



Plan local de gestion d'une situation épidémique

CONTEXTE

Le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013 prévoit que les établissements de santé intègrent aux plans blancs un volet sur la gestion des situations épidémiques et leurs conséquences sur l'organisation des soins. Ce document a été élaboré afin d'aider les établissements à mettre en place localement leur propre plan définissant la conduite à tenir en cas d'épidémie.

Pour toute information vous pouvez contacter l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) de votre région ou le Cclin Ouest.

OBJECTIFS

- Décrire une organisation locale pour permettre aux établissements de détecter, d'identifier et d'assurer le suivi des patients porteurs de certains germes émergents (BHRe, *Clostridium difficile*, Coronavirus...) communautaires, ou nosocomiaux ;
- Assurer une coordination efficace entre les différents acteurs concernés ;
- Prévenir les risques de transmission croisée et de diffusion de ces germes.

DEFINITIONS

Epidémie :

Le caractère épidémique correspond à la survenue d'au moins deux cas (infection ou colonisation) chez deux patients hospitalisés dans un contexte d'unité de temps et de lieu.

Parfois un seul cas peut déclencher une alerte s'il s'agit d'un agent pathogène qui nécessite une surveillance particulière comme par exemple les microorganismes à fort potentiel de diffusion (ex : gale ou grippe) ou hautement résistant aux anti-infectieux (ex : BHRe).

Exemples de germes concernés :

- BMR type SARM, Entérobactéries β LSE,
- *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI),
- *Clostridium difficile*,
- BHRe : entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) et *Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides (ERG) (Annexe 1),
- Tout micro organisme émergent ou ré-émergent à potentiel épidémique (Coronavirus, SASM en néonatalogie...).

Des microorganismes encore inconnus à ce jour peuvent être concernés par cette procédure.

MESURES D'ANTICIPATION

- Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est active et contribue à la mise en place de la politique de prévention définie en amont par la CME ou l'instance dédiée (CLIN ou équivalent) ;
- Le laboratoire doit mettre en œuvre les techniques adaptées de dépistage et de diagnostic de germes émergents ;
- Les laboratoires régionaux experts et les centres de référence réalisant des identifications spécifiques sont clairement identifiés et les modalités de transmission des microorganismes à ces structures sont connues (CRENO et CNR) ;
- Le service des urgences doit être informé afin d'identifier les patients à risque dès leur admission (**rapatriement sanitaire, antécédent d'hospitalisation à l'étranger dans l'année, patient ré-hospitalisé antérieurement connu porteur de BHRe, patient ré-hospitalisé ou transféré ayant été en contact avec un cas porteur de BHRe...**) ;
- L'EOH anticipe l'accueil des patients à risque et organise la formation des cadres et soignants sur les risques émergents ;
- L'EOH prépare en amont l'organisation d'une cellule de crise en concertation avec la direction (cadre de soin, urgentiste, infectiologue, président de Clin...) ;
- L'EOH promeut les précautions standard et anticipe le matériel nécessaire pour la gestion des excréta ;
- L'EOH s'assure du bon fonctionnement du signalement interne et externe. Un responsable du signalement externe nommé par le directeur est clairement identifié ;
- Le référent antibiotique veille au respect des recommandations de bon usage des antibiotiques en particulier concernant les carbapénèmes : ces antibiotiques sont à dispensation contrôlée (avis d'un référent infectieux obligatoire). La prescription doit être réévaluée après 48 – 72h et après 7 à 10 jours ;
- La direction met en place une stratégie de communication interne (personnel des services, CHSCT) et externe (patients, public, autres établissements de la région) souvent en partenariat avec l'ARS, l'Arlin et le Cclin ;
- Le circuit de l'information entre les différents acteurs concernés est défini : laboratoire, EOH, services, direction, instances et structures d'appui.

Autres pistes de réflexion :

Automatisation d'une alerte à l'admission avec historique des patients connus porteurs ou contact.

Organisation d'une **équipe de bio-nettoyage** dédiée, mobilisable en situation de crise.

Pour l'accueil des patients porteurs ou contacts prévoir un **secteur d'accueil BHRé** idéalement situé dans une unité avec pression en antibiotiques faible et une durée moyenne de séjour courte.

Dans chaque service prévoir une organisation avec une « **équipe dédiée** » **formée** ou à défaut décliner une organisation des soins selon le principe de la marche en avant stricte. (cf. Annexe 1-fiche PCC BHRé -Arlin Centre).

CELLULE DE CRISE

Une **Cellule de crise** doit être réunie rapidement afin d'appuyer l'EOH.

Elle inclut :

Le Directeur général ou son représentant désigné auprès du CLIN, le Directeur des soins ou son représentant, le Président du CLIN (ou le vice président en son absence), l'EOH, le Chef de service concerné, le Cadre de Santé supérieur du pôle, le Cadre de santé de l'unité concernée, le microbiologiste correspondant des unités concernées, un infectiologue clinicien, le médecin du travail, le responsable de la GDRAS...

Toute personne qualifiée en fonction des décisions à prendre.

La cellule de crise fixe les modalités d'organisation : suivi de l'évènement, fréquence de réunion, diffusion des comptes rendus, rapport final.

Les Arlin, le CCLin et l'ARS interviennent en tant que structures d'aide et d'appui et peuvent être amenées à participer aux cellules de crises, notamment lorsque le plan régional de gestion d'épidémie est activé.

SIGNALEMENT

Un signalement par le responsable du **signalement externe**, désigné par le Directeur général, est effectué en temps réel par voie électronique (portail e-SIN de l'InVS) ou par fax en cas de procédure dégradée.

ACTIONS

Dans un délai de 48 heures les actions suivantes sont réalisées :

L'EOH prend contact avec le service de soins concerné pour la mise en place et/ou **le renforcement des mesures barrières** et renforcement des mesures d'hygiène de base :

- a. Mettre le patient en chambre seule
- b. Mettre en place les précautions complémentaires en fonction des modalités de transmission de l'agent responsable de l'épidémie (précautions type « contact », air, ..)
- c. Renforcer les précautions « standard » dans le service et en particulier l'hygiène des mains
- d. Limiter les déplacements du ou des patients sources
- e. Renforcer le bio-nettoyage dans le secteur d'hospitalisation du patient

Ces premières mesures peuvent également être réalisées à l'initiative (médicale) du service de soins et instaurées avant validation par l'EOH.

L'EOH évalue le risque en présence d'un cas isolé et, en présence de cas groupés, **décrit l'épidémie dans le temps, l'espace**, selon les caractéristiques individuelles des cas (courbe épidémique des cas, répartition géographique des cas, tableau synoptique)

La cellule de crise définit, après évaluation du risque de diffusion par l'EOH, les modalités de lutte contre l'épidémie :

- Identification d'autres services à risque.
- Ajustement logistique permettant la mise à disposition du matériel nécessaire aux soins des patients (linges, masques, unités mobiles,..)
- Définition des modalités de prise en charge et de suivi thérapeutique des patients
- Définition du périmètre du dépistage des patients contacts : définition des patients concernés et des prélèvements à effectuer, choix des méthodes, fréquence des dépistages. Eventuellement dépistage du personnel soignant (cf. médecin du travail).
- Gestion des résultats et suivi des patients contacts par l'EOH.
- Evaluation de la nécessité de regrouper les patients (cf. Annexe 1– Document : Plan local de prévention de la transmission croisée BHRé - CClin Ouest) :
 - Dans un premier temps, le patient est placé au sein de son service d'accueil, soit en chambre seule soit avec un autre patient colonisé ou infecté dans une chambre double ;
 - Le regroupement des cas dans des secteurs définis peut être nécessaire au sein d'une des unités concernées (unité ou partie d'unité accueillant l'ensemble des patients colonisés ou infectés) ;
 - Une unité dédiée avec affectation d'un personnel soignant dédié (« cohorting ») doit être mise en place si le nombre de cas devient important et/ou si le risque de transmission n'est pas contrôlé.
- Renforcement du bio-nettoyage : affectations des moyens nécessaires et si possible équipe dédiée mobilisable WE et jours fériés si besoin.
- Renforcement en personnel soignant selon les besoins d'isolement et de surveillance (en particulier en cas de mise en place de mesures de cohorting)

CClin Ouest – novembre 2014

- Intensification de la présence de l'EOH dans les services : informations, accompagnement, audit des pratiques
- Evaluation de la nécessité de limiter les admissions et les transferts, en fonction du risque épidémique, de la perte de chance pour les patients, liée en particulier au risque de blocage de la filière de soins
- Définition éventuelle des circuits spécifiques (accès à l'établissement, aux locaux, circuit des déchets...) pour des épidémies particulières (ex : virus aéroportés)
- Définition des conditions de circulation des patients porteurs, des patients contacts en attendant les résultats du dépistage
- Mise en place d'éventuelles mesures restrictives de circulation et de visite des familles des patients, de certains soignants non indispensables aux soins (élèves infirmières, aides-soignants, sages-femmes, externes, bibliothécaire...).
- Renforcement de l'utilisation des produits hydro-alcooliques par les visiteurs.
- Mise en place avec la médecine du travail d'actions de prévention de la contamination des soignants (si nécessaire) : modalités de suivi des soignants exposés au risque épidémique, vaccination des soignants exposés et des stagiaires si vaccination existante...
- Définition des éléments de communication interne : informer les patients exposés, le personnel soignant des services concernés (et autres services susceptibles de prendre en charge les patients concernés : radiologie, rééducation...)
- Définition des éléments de communication externe, notamment avec l'autorité sanitaire (ARS), l'InVS, mais également à destination des médias, ainsi que les éléments d'information des patients exposés au risque sortis de l'établissement et des établissements d'aval.

SUIVI DU PLAN LOCAL

- Mise en place d'un comptage des cas et calcul de l'incidence en temps réel. Tout nouveau cas étant notifié par le laboratoire à l'unité d'hygiène qui s'assure de l'application des mesures barrières et de renforcement des mesures d'hygiène de base.
- Enquête épidémiologique portant sur trois caractéristiques essentielles :
 - a. les facteurs de risques d'acquisition ou de transmission
 - b. la morbidité et la mortalité de l'épidémie et leurs facteurs de risque
 - c. l'analyse moléculaire des souches isolées afin de confirmer l'épidémie et son retentissement, par les laboratoires régionaux experts ou le Centre National de Référence concerné.
- Prévoir des rapports intermédiaires de l'évolution de l'épidémie et un rapport final avec retour aux services concernés et aux instances.

L'évolution de l'épidémie et son ampleur décideront de la suite à donner en terme d'actions à mettre en place.

Bibliographie :

Instruction 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

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

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)

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