



Retour d'expérience Epidémie de bactéries hautement résistantes

Dr Anne-Gaëlle Venier

@AgVenier

anne-gaëlle.venier@chu-bordeaux.fr

www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr





Tout commence par une histoire classique...

- ◆ **2013 recos EPC** (entérobactéries productrices de carbapénémase) en France
- ◆ **Un CH départemental découvre une EPC rare** (totoR, metalloprotease chromosomique) chez un patient d'EHPAD
 - ❖ ECBU sur sonde non justifié
 - ❖ Patient PCC/ cohorting impossible
 - ❖ Contacts partis/ Voisin de lit négatif
- ◆ **2^{ème} cas sans lien + cas secondaire** identifié tardivement dans clinique voisine
 - ❖ PS déplorables: action EOH
 - ❖ Possibles patients porteurs inconnus
 - ❖ Listing contacts
- ◆ **3^{ème} cas aucun lien**
 - ❖ Listing contacts





Mais l'histoire tourne mal!

- ◆ **2014** Un cas isolé, sans lien

- ❖ Patient chaînon
- ❖ Listing contacts



- ◆ **2015** 3 cas, 9 cas secondaires

- ❖ 2 visites Cclin et Arlin
- ❖ PS déplorables, actions préconisées non faites
- ❖ Recommandations données





Les cas continuent et les investigations aussi

- ◆ **2016** 4 cas, 5 cas secondaires, 1 visite Cclin et Arlin
 - ❖ Visite Cclin Arlin
 - ❖ Prélèvements siphons lavabo, douche + wc
 - ❖ Identification transmission possible par siphon de douche
 - ❖ Recommandations





Encore des cas

◆ 2017 3 cas

❖ Théorie du complot

→ eau de ville

→ endémie dans la ville (via personnes voyageant à l'étranger)

→ EHPAD

❖ Enquête CIRE : transmission croisée en établissement de santé





Bilan

◆ Au total en 2017

- ❖ 28 cas dont un tiers échangés entre la clinique et le CH
- ❖ 3000 contacts sur le CH, 500 sur la clinique
- ❖ 6100 dépistages sur le CH chez 2200 patients

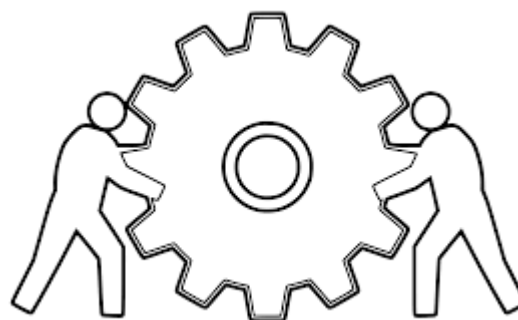




Causes immédiates et profondes

◆ Stratégie de gestion des cas EPC

- ❖ Cohorting impossible / Opposition de la direction
- ❖ Patients en PCC mais PS et gestion des excréta imparfaites
- ❖ Protocole EPC inexistant
- ❖ EOH en difficulté





Causes immédiates et profondes

◆ Gestion des contacts

- ❖ Initialement déni du risque
- ❖ Listings contacts incomplets, informatisation 2015
- ❖ Un ETP EOH
- ❖ Contrôle manuel quotidien épuisant (>7000 alertes)





Un établissement qui apprend de ses erreurs

◆ Programme d'amélioration des PS

- ❖ ICSHA pour tous les services avec feedback
- ❖ Suivi des recos Cclin Arlin (organisation, matériel)
- ❖ Communication régulière et rapide dans tous les services
- ❖ Formation Médicale continue
- ❖ Implication d'un infectiologue
- ❖ Travail sur long terme avec Cpias





Un établissement qui apprend de ses erreurs

◆ Actions spécifiques BHre

- ❖ Accompagnement équipe dès admission patient BHRe
- ❖ Formation Médicale continue
- ❖ EPU ville
- ❖ Kit Bhre avec matériel nécessaire
- ❖ Carte de patient porteur
- ❖ Collaboration entre EOH clinique et CH





Conclusion

- ◆ **Une EPC peut en cacher d'autres!**
- ◆ **Être préparé : la clé!**
 - ❖ Connaissance du risque et des mesures
 - ❖ Protocole (alerte, procédure, cohorting)
 - ❖ Bonnes précautions standard en routine
 - Hygiène des mains (ICSHA, audits)
 - Excreta (lave-bassin, matériel)
 - Accompagnement équipe dès admission patient BHRe





Merci pour votre attention!

