



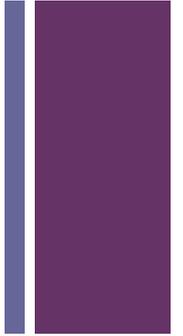
**Précautions Standard
suffisantes contre la
dissémination des BMR ?**

**Pour ou Contre
les PCC ?**

Journée Prévention du Risque Infectieux en Etablissements de Santé
Dr Florence Gourdon – EOH Centre Hospitalier de Vichy
Vendredi 11 octobre – Le domaine du Marand – Saint-Amand Tallende



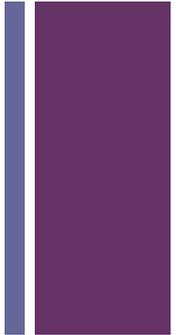
De quoi parle t'on ?



■ Objectifs :

- O. principal : réduction de mortalité et morbidité des **Infections associées aux soins (IAS)**
- O. secondaire : réduction des la **transmission des BMR**

+ Comment ?



■ Moyens : 5 axes principaux

- Hygiène des mains, PS
- Politique de dépistage microbiologique
- Précautions complémentaires Contact
- Bio nettoyage
- Bon usage des antibiotique

■ Précautions complémentaires Contact

- Isolement géographique ou regroupement
- Port de gants et tunique ou tablier plastique
- Equipement médical dédié (tensiomètre, stéthoscope..)



Recommandations (1)



■ En France :

- SARM, ABRI, ERG, CD, EBLSE, KP HCASE, EPC
- Colonisé = Infecté
- Chambre individuelle ou regroupement
- Signalisation, information, alerte informatique
- Gants = PS sauf recommandations spécifiques / agent microbien
- Protection de la tenue : contact direct avec patient
- Masque si infection respiratoire
- Dispositifs médicaux individualisés
- Durée = MCO / adaptation pour autre secteur



Recommandations (2)



■ ESCMID 2014 (BGN) :

- Gants et protection de tenue avant d'entrer dans la chambre
- E coli BLSE (endémie)

■ Dispositif adaptable :

- Observance de l'hygiène des mains et PS
- Épidémie / endémie / Faible niveau résistance
- Agents infectieux : CD, EPC, ERG...
- Ne doit pas nuire à la prise en charge du patient



Variabilité importante



■ Variabilité des pratiques

PCC : Enquête par questionnaire (ECCMID 2014, Vuichard Gysin D)

- Homogénéité pour SARM, EPC et ABRI (>80%)
- Variations importantes pour ERG et EBLSE autre que E coli
- Port des EPI également contrastés
- Freins : manque de personnel et de solution d'isolement géographique

■ Situations épidémiologiques différentes

■ Variabilités dans l'observance des PS



Le rôle de l'environnement



■ Transmission des BMR entre environnement et patients

1. Chen LF et al, Infect Control Hosp Epidemiol 2019

- SARM, VRE, CD et ABRI ; J0-J3-J7; 80 couples
- Prélèvements surface positifs à J0 : 44 (55%)
- Transmission bactérienne patient <=> environnement 12/80

2. Mody L et al, CID 2019

- SARM, VRE, BGN
- J0 patients : 56/ 399 (14%) ; SARM 57%-BGN 36%-ERV 14%
- J0 chambre : 115/399 (29%) : BGN 15%, SARM et ERV8%
- Acquisition : 21/225 ; délai 11j, 7j et 3j pour SARM, ERV et BGN

+ Le rôle de l'environnement

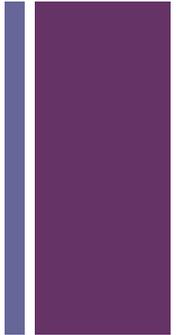
- BMR particulièrement à risque : ERV, CD, ABRI, SARM
- Epidémies d'infection à SARM au Royaume Unis 1990-2000
 - ⇒ Importance de l'intensification du bio nettoyage
- Nombreux autres exemples pour ERV, CD, ABRI +++
- Entérobactéries également concernées à moindre niveau

Nombreux travaux en cours :

- Technique de bio nettoyage, formation des acteurs (surfaces critiques, zones grises)
- Produits détergents / désinfectants
- Matériel utilisé : microfibre / coton

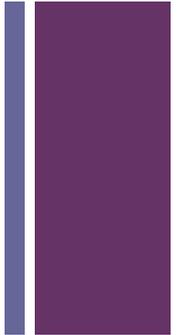


Transmission patient => EPI



- Transmission des BMR du patient aux EPI du soignants :
 - SARM (L. Pineles, Am J Infect Control 2017) :
 - 200 résidants, 46% colonisés à SARM
 - Contamination : Gants 20% (7-37), tunique 11% (0-19)
 - Soins de toilette, douche, pansements
 - BGN BMR (N. Blanco, Antimicrob Agents Chemother 2017) :
 - 185 résidents, 31% colonisés à BGN BMR (entérobactéries)
 - Contamination : gants 7% (0-27), tunique 2%(0-13)
 - Aide à la toilette, douche
 - Antibiothérapie topique ou systémique : RR x 2,5

+ Evaluation des PCC



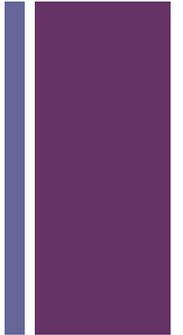
- Mesures individuelles rarement évaluées isolément
- Etudes portent plutôt sur une « stratégie » associant plusieurs mesures : résultats discordants, nombreux biais
- Recommandations reposent sur des études de niveaux de preuve modérés

+ Impact de l'arrêt des PCC sur la transmission du E coli BLSE

- S Tschudin-Sutter, CID 2012 et Emerg Infect Dis 2016
 - Recherche de transmission croisée d'une EBLSE (75% E coli, 25% K pneumoniae) chez des patients contact (même chambre) avant PCC :
 - 133 (60%) patients contact, médiane exposition de 3 jours
 - 7 dépistages positifs ; 2 clonales (1/6 E coli, 1/1 K pneu) soit 1,5%
 - Conclusion : faible transmission E coli BLSE (absence d'épidémie et forte observance des PS)



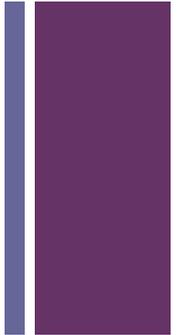
Impact de l'arrêt des PCC sur la transmission du E coli BLSE



- Arrêt des PCC pour E coli BLSE (MCO et SSR)
 - 231 contacts, médiane expo 4j (MCO), 15j (SSR)
 - Transmission : 2,6% (4/151), 8,8% (7/80)
 - Augmentation de la transmission avec le temps (+/- 5j)
 - Acceptable en Suisse en MCO (séjour < 5j) + forte observance PS + faible consommation ATB.



Impact de la chambre individuelle dans la transmission des EBLSE



Marjolein F Q Kluytmans – van der Bergh, Lancet Infect Dis 2019

- Etude randomisée, 16 hôpitaux néerlandais, 2 séquences successives (CI / CM)
- 616 patients index pour 9527 contacts (même unité) :
 - Transmission PP : 11/275 index (4%) CI versus 14/188 (8%) CM
 - Transmission ITT : 15/ 312 (5%) CI versus 18/304 (6%) CM

**Pas de différence
entre
chambre individuelle ou chambre multiple**

+ Impact de la chambre individuelle dans la transmission des EBLSE

- Autres résultats :
 - Transmission EBLSE :
 - 25(7%)/373 index PCC retardées versus 8(3%)/243 PCC admission
 - Dépistage anal positif à EBLSE des « contact » (C) :
 - 6% C non exposés, 8% C exposés avec PCC, 11% C exposés avec et sans PCC (différence significative)

Les PCC ont un impact sur le transmission des EBLSE indépendamment du type de chambre

+ Impact de la chambre individuelle dans la transmission des EBLSE

- Autres résultats :
 - Même si les résultats ne sont pas formels, il y a probablement une différence entre E coli et K pneumoniae
 - Sur les 777 C dépistés EBLSE, seuls 37 (5%) avait un prélèvement clinique positif à EBLSE au cours de leur séjour
 - 95% ne sont pas détectés au cours de leur séjour**

+ Conclusions

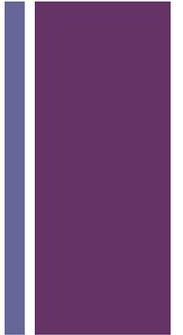
Contre les PCC : **En partie**

Revoir les PCC : certainement, au moins au niveau de **mon établissement**

PCC à la carte ?



Conclusions



■ Quels critères ?

- Problème épidémique ?
 - Capacité de détection ?
 - Epidémiologie ? VRE, CD, EPC, Gale
 - Quels moyens en bio nettoyage ?
 - Quelle architecture ?
 - Qualité de l'hygiène des mains ?
 - Quels moyens d'intervention ?
 - Quel soutien institutionnel ?
- Et comme d'habitude : évaluation des risques et plan d'action !



+ Merci