

Patient-traceur BHRe

Amélioration de la coordination inter-établissement
lors de prise en charge des patients porteurs de BHRe

Guide de mise en œuvre

Phase expérimentale



Juin 2017

Rédaction du guide mise en œuvre

- Pierre CAILLAULT, interne de santé publique chargé de missions, SRA QualiREL Santé
- Louis FRELON, interne de santé publique chargé de missions, SRA QualiREL Santé

Membres du groupe de travail

- Dr Gabriel BIRGAND, pharmacien hygiéniste coordonnateur, CPIAS Pays de la Loire
- Pierre CAILLAULT, interne de santé publique chargé de missions, SRA QualiREL Santé
- Louis FRELON, interne de santé publique chargé de missions, SRA QualiREL Santé
- Dr Roselyne HUE, pharmacien hygiéniste, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan
- Françoise RAYMOND, cadre hygiéniste, CPIAS Pays de la Loire
- Valérie de SALINS, cadre hygiéniste, CPIAS Pays de la Loire
- Dr Brigitte TEQUI, médecin hygiéniste, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, Institut de Cancérologie de l'Ouest
- Noémie TERRIEN, coordonnateur, SRA QualiREL Santé

Groupe de relecture (non confirmé – en cours de sollicitation)

- Dr Hélène ABBEY, chargée de mission, QualiREL Santé
- Dr Anne BERGER-CARBONNE, Santé Publique France
- Dr Claude BERNET, CPIAS Auvergne-Rhône-Alpes
- Dr Bernard CHATAIGNER, DCA 49
- Véronique GHADI, chef de projet, Haute Autorité de Santé
- Dr Jean HALLIGON, responsable médical, QualiREL Santé
- Dr Miguel JEAN, Espace de Réflexion Ethique des Pays de la Loire (EREPL)
- Philippe LALY, adjoint au Chef de Service Certification, Haute Autorité de Santé
- Dr Pierre PARNEIX, CPIAS Nouvelle-Aquitaine, SF2H
- Véronique POZZA, présidente du CISS Pays de la Loire, représentant des usagers
- Dr Jean-Luc QUENON, médecin coordonnateur, FORAP-CCECQA

Remerciements

- Sylvia GAUVRIT, entreprise Birot-Biron à Machecoul

LEXIQUE

ARLIN : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ARS : Agence Régionale de Santé

BHRe : Bactéries Hautement Résistantes émergentes

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique & de la Qualité en Aquitaine

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISS : Collectif Inter-associatif Sur la Santé

CNR : Centre National de Référence

COSMOS : COordination Sanitaire MédicO-Social

CPIAS : Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins

DCA : Dispositif de Coordination d'Aval

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EOH ou **EOHH** : Equipe Opérationnelle d'Hygiène (Hospitalière)

EPC : Entérobactéries Productrices de Carbapénémases

ERG : Enterococcus faecium Résistant aux Glycopeptides

FORAP : Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HSCP : Haut Conseil de la Santé Publique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

InVS : Institution national de Veille Sanitaire

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

ONERBA : Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques

PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

PDL : Pays De la Loire

QualiREL : Qualité-Risques-Evaluation - établissements Ligériens

RHC : Réseau des Hygiénistes du Centre

SF2H : Société Française d'Hygiène Hospitalière

SLD : Soins de Longue Durée

SRA : Structure Régionale d'Appui

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

A. Contexte du projet : le problème des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe).....	5
1. Principes de la maîtrise de la diffusion des BHRe	5
2. Impact sur la qualité et la sécurité des soins.....	5
3. Situation épidémiologique en France en 2017 et dispositif de surveillance.....	6
4. En région Pays de la Loire	7
5. Les raisons du projet	7
B. Objectifs et périmètre du projet.....	9
1. Objectifs	9
2. Périmètre du projet.....	9
C. Méthode d'évaluation	10
1. L'adaptation de la méthode au cas particulier des patients BHRe	11
2. Les référents	11
3. Centralisation du projet par le CPIAS.....	11
D. Comment réaliser un patient-traceur BHRe inter-établissements en 6 étapes ?.....	12
1. Préparation.....	12
2. Entretien avec le patient (±les proches).....	13
3. Entretiens avec les professionnels	13
4. Synthèse et plan d'action indépendant	15
5. Réunion des quatre référents : plan d'action commun.....	15
6. Mise en œuvre et suivi du plan d'actions	16
E. Bilan, communication, valorisation pour l'établissement	17
F. Perspectives	18
G. Outils	18
H. Annexe	19
Charte d'engagement Patient Traceur BHRe	19
I. Références	20

A. Contexte du projet : le problème des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe)

L'émergence de la résistance aux antibiotiques est un enjeu majeur de santé publique. Les bactéries résistantes aux classes d'antibiotiques usuelles, dites « hautement résistantes émergentes ^a », ont largement diffusé au niveau mondial au point de devenir endémiques dans certaines parties du globe. Le risque est, à moyen terme, d'être confronté à des impasses thérapeutiques et à un accroissement de la mortalité attribuable¹. C'est pourquoi la diffusion de ces BHRe en France durant les dix dernières années constitue une urgence sanitaire à l'aube de l'ère post-antibiotique.

1. Principes de la maîtrise de la diffusion des BHRe

La maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) repose sur une double stratégie de réduction de la prescription des antibiotiques et de **prévention de la diffusion à partir des patients porteurs**.

Dans cette dernière, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a publié en 2013 des recommandations sur les précautions ciblées à mettre en place dans les établissements de santé vis-à-vis des patients porteurs de BHRe ou « contacts ».^{1,2} L'application effective de ces recommandations sur le terrain doit prendre en compte le contexte local, l'expertise de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), les différents temps auxquels a lieu la détection des BHRe (à l'admission, en cours d'hospitalisation, etc.), la situation épidémiologique (cas sporadique, cas groupés, large épidémie) et les différentes filières de soins concernées. Une même situation pourra donc être prise en charge différemment selon le contexte, mais dans tous les cas la prise en charge doit éviter toute perte de chance pour le patient, et garantir une qualité/sécurité des soins et une orientation dans la filière de soins adaptée à sa prise en charge.

La capacité à détecter et identifier précocement les patients porteurs de BHRe, à assurer leur suivi, à **communiquer efficacement entre tous les acteurs concernés**, et à mettre en place les mesures de prévention adaptées, représente un défi important pour la maîtrise de la diffusion de ces BHRe.

2. Impact sur la qualité et la sécurité des soins

La stratégie stricte de maîtrise de la diffusion des BHRe a largement démontré son efficacité en France. Certaines conséquences sont cependant à déplorer.

La première est d'ordre médical. L'application des recommandations nationales provoque une désorganisation des unités de soins impactées, et potentiellement des pertes de chances pour les patients pris en charge. Il a été montré par exemple, que des patients de réanimation isolés de manière stricte avaient un risque d'hypo- ou d'hyperglycémie majoré⁴.

^a Les BHRe regroupent les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG).

Par ailleurs, la stratégie nationale engendre des postes de dépenses supplémentaires pour les établissements de santé dus aux contraintes de dépistage, de besoin de personnels surnuméraires, de matériel pour l'application de précautions particulières, ou de pertes de recettes dans le cadre d'arrêts de transferts/admissions⁵. Lors d'une étude de plusieurs épisodes épidémiques et sporadiques de patients porteurs de BHRé, il a été démontré qu'un patient porteur de BHRé présentait une durée de séjour de 23 (IC95% :21-26) jours supplémentaires par rapport à des patients jamais identifiés porteurs de BHRé, toutes choses égales par ailleurs. Le surcoût attribuable à cette prolongation de durée de séjour était estimé à 6 981€ (IC95% :3 377-10 585) par cas⁶.

Tous ces facteurs sont des contraintes importantes et créent un stress pour les unités de soins et les établissements de santé, parfois réfractaires à la prise en charge de ces patients. **Ainsi, le parcours de soins des patients porteurs de BHRé se voit souvent modifié pour maîtriser la diffusion des BHRé, mais, parfois, aux dépens de la prise en charge des patients.**

3. Situation épidémiologique en France en 2017 et dispositif de surveillance

Sur le territoire national, la situation épidémiologique est actuellement à la croisée des chemins : l'identification de BHRé à partir de prélèvements cliniques reste rare par rapport à d'autres pays d'Europe, mais des situations épidémiques de colonisations digestives sont déjà observées. L'importation par des patients ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger demeure à ce jour la principale source de diffusion en France, même si une part importante de patients détectés porteurs de BHRé n'a a priori pas de lien retrouvé avec une hospitalisation à l'étranger. **Ceci préfigure une diffusion à bas bruit des BHRé au sein d'un réservoir de patients hospitalisés dans les filières de soins telles que les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de Soins de Longue Durée (SLD) ou dans des structures de vie telles que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), source potentielle de colonisation dans les services des établissements de santé de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).**

La surveillance en France des BHRé repose actuellement sur un dispositif associant le signalement externe des infections nosocomiales (articles L1413-14 et R6111-12 à 17 du Code de la Santé Publique), l'expertise des Centres Nationaux de Référence (CNR) de la Résistance aux Antibiotiques et sur celle de certains laboratoires hospitalo-universitaires et de l'Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques (ONERBA). Ce dispositif permet d'informer les Agences Régionales de Santé (ARS), les Centres de Prévention des infections associées aux soins (CPIAS)^b et Santé publique France, et d'obtenir si besoin une aide à la mise en œuvre des mesures de gestion. Les recommandations de maîtrise de la diffusion, synthétisées dans le guide du HCSP de 2013, ont montré leur efficacité et sont donc indispensables pour prévenir la transmission croisée et maîtriser le risque de diffusion épidémique locale ou régionale.

Le nombre de signalements de BHRé a considérablement augmenté ces dernières années, avec un renforcement très marqué au 1^{er} semestre 2015. Pour les EPC, la France est passée de 10 épisodes en 2009 à un pic de 650 en 2014, puis 942 en 2015². Les signalements d'ERG ont atteint un pic à 250 en 2008, puis étaient à 150 en 2014, et à plus de 100 au 1^{er} semestre 2015³. En 2014, les EPC et les ERG représentaient respectivement 8,5% et 37% des signalements pour infection associée aux soins.

^b Remplacent depuis fin 2016 les Centres de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) et les Antennes Régionales de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN).

L'amélioration de la capacité des laboratoires de microbiologie en ville et à l'hôpital à détecter ces BHRe va probablement accroître le nombre de cas.

4. En région Pays de la Loire

Entre 2013 et 2014, la région Pays de la Loire a déclaré 7% des signalements de BHRe et a été le lieu du 4^{ème} épisode d'ampleur significative en France (avec environ 80 cas colonisés recensés). **Depuis 2013, la région comptabilise plus de 400 patients identifiés porteurs de BHRe et 6000 patients contacts.**

Pour répondre à l'enjeu de la diffusion des BHRe en France et limiter l'impact sanitaire des épisodes épidémiques, une organisation territoriale de l'offre de soins, lisible, connue de tous et opérationnelle, est nécessaire pour permettre une coordination efficiente et anticipée de tous les acteurs, en vue d'une gestion optimisée.

L'ARS Pays de la Loire s'est rapidement approprié les recommandations du HCSP de 2013 en publiant en 2014 un premier schéma régional de gestion des épidémies de colonisations digestives de BHRe².

De son côté, le CPIAS Pays de la Loire a créé en 2014 un groupe de travail dédié aux BHRe qui a déjà produit plusieurs outils d'aide à l'accueil et au transfert de patients BHRe, disponibles sur son site internet⁹, tels que :

- Outils Accueil/transfert patients BHRe produits par le DCA 49/SLAE Saumur et Cholet, CHU Angers et l'ARLIN PDL en 2016 (Lettre d'information aux établissements, Recommandations, Check-list Accueil/Transfert, Check-list Accueil, Check-list Transfert)
- Outils CCLIN Ouest
- Modèle courrier pour l'accueil d'un patient contact ou porteur d'une BHRe dans un établissement sanitaire
- Plaquette d'information "PATIENT CONTACT" BHRe - ARLIN PDL
- Plaquette d'information "PATIENT PORTEUR" BHRe - ARLIN PDL / RHC
- Plaquette d'information PROFESSIONNELS - ARLIN PDL / RHC
- Fiche "Comment réaliser un dépistage BHRe sur selles (écouvillonnage) ?
- Flyer Ambulanciers : Prévention du risque infectieux pour le transport de patients

5. Les raisons du projet

Les établissements « de recours » ou « de grande taille » accueillent une importante file active de patients, dont une partie a des antécédents d'antibiothérapies multiples. D'où un important potentiel de diffusion de BHRe à partir de ces structures qui disposent de l'expertise en gestion du risque infectieux. **La transmission d'informations lors des transferts de patients BHRe peut poser des problèmes, en particulier pour les structures ne bénéficiant pas systématiquement d'expérience et d'expertise pour ce type de patient.** Si l'information transmise n'est pas adaptée, complète et anticipée par rapport à l'arrivée du patient, une prise en charge conforme aux recommandations et adaptée ne pourra être réalisée dans de bonnes conditions, ce qui favorisera la diffusion de la BHRe dans l'établissement d'aval. En parallèle, l'information et l'implication du patient porteur BHRe contribuent à la compréhension des mesures mises en œuvre et participent à une meilleure coordination entre les différentes structures.

Dans la continuité de son groupe de travail BHRe, le CPIAS, en partenariat avec la Structure Régionale d'Appui (SRA) QualiREL Santé, a constitué un nouveau groupe de travail pour créer un premier projet

sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients porteurs de BHRe dans la région Pays de la Loire. Les axes de travail de ce groupe seraient la **collaboration entre les établissements, en s'intéressant aux mécanismes de coordination et d'information entre les professionnels, le patient BHRe et/ou son entourage**. Si l'application effective des recommandations peut varier selon le contexte local, la prise en charge doit par contre éviter toute perte de chance pour le patient.

B. Objectifs et périmètre du projet

1. Objectifs

Objectif général :

- Amélioration de la coordination inter établissements lors de prise en charge des patients porteurs de BHRe.

Objectifs stratégiques :

- Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques de prise en charge des patients BHRe ;
- Répartir les contraintes inter-établissements en matière de coordination des prises en charge ;
- Diminuer la diffusion des BHRe en région Pays de la Loire.

Objectifs opérationnels :

- Etat des lieux des pratiques de coordination et de partage d'information entre professionnels et avec le patient ;
- Evaluer l'application des recommandations pour la prévention de la diffusion des BHRe.

2. Périmètre du projet

Etablissements concernés

Tout établissement sanitaire ou médico-social de la région Pays de la Loire susceptible d'accueillir un patient porteur de BHRe et de le transférer dans un autre établissement peut être inclus au projet «Patient-traceur BHRe».

La participation au projet pourra être valorisée par les établissements dans la cadre la certification V2014.

Pour la phase expérimentale, de septembre à décembre 2017, le projet est centré sur les transferts allant d'un Centre Hospitalier de la région Pays de la Loire (établissements d'amont) vers un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) de la région Pays de la Loire (établissements d'aval).

Les SSR engagés seront concernés par un patient-traceur au maximum.

Patients concernés

Critères d'inclusion :

- **Patient porteur de BHRe** (entérobactéries productrices de carbapénémases et Enterococcus faecium résistant aux glycopeptides) dont le statut est connu à la sortie de l'établissement d'amont, qu'il ait été **admis en tant que porteur connu ou que son statut ait été découvert pendant l'hospitalisation**, et qui est transféré dans un autre établissement.
- **Patients informés** de leur statut de porteur BHRe.

A noter que le patient est pré-inclus dès que son statut de porteur est connu par le CPIAS (même si le transfert n'est pas encore prévu).

Pour des raisons éthiques, **l'absence d'information du patient de son statut infectieux est un critère d'exclusion.**

Professionnels concernés

Tout professionnel médico-soignant, médico-technique, psycho-social et administratif ayant concouru à la prise en charge du patient sur la portion du parcours (de la préparation à la sortie au sein de l'établissement d'amont jusqu'au jour de l'hospitalisation dans l'établissement d'aval) peut participer au projet.

Les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène et de l'équipe responsable de la qualité de soins de chaque établissement ont un rôle central dans la méthodologie retenue (voir partie Méthode d'évaluation).

Les transporteurs sanitaires ayant effectué le transfert du patient sont également sollicités lors d'un entretien téléphonique.

Chaque professionnel pourra faire valoir sa participation au projet dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Aussi, tout au long du projet, le CPIAS et le réseau QualiREL auront un rôle d'appui dans leurs domaines respectifs.

C. Méthode d'évaluation

La méthode retenue est **inspirée de la méthode du patient-traceur**, adaptée à la prise en charge du patient porteur BHRe.

Parmi les différentes méthodes d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, qui lui sont complémentaires, la méthode du patient-traceur est la plus adaptée au projet, pour les raisons suivantes :

- Accent mis sur l'étude des **interfaces** entre deux établissements ;
- Prise en compte du **vécu du patient**, en particulier ce qui concerne le droit à l'information et son implication dans sa prise en charge ;
- Identification des pratiques **réelles** des soignants, au-delà des organisations, permettant ainsi de s'interroger en équipe sur la pertinence des modalités de prise en charge.

La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

Mise en œuvre en France notamment dans le cadre de la certification des établissements de santé (V2014), c'est une méthode d'amélioration de la qualité des soins utilisable par les professionnels de santé pour améliorer leurs pratiques professionnelles, et qui est reconnue comme méthode de développement professionnel continu (DPC).

La méthodologie présentée ci-après s'appuie sur les différents travaux de la HAS sur le sujet¹⁰ ainsi que sur la méthodologie COSMOS¹¹ expérimentée par le CCECQA en Aquitaine.

1. L'adaptation de la méthode au cas particulier des patients BHRe

Un groupe de travail porté par le CPIAS Pays de la Loire et la structure régionale d'appui QualiREL Santé a mis au point la méthodologie décrite dans ce guide, qui est donc une adaptation de la méthode du patient-traceur au cas particulier des patients BHRe. Un guide d'entretien destiné au patient ou ses proches (cf. Outil 5), un autre pour les équipes de soins (cf. Outil 6) et un pour les transporteurs sanitaires (cf. Outil 7) ont été composés en se référant aux recommandations nationales du Haut Conseil de la Santé Publique de 2013 et avec l'expertise locale du groupe de travail.

Pour ce projet, quelques modifications d'ordre pratique sont apportées à la méthode du patient-traceur telle qu'elle est présentée dans le guide HAS, sans en modifier l'esprit pour autant :

- parce que les patients-traceurs se réalisent sur deux établissements à la fois, le nombre de réunions d'analyse et de programme d'actions est augmenté ;
- la réunion commune de la méthode patient-traceur sera donc ici modifiée en 2 réunions distinctes : une avec l'équipe de l'établissement d'aval et l'autre avec celle de l'établissement d'amont. Cette modification devrait permettre de mobiliser plus facilement et en plus grand nombre les professionnels impliqués dans la prise en charge ;
- par conséquent la durée de chaque réunion d'analyse sera d'environ 45 minute à 1 heure ;
- au même titre que les professionnels des établissements, les transporteurs sanitaires seront interrogés afin d'analyser au mieux l'étape du transfert ;
- l'échange inter-établissement se fera par l'intermédiaire des référents de chaque établissement.

2. Les référents

Chaque établissement engagé nomme 2 référents du projet : un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène et un membre de l'équipe en charge de la qualité. Le rôle des référents est d'organiser et coordonner la mise en place de l'évaluation au sein de son établissement, puis de rédiger, mettre en place et assurer le suivi des plans d'actions.

Pour la phase expérimentale, la méthode associe également 2 observateurs membres du groupe de travail. Ce binôme sera formé d'un hygiéniste et d'un qualicien afin d'observer le déroulement du processus et de pouvoir ainsi ajuster la méthodologie en vue de l'extension du projet vers l'ensemble des transferts. C'est le CPIAS qui désignera le binôme hygiéniste-qualicien pour chaque Patient-Traceur observé.

3. Centralisation du projet par le CPIAS

Lorsqu'un patient BHRe est hospitalisé dans un CH ou dès que son statut de porteur y est découvert, l'hygiéniste de l'établissement prévient le CPIAS. Une base de pré-inclusion est ainsi réalisée par le CPIAS.

Dès la notification d'un transfert potentiel entre 2 établissements engagés dans le projet, la méthodologie débute. La date du transfert du patient peut ainsi être prévue à l'avance pour organiser les différents entretiens (avec le patient, les équipes des établissements d'amont et d'aval et les transporteurs sanitaires).

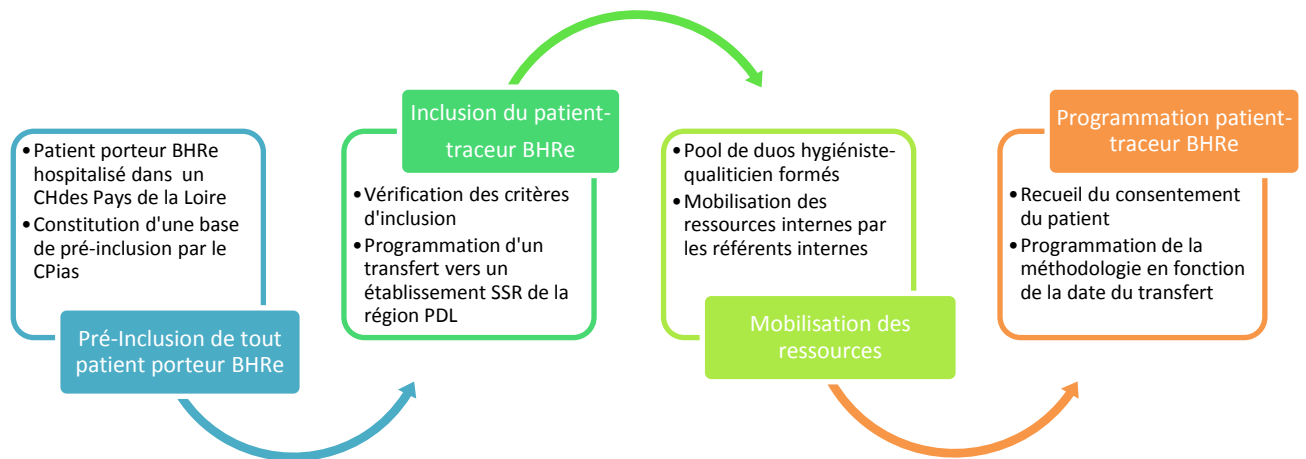


Figure 1. Etapes de la préparation d'un patient-traceur BHRe inter-établissement (phase expérimentale)

D. Comment réaliser un patient-traceur BHRe inter-établissements en 6 étapes ?

L'ordre choisi ci-dessous pour présenter les 6 étapes n'est pas exactement celui de la mise en œuvre. Il s'agit ici d'un regroupement thématique.

L'ordre des étapes de la mise en œuvre est présenté avec la figure 2 et la check-list opérationnelle (Outil 1).

Cf. Outil 1 : Check-list organisationnelle du patient-traceur BHRe

1. Préparation

Engagement de l'établissement

Tout établissement volontaire pour participer au projet doit signer au préalable une charte d'engagement. (Annexe) Cet engagement écrit permet de s'assurer de l'appui institutionnel de chaque établissement dans la démarche et de définir les référents internes du projet.

Cette charte d'engagement est à envoyer au CPIAS par courrier ou par mail.

Cf. Annexe : Charte d'engagement Patient Traceur BHRe

Organisation des réunions

Dès que l'établissement d'aval est connu, les référents informent le CPIAS du transfert. En fonction de la date du transfert, ils organisent chacun une réunion d'équipe au sein de leur établissement qui aura lieu une fois le transfert et l'entretien avec le patient réalisés. **Idéalement, ces réunions doivent avoir lieu dans les 7 jours suivant le transfert du patient afin de limiter les biais de mémorisation.**

Quand la date du dernier entretien est connue, les deux équipes d'hygiène d'amont et d'aval fixent le rendez-vous de la réunion de synthèse dans les 15 jours qui suivent. Idéalement, cette réunion se fera en présentiel ; à défaut, un entretien téléphonique sera possible.

Les objectifs des réunions sont l'identification de plans d'action spécifiques aux organisations de chaque établissement et l'élaboration d'un plan d'action commun entre les deux structures.

Cf. Outil 1 : Check-list organisationnelle du patient traceur BHRe.

Information et consentement du patient

Les référents de l'établissement d'amont informe ce dernier des objectifs et du déroulement de la méthode, et recueille son consentement. Ce consentement doit être tracé. Un document d'information est remis au patient (Outil 3). Il est souhaitable de prévenir le patient au moins 24 heures avant qu'il ne soit rencontré en entretien, afin de pouvoir recueillir son consentement dans de bonnes conditions, et de pouvoir informer son ou ses proches si l'entretien avec le patient n'est pas possible.

Pour les mineurs et les personnes sous tutelle, l'information doit leur être délivrée en fonction de leur état de maturité et de leur capacité de discernement. L'information doit également être donnée aux représentants légaux. Le consentement doit être recueilli auprès du patient ou de son représentant légal.

Cf. Outil 3 : Note d'information patient + consentement

Par ailleurs, une communication interne globale est souhaitable à l'aide de l'affiche d'information destinée aux patients (Outil 4).

Cf. Outil 4 : Affiche d'information patient-traceur à l'attention des patients

2. Entretien avec le patient (±les proches)

La rencontre avec le patient doit avoir lieu dans l'établissement d'aval, avant les entretiens des équipes.

En début d'entretien, le patient est prévenu que les deux référents ne sont pas habilités à répondre aux questions relatives à sa prise en charge.

L'entretien se déroule en deux temps : recueil des éléments de vécu en suivant l'ordre de la grille d'entretien dédiée (Outil 5), puis proposition par le patient d'actions d'améliorations éventuelles.

Si les référents jugent cela pertinent, une rencontre avec les proches peut être organisée en complément. Elle est possible, même si l'état du patient ne lui permet pas d'en être informé et d'exprimer son consentement. À l'inverse, si le patient est en mesure de s'exprimer, son consentement sera toujours recherché avant de rencontrer les proches. Dans tous les cas, aucune information médicale relative au patient n'est transmise dans le cadre de cet échange et la grille «patient» devra être adaptée en conséquence.

Cf. Outil 5 : Guide entretien patient/proches

3. Entretiens avec les professionnels

Avec les équipes

Pour faciliter la mise en œuvre de la méthode, 2 réunions distinctes sont effectuées : **une avec l'équipe de l'établissement d'aval, puis une avec celle de l'établissement d'amont**. Cette modification devrait permettre de mobiliser plus facilement et en plus grand nombre les professionnels impliqués dans la prise en charge. A noter qu'un échange croisé entre les deux établissements aura bien lieu dans un second temps lors d'une réunion entre les référents de chaque établissement.

Aussi, chaque professionnel pourra faire valoir sa participation à ces entretiens dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Les professionnels présents à la réunion d'entretien sont les référents et les soignants ayant pris en charge le patient. Il est du ressort des référents, qui organisent la réunion, de parvenir à mobiliser les professionnels du secteur d'activité ayant participé à la prise en charge du patient, de manière à avoir une **réunion pluri-professionnelle** (au moins un médecin, une IDE, une aide-soignante).

Dans chaque établissement, parmi les 2 référents du projet, **seul le référent qualité participe à l'animation de la réunion**, et ce pour plusieurs raisons :

- Les référents qualité ont des connaissances et des compétences concernant la méthode d'évaluation du patient-traceur et sont donc parfaitement à même de mener l'entretien.
- Les référents hygiénistes sont, au même titre que les soignants, impliqués au plus près de la prise en charge des patients porteurs. Un rôle d'animateur les mettrait dans une posture dite de « juge et parti ». Pour éviter cela, et pour recueillir des données les plus complètes concernant la prise en charge du patient. **Pour cette étape, les référents hygiénistes participent donc à la réunion comme tout autre membre de l'équipe de soins, et non comme animateur.**

L'animateur utilise le guide d'entretien à destination équipe (Outil 6).

Cf. Outil 6 : Guide entretien équipe

La première partie de la réunion correspond à la réponse aux questions relatives à la prise en charge effectuée. Les questions sont ouvertes. Les réponses sont prises en note par l'animateur, en distinguant ce qui provient des échanges oraux avec les professionnels et les informations tracées dans le dossier médical. L'identification des conformités et des écarts se fait au fur et à mesure.

Dans la deuxième partie de la réunion, l'animateur recueille les propositions d'actions d'amélioration faites par les professionnels en réponse aux points en « écart » ou « non conforme ».

L'accès au dossier médical du patient pendant l'entretien est impératif afin de croiser les faits relatés par les professionnels et ce qui est tracé dans le dossier. Les résultats de l'échange avec le patient seront également intégrés à ce temps d'échange.

Pour la phase expérimentale, les observateurs assistent à ces 2 réunions d'équipes, pour recueillir au plus près les forces et les faiblesses du projet et ainsi de l'ajuster dans la mesure du possible aux réalités du terrain.

Pour faciliter cette observation, il est fortement recommandé d'effectuer dans un premier temps l'entretien avec le patient le même jour que l'entretien avec l'équipe de l'établissement d'aval. Puis, dans un second temps, l'entretien avec l'équipe de l'établissement d'amont.

Avec les transporteurs sanitaires

Dans les suites immédiates du transfert, les référents de l'établissement d'aval recueillent les données auprès du professionnel ayant effectué le transfert avant qu'il ne quitte l'établissement. Après rappel du contexte (cadre du projet, anonymat...), l'entretien s'effectue dans un endroit calme et adapté à l'aide du guide d'entretien dédié (Outil 7).

Cf. Outil 7 : Guide entretien transporteurs sanitaires

Les données recueillies seront à croiser aux autres données lors dans la rédaction de des synthèses et des plans d'actions.

Pour la phase expérimentale, compte-rendu propre à l'établissement fera état des points positifs et des ponts d'amélioration constaté lors de l'observation. Il sera adressé par le duo observateur aux référents respectifs (avec une copie au CPIAS).

4. Synthèse et plan d'action indépendant

Les référents vont rédiger une **synthèse** puis un **plan d'action pour leur établissement, spécifique à leurs organisations**, et prévoir des propositions d'actions communes aux deux établissements, en préparation de la réunion suivante.

Pour la phase expérimentale, les référents pourront s'appuyer sur le compte-rendu fait par le duo d'observateurs.

Cf. Outil 8 - Synthèse + Plan d'action

5. Réunion des quatre référents : plan d'action commun

Elle a lieu dans les 15 jours qui suivent l'entretien avec les équipes et de préférence en présentiel. Les référents des deux établissements reprennent leurs synthèses d'établissement et les propositions d'actions communes pour faire une synthèse des points forts et des points d'amélioration qui concernent les deux établissements simultanément. Cela leur permettra d'ajouter un **plan d'action commun** à leur plan d'action indépendant.

Chaque établissement aura donc **un plan d'action individuel et un plan d'action commun**, dont certaines actions pourront nécessiter une validation institutionnelle (investissements, changement d'organisation). Les plans d'actions (communs et spécifiques) seront adressés au CPIAS pour pouvoir capitaliser sur les problèmes et solutions qui seront ressortis de ce patient-traceur.

Cf. Outil 8 - Synthèse + Plan d'action

6. Mise en œuvre et suivi du plan d'actions

Les plans d'actions indépendant et commun sont pris en compte dans le **programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)** de l'établissement. Comme pour toute démarche d'amélioration, le suivi comportera :

- un suivi de la conduite des actions d'amélioration : les étapes du plan d'action ont-elles été réalisées ? ;
- la mesure de l'efficacité et/ou de l'impact des actions, c'est-à-dire de la maîtrise des pratiques ou de l'organisation recherchées. Cette mesure fait appel à plusieurs méthodes possibles en fonction de la situation : indicateurs, audit clinique ciblé, audit de processus.

Si une nouvelle évaluation patient-traceur est conduite à distance, elle permet également de vérifier, sur un nouveau patient, la mise en œuvre effective des actions d'amélioration, mais l'étude d'un seul patient ne permet pas de s'assurer de la maîtrise d'une étape de la prise en charge.

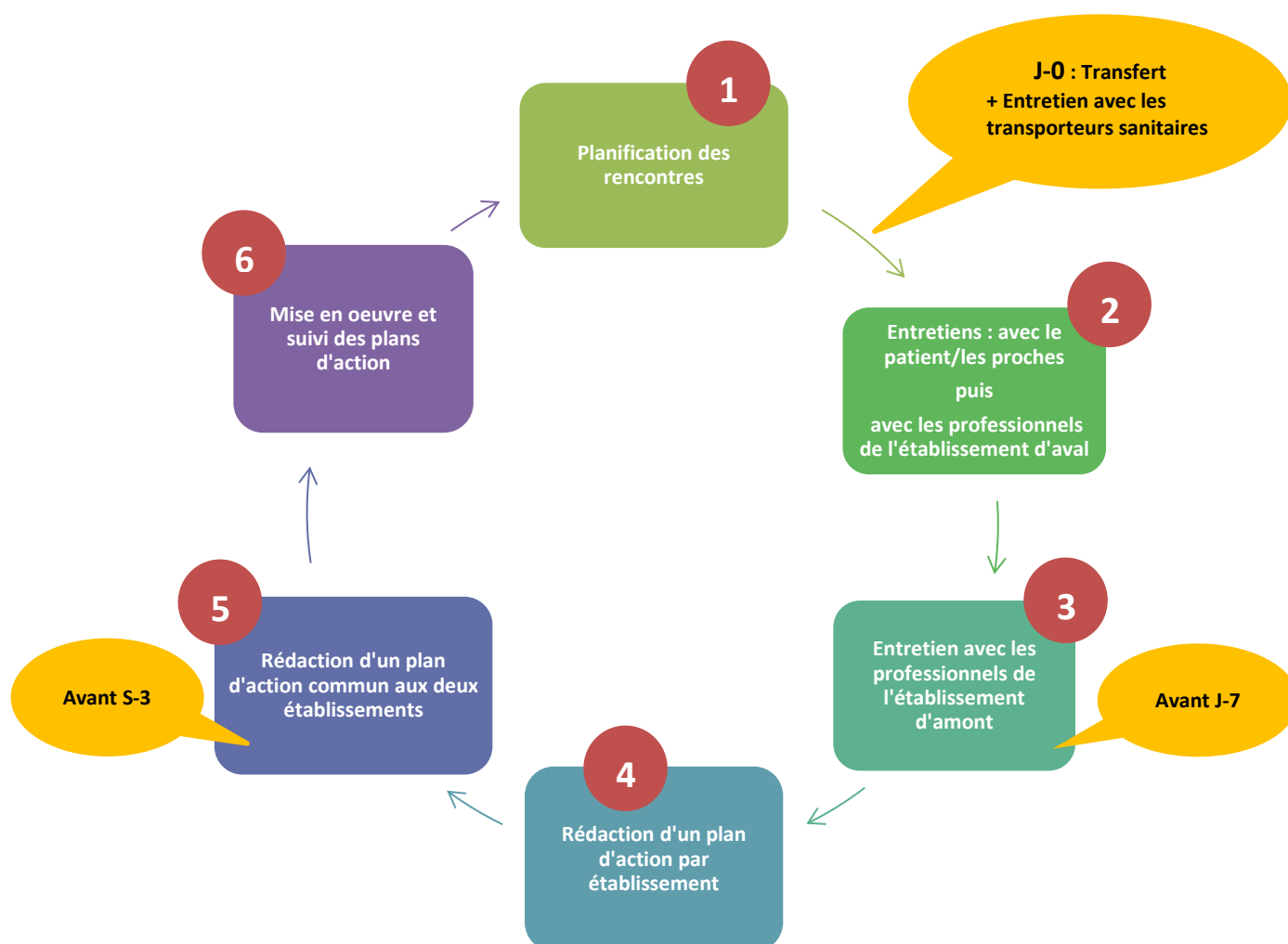


Figure 2. Les 6 étapes d'un patient-traceur BHRe inter-établissement

E. Bilan, communication, valorisation pour l'établissement

Réaliser le bilan

Il est recommandé de réaliser, à périodicité régulière, une synthèse des patients-traceurs menés au niveau des établissements. Les analyses patient-traceur ne peuvent contenir aucune information directement ou indirectement nominative. La synthèse permet à l'établissement de dresser un bilan de l'ensemble des démarches patients-traceurs réalisées dans l'établissement. Elle est intégrée dans le bilan global des évaluations de pratiques réalisées au sein de l'établissement, dans le cadre de l'évaluation du processus de gestion de la qualité et de la sécurité. Ce bilan, réalisé par secteur d'activités (ambulatoire, médecine, chirurgie conventionnelle, plateaux techniques/bloc opératoire, obstétrique, etc.), permet l'émergence de points positifs spécifiques et/ou d'actions d'amélioration thématiques plus présentes dans certains secteurs.

Communiquer sur le projet et valoriser

La communication sur la démarche et ses résultats est essentielle. Elle valorise et motive les équipes. En interne et en externe, la communication mise en place par l'établissement et la publication d'expériences sur la réalisation des patients-traceurs et leurs résultats permettent un partage d'expériences entre les équipes. La mise en œuvre de programmes de DPC, à partir de cette méthode reconnue, permet aux professionnels de santé impliqués de valider leur obligation de DPC (HAS, 2012). Ainsi, la dynamique d'équipe créée au travers de ces patients-traceurs offre un cadre propice et s'avère être un véritable levier pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

A terme, une communauté de pratique autour de cette méthode sera un outil intéressant à constituer pour valoriser le projet.

F. Perspectives

Le projet fait d’abord l’objet d’une phase d’expérimentation jusqu’à la fin de l’année 2017.

A l’issue de cette phase expérimentale, une réunion de retours d’expériences et de partages des résultats sera organisée (décembre 2017). Ceci permettra d’ajuster la méthodologie avant l’extension du projet vers l’ensemble des transferts inter-établissements impliquant un patient porteur de BHRe.

Ce projet pourra alors être étendu en 2018 à tous les types de transferts incluant un patient porteur BHRe et aux autres territoires régionaux ou nationaux.

G. Outils

Voici la liste des outils qui sont fournis pour permettre la mise en œuvre du projet :

- Outil 1 : Check-list organisationnelle du patient-traceur BHRe
- Outil 2 : Note d'information transporteurs
- Outil 3 : Note d'information patient + consentement
- Outil 4 : Affiche d'information patient-traceur à l'attention des patients
- Outil 5 : Guide entretien patient/proches
- Outil 6 : Guide entretien équipe
- Outil 7 : Guide entretien transporteurs sanitaires
- Outil 8 : Synthèse + Plan d'action

Un kit outil contenant ces 8 outils en format numérique (Word, PDF, Excel) est fourni par mail aux référents après réception par le CPIAS de la charte d’engagement signée.

H. Annexe

Charte d'engagement Patient Traceur BHRe



Charte d'engagement au projet « Patient-Traceur BHRe »

Le présent document confirme la participation de votre établissement au projet « Patient-Traceur BHRe » du CPIAS Pays de la Loire et de la SRA QualiREL Santé.

- **Nom de l'établissement :**
- **Directeur :**
- **Référent hygiéniste du projet :**
Mail + tél : +
- **Référent qualitatif du projet :**
Mail + tél : +

En participant au projet, chaque établissement s'engage à :

- ☒ Désigner un référent hygiéniste et un référent qualitatif pour le projet, faisant le lien avec le CPIAS
- ☒ Utiliser la méthodologie et les outils proposés par le CPIAS et la SRA QualiREL Santé
- ☒ Respecter la confidentialité des données échangées au sein du projet

Le CPIAS et la SRA QualiREL Santé s'engagent à :

- ☒ Veiller au bon déroulement du projet (mise à disposition d'un kit d'outils et de communication)
- ☒ Respecter la confidentialité des données auxquelles ils pourraient avoir accès lors de la mise en œuvre du projet
- ☒ Assurer un soutien méthodologique à la mise en œuvre du projet

Le Directeur de l'établissement

Date et signature :

CPIAS Pays de la Loire

Date et signature :

Exemplaire signé à retourner au CPIAS Pays de la Loire (mail ou courrier)

CPIAS - CHU de Nantes
Batiment Le Tourville
5 rue Pr Boquien
44093 NANTES

Tél : 02.40.08.39.86 / Fax : 02.40.08.47.72 / arlin.pdl@chu-nantes.fr

I. Références

1. *Prévention de la transmission croisée des BHRe* – HCSP 2013
2. *Schéma régional de gestion des épidémies de colonisations digestives de BHRe* – ARS Pays de la Loire 2014
3. *Tackling Drug-Resistant Infections Globally: final report and recommendations* – The review on antimicrobial resistance chaired by Jim O'Neill, mai 2016.
4. Zahar JR. *Impact of contact isolation for multidrug-resistant organisms on the occurrence of medical errors and adverse events*. Intensive Care Medicine, décembre 2013.
5. Birgand G, Leroy C, Nerome S, Luong Nguyen L, Lolom I, Armand-Lefevre L, Ciotti C, Lecorre B, Marcade G, Fihman V, Nicolas-Chanoine MH, Pelat C, Perozziello A, Fantin B, Yazdanpanah Y, Ricard JD, Lucet JC. Costs associated with implementation of a strict national policy for controlling spread of highly resistant microorganisms. *BMJ Open*. 2016 Jan 29;6(1):e009029. PMID:26826145
6. Birgand G, Moore L, Bourigault C, Vella V, Lepelletier D, Holmes A, Lucet JC. Measures to eradicate multidrug-resistant organism outbreaks: How much does it cost? *Clin Microbiol Infect*. 2016 Feb;22(2):162.e1-9. PMID:26482264
7. *Situation épidémiologique - Épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) en France - Données au 31 décembre 2015* – InVS 2015
8. *Entérocoques résistants aux glycopeptides dans les établissements de santé en France : données épidémiologiques du signalement des infections nosocomiales, juillet 2001 - juin 2015* – Santé publique France, BEH 24-25, 26 juillet 2016.
9. http://www.paysdelaloire-arlin.com/07_boiteoutils/boiteoutils.html
10. *Le patient-traceur en établissement de santé : guide méthodologique* – HAS 2014 (p.5)
11. <http://www.ccecqa.asso.fr/projet/changement-des-pratiques-professionnelles/pacsa-2>
12. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante
13. La méthodologie patient-traceur interétablissements du projet COSMOS mené par le CCECQA en 2015-2016 a été une source d'inspiration. Lien : <http://www.ccecqa.asso.fr/projet/changement-des-pratiques-professionnelles/pacsa-2>