Centre de Coordination
de la Lutte contre
les Infections Nosocomiales de l'EST

Hôpitaux de Brabois,
Rue du Morvan
54511 VANDŒUVRE-LES-NANCY CEDEX
Tél. : 03.83.15.34.73
Fax : 03.83.15.39.73
E-mail : cclin.est@chu-nancy.fr

Guide pratique

PRISE EN CHARGE d'une épidémie à ERG

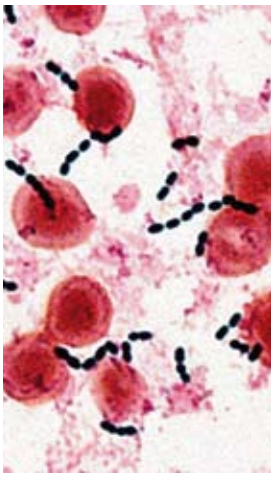
(Entérocoque Résistant aux Glycopeptides)

Document rédigé sous la coordination du Professeur Christian RABAUD

Sandrine Hénard,
Nathalie Jouzeau,
Docteur Loïc Simon,
Professeur Christian RABAUD

Décembre 2008

Avant-propos



Depuis 2004, plusieurs épidémies importantes à ERG sont survenues dans des établissements français.

En réponse à ces épisodes épidémiques, le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins (CTINILS) a rédigé, en octobre 2005, des recommandations reprises dans une fiche technique de la Direction Générale de la santé (DGS) et de la Direction de l'Hospitalisation et des Soins (DHOS) datée de décembre 2006.

Ces recommandations détaillent en particulier les mesures à mettre en œuvre sans retard, face à un phénomène épidémique débutant, pour le circonscrire au plus vite puis pour l'éradiquer.

Ce guide ne remet nullement en cause ces recommandations ; tout au contraire, il s'en inspire mais essaie d'aller plus loin, d'une façon très pratique, pour aider des équipes qui seraient confrontées à une situation épidémique déjà installée (plusieurs dizaines de cas) à faire face.

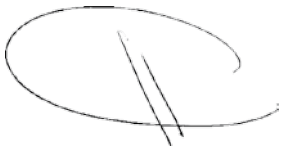
Ce document regroupe la version actualisée au 1er Septembre 2008, des définitions et procédures mises en place et utilisées initialement au CHU de Nancy, puis dans d'autres établissements de soins de Lorraine, de Champagne Ardenne et enfin d'Alsace, concernés par des phénomènes épidémiques à ERG.

Au fil du temps cette synthèse s'est enrichie de nombreux documents rédigés par des hygiénistes, des microbiologistes, des infectiologues... d'établissements lorrains mais aussi d'autres régions.

Cette rédaction a en particulier bénéficié du concours de l'équipe opérationnelle d'hygiène du CHU de Nancy et des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales de Lorraine et de Champagne Ardenne.

Compte tenu de la genèse de cette synthèse, les numéros de téléphones ou adresses indiqués sur certains exemples de documents sont spécifiques à la Lorraine ; il conviendra que tout utilisateur décline ces références en fonction du lieu où il se trouve et de l'identité de ses interlocuteurs habituels.

Pr Christian RABAUD



Pour mieux comprendre la genèse de ce guide

Les entérocoques sont des bactéries commensales du tube digestif chez l'homme et sont responsables d'infections urinaires, de bactériémies, d'endocardites ou de suppurations de plaies. L'utilisation massive de certains antibiotiques, notamment les glycopeptides, a exercé une pression de sélection sur les entérocoques et a induit l'émergence de souches résistantes aux glycopeptides (1) dès 1987 en Angleterre et en France puis à partir de 1990 aux Etats-Unis où elles représentent aujourd'hui 28,5 % des souches d'entérocoques responsables d'infections nosocomiales dans les services de réanimation (2). Les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) sont surtout responsables de colonisations digestives asymptomatiques, mais peuvent également être à l'origine d'infections dans environ 10 % des cas (3) (infections urinaires, endocardites, bactériémies).

Les facteurs de risque d'acquisition d'ERG sont désormais bien décrits dans la littérature : la pression de sélection des antibiotiques, l'insuffisance rénale et l'hémodialyse, la transplantation d'organe, l'hospitalisation en oncologie ou en réanimation, la présence de cathéters centraux, le grand âge, les durées longues d'hospitalisation (4-5).

Il apparaît indispensable de lutter contre la diffusion des ERG, car si le nombre des porteurs augmente, le nombre des infections dues à cette bactérie ira lui aussi croissant, avec une morbi-mortalité importante, le nombre d'antibiotiques restant actifs sur cette bactérie étant limité. Autre danger : il persiste un taux élevé de Staphylococcus aureus résistants à la méticilline (SARM) dans les hôpitaux français, même s'il a diminué au cours de ces dernières années passant de 40 % en 1993-1994 (6) à 29 % en 2004 (7). La présence concomitante d'ERG et de SARM expose au risque de voir émerger des SARM résistants aux glycopeptides par transfert du gène de résistance Van A, conduisant là encore à une impasse thérapeutique mais cette fois avec une bactérie beaucoup plus fréquemment pathogène que l'ERG. Ce phénomène a déjà été observé plusieurs fois aux Etats-Unis (8-10) et au Japon (11).

Depuis 2004, plusieurs épidémies importantes à ERG sont survenues dans des établissements français :

- celle survenue au CHU de Clermont-Ferrand (12) a été maîtrisée grâce à la mise en place de précautions complémentaires de type « Contact » associées à un dépistage ciblé des patients à risque de colonisation ou d'infection à ERG,
- celle de l'AP-HP (13) a été maîtrisée grâce à la création de secteurs de cohorting associée à des mesures de dépistage systématique à l'admission des patients.

En réponse à ces épisodes épidémiques, le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins (CTINILS) a rédigé, en octobre 2005, des recommandations (14) reprises dans une fiche technique de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de l'Hospitalisation et des Soins (DHOS) datée de décembre 2006 (15).

Description de l'épidémie d'ERG survenue au CHU de Nancy ; diffusion secondaire du phénomène

Fin 2004, quatre cas d'infections urinaires à ERG sont repérés dans le service de néphrologie-dialyse du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy. L'alerte est donnée et des dépistages sont réalisés. Ils permettent de mettre en évidence de nombreuses colonisations digestives à ERG dans le service de néphrologie mais aussi dans d'autres services de l'établissement. Malgré l'application immédiate d'une première série de mesures dont le renforcement des pratiques d'hygiène des mains puis le regroupement des patients ERG positifs dans le service de Maladies Infectieuses, cette première bouffée épidémique a évolué sur plusieurs mois ; au total, 131 porteurs ont été identifiés dans 15 services différents.

En septembre 2005, l'épidémie a semblé stabilisée avec malgré tout un fond endémique persistant avec 2 à 5 nouveaux cas détectés chaque mois. Une seconde bouffée épidémique a débuté en novembre 2006 de manière plus explosive que l'année précédente [jusqu'à 40 nouveaux cas dépistés par mois (16)]. Des mesures supplémentaires ont alors été instaurées, tel que le cohorting des patients porteurs d'ERG. Les transferts éventuels de patients ERG positifs s'accompagnaient d'une information spécifique.

Malgré cela, l'épidémie s'étendra secondairement à d'autres établissements de la région Lorraine puis de façon beaucoup plus limitée à une région limitrophe, la Champagne Ardenne. Les premiers foyers épidémiques lorrains hors CHU ont été découverts au cours des premières semaines de 2007.

Devant l'ampleur de l'épidémie, une mission d'appui, mise en place sur ordre de Monsieur le Ministre de la santé, Monsieur Xavier Bertrand, a été accueillie les 2 et 3 avril 2007 au CHU de Nancy. Elle avait pour objectifs de décrire l'évolution de la situation épidémiologique, d'analyser les mesures déjà prises et les moyens mobilisés, et d'établir la nature des difficultés rencontrées. Elle a formulé plusieurs recommandations (poursuivre le cohorting, la politique de dépistage intensive, établir une liste des patients porteurs, renforcer l'utilisation des produits hydro-alcoliques) (PHA)) et a demandé la réalisation d'une enquête régionale de prévalence pour mieux appréhender la diffusion du phénomène hors CHU.

Celle-ci a été réalisée en juin 2007 (17), confirmant la diffusion régionale de l'épidémie. Une Mission Régionale ERG a alors été créée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) de Lorraine en Juillet 2007 pour coordonner la lutte contre l'ERG, réaliser un état des lieux, proposer une conduite à tenir adaptée à la situation de chaque établissement, toujours en accord avec les recommandations nationales existantes (18).

Détail des mesures prises au CHU de Nancy

Création d'une « Cellule Enquête et Action » (CEA)

Dès la découverte des premiers cas d'infection ou de colonisation à ERG, fin 2004, une CEA dédiée à la problématique ERG a été créée au CHU de Nancy. Elle réunissait très régulièrement des représentants médicaux et paramédicaux des services concernés par l'épidémie, des membres de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, du laboratoire de Bactériologie, de la direction de l'établissement, sous la coordination du président du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Elle a permis la prise de décisions collégiales et immédiatement applicables.

Analyse des facteurs de risque de la colonisation à ERG

Lors de la première bouffée épidémique, une étude cas-témoin, menée dans la population des patients hospitalisés au CHU de Nancy, a permis de mettre en évidence des facteurs de risque d'acquisition de l'ERG (19). Certains avaient déjà été décrits dans la littérature : le fait d'être colonisé par un SARM ou d'avoir récemment reçu des antibiotiques (pression antibiotique : glycopeptides, céphalosporines). Mais deux autres facteurs de risque ont été mis en évidence : les patients pris en charge par des « soignants » qui ont une activité inter-service (kinésithérapeute, ergothérapeute,...) et les patients qui réalisaient leur toilette avec des pains de savon (qu'ils proviennent de leur domicile ou qu'ils aient été mis à disposition par le CHU).

Mise à disposition d'une liste des patients colonisés

Lors de la seconde bouffée épidémique, une liste des patients reconnus colonisés ou infectés par l'ERG a été mise à disposition du personnel soignant de l'établissement, via le système informatique interne, afin que ces patients puissent être accueillis d'emblée, quel que soit le jour, l'heure et le lieu de leur réadmission, dans le respect des mesures adoptées pour lutter contre la diffusion de l'épidémie : chambre seule + précautions « Contact » dans la première phase de l'épidémie puis accueil direct en secteur de cohorting.

Renforcement des mesures d'hygiène

La transmission de l'ERG se faisant le plus souvent par manuportage (20), l'ensemble du personnel soignant a été incité à l'utilisation large des PHA dans le cadre de la friction hygiénique des mains. Des audits de pratique sur l'hygiène des mains ont été réalisés et des mesures correctives instaurées en cas de défaillance. L'absolue nécessité d'accueillir les patients ERG positifs en chambre seule et de respecter des précautions complémentaires de type « Contact » a été sans cesse rappelée.

Le Regroupement et le Cohorting

Lors de la première bouffée épidémique de 2005, un secteur de regroupement des patients ERG positifs de quelques lits en chambres contigües a été individualisé au sein d'une unité de 22 lits du service de Maladies Infectieuses ; un même personnel soignant a pris en charge à la fois ces patients ERG+ regroupés à une extrémité de l'unité, mais aussi les autres patients hospitalisés dans cette unité et non colonisés par l'ERG. Cette mesure s'est révélée efficace puisqu'elle a permis de juguler la première bouffée épidémique.

Mais lors de la reprise du phénomène épidémique en novembre 2006, le regroupement, qui a été mis en place concomitamment dans plusieurs services eu égard à l'ampleur de l'épidémie, s'est avéré inefficace. Il a alors été décidé de cohorter les patients ERG+ : ceci a consisté à regrouper les patients connus porteurs d'ERG en une seule unité géographique, avec un personnel soignant dédié, c'est-à-dire ne prenant en charge que les patients porteurs d'ERG. Au départ, plusieurs unités de services différents se sont consacrées au cohorting de patients ERG+ relevant de leur spécialité : cette stratégie s'est avérée peu efficace (nombre de ces services n'étant pas forcément parfaitement au fait des mesures à respecter pour limiter un phénomène épidémique) et intenable (elle bloquait un grand nombre de lits au niveau de l'établissement qui ne pouvait plus accueillir de nouveaux patients) ; il a alors été décidé de regrouper tous les patients ERG+ dans une seule unité de cohorting. La mise en place de cette unité a permis de limiter efficacement la progression de l'épidémie, et de limiter également le nombre des patients contacts.

Mais cette stratégie n'a pas été sans générer de nombreuses difficultés (21) :

• du fait des contraintes budgétaires existantes et d'une pénurie en personnel, créer un secteur de cohorting *ex nihilo* est une gageure : s'il est habituellement possible de trouver dans nos établissements des secteurs inoccupés qui pourront être dédiés à la prise en charge de ces patients, il est le plus souvent impossible de détacher du personnel d'autres secteurs. Mettre en place un secteur de cohorting nécessite donc de réorienter totalement

l'activité d'un secteur et de son personnel qui doit être dédié de jour comme de nuit ; par suite, les mutualisations de personnel qui ont souvent cours la nuit dans nos établissements (une infirmière pour plusieurs secteurs ou services, . . .) ne peuvent plus avoir lieu. Il faut donc trouver du personnel supplémentaire (d'où un nécessaire soutien de la Direction Générale voire des autorités tutélaires locales ou nationales pour dégager les moyens financiers nécessaires) et/ou réaffecter transitoirement certaines personnes, ce qui amène à des modifications de planning relativement brutales, de gestion délicate pour les cadres de santé et la direction des soins.

• Prise en charge des patients : le cohorting en un lieu unique de patients relevant de nombreuses disciplines (hématologie, pneumologie, néphrologie, ...) engendre des difficultés de suivi par le praticien en charge du patient (manque de disponibilité, difficulté à se déplacer dans un autre bâtiment, ...) et une gestion délicate des examens complémentaires souvent repoussés en fin de journée, parfois annulés.

• Prise en charge par les soignants : le cohorting pose la question de l'isolement géographique de l'équipe et implique des relations difficiles voire conflictuelles avec le patient et son entourage qui ne comprennent pas toujours les motifs du transfert et le bénéfice pour la collectivité. De plus, le fait de devoir accueillir des patients relevant d'autres spécialités nécessite une formation accélérée des soignants à des procédures spécifiques telles que la chimiothérapie, ...

• Prise en charge par un service qui a initialement une autre vocation ; exemple du service de Maladies Infectieuses : la moitié du service ayant été transformée en unité de cohorting, soit 22 lits sur 44, cette réduction de capacité a entraîné, faute de place, des refus d'hospitalisation de pathologies relevant spécifiquement de la discipline (paludisme, méningite, tuberculose, ...). Le bouleversement du profil médical des patients relevant du cohorting a également suscité des tensions au sein des équipes médicales (assistants, internes, externes) ou soignantes (cadres, infirmières) qui avaient choisi ce service pour sa thématique et se retrouvaient confrontés à des patients relevant d'autres spécialités.

• Préjudice médico-économique : de mars 2007 à mai 2008, dans le service de Maladies Infectieuses du CHU de Nancy, 327 entrées concernant 186 patients ont été réalisées dans l'unité dédiée au cohorting, soit 22 entrées par mois contre 54 dans l'autre étage du service, la durée moyenne de séjour des patients étant de 17 jours versus 11 jours. La perte de recettes T2A a été évaluée à 1065 € par patient, soit environ 280 000 € pour une année de cohorting dans cette unité dédiée auxquels se sont ajoutés l'achat des tenues d'isolement, le coût des prélèvements pour écouvillonnage rectal et leur prise en charge au laboratoire de Microbiologie.

Gestion des patients contacts

Est considéré comme patient contact tout patient hébergé concomitamment à un patient ERG positif et pris en charge par la même équipe soignante [de jour et/ou de nuit]. Dans le cas du CHU de Nancy, face à une situation d'épidémie déjà installée, les patients contacts, en raison de leur nombre très important, ont été pris en charge dans des secteurs classiques d'hospitalisation en chambre seule avec des précautions complémentaires à type de précautions « Contact » sans regroupement ou cohorting, contrairement à ce que préconisent, quand cela est possible, les recommandations nationales. Les patients contacts sont déclarés négatifs s'ils ont trois prélèvements de contrôle hebdomadaires négatifs après arrêt du contage avec un patient connu porteur d'ERG. Il convient de les tracer à chaque hospitalisation jusqu'à ce qu'ils soient déclarés non colonisés.

Politique de dépistage

Une politique de dépistage intensive a été appliquée dès le début de la première bouffée épidémique au CHU de Nancy, puis a été reprise par la suite au niveau régional. Un service accueillant ou ayant accueilli au moins un patient connu colonisé par l'ERG devait réaliser des dépistages à l'entrée, à la sortie et une enquête de prévalence hebdomadaire (chez tous les patients présents dans l'unité) tant qu'au moins un patient connu porteur d'ERG était présent dans le service et jusqu'à 15 jours après sa sortie. Ensuite, la politique de dépistage systématique de tout patient entrant et de tout patient sortant était maintenue pendant 3 mois.

Indépendamment, plusieurs enquêtes de prévalence ont été réalisées, en particulier chez l'ensemble des patients hospitalisés au CHU de Nancy afin d'établir un état des lieux complet de la situation à différents moments de l'évolution de l'épidémie. Elles ont permis de s'assurer que tous les services concernés étaient connus et de déterminer les lieux où nos actions devaient être poursuivies voire intensifiées.

Antibiothérapie raisonnée

En complément des mesures de lutte contre la transmission de l'ERG, les règles d'une prescription raisonnée des antibiotiques, notamment des glycopeptides, ont été rappelées par la commission des anti-infectieux du CHU de Nancy et reprises au niveau régional grâce au réseau Antibiolor. Les conduites à tenir face à une colonisation à ERG (abstention antibiotique), à une infection

à ERG (antibiotiques pouvant être utilisés selon la situation clinique) et la conduite à tenir face à une infection intercurrente chez un patient porteur d'ERG ont été précisées (cf. chapitre « antibiothérapie chez un patient ERG+ ou négatif »).

Tentative de décolonisation

Aucune des études publiées dans la littérature n'a permis de mettre en évidence un succès de décolonisation digestive par traitement antibiotique chez des patients porteurs d'ERG à long terme (22-27).

Une étude portant sur des tentatives de décolonisations digestives par administration de streptomycine orale à forte dose a été réalisée au cours de la première bouffée épidémique au CHU de Nancy (28).

Au décours immédiat du traitement d'une durée de 10 jours, 55 % des patients apparaissaient « non excréteur » mais même en l'absence d'antibiothérapie intercurrente, ce taux a chuté à 35 % à 3 mois.

Par ailleurs, quelques mois après cette étude, la souche clonale circulant en Lorraine, initialement sensible à la streptomycine, a acquis une résistance à cet antibiotique.

Cette étude souligne la nécessité de la décolonisation du SARM chez les patients co-colonisés par le SARM et l'ERG, les tentatives de décolonisation de l'ERG s'étant révélées jusqu'à présent infructueuses.

L'utilisation des probiotiques

L'intérêt éventuel de recourir à des probiotiques a également été discuté. Aucune étude ne permet aujourd'hui d'affirmer l'intérêt d'une telle prise en charge. Pour autant, quelques établissements ont fait le choix de prescrire systématiquement Lactobacillus acidophilus (Lactéol®) à leurs patients ERG+. Le choix du Lactéol® était dicté par le simple fait qu'il s'agit du seul « probiotique » agréé collectivité. Ces établissements ont été mis plusieurs fois en garde sur le fait que l'usage de Lactéol® a, d'une part, toute raison d'être inefficace (Lactobacillus acidophilus est ici inactivé, non revivifiable et ne pourra donc recoloniser le tube digestif et induire une nouvel équilibre au niveau de la flore) et, d'autre part, pourrait représenter un danger potentiel, si tout patient ayant reçu du Lactéol® et chez qui la recherche d'ERG au niveau rectal s'avèrera dans les suites négative, est considéré comme un authentique « négativé » ne justifiant plus d'une prise en charge particulière. En effet, un tel patient peut être simplement devenu pauci-excréteur, sous le seuil de détection, comme cela s'observe régulièrement, même en absence de prescription de Lactéol®, chez de nombreux patients dès lors qu'ils ne sont plus soumis à une pression de sélection antibiotique. Le risque est donc, si ce patient redevient excréteur au décours d'une antibiothérapie alors qu'il est pris en charge sans précautions particulières, de voir l'épidémie reprendre à son contact (cf chapitre « place des probiotiques »).

Aspects éthiques

La gestion de l'épidémie à ERG au CHU de Nancy, avec la prise en charge des patients porteurs en secteur de cohorting (avec le risque réel de discrimination et de rejet des patients porteurs), et la nécessaire mise à disposition d'une liste nominative des patients, a conduit à une première saisine du Comité de Réflexion Ethique Nancéen Hospitalo-Universitaire (CRENHU) en novembre 2007. Il a suggéré la mise en place de mesures informatiques mieux sécurisées pour identifier les patients porteurs et a insisté pour que tout soit mis en œuvre pour leur éviter une perte de chance.

Le CRENHU a été saisi une seconde fois en mars 2008, concernant cette fois-ci l'intérêt d'un traitement antibiotique en test diagnostique de non portage d'ERG. En effet, les patients ERG positifs sont considérés comme définitivement « négativés » si un prélèvement réalisé à l'issue d'une antibiothérapie sélectionnant les ERG est négatif. Ces patients « négativés » peuvent alors bénéficier d'une prise en charge « classique » hors secteur de cohorting, avec un bénéfice potentiel. Le CRENHU a émis un avis défavorable, car en regard du bénéfice annoncé, les risques restent trop importants (effet indésirable de l'antibiotique, effet néfaste écologique et risque de favoriser une dissémination chez un patient redevenu excréteur à bas bruit.

Les mesures prises au niveau régional : la Mission ERG

L'organisation et la coordination de cette mission ont été confiées au Pr. Ch. RABAUD. Elle était composée d'un équivalent temps plein (ETP) d'interne, d'un ETP d'infirmière placée sous l'autorité d'un cadre de santé (pour un ¼ temps) et d'un ¼ ETP de secrétaire. Elle s'est mise en place le 2 juillet 2007 pour une durée de 4 mois. Son action s'est déroulée en 2 phases successives.

La première, d'une durée de 2 mois, a consisté à :

1/ visiter tous les établissements de santé de la région Lorraine accueillant ou ayant accueilli des patients porteurs d'ERG.

2/ Proposer des prises en charge des patients porteurs d'ERG, en tenant compte des moyens humains, techniques et financiers de chaque établissement, toujours dans le respect des recommandations nationales existantes.

3/ Désigner un interlocuteur privilégié dans chaque établissement (le plus souvent le praticien hygiéniste ou le président de CLIN), qui avait mission de notifier dans les plus brefs délais (selon le circuit du signalement externe des infections/colonisations nosocomiales (29-30) ou par contact direct avec la Mission) chaque nouveau cas identifié et qui détaillait les mesures mises en place. Un suivi épidémiologique a ainsi été organisé et une permanence téléphonique a été mise en place.

4/ Recueillir et partager les informations concernant les patients ERG positifs. La dimension régionale de l'épidémie implique effectivement une gestion rigoureuse de leurs transferts. En l'absence de possibilité de diffuser des données nominatives à l'ensemble des établissements de soins de la région, ont été mises en place et sont échangées de façon hebdomadaire, des listes d'établissements ou de services concernés par l'ERG. Y figurent les établissements de soins ou les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillant ou ayant accueilli des patients ERG positifs au cours des 3 derniers mois c'est-à-dire les établissements à risque de transférer des patients ERG positifs ou contacts justifiant d'une prise en charge particulière par les éventuels établissements d'accueil.

5/ Reprendre et préciser les règles de transferts des patients connus porteurs d'ERG, édictées dans les recommandations du CTINILS : pas de transfert entre services de court et moyen séjour, sauf en secteur de cohorting ou de regroupement ; par contre incitation à laisser les patients retourner à domicile, voire en unités de soins de longue durée (SLD) ou en EHPAD.

6/ Coordonner la création d'un secteur de SSR dédié à l'accueil de patients ERG+ afin de désengorger les secteurs de cohorting de court séjour et tout particulièrement celui du CHU de Nancy.

Au cours de la seconde phase, la procédure de suivi de l'épidémie a été poursuivie et l'ensemble des recommandations émises par la Mission Régionale ERG, déclinées pour plusieurs situations, comme l'accueil des patients en EHPAD, en unité de SLD, en salle de rééducation, dans les services d'accueil des urgences, lors des transports sanitaires ou encore dans les services carrefours, a été réunie dans une synthèse des procédures de prise en charge des patients ERG positifs et des contacts afin de guider les établissements dans leur lutte contre la diffusion de l'épidémie. Ce document constitue la dernière version de ce guide.

La prise en charge des patients ERG positifs et des contacts dans les services de néphrologie-dialyse

L'accueil des patients ERG positifs et des contacts dans les services de néphrologie-dialyse a fait l'objet d'une attention toute particulière. En effet, les 2 bouffées épidémiques au CHU de Nancy ont débuté dans le service de néphrologie-dialyse et il est établi que les patients hémodialysés sont particulièrement à risque de colonisation par l'ERG : c'est une population fragile, présentant de nombreuses co-morbidités, en contact très régulièrement et fréquemment avec le milieu hospitalier et qui est soumise à une pression antibiotique forte.

Les néphrologues de la région se sont réunis sous l'égide du réseau Néphrolor et de la Mission Régionale, afin de convenir d'une prise en charge harmonisée des patients ERG+ sur la région Lorraine, dans le respect des recommandations nationales et en fonction des possibilités de chaque établissement.

La politique de dépistage à appliquer chez les patients hémodialysés ERG+ ou contact a fait l'objet d'un chapitre spécifique de ce guide (cf chapitre « prise en charge des patients ERG positifs et des patients contacts dans les services d'hémodialyse »).

Impact des mesures ; résultats

Le nombre de nouveaux cas découverts dans la région a régulièrement augmenté jusqu'en février 2008, le temps que l'ensemble des établissements touchés s'approprient et appliquent les recommandations régionales. Puis à partir de mars 2008, le nombre de nouveaux cas a diminué, permettant de dire aujourd'hui que l'épidémie semble être en bonne voie de maîtrise (graphique 1).

Au total, au 31 juillet 2008, 909 cas de colonisations ou d'infections à ERG ont été recensés en Lorraine (les infections à ERG ne représentant que 5,4 % de l'ensemble des cas). Trois cent vingt-huit de ces patients sont décédés (36,1 %) dont 2 pour lesquels le décès est possiblement imputable à une infection à ERG. Quatre-vingt sept patients (9,6 %) sont toujours hospitalisés en court, moyen ou long séjour, 68 patients (7,5 %) sont en EHPAD, 347 (38,2 %) sont sortis à domicile et 79 sont perdus de vue. Il existe toujours au CHU de Nancy un secteur de cohorting de 14 lits qui regroupe désormais des patients de court séjour et de SSR.

Trente-six établissements lorrains sont ou ont été concernés par l'ERG avec un nombre de cas découvert par établissement qui varie de 1 à 72, sans compter le CHU de Nancy au sein duquel 454 cas ont été découverts (soit 49,9 %).

L'épidémie lorraine s'est étendue au début de l'année 2008 à la région Champagne-Ardenne. Elle a été rapidement maîtrisée grâce à l'implication rapide des différents acteurs en hygiène de la région, en particulier l'Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) de Champagne Ardenne et l'EOH du CHU de Reims, et grâce à la mise en œuvre des mesures déjà appliquées en Lorraine.

Discussion

L'hygiène des mains est une des mesures les plus importantes de la lutte contre la dissémination des bactéries (ou micro-organismes) à transmission manu-portée (31). Cette épidémie a été l'occasion de revoir l'ensemble des pratiques d'hygiène des mains, de sensibiliser les établissements concernés et d'inciter à l'utilisation des PHA, conformément aux recommandations nationales (32-33).

Les mesures nationales, qui recommandent le cohorting des patients découverts porteurs d'ERG et des patients contacts, étaient initialement destinées à la maîtrise d'épidémies « naissantes » et étaient difficilement applicables au cours d'une épidémie de grande ampleur comme l'a connue la région Lorraine. En effet, seuls quelques établissements comme le CHU de Nancy ont pu mettre en place un ou plusieurs secteurs de cohorting (de court séjour puis dans un second temps de moyen séjour en ce qui concerne le CHU de Nancy), car le nombre de patients porteurs d'ERG était « suffisant » pour leur dédier un secteur complet en locaux et en personnel. Cependant, il s'est avéré impossible de cohorter également les patients contacts, car leur nombre était cette fois beaucoup trop important.

Dans d'autres établissements, des solutions intermédiaires ont été proposées, qui se sont révélées également efficaces. Le regroupement géographique à l'extrémité d'un même service des patients porteurs, avec mesures physiques de séparation (paravent, chambre tampon…) mais sans personnel totalement dédié, a été proposé à la place du cohorting, notamment lorsque seuls un ou deux patients porteurs étaient hospitalisés dans un même établissement. Des politiques de dépistages ciblés (enquêtes de prévalence dans certains services dits « à risque ») ont également été proposées aux établissements ne pouvant réaliser les prélèvements systématiques recommandés.

L'assistance et la présence sur le terrain ainsi que la création d'un réseau de correspondants ont été des étapes indispensables pour permettre la diffusion de l'information et rendre la lutte contre l'épidémie efficiente. Les premiers établissements concernés étaient initialement très réticents à appliquer des recommandations jugées inapplicables ; mais au vu des résultats très positifs rapidement obtenus, les réticences se sont estompées et les établissements confrontés plus tardivement à l'épidémie ont adhéré beaucoup plus facilement.

L'instauration et la diffusion régulière d'une liste des établissements concernés ont permis d'optimiser la politique de dépistage et d'isolement probabiliste, sans pour autant bloquer l'ensemble du système sanitaire lorrain. Si les établissements apparaissant sur cette liste ont pu se sentir stigmatisés au début, ils sont devenus très demandeurs par la suite.

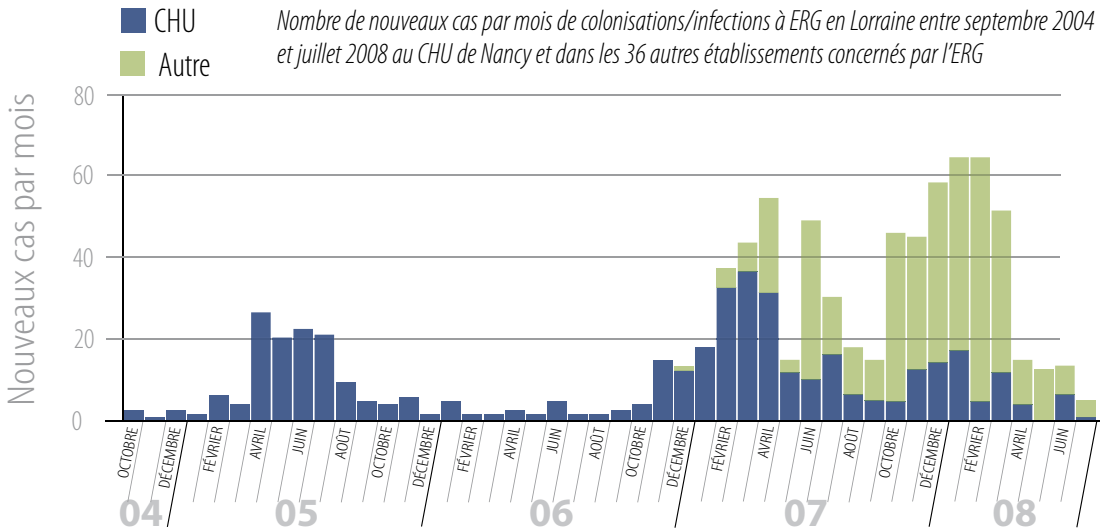
Les modalités optimales de suivi du portage de l'ERG (fréquence des prélèvements de contrôle, définition du patient « excréteur » et « non excréteur ») ne sont pas définies. La durée de portage asymptomatique de l'ERG dans les selles n'est pas connue et les études existantes (34-36) aboutissent à des conclusions très différentes, allant de quelques mois à plusieurs années. Fort de notre expérience, nous proposons un suivi mensuel des patients connus porteurs d'ERG jusqu'à l'obtention de 3 résultats consécutifs négatifs. Ces patients sont alors considérés comme « non excréteur » et pourront être pris en charge, en cas de nouvelle admission en établissement de soins, hors secteur de cohorting ou de regroupement, toujours en chambre seule et dans le respect des précautions complémentaires type « Contact » ; ces patients continuant bien évidemment à être surveillés et dépistés, la vigilance étant encore renforcée s'ils doivent recevoir une antibiothérapie.

De même, nous proposons une définition de négativation d'un cas : si un patient connu porteur d'ERG reçoit un traitement antibiotique d'une durée d'au moins 5 jours faisant appel à des céphalosporines de troisième génération injectables, aux pénems, aux fluoroquinolones, aux nitro-imidazolés et/ou aux glycopeptides et prescrit dans un contexte clinique infectieux établi, il est alors recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si ce prélèvement s'avère négatif, alors le patient est considéré comme définitivement négativé.

Des études complémentaires sont cependant nécessaires pour évaluer ces propositions.

Conclusion

La mise en place d'une politique de lutte coordonnée au niveau du CHU de Nancy puis au niveau de la région Lorraine (Mission Régionale ERG) a permis de lutter efficacement contre une épidémie d'ERG déjà bien installée. L'instauration de suivi épidémiologique spécifique, avec recueil de l'information grâce à la mise en place d'une permanence téléphonique et relance régulière des établissements concernés, la gestion des transferts, une présence accrue sur le terrain et l'élaboration de recommandations dans une synthèse de procédures de prise en charge des patients ERG+ et des contacts, reprenant les recommandations nationales et en les adaptant aux spécificités locales, en ont été les clés. L'application de ces recommandations dans une autre région confrontée à un début d'épidémie en a aussi permis le contrôle rapidement et efficacement.



Nombre de nouveaux cas par mois de colonisations/infections à ERG en Lorraine entre septembre 2004 et juillet 2008 au CHU de Nancy et dans les 36 autres établissements concernés par l'ERG

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) French GL. Enterococci and vancomycin resistance. Clin Infect Dis 1998; 27 Suppl 1:S75-S83.).

(2) National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. Am J Infect Control 2004; 32(8):470-485.

(3) Cetinkaya Y, Falk P, Mayhall CG. Vancomycin-resistant Enterococci. Clin Microbiol Rev 2000; 13(4):686-707.

(4) Edmond MB, Ober JF, Weinbaum DL, Pfaller MA, Hwang T, Sanford MD, Wenzel RP. Vancomycin-resistant Enterococcus faecium bacteremia : risk factors for infection. Clin Infect Dis 1995; 20: 1126-33.

(5) Rice LB. Emergence of vancomycine-resistant Enterococci. Emerg Infect Dis 2001 ; 2 : 183-7.

(6) Jarlier V. Bactéries multirésistantes dans les hôpitaux français: des premiers indicateurs au Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN). BEH 2004; 32-33: 147-151.

(7) European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS). Annual Report 2004; www.earss.rivm.nl

(8) Chang S, Sievert DM, Hageman JC, Boulton ML, Tenover FC, Downes FP et al. Infection with vancomycin-resistant Staphylococcus aureus containing the vanA resistance gene. N Engl J Med 2003; 348(14):1342-1347.

(9) Tenover FC, Weigel LM, Appelbaum PC, McDougal LK, Chaitram J, McAllister S et al. Vancomycin-resistant Staphylococcus aureus isolate from a patient in Pennsylvania. Antimicrob Agents Chemother 2004; 48(1):275-280.

(10) Whitener CJ, Park SY, Browne FA, Parent LJ, Julian K, Bozdogan B et al. Vancomycin-resistant Staphylococcus aureus in the absence of vancomycin exposure. Clin Infect Dis 2004; 38(8):1049-1055.

(11) Ozawa Y. [Infection with vancomycin-resistant Staphylococcus aureus]. Nippon Rinsho 2007; 65 Suppl 3:274-277.

(12) Lesens O, Mihaila L, Robin F, Baud O, Romaszko JP, Tourniac O et al. Outbreak of colonization and infection with vancomycin-resistant Enterococcus faecium in a French university hospital. Infect Control Hosp Epidemiol 2006; 27(9):984-986.

(13) Lucet JC, Armand-Lefevre L, Laurichesse JJ, Macrez A, Papy E, Ruimy R et al. Rapid control of an outbreak of vancomycin-resistant enterococci in a French university hospital. J Hosp Infect 2007; 67(1):42-48.

(14) Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction Générale de la Santé. Avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins relatifs à la maîtrise de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides dans les établissements de santé français. Octobre 2005. BEH n°13/2006, 28/03/06. http://www.invs.sante.fr/beh/2006/13/index.htm

(15) Prévention de l'émergence des épidémies d'entérocoques résistants à la Vancomycine dans les établissements de santé. Fiche technique opérationnelle, 6 octobre 2006 .

(16) Ch Rabaud, E Frentiu, S Henard, N Aissa, N Diguio, A Hautemanière, Th Lavigne, A Lozniewski, Th May. Gestion d'une épidémie de colonisation digestive à Entérocoques Résistants aux Glycopeptides (ERG) au CHU de Nancy (BEH numéro thématique 41-42, 4 novembre 2008).

(17) Viller F, Tronel H. Prévalence du portage digestif des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé de la région Lorraine, juin 2007 <http://www.invs.sante.fr/publications/2008/portage_digestif/index.html> . Institut de veille sanitaire, Septembre 2008, 32 p.

(18) S. Henard, JF Betala, N. Jouzeau, B Lapique, I Raclot, C. Barthelemy, Ch. Rabaud. Mise en place d'une mission régionale pour coordonner la prise en charge d'une épidémie de colonisation digestive à Entérocoques Résistants aux Glycopeptides (ERG) dans la région Lorraine (BEH numéro thématique 41-42, 4 novembre 2008).

(19) Th. Lavigne, N. Diguio, H. Tronel, V. Moulin, L. Kammerer, Ph. Hartemann - Epidémie de colonisation à E. faecium van A dans un CHU : étude cas-témoin- 25ème RICAI, Paris 07-08/12/2006 (communication orale : 133/33).

(20) Chavers LS, Moser SA, Benjamin WH, banks SE, Steinhauer JR, Smith AM et al. Vancomycin resistant enterococci : 15 years and counting ; J. Hosp. Infect 2003; 53(3): 159-171.

(21) E Frentiu, C Robert, L Letranchant, S Bevilacqua, M Vuillaume, Ch Rabaud, Th May. Bilan du fonctionnement d'une unité de regroupement (cohorting) de patients porteurs d'ERV en 2007. Journées nationales d'Infectiologie, Marseille 2008 (communication orale : COL6-05).

(22) Wong MT, Kauffman CA, Standiford HC, Linden P, Fort G, Fuchs HJ, Porter SB, Wenzel RP (2001) Effective suppression of vancomycin resistant Enterococcus species in asymptomatic gastrointestinal carriers by a novel glycolipodepsipeptide, ramoplanin. In Clin Infect Dis. 2001 Nov 1;33(9):1476-82.

(23) Montecalvo MA, Horowitz H, Wormser GP, Seiter K, Carbonaro CA (1995) Effect of novobiocin-containing antimicrobial regimens on infection and colonization with vancomycin-resistant Enterococcus faecium. In Antimicrob Agents Chemoth. 39,794.

(24) O'Donovan CA, Fan-Havard P, Tecson-Tumang FT, Smith SM, Eng RHK (1994) Enteric eradication of vancomycin-resistant Enterococcus faecium with oral bacitracin. In Diagn Microbiol Infect Dis 18,105-9.

(25) Hachem R, Raad I (2002) Failure of oral antimicrobial agents in eradicating gastrointestinal colonization with vancomycin-resistant Enterococci. In Infect Control Hospit Epidem 23,43-4.

(26) Mondy KE, Shannon W, Mundi LM (2001) Evaluation of zinc bacitracin capsules versus placebo for enteric eradication of vancomycin-resistant E. faecium. In Clin Infect Diseases 33,473-6.

(27) Weinstein MR, Dedier H, Brunton J, Campbell I, Conly JM (1999) Lack of efficacy of oral bacitracin plus doxycyclin for the eradication of stool colonization with vancomycin-resistant E. faecium. In Clin Infect Diseases 29, 361-6.

(28) V Gendrin, M Petitfrère, JC Lagier, C Robert, Th May, A Lozniewski, Ch Rabaud - Efficacité de la décolonisation par streptomycine chez les patients porteurs d'entérocoques résistants à la vancomycine au niveau digestif - 26ème RICAI, Paris 07-08/12/2006 (communication orale : 98/24).

(29) 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.
http://www.cclinparisnord.org/signalNONcode/Circ2004-21.pdf.

(30) Entérocoques résistants à la vancomycine en France, état des lieux en 2005. Note de synthèse. 5 juillet 2005. http://www.invs.sante.fr/presse/2005/le_point_sur/enterocoques_vancomycine_050705/index.html

(31) Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet 2000; 356(9238):1307-1312.

(32) Avis du CTINILS du 5 décembre 2001 sur la place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins.

(33) Circulaire du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé.

(34) Mascini EM, Jalink KP, Kamp-Hopmans TE, Blok HE, Verhoef J, Bonten MJ et al. Acquisition and duration of vancomycin-resistant enterococcal carriage in relation to strain type. J Clin Microbiol 2003; 41(12):5377-5383.

(35) Byers K, Anglim A, Anneski C, Farr B. Duration of colonization with vancomycine-resistant Enterococcus. Infect Control Hosp Epidemiol 2002; 23:207-211.

(36) Patel R, Allen S, Manahan J, Wright A, Krom R, Wiesner R, Periong D, Cockerill F, Thompson R. Natural history of vancomycine-resistant enterococcal colonization in liver and kidney transplant recipients. Liver Transpl 2001; 7:27-31.

Sommaire

Sommaire

Généralités

- Les mesures d'hygiène 2
- Le dépistage des ERG en pratique 4

Les différents statuts des patients ERG

- Définitions 9
- Regroupement et Cohorting 10
- Prise en charge des patients ERG+ selon le type de séjour 12
- Réhospitalisation d'un patient ERG+connu 20
- Dépistage des patients dans les services concernés par l'ERG 21

Les patients contacts

- Définition d'un patient contact 23
- Prise en charge en court et moyen séjour 24
- Prise en charge en long séjour et EHPAD 27
- Traçabilité des sujets contacts 27

Consignes pour la prise en charge des patients ERG+ et des patients contacts

- En service d'accueil des urgences 30
- En service carrefour (imagerie, bloc opératoire, endoscopie, consultation interne) 31
- En consultation externe 32

Gestion des transferts

- Généralités concernant les transferts 33
- Les transferts des patients ERG positifs 34
- Les transferts des patients ERG contacts 35
- Les transferts des patients issus de services concernés par l' ERG 36

Gestion de l'épidémie

- Gestion et diffusion de l'information 40
- Gestion épidémiologique de l'épidémie 42

Cas particuliers

- Les patients ERG+ en rééducation et/ou réadaptation 44
- La colonisation par le SARM chez les patients ERG+ 46
- Les transports sanitaires des patients ERG 47
- Prise en charge des patients ERG+ lors des décès 48
- Dans les services d'hémodialyse 49
- Antibiothérapie chez un patient ERG + ou « négativé » 53
- Place des probiotiques 54

Annexes

- Avis du CTINILS du 06/10/05 56
- Avis du CTINILS du 06/10/06 61
- Note DGS/DHOS du 06/12/06 63
- Note DGS/DHOS du 14/08/08 65
- Fiches de correspondance 67
- Liste des abréviations 73
- Remerciements 74

Généralités

Les mesures d'hygiène

- Précautions « Standard » 2
- Précautions « Contact » 2
- PHA, renforcement de la politique de lavage des mains, technique de friction hygiènique des mains avec les PHA 3

Le dépistage des ERG en pratique

- Les modalités de prélèvement 4
- Technique microbiologique 4

Précautions « STANDARD »

LES 7 PRINCIPES (d'après la circulaire DGS/DH 98/249 du 20 avril 1998)

Friction PHA ou lavage des mains

Après retrait des gants, entre deux patients, deux activités, après un contact avec un liquide biologique.

Port de gants

- Si risque de contact avec :
  - du sang ou tout autre liquide biologique, à l'occasion de soins à risque de piqûre ou coupures (hémocultures, chambres implantables...),
  - les muqueuses,
  - du matériel souillé.
- En cas de lésions des mains du soignant,
- les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.

Port de masque, lunettes, surblouse

Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection de liquides biologiques.

Matériel souillé

- Matériel piquant ou tranchant :
ne pas désadapter ou recapuchonner les aiguilles à la main. Déposer immédiatement après usage les objets piquants ou tranchants dans des conteneurs adaptés.

- Matériel réutilisable :
manipuler avec précautions le matériel souillé. S'assurer que ce matériel a subi une procédure d'entretien appropriée (désinfection ou stérilisation) avant d'être réutilisé.

Surfaces souillées

Nettoyer puis désinfecter avec un détergent désinfectant les surfaces souillées par du sang, un liquide biologique ou tout autre produit d'origine humaine.

Transport de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés

Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche, fermé.

En cas d'accident d'exposition au sang ou liquide biologique

- Après piqûre, blessure :
lavage et antisepsie de la plaie.

- Après projection sur muqueuse (conjonctive) :
rinçage abondant. Consulter un médecin de l'établissement dans les 4 heures (suivre les consignes de l'établissement).

Précautions « CONTACT »

L'application des précautions « Contact » et leur interruption font l'objet d'une prescription médicale et d'une signalisation (pictogramme) dans le dossier de soins, sur le planning mural, à l'entrée de la chambre, lors des déplacements (consultation, transfert) du patient.

Précautions à mettre en application en complément des précautions « Standard »

	Précautions « CONTACT »
Friction PHA ou Lavage des mains	• A l'entrée de la chambre • Avant la sortie de la chambre, après avoir retiré, la blouse puis les gants • A l'extérieur de la chambre
Gants	Port de gants à usage unique dès l'entrée dans la chambre
Surblouse	Contact avec patient ou environnement
Chambre individuelle	Oui Deux patients ERG + peuvent être accueillis dans une même chambre double.

	Matériel		• Privilégier le matériel à usage unique • Dédier le matériel exclusivement au patient (tensiomètre, thermomètre…) • Déchets dans Filière DASRi.
	Linge		• Filière linge contaminé • Double emballage au moment de l'évacuation : sac hydrosoluble + sac tissu.
	Masque - Lunettes		Précautions « Standard »
	Transport		Les déplacements du patient sont limités. L'information de son statut infectieux doit être transmise (inter établissement ou lors des transferts).

PHA, renforcement de la politique de lavage des mains, technique de friction hygiénique des mains avec les PHA

Les produits hydro-alcooliques (PHA)

« On appelle produit hydro-alcoolique toute solution à séchage rapide destinée à l'antisepsie des mains et comportant un ou plusieurs agents antiseptiques dont l'alcool et un ou plusieurs agents émollients protecteurs de la peau. Les PHA s'appliquent sur des mains propres et sèches par friction jusqu'à séchage spontané à l'air ». ***Société Française d'Hygiène Hospitalière.***

Les PHA regroupent les solutions hydro-alcooliques (SHA) et les gels hydro-alcooliques (GHA). Par convention, seul le sigle PHA est utilisé dans ce guide.

Il est important de rappeler que les mains jouent un rôle essentiel dans la transmission des infections nosocomiales (infection manuportée).

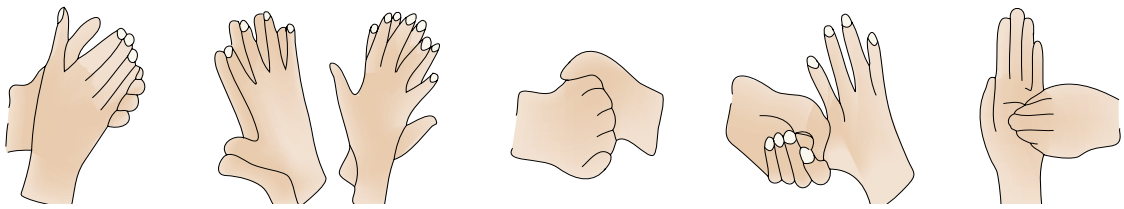
L'hygiène des mains est le geste primordial à respecter
dans la lutte contre les infections nosocomiales (manu portées)

A condition que les mains ne soient ni mouillées, ni souillées, ni poudrées, la friction des mains par PHA remplace un lavage hygiénique (lorsque les conditions d'utilisation sont respectées) :

- quantité suffisante de PHA déposée dans le creux de la main (3 ml)
- flacon fermé après utilisation pour les flacons avec ouverture (évaporation),
- date d'ouverture notée (valable un mois).

! : Après retrait de gants poudrés : lavage des mains avec eau + savon car PHA inefficace.

Technique de friction hygiènique des mains par PHA



Paume contre paume | Espaces interdigitaux (internes, externes) | Pourtour des ongles | Pouce+ tranches des mains, poignets | Ongles

Les modalités de prélèvement

Au préalable

Information médicale du patient et/ou des représentants légaux si le patient est mineur ou incapable majeur, et recueil du consentement éclairé.

Il faut expliquer au patient le geste et son but de manière loyale et claire.

Réalisation pratique

- S'assurer que le laboratoire a les capacités et les compétences techniques nécessaires à la prise en charge des prélèvements (notamment lors des dépistages de masse).
- Le dépistage de l'ERG consiste en un écouvillonnage rectal

[La recherche d'ERG peut se faire à partir d'un recueil de selles (coproculture) :

- *avantage : le seuil de détection de la présence d'ERG est plus bas (technique plus sensible)*
- *inconvénient : le recueil de l'échantillon de selles est plus compliqué pour le patient, moins immédiat ; le prélèvement est plus lourd à techniquer pour le laboratoire]*

- Le prélèvement doit être effectué par une IDE avec un seul écouvillon sec stérile.
- Le prélèvement doit être effectué de préférence avant la toilette ou au moment d'un change.
- Introduire l'écouvillon au niveau intra-rectal profond (cf. prise de température rectale, un simple écouvillonnage de la marge anale ne suffit pas) et recueillir des matières fécales.
- Si le patient refuse, on peut lui proposer de réaliser le prélèvement lui-même, ou un prélèvement de selles (coproculture). Dans tous les cas, le patient reste libre de refuser le prélèvement.

En cas de refus de prélèvement par un patient contact ou un patient provenant de service identifié comme « à risque ERG », ce patient devra être maintenu en précautions « Contact ».

Modalités de conservation et acheminement des prélèvements

- Mentionner sur la feuille destinée au laboratoire « dépistage ERG ».
- Acheminer le plus rapidement possible le prélèvement au laboratoire de bactériologie habituel.

En cas de résultat positif, cf. procédures :
prise en charge des patients ERG+ ;
prise en charge des patients contacts.

Technique microbiologique

La Lorraine a été confrontée à une épidémie importante de colonisation/infection à ERG. Les laboratoires de microbiologie des différents établissements concernés ainsi que les laboratoires d'analyse médicale de ville ont dû être capables de détecter rapidement la présence d'ERG sur des écouvillons rectaux ou sur des coprocultures.

Afin d'assurer l'homogénéité de la méthode de dépistage, un mode opératoire inter-régional a été diffusé aux laboratoires d'analyses de biologie médicale sous forme d'une fiche technique bactériologique « Détection des ERG à partir d'écouvillonnages rectaux ».

Lorsqu'une souche était mise en évidence dans un laboratoire, l'envoi de cette souche au CNR ou au laboratoire de microbiologie du CHU de Nancy était proposé, pour confirmer l'identification de la souche et pour rechercher les gènes van A ou B par technique de PCR.

De plus, il était ainsi possible de faire procéder à une étude épidémiologique (typage moléculaire) de la (des) souche(s) isolée(s), en l'adressant soit au Centre National de Référence des entérocoques au CHU de Caen chez Mr le Pr Leclercq, soit au Laboratoire de Bactériologie du CHU de Nancy.

Un courrier cosigné par le responsable du CCLIN-Est et par le chef de service du laboratoire de microbiologie du CHU de Nancy a été adressé à l'ensemble des laboratoires de biologie de la région Lorraine, afin d'indiquer la conduite à tenir.

Ce courrier, ainsi que la fiche technique bactériologique « Détection des ERG à partir d'écouvillonnages rectaux » et la fiche d'envoi d'une souche d'ERG figurent à titre d'exemple dans les pages suivantes.

C-CLIN *Est*

Centre de
Coordination dela **L**utte contre les
Infections **N**osocomiales
de l'**E**st

Hôpitaux de Brabois, Rue du Morvan, 54511 VANDOEUVRE Les NANCY CEDEX
Tél. : 03.83.15.34.73 - Fax : 03.83.15.39.73 – E-mail : cclin.est@chu-nancy.fr

Détection des Entérocoques Résistants aux Glycopeptides (ERG) à partir d'écouvillonnages rectaux

Contexte : la Lorraine est confrontée à une épidémie importante de colonisation digestive à ERG. En l'absence de mesures spécifiques mises en place précocement et énergiquement, l'admission dans un établissement de santé (ES) ou dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'un patient porteur d'ERG risque d'être très rapidement suivie d'une épidémie de portage par transmission croisée.

Le transfert de patients positifs dans certaines régions limitrophes de la Lorraine a été à l'origine d'épidémies rapidement jugulées grâce au dispositif de veille et d'alerte basé sur le dépistage. Il est donc essentiel que tous les ES et EHPAD de l'inter-région maintiennent une extrême vigilance afin de prévenir la diffusion de cette Bactérie Multi-Résistante (BMR).

Champ d'application : le dépistage doit être réalisé systématiquement et dès l'admission chez tout patient admis en ES ou EHPAD et provenant d'un service ou d'un EHPAD concerné par l'ERG et mentionné sur les listes lorraines ou champenoises. Le dépistage doit également être réalisé et poursuivi chez tout patient contact (= patient présent dans la même unité de soins et/ou pris en charge par la même équipe soignante qu'un patient ERG+) connu jusqu'à avoir 3 prélèvements hebdomadaires consécutifs négatifs [J0, J8, J15] après l'arrêt du contage.

Il est donc tout à fait possible qu'au sein de votre laboratoire vous soyez amenés à réaliser une recherche de portage digestif d'ERG. Les patients se présenteront alors avec une ordonnance mentionnant : réalisation d'un écouvillonnage rectal à la recherche d'une bactérie nommément désignée (ERG).

Fiche technique bactériologique : afin d'assurer l'homogénéité de la méthode de dépistage, un mode opératoire inter-régional a été diffusé fin octobre 2007 aux laboratoires d'analyses de biologie médicale sous forme d'une fiche technique bactériologique « Détection des ERG à partir d'écouvillonnages rectaux » (Cf. fiche technique jointe).

- ⇨ En cas de détection d'une souche d'ERG, cette fiche technique propose l'envoi des souches au Laboratoire de Bactériologie du CHU de Nancy pour confirmation de l'identification de la souche et recherche de gènes van.
- ⇨ Il est aussi possible, en concertation avec le CCLIN-Est, de faire procéder à une étude épidémiologique (typage moléculaire) de la (des) souche(s) isolée(s), en l'adressant au Laboratoire de Bactériologie du CHU de Nancy.

Fiche d'envoi d'une souche d'ERG : afin d'optimiser le traitement des demandes reçues, vous trouverez jointe à cette lettre une « Fiche d'envoi d'une souche d'entérocoque résistant aux glycopeptides » qui devra obligatoirement accompagner chaque souche transmise (une fiche par souche).

Nous restons à votre disposition pour vous délivrer, si nécessaire, de plus amples renseignements et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Pr. Christian RABAUD
Responsable du CCLIN-Est

Pr. Alain LOZNIEWSKI
Chef de service du Laboratoire de Bactériologie
du CHU de Nancy

Fiche technique

Détection des ERG à partir d'écouvillonnages rectaux

Objectif : détection du portage fécal de souches d'entérocoques ayant acquis une résistance aux glycopeptides.

Echantillon : le dépistage est réalisé à partir d'un écouvillonnage rectal correctement réalisé (ne pas se limiter à la marge anale).

Délai d'analyse : si le prélèvement ne peut être ensemencé immédiatement, il peut être conservé pendant 24h à 4°C.

Milieu à ensemencer : milieux chromogènes sélectifs : gélose chromID VRETM (bioMérieux) contenant 8 mg/L de vancomycine ou gélose CHROMagar VRETM (Chromagar) contenant 6 mg/L de vancomycine.

Mode opératoire :

⇨ décharger l'écouvillon sur un bord de la gélose chromogène puis effectuer un isolement à l'öse ;

⇨ incuber à 37°C en aérobiose ;

⇨ examiner les cultures à 24 et 48 H.

En présence de colonies suspectes [de couleur violette (E. faecium) ou bleu-vert (E. faecalis) sur milieu chromID VRETM, ou rose à mauve sur milieu CHROMagar VRETM] :

- confirmer par un examen microscopique la présence de cocci à Gram positif (à noter que la recherche de la production de pyrrolidonyl arylamidase peut être faussement négative quand elle est réalisée à partir de colonies prélevées sur milieu chromogène).
- Identifier l'espèce d'entérocoque* isolée et tester sa sensibilité aux antibiotiques selon les techniques usuelles utilisées au laboratoire et ce conformément aux recommandations du CA-SFM (en cas de doute sur la sensibilité aux glycopeptides, confirmer les CMI par E-test).

*NB : *la croissance de E. gallinarum et de E. casseliflavus (naturellement résistants à la vancomycine) est possible sur milieu chromogène sélectif. La différenciation entre ces espèces et E. facium est parfois difficile. Certains marqueurs peuvent être utiles, ainsi que la co-résistance fréquente à l'ampicilline chez E. faecium contrairement à E. gallinarum et E. casseliflavus et l'absence de mobilité de E. faecium contrairement à E. gallinarum et E. casseliflavus.*

Envoi des souches au Laboratoire de Bactériologie du CHU de Nancy

En cas de détection d'une souche d'ERG, pour confirmer l'identification et la présence de gènes van, adresser la souche au :

Laboratoire de Bactériologie
Hôpital Central - CHU de Nancy
29 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
54000 Nancy

Fiche d'envoi d'une souche d'entérocoque résistant aux glycopeptides

au Laboratoire de Bactériologie
du CHU de Nancy (Hôpital Central)

Cachet du laboratoire :

Laboratoire expéditeur :

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Biologiste :

E-mail : .....

Téléphone : _____/_____/_____/_____/_____/

Télécopieur : _____/_____/_____/_____/_____/

Examen demandé : dans tous les cas joindre l'antibiogramme

|__| Confirmation de l'identification et la recherche d'un gène van par PCR

|__| Etude épidémiologique (typage moléculaire)

|__| Autre (à présiser) .....

Fiche prototype

Prélèvement :

Numéro d'analyse : .....

Identification du patient (nom, prénom) : .....

Nature du prélèvement :

|__| : écouvillon rectal |__| : coproculture

|__| : autre : préciser : .....

Date du prélèvement : .....

Statut du patient (si connu) : |__| : colonisation |__| : infection

Cette fiche est disponible sur le CD-Rom en version personnalisable - Référence : *fiche01.doc*

Les différents statuts des patients ERG

- Définitions 9
- Cohorting et Regroupement
  - Le cohorting 10
  - Le regroupement 11
- Prise en charge des patients ERG+ selon le type de séjour
  - Court et moyen séjour (MCO et SSR) 12
  - Long séjour (SLD) 14
  - Maison de retraite (EHPAD) 16
  - A domicile 19
- Rehospitalisation d'un patient ERG+ connu 20
- Dépistage des patients dans les services concernés par l'ERG 21

Définitions

Patient ERG+ « excréteur »

Un patient ERG+ « excréteur » est un patient reconnu colonisé ou infecté par un ERG et présentant un résultat de prélèvement par écouvillonnage rectal ou par coproculture positif à ERG dans les 3 derniers mois.

Patient ERG+ « non excréteur »

Un patient ERG+ « non excréteur » est un patient reconnu comme ayant été colonisé ou infecté par un ERG mais n'ayant plus présenté de résultat de prélèvement positif à ERG par écouvillonnage rectal ou par coproculture au cours des 3 derniers mois.

Négativation des patients ERG+

Si un patient ERG+ reçoit :

⇨ un traitement antibiotique d'une durée d'au moins 5 jours,

⇨ faisant appel à des céphalosporines de troisième génération injectables, à une Pénem, aux fluoroquinolones, aux nitro-imidazolés et/ou aux glycopeptides,

⇨ et prescrit dans un contexte clinique infectieux établi.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie.

Si ce prélèvement s'avère négatif, alors le patient est considéré comme définitivement négativé.

Afin que puisse être mise à jour la liste des patients ERG positifs, il convient d'adresser à l'EOH de l'établissement où le patient a été dépisté pour la première fois, à l'Antenne Régionale et au CCLIN, les résultats des différents prélèvements de contrôle réalisés après une antibiothérapie, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Le cohorting

Définition

Regroupement des patients ERG+ « excréteur » en une seule unité géographique (locaux séparés géographiquement des autres, salle de soins dédiée), avec personnel soignant dédié.

Seuls les patients ERG+ « excréteur », c'est-à-dire ayant un prélèvement positif dans les 3 derniers mois, doivent être accueillis en secteur de cohorting.

Si l'état de santé d'un patient ERG+ « excréteur » nécessite de façon transitoire une prise en charge dans un secteur spécialisé (réanimation ou soins intensifs) autre que celui dédié à la prise en charge des patients ERG+ « excréteur » (cohorting), alors il sera transféré sous conditions :

- ⇨ il sera accueilli en chambre seule et pris en charge avec des précautions « Contact »,
- ⇨ le personnel du service receveur sera informé,
- ⇨ la durée de son séjour dans ce secteur sera la plus brève possible. Les patients du service receveur spécialisé (réanimation ou soins intensifs) dont le séjour coïncide avec le patient ERG+ « excréteur » sont des patients contacts, avec nécessité d'un suivi approprié. Une campagne de prélèvements de type « service à risque » sera initiée dans ce service d'accueil.

Modalités pratiques

L'organisation du service

Une signalétique est apposée sur l'entrée principale pour empêcher les personnes extérieures au service d'entrer dans le secteur.

Un vestiaire pour les visiteurs et le personnel de l'établissement non dédié au secteur de cohorting est installé à l'entrée du secteur de cohorting. Prévoir un point d'hygiène des mains (PHA recommandé).

Le personnel paramédical et médical doit utiliser une tenue propre chaque jour, et ne doit pas quitter le service sans s'être préalablement changé.

Le personnel paramédical et médical doit donc pouvoir bénéficier d'un vestiaire afin de se changer au début et à la fin de chaque poste (avec si possible accès à une douche).

Le secteur dispose d'une salle de soins infirmiers, d'une salle de bains, d'une salle de rangement de matériel, d'un local propre et d'un local sale.

Le travail à l'intérieur du secteur devient conventionnel : plus d'habillage dans chaque chambre mais application des règles de base habituelles (tablier pour les toilettes...).

Les appareils de surveillance peuvent entrer dans toutes les chambres (tensiomètre...) et doivent être décontaminés entre deux patients (précautions « Standard », attitude non liée à la présence d'ERG).

Le matériel ne peut quitter le secteur de cohorting que sous condition (désinfection).

Les patients porteurs d'autres agents pathogènes nécessitant une prise en charge « particulière » (ex. : Clostridium difficile) sont placés en précautions complémentaires au sein du secteur de cohorting.

Le personnel

Habituel du secteur

Une seule équipe médicale et paramédicale est entièrement et spécifiquement dédiée au secteur de cohorting. Elle se relaie aussi pour les nuits, les week-ends et les jours fériés.

Concernant les nuits, les week-ends et les jours fériés, le médecin de garde devra respecter les conditions de fonctionnement du secteur (habillage, . . .).

Les agents du secteur passent par leur vestiaire et choisissent une tenue de couleur spécifique au secteur de cohorting, à leur taille, qu'ils portent dans le secteur.

Il est impossible de sortir du secteur pendant le poste sauf cas particulier (pause de midi...) ; si une sortie est absolument nécessaire, elle nécessite que le personnel se change et se désinfecte les mains avec des PHA.

Extérieur au secteur

Tenues de couleur spécifique au secteur de cohorting pour le personnel (kinésithérapeutes, externes, internes, médecins, cadres, enseignants...).

Blouse à usage unique, manches longues + gants pour les brancardiers.

Le personnel de l'établissement devant se rendre dans le secteur de cohorting doit respecter les mêmes conditions d'accès que les visiteurs.

Le kinésithérapeute regroupe les séances, de manière à limiter ses allers et venues dans le secteur.

Si possible un kinésithérapeute sera préférentiellement dédié à ce secteur.

L'ergothérapeute regroupe les séances, de manière à limiter ses allers et venues dans le secteur.

Toute personne sortant du secteur de cohorting est tenue de se désinfecter les mains avec des PHA.

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 mettre une surblouse manches longues, des

gants, et se frictionner les mains avec des PHA à l'entrée et à la sortie du secteur (des casiers fermant à clé sont mis à disposition pour que les visiteurs puissent laisser leurs effets personnels).

Le fonctionnement

L'utilisation de PHA est indispensable.

Les patients peuvent utiliser normalement les WC.

La vaisselle sera disposée dans un bac fermé puis lavée au lave vaisselle ou décontaminée avec utilisation d'un Détergent-Désinfectant à usage alimentaire si il n'y a pas de lave vaisselle.

Les « courses » sont assurées par des personnes extérieures.

Le prêt de matériels aux autres secteurs est impossible mais eux peuvent en prêter (sans retour possible rapidement car nécessité de réaliser avant une procédure de décontamination).

Le bionettoyage se fait avec une simple décontamination avec le détergent-désinfectant habituel, il n'y a pas nécessité de double désinfection.

Le ménage des couloirs est assuré par un agent des services hospitaliers.

A l'entrée du secteur, l'intérêt de disposer d'un « pédiluve » (dans les faits, un simple linge imprégné de solution détergente-désinfectante) sur lequel passent soignants et visiteurs en entrant et en sortant, reste discuté ; l'usage a montré que cette mesure est peu contraignante et les prélèvements environnementaux qui ont pu être réalisés au sol ont montré qu'elle n'était pas forcément inutile... Si cette mesure non « obligatoire » est retenue, il faut changer ce linge une fois par jour et l'humidifier 3 à 4 fois/jour avec le Détergent-Désinfectant habituel (cf. liste positive de la SFHH) ou un détergent chloré (de type Chlorax®).

Les sacs de linge des tenues du vestiaire des agents doivent être changés tous les jours à 7h, 14h, après le 1er tour de la nuit et à 14h et 18h pour le vestiaire visiteur et plus si nécessaire.

Les poubelles des chambres sont bien sûr à vider autant de fois que nécessaire même la nuit si besoin.

Tout le matériel nécessaire au fonctionnement du service est dédié et stocké dans le service.

Les déchets sont évacués dans des sacs DASRI et les vêtements dans des sacs hydrosolubles.

Seuls les PHA (et le savon doux) seront utilisés dans le secteur.

Le regroupement

Dès lors que plusieurs patients ERG+ « excréteur » (ayant un prélèvement positif dans les 3 derniers mois) sont présents dans un même établissement, la solution à préférer reste le cohorting. Cependant, elle n'est pas toujours applicable en pratique, soit parce que le nombre de cas est très limité, soit parce que les locaux disponibles ne s'y prêtent pas, soit parce que les moyens humains ou financiers font défaut.

Dans ces cas-là, il convient au minimum de réaliser un regroupement géographique.

Définition

Regroupement géographique des patients ERG+ « excréteur » au sein d'un service accueillant encore des patients non porteurs, avec un personnel soignant commun et une salle de soins commune.

Seuls les patients ERG+ « excréteur », c'est-à-dire ayant un prélèvement positif dans les 3 derniers mois, doivent être accueillis si possible en secteur de cohorting ou à défaut en secteur de regroupement.

Modalités pratiques

Les patients ERG+ « excréteur » regroupés sont accueillis dans des chambres contiguës du service, si possible à une extrémité de celui-ci. La partie du service choisie pour le regroupement ne doit pas être un lieu de passage régulier pour le personnel (réserve de matériel, sanitaires du personnel...).

Ils sont pris en charge de préférence en chambre seule, ou à défaut en chambre double, avec respect des précautions « Contact ».

Il convient de garder une chambre vide (« tampon ») entre les chambres accueillant les patients ERG+ « excréteur » et les autres.

Il est recommandé de mettre en place une barrière physique (paravent) entre les chambres des patients porteurs et celles des autres patients du service uniquement dans le but d'éviter les fautes d'hygiène par précipitation ou oubli (= matérialiser la « frontière » entre les deux secteurs ; limiter le risque de passage rapide d'un « secteur » à l'autre en oubliant de respecter les précautions complémentaires. . .).

A l'entrée de ce lieu de regroupement seront mis à disposition des produits hydro-alcooliques, des surblouses à usage unique avec manches longues et des gants non poudrés, non stériles.

Un panneau à l'attention des familles sera affiché, invitant les visiteurs à se faire connaître auprès du personnel soignant, et leur expliquant les modalités de visite dans le secteur de regroupement.

Les autres patients non porteurs hospitalisés dans le même service sont considérés comme patients contacts (cf. chapitre sur les patients contacts).

Court et moyen séjour (MCO et SSR)

Modalités de prise en charge

⇨ **Patients ERG+ « excréteur » (ayant un prélèvement positif datant de moins de 3 mois) :**

- création d'un secteur de cohorting (cf. chapitre sur le cohorting) de court ou de moyen séjour dans l'établissement, avec soignants dédiés.
- A défaut, création d'un secteur de regroupement (cf. chapitre sur le regroupement) de court ou de moyen séjour dans l'établissement.
- A défaut : précautions « Contact » et chambre individuelle à l'extrémité du service, avec une chambre « tampon ». Organisation des soins visant à limiter le risque de transmission croisée (soins en dernier si possible…).

⇨ **Patients ERG+ «non excréteur » (ayant été reconnus colonisés par un ERG dès lors qu'ils n'ont pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois :**

- prise en charge en secteur conventionnel, en chambre seule avec précautions « Contact ».
- Prélèvement à l'admission :
  - si le résultat est négatif, le patient reste en secteur conventionnel en chambre seule et précautions « Contact ». Les autres patients hospitalisés dans le service ne sont pas considérés comme contacts.
  - Si le résultat est positif, le patient est transféré en secteur de cohorting, à défaut en secteur de regroupement, ou à défaut reste dans le service en chambre seule avec précautions « Contact ».

Les autres patients hospitalisés dans le service sont alors considérés comme contacts, que le patient ERG+ « excréteur » reste dans le service ou qu'il soit transféré en secteur de cohorting ou de regroupement.

Modalités de suivi

⇨ **Patients ERG+ « excréteur » accueillis en secteur de cohorting :**

il n'est pas recommandé de prélever tous les mois les patients ERG+ « excréteur » hospitalisés en secteur de cohorting. Un patient ERG+ « excréteur » sortant d'un secteur de cohorting est considéré comme ayant encore un prélèvement positif (ou comme étant encore « excréteur ») le jour de sa sortie. Il devra donc être prélevé tous les mois à partir de sa sortie jusqu'à l'obtention de 3 prélèvements mensuels consécutifs négatifs (jusqu'à être considéré comme « non excréteur »).

⇨ **Patients ERG+ « excréteur » accueillis en secteur de regroupement, à défaut de pouvoir être admis en secteur de cohorting :**

il est recommandé de prélever tous les mois les patients ERG+ « excréteur » hospitalisés en secteur de regroupement. Ces prélèvements sont réalisés tous les mois et doivent être poursuivis après la sortie, jusqu'à l'obtention de 3 prélèvements consécutifs mensuels négatifs. Les patients acquièrent alors le statut de patient ERG+ « non excréteur », et pourront être admis hors secteur de cohorting ou de regroupement. Si un patient ERG + en secteur de regroupement acquiert le statut de « non excréteur » au cours de son séjour en secteur de regroupement, il peut être pris en charge en secteur conventionnel, en chambre seule et en précautions « Contact ».

Si l'état clinique d'un patient ERG « excréteur » en secteur de regroupement justifie une antibiothérapie, alors ce patient reste pris en charge avec précautions « Contact » et en chambre seule s'il ne l'était pas jusqu'alors, pendant toute la durée de l'antibiothérapie et jusqu'au résultat du prélèvement de contrôle réalisé à l'issue de celle-ci. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé » et peut être pris en charge dans le secteur des patients négatifs.

⇨ **Patients ERG+ « excréteur » accueillis en secteur de court ou moyen séjour classique, à défaut de pouvoir être admis en secteur de cohorting ou de regroupement :**

il est recommandé de prélever les patients ERG+ « excréteur » hospitalisés en secteur de court ou moyen séjour conventionnel afin de suivre une éventuelle décolonisation. Ces prélèvements sont réalisés tous les mois et doivent être poursuivis après la sortie, jusqu'à l'obtention de 3 prélèvements consécutifs mensuels négatifs. Les patients acquièrent alors le statut de patient ERG+ « non excréteur », et pourront être admis hors secteur de cohorting ou de regroupement.

Si l'état clinique d'un patient ERG « excréteur » en secteur conventionnel justifie une antibiothérapie, alors ce patient

reste pris en charge avec précautions « Contact » et en chambre seule. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé » et peut être pris en charge dans le secteur avec respect des précautions « Standard ».

⇨ **Patients ERG+ « non excréteur » accueillis en secteur de court ou moyen séjour conventionnel :**

il est recommandé de prélever ces patients à leur entrée puis tous les mois s'ils restent hospitalisés plus d'un mois.

Si l'état clinique d'un patient « non excréteur » accueilli en secteur de court ou moyen séjour conventionnel justifie une antibiothérapie, alors ce patient reste pris en charge avec des précautions « Contact » pendant toute la durée de l'antibiothérapie et jusqu'au résultat du prélèvement de contrôle réalisé à l'issue de celle-ci. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé » et peut être pris en charge dans le secteur avec les mêmes précautions que celles appliquées aux autres patients.

Les mesures d'hygiène en court séjour

Précautions « Contact »

- **A l'entrée de la chambre :** friction PHA, port de sur blouse et gants à usage unique non poudrés.
- **Avant la sortie de la chambre :** retirer la blouse, les gants puis friction PHA.
- **A l'extérieur de la chambre :** après avoir fermé la porte, friction PHA.

Chambre seule, cabinet de toilette et WC personnels
Regrouper les patients ERG+ avec une chambre tampon ou créer un service de cohorting au sein de l'établissement.

Biologie

Ecouvillonage rectal tous les mois jusqu'à 3 résultats consécutifs négatifs, sauf en secteur de cohorting où les écouvillonnages ne seront débutés qu'après la sortie.

Bionettoyage

Bionettoyage de la chambre à réaliser en dernier.
Port des gants de ménage à manchettes longues ou gants à usage unique selon le protocole de l'établissement.
Lavettes et gazes à usage unique.
Lors de la sortie définitive du patient : désinfection simple de la chambre avec un DD.

Matériel

Cuvette, plat bassin, urinaux sont à désinfecter après chaque utilisation avec un DD.
Utilisation de matétiel de soins à usage unique.

Sortie de la chambre

- **Non autorisée** si absence de cohorting au sein de l'établissement.
- **Autorisée** si consultation spécialisée ou geste à réaliser hors du service. Respecter les précautions « Contact » et informer le service en aval. Il est souhaitable et dans la mesure du possible que les médecins spécialistes se déplacent au lit du patient.

Visiteurs

Port de sur blouse et gants.
Friction PHA en quittant la chambre.

Linge

Filière linge contaminé : déposer le linge sale dans la chambre dans un sac spécifique (hydrosoluble) puis réaliser un double emballage à la sortie de la chambre (sac tissu) et l'évacuer le jour même.

Déchets

Filière DASRI mise en place (déchets : de soins, de nursing, change complet et de ménage, lavettes, gazes).

Les mesures d'hygiène en USSR

Précautions « Contact »

- **A l'entrée de la chambre :** friction PHA, port de sur blouse et gants à usage unique non poudrés.
- **Avant la sortie de la chambre :** retirer la blouse, les gants puis friction PHA.
- **A l'extérieur de la chambre :** après avoir fermé la porte, friction PHA.

Savon solide interdit.
Chambre seule, **cabinet de toilette personnel ou toilettes dédiées.**
Chambre double possible si 2 patients ERG+ ensemble.

Biologie

Ecouvillonage rectal tous les mois jusqu'à 3 résultats consécutifs négatifs, sauf en secteur de cohorting où les écouvillonnages ne seront débutés qu'après la sortie.

Bionettoyage

Bionettoyage de la chambre à réaliser en dernier.
Port des gants de ménage à manchettes longues ou gants à usage unique selon le protocole de l'établissement.
Lavettes et gazes à usage unique.
Lors de la sortie définitive du patient : désinfection simple de la chambre avec un DD.

Matériel

Cuvette, plat bassin, urinaux sont à désinfecter après chaque utilisation avec un DD.
Utilisation de matériel de soins à usage unique.

Rééducation - Vie collective

Matériel de rééducation dédié : vélo, ...

Balnéothérapie non autorisée.

Friction PHA avant et après la séance : (pour le patient ERG+, les patients contacts, et le personnel de soins : kiné, ergo...).

Repas possible en salle à manger : friction des mains du patient avec PHA en quittant la chambre.

Visiteurs

Friction PHA en quittant la chambre du patient ERG+ visité.

Ne pas utiliser les toilettes de la chambre.

Linge

Déposer le linge sale dans la chambre dans un sac spécifique (hydrosoluble) puis réaliser un double emballage à la sortie de la chambre si possible et l'évacuer le jour même.

Lavage à haute température du linge de corps et de toilette (sous-vêtements en coton conseillés). Lavage à température normale du reste du linge personnel.

Repas

Friction PHA avant les repas,

pas de couvert à usage unique.

Déchets

Filière DASRI mise en place pour déchets à risque (change complet, déchets de soins par exemple).

Long séjour (SLD)

Modalités de la prise en charge

⇨ **Patients ERG+ « excréteur » (ayant un prélèvement positif datant de moins de 3 mois) :**

- prise en charge en secteur de cohorting (cf. chapitre sur le cohorting) de long séjour dans l'établissement, avec soignants dédiés.
- A défaut, prise en charge en secteur de regroupement (cf. chapitre sur le regroupement) de long séjour dans l'établissement.
- A défaut : prise en charge en précautions « Contact » « adaptées » et chambre individuelle à l'extrémité du service et organisation des soins visant à limiter le risque de transmission croisée (soins en dernier si possible, ...).

Par précautions « Contact » « adaptées », on entend précautions « Contact » lors des soins rapprochés et à risque (toilette, changes…), autorisation de sortir de la chambre après réalisation d'une friction avec des PHA sous le contrôle du personnel soignant, autorisation de prendre les repas dans la salle à manger commune après réalisation d'une friction avec des PHA sous le contrôle du personnel soignant.

⇨ **Patients ERG+ « non excréteur » (ayant été reconnus colonisés par un ERG+ dès lors qu'ils n'ont pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois) :**

- précautions « Standard » en chambre seule si possible.

Modalités de suivi

⇨ **Patients ERG+ « excréteur » accueillis en secteur de cohorting de SLD :**

il n'est pas recommandé de prélever tous les mois les patients ERG+ « excréteur » hospitalisés en secteur de cohorting. Un patient ERG+ « excréteur » sortant d'un secteur de cohorting de SLD est considéré comme ayant encore un prélèvement positif (ou comme étant encore « excréteur ») le jour de sa sortie. Si son état clinique justifie une hospitalisation, il devra être pris en charge en secteur de cohorting de court ou moyen séjour, ou à défaut en secteur de regroupement, ou à défaut en chambre seule avec respect des précautions « Contact » à une extrémité de service.

⇨ **Patients ERG+ «excréteur » accueillis en secteur de regroupement de SLD ou à défaut en service conventionnel de SLD :**

il est recommandé de prélever tous les mois les patients ERG+ « excréteur » hospitalisés en secteur de regroupement et en secteur conventionnel de SLD.

Si un patient ERG+ « excréteur » doit être hospitalisé en court ou moyen séjour, alors il le sera en secteur de cohorting, ou à défaut en secteur de regroupement ou à défaut en chambre seule et en précautions « Contact » à l'extrémité du service.

Si 3 prélèvements mensuels consécutifs sont négatifs, les patients acquièrent alors le statut de patient ERG+ « non excréteur » et peuvent être pris en charge en secteur conventionnel de SLD avec respect des précautions « Standard» . Ils pourront être admis hors secteur de cohorting ou de regroupement de court ou moyen séjour si leur état clinique nécessite une hospitalisation.

Si l'état clinique d'un patient ERG « excréteur» en secteur de regroupement ou en secteur conventionnel de SLD justifie une antibiothérapie, alors ce patient sera pris en charge avec précautions « Contact » strictes et en chambre seule s'il ne l'était pas jusqu'alors, pendant toute la durée de l'antibiothérapie et jusqu'au résultat du prélèvement de contrôle réalisé à l'issue de celle-ci. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé ».

⇨ **Patients ERG+ « non excréteur » accueillis en secteur de long séjour conventionnel :**

il n'est pas recommandé de continuer à prélever ces patients régulièrement ;

si un patient ERG+ « non excréteur » doit être hospitalisé en court ou moyen séjour, il sera pris en charge hors secteur de cohorting ou de regroupement, avec précautions « Contact ».

Si l'état clinique d'un patient « non excréteur » accueilli en secteur de SLD conventionnel justifie une antibiothérapie, alors ce patient sera pris en charge en chambre seule avec des précautions « Contact » strictes pendant toute la durée de l'antibiothérapie et jusqu'au résultat du prélèvement de contrôle réalisé à l'issue de celle-ci. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé ».

Les mesures d'hygiène en USLD

Précautions « Contact » « adaptées »

- **A l'entrée de la chambre :** friction PHA, port de sur blouse et gants à usage unique non poudrés.
- **Avant la sortie de la chambre :** retirer la blouse, les gants puis friction PHA.
- **A l'extérieur de la chambre :** après avoir fermé la porte, friction PHA.

Chambre seule, **cabinet de toilette personnel ou toilettes dédiées.**
Chambre double possible si 2 patients ERG+ ensemble.

Biologie

Ecouvillonage rectal tous les mois jusqu'à 3 résultats consécutifs négatifs et 2 à 7 jours après antibiothérapie.

Bionettoyage

Bionettoyage de la chambre à réaliser quotidiennement.
Port des gants de ménage à manchettes longues ou gants à usage unique selon le protocole de l'établissement.
Lavettes à usage unique.
Lors de la sortie définitive du patient : désinfection simple de la chambre avec un DD.

Matériel

Cuvette, plat bassin, urinaux sont à désinfecter après chaque utilisation avec un DD.

Utilisation de matériel de soins à usage unique.

Vie collective

- Friction des mains du patient avec PHA :
  - en quittant la chambre,
  - avant le repas pris en salle à manger (pas de couverts à usage unique),
  - avant toute participation aux activités,
  - après chaque passage aux toilettes.
- Désinfection des toilettes collectives après chaque passage du patient ERG+.

Visiteurs

Friction PHA en quittant la chambre du patient ERG+ visité.
Ne pas utiliser les toilettes de la chambre.

Linge

Déposer le linge sale dans la chambre dans un sac spécifique (hydrosoluble) puis réaliser un double emballage à la sortie de la chambre si possible et l'évacuer le jour même.
Lavage à haute température du linge de corps et de toilette (sous-vêtements en coton conseillés). Lavage à température normale du reste du linge personnel.

Déchets

Filière DASRI mise en place pour déchets à risque (change complet, déchets de soins par exemple).

Maison de retraite (EHPAD)

Modalités de la prise en charge

⇨ **Patients ERG+ «excréteur» (ayant un prélèvement positif datant de moins de 3 mois) :**

précautions « Contact » « adaptées » et chambre individuelle à l'extrémité du service.

Par précautions « Contact » « adaptées », on entend précautions « Contact » lors des soins rapprochés et à risque (toilette…), autorisation de sortir de la chambre après une friction avec des PHA sous le contrôle du personnel soignant, autorisation de prendre les repas dans la salle à manger commune après une friction avec des PHA sous le contrôle du personnel soignant.

⇨ **Patients ERG+ « non excréteur » (ayant été reconnus colonisés par un ERG+ dès lors qu'ils n'ont pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois) :**

précautions « Standard », en chambre seule si possible.

Modalités de suivi des patients ERG+ résidant en EHPAD

⇨ **Patients ERG+ « excréteur » résidant en EHPAD :**

il est recommandé de prélever tous les mois les patients ERG+ « excréteur » résidant en EHPAD.
Si un patient ERG+ « excréteur » doit être hospitalisé en court ou moyen séjour, alors il le sera en secteur de cohorting, ou à défaut en secteur de regroupement ou à défaut en chambre seule et en précautions « Contact » à l'extrémité du service.

Si 3 prélèvements mensuels consécutifs sont négatifs, les patients acquièrent alors le statut de patient ERG+ « non excréteur » et peuvent être pris en charge comme les autres patients.

Si l'état clinique d'un patient ERG « excréteur » résidant en EHPAD justifie une antibiothérapie, alors ce patient sera pris en charge avec précautions « Contact » strictes et en chambre seule s'il ne l'était pas jusqu'alors, pendant toute la durée de l'antibiothérapie

et jusqu'au résultat du prélèvement de contrôle réalisé à l'issue de celle-ci. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé ».

⇨ **Patients ERG+ « non excréteur » résidant en EHPAD :**

il n'est pas recommandé de continuer à prélever ces patients régulièrement.

Si un patient ERG+ « non excréteur » doit être hospitalisé en court ou moyen séjour, il sera pris en charge hors secteur de cohorting ou de regroupement, avec précautions « Contact ».

Si l'état clinique d'un patient « non excréteur » résidant en EHPAD justifie une antibiothérapie, alors ce patient sera pris en charge en chambre seule avec des précautions « Contact » strictes pendant toute la durée de l'antibiothérapie et jusqu'au résultat du prélèvement de contrôle réalisé à l'issue de celle-ci. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé ».

Les mesures d'hygiène en EHPAD

Précautions « Contact » « adaptées »

Lors de la toilette complète, aide à la toilette ou tout autre contact direct avec le patient ; sinon précautions « Standard ».

- **A l'entrée de la chambre :** friction PHA, port de sur blouse et gants à usage unique non poudrés.
- **Avant la sortie de la chambre :** retirer la blouse, les gants puis frictions PHA.
- **A l'extérieur de la chambre :** après avoir fermé la porte, friction PHA.

Savon solide interdit

Chambre seule, **cabinet de toilette personnel ou toilettes dédiées.**

Chambre double possible si 2 patients ERG+ ensemble.

Biologie

Ecouvillonage rectal tous les mois jusqu'à 3 résultats consécutifs négatifs et 2 à 7 jours après antibiothérapie.

Bionettoyage

Bionettoyage de la chambre à réaliser en dernier.

Port des gants de ménage à manchettes longues ou gants à usage unique selon le protocole de l'établissement.

Lavettes à usage unique.

Lors de la sortie définitive du patient : désinfection simple de la chambre avec un DD.

Matériel

Cuvette, plat bassin, urinaux sont à désinfecter après chaque utilisation avec un DD.

Utilisation de matériel de soins à usage unique.

Vie collective

- Friction des mains du patient avec PHA.
  - en quittant la chambre,
  - avant le repas pris en salle à manger (pas de couverts à usage unique),
  - avant toute participation aux activités,
  - après chaque passage aux toilettes.
- Désinfection des toilettes collectives après chaque passage du patient ERG+.

Visiteurs

Friction PHA en quittant la chambre du patient ERG+ visité.

Ne pas utiliser les toilettes de la chambre.

Linge

Déposer le linge sale dans la chambre dans un sac spécifique (hydrosoluble) puis réaliser un double emballage à la sortie de la chambre si possible et l'évacuer le jour même.

Lavage à haute température du linge de corps et de toilette (sous-vêtements en coton conseillés). Lavage à température normale du reste du linge personnel.

Déchets

Voir le document «gestion des déchets d'activité de soins et/ou contenant des excrétas en EHPAD »

Gestion des déchets d'activité de soins et/ou contenant des excrétas en établissement hébergeant des personnes dépendantes (EHPAD, MAS)

Rédaction : Resdin Champagne-Ardenne, ARLIN du C-CLIN Est avril 2008 Validation : C-CLIN Est, mai 2008

Positionnement du problème

Le décret du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux et assimilés (DASRI) assure la sécurité des patients, des professionnels et de l'environnement. Dans le contexte budgétaire actuel, la filière DASRI étant beaucoup plus onéreuse que celle des déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM), la définition scrupuleuse du risque doit être conduite pour chaque type de dechets, notamment dans le cadre de la prise en charge des patients colonisés par des entérocoques résistant aux glycopeptides (ERG), afin de déterminer les déchets qui doivent impérativement être pris en charge dans la filière DASRI et ceux qui pourront, moyennant certaines précautions, être pris en charge dans la filière DAOM.

Contexte

Les EHPAD ou les MAS sont des structures du secteur médico-social qui doivent s'assurer de la qualité de vie sociale et médicale des personnes hébergées « comme chez soi », sans occulter la nécessaire maîtrise du risque épidermique microbien lié à la collectivité. Pour autant, il faut garder en mémoire que le risque d'épidemies microbiennes importantes et aux conséquences délétères pour les résidents y est moindre que dans les établissements de soins, sous réserve du respect des précautions « Standard ». Enfin les structures relevant du secteur médico-social bénéficiant de sources de financement moindres que le secteur sanitaire, il est nécessaire d'y adapter les mesures de précautions et d'exercer des choix qui permettront le suivi durable des stratégies mises en place.

Choix de la filière d'élimination des déchets

Le choix de la filière d'élimination des déchets mous d'activité de soins ou contenant des excrétas doit prendre en compte l'importance du risque de contamination de l'environnement et respecter la sécurité des résidents et des professionnels ; dans certains cas, la filière DAOM peut être une alternative à la filière DASRI, associant sécurité et moindre coût, sous réserve du respect des précautions d'élimination précisées dans le tableau ci-dessous.

Choix de la filière en fonction du type de déchet

Type de déchet	DASRI emballage jaune	DAOM emballage gris ou noir	Nature emballage
Objets piquants, tranchants	Obligatoire	Interdit	Boîte rigide
Changes complets, alèzes, autres supports souillés de selles ou d'urines*			
Diarrhée à bactéries toxi-infectueuses (salmonelles, shigelles, *Clostridium difficile* toxinogène , toute diarrhée d'origine inconnue, ...)	Obligatoire	Interdit	Sac
Selle moulée ou non moulée chez un résidant sans portage intestinal connu	Inutile	Oui	
Selle moulée ou non moulée chez un résidant porteur intestinal de BMR (SAMR, ERG, EBLSE,...)	Recommandé	Possible	
Toute urine sans portage urinaire connu	Inutile	Oui	
Toute urine chez un résidant porteur urinaire de BMR (SAMR, ERG, EBLSE,...)	Recommandé	Possible	
Autres déchets de soins mous* (pansement souillé, crachoir,...)	Recommandé	Possible	

** Lors de la prise en charge de ces déchets : dès la production du déchet à éliminer, l'introduire dans un sac plastique de taille adaptée à la taille du déchet. Fermer immédiatement le sac et l'introduire immédiatement dans un sac à DASRI ou à DAOM. En cas de change contenant des selles, procéder immédiatement à la fermeture du 2e sac et l'éliminer dès que possible.*

Références

1- Ministère de l'Environnement, du Territoire et de l'Environnement. Décret n° 2002-540 du 18 avril 2002, JO lois et décrets, 20 avril 2002 relatif à la classification des déchets. Abrogé par le décret n° 2007-1467 du 12 octobre, JO lois et décrets , 16 octobre 2007.

2- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique. 30 lois et décrets, 18 novembre 1997.

A domicile

Il faut favoriser les sorties à domicile des patients ERG+ afin de ne pas générer de nouveaux patients contacts.

Le statut du patient doit être clairement notifié dans le courrier de sortie au médecin traitant.

Le patient reçoit :

- des documents d'information sur son statut (cf. chapitre sur la gestion de l'information) pour lui et sa famille,
- des explications sur la conduite à tenir en cas de réhospitalisation (prévenir immédiatement le personnel soignant de son statut ERG+),
- une éducation sur les mesures d'hygiène à adopter à domicile (lavage des mains, eau de Javel dans les sanitaires après utilisation).

Il est recommandé de poursuivre les dépistages mensuels chez les patients ERG+ à domicile, jusqu'à l'obtention de 3 prélèvements mensuels consécutifs négatifs.

Précautions d'hygiène chez les personnes âgées : approche par niveau de risque

RISQUES CROISSANTS ↓ — PRECAUTIONS RENFORCEES ↓

Structure	Cas 1 : Patient ERG+ Continent anal **et absence de diarrhée**	Cas 2 : Patient ERG+ Incontinent anal **et absence de diarrhée**	Cas 3 : Patient ERG+ Diarrhée
Domicile : Protection de l'entourage familial	Patient - Education patient : Hygiène des mains systématique après toilette, selles, avant repas, PHA ou savon liquide - Entretien journalier sanitaires, eau de javel - Linge de toilette individuel **- Information portage si réadmission** Soignant Précautions « Standard » - Hygiène des mains systématique (PHA) avant et après soins + port de gants si contact selles en fonction du soin à réaliser. - Couches/sacs poubelles **- Information portage si réadmission**	Patient Idem cas 1 + - Couches/sacs poubelles - Linge de toilette lavé séparé si souillé Soignant Idem cas 1 + - Couches/sacs poubelles - Gants pour soins de nursing et protection de la tenue (tablier).	Patient Idem cas 2 mais - Linge de toilette lavé séparément systématiquement Soignant Idem cas 2 + - Précautions « Contact » - Protection de la tenue lors des toilettes, changes soins
Long séjour EHPAD : Protection des résidents	+ Patient - Chambre seule de préférence avec sanitaires réservés au patient si possible - Accès locaux communs autorisés (salle à manger, salle d'activités…) - Hygiène des mains pour le patient + Soignant - Port de gants et Protection tenue si contact selles - Cuvette/bassin matériel de toilette individualisés - Entretien eau de javel ou D/D	+ Patient Idem cas 1 - Accès locaux communs autorisés si protection efficace et patient coopérant- Hygiène des mains pour le patient Soignant Idem cas 1 - Précautions « contacts » - Couches double emballage DASRI ou DAOM - Double emballage si linge souillé, traitement spécifique	Patient Idem cas 1 mais - Accès locaux communs non autorisés jusqu'à l'arrêt diarrhée - Linge hospitalier + Soignant Idem cas 2 - Double emballage linge et DASRI - Entretien quotidien environnement proche au D/D ou eau de javel (Clostridium)
SSR et MCO Protection des malades	Prise en charge en secteur de cohorting ou à défaut regroupement géographique ou à défaut chambre seule avec précautions « Contact ».		

GERONTONORD – Dr Chantal BAUDIN / 31 octobre 2007

Réhospitalisation d'un patient ERG+ connu

Si un patient ERG+ connu est à domicile, en EHPAD ou en unité de SLD et s'il doit être réhospitalisé en court ou moyen séjour, sa prise en charge sera différente selon la date de son dernier prélèvement positif connu :

- si son dernier prélèvement positif connu date de **moins de 3 mois**, il sera hospitalisé en secteur de cohorting s'il existe, à défaut en secteur de regroupement s'il existe ou à défaut en chambre seule, précautions « Contact » et mise en place d'une chambre tampon.

S'il est hospitalisé en secteur de regroupement ou en secteur conventionnel en chambre seule avec précautions « Contact », les autres patients partageant la même équipe de soins sont donc contacts et doivent être pris en charge comme tels (cf. chapitre prise en charge des contacts).

- Si son dernier prélèvement positif connu date de **plus de 3 mois** (soit parce que des prélèvements ont été réalisés et se sont avérés négatifs, soit parce que ces prélèvements n'ont pas été réalisés malgré les recommandations), il sera hospitalisé dans le service dont relève la prise en charge de la pathologie qui justifie son admission.

Cette prise en charge se fera en chambre seule et avec respect des précautions « Contact ». Le patient sera prélevé dès son admission par écouvillonnage rectal.

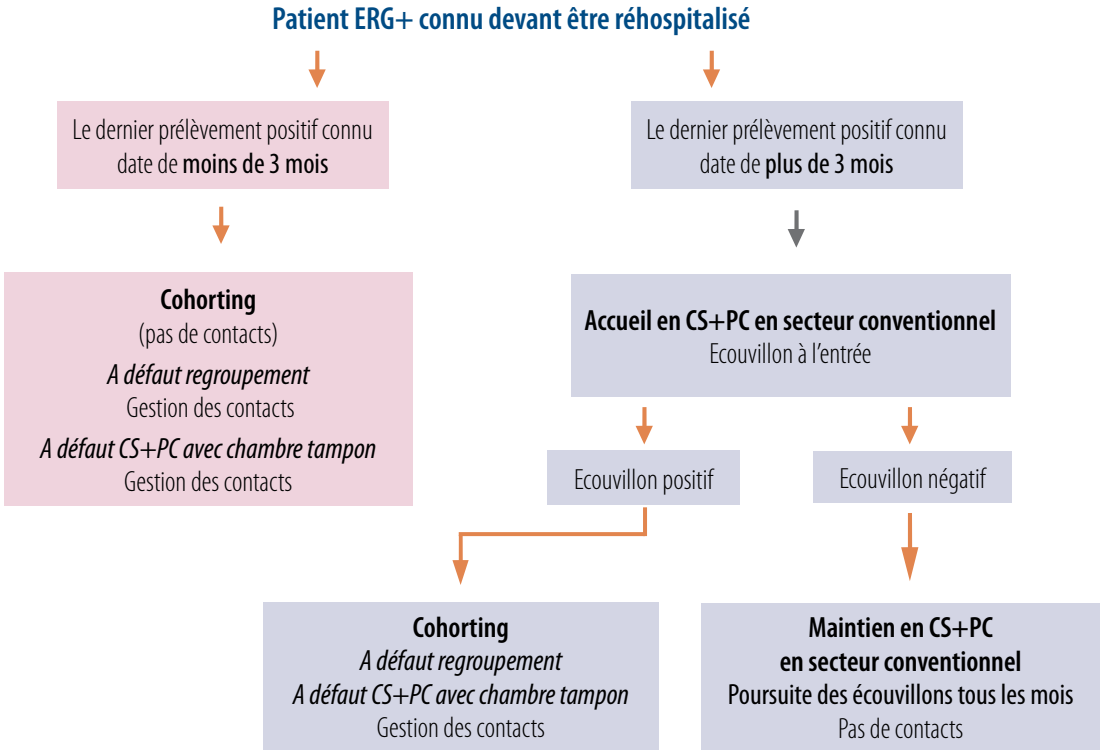
Dans l'attente des résultats, les autres patients du même secteur seront pris en charge avec les précautions « Standard » classiques.

- Si le résultat de l'écouvillonnage est positif, le patient sera transféré en secteur de cohorting s'il existe, à défaut en secteur de regroupement s'il existe, ou il restera dans le service en chambre seule et précautions « Contact ».

Les autres patients qui sont ou ont été présents en même temps que lui sont considérés comme patients contacts (cf. chapitre prise en charge des contacts).

- Si le résultat de l'écouvillonnage est négatif, le patient reste dans le service en chambre seule et avec respect des précautions « Contact », jusqu'à ce qu'il acquiert éventuellement le statut de « négativé ».

Les autres patients présents ne sont pas considérés comme contacts.



Dépistage
des patients dans les services concernés par l'ERG

Définition

Un service ou un établissement est dit « concerné par l'ERG » s'il accueille ou a accueilli dans les 3 derniers mois un ou plusieurs patients ERG+ dont le dernier prélèvement positif date de moins de 3 mois (patient ERG+ « excréteur ») que ces patients aient été découverts dans le service ou qu'ils aient simplement transité ou séjourné dans ce service.

En court et moyen séjour :

1) **Services ayant découvert un patient ERG+ et/ou accueillant ou ayant accueilli au cours des 2 dernières semaines un ou plusieurs patients ERG+ « excréteur » (hors cohorting) :**
   - prélèvement d'entrée : à chaque patient admis dans le service ;
   - prélèvement de sortie : à chaque patient quittant le service ;
   - hebdomadaires à tous les patients présents dans le service ;
   - prélèvements mensuels pour le patient ERG+ « excréteur ».

2) **Services ayant accueilli au cours des 3 derniers mois un ou plusieurs patients ERG+ « excréteur » (hors cohorting) :**
   - prélèvement d'entrée : à chaque patient admis dans le service (à poursuivre au moins 3 mois) ;
   - prélèvement de sortie : à chaque patient quittant le service (cf. chapitre sur les transferts) (à poursuivre au moins 3 mois).

Dans certains cas particuliers, pour des services au sein desquels il a été constaté l'émergence d'un nombre important de cas acquis, ces mesures pourront être prolongées (à discuter au cas par cas avec les hygiénistes et le CLIN de l'établissement et avec le CCLIN).

3) **Services hébergeant un ou plusieurs patients ERG+ « non excréteur »**

Les patients hospitalisés dans le service ne sont pas considérés comme contacts, donc aucun prélèvement n'est indiqué.

En unité de long séjour (SLD)

1) **Services de SLD accueillant un ou plusieurs patients ERG+ « excréteur » (hors secteur de cohorting) :**
   - prélèvement d'entrée : à chaque patient admis dans le service ;
   - dépistage le jour d'un transfert (cf. chapitre sur les transferts) ;
   - enquêtes de prévalence « un jour donné » répétées dans les services à un rythme mensuel ;
   - prélèvements mensuels pour le patient ERG+ « excréteur ».

2) **Services hébergeant un ou plusieurs patients ERG+ « non excréteur » :**

les autres patients ne sont pas considérés comme contacts, donc aucun prélèvement n'est indiqué.

En EHPAD

1) **EHPAD accueillant un ou plusieurs patients ERG+ « excréteur » :**

les patients ERG+ sont prélevés tous les mois, jusqu'à l'obtention de 3 résultats consécutifs négatifs ;

les dépistages des patients contacts sont à envisager au cas par cas, selon les moyens humains et financiers de chaque établissement.

2) **Services hébergeant un ou plusieurs patients ERG+ « non excréteur » :**

les autres patients ne sont pas considérés comme contacts, donc aucun prélèvement n'est indiqué.

Les patients contacts

- Définition d'un patient contact 23
- Prise en charge en court et moyen séjour 24
- Prise en charge en long séjour et EHPAD 27
- Traçabilité des sujets contacts 27

Définition d'un patient contact

Rappel : un cas est un patient chez qui vient d'être découverte une colonisation ou une infection à ERG ou un patient connu pour être colonisé ou infecté par un ERG.

Lorsqu'un cas est découvert dans un service ou lorsqu'un patient connu ERG+ avec un dernier prélèvement positif datant de moins de 3 mois (patient ERG+ « excréteur ») est accueilli dans un service, **alors les patients considérés comme contacts sont :**

- ceux qui sont présents dans l'unité de soins où se trouve le cas (pris en charge par la même équipe soignante, médecins et paramédicaux, de jour et/ou de nuit) en même temps que lui.
- Mais aussi ceux qui ont été hospitalisés dans l'unité de soins où se trouve le cas (pris en charge par la même équipe soignante de jour et/ou de nuit) entre le jour où le cas a été admis dans cette unité de soins (ou entre le jour où il a présenté pour la dernière fois un écouvillonnage rectal négatif) et le jour où sa colonisation ou son infection à ERG a été détectée ; ces derniers patients sont des patients contacts, qu'ils soient encore présents dans l'unité le jour où la colonisation ou l'infection à ERG est détectée ou qu'ils aient été transférés dans un autre service ou établissement, ou encore qu'ils soient rentrés à domicile.

Il est alors nécessaire :

⇨ de tracer les patients contacts (voir chapitre Traçabilité des sujets contacts).

⇨ De mettre en place des précautions « Contact » pour ces patients contacts (voir chapitre Politique d'isolement des patients contacts).

⇨ De mettre en place des dépistages réguliers (voir chapitre Prise en charge des patients contacts).

Si le patient contact a été transféré dans un autre service, il faut lui appliquer des précautions « Contact » ; ces dernières ne s'appliqueront qu'à lui, et pas à l'ensemble des patients présents dans cette nouvelle unité.

L'accueil et la prise en charge d'un ou plusieurs patients « non excréteur » (ayant été reconnus colonisés par un ERG+ dès lors qu'ils n'ont pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois) ne génèrent pas de patients contacts.

1. Si un nouveau cas est découvert dans le service (sans y avoir été accueilli en chambre seule et précautions « Contact ») et si le cas est extrait du service :

- tous les patients qui étaient présents depuis le 1er jour d'hospitalisation du cas (ou depuis le jour où il a présenté pour la dernière fois un écouvillonnage rectal négatif) dans le secteur deviennent patients contacts pour les 15 jours qui suivent.
- Réaliser le dépistage de tous les patients contacts dans les 24h suivant la découverte (= J1).
- Répéter ce dépistage des sujets contacts de façon transversale hebdomadaire durant les 15 jours qui suivent (= J8 et J15).
- Les admissions seront interrompues dans ce secteur au moins jusqu'à l'obtention des résultats négatifs de la 1re campagne de prélèvement. Les nouveaux patients accueillis à partir de ce moment ne sont pas des patients contacts et ne nécessitent que le respect des précautions « Standard ».
- Il est important de regrouper géographiquement les patients contacts (voire de les cohorter) et de réaliser les nouvelles admissions dans une autre partie du secteur.

A.) Les patients contacts **qui restent hébergés dans le service** où a été découvert le cas doivent alors être pris en charge en respectant des précautions « Contact », en chambre seule si possible, idéalement jusqu'aux résultats négatifs de la 3e série de prélèvements (J15), au minimum jusqu'à l'obtention des résultats négatifs de la première campagne de prélèvements (J1).

Le voisin ou la voisine de chambre d'un patient ERG+ doit impérativement être laissé(e) en précautions « Contact » durant les trois semaines nécessaires à la perte de son statut de contact (le risque de transmission croisée au cours des soins est majoré par rapport aux patients hospitalisés dans les autres chambres).

B.) **Il faut favoriser les sorties à domicile.**

Si un patient contact sort à domicile avant la fin de la série des prélèvements, le praticien hospitalier qui l'a pris en charge durant son hospitalisation lui prescrira les prélèvements restants en mentionnant sur l'ordonnance « recherche d'un germe nommément désigné : portage digestif d'un entérocoque résistant aux glycopeptides ». Les prélèvements seront réalisés soit par une infirmière à domicile, soit par le patient lui-même. Son médecin traitant sera prévenu et recevra les résultats.

Noter sur le dossier de soins du patient son statut de contact et la nécessité de l'accueillir en précautions « Contact » en cas de réhospitalisation si les résultats des trois prélèvements ne sont pas connus.

Si un ou des patients contacts sont sortis à domicile avant la découverte de la positivité du cas, ils seront recherchés si et seulement si un des autres patients contacts encore en milieu de soins ou en EHPAD s'avère positif. Les ordonnances de prélèvement seront faites et envoyées par l'EOH, et le médecin traitant sera informé de la situation et des résultats des prélèvements.

C.) Il faut veiller à limiter les transferts avant la fin des 2 semaines aux seuls patients dont l'état clinique le justifie. Si **un patient contact doit être transféré** avant la fin de la campagne de prélèvement (J1, J8, J15 = avant que les 3 résultats négatifs aient été obtenus), il doit pouvoir être pris en charge dans le nouveau service en chambre seule et en précautions « Contact » ; la campagne de prélèvement y est poursuivie, comme initialement programmée (cf. J1, J8, J15). Lorsque le 3e prélèvement négatif est obtenu, ces mesures sont levées.

D.) **Les patients contacts qui ont été transférés dans un autre service de soins ou un EHPAD avant la découverte de la positivité** du cas doivent être recherchés et localisés. Ils doivent faire l'objet des mêmes précautions.

- Un sujet contact sera déclaré négatif si les 3 prélèvements prévus à une semaine d'intervalle sont tous effectivement réalisés et négatifs. Dans ce cas, le patient n'est plus un patient contact et aucune mesure particulière ne s'impose pour sa prise en charge.

2. Si un nouveau cas est découvert dans le service (sans y avoir été accueilli en chambre seule et précautions « Contact ») et si le cas reste dans le service :

- tous les patients qui étaient présents depuis le 1er jour d'hospitalisation du cas (ou depuis le jour où il a présenté pour la dernière fois un écouvillonnage rectal négatif) dans le secteur deviennent patients contacts.
- Il convient alors de réaliser le dépistage de tous les patients contacts dans les 24h suivant la découverte.
- Il convient de répéter les dépistages toutes les semaines tant que le cas reste présent dans le service.
- Les patients contacts qui restent hébergés dans le service où a été découvert le cas, doivent alors être pris en charge en respectant des précautions « Contact », en chambre seule si possible, au minimum jusqu'à l'obtention des résultats négatifs de la première campagne de prélèvements (J1).

- Si les résultats de la campagne de prélèvements de J1 sont tous négatifs, il est possible d'accueillir de nouveaux patients, sous réserve de réussir à regrouper géographiquement les patients contacts.

Tant que le cas est présent dans le service, tout nouvel entrant devient patient contact. Mais pour ces nouveaux entrants, on pourra se contenter du respect des précautions « Standard ».

Lorsque le cas sort du service :

- le dépistage des sujets « contacts » est poursuivi de façon hebdomadaire 3 fois de suite (J1, J8, J15).
- Les précautions « Contact » ne seront levées qu'après l'obtention, dans les conditions idéales, de trois prélèvements négatifs à une semaine d'intervalle, sinon au minimum jusqu'à l'obtention des résultats négatifs de la première campagne de prélèvements (J1) réalisée après la sortie du patient ERG+.
- Si un patient contact sort à domicile, son médecin traitant sera prévenu et poursuivra la série de 3 prélèvements à 1 semaine d'intervalle (cf. (b)).
- Il faut veiller à limiter les transferts aux seuls patients dont l'état clinique le justifie. Si un patient contact est transféré hors du service (= quitte le service alors que le cas y est encore présent ou quitte le service après la sortie du cas mais avant qu'il n'ait lui-même complété son dépistage par 3 écouvillonnages successifs à une semaine d'intervalle après le départ du cas), ces patients contacts transférés doivent alors être pris en charge en aval en respectant des précautions « Contact », en chambre seule jusqu'à ce que les 3 résultats négatifs successifs de l'écouvillonnage rectal aient été obtenus (J1,J8,J15 ; cf. ci-dessus).

3. Si un cas déjà connu ayant un résultat positif datant de moins de 3 mois est accueilli dans le service (hors secteur de cohorting) ou si un patient accueilli en chambre seule avec précautions « Contact » se positive au cours de son séjour :

- il est rappelé que les recommandations ministérielles stipulent que les patients ERG+ ne peuvent être hospitalisés en MCO en dehors du secteur de cohorting que s'ils nécessitent des soins relevant d'un plateau technique particulier (ils ne doivent pas non plus être pris en charge en unité de SSR (sauf cohorting).
- Les autres patients de l'unité deviennent patients contacts mais sont pris en charge avec des précautions « Standard ».
- Les admissions ne sont pas interrompues.
- Réaliser un dépistage à l'entrée et à la sortie des patients contacts, ainsi qu'un prélèvement hebdomadaire.
- Dès que le cas sort du service, continuer la réalisation du dépistage des sujets contacts de façon transversale hebdomadaire durant 2 semaines (cf. J1, J8 et J15).
- Il faut favoriser les sorties à domicile. Si le patient contact sort à domicile avant la fin de la série des prélèvements, le praticien hospitalier qui l'a pris en charge durant son hospitalisation lui prescrira les prélèvements restant en mentionnant sur l'ordonnance « recherche d'un germe nommément désigné ». Les prélèvements seront réalisés soit par une infirmière à domicile, soit par le patient lui-même. Son médecin traitant sera prévenu et recevra les résultats.
- Il faut veiller à limiter les transferts avant la fin des 2 semaines aux seuls patients dont l'état clinique le justifie.
- Si un patient contact doit être transféré, il doit pouvoir être pris en charge dans le nouveau service en chambre seule et en précautions « Contact ». Durant les 15 jours qui suivent son transfert (J1, J8, J15), il convient de réaliser un prélèvement hebdomadaire. Lorsque le 3e prélèvement négatif est obtenu, ces mesures sont levées. Le sujet contact est alors déclaré négatif.

Schéma récapitulatif de la prise en charge des patients contacts en court et moyen séjour

Un **nouveau patient ERG+** est découvert dans le service

Si le patient ERG+ sort du service

Isolement des patients contacts :
précautions « Contact » en chambre seule, ou double à défaut, pendant 2 semaines si possible, sinon au minimum jusqu'aux résultats **négatifs** du 1er prélèvement (J1).

Admissions :
arrêtées jusqu'aux résultats négatifs du 1er prélèvement (J1)

Dépistage des contacts :
dans les 24 heures suivant la découverte du cas (J1) puis 1 semaine (J8) et 15 jours après (J15).

Campagne de prélèvement :
E, S, H pendant 3 semaines puis E, S pendant 3 mois.

Si le patient ERG+ reste dans le service

Isolement des patients contacts :
précautions « Contact » en chambre seule ou double à défaut pendant 2 semaines si possible, sinon au minimum jusqu'aux résultats **négatifs** du 1er prélèvement (J1). Tant que le patient ERG+ reste dans le service, les nouveaux admis sont patients contacts, mais restent en précautions « Standard » .

Admissions :
arrêtées jusqu'aux résultats négatifs du 1er prélèvement (J1).

Dépistage des contacts :
dans les 24 heures suivant la découverte du cas (J1).
Puis entrées, sorties et hebdomadaires tant que le patient ERG+ reste dans le service.
Puis le jour où le patient ERG+ sort (J1), 1 semaine après (J8) et 2 semaines après (J15).

Campagne de prélèvement :
- prélèvement le lendemain de l'annonce de la positivité ;
- E, S, H jusqu'à 2 semaines après la sortie du patient ERG puis E, S pendant 3 mois.

Si un patient contact quitte le service avant la fin de la série des 3 prélèvements :

1) il est transféré dans un autre service
(Court séjour ou USSR):
(à éviter autant que possible).

Précautions « Contact ».
En chambre seule.
La série de 3 prélèvements doit être poursuivie si le patient ERG+ a quitté le service ou débutée à sa sortie pour avoir un total de 3 prélèvements hebdomadaires négatifs à l'arrêt du contage.

2) Il sort à domicile ou USLD ou EPHAD :
(à favoriser autant que possible).

Précautions « Standard ».
Le médecin traitant est prévenu.
La série de 3 prélèvements doit être poursuivie si le patient ERG+ a quitté le service ou débutée à sa sortie pour avoir un total de 3 prélèvements hebdomadaires négatifs à l'arrêt du contage.

Un **patient ERG+ connu** ayant un dernier prélèvement positif datant de moins de 3 mois est accueilli dans le service en chambre seule et précautions « Contact »

→ Précautions « Contact » Chambre seule →

Isolement des patients contacts :
précautions « Standard » tant que le patient ERG+ est dans le service.

Admissions :
autorisées (précautions « Standard »). Ces patients deviennent patients contacts.

Dépistage des contacts :
entrées, sorties et hebdomadaires tant que le patient ERG+ reste dans le service.
Puis le jour où le patient ERG+ sort (J1), 1 semaine après (J8) et 2 semaines après (J15).

Campagne de prélèvement :
E, S, H pendant le séjour du patient puis pendant 3 semaines puis E, S pendant 3 mois.

E = entrée S = sortie H = hebdomadaire

Prise en charge en long séjour et EHPAD

Si un cas est dépisté positif ou si un patient ERG+ connu « excréteur » (ayant un prélèvement positif datant de moins de 3 mois) est hébergé en EHPAD ou en unité de SLD :

toutes les personnes hébergées dans l'EHPAD ou dans l'établissement de SLD sont sujets contacts.

- Les patients contacts sont pris en charge avec des précautions « Standard ».
- En unité de SLD il est recommandé de réaliser le dépistage de tous les patients contacts dans les 48h suivant la découverte puis de renouveler de tels prélèvements transversaux de façon mensuelle jusqu'à trois mois après la « sortie » du dernier cas.
- En EHPAD, la question reste non tranchée et en l'absence de financement spécifique pour appliquer une telle mesure, elle ne peut être que fortement conseillée.
- Si un patient contact doit être transféré dans un autre établissement de court ou de moyen séjour, un prélèvement sera réalisé le jour de son transfert. Il sera accueilli dans l'établissement d'aval en chambre seule et en précautions « Contact » probabilistes jusqu'au résultat négatif de la 3ème série de prélèvements (J15), au minimum jusqu'à l'obtention des résultats négatifs du prélèvement réalisé le jour du transfert. La série des prélèvements hebdomadaires pendant 15 jours y sera alors poursuivie.

Si un (ou plusieurs) patient(s) ERG+ « non excréteur » (ayant été reconnu(s) colonisé(s) par un ERG+ dès lors qu'aucun de ces patients n'a présenté un prélèvement positif au cours des 3 derniers mois) est (sont) hébergé(s) dans un service de SLD ou dans un EHPAD :

les personnes hébergées dans l'EHPAD ou l'unité de SLD ne sont pas considérées comme contacts et aucun dépistage n'est indiqué.

Schéma récapitulatif de prise en charge

Un **nouveau patient ERG+** est découvert dans le service	**Isolement** **Patient ERG+** : précautions « Contact » adaptées, en chambre seule. **Patients contacts** : précautions « Standard ». **Dépistage des contacts** Prélèvement de tous les patients contacts dans les 48h suivant la découverte du cas. Puis prélèvement à l'entrée, avant un transfert (=J1) et à un rythme mensuel. **Campagne de prélèvements** Chaque mois jusqu'à 3 mois après la sortie du patient ERG+.	**Si un patient contact est transféré (En court ou moyen séjour)** Précautions « Contact ». En chambre seule. La série de 3 prélèvements hebdomadaires doit poursuivie (J8 et J15). Les précautions « Contact » ne pourront être levées dans le service d'accueil qu'à l'issue des 3 prélèvements (J1-J8 et J15) **négatifs.**
Un **patient ERG+ connu** ayant un dernier prélèvement positif datant de moins de 3 mois est accueilli dans le service en chambre seule	**Isolement** **Patient ERG+** : précautions « Contact » adaptées, en chambre seule. **Patients contacts** : précautions « Standard ». **Dépistage des contacts** Prélèvement à l'entrée, avant un transfert et à un rythme mensuel. **Campagne de prélèvements** Chaque mois jusqu'à 3 mois après la sortie du patient ERG+.	**Si un patient contact est transféré (En court ou moyen séjour)** Précautions « Contact ». En chambre seule. Jusqu'au résultat négatif des 3 prélèvements réalisés à J1, J8 et J15.

Traçabilité des sujets contacts

Dès qu'un nouveau cas est découvert dans un service, il faut établir le mode de contamination de ce nouveau cas.

S'il s'avère que ce nouveau cas a été découvert positif à son entrée ou peu de temps après son admission dans le service, ou qu'il n'est pas prouvé que sa contamination a eu lieu dans le service, alors il convient de :

- savoir où était ce patient avant son admission dans le service :
  - domicile : prévenir le médecin traitant, demander les antécédents récents d'hospitalisation ;
  - établissements de soins : prévenir l'équipe médicale et l'EOH de cet établissement afin :

⇨ d'établir la liste des sujets contacts dans l'établissement d'amont (préciser d'abord et avant tout le nom du voisin de chambre éventuel).

⇨ D'organiser un dépistage de la colonisation digestive à ERG dans le service d'amont chez tous les sujets contacts ou à défaut au minimum chez les anciens voisins de chambre.

- Etablir la liste des patients contacts dans le service où a été découvert le cas, et préciser le nom des éventuels voisins de chambre.
- Appliquer les politiques de dépistage et d'isolement précédemment décrites.

Consignes pour la prise en charge des patients ERG+ et des patients contacts

- En service d'accueil des urgences 30
- En service carrefour (imagerie, bloc opératoire, endoscopie, consultation interne) 31
- En consultation externe 32

Rappel

Il est important pour toute prise en charge de patient de respecter les précautions « Standard ».

Dès le début de la prise en charge d'un patient pour lequel aucun renseignement quant à une colonisation à ERG n'est disponible, il convient de :

- interroger le patient sur son statut s'il le connaît (ERG+, patient contact),
- rechercher une notion d'hospitalisation préalable dans un service concerné par l'ERG.

(cf. le cas échéant la liste des services et EHPAD concernés par l'ERG si une telle liste existe).

Prise en charge pratique d'un patient ERG+ ou contact connu

- Mise en place de précautions « Contact »
- Le patient est accueilli séparément des autres patients (box individuel).
- Une barrière physique (paravent) doit être mise en place en cas d'absence de box individuels.
- Le personnel assurant la prise en charge de ce patient lui est totalement dédié, pendant toute la durée de la prise en charge (ne pas passer d'un patient à l'autre . . .).
- Désinfection des mains en recourant à l'usage des PHA.
- Le personnel porte une sur blouse et des gants non poudrés non stériles.
- Le matériel utilisé pour la prise en charge du patient lui est totalement dédié (tensiomètre, stéthoscope. . .) pendant toute la durée de la prise en charge ; puis décontaminé (détergent-désinfectant) après utilisation.
- Une filière spécifique « linge contaminé » est mise en place, (sac hydrosoluble), de même qu'une filière spécifique DASRI (déchets de soins, change complet. . .).
- La salle (ou le box) sera décontaminée avec un détergent-désinfectant en une seule décontamination après la sortie du patient.
- Si le patient est amené à utiliser les sanitaires, une désinfection doit être réalisée immédiatement après chaque utilisation avec un détergent-désinfectant ou un détergent simple suivi d'une désinfection à l'eau de javel. Friction PHA des mains du patient après passage aux toilettes.
- Transmettre l'information patient ERG+ ou patient contact : signalétique sur le dossier si patient ERG+, transmissions écrites du statut « patient Contact » si c'est le cas. Transmettre aussi cette information sur les demandes d'examen (patient ERG+ ou patient contact) afin que les services prestataires puissent appliquer des précautions spécifiques adaptées : décontamination de la salle d'examen et du matériel utilisé après le départ du patient.
- Pour les patients connus porteurs d'ERG ou pour les patients contacts, réaliser un écouvillonnage rectal chez le patient à la recherche d'ERG dès leur passage au SAU afin de connaître « au plus vite » leur statut et de pouvoir adapter (alléger si possible) les conditions d'hébergement ultérieures du patient dans l'établissement accueilli initialement en chambre seule et précautions « Contact ».

Modalités de prise en charge et de dépistage des autres patients

Si un patient contact connu est accueilli au SAU ou en UHCD selon les modalités ci-dessus :

- précautions « Standard » pour les autres patients présents,
- pas de dépistage.

Si un patient ayant été connu colonisé par un ERG+ et n'ayant pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois (« non excréteur ») est accueilli au SAU ou en UHCD selon les modalités ci-dessus :

- précautions « Standard » pour les autres patients présents,
- pas de dépistage car les autres patients présents ne sont pas considérés comme contacts.

Si un patient ayant été connu colonisé par un ERG+ et ayant un prélèvement positif dans les 3 derniers mois (« excréteur ») est accueilli au SAU ou en UHCD selon les modalités ci-dessus :

- précautions « Standard » pour les autres patients présents,
- seuls les patients contacts devant être hospitalisés ou transférés dans un autre établissement de santé doivent être dépistés (J0 - J8 - J15) et hospitalisés en chambre seule et précautions « Contact ».

Si un patient est découvert ERG+ lors de son passage au SAU ou en UHCD ou si un patient connu colonisé par un ERG est accueilli au SAU ou en UHCD mais sans précaution particulière :

- tous les patients pris en charge pendant la durée de passage du patient ERG+ et par la même équipe soignante sont considérés comme patient contact,

- établir une liste des patients contacts,
- les médecins traitant des patients contacts qui rentrent à domicile doivent être contactés et les patients doivent bénéficier de 3 prélèvements hebdomadaires consécutifs (J0 – J8 – J15) avant d'être déclarés négatifs,
- les patients contacts hospitalisés ou transférés dans un autre établissement de soins doivent être accueillis en chambre seule et précautions « Contact » probabilistes. Ils doivent bénéficier de 3 prélèvements hebdomadaires consécutifs (J0 – J8 – J15) avant d'être déclarés négatifs.

En service carrefour

(imagerie, bloc opératoire, endoscopie, consultation interne)

Les patients ERG positifs

Rappel

Un patient ERG positif peut et doit pouvoir bénéficier des plateaux techniques d'imagerie, de chirurgie et de consultations spécialisées lorsque son état de santé le nécessite.

Chaque patient ERG+ doit pouvoir être pris en charge dans le plateau technique approprié au geste dont il doit bénéficier.

Il faut préférer le déplacement au lit du malade lorsque l'examen ne nécessite pas de plateau technique particulier (certaine consultation interne notamment).

Gestion du patient ERG+

Le service d'origine doit prévenir le service carrefour du statut ERG+ du patient au moment de la prise de rendez-vous.

Un pictogramme spécifique (ou la signalétique habituelle BMR) sur le dossier et les demandes d'examen ou les courriers signale le statut ERG+ du patient.

Le patient ERG+ sera inscrit en fin de programme.

Ne pas faire attendre le patient en salle d'attente.

L'ensemble du personnel (anesthésistes, médecins, personnel paramédical, brancardiers, manipulateurs radio…) amené à prendre en charge le patient doit respecter les précautions « Contact » : surblouses à usage unique et gants à usage unique.

Il faut utiliser du matériel à usage unique autant que possible, ou sinon décontaminer le matériel qui a été utilisé avec un produit détergent-désinfectant.

Après contact avec le patient, les mains des personnels soignants seront désinfectées avec un PHA.

Après le départ du patient

Réaliser une simple décontamination des surfaces de travail avec un détergent-désinfectant.

Les murs n'ont pas besoin d'être décontaminés. Penser aux poignées de portes, poignées de tiroirs ouvertes par le soignant…

Il ne faut pas oublier de décontaminer le brancard ou le fauteuil de transport.

En cas d'intervention chirurgicale ou de geste technique

Le réveil et la surveillance post opératoire sont réalisés au sein de la salle d'intervention (pas de passage en SSPI).

En amont et en aval de l'intervention, si le patient doit être hébergé, il l'est dans le secteur de cohorting de l'établissement, ou à défaut dans le secteur de regroupement de l'établissement ou à défaut dans un service en chambre seule avec précautions « Contact ». Si son état justifie de recourir à une prise en charge spécifique dans un service disposant d'un plateau technique et de compétences spécifiques (Réanimation), alors il y sera hébergé le temps nécessaire.

Au total, et tenant compte des contraintes décrites ci-dessus, il convient au cas par cas de déterminer quel est le meilleur lieu pour réaliser l'intervention programmée d'un patient ERG+ (équipe chirurgicale, anesthésistes, cadres de bloc, EOHH,...).

Les patients contacts

Rappel

Un patient contact peut et doit pouvoir bénéficier des plateaux techniques d'imagerie, de chirurgie et de consultations spécialisées lorsque son état de santé le nécessite.

Chaque patient contact doit pouvoir être pris en charge dans le plateau technique approprié au geste dont il doit bénéficier.

Il faut préférer le déplacement au lit du malade lorsque l'examen ne nécessite pas de plateau technique particulier (certaine consultation interne notamment).

Gestion du patient contact

Le service d'origine doit prévenir le service carrefour du statut de contact du patient au moment de la prise de rendez-vous.

Dans l'ordre du programme, le patient contact sera inscrit après les patients non porteurs de Bactéries Multi-Résistantes (BMR), mais avant les patients porteurs de BMR, dont l'ERG.

Ne pas faire attendre le patient en salle d'attente.

L'ensemble du personnel (anesthésistes, médecins, personnel paramédical, brancardiers, manipulateurs radio…) amené à prendre en charge le patient doit respecter les précautions « Contact » probabilistes : surblouses à usage unique et gants à usage unique.

Il faut utiliser du matériel à usage unique autant que possible, ou sinon décontaminer le matériel qui a été utilisé avec un produit Détergent-Désinfectant.

Après contact avec le patient, les mains des personnels soignants seront désinfectées avec un PHA.

Après le départ du patient

Réaliser une simple décontamination des surfaces de travail avec un détergent-désinfectant.

Les murs n'ont pas besoin d'être décontaminés.

Il ne faut pas oublier de décontaminer le brancard ou le fauteuil de transport.

En cas d'intervention chirurgicale ou geste technique

Le réveil et la surveillance post opératoire sont réalisés idéalement au sein de la salle d'intervention. Mais si cela s'avère impossible par manque de temps ou de personnel ou parce que le programme opératoire est trop chargé, le patient contact pourra être pris en charge en SSPI. Il convient alors dans ce cas de prendre des mesures particulières au sein de la salle de SSPI :

le ou les patient(s) contact(s) doivent être regroupés dans une partie de la salle, de préférence à une extrémité.

Une barrière physique (paravent) doit être aménagée entre le ou les patients contacts et les autres patients uniquement dans le but d'éviter les fautes d'hygiène par précipitation ou oubli.

Il faut essayer dans la mesure du possible de leur dédier un seul membre de l'équipe de surveillance.

Le matériel de surveillance doit leur être dédié dans la mesure du possible, sinon une décontamination avec un détergent-désinfectant sera réalisée après chaque utilisation par un patient contact.

En consultation externe

Un patient ERG positif peut et doit pouvoir bénéficier de consultations externes lorsque son état de santé le nécessite. Quelques précautions simples sont à respecter :

- programmer la consultation en dernière position, en fin de matinée ou en fin d'après-midi. S'assurer que le patient ERG+ sera attendu et pourra être pris en charge dès son arrivée par le praticien, en évitant de passer par la salle d'attente.
- Il convient donc de faire tout son possible pour que le patient ERG positif ne soit pas amené à patienter dans la salle d'attente avec les autres patients (doit être pris en charge dès son arrivée). Si cela s'avère ponctuellement impossible (prise en charge d'une urgence qui oblige à décaler la prise en charge pourtant programmée du patient ERG+…), le patient ERG+ pourra patienter de préférence seul, hors de la salle d'attente (autre local …), après qu'il lui ait été proposée une friction des mains avec un Produit Hydro-Alcoolique.
- Le médecin consultant doit respecter les précautions « Contact » : port de gants et d'une surblouse, friction avec du PHA avant et après avoir examiné le patient.
- Les sondes d'échographie doivent être décontaminées avec un détergent-désinfectant.
- Le matériel médical (stéthoscopes…) doit être décontaminé avec un détergent-désinfectant.
- Les toilettes doivent être nettoyées avec un produit détergent-désinfectant ou un détergent simple suivi d'une désinfection à l'eau de Javel, après chaque utilisation par un patient ERG positif.
- Décontaminer le mobilier de la pièce de consultation avec un détergent-désinfectant (et de la salle où a, le cas échéant, attendu le patient) selon le protocole de l'établissement pour les BMR.
- Tout le matériel jetable qui a été en contact avec le patient doit être évacué par la filière DASRI.

Gestion des transferts

- **Généralités concernant les transferts** 33
- **Les transferts des patients ERG positifs**
  - Protocole de transfert des patients ERG+ « excréteur » 34
  - Protocole de transfert des patients ERG+ « non excréteur » 34
- **Les transferts des patients ERG contacts**
  - Protocole de transfert des patients contacts 35
- **Les transferts des patients issus de services concernés par l'ERG**
  - Les catégories de services concernés par l'ERG 36
  - Protocole de transfert 36
  - Conduite à tenir à l'admission d'un patient provenant d'un établissement concerné par l'ERG 38

Généralités concernant les transferts

Afin de limiter la dissémination d'une épidémie à ERG, il convient d'encadrer très rigoureusement les transferts des patients ERG+, des patients contacts et des patients provenant d'établissements ou de services concernés par l'ERG.

Les conduites à tenir concernant les transferts de patients sont détaillées dans les pages suivantes :

1/ les patients ERG positifs,
2/ les patients contacts,
3/ les patients issus d'établissements ou de services concernés par l'ERG.

Protocole de transfert des patients ERG+ « excréteur »

Rappel : un patient ERG+ ayant un dernier prélèvement positif datant de moins de 3 mois ne peut pas être transféré en court séjour ou en SSR, sauf dans un secteur de cohorting. Il peut toutefois être accueilli transitoirement dans un service de soins bénéficiant d'un plateau technique particulier (ex : réanimation…).

Retour d'un patient ERG positif « excréteur » à domicile, EHPAD et en unité de SLD.

Avant la sortie du patient :

- avertir l'Antenne Régionale d'Hygiène/le CCLIN, afin qu'ils puissent contacter les différents acteurs de soins et encadrer le transfert/la sortie.
- Notifier le statut ERG+ dans les courriers et documents de sortie/de transfert, et apposer le cas échéant une signalétique ou un pictogramme notifiant le statut du patient.
- Préciser les dates des différents prélèvements réalisés à la recherche d'ERG, ainsi que leurs résultats, afin de faciliter le suivi ultérieur d'une éventuelle décolonisation.
- Préciser si une recherche de SARM a été réalisée, son résultat et une éventuelle décolonisation.
- Informer les ambulanciers et leur donner des documents expliquant la conduite à tenir si de tels documents existent. A défaut, leur donner le protocole de prise en charge des patients ERG+ lors des transports sanitaires figurant dans cette synthèse.
- Informer le patient et sa famille sur l'application des règles d'hygiène de base et leur remettre les documents prévus à cet effet par l'établissement, l'Antenne Régionale ou le CCLIN.

Si il y a une personne malade à la maison dont le système de défense est affaibli, bien insister sur les règles d'hygiène à respecter.

Eviter les transferts le vendredi après midi du fait des difficultés à joindre les différents intervenants, et de la diminution du nombre de soignants le week-end et de la nécessité d'avoir un délai suffisant pour l'organisation dans le service (problème d'acheminement des médicaments,...).

Protocole de transfert des patients ERG+ « non excréteur »

Transfert d'un patient ERG+ reconnu colonisé par un ERG dès lors qu'il n'a pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois vers un établissement de santé de court ou de moyen séjour.

- Avertir le service receveur du statut ERG+ « non excréteur » du patient. S'assurer qu'il sera bien pris en charge en chambre seule avec des précautions « Contact ». Un prélèvement de contrôle sera réalisé à son entrée dans le service, à sa sortie et à un rythme mensuel si le patient reste hospitalisé plus d'un mois. Dans ce cas de figure, les autres patients hospitalisés dans le même service ne sont pas considérés comme patients contacts et il n'est donc pas nécessaire de les dépister.
- Avertir l'Antenne Régionale d'Hygiène/le CCLIN, afin qu'ils puissent encadrer le transfert.
- Notifier le statut ERG+ « non excréteur » dans les courriers et documents de transfert, et apposer le cas échéant une signalétique ou un pictogramme notifiant le statut du patient.
- Préciser les dates des différents prélèvements réalisés à la recherche d'ERG, ainsi que leurs résultats.
- Préciser si une recherche de SARM a été réalisée, son résultat et une éventuelle décolonisation.
- Informer les ambulanciers et leur donner des documents expliquant la conduite à tenir si de tels documents existent. A défaut, leur donner le protocole de prise en charge des patients ERG+ lors des transports sanitaires figurant dans cette synthèse.

Transfert d'un patient ERG+ reconnu colonisé par un ERG dès lors qu'il n'a pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois vers une unité de SLD ou un EHPAD.

- Avertir le service receveur du statut ERG+ « non excréteur » du patient. S'assurer qu'il sera bien pris en charge en chambre si possible avec des précautions « Standard ». Aucun prélèvement de contrôle n'est à réaliser, sauf en cas d'antibiothérapie.
- Avertir l'Antenne Régionale d'Hygiène/le CCLIN, afin qu'ils puissent encadrer le transfert.
- Notifier le statut ERG+ « non excréteur » dans les courriers et documents de transfert, et apposer le cas échéant une signalétique ou un pictogramme notifiant le statut du patient.
- Préciser les dates des différents prélèvements réalisés à la recherche d'ERG, ainsi que leurs résultats.
- Préciser si une recherche de SARM a été réalisée, son résultat et une éventuelle décolonisation.
- Informer les ambulanciers et leur donner des documents expliquant la conduite à tenir si de tels documents existent. A défaut, leur donner le protocole de prise en charge des patients ERG+ lors des transports sanitaires figurant dans cette synthèse.

Sortie à domicile d'un patient ERG+ reconnu colonisé par un ERG dès lors qu'il n'a pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois.

- Avertir le médecin traitant du statut ERG+ « non excréteur » de son patient dans le courrier de sortie.
- Avertir les autres professionnels de santé amenés à intervenir à domicile (infirmière, kinésithérapeute, aide-soignant…) et insister sur les précautions « Standard ».
- Avertir l'Antenne Régionale d'Hygiène/le CCLIN, afin qu'ils puissent encadrer la sortie.
- Préciser les dates des différents prélèvements réalisés à la recherche d'ERG, ainsi que leurs résultats.
- Préciser si une recherche de SARM a été réalisée, son résultat et une éventuelle décolonisation.
- Informer les ambulanciers et leur donner des documents expliquant la conduite à tenir si de tels documents existent. A défaut, leur donner le protocole de prise en charge des patients ERG+ lors des transports sanitaires figurant dans cette synthèse.

Fiches de liaison-transferts : patients ERG

Ces fiches sont présentées en annexe et disponibles sur le CD-Rom en version personnalisable

Feuille de liaison pour la sortie et/ou le transfert d'un patient ERG positif - *Réf : liaison02.doc*

Retour à domicile d'un patient ERG positif : fiche destinée au personnel soignant. - *Réf : Retour02 .doc*

Le transfert des patients contacts

Protocole de transfert des patients contacts

Rappel : les transferts des patients contact sont à limiter.

Transfert d'un patient contact vers un établissement de santé

- Avertir le service receveur du statut de contact du patient.
- S'assurer qu'il sera bien pris en charge en chambre seule avec des précautions « Contact » et que ces précautions seront maintenues jusqu'à obtention des 3 résultats négatifs de dépistage réalisés à une semaine d'intervalle. L'établissement d'accueil devra poursuivre la campagne de prélèvement à la recherche d'ERG (prélèvement rectal hebdomadaire) jusqu'à ce qu'un total de trois prélèvements négatifs à une semaine d'intervalle ait été obtenu. Les précautions « Contact » seront levées si tous les prélèvements sont négatifs.
- Avertir l'Antenne Régionale d'Hygiène/le CCLIN, afin qu'ils puissent encadrer le transfert.
- Notifier le statut de contact dans les courriers et documents de transfert.
- Préciser les dates des prélèvements déjà réalisés et ceux restant à faire.
- Informer les ambulanciers et leur donner des documents expliquant la conduite à tenir si de tels documents existent. A défaut, leur donner le protocole de prise en charge des patients ERG+ et/ou contact lors des transports sanitaires figurant dans cette synthèse.

Transfert d'un patient contact à domicile

- Avertir le médecin traitant du statut de contact de son patient dans le courrier de sortie.
- Préciser les dates des prélèvements déjà réalisés ainsi que ceux restants à faire.
- Une ordonnance pour la poursuite des 3 dépistages (J1, J8, J15) est faite par le médecin hospitalier. Le médecin traitant recevra également les résultats.
- Avertir les autres professionnels de santé amenés à intervenir à domicile (infirmière, kinésithérapeute, aide-soignant…). Insister sur les précautions « Standard ».
- Avertir l'Antenne Régionale d'Hygiène/le CCLIN, afin qu'ils puissent encadrer la sortie.
- Informer les ambulanciers et leur donner des documents expliquant la conduite à tenir si de tels documents existent. A défaut, leur donner le protocole de prise en charge des patients ERG+ et/ou contact lors des transports sanitaires figurant dans cette synthèse.

Fiches de liaison-transferts : patients contacts

Ces fiches sont présentées en annexe et disponibles sur le CD-Rom en version personnalisable

Feuille de liaison pour la sortie et/ou le transfert d'un patient contatct - *Réf : liaison03 .doc*

Retour à domicile d'un patient contact : fiche destinée au personnel soignant. - *Réf : Retour03 .doc*

Les catégories de services concernés par l'ERG

Afin de lutter contre la dissémination de l'épidémie, il est recommandé d'établir une liste répertoriant les services et les EHPAD concernés par l'ERG, de la remettre à jour toutes les semaines et de la diffuser à l'ensemble des EOH, cadres de santé et chefs de service des établissements de la région.

Sur cette liste seront distingués 3 catégories d'établissements ou de services :

Les services à haut risque

Un service « à haut risque ERG » accueille ou a accueilli au cours des 2 dernières semaines un ou plusieurs patients ERG+ ayant un prélèvement positif datant de moins de 3 mois, que ces patients ERG+ aient été découverts dans le service ou qu'ils aient simplement transité ou séjourné dans ce service.

Les patients en provenance de ces services ou ayant été hospitalisés dans ces services dans les 3 derniers mois sont donc susceptibles d'être patients contacts. Ils doivent être mis en précautions « Contact » probabilistes pendant 15 jours, et être dépistés à J1, J8 et J15 ; si ces prélèvements s'avèrent négatifs, les précautions « Contact » peuvent être levées et aucun autre prélèvement n'est à envisager.

Les services à risque

Un service « à risque ERG » accueille ou a accueilli au cours des 3 derniers mois (mais pas au cours des 2 dernières semaines) un ou plusieurs patients ERG+ ayant un prélèvement positif datant de moins de 3 mois, que ces patients ERG+ aient été découverts dans le service ou qu'ils aient simplement transité ou séjourné dans ce service.

Les patients provenant de ces services ou ayant été hospitalisés dans ces services au cours des 3 derniers mois doivent être mis en précautions « Contact » probabilistes à l'admission, et être dépistés dés leur admission. Si ce prélèvement s'avère négatif, les précautions « Contact » peuvent être levées et aucun autre prélèvement n'est à envisager.

Les EHPAD

Ces établissements sont des foyers pour personnes âgées ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes accueillant un ou plusieurs patients connus ERG+ ayant un prélèvement positif datant de moins de 3 mois. Il est rappelé que les personnes qui y résident sont considérées comme étant à domicile.

Les patients provenant de ces établissements doivent être mis en précautions « Contact » probabilistes pendant les 48 premières heures suivant leur admission, et être dépistés dès leur admission. Si ce prélèvement s'avère négatif, les précautions « Contact » peuvent être levées et aucun autre prélèvement n'est à envisager.

Protocole de transfert

Concernant le transfert d'un de vos patients si vous êtes un service concerné par l'ERG :

- vous réalisez un prélèvement le jour de la sortie du patient.
- Vous devez informer le service d'accueil de la réalisation de ce prélèvement et de la nécessité de sa mise en précautions « Contact » en attendant les résultats.
- Vous devez par ailleurs prévenir le service d'accueil du résultat du prélèvement de sortie dès que vous le connaissez.

Concernant les patients transférés vers votre service et issus d'un de ces services à risque ou ayant séjourné récemment dans un service à risque :

- ils sont dépistés (écouvillonnage rectal) le jour de leur sortie dans l'établissement d'amont.
- Le service d'amont doit prévenir votre service que ce prélèvement a été réalisé, dans les transmissions téléphoniques et écrites. Vous devez par ailleurs vous assurer que cela a effectivement été réalisé. Dès lors, aucun prélèvement d'entrée n'est nécessaire. Si tel n'est pas le cas, vous devez prélever le patient dès son arrivée dans votre service.
- Ils sont placés en précautions « Contact » probabilistes, si possible en chambre seule, à défaut en chambre double avec un paravent entre deux patients (isolement probabiliste technique).
- Le service d'amont vous prévient dès qu'il a connaissance des résultats ou à défaut, votre service téléphone au service d'amont 3 jours après l'arrivée du patient.
- Si le prélèvement est négatif, les précautions « Contact » sont levées, le patient entre dans le circuit normal des soins.
- Si le prélèvement est positif, le service d'hygiène hospitalière de votre établissement doit être immédiatement prévenu et vous indique la démarche à suivre.

- Lorsqu'un patient est admis dans votre service, il convient de vérifier s'il est transféré d'un de ces services/établissements à risque ou à haut risque ou s'il a récemment (au cours des 3 derniers mois) séjourné dans un de ces services.

Si tel est le cas, il convient :

1) de s'assurer que ce patient n'a jamais été identifié comme étant lui-même colonisé par un ERG (si tel est le cas ; cf. procédure spécifique de prise en charge : cohorting, à défaut regroupement géographique, à défaut chambre seule et précautions « Contact »,. . .).

2) Si tel n'est pas le cas, de s'assurer que ce patient n'est pas considéré comme patient contact d'un patient ERG+ et qu'une recherche d'une éventuelle colonisation digestive à ERG par trois prélèvements successifs à une semaine d'intervalle n'est pas en cours et à poursuivre (si tel est le cas ; cf. procédure spécifique de prise en charge : précautions « Contact »+ chambre seule maintenue jusqu'à l'obtention du résultat du dépistage J15,...).

3) Si tel n'est pas le cas, de s'assurer qu'un écouvillonnage rectal, à la recherche d'une colonisation digestive par un ERG, a bien été réalisé par le service concerné lors de la sortie du patient :

3.1) le patient est sorti d'un des services de la liste des établissements « concernés par l'Entérocoque Résistant aux Glycopeptides (ERG) » quelques jours avant d'être admis dans votre service et le prélèvement de sortie a été réalisé et vous disposez du résultat qui est négatif :
=> **Application des précautions « Standard ».**

3.2) Le patient est sorti d'un des services de la liste des établissements « concernés par l'Entérocoque Résistant aux Glycopeptides (ERG) » quelques jours avant d'être admis dans votre service et le prélèvement de sortie a été réalisé mais vous ne disposez pas du résultat.

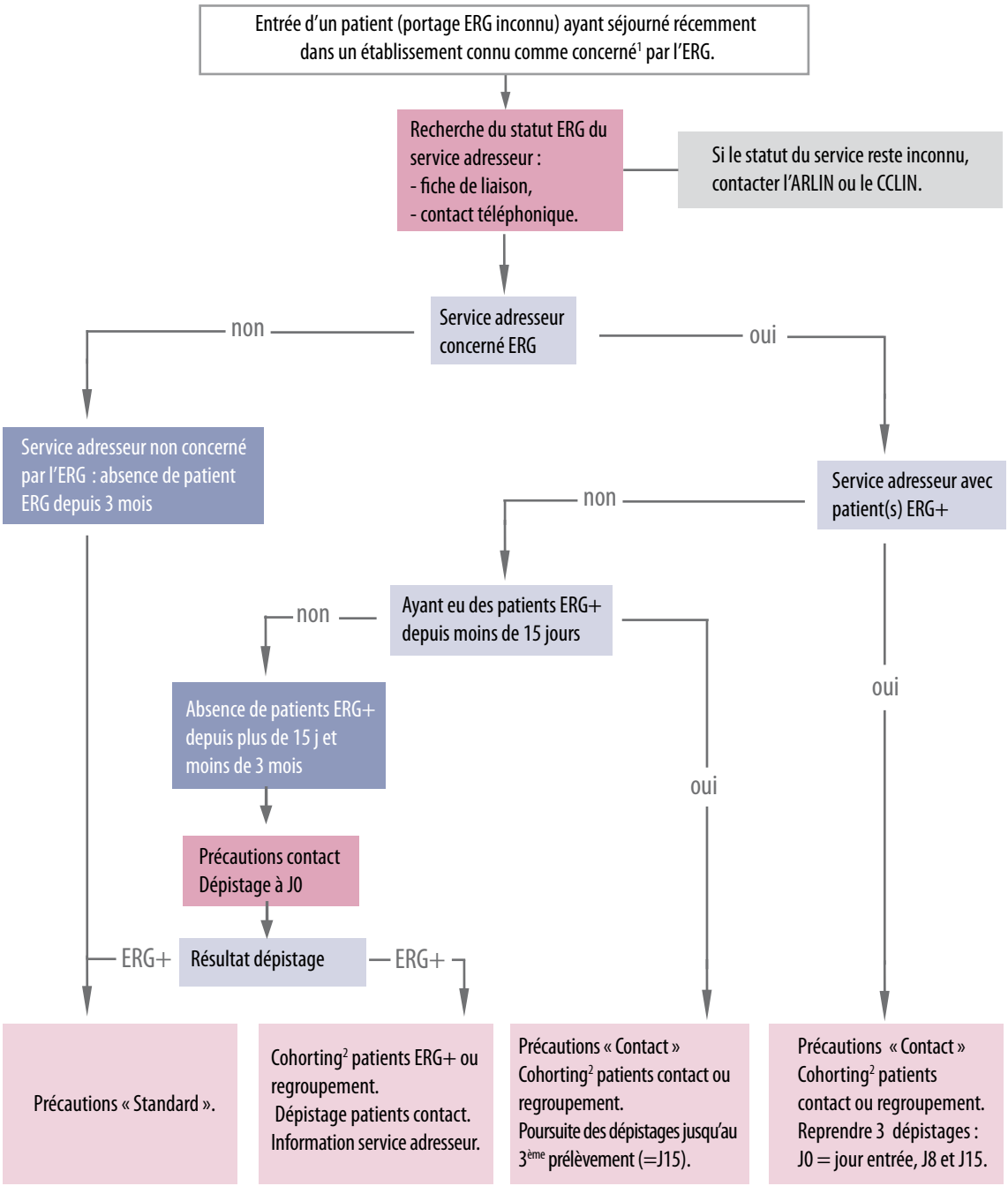
ou le patient est transféré directement d'un des services de la liste des établissements « concernés par l'Entérocoque Résistant aux Glycopeptides (ERG) » et le prélèvement de sortie a été réalisé mais vous ne disposez pas encore du résultat :

=> **accueil du patient en instaurant des précautions « Contact », si possible en chambre seule ; maintien de ces précautions jusqu'à ce que vous puissiez récupérer le résultat du prélèvement de sortie.**

3.3) Le patient est sorti d'un des services de la liste des établissements « concernés par l'Entérocoque Résistant aux Glycopeptides (ERG) » mais le prélèvement de sortie n'a pas été réalisé :

=> **accueil du patient en instaurant des précautions « Contact », si possible en chambre seule ; réalisation d'un écouvillonnage rectal à l'admission à la recherche d'une colonisation digestive par un ERG** ; maintien de ces précautions jusqu'à ce que vous disposiez du résultat de ce prélèvement d'entrée.

Conduite à tenir à l'admission d'un patient provenant d'un établissement concerné par l'ERG



1 : un service est dit « concerné par l'ERG » si des patients ERG+ sont présents ou l'ont été dans les 3 mois précédents.
2 : Cohorting : secteur de soin auquel les soignants sont dédiés.

Gestion de l'épidémie

- Gestion et diffusion de l'information 40
- Gestion épidémiologique de l'épidémie 42

Fiche d'information pour les soignants prenant en charge des patients ERG+

Qu'est-ce-que l'ERG ?

L'Entérocoque Résistant aux Glycopeptides = ERG (encore appelé Entérocoque résistant à la Vancomycine = ERV) est une bactérie résistante aux antibiotiques.
Elle est peu pathogène, et elle est responsable de colonisations plutôt que de réelles infections.
Elle se propage très rapidement par manuportage en milieu hospitalier notamment.
Il y a un risque grave de transmission de la résistance à d'autres bactéries, comme le staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM).

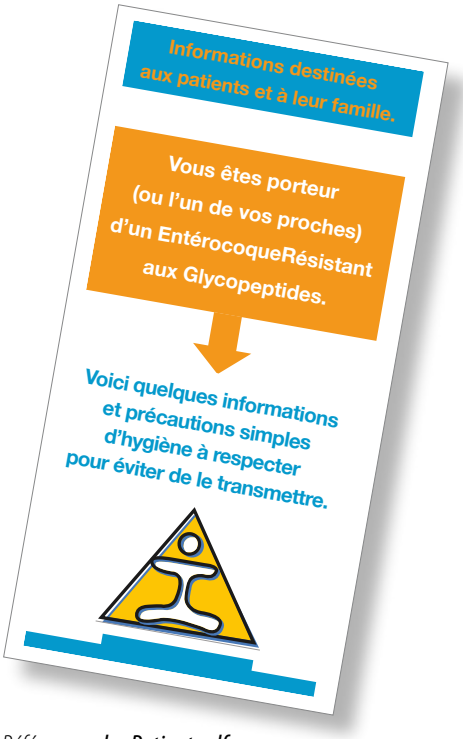
En pratique

- Accueillir le patient en chambre seule. S'il y a plusieurs patients ERG positifs, ils peuvent partager des chambres doubles.
- Regrouper les patients ERG positifs dans un même secteur géographique du service et dans des chambres contigües.
- Prise en charge des patients ERG positifs par une même équipe soignante autant que possible.
- Mettre en place des précautions particulières, en plus des précautions « Standard » : les précautions « Contact » (surblouses à usage unique et gants à usage unique). Pas besoin de masques, ni de surchaussures car le portage est uniquement digestif.
- Bien se désinfecter les mains avec les produits hydro-alcooliques (à défaut, bien se laver les mains au minimum 1 minute avec le savon antiseptique = lavage hygiénique des mains ou type 2).
- Décontaminer le matériel qui sort de la chambre avec un détergent-désinfectant de surface. L'eau de Javel reste bien sûr efficace.
- Faire un bionettoyage quotidien de l'environnement proche du patient infecté/colonisé selon les procédures habituelles de l'établissement de santé.
- L'entretien des sanitaires doit être réalisé au moins une fois par jour avec un détergent-désinfectant ou un détergent simple suivi d'une désinfection à l'eau de Javel. Lors de partage de sanitaires communs, cette procédure sera renouvelée à chaque utilisation par un patient ERG+.
- A la sortie du patient, réaliser une seule décontamination avec un détergent-désinfectant de surface. Cependant si un protocole propre à l'établissement est déjà établi (et recommande la réalisation d'une double décontamination), il peut être suivi.

Fiche d'information destinée aux patients contacts

Madame, Monsieur,
Au cours de votre séjour à l'hôpital, vous avez peut être été directement ou indirectement en contact avec un autre patient chez qui nous avons mis en évidence un « portage » (= présence dans le tube digestif) d'entérocoque résistant à certains antibiotiques : les glycopeptides (Vancomycine et Teicoplanine). Ces bactéries sont appelées ERV ou ERG.
Ces bactéries ne provoquent habituellement pas d'infection (ce type de portage ne représente donc pas de réel danger pour le patient).
Mais ces bactéries ont la capacité de se propager facilement (passage d'un patient à l'autre) raison pour laquelle les soignants qui vous ont pris en charge adoptent des mesures particulières pour éviter cette propagation : lavage des mains +++, port de surblouses et de gants,...
Et si ces bactéries se propagent de façon importante on craint que la résistance aux antibiotiques dont elles sont porteuses puisse se transmettre à d'autres bactéries.
Vous avez donc été directement ou indirectement en contact avec un patient porteur de cette bactérie et, malgré les mesures prises durant votre hospitalisation pour l'éviter, nous ne pouvons affirmer que vous n'avez pas été vous-même colonisé.
S'il s'avérait que vous êtes vous-même porteur de cette bactérie, nous vous rappelons que cela n'aurait aucune conséquence sur votre état de santé, mais vous pourriez, si vous deviez à nouveau être hospitalisé, la transmettre directement ou indirectement à d'autres patients.
Afin d'éliminer cette éventualité, il paraît important de s'assurer que vous n'êtes pas porteur, en réalisant trois recherches successives de cette bactérie dans votre tube digestif. Ceci consiste simplement à réaliser un écouvillonnage rectal toutes les semaines 3 fois de suite. C'est une technique simple et indolore, identique à la prise de la température rectale. Ces prélèvements seront réalisés par une infirmière ou une aide-soignante, mais vous pouvez tout à fait les faire vous-même. De même, vous restez bien sur libre de refuser la réalisation de cet examen.
Ces prélèvements ont été débutés au cours de votre hospitalisation et doivent être poursuivis après votre sortie, jusqu'à ce qu'on dispose d'un total de 3 prélèvements successifs (les prélèvements déjà réalisés à l'hôpital étant comptés).
Pour cela, le médecin qui vous a suivi pendant votre séjour vous a remis une ordonnance à votre sortie.
Si vous avez des questions, l'équipe soignante est à votre disposition.

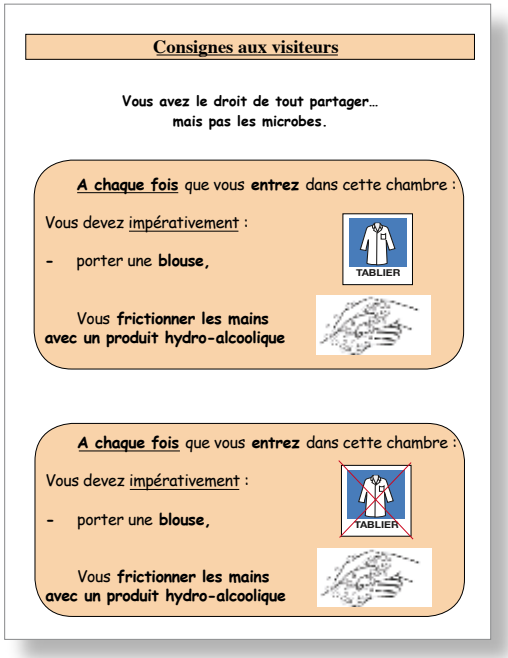
Ces fiches sont disponibles sur le CD-Rom sous la référence : *infoPatients.pdf et infoProfs.pdf*



Référence : *plaqPatient.pdf*

Référence : *plaqProf.pdf*

Ces 2 plaquettes sont disponibles au format .pdf sur le CD-Rom



Cette affiche est disponible au format .pdf sur le CD-Rom sous la référence : *affiche.pdf*

Suivi et Traçabilité

Compléter le tableau fourni par l'InVS dès qu'un nouveau cas est découvert et dès que le statut d'un cas connu change.

Lorsqu'un patient ERG positif décède, il faut systématiquement réaliser une étude d'imputabilité.

Ajouter systématiquement en bas du courrier de sortie d'un patient ERG+ un texte indiquant son statut et les modalités de prise en charge.

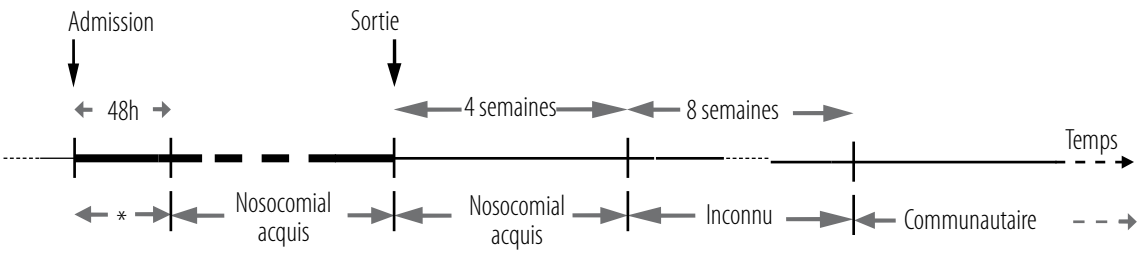
Ajouter systématiquement en bas du courrier de sortie d'un patient contact un texte indiquant son statut et les modalités de prise en charge.

L'EOH de l'établissement établit la liste des patients contacts de chaque nouveau cas, afin de les dépister et de les isoler en cas de réadmission.

L'EOH de l'établissement établit la liste des patients infectés ou colonisés, afin d'identifier les réadmissions des patients porteurs connus et les isoler.

Signaler systématiquement et sans délai au C-CLIN et à la DDASS tout cas identifié ou tout groupe de cas d'infection ou de colonisation à ERG, au titre d'une résistance « rare ou particulière ».

InVS																		
	Patient						Première identification ERV							Suivi				
n°	Nom (3 1ère lettres)	Prénom (initiales)	Sexe H/F	Age (années)	Date d'admission	Mode d'admission	Date	Circonstance	Service	hospitalisation 6 mois	Si oui, nom de l'ES	Hospitalisation au CHU Nancy depuis	Si oui , détailler le(s) service(s)	Date Statut	Statut (H, S, D)	Si H, service actuel	Si D imputable O/N	Si S, vers où
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
...																		



(*) : *- Nosocomial importé si le patient était hospitalisé dans les 4 semaines avant son admission.*

- Origine inconnue si le patient était hospitalisé entre 5 et 12 semaines avant son admission.

- Communautaire si le patient n'était pas hospitalisé dans les 12 semaines avant son admission.

***Ce tableau est disponible sur le CD-Rom en version personnalisable - Référence :** tabInVS.xls*

Cas particuliers

- Les patients ERG+ en rééducation et/ou réadaptation 44
- La colonisation par le SARM chez les patients ERG+ 46
- Les transports sanitaires des patients ERG+ 47
- Prise en charge des patients ERG+ lors des décès 48
- Dans les services d'hémodialyse 49
- Antibiothérapie chez un patient ERG+ ou « négativé » 53
- Place des probiotiques 54

Protocole de prise en charge des patients ERG+ en rééducation et/ou réadaptation (SSR)

Dans tous les cas, favoriser la rééducation à domicile.

Si un patient doit bénéficier de rééducation sur le plateau technique et qu'il est le seul patient ERG+, il convient alors de privilégier les séances individuelles en fin de programme.

Le cohorting est possible

- Le ou les patients ERG+ sont accueillis séparément des autres patients, en fin de plage horaire.
- Le personnel leur est totalement dédié.
- Le personnel porte une surblouse, ou une tenue spécifique et des gants non poudrés non stériles.
- Le matériel leur est totalement dédié.
- Les patients se frictionnent les mains avec du PHA avant la séance.
- Les patients se frictionnent les mains avec du PHA en fin de séance.
- Si les patients ERG+ sont amenés à utiliser les sanitaires publics, une désinfection doit être réalisée immédiatement après chaque utilisation, avec un produit détergent-désinfectant, ou un détergent simple suivi d'une désinfection à l'eau de Javel.
- A la fin de la séance, la salle et le matériel seront décontaminés avec un détergent-désinfectant en une seule décontamination. Il faut désinfecter soigneusement les surfaces touchées par le patient et le soignant ayant pris en charge ce patient.
- La balnéothérapie ne doit pas être pratiquée chez les patients ERG+.
- Les autres précautions (« Gouttelette » ou « Air ») doivent aussi être appliquées en cas de nécessité.

Le cohorting n'est pas possible

Patients ERG+ « excréteur » (ayant un dernier prélèvement positif datant de moins de 3 mois).

- Le ou les patients ERG+ « excréteur » sont accueillis avec d'autres patients pendant une même séance. Ces autres patients sont donc patients contacts et doivent être dépistés comme suit :
  - s'ils viennent en séance de rééducation en externe, un dépistage sera réalisé lors de leur dernière séance de rééducation ou lors de la dernière séance de rééducation du patient ERG+.
  - S'ils viennent en séance de rééducation en étant hospitalisés, un dépistage sera réalisé dans leur secteur d'hospitalisation, à un rythme bimensuel.
- Les patients ERG+ doivent être regroupés dans une partie de la salle.
- Une barrière physique (paravent) doit être aménagée entre les cas et les contacts uniquement dans le but d'éviter les fautes d'hygiène par précipitation ou oubli.
- Il faut essayer dans la mesure du possible de leur dédier un seul membre de l'équipe de rééducation pendant une même séance.
- Le matériel doit être dédié dans la mesure du possible, sinon une décontamination très soigneuse avec un détergent-désinfectant sera réalisée après chaque utilisation par un patient ERG+.
- Si les patients ERG+ sont amenés à utiliser les sanitaires publics, une désinfection doit être réalisée immédiatement après chaque utilisation, avec un produit détergent-désinfectant, ou un détergent simple suivi d'une désinfection à l'eau de Javel.
- Tous les patients (ERG+ ou non) se frictionnent les mains avec du PHA avant et après la séance.
- Les autres précautions (« Gouttelette » ou « Air ») doivent aussi être appliquées en cas de nécessité.

Les médecins traitants ou services d'accueil des patients contact devront être prévenus afin de poursuivre les prélèvements (J1-J8-J15 après le dernier contage).

De même, en cas d'hospitalisation, les patients contact seront accueillis en précautions « Contact » jusqu'à obtention des 3 prélèvements négatifs après le dernier contage.

Patients ERG+ reconnu colonisé par un ERG dès lors qu'il n'a pas présenté de prélèvement positif au cours des 3 derniers mois.

- Le ou les patients ERG + sont accueillis avec d'autres patients pendant une même séance.
- Il est recommandé de dépister à un rythme mensuel ces patients tant qu'ils bénéficient des séances de rééducation.
- Ces autres patients ne sont pas considérés comme patients contacts et ne doivent donc pas être dépistés.

- Les patients ERG+ doivent être regroupés dans une partie de la salle.
- Une barrière physique (paravent) doit être aménagée entre les patients ERG+ et les autres patients uniquement dans le but d'éviter les fautes d'hygiène par précipitation ou oubli.
- Il faut essayer dans la mesure du possible de leur dédier un seul membre de l'équipe de rééducation pendant une même séance.
- Le matériel doit être dédié dans la mesure du possible, sinon une décontamination très soigneuse avec un détergent-désinfectant sera réalisée après chaque utilisation par un patient ERG+.
- Si les patients ERG+ sont amenés à utiliser les sanitaires publics, une désinfection doit être réalisée immédiatement après chaque utilisation, avec un produit détergent-désinfectant, ou un détergent simple suivi d'une désinfection à l'eau de Javel.
- Tous les patients (ERG+ ou non) se frictionnent les mains avec du PHA avant et après la séance.
- Les autres précautions (« Gouttelette » ou « Air ») doivent aussi être appliquées en cas de nécessité.

La colonisation par le SARM chez les patients ERG+

Les enjeux

Le portage chronique nasal et/ou périnéal de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) est fréquent en France, particulièrement chez les patients présentant des facteurs de risque de colonisation à l'ERG.

La colonisation simultanée chez un même patient par l'ERG et le SARM expose à un risque majeur : l'apparition de SARM résistants aux glycopeptides par transfert de résistance de type van A de l'ERG vers le SARM (cette possibilité de transfert n'a pas été prouvée dans la littérature avec les van B, mais la question peut se poser car le support de la résistance du van B, le plus souvent chromosomique, peut également être plasmidique).

La décolonisation de l'ERG est actuellement non recommandée (car il n'existe pas de méthode ayant prouvé son efficience).

La décolonisation du SARM reste donc le moyen de limiter le risque de transmission et d'éviter l'apparition de SARM résistants aux glycopeptides.

C'est pourquoi le dépistage de SARM doit être systématique chez tous les patients ERG positifs.

La procédure de dépistage

Où prélever ?

- ⇨ **Les 2 narines antérieures.**
- ⇨ **Le périnée.**
- ⇨ **Sites avec perte d'intégrité de la peau tels que les plaies.**

Comment prélever ?

- ⇨ **Au niveau du périnée et des plaies :**
  avec un écouvillon sec,
  réaliser plusieurs passages de l'écouvillon sur le site.
- ⇨ **Au niveau des narines :**
  avec un écouvillon sec ou humidifié avec du sérum physiologique si les narines sont sèches,
  insérer l'écouvillon dans la narine antérieure sur 1 cm,
  puis effectuer 5 rotations complètes de l'écouvillon,
  l'opération est répétée dans l'autre narine.

Les écouvillons se conservent à température ambiante, au maximum 24 heures.

La procédure de décolonisation

Application intranasale de Mupirocine pendant 5 jours.

Appliquer une noisette de Mupirocine (Bactroban®) sur la surface interne de chaque narine 2 à 3 fois par jour.

Masser la narine (par voie externe) pour bien répartir la pommade sur la muqueuse nasale.

Toilette corporelle avec un savon antiseptique pendant 5 jours.

Réaliser une douche/bain quotidien du corps entier (y compris des cheveux) avec un savon antiseptique (par exemple savon à base de gluconate de chlorhexidine à 4% : Hibiscrub®).

Changer les draps, tenues du patient et serviettes après chaque toilette [+/- application de Mupirocine au niveau des plaies colonisées à SARM].

Remarques :

le Bactroban est désormais disponible en pharmacie de ville depuis mars 2007 sur simple ordonnance médicale au prix de 6,11 Euros par tube.

Si vous avez notion d'une résistance à la Mupirocine, il convient de prendre un avis spécialisé auprès d'un infectiologue.

Contrôle de l'efficacité de décolonisation

Le contrôle de l'efficacité de la décolonisation est indispensable.

Il faut réaliser 2 prélèvements successifs 48 heures et 96 heures après la fin de la procédure de décolonisation.

Au niveau de tous les sites positifs connus et des autres sites potentiels.

Si ces deux prélèvements sont négatifs, le patient est considéré comme décolonisé.

Si la 1re décolonisation a échoué, il faut renouveler la procédure entièrement.

Le protocole de décolonisation ne doit pas être répété plus de 2 fois de suite chez un même patient.

Si 2 décolonisations effectuées rigoureusement selon la procédure échouent, ne pas entreprendre de 3e procédure et prendre un avis spécialisé auprès d'un infectiologue.

Rythme des dépistages

Chez les patients ERG+ sans antécédent de colonisation à SARM :

hebdomadaire en court séjour, mensuel en moyen séjour, bimestriel en unité de SLD, EPHAD et à domicile.

Chez les patients ERG+ avec antécédents de colonisation à SARM et succès de décolonisation antérieure :

hebdomadaire en court et moyen séjour, mensuel en unité de SLD, EPHAD et à domicile.

Chez les patients ERG+ avec antécédents de colonisation à SARM et échec de décolonisation antérieure :

prendre un avis spécialisé auprès d'un infectiologue.

Les transports sanitaires des patients ERG

Protocole de prise en charge

Pré-requis

Le patient doit être propre et porter des vêtements enveloppants (sous-vêtements couvrants, protection anatomique en cas d'incontinence).

En ambulance

Installation du patient

- Le patient se frictionne les mains au PHA.
- L'ambulancier :
  - protège le brancard et la couverture de l'ambulance avec une alèse par patient.
  - Installe le patient.
  - Se frictionne les mains avec un produit hydro-alcoolique après l'installation du patient.

Si le patient se souille en cours de transport, l'ambulancier met :

- *une surblouse à usage unique,*
- *des gants non stériles.*

A la fin de la prise en charge du patient

- L'ambulancier :
  - change systématiquement l'alèse ;
  - évacue l'alèse utilisée dans un sac plastique fermé (à usage unique) en attente de traitement du linge ;
  - désinfecte le brancard et les surfaces en contact avec le patient avec un détergent-désinfectant ;
  - le cas échéant, retire et évacue la tenue de protection (gants et surblouse) ;
  - se frictionne les mains avec un produit hydro-alcoolique.

En transport assis personnalisé

Installation du patient

- Le patient se frictionne les mains au PHA.
- L'ambulancier :
  - protège le siège du véhicule avec une alèse à patient unique.
  - Installe le patient ;
  - se frictionne les mains avec un produit hydro-alcoolique après l'installation du patient.

Si le patient se souille en cours de transport, l'ambulancier met :

- *une surblouse à usage unique,*
- *des gants non stériles.*

A la fin de la prise en charge du patient

- L'ambulancier :
  - change systématiquement l'alèse ;
  - évacue l'alèse utilisée dans un sac plastique fermé (à usage unique) en attente de traitement du linge ;
  - désinfecte les surfaces en contact avec le patient avec un détergent-désinfectant ;
  - le cas échéant, retire et évacue la tenue de protection (gants et surblouse) ;
  - se frictionne les mains avec un produit hydro-alcoolique.

En taxi

- Le patient se frictionne les mains avec un produit hydro-alcoolique en quittant son domicile ou l'établissement de soins.
- Le conducteur se frictionne les mains avec un produit hydro-alcoolique avant de quitter le patient.

La gestion des personnes décédées avec antécédents de colonisation à ERG

Dans le service

- Toilette mortuaire selon le protocole habituel de l'établissement, avec précautions « Contact » : port de gants à usage unique et surblouses, friction des mains de la ou des personnes qui réalise(nt) cette toilette avec les produits hydro-alcooliques avant et après le geste.
- Les dispositifs médicaux implantés comportant des piles doivent être retirés des corps des défunts, en respectant les précautions « Contact » : port de gants à usage unique et surblouses, friction avec les produits hydro-alcooliques avant et après le geste.
- L'utilisation d'une housse spéciale blanche biodégradable pour envelopper le corps n'est pas nécessaire.

A la morgue et dans les salons funéraires

- Le personnel des opérateurs funéraires doit prendre les mesures élémentaires habituelles d'hygiène, complétées par quelques précautions supplémentaires : port des gants à usage unique, port d'une surblouse à usage unique, et friction avec les produits hydro-alcooliques avant et après manipulation du corps.
- La mise en bière immédiate n'est pas nécessaire.
- L'utilisation des cercueils hermétiques n'est pas nécessaire.
- La pratique de la thanatopraxie est autorisée si le personnel des opérateurs funéraires prend les mesures élémentaires habituelles d'hygiène, complétées par quelques précautions supplémentaires : port des gants à usage unique, port d'une surblouse à usage unique, et friction avec les produits hydro-alcooliques avant et après manipulation du corps.

La gestion des visites des familles

- Il est déconseillé aux visiteurs de toucher le corps du défunt. Pour autant, le port de gants et de surblouses n'est pas conseillé dans ce contexte.
- Il est recommandé de mettre à disposition des visiteurs des produits hydro-alcooliques à la sortie du salon funéraire.

Dans les services d'hémodialyse

Préalables

Les patients hémodialysés sont particulièrement à risque de colonisation par l'ERG parce qu'ils constituent une population fragile, présentant de nombreuses co-morbidités, en contact régulier et fréquent avec le milieu hospitalier et soumise à une pression antibiotique forte.

En accord avec les recommandations du CTINILS du 06 octobre 2005, reprises par la DGS et la DHOS le 06 décembre 2006, trois secteurs de prise en charge des hémodialysés peuvent être créés pour prendre correctement en charge les patients ERG positifs, les patients contacts et les patients ERG négatifs.

Si cette recommandation peut être appliquée, même si ce n'est pas sans difficulté, dans les centres de dialyse disposant d'un nombre important de postes de dialyse, elle semble difficile voire impossible à mettre en œuvre dans les centres les plus petits.

Pour cette raison, nous avons voulu considérer deux cas de figure :

- la prise en charge d'un ou plusieurs patients ERG+ en hémodialyse dans un centre de dialyse qui peut cohorter.
- La prise en charge d'un ou plusieurs patients ERG+ en hémodialyse dans un centre de dialyse qui ne peut pas cohorter.

Découverte et/ou prise en charge d'un ou plusieurs patients ERG+ dans un secteur d'hémodialyse qui peut cohorter

Préalable

En accord avec les recommandations du CTINILS du 06 octobre 2005, reprises par la DGS et la DHOS le 06 décembre 2006, il est possible d'envisager et d'organiser le secteur d'hémodialyse « chronique » en trois secteurs : un pour les patients ERG+, un pour les patients contacts et un pour les patients négatifs.

Organisation

Le service d'hémodialyse qui cohorte peut s'organiser selon 2 modes opératoires :

- soit toute une plage de dialyse est réservée exclusivement aux patients ERG+, une autre aux patients contacts et une dernière aux patients indemnes ;
- soit, sur une même plage de dialyse, sont accueillis des patients ERG+, des patients contacts et des patients indemnes, mais avec pour chaque, une équipe et des locaux entièrement dédiés.

Organisation et accueil de patients ERG+ dans un secteur d'hémodialyse qui peut cohorter

Les patients ERG positifs

Les patients ERG+ sont pris en charge dans un secteur d'hémodialyse dédié, dans le respect des précautions « Standard » mais avec un personnel soignant dédié. Un prélèvement de contrôle est réalisé toutes les 2 semaines.

Si 6 prélèvements consécutifs se révèlent négatifs (soit pendant 3 mois), les patients ERG+ sont considérés comme « non excréteur » et peuvent être hémodialysés dans le secteur des patients contacts.

Si l'état clinique d'un patient dialysé dans le secteur dédié ERG+ justifie une antibiothérapie réputée sélectionnant les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), et qu'au moins un prélèvement de contrôle réalisé avant l'instauration de cette antibiothérapie s'est révélé négatif, et qu'un prélèvement réalisé entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie est lui aussi négatif, alors ce patient pourra être hémodialysé dans le secteur des patients contacts.

Les patients « non excréteur »

Ils sont pris en charge dans le secteur des patients contacts, avec respect des précautions « Standard ».

Pour ces patients, les dépistages de contrôle sont maintenus à un rythme de un tous les 15 jours.

Si l'état clinique d'un patient « non excréteur » justifie une antibiothérapie, alors ce patient reste pris en charge dans le secteur des patients contacts, avec des précautions « Contact » pendant toute la durée de l'antibiothérapie et jusqu'au résultat du prélèvement de contrôle réalisé à l'issue de celle-ci. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat.

Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé » et peut être pris en charge dans le secteur des patients négatifs.

Les patients contacts

Les patients contacts sont pris en charge dans un secteur d'hémodialyse dédié, avec un personnel dédié, et avec respect des précautions « Standard ».

Par patients contacts, on entend :

1. un patient habituellement dialysé dans l'établissement, répondant à la définition d'un patient contact (a été pris en charge par la même équipe de soins qu'un patient ERG+) et nécessitant des séances d'hémodialyse.

2. Les patients qui nécessitent une dialyse et qui ne sont pas habituellement dialysés dans le secteur de dialyse chronique de l'établissement, mais que ce dernier doit prendre en charge (transitoirement). Ces patients sont contacts car ils sont hospitalisés dans un service considéré comme à risque ERG (de l'établissement ou d'un autre établissement) ou parce qu'ils ont été hospitalisés il y a moins de 3 mois dans un service considéré comme à risque et n'ont pas eu 3 prélèvements de contrôle hebdomadaires négatifs. Un établissement ou service est considéré comme à risque ERG si un patient ERG positif y a été découvert dans les 3 derniers mois ou si un patient ERG positif « excréteur » y a séjourné au cours des 3 derniers mois.

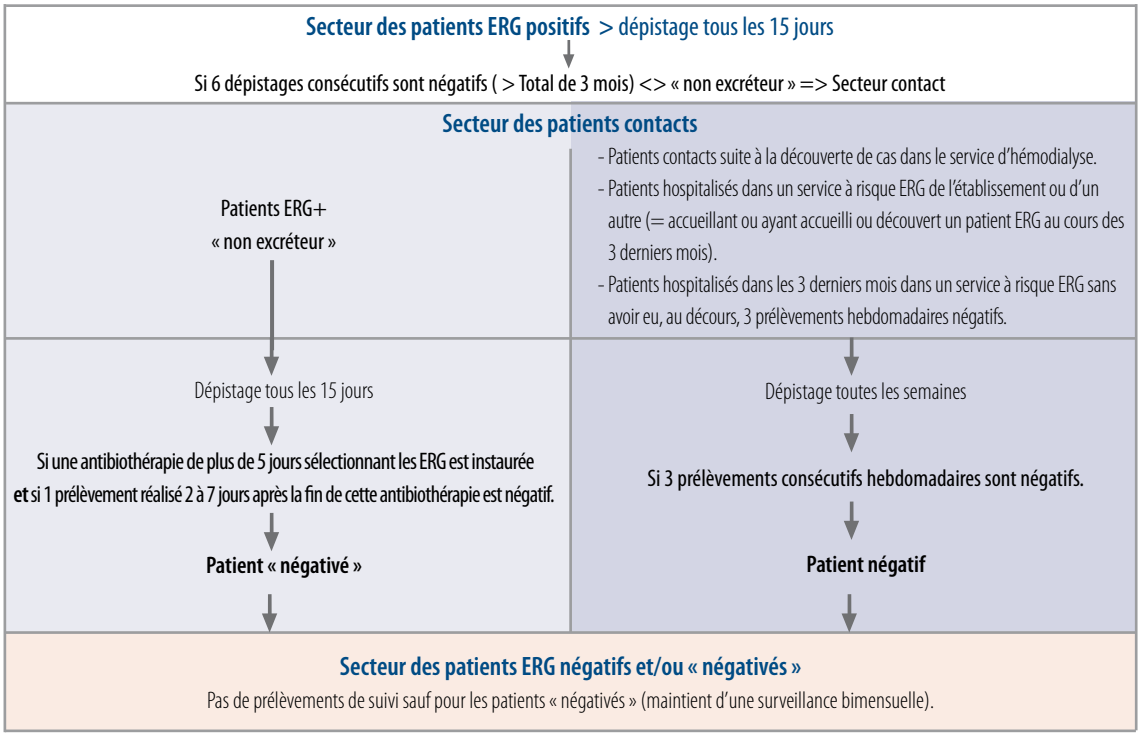
Pour ces 2 types de patients, il est réalisé un dépistage de contrôle hebdomadaire. Si 3 prélèvements consécutifs sont négatifs, ils sont considérés comme patients négatifs et peuvent être pris en charge en hémodialyse dans le secteur des patients ERG négatifs.

Les patients « négativés » : il est demandé qu'un prélèvement de contrôle continue à être réalisé tous les 15 jours chez les patients « négativés ». En effet, il est établi que les patients hémodialysés sont parmi les patients les plus à risque de colonisation à ERG (patients fragiles, nombreuses co-morbidités, pression antibiotique forte et fréquentation +++ du milieu hospitalier) ; par suite, il a été observé que la plupart des épidémies à ERG débute dans les services de néphrologie-dialyse. C'est pour ces raisons que nous recommandons de continuer à réaliser des prélèvements de contrôle chez les patients « négativés » tous les 15 jours.

Toutefois, si l'état clinique d'un patient « négativé » justifie une nouvelle antibiothérapie, alors ce patient reste pris en charge dans le secteur des patients négatifs, avec les précautions « Standard» habituelles.

Les patients ERG négatifs (= patient n'ayant jamais été concerné par l'ERG ; ne s'étant jamais révélé ERG+ ; ne répondant pas ou plus à la définition d'un patient contact) :

aucun prélèvement de contrôle n'est recommandé chez les patients négatifs.



Description de l'organisation mise en place dans le secteur d'hémodialyse adulte du CHU de Nancy

Le secteur compte 19 postes de dialyse

Il y a 4 « plages » de dialyse par semaine, chaque patient dialysé bénéficiant de 3 séances de dialyse par semaine (cf. Lu matin, Me matin, Ve matin ; Lu après midi, Me après midi, Ve après midi ; . . .), chaque plage de dialyse peut théoriquement accueillir 19 patients (soit un total de 76 patients dialysés par semaine).

Depuis la mise en place du cohorting, chaque « plage » de dialyse est organisée de la façon suivante (les 19 postes se répartissent comme suit) :

- un secteur de 3 lits (ou postes) réservé aux patients ERG+ « excréteur », géographiquement distinct des autres et avec personnel dédié.
- Un secteur de 6 lits réservé aux patients contacts et ERG+ « non excréteur », géographiquement distinct des autres et personnel dédié.
- Un secteur de 10 lits réservé aux patients négatifs ou « négativés » géographiquement distinct des autres et personnel dédié.

Au total, 12 places ont donc été réservées à des patients ERG+, 24 à des patients contacts ou ERG+ « non excréteur » et 40 à des patients négatifs ou « négativés ».

La maîtrise de l'épidémie conduit à revoir progressivement le dimensionnement d'un tel secteur ; pour ce faire, les étapes suivantes ont été envisagées puis mises en place :

- transformer le secteur de patients ERG+ « excréteur » en secteur de patients contacts ou ERG+ « non excréteur » sur une ou plusieurs « plages » en fonction des besoins. Compte tenu de l'existence d'un personnel dédié, il n'était pas envisageable de réduire le périmètre de ce secteur à moins de 3 lits (ou postes de dialyse) car il n'apparaissait pas raisonnable ni supportable (en terme d'organisation des équipes) de dédier un personnel à 1 ou 2 postes et de laisser le reste de la charge de travail (17 ou 18 postes) à la charge du « reste » du personnel.
- Transformer le secteur de patients contacts ou ERG+ « non excréteur » en secteur de patients négatifs sur une ou plusieurs séances en fonction des besoins.
- Le protocole habituellement appliqué restant valable quant à l'organisation pratique des équipes soignantes (équipe dédiée, tenues spécifiques, respect des précautions « Standard » au sein du secteur, . . .).
- La décontamination entre chaque séance s'effectuant selon le protocole du CHU (double décontamination avec un détergent-désinfectant à une heure d'intervalle).

Découverte et/ou prise en charge d'un ou plusieurs patients ERG+ dans un secteur d'hémodialyse qui ne peut pas cohorter

Rappel

S'il existe « à proximité », un centre de dialyse ayant mis en place un secteur de cohorting des patients ERG+ et en mesure d'accueillir ce ou ces patient(s), le ou les patient(s) doivent être pris en charge prioritairement dans cet autre centre.

Découverte d'un patient ERG+ dans un secteur d'hémodialyse qui ne peut pas cohorter

Lors de la découverte d'un ou plusieurs nouveau(x) cas dans un service d'hémodialyse, des précautions « Contact » seront appliquées à l'ensemble des patients pris en charge au cours de la plage de dialyse concernée : patient(s) ERG+ et patients contacts (les co-dialysés).

Après la date de la découverte et de la prise en charge en précautions « Contact » du ou des patients ERG+, les patients contacts bénéficieront de 3 prélèvements de contrôle réalisés à une semaine d'intervalle (recherche de cas secondaires). Si ces 3 prélèvements s'avèrent négatifs pour tous, les patients contacts pourront être pris en charge en précautions « Standard ».

La suite de la prise en charge du ou des patients ERG+ et des contacts relève de l'accueil d'un patient ERG+ connu (cf. chapitre ci-dessous).

Accueil de patients ERG+ dans un secteur d'hémodialyse qui ne peut pas cohorter

A défaut d'être hémodialysé(s) dans un centre pouvant cohorter, le ou les patients ERG+ sont tous pris en charge sur une même plage de dialyse (s'ils sont plusieurs). Les autres patients indemnes co-dialysés sur cette même plage de dialyse (= patients contacts) sont toujours les mêmes. Les patients ERG+ sont séparés « géographiquement » des autres patients indemnes (chambre seule, extrémité de la salle de dialyse avec paravent, . . .). L'idéal reste de dédier un personnel spécifique à la prise en charge de ce ou ces patients pendant toute la durée de la séance de dialyse ; pour autant, en particulier s'il n'y a qu'un seul patient ERG+, il peut être difficile ou impossible de dédier un personnel spécifique à la prise en charge du seul ou des seuls patients ERG+ pendant toute la séance ; le personnel qui se rendra auprès de ce ou de ces patients devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce ou de ces patients ou de son environnement immédiat.

Ce ou ces patients étant identifiés d'emblée et pris en charge avec des précautions « Contact », (pour « protéger » les autres patients co-dialysés), l'ensemble des autres patients hémodialysés durant la même plage de dialyse (co-dialysés) seront pris en charge en respectant les précautions « Standard ».

Les prélèvements de contrôle

Le ou les patients ERG+ :

Un prélèvement de contrôle (écouvillonnage rectal) sera réalisé tous les 15 jours.

Si 6 prélèvements consécutifs se révèlent négatifs (soit pendant 3 mois), le patient ERG+ devient patient « non excréteur » et reste hémodialysé lors de cette même plage de dialyse avec les mêmes co-dialysés ; lorsqu'un patient ERG+ pris en charge lors de cette séance de dialyse a été requalifié « non excréteur », il est pris en charge dans le respect des précautions « Standard ».

Les patients contacts (co-dialysés) :

Ils bénéficieront d'un prélèvement tous les 15 jours.

Lorsqu'il ne reste que des patients « non excréteur » ou contacts au cours d'une même séance :

- les patients contacts sont considérés comme négatifs si 3 prélèvements hebdomadaires consécutifs sont négatifs à partir du moment où il n'y a plus un seul patient ERG+ « excréteur » ; pour autant il reste demandé qu'un prélèvement de contrôle soit réalisé tous les 15 jours chez ces patients, jusqu'à ce que les autres patients co-dialysés, ERG+ devenus « non excréteur », soient tous considérés comme « négativés ».
- Si l'état clinique d'un patient « non excréteur » justifie une antibiothérapie, alors ce patient devra être à nouveau pris en charge avec des précautions « Contact » et avec mise en place d'une séparation « géographique » pendant toute la durée de l'antibiothérapie et jusqu'au résultat du prélèvement de contrôle réalisé à l'issue de celle-ci. Le personnel qui se rendra auprès de lui devra être particulièrement vigilant au respect des précautions « Contact » ; il conviendra de veiller +++ au recours aux PHA avant et après tout geste (les gestes sont réalisés gantés) auprès de ce patient ou de son environnement immédiat. Il est recommandé de réaliser un prélèvement de contrôle entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie. Si le résultat s'avère négatif et que l'antibiothérapie qui a été utilisée est réputée à risque de sélectionner les ERG (C3G injectables, Pénems, Glycopeptides, Fluoroquinolones, nitro-imidazolés), alors le patient est considéré comme définitivement « négativé ».

Les patients « négativés » :

il est demandé qu'un prélèvement de contrôle continue à être réalisé tous les 15 jours chez les patients « négativés ». En effet, il est établi que les patients hémodialysés sont parmi les patients les plus à risque de colonisation à ERG (patients fragiles, nombreuses co-morbidités, pression antibiotique forte et fréquentation +++ du milieu hospitalier) ; par suite, il a été observé que la plupart des épidémies à ERG débute dans les services de néphrologie-dialyse. C'est pour ces raisons que nous recommandons de continuer à réaliser des prélèvements de contrôle chez les patients « négativés » tous les 15 jours.

Les patients ERG négatifs (= patient n'ayant jamais été concerné par l'ERG ; ne s'étant jamais révélé ERG+ ; ne répondant pas ou plus à la définition d'un patient contact ; = patient hémodialysé sur une autre plage de dialyse que les patients ERG+ et sur une autre plage de dialyse que les contacts) :

aucun prélèvement de contrôle n'est recommandé chez les patients négatifs.

Antibiothérapie chez le patient ERG+ ou « négativé »

Commission spécialisée des Anti-infectieux

Avis de la commission spécialisée des anti-infectieux relatif à la prescription des antibiotiques en situation d'une épidémie d'ERG
(Novembre 2007).

Considérant d'une part comme facteur significatif dans la survenue d'une épidémie d'ERG,

- la prescription des familles d'antibiotiques suivantes : Glycopeptides, Céphalosporines de 3ème génération, Pénems, Fluoroquinolones, Antianaérobies (Métronidazole), qui favorisent le développement de la résistance des entérocoques.
- Existence de facteurs de risque de la colonisation tel que diabète, insuffisance hépatique, infection récente, colonisation par le SAMR, diarrhée à Clostridium difficile.
- Puis, en situation d'épidémie installée, le rôle majeur de la transmission croisée qui apparaît alors comme le principal facteur de risque de colonisation à ERG.

Considérant d'autre part, une fois l'épidémie installée, et pour la faire disparaître,

- le rôle majeur des mesures d'hygiène tel que la mise en place des précautions « contact », l'hospitalisation en chambre seule, l'utilisation renforcée des produits hydro-alcooliques (PHA).
- L'absence d'efficacité durable de la décolonisation par la Streptomycine ou tout autre antibiotique.
- L'absence d'efficacité démontrée des probiotiques tel que Saccharomyces boulardii ou Lactobacillus.

La Commission Spécialisée des anti-infectieux recommande :

- la mise en place d'une politique raisonnée de l'usage des glycopeptides (Vancomycine, Téicoplanine) et des Céphalosporines de 3ème génération dans tous les établissements concernés par l'épidémie.
- De ne pas traiter les colonisations sans infection par antibiotiques.
- De proposer comme traitement de première intention des rares bactériémies ou des infections urinaires symptomatiques à ERG le Linézolide (Zyvoxid®), antibiotique de la famille des oxazolidinones, sous réserve d'un contrôle hématologique bihebdomadaire et d'une durée de prescription ne dépassant pas 2 à 3 semaines.
- Chez tout patient antérieurement connu comme colonisé par l'ERG de bien peser toute indication d'antibiothérapie devant une fièvre et de ne traiter par antibiotique que les infections bactériennes présumées ou documentées.
- Chez tout patient antérieurement connu comme colonisé par l'ERG justifiant une antibiothérapie, de favoriser l'utilisation des aminopénicillines (Amoxicilline + acide clavulanique), des Uréidopénicillines (Pipéracilline + Tazobactam), des carboxypénicillines (Ticarcilline + acide clavulanique) et de limiter chez ces patients l'usage des Glycopeptides, C3G, Imidazolés, Fluoroquinolones, Pénems.
- Chez tout patient antérieurement connu comme colonisé par l'ERG justifiant une antibiothérapie autre qu'une Aminopénicilline ou une Uréidopénicilline de contacter le praticien d'astreinte du service de Maladies Infectieuses du CHU.
- Chez tout patient antérieurement connu comme colonisé par l'ERG de contrôler la présence ou non du portage de l'ERG au décours de l'Antibiothérapie. Si ce patient avait préalablement bénéficié de 3 prélèvements négatifs à un mois d'intervalle, la négativation du prélèvement à l'issue d'une antibiothérapie serait un élément fort pour le considérer comme probablement « totalement décolonisé » (*).

(*) : A l'usage, nous avons pu observer qu'il n'est pas nécessaire de disposer de 3 prélèvements négatifs antérieurs à l'antibiothérapie pour pouvoir affirmer, à l'issue de celle-ci, que le patient est « négativé ». En pratique, seule l'obtention d'un prélèvement négatif de 2 à 7 jours après la fin du traitement nous semble nécessaire pour affirmer la « négativation ».

Place des probiotiques

Les probiotiques sont des suppléments diététiques de micro-organismes vivants retrouvés dans la flore digestive normale, avec une pathogénicité faible ou nulle mais avec un impact positif sur la santé de l'hôte en rétablissant l'équilibre microbien intestinal.

Les plus utilisés sont Lactobacillus acidophilus (Lactéol® le seul agréé collectivité, mais qui ne peut être considéré comme un véritable probiotique car il n'est ni vivant ni revivifiable), Bifidobacterium (ajoutées dans certains yaourts) et Saccharomyces boulardii (Ultra-Levure®).

Leur efficacité dans le traitement et la prévention des diarrhées infectieuses a fait l'objet de nombreuses études dont certaines semblent avoir mis en évidence des résultats encourageants (Snelling AM. Effects of probiotics on the gastrointestinal tract. Curr Opin Infect Dis 2005;18:420-6). Il en est de même en ce qui concerne leur intérêt pour réduire le déséquilibre bactérien intestinal induit par un traitement antibiotique (Alvarez-Olmos MI et al. Probiotic agents and infectious diseases : a modern perspective on a traditional therapy. Clin Infect Dis 2001 ; 32:1567-76).

Pour autant, à ce jour, aucune étude ne permet d'affirmer l'intérêt potentiel de l'utilisation de probiotiques pour prévenir la colonisation digestive à ERG ou en réduire la durée de portage.

S'il est fait usage de ces produits, il conviendra de rester très prudent. En effet, les patients ERG+ traités ou non par probiotiques peuvent devenir « non excréteur », c'est à dire avoir une authentique négativation de leur portage ou simplement devenir pauci-excréteur, avec une quantité d'ERG éliminés dans les selles inférieure au seuil de détection de la technique utilisée pour rechercher les ERG. Le fait qu'un écouvillonnage rectal (ou une coproculture) ne mette plus en évidence d'ERG chez un patient traité par probiotique est de nature à laisser penser que ce patient a été authentiquement « négativé » grâce à ce traitement, et ne justifie donc plus d'une prise en charge particulière. Si de tels patients considérés abusivement comme « négativés » redeviennent « excréteur » au décours d'une antibiothérapie, le risque d'une reprise d'épidémie à leur contact est réel.

Au total, en l'état actuel des connaissances, il n'est pas recommandé :

- de donner des probiotiques dans le but de prévenir une colonisation ou infection à ERG.
- De donner des probiotiques pour traiter une colonisation ou infection à ERG.
- De donner des probiotiques pour diminuer la durée de portage des ERG chez les patients connus comme colonisés ou infectés à ERG.

Annexes

- Avis du CTINILS du 6 octobre 2005 relatif à la maîtrise de la diffusion des ERG dans les établissements de santé français 56
- Fiche technique opérationnelle du 09 octobre 2006 : Prévention de l'émergence des épidémies d'ERG dans les établissements de santé 61
- NOTE DGS\DHOS du 6 décembre 2006 : Prévention de l'émergence des épidémies d'ERG dans les établissements de santé 63
- Note DGS\DHOS du 14 août 2008 relative à la prévention de l'émergence d'épidémies à ERG dans les établissements de santé 65

Les fiches suivantes sont disponibles et personnalisables sur le CD-ROM joint avec le guide

- Technique microbiologique 67
- Feuille de liaison pour la sortie et/ou le transfert d'un patient ERG positif 68
- Retour à domicile d'un patient ERG positif : fiche destinée au personnel soignant 70
- Feuille de liaison pour la sortie et/ou le transfert d'un patient contact 71
- Retour à domicile d'un patient contact : fiche destinée au personnel soignant 72

- Liste des abréviations 73
- Remerciements 74

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

AVIS DU COMITE TECHNIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES INFECTIONS LIEES AUX SOINS

relatif à la maîtrise de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides dans les établissements de santé français

adopté le 6 octobre 2005

Considérant d'une part que

1. Aux Etats-Unis, la première description de souches d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) en 1989-90 a été suivie d'une diffusion continue de cette résistance depuis 1997 [1] ayant abouti à une situation endémique dans les hôpitaux avec une proportion de souches résistantes à la vancomycine de l'ordre de 25 - 30% en 2003 ; aux Etats-Unis, l'échec du contrôle des ERV est attribué à la diffusion trop tardive de recommandations, pourtant jugées efficaces, et à la difficulté de les appliquer uniformément dans tous les établissements [2] ;

2. En France la proportion de souches d'entérocoque résistant aux glycopeptides (vancomycine et teicoplanine) était stable jusqu'en 2003, comprise entre 1 et 2 % chez *E. faecium* et < 0,5 % chez *E. faecalis*. On assiste depuis à une augmentation du taux de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* (>5%) [3] et du nombre de signalements d'ERV, dont des cas groupés d'infections et de colonisations de plus en plus nombreux, avec des épidémies d'ampleur inhabituelle récemment rapportées dans plusieurs établissements de santé [4] ;

3. Alors que *E. faecalis* représente 85 à 95% des isolats d'entérocoques, le phénomène de résistance acquise aux glycopeptides concerne essentiellement l'espèce *E. faecium* et le mécanisme de résistance *van A* (résistance de haut niveau à la vancomycine et la teicoplanine) ;

4. Ces épisodes sont dus à la diffusion de souches sur un mode épidémique, mais dont la clonalité est différente d'un établissement à l'autre ;

5. L'incidence élevée des SARM en France, responsable d'une utilisation intensive des glycopeptides favorisant l'émergence des ERV, a comme conséquence le risque d'apparition de SARM résistants aux glycopeptides par transfert de résistance *van A* à partir des ERV, phénomène déjà observé aux Etats-Unis [5-7] ;

14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 40 56 – www.sante.gouv.fr – www.sante.fr

Considérant d'autre part que

6. Cette résistance s'associe à une incidence accrue des infections nosocomiales à entérocoque et a un impact non négligeable en termes de morbidité et mortalité chez les patients bactériémiques, avec une plus grande probabilité de rechute des infections, une augmentation de la durée de séjour et des coûts d'hospitalisation, avec une mortalité attribuable comprise entre 17 et 30% selon les études [8] ;

7. Les facteurs de risque identifiés d'acquisition sont ceux habituellement reconnus : proximité avec un patient porteur ; administration préalable d'une antibiothérapie (céphalosporines de 3ème génération, vancomycine, imipénème, anti-anaérobies) ; présence d'un cathéter central, d'une sonde urinaire, d'une insuffisance rénale ; durée de séjour prolongée, hospitalisations multiples ; patients âgés ou atteints de pathologies lourdes (transplantés, hémodialysés, etc.) [9, 10] ;

8. Les patients les plus à risque de développer une infection à ERV sont hospitalisés en hémodialyse, en unités de réanimation et de soins intensifs, en hémato-cancérologie, en gastro-entérologie, ou ont subi une transplantation ou une autre intervention chirurgicale majeure ;

Considérant également que

9. La transmission des entérocoques en général se fait par les mains, le matériel, et l'environnement, et est facilitée par la diarrhée, l'incontinence fécale, et les suppurations ;

10. L'épidémiologie des ERV est proche de celle des autres BMR (SARM notamment) par son caractère manuporté, le rôle important de la pression de sélection par certains antibiotiques, et en diffère par le ratio colonisés/infectés élevé ;

11. Le portage digestif des ERV peut être discontinu et parfois prolongé plusieurs mois, voire plusieurs années ;

12. Le transfert de patients infectés ou colonisés ou leur réadmission est un facteur d'amplification de l'épidémie ;

13. Les différentes stratégies de contrôle d'une épidémie à ERV mises en œuvre dans les établissements montrent qu'elles sont d'autant plus efficaces qu'elles sont appliquées de manière stricte et précoce, avant la constitution d'un réservoir de patients porteurs dans de nombreux services ; une intervention très rapide de type recherche active et isolement reste un facteur clef de succès, sur le modèle des enquêtes en cercles concentriques propres aux investigations de cas groupés de bactéries multirésistantes ;

Considérant enfin que

14. La détection des souches de *E. faecium* de type *van A* ne pose pas de difficultés techniques pour les laboratoires ; la résistance conférée étant de haut niveau, la détermination des CMI n'est pas nécessaire ;

15. Le signalement rapide des infections nosocomiales (décret du 26/07/01) reste l'outil le plus adapté en terme de vigilance et d'alerte ;

14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 40 56 – www.sante.gouv.fr – www.sante.fr

16. Les recommandations pour la maîtrise des bactéries multirésistantes (CTIN, 1999) restent entièrement d'actualité et efficaces pour la prévention et le contrôle des ERV et doivent être appliquées de manière stricte ;

17. La faible virulence habituelle des souches d'ERV explique que la grande majorité des patients porteurs ne sont que colonisés, et que de nombreux patients peuvent guérir sans antibiothérapie [11,12] ;

18. La décontamination digestive sélective n'a pas été évaluée pour les ERV, et, pour les autres BMR, elle s'est avérée jusqu'à présent inefficace voire à risque ;

Le CTINILS recommande

D'une part, en l'absence de cas groupés d'infection ou colonisation

1. de mettre en place dans tous les établissements de santé un système de surveillance et d'alerte des équipes opérationnelles d'hygiène et des CLINs à partir du laboratoire de bactériologie, concernant l'ensemble des prélèvements à visée diagnostique et de dépistage identifiant un ERV, ciblé en priorité sur les services semblant jusqu'à présent les plus à risque (néphrologie, hémodialyse, transplantation, réanimation chirurgicale et hémato-cancérologie) ;

2. de signaler systématiquement et sans délai au CClin et à la Ddass tout cas identifié d'infection ou colonisation à ERV, au titre d'une résistance « rare ou particulière » ;

3. de mettre en place des précautions contact, comprenant la chambre individuelle, pour le patient infecté ou colonisé ;

4. de réaliser un bionettoyage quotidien de l'environnement proche du patient infecté/colonisé selon les procédures habituelles de l'établissement de santé

5. de rechercher systématiquement un portage dans les selles chez les patients contact d'un cas identifié, c'est-à-dire les patients pris en charge dans la même unité ;

6. d'informer les professionnels de santé des structures d'aval (établissements de santé et autres) en cas de transfert, d'informer le patient de son statut au regard d'ERV et de le sensibiliser à l'importance de signaler ce portage lors d'une réadmission ;

7. de renforcer l'hygiène des mains par l'utilisation des produits hydro-alcooliques dans l'ensemble des établissements de santé, et notamment dans les services identifiés à plus haut risque ;

8. de mettre en place dès à présent, en lien avec la Commission des antibiotiques et le(s) référent(s) antibiotiques des établissements, et dans le cas où ceux-ci ne sont pas encore mis en place, le Comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, une politique de restriction raisonnée et efficace portant prioritairement sur l'usage des glycopeptides (vancomycine et teicoplanine), mais également sur l'usage des céphalosporines de 3ème génération, de l'imipénème, des anti-anaérobies, évaluée entre autres par le suivi de l'indicateur de consommation de ces antibiotiques, exprimé en doses définies journalières pour 1 000 journées d'hospitalisation, globalement dans l'établissement, et spécifiquement dans les services à plus haut risque ;

14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 40 56 – www.sante.gouv.fr – www.sante.fr

D'autre part, en présence de cas groupés d'infection ou colonisation

9. de signaler systématiquement et sans délai au CClin et à la Ddass les cas groupés d'infections et colonisations à ERV ;

10. de transmettre à partir du laboratoire toutes les souches d'ERV responsables d'infection au CNR « Mécanismes de résistance aux antibiotiques » pour complément d'expertise ;

11. d'identifier les patients et services à risque afin de mettre en place un dépistage systématique de l'ERV à l'admission (réanimation, hémodialyse, néphrologie, transplantation, hématologie, chirurgie lourde thoracique et abdominale) et hebdomadaire (réanimation) par écouvillonnage rectal ;

12. d'identifier les réadmissions des patients porteurs connus et les isoler ; de dépister systématiquement les patients réadmis dont le statut vis à vis du portage d'ERV est inconnu, et les isoler jusqu'à obtention du résultat du dépistage ;

13. de mettre en place ou de renforcer les mesures de contrôle autour d'un cas, basées sur les recommandations pour la maîtrise des bactéries multi résistantes (BMR) :
    14. précautions standard complétées systématiquement par les précautions contact,
    15. utilisation large des produits hydro-alcooliques dans le cadre de la friction hygiénique des mains,
    16. isolement en chambre individuelle des patients identifiés ou regroupement et sectorisation des patients en fonction du nombre de cas identifiés,
    17. réorganisation des soins avec sectorisation des personnels paramédicaux,
    18. bionettoyage quotidien de l'environnement proche des patients infectés/colonisés selon les procédures habituelles de l'établissement de santé,
    19. recherche systématique de portage dans les selles chez les patients contact d'un cas identifié, c'est-à-dire les patients pris en charge dans la même unité,
    20. signalisation des patients porteurs, y compris en cas de prise en charge sur des plateaux techniques,
    21. formation renforcée aux précautions standard et contact du personnel en charge des transferts (brancardiers, ambulanciers)
    22. réduction du nombre des admissions dans les services touchés
    23. évaluation du strict respect de ces mesures

24. de prendre en compte la dimension régionale de la gestion de l'épidémie par un suivi coordonné de la situation épidémique des établissements (rôle des antennes régionales des Cclin, en lien avec les Ddass, Drass et ARH) ;

25. de limiter au maximum les transferts des patients infectés/colonisés à haut risque de dissémination (lésions cutanées étendues colonisées, diarrhée,...), d'informer l'établissement d'aval, de s'assurer de la connaissance des procédures de prévention de la transmission ;

26. de restreindre au maximum, en lien avec la Commission des antibiotiques et le(s) référent(s) antibiotiques des établissements, l'usage des glycopeptides (vancomycine et teicoplanine), des céphalosporines de 3ème génération, de l'imipénème, des anti-anaérobies ;

14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 40 56 – www.sante.gouv.fr – www.sante.fr

Dans tous les cas

27. De débuter un traitement antibiotique uniquement sur des arguments objectifs d'infection clinique à ERV.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité sans suppression ni ajout

Références

[1] NNIS report, 2004

[2] Mc Gowan JE. Debate-Guidelines for control of glycopeptide-resistant enterococci (GRE) have not yet worked. *J Hosp Infect* 2004;57:281-4

[3] Données 2004. http://www.earss.rivm.nl/PAGINA/interwebsite/home_earss.html ; "European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS). Données 2004. Données françaises des réseaux ONERBA Azay-Resistance, ColBVH, Ile de France et Reussir" ;

[4] R. Leclercq et coll. Les entérocoques résistants à la vancomycine : situation en France en 2005, BEH octobre 2005 à paraître.

[5] CDC. *Staphylococcus aureus* resistant to vancomycin – United States, 2002. *MMWR* 2002; 51:565-7 http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5126.pdf

[6] CDC. Vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* – Pennsylvania, 2002. *MMWR* 2002; 51:902 http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5140.pdf

[7] CDC. Vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* – New York, 2004. *MMWR* 2004; 53:322-3 http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5315.pdf

[8] Salgado CD, Farr BM. Outcomes associated with vancomycine-resistant enterococci : a meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003 ; 24 :690-8

[9] Edmond MB, Ober JF, Weinbaum DL, Pfaller MA, Hwang T, Sanford MD, Wenzel RP. Vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* bacteremia: risk factors for infection. *Clin Infect Dis* 1995 ; 20 :1126-33

[10] Rice LB. Emergence of vancomycin-resistant enterococci. *Emerg Infect Dis* 2001 ; 2 :183-7.

[11] Quale J, Landman D, Atwood E, Kreiswirth B, Willey BM, Ditore V, Zaman M, Patel K, Saurina G, Huang W, Oydna E, Burney S. Experience with a hospital-wide outbreak of vancomycin-resistant enterococci. *Am J Infect Control* 1996; 5 : 372-9.

[12] Huycke MM, Sahm DF, Gilmore MS. Multiple-drug resistant enterococci: the nature of the problem and an agenda for the future. Emerg Infect Dis 1998; 2 : 239-49.

Haut du formulaire

14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 40 56 – www.sante.gouv.fr – www.sante.fr

Prévention de l'émergence des épidémies d'entérocoques résistants à la vancomycine dans les établissements de santé
Fiche technique opérationnelle

Alerte donnée par le laboratoire de bactériologie à l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH)

Point de départ : identification d'un premier cas (cas index) de *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine (ERV) chez un patient hospitalisé dans un établissement de santé qui n'est pas (ou n'est plus) en situation épidémique.

En raison :

(a) de l'importance décisive dans le contrôle des épidémies à ERV de la rapidité de mise en place des mesures de prévention listées ci-dessous et

(b) des difficultés techniques pour différencier les souches qui exposent à un risque d'épidémie (*E.faecium* portant un gène acquis de résistance, essentiellement *vanA*, beaucoup plus rarement *vanB*) de celles qui n'exposent pas a priori à ce risque : espèces naturellement résistantes à la vancomycine (*E.gallinarum, E.casseliflavus*) ou *E. faecalis* portant un gène acquis de résistance.

- Les laboratoires de bactériologie doivent être à même d'organiser rapidement (de préférence dans les 48 heures) l'identification de l'espèce et la confirmation de la résistance à la vancomycine de toute souche d'entérocoque de comportement suspect vis à vis des glycopeptides (cf. listes des comportements suspects dans le communiqué 2006 du CA-SFM[1], tableau XI).

- Les laboratoires qui ne sont pas à même de procéder eux-mêmes rapidement aux tests nécessaires (par exemple l'identification du gène *vanA* par méthode moléculaire) doivent passer un accord préalable avec un autre laboratoire géographiquement proche et prêt à assurer le travail dans les délais ci-dessus dès la survenue d'une alerte.

Etape 1 : Evaluation de la situation, dès le premier jour.

- Isoler le patient porteur (mise en place, en plus des précautions d'hygiène « standard », de précautions complémentaires « contact » et signalisation « Bactérie multi-résistante »).
- Alerter la Direction de l'établissement. Son appui est indispensable pour l'organisation des mesures à prendre et la prise en compte de leurs conséquences en termes d'activité et d'organisation du travail. Alerter la sous-commission de la CME chargée de la prévention de la résistance aux antibiotiques dans les établissements de santé publics ou la commission des antibiotiques dans les autres établissements de santé (cf. Etape 3 : mesures à appliquer tout au long de l'épidémie).
- Arrêter les transferts du patient porteur (cas index) et de ses contacts (patients hospitalisés dans la même unité depuis l'admission du cas index) vers d'autres unités, services ou établissements afin de limiter la diffusion.

  Une unité est définie comme l'ensemble des patients qui partagent (jour et nuit) la même équipe soignante.

  Si le patient porteur a déjà été transféré dans une autre unité entre le moment du prélèvement qui a permis le diagnostic et le moment où le cas a été confirmé, cette mesure s'applique à l'unité d'origine et à l'unité d'accueil.
- En attendant l'évaluation de la situation, limiter les admissions dans l'unité aux seules urgences qui ne peuvent être orientées vers d'autres unités, services ou établissements de santé.

[1] CA-SFM : Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie.

- Organiser une enquête de portage fécal « transversale » (prélèvement : écouvillonnage rectal ou selles ; techniques de culture : cf. recommandations spécifiques) parmi les patients contacts.
  Si possible, procéder de même dès le 1er jour, autour de chacun des patients contacts déjà transférés au moment de la découverte du cas initial (cf. points suivants dans l'étape 2 ci-après).

Etape 2 : dans les 2 jours suivants :

- Etablir la liste des patients contacts déjà transférés et du lieu de leur transfert.
- Organiser une enquête de portage fécal autour de chacun des patients contacts déjà transférés au moment de la découverte du cas initial.
- Demander au laboratoire de microbiologie d'examiner sa base de données pour identifier d'éventuels cas suspects plus anciens.
- Renforcer l'hygiène des mains, promouvoir l'utilisation des solutions hydroalcooliques (SHA).
- Renforcer le bio-nettoyage quotidien de l'environnement des cas.
- Définir quel devrait être le traitement antibiotique le plus adapté au profil de résistance de la souche impliquée, en cas de survenue d'infection.
- Signaler au CCLIN et à la DDASS tout cas identifié d'infection ou de colonisation.

Etape 3 : Mesures à appliquer tout au long de l'épidémie, en plus des précautions « standard » et « contact »

- Regrouper les cas (patients connus porteurs) au fur et à mesure de leur détection dans un secteur géographique unique de l'hôpital et leur affecter un personnel particulier dit «dédié» (**« secteur des porteurs »**).
- Regrouper les patients contacts des cas et leur affecter un personnel « dédié » différent du précédent (**« secteur des contacts »**).
- Favoriser les sorties à domicile des patients porteurs et des patients contacts non connus porteurs.
- La reprise des admissions peut se faire dans un 3ème secteur **(« secteur indemne»)**, distinct des 2 autres secteurs et ne partageant pas le même personnel avec ceux-ci.
- Organiser le dépistage transversal hebdomadaire des patients contacts.
- Après 3 prélèvements hebdomadaires négatifs, les patients contacts non connus porteurs peuvent être transférés mais isolés dans leur service d'accueil et leur dépistage est poursuivi tout au long de leur hospitalisation. Veiller à limiter ces transferts aux seuls patients dont l'état clinique le justifie.
  En cas d'hospitalisation très prolongée (en unités de soins de longue durée, USLD), et dès lors que la situation épidémique semble maîtrisée, les patients contacts peuvent faire l'objet d'un dépistage plus espacé mais régulier (par exemple : tous les 15 jours ou tous les mois). Dans ce cas, il faut veiller à renouveler le dépistage dès que les patients contacts sont soumis à un traitement antibiotique.
- Limiter l'utilisation des antibiotiques afin de diminuer la pression de sélection, facteur de risque majeur d'émergence des ERV.
- Rechercher un portage de SARM (nez, plaies chroniques) chez les patients porteurs d'ERV. La décontamination des patients porteurs d'ERV et de SARM par mupirocine nasale et chlorhexidine cutanée doit être envisagée.
- Informer les patients et leur médecin traitant de leur statut de porteur d'ERV.
- Etablir et tenir à jour la liste des patients porteurs et des patients contacts non connus porteurs, transférés ou sortis à domicile, de façon à les mettre en isolement « Bactérie Multi-Résistante » (cf. premier point de l'étape 1) et à les dépister en cas de réadmission.
- Envoyer les souches au Centre National de Référence de la résistance aux antibiotiques (laboratoire associé) en le prévenant au préalable de l'envoi (Pr. R. Leclercq, service de microbiologie, CHU de Caen, tél : 02 31 06 45 72).

■ NOTE DGS\DHOS du 6 décembre 2006 : Prévention de l'émergence des épidémies d'ERG dans les établissements de santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

12 DEC. 2006

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-Direction de la Qualité et
du Fonctionnement des établissements de santé
Bureau qualité et sécurité des soins
en établissements de santé

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-Direction Pathologies et santé
Bureau Maladies infectieuses et politique vaccinale
000627

Paris, le 06 DEC 2006

LA DIRECTRICE DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA SANTE

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour attribution)

Messieurs les responsables des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
(pour information)

OBJET : Prévention de l'émergence des épidémies d'entérocoques résistants à la vancomycine dans les établissements de santé.

Dans le cadre de la politique générale de lutte contre les infections nosocomiales et de la politique de maîtrise de l'utilisation des antibiotiques, et du fait d'épidémies hospitalières récentes à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) d'ampleur inhabituelle, le CTINILS a émis, en octobre 2005, un avis relatif à la maîtrise de la diffusion des ERG dans les établissements de santé. Cet avis, publié au bulletin officiel de la République Française, a été suivi de recommandations du comité de l'antibiogramme de la société française de microbiologie. Ces différents travaux, ainsi que la synthèse d'une expertise collective coordonnée par l'InVS, ont fait l'objet d'une publication dans un numéro spécial du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (2006- n°13 du 28 mars 2006) consacré à ce thème.

Le principal problème que constituent les ERG, bactéries de faible pouvoir pathogène, est représenté par le risque de transférer la résistance aux glycopeptides, en particulier la résistance à la vancomycine, vers les staphylocoques dorés. Le phénomène a été observé aux Etats-Unis parmi plusieurs souches de staphylocoques, notamment résistantes à la méticilline. La France connaissant, comme ses voisins européens, une situation endémique en matière de résistance à la méticilline des staphylocoques dorés, ce transfert de résistance pourrait avoir un impact non négligeable sur la mortalité et la morbidité liées aux infections staphylococciques sévères. C'est pourquoi le contrôle de la diffusion des clones d'ERG constitue un enjeu majeur.

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tel : 01 40 56 60 00

Les mesures nécessaires pour maîtriser la diffusion des ERG ne diffèrent pas dans l'ensemble des mesures de prévention de la diffusion d'autres bactéries multirésistantes à transmission manuportée, mais l'avis du CTINILS avait été émis pour détailler plus spécifiquement les caractéristiques liées à ce micro-organisme. Cependant, en raison notamment d'une proportion beaucoup plus importante de patients colonisés que de patients infectés, l'expérience a montré que le contrôle des épidémies à ERG nécessitait une application précoce, très stricte et rigoureuse des recommandations. Or la mise en application des recommandations émises dans l'avis du CTINILS semble rencontrer en pratique un certain nombre d'obstacles. En particulier :

- l'application des recommandations d'hygiène appropriées (précautions dites « contact ») n'est pas toujours suffisante ;
- la mise en place de mesures d'isolement des patients (pouvant aller jusqu'à la fermeture d'une unité ou l'arrêt des admissions) nécessite une réorganisation temporaire de l'établissement de santé. La mobilisation de l'équipe de direction et des services cliniques et techniques concernés, n'a pas toujours été obtenue de façon satisfaisante ou dans des délais suffisants.

Afin d'aider les professionnels des établissements de santé à faire face à une éventuelle épidémie à ERG, une fiche technique opérationnelle, jointe à cette note d'information, a été établie par le CTINILS à partir de l'avis du 6 octobre 2005. Elle décline les actions à mettre en place en fonction de leur priorité.

Nous vous prions de bien vouloir transmettre cette note et la fiche technique opérationnelle à tous les directeurs des établissements de santé de votre département, afin qu'ils en assurent la diffusion la plus large possible aux professionnels de leurs établissements.

Le Directeur Général de la Santé

Pr Didier HOUSSIN

La Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Annie PODEUR

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tel : 01 40 56 60 00

■ Note DGS\DHOS du 14 août 2008 relative à la prévention de l'émergence d'épidémies à ERG dans les établissements de santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-Direction de la Qualité et
du Fonctionnement des établissements de santé
Bureau qualité et sécurité des soins
en établissements de santé
E2 n°88

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-Direction Prévention des risques infectieux
Bureau infections et autres risques liés aux soins

à Paris, le 14 AOU 2008

LA DIRECTRICE DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA SANTE

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation
(pour information)
Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)
Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour attribution)
Messieurs les responsables des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
(pour information)

OBJET : Prévention de l'émergence d'épidémies à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG).

Les ERG, bactéries à faible pouvoir pathogène, constituent un facteur de risque de transfert de résistance aux glycopeptides, en particulier la résistance à la vancomycine, vers les staphylocoques dorés. Le risque est de voir apparaitre des staphylocoques dorés non seulement résistants à la méthicilline, mais également à la vancomycine avec, en conséquence, un impact non négligeable sur la mortalité et la morbidité liées aux infections staphylococciques sévères. C'est pourquoi le contrôle de la diffusion des clones d'ERG constitue un enjeu majeur.

Différentes recommandations diffusées ont été diffusées à ce sujet (avis du CTINILS d'octobre 2005 relatif à la maîtrise de la diffusion des ERG dans les établissements de santé, fiche technique opérationnelle transmise début décembre 2006 aux établissements de santé, recommandations pour le diagnostic microbiologique des ERG par le Comité de l'antibiogramme de la Société française de microbiologie émis en novembre 2005).

Depuis la fin de l'année 2004, l'InVS constate une augmentation du nombre de signalements d'infections ou de colonisations à ERG. L'InVS relève une succession d'épidémies, plus ou moins bien maîtrisées, sans doute en fonction de la rapidité et de l'intensité de la mise en place des mesures de contrôle.

La mise en œuvre rapide des mesures de contrôle au niveau d'un établissement, avant que l'épidémie ne s'installe sur un territoire, a montré son efficacité dans de nombreux exemples. Par contre, un retard à la mise en œuvre de ces mesures engendre la diffusion de l'épidémie hors de l'établissement touchant au fur et à mesure, l'ensemble des établissements d'un territoire. La menace d'extension au niveau national est alors présente.

14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tel: 01 40566000

Les mesures de contrôle pèsent sur le fonctionnement et l'activité des établissements (limitation des admissions et des transferts, mise en isolement des patients et affectation de personnel dédié (unité de cohorting)).
Cependant, en réagissant rapidement de façon adaptée, les établissements confrontés à un cas peuvent espérer enrayer le phénomène.

Il est donc important de tenter de maîtriser rapidement ces épisodes quand ils sont encore localisés en aidant les établissements à appliquer les mesures recommandées. Les CCLIN, les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales et l'InVS sont à même d'apporter l'expertise nécessaire dans ce contexte.

De plus, au niveau national :

- l'INVS vient d' actualiser la page de son site internet dédiée aux ERG afin de montrer des exemples d'interventions maîtrisées d'épidémies à ERG, et préciser l'impact des mesures de contrôle mises en place sur l'épidémiologie des ERG (été 2008).
- Le CTINILS doit compléter les avis déjà émis sur ce sujet dès l'automne 2008. Nous vous demanderons alors de diffuser ces recommandations auprès des établissements de santé.

Nous vous prions d'accompagner les établissements dans la mise en place des mesures nécessaires à cette prise en charge et d'organiser les filières de soins en cas d'extension du phénomène au-delà d'un établissement.

Le Directeur Général de la Santé,

Pr Didier HOUSSIN

Pour la Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins empêchée
Le Chef de Service

Luc ALLAIRE

14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tel: 01 40566000

Technique microbiologique

Fiche d'envoi d'une souche d'entérocoque résistant aux glycopeptides

Cachet du laboratoire :

Laboratoire expéditeur :

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Biologiste :

E-mail : .....

Téléphone : _____/_____/_____/_____/_____/

Télécopieur : _____/_____/_____/_____/_____/

Examen demandé : dans tous les cas joindre l'antibiogramme

|__| Confirmation de l'identification et la recherche d'un gène van par PCR

|__| Etude épidémiologique (typage moléculaire)

|__| Autre (à préciser) .....

Fiche prototype

Prélèvement :

Numéro d'analyse : .....

Identification du patient (nom, prénom) : .....

Nature du prélèvement :

|__| : écouvillon rectal |__| : coproculture

|__| : autre : préciser : .....

Date du prélèvement : .....

Statut du patient (si connu) : |__| : colonisation |__| : infection

Cette fiche est disponible sur le CD-Rom en version personnalisable - Référence : *fiche01.doc*

■ Feuille de liaison pour la sortie et/ou le transfert d'un patient ERG +

Feuille de liaison pour la sortie et/ou le transfert d'un patient ERG +

Un exemplaire :
A conserver dans le dossier médical
A joindre au courrier de sortie pour le médecin traitant, pour l'IDE libérale.
A joindre aux fiches de liaison habituelles en cas de transfert
A faxer à l'Antenne Régionale d'Hygiène
A envoyer au service d'hygiène de l'établissement

Nom du patient : .....
Date de naissance : .....
Service qui transfère : .....
Date de sortie: /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Fiche prototype

Lieu de transfert :

☐ Domicile : adresse : .....
.....
.....

☐ Transfert dans un autre établissement : service et adresse : .....
.....
.....
.....

• Nom de la personne contactée dans l'établissement d'accueil : .....
.....

Tél. : /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__//__/__/

Date du 1ier prélèvement ERG positif: /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Date et résultats des prélèvements suivants :
Date : _____ / _____ / _____, résultat : ☐ positif ☐ négatif
Date : _____ / _____ / _____, résultat : ☐ positif ☐ négatif
Date : _____ / _____ / _____. résultat : ☐ positif ☐ négatif
Date : _____ / _____ / _____. résultat : ☐ positif ☐ négatif
Date : _____ / _____ / _____. résultat : ☐ positif ☐ négatif

Recherche de colonisation à SARM : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, Date /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Résultat : ☐ positif ☐ négatif

Cette fiche est disponible sur le CD-Rom en version personnalisable - Référence : *liaison02 (page 1)*

Si transfert à domicile

Coordonnées

Médecin traitant :
Nom : . . . . . .
Adresse : . . . . . .
. . . . . .
Tél. : /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__//__/__/

Infirmière :
Nom : . . . . . .
Adresse : . . . . . .
. . . . . .
Tél. : /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__//__/__/

Kinésithérapeute :
Nom : . . . . . .
Adresse : . . . . . .
. . . . . .
Tél. : /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__//__/__/

Aide ménagère :
Nom : . . . . . .
Adresse : . . . . . .
. . . . . .
Tél. : /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__//__/__/

Structure de dialyse :
Nom : . . . . . .
Adresse : . . . . . .
. . . . . .
Tél. : /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__//__/__/

Fiche prototype

Cette fiche est disponible sur le CD-Rom en version personnalisable - Référence : *liaison02 (page 2)*

■ Retour à domicile d'un patient ERG+ : fiche de liaison destinée au médecin traitant et au personnel soignant libéral.

Retour à domicile d'un patient ERG+ : fiche de liaison destinée au médecin traitant et au personnel soignant libéral.

Mr, Mme .....a été récemment hospitalisé(e).

Au cours de son séjour, on a découvert, dans ses selles, la présence d'un entérocoque résistant aux glycopeptides (Vancomycine et Teicoplanine). Ces bactéries sont appelées ERV ou ERG et sont responsables de colonisation dans la grande majorité des cas, mais parfois d'infections (notamment urinaires).

La contamination se faisant par l'intermédiaire des matières fécales, il est important pour votre patient :

- de maintenir une hygiène corporelle quotidienne en utilisant un savon liquide et des affaires de toilette personnelles (gants, serviettes, etc. . .)
- de se laver les mains avec un savon liquide uniquement voir par des Produits Hydro-Alcooliques (on peut en acheter maintenant sans grande difficulté) et le plus souvent possible, surtout après être allé aux toilettes et avant les repas.
- de désinfecter les sanitaires avec de l'eau de Javel après chaque utilisation

Une décolonisation spontanée d'une durée variable selon les personnes est constatée.

Afin d'effectuer un suivi de cette décolonisation spontanée, il est recommandé d'effectuer un prélèvement de contrôle par écouvillonnage rectal tous les mois.

Si votre patient n'a pas encore 3 prélèvements mensuels consécutifs négatifs et s'il doit être réhospitalisé, il sera placé dans le secteur de cohorting en isolement avec toutes les difficultés que cela implique.

Par contre, s'il a 3 prélèvements mensuels consécutifs négatifs, il pourra alors être accueilli en hospitalisation dans le secteur de la spécialité dont il dépend, mais uniquement en chambre seule et avec des précautions « Contact ».

Fiche prototype

Le suivi de la décolonisation est donc très important pour la prise en charge ultérieure de votre patient. A sa sortie d'hôpital, le praticien hospitalier qui l'a pris en charge lui a normalement prescrit les prélèvements de contrôle mensuels jusqu'à 3 résultats consécutifs négatifs, et vous êtes destinataires des résultats. Il vous est demandé de vérifier que cette prescription a effectivement été faite, de prendre connaissance de ces résultats et de les intégrer au dossier de votre patient afin de pouvoir les produire en cas de réhospitalisation.

Merci de demander de plus, si votre patient ne s'y oppose pas, qu'une copie des résultats soit adressée au CCLIN et à l'Antenne Régionale de votre région.

Enfin, un patient connu porteur d'ERG peut être considéré comme définitivement négativé si, à l'occasion d'un traitement antibiotique d'une durée d'au moins 5 jours et faisant appel à des céphalosporines de troisième génération injectables, aux pénems, aux fluoroquinolones, aux nitro-imidazolés et/ou aux glycopeptides prescrit dans un contexte clinique infectieux établi et si un prélèvement de contrôle réalisé entre le 2ème et le 7ème jour suivant la fin de cette antibiothérapie s'avère négatif. Il est donc important de penser à prescrire un écouvillon rectal à la recherche d'ERG après un traitement antibiotique par l'une de ces classes.

Dans le cas d'une réhospitalisation ou d'un transfert vers une collectivité, merci de prévenir l'établissement et de faire suivre cette feuille de liaison afin que le patient puisse être accueilli en secteur de cohorting ou en chambre seule avec des précautions « Contact ».

Cette fiche est disponible sur le CD-Rom en version personnalisable - Référence : *Retour02 .doc*

Feuille de liaison pour la sortie et/ou le transfert d'un patient contact

Feuille de liaison pour la sortie et/ou le transfert d'un patient contact

Un exemplaire :

A conserver dans le dossier médical
A joindre au courrier de sortie pour le médecin traitant, pour l'IDE libérale.
A joindre aux fiches de liaison habituelles en cas de transfert
A faxer à l'Antenne Régionale d'Hygiène
A envoyer au service d'hygiène de l'établissement

Nom du patient : . .....
Date de naissance : .....
Service qui transfère : .....
Date de sortie: /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Fiche prototype

Lieu de transfert :

☐ Domicile : adresse : .....
.....

☐ Transfert dans un autre établissement : service et adresse : .....
.....

• Nom de la personne contactée dans l'établissement d'accueil : .....
.....
.....

Tél. : /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__//__/__/

Date des résultats des 3 prélèvements successifs à réaliser (à partir du moment où le patient n'est plus en contact avec un patient ERG+) :

- J1 : _____ / _____ / _____ , résultat : ☐ positif ☐ négatif
- J8 : _____ / _____ / _____ , résultat : ☐ positif ☐ négatif
- J15 : _____ / _____ / _____ . résultat : ☐ positif ☐ négatif

Cette fiche est disponible sur le CD-Rom en version personnalisable - Référence : *liaison03 .doc*

■ Retour à domicile d'un patient contact : fiche de liaison destinée au médecin traitant et au personnel soignant libéral.

Retour à domicile d'un patient contact :
fiche de liaison destinée au médecin traitant et au personnel soignant libéral.

Mr, Mme .....

a été hospitalisé(e) pour .....

Au cours de son séjour, on a découvert, dans les selles d'un patient du même secteur d'hospitalisation, la présence d'un entérocoque résistant à une famille d'antibiotiques : les glycopeptides (Vancomycine et Teicoplanine). Ces bactéries sont appelées ERV ou ERG.

Votre patient a donc été en contact avec un autre patient porteur de cette bactérie peu pathogène, mais très épidémiogène. A ce titre, il a pu être colonisé à son tour par un mécanisme de contamination croisée.

Afin d'éliminer cette éventualité, trois dépistages hebdomadaires successifs par écouvillonnage rectal sont nécessaires. Ils ont été débutés au cours de l'hospitalisation ou à la sortie de votre patient et doivent être poursuivis par vos soins, jusqu'à ce qu'on dispose d'un total de 3 prélèvements successifs en 15 jours (les prélèvements déjà réalisés à l'hôpital étant comptés)

Actuellement, les prélèvements suivants ont été réalisés aux dates suivantes :

- J1 : _____ / _____ / _____ , résultat : ☐ positif ☐ négatif
- J8 : _____ / _____ / _____ , résultat : ☐ positif ☐ négatif
- J15 : _____ / _____ / _____ . résultat : ☐ positif ☐ négatif

fiche prototype

Si le patient est amené à être réhospitalisé et s'il n'a pas le résultat de ses trois prélèvements, il devra être accueilli en chambre seule et sera placé en précautions « Contact » probabilistes avec toutes les difficultés que cela implique.

Par ailleurs, dans l'éventualité d'une contamination et dans l'attente du résultat des trois prélèvements, il est indispensable de prendre quelques précautions pour éviter la diffusion de cette bactérie.

La contamination se faisant par l'intermédiaire des matières fécales, il est important :

- de maintenir une hygiène corporelle quotidienne en utilisant un savon liquide et des affaires de toilette personnelles (gants, serviettes, etc. . .)
- de se laver les mains avec un savon liquide uniquement (voir si possible avec des Produits Hydro-Alcooliques) et le plus souvent possible, surtout après être allé aux toilettes et avant les repas.
- de désinfecter les sanitaires avec une solution d'eau de Javel

Dans le cas d'un transfert vers une collectivité (hôpital, maison de retraite, . . .), prévenir l'établissement et faire suivre cette feuille de liaison afin que les mesures à mettre en place soient prises.

L'Infirmière Le médecin du service

Cette fiche est disponible sur le CD-Rom en version personnalisable - Référence : *Retour03 .doc*

Liste des abréviations

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARLIN : Antenne Régionale de lutte contre les infections nosocomiales
AS : Aide-soignant
BMR : Bactérie Multi-résistante
C3G : Céphalosporines de 3ième génération
CEA : Cellule Enquête et Action
CCLIN : Centre de coordination de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNR : Centre national de référence
CS : Chambre seule
DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères
DASRI : Déchet d'Activité de Soins à Risque infectieux
DD : Détergent Désinfectant
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EOHH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
ERG : Entérocoque Résistant aux Glycopeptides
ERV : Entérocoque Résistant à la Vancomycine
IDE : Infirmière Diplômée d'état
InVS : Institut National de Veille Sanitaire
MAS : Maison d'accueil spécialisé
PA : Précautions « Air »
PC : Précautions « Contact »
PG : Précautions « Gouttelette »
PHA : Produits hydro-alcooliques
PS : Précautions « Standard »
SARM : Staphylocoque Aureus Résistant à la Méticilline
SAU : Service d'accueil des urgences
SFHH : Société française d'hygiène hospitalière
SLD : Unité de Soins de Longue Durée
SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
SSR : Unité de Soins de Suite et de Rééducation
TAP : Transport Assis Personnalisé
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Remerciements

Ce guide n'aurait pu voir le jour sans la contribution active des personnes citées ci-après. Nous tenons à les remercier très sincèrement pour l'aide qu'elles ont su nous apporter

Mme Mouffard, directrice adjointe de l'ARH Lorraine par intérim
Mme De Jong, chargée de mission à l'ARH Lorraine
Mme le Dr Viller, CIRE-EST
Mme le Dr Dallaire, MISP DDASS 54

M. le Dr Coignard, InVS
M. le Dr Thiolet, InVS
Mme Poujol, InVS

M. le Pr Lucet, responsable de l'unité de lutte contre les infections nosocomiales, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP-HP

M. le Dr Lesens, service de maladies infectieuses et tropicales, CHU Clermont-Ferrand

M. Bétala, Mission Régionale ERG
Mme Raclot, CCLIN-Est et Mission Régionale ERG
Mme Barthélémy, Mission Régionale ERG
Mme Lapique, Mission Régionale ERG
Mlle Saby, CCLIN-EST
Mme Girardot, CCLIN-EST

Mlle le Dr Blech, responsable de l'Antenne Régionale de Lorraine
Mme Michel, Antenne Régionale de Lorraine

M. le Dr Gayet, responsable de l'Antenne Régionale d'Alsace
Mme Bettinger, Antenne Régionale d'Alsace
M. le Dr Lavigne, service d'hygiène hospitalière du CHU de Strasbourg

Mme le Dr Bussy Malgrange, responsable de l'Antenne Régionale de Champagne-Ardenne
Mme Blassiau, l'Antenne Régionale de Champagne-Ardenne
M. le Pr De Champs, service de Bactériologie-Virologie-Hygiène, CHU de Reims...
M. le Dr Reveil, service d'hygiène-vigilances-gestion des risques, CH de Charleville-Mézières

M. le Pr Hartemann, chef du service d'hygiène hospitalière du CHU de Nancy
M. le Dr Hautemanière, service d'hygiène hospitalière du CHU de Nancy
M. le Dr Tronel, service d'hygiène hospitalière du CHU de Nancy
Mlle le Dr Diguio, service d'hygiène hospitalière du CHU de Nancy
Mme Vernier, service d'hygiène hospitalière du CHU de Nancy

M. le Pr Lozniewski, chef du service de bactériologie du CHU de Nancy
Mme le Dr Aïssa, service de bactériologie du CHU de Nancy
Mlle le Dr Alauzet, service de bactériologie du CHU de Nancy

M. le Pr May, chef du service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nancy
Mme Villaume, service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nancy

Mme le Pr Kessler, chef du service de néphrologie, CHU de Nancy
Mr le Dr Cao, service de néphrologie, CHU de Nancy
Mme Chanet, service de néphrologie, CHU de Nancy

Mme le Dr Manciaux, chef du service de SSR, CHU de Nancy
Mme le Dr Yavo, service de SSR, CHU de Nancy

Mme le Dr Bour, présidente de CLIN du CH de Briey
Mme le Dr Paulus, EOH du CH de Briey
Mme Pizzolato, EOH du CH de Briey

Mme le Dr Sellies, EOH du CHR Metz-Thionville
Mme le Dr Baudin, EOH du groupe Alpha Santé
M. le Dr Llorentz, EOH du CHR Metz-Thionville

Mme le Dr Matz, EOH CH de Bar-le-Duc
Mme Pattin, EOH CH de Bar-le-Duc

M. le Dr Wourms, président de CLIN, CH de St Nicolas de Port
Mme Gury, EOH CH de St Nicolas de Port
Mme Vautrin, directrice du CH de St Nicolas de Port

M. le Dr Mathieu, EOH Hôpital local de Pompey
Mme Sauvage, EOH Hôpital local de Pompey

Mme le Dr Simon, EOH de l'hôpital local de Mattaincourt

M. le Dr Salm, président de CLIN du Centre Alexis Vautrin
Mme Boulangé, EOH du Centre Alexis Vautrin

Mme le Dr Régent, présidente de CLIN du centre Jacques Parisot de Bainville

Nous demandons par avance aux personnes qui auraient été oubliées de nous pardonner cette omission.

Guide pratique
PRISE EN CHARGE d'une épidémie à
ERG
(Entérocoque Résistant aux Glycopeptides)
COMPACT disc
C.CLIN
E S T
- version 1 - 10/08