

L'information et la formation des personnels de santé à l'hôpital

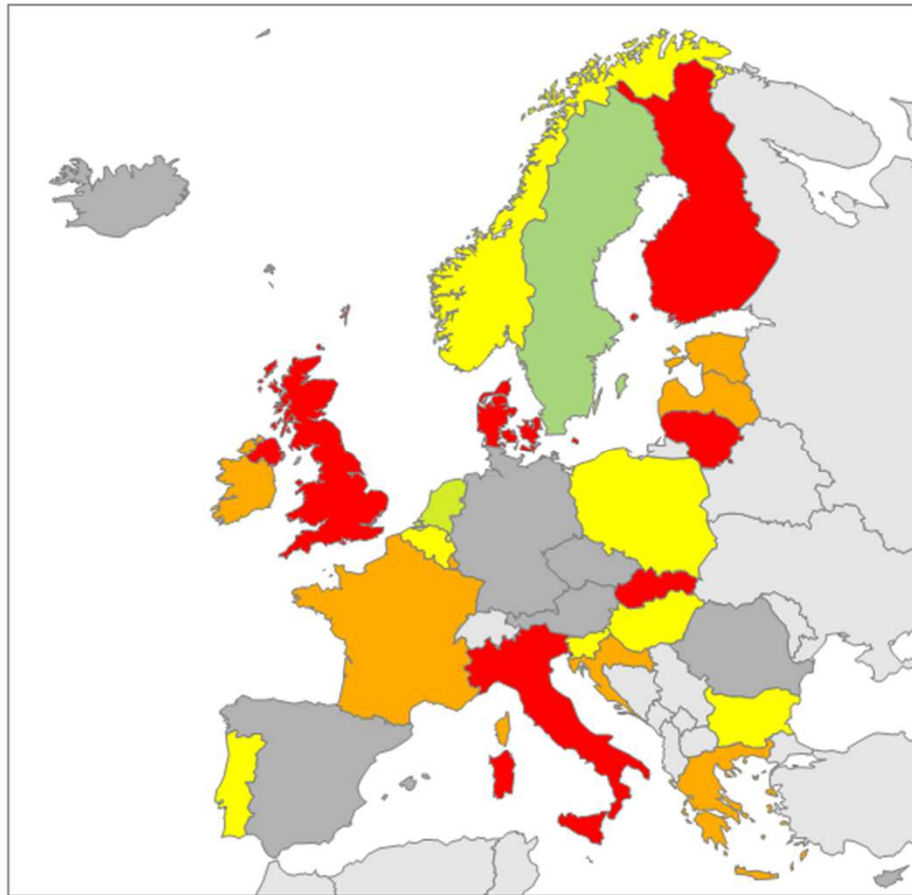
Docteur Sandra Fournier

Service prévention du risque infectieux

Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
AP-HP

Consommation des antibiotiques à l'hôpital en Europe en 2015, DDJ/1000 habitants/jour

Source ESAC-ECDC



2

Prescription des antibiotiques à l'hôpital

■ Plusieurs facteurs favorisent le bon usage des AB :

- ▶ Les grands principes de bon usage sont connus de tous, exemples :
 - *Les AB ne sont pas indiqués en cas d'infection virale*
 - *On ne traite pas une fièvre ou un syndrome inflammatoire par AB*
 - *On ne traite pas une colonisation bactérienne par AB...*
- ▶ Les médecins sont peu nombreux, accessibles à la formation
- ▶ Les patients peuvent être surveillés pour modifier ou introduire un traitement AB si besoin
 - *Les patients ne font pas pression pour recevoir des AB*

■ Pourtant, il existe de nombreux exemples de traitements AB

- ▶ prescrits pour une colonisation urinaire ou une souillure d'hémoculture
- ▶ prescrits « au cas où »
- ▶ non réévalués
- ▶ poursuivis au delà des durées recommandées...

3

Comment faire changer les comportements ?

→ Former et informer

- Sur quoi ?
- Comment ?
- Par qui ?
- Avec quels outils ?

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

- Un établissement juridique
- 39 hôpitaux regroupés en 12 groupes hospitaliers (GH)
 - ▶ 22 MCO
 - ▶ 16 SSR-SLD
 - ▶ 1 HAD
- 21 000 lits
- 7 000 000 journées d'hospitalisation
- 90 000 personnels
 - ▶ 15 000 médecins
 - ▶ 50 000 paramédicaux
- Dans chaque hôpital, un référent AB
- Dans chaque GH, une commission des anti-infectieux (COMAI)
- Une COMAI centrale

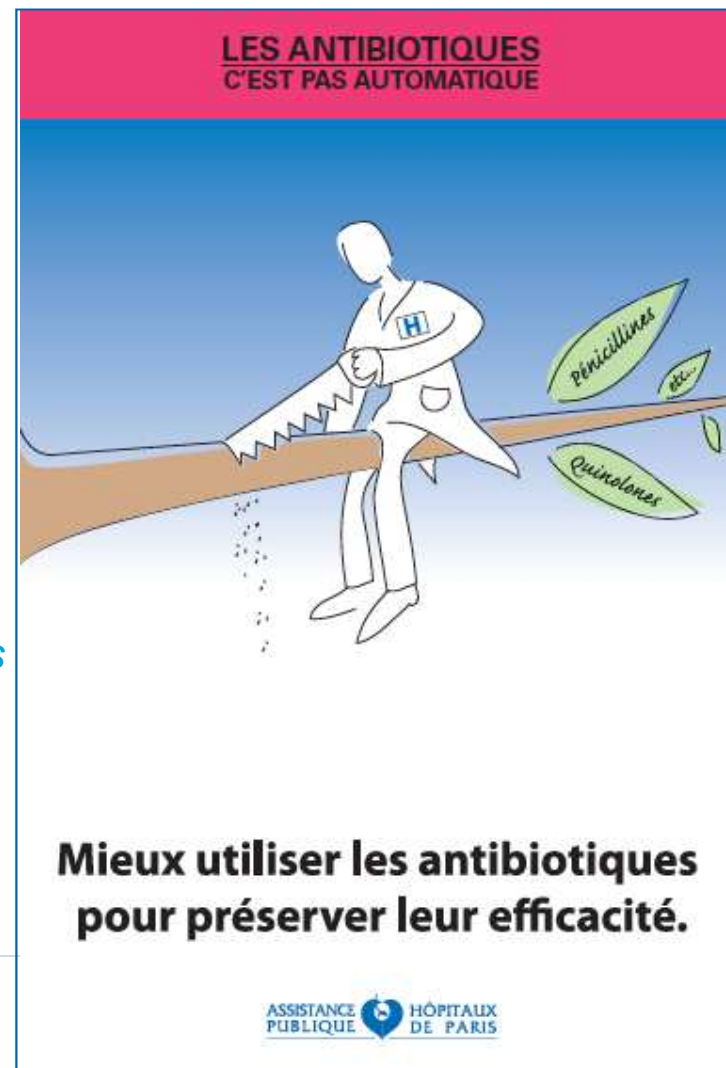


1ères campagnes Antibiotiques AP-HP 2006-2009

■ Objectifs inscrits au plan stratégique de l'AP-HP

■ Moyens

- ▶ Identifier un référent AB dans chaque hôpital
- ▶ Plan de communication :
 - *3 volets, 10 messages clés déclinés sur 3 ans*
 - *Affiches*
 - *Diaporama transmis aux référents pour organiser des réunions dans les services*
 - *Livret reprenant les messages clés de la campagne envoyé à chaque médecin*
 - *Courrier du Directeur général à chaque médecin*





Diminuer les prescriptions des antibiotiques à l'hôpital pour préserver leur efficacité

3 volets, 10 messages clés

Prévenir
les infections

Mieux utiliser
les antibiotiques

Savoir dire non
aux antibiotiques

2008

10 Vacciner

9 Prévenir la transmission croisée

8 Limiter les dispositifs invasifs

2007

7 Modalités d'administration appropriées

6 Savoir dire non aux associations

5 Bien choisir le traitement initial

2006

4 Savoir arrêter un traitement

3 Ré-évaluer la prescription à 48 heures

2 Traiter l'infection, pas la colonisation

1 Traiter les seules infections bactériennes

Evaluation menée après les 2 premières années de la campagne par la direction de la communication en collaboration avec la société Inergie

■ Objectif : recueillir l'opinion des médecins

▶ Sur le fond

- *l'impact des messages : compréhension, interprétation, mémorisation, appropriation/rejet*
- *les effets induits : prise de conscience, modification des pratiques ?*

▶ Sur la forme :

- *les vecteurs de communication utilisés : accessibilité, attrait, pertinence, adéquation à l'objectif*
- *les éventuelles erreurs commises : les supports ou les lieux mal choisis, les incompréhensions ou les messages contre-productifs...*

■ Méthode

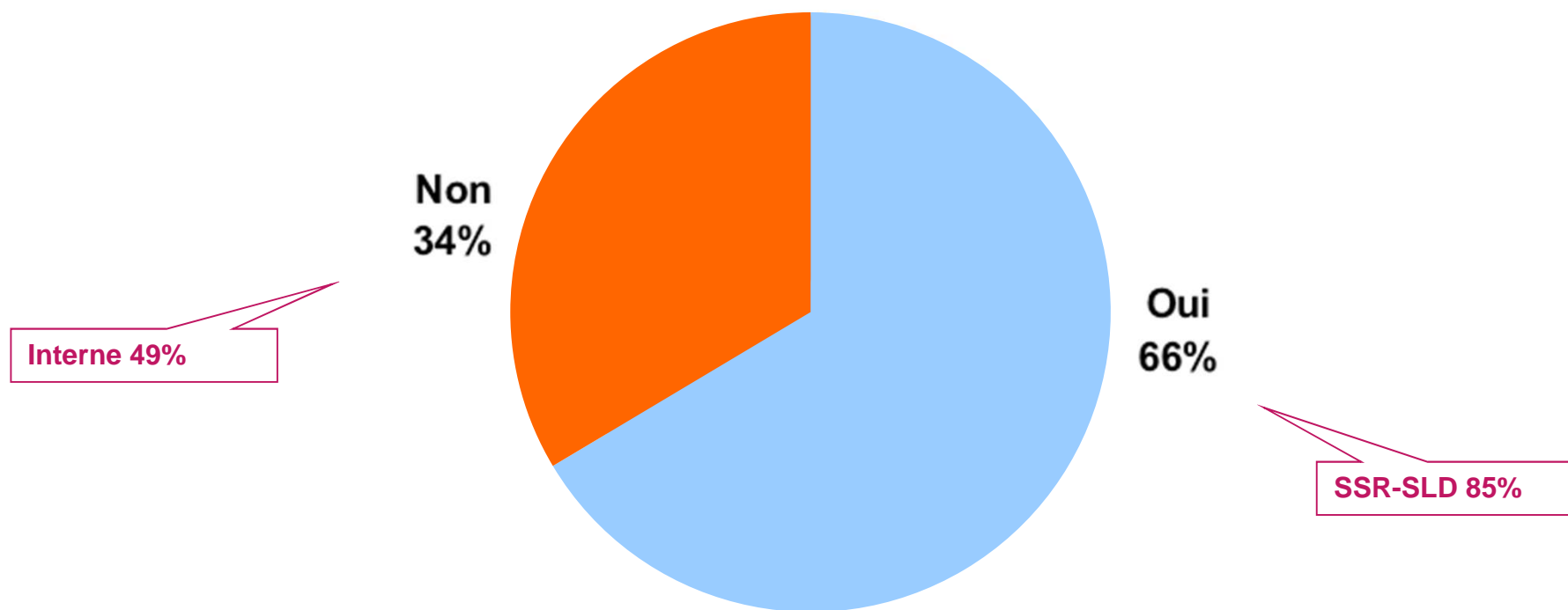
- ▶ 274 médecins interrogés
- ▶ 3 hôpitaux MCO, 2 SSR-SLD

	Interne	Praticien Hospitalier	Chef de Clinique	Total
Hôpital MCO	89	80	51	220
Hôpital SSR	12	41	1	54
Total	101	121	52	274
	37%	44%	19%	

Evaluation menée par la direction de la communication en collaboration avec la société Inergie

Résultats

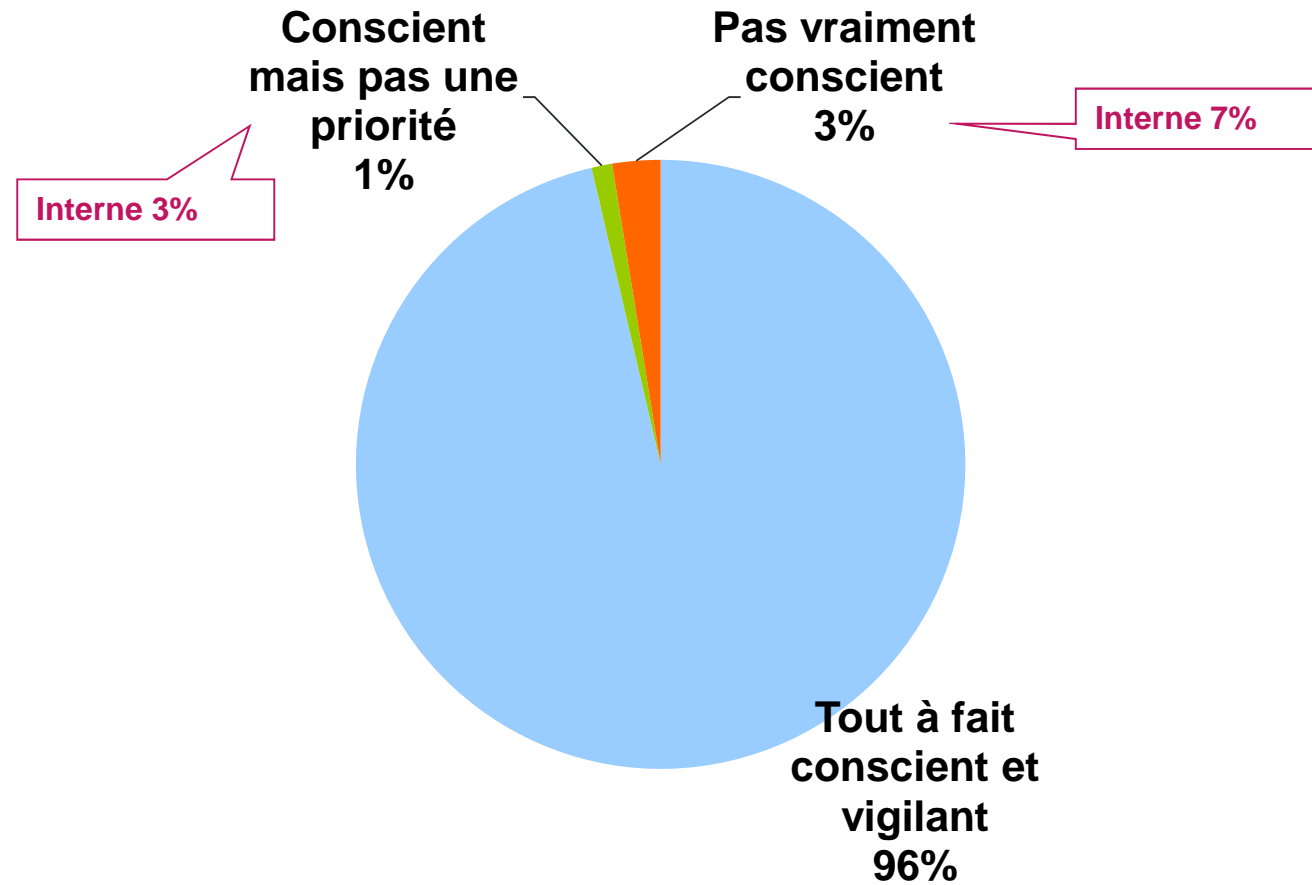
Avez-vous remarqué la campagne de sensibilisation menée par l'AP-HP ?



Evaluation menée par la direction de la communication en collaboration avec la société Inergie

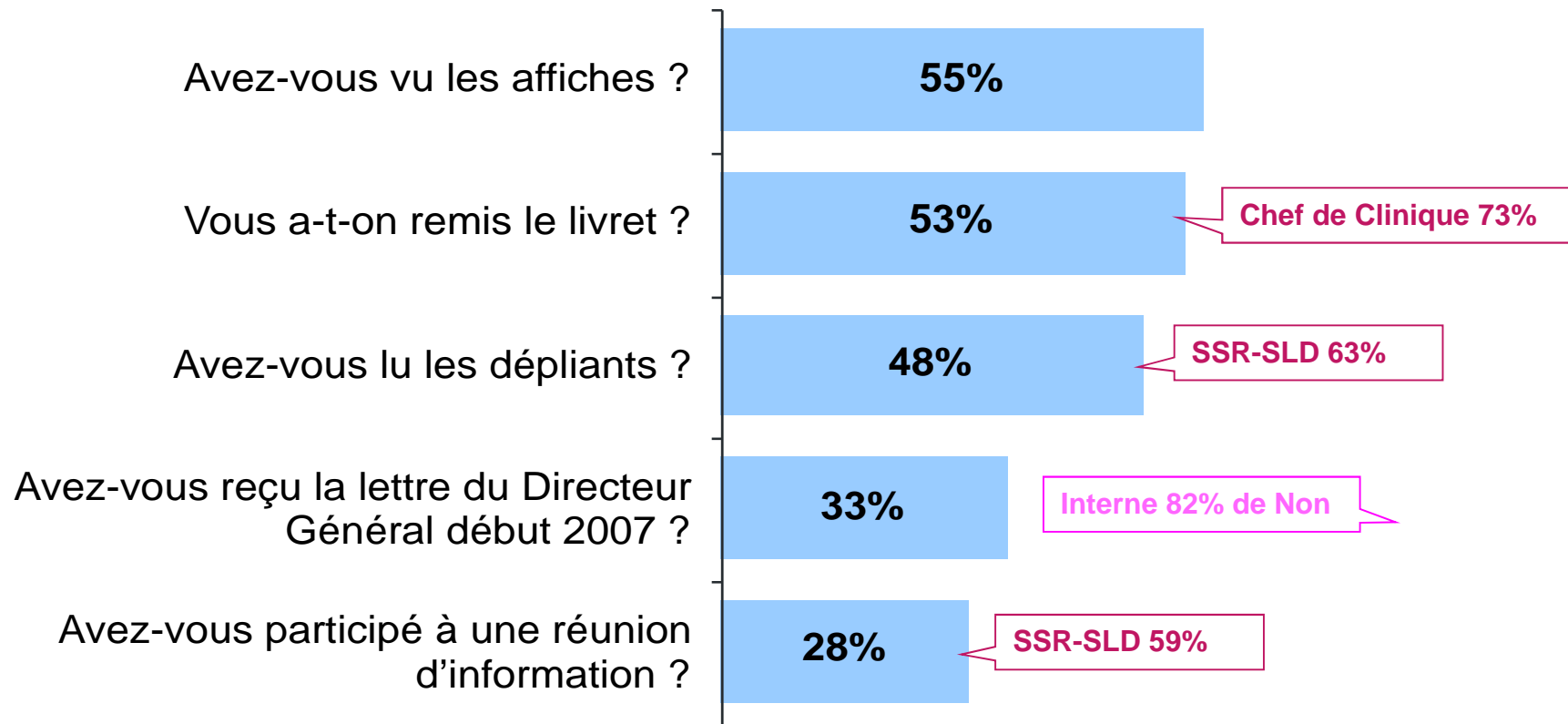
Résultats

Etes-vous sensibilisé(e) au problème du développement de la résistance aux antibiotiques, lié à une surconsommation ?



Evaluation menée par la direction de la communication en collaboration avec la société Inergie

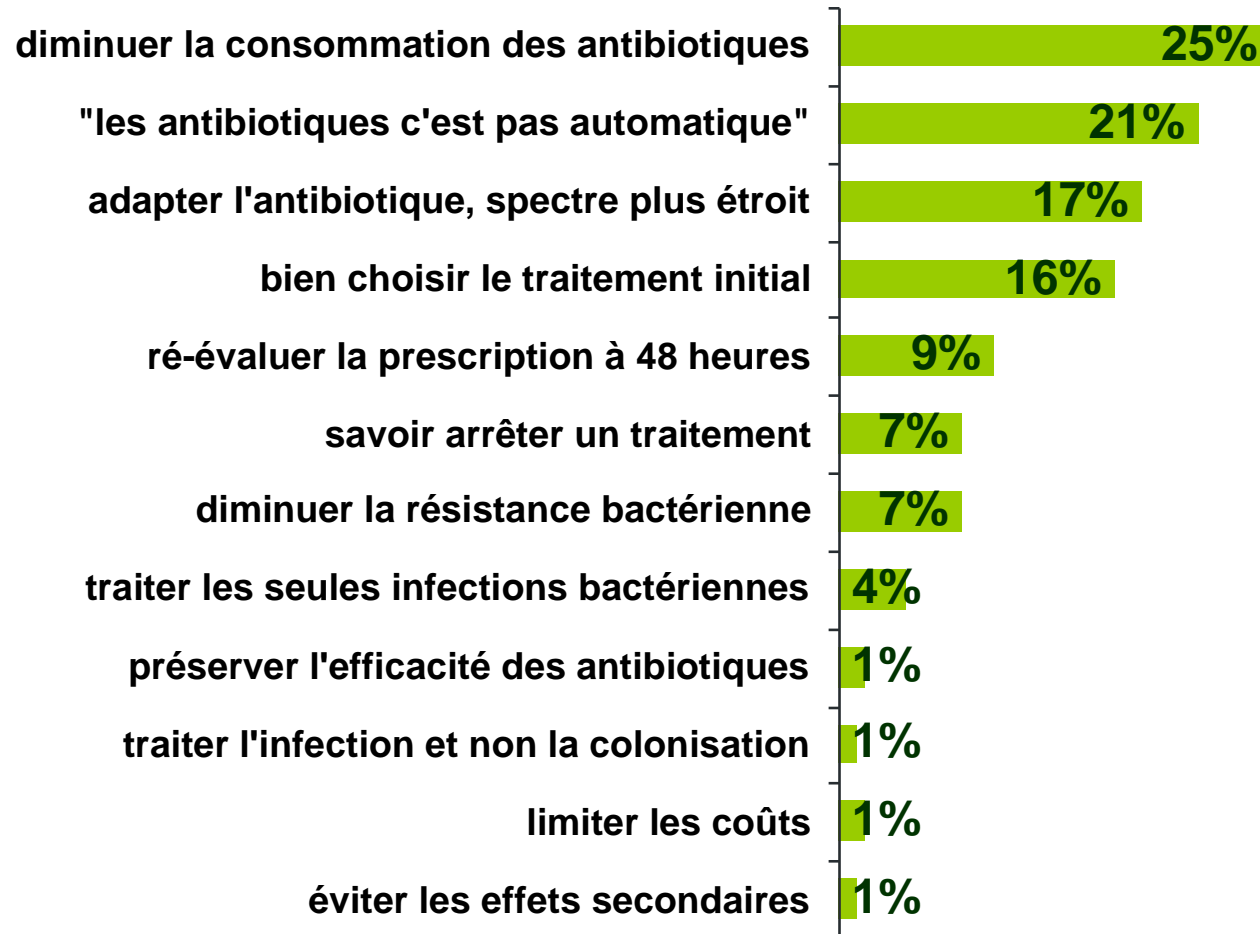
« Visibilité » de la campagne



Pourcentages de Oui

Quels messages avez-vous retenus ?

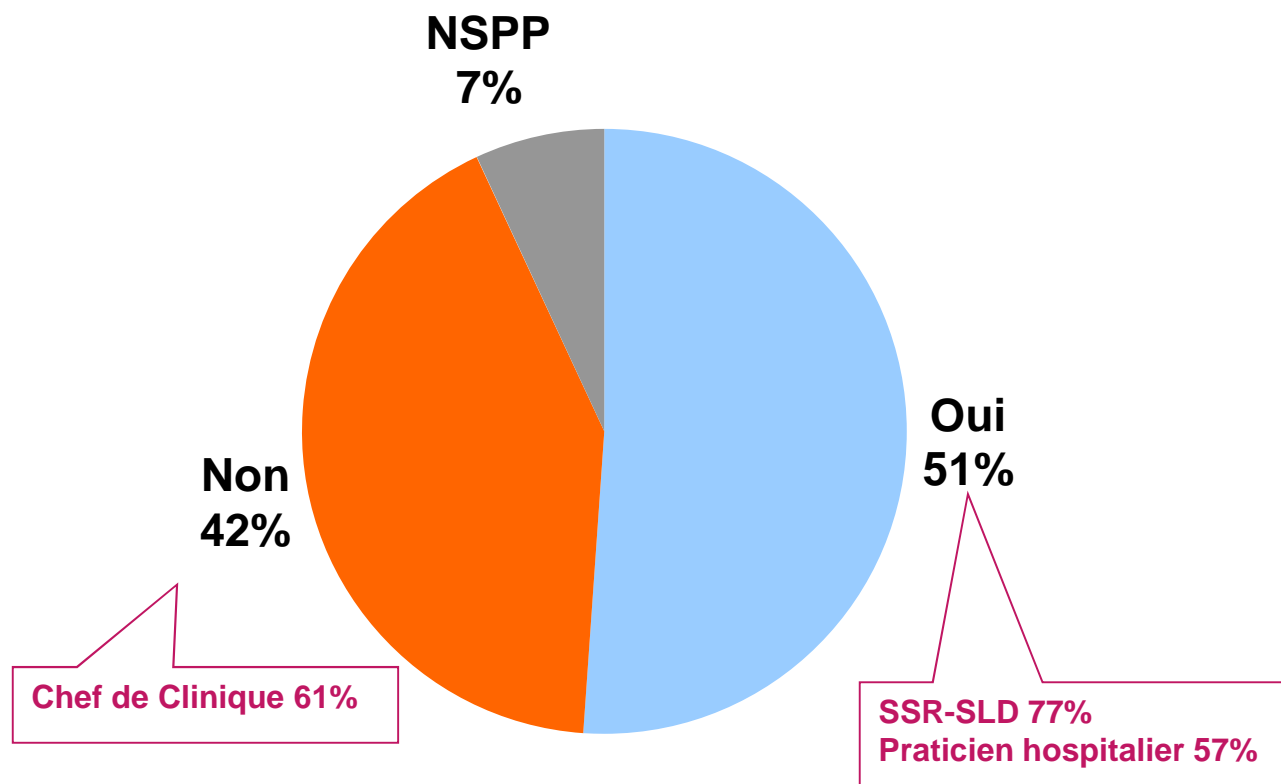
Réponses post-codifiées à la question ouverte



Pourcentages calculés sur les 213 répondants exposés au moins à l'un des supports

Evaluation menée par la direction de la communication en collaboration avec la société Inergie

Cette campagne a-t-elle influencé vos pratiques en termes de prescription d'antibiotiques ?

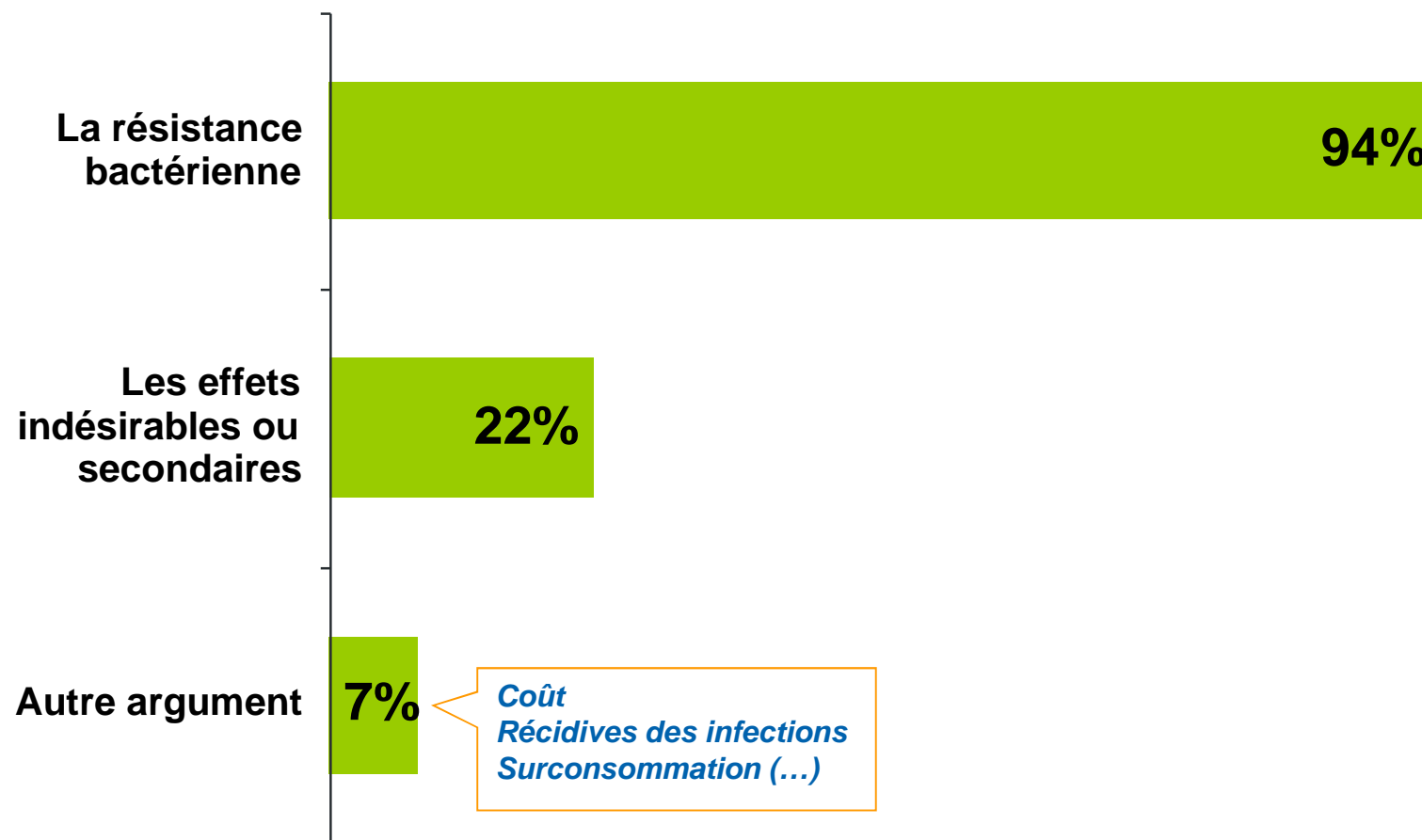


Pourcentages calculés sur les 213 répondants exposés au moins à l'un des supports

Evaluation menée par la direction de la communication en collaboration avec la société Inergie

Quel a été l'argument déclencheur ?

Pourcentages calculés sur les 109 répondants influencés dans leurs prescriptions



Evaluation menée par la direction de la communication en collaboration avec la société Inergie

Conclusions de l'évaluation

■ Campagne de communication identifiée par 2/3 des médecins

- ▶ Affiches, livrets et dépliants sont les supports à plus forte visibilité (la moitié des médecins et plus les ont vus ou lus)
- ▶ les réunions d'information n'ont touché que 28% des médecins.

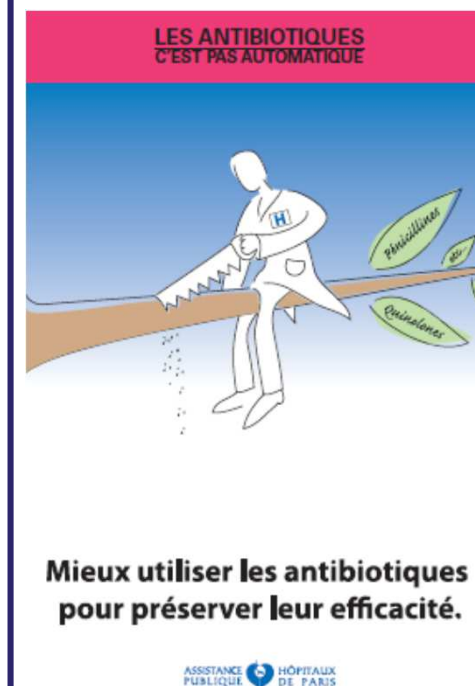
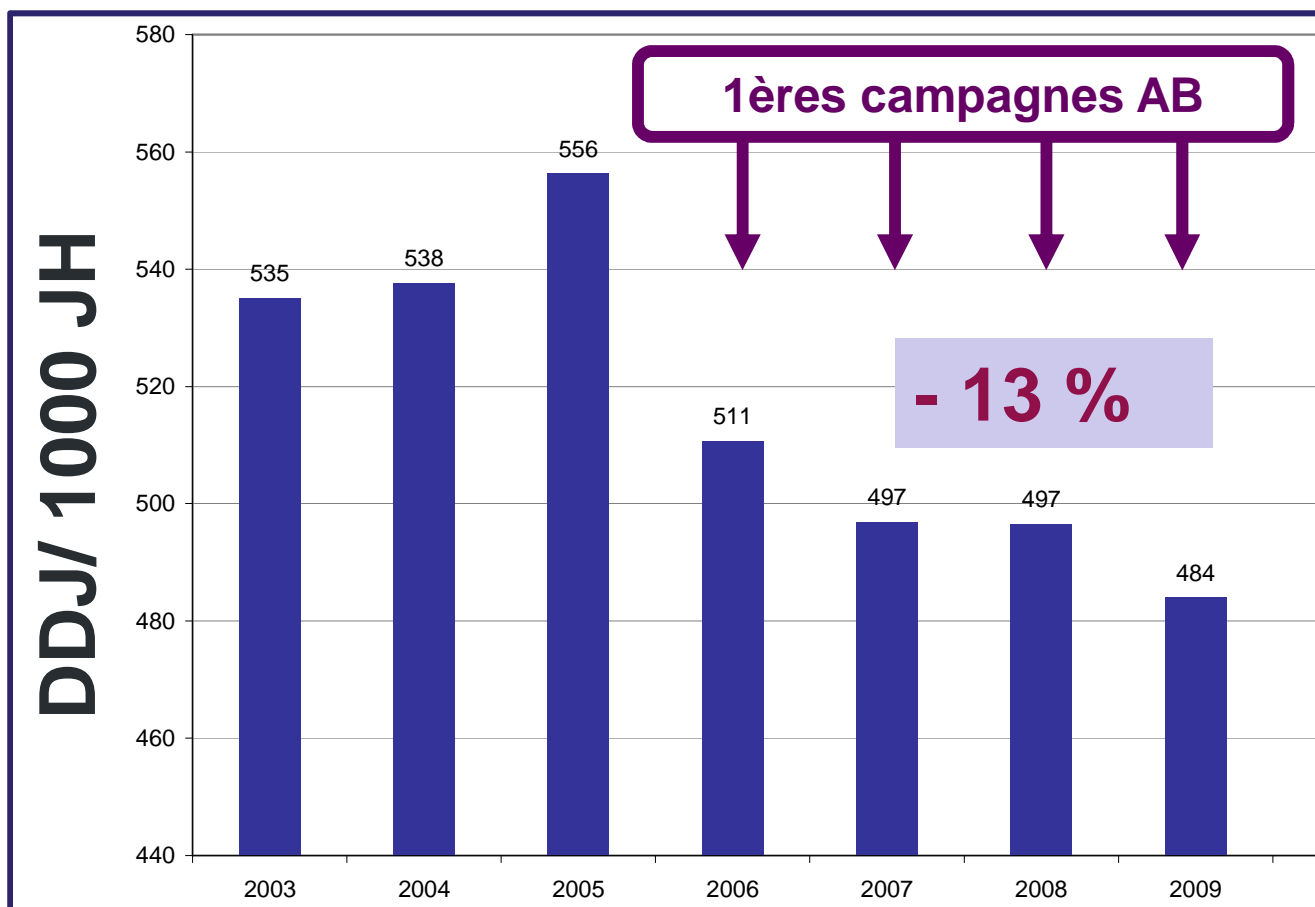
■ 51% des médecins interrogés déclarent avoir été influencés par la campagne.

- ▶ La résistance bactérienne apparaît l'argument le plus décisif pour déclencher l'évolution des comportements.

■ La grande majorité des médecins interrogés souhaitent la poursuite de la campagne : une meilleure diffusion, plus de visibilité, plus de réunions...

Consommation Antibiotiques AP-HP

Source AGEPS



Nouveau plan en 2016

- **Valorisation des missions des référents en antibiothérapie**
- **Mesures visant à limiter les prescriptions au strict nécessaire (indications, molécules, durées) :**
 - ▶ **Limiter les durées de traitement :**
 - *recommandations pour des durées courtes dans les infections les plus fréquentes ;*
 - *alertes informatiques pour inciter à réévaluer à J3 et à arrêter à J7 ;*
 - ▶ **Former : diaporama, livret, diffusion de messages clés ;**
 - ▶ **Production et diffusion de données comparées de consommation dans les services d'une même spécialité ;**
 - ▶ **Proposition d'une charte d'engagement sur le modèle de celle proposée par le LIEN et la SPILF**
- **Communication dirigée vers les médecins mais aussi vers les personnels paramédicaux, les patients et leur famille**
- **Suspension des visites médicales individuelles par les laboratoires pharmaceutiques**
 - **visites collectives organisées par le référent AB**

18

Communiquer sur les durées courtes

AGIR



Plan AP-HP pour préserver l'efficacité des antibiotiques

Octobre 2017

Vers une durée courte de l'antibiothérapie à l'AP-HP.

Limiter la durée des traitements antibiotiques au strict nécessaire est un moyen essentiel pour lutter contre l'émergence des résistances bactériennes.

En 2017, le Groupe Recommandations de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, en se basant sur une analyse de la littérature récente, a publié des propositions de durées courtes des traitements antibiotiques. Ces durées s'appliquent aux infections non compliquées qui évoluent favorablement.

Le tableau suivant présente les durées de traitement recommandées dans les infections les plus souvent à l'origine de prescriptions antibiotiques à l'AP-HP.

PRÉSERVONS
LES ANTI-BIOTIQUES,
CHANGÉONS NOS
PRATIQUES

ASSISTANCE
PUBLIQUE
HÔPITAUX
DE PARIS
www.aphp.fr

Antibiothérapie : des durées raccourcies pour les infections évoluant favorablement*

Infections		Durée AB (en jour)	Conditions
Infections respiratoires hautes	Sinusite maxillaire de l'adulte	5	
	Angine avec TDR** streptocoque positif	6	Amoxicilline
Infections respiratoires basses	Exacerbation de BPCO	5	seulement si AB requis
	Pneumonie communautaire de l'enfant	5	
	Pneumonie communautaire de l'adulte	5***	Évolution favorable rapide
Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux	Staphylocoque coagulase négative	5	Après retrait du cathéter
	Streptocoque, entérocoque, BGN	7	Après retrait du cathéter
	<i>Staphylococcus aureus</i>	14	Après retrait du cathéter
	Thrombophlébite suppurée	21	
Bactériémies primaires non compliquées	Streptocoques oraux	5	
	Entérobactéries, entérocoques	7	
	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Staphylococcus lugdunensis</i>	14	
Infections urinaires	Cystite aigüe	1	Fosfomycine-trométamol
	Pyélonéphrite	7	Fluoroquinolones ou β lactamines injectables, sinon 10 jours
	Prostatite	14	Cotrimoxazole ou fluoroquinolones, sinon 21 jours
Infections de la peau et des tissus mous	Dermo-hypodermite non nécrosante	7	
Infections intra abdominales	Perforation digestive opérée, appendicite opérée non perforée, cholécystite opérée	≤ 1	
	Péritonite localisée opérée	3	
	Péritonite généralisée opérée	4	
	Infection de liquide d'ascite	5	
	Diarrhées bactériennes nécessitant une antibiothérapie	3	
	Infection à <i>Clostridium difficile</i> toxigène	10	

Dans toutes ces situations, une réévaluation du traitement au 3^{ème} jour est essentielle. En cas d'évolution non favorable, n'hésitez pas à consulter le référent en antibiothérapie de l'hôpital.

*Extrait d'un document rédigé par le Groupe Recommandations de la SPILF et basé sur la littérature récente. Document source sur le site intranet « Antibiotiques CLIN »

** TDR : test de diagnostic rapide

*** D'après les résultats de l'étude Uranga et al. JAMA Intern Med. 2016;176(9):1257-65

Les messages-clés

- Ne pas réaliser d'examen microbiologiques en l'absence d'argument clinique pour une infection ;
- Ne prescrire un antibiotique qu'en cas d'infection bactérienne prouvée ou fortement suspectée ;
- Réévaluer au 3^{ème} jour toute prescription d'antibiotique pour :
 - l'arrêter si le diagnostic d'infection bactérienne n'est pas retenu ;
 - le remplacer par un antibiotique plus adapté (spectre plus étroit, voie orale) ;
- Prescrire des durées de traitement antibiotique les plus courtes possibles ;
- Justifier dans le dossier du patient les rares traitements poursuivis plus de 7 jours ;
- Mettre en œuvre une prévention active des infections :
 - vacciner les patients à risque contre le pneumocoque et la grippe ;
 - limiter les dispositifs invasifs (perfusions, sondes urinaires...) et réévaluer quotidiennement leur indication ;
 - réaliser une friction hydro-alcoolique des mains avant et après chaque contact avec un patient.

Situations ne nécessitant pas d'antibiothérapie

Colonisation urinaire (sauf femme enceinte et pré-opératoire urologique), hémoculture contaminée (ex : hémoculture positive à staphylocoque coagulase négative chez un patient sans cathéter central...), angine avec TDR streptocoque négatif, rhinopharyngite, otite moyenne aigüe congestive, otite sérumqueuse, otite externe (sauf maligne survenant chez le patient diabétique ou immunodéprimé), otorrhée sur drain, bronchite aigüe du sujet sain, surinfection de BPCO sans dyspnée, diverticulite non compliquée, colonisation à *Clostridium difficile*, furoncle, veinite simple, abcès de paroi, plaies, escarres, morsure de tiques, infections virales, fièvre isolée, augmentation isolée de la CRP, etc.


ASSISTANCE
PUBLIQUE
HÔPITAUX
DE PARIS
www.aphp.fr

ASSISTANCE
PUBLIQUE
HÔPITAUX
DE PARIS

Exemples d'actions de sensibilisation et formation

- Charte d'engagement
- Formation obligatoire pour tout nouvel arrivant => « permis de prescrire »
- Cas vignettes
 - ▶ 2 hôpitaux, 206 médecins, 4 cas vignettes
 - ▶ Sensibilisation et formation
 - ▶ Identification des services cibles à privilégier pour actions de formation

JC Lucet, JAC 2011, ICHE 2011



CHARTRE D'ENGAGEMENT DES MEDECINS AU JUSTE USAGE DES ANTIBIOTIQUES

LOGO de l'établissement

Les antibiotiques ont permis de sauver des millions de vies.
Mais leur usage trop fréquent et souvent inadapté a favorisé l'émergence de la résistance des bactéries, responsable d'une augmentation du nombre de morts par infections bactériennes malgré le recours à des traitements de plus en plus complexes.
Cette situation peut remettre en cause de nombreux progrès médicaux que l'on croyait acquis (prothèses articulaires, transplantations d'organes, chimiothérapies anti-cancéreuses, prise en charge des prématurés et des patients de réanimation...).


Il est urgent de s'engager individuellement et collectivement dans la mise en œuvre d'actions simples et dont l'efficacité est clairement démontrée.

La somme des engagements individuels permettra d'inverser cette tendance.
C'est pourquoi nous nous engageons dans l'intérêt des patients à :

1. Ne prescrire les antibiotiques que dans les situations où ils ont fait preuve de leur efficacité ;
2. Suivre les recommandations nationales et/ou locales en termes de :
 - ▶ choix de la molécule ;
 - ▶ utilisation de posologies adaptées ;
 - ▶ respect des durées de traitement ;
3. Faire appel à l'équipe d'infectiologie ou au référent antibiotique devant toute situation pouvant poser un problème d'optimisation d'un traitement antibiotique ;
4. Prendre en compte les conseils donnés par l'équipe d'infectiologie ou le référent antibiotique de l'hôpital ;
5. Organiser l'évaluation systématique des prescriptions antibiotiques ;
6. Faciliter l'organisation du service pour permettre aux médecins, en formation et en plein exercice, de participer aux formations antibiotiques organisées dans l'établissement ;
7. Transmettre lors d'un transfert ou d'une sortie toutes les informations nécessaires à une poursuite optimale de l'antibiothérapie.

Le,
Signatures :

Avec le soutien des sociétés savantes : Association Française d'Urologie, Société de Pneumologie de Langue Française, Société de Réanimation de Langue Française, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Collège de la Médecine Générale, Collège National des Généralistes Enseignants, Société Française de Pédiatrie, Société Française de Neurologie, Société Française de Neurochirurgie, Société Française de Dermatologie, Société Française de Geriatrie et Gériatrie, Société Française d'Anesthésie Réanimation, Société Française de Microbiologie, Société Française d'Hygiène Hospitalière, Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique.



20

Former et informer pour faire changer les comportements

Sur quoi ?	Protocoles actualisés d'antibiothérapie, consommation AB, écologie bactérienne, résistances → données du service, de l'hôpital, nationales... Rappel des règles de bon usage
Comment ?	Au lit du malade, auprès du prescripteur Réunions dans les services Actions répétées de communication en CME, COMAI, CLIN, ...
Quels outils ?	informatiques inciter à réévaluer au 3 ^{ème} jour, à arrêter au 7 ^{ème} jour donner accès au référent aux données de prescription, de consommations, de durées, aux données microbiologiques, de résistance de communication
Par qui ?	référent AB en étroite collaboration avec microbiologiste, pharmacien, COMAI

Conclusion

■ La formation et l'information à l'hôpital devrait reposer sur

- ▶ Un référent AB qui ait du temps pour mener une politique de bon usage et de maîtrise des AB, en lien avec le microbiologiste et le pharmacien
- ▶ Des outils informatiques
- ▶ Une communication répétée, renouvelée, innovante, pour rappeler régulièrement aux prescripteurs les messages clés du bon usage des AB

■ L'implication et le soutien de la direction et de la communauté médicale de l'établissement sont essentiels.