

Stratégie de maîtrise de la diffusion BHRe

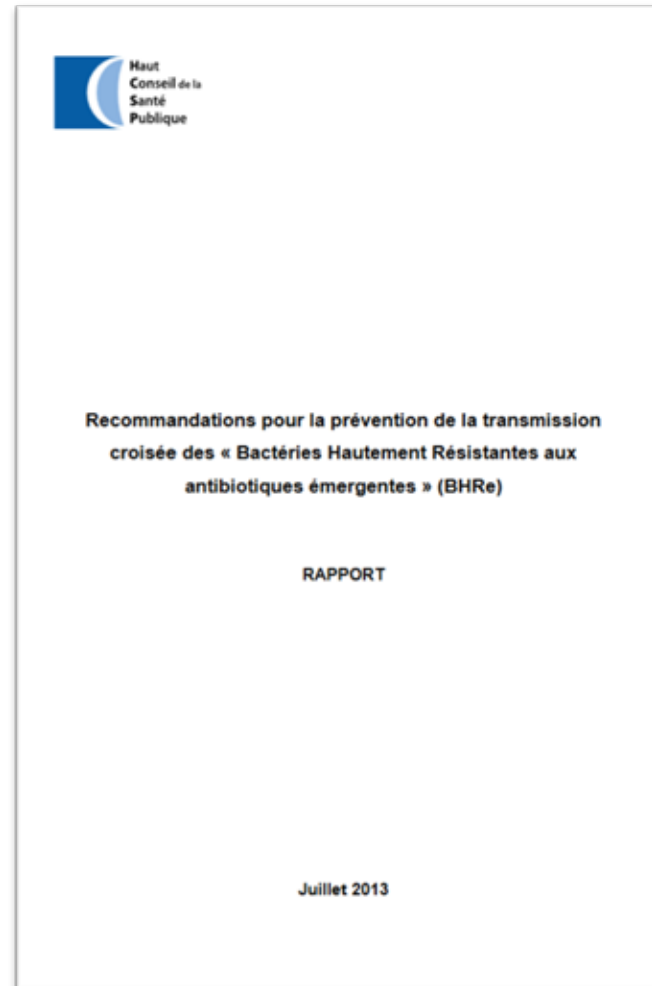


C. Bervas – 21 juin 2017

Journée Antibiotiques et Antibiorésistance - #CPIANA18

#KeepAntibioticsWorking #AntibioticResistance

Recommandations



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'EOH	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 BHRé. Elles sont adaptées aux connaissances scientifiques et opérationnelles connues en 2013, présentent différents niveaux de prévention ciblés sur les patients porteurs de BHRé 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 BHRé (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 BHRé

Lors de la prise en charge des patients porteurs de BHRé, 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 BHRé 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.

Constations...

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

CAT BHRe / Éléments d'orientation

PCC dès l'admission ?

Evaluation du risque de transmission croisée avec l'EOH

Mesures de prévention de la diffusion maîtrisées ?

- 
- ü (PCC effective)
 - ü ICSHA conforme?
 - ü Gestion des excréta ok?
 - ü Faible capacité souillante du cas (continence, non déambulant)?
 - ü Service ayant géré un cas BHR sans cas secondaire identifié ?
 - ü Organisation du service adaptée ?

Outil d'évaluation des PS ?

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

Rubrique Outils / Evaluation

CAT BHRe / PCC dès l'admission

Mesures de prévention de la diffusion maitrisées

Oui

Non

Si -

Hospitalisation longue du cas BHRe

1 prélèvement de dépistage des patients contacts du service

Oui

Non

Si +

1 prélèvement de dépistage hebdomadaire de patients traceurs * (15 j si SSR)

Pas (arrêt) de(s) dépistage(s)

Cf. CAT Cas secondaire



* Patients les plus lourds en soins / proches géographiquement / sous antibiothérapie

CAT BHRe / Absence de PCC dès l'admission

Mesures de prévention de la diffusion maitrisées

Oui

1 prélèvement de dépistage (culture ou PCR) des patients contacts encore hospitalisés et éventuel voisin de lit transféré
+
Alerte informatique pour éventuel voisin de lit n'ayant pas eu de dépistage

Si +

Cf. CAT Cas secondaire

Si -

Hospitalisation longue du cas BHRe

Oui

1 prélèvement de dépistage hebdomadaire de patients traceurs (15 j si SSR)

Si +

Cf. CAT Cas secondaire

Non

2 prélèvements de dépistage à 72h (culture) ou 1 prélèvement de dépistage (PCR) des patients contacts encore hospitalisés et éventuel voisin de lit transféré
+
Alerte informatique pour tous les patients contact n'ayant pas eu le schéma complet de dépistage)

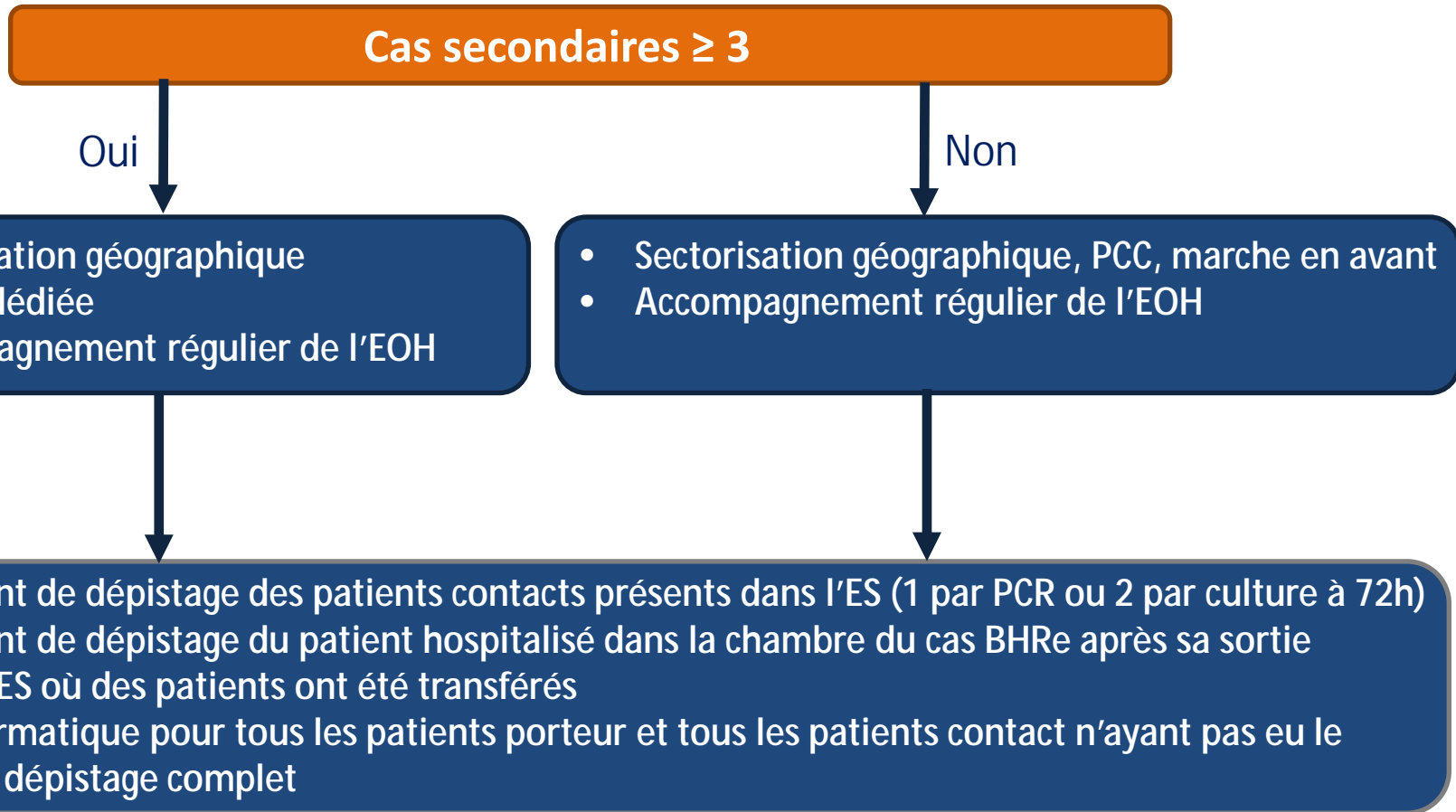
Si -

Arrêt du dépistage

Si +

Cf. CAT Cas secondaire

CAT BHRe / Cas secondaires



CAT BHRé / Compléments



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.

Contacts tous sortis ?

Chercher les contacts récemment 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.

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

Contact : 6 mois après la date d'identification du dernier cas

Cas : minimum un an (absence de dépistage pendant cette période) et au-delà une vérification de l'absence de portage par dépistage et technique de PCR préférentiellement.

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.

Echange SSR / CPIAS

- PCC dès admission
- Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
- Equipe rodée à la prise en charge de patient porteur de BHRé
- Patient autonome
- Rééducation faite en chambre depuis son admission en fin de journée

PCC dès l'admission

Absence de PCC à l'admission

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 .

Echange SSR / CPIAS

- PCC dès admission
- Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
- Equipe rodée à la prise en charge de patient porteur de BHRe
- Patient autonome
- Rééducation faite en chambre depuis son admission en fin de journée

PCC dès l'admission

Mesures maîtrisées

Mesures non maîtrisées

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 .

Echange SSR / CPIAS

- PCC dès admission
- Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
- Equipe rodée à la prise en charge de patient porteur de BHRé
- Patient autonome
- Rééducation faite en chambre depuis son admission en fin de journée

PCC dès l'admission

Mesures maîtrisées

Hospitalisation courte

Hospitalisation longue

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 .

Echange SSR / CPIAS

- PCC dès admission
- Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
- Equipe rodée à la prise en charge de patient porteur de BHRé
- Patient autonome
- Rééducation faite en chambre depuis son admission en fin de journée

PCC dès l'admission

Mesures maîtrisées

Hospitalisation longue

Dépistage tous les 15 jours de patients traceurs / Résultats négatifs

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.

Echange SSR / CPIAS

- PCC dès admission
- Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
- Equipe rodée à la prise en charge de patient porteur de BHRé
- Patient autonome
- Rééducation faite en chambre depuis son admission en fin de journée

Echange CH / CPIAS

- 3 semaines d'hospitalisation en provenance d'un CH (Réa, chirurgie)
- PS, Chambre seule au bout du couloir, patient autonome
- Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
- Rééducation : orthophonie

PCC dès l'admission

Absence de PCC à l'admission

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 .

Echange SSR / CPIAS

- PCC dés admission
- Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
- Equipe rodée à la prise en charge de patient porteur de BHRé
- Patient autonome
- Rééducation faite en chambre depuis son admission en fin de journée

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

Absence de PCC à l'admission

Mesures maitrisées

Mesures non maitrisées

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 .

Echange SSR / CPIAS

- PCC dés admission
- Pratiques d'hygiène dans le service adaptées
- Equipe rodée à la prise en charge de patient porteur de BHRé
- Patient autonome
- Rééducation faite en chambre depuis son admission en fin de journée

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

Absence de PCC à l'admission

Mesures maîtrisées

1 prélèvement de dépistage (culture ou PCR) des patients contacts encore hospitalisés / Résultats négatifs

Cas pratique N°2

Découverte fortuite infection urinaire à *E. faecium* glycoR, patient hospitalisé en CH depuis 10 jours

Echange CH / CPIAS

- PS non optimale

PCC dès l'admission

Absence de PCC à l'admission

Cas pratique N°2

Découverte fortuite infection urinaire à *E. faecium* glycoR, patient hospitalisé en CH depuis 10 jours

Echange CH / CPIAS

- PS non optimale

Absence de PCC à l'admission

Mesures maîtrisées

Mesures non maîtrisées

Cas pratique N°2

Découverte fortuite infection urinaire à *E. faecium* glycoR, patient hospitalisé en CH depuis 10 jours

Echange CH / CPIAS

- PS non optimale

Absence de PCC à l'admission

Mesures non maîtrisées

2 prélèvements de dépistage à 72h (culture) ou 1 prélèvement de dépistage (PCR) des patients contacts encore hospitalisés et éventuel voisin de lit transféré

+
Alerte informatique pour tous les patients contact n'ayant pas eu le schéma complet de dépistage

2 cas secondaires

Sectorisation géographique, PCC, marche en avant
Accompagnement régulier de l'EOH

Prélèvement de dépistage des patients contacts présents dans l'ES
Prélèvement de dépistage du patient hospitalisé dans la chambre du cas BHRé après sa sortie
Alerte des ES où des patients ont été transférés
Alerte informatique pour tous les patients porteur et tous les patients contact n'ayant pas eu le schéma de dépistage complet

Un message d'espoir....



#KeepAntibioticsWorking

#AntibioticResistance

@CPIASNA

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

