



Les infections liées aux soins médicaux

admissions et pour 1 000 journées d'hospitalisation des SARM et entérobactéries BLSE, caractère acquis dans l'établissement) dans le cadre du Raisin. D'autres indicateurs complémentaires (pourcentage de bactéries multirésistantes dans l'espèce, co-résistance aux autres antibiotiques, études spécifiques sur la circulation des malades, bactéries multirésistantes en pathologie vétérinaire...) sont recueillis par les réseaux de l'Onerba. Le tableau 6 expose les principaux indicateurs utilisés en France pour les SARM. On peut déduire de ces indicateurs que chaque année en France plus de 50 000 malades hospitalisés en court séjour dans les hôpitaux publics ont au moins un prélèvement à visée diagnostique positif à SARM.

tableau 6

Principaux indicateurs de l'épidémie de SARM en France en 1999-2000

Proportion dans l'espèce <i>S. aureus</i>	1/3
Incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation	0,9
Incidence pour 100 admissions en court séjour	0,8
Proportion de cas acquis dans le service	2/3
Délai médian d'acquisition	12 jours
Proportion de souches sensibles à la gentamicine	3/4

tableau 7

Antécédents des patients chez lesquels on a isolé un SARM d'un prélèvement à visée diagnostique (étude transréseaux Onerba, 33 hôpitaux, 1998-1999)

Patients	Étude Onerba	Extrapolation nationale*
Avec SARM	1 112 (100 %)	50 000
SARM isolé < 48 h après admission	165 (15 %)	7 500
<i>Idem</i> , pas de transfert d'un autre hôpital	97 (9 %)	4 500
<i>Idem</i> , pas d'antécédent d'hospitalisation	9 (0,8 %)	400
<i>Idem</i> , pas de contact direct avec personnel de soin	5 (0,4 %)	200

* base de calcul = 0,7 % des patients admis en court séjour dans les hôpitaux publics français ont un prélèvement à visée diagnostique positif à SARM. Il y a 7 millions d'hospitalisations par an en court séjour dans les hôpitaux publics français.

La question de la diffusion des bactéries multirésistantes dans la communauté est souvent posée. Le tableau 7 montre que les cas de SARM diagnostiqués à l'hôpital mais potentiellement acquis dans la communauté (c'est-à-dire isolés dans les deux premiers jours d'hospitalisation chez des malades sans antécédent récent d'hospitalisation) sont très rares (<1 % des cas). Le tableau 8 montre que la prévalence du portage nasal de SARM chez des personnes venant de ville et entrant en clinique pour un acte programmé (accouchement, chirurgie orthopédique) est très faible (0,3 %), en général en relation avec des antécédents médicaux. En clair, même s'il y a des cas communautaires de portage ou d'infection à SARM bien documentés, ces cas restent rares et c'est dans nos hôpitaux que doivent être concentrés les efforts pour maîtriser l'épidémie. ■

tableau 8

Portage de SARM chez les patients admis en obstétrique (7 services) et en orthopédie (7 services) (Étude transréseaux Onerba, 1998-1999)

Patients	Obstétrique ^a	Orthopédie ^b	Total
Total prélevés	438	732	1 170
avec <i>S. aureus</i>	78	153 (21 %)	231
(%)	(18 %)		(20 %)
avec MRSA (%)	1 (0,2 %)	2 (0,3 %)	3 ^c (0,3 %)

a : pour accouchement.

b : pour chirurgie programmée.

c : dont 1 antécédent d'hospitalisation, 1 soins à domicile et 1 membre de la famille de profession médicale, 1 antécédent inconnu.

Promouvoir le bon usage des antibiotiques

Benoît Schlemmer
PU-PH, hôpital Saint-Louis, Paris

Anne-Claude Crémieux
Maître de conférences, praticien hospitalier, hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

Olivier Révillaud
Médecin généraliste, Bièvres

Dans le cadre d'une politique de maîtrise des résistances bactériennes aux antibiotiques, notre gestion de ces médicaments ne peut être laissée de côté. C'est en effet le propre d'une politique de santé que de s'attacher à identifier tous les déterminants d'une situation, souvent intriqués, et d'en assurer le contrôle. Il faut bien sûr faire la part de ce qui revient à la transmission horizontale des résistances, aux malades, à leur circulation, à tout ce qui relève de la surveillance et des mesures d'hygiène et d'isolement. Mais il faut en outre prendre en compte ce qui facilite la sélection des bactéries résistantes : l'utilisation débridée des antibiotiques antibactériens, à la fois quantitativement et qualitativement. Promouvoir le bon usage des

antibiotiques pour préserver leur efficacité pour l'avenir, c'est à la fois en maîtriser le volume et en améliorer l'utilisation là où ils sont utiles, aussi bien en médecine communautaire que dans les établissements de soins. C'est débanaliser des médicaments indispensables.

Le Plan national d'actions préparé à la demande du ministre délégué à la Santé, rendu public en novembre 2001, a donc été bâti dans le souci de toucher à l'ensemble des aspects de la gestion des antibiotiques, d'en faire l'affaire de tous, autorités de santé, professionnels de santé et usagers. Il doit représenter la contribution de la France à un mouvement international largement soutenu par des structures sanitaires (OMS) aussi bien que politiques (Communauté européenne...). Le programme récemment adopté par le Conseil des ministres européen en partage l'esprit et bien des mesures proposées.

Le constat de départ

La France détient de tristes records. Les taux de résistance aux antibiotiques observés, non seulement en milieu hospitalier, dans des univers particuliers, mais aussi chez des espèces bactériennes banales responsables d'infections communautaires, atteignent des valeurs pour le moins préoccupantes. Mises en regard, les consommations antibiotiques observées, tant « en ville » qu'à l'hôpital, situent notre pays parmi les plus gros utilisateurs par habitant dans tout le monde développé, sans que l'on puisse sérieusement avancer que l'infection soit moins bien prise en charge au Danemark ou aux Pays-Bas, où elles sont trois à quatre fois moindres, qu'elle ne l'est dans notre pays !

Les relations consommation-résistance aux antibiotiques, pour complexes qu'elles soient à analyser, sont réelles et justifient de considérer la maîtrise de l'utilisation des antibiotiques comme une priorité. Bien au-delà de la simple exigence de bon usage du médicament, les antibiotiques méritent un traitement à part et des actions spécifiques : ils sont en effet les seuls des médicaments dont l'utilisation pour l'individu a un impact potentiel sur la collectivité.

Les bases du Plan et son esprit

Des réflexions antérieures ainsi que des actions intégrées dans des programmes élaborés pour lutter contre les résistances bactériennes aux antibiotiques ont servi de base de travail. Il en est ainsi des propositions contenues dans le travail de l'Andem-Anaes de 1996 sur le « Bon usage des antibiotiques à l'hôpital », des indications contenues dans la recommandation n° 58 des « 100 Recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » (CTIN-DGS), et de nombreux travaux internationaux ou d'expériences étrangères. La matière première n'a pas manqué.

Il a fallu s'attacher à être aussi concret que possible, à identifier des priorités et un calendrier, à raisonner à la fois sur le démarrage d'une politique et sur la nécessité d'une action soutenue s'inscrivant dans la durée.

La volonté de promouvoir une politique cohérente dans son ensemble, d'y associer l'ensemble des partenaires, de promouvoir une nouvelle culture de l'utilisation des antibiotiques a prévalu à travers l'ensemble des actions préconisées : agir par la formation et l'information, s'appuyer sur les compétences professionnelles, infléchir les pratiques en modifiant les habitudes, rapprocher la ville et l'hôpital.

Sept axes forts pour un Plan national

Instaurer une dynamique nationale

Elle doit permettre une mobilisation élargie. Il faut sensibiliser, informer, et cibler tout à la fois les professionnels, en premier lieu, mais également les usagers, qu'ils soient patients eux-mêmes ou parents ; l'utilisation des antibiotiques chez l'enfant mérite en effet des actions prioritaires, particulièrement en médecine de ville. La promotion d'une véritable politique sanitaire dédiée à l'usage des antibiotiques est dès lors un enjeu de communication majeur.

Aider les prescripteurs dans leur décision thérapeutique

C'est un point important du programme d'actions. Les recommandations existent. Elles sont cependant mal connues, difficilement accessibles, pas toujours utilisables en pratique. Il faut restaurer si besoin la valeur de l'acte médical, la primauté de l'examen clinique, la valeur du temps qu'il est nécessaire de consacrer à l'élaboration d'une décision thérapeutique, particulièrement chez le petit enfant. Des « fiches de non-prescription » utilisables lors de la consultation doivent être élaborées et mises à disposition des praticiens. Les tests de diagnostic rapide du streptocoque (« streptotest »), dont l'utilité dans la prise en charge des angines est maintenant démontrée, vont être fournis aux prescripteurs par l'assurance maladie dans le courant de l'année 2002. Toutes les actions d'aide à la prise en charge des patients et de promotion d'un usage raisonné des antibiotiques, de même que leur suivi ne peuvent s'envisager qu'avec la participation active des acteurs de terrain (associations, réseaux...).

Améliorer l'usage des antibiotiques dans les établissements de soins

C'est la tâche d'une Commission des antibiotiques, fonctionnant en articulation avec le Comité du médicament et le Clin, dont la structure et les missions doivent faire l'objet d'un texte réglementaire. Elle est chargée d'élaborer des référentiels locaux de bon usage, à partir de référentiels nationaux, avec la participation des praticiens de l'établissement, en fonction de la nature de celui-ci et des priorités à définir. L'élaboration d'un « formulaire » des antibiotiques permet de définir les médicaments utilisables et les conditions de leur usage, libre ou encadré. La prescription et la dispensation nominatives doivent être, à terme, assurées partout. L'informatisation y aidera. Un temps médical



Les infections liées aux soins médicaux

identifié, avec désignation d'un « médecin référent » en antibiothérapie, doit être assuré : il permet que soient mises en place des actions de conseil, de contrôle, de formation, et d'évaluation avec retour aux prescripteurs. L'encouragement à cette nouvelle politique hospitalière est assuré par sa prise en compte accentuée lors de l'évaluation prévue par les procédures d'accréditation des établissements hospitaliers, et par son individualisation au sein des programmes d'amélioration de la qualité des soins.

Développer les interfaces ville-hôpital

Cette dimension est justifiée par la circulation des malades et la nécessité d'assurer l'harmonisation et la continuité de leur prise en charge. Des actions de formation et de conseil doivent se développer en partenariat entre hospitaliers et praticiens de terrain, de même que peuvent être envisagés des réseaux de surveillance les associant sur des thématiques communes.

Améliorer la formation, à tous les stades de la vie professionnelle médicale

C'est tout autant la responsabilité de la formation initiale universitaire, en premier cycle (sensibilisation), en 2^e cycle (pharmacologie, pathologies et conduites à tenir), et en 3^e cycle (formation à la pratique hospitalière et extra-hospitalière ; rôle des hôpitaux terrains de stage et des départements de médecine générale des UFR), que celui de la formation médicale continue, dont elle devrait être une priorité.

Assurer la surveillance

C'est bien sûr la surveillance des résistances bactériennes aux antibiotiques, en particulier parmi les espèces bactériennes les plus couramment rencontrées. C'est aussi la surveillance des consommations antibiotiques, des données sur certaines infections invasives (ex. : infections invasives à pneumocoques). L'évaluation des pratiques doit être développée, tant à l'hôpital qu'en médecine praticienne. Elle peut faire l'objet de travaux de recherche menés dans le cadre de l'université (thèses de médecine, mémoires de diplôme universitaire...).

Assurer la coordination et le suivi du Plan national d'actions

La multiplicité des cibles et des actions, de même que le nombre des partenaires à associer explique la nécessité de s'appuyer sur les compétences et les initiatives de chacun dans son domaine propre, de favoriser les interfaces, et d'assurer une orchestration globale. Le caractère prioritaire de cette véritable action de santé publique qu'est la promotion du bon usage des antibiotiques justifie un affichage, témoin de l'ambition et de la

volonté, une coordination et un suivi du Plan d'actions, qui permettent les bilans itératifs et les ajustements là où ils seront nécessaires. Un tel rôle de « chef d'orchestre » doit être dévolu à une structure de coordination et de suivi placée sous l'autorité de la direction générale de la Santé, associant les principaux partenaires.

Le Plan national « antibiotiques » s'est voulu ambitieux. À grand problème, grandes solutions... Il a néanmoins été conçu pour être pragmatique, pour décliner concrètement un certain nombre de propositions et de recommandations dans le temps. Il doit s'inscrire dans la durée. Il ne préconise pas de recettes, mais bien plutôt des encouragements à faire les efforts nécessaires pour que les comportements changent. Il suppose qu'on lui accorde des moyens. Au-delà des déclarations, ils attesteront de la volonté politique de ceux qui le portent. ■

Contrôle des infections en France et en Europe : l'émergence d'une fonction hospitalière transversale

Jacques Fabry
Professeur de santé publique, chef de service d'hygiène hospitalière, hôpital Édouard Herriot, Lyon

Jean Freney
Professeur des universités, Laboratoire de bactériologie, hôpital Édouard Herriot, Lyon

Contemporaines du développement de l'hôpital, autant redoutées par les populations que par les hospitaliers, les infections nosocomiales ne sont appréhendées scientifiquement que depuis le milieu du XIX^e. Pendant le siècle qui a suivi, se sont mises en place les conditions nécessaires à un réel développement des soins hospitaliers modernes. Les principes de base de l'asepsie, de l'antisepsie et de la stérilisation sont devenus familiers. Les principales infections nosocomiales et les méthodes cliniques et biologiques permettant de les maîtriser sont connues, sinon toujours appliquées. Par la suite, les antibiotiques s'imposeront comme une révolution thérapeutique et des méthodes de travail nouvelles (protocolisation, évaluation, audit, surveillance, benchmarking, vigilance) seront progressivement mises en œuvre.

Résistance pandémique

Plusieurs événements successifs ont conduit à créer puis à étendre un dispositif d'hygiène hospitalière. Le premier est, sans doute, l'apparition rapide de la résis-