

Visite de risque en endoscopie : retour d'expérience au Centre Hospitalier de Briançon (Hautes-Alpes)

Magali Lobjois (IDE hygiéniste), Karine Gryzka (IDE endoscopie), Gaëlle Peli (pharmacienne hygiéniste), Emilie Lescure (responsable qualité pôle médicaux technique)
Centre hospitalier de Briançon (05)

mlobjois@ch-briancon.fr

Les secteurs d'endoscopie dans les établissements de santé sont des secteurs à risques. La prise en charge du patient en endoscopie constitue une des thématiques investiguées lors des visites de certification.

« L'investigation de la thématique "prise en charge du patient en endoscopie" vise à évaluer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques en endoscopie afin de garantir la sécurité des patients quels que soient :

- le lieu de réalisation de l'endoscopie
- le type d'endoscopie

L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables (EI), à une situation de crise ou à l'actualité, mais est fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial » [1].

Désormais la gestion des risques doit faire partie intégrante du quotidien des équipes opérationnelles d'hygiène : l'axe N°3 du Propias 2015 (Programme national d'action de prévention des infections associées aux soins) a pour but de réduire le risque infectieux associé aux actes invasifs. Les actions préconisées dans cet axe sont d'"identifier le risque lié aux dispositifs invasifs" et

de "programmer des visites de risques" (action 1) ; de "renforcer la promotion d'audit de pratiques des actes invasifs" (action 5) [2].

Contexte

Le Centre Hospitalier des Escartons de Briançon est un établissement polyvalent de 223 lits et places. La visite de certification v2014 était prévue pour le mois d'octobre 2015. Afin de la préparer, des cartographies de risques ont été réalisées en partenariat avec le service qualité et les cadres de santé de différents services comme le bloc opératoire ou la dialyse. Celle du secteur d'endoscopie a été difficile à réaliser du fait d'un éclatement des secteurs d'endoscopie gérés par des cadres différents (Tableau 1). Réunir les équipes sur leur temps de travail a également été une difficulté.

Sites d'endoscopie	Types d'endoscopies	Locaux
Consultations externes de médecine	Endoscopies pulmonaires et digestives sans anesthésie	1 salle d'examen, 1 salle de décontamination, désinfection en machine
Consultations externes d'ORL	Naso-fibroscopies	1 salle d'examen, pas de salle de décontamination, désinfection manuelle, utilisation de gaine à usage unique
Bloc opératoire	Endoscopies digestives sous anesthésie générale et endoscopies urologiques	1 salle d'examen, pas de salle de décontamination, désinfection manuelle
Soins continus	Endoscopies pulmonaires et digestives sans anesthésie	Examens dans les chambres, salle de décontamination non conforme, désinfection manuelle

Tableau 1 : situation de l'endoscopie en 2014

Seule l'équipe d'endoscopie des consultations externes était formée à la fois à la réalisation des endoscopies pulmonaires et digestives et à la désinfection des appareils. Absente la nuit, les week-ends et jours fériés, il n'y avait pas d'équipe pour réaliser les endoscopies en urgence et la désinfection des endoscopes. De ces problématiques ont résulté plusieurs événements indésirables en 2013 et 2014 : suite à une mauvaise prise en charge des endoscopes après examens, ces derniers ont été mis en quarantaine jusqu'au retour de prélèvements conformes. Cela a entraîné une désorganisation du service et une déprogrammation des patients.

Pour les endoscopies digestives réalisées au bloc du 3^{ème} étage, la désinfection était réalisée aux consultations externes au rez-de-chaussée, d'où la nécessité de transporter les endoscopes. L'organisation n'était pas optimale et générait une perte de temps.

Jusqu'en 2014, aucun audit des pratiques n'avait été réalisé en endoscopie.

Un des objectifs de la Direction était de centraliser les endoscopies et le traitement des endoscopes afin d'améliorer la sécurité et l'hygiène, d'uniformiser et d'améliorer les pratiques et d'optimiser le temps de personnel.

C'est pourquoi, dans ce contexte difficile mais également exigeant en termes de qualité et de sécurité des soins, l'infirmière hygiéniste a proposé au Clin, à la Direction et au service Qualité d'organiser une visite de risques pour le secteur d'endoscopie.

La proposition ayant été acceptée, la démarche a pu être engagée auprès du CClin Sud-Est lors du premier trimestre 2014.

Organisation de la visite

Les premiers contacts téléphoniques ont permis de fixer une date de visite au 24 novembre 2014. Rapidement l'infirmière hygiéniste a reçu le protocole de visite de risque ainsi que la liste des documents à envoyer au CClin Sud-Est un mois avant.

Le choix de la visite s'est porté principalement sur les consultations externes qui possédaient une équipe dédiée et l'activité la plus importante. Une visite était également prévue au bloc opératoire.

Le projet a été présenté à la Cellule Qualité-Gestion des Risques, en présence du Directeur Qualité et du Directeur des Soins. L'infirmière hygiéniste a été nommée référente de la visite, accompagnée d'une infirmière référente en endoscopie.

La première étape a été de recenser l'ensemble des do-

cuments demandés par le CClin Sud-Est. Cette étape, à première vue simple, s'est en fait révélée plus compliquée que prévu : en effet, plusieurs documents manquaient. Passé ce premier moment de panique et de remise en question, l'équipe a réalisé que cette visite de risque serait d'autant plus utile.

La deuxième étape pour le référent de la visite a été d'organiser le programme de la journée, en prévoyant les rencontres avec les professionnels (programmation d'un créneau horaire de 15 à 20 minutes par personne interviewée), tout en optimisant le temps sur place des experts. La logistique a également dû être anticipée (repas, salles de rencontres).

Le programme de la journée ainsi défini a ensuite été formalisé puis envoyé à chaque professionnel participant ainsi qu'aux visiteurs.

Le jour J, la visite de risque s'est ouverte à 8h30 par une rencontre entre les différents acteurs : professionnels, Direction et experts du CClin Sud-Est.

L'observation des pratiques a démarré parallèlement avec une lecture des différents documents du service (procédures, fiches de traçabilité, manuel des différents appareils, résultats des contrôles, fiches de postes, fiches techniques et de sécurité des produits).

Les interviews des professionnels se sont déroulées l'après-midi ; les experts ont rencontré le personnel médical et paramédical du service, l'encadrement des consultations externes et du bloc, mais également le responsable biomédical et le médecin du travail.

En fin d'après-midi, la visite s'est clôturée par une restitution des observations en présence des mêmes acteurs que le matin. La journée s'est terminée à 17h30.

L'après visite

Un mois plus tard nous recevons le rapport du CClin Sud-Est, que nous devons approuver ou corriger. Rapidement nous avons reçu le rapport final comportant des recommandations regroupées par thèmes observés :

- l'organisation et les moyens par site et par type d'endoscopes,
- les consommables,
- les risques professionnels et la maladie de Creutzfeld-Jakob,
- les contrôles,
- la gestion des risques et de la qualité.

L'infirmière hygiéniste a effectué une restitution de ce rapport à toute l'équipe d'endoscopie, à la Direction et au service qualité : l'objectif étant de faire un résumé des recommandations émises dans le rapport et de proposer un plan d'action (Tableau 2). Le rapport complet a été envoyé à toutes les personnes concernées. Le plan d'action a été écrit en précisant les responsables des actions avec un calendrier d'échéance.

Finir la mise à jour des protocoles de désinfection des endoscopes et les simplifier : faire valider ces protocoles par le Clin
Elaborer la fiche technique de séquestration de l'endoscope en cas de MCJ
Informers les médecins sur l'évaluation du risque de MCJ afin de la réaliser en amont de l'acte
Simplifier la traçabilité aux consultations externes : faire traçabilité par endoscope Améliorer la traçabilité en ORL faire traçabilité des filtres à eau
Evaluer les pratiques en ORL
Mettre à disposition les fiches techniques des produits et des soluscopes
Mettre à jour les fiches de poste en fonction de l'organisation cible de juin au bloc

Tableau 2 : extrait du Plan d'action

L'intérêt d'une visite de risque et notre vécu

L'obtention de l'accord et de l'engagement de chaque acteur est primordiale pour réussir cette visite. Il est nécessaire de convaincre de son bien-fondé, ce qui n'a pas été le cas pour l'un de nos médecins qui n'y a par conséquent pas participé.

Les visiteurs ont également audité la prise en charge des naso-fibrosopes en ORL, ce qui n'était pas prévu. Cette investigation supplémentaire, inopinée, a été plus ou moins bien perçue par le personnel et a généré des tensions. Les procédures n'étaient pas entièrement conformes et connues de tous et la traçabilité non effective.

L'élaboration du plan d'action a été plus facile à réaliser car nous avons suivi les recommandations formulées et avons déterminé des priorités ; il a constitué un des éléments clefs pour la visite de certification. Beaucoup de choses étaient déjà en place mais nous avons profité de cette dynamique pour revoir toutes nos procédures (22 au total) et les fiches de traçabilité.

Cette visite nous a donné une impulsion positive : elle nous a aidés à réaliser notre projet de restructuration, à mettre en place la visite de certification et à l'aborder avec moins de crainte.

Elle a permis à une petite équipe comme la nôtre de pouvoir rencontrer des experts en hygiène et d'avoir des

échanges fructueux. Que ce soit les équipes d'hygiène ou les équipes dans les services, nous avons souvent « la tête dans le guidon » et ce regard externe nous a permis de connaître les points positifs et négatifs dans la gestion du risque en endoscopie.

Elle a également facilité la prise des bonnes décisions concernant notre futur projet de restructuration de toute l'endoscopie au bloc opératoire.

Enfin elle a permis de valoriser la fonction d'hygiéniste au sein de l'établissement et de la cellule qualité et gestion des risques.

Conclusion

Organiser des évaluations dans des petits établissements reste compliqué et nécessite d'y consacrer du temps, mais beaucoup de méthodes « clefs en mains » sont proposées. Les visites de risques réalisées par des personnes extérieures sont une méthode d'évaluation utile. Elles peuvent paraître chronophages dans leur phase préparatoire, certes la journée fût dense, mais la finalité ô combien efficace et enrichissante.

Aujourd'hui toutes les endoscopies digestives et pulmonaires sont réalisées dans de nouveaux locaux au bloc opératoire, conformes en termes de sécurité et d'hygiène.

Notre visite de certification concernant la gestion du risque infectieux en endoscopie s'est bien déroulée. Il nous reste à ce jour à élaborer un manuel qualité.

Nous remercions toute l'équipe du Cclin Sud-Est pour son aide et sa disponibilité.

Références

- 1 HAS. Certification des établissements de santé, guide thématique des experts-visiteurs, management de la prise en charge des patients en endoscopie. 2014. 20 pages.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1778813/fr/les-guides-thematiques-des-experts-visiteurs-format-2 clics-v2014
- 2 Ministère des affaires sociales, de la santé. Instruction n° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015. (réf 399611)



Retour d'expérience sur le partenariat URPS PACA IDE / Arlin PACA

Sophie Desmons, infirmière hygiéniste
Arlin PACA, Marseille

sophie.desmons@ap-hm.fr

En 2015, le nouveau programme national de prévention des infections associées aux soins (Propias) voit le jour avec un élément nouveau qui est d'établir un partenariat avec les réseaux de professionnels libéraux.

« *La mise en œuvre du Propias s'appuiera sur les réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (unions, ordres, syndicats, fédérations...)* ».*

En effet, aujourd'hui la prévention du risque infectieux, la qualité et la sécurité des soins s'élargissent à l'ensemble du système de santé en intégrant le secteur libéral pour assurer la continuité des actions de prévention tout au long du parcours de soin : établissements sanitaires, établissements médico-sociaux et ville.

La région PACA est composée de 6 départements de santé (Bouches du Rhône, Var, Alpes-Maritimes, Vaucluse, Hautes-Alpes, Alpes de Haute-Provence), elle comprend un très grand nombre de professionnels IDE libéraux (environ 14 000).

Depuis 2012, l'Arlin PACA s'efforce d'établir, de maintenir et de renforcer des liens avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS PACA IDE) pour répondre à ses missions de relais de proximité, d'appui technique et de conseils auprès de ces professionnels.

URPS PACA IDE : Objectifs et organisation

Les URPS ont été créées par la loi HPST de 2009, elles ont pour objectifs :

- organiser l'offre de santé régionale dans le secteur libéral,
- préparer et mettre en œuvre le projet régional de santé,
- analyser les besoins de santé et l'offre de soins etc.

L'union régionale IDE de la région PACA est composée d'un président, d'un secrétaire, de représentants de la profession qui se réunissent une fois par semaine autour de plusieurs commissions thématiques. La particularité de l'URPS PACA IDE a été la création d'une "commission infections associées aux soins" pour réfléchir autour de la prévention du risque infectieux.

Commission infections associées aux soins (IAS)

Cette commission a la particularité de disposer d'une interlocutrice privilégiée (appelée chef de projet santé) qui assure le lien entre les différents interlocuteurs de l'URPS PACA IDE et l'Arlin PACA.

* Extrait du Propias 2015

L'Arclin PACA a été invitée à participer aux réunions de travail organisées par cette commission.

C'est lors de ces réunions que l'Arclin et l'URPS ont pu construire et conduire des travaux ensemble autour de la prévention du risque infectieux.

C'est grâce à la richesse des échanges avec les professionnels du terrain autour de l'écoute, le partage des connaissances, la compréhension des problématiques de terrain spécifiques au domicile que nous avons pu faire des propositions qui ont abouti à des actions.

Outils, travaux réalisés en partenariat avec l'URPS PACA IDE depuis 2012

En quelques années, cette collaboration a permis de développer différents projets :

- élaboration d'une fiche technique sur l'hygiène des mains : http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/arclin-paca/Affiche_mains.pdf
- appui technique et consultatif dans l'élaboration d'un guide AES/DASRI en partenariat avec l'ARS PACA : http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/arclin-paca/livret-DASRI-AES_final_BR.pdf
- communication, diffusion des nouvelles recommandations spécifiques au secteur libéral (Bonnes pratiques essentielles en hygiène à l'usage des professionnels de santé en soins de ville – SF2H novembre 2015).
- présentation du nouveau programme de prévention des infections associées aux soins (Propias 2015) : réflexion autour des axes prioritaires à développer en priorité.
- aide à la construction et à la mise à jour du site internet URPS PACA IDE :
 - ✓ informations sur les nouveautés et l'actualité à diffuser sur le site,
 - ✓ communication sur les réunions, formations organisées par l'Arclin PACA accessibles aux IDE libéraux
- élaboration d'un questionnaire sur les infections associées aux soins pour faire un état des lieux des connaissances et des besoins en formation sur cette thématique.

Projets

Des pistes de travail pour améliorer la qualité et la sécurité des soins tout au long du parcours de soin du patient ont émergé au cours de ces différentes rencontres.

En voici quelques-unes qui orienteront nos travaux de collaboration avec l'URPS PACA IDE :

- document de liaison hôpital/ville pour améliorer la prise en charge du patient à son retour à domicile
- règles de base en hygiène (précautions standard) pour le secteur libéral
- proposer un kit ou une check-list du soignant en secteur libéral pour assurer la maîtrise du risque infectieux au niveau des soins, de l'environnement ainsi que la protection du soignant
- améliorer et sécuriser la prise en charge des patients porteurs d'une BMR/BHRe : création et diffusion de plaquettes d'information
- fiches synthétiques (pour les gestes invasifs et soins de base) avec les éléments incontournables à maîtriser en matière de prévention du risque infectieux.

Des exemples de partenariat avec l'Arclin PACA et le secteur libéral

Participation au congrès régional des IDE libéraux

Depuis 2014, l'URPS PACA IDE organise un congrès annuel régional destiné aux professionnels IDE libéraux de toute la région PACA. Ce congrès réunit un très grand nombre de professionnels.

L'Arclin PACA a été invitée à y animer des ateliers thématiques sur l'hygiène des mains (boîte à coucou, quizz), la conduite à tenir en cas d'AES, les outils d'e-learning décrivant les bonnes pratiques de manipulation des cathéters veineux périphériques et sous-cutanés, la gestion des DASRI à domicile en partenariat avec l'ARS PACA.

Ces thématiques font déjà l'objet de recommandations bien spécifiques dans les secteurs sanitaire et médico-social. Il va falloir envisager de les adapter au secteur de la ville en prenant en compte toutes les interfaces existant entre l'hôpital et la ville. Le guide de la SF2H de novembre 2015 : « bonnes pratiques essentielles en hygiène à l'usage des professionnels de santé en soins de ville » est une première approche très aidante pour initier la démarche d'amélioration de la qualité des soins

dans le secteur de la ville et favoriser la liaison ville/hôpital.

Groupe de travail pluri-professionnels avec le CH d'Avignon

Pour compléter la demande des professionnels libéraux d'avoir des supports spécifiques au secteur de la ville pour qu'ils puissent se les approprier dans leurs pratiques au quotidien, l'Arclin PACA a constitué un groupe de travail en partenariat avec le centre hospitalier d'Avignon pour élaborer un référentiel sur la prévention du risque infectieux dans les soins de base et les gestes invasifs sous forme de fiches synthétiques.

Ce groupe de travail pluri-professionnel, composé d'IDE libéraux, IDE hygiénistes, IDE de coordination HAD et IDE coordination prestataire de santé, travaille activement pour proposer un référentiel sur un site internet destiné aux professionnels libéraux qui devrait être achevé courant 2017.

Symposium organisé par un laboratoire médical destiné aux IDE libéraux et prestataires de santé de la région PACA

A domicile, la prise en charge d'une perfusion sur une voie centrale nécessite le plus souvent l'intervention d'un prestataire de santé qui va fournir le matériel nécessaire au bon déroulement du soin.

Les IDE de coordination travaillant pour ces prestataires de santé sont des partenaires privilégiés auprès des IDE libéraux et incontournables pour l'organisation et la gestion des bonnes pratiques autour des dispositifs intravasculaires. L'Arclin PACA est intervenue lors de ce symposium pour rappeler les bonnes pratiques et la prévention du risque infectieux autour du cathéter à chambre implantable (CCI).

D'autres domaines doivent être explorés pour augmenter notre champ d'action auprès du secteur libéral comme les associations d'IDE libéraux, le conseil de l'ordre de chaque profession et les fédérations de prestataires de santé.

Conclusion

La profession d'IDE libéral est en pleine évolution et les nouvelles orientations du système de santé le confirment :

- décloisonnement des secteurs de l'offre de soins, le

développement des soins ambulatoires

- soins techniques de plus en plus fréquents et lourds
- durée d'hospitalisation de plus en plus courte
- prises en charge de plus en plus complexes

L'IDE libéral est un acteur de santé incontournable que nous devons aider afin de construire une dynamique de prévention des IAS applicable et réalisable au quotidien pour harmoniser les pratiques d'hygiène et garantir la qualité, la sécurité des soins tout au long du parcours de santé.





Evolution de l'indicateur ICSHA : vers ICSHA 3 pourquoi ?

Pierre Parneix , Cclin Sud-Ouest

pierre.parneix@chu-bordeaux.fr

Suite à une décision de la COSPIN (Commission de suivi de la prévention des infections associées aux soins) lors de sa réunion de décembre 2013, la Direction Générale de l'Offre de Soins a confié au Cclin Sud-ouest en janvier 2014 la mission d'animer un groupe de travail visant à réviser les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA 2.

Le groupe de travail s'est réuni pour la première fois le 12 février 2014. Les experts sont partis de l'analyse des données ICSHA 2 2010-2012 qui montraient qu'à la fois la très grande majorité des établissements avait atteint les classes A ou B mais aussi que la progression annuelle de la consommation s'était ralentie. Là où 5 ans auparavant on observait des progressions annuelles de près de 40% de la consommation des SHA, on était désormais sur des valeurs de 10% qui équilibraient juste l'augmentation annuelle des objectifs. Toutefois les expériences locales démontraient qu'il existait des marges de progression associées à la disparité de performance des différents secteurs d'activité au sein d'un même établissement. Le groupe s'est accordé à penser qu'aller vers un indicateur de niveau plus fin impliquant les secteurs d'activité était important et correspondait de plus à l'attente des usagers. Par ailleurs, le groupe a fait le constat que peu de connaissances scientifiques sur le sujet étaient disponibles depuis 2009. Les experts ont considéré que l'ICSHA restait un indicateur à visée d'amélioration de la performance et que sa métrologie actuelle équilibrant volume moyen et objectif en opportunité demeurait per-

tinente. Le groupe a d'emblée arrêté le principe d'une enquête auprès des référents bilan LIN pour recueillir leur avis sur les évolutions possibles. Dans l'intervalle plusieurs actions ont été menées pour éclairer les choix du groupe et le contenu de l'enquête :

1. faire la liste des secteurs dont la consommation en SHA est prise en compte dans l'indicateur sans pour autant être associée à un objectif quantifié (consultation, écoles...). L'option de les exclure du calcul ou de leur adjoindre un objectif sera discutée au déroulement.
2. évaluer les possibilités de mesurer la consommation au niveau des secteurs d'activité et le cas échéant décliner une typologie de ces secteurs applicable à l'ensemble des établissements de santé.
3. explorer avec la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) la possibilité d'obtenir les données d'activité nécessaires au calcul de l'indicateur au niveau non plus de l'établissement dans son entier mais des secteurs type pôles ou disciplines.
4. faire le bilan des retours d'expérience tendant à montrer pour certains secteurs (exemple : bloc, HAD...) le caractère peu adapté de l'objectif actuel en termes d'opportunité en particulier.

Cette enquête menée en avril 2014 a permis de recueillir 687 réponses d'établissements dont la typologie était représentative de la base nationale. Sur la base des résultats de cette enquête remis en juillet 2014 le groupe a acté en septembre 2014 cinq grands principes d'évolution de l'indicateur :

1. passer aux volumes délivrés et non commandés en laissant de côté l'effet stock qui se lisse sur un an.
2. proposer un indicateur global et par grand secteur d'activité (Médecine, Chirurgie, SLD, SSR, PSY).
3. intégrer la consommation des seuls secteurs pris en compte en termes d'activité dans l'indicateur (ex : exclure les consultations pour lesquels les données SAE ne sont pas assez fiables).
4. intégrer des nouvelles activités comme SSPI et endoscopie, radiologie interventionnelle, PTI en prenant un objectif pragmatique associé.

Comptabiliser pour le bloc opératoire les procédures (actes correspondant à ceux décrits par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) réalisées et non les passages des patients admis en chirurgie.

5. conserver 3 mL en dose moyenne.

De nombreuses concertations ont été menées avec la DGOS, la DREES, l'ATIH et la HAS, nouvel acteur en charge du tableau de bord des IAS, pour voir ce qu'il était réellement possible de faire avec le nouveau bordereau SAE.

Toutefois, le groupe partageait la vision que l'indicateur ICSHA dans son modèle actuel ne jouait plus un rôle moteur pour une amélioration de l'hygiène des mains et que l'augmentation des objectifs couplée aux actions de promotions habituelles ne suffisait pas à les atteindre. Le constat de terrain pour les EOH était aussi que les équipes de soins ne voulaient souvent plus entendre parler d'hygiène des mains via cette approche (usure de la méthode).

Place de l'audit

Afficher en complément de l'indicateur de consommation un indicateur d'observance est apparu intéressant au groupe à l'instar de ce qui est fait au Canada et en Australie avec un objectif d'observance de 80% pour des situations choisies. Il s'agit d'une évaluation interne réalisée par l'établissement mais à affichage public.

Le groupe a vu l'opportunité d'un audit qui serait ciblé sur deux situations portées par le futur Propias (multiré-

sistance et actes invasifs) avec par exemple l'observance juste avant le contact avec le patient et en quittant la chambre. L'audit présente aussi l'intérêt de prendre en compte la dimension lavage ; point qui restait encore l'objet de remarques fréquentes dans l'enquête.

Le consensus est devenu moins fort lorsque le groupe s'est attelé à envisager les aspects de méthode : Quels services ? Quelle fréquence ? Affichage public ? Quelle charge de travail ? Il faut noter que pour la saisie les australiens utilisent en temps réel une application numérique. Il a été décidé de demander au Grepsh de réaliser une telle méthodologie. Ce travail est en voie de finalisation actuellement.

Toutefois, la HAS a estimé que dans le système français un indicateur se basant sur une auto-évaluation ne pouvait avoir un statut de diffusion publique si le taux d'observance était la donnée affichée. En Australie, un système de contrôle externe indépendant annuel est mis en place mais nécessite une organisation dédiée à cela. La visite de validation se fait sous forme d'audit associant un représentant externe du système de mesure de l'indicateur et un hygiéniste et un Directeur de l'établissement contrôlé.

Le Graal de l'objectif

Quels que soient les axes ou les orientations possibles pour un indicateur mains rénové, les débats techniques finissent toujours par revenir au concept d'objectifs à atteindre et de sa définition. Dans l'enquête menée auprès des établissements, nombre des structures répondantes se sont montrées favorables à une nouvelle étude permettant de définir les opportunités. Le groupe a beaucoup débattu de l'expérience lilloise consistant à faire évaluer par chaque service le nombre d'opportunités réelles pour fixer des objectifs plus ambitieux mais plus connectés à la réalité pour les équipes. Le croisement de l'auto-évaluation des équipes avec les actes de soins évalués via le dossier patient montre une très bonne concordance avec une approche non vécue comme un contrôle.

Le groupe était favorable à ce que l'année 2015 soit l'occasion de lancer à l'échelon national une démarche engageante du type « Compte tes opportunités ». Par ailleurs, ce travail pourrait aussi aboutir à un nouveau standard, ou idéal, moins critiqué du nombre d'opportunités. Ce projet a été confié au Grhym (Groupe Hygiène des mains) qui a mené un vaste travail méthodologique

puis un projet expérimental 2015/2016 dont les résultats sont en cours de publication. Les résultats initiaux de cette méthode allaient plutôt dans le sens d'objectifs multipliés par trois par rapport à l'ICSHA 2 ce qui permettrait de se rapprocher de la réalité mais qui n'était pas le souhait remonté par les établissements lors de l'enquête de 2014. La méthode semble toutefois à même de créer une dynamique très positive pour ceux qui l'adoptent avec évidemment un engagement nécessaire important des EOH et des équipes de soins.

La vaste démarche de l'ICSHA 3 avait donc ouvert de nombreuses pistes mais pris aussi du retard quand le calendrier du Tableau de bord des infections nosocomiales 2016 rappela tout le monde à ses obligations.

Sur la base des nombreuses données et éléments de réflexion disponibles une version test expérimentale de l'ICSHA 3 a donc été proposée aux établissements avec des objectifs à la hausse se basant sur la médiane des propositions faites par les établissements en 2014 ; les données Grhym n'étant pas à ce stade disponibles à une large échelle. L'expérimentation a donné lieu à de nombreux commentaires de la part des hygiénistes confrontés à ce changement assez radical et à des systèmes d'information pas toujours à la hauteur de l'enjeu. Par ailleurs, les modalités variées d'organisation des établissements ne permettent pas toujours de scinder les activités aussi finement que proposé par l'indicateur. Sur la base du test, on peut penser que certaines disciplines jugées non essentielles pourront être supprimées du décompte individualisé, et pour certaines dont il sera jugé que le recueil est indispensable, il sera localement peut être nécessaire de faire évoluer les systèmes de recueil.

L'indicateur ICSHA en version 3 a pris en compte la majorité des éléments issus de l'enquête menée en 2014 auprès des utilisateurs de Bilan LIN à savoir : quantités délivrés, objectifs en hausse modérée, inclusion de secteurs jusque-là sans objectif associé, analyse des résultats par grandes disciplines. Au vu des résultats de l'expérimentation la généralisation avec un caractère public de la diffusion, pourront être proposée en 2017 sur la base des données de consommation de 2016, voire en 2018 sur celles de 2017, si l'expérimentation nécessite une année supplémentaire.

L'outil de calcul mensuel de l'ICSHA expérimental est disponible sur le site du Cclin Sud-Ouest.

<http://www.cclin-sudouest.com/outils/epp/#tabs-1>

Maintenir la dynamique autour de l'hygiène des mains nécessite une approche multimodale et le soutien par un indicateur public de performance a montré son utilité dans l'expérience française. Toutefois la rénovation et le changement réguliers des outils restent un impératif dans toute stratégie. Il appartiendra au particulier au nouveau groupe IAS de la HAS de faire des propositions d'évolution sur la base de la phase expérimentale. L'enjeu est fort il ne faut pas s'y tromper et tout indicateur qui n'évolue pas est voué à disparaître.





SHA : quels résultats lorsque le soignant ne sait pas que la qualité de sa friction sera évaluée ?

Olivier Meunier, Brigitte Kessler, Mathias Adé, Fanny Taesch, Laurent Garnier, Sandrine Burger, Marc Kribs, Sandrine North

Service d'hygiène hospitalière du CH de Haguenau (67)

olivier.meunier@ch-haguenau.fr

Pour faire la promotion de l'usage et du bon usage des solutions hydro-alcooliques (SHA) dans notre établissement, nous nous sommes dotés d'un caisson pédagogique pour visualiser la bonne application d'une solution fluorescente. Après l'utilisation de cette solution pour une friction des mains, le professionnel expose ses mains sous une lampe à UV qui révèle alors les zones fluorescentes désinfectées et les zones oubliées. Pour quantifier objectivement la qualité de cette application, nous avons élaboré une grille qui nous permet de chiffrer de façon reproductible la surface cutanée non fluorescente à l'issue de ces frictions.

Une première étude d'observation des pratiques [1] avait été réalisée dans notre établissement en chiffrant objectivement, à l'aide de la même grille de recueil, le pourcentage de surface cutanée non fluorescente, donc non désinfectée, des mains de nos professionnels. Nous avons alors montré qu'en moyenne, 4,37% de la surface cutanée des mains était oubliée. Dans cette première étude, les pouces, les poignets et le dos des doigts étaient souvent mal désinfectés. Nous montrions aussi que la main dominante était significativement moins bien désinfectée que la main non dominante. A partir de ces premiers résultats, l'EOH a pu lancer de nouvelles campagnes de sensibilisation et d'information auprès des professionnels de l'établissement en insistant sur quelques points permettant d'avoir un nouveau discours

autour d'un sujet déjà très largement débattu. Ainsi, sur la base de ces informations inédites, nous avons pu insister sur cette notion de zones fréquemment oubliées et surtout sur l'idée que la main dominante, pourtant plus à même de faire le geste auprès du patient, était moins bien désinfectée que la main non dominante.

Mais pour éliminer le biais lié au fait que le professionnel sait qu'il sera évalué sur la qualité de sa friction, pour cette deuxième étude, nous avons placé dans les services de soins, à des endroits choisis et à l'insu des professionnels, des flacons de SHA fluorescente. En effet, le professionnel se sachant observé pourrait, plus ou moins consciemment, être incité à respecter plus scrupuleusement les étapes de la procédure de désinfection par friction et insisterait probablement davantage sur quelques zones souvent oubliées ou négligées en pratique courante.

Nous nous sommes donc invités dans les services de soins pour proposer une évaluation de l'hygiène des mains par friction auprès des professionnels présents et disponibles pour les 30 secondes que nécessite la friction. Certains professionnels utiliseront alors la solution proposée par l'EOH et savent que la qualité de leur friction sera évaluée mais en parallèle, quelques professionnels sortant d'une chambre de patient, finissant un soin ou participant aux tâches ménagères du service auront

utilisé à leur insu la solution fluorescente mise en place au préalable. Ainsi nous obtenons deux groupes de professionnels : « informé » et « à l'insu » pour lesquels les résultats moyens de la qualité de la désinfection pourront être comparés.

Matériel et méthode

Dans cette étude, l'EOH a examiné la qualité de la friction effectuée par le personnel soignant de l'établissement en utilisant une SHA additionnée de Tinopal® (Aniosgel 85 NPC® fluorescent) qui émet une fluorescence bleue sous rayonnement UV-A dans un caisson pédagogique (Anios®). La fluorescence bleue sur les mains témoigne de l'application de SHA, c'est-à-dire d'une désinfection de la zone correspondante. Les zones non fluorescentes quant à elles indiquent une absence de contact avec la solution et sont de ce fait déclarées « non conformes ». La société fournissant les SHA avait accepté de conditionner la solution fluorescente dans des flacons de 500 mL identiques à ceux alors disponibles dans notre hôpital, les solutions fluorescentes ne sont ainsi pas reconnaissables par les personnes non averties. La grille de quantification de la qualité de la friction consiste en un quadrillage de 50 carrés identiques [Figure 1] de chacune des faces des mains. La surface de l'ensemble des deux mains représente au total 200 carrés. Un carré représente 0,5% de la surface totale des deux mains ou 1% de la surface du dos des mains, des paumes ou d'une des deux mains.

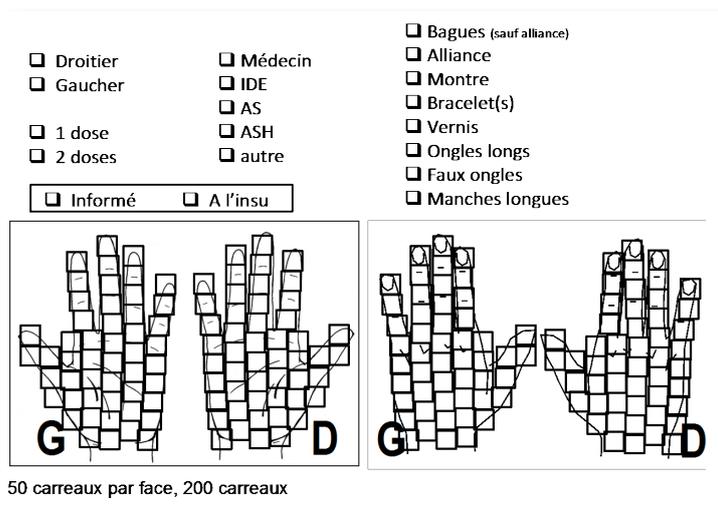


Figure 1 : grille de recueil des données de l'observation.

L'EOH s'est déplacée dans l'ensemble des services de l'établissement. Pour chaque observation, une grille de recueil des données est complétée en notant la profession du volontaire : médecin ou interne, infirmier ou

étudiant en soins infirmiers [IDE], agent de service hospitalier [ASH], aide-soignant [AS] ou « autres ». Les volontaires sont invités à vérifier dans un premier temps qu'ils n'ont pas utilisé la SHA fluorescente à leur insu. Si les mains sont déjà fluorescentes, l'EOH informe le professionnel et lui demande son accord pour évaluer avec lui la qualité de la friction. Sur la feuille de recueil des données, la case « à l'insu » est cochée. A l'inverse, si les mains ne présentent aucune fluorescence, le professionnel est invité à se frictionner les mains avec la solution fluorescente mise à disposition et évalue avec l'EOH la surface non désinfectée. Sur la grille de recueil, la case « informé » est cochée. Nous obtenons ainsi des résultats chiffrés pour deux populations de professionnels « informé » et « à l'insu » pour lesquelles nous pouvons calculer les moyennes et écarts-types des surfaces cutanées non fluorescentes et donc non désinfectées.

Les professionnels volontaires pour l'évaluation de la qualité de leur friction avec une SHA sont invités à exposer leurs mains sous la lampe à UV. Les zones non fluorescentes sont identifiées et reportées sur la grille d'analyse individuelle présente sur le questionnaire. La localisation des zones non fluorescentes renseigne sur le ou les gestes oubliés lors de la friction. Pour chaque observation, l'EOH dénombre ainsi précisément les cases entourées et attribue le pourcentage de « non conformités » pour le dos et la paume des mains droite et gauche. Des résultats moyens sont calculés ainsi que les écarts autour de ces moyennes.

Avant sa mise en œuvre, le projet a été présenté aux instances institutionnelles : le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), la Commission Médicale d'Établissement (CME) et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Ce projet a obtenu l'approbation des représentants des différentes catégories de professionnels et des partenaires sociaux, notamment pour cette partie inhabituelle du projet qui veut évaluer la qualité de la friction alors que le professionnel ne sait pas qu'il a utilisé une solution fluorescente.

Résultats

Pour cette étude « informé » versus « à l'insu », nous avons rencontré, sur une période d'une dizaine de jours consécutifs, 231 professionnels au cours de leurs activités dans les services. Parmi ces professionnels, 198 ont utilisé la SHA fluorescente que nous leur avons proposée. En revanche, 33 ont utilisé la SHA fluorescente à

leur insu alors que les flacons avaient été préalablement disposés dans le service. Au moment de la friction avec la solution fluorescente, ces professionnels n'avaient pas non plus vu que l'EOH était dans le service et ne savaient pas qu'une évaluation des pratiques était en cours. Ils ont néanmoins tous accepté de vérifier la qualité de la friction qu'ils venaient de faire en sortant d'une chambre, de la salle de soins ou après avoir réalisé un soin ou procédé à une autre obligation de service.

Sur les 231 observations, 55 médecins ont accepté que la qualité de leur friction soit évaluée dont 9 qui avaient utilisé la SHA fluorescente à leur insu. Pour les autres corps de métier, nous avons évalué la friction chez 83 infirmiers(ères) ou étudiant(e)s en soins infirmiers dont 12 « à l'insu », 31 aides-soignantes dont 4 « à l'insu », 23 agents de services hospitaliers dont 8 « à l'insu » et 6 autres personnes d'autres catégories professionnelles comme les kinésithérapeutes, les psychologues et agents d'accueil rencontrés dans les services [Figure 2].

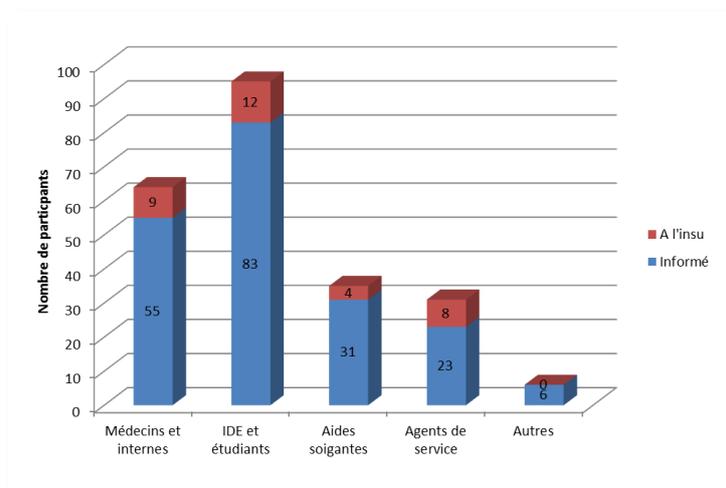


Figure 2 : métiers des professionnels de santé participants.

En moyenne, 6,34% de la surface cutanée des deux mains n'est pas désinfectée chez les 231 personnes observées. Lorsque le professionnel sait que sa friction sera évaluée (n = 198), la surface moyenne non désinfectée est de 5,76% (écart-type 5,18% ; médiane 5%). En revanche, lorsque le professionnel ne sait pas qu'il sera observé (n = 33), la surface moyenne cutanée non désinfectée des deux mains est de 9,82% (écart-type 8,9% ; médiane 7%), soit une surface non désinfectée 1,7 fois supérieure. La différence entre les deux groupes est significative sur le plan statistique (p < 0,05).

Lorsque l'on compare les résultats moyens des surfaces non désinfectées par métier dans les groupes « à l'insu » et « informé », on ne note pas de différence significative

chez les médecins et internes : 4,56% « à l'insu » et 4,73% « informé » (facteur x 1), chez les AS : 8,0% « à l'insu » et 7,78% « informé » (facteur x 1) et chez les ASH : 10,56% « à l'insu » et 6,33% « informé » (facteur x 1,7) [Figure 3]. En revanche, chez les infirmiers et étudiants en soins infirmiers, la différence est nette et significative sur le plan statistique (p < 0,05), le facteur multiplicatif est de 2,4, les résultats moyens sont de 13,88% de surfaces cutanées non désinfectées dans le groupe d'infirmiers évalués à leur insu et de 5,83% lorsqu'ils savent qu'ils vont être observés.

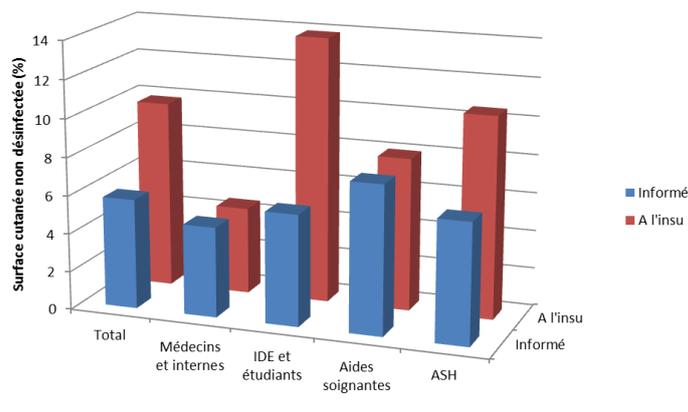


Figure 3 : comparaison des résultats des frictions réalisées par les professionnels de santé « informé » et « à l'insu ».

Enfin, seulement 15 observations (6,5%) montrent une désinfection parfaite, soit aucune zone cutanée non fluorescente sur les deux mains. Une seule fois, cette désinfection parfaite concerne un professionnel observé à son insu. Ainsi, 7% des observations sont parfaites dans le groupe « informé » et 9% dans le groupe « à l'insu ».

Discussion

Notre première étude d'observation des pratiques [1] avait montré qu'en moyenne, 4,37% de la surface cutanée des mains était oubliée. Une autre étude française [2] apporte des résultats similaires en chiffrant le pourcentage de surface cutanée non fluorescente : 1,5% de la surface des paumes et 10,6% de la surface du dos des mains ne sont pas désinfectées après friction, soit 6% de la surface totale des deux mains. La mesure est réalisée auprès de 92 étudiants en médecine après qu'ils aient été formés à la procédure de désinfection par friction.

Forts de ces résultats, nous voulions mesurer le pourcentage de surface cutanée non désinfectée lorsque le professionnel ne sait pas que la qualité de sa friction sera évaluée, cherchant ainsi à supprimer le biais lié à l'ob-

servateur. En effet, on peut aisément imaginer qu'une personne se sachant observée modifie, consciemment ou pas, son comportement.

Ainsi, dans cette nouvelle étude, nous avons réussi à constituer un groupe de professionnels ayant utilisé une SHA fluorescente à leur insu au cours de leur activité professionnelle. Les distributeurs de SHA du service ont été substitués discrètement par l'EOH dans les services audités. Au cours de leur poste de travail, les professionnels ont ainsi pu utiliser la solution fluorescente sans le savoir, le flaconnage étant identique. Les membres de l'EOH, en proposant l'évaluation de la qualité de la friction aux personnes croisées dans le couloir du service, pouvaient inviter les professionnels qui avaient utilisé la solution fluorescente à leur insu à venir vérifier la qualité de la friction. La friction avec la SHA fluorescente étant donc réalisée immédiatement avant ou peu de temps avant l'évaluation par l'EOH, on suppose que la fluorescence observée est inchangée et reflète bien la qualité de la friction antérieure. Ce dispositif inhabituel dans nos pratiques d'évaluation de la qualité avait été présenté aux représentants des personnels. Les différentes instances avaient, elles aussi, donné leur accord sur le principe de l'évaluation de l'usage des SHA dans ces conditions expérimentales. Une information générale avait alors été donnée par l'intermédiaire d'une note de service émanant conjointement de la Direction des Soins et de l'EOH. Tous les professionnels de l'établissement avaient donc été avertis de la possibilité pour eux d'être évalués dans ces conditions. Il leur était aussi possible de ne pas exposer leurs mains sous la lampe à UV et donc de ne pas vérifier avec l'EOH la qualité de leur friction. Aucun n'a refusé le test.

A partir de cette nouvelle étude, nous pouvons comparer les résultats obtenus dans le groupe « informé » aux résultats de notre première étude [1] pour laquelle tous les professionnels évalués étaient informés. Ainsi, le résultat moyen de surface cutanée non désinfectée du groupe « informé » est de 5,46 % (écart-type 5,18 ; n = 198) alors qu'elle n'était que de 4,37 (écart-type 4,51 ; n = 184), la différence est statistiquement significative (t de Student). De plus, dans cette nouvelle étude, nous n'observons plus l'effet « main dominante » mis en évidence précédemment [1]. Il est possible qu'ayant axé nos campagnes de sensibilisation à propos de l'hygiène des mains et du bon usage des SHA en insistant sur cette particularité, le message ait été entendu et fait modifier les pratiques des professionnels. L'effet main dominante était assorti d'une réflexion de la part de l'EOH qui disait : « Attention, votre main gauche est « paresseuse » :

elle ne désinfecte pas votre main droite !... C'est dommage, c'est justement la main droite qui est au plus près du geste ». L'originalité du message a probablement permis d'interpeller les soignants qui sont maintenant plus attentifs lors de leur friction. Ce message de rétro-information immédiate auprès du professionnel évalué est reconnu comme nécessaire et efficace pour l'amélioration des pratiques de chacun [2, 3].

Dans cette nouvelle étude, nous mesurons le biais « observateur » lorsque les soignants savent qu'ils vont être observés. En effet, dans le groupe « à l'insu », la moyenne des surfaces cutanées non désinfectées est 1,7 fois plus importante que dans le groupe « informé ». Il existe bien un biais d'observation qu'il convient de prendre en compte lors des prochaines évaluations. A notre connaissance, c'est la première fois qu'une telle étude est réalisée et permet de chiffrer le biais lié à l'observation que l'on supposait exister [4] mais que l'on ne sait pas prendre en compte. Il est aussi essentiel de montrer que ce biais n'est pas le même pour tous les corps de métier. Dans notre étude, les médecins, AS et ASH ne modifient pas leurs pratiques, qu'ils sachent ou non si la qualité de leur friction sera évaluée. A l'inverse, la différence est nette chez les infirmiers et étudiants en soins infirmiers, sans que ces derniers n'influent sur le résultat. En effet, la différence observée est la même dans le groupe « infirmier » et le groupe « élève infirmier ». Ces derniers ne modifient ni dans un sens, ni dans l'autre cette différence de résultats que l'on constate entre le groupe « informé » et « à l'insu ». On aurait pu penser par exemple que les étudiants récemment formés pouvaient avoir une technique plus appropriée que leurs aînés. On peut penser que les professionnels ayant à faire de très nombreuses frictions avec une SHA tout au long de leur poste de travail finissent par le faire moins bien et ne s'appliquent à respecter les étapes de la procédure qu'au moment où ils savent qu'ils seront évalués. En revanche, les professionnels pratiquant moins ce geste, à bon ou mauvais escient, ne modifient pas leurs pratiques lorsqu'ils se savent observés. Notre étude ne porte ni sur la fréquence des frictions de chacun, ni sur le respect individuel des opportunités de l'utilisation des SHA. Nous ne nous sommes intéressés qu'à la qualité de la friction. Ainsi, l'on peut penser que le corps infirmier respecte peut-être les consignes de fréquence et utilisent les SHA à chaque fois que nécessaire mais au détriment de la qualité de la friction alors que les autres professionnels utilisent moins les SHA, leur mission au sein du service n'étant pas autant au contact du patient. Cette hypothèse est néanmoins mise à mal par les ré-

sultats observés chez les aides-soignants qui ont aussi de très nombreuses opportunités à l'hygiène des mains et pour qui, dans notre étude, nous ne montrons pas de différence de résultats selon les modalités de nos observations. Dans tous les cas, il convient de rappeler que la qualité de la friction et le respect des différentes étapes de la procédure garantissent la désinfection des mains [5, 6].

Conclusion

Le travail essentiel d'une équipe d'hygiène au sein des établissements de santé consiste à informer, sensibiliser et former les professionnels de santé. Les messages sont surtout centrés sur l'hygiène des mains et le bon usage des solutions hydro-alcooliques [6]. Les produits doivent être disponibles et surtout très accessibles [5, 6], les professionnels sont formés au bon usage. Si toutes les équipes disposent volontiers d'un caisson pédagogique pour évaluer la qualité de la friction des mains avec une solution fluorescente, nous avons voulu d'une part chiffrer objectivement la surface cutanée moyenne non fluorescente, donc non désinfectée et d'autre part évaluer le biais dû à l'observation en faisant utiliser par les professionnels à leur insu une solution fluorescente. Après avoir obtenu l'approbation des instances et des représentants du personnel pour la mise en œuvre de cette étude, nous montrons que l'observateur influe effectivement sur la qualité de la friction. Mais ce biais de l'observation n'est non seulement pas majeur (un facteur à peine supérieur à 1,5) mais surtout il ne concerne pas tous les corps de métier. Ce sont les infirmiers qui, probablement à cause de la nécessité d'une très fréquente utilisation des SHA tout au long de leur poste de travail, auraient le plus tendance à diminuer la qualité de leur friction en n'utilisant pas la quantité suffisante de produit et en ne prenant pas le temps de respecter les 7 étapes de la procédure standardisée de cette friction. Un message leur sera adressé plus spécifiquement. Des résultats objectifs, chiffrés et scientifiques apportent les arguments susceptibles de faire changer les pratiques.

Références

- 1 Garnier L, Burger S, Salles F, *et al.* Quantifier la qualité de la friction des mains. *Hygiènes* 2014; XXII (3) : 185-191. (réf 386533)
- 2 Hautemanière A, Diguio N, Daval MC, *et al.* Short-term assessment of training of medical students in the use of alcohol-based hand rub using fluorescent-labeled hand rub and skin hydration measurements. *American journal of infection control* 2009; 37 : 338-340. (réf 327968)
- 3 Kampf G, Reichel M, Feil Y, *et al.* Influence of rub-in technique on required application time and hand coverage in hygienic hand disinfection. *BMC Infectious Diseases* 2008; 8 (149) : 1-11. (réf 328644)
- 4 Laustsen S, Lund E, Bibby M, *et al.* Cohort study of adherence to correct hand antisepsis before and after performance of clinical procedures. *Infection control and hospital epidemiology* 2009; 30 (2) : 172-178. (réf 338566)
- 5 World health organisation. WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009. 270 pages. www.who.int/patientsafety/en/
- 6 SFHH. Recommandations pour l'hygiène des mains. *Hygiènes* 2009; XVII (3) : 141-204. (réf 322325)





Soignants : quels freins à la vaccination ?

Retour d'expérience de l'EOH au centre médical et pédagogique Rennes-Beaulieu

Elisabeth Lague, infirmière référente hygiène
Centre médical et pédagogique Rennes-Beaulieu

liz.lague@gmail.com

Faisant le constat que très peu de salariés se font vacciner contre la grippe (8 personnes sur 120 salariés en 2014) alors que chacun reçoit l'information qu'il peut le faire dans l'établissement, l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) a souhaité comprendre pourquoi une large majorité d'entre nous n'y a pas recours. Les avis étant partagés au sein même de l'EOH sur le sujet de la vaccination, plutôt que de communiquer un message visant à convaincre, nous avons préféré enquêter afin de susciter un questionnement bienveillant, sans intention informative ni persuasive. L'objectif secondaire de cette enquête était de définir notre axe de campagne 2016.

Méthode

Nous avons souhaité aller directement à la rencontre des salariés et ainsi privilégier la parole libre plutôt que le questionnaire écrit. Le premier volet de l'enquête a eu lieu début novembre 2015. Il a été suivi d'une restitution des résultats dans le Journal Qualité de l'établissement. Enfin, un second temps de rencontre sur le même mode a eu lieu début mars 2016, après l'hiver.

Lundi 2 novembre, pendant le temps du déjeuner, les membres de l'EOH, accompagnés de la Représentante des Usagers membre du CLIN, sont allés à la rencontre des salariés et les ont interrogés à l'entrée du restaurant du personnel. Nous avons simplement posé au personnel les questions suivantes : "Vous faites-vous vacciner contre la grippe ?", "Pour quelle(s) raison(s) ?" Les ré-

ponses ont été transcrites mot pour mot, et assez naturellement s'en sont suivis des échanges informels autour de la vaccination.

Résultats 1

45 personnes ont ainsi été interrogées. Parmi elles, 6 ont prévu de se faire vacciner, 39 déclarent ne pas avoir l'intention de le faire. Les réponses négatives peuvent être classées dans trois catégories :

- l'histoire de chacun : "j'ai une mauvaise expérience avec un vaccin", "le vaccin m'a rendu malade", "j'ai eu tous les effets secondaires", "je l'ai fait une fois et j'ai été malade", "le vaccin n'est pas ou peu efficace".
- la confiance dans son propre organisme : "je suis en bonne santé", "je n'ai jamais eu la grippe", "j'ai confiance en mon système immunitaire", "je n'en ai pas besoin", "je prends de l'homéopathie, c'est efficace", "j'ai moins de 65 ans".
- la défiance / la peur : "je suis anti-vaccin", "je limite les apports extérieurs", "j'ai peur des piqûres", "on ne connaît pas les effets à long terme", "je ne veux pas qu'on m'injecte un virus", "je ne suis pas convaincue de l'intérêt", "depuis qu'ils mélangent deux souches, je ne le fais plus", "je ne fais que les vaccins obligatoires et ça me suffit", "on n'est pas sûr que ce soit sans risque", "je ne fais pas confiance aux campagnes ni aux politiques".

Enfin, quelques personnes n'ont pas su dire pourquoi elles ne se vaccinent pas, se sentant confusément réticentes sans y être fermement opposées.

Le lendemain de l'enquête, jour retenu pour la vaccination du personnel, 16 salariés se sont fait vacciner. On pourrait être tenté de croire que notre intervention de la veille a éveillé les consciences, pourtant le plus probable est que notre démarche a simplement constitué un rappel de l'information, à ceux qui chaque année l'oublent, que le personnel peut bénéficier au travail de la vaccination contre la grippe.

Analyse

Alors que les réponses des personnes qui se vaccinent sont formulées d'une manière claire que l'on sent raisonnée (*"je le fais pour renforcer mon immunité, pour ne plus être malade", "j'ai eu la grippe une fois, depuis je me vaccine", "pour ne pas la transmettre aux autres"*), on constate que les réticences à la vaccination, telles qu'elles sont spontanément exprimées, sont plus d'ordre émotionnel que rationnel. Si l'on regroupe les réponses liées à la défiance et celles qui relèvent de l'histoire personnelle (qui dit aussi notre peur de revivre une expérience pénible ou négative), cela soulève des questions plus profondes :

- nous avons peur de porter atteinte à l'intégrité de notre corps, peur d'être malade, moins consciemment peur de souffrir, peur de mourir ?
- dans une société secouée ces dernières décennies par plusieurs scandales de santé publique, à qui peut-on se fier ?
- quand les médias cultivent la peur en déclinant les risques sous toutes ses formes, tout devient danger : comment garder raison ?
- le vaccin contre la grippe n'est pas obligatoire et nous met face à notre liberté : que faisons-nous de notre liberté ?
- quelle est notre responsabilité de citoyen, de professionnel ?

Cette restitution des résultats a été publiée dans le Journal Qualité de décembre 2015, toujours en collaboration avec la Représentante des Usagers. Nous y avons invité chacun à s'interroger ainsi, afin de mieux comprendre ce qui nous retient contre la vaccination anti-grippe, ou nous permettre de mieux l'assumer : *"où se situe mon frein à cette vaccination ?"*

Résultats 2

Le 2 mars, nous sommes à nouveau allés à la rencontre du personnel. 53 salariés ont cette fois été interrogés sur le même mode qu'en novembre, mais avec les questions suivantes : *"Avez-vous eu la grippe? Étiez-vous vacciné? Votre point de vue sur la vaccination anti-grippe a-t-il évolué ?"* 13 des salariés déclarent avoir été vaccinés et 40 non vaccinés. Parmi eux, 3 ont eu la grippe, dont l'un précise qu'il s'agissait d'un état grippal. Alors que la question était *"Votre point de vue a-t-il évolué ?"*, les personnels ont spontanément justifié leur point de vue, répondant ainsi, peut-être, à notre invitation au questionnement.

- Les personnes vaccinées : *"j'ai eu la grippe il y a 14 ans, depuis je me vaccine", "c'est une question d'éthique, un problème de santé publique", "je me fais vacciner chaque année", "je le fais pour les autres", "avec ma fonction un arrêt de travail est impossible", "je ne sais pas actuellement si je me referai vacciner en 2016".*
- Les personnes non vaccinées : *"je n'aime pas les piqûres", "j'ai trop peur des effets secondaires", "pas besoin, je n'ai jamais eu la grippe", "j'ai eu la grippe avec le vaccin", "je ne suis jamais malade", "je le ferais s'il n'y avait pas de sels d'aluminium", "je prends de l'homéopathie, c'est efficace", "je ne me ferai jamais vacciner", "je ne me sens pas concerné", "je suis jeune encore ! A quel âge faut-il commencer ?", "je ne me suis pas fait vacciner en 2015, mais je trouve que c'est bien, je le ferai cette année".*

Conclusion

Malgré la grande diversité des réponses à cette enquête, un constat global nous frappe : les motivations pour la vaccination anti-grippe sont essentiellement individuelles, seules deux réponses évoquent la collectivité. Manifestement les personnels ne se sentent pas concernés comme vecteurs potentiels, mais pour eux-mêmes : à risque ou non à risque. On note aussi que faire l'expérience de la grippe convainc : les personnes qui ont eu la grippe et n'étaient pas vaccinées semblent décidées à le faire. En revanche, les personnes qui n'étaient pas pour et qui n'ont pas eu la grippe n'ont pas changé d'avis. Enfin, quelques personnes restent hésitantes, et d'autres trouvent l'inscription préalable contraignante et le créneau horaire de vaccination trop limité. Ce travail nous a d'abord permis de faire évoluer la procédure interne relative à la vaccination contre la grippe pour le personnel,

de l'assouplir et la compléter. Ensuite, pour la campagne 2016, l'EOH a décidé de mener une action d'animation "vivante" ciblée sur la prévention, juste avant la semaine de vaccination, fin octobre 2016, afin d'attirer l'attention du plus grand nombre sur la vaccination. Notre axe pour cette année sera celui-ci : "nous, personnels d'établissement de santé, vecteurs potentiels de transmission de la grippe", associé à un message de prévention de la contamination par l'utilisation des SHA. Il nous semble que la communication au sein de l'établissement doit évoluer chaque année, se renouveler, s'adapter à l'actualité.

Le 3 avril 2016, une salariée qui avait affirmé : *"je me fais vacciner car avec ma fonction un arrêt de travail est impossible"*, nous interpelle vivement pour nous dire : *"j'ai eu la grippe la semaine dernière alors que j'étais vaccinée : plus jamais !"* Ce revers illustre bien la situation : il n'y pas une vérité. Face à la vaccination et à leur situation, à leur vécu, les personnes évoluent vers le pour ou contre. Notre rôle d'EOH n'est pas de convaincre, mais de comprendre pour accompagner et inviter les personnels de nos établissements à une démarche de prévention plus collective. Notre mission est de continuer d'agir dans la durée : communiquer avec créativité, informer, mobiliser.



Gestion d'une épidémie d'hépatite virale A (HVA) dans un institut médico-éducatif (IME) du Rhône

Marie-Elisabeth Gengler¹, Isabelle Poujol², Dominique Dejour-Salamanca³, Christine Godin³, Pascal Fascia¹

¹Arlin Rhône-Alpes, Hospices Civils de Lyon ; ²Cire Rhône-Alpes, Lyon ; ³ARS Rhône-Alpes, Lyon

marie-elisabeth.gengler@chu-lyon.fr

Entre fin mars et début mai 2014, 12 cas d'HVA affectant 11 résidents et un soignant sont survenus dans un IME du Rhône, dont 10 au sein de la même unité (taux d'attaque de 71%).

Le tube digestif de l'homme est le principal réservoir du virus de l'hépatite A (VHA) qui est un virus non enveloppé de la famille des *Picornaviridae*, très résistant dans le milieu extérieur. Après contamination, le virus est présent dans les selles quelques jours avant le début des signes cliniques, son excrétion est intense et cette phase très contagieuse. C'est souvent suite à la consommation d'eau ou d'aliments contaminés par le VHA que les personnes s'infectent, puis se contaminent entre elles par manuportage. Des conditions d'hygiène insuffisantes peuvent favoriser son apparition et être à l'origine d'épidémies. Si dans les pays aux conditions précaires d'hygiène, la majorité des enfants de moins de 10 ans est contaminée et acquiert une immunité naturelle, en France moins de 20% des jeunes adultes ont des anticorps.

En France, l'hépatite A est soumise à déclaration obligatoire depuis 2005 et tous les ans, 1100 à 1300 cas sont déclarés à l'Agence régionale de santé (ARS). Sur un tiers environ des cas groupés recensés, certains sont survenus dans des écoles ou dans des établissements pour l'enfance handicapée.

La période d'incubation souvent asymptomatique avant

l'âge de 6 ans, dure de 5 à 50 jours (30 jours en moyenne). Les signes cliniques de la maladie sont comparables à ceux d'un syndrome grippal avec fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies, marqué selon les cas par : une grande fatigue, une perte d'appétit, des douleurs abdominales et un ictère plus ou moins intense.



Il n'existe pas de traitement curatif pour l'HVA et l'évolution de la maladie est généralement favorable, avec moins de 1% d'hépatites fulminantes. Un vaccin préventif est à disposition.

Méthode

L'alerte est donnée le 7 avril 2014 par le service des urgences d'un établissement de santé, d'un cas d'HVA et de 2 suspicions chez des adolescents d'un IME de la région. Le signalement de ce cas et de 2 suspicions est réalisé auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) et de l'Antenne régionale de lutte contre les infections associées aux soins (Arlin Rhône-Alpes) le jour même par le directeur de l'IME.

Suite à cette alerte, une équipe pluri-professionnelle, composée de l'ARS, de la cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (Cire) et de l'Arln se mobilise pour mener une enquête conjointe afin d'accompagner l'établissement et juguler l'épidémie. L'intervention sur site est programmée le 10 avril 2014 :

- la Cire réalise l'investigation épidémiologique, suit l'apparition des cas, leur confirmation biologique et le typage des souches envoyées au CNR, recherche le cas index et les cas secondaires et construit la courbe épidémiologique.
- l'ARS valide chaque cas déclaré, contacte les médecins traitants et les familles des résidents pour donner des informations. Elle appuie l'établissement pour l'envoi des lettres d'information aux familles et structures qui accueillent les jeunes résidents le week-end. De même elle surveille les cas d'HVA déclarés dans le département et vérifie les liens possibles avec les cas de l'IME.
- l'Arln réalise une visite de risque et propose une expertise en hygiène avec observation des pratiques professionnelles afin d'instaurer et/ou d'optimiser le programme de maîtrise du risque infectieux.

Résultats, description de l'épisode

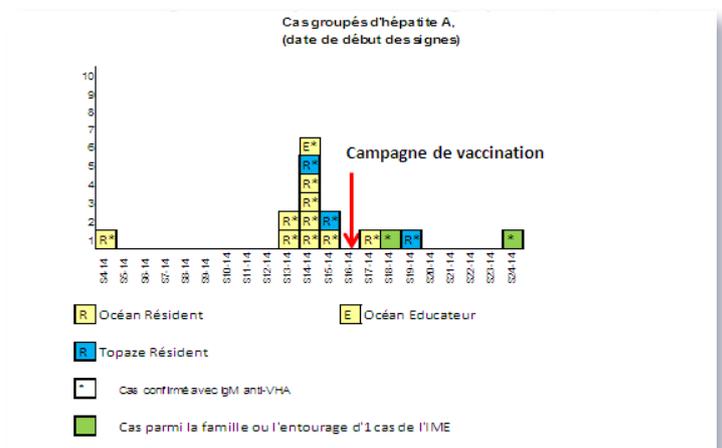
Cette épidémie est survenue dans un établissement d'architecture pavillonnaire. Les 47 enfants/résidents accueillis, sont âgés de 12 à 25 ans. Ils présentent des troubles envahissants du développement/autisme. Ils sont 41 internes et 6 demi-pensionnaires répartis dans 3 pavillons « autonomes » : Océan, Topaze et Paprika. Ils sont pris en charge par une équipe de 27 professionnels, éducateurs, instituteurs, kinésithérapeutes, cuisiniers, gouvernantes, qui forment des équipes dédiées à chaque pavillon.



Pavillon Océan

Suite à l'alerte du 7 avril une cellule de crise est organisée dans l'établissement. Le 9 avril, 3 nouveaux cas sont confirmés chez 2 résidents, une éducatrice est hospitalisée et 10 autres cas sont suspectés (7 résidents, 3 professionnels). Le 10 avril, l'équipe conjointe Cire/ARS/Arln se rend sur le site.

L'investigation épidémiologique réalisée par la Cire (Graphe 1) recense un total de 13 cas confirmés biologiquement : 9 résidents et 1 éducateur du pavillon Océan (77% des cas) et 3 résidents du pavillon Topaze. Les 3 cas du pavillon Topaze sont épidémiologiquement liés à ceux du pavillon Océan : un des enfants/résidents du pavillon Topaze, très autonome, a pour habitude de venir prendre ses repas dans le pavillon Océan et a côtoyé les cas de ce pavillon. Le cas index identifié, est un enfant/résident du pavillon Océan qui a présenté des signes cliniques en semaine 4/2014 (2^{ème} semaine de janvier) après un voyage familial en Afrique du Nord. Des cas secondaires ont été identifiés dans l'entourage familial de 2 résidents contaminés, mais il n'y a pas eu de cas secondaires signalés dans les foyers ou autres structures collectives ayant accueilli des résidents. Suite à l'analyse des souches réalisée par le CNR, le génotype IA a été retrouvé, virus circulant de façon courante en Afrique du Nord.



Grappe 1 : courbe épidémiologique

L'enquête de l'ARS révèle qu'aucun enfant, et qu'aucun professionnel n'est vacciné contre l'HVA. Selon le calendrier vaccinal, cette vaccination est recommandée d'une part aux professionnels travaillant dans les secteurs de la petite enfance et du handicap, d'autre part aux enfants/résidents de ces structures d'accueil.

L'ARS organise la vaccination des résidents, des professionnels et de l'entourage familial selon les recommandations du HCSP.

D'après les observations réalisées lors de la visite de

risque menée par l'Arlin, l'architecture pavillonnaire a semble-t-il permis de limiter l'extension de l'épidémie. A *contrario*, l'architecture des unités a certainement favorisé la propagation dans le pavillon Océan. Il a été noté que 8 chambres sur 14 ont une salle de bain commune (1 salle de bain avec WC pour 2 chambres).

En ce qui concerne l'organisation des circuits, il n'y a pas de local prévu dans les unités pour le bionettoyage, ni de local intermédiaire pour entreposer le linge et les déchets.

Il y a une cuisine par pavillon, organisée selon la méthode HACCP. Au moment de l'épidémie, pour cause d'absentéisme du personnel de cuisine, ce service était regroupé sur le pavillon Topaze.

Le risque de manuportage de microorganismes est majoré du fait des pathologies des enfants/résidents, qui présentent des troubles envahissants du développement. On distingue trois formes de contact possible : le contact avec l'environnement, le contact entre enfants/résidents qui vivent et jouent ensemble, le contact avec les professionnels à une fréquence élevée. Les WC communs, avec point d'eau commun sont utilisés pour le lavage des mains avant les repas. L'essuyage des mains se fait à l'aide d'un essuie-mains en tissu pendu à côté de la cuvette des toilettes. Les solutions hydro alcoolique (SHA) et les essuie-mains en papier ont été proscrits en raison des troubles du comportement des enfants/résidents (risque d'ingestion des SHA, utilisation par « jeu » des essuie-mains papier jusqu'à épuisement du stock).

Les matériaux des locaux permettent de réaliser un entretien avec un détergent-désinfectant (DD), sauf les abattants des WC et certaines tables en bois. Il n'y a pas de rampes dans les couloirs de circulation.

Un travail sur l'hygiène des mains a été réalisé auprès des enfants/résidents par l'équipe éducative, sous la forme de posters affichés dans les unités. Les équipements de protection individuelle ne sont pas mis à disposition lors de soins souillants tels que le change ou mouillants tels que l'aide aux douches. Les difficultés observées et exprimées par l'équipe éducative montrent le réel problème à mettre en place les précautions standard (PS) en raison des pathologies de ces enfants/résidents.

Mesures mises en place

Au niveau de l'établissement, une campagne de vaccination gratuite (le vaccin n'étant pas remboursé) a été

organisée à partir du 15 avril, par l'ARS pour les enfants, les professionnels et les familles. Ceci a permis une couverture vaccinale optimale : 32 enfants et 19 professionnels ont été vaccinés.

Au niveau régional, l'ARS a fait une sensibilisation de tous les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées avec rappel des recommandations du HCSP. Suite à ses observations l'Arlin, propose des pistes d'amélioration au quotidien et en période d'épidémie :

- continuer le travail initié sur l'hygiène des mains,
- supprimer les essuie-mains en tissu dans les sanitaires communs et sortir un distributeur de savon et de papier sur un guéridon avant le lavage des mains en commun,
- utiliser les équipements de protection individuelle lors des changes et des soins souillants/mouillants, gants de soins à usage unique, tablier UU et gants de toilette à usage unique,
- proposer l'utilisation de flacons de SHA de poche aux professionnels,
- changer les abattants des WC (remplacer le bois par des matériaux synthétiques mieux adaptés au nettoyage quotidien et à l'usage des produits DD),
- renforcer l'entretien des locaux en période épidémique en intensifiant le nettoyage des surfaces en contact des mains.

Conclusion

La précocité du signalement du 1^{er} cas, la réactivité de l'établissement pour réunir une cellule de crise avec l'accompagnement du groupe ARS/Arlin/Cire, la mise en place rapide de mesures de gestion, notamment de la vaccination, a permis l'interruption de la transmission du VHA. La fin de l'épidémie a été observée dans la semaine du 4 au 10 mai.

L'exposition des structures pour adultes ou enfants handicapés reste élevé vis-à-vis de l'hépatite A et il est important de prévenir ce risque en encourageant la vaccination des résidents et des professionnels d'une part, en continuant, d'autre part, la mise en place et l'application de mesures systématiques de prévention pour acquérir un niveau d'hygiène suffisant pour être protecteur.



2.6 Hépatite A

Recommandations particulières

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour :

- les jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- les patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologie hépatobiliaire susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique (notamment dues au virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool) ;
- les enfants, à partir de l'âge d'un an, nés de familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner ;
- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

Recommandations pour les personnes immunodéprimées ou aspléniques :

Rapport du HCSP du 7 novembre 2014 : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=504>.

Recommandations autour d'un cas d'hépatite A

En présence d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A confirmé, en complément des mesures d'hygiène et de l'information des sujets contacts, la vaccination est recommandée dans :

- l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A (ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas), afin d'éviter une dissémination intrafamiliale¹². Il est recommandé de vacciner le plus tôt possible, sans examen sérologique préalable et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas, les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A, réunissant toutes les conditions suivantes : nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère et n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité. Si l'une au moins des conditions précédentes n'est pas remplie, une sérologie préalable est fortement recommandée, à la recherche d'anticorps témoins d'une immunité ancienne, à condition que sa réalisation soit compatible avec le délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas ;
- des communautés de vie en situation d'hygiène précaire. La population exposée, définie par l'investigation épidémiologique, sera vaccinée dès l'apparition du premier cas et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques de ce cas, afin d'éviter une extension épidémique au sein de la communauté et une diffusion hors de la communauté.

En milieu professionnel

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination¹³ :

- s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...);
- des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées ;
- chargés du traitement des eaux usées et des égouts.

Elle est également recommandée pour les professionnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Recommandations pour les voyageurs

Cf. « *Recommandations sanitaires pour les voyageurs* », BEH n° 21-22 du 9 juin 2015 (prochaine publication début juin 2016).

Schéma vaccinal

Une injection.

Rappel : six à douze mois plus tard. Cette seconde dose peut être administrée jusqu'à trente-six mois ou cinq ans, selon la spécialité, après la première injection.

¹² Pouvant entraîner notamment des formes potentiellement graves chez l'adulte.

¹³ En l'absence de risque majoré d'hépatite A et du fait de l'existence de règles de manipulation des selles dans les laboratoires de biologie médicale, la vaccination contre l'hépatite A n'est pas recommandée pour les personnels y exerçant une activité professionnelle.



Les CNR (Centres nationaux de référence) de la résistance aux antibiotiques : quand faire appel à eux pour qualifier vos bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) ?

Loïc Simon¹, Anne Berger-Carbonne², Patrick Plésiat³

CCLin Est, Nancy¹, Santé publique France, Saint Maurice², CNR de la résistance aux antibiotiques, Besançon³

l.simon@chru-nancy.fr

Depuis le 1^{er} janvier 2012, le CNR de la résistance aux antibiotiques est coordonné par le laboratoire de bactériologie du Pr Plésiat (CHRU de Besançon). Ce CNR est accompagné dans ses missions par 3 autres laboratoires situés aux CHU de Caen, Clermont-Ferrand et Bicêtre à l'AP-HP.

Les missions des CNR

Elles sont multiples :

- Détection et caractérisation des mécanismes émergents de résistance aux antibiotiques chez *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, les entérobactéries et les entérocoques.
- Mise en place de collaborations avec les réseaux nationaux et régionaux de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques.
- Diffusion d'une information nationale à destination des biologistes hospitaliers sur les phénotypes de résistance à surveiller.
- Mise à disposition d'un arbre décisionnel pour le repérage phénotypique des souches suspectes à adresser au CNR et diffusion de recommandations pour l'identification des principaux mécanismes émergents détectés en France.
- Restitution dans les congrès nationaux et les revues professionnelles des informations recueillies par le CNR.

Sauf accord préalable avec Santé publique France, le CNR n'a pas pour mission de participer à des investigations épidémiologiques locales impliquant des souches résistantes ou non, en réalisant à la demande des analyses génotypiques (par exemple, électrophorèse en champ pulsé). Celles-ci sont réservées aux souches multirésistantes produisant des mécanismes de résistance émergents (BLSE, carbapénémases) isolées de villes ou de régions différentes, afin d'évaluer le risque épidémique de ces souches.

Financement des CNR

Les activités des CNR contribuant à la Santé Publique sont en partie financées par Santé publique France (ex-InVS).

- Les "expertises" qui sont demandées aux CNR sont réalisées à titre gracieux lorsque les prélèvements ou les souches d'origine humaine leur parviennent dans les conditions requises et accompagnées des renseignements cliniques mentionnés sur la fiche CNR.
- L'arrêté du 29 novembre 2004, définissant les missions des CNR, mentionne que les examens et "les diagnostics sérologiques qui constituent les activités habituelles de diagnostic des LAM ne devraient être confiés aux CNR que de façon exceptionnelle et dans ce cas pourraient donner lieu à facturation". Cela signifie que les CNR n'ont, en aucun cas, à se substituer aux laboratoires d'analyses de biologie médicale pour exécuter, gratuitement ou pas, des

examens relevant de leurs compétences, ni pour répondre à des contrôles de qualité.

Où envoyer votre souche ?

Pour chaque souche résistante aux antibiotiques, il faut prendre en compte les particularités qui sont détaillées en cliquant sur le nom de la bactérie ci-dessous. Un formulaire-type par bactérie vous sera proposé :

- [Acinetobacter baumannii](#)
- [Entérobactérie \(si carbapénémase\)](#)
- [Entérobactérie \(hors carbapénémase\)](#)
- [Entérocoque](#)
- [Pseudomonas aeruginosa et Acinetobacter baumannii](#)

Cas particulier des entérobactéries productrices de carbapénémase

Les entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) restent rares en France. Elles doivent cependant être activement recherchées par les laboratoires de biologie médicale, publics ou privés, et faire l'objet d'un signalement.

Cette recherche systématique repose, selon les moyens du laboratoire, sur divers tests phénotypiques, enzymatiques et/ou de biologie moléculaire. Elle s'applique à toute souche d'entérobactérie de sensibilité I ou R à l'ertapénème (CMI > 0,5 mg/L ou un diamètre d'inhibition < 25 mm) et, ou de sensibilité diminuée à d'autres carbapénèmes.

A minima, le dépistage doit être phénotypique grâce à des tests de synergie réalisés selon la méthode de l'antibiogramme par diffusion en gélose (cf. note technique du CNR, disponible sur le site <http://www.cnr-resistance-antibiotiques.fr>). Un algorithme est proposé par le CA-SFM sur la base des données 2011-2012 de l'ONERBA pour optimiser la sensibilité et la spécificité du dépistage par la méthode des disques :

<http://www.sfm-microbiologie.org>

La production de carbapénémase par une souche d'entérobactérie peut être mise en évidence plus directement et plus rapidement par des tests enzymatiques commercialisés (par exemple, RAPIDEC® CARBA-NP, bioMérieux; β -CARBA test, Biorad) ou faisant appel à la spectrométrie de masse de type Maldi-Tof (sous réserve de la validation de la méthode par le laboratoire). De plus,

il existe des tests immuno-chromatographiques permettant d'identifier rapidement certaines carbapénémases dont OXA-48 et KPC (Biorad).

Toutefois, pour des raisons épidémiologiques, le dépistage phénotypique ou enzymatique des EPC est insuffisant et doit être complété par des techniques de biologie moléculaire.

Afin de mieux pouvoir évaluer l'ampleur des phénomènes épidémiques par rapport aux cas dits "sporadiques", le CNR souhaite recevoir rapidement la première souche suspecte d'EPC pour chaque nouveau patient (une seule souche par patient, la première isolée quelle que soit l'espèce) pour en déterminer le génotype et identifier l'enzyme produite (type et variant). L'avis du comité local d'hygiène sera nécessaire pour l'envoi au CNR des isolats ultérieurs recueillis chez un même patient.

Si au niveau local ou régional (CHU, par exemple) les ressources en biologie moléculaire existent, permettant de confirmer la nature de l'enzyme chez les isolats secondaires, il n'est pas utile d'adresser ces derniers au CNR, sauf si l'équipe opérationnelle d'hygiène en lien avec leur Arlin-CCLin après accord de Santé publique France souhaite disposer de comparaisons génotypiques particulières pour orienter son action.

Dans tous les cas, les demandes d'analyses (caractérisation des enzymes et comparaisons génotypiques) portant sur plus de 5 souches par épisode doivent faire l'objet d'un accord préalable avec Santé publique France.

Une note technique informe sur les modalités de détection des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémase :

http://www.cnr-resistance-antibiotiques.fr/ressources/pages/Note_technique_v5_05_16.pdf

Modalités d'envoi des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémase

La résistance aux carbapénèmes chez les entérobactéries est principalement due à deux mécanismes. Le premier associe la production d'une céphalosporinase (d'origine chromosomique ou plasmidique) ou d'une BLSE à une diminution de perméabilité membranaire par perte ou altération de porines. Le second mécanisme met en jeu des β -lactamases capables d'hydrolyser les carbapénèmes, les carbapénémases. Les principales carbapénémases produites par les entérobactéries appartiennent aux types KPC, OXA-48 et ses variants, NDM et VIM. La distinction de ces deux mécanismes est importante pour

la mise en place d'un éventuel traitement antibiotique des patients infectés, ainsi que le déploiement des mesures d'hygiène nécessaires pour limiter la diffusion des souches productrices de carbapénèmase.

Toute souche d'entérobactérie de sensibilité intermédiaire ou résistante à au moins un des carbapénèmes testés, est suspecte de produire une carbapénèmase, quelle que soit la méthode utilisée pour réaliser l'antibiogramme. L'ertapénème est l'un des marqueurs antibiotiques pour lequel la variation de sensibilité est la plus fine.

L'absence de carbapénèmase ne peut être affirmée que si la souche considérée n'hydrolyse pas effectivement les carbapénèmes. Cette hydrolyse est détectée par un test chromogénique rapide, le Carba NP test, dont le protocole est disponible sur cette page :

<http://www.cnr-resistance-antibiotiques.fr/modalites-denvoi-des-souches-1.html>

Chez les entérobactéries produisant naturellement une céphalosporinase (par exemple, *E. cloacae*, *C. freundii* et *S. marcescens*), la diminution de sensibilité aux carbapénèmes est principalement due à l'hyperproduction de cette céphalosporinase associée à une diminution de perméabilité membranaire. Ce mécanisme peut être mis en évidence par la réalisation d'un antibiogramme sur une gélose Mueller-Hinton contenant de la cloxacilline (250 mg/L) en testant l'ertapénème. Seule une restauration totale de la sensibilité aux carbapénèmes sur la gélose contenant de la cloxacilline permet d'exclure l'expression d'une carbapénèmase.

L'une des missions du CNR est d'infirmer ou de confirmer la présence d'une carbapénèmase dans les souches d'entérobactéries suspectes, et, si nécessaire, d'identifier cette carbapénèmase par des techniques de biologie moléculaire.

Modalités d'envoi des souches

1. Réisolement sur gélose ou tube gélosé correctement identifié (ne pas envoyer de culture bactérienne résultant d'un Hodge Test).
2. Le nom de l'espèce à laquelle appartient la souche est à indiquer.
3. Les souches doivent être envoyées dans un triple emballage, selon la réglementation en vigueur pour le transport des échantillons infectieux.
4. Une fiche de renseignements téléchargeable sur

le site du CNR doit accompagner chaque envoi de souche. Il est conseillé d'y joindre une copie de l'antibiogramme.

5. Les coordonnées du laboratoire expéditeur doivent être précisées, ainsi que l'adresse e-mail du correspondant auquel le résultat sera transmis.

Délai et rendu des résultats

- Les résultats sont disponibles en général au plus tard 48 h après la réception de la souche.
- Toute nouvelle détection de carbapénèmase est communiquée par téléphone et par mail au correspondant indiqué sur la fiche de renseignements.
- Les résultats négatifs sont communiqués par mail.
- Un compte-rendu papier est envoyé ultérieurement par courrier avec le résultat définitif.

Les responsables des CNR sont les seuls juges de la finalité des actes qu'ils acceptent d'effectuer. Il faut donc les contacter directement pour toute précision à ce sujet.

Pour en savoir plus :

<http://www.cnr-resistance-antibiotiques.fr/>

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Centres-nationaux-de-referenc>





Surveillance des consommations d'antibiotiques : une étape clé dans la lutte contre l'antibiorésistance Les apports du réseau ATB-Raisin

Comité de pilotage ATB-Raisin*

* Serge Alfandari¹, Anne Berger-Carbonne², Xavier Bertrand³, Sandrine Bous-sat⁴, Anne-Claude Crémieux⁵, Catherine Dumartin⁶, Pascal Fascia⁷, Rémy Gau-zit¹, Marine Giard⁸, Anne Ingels⁹, François L'Hériteau¹⁰, Ludivine Lacavé¹⁰; Pa-tricia Le Gonidec¹¹, Anaïs Machut⁸, Sylvie Maugat², Lory Mouchot⁴, Muriel Péfau⁶, Anne-Marie Rogues^{6, 12}, Benoît Schlemmer⁵, Hélène Sénéchal⁹, Sophie Touratier¹³

¹SPILF, ²Santé Publique France, ³Laboratoire de microbiologie du CHU de Besançon, ⁴CCLin Est, ⁵Comité nation-al de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques, ⁶CCLin Sud-Ouest, ⁷Arlin Rhône-Alpes, ⁸CCLin Sud-Est, ⁹CCLin Ouest, ¹⁰CCLin Paris-Nord, ¹¹OMEDIT Ile-de-France, ¹²Service d'hygiène hospitalière du CHU de Bordeaux, ¹³Pharmacie, GH St Louis, Paris

catherine.dumartin@chu-bordeaux.fr

La lutte contre l'antibiorésistance concerne la médecine humaine (dans les trois secteurs : hospitalier, médico-social et communautaire) mais aussi la médecine vétérinaire, le secteur agro-alimentaire et l'environnement selon l'approche « One Health » [1]. En France, la lutte contre les infections et colonisations à bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) a constitué, dès 1994, un volet à part entière des programmes nationaux de lutte contre les infections associées aux soins. Elle repose sur la prévention de la sélection des bactéries résistantes par un juste usage des antibiotiques et sur la prévention de la diffusion des souches résistantes [2]. C'est pourquoi le réseau CCLin-Arlin a souhaité contribuer au bon usage des antibiotiques en proposant une surveillance des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé (ES) en complément de celle des BMR.

Dernière née des surveillances Raisin en 2009, la surveillance des consommations d'antibiotiques ATB-Raisin s'est structurée à partir de réseaux déjà existants dans

les interrégions et les régions (dès 1999 pour le CCLin Sud-Ouest et 2001 pour le CCLin Paris-Nord). Quels sont les apports et les enseignements de cette surveillance sept ans plus tard ?

Pourquoi surveiller les consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé ?

Les objectifs du réseau ATB-Raisin

La quantité d'antibiotiques utilisés et les modalités d'utilisation (nature des antibiotiques, dose et durée de traitement) déterminent l'efficacité des traitements et la survenue d'effets indésirables, parmi lesquels la modification du microbiote, la survenue d'infections à *Clostridium difficile* ainsi que la sélection de résistances bactériennes. Il s'agit donc de décrire et quantifier ces phénomènes pour déterminer et prendre les mesures d'amélioration nécessaires, c'est à dire surveiller pour agir. Encore faut-il avoir une méthode et des outils de mesure appropriés, standardisés et reproductibles per-

mettant un suivi de l'impact des actions et la comparaison à d'autres. C'est pourquoi le Comité de pilotage ATB-Raisin, comité pluridisciplinaire comportant des représentants des professionnels de santé acteurs du bon usage des antibiotiques (voir composition en encadré), a défini les objectifs suivants pour la surveillance ATB-Raisin [3] :

- quantifier et décrire la consommation des antibiotiques dans les différents types d'ES.
- suivre l'évolution dans le temps de cet indicateur.
- inciter chaque ES participant :
 - ✓ à surveiller la consommation des antibiotiques, en utilisant une méthodologie et des outils en cohérence avec les recommandations nationales ;
 - ✓ à mettre ses résultats en parallèle avec les résistances bactériennes ;
 - ✓ à se situer par rapport à des ES comparables et à analyser les différences, afin d'identifier des pistes d'évaluation complémentaires pour optimiser l'utilisation des antibiotiques.

Comment surveiller les consommations d'antibiotiques ? Les choix méthodologiques du réseau ATB-Raisin

Les principaux choix méthodologiques du Comité de pilotage ATB-Raisin sont synthétisés dans le Tableau 1. Ils correspondent aux recommandations nationales depuis 1996 de rapporter une consommation à l'activité ayant généré cette consommation [4-6]. L'unité de mesure est le nombre de Doses Définies Journalières (DDJ, unité préconisée par l'OMS), rapporté à l'activité pour 1000 Journées d'Hospitalisation complète (DDJ/1000 JH, à ne pas confondre avec l'indicateur pour 1000 habitants et par jour : DDJ/1000 H/J, utilisé par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour la ville et aussi pour la consommation du secteur hospitalier dans son ensemble). Afin de répondre à l'objectif de confronter les données de consommation avec les données de résistance bactérienne, la résistance aux antibiotiques de certaines bactéries isolées de prélèvements à visée uniquement diagnostique est recueillie de façon agrégée pour l'ensemble de l'ES. Les sept couples bactérie-antibiotique surveillés sont ceux dont la surveillance a fait l'objet de recommandations nationales (soit car une corrélation entre quantité d'antibiotiques utili-

sés et fréquence de la résistance est établie, soit pour évaluer si la consommation de certains antibiotiques est justifiée par l'écologie ; données non détaillées dans ce bulletin).

► Pour en savoir plus sur le système DDJ et ATC (classification thérapeutique et anatomique) de l'OMS : www.whooc.no

► Pour en savoir plus sur la méthode : Protocole national ATB-Raisin 2016 [3]

Tableau 1 : Méthode de surveillance de la consommation des anti-infectieux, ATB-Raisin [3]

Type d'étude	Rétrospective, annuelle, participation volontaire
Population cible	ES ayant une activité d'hospitalisation complète Non concernés : HAD, centres de dialyse, EHPAD
Activité concernée	Secteurs d'hospitalisation complète : "court séjour" (médecine, chirurgie, réanimation, gynéco-obstétrique et pédiatrie), SSR, SLD et psychiatrie Exclusion : rétrocession, consultations, urgences, HDJ, chirurgie ambulatoire (volet optionnel en 2016)
Anti-infectieux surveillés	Anti-infectieux à visée systémique dispensés par la pharmacie à usage intérieur dans les secteurs d'hospitalisation complète *antibiotiques : classification ATC J01 + rifampicine (J04AB02) + imidazolés per os (P01AB) + fidaxomicine (A07AA12) depuis 2014 *antifongiques (volet optionnel) : classification ATC J02
Unité d'expression	Nombre de Doses Définies Journalières (DDJ) rapportée à l'activité pour 1000 Journées d'Hospitalisation (JH) complète Depuis 2011, nombre de DDJ/ 100 admissions : utile à suivre au niveau de l'ES pour tenir compte des variations de la durée moyenne de séjour au cours du temps.
Analyse et utilisation des données	Nationales : • Taux global et distribution (médiane et quartiles), tous antibiotiques confondus et par familles, par secteur d'activité et type d'ES, pour permettre à chaque ES de se comparer aux autres participants dans le réseau de façon globale ou par secteur d'activité. • Suivi des tendances sur une cohorte stable d'établissements (impact des politiques nationales). Locales : suivi dans le temps, comparaison pour analyser les différences, confrontation autres données dont la résistance bactérienne (cf l'aide à l'utilisation des données incluse dans le rapport national et le protocole de surveillance).

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

SSR : soins de suite et de réadaptation

SLD : soins de longue durée

HDJ : hospitalisation de jour

HAD : hospitalisation à domicile

Quels résultats de la surveillance des consommations d'antibiotiques ?

NB : seules des données de consommation d'antibiotiques sont présentées et discutées dans ce bulletin. Le lecteur pourra trouver les données de résistance bactérienne et de consommation d'antifongiques dans le rapport complet et le diaporama disponibles sur les pages Raisin du site Santé publique France [7]

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Surveillance-de-la-consommation-des-antibiotiques-Reseau-ATB-Raisin>

Consommation d'antibiotiques en 2014

En 2014, 1 484 ES avaient participé à la surveillance ATB-Raisin, représentant 70,3% des lits d'hospitalisation des ES sollicités au niveau national. Tous les types d'ES étaient représentés mais les ES ayant une activité de court séjour, plus concernés par l'utilisation des antibiotiques, avaient davantage participé que les structures ayant une activité principale autre (notons que pour les ES consommant peu d'antibiotiques, une évaluation de la conformité des prescriptions peut être une méthode plus sensible et mieux appropriée à l'amélioration de la qualité que la surveillance des consommations).

La consommation globale d'antibiotiques était de 375 DDJ/1 000 JH et variait selon le type d'ES et le secteur d'activité clinique, en lien avec le type de patients pris en charge (Figure 1 et Infographie). Les consommations les plus faibles étaient observées en psychiatrie (61 DDJ/1 000 JH, 221 secteurs participants), les plus importantes en maladies infectieuses (1 749 DDJ/1 000 JH, 25 secteurs participants) et dans les secteurs de réanimation (1 468 DDJ/1 000 JH, 192 secteurs participants).

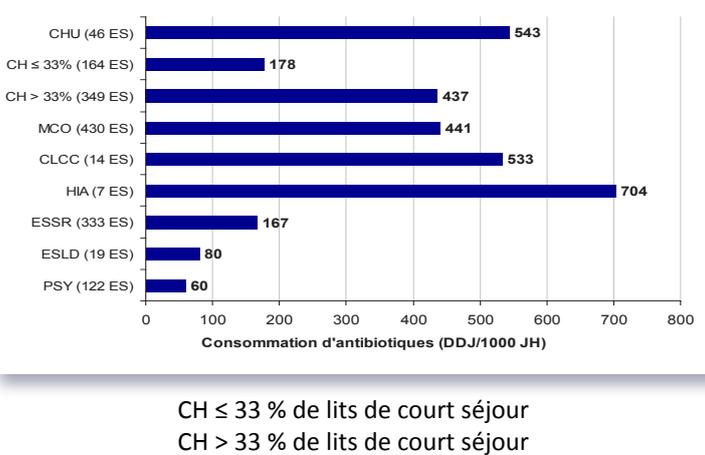


Figure 1 : Consommation tous antibiotiques confondus par type d'établissement en nombre de DDJ pour 1 000 JH (N = 1 484)

Les antibiotiques les plus consommés, étaient l'amoxicilline, associée ou non à l'acide clavulanique et la ceftriaxone. Le profil d'utilisation des antibiotiques variait fortement selon l'activité clinique, en lien avec les pathologies prises en charge. Par exemple, l'association amoxicilline-acide clavulanique et l'amoxicilline représentaient à elles seules de 27% de la consommation totale en réanimation à 77% en gynécologie. Ces proportions sont toutefois surestimées du fait de l'écart existant entre les DDJ officielles de l'amoxicilline (1g per os ou IV) et de l'association amoxicilline-acide clavulanique (1g per os et 3g IV) et les posologies quotidiennes utilisées en

pratique. En réanimation notamment, l'utilisation de valeurs de DDJ plus proches des doses utilisées conduirait à reconsidérer la part de ces antibiotiques par rapport à l'association pipéracilline-tazobactam et la ceftriaxone, par exemple. Les fluoroquinolones (FQ) et les céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) étaient en deuxième et troisième position dans la plupart des secteurs (sauf en pédiatrie et en gynécologie). Les C3G représentaient jusqu'à 14% des consommations en réanimation. Parmi les C3G, la ceftriaxone était davantage utilisée que le céfotaxime sauf en pédiatrie. À noter que les secteurs de réanimation avaient consommé en 2014 moins de ceftriaxone et davantage de céfotaxime qu'en 2013, en lien sans doute avec les messages de sensibilisation appelant à réduire l'utilisation de ces antibiotiques [8]. Les variations régionales observées dans l'utilisation de ceftriaxone dans les secteurs de court séjour restent à explorer (Figure 2).

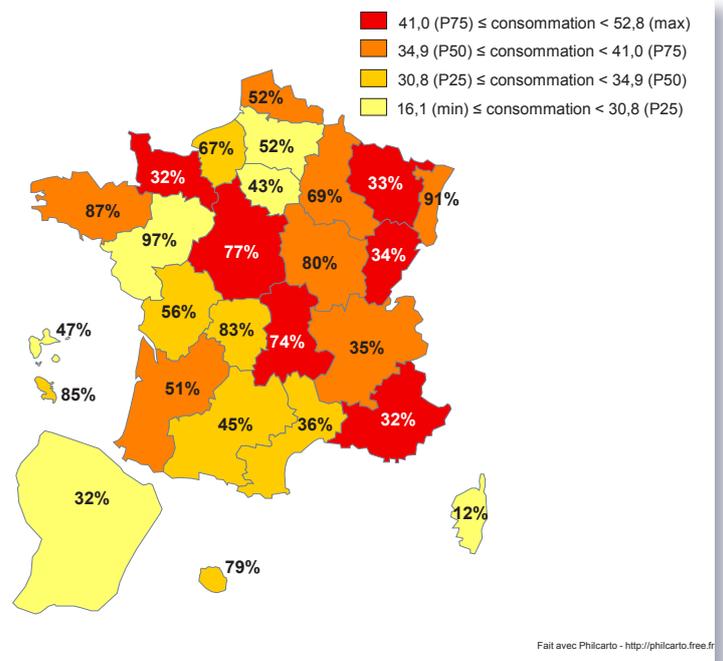


Figure 2 : Consommation (taux global régional) de ceftriaxone en nombre de DDJ/1 000 JH en court séjour et couverture de lits (en %) (N= 701 ES ayant fourni des données en court séjour)

Avertissement : cette carte est réalisée à partir de données descriptives provenant d'ES volontaires dont les données de consommation en court séjour sont disponibles. La participation n'est pas homogène d'une région à l'autre et le nombre d'ES inclus dans les analyses régionales est faible. Des différences dans l'activité des ES et le type de patients pris en charge peuvent expliquer une partie des variations observées.

Evolution 2009-2014 : une tendance à la stabilisation des consommations globales mais une progression d'antibiotiques « critiques »

Pour la première fois depuis le début de la surveillance, une réduction des consommations a été observée dans une cohorte de 621 ES ayant participé chaque année. La consommation relevée en 2014 était en baisse de -1,8% par rapport à celle de 2013 après une période de stabilisation depuis 2011 et une période de hausse jusqu'à cette date. La progression de 1,4% observée entre 2009 et 2014 n'est pas statistiquement significative, mais elle ne va pas dans le sens de l'objectif de réduction des consommations fixé dans le [plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016](#) [9].

Pour la première fois également, les consommations de ceftriaxone n'ont pas progressé entre 2013 et 2014 (- 2,3%). Cette tendance, si elle se confirme, est encourageante car la progression des consommations de ceftriaxone observée sur la période (+34,1%) est d'autant plus préoccupante que l'utilisation de cette C3G semble davantage associée à la résistance des entérobactéries aux C3G. Cette évolution à la baisse pourrait être liée au [message d'alerte sur les C3G diffusé par le comité de pilotage ATB-Raisin en février 2014](#) [8]. Elle pourrait aussi résulter d'une diminution des traitements lors de l'hiver 2013-2014 en raison d'une épidémie grippale moins intense, en cohérence avec les données de consommation d'antibiotiques en ville ([données de l'ANSM diffusées en novembre 2015](#)) [10].

Parmi les antibiotiques considérés comme critiques [11], outre les C3G, des progressions importantes ont concerné la consommation de pipéracilline-tazobactam, des carbapénèmes et du linézolide entre 2009 et 2014. La consommation des fluoroquinolones, quant à elle, s'est réduite de plus de 20% depuis 2009 (Infographie).

Quelle utilisation des résultats de la surveillance ?

Les apports du réseau ATB-Raisin

Au niveau des ES, les professionnels disposent de données recueillies de façon comparable dans le temps et d'un ES à l'autre et d'une aide à l'utilisation pour les guider dans l'interprétation des résultats et la détermination d'actions à conduire. En effet, si l'analyse et le suivi des consommations d'antibiotiques constituent un premier pas essentiel, l'évaluation de la qualité des

pratiques est une démarche complémentaire indispensable à une stratégie de bon usage des antibiotiques, comme à celle des antifongiques. Une enquête du Cclin Sud-Ouest début 2016 a ainsi montré que 74% des participants avaient conduit des actions au décours de l'analyse des données de consommation de l'année précédente, consistant notamment en des évaluations de pratiques (70%) et des évolutions du système d'information pour favoriser la réévaluation des prescriptions à 48-72 h et/ou à 7 jours (64%). De plus, le partage d'expériences lors des réunions et journées scientifiques animées par le réseau Cclin-Arlin favorise la reproduction d'actions d'amélioration et les échanges sur les modalités pratiques pour impulser le changement : organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire, audits de pertinence des prescriptions de carbapénèmes, instauration d'antibiogrammes ciblés, développement de fonctionnalités sur les logiciels de prescription et logiciels pharmaceutiques.

Au niveau national, la surveillance ATB-Raisin a permis d'étudier la consommation d'antibiotiques rapportée à l'activité d'hospitalisation complète dans un grand nombre d'ES différents et de décrire précisément les consommations par secteur d'activité clinique. Ce niveau de détail permet d'orienter les actions d'amélioration et de mieux suivre l'impact des mesures mises en place. Les études embarquées et volets optionnels apportent des informations complémentaires pour interpréter les résultats et proposer des pistes d'action. Une étude sur la politique d'utilisation des antibiotiques en réanimation en 2010 avait souligné l'intérêt de la formation des nouveaux prescripteurs [12] tandis qu'une autre avait montré l'utilité de tenir compte de la durée moyenne de séjour (DMS) en court séjour dans l'interprétation des données de consommation [13].

Ces informations, ainsi que le réseau de professionnels constitué dans le cadre de la surveillance, s'avèrent particulièrement utiles dans le contexte de la mise en œuvre de l'instruction du 19 juin 2015 relative à la lutte contre l'antibiorésistance sous l'égide des Agences régionales de santé.

Les perspectives

La surveillance de la consommation des antibiotiques ATB-Raisin a permis d'obtenir des informations précieuses sur les consommations d'antibiotiques dans les ES et de constituer un réseau de professionnels impliqués dans la lutte contre l'antibiorésistance. Ses atouts

sont liés plus particulièrement à :

- une méthodologie harmonisée, en cohérence avec les travaux européens et évolutive selon la situation épidémiologique, les nouvelles connaissances et les questions posées,
- une organisation ayant permis des actions pluridisciplinaires sous l'impulsion du Comité de pilotage, complémentaires à la production de données de consommations comme la diffusion d'information, d'outils de communication, d'évaluation, s'appuyant sur le réseau Cclin-Arlin (citons par exemple le soutien et le relais de la campagne pour un juste usage des antibiotiques – cf. Bulletin Cclin-Arlin n°3 « Préserver l'efficacité des antibiotiques, limiter l'émergence des BMR »).

Sur ces bases, l'expérience acquise par le réseau ATB-Raisin permettra les évolutions nécessaires afin notamment de :

- recourir à des outils de recueil plus conviviaux (travaux en cours avec l'outil ConsoRes, dont la chef de projet est membre du Comité de pilotage ATB-Raisin) et promouvoir l'évolution du système d'information hospitalier ;
- s'adapter à l'évolution de l'organisation sanitaire avec le développement de la chirurgie ambulatoire et des prises en charge en hospitalisation de jour ou à domicile, ce qui suppose la définition d'indicateurs d'activité adaptés ;
- explorer davantage les spécificités régionales en lien avec les déterminants de la consommation d'antibiotiques : résultats de l'indicateur ICATB2, écologie bactérienne, profils des patients, activités cliniques et ressources en place (systèmes permettant l'accès aux recommandations et conseils, ressources pharmaceutiques pour l'analyse et la validation en lien avec le microbiologiste et le référent, référents et équipes antibiotiques locales, organisation régionale pour le conseil, formation des professionnels) ;
- développer des indicateurs de la qualité des pratiques, contribuer au recueil des indicateurs du Propias et à l'élaboration d'outils d'évaluation des pratiques.

Les informations et outils générés alimenteront les travaux des structures en charge de la lutte contre l'antibiorésistance en région : futurs Capias, Omédit, ARS, autres structures d'appui, sous le pilotage de l'ARS. Avec

d'autres sources de données (comme la pharmacovigilance par exemple), les surveillances Raisin permettront de suivre l'impact des politiques développées, tant au plan régional que national, sur l'utilisation des antibiotiques et l'antibiorésistance pour assurer une meilleure sécurité des patients. Enfin, du fait des interrelations entre médecine humaine, animale et les secteurs agro-alimentaire et environnementaux, ainsi que vient encore de l'illustrer une publication récente [14], l'approche globale de l'utilisation des antibiotiques et de la diffusion des micro-organismes s'avère plus que jamais indispensable.

Remerciements à tous les professionnels des établissements de santé participant au réseau ATB-RAISIN.

Références

- 1 Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction n°212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des Agences régionales de santé. (réf 400046)
<http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/Reglementation/2015/instruction/19062015.pdf>
- 2 Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction n° 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015. (réf 399611)
<http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/Reglementation/2015/instruction/propias2015.pdf>
- 3 Comité ATB-Raisin. Surveillance de la consommation des antibiotiques ATB-Raisin en 2015, Protocole national 2016. Décembre 2015.
http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/119925/422782/version/1/file/atb_raisin_protocole_2016.pdf
- 4 Haute Autorité de santé (HAS). Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé. 2008 (actualisation du document de l'ANDEM de 1996). 109 pages. (réf 335768)
- 5 Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (Spilf). Comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins. Qualité = préserver l'intérêt collectif sans nuire à l'intérêt in-

dividuel du patient. Conférence de consensus, mars 2002. Médecine et maladies infectieuses 2002; 32 : 320-8. (réf 419354)

6 Ministère de la santé, des solidarités et de la famille. Circulaire n°139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville. (réf 327720)
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_230306.pdf

7 Réseau ATB-RAISIN. Surveillance de la consommation des antibiotiques, Résultats 2014, avec une synthèse et un diaporama de présentation.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS>

8 Comité ATB-Raisin. Il faut réduire les consommations d'antibiotiques à l'hôpital aussi : focus sur les céphalosporines de 3^{ème} génération. Février 2014.
http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/C3G-version02-2014.pdf

9 Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. 18 novembre 2011. 76 pages. (réf 349094)
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_antibiotiques_2011-2016_.pdf

10 InVS/ANSM. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Bilan des données de surveillance, 17 novembre 2015. 15 pages. (réf 405348)

11 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Liste des antibiotiques « critiques », actualisation 2015. 2016. (réf 419355)
<http://ansm.sante.fr/content/download/85395/1077521/version/1/file/ATBC-antibiotiques-critiques-actualisation2015.pdf>

12 Comité ATB-Raisin. Etude des déterminants de la consommation d'antibiotiques en réanimation en 2010. 2012.
http://www.cclin-sudouest.com/wp-content/uploads/2015/05/RPTR%C3%A9a_ATB2010_v2012.pdf

13 Réseau ATB-Raisin. Consommation d'antibiotiques en court séjour : Intérêt du nombre d'admissions et

de la durée moyenne de séjour dans l'interprétation des données. Rapport complémentaire, données 2011. Institut de veille sanitaire. 2014. (réf 381263)
<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Consommation-d-antibiotiques-en-court-sejour-interet-du-nombre-d-admissions-et-de-la-duree-moyenne-de-sejour-dans-l-interpretation-des-donnees>

14 Janecko N, Martz SL, Avery BP, et al. Carbapenem-resistant *Enterobacter spp.* in retail seafood imported from Southeast Asia to Canada. Emerging infectious diseases 2016; 22(9) : 1675-1677. (réf 419357)

Comité de pilotage ATB-Raisin

Composition : président et vice-présidente du comité de suivi du plan antibiotiques, microbiologiste, pharmacien hospitalier, hygiéniste, infectiologues (représentant la SPILF), représentants des Omédit, du réseau Cclin-Arlin, de Santé Publique France

Rôle

- Méthodologie annuelle, rapport des résultats,
- Utilisation des données pour l'action (messages, outils, évolutions)
- Proposition d'évolutions (chirurgie ambulatoire), d'analyses (suivi des antibiotiques critiques, impact de DDJ différentes)
- Communications / messages
- Message sur les C3G en 2014
- Traduction, actualisation de documents pour la journée européenne de bon usage des antibiotiques (European Antibiotic Awareness Day) et la semaine mondiale OMS (World Antibiotic Awareness Week)
- Actualisation des pages antibiotiques du site du réseau Cclin-Arlin
- 2016 : soutien et relais par le réseau Cclin-Arlin de la campagne

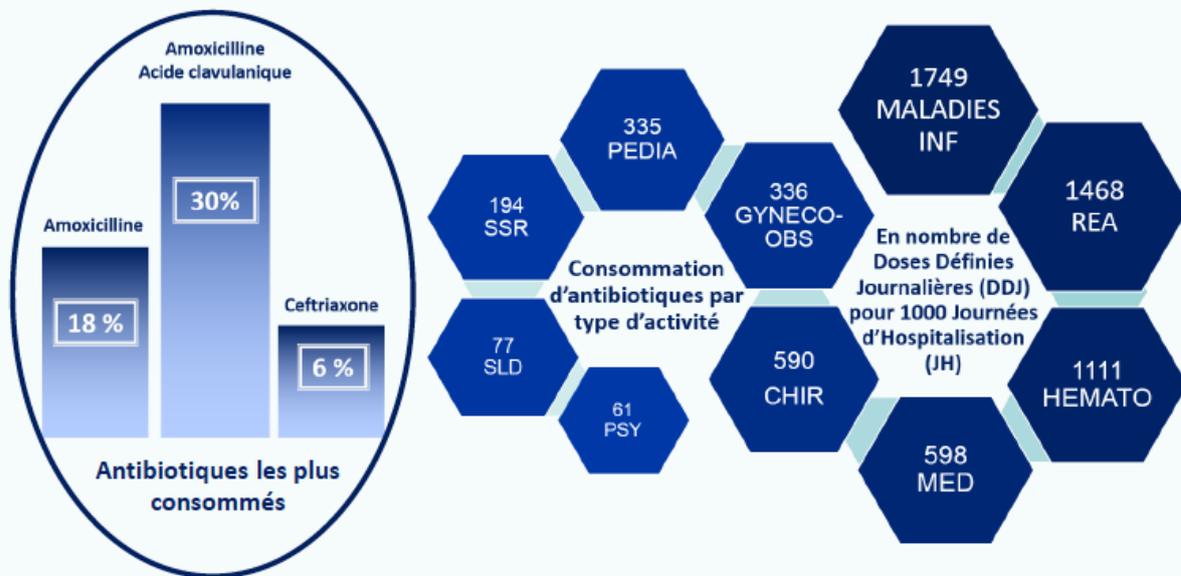


PRÉSERVER l'efficacité
des antibiotiques,
LIMITER l'émergence
des bactéries multirésistantes

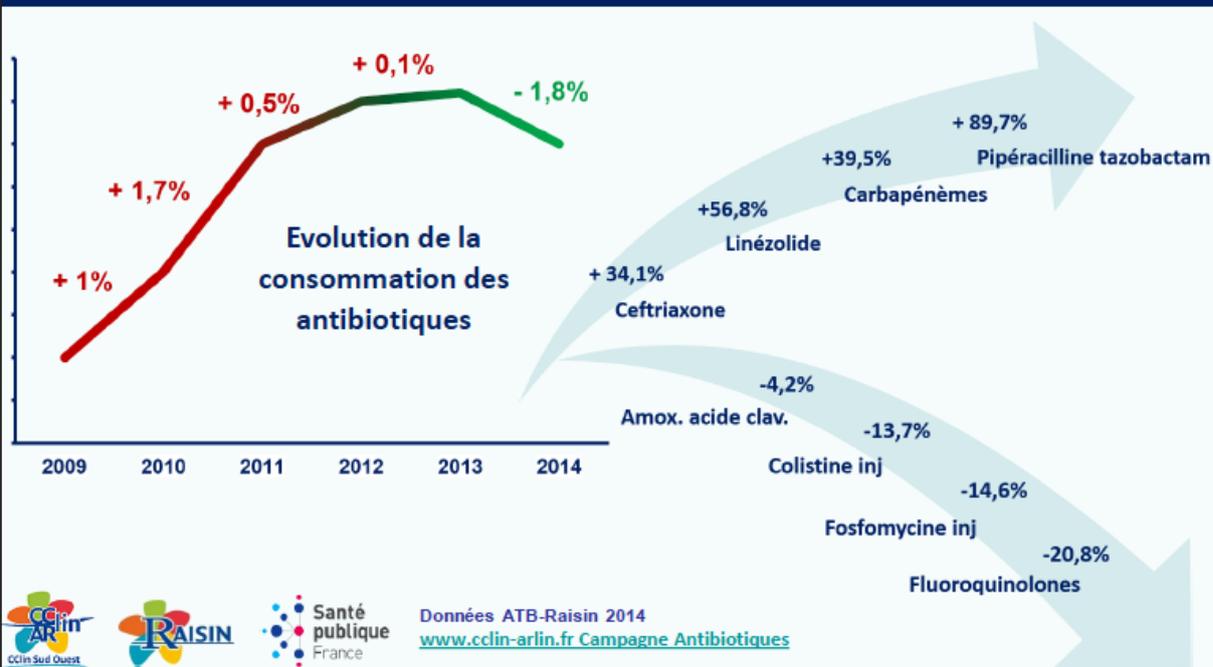
- Partage d'informations avec les autorités et agences sanitaires (DGS/DGOS, ANSM)
- Participation aux groupes de travail européens animés par l'ECDC

Consommation des antibiotiques à l'hôpital en France entre 2009 et 2014

1484 établissements participants en 2014



Cohorte de 621 établissements suivis de 2009 à 2014



Données ATB-Raisin 2014
www.cclin-arlin.fr Campagne Antibiotiques

Infographie : consommation des antibiotiques à l'hôpital en France entre 2009 et 2014