



**Secrétariat d'état à la santé**  
Direction générale de la santé

## QUESTIONS - REPONSES

**Sur les mesures de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénèmase (EPC)**  
**Définies par la circulaire DGS/RI/DGOS/PF 2010-413 du 6 décembre 2010**

### **RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA CIRCULAIRE**

La circulaire traite d'un problème de sécurité sanitaire lié à l'importation d'EPC portées par des patients rapatriés sanitaires. Ces instructions sont nouvelles, systématiques, sans besoin d'adaptation tant que le résultat du dépistage n'est pas connu.

La circulaire traite du cas des patients qui font l'objet d'un rapatriement sanitaire. Elle ne traite pas du circuit de signalements des infections nosocomiales, qui n'est utilisé que dans un second temps, en fonction du résultat du dépistage systématique d'EPC.

Les mesures de contrôle sont définies *a priori* et doivent être appliquées dès la réception du patient (ces mesures ne sont pas définies après analyse approfondie du cas, comme dans la situation d'une infection nosocomiale).

Ces mesures de contrôles sont :

- Isolement du patient dès son accueil dans le service clinique, sans passage par le service des urgences ;
- Dépistage systématique des entérobactéries productrices de carbapénèmases.

La gestion de la suite, après la mise en place de ces deux mesures, doit être adaptée en fonction des résultats du dépistage, de la situation particulière du patient et de son devenir dans l'établissement ou hors de l'établissement. Cette adaptation tient compte des recommandations déjà diffusées (ERG, BLSE). Le réseau CCLIN-ARLIN est à la disposition de l'ARS et des établissements de santé pour la gestion de ces suites.

### **I – LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

#### **Question 1 : Quand peut-on lever l'isolement des patients rapatriés sanitaires ?**

**Réponse 1 :** Quand la culture sur un milieu spécifique à la recherche de BLSE est déclarée négative.

Si cette culture est positive, même si la recherche d'EPC s'avère négative, l'isolement doit être maintenu. Voir à ce sujet « Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre

pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination », HCSP, février 2010<sup>1</sup>.

**Question 2 : L'isolement en chambre seule s'applique-t-il aussi aux autres patients suspects ou porteurs d'EPC que ceux qui ont été rapatriés ?**

**Réponse 2 : OUI**

D'une manière générale, tout malade, suspect ou porteur d'EPC, colonisé ou infecté, doit être isolé en chambre seule avec application des précautions complémentaires de type contact et des autres mesures de contrôle (cf. § 5).

S'il s'agit d'un patient rapatrié sanitaire : ces mesures de contrôle ont été mises en place dès son arrivée (objet de la circulaire).

S'il s'agit d'un autre patient, dont la découverte d'EPC est due à un prélèvement à visée diagnostique, les mêmes mesures doivent être appliquées (alignement sur les recommandations du HCSP sur les ERG). Il convient, en plus, de procéder à une recherche des contacts de ce patient et de définir la stratégie à adopter en liaison avec le CCLIN-ARLIN et l'ARS.

**Question 3 : Doit-on utiliser la fiche de signalement des infections nosocomiales ?**

**Réponse 3 : Il y a deux temps dans l'information**

Le laboratoire procède à la déclaration « sans délai » à l'ARS, (§ II-2) quand il existe une diminution de la résistance aux carbapénèmes (cf. question n° 6). L'ARS peut ainsi vérifier, « sans retard », que les mesures d'isolement du patient ont été correctement mises en œuvre, dans le but d'éviter toute diffusion de cette bactérie. C'est une mesure de sécurité sanitaire (article L. 1413-15 du code de la santé publique), que l'on peut qualifier d'alerte précoce.

L'établissement de santé (§ I-1) procède au signalement, selon les procédures habituelles du signalement des infections nosocomiales, au CCLIN pour un appui aux établissements dans la gestion du suivi du patient, et à l'ARS qui le transmet à l'InVS pour la surveillance épidémiologique des EPC. Dans ce cadre, il convient d'utiliser la fiche de signalement des IN permettant de transmettre les informations nécessaires à ces interventions.

**Question 4 : Où peut-on trouver les éléments pour la définition du plan local de maîtrise d'une épidémie ?**

**Réponse 4 :** Les éléments minimum à faire figurer dans le plan local de maîtrise d'une épidémie sont dans le « plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins » (§ A-2.4, p. 20)<sup>2</sup>.

## II – LES LABORATOIRES DE MICROBIOLOGIE :

**Question 5 : A quel moment un laboratoire de microbiologie doit-il faire une déclaration à l'ARS ?**

**Réponse 5 :** Dès le résultat de l'antibiogramme, lorsqu'il présente une diminution de la sensibilité sur l'un des deux disques de carbapénèmes.

<sup>1</sup> [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100202\\_enterobactBLSE.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100202_enterobactBLSE.pdf)

<sup>2</sup> <http://www.sante.gouv.fr/plan-strategique-national-2009-2013-de-prevention-des-infections-associees-aux-soins-ias.html>

Cette déclaration à l'ARS, systématique, doit se faire aussi auprès du service clinique afin qu'il maintienne, en liaison avec l'EOH, les mesures d'isolement géographique et technique du patient.

Elle doit être suivie d'un envoi de la souche au CNR résistance pour caractérisation de l'EPC.

**Question 6 : Faut-il déclarer également les résultats « intermédiaires » de l'antibiogramme ?**

**Réponse 6 : OUI.**

Les instructions concernent toute diminution de sensibilité aux carbapénèmes. Cela comprend les résultats déclarés *résistants*, mais aussi ceux qui sont classés *intermédiaires*.

**Question 7 : Quels sont les laboratoires « experts » auxquels envoyer les souches pour caractérisation de l'EPC ?**

**Réponse 7 :** La liste des laboratoires « experts » susceptibles de conduire ces examens est en cours de validation par l'InVS et sera publiée sur le site de l'institut dès sa concrétisation. En attendant, il convient d'adresser les souches au CNR résistance

**Question 8 : Faut-il faire la même déclaration quand il s'agit d'un patient qui n'a pas fait l'objet d'un rapatriement sanitaire ?**

**Réponse 8 : OUI.**

Bien que la circulaire ne traite pas spécifiquement de ce cas, à partir du moment où un résultat est positif, suite à un dépistage systématique (patients rapatriés sanitaires) ou un examen diagnostique (autres patients), doivent être appliquées toutes les instructions qui suivent la connaissance du résultat, dont la déclaration à l'ARS par le laboratoire et le signalement par l'établissement de santé.

### III – LES AGENCES REGIONALES DE SANTE

**Question 9 : Faut-il définir aussi le plan régional de maîtrise d'une épidémie ? Comment ? Quand doit-on l'activer ?**

**Réponse 9 : OUI**

La gestion au niveau régional d'une épidémie qui se développe dans des établissements dispensant des soins (de santé ou médico-social) est de la responsabilité du directeur général de l'ARS.

En outre, le plan régional de maîtrise d'une épidémie, doit comprendre les mêmes éléments que le plan local, en les adaptant à la situation. Il devrait comprendre, notamment :

- La désignation d'une équipe de gestion de l'épidémie composée, au minimum, d'un cadre de l'ARS, d'un praticien en hygiène hospitalière et d'un cadre de santé, nommément désignés dans le protocole. Le praticien et le cadre de santé devraient être, de façon privilégiée, les membres de l'ARLIN ou du CCLIN, au moins pour l'un d'entre eux. Ce protocole doit prévoir, le cas échéant, les modalités de remplacement de ces cadres.

- La définition préalable des missions de cette équipe de gestion :
  - organisation de la surveillance épidémiologique localement (modalité et rythme des déclarations) et vers l'échelon national en liaison avec l'InVS et la DGS ;
  - mise en œuvre des mesures de gestion définies avec l'appui de la cellule de crise (*cf. infra*) ;
  - contrôle de l'application de ces mesures avec l'appui des services d'inspection de l'ARS ;
  - communication vers les établissements et vers le grand public.
- La composition d'une cellule de crise chargés d'assister l'équipe de gestion dans l'expertise scientifique de la situation épidémique et la définition des mesures de gestion à mettre en œuvre, sur la base des recommandations du HCSP quand elles existent (CD, ERG, BLSE, EPC, ...) ou en attendant leur adoption par le HCSP en cas de phénomènes nouveaux. Cette équipe doit également être nommément désignée. Le protocole prévoit les modalités de l'activation de ses membres par rapport à leurs employeurs, les modalités de son fonctionnement et de son articulation avec l'équipe de gestion de l'épidémie ;
- La préparation de la mise en place, sous 48 heures, d'un secteur d'isolement régional si la décision est prise de le mettre en place (pas systématique). Les différents points à prévoir sont décrits dans le plan précité (p. 19). Il convient d'y ajouter les modalités de remplacement des personnels dédiés au secteur d'isolement ;
- Les principes de définition du plan de communication (spécifique à chaque situation) : cibles (établissements, professionnels de santé, usagers, grand public), canaux (adresses courriels fonctionnelles, numéro vert, médias, ...), modalités de validation des messages (la validation des messages est indispensable, sans retarder la réactivité de l'information).

L'activation du plan régional de maîtrise d'une épidémie est de la responsabilité du DG de l'ARS qui peut s'appuyer localement sur le réseau CCLIN-ARLIN et, nationalement sur la DGS et l'InVS. Un outil d'aide à la décision va être élaboré par un groupe de travail en cours de mise en place. Il n'est pas nécessaire de disposer de cet outil d'aide à la décision pour définir le plan régional de maîtrise d'une épidémie.

---