

# POINT SUR L'ÉPIDÉMIE D'ERV EN OCCITANIE



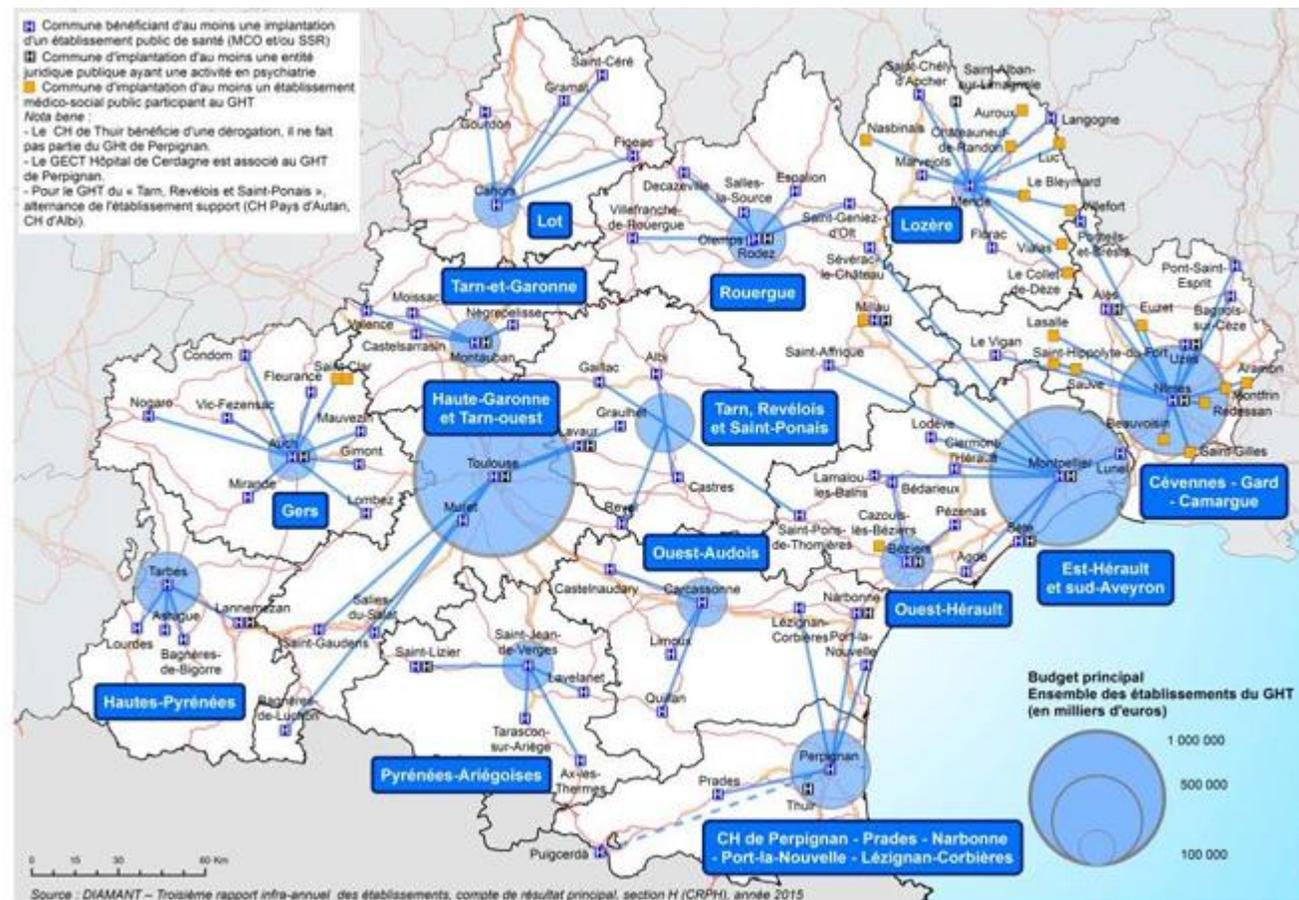
Centre d'appui pour la prévention  
des infections associées aux soins

Dr Michel BROUSSE CPIas Occitanie

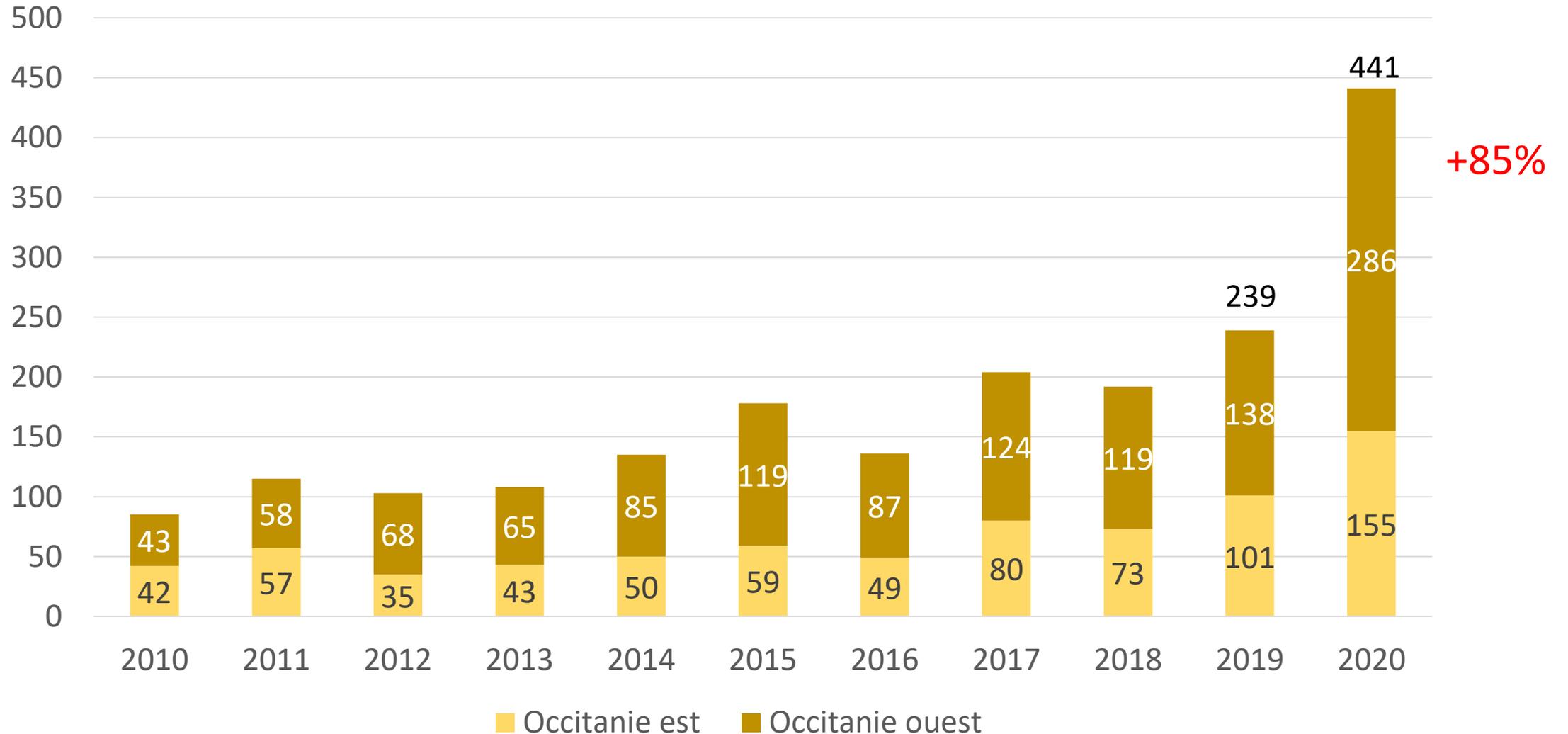
Le 1/04/2021

# L'Occitanie

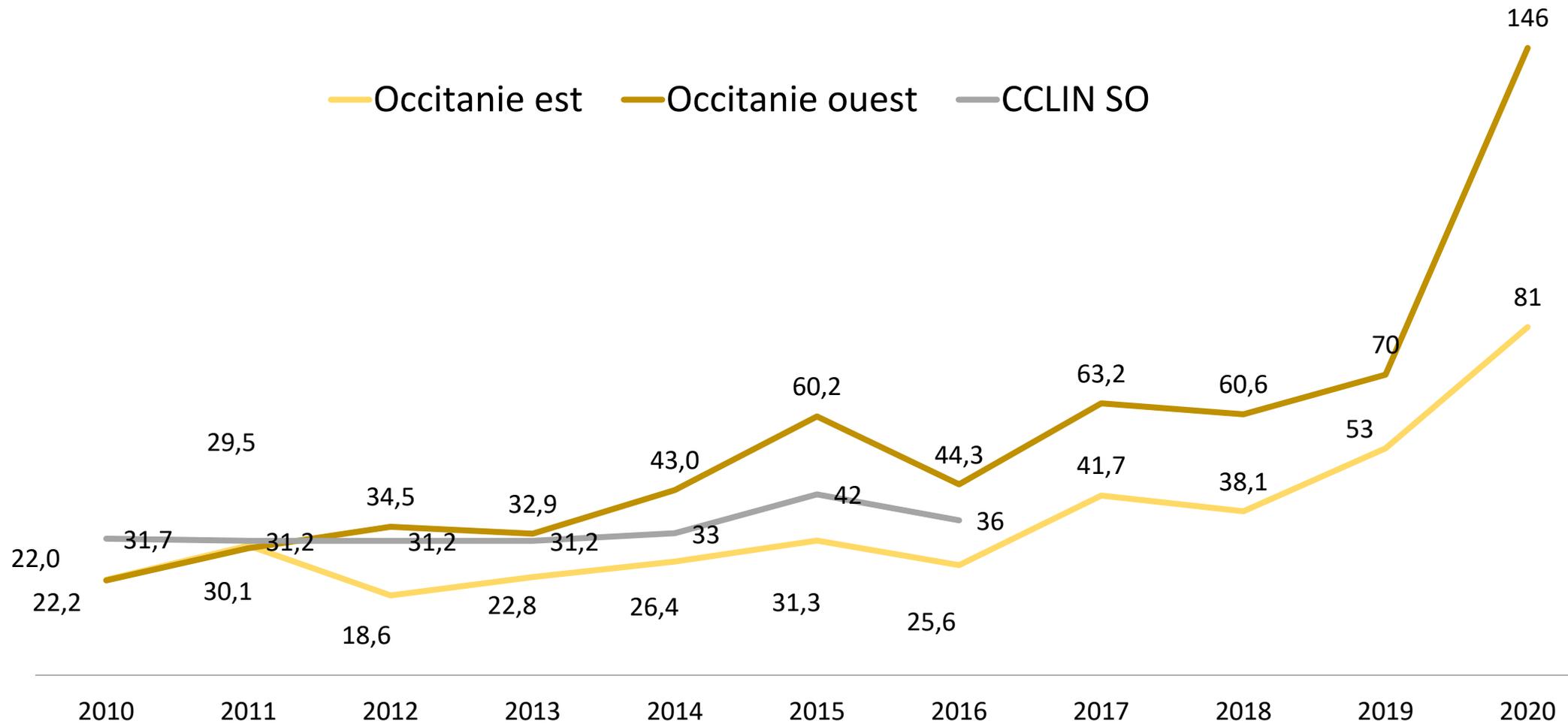
L'Occitanie : 72 724 km<sup>2</sup> (plus vaste que l'Irlande), 13 départements, Forte croissance démographique : Chaque année, la région s'accroît de 51 000 personnes, soit l'équivalent d'une ville comme Albi ou Narbonne.



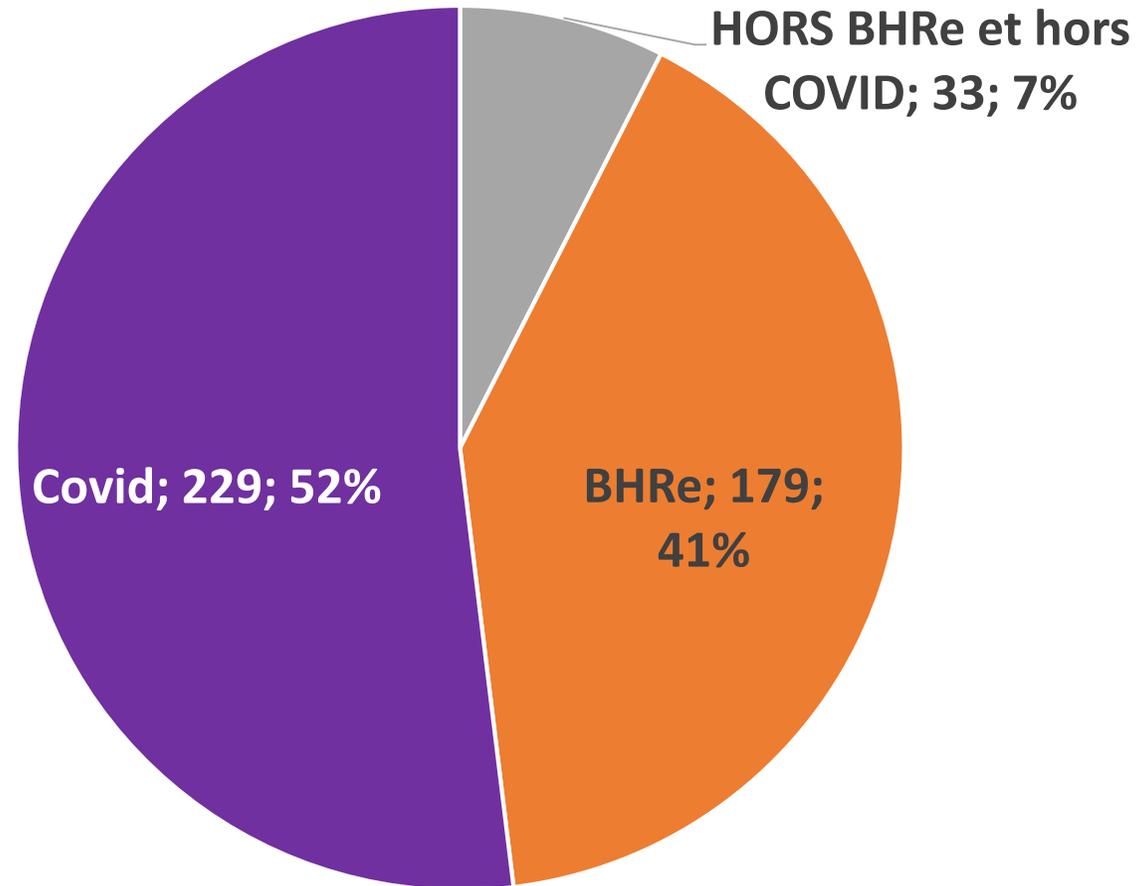
# Signalements e-SIN



# Taux de signalement / 10 000 lits

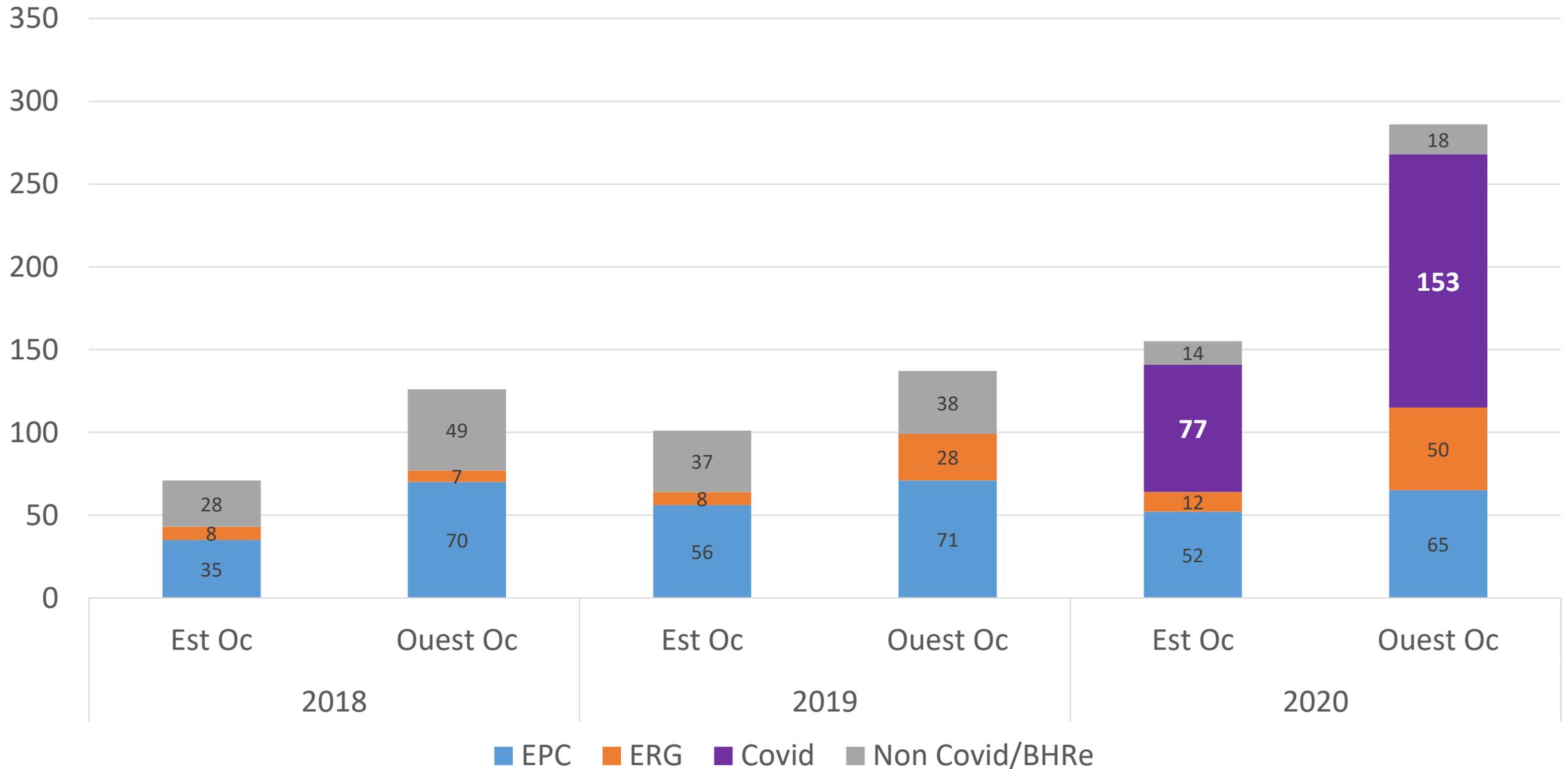


# Signalements sur e-SIN en 2020 : 441 signalements



# REPARTITION DES SIGNALEMENTS Occitanie

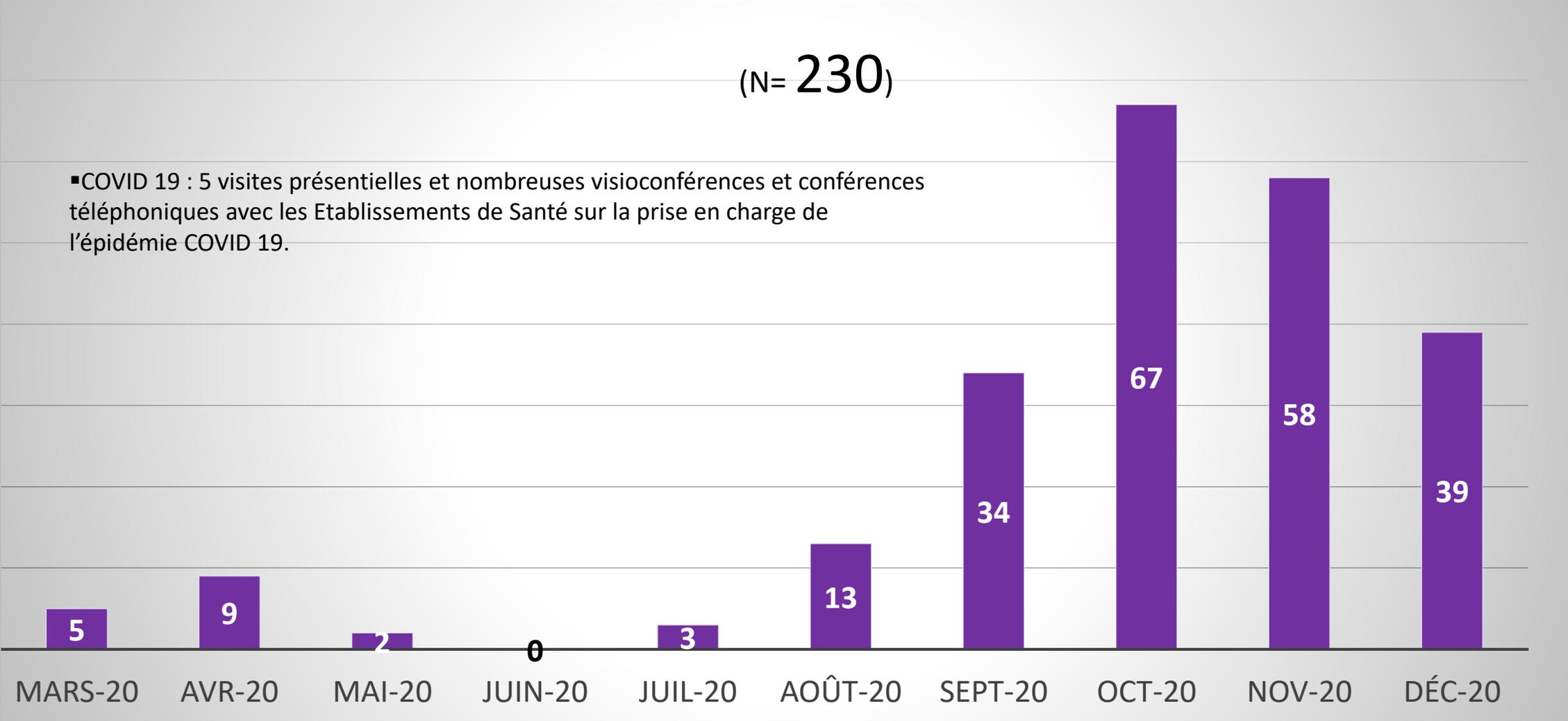
## Est et Ouest



# Signalements « COVID » en Occitanie en 2020

(N= 230)

▪ COVID 19 : 5 visites présentiellees et nombreuses visioconférences et conférences téléphoniques avec les Etablissements de Santé sur la prise en charge de l'épidémie COVID 19.



# BHRe

Les Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques sont des bactéries commensales du tube digestif et résistantes à de nombreux antibiotiques. Leur mécanisme de résistance est plasmidique et transférable

**Actuellement, il existe 2 groupes de BHRe**

-Les Entérobactéries Productrices de Carbapénémase (EPC)

-Le(s) Entérocoque(s) Résistant(s) à la Vancomycine :

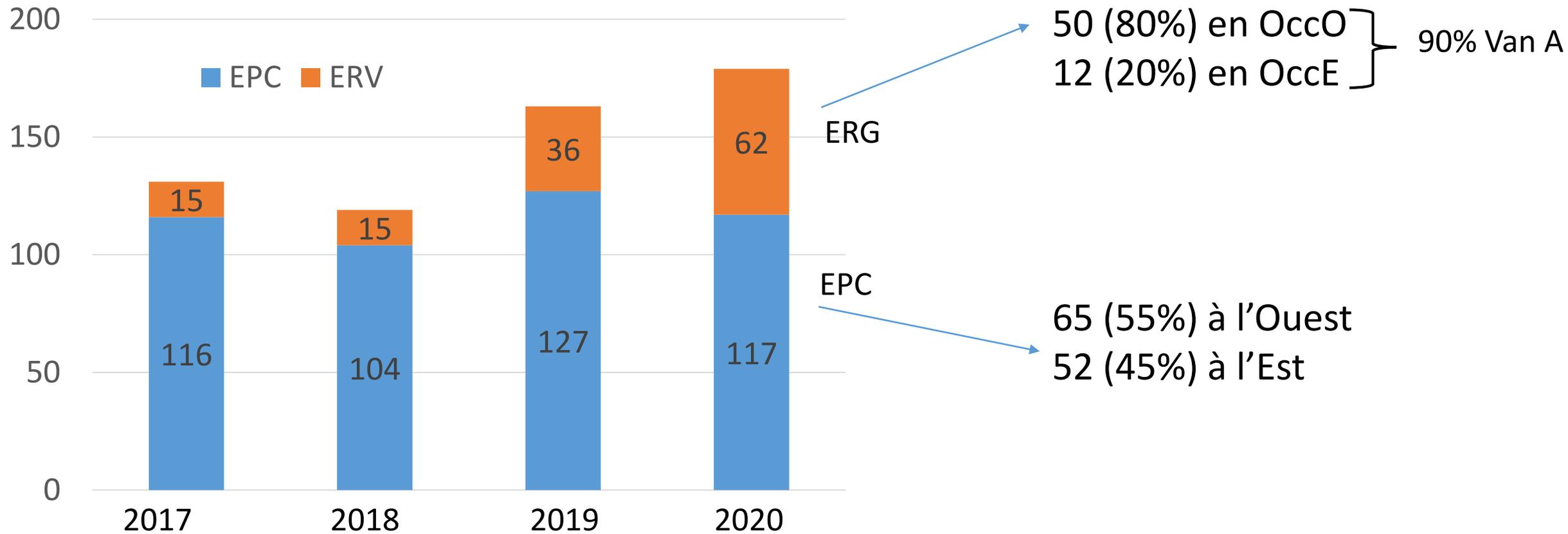
Enterocoque faecium Résistant aux Glycopeptides (ERG)

(CMI de la vancomycine > 4mg/l par l'acquisition d'un gène *vanA*- ou *vanB*-)

(l'enterocoque faecalis est rarement impliqué dans des épidémies

Et doit être géré comme une BMR)

# Evolution des signalements de BHRe en Occitanie



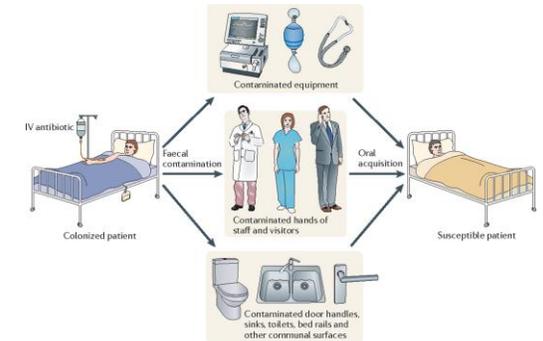
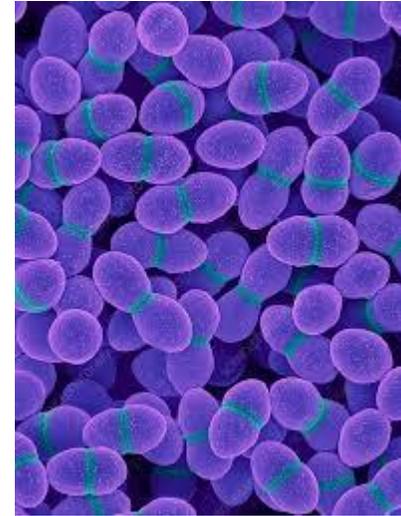
**179 signalements de BHRe en Occitanie en 2020**

# ERG

-Bactérie « cocci » à Gram positif en chaînette aéro-anaérobies  
Réservoir digestif et partie avant de l'urètre, vagin, ORL,  
pathogène opportunistes humains

-Responsables d'infections urinaires ( 2 à 5% des IU)

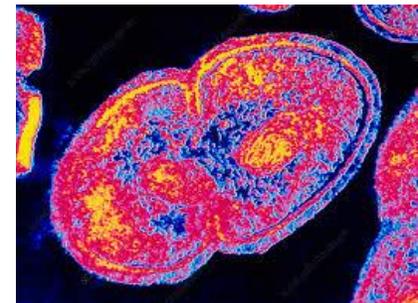
-Transmission directe par gouttelettes de Flügge à partir du portage rhino-pharyngé ou indirecte par manuportage, par du matériel ou par de l'eau contaminée.



-Sélectionnés par l'administration per os de glycopeptides (Vancomycine ou Targocide) ou par la consommation de viande d'élevage gavée d'avopirine

***E. faecium*\* Van A** : résistant à la Vancomycine et à la Teicoplanine  
***E. faecium*\* Van B** : résistant à la Vancomycine. La Teicoplanine reste efficace

Le linézoline peut être utilisé, sauf pour une endocardite. L'usage de la tigécycline peut être envisagé



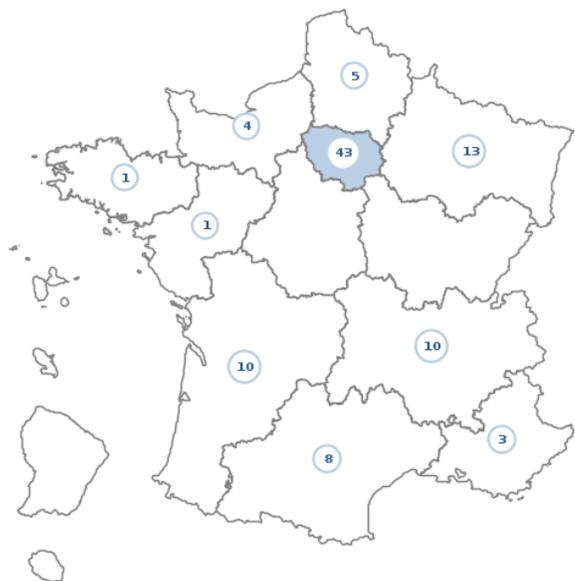
# Enterocoque faecium Résistant a la Vancomycine

- *Enterococcus faecium* responsable de 10% des infections nosocomiales bactériennes à travers le monde
- 4° et 5° cause de septicémie en Amérique du Nord et en Europe.
- Peut entraîner des infections urinaires, des plaies post opératoires, infections sur cathéters, des abcès abdominaux, des péritonites ou encore des bactériémies (parfois associées à des endocardites)
- ERV apparu dans le milieu des années 80 pour devenir rapidement endémique dans certains hôpitaux du monde.
- Actuellement, huit phénotypes de résistance ont été décrits chez les entérocoques, codés par des gènes appelés **van A** à N et portés, pour la plupart, par des plasmides ou des transposons. Seules les souches portant les gènes *vanA* ou B sont associées à des épidémies nosocomiales
- La transmission à d'autres patients, par contacts directs ou indirects, via les mains du personnel ou l'environnement peu générer des épidémies nosocomiales. (complexe clonal **CC17** avec production de protéines de surface conférant aux souches la faculté de persister des semaines, voire des mois sur des surfaces inertes)

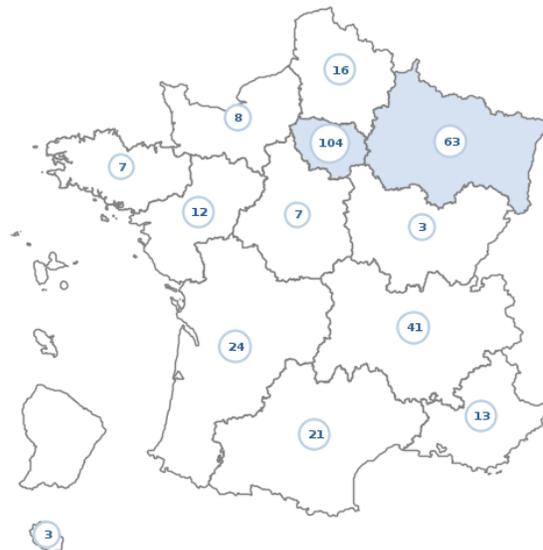
BEH du 26/06/2016 : Entérocoques Résistants aux Glycopeptides dans les établissements de santé en France : données épidémiologiques du signalement des infections nosocomiales, juillet 2001-juin 2015

- 17 743 signalements :
- 8,1% : ERG. Probable sous-estimation
- 3000 patients
- 486 établissements de santé (16,1% des étab ayant signalé)
- 3 régions les + touchées : Ile de France, Nord-Pas-de-Calais et Lorraine
- Epidémie (2-55 cas) dans 29% des cas
- E. faecium vanA : 95% des cas
- Services : néphrologie, hématologie, hépato-gastro, réanimation, chirurgie, SSR

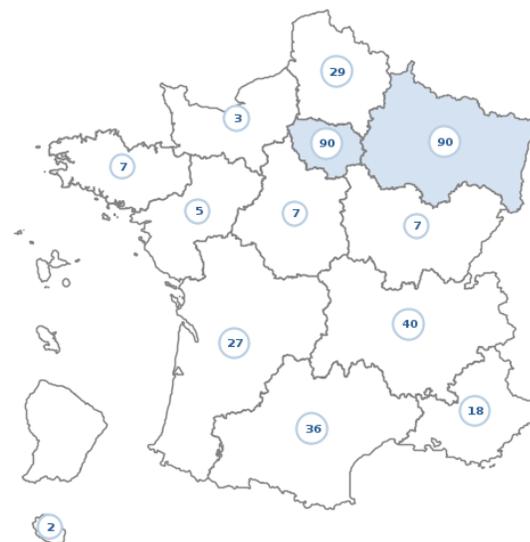
# EVOLUTION des SIGNALEMENTS e-SIN D'ERV (2017-2020)



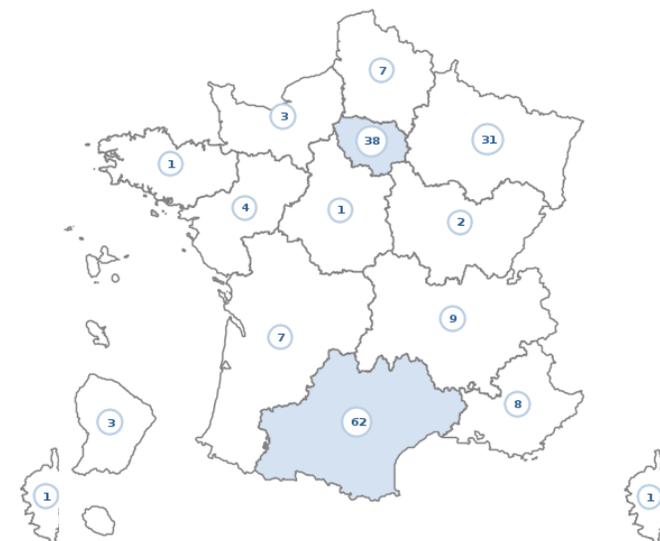
2017



2018



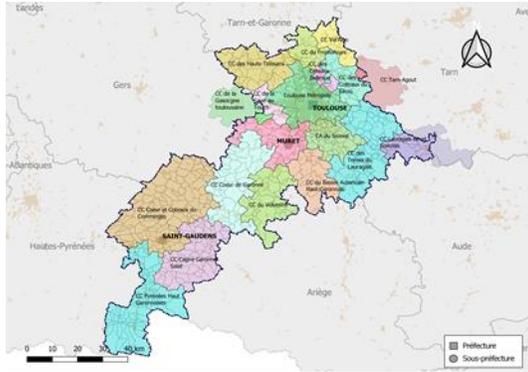
2019



2020

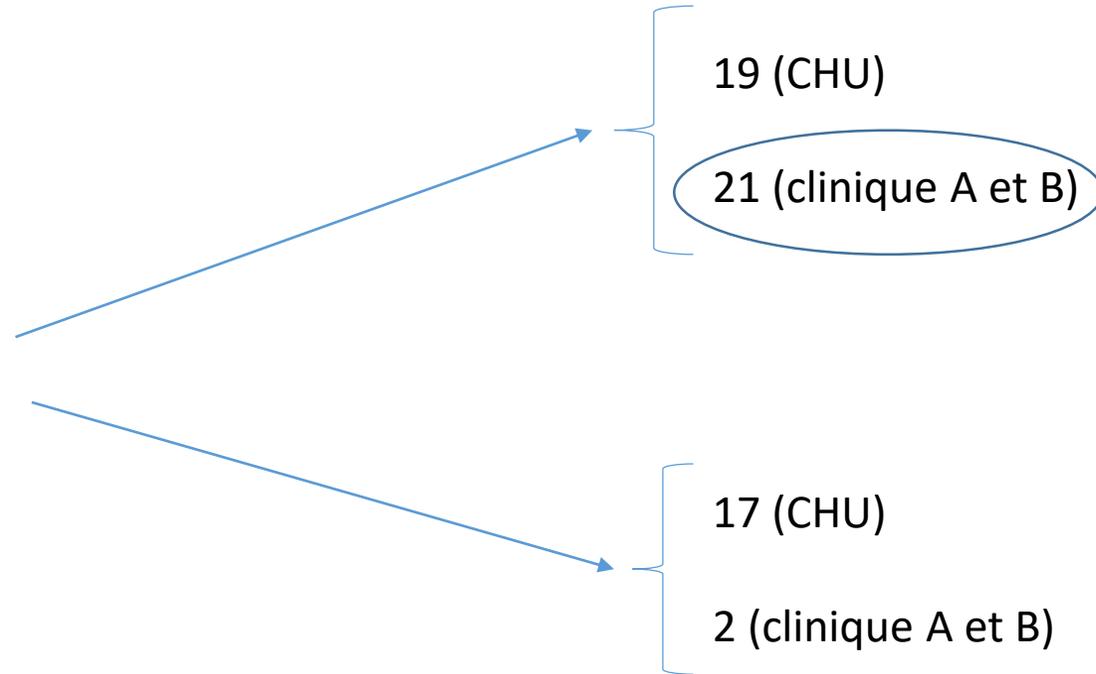


# Signalements d'ERV en Haute-Garonne



**70%**

43 signalements en 2020  
21 signalements en 2019



# ANALYSE DE LA SITUATION

- Nombreux signalements provenant de la clinique A (Néphrologie, Dialyse, Soins Intensifs, SSR)
- Nombreux signalements de la clinique B de patients passés dans la clinique A (patients dialysés)
- Quelques signalements du CHU de patients dialysés dans la clinique A
- Visite de Risque dans le secteur de dialyse : pas de dysfonctionnements importants

# Proposition de Plan d'Action

- Réunion des Pdts de CLIN de la clinique A, B et CHU
- Politique de dépistage en dialyse (secteur après secteur)
- Renforcer l'EOH
- Evaluer la révision du protocole d'antibiothérapie probabiliste CEFTA+ DAPTO en remplacement de CEFTA + VANCO.
- Communication avec les services des autres établissements
- Communication avec et par le patient porteur d'ERV à chaque entrée dans un établissement de santé
- Prélèvements environnementaux à prévoir (réservoir environnemental ?)

## Exemple de PEC d'une autre épidémie à ERV

- **Mr A en USC Hémostoculture à Enterococcus faecium (ERV)**
  - Mise en place immédiate des mesures complémentaires d'hygiène + marche en avant et chambre seule avec WC
  - Puisque le patient n'était pas en PCC à son admission > **dépistage ERV de tous les patients présents dans le service + de tous les patients entrant en USC tant que le cas index est toujours présent ;**
  - **Alerte aux établissements receveurs des patients déjà transférés** (pour mise en place des PCC et organisation des dépistages); pour les patients rentrés au domicile : alerte contact BHRé sur le dossier informatique; sensibilisation des soignants et ASH.
  - Signalement externe e-SIN
  - Liste des patients contacts avec tableau de suivi des dépistages

- **Mr B , USC, concomitant à Mr A , ER positif à ERV** USC hospitalisé en néphrologie ; patient **dialysé**

Mise en place immédiate des PCC + marche en avant

- Appel au CPIAS :

- Faire en parallèle un autre **dépistage de tous les patients contact de néphrologie de la 1<sup>ère</sup> aile avant la mise en place des mesures complémentaires d'hygiène (PCC); alerte aux établissements receveurs des patients transférés** (pour mise en place des PCC et organisation des dépistages); pour les patients rentrés au domicile : information des patients et médecin libéraux et alerte contact BHRe sur le dossier informatique

- **1 semaine après : 2 nouveaux cas secondaires ( 1 contact USC, 1 contact néphro) >** le Cpias recommande des prélèvements du siphon de chaque lavabo de l'USC; bionettoyage approfondi de l'USC; sensibilisation du personnel sur l'hygiène des mains ++, évaluation de la gestion des excreta et PCC; pas de modification de consigne de dépistage; les 4 souches ERV sont envoyées au CNR pour typage; vérification des pratiques en néphro
- **ET 2 nouveaux cas secondaires contact néphro qui n'ont pas séjourné en USC > début de la transmission en néphro plutôt qu'en USC ??**
  - **Arrêt des dépistages des patients entrant en USC;** Élargissement des dépistages + PCC à l'ensemble du service de néphrologie ; information aux établissements receveurs pour mise en place PCC et organisation des dépistages
- **2 semaines après : 1 nouveau cas secondaire patient contact néphro passé en USC;**
  - les patients dialysés non contact sont en priorité hébergés dans un autre service; à la demande du CPIAS des prélèvements environnementaux de surface supplémentaires sont réalisés en néphro (tensiomètres, saturomètres, pèse-personnes, fauteuil)

- la campagne de dépistage des cas contact est poursuivie (dans l'établissement et dans les autres établissements receveurs) : **aucun nouveau cas secondaire depuis la mise en place des PCC (70 dépistages négatifs) .....**
- **4 semaines : 1 nouveau cas secondaire rentré en néphro en soins palliatifs ....**  
**après passage en médecine interne** : nouvelle liste, nouveau tableau de suivi pour le dépistage de tous les patients contact en médecine interne; demande de typage de la souche

**-5 semaines après** : départ du dernier patient porteur ERV (un seul dernier patient contact hospitalisé, déjà 3 prélèvements négatifs ) > nettoyage approfondi du service et retour à un fonctionnement normal

- **7 semaines après** : appel au CPIAS : puisque le dernier cas secondaire est le seul depuis la mise en place des PCC et qu'il est de survenue tardive, il se peut que la contamination soit survenue lors d'un précédent séjour

- Epidémie terminée ? Le CPIAS conseille un dépistage de tous les patients à l'entrée en Néphrologie pendant 1 mois et tous les 15j et/ou à la sortie (pour vérifier que la BHRe ne circule plus),

- seuls les patients dialysés sont mis en PCC jusqu'à obtention du résultat (négatif) du dépistage d'entrée.

- **1 mois de dépistage** : aucun patient admis n'a été testé positif à sa sortie

- Pour les 8 cas secondaires : même type de résistance (Van A) et même clone (cc17) : **transmission croisée**
- quid du patient index / quid du service dans lequel a démarré l'épidémie : USC, Néphro, hémodialyse ????
- investigations :
  - tous les prélèvements environnementaux revenus négatifs
  - quelques pistes (corrigées) lors de l'analyse des pratiques : pas de désinfection du saturomètre entre 2 patients, même lavette pour le bio nettoyage des adaptables
- prise en charge très lourde pour les services concernés (PCC, dépistages, suivi....) : 119 patients suivis, dépistages ++++
- surveillance +++ de l'alerte à chaque réadmission pour éviter de risquer une nouvelle épidémie

Suite a cette épidémie BHRe l'EOH propose sa participation à l'évaluation EVA BHRe



- Objectif de cette évaluation : obtenir un score **évaluant le niveau de maîtrise de la transmission** croisée de BHRe et **proposer une stratégie** de mise en place d'axes d'amélioration ciblés
- Cette évaluation montre un haut niveau de maîtrise pour l'ensemble des items sauf sur le critère:
  - **Prise en charge adaptée des patients porteurs BHRe : Niveau de maîtrise modérée car pas de secteur de cohorting**

# Rappel sur les patients porteurs de BHRe

- Guide du HCSP de 2013 et 2019
- Mettre le patient en PCC et en chambre seule avec WC. / Listing informatique des patients porteurs et contacts.
- Faire des écouvillonnages rectaux aux patients contacts présents dans le service (à risque faible, moyen ou à risque élevé) de façon hebdomadaire tant que le patient est hospitalisé.
- Si un ou plusieurs cas secondaires : faire un secteur BHRe avec équipe dédiée (cohorting) (et un secteur de contact) Et poursuivre les dépistages hebdomadaires. Transmission croisée et / ou niche environnementale
- Si plusieurs cas de cette même BHRe sont retrouvés ou espacés dans le temps : demander de tester les souches dans un laboratoire spécialisé ( même clone?)
- Effectuer des prélèvements environnementaux à la recherche de ce germe : siphons, matériel commun, lave bassin, matelas, paillasse, clavier ordinateur, téléphone, poignée de porte, chariot douche, gants, gants de toilette, ...
- Evaluation de la gestion des excréta et de l'hygiène des mains, EVA BHRe (SPARES)

<https://cpias-occitanie.fr/>

**CPias Occitanie**

QUI SOMMES NOUS ? ANNUAIRE LIENS

Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins

**RÉGION OCCITANIE**

**Informer**  
Le CPias Occitanie répond aux questionnements des professionnels de santé sur la prévention et la maîtrise des IAS.

**Animer**  
Le CPias Occitanie organise des journées régionales, des formations DPC et des groupes de travail sur la prévention des IAS.

**Accompagner**  
Le CPias aide les établissements et professionnels de santé dans la gestion des IAS notamment celles relevant du signalement.

Animation – Formation >  
Surveillance et évaluation >  
Alerte et signalement >  
Outils >  
Agenda  
Actualités

Soins de Ville  
Usagers

**Prochains évènements**

**Journée signalement et surveillance des IAS (Visioconférence)**  
04 mars  
09:30 - 15:00 | | Établissements sanitaires

**Dernières actualités**

**Déchets d'activités de soins et risque infectieux : Mise au point**  
Nouveau document  
Nous avons le plaisir de vous présenter le guide « Déchets

<https://www.cpias-pdl.com/accompagnement/bacterie-hautement-resistante-emergente-bhre/>

Document(s) à télécharger

Dans un contexte d'évolution de l'épidémiologie et des connaissances sur les BHRé, le HCSP actualise ses recommandations au travers de 12 fiches techniques : (à consulter [ici](#)) (janvier 2020)

- Modèle de courrier (2016)**  
Modèle courrier pour l'accueil d'un patient contact ou porteur d'une BHRé dans un établissement sanitaire
- Plaquette "Patient-Contact" (2014)**  
Plaquette d'information "PATIENT-CONTACT" BHRé - ARLIN PDL
- Plaquette "Patient porteur" (2016)**  
Plaquette d'information "PATIENT PORTEUR" BHRé - ARLIN PDL / RHC
- Fiche "Écouvillon rectal" (2015)**  
Fiche "Comment réaliser un dépoistage BHRé sur selles (écouvillonnage) ?"
- Plaquette "Professionnels" (2016)**  
Plaquette d'information PROFESSIONNELS - ARLIN PDL / RHC
- Lettre d'information aux établissements (2016)**

Nous utilisons des cookies pour vous garantir la meilleure expérience sur notre site. Si vous continuez à utiliser ce dernier, nous considérerons que vous acceptez l'utilisation des cookies.

<https://www.cpias-pdl.com/wp-content/uploads/2017/12/Plaquette-BHRé-ARLIN-24march2016-personnel.pdf>

15:32  
24/03/2021

# CONCLUSIONS

- Nombreux signalements en 2020 (+ 85% en un an) (COVID et ERV)
- Peu de signalement ISO (2) en plus de 6 endophtalmies
- Culture de signalement moins développée en Occitanie Est qu'en Occitanie Ouest
- Vigilance sur les OXA 48 pour les EPC et les ERG (Néphrologie / Dialyse / Urologie)

**Merci pour votre  
attention**