

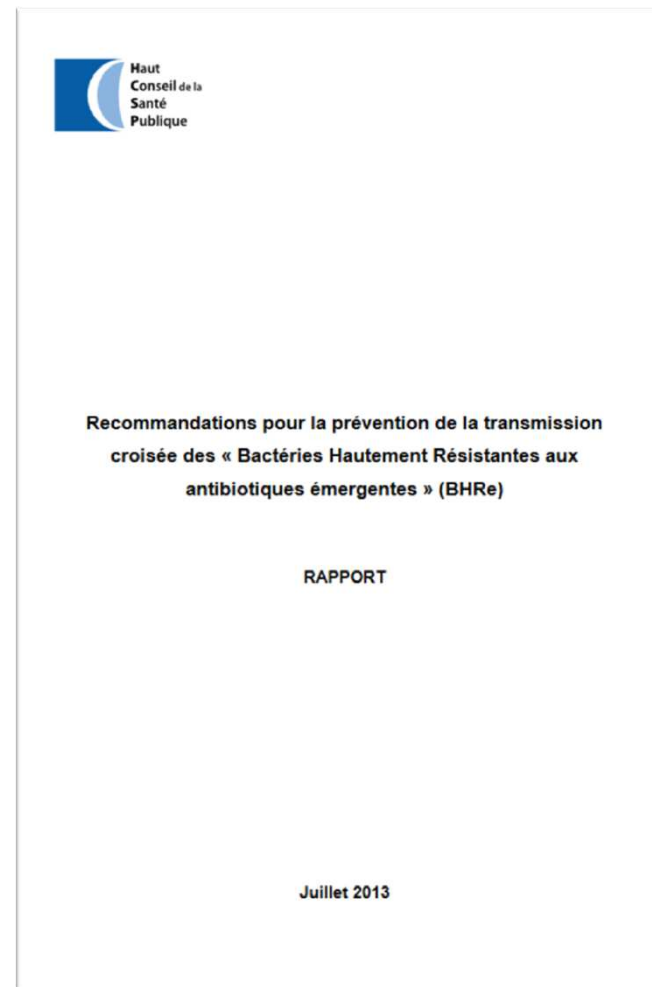
Maitrise de la diffusion des BHRe

Evolution de la prise en charge ?



C. Bervas – 23 novembre 2017
Journée Multiréseaux Nouvelle-Aquitaine

Recommandations en vigueur



http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2013_bhre.pdf

Dans le détail ou presque ...

**Tableau synoptique des principales mesures de maîtrise de la transmission croisée
à partir d'un patient détecté porteur de BHRé en fonction des différentes situations**

	Equipe dédiée dès l'admission	PCC dès l'admission sans équipe dédiée	Retard à la mise en place des PCC	Epidémie
Situation épidémiologique	Admission d'un patient connu porteur	Admission d'un patient connu porteur ou patient hospitalisé à l'étranger	Découverte fortuite	Au moins un cas secondaire
Précautions hygiène	<ul style="list-style-type: none"> Chambre individuelle avec WC dès l'admission PCC 	<ul style="list-style-type: none"> Chambre individuelle avec WC dès l'admission PCC 	<ul style="list-style-type: none"> Chambre individuelle avec WC PCC 	<ul style="list-style-type: none"> Chambre individuelle avec WC PCC
Organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement en personnel paramédical. Personnel dédié 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement en personnel paramédical Personnel dédié. Si impossible, « marche en avant » 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement en personnel paramédical Personnel dédié. Si impossible, « marche en avant » 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement en personnel paramédical 3 secteurs distincts avec personnels dédiés pour les porteurs, les contacts, les indemnes
Transfert porteur	Limité au strict nécessaire	Limité au strict nécessaire	Limité au strict nécessaire	Arrêté
Dépistages contacts	Non obligatoire, selon l'appréciation et l'analyse de risque de l'ECH	Hebdomadaires, tant que le porteur est présent + 1 dépistage hors exposition	Hebdomadaires, 3 fois, puis selon modalités de prise en charge du porteur	Hebdomadaires
Transferts contacts	Possibles	<ul style="list-style-type: none"> Possibles Si transfert, PCC + 1 dépistage hors exposition 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêtés jusqu'à 3 dépistages des contacts Possibles après 3 dépistages négatifs : PCC + 1 dépistage hors exposition 	Arrêtés jusqu'au contrôle de l'épidémie (cf. fiche 4)
Admissions	Poursuivies	Poursuivies	Poursuivies	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivies dans le secteur « indemnes » Arrêtées dans secteurs « porteurs » et « contacts »
Identification informatique en cas de réadmission	Porteur	Porteur	Porteur et contacts non dépistés	Porteurs et contacts
Antibiotiques	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent

Un point intéressant

Avant-propos

Les recommandations présentées dans ce guide ont pour objectif d'orienter les établissements de santé vers des stratégies de maîtrise de la diffusion des BHRe. Elles sont adaptées aux connaissances scientifiques et opérationnelles connues en 2013, présentent différents niveaux de prévention ciblés sur les patients porteurs de BHRe et les patients dits « contact ». L'application effective de ces recommandations sur le terrain doit prendre en compte le contexte local, l'expertise de l'Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH), les différents temps auxquels a lieu la détection des BHRe (à l'admission, en cours d'hospitalisation, etc.) et la situation épidémiologique (cas sporadique, cas groupés, large épidémie) et les différentes filières de soins concernées. Une même situation pourra donc être prise en charge différemment selon le contexte mais dans tous les cas, la prise en charge doit éviter toute perte de chance pour le patient afin de garantir une qualité et sécurité des soins et une orientation dans la filière de soins adaptée à sa prise en charge. Au-delà de leur caractère purement technique, ces recommandations doivent s'intégrer dans un contexte plus large, sociétal et économique, respectant le droit des patients.

Un point intéressant bis

2-1-4 : Précautions spécifiques pour les BHRe

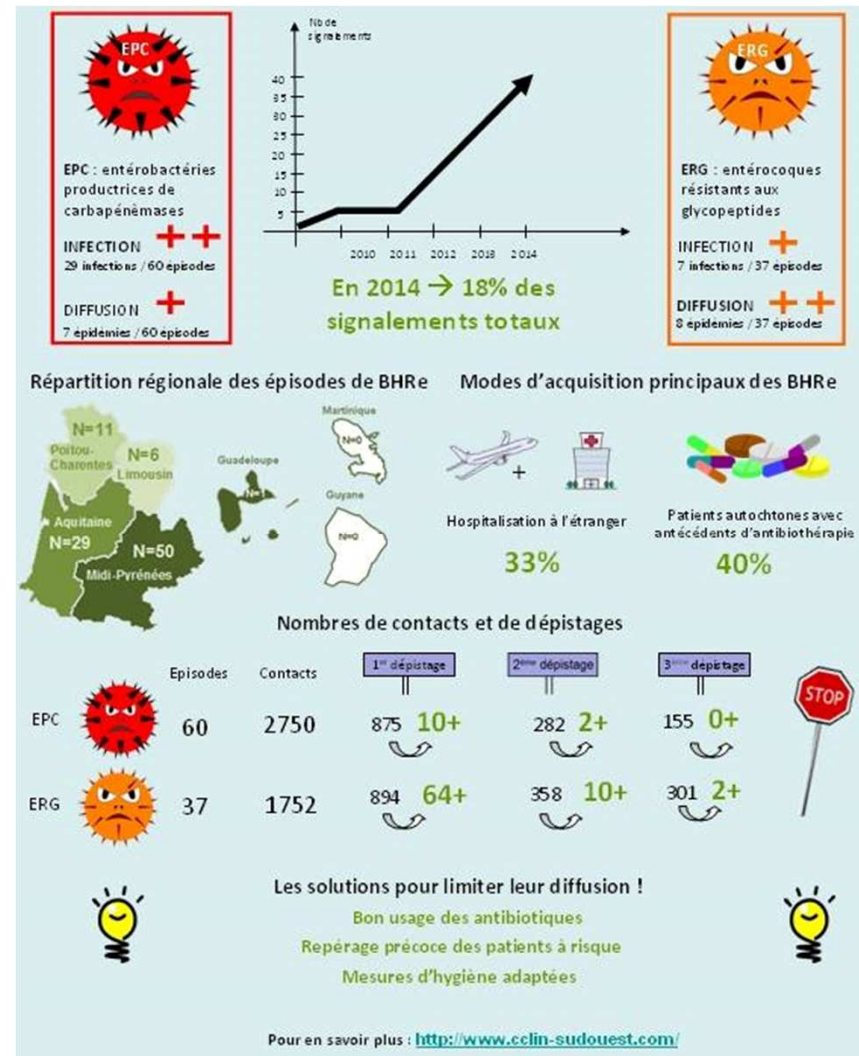
Lors de la prise en charge des patients porteurs de BHRe, sous la responsabilité de la CME et en lien avec la direction de l'établissement de soins, l'expérience et la réactivité de l'EOH sont essentielles à la fois pour investiguer mais aussi pour mettre en place des mesures de contrôle, dans le cadre du plan local ou régional de maîtrise des épidémies.

L'EOH de l'établissement est en effet la plus apte à juger si le service ou le secteur impliqué a les capacités de prendre en charge correctement ce ou ces patients notamment selon les différents critères listés ci-dessous :

- Nombre de patients porteurs de BHRe présents dans le service/unité ;
- Typologie des patients présents dans le service/unité (autonomie et charge en soins) ;
- Ratio personnel paramédical/patients ;
- Leadership et travail en équipe de l'unité de soins ;
- Délai écoulé entre l'admission du patient porteur et la mise en place des mesures (durée d'exposition des patients contact) ;
- Architecture du service, possibilité de chambres individuelles, possibilité de regroupement et de sectorisation ; WC individuels, lave bassin, utilisation de douchettes rince-bassins ;
- Organisation de soins, dotation en personnel, formation des personnels ;
- Niveau d'observance des PS notamment l'hygiène des mains (consommation de SHA, audits, etc.), le bon usage des gants et la gestion des excréta d'où découle l'intensité de l'exposition des contacts ; application des PCC ;
- Qualité de l'entretien de l'environnement ;
- Disponibilité de l'EOH pour former et informer toutes les équipes soignantes, médicales et paramédicales, de jour et de nuit ; pour accompagner les équipes soignantes à davantage appliquer les mesures d'hygiène.

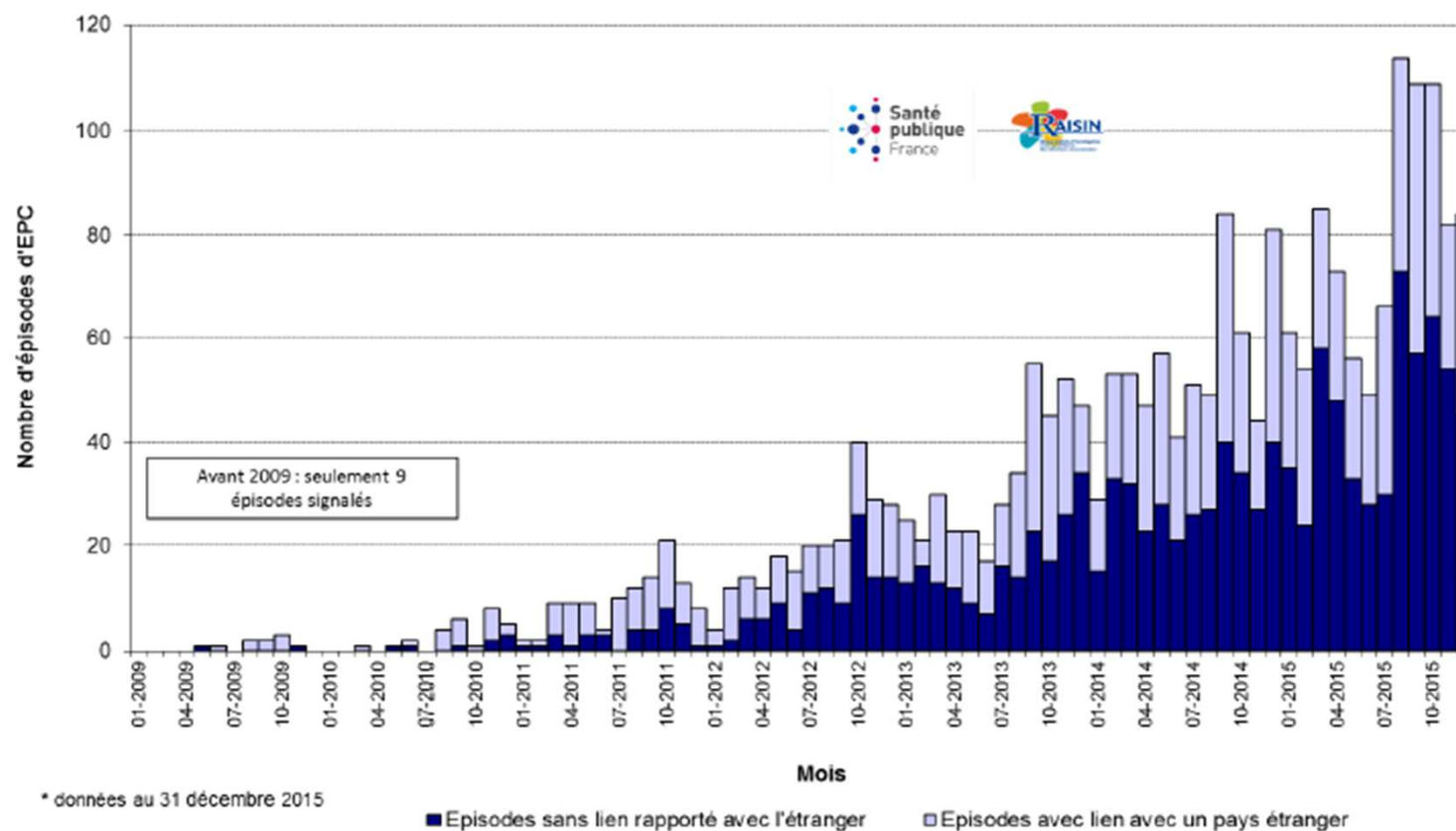
Le rôle du réseau CClin-Arlin est également essentiel pour conseiller, aider l'établissement dans la gestion de crise notamment lorsque plusieurs établissements de soins sont concernés ou en cas de situation épidémique non maîtrisée.

Analysons !



Des chiffres nationaux qui parlent...

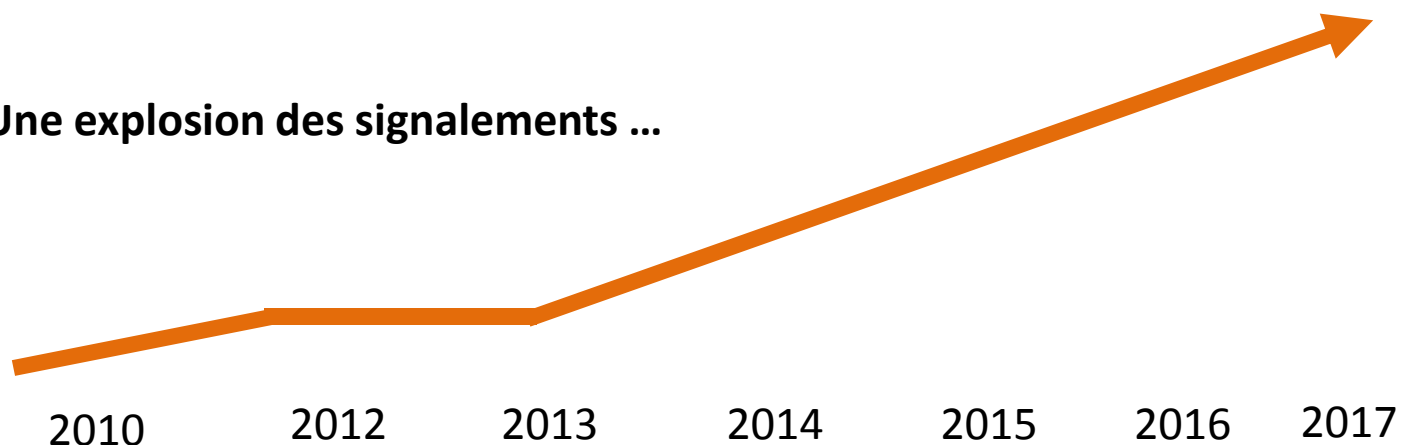
Figure 3. Évolution par mois du nombre d'épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmases en France signalés entre 2009 et 2015, selon la mise en évidence ou non d'un lien avec un pays étranger (N=2 376)



Des chiffres Sud-Ouest qui sont en accord...

	EPC	<i>E. faecium</i> Van A/B
2007-2014	60 épisodes	37 épisodes
2015-2016	181 épisodes	17 épisodes
2017 NA	90 épisodes 41	20 épisodes 14

Une explosion des signalements ...



BHRe 2007-2016 Sud-Ouest

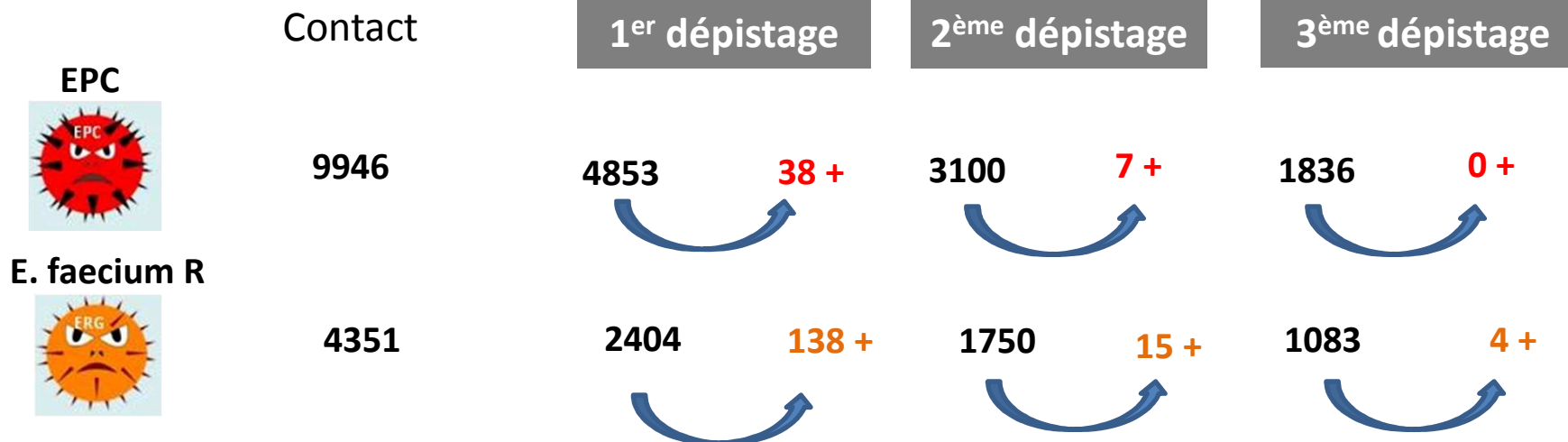
	EPC	<i>E. faecium</i> Van A/B
Nb signalements	262	59
Nb épisodes	241	54
dont épisodes avec cas groupés	23	11
Nb total de cas	300	216
dont cas secondaires	46	162
médiane du nb de cas 2R	1 [1-11]	7 [1-49]
Nb Patients infectés	71	15
dont cas secondaires	9	4
Origine de la BHR chez le cas index	Nb épisodes	Nb épisodes
hospitalisation à l'étranger	96	19
antibiothérapie	85	23

BHRe 2007-2016 Sud-Ouest

	EPC	<i>E. faecium</i> Van A/B
Stratégie de prise en charge pour le 1^{er} cas	Nb d'épisodes	Nb d'épisodes
Cohorting	4	2
PCC	210	57
Arrêt temporaire admission/transfert	3	5
Stratégie de dépistage autour du 1^{er} cas	Nb d'épisodes	Nb d'épisodes
Pas dépistage	72	13
Patients contacts traceurs	29	8
Patients contacts encore hospitalisés dans la structure	102	21
Patients contacts encore hospitalisés / transférés vers d'autres ES	26	7
Patients contacts encore hospitalisés / transférés / rentrés à domicile	1	3

BHRe 2007-2016 Sud-Ouest

Nb Dépistages décidés	EPC	<i>E. faecium</i> Van A/B
0	72	11
1	35	9
2	21	7
3	112	23



Constatons !

Points clés

Différence de diffusion et de gravité entre EPC et *E. faecium* R

Importance de précaution standard et gestion des excreta optimales

Capacité à identifier les patients à risque et les contacts
(Système alerte informatique ++)

Communication Labo / Service / EOH

En plus si cas groupés

- Efficacité du cohorting dès les 1ers cas
- Apport de la PCR
- Soutien de la direction

Constatons !

Des recommandations nationales mal-aimées ...



Coût de plus en plus avancé par les directions

- Certains établissements veulent faire payer le dépistage au patient contact
- Aucune reconnaissance PMSI des dépistages

Problème pour placer les porteurs mais aussi leurs contacts!


Nécessité d'arbres décisionnels correspondant aux moyens

Efforts à recentrer sur les précautions standard et les excréta

Arbre décisionnel

Pré-requis

Evaluation du risque de transmission croisée avec l'EOH

- 
- ✓ ICSHA conforme?
 - ✓ Gestion des excréta ok?
 - ✓ Faible capacité souillante du cas (continence, déambulant)?
 - ✓ Service ayant géré un cas BHR/ BMR sans transmission?
 - ✓ Bonne organisation du service sur la période

Si un NON



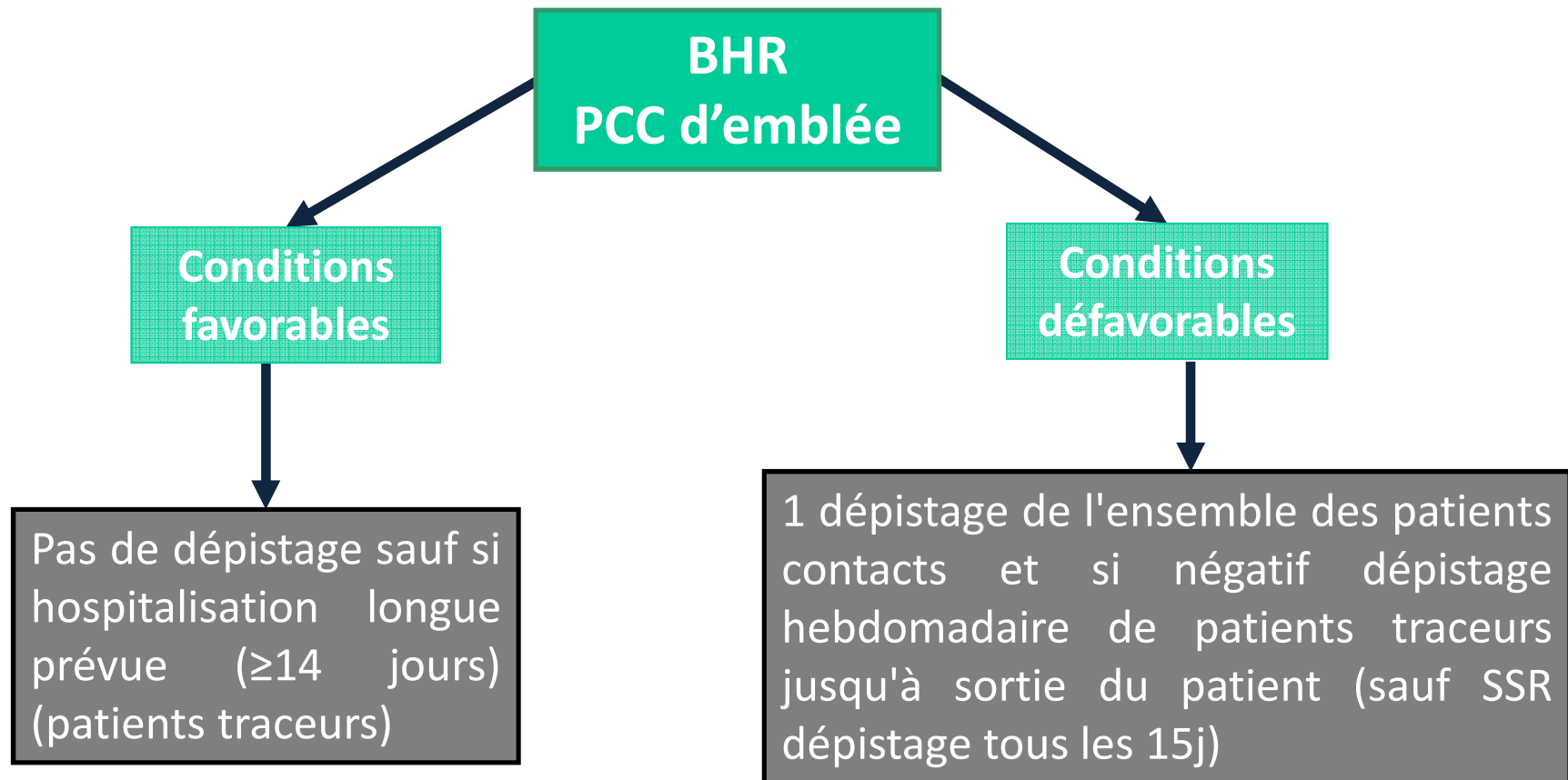
Conditions défavorables

Outil d'évaluation des PS ?

<https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr>

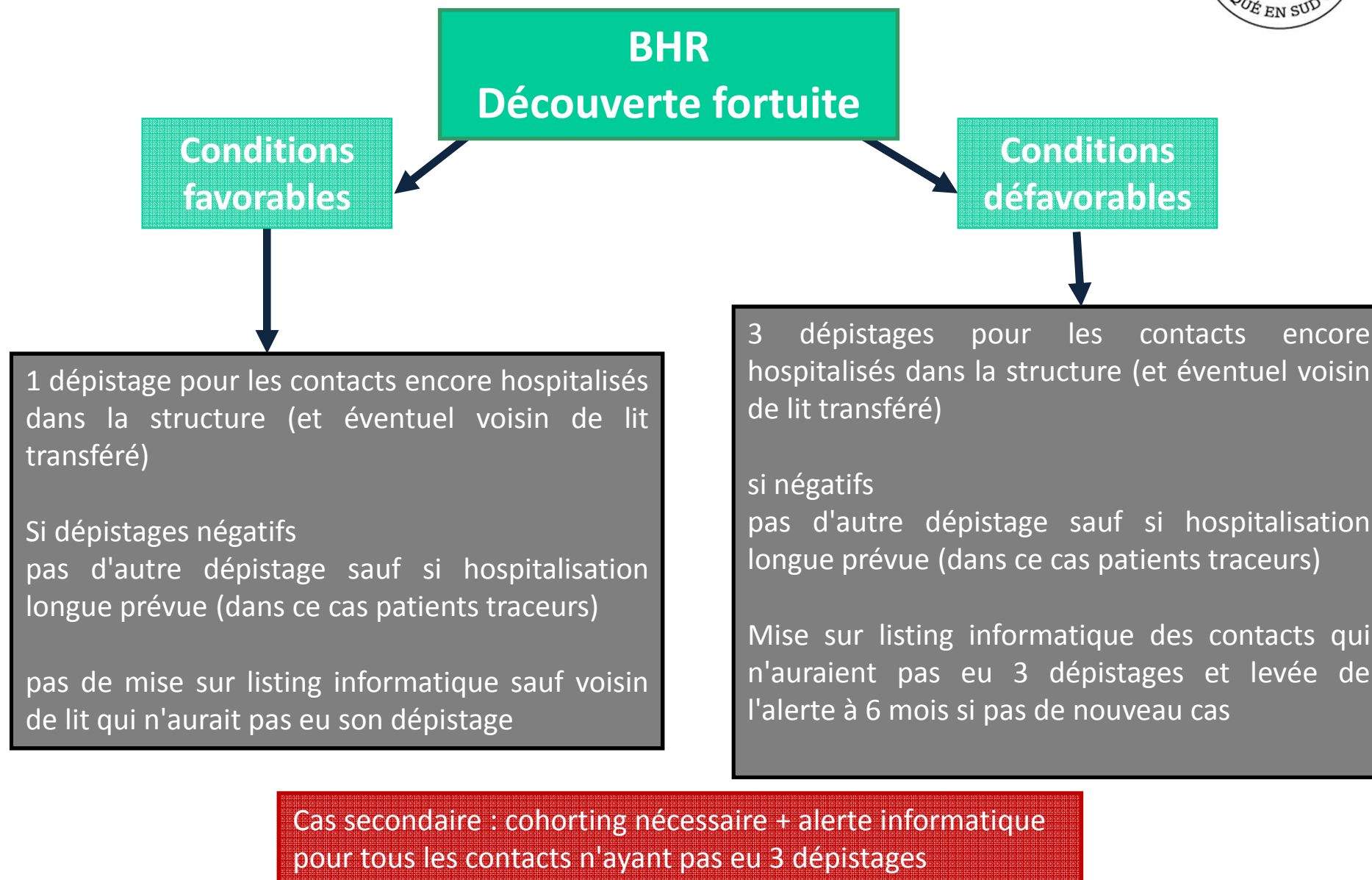
Rubrique Outils / Evaluation

Arbre décisionnel, propositions (1)



Cas secondaire : cohorting nécessaire + alerte informatique pour tous les contacts n'ayant pas eu 3 dépistages

Arbre décisionnel, propositions (2)



Arbre décisionnel, compléments (1)



Arrêt des transferts et des admissions si cas isolé?

Non sauf appréciation contraire de l'EOH (condition défavorables++)

Contacts tous sortis ?

Chercher les contacts transférés et dépister ces derniers.

Si aucun contact transféré, proposition d'information des contacts laissé à l'appréciation de l'établissement. Au moins informer le ou les voisins de lit.

Patient BHR avec hospitalisation récente avant la découverte de la BHR : CAT pour les établissements d'amont ?

Appréciation du risque de portage lors de ces hospitalisation antérieures. Si (par exemple) hospitalisation dans le mois précédant la découverte: dépister les contacts encore hospitalisés. Si tous négatifs, s'arrêter là. Pas de listing informatique.

Information des contacts et de leur médecin traitant ?

Dès lors qu'un listing est créé, une information des patients listés et de leurs MT est nécessaire; à l'appréciation de l'EOH, il peut être proposé la réalisation de dépistages afin de rayer ces personnes de la liste.

Arbre décisionnel, compléments (2)

Nombre de dépistages?

3 c'est mieux mais pour les EPC on peut considérer 2 dépistages bien faits



Délai entre les dépistages?

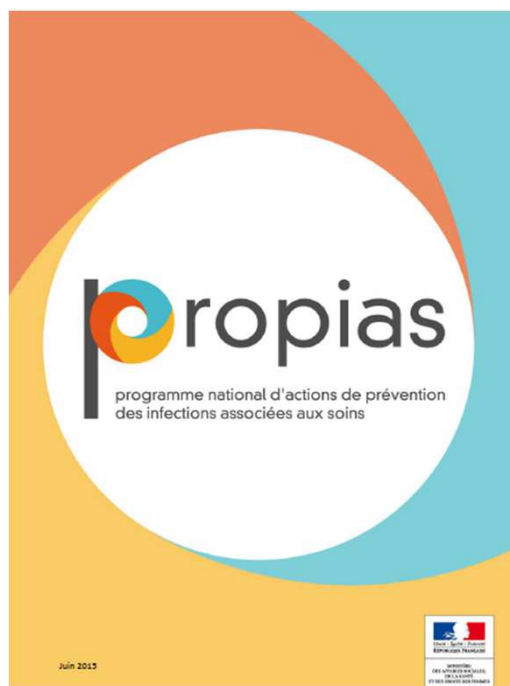
1 semaine c'est le gold standard mais difficile à tenir. 72h permet de débrouiller la situation rapidement

Droit à l'oubli pour les contacts et les cas?

Un an : pas de vérification du statut pour les contacts (rayé de la liste automatiquement), vérification systématique de l'absence de portage pour les cas à un an, avec PCR préférentiellement.

PROPIAS, Axe 2

Répartition des cibles quantitatives de l'axe 2 en ES, Sud-Ouest



	EPC			<i>E. faecium</i> R		
	2015 SO	2016 SO	2017 NA	2015 SO	2016 SO	2017 NA
Proportion d'épisodes avec cas secondaires $\leq 10\%$	10%	8%	17 %	50%	0%	41%
Proportion de cas secondaire sur l'ensemble des cas $\leq 20\%$	22%	9%	26 %	87,7%	0%	71 %

Vidéo à destination des internes



Cas pratique N°1

Découverte colonisation digestive à *Citrobacter freundii* OXA-48, chez un patient hospitalisé depuis 5 jours en SSR et en provenance d'un Centre Hospitalier (SSR).

En SSR

- Echange SSR / CPIAS
 - PCC dès admission
 - Equipe rodée à la prise en charge de patient porteur de BMR
 - Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
 - Patient autonome
 - Rééducation faite en chambre depuis son admission en fin de journée
 - EPC
- Stratégie proposée SSR:
 - Pas de dépistage de patient contact
 - Dépistage de patients traceurs au cours de l'hospitalisation (non choisi par l'ES)

Au CH

- Echange CH / CPIAS
 - 3 semaines d'hospitalisation en provenance d'un CHU (Réa, chirurgie)
 - PS, Chambre seule au bout du couloir, patient autonome
 - Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
 - Rééducation : orthophonie
- Stratégie proposée :
 - Un dépistage des patients contacts encore hospitalisés

Cas pratique N°2

Découverte prostatite à *E. faecium*, patient hospitalisé en CH depuis 10 jours.

— Echange SSR / CPIAS

- PS
- Infection urinaire
- ERV

— Stratégie proposée SSR:

- PCC, marche en avant
- Au moins un dépistage de patients contacts encore hospitalisés

Un cas secondaire identifié (patient voisin de chambre)

- Sectorisation du service cas +contact / Naïf , chambre SAS
- Listing des contact et 3 dépistages de ceux encore présents, alerte pour ceux sortis, information des ES d'aval

Merci de votre attention !

Follow us !



@CPIASNA

