



Respect



Qualité



Solidarité



Innovatie



Engagement

Soins chroniques : apport du dépistage périodique de MRSA en complément au dépistage à l'admission

XVèmes rencontres internationales francophones des infirmiers en hygiène et prévention de l'infection
7 octobre 2016

Françoise ANTOINE,
Infirmière en Hygiène hospitalière, CHU St-Pierre Bruxelles Belgique

En collaboration avec le laboratoire de Microbiologie, les membres de l'EOHH et les Services d'indice Sp et G du site Alexiens

Préambule : quelques précisions linguistiques

- Revalidation :

- *Médecine (Belgique)* Série de soins destinés à restituer au patient ses facultés perdues, qu'il s'agisse de capacités motrices, sensorielles ou cognitives
 - *EX : L'unité de **revalidation** accueille des patients nécessitant une réadaptation et une réinsertion à caractère locomoteur mais également neurologique. CHC Notre Dame Waremme*

- MRS ou Maison de Repos et de Soins

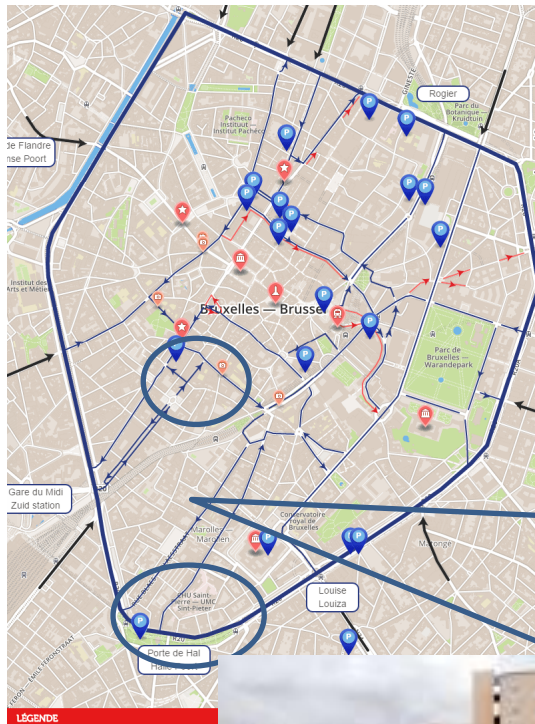
- Etablissement destiné à l'hébergement de personnes âgées de 60 ans au moins qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et s'il y a lieu de **soins infirmiers** ou paramédicaux.

- MRPA ou Maison de Repos

- Ces institutions s'adressent à des personnes de plus de 60 ans qui y résident de façon habituelle. Dans ces maisons de repos, le logement mais aussi les services collectifs, les aides à la vie journalière et si nécessaire des soins sont organisés.

- MRSA = SARM

Contexte géographique



CHU Saint-Pierre

Hôpital public centre-ville

Hôpital universitaire

Ex-hôpital du CPAS

2 sites distincts

Missions :

Accueillir et soigner

Enseigner

Faire de la Recherche

Contexte scientifique

Présence de MRSA tant en services aigus que chroniques

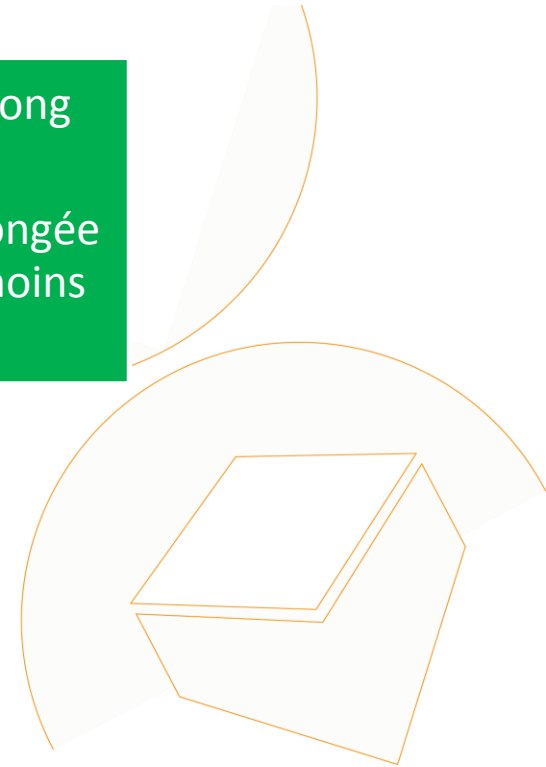
Procédures établies

- * Dépistage
- * Décolonisation

Lits aigus
Séjours courts
Multiples dispositifs médicaux

Lits de Moyen et Long Séjour
Durée de séjour allongée
mais pathologies moins lourdes

Nécessité de surveiller
l'apparition de nouveaux porteurs



Contexte scientifique - 2

Le risque, pour un porteur MRSA,
de développer une infection
peut aller **jusqu'à 29%**

In MRSA : burden of disease and control challenges in Europe ECDC 2010

Porteurs de MRSA en Long Séjour :
risque de mortalité dans les **36 mois => multiplié par 1,4**

In : Suetens C & al. J Am Geriatric. Soc.2006

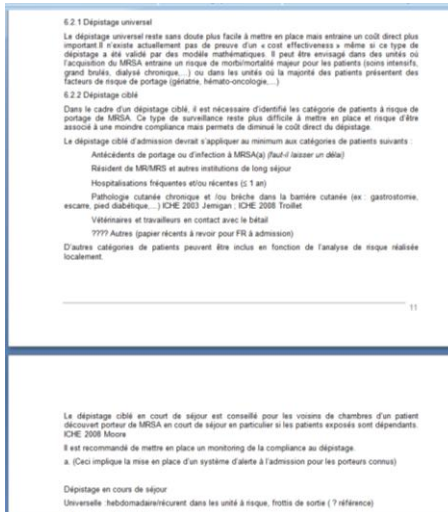
5% des porteurs de longue durée sont décédés d'une infection
à MRSA **dans les 4 années** du portage

In : Datta R, Huang SS. Clin Infect Dis. 2008

Contexte scientifique et recommandations en hôpital aigu

Recommandations du CSS 2003 relatives à la prise en charge des MRSA en hôpitaux aigus

- **Dépister**
 - Dépistage ciblé
 - Dépistage Universel
- « Isoler » = mettre en Précautions Additionnelles
- Décoloniser
 - Plan de 5 jours



Contexte scientifique et recommandations en MRS/MRPA



GESTION DES INFECTIONS LIEES AUX SOINS EN MRS ET MRPA

Rapport rédigé pour le SPF Santé Publique

15 décembre 2014

Deutschsprachiges Konsortium



Consortium Flandre - Gand



Coordination : P. Matthys, SPF Santé Publique



Le dépistage du MRSA.

Le dépistage systématique (screening) de MRSA chez des résidents présentant un faible risque de portage de MRSA n'est pas utile. Le groupe de travail pluridisciplinaire sous les auspices du Groupement de Dépistage, d'Étude et de Prévention des Infections dans les Hôpitaux (GDEPIH) a publié un texte de consensus « Mesures préventives de la transmission du MRSA dans les maisons de repos et de soins » en Juillet 2005 ⁽⁸⁾. Nous en re prenons des extraits auxquels nous avons ajouté quelques commentaires.

Le dépistage systématique de MRSA ne doit s'envisager que face à un risque accru de colonisation chez le résident ou en présence d'une épidémie.

L'objectif de la détection de résidents porteurs de MRSA en maison de repos est d'identifier les porteurs chroniques qui pourraient mettre en danger la politique de prévention du MRSA dans l'institution. En identifiant ces porteurs, des précautions additionnelles peuvent être prises à temps afin d'éviter la transmission vers d'autres résidents. Il s'agit le plus souvent de résidents qui présentent des facteurs de risque et qui par ce biais ont un risque accru d'être colonisés par du MRSA.

Idéalement, lorsqu'un MRSA a été isolé chez un résident pendant une hospitalisation, il devrait à sa sortie de l'hôpital recevoir un document (= document de transfert) précisant le type de micro-organisme isolé ainsi que sa localisation et la date de son isolement. Ce document devrait également donner une brève description de la décolonisation mise en route ainsi que du statut MRSA à la sortie du résident. Des recommandations relatives au traitement à poursuivre sont fournies.

Contexte scientifique et recommandations en revalidation

Recommandations nationales

- Rien

Projet du Groupe de travail « MRSA en Revali » de la PFRHH de Bxl-BW

- Dépister à l'admission ou mieux avoir un dépistage de sortie de l'unité aigue
- Raisonnable : contrôle tous les **trois** mois

Contexte local

- Hôpital général
- 2 sites distants de 1.200 m avec des missions différentes
 - Site Porte de Hal = hôpital aigu
 - Site Alexiens = unités de Moyen Séjour



Tableau synoptique des dépistages de BMR au CHU SP (validation CHH 26/9/16)

	MRSA		ESBL / BMR		CPE	
	A l'admission	Durant le séjour	A l'admission	Durant le séjour	A l'admission	Durant le séjour
USI : 607 A, B, C, 611	Dans les 24h	1 x / semaine	Dans les 24h	1 x / semaine	TOUTES LES UNITÉS Dans les 24h, uniquement SUR FACTEUR DE RISQUE : -Transfert d'un autre pays (tous, pas de distinction selon les pays/régions) -Transfert d'un autre hôpital en Belgique (certainement si situation épidémique avérée) -Patient avec ATCD de portage de CPE (cf alerte bDoc)	-Cas en lien épidémiologique avec un cas sporadique de CPE découvert sur un prélèvement clinique (voisin de chambre, travailleur de santé commun) -Enquête de prévalence
Onco-hémato (306)	Dans les 24h		Dans les 24h			
CDP 4A, 4B, 5A, 5B	Dans les 24h	1 x / trimestre				
CDP 6A, 8A	Dans les 24h	1 x / trimestre	Dans les 24h			
Autres unités porte de Hal	Dans les 24h, uniquement SUR FACTEUR DE RISQUE : -Porteur connu de MRSA -Porteur plaie chronique, stomie, etc. -Patient hospitalisé dans les 12 mois (Belgique ou étranger) -Patient multihospitalisé -Patient en provenance d'un centre de Moyen ou Long séjour -Patient travaillant avec des animaux d'élevage (vétérinaires, fermiers...) - Transfert d'un autre pays.	-Cas avec un lien épidémiologique avec un cas sporadique de MRSA découvert sur un prélèvement de dépistage ou clinique (voisin de chambre, travailleur de santé commun)	Transfert d'un autre pays			

Contexte local - 2

- Sur le site Alexiens :
 - 6 unités de soins (153L) toutes dans des locaux remis totalement à neuf en 2014/2015
 - 1 salle de kinésithérapie pour les patients de toutes les US sauf la revalidation cardio-pneumo

Aile A	Aile B
Salle commune Kinésithérapie	
Revalidation Cardio-Pneumo (28L)	
Revalidation Ortho-Neuro (24L)	
Revalidation Gériatrique (24L)	Revalidation PsychoGériatrique (27L)
Revalidation PsychoGériatrique (24L)	Revalidation PsychoGériatrique (26L)

Contexte local - 3

- Recommandations internes relatives au dépistage du MRSA (avant l'introduction des prévalences pluriannuelles) :
 - Dépistage universel d'admission (que le nouveau patient provienne d'un centre extérieur ou d'une unité du CHU SP)
 - Pas de contrôle durant le séjour sauf pour les patients positifs

Origine de la recherche



2 cas Nosoco en
ΨG en mars
2015

Décolonisation
réussie des 2
patients

Existence de
risques accrus
pour les patients

Dépistage
trimestriel
pendant 18 mois

But de la recherche

- Prévenir la transmission du MRSA
 - Risque de morbi-mortalité accru
 - Si + -> décoloniser le patient
 - Pour le protéger
 - Pour limiter le portage environnemental et le risque de création d'un réservoir
 - Séjours longs
 - Revalidation dans divers secteurs (matériel difficile à décontaminer)
 - Déambulateurs



Objectifs

1

- Déterminer l'intérêt d'une surveillance d'acquisition du MRSA durant le séjour des patients

2

- Tester la faisabilité de ce screening généralisé

3

- Suivre l'épidémiologie du MRSA dans ces secteurs de Moyen Séjour

Méthode - 2

Prévalence dans toutes les unités de moyen séjour, un **jour donné**

Screening de **tous les patients présents**

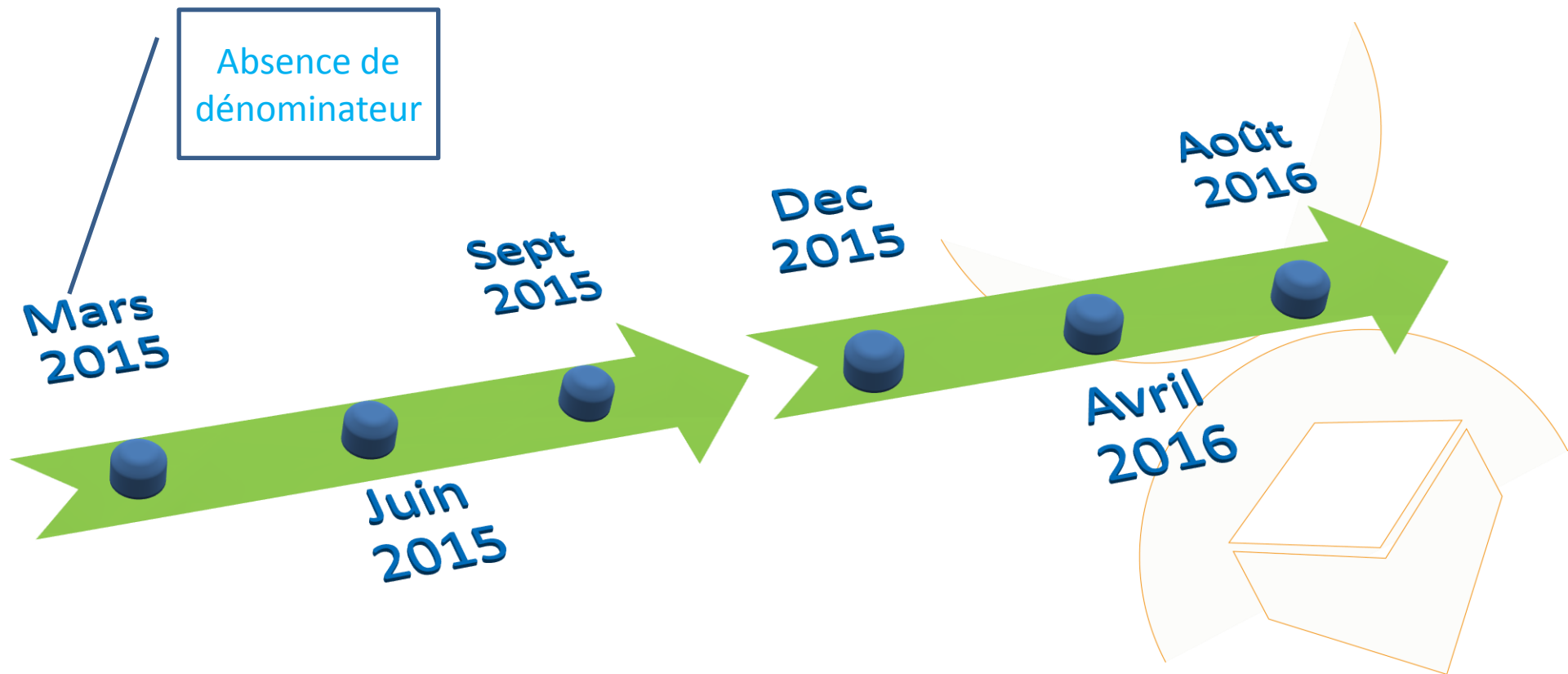
NB : quelle que soit la date du screen précédent sauf patient MRSA positif en cours de décolonisation ou chronique

Coordination avec le laboratoire

Rappel par mail une dizaine de jours avant la date, aux infirmiers et aux médecins

Méthode - 3

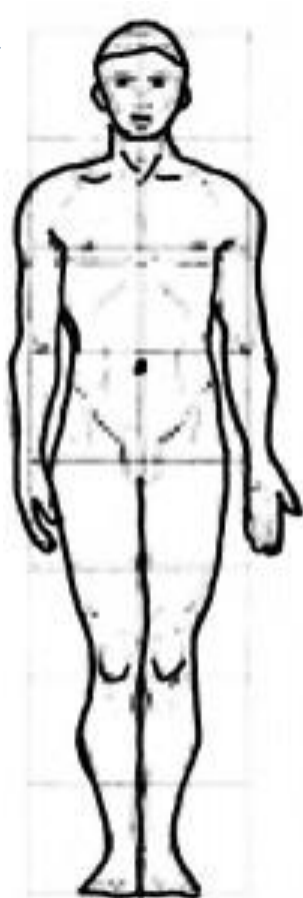
- Prévalences organisées à partir de début 2015



Méthode - 4

NEZ
GORGE

PLI INGUINAL



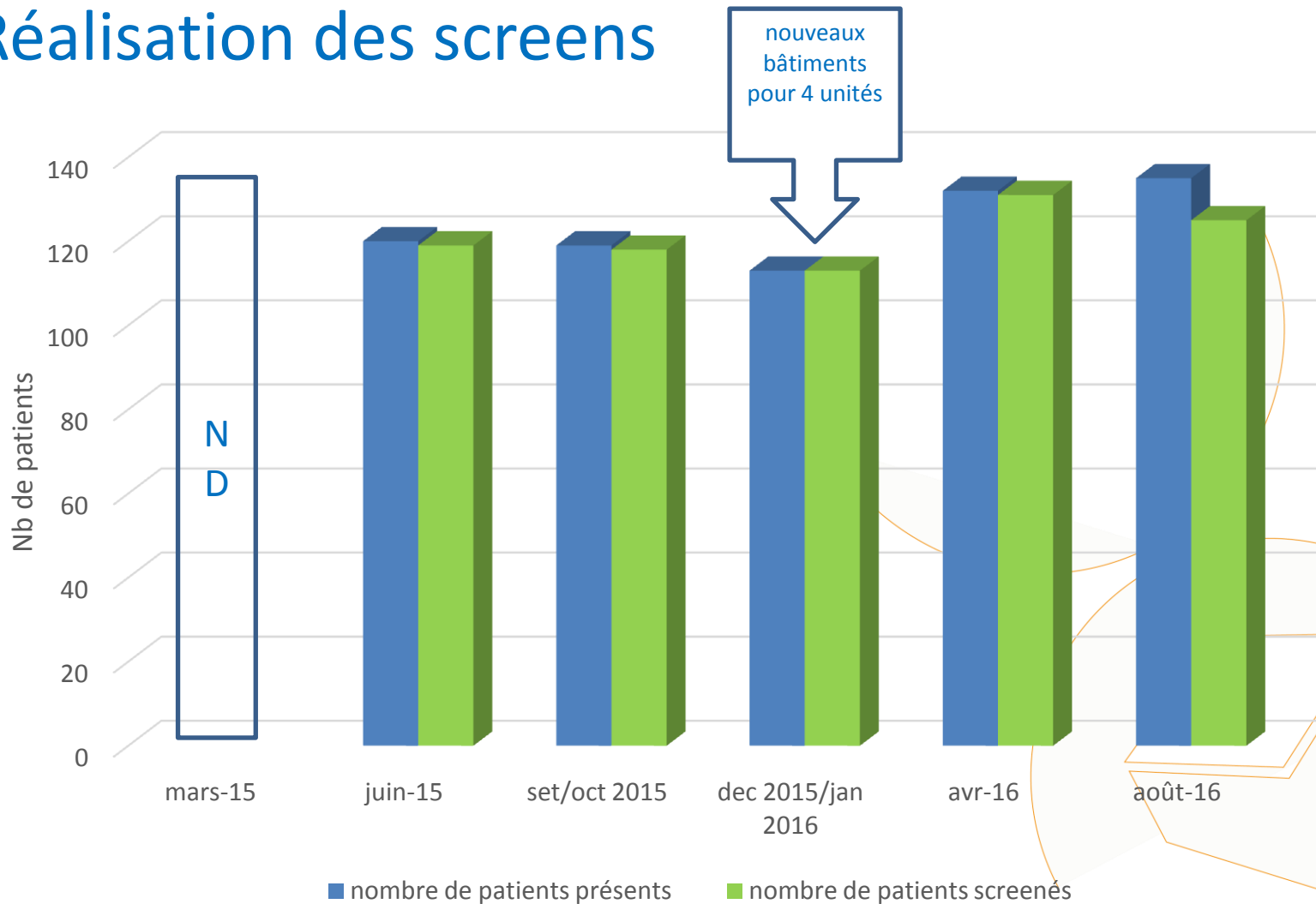
Encore quelques précisions linguistiques

- Cas importé
 - Diagnostiqué dans les 48h de l'arrivée du patient
- Cas connu
 - Positif dans les 12 mois qui précèdent (dans notre labo ou preuve microbiologique ou anamnestique)
- Cas nosocomial (=> associé aux soins)
 - Diagnostiqué durant le séjour ($\geq 48h$)

- Source : NSIH - Enregistrement national des MRSA (Belgique)

Résultats

- Réalisation des screens





Respect



Qualité



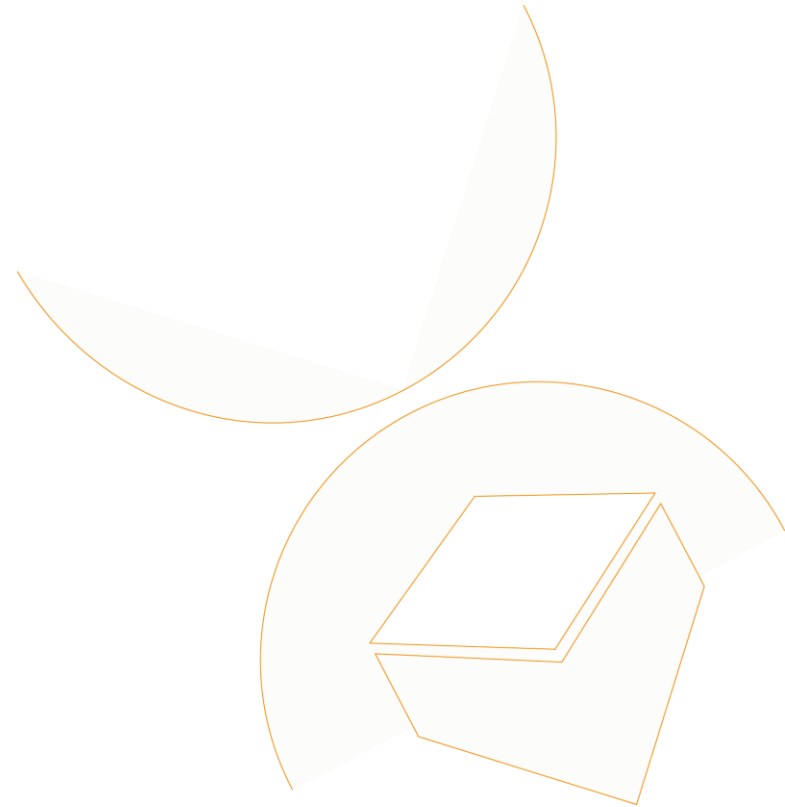
Solidarité



Innovatie



Engagement



Conclusions

- Faisabilité

- Objectif atteint ? Quasi totalement

- 13 non screenés (dont 3 patients MRSA) sur 619 patients présents

- Limites

- disponibilité du labo (collaboration indispensable)
 - périodes choisies (août = vacances)

- Pour le futur

- Maintien de la vigilance (cf. dernière prévalence)
 - Poursuite du feedback systématique par prévalence et annuel

Conclusions

- Efficacité
 - Sans dépistage, 1 MRSA sur 5 n'aurait pas été identifié !
 - Découverte de cas nosocomiaux lors de 4 prévalences sur les 6 (soit 7/39 MRSA découverts)
 - Surveillance systématique sur le long terme des patients positifs décolonisés et toujours présents

Pour votre attention

