



Annexe 1

Plan local de prévention de la transmission croisée de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe)

DEFINITION BHRe

(Selon les recommandations HCSP juillet 2013)

Bactérie commensale du tube digestif, résistante à de nombreux antibiotiques, présentant des mécanismes de résistance transférables entre bactéries et n'ayant diffusé en France que de manière sporadique ou épidémique limité. Les bactéries concernées sont :

- Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) tout type d'enzyme
- *Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides (ERG) *vanA* ou *vanB*

PATIENTS CONCERNES

Les patients à risque d'être infectés ou colonisés par ces bactéries hautement résistantes sont :

- Les patients rapatriés d'un établissement de santé étranger, quel que soit le mode d'admission dans l'établissement de santé en France, que ce soit pour un séjour ou des séances répétées (hors consultation).
- Patients ayant des antécédents récents d'hospitalisation à l'étranger (hospitalisation de plus de 24h dans l'année)
- Patients connus porteurs et ré-hospitalisés
- Patients « contact » d'un patient porteur et ré-hospitalisés

CONDUITE A TENIR
devant un patient suspect de BHRé
(en attendant la confirmation microbiologique)

- **patient rapatrié sanitaire**
 - **patient ayant un antécédent d'hospitalisation à l'étranger**
 - **patient « contact »**
 - **suspicion de BHRé signalée par le laboratoire**
-
- Accueil du patient dans le service de soins, **sans passage aux urgences si possible**
 - Information du patient
 - Chambre individuelle
 - Appliquer immédiatement les précautions standard + précautions complémentaires contact (PCC)
 - Informer l'EOH
 - Notifier dans le dossier médical la notion de rapatriement ou le portage de bactérie hautement résistante et les mesures appliquées.
 - Effectuer pour la recherche d'EPC et ERV un écouvillonnage rectal (l'écouvillon doit être teinté) ou une coproculture
 - Un traitement antibiotique peut faire envisager un deuxième dépistage

Rappel des mesures importantes (cf. fiche technique BHRé - CClin Ouest) :

- Intervention rapide de l'EOH dans le service
- Information des professionnels (Cf plaquette Arlin Centre)
- Signalétique obligatoire sur la porte de la chambre (selon protocole de l'établissement),
- Désinfection des mains par friction (quantité de produit et gestuelle conformes) obligatoire après tout contact avec le patient ou son environnement et avant la sortie de la chambre,
- Protection de la tenue par tablier en plastique à UU si soins mouillants et souillants,
- Attention à l'élimination des excréta (utilisation des lave-bassins obligatoire si le service en est équipé, sans vidange préalable du bassin et désinfection des mains +++, en l'absence de lave-bassins, vidange dans le local vidoir de l'unité ou du service).
- Prise en charge si possible par un personnel dédié, ou par un personnel qui respectera le principe de la marche en avant (si l'état clinique du patient le permet, ces soins sont réalisés en dernier, avant que le personnel ne termine sa vacation)
- Lever les précautions si le résultat du dépistage est négatif

**CONDUITE A TENIR
si patient porteur BHRé
(confirmé par le laboratoire)**

NB : Toute découverte d'au moins une BHRé doit être signalée au CCLin et à l'ARS (via e-Sin)

- **patient connu porteur**
- **patient rapatrié sanitaire**
- **patient ayant un antécédent d'hospitalisation à l'étranger**
- **patient « contact » qui se positive**
- **découverte fortuite**

Evaluer le risque +++

RISQUE FAIBLE

- Si le patient a été pris en charge en chambre seule et PCC dès son admission **le risque est faible** (Ce risque est nul s'il a été pris en charge par une équipe dédiée dès son admission et donc les mesures peuvent s'arrêter ici).
 - Réunir **une cellule de crise** (Direction, cadre, chef de service ...).
 - Organiser le dépistage de tous les patients contact c'est-à-dire ayant partagé le même personnel soignant (le porteur d'ERV doit faire l'objet d'un dépistage de SARM. Si le dépistage est positif le patient sera décolonisé).
 - Limiter les transferts du patient index et de ses contacts vers d'autres unités, services ou établissements afin de limiter la diffusion **jusqu'au résultat du premier dépistage**
 - **Tous les patients admis deviendront patients contact**
 - Etablir la liste des patients contacts déjà transférés et du lieu de leur transfert.
 - Contacter (EOH) les services d'accueil de ces patients contact pour :
 - Les mettre en chambre individuelle et PCC (recommandations SF2H 2009)
 - Les dépister
 - Renforcer le bionettoyage quotidien de l'environnement du porteur
 - Définir avec le référent infectieux le traitement antibiotique le plus adapté au profil de résistance de la souche impliquée en cas de survenue d'infections.
 - Assurer le suivi des résultats de laboratoire des dépistages (EOH). Tenir à jour la liste des patients porteurs et contact.
 - Ré évaluer le risque régulièrement avec les résultats des dépistages.
 - Favoriser les sorties à domicile
 - **Si le risque reste faible**, il est recommandé, **lors de transfert de contact** de les mettre en Précaution standard et de réaliser un seul dépistage post exposition.
- Il n'est pas recommandé d'intégrer les patients contact dans des listes permettant de les repérer en cas de réadmission : pas de courrier ni au médecin traitant, ni au patient sorti au domicile.
- **En cas de sortie du patient porteur** et en l'absence de cas secondaire lors du premier dépistage, il est recommandé de réaliser un dépistage post exposition des patients présents dans la semaine suivant la sortie du patient porteur.
 - Clôturer le signalement sur e-SIN en y notant le résultat des dépistages.

RISQUE MOYEN

- Si le patient porteur n'était pas en chambre seule et PCC, **le risque de diffusion est moyen.**
- Alerter la Direction de l'hôpital dont l'appui est indispensable pour l'organisation des mesures à prendre et réunir une cellule de crise.
- **Pour les contacts encore présents dans le service (risque moyen) :**
 - Rappel du respect des Précautions standard,
 - PCC pour les contacts transférés dans d'autres services,
 - En fonction du nombre de patients concernés, il peut être plus pratique de regrouper les contacts dans un même secteur (sectorisation),
 - Prise en charge de préférence par un personnel dédié, ou par un personnel qui respectera le principe de la marche en avant (cf. fiche PCC / BHRé - Arlin Centre)
- **Prévoir 3 dépistages à 1 semaine d'intervalle.** (Le porteur d'ERV doit faire l'objet d'un dépistage de SARM. Si le dépistage est positif le patient sera décolonisé).
- Arrêter les transferts du patient index et de ses contacts vers d'autres unités, services ou établissements afin de limiter la diffusion **jusqu'au résultat du premier dépistage**
- Limiter les admissions dans l'unité aux seules urgences qui ne peuvent être orientées vers d'autres unités ou établissements.
- **Tous les patients admis deviendront patients contact**
- Favoriser les sorties à domicile (aucun dépistage)
- En cas de transfert des patients contact (autre service ou établissement d'aval) les dépistages sont poursuivis
- Ré évaluer le risque régulièrement avec les résultats des dépistages.
- Si le risque devient faible (aucun cas secondaire après 3 dépistages) il n'est pas recommandé d'intégrer les patients contact dans des listes permettant de les repérer en cas de réadmission : pas de courrier ni au médecin traitant, ni au patient sorti au domicile.
- En cas de sortie du patient porteur les dépistages sont poursuivis (3 dépistages post-exposition).

RISQUE ELEVE

Si au moins 1 cas se positive parmi les contacts alors le risque de transmission est élevé (situation épidémique)

Si deux cas groupés surviennent dans le même établissement, **organiser une cellule de crise**
Cette cellule proposera de mettre en place les mesures décrites ci-dessous, effectuera un suivi et la levée des mesures en fin d'épidémie (cf. « plan local de gestion d'une épidémie »)

➤ **Mise en place d'un cohorting en 3 secteurs**

- patients porteurs
- patients contact
- patients indemnes

= personnel dédié pour chaque secteur (cf. fiche PCC / BHRé - Arlin Centre)

Cette organisation doit permettre la reprise des admissions dans le secteur indemne.

Pour les patients porteurs :

- Regrouper les patients porteurs au fur et à mesure de leur détection ou de leur réadmission ou autre organisation décidée en cellule de crise.
- Organiser la prise en charge médicale en limitant les intervenants
- Limiter au maximum le transfert vers d'autres unités, services, établissements
- Renforcer le bionettoyage quotidien de l'environnement des porteurs (éventuellement équipe de bionettoyage dédiée)
- Favoriser les sorties à domicile
- Informer le patient et son médecin traitant de son statut de patient porteur de bactérie hautement résistante.
- Le transfert de tout patient porteur doit être précédé d'un contact téléphonique entre les EOH d'amont et d'aval ou à défaut l'EOHH de l'établissement d'amont appelle le cadre du service d'accueil. Ce contact téléphonique permet non seulement d'informer sur le statut du patient mais également d'assurer un appui et une expertise quant aux conditions d'accueil dans l'établissement d'aval. Pour tout renseignement ultérieur faire appel à l'Arclin.
- Définir avec le référent infectieux le traitement antibiotique le plus adapté au profil de résistance de la souche impliquée en cas de survenue d'infections.
- Affichage informatique pendant 1 an du portage d'EPC.
- Prélèvement 1 fois par mois, si 3 fois négatif à un mois d'intervalle en l'absence de ré hospitalisation et d'antibiothérapie, ce patient est considéré comme non excréteur.
- Si antibiothérapie : dépistage entre J2 et J7 après l'arrêt des ATB.

Pour les patients contact :

- Etablir la liste des patients contacts déjà transférés et du lieu de leur transfert.
- L'EOHH contacte par téléphone les services d'accueil de ces patients contact pour :
 - Les mettre en chambre individuelle et PCC
 - Les dépister
- Assurer le suivi des résultats de laboratoire des dépistages. Tenir à jour la liste des patients porteurs et contact (EOHH).
- Organiser le dépistage hebdomadaire : prélèvements à j0, j7, j15. En cas d'hospitalisation prolongée les prélèvements pourront être espacés (tous les 15 jours en SSR). Dans tous les cas renouveler le dépistage dès lors qu'un antibiotique est prescrit
- S'il devient porteur, tous les patients contact de ce patient doivent être dépistés
- Favoriser les sorties à domicile
- Levée des PCC à l'issue du 3eme dépistage négatif
- Informer le patient et son médecin traitant de son statut de patient contact d'un patient porteur de bactérie hautement résistante. Ce statut doit être communiqué aux équipes soignantes dès l'admission lors d'une ré-hospitalisation.
- Limiter les transferts
- Après trois prélèvements de dépistage négatifs, réalisés à une semaine d'intervalle, les patients contact deviennent des patients standard.

Devenir d'un patient connu « contact » :

- **Pour un patient contact négatif ou de statut inconnu ayant été transféré vers MCO**
 - Information du service d'accueil et de l'EOHH,
 - Chambre individuelle,
 - Précautions complémentaires contact (PCC) jusqu'au 3^e dépistage négatif.

- **Pour plusieurs contacts transférés vers un même service MCO**
 - Information du service d'accueil et de l'EOHH cf.risque élevé
 - Regroupement des contact
 - Chambre seule
 - Précautions complémentaires contact (PCC) jusqu'au 3^e dépistage

- **Pour les contacts ayant été transférés à domicile, ou en EHPAD, ou HAD...**
 - Information du médecin traitant et médecin coordonateur
 - Pas de dépistage sauf si ce type d'hospitalisation s'intègre dans un parcours de soins MCO ou SSR
 - Respect des Précautions standard (hygiène des mains, protection de la tenue par tablier à UU lors de soins mouillants ou souillants, port de gants si contact avec les liquides biologiques, (selles+++)) et gestion des excréta,
 - Bionettoyage quotidien de la chambre
 - Lors de réadmission en établissement de santé, information du service d'accueil sur les antécédents de contact avec un patient porteur d'EPC.

- **Pour les patients en fin de vie** : PCC et pas de dépistage

Suivi des cas et des contacts :

Une liste des cas et des contacts existe au sein de chaque établissement
Elle est le plus souvent gérée par l'EOHH ou le responsable du signalement
Elle permet de générer une alerte informatique lors d'une éventuelle réadmission

A la sortie du service : information du service receveur++

A la sortie de l'ES : information médecin traitant + lettre d'information pour le patient à présenter à tout personnel soignant.

Des modèles de documents personnalisables à destination des médecins traitants, EOH d'aval et patients sont disponibles sur le site du Cclin/ARlin

Afin de vous aider, des fiches de synthèse sont disponibles dans le rapport HCSP de juillet 2013 :
Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des BHRé - juillet 2013
(www.hcsp.fr)

Fiches pratiques :

- 1. Mesures générales à appliquer quelle que soit la situation**
- 2. Admission d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente**
- 3. Découverte fortuite d'une BHRé en cours d'hospitalisation**
- 4. Contrôle d'une épidémie de BHRé**
- 5. Admission d'un patient déjà connu porteur d'une BHRé**
- 6. Admission d'un patient contact d'un patient porteur de BHRé lors d'une situation épidémique**
- 7. Admission d'un patient contact d'un patient porteur de BHRé en dehors d'une situation épidémique**
- 8. Tableau général des principales mesures pour la prise en charge d'un patient porteur de BHRé en fonction des situations**

Bibliographie :

HCSP. Prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe), juillet 2013.

Précautions complémentaires à mettre en place pour les patients porteurs de BHRe (portage digestif). CCLin Ouest. Version 2, 2013

Circulaire n°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)

HCSP. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques importées en France par des patients rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger, recommandations, 2ème version, novembre 2010

APHP. Prévention de l'émergence des entérobactéries résistantes à l'imipénème par carbapénémase, recommandations du 6 février 2009

Circulaire interministérielle 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

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

Circulaire 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)

Instruction DGS/DUS/RIS n° 2011-224 du 26 août 2011 relative aux mesures de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)

Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination. HCSP. 2010. 71 pages.

Vous êtes porteur d'une entérobactérie (Klebsielle, Escherichia coli, Enterobacter...) hautement résistante aux antibiotiques (productrice de carbapénémase). CCLin Paris-Nord. 2010. Plaquette

Gestion des excréta dans les établissements de santé et médico-sociaux. Fiche technique n°7. CCLin Paris Nord. 2010