

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION	
ARLIN Nord-pas de Calais	NOM : Fonction : Visa : <i>Signé</i>	NOM : Fonction : Visa : <i>Signé</i>	NOM : Fonction : Visa : <i>Signé</i>

I. OBJET

Proposer une conduite à tenir pour la maîtrise d'un évènement épidémique ou d'un évènement à potentiel épidémique.

II. DOMAINE D'APPLICATION

Les équipes opérationnelles d'hygiène, le responsable du signalement de l'établissement, le coordonnateur de la gestion des risques, les unités fonctionnelles concernées par l'épidémie ou l'évènement à potentiel épidémique.

III. DOCUMENTS DE REFERENCES

3 -1 Textes réglementaires

1. Circulaire n°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesures de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC).
2. Décret n°2010-1048 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
3. Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/20 09/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.
4. 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.
5. Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
6. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
7. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

3 - 2 Recommandations d'expert

8. 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. HCSP. Novembre 2010.
9. Rapport relatif à la maîtrise de l'émergence et la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé français. HCSP, mars 2010.
10. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. SFHH, septembre 2010.
11. Infections associées aux soins, guide d'aide à la communication. SFHH, juin 2010.
12. Recommandations pour l'hygiène des mains. SFHH, juin 2009.
13. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. SFHH, avril 2009.

IV. DEFINITION D'UNE EPIDEMIE OU D'UN EVENEMENT A POTENTIEL EPIDEMIQUE

4 - 1 Epidémie :

Une épidémie est une augmentation inhabituelle du nombre d'infections ou de colonisations causées par un même agent infectieux dans le même espace géographique (ex : dans une même unité fonctionnelle ou dans un même établissement) et durant une période de temps définie. Le regroupement temporo-spatiale du nombre de cas est lié à une même source et/ou à l'existence d'une transmission croisée. Il est habituellement admis de considérer un phénomène comme épidémique à partir de 2 à 3 cas groupés.

Exemples de situations épidémiques :

- épidémie d'infection ou de colonisation à BMR type SARM, E β LSE, ABRI
- épidémie de gastro-entérites
- épidémie d'infections à *Clostridium difficile*
- toxi-infections alimentaires collectives
- infections respiratoires basses

4 - 2 Evénement à potentiel épidémique

Dans certaines situations, il peut être nécessaire de déclencher une alerte devant la survenue d'**un seul cas** d'infection ou de colonisation par un agent pathogène à :

- potentiel important de diffusion (ex : grippe, gale, rougeole...).
- ou à caractère de résistance exceptionnel aux anti-infectieux (ex : BHR de type EPC ou ERG)

Remarque : Il est important de s'assurer du caractère réel de l'épidémie : éliminer les éventuelles « pseudo-épidémies » qui serait liée à une augmentation artificielle du nombre de cas observés en raison d'une erreur de diagnostic, à un changement dans les modalités de prélèvement ou de techniques du laboratoire.

V. PRE REQUIS A LA GESTION D'UN EVENEMENT EPIDEMIQUE

Le CLIN ou l'instance équivalente, en collaboration avec l'EOH, doit s'assurer de la mise en œuvre d'une politique de prévention de la diffusion des agents infectieux :

- Disposer d'une expertise en hygiène hospitalière : EOH propre à l'établissement ou partagée avec d'autres établissements par la voie d'une action de coopération
- S'assurer que le circuit du signalement interne soit défini (procédure) et opérationnel.
- S'assurer que le responsable du signalement externe soit nommément désigné.
- Définir une liste des micro-organismes à risque de transmission élevée et/ou devant faire l'objet d'une surveillance (BMR, pathogènes émergents...).
- Vérifier les capacités du laboratoire responsable des analyses pour l'établissement, à réaliser les examens microbiologiques et à fournir les premiers résultats dans les 48-72h.
- Identifier le ou les laboratoires régionaux et les centres nationaux de référence (CNR) capables de réaliser des techniques d'identifications spécifiques, de comparer des souches, d'identifier de nouveaux clones...
- S'assurer de pouvoir identifier les patients à risque dès leur admission (par exemple les patients susceptible d'être porteur d'EPC : patients transférés de l'étranger ou avec des antécédents d'hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois). Une sensibilisation du personnel de l'établissement sur les situations à risque pourra être réalisée et un outil informatique pourra être développé.
- Réfléchir aux modalités de partage et d'accès à la liste des patients contacts par l'ensemble des services de soins de l'établissement en assurant la confidentialité (demande d'autorisation de la CNIL). Un outil informatique pourra être développé à cet effet.
- Rédiger une fiche reflexe des « coordonnées utiles » (email, numéros de téléphone, fax) :

CONTACTS EXTERNES	CONTACTS INTERNES
<ul style="list-style-type: none"> - ARS - InVs - ARLIN Nord-Pas de Calais - Préfecture ou sous préfecture - Mairie - CNR 	<ul style="list-style-type: none"> - EOH - Pharmacie - Laboratoire - Directeur de garde - Cadre supérieur de garde - Médecine du travail - Economat

VI. ABREVIATIONS

ABRI	Acinetobacter Baumanii Résistant à l'Imipénème
ARS	Agence Régionale de Santé
ARLIN	Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
BHR	Bactérie Hautement Résistante
BMR	Bactérie Multi-Résistante
CNR	Centres Nationaux de Références
CS	Cadre de Santé
CCLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
E β LSE	Enterobactéries productrices d'une β lactamase à spectre étendu
EPC	Entérobactéries Productrices de Carbapénèmases
ERG	Entérocoques Résistants aux Glycopeptides
ETS	Etablissement de Santé
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
IN	Infections Nosocomiales
PC	Précautions Complémentaires
PS	Précautions Standard
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la m \acute{e} ticilline

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Composition et missions d'une cellule de crise

Annexe 2 : Organisation d'une unité de cohorting

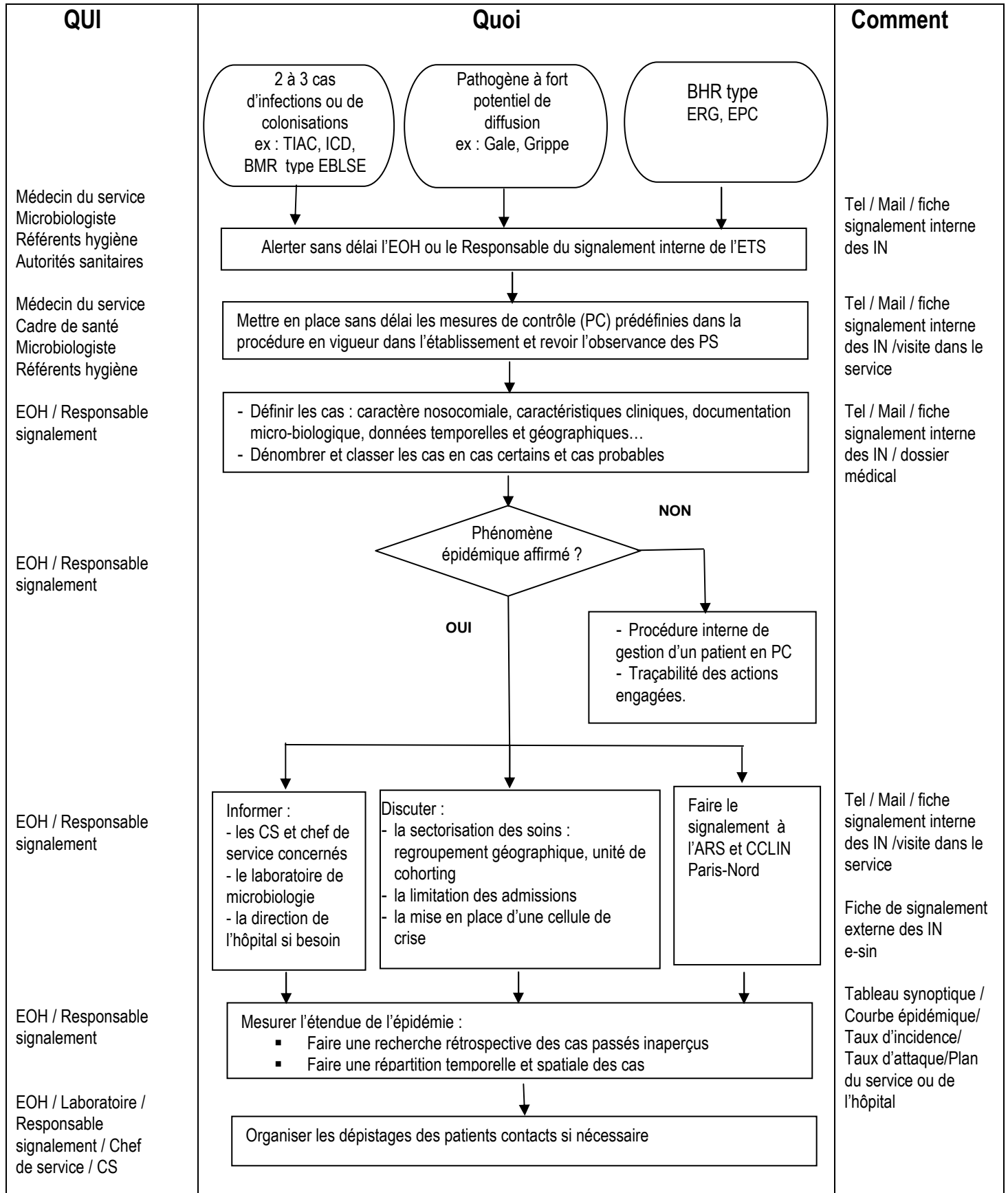
Annexe 3 : Exemple de lettres d'information patient

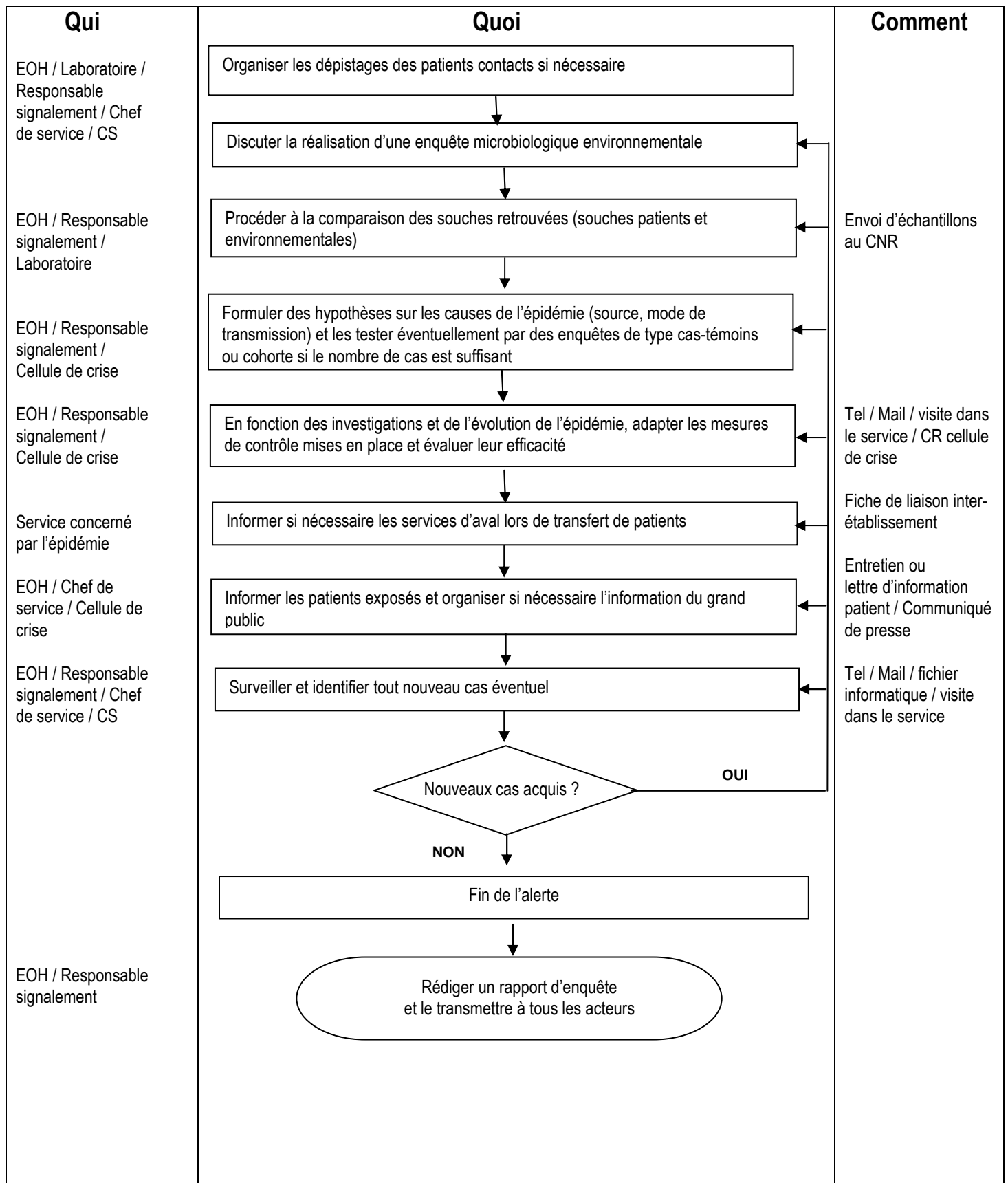
Annexe 4 : Fiche de liaison inter-établissement

Annexe 5 : Outils pour la réalisation d'un tableau synoptique et une courbe épidémique

Annexe 6 : Outils d'évaluation des précautions complémentaires mises en place

VIII. LOGIGRAMME : Conduite à tenir en cas d'épidémie





La composition et les missions d'une cellule de crise sont à définir en amont de la gestion de tout phénomène épidémique.

I. Composition

La composition de la cellule de crise est fonction de l'événement et de la taille de l'établissement.

Elle comprend classiquement :

- chef de service et cadre de santé du ou des services concernés par le phénomène épidémique
- cadre supérieur de pôle
- équipe opérationnelle d'hygiène
- président du CLIN ou de la commission chargée de la LIN
- responsable de la coordination de la gestion des risques associés aux soins
- président de la CME ou son représentant
- direction des soins
- directeur de l'établissement ou son représentant

Si besoin :

- pharmacien
- microbiologiste
- infectiologue ou référent antibiotique
- médecin du travail
- responsable des services techniques ou économiques
- représentant du CHSCT
- responsable du service communication
- partenaires ou experts extérieurs : laboratoire de recours extérieur, ARS, ARLIN

Les membres permanents de cette cellule de crise pourront être nommément désignés *a priori* et la composition validée par la commission médicale d'établissement et la direction de l'établissement.

II. Fonctionnement

Les modalités de fonctionnement de la cellule de crise peuvent être définies avant ou au début de l'alerte :

- Qui réunit la cellule de crise?
- À quel rythme ont lieu les réunions?

- Qui rédige les comptes-rendus et comment est assuré leur diffusion ?
- Qui est le responsable des investigations ?

III. Missions

↻ Organiser l'investigation et le suivi de l'alerte

- Désigner un coordonateur de l'investigation.
- Définir et valider les mesures de contrôle mises en place pour éviter la survenue de nouveaux cas.
- Recenser de façon périodique les cas : quotidien au début, puis hebdomadaire, voire mensuel.
- Recenser les cas graves : décès, transfert de patients en service de soins continus / réanimation
- Evaluer la nécessité d'une expertise externe dans les domaines scientifiques et techniques

↻ Organiser la réalisation d'examens microbiologiques de dépistages

- Organiser les modalités de dépistage des cas porteurs et des cas contacts : combien de séries de dépistages ? à quel intervalle ?
- Définir les modalités de suivi des dépistages : personnes chargées de recenser les contacts, de les informer et de suivre les résultats.
- Informer le laboratoire responsable des analyses de l'établissement des recherches microbiologiques à réaliser.
- Si nécessaire, solliciter les laboratoires régionaux ou les centres nationaux de référence (CNR) pour valider des techniques d'identifications, comparer des souches, identifier de nouveaux clones...

↻ Réorganiser l'offre de soins

- Evaluer la nécessité de réaliser un regroupement géographique des cas, de renforcer les équipes soignantes ou de mettre en place une équipe dédiée.
- Discuter la nécessité de réduire l'activité en limitant les admissions et les transferts de patients.
- Evaluer les besoins matériels nécessaires à la gestion de l'épidémie.
- Décrire si nécessaire les nouvelles circulations : accès à l'établissement, circuit d'élimination des déchets, accès aux vestiaires...

↻ Organiser la mise en place d'une unité de cohorting

- Identifier au sein d'un service ou de l'établissement une unité avec du personnel paramédicale dédié pouvant accueillir les patients porteurs. Ce secteur sera géographiquement distinct de celui accueillant les patients contacts et les patients indemnes.
- Evaluer les besoins humains et matériels nécessaires au fonctionnement de cette unité.

↻ Définir les modalités de communication en interne

- Informer les patients exposés à un risque avec traçabilité de cette information dans le dossier patient.
- Informer le personnel soignant du ou des services concernés par l'épidémie.
- Informer le personnel des autres services si transfert vers une autre unité ou lors de la réalisation d'exams complémentaires (radiologie, échographie...).

↻ Organiser les modalités de communication en externe

- Désigner un responsable de communication externe si nécessaire
- Informer les autres établissements partenaires en cas de transferts de patients
- Informer les patients exposés à un risque en cas de sortie à domicile : lettre au patient et/ou au médecin traitant.
- Informer le grand public en fonction de l'impact sur les populations (communiqué de presse).

↻ Signalement externe

- S'assurer du signalement externe à l'ARS et au CCLIN-ARLIN
- Informer régulièrement l'ARS et l'ARLIN de l'évolution de la situation notamment lors de transferts vers d'autres établissements, d'apparition de nouveaux cas...

↻ Evaluer le coût des mesures de contrôle

- Mettre en place un code budgétaire (code UF « crise » par exemple) sur lequel seraient attribuées les dépenses liées au moyens complémentaires mis à disposition : personnel, matériel, biologie...
- Chiffrer la perte d'activité par secteurs touchés

↻ Dresser un bilan de fin d'alerte

- Rédiger et diffuser un rapport final qui synthétise l'investigation épidémiologique.

- Transformer la crise en expérience utile pour améliorer la qualité des soins et partager l'expérience de la gestion de la crise avec les professionnels de santé (communication, publication).
- Evaluer les coûts engendrés par la gestion de l'épidémie.

¹ Guide pratique pour la prise en charge d'une épidémie à ERG. 2008. CCLIN Est.

I. Définition

Un secteur de cohorting est une unité dédiée à la prise en charge des patients ayant une colonisation ou une infection nosocomiale due à un germe à maîtriser. Cette unité est dans l'idéal géographiquement séparée des autres unités. Elle peut être constituée au sein d'un service ou représenter un secteur médical spécifique de l'hôpital préalablement défini. Elle fonctionne avec du personnel soignant dédié, un encadrement spécifique et une organisation médicale proposée par la CME.

II. Modalités pratiques

↻ Organisation du secteur de cohorting

- Une signalétique est apposée à l'entrée du secteur pour informer les personnes extérieures au service d'appliquer les recommandations d'hygiène (précautions standard, précautions complémentaires).
- Un vestiaire pour les visiteurs et le personnel de l'établissement consultant dans l'établissement est installé à l'entrée du secteur de cohorting. L'aménagement d'un point d'hygiène des mains (PHA) est recommandé.
- Le personnel paramédical et médical de l'unité de cohorting doit avoir à sa disposition des tenues propres quotidiennement. Le personnel qui est amené à quitter l'unité, doit changer sa tenue ou porter une surblouse à usage unique.
- Le personnel paramédical et médical doit pouvoir bénéficier d'un vestiaire afin de se changer au début et à la fin de chaque poste.
- Le secteur dispose d'une salle de soins infirmiers, d'une pharmacie, d'une salle de rangement de matériel, d'un local propre et d'un local sale.
- A l'intérieur du secteur de cohorting, les précautions standard et complémentaires doivent être strictement appliquées : hygiène des mains, protection de la tenue...
- Les appareils de surveillance peuvent entrer dans toutes les chambres (électrocardiogramme..) et doivent être désinfectés entre deux patients (précautions standard, attitude non spécifique à la présence de l'agent pathogène à maîtriser).

- Le matériel ne peut quitter le secteur de cohorting sans être préalablement désinfecté.

↻ Le personnel

Habituel du secteur

- Une équipe paramédicale est entièrement et spécifiquement dédiée au secteur de cohorting de façon constante : nuits, week-ends et jours fériés.
- L'équipe médicale qui ne peut être dédiée devra respecter les conditions de fonctionnement du secteur (habillage, ...) autant en journée que les nuits, les week-ends et les jours fériés.
- Le personnel du secteur revêt une tenue spécifique au secteur de cohorting ou à défaut une surblouse à usage unique.
- Le personnel qui quitte le secteur est tenu de réaliser une hygiène des mains.

Extérieur au secteur

- Le personnel extérieur (kinésithérapeutes, brancardiers, ambulanciers, externes, internes, médecins, cadre...) effectue à l'entrée du secteur de cohorting une hygiène des mains avec des PHA.
- Le personnel extérieur revêt une tenue spécifique ou protège sa tenue s'il entre en contact avec le patient ou son environnement proche.
- Le personnel extérieur porte des gants s'il entre en contact avec des liquides biologiques.
- Les séances de kinésithérapie, d'ergothérapie sont à regrouper de manière à limiter les allers et venues dans le secteur.
- Toute personne sortant du secteur de cohorting doit réaliser une hygiène des mains.

↻ Les visiteurs

- Un panneau d'information est affiché devant l'entrée du secteur, invitant les visiteurs à se faire connaître auprès du personnel.
- Les visiteurs doivent se frictionner les mains avec des PHA à l'entrée et à la sortie du secteur.

↻ Le fonctionnement

- Le port de gants est réservé au risque de contact avec les liquides biologiques ou en situation de gale ou de *Clostridium difficile*.
- L'utilisation de PHA est à prioriser. En cas de gale ou de *Clostridium difficile* faire un lavage au savon doux puis une friction au PHA au retrait des gants.
- Les patients peuvent utiliser normalement les toilettes de leur chambre.
- La vaisselle sera préférablement lavée au lave-vaisselle ou sera à usage unique.
- Tout le matériel nécessaire au fonctionnement du service est dédié et stocké dans le service.
- Le partage de matériels médicaux avec d'autres secteurs ne pourra se faire qu'après une procédure de décontamination. Si possible il est recommandé de privilégier l'individualisation du matériel réutilisable.
- Renforcer le bionettoyage quotidien, en particulier celui des surfaces proches du patient, à l'aide du détergent/désinfectant habituel. Pour *Clostridium difficile*, le bio-nettoyage se réalise en 3 temps : détersion-rinçage-désinfection à l'eau de javel.
- A la sortie du patient, faire un bio-nettoyage complet de la chambre en 3 temps : détergent-rinçage-détergent/désinfectant (sauf pour *Clostridium difficile* le 3^{ème} temps se fait à l'eau de javel).
- Le linge sale et les déchets sont à évacuer au moins une fois par jour.

Patient « contact grippe »

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris en charge dernièrement dans le service des urgences au même moment qu'un patient présentant une grippe en incubation.

La grippe est une maladie qui se transmet facilement entre personnes. Si vous présentez de la fièvre avec des signes tels que des courbatures, de la fatigue, de la toux, une rhinite, des larmoiements dans les jours qui viennent, prenez rapidement contact avec votre médecin traitant en lui précisant que vous avez été en contact avec un patient ayant une grippe. La durée d'incubation de la grippe est d'environ 5 jours. Vous pouvez également vous rapprocher de votre médecin traitant afin de vérifier avec lui votre couverture vaccinale (1 injection).

Dr XYZ

Patient « contact BMR »

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris en charge ces dernières semaines au CH.... dans le service de...

Une bactérie résistante aux antibiotiques (ex *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine) a été retrouvée chez un patient hospitalisé en même temps que vous dans le service qui vous a accueilli.

Afin de s'assurer que vous n'avez pas acquis cette bactérie au cours de votre hospitalisation, nous vous demandons de réaliser un dépistage (ex pour ERG : 3 examens successifs à 1 semaine d'intervalle). Ce dépistage peut être réalisé au plus près de chez vous, dans un laboratoire d'analyse médicale de votre choix. Pour faciliter cette démarche de dépistage, voici une ordonnance permettant la réalisation de cet examen (renouvelable).

Si vous avez besoin de plus d'informations, vous pouvez contacter votre médecin traitant ou le Service d'Hygiène...

Dr XYZ

Patient porteur de Bactéries Multi-Résistantes

Identification patient ou étiquette

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Identification service

Service :
Nom du médecin référent :
Téléphone :

BMR Isolée	Sites de prélèvements					Dernier prélèvement	
	Sang	Urines	Poumons	Peau	Autres	Date	Résultat
SARM <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline							
EBLSE Entérobactéries productrices d'une β lactamase à spectre étendu							
Acinetobacter baumannii résistant à l'imipénème ou uniquement sensible à l'imipénème							
Pseudomonas aeruginosa résistant à la ceftazidime et résistant à l'imipénème							
ERG <i>Enterococcus faecium</i> résistant aux glycopeptides Van A ou Van B							
EPC Entérobactéries productrices de carbapénémases							
Autre :							

Mesures mises en place dans le service d'origine

Précautions Complémentaire

- Contact
Gouttelettes
Air

!! Attention ces mesures sont à réévaluer à l'admission du patient !!

Nom de la personne renseignant la fiche :

Fonction :

Date :

Signature :