

# BHRE : SUIVI DES PATIENTS CONTACTS

Dr A. MATTEI - Dr A. MAURAND  
Unité de Gestion du Risque Infectieux

Formation des Correspondants en Hygiène  
5 Avril 2018

# BHRe

Emergence de nouvelles souches de **Bactéries Hautement Résistantes** aux antibiotiques dans le monde

= *Bactéries commensales du tube digestif, résistantes à de nombreux antibiotiques, avec des mécanismes de résistance transférables entre bactéries, et dont la diffusion en France reste sur un mode sporadique ou épidémique limité.*

Enjeu majeur de santé publique :

axe 2 du PROPIAS (*prévention et maîtrise de l'antibiorésistance*)

❖ **ERG** : *Enterococcus faecium* Résistant aux Glycopeptides  
(ou ERV Entérocoque Résistant à la Vancomycine)

❖ **EPC** : Entérobactérie Productrice d'une carbapénémase  
(*Escherichia coli*, *Klebsiella*... résistantes aux carbapénèmes)



Patient suspect d'être  
porteur BHRe



# Tout patient :

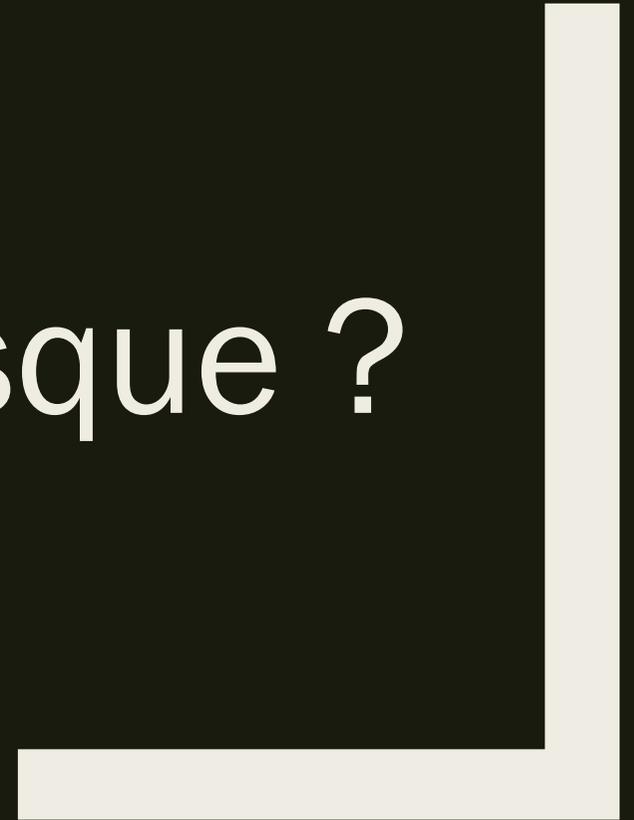
- *Hospitalisé à l'étranger plus de 24h dans les 12 derniers mois* quel que soit le secteur, ou pris en charge dans une filière de soins spécifique (dialyse) à l'étranger
- Transféré d'un établissement sanitaire français et ayant été en **contact avec un patient porteur de BHRe**

« **contact** » = tous les patients exposés à un cas, c'est à dire **tous les patients pris en charge en hospitalisation 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

➔ **REMONTER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT PORTEUR**

Quel niveau de risque ?



## Risque faible

Le patient porteur a été pris en charge en chambre seule et précautions complémentaires contact (PCC) dès son admission

## Risque moyen

Le patient porteur a été identifié en cours d'hospitalisation

NB : le risque devient faible si aucun cas secondaire n'est identifié après 3 dépistages

## Risque élevé

Situation épidémique : au moins 1 cas secondaire est identifié parmi les patients contacts

NB : le risque devient moyen si la situation épidémique est complètement maîtrisée

# Risque : faible

Le patient porteur a été placé en chambre seule et PCC dès l'entrée

- patient rapatrié ou hospitalisé à l'étranger dans l'année
- patient contact
- patient porteur non excréteur

Dépistage par écouvillonnage rectal (ER)

Recherche spécifique de BHRe

# Risque : faible

## ER positif

→ **Alerter l'Unité d'Hygiène**

→ Organisation des soins : **cohorting, sectorisation**, principe de la « **marche en avant** »

personnel dédié, renfort AS/IDE jour et/ou nuit

→ **Dépistage hebdomadaire des contacts** durant toute la durée d'hospitalisation du patient porteur + **1 dépistage post-exposition** après sa sortie

si SSR : dépistage des contacts tous les 15 jours

si équipe dédiée : 1 dépistage post exposition pour les patients contacts avant mise en place équipe dédiée

Risque : faible

ER négatif

Lever les PCC

mais

redépister le patient si traitement antibiotique

(après 48 - 72h)

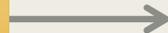
# Risque : moyen

## Découverte fortuite

= patient identifié porteur en cours d'hospitalisation

1<sup>er</sup> cas

Porteur en chambre seule  
+ PCC



Prise en charge identique  
au cas précédent :

- Alerter l'unité d'Hygiène
- Organisation des soins : cohorting, sectorisation, marche en avant
- Dépistage hebdomadaire des contacts + 1 dépistage post-exposition

# Risque : moyen

## Découverte fortuite

= patient identifié porteur en cours d'hospitalisation

2<sup>nd</sup> cas

Pas de PCC

- Alerter l'unité d'Hygiène
- **Chambre seule + PCC**
- Organisation des soins : cohorting, sectorisation, marche en avant
- **Limiter les transferts** (sauf RAD)
- **Dépistage des patients contacts**  
= **3 ER** (exemple : J1, J4 et J7)
- + dépistage hebdomadaire durant l'hospitalisation du patient porteur
- + 1 dépistage post-exposition des patients du secteur

# Risque : élevé

## Epidémie

= au moins 1 cas secondaire parmi les patients contacts

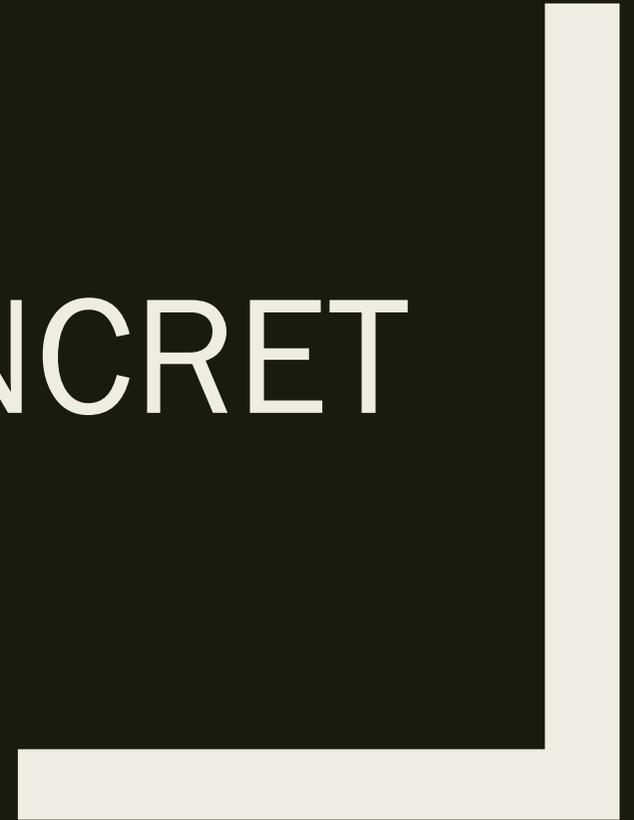
- Alerter l'unité d'Hygiène
- Chambre seule + PCC
- Organisation des soins : cohorting, sectorisation, marche en avant
- Dépistage des patients contacts :
  - 3 ER
  - + dépistage hebdomadaire durant l'hospitalisation du patient porteur
  - + 1 dépistage post-exposition des patients du secteur
- Mettre en place une **cellule de crise et gestion de l'épidémie**
- **Arrêter les transferts (sauf RAD) et les admissions**

En pratique



	contacts	porteurs
Précautions	Précautions standard + <b>précautions complémentaires contact</b>	
Chambre	Seule si possible	<b>Seule impérative</b>
Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient : plaquette d'information</li> <li>• Autres acteurs de la prise en charge ; radio, consult, kiné, stomato, brancardiers, ambulanciers...</li> <li>• Services d'aval et établissements extérieurs (CH, SSR, EHPAD...)</li> </ul>	
Bloc opératoire	avertir équipe et MAR, pris en charge comme BMR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avertir équipe et MAR,</li> <li>• Entrée directe en salle d'opération ou sas de transfert sans passer par l'accueil,</li> <li>• Passage en fin de programme,</li> <li>• Réveil et extubation en salle</li> </ul>
Informatique	Marquage sur logiciel labo / dossier médical informatisé → <b>alertes automatisées</b> pour suivi	
Levée des mesures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si découverte fortuite : minimum 3 ER négatifs dont au moins 1 post-expo</li> <li>• Sinon : 1 ER négatif</li> </ul>	<b>Contrôler portage</b> si ré-hospitalisation « test antibiotique »

CAS CONCRET



Mme X., 63 ans, hospitalisée en service de réanimation

Alerte UGRI le 22/01 : ER+ à *Citrobacter freundii* producteur d'une carbapénémase (oxa 48) → patiente porteuse d'une EPC

## Quel niveau de risque ?

Découverte fortuite → risque moyen

## Mais encore ?

En réanimation depuis le 16/01

Chambre seule + PCC

Avant : service de chirurgie du 15 au 16/01

## Découverte fortuite d'un portage d'EPC...

### Que faites vous ?

- **organisation prise en charge de la patiente**
  - Information des 2 services concernés
  - Contact direction pour équipe dédiée (ou renfort / sectorisation stricte jour-nuit)
  - Information aux équipes lors des relèves pour organisation pratique des soins
- **Retracer le parcours de soins de la patiente : identifier les patients contacts**

# Ce qui a été fait

- En réanimation :
  - **Sectorisation** avec création d'un secteur porteur (patiente porteuse + 1 contact)
  - **Marche en avant** :
    - Regroupement des soins type toilette en fin de poste
    - Tour médical : secteur porteur en dernier
  - **Dépistage** des patients contacts du service et des contacts déjà mutés
- En service de chirurgie :
  - **Identification des patients contacts** et **dépistage**
  - **Information** faite aux établissements receveurs pour mise en place PCC et dépistage des patients contacts déjà transférés

**Au total : 57 patients contacts**



*Plan du service de réanimation*

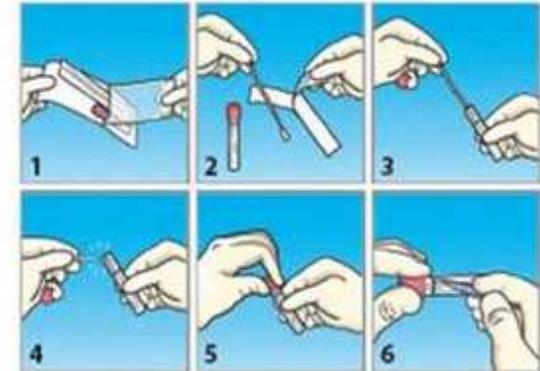
# Comment faire un bon ER ?

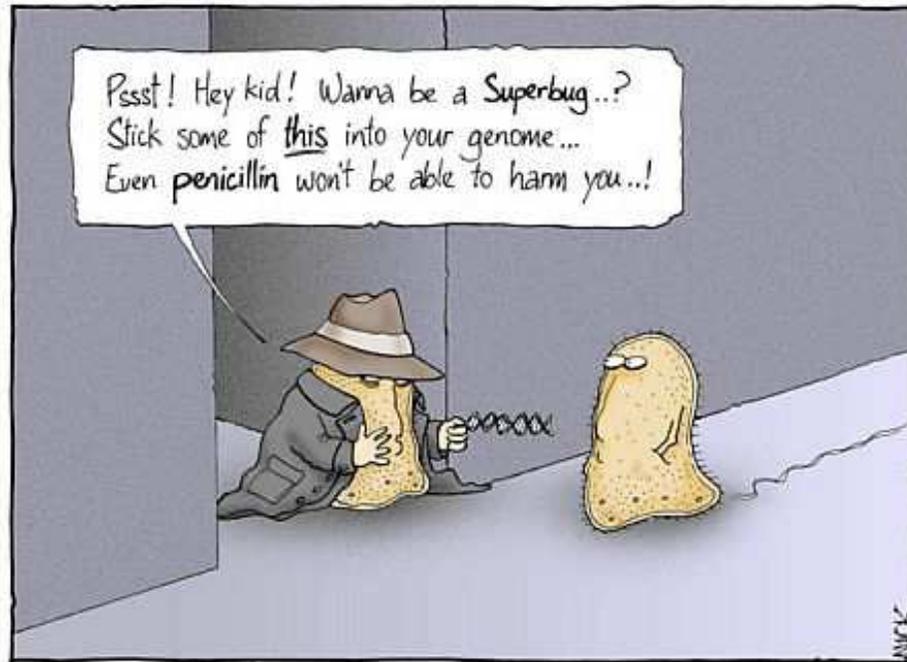
- Ecouvillon humide
- ER réalisé par le soignant (gants UU) ou par le patient lui-même (hygiène des mains après)
- Introduire l'écouvillon dans le rectum comme un thermomètre et le ressortir **coloré de selles**
- 1 bon d'examen par patient (bien cocher la recherche de BHRe)
- Attention si stomie...

1. Ecouvillon  
COPAN ESWAB



2. Manipulation du tube et de l'écouvillon





Merci de votre attention