

Contrôle d'une épidémie de BHRe

Séverine Ansart (Brest) et Matthieu Revest (Rennes)

DESC Pathologies infectieuses et tropicales

Paris, le 29 janvier 2018



**Prévention de la transmission
croisée des Bactéries
Hautelement Résistantes
aux antibiotiques
émergentes
(BHRe)**

Collection
Documents

Coordination:
Didier Lepelletier et
Philippe Berthelot

Rapport 2013

Est définie en 2013, dans le cadre de ce guide, comme BHRe

1. bactérie commensale du tube digestif
2. résistante à de nombreux antibiotiques
3. avec des mécanismes de résistance aux antibiotiques transférables entre bactéries
4. émergente selon l'épidémiologie connue, c'est-à-dire n'ayant diffusé en France que sous un mode sporadique ou un mode épidémique limité

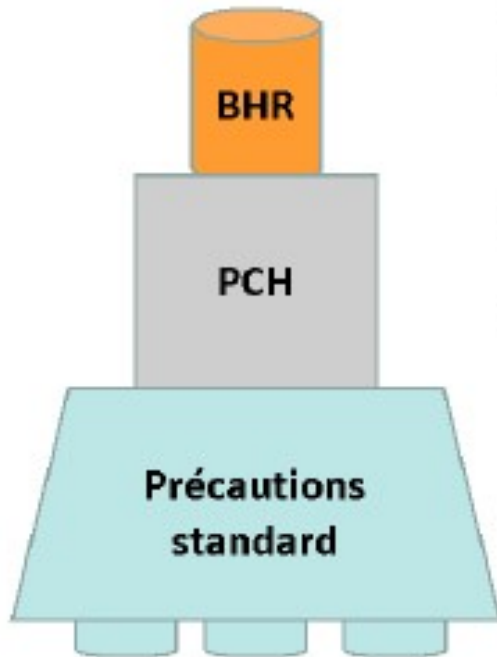
Ainsi, on considèrera comme BHRe :

- parmi les bacilles à Gram négatif : **Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)**,
- parmi les cocci à Gram positif : ***E. faecium* résistant aux glycopeptides (ERG)**

Ne sont pas définies, en 2013, comme des BHRé

1. les bactéries saprophytes comme *A. baumannii*¹ ou *P. aeruginosa*, quelle que soit leur multirésistance aux antibiotiques
2. les autres bacilles à Gram négatif résistants aux carbapénèmes sans production de carbapénémases
3. les bactéries multirésistantes (BMR) aux antibiotiques comme SARM et les entérobactéries produisant des BLSE
4. *Enterococcus faecalis* résistant aux glycopeptides ; *E. faecalis* est rarement impliqué dans les épidémies. Il doit être géré comme une BMR.²

Les précautions



3^{ème} étage :
Précautions spécifiques BHR

2^{ème} étage :
Précautions complémentaires
d'hygiène (contact, gouttelettes et air)

1^{er} étage :
Précautions standard dont
gestion des excréta

- Précautions standard:
 - Produits hydro-alcooliques (PHA)
 - Port de gant:
 - Quand exposition à un liquide biologique
 - Un gant par soin
 - Protection de la tenue si soin « projetant »
 - Gestion des excréta



Photo 1 – Témoin, avant rinçage du bassin

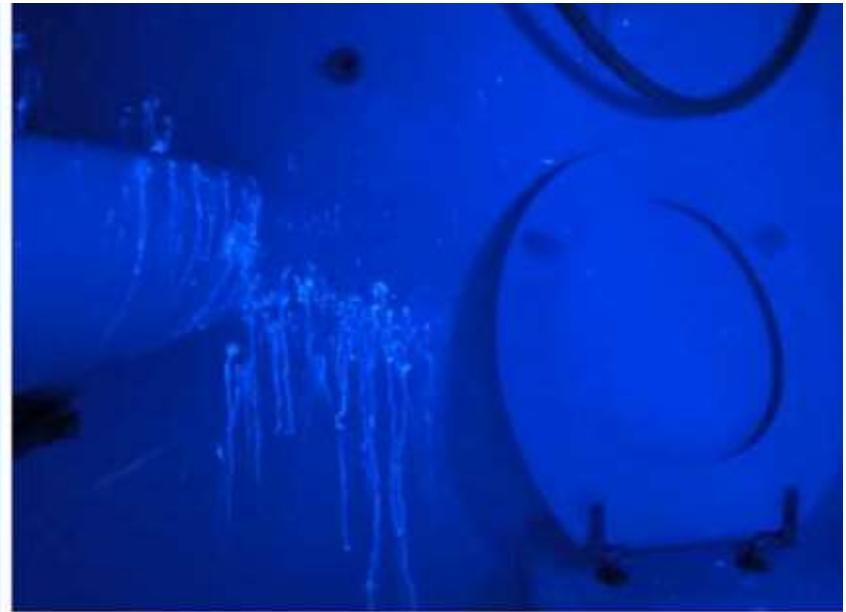
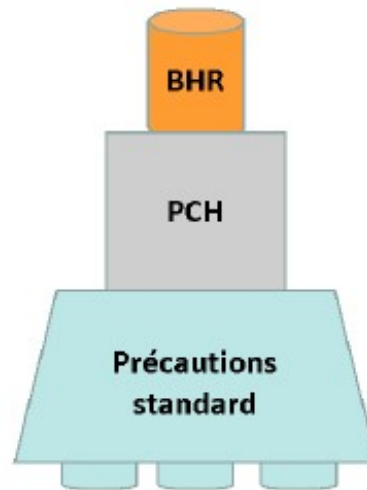


Photo 2 – Après rinçage du bassin



Photo 3 – Après rinçage du bassin

Les précautions



3^{ème} étage :
Précautions spécifiques BHR

2^{ème} étage :
Précautions complémentaires
d'hygiène (contact, gouttelettes et air)

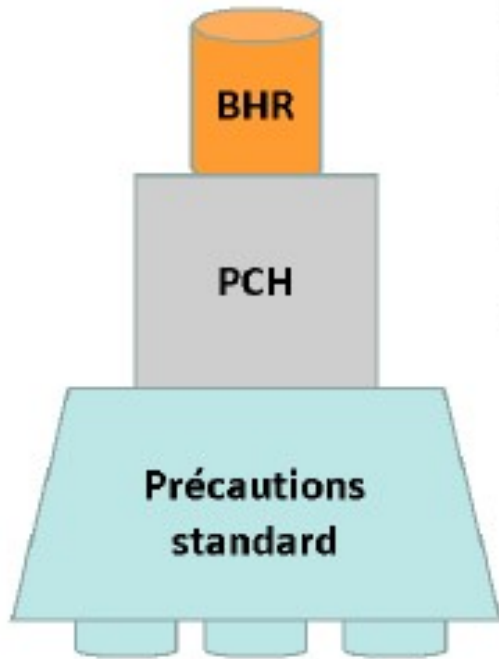
1^{er} étage :
Précautions standard dont
gestion des excréta

Les PCC impliquent une prise en charge des patients dont les principes sont les suivants :

- chambre individuelle
- signalisation pour tous les intervenants
- soins personnalisés et regroupés par opposition aux soins en série (cf. chapitre 2-2)
- petit matériel dédié dans la chambre
- selon les cas, renforcement de la maîtrise de l'environnement

Ainsi, ces PCC sont susceptibles d'impacter l'organisation des soins.

Les précautions



3^{ème} étage :
Précautions spécifiques BHR

2^{ème} étage :
Précautions complémentaires
d'hygiène (contact, gouttelettes et air)

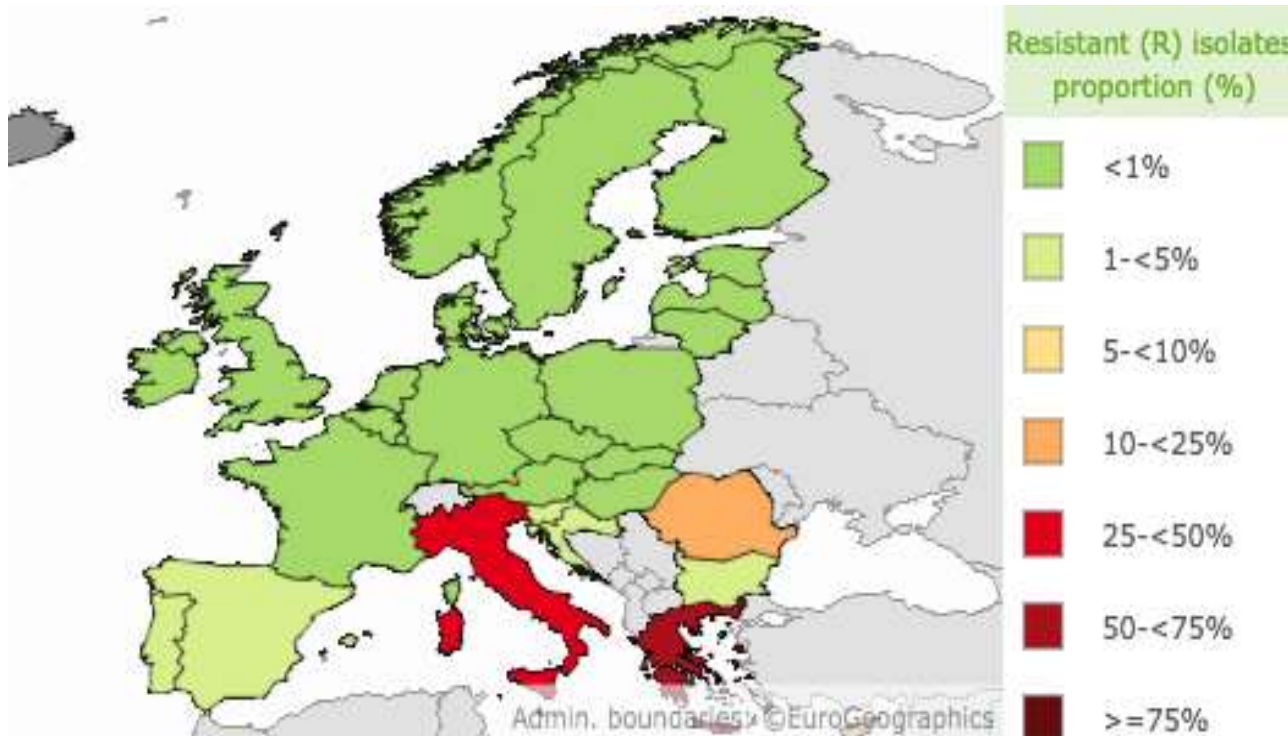
1^{er} étage :
Précautions standard dont
gestion des excréta

- Précautions spécifiques BHR:
 - Identification des patients à risque et dépistage de portage digestif
 - Application des PCC à un très haut niveau de respect
 - Organisation spécifique des soins

Sujets à risque



2015



- Evolutions rapides
- Italie: 1,3% en 2009 et 33,9% en 2016
- Roumanie, 2016: 31,4%
- Nombreux pays sans donnée

***K. pneumoniae* resistant to carbapenem**

33.5% in Italy and 61.9% in Greece !

Sujets à risque

Patient hospitalisé suspect d'être porteur de BHRe

- Patient ayant eu dans les 12 derniers mois une hospitalisation de plus de 24 h quel que soit le secteur ou de prise en charge dans une filière de soins spécifique (dialyse) à l'étranger.
- Patient transféré d'un établissement sanitaire français et ayant été en contact avec un patient porteur de BHRe
- Patient ré-hospitalisé ou admis dans une structure type EHPAD et ayant été antérieurement connu porteur de BHRe
- Patient ré-hospitalisé ou admis dans une structure type EHPAD et ayant été au contact d'un cas porteur d'une BHRe

Stratification des risques épidémiques BHRe

- Faible risque:
 - Patient source pris en charge par PCC dès son admission
- Risque moyen:
 - Patient source identifié durant son hospitalisation
 - Risque redevient faible si aucun cas secondaire identifié après 3 dépistages
- Risque élevé:
 - Identification d'au moins un cas secondaire parmi les contacts

Définition opérationnelle des patients « contact »

Sont considérés comme patients « contact » tous les patients exposés à un cas, c'est-à-dire tous les patients pris en charge en hospitalisation (hors consultation*) par la même équipe soignante qu'un cas (quels que soient les postes de travail considérés [jour ou nuit], de soignants paramédicaux et/ou médicaux dès lors que des contacts physiques ont pu être générés lors de cette prise en charge).

Ceci concerne l'hospitalisation en cours ou les hospitalisations précédentes dès lors que l'exposition à un patient « cas » s'est produite.

** Pour les séances de soins sans hospitalisation complète le choix sera fonction de l'évaluation du risque selon les critères ci-dessous, évaluation portée par l'EOH, éventuellement avec l'appui du réseau CClin-Arlin »*

Fiche 2. Admission d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente

Prise en charge du patient cible

- Chambre individuelle, PCC
- Dépistage du patient à la recherche de BHRé

Dépistage négatif

- Levée des PCC
- Renouvellement du dépistage si ATB

Dépistage positif

- Renforcement du personnel paramédical
- Personnel dédié ou marche en avant

3 cas de figure selon modalités de prise en charge effective du porteur

Pas de PCC,
pas d'équipe dédiée

PCC d'emblée,
pas d'équipe dédiée

PCC d'emblée,
puis équipe dédiée

Prise en charge des patients contacts

**cf. fiche 3 :
découverte fortuite**

- Dépistages hebdomadaires des contacts présents tant que le porteur est présent
- + au moins un dépistage des contacts après la sortie du porteur
- Si transfert d'un contact négatif : PCC + au moins un dépistage

- Au moins un dépistage des contacts avant équipe dédiée
- Poursuite des transferts

Fiche 3. Découverte fortuite d'une BHRé en cours d'hospitalisation

Prise en charge du porteur de BHRé

- Chambre individuelle, PCC
- Renforcement du personnel paramédical
- Personnel dédié si impossible marche en avant

Prise en charge des patients contact

- Arrêt des transferts du porteur et des contacts
- Identifier contacts, présents dans l'unité + déjà transférés
- PCC pour les contacts déjà transférés
- Dépistages hebdomadaires des contacts, répétés au moins 3 fois

A l'issue des 3 dépistages

Dépistages négatifs

Dépistages positifs
cf. fiche 4 : contrôle d'une épidémie

Selon modalités de prise en charge effective du porteur

PCC, pas d'équipe dédiée

PCC et équipe dédiée

Prise en charge des patients contact

- Dépistages hebdomadaires des contacts présents tant que le porteur est présent
- + au moins un dépistage des contacts après la sortie du porteur
- Si transfert d'un contact : PCC + au moins un dépistage

- Poursuite des dépistages non obligatoire
- Reprise transfert contacts

Fiche 4. Contrôle d'une épidémie de BHRé

Dès les premiers jours

- Activer le plan local de maîtrise d'une épidémie
- Arrêter les transferts des porteurs et des contacts
- Arrêter temporairement les admissions
- Regrouper porteurs, contacts, indemnes en 3 secteurs distincts avec personnels dédiés
- Dépistage hebdomadaire des contacts
- Dépistage des contacts déjà transférés dans un autre établissement
- Alerte informatique pour repérer réadmission

Epidémie considérée comme contrôlée si, depuis la découverte du dernier porteur :

- les porteurs , les contacts, les indemnes sont pris en charge par du personnel distinct
- au moins 3 dépistages des contacts présents sont négatifs

Prise en charge des patients contact

- Reprise des transferts des contacts si nécessaire
- PCC pour les contacts transférés
- Poursuite des dépistages hebdomadaires des contacts
- Si hospitalisation prolongée, dépistages espacés, mais renouvelés si ATB
- Avis référent en antibiothérapie avant ATB

Fiche 5. Admission d'un patient déjà connu porteur d'une BHRé

Prise en charge
du patient
porteur de BHRé

- Chambre individuelle, PCC
- Renforcement personnel paramédical
- Personnel dédié ou « marche en avant »
- Dépistage du patient

Dépistage négatif

- Maintien PCC
- Dépistages hebdomadaires, puis espacés, mais renouvelés si ATB

Dépistage positif

Pas de PCC, pas
d'équipe dédiée

**cf. fiche : découverte
fortuite**

PCC d'emblée, pas d'équipe
dédiée

- Dépistages hebdomadaires des contacts présents tant que le porteur est présent
- + au moins un dépistage des contacts après la sortie du porteur
- Si transfert d'un contact : PCC + au moins un dépistage

Equipe dédiée
d'emblée

- Dépistage des patients de l'unité non obligatoire
- Poursuite des transferts des contacts

3 cas de figure selon
les modalités de prise
en charge effective du
patient porteur de
BHRé

Prise en charge des
patients contact

Fiche 6. Admission d'un patient contact d'un patient porteur de BHRé lors d'une situation épidémique (transmission secondaire)

Prise en charge du patient contact

- Chambre individuelle, PCC
- 3 dépistages hors exposition, à une semaine d'intervalle

A l'issue des 3 dépistages

Dépistages négatifs

- Maintien PCC
- Dépistages espacés, mais renouvelés si ATB

Dépistages positifs

- Secteur dédié
- « Marche en avant »

Selon modalités de prise en charge effective du patient porteur de BHRé

Pas de PCC, pas d'équipe dédiée

PCC d'emblée, pas d'équipe dédiée

Prise en charge des patients contact

cf. fiche 3 : découverte fortuite

- Dépistages hebdomadaires des contacts présents tant que le porteur est présent
- + au moins un dépistage des contacts après la sortie du porteur
- Si transfert d'un contact : PCC + au moins un dépistage

Fiche 7. Admission d'un patient contact d'un patient porteur d'une BHRe en dehors d'une situation épidémique

