



Centre Hospitalier Régional  
METZ-THIONVILLE

# 29<sup>èmes</sup> Journées Régionales de Prévention des Infections Associées aux Soins du Grand- Est

[www.chr-metz-thionville.fr](http://www.chr-metz-thionville.fr)

29/09/2022





Centre Hospitalier Régional  
METZ - THIONVILLE

---

# Maîtriser la diffusion des BMR/BHRe en 2022

## Cas cliniques

*Rachel CHLEBUS, IDE hygiéniste, SHH CHR Metz-Thionville*  
*Laurie RENAUDIN, PH hygiéniste, SHH CHR Metz-Thionville*

[www.chr-metz-thionville.fr](http://www.chr-metz-thionville.fr)



- BMR / BHRe: enjeu majeur de santé publique <sup>1,2</sup>
- Lutte contre les BMR / BHRe
  - pression de sélection des antibiotiques → **bon usage des antibiotiques**
  - transmission croisée → **maitrise des mesures barrières d'hygiène** : précautions standard (PS) et complémentaires contact (PC)

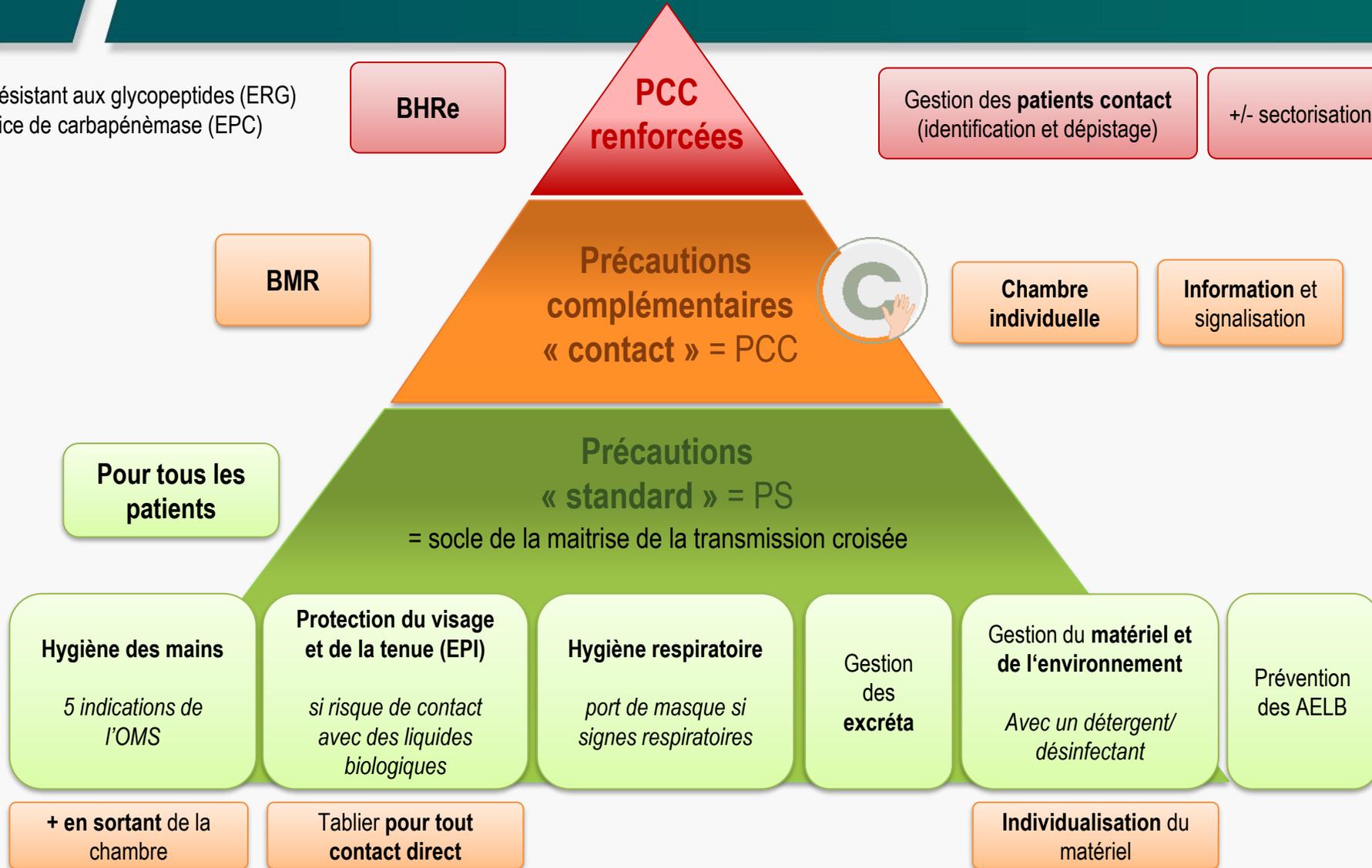
<sup>1</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

<sup>2</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-WHO-ECDC-AMR-report-2022.pdf>



# Lutte contre la transmission croisée : mesures d'hygiène

- 1) *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG)
- 2) Entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC)



**Figure 1** : Présentation générale des mesures de prévention en hygiène hospitalière, d'après les recommandations nationales de la SF2H 2017



# Focus BHRe : objectif de la présentation



- Connaitre la **conduite à tenir** en cas de prise en charge d'un patient porteur ou à risque d'être porteur de BHRe
- Focus : **nouveautés** recommandations actualisées HCSP, **décembre 2019** 
- Cas cliniques
- Illustrations protocole CHR Metz-Thionville



## Cas clinique n°1

- L'infirmier du secteur d'hépatogastrologie apprend lors de l'interrogatoire d'admission que son patient, Monsieur A., a séjourné 3 semaines au Maroc le mois dernier.
- Il vous demande s'il faut faire une recherche de portage de BHRé chez ce patient.



# Patients cibles à repérer et dépister

## Fiche 1- Patients cibles à dépister dans les différentes filières de soins / définition des BHRe

R5. Il est possible de dépister à la recherche de BHRe 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, ...).



- En 2019, lien avec l'étranger sans contact avec les systèmes de soins :
  - 34% des EPC et 17% des ERG<sup>1</sup>
- CAT :
  - accueil en PCC,
  - réalisation d'un dépistage rectal à la recherche d'ERG et d'EPC

<sup>1</sup> Bilan des signalements BHRe 2019, Santé publique France



# Patients cibles à repérer et dépister

Protocole  
CHR MT

Retour aux  
situations  
Sommaire

## FICHE REFLEXE 1

JE SUIS UN SERVICE DE COURT SEJOUR OU DE SSR

ET J'ACCUEILLE UN PATIENT CONNU PORTEUR DE BHRé OU UN PATIENT A RISQUE D'ETRE PORTEUR D'UNE BHRé

BHRé = *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG) ou Entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC)

### 1. PATIENTS CONCERNES

⊙ **PATIENT CONNU PORTEUR BHRé** = Antécédent de prélèvement positif à BHRé lors d'une hospitalisation précédente

1. Réadmission au CHR du patient identifié lors d'une hospitalisation antérieure : *Je trouve l'information sur le bandeau d'alerte DXCARE ou je suis averti par le Service d'Hygiène Hospitalière (SHH).*



2. Transfert d'un autre établissement d'un patient porteur : *Je suis averti par le service qui me transfère le patient ou par le SHH.*

⊙ **PATIENT A RISQUE D'ETRE PORTEUR BHRé**

1. Rapatriement sanitaire depuis l'étranger : *Je suis averti par l'ARS ou par le SHH.*
2. Patient ayant été hospitalisé à l'étranger (au moins 24h dans les 12 derniers mois) : *J'ai connaissance de cette information suite à l'interrogatoire d'admission.*
3. Patient résidant ou ayant séjourné à l'étranger depuis moins de 3 mois : *J'ai connaissance de cette information suite à l'interrogatoire d'admission.*
4. Patient contact transféré d'un service nebergeant un patient porteur de BHRé : *Si il s'agit d'un transien issu d'un service hors CHR, je consulte la liste des services à risque de l'inter région (liste diffusée par mail par le SHH), ou je suis averti par le service qui me transfère le patient ou par le SHH.*
5. Patient contact à risque élevé réhospitalisé : *Je suis averti par le SHH.*



Définitions





# Cas clinique n°1 (suite)



## Fiche 1- Patients cibles à dépister dans les différentes filières de soins / définition des BHRé

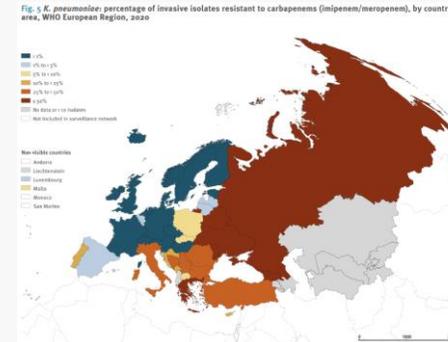
R2. Il est possible de **dépister à nouveau les patients cibles** dont le premier dépistage est négatif à l'admission selon une **évaluation du risque** liée au type d'hospitalisation à l'étranger.



Pour un patient hospitalisé à l'étranger :

Même conduite à tenir +

**!!** 2<sup>e</sup> dépistage selon **analyse de risque** (service d'hospitalisation, pays, durée d'hospitalisation, etc.)



ECDC, 2022



## Cas clinique n°2

- Monsieur B., connu porteur d'*Escherichia coli* OXA48 est réhospitalisé en gériatrie.
- L'infirmier du secteur vous demande la conduite à tenir.



# Prise en charge d'un patient connu porteur



## Fiche 3 - Modalités de suivi des patients porteurs de BHRé et de leurs contacts en MCO

→ CAT :

- Accueil de le patient en chambre individuelle avec sanitaires individuels, PCC, marche en avant
- Réalisation d'un dépistage rectal :
  - Négatif = patient **non excréteur** :
    - Maintien des PCC pour le porteur
    - **Pas de dépistages** des autres patients de l'unité
    - Dépistage hebdomadaire pour le porteur
  - Positif = patient excréteur :
    - Maintien des PCC pour le porteur
    - Gestion des patients contact



# Prise en charge d'un patient connu porteur

Protocole  
CHR MT

## 2. CONDUITE A TENIR

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | <p>Accueillir le patient en <b>PCC renforcées</b> = PCC + bionettoyage renforcé</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Chambre individuelle</li><li>- Hygiène des mains et gestion des excréta +++</li><li>- Bionettoyage <b>renforcé (=biquotidien)</b> lors de l'hospitalisation et à la sortie du patient</li></ul> <p>Accès au plateau technique et consultation autorisé en PCC<br/>Si <u>patient connu porteur</u> nécessitant une antibiothérapie : avis des infectiologues</p>  | <p><a href="#">Tableau PCC renforcées</a></p>   |
|   | <p>Informez le SHH au 33167 ou par mail (<a href="mailto:hygiene-chr">hygiene-chr</a>)<br/>Informez le patient et les professionnels le prenant en charge</p>  | 2   |
| 3 | <p>Dépister le patient par <b>écouvillonnage rectal (= DR)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Prescrire <b>EPC</b> = Entérobactérie productrice de <u>carbapénémase</u><br/>+ prescrire <b>ERG</b> = Entérocoque résistant aux glycopeptides<br/>+ prescrire <b>BMR</b>, et choisir <b>BNMR (BMR rectale)</b></li><li>- <b>!!</b> L'écouvillon doit être « imbibé » de selles, au besoin vous pouvez le « tremper » dans un échantillon de selles ;<br/><b>ne pas envoyer au laboratoire un écouvillon blanc</b></li><li>- Remettre la fiche information patient transmise par le SHH</li></ul> |    |
|   | <p>Si DR <b>positif</b> = patient <b>excréteur</b> → <a href="#">fiche réflexe 2</a> (MCO) <b>ou 5</b> (HDJ ou hémodialyse) <b>ou 6</b> (SSR)<br/>Si DR <b>négatif</b> chez un <b>patient connu porteur</b> = patient connu porteur <b>non excréteur</b> → <a href="#">fiche réflexe 3</a><br/>Si DR <b>négatif</b> chez un <b>patient à risque</b> → <b>levée des PCC renforcées. DR à renouveler selon la situation (avis SHH)</b></p>   | 4   |



## Cas clinique n°2 (suite)

- Le résultat du dépistage rectal de Monsieur B. est **positif** à *E. coli* OXA48
- Quelle CAT donnez-vous au service de gériatrie pour les patients du service (= patients contact) ?



# Gestion des patients contact selon niveau de risque

## R29. • Définir le risque pour un contact d'être porteur de BHRé

- **Faible** si le porteur pris en charge en **PCC dès l'admission**
- **Moyen** si le porteur pris en charge en **PS à l'admission** (ex. découverte fortuite)
- **Elevé** 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



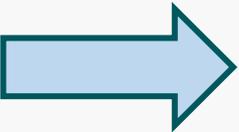
## R30. • Orienter la politique de dépistage des contacts en fonction du risque

- **Faible** : pendant l'exposition + 1 post exposition
- **Moyen** : pendant exposition + 2 post exposition
- **Elevé** : pendant exposition + 3 post exposition (si dépistage(s) non réalisé(s) → liste pour identification du patient en cas de ré-hospitalisation + dépistage)



# Gestion des patients contact selon niveau de risque

- **Définir le risque** pour un contact d'être porteur de BHRe
  - **Faible** si le porteur pris en charge en **PCC dès l'admission**
  - Moyen si le porteur pris en charge en **PS à l'admission** (ex. découverte fortuite)
  - Elevé 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
- **Orienter la politique de dépistage** des contacts en fonction du risque
  - **Faible** : pendant l'exposition + 1 post exposition
  - Moyen : pendant exposition + 2 post exposition
  - Elevé : pendant exposition + 3 post exposition (si dépistage(s) non réalisé(s) → liste pour identification du patient en cas de ré-hospitalisation + dépistage)



# Gestion des patients contact selon niveau de risque

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<br>Admission d'un patient connu porteur ou patient hospitalisé à l'étranger   | Retard à la mise en place des PCC<br>Porteur pris en charge en précautions standard à son admission (découverte fortuite)   | Épidémie<br>Au moins un cas secondaire   |
|---|---|---|---|--|
| Porteur   | Précautions d'hygiène                               | Chambre individuelle avec WC + PCC*   | Chambre individuelle avec WC + PCC  | Chambre individuelle avec WC + PCC   |
|   | Organisation des soins                              | Selon l'analyse de risque :<br>- Personnel dédié<br>- Renfort en personnel<br>- Marche en avant   | Selon l'analyse de risque :<br>- Personnel dédié<br>- Renfort en personnel<br>- Marche en avant   | Trois secteurs distincts avec personnels dédiés :<br>- secteur porteurs,<br>- secteur contact,<br>- secteur indemnes (nouveaux admis)                              |
|   | Admissions  | Poursuivies   | Poursuivies   | Poursuivies, entrants orientés selon statut vers secteurs porteurs, contacts ou indemnes   |
| Patient contact                                   | Précautions d'hygiène                               | PS**  | PS  | PS dans le secteur dédié   |
|   | Dépistages  | Hebdomadaires tant que le porteur est présent.<br><br>Puis un dépistage hors exposition (idéalement après 4 à 7 jours ou à la sortie du contact), puis arrêt. | 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.<br><br>Si transfert, au moins 2 dépistages hebdomadaires hors exposition. Si le 1 <sup>er</sup> dépistage est réalisé moins de 48 heures après l'arrêt de l'exposition, réaliser 3 dépistages. | Hebdomadaires tant que l'épidémie n'est pas contrôlée et tant qu'au moins un porteur est présent.<br><br>Puis au moins 3 dépistages hebdomadaires hors exposition. |
|   | Technique dépistage                                 | Culture   | PCR souhaitable pour le 1 <sup>er</sup> 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.<br>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<br>Après avis référent | Limités au strict nécessaire<br>Après avis référent   | Limités au strict nécessaire<br>Après avis référent   |  |

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

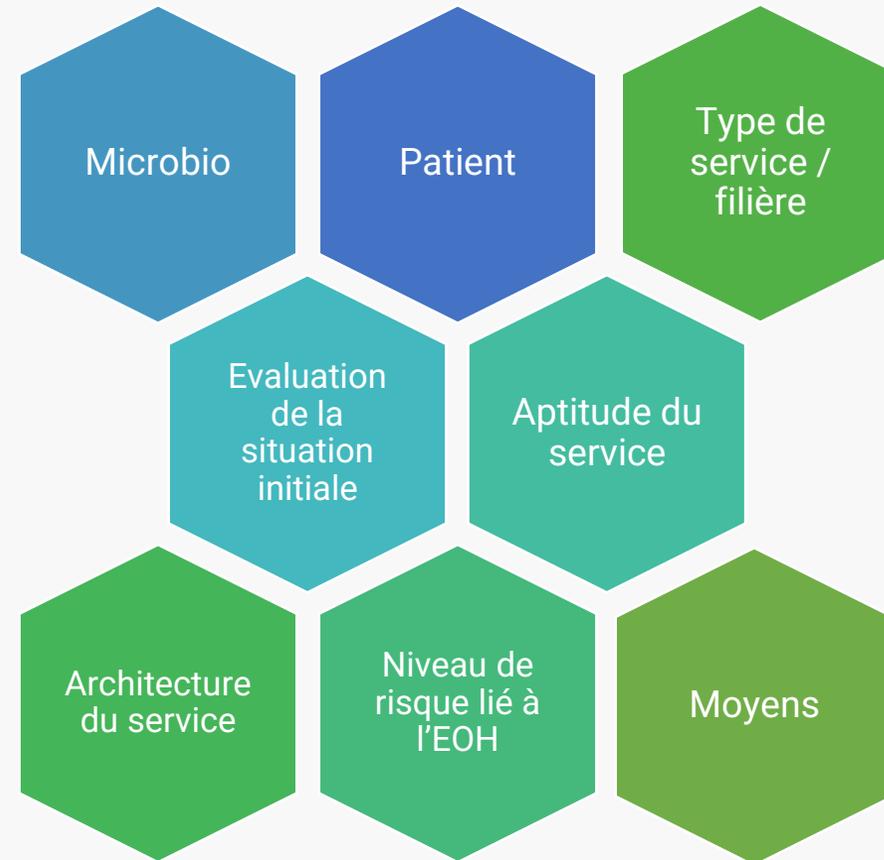


# Analyse de risque de diffusion des BHRe



*Check list* pour l'analyse de risque individuelle et collective de diffusion :

**8 axes** d'appréciation par l'EOH





# Gestion des patients contact selon niveau de risque

Protocole  
CHR MT

Retour aux situations  
Sommaire

## FICHE REFLEXE 2

CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRELEVEMENT POSITIF → PORTEUR EXCRETEUR  
BHRé = *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG) ou Entérobactérie productrice de carbapénèmes (EPC)

---

CONDUITE A TENIR VIS A VIS DU PATIENT PORTEUR

**Mise en place ou maintien des PCC renforcées = PCC + bionettoyage renforcé :**

- Chambre individuelle
- Hygiène des mains et gestion des excréta +++
- Bionettoyage renforcé durant l'hospitalisation et à la sortie du patient

Si antibiothérapie : avis des infectiologues  
Accès au plateau technique et consultation autorisées en PCC

Informé : le patient, les professionnels le prenant en charge et le SHH et le service d'aval en cas de transfert

PORTEUR EXCRETEUR

---

CONTACT

### CONDUITE A TENIR VIS-A-VIS DES PATIENTS CONTACT

= tout patient pris en charge par la même équipe paramédicale qu'un porteur

Risque faible et Risque moyen

| Lors de l'hospitalisation du patient contact   | <p>A. <u>Précautions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans le service : PS</li> <li>- Plateau technique, bloc, endoscopie, etc. : PS</li> </ul> <p>B. <u>Dépistages</u> : CAT différente si le patient porteur est présent ou non</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le patient porteur est présent (=exposition)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- patients contact : dépistage hebdomadaire</li> <li>- patients contact, si sortie à domicile ou EHPAD/SLD : dépistage le jour de la sortie</li> </ul> </li> <li>• Lorsque le patient porteur sort (J0) (=hors exposition)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- patients contact : 1 dépistage à J4. Si négatif → patient classique</li> <li>- patients contact, si sortie à domicile ou EHPAD/SLD avant J4 : dépistage le jour de sortie</li> </ul> </li> </ul> | <p style="font-size: 8px; color: red; margin: 0;">Si le dépistage d'un patient contact est positif = risque élevé → alerter le SHH et se référer à la <a href="#">fiche reflexe 4</a> EPIDEMIE BHRé (= au moins 1 cas secondaire)</p> |              |  |   |   |
|--|--|---|--------------|--|---|---|
| En cas de transfert du patient contact   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center; color: green; font-weight: bold; font-size: 10px;">Risque faible</th> <th style="width: 50%; text-align: center; color: orange; font-weight: bold; font-size: 10px;">Risque moyen</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>A. <u>Précautions</u> : transfert et accueil en PS dans le service d'aval</p> <p>B. <u>Dépistages</u> : 1 dépistage à la sortie du patient si dépistage hors exposition non réalisé</p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p>A. <u>Précautions</u> : PCC renforcées (à lever si 3 dépistages négatifs)</p> <p>B. <u>Dépistages</u> : 3 dépistages à J0 (sortie), J7 et J14 (service d'aval)</p> </td> </tr> </table>  | Risque faible   | Risque moyen | <p>A. <u>Précautions</u> : transfert et accueil en PS dans le service d'aval</p> <p>B. <u>Dépistages</u> : 1 dépistage à la sortie du patient si dépistage hors exposition non réalisé</p> | <p>A. <u>Précautions</u> : PCC renforcées (à lever si 3 dépistages négatifs)</p> <p>B. <u>Dépistages</u> : 3 dépistages à J0 (sortie), J7 et J14 (service d'aval)</p> | <p>Informer le service d'aval et le SHH</p> |
| Risque faible  | Risque moyen   |   |              |  |   |   |
| <p>A. <u>Précautions</u> : transfert et accueil en PS dans le service d'aval</p> <p>B. <u>Dépistages</u> : 1 dépistage à la sortie du patient si dépistage hors exposition non réalisé</p> | <p>A. <u>Précautions</u> : PCC renforcées (à lever si 3 dépistages négatifs)</p> <p>B. <u>Dépistages</u> : 3 dépistages à J0 (sortie), J7 et J14 (service d'aval)</p>  |   |              |  |   |   |

29/09/2022

18



## Cas clinique n°2 (suite)

- Monsieur B. est ensuite transféré en EHPAD
- Quelle CAT proposez-vous à l'équipe de l'EHPAD ?



# Prise en charge d'un porteur en EHPAD (filière spécifique)



## Fiche 5 - Gestion des BHRé dans les filières de soins spécifiques (SSR/SLD, EHPAD/ESMS et dialyse chronique)

R51. Il n'est **pas recommandé de dépister les résidents contact** en cas de présence d'un résident porteur de BHRé.

R52. Il n'est **pas recommandé de dépister les résidents connus porteurs** de BHRé **sauf en cas de transfert en MCO.**



→ CAT :

- Information du service d'aval (EHPAD)
- Accueil de Monsieur B. en PS dans une chambre individuelle
- EHPAD = lieu de vie
  - Pas de dépistage du porteur **sauf en cas d'hospitalisation en court séjour**
  - Pas de dépistage des autres résidents
- Participation aux activités autorisées : HDM avant et après ++



# Prise en charge d'un porteur en EHPAD (filière spécifique)

Protocole  
CHR MT

[Retour aux situations](#)

## FICHE REFLEXE 7

### GESTION DES BHRe EN EHPAD OU USLD

BHRe = *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG) ou Entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC)

---

#### CONDUITE A TENIR VIS A VIS DES PATIENT PORTEUR

**Précautions = PS**

- Chambre individuelle
- Bionettoyage quotidien (environnement proche, sols et sanitaires)
- Si antibiothérapie : avis des infectiologues

Accès aux espaces communs : autorisé, HDM du résident avant et après, si utilisation des WC communs, bionettoyage après utilisation

Si transfert en service de soins aigus (MCO) :

- Informer le service d'aval, le SHH et le patient
- Dépistage rectal par écouvillonnage en EHPAD ou USLD ou à l'admission dans le service d'aval
- Transfert en PCC

**CONTACT**

#### CONDUITE A TENIR VIS-A-VIS DES PATIENTS CONTACT

= tout patient pris en charge par la même équipe paramédicale qu'un porteur

**Risque faible, moyen ou élevé**

|   |  |
|---|--|
| Gestion du résident contact en EHPAD / USLD | A. Précautions : <b>PS</b><br>B. Dépistages : <i>aucun</i> |
| En cas de transfert du résident contact     | <i>Aucune mesure</i>                                       |



## Cas clinique n°3

- Monsieur T. est hospitalisé en néphrologie. Les hémocultures prélevées à J6 de son admission reviennent positives à *Klebsiella pneumoniae* OXA48.
- Le néphrologue vous demande quelle est la CAT pour Monsieur T. et pour les autres patients.



# Découverte fortuite de BHRe



→ CAT :

- Monsieur T : PCC + chambre individuelle + dépistage rectal
- Patients contact :
  - PS dans le service
  - Définir le risque
    - Politique de dépistage
    - Prise en charge en cas de transfert

R29.

R30.



# Gestion des patients contact selon analyse de risque

- **Définir le risque** pour un contact d'être porteur de BHRe

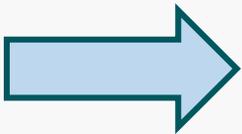
R29.

- Faible si le porteur pris en charge en **PCC** dès l'admission
- **Moyen** si le porteur pris en charge en **PS** à l'admission (ex. découverte fortuite)
- Elevé 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

- **Orienter la politique de dépistage** des contacts en fonction du risque

R30.

- Faible : pendant l'exposition + 1 post exposition
- **Moyen** : pendant exposition + 2 post exposition
- Elevé : pendant exposition + 3 post exposition (si dépistage(s) non réalisé(s) → liste pour identification du patient en cas de ré-hospitalisation + dépistage)





# Gestion des patients contact selon analyse de risque



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).

## • En cas de transfert

- Transfert possible après au moins un dépistage négatif des contacts présents dans l'unité
- Information du service d'aval
- Transfert en PCC + chambre individuelle
- 2 dépistages post exposition



# Découverte fortuite de BHRé

Protocole  
CHR MT

Retour aux  
situations  
Sommaire

## FICHE REFLEXE 2

CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRELEVEMENT POSITIF → PORTEUR EXCRETEUR  
BHRé = *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG) ou Entérobactérie productrice de carbapénèmes (EPC)

### CONDUITE A TENIR VIS A VIS DU PATIENT PORTEUR

Mise en place ou maintien des **PCC renforcées** = PCC + bionettoyage **renforcé**:

- Chambre individuelle
- Hygiène des mains et gestion des excréta +++
- Bionettoyage renforcé durant l'hospitalisation et à la sortie du patient



**PORTEUR  
EXCRETEUR**



Si antibiothérapie : avis des infectiologues  
Accès au plateau technique et consultation autorisées en PCC

Informez : le patient, les professionnels le prenant en charge et le SHH et le service d'aval en cas de transfert

### CONTACT

#### CONDUITE A TENIR VIS-A-VIS DES PATIENTS CONTACT

= tout patient pris en charge par la même équipe paramédicale qu'un porteur



Risque faible et Risque moyen

|  |  |  |
|--|--|--|
| Lors de l'hospitalisation du patient contact | <p>A. <b>Précautions</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans le service : PS</li> <li>- Plateau technique, bloc, endoscopie, etc. : PS</li> </ul>  |  <p>Si le dépistage d'un patient contact est positif = <b>risque élevé</b> → alerter le SHH et se référer à la <b>fiche reflexe 4</b> EPIDEMIE BHRé (= au moins 1 cas secondaire)</p> |
|  | <p>B. <b>Dépistages</b> : CAT différente si le patient porteur est présent ou non</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le patient porteur est présent (=exposition)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>patients</b> contact : dépistage hebdomadaire</li> <li>- <b>patients</b> contact, si sortie à domicile ou EHPAD/SLD : dépistage le jour de la sortie</li> </ul> </li> <li>• Lorsque le patient porteur sort (J0) (=hors exposition)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>patients</b> contact : 1 dépistage à J4. Si négatif → patient classique</li> <li>- <b>patients</b> contact, si sortie à domicile ou EHPAD/SLD avant J4 : dépistage le jour de sortie</li> </ul> </li> </ul> |  |
|  | <b>Risque faible</b>   | <b>Risque moyen</b>  |
| En cas de transfert du patient contact       | <p>A. <b>Précautions</b> : transfert et accueil en PS dans le service d'aval</p> <p>B. <b>Dépistages</b> : 1 dépistage à la sortie du patient si dépistage hors exposition non réalisé</p>   | <p>A. <b>Précautions</b> : PCC renforcées (à lever si 3 dépistages négatifs)</p> <p>B. <b>Dépistages</b> : 3 dépistages à J0 (sortie), J7 et J14 (service d'aval)</p>  |
| Informez le service d'aval et le SHH         |  |  |



# Merci pour votre attention

Des questions ?