



Rapport annuel d'activité

2020

Mission nationale PRIMO de Surveillance et **PR**évention de la résistance bactérienne aux antibiotiques et des **I**nfections associées aux soins en soins de ville et en secteur **Mé**dic**O**-social.

Année d'exercice
2019

Sommaire

1 Missions et organisation de la mission nationale	6
2 Comitologie	7
3 Missions de surveillance	8
3.1 Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en ville et en secteur médico-social.	8
3.2 Surveillance de la consommation des produits hydro-alcooliques	18
4 Evaluation et prévention	24
4.1 Appui au bon usage des antibiotiques	24
4.2 Prévention des infections associées aux soins	28
4.2.1 Audit de moyens de gestion des excréta « GEx » en établissements médico-sociaux.	28
4.2.2 Prévention des infections respiratoires aiguë en ESMS	33
4.2.3 Prévention des IAS en soins de ville.	34
5 Animation – communication	35
6 Description des interfaces	36
7 Travaux, publications et communications en lien direct avec l'activité de la mission	38
8 Programme d'activité pour les années suivantes	39
Annexe 1 : Missions & organisation de la mission	42
Annexe 2 : Autres informations (non destinées à être rendues publiques)	46

Acronymes

AES	Accident d'exposition au sang
ANSP	Agence nationale santé publique
ARS	Agence régionale de santé
ATB	Antibiotiques
BHRe	Bactérie Hautement Résistante émergentes
BLSE	Bêta-lactamase à spectre élargi
BMR	Bactérie Multirésistante
CA-SFM	COMITE DE L'ANTIBIOGRAMME – SOCIETE FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE
CH	Centre hospitalier
CHG	Centre hospitalier général
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
CPias	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
C3G	Céphalosporines de 3 ^{ème} génération
CNR	Centre National de Référence
DIV	Dispositifs invasifs
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DPC	Développement Professionnel Continu
ECDC	European Center for Diseases control
EHFAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EIG	Evènement indésirable grave
EOH	Equipe opérationnelle en hygiène
EPC	Entérobactéries résistantes aux Carbapénèmes
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EUCAST	European committee on Antimicrobial Susceptibility testing
ES	Etablissement de santé
EMS	Etablissement médico-social
FAS	Foyer d'accueil spécialisé
FHF	Fédération hospitalière de France
FNADEPA	Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GDR	Gestion des risques
GE	Grand Est
GHT	Groupements hospitaliers de territoire
GREPHH	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
HAS	Haute Autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
HCSP	Haut conseil de santé publique
IAS	Infection associée aux soins
IDE	Infirmière diplômé d'état
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IN	Infection nosocomiale
ISO	Infection du site opératoire
IN	Infection nosocomiale
INVS	Institut national de veille sanitaire
LBM	Laboratoire de biologie médicale
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MOOC	Massive open online course
ONERBA	Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
PdL	Pays de la Loire
PHA	Produits Hydro-alcooliques
PS	Précautions standard
PROPIAS	<i>Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins</i>
RATB	Résistance aux antibiotiques
REX	Retour d'expérience
REeVA	Réseau régional de vigilance et d'appui
RMM	Revue de morbi-mortalité
RU	Représentant des usagers
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
SFM	Société Française de Microbiologie
SHA	Solutions Hydro-alcooliques
SHS	Sciences Humaines et Sociales
SLAE	Structure locale d'appui et d'expertise
SNME	Syndicat national de médecine esthétique
SNAT	Syndicat National des Artistes Tatoueurs
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
Spif	Société de pathologies infectieuses de langue française
SpF	Santé publique France
SSR-LD	Soins de suite et réadaptation - longue durée
SRAE	Structure régionale d'appui et d'expertise
SRA	Structure régionale d'appui
TMP-UR	Triméthoprim-Urinaire
TROD	Tests rapides d'orientation diagnostique
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Résumé

La mission nationale PRIMO de « Surveillance et PRévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques et des Infections associées aux soins en soins de ville et en secteur Médico-social » a été officiellement nommée le 29 octobre 2018.

Enjeux de santé publique

Les principaux enjeux de la mission sont :

- Surveillance des résistances bactériennes basée sur la collaboration des réseaux de surveillance existants pour une **couverture nationale**.
- Production de tableaux de bord, cartographies et graphiques utilisables par les professionnels de santé exerçant dans le domaine médico-social et les soins de ville, ainsi que par les instances régionales pour un **meilleur pilotage et évaluation** des actions de prévention, et pour une **communication** efficace.
- **Rapprochement des données de résistance bactérienne aux consommations d'antibiotiques**.
- Promotion des outils et campagnes de bon usage des antibiotiques en coordination avec les acteurs du domaine.
- Evaluer le risque et les besoins de prévention des IAS dans les soins de ville.
- Etude et définition des besoins en termes de formation et d'actions de prévention en vue de déterminer les grands axes stratégiques nationaux.
- Accroître la sensibilisation et la formation des professionnels de santé du secteur médico-social et de la ville.

Axes majeurs de la mission

La mission a été définie selon trois axes majeurs en soins de ville et secteur médico-social :

- Surveillance de la résistance aux antibiotiques
- Prévention de la résistance aux antibiotiques : prévention primaire, prévention de la diffusion, prévention de l'émergence.
- Promotion de la prévention des infections associées aux soins.

Faits marquants, éléments clefs, et principaux résultats

- En 2018, 742 sites de laboratoires de biologie médicale participants à la surveillance de la RATB en ville :
 - o 3,2% des souches d'*E. coli* isolées chez les patients à domicile étaient résistantes aux C3G, dont 2,8% par production de BLSE. Ce taux était de 7,7% à 9,3% chez des résidents d'Ehpad indépendants et intégrés à un ES.
 - o 7,2% des souches de *K. pneumoniae* productrices de BLSE isolées de prélèvements urinaires de patients à domicile, et respectivement 18,8% et 22,6% de celles isolées chez des résidents d'Ehpad indépendants et intégrés à un ES.
 - o Parmi les prélèvements superficiels positifs à *S.aureus* chez les patients vivant à domicile, 9,0% étaient résistant à la méticilline.
- En 2019, le nombre médian de frictions hydro-alcooliques réalisés par jour pour un résident donné à 1,49. Ces résultats restaient constants quelles que soient les régions, avec une surconsommation pour les EHPAD bénéficiant d'expertise en prévention de l'infection.
- Audit gestion des *excreta* : 75% de résidents incontinents, 12 à 22% de résidents utilisateurs de bassins, moins de 50% des unités de vie des ESMS indépendants dotés en local "utilitaire sale", 63% des unités de vie en ESMS ne disposant pas de lave bassins.

Summary

The national programme titled "Surveillance and Prevention of antimicrobial resistance and healthcare associated infections in community cares and long term cares facilities" PRIMO was formally appointed on October 29, 2018.

Public health issues

- Surveillance of the antimicrobial resistance based on collaboration of existing surveillance networks.
- Production of dashboards, maps and graphs that can be used by healthcare professionals practicing in the community including nursing homes and long term cares facilities, as well as by the regional authorities for a better piloting and evaluation of preventive actions, and for an effective communication.
- Matching data on antimicrobial resistance with antibiotic consumptions.
- Promote tools and campaigns for the antimicrobial stewardship in coordination with stakeholders in the field.
- Evaluate the risk and prevention needs of HAIs in community cares.
- Defining the needs in terms of training and prevention actions in order to determine the main national strategic axes.
- Increase awareness and training of health professionals in the long term cares sector and the community.

Main streams of the program

The mission has been defined along three major axes:

- Surveillance of the antimicrobial resistance in long term care facilities and the community.
- Prevention of the antimicrobial resistance: primary prevention, prevention of the spread, prevention of the emergence.
- Promotion of the prevention of healthcare associated infections.

Highlights, key elements, and key results

- In 2018, 742 clinical laboratories distributed on 11 regions in France participated in the surveillance. Among 352 070 *Escherichia coli* antibiograms from urine samples, 3.2% of strains isolated from patients living at home were resistant to third generation cephalosporins, among which 2.8% by ESBL production, *versus* 7.7% of those isolated from residents living in independent nursing and 9.3% among residents from nursing homes integrated within healthcare facility. A total of 24 069 urinary strains of *K. pneumoniae*, the ESBL production was identified in 7.2% of strains isolated from patients living at home and 18.8% of those isolated from independent nursing home, and 22.6% for those from patients in nursing homes integrated within healthcare facilities. A total of 24804 *S. aureus* antibiograms were collected which 76.6% from superficial sampling. From patients living at home, 9.0% of *S. aureus* were MRSA.
- In 2019, the median number of frictions with alcohol hands rub performed per day for a given resident was 1.49. These results remained constant regardless of the regions, with overconsumption for nursing homes benefiting from expertise in infection prevention.
- Excreta management audit: 75% of incontinent residents, 12 to 22% of residents using basins, less than 50% of independent ESMS living units with "dirty utility" premises, less than half of the establishments had access to a basin washer, 63% of ESMS living units do not have a basin washer.

1 Missions et organisation de la mission nationale

1.1 Missions

Les missions sont celles définies dans le cahier des charges spécifique de la mission :

- Missions prioritaires :

Sur la thématique « résistances bactériennes aux antibiotiques » :

- Surveillance épidémiologique de la RATB en France, en EMS et en soins de ville
 - Prévention :
 - Prévention de la RATB en EMS et en soins de ville.
 - Expertise et conseil en prévention.

Ces missions sont à harmoniser autant que possible avec la mission « Surveillance et prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques en établissements de santé ».

Sur la thématique « prévention des infections associées aux soins (IAS) en ville et EMS » :

- Promouvoir la prévention des IAS en EMS et en soins de ville.

Identification des besoins en formation, en communication et en nouvelles recommandations.

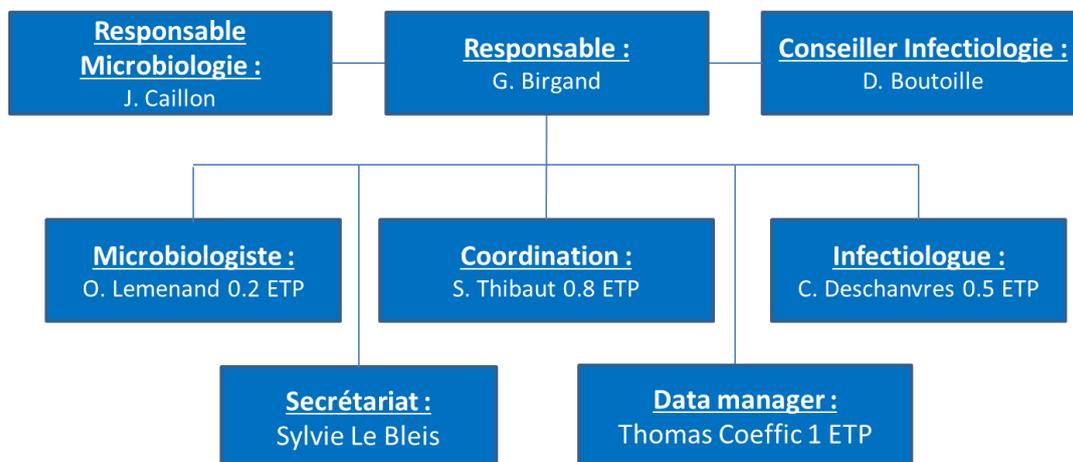
- Autres missions

- Venir en appui des centres régionaux de conseil/équipes multidisciplinaires/référents en antibiothérapie concernant l'évaluation des pratiques de maîtrise de la résistance bactérienne pour son volet « bon usage des antibiotiques ».
- La mission pourra être sollicitée, en tant que de besoin, pour une collaboration avec Santé publique France (SpF) pour la mise en œuvre :
 - Du signalement des IAS en EMS et en ville ;
 - D'un état des lieux du risque infectieux lié aux soins de ville et d'une enquête de prévalence des IAS et des traitements antibiotiques dans le secteur médico-social ;
 - De la surveillance de la consommation d'antibiotiques.

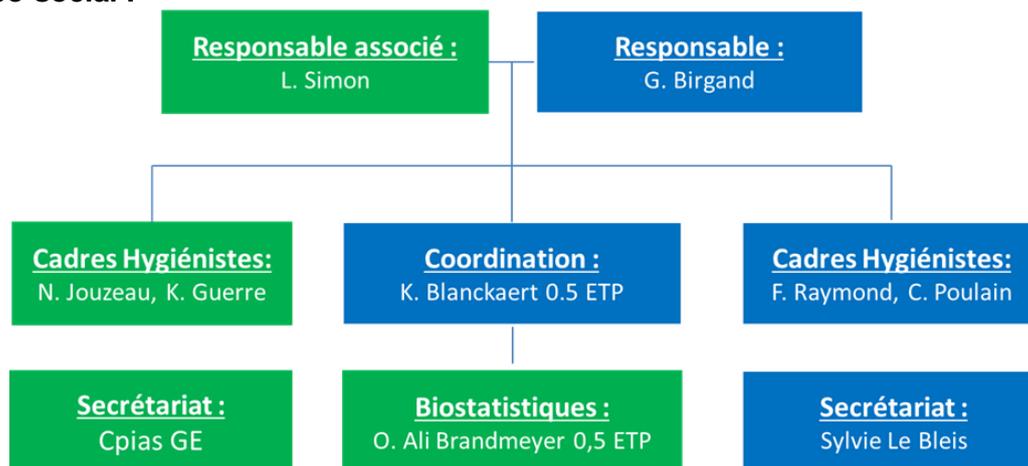
1.2 Organisation

Nous distinguons deux organigrammes (en bleu, les personnes affiliées au CPIAS Pays de la Loire et en vert, les personnes affiliées au CPIAS Grand Est) :

Organigramme de la surveillance et la prévention de la RATB en soins de ville et secteur médico-social :



Organigramme de la surveillance et la prévention des IAS en soins de ville et secteur médico-social :



2 Comitologie

Les comités scientifiques participent à :

- La validation des choix stratégiques, et à la définition des perspectives d'action.
- L'analyse des données métriques et qualitatives des activités de la mission.
- La cohérence avec le programme national et les thématiques d'importance.
- La valorisation des données acquises par la mission.

Deux comités scientifiques sont planifiés chaque année pour la surveillance et prévention en soins de ville et secteur médico-social :

- Conseil scientifique « **Surveillance et prévention de la résistance aux antibiotiques** » :
 - o Date : 16/12/2019 lors de la RICAI
- Conseil scientifique « **Surveillance et prévention des infections associées aux soins** » :
 - o Date : 11/02/2020

3 Missions de surveillance

3.1 Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en ville et en secteur médico-social.

1. Utilisation de l'outil MedQual-Ville pour répondre aux objectifs de la mission :
 - Mise à disposition des données pour les bactéries isolées dans des prélèvements à visée diagnostique et ayant fait l'objet d'un antibiogramme (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Staphylococcus aureus*).
 - Mise à jour de la méthodologie nationale de la surveillance PRIMO.
 - Mise à jour des algorithmes automatisés basés sur les règles du CA-SFM pour la vérification de la cohérence des données avant leur importation sur la base de données.
 - Développement d'un dédoublement automatique pour l'importation des données à partir du 1^{er} Janvier 2019.
2. Analyse des données de surveillance pour l'année 2018 :
 - Rédaction d'un rapport national intermédiaire : « Surveillance de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques en soins de ville et en Etablissements pour personnes âgées dépendantes » publié en Novembre 2019 par Santé Publique France.
 - Rédaction d'un rapport national complet : « Surveillance de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques en soins de ville et en Etablissements pour personnes âgées dépendantes » fourni en Février 2020 à Santé Publique France pour validation.
3. Communication auprès de tous les biologistes référents des laboratoires participants dans le cadre de la nouvelle organisation suite à l'attribution en Octobre 2018 de la mission nationale portée par le CPias PDL.
4. Protection des données à caractère personnel :
 - Déclaration de conformité à une méthodologie de référence n°1685003 v 0 délivrée par la CNIL le 05/07/2013.
 - Signature d'une charte d'engagement en 2019 par les biologistes référents des laboratoires participants.
5. Fédérer les réseaux de surveillance existants (Oscar, Normantibio) autour d'un projet commun et leur proposer un partenariat afin d'étendre la représentativité de cette surveillance nationale en s'appuyant sur leur expérience.
6. Communication sur la mise en place de la mission nationale (mailing, présentations).
7. Rapprochement de la mission SPARES pour la récupération des données de résistance bactérienne des Ehpad intégrés à un établissement sanitaire.

3.1.1 Protocoles élaborés pour le suivi de la résistance bactérienne aux antibiotiques.

La méthodologie nationale de la surveillance PRIMO a été mise à jour et est disponible dans la pièce jointe suivante [PRIMO-Methodologie-2019-VF-JUILLET]. Les données sont recueillies de façon rétrospective.

Les cibles de la surveillance sont :

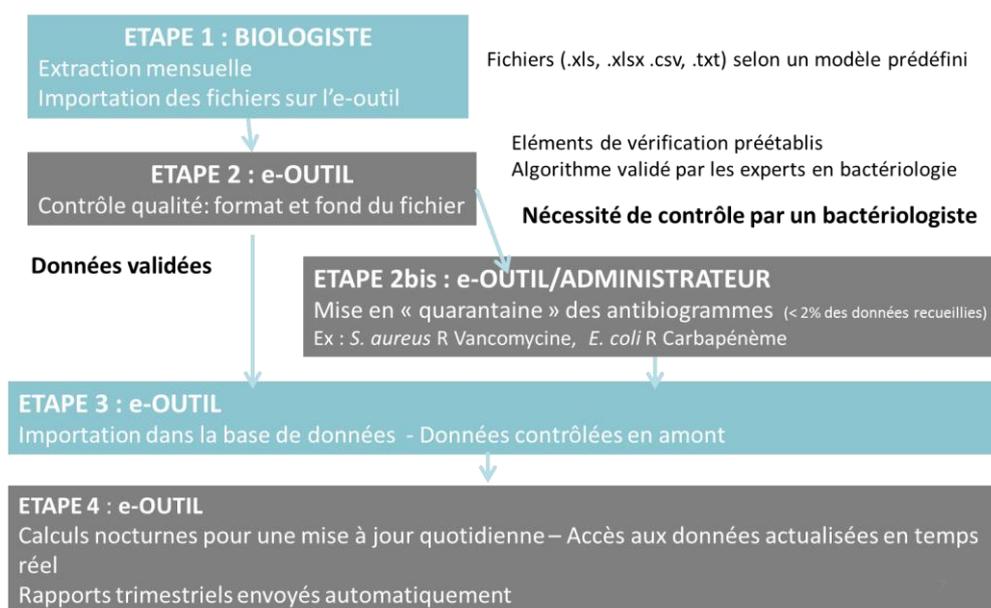
- *Escherichia coli*,
- *Klebsiella spp.*
- *Enterobacter spp.*
- *Staphylococcus aureus*,

Les antibiotiques à suivre :

L'antibiogramme complet est recueilli.

Les données fournies par les biologistes :

- A un rythme défini en amont avec le biologiste participant (mensuel, trimestriel, annuel), l'intégralité des antibiogrammes anonymisés pour les bactéries suivies, est envoyé à l'équipe de la mission PRIMO, soit en chargement sur l'e-outil ou par mail.
- Après réception du fichier brut, chaque extraction passe dans un programme spécifique au LBM qui met en conformité l'extraction brute reçue par rapport au format attendu dans la base de données utilisée pour l'e-outil MedQual-Ville.
- Ces données sont ensuite contrôlées grâce à des règles permettant de repérer des données erronées, des phénotypes impossibles mis en quarantaine qui feront l'objet d'un contrôle par nos experts en bactériologie et à une demande par mail d'information complémentaire auprès du biologiste référent concerné. Selon les retours, ces données seront soit corrigées ou supprimées du fichier avant son importation dans la base de données unique.



Les thésaurus des prélèvements et des bactéries :

Le thésaurus des prélèvements a été harmonisé avec celui de la mission SPARES. Les thésaurus des prélèvements et des bactéries sont mis à jour à chaque nouvelle importation de données et sont intégrés dans les algorithmes automatisés utilisés pour la vérification de la cohérence des données avant leur importation sur la base de données.

Les règles de contrôle et de dédoublement des données extraites :

Ces règles sont intégrées dans les algorithmes, elles sont régulièrement mises à jour dans le cadre du contrôle qualité des données. Le dédoublement est réalisé par le biologiste à chaque envoi de son fichier brut. Le biologiste suit la méthodologie ONERBA qui ne permet de ne garder qu'une seule souche par prélèvement et par patient. Des algorithmes ont également été conçus pour déterminer les doublons à partir des données à notre disposition.

La pertinence des indicateurs à calculer :

L'objectif principal est l'amélioration de la situation de la résistance bactérienne en région en offrant aux prescripteurs une lisibilité en temps réel de l'écologie bactérienne dans leur lieu d'exercice professionnel.

L'e-outil utilisé permet la production de tableaux de bord, cartographies et graphiques utilisables par les professionnels de santé exerçant dans le domaine médico-social et les soins de ville pour une communication efficace.

Un rapprochement des données de résistance bactérienne aux consommations d'antibiotiques évaluées par Santé Publique France est prévu en 2020 lorsque cela est pertinent en tenant compte des facteurs associés (résistance croisée, mesures d'hygiène).

3.1.2 Protocoles élaborés pour le suivi de la résistance bactérienne aux antibiotiques.

3.1.2.1 Données recueillies

La surveillance de la résistance bactérienne prend en compte l'ensemble des bactéries isolées dans des prélèvements à visée diagnostique et ayant fait l'objet d'un antibiogramme. Les antibiogrammes provenant des établissements de santé privés et publics ont été exclus.

Les antibiogrammes de chaque bactérie, anonymisés, sur lesquels seront précisés :

- Un numéro spécifique au LBM
- La date de prélèvement
- L'espèce bactérienne
- Le sexe du patient
- L'âge du patient (ou sa date de naissance)
- La nature du prélèvement
- L'antibiogramme complet avec les résultats aux antibiotiques testés sous forme S, I, R.
- Préciser s'il s'agit d'une BLSE, Céphalosporinase haut niveau, Carbapénémase
- Préciser si possible le type d'hébergement (domicile, EHPAD ...)
- Le département d'origine du patient ou du LBM qui a fait le prélèvement

L'e-outil se charge de calculer les résistances de ces bactéries pour chaque LBM.

Au préalable, une fiche par regroupement de LBM participant a été créée. Cette fiche reprend les informations suivantes :

- Leur technique d'antibiogramme
- Le logiciel d'analyse des données, en précisant son nom
- Le nombre de LBM concernés par l'envoi de ces données, ainsi que les noms et adresses des LBM concernés et le numéro de sécurité sociale de chaque LBM du regroupement.
- Le LBM fait-il un contrôle qualité ? Si oui lequel

- Le référentiel de bactériologie utilisé pour l'interprétation des sensibilités aux antibiotiques (CA-SFM, EUCAST + la version)

3.1.2.2 Principaux indicateurs pour la résistance bactérienne aux antibiotiques en ville et en secteur médico-social

- Pourcentage de sensibilité et résistance au sein de l'espèce pour les principales bactéries d'intérêt : *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella (Enterobacter) aerogenes*, *Enterobacter cloacae complex* et *Staphylococcus aureus*. Ces données sont disponibles pour :
 - Tous les antibiotiques intéressants en médecine de ville.
 - Tous sites de prélèvements confondus et selon le site de prélèvement
 - Par regroupement de laboratoires, par département, par région (anciennes et nouvelles régions disponibles) et pour le réseau MedQual-Ville complet
 - En fonction du sexe
 - Par tranches d'âge
 - En fonction de l'hébergement (ville ou Ehpad indépendant).
- Une analyse croisée de la sensibilité aux antibiotiques est réalisée avec la mise en place d'analyse :
 - Selon la sensibilité ou la résistance à l'amoxicilline par exemple
 - Selon la résistance à la méticilline (% SARM)
 - Selon la résistance aux Céphalosporines de troisième génération pour les entérobactériales
 - Selon le phénotype BLSE
- L'équipe SPARES nous a fourni au dernier trimestre 2019, les données recueillies pour les Ehpad intégrés à un établissement sanitaire sur l'e-outil ConsoRes® pour l'année 2018. Ces données ont donc pu être intégrées au rapport consolidé des données 2018 en cours de validation.

3.1.3 Principaux résultats :

Cette surveillance porte sur des données recueillies du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018. Les laboratoires de biologie médicale (LBM) participants à la mission PRIMO ont transmis les données concernant les prélèvements provenant de patients hébergés à domicile ou en Ehpad indépendants sur l'e-outil MedQual-Ville. Les données concernant les prélèvements provenant de patients hébergés en Ehpad intégrés à un établissement sanitaire étaient collectées par la mission SPARES sur la plateforme ConsoRes®. Seules les souches d'*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* isolées d'urines et les souches de *Staphylococcus aureus* isolées quel que soit le type de prélèvement (à l'exclusion des prélèvements urinaires), ayant fait l'objet d'un antibiogramme durant l'année 2018 ont été incluses dans l'analyse.

3.1.3.1 Participation

Les données 2018 ont été recueillies dans 742 laboratoires de biologie médicale (LBM), dont 50 regroupements de laboratoires participants, sur 11 régions en France métropolitaine (<http://www.medqual-ville.fr>). Ces LBM représentaient 18,3 % du total des LBM installés en France (données Finess data.gouv.fr 2018).

Tableau 1 : Nombre de LBM participants et installés en 2018 par région. Mission PRIMO, France, Résultats 2018.

Régions participantes	LBM installés en 2018 (n)	LBM participants au réseau PRIMO (n, %)
Auvergne-Rhône-Alpes	413	57 (13,8%)
Bourgogne-Franche-Comté	142	0 (0,0%)
Bretagne	143	91 (63,6%)
Centre-Val de Loire	132	33 (25,0%)
Corse	24	23 (95,8%)
Grand-Est	346	70 (20,2%)
Guadeloupe	29	0 (0,0%)
Guyane	11	0 (0,0%)
Hauts-de-France	283	0 (0,0%)
Ile-de-France	788	1 (0,1%)
La Réunion	61	0 (0,0%)
Martinique	33	0 (0,0%)
Mayotte	1	0 (0,0%)
Normandie	149	25 (16,8%)
Nouvelle-Aquitaine	350	127 (36,3%)
Occitanie	395	109 (27,6%)
Pays de la Loire	175	105 (60,0%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	584	101 (17,3%)
Réseau PRIMO	4059	742 (18,3%)

Dans le cadre de la surveillance SPARES en ES, un total de 109 ES ont renseigné les données des prélèvements de patients hébergés dans les unités d'Ehpad de leur établissement *via* l'e-outil Consores®. Le nombre d'établissements participant variant de 2 en région Bretagne, Pays de la Loire ou Provence Alpes Cotes d'Azur à 20 en région Auvergne Rhône Alpes.

Tableau 2 : Nombre d'ES avec unité d'Ehpad ayant participé à la surveillance SPARES de la résistance aux antibiotiques en ES, France, Résultats 2018.

Régions participantes	ES avec unités d'EHPAD (n)
Auvergne-Rhône-Alpes	20
Bretagne	2
Bourgogne Franche Comté	7
Centre-Val de Loire	9
Grand-Est	16
Hauts de France	17
Ile-de-France	5
Normandie	9
Nouvelle-Aquitaine	12
Occitanie	8
Pays de la Loire	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2
Réseau SPARES	109

3.1.3.2 Données 2018 de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques

Un retour des résultats des données de résistance bactérienne est assuré pour les LBM participants et les autres professionnels de santé et institutionnels (SPF, ARS, DCGDR, DRSM, structures d'appui régionales). Ils ont accès à un rapport semestriel détaillé des données de leur région et à un rapport global du réseau chaque trimestre, ainsi qu'aux données directement en se connectant sur leur compte sur l'e-outil MedQual-Ville.

Chez les patients vivant à leur domicile, 0,9% des *E. coli* étaient résistants à la fosfomycine, et 6,7% résistant au mécilinam. Le pourcentage de souches résistantes aux fluoroquinolones était de 11,0% et de 3,2% pour les C3G, avec 2,8% de souches productrices de BLSE (Tableau 3). En Ehpads indépendants ou intégrés à un ES, la résistance des *E. coli* à la fosfomycine était respectivement de 1,0% et 1,2%, alors que celle des fluoroquinolones était de 18,7% et 21,8%. En Ehpads indépendants, 8,6% des souches étaient C3G-R (7,7% de souches productrices de BLSE), vs 11,4% pour les Ehpads intégrés à un ES (9,3% de BLSE).

Tableau 3 : Résistance d'*Escherichia coli* (n, %R) aux antibiotiques pour les prélèvements urinaires selon le type d'hébergement. Mission PRIMO, France métropolitaine, Résultats 2018.

Souches urinaires d' <i>E. coli</i> Année 2018	Patients vivant à domicile ¹ n = 335338			Patients vivant en Ehpads indépendants ¹ n = 13720			Patients vivant en Ehpads intégrés à un ES ² n = 3012		
	n	%R	IC 95%	n	%R	IC 95%	n	%R	IC 95%
Antibiotiques testés									
Amoxicilline	334298	41,8%	[41,6% - 41,9%]	13667	52,8%	[52,0% - 53,6%]	764	55,6%	[52,1% - 59,2%]
Amoxicilline + acide clavulanique	144957	16,9%	[16,7% - 17,1%]	6546	25,6%	[24,5% - 26,6%]	2749	33,5%	[31,7% - 35,3%]
Mecillinam	322649	6,7%	[6,6% - 6,8%]	13065	10,6%	[10,1% - 11,1%]	1817	11,4%	[9,9% - 12,9%]
Cefixime	301921	4,3%	[4,2% - 4,4%]	12798	11,2%	[10,7% - 11,8%]	584	13,7%	[10,9% - 16,5%]
Céphalosporines de 3 ^{ème} génération ³	335238	3,2%	[3,1% - 3,3%]	13647	8,6%	[8,2% - 9,1%]	2992	11,4%	[10,3% - 12,6%]
Ertapénème	334258	0,007%	[0,005% - 0,010%]	13644	0,015%	[0,000% - 0,035%]	2596	0,154%	[0,003% - 0,305%]
Acide nalidixique	271460	13,6%	[13,5% - 13,8%]	11593	22,3%	[21,6% - 23,1%]	2497	25,6%	[23,9% - 27,3%]
Fluoroquinolones ⁴	326285	11,0%	[10,9% - 11,1%]	13447	18,7%	[18,0% - 19,4%]	2942	21,8%	[20,3% - 23,3%]
Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	327246	19,8%	[19,7% - 19,9%]	13338	22,6%	[21,9% - 23,3%]	2465	21,2%	[19,6% - 22,8%]
Fosfomycine	311980	0,9%	[0,9% - 1,0%]	12643	1,8%	[1,6% - 2,1%]	2336	1,6%	[1,1% - 2,1%]
Nitrofurantoïne	323948	0,6%	[0,6% - 0,6%]	13298	1,0%	[0,8% - 1,2%]	2341	1,2%	[0,8% - 1,6%]
Nombre de souches productrices de BLSE (n, %)	9452	2,8%	[2,5% - 3,1%]	1062	7,7%	[6,1% - 9,3%]	277	9,3%	[5,9% - 12,7%]
Nombre de souches productrices de carbapénémase (n, %)	13	0,004%	[0,0% - 0,3%]	0			0		

¹ Données issues de la mission PRIMO

² Données issues de la mission SPARES

³ Cefotaxime, Ceftriaxone

⁴ Ofloxacine, Ciprofloxacine, Lévofloxacine

Chez les patients vivant à leur domicile, 21,4% des *K. pneumoniae* étaient résistants à la fosfomycine et 10,8% aux fluoroquinolones. La résistance des *K. pneumoniae* aux C3G était de 7,7% pour les patients vivant à domicile, avec 7,2% de souches productrices de BLSE.

En Ehpads indépendants ou intégrés à un ES, la résistance des *K. pneumoniae* à la fosfomycine était respectivement de 19,1% et 25,5%, alors qu'elle était de 24,3% et 29,3% pour les fluoroquinolones. En Ehpads indépendants, 21,2% des souches étaient C3G-R (18,8% de souches productrices de BLSE), vs 25,8% pour les Ehpads intégrés à un ES (22,6% de BLSE) (Tableau 4).

Tableau 4 : Résistance de *Klebsiella pneumoniae* (n, %R) aux antibiotiques pour les prélèvements urinaires selon le type d'hébergement. Mission PRIMO, France métropolitaine, Résultats 2018.

Souches urinaires de <i>K. pneumoniae</i> Année 2018	Patients vivant à domicile ¹ n = 22203			Patients vivant en Ehpad indépendants ¹ n = 1459			Patients vivant en Ehpad intégrés à un ES ² n = 407		
	n	%R	IC 95%	n	%R	IC 95%	n	%R	IC 95%
Antibiotiques									
Amoxicilline	22203	100,0%	-	1459	100,0%	-	407	100,0%	-
Amoxicilline + acide clavulanique	8349	15,2%	[14,4% - 15,9%]	684	27,6%	[24,3% - 31,0%]	373	31,9%	[27,2% - 36,6%]
Mecillinam	2600	23,2%	[21,5% - 24,8%]	126	41,3%	[32,7% - 49,9%]	45	26,7%	[13,7% - 39,6%]
Cefixime	19079	8,5%	[8,1% - 8,9%]	1339	22,8%	[20,5% - 25,0%]	90	31,1%	[21,5% - 40,7%]
Céphalosporines de 3 ^{ème} génération ³	22076	7,7%	[7,4% - 8,1%]	1435	21,2%	[19,1% - 23,3%]	407	25,8%	[21,5% - 30,0%]
Ertapénème	21858	0,100%	[0,1% - 0,2%]	1399	0,40%	[0,1% - 0,8%]	354	0,80%	[0,0% - 1,8%]
Acide nalidixique	18205	14,1%	[13,6% - 14,6%]	1312	29,0%	[26,5% - 31,4%]	348	33,6%	[28,7% - 38,6%]
Fluoroquinolones ⁴	21151	10,8%	[10,4% - 11,2%]	1250	24,3%	[21,9% - 26,7%]	399	29,3%	[24,9% - 33,8%]
Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	20507	11,1%	[10,6% - 11,5%]	1291	19,8%	[17,7% - 22,0%]	325	24,6%	[19,9% - 29,3%]
Fosfomycine	8187	21,4%	[20,5% - 22,3%]	465	19,1%	[15,6% - 22,7%]	102	25,5%	[17,0% - 33,9%]
Nitrofurantoïne	20324	25,2%	[24,6% - 25,8%]	1276	23,6%	[21,3% - 25,9%]	319	26,0%	[21,2% - 30,8%]
Nombre de souches productrices de BLSE (n, %)	1591	7,2%	[5,9% - 8,5%]	271	18,8%	[14,1% - 23,5%]	92	22,6%	[10,3% - 27,3%]
Nombre de souches productrices de carbapénémase (n, %)	5	0,02%	[0,0% - 1,3%]	1	0,07%	[0,0% - 5,3%]	0		

¹ Données issues de la mission PRIMO

² Données issues de la mission SPARES

³ Cefotaxime, Ceftriaxone

⁴ Ofloxacin, Ciprofloxacine, Lévofloxacine

Chez les patients vivant à leur domicile, 9,0% des *S. aureus* étaient résistants à l'oxacilline (SARM) et 9,0% aux fluoroquinolones parmi tous les types de prélèvements (à l'exclusion des prélèvements urinaires) (Tableau 5). **En Ehpad indépendants ou intégrés à un ES**, la proportion de SARM était respectivement de 39,9% et 37,6% et la résistance aux fluoroquinolones était de 43,5% et 43,9% (Tableau 6).

Tableau 5 : Résistance de *Staphylococcus aureus* (n, %R) aux antibiotiques pour tous types de prélèvements (à l'exclusion des prélèvements urinaires) selon le type d'hébergement. Mission PRIMO, France métropolitaine, Résultats 2018.

Souches hors urinaires de <i>S. aureus</i> Année 2018	Patients vivant à domicile ¹ n = 15821			Patients vivant en Ehpad indépendants ¹ n = 1080			Patients vivant en Ehpad intégrés à un ES ² n = 257		
	n	%R	IC 95%	n	%R	IC 95%	n	%R	IC 95%
Antibiotiques									
Oxacilline ³	15821	9,0%	[8,5% - 9,4%]	1080	39,9%	[37,0% - 42,8%]	237	37,6%	[31,4% - 43,7%]
Fluoroquinolones ⁴	14687	9,0%	[8,5% - 9,4%]	1030	43,5%	[40,5% - 46,5%]	246	43,9%	[37,7% - 50,1%]
Kanamycine	12781	4,1%	[3,8% - 4,5%]	961	8,9%	[7,1% - 10,8%]	146	6,2%	[2,3% - 10,1%]
Tobramycine	14046	3,1%	[2,8% - 3,4%]	987	8,2%	[6,5% - 9,9%]	210	7,1%	[3,7% - 10,6%]
Gentamicine	15681	0,8%	[0,7% - 0,9%]	1074	0,9%	[0,4% - 1,5%]	249	1,6%	[0,0% - 3,2%]
Erythromycine	14617	28,4%	[27,6% - 29,1%]	1025	24,5%	[21,9% - 27,1%]	228	24,1%	[18,6% - 29,7%]
Lincomycine, Clindamycine	13828	4,6%	[4,3% - 5,0%]	993	9,5%	[7,6% - 11,3%]	-	-	-
Acide fusidique	13151	7,8%	[7,4% - 8,3%]	932	7,4%	[5,7% - 9,1%]	226	6,2%	[3,1% - 9,3%]
Pristinamycine	13135	1,0%	[0,8% - 1,1%]	988	2,8%	[1,8% - 3,9%]	204	2,5%	[0,3% - 4,6%]
Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	15480	1,8%	[1,6% - 2,0%]	1009	1,0%	[0,4% - 1,6%]	213	0,0%	-
Rifampicine	13378	0,8%	[0,6% - 1,0%]	920	1,6%	[0,8% - 2,4%]	172	0,6%	[0,0% - 1,7%]

¹ Données issues de la mission PRIMO

² Données issues de la mission SPARES

³ Résistance à l'oxacilline = SARM

⁴ Ofloxacin, Ciprofloxacine, Lévofloxacine

Pour les patients vivant à domicile, la proportion de souches de *S. aureus* résistantes à la méticilline (SARM) est passée de 9,5% en 2012 (n= 2 274) à 9,0% en 2018 (n= 15 821) (non significatif). A partir de 2014, après pondération sur le nombre de laboratoires participants, la tendance reste identique passant de 11,7% à 9,3% (Figure 2). La pondération sur le nombre annuel de LBM participant n'a pu être effectuée en 2012 et 2013 du fait d'un nombre de souches recueillies par région trop faible.

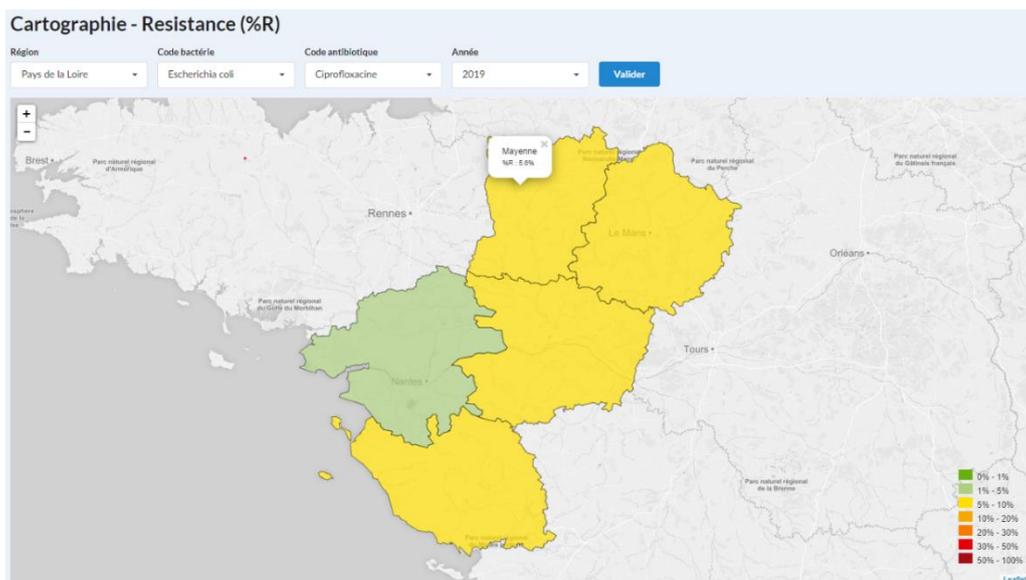
En Ehpad indépendants, la proportion de souches de *S. aureus* résistantes à la méticilline (SARM) a augmenté de 33,3% en 2012 (n= 210) à 44,8% en 2013 (n= 621), pour se stabiliser

à 39,9% en 2018 (n= 1080, non significatif). Après pondération sur le nombre de LBM participants, la tendance restait identique passant de 44,0% à 41,3% (Figure 2).

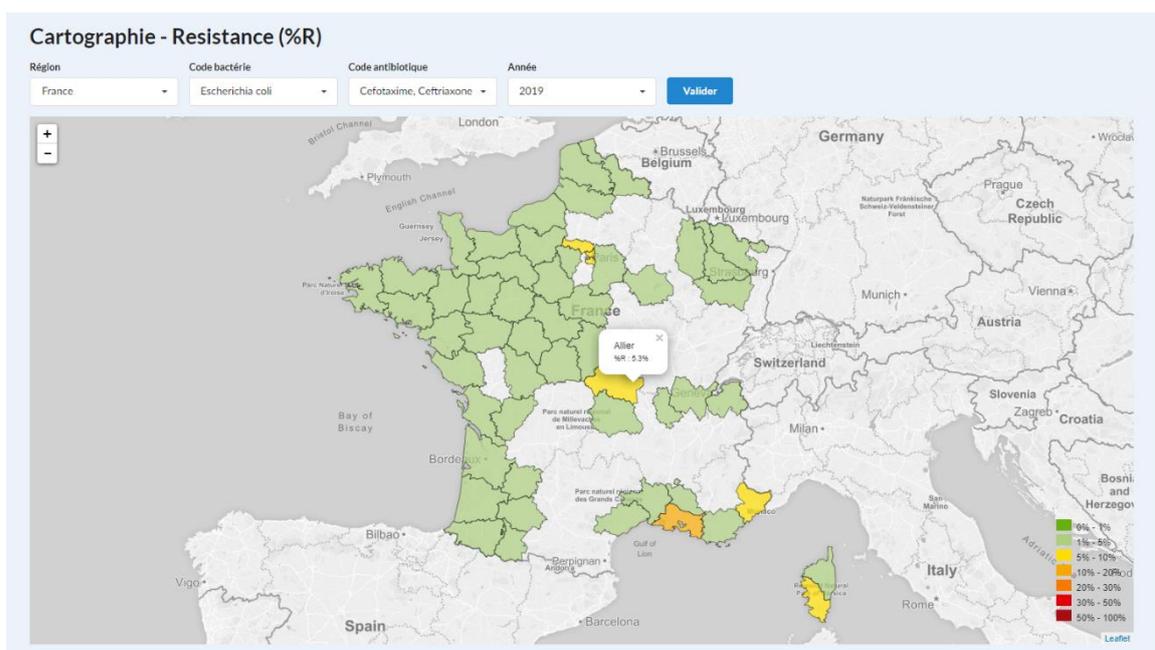
3.1.3.3 Tableaux de bord interactifs 2019, e-outil MedQual-Ville

Sur l'e-outil MedQual-Ville, possibilité de générer des **cartographies** par SAS Guide Enterprise®. L'utilisateur peut générer des cartes en choisissant :

- La bactérie (liste déroulante des *bactéries disponibles*)
- L'antibiotique souhaité (liste déroulante des antibiotiques disponibles selon la bactérie sélectionnée)
- Le territoire souhaité (liste déroulante des régions participantes, possibilité de sélectionner le réseau MedQual-ville complet)
- L'année (2008 à 2020)



Exemple d'une carte régionale pour la Surveillance régionale de la résistance (R + I, %) à la Ciprofloxacine d'*Escherichia coli* en 2019, en ville (Pays de la Loire) disponibles sur l'e-outil MedQual-ville.



Exemple d'une carte nationale pour la Surveillance régionale de la résistance (R + I, %) aux C3G d'*Escherichia coli* en 2019, en ville (France entière) disponibles sur l'e-outil MedQual-ville.

Sont disponibles également sur l'e-outil, des tableaux récapitulatifs pour l'année 2019 :

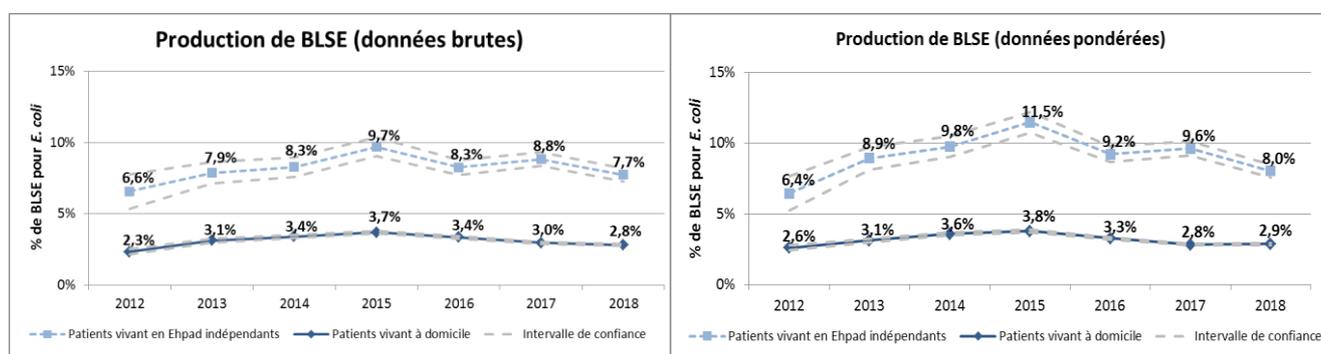
Ecoli - Détails de l'année en cours		Antibiotique	Nombre de souches	S	I	R	% S	% I	% R
Niveau d'analyse	Réseau	Amoxicilline	332143	183553	24	148566	55.3 %	0 %	44.7 %
Code bactérie	Escherichia coli	Amoxicilline-acide clavulanique (cystites)	166350	135979	0	30371	81.7 %	0 %	18.3 %
Type de prélèvement	Tous	Mecillinam	336083	312604	2	23477	93 %	0 %	7 %
Type d'hébergement	Tous	Céfixime	336603	319077	12	17514	94.8 %	0 %	5.2 %
Valider		Cefotaxime, Ceftriaxone	359608	345990	268	13350	96.2 %	0.1 %	3.7 %
		Ceftazidime	341851	330906	3704	7241	96.8 %	1.1 %	2.1 %
		Ertapénème	359838	359785	1	52	100 %	0 %	0 %
		Acide nalidixique	284652	242789	2	41861	85.3 %	0 %	14.7 %
		Ofloxacin	217214	185028	1533	30653	85.2 %	0.7 %	14.1 %
		Ciprofloxacine	200486	177699	3362	19425	88.6 %	1.7 %	9.7 %
		Triméthoprime + Sulfaméthoxazole	377826	296022	251	81553	78.3 %	0.1 %	21.6 %
		Fosfomycine	366643	361157	0	5486	98.5 %	0 %	1.5 %
		Nitrofurantoin	367902	365349	0	2553	99.3 %	0 %	0.7 %

Exemple d'un tableau récapitulatif des données recueillies pour la bactérie *Escherichia coli* en 2019 pour le réseau complet (n, % S, % R).

3.1.3.4 Evolution sur les 5 dernières années

Le taux de souches productrices de BLSE suit la même tendance que la résistance aux C3G, augmentant de 2,3% à 3,7% entre 2012 et 2015, puis diminuant de 3,4% à 2,8% entre 2016 et 2018 (Figure 1). Après pondération sur le nombre de LBM participants, la tendance reste identique passant de 2,6% à 3,8%, puis 3,3% à 2,9% respectivement.

Figure 1 : Evolution de la production de BLSE non pondérée et pondérée sur le nombre annuel de LBM participants de 2012 à 2018 pour les antibiogrammes de prélèvements urinaires d'*Escherichia coli* selon le type d'hébergement. Mission PRIMO, France métropolitaine.

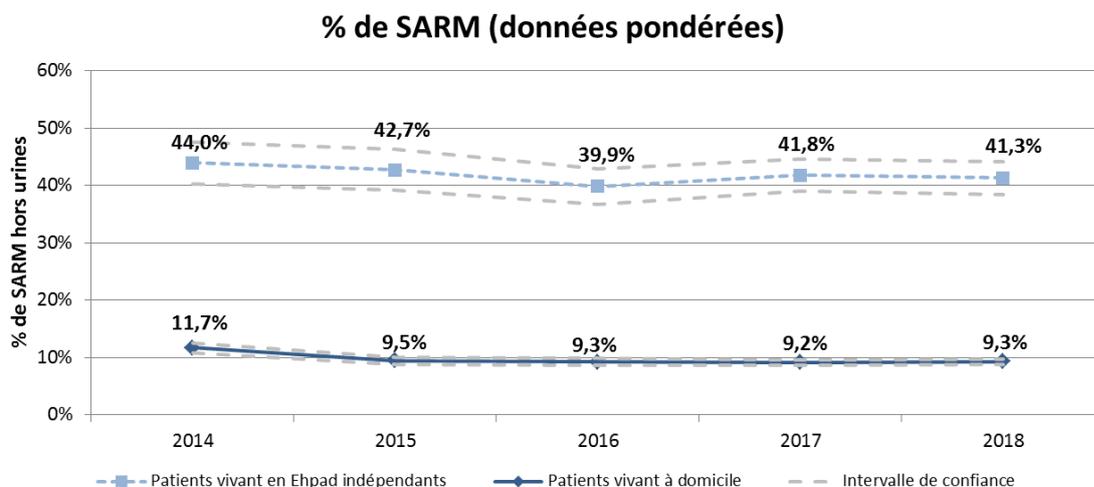


L'évolution 2012-2018 des résistances bactériennes chez *S. aureus* issus de tous types de prélèvements (hors urines) est présentée en Figure 2.

Pour les patients vivant à domicile, la proportion de souches de *S. aureus* résistantes à la méticilline (SARM) est passée de 9,5% en 2012 (n= 2 274) à 9,0% en 2018 (n= 15 821) (non significatif, Figure 21). A partir de 2014, après pondération sur le nombre de laboratoires participants, la tendance reste identique passant de 11,7% à 9,3% (Figure 2). La pondération sur le nombre annuel de LBM participant n'a pu être effectuée en 2012 et 2013 du fait d'un nombre de souches recueillies par région trop faible.

En Ehpad indépendants, la proportion de souches de *S. aureus* résistantes à la méticilline (SARM) a augmenté de 33,3% en 2012 (n= 210) à 44,8% en 2013 (n= 621), pour se stabiliser à 39,9% en 2018 (n= 1080, non significatif) (Figure 21). Après pondération sur le nombre de LBM participants, la tendance restait identique passant de 44,0% à 41,3% (Figure 2).

Figure 2 : Evolution pondérée de la résistance à la méticilline chez *S .aureus* de 2014 à 2018 pour les antibiogrammes issus de tous types de prélèvements (hors urines) de *Staphylococcus aureus* des patients vivant à domicile et des patients résidant en Ehpad indépendants. Mission PRIMO, France métropolitaine.



3.1.4 Situation de la France par rapport aux autres pays européens

Non concerné pour le moment.

3.1.5 Résultats secondaires (modules optionnels...)

Non concerné pour le moment.

3.1.6 Utilisation des données pour l'amélioration des pratiques

Non concerné pour le moment.

3.1.7 Utilisation des données pour l'amélioration des pratiques

Cf paragraphe relatif à l'appui au bon usage des antibiotiques

3.1.8 Annexes (tableaux des résultats complets)

- Compte rendu du 1^{er} Conseil Scientifique de la mission PRIMO, partie résistance – Décembre 2019
- La méthodologie nationale de la surveillance PRIMO [PRIMO-Methodologie-2019-VF-JUILLET].
- Le rapport national publié en Novembre 2019 par Santé Publique France : « Surveillance de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques en soins de ville et en Etablissements pour personnes âgées dépendantes »

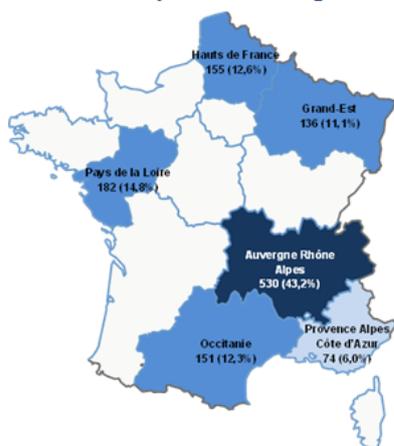
3.2 Surveillance de la consommation des produits hydro-alcooliques

3.2.1 Résumé

CONSOMMATIONS DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES EN EHPAD - ENQUÊTE INTER-RÉGIONALE 2019.

1221 EHPAD

Participants de 6 régions



De quoi parlons nous?

La friction hydro-alcoolique (FHA) est la **technique de référence pour prévenir les Infections Associées aux Soins**.

La quantité de PHA (en litres) achetée annuellement est un marqueur de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains dans les EHPAD.

Nous estimons le **nombre cumulé de frictions hydro-alcooliques réalisées par jour par l'ensemble des membres d'une équipe pour un résident donné** selon la formule suivante:

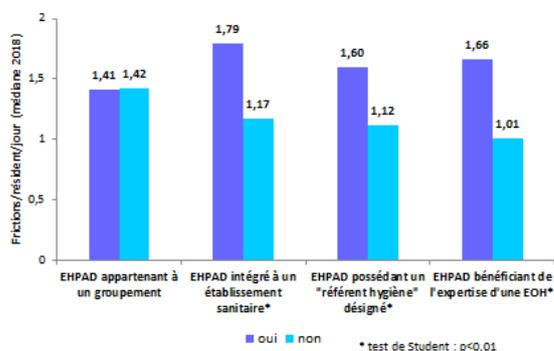
$$\text{Nombre de journées d'hébergement/an} \times \frac{\text{Volume PHA (L) acheté sur l'année}}{0,003 \text{ L (1 friction = 3mL de PHA)}}$$

En 2018, une équipe prenant en charge un résident d'EHPAD

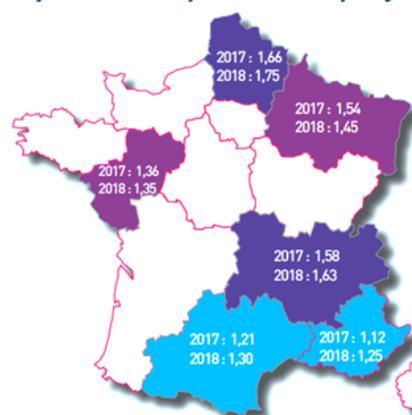
réalisait un cumul* de **1,49** friction hydro-alcoolique par jour.

* Estimation en médiane

Bénéficiaire d'une expertise en risque infectieux influence significativement les consommations de PHA



Estimation du nombre de frictions hydro-alcooliques réalisées par jour



3.2.2 Protocole élaboré pour la surveillance des consommations de PHA

Ce **projet pilote** a été proposé aux EHPAD des régions Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Grand-Est et Pays de la Loire. Les données de la région Auvergne-Rhône-Alpes recueillies au cours d'une enquête similaire ont été fusionnées aux données des 5 régions sus-citées.

Seuls les produits prêts à l'emploi sous forme de gel ou de liquide étaient à inclure dans le recueil. **Les PHA sous forme de mousses étaient à exclure.**

3.2.3 Données recueillies

Les données ont été collectées du 1^{er} Mars au 30 Juin 2019 :

- Données Etablissement :
 - o Statut : public, privé, associatif, autre
 - o Appartient à un groupement d'établissements : regroupement d'EMS sous une entité juridique commune, avec une gestion commune.
 - o Est intégré à un établissement sanitaire : les lits d'EHPAD sont intégrés au sein d'un établissement de santé (ex : au sein d'un centre hospitalier).
 - o Possède un référent hygiène désigné : personne formée à la prévention du risque infectieux associé aux soins et reconnue comme telle au sein de la structure.
 - o Bénéficie de l'expertise d'une équipe d'hygiène : une convention est établie avec une équipe opérationnelle d'hygiène d'un établissement sanitaire voisin, une équipe mobile d'hygiène (réseau, relai territorial en hygiène...). L'équipe d'hygiène intervient régulièrement à périodes définies au sein de l'établissement.

- Données Consommation de PHA en 2017 et 2018 :
 - o Nombre de places d'hébergement
 - o Nombre total de journées d'hébergement (à temps complet, temporaire ou partiel)
 - o Volume en litre de produit hydro-alcoolique acheté

3.2.4 Indicateur

Le calcul du nombre de frictions par résident et par jour est le suivant :

$$\frac{\text{Volume PHA (L)} \times 1000}{\text{Nombre de journées d'hébergement} \times 3\text{mL}}$$

(1 friction = 3 mL de PHA)

IMPORTANT : Ce calcul basé sur les données de consommations de produit hydro-alcoolique permet d'estimer le nombre de frictions réalisées chaque jour pour un résident donné. Cette valeur cumule le nombre de frictions théoriquement réalisées par l'ensemble des professionnels en charge du résident donné.

Les données sont présentées en médianes, percentiles ou pourcentages. Les analyses statistiques ont été réalisées par des tests univariés de Student ou analyse de variance selon la situation. Une valeur de $p < 0,01$ permettait de conclure à une différence significative entre les groupes comparés. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9.4.

3.2.5 Participation

De Mars à Juin 2019, un total de **698 EHPAD** ont participé à la surveillance proposée par les CPIas des 5 régions françaises pilotes du projet. A ceux-ci sont venues s'ajouter les données de **530 EHPAD** de la région Auvergne-Rhône-Alpes collectées durant le premier semestre 2019. Le taux de participation régional variait de 12% des EHPAD en région PACA à 56% en région Auvergne-Rhône-Alpes. (Table 1) La Figure 1 représente la part totale prise par chaque région dans l'enquête.

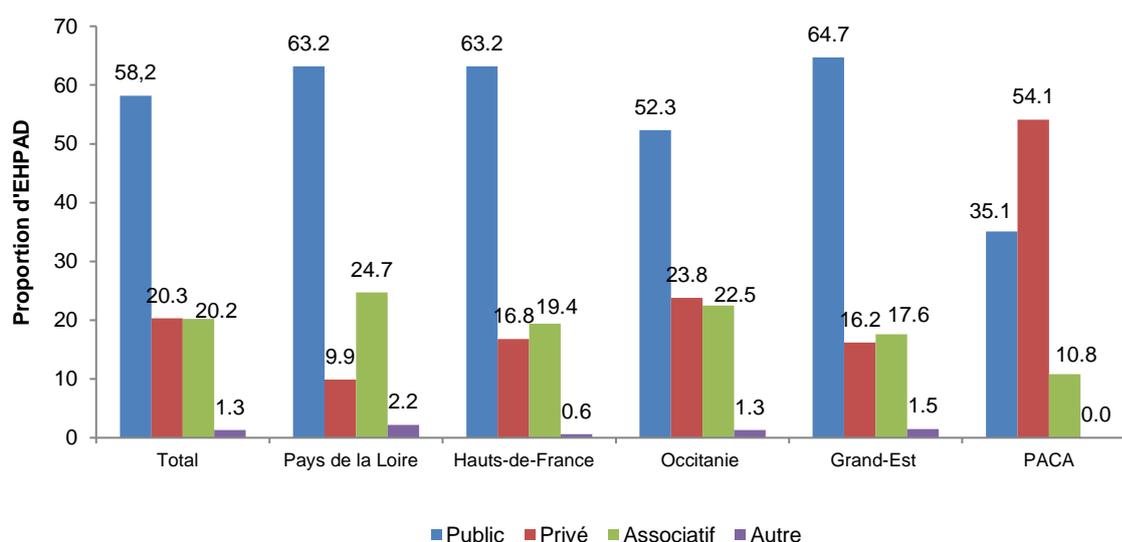
Table 6 : Taux de participation des EHPAD par région

	Auvergne-Rhône-Alpes	Pays de la Loire	Hauts-de-France	Grand-Est	Occitanie	PACA
EHPAD participants	530	182	155	136	151	74
Nombre total d'EHPAD de la région¹	945	583	590	616	823	599
Taux de participation	56%	31%	26%	22%	18%	12%

3.2.6 Caractéristiques des établissements participants

Parmi les 698 EHPAD participants pour lesquels le statut était renseigné¹, **58,2%** étaient des EHPAD **publics**, **20,3% privés** et **20,2% associatifs**. Cette répartition différait selon les régions. Aux extrêmes, 9,9 % des EHPAD participants de la région Pays de la Loire étaient des établissements privés alors que 54,1% l'étaient en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans la région Grand-Est, 64,7% des EHPAD participants étaient publics, contre 35,1 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. (Figure 3).

Figure 3 : Répartition des EHPAD par statut et par région



Les ressources et expertises en prévention de l'infection se formalisaient par la présence d'un "réfèrent hygiène" dans 73,2% des EHPAD, et/ou d'une équipe opérationnelle d'Hygiène (EOH) dans 63% des établissements.

¹ Source : Finess

3.2.7 Résultats des consommations de produits hydro-alcooliques (PHA)

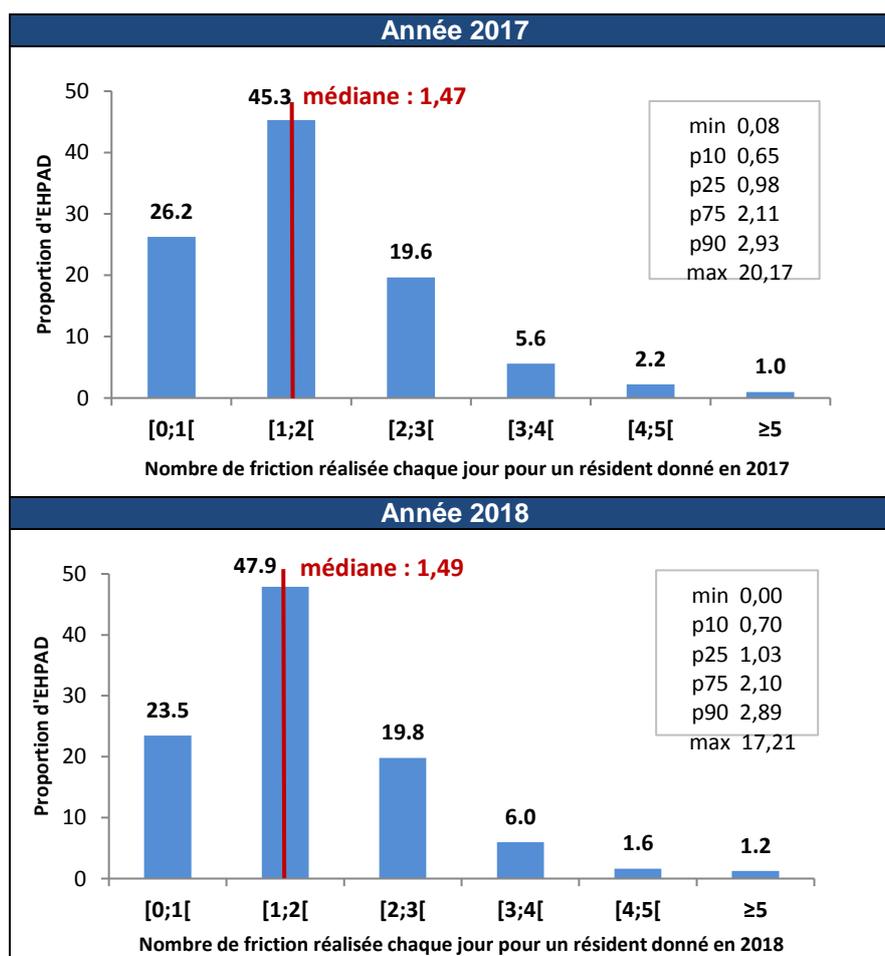
Pour les 6 régions représentées dans cette enquête, les consommations de PHA équivalaient en médiane à **1,47 friction réalisée chaque jour pour un résident donné** en 2017. Cette estimation restait stable en 2018 avec **1,49 friction réalisée par jour pour un résident donné** (Tableau 3).

Tableau 7 : Nombre de friction réalisée chaque jour pour un résident donné en 2017 et 2018

	2017	2018
Nb d'EHPAD	1212	1218
Nb de frictions/résident/jour		
Médiane	1,47	1,49
Min	0,08	0,00
Max	20,17	17,21

En 2017 et 2018, 25% des EHPAD réalisaient respectivement 0,98 et 1,03 friction chaque jour pour un résident donné (Figure 4).

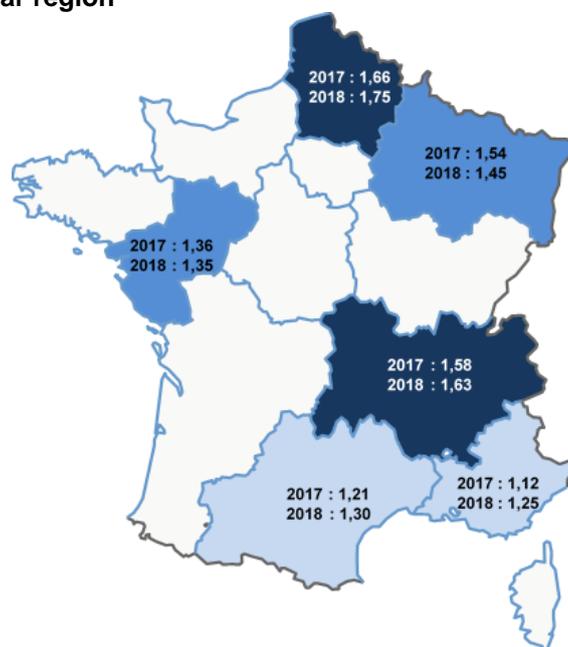
Figure 4 : Distribution du nombre d'EHPAD par nombre de friction réalisée chaque jour pour un résident donné en 2017 et 2018



Le nombre médian de friction réalisée chaque jour pour un résident donné était significativement plus élevée dans les régions Hauts-de-France (1,66 friction en 2017 ; 1,75 friction en 2018) et Auvergne-Rhône-Alpes (1,58 friction en 2017 ; 1,63 friction en 2018) en

comparaison des autres régions. Les médianes les plus faibles étaient observées dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie (1,12 friction en 2017 ; 1,30 friction en 2018) (Figure 5). Les différences observées entre région étaient statistiquement significatives (2017 et 2018 : $p < 0,01$).

Figure 5 : Estimation du nombre de friction réalisée chaque jour pour un résident donné, médianes 2017 et 2018 par région



Les EHPAD de statut **public** présentaient la médiane estimée du nombre de friction réalisée chaque jour pour un résident donné plus élevée : **1,53** en 2017 et 2018. A l'opposé, les EHPAD de statut **associatif** avaient une médiane la plus faible en se situant à **1,04** friction réalisée chaque jour pour un résident donné en 2017 et **1,06** en 2018 (Tableau 4).

Tableau 8 : Estimation du nombre de friction réalisée chaque jour pour un résident donné par statut d'EHPAD

Statut	Nb de frictions/résident/jour			
	médiane 2017	p*	médiane 2018	p*
Public	1,53		1,53	
Privé	1,29	<0,01	1,27	<0,01
Associatif	1,04		1,06	
Autre	1,62		1,67	

* test d'analyse de la variance

Les EHPAD intégrés à un établissement sanitaire possédaient une médiane du nombre estimé de frictions plus élevée que les EHPAD indépendants (en 2018 : 1,79 versus 1,17 ; $p < 0,01$). La même tendance est observée dans les EHPAD possédant un "référént hygiène" désigné (en 2018 : 1,60 versus 1,12 ; $p < 0,01$) et les EHPAD bénéficiant de l'expertise d'une EOH (en 2018 : 1,66 versus 1,01 ; $p < 0,01$) (Tableau 5).

Tableau 9 : Estimation du nombre de friction réalisée chaque jour par l'ensemble des personnels en charge d'un résident donné par caractéristique d'EHPAD

	Nb de frictions/résident/jour					
	médiane 2017			médiane 2018		
	Oui	Non	p*	Oui	Non	p*
EHPAD appartenant à un groupement¹	1,37	1,37	NS	1,41	1,42	NS
EHPAD intégré à un établissement sanitaire¹	1,81	1,11	<0,01	1,79	1,17	<0,01
EHPAD possédant un "référént hygiène" désigné	1,56	1,02	<0,01	1,60	1,12	<0,01
EHPAD bénéficiant de l'expertise d'une EOH	1,64	0,99	<0,01	1,66	1,01	<0,01

*Test de Student ; NS, différence non significative

3.2.8 Situation de la France par rapport aux autres pays européens

Non concerné pour le moment.

3.2.9 Résultats secondaires (modules optionnels...)

Non concerné pour le moment.

3.2.10 Utilisation des données pour l'amélioration des pratiques

Non concerné pour le moment.

3.2.11 Annexes (tableaux des résultats complets)

4 Evaluation et prévention

Eléments clés 2019

- Début de collaboration avec l'équipe en charge de l'outil d'aide à la prescription « Antibioclic »
- Contribution au développement d'un E-learning e-PREVENTImAgeS destiné à la médecine générale (1^{er} cas clinique d'infection urinaire)
- Etude pilote d'appui au bon usage des antibiotiques en EHPAD, basé sur le feedback des données de l'assurance maladie
- Analyse et rédaction du rapport d'audit national « Gestion des excréta en ES et EMS »
- Création et diffusion d'une affiche de communication sur les indications des TRODs et des antiviraux lors d'infections respiratoires aiguës en EMS
- Action de communication et incitation au listing de référents régionaux pour la prévention des Accidents d'exposition au sang pour les professionnels de santé exerçant en ville
- Contribution aux réflexions méthodologique pour l'enquête de prévalence des infections associées aux soins en ville.

4.1 Appui au bon usage des antibiotiques

Des consultations auprès des acteurs du bon usage des ATB en France ont été menées afin de déterminer les créneaux de la mission dans ce domaine et répondre au point de cahier des charge : « appui des centres régionaux de conseil/équipes multidisciplinaires/référents en antibiothérapie concernant l'évaluation des pratiques de maîtrise de la résistance bactérienne pour son volet bon usage des antibiotiques ».

4.1.1 Collaboration avec l'outil d'aide à la prescription « Antibioclic »

L'outil d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie Antibioclic est largement utilisé par les prescripteurs pour avoir une aide à la prescription basée sur les recommandations françaises actualisées. Dans le but de faciliter l'accès aux données de résistances bactériennes et de consommation d'antibiotiques en ville et en établissements médico-sociaux aux prescripteurs, la plateforme Antibioclic est un espace de diffusion privilégié.

Objectifs :

L'objectif est de construire une collaboration permettant (i) de proposer au sein du site Antibioclic des messages simples et appréhendables par les prescripteurs portant sur les données de résistances bactériennes et de consommations antibiotiques et (ii) de faire le lien entre le site Antibioclic et la plateforme PRIMO.

Méthode :

Les données de résistances bactériennes sont issues de l'outil de surveillance MedQual Ville permettant d'avoir des données autant globales que localisées sur les principales bactéries responsables des infections communautaires. Au vu de la prédominance des infections urinaires en ville, les messages seront ciblés sur cette pathologie.

Deux types d'information seront proposés. Tout d'abord, des messages simples et généraux de type « le saviez-vous ? » avec par exemple « le saviez-vous ? En 2019, 99% des *E. coli* identifiées dans des urines en ville sont sensibles à la fosfomycine », ou encore « le saviez-vous ? en 2019, 5.6% des *E. coli* identifiées dans des urines en EHPAD des Pays de la Loire sont des BLSE ». Ce type de message est déclinable par lieux de prélèvement, ville ou EHPAD, par germe et par classe d'antibiotique.

Un deuxième type de message sera intégré à la page des recommandations thérapeutiques des infections urinaires présentant les données de sensibilité actualisées des entérobactéries responsables d'infections urinaires en différenciant les données issues de la ville et des EHPAD. Les antibiotiques présentés sont les antibiotiques d'intérêts de l'antibiogramme ciblé.

Les données de consommation sont issues de l'outil Géodes. Pour rendre le message appréhendable par les prescripteurs, il est essentiel de choisir des indicateurs appropriés. Les indicateurs utilisés en santé publique comme la DDJ (Dose Définie Journalière) ou le taux de consommation par millier d'habitant et par jour semblent peu adaptés alors que la présentation de la consommation en valeur absolue de prescription paraît plus appréhendable. Via l'outil Géodes, ces données de consommations sont déclinables par familles d'antibiotiques et par année permettant de pointer du doigt l'évolution dans le temps de la prescription de certains antibiotiques d'intérêt. Un exemple de message : « Chaque jour, en Pays de la Loire, 7573 antibiothérapies sont prescrites ».

Dans le but de sensibiliser les prescripteurs à l'impact des différents antibiotiques sur l'émergence de la résistance, un feu tricolore pourra être attribué à chaque antibiotique selon son impact écologique notamment sur la flore digestive. Pour permettre aux utilisateurs d'Antibiocliv d'aller plus loin dans cette thématique des liens seront disponibles sur le site d'Antibiocliv vers la plateforme PRIMO et l'outil Géodes.

4.1.2 Projet d'appui au bon usage des antibiotiques en EHPAD

Appui au développement d'une étude pilote sur les Pays de la Loire de bon usage des antibiotiques en EHPAD en collaboration avec la DRSM (Direction Régionale du Service Médical de l'assurance maladie)

Contexte

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de résidents en établissement médico-social, principalement en EHPAD, avec par exemple en pays de la Loire une hausse de 40% des plus de 65 ans entre 2012 et 2017 et 11% des plus de 75 ans vivant en EHPAD. En France en 2015, 585 650 personnes vivaient en EHPAD, soit 8% des personnes âgées de 75 ans et plus. En 2019, les Pays de la Loire comptaient plus de 560 EHPAD accueillant plus de 45 000 résidents.

La dépendance et l'institutionnalisation sont des facteurs décrits comme étant associés à la prescription antibiotique. Des études de prévalence ponctuelle ont montré qu'un jour donné, 4 à 6% des résidents sont infectés en EHPAD et 75 à 80% de ces infections donnent lieu à une antibiothérapie, dont la moitié serait inutile ou inappropriée. En cause, le traitement des bactériuries asymptomatiques, l'instauration d'antibiothérapie dans des infections virales notamment respiratoires, l'utilisation de molécules à large spectre (fluoroquinolones et C3G représentent jusqu'à 50% des prescriptions antibiotiques en EHPAD) avec des durées de traitement inappropriées.

De la combinaison de ces deux phénomènes que sont l'antibiorésistance dû au mésusage des antibiotiques et la dépendance entraînant une sur/mal consommation des antibiotiques, découle une prévalence de l'antibiorésistance plus élevée en EHPAD.

Les raisons du mésusage antibiotique en EHPAD sont multiples. Les difficultés liées aux patients sont d'ordre diagnostique du fait du caractère pauci-symptomatique des patients infectés et de la fragilité des personnes âgées dépendantes mais aussi thérapeutique avec la restriction du choix des galéniques possibles et le risque de iatrogénie important. De plus, la difficulté d'accès aux médecins traitants, à un référent antibiotique et aux examens d'imageries limite l'efficacité de la démarche diagnostique. La multiplicité des soignants intervenant auprès des résidents rend complexe la possibilité de formation et d'harmonisation des pratiques. Enfin, les comorbidités que présentent les résidents impliquent des séjours itératifs en établissement de soins avec un risque de colonisation à germes résistants plus important ; de même que la vie communautaire majore le risque de transmission croisée.

Objectif

L'objectif principal du projet est de diminuer la prescription d'antibiothérapie en EHPAD des Pays de la Loire. Les objectifs secondaires sont la diminution de la réalisation des prélèvements à visée bactériologique (écouvillon de peau, ECBU) et la diminution de la consommation des antibiotiques d'intérêt (amoxicilline - acide clavulanique, C3G, fluoroquinolones)

Méthodologie

Etude interventionnelle régionale de type « avant-après » sans site contrôle réalisée sur les EHPAD de la région Pays de la Loire. Le fait de ne pas choisir de site contrôle vient de la difficulté de trouver une population témoins comparable entre deux EHPAD. En effet, un indicateur de comparaison pertinent pourrait être le niveau d'autonomie des résidents via le score GIR qui diffère d'un EHPAD à l'autre, mais nous ne disposons pas à l'échelle régionale d'indicateur reflétant le score GIR au sein de chaque EHPAD. De plus la possibilité d'obtenir des données antérieures sur plusieurs années des indicateurs de l'étude permet de s'affranchir d'une tendance pré-existante à l'étude avant/après.

La population cible est les professionnels de santé (médecin coordonnateur, médecin généraliste, infirmier.e, aide-soignant) des EHPAD de France. Un échantillon représentatif de cette population sont les professionnels de santé des EHPAD des Pays de la Loire.

Les EHPAD avec une pharmacie à usage interne (PUI) ou les EHPAD n'accueillant que des résidents relevant d'un régime spécifique de la sécurité sociale sont exclus de l'étude car les données de prescriptions ne sont pas disponibles dans la base de données ERASME (Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico Economique) de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie).

Les EHPAD ciblés par l'intervention sont ceux dont les données de facturations sont disponibles dans la base ERASME de la CPAM. La DRSM fournit la liste des EHPAD concernés par l'étude. Les coordonnées des EHPAD sont obtenues par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou par le biais des Equipes Opérationnelles d'Hygiène (EOH). Les EHPAD sont alors contactés par les antibio-référents régionaux par un e-mail adressé à la direction de l'établissement et au médecin coordonnateur, s'il existe, en joignant une note d'information ainsi qu'une lettre d'accord de participation. L'accord de participation à l'étude est donné par réponse à l'e-mail.

Il sera demandé à chaque EHPAD de désigner un ou des leader(s), idéalement un leader médical (médecin coordonnateur, médecin généraliste intervenant sur l'établissement, pharmacien...) et un leader para médical (cadre de santé, infirmière coordinatrice, référente hygiène...). Ces leaders seront responsables du déploiement de l'intervention au sein de l'établissement.

Les leaders bénéficieront d'une demi-journée départementale de sensibilisation au bon usage des antibiotiques en EHPAD. Pour la région pays de la Loire, 5 demi-journées départementales seront organisées. Ces formations sont organisées et animées par une équipe de formation regroupant un médecin généraliste, un gériatre, un infectiologue et un hygiéniste du réseau d'hygiène. La formation comporte : (i) une présentation du contexte de l'antibiorésistance en France, en région, et les particularités liées aux EHPAD, (ii) une présentation des données de la littérature sur les études de bon usage en EHPAD, (iii) l'analyse de cas cliniques interactifs ayant pour objectif l'optimisation de la réalisation des prélèvements à visé bactériologiques et la juste prescription antibiotique, (iv) la remise des outils « clés en main » pour animer une politique de bon usage en EHPAD sous différents formats et (v) la remise des données de prescription (antibiotique, prélèvement) individuelle à chaque représentant d'EHPAD.

Les leaders auront la charge de déployer et de promouvoir les outils présentés lors de la journée de formation dans leur établissement. Un appui sera possible par les équipes opérationnelles d'hygiène. Les porteurs de projet pourront être amenés à proposer ponctuellement leur soutien, à la demande du leader.

Un questionnaire standardisé sera adressé aux leaders à 6, 12, 18 et 24 mois après le début du projet, afin de connaître l'avancée de l'action et les difficultés rencontrées. Tous les 6 mois,

les leaders recevront de la part de la DRSM les résultats indicateurs de l'action sur son établissement.

Indicateurs

Les indicateurs sélectionnés issus de la base de données ERASME de la DRSM sont :

- Nombre d'ECBU réalisés/année-résident
- Nombre d'écouvillon cutané réalisés/année-résident
- Nombre d'initiation d'antibiothérapie/année-résident (tout antibiotique confondu, antibiotiques critiques : C3G, Amoxicilline-Ac clavulanique, fluoroquinolone)
- Prévalence ponctuelle de l'antibiothérapie exprimée en proportion de résidents sous antibiothérapie sur une journée donnée. Cet indicateur est extrapolé à partir des données d'initiation d'antibiothérapie, de la DDJ et du nombre de boîte délivré.

L'outcome principal est l'évolution des indicateurs à 6 mois, 12 mois, 18 mois et 24 mois dans chaque EHPAD.

Résultats attendus

Les données de la littérature montrent des résultats permettant d'attendre une diminution du nombre d'ECBU et d'écouvillon cutanés réalisés, du volume de prescription d'antibiotiques et notamment de C3G et de fluoroquinolones.

Ce projet permet de monter une collaboration entre la DRSM, les EHPAD et les acteurs du bon usage de l'antibiothérapie au sein des Pays de la Loire. Un projet de collaboration avec les laboratoires de ville nous permettrait d'obtenir les données de résistances aux antibiotiques à l'échelle de chaque EHPAD pour évaluer l'impact de cette intervention sur l'épidémiologie locale. L'expérience de cette étude pilote permettrait le développement au niveau national de ce type d'étude basée sur les données de la DRSM.

Déploiement national

Cette méthodologie et l'expérience acquise au niveau régional sera proposés aux centres régionaux de bon usage des antibiotiques. Elles pourront faire l'objet d'adaptations locales.

4.1.3 E-learning e-PREVENTImAgeS destiné à la médecine générale

Appui au développement de l'outil d'E-learning e-PREVENTImAgeS qui s'adresse aux médecins généralistes en leur permettant de bénéficier d'une formation continue au titre du DPC. e-PREVENTImAgeS a pour objectif d'aborder la prévention des infections associées aux soins et de la résistance bactérienne aux antibiotiques en les intégrant, au travers de cas cliniques, à la démarche quotidienne de prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients.

L'outil e-PREVENTImAgeS est développé par l'association FCBM (Formation Continue en Biologie et Médecine) qui est une association loi 1901, dont l'objet est de contribuer à la formation continue des professionnels de santé intervenant dans les différents domaines de la Biologie et de la Médecine humaine ou vétérinaire. FCBM propose depuis plusieurs années des programmes de formation continue exclusivement en e-learning à destination des professionnels de santé : e-HEMATImage (Hématologie cellulaire), e-MYCOImage (Mycologie médicale), e-PARASITImage (Parasitologie), e-BACTERImage (Microbiologie).

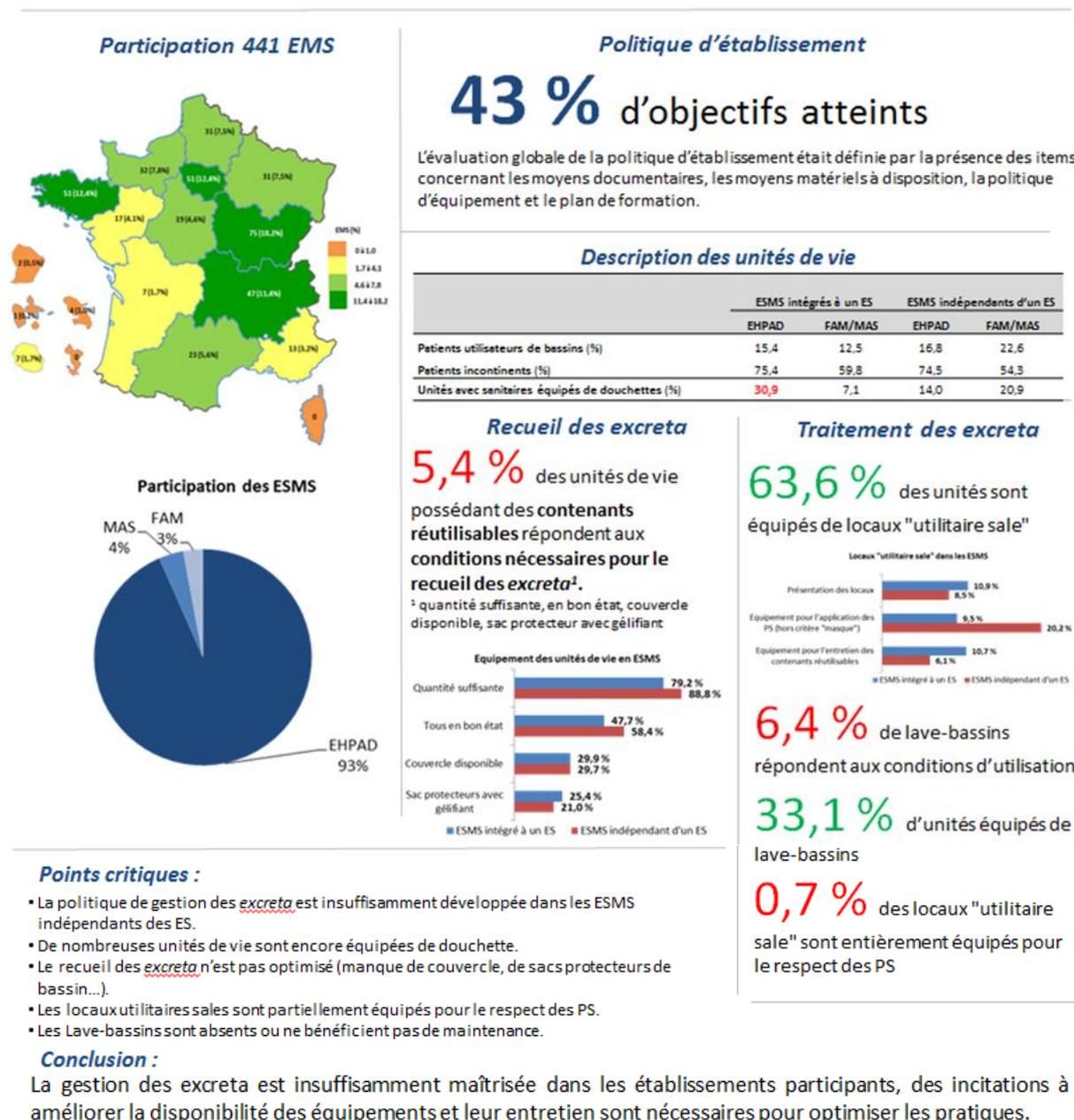
e-PREVENTImAgeS proposera 4 dossiers cliniques par an créés par des experts de la prévention du risque infectieux. Ces dossiers porteront sur des thématiques de pratique médicale quotidienne comme l'infection urinaire en EHPAD ou la prise en charge de la rougeole. e-PREVENTImAgeS prévoit une interactivité entre utilisateur et formateur permettant de répondre au mieux aux problématiques des cliniciens. e-PREVENTImAgeS sera disponible à la fin du premier semestre 2020, présenté aux centres régionaux de bon usage des antibiotiques et promu auprès des représentants nationaux de la médecine générale.

4.2 Prévention des infections associées aux soins

4.2.1 Audit de moyens de gestion des excréta « GEx » en établissements médico-sociaux.

4.2.1.1 Résumé

GESTION DES EXCRETA EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAUX - RÉSULTATS DE L'AUDIT NATIONAL 2019.



Points critiques :

- La politique de gestion des excréta est insuffisamment développée dans les ESMS indépendants des ES.
- De nombreuses unités de vie sont encore équipées de douchette.
- Le recueil des excréta n'est pas optimisé (manque de couvercle, de sacs protecteurs de bassin...).
- Les locaux utilitaires sales sont partiellement équipés pour le respect des PS.
- Les Lave-bassins sont absents ou ne bénéficient pas de maintenance.

Conclusion :

La gestion des excréta est insuffisamment maîtrisée dans les établissements participants, des incitations à améliorer la disponibilité des équipements et leur entretien sont nécessaires pour optimiser les pratiques.

4.2.1.2 Contexte

Face à l'évolution épidémiologique préoccupante des BHRé en France et la fréquence des épidémies à tropisme digestif (GEA) en EHPAD, les bonnes pratiques d'élimination des *excreta* (selles, urines, vomissements, etc.) sont essentielles pour prévenir la transmission croisée et devraient être un thème de travail identifié pour toutes les équipes de prévention des IAS. Le risque lié à la gestion des *excreta* est par ailleurs un axe prioritaire identifié dans le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (axe 2, PROPIAS 2015).

4.2.1.3 Objectifs de l'audit

L'objectif principal était d'évaluer la politique générale des établissements, décrire et recenser l'ensemble des éléments nécessaires à une bonne gestion des *excreta* à disposition dans les secteurs de soins ou les unités de vie des ESMS. Au décours, ce travail devait sensibiliser le personnel au risque de transmission croisée lié à la gestion des *excreta*. Il s'agit du premier audit du genre à l'échelon national intégrant les secteurs sanitaires et médico-social.

4.2.1.4 Méthodologie

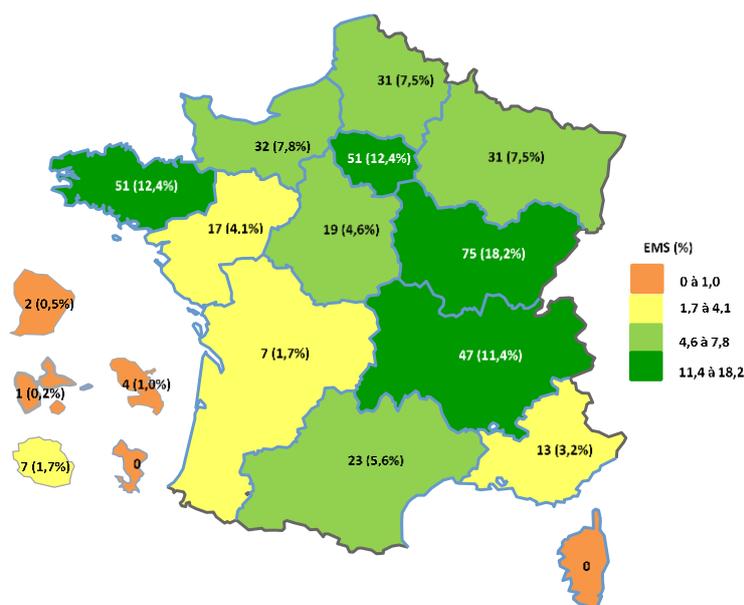
Il s'agissait d'un audit mixte abordant les aspects documentaires (procédures) et les ressources (matériels, consommables...). Tous les ESMS volontaires (Ehpad, FAM et MAS) étaient concernés. Les inclusions ont été réalisées de décembre 2018 à mai 2019.

4.2.1.5 Principaux Résultats

4.2.1.5.1 Participation

Les ESMS inclus sont au nombre de 411 dont 97% d'EHPAD. Les 411 ESMS participants ainsi que 248 ES ont inclus 2088 unités de vie (EHPAD, MAS, FAM). Au total, 959 locaux "utilitaire sale" ont été inclus dans l'évaluation par les ESMS intégrés à un ES et 683 locaux pour les ESMS indépendants.

Figure 6 : Répartition des ESMS participants par région.



4.2.1.5.2 Evaluation des moyens documentaires, des formations et des matériels mis à disposition en ESMS indépendants d'un ES

Parmi les ESMS indépendants d'un ES, 54,3 % (n=223) possédaient des procédures formalisées concernant la gestion des *excreta*. Quand les procédures existaient, elles comprenaient peu d'informations sur les modalités de renouvellement ou d'approvisionnement en consommables. L'utilisation des sacs protecteurs en cas de panne de LB était peu recommandée (25,5%). Le pourcentage d'objectifs atteints concernant les moyens documentaires a été calculé pour chaque ESMS participant. La médiane se situait à 18,2% pour les EHPAD. La disponibilité des matériels de protection individuelle est relativement aisée en ESMS, excepté les lunettes de protection

Dans la majorité des ESMS (84%, n= 349), la formation aux précautions standard comportait un volet sur la gestion des *excreta*. Le pourcentage médian d'objectifs atteints en termes de plan de formation était de 66,7 % pour les EHPAD.

4.2.1.5.3 Evaluation des moyens dans les unités de vie d'ESMS intégrés à un ES ou indépendants d'un ES

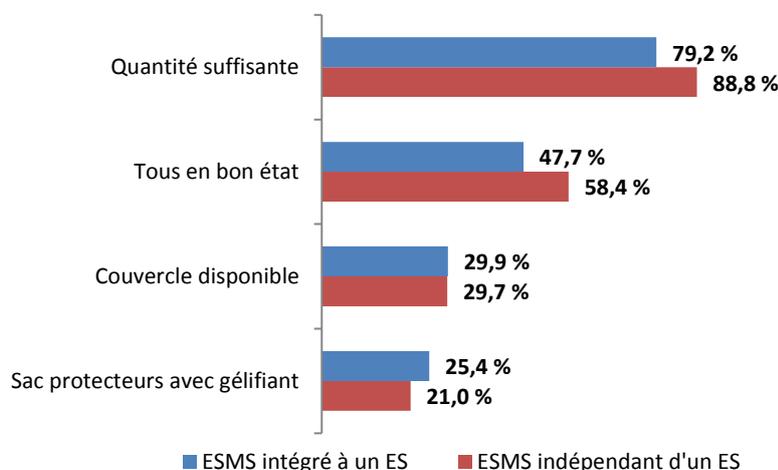
Le pourcentage de résidents utilisateurs de bassin était similaire en EHPAD (15,4%) et en MAS/FAM (12,5%). C'était en EHPAD que la proportion de résidents incontinents était la plus élevée (75,4%), celle-ci restait inférieure aux unités de long séjour (82%).

Les douchettes étaient présentes dans 22% des EHPAD. Elles étaient plus fréquemment rencontrées dans les structures intégrées à un ES : 30,9% versus 14% en EHPAD indépendants.

En ce qui concerne les consommables à disposition pour le recueil des *excreta* en ESMS Seuls 46 (5%) des unités de vie en EHPAD intégrés à un ES et 51 (6%) des unités en EHPAD indépendants d'un ES répondaient à la totalité des critères enquêtés (contenants réutilisables en quantité suffisante, en bon état, avec des couvercles disponibles associée à la présence de sacs protecteurs avec gélifiant).

Les unités de vie d'ESMS intégrés à un ES étaient équipées à 79,2% (n= 772) d'un local "utilitaire sale" alors que les unités de vie d'ESMS indépendants ne bénéficiaient de ce type d'équipement que dans la moitié des cas (50% ; n=556).

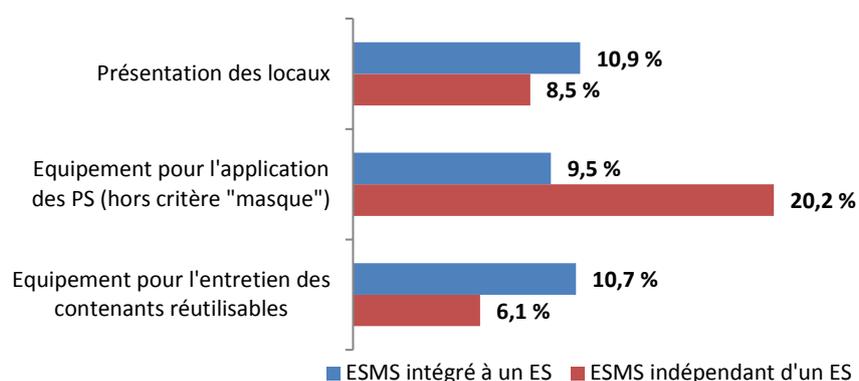
Figure 7 : Equipement en contenants réutilisables des unités de vie des ESMS.



Les locaux étaient majoritairement propres le jour de l'enquête. L'agencement ne permettait qu'une fois sur deux de distinguer une zone sale de la zone propre. Les PHA étaient présents dans 39,1% à 49% des cas. Des tabliers étaient rarement mis à disposition (3,9% à 26,3% selon la catégorie d'établissement).

0,4% (n =4/959) des locaux "utilitaire sale" des ESMS intégrés à un ES et 1,3% (n= 9/689) des ESMS indépendants étaient entièrement équipés pour l'application des PS (hors critère "masque").

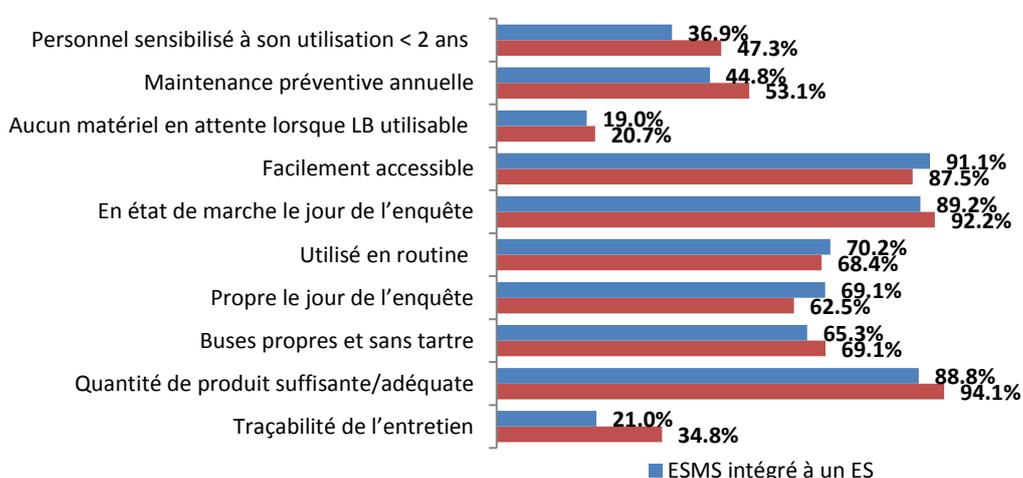
Figure 8 : Conformité des locaux "utilitaire sale" en ESMS.



Seul 19,6% (n = 218) des ESMS indépendants d'un établissement de santé bénéficiaient d'un lave-bassin et 0,9% (n=10) d'un broyeur. Pour les ESMS intégrés à un ES, 48,6% (n=474) bénéficiaient d'un lave-bassin et 1% (n =10) d'un broyeur. Au total, 809 lave-bassins ont été recensés. Ceux-ci étaient majoritairement thermiques, dans plus de 20% des cas le matériel avait une vétusté de plus de 10 ans. Peu (36,9%) de personnels présent le jour de l'enquête avait fait l'objet d'une sensibilisation récente aux conditions d'utilisation (critère : formation datant de moins de 2 ans). La maintenance préventive annuelle a été effectuée une fois sur deux. Les conditions d'utilisation relevées lors de l'audit mettaient en évidence l'absence de traçabilité de l'entretien. Seulement 4,5% (n=25) des lave-bassins en ESMS intégrés à un ES et 10,5% en ESMS indépendants répondaient totalement aux conditions optimales d'utilisation (en excluant le critère "matériel en attente").

Parmi les 1396 unités de vie sans lave-bassin, 21,1% utilisaient des sacs protecteurs avec gélifiant, 11,7% des contenants à usage unique et 4,1% ces 2 moyens. Il restait 63,1% de secteurs qui ne disposaient ni de contenant à usage unique ni de sac protecteur avec gélifiant.

Figure 9 : Condition d'utilisation des lave-bassins en ESMS.



4.2.1.6 Discussion

Cette évaluation est la première du genre s'adressant aux EMS. La participation des établissements médico-sociaux était modeste (N =411 pour environ 7438 EHPAD en France), mais néanmoins encourageante. Elle traduit un engagement de ces structures dans une politique active de prévention du risque infectieux. Les procédures formalisées concernant la gestion des *excreta* étaient absentes dans la moitié des ESMS. Quand des procédures existaient, celles-ci étaient très souvent incomplètes, notamment concernant les conditions d'entretien. La mise en place d'un référentiel à destination des soignants doit être une priorité. Un plan d'équipement incluant la gestion des *excreta* était absent dans plus de deux tiers des ESMS participants. La politique d'équipement doit être définie. La formation aux PS était organisée dans la majorité des structures participantes et comprenait un volet gestion des *excreta* et utilisation du lave bassins. La formation aux PS dispensée doit être poursuivie. La proportion de résidents incontinents dans les ESMS participants est assez élevée (75%), et reflète le degré de dépendance des personnes hébergées. La proportion de résidents utilisateurs de bassins est assez faible (de 12 à 22%), mais ne doit pas faire oublier que d'autres dispositifs de même nature (ex : pots, chaise percée) peuvent s'y substituer. Les ESMS sont fréquemment sous dotés en local "utilitaire sale" (moins de 50% des unités de vie des ESMS indépendants). Il est donc nécessaire de prévoir leur entretien. L'aménagement de locaux et la création de locaux "utilitaires sales" est donc une priorité. La persistance de douchettes (jusqu'à 30% pour les EHPAD intégrés à un établissement de santé), montre que ces secteurs sont insuffisamment accompagnés dans une politique vertueuse de gestion du péril fécal. L'utilisation des douchettes pour l'entretien des contenants doit être proscrite afin de limiter l'exposition des soignants. Moins de la moitié des établissements avait accès à un lave-bassin, avec des conditions d'utilisation sub-optimales (maintenance, traçabilité de l'entretien sont absents plus d'une fois sur 2). 63% des unités de vie en ESMS ne disposant pas de lave bassins n'avait pas d'alternative pour autant (ex : sac de protection usage unique avec gélifiant).

4.2.1.7 Conclusion

Cette enquête descriptive est la première du genre sur un échantillon d'établissements médico-sociaux. Il n'est pas possible d'éliminer un biais de recrutement (les établissements les plus sensibilisés au sujet peuvent être surreprésentés). Cette enquête permettra de proposer des actions tant au niveau local que national. Il est urgent de progresser sur ce sujet dans un contexte d'augmentation régulière de l'incidence des résistances aux antibiotiques chez les entérobactéries.

4.2.1.8 Situation de la France par rapport aux autres pays européens

Non concerné pour le moment.

4.2.1.9 Résultats secondaires (modules optionnels...)

Non concerné pour le moment.

4.2.1.10 Utilisation des données pour l'amélioration des pratiques

Les données vont être présentées aux représentants de la Société française de gériatrie. Les discussions d'ores et déjà établies avec le conseil scientifique, font état du besoin d'un outil d'aide aux choix (lave-bassin versus usage unique).

4.2.1.11 Annexes (tableaux des résultats complets)

Cf rapport d'audit envoyé à SPF

4.2.2 Prévention des infections respiratoires aiguë en ESMS

Contexte

Lors d'épidémies de grippe en collectivités, en particulier en EHPAD, la rapidité d'intervention est essentielle ; le diagnostic doit donc être établi le plus précocement possible afin de pouvoir prendre sans délai des mesures adaptées. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), qui permettent l'obtention rapide du diagnostic au lit du malade, présentent donc un intérêt particulier dans ces collectivités. Par ailleurs, la prescription d'antiviraux en préventif chez les personnes jugées à risque de complications permet de réduire le taux d'attaque en cas d'épidémie.

Objectifs

Développer un support fournissant aux professionnels exerçant en structures médico-sociales, une information synthétique sur l'utilisation des TROD et les principales indications de l'oseltamivir en prophylaxie. Le flyer a vocation à servir de support pour l'aide à la gestion des IRA en EHPAD

Contenu du support

La première partie du support contient les indications d'utilisation des TROD, les liens décrivant les différents dispositifs et l'interprétation des résultats. Une deuxième partie rappelle les recommandations d'utilisation du traitement antiviral. Le support a fait l'objet d'une relecture par des équipes opérationnelles en hygiène hospitalière, des professionnels des CPIAS et des infectiologues.

Répias PRIMO Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins

CPIAS Pays de la Loire

Grippe saisonnière

ANTICIPATION ET RÉACTION POUR UNE MEILLEURE PRÉVENTION

Pourquoi utiliser les TROD* Grippe ?

*TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

Confirmer l'étiologie grippale et débiter rapidement les traitements antiviraux.

Réduire le risque de survenue de formes compliquées de grippe et interrompre la transmission.

Quand utiliser les TROD Grippe ?

EN PÉRIODE ÉPIDÉMIQUE, DÈS LES PREMIERS CAS D'INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES OÙ L'ON SUSPECTE UNE GRIPPE. LORS DE CAS GROUPÉS (5 CAS DANS UN DÉLAI DE 4 JOURS). NE PAS PRÉLEVER SYSTÉMATIQUEMENT TOUTS LES RÉSIDENTS SYMPTOMATIQUES ** S'ARRÊTER AUX 3 CAS LES PLUS RÉCENTS.

LE PLUS PRÉCOCEMENT POSSIBLE, AU PLUS TARD DANS LES 48 à 72H SUIVANT L'APPARITION DES PREMIERS SYMPTÔMES.

Plus le TROD est réalisé précocement, plus sa sensibilité à identifier la grippe est importante.

Quels TROD utiliser ?

Préférer l'utilisation des tests avec lecteurs.

SCANNEZ AVEC VOTRE SMARTPHONE POUR VISUALISER L'ÉVALUATION DES TROD

Analyse de performance des TROD par le Centre National de Référence (CNR) de la grippe : https://www.primo.fr/actualites/actualites/actualites_publication_central_grippe-france-2017-11-09-1002.pdf

Comment réaliser le prélèvement ?

- Hygiène des mains, port de masque et gants lors du prélèvement.
- Relever la pointe du nez.
- Tenir l'écouvillon comme un stylo et l'introduire perpendiculairement au plan du visage.
- Pousser délicatement jusqu'à percevoir une butée, puis effectuer un mouvement doux de rotation de l'écouvillon avant son retrait.
- Après l'acte, réaliser l'hygiène des mains.

Comment interpréter le résultat du test ?

- La positivité d'un seul TROD signe l'infection par un virus grippal, même si tous les autres TROD sont négatifs.
- Un TROD négatif isolé ne permet aucune conclusion pour le malade prélevé.
- Si 3 TROD négatifs sans aucun positif : Réaliser l'envoi de prélèvements à un laboratoire de biologie médicale ou au CNR (analyse non facturée) pour la recherche de la grippe et éventuellement des autres virus respiratoires par PCR. Si négatifs, rediscuter la circulation du virus grippal dans l'EHPAD.

DÈS QU'UN TROD EST POSITIF :
-> PRESCRIRE IMMÉDIATEMENT DE L'OSELTAMIVIR EN PROPHYLAXIE POUR CHAQUE SUIJET-CONTACT ÉTROIT D'UN MALADE
-> ENVOYER 2 à 3 PRÉLÈVEMENTS AU CNR
(#MediaId : <https://bit.ly/3oKq57b>)

Comment prescrire un antiviral lors d'une épidémie de grippe saisonnière en Ehpad ?

Résident symptomatique = Cas de grippe

Résident (vacciné ou non) asymptomatique Contacts étroits d'un cas de grippe

→ FACILEMENT ÉVALUABLES, sont concernées :
• Les personnes partageant le même lieu de vie que le cas Index et/ou
• Les personnes ayant eu un contact direct en face à face à moins d'un mètre lors d'une toux, d'un éternuement ou d'une discussion

→ DIFFICILEMENT ÉVALUABLES, sont concernées :
• Tous les résidents d'une unité spatiale (secteur, aile, étage) dans laquelle on observe :
• Des cas groupés d'insuffisance respiratoire aiguë
• Avec au moins un test positif (TROD grippe) en période de circulation de la grippe
• Et un nombre de cas/jour toujours en augmentation

Dans les 48h après le début des signes

Le résident est-il à très haut risque de complication ? = résidents atteints de pathologies chroniques décompensées ou à fort risque de décompensation en cas de grippe

OUI

Oseltamivir à dose curative
-> Voie orale
-> 75 mg x 2/jour
-> Pendant 5 jours

Dans les 48h après le contact étroit

NON

Oseltamivir à dose préventive
-> Voie orale
-> 75 mg/jour
-> Pendant 10 jours

Adaptez la posologie à la fonction rénale

Rédacteur : CPIAS PDL

Relucteurs : M. CHARON-RTH (Cortylin), S. CALLAIS (Colmen), C. LEGEAY (Anglin), M. BAUER (RTH du Chollet), S. PERRON (RTH du Saumur), D. CLEMENT (Bisménil), E. TRICOT (Laiton 72), C. JANSSEN (Gérandevé), R. HUE (Ectin), Cellule de veille et d'alerte CPIAS PDL, S. FLOREANI (DS), S. VAN DER WERF et B. LINA (CNR Grippe), S. BERNARD-STOECKLIN (SPF), K. BLANCKAERT (Cpias HfF), S. ALFANDARI (CH Toussaint)

CPIAS PDL : Bâtiment la Tourville - CHU - 5 rue du Pr Bequien - 44093 NANTES

Diffusion

L'affichette a fait l'objet d'une diffusion par l'intermédiaire d'une instruction ministérielle N° DGS/SP1/VSS/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2019/185 du 7 août 2019 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière. En complément, elle a été diffusée via le site internet de la mission MATIS.

4.2.3 Prévention des IAS en soins de ville.

4.2.3.1 Prévention des Accidents d'exposition au sang

Contexte :

La thématique est considérée par les professionnels de ville et notamment les infirmières libérales comme prioritaire à court terme. Une INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE relative aux recommandations de prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) survenant dans un environnement professionnel a été récemment publiée (25 février 2019). Ce texte avait pour objet d'inciter à préciser les dispositifs et les modalités de prise en charge et d'accès au traitement post-exposition que ce soit dans les établissements de santé ou dans les CeGIDD.

Objectif :

Il est de développer un support fournissant aux professionnels, quel que soit leur lieu de travail, la conduite à tenir face à un AES, les principaux éléments de prévention et le référent de proximité pour une prise en charge optimale.

Contenu du support d'information/communication :

Nous avons créé une affichette reprenant la conduite à tenir en cas d'AES et les principaux éléments de prévention. Cette fiche a fait l'objet d'une relecture par différents acteurs du domaine (Geres, CPIas, URPS...).

Le contenu du support contient :

- **La Conduite à tenir** face à un AES (cf recto de l'affichette)
- Les Méthodes de **prévention** (cf verso de l'affichette)
- Un espace pour insérer un lien vers la **liste des référents régionaux** habilités à prendre en charge l'accident.

Cette affichette pour assurer le relai vers des listes de référents régionaux, nécessite » d'apposer un QR code à l'emplacement prévu à cet effet (en bas à droite de l'affiche). Ce QR code scanné à l'aide du smartphone du professionnel permet le renvoi sur le site internet des CPIAS régionaux. Sur ce point l'ensemble des CPIAS a été contacté afin d'établir sa liste de référents en accord avec l'instruction et d'en assurer la diffusion sur une page de leur site internet. A défaut de site internet régional, nous pouvions proposer de créer une page sur le notre.

Diffusion :

Cette initiative fera l'objet par la suite de communication à l'échelle nationale (mission PRIMO et MATIS), ainsi qu'à l'échelle régionale (CPIas vers URPS). La mission a relayé l'information via les représentants officiels (UNPS, GERES, SPILF, SF2H, ordre).

En parallèle de cette initiative, le SNITEM a créé une affiche de communication. Cette affiche renvoi vers une page internet du CPIAS Pays de Loire. Un Guide d'utilisation a été adressé à chaque CPIAS.

4.2.3.2 Epidémiologie des IAS en ville

La cour des comptes recommandait pour la surveillance des IAS en ville, qu'une évaluation épidémiologique soit réalisée en 2020 en ciblant des secteurs spécifiques et à risques. En réponse à la saisine : Santé publique France a constitué un groupe de travail inter CPIas et en intégrant les missions nationales en adéquation avec la thématique.

L'objectif est d'établir un bilan des événements liés aux IAS en ville. Un premier travail avait déjà été fait *a posteriori* mais peu concluant en terme de méthodologie de recherche et de résultats. (ex : exploitation des déclaration de sinistre auprès des assurances). Le suivi des résultats d'analyse des hémocultures faites en ville peut être un axe à exploiter, avec la collaboration de la mission SPIADI qui les identifie lors de la surveillance des bactériémies transmises par les établissements de santé. La réponse à la saisine de la DGS/DGOS sur la réalisation d'un état des lieux de l'épidémiologie des IAS en soins de ville est en cours de finalisation par SPF. La réponse comprend la réalisation de deux études à partir des données des LBM de ville et d'ES recueillies par les réseaux de surveillance PRIMO et SPIADI. Un comité d'étude et de surveillance sera mis en place en 2020.

5 Animation – communication

5.1 Réunions régionales et nationales

La mission nationale PRIMO a été présentée lors des réunions régionales ou nationales suivantes :

AXES	Interface	LIEU	DATE	OBJET
Tous	CPIas	Visioconférence	28/01/2019	Présentation PRIMO à la journée du CPIas Ile de France
Surveillance RATB	Santé publique France	Téléconférence	29/01/2019 de 14h00 à 15h30	Réunion des CNR à SPF
Tous	CPIas	Nantes	31/01/2019	Présentation PRIMO à la journée du CPIas Pays de la Loire
IAS	DGCS	Téléconférence	4/02/2019	Présentation PRIMO à AM Tharat DGCS
IAS	Ministère	Paris	5/02/2019	Cosu du PROPIAS
			8/02/2019	Présentation PRIMO à la journée du
Tous	CPIas	Paris	11/02/2019	Présentation PRIMO à la journée du CPIas Ile de France
Surveillance RATB	CPIas, URPS	Lille	26/02/2019	Réunion PRIMO à la journée du CPIas Haut de France, Lille
Tous	CPIas	Arras	21/03/2019	Réunion PRIMO à la journée du CPIas Haut de France,
Tous	CPIas	Rennes	28/03/2019	Réunion PRIMO à la journée du CPIas Bretagne,
Tous	Santé publique France	St Maurice	23/04/2019	Comité Repias
Surveillance RATB	Syndicats	Paris	15/05/2019	Syndicat des biologistes Paris
Tous	CPIas	Téléconférence	24/06/2019	Présentation PRIMO à la journée du CPIas Corse
Tous	CPIas	Lyon	26/06/2019	Présentation PRIMO à la journée du CPIas ARA
IAS	Ministère, UNPS	Paris	2/07/2019	Présentation PRIMO au Groupe ville du Cosu PROPIAS
IAS	Ministère	Paris	3/07/2019	Cosu PROPIAS
BUA	DGS	Téléconférence	1/08/2019	Présentation de la mission PRIMO à C. Pulcini, DGS
Tous	SPF	St Maurice	9/10/2019	Comité Répias
IAS	Ministère, UNPS	Paris	14/10/2019	Groupe ville Cosu du Propias, présentation de l'axe IAS en soins de ville.
Surveillance RATB	Biologistes	Paris	22/11/2019	Présentation de la mission PRIMO aux JIB

5.2 Communication en ligne

- CPias Pays de la Loire : <https://www.cpias-pdl.com/accompagnement/missions-nationales-2/> : page mission PRIMO
- Présentation commentée a été mise en ligne afin de permettre un accès large aux grandes lignes de la mission PRIMO : <https://www.youtube.com/watch?v=INx6BSsBK6o>
- Le site internet de la mission PRIMO est en cours de construction avec une ouverture prévue en Mars 2020

6 Description des interfaces

6.1 Interfaces avec SpFrance conformément au cahier des charges général

- Enquête de prévalence des infections associées aux soins en ville.
- Contribution aux communications dans le cadre de la semaine de bon usage des antibiotiques en Novembre 2019, pas la production d'un rapport de surveillance, la mise a disposition de données permettant la création de la plaquette RATB, et mise à disposition de données pour alimenter la plateforme GEODES.
- Participation aux réunions Repias organisées par SPF.
- Organisation d'un séminaire sur l'implémentation en partenariat avec la SF2H et la Spilf, sur un principe de formation des formateurs regroupant 10 hygiénistes et 10 infectiologues.

6.2 Interfaces avec les autres CPias

- Dans le cadre de la surveillance de la résistance bactérienne en ville, la mission PRIMO a mis à disposition de chaque CPias les listes de laboratoires de biologie médicale de ville présents dans chaque région, incluant ceux participant à la surveillance.
- Des réunions de concertation sur les actions 2020 de surveillance et prévention des IAS ont été organisées en décembre 2019.
- La surveillance des consommations des PHA a été menée en collaboration avec 6 CPias.
- La mission PRIMO contribue à un groupe de travail inter-CPias sur l'évolution du DARI.
- Les perspectives de collaboration portent sur l'analyse de visites de risques en centres de santé. Il s'agit d'un outil développé en Ile de France et dont la mission PRIMO a fait la promotion et fera l'analyse.

6.3 Interfaces avec les autres missions nationales

Interfaces avec la mission SPARES

La relation privilégiée avec CPias Grand Est porteur de la mission SPARES et associé de la mission PRIMO est l'une des principales interfaces avec les autres missions nationales. Ces deux missions présentent un domaine d'activité commun : la surveillance et la prévention de la résistance aux antibiotiques, mais sur des secteurs différents. Le secteur médico-social est l'une des interfaces majeure des deux missions du fait d'établissements médico-sociaux adossés à des établissements sanitaires. Les collaborations ont été :

- Audit gestion des excréta
- Surveillance de la résistance aux antibiotiques par le partage des données EMS intégrés à des ES
- Contribution de la mission PRIMO aux réunions de développement d'un audit sur les pratiques de maîtrise des BHRé en ES.

Interfaces avec la mission SPICMI

- La mission PRIMO participe aux comités de pilotage de la mission SPICMI

- Les perspectives de collaboration portent sur la prévention des infections associées aux soins de chirurgie dentaire.

Interfaces avec la mission SPIADI

La principale perspective de collaboration avec la mission SPIADI porte sur le développement d'outils d'aide à la prise en charge de dispositifs intravasculaires en soins de ville

Interfaces avec la mission MATIS

Une interface existe également avec la mission de soutien aux actions de prévention : évaluation, formation, communication, documentation, ou Mission d'Appui Transversal à la prévention des Infections associées aux Soins (MATIS).

Un axe de travail a porté sur la collaboration au développement d'un E-learning à destination des médecins généralistes intégrant des aspects de bon usage des antibiotiques et de prévention de l'infection. La plateforme utilisée est e-PREVENT-image au CHU de Toulouse.

Trois réunions ont été organisées entre les missions SPARES, MATIS et PRIMO afin d'évoquer le développement des outils sur le péril fécal.

6.4 Interfaces avec les autres acteurs institutionnels (notamment contribution à des groupes d'experts)

- Participation au groupe de travail du Haut Conseil de Santé Publique sur les recommandations de maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes émergentes.
- Participation à deux réunions du COSU-PROPIAS pour présenter la mission PRIMO, ainsi que de présenter les résultats de la surveillance de consommation des PHA.
- Participation à une réunion organisée par la DGS sur l'organisation du bon usage des antibiotiques en France. (Octobre 2019)

6.5 Interfaces avec les professionnels de santé

Participation à trois réunions du groupe ville du COSU-PROPIAS.

La mission PRIMO a également participé à plusieurs réunions avec les représentants des professionnels de santé de ville (UNPS et URPS)

6.6 Interfaces avec instances internationales (dont ECDC et OMS)

Néant

7 Travaux, publications et communications en lien direct avec l'activité de la mission

Travaux :

- Soumission d'un projet à l'appel PREPS 2019 : projet Biocop

Cette étude observationnelle rétrospective sur données existantes a pour objectif général d'évaluer dans l'espace et dans le temps, l'épidémiologie nationale des CIBP, les liens existants avec les pratiques (techniques de réalisation des biopsies, d'ATBP), les facteurs d'exposition individuels (exposition aux antibiotiques) et collectifs (écologie de la résistance et des consommations d'antibiotiques dans les établissements sanitaires et la communauté), et l'organisation hôpital-ville de la prise en charge des complications.

- Discussion avec François Blanquart du Collège de France sur travail collaboratif visant à analyser les données de consommation et résistance, modéliser la dynamique épidémiologique des BLSE

Communications :

- Ministère de la santé :
 - o Des données pour changer les pratiques, Paris, 20/11/2019
- Réunion Interdisciplinaire en Chimiothérapie Anti-Infectieuse :
 - o Résistance des entérobactéries en EHPAD non adossés à un établissement sanitaire. T. Coeffic, S. Thibaut, G. Birgand, D. Boutoille, J. Caillon et le réseau de Laboratoires de Biologie Médicale MedQual-Ville - PRIMO. Poster
- International Conference Prevention Infection Control :
 - o Intra- and inter-facilities spread of multidrug-resistant Enterobacteriaceae across a large nursing homes network. Poster, Genève, Septembre 2019
- Journée de l'Innovation en Biologie :
 - o Les enjeux de la surveillance de l'antibiorésistance en ville, Paris, 22/11/2019
 - o Présentation de la mission nationale de surveillance de la RATB
- SF2H :
 - o Quelles sont les contraintes liées à la promotion de la juste prescription des antibiotiques comparées à celles de l'hygiène des mains?, Strasbourg, 6/06/2019

Publications :

- Trends in antimicrobial resistance among *Escherichia coli* from defined infections in humans and animals. Bourély C, Coeffic T, Caillon J, Thibaut S, Cazeau G, Jouy E, Jarrige N, Chauvin C, Madec JY, Haenni M, Leblond A, Gay E. *J Antimicrob Chemother.* 2020 Feb 12. pii: dkaa022. doi: 10.1093/jac/dkaa022. [Epub ahead of print] PMID: 32049276
- Prevalence of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli* in community-acquired urinary tract infections in Western France. Larramendy S, Gaultier A, Giffon S, Thibaut S, Caillon J, Moret L, Beaudeau F. *Med Mal Infect.* 2019 Sep 28. pii: S0399-077X(19)30040-X. doi: 10.1016/j.medmal.2019.09.009. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 31575447

8 Programme d'activité pour les années suivantes

8.1 Perspectives et grandes lignes du programme d'activité.

NB : Les perspectives décrites ci-dessous et leur chronologie sont susceptibles d'évoluer en cours de programme.

8.1.1 Perspectives générales en 2020

- Création d'un site internet dédié à la mission nationale procurant un environnement dédié au secteur médico-social et aux soins de ville, reprenant les trois axes principaux de la mission :
 - o Surveillance de la RATB : en s'appuyant sur le réseau MedQual-Ville
 - o Prévention de la RATB :
 - E-learning
 - Interface avec Antibioclic
 - Surveillance des PHA en EMS (création d'un e-outil, saisie et analyse des données et tableaux de bord interactifs)
 - Lien vers les outils de bon usage des ATB
 - o Promotion de la prévention des IAS :
 - Conduite à tenir lors d'AES en secteur libéral avec géolocalisation des centres référents de prise en charge visible sur smartphone
 - Gestion des déchets en secteur libérale, bon utilisation des conteneurs OPCT
 - Protocoles de soins des DIB visibles sur smartphone avec relais de tutoriels

8.1.2 Surveillance de la RATB

- Evolution de l'e-outil de surveillance de la RATB (échéance avril 2020)
- Analyse des données de surveillance de la RATB 2019 et production des rapports (échéance novembre 2021)
- Confrontation des données de résistance avec les données de consommations d'ATB analysées par SPF (échéance 2020)
- Elargissement du réseau de LBM participant pour couverture de l'ensemble des régions métropolitaines (échéance 2020)
- Participation à l'enquête OASIS Flash (mars 2020) :

Les travaux menés dans le cadre du projet Surv_OneHealth (financé par l'appel à projets 2019 du plan Ecoantibio 2) ont pour objectif d'évaluer les collaborations entre dispositifs de surveillance de l'antibiorésistance en France, et d'identifier des pistes d'amélioration dans une perspective de lutte intégrée. Ces travaux seront menés entre octobre 2019 et octobre 2022.

La conduite de ces travaux nécessite au préalable une compréhension fine du fonctionnement des dispositifs de surveillance de l'antibiorésistance en France, ainsi que des collaborations qui existent entre eux. Avec l'accord de Santé Publique France, Medqual s'est porté volontaire pour qu'une évaluation OASIS flash soit appliquée au dispositif de surveillance de la résistance aux antibiotiques en ville et en secteur médico-social (mission PRIMO, dont il assure la coordination. Cette démarche a pour finalité d'identifier les points forts et les axes d'amélioration du fonctionnement du dispositif de surveillance précité. Elle permettra plus largement de contribuer à l'amélioration du système français de surveillance de l'antibiorésistance.

Communication :

- o Organisation de webinaires nationaux de microbiologie et bon usage des antibiotiques (échéance 2020) :
 - Cibles : URPS, syndicats, CPias, biologistes qui participent aux autres réseaux.

8.1.3 Prévention de la RATB

La visibilité des projets présentés ci-dessus va être optimisée par le développement actuel de la plateforme PRIMO. Par ailleurs d'autres projets sont en cours de réalisation comme : (i) le développement d'un guide d'utilisation des bases de données de santé autour de la problématique du bon usage des antibiotiques, (ii) un appui à la mise en place du service sanitaire sur les thématiques de l'antibiorésistance et le bon usage des antibiotiques (iii) et le développement de webinaires et la promotion d'outils de pratiques cliniques à destination des professionnels de santé exerçant en ville et en EMS.

Perspectives :

- Réflexion des actions d'amélioration des pratiques de gestion des *excreta* sur la base des résultats obtenus lors de l'audit Gex (échéance 2020).
- Extension de la surveillance des consommations des produits hydro-alcoolique en EHPAD à l'ensemble du territoire national (échéance 2020). Rétro-information instantanée sous forme de poster des données individualisées par établissement avec benchmarking, tendance et objectif.
- Information du grand public sur la transmission croisée via e-Bug pour les enfants/adolescents (échéance 2020)
- Analyse des parcours patients ES/EMS/ville par l'utilisation des bases de données SNIIR-AM (échéance 2020)
- Diffusion d'une méthodologie d'amélioration du bon usage des antibiotiques en EMS sur la base des données de résistance et de consommations d'antibiotiques d'assurance maladie, ainsi que d'outil d'aide à la prescription.
- Promotion de l'outil Antibioclic et interfaçage de message sur la résistance aux antibiotiques.
- Communication sur les outils d'e-learning dans le cadre du BUA
- Rencontre avec l'ensemble des centres régionaux de BUA afin de comprendre leur fonctionnement et de fixer des objectifs communs.

8.1.4 Promotion de la prévention des IAS

- Collaboration avec Santé publique France (SpF) pour la mise en œuvre d'un état des lieux du risque infectieux lié aux soins de ville (échéance 2020)
- Promotion du signalement des IAS en EMS (échéance 2020)

Un flyer sur la promotion du signalement des IAS est en cours d'élaboration. Une communication sera réalisée au niveau national en partenariat avec la mission MATIS.

- **Déploiement avec les CPIas de l'outil de communication sur la conduite à tenir en cas d'AES**
- **Focus IDE libérales :**
 - o **Gestion des dispositifs invasifs (DI) en soins de ville**

Une enquête auprès des IDEL est en cours d'élaboration pour réaliser un état des lieux de leurs besoins en terme de supports pédagogiques et de formation pour les soins réalisés au domicile. Les travaux concernant les DI ont vocation à se coordonner avec la mission nationale de surveillance et prévention des IAS sur dispositifs intravasculaires (SPIADI). Des travaux préparatoires sont en cours auprès des IDEL concernant le risque infectieux liés à la prise en charge des dispositifs invasifs au domicile ou dans le cadre des cathéters de dialyse (néanmoins peu développée à domicile).

- **Aides à domicile**

Développement et diffusion d'un document pédagogique sur les bonnes pratiques de prévention de l'infection à domicile.

- **Promotion de l'outil du CPIas Ile de France pour les Centres de Santé**

La mission PRIMO en a fait la diffusion au niveau national, avec proposition d'une analyse des données pour déclinaison en actions de préventions.

- Evolution du DARI

Un groupe de travail inter-régional a pour ambition de faire évoluer le DARI par un nouvel outil d'évaluation d'analyse de risques infectieux, intégrant notamment une cartographie des risques. Le CPIas Grand-Est participe à ce groupe de travail. Ce futur outil destiné à l'ensemble des ESMS sera accessible par un outil WEB ergonomique et permettra une adaptation en fonction des spécificités de ces types d'établissements. L'objectif de cette nouvelle version est de proposer un outil complet permettant de réaliser une démarche dans sa globalité et ainsi aider les Directions et l'ensemble des acteurs de terrain à identifier leurs risques prioritaires, à faciliter l'élaboration, la priorisation et le suivi d'un plan d'actions, faciliter les directions à visualiser les différents risques au sein de leur établissement, d'élaborer un plan d'actions et un suivi. Cet outil sera disponible début 2020.

- Prévention des IAS en Chirurgie dentaire

Un travail de collaboration a commencé avec l'association dentaire Française. Une réactualisation du guide « grille technique d'évaluation pour la prévention des infections associées aux soins en chirurgie dentaire » est en cours. La gestion du risque infectieux est prioritaire depuis de nombreuses années dans ce secteur d'activité. La prise en charge du nettoyage et désinfection des matériels dentaires (type pièce à main) est très problématique au vue de la complexité de l'instrument dans sa conception. S. Deschaux propose aussi de sensibiliser les dentistes sur le suivi de la qualité de l'eau utilisée dans leur cabinet au niveau des unités dentaires.

1.1.1 Valorisations

- Rédaction d'un article présentant la surveillance nationale de la RATB en ville, destiné à un journal avec comité de relecture
- Participation aux congrès nationaux et internationaux de la thématique : SF2H (2 abstracts sélectionnés dont une présentation orale), RICAI, JNI, ECCMID 2020 (5 abstracts sélectionnés dont une présentation orale).

1.2 Planning prévisionnel pluriannuel de type Gantt

Planning de la mission		2020				2021				2022				2023			
Trimestres		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Surveillance de la RATB																	
Réunion des réseaux actuels et contacts avec les acteurs du domaine																	
Participation à l'enquête OASIS Flash																	
Mise en œuvre des développements de l'e-outil MedQual en accord avec les réflexions																	
Actions de communication sur l'e-outil																	
Déploiement national de l'e-outil																	
Accompagnement des utilisateurs																	
Collecte des données																	
Contrôle et analyse des données																	
Mise à disposition des données régionales																	
Communication des résultats: rapport annuel national																	
Réflexion sur l'évolution des cibles et des indicateurs																	
Prévention de la RATB																	
Collecte des données de consommation des PHA																	
Contrôle et analyse des données																	
Communication des résultats: rapport annuel national																	
Participation et promotion des actions d'E-learning sur le BUA																	
Développement d'une méthodologie de BUA en EHPAD																	
Interfacage avec antibiotic																	
Réflexion sur e-Bug et service sanitaire																	
Consultation des acteurs nationaux du bon usage des antibiotiques																	
Actions d'appui des centres régionaux de conseil/équipes multidisciplinaires/référents en antibiothérapie concernant l'évaluation des pratiques de maîtrise de la RATB																	
Prévention des IAS																	
Evolution de l'outil d'autoévaluation du document d'analyse du risque infectieux en EMS																	
Prévalence des IAS en soins de ville																	
Promotion de la prévention des IAS en soins infirmiers libéraux (AES, déchets, DM)																	
Promotion de la prévention des IAS en chirurgie dentaire																	
Déploiement avec les CPIas de l'outil de communication sur la conduite à tenir en cas d'AES																	
Aides à domicile																	
Promotion de l'outil du CPIas Ile de France pour les Centres de Santé et analyse de résultats																	
Campagnes de communication sur la mission nationale																	
Collaboration avec mission V sur site internet mission nationale																	

Annexe 1 : Missions & organisation de la mission

1.1 Missions

La mission nationale PRIMO de « Surveillance et PRévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques et des Infections associées aux soins en soins de ville et en secteur Médico-social » a été officiellement nommée le 29 octobre 2018.

Pour rappel, les objectifs assignés à cette mission nationale sont :

- Surveillance épidémiologique de la RATB en France, en EMS et en soins de ville ;
- Prévention :
 - Prévention de la RATB en EMS et en soins de ville ;
 - Expertise et conseil en prévention.
- Promouvoir la prévention des IAS en EMS et en soins de ville.

Pour **atteindre les objectifs définis pour la mission nationale** en matière de surveillance, de prévention, d'appui, d'expertise et de conseil, les actions qui seront développées selon le programme quinquennal proposé devront permettre de répondre aux enjeux suivants :

En matière de service rendu aux EMS et aux soins de ville

- Faciliter la surveillance des résistances bactériennes en utilisant un outil permettant
 - Un enregistrement des données à partir des logiciels métiers, avec un minimum de traitement préalable des données.
 - De fédérer les réseaux de surveillance existants autour d'un projet commun.
 - La **production de tableaux de bord, cartographies et graphiques** utilisables par les professionnels de santé exerçant dans le domaine médico-social et les soins de ville pour une communication efficace.
 - Le **rapprochement des données de résistance bactérienne aux consommations** d'antibiotiques évaluées par Santé Publique France lorsque cela est pertinent en tenant compte des facteurs associés (résistance croisée, mesures d'hygiène).
- Assurer la **transition** entre les systèmes de surveillance de la résistance bactérienne préexistants et le système proposé.
- Accroître la **sensibilisation et la formation** des professionnels de santé du secteur médico-social et de la ville.
- Accompagner l'utilisation et la communication des données.
- Adapter les méthodes et outils aux évolutions scientifiques, techniques et organisationnelles en cohérence avec les demandes du conseil scientifique de la mission.
- Evaluer le risque et les besoins de prévention des IAS dans les soins de ville.

En matière de service rendu aux autorités et acteurs nationaux et régionaux

- La production de **tableaux de bord, graphiques et cartographiques** utilisables par les instances nationales et régionales pour leur faciliter le pilotage et évaluer la situation selon différents niveaux géographiques (national, régional, départemental).
- La production **d'indicateurs nationaux et régionaux de résistance et prévention** permettant d'assurer un pilotage et d'évaluer la situation, son évolution et l'impact des programmes nationaux et régionaux de prévention, en cohérence avec les indicateurs internationaux.
- **L'aide à l'utilisation des données pour le pilotage**, en complément des informations recueillies par ailleurs, et en lien avec les partenaires concernés.
- L'étude et la définition des besoins en termes de formation et d'actions de prévention en vue de déterminer les grands axes stratégiques nationaux.
- L'adaptation des méthodes et outils aux évolutions scientifiques, techniques et organisationnelles, en cohérence avec les indicateurs internationaux.

1.2 Organisation

Description de l'équipe :

Nom	Prénom	Axe	Fonction	ETP	Qualification	Statut	Organisme payeur
BIRGAND	Gabriel	Tous	Responsable porteur CPias	0.2	PharmD PhD	Praticien Hospitalier	CHU de Nantes
THIBAUT	Sonia	Surveillance de la RATB	Coordinatrice	0.8	PhD	Ingénieur	CHU de Nantes
CAILLON	Jocelyne	Surveillance de la RATB	Responsable microbiologie	0.1	PharmD PhD	MCU PH	CHU de Nantes
BOUTOILLE	David	Prévention de la RATB	Responsable infectiologie	0.1	MD PhD	PU PH	CHU de Nantes
COEFFIC	Thomas	Surveillance de la RATB	Data manager	1		Technicien supérieur	CHU de Nantes
LEMENAND	Olivier	Surveillance de la RATB	Microbiologiste	0.4	PharmD	Praticien Hospitalier	CHU de Nantes
DESCHANVRES	Colin	Appui au BUA	Infectiologue	0.5	MD	Praticien Hospitalier contractuel	CHU de Nantes
BLANCKAERT	Karine	Prévention des IAS	Hygiéniste	0.5	MD	Praticien Hospitalier	CHU de Nantes
SIMON	Loic	Prévention des IAS	Responsable associé CPias	0.1	PharmD	Praticien Hospitalier	Fonds propres
RAYMOND	Françoise	Prévention des IAS	IBODE Hygiéniste	0.25	IDE, IBODE	Cadre de santé	CHU de Nantes
POULAIN	Céline	Prévention des IAS	IDE Hygiéniste	0.25	IDE	Cadre supérieur	CHU de Nantes
ALI BRANDMEYER	Olivia	Prévention des IAS	Statisticienne	0.5	IDE	Ingénieure hospitalier	CHU de Nancy
JOUZEAU	Nathalie	Prévention des IAS	IDE Hygiéniste	0.25	IDE	Infirmière	CHU de Nancy
GUERRE	Karine	Prévention des IAS	IDE Hygiéniste	0.25	IDE	Cadre de santé	CHU de Nancy
LE BLEIS	Sylvie	Prévention des IAS	Secrétariat		Secrétaire médicale	Secrétaire médicale	Fonds propres

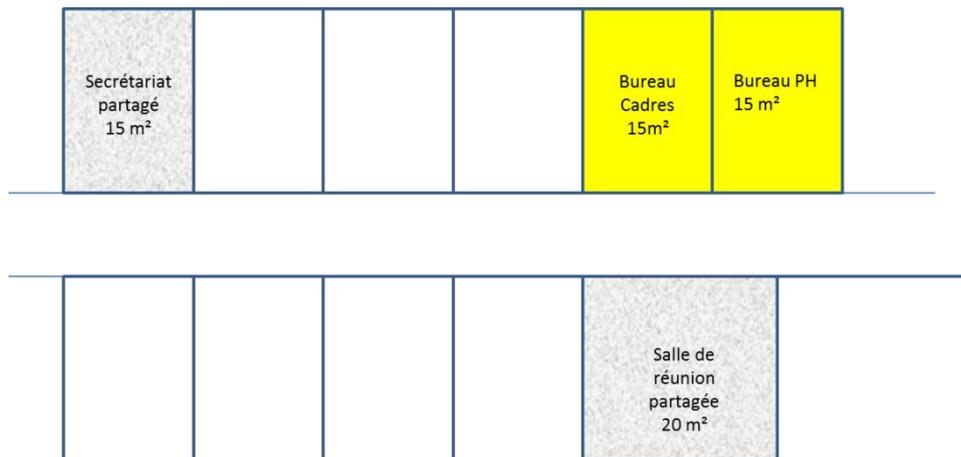
1.3 Locaux et équipements

Les locaux des CPias Pays de la Loire et Grand Est sont implantés dans les CHU de Nantes et Nancy respectivement. Chaque site possède une salle de réunion. Le CPias GE possède une salle visioconférence dans ses propres locaux.

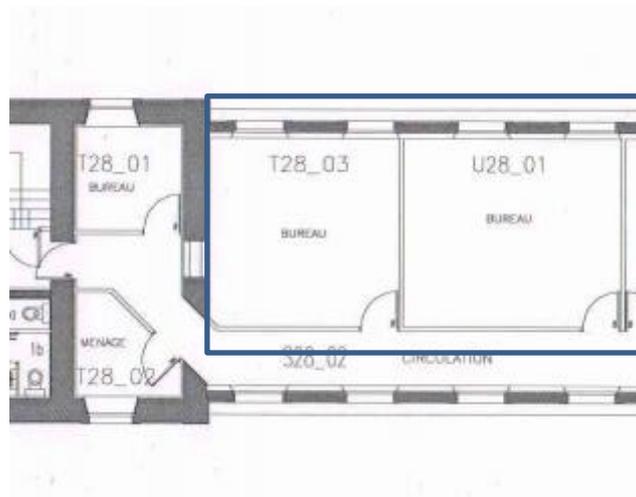
Chaque professionnel dispose d'un ordinateur. En complément de l'e-outil MedQual-Ville, plusieurs logiciels de gestion de base de données et d'analyses statistiques sont disponibles et utilisés par les membres des deux équipes (Excel, S-Plus, R, Stata, SAS....).

Locaux du CPias Pays de la Loire au CHU de Nantes :

- Site Hôtel Dieu, Bâtiment Tourville
 - o Surface : 4 bureaux de 15 m² dont l'un partagé et l'accès à une salle de réunion partagée avec l'EOH du CHU de Nantes



- Site St Jacques
 - o Surface : 1 bureaux de 20 m²



Annexe 2 : Autres informations (non destinées à être rendues publiques)

3.1 Résultats de travaux non encore publiés ou sous embargo

Les rapports de surveillance de la résistance 2018 et de consommation des produits hydro-alcooliques ont été transmis à Santé Publique France. Toutefois, les données ont été diffusées à certaines régions sur demande (Bretagne et Nouvelle Aquitaine). L'envoi à l'ensemble du réseau est prévu second trimestre 2018.

3.2 Difficultés rencontrées par la mission au cours de l'année N, y compris en termes de mise à disposition des budgets (texte libre)

Frais indirects

Le CHU de Nantes facture **20% de l'enveloppe de SPF en tant que frais indirects**. Ce malgré le cahier des charges des missions nationales fixant un seuil de 10%, et l'engagement du directeur général du CHU de Nantes à le respecter. Une requête a été faite auprès de l'ARS Pays de la Loire et de la DGOS mais rien n'y fait.

Par ailleurs, la licence SAS nécessaire aux activités de surveillance de la RATB présente un coût annuel de 5000 euros, a priori non prévu dans le cahier des charges.

Création du site internet de la mission

Les démarches entreprises auprès des services numériques du CHU de Nantes pour la création d'un contrat de prestation avec TJ informatiques services, pour la création d'un site internet dédié à la mission, l'évolution de la plateforme Medqual-ville et le développement de l'e-Outil de surveillance des consommations de PHA en EHPAD ont débuté en Février 2019. Le contrat n'a été signé par le CHU de Nantes qu'un an après pour des raisons à la fois administratives et de gestion comptables internes, dans une période défavorable (fin d'année) de clôture annuelle des comptes, et des freins à l'utilisation des budgets.

Ces contraintes administratives et les freins internes aux CHU de Nantes à l'utilisation des crédits ont retardé la création du site internet. Une pression externe serait la bienvenue.