



Prise en charge d'un résident BMR/BHRe

Equipe du CPIas Normandie

# Prise en charge d'un patient BMR/BHRe

---

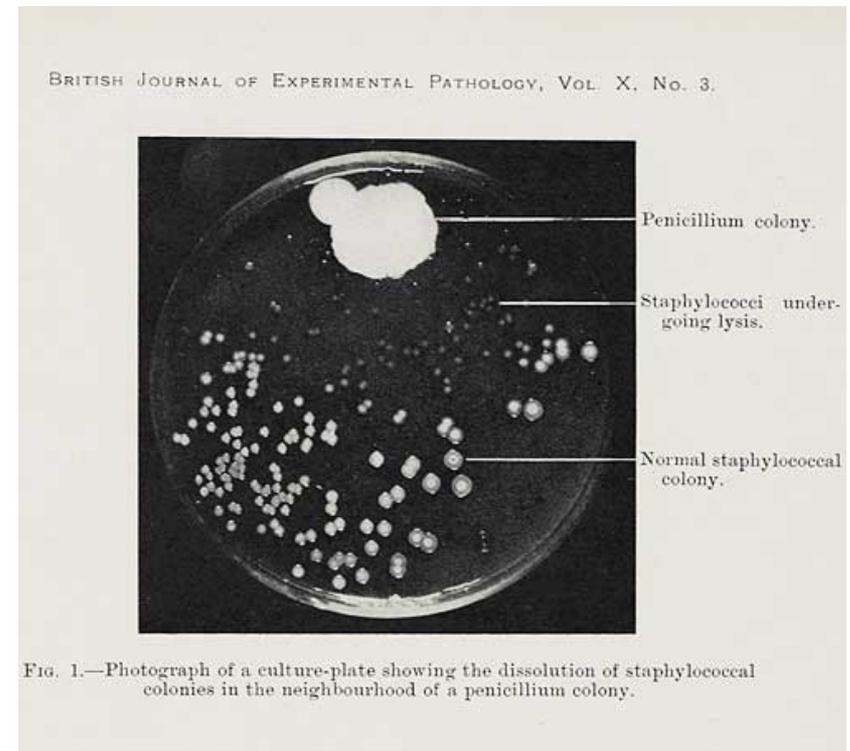
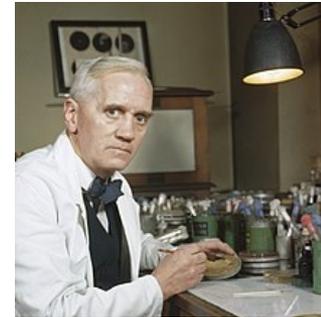
## Plan

- ▶ La résistance aux antibiotiques
- ▶ La diffusion de cette résistance
- ▶ Les bactéries « résistantes » aux antibiotiques
- ▶ Et en pratique...

# La Résistance aux Antibiotiques

# Historique (1)

► En 1928, Sir Alexander Fleming constate que les staphylocoques dorés qu'il avaitensemencés sur gélose nutritive ne se sont pas développés à proximité d'une moisissure de type *Penicillium* qui avait souillé une culture.



# Historique (2)

- ▶ Hypothèse : *Penicillium* sécrète une substance qui tue ou inhibe le développement des Staphylocoques
- ▶ Purification et **usage en clinique** de la pénicilline G en 1938-1942
- ▶ Apparition des résistances en 1943...

Thanks to PENICILLIN  
...He Will Come Home!



FROM ORDINARY MOLD—  
*the Greatest Healing Agent of this War!*

In the green, grey and yellow mold above, called *Penicillium notatum* in the laboratory, grows the substance called penicillin first discovered by Professor Alexander Fleming in 1928. Named penicillin by its discoverer, it is the most powerful weapon ever developed against many of the deadliest infections known to man. Research on molds was already a part of Schenley's enterprise. Schenley Laboratories were well able to meet the problem of large scale production of penicillin, when the great need for it arose.

When the thousands of pages of this war have added to pages of silent pain in a history book, the greatest news event of World War II may well be the discovery and development — not of some vicious new weapon that destroys — but of a weapon that saves lives. This weapon, of course, is penicillin.

Every day, penicillin is performing some unbelievable act of healing on some far battlefield. Thousands of men will return home who otherwise would not have had a chance. Better still, more and more of this precious drug is now available for civilian use... to save the lives of patients of every age.

A year ago, production of penicillin was difficult, costly. Today, due to specially devised methods of mass-production, in use by Schenley Laboratories, Inc. and the 20 other firms designated by the government to make penicillin, it is available in ever increasing quantity, at progressively lower cost.

Made in "THE DOCTOR FIGHTS" showing BATHING BEASTS. Trade dress. U.S. See your paper for time and date.

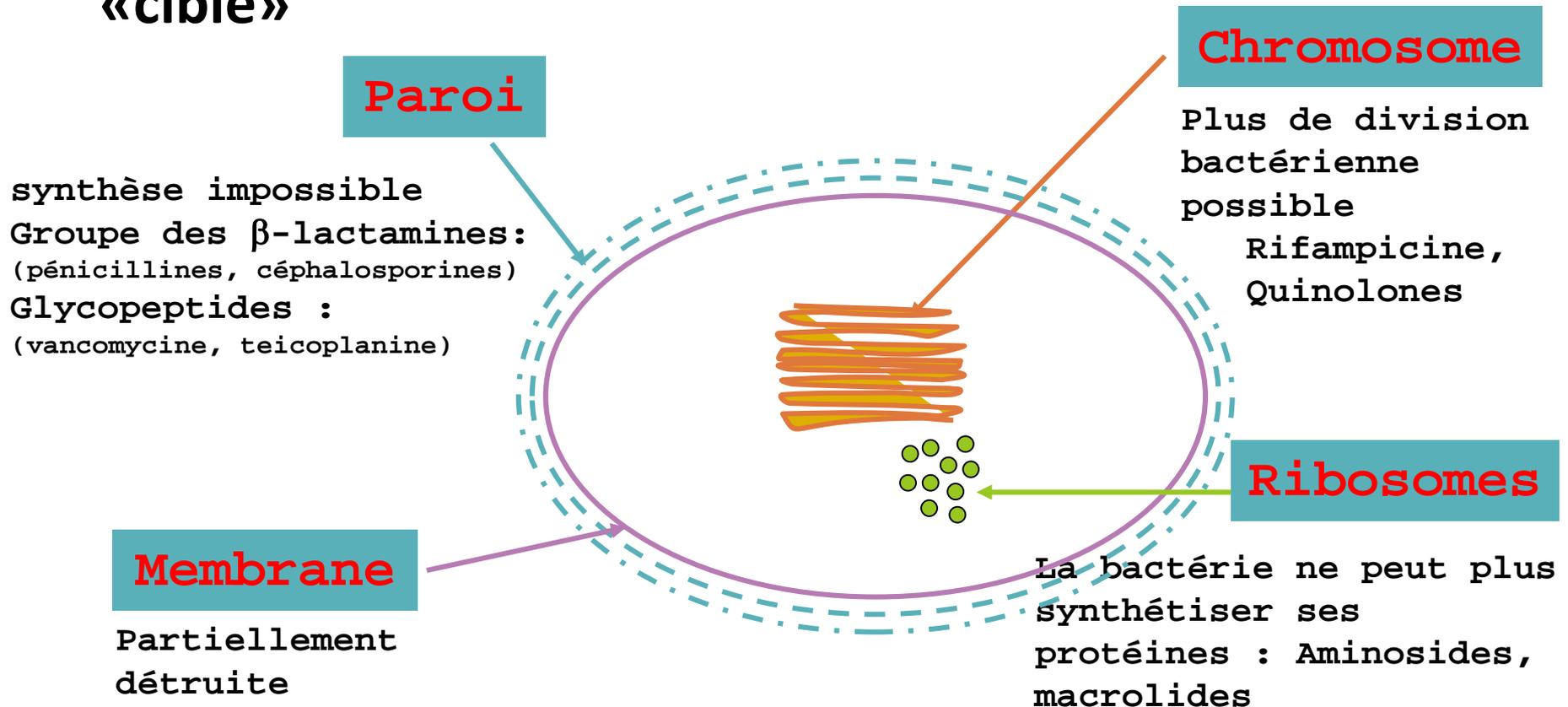
**SCHENLEY LABORATORIES, INC.**  
Incorporated in America

Producers of PENICILLIN-Schenley



# Mode d'action des Antibiotiques (1)

- ▶ En fonction de leur nature chimique, les ATB peuvent agir à différents niveaux de la bactérie : c'est la «cible»



# Mode d'action des Antibiotiques (2)

---

- ▶ **Pour être efficace, un ATB doit :**
  - ▶ être actif sur le micro-organisme responsable de l'infection  
= spectre naturel d'activité de l'ATB : il agit sur certaines espèces bactériennes
  - ▶ Diffuser jusqu'au lieu de l'infection

# La résistance bactérienne aux ATB (1)

---

## ► Naturelle

- ▶ Concerne toutes les souches d'une espèce bactérienne
- ▶ Chromosomique
- ▶ Phénotype « sauvage »

## ► Acquis

- ▶ Ne concerne qu'une partie des souches au sein d'une espèce
- ▶ Soit mutation d'un gène chromosomique et transmission du caractère de résistance aux bactéries filles (transfert vertical)
- ▶ Soit acquisition d'un gène extra-chromosomique (plasmide ou transposon) et transmission à certaines bactéries « contemporaines » (transfert horizontal)

# La résistance bactérienne aux ATB (2)

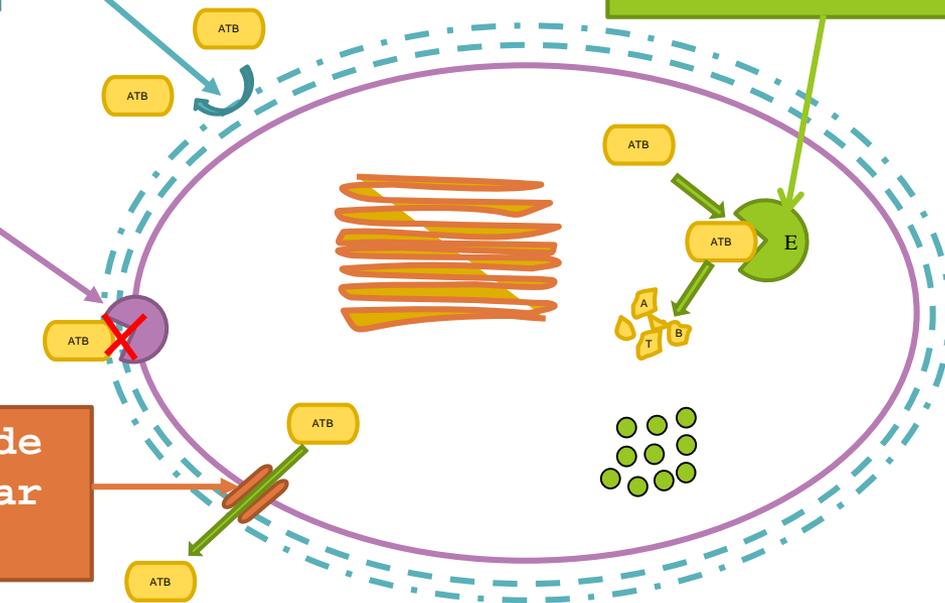
- Pour résister aux antibiotiques, les bactéries peuvent mettre en œuvre 4 stratégies :

1- Diminution de perméabilité de la paroi empêchant l'ATB d'entrer

2- Altération des récepteurs membranaires empêchant l'ATB de s'ajuster sur sa cible (effet clé/serrure)

3- Antibiotique refoulé de la cellule bactérienne par une pompe à efflux

4- Antibiotique détruit par une enzyme bactérienne



# La résistance bactérienne aux ATB (3)

---

- ▶ Le spectre clinique d'activité d'un antibiotique dépend de **la résistance naturelle des espèces mais aussi de la résistance acquise** des souches dont la fréquence peut augmenter à cause de la pression de sélection

## Mise sur le marché

Pénicilline G (1942)

Méticilline G (1961)

Ampicilline G (1962)

Céphalosporines (1980)

## Résistance découverte

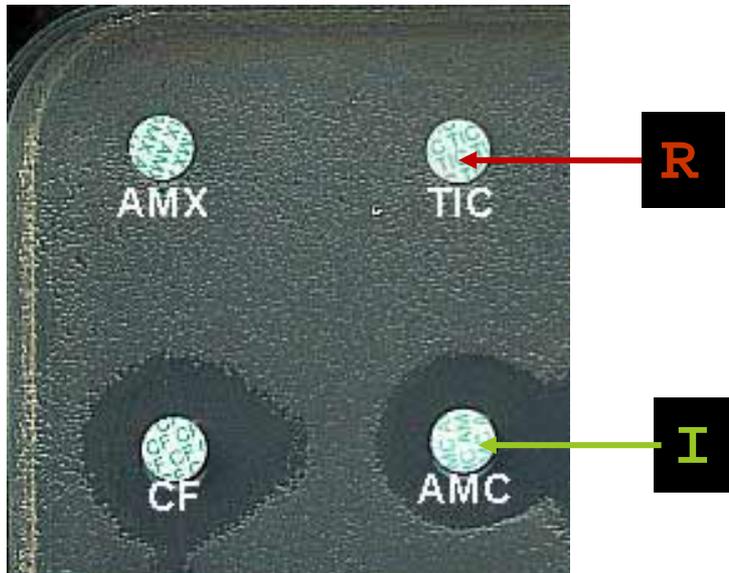
Staphylocoque doré (1943)

Staphylocoque doré (1962)

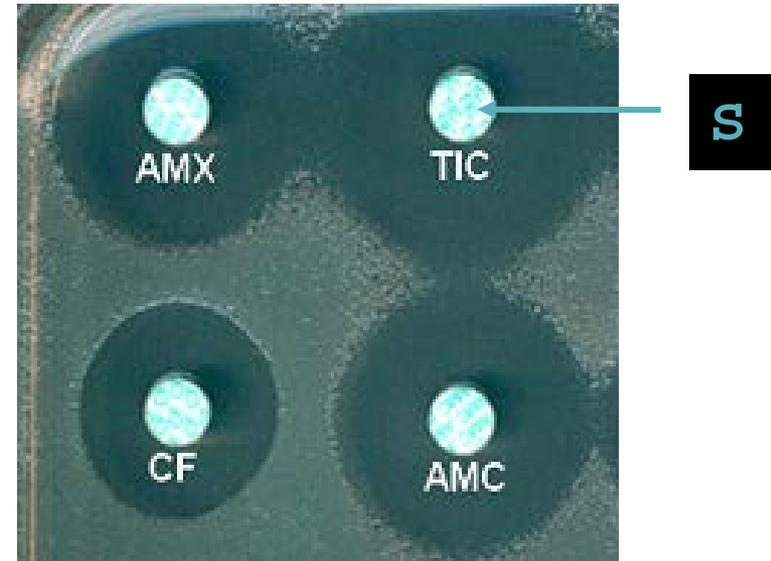
Entérobactéries (1964)

Entérobactéries (1981)

# Mise en évidence de la résistance



*E. coli* patient A



*E. coli* patient B

► Comment évaluer le risque d'échec thérapeutique ?

**antibiogramme** : liste des antibiotiques auxquels les bactéries sont sensibles S, résistantes R ou intermédiaires I.

ANTIBIOTIQUE	RESISTANCE
GERME No :	1
<b><i>β</i>-LACTAMINES</b>	
AMOXICILLINE.....	R
AMOXICILLINE+AC.CLAV.....	R
TICARCILLINE.....	R
TICARCILLINE+AC.CLAV.....	R
PIPERACILLINE.....	R
PIPERACILLINE + TAZO.....	R
CEFALOTINE.....	R
CEFUROXIME.....	R
CEFOXITINE.....	R
CEFIXIME.....	R
CEFOTAXIME.....	R
CEFTAZIDIME.....	R
CEFEPIME.....	I
CEFPiROME.....	R
AZTREONAM.....	R
IMIPENEME.....	S

# La diffusion de cette résistance

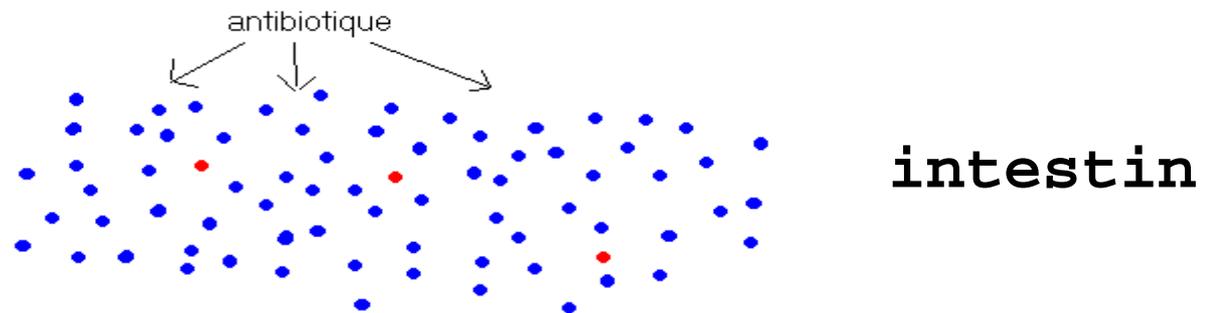
# La pression de sélection exercée par les ATB (1)

## 1. Comment ça marche ?

Un médecin prescrit un antibiotique,  
pour traiter, par exemple, une pneumopathie

**1<sup>ère</sup> étape** : dans l'intestin, voici des bactéries bleues sensibles aux antibiotiques, très majoritaires, et quelques rares bactéries rouges, de la même espèce que les bleues, mais plus résistantes.

- Bactéries sensibles aux ATB
- Bactéries résistantes aux ATB

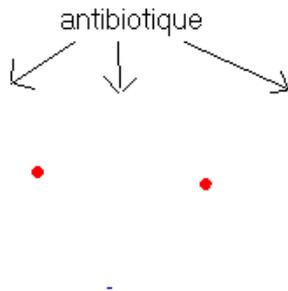


# La pression de sélection exercée par les ATB (2)

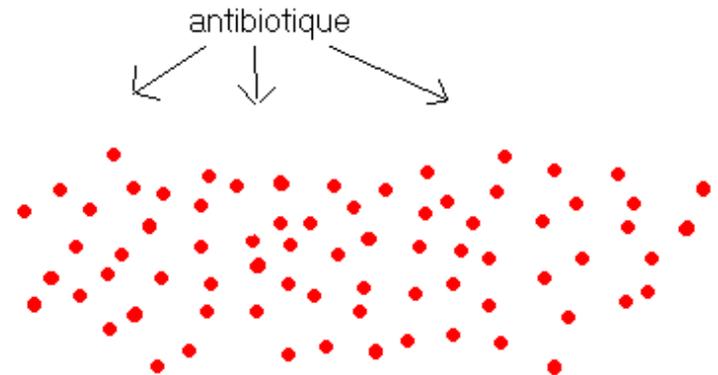
---

## 1. Comment ça marche ?

**2<sup>e</sup> étape** : l'antibiotique tue toutes les bactéries qui lui sont sensibles mais ne tue pas les bactéries résistantes



**3<sup>e</sup> étape** : les bactéries résistantes se développent et deviennent dominantes



# La pression de sélection exercée par les ATB (3)

---

## 1. Pression de sélection par antibiotiques

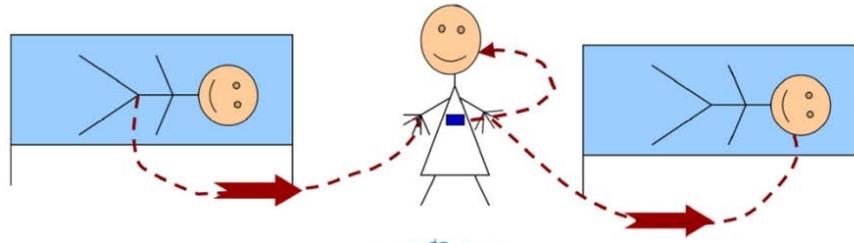
- ▶ Il s'est créé en quelques jours un **réservoir de bactéries** résistantes, voire multirésistantes (BMR) dans le tube digestif d'un malade en traitant une infection d'un autre site (poumons) par un antibiotique
- ▶ Ce patient est **asymptomatique**, il est **porteur** de bactéries plus résistantes qu'avant la cure d'antibiotique. Il peut s'agit de BMR => le patient est dit « porteur » ou **colonisé** mais il n'est pas infecté (asymptomatique)

# Mécanismes de diffusion de la résistance

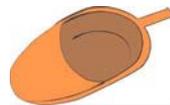
## 2. Dissémination de la multirésistance par transmission manuportée,

### Les BMR sont diffusées

- ▶ Par transmission **DIRECTE** : par les mains des professionnels lors des contacts (soins, examens... et lors de tout contact)



- ▶ Par transmission **INDIRECTE** : par la tenue des professionnels lors de soins exposant aux liquides biologiques (changes, toilette..)



- ▶ Via l'environnement, les surfaces, les matériels mal désinfectés...

# Définition « épidémiologique » d'une BMR

---

- ▶ Une bactérie est dite « multi-résistante aux antibiotiques (BMR) lorsque, du fait de l'accumulation des résistances naturelles et acquises, elle n'est plus sensible qu'à un petit nombre d'antibiotiques habituellement actifs en thérapeutique » (Source : CTIN, Ministère de la santé, Maitrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, 1999, 23 p.)

- ▶ **SARM** : *Staphylococcus aureus* R à la méticilline



- ▶ **EBLSE** : entérobactéries productrices de béta-lactamase à spectre étendu



- ▶ Dans certains cas, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* avec phénotypes particuliers
- ▶ L'identification de cette multi-résistance est faite par le **laboratoire**

# BMR et quelques idées reçues !

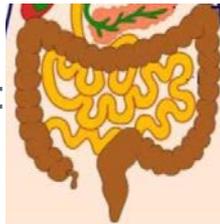
---

- ▶ Pas d'augmentation de la virulence par rapport aux souches sensibles
- ▶ Ni plus ni moins transmissibles que les bactéries non résistantes mais potentiel épidémique (comme les bactéries non BMR...)
- ▶ Pas de résistance aux antiseptiques ou aux désinfectants
- ▶ Pas de résistance aux produits alcalins (lessives)
- ▶ Pas de résistances aux méthodes physiques (chaleur)
  
- ▶ Le problème : **l'accumulation des résistances**
- ⇒ **Difficultés de traitement**
- ⇒ **Impasses thérapeutiques**

# Définition d'une BHRe

---

- ▶ BHRe = Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente
- ▶ Bactéries commensales du tube digestif, résistantes à de nombreux ATB, avec des mécanismes de résistance transférables entre bactéries. Actuellement en France ces bactéries sont émergentes (= épisodes sporadiques ou diffusion sur mode épidémique limité).
- ▶ **ERG** : *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ou ERV : résistant à la vancomycine)
- ▶ **EPC** : entérobactéries résistantes aux carbapénèmes par production de carbapénémase
- ▶ L'identification de cette multi-résistance est faite par le **laboratoire**



# BHRe et quelques idées reçues !

---

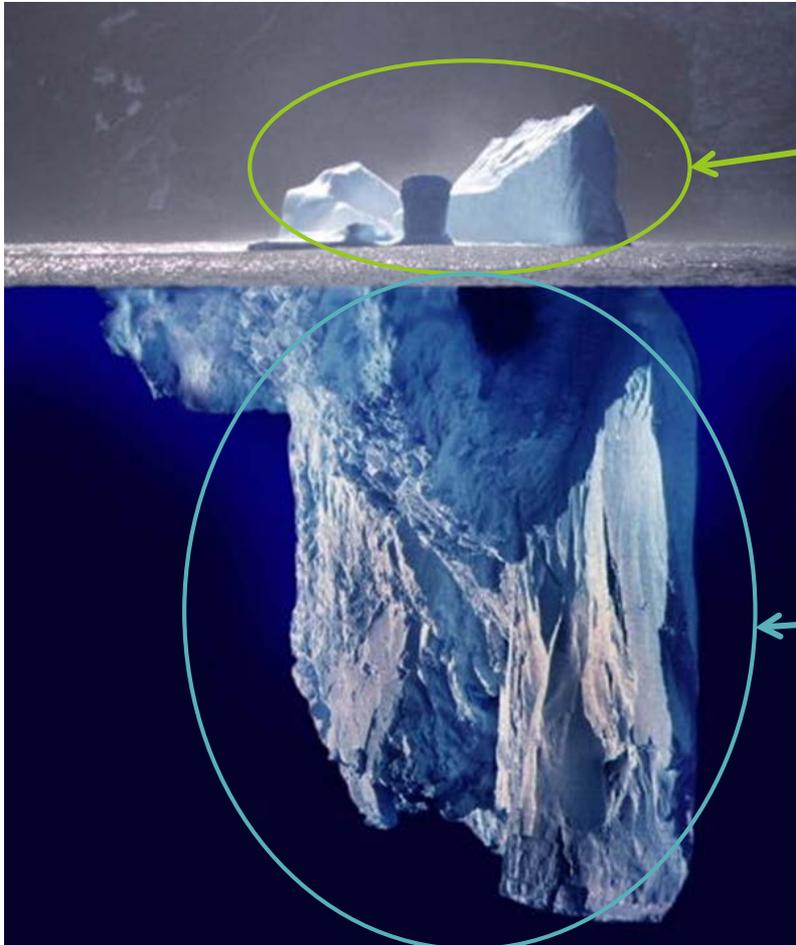
- ▶ Pas d'augmentation de la virulence par rapport aux souches sensibles
- ▶ Ni plus ni moins transmissibles que les bactéries non résistantes mais potentiel épidémique (comme les bactéries non BMR ou non BHRe...)
- ▶ Pas de résistance aux antiseptiques ou aux désinfectants
- ▶ Pas de résistance aux produits alcalins (lessives)
- ▶ Pas de résistances aux méthodes physiques (chaleur)
  
- ▶ Le problème : **l'accumulation des résistances**
- ⇒ **Difficultés de traitement**
- ⇒ **Impasses thérapeutiques : pour demain ! (aujourd'hui)**

# Problématique des bactéries résistantes (1)

---

- ▶ Le résident **colonisé** : présence et multiplication de germes sur la peau ou les muqueuses, sans signe clinique
  - ▶ Porteur sain
  - ▶ Difficile à repérer
  - ▶ Risque de transmission aux autres résidents
  - ▶ Pas de nécessité de traitement antibiotique
- ▶ Le résident **infecté** : présence et multiplication de germes avec signes cliniques, biologiques, radiologiques
  - ▶ Le résident est « malade »
  - ▶ Nécessite en général un traitement antibiotique si l'infection est bactérienne

# Colonisés versus infectés



Population identifiée  
« infectée » et à risque  
de transmission

Population non  
identifiée mais à risque  
de transmission

Eviter la « stratégie de l'iceberg » : je fais attention quand je sais...

# Problématique des bactéries résistantes (2)

---

## Le risque de dissémination est variable

- ▶ En fonction du site colonisé/infecté
  - ▶ Cutané : lésion ouverte sur l'extérieur (abcès, ulcère, escarre)
    - ▶ pansement occlusif
  - ▶ Urinaire ou fécal
    - ▶ Protection changée si besoin avant activité, salle de restauration
    - ▶ Vider la poche à urines régulièrement
- ▶ En fonction de l'inoculum
  - ▶ Plus il y a de germes, plus il y a de risques
- ▶ En fonction du germe
  - ▶ Certaines souches sont plus épidémiogène que d'autres
- ▶ En fonction du résident
  - ▶ Son niveau de compréhension et d'adhésion au plan de soins
  - ▶ Cas particuliers des résidents déments et déambulants

# Problématique des bactéries résistantes (4)

- ▶ *Etre colonisé par une BMR ou une BHRé est-ce problématique pour le personnel ?*

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

Le respect des précautions standard suffit à protéger le personnel

- ▶ *Etre colonisé par une BMR ou une BHRé est-ce problématique pour les résidents ?*

OUI potentiellement

- ▶ Nombreux facteurs de risque individuels d'infection
  - ▶ infection avec microbes opportunistes et pathogènes
- ▶ Flores déséquilibrées
  - ▶ colonisation durable
- ▶ La colonisation est un facteur de risque d'infection en cas de gestes invasifs (sondage urinaire, ...)

Le respect des précautions standard suffit à protéger les résidents

# Problématique des bactéries résistantes (3)

---

Pourquoi une différence de prise en charge entre ES et EMS?

▶ **En EMS,**

- ▶ Lieux de vie avec une charge en soins moins lourde qu'en établissement de santé,

➡ **Application stricte des précautions standard (PS)** pour les résidents porteurs de BMR

(avec une attention toute particulière sur le respect des opportunités de l'hygiène des mains et la gestion des excréta, « porte de sortie » des EBLSE)

▶ **En ES,** le risque de transmission croisée d'un patient à un autre est plus important

- ▶ Charge en soins plus dense
- ▶ Fréquence plus élevée des actes invasifs (cathéter, sondes urinaires...) qui sont des portes d'entrée pour les bactéries avec risque d'infection augmenté

➡ **Application des Précautions complémentaires contact (PCC)** (PCC) en plus des précautions standard, recommandée. De plus, l'hospitalisation de courte durée facilite le respect des PCC (plus contraignantes) par tous

# Textes réglementaires et recommandations

## ► Recommandations nationales SF2H



Prévention de la transmission croisée  
Précautions complémentaires contact. 2009

Prévention des infections en EHPAD.  
2009

Surveiller, prévenir les infections associées aux soins.  
2010



## ► Recommandations nationales HCSP



Prévention de la transmission croisée des bactéries  
hautement résistantes émergentes. 2013

# 2 axes stratégiques

Prévention de la **diffusion**



## Précautions standard

Hygiène des mains (privilégier les **SHA +++**)  
Gestion des **excrétas**

### Pas de dépistage en Ehpad

**Signalisation (sur le dossier...)** / mesures d'hygiène à observer

### Informers les établissements

« **receveurs** » du statut de porteur de BMR/BHRe si transfert.

**Informers sur les règles d'hygiène** le résident, ses proches, l'équipe soignante, les intervenants extérieurs.

**Bionettoyage quotidien** de la chambre selon la procédure en vigueur dans l'établissement

Réduction des **prescriptions ATB**



**Recommandations et guides de bonnes pratiques de traitement antibiotique**

**Réévaluation** systématique de la **prescription antibiotique** entre le 48<sup>e</sup> et la 72<sup>e</sup> heure.

Amélioration du diagnostic par la mise à disposition de **tests rapides d'orientation** (TROD grippe)

Réalisation d'un **prélèvement** seulement sur **prescription médicale**

Sensibiliser le personnel mais aussi les usagers et leurs proches au bon usage des antibiotiques

En pratique

# La vie d'un résident porteur de BMR en EMS : les questions des soignants

---

- ▶ Doit-il rester « isolé » dans sa chambre ?
- ▶ Peut-il participer aux activités, aux sorties ?
- ▶ Peut-il rencontrer les autres résidents ?
- ▶ Peut-il recevoir des visites ?
- ▶ Que faire avec son linge ?
- ▶ Que faire des déchets produits dans le cadre de sa prise en charge ?
- ▶ Existe-t-il un danger pour les soignants ?



# La vie d'un résident porteur de BMR en EMS : les réponses

---

## ▶ **Respecter rigoureusement les précautions « standard » d'hygiène**

- ▶ Friction hydro-alcoolique des mains +++ (professionnel, intervenants, visiteurs...)
- ▶ Hygiène des mains du (des) résident(s)
- ▶ Port d'EPI de façon adaptée, gestion des excréta...



*La friction hydro-alcoolique des résidents s'inscrit  
pleinement dans le « prendre soin »*

- ▶ Couvrir – « **isoler** » le mieux possible **le site anatomique concerné**

# La vie d'un résident porteur de BMR en EMS : les réponses

---

- ▶ Signalisation => plutôt information, de tous, et signalisation seulement dans le dossier résident
- ▶ en revanche, est indispensable :
  - ▶ La signalisation sur le **planning des soins** et dans le **dossier**
  - ▶ La **transmission d'information** notamment **en cas d'hospitalisation**
  - ▶ L'organisation de soins : si possible, effectuer les soins du résident concerné en dernier
- ▶ En revanche, est indispensable :
  - ▶ De regrouper les soins et les effectuer dans la chambre avec les dispositifs et matériels de préférence à usage unique ou dédié
  - ▶ D'appliquer les **précautions « standard »** d'hygiène

# La vie d'un résident porteur de BMR en EMS : les réponses

---

- ▶ **L'interdiction de sortie de la chambre : NON !**
- ▶ en revanche, **est indispensable:**
  - ▶ la rigueur absolue dans le **respect des précautions «standard»** d'hygiène : friction avec SHA, gestion des excréta...



- ▶ l'hygiène des mains du résident avant la sortie de sa chambre
- « isoler » les germes et non la personne**

# En résumé

---

## ▶ Ce qu'il faut

- ▶ **Appliquer les précautions standard** dont les 2 points essentiels
  - ▶ Hygiène des mains par friction
  - ▶ Gestion des excréta principal réservoir de bactéries commensales potentiellement résistantes aux antibiotiques
- ▶ Adapter les mesures au résident
- ▶ Isoler la bactérie et non la personne

## ▶ Ce qu'il ne faut pas

- ▶ La personne devient « BMR » et l'objet d'inquiétudes inappropriées
- ▶ La diminution des contacts sociaux
- ▶ Le conflit avec le résident et sa famille
- ▶ La tristesse, la dépression, l'incompréhension, le syndrome de glissement s'installent
- ▶ La diminution de la qualité de la prise en charge

# Cas n°1

---

- ▶ Madame A est porteuse d'une BMR urinaire depuis le 8/04/19 BLSE sur sonde urinaire

Faut-il prévoir un ECBU de contrôle et si oui à quelle fréquence?

# Cas n°1

---

- ▶ L'entérobactérie productrice de BLSE retrouvée dans les urines de cette résidente est hébergée au niveau de sa flore digestive pour une durée qu'il est impossible à préciser et éliminée dans sa flore fécale.
  - ▶ Un ECBU même négatif, à la recherche de cette bactérie ne permet pas de dire que cette personne n'est plus porteuse de cette BMR au niveau fécal
  - ▶ Cette résidente doit être considérée comme « porteuse » d'une BMR pour une durée indéterminée.
  - ▶ En cas d'hospitalisation de cette résidente, vous devez informer l'établissement receveur de ce portage de BMR afin que les précautions complémentaires contacts soient prescrites et mises en place dès son arrivée
- ▶ L'abstention thérapeutique est la règle en l'absence d'arguments cliniques d'infection.
  - ▶ Toute antibiothérapie sélectionne les bactéries les plus résistantes qui deviendront majoritaires notamment dans la flore fécale.



**Pas de contrôle du portage de BMR par un ECBU,  
et application des P. Standard en Ehpad**

## Cas n°1 (2)

---

- ▶ Madame A est porteuse d'une BMR urinaire depuis le 8/04/19 BLSE sur sonde urinaire
- ▶ Dans quelles situations de soins portez-vous des gants UU?
  - ▶ Toilette du visage
  - ▶ Aide à l'habillage
  - ▶ Toilette uro-génitale
  - ▶ Installation au fauteuil

## Cas n°1 (2)

---

- ▶ Madame A est porteuse d'une BMR urinaire depuis le 8/04/19 BLSE sur sonde urinaire
  
- ▶ Dans quelles situations de soins portez-vous des gants UU ?
  - ▶ Toilette du visage
  - ▶ Aide à l'habillage
  - ▶ Toilette uro-génitale
  - ▶ Installation au fauteuil
  
- ▶ Précautions standard :
  - Porter des gants uniquement en cas de risque d'exposition au sang ou tout autre liquide biologiques d'origine humaine, de contact avec muqueuse ou peau lésée
  - Pas de gant sur peau saine

## Cas n°1 (3)

---

- ▶ Madame A est porteuse d'une BMR urinaire depuis le 8/04/19 BLSE sur sonde urinaire
- ▶ Après le retrait des gants UU, quel type d'hygiène des mains réalisez-vous?
  - ▶ Lavage simple avec savon doux
  - ▶ Friction avec SHA

## Cas n°1 (3)

---

- ▶ Madame A est porteuse d'une BMR urinaire depuis le 8/04/19 BLSE sur sonde urinaire
- ▶ Après le retrait des gants UU, quel type d'hygiène des mains réalisez-vous?
  - ▶ Lavage simple avec savon doux
  - ▶ Friction avec SHA
    - ▶ Précautions standard :
      - Technique de référence dans toutes les indications d'hygiène des mains, en l'absence de souillure visible

## Cas n°2

---

- ▶ Monsieur J., résident en EMS, est porteur d'une BMR urinaire, symptomatique, incontinent, porteur de protections.
  
- ▶ Vous éliminez les protections dans les
  - ▶ DASRI
  - ▶ DAOM

## Cas n°2

---

- ▶ Monsieur J. , est porteur d'une BMR urinaire, symptomatique, incontinent, porteur de protections.
- ▶ Vous éliminez les protections dans les
  - ▶ DASRI
  - ▶ DAOM
    - ▶ Les protections ne sont pas à éliminer en DASRI
    - ▶ Maitrise du risque infectieux tout au long du processus d'élimination du déchet (PS)
      - Du fait de la nature du micro-organisme, il est parfois légitime d'éliminer certains DAOM selon le circuit des DASRI (*ex: clostridium difficile*)

## Cas n°3

---

- ▶ Mme F., résidente en EMS, diabétique, présente une plaie suintante au niveau d'une jambe. Un prélèvement est revenu positif à SARM.
- ▶ Régulièrement, elle participe aux activités collectives. Pourra t elle poursuivre ?
  - ▶ Oui
  - ▶ Non
- ▶ Comment allez-vous traiter le linge de son lit ?
  - ▶ Traitement spécifique
  - ▶ Traitement habituel

## Cas n°3

---

- ▶ Mme F., résidente en EMS, diabétique, présente une plaie suintante au niveau d'une jambe. Un prélèvement est revenu positif à SARM.
- ▶ Régulièrement, elle participe aux activités collectives. Pourra t elle poursuivre?
  - ▶ Oui : isolement de la plaie (pansement), HDM SHA
  - ▶ Non
- ▶ Comment allez-vous traiter le linge de son lit?
  - ▶ Traitement spécifique
  - ▶ Traitement habituel : PS

## Cas n°4

---

- ▶ Mr R., résident en EMS, insuffisant respiratoire, a été hospitalisé pour encombrement bronchique et dégradation de son état général. De retour dans votre structure, vous relevez dans la fiche de transmission qu'il ne présente plus de signes respiratoire mais qu'il est porteur d'une BMR (SARM) au niveau bronchique.
- ▶ Pour sa prise en charge, portez-vous un masque ?
  - ▶ Oui
  - ▶ Non
- ▶ Mr R. peut-il sortir de sa chambre ?
  - ▶ Oui
  - ▶ Non

## Cas n°4

---

- ▶ Mr R., résident en EMS, insuffisant respiratoire, a été hospitalisé pour encombrement bronchique et dégradation de son état général. De retour dans votre structure, vous relevez dans la fiche de transmission qu'il ne présente plus de signes respiratoire mais qu'il est porteur d'une BMR (SARM) au niveau bronchique.
- ▶ Pour sa prise en charge, portez-vous un masque ?
  - ▶ Oui
  - ▶ Non : il est recommandé de ne pas porter de masque lorsque le patient ne présente pas d'infection respiratoire symptomatique (AF), y compris impliquant SARM (AM).
    - ▶ Si signes respiratoires tels que toux, expectoration, faire porter un masque (résident ou professionnel) ⇒ PS
- ▶ Mr R. peut-il sortir de sa chambre ?
  - ▶ Oui : PS ⇒ masque si signes respiratoires, SHA
  - ▶ Non

## Cas n°5

---

- ▶ Monsieur B a été hospitalisé au CH de proximité, il doit revenir dans votre EHPAD mais on vous indique qu'il est « porteur d'une BHRe ».

Ce résident que vous connaissez bien est peu autonome.

Pouvez vous le reprendre dans votre établissement?

# Cas n°5

---

- ▶ **Oui bien sûr !**
  - ▶ C'est son lieu de vie
  - ▶ Vous avez à disposition
    - ▶ Des solutions hydro alcooliques
    - ▶ Des tabliers UU
    - ▶ Des sacs de protection de bassin pour la gestion des excréta
  - ▶ Toute l'équipe connaît et applique les précautions standard 😊

## Cas n°6

---

- ▶ Monsieur et Madame J. sont dans une chambre double dans votre Ehpad. Madame J. a été hospitalisée au CH de proximité, et suite à son hospitalisation, vous apprenez qu'elle est « contact » d'une personne retrouvée porteuse d'une BHRe. Elle doit revenir dans votre EHPAD.
- ▶ Quelle sera votre attitude ?
  - ▶ 1. Oui, elle pourra revenir, mais sera en chambre seule
  - ▶ 2. Oui, elle pourra revenir, mais on devra lui faire des dépistages et en attendant leurs résultats, elle sera en chambre seule
  - ▶ 3. Oui, elle pourra revenir et retrouver son conjoint, on veillera à bien appliquer les P. standard pour elle... comme pour lui !

## Cas n°6

---

- ▶ Monsieur et Madame J. sont dans une chambre double dans votre Ehpad. Madame J. a été hospitalisée au CH de proximité, et suite à son hospitalisation, vous apprenez qu'elle est « contact » d'une personne retrouvée porteuse d'une BHRe. Elle doit revenir dans votre EHPAD.
- ▶ Quelle sera votre attitude ?
  - ▶ 1. Oui, elle pourra revenir, mais sera en chambre seule
  - ▶ 2. Oui, elle pourra revenir, mais on devra lui faire des dépistages et en attendant leurs résultats, elle sera en chambre seule
  - ▶ 3. Oui, elle pourra revenir et retrouver son conjoint, on veillera à bien appliquer les P. standard pour elle... comme pour lui !                   ⇒ Bonne réponse !

## Cas n°7

---

- ▶ Monsieur et Madame J. sont dans une chambre double dans votre Ehpad. Madame J. a été hospitalisée au CH de proximité, et suite à son hospitalisation, vous apprenez qu'elle est « contact » d'une personne retrouvée porteuse d'une BHRe. Elle doit revenir dans votre EHPAD.
- ▶ Quelle sera votre attitude par rapport à sa participation au club d'origami ?
  - ▶ 1. Elle ne pourra pas y assister
  - ▶ 2. Oui, elle pourra y assister

## Cas n°7

---

- ▶ Monsieur et Madame J. sont dans une chambre double dans votre Ehpad. Madame J. a été hospitalisée au CH de proximité, et suite à son hospitalisation, vous apprenez qu'elle est « contact » d'une personne retrouvée porteuse d'une BHRe. Elle doit revenir dans votre EHPAD.
- ▶ Quelle sera votre attitude par rapport à sa participation au club d'origami ?
  - ▶ 1. Elle ne pourra pas y assister
  - ▶ 2. Oui, elle pourra y assister ⇒ On proposera la réalisation d'une friction avec SHA avant

# Les précautions standard

- Des bonnes pratiques professionnelles

## ➤ Gestion du quotidien et de l'inconnu

- ✓ Dans toutes circonstances
- ✓ Pour prévenir le risque infectieux

