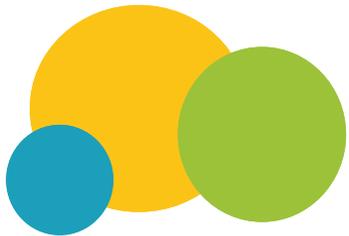


REPH = Rencontre des
praticiens en hygiène



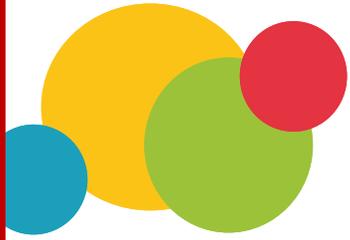
- Échanger
- Communiquer
- Partager des expériences positives ou non
- Identifier des interlocuteurs ressources
- Se comparer à d'autres

Échangeons sur les mesures mises en place lors de la découverte fortuite d'un patient porteur de BHRe en cours d'hospitalisation.

Quelles sont les pratiques dans la région ? Résultats enquête (Pascal Fascia - CPias ARA).

Ce que proposent les recommandations (Olivier Baud - CPias ARA).





3.3 *Fiche « Découverte « fortuite » d'un patient porteur de BHRe en cours d'hospitalisation »*

Circonstances :

- Dépistage systématique (réanimation, soins continus, hématologie ...)
- Prélèvement à visée diagnostique (ECBU, Hémoculture, ECBC, LBA...)

1. Placer le patient en chambre individuelle.
2. Prendre en charge le patient et les effectifs en personne.
En cas d'impossibilité :
 - a. renforcer les effectifs en week-end,
 - b. organiser les soins de nuit selon le principe de la « marche en avant » pour les soins programmables (toilette, visite, repas...).
3. Arrêter les transferts des patients de l'unité (porteur et contacts contact) vers d'autres services ou d'autres établissements de santé (ES). Les retours au domicile sont autorisés.
4. Identifier les contacts présents, les dépister.

Le voisin de chambre ? PCC présomptives ?

Seules les meilleurs y arrivent !!!

C'est là que ça se complique !!!

Marche en avant oui pour les soins programmables !!!

Patients contacts en PCC ?? Prise en charge pour des examens programmés...

Tous les patients de l'unité, équipes de nuit partagées sur plusieurs services (étage)...

5. Identifier les contacts déjà découverts du porteur
6. Placer ces contacts en PCC
7. Programmer au moins 3 jours de sortie à domicile.
8. Ne pas transférer les contacts

objectif de limiter le risque de création de foyers épidémiques secondaires.

Cependant :

- a) lorsqu'un transfert de patient contact s'avère nécessaire pour des raisons médicales individuelles, ce transfert doit être anticipé et des mesures de prévention prises (cf. 3.8 ci-dessous « hospitalisation d'un patient contact hors situation épidémique »).
- b) Dans les situations nécessitant de préserver une filière de soin indispensable (par exemple un service unique de neurochirurgie, réanimation néonatale, etc.), il est recommandé de regrouper les contacts dans une même unité en aval de ce service pour prévenir leur dispersion, et faciliter la poursuite des PCC et du dépistage.

Jusqu'à quelle date ?

Quid des voisins de chambre ?

Trois semaines avant la reprise d'une activité normale?

Perte de chance ou maintien de la prise en charge programmée ?



1. **Pas de cas secondaire** (tous les dépistages sont négatifs) :
 - si le patient porteur a été pris en charge par du personnel dédié depuis son identification, la poursuite des dépistages des contacts n'est pas obligatoire, elle est laissée à l'appréciation de l'EOH, les transferts des contacts peuvent reprendre.
 - si le patient porteur n'a pas été pris en charge par du personnel dédié:
 - dépistages hebdomadaires des patients de l'unité tant que le patient porteur est présent ;
 - si un patient de l'unité est transféré, il est placé en PCC dans le service d'accueil et dépisté au moins une fois, ou plus si l'EOH le juge nécessaire
 - après la sortie d'hospitalisation du patient porteur, réaliser au moins un dépistage post-exposition des patients présents dans l'unité : si aucun cas secondaire n'a été identifié, les dépistages sont arrêtés.
2. **Au moins 1 cas secondaire** : appliquer les mesures de contrôle d'une épidémie.