

Les recommandations BHRe de 2019 et leur application en région :

Bilan du « BBT » 2022

(BHRe Breizh Tour)



Objectifs

- **Apprécier les « écarts » avec les recommandations de 2019**
 - Réponses hétérogènes dans les territoires
 - Lecture personnelle ou institutionnelle des recommandations
- **Identifier des stratégies alternatives potentiellement intéressantes**
 - Argumentaire
 - Limites perçues ou objectivées
- **Recueillir la vision stratégique des EOHH**
 - Ligne de conduite
 - Points de blocage
 - Interrogations

Méthode

- **Interview**

- Praticiens hygiénistes de structures sanitaires volontaires +/- IDEh
- Grille pré-établie à partir des recommandations du HCSP, MCO
 - Stratégie générale : protocole, PCC BHRé, intervention de l'EOH, le repérage et l'information, la gestion des porteurs
 - Le rapatrié sanitaire
 - La découverte fortuite
 - L'épidémie
 - La ligne de conduite

- **Durée : environ 1h30**

- Téléphone ou visioconférence
- Du 16 novembre 2022 au 9 janvier 2023

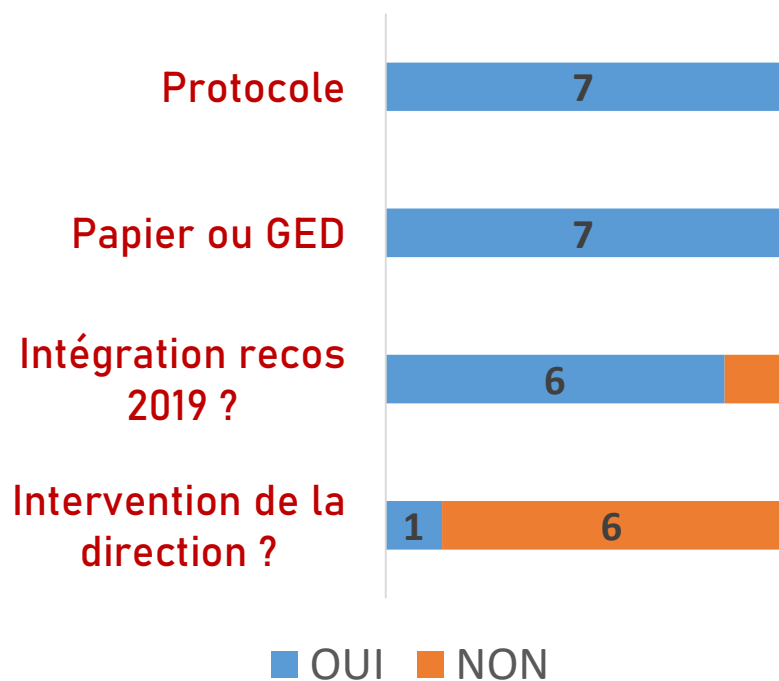


Résultats

Grande disparité des structures et de la fréquence d'exposition à un épisode BHRe

Type	CH	CH	CH	CH	CHU	CHU	CH
Nb de lits sanitaire	500	500	800	1100	2000	1600	450
Nombre moyen d'épisodes BHRe / an	3 à 4	1 à 2	5 à 6	5 à 6	10 porteurs en permanence	30	2 à 3
Epidémie en cours ?	non	non	Oui ERV	non	Oui EPC	non	non
Commentaires	Pic en 2022				Forte augmentation cette année		Forte augmentation en 2021 et 2022

Protocole



- 3 ets disposent de plusieurs protocoles (services de soins et EOH)
- Tous les protocoles sauf 1 ont été mis à jour depuis 2019 et ont intégré (au moins en théorie) les recommandations de 2019
- Pour 5 ets la direction est très impliquée dans la stratégie (DSI) mais sans ingérence
- Pour 1 ets la direction ne s'intéresse pas du tout au problème
- Pour 1 ets la stratégie fait suite aux résultats d'une évaluation médico-économique réalisée en 2017

Les définitions

★ Défini par le HCSP

★ Porteur excréteur



★ Porteur non excréteur



Porteur



★ Contact



Un négatif



Un négativé



Contact traceur



Indemne



★ Epidémie



Post-exposition

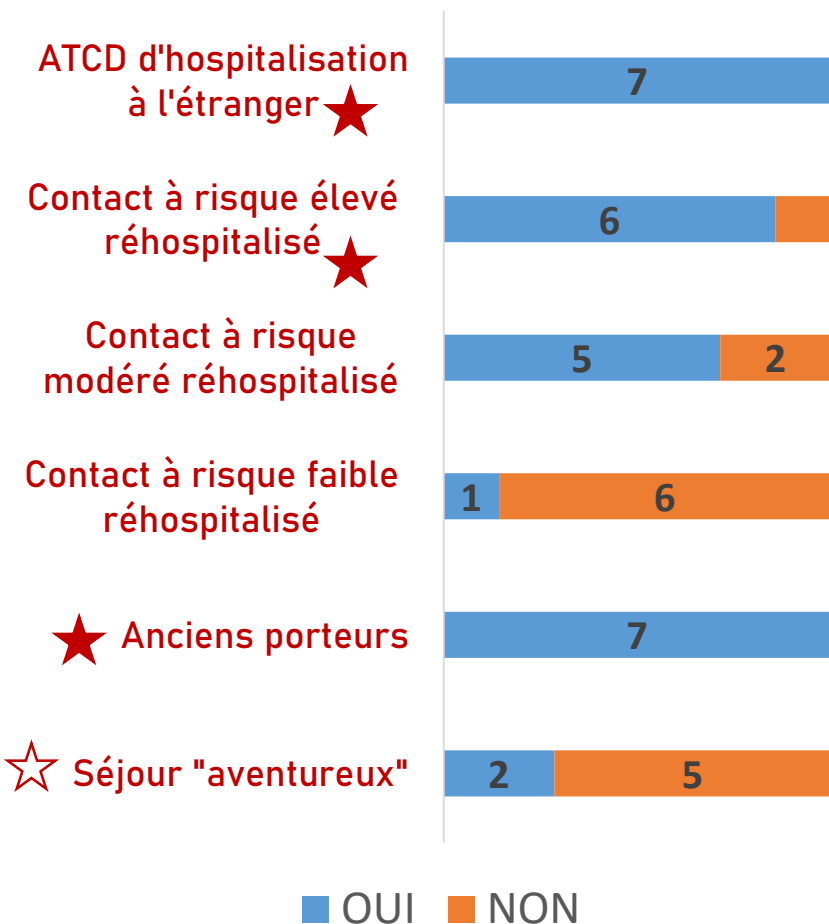


■ OUI ■ NON

- Notions de porteur excréteur ou non excréteur difficiles à comprendre pour les soignants → simplification
- Le contact n'est pas défini lorsque la stratégie ne repose pas son identification → contact traceur (3 ets)
- La définition du négativé (ex-porteur) est variable et pose des difficultés :
 - ✓ 5 dépistages neg sur au moins 1 an (6 es)
 - ✓ Au bout d'un an : deux dépistages neg à 72h d'intervalle
- Prise en compte d'un dépistage négatif après antibiothérapie sélectionnante ?

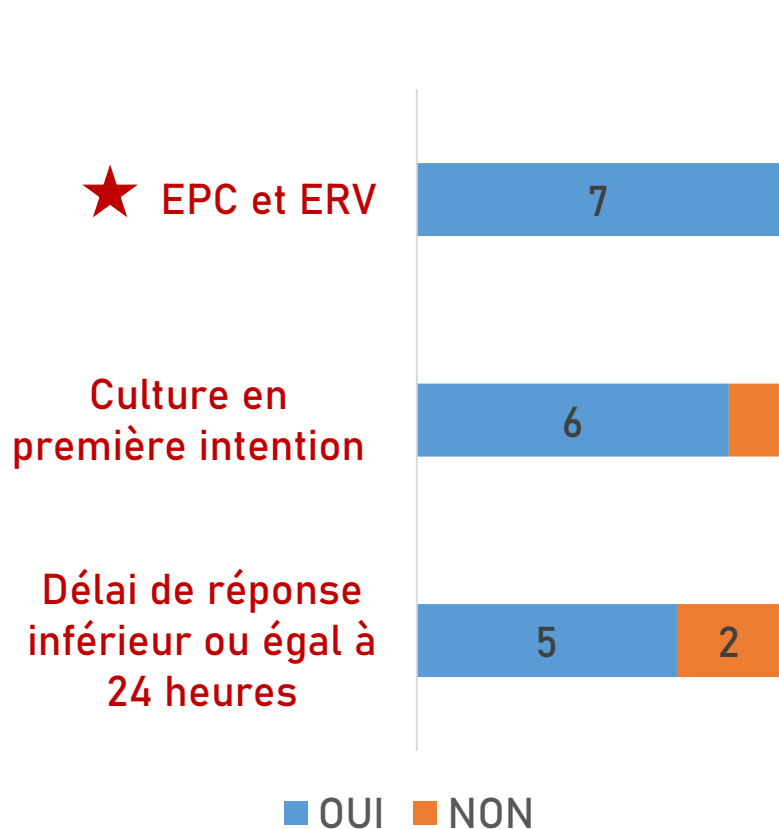
Les patients à dépister

★ Recommandé par le HCSP



- Les territoires ultramarins ont été inclus dans la notion « d'hospitalisation à l'étranger »
- La notion d'exposition à risque à l'étranger en dehors de l'hospitalisation est compliquée à obtenir
- Les réanimateurs et infectiologues ont souvent « l'écouvillon facile »
- Pour les anciens porteurs, 1 ets se donne un minimum de 3 mois de délai pour re-dépister

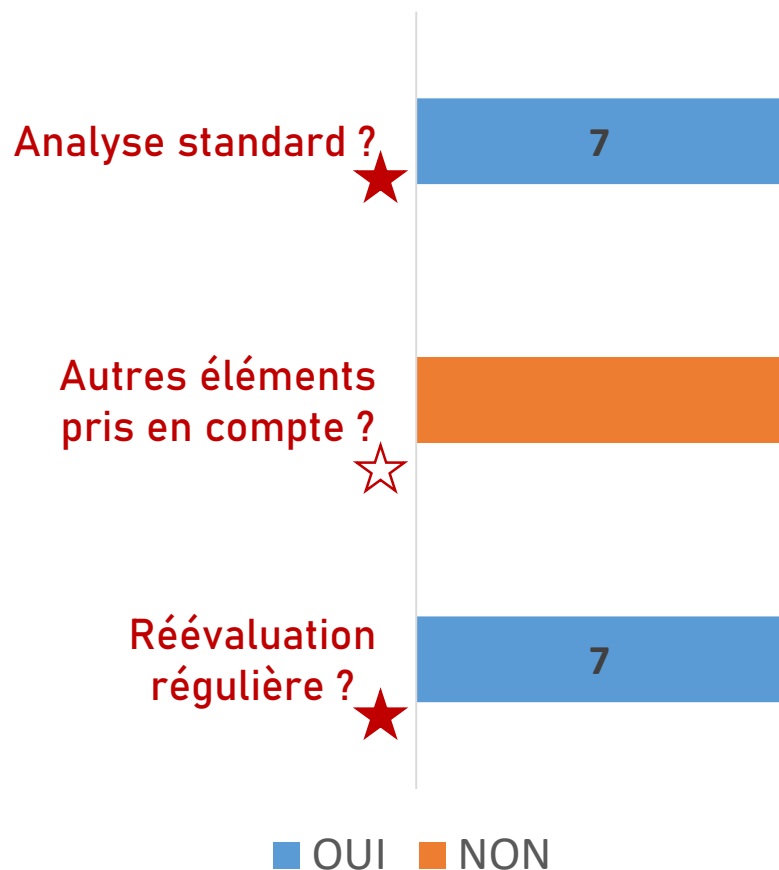
Les recherches microbiologiques



★ Recommandé par le HCSP

- La PCR est souvent positionnée dans les indications suivantes :
 - ✓ Besoin d'une réponse rapide pour transfert d'un contact à risque modéré ou élevé
 - ✓ Patient connu porteur et négatif en culture
- Le délai de réponse définitif sur une suspicion peut aller jusqu'à 5 jours
- Les capacités de traitement des dépistages « en urgence » par les laboratoires de biologie médicale varient de 10 à 50 avec une médiane à 30
 - ✓ La limitation vient souvent du service de soins et de la réalisation du prélèvement lui-même


L'analyse du risque de transmission



★ Recommandé par le HCSP

- Un ets évoque un « label qualité » du service comme élément de modulation de l'accompagnement par l'EOH mais qui n'affecte pas l'évaluation du risque de transmission
 - ICSHA
 - Respect des précautions standard
- Un ets a stratifié le niveau de risque en 5 catégories dans une fiche GRI intégrée au DPI :
 - C0 : pas de risque
 - C1 : risque faible, 1 dépistage PE
 - C3 : risque modéré, 3 dépistage PE
 - C3+ : risque modéré +
 - Ce : épidémie

Le rapatrié sanitaire : risque de transmission faible

	Ets 1		Ets 2		Ets 3		Ets 4		Ets 5		Ets 6		Ets 7	
Si dépistage J0 neg	STOP		STOP		STOP		J1	J2	J3 et +	ATB	J3		STOP	
Mesures à la suite ?	PS	① ②	PS+	①	PS	① ②	PS+	①	PS+	①	PS	① ②	PS	① ②
PCC si suspicion	renforcées		simples		simples		simples		Simples/BHR		BHRé		Simples	
PCC si confirmation	BHRé		simples		BHRé		BHRé		Simples/BHR		BHRé		Sectorisation	
Identification contacts ?	oui		oui		oui		oui		oui		oui		oui	
Même équipe soignante ?	oui		oui		oui		oui		oui		non		oui	
PCC pour les contacts ?	non		non		non		non		non		non		non	
Transferts des contacts ou des CT	PS	1 neg	PS	Pas restriction	PS	1 neg /ec	PS	1 sortie		1 sortie++	PS	1 neg	PS	1 neg
											PCC	1 EC	PCC	1 EC
Repérage ?	non		non		non		non		non		non		oui	
Contacts traceurs CT ?	non		oui		non		non		oui		oui		non	
Dépistage En Exposition	oui		CT		oui		oui		CT		CT		oui	
Dépistage Post exposition	oui		non		non		oui		Oui CT		non		oui (>J7)	
Critères pour dire neg	1 DPE neg		> 1 DEE neg		> 1 DEE neg		> 1 DE neg		1 DPE neg		> 1 DEE neg		1 DPE neg	

 **Précautions selon stratégie retenue par la structure d'accueil**

Les PCC spécifiques BHRe

- **Certains ets ont défini des PCC spécifiques BHRe**
 - Port de la surblouse au lieu du tablier (item le plus fréquemment cité)
 - Augmentation de la fréquence de bionettoyage
 - Recours à un autre Dt-Ds (Anios Oxyfloor)
 - Utilisation prioritaire d'une chambre à sas
 - Bionettoyage de sortie comportant un double essuyage humide ou un essuyage humide combiné à de la vapeur
 - Changement systématique de siphon à la sortie du porteur (si réanimation)
 - Excrétas en DASRI
- **Pour 2 ets les PCC BHRe spécifiques s'organisent autour d'un sas d'habillage/deshabillage**
 - Une chambre libérée / 1 lit libéré dans une chambre à deux lits
 - Remplacer la notion d'équipe dédiée par la notion de temps dédié

Les contacts traceurs

Ets 2	Ets 5	Ets 6
	Etape de validation de la période d'exposition	
Sélection de CT parmi les contacts	Sélection de CT parmi les contacts	Sélection de traceurs
5 minimum	10% des exposés (3 à 5 en moyenne)	4 patients
Rotation hebdomadaire	Rotation hebdomadaire	Rotation hebdomadaire
<ul style="list-style-type: none"> • Patients les plus lourds en soins / proches géographiquement / sous antibiothérapie • En chambre double • Répartis des deux côtés du couloir 	Priorisation <ol style="list-style-type: none"> 1. Sous antibiothérapie curative depuis plus de 72 heures 2. Charge de soins de proximité : nursing, soins de stomie, soins de sonde urinaire, diarrhées, suppurations 3. Géographiquement proches (même secteur, chambres contiguës) 4. Durée d'exposition la plus longue 	<ul style="list-style-type: none"> • Chambres adjacentes au cas, présents depuis au moins 48 heures • Si refus, on étend aux autres chambres et aux patients sous antibiothérapie

La découverte fortuite : risque de transmission modéré

	Ets 1		Ets 2		Ets 3		Ets 4		Ets 5		Ets 6		Ets 7											
Organisation des soins	sas		-		Marche en avant		Marche en avant		Marche en avant		-		Secteur											
PCC pour les contacts ?	non		non		PCC simples		PCC simples		PCC simples		non		non											
Dépistage de tous les contacts En Exposition	oui		J5 ou sortie		oui		oui		Priorisation ATB Mutés transférés		CT		-											
Dépistage de tous les contacts Post Exposition	oui		non		oui		oui		oui		Oui (CT)		-											
Si 1 ^{er} tour neg			→ CT		-		-		→ CT															
Transferts des contacts	PCC		1 neg		PS		1 neg		PCC		1 neg /ec		PCC		1 neg /ec		PCC		1 sortie +++		PS		1 neg	
	PCC		1 EC		PCC		1 EC		PCC		1 EC		PCC		1 EC		PCC		1 EC		PCC		1 EC	
Répérage ?	non		non		oui		oui		oui		non		oui											
Critères pour dire neg	3 D neg dont 1 DPE		> 1 DEE neg		1 DPE neg		2 DPE neg		2 DPE neg		> 1 DEE neg		3 DPE neg											

L'épidémie : risque de transmission élevé

	Ets 1		Ets 2		Ets 3		Ets 4		Ets 5		Ets 6		Ets 7	
Définition de l'épidémie	> 1 cas sec		> 1 cas sec		> 1 cas sec		≥ 2 cas		≥ 3 cas		≥ 2 cas sec**		> 1 cas sec	
Mesures organisationnelles Transferts structures Admissions	2 secteurs		Poursuivies		MEA, renfort STOP STOP		3 sect/ MEA STOP STOP		STOP		Fermeture lits et MEA STOP		secteur	
PCC pour les contacts ?	oui		oui		oui		oui		oui		oui		oui	
Dépistage de tous les contacts En Exposition	oui		J3		oui		oui		Priorisation ATB Mutés transférés		oui		oui	
Dépistage de tous les contacts Post Exposition	oui		oui		oui		oui		oui		oui		oui	
Transferts des contacts	PCC	1 neg	PCC	1 neg	PCC	1 neg	PCC	1 neg	PCC	1 neg	PCC	1 neg EC	PCC	1 neg
Répérage ?	non		oui		oui		oui		oui		oui		oui	
Critères pour dire neg	3 DE dont 1 DPE neg		3 DPE neg		3 DPE neg *		3 DPE neg		3 DPE neg		2 DPE neg		3 DPE neg	

*Arbitrage individuel en fonction du délai entre les dépistages

** le seuil peut être abaissé en fonction du service

Les points remarquables

- L'ets n°6 n'a finalement que deux niveaux de risque
 - Faible combiné avec modéré (avec la possibilité d'un dépistage post-exposition dans le niveau modéré mais qui n'est pas la règle)
 - Stratégie du contact traceur dans les deux cas
- L'ets n°7 qui a gradué le risque en 5 niveaux a globalisé la prise en charge relative aux mesures barrières
 - Le niveau change uniquement le nombre de dépistage post exposition et les conditions de transfert des contacts

Le repérage et l'information

- **Repérage informatique des contacts, des anciens porteurs**
 - Parfois le système d'information ne permet pas de le faire
 - Jusqu'à trois niveaux différents : administratif, soignant (icône) et médical
 - Interfaces compliquées avec le logiciel des urgences (recopiage)
 - Alimentation chronophage, utilisation détournée (COVID)
 - Ré-hospitalisations : croisement manuel
 - Trop d'alertes tuent les alertes...
 - ✓ Patients sous PC, anciens patients sous PC, contacts à mettre sous PC, porteurs à mettre sous PC
- **Information du patient et du médecin traitant**
 - Information du patient porteur (flyer, EOHH)
 - Information des contact traceurs qui vont être dépistés mais pas des autres
 - Pas d'information du médecin traitant, même en situation épidémique hormis pour deux structures qui expérimentent ou ont mis en place le dépistage en ville

La ligne de conduite

- **Ets 1** : Trouver un équilibre entre...
 - Risque de perte de chance pour le patient
 - Risque de passer à côté d'un cas secondaire
- **Ets 2** : Eviter les cas secondaires
- **Ets 3** : Accompagner les soignants
 - Comprendre la diffusion pour faire prendre conscience des pratiques inadaptées
 - Tenir compte du contexte (suivi de cohorte trop importante impossible)
- **Ets 4** : Ne pas passer à côté d'un cas secondaire
 - Protéger l'aval
- **Ets 5** : Protéger les services et structures d'aval
- **Ets 6** : Surveiller sans entraver les soins
- **Ets 7** : Identifier rapidement d'éventuels cas secondaires

Les points de blocage

- **Ets 1 : La rapidité c'est la clé (PCR dans la découverte fortuite)**
- **Ets 2 : Recos d'experts non accompagnées d'une notice pratique !**
- **Ets 3 : Inadéquation architecturale (chambre individuelle) et RH**
 - Proportion de chambre double très importante
 - Aucune douche individuelle !
 - Quid du dépistage post-exposition environnementale ?
- **Ets 4 : Pourquoi autant d'écart entre le sanitaire et les EHPADs ?**
 - Sentiment d'un réservoir qui alimente le sanitaire et qu'on ne visualise pas bien
 - Quid d'une enquête de prévalence de portage de BHRé en EHPAD ?
 - Risque modéré : PC maintenus en PS alors que transférés en PCC ??? Logique ?
- **Ets 5 : Pourquoi ne pas avoir retenu la stratégie du CPias NA ?**
 - Trop d'énergie dépensée sur le risque faible
 - « Mettre le paquet » sur la découverte fortuite
 - Pourquoi pas de définition du contact traceur ?
- **Ets 6 : Inadéquation entre ce qui est écrit et ce que l'on donne**
- **Ets 7 : Quid les lieux de vie où les excréta sont très mal gérés ?**
 - Pourquoi pas d'enquête en population générale en région Bretagne très impactée par les élevages de porcs et de volailles ?

En conclusion

- **Absence d'harmonisation des pratiques de gestion des BHRé au sein des structures sanitaires de la région**
 - Curseur variable ...
 - Ets 5 expérimente une stratégie intéressante, centrée sur le risque
- **Une crise COVID qui a majoré les problématiques RH**
 - Cohorting demandé mais n'est plus obtenu (« jamais il ne pourra y avoir une équipe dédiée »)
 - Plan B (fermer des lits pour récupérer du personnel), plan C (marche en avant et limitation de rotation du personnel), plan D...
- **Une valeur ajoutée de l'E0HH majeure dans la gestion de ces épisodes**
 - Evaluation du niveau de risque
 - Connaissance des qualités du service à faire face

Merci à tous les participants pour le temps qu'ils m'ont consacré et la richesse de nos échanges !

Diaporama présenté à la journée des responsables de signalement de CPias le 16 décembre 2022, en même temps que le bilan intermédiaire du CNR des EPC (Pr L. DORTET)

