

# Evaluation de l'efficacité des mesures de maîtrise d'une épidémie d'ERV

Sylvie Mouledous, Christine Lalanne,

Alain Le Coustumier, Bruno Marchou,

Serge Randrianasolo, Pascal Capdepon, Patrick Pina

Centre Hospitalier de Bigorre



**5, 6 et 7 juin 2019**

**XXX<sup>e</sup> Congrès National de la Société  
Française d'Hygiène Hospitalière**

**Strasbourg**

Pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

# Introduction

---

- La maîtrise des épidémies de BHRe passe par la mise en place de mesures contraignantes. Les recommandations sont actuellement en cours de révision.
- La découverte fortuite d'un porteur d'*Enterococcus faecium* Van A (ERV) dans une unité de chirurgie plusieurs jours après son hospitalisation et la mise en évidence de cas secondaires nous a conduits à mettre en place des mesures graduées en fonction de l'évolution épidémique.
- Le but de ce travail a été d'évaluer l'efficacité de ces mesures.

# Première période : la découverte



- Découverte fortuite d'un porteur d'ERV
  - Hospitalisé depuis 2 jours en SSR
  - Transféré du service de chirurgie A dans lequel il avait été hospitalisé 13 jours



- Recherche des cas contacts (Chirurgie A et SSR) et dépistages

Services	Contacts	Dépistés	Positifs
Chirurgie A (24 lits)	77	18	5
SSR (40 lits)	37	32	1

# Deuxième période : le regroupement

- **Stratégie**

- Transfert des porteurs d'ERV et des contacts en chirurgie B de 15 lits
- Arrêt des admissions dans cette unité
- Equipe dédiée (de chirurgie A) pour les porteurs et contacts
- Mise en place des précautions complémentaires contacts (PCC) et marche en avant pour les porteurs
- Précautions standard pour les contacts (PS)
- Dépistages des contacts (1/semaine, le jour de la sortie, poursuite des dépistages si hospitalisation dans un autre établissement)
- Formation des professionnels par l'EOH (équipe de chirurgie et kinésithérapeutes)

# Deuxième période : le regroupement



- Chirurgie B :
  - Découverte d'un nouveau cas acquis
  
- SSR :
  - Pas de nouveau cas acquis

# Troisième période : retour à la normale ?

- Après 31 jours depuis le début du regroupement : un seul patient porteur reste hospitalisé en Chirurgie B
- **Stratégie** : Retour du patient porteur en chirurgie A
  - PCC dès l'admission & marche en avant
  - Pas d'équipe dédiée
  - Surveillance des contacts



J15

- Découverte d'un nouveau cas acquis en chirurgie A



J38

- Sortie du dernier porteur

# Bilan intermédiaire

1<sup>ère</sup> période

2<sup>ème</sup> période

3<sup>ème</sup> période

	Chirurgie A	SSR	Chirurgie B	Chirurgie A
Durée	23 jours	20 jours	31 jours	38 jours
Mesures	PS	PS (3 jours) PCC (17 jours)	PCC & marche en avant & personnel dédié	PCC & marche en avant
Cas contacts	77	54	33	146
Cas acquis	5	1 (dans les 3 premiers jours)	1	1
Taux d'attaque	6,5%	3,1% (PS) 0,0% (PC)	3,1%	<b>0,7%</b>
ICSHA3	55%	77%	68%	80%



# Quatrième période : tout va bien !?

---

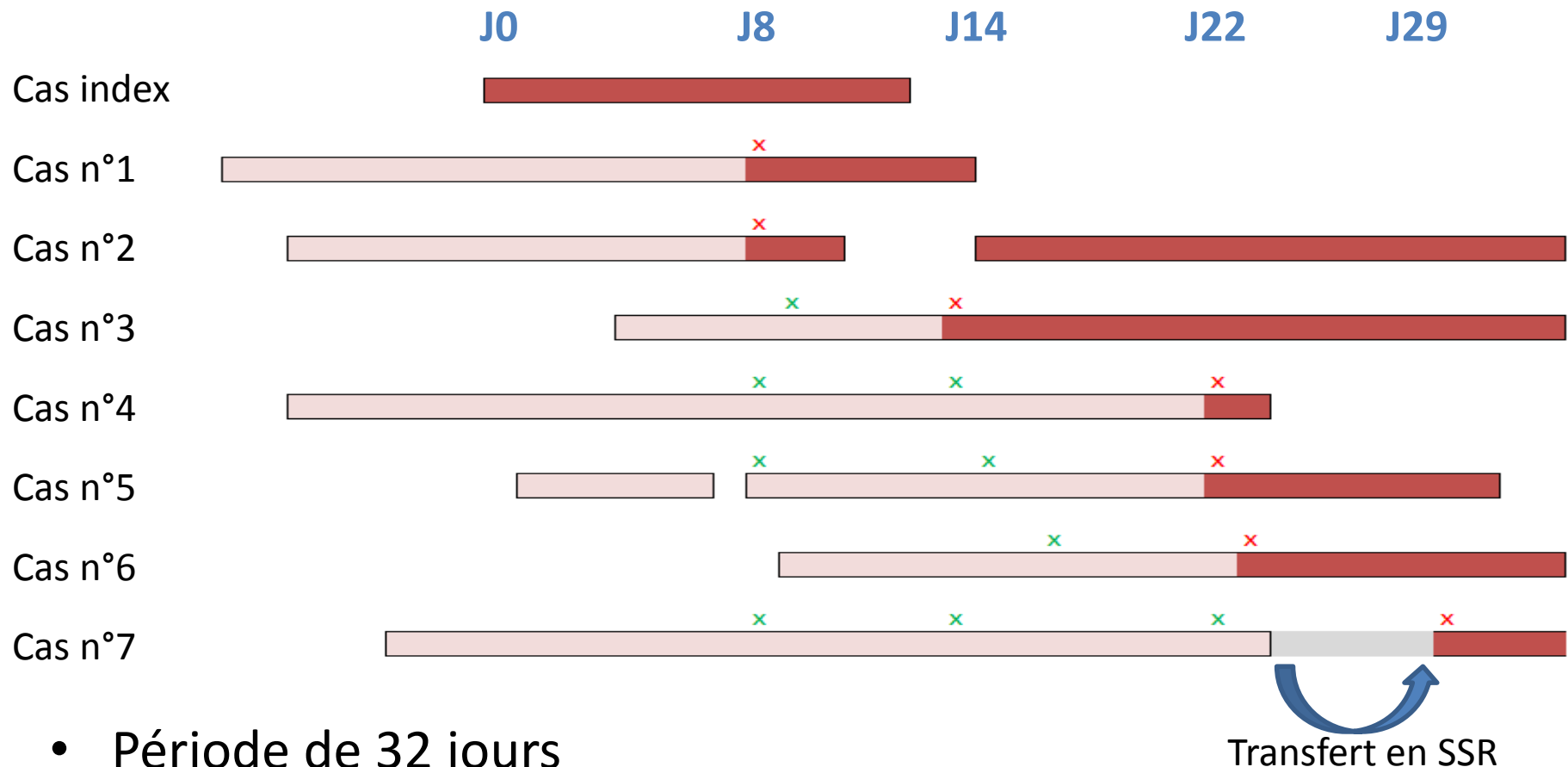
- 26 jours plus tard :
  - Nouvelle hospitalisation en chirurgie A d'un patient connu porteur d'ERV
- Mise en place dès l'admission :
  - Des PCC
  - De la marche en avant
  - Du dépistage des contacts
- Résultats
  - 8 jours d'hospitalisation du porteur
  - 60 contacts
  - Pas de cas secondaire
  - *Mais 15 contacts sortis non dépistés (soit 25% des contacts !)*

# Cinquième période : la rechute !

---

- Un mois et demi plus tard :
  - Nouvelle hospitalisation d'un patient connu porteur d'ERV en chirurgie A
- Mise en place dès l'admission :
  - Des PCC
  - De la marche en avant
  - Du dépistage des contacts
- Résultats...

# Cinquième période : la rechute !



- Période de 32 jours
- 90 contacts
- 7 cas secondaires
- Taux d'attaque : **6,7%**

- ICSHA3 = 55%

# Cinquième période : la rechute !

---

- Arrêt des admissions
- Audit des pratiques par l'EOH
  - Port de bijoux (alliances, montres)
  - Hygiène des mains :
    - Conformes lors de soins invasifs
    - Beaucoup moins conformes lors des soins non invasifs et des contacts avec l'environnement immédiat du patient
  - Port de gants souvent inadapté (mis sans nécessité, trop tôt dans le soin, retiré trop tard)
  - Interruption de soins (appels téléphoniques, sollicitations des familles, etc.) sans hygiène des mains
  - Gestion des excréta :
    - Bassins de lit conforme
    - Urinaux non conformes (vidés dans les toilettes)
  - PCC conformes

# Conclusion

---

- L'application médiocre des PS n'ont pas permis d'empêcher l'acquisition d'ERV dans un service de chirurgie.
- La mise en place de mesures drastiques (regroupement, personnel dédié, PCC, marche en avant, sensibilisation et formations des professionnels) ont permis de limiter l'acquisition.
- La mise en place des PCC ne permettent pas, à elles seules, d'empêcher la survenue d'épidémie d'ERV.
- Le non respect des précautions standard en est la raison principale, malgré les nombreuses actions de formation sur l'HDM, le port adapté de gants et la gestion des excréta menées depuis plusieurs années par l'EOH.

# Conclusion

---

- Les EOH sont toutes conscientes de l'importance des précautions standard.
- Mais sur le terrain, les équipes de soins le sont-elles ?
- L'accent mis sur les PCC ne diminue-t-il pas la perception qu'ont les équipes sur l'importance des PS ?

# Remerciements

---

- Au cadre de santé et aux IDE de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- Aux cadres de santé
- Aux professionnels des unités concernées
- Aux médecins et chirurgiens
- Aux informaticiens
- A la direction