

**Les précautions particulières mises en
place à l'ATIR vis à vis des BHRe**

**Présentation soirée RESIR
27/10/2016**

Sommaire

1. Historique Démarche
2. Pourquoi la population est à risque ?
3. les précautions
4. Le schéma de prise en charge
5. Les perspectives et actions
6. Jeu

Historique de la démarche ATIR

28 septembre 2015

réunion des acteurs des différents établissements de santé (CHT, cliniques, ATIR, EPAHD,...) à la DASS

⇒ présentation de la première version du "Plan de maîtrise des infections et des épidémies associées aux soins en Nouvelle-Calédonie"

19 novembre

Nouvelle réunion à la DASS : mise en service de la feuille de liaison inter-établissement et formalisation d'une demande de la DASS d'uniformisation des pratiques entre les opérateurs de dialyse.

16 décembre

réunion RESIR - Katia Cateine pour la présentation théorie et actions mises en places à la clinique. Discussions entre les opérateurs sur les problématiques de communications et de moyens de prise en charge

21 janvier

réunion de travail RESIR pour proposer un schéma de prise en charge ;

diffusions support informations - rédaction du protocole Bhre

9 février restitution étude épidémie à la DASS NC ⇒ proposition enquête de prévalence

24 avril diffusion et accompagnement du protocole de prise en charge et de suivi des patients vis à vis de leur statut BHre ATIR

mise en place ALFRESCO par la DASS : plateforme commune d'accès à la liste des patients ayant eu un prélèvement +

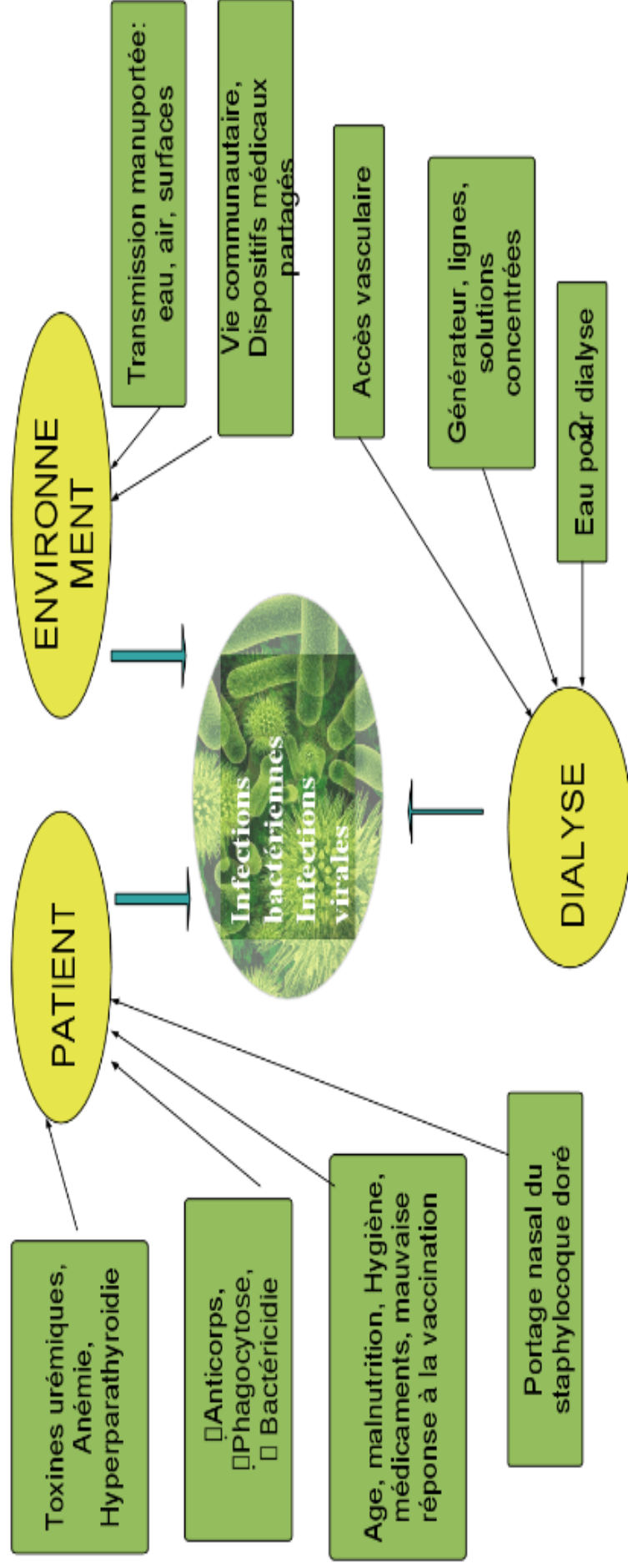
Pourquoi les patients hémodialysés sont à risque ?

DEFINITION

- * **Patients de retour d'EVASAN** ou avec hospitalisation hors NC (plus de 24 heures dans l'année),
- * Patient avec ATCD d'admission dans un service de **soins intensifs**,
- * Patient ayant des antécédents **d'hospitalisation multiples**
- * Patient ayant reçu des **antibiothérapies itératives ou prolongées, ou porteur de plaies chroniques**.
- * Patient avec **une maladie chronique (IRC)** ou porteur d'un **dispositif invasif à demeure**, entraînant des contacts multiples avec le milieu de soins.
- * Patient **contact d'un patient porteur** et ré-hospitalisé

(Source: recommandations HCSP juillet 2013)

Pourquoi les patients hémodialysés sont à risque ?



Pourquoi les patients hémodialysés sont à risque ?

Pour chaque patient
Analyse du risque par l'EOH

- patient diarrhéique ou incontinent
- Entérostomie
- Plaies qui suinte et ne peut être recouverte
- patient non éduicable (démence, non autonome,...)



Orientation patient et choix du
SCHEMA DE PRISE EN CHARGE

Schéma de prise en charge en HD

Pour tout cas suspect ou avéré, l'hygiéniste doit être informée.

- le patient doit être informé et éduqué à l'aide de la brochure qui lui est destiné
- les ambulanciers prenant en charge le patient doivent également être informés
- le patient doit être accompagné d'une fiche de liaison qui reprend l'historique de l'épisode infectieux.

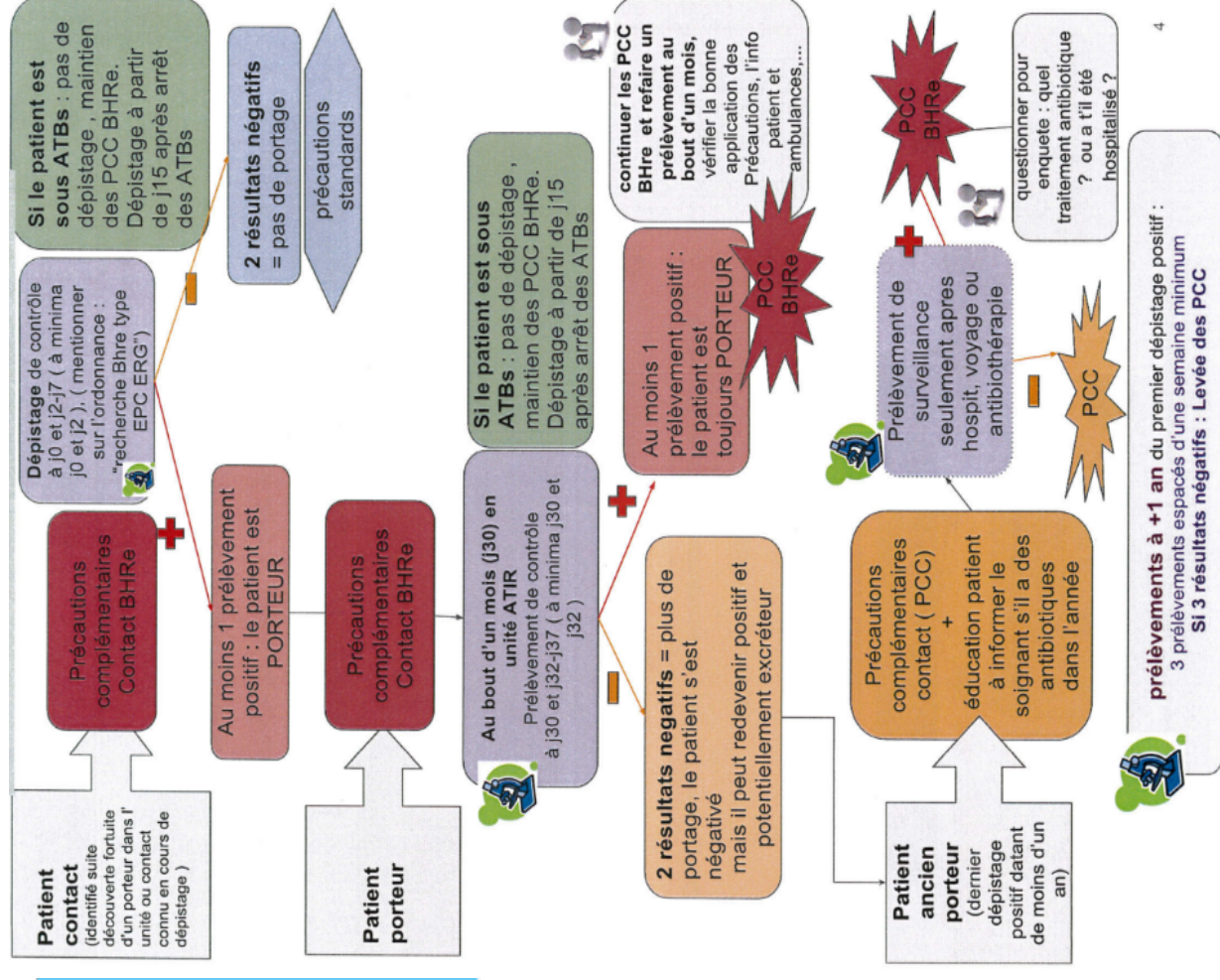
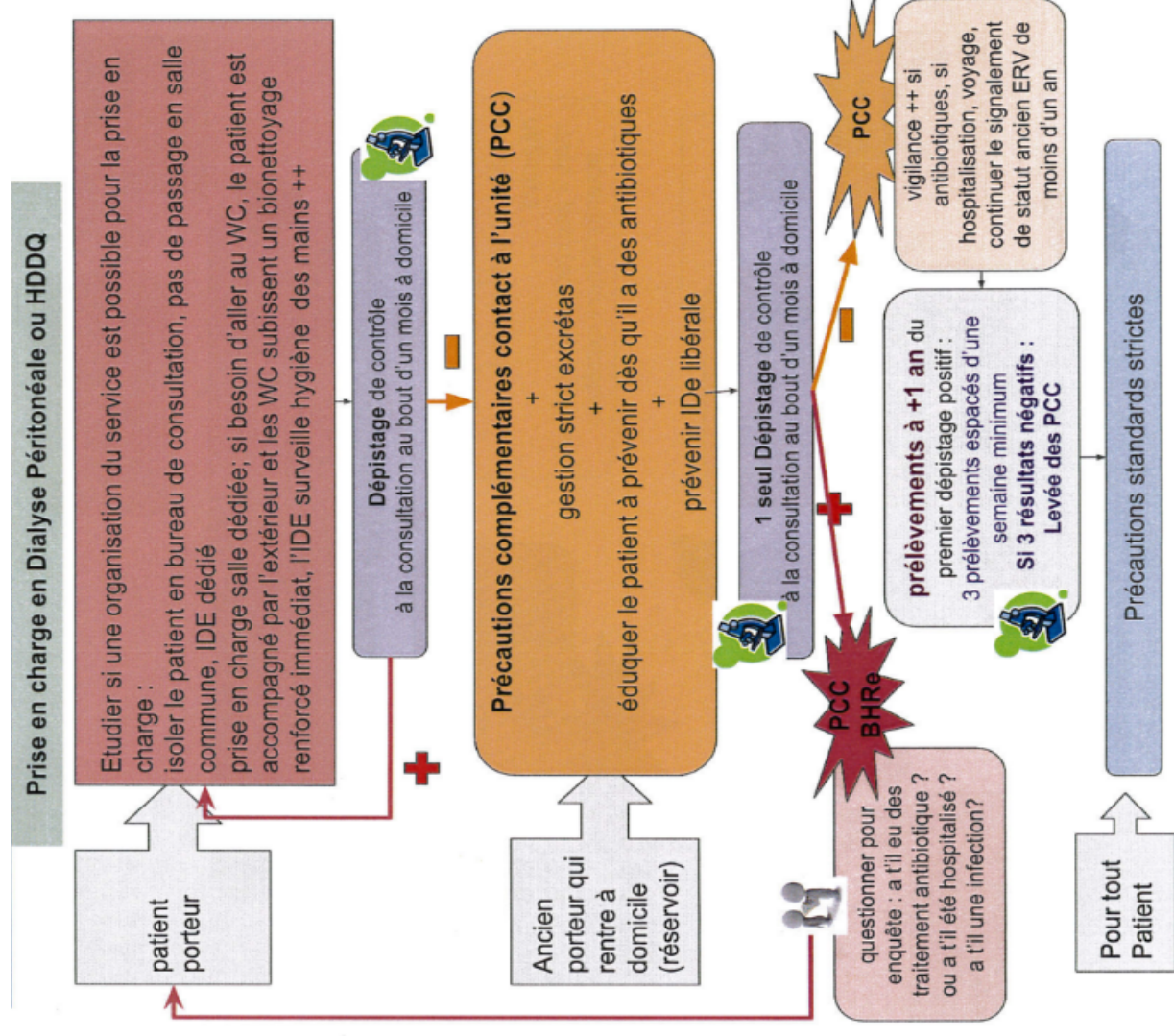
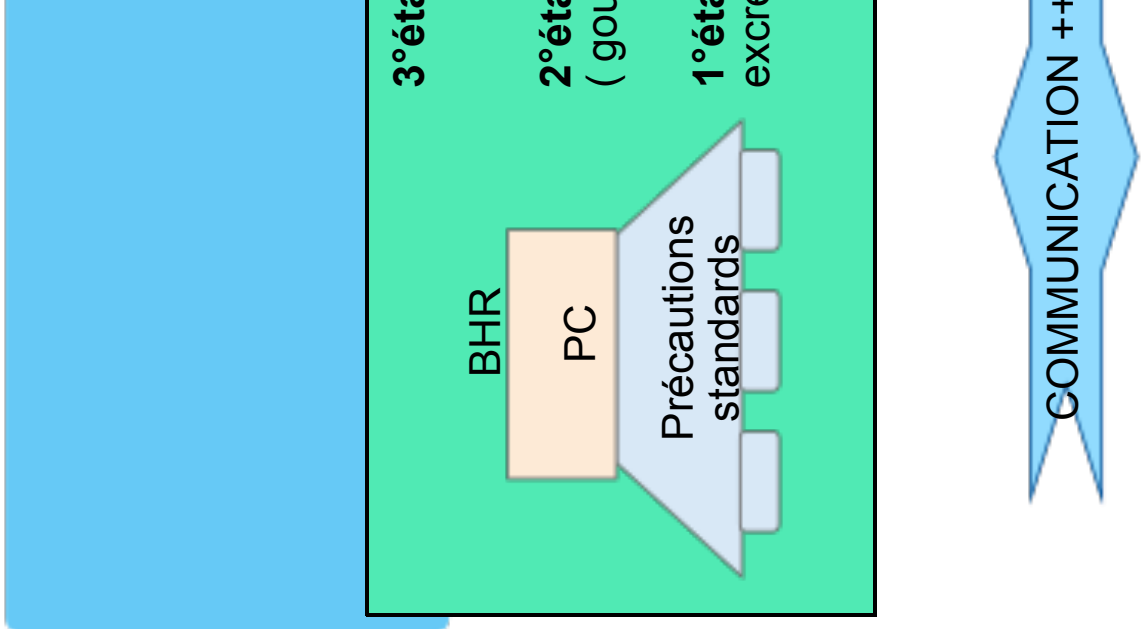


Schéma de prise en charge en DP

Pour tout cas suspect ou avéré, l'hygiéniste doit être informée.

- le patient doit être informé et éduqué à l'aide de la brochure qui lui est destinée
- les ambulanciers prenant en charge le patient doivent également être informés
- le patient doit être accompagné d'une fiche de liaison qui reprend l'historique de l'épisode infectieux.







FICHE DE LIAISON EN CAS DE TRANSFERT

de PATIENT CONTACT de PATIENT PORTEUR

de Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHR)

– version nov 2015

Cette fiche est à remplir devant tout patient ayant eu un contact, direct ou indirect, récent et documenté, avec un patient porteur de BHR (détection du portage à partir d'un cas secondaire, retard à la mise en place des PCC & de la gestion des excréta pour le porteur, etc.)

Cette fiche doit être complétée par le médecin demandant le transfert et adressée au service receveur (médecin, cadre infirmier et équipe d'hygiène) avant réception du patient, et conservée avec le dossier médical. La même fiche peut être utilisée jointe à un compte rendu d'hospitalisation adressé au médecin traitant en cas de retour à domicile

Identification du patient (manuscrit / étiquette)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Service actuel :

Chambre / Lit n° :

Médecin complétant la fiche :

Nom :

Prénom :

Tél :

Courriel :

Paraphe ou tampon :

poste / DECT :

Date d'information du patient sur son statut de contact :

Coordonnées de contact de destination (hôpital / service / médecin ou référent hygiène) :

B. PATIENT CONTACT de PATIENT PORTEUR de BHR

Date du dernier contact possible avec le porteur :

Germe BHR isolé chez le porteur : ☐ ERV *Enterococcus faecium* / *R* glycopeptides ☐ EPC Entérobactéries productrices de carbapénémases

Dépistages (selles ou écouvillonnage rectal) déjà réalisés chez le patient contact : ☐ Oui ☐ Non.

Si oui :

1er dépist.	2nd dépist.	3ème dépist.
Date prélèvement prévu ou réalisé (AAAA/MM/JJ)		
LABM ou établissement		
Date résultat (AAAA/MM/JJ ou en attente)		
Résultat positif (+) ou négatif (-)		
BHR identique au patient source (id.) / autre (aut)		

Rappel : les 3 (à défaut 2) dépistages sont à réaliser au moins à 72h d'intervalle. Si et seulement si les 2 premiers dépistages sont négatifs, ET si le patient est hospitalisé, ET si la prescription médicale de PCC peut-être levée à l'issue du 3ème dépistage, alors le 3ème dépistage peut-être techniqué par PCR. Le retour au statut patient lambda requiert 3 dépistages négatifs réalisés plus de 15 jours après la fin de toute antibiothérapie.

cf. IPNC

Date :

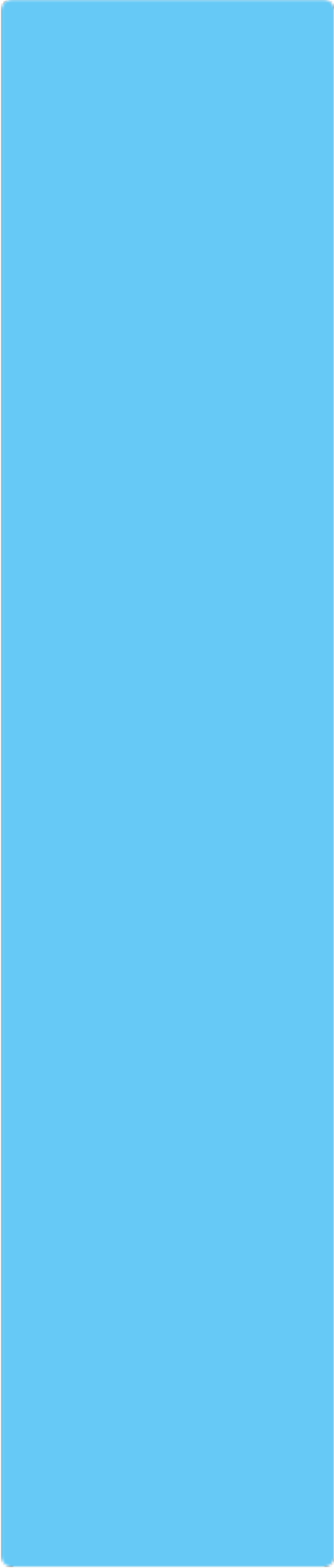
signature et cachet du médecin :

!! A minima, pour un contact de BHR pris en charge en milieu de soins, application stricte des précautions standard, ET des précautions complémentaires contact ET de gestion des excréta

Dossier
Médical

les précautions sont des prescriptions	PC Contact	PC Contact BHRe
SIGNALEMENT	• Signalement interne à l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) • Information à l'ensemble des intervenants par la fiche de transfert BMR : ambulanciers, services et établissements receveur ou fiche de transfert classique pour les autres cas	
CIRCUIT DU PATIENT : Marche en avant	le patient arrive en dernier • Désinfection des mains du patient par SHA à l'entrée et la sortie avec aide si besoin (sauf gale) • Les déplacements dans les parties communes de la structure se font dans le respect des précautions "contact"	le patient arrive en dernier et est accueilli par une personne dédiée • Désinfection des mains du patient par SHA à l'entrée et la sortie avec aide si besoin • Minimiser les déplacements dans les parties communes de la structure, le patient ne mange pas à l'unité • Sortie directe du poste de soin vers l'extérieur accompagné par la personne dédiée. l'ambulance doit être présent à l'heure de la sortie
ZONE DE SOIN	• Secteur identifié • Personnel soignant sectorisé • Isolement géographique : chambre d'isolement ou à défaut identifier clairement le poste de dialyse qui sera de préférence à une des extrémités de la salle.	• Secteur identifié • Personnel soignant sectorisé en fonction du statut infectieux : positifs, contacts • Isolement géographique : chambre d'isolement ou à défaut identifier clairement le poste de dialyse qui sera de préférence à une des extrémités de la salle.
MAINS	Respect strict des règles d'hygiène des mains par friction SHA pour l'ensemble des intervenants y compris le patient. Mains sans bague ni alliance pour le soignant.	

ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION	Les équipements de protection d'isolement septique sont individualisés pour chaque patient (y compris dans un même secteur identifié positifs ou contacts).	
MATÉRIEL INDIVIDUALISÉ PAR PATIENT	Ils comportent : ⇒ tablier à UU (sauf Gale : surblouse manche longue UU) ⇒ Gants à usage unique si soin contact prolongé avec le patient (impératif pour gale) sinon SHA Ils sont obligatoirement : ⇒ Portés dès l'entrée dans la zone de soin du patient ⇒ Jetés immédiatement après utilisation en DASRI	Ils comportent : ⇒ Surblouse à usage unique (manche longue) ⇒ Gants à usage unique Ils sont obligatoirement : ⇒ Portés dès l'entrée dans la zone de soin du patient ⇒ Jetés immédiatement après utilisation en DASRI
BIONETTOYAGE DES SURFACES	Privilégier le matériel à usage unique Pour les dispositifs médicaux à usages multiples : réaliser un bionettoyage par détergent désinfectant de contact ou de surface avant la remise en recirculation. Par exemple : thermomètre, tensiomètre, glucomètre, stylo, flacons d'antiseptiques , spray Dd, rouleau de sparadrap.	
DÉCHETS	Bionettoyage renforcé de la chambre d'isolement ou de l'environnement du soin dédié au patient à réaliser en dernier, après son départ. Filière DASRI pour tous les déchets	



LINGE	Filière linge contaminé double emballage si souillé (pour gale cf protocole)	Filière linge contaminé : mettre un double emballage
TRANSPORT	Informez les ambulanciers sur les bonnes pratiques	
Gestion des excréta	porter gants et casaque jetable avant toute manipulation • utiliser les dispositifs et protections jetables • jeter aux Dasri • désinfecter les bassins intérieur et extérieur avec une lingette imprégnée de détergent désinfectant à bonne dilution	

Perspectives et développements

communication
inter et intra
établissement

analyse des EI

AUDIT



Prévention
(antibiothérapie)

Signalétique dans
le dossier médical

Mise en place des actions
demandées dans le plan de
maîtrise DASS

AVEZ VOUS BIEN COMPRIS ?

JEU CCLIN SUD OUEST DOJO RESISTANCE



<http://www.cclin-sudouest.com/dojo-game/index.html>