

**Objectif** : A partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'évènements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

### TITRE

Epidémie départementale à *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine

### MOTS CLES

Epidémie, Bactérie Hautement Résistante émergente, *Enterococcus faecium*, Entérocoque résistant aux glycopeptides, cohorting,

### CCLIN SUD-OUEST

Période de survenue : 2013 / 2014

### POINT D'INFORMATION - MESSAGE CLE

La maîtrise d'une épidémie à *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine (RV) repose sur : 1) la nécessité d'informer les établissements lors de transfert de cas ou de contact 2) d'activer dès la survenue des premiers cas un secteur de cohorting 3) d'avoir les moyens informatiques permettant d'identifier cas et patients contact en cas de réadmission.

### CONTEXTE

#### ✦ Description chronologique de l'évènement

Entre octobre 2013 et avril 2014, une épidémie à *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine (de type Van B) a concerné 6 établissements du même département sur 5 mois et impliqué 3 clones dont un majoritaire. Le point de départ de cet épisode est l'identification d'un portage de *E. faecium* RV chez une patiente dans un établissement de santé (ES1) : les dépistages réalisés n'identifient localement pas de cas secondaire et la patiente est transférée vers un deuxième établissement (ES2). Suite à une défaillance dans la transmission de l'information, l'EOH de l'ES2 n'a connaissance de ce portage que trois semaines après son admission. Un dépistage des patients contacts encore hospitalisés identifie deux cas secondaires. Suite à cette découverte, les dépistages sont étendus aux patients sortis (prélèvements en cas de ré-hospitalisation) et transférés dans d'autres établissements, identifiant d'autres patients porteurs de ce germe. Au total, 40 cas de colonisation digestive à *E. faecium* RV ont été identifiés, dont la moitié dans le même établissement (ES2), plus de 1000 patients contact ont été concernés sur ce même établissement dont 60% ont bénéficié d'au moins un dépistage. Cette épidémie a donné lieu à une alerte régionale réalisée par l'ARS et relayée aux régions limitrophes par le CCLIN.

#### ✦ Investigations

- Dépistage des patients contact encore hospitalisés, transférés et réadmis.
- Envoi des souches au CNR pour typage et comparaison.
- Visite CCLIN/ARLIN/ARS sur 2 établissements pour réaliser un point épidémiologique de la situation, une visite des services et une évaluation des pratiques de soins en lien avec l'EOH de l'établissement.

#### ✦ Hypothèse et mécanisme de transmission

Transmission croisée à partir du cas index.

#### ✦ Évènements similaires

Entre 2007 et 2015, le CCLIN Sud-Ouest a reçu 13 signalements concernant des épidémies d'*Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides. Le nombre médian de cas secondaires était de 6. L'hypothèse d'une transmission croisée dans un contexte de précautions standard et complémentaires non optimales a été évoquée pour l'un des derniers signalements qui a concerné 52 patients.

#### ✦ Circonstances et causes immédiates

- Défaut d'information inter-établissement lors du transfert de cas ou de patient contact dans les premiers temps de l'épidémie.
- Précautions standard et complémentaires perfectibles dans les services où la transmission croisée a été avérée.
- Identification non optimale de l'ensemble des contacts d'un cas, notamment ceux non présents dans le service mais bénéficiant d'une prise en charge par des professionnels de santé communs au sein de l'établissement (par exemple personnels de nuit, kinésithérapeutes).
- Retard à la mise en place un secteur de cohorting dès la survenue des premiers cas.


#### ✦ Causes latentes

- Retard à la mise en place d'un système informatique permettant d'identifier cas et contacts lors de réadmission.
- Défaut de perception du risque lié à l'*Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine
- Difficulté à sensibiliser sur l'importance d'agir énergiquement autour de patients non infectés.
- Difficulté pour certains soignants de considérer le phénomène comme épidémique tant que le caractère identique des souches n'avait pas été confirmé.

| Facteurs favorisant                            | Observations  | Axes d'amélioration  |
|--|---|--|
| Professionnels                                 | - Défaut de perception du risque lié à l' <i>Enterococcus faecium</i> résistant à la vancomycine.   | - Communication par l'EOH et formations.   |
| Equipe   | - Sensibilisation difficile sur l'importance d'agir avec force autour de patients non infectés.   | - Accompagnement au quotidien des équipes par l'EOH.   |
| Pratiques                                      | - Précautions standard et complémentaires non optimales (notamment concernant l'hygiène des mains, la gestion des excréta, ou la gestion des gants).  | - Accompagnement au quotidien des équipes par l'EOH.   |
| Environnement de travail                       | - Absence de repérage des cas et des contacts lors de leur réadmission.   | - Mise en place d'un système d'alerte informatique identifiant les cas et les contacts afin de permettre une prise en charge adaptée lors des ré-hospitalisations.   |
|  | - Coût important des dépistages et quantité de travail associé à une augmentation des délais de gestion d'autres prélèvements à visée diagnostique.   | - Intérêt de la technique de PCR par le laboratoire permettant d'être plus réactif, notamment pour le prélèvement de dépistage avant sortie ou transfert des contacts.   |
| Organisation                                   | - Défaillance de transmission d'information entre établissements lors de transfert de patients contact. Identification non optimale de l'ensemble des contacts d'un cas, notamment ceux non présents le service mais bénéficiant d'une prise en charge par des professionnels de santé communs au sein de l'établissement (par exemple personnels de nuit, kinésithérapeute). | - Implication dynamique des secrétariats médicaux pour les différents courriers d'information aux patients et partenaires extérieurs.  |
|  | - Retard à la mise en place d'un secteur de cohorting dès la survenue des premiers cas.   | - Création d'un secteur de cohorting pour les cas (secteur géographique et personnels de santé dédiés). Pour les cas ne pouvant pas être hospitalisés dans un secteur de cohorting en raison de soins spécifiques : mise en place d'une infirmière dédiée effectuant aussi le rôle d'aide soignante ou sectorisation géographique des cas avec chambre tampon. |
| <b>Interrégion</b>                             |   |  |
| Interface ARLIN – CCLIN / étab. de santé / ARS | - Absence d'information des établissements de santé de la région.   | - Alerte régionale ARS auprès des établissements de santé sur la prise en charge spécifique des patients hospitalisés lors des périodes à risque de transmission croisée sur les ES concernés par l'épidémie.<br>- Relais de l'information régionale par le CCLin aux régions limitrophes.   |

**Commentaires sur la prise en charge de l'évènement :** EOH et CLIN, acteurs majeurs de la réussite de la gestion de cet épisode avec un soutien fort des directions des établissements de santé concernés.

## REFERENCES

-  [Haut Conseil de la Santé Publique. Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » \(BHRé\). 2013, 79 pages.](#)
-  Bilan des signalements émis en 2015. CCLIN Sud-Ouest [www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com) rubrique signalement / données épidémiologiques [http://www.cclin-sudouest.com/wp-content/uploads/2015/05/Bilan\\_siglt\\_2015\\_VF.pdf](http://www.cclin-sudouest.com/wp-content/uploads/2015/05/Bilan_siglt_2015_VF.pdf)