

Schéma régional

Epidémies de colonisations digestives à
**BACTERIES HAUTEMENT RÉSISTANTES
ÉMERGENTES**
(BHRe)

SOMMAIRE

1. PREAMBULE	5
1.1 CONTEXTE, ENJEUX, FINALITE	7
1.2 ANCRAGE	8
1.3 CHAMP D'APPLICATION, METHODE DE TRAVAIL	8
2. DEFINITIONS	11
2.1 AGENTS EN CAUSE	13
2.2 DEFINITIONS	13
2.3 NIVEAUX DE VEILLE ET D'ALERTE	13
3. DOCTRINE REGIONALE du parcours de soins des patients colonisés à BHRe	15
4. ROLE DES ACTEURS	19
4.1 L'EXPERTISE EN HYGIENE	21
4.2 LES ETABLISSEMENTS DE SANTE D'ACTIVITE MCO	21
4.3 LES ETABLISSEMENTS DE SANTE D'ACTIVITE SSR, DE MODALITE DE PRISE EN CHARGE HAD	21
4.4 LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	21
4.5 LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE	21
4.6 LE SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE (SAMU) ET LES TRANSPORTS SANITAIRES	22
5. COORDINATION DES ACTEURS	23
6. MODALITES D'INFORMATION ENTRE LES ACTEURS	27
6.1. LE SYSTEME INFORMATIQUE DE REPERAGE A L'ADMISSION	29
6.2. L'OUTIL TRAJECTOIRE	29
6.3. LES CONTACTS TELEPHONIQUES	29
6.4. LES COURRIERS, LES PLAQUETTES D'INFORMATION	29
6.5. LE BULLETIN DE SITUATION DES EPIDEMIES A BHRE DANS LES PAYS DE LA LOIRE	30
6.6. L'INFORMATION DES PERSONNELS ET DU GRAND PUBLIC	30
7. BESOINS EN FINANCEMENT	31
ANNEXES	35
FICHE-REFLEXE 1 : PRISE EN CHARGE EN SSR D'UN PATIENT COLONISE A BHRE	37
FICHE REFLEXE 2 : PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE D'UN PATIENT COLONISE A BHRE OU UN PATIENT « CONTACT »	39
FICHE REFLEXE 3 : PRISE EN CHARGE PAR L'HAD D'UN PATIENT COLONISE A BHRE	41
FICHE REFLEXE 4 : PRISE EN CHARGE PAR UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL D'UN PATIENT COLONISE A BHRE	43
FICHE REFLEXE 5 : PRISE EN CHARGE EN MCO D'UN PATIENT COLONISE A BHRE	45

FICHE PRATIQUE : CONDUITE A TENIR POUR LES INTERVENANTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX A DOMICILE	47
DOCUMENTS DE REFERENCE	49
GLOSSAIRE	53

Préambule

1.1 Contexte, enjeux, finalité

La résistance croissante des bactéries aux antibiotiques est devenue un enjeu majeur de santé publique faisant craindre des situations épidémiques et endémiques et des impasses thérapeutiques. L'urgence de la situation est telle que les autorités sanitaires internationales se mobilisent activement pour sauvegarder les antibiotiques. Certaines entérobactéries potentiellement très pathogènes, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae* et *Enterobacter aerogenes*, sont devenues résistantes à l'ensemble des molécules de la classe des β -lactamines.

Sur le territoire, la situation épidémiologique est actuellement à la croisée des chemins : l'identification de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) comme les entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) à partir de prélèvements cliniques reste rare par rapport à d'autres pays d'Europe, mais des situations épidémiques de colonisations digestives sont déjà observées sur le territoire national français. L'importation par des patients ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger demeure à ce jour la principale source de diffusion en France, même si une part importante de patients détectés porteurs d'EPC n'a à priori pas de lien retrouvé avec une hospitalisation à l'étranger. Ceci préfigure une diffusion à bas bruit des EPC au sein d'un réservoir de patients hospitalisés dans les filières de soins tels que les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de Soins de Longue Durée (SLD) ou dans des structures de vie telles que les établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), source potentielle de colonisation dans les services des établissements de santé de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

La surveillance en France des BHRe repose actuellement sur un dispositif associant le signalement externe des infections nosocomiales (articles L1413-14 et R 6111-12 à 17 du Code de la Santé Publique), l'expertise des Centres Nationaux de Référence (CNR) de la Résistance aux Antibiotiques pour les EPC et sur celles de certains laboratoires hospitalo-universitaires et de l'Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques (ONERBA). Ce dispositif permet d'informer les Agences Régionales de Santé (ARS), les Centres de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) et les Antennes de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) et l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) et d'obtenir si besoin une aide à la mise en œuvre des mesures de gestion. Les mesures de maîtrise de la diffusion, synthétisées dans le dernier guide du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) publié en 2013, ont montré leur efficacité et sont donc indispensables pour ralentir cette émergence et maîtriser le risque de diffusion épidémique locale ou régionale.

Le nombre de signalement d'EPC a considérablement augmenté depuis 10 ans, 753 épisodes ayant été signalés entre 2012 et 2014 contre 160 pour la période 2004-2011. La région Pays de la Loire déclare 7% des signalements et est le 4^e épisode significatif d'ampleur en France (avec environ 80 cas colonisés recensés depuis 2013). L'amélioration de la capacité des laboratoires de microbiologie en ville et à l'hôpital à détecter l'ensemble des carbapénèmases va probablement accroître le nombre de cas. Les pays confrontés à une prévalence très élevée observent des cas d'infections avec des bactériémies et des taux de mortalité associés importants en réanimation.

Au-delà du dispositif de surveillance des infections nosocomiales, la maîtrise des événements épidémiques liés à des pathogènes transmissibles à haut risque infectieux et la limitation de leur propagation sur le territoire représentent un enjeu majeur de santé publique. Pour répondre à cet enjeu et limiter l'impact sanitaire des épisodes épidémiques d'EPC, une organisation territoriale de l'offre de soins, lisible, connue de tous et opérationnelle, est nécessaire pour permettre une coordination efficiente et anticipée de tous les acteurs, en vue d'une gestion optimisée.

1.2 Ancrage

Le **plan stratégique national 2009-2013 de prévention des Infections Associées aux Soins (IAS)** définit la stratégie nationale en fixant le cadre de la prévention des IAS au niveau national, régional et local. Paragraphe 2.4, le plan stratégique national fait référence à l'élaboration de plans de maîtrise des épidémies loco-régionales, et ce à deux niveaux :

- « **un plan local de maîtrise d'une épidémie** dans chaque secteur (établissements de santé et établissements médico-sociaux), dont l'élaboration et le déclenchement sont de la responsabilité de l'établissement
- **un plan régional**. Ce plan serait activable, dès la confirmation de l'épidémie, par le Directeur Général de l'ARS.

Le **programme national de prévention des infections nosocomiales** dans son action « anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique », propose d'améliorer la détection des situations d'alerte et de promouvoir leur gestion coordonnée en :

- « intégrant aux plans blancs des établissements un volet sur la gestion des situations épidémiques et de leurs conséquences sur l'organisation des soins (action nationale et interrégionale)
- renforçant la collaboration INVS-CCLIN-ARLIN-ARS notamment en désignant un référent dans chaque structure pour la gestion des risques épidémiques (action régionale)
- intégrant dans le schéma régional de prévention des ARS un volet sur la gestion des situations épidémiques (action régionale)
- mettant en place les actions nécessaires à la prévention des infections à bactéries multi-résistantes et à leur diffusion extra-hospitalière (action régionale)
- mettant en œuvre le volet sur la gestion des situations épidémiques des plans blancs (action locale). »

Par ailleurs, le **plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016** vient prendre la suite des deux précédents plans nationaux et vise à maîtriser et à rationaliser la prescription des antibiotiques pour faire face à « une menace de santé publique majeure : un nombre croissant de situations d'impasse thérapeutique contre des infections bactériennes, du fait du développement des résistances aux antibiotiques. »

Enfin, l'instruction **N° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014** relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) appelle l'ensemble des acteurs à se mobiliser pour enrayer l'actuel phénomène épidémique spécifique lié aux BHRe.

1.3 Champ d'application, méthode de travail

Pour cette première version 2014 du « **plan régional de maîtrise des épidémies** », le choix a été fait de décrire exclusivement le **schéma** d'organisation des soins face à une **épidémie de colonisations digestives à BHRe**, du fait de l'actualité régionale et nationale, sans préjuger des évolutions des situations et des recommandations nationales.

L'élaboration du « **schéma régional de gestion des épidémies de colonisations digestives à BHRe** » est placée sous la responsabilité de l'ARS (action prioritaire 2014), qui en a défini la méthode et en assure le pilotage. Un groupe de travail (composition en fin de schéma), reconnu pour ses compétences techniques (expertise et expérience reconnues dans le domaine) et sa représentativité (présence des directions des établissements de santé d'activités différentes, en particulier les SSR et l'Hospitalisation A Domicile -HAD) a été constitué. Il a eu pour missions d'analyser les freins issus de la gestion quotidienne des situations, de rechercher des leviers opérationnels pour permettre, si ce n'est d'enrayer le phénomène, tout au moins de le contenir, grâce à une gestion coordonnée des épisodes.

Le schéma décrit une organisation territoriale simple et opérationnelle, prenant en compte les réalités de terrain et s'appuyant sur les recommandations du HCSP. Il contribue à diffuser une égale et transparente information à l'ensemble des acteurs concernés (établissement de santé, laboratoires de biologie médicale, professionnels de santé libéraux, établissements médico-sociaux, structures d'appui et autorités sanitaires). Ainsi, la prise en charge des patients porteurs de BHRe devrait s'en trouver facilitée, dans le respect du parcours du patient, du projet de soins personnalisé et sans perte de chance pour les patients porteurs mais aussi pour les

patients « contact ». **Le schéma souhaite redonner confiance aux acteurs et éviter les attitudes ayant conduit au refus à priori d'accueil de patients du fait de leur statut infectieux. Il insiste sur la responsabilité collective de tous les acteurs et leur demande des engagements forts, dans l'intérêt du patient.**

Le schéma sera diffusé à l'ensemble des acteurs de santé et disponible sur le site de l'ARS : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/cellule-de-veille-d-alerte-et.160392.0.html>

Enfin, le « **plan régional de maîtrise des épidémies** » a pour objectif, à terme, de rassembler les différents schémas permettant de répondre aux situations épidémiques de toute nature, et venir compléter le schéma d'ORganisation SANitaire (ORSAN)¹, dispositif intégré de préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ces situations épidémiques impactent l'organisation des soins de manière sensible du fait, soit de leur gravité, de leur fréquence, de leur ampleur et potentiel de diffusion, soit par la population ou la filière de soins impactées. A ce titre, certains agents infectieux particuliers justifieront, à terme, la description d'une organisation territoriale :

Grippe aviaire, grippe pandémique :	<i>Myxovirus influenzae</i> , H5N1, HxNx
Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) :	Coronavirus
Fièvres hémorragiques virales :	Virus Ebola
Variole et autres orthopovirus :	Virus de la variole
Agents bioterroristes dont Maladie du Charbon :	<i>Bacillus anthracis</i>
Tuberculose multi résistante (XDR) :	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> résistants aux
Bactéries multi résistantes aux antibiotiques:	EPC, ERV
Peste :	<i>Yersinia pestis</i>

¹ Instruction N° DGS/DUS/SGMAS/2014/53 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles NOR : AFSP1411258J

Définitions

2.1 Agents en cause

Le rapport du HCSP définit comme BHRé en 2013 :

- les Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)
- les *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG).

Ces deux BHRé diffusent actuellement en France sur des modes sporadiques ou épidémiques limités. Elles sont commensales du tube digestif et sont donc susceptibles d'être présentes longtemps dans la flore intestinale des patients (en particulier chez les patients exposés aux antibiotiques qui altèrent le microbiote intestinal et favorise l'émergence des BHRé). Ces BHRé ont également la capacité de diffuser largement, en milieu hospitalier mais aussi dans la communauté.

Concernant les EPC, la résistance aux carbapénèmes est liée à la production d'enzymes, les carbapénémases de différents types : les métallob- β -lactamases (IMP, VIMP), les carbapénémases de classe A (KPC, GES...) et les oxacillinases (OXA-48 en particulier). Leur détection peut parfois s'avérer difficile.

Concernant les ERG, la résistance à la vancomycine et à la téicoplanine est portée par des gènes de type *Van A*. L'exposition aux antibiotiques dans des filières de soins ou des prises en charge particulières (insuffisance rénale et hémodialyse, transplantation d'organe, oncologie ou réanimation, présence de cathéters centraux, grand âge, durées longues d'hospitalisation...) représentent des facteurs de risque d'émergence des ERG.

Les BHRé sont surtout responsables de colonisations digestives asymptomatiques, mais peuvent également être à l'origine d'infections dans environ 10% des cas.

2.2 Définitions

Les patients « **suspects** » d'être porteurs d'une BHRé sont :

- les patients ayant eu dans les 12 derniers mois une hospitalisation de plus de 24h à l'étranger, quel que soit le secteur de prise en charge ou filière
- les patients transférés d'un établissement sanitaire français et ayant été en contact avec un patient colonisé à BHRé, quelle que soit la durée de contact
- les patients ré-hospitalisés ou admis dans une structure type EHPAD et ayant été antérieurement connu colonisés à BHRé, quelle que soit l'ancienneté du dépistage positif
- les patients ré-hospitalisés ou admis dans une structure type EHPAD et ayant été au contact d'un patient colonisé à BHRé, quelle que soit la durée de contact.

Un patient est « **contact** » s'il est pris en charge par la même équipe soignante qu'un patient colonisé (soignants paramédicaux et/ou médicaux) dès lors que les soins ont nécessité des contacts physiques.

Une **épidémie** peut se définir, pour une maladie infectieuse donnée, comme toute augmentation du nombre de cas sur une période donnée par rapport aux données normalement enregistrées. En situation épidémique, le taux d'attaque est l'indicateur privilégié (nombre de nouveaux cas dans une population au cours d'une période rapporté au nombre de personnes exposées au risque de développer cette infection) et est supérieur à ce que l'on observe habituellement. Concernant les BHRé, **toute détection d'une BHRé, chez un patient contact d'un patient connu colonisé à BHRé, est définie comme une situation de diffusion secondaire de nature épidémique**. Les colonisations et les infections sont incluses dans cette définition.

Le « **risque de diffusion** » est classé en trois niveaux, après analyse de différents paramètres par les experts en hygiène (dont le niveau d'autonomie du cas, la charge en soins, les contraintes de l'établissement...) :

- **Risque faible** : si le patient colonisé est connu et les Précautions Complémentaires Contact (PCC) mises en place dès l'admission et respectées
- **Risque moyen** : si le cas est découvert « colonisé » de façon fortuitement en cours d'hospitalisation
- **Risque élevé** : si des cas secondaires sont détectés « colonisés ».

2.3 Niveaux de veille et d'alerte

Le « **niveau de veille** » est assuré par le dispositif de signalement externe des infections nosocomiales e-SIN (application Web), régi par voie réglementaire (articles L1413-14 et R 6111-12 à 17 du Code de la Santé Publique). Les 5 acteurs pivots du dispositif sont les établissements de santé, l'ARLIN, l'ARS, le CCLIN et l'InVS. L'établissement de santé externalise son signalement selon un certain nombre de critères en particulier, en ce qui concerne les BHRé, selon les critères **1a** (agent pathogène en cause : nature, caractéristique ou profil de résistance), **5** (autres : épidémies...) et **6** (décès).

L'accueil dans un établissement de santé d'un patient colonisé BHRé connu ou contact correspond à une situation de veille, tous établissements de santé ayant anticipé ses organisations. Cependant le recours aux structures d'expertise (cf§4.1) doit avoir lieu autant que de besoin, y compris en situation de veille.

Une situation de colonisation à BHRé devient « **porteuse d'alerte** » lorsque :

- un cas est découvert « colonisé » fortuitement et tardivement, générant possiblement un nombre de cas « contacts » important et dispersés avec un risque élevé de cas secondaires
- un cas « colonisé » est découvert secondairement à un premier cas.

Toute situation porteuse d'alerte justifie l'information sans délai de la plateforme de veille de l'ARS (ARS44-ALERTE@ars.sante.fr **Tel: 0800 277 303**) et l'activation sans délai de la « **cellule régionale de coordination des épidémies** » (cf §5).

La « **sortie d'alerte** » (ou d'allègement du dispositif de coordination des acteurs) sera évaluée par la « cellule régionale de coordination des épidémies » (cf§5) sur la base de différents critères dont :

- le contrôle de l'épidémie par la réalisation d'au moins 3 dépistages post exposition négatifs chez les patients « contacts » identifiés
- en cas de situation endémique, l'aplatissement de la courbe épidémique (traduisant une nette diminution de la transmission croisée), sans impact majeur sur l'offre de soins.

Doctrine régionale

du parcours de soins des patients
colonisés BHRé

3.1 La prise en charge des patients colonisés BHRé (et des contacts) doit être réalisée par l'ensemble des établissements de santé publics et privés de la région ; leur accueil relève donc d'un engagement collectif et nécessite une anticipation des filières de soins (plan local de maîtrise des épidémies annexé au plan blanc de l'établissement).

Du fait des pathologies et des prises en charges variées des patients colonisés BHRé, le concept d'une zone unique régionale d'accueil des cas colonisés (ou des contacts) n'apparaît pas pertinent, que ce soit en MCO ou en SSR ; elle ne permet de respecter ni le parcours du patient (soins spécifiques...), ni le projet de soins (rapprochement du domicile...). De plus, il ne peut être envisagé une unité de soins unique qui rassemblerait les compétences médicales et paramédicales permettant la prise en charge de l'ensemble des pathologies des patients colonisés à BHRé, nécessitant souvent des soins spécialisés (infectiologie, endocrinologie, néphrologie, voire réanimation...).

3.2 Les patients colonisés BHRé (et des contacts) doivent être accueillis dans tout service adapté au besoin de leur prise en charge et éviter tout passage par le service d'accueil des urgences.

L'accueil d'un patient colonisé (ou contact) connu doit faire l'objet de procédures précises et connues par l'ensemble des services d'un établissement de santé. Tout doit être mis en œuvre pour respecter le parcours du patient. Cela n'exclut pas l'éventuel regroupement dans un même service de patients de pathologie similaire (à visée de rationalisation des organisations). Il est rappelé que la déambulation des patients colonisés à BHRé et leur accès aux plateaux techniques doit leur être permis moyennant une analyse du risque et des aménagements acceptables pour l'établissement.

L'arrêt des mouvements entre services, des admissions ou des transferts entre établissements doit faire l'objet d'une analyse précise (aidée d'experts) et ne doit s'envisager que dans le cas d'une situation épidémique ou porteuse d'alerte, pour une durée limitée dans le temps, dans l'attente de l'évaluation du risque. Passé ce temps d'évaluation, aucun mouvement ne doit être retardé, afin de respecter le parcours et le projet de soins du patient ; un effort collectif est attendu, en particulier des établissements de santé d'activité SSR, SLD et de l'HAD, pour permettre des sorties précoces des patients colonisés de MCO.

Pour améliorer la qualité des transferts entre établissements, une attention particulière doit être portée à la transmission des informations entre les établissements (cf§6) ; cela repose sur une réflexion concertée entre les Equipes Opérationnelles d'Hygiène Hospitalières (EOHH) et les responsables et cadres des services d'amont et d'aval.

Le service d'accueil des urgences doit avoir une vigilance particulière dans la détection de patients suspects d'être colonisés à BHRé : antécédents d'hospitalisation à l'étranger ou dans un établissement ou un service de la région ayant présenté récemment une épidémie de colonisations digestives à BHRé, présence d'un courrier d'information précisant le statut infectieux (porteur ou contact) du patient, ou tout autre facteur de risque de colonisation et/ou d'infection identifiés par les EOHH.

Les patients colonisés hébergés à domicile (avec une éventuelle prise en charge par l'HAD ou par les Services de Soins Infirmiers A Domicile - SSIAD) ou en établissements médico-sociaux (EHPAD, Foyers d'Accueil Médicalisé - FAM, Maisons d'Accueil Médicalisé - MAS, établissement d'accueil temporaire pour personne âgée) sont susceptibles de réintégrer le système de soins à court terme et d'être réhospitalisés pour une prise en charge spécifique. Ce retour doit être envisagé directement dans le-dit service après information de l'EOHH concernée, par le SSR, l'HAD ou par la médecine ambulatoire. Une attention particulière devra être portée par cette dernière (cf Fiche réflexe 2).

Au total, il est impératif que les patients colonisés soient repérés dès l'admission (ou réadmission) dans un établissement de santé (cf§6), afin de pouvoir être dirigés vers le service adéquat, sans passage par les urgences, et accompagnés de mesures de contrôle adaptées.

3.3 Le refus (ou retour en arrière d'un SSR vers un MCO par exemple) d'un patient colonisé pour le seul motif du statut infectieux BHRé (ou tout autre motif cherchant à le masquer) n'est pas acceptable. Les situations complexes pourront être soumises à l'expertise de la « cellule régionale de coordination des épidémies » (cf§5).

Rôle des acteurs

4.1 L'expertise en hygiène

Selon le niveau de complexité de la situation, l'expertise en hygiène se trouve auprès des acteurs suivants :

- l'EOHH de l'établissement de santé concerné par l'épidémie (selon le niveau d'expertise, l'expérience et la taille de l'équipe)
- à défaut d'une expertise locale en hygiène disponible, les praticiens des structures d'appui locales ligériennes (issues du redéploiement des anciens réseaux d'hygiène dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ARS/ARLIN signé en juillet 2014) ; cette expertise doit être disponible toute l'année pour tout établissement de santé public et privé, en particulier pour les SSR, les HAD et également pour les établissements médico-sociaux dont les EHPAD
- l'ARLIN dans le cadre de sa mission d'appui local
- le CCLIN dans le cadre de sa mission interrégionale.

4.2 Les établissements de santé d'activité MCO

Les établissements de santé d'activité MCO doivent être en mesure de gérer des situations épidémiques à BHRé (cf Fiche-réflexe 5) et pour ce faire :

Tout établissement de santé de type MCO doit avoir anticipé ses organisations afin de mettre en place des actions de gestion des situations épidémiques, qui soient pragmatiques et compatibles avec ses propres contraintes. Cependant, une concentration plus forte des cas colonisés est attendue dans les établissements de type Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) ou ceux proposant des activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique, de cancérologie, d'endocrinologie, d'infectiologie... du fait du niveau de soins proposé et du niveau de pression de sélection aux antibiotiques de ces services.

En ce qui concerne les services de soins en psychiatrie, les recommandations seront à adapter en fonction de la structure et de la situation avec l'aide des experts.

4.3 Les établissements de santé d'activité SSR, de modalité de prise en charge HAD

Afin de permettre à la fois un parcours approprié des patients colonisés à BHRé et un respect des durées de séjour en MCO (et favoriser la sortie des cas), l'ensemble des établissements sanitaires appartenant à la filière d'aval (cf **fiches réflexe 1 et 3**) doit être en mesure d'accueillir des patients colonisés connus (et des contacts) et doivent donc avoir en conséquence anticipé leurs organisations. Cet accueil peut être facilité par un conventionnement de ces établissements avec les établissements de santé type MCO.

Concernant les établissements de santé d'activité SLD, les recommandations se rapprochent de celles faites aux établissements médico-sociaux (cf §4.4 et **fiche réflexe 4**).

4.4 Les établissements médico-sociaux

Le retour vers le domicile est à privilégier et à développer en lien avec les intervenants médicaux et paramédicaux libéraux (cf fiches réflexe 2, 3 et 4).

Le domicile du patient s'entend par son domicile propre, avec possible intervention de l'HAD, des SSIAD, mais également par son hébergement en établissement médico-social type EHPAD, MAS, FAM et établissement d'accueil pour personnes âgées. Les médecins libéraux ainsi que tous les intervenants paramédicaux libéraux (infirmières, kinésithérapeutes...) sont amenés à prendre en charge des patients colonisés et font donc partie intégrante du dispositif. Des actions de sensibilisation, d'information et de formation ont été prévues par l'ARS et l'ARLIN.

4.5 Les laboratoires de biologie médicale

Les laboratoires de biologie médicale ont un rôle majeur dans la détection des BHRé et la mise en alerte des EOHH et doivent pour ce faire :

- disposer de milieux spécifiques pour la recherche d'EPC et d'ERG (http://rhc-arlin.pasman.fr/wp-content/uploads/2014/02/Fiche-D%C3%A9tection-EPC_carbaNPtest.pdf)

- être en capacité de traiter ponctuellement un grand nombre de prélèvements
- se rapprocher des laboratoires de biologie médicale des CHU de Nantes et Angers en cas de doute sur la lecture des résultats. De plus, les Cellules Régionales d'Epidémiologie Nosocomiale (CRENO) peuvent également apporter leur concours ; elles fonctionnent comme des laboratoires experts de proximité et permettent aux établissements de santé et à l'ARLIN de disposer d'une aide épidémiologique rapide dans l'identification microbiologique et le typage des micro-organismes
- transmettre sans délai les résultats vers l'EOHH de l'établissement de santé d'amont, vers les directions des établissements de santé prescripteurs d'aval, et vers l'ARLIN, par tout moyen dont un contact téléphonique
- être destinataires des bulletins de situation des épidémies de BHRe dans la région des Pays de la Loire (cf§6.5).

4.6 Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et les transports sanitaires

Un patient colonisé ne justifie pas d'un transport via l'aide médicale urgente, en dehors d'une indication liée à la pathologie pour laquelle le transfert est requis, mais il bénéficie, lors de son transport, des mesures habituelles en lien avec un risque infectieux (précautions standard adaptées aux transports sanitaires).

Coordination des acteurs

En situation de veille et lors de tout signalement d'infections nosocomiales qui le nécessite, des échanges réguliers ont lieu entre ARS, ARLIN et CCLIN. Ces échanges se sont consolidés et structurés depuis le développement de situations épidémiques régionales durant l'été 2013. Ils permettent une information réciproque et l'analyse des situations.

Lorsqu'une situation est porteuse d'alerte, ces échanges se formalisent par la mise en place de la « cellule régionale de coordination des épidémies » :

CELLULE REGIONALE DE COORDINATION DES EPIDEMIES	
MEMBRES	<p>ARS CCLIN ARLIN EOHH de l'établissement concerné</p> <p>+/- EOHH CHU Nantes et Angers +/- direction des établissements concernés +/- infectiologues, bactériologistes... +/- experts InVS +/- experts de la Direction Générale de la Santé (DGS)/HCSP</p>
ACTIVATION	Tout membre peut solliciter l'activation de la cellule régionale auprès de l'ARLIN ou de l'ARS
FORMAT	<ul style="list-style-type: none"> - Conférence téléphonique (possibilité de réunions physiques) - Fréquence hebdomadaire en période aigüe puis à adapter
ORGANISATION	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre par le CCLIN pour le compte de l'ARS - Animation par le réseau CCLIN/ARLIN - Adossée au bulletin de situation des épidémies de BHRé en Pays de la Loire (cf§6.5)
MISSIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Assure la transmission des informations entre les acteurs - Définit les informations à transmettre aux acteurs régionaux et nationaux, aux autorités et les modalités de communication vers le grand public - Analyse les situations porteuses d'alerte en cours (suivi épidémiologique, pertinence des organisations mises en place...) - Est informée des situations bloquantes - Analyse la pertinence des demandes de financement - Analyse à posteriori les événements - Assure la mise à jour annuelle du schéma
COORDONNEES	<ul style="list-style-type: none"> - ars44-ALERTE@ars.sante.fr Tel : 0 800 277 303 - arlin.pdl@chu-nantes.fr Tel : 02 40 08 39 86

Modalités d'information des acteurs

Optimiser l'information relève de la responsabilité collective. Elle doit être construite sur des bases de transparence et de bienveillance des acteurs, étant entendu que l'exhaustivité ne peut être qu'approchée.

6.1. Le système informatique de repérage à l'admission

La mise en place d'un système informatique de détection et d'alerte des patients colonisés dès leur admission est indispensable et est demandé à l'ensemble des établissements de santé. Des solutions doivent être mises en place sans délai par les directions des établissements de santé, aidées par les EOHH. Ce système de repérage doit permettre l'optimisation de l'orientation du patient colonisé à BHRé dès son admission et la mise en place rapide des mesures complémentaires d'hygiène de type contact.

6.2. L'outil TRAJECTOIRE

La transparence des informations inscrites dans Trajectoire est indispensable à la confiance des acteurs ; ainsi il est conseillé, pour tout patient BHRé, colonisé ou contact, de :

- renseigner la mention « Infection » (que le patient soit colonisé ou contact), pour pouvoir renseigner dans le champ « type » la présence d'une BHRé
- ajouter dans le champ « commentaire », le « n° de téléphone de l'EOHH »; les détails organisationnels doivent impérativement être discutés de vive voix.

Cependant Trajectoire ne constitue en aucun cas un moyen suffisant de communication entre les établissements.

La sortie (ou le transfert) de patients colonisés et contacts est facilitée par la mise en place de liens fonctionnels étroits entre les établissements d'amont et ceux d'aval, soit par le biais de conventions nouvelles ou d'avenants et par la mise en place de filière d'adressage direct (en parallèle de Trajectoire). De plus, le transfert de tout patient colonisé ou contact BHRé doit être préalablement couplé à des échanges téléphoniques (c§6.3).

6.3. Les contacts téléphoniques

Quelle que soit la situation, les contacts téléphoniques préalables à l'accueil sont indispensables :

- entre les responsables médicaux et paramédicaux du service d'amont et du service d'aval
- entre les EOHH d'amont et d'aval et à défaut entre l'EOHH de l'établissement d'amont et le cadre du service d'accueil, en lien avec l'ARLIN ; ils permettent non seulement d'informer sur le statut infectieux du patient (et la conduite à tenir ultérieure), de porter appui et expertise quant aux conditions d'accueil dans l'établissement d'aval, mais également d'avoir un discours homogène « régional » quant aux mesures de contrôle
 - des médecins libéraux vers les EOHH des établissements de santé concernées (à défaut vers l'ARLIN), en cas de retour du patient colonisé (ou contact) vers le système de soins et en cas de résultats de dépistages
 - des médecins libéraux vers les autres professionnels libéraux paramédicaux (Infirmières Diplômées d'Etat-IDE, kinésithérapeutes...) intervenant auprès de patients colonisés à domicile, les informant du statut infectieux du patient, des mesures de contrôle, des résultats des dépistages
 - des laboratoires de biologie médicale vers l'EOHH de l'établissement concerné, vers l'ARLIN et vers les directions des établissements d'aval prescripteurs, en ce qui concerne les résultats des dépistages.

6.4. Les courriers, les plaquettes d'information

Les courriers d'information spécifiques à destination des intervenants médicaux et des usagers sont un des éléments essentiels, participant à une information efficace entre les acteurs (et au droit à l'information pour les usagers). Ils ne peuvent à eux seuls constituer l'unique support informatif (délai de rédaction ou d'envoi, oubli, perte ou non présentation par les usagers...). Des modèles de courriers, ainsi que des plaquettes d'information sont disponibles sur le site des CCLIN/ARLIN (<http://www.paysdelaloire-arlin.com/>).

6.5. Le bulletin de situation des épidémies à BHRé dans les Pays de la Loire

Le bulletin d'information, faisant état des situations épidémiques en cours sur la région et diffusé par l'ARLIN et l'ARS depuis 2013, permet d'apporter une information commune à l'ensemble des acteurs de la région. Son contour a été arrêté de la façon suivante :

- **Objectif** : informer les établissements de santé et les laboratoires de biologie médicale d'un risque de diffusion régionale d'une épidémie
- **Activation et mise en œuvre** : par l'ARLIN
- **Contenu** : décrire sommairement les situations épidémiques dans les établissements de santé, lister les services concernés en précisant la période de diffusion (période de dépistage)
- **Diffusion** : par mail chaque semaine à toutes les EOHH et les biologistes par l'ARLIN, et aux directeurs des établissements de santé par l'ARS.

6.6. L'information des personnels et du grand public

Il est rappelé qu'aucune étude n'a montré l'impact de la colonisation des patients sur les soignants . Il est rappelé que la déambulation des patients colonisés BHRé et leur accès aux plateaux techniques doivent leur être permis moyennant une analyse du risque et des aménagements acceptables pour l'établissement.

L'application stricte des mesures d'hygiène permet de réduire le risque de transmission, y compris à ses proches.

L'information des personnels (voire du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail – CHSCT-) est de la responsabilité de l'établissement de santé, qui est tenu d'en informer l'ARS via la « cellule régionale de coordination des épidémies » (cf§5).

La communication vers le grand public relève d'une action concertée entre la direction de l'établissement de santé concerné et l'ARS.

Besoins en financement

Au titre des situations sanitaires exceptionnelles, l'ARS s'engage à soutenir financièrement les établissements de santé dans la gestion des épisodes épidémiques de colonisations digestives à BHRé, par la réservation d'une enveloppe annuelle fermée. A titre indicatif, les crédits alloués par l'ARS au titre des BHRé en 2013 s'élèvent à 140 000 euros. Une enveloppe de 300 000 euros a été réservée pour l'année 2014 qui semble correspondre aux besoins exprimés par les établissements de santé. Toutefois, il conviendra de proposer des mécanismes de régulation financiers en fin d'exercice afin de garantir le caractère fermé de l'enveloppe, mécanismes pour lesquels l'avis de la « cellule régionale de coordination des épidémies » (cf§5) pourra être requis. La reconduction de cette dotation ainsi que son montant demanderont à être réévalués pour l'année 2015 à la lumière de l'évolution des situations épidémiques et des priorités de l'Agence.

Pré requis à toute valorisation financière, la situation épidémique doit être définie par la « cellule de coordination des épidémies » (cf§5) comme porteuse d'ALERTE.

Les établissements de santé d'activité SSR pourront être valorisés principalement pour la prise en charge des dépistages, à condition que :

- **l'accueil en SSR ait contribué au dégagement précoce d'un lit de MCO, en particulier au pic de l'épidémie,**
- **et que la stratégie de dépistage soit rationalisée (choix optimum des contacts, nombre, fréquence, durée des dépistages...) après avis des experts (interne ou externe à l'établissement).**

La valorisation est arrêtée à hauteur de 2 500 euros /mois de dépistages mais pourra concerner d'autres situations sensibles et significatives portées précocement à la connaissance de la « cellule régionale de coordination des épidémies ».

Les établissements de santé d'activité MCO pourront être valorisés principalement pour l'ouverture de zone dédiée à 3 secteurs distincts, à condition que :

- **l'ouverture de la zone dédiée soit jugée d'intérêt régional par les experts ARLIN et CCLIN,**
- **l'ouverture de la zone dédiée soit jugée pertinente au vu de :**
 - o **son délai d'ouverture par rapport au début de l'épidémie (quelques jours),**
 - o **ses modalités de mise en œuvre (3 zones avec personnels dédiés distincts...),**
 - o **sa durée d'ouverture (quelques semaines).**

La valorisation est arrêtée à hauteur de 50 000 euros /mois de zone dédiée.

Afin que l'ARS puisse juger de la pertinence de la valorisation et répartir la dotation, les établissements de santé transmettront leurs données d'activité au fil de l'eau, sur la base des critères sus-cités :

- o au service financier de l'ARS (ARS-DAS-ASR-BUDGET@ars.sante.fr)
- o avec copie à l'ARLIN (arlin-pdl@chu-nantes.fr)
- o avec copie à la plateforme de l'ARS (ars44-alerte@ars.sante.fr).

Toute situation ne répondant pas aux conditions sus-citées justifiera l'activation de la « cellule régionale de coordination des épidémies » (cf§5).

Annexes

Préambule

- ▶ La colonisation d'un patient par une BHRé ne peut en aucun cas justifier son refus d'accueil en SSR.
- ▶ Une équipe dédiée pour la prise en charge d'un patient colonisé à BHRé n'est, le plus souvent, pas envisageable en SSR.
- ▶ Un contact téléphonique par le responsable ou le cadre du service de l'établissement d'amont est indispensable (en complément de «Trajectoire») et permet de :
 - préciser le statut infectieux du patient, les précautions complémentaires à mettre en place et les éventuels dépistages à organiser
 - évaluer la charge en soins selon la dépendance du patient (autonome, dépendance modérée, dépendance majeur, dépendance totale, utilisation de la grille SIIPS par exemple).

Anticiper l'accueil d'un patient colonisé à BHRé (en lien une EOHH)

- ▶ Disposer d'une expertise en hygiène (identifier l'EOHN pour accompagnement)
- ▶ Disposer d'une procédure de prise en charge des patients en PCC
- ▶ Vérifier les capacités du laboratoire, responsable des analyses pour l'établissement, à réaliser les examens microbiologiques et à transmettre les premiers résultats dans les 48 à 72h
- ▶ Rédiger une fiche des coordonnées utiles

1. Identifier le lieu d'accueil et le circuit du patient BHRé

- ▶ Repérer le secteur géographique générant le moins de patients « contacts »
- ▶ Repérer la chambre la plus appropriée (avec douche et toilettes) et décrire si nécessaire les nouvelles circulations (du « propre », du « sale », des déchets, des visiteurs, des soignants...)
- ▶ Prévoir la signalétique
- ▶ Anticiper la gestion des excréta (lave bassin, care bag...)
- ▶ Prévoir un lieu de stockage du matériel dédié ou à usage unique
- ▶ Prévoir un vestiaire avec tenues spécifiques pour les soignants (surblouses, tenues à usage unique...)

2. Evaluer les besoins humains nécessaires

- ▶ Réfléchir à un redéploiement du personnel pour diminuer le nombre de patients pris en charge par la même équipe (patients qui seront considérés comme « contact »), ou réfléchir à un éventuellement recrutement de personnel supplémentaire si nécessaire et si possible (nuit, week end)
- ▶ Organiser la formation des soignants (dédramatiser), évaluer les connaissances (PCC, hygiène des mains).
- ▶ Prévoir une augmentation de fréquence du bionettoyage

3. Evaluer les besoins en matériel et prévoir un stock pour 72h

- ▶ Solution Hydro-Alcoolique (SHA) et tenues spécifiques pour les soignants (gants, tabliers, surblouses)
- ▶ Prévoir du matériel spécifique pour les soins (matériel dédié, usage unique...), voire un vestiaire spécifique

² Les Fiches-Réflexe par acteur sont des propositions de trame listant les grandes lignes de la gestion des patients colonisés à BHRé ; elles gagneront à être revues et adaptées par chaque structure et chaque acteur.

Accueillir le patient BHRé

1. Organiser l'offre de soin

- ▶ Identifier et **informer (+++)** le personnel en charge du patient
- ▶ Organiser une prise en charge optimale (marche en avant, regroupement de soins...)
- ▶ Etre accompagné par une EOHH les premiers jours
- ▶ Organiser les sorties de la chambre (repas, rééducation en salles collectives, éviter la balnéothérapie...)

2. Organiser les dépistages des patients « contact » en lien avec le laboratoire, le suivi et la gestion des patients « contacts » en lien avec une EOHH, en définissant :

- ▶ Le nombre de prélèvements (nombre de patients « contacts » partageant la même équipe soignante)
- ▶ Les jour(s) des prélèvements (à définir avec le laboratoire)
- ▶ La fréquence des prélèvements (en général tous les 15 jours, puis, espacés toutes les 3 semaines voir tous les mois, si négatifs et en fonction des mesures en place)
- ▶ La durée dans le temps

3. Gérer et accompagner la sortie et les déplacements (internes à l'établissement et les transferts externes entre établissements) du patient colonisé, et connaître les conditions de réadmission du patient dans un établissement sanitaire :

- ▶ Eviter le passage par les urgences
- ▶ Privilégier une admission direct dans un service et le prévenir +++
- ▶ Prévenir l'EOHH de l'établissement (en passant par le standard de l'établissement)
- ▶ Préciser le statut (« colonisé » ou « contact ») dans le courrier accompagnant le patient et/ou dans une fiche de liaison

Evaluer l'impact de la prise en charge du patient BHRé

- ▶ Envisager un retour d'expérience, en analysant les différentes composantes organisationnelles (circuits, personnels, matériels, formation...)
- ▶ Evaluer les surcoûts de la prise en charge, en chiffrant le coût des dépistages, des équipements spécifiques supplémentaires, les besoins en renfort du personnel et en perte d'activité (fermeture de lit, blocage éventuel par une chambre tampon...)

² Les Fiches-Réflexe par acteur sont des propositions de trame listant les grandes lignes de la gestion des patients colonisés à BHRé ; elles gagneront à être revues et adaptées par chaque structure et chaque acteur.

Préambule

Le médecin traitant, ainsi que l'ensemble des intervenants paramédicaux libéraux, doit être sensibilisé aux mesures de contrôle de la diffusion des BHRé : précautions particulières, gestion, dépistage et suivi des contacts

- ▶ Voir ci-dessous « Fiche pratique : précautions spécifiques BHRé » (ou sur le site de l'ARLIN <http://www.paysdelaloire-arlin.com/>)
- ▶ Voir ci-dessous « Fiche-reflexe 5»
- ▶ Document de référence : RAPPORT HCSP JUILLET 2013 : « Recommandations pour la prévention de la transmission des Bactéries Hautement Résistantes émergents (BHRé)»

Suivre un patient colonisé à BHRé ou « contact »

- ▶ Connaître et suivre le statut infectieux de son patient (colonisé, infecté, contact).
 - L'information sur le statut infectieux peut être obtenue dans le courrier de sortie du patient, tout document remis au patient, par appel de l'EOHH de l'établissement d'amont.
- ▶ Suivre les résultats des éventuels dépistages prescrits
- ▶ Informer les différents intervenants médicaux et paramédicaux et les conseiller sur les mesures à prendre (cf préambule et document de référence).
- ▶ Connaître les conditions de réadmission du patient dans un établissement sanitaire :
 - Éviter le passage par les urgences
 - Privilégier une admission direct dans un service et le prévenir +++
 - Prévenir l'EOHH de l'établissement (en passant par le standard de l'établissement)
 - Dans le courrier accompagnant le patient, préciser le statut («colonisé» ou «contact»).

² Les Fiches-Réflexe par acteur sont des propositions de trame listant les grandes lignes de la gestion des patients colonisés à BHRé ; elles gagneront à être revues et adaptées par chaque structure et chaque acteur.

Préambule

► La colonisation d'un patient par une BHRé ne peut en aucun cas justifier son refus d'accueil en HAD.

► Le médecin traitant, ainsi que l'ensemble des intervenants paramédicaux libéraux, doit être sensibilisé aux mesures de contrôle de la diffusion des BHRé : précautions particulières, gestion, dépistage et suivi des contacts

- Voir ci-dessous « Fiche pratique : précautions spécifiques BHRé » (ou sur le site de l'ARLIN <http://www.paysdelaloire-arlin.com/>)

- Voir ci-dessous « Fiche-reflexe 5»

- Document de référence : RAPPORT HCSP JUILLET 2013 : « Recommandations pour la prévention de la transmission des Bactéries Hautement Résistantes émergents (BHRé)»

► Un **contact téléphonique** par le responsable ou le cadre du service de l'établissement d'amont est **indispensable** et permet de :

- Préciser le statut infectieux du patient, les précautions complémentaires à mettre en place et les éventuels dépistages à organiser

- Evaluer la charge en soins selon la dépendance du patient (autonome, dépendance modérée, dépendance majeur, dépendance totale)

Anticiper l'accueil d'un patient colonisé à BHRé (en lien une EOHH)

► Disposer d'une expertise en hygiène (identifier l'EOHH pour accompagnement)

► Disposer d'une procédure de prise en charge des patients en PCC

► Rédiger une fiche des coordonnées utiles

1. Aménager le lieu d'accueil du patient BHRé

► Prévoir un lieu de stockage du matériel dédié ou à usage unique

2. Evaluer les besoins humains nécessaires

► Prévoir un renforcement du bionettoyage (en fréquence et/ou qualité)

3. Evaluer les besoins en matériel et prévoir un stock pour 72h

► Solution Hydro-Alcoolique (SHA) et tenues spécifiques pour les soignants (gants, tabliers, surblouses)

► Prévoir du matériel spécifique pour les soins (matériel dédié, usage unique...)

² Les Fiches-Réflexe par acteur sont des propositions de trame listant les grandes lignes de la gestion des patients colonisés à BHRé ; elles gagneront à être revues et adaptées par chaque structure et chaque acteur.

Accueillir le patient BHRé

1. Organiser l'offre de soin

- ▶ Identifier et **informer (+++)** les professionnels en charge du patient
- ▶ Organiser une prise en charge optimale (planifier si possible les soins en fin de tournée, les soins en série...)
- ▶ Gérer et accompagner les déplacements du patient (donner des recommandations, informer sur le statut infectieux par téléphone, dans le courrier d'accompagnement...)

2. Gérer et accompagner les déplacements (consultations..) du patient et connaître les conditions de réadmission du patient dans un établissement sanitaire :

- ▶ Eviter le passage par les urgences
- ▶ Privilégier une admission direct dans un service et le prévenir +++
- ▶ Prévenir l'EOHH de l'établissement (en passant par le standard de l'établissement)
- ▶ Dans le courrier accompagnant le patient, préciser le statut (« colonisé » ou « contact »).

² Les Fiches-Réflexe par acteur sont des propositions de trame listant les grandes lignes de la gestion des patients colonisés à BHRé ; elles gagneront à être revues et adaptées par chaque structure et chaque acteur.

Préambule

- ▶ La colonisation d'un patient par une BHRé ne peut en aucun cas justifier son refus d'accueil en EHPAD, FAM, MAS, établissement d'accueil temporaire pour personnes âgées et SSIAD (à noter que la prise en charge en établissement de santé d'activité SLD se rapproche de la prise en charge en établissement médico-social)
- ▶ Les dépistages ne sont pas recommandés en établissement médico-social (sauf cas particulier du suivi du statut infectieux d'un patient en lien avec l'EOHH de l'établissement d'amont)
- ▶ Un **contact téléphonique** par le responsable ou le cadre du service de l'établissement d'amont est **indispensable** (en complément de «Trajectoire») et permet de :
 - préciser le statut infectieux du patient, les précautions complémentaires à mettre en place et les éventuels dépistages à organiser
 - évaluer la charge en soins selon la dépendance du patient (autonome, dépendance modérée, dépendance majeur, dépendance totale).

Anticiper l'accueil d'un patient colonisé à BHRé (en lien une EOHH)

- ▶ Disposer d'une expertise en hygiène (identifier l'EOHN pour accompagnement)
- ▶ Disposer d'une procédure de prise en charge des patients en PCC
- ▶ Rédiger une fiche des coordonnées utiles

1. Identifier le lieu d'accueil du patient BHRé

- ▶ Une chambre individuelle est recommandée
- ▶ Anticiper la gestion des excréta (lave bassin, care bag...)
- ▶ Prévoir un lieu de stockage du matériel dédié ou à usage unique

2. Evaluer les besoins humains nécessaires

- ▶ Organiser la formation des soignants (dédratiser), évaluer les connaissances (PS, PCC, hygiène des mains)
- ▶ Prévoir une augmentation de fréquence du bionettoyage

3. Evaluer les besoins en matériel (prévoir un stock pour 72h)

- ▶ Solution Hydro-Alcoolique (SHA) pour les soignants et le résident et tenues spécifiques pour les soignants (tablier à usage unique)
- ▶ Prévoir du matériel spécifique pour les soins (matériel dédié, usage unique...)

² Les Fiches-Réflexe par acteur sont des propositions de trame listant les grandes lignes de la gestion des patients colonisés à BHRé ; elles gagneront à être revues et adaptées par chaque structure et chaque acteur.

Accueillir le patient BHRé

1. Organiser l'offre de soin

- ▶ Identifier et **informer (+++)** les professionnels en charge du patient
- ▶ Être accompagné par une EOHH les 2 premiers jours si possible (pour l'application stricte des PS ou PCC, selon les protocoles de l'établissement)
- ▶ Organiser les sorties de la chambre (repas, salles collectives...)

2. Gérer et accompagner la sortie et les déplacements (consultations..) du patient et connaître les conditions de réadmission du patient dans un établissement sanitaire :

- ▶ Eviter le passage par les urgences
- ▶ Privilégier une admission direct dans un service et le prévenir +++
- ▶ Prévenir l'EOHH de l'établissement (en passant par le standard de l'établissement)
- ▶ Dans le courrier accompagnant le patient, préciser le statut (« colonisé » ou « contact »).

² Les Fiches-Réflexe par acteur sont des propositions de trame listant les grandes lignes de la gestion des patients colonisés à BHRé ; elles gagneront à être revues et adaptées par chaque structure et chaque acteur.

Fiche 1. Mesures générales à appliquer dès l'identification de BHRé, quelle que soit la situation

Mesure de prévention de la transmission croisée

- Hospitalisation du patient en chambre individuelle avec PCC
- Organisation des soins
- Evaluer la pertinence du contrôle ou arrêt des transferts et du dépistage des patients contact
- Gestion des excréta
- Renforcement hygiène des mains et bionettoyage

Communication

- Information du patient et sa famille
- Information des patients contact en cas de dépistage pour la recherche de BHRé
- Information des services ou ES fréquentés par le patient porteur de BHRé au cours de la même hospitalisation
- Information du laboratoire de microbiologie
- Information par l'EOH, l'infectiologue ou le biologiste des personnels soignants concernés
- Signalement e-sin
- Préparer un communiqué de presse si épidémie

Cellule de crise, de décision, de concertation

- Définir sa composition : Direction, EOH, Biologiste, Infectiologue ou référent antibiotiques, Responsable du pôle et services concernés, président de la CME, Direction des Soins, Coordinateur de la gestion des risques et un membre du réseau Cclin-Arlin pour les petits ES
- Concertation sur les mesures nécessaires à mettre en œuvre parmi les fiches 2 à 1 en fonction de la situation initiale et de son évolution
- Prendre les décisions sans délai pour mise en place dès le premier jour

Evaluation

- Moyens matériel : tabliers et gants à UU, PHA
- Moyens humains : personnel dédié ?, renforcement des équipes de nuitWE
- Modification de l'offre de soins éventuellement (arrêt/limitation des admissions, fermeture d'un secteur, diminution du nombre de lits...)
- Moyens du laboratoire pour la détection d'une BHRé
- Accompagnement de l'EOH pour le suivi des mesures de prévention dans le service
- Surveillance des prescriptions ATB par le référent antibiotiques

Suivi de la situation

- Accompagnement quotidien de l'EOH au départ - Identifier les personnes à informer de l'évolution (cellule de décision) - Information du DIM et utilisation du SIH pour le suivi des patients contact - Surveillance de la prescription des ATB - Organisation du dépistage digestif des patients cibles - Evaluation / accompagnement de l'application des mesures de préventions définies - Conservation des souches de BHRé, envoi au CNR ou à un centre compétent pour études complémentaires si besoin

Prévention de la transmission croisée des BHRé / Juillet 2013

BHRé : bactérie hautement résistant aux antibiotiques émergente ; A TB : antibiotique ; ES : établissement de santé ; PHA : produit hydro-alcoolique ; UU : usage unique ; DIM : Département d'Information Médicale ; SIH : Système d'Information Hospitalier

³ RAPPORT HCSP JUILLET 2013 : « Recommandations pour la prévention de la transmission des Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRé) » ; p39 - fiche 1

Actions à mener par un service de MCO en vu du transfert d'un patient colonisé à BHRé

Transfert en SSR

Avant un transfert :

- Contact téléphonique indispensable entre les services d'amont et d'aval (cf§6.3)
- Renseigner la mention BHRé sur trajectoire (cf§6.2)
- Informer son EOHH et celle de l'établissement d'accueil (+/- l'ARLIN)

Lors du transfert :

- Renseigner le statut infectieux du patient (et le numéro de l'EOHH) sur une fiche de liaison ou dans le courrier médical accompagnant le patient
- Informer le patient et les proches (utilisation de supports de communication cf§6.4)
- Informer les ambulanciers (cf§4.6)

Transfert en HAD

Avant un transfert :

- Contact téléphonique indispensable entre le service d'amont et le médecin coordonateur (cf§6.3)
- Informer son EOHH et celle de l'établissement d'accueil (+/- l'ARLIN)

Lors du transfert :

- Renseigner le statut infectieux du patient (et le numéro de l'EOHH) sur une fiche de liaison ou dans le courrier médical accompagnant le patient
- Informer le patient et les proches (utilisation de supports de communication cf§6.4)
- Informer les ambulanciers (cf§4.6)

Transfert en établissements médico-sociaux (EHPAD, FAM, MAS, établissements d'accueil pour personnes âgées)

Avant un transfert :

- Contact téléphonique indispensable entre le service d'amont et le directeur de l'établissement et/ou le médecin coordonateur (cf§6.3)
- Informer son EOHH et l'EOHH référente pour l'établissement d'accueil (+/- l'ARLIN)

Lors du transfert :

- Renseigner le statut infectieux du patient (et le numéro de l'EOHH) sur une fiche de liaison ou dans le courrier médical accompagnant le patient
- Informer le patient et les proches (utilisation de supports de communication cf§6.4)
- Informer les ambulanciers (cf§4.6)

Retour à domicile (avec intervention possible des SSIAD, HAD, médecins et paramédicaux libéraux)

Avant un transfert :

- Contact téléphonique indispensable entre le service d'amont et le médecin traitant et les structures d'aide à domicile (cf§6.3)

Lors du transfert :

- Rédiger un courrier accompagnant le patient pour le médecin traitant contenant l'information du statut du patient
- Rédiger un courrier d'information au patient
- Informer le patient et les proches (utilisation de supports de communication cf§6.4)
- Informer les ambulanciers (cf§4.6)



Bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe)

Précautions spécifiques BHRe (Patients infectés ou colonisés)

PROBLEMATIQUE	Définition	Microorganismes (MO) hautement résistants à la plupart des antibiotiques dont la diffusion doit être maîtrisée. Exemple de BHR : - entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) - entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG)
	Réservoir	Tube digestif, urines
	Voies de transmission	Mains, matériel et environnement Transmission facilitée par la diarrhée, l'incontinence fécale et les suppurations
	Durée des mesures	En fonction du plan de maîtrise défini dans l'établissement

ORGANISATION	Chambre individuelle	Oui ou Regroupement des patients porteurs du même micro-organisme
	Information /Signalétique soignants, patients, visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Visuel pour la chambre et le dossier du patient • Information du patient et de ses proches • Information <u>systématique</u> des services en cas de transfert ou déplacement (examen, consultation, radio...) • Signalement interne (à l'EOH)
	Organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des soins pour le patient • Activités limitées (transferts, visites du patient...)

SOINS	Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> • Friction hydro-alcoolique (FHA) lors des soins et <u>FHA obligatoire</u> avant de sortir de la chambre pour les soignants, les visiteurs et le patient • <u>Unique mesure à faire respecter par les visiteurs</u>
	Gants à usage unique	<ul style="list-style-type: none"> • Uniquement avant tout soin exposant à un risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques, les muqueuses et la peau lésée • Gants jetés immédiatement après le soin, suivi d'une friction <u>avant de toucher à l'environnement du patient</u>
	Surblouse ou tablier	<ul style="list-style-type: none"> • Impérativement à usage unique • Lors d'un soin direct auprès d'un patient • A jeter systématiquement après chaque utilisation
	Matériel de soins	Individualisé et stocké dans la chambre en quantité limitée

ENVIRONNEMENT	Déchets	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter le stockage dans la chambre • Tri habituel : DAOM/DASRI • <u>Evacuer les déchets systématiquement après chaque soin</u>
	Selles	<ul style="list-style-type: none"> • Patient continent et autonome : utilisation des sanitaires de la chambre. • Patient continent et dépendant : bassin, urinal, seau transportés sans vidange préalable avec couvercle, vers le lave-bassins. • En l'absence de lave-bassin : après vidange dans les WC, nettoyage manuel (Détergent/désinfectant) du bassin après chaque utilisation de préférence par immersion (Local utilitaire sale) • Utilisation interdite des douchettes • Patient incontinent : évacuation des protections (filrière DASRI)
	Vaisselle	Circuit et traitement habituels
	Linge	Circuit et traitement habituels
	Housses : matelas, fauteuil ...	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours du séjour et à la sortie du patient : vérifier l'intégrité des housses, les remplacer si elles sont craquelées, trouées, percées (risque de réservoir de MO)
	Entretien de la chambre Au minimum une fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilance particulière pour l'environnement dans son ensemble • Protection préalable de la tenue par surblouse ou tablier à usage unique • Nettoyage de la chambre (Détergent/désinfectant ou appareil vapeur) : insister sur les surfaces touchées par les mains (poignées de portes, de placards, barrières, sonnette, interrupteurs ...) • A la sortie du patient : Bionettoyage complet

Documents de référence

Articles L 1311-1 à L 1311-4 du code de la santé publique : conditions d'intervention des autorités disposant du pouvoir réglementaire (premier ministre, ministre de la santé, préfets, maires) en cas de risques liés aux conditions d'hygiène ou concernant la santé des populations, dont maladies transmissibles

Articles L 3115-1 à L3115-5 du code de la santé publique : lutte contre la propagation internationale des maladies

Articles L 3116-1 à L 3116-6 du code de la santé publique : dispositions pénales applicables en cas d'infraction aux dispositions contenues dans les articles L3115-1 et suivants

Articles R 3115-1 à R 3115-54 du code de la santé publique : lutte contre la propagation internationale des maladies, partie réglementaire ; dispositions modifiées par le décret 2013-30 du 9 janvier 2013

Articles R 6111-12 du code de la santé publique et suivants relatifs au signalement des infections nosocomiales et recueil des informations les concernant

Décret n°2010-1048 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

INSTRUCTION N° DGS/DUS/SGMAS/2014/53 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2014/66 du 04 mars 2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe)

INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion de situations sanitaires exceptionnelles

INSTRUCTION DGS/RI1/DGCS n°2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans des collectivités de personnes âgées

CIRCULAIRE N° DGS/DUS/CORRUSS/2012/188 du 9 mai 2012 relative à l'organisation des rapatriements sanitaires vers la France de patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement ou de bactéries multi-résistantes (BMR)

CIRCULAIRE n° DGS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS 2009-2013, JUILLET 2009

PROJET REGIONAL DE SANTE EN PAYS DE LA LOIRE 2012-2016

RAPPORT INVS MARS 2014 : « Situation épidémiologique – Episodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) en France » ; Données du 14 mars 2014

RAPPORT HCSP JUILLET 2013 : « Recommandations pour la prévention de la transmission des Bactéries Hautement Résistantes émergents (BHRe) »

Glossaire

ARLIN	Antenne de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ARS	Agence Régionale de Santé
BHRe	Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques et émergente
CHU	Centre Hospitalo Universitaire
CCLIN	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNR	Centre national de Référence
CRENO	Cellule Régionale d'Epidémiologie Nosocomiale
DGS	Direction Générale de la Santé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EOHH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
EPC	Entérobactérie Productrice de Carbapénémase
ERG	Entérocoque faecium Résistant aux Glycopeptides
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
HAD	Hospitalisation A Domicile
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IAS	Infections Associées aux Soins
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
MAS	Maison d'Accueil Médicalisé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
ONERBA	Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques
ORSAN	ORganisation SANitaire
PCC	Précaution Complémentaire Contact
PS	Précaution Standard
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SLD	Soins de Longue Durée
SHA	Solution Hydro-Alcoolique
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins Suite et de Réadaptation

Membres du groupe de travail

C. AVRIL , Médecin, Praticien Hospitalier, responsable de l'ARLIN, co-pilote du groupe de travail
B. JAUD, Cadre Infirmier, coordinatrice générale des soins, HAD Nantes et Région, Nantes (44)
F. LABRO-GOUBY, Directrice Générale, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan (LVO), Challans (85)
D. LEPELLETIER, Médecin, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, chef de service de Bactériologie-Hygiène Hospitalière, responsable de l'Unité de Gestion du Risque Infectieux (UGRI), CHU, Nantes (44)
P. MAHEUX, Directeur Général, Service de Soins de Suite et de Réadaptation association les Capucins, Angers (49)
E. NININ, Médecin Inspecteur de la Santé Publique, Direction de l'efficience de l'offre, ARS
G. RENAUD, Médecin, Praticien Hospitalier, Inspecteur Contrôleur en ARS, Département de Veille et Sécurité Sanitaire, ARS, pilote du groupe de travail
B. TEQUI, Médecin, Praticien Hospitalier, responsable d'EOHH, Institut Cancérologie de l'Ouest (ICO), Saint Herblain (44), siège social Angers (49)

Relecteurs

H. SENECHAL, Pharmacien, Praticien Hospitalier, responsable du CCLIN Ouest, Rennes (35)
J.R. ZAHAR, Médecin, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, responsable de l'Unité de Prévention et Lutte contre les Infections Nosocomiales (UPLIN), CHU, Angers (49)