

BMR/BHRe : problématique, impact et mesures



Définitions

BMR= Bactérie Multi-Résistante

Les bactéries sont dites multi résistantes (BMR) aux antibiotiques lorsque, du fait de **l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles** d'antibiotiques, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques utilisables en thérapeutique

Problématique

⇒ Difficulté de traitement si infection

BHRe=Bactérie Hautement Résistante émergente

Les BHRe sont des bactéries **commensales du tube digestif** et résistantes à la quasi-totalité des antibiotiques

Problématique

⇒ **Risque d'impasse thérapeutique**

- + Risque d'infections associées aux soins
- + Épidémicité potentielle = transmission

Patient ↔ Patient

Patient ↔ Soignant



Définitions

Colonisation

Présence de bactéries sans signe d'infection associé et qui ne justifie **pas de traitement antibiotique**

Infection

Présence de bactéries avec **signes cliniques** d'infection associés qui justifie habituellement un **traitement antibiotique**

Patient «porteur»

Patient chez qui une BMR ou une BHRe a été identifiée lors d'un dépistage (ex: au décours d'une hospitalisation) ou d'un ancien prélèvement diagnostique (ex: ECBU chez un patient symptomatique)

=> Porteur sain si colonisation

=> Porteur infecté si infection

Problématique

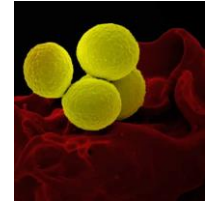
⇒ A partir d'un porteur sain ou infecté : **transmission** de la BMR/BHRe à une personne susceptible de développer une infection ou une colonisation



BMR/BHRe le plus souvent rencontrées en milieu de soins

- ***Staphylococcus aureus* : commensaux cutanés**

- Staphylocoque doré R à la méticilline (SARM) → R aux B-lactamines



- **Entérocoques et Entérobactéries : commensaux du tube digestif**

- Entérobactéries productrices de B-lactamase à spectre élargi (EBLSE) → R aux B-lactamines

BHRe

- **Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)**
→ R aux carbapénèmes et à la plupart des ATB
- ***Enterococcus faecium* R aux Glycopeptides (ERG)**
→ R à la vancomycine

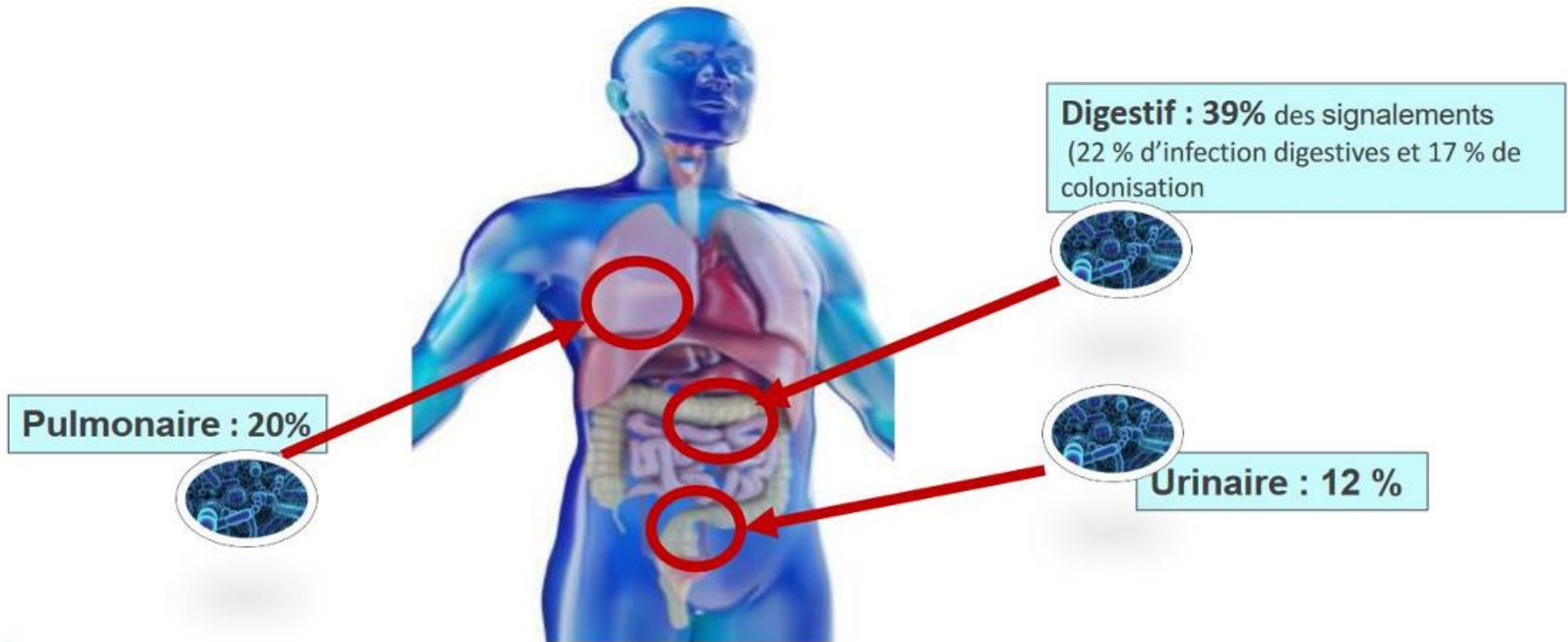


- **Pathogène opportuniste issus de l'environnement**

- *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI)
- *Pseudomonas aeruginosa* résistant à l'imipénème et à la ceftazidime



Les principaux sites des BMR- BHRe



Transmission

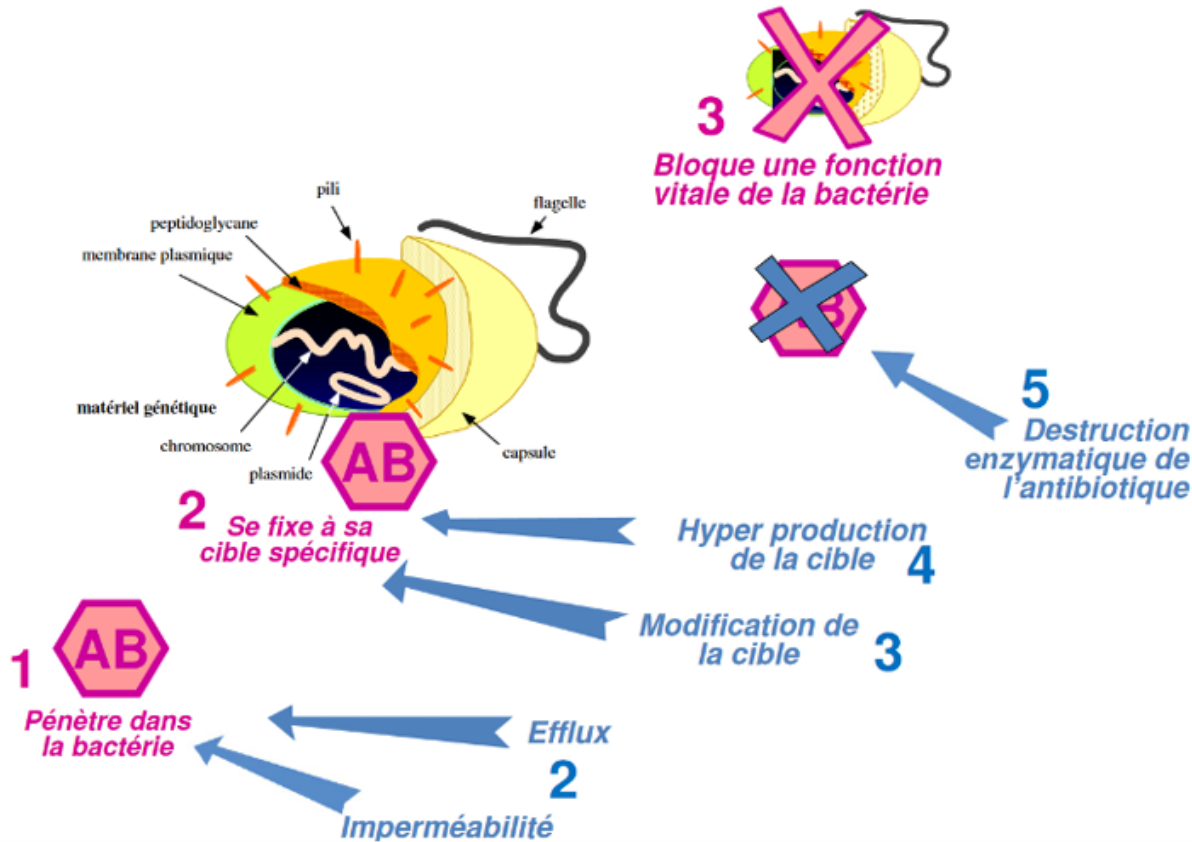
- **Pour les BMR/BHRe digestives : Fécale – orale**
 - Une personne élimine **100 milliards de bactéries dans un gramme de selles, et en moyenne 300g de selles par jour**
 - Un patient porteur élimine en **moyenne 10 milliards de BMR/BHRe dans les selles**, quotidiennement
 - ⇒ **Les traces de selles sont une source majeure de dissémination de ces bactéries**
- **Pour les BMR/BHRe contenue dans d'arbre pulmonaire ou ORL (SARM, ABRI...):**
 - Transmission plus importante en cas de signes clinique : de 1 à 10 milliards de bactérie émises en cas de toux, éternuement...
 - ⇒ **Transmission directe mais aussi contamination du matériel et des surfaces**
- ⇒ **Capacité de se propager rapidement parmi les patients :**
 - Via les **main**s et **tenues** des professionnels,
 - En raison de leur capacité à survivre et à se propager dans l'environnement hospitalier : **matériel, environnement**, points d'eau...



Stratégies et mécanismes de R⁺ des bactéries

Schématiquement, un antibiotique **pénètre (1)** dans une bactérie pour atteindre une **cible spécifique (2)** et **bloquer une ou plusieurs fonctions vitales (3)** de cette dernière.

La bactérie est soit bloquée dans sa prolifération (bactériostase), soit détruite (bactéricidie). Elle est alors dite **sensible** à l'antibiotique utilisé.



Plusieurs mécanismes de **résistance** de la bactérie vis-à-vis d'un antibiotique ou d'une famille d'antibiotiques sont parfaitement décrits :

L'imperméabilité (1) bactérienne pour l'antibiotique.

Efflux (2) actif des antibiotiques à l'extérieur de la bactérie.

La **Modification (3)** ou l'**hyperproduction (4)** de la cible de l'antibiotique laissant des cibles libres.

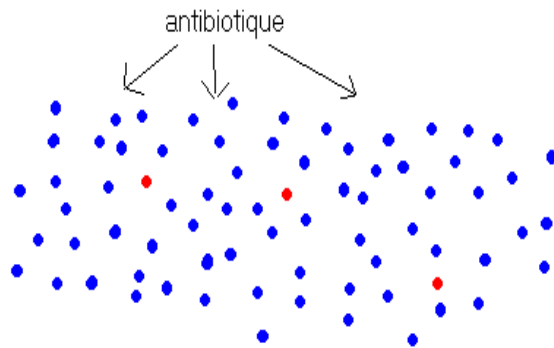
La **destruction enzymatique (5)** de l'antibiotique.

Plusieurs de ces mécanismes sont souvent associés.



Mécanismes d'apparition de la résistance

Un médecin prescrit un antibiotique, plutôt à large spectre (actif sur beaucoup de MO), pour traiter, par ex, 1 pneumopathie

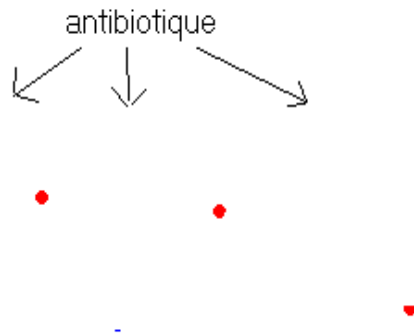


- Dans l'intestin, des bactéries bleues (sensibles à l'antibiotique) très majoritaires et quelques rares rouges de la même espèce que les bleues, mais multi résistantes (donc résistantes à l'antibiotique)
- Les conditions écologiques habituelles de ces bactéries interdisent aux rouges d'être dominantes.

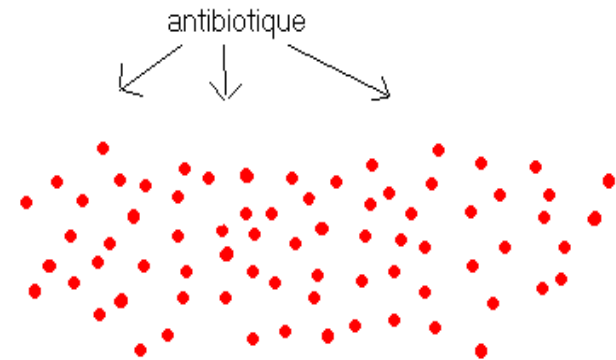


Mécanismes d'apparition de la résistance

- L'antibiotique tue toutes les bactéries sensibles mais ne tue pas les bactéries résistantes.



- Les bactéries résistantes se développent pour devenir dominantes.

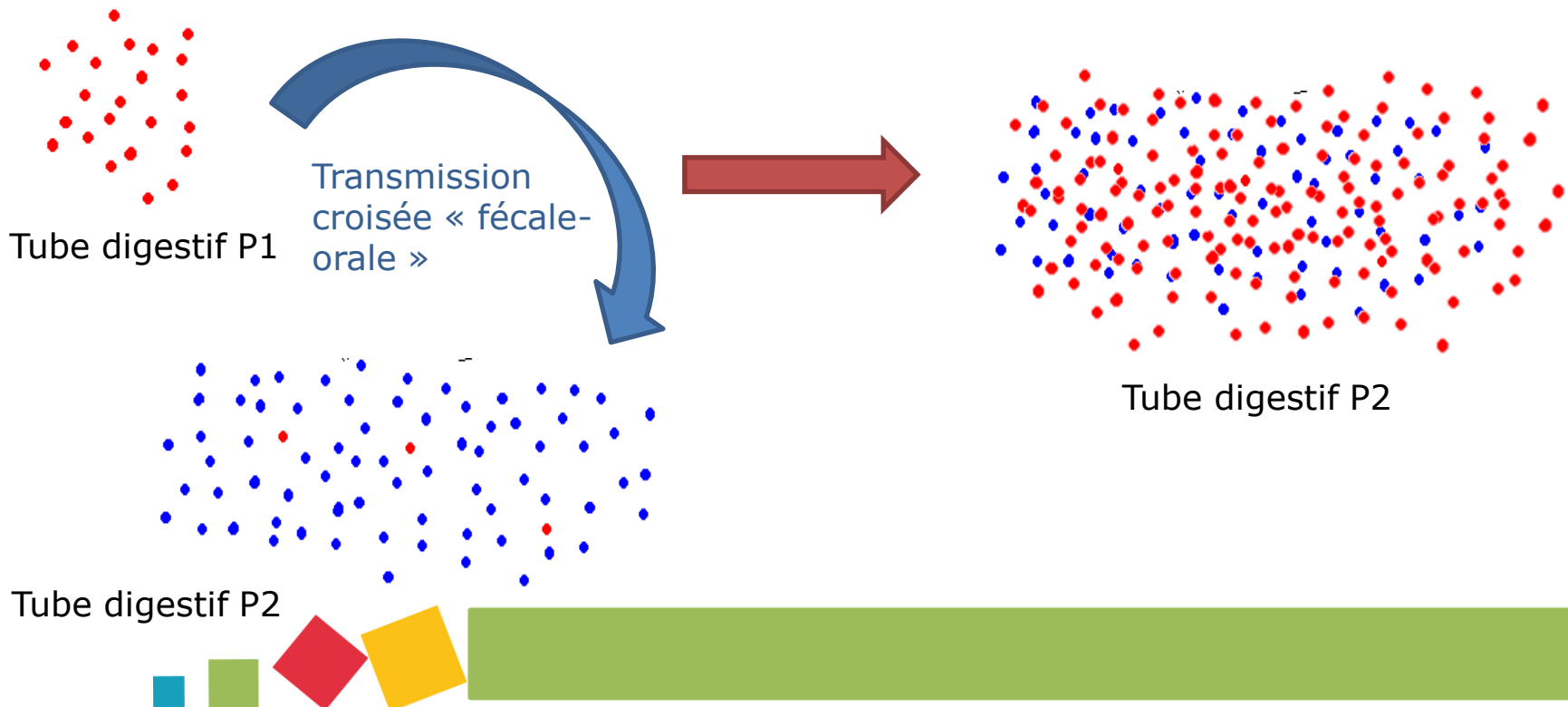


Mécanismes de diffusion de la résistance

- Transmission croisée

La personne se contamine (préférentiellement par voie orale pour les entérobactéries)

- Multiplication et implantation des BMR, en particulier au sein d'un microbiote désorganisé (antibiotique, inflammation, infection virale, carences...)



BMR, problématique pour les professionnels ?

être colonisé par une BMR ou une BHR est-ce problématique ?

NON le plus souvent

Pas de facteurs de risque individuels d'infection

→ pas d'infection avec les MO non pathogènes ou opportunistes

Flores équilibrées

→ rivalités entre populations microbiennes dans les flores

→ colonisation souvent transitoire

POSSIBLE avec les MO pathogènes

Pneumonie nécrosante à SARM PVL+

Tuberculose



BMR, problématique pour les patients ?

Etre colonisé par une BMR ou une BHRé est-ce problématique ?

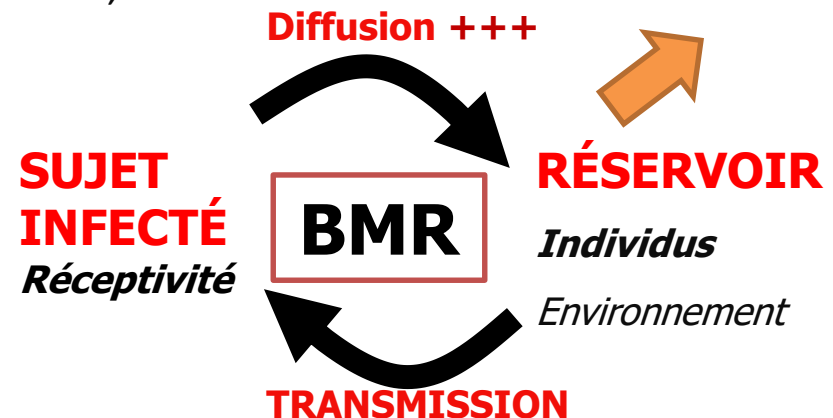
OUI potentiellement

Nombreux facteurs de risque individuels d'infection

- ✓ Immunoscnescence/Immunodépression
- ✓ Infection avec microorganismes opportunistes et pathogènes
- ✓ Flores déséquilibrées
- ✓ Colonisation durable

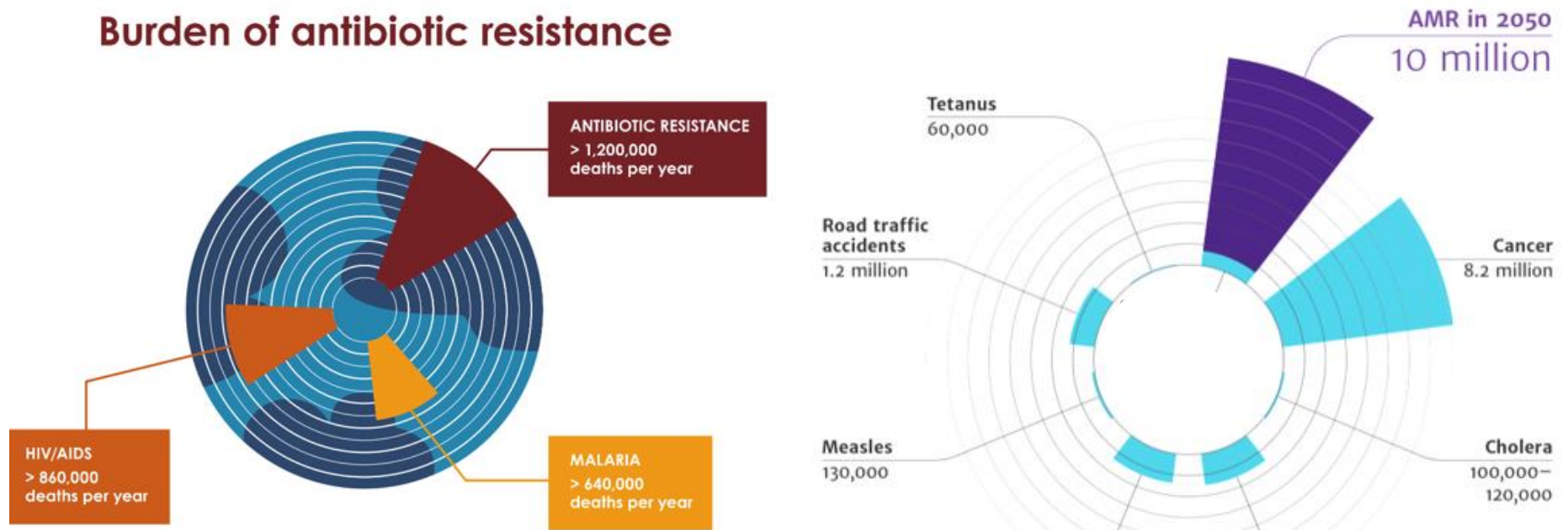
La colonisation est un facteur de risque d'infection, notamment en cas de gestes invasifs (sondage urinaire, ...)

Et pour la collectivité ?



Décès imputables à la résistance antimicrobienne comparée aux autres causes majeures de décès

Burden of antibiotic resistance



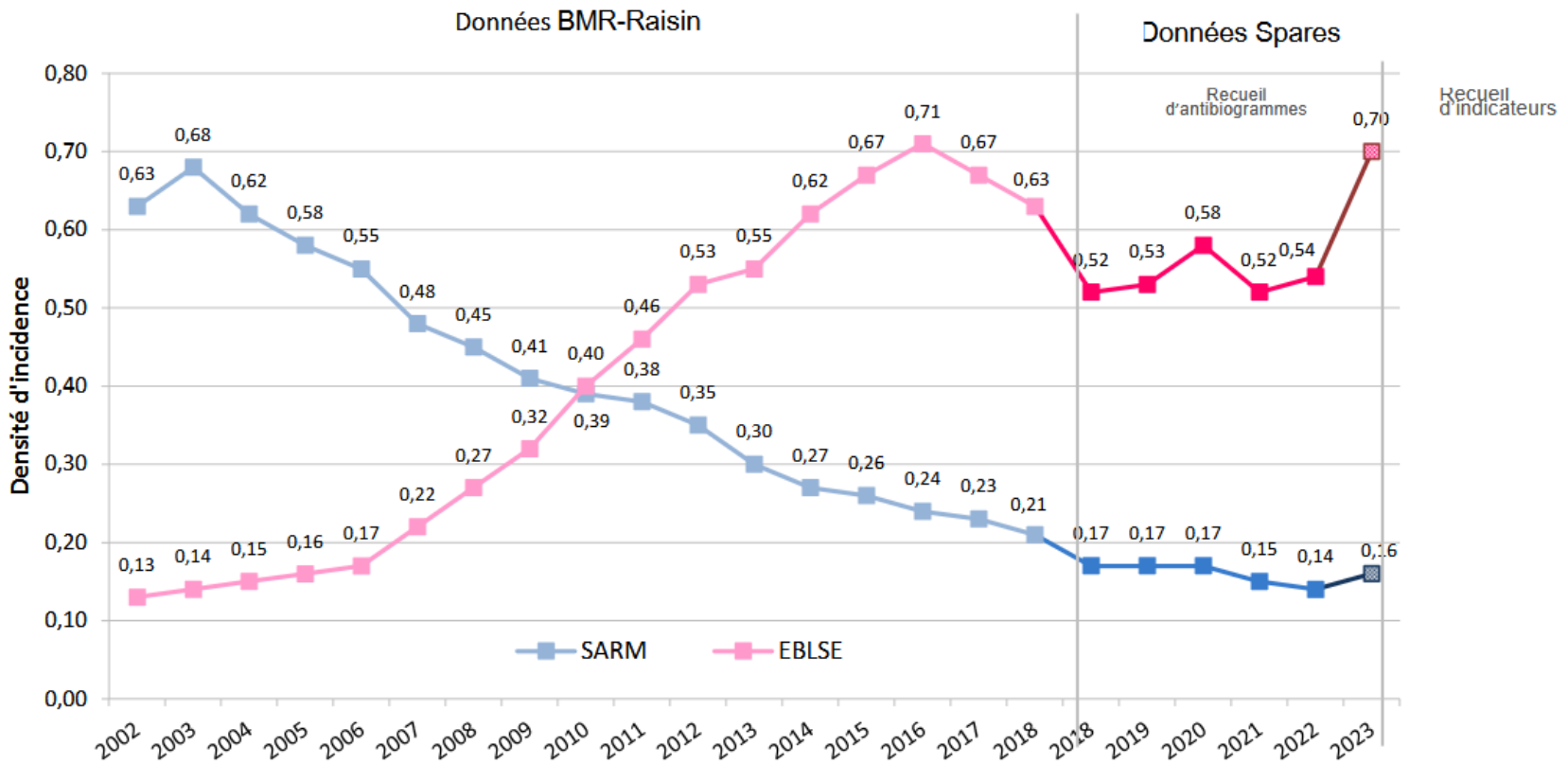
* Source : [Tackling drug-resistant infections globally: Final report and recommendations – The review on microbial resistance – May 2016](#)



Epidémiologie des BMR en France, établissements sanitaires

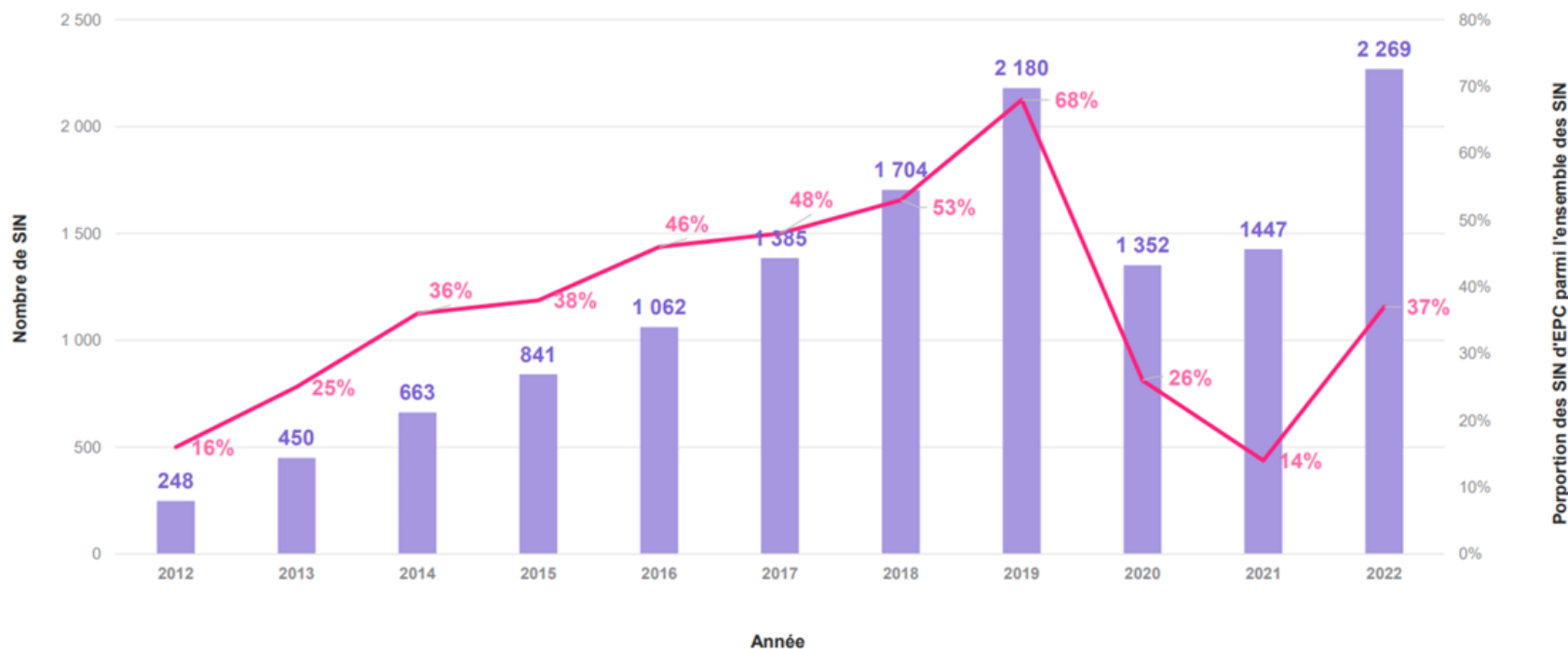
Figure 4. Évolution entre 2002 et 2023 de la densité d'incidence (nombre de souches pour 1 000 JH) des SARM et des EBLSE. France, mission SPARES

Nombre d'établissements participants variable chaque année, changement de méthode de surveillance en 2018 et en 2023



Epidémiologie des BHRe en France

EVOLUTION DES EPC PAR ANNÉE, 2012 - 2022



Même tendance que le CNR



Etablissements sanitaires, France 2023

RÉSISTANCES BACTÉRIENNES AUX ANTIBIOTIQUES

Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM)

8,8%

Proportion de SARM chez *Staphylococcus aureus* isolé d'hémocultures

Cible

<10%

0,16

Densité d'incidence SARM/1 000 JH

Cible 2025

0,15

Enterococcus faecium résistant à la vancomycine (ERV)

0,8%

Proportion d'ERV chez *Enterococcus faecium* isolé d'hémocultures

Cible

<1%

Klebsiella pneumoniae BLSE

0,20

Densité d'incidence *K. pneumoniae* BLSE/1 000 JH

Cible 2025

0,15

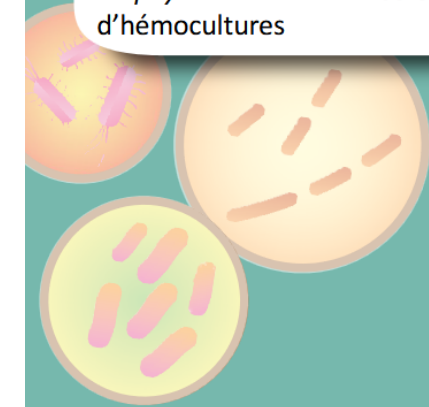
Enterobacterales résistantes aux carbapénèmes

0,13

Densité d'incidence *Enterobacterales* résistantes aux carbapénèmes/1 000 JH

Cible

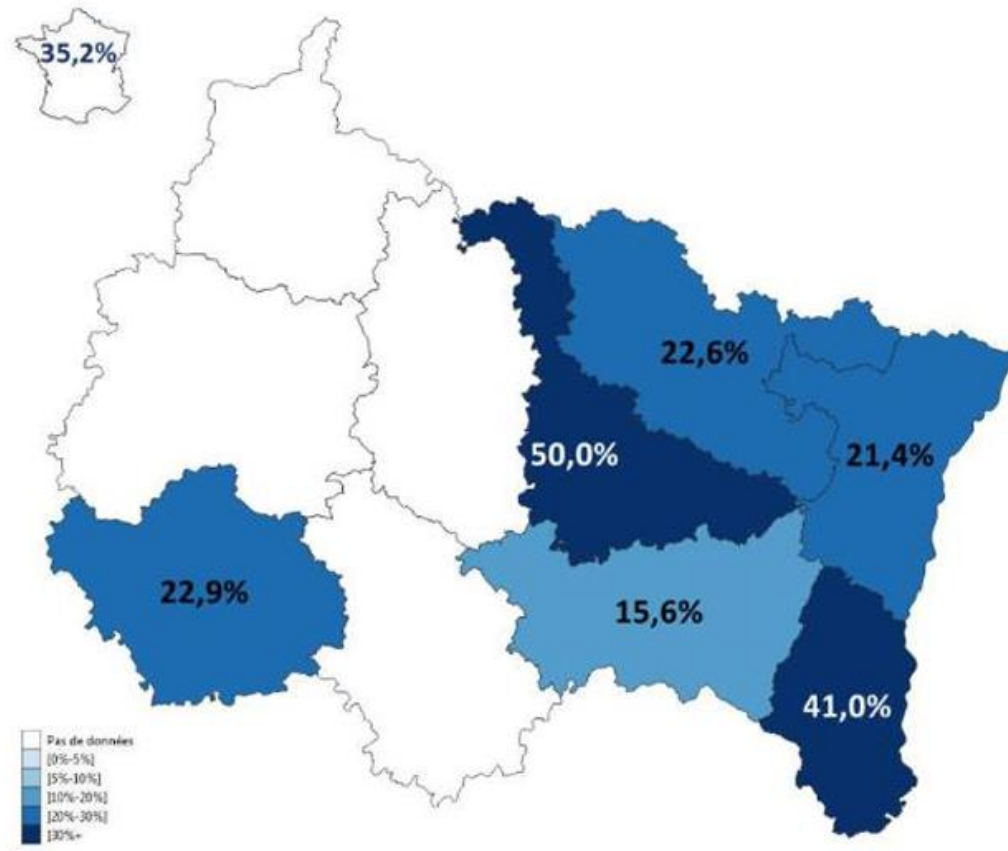
<1



Epidémiologie

Staphylococcus aureus résistant à la Méricilline

Cartographie % SARM – Patients vivant en Ehpad

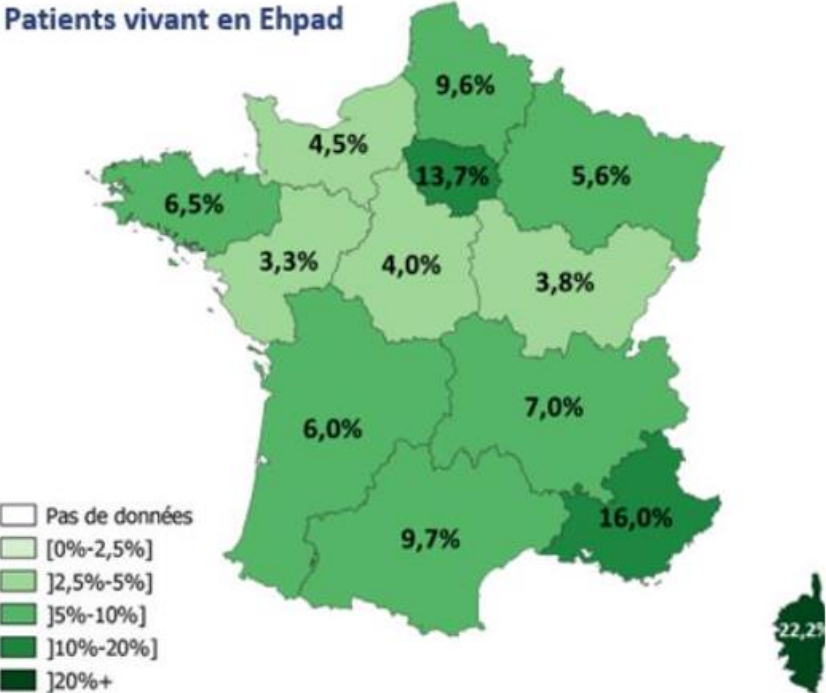


Mission PRIMO, Région Grand-Est, Résultats 2022

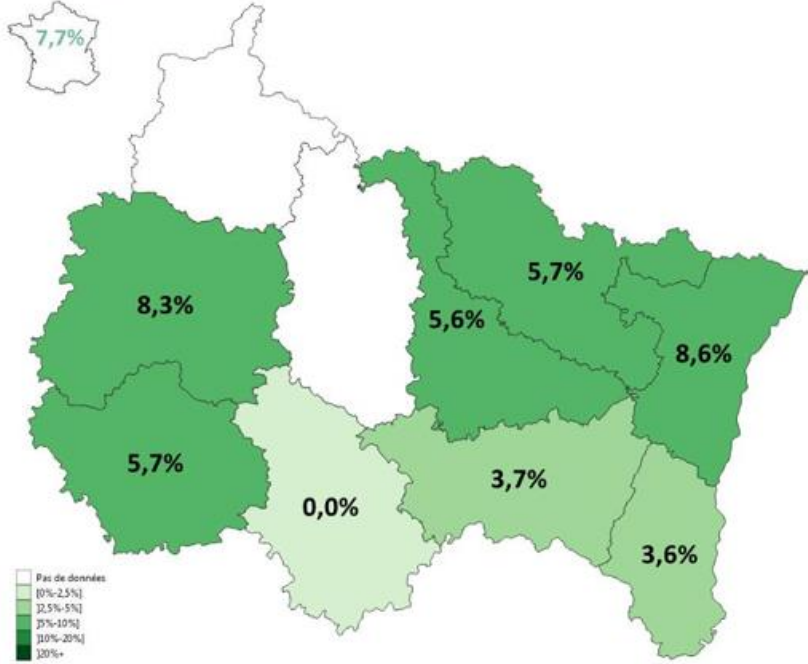


Epidémiologie *E.coli* EBLSE

% BLSE *E. coli*
Patients vivant en Ehpad



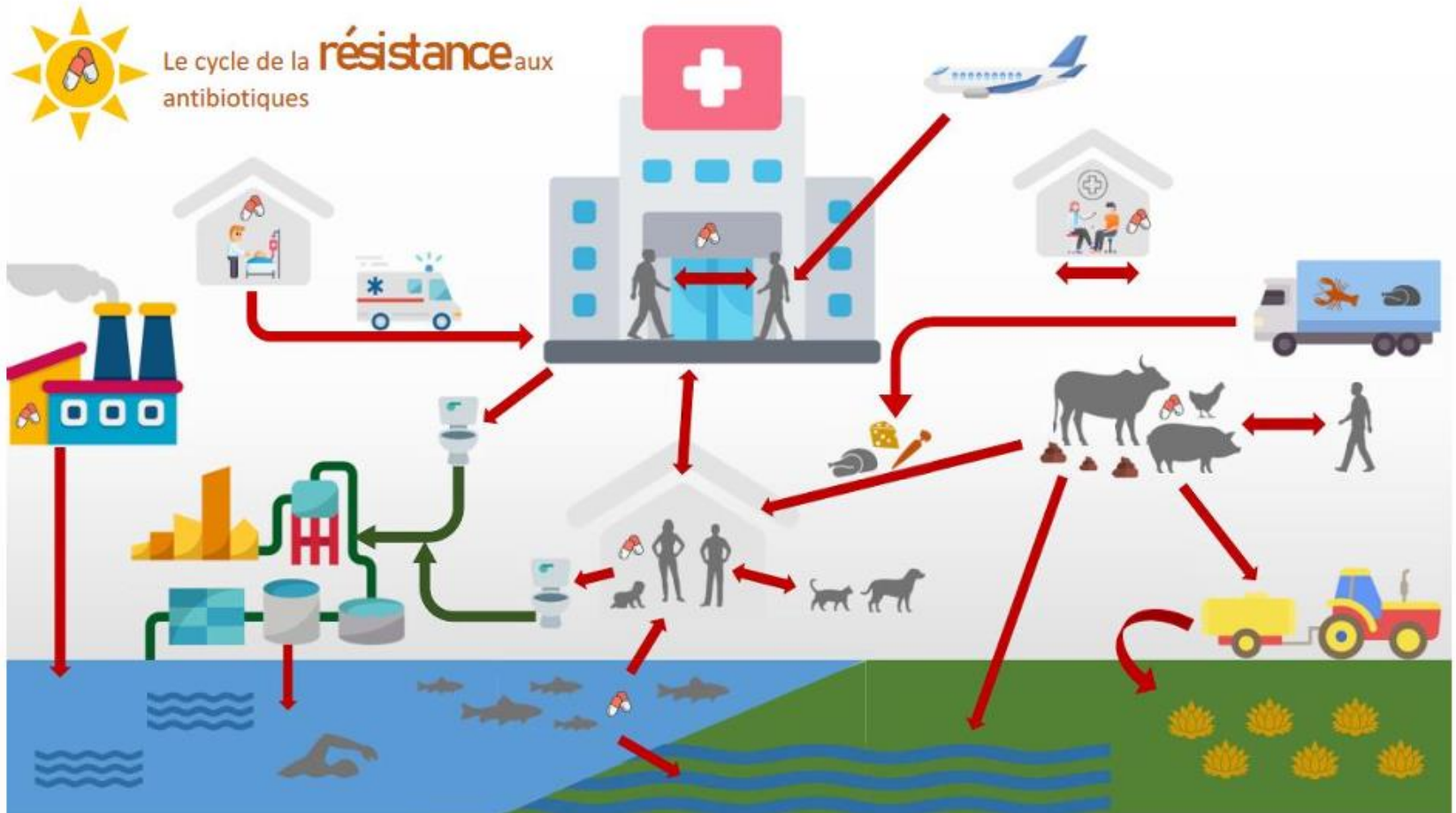
Cartographie % BLSE – Patients vivant en Ehpad



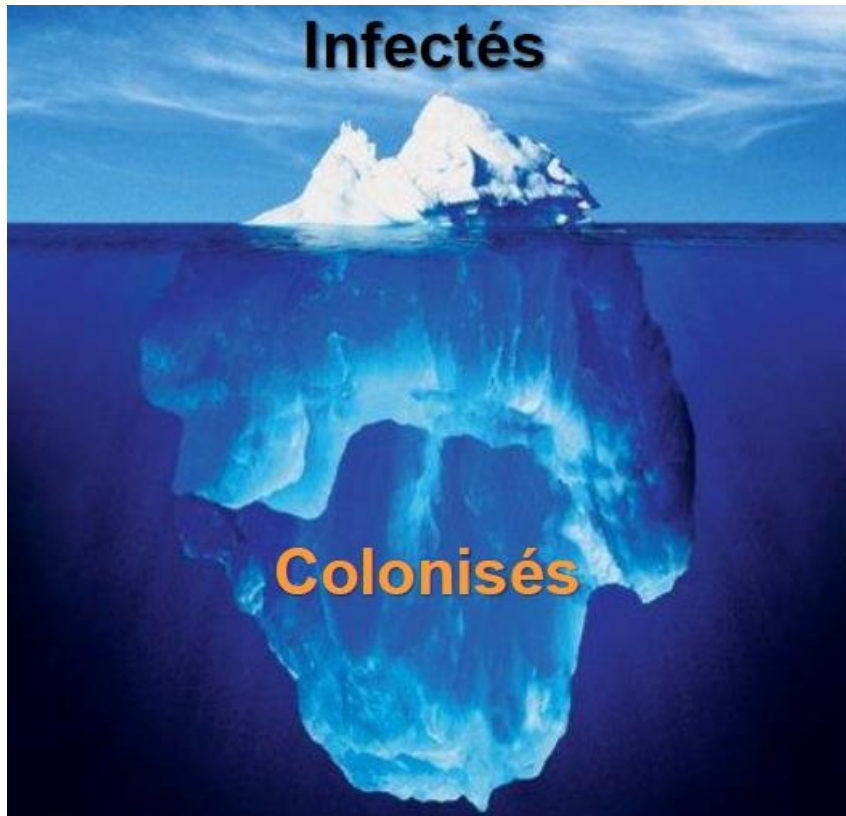
Mission PRIMO, Région Grand-Est, Résultats 2022



« One Health » ou « une seule santé »



Stratégie de prise en charge Infectés versus colonisés



Population identifiée :
antécédant d'infection ou
infection à BMR/BHRe en
cours

Population porteuse non
identifiée : risque de
transmission identique

Importance des PS pour tout patient quel que soit son
statut infectieux



Lutte contre l'antibiorésistance

Bon usage des Antibiotiques

=

- Non usage lors infections virales, colonisations...
- Respect des recommandations :
 - → Spectre étroit
 - Adaptation antibiogramme
 - Probabiliste : choix en fonction du site et des MO les plus fréquemment rencontrés
- Durées et posologies adaptées

+

Prévention des infections associées aux soins

=

prévention de la diffusion
des BMR/BHR



Lutte contre l'antibiorésistance : prévention de la transmission

Mesures mises en œuvre

Précautions « standard » + précautions complémentaires

Identification et dépistage des patients/résidents
« contact »

Sectorisation des patients/résidents

Précautions « standard »

Chambre individuelle (ou regroupement)

Information et signalisation

Mesures spécifiques

(« contact », « gouttelettes », « air », « protecteur »)

Précautions renforcées

Précautions complémentaires

Précautions « standard »

= évite la transmission d'agents infectieux véhiculés par les individus et l'environnement

- 1) **Hygiène des mains**
- 2) Port d'**équipements de protection individuelle** si risque de contact avec du sang ou liquides biologiques
- 3) **Hygiène respiratoire** : port de masque systématique en cas de signes respiratoires
- 4) Gestion rigoureuse des **excréta**
- 5) Gestion rigoureuse de l'**environnement**
- 6) Conduite à tenir en cas d'**AES**

Indications

Bactérie hautement résistante émergente (BHRé)

1) Entérocoque résistant aux glycopeptides (ERG)

2) Entérobactérie productrice de carbapénèmase (EPC)

Epidémie non maîtrisée : Covid-19, ...

BMR (SARM, EBLSE, ...)


Micro-organisme à potentiel épidémique

Patients/résidents immunodéprimés

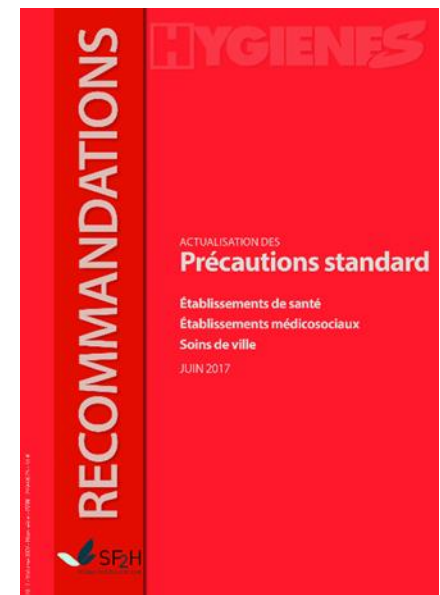
POUR TOUS LES PATIENTS/RÉSIDENTS

quelque soit le statut infectieux, connu ou présumé

PAR TOUS LES PROFESIONNELS DE SANTE,
(concernent aussi les visiteurs)



Mesures
générale de
lutte contre la
diffusion



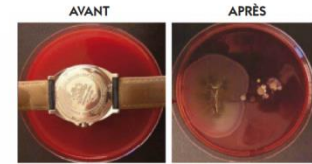
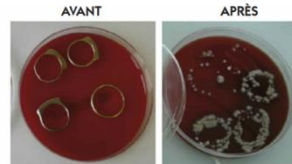
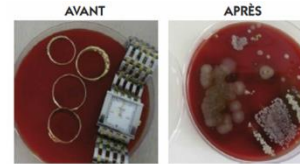
Sur près de 50 prélèvements réalisés sur des alliances de professionnels en activité : toutes étaient porteuses de MO fécaux
(étude réalisée en 2011, au CH St Jean d'Angély)

R6
Lors des soins et en préalable à toute hygiène des mains :

- avoir les avant-bras dégagés,
- avoir les ongles courts, sans vernis, faux ongles ou résine,
- ne pas porter de bijou (bracelet, bague, alliance, montre).

➤ Sauvez des vies, laissez vos bijoux au vestiaire

Photos réalisées lors de la dépose et après trois jours d'incubation.



JE REMERÇE TOUS
LES PORTEURS DE BIJOUX
SANS QUI JE NE ME SÉRAIS
PAS DÉVELOPPÉ ...



Mon précieux!!!



Hygiène des mains : Les 5 indications de l'OMS

R7

Effectuer une hygiène des mains :

1. avant un contact avec le patient,
2. avant un geste aseptique,
3. après un risque d'exposition à un produit biologique d'origine humaine,
4. après un contact avec le patient,
5. après un contact avec l'environnement du patient.



1 AVANT DE TOUCHER UN PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains avant de toucher un patient. POURQUOI? Pour protéger le patient des germes présents sur les mains.
2 AVANT UN GESTE ASEPTIQUE	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains immédiatement avant d'exécuter un geste aseptique. POURQUOI? Pour protéger le patient de l'inoculation de germes, y compris ceux dont il est porteur.
3 APRÈS UN RISQUE D'EXPOSITION À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après toute exposition potentielle ou effective à un liquide biologique (et après le retrait des gants). POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.
4 APRÈS AVOIR TOUCHÉ UN PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché le patient, au terme de la rencontre ou lorsque cette rencontre est interrompue. POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.
5 APRÈS AVOIR TOUCHÉ L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché un objet dans l'environnement du patient pour autant qu'une zone lui ait été temporairement et exclusivement dédiée, même lorsque la patient n'a pas été touché. POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.



Méthode , comment choisir ?



	Friction hydro-alcoolique (FHA)	Lavage simple savon doux
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % flore transitoire ○ 99,999 % flore résidente 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 50 % flore transitoire ○ 0 % flore résidente
Temps	Jusqu'à séchage complet (environ 30 secondes)	≥ 1 minute
Logistique	○ Tous lieu (flacon pompe, poche, distributeur mural...)	○ Point d'eau , essuie tout
Tolérance	<ul style="list-style-type: none"> ○ Protège les mains sensibles ○ Douleur si mains lésées 	○ Lésions des mains possible si mauvais rinçage et/ou mauvais séchage
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faible risque d'allergie ○ Les allergie aux produits hydro-alcoolique (PHA) et savons choisit en établissement sont exceptionnelles <p><i>Si soupçon : consultation avec un allergologue (médecine du travail)</i></p>	
Indications	Tous soins	Mains visuellement souillées
Contres indications	<ul style="list-style-type: none"> ○ Infections à C. difficile ou gale (lavage avant) ○ Mains souillées, mains mouillées ○ > 3 ans <p>⚠ Ne pas boire, inflammable</p>	○ Acte aseptique



Quelques « Fake news » sur les PHA

2015 : PHA et exposition au Bisphénol A (BPA) ?!

Abonnez-vous
Espace abonnés - Newsletters

LOBS

Abonnez-vous

EN BREF

TEMPS FORTS

ESSENTIELS

#VIDÉO #MACRON #POLITIQUE
#MONDE #MIGRANTS
#DINGUEÇA #SNCF #TRUMP
#JUSTICE #HOMOSEXUEL
#EUROPE #AQUARIUS #LGBT

#SANTÉ Selon une étude, le gel hydroalcoolique serait mauvais pour la santé

Publié le 20/07/15 à 13:02

NOUVEAU Gel antibactérien sans rinçage
(LOIC.VENANCE/AFP)

Une étude publiée par la revue *Plos One* relève les effets nocifs du désinfectant pour les mains : une utilisation régulière du gel provoquerait l'absorption du Bisphénol A par la peau. Cette publication de l'université du Missouri, repérée par *Science Post*, rappelle les dangers du Bisphénol A.



PLOS ONE

Publish About Browse Search

OPEN ACCESS PEER-REVIEWED

Holding Thermal Receipt Paper and Eating Food after Using Hand Sanitizer Results in High Serum Bioactive and Urine Total Levels of Bisphenol A (BPA)

Annette M. Hormann, Frederick S. vom Saal, Susan C. Nagel, Richard W. Stahlhut, Carol L. Moyer, Mark R. Ellersieck, Wade V. Welshons, Pierre-Louis Toutain, Julia A. Taylor

Published: October 22, 2014 • <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110509>

111 Save	62 Citation
174,434 View	4,878 Share

Download PDF Print Share

Check for updates

PLOS BIOLOGY

Article Authors Metrics Comments Related Content

Abstract Introduction Methods

Abstract

Bisphenol A (BPA) is an endocrine disrupting environmental contaminant used in a wide variety of products, and BPA metabolites are found in almost everyone's urine, suggesting widespread exposure from multiple sources. Regulatory agencies estimate that virtually all BPA exposure is



2-Faux contexte

5-Contenu trompeur

Protocole « farfelu » -application papier « ticket de caisse » sur des mains imprégnées de PHA (sans séchage) jusqu'à 6 min +/- ingestion de frites après
-Mesure la présence de BPA sur les mains ou dans le sang après ingestion de frites

Aucun rapport avec utilisation « normale » PHA par friction

Quelques « Fake news » sur les PHA

2018 : Résistance des bactéries aux PHA

DERMATO

Des bactéries plus tolérantes aux gels hydro-alcooliques ?

Par Hugo Jalinière le 22.02.2018 à 08h00

Une espèce bactérienne responsable d'infections en milieu hospitalier a développé une tolérance aux solutions hydro-alcooliques largement utilisées à l'hôpital depuis une vingtaine d'années.



SCIENCES
AVENIR



bioRxiv
THE PREPRINT SERVER FOR BIOLOGY

HOME | ABO

Search

New Results

Increasing tolerance of hospital *Enterococcus faecium* to hand-wash alcohols

Sacha J. Pidot, Wei Gao, Andrew H Bultjens, Ian R Monk, Romain Guenillot, Glen P Carter, Jean Y-H Lee, Margaret M. C. Lam, Susan A. Ballard, M. Lindsay Grayson, Andrew A. Mahony, Elizabeth A. Grabsch, Despina Kotsanas, Tony Korman, Geoffrey W. Coombs, J. Owen Robinson, Anders Goncalves da Silva, Torsten Seemann, Benjamin P. Howden, Paul D. R. Johnson, Timothy P. Stinear

doi: <https://doi.org/10.1101/053728>

This article is a preprint and has not been peerreviewed [what does this mean?]

Abstract | Info/History | Metrics | Supplementary material | Preview PDF

Abstract

Alcohol-based hand rubs are international pillars of hospital infection control, restricting transmission of pathogens such as *Staphylococcus aureus*. Despite this success, health care infections caused by *Enterococcus faecium* (Efm) - another multidrug resistant pathogen - are increasing. We tested alcohol tolerance of 139 hospital Efm isolates, obtained between 1997 and 2015 and found Efm post-2010 were 10-fold more tolerant to alcohol killing than older isolates. Using a mouse infection control model, we then showed that alcohol tolerant Efm resisted standard 70% isopropyl alcohol disinfection and led to substantial colonization



2-Faux contexte

3-Contenu manipulé

La concentration en alcool étudiée (23%) est très < à celle des PHA > 70%

La tolérance des bactéries à l'alcool est quelque chose de connue

Aucune des souches testées n'était résistante à une concentration d'alcool que l'on peut trouver dans une solution hydro alcoolique

Les gants

Les gants de soins sont avant tout un outil de protection contre la transmission virale en cas d'AES (diminue l'inoculum viral de 46 à 86% par essuyage de l'aiguille)



1. Ils deviennent microporeux aux mirco-organismes en 5 à 10 minutes
 - **ne constituent pas une barrière vis-à-vis des micro-organismes, même s'ils diminuent leur passage**
2. Ils sont à jeter dès la fin du soin pour éviter de contaminer l'environnement (**pas de port de gants en dehors du soin**, *sauf gale et infection à C. difficile*)
3. Les porter juste avant le geste et les ôter dès qu'ils ne sont plus indispensables, les changer en cas d'interruption de soins
4. A changer entre deux résidents, et pour un même résident entre un soin sale et propre



Le tablier et la surblouse



Toilette du résident, change, gestion des excréta, bionettoyage, aspiration trachéale

En cas de projection importante de sang, de liquides biologiques, de sécrétions, d'excrétions.

En cas de prise en charge d'un résident porteur de CD ou de gale



La protection de la tenue = Effet barrière en cas de risque de projection

Protection de la tenue

Porter un tablier imperméable à usage unique lors de tout soin souillant ou mouillant ou exposant à un risque de projection ou d'aérosolisation de produit biologique d'origine humaine.

R15

Porter une surblouse imperméable à manches longues à usage unique en cas d'exposition majeure aux produits biologiques d'origine humaine.

R16

Mettre la protection juste avant le geste, l'éliminer immédiatement à la fin d'une séquence de soins et entre deux patients.

R17





ATTENTION



Comment je me déshabille !!!!

Toucher le moins possible la surface la plus exposée

Dans la chambre/à la sortie de la zone : tablier, gants, charlotte

Jeter immédiatement !!



Désinfection du matériel = très bon véhicule

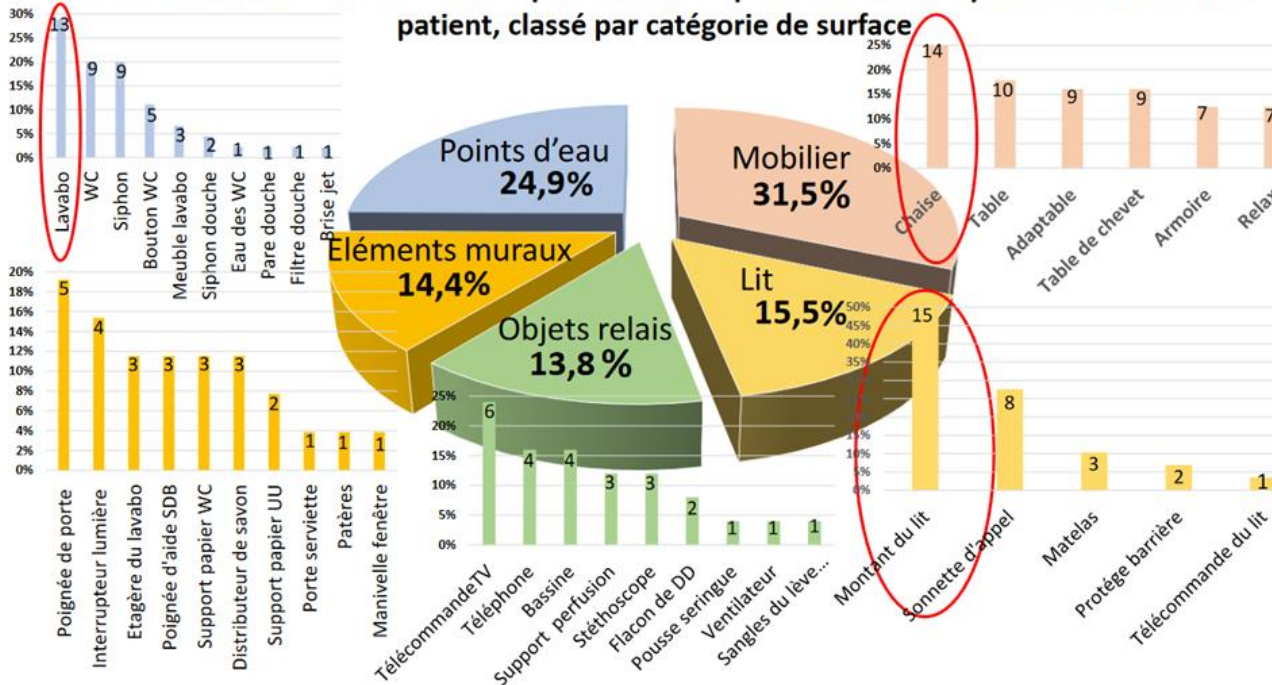
Attention stéthoscopes, sondes et fils d'échographie, tensiomètres....

Mais aussi stylos, téléphones, clavier d'ordinateur



La problématique environnementale

Taux de contamination des surfaces par la même espèce bactérienne portée ou infectant le patient, classé par catégorie de surface



Revue de littérature H. Kanamori 2017

Fomites les plus fréquemment identifiés

- +++ Équipement respiratoire
 - Nébuliseurs, humidificateurs +++
- Thermomètres +++
- Gels d'échographie +++
- Dispositifs d'aspiration +++

++ Flacons de savon liquide ++

- Stéthoscopes ++
- Capteurs de pression ++
- urodynamique, chirurgie, réanimation

+ Fils ECG +

- Tire-lait +
- Garrots +
- Téléphones, tablettes, claviers +

Une évolution au fil des années

Sara Romano-Bertrand et coll. CHU de Montpellier



Rappel sur les PCC

Prescription médicale/protocolisé

Indications/Durée :

- **Pour les BMR** : variable = protocole établissement

En général :

- Patient/résident infecté : PCC au moins jusqu'à guérison clinique
- Patient/résident colonisé (post guérison clinique ou dépistage) : Indication des PCC variable en fonction de l'espèce bactérienne et du service (en fonction du niveau de respect des PS et de la fragilité des patients)
- **Pour les BHRe**
 - Porteurs = PCC à chaque nouvelle admission
 - Contacts isolés (réadmission dans un service sans porteurs) = PCC jusqu'aux résultats négatifs de 3 dépistages post exposition
 - Contacts groupés (service avec porteur(s)) = pas de PCC individuelles mais regroupement si possible



Rappel sur les PCC



Mesures en plus des précautions standard

- Chambre et sanitaires individuels
- Sortie de la chambre encadrée

Lors des soins

- Protection systématique de la tenue
- Limiter les contacts avec l'environnement proche (ne pas s'asseoir sur les lits...)
- Attention particulière sur la désinfection systématique du matériel à la sortie de la chambre/zone (à éviter : matériel dédié +++)
- Mesures spécifiques de gestion des excréta en cas de BMR/BHRe digestive
- Mesures spécifiques de gestion de l'environnement





**Mesures
spécifiques de
lutte contre la
diffusion des
BHRe**

Mesures de gestion des BHRé



Actualisation





2019




Détection des porteurs


Détection rapide des porteurs ⇒ mise en œuvre précoce des mesures de contrôle de la diffusion

▪ Repérage des patients connus porteurs au moment de l'admission

-  Précautions complémentaires contacts et dépistage (non urgent)
-  Si patient positif : Dépistages des autres patients du services (=patients contacts)
 - Hebdomadaire en cours séjour
 - Tous les 15 jours en SSR
 - + Post exposition (après l'arrêt du contact avec le patient porteur)

• Repérage immédiat des patients contacts au moment de l'admission

 Un **patient contact** est peut être un porteur ignoré qui en l'absence de mesures adaptées et de repérage précoce sera source de transmission et générera les cas suivants

-  PCC et dépistage (urgent = idéalement PCR)
 - Positif : maintien de PCC et dépistages des autres patients du services
 - Négatif : levée des PCC



Détection des porteurs

Questionnaire d'admission

- Patient ayant eu les 12 derniers mois une hospitalisation > 24h (ou filière de soins spécifique (dialyse)) à l'étranger (dont rapatriement sanitaire)
- Patient ayant séjourné durant les 3 derniers mois dans un pays de forte endémie

 PCC + Dépistage EPC + ERG

Patient en provenance d'un service à risque BHRe, à repérer avant transfert

- Liste Cpias Grand-Est (accessible en ligne ou diffusée par l'EOH)
- Information du service d'amont

 PCC + Dépistage EPC ou ERG en fonction du risque identifié

Dépistages périodiques dans les services à haut risque : Réanimation, Néphrologie/dialyse



Prise en charge

Epidémie

Porteurs	Précautions d'hygiène	Chambre individuelle avec WC + PCC
	Organisation des soins	Idéalement 3 secteurs distincts avec personnels dédiés : secteur porteurs , secteur contacts , secteur indemnes (nouveaux admis)
	Admissions	Poursuivies, entrants orientés selon statut vers secteurs porteurs, contacts ou indemnes
Patient contact	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	PCR (de préférence pour orientation rapide) ou culture
	Transfert des contacts	Seulement si nécessaire et après au moins un dépistage négatif
	Précautions d'hygiène si transfert	Chambre individuelle + PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition
Réhospitalisation	PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition	
Antibiotiques		Limités au strict nécessaire Après avis référent

En milieu de soins, la lutte contre les BMR/BHRe
est l'affaire de tous

Elle est basée sur le bon usage des antibiotiques
et le respect individuel des mesures de prévention
de la transmission





Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins du Grand EST

Site de Nancy

03 83 15 55 88

cpias.grand-est@chru-nancy.fr

Site de REIMS

03 26 78 94 91

cpias.grand-est@chu-reims.fr

Site de Strasbourg
Contactez Nancy ou Reims



- Dr Emilie POIRIER Praticien hygiéniste/ N JOUZEAU, infirmière hygiéniste
- Formation en distanciel - module 3 -V2023