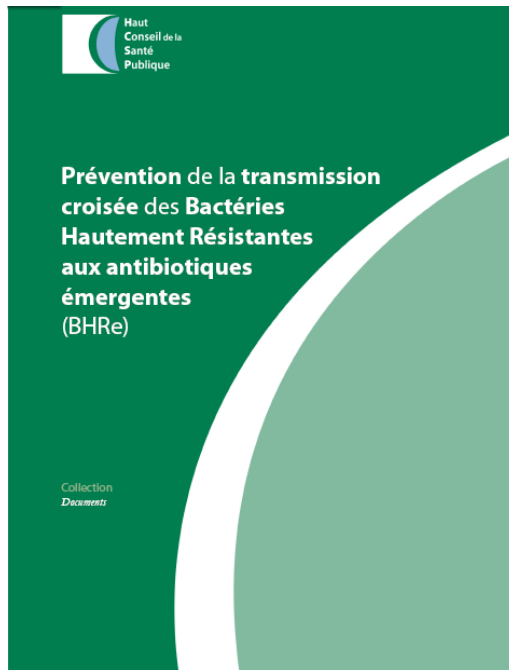


Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRe)



actualisation 2013
des recommandations ERG/EPC
du HCSP

Dr Karine Blanckaert
Praticien hospitalier
ARLIN Nord Pas de Calais



C' est quoi une BHRe ?

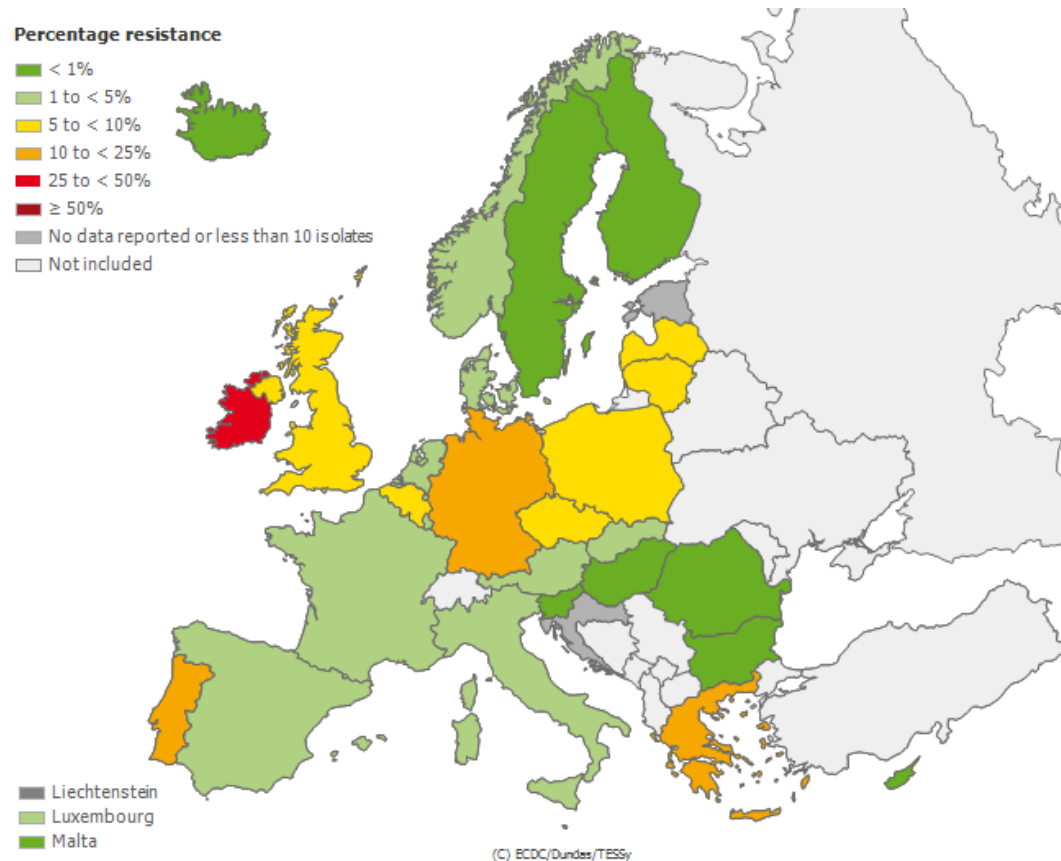
- Bactérie hautement résistante aux antibiotiques émergente (BHRe)
 - Commensale du tube digestif
 - Résistante à de nombreux antibiotiques
 - Mécanisme de résistance transférable entre bactéries
 - Emergente selon l' épidémiologie connue, n' ayant diffusé que sur des modes sporadiques ou épidémiques limités
 - En 2013 :
 - Entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG)
 - Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)

Ce que ne sont pas les BHRe

- Les bactéries saprophytes comme *A. baumannii* ou *P. aeruginosa*, quelle que soit leur multi-résistance aux antibiotiques
 - Bactéries non commensales du tube digestif, peu de risque de diffusion communautaire, diffusion hospitalière dans les services à risque
- Les autres bacilles à Gram négatif résistants aux carbapénèmes sans production de carbapénémases
- Les bactéries multi résistantes (BMR) aux antibiotiques
 - *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) et sensible aux glycopeptides
 - Les entérobactéries produisant des β -lactamases à spectre étendu (EBLSE)
- *Enterococcus faecalis* résistant aux glycopeptides
 - *E. faecalis* est rarement impliqué dans les épidémies
 - Il doit être géré comme une BMR

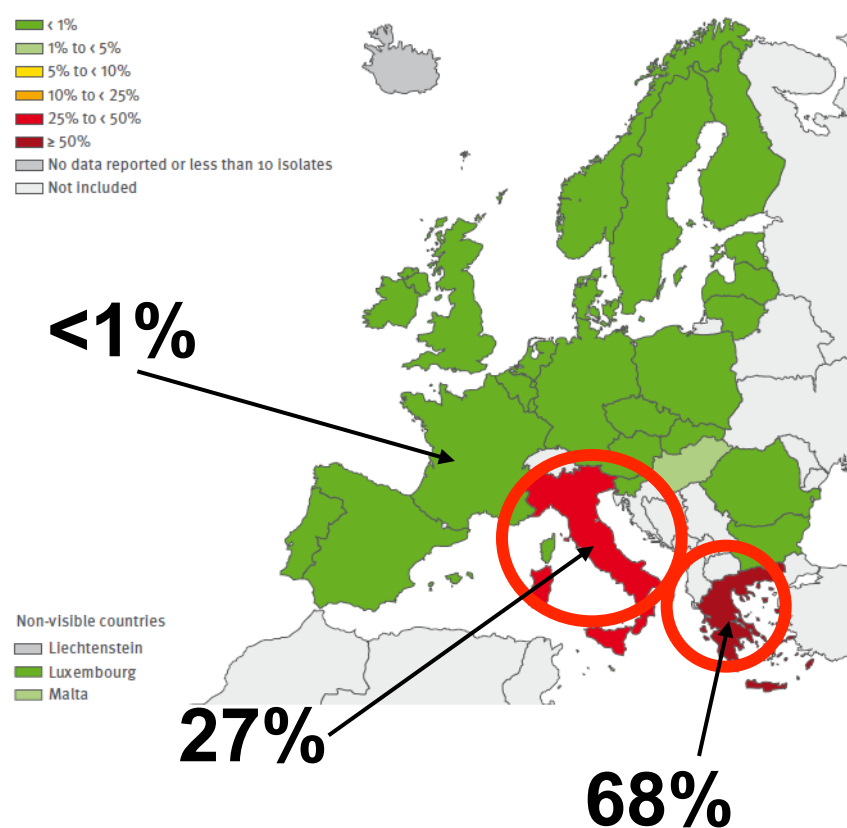
Pourquoi de nouvelles recommandations ? (1)

- Epidémiologie des ERV...



Pourquoi de nouvelles recommandations ? (2)

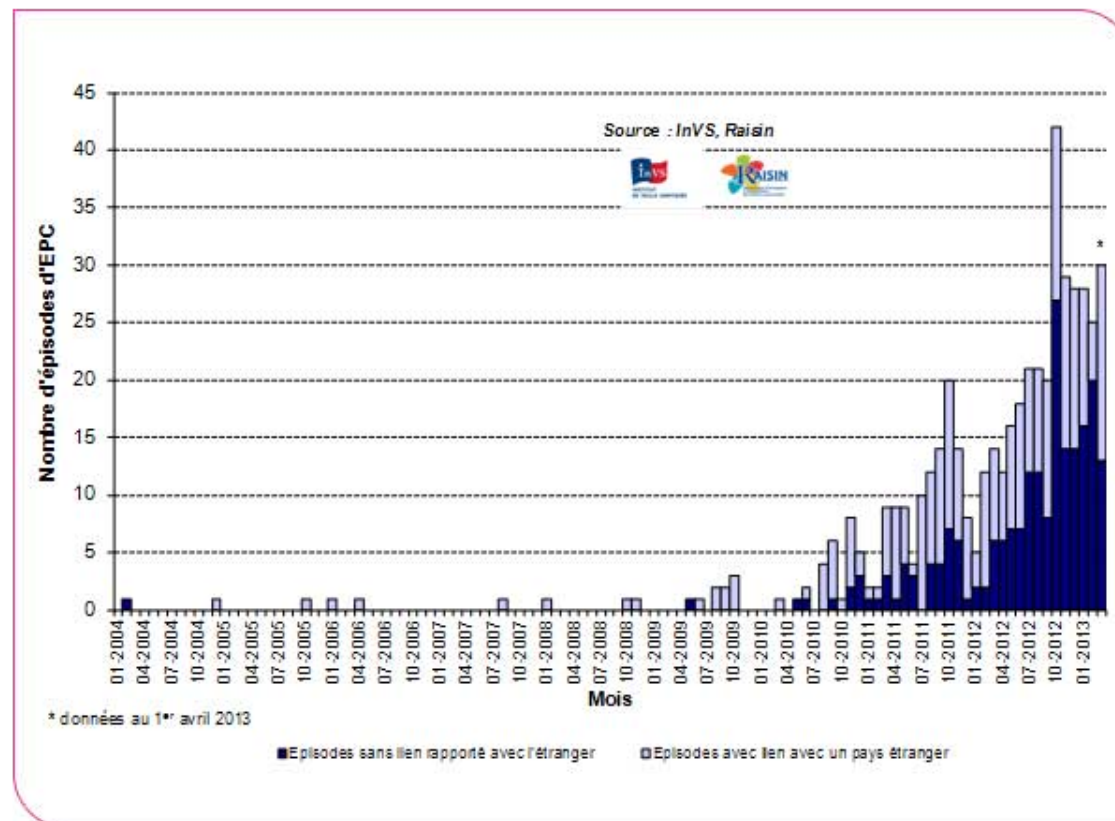
- Changement de l' épidémiologie des EPC



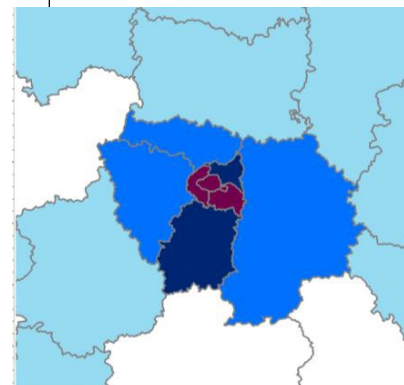
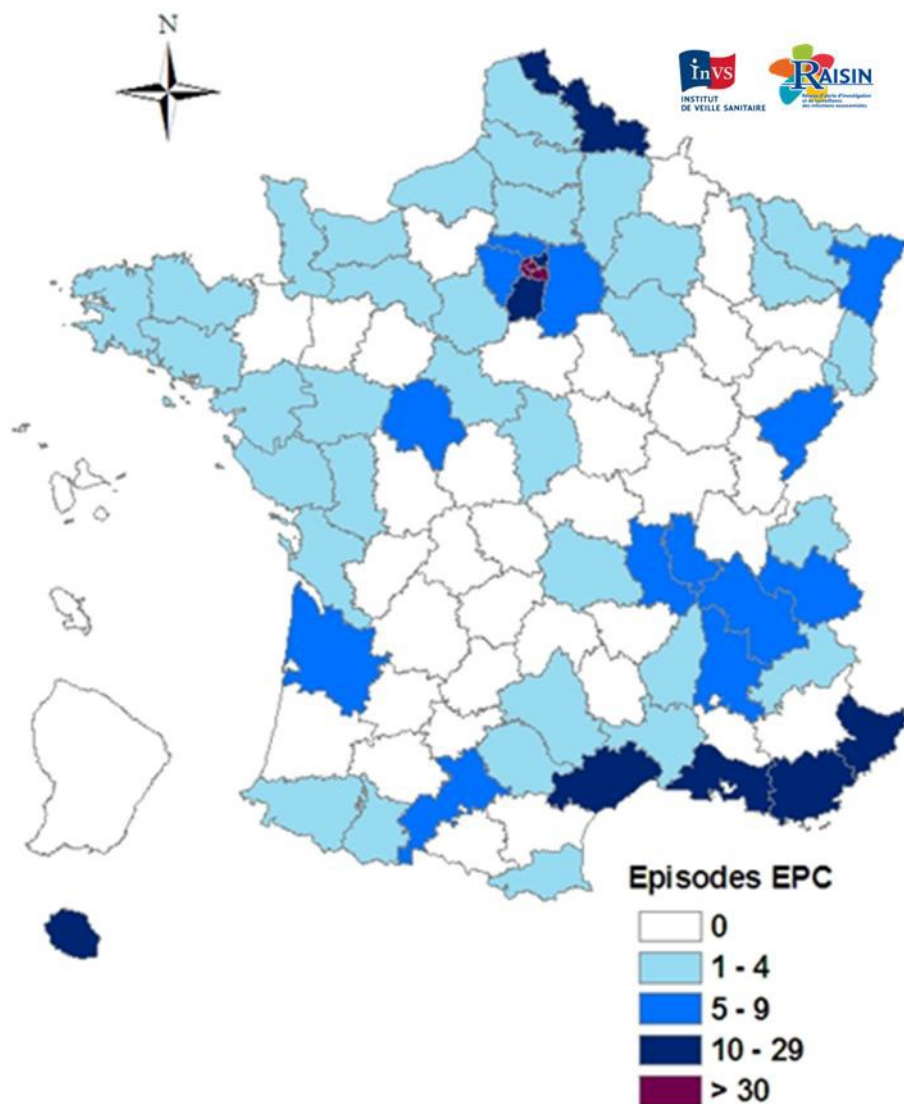
Evolution des EPC en France

Figure 1

Nombre d'épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmases en France signalés à l'InVS entre janvier 2004 et le 1^{er} avril 2013, selon la mise en évidence ou non d'un lien avec un pays étranger (N=482).

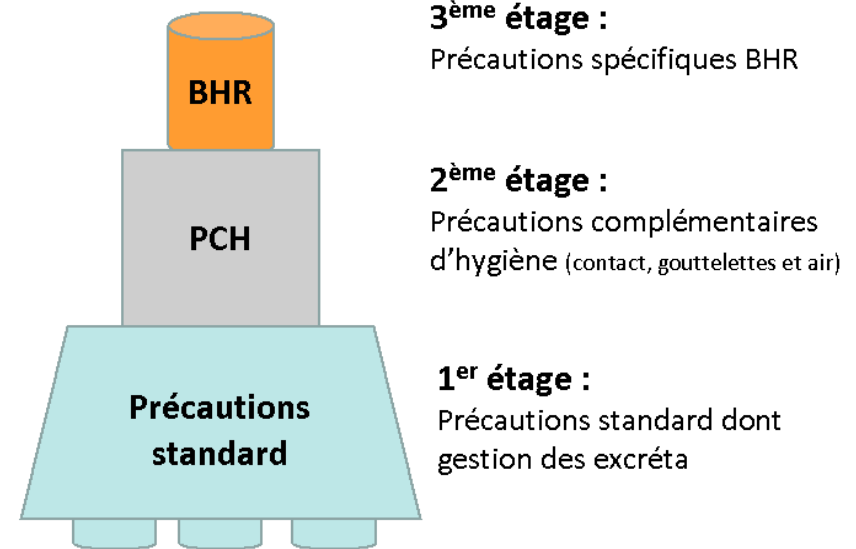


Données issues du signalement des IN



Théorie de la fusée....

- Application systématique des précautions standard (PS)
- précautions complémentaires (PC) d'hygiène en cas de mise en évidence de BMR ou de pathologie infectieuse contagieuse
- précautions spécifiques de type « BHR », en fonction du type de résistance



stratégie de contrôle

- Politique de lutte contre la transmission croisée dans les services +++++
 - 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 découlent l'intensité de l'exposition des contacts; application des PCC ;
 - Qualité de l'entretien de l'environnement ;
 - Architecture du service, possibilité de chambres individuelles, possibilité de regroupement et de sectorisation ; WC individuels, lave bassin, utilisation de douchettes rince-bassins ;
 - Organisation des soins, formation des personnels ;
- Application effective de ces mesures +++++
 - Évaluations régulières
 - Dotation en moyens (matériels, humains, laboratoire...)
 - Expertise locale de l'EOH (+/- Cclin-Arlin)
- Stratégie d'information et de communication
 - SIH +++
- Management des crises
 - plan local de gestion des épidémies

Fiche 1. Mesures générales à appliquer dès l'identification de BHRe, quelle que soit la situation

Mesure de prévention de la transmission croisée

- Hospitalisation du patient en chambre individuelle avec PCC
- Organisation des soins
- Evaluer la pertinence du contrôle ou arrêt des transferts et du dépistage des patients contact
- Gestion des excréta
- Renforcement hygiène des mains et bionettoyage

Communication

- Information du patient et sa famille
- Information des patients contact en cas de dépistage pour la recherche de BHRe
- Information des services ou ES fréquentés par le patient porteur de BHRe au cours de la même hospitalisation
- Information du laboratoire de microbiologie
- Information par l'EOH, l'infectiologue ou le biologiste des personnels soignants concernés
- Signalement e-sin
- Information du médecin traitant
- Préparer un communiqué de presse si épidémie

Cellule de crise, de décision, de concertation

- Définir sa composition : Direction, EOH, Biologiste, Infectiologue ou référent antibiotiques, Responsables du pôle et service concernés, président de la CME, Directions des Soins, Coordinateur de la gestion des risques et un membre du réseau Cclin-Arlin pour les petits ES
- Concertation sur les mesures nécessaires à mettre en œuvre parmi les fiches 2 à 7 en fonction de la situation initiale et de son évolution
- Prendre les décisions sans délai pour mise en place dès le premier jour

Evaluation

- Moyens matériels : tabliers et gants à UU, PHA
- Moyens humains : personnel dédié ?, renforcement des équipes de nuit/WE
- Modifications de l'offre de soins éventuellement (arrêt/limitation des admissions, fermeture d'un secteur, diminution du nombre de lits...)
- Moyens du laboratoire pour la détection d'une BHRe
- Accompagnement de l'EOH pour le suivi des mesures de prévention dans le service
- Surveillance des prescriptions ATB par le référent antibiotiques

Suivi de la situation

- Accompagnement quotidien de l'EOH au départ – Identifier les personnes à informer de l'évolution (cellule de décision) – Information du DIM et utilisation du SIH pour le suivi des patients contact – Surveillance de la prescription des ATB – Organisation du dépistage digestif des patients cibles – Evaluation / accompagnement de l'application des mesures de préventions définies – Conservation des souches de BHRe, envoi au CNR ou à un centre compétent pour études complémentaires si besoin

Les différents niveaux de risque de devenir porteur d' une BHRe pour un patient contact

- **Risque faible** lorsque le patient porteur a été pris en charge en PCC dès son admission
- **Risque moyen** lorsque le patient porteur a été identifié en cours d'hospitalisation,
 - Le risque devenant faible si aucun cas secondaire n'a été identifié après 3 dépistages
- **Risque élevé** si au moins un patient porteur (cas secondaire) est identifié parmi les patients contact (situation épidémique)
 - Le risque redevenant moyen si la situation épidémique est complètement maîtrisée

Les fiches opérationnelles

Conduite à tenir en fonction de la situation

Les situations « simples »

1. Admission d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente
2. Découverte « fortuite » d'un patient porteur de BHRe en cours d'hospitalisation
3. En cas de diffusion secondaire (épidémie)
4. Admission d'un patient déjà connu porteur d'une BHRe
5. Admission d'un patient contact lors d'une situation épidémique
6. Admission d'un patient contact en dehors d'une situation épidémique
7. Transfert d'un patient porteur de BHRe du court séjour vers une structure d'aval type SSR, HAD, EHPAD, domicile

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 BHRe

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

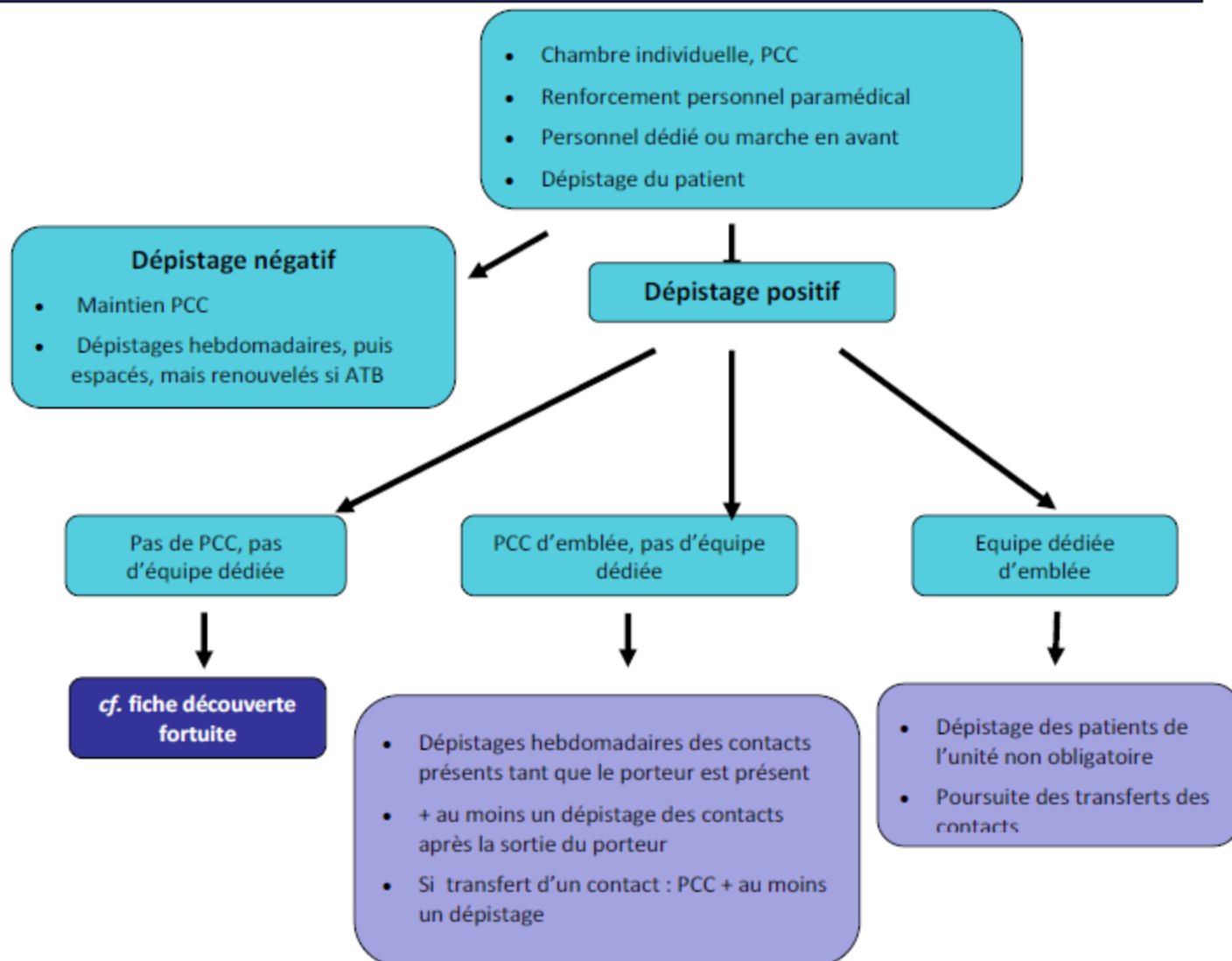
- Au moins un dépistage des contacts avant équipe dédiée
- Poursuite des transferts

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

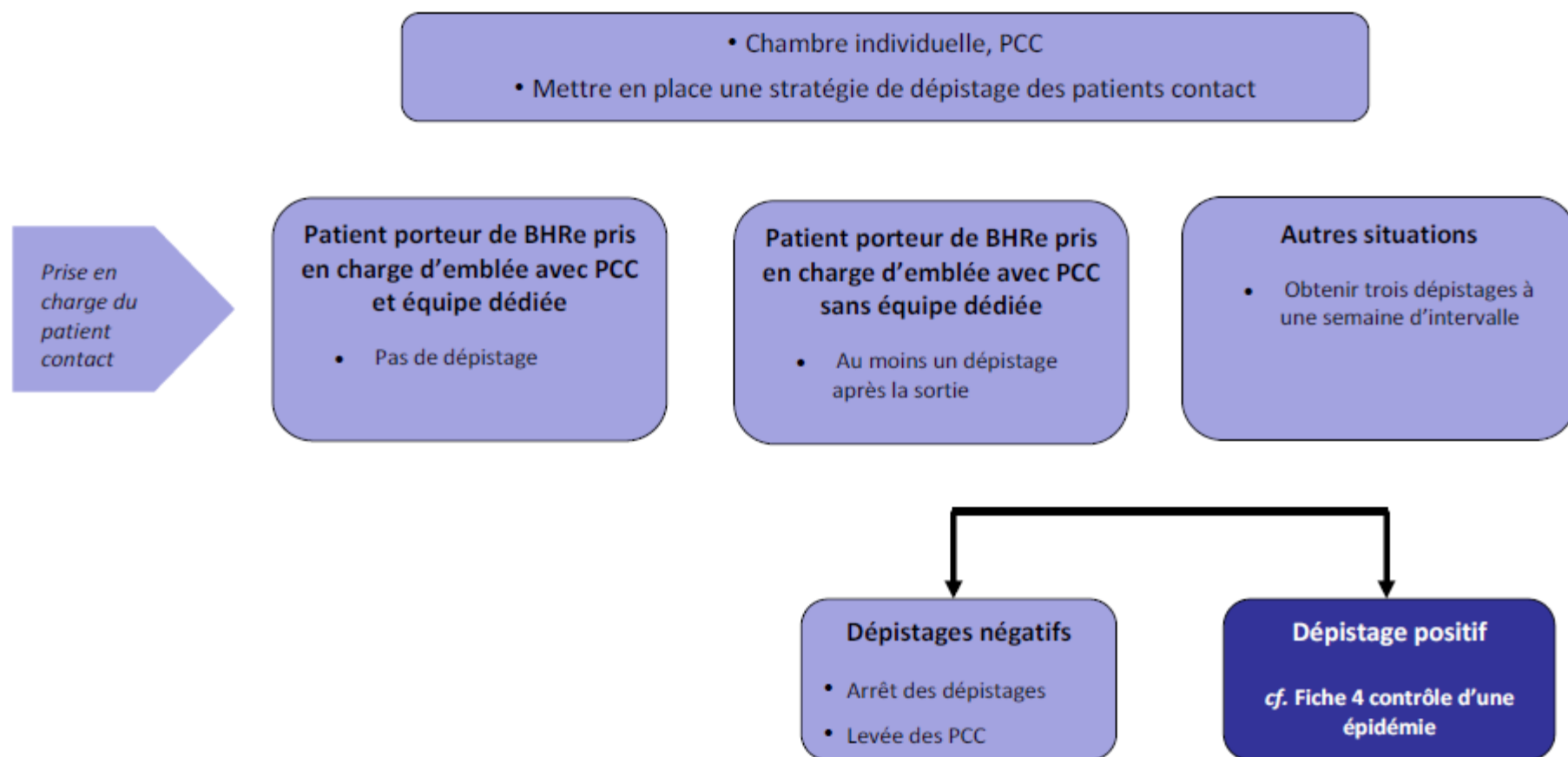
Prise en charge
du patient
porteur de BHRe

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

Prise en charge des
patients contact



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



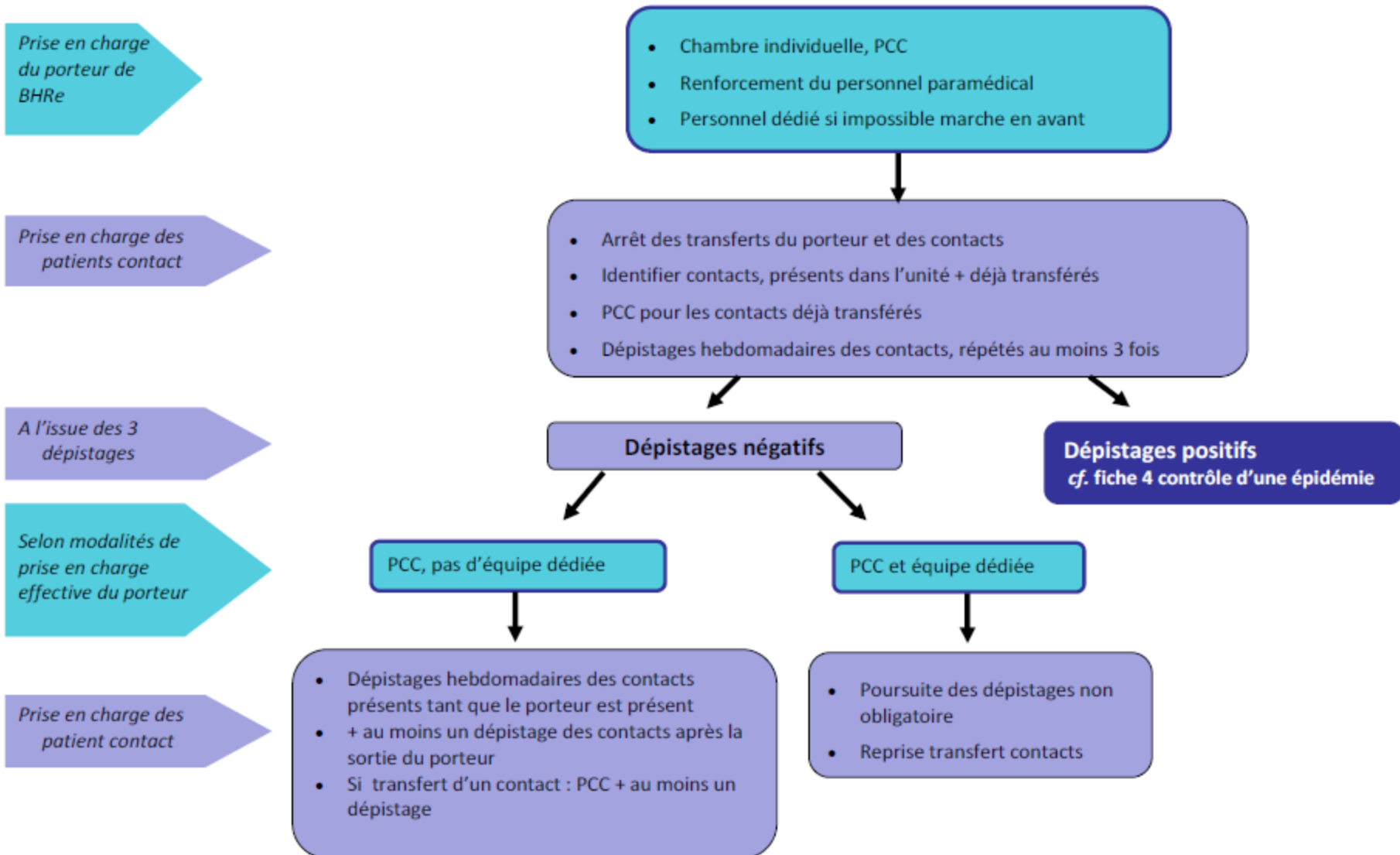
A retenir ...

- Identification précoce des patients à risque et organisation de leur dépistage
- Application des PCC
- favoriser un très haut niveau de respect des recommandations d'hygiène
- si pas de possibilité d'équipe dédiée = dépistage
- Organisation spécifique des soins :
renforcement de l'équipe, marche en avant ...

Les situations + «complexes »

1. Admission d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente
2. Découverte « fortuite » d'un patient porteur de BHRe en cours d'hospitalisation
3. En cas de diffusion secondaire (épidémie)
4. Admission d'un patient déjà connu porteur d'une BHRe
5. Admission d'un patient contact lors d'une situation épidémique
6. Admission d'un patient contact en dehors d'une situation épidémique
7. Transfert d'un patient porteur de BHRe du court séjour vers une structure d'aval type SSR, HAD, EHPAD, domicile

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



Fiche 4. Contrôle d'une épidémie de BHRe

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 6. Admission d'un patient contact d'un patient porteur de BHRe 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 BHRe

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

A retenir ...

- Epidémie = regroupement géographique des porteurs de BHRe, des contacts + équipe dédiée (« cohorting »)
- Modulation de l'activité à la situation épidémiologique (arrêt des transferts des cas et des contacts, limitation/arrêt des admissions)
- recherche pro-active des autres cas porteurs (liste de « contact » + dépistage)
- Renforcement de la maîtrise de l'environnement (gestion des excréta +++ et environnement proche des patients matériel
- évaluation des mesures par l' EOH

Les transferts : Mode de sortie en SSR, SLD, HAD, EHPAD, domicile d' un patient détecté porteur d' une BHRe...

- Transfert en SSR d' un patient identifié porteur de BHRe en court séjour La notion de BHRe ne doit pas être un obstacle au transfert
 - Modalité de prise en charge : chambre individuelle, PCC
 - Rééducation en chambre, accès au plateau technique possible avec encadrement des procédures (marche en avant, décontamination des DM, hygiène des mains..)
- Prise en charge en SSR d' un patient identifié contact
 - Dépistage du contact idem MCO
- Transfert en EHPAD ou SLD d' un patient porteur de BHRe ou d' un patient contact
 - Possible information du médecin-co, recours à l' ARLIN+++
- Le retour à domicile (HAD ou intervenants libéraux)
 - Information des proches et des aidants +++

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	- Chambre individuelle avec WC dès l'admission - PCC	- Chambre individuelle avec WC dès l'admission - PCC	- Chambre individuelle avec WC - PCC	- Chambre individuelle avec WC - PCC
Organisation des soins	- Renforcement en personnel paramédical. - Personnel dédié	- Renforcement en personnel paramédical - Personnel dédié. Si impossible, marche en avant	- Renforcement en personnel paramédical - Personnel dédié. Si impossible, marche en avant	- 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 contact	Non obligatoire, selon 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	- Possibles - Si transfert, PCC + 1 dépistage hors exposition	- 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	- 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

Conclusion (1)

- Une même situation pourra donc être prise en charge différemment selon le contexte = rôle d'expertise ++ de l' EOH
- 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.

Conclusion (2)

- Enjeu de santé publique
- Risque :
 - Ne plus pouvoir traiter efficacement les patients infectés par ces agents infectieux (ère post-antibiotique)
- Maîtrise de la diffusion : double stratégie
 - réduction de la prescription des antibiotiques
 - prévention de la diffusion à partir des patients porteurs.