ?
- Impact sur qui ?
 - Patient
 - Résident
 - Equipe soignante
 - Equipe de direction
 - Environnement de la structure

• *santé, Ministère des solidarités et de la. Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins. 2015*

• https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109651/fr/iqss-2019-ias-pcc-cahier-des-charges-experimentation-phase-2-indicateur-bonnes-pratiques-de-precautions-complementaires-contact-octobre-2019



Objectifs



Dans l'**isolement septique**, il faut faire barrière à la diffusion de l'agent infectieux, connu ou présumé, à partir du patient ou de son environnement immédiat. Pour cela, les mesures essentielles sont le lavage des mains du personnel **avant la sortie** de la chambre, la décontamination (ou pré-désinfection) du matériel **avant la sortie** de la chambre, la désinfection ou la mise en emballage protecteur, puis l'élimination contrôlée des déchets et excréta septiques, voire l'utilisation d'enceintes en dépression dans certains cas exceptionnels.



Dans l'**isolement protecteur**, il faut faire barrière à l'entrée des agents infectieux dans l'environnement immédiat du patient. Pour cela les mesures essentielles sont le lavage des mains du personnel **avant l'entrée** dans la chambre, la désinfection ou la stérilisation du matériel **avant l'entrée** dans la chambre, voire l'utilisation d'enceintes en surpression dans certains cas exceptionnels.



Indications de l'isolement septique

- Lorsqu'un patient est atteint d'une infection naturellement contagieuse (ex : fièvre typhoïde, varicelle).
- Lorsqu'un patient est infecté par un agent infectieux spontanément non contagieux mais susceptible de disséminer dans l'environnement et d'être transmis à un autre patient (transmission croisée) via les mains du personnel ou le matériel (ex : infection urinaire à bacille Gram négatif sur sonde, infection cutanée à *Staphylococcus aureus*).
- Lorsqu'un patient est porteur ou excréteur d'un agent infectieux multi-résistant aux antibiotiques et connu pour son risque de diffusion épidémique (ex : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, klebsielle productrice de bêta-lactamases à spectre étendu).



Indications de l'isolement protecteur

L'isolement protecteur est indiqué lorsqu'on veut protéger un patient fragile ou immunodéprimé (ex : patient granulopénique, grand brûlé). Cette situation ne fait pas l'objet de ce guide, exclusivement consacré à l'isolement septique.



Précautions standards

- FHA et/ou lavage simple des mains : La friction hydroalcoolique est la technique à privilégier (meilleure observance, meilleure efficacité bactéricide et virucide, meilleure tolérance cutanée)
- Port de gants à usage unique non poudrés: ceux-ci doivent être changés entre 2 patients, 2 activités
- Port de tablier à usage unique : si contact avec un liquide biologique ou risque de projection
- Port d'un masque chirurgical destiné à éviter lors de l'expiration de celui qui le porte la projection de sécrétions (pour le soignant ou pour le patient qui tousse) .
- Quand le port du masque par le patient (résident) présentant les symptômes respiratoires pose des difficultés , le masque sera porté par le professionnel de santé
- Le masque FFP2 est « résistants aux éclaboussures » , c'est un masque anti-projection à n'utiliser que si projection de liquide biologique
- Port de lunettes : en cas de risque de projection d'un liquide biologique
- Collecteur d'OPCT: Ne jamais recapuchonner les aiguilles
- Déchets : emballages identifiés
- Privilégier le matériel à UU
- Usage des DD (Détergent Désinfectant)
- Encourager l'hygiène des mains des patients, des visiteurs et intervenants extérieurs

- *Instruction N° DGOS /PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes. - Réactualisations des précautions standards – SF2H - Juin 2017*
- *Réactualisations des précautions standards – SF2H - Juin 2017*



PRECAUTIONS CONTACT

- port de tablier en cas de contact avec le patient ou matériels et surfaces pouvant être contaminés.
- Si projection mettre sous le tablier une surblouse non tissée ou une surblouse plastique seule
- FHA avant d'entrer et après le retrait des gants avant de sortir de la chambre
- port de gants dès l'entrée dans la chambre
- limitation des déplacements du patient
- utilisation maximale de matériels à UU ou réservés exclusivement au patient

PRECAUTIONS AIR

- isolement en chambre avec porte fermée
- port d'un masque de type respiratoire (FPP2) dès l'entrée dans la chambre
- interdiction des déplacements du patient hors de sa chambre

PRECAUTIONS GOUTELLETES

- port d'un masque chirurgical pour le personnel intervenant autour du lit du patient
- si le patient ou le résident tousse , et si le port du masque chez lui est possible , lui en proposer un pendant les soins
- limitation des déplacements du patient
- le masque sera porté par le patient lorsqu'il quitte sa chambre si possible

A chaque pathologie, une ou plusieurs types de précautions :

- Gale, Gastro entérite ...: Contact
- Grippe.. : Goutelettes
- Tuberculose... : Air
- Covid-19... : Goutelettes + contact



RETEX 1 Mars 2020

- UCC périgordine de 12 lits
- Patients atteints de TNCM avec SPC productifs
- 2 admissions de court séjour en 1 semaine
 - Chutes
 - Diarrhées
 - Confusion
 - Aucun symptôme respiratoire
 - Dans un contexte de données cliniques inquiétantes de la région Grand-Est
 - Pas d'accès à test SARS-Cov2 par le CH voisin



• Réflexion en COMEX et explication en équipe

- Considération d'infection par Covid sans preuve biologique
- UCC considérée comme secteur infecté, EHPAD comme secteur sain
- Eviction des soignants à risque
- Décision de faire sortir tous les patients asymptomatiques en informant les structures d'aval (domicile ou EHPAD établissement et extérieures/FAM)
- Mise en place de précautions complémentaires
- Soutien du médecin ARS dans toutes nos décisions
- Volonté de transparence immédiate vis-à-vis des patients, familles, équipes, tutelles



Suite de l'histoire

- Accès aux tests (3 nous sont octroyés)
- Nécessité de choix judicieux (2 patients symptomatiques et une patiente asymptomatique transférée sur notre EHPAD) avec 3 résultats positifs.
 - 5 patients deviennent symptomatiques avec taux de mortalité de 100%
 - 3 dans le service
 - 1 en EHPAD
 - 1 en CS



Impact psychologique sur les patients

- Dans cette histoire, décès rapide des patients
- Décision d'un accompagnement palliatif



Impact psychologique sur les familles

- Transparence = confiance
- Soutien réciproque famille / équipe / direction
- Décision d'inclure les familles dans l'accompagnement avec choix de l'établissement de maintenir l'accès à un service infecté
 - Accompagnement de la phase palliative et du deuil
 - Autorisation pour les familles de voir leur parent avec un accès spécifique (choix médical/paramédical/direction)



Impact sur les équipes

• UCC

- Anxiété majeure
- Souhait de rester auprès des patients
- Impact positif de la transparence dans les décisions / choix médicaux et de direction
- Satisfaction d'avoir laissé venir les familles
- Culpabilité vis-à-vis des collègues infectés (3 dont deux graves)
- Sentiment d'injustice vis-à-vis de la communication extérieure (presse)

• EHPAD

- Crainte d'accueillir un patient de l'UCC infectée
- Sentiment (majoritaire ou pas ?) d'avoir eu raison quand retour de test +



Impact sur l'équipe d'encadrement

- Nécessité d'un retour au « bon sens » notamment clinique
- Nécessité de compromis dans les prises de décision
- Satisfaction d'avoir proposé d'autres organisations (mise en réserve de soignants notamment médecins)
- In fine renforcement de la cohésion d'équipe, responsabilité partagée
- Anxiété +++ vis-à-vis des décisions prises
- Culpabilité vis-à-vis des soignants infectés et des patients infectés au sein de l'UCC
- Mais satisfaction d'avoir pris des décisions en avance sur les recommandations des tutelles



Impact sur/de l'environnement extérieur

- ARS (Comment avez-vous eu des tests ?)
- Presse
- Solidarité
 - Matériel (Caviar de Neuvic / SOBEVAL / Agriculteurs / Gendarmerie)
 - Autres établissements (proposition d'aides de confrères)
 - Service médical ARS
 - Service infectiologie du CHP
 - Volontariat des médecins pour intégrer la hotline gériatrique départementale



RETEX 2 Novembre 2020 Inversion

- Cluster Covid dans l'EHPAD, durant 4 semaines
- 52 résidents atteints de TNCM avec SPC, 14 en UHR
- UCC « Saine »
- Evolution par rapport à mars
 - Accès aux tests
 - Protocole de prise en charge validé (O2, anticoagulation, corticothérapie)
 - Accès à unité Covid dans laquelle nous intervenons
 - Fluidité d'accès (4 hospitalisations le 1^{er} jour)
 - Aide à la prise en soin des SPC dans l'unité Covid mais qui est en fait un critère de retour
 - Retour rapide sur EHPAD
 - Décision commune unité covid/EHPAD avec staff visio tous les matins
 - 15 cas dont 4 décès



Impact sur les résidents

- Arrêt des activités de sociothérapies
- Arrêt du repas thérapeutique avec repas en chambre
 - Plus chronophage donc soignants moins disponibles
- Limitation autant que possible des déambulations
- Maintien du lien familial en visio priorisé mais visites maintenues



Impact sur les résidents

- Bonne tolérance de la part des résidents vis-à-vis des soignants masqués
- Augmentation des signes cliniques d'anxiété
- Augmentation des signes cliniques de dépression
- Apparition de troubles de la marche chez des résidents jusque-là indemnes
- Diminution globale des capacités cognitives
- Perte de poids malgré un apport calorique maintenu



Impact sur l'équipe soignante

- Anxiété
- Augmentation de la cohésion et de l'entraide
- Augmentation du sentiment d'utilité
- Sentiment de culpabilité quand contamination, par crainte de ne pas avoir respecté les précautions
- Sentiment de culpabilité vis-à-vis de la dégradation cognitive et/ou motrice de résidents
- Satisfaction du travail en filière avec les unités covid (en double flux)



Impact sur l'équipe d'encadrement

- Meilleur vécu que lors du cluster de 02/2020
- Satisfaction d'avoir appris de la précédente épidémie
- Mise en place de mesures plus souples
- Et in fine, préparation de la vaccination
 - Explication aux équipes
 - Explications aux résidents
 - Explications « claires et loyales » et envoi d'un courrier aux familles pour prise de décision éclairée (2 refus sur 52 résidents)
 - Prêt à vacciner le 24/12/2020 (accès aux doses pour l'établissement début janvier 2025)



Vaccination 01/2021

- Décision de ne plus prescrire d'isolement ou de limitations de libertés en post vaccinal
- Chacun ayant eu la liberté de choisir
 - De manière autonome
 - Avec des effets bénéfiques prouvés
 - Avec des effets secondaires à priori faibles
 - Avec une campagne ouverte à toutes et tous
 - Donc dans une démarche éthique!



Résultats bruts globaux (relevé entre le 08/06/21 et le 15/09/21)

134 REPONSES PROFESSIONNELS	28 EHPAD
400 REPONSES RESIDENTS	30 EHPAD
199 REPONSES FAMILLES	30 EHPAD

PROFESSIONNELS		Elu CVS
PRO ADM	24	3
PRO SOIGNANT	94	2
PRO ACCOMPAGNEMENT	17	1

RESIDENTE	292
RESIDENT	108

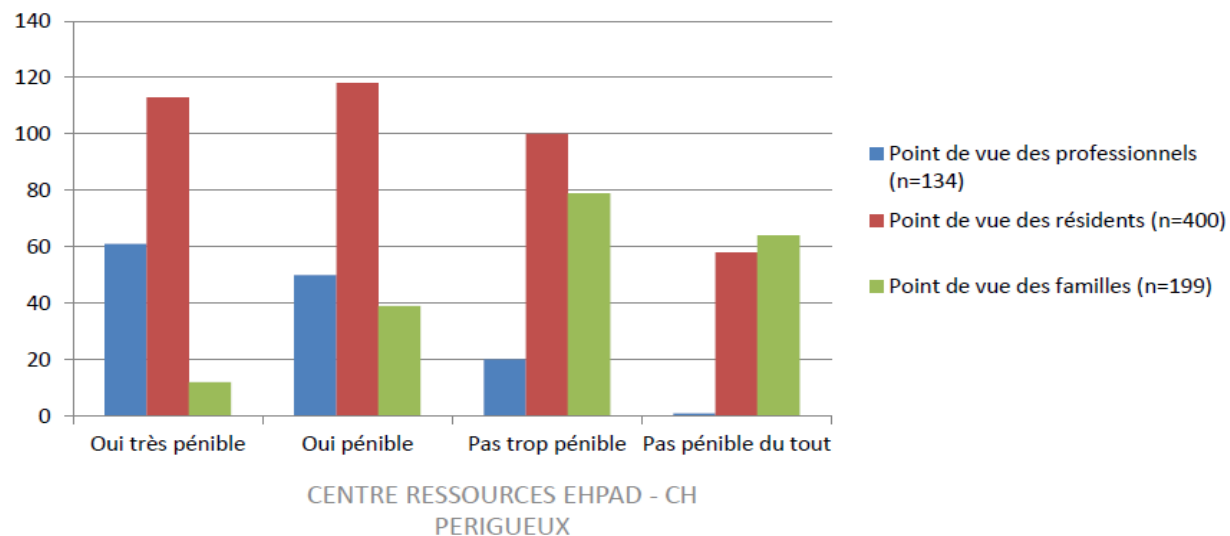
ELUS CVS	NON ELU
43	358

Enfant d'un résident	185
Conjoint d'un résident	14

Famille élu CVS	20
FAMILLE NON 2LU CVS	178

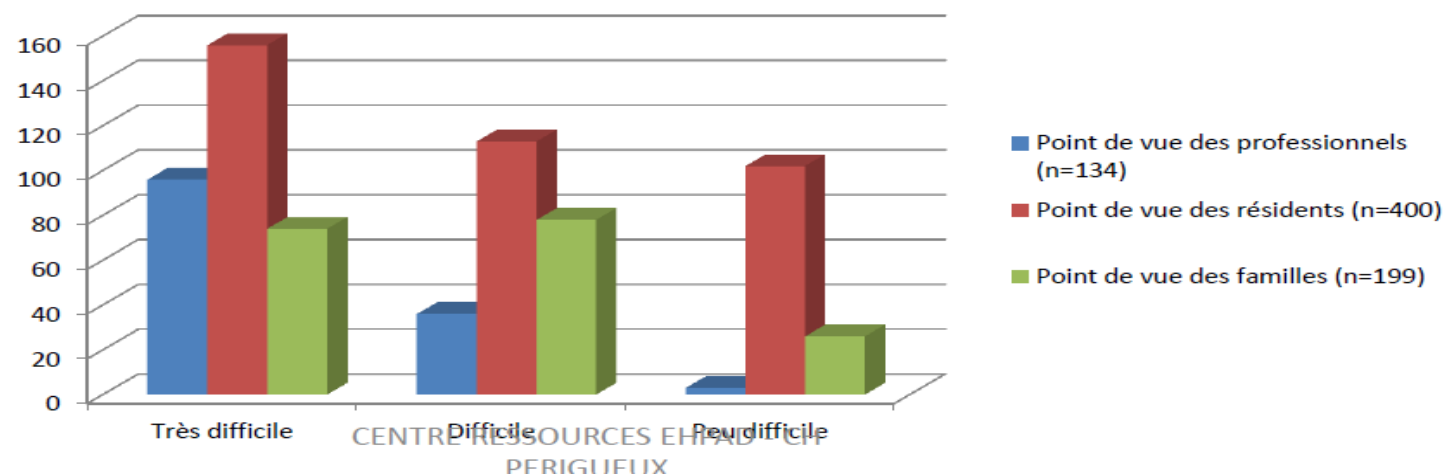


de votre point de vue, le port du masque était-il difficile pour les résidents?	Oui très pénible	Oui pénible	Pas trop pénible	Pas pénible du tout
Point de vue des professionnels (n=134)	61	50	20	1
Point de vue des résidents (n=400)	113	118	100	58
Point de vue des familles (n=199)	12	39	79	64





2/le fait de ne pas sortir de la chambre a-t-il été difficile pour les résidents ?	Très difficile	Difficile	Peu difficile	Pas difficile du tout
Point de vue des professionnels (n=134)	96	36	3	
Point de vue des résidents (n=400)	156	113	102	
Point de vue des familles (n=199)	74	78	26	13





“ÇA CHAUFFE EN GÉRIATRIE !”



9 et 10
oct. 2025

LE CONNECTEUR
BIARRITZ

3/Ne pas pouvoir recevoir de la famille ou des proches en chambre a-t-il été pour les résidents :	Très difficile	Difficile	Peu difficile	facile
Point de vue des professionnels (n=134)	102	28	4	0
Point de vue des résidents (n=400)	197	121	52	26
Point de vue des familles (n=199)	99	68	19	9

Point de vue des
professionnels (n=134)



■ Très difficile
■ Difficile
■ Peu difficile
■ facile

Point de vue des
familles (n=199)



Point de vue des
résidents (n=400)





4-La période de crise sanitaire a gêné la participation des résidents à la vie du village/de la ville.	Oui totalement	Oui partiellement	On pas vraiment	Non pas du tout	Ne sait pas
Point de vue des professionnels (n=134)	67	25	19	11	10
Point de vue des résidents (n=400)	59	49	57	134	66
Point de vue des familles (n=199)	69	48	17	4	



5/Leurs habitudes sont-elles changé pendant cette période ?	Oui totalement	Oui beaucoup	oui un peu	Pas du tout
Point de vue des professionnels (n=134)	46	70	17	1
Point de vue des résidents (n=400)	89	93	115	99
Point de vue des familles (n=199)	89	62	29	12



8/ Pendant la période de confinement en chambre, les autres résidents étaient-ils informés quand un résident décédait?	Systématiquement	De temps en temps	Rarement	Pas du tout
Point de vue des professionnels (n=134)	42	34	19	17
Point de vue des résidents (n=400)	50	58	64	182
Point de vue des familles (n=199)	13	16	12	115



9/ est-ce que
leur pratique
spirituelle a été
maintenue ?

De façon
satisfaisante

Partiellement
satisfaisante

Pas du tout
satisfaisante

Ne sait pas

Point de vue des professionnels (n=134)	10	47	50	25
Point de vue des résidents (n=400)	57	73	150	81
Point de vue des familles (n=199)	20	9	29	96



10/ Quand les
repas ont eu
lieu en
chambre, quel
a été leur
ressenti?

Très agréable

Agréable

peu agréable

désagréable

Point de vue des professionnels (n=134)	2	28	70	31
Point de vue des résidents (n=400)	31	176	99	86
Point de vue des familles (n=199)	8	50	75	21



**19/ Les
relations entre
les résidents et
leurs proches ...**

:

	Se sont renforcées	Sont restées les mêmes	Se sont altérées	Ont disparues
Point de vue des professionnels (n=134)	22	54	56	2
Point de vue des résidents (n=400)	52	273	48	18
Point de vue des familles (n=199)	10	110	57	5



**23/ Les
rencontres avec
des personnes
extérieures ont
pu être
adaptées**

Non

Ne sait pas

oui

Point de vue des professionnels (n=134)	35	28	65
Point de vue des résidents (n=400)	118	102	151
Point de vue des familles (n=199)	38	94	46



**26/ cette
période a-t-elle
majoré
l'angoisse des
résidents liée à
la mort ?**

Pas du tout

Un peu

Assez

fortement

	Pas du tout	Un peu	Assez	fortement
Point de vue des professionnels (n=134)	8	35	42	40
Point de vue des résidents (n=400)	170	107	51	58
Point de vue des familles (n=199)	46	46	26	36



**27/ cette
période a-t-elle
et source de
stress ?**

Pas du tout

Un peu

Assez

fortement

Point de vue des professionnels (n=134)	0	12	33	87
Point de vue des résidents (n=400)	101	114	78	93
Point de vue des familles (n=199)	14	42	45	72



Que dit la littérature ?

Pas grand-chose !

- *J. Combret et al. / Médecine et maladies infectieuses 38 (2008) S131–S132 Isolement septique : amélioration du vécu psychologique des patients*
- *Abdelbar S. Escaut L. Wyplosz B. Couzigou C. Teicher E. Gorriguer Perron C. Viittecoq D. Répercussions psychologiques de l'isolement médical chez les patients et les soignants. Elsevier Masson: Médecine des maladies infectieuses 39 (2009) P70–P71*
- *Abad C. Fearday A. Safar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. Journal of Hospital Infection 76. 2010. P 97-102*
- *C. Lupión-Mendoza C. Antúnez-Domínguez M.J. González-Fernández C. Romero-Brioso C. Rodríguez-Bano J. Effects of isolation on patients and staff. American Journal of Infection Control (43). 2015 397-399*



1. Sentiment de solitude et d'isolement social

- Privation de visites fréquentes et de contacts humains directs.
- Sentiment de "mise à l'écart" qui peut être vécu comme une stigmatisation.
- Réduction du soutien social, facteur protecteur habituel en période de maladie.



2. Anxiété et stress accru

- Inquiétude face à la gravité de l'infection.
- Stress lié aux mesures d'hygiène strictes, aux soignants équipés (blouses, masques, gants) qui créent une distance.
- Peur de contaminer les proches ou d'être porteur d'une "maladie dangereuse".



3. Dépression et baisse du moral

- Diminution des interactions sociales et perte de repères temporels.
- Sentiment d'ennui, de passivité et perte de contrôle sur son environnement.
- Chez les patients déjà fragiles psychologiquement, risque de dépression réactionnelle



4. Atteinte de l'image de soi

- Certains patients rapportent un sentiment de honte ou de culpabilité ("c'est moi le danger").
- Impression d'être "différent" des autres malades, renforçant un sentiment de stigmatisation.



5. Troubles cognitifs et comportementaux

- Désorientation possible (surtout chez les personnes âgées).
- Irritabilité, repli sur soi, refus de soins.



6. Facteurs aggravants

- Durée prolongée de l'isolement.
- Antécédents psychiatriques ou anxieux.
- Manque d'explications claires par l'équipe soignante.
- Isolement associé à des douleurs ou à un état de santé instable.



. Facteurs protecteurs

- Communication régulière et rassurante des soignants.
- Maintien d'un contact social via téléphone, visio, visites encadrées.
- Aménagement de la chambre (lumière naturelle, télévision, accès à la lecture, activités).
- Implication du patient dans la compréhension des mesures d'hygiène (valorisation de son rôle protecteur).



Take Home Messages

- 👉 L'isolement septique peut être médicalement nécessaire,
- 👉 Peut engendrer solitude, anxiété, baisse du moral et sentiment de stigmatisation,
- 👉 Un accompagnement psychologique, une information claire et des moyens de maintenir le lien social sont essentiels pour réduire ces effets négatifs.

