



Retour d'expérience Epidémie d'ERV

CHU de Poitiers - décembre 2017

Pôle Gériatrie – Chirurgie Viscérale – Direction Gestion des risques
Laboratoire de Bactériologie - Unité d'Hygiène

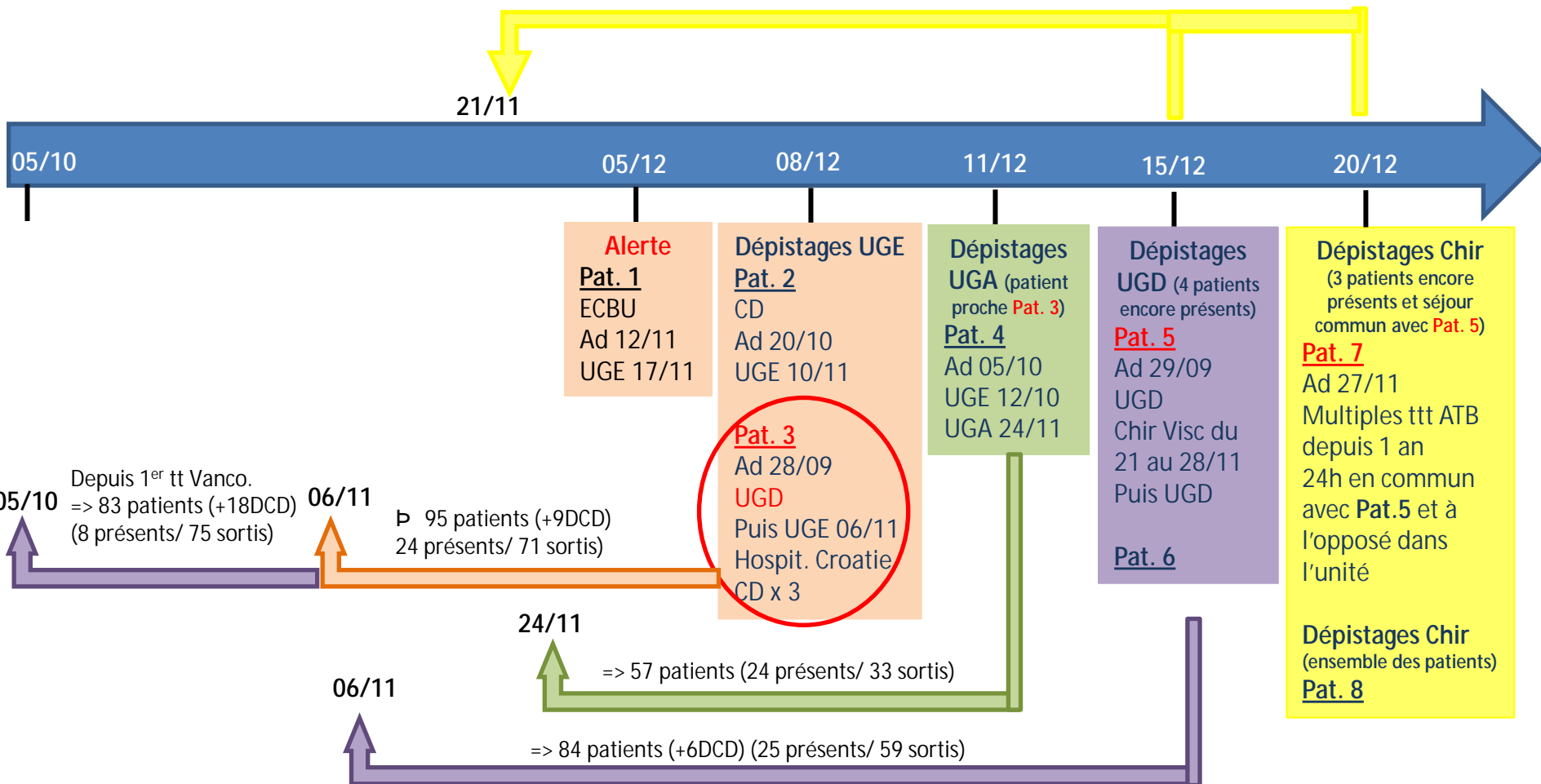
Anne BOUSSEAU
PH Unité d'Hygiène

1^{er} porteur

- Unité de Gériatrie E
- Le 05/12/2017 découverte fortuite au décours d'un ECBU
 - Réalisé le jour du décès de la patiente (**non imputable** à l'ERV)
 - À J+23 d'une hospitalisation pour AVC
 - Au cours de l'hospitalisation : broncho-pneumopathie traitée par Rocéphine® et Flagyl® associés à une oxygénothérapie
 - Décompensation cardio-respiratoire

Chronologie de la découverte des patients porteur d'ERV

=> 134 patients (3 présents/ 131 sortis)



Mesures mises en place

Fiche 4. Contrôle d'une épidémie de BHRé

Dès les premiers jours

- Activer le plan local de maîtrise d'une épidémie ✓
- Arrêter les transferts des porteurs et des contacts ✓ limité
- Arrêter temporairement les admissions ✓
- Regrouper porteurs, contacts, indemnes en 3 secteurs distincts avec personnels dédiés ✓ mais ...
- Dépistage hebdomadaire des contacts ✓
- Dépistage des contacts déjà transférés dans un autre établissement ✓ mais ...
- Alerte informatique pour repérer réadmission ✓ mais...

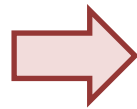
Mesures mises en place

UGE

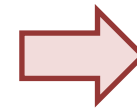
- **Secteur « porteurs » :**

- A évolué en fonction du nombre de « porteurs »
- Rassemblement des patients « porteurs » en UGE en bout d'une aile

2 patients
« porteurs »



3 patients
« porteurs »



4 patients
« porteurs »

- Jour : renfort 1 AS (pris sur effectif du Pôle), pas d'équipe dédiée
- Nuit : personnel identique pour « porteur » et « contact », soins des porteurs en dernier
- Matériel dédié
- Surblouse UU pour contact étendu

- Idem

- 2 chambres « barrières » : 1 « vestiaire » et l'autre « logistique »
- Cahier de traçabilité des entrées/sorties du personnel
- 1 AS dédié jour et nuit
- IDE : pyjama à UU
- Médecin : Surblouse

=> Évolution au fur et à mesure des sorties des porteurs et/ou d'hospitalisation de patients « contacts » détectés « porteurs » lors du dépistage à l'admission

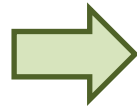
Mesures mises en place

UGE

- Secteur « contacts » :

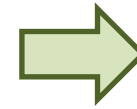
- A évolué en fonction du nombre de « porteurs »

2 patients
« porteurs »



- Equipe commune
- Arrêt admissions
- Transferts limités (si transfert dépistage avant puis 1 semaine après)
- Mouvements avec mise en œuvre des précautions
- Dépistage par culture
- Si sortant dépistage avant sortie (2 à 3 dépistages en tout) => pas d'alerte informatique

3 patients
« porteurs »



- Idem

4 patients
« porteurs »

- Environ 65% de lits encore occupés
- Équipe AS distincte
- Dépistage PCR après mise en place de l'équipe AS dédiée
- PCR neg (3 dépistages en tout) :
 - secteur considéré « indemne »
 - Reprise admissions et transferts
 - Patients « traceurs » dépistés chaque semaine

Mesures mises en place

UGE

Fiche 4. Contrôle d'une épidémie de BHRé

Epidémie considérée comme contrôlée si, depuis la découverte du dernier porteur :

- les porteurs , les contacts, les indemnes sont pris en charge par du personnel distinct
- au moins 3 dépistages des contacts présents sont négatifs

✓ mais ...

✓ mais ...

Prise en charge des patients contact

- Reprise des transferts des contacts si nécessaire
- PCC pour les contacts transférés
- Poursuite des dépistages hebdomadaires des contacts
- Si hospitalisation prolongée, dépistages espacés, mais renouvelés si ATB
- Avis référent en antibiothérapie avant ATB

✓ mais ...

X

X

X

X

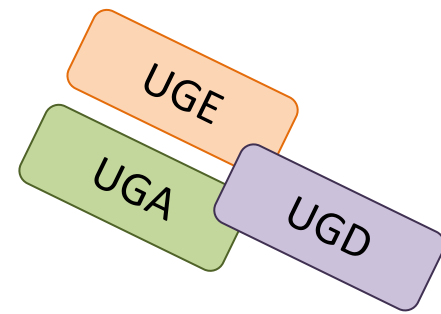
Mesures mises en place

- **Secteur « contact » :**
 - Tout le service
 - Arrêt des admissions
 - Transferts après dépistages
 - Mouvements avec mise en œuvre des précautions ...
 - 2 dépistages par PCR à 3 jours d'intervalle

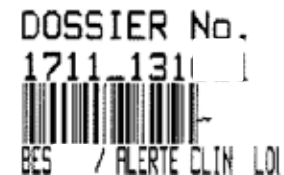
UGA

UGD

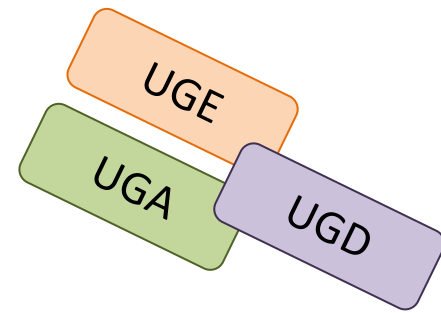
Mesures mises en place



- « Contacts » déjà sortis :
 - En établissements de soins : appel pour mise en œuvre des précautions et dépistage
 - A domicile/EHPAD : identification informatique pour prise en charge en PCC et dépistage si réadmission
- « Contacts » sortant : dépistage avant sortie, pas d'identification informatique si négatif (avaient eu 2 à 3 dépistages)
- Identification informatique : elle consiste en l'apposition de la mention « *ALERTE/CLIN* » dans le nom de famille usuel du patient :
 - Visibilité sur les étiquettes, courriers, résultats ...
 - Pose questions aux patients et à leur famille, confidentialité ...



Mesures mises en place



Communication, information aux équipes +++ et aux familles/visiteurs



FAMILLE - VISITEURS



Merci d'effectuer un
geste d'hygiène des mains
avec le gel hydro-alcoolique
en entrant et en sortant du service

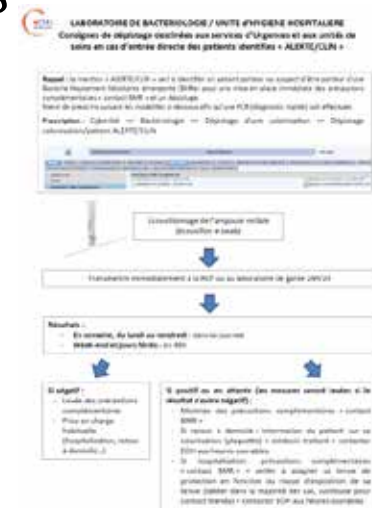
Ce geste protège vos proches

Organisation en cas de nouvelles admissions de « *porteurs* » ou de « *contacts* » dépistés « *porteurs* »

- Motif d'hospitalisation hors Gériatrie :
 - Renfort PCC (surblouse systématique pour contact étendu)
 - Limitation des intervenants auprès du porteur
 - Prise en charge en fin de série de soins
 - PCC pour les mouvements
 - Dépistage des patients « traceurs » (chambre voisine, patient à charge en soins lourde, traitement ATB)
- Motif d'hospitalisation en Gériatrie (plus probable) :
 - Hospitalisation en MGE
 - Libération d'une chambre « barrière » pour faciliter l'organisation
 - Charge AS importante :
 - 1 ou 2 patients : AS en pyjama UU
 - 3 ou 4 patients : AS de jour dédiée
 - > 4 patients : AS dédiées jour et nuit

Points positifs

- **Aucune infection**, uniquement des colonisations
- **Forte mobilisation** des équipes para-médicales et médicales
- **Rapidité de la technique de dépistage PCR** pour les « *Contacts* » (permettant de débloquer les services sans « porteurs » et de mobiliser moins longtemps des chambres individuelles pour les réadmissions)
- **Aucun cas secondaire** suite à la mise en place des mesures dans les unités concernées => tous les « porteurs » détectés étaient des « contacts » avant la mise en place des mesures (+6 « contact » dépistés « porteurs » en réadmission)
- **Implication de l'ensemble de l'établissement** dans la prise en charge et le dépistage des patients « *Contacts* » réadmis « *Alerte/CLIN* » => reste à ce jour environ 140 « *Contacts* » non dépistés



Difficultés rencontrées

- Patient source hospitalisé 3 mois et **dément-déambulant**
- **Personnel dédié** : pas de validation RH au début de l'épisode, devant l'évolution de l'épisode => validation (personnel intérimaire)
- **486 « Contact » dont 369 sortis**
 - => pas d'information systématique des EPHAD :
 - Par manque de temps : demande de renfort EOH aurait pu être envisagé
 - Problématique si hospitalisation dans un autre centre hospitalier
- **Alerte informatique => confidentialité**
 - Nouvelle technique en cours de mise en place mais sur logiciel accessible uniquement aux médecins

Difficultés rencontrées

- Dépistage « contacts » : **charge de travail**, mobilisation de **chambres individuelles** en période hivernale
- Coût de la technique PCR (**x7 par rapport à culture**)
système Xpert (Cepheid®) test VanA/VanB sans enrichissement
- Décision collégiale d'avoir un **positionnement plus souple** que les recommandations :
 - ü « Contacts » réadmis (un seul dépistage si effectué par PCR),
 - ü arrêt des dépistage des « Contacts » ayant eu 3 dépistages et étant en secteur « Indemne »



Conclusion

- Patients porteurs : notion de proximité, secteurs de soins communs et ayant eu des traitements ATB lourds pour la plupart (sauf chirurgie viscérale et 1 « Contact » réadmis détecté « Porteur »)
=> Souches typées par le CNR
- Absence de cas secondaires à partir de la mise en place des mesures « barrière »
- Intérêt de la PCR : rapidité cependant tous les patients ont été également positifs en culture (plus sensible ?, excrétion aléatoire...)

*Ces
Moments,
où le temps s'est arrêté ...*