

Prévenir la Diffusion des BHRe en région Centre : les nouvelles recommandations françaises pour le SSR, le SLD, l'HAD et le secteur Médico-Social

Bruno Grandbastien

pour le groupe de travail du HCSP

Faculté de Médecine Henri Warembourg, Université de Lille - Nord de France

Service de Gestion du Risque Infectieux, des Vigilances et d'Infectiologie (SGRIVI), CHRU de Lille

Commission « sécurité des patients », Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

Plan du rapport

Avant-propos

1 - Méthodes

2 – Principaux éléments pour la maîtrise de la transmission croisée

2-1 Principes généraux de la prévention de la transmission croisée et du risque épidémique

2.2 Quelques définitions

2.3 Organisation générale

2.4 Détection d'un patient à risque BHRe

2.5 Surveillance épidémiologique des BHRe

2.6 Communication

2.7 Dépistage et diagnostic microbiologique des BHRe

2.8 Gestion du risque lié aux excréta

2.9 Rôle de l'environnement

2.10 Les autres mesures

Plan du rapport (fin)

Avant-propos

1 - Méthodes

2 – Principaux éléments pour la maîtrise de la transmission croisée

3 – Fiches techniques opérationnelles pour la maîtrise des BHRé

3.1 Fiche « Mesures générales à appliquer dès l'identification de BHRé, quelle que soit la situation »

3.2 Fiche « Admission d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente »

3.3 Fiche « Découverte « fortuite » d'un patient porteur de BHRé en cours d'hospitalisation »

3.4 Fiche « Contrôle d'une épidémie »

3.5 « Fiche Admission d'un patient déjà connu porteur d'une BHRé »

3.6 Fiche « Admission d'un patient contact lors d'une situation épidémique »

3.7 Fiche « Admission d'un patient contact en dehors d'une situation épidémique »

3.8 Fiche « Mode de sortie en SSR, SLD, HAD, EHPAD, domicile d'un patient détecté porteur d'une BHRé en court séjour »

3-8-1 : Transfert en SSR d'un patient identifié porteur de BHRé en court séjour

3-8-2 : Prise en charge en SSR d'un patient identifié contact

3-8-3 : Transfert en EHPAD ou SLD d'un patient porteur de BHRé ou d'un patient contact

3-8-4 : Le retour à domicile (HAD ou intervenants libéraux)

Un principe

... **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.

Cas clinique 1

- H, 63 ans, DNID
- Transfert en rééducation le 20/05
- Amputation sous gonale gauche le 05/05
- Escarre talon droit
- Aucune infection connue, pas de précautions complémentaires
- Prise en charge pluridisciplinaire : kinésithérapie, orthoprothèse, EPS, neuropsychologie
- Prise en charge sur le plateau technique
- Prise des repas au self

Cas clinique 1 : l'alerte

- 04/06 : appel service MCO d'amont
- Patient **ERG + sur un prélèvement du 19/05**

→ cellule de crise :

- Médecin référent du patient
- Cadre infirmier
- Infirmière hygiéniste
- Président du CLIN
- Médecin directeur
- Contact avec le médecin hygiéniste référent



Cas clinique 1 : analyse de la situation

- Situation de **découverte d'un portage ERG en cours d'hospitalisation (J14)**
- Décisions immédiates :
 - dépistage du patient en urgence
 - arrêt de la prise en charge au plateau technique
 - mise en place du protocole spécifique ERG (prévu dans le plan local de maîtrise des épidémies)

Cas clinique 1 : protocole spécifique ERG

- Chambre individuelle : **sortie de chambre de son voisin**
- Précautions complémentaires « contact » renforcées (SHA, tablier UU systématique pour tous les soins)
- SHA ++ à l'usage du patient en chambre
- Bionettoyage 2 x/ jour
- Utilisation des toilettes en chambre
- Renforcement de l'équipe paramédicale (nuit, ...)
- Rééducation avec prise en charge en chambre
- Information du patient et l'entourage

Cas clinique 1 : bilan

- Dépistage du patient du 05/06 : portage digestif d'*Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides *vanA*
 - signalement externe
 - arrêt des admissions
- Enquête de portage fécal des contacts
 - 1^{er} cercle : tous les patients hospitalisés (conventionnel)
 - 66 patients concernés (2 refus) : 52 (79%) patients prélevés à J0, J7 et J14, 12 prélevés à J0 et J7 (puis sortis)**
 - tous les dépistages étaient négatifs**
 - 2^{ème} cercle : information de tous les patients sortis (lettre patient + MT avec demande de dépistage J0, J7 et J14 ; envoi d'une prescription avec mention de faxer le résultat à l'hygiéniste)
 - 49 patients concernés : pour 32 patients, retours de résultats, tous négatifs**

Cas clinique 1 : bilan

- Durée de la crise : < 20 jours (résultats 1^{er} tour)
- Arrêt des admissions : 6 jours
 - retour du 1^{er} tour de dépistage des contacts
 - organisation de la rééducation du cas et des contacts
- Impact économique
 - dépistages
 - arrêt des admissions : **perte d'activité ... limitée**
- Impacts organisationnels
 - validation du plan local de gestion d'une épidémie

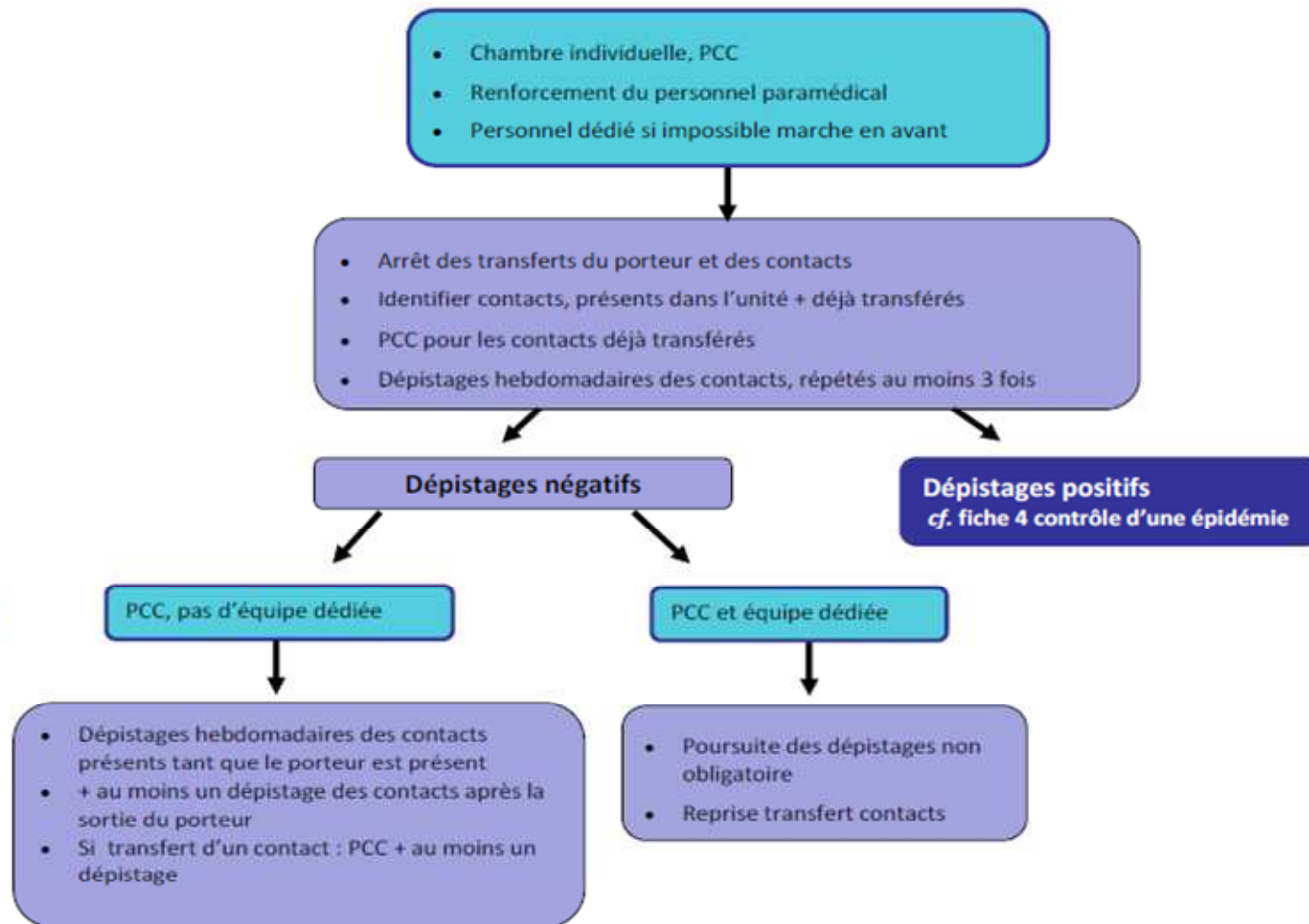
Prise en charge du porteur de BHRé

Prise en charge des patients contact

A l'issue des 3 dépistages

Selon modalités de prise en charge effective du porteur

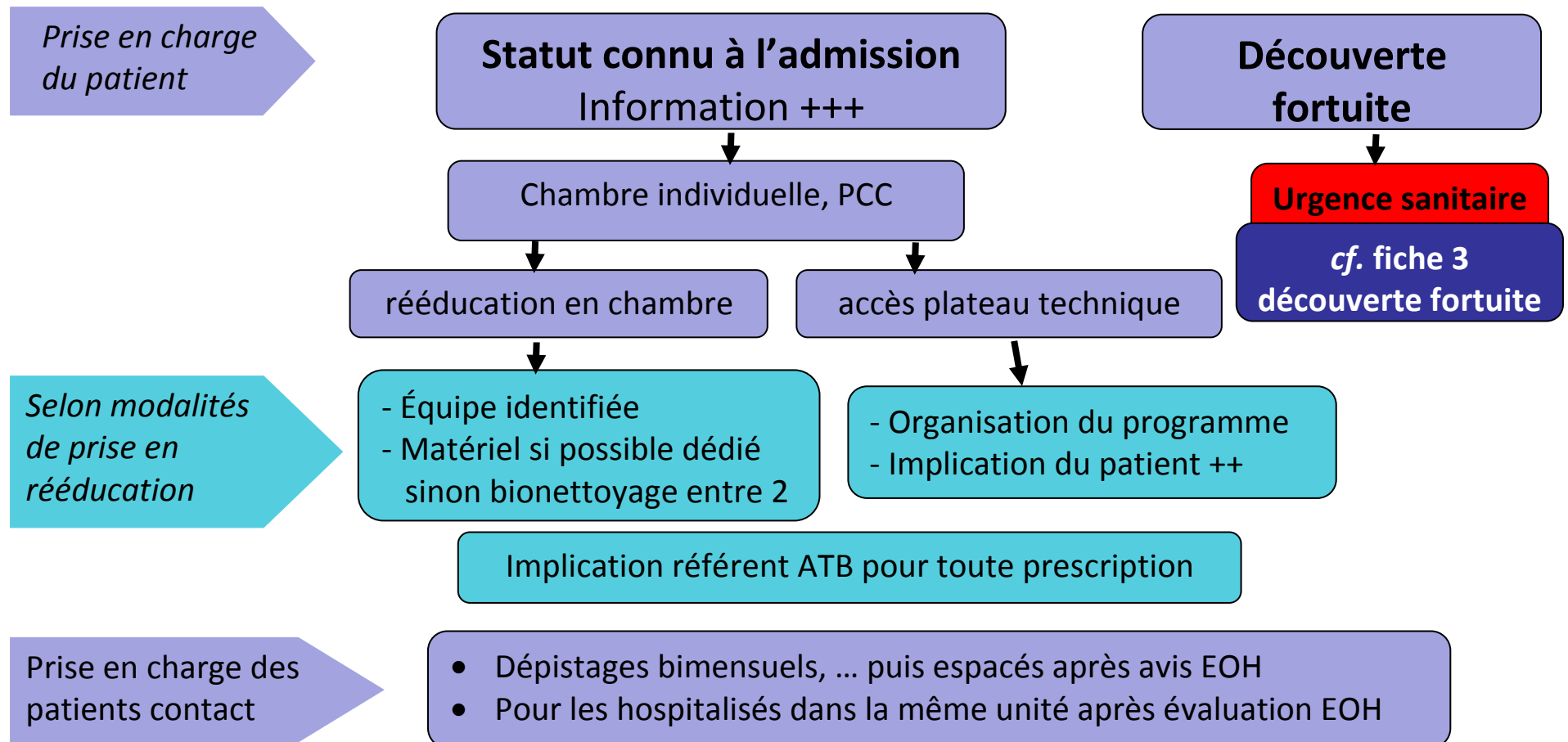
Prise en charge des patient contact



Cas clinique 2

- H, 52 ans, rapatrié sanitaire du Maroc
- Amputation sous gonale droite à Marrakech
- Dépisté porteur de *Klebsiella pneumoniae* OXA-48 et *Acinetobacter baumannii* OXA-23 dès son arrivée en France
- Transfert en rééducation le 25/06 **en totale connaissance du statut BHRé**
- Prise en charge pluridisciplinaire : kinésithérapie, orthoprothèse, EPS
- Prise en charge sur le plateau technique, organisée avec implication +++ du patient
- Dépistage bimensuel des contacts (même unité d'hospitalisation) pendant 2 mois, puis mensuel (5 mois d'hospitalisation au total) :
tous les dépistages étaient négatifs

Fiche 7 : Sortie en SSR, HAD, EHPAD ou domicile : Prise en charge d'un patient BHRe en SSR



Fiche 7 : Sortie en SSR, HAD, EHPAD ou domicile : Transfert d'un patient connu BHRe en SSR

- Autoriser le transfert en SSR
- Placer le patient en chambre individuelle avec des PCC
- Privilégier le transfert vers un établissement ayant une EOH et une équipe médicale (CME Clin ou son représentant) sensibilisées à cette problématique
- Informersystématiquement l'ARLIN de ce transfert ; elle pourra le cas échéant conseiller l'établissement d'accueil

Fiche 7 : Sortie en SSR, HAD, EHPAD ou domicile : Transfert d'un patient « contact » en SSR

- Autoriser le transfert en SSR
- Modalités de prise en charge :
 - placer le patient en chambre individuelle avec des PCC dès son admission
 - accès au plateau technique possible dans le respect des PCC
- Dépistages :
 - réaliser 3 dépistages à 1 semaine d'intervalle (idem MCO)
 - si l'un de ces dépistages s'avère positif : le contact devient un cas
 - si les 3 dépistages sont tous négatifs : le patient peut être considéré comme non porteur et les mesures spécifiques BHRé levées

Cas clinique 3

- Mme Z, 72 ans
- Hospitalisée en gériatrie aiguë le 18/03, venant de son domicile
- Orientée vers l'EHPAD de l'établissement à J32
- Identification d'un portage digestif de *Klebsiella pneumoniae* OXA-48 (dépistage « intempestif » pour suspicion de « contact » avec un patient BHRe aux urgences)
- Pas de lien direct ou indirect avec le système de santé à l'étranger
- Acceptation de son transfert en EHPAD **en connaissance de son statut** « entérobactérie productrice de carbapénémase »

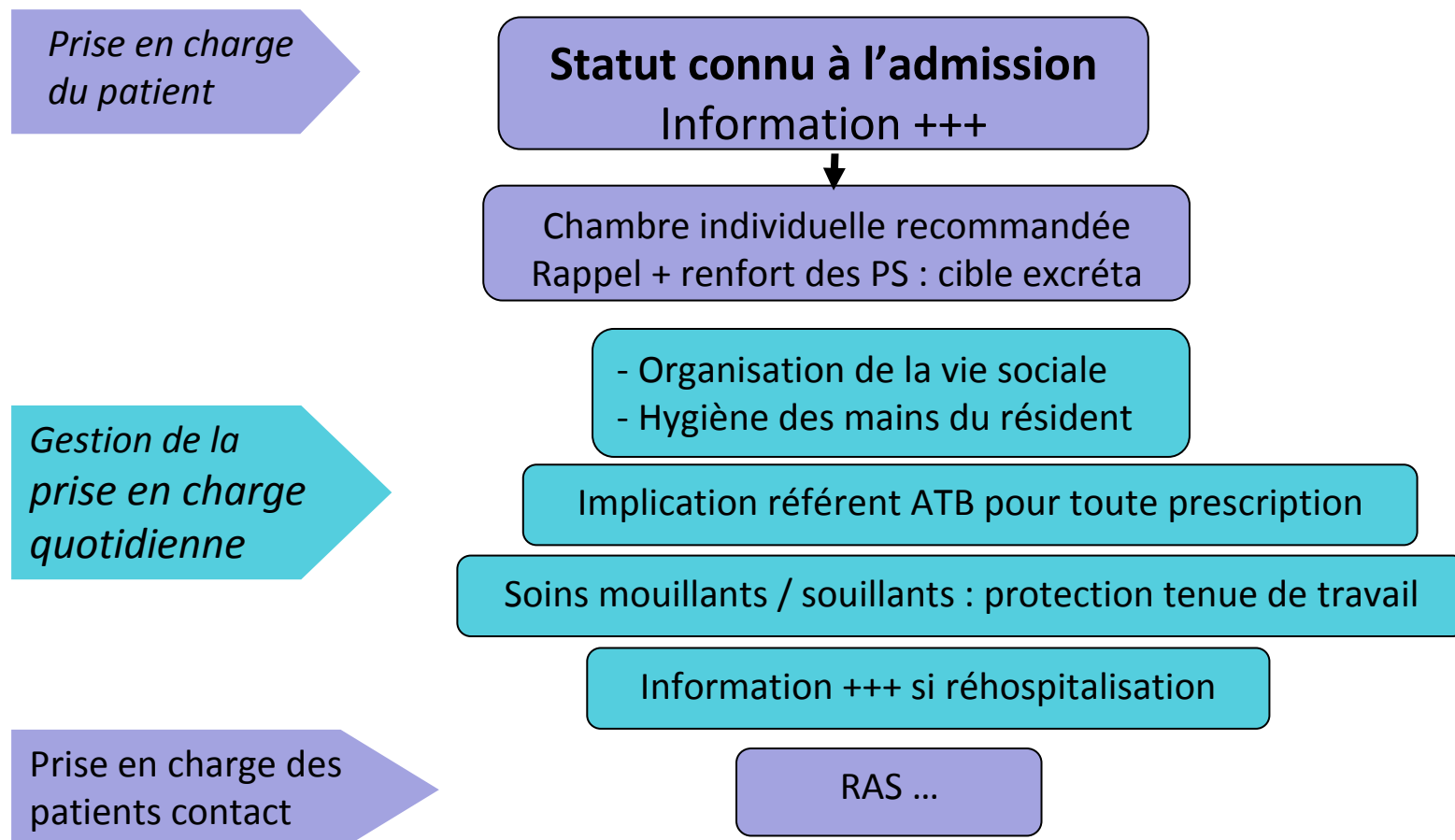
Cas clinique 3 : prise en charge en EHPAD

- Chambre individuelle
- Information +++ de l'équipe soignante, des proches et des autres intervenants : plaquette C-Clin



- Appui ++ sur les précautions standard
 - hygiène des mains des intervenants et du résident
 - protection de la tenue pour tous les soins dont le nursing
- Renforcement du bionettoyage (quotidien)
- Mention de son statut dans son dossier ... pour le cas d'une éventuelle réhospitalisation

Fiche 7 : Sortie en SSR, HAD, EHPAD ou domicile : Transfert d'un patient BHRe en EHPAD



Fiche 7 : Sortie en SSR, HAD, EHPAD ou domicile : Transfert d'un patient BHRe en EHPAD

- Informer le médecin coordonnateur, le directeur de l'établissement, le référent paramédical sur *et, si elle existe, l'EOH de l'établissement auquel l'EHPAD est adossé (ou d'un établissement ressource de proximité), avant l'admission ;*
 - le statut du résident
 - la conduite à tenir dans le cadre de sa prise en charge
- Mettre à disposition des supports de communications expliquant les mesures d'hygiène pour la prise en charge des BMR (disponible dans le réseau Cclin/ARLIN)

Fiche 7 : Sortie en SSR, HAD, EHPAD ou domicile : Prise en charge d'un patient porteur / ancien porteur d'une BHRé en EHPAD

- Appliquer strictement les mesures d'hygiène ciblant le risque de transmission d'un micro-organisme entérique :
 - hygiène des mains ++,
 - protection de la tenue par tablier plastique à UU lors des soins,
 - gestion des excréta, ... en particulier pour les changes et la toilette.
 - idéalement, prise en charge en chambre individuelle.
- Mettre à disposition de tablier à usage unique pour tous les soins mouillants/souillants.
- Réaliser un bionettoyage quotidien de la chambre.
- Pas de dépistage en EHPAD.
- Informer impérativement de l'établissement « receveur » du statut du résident pour toute ré-hospitalisation

Fiche 7 : Sortie en SSR, HAD, EHPAD ou domicile : Prise en charge d'un patient « contact » en EHPAD

- Appliquer strictement les mesures d'hygiène ciblant le risque de transmission d'un micro-organisme entérique
 - hygiène des mains ++,
 - protection de la tenue par tablier plastique à UU lors des soins,
 - gestion des excréta, ... en particulier pour les changes et la toilette.
- Mettre à disposition de tablier à usage unique pour tous les soins mouillants/souillants.
- Réaliser un bionettoyage quotidien de la chambre.
- Pas de dépistage en EHPAD

Fiche 7 : Sortie en SSR, HAD, EHPAD ou domicile : Retour d'un patient porteur d'une BHRe à domicile (HAD ou intervenants libéraux)

- Informer préalablement les professionnels concernés
 - avec les mesures préconisée (importance des précautions « standard »).
 - identifier les liens susceptibles de les aider et conseiller (ARLIN, EOH du CH OU CHU de proximité, service d'hygiène le plus proches)
- Informer les proches (famille, aidants, ..)
 - avec supports de communications expliquant les mesures d'hygiène pour la prise en charge des BMR disponibles auprès du réseau CClin/ARLIN
- Privilégier le respect à domicile des règles d'hygiène de base
 - hygiène des mains : friction hydro-alcoolique pour les soignants, lavage des mains pour les proches et le patient
 - gestion des excréta : par exemple désinfection régulière des toilettes à l'eau de Javel

Au total ...

- Simplification de la prise en charge
- Évaluation du risque de transmission :
importance de l'EOH
- Rappel : « pas de perte de chance pour le patient »
et maîtrise du risque pour ses voisins ...

Merci