



# **PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS ET CONTACT DE BHRE**

---

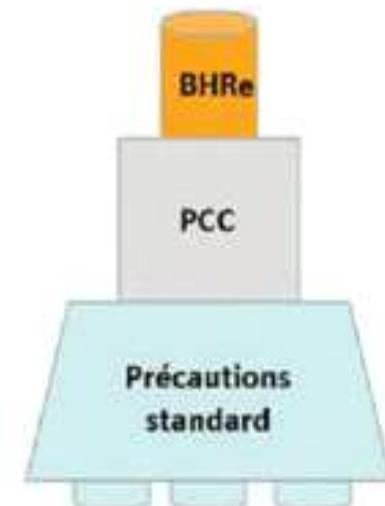
**Journée de formation des CPMHH - Jeudi 05 avril 2018**

Dr Martin – Médecin hygiéniste – CHU et inter-établissement

Hélène Zanovello – IDE hygiéniste – Hôpital du Gier

# Objectifs

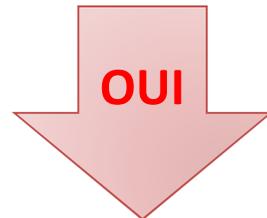
- Notre atelier :
  - Cibler la prise en charge des patients porteurs de BHRé et de patients contact de patient porteur BHRé
  - Faire le point sur les Précautions Complémentaires d'hygiène de type Contact (PCC)
  - Faire le point sur la gestion des excréta



# Information BHRe

**Vigilance à l'entrée = interrogatoire du patient + dossier :**

- Atcds hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois précédents, quelque soit le pays, quelque soit le service ?
- Rapatriement sanitaire ?
- Patient connu porteur BHRe ?
- Patient connu contact d'un porteur de BHRe ?



**Chambre seule + PCContact + ER + Info Equipe Hygiène**

# CAT : patient porteur de BHRe (1)

- **Cas N°1 : le patient est déjà connu porteur de BHRe :**
  - Chambre seule et PCC pendant tout le séjour
  - Dépistage par écouvillonnage rectal (ER), des patients de la même unité ou pris en charge par la même équipe, à la recherche de BHRe :
    - En MCO : dépistage hebdomadaire tant que le porteur est présent
    - En SSR : dépistage tous les 15 jours tant que le porteur est présent
  - Transfert de patient ? = « compliqué » à anticiper, favoriser le retour à domicile si possible → L'objectif est de trouver la meilleure prise en charge du patient **sans perte de chance pour lui**

# CAT : patient porteur de BHRe (2)

- **Cas N°2 : le patient est dépisté porteur** durant le séjour, ou l'information arrive après son départ = découverte fortuite :
  - Recensement des patients « contact » (présents et sortis)
  - Mise en PCC des patients « contact » et programmation de 3 dépistages successifs par ER
  - Organisation de la prise en charge : sectorisation, personnel dédié, à défaut renfort et respect de la marche en avant → **Cellule de crise**
  - Information des patients contact (courrier, information médecins traitants, information médecins receveurs)
  - Transfert des patients porteurs et contact ? → En chambre seule et PCC + suivi par ER
  - **On ne dépiste pas les contacts des patients contact**



**Toujours alerter  
l'équipe d'hygiène !**

# Qui doit être en PCC ?

- **Le patient porteur de BHRe pendant tout séjour** (MCO, SSR), dès la connaissance du portage
- **Les patients « contact »** de la même unité, présent depuis l'entrée du patient identifié porteur de BHRe, tant que le patient porteur de BHRe est présent dans le service (avec personnel non dédié ou sectorisation des soins)
  - En cas de « découverte fortuite » d'un porteur
  - En cas de retour d'un patient connu porteur
- **Patient hospitalisé à l'étranger dans l'année**, dans l'attente des résultats de l'ER de dépistage

# Rappel des PCC (1)

- Chambre seule ou regroupement des patients ayant le même risque infectieux
- Signalétique sur la porte
- Alerte sur le dossier informatique et **consignes** pour suivi (bloc opératoire, imagerie, consultation ...)
- Hygiène des mains aux **produits hydro-alcooliques** pour **TOUS**
- Port de gants uniquement si risque de contact avec les liquides biologiques, muqueuses ou peau lésée (application stricte des précautions standard)
- Port de tablier UU si contact rapproché avec le patient et son environnement



# Rappel des PCC (2)

- Individualiser le matériel :
  - Pas de stock dans la chambre
  - Si pas possible, désinfecter après chaque utilisation de matériel en commun (ex. bladder scan)
- Déchets DAOM et DASRI → Suivre le circuit défini par le protocole de l'établissement
- Linge sale → Tri habituel
- Vaisselle → Traitement habituel
- Entretien de l'environnement et de la chambre au moins quotidien et plus si nécessaire

**Visiteurs et familles : hygiène des mains par friction  
aux PHA**



# PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES «CONTACT»

## Prévenir la transmission par les mains et l'environnement



### DÉCHETS



Ordures ménagères



Déchets de soins à éliminer au plus près du soin

Élimination **pluriquotidienne**



### HYGIÈNE DES MAINS

Friction alcoolique **systematique**  
Avant et après le soin



### PORT DE GANTS

**Uniquement** si contact avec les liquides biologiques ou les muqueuses



### LINGE SALE

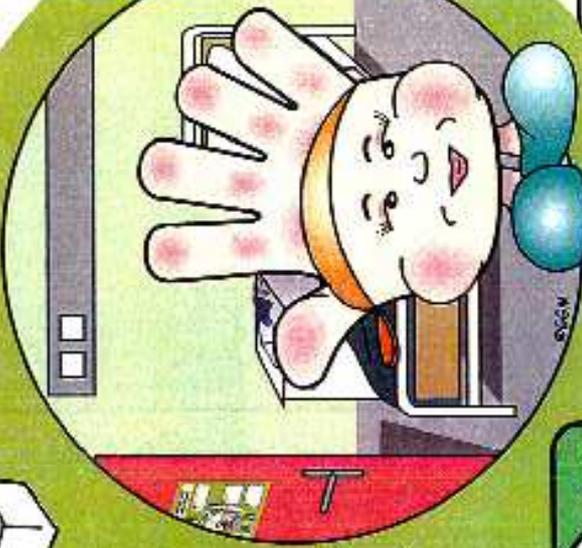
Tri habituel

Élimination **pluriquotidienne**



### ENTRETIEN DES SOLS ET DES SURFACES

Procédure habituelle d'entretien avec un détergent/désinfectant



### PROTECTION DE LA TENUE

Tablier plastique usage unique  
Pour tout **contact rapproché** avec le patient ou son environnement



### MATÉRIEL DE SOINS

Individualisé (brassard à TA...)  
Essuyage humide avec un détergent/désinfectant après utilisation

**Pas de stock** dans la chambre  
Ne pas jeter le matériel non utilisé



# Gestion des excreta



- Patient continent et autonome : WC de la chambre seule
- Patient continent mais non autonome : bassin/urinal/pot  
→ utilisation du lave-bassin
- Patient incontinent : élimination des protections d'incontinence en DAOM / DASRI selon le protocole interne de tri des déchets
- Possibilité d'utiliser des sacs de protection pour bassins et urinaux, de type « care bag » à éliminer dans les DASRI ou recette « maison » : sac DASRI + feuilles d'essuie mains dans bassin, chaise-pot → Ne pas oublier le nettoyage et la désinfection du bassin après
- **Ne jamais vider bassin/urinal/pot dans les WC du patient (avec ou sans BHRe !)**

# Evaluation de la contamination environnementale lors d'utilisation des douchettes de WC CH de Macon - 2010

- Témoin



Photo 1 – Témoin, avant rinçage du bassin

Après rinçage du bassin



Photo 2 – Après rinçage du bassin



Photo 3 – Après rinçage du bassin

## BMR : Bactéries Multi-Résistantes aux antibiotiques (résistances acquises)

- **SARM** : *Staphylocoque aureus* (doré) Résistant à la Méricilline = Oxacilline
- **E-BLSE** : Entérobactéries (ex. *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Enterobacter* ...) productrices de Béta-Lactamases à Spectre Elargi = R au C3G mais aussi à d'autres antibiotiques (Aminosides, Fluoro-Quinolones...)
- **PARC** : *Pseudomonas aeruginosa* Résistant aux C3G = Ceftazidime
- *Enterococcus faecalis* résistant aux Glycopeptides = Vancomycine, Teicoplanine

**PCC =**  
Précautions  
Complémentaires  
« Contact »  
chambre seule

Alerte BMR  
sur Médical  
Object MO

## BHRe : Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (super-résistances acquises et à haut pouvoir épidémique = risque d'impasse thérapeutique en cas d'infection)

### Patient porteur BHRe :

- **EPC** : Entérobactéries (ex. *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Enterobacter* ...) Productrices de Carbapénémases = Résistant à Imipénème, Ertapénème
- **ERG = ERV** : *Enterococcus faecium* Résistant aux Glycopeptides = Vancomycine, Teicoplanine

Alerte porteur  
BHRe sur MO

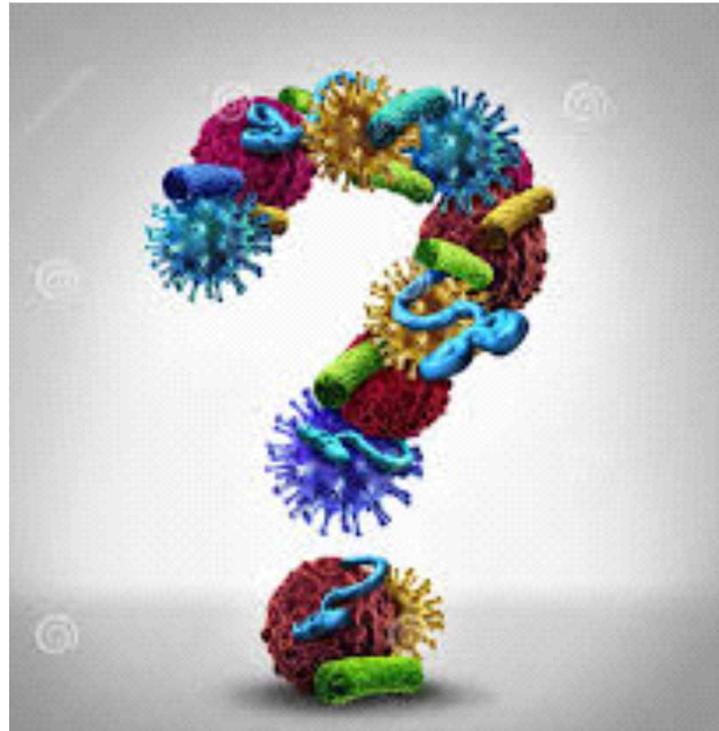
Interrogatoire et dépistage d'accueil :  
hospitalisation  $\geq$  24h ou dialyse à l'étranger dans l'année précédente ?  
Si oui : ER\* + chambre seule + PCC  
+ contact EOH / sectorisation

**Patient contact BHRe** : tout patient pris en charge par la même équipe que le patient porteur de BHRe (même si les patients n'ont jamais été en contact direct)

Alerte contact  
BHRe sur MO

Interrogatoire et dépistage d'accueil :  
contact connu  
+  
contact EOH

Avez-vous des questions ?



**Merci de votre attention**