

# Réunion RTH EOH CPias

Échanges autour de la gestion des BHRe

... et quelques points d'actualités

26/09/2024



# ODJ

- Recommandations BHRe
  - Définitions
  - Gestion par situation et par filière
  - Généralités :
    - Antibiothérapie
    - Communication
    - Éthique
    - Transfert
    - Système d'identification
  - Outils
- Certibiocide
- Points divers :
  - Coqueluche
  - COVID-19
  - Tuberculose

*Pour l'ensemble du diaporama vous trouverez en turquoise et italique les questions et échanges ayant eu lieu durant la réunion.*

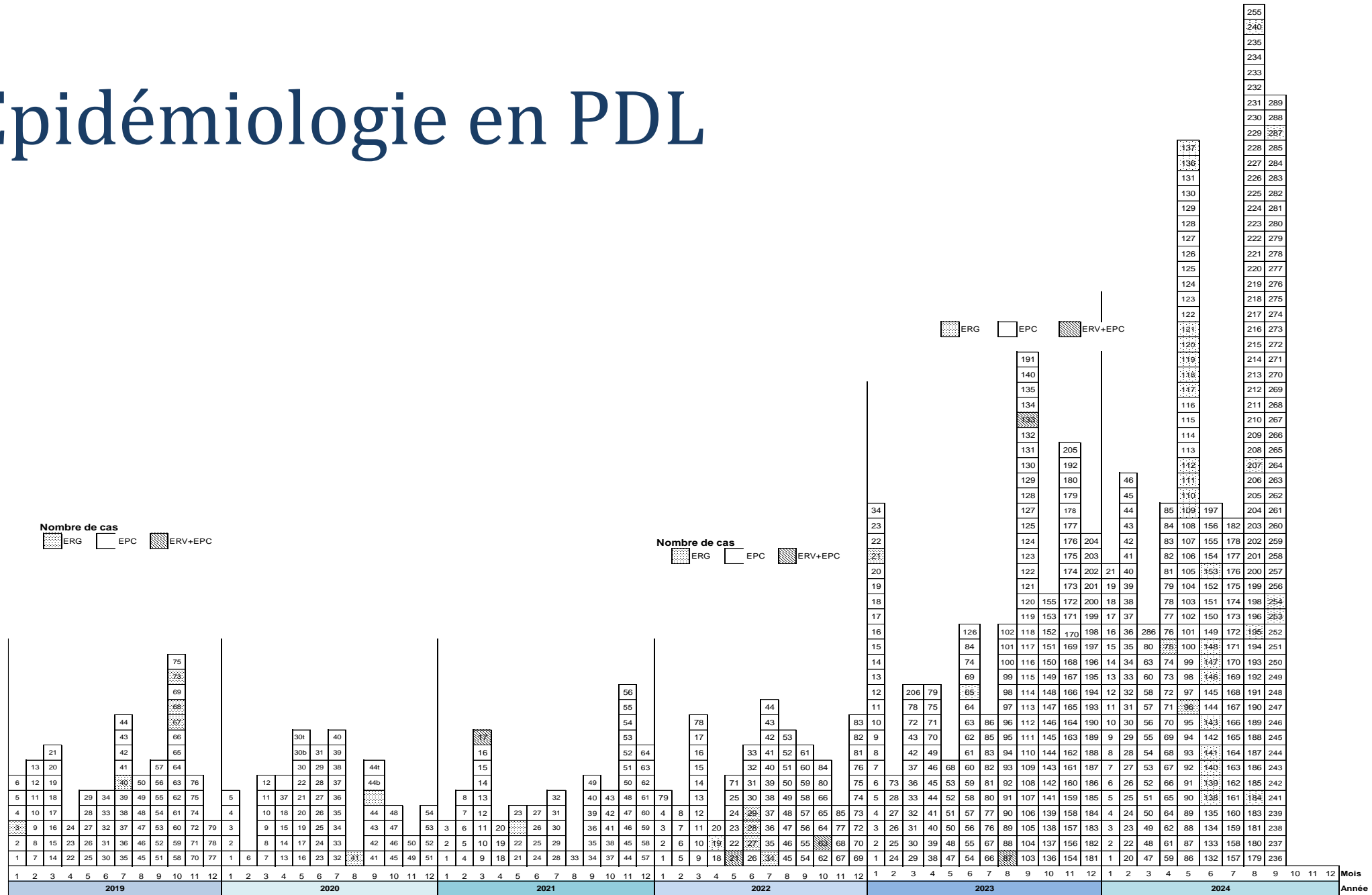
*En violet et italique : nos conseils concernant les recommandations*



BHRe



# Épidémiologie en PDL



# Objectifs des recommandations

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=758>



- Basées sur :
  - **l'observance des PS et PCC** et des évaluations de pratiques,
  - l'acquisition d'une **informatisation** du repérage, de l'alerte et du suivi,
  - une compréhension de **l'analyse de risque**,
  - une **coordination/communication** entre services/établissements de santé,
  - un **appui des ARS** (plan régionaux) au quotidien dans les situations non maîtrisées ou en cas de difficultés dans les moyens, en complément des recommandations du HSCP 2013 et du Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2015, avec l'appui des autorités sanitaires au niveau national si besoin,
- Dans le respect de l'éthique et de l'absence de perte de chance pour les patients.



- **12 fiches** :

- Fiche 1 - **Patients cibles à dépister** dans les différentes filières de soins / **Définition** des BHRe
- Fiche 2 - **Dépistage et diagnostic microbiologique** des BHRe
- Fiche 3 - **Modalités de suivi** des patients porteurs de BHRe et de leurs contacts en MCO
- Fiche 4 - Place des **unités dédiées** pour regrouper les patients porteurs de BHRe
- Fiche 5 - Gestion des BHRe dans les **filières de soins spécifiques** (SSR/SLD, EHPAD/ESMS et dialyse chronique)
- Fiche 6 - Évaluation du **risque individuel et collectif de diffusion** des BHRe
- Fiche 7 - **Stratégie d'antibiothérapie** à mettre en place dans un service à l'occasion de la prise en charge d'un ou de plusieurs patients porteurs de BHRe
- Fiche 8 - Comment et à qui **signaler** ? Comment **communiquer** ?
- Fiche 9 - **Transport** des patients porteurs ou contacts de BHRe
- Fiche 10 - **Dimension éthique** et risque de **pertes de chance** pour les patients porteurs de BHRe et leurs contacts
- Fiche 11 - **Évaluation médico-économique** de la prise en charge des patients porteurs de BHRe
- Fiche 12 - Cahier des charges des **systèmes d'identification** pour la détection et le suivi des patients à risque de BHRe et de leurs contacts



# Définitions

- **Cas porteur** : Patient positif sur un prélèvement clinique ou un dépistage rectal à EPC ou ERG sur culture
  - Excréteur : culture positive
  - Non excréteur : culture et PCR négatives
    - *Attention, la temporalité avec la date du dernier prélèvement positif est importante*
      - *Attendre au moins 3 dépistages à au moins 1 semaine d'intervalle chacun pour déclarer un patient comme non excréteur (idéal avec 1 sous ATB)*
      - *Mais maintenir des mesures individuelles et dépistage régulier du porteur*
  - Lever le statut : Se poser la question à au moins 1 an après la découverte si  $\geq 5$  prélèvements négatifs *dont 1 sous ATB*

*Question/remarque : dans le guide 2019, il n'est pas fait mention d'un dépistage sous ATB pour valider la décolonisation d'un patient porteur au bout d'un an avec 5 dépistages NEG. Est ce un plus que vous recommandez ? Oui car cela permet de savoir que le patient n'est pas excréteur dans les conditions les plus favorables à la prolifération des BHRe. Lever le statut d'un porteur n'est pas automatique et est à discuter au cas par cas.*

*Concernant les patients porteurs : parfois déclarés non excréteurs après 1 dépistage négatif lors d'une ré-hospitalisation à distance, puis dépistage du porteur 1/sem, pas de dépistage transversal tant qu'il reste négatif*



# Définitions

- **Contact** : tout patient pris en charge par la même équipe paramédicale qu'un porteur, de jour et de nuit.
- **Épidémie** : 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.
- **Niveau de risque** : selon le type de prise en charge d'un porteur d'une BHRe, un patient contact présente différents niveaux de risque d'être ou de devenir porteur :
  - 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 (par exemple, découverte fortuite, en cours d'hospitalisation)
  - 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.





# Qui dépister :

- Dépister à la recherche de BHRe à l'admission
  - patient avec antécédent de portage de BHRe
  - patient contact à risque élevé
  - résident en provenance d'un EMS où une épidémie est active
  - liens avec l'étranger :
    - Patient hospitalisé à l'étranger pendant > 24h dans les 12 mois
    - Patient résidant à l'étranger ou ayant séjourné depuis < 3 mois

*Questions : Quelles sont vos recommandations pour la notion de voyage ou résidence à l'étranger ? Pays ? Durée ?*

- *Non spécifié dans les recommandations*
- *Vous pouvez utiliser cet outil pour identifier les Pays : <https://epi-net.eu/travel-tool/2173/query-physician/>*
- *Tour de table :*
  - *Tous les retours de voyage (mais peu fréquent dans l'établissement donc possible)*
  - *Séjours  $\geq 1$  semaine dans les 3 derniers mois (stratégie citée le plus de fois) ou > 1 mois depuis moins de 3 mois*



# Techniques de dépistage

**Culture** : technique de référence

**PCR** :

- **Validité** :
  - si pos → à confirmer par culture (+++ERG vanB)
  - si négative → valide
- **Indications** : la PCR doit avoir des conséquences en termes d'organisation
  - 1<sup>er</sup> dépistage en cas de découverte fortuite
  - Dépistage des contact à risque élevé en situation épidémique non contrôlée :
    - En cours d'exposition (rapidité des résultats)
    - À l'admission ou à la réadmission (orienter vers le secteur cas ou vers le secteur contact)
  - Dépistage avant son transfert (contacts à risque moyen/élevé)
  - Dépistage d'un patient hospitalisé à l'étranger, selon:
    - Le risque estimé que le patient soit porteur (pays à forte prévalence, durée et conditions de l'hospitalisation)
    - L'impact sur l'organisation des soins
- *Bien indiquer quel(s) type(s) de BHRe rechercher au laboratoire (EPC, ERG , les 2)*
  - *parfois une DF d'ERG lors d'une épidémie d'EPC ou inversement*



MCO



# Admission d'un patient connu porteur

Statut identifié dès l'admission



# Mesures individuelles et collectives

## Le patient :

- **Chambre individuelle** avec des sanitaires individuels et en **PCC**
- **Dépisté** par écouvillonnage rectal à un rythme régulier + si ATB

## Le service :

- **Accompagnement par les EOH : jour, nuit et week-end sur les PS +++**
- **Analyse de risque de diffusion de BHRe (fiche en annexe reco)**
- **Modification** de l'organisation selon analyse de risque :
  - Option 1 : « **marche en avant** » + **limitation du nombre de contacts** (personnels identifiés et limités, le jour et la nuit, y compris les week-ends)
  - Option 2 : **Renfort en personnels** + « **marche en avant** » + **limitation du nombre de contacts** (personnels identifiés et limités, le jour et la nuit, y compris les week-ends)
  - Option 3 : **Personnel dédié. Si plusieurs porteurs** : les **regrouper** dans un même secteur + **personnel paramédical dédié** (même si pas d'épidémie)



# Dépistage + gestion des contacts

## Porteur :

- **Dépisté** par écouvillonnage rectal :
  - À l'entrée puis rythme régulier
  - *Attention si transfert d'un autre établissement attendre au moins 4 jours avec le dernier écouvillon*
- Si excréteur → **Contact = contact à risque faible**

## Contacts :

- Dépistage :
  - Per expo : 1/semaine tant que porteur présent
  - Post expo : 1 dépistage 4 jours à 7 jours après l'arrêt de l'exposition  
Ou avant la sortie
  - Si transfert : INFORMATION + PS + dépistage post expo à discrétion de l'établissement d'aval (valable aussi si transfert en interne)
- Pas de listing de contacts



# Découverte fortuite

Découverte en cours d'hospitalisation

- Patient connu porteur mais identifié avec un délai après admission
- Sur un prélèvement clinique = ECBU, hémoculture... en cours d'hospitalisation
- Sur un dépistage rectal = *i.e.* lors d'un DT pour une BHRe mais enzyme différente



# Généralités

- *Mesures individuelles et collectives (cf diapo 11)*
- *On ne sait pas depuis quand le patient est porteur :*
- *Investiguer sur l'origine de l'acquisition :*
  - *Recherche des FDR de portage de BHRe :*
    - *Liens avec l'étranger (patient, ses proches...)*
    - *Patient contact non identifié : hospitalisation antérieure, service épidémique ?*
- *Identifier le parcours récent du patient ?*
  - *Établissements/service à prévenir pour limiter la diffusion*





# Gestion des contacts

- Contact = **contacts à risque moyen**
- **Dépistages :**
  - **Per expo :** 1/semaine tant que porteur présent (1 dépistage = PCR)
  - **Post expo :** 1 dépistage 4 jours à 7 jours après l'arrêt de l'exposition ou **avant la sortie**
  - Transfert :
    - **Pas de transfert tant qu'il n'y a pas 1 dépistage négatif des contacts de l'unité**
    - Après : transfert en chambre individuelle PCC + 1 post expo à 4-7 jours (si transfert obligatoire avant résultats du 1<sup>er</sup> dep transversal = faire 2 post expo)
- **Pour les patients déjà sortis :**
  - Pas d'information si RAD
  - Si sortie par transfert/changement de service: informer l'établissement/le service : PCC+ 2 dep
  - *Combien de temps remonter si hospitalisation longue ? Normalement début d'hospitalisation mais il faut que les patients contacts soient encore présents dans l'établissement d'aval.*
- **Pas de listing de contact**

*Remarques : Certains établissements font quand même un listing des contact à risque moyen + alerte dans le DPI et d'autres non.*



# En cas d'épidémie

Si découverte lors d'un dépistage de contact d'un cas secondaire



# Prise en charge

- Mesures individuelles et collectives (cf diapo 11)
- Activer le plan de maîtrise des épidémies
- Arrêt des transferts
- Arrêt des admissions le temps de **sectoriser** :
  - « **secteur des porteurs** » : regroupe les porteurs + **personnel dédié**
  - « **secteur des contacts** » : regroupe les contacts à risque élevé + **personnel dédié**
    - Attention si nouveaux porteurs d'identifiés, déplacer les contacts dans ce secteur
  - « **secteur des indemnes** » : nouveaux patients admis + **personnel dédié**
- Identifier les patients transférés
  - INFORMATION + PCC + 3 dépistages post exposition
  - *Patients déjà sortis : noter dans le CR/associer un courrier au CR d'hospitalisation/MT*
  - Informer le CPias + communiquer la liste des établissements concernés



# Gestion des contacts

- Contacts = Contacts à risque élevé
- Dépistages :
  - Per expo : 1/semaine tant que porteur présent (1 dépistage = PCR)
  - Post expo : 3 dépistages à intervalle de 7 jours après l'arrêt de l'exposition ou avant la sortie
- Transferts :
  - Si indispensable et après au moins 1 dépistage négatif
  - Transfert en chambre individuelle PCC + 3 post expo à 4-7 jours
- Listing des contacts à risque élevé
  - Y restent tant qu'ils n'ont pas eu 3 dépistages post expo
  - Après 2 ans possibilité de retirer des listes même les contacts sans post expo



# Qu'est ce qu'une épidémie contrôlée ?

## **Reco : 2 conditions :**

- Les porteurs, les contacts et les indemnes sont pris en charge par du personnel dédié
- $\geq 3$  dépistages post expo négatifs de l'ensemble des contacts présents

## **En pratique : au cas par cas**

- *Hospitalisation longue = porteur présent plusieurs semaines/mois*
- *Beaucoup de ré-hospitalisations*
- *=> au moins 3 semaines sans nouveaux cas si EOH en concertation avec CPias et direction valide la maîtrise de l'épidémie*
- *=> niveau des contacts arrivant après le troisième dépistage : nouveau arrivant = contact à risque faible car patient connu porteur et épidémie maîtrisée*
- *Les patients contact durant les 3 semaines de contrôle même si pas de nouveaux cas = contact à risque élevé et PCC et dépistage si ré-hospitalisaiton*

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  |
|                           | 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   |
|                           | Admissions  | Poursuivies   | Poursuivies   |
| Patient contact           | Précautions d'hygiène   | 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.<br>Puis un dépistage hors exposition (idéalement après 4 à 7 jours ou à la sortie du contact), puis arrêt.                               |
|                           | Technique dépistage   | Culture   | 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. |
|                           | Transfert des contacts  | Possible sans restriction.  | PCR souhaitable pour le 1 <sup>er</sup> dépistage (ou à défaut culture), puis culture.  |
|                           | Précautions d'hygiène si transfert  | PS  | Possible après au moins un dépistage négatif des contacts présents dans l'unité.  |
|                           | Réhospitalisation   | Précautions standard et pas de dépistage  | Chambre individuelle + PCC jusqu'à au moins 2 dépistages négatifs hors exposition   |
|                           | Identification informatique en cas de réadmission   | Uniquement le porteur   | Chambre individuelle + PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition   |
| Antibiotiques             | Limités au strict nécessaire<br>Après avis référent   | Précautions standard et pas de dépistage  | Seulement si nécessaire et après au moins un dépistage négatif.<br>Sans restriction après 3 dépistages négatifs hors exposition.  |
|                           |   |   | Chambre individuelle + PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition   |
|                           |   |   | PCC jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition  |
|                           |   |   | Patients contacts n'ayant pas eu 3 dépistages négatifs hors exposition et porteurs  |
|                           |   |   | Limités au strict nécessaire<br>Après avis référent   |

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



# Hors MCO

# SMR



- **Accueil d'un patient porteur excréteur :**

- Patient porteur/organisation : idem MCO
- Dépistage per expo :
  - Tous les 15 jours (≠ 1/sem en MCO)
  - Puis 1/mois
  - *Faire le premier à 1 semaine de l'admission soit : J7-J21-J35-J65-J95...*
  - *Attention fréquence à définir après analyse de risque à adapter selon le niveau de pratiques des services, le nombre de porteurs, le turn over...*
- Post expo : 1 dépistage 4 jours à 7 jours après l'arrêt de l'exposition

Ou avant la sortie

- Si transfert : INFORMATION + PS + dépistage post expo à discrétion de l'établissement d'aval (valable aussi si transfert en interne)
- Pas de listing de contacts
- **Si découverte fortuite :** *idem MCO*
- **Épidémie :** idem MCO
- **Ne pas interdire l'accès au plateau technique/espace de vie commune aux porteurs ou contact =** mesures organisationnelles pour maîtriser la transmission croisée
- Prise en charge d'un contact
  - idem qu'un porteur jusqu'à la fin de ses dépistages
  - pas de dépistage des patients de toute l'unité, si pas de porteur

*Question : Dans un SMR, peut-on laisser les porteurs aller déjeuner au restaurant des patients/résidents si on est rigoureux sur l'hygiène des mains ? Si l'épidémie semble maîtrisée Oui, cf. recommandations en insistant sur les mesures permettant de limiter la transmission : hygiène des mains, utilisation des toilettes de sa chambre, vêtements non souillés et bionettoyage adéquat. <https://www.cpias-pdl.com/accompagnement/prise-en-charge-sur-le-plateau-technique-des-patients-porteurs-de-bhre-hospitalises-en-ssr/>*





# Dialyse

- Patient porteur = **box dédié.**
- **Si plusieurs porteurs : regrouper par séance** et géographiquement **en l'absence de box.**
- **Dépister patients porteurs + contacts :** intervalle régulier
  - à définir après une analyse de risque en concertation avec l'équipe médicale et l'EOH.



# EHPAD

- Prise en charge en précautions standard :
  - Attention particulière HDM/protection de la tenue/gestion des excréta/bionettoyage
  - Mais bionettoyage quotidien
  - Petit matériel dédié si possible
- **Ne pas interdire l'accès aux espaces de vie commune :**
  - Encourager l'HDM des résidents
  - Utilisation des sanitaires de la chambre uniquement
- Dépistages :
  - Pas de dépistage du porteur (sauf si transfert en MCO)
  - Pas de dépistage des résidents contacts du porteur
  - Pas de dépistage des contacts à risque élevésauf situation particulière régionale et après avis d'experts.

*Remarques : Certains établissements avec un porteur positif, dépistent avant un transfert en MCO les contacts et donnent l'information au service qui va l'accueillir.*

*Certains réalisent également les dépistages post expo des contacts.*

*Certains EHPAD refusent des patients porteurs/contacts par manque de connaissance sur la PEC d'un porteur BHRe en EHPAD : besoin information/formation +++*



# Domicile

## **Pour le patient :**

- Pas de dépistage
- Hygiène des mains
- Hygiène corporelle + serviette personnelle et propre
- Pas d'automédication
- Entretien régulier des sanitaires

## **Pour les professionnels du domicile :**

- PS (FHA, tablier pour les soins mouillant/souillant..)
- Matériel UU ou dédié, entretien ++
- Déchets en DAOM
- Ne pas utiliser les sanitaires du patient

*Remarques : en HAD il peut être demandé de réaliser des dépistages pour les patients contacts.*



Mesures générales quelle que  
soit la filière



# Antibiothérapie – patient porteur

- **Discuter avec le référent antibiotique et l'infectiologue tout antibiothérapie curative ou prophylactique**
  - Prendre en compte les critères suivants :
    - Probabilité que le germe responsable de l'infection soit une BHRe
    - Sévérité du tableau clinique,
    - Nécessité de donner ou non une antibiothérapie probabiliste.
  - Antibioprophylaxie en amont de la chirurgie : discuter avec en plus le chirurgien et anesthésiste
- **Infection possiblement due à la BHRe**
  - Utiliser des antibiotiques ou une association d'antibiotiques dont les critères pharmacocinétiques/pharmacodynamiques permettent d'espérer une efficacité contre la BHRe au niveau du foyer infectieux identifié,
  - Avoir une durée de traitement identique à la durée de traitement recommandée pour cette infection, (si BHRe sensible à l'antibiotique utilisé)
- **Infection possiblement due à une autre bactérie que la BHRe**
  - Suivre les recommandations thérapeutiques pour ce type d'infection.



# Antibiothérapie – patient contact

- **Ne pas modifier le choix et les indications** d'un traitement antibiotique curatif ou prophylactique
- **Alerter le référent antibiotique, l'infectiologue et l'EOH** pour une décision d'antibiothérapie des patients contact.



# EMA

- <https://medqual.fr/index.php/accueil-ema>
- OMNIDOC – délais de réponse 24h / COVOTEM pour la Sarthe
- Si urgence < 24h :
  - 44 :
    - 02 40 08 33 15
    - territoire du CH de Saint Nazaire :02.72.27.87.37
  - 49/53 :
    - 06 65 80 74 77 du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00.
    - territoire du CH de Cholet : 02 41 49 65 20
  - 85 : 02.51.44.65.99 du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00
  - 72 : COVOTEM (hotline : 02 44 76 13 90)



# Communication

- **EOH s'assurent de la communication et de l'information des soignants** accueillant des patients/résidents porteurs de BHRe.
- Information **orale et écrite du patient** sur son statut par **l'équipe soignante**
- **Mention du statut** sur : courrier de sortie, lettre de liaison, volet médical de synthèse, dossier de liaison d'urgence.
- **Signalement via E-sin** ou portail des signalements (EMS):
  - Précocement
  - Toute découverte de BHRe
  - Et mise à jour si épidémie

*Remarque : pour établir des relations de confiance il est primordial de communiquer +++*





# Transport

- En VSL ou taxi
- FHA par le patient avant transport
- FHA par ambulancier avant et après tout contact
- À la fin du transport, nettoyer/désinfecter les zones ayant pu être touchées par les mains du patient.
- Ambulance uniquement si non autonomes ou justifiant un accompagnement pendant le transport
  - En amont du transport en ambulance ou équivalent :
    - vider les contenants de recueil des excréta (ex. poche à urines),
    - porter un tablier plastique à usage unique lors de contacts rapprochés avec le patient afin de protéger la tenue de travail
    - recouvrir le siège ou le brancard d'un drap à usage unique
    - mettre en place une protection propre pour les patients incontinents



# Dimension éthique

- But de **maîtrise collective** de la situation **sans nuire à la prise en charge individuelle** en respectant les droits des patients, afin de :
  - Préserver les patients contact du risque d'une transmission
  - Garantir une prise en charge adaptée à la pathologie des porteurs de BHRe sans perte de chance et sans mesure excessive ou insuffisante
  - Assurer les ressources matérielles et humaines nécessaires dans les unités à l'application des recommandations, sans nuire à la prise en charge des autres patients de l'unité ou de l'établissement.
- **Transférer** les patients porteurs ou contact, dans des **conditions optimales**
  - en anticipant les mesures à mettre en place dans l'unité d'accueil,
  - sans que le statut BHRe ne fasse obstacle à un tel transfert du patient et n'entraîne ainsi une perte de chance.
- En situation de **blocage**, une **conciliation** devra être trouvée entre l'établissement émetteur et l'établissement receveur avec l'aide si besoin du CPias et de l'ARS.
- **Pas** recommandé de réaliser des **dépistages de BHRe chez les professionnels** de santé, quelle que soit la situation (retour de l'étranger, lors d'épidémie à BHRe, ...)



# Systeme d'identification pour la detection et le suivi des patients porteur et contact

- **systeme de repérage informatisé**
- **alerte en temps réel** équipes soignantes et EOH pour les patients porteurs et contacts à risque élevé:
  - Réadmission
  - Transfert
  - Mouvement interne
- **EOH a accès et connait la liste et la localisation** dans l'établissement (service et chambre) des patients porteurs de BHRe et de leurs contacts présents un jour donné.
- **Possibilité d'extraire de manière informatisée et autonome par l'EOH une liste de patients contact** autour d'un patient porteur de BHRe.
- **Partager** les informations (porteurs) au sein des **GHT**
- Partage d'information régional et inter-régional des alertes (CPias)



# Outils



# Site internet

- Site internet : <https://www.cpias-pdl.com/accompagnement/bacterie-hautement-resistante-emergente-bhre/>
- Fiche reflexes modifiables:
  - Check list transfert
  - MCO
  - SMR
  - EMS
  - HAD
  - Domicile
  - Transport
  - Information patient
  - Analyse de risque
  - Modèle de courrier pour transfert
  - Plaquettes : patient porteur, contact, professionnel
  - Fiche écouvillon rectal



# Fiche récap' des CPias

- Fiches récap' des CPias (ARA/Normandie/IDF) :
  - [PEC en SMR](#) (CPias ARA); [CPias Normandie](#);
  - [PEC en EMS](#) (fiche Réseau des CPias) ; [Cpias Normandie](#)
  - [PEC sur un plateau technique](#)



# Certibiocide



# Certibiocide

- Dispositif national (datant de 2015) permettant d'encadrer la formation des professionnels qui achètent, vendent ou utilisent certains types de produits biocides (TP).
  - Depuis le 1er janvier 2024, il est étendu à de nouveaux produits notamment les désinfectants.
  - Le Certibiocide est un certificat individuel et délivré à une personne physique (sous la forme d'un numéro). Ce numéro figure sur le registre de vente du distributeur du/ou des produits concernés. Il est délivré après 7 heures de formation par un organisme accrédité ± 200 euros la formation/pers
- EOH concernées car les personnes conseillant l'achat de produits biocides doivent avoir ce certificat avant le 1<sup>er</sup> janvier 2025
- Document synthétique CPias Bretagne : <https://www.preventioninfection.fr/document/le-certibiocide/>
  - Avis SF2H : [https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2024/09/note\\_certibiocide\\_es\\_esms\\_v2.pdf](https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2024/09/note_certibiocide_es_esms_v2.pdf)





# En pratique

- Peu de communication officielle sur le sujet
- Nombreuses propositions de formation mais pas toutes référencées sur la plateforme nationale : <https://certibiocide.din.developpement-durable.gouv.fr/>
  - Il faut créer un compte Cerbère pour accéder à la plateforme

## *Discussion :*

- *Certains établissements sont informés mais pas tous*
- *Certains établissements ont prévu des formations en interne car il n'y a pas que les EOH à former : responsable des achats, pharmacie... → rapprochez vous de vos établissements (service de formation, pharmacie, ou la direction ? Selon les ets)*
- *Diversité des profils des personnes à former en plus des EOH variable selon les établissements*
- *Il existe des organismes formateurs en PdL mais aucun n'est référencé en Pays de la Loire sur le site. Parfois il s'agit des vendeurs de produits eux-mêmes qui proposent la formation. Quelle valeur du certificat ? Il y a des formations en visio ou en e-learning par des organismes certifiés d'autres régions.*
- *Va-t-il y avoir un délai ?*
- *Valable aussi pour les EHPAD, le CPias va informer les établissements par mail.*



# Points divers



# Coqueluche

- Devant la recrudescence de coqueluche, des ets ont mis en place le port du masque généralisé aux urgences +/- dans les secteurs accueillant des enfants (services et consultations), pôle femme mère enfant ou parfois l'ensemble de l'établissement : pour les professionnels +/- les visiteurs selon les ets
- Certains établissements ont laissé le port uniquement si symptôme + rappel sur la vaccination ( à faire si dernier date > 5 ans)
- Parfois c'est une demande des services
- Dans certains établissements l'utilité est démontré car il y a eu des découvertes fortuites chez des enfants



# COVID-19

- Durée des précautions complémentaires des patients :
    - Toujours sur 10 jours car à 7 jours une part des personnes est encore contagieuse
    - Le CDC est resté sur 10 jours (14j pour la SF2H)
    - Mais c'est compliqué de faire passer le message auprès des professionnels
- Au vu de la demande, nous allons réétudier la durée des précautions en fonction des recommandations de la SF2H sur la transmission des micro organismes respiratoires et de la revue de la littérature sur la période de contagiosité des nouveaux variant.



# Tuberculose

- CLAT du 49 à alerté l'E0H : des actualisations des recommandations sont en cours concernant :
  - Le port du masque chirurgical par le patient qui serait insuffisant → passer au FFP2
  - La durée des précautions qui est insuffisante

→ À suivre