

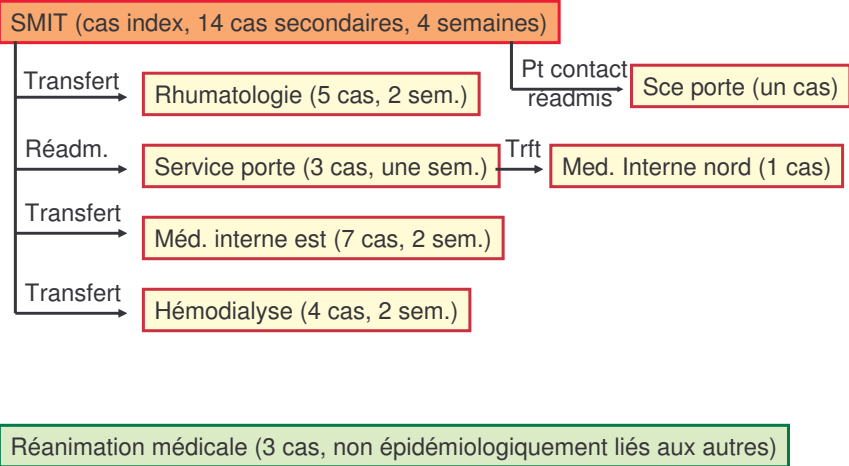
Le cas index

- Mme BOU, 81 ans, antécédents chargés :
 - Fibrose pulmonaire, traitement immunosuppresseur, Bactrim
 - Inf U à répétition,
 - Altération de l'état fonctionnel, HAD
- Admission le 27 août en maladies infectieuses :
 - ECBU d'entrée : E coli, 2 jours de C3G
 - 31 août : ECBU à ERV
 - Sortie le 2 septembre
- Enquête :
 - Portage connu d'ERV en HAD
 - Hospitalisée du 1er au 19 juillet en maladies infectieuses
- Retour le 9 septembre
 - Bactériurie symptomatique : Linezolid®

Enquête et interventions

- Voisins de Mme BOU :
 - 6 septembre, voisine de chambre : dépistage rectal = ERV
 - 8 septembre, patients présents depuis > 72 heures, dans la même aile : 2/8 ERV +
 - 9 septembre : sectorisation « souple » en MI
- 13 et 14 septembre :
 - 3 nouveaux porteurs en rhumatologie (transfert d'un cas secondaire)
 - 3 nouveaux porteurs en MI
- 17 septembre :
 - Sectorisation « stricte » des porteurs dans une aile de MI
- Extension du dépistage dans les services où des porteurs ou des patients contact ont été transférés

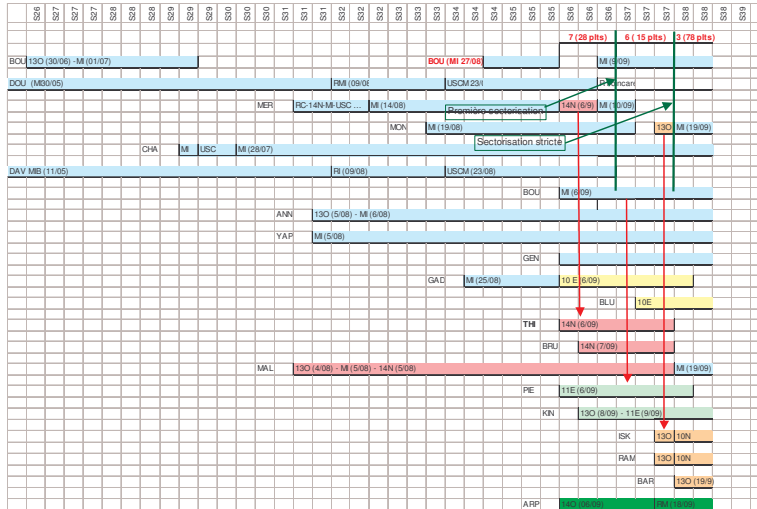
Dissémination entre services



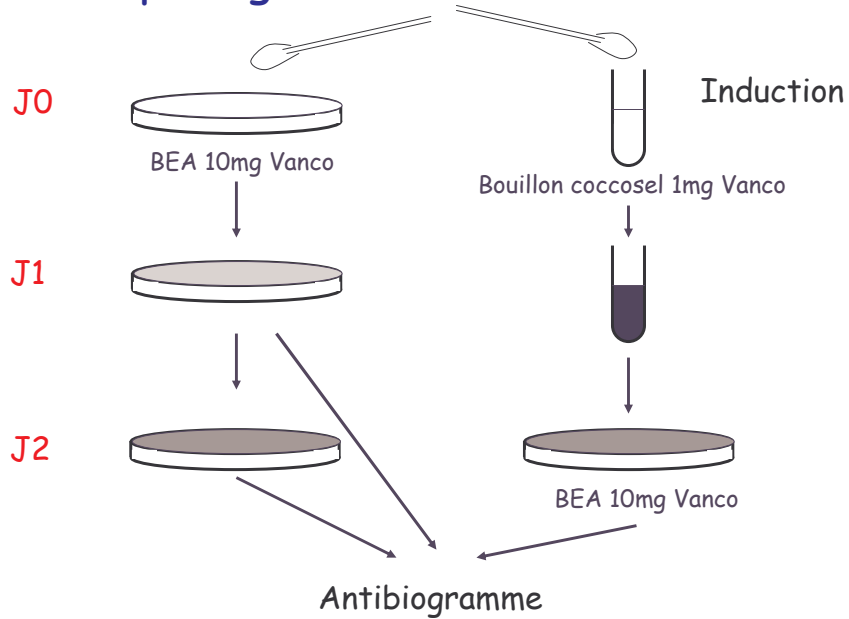
Courbe épidémique

	septembre									
Semaine :	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
Colonisations/ <u>Infections (souligné)</u>	1		13							
Dépistages		2	9	16	34					39
		3	10	17	35					
		4	11	18	36					
		5	12	19	37					
		6	14	20	38					
		7	15	21						
		8		22						
				23						
				24						
				25						
				26						
				27						
				28						
				29						
				30						
				31						
				32						
				33						

Courbe épidémique

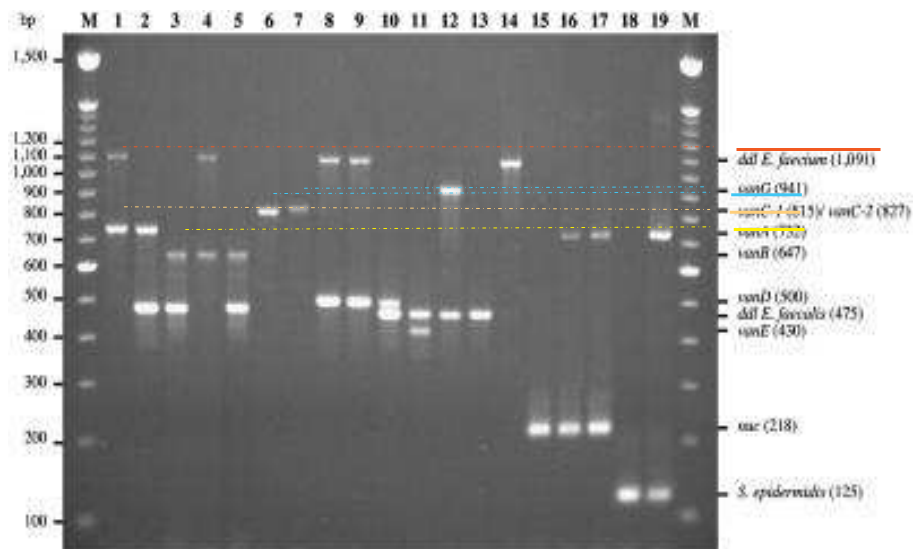


Dépistage des ERV au laboratoire



Résultats des dépistages

- Détection initiale
 - Données disponibles pour 32/38 patients :
 - » 9 dépistages + sur ensemencement direct,
 - » 23 après enrichissement
 - Les cas index pour les autres services :
 - » 3 positifs sur ensemencement direct,
 - » un après enrichissement
- Surveillance du portage ultérieur
 - « négativation » fréquente des prélèvements
 - 4 portages persistant par la suite :
 - » 2 initialement + sur ensemencement direct,
 - » 2 inconnus
- Données US peu informatives :
 - Quelle méthode de dépistage ?
 - Enrichissement/induction ?



Mesures de maîtrise de l'épidémie (1)

- Premier cas connu le 4 septembre
- Cellule de crise :
 - Large, puis restreinte à < 10 personnes
 - Initialement 3 fois par semaine
- Application stricte (mais pas plus) des précautions contact
- Cohorting :
 - SMIT, arrêt des admissions
 - Sectorisation :
 - » « souple » le 9 septembre
 - » Stricte le 16 septembre (PM et PNM affecté, renforcement en AS)
 - Regroupement de tous les patients porteurs de l'hôpital (sauf impossibilité)
 - Par la suite, création temporaire d'une unité « tampon » en médecine interne

Mesures de maîtrise de l'épidémie (2)

- Identifier les nouveaux cas par dépistage :
 - Guidé par les cas, et par les transferts entre service
 - Systématique dans les services à risque (aucun cas identifié)
 - Pas de dépistage dans les services non à risque
 - Environ 1300 prélèvements (soutien ponctuel, un technicien)
- Limiter les mouvements potentiels de l'ERV :
 - Recommandation de limitation des transferts internes
 - Extension de l'alerte BMR lors de la réadmission aux patients « contact » (un cas identifié)

Mesures de maîtrise de l'épidémie (3)

- Renforcement des P standard (SHA)
- Action antibiotique
 - Message aux cliniciens : molécules ciblées, durées de traitement
 - Intervention de l'équipe mobile d'antibiothérapie
 - » Enquête de prévalence des antibiothérapies > 7 jours
 - » Renouvellement de l'enquête à intervalles réguliers:

Mesures de maîtrise de l'épidémie (4)

- Information :
 - Message mail à diffusion générale + actualisations
 - Formation des personnels des services concernés
 - Réunion destinée au personnel (environ 120 personnes)
 - Page d'accueil de BALI

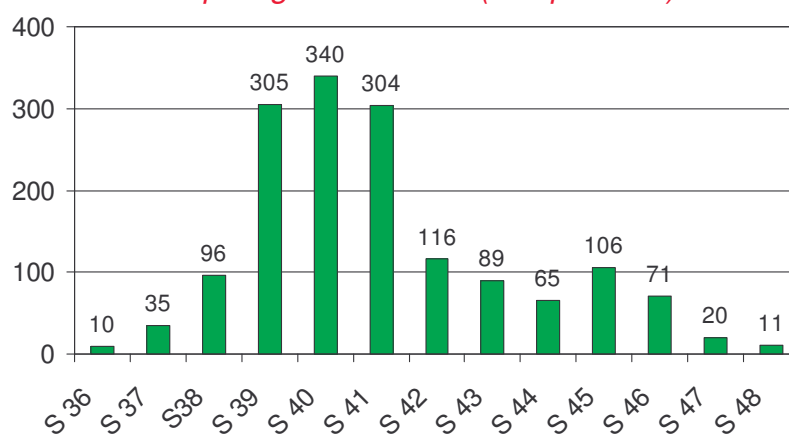
 - Information des patients (plaquette BMR + fiche spécifique)
 - Signalement DASS/CCLIN/ Siège AP-HP, et actualisation régulière
 - Préparation d'une éventuelle communication externe

Données associées au portage

- Utilisation d'antibiotiques avant la découverte du portage
- Co-colonisation SARM et ERV
 - 29 dépistés, un porteur de SARM (dépistage nasal isolé)

Activité de dépistage

1600 dépistages en 3 mois (5 sept-3 dec)



Quelques points forts

- Une collaboration :
 - précoce, rapprochée, et étroite
 - Entre direction, SSI, gestion des risque, SMIT B et services cliniques, UHLIN, bactériologie, Pharmacie, services informatiques
- Adaptation rapide des mesures
- Information large dans l'hôpital
- Nouvelle impulsion pour l'utilisation des SHA
- Actions de maîtrise de l'utilisation des antibiotiques
- Préparation à la gestion des crises à venir
- Pas de prélèvement d'environnement (sauf lors du retour du SMIT B à une activité normale)
- Charge de travail, notamment UHLIN, bactériologie

Et des questions ...

- A quel moment transmettre l'information sur la suspicion de portage aux services cliniques ?
- Poids épidémiologique des porteurs en faible quantité (enrichissement) ?
- Quand lever les précautions contact ? (CDC : 3 prélèvements négatifs à trois semaines d'intervalle, mais ...)
- Passage en SSR-SLD ?
- Après l'épidémie, quelle veille ?

Littérature

- Abondante ...!!
- Avis ERV du CTINILS
- Quelques papiers :
 - Tenover FC et al, Curr Opin Infect Dis, 2005
 - Christiansen KJ et al, Infect Control Hosp Epidemiol 2004
 - Donskey CJ, Clin Infect Dis 2004
 - McGowan JE, J Hosp Infect 2004
 - D'Agata EM et al, Clin Infect Dis 2002
 - Ostrowsky BE et al, NEJM 2001

 - Recommandations UK (site HPA)