

Recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRé



Dr Sophia Mechkour

Définitions

BHRe	Le terme de BHRe regroupe les Entérobactéries Productrices de Carbapénémases (EPC) et les <i>Enterococcus faecium</i> Résistants aux Glycopeptides (ERG)
Patient porteur de BHRe excréteur	Patient dépisté positif en culture
Patient connu porteur de BHRe mais non excréteur	Patient connu, toujours classé comme porteur, mais dont le dépistage est négatif en culture et en PCR
Patient contact	Tout patient pris en charge par la même équipe paramédicale qu'un porteur, de jour et de nuit
Patient hors exposition	Patient qui n'est pas pris en charge par la même équipe paramédicale qu'un porteur de jour et de nuit
Epidémie	Au moins un cas secondaire parmi les patients contact c'est à dire au moins 2 patients colonisés ou infectés avec une bactérie produisant la même enzyme (OXA-48, VIM, NDM, KPC, ...)
Epidémie sous contrôle	<ul style="list-style-type: none"> - Les porteurs, les contacts et les naïfs sont pris en charge par du personnel distinct dédié - Au moins 3 dépistages à une semaine d'intervalle de l'ensemble des contacts présents sont négatifs (dépistages hors exposition).
Cohorting	Regroupement de plusieurs porteurs dans un secteur géographiquement dédié avec du personnel paramédical dédié
Marche en avant	Organisation des soins de manière à séparer la prise en charge du patient porteur de BHRe des autres patients contact ou naïfs (par exemple : planifier en dernier les séquences de soins programmables chez les porteurs pour les paramédicaux et les médicaux)

Définitions des niveaux de risque des cas contact

Selon le niveau de risque d'exposition à un patient porteur de BHRe dans un service, les patients contact sont classés selon 3 niveaux de risque :

- **Faible** : si le porteur d'une BHRe a été pris en charge en Précautions Complémentaires Contact (PCC) dès son admission
- **Moyen** : si le porteur a été pris en charge en Précautions standard (PS) à son admission (par exemple : découverte fortuite d'un patient porteur en cours d'hospitalisation)
- **Elevé** : si au moins un cas secondaire a été identifié parmi les patients contact (situation épidémique). Ce risque redevenant moyen si la situation épidémique est complètement maîtrisée

Qui dépister ?

- ✓ Tout patient ayant été hospitalisé à l'étranger pendant au moins 24h dans les 12 derniers mois. Il est possible de dépister à nouveau ces patients cibles dont le premier dépistage est négatif à l'admission selon une évaluation du risque liée au type d'hospitalisation à l'étranger
- ✓ Les patients résidant à l'étranger ou ayant séjourné à l'étranger depuis moins de 3 mois sans hospitalisation sur des critères d'analyse de risque (durée de séjour, pays, prise d'antibiotiques, modalités de voyage, ...)
- ✓ Tout patient connu porteur de BHRe réhospitalisé
- ✓ Tout patient contact à risque élevé réhospitalisé ou transféré d'un établissement de santé français
- ✓ Tout résident en provenance d'un établissement médico-social (EHPAD, FAM, MAS) dans lequel une **épidémie est active**

Il n'est pas recommandé de dépister les résidents en EHPAD sauf situation particulière régionale et après avis d'experts

Modalités de suivi des porteurs de BHRe

- Réadmission de patients connus porteurs de BHRe :
 - Hospitalisation en **chambre simple avec toilettes individualisées**
 - Prise en charge en **PCC**
 - **Dépistage par écouvillonnage ano-rectal** (matière fécale visible)
- Il est recommandé que l'EOH réalise **une analyse de risque** pour organiser la prise en charge de tout patient porteur de BHRe excréteur (dépistage positif) lors d'une réadmission, selon 3 alternatives :
 1. Organisation des soins selon une « marche en avant » et limitation du nombre de contacts
 2. Renfort en personnels, organisation des soins selon une « marche en avant » et limitation du nombre de contacts
 3. Personnel dédié
- Il est recommandé que **l'EOH accompagne les équipes du service, de jour comme de nuit, y compris les week-ends**, pour assurer un haut niveau de respect des PS, notamment l'hygiène des mains, la gestion des excréta et le bionettoyage
- Il est possible de retirer des listes de suivi les patients aux antécédents de portage de BHRe détectés négatifs par écouvillonnages rectaux successifs réalisés **à au moins 5 reprises dans une période d'au moins un an**

Modalités de suivi des patients contact

- Il est recommandé **d'analyser le risque (faible, moyen, élevé)** pour un patient contact de devenir porteur de BHRe en fonction du niveau de prise en charge initiale du patient porteur de BHRe (patient index)
- Il est recommandé de **dépister** les patients **contact à risque faible et à risque moyen** :
 - Une fois par semaine tant que le porteur est présent
 - Une fois après la sortie du porteur, idéalement entre 4 et 7 jours après l'arrêt de l'exposition ou avant la sortie
- Il est recommandé pour les patients **contact à risque élevé** :
 - De les dépister une fois par semaine tant que l'épidémie n'est pas maîtrisée et qu'au moins un porteur est présent
 - De placer en PCC et de dépister les patients contact à risque élevé réhospitalisés
 - De les inclure dans des dispositifs (informatiques ou autres) permettant de les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure
 - D'arrêter les dépistages et de retirer des listes de suivi ceux dont au moins 3 écouvillonnages rectaux successifs réalisés à une semaine d'intervalle et hors exposition sont négatifs
 - Lorsque l'épidémie est contrôlée, après 2 ans de recul, il est possible de les retirer des listes de suivi, y compris ceux qui n'ont pas eu 3 écouvillonnages rectaux hors exposition
- **Il n'est pas recommandé** d'inclure les patients contact **à risque faible et à risque moyen dans des dispositifs** (informatiques ou autres) permettant de les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure

Modalités de suivi des patients contact

	Patients contacts à faible risque	Patients contacts à risque moyen	Patients contacts à risque élevé
Alerte informatique pour repérer lors d'une réhospitalisation	Non	Non	Oui
Transfert	Possible. Informer le secteur d'aval de la situation à risque faible de transmission. Nécessité de dépistage(s) post-exposition à la discrétion du secteur d'aval	Pas recommandé avant au moins un dépistage négatif des patients contact de l'unité.	Seulement si nécessaire et après au moins un dépistage négatif. Sans restriction après au moins 3 dépistages négatifs hors-expo
Précautions d'hygiène si transfert	PS	Chambre individuelle avec PCC jusqu'à au moins 2 dépistages négatifs hors-expo	Chambre individuelle avec PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors-expo
Réhospitalisation	PS et pas de dépistage	PS et pas de dépistage	PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors-expo

Découverte fortuite dans un service

Tous les patients du service pris en charge par la même équipe paramédicale que le patient porteur sont considérés comme patients contact à risque moyen ainsi que ceux transférés dans d'autres services qui ont séjourné en même temps que le patient porteur avant la découverte

- _ **Dépistage** des patients contact à **j+7** de la découverte
- _ Pas de transferts des patients contact à risque moyen **avant le premier tour** de dépistage (sauf si indispensable)
- _ **Signaler la découverte** : signalement interne + externe

∅ de cas contact

- _ **Surveillance hebdomadaire** tant que le patient porteur est présent
- _ Levée du statut contact à risque moyen **après un dépistage post-exposition négatif**
- _ Transfert des patients contact à risque moyen possible avec mise en PCC. Levée des PCC si au moins 2 dépistages post-expo

Si dépistage d'un cas secondaire lors des tours de dépistage suivant

≥ 1 cas secondaire(s)

- Cas secondaire(s) :
- _ **PCC**
 - _ **L'enregistrer dans le système informatique d'alerte** en cas de réadmission

- Patient contact :
- _ A risque moyen -> à **risque élevé**
 - _ **Surveillance hebdomadaire** temps qu'un patient porteur est présent dans le service
 - _ Transfert seulement si nécessaire et **après au moins un dépistage négatif**
 - _ **Les enregistrer dans le système informatique d'alerte** en cas de réadmission et lever le suivi si 3 dépistages post-expo négatifs

Comment signaler et communiquer ?

Il est recommandé :

- De **signaler un ou plusieurs** patients/résidents porteurs ou infectés par une BHRe
- Que le signalement soit effectué **par le responsable « signalement »** de l'établissement de santé **via l'outil e-Sin**, après avis de l'EOH
- Que le responsable « signalement » de l'EMS mette en place un **système d'alerte interne** dans le respect du droit des personnes permettant de sélectionner les signalements correspondant aux critères **d'envoi à l'ARS via le point focal**
- Que **l'information orale et écrite du patient** relative à sa colonisation/infection par une BHRe soit **réalisée par l'équipe soignante qui le prend en charge**
- De **mentionner systématiquement le statut du patient** concernant la colonisation/infection à BHRe sur les documents transmis en cas de transfert du patient entre établissements, tels que **courrier de sortie, lettre de liaison, volet médical de synthèse, dossier de liaison d'urgence**
- Que **les EOH s'assurent de la communication et de l'information** des soignants exerçant au sein des établissements accueillant des patients/résidents porteurs de BHRe

Place des unités dédiées

Recommandations en situation épidémique :

- Regrouper les patients porteurs de BHRe et leur affecter un personnel dédié dans un « secteur des porteurs »
- Regrouper les patients contact à risque élevé et leur affecter un personnel dédié dans un « secteur des contacts »
- Organiser les admissions des nouveaux patients dans un 3ème secteur dit « secteur des naïfs », distinct des 2 autres secteurs et ne partageant pas le même personnel avec ceux-ci

Recommandations en situation non épidémique :

- En dehors de tout contexte épidémique, il est recommandé de regrouper les patients porteurs de BHRe excréteurs dans un même secteur en leur allouant du personnel paramédical dédié, en fonction d'une analyse de risque individuel et collectif coordonnée par l'EOH
- Dans les secteurs de regroupement de patients porteurs de BHRe créés en dehors de tout contexte épidémique, il est recommandé de réaliser une étude de coût du fonctionnement

Gestion des BHRe dans les filières de soins spécifiques SSR/SLD, EHPAD et dialyse chronique

Recommandations communes aux trois secteurs SSR/SLD, EHPAD et dialyse chronique :

- Il est **recommandé d'informer l'établissement MCO** admettant un patient/résident connu porteur de BHRe de son statut infectieux au moment de son transfert
- Il est recommandé **d'appliquer les PS** lors des soins directs avec le patient/résident **porteur de BHRe**. Le petit matériel de soins/de rééducation peut être dédié en chambre. L'ensemble des matériels utilisés sera nettoyé et désinfecté après utilisation. En **SSR/SLD et en dialyse chronique, les PCC sont ajoutées**
- Il est recommandé de placer un patient/résident porteur de BHRe en **chambre individuelle avec des sanitaires privés**. Lorsqu'aucune chambre individuelle n'est disponible, le regroupement de patients/résidents porteurs de BHRe est possible après expertise de l'EOH
- Il est recommandé de réaliser un **bionettoyage quotidien de l'environnement** du patient/résident connu porteur de BHRe en raison de la persistance possible des BHRe dans l'environnement
- Il est recommandé de **ne pas interdire l'accès au plateau technique/espace de vie commune** d'un patient porteur de BHRe et de prendre les mesures organisationnelles nécessaires à la maîtrise de la transmission croisée (hygiène des mains, bionettoyage, ...)

Gestion des BHRe dans les filières de soins spécifiques SSR/SLD, EHPAD et dialyse chronique

Recommandations spécifiques aux SSR/SLD :

- Il est recommandé de mettre en place un dépistage digestif des patients contact d'un patient porteur de BHRe excréteur à la recherche de la même BHRe **tous les 15 jours initialement puis tous les mois** en cas d'absence de transmission croisée identifiée
- Il est recommandé d'appliquer les mêmes recommandations en SSR/SLD qu'en MCO en cas de situation épidémique

Recommandations spécifiques aux EHPAD et ESMS :

- Il n'est **pas recommandé de dépister les résidents connus porteurs de BHRe** sauf en cas de transfert en MCO
- Il n'est **pas recommandé de dépister les résidents contact** en cas de présence d'un résident porteur de BHRe

Recommandations spécifiques au secteur de dialyse chronique :

- Il est recommandé de prendre en charge les patients porteurs de BHRe dans un **box dédié**
- Il est recommandé de prendre en charge plusieurs patients porteurs de BHRe en **les regroupant par séance et géographiquement en l'absence de box**
- Il est recommandé **de dépister les patients porteurs de BHRe et leurs contacts à intervalle régulier** à définir après une analyse de risque en concertation avec l'équipe médicale et l'EOH

Tableau récapitulatif

Tableau de synthèse 1 : Mesures de contrôle de la transmission croisée selon les modalités de prise en charge du patient porteur depuis son admission et selon la situation épidémiologique

Situation épidémiologique	PCC dès l'admission Admission d'un patient connu porteur ou patient hospitalisé à l'étranger	Retard à la mise en place des PCC Porteur pris en charge en précautions standard à son admission (découverte fortuite)	Épidémie Au moins un cas secondaire
Précautions d'hygiène	Chambre individuelle avec WC + PCC*	Chambre individuelle avec WC + PCC	Chambre individuelle avec WC + PCC
Porteur	Selon l'analyse de risque : - Personnel dédié - Renfort en personnel - Marche en avant	Selon l'analyse de risque : - Personnel dédié - Renfort en personnel - Marche en avant	Trois secteurs distincts avec personnels dédiés : - secteur porteurs, - secteur contact, - secteur indemnes (nouveaux admis)
Admissions	Poursuivies	Poursuivies	Poursuivies, entrants orientés selon statut vers secteurs porteurs, contacts ou indemnes
Patient contact	Précautions d'hygiène : PS** Dépistages : Hebdomadaires tant que le porteur est présent. Puis un dépistage hors exposition (idéalement après 4 à 7 jours ou à la sortie du contact), puis arrêt.	Précautions d'hygiène : PS Dépistages : Hebdomadaires tant que le porteur est présent. Puis un dépistage hors exposition (idéalement après 4 à 7 jours ou à la sortie du contact), puis arrêt. Si transfert, au moins 2 dépistages hebdomadaires hors exposition. Si le 1 ^{er} dépistage est réalisé moins de 48 heures après l'arrêt de l'exposition, réaliser 3 dépistages.	Précautions d'hygiène : PS dans le secteur dédié Dépistages : Hebdomadaires tant que l'épidémie n'est pas contrôlée et tant qu'au moins un porteur est présent. Puis au moins 3 dépistages hebdomadaires hors exposition.
Technique dépistage	Culture	PCR souhaitable pour le 1 ^{er} dépistage (ou à défaut culture), puis culture.	PCR ou culture
Transfert des contacts	Possible sans restriction.	Possible après au moins un dépistage négatif des contacts présents dans l'unité.	Seulement si nécessaire et après au moins un dépistage négatif. Sans restriction après 3 dépistages négatifs hors exposition.
Précautions d'hygiène si transfert	PS	Chambre individuelle + PCC jusqu'à au moins 2 dépistages négatifs hors exposition	Chambre individuelle + PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition
Réhospitalisation	Précautions standard et pas de dépistage	Précautions standard et pas de dépistage	PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition
Identification informatique en cas de réadmission	Uniquement le porteur	Uniquement le porteur	Patients contacts n'ayant pas eu 3 dépistages négatifs hors exposition et porteurs
Antibiotiques	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent

*PCC : Précautions complémentaires contact, **PS : précautions standard

Le cadre du service de médecine gériatrique vous appelle pour vous informer que M X a un ECBU positif à *Klebsiella pneumoniae* OXA 48. Le patient est hospitalisé dans le service depuis 48h sans précautions particulières.

Quelle CAT pour la PEC du patient porteur :

1. Pas de recommandations spécifiques, on va pas embêter les équipes!
2. Réaliser (EOH) une analyse du risque pour organiser la PEC du porteur et accompagner le service
3. Placer le patient porteur en chambre individuelle avec des sanitaires individuels et en PCC
4. Dédier du personnel paramédical pour la PEC du patient porteur
5. Transférer le patient porteur vers un autre établissement ni vu ni connu

La cadre du service de médecine gériatrique vous appelle pour vous informer que M X a un ECBU positif à *Klebsiella pneumoniae* OXA 48 .Le patient est hospitalisé dans le service depuis 48h sans précautions particulières.

Quelle CAT pour la PEC du patient porteur :

1. Pas de recommandation spécifique, on va pas embêter les équipes
2. Réaliser (EOH) une analyse du risque pour organiser la PEC du porteur et accompagner le service
3. Placer le patient porteur en chambre individuelle avec des sanitaires individuels et en PCC
4. Dédier du personnel paramédical pour la PEC du patient porteur
5. Transférer le patient porteur vers un autre établissement ni vu ni connu

Recommandations

R25. Il est recommandé que tout patient aux antécédents de **portage de BHRe réadmis** soit :

- Hospitalisé dans une chambre individuelle avec des sanitaires individuels et en PCC
- Dépisté par écouvillonnage rectal (teinté par des matières fécales) à la recherche de la BHRe (culture ou PCR).

R26. Il est recommandé que l'EOH réalise **une analyse de risque pour organiser la prise en charge de tout patient porteur de BHRe** excréteur (dépistage positif) lors d'une réadmission, selon 3 alternatives :

1. Organisation des soins selon une « marche en avant » et limitation du nombre de contacts (personnels identifiés et limités, le jour et la nuit, y compris les fins de semaine)
2. Renfort en personnels et organisation des soins selon une « marche en avant » et limitation du nombre de contacts (personnels identifiés et limités, le jour et la nuit, y compris les fins de semaine)
3. Personnel dédié

R27. Il est recommandé que **l'EOH accompagne les équipes du service**, de jour comme de nuit, y compris les fins de semaine, pour assurer un haut niveau de respect des précautions standard, notamment l'hygiène des mains, la gestion des excréta et le bionettoyage.

Quelle CAT pour la PEC des patients contacts :

1. Pas de recommandation spécifique, on n'est pas à une BHRé près!
2. Définir le niveau de risque des patients contact
3. Placer les patients contact en chambre individuelle avec des sanitaires individuels et en PCC
4. Dépister toutes les semaines les patients contact tant que le porteur est présent
5. Inclure les patients contacts dans les listes de suivi pour les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure
6. Pas de transfert de contact avant un premier dépistage négatif

Quelle CAT pour la PEC des patients contacts :

1. Pas de recommandations spécifiques, on n'est pas à une BHRe près!
2. Définir le niveau de risque des patients contact
3. Placer les patients contact en chambre individuelle avec des sanitaires individuels et en PCC
4. Dépister toutes les semaines les patients contact tant que le porteur est présent
5. Inclure les patients contacts dans les listes de suivi pour les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure
6. Pas de transfert de contact avant un premier dépistage négatif

Recommandations

R29. Il est recommandé **d'analyser le risque pour un patient contact de devenir porteur de BHRé** en fonction du niveau de prise en charge initiale du patient porteur de BHRé. Le risque pour un contact de devenir porteur est considéré comme :

- Faible si le porteur a été pris en charge en PCC dès son admission
- Moyen si le porteur a été pris en charge en précautions standard à son admission (ex. découverte fortuite en cours d'hospitalisation) mais qu'il n'y a pas d'épidémie confirmée
- Élevé si au moins un patient porteur (cas secondaire) a été identifié parmi les patients contact (situation épidémique), ce risque redevenant moyen si la situation épidémique est complètement maîtrisée.

R30. Il est recommandé de **dépister les patients contact à risque faible et à risque moyen** :

- Une fois par semaine tant que le porteur est présent
- Une fois après la sortie du porteur, idéalement entre 4 jours et 7 jours après l'arrêt de l'exposition ou avant la sortie.

R31. Il n'est **pas recommandé d'inclure les patients contact à risque faible et à risque moyen** dans des dispositifs (informatiques ou autres) permettant de les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure.

R33. Il est recommandé **de ne pas transférer les patients contact à risque moyen** (découverte fortuite) **avant au moins un dépistage négatif** des contacts de l'unité.

R34. Si le premier dépistage est négatif, il est recommandé de transférer les patients contact à risque moyen en chambre individuelle avec PCC et de réaliser dans le service ou l'établissement d'aval au moins un dépistage hors exposition (deux dépistages, espacés de 4 jours à 7 jours, si le transfert a eu lieu avant le premier dépistage).

Une semaine plus tard, le premier tour de dépistages ne révèle pas de cas secondaires. Le patient porteur est toujours présent. Le médecin du service souhaite transférer un patient contact dans un SSR de la région pour la poursuite de sa PEC .

Quelles recommandations doit-il transmettre au secteur d'aval:

1. Pas de recommandations particulières le patient contact peut être transféré pas vu pas pris
2. Le patient contact ne peut pas être transféré sans avoir 3 dépistages hors exposition négatifs à une semaine d'intervalle
3. Le patient contact pourra être pris en charge en PS sans dépistage au sein du SRR
4. Le patient contact doit bénéficier d'au moins 2 dépistages hors exposition
5. Le statut du patient contact doit être notifié dans la courrier de sortie et le patient informé

Une semaine plus tard, le premier tour de dépistages ne révèle pas de cas secondaires. Le patient porteur est toujours présent. Le médecin du service souhaite transférer un patient contact dans un SSR de la région pour la poursuite de sa PEC .

Quelles recommandations doit-il transmettre au secteur d'aval:

1. Pas de recommandations particulières le patient contact peut être transféré ni vu ni connu
2. Le patient contact ne peut pas être transféré sans avoir 3 dépistages hors exposition négatifs à une semaine d'intervalle
3. Le patient contact pourra être pris en charge en PS sans dépistage au sein du SRR
4. Le patient contact doit bénéficier d'au moins 2 dépistages hors exposition
5. Le statut du patient contact doit être notifié dans la courrier de sortie et le patient informé

Recommandations

R34. Si le premier dépistage est négatif, il est recommandé de transférer les patients contact à risque moyen **en chambre individuelle avec PCC et de réaliser dans le service ou l'établissement d'aval au moins un dépistage hors exposition** (deux dépistages, espacés de 4 jours à 7 jours, si le transfert a eu lieu avant le premier dépistage).

Retard à la mise en place des PCC Porteur pris en charge en précautions standard à son admission (découverte fortuite)
Chambre individuelle avec WC + PCC
Selon l'analyse de risque : <ul style="list-style-type: none">- Personnel dédié- Renfort en personnel- Marche en avant
Poursuivies
PS
Hebdomadaires tant que le porteur est présent. Puis un dépistage hors exposition (idéalement après 4 à 7 jours ou à la sortie du contact), puis arrêt.
Si transfert, au moins 2 dépistages hebdomadaires hors exposition. Si le 1 ^{er} dépistage est réalisé moins de 48 heures après l'arrêt de l'exposition, réaliser 3 dépistages.

Fiche • Découverte - fortuite • d'un patient porteur de BHRé en cours d'hospitalisation •
Il s'agit de la situation d'un patient découvert porteur d'une BHRé à l'occasion d'un dépistage systématique ou à partir d'un prélèvement à visée diagnostique, en cours d'hospitalisation.
Dès le jour du résultat :
1. Placer le patient en chambre individuelle avec des PCC. <ul style="list-style-type: none">o Si un secteur de regroupement des porteurs de BHRé est présent dans l'hôpital, y transférer le patient si son état clinique le permet et que sa prise en charge n'en pâtirait pas.o Sinon, en fonction de l'analyse de la situation (cf. fiche - Évaluation du risque individuel et collectif de diffusion des BHRé-) et sur décision de l'EDH (ou du CPiAS si besoin), 3 alternatives :<ul style="list-style-type: none">• appliquer les PCC et dédier du personnel paramédical au patient.• appliquer les PCC et la marche en avant, restreindre le personnel (ex. aide-soignant la nuit) et les sectoriser dans l'objectif de réduire le nombre de contacts le jour et la nuit (personnel identifiés et limités).• appliquer les PCC et la marche en avant, sectoriser le personnel dans l'objectif de réduire le nombre de contacts le jour et la nuit (personnel identifiés et limités).o Dans tous les cas, l'EDH accompagne les équipes du service, de jour comme de nuit y compris les fins de semaine, pour assurer un haut niveau de respect des précautions standard, notamment l'hygiène des mains, la gestion des excréta et le biotextoyage.
2. Arrêter les transferts des patients de l'unité (porteur et patients contact) vers d'autres services ou d'autres établissements de santé (ES) jusqu'à évaluation de la situation (présence de cas secondaires ou non).
3. Dépister les contacts présents.
Dans les jours suivants :
4. Identifier au plus vite les contacts déjà transférés dans d'autres services / ES avant la découverte du porteur. <ul style="list-style-type: none">o Placer ces contacts en PCC et les dépister au moins 2 fois.o Le nombre de dépistages tient compte du délai de la réalisation du premier dépistage hors exposition : si le premier dépistage est réalisé moins de 48 heures après l'arrêt de l'exposition, un 3^{ème} dépistage peut être réalisé.
5. Si aucun cas secondaire n'est découvert lors des premiers dépistages (dépistages des contacts négatifs) : <ul style="list-style-type: none">a. Poursuivre les dépistages hebdomadaires des patients contact présents dans l'unité tant que le porteur est présent.b. Après la sortie d'hospitalisation du patient porteur, réaliser au moins un dépistage post exposition des patients présents dans l'unité idéalement entre 4 jours et 7 jours après l'arrêt de l'exposition ou avant la sortie ; si aucun cas secondaire n'a été identifié, les dépistages sont arrêtés.c. En cas de transfert d'un patient contact, placer le patient en PCC dans l'unité d'aval jusqu'à au moins 2 dépistages négatifs post exposition.d. Il n'est pas nécessaire d'inclure des patients contact dans des dispositifs (informatiques ou autres) permettant de les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure.
6. Si un cas secondaire est découvert au cours des dépistages des contacts, appliquer les mesures de contrôle d'une épidémie.

Fiche découverte fortuite « d'un patient BHRé en cours d'hospitalisation » p89

R68. Il est recommandé que l'information orale et écrite du patient relative à sa colonisation/infection par une BHRé soit réalisée par l'équipe soignante qui le prend en charge.

R79. Il est recommandé d'informer les patients porteurs de BHRé et leurs contacts de leur statut. Le dépistage rectal doit faire l'objet d'une information du patient.

R69. Il est recommandé de mentionner systématiquement le statut du patient concernant la colonisation/infection à BHRé sur les documents échangés en cas de transfert du patient entre établissements, tels que courrier de sortie, lettre de liaison, volet médical de synthèse, dossier de liaison d'urgence.

Deux semaines plus tard , vous recevez une alerte laboratoire pour un dépistage positif *E coli oxa 48* pour un autre patient de médecine gériatrique.

Quelle CAT adoptez-vous?

1. Je ne fais rien j'attends de voir si le service m'appelle, après tout c'est pas le même micro organisme
2. Je réévalue le risque de diffusion des BHRé dans mon service et j'accompagne le service
3. J'inclus les patients contacts de M X dans les listes de suivi pour les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure
4. Je préviens mon SSR d'aval de réaliser au moins 3 dépistages hors exposition pour le patient contact
5. Je regroupe mes patients porteurs et j'essaie de leur affecter du personnel dédié
6. Je dépiste toute les semaines mes patients contact tant que le patient porteur est présent
7. Je peux transférer si au moins un dépistage post exposition est négatif

Deux semaines plus tard , vous recevez une alerte laboratoire pour un dépistage positif *E coli oxa 48* pour un autre patient de médecine gériatrique.

Quelle CAT adoptez-vous?

1. Je ne fais rien j'attends de voir si le service m'appelle, après tout c'est pas le même micro organisme
2. Je réévalue le risque de diffusion des BHRé dans mon service et j'accompagne le service
3. Je regroupe mes patients porteurs et j'essais de leur affecter du personnel dédié
4. Je continue de dépister toute les semaines les patients contact tant que le patient porteur est présent
5. J'inclus les patients contacts de M X dans les listes de suivi pour les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure
6. Je préviens mon SSR d'aval de réaliser au moins 3 dépistages hors exposition pour le patient contact
7. Je peux transférer si au moins un dépistage post exposition est négatif

Recommandations

R56. Il est recommandé de réaliser une **évaluation du risque de diffusion des BHRé pour chaque situation sporadique ou épidémique** dans les différentes filières de soins.

R27. Il est recommandé que **l'EOH accompagne les équipes du service**, de jour comme de nuit, y compris les fins de semaine, pour assurer un haut niveau de respect des précautions standard, notamment l'hygiène des mains, la gestion des excréta et le bionettoyage.

R70. Il est recommandé que les **EOH s'assurent de la communication et de l'information des soignants** exerçant au sein des établissements accueillant des patients/résidents porteurs de BHRé.

R40. Il est recommandé, **en cas d'épidémie (au moins un cas secondaire)** de :

- Regrouper les patients porteurs de BHRé et de leur affecter un personnel dédié dans un « secteur des porteurs »
- Regrouper les patients contact à risque élevé et de leur affecter un personnel dédié dans un « secteur des contacts »
- Organiser les admissions des nouveaux patients dans un 3ème secteur dit « secteur des indemnes », distinct des 2 autres secteurs et ne partageant pas le même personnel avec ceux-ci.

R35. Il est recommandé de dépister les **patients contact à risque élevé toutes les semaines** tant que l'épidémie n'est pas contrôlée et qu'au moins un porteur est présent.

R36. Il est recommandé **d'inclure les patients contact à risque élevé dans des dispositifs** (informatiques ou autres) permettant de les repérer lors d'une hospitalisation ultérieure.

Un mois plus tard M X retourne dans son EHPAD.

Quelles recommandations donnez vous à l'EHPAD:

1. Dépister régulièrement M X au sein de son EHPAD
2. Dépister M X uniquement en cas de transfert en MCO
3. Dépister régulièrement les résidents contact de M X au sein de l'EHPAD
4. Dépister les résidents contact de M X uniquement si transfert en MCO

Un mois plus tard M X retourne dans son EHPAD.

Quelles recommandations donnez vous à l'EHPAD:

1. Dépister régulièrement M X au sein de son EHPAD
2. **Dépister M X uniquement en cas de transfert en MCO**
3. Dépister régulièrement les résidents contact de M X au sein de l'EHPAD
4. Dépister les résidents contact de M X uniquement si transfert en MCO

Recommandations

- R52.** Il n'est pas recommandé **de dépister les résidents connus porteurs de BHRe sauf en cas de transfert en MCO**
- R9.** Il est recommandé de réaliser un **dépistage ciblé du type de BHRe initialement incriminée en cas de réhospitalisation d'un patient aux antécédents de portage d'EPC ou d'ERG et de leurs contacts à risque élevé.**
- R51.** Il n'est **pas recommandé de dépister les résidents contact en cas de présence d'un résident porteur de BHRe.**
- R6.** Il n'est **pas recommandé de dépister les résidents en EHPAD sauf situation particulière régionale et après avis d'experts.**
- R7.** Il est recommandé de **dépister à la recherche de BHRe à l'admission en service MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) tout résident** en provenance d'un établissement médico-social (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : EHPAD ; foyer d'accueil médicalisé : FAM ; maison d'accueil spécialisée : MAS) **dans lequel une épidémie est active.**

Un an plus tard, une alerte informatique vous indique que M X est réhospitalisé en médecine gériatrique. En consultant son DPI , vous constatez que M X a bénéficié de 4 dépistages négatifs hors exposition.

Quelles recommandations faites-vous au service:

1. Réaliser le dépistage de M X
2. Porteur un jour porteur toujours, pas besoin de dépister M X!
3. Pas besoin de chambre individuelle ni de PCC, après 4 dépistages négatifs M X n'est plus excréteur
4. Mettre en place le dépistage hebdomadaire des autres patients de l'unité
5. Si le dépistage de M X est négatif, **Youpi!** M X pourra sortir des listes de suivi des porteurs

Un an plus tard, une alerte informatique vous indique que M X est hospitalisé en médecine gériatrique. En consultant son DPI, vous constatez que M X a bénéficié de 4 dépistages négatifs hors exposition.

Quelles recommandations faites-vous au service:

1. Réaliser le dépistage de M X
2. Porteur un jour porteur toujours, pas besoin de dépister M X!
3. Pas besoin de chambre individuelle ni de PCC, après 4 dépistages négatifs M X n'est plus excréteur
4. Mettre en place le dépistage hebdomadaire des autres patients de l'unité **si patient porteur est excréteur**
5. Si le dépistage de M X est négatif, **Youpi!** M X pourra sortir des listes de suivi des porteurs **sous conditions**

Recommandations

R4. Il est recommandé de **repérer et de dépister à la recherche de BHRé à l'admission tout patient réhospitalisé aux antécédents de portage de BHRé.**

R26. Il est recommandé que l'EOH réalise une analyse de risque pour organiser la prise en charge de tout patient porteur de **BHRé excréteur (dépistage positif)** lors d'une réadmission, selon 3 alternatives :

1. Organisation des soins selon une « marche en avant » et limitation du nombre de contacts (personnels identifiés et limités, le jour et la nuit, y compris les fins de semaine)
2. Renfort en personnels et organisation des soins selon une « marche en avant » et limitation du nombre de contacts (personnels identifiés et limités, le jour et la nuit, y compris les fins de semaine)
3. Personnel dédié

R25. Il est recommandé que tout patient aux antécédents de portage de BHRé réadmis soit :

- Hospitalisé dans une chambre individuelle avec des sanitaires individuels et en PCC
- Dépisté par écouvillonnage rectal (teinté par des matières fécales) à la recherche de la BHRé (culture ou PCR).

R28. Il est possible de retirer des listes de suivi les patients aux antécédents de portage de BHRé détectés négatifs par écouvillonnages rectaux successifs réalisés **à au moins cinq reprises dans une période d'au moins un an.**

Votre informaticien vous contacte le 2 janvier 2022 pour vous souhaiter la bonne année et vous annoncer que le système informatique de votre établissement a été piraté. Toutes les listes de suivi des contacts ont été supprimées sauf celles de 2020 et 2021.

Quelle réaction avez-vous :

1. Vous lui souhaitez une mauvaise année car la votre est foutue!
2. Tous les patients avec des antécédents d'hospitalisation antérieure à 2020 devront être tagués pour être dépistés en cas de réhospitalisation
3. Il est possible de refaire les listing des patients contacts des épisodes BHRe avec transmission croisée en retirant les patients avec au moins 3 dépistages successifs réalisés à une semaine d'intervalle et hors exposition négatifs
4. Ouf toutes vos épidémies ont été contrôlées, vous aviez l'intention de retirer des listes de suivi les patients contact à risque élevé datant de plus de 2 ans!

Votre informaticien vous contacte le 2 janvier 2022 pour vous souhaiter la bonne année et vous annoncer que le système informatique de votre établissement a été piraté. Toutes les listes de suivi des contacts ont été effacées sauf celles de 2020 et 2021.

Quelle réaction avez-vous :

1. Vous lui souhaitez une mauvaise année après tout la votre est foutue!
2. Tous les patients avec des antécédents d'hospitalisation antérieure à 2020 devront être tagués pour être dépistés en cas de réhospitalisation
3. Il est possible (**avec des bras**) de refaire les listing des patients contacts des épisodes BHRe avec transmission croisée en retirant les patients avec au moins 3 dépistages successifs réalisés à une semaine d'intervalle et hors exposition négatifs
4. Ouf toutes vos épidémies ont été contrôlées, vous aviez l'intention de retirer des listes de suivi les patients contact à risque élevé datant de plus de 2 ans.

Recommandations

R38. Lorsque l'épidémie est contrôlée, il est possible d'arrêter les dépistages et de retirer des listes de suivi les patients contact à risque élevé dont au moins 3 écouvillonnages rectaux successifs réalisés à une semaine d'intervalle et hors exposition sont négatifs.

R39. Lorsque l'épidémie est contrôlée, après 2 ans de recul, il est possible de retirer des listes de suivi les patients contact à risque élevé, y compris ceux qui n'ont pas eu 3 écouvillonnages rectaux hors exposition.

FIN

