**OBJECTIF :**

Définir les modalités de collaboration en antibiothérapie entre le laboratoire de biologie médicale, les prescripteurs du CH de Sancerre et le pharmacien.

**REDACTION :**

Dr Jacques Barthélémy, Président du CLIN, Dr Bénédicte Pron, Biologistes, Membres du CLIN.

**VALIDE PAR :**

CLIN, le 17 décembre 2013

**APPROBATION :**

A adapter en fonction du document

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Directeur de l'établissement | | |  | Président de la CME | | |  | Président du CLIN | | |  | Directeur des soins | | |
|  | | |  |  | | |  |  | | |  |  | | |
| Date |  | Signature |  | Date |  | Signature |  | Date |  | Signature |  | Date |  | Signature |

**APPLICABLE A :**

Tableau à adapter en fonction des besoins

|  |  |
| --- | --- |
| *Intervenants concernés :* | *Services concernés :* |
| Pour action :  Biologiste, pharmacien, prescripteurs | Pour action :  Tous services de soins, EHPADs, laboratoire de biologie médicale, pharmacie |
| Pour information :  Tous services | Pour information :  Tous services |

**DOCUMENTS DE REFERENCE :**

* Instruction n° DGOS/PF2/2013/103 du 15 mars 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l’année 2012.
* V2010 – Manuel de certification, avril 2011
* BILANLIN 2012

**DOCUMENT ASSOCIES :**

* Liste des documents associés

**MODIFICATION :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Version | NATURE DE LA MODIFICATION | PAGES |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Références**

1. BILANLIN 2012 - ATBO3 - « Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l’infectiologue le cas échéant, sont définies »
2. Instruction n° DGOS/PF2/2013/103 du 15 mars 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l’année 2012, notamment ICATB2 – ORGANISATION
3. Liste des Bactéries Multi-Résistantes (BMR) : Consensus national des C-CLINs

**Liste des BMR (bactéries multi-résistantes, Consensus national des CCLINs)**

Les bactéries ci-dessous sont considérées comme les BMR (bactéries multi-résistantes) pour lesquelles une stratégie de surveillance est organisée pour l’établissement :

* *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline : **SARM**
  + Risque d’impasse thérapeutique
* Entérobactéries productrices de béta-lactamase à spectre élargi : **BLSE**
  + Risque d’impasse thérapeutique
  + Diffusion plasmidique de la résistance (« contagion »)
* Entérobactéries productrices de carbapénèmase : **EPC**
  + Risque d’impasse thérapeutique
  + Diffusion plasmidique de la résistance (« contagion »)
* *Staphylococcus aureus* de sensibilité diminuée aux glycopeptides : **GISA** (ou **VISA** pour Vancomycine)
  + Risque d’impasse thérapeutique
* Entérocoques résistants à la Vancomycine : **ERV** (ou **ERG** pour Glycopeptides)
  + Risque d’impasse thérapeutique
  + Diffusion plasmidique de la résistance (« contagion »)

Parmi ces BMR, seuls les SARM et les BLSE font l’objet d’une enquête annuelle nationale de prévalence.

**Liste des bactéries dont la diffusion est à surveiller et à maîtriser**

* Bactéries sur lesquelles existent des recommandations nationales :
* *Clostridium difficile*
  + Diffusion de la bactérie (« contagion »)
  + Gravité de l’infection
  + A noter que ce germe n’est cependant pas « multi-résistant » aux ATB
* Bactéries sur lesquelles il n’existe pas de consensus ni recommandations : elles sont surveillées et identifiées par votre laboratoire pour les établissements locaux
* Entérobactéries sécrétrices de céphalosporinase déréprimée
  + Risque d’impasse thérapeutique
  + Témoin d’une écologie locale et de la pression de sélection des ATB
* *Acinetobacter baumanii*
  + Bactérie susceptible de devenir rapidement résistante aux ATB
  + Témoin d’une écologie locale
* *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la Ceftazidime et/ou aux carbapénèmes
  + Témoin d’une écologie locale

**Surveillance des BMR**

**Au niveau du laboratoire**

* **Surveillance des BMR**
* Les BMR sont surveillées par le laboratoire d’analyses médicales qui communique avec les médecins prescripteurs et le pharmacien
* Chaque compte-rendu indique le mécanisme de résistance lorsqu’une BMR est identifiée. Un isolement septique (ou mise en place de précautions complémentaires) est alors conseillé sur cette indication.
* Le pharmacien reçoit par écrit systématiquement un duplicata de ce compte-rendu avec les mêmes indications.
* Il est envisagé qu’un récapitulatif mensuel indiquant les noms des patients, le site de prélèvements, les germes retrouvés, leur statut de BMR ou non et les antibiotiques testés soit envoyé à la pharmacie, par écrit.
* Il concernera :

1. Liste de tous les germes
2. Liste des hémocultures positives
3. Liste des SARM
4. Liste des CNH
5. Liste des BSLE
6. Liste des pyocyaniques ceftazidime-résitants

* **Le biologiste participe :**

1. aux réunions et initiatives du RHC-ARLIN
2. aux réunions du CLIN de l’établissement

**Au niveau de l’établissement**

* L’établissement participe chaque année à l’enquête « BMR » selon le protocole du CCLIN-OUEST

**Communication des BMR et urgence**

* En cas de BMR particulièrement résistantes et rares, ERV, GISA ou ERC résistant par production de carbapénémase, le biologiste communique immédiatement le résultat aux médecins, et au responsable du CLIN.
* Le Directeur de l’établissement est prévenu par le CLIN ou le médecin.
* certaines souches sont identifiables au labo (ex : les ERV), les autres sont envoyées au Centre de référence pour expertise car trop complexes et une réunion immédiate est organisée entre le prescripteur et l’infirmière hygiéniste pour mettre en place les mesures adaptées.
* Un signalement interne et externe est alors effectué.
* En cas d’isolement bactériologique d’une bactérie résistante ou non sur un prélèvement profond comme un LCR (liquide céphalo-rachidien), ou un prélèvement d’ascite ou une hémoculture, etc .., le microbiologiste prévient immédiatement les médecins par téléphone.

**Collaboration en antibiothérapie**

* Chaque année, le biologiste est invité à présenter en CLIN les résultats de la surveillance des BMR sur l’année
* La consommation des antibiotiques est présentée en parallèle. Une interprétation est alors présentée permettant d’établir une stratégie de dispensation des antibiotiques
* Ces résultats sont également présentés en CME
* Le biologiste est invité à participer aux réunions de la COMEDIMS lorsque le sujet du jour aborde les antibiotiques
* Les antibiogrammes sont rendus par le laboratoire de microbiologie et lorsque c’est nécessaire (bactérie particulièrement résistante, site infectieux profond), le médecin et le biologiste communiquent par téléphone et confrontent leur expertise. Un complément d’analyse peut être décidé.
* Le biologiste participe aux réunions, instances, travaux scientifiques, EPU qui permettront à l’établissement d’améliorer la prise en charge des antibiotiques. Selon la demande, il peut être invité à dispenser des formations aux médecins et autres public (pharmacien, IDE ..), en fonction des objectifs recherchés.

**Durée de la collaboration**

* Période de 2 années.