

Cas d'Entérobactérie Productrice de Carbapénémases (EPC) en chirurgie viscérale et d'urologie

Centre hospitalier Victor Dupouy
ARGENTEUIL – VAL D'OISE



NCHH-CCLIN PN décembre 2011



Le centre Hospitalier d'Argenteuil (1)

- Répond aux besoins sanitaires de la population du secteur sanitaire n°12 – Val d'Oise secteur Est
- Recrute des patients sur le bassin de vie d'Argenteuil (environ 350 000 habitants) et des communes limitrophes :
 - 80% des patients sont issus du Val d'Oise dont la moitié de la commune d'Argenteuil,
 - 8% des Yvelines,
 - 6,5% des Hauts de Seine
 - 5% viennent d'autres départements d'Ile de France.
 - population aux conditions modestes , taux de chômage est élevé.



Le centre Hospitalier d'Argenteuil, c'est... (2)

Une entreprise de...

Près de 2 426 professionnels au service des malades hospitalisés et des consultants dont : 366 Médecins et 1476 Soignants

Il dispose de...

Total de 822 lits : 455 de MCO

71 de SSR

54 de Psychiatrie

100 de SLD

142 lits et places d'hospitalisation

non complète et autres

Le centre Hospitalier d'Argenteuil, c'est... (3)



Une activité significative (chiffres par an)

- 59 000 entrées dont 23 000 en Hôpital De Jour
- 3 266 naissances (maternité de niveau 3)
- 200 000 consultations externes
- 74 500 passages aux SAU



Service de chirurgie digestive et urologie (1)

- 30 lits
- Équipe paramédicale : 3 IDE + 3 AS pour la journée
1 IDE + 2 AS pour la nuit
- Équipe médicale :
 - digestif : 1 chef de service + 2 PH + 1 assistant et 4 internes
 - urologie : 1 chef de service + 1 PH + 1 assistant
 - équipe anesthésistes pas fixe (minimum 3)
- Environ 2000 entrées / an (2010) : $\frac{3}{4}$ digestif et $\frac{1}{4}$ urologie

Service de chirurgie digestive et urologie (2)

Contexte du service au mois de septembre :

- Période des congés annuels
- 1 congé maternité IDE non remplacé
- 1 poste IDE vacant remplacé au 1^{er} septembre
- 1 poste AS vacant remplacé au 5 septembre
- Faisant fonction de Cadre de Santé en poste depuis 1 an
- Pas de cadre assistant de pôle (depuis 30 juin 2011) intérim réalisé par Direction des Soins
- 1 PH d'urologie en arrêt maladie
- 1 poste de PH de digestif vacant
- 2 FFI au lieu de 4 internes

L'EOH

- Formée en 1995
- Comprend :
 - un praticien hygiéniste : 0,95 ETP (temps partagé Hôpital le Parc, Taverny – Val d'Oise)
 - un cadre hygiéniste : 1 ETP
 - une technicienne biohygiéniste : 1 ETP
 - une secrétaire (EOHA/CLIN) : 1 ETP
 - un agent de service hospitalier qualifié (ASHQ) : 1 ETP
- Rattachée depuis septembre 2011 à la cellule qualité - gestion des risques

CONTEXTE LOCAL

- Procédure concernant ERV validé par le CLIN en 2010 (pas de cas)

CIRCULAIRE N°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)

- Présentation circulaire au CLIN et en CME
- Rédaction du plan entre juin et août 2011
- Juillet : courriel envoyé aux cadres de santé et à tous les PH (rappel consignes concernant les transferts ou rapatriement sanitaires)
- Août : alerte en réanimation sur un rapatriement sanitaire

Le cas au CHA (1)

- **Le 26/08/11** : Patient directement rapatrié d'un hôpital de Belgrade en Serbie après chirurgie + reprise + antibiotiques (Ertapenem), accepté directement par le chirurgien (lit jamais sa messagerie) dans le service de chirurgie viscérale
- **Le 27/8/11** : Dépistage de SARM dans le nez à l'arrivée (initiative de qui ?)
- **Le 27/8/11** : Prélèvement bactériologique local au niveau de l'abcès de paroi (initiative IDE)
- **Le 29/08/11** :
 - Patient mis en précaution complémentaire contact pour présence de SARM
 - Appel du bactériologiste pour suspicion de *Proteus mirabilis* et *Pseudomonas aeruginosa* résistants à l'Imipenem au niveau de l'abcès de paroi (nécessité de tests complémentaires pour déterminer le mécanisme de résistance)
 - Passage de l'EOH dans le service pour sensibiliser sur les précautions complémentaires pour ce patient (matériel dans la chambre, prêt d'un brassard à tension dédié au patient spécifique)

Le cas au CHA (2)

- **Le 30/8/11** : écouvillonnage rectal pour confirmation

Attente de confirmation pour déclencher la cellule de crise car mesures lourdes, demande de conseil au CCLIN Paris Nord

- **Le 05/09/11** : sur l'écouvillonnage rectal *Klebsiella pneumoniae* et *Providencia stuartii*, type EPC (enzyme NDM1)
 - Demande d'avis au CCLIN Paris Nord
- **Le 06/09/11** : avis du CCLIN Paris Nord
 - déclenchement de la cellule de crise et signalement aux autorités sanitaires

Les mesures au CHA

- **Le 06/09/11** : réunion d'une cellule de crise (Direction des soins, EOH, cadre chirurgie, pharmacie, responsable logistique, cellule communication, gestionnaire de risque) et chirurgiens par téléphone
- **Premières mesures, le jour même :**
 - Arrêt des nouvelles admissions en chirurgie viscérale
 - Patients programmés opérés et hospitalisés dans le service d'orthopédie-vasculaire
 - Les urgences transférés dans d'autres établissements
 - Établissement d'une liste de patients contact (présents et sortis)
 - Dépistage des patients contacts présents dans l'unité de soins
 - Information au personnel du service par l'EOH (jour/nuit)

Les mesures au CHA (2)

Mesures complémentaires pour les jours suivants :

- Retour à domicile des patients contacts favorisé
- Sortie du patient porteur dès que possible sans préjudice pour sa santé (une chambre gardée si retour) pour pouvoir réadmettre des patients dans une aile
- Création d'un kit BHR disponible 24/24 h à la pharmacie : brassard à tension, stéthoscope, thermomètre, lecteur de glycémie si présence d'un cas

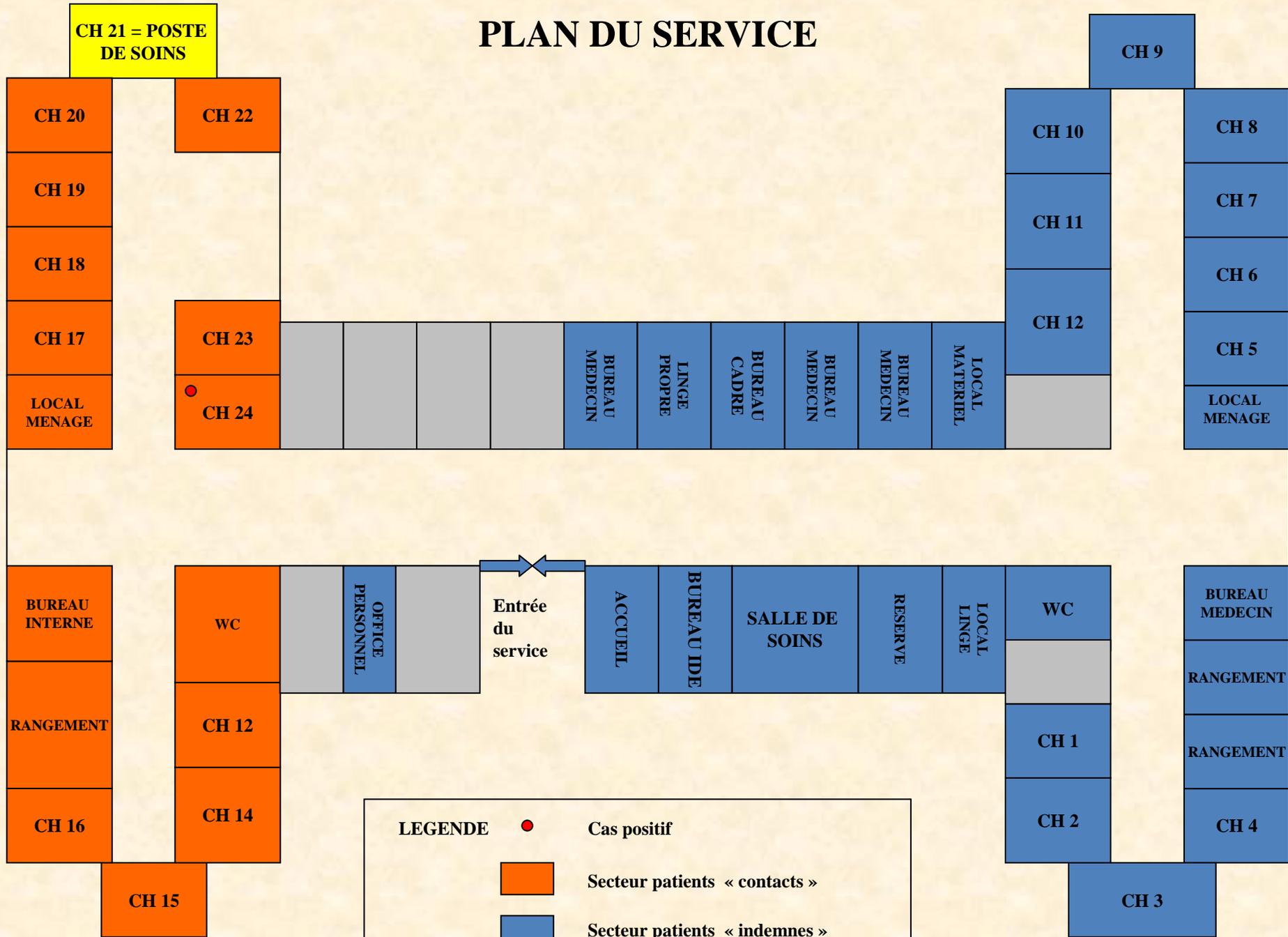
Les mesures au CHA

- **Le 10/09** : sectorisation de tous les patients contacts et du porteur dans une aile
 - Réouverture d'un aile de chirurgie dit « indemne » après nettoyage approfondi : accueil de nouveau patient
 - renforcement de l'équipe de nuit IDE et AS par la direction des soins avec une équipe dédiée dans chaque aile
 - Une personne dédiée dans chaque aile pour l'entretien des locaux (sous traitance) par la Direction des services logistiques (information ciblée à ce personnel)
 - Anesthésistes : demande au chef de service d'attribuer toujours les mêmes anesthésistes (le chef de service en a attribué 3)
 - Chirurgien : chaque chirurgien a été briefé sur les mesures
 - 2 postes de soins : poste de soin habituel et poste de soin dans une chambre

- **Le 12/09** : sortie du patient porteur (HAD)
- **Le 20/09 soir, réouverture normale** de la chirurgie après nettoyage approfondi car tous les patients contact sont sortis

Durée de la situation en chirurgie : 06/09/11 au 20/09/11 : 14 jours

PLAN DU SERVICE



LEGENDE

- Cas positif
- Secteur patients « contacts »
- Secteur patients « indemnes »

- **Aide des services informatiques :**
 - Création d'une application pour avoir la liste des patients contact de manière rapide et complète avec leur adresse, la date d'hospitalisation, date de sortie, leur mode de sortie
- Difficulté majeure : repérage des patients contact réadmis sans dépistage ou en cours de dépistage dans différents services :
 - 21/09/11 : une application est développée permettant uniquement à l'EOH de repérer les réhospitalisations de patients contacts
- En attendant un développement dans notre système générale d'information patient (Cristalnet) pour donner une alerte au service



Centre Hospitalier
Victor Dupouy
Argenteuil

Dossier / Venue

(re)Contrôler /
Tracer

Patients (BMR) en cours de présence dans l'établissement

Depuis le	Actuellement en	Dossier courant	IPP	NOM	PRENOM	Naissance	1ère alerte	UF	Infos BMR
19/11/2011 17:41:00	PNEUMOLOGIE HOSPITALISATI	1100019990430	2020312		GIOVANNI	02/09/1925	31/08/2011	5213	Contact EPC
16/11/2011 12:54:00	HDJ SEANCES ONCOLOGIE	1100019945785	2562617		LOUIS	24/01/1943	31/08/2011	5213	Contact EPC
09/11/2011 14:26:00	HDJ SEANCES HEMATOLOGIE	1100019917101	2566248		SUZANNE	29/03/1929	31/08/2011	5213	Contact EPC

Consulter les patients (BMR) connus du CHA

Alerte	UF	BMR	IPP	NOM	PRENOM	Naissance	Dernière Adresse	CP	VILLE	TEL

IPP	NOM	PRENOM	Naissance

Patients contact

- Initialement selon le CCLIN, ne pas rappeler les patients mais les prélever quand ils reviennent en consultation.
- Décision du chef de service et cellule de crise d'envoyer un courrier à tous les patient contact sortis
- **Au total 52 patients contacts vivants** et 1 DCD qui a eu un dépistage, 1 DCD sans dépistage :
 - 33 patients présents entre le 26/8/2011 et le 05/06/2011 sortis avant l'alerte : envoi d'une lettre explicative par le secrétariat de chirurgie sur le statut de patient contact et d'une proposition de dépistage gratuit au CHA avec ordonnance pour dépistage
 - 1 patient transféré avant l'alerte dans un établissement SSR (contact par téléphone)
 - Pour les autres soit 3 dépistages au cours de leur hospitalisation , 1 ou 2 dépistages avec ordonnance de sortie pour la suite des dépistages
 - Une fiche « Patient contact EPC » a été rédigée pour être mis dans le dossier du patient et mettre le résultat (non évalué à ce jour)

Dépistages

Total : 52 patients contact suivis

- **12 patients : aucun dépistage** connu soit **23 %** (patients sortis avant le déclenchement de l'alerte)
- **40 patients** ont eu **au moins 1 dépistage** soit **77 % des patients**
 - 26 patients : 3 à 4 dépistages soit 50 % des patients
 - 14 patients : un ou 2 dépistages soit 27 % des patients

Parmi les dépistés :

- 27 patients des dépistés sont revenus en externe pour amener leur prélèvements
- 1 patient dépisté dans un laboratoire externe (résultat amené lors d'une consultation)
- 12 des dépistés ont été strictement au cours de leur hospitalisation (soit en chirurgie, soit dans un autre service et repéré)

TOUS LES DEPISTAGES EFFECTUES A CE JOUR SONT NEGATIFS EN EPC

Mais découverte pour certains d'un portage d'autres BMR (BLSE) : 7 patients

L'alerte n'est pas complètement levée car le suivi des contacts continue lors d'une réhospitalisation d'un patient contact et en fonction du nombre de dépistage effectué. Suivi par l'EOH.

Communication

- Une lettre d'information pour les patients contacts présents avec une ordonnance et pour les patients sortis envoi par courrier par le secrétariat de chirurgie (quelques appels en retour pour demande d'explication complémentaire)
- Une note d'explication pour le personnel et le dossier patient pour le suivi
- Une note interne envoyée par mail aux cadres et praticiens hospitaliers pour expliquer les causes des perturbations et rappeler d'être vigilant
- Une lettre pour les établissements où ont été transférés les patients (faite mais non envoyé, téléphoné)
- Un flash info rappelant les mesures à mettre en place et précisant les patients concernés sur les EPC
- Information faite au CHSCT
- Retour d'expérience en CME et CLIN avec présentation du plan local épidémie (octobre)
- Retour d'expérience l'équipe de chirurgie (novembre)
- Retour d'expérience aux correspondants médicaux et paramédicaux (novembre)

- Dépistages : 1 dépistage 43,5 euro (environ 100 réalisés)
- Doublement des équipes de nuit et d'entretien
- Matériel utilisé
- Courrier
- Temps humain (non chiffrable)
- Mais possibilité d'intégrer un certain coût dans le codage du séjour du patient

Modalités de codage des actes : Modalités décrites dans une fiche élaborée par le DIM.

Lettre du DIM

Comment coder les infections à bactéries résistantes ?

Afin de repérer et de suivre la valorisation des séjours des patients infectés ou porteurs d'une bactérie résistante, voici les recommandations de codage :

Pour le patient présentant une infection à bactérie résistante, coder :

1. l'infection selon son origine et sa nature (DP ou DAS)
2. l'agent pathogène responsable si le code de l'infection ne le mentionne pas (DAS)
3. le niveau de sévérité du sepsis (DAS ou DP)
4. le caractère résistante de la bactérie (DAS)
5. l'isolement : Z29.0 (DAS)
6. si besoin, le caractère nosocomial : Y95 (DAS)

Le sepsis :	R65.0
Le sepsis grave :	R65.1 ③
Le choc septique :	R57.2 ③

Si l'infection est le motif d'admission dans l'unité médicale, elle sera mise en DP. Les autres diagnostics seront mis en DAS.

Si l'infection survient en cours d'hospitalisation dans l'unité médicale, tous les codes seront mis en DAS. Le choc septique peut être mis en DP, notamment en réanimation, si c'est le motif d'admission.

Pas de DR à renseigner.

Pour coder l'agent pathogène (si le code de l'infection ne le mentionne pas) :

B95.0	Streptocoques, groupe A	②	B96.0	Mycoplasma pneumoniae	
B95.1	Streptocoques, groupe B	②	B96.1	Klebsiella pneumoniae [subsp.pneumoniae]	②
B95.2	Streptocoques, groupe D	②	B96.2	Escherichia coli	②
B95.3	Streptococcus pneumoniae	②	B96.3	Haemophilus influenzae	
B95.4	Autres streptocoques	②	B96.4	Proteus (P.mirabilis) (P.morganii)	③
B95.5	Streptocoques non précisés	②	B96.5	Pseudomonas (P. aeruginosa)	④
B95.6	Staphylococcus aureus	③	B96.6	Bacillus fragilis	③
B95.7	Autres staphylocoques	②	B96.7	Clostridium perfringens	④
B95.8	Staphylocoque non précisé	②	B96.8	Autres agents bactériens précisés	②
B98.0	Helicobacter pylori		B98.1	Vibrio vulnificus	

Pour coder le caractère résistante d'une bactérie :

U80.0	Agents résistant à la pénicilline	②
U80.1	Agent résistant à la méthicilline	④
U80.8	Agents résistant à d'autres antibiotiques apparentés à la pénicilline	
U81.0	Agents résistant à la vancomycine	④
U81.8	Agents résistant à d'autres antibiotiques apparentés à la vancomycine	④
U89.8	Agents résistant à un seul autre antibiotique précisé	
U89.9	Agents résistant un antibiotique non précisé	
U88	Agents résistant à de multiples antibiotiques	③

Exemples :

Pyélonéphrite aiguë à E. coli multirésistant, CRP ↑ : DP = N10, DAS = R65.0, B96.2, U88

Arthrite septique de hanche à staphylocoque doré résistant à la méthicilline, CRP ↑ : DP = M00.05, DAS = R65.0, U80.1

Choc septique sur péritonite E. coli multirésistant avec défaillance rénale et respiratoire : DP = K65.0, DAS = R57.2, B96.2, U88, N17.9, J96.0

Pour le patient porteur d'une bactérie résistante, coder :

1. un code de la catégorie Z22 - sujet porteur de germes responsables d'une maladie infectieuse (DAS)
2. Z29.0 si isolement (DAS)
3. le caractère résistante de la bactérie (code en U) si des soins spécifiques ont été portés au patient du fait de cette résistance (DAS)

Sujet porteur de :	
typhoïde	Z22.0
autres maladies intestinales infectieuses	Z22.1
diphtérie	Z22.2
autres maladies bactériennes précisées (méningocoques, staphylocoques, streptocoques...)	Z22.3
MST	Z22.4
hépatite virale	Z22.5
autres maladies infectieuses	Z22.8

La catégorie Z22 est la catégorie des « porteurs sains ».

Le code **Z29.0** est destiné au codage de l'isolement dans un but thérapeutique, tel qu'il s'en réalise pour des sujets atteints d'une maladie infectieuse contagieuse ou bien susceptibles de contracter une telle maladie. L'emploi de Z29.0 est autorisé dans toutes les situations où un patient est isolé pour être mis à l'abri de l'entourage ou pour mettre celui-ci à l'abri du patient

Pour le patient en contact d'une personne infectée d'une bactérie résistante, coder :

1. un code de la catégorie Z20 - sujet en contact avec et exposés à des maladies transmissibles (DP ou DAS selon qu'il s'agit ou pas du motif d'admission)

Sujet en contact avec :	
maladies intestinales infectieuses	Z20.0
tuberculose	Z20.1
MST	Z20.2
rage	Z20.3
rubéole	Z20.4
hépatite virale	Z20.5
VIH	Z20.6
pédiculose, acariase et autres infestations	Z20.7
autres maladies transmissibles	Z20.8

La catégorie Z20 permet de coder l'absence d'une maladie infectieuse initialement crainte du fait du contact du patient avec une personne infectée ou de tout autre mode d'exposition à un agent infectieux (personnel soignant, de laboratoire...) mais pour laquelle des examens ont été réalisés ; en effet, si la maladie infectieuse était confirmée, c'est elle qu'on coderait.

② ③ ④ sont les niveaux de sévérité des codes CIM-10 pour la version actuelle de la classification (V11c).

Les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient (idéalement du CRH). Cette obligation fait notamment référence à la tenue des contrôles prévus par les articles L. 162-22-17 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Références :

Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO (version 2011)
 ATIH – Agora – question n° 4091 et réponse n° 4094
 ATIH – Agora – question n° 15318 et réponse n° 16075
 ATIH – Agora – question n° 21197 et réponse n° 21754

Bilan de cette crise

- **Positif**

- Impact modérée sur l'activité du service
- Mobilisation de tous et réactivité (renforcé par l'impact réunion de l'ARS en septembre)
- L'accompagnement de l'ARLIN
- Pas de cas secondaire à ce jour
- Permis de sensibiliser les autres services, notamment les urgences
- Permis de terminer le plan épidémie de l'établissement validé et envoyé à l'ARS
- Travail en collaboration avec les autres services de chirurgie

- **Négatif :**

- Séparation des équipes dans une aile mal vécue (disproportion du travail)
- Relation soignant/soigné modifiée
- Angoisse du personnel (faut-il prélever le personnel ?)
- Le cadre : gestion de tous les problèmes, sorties des patients, explication...
- Période : retour de vacances
- Perturbation des autres services (chirurgie, SAU)



Dans cette crise,
un grand bravo à tout le personnel de chirurgie

et les différents intervenants (autres services,
direction des soins, service informatique,
cellule communication, DIM...)

FLASH INFO

du Centre Hospitalier d'Argenteuil

69 rue du Lt Col Prudhon 95107 Argenteuil Cedex

Tél. : 01 34 23 24 25

www.ch-argenteuil.com



Septembre 2011

BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES

Patients concernés

- Tous les patients hospitalisés au CHA suite à un **rapatriement sanitaire depuis un établissement de santé hors du territoire français**.
- Les patients ayant été hospitalisés dans l'année **hors du territoire français** avec une charge en soins importante.

Mesures à mettre en place systématiquement

- **Précautions complémentaires** (type BMR) avec chambre individuelle immédiatement.
- **Dépistage rectal** par écouvillonnage rectal chargé ou échantillon de selles.
- **Avertir au plus tôt l'EOHA ou le laboratoire de bactériologie.**

Les gestes de chacun font la santé de tous

Hygiène des mains par friction hydro-alcoolique :
avant et après contact avec le patient et son environnement

DATE

Septembre 2011

Message aux personnels

CONTACTS

EOHA :

Secrétariat : 12 66
Dr Florence LEMANN
11 85

Laboratoire bactériologie
15 09
Dr Françoise LE TURDU
13 04
Dr Agnès SCANVIC
11 86

et : patient contact

Argenteuil, le

Madame, Monsieur,

Des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques, ou entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC), émergent actuellement en France. Ces bactéries sont présentes chez des patients hospitalisés à l'étranger, traités par des antibiotiques à large spectre et rapatriés en France.

Elles peuvent provoquer des infections pour ceux qui présentent des pathologies lourdes (transplantés, porteurs de cathéters centraux, dialysés...). L'EPC est présente au niveau digestif.

Plusieurs cas ont été signalés en Ile-de-France et des mesures de précaution sont mises en place.

Nous vous informons que vous avez été hospitalisé(e) dans le même service et pendant la même période qu'un patient porteur d'une bactérie hautement résistante.

Bien que le risque de transmission croisée soit faible compte tenu des précautions prises pour ce patient, par principe de précaution, les autorités sanitaires demandent d'effectuer une recherche d'EPC pour tous les patients hospitalisés en même temps que le patient porteur.

La recherche s'effectue par prélèvement rectal ou recueil de vos selles : trois prélèvements à une semaine d'intervalle sont nécessaires pour affirmer l'absence de contamination.

Une ordonnance vous est remise pour effectuer gratuitement ces prélèvements au laboratoire de biologie du Centre Hospitalier d'Argenteuil (RDC du bâtiment Léonard de Vinci).

Important :

Le temps d'obtenir le résultat de vos prélèvements, vous devez impérativement signaler aux personnes qui vous soignent (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) avoir été en contact avec un patient porteur d'une EPC afin qu'ils respectent les précautions d'hygiène adéquates.

	Emetteur : EOHA	PROCEDURE D'ALERTE EPIDEMIOLOGIQUE (plan local de maîtrise d'une épidémie)	Dernière modification le : 04/10/2011
			Page 1 / 2
Annexe 3	Fiche de suivi des dépistages à joindre au dossier de soins		
N° de fiche : VI.1	Classeur blanc « protocoles de soins et prévention des infections nosocomiales »	04-6314-PIMO-006/B	

Identité du patient :

Produit hydro-alcoolique



PATIENT CONTACT

ENTEROBACTERIE PRODUCTRICE DE CARBAPENEMASE (EPC)

- Mettre en œuvre les mesures complémentaires type BMR.
- Effectuer 3 écouvillonnages rectaux à une semaine d'intervalle pour dépistage d'EPC
 - Date dépistage n°1 :
Résultat :
 - Date dépistage n°2 :
Résultat :
 - Date dépistage n°3 :
Résultat :
- Les mesures complémentaires type BMR peuvent être levées après l'obtention de 3 dépistages négatifs.

En cas de besoin, contacter l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, postes 1266-1185

Contexte

Un patient porteur de Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques et productrices de carbapénèmes a été hospitalisé au CHA. Cette bactérie est résistante à toutes les betalactamines et aux carbapénèmes.

Rare en France, cette bactérie a provoqué des épidémies à l'AP et émerge en raison de l'utilisation des carbapénèmes (Tiénam) pour traiter les infections à entérobactéries à BLSE.

Le réservoir est le tube digestif des patients. Les modes de transmission sont les mains, le matériel et l'environnement.

Afin d'éviter leur diffusion, les recommandations du Comité Technique National des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins de mars 2010 sont les suivantes : les patients contacts (patients hospitalisés dans la même unité de soins que le patient porteur) doivent faire l'objet d'une enquête de portage fécal et le personnel doit strictement respecter les précautions d'hygiène. Le patient sera considéré comme non porteur après l'obtention de 3 dépistages négatifs effectués à une semaine d'intervalle, pour recherche d'EPC.

Modalités de prélèvement

Le portage des EPC est digestif. Le dépistage s'effectue par écouvillonnage rectal (écouvillon chargé de selles) ou prélèvement de selles ou liquide d'iléostomie ou de colostomie.

Le prélèvement est à adresser au laboratoire de bactériologie du CHA en précisant **absolument la recherche d'EPC** sur la feuille de demande.

Proposition d'explication à fournir au patient

Actuellement, il existe un contexte préoccupant lié à l'émergence d'entérobactéries hautement résistantes aux antibiotiques ou entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) en France, avec plusieurs épisodes signalés en Ile de France. Ces bactéries sont hébergées par des patients hospitalisés à l'étranger et traités par des antibiotiques à large spectre et rapatriés en France. Des mesures contraignantes sont à mettre en place.

Vous avez été hospitalisé dans le même service et pendant la même période qu'un patient porteur d'une EPC (Entérobactérie productrice de carbapénémase).

Elle peut coloniser des patients et provoquer des infections pour ceux qui présentent des pathologies sous jacentes lourdes (transplantés, porteurs de cathéters centraux, dialysés.....).

C'est pourquoi, bien que le risque de transmission croisée soit faible, par principe de précaution, les autorités sanitaires demandent d'appliquer des mesures de prévention. Notamment, parmi ces mesures, une recherche de portage des EPC doit être effectuée pour tous les patients hospitalisés en même temps que le patient porteur. Le portage est digestif et la recherche s'effectue par écouvillonnage rectal ou prélèvement de selles : trois prélèvements négatifs à une semaine d'intervalle sont nécessaires pour lever les mesures.

Si vous revenez à l'hôpital, il est très important de signaler aux personnes qui vous soignent (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) avoir été en contact avec un patient porteur d'une EPC afin qu'ils respectent les précautions d'hygiène adéquates.

DISCUSSION

Mesures lourdes à mettre en place.

Faut-il lancer toute cette procédure pour un seul cas positif mis en précautions complémentaires immédiatement à son admission ?