

# *Questionnaire CPias - Bactéries Hautement Résistantes*



Pierre Paroux – Journée du 22/05/2019

# Contexte

- ❑ Enquête déclarative envoyée aux EOH de la région Hauts-de-France entre décembre 2018 et mars 2019. Demande émanant d'EOH de la région.

- ❑ **Objectif du questionnaire : décrire la mise en œuvre des recommandations BHRe émanant du Haut conseil de Santé Publique de 2013.**
- ❑ **Connaître les difficultés et les freins par rapport à leur mise en œuvre dans la région des Hauts de France**

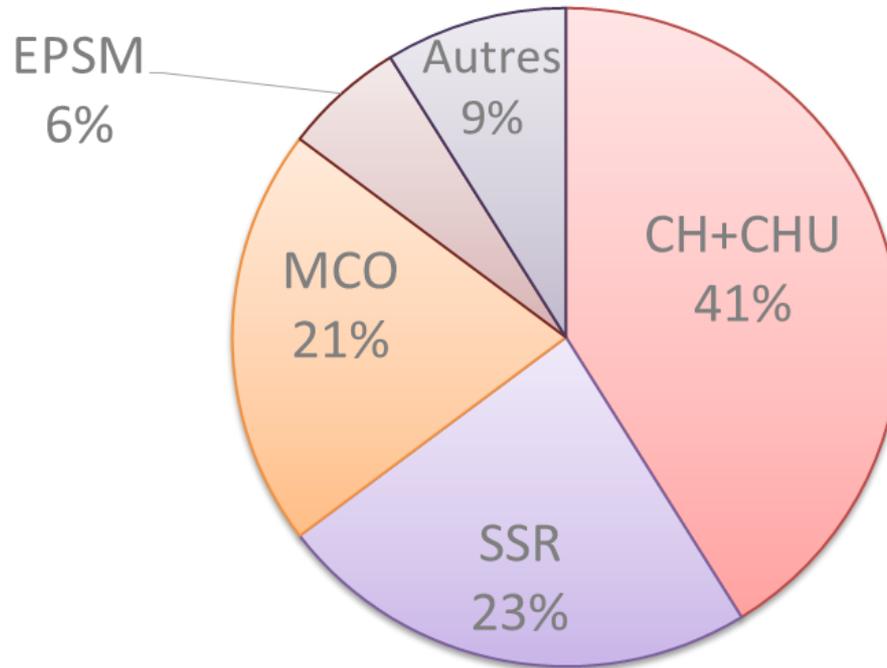
# I. Caractéristiques des établissements

- Questionnaire envoyés aux **213** établissements de la région Hauts de France (158 en NPDC, 55 en Picardie)
- 68 réponses ont été reçues (31,9% de participation)
- La participation atteint **37%** dans le Nord-Pas-de-Calais et **18%** en Picardie.

*Note : Dans les diapositives suivantes, le nombre de répondants à une question sera précisé uniquement s'il est différent de 68.*

# I. Caractéristiques des établissements

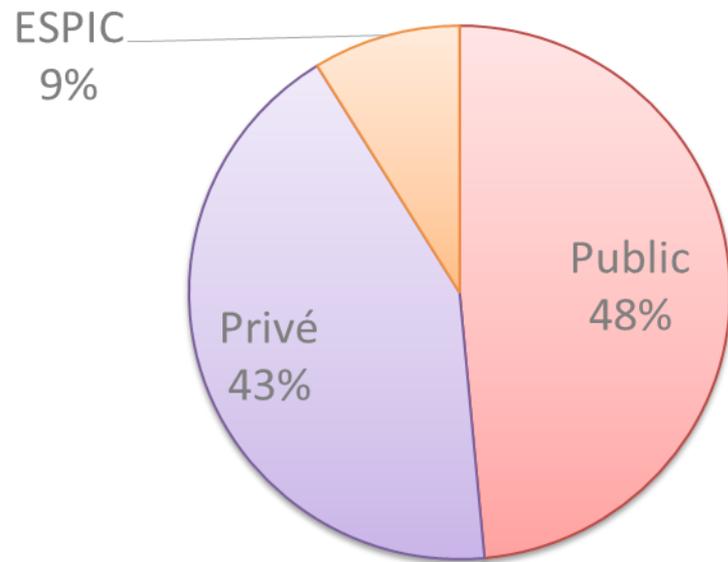
Type d'établissements répondants :



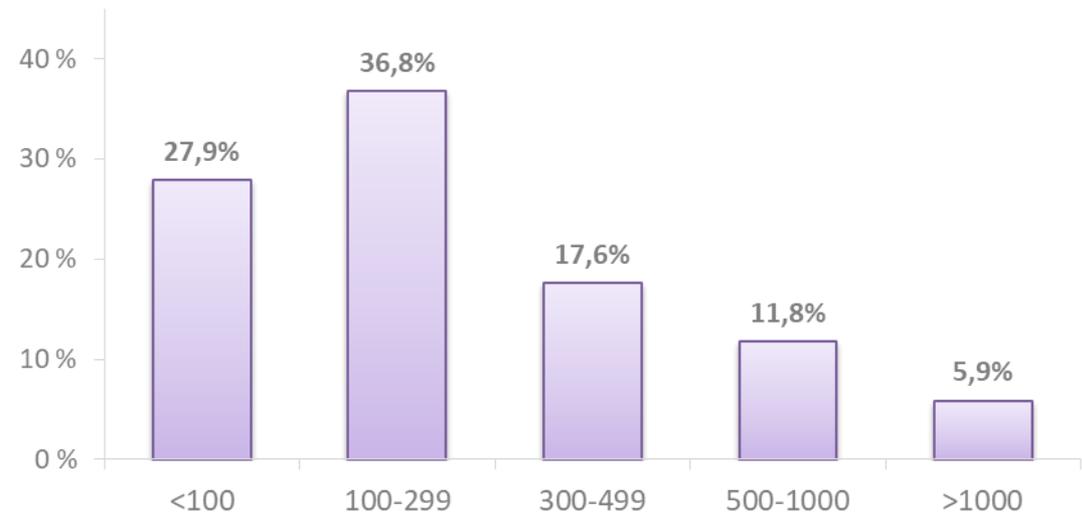
*Parmi les autres : 1 HAD, un CLCC, 2 centres d'hémodialyse, et 1 établissement combinant MCO & SSR.*

# I. Caractéristiques des établissements

Statut des établissements :

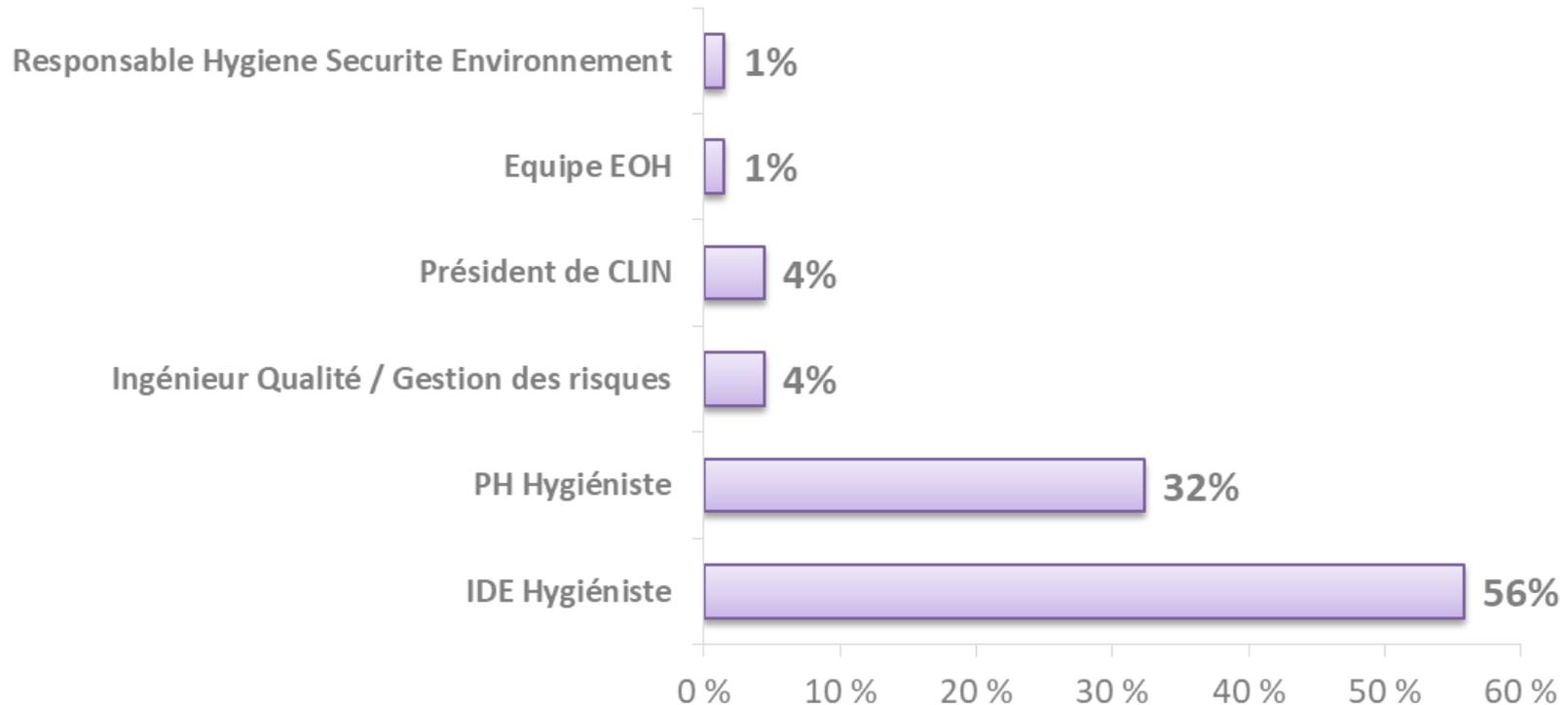


Nombre de lits des établissements :



# I. Caractéristiques des établissements

Fonction du personnel répondant :



# I. Caractéristiques des établissements

Concernant l'équipe d'hygiène, les établissements bénéficient :

- D'une Equipe d'Hygiène Hospitalière (temps praticien et IDE hygiéniste dédiée) pour **81%** d'entre eux
- De l'intervention d'une équipe d'hygiène extérieure par convention pour **9%** d'entre eux
- Les **10% restants** disposent de temps d'IDE hygiéniste accessible tous les jours ouvrés

Le laboratoire utilise en routine des techniques de détection rapide des BHRé pour **54%** des établissements (mais 31% ne savent pas)

## II. Organisation du repérage des BHRé et prise en charge des patients

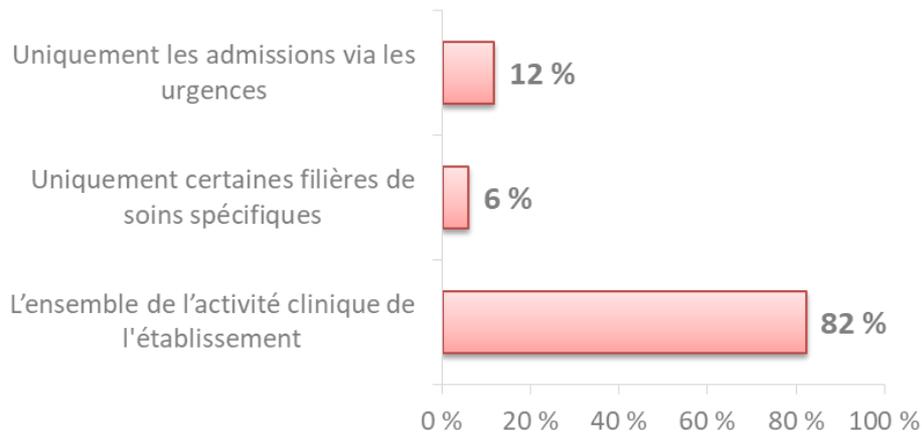
# II.1 Patients ayant séjourné/hospitalisés à l'étranger dans l'année précédente

Y-a-t-il un recueil systematique (=informatisé) de l'information sur d'éventuels antécédents d'hospitalisation à l'étranger dans l'année, lors de l'accueil administratif du patient ?

**Oui : 25% (n=17)**

Dans ce cas, ce système de recueil prend en compte la notion de séjour à l'étranger inférieur à 6 mois pour **14 d'entre eux (80%)**

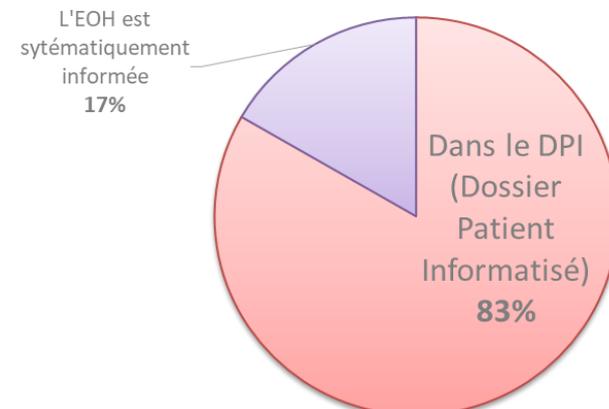
De plus, ce système de recueil couvre :



**Non : 75% (n=51)**

Pas de saisie informatique de l'information dans ce cas, mais existence d'un protocole concernant un lien du patient avec l'étranger pour **18 d'entre eux (36%)**

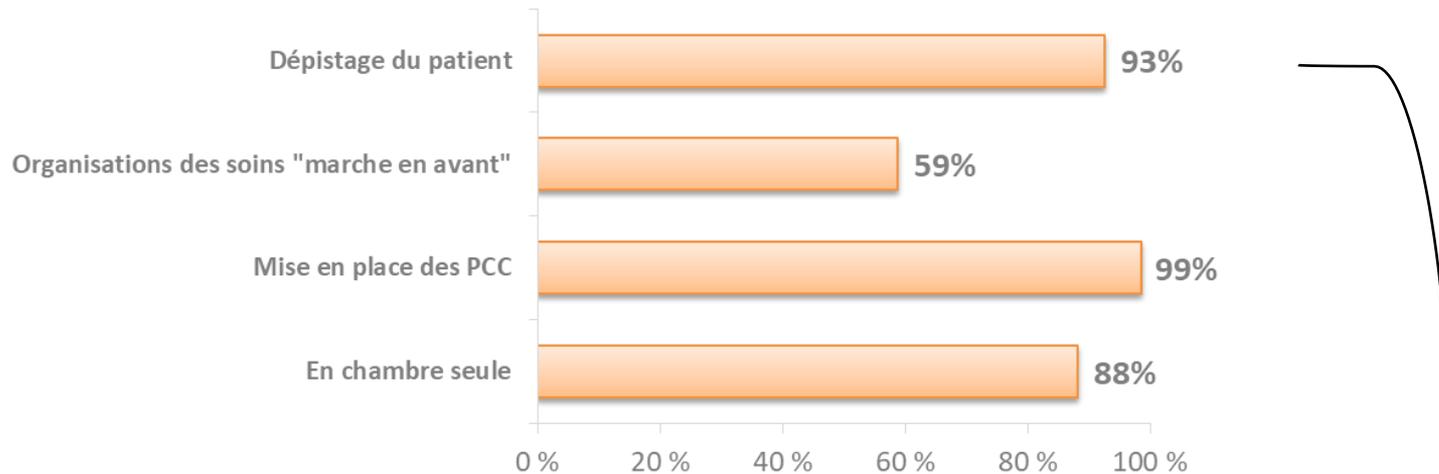
Dans ce cas, l'information est indiquée : (n=18)



# II.1 Patients ayant séjourné/hospitalisés à l'étranger dans l'année précédente

Comment est organisée la prise en charge d'un patient à risque (en raison de son séjour/hospitalisation à l'étranger) ?

(Plusieurs réponses possibles)

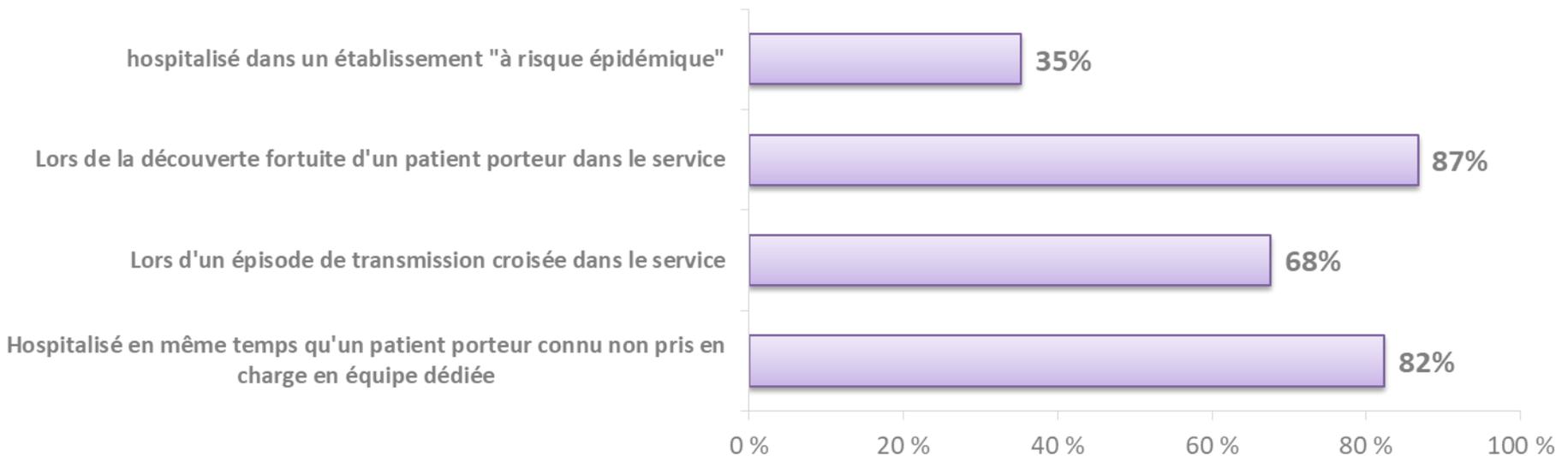


<b>En cas de dépistage réalisé, que préconisez-vous s'il est négatif ? (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
<i>Levée immédiate des PCC</i>	<b>50%</b>	33
<i>Réalisation systématique de 3 dépistages avant levée des PCC</i>	<b>42%</b>	28
<i>Nouveau dépistage en cas d'antibiothérapie</i>	<b>35%</b>	23
<i>Autres</i>	<b>3%</b>	2
<b>Total :</b>		66

## II.2 Patients « porteurs » connus ou « contacts » d'un cas connu BHRe

Quand le statut de patient « contact » est-il attribué à un patient ?

*(Plusieurs réponses possibles)*



Il existe un listing des patients « porteurs connus » et « contacts » n'ayant pas effectué leurs 3 dépistages dans **77%** des établissements.  
(n=55)

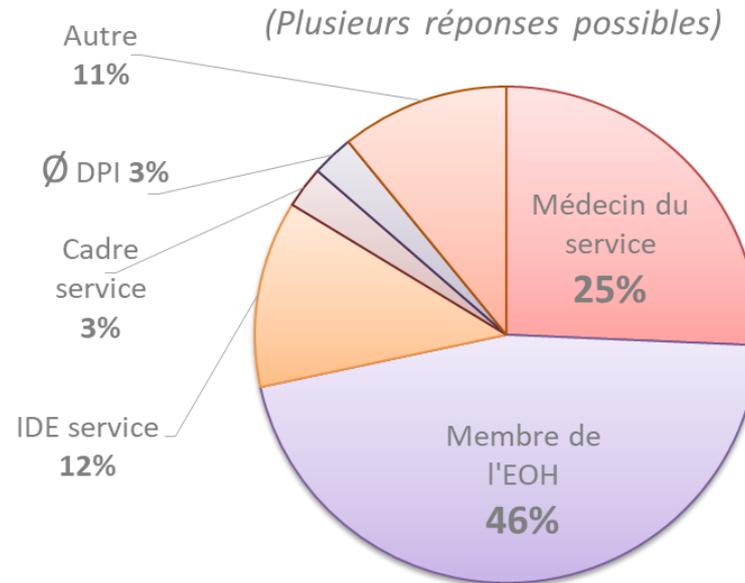
## II.2 Patients « porteurs » connus ou « contacts » d'un cas connu BHRe

Pour ces 55 établissements disposant d'un listing :  
(patients « porteurs connus » et « contacts » n'ayant pas effectué leurs 3 dépistages)

### Quels secteurs d'activité ont accès au listing ? (n=51) (Plusieurs réponses possibles)

- EOH uniquement : **46 (91%)**
- Les secteurs de soins y ont accès en direct : **9 (18%)**
- Autres : **9 (18%)** principalement des alertes présentées via le logiciel utilisé par le centre, ou alors listing uniquement aux urgences

### Qui renseigne l'info dans le DPI ? (n=49) (Plusieurs réponses possibles)

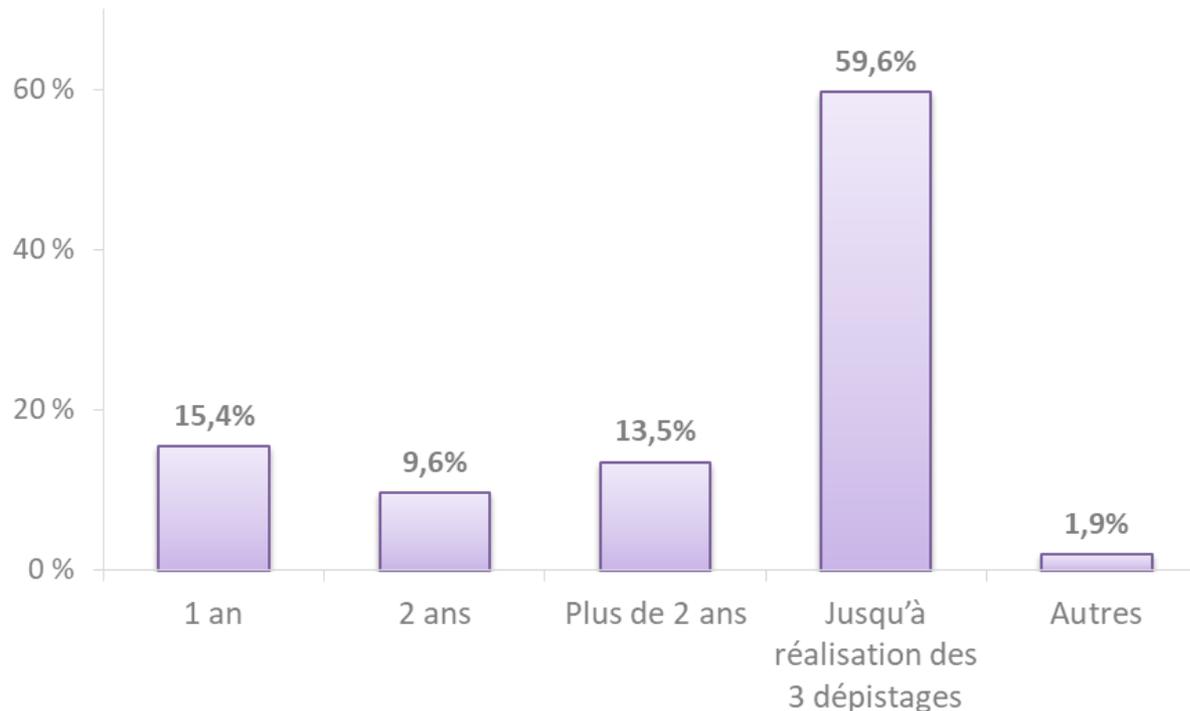


L'information est systématisée dans le masque informatique de la lettre de liaison pour **53%** d'entre eux (n=25/47)

## II.2 Patients « porteurs » connus ou « contacts » d'un cas connu BHRe

*Pour ces 55 établissements disposant d'un listing :  
(patients « porteurs connus » et « contacts » n'ayant pas effectué leurs 3 dépistages)*

**Combien de temps est gardé dans le listing un patient contact n'ayant pas effectué ses 3 dépistages ? (n=52)**



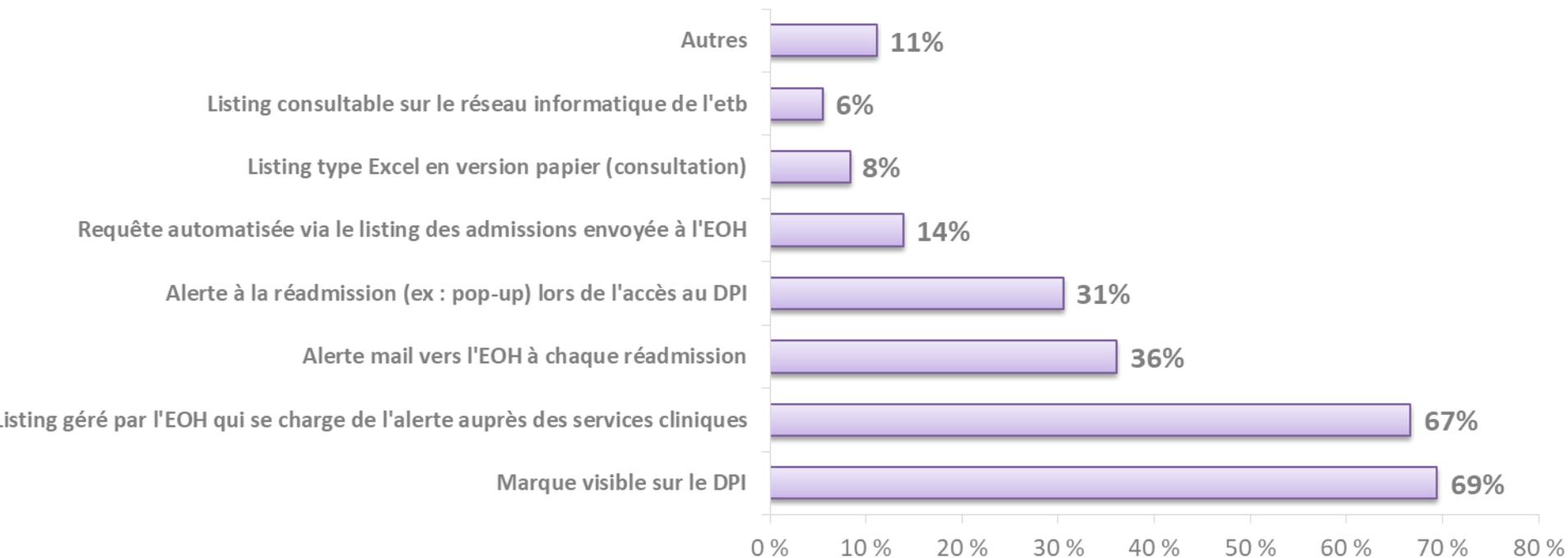
*En plus du listing, Il existe un système d'alerte interne à l'établissement pour **69%** des établissements concernés (n=36/52)*

## II.2 Patients « porteurs » connus ou « contacts » d'un cas connu BHRe

Parmi les 36 établissements disposant à la fois d'un listing et d'un système d'alerte interne à l'établissement :

Quels sont ces systèmes d'alerte internes ? (n=32)

(Plusieurs réponses possibles)

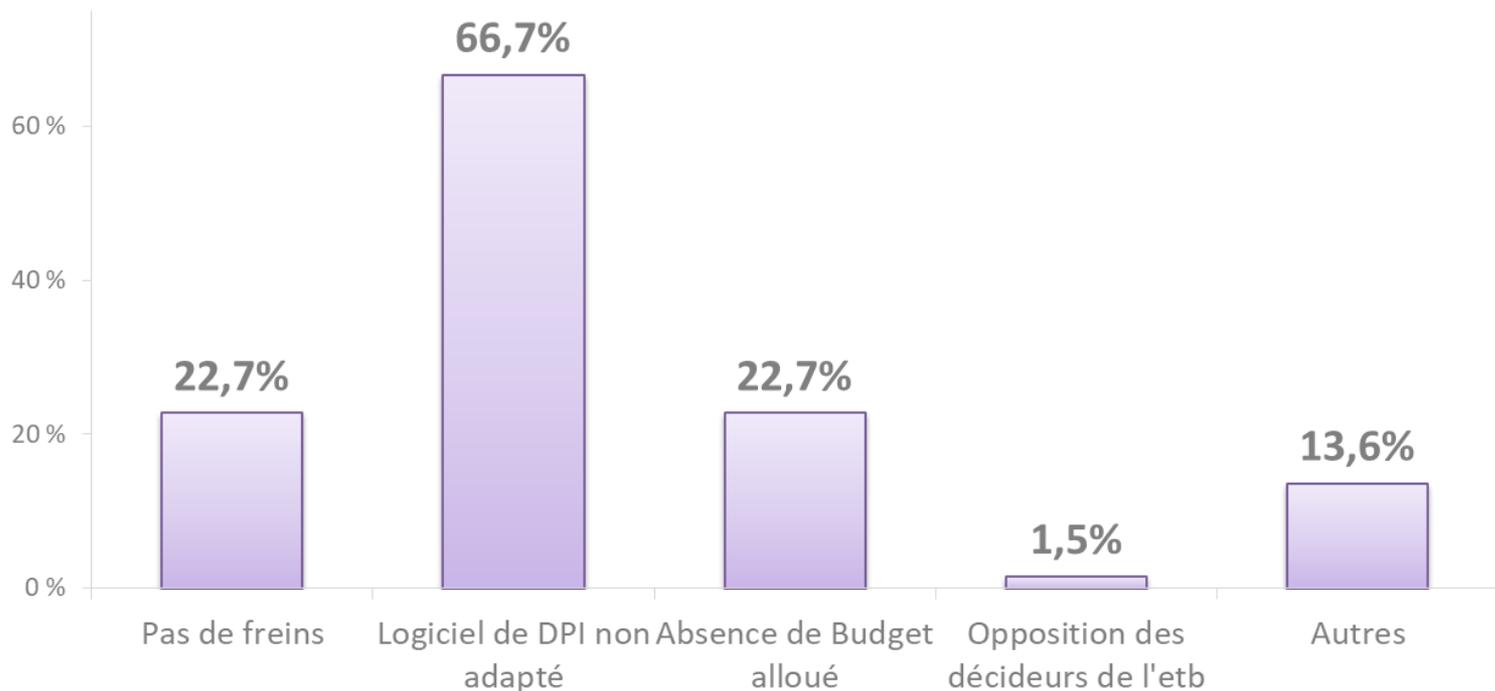


Parmi les autres : utilisation d'un logiciel spécifique par l'hôpital (2), appel par l'EOH (1), croisement des RDV avec le listing (1)

## II.2 Patients « porteurs » connus ou « contacts » d'un cas connu BHRe

Quels freins rencontrez-vous à la mise en place d'un système optimal d'alerte informatique ? (n=66)

*(Plusieurs réponses possibles)*



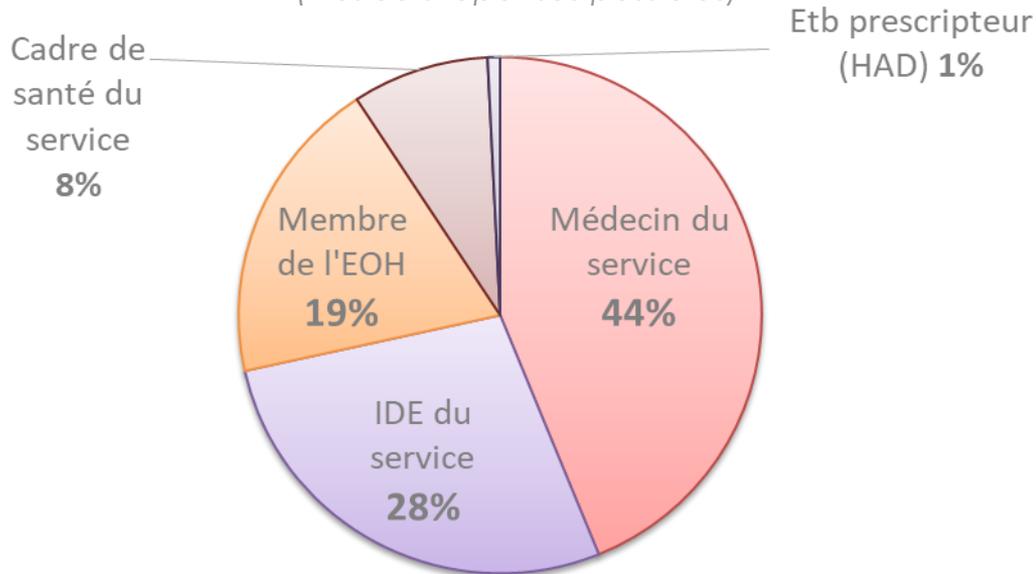
*Parmi les autres : absence ou insuffisance de personnel (20% tps dédié, pas d'informaticien) ou logiciel/DPI insuffisamment renseigné*

## II.2 Patients « porteurs » connus ou « contacts » d'un cas connu BHRe

**98,5%** des établissements informent le patient de son statut BHRe lors de son hospitalisation (n=67/68)

Par qui est-il informé ? (n=66/67)

(Plusieurs réponses possibles)



Par quels moyens l'information est-elle donnée ?

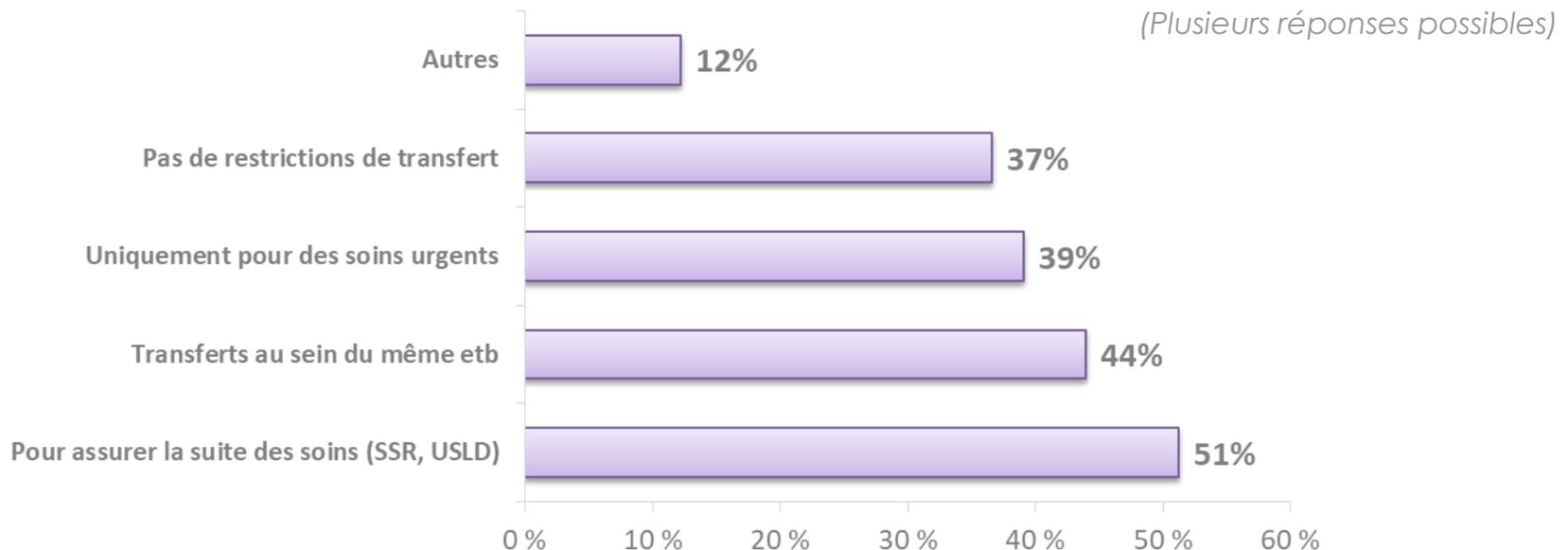
(Plusieurs réponses possibles)

- Information orale (97%)
- Information écrite (82%)
- Autres (5%) : en général il existe un support écrit qui n'est pas forcément donné/pas personnalisé (ex des plaquettes du CPias)

## II.3 Transfert des patients porteurs connus ou contacts lors de la gestion d'une épidémie

Il arrive à **60%** des établissements de transférer un patient porteur ou contact n'ayant pas effectué ses 3 dépistages (n=41/68)

Dans quelles circonstances ? (n=41)



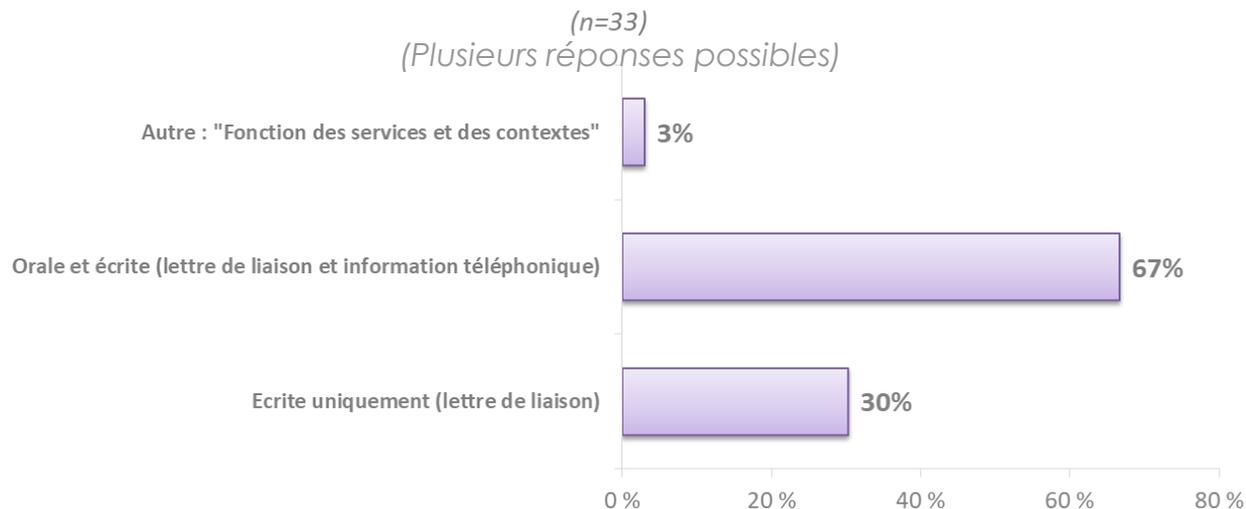
*Parmi les autres : très rare, uniquement pour les contacts, transfert possible avec accord du service, transfert après réception d'un 1<sup>er</sup> dépistage négatif, transfert contre l'avis de l'équipe.*

## II.3 Transfert des patients porteurs connus ou contacts lors de la gestion d'une épidémie

Il arrive à **60%** des établissements de transférer un patient porteur ou contact n'ayant pas effectué ses 3 dépistages (n=41/68)

Pour ces derniers, lors du transfert d'un patient porteur ou contact vers un autre établissement :

- L'EOH est systématiquement avertie dans **73%** des cas (n=30/41)
- Le service clinique est systématiquement informé dans **85%** des cas (n=35/41). Pour ces derniers, cette information est :

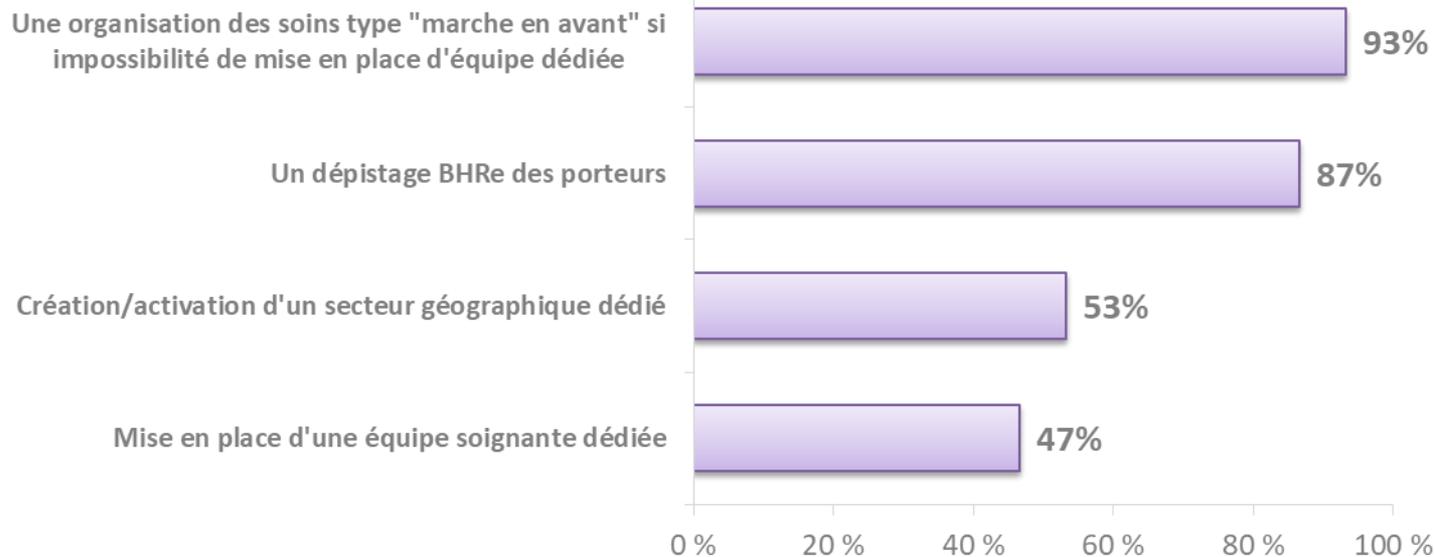


## II.4 Organisation de la réadmission d'un patient connu porteur ou contact BHRe

Il existe un protocole (validé par la direction et la CME) concernant l'accueil des patients connus « porteurs » ou « contacts » BHRe dans

**66%** des cas (n=45/68)

Ce protocole prévoit **pour les porteurs** : (n=45)  
(Plusieurs réponses possibles)



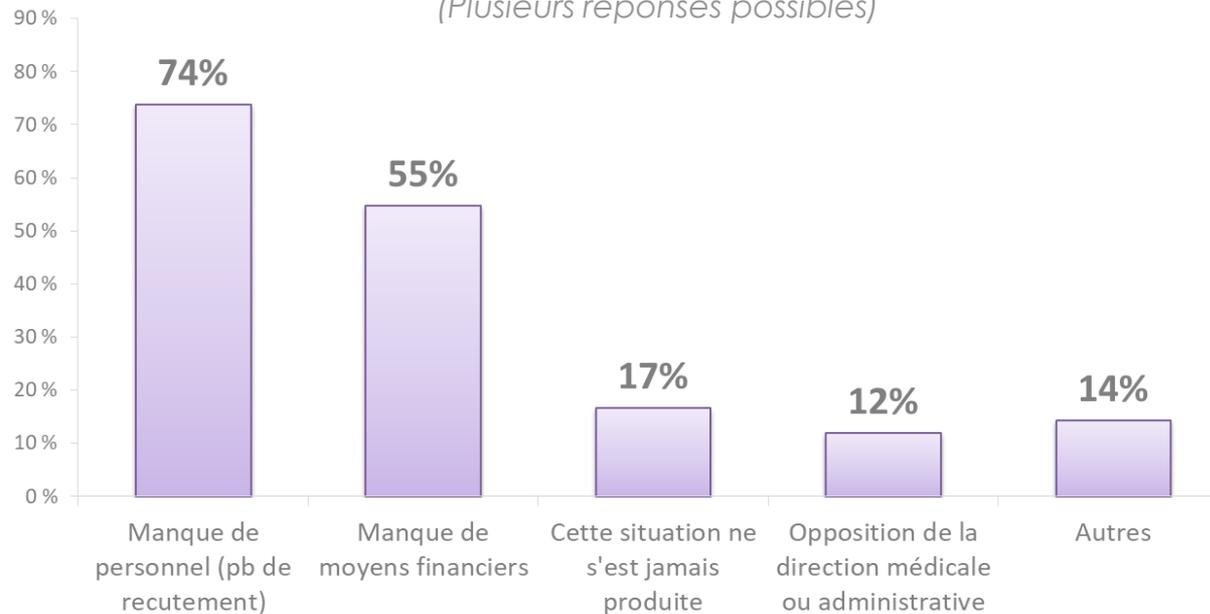
Lors de la création d'un secteur dédié, sa mise en place est effective à partir de :  
Aucun patient (1), 1 patient (6), 2 patients (6), **3 patients (8)**, 4 patients (1)

## II.4 Organisation de la réadmission d'un patient connu porteur ou contact BHRe

Il existe un protocole (validé par la direction et la CME) concernant l'accueil des patients connus « porteurs » ou « contacts » BHRe dans **66%** des cas (n=45/68)

Quels freins avez-vous rencontré à la mise en place d'une équipe dédiée ? (n=42)

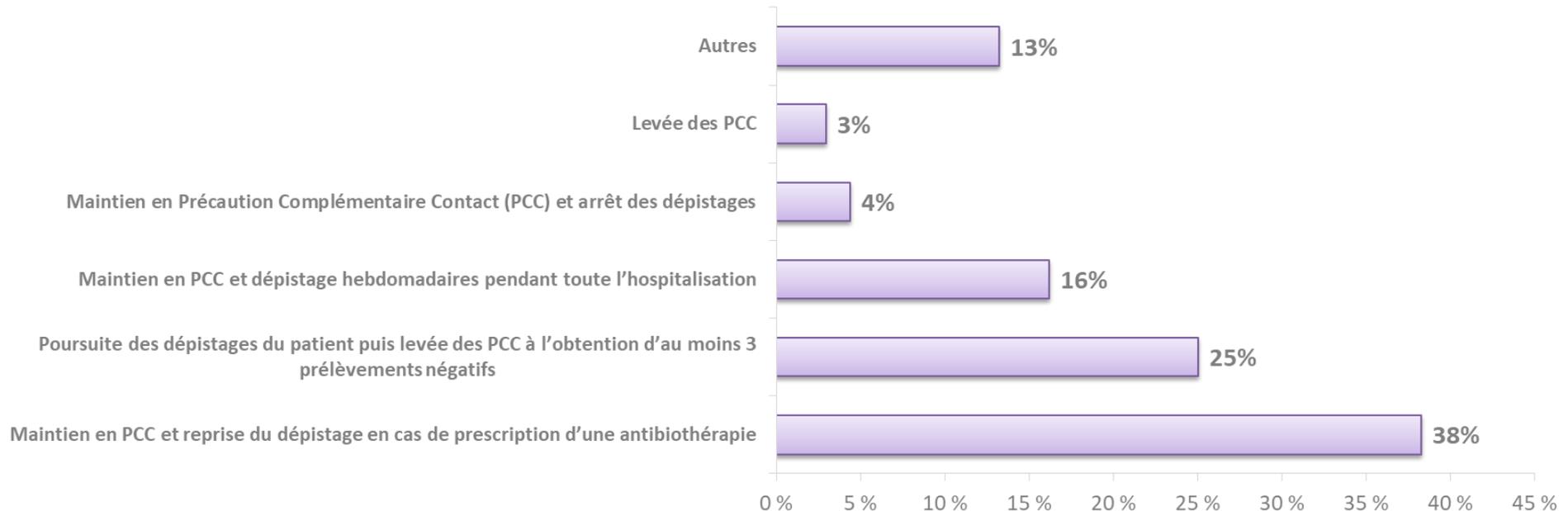
(Plusieurs réponses possibles)



Parmi les autres : principalement des combinaisons de facteurs, également : opposition des syndicats, fréquence importante des hospitalisations BHRE, pas de secteur géographique disponible, balance bénéfique/risque pas toujours en faveur du cohorting.

## II.4 Organisation de la réadmission d'un patient connu porteur ou contact BHRe

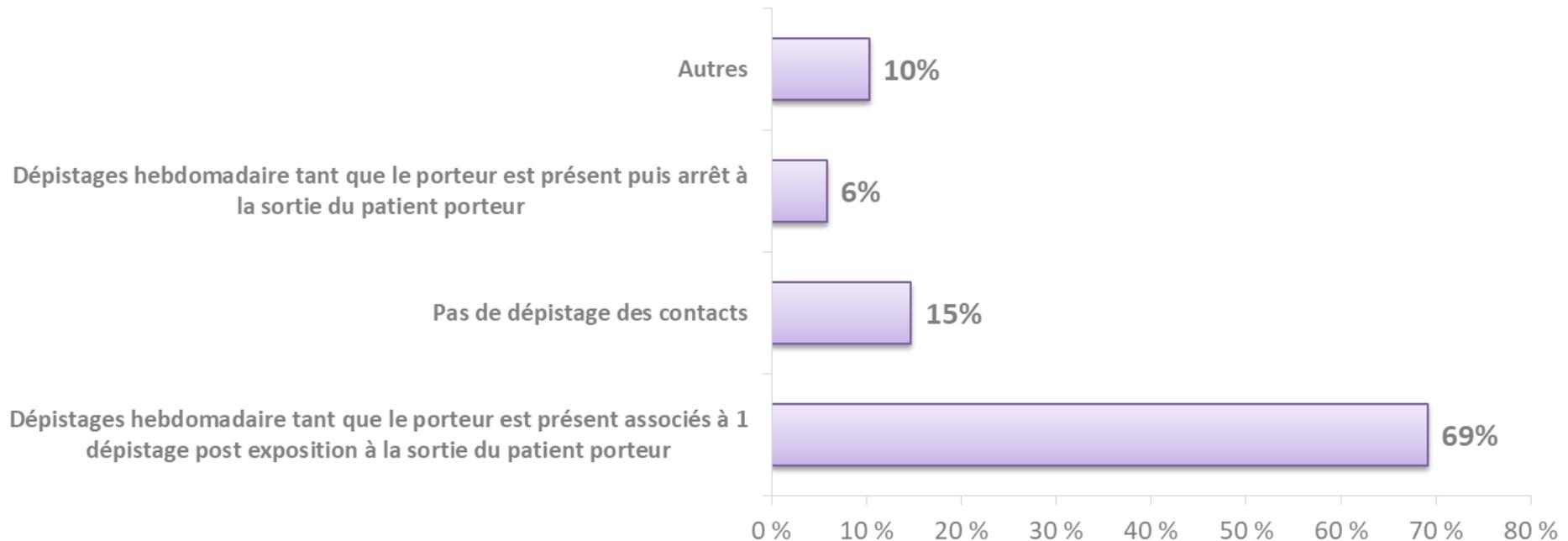
Lorsque le patient connu porteur présente un dépistage de contrôle négatif (patient non excréteur), comment organisez-vous la prise en charge ?



*Parmi les autres : selon les prescriptions, maintien des mesures sans dépistage si pas de réadmission avant 6 mois, sinon légères différences avec les propositions données en termes de durée ou de nombre de dépistages*

## II.4 Organisation de la réadmission d'un patient connu porteur ou contact BHRe

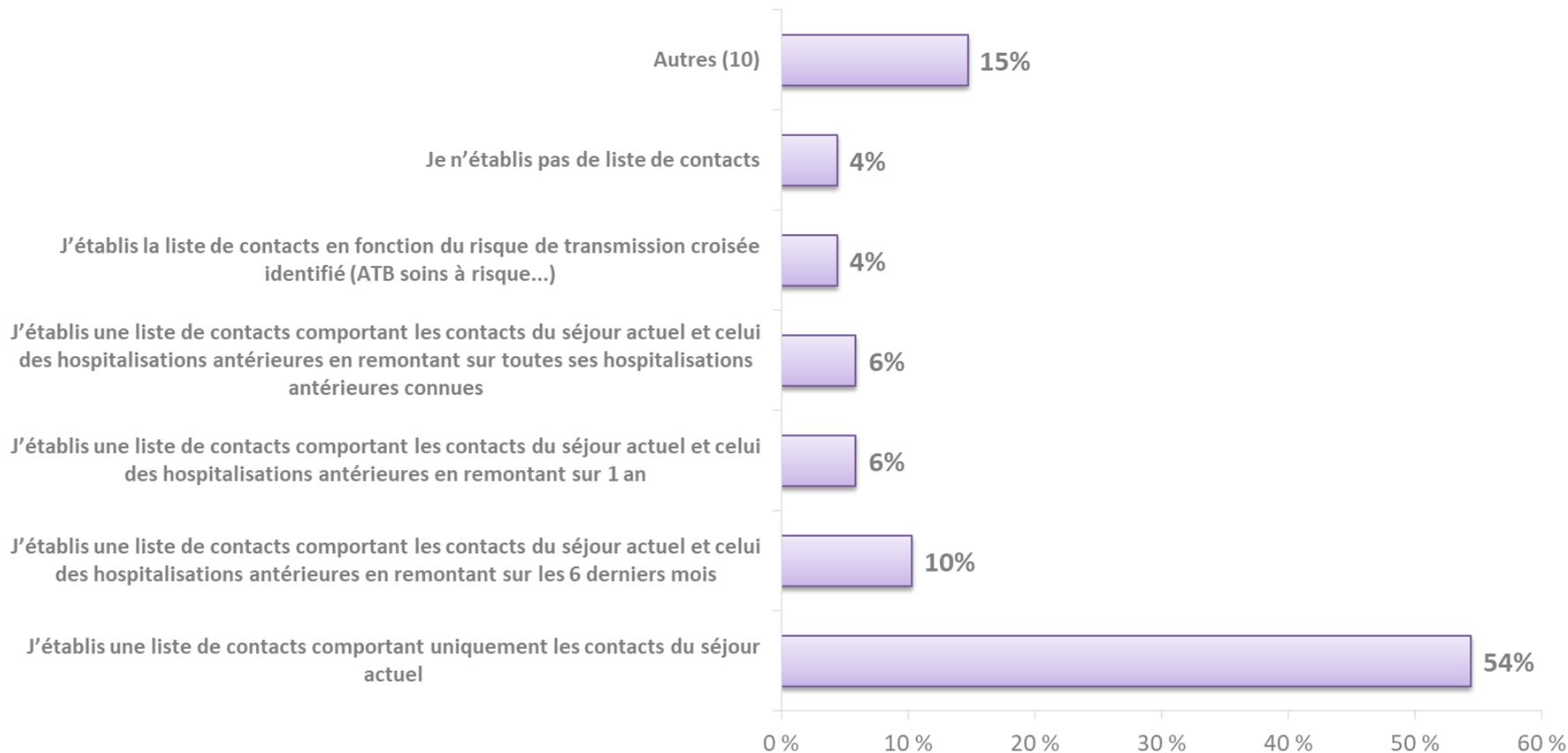
Que préconisez-vous pour les dépistages des contacts du patient connu porteur excréteur lors d'une réadmission ?



*Parmi les autres : selon prescription, évaluation par observation du respect des PCC, sinon également différences mineures par rapport aux propositions*

## II.5 Organisation de la prise en charge du patient lors d'une découverte fortuite

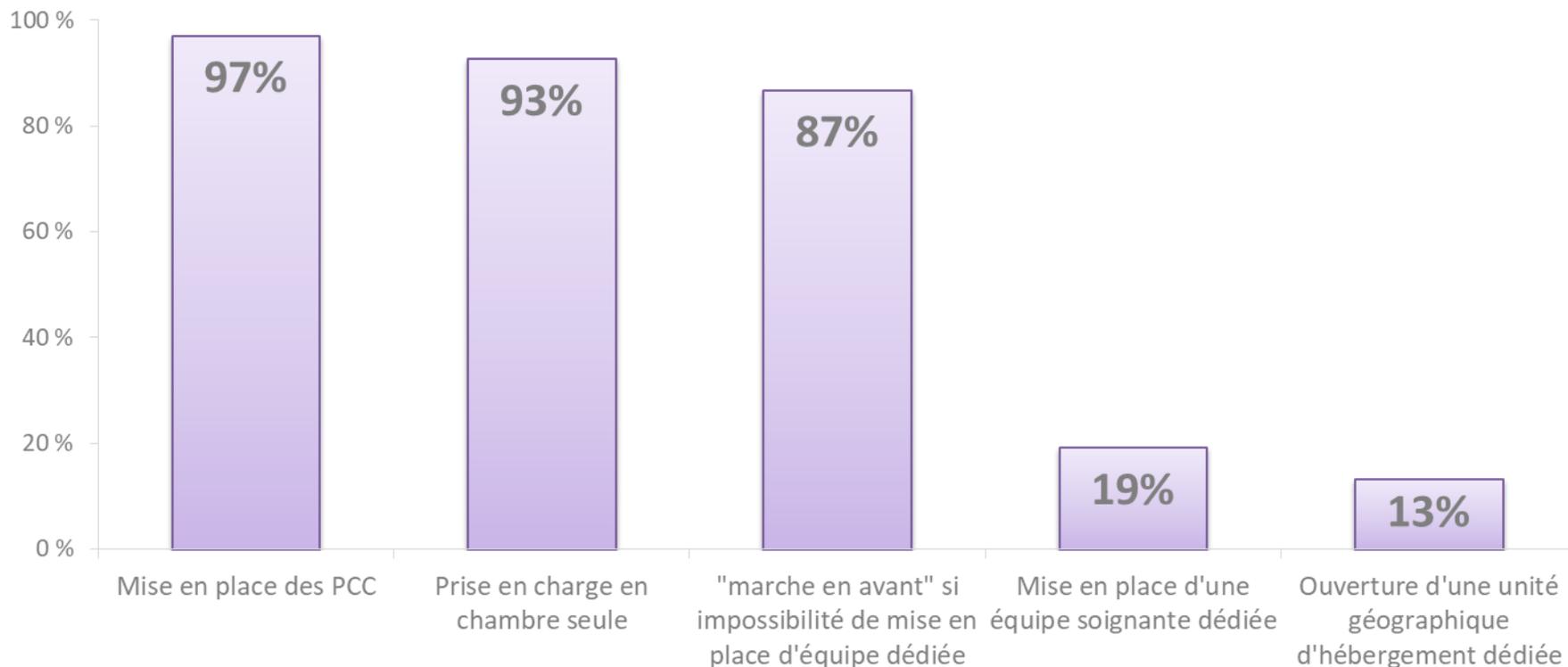
Lors de la découverte fortuite d'un patient porteur, comment établissez-vous la liste de ses contacts ?



## II.5 Organisation de la prise en charge du patient lors d'une découverte fortuite

Quelles sont les mesures mises en place systématiquement pour la prise en charge de ce patient « porteur » ?

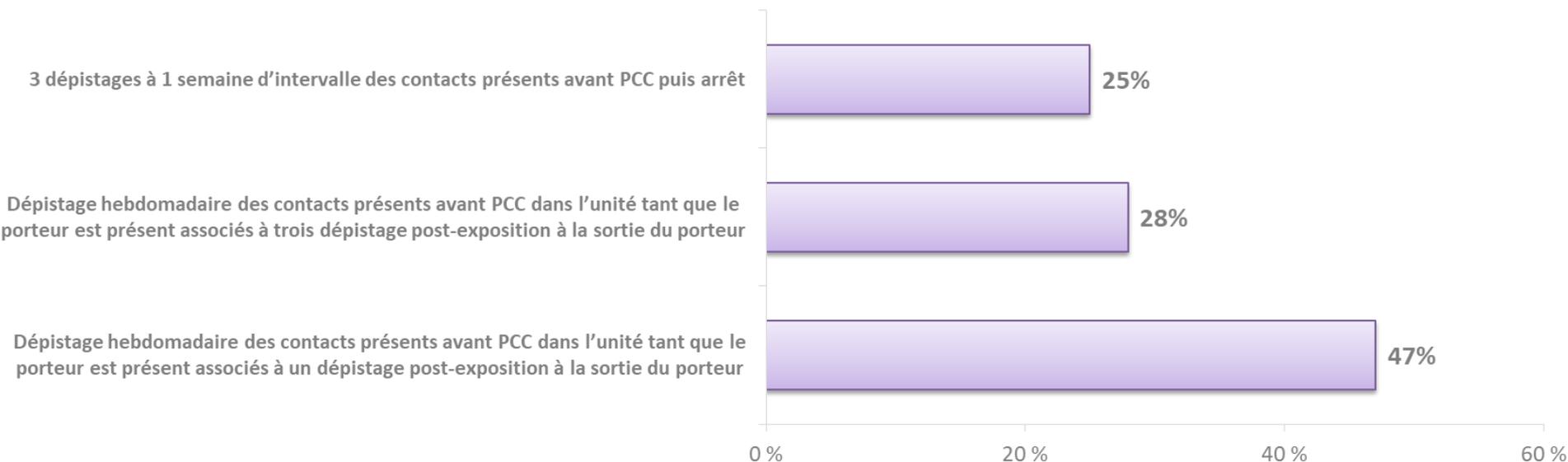
*(plusieurs réponses possibles)*



## II.5 Organisation de la prise en charge du patient lors d'une découverte fortuite

Dans le cadre d'une découverte fortuite, que préconisez-vous pour les **dépistages** des patients présents ?

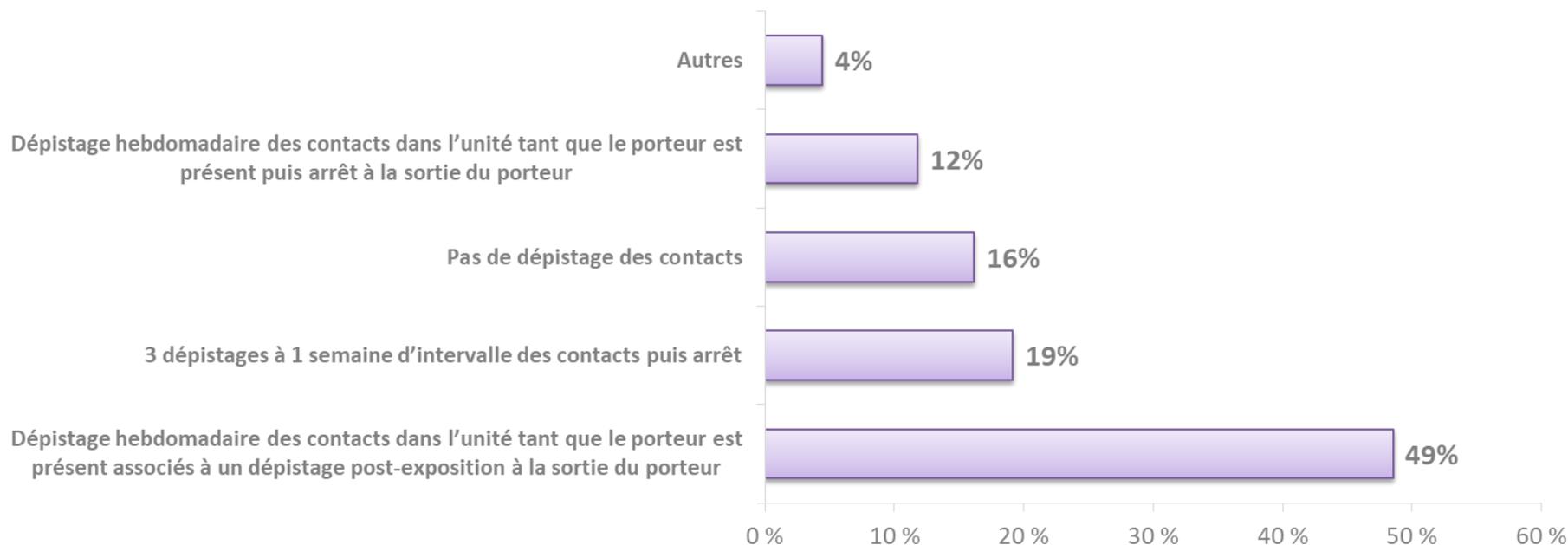
Si le patient était pris en charge en Précautions Standard à l'entrée :



## II.5 Organisation de la prise en charge du patient lors d'une découverte fortuite

Dans le cadre d'une découverte fortuite, que préconisez-vous pour les **dépistages** des patients présents ?

Si présence du porteur en PCC dès l'entrée :

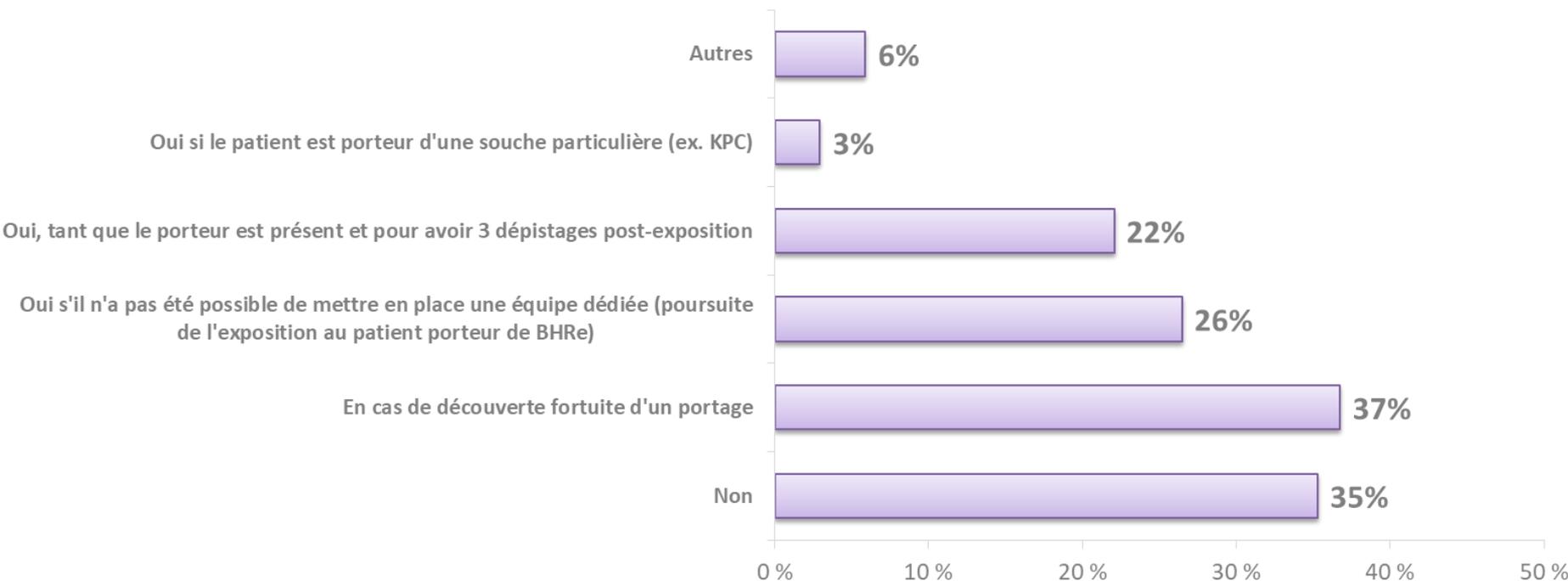


*Parmi les autres : dépistage non obligatoire à l'appréciation de l'EOH (si équipe dédiée à l'admission)*

## II.5 Organisation de la prise en charge du patient lors d'une découverte fortuite

Dans le cadre d'une découverte fortuite, que préconisez-vous pour les **dépistages** des patients présents ?

Vous arrive-t-il de faire plus de 3 dépistages pour les contacts ?  
(plusieurs réponses possibles)

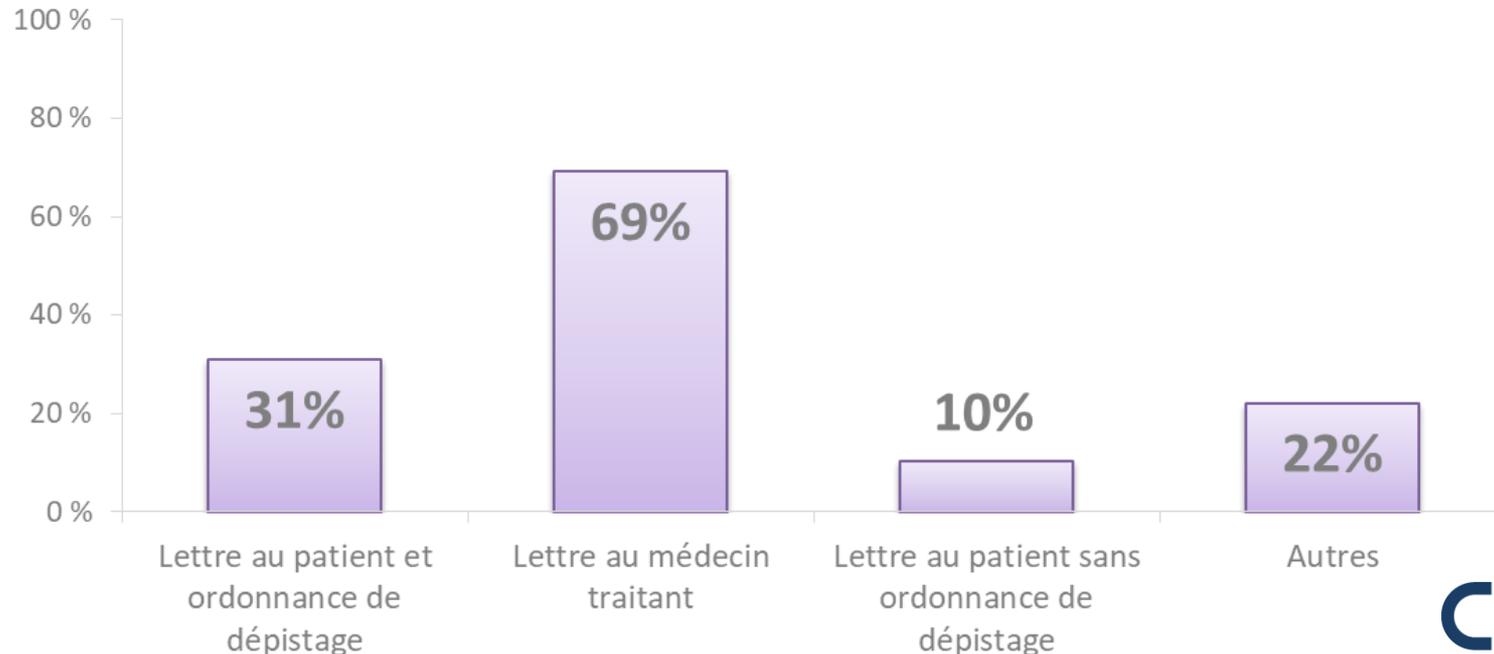


Parmi les autres : « fonction de la situation » (2), Oui quand le porteur et ses contacts restent hospitalisés plus de 3 semaines (2)

## II.5 Organisation de la prise en charge du patient lors d'une découverte fortuite

Dans le cadre d'une découverte fortuite, que préconisez-vous pour les **dépistages** des patients présents ?

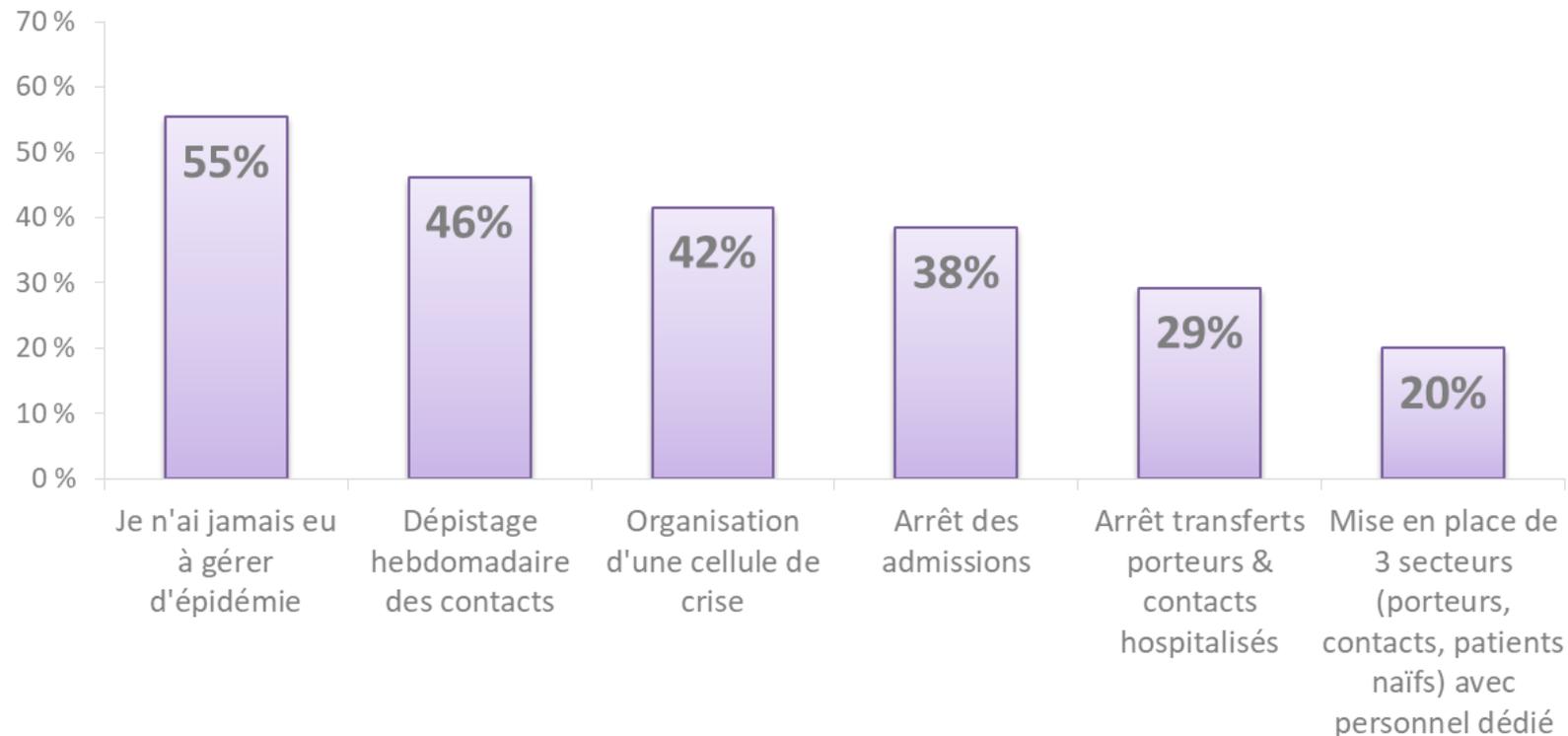
Quelle est la stratégie pour les patients contacts déjà sortis qui n'ont pas eu leurs 3 dépistages ?  
*(plusieurs réponses possibles)*



## II.6 Gestion d'une épidémie (au moins 1 cas secondaire)

Quelles sont les mesures de gestion d'épidémie régulièrement mises en place dans l'établissement ? (n=65/68)

*(plusieurs réponses possibles)*



## II.6 Gestion d'une épidémie (au moins 1 cas secondaire)

Dès identification d'une transmission croisée de BHRé, une réunion de crise est déclenchée : (n=65/68)

Systematiquement : **52%**

Parfois : **24%**

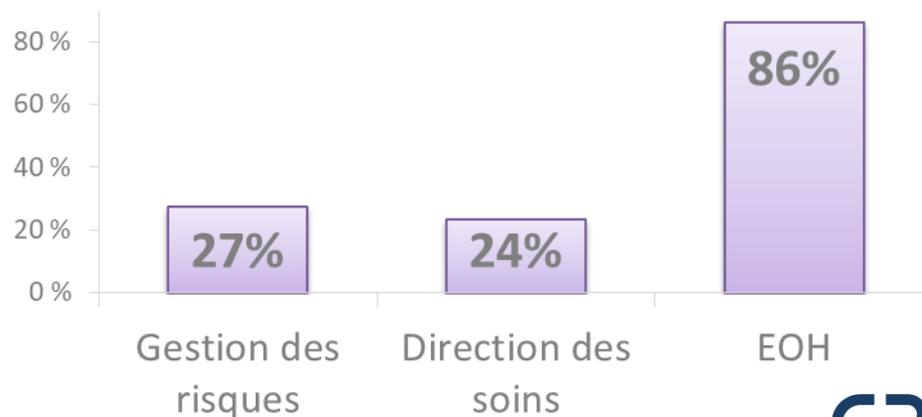
Jamais : **21%**

Pour ceux-ci :

(n=51/65)

*La direction des soins est **systematiquement associée** à la réunion pour **tous les établissements**, tandis qu'un représentant de la CME est **systematiquement associé** pour **¾ d'entre eux***

Qui organise la cellule de crise ?  
(plusieurs réponses possibles)

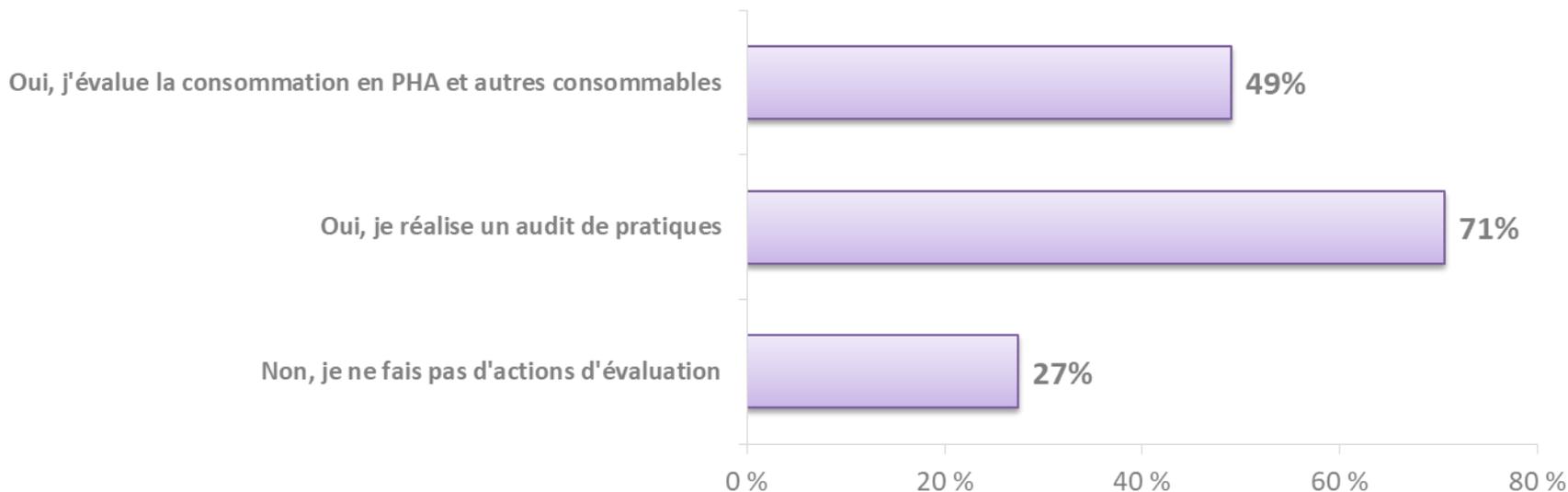


## II.6 Gestion d'une épidémie (au moins 1 cas secondaire)

Toujours pour les établissements qui déclenchent « **systématiquement** » ou « **parfois** » une réunion de crise dès identification d'une transmission croisée BHRé (n=51/65)

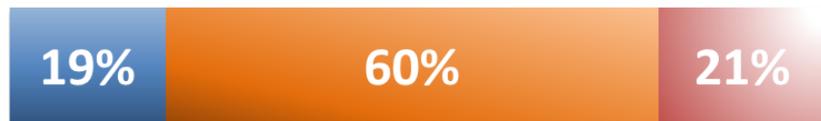
Suite à la gestion d'une épidémie, réalisez-vous des actions d'évaluation de pratiques ?

*(plusieurs réponses possibles)*



# III. Difficultés rencontrées ou perçues

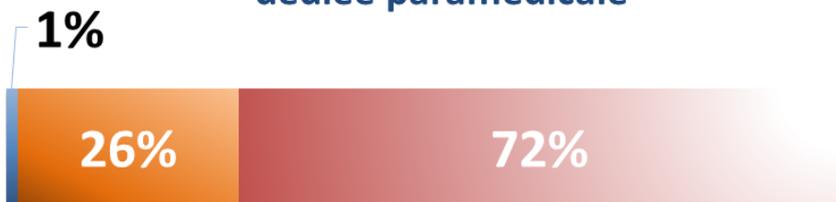
Difficultés pour les sorties de MCO vers SSR, USLD ou EHPAD :



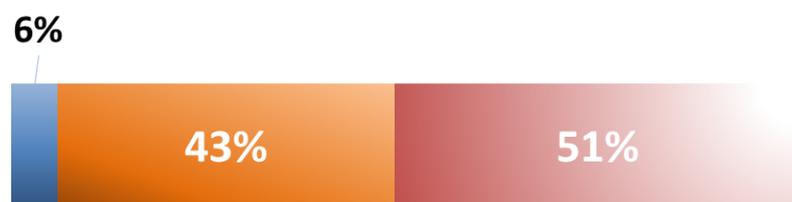
Difficultés pour les sorties de SSR vers USLD ou EHPAD



Capacité à mettre en place une équipe dédiée paramédicale



Capacité à créer un renfort pour l'organisation des soins sans équipe dédiée



Difficultés à réaliser des examens complémentaires



- Aucune difficulté
- Plutôt difficile
- Obstacles majeurs

Merci pour votre  
attention