

# **ERG :**

# **Gestion d'une EPIDEMIE :**

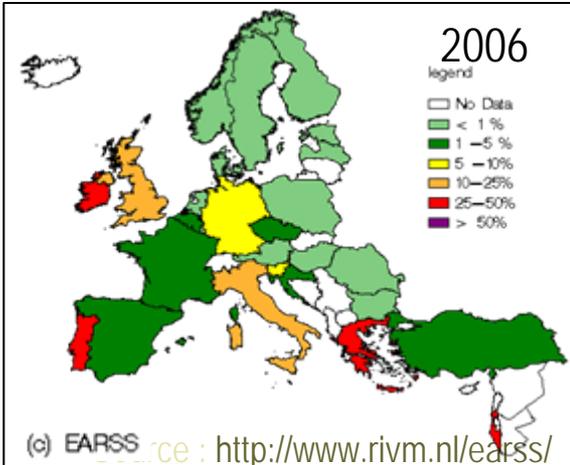
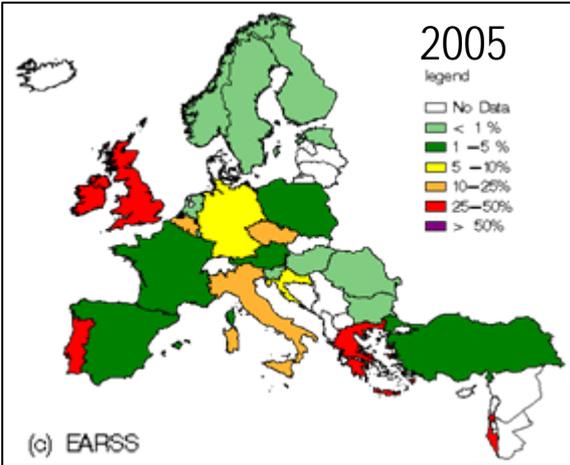
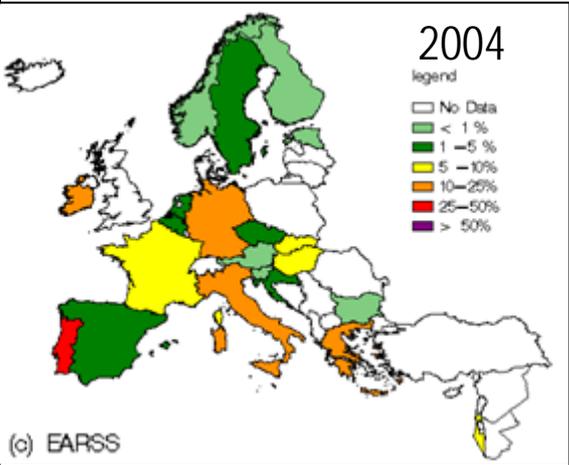
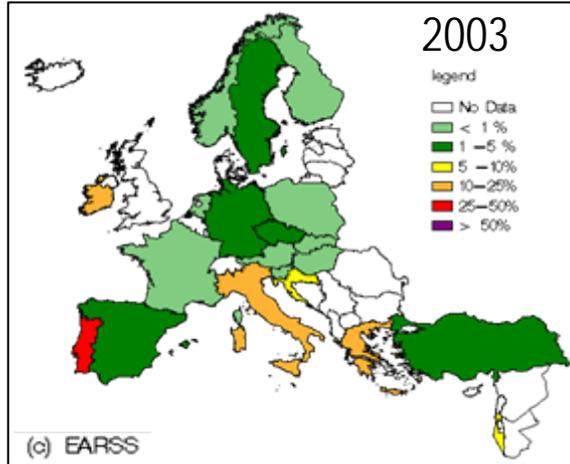
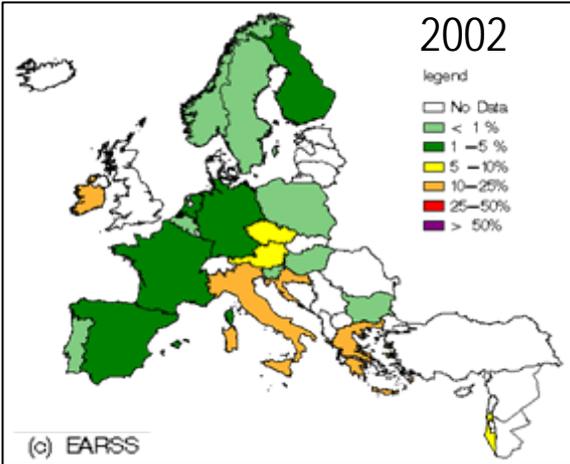
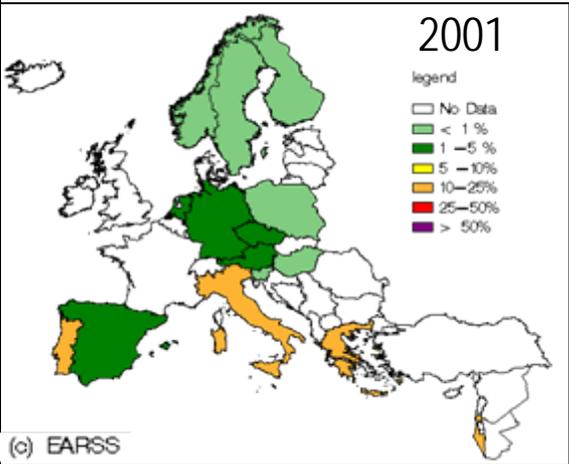
**Pr. Ch. RABAUD,**  
**Responsable CClin Est**  
**10es Journées Nationales d'Infectiologie**  
**Lyon, le 12 Juin 2009**

# Quels sont les enjeux de la lutte contre les ERG

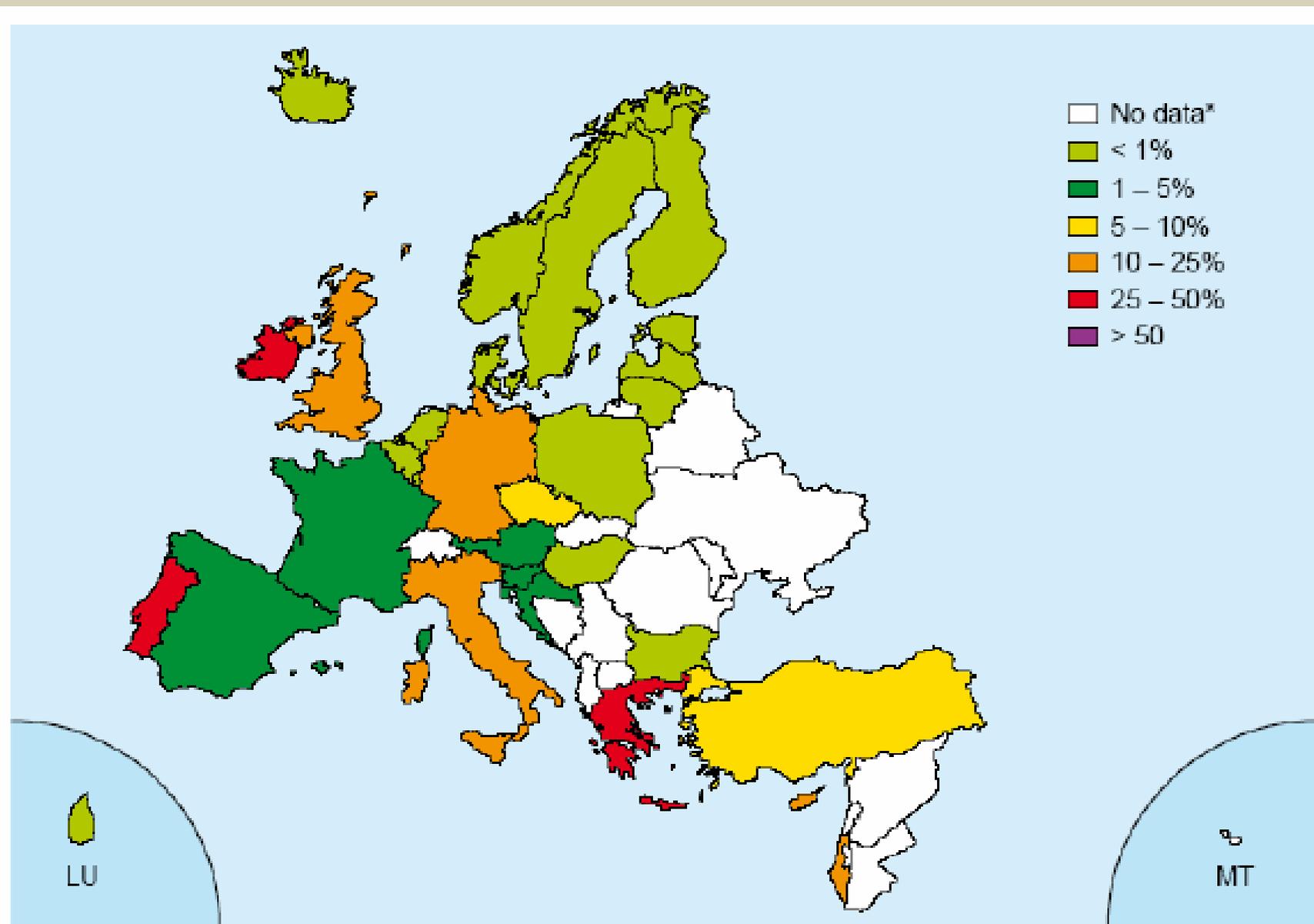
- Morbi-mortalité de l'ERG si prévalent ?
- Passage de vanA au SARM ?
- Maîtrise d'un phénomène émergent ?

**Le taux d'ERCG en France  
est parmi les plus élevés  
d'Europe ?**

# Europe : proportion d'ERG (*E. faecium*), EARSS 2001-2006



## Europe : proportion d'ERG (*E. faecium*), EARSS 2007



# ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2003 (N=3)

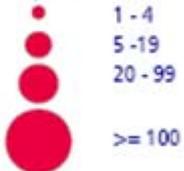


# ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2004 (N=13)



Source : InVS, données nationales signalement

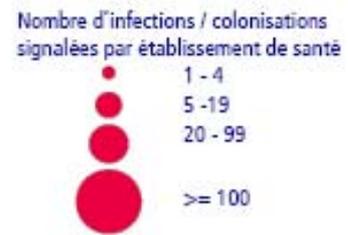
Nombre d'infections / colonisations signalées par établissement de santé



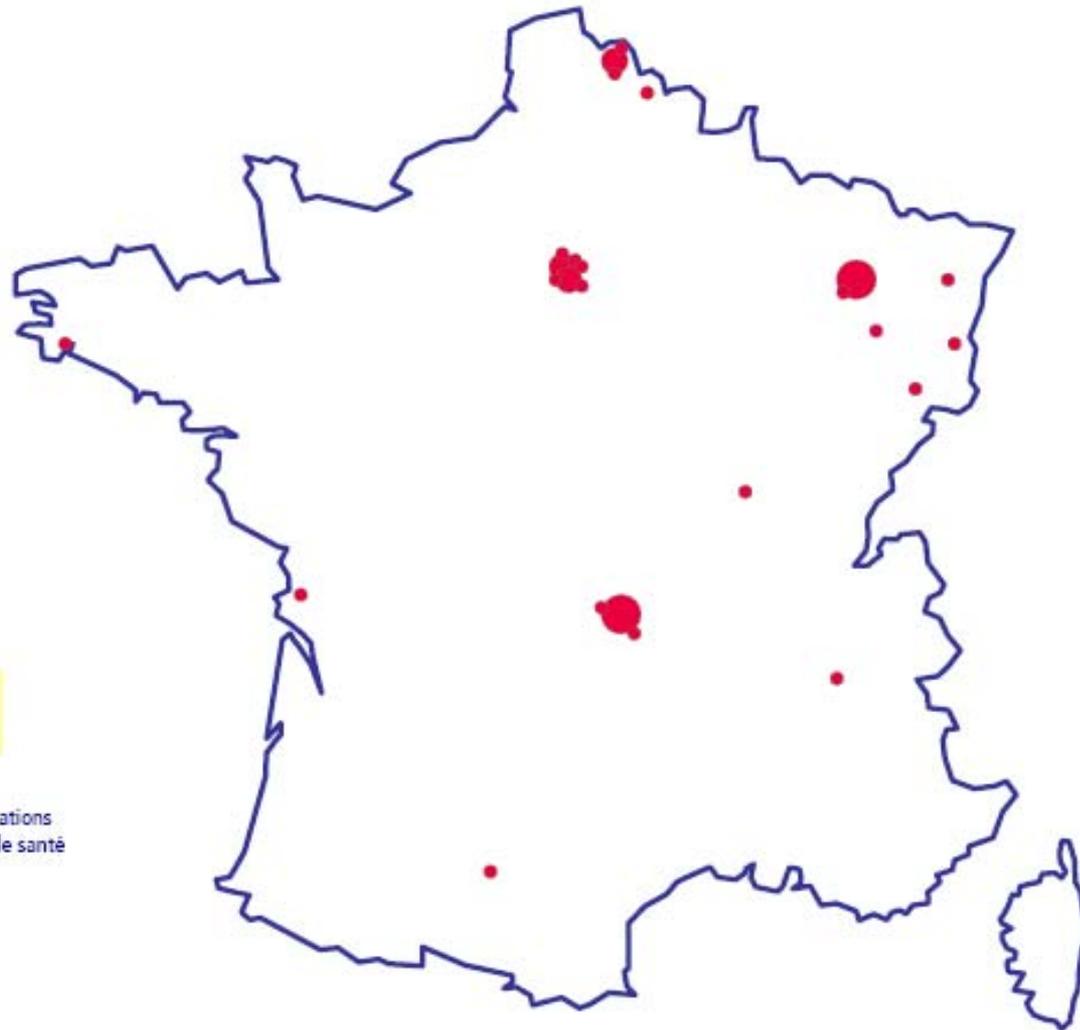
# ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2005 (N=34)



Source : InVS, données nationales signalement

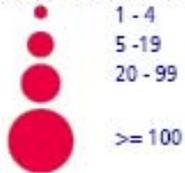


# ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2006 (N=34)

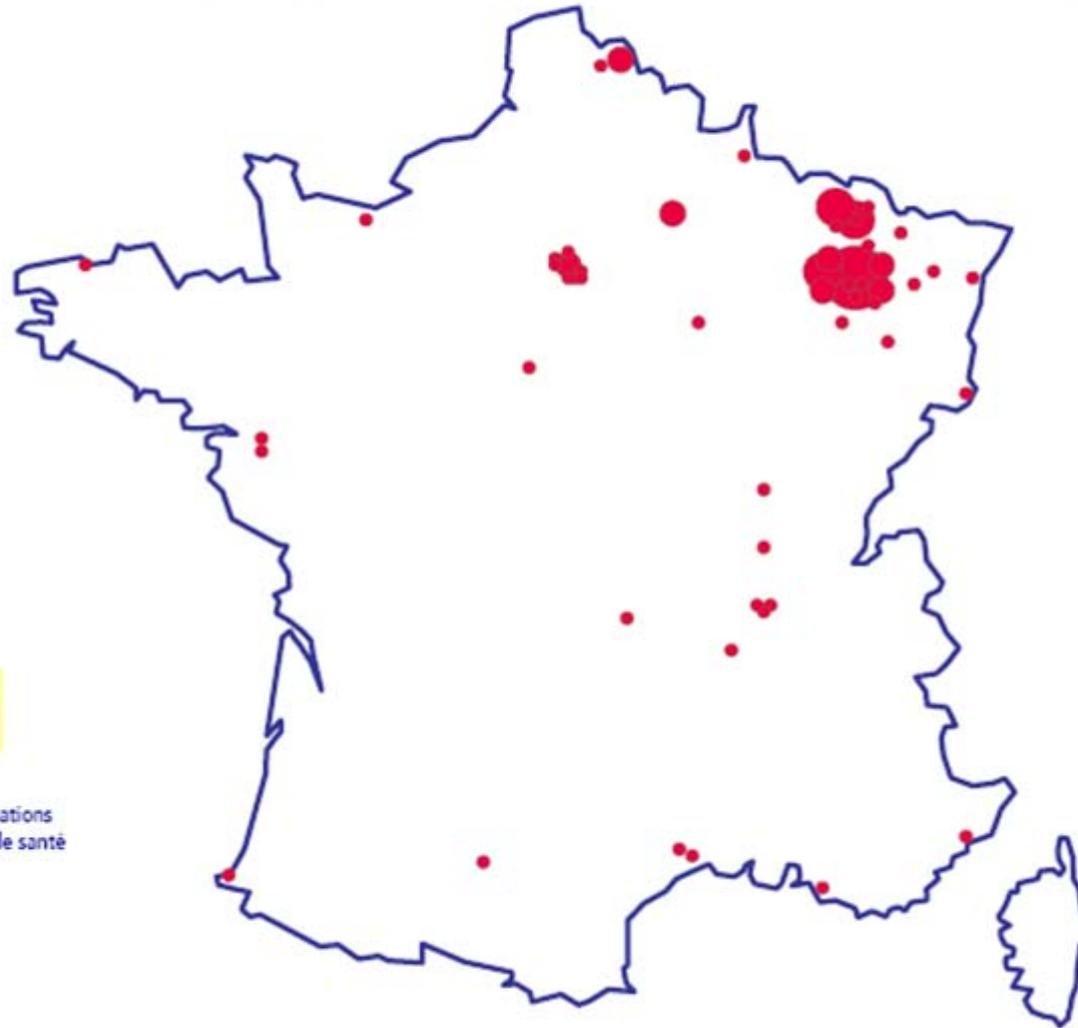


Source : InVS, données nationales signalement

Nombre d'infections / colonisations signalées par établissement de santé

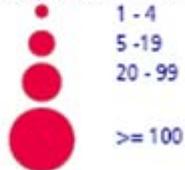


# ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2007 (N=130)



Source : InVS, données nationales signalement

Nombre d'infections / colonisations signalées par établissement de santé



# « Les textes »

- Avis du CTINILS (6/10/05) : maîtrise de la diffusion des ERG dans les ES français
- Fiche technique opérationnelle du 09/10/06 Prévention de l'émergence des épidémies d'ERG dans les ES
- NOTE DGS/DHOS du 6/12/06 : Prévention de l'émergence des épidémies d'ERG dans les ES
- Note DGS/DHOS du 14/08/08 : prévention de l'émergence d'épidémies à ERG dans les ES

# FICHE TECHNIQUE OPERATIONNELLE

Prévention de l'émergence des  
épidémies d'ERV dans les ES

06/12/06



ALERTE donnée par  
le laboratoire de Bactériologie  
APPARITION CAS INDEX



EOHH

Envoi des souches au **CNR**  
« mécanismes de résistances aux antibiotiques »

# ETAPE 1

Évaluation de la situation dès le 1er jour

- **Isolement du porteur  
(PS + P CONTACT) et signalisation BMR**
- **ALERTER Direction, sous commission  
CME (décret 15/05/06)**
- **Arrêt du transfert du cas index et de ses  
contacts**
- **Limiter les admissions**
- **Enquête de portage fécal chez patients  
contacts**

A red starburst graphic with multiple points, containing the text 'ETAPE 2' in white, bold, serif font with a black outline.

# ETAPE 2

Dans les 2 jours suivants

- **Lister les patients contacts déjà transférés et lieu de transfert**
- **Enquête de portage fécal**
- **Cas suspects plus anciens?**
- **Hygiène mains et SHA**
- **Bionettoyage**
- **TTT antibiotique adapté si infection**
- **Signalement externe CCLIN et DDASS**

A red starburst graphic with multiple points, containing the text 'ETAPE 3' in white, bold, serif font with a black outline.

# ETAPE 3

Mesures à appliquer  
tout au long de l'épidémie en plus des  
PRECAUTIONS STANDARD ET CONTACT

# COHORTING

- Secteur PORTEUR
- Secteur CONTACT
- Secteur INDEMNE

Avec personnel dédié



# Secteur des porteurs

- Personnel dédié
- Secteur géographique unique à l'hôpital
- Information du portage ERV au patient et médecin traitant
- Favoriser la sortie à domicile (pas de transfert en court ou moyen séjour)

# Secteur des contacts

- Personnel dédié
- Dépistage transversal hebdomadaire
- Si 3 prélèvements hebdo négatifs, transfert possible mais isolement et dépistage poursuivi tout au long de l'hospitalisation
- Favoriser la sortie à domicile

# Les points clés des recommandations

- **Hygiène : SHA +++**
- COHORTING (personnel dédié)
  - Secteur PORTEUR
  - Secteur CONTACT
  - Secteur INDEMNE
- Arrêt des transferts
- Politique bon usage ATB

# Au delà

Identification patients et services à risques  
avec dépistage systématique  
à l'admission  
et hebdomadaire  
par écouvillonnage rectal

# Par ailleurs

- Établir et tenir à jour une liste des patients porteurs et des patients contacts non connus porteurs, transférés ou sortis à domicile, de façon à les mettre en isolement (PS+PC+Signalisation BMR) et dépistage lors des réadmissions

**Si l'épidémie s'étend dans  
plusieurs établissements,  
peut on créer une liste  
« régionale » des patients  
colonisés ?**

# Faire circuler l'information

- Mise à jour et envoi hebdomadaire de listes des services accueillant ou ayant accueilli des patients ERG+ dans les 3 derniers mois
- A tous les établissements lorrains, puis de l'inter-région Est, puis aux 4 autres CCLin

**LORRAINE**  
Liste des services concernés par l'ERG  
Mise à jour le 09/09/2008

BAINVILLE (CJP)	Bainville 1A : U8SR (2)	REMIREMONT	Chirurgie (0)
	Bainville 2 A : U8LD (1)		Médecine 4C (0)
	Bainville 3 A : U8LD (3)		Médecine A (0)
	Bainville 3 B : U8LD (3)		U8SR "Foucharupt" (0)
BAR-LE-DUC	Médecine A2 (secteur de regroupement)	SENONES	Médecine (1)
BRIEY	U8SR (0)	VITTEL	Médecine (0)
	Chirurgie générale A (secteur de regroupement)		ALTIR (1)
	Soins continus (0)		Hématologie (accueil régulier)
CLCC Alexie Vautrin	Médecine/Onco 2ème D (secteur de regroupement)		Médecine B : gériatrie (0)
CLINIQUE TRAUMATO-ORTHO (SINCAL)	Chirurgie 3ème étage (secteur septique (0))		Cardiologie secteur 1 (0)
OHS FLAVIGNY	U8SR (1)		Néphrologie-dialyse (accueil régulier)
Clinique GENTILLY	Hémodialyse (18)		HGE (0)
AMBROISE PARE (NANCY)	Chirurgie (0)	CHU NANCY	Maladies respiratoires TD3 (0)
St CHARLES à Nancy	U8SR F11 (3)		Réanimation médicale TD8 (1)
	8SR-Médecine 1 (0)		Urologie (0)
	Médecine 2 (0)		Médecine H hospit classique (0)
	U8LD (2)		ATOL : chir ortho et traumat (0)
HL POMPEY	U8SR-Médecine (0)		Chirurgie générale et urgences (0)
	U8LD (1)	U8SR H. Central (secteur de cohoring)	

\* Entre parenthèses figure le nombre de patients présents dans le service ayant un prélèvement positif datant de moins de 3 mois.

⇒ Gestion sécurisée des transferts de patients susceptibles d'être patients contacts

**Lorsqu'un patient a été  
reconnu colonisé par l'ERG,  
doit on indéfiniment le  
considérer comme porteur ?**

# « S'offrir » des perspectives

## Suivi des patients ERG+

➔ Ecouvillonnage mensuel

- Si prélèvement positif dans les 3 derniers mois  
=> patient « excréteur »
- Si pas de prélèvement positif dans les 3 derniers mois => patient « non excréteur »
  - Prise en charge en chambre seule + Précautions  
Contact hors secteur de cohorting
  - Transfert autorisé

# « S'offrir » des perspectives

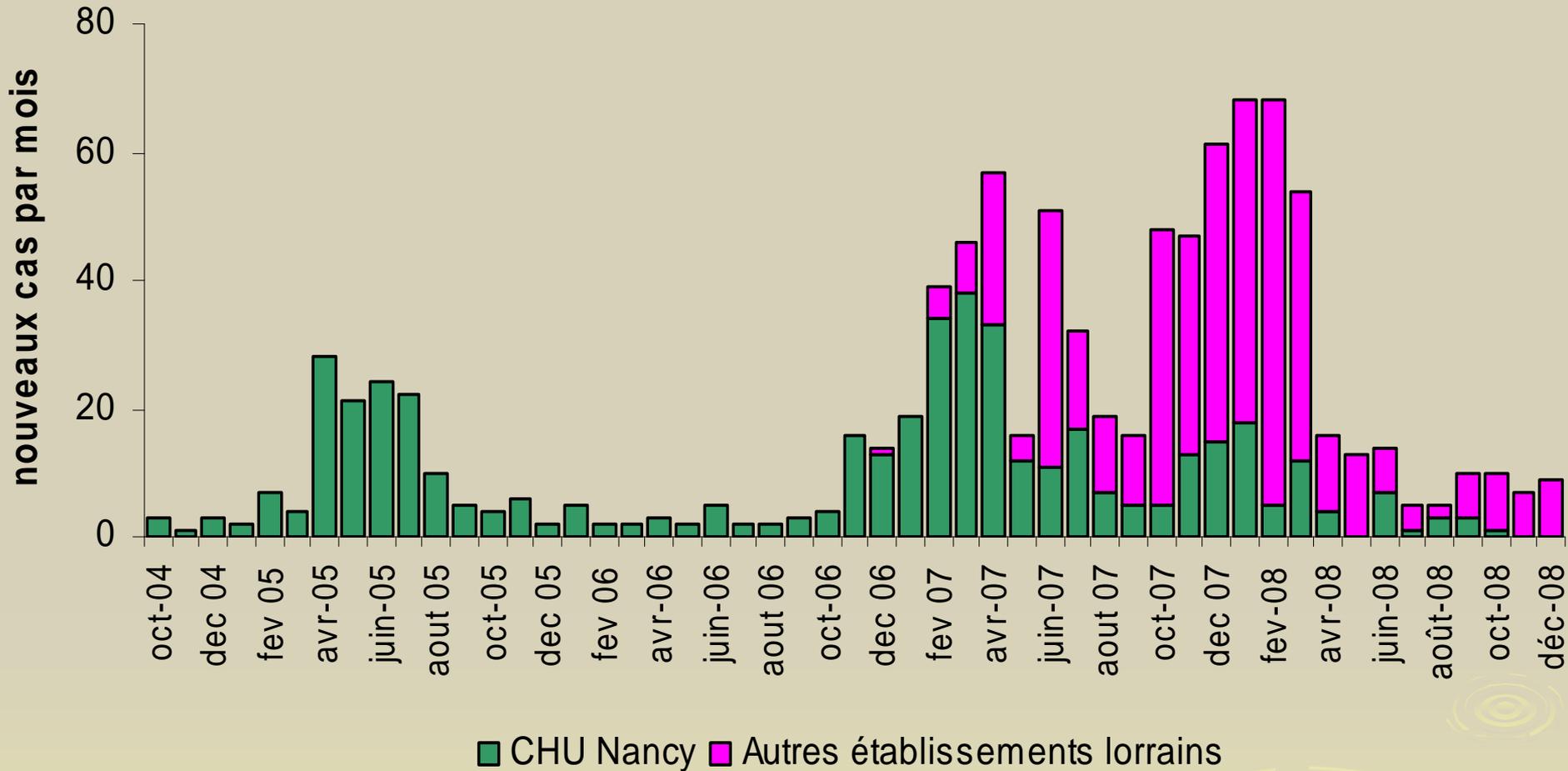
## Proposition de définition d'un patient négativé

- Si un patient ERG + reçoit une antibiothérapie
  - D'au moins 5 jours
  - Faisant appel à des C3G injectables, des pénems, des FQ, des nitro-imidazolés ou des glycopeptides
  - Prescrit dans un contexte clinique infectieux
- Faire un prélèvement 2 à 7 jours après la fin du traitement.
- Si négatif : patient « négativé »

# RESULTATS



# Lorraine

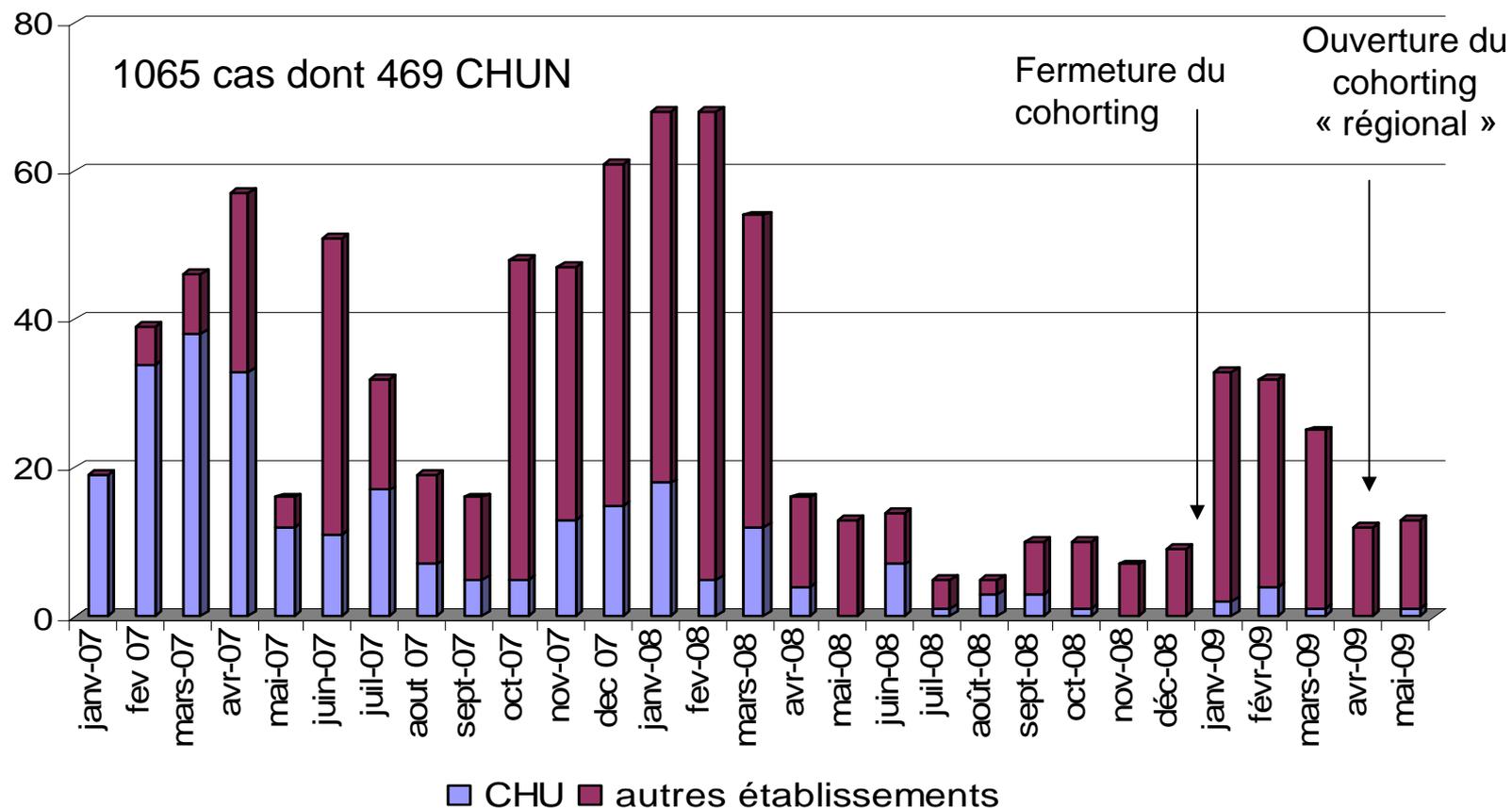


**943 cas au 31 décembre 2008, dont 461 au CHU de Nancy**

# Conclusion

- Mesures très contraignantes sur les plans techniques, humains et financiers
- Avec nécessité d'une coordination régionale et/ou inter-régionale
- L'expérience lorraine a montré qu'elles étaient :
  - Indispensables
  - Réalistes
  - Et surtout efficaces ...

# ...tant qu'elles sont maintenues



**Ou « De l'intérêt de la mise en place d'un cohorting régional pour gérer la fin de crise »**

**PRISE EN CHARGE**  
d'une  
épidémie à  
**ERG**  
(Entérocoque Résistant aux Glycopeptides)



Document rédigé  
sous la coordination du  
Professeur Christian RABAUD

Sandrine Hénard,  
Nathalie Jouzeau,  
Docteur Loïc Simon,  
Professeur Christian RABAUD

Septembre 2008

**CCLin Est**

**CHU de Nancy**

**9 allée du Morvan**

**54511 Vandœuvre les Nancy**

**cclin.est@chu-nancy.fr**

**[http://www.fc-sante.fr/cclin-est/Alertes/Enterocoques/Revision\\_synthese\\_des\\_procedures\\_ERG\\_version3.pdf](http://www.fc-sante.fr/cclin-est/Alertes/Enterocoques/Revision_synthese_des_procedures_ERG_version3.pdf)**