

Membres présents à la réunion

Membres du Conseil Scientifique

Christèle Aniakou (IDE hygiéniste Almaviva), Pascale Barrière (CSS hygiéniste CASVP), Anne-Hélène Bothereau (PH Santé-Service), Jean-Winoc Decousser (PU-PH Henri Mondor), Fernanda Duplatre (IDE hygiéniste CPias ARA), Martine Karoubi (représentante des usagers), Solen Kerneis (PU-PH Bichat), Isabelle Leduc (IDE hygiéniste Nephrocare), Cécile Mourlan (PH CPias Occitanie), Astelle N'Diaye (IMH IdF), Valérie Quermelin (responsable adjointe DVAGS ARS IdF), Isabelle Roland (IMH IdF), Valérie Souyri (CSS hygiéniste siège AP-HP), Florence Stordeur (PH CRATb IdF), Isabelle Tangre (Médecin Staraqs), Arnaud Tarantola (CR SpF), Nathalie Voiry (Ide DVAGS ARS IdF), Mehdi Yahia (PH DVAGS ARS IdF).

Membres du CPias Ile-de-France :

Pascal Astagneau (PU-PH responsable CPias IdF), Béatrice Adjmagbo (CSS hygiéniste CPias IdF), Isabelle Arnaud (Ingénieur CPias IdF), Juliette Auraix (Cadre hygiéniste CPias IdF), Hervé Blanchard (PH CPias IdF), Agnès Gaudichon (PH CPias IdF), Karin Lebascle (Webmaster CPias IdF), François L'Hériteau (PH CPias IdF), Christèle Nourry (Cadre hygiéniste CPias IdF), Béatrice Nkoumazok (Biostatisticienne épidémiologiste CPias IdF), Elise Seringe (PH CPias IdF), Franck Varey (Cadre hygiéniste CPias IdF).

Invités :

Aurélié Bail (stagiaire DIU hygiène Nancy), Ben Woodly Rigaud (stagiaire master 2 au CPias), Dior Sy (stagiaire master 2 au CPias).

Rédacteurs :

Béatrice ADJAMAGBO

Introduction

Le Pr Pascal Astagneau remercie l'ensemble des personnes présentes à cette réunion. Un tour de table est réalisé afin que chacun puisse se présenter.

Un point est réalisé sur la mission nationale Spicmi. Monsieur Astagneau nous informe que des discussions sont en cours avec SpF pour décider si Spicmi va bénéficier ou non du renfort d'un autre CPias.

Dans le cadre de la mission, deux volets sont développés :

- surveillance : la surveillance des ISO est semi-automatisée. Les principales difficultés rencontrées par les établissements sont l'accès aux données des laboratoires, du PMSI et des blocs opératoires. A noter qu'il n'y a pas ou peu de ressources humaines au niveau informatique ou du DIM. Malgré ces obstacles matériels qui rendent difficile l'implantation de cette surveillance, on compte environ 250 établissements participants,
- prévention : un travail sur la radiologie interventionnelle va débuter. C'est un secteur complexe avec de nombreuses spécialités et intervenants. Une enquête sur un état des lieux va être menée dans un premier temps pour réaliser une cartographie nationale des actes et des lieux pour pouvoir ensuite procéder à des évaluations plus ciblées. Les audits Préop vont se poursuivre et évoluer. Ils ne comporteront plus l'antibioprophylaxie pour cette année (nouvelles recommandations à prendre en compte). Des quick audits seront proposés sur la douche pré-op, la préparation cutanée et l'antisepsie.

Echange avec les participants :

Il est important de réaliser des audits auprès des patients qui réalisent leur douche au domicile avant une intervention en ambulatoire et d'élaborer des outils à leur intention.

Antibiorésistance – lien avec le CRAtb, François L'HERITEAU

Cf diapositives

Deux réseaux nationaux assurent la surveillance des consommations ATB et résistances bactériennes:

- Spares en établissements de santé (consommations et résistances),
- Primo en ville (résistances uniquement).

En ce qui concerne les moyens, l'exhaustivité de la participation est bonne pour les consommations (65% des lits d'hospitalisation) ; mais médiocre pour les résistances en ES (39% des lits d'hospitalisation) et les résistances en ville (30,3% des laboratoires de ville en Ile de France).

En ce qui concerne les résultats, les objectifs fixés par la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance ne sont pas atteints à ce stade. La proportion d'*E. coli* urinaire résistant aux C3G en ville et en EHPAD est respectivement de 5.2% et 15.5% (objectif respectivement $\leq 3\%$ et $\leq 8\%$). La proportion dans les hémocultures en ES de SARM et de *K. pneumoniae* résistant aux pénèmes est respectivement de 13% et 3.4% (objectif respectivement $< 10\%$ et $< 1\%$). La consommation ATB en ES a augmenté respectivement de 7% en IdF et 4% en France entière (objectif baisse d'au moins 10% entre 2019 et 2025).

Echanges avec les participants :

- Quid de la participation des labos en IdF ?
 - La participation des laboratoires en IdF n'est pas bonne. Une difficulté vient du fait que les laboratoires de biologie médicale (LBM) de ville ne sont pas nos interlocuteurs habituels et que le CPias n'a plus de lien direct avec les membres des réseaux depuis la mise en place des missions nationales. Par ailleurs, la tendance de fond au regroupement des LBM fait qu'il y a majoritairement des grands groupes de LBM. Cette tendance peut compliquer l'identification d'un référent, mais elle peut aussi rendre plus facile l'adhésion de plusieurs LBM une fois les interlocuteurs identifiés : (interlocuteur de LBM identifiés à François L'Hériteau.)
 - Actuellement il y a un débat syndical sur la révision de la nomenclature des LBM. Les biologistes peuvent donc être moins disponibles. De plus, certains aimeraient avoir une compensation financière pour leur participation mais il est important de faire comprendre qu'il s'agit là d'un enjeu de santé publique.
 - Depuis la fin 2023, les LBM de ville peuvent acquérir un nouveau statut pour devenir laboratoire de référence par la réalisation d'actes correspondant à un certain niveau de qualité et en répondant à des normes ==> constitue une voie d'accès possible à ces LBM par le CPias ou par la mission Primo.
 - Le CRAtb a déjà fait le lien avec l'URPS biologie IdF : tous les décideurs sont partants sur le principe mais pas de bascule dans les faits pour le moment.
 - ➔ Afin d'augmenter la participation des laboratoires à la surveillance, il faut mieux communiquer avec eux et leur faire un retour systématique des éléments de la surveillance.
 - ➔ Solliciter Primo pour montrer aux laboratoires que les données sont faciles à transmettre.
 - ➔ Organiser 1 à 2 visios par an avec quelques personnes intéressées + CRAtb + ARS.
- Quid de la consommation ATB en ville ?
 - Les outliers de consommation ATB sont recherchés et alertés en ES mais pas en ville. Pour des raisons de confidentialité, il n'est pas possible d'avoir les données au niveau du praticien ➔ le CRAtb a initié un travail avec les CPTS : l'objectif n'est pas de cibler les prescripteurs, mais d'analyser les données de conso et des résistances par département / territoire y compris au niveau des Ehpads en s'appuyant sur les IMH et les EMA.

- La direction régionale de l'Assurance Maladie transmet au CRATb des données de remboursement des assurés sociaux selon leur lieu de résidence mais pas selon le lieu d'exercice des prescripteurs → peu adapté pour permettre de donner un tableau de bord aux prescripteurs.
- Quid de l'augmentation de la résistance aux antibiotiques et de la consommation en ES ?
 - L'augmentation de la résistance aux antibiotiques peut s'expliquer en partie par la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux avec de plus en plus de patients présentant des pathologies plus lourdes, nécessitant des traitements lourds → moins de patients au total mais plus graves. Ces paramètres ne sont pas pris en compte, rendant probablement difficile l'interprétation de l'évolution de ces indicateurs dans le temps.
 - Certains prescripteurs hospitaliers posent toujours la question de la comparabilité de leurs données avec celles des autres établissements du réseau → pour les convaincre que leur case-mix est similaire à celui d'autres ES, il faudrait pouvoir lever l'anonymat en fournissant des données nominatives. La faisabilité de ce point reste à étudier.
- Quid des seuils des indicateurs ?
 - Une réflexion a été lancée sur la pertinence des seuils de consommation fixés. Effectivement, les objectifs des indicateurs peuvent être difficiles à atteindre, surtout dans certaines régions à forte densité et à grande circulation de la population telle que l'IdF. L'intérêt est de se fixer un cap en indiquant vers quoi on doit tendre pour s'améliorer. Les indicateurs sont incitatifs et ont pour but de prévenir la transmission croisée des microorganismes et d'améliorer le bon usage des ATB.

Coordination des infirmiers mobiles en hygiène (IMH), Franck VAREY

Cf diapositives

L'importance de l'accompagnement des ESMS par des IMH pour la maîtrise et le contrôle du risque infectieux n'est plus à démontrer. Le dispositif a beaucoup évolué en IdF depuis 2013 où 4 postes en Ehpad ont été créés pour arriver à 25 postes dans le secteur de la personne âgée (PA) sur 35 financés et 3 postes sur 8 dans le secteur du handicap (PH) en 2023. Néanmoins, les EOH support rencontrent des difficultés à recruter des IMH => 10 postes IMH PA sont vacants et 5 postes IMH PH. De ce fait, l'ARS a décidé de diminuer le financement des postes d'IMH PA pour passer de 35 à 25 postes et de redistribuer les Ehpad aux IMH pour couvrir l'ensemble du territoire, soit environ 30 Ehpad par IMH, en fonction du nombre de places.

Echanges avec les participants :

- L'IdF présente la spécificité d'avoir un dispositif composé uniquement d'IMH. Dans la plupart des autres régions de France, il y a des équipes mobiles en hygiène (EMH), renforcées par un temps médical.
- Une discussion est lancée sur la difficulté de certaines EOH d'apporter un support à leurs IMH. Elles sont parfois en manque d'effectif ou bien elles ne voient pas l'intérêt du dispositif par manque d'information. Ces problématiques ont sûrement un impact sur le recrutement des IMH ainsi que sur la fidélisation de ceux ou celles en poste, qui peuvent souffrir de l'isolement. Certaines EOH, estiment avoir un rôle assez restrictif (mise à disposition de locaux, matériel et gestion RH...) et pas suffisamment technique, mission qui est assurée en grande partie par le CPIas. Il est nécessaire de travailler avec les EOH pour mieux les impliquer et trouver un équilibre en leur offrant la possibilité d'intégrer, de manière ponctuelle et en fonction de leurs disponibilités, les IMH dans certaines actions, comme la réalisation de l'ENP en établissement de santé par exemple.
- Il est précisé que ce poste pose un problème d'attractivité car il n'est financé que pour 3 ans avec des craintes quant à son renouvellement.
- D'autres réflexions doivent être menées pour fidéliser les IMH :
 - Pallier l'isolement des IMH en les regroupant à 2 ou 3 au sein d'une même EOH, mais cela peut entraîner un travail supplémentaire pour cette dernière.
 - Pallier le manque d'expérience des IMH à leur prise de poste ou dans certaines situations, majoré par le fait que certains n'ont pas le DIU en hygiène et / ou n'ont pas d'expérience de poste en transversal,

par la mise en place d'EMH permettant d'avoir un support médical lors de certains déplacements.
L'encadrement serait ainsi de proximité plutôt que à distance.

- Il est précisé que la prise de poste d'un IMH dans le secteur du handicap est plus difficile car il y a peu de différentiel sur ce secteur.

Formations et outils de communication, Christèle NOURRY et Karin LEBASCLE

Cf diapositives

1354 professionnels des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ont bénéficié de nos formations en distanciel et en présentiel en 2023. Des outils pédagogiques comprenant une chambre des erreurs sur 3 situations de soins (auscultation d'un patient, injections S/C et gestion des excréta) et un outil d'auto-formation sur l'hygiène des mains ont également été réalisés. Un projet est en cours avec les instituts de formation avec pour objectif d'identifier leurs besoins et leur proposer un appui (formations, outils...). De nombreux outils et actions de communication sont proposés sous la forme de journées régionales pour les professionnels des différents secteurs, mise à disposition d'un site internet, création de nombreuses fiches pratiques et infographies, information via les réseaux sociaux...

Echanges avec les participants :

- Le groupe a exprimé un intérêt concernant le projet auprès des instituts de formation et de l'importance d'y intégrer les universitaires.
- L'accent est mis sur la nécessité de développer les outils d'information et de ne pas oublier les patients qui doivent être acteurs de leurs soins et de leur hygiène. Le CPIas a un rôle à exercer sur leur éducation pour le respect des règles d'hygiène. Pour cela, il faut s'appuyer sur les associations d'usagers/patients et penser à leur adresser notre programmation des webinaires.
- Il est précisé qu'il est important de réussir à rendre accessible ces informations au plus grand nombre → faire des sélections sur les informations les plus importantes, type les cafés gourmands organisés depuis le début 2024.

Evaluation des pratiques, Agnès GAUDICHON

Cf diapositives

Différentes évaluations des pratiques ont été réalisées :

- L'outil automatisé DialHyg mis à disposition depuis mars 2023 permet de réaliser des audits d'opportunités d'hygiène des mains (HDM) dans le secteur de la dialyse où le risque infectieux est élevé. En décembre 2023, 4096 opportunités d'hygiène des mains ont été renseignées et pour la technique d'HDM sans lavage de fistule, la FHA a été réalisée dans 63% des cas, le lavage des mains dans 12% des cas et aucune HDM dans 25% de situations.
- Suite à la diffusion de la fiche technique sur la désinfection des sondes endovaginales, un quick audit observationnel accompagné d'un questionnaire sur les freins aux bonnes pratiques de désinfection a été réalisé et clôturé en décembre 2023, les données sont en cours d'analyse.
- Une enquête QUPI (questionnaire usagers prévention des infections) réalisée par les représentants des usagers auprès des patients sur le risque infectieux est en cours.
- Des quiz en ligne avec réponses argumentées sur l'hygiène et des mains et le port de gants sont disponibles en accès libre et continu via notre site internet.

Echanges avec les participants :

- Les informations générées par ces audits sont très importantes. Certains résultats sont décevants et inquiétants.

- Il est rappelé que Spiadi travaille sur la thématique dialyse et que les recommandations de la SF2H sont anciennes et ne correspondent pas aux recommandations des experts. La SF2H devrait donc actualiser ses recommandations.
- Il faut également travailler avec les associations sur ce sujet.

Signalements, Elise SERINGE

Cf diapositives

Décroissance des signalements en 2023 par rapport à 2022 : - 8.6%

Les BHRé sont les plus fréquemment signalées. La part des IAS d'autres natures est < à 10%

Le délai de signalement est de 23 jours environ, ce qui n'est pas compatible avec son rôle d'alerte.

Evolutions futures :

- Un groupe de travail national animé par SPF réfléchit sur l'évolution du signalement pour en améliorer la qualité et la pertinence.
- Le RReva va mener des actions pour la promotion de la déclaration
- Le HCSP travaille sur l'actualisation des recommandations BHRé

Echanges avec les participants :

- Le signalement des IAS a été mis en place en 2002 et a besoin d'évoluer. Le signalement des BHRé a beaucoup augmenté, au détriment des autres événements sentinelles.
- Le niveau d'action du CPias pour la gestion des signalements a nettement diminué depuis le Covid. Cela peut s'expliquer par le fait que les EOH ont renforcé leur expérience en matière de gestion d'IAS.
- Il est nécessaire d'améliorer le signalement pour lui redonner son rôle d'alerte et favoriser les appuis notamment sur les situations problématiques.