

CRITÈRES DE DÉPISTAGE POST-EXPOSITION D'UN PATIENT ACCUEILLI DANS UNE CHAMBRE AYANT HÉBERGÉ UN PATIENT PORTEUR D'UNE BHRÉ



L'arbre décisionnel de cette fiche est valable en cas de présence d'un seul patient porteur dans le service. En cas de présence d'un portage secondaire, le dépistage post-exposition est systématique pour tout patient suivant dans la chambre.

CHAMBRE D'UN
PATIENT
PORTEUR BHRÉ

Respect des 3 critères

- Maîtrise de l'exposition des points d'eau lors de la gestion des excréta (utilisation de lave-bassin pour la vidange et la désinfection des bassins/urinaux, utilisation de dispositifs de protection des bassins et urinaux)
- Renforcement du bionettoyage quotidien pendant la présence du patient porteur avec une fréquence plus élevée de nettoyage/désinfection des surfaces hautes les plus fréquemment touchées après chaque soin
- Bionettoyage approfondi de la chambre et des sanitaires à la sortie du patient porteur, avec désinfection de siphons et possible mise en œuvre d'une procédure de désinfection complémentaire selon l'évaluation faite par l'équipe opérationnelle d'hygiène

OUI

Traçabilité faite

Pas de dépistage post-exposition du patient accueilli

Pas de traçabilité

Faire un dépistage post-exposition du patient accueilli (*si hospitalisé depuis plus de 48h dans la chambre, idéalement à J5/J7*)

NON

Les risques de transmission pour un patient admis dans une chambre précédemment occupée par un patient porteur BHRé sont connus depuis longtemps. En effet, le patient suivant a 2 fois plus de risques de se retrouver porteur d'une BHRé avec le même mécanisme de résistance que le patient index¹. Même si d'autres processus rentrent en jeu, un bionettoyage approfondi est nécessaire pour limiter ces risques. Une étude réalisée en 2008 a montré que seules 50% des surfaces étaient suffisamment nettoyées entre 2 patients². Si aucune méthode n'a montré sa supériorité, il semble que les critères suivants permettent d'assurer une baisse de la transmission :

- Les siphons des points d'eau sont connus pour être d'importants réservoirs de microorganismes³. Même si la décolonisation des siphons n'est jamais vraiment effective de par la présence d'un biofilm, il semble que les protocoles de désinfection permettent toutefois une baisse de la transmission à partir de cet important réservoir⁴. On note également que l'architecture des éléments de plomberie joue aussi un rôle, notamment le fait de décaler le robinet du siphon pour limiter le risque d'éclaboussures⁵.
- Concernant le personnel, une étude a montré qu'un renforcement de 2 à 4 ETP permettait d'améliorer significativement le bionettoyage².
- Le nombre de passage quotidien, avec une augmentation de la fréquence de désinfection pour les surfaces touchées par les mains, permet de réduire le nombre de BHRé présentes sur une surface⁶.

1. Mitchell, B. G. et al. Risk of organism acquisition from prior room occupants: An updated systematic review. *Infect. Dis. Health* 28, 290–297 (2023).
2. Carling, P. C. et al. Improving cleaning of the environment surrounding patients in 36 acute care hospitals. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 29, 1035–1041 (2008).
3. Lemarié, C. et al. High prevalence of contamination of sink drains with carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in 4 intensive care units apart from any epidemic context. *Am. J. Infect. Control* 48, 230–232 (2020).
4. Chia, P. Y. et al. The role of hospital environment in transmissions of multidrug-resistant gram-negative organisms. *Antimicrob. Resist. Infect. Control* 9, 29 (2020).
5. Snitkin, E. S. Contamination of Hospital Plumbing: A Source or a Sink for Antibiotic-Resistant Organisms? *JAMA Netw. Open* 2, e187660 (2019).
6. Huang, J. et al. Impact of multicenter unified enhanced environmental cleaning and disinfection measures on nosocomial infections among patients in intensive care units. *J. Int. Med. Res.* 48, 0300060520949766 (2020).