



Le cohorting pour les BHRe : retour d'expérience

C. Legeay, H. Cormier, C. Perrin-Bayard, V. Moreau-Lherbette, S. Rouger, V. Rabier

XXIXe Congrès SF2H - Montpellier 2018

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

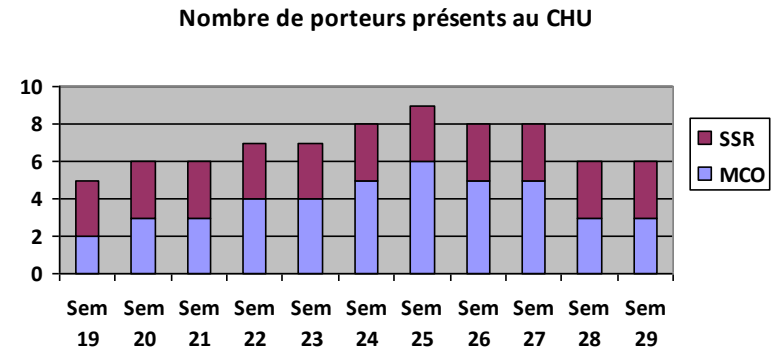
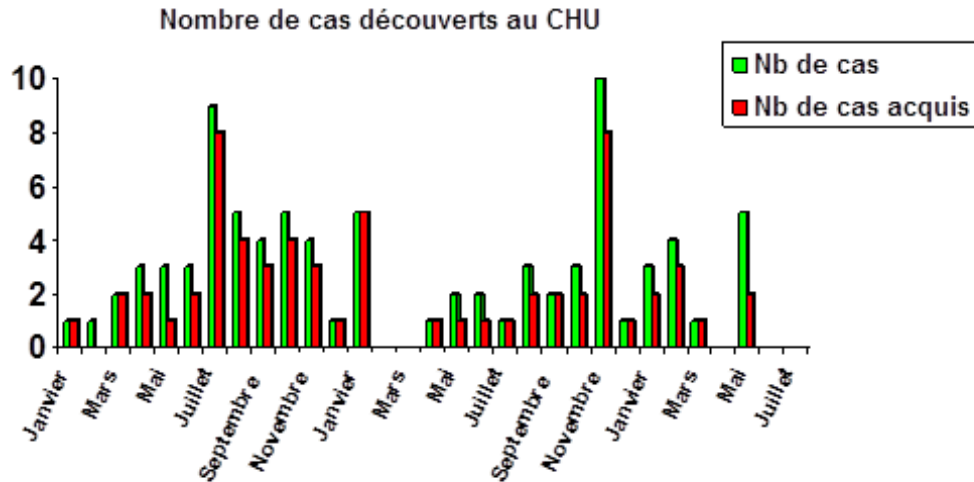
Conférencier: Clément, LEGEAY, Angers

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

Le contexte local

- CHU de 1500 lits avec toutes les activités de MCO + 1 SSR
- Epidémie d'EPC (*Klebsiella pneumoniae* OXA-48 - Kp OXA-48) depuis novembre 2013
- Nombreuses réhospitalisations
 - 3 à 5 porteurs sur le CHU chaque semaine
 - Isolés dans leurs services respectifs
- Acquisitions régulières
 - 25% des réadmissions de porteurs occasionnent 1 cas secondaire

Situation épidémique juin 2016



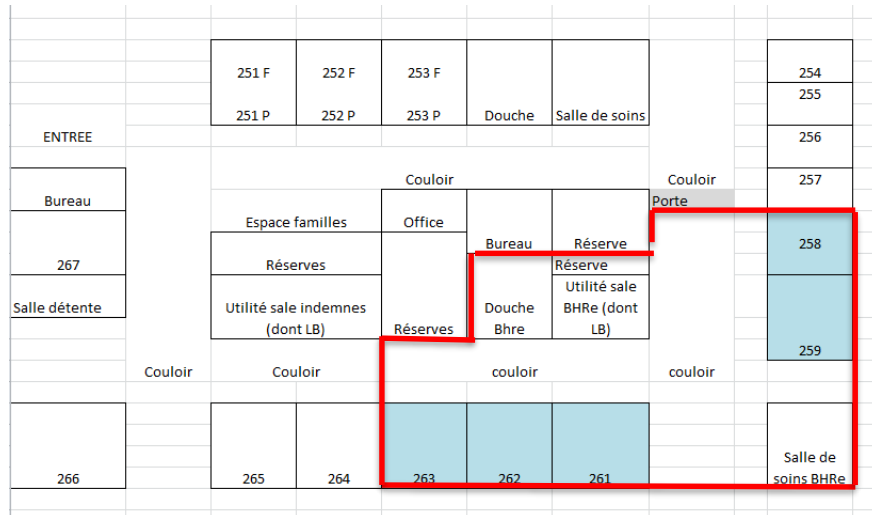
107 patients porteurs de BHRé ont été mis en évidence au CHU depuis Novembre 2013. 93 cas acquis et 14 importés

- 23 cas de KPC,
- 1 cas NDM-1,
- 1 cas VIM,
- 1 cas ERV,
- 81 cas d'oxa-48.

Juillet 2016 : ouverture d'un cohorting

- Demande de l'ARS Pays de la Loire de stopper l'épidémie
- Réunion médicale sous égide de la CME
 - Rassemblement des porteurs (sauf raison médicale)
 - Mise en place de personnel dédié
- « Heureux élus » = maladies infectieuses (SMIT)
 - Médecine polyvalente
 - Connaissance de la problématique

Organisation du cohorting



Personnel dédié : 100% paramédical
Mobilisé à partir de 2 porteurs BHRé

- 3,6 ETP IDE de jour
- 2,5 ETP IDE de nuit
- 3,6 ETP AS
- 1,8 ETP ASH

Sollicités en fonction du nombre de porteurs et du niveau de dépendance

Réaffectés sur d'autres services si pas de porteurs BHRé

1 IDE EOH positionnée en appui
« cohorting »

Au sein d'une unité de 19 lits de maladies infectieuses :

- 5 chambres individuelles
- 1 salle de soin
- 1 utilité « sale » avec lave-bassin
- 1 douche
- Petit matériel et chariots de soins

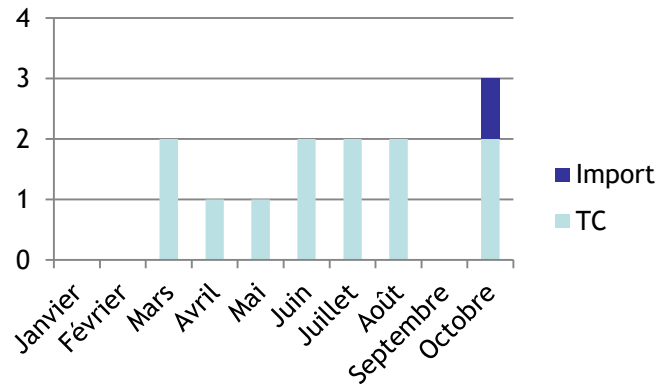
1^{ère} période : les balbutiements

■ Juillet 2016 à mars 2017

- Formation des agents du pool « BHRe »
- Organisation de l'équipe paramédicale :
 - Tenue différente entre conventionnel et cohorting
 - Interdiction d'aller dans les chambres de « l'autre côté »
 - Individualisation (petit à petit...) du matériel
- Peu de réadmissions de porteurs
 - Pression de colonisation : 50 jours porteurs / 1000 JH
 - **1 acquisition** (en présence d'1 porteur sans personnel dédié)

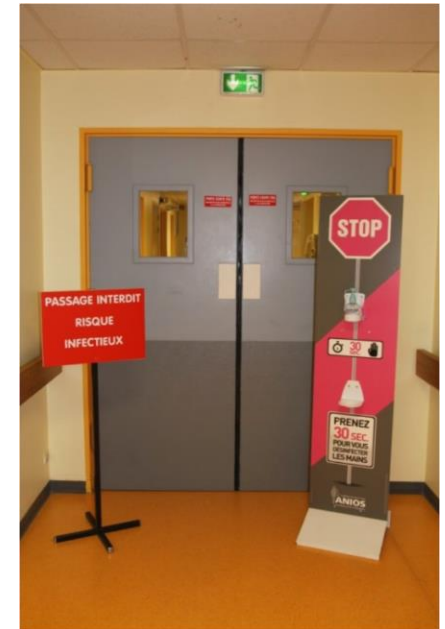
2^{ème} période : la galère

- De mars 2017 à début octobre 2017
 - Réadmissions de plusieurs porteurs
 - Durée de séjour +++
 - Acquisitions côté conventionnel
 - Nombreux contacts générés



2^{ème} période : la galère

- 12 acquisitions avec une pression de colonisation de 110 jours porteurs pour 1000 JH
 - 7 acquisitions pour 70 jours avec 1 porteur présent
 - 5 acquisitions pour 124 jours avec personnel dédié
- Actions correctives :
 - Audit extérieur (CPIAS)
 - Validation organisation
 - Problématique des flux
 - Renforcement discipline et isolement géographique
 - Dépistages hebdomadaires côté conventionnel
 - Réunions de sensibilisation

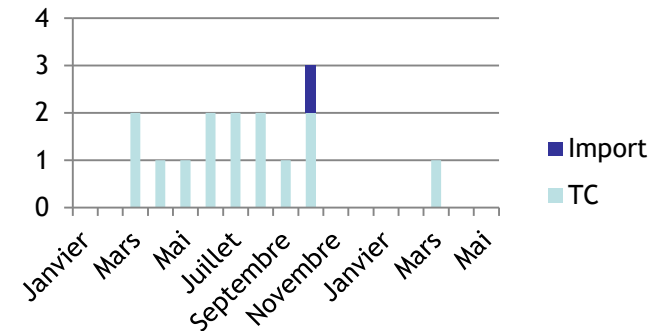


3^{ème} période : la maîtrise ?

■ De novembre 2017 à avril 2018

- Nombreux porteurs présents
- Absence d'acquisition
- Excellent suivi de dépistages
 - > 80%
- Meilleure maîtrise des flux
 - Mais encore imparfaite

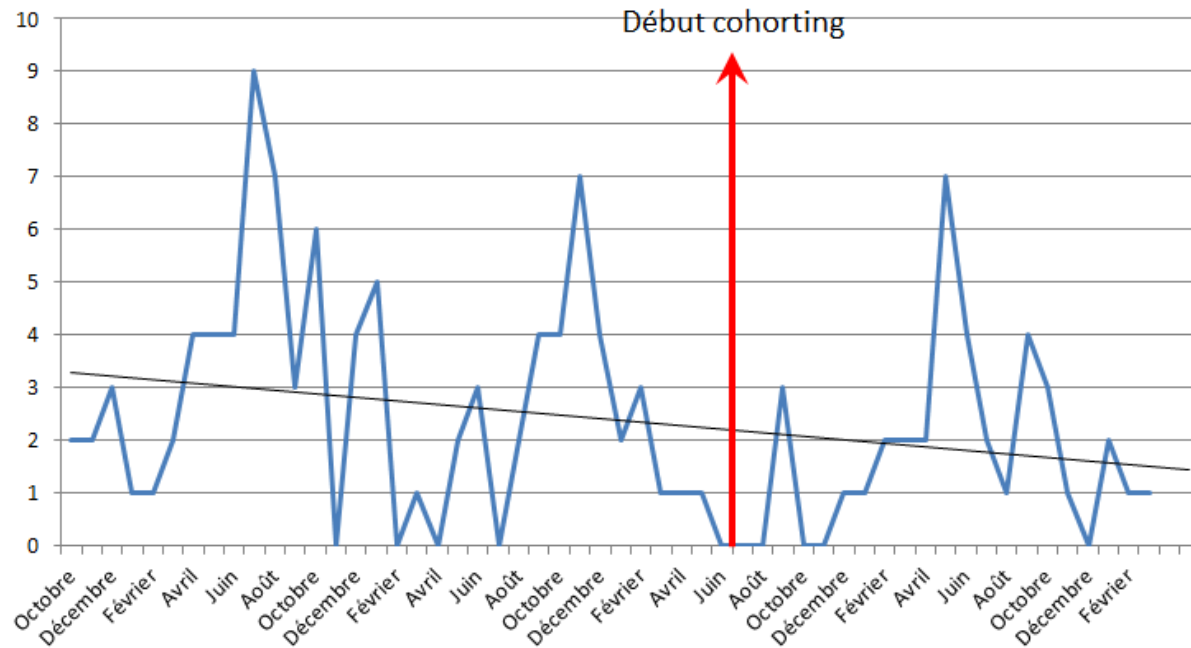
■ 1 acquisition pour une pression de colonisation 151 jours-porteurs/1000JH



Bilan du cohorting à 2 ans

- Avant cohorting : 2,8 acquisitions par mois
- Après cohorting : 1,6 acquisitions par mois

- Impact
 - Ava
 - Apr
- Aucun





Difficultés rencontrées

- Isolement géographique : 2 unités en 1
 - Discipline difficile à faire respecter
 - Incompréhensions
- Indication au « cohorting » pour patient négatif depuis plusieurs dépistages ?
 - Risque de réexposition d'un décolonisé ?
- Accompagnement des équipes
 - Mobilisation importante : réponse aux questions, reformatations, aide à l'organisation, sensibilisation...
 - Notamment si 1 seul porteur présent (pas de personnel dédié)

Perspectives

- Coût très élevé : > 500 000 euros par an en personnel
- Investissement lié aux travaux de réorganisation
- Rentabilité ?
 - Difficile à démontrer
- Durabilité ?
 - Intérêt du dispositif si réservoir extérieur augmente ?

Conclusion

- Le cohorting
 - Situation épidémique aigüe ? 
 - Situation épidémique chronique et diffuse ? 
- Choix du secteur
 - Pression antibiotique ?
 - Souvent choix limité...
- Personnel dédié c'est bien... Mais ça ne fait pas tout
 - Discipline +++
 - Accompagnement et reformation : éviter un « pool »
- Maintenir la surveillance sur le reste de l'hôpital



MERCI DE VOTRE ATTENTION