

# 32èmes Journées Régionales de Prévention des Infections Associées aux Soins du Grand Est

## Gestion des BHRe en USLD



A. BRAZZI , IDE Hygiéniste, - JS. TRESCHER, PH Pharmacien  
EOH du Centre Hospitalier Intercommunal des « Hôpitaux du Massif des Vosges » [CHI HMV]

Aucun lien d'intérêt à déclarer.



## Le CHI des HMV regroupe 6 sites à l'Est des Vosges



**1 086 lits et 263 places**

# Le territoire

Le Centre Hospitalier Intercommunal des « Hôpitaux du Massif des Vosges » a été créé au **1er janvier 2022** par la fusion des Centres Hospitaliers de Saint-Dié-des-Vosges, Gérardmer, de l'Etablissement de Santé de Fraize / Foucharupt, du CHI des 5 Vallées de Moyenmoutier, et de l'intégration de l'EHPAD Les Charmes de Saint-Dié-des-Vosges.



**1086** lits et **263** places



**500** naissances



Plus de **30 400** passages aux urgences

**3 498** interventions chirurgicales

**45 000** consultations

Plus de **1 748** professionnels

EOH

**0,5** ETP praticien

**1,5** ETP IDE hygiéniste





# L'hôpital de Foucharupt



- **155** lits d'EHPAD dont **15** lits en Unité Vie Protégée (UVP), répartis globalement sur 6 secteurs
- **30** lits de long séjour
- **6** places d'Accueil de Jour



# USLD

Service de **30** lits

- 15 chambres individuelles et 9 chambres doubles
- Salle à manger commune
- 2 salles de bain
- Lave bassin



Séparé d'un secteur d'EHPAD uniquement par 1 porte coupe feux.

Organisation :

- 1 IDE en poste
- 3 AS par poste le matin et 2 l'après-midi.
- La nuit 1 IDE + 1 AS.
- ASH : 2 le matin, 1 l'après-midi.

En moyenne le service héberge une vingtaine de patients qui sont tous en chambres individuelles.

## Présentation du cas

- En novembre : demande de transfert vers le service de long séjour d'une patiente oxygénorequérante porteuse d'une ***Klebsiella pneumoniae*** productrice d'une carbapénémase de type OXA 48 qui a été diagnostiquée dans un service de médecine des HMMV.
- La Direction du site et l'encadrement s'inquiètent de ce transfert et demande l'avis de l'EOH car le service est mitoyen d'un service d'EHPAD.
- Rencontre avec la Direction du site, le médecin responsable, l'encadrement pour définir les modalités d'accueil de cette patiente dans un délais rapide.

# Plan d'actions



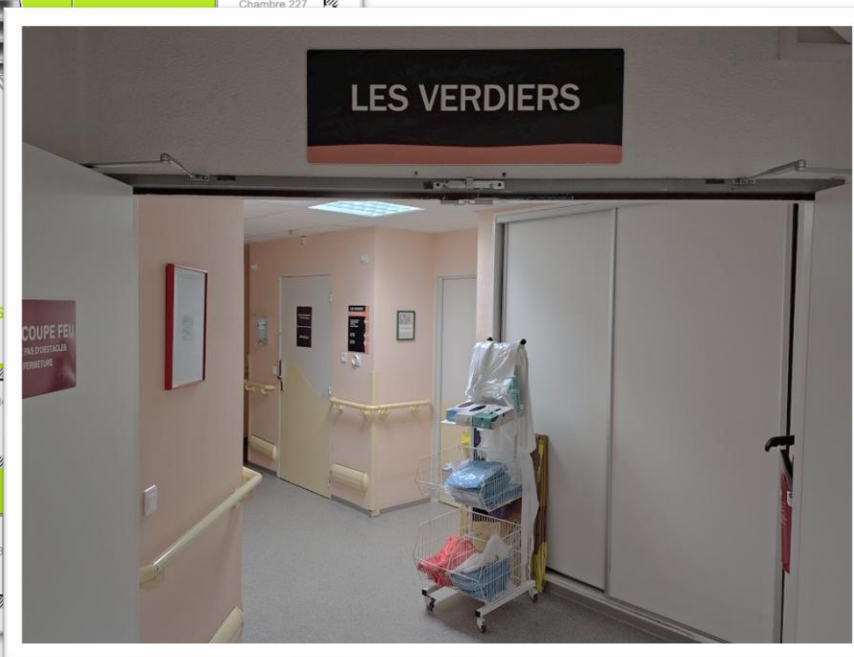
- Mise en place d'une politique de dépistage tous les 15 jours de tous les contacts.
- Information du laboratoire et formalisation des jours de dépistages (choix de réaliser les dépistages par biologie moléculaire).
- Décision de ne pas dépister les résidents de l'EHPAD du secteur voisin.
- Visite des locaux par l'EOH pour voir si l'admission présente un risque particulier.
- Lave bassin présent dans le service + mode dégradé existant (système Hygie®).
- Circuit déchet ok.
- Validation de la chambre.
- Planification d'une intervention de l'EOH auprès de l'équipe du service.



Porte coupe  
feu fermée

**Patiente  
BHRe +**

SDB



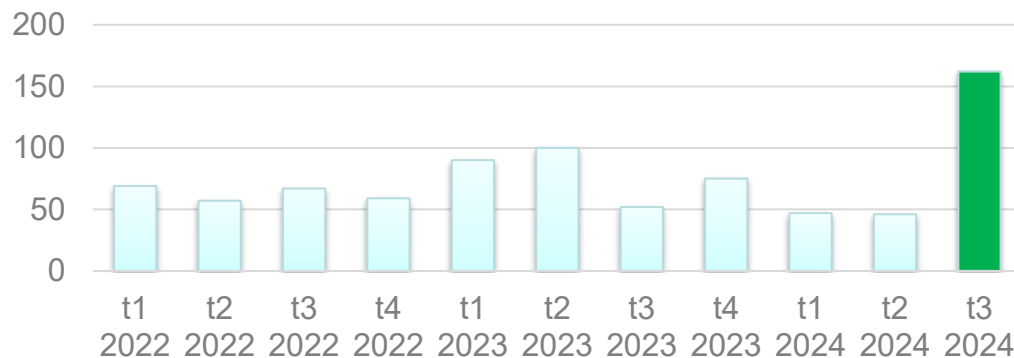


## Intervention de l'EOH dans le service avant transfert :

- Rappel sur les PS et les PCC.
- Rappel sur la gestion des excréta (tablier à UU +++).
- Rappel sur les BHRe et les risques.
- Rappel sur l'hygiène des mains +++++ car perfectible.
  - ➔ Distributeur dans toutes les chambres.
- Patients contact identifiés dans le DPI avec consigne en cas de transfert dans une autre service ou établissement.
- Information de l'ensemble des équipes des HMOV.



score icsha trimestriel en %



3ème trimestre 2024 :  
préparation de la visite de  
certification de l'EHPAD avec re  
sensibilisation de toutes les  
équipes d'où une augmentation  
des scores.

## Dépistage bimensuel des contacts

- Décembre : 41 dépistages négatifs
- Janvier : 42 dépistages négatifs
- Visite sur site de l'EOH : RAS

## Dépistage mensuel de la patiente porteuse

Décembre : positif

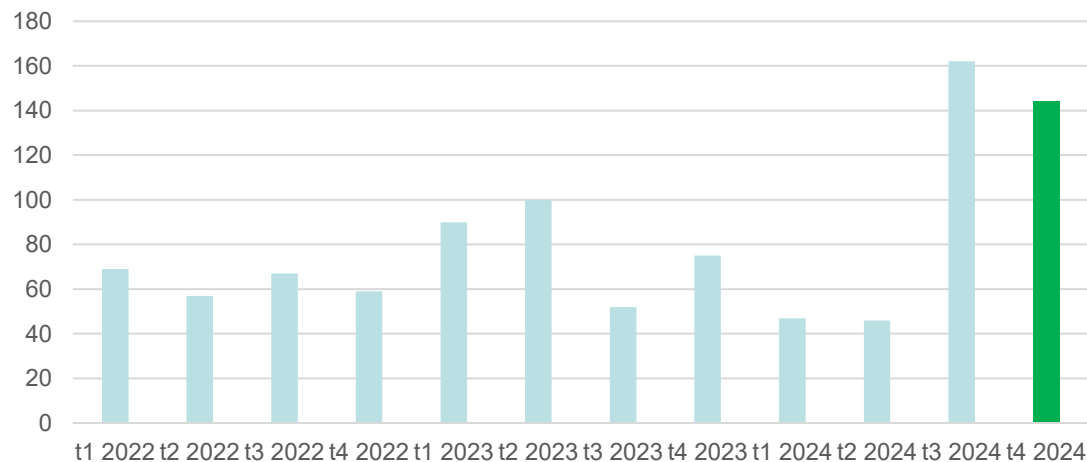
Janvier : positif



## Consommation de SHA : OK



score icsha trimestriel en %



Suite à ces premiers résultats satisfaisants et bien que la patiente reste excrétrice , la décision est prise de passer à un dépistage mensuel en février.

24 février

**ALERTE**



**Alerte du laboratoire, découverte lors des dépistages des cas contact d'une seconde *Klebsiella pneumoniae* productrice d'une carbapénémase de type OXA 48 chez une autre patiente :**

- Patiente testée négativement le 21 janvier mais qui a bénéficié de 7 jours de traitement par **ceftriaxone** début février.
- L'antibiogramme des 2 souches est très proche.

En l'absence d'autres explications :

→ Considérée comme un cas secondaire



## → Cellule de crise :

Direction de site, Médecin responsable encadrement, EOH.





## Mesures immédiates :


- Regroupement des patients dans une même zone.
- Reprise des dépistages bimensuels.
- Intervention de l'EOH sur site pour comprendre.
- Déclaration E-sin.
- Information au Cpias Grand Est.



**VOSGES**

 **CENTRE DE CURE MEDICALE DE FOUCHARUPT (880006150) [Saint-Dié]**

 **USLD - HMV**

 **Klebsiella pneumoniae OXA-48**

Niveau de risque faible à élevé



**Cas N°2**

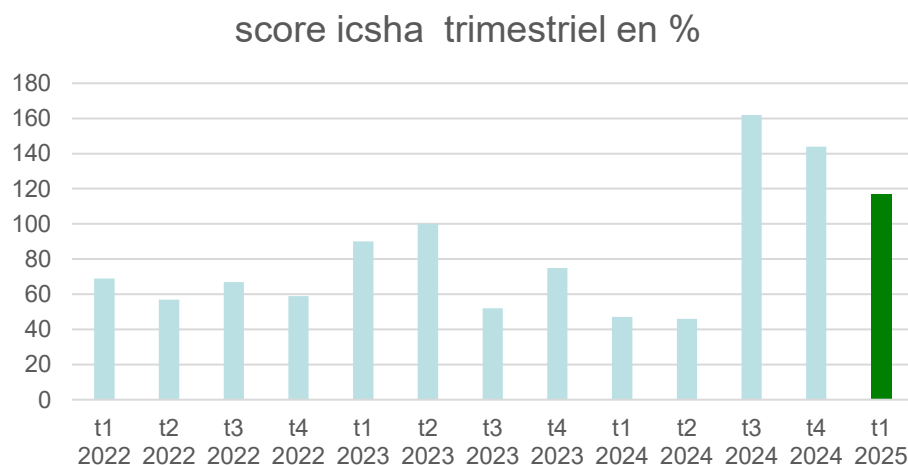
**Cas N°1**

Visite sur le site de l'EOH :

- Chambre des 2 patientes distantes.
- Les 2 patientes restent dans leurs chambres et n'ont pas de contact direct.
- Pas de visiteurs communs.
- Les 2 patientes n'utilisent pas la même salle de bain.
- Les chariots de change sont différents.
- Les chariots de linges sales sont différents.



- Respect de l'hygiène des mains.
- Port du tablier respecté.
- Bionettoyage respecté, utilisation conforme des produits de bionettoyage.
- Désinfection du matériel médical selon la procédure.
- Lave bassin fonctionnel.
- Analyses de surfaces réalisées par l'EOH dans les locaux communs : pas de BHRe retrouvées (15 points de contrôle).



**Analyse des  
consommations**



Entretien avec les agents et l'encadrement :

- Pas de nouveaux agents.
- Pas de changement de pratiques.
- Pas de nouveaux patients dans le service.

Lors des entretiens, le personnel signale que la semaine précédente, le lave vaisselle de la cuisine relais du site est tombé en panne et que la consigne a été donnée de traiter une partie de la vaisselle directement dans les services de soins **avec un liquide vaisselle standard** pour ne pas saturer la plonge de la cuisine centrale.

En routine sur le site de Foucharupt, les repas sont livrés en liaison froide 2 fois par jour par la cuisine centrale mais **la vaisselle est traitée sur le site avant d'être renvoyée en cuisine centrale.**



- Traitement de la vaisselle manuelle dans le service avec un **détergent simple sans procédure spécifique.**



- La vaisselle de la patiente porteuse a été traitée avec le reste de la vaisselle des autres patients
  - Pas de traitement préalable



**Risque que de la vaisselle contaminée mal lavée soit renvoyée à la cuisine centrale des HNV et contamine un patient dans d'autres services**



## Après contact avec la cuisine :

Durant la panne, seule une partie de la vaisselle salle a été renvoyée en cuisine centrale pour être lavée avec un lave vaisselle professionnel. Certains éléments n'ont pas été renvoyés.

## Traités en cuisine centrale :

- Couverts
- Assiettes

## Traités dans le service :

- Bol
- Verre
- Verre canard





Information rassurante : aucun couvert ni assiette du service n'a été remis dans un autre service sans passer dans le lave vaisselle de la cuisine centrale durant la panne.

➡ Pas de risque de cas secondaire lié à la vaisselle dans un autre service de l'établissement



Par contre pour la vaisselle traitée dans le service :

➡ Existence d'un risque avéré de transmission

Circonstance aggravante :

- Séchage avec des torchons encore présent dans le service
- Mauvaise utilisation du produit vaisselle





Le personnel soignant signale que les 2 patientes utilisent des verres canards pour s'hydrater mais aussi pour s'alimenter

- La patiente porteuse préfère une alimentation liquide (soupe enrichie) en plus de d'une hydratation (eau tisane et des jus de fruits). Elle utilise plusieurs verres canards par jour qui sont parfois très souillés
- La patiente contaminée utilise également les verres canards pour s'hydrater et pour ses compléments alimentaires





## Comment expliquer ce dysfonctionnement ?

- ➔ Les ASH chargées du nettoyage de la vaisselle n'ont pas anticipé le risque de contamination croisée.
- ➔ Absence de procédure en cas de panne du lave vaisselle.
- ➔ Méconnaissance sur la plonge manuelle



# Actions correctives

- Mise en place par le service restauration d'une procédure de traitement de la vaisselle en service en cas de panne de lave vaisselle
- Référencement d'un produit vaisselle désinfectant
- Information auprès des ASH
- Mise en place de formation HACCP



## Suite à ce second cas

- Résultats des dépistage bimensuels pour 2 mois et réévaluation :
  - Mars : 39 dépistages négatifs
  - Avril : 41 dépistages négatifs
- Dépistage des patientes porteuses
  - 1er patiente : toujours excrétrice en avril
  - 2ème patient : dépistage négatif en avril
- Prélèvement de surfaces en avril : revenus négatifs

**Suite à ces résultats satisfaisants, la décision est prise de repasser à un dépistage mensuel**

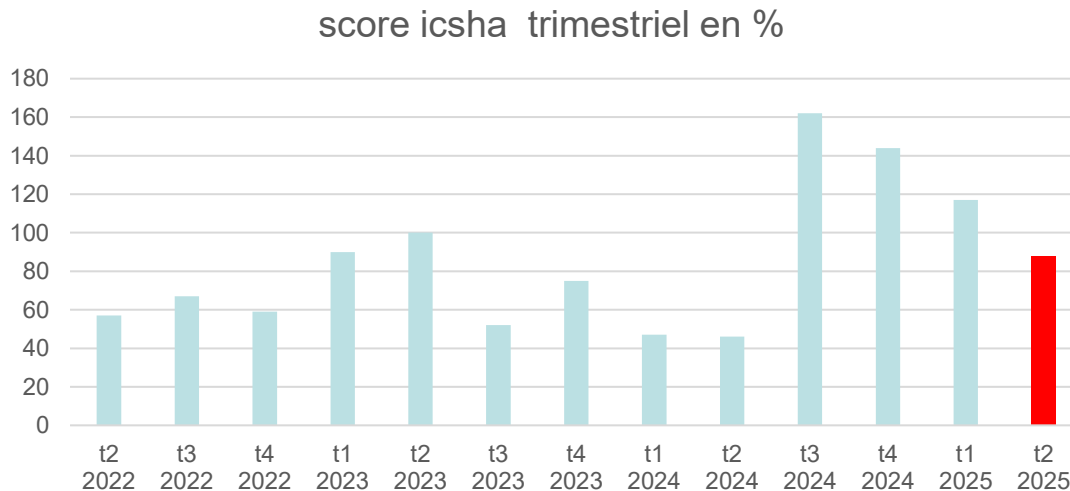


Bref cela devient la routine mais



- Mai : 20 dépistages négatifs
- Juin : **19** dépistages négatifs
- Juillet : **17** dépistages négatifs
- Aout : **18** dépistages négatifs

Des oublis dans le dépistages



Une baisse de la consommation de SHA à partir de juin





**Cette expérience démontre que la moindre erreur, aussi insignifiante soit-elle, peut suffire à déclencher une contamination.**

Face aux BHRe, l'efficacité des mesures de précaution repose :

- ➔ la formation de l'ensemble des agents
- ➔ sur une application réfléchie
- ➔ sur une application irréprochable
- ➔ une vigilance permanente partagée par tous les membres du service.
- ➔ et sur la capacité à maintenir dans le temps les mesures prises

**« Une petite brèche dans la vigilance  
ouvre la porte à la contamination ! »**





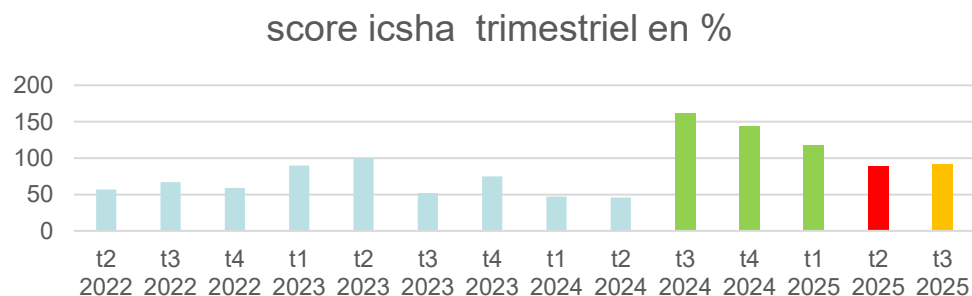
- Admission fin août d'un patient dans le service
  - Patient non dépisté à l'admission
  - lors du 1er dépistage de routine pour ce patient: appel du laboratoire pour signaler la présence d'une EPC
  - cas secondaire ou nouveau cas ?
  - 2<sup>ème</sup> appel du labo : *Enterobacter cloacae* VIM
  - Soulagement de courte durée car ce patient n'était pas identifié à risque

## On recommence :



- Cellule de crise (encore)
- Intervention sur site de l'EOH
- Analyse des pratiques
  - Baisse de la consommation de SHA durant l'été
- Remise en place du dépistage des contacts tous les 15 jours pendant 2 mois
- Prélèvements de surface dans la chambre du patient et dans les locaux communs mais aussi des 2 chambres des patientes porteuses BHRe

- Tous les 1<sup>er</sup> dépistages des patients sont revenus négatifs
- Tous les résultats des prélèvements environnementaux reviennent négatifs à l'exception du siphon de l'évier de l'office alimentaire où l'on retrouve un *Enterobacter cloacae* VIM
- Envoi des 2 souches VIM au CNR pour les comparer et voir s'il existe un lien entre elle
- Traitement du siphon par l'eau de javel après détartrage





- A cette heure
  - Pas de réponse du CNR
  - Pas d'explication sur la présence d'une souche VIM dans le siphon
  - Se pose la question de traiter l'ensemble des siphons du service



À RETENIR!

**Conclusion :**  
**Ce que cette épidémie**  
**nous a appris...**

- Les BHRe sont comme les invités surprise : ils arrivent sans prévenir et repartent quand ils veulent.
- Le SHA, c'est comme le café : indispensable pour bien commencer la journée (et éviter les catastrophes).
- La vaisselle ? Elle mérite autant d'attention qu'un patient porteur... surtout les verres canards !
- Et surtout :  
"Une petite brèche dans la vigilance ouvre la porte à la contamination... et parfois à une cellule de crise surprise !"

**MERCI DE  
VOTRE  
ATTENTION**

