

Enquête sur les mesures de prise en charge des patients suspects ou porteurs de bactéries hautement résistantes dans les Hauts-de-France

Points clés

- Taux de réponses : 31.9% (68 participants)
- Présence de difficultés de repérage des patients antérieurement connus porteurs ou contacts : 21.1% des établissements disposent d'un système d'alerte automatisé lors de réadmission de ces patients
- Environ la moitié des établissements ont déjà fait face à une épidémie
- Définition du sujet contact : 35% des répondants considèrent les patients provenant d'hôpitaux « à risque épidémique » comme patients contacts.
- Gestion du listing patient : différente selon les établissements. Les patients contacts sont conservés dans ces listings pour une période de un an à plus de 2 ans.
- Les difficultés : seul 19% des établissements déclarent mettre en place une équipe dédiée à la gestion des patients porteurs/contacts et 13% une unité d'hébergement dédiée

Contexte

Cette enquête a été réalisée par le Centre de Prévention des Infections Associés aux Soins (Cpias) Hauts-de-France. A l'approche des nouvelles recommandations du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) au sujet de la gestion des Bactéries Hautement Résistantes Emergentes (BHRe) et de la demande de la part des Equipes Opérationnelles d'Hygiène de la région (EOH), il semblait intéressant d'évaluer l'application des recommandations du HCSP de 2013 en région [1].

Objectifs

Objectif principal : Décrire les mesures spécifiques BHRe sur la région.

Objectif secondaire : identifier des prises en charges différentes entre les établissements en fonction de la taille du capacitaire ou du type (MCO, SSR, CH).

Méthode

L'enquête a été réalisée sur 3 mois, de décembre 2018 à mars 2019 sous forme d'un questionnaire composé de 43 questions à choix multiples et se répartissant en 3 parties :

- Première partie : caractéristiques de l'établissement
- Deuxième partie composée de 5 sous parties :
 - Mesures de repérage des patients cibles
 - Moyens pour la prise en charge d'un patient cible
 - Mesures de repérage des patients contacts et porteurs de BHRé
 - Moyens pour la prise en charge de patients contacts et porteurs de BHRé
 - Organisation de la prise en charge des patients lors de découverte fortuite et lors d'épidémie
- Troisième partie : difficultés rencontrées par les EOH lors de la mise en place des mesures préventives de transmission croisée.

Résultats

Participants

Au total, 213 questionnaires ont été envoyés aux EOH de la région. Le taux de réponse a été de 31.9% soit 68 répondants.

Les types, le statut et le capacitaire des établissements répondants sont décrits dans les figures 1, 2 et 3.

Figure 1 : Type d'établissements répondants

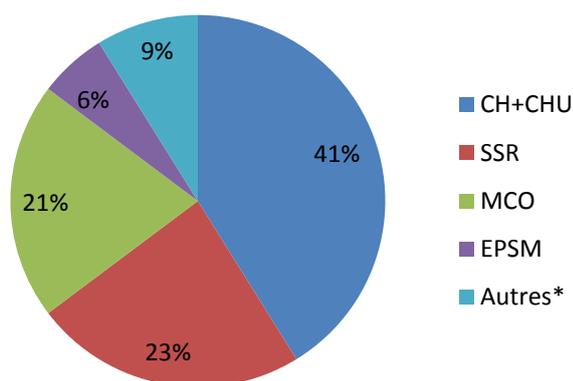
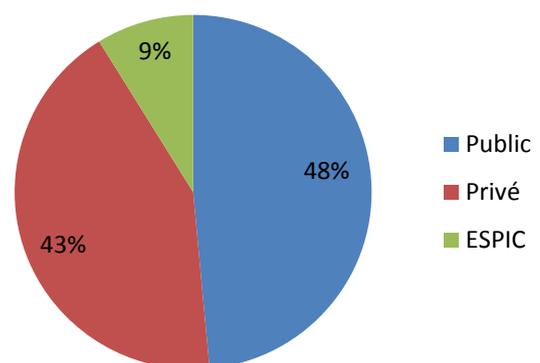
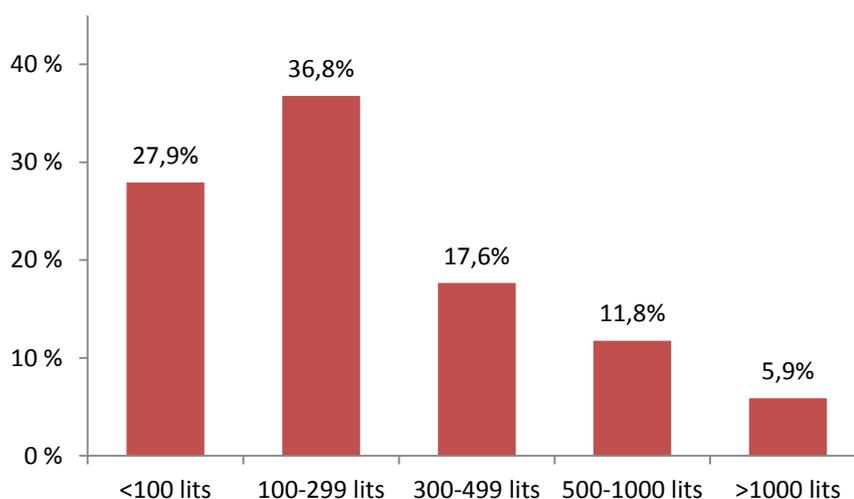


Figure 2 : Statut des établissements répondants



* Autres : structure d'hospitalisation à domicile (HAD), centre de lutte contre le cancer (CLCC), deux centres d'hémodialyse.

Figure 3 : capacitaire des établissements répondants



Repérage des patients cibles : rapatriement sanitaire et antécédent d'hospitalisation dans l'année à l'étranger

La majorité des établissements (51%) avaient mis en place une procédure de repérage systématique des patients ayant un antécédent d'hospitalisation à l'étranger dans l'année. Pour 48,6% d'entre eux ce repérage était fait lors de l'accueil administratif du patient.

Moyens mis en place pour la prise en charge d'un patient cible

Lors de la prise en charge de patients cibles, 82% des établissements appliquaient les mesures recommandées. Les mesures qui ont été mises en place sont décrites dans le tableau 1. Au-delà des recommandations, 59% (n = 40/68) des répondants organisaient les soins selon le principe de « marche en avant » avant le résultat du dépistage.

Tableau 1 : Mesures pour la prise en charge de patients cibles

	n (%)
Mesures lors de l'accueil du patient cible (N = 68)	
Conformité des recommandations HCSP 2013	56 (82%)
En chambre seule	60 (88,2%)
Mise en place des PCC	67 (98,5%)
Dépistage du patient	63 (92,6%)
Organisations des soins "marche en avant"	40 (58,8%)
Mesures mises en place lorsque le dépistage est négatif (N = 66)	
Levée immédiate des PCC	33 (50%)
Réalisation de 3 dépistages puis levée des PCC	28 (42,4%)
Renouvellement des dépistages si antibiothérapie	23 (34,8%)

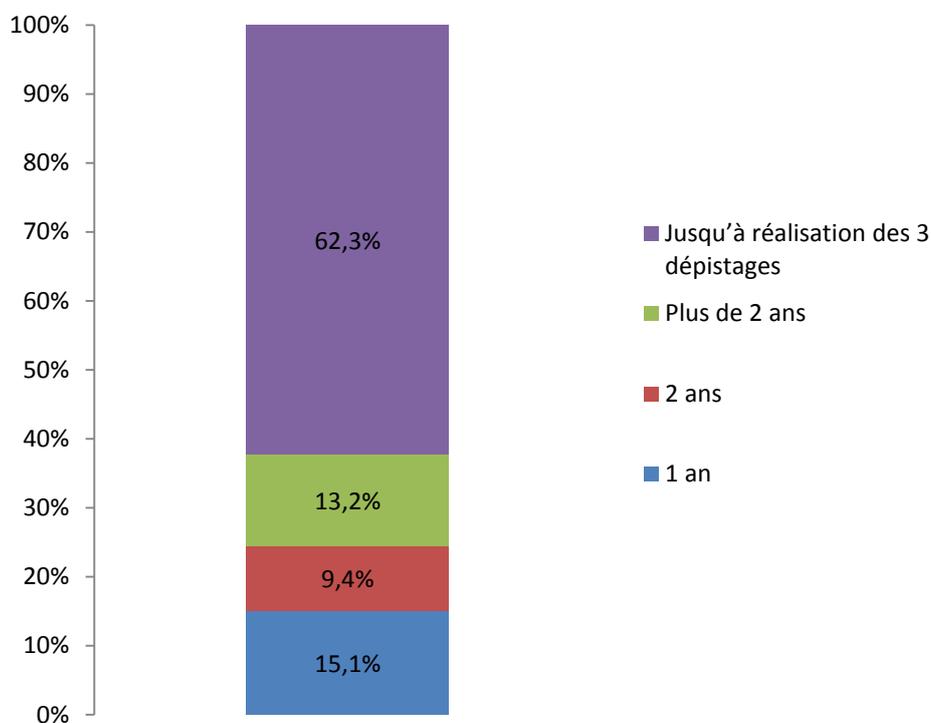
Repérage des patients contacts et porteurs BHRé

Lors de la découverte fortuite d'un patient porteur d'une BHRé, 87% (n = 60/68) des répondants définissaient les patients hospitalisés dans ce même service comme patients contacts. Quatre-vingt-deux pourcent (n = 56/68) des répondants attribuaient le statut de contact aux patients pris en charge conjointement par une même équipe soignante qu'un patient porteur de BHRé. Pour 68% (n = 46/68) des établissements, le statut de contact s'attribuait aux patients hospitalisés dans un service où a eu lieu une transmission croisée. Dans notre échantillon, 35% (n = 24/68) des établissements considéraient comme patient contact, les patients ayant été hospitalisés dans un hôpital à « risque épidémique ».

Pour le repérage des patients porteurs de BHRé et contacts, 76% (n = 52/68) des répondants constituaient un listing de ces patients. Parmi les 52 établissements possédant un listing, 21,15% (n = 11/52) établissements avaient mis en place une alerte automatisée intégrée au système informatique hospitalier (SIH). Pour les autres établissements, l'alerte n'était pas automatisée, elle était envoyée à l'EOH puis relayée aux services hospitaliers.

En l'absence de consigne de gestion de liste de patients à dépister, les pratiques peuvent varier d'un établissement à l'autre. Les modalités de gestion sont décrites dans la figure 4, elles concernent les 76% (n = 52/68) d'établissements procédant à un listing des patients porteurs et contacts

Figure 4 : Période de conservation des patients contacts dans le listing contact



Prise en charge des patients contacts et porteurs BHRé

Lors de la réadmission d'un patient connu porteur ou contact, 66% (n = 45/68) des établissements déclaraient avoir un protocole spécifique à la prise en charge de ces patients. Pour ces établissements les mesures envisagées dans le protocole sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2: Mesures envisagées dans le protocole lors de la réadmission d'un patient porteur/contact

	n (%)
Le protocole prévoit lors de la réadmission d'un patient connu porteur/contact (N = 45)	
Mise en place d'une équipe soignante dédiée	21 (46,6%)
Création/activation d'un secteur géographique dédié	24 (53,3%)
Un dépistage BHRé des porteurs	39 (86,6%)
Une organisation des soins type "marche en avant" si impossibilité de mise en place d'équipe dédiée	42 (93,3%)

Les mesures mises en place lors de la réadmission d'un patient porteur sont décrites dans le tableau 3.

Tableau 3: Mesures appliquées lors de la réadmission d'un patient porteur

	n (%)
Mesures mises en place lorsque le dépistage de contrôle est négatif (N = 68)	
Maintien en PCC et reprise du dépistage en cas de prescription d'une antibiothérapie	27 (39,7%)
Poursuite des dépistages du patient puis levée des PCC à l'obtention d'au moins 3 prélèvements négatifs	17 (25%)
Maintien en PCC et dépistage hebdomadaires pendant toute l'hospitalisation	13 (19,1%)
Maintien en Précaution Complémentaire Contact (PCC) et arrêt des dépistages	4 (4,4%)
Levée des PCC	2 (2,9%)
Autres*	5 (7,3%)
Mesures mises en place lorsque le dépistage de contrôle est positif, sans équipe dédiée (N = 68)	
Dépistages hebdomadaire associés à 1 dépistage post exposition à la sortie du patient porteur	49 (72,0%)
Dépistages hebdomadaire puis arrêt à la sortie du patient porteur	11 (16,2%)
Pas de dépistage des contacts	5 (5,9%)
NC	3 (4,4%)

* Variation de la durée d'espacement des dépistages

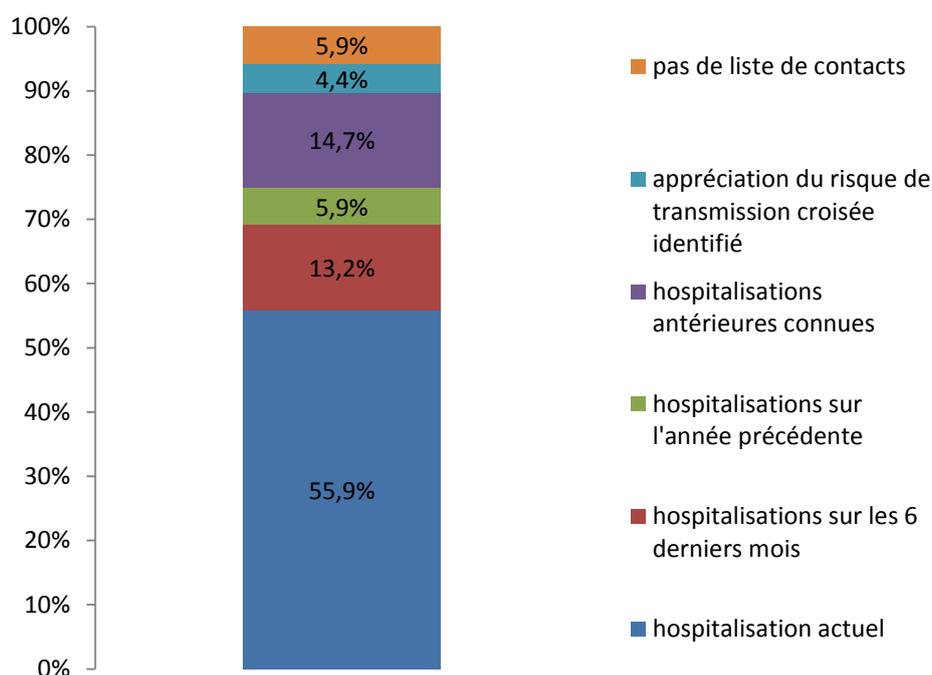
Prise en charge des patients lors de la découverte fortuite d'un patient porteur BHRé

La recherche de patients contacts lors de la découverte fortuite d'un patient porteur BHRé différerait d'un établissement à un autre. Les modalités de recherche de patients contacts sont décrites dans la figure 5.

Conformément aux recommandations lors de la prise en charge d'un patient porteur BHRé découvert fortuitement, 97% (n = 66/68) des répondants mettaient en place des PCC. Le porteur était hospitalisé en chambre seule dans 93% (n = 63/68) des établissements. Si il était impossible de mettre en place une équipe dédiée, 87% (n = 59/68) des établissements organisaient les soins afin de respecter le principe de marche en avant.

Seul 19% (n = 13/68) des établissements étaient en mesure de prendre en charge le patient par une équipe dédiée et 13% (n = 9/68) hospitalisaient le patient dans une unité d'hébergement dédiée.

Figure 5 : Critères pour la recherche des patients contacts lors de découverte fortuite



Organisation pour le contrôle d'une épidémie

Quarante-sept pourcent (n = 32/65) des répondants ont été au moins une fois confrontés à une épidémie. Parmi ces 32 établissements, les mesures mises en place sont décrites dans le tableau 4.

Tableau 4: Mesures appliquées pour la gestion d'une épidémie

	n (%)
Mesures lors de la réadmission d'un patient connu porteur/contact (N = 32)	
Dépistage hebdomadaire des contacts	30 (93,7%)
Organisation d'une cellule de crise	27 (84,3%)
Arrêt des admissions	25 (78,1%)
Arrêt transferts porteurs & contacts hospitalisés	19 (59,3%)
Mise en place de 3 secteurs (porteurs, contacts, patients naïfs) avec personnel dédié	13 (40,6%)

Information du statut infectieux des patients

L'information du statut était communiquée au patient dans 98,5% (n = 67/68) des cas. Le patient était informé par le médecin du service dans 44% (n = 30/68) des cas, 28% (n = 19/68) des cas par l'IDE du service et 19% (n = 13/68) par un membre de l'EOH. Dans la majorité des cas l'information se faisait à l'oral (97%) et à l'écrit (87%).

Pour les patients contacts sortis avant d'avoir effectués leurs 3 dépistages, l'information leur était transmise par un courrier dans 41,2% (n = 28/68) des cas et 21 établissements y associent une ordonnance des dépistages manquants. Le médecin traitant était informé par 69% (n = 47/68) des établissements.

Discussion

Cette enquête déclarative portant sur 68 structures de santé des Hauts-de-France a permis de décrire l'application des recommandations pour la prise en charge des patients suspects et porteurs de BHRé, 6 ans après la publication des recommandations du HCSP.

L'analyse de cette enquête montre qu'il existe toujours des difficultés pour le repérage des patients à risque d'être porteur de BHRé : seul 51% des établissements ont mis en place une procédure de repérage. Le système d'alerte est encore insuffisamment automatisé, seuls 21,1% des établissements disposaient d'un tel système d'alerte.

L'expérience de la gestion d'une épidémie est fréquente dans cet échantillon car 47% des établissements ont été au moins une fois confrontés à cette situation. Certains établissements ont adoptés des mesures préventives qui vont au-delà des recommandations du HCSP. Notamment en élargissant la définition du patient contact aux patients provenant d'hôpitaux considérés comme « à risque d'épidémie » et en élargissant leurs stratégies de dépistages.

A ce jour en l'absence de consigne de gestion des listes de patients à dépister, les pratiques peuvent varier d'un établissement à l'autre. La majorité maintient les patients contacts au sein de ces listes jusqu'à l'obtention de 3 dépistages négatifs. Certains ne conservent les patients contacts que pour une période de 1 an, 2 ans ou plus.

Le taux de réponses de cette enquête de 31.9% offre une représentation correcte de l'organisation de la prise en charge des BHRé en région Hauts-de-France. Cependant une surreprésentation des établissements régulièrement confrontés à la prise en charge de patients BHRé est possible. L'ensemble des établissements répondants couvre un large champ de l'offre de soins en région (CHU, CH, MCO, SSR, HAD). Cela peut expliquer l'hétérogénéité de l'organisation de la prise en charge des BHRé.

Conclusion

Cette enquête déclarative auprès de 68 établissements des Hauts-de-France a permis de décrire les mesures quotidiennes mises en œuvre pour la maîtrise de la diffusion des BHRé. Cette évaluation des pratiques fait suite aux recommandations des HCSP de 2013. L'analyse de ces questionnaires souligne la difficulté de mettre en œuvre certaines mesures comme la sectorisation des patients porteurs, mais aussi d'intégrer le SIH dans la gestion des BHRé. De nombreux établissements ont été confrontés à des épidémies, en conséquence ils ont adapté de nouvelles stratégies préventives dans la gestion des BHRé.

Bibliographie

1. Lepelletier, D., P. Berthelot, J.-C. Lucet, S. Fournier, V. Jarlier, et B. Grandbastien. « French Recommendations for the Prevention of 'Emerging Extensively Drug-Resistant Bacteria' (EXDR) Cross-Transmission ». *Journal of Hospital Infection* 90, n° 3 (juillet 2015): 186-95.
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.04.002>.