

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Prise en charge des patients suspects ou porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques

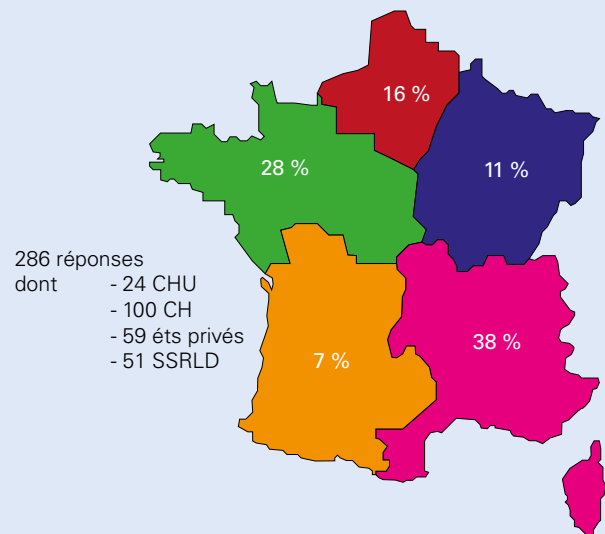
Didier Lepelletier, Jean Christophe Lucet, Pascal Astagneau, Bruno Coignard, Sophie Vaux, Christian Rabaud, Bruno Grandbastien, Philippe Berthelot

En lien avec le travail du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'actualisation des recommandations pour la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHR), la SF2H a réalisé une enquête auprès d'établissements de santé français volontaires afin d'évaluer la prise en charge des patients porteurs de BHR sur le territoire national. Cette enquête a été réalisée via le site internet de la SF2H (www.sf2h.net) et relayée par le réseau C-CLIN-ARLIN. Elle s'est déroulée sur une période d'un mois, de fin mai à fin juin 2012. Cette enquête déclarative anonyme proposée, lors du congrès national de la SF2H à Lille et par un mailing aux adhérents de la société, a consisté à recueillir pour chaque établissement (une fiche unique) les mesures mises en place pour la surveillance et le contrôle des BHR : organisation de l'alerte et de sa gestion prévisionnelle (dépistages, prise en charge des patients et des contacts, réadmissions...) et effective (gestion des patients porteurs de BHR et des patients contact, type de mesures de prévention en fonction des situations sporadiques ou épidémiques). Deux cent quatre-vingt-six réponses ont été obtenues dont 24 CHU, 100 centres hospitaliers et généraux, 59 établissements privés et 51 SSR-SLD; 54 % des établissements étaient publics, 30 % privés à but lucratif et 16 % ESPIC (ex PSPH) : cf. Figure.

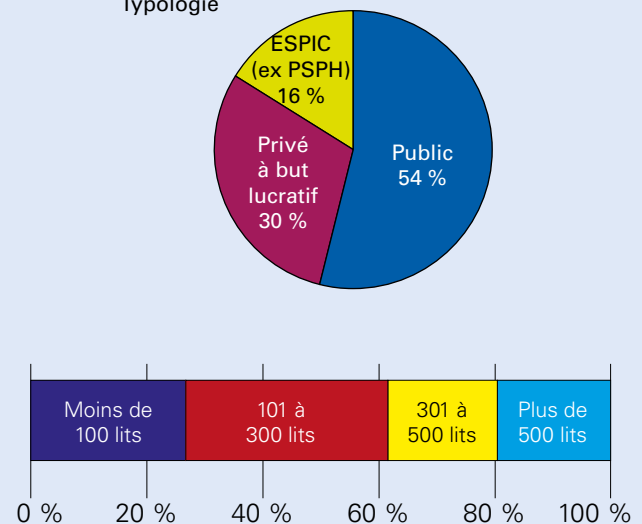
Organisation du plan local de maîtrise de la diffusion des BHR

Quarante-sept pour cent des établissements déclaraient avoir un laboratoire de microbiologie sur le site et 79 % des établissements avaient établi une liste de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques prioritaires. Pour plus de 95 % des cas, cette liste incluait les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) et les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC); 63 % des listes prioritaires incluait également *Acinetobacter baumannii* résistant à l'Imipénème (ABRI) et dans 20 % des cas d'autres bactéries résistantes aux antibiotiques (essentiellement *Pseudomonas aeruginosa* avec des profils de résistance variables – résistant à l'imipénème ou à la ceftazidime ou les deux –, mais aussi SARM...). Cinquante-sept pour cent des établissements avaient mis en place une procédure de repérage pour les patients rapatriés d'un établissement étranger et 47 % pour des patients avec

antécédent d'hospitalisation dans l'année à l'étranger. Selon ces procédures, ce repérage devait être fait dans la moitié des cas par le service en charge du patient et dans un tiers des cas par le médecin en charge du patient. L'alerte était téléphonique dans 70 % des cas et via le système d'information hospitalier seulement dans 7 à 8 % des cas. Pour la majorité des établissements répondant, ce repérage a été mis en place dans tous les secteurs (87 %). Dans 95 % des procédures établies, il était prévu que l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) soit



Typologie



systématiquement prévenue de l'arrivée de patients rapatriés de l'étranger et dans 90 % des cas, de celles de patients avec antécédent d'hospitalisation à l'étranger dans l'année. Dans 30 % des cas, cette alerte était réalisée au-delà d'un délai de 24-48 heures après l'admission du patient. Parmi les 150 établissements qui avaient mis en place une procédure de repérage des BHR à l'admission, seuls 31 % d'entre eux déclaraient cette procédure effectivement fonctionnelle.

Procédures de prise en charge des patients détectés porteurs de BHR et des contacts

Procédures de prise en charge des patients détectés porteurs de BHR

Quarante-six pour cent des établissements avaient mis en place un protocole concernant la gestion des patients porteurs de BHR, qui stipulait, dans 62 % des cas, l'arrêt des admissions et l'autorisation du transfert du cas uniquement si l'état du patient le nécessitait. Dans 69 % des cas, il était noté la nécessité de relations fonctionnelles entre le laboratoire de microbiologie et l'infectiologue ou le médecin référent antibiotique. La majorité des établissements considérait nécessaire d'obtenir trois prélèvements négatifs pour définir qu'un patient suspect n'était pas porteur d'ERG ou d'EPC (72 % et 71 % respectivement).

Procédures de prise en charge des patients contact d'un patient porteur de BHR

Pour la gestion des patients contacts, 90 % des établissements avaient mis en place les mêmes mesures quelles que soient les bactéries hautement résistantes aux antibiotiques : dépistage hebdomadaire des patients contact (79 %) et dépistage avant la sortie (40 %). L'arrêt des admissions était souvent ou toujours recommandé dans 61 % des cas ainsi que la sectorisation des cas et des contacts avec équipe de soins dédiée (63 %). La stratégie de sectorisation comprenait trois zones (cas, contacts, nouveaux entrants) dans 52 % des cas avec renforcement en personnel dans 46 % des cas, sectorisation paramédicale dans 58 % des cas et sectorisation médicale dans 23 % des cas. Une sectorisation en deux zones (cas + contacts, nouveaux entrants) était souvent ou toujours demandée dans 42 % des cas. L'information du statut de contact BHR était transcrite dans 62 % des comptes rendus d'hospitalisation selon les répondants et l'autorisation de transférer n'était accordée que dans 27 % des cas. Parmi les établissements de santé autorisant les transferts de patients porteurs de BHR, 90 % des transferts étaient réalisés avec la mise en place de précautions complémentaires de type contact, avec dans 30 % des cas, des précautions d'hygiène dites « renforcées ». Quarante et un pour cent des établissements de santé définissaient comme contacts des patients ayant côtoyé un patient porteur de BHR lors d'examen complémentaires.

Procédures de prise en charge des patients porteurs de BHR ou des patients contact, à leur réadmission en milieu hospitalier

En cas de réadmission d'un patient porteur de BHR, 47 % des établissements déclaraient avoir une procédure de recherche systématique du statut infectieux, dans toutes les filières de soins (100 %) et dès la réadmission du patient cible (71 %). Pour les patients contact d'un patient porteur de BHR, cette procédure de recherche systématique du statut contact BHR existait dans 29 % des établissements, majoritairement dans tous les secteurs de soins et dès leur réadmission. En résumé, le repérage des patients porteurs de BHR était recommandé dans tous les secteurs (95 %) et à l'admission (71 %). Le repérage des patients contact d'un patient porteur de BHR était recommandé dans tous les secteurs (90 %) et dès l'admission (82 %). L'organisation du repérage des patients cibles était significativement associée avec l'utilisation du système d'information hospitalier, RR = 12, 4 [IC 95 % : 1,6 – 98,5].

Expériences de prise en charge d'un patient porteur de BHR

Description de ces expériences de repérage des patients porteurs de BHR

Cent neuf établissements de santé (38 %) ont été confrontés à une situation d'alerte, avec un ou plusieurs cas depuis 2010, pour un total de 153 épisodes rapportés.

Les expériences de gestion de patients à risque BHR étaient soit des rapatriés sanitaires hospitalisés à l'étranger et transférés dans un établissement français (n = 79), soit des patients ayant été hospitalisés à l'étranger dans l'année (n = 74).

L'EOH était alertée dans 71 % des cas lorsqu'il s'agissait d'un rapatrié sanitaire et dans 54 % des cas lorsqu'il s'agissait d'un patient ayant des antécédents d'hospitalisation récente à l'étranger, sans rapatriement sanitaire. Près de trois quarts des établissements

ont pris en charge au moins cinq cas suspects de portage de BHR en 2011, qu'il s'agisse de patients rapatriés (75 %) ou de patients ayant été hospitalisés dans l'année à l'étranger (70 %). Seuls 10 % des établissements avaient observé plus de 10 cas en 2011. La détection de BHR était réalisée pour moitié à l'admission et pour l'autre moitié au décours de l'hospitalisation.

Politique de dépistage des patients contact de patients porteurs de BHR

Après le dépistage d'un patient porteur de BHR, 61 % des établissements déclaraient réaliser systématiquement des dépistages des patients contact et 10 % ne jamais en réaliser. Les bactéries cibles étaient majoritairement les ERG et les EPC (80 %). Cinquante-six pour cent des établissements recherchaient également les ABRI. Le dépistage des patients

contact était répété 3 fois dans 76 % des cas. Les indications de répétition du dépistage étaient la prescription d'un antibiotique chez le patient (29 %), l'hospitalisation dans un secteur à risque (21 %) et fonction de la BHR identifiée (20 %).

Mesures de prévention, de traçabilité et d'information

Les précautions complémentaires de type contact (PCC) étaient mises en place dans 95 % des cas, avec hospitalisation du patient dans une chambre individuelle dans 93 % des cas. Soixante-cinq pour cent des établissements déclaraient avoir mis en place des PCC dites « renforcées », notamment vis-à-vis de la gestion de l'environnement et des tenues professionnelles. Le statut infectieux des patients porteurs de BHR était tracé dans le système d'information hospitalier dans 36 % des cas alors qu'il était noté dans plus de 90 % des cas dans le dossier médical et dans le dossier de soins. L'information du statut BHR du patient était réalisée dans 90 % des cas à l'occasion d'un transfert, en particulier lors d'examens complémentaires (85 %). Des audits d'hygiène ont été réalisés six fois plus souvent lors de situations épidémiques avec présence de cas secondaires qu'en cas de situation sporadique. Une formation des équipes soignantes et médicales concernées par la prise en charge de ces patients était réalisée dans 70 % des cas, qu'il s'agisse des équipes de jour ou de nuit. Des dépistages hebdomadaires transversaux des patients contact par écouvillonnages rectaux étaient réalisés dans 77 % des cas. Treize établissements rapportaient un épisode de cas groupés alors que sept établissements en rapportaient deux. Dix établissements (13 %) rapportaient la survenue de cas secondaires après la mise en place des mesures « BHR » incluant notamment le dépistage des patients contact et la sectorisation des patients et des personnels soignants ; 87 % des établissements ne rapportaient pas de cas secondaires après la mise en place de ces mesures spécifiques de prise en charge des BHR.

Discussion des résultats de l'enquête

Au total, cette enquête déclarative sur la base du volontariat auprès de 286 établissements de santé français (10 % des établissements de santé français) a permis de décrire les stratégies de prise en charge quotidiennes de ces patients suspects ou porteurs de BHR. La représentativité de cet échantillon pour la généralisation des résultats est assez difficile à déterminer mais l'ensemble des régions et des catégories d'établissement était représenté, notamment 24/31 CHU (77 %), particulièrement concernés par les rapatriements sanitaires. Il est probable que les établissements ayant été confrontés soit à la prise en charge de patients à risque de portage de BHR, soit de BHR avérées aient d'avantage répondu. Cette enquête témoigne probablement assez largement de ce qui a pu être mis en place (avec les difficultés inhérentes à ces prises en charge). Il sera intéressant de confronter les résultats de cette enquête aux données de veille épidémiologique et

de signalements des cas de BHR à l'Institut de veille sanitaire. Une procédure de repérage de patients cibles existait dans 58 % des établissements de santé mais n'était jugée finalement opérationnelle que dans 16 % des cas. L'analyse des différents questionnaires montre que si la procédure de repérage est un élément indispensable pour le dépistage des patients suspects d'être porteurs de BHR, une large proportion de patients échappent au moins à l'une des étapes du plan de maîtrise de la diffusion des BHR, soit au niveau de l'étape du repérage, soit de l'information de l'EOH, du(es) dépistage(s) et encore de la surveillance et du suivi. Seuls 22 % des établissements de santé français au sein de cet échantillon réalisent une stratégie complète (mais 58 % parmi les 24 CHU, $p < 10^{-5}$). Il est à noter que les procédures d'hygiène pour prendre en charge les patients porteurs d'ERG et d'EPC étaient similaires. Les expériences relatées de gestion effective de patients porteurs de BHR sont assez fréquentes (109 établissements soit 38 % de l'échantillon). Peu d'établissements utilisent le système d'information hospitalier (SIH) dans cette gestion, qui apparaît pourtant comme un enjeu majeur pour le succès de la maîtrise de la diffusion des BHR. Les SIH sont soit sous-utilisés, soit non utilisés ou insuffisamment développés dans cette optique. Pour les établissements qui en ont l'usage, le SIH peut rendre de grands services pour repérer des patients à haut risque (rapatriement, antécédent d'hospitalisation à l'étranger) mais également pour permettre de tracer les patients porteurs de BHR ou les patients contact, notamment lors des réadmissions. Il est intéressant de noter que les établissements confrontés la gestion de patients porteurs de BHR ont dans deux tiers des cas mis en place des PCC dites « renforcées », incluant principalement des mesures vis-à-vis de la tenue des professionnels de santé et de la désinfection de l'environnement. Les audits en hygiène étaient plus souvent réalisés en cas de cas secondaires bien que ces cas secondaires restent peu fréquents (10 % des établissements).

Les dernières données épidémiologiques, notamment celles issues du réseau européen EARS-Net qui surveille la résistance aux antibiotiques des bactéries isolées d'infections invasives (bactériémies, méningites), montrent que les ERG et les EPC restent encore rares en France, avec des proportions de résistance dans l'espèce inférieures à 1 %. Elles suggèrent, en particulier pour les ERG compte tenu du recul disponible depuis leur émergence en France en 2004-2005, que les stratégies de prévention recommandées depuis plusieurs années, renforcées en novembre 2010 par les recommandations *Maîtrise de la diffusion des bactéries commensales multirésistantes aux antibiotiques importées en France lors de la prise en charge de patients rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger* du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) apparaissent efficaces pour la maîtrise de la diffusion de cas secondaires de BHR à partir de patients rapatriés sanitaires détectés positifs. Cependant, les résultats de

notre enquête mettent également en évidence, la difficulté des services à respecter les recommandations de sectorisation de ces patients avec du personnel dédié.

En conclusion, cette enquête déclarative, réalisée auprès d'un échantillon de 286 établissements de santé français volontaires, deux ans après la publication des premières recommandations du HCSP, représente la première évaluation française du dispositif de maîtrise de la diffusion des BHR à large échelle. Cette évaluation souligne les difficultés de nombreux établissements dans la mise en œuvre des mesures spécifiques « BHR » incluant le dépistage des patients contact et la sectorisation des patients concernés avec personnel dédié. Elle précise également la sous-utilisation du SIH pour la traçabilité des patients qui représente pourtant un enjeu majeur pour la détection des patients impliqués (porteurs et contact) et l'alerte vers les EOH. Les résultats de cette enquête suggèrent que les mesures spécifiques « BHR » sont efficaces lorsque celles-ci sont appliquées à l'admission. On peut en effet noter que des audits en hygiène ont été six fois plus souvent réalisés lors de cas secondaires et on peut faire l'hypothèse que le manque d'application effective des mesures d'hygiène a pu concourir à la diffusion secondaire de BHR. Cette

enquête objective aussi, avec 50 % des cas de BHR découverts en cours d'hospitalisation, la fiabilité variable du repérage et du dépistage des patients plus particulièrement à risque (rapatriés sanitaires, hospitalisés dans l'année à l'étranger) et souligne ainsi l'importance primordiale de l'application des précautions standard d'hygiène pour tout patient hospitalisé. Depuis juillet 2012, un nouveau groupe de travail du HCSP travaille à l'adaptation et au renforcement du dispositif national de maîtrise de la diffusion des BHR. Des conduites à tenir opérationnelles tenant compte des situations de détection des cas porteurs de BHR et des stratégies de surveillance des patients contact devraient être publiées en cours d'année 2013 et rendre plus opérationnelle la maîtrise de la diffusion des BHR, notamment lors de l'apparition de cas secondaires à partir d'un cas importé de l'étranger.

La Société Française d'Hygiène Hospitalière tient à chaleureusement remercier l'ensemble des personnes ayant participé à cette enquête.

Elle remercie également Karin Lebasacle, documentaliste au C-CLIN nord pour la réalisation du questionnaire en ligne de cette enquête.



Vingt ans d'Hygiènes

En juin 1993, lors du X^e congrès de la Société française d'hygiène hospitalière, paraissait le premier numéro de la revue *Hygiènes* qui allait devenir, le jour même, la revue officielle de la société. Il avait été préparé par BERNARD GRYNFOGEL, DOMINIQUE MONNET et moi-même et les premières signatures étaient celles des jeunes pousses de l'hygiène hospitalière à Lille, Lyon, Grenoble et Montpellier. D'emblée un bulletin NosoBase matérialisait un lien éditorial avec les CCLIN. Très vite, le pari était gagné : la revue trouvait son public ; parallèlement la SFHH, gagnant en visibilité, engageait de nouvelles actions prometteuses. Pensée au départ comme « un outil d'information, de documentation et de formation au service des professionnels », la revue a diversifié ses contenus au fil des années. Aujourd'hui, elle diffuse un ensemble de productions scientifiques et techniques : recherches, évaluations, expériences, recommandations, référentiels de Bonnes Pratiques... pour être au cœur d'une famille professionnelle en mouvement.

Vingt ans, ça se fête ! Pour cela un numéro spécial est en préparation : il permettra de retracer le chemin considérable qui a été parcouru depuis 1993.

Jacques Fabry

Nous nous retrouverons jeudi 30 mai, comme il se doit, lors du prochain congrès de la SF2H à Paris et nous soufflerons ensemble les vingt bougies de notre anniversaire !