

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Décembre 2015

COP 21 : CONSÉQUENCE POSSIBLE EN SANTÉ PUBLIQUE DE NOTRE INACTION

Ce n'est plus une hypothèse, le changement climatique aura des conséquences inéluctables sur notre santé. Une course contre la montre est désormais engagée, dans laquelle les professionnels de santé sont appelés à jouer un rôle protecteur. Pathologies respiratoires, maladies cardio-vasculaires et parasitaires, allergies, antibiorésistance et nouveaux virus surviendront dans le dégel du Permafrost, le recul des glaciers ou encore l'extension des zones de sécheresse.



Au rang de ces tributs humains, l'OMS estime à 38 000 le nombre de personnes qui ne résisteront pas au stress thermique des vagues fréquentes et intenses de chaleur. Conséquences des nombreuses inondations, les maladies à transmission hydrique provoqueront chaque année 48 000 cas mortels supplémentaires de diarrhées, 60 000 autres par paludisme, sans compter les épidémies de choléra. Cet environnement modifié créera un biotope particulièrement propice à la prolifération d'insectes et de gastéropodes vecteurs de maladies comme la schistosomiase. Cette maladie tropicale, seconde infection parasitaire après le paludisme, connaîtra ainsi en Chine une expansion géographique au gré de la modification des saisons.

Les déplacements de population fuyant les sécheresses augmenteront eux aussi les risques de maladies à transmission vectorielle. Certains avaient déjà alerté sur les risques de « mondialisation » des virus par la conjugaison de l'urbanisation galopante, du changement climatique, de la pollution et de la déforestation. Le scénario est déjà en marche. Selon les experts, la résurgence du virus Ebola serait ainsi due à la déforestation intensive du Liberia, qui a elle-même entraîné le déplacement des chauves-souris porteuses du virus vers les zones habitées.

L'intensification des polluants aériens (particules fines comprises) sera à l'origine d'épidémies de bronchiolites dont la recrudescence marque déjà des signes avant-coureurs à en croire des données récentes de l'Institut de veille sanitaire (InVS). De son côté, la teneur de l'air en ozone exacerbera les maladies cardio-vasculaires ainsi que la concentration de pollen déjà responsable de crises d'asthme chez 300 millions de personnes dans le monde. De plus, deux degrés supplémentaires suffiront pour aggraver, *via* le rayonnement solaire, la prévalence des mélanomes cutanés.

Si ces scénarios catastrophes ne suffisent pas à faire plier les décideurs de la COP21, sans doute faudra-t-il leur présenter la facture de ces dommages sur la santé évaluée entre 2 et 4 milliards d'euros par an d'ici à 2030. Car le réchauffement climatique n'a pas seulement un coût humain, il fera aussi vaciller les profits acquis en matière de santé au cours de la deuxième moitié du XXe siècle et bouleversera la donne de systèmes de santé conçus pour un climat stable, relève un rapport publié par l'OMS au printemps dernier. **(suite page 3)**

Dans ce numéro :

COP 21 et santé publique	1
A l'agenda	2
Pansement intelligent	3
Vaccin oral grippe	4
GrippeNet.fr	5
Indicateurs de qualité	6
ATB et résistances	7
Fin	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation


Calendrier des événements

DÉCEMBRE 2015

Pour toute difficulté concernant les inscriptions ou la compréhension d'une surveillance (AES, ATB, ISO, BMR et REA) :

Prendre contact si nécessaire avec le secrétariat : 03-83-15-34-73

Les inscriptions se font en ligne sur le site du CCLIN Est à la rubrique surveillance. Vous trouverez également tous les outils nécessaires à la réalisation de ces surveillances (et audits) et les moyens de contacter les personnes responsables de chacune d'elles en cas de nécessité.

	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	 25	26	27
28	29	30	Grephh 31			

Grephh : <http://www.grephh.fr/>

- **Enquête de satisfaction** : Participation définitive = 587 établissements (merci). Un rapport sera bientôt mis en ligne.

- **Audit endoscopie** : **Votre audit doit être réalisé avant le 31 décembre 2015 mais l'envoi de vos résultats au CCLin sera possible jusqu'au 31 janvier 2016 dernier délai.** Attention vos résultats ne pourront pas être pris en compte dans l'analyse nationale si vous nous faites parvenir vos résultats au-delà de cette date.

Toutefois vous pourrez continuer à utiliser les outils du tronc commun au-delà de ces dates. Un rapport automatisé sera toujours généré avec un plan d'améliorations qui prendront en compte les écarts observés.

Trois modules complémentaires vont être mis en ligne dans les prochains jours sur le site du Grephh : un module sur les **Contrôles microbiologiques**, un sur la **Maintenance** et le dernier sur les **ESET**. Vous aurez à disposition les grilles de recueil et les guides de remplissage ; les applications informatiques suivront prochainement.

Ces modules ne sont pas obligatoires et sont indépendants les uns des autres. Vous pouvez choisir ceux que vous voulez tester. Ils ont pour objectif d'approfondir l'exploration de thèmes particuliers en endoscopie.

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

Journée CCLin Est/ARLIN Bourgogne : Dijon le 27 octobre 2015 sur « Les infections urinaires nosocomiales – prévention et traitement. » - **diaporamas à disposition** : <http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique291>

Journée CCLin Est/ARLIN Champagne-Ardenne : Reims le 13 novembre 2015 sur « Les indicateurs et les cibles du PROPIAS » - **diaporamas à disposition** <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique291>

Journée ARLIN Lorraine : Nancy le 17 novembre 2015 sur « Prévention des infections associées aux soins en EMS » - **diaporamas à disposition** <http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-etablissements-medico-sociaux-ems/prevention-des-infections-associees-aux-soins-en-ems/>

10ème congrès « Biologie et Hygiène Hospitalière », Paris le jeudi 31 mars 2016 au Lycée Pierre-Gilles de Gennes - ENCPB 11 rue Pirandello 75013 Paris. Les projets de communications et les inscriptions gratuites doivent être adressées sous format Word à l'adresse courriel suivante : hygiene.hospitaliere@encpb.org pour le **15 janvier 2016** au plus tard.

24^{èmes} Journées régionales d'hygiène de l'ARLIN Lorraine : Nancy le 16 et 17 juin 2016 (Domaine de l'Asnée à Villers les Nancy) pré-programme <http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-regionales-d-hygiene/2016-24emes-j-r-h>

COP 21 : CONSÉQUENCE POSSIBLE EN SANTÉ PUBLIQUE DE NOTRE INACTION

(suite page 1)

L'ONU n'en pointe pas moins les capacités de résilience de ces mêmes systèmes de santé et d'adaptation des professionnels de santé aux nouveaux enjeux. Car si le secteur de la santé est lui-même à l'origine de gaz à effet de serre (40 % des émissions du service public britannique proviennent du Service national de santé), il est le premier à détenir les clés d'une protection des populations contre ces nouveaux dangers. L'adaptation a certainement des limites mais une grande partie des effets sanitaires peut être évitée ou combattue par des interventions au niveau de la santé publique et des services de santé. **Éducation, surveillance des maladies, hygiène, mais aussi lutte contre les moustiques et vaccination font partie de l'arsenal pour contrer les effets du réchauffement climatique.** Encore faut-il qu'ils soient précédés de décisions politiques fortes.

« Si l'accord signé est bon, il sera sans aucun doute l'accord le plus important du siècle en matière de santé publique. » **Dr Maria Neira, directrice du département santé publique et environnement à l'OMS**

CONFÉRENCE
CLIMAT
SANTÉ
2015



Pour en savoir plus :

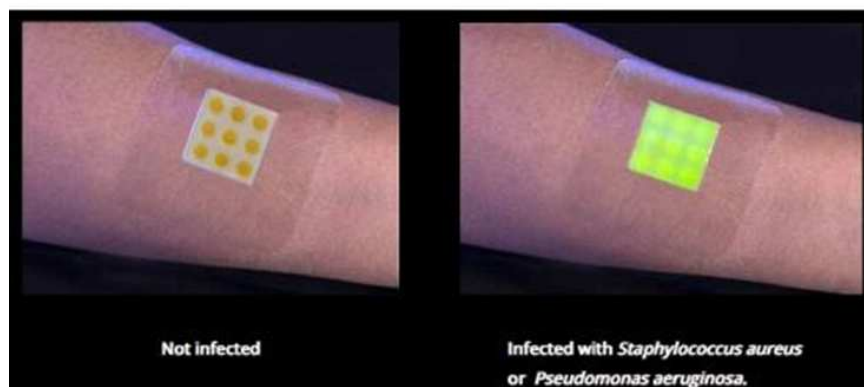
<http://www.cop21.gouv.fr/projets/conference-climat-sante/>

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1611>

UN PANSEMENT QUI CHANGE DE COULEUR EN CAS D'INFECTION

Un pansement intelligent qui peut changer de couleur si la plaie est infectée a été développé par des chercheurs britanniques.

Actuellement, il faut au moins 48 heures pour détecter une infection. C'est pourquoi de nombreux brûlés sont mis sous antibiotiques, en prévention. Des chercheurs britanniques de l'université de Bath (Grande-Bretagne) ont développé un pansement intelligent pour pallier ce problème.



Posé sur la plaie, le pansement change de couleur lorsqu'il détecte la formation d'un biofilm bactérien. Le prototype actuellement testé est capable de reconnaître les bactéries les plus souvent mises en cause dans les infections nosocomiales. Plus précisément, le prototype récemment testé est capable de reconnaître les infections à *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* et autres *Enterococcus faecalis*. Bref, la plupart des espèces bactériennes habituellement rencontrées dans les infections nosocomiales.

À quoi doit-on le « miracle » de ce virage coloré ? À la présence dans la matrice du pansement de nanocapsules pleines d'un colorant fluorescent et dont l'enveloppe se rompt au contact des toxines bactériennes. Des essais ont été réalisés sur de la peau de porc. En 4 heures, il vire au vert en présence de bactéries.

Des tests de sécurité et des essais cliniques chez l'homme devraient bientôt être lancés.

Pour en savoir plus :

Prototype Development of the Intelligent Hydrogel Wound Dressing and Its Efficacy in the Detection of Model Pathogenic Wound Biofilms. Thet NT, Alves DR, Bean JE, and coll. *ACS Appl Mater Interfaces*. 2015 Oct 22.

<http://pubs.acs.org/doi/10.1021/acsami.5b07372>

VACCIN ORAL CONTRE LA GRIPPE POUR AMÉLIORER LA COUVERTURE VACCINALE

Utiles pour améliorer la couverture vaccinale, en particulier en situation épidémique, une première étape pour le développement de vaccins oraux contre la grippe vient d'être réalisée. Des chercheurs américains ont montré l'efficacité et l'innocuité d'un vaccin oral contre la grippe A, H1N1 chez des adultes sains.

Alors que peu d'études (et seulement trois essais cliniques) ont été publiées sur l'immunisation contre la grippe par voie orale, les auteurs ont réalisé un essai clinique de phase 1 pour évaluer l'intérêt d'un vaccin recombinant, non répliquant, utilisant un adénovirus comme vecteur porteur d'un fragment d'ADN codant pour l'hémagglutinine.

Entre décembre 2013 et avril 2014, ils ont randomisé 24 personnes âgées de 18 à 49 ans dans un essai clinique en double aveugle : 12 personnes ont reçu le vaccin et 12 un placebo. Les effets secondaires, modérés (maux de tête, nausées, fièvre, diarrhées, douleurs abdominales), étaient similaires dans chaque groupe. Parmi les 12 participants qui ont reçu le vaccin, 11 présentaient une multiplication par un facteur 4 des anticorps inhibant l'hémagglutination (7,7 fois en moyenne) et une multiplication des titres en micro-neutralisation (29 fois en moyenne) contrairement à l'absence de variation dans le groupe placebo. Pour une raison inexpliquée, neuf ont obtenu des taux considérés comme séroprotecteurs (contre zéro dans le groupe placebo) et cette réponse s'est maintenue 180 jours après l'injection.

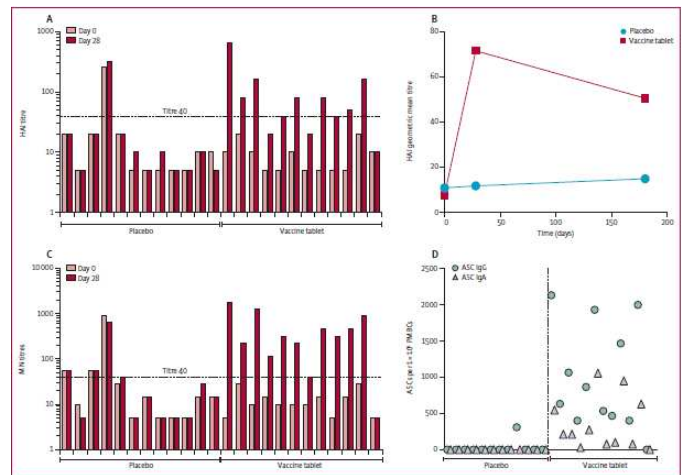


Figure 2: Antibody responses after a single oral immunisation. (A) Haemagglutination inhibition antibody titres before (day 0) and after (day 28) immunisation are shown for individual participants. Dotted line shows the accepted threshold for seroprotection. (B) Haemagglutination inhibition geometric mean titre versus time. Haemagglutination inhibition titres were measured at 0, 1, and 6 months after immunisation to assess the durability of the antibody response. (C) Micro-neutralisation titres before and after immunisation are shown for individual participants. Dotted line shows titre >40 (table 3). (D) Antibody-secreting cell responses after immunisation. The numbers of IgG and IgA antibody secreting cells are reported 7 days after immunisation. HA=haemagglutination inhibition; MNT=micro-neutralisation; PMBC=peripheral blood mononuclear cell; ASC=antibody secreting cell.

Bien que cette étude soit de petite taille avec des sujets sains et jeunes, ces premiers résultats semblent prometteurs. D'autres recherches seront nécessaires pour confirmer l'efficacité du vaccin et envisager sa diffusion.

Pour en savoir plus : Article à votre disposition sur simple demande au Cclin Est

High titre neutralising antibodies to influenza after oral tablet immunisation: a phase 1, randomised, placebo-controlled trial. D. Liebowitz, J. D Lindbloom, J. R Brandl, and Coll. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 1041–48

ANTIBIORÉSISTANCE : 75 % DE LA POPULATION MONDIALE PENSE QUE CE SONT LES INDIVIDUS QUI SONT RÉSISTANTS (ENQUÊTE OMS)

L'OMS vient de présenter les résultats de la première enquête menée par son organisation sur ce thème. Il en ressort une proportion élevée de fausses croyances concernant l'antibiorésistance dans la population générale. L'enquête, basée sur un questionnaire de 14 questions, a porté sur 10 000 personnes dans 12 pays (Barbades, Chine, Égypte, Inde, Indonésie, Mexique, Nigeria, Fédération de Russie, Serbie, Afrique du Sud, Soudan, Vietnam).

L'étude montre en effet que 76 % des gens interrogés pensent que ce sont les individus qui deviennent résistants aux antibiotiques, alors qu'il s'agit bien du développement de mécanismes de résistance par les bactéries envers les molécules antibiotiques. 67 % des sondés pensent que les antibiotiques sont indiqués dans le traitement des rhumes, et 33 % pensent qu'il est possible d'arrêter son antibiotique lorsqu'on se sent mieux, sans respecter la date préconisée par la prescription. Enfin, 57 % d'entre eux pensent qu'ils ne peuvent pas agir à leur propre niveau pour faire évoluer le problème.

Pour l'organisation, les gouvernements et leurs services publics ont également un rôle à jouer par l'élaboration de programmes éducatifs, ou le soutien à la recherche. Les groupes pharmaceutiques sont, eux, incités à ne pas négliger la recherche pour cette classe pharmaceutique, peu attractive car considérée comme « peu rentable », du fait de leur faible coût.

L'OMS rappelle que même des actions simples ont des impacts avérés sur la consommation d'antibiotique. Il cite les exemples du Danemark ou des Pays-Bas, qui ont réussi à faire diminuer drastiquement les taux de bactéries résistantes par la mise en place de mesures strictes en termes de prescription et de prévention. Il a enfin insisté sur la nécessité de mise en commun des politiques de santé et de la recherche au niveau international, en particulier avec les pays les plus touchés par l'émergence de l'antibiorésistance.

Publication prochaine d'une « étude de connaissance et de perception de la résistance bactérienne auprès des personnels soignants ou Etude PerceptR pilotée par le Pr JC Lucet et le Dr L. Vaillant. » Des surprises à prévoir????

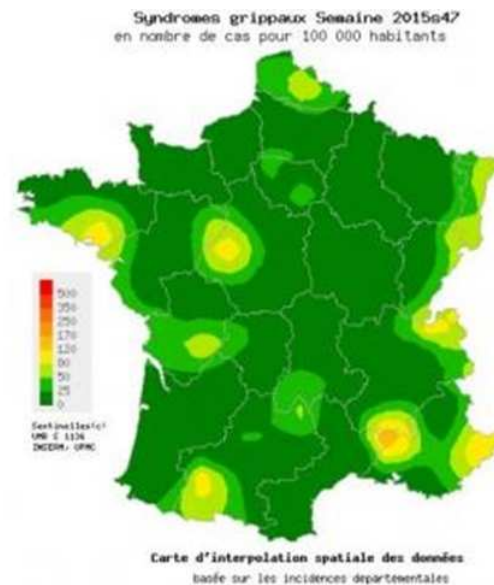
Pour en savoir plus : Une enquête multipays de l'OMS révèle une large incompréhension de l'opinion publique à l'égard de la résistance aux antibiotiques <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/antibiotic-resistance/fr/>

GRIPPENET.FR : UNE SURVEILLANCE CITOYENNE DE L'ÉPIDÉMIE

Pour le 5^{ème} hiver consécutif, chaque Français pourra participer activement à la surveillance de la grippe, et ce de manière anonyme et volontaire. Il lui suffira de contribuer à la base de données en ligne sur le site GrippeNet.fr. Créé par le réseau Sentinelles (INSERM) et l'Institut de veille sanitaire, ce site permet de recueillir des données complémentaires à celles collectées par les systèmes de surveillance traditionnels afin d'affiner le suivi de la progression de la grippe en temps réel et sur l'ensemble du territoire. Cette approche contribue ainsi à une meilleure compréhension de l'épidémie. Depuis 2012, 6 000 citoyens sont devenus des acteurs de la surveillance de la grippe.

Jusqu'à présent, l'épidémie n'est pas encore déclarée en France. Selon les derniers chiffres publiés par le bulletin hebdomadaire du réseau Sentinelles du 25 novembre, sur la base des déclarations de 1 300 médecins généralistes, 24 cas ont été enregistrés pour

100 000 habitants, un taux bien en dessous du seuil épidémique fixé à 149 cas pour 100 000 habitants.



A LIRE - A VOIR - A DÉCOUVRIR

- Les patients préfèrent les médecins qui prescrivent des antibiotiques

Antibiotic prescribing and patient satisfaction in primary care in England: cross-sectional analysis of national patient survey data and prescribing data. Ashworth M, White P, Jongasma H, and coll. *Br J Gen Pract.* 2015 Dec 6.-2016-66-642

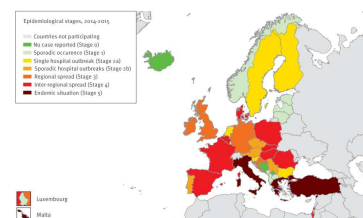
Résumé : Prescrire le minimum d'antibiotiques possible peut-il suffire à contrarier un patient. C'est en tout cas ce que suggère une étude menée par le King College de Londres (Angleterre). Dans cette publication, les chercheurs ont analysé les dossiers de 7 800 médecins généralistes. Les scientifiques ont souhaité connaître la satisfaction des malades dont les prescriptions comportaient 25 % moins d'antibiotiques que la moyenne nationale. L'étude a révélé que la restriction de prescription conduit à une réduction de 5-6 points de la satisfaction des malades.

- International travel and acquisition of multidrug-resistant *Enterobacteriaceae*: a systematic review

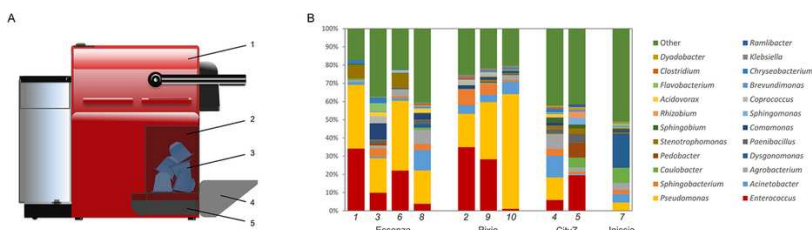
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21316>

- Carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae* in Europe: assessment by national experts from 38 countries, May 2015

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21300>



- The coffee-machine bacteriome: biodiversity and colonisation of the wasted coffee tray leach. C. Vilanova, A. Iglesias, M. Porcar. *Scientific Reports* 5, Article number: 17163 (2015) <http://www.nature.com/articles/srep17163>



67 souches de bactéries dans les machines Nespresso.

What else!!!



LES INDICATEURS DE QUALITÉ : TOUJOURS PLUS

La DGOS et la HAS viennent de publier les résultats 2015 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Mais au-delà de cette présentation, c'est désormais sur un panorama plus large de projets, outils et dispositifs qu'il faut compter.

Il y a cette année une quasi-exhaustivité des réponses aux campagnes d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS, plus de 99% des établissements concernés). Pour la première fois, les résultats sont d'ailleurs présentés sous la forme de cartographies dynamiques, intégrées au site Scope santé.

Les résultats confortent en outre la **progression régulière des indicateurs**, avec des progrès sensibles sur certains points critiques (par exemple, +6% s'agissant de la lutte contre les infections du site opératoire, +12% pour la surveillance clinique minimale après l'accouchement, ou encore +18% sur l'évaluation de l'accès à la transplantation rénale). Néanmoins il existe des disparités entre établissements et certains restent en effet en dessous de l'objectif de performance. Aussi, DGOS et HAS ont-elles engagé une réflexion globale sur l'évolution du dispositif, afin de maintenir la dynamique de mobilisation des équipes mais aussi de cibler les actions prioritaires selon les établissements. Un groupe de travail dénommé "gestion dynamique des IQSS" a dans ce cadre vu le jour en février dernier. Il a pour mission de proposer des évolutions de la politique nationale en matière d'indicateurs (pertinence et nombre maîtrisé).

La HAS et la DGOS ont évoqué la réussite de la campagne de recueil 2015 de l'indicateur de satisfaction des patients e-satis. Sur 91 400 patients ayant communiqué une adresse électronique au 17 novembre, 13 500 ont déjà répondu au questionnaire en ligne (taux de réponse de 15%). Et 84% des 1 497 sites géographiques concernés (séjours MCO de plus de 48 heures) ont participé au recueil. L'indicateur est recueilli depuis septembre et sera diffusé courant 2016.

S'agissant des indicateurs de résultats issus du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), leur développement est en cours ; c'est le cas des indicateurs de résultats sur la mortalité, l'un sur la mortalité hospitalière et l'autre sur la mortalité à x jours de l'intervention.

Pour cette édition 2015, la DGOS et l'HAS ont en effet rappelé que cette opération se veut en pratique, un rendez-vous au cours duquel les professionnels de santé, les usagers et les structures peuvent, sur la base du volontariat, profiter d'un temps dédié pour échanger sur des aspects très concrets de la sécurité des soins. Les usagers étaient d'ailleurs associés à cette édition au travers d'un partenariat avec le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss). Trois thèmes concrets étaient aussi à l'honneur cette année pour illustrer la sécurité des patients tout au long du parcours. La lettre de liaison, d'abord. Dans l'optique de favoriser la mise en œuvre de cet outil porté par le projet de modernisation de notre système de santé, la HAS a coordonné au premier semestre 2015 l'expérimentation du recueil de l'indicateur qualité du document de sortie dans soixante-quatre établissements MCO volontaires. Le résultat recueilli affiche une moyenne de 31%. La marge d'amélioration est jugée importante et la pertinence de l'indicateur est confirmée au regard de la variabilité des résultats obtenus par chaque établissement. L'identitovigilance ensuite. La HAS en a fait un critère obligatoire de la certification des établissements de santé et la stratégie en la matière doit être décrite dans le compte qualité. La conciliation médicamenteuse enfin. Une enquête de la DGOS, à laquelle 1 700 établissements ont répondu, couplée à une expérimentation de la HAS, a permis d'en définir le périmètre.

La DGOS a organisé ce 24 novembre au ministère de la Santé, en lien avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un colloque "Sécurité des patients : tous responsables, tous formateurs". Le guide pédagogique pour la sécurité des patients, en langue française, y a été lancé (action 55 du programme national de sécurité des patients). Cet outil multiprofessionnel s'appuie sur la réalité complexe des organisations de soins, telles qu'elles sont au quotidien, pour former les étudiants et les professionnels aux principes de la sécurité des patients et à leur mise en œuvre. En outre, un support pour favoriser le dialogue des représentants des usagers avec les professionnels de santé a été diffusé pour l'occasion.

Les indicateurs aident donc non seulement les établissements à piloter leur démarche qualité mais ils informent également les usagers et éclairent les décisions des pouvoirs publics. Ils sont d'ores et déjà mobilisés dans plusieurs dispositifs comme la certification des établissements, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, le contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux et plus récemment l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq), le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (Capes) ou encore l'amélioration de la pertinence des soins. Sur ce dernier point, un atlas national sur les variations de pratiques médicales est en préparation, en partenariat avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes).

Pour en savoir plus :

Scope santé ou espace d'information interactif sur 4000 établissements de santé : nombreuses données relatives à la qualité des soins dans les établissements de santé : <http://www.scopesante.fr/#/>

PNSP - Guide pédagogique pour la sécurité des patients - édition multi-professionnelle :

<http://www.sante.gouv.fr/pnsp-guide-pedagogique-pour-la-securite-des-patients.html>

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Kit_outils_dialogue_2015_avec_zones_de_note.pdf

CONSOMMATION D'ATB ET RÉSISTANCES : PAS MIEUX!

La consommation d'antibiotiques en ville en France a légèrement diminué en 2014 par rapport à 2013, mais cette consommation reste élevée et la situation reste préoccupante, selon des données actualisées rendues publiques mardi par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

En 2004, la France consommait 27,1 doses définies journalières (DDJ) pour 1.000 habitants par jour d'antibiotiques. On était monté progressivement jusqu'à 30,1 DDJ/1.000 habitants/j en 2013. On est redescendu à 29 DDJ/1.000/j en 2014. Pourtant en 2014 l'incidence des pathologies hivernales a été beaucoup plus faible qu'en 2013 ce qui peut en partie expliquer cette moindre utilisation des antibiotiques.

Ainsi, la consommation d'antibiotiques s'inscrit toujours dans une tendance à la hausse, **cette hausse étant de 7% entre 2004 et 2014**. Il est rappelé que la consommation moyenne en Europe est de 22,4 DDJ/1.000/j. La France reste donc largement au-dessus de la moyenne. Elle se situe en 2013 au deuxième rang des pays les plus forts consommateurs d'antibiotiques derrière la Grèce.

L'analyse des différentes classes d'antibiotiques montre une évolution importante en 10 ans. La consommation des pénicillines a augmenté de façon majeure: +40,6%, et même +54,5% pour l'amoxicilline seule. Les autres bêta-lactamines ont en revanche diminué 33% de façon globale, bien que la consommation de céphalosporines de troisième et quatrième générations soit presque stable. Les sulfamides et le triméthoprime ont diminué de 12,9%, les macrolides de 29,2%, les aminosides de 33,9%, les quinolones de 16,1%, les tétracyclines de 7,3% et les "autres antibactériens" de 52,1%.

Dans les établissements de santé, il n'y a pas de tendance nette. Si l'on rapporte les consommations à l'ensemble de la population, la consommation est stable (2,2 DDJ/1.000 habitants/j en 2014). Mais si l'on rapporte la consommation aux jours d'hospitalisations, on observe une augmentation (on passe en 10 ans de 381,8 à 430,5 DDJ/1.000 jours d'hospitalisation). Cet indicateur pourrait être jugé plus pertinent. Mais son interprétation n'est pas simple, car il faut prendre en compte la réduction constante des durées de séjours hospitaliers.

La France se situe au cinquième rang des pays les plus consommateurs d'antibiotiques à l'hôpital en Europe (selon des données de 2012).

Contrairement à la ville, à l'hôpital la consommation de pénicillines a diminué de 5,4% en 10 ans alors que celle des autres bêta-lactamines a augmenté de 39,2%. Cela va jusqu'à +153,1% pour la céftriaxone et +107,5% pour les carbapénèmes. A l'hôpital, les sulfamides et le triméthoprime augmentent de 6,9%, les anti-staphylocoques résistants à la méticilline de 28% et les "autres classes" de 33,3%, alors que comme en ville les macrolides diminuent de 26,5%, les aminosides de 21,1% et les quinolones de 25,1%.

Concernant les résistances aux antibiotiques en ville, la résistance des campylobacter à la ciprofloxacine est passée de 29% en 2004 à 54% en 2014 chez *C. jejuni* et de 46% à 63% chez *C. coli*. A l'inverse, le niveau de résistance des pneumocoques continue de diminuer: la résistance à la pénicilline est passée entre 2004 et 2014 de 39% à 22% et la résistance aux macrolides de 45% à 23%.

A l'hôpital, on observe également une situation contrastée. La résistance aux céphalosporines de troisième génération est passée de 1% en 2004 à 9,9% en 2014 chez *E. coli* et a grimpé de zéro à 29,6% chez *Klebsiella pneumoniae*; **la majorité des souches résistantes produisent des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)**. Dans le même temps, la résistance à la méticilline de *Staphylococcus aureus* a diminué de 29% à 17,4% des souches. Le cas des entérobactéries productrices de carbapénémases est traité à part car ces enzymes entraînent inefficacité partielle ou totale des antibiotiques de la classe des carbapénèmes, traitements de dernier recours, avec un risque d'impasse thérapeutique. D'où la mise en place d'une surveillance spécifique de ces souches émergentes. Leur diffusion reste à ce jour limitée, avec moins de 1% de *K. pneumoniae* isolées d'infections invasives qui présentent cette résistance. Et sur la totalité des souches résistantes détectées par la surveillance, la majorité concerne des patients qui sont uniquement colonisés et ne présentent pas d'infection. Cela signe les efforts de dépistage mis en place en France en vue de contrôler leur diffusion.

Les experts estiment que "si la France baissait sa consommation antibiotique de moitié, ce qui est possible, il est très probable que la résistance aux antibiotiques serait ramenée à un niveau plus modeste". Mais "pour y parvenir, l'effort à conduire est énorme". Se félicitant de la "prise de conscience politique des méfaits de la résistance bactérienne aux antibiotiques", qui a conduit à l'annonce de plusieurs mesures, ils concluent que "la mobilisation doit être celle de tous".

Pour en savoir plus :

Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France: nécessité d'une mobilisation déterminée et durable - Bilan des données de surveillance, 17 novembre 2015 InVS/ANSM

<http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-France-necessite-d-une-mobilisation-determinee-et-durable>

FIN DU BULLETIN D'ACTUALITÉS CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES

Vous avez sous les yeux la dernière page du dernier bulletin du CCLin Est. Ce bulletin d'information n°3 clôture une belle aventure entre vous les établissements de santé de l'Est et nous le réseau CCLin-antennes de l'Est.

Nous aurions pu mettre ces images en dernière page :



Mais il en est rien, nous avons décidé de débiter une nouvelle aventure encore plus collective. L'ensemble du réseau des CCLin et des Arlin vont vous proposer LE « Bulletin CCLin-Arlin » qui contiendra les Informations du réseau national de prévention des infections associées aux soins. Il sera plus ambitieux car nous y publierons vos expériences, vos problématiques, vos travaux pour que l'ensemble de la communauté des hygiénistes ou des professionnels de la prévention des IAS en profite. Ce sera un trimestriel écrit surtout par vous et lu par tous. Régulièrement les Arlin et les CCLin feront appel à vos compétences pour vous encourager à rédiger des articles et même pour vous aider à écrire.

Nous sommes à une période charnière car après une vingtaine d'années au cours desquelles les EOH se sont mises en place, puis produit des travaux utiles à la collectivité (protocoles, surveillances, signalements, formations,...), il est probablement nécessaire que nos métiers évoluent sous peine de devenir plus anonyme. Nous souhaitons que ce bulletin fasse ce trait d'union entre nos pratiques actuelles que nous conserverons et de nouvelles aventures qui nous orienteront probablement vers la qualité, les vigilances mais aussi la prévention des IAS en communautaire, dans les EHPAD... Pour être prêt à affronter ces nouvelles aventures, lisez, encouragez et participez à ce nouveau bulletin.



TOUTE L'ÉQUIPE DU CCLIN EST ET LES 5 ANTENNES RÉGIONALES VOUS SOUHAITENT DE BONNES FÊTES DE FIN D'ANNÉE

Adresse CCLin Est :
Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
54 511 Vandoeuvre les Nancy
Secrétariat central:
Tél. 03 83 15 34 73
Fax 03 83 15 39 73
Email. cclin.est@chu-nancy.fr

Retrouvez nous sur le
Web

<http://www.cclin-est.org/>