



# Mission nationale de Surveillance et Prévention de l'AntibioRésistance en Etablissement de Santé (SPARES)

## Audit EVA-BHRé : les premiers résultats!

Prévention de la transmission croisée BHRé dans les établissements de santé

Dr Loïc SIMON, Dr Elodie COUVE-DEACON, Olivia ALI-BRANDMEYER,  
Julien CLAVER



e-RéPHH - Jeudi 1<sup>er</sup> avril 2021  
CPias Occitanie

# Contexte

## Volet prévention

La mission SPARES a constitué un groupe de travail pour proposer :

- (i) une évaluation de la **maîtrise de la transmission des BHRé** dans les établissements de santé aboutissant à la proposition d'**axes d'amélioration ciblés** en fonction de la situation individuelle de chaque établissement et/ou service de soins participant ;
- (ii) un **outil d'aide à l'application de l'actualisation des recommandations** « Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé) » du HCSP.

# Objectifs

- **Objectif principal :**

Permettre aux établissements ayant déjà hospitalisé un patient BHRé d'évaluer leur maîtrise de la transmission croisée des BHRé.

→ **obtenir un score**

- **Objectif secondaire :**

Proposer une stratégie de mise en place des **axes d'amélioration ciblés** sur les services participants, en fonction des résultats de cette évaluation et en accord avec la révision des recommandations « Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé) » du HCSP de décembre 2019.



# Méthode

## Type d'étude

Evaluation rétrospective sur les 6 mois précédant la période de recueil de données

- recueil de données de traçabilité des stratégies et de prise en charge des patients porteurs de BHRé
- des connaissances et pratiques des soignants

Ce recueil permet de donner un **score d'évaluation** de la maîtrise de la transmission croisée des BHRé à l'échelle d'un établissement et/ou d'un service de soins afin de **proposer des axes d'amélioration pratiques** ciblés sur les risques spécifiques de l'établissement et/ou services.

# Méthode

## Durée de l'étude

- **1<sup>er</sup> octobre 2020 au 28 février 2021** : Période d'évaluation portant sur les 6 mois précédents, et période de saisie des résultats.
- **1<sup>er</sup> mars au 30 mai 2021** : Période d'analyse qualitative et quantitative des résultats
- **Juin 2021** : Rendu d'un rapport de synthèse des résultats
- **Juillet 2021 à septembre 2021** : Réalisation de l'enquête d'impact

# Méthode

## Champ d'application

- **Critères d'inclusion**

Pouvaient être inclus dans l'étude SPARES **tous les établissements de santé et services de court et moyen séjour** ayant pris en charge au moins un patient porteur de BHRé et souhaitant y participer dans la période proposée.

- **Critères d'exclusion**

Les établissements de santé de long séjour, les établissements médico-sociaux (dont les EHPAD) sont exclus de cette étude

Les établissements de santé et services de court et moyen séjour n'ayant jamais pris en charge des patients porteurs de BHRé sont exclus

# Méthode

## Les différentes étapes

### *Evaluation*

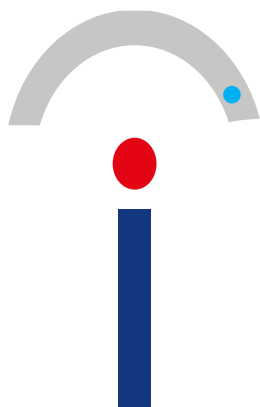
- L'évaluation est proposée pour un établissement appliquant une même procédure de prise en charge des BHRé.
- Le référent de cet établissement participant devait renseigner les questionnaires suivants :
  - **fiche établissement** : 1 par établissement
  - **fiche service** : 1 pour chaque service choisi pour l'étude
  - **fiche patient** : 1 pour le dernier patient porteur de BHRé hospitalisé dans un service choisi
  - **fiche questions Etude SPARES sur les BMR**



# Résumé Audit EVA-BHRé

## Prévention de la transmission croisée des BMR/BHRé

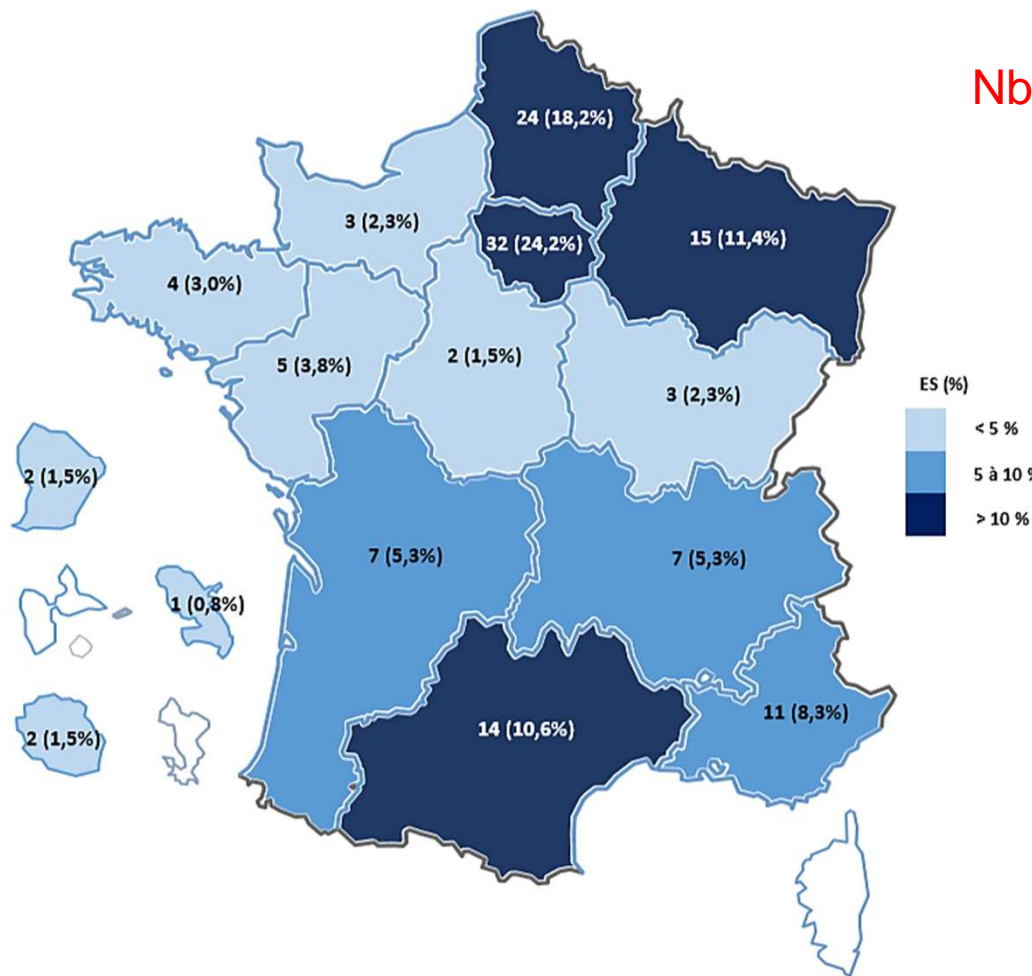
- Groupe de travail avec MATIS, PRIMO, professionnels EOH des établissements de santé,
- Calendrier : octobre 2020 – février 2021
- **Quoi :**
  - Evaluation reposant sur des critères consensuels et de réalisation rapide
  - Outil qui permet de donner des axes d'améliorations pratiques pour les EOH
  - Travail harmonisé sur les recommandations BHRé décembre 2019
- **Qui :** EOH, structure, personnel et patients porteur de BMR/BHR
- **Comment :** Quick audit,
  - traçabilité /déclaratif des stratégies de prise en charge des patients, des connaissances et pratiques des soignants (déclaratif, risque de biais, mais rapide et facile et implication des soignants lors entretiens)



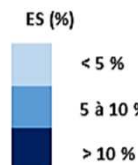


# Résultats : participation

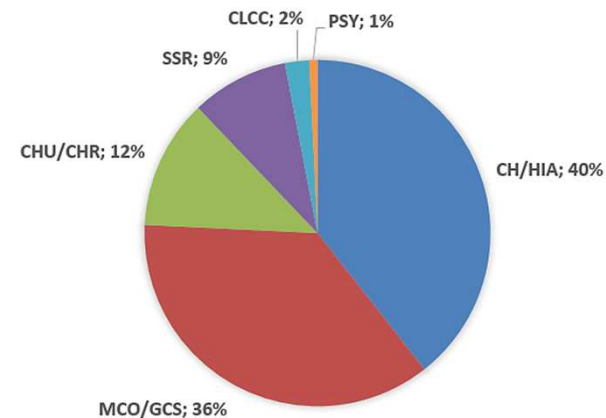
Répartition des établissements participants par région



Nb total d'ES participants= 132



Répartition des établissements participants par type d'ES



# Résultats : par critères d'évaluation



## Disponibilité des équipements de protection individuels pour l'application des précautions complémentaires (PC) BHRé (N=132)

	ES n (%)
Les EPI nécessaires pour mettre en place les précautions complémentaires BHRé sont disponibles en moins de 24h pour tous les services soignants	132 (100,0)



## Délai de mise en place des précautions complémentaires BHRé par le service (N=377)

	Services n (%)
Le délai de mise en place des précautions BHRé est actuellement < 24h	362 (96,0)
Le délai de mise en place des précautions BHRé autour du patient porteur, à partir du moment où le service a eu l'information, a été < 24h*	354 (93,9)

\* dans le cas du dernier patient hospitalisé porteur de BHRé

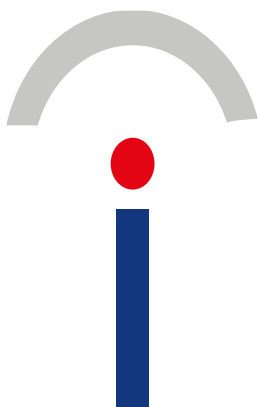
# Résultats : par critères d'évaluation



## Prise en charge adaptée des patients porteurs BHRé (N=132)

	ES n (%)
Existence d'un secteur de cohorting permanent identifié dans l'établissement	11 (8,3)
Si non (N=121) :	
- Possibilité de mettre en place un cohorting en :	
Moins d'une semaine	67 (55,4)
1 semaine à 1 mois	13 (10,7)
Non activable	41 (33,9)
Si cohorting non activable (N=41) :	
Possibilité de regroupement géographique des patients porteurs	35 (85,4)
- Possibilité de renforcer l'équipe prenant en charge des patients porteurs BHRé	90 (74,4)

**Secteur de cohorting permanent : RARE**



# Résultats : par critères d'évaluation



## Renforcement du bionettoyage autour des patients porteurs de BHRé (N=377)

	Services n (%)
Evaluation régulière de la technique d'entretien des locaux	250 (66,3)
Renforcement systématique du bionettoyage des surfaces autour d'un patient porteur	327 (86,7)

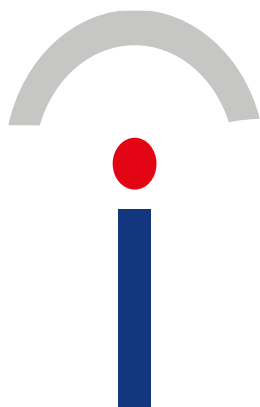
## **Renforcement bionettoyage pas systématique**



## Hygiène des mains (N=132)

	ES n (%)
Réalisation d'un audit d'observance au cours des 3 dernières années	119 (90,2)
Audit du GREPHH	46 (34,8)
Audit pulpe friction	45 (34,1)
Audit développé par l'établissement	75 (56,8)
Score global > 80% d'observance de l'hygiène des mains (N=119)	53 (44,5)

## **Audit d'observance de l'HDM fait au cours des 3 dernières années**



# Résultats : par critères d'évaluation

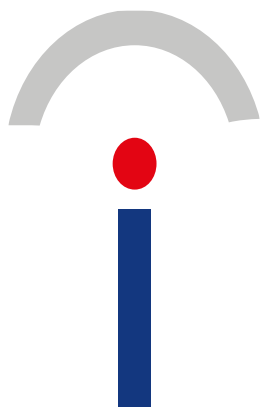


## Délai satisfaisant de prise de connaissance du portage BHRé à l'admission d'un patient porteur

	Services n (%)
<b>Pour une découverte de portage (N=168) : délai entre le prélèvement du patient et l'alerte de portage BHRé donnée par le laboratoire à l'EOH ou au service*</b>	
<24H	41 (24,4)
24-48h	68 (40,5)
48-72h	30 (17,9)
>72h	29 (17,3)
<b>Pour un patient porteur connu hospitalisé ou réhospitalisé (N=209) : délai entre l'admission du patient et l'information du service sur le portage*</b>	
<24H	194 (92,8)
24-48h	11 (5,3)
48-72h	0
>72h	4 (1,9)

\* dans le cas du dernier patient hospitalisé porteur de BHRé

**35% de délai d'alerte > 48h lors d'une découverte fortuite**



# Résultats : par critères d'évaluation

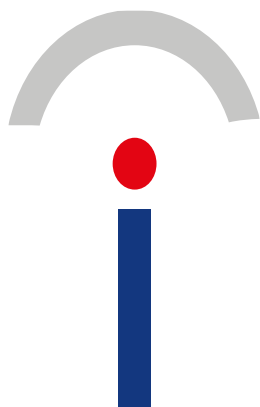


## Transmissions aux professionnels et à la sortie du patient

N=132	ES n (%)
Existence de courriers institutionnels de sortie des patients renseignant obligatoirement sur le statut du portage BHRé	103 (78,0)
<hr/>	
N=377	Services n (%)
Une information systématique sur le portage BHRé est fournie à la sortie du patient : soit dans le courrier de sortie, soit dans les transmissions infirmières	329 (87,3)
Une information sur le portage BHRé est fournie lors de transfert du patient dans d'autres services de l'établissement :	
Toujours	332 (88,1)
Souvent	42 (11,1)
Parfois	3 (0,8)
Jamais	0
L'information sur le portage BHRé du patient a été tracée à sa sortie ou lors de son transfert*	293 (77,7)

\* dans le cas du dernier patient hospitalisé porteur de BHRé

## Transmission information sur le portage perfectible



# Résultats : par critères d'évaluation



## Information du patient sur son portage (N=377)

	Services n (%)
L'information systématique du patient ou de son entourage sur son portage BHRé est faite	314 (83,3)
L'information sur le portage BHRé donnée au patient a été tracée*	152 (40,3)

\* dans le cas du dernier patient hospitalisé porteur de BHRé

**Pas d'information du patient dans près de 20% des situations**  
**Pas de traçabilité dans près de 60% des cas**

# Résultats : par critères d'évaluation



## Existence d'une procédure institutionnelle en accord avec les dernières recommandations du HCSP (N=132)

	ES n (%)
Existence d'une procédure institutionnelle de prise en charge des patients porteurs de BHRé	128 (97,0)
La procédure institutionnelle correspond à l'application des recommandations du HCSP et non la mise en place partielle des recommandations (N=128)	93 (72,7)

**Dans 1/4 des cas : divergence entre procédure institutionnelle et recos du HCSP**



# Résultats : par critères d'évaluation



## Stratégie de dépistage en accord avec les dernières recommandations du HCSP (N=377)

	Services n (%)
Pour les patients contacts à risque élevé, en cas d'épidémie, réalisation d'un dépistage BHRé par écouvillonnage rectal toutes les semaines tant que l'épidémie n'est pas maîtrisée, ainsi qu'au moins 3 dépistages rectaux à 1 semaine d'intervalle après l'arrêt à l'exposition à un patient porteur de BHRé	338 (89,7)

**Dans 10% des situations : divergence entre procédure institutionnelle et recos du HCSP pour la stratégie de dépistage**

# Résultats : par critères d'évaluation



N=377

Services  
n (%)

Information sur la procédure institutionnelle BHRé à suivre, lors du recrutement de tout nouveau personnel dans le service

199 (52,8)

Information sur la procédure institutionnelle BHRé à suivre faite auprès du personnel :

Régulièrement (au moins 1 fois par an)

260 (69,0)

Moins d'1 fois/an

99 (26,3)

Jamais

18 (4,8)

Formation des correspondants en hygiène à ces procédures institutionnelles

248 (65,8)

**1 nouveau personnel sur 2 n'a pas d'information sur la procédure BHRé**

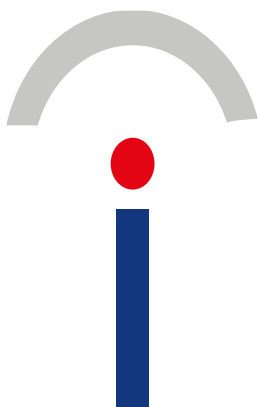
# Résultats : par critères d'évaluation



## Expérience antérieure de l'EOH à la gestion des BHRé et information du personnel sur les mesures de prise en charge des patients BHRé

N=132	ES n (%)
Fréquence d'accueil d'au moins un patient porteur de BHRé :	
Toutes les semaines	17 (12,9)
1 semaine à 1 mois	12 (9,1)
1 à 3 mois	28 (21,2)
3 à 6 mois	37 (28,0)
Plus de 6 mois	38 (28,8)

**Au moins 1 patient BHRé tous les mois dans 20% des établissements**



# Résultats : par critères d'évaluation



## Composition de l'EOH conforme (N=132)

	ES n (%)
Les quotas de composition médicaux et paramédicaux de l'EOH de l'établissement sont respectés	99 (75,0)

**1/4 des EOH ont une composition non conforme**



# Résultats Etude SPARES :

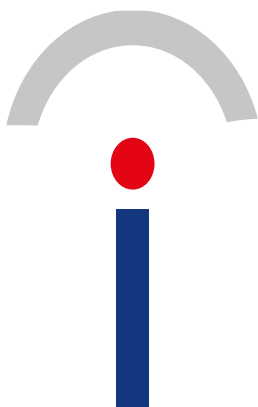
## état des lieux des procédures vis-à-vis des BMR/BHRé

### 3. Résultats Etude SPARES : états des lieux des procédures vis-à-vis des BMR

N=132	ES n (%)
<b>Epidémie de BHRé en cours dans l'établissement au mois de septembre 2020</b>	16 (12,1)
<b>Stratégie de prise en charge des patients porteurs d'entérobactéries productrice de bêtalactamase à spectre étendu (EBLSE)</b>	
Application systématique des précautions complémentaires contact en plus des précautions standard	126 (95,5)
Application des précautions complémentaires contact en plus des précautions standard uniquement pour les EBLSE hors Escherichia coli	6 (4,5)
<b>Existence de dépistages systématiques de EBLSE/BHRé dans l'établissement</b>	115 (87,1)

#### **Pour 6 ES : PCC uniquement pour les EBLSE hors *E. coli***

Les 6 ES sont 3 CH, 2 CHU et 1 MCO et originaires d'Ile-de-France (3 ES), de Bretagne (2ES) et du Grand-Est (1ES)





# Résultats Etude SPARES :

## état des lieux des procédures vis-à-vis des BMR/BHRé

N=115	Dépistage réalisé		
	EPC	ERG	EBLSE
Situations	n (%)	n (%)	n (%)
Lors de rapatriements sanitaires	108 (93,9)	101 (87,8)	74 (64,3)
Pour les patients ayant été hospitalisés au moins 24h dans l'année précédente à l'étranger	102 (88,7)	97 (84,3)	60 (52,2)
Pour les patients ayant séjournés à l'étranger depuis moins de 3 mois	58 (50,4)	55 (47,8)	39 (33,9)
Dans le service de réanimation	45 (39,1)	35 (30,4)	67 (58,3)
Dans les services hors réanimation	22 (19,1)	14 (12,2)	21 (18,3)
A l'admission de résidents en provenance d'un établissement médico-social dans lequel une épidémie est active	86 (74,8)	81 (70,4)	58 (50,4)
Réhospitalisation d'un patient aux antécédents de portage d'EPC ou d'ERG ou d'EBLSE	106 (92,2)	102 (88,7)	58 (50,4)

**Pas de dépistage systématique des BHRé lors des rapatriements sanitaires**

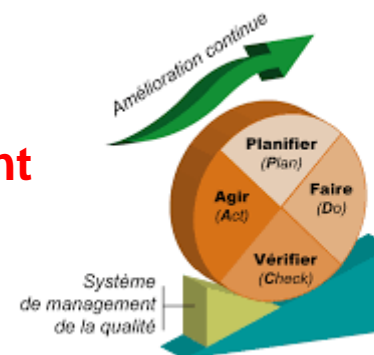
Mission nationale de Surveillance et prévention de l'Antibiorésistance en établissement de santé

# Conclusions-Perspectives

Les 1ers résultats de cet audit mettent en évidence que la prise en charge des **patients BHRé** est perfectible sur certains points :

- Secteur de cohorting non réalisable pour 1/3 des ES,
- Alerte du portage BHRé souvent supérieure à 48h,
- Recommandations du HCSP de 2019 sur les BHRé non prises en compte par 1/4 des ES
- Stratégie de dépistage différent pour 10% des ES par rapport aux recos du HCSP
- Transmission non systématique de l'information du portage BHRé aux autres professionnels et même aux patients

**Alors que 20% des ES ont au moins 1 patient BHRé tous les mois**

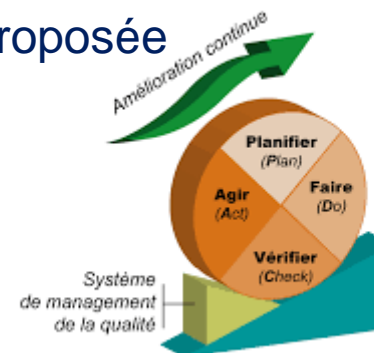


# Conclusions-Perspectives

Les 1ers résultats pour la prise en charge des **patients BMR** montrent :

- Majorité de PCC pour les EBLSE
- Les dépistages des BMR et BHRé sont variables selon les circonstances :
  - + plus fréquentes pour les BHRé que les BMR,
  - + plus fréquentes lors des rapatriements/séjour à l'étranger.

Une **enquête d'impact** à distance de l'audit sera proposée au cours de l'été 2021.





# Conclusions-Perspectives

## Audit de pratique sur le péril fécal

**Justification** : continuité des actions de PRIMO (GEX) et de MATIS (Box péril fécal) et poursuite de l'action SPARES avec la maîtrise de la diffusion de l'antibiorésistance.

**Méthodo** (provisoire) :

Proposer une évaluation complète avant et après mesures de sensibilisation.

**Associer** :

- évaluation des pratiques de services + observation du circuit du plat-bassin (du lit du patient au lave bassin et retour au patient)
- module optionnel pédagogique : utilisation de fluorescéine en simulation et évaluation quantitative des projections (en lien avec MATIS)

**Calendrier** : audit proposé début 2022.



# Groupe de travail

## Groupe de travail

Chefs de projets : **Loïc Simon** (Responsable mission SPARES, CPias Grand Est, Vandoeuvre les Nancy) et **Elodie Couvé-Deacon** (membre de la mission SPARES, CHU Dupuytren, Limoges)

Membres de la mission SPARES : **Olivia Ali-Brandmeyer** (CPias Grand Est, Vandoeuvre les Nancy), **Julien Claver** (CPias Grand Est, Vandoeuvre les Nancy), **Emmanuelle Reyreaud** (CPias Nouvelle Aquitaine, Bordeaux)

Membres de la mission Nationale MATIS : **Anne-Gaelle Venier** (CPias Nouvelle Aquitaine, Bordeaux)

Membres de la mission Nationale PRIMO : **Karine Blanckaert** (CPias Pays de la Loire)

Groupe de travail recommandations BHRé HCSP : **Didier Lepelletier** (CHU Nantes)

Autres membres : **Nathalie Pestourie** (CHU Dupuytren, Limoges), **Wasfi Fillali** (CHU Dupuytren, Limoges)

## Conception de l'outil informatique

**Julien Claver** (CPias Grand Est, Vandoeuvre les Nancy), **Olivia Ali-Brandmeyer** (CPias Grand Est, Vandoeuvre les Nancy)

## Groupe de relecture

**Catherine Dumartin** (CPias Nouvelle Aquitaine), **Karine Guerre** (CPias Grand Est)



Mission nationale de Surveillance et prévention de l'Antibiorésistance en établissement de santé