

Une histoire parmi tant d'autres...

Sophie Vandesteene




*Je **é**tais une fois...*

- M. Gino, patient italien souvent hospitalisé, polypathologique, dialysé
- Arrivé le 26 juin dans un service de réanimation de 12 lits



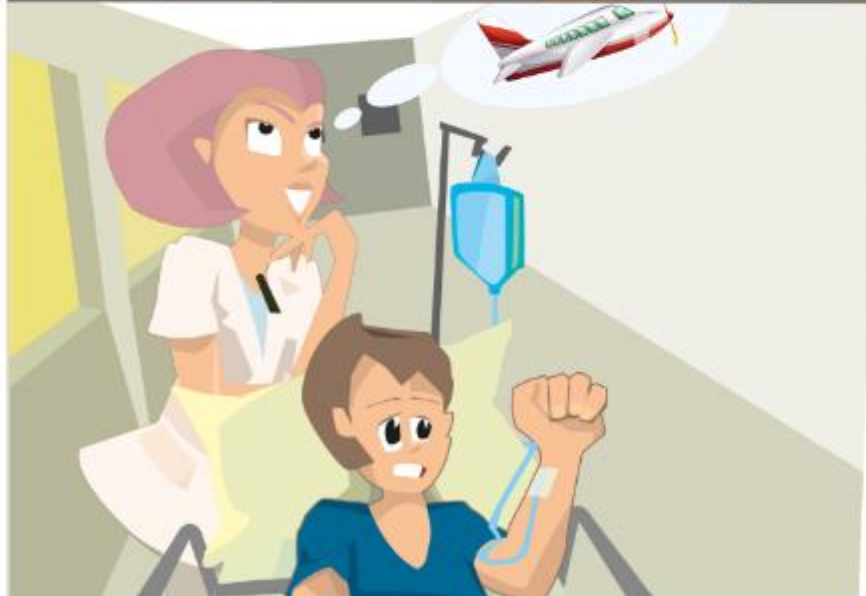
Que faites-vous ?

- 
- ✓₁ 1. PCC
 - ✓₂ 2. Dépistage BHR
 - ✓₃ 3. Dépistage BMR
 - 4. Rien



Face à cette situation, que faites-vous ?

Vous mettez en place des précautions complémentaires de type contact, sans oublier la signalisation appropriée, et vous demandez au médecin de prescrire un dépistage de bactérie hautement résistante aux antibiotiques.



Vous échangez vos points de vue sur l'adage bien connu : « *les voyages forment la jeunesse* ».



Valider

Pour les BMR, ça dépend...

- De l'écologie locale
- Du niveau de respect des PS
- De la charge en soins
- Des caractéristiques patients
- ... de ce que vous en faites !

PubMed | screening strategy multidrug-resistant bacteria |
Create RSS Create alert Advanced

Format: Summary ▾ Sort by: Most Recent ▾ Send to ▾

Best matches for screening strategy multidrug-resistant bacteria:


[Assessment of five **screening** strategies for optimal **detection** of carriers of third-generation cephalosporin-resistant Enterobacteriaceae in intensive care units using daily sampling.](#)
Grohs P et al. Clin Microbiol Infect. (2014)

[Impact of a targeted isolation **strategy** at intensive-care-unit-admission on intensive-care-unit-acquired infection related to **multidrug-resistant bacteria**: a prospective uncontrolled before-after study.](#)
Ledoux G et al. Clin Microbiol Infect. (2016)

[Costs and possible benefits of a two-tier infection control management **strategy** consisting of active **screening** for **multidrug-resistant** organisms and tailored control measures.](#)
Mutters NT et al. J Hosp Infect. (2016)

Switch to our new best match sort order

Search results
Items: 5

- 
- Pas de différence d'incidence des IN à BMR entre l'isolement systématique et l'isolement ciblé sur les patients présentant au moins 1 FR de BMR (ATCD / durée d'hospit, ATB, SLD / HAD / dialyse, immunodépression)

*Impact of a targeted isolation strategy at intensive-care-unit admission on intensive-care-unit-acquired infection related to multidrug-resistant bacteria: a prospective uncontrolled before-after study
Ledoux et al. CMI 2016*

- Although the costs of a two-tier IC management strategy including active microbiological screening are not trivial, these data indicate that the approach is cost-effective when prevented transmissions are included in the cost estimate

Costs and possible benefits of a two-tier infection control management strategy consisting of active screening for multidrug-resistant organisms and tailored control measures

Mutters NT. et al. JHI 2016



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur

 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Recommandations nationales pour la prévention de la transmission croisée : quoi de neuf pour la pratique quotidienne en réanimation ?

National guidelines for preventing transmission of infectious agents: What's new in everyday practice in intensive care?

J. Merrer^{a,*}, A. Carbonne^b

^a Service de prévention du risque infectieux, centre hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay, France

^b Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion nord, 15, rue de l'école de médecine, 75006 Paris, France

Reçu le 4 janvier 2010 ; accepté le 30 mars 2010
 Disponible sur Internet le 22 avril 2010

MOTS CLÉS

Transmission croisée ;
 Recommandations nationales ;
 Friction hydro-alcoolique ;
 Précautions standard

Résumé La lutte contre la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR) reste une priorité du programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Depuis les recommandations ministérielles de 1999, des changements importants ont eu lieu (introduction généralisée des produits hydro-alcooliques [PHA], émergence de nouvelles BMR...) rendant nécessaire la production d'un nouveau document à l'échelle nationale. La Société française d'hygiène hospitalière a réalisé ce document en 2009 en utilisant la méthode du consensus formalisé d'expert. Cet article a pour but de résumer les recommandations les plus importantes pour les services de réanimation : mise à jour et valorisation des précautions « standard » où le lavage antiseptique est abandonné au profit des PHA, le bon usage des gants est limité à la protection des soignants contre le risque viral lors de contacts avec des liquides biologiques. Les précautions complémentaires « contact » font l'objet de controverse et sont limitées à l'isolement géographique et au renforcement des précautions « standard ». La politique de dépistage systématique en réanimation fait l'objet d'un consensus fort en cas de contexte épidémique, pour SARM et pour les entérobactéries bêta-lactamases à spectre élargi. Les indications de la décontamination sont extrêmement limitées. Ces recommandations ont l'avantage d'être adaptables à la situation épidémiologique locale, aux pratiques et aux moyens disponibles dans chaque établissement. © 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

« La politique de dépistage systématique en réanimation fait l'objet d'un consensus fort en cas de contexte épidémique, pour SARM et pour les entérobactéries bêta-lactamases à spectre élargi. Les indications de la décontamination sont extrêmement limitées. Ces recommandations ont l'avantage d'être adaptables à la situation épidémiologique locale, aux pratiques et aux moyens disponibles dans chaque établissement. »

Et, pour le SARM, les patients à haut risque d'infection (dialysés chroniques, porteurs de cathéter central de longue durée, greffés hépatiques)



Je était une fois...

- M. Gino est dépisté et mis en PCC (sans équipe dédiée) le lendemain 27 juin
 - colonisation urinaire à *K. pneumoniae* KPC

Que faites-vous ?

1. Dépistage **immédiat** de **tous** les patients présents
2. Dépistage **immédiat** de **quelques** patients ciblés
- ✓₃ 3. Dépistage **programmé** de **tous** les patients présents
- ✓₄ 4. Dépistage **programmé** de **quelques** patients ciblés



Questions à se poser

- Risque de transmission croisée :
 - Niveau de respect des PS
 - Application des PCC
 - ICSHA
 - Gestion des excréta
 - Organisation / effectifs
 - Facteurs patient : déambulation, entendement, continence
 - Facteurs microbiologiques

Quels patients cibler ?

✓1

✓2

1. Patients les plus lourds en soins

✓3

2. Patients les plus proches géographiquement : voisin(e), chambres à côté et en face

✓4

3. Patients sous ATB sélectionnants (C3G notamment)

✓5

4. Patients en contact le plus longtemps avec le cas

5. Patient(s) suivant(s) occupant la même chambre



Stratégie de maîtrise de la diffusion BHRé* ?

Pour connaître la stratégie à adopter, je me laisse guider en répondant aux questions posées.

J'y vais !

*Ce logigramme à destination des équipes opérationnelles d'hygiène, oriente sur la stratégie à adopter en cas de prise en charge d'un patient porteur de bactérie hautement résistante émergente, BHRé (entérobactérie productrice de carbapénémase, EPC et Enterococcus faecium résistant aux glycopeptides, ERG ou ERV). Les stratégies proposées sont issues de l'expérience du CPIAS Nouvelle-Aquitaine dans la gestion des signalements de BHRé et d'une synthèse bibliographique.

Septembre 2018



Je était une fois...

- 15 contacts identifiés dont 2 DCD et 1 sorti en médecine (chambre individuelle, PCC)
- 2 stratégies envisagées :
 - Arrêt des admissions et des transferts en réa le temps que les patients contacts aient leurs 3 dépistages
 - ⚠ risque ? perte de chance potentielle pour des patients
 - Poursuite des transferts et des admissions en réa
 - ⚠ risque ? pas d'EOH pour accompagner les équipes pour la gestion des PCC et des excréta, pas de sectorisation, pas de renfort possible en personnel




Je était une fois...

- M. Gino est reparti en Italie le 30 juin
- Réunion de crise avec la cellule de GDR
 - admissions maintenues, transferts arrêtés
- 1 contact dialysé doit sortir en néphro puis en SSR en suivant



Que faites-vous ?

1. Vous ne dites surtout pas qu'il est contact
2. Vous l'indiquez discrètement dans son dossier et/ou dans la lettre de sortie
- ✓₃ 3. Vous doublez l'info écrite par un coup de fil à vos collègues du SSR



Vous êtes le boss du SSR d'accueil du patient contact, que faites-vous ?

1. Vous le refusez
2. Vous exigez 3 dépistages négatifs avant de l'accueillir
3. Vous l'accueillez en PCC et réalisez 1 dépistage hebdo jusqu'à sa sortie
4. Vous l'accueillez en PS, fermez les yeux et croisez les doigts
- ✓₅ 5. Vous l'accueillez en PCC tant que les 2 (3) dépistages ne sont pas faits



Je était une fois...

- Au 3 juillet, 2 premiers prélèvements tous négatifs et 3^e en cours
- Problème : absence d'alerte en cas de réhospitalisation d'un patient contact

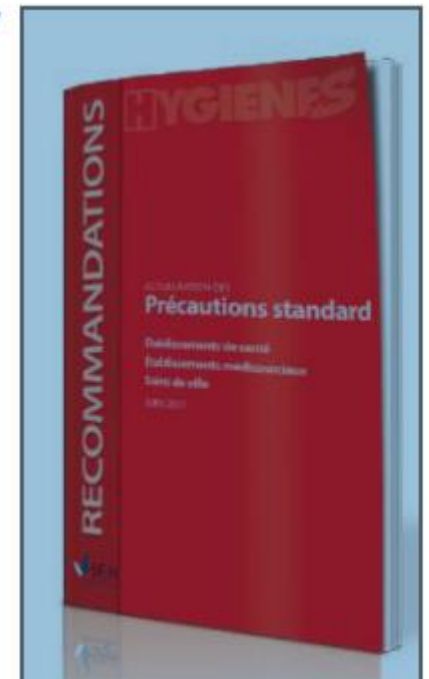
Conclusion



Actualisation des précautions standard

- > Etablissements de santé
- > Etablissements médicosociaux
- > Soins de ville

Juin 2017



Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe)