

**REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL ANTIINFECTIEUX
5 FEVRIER 2015
OMEDIT DE HAUTE-NORMANDIE**

Participants au groupe	Présents	Excusés
Dr BELGAID Abdelmalek, Médecin, GHH	X	
Dr BROCARD Carine, Biologiste, Le Havre	X	
Pr CARON, Infectiologue, CHU Rouen	X	
Dr CHAUFFREY Laure, Médecin, CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil		X
Dr DAVID Marion, Biologiste, Becquereel	X	
Pr DOUCET Jean, Président de l'OMEDIT	X	
Dr DELAHAYE Florence, Médecine interne, CHI Eure-Seine	X	
Dr DIRCKS-DILLY Chantal, Pharmacien, CH Fécamps		X
Dr ETIENNE Manuel, Médecin, CHU Rouen	X	
Dr FAVREAU Rachel, Pharmacien, CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil	X	
Dr FIAUX Elise, Médecin ASRR, CHU Rouen	X	
Dr FLAHAUT Pascale, Pharmacien, Clinique Cléret, Yvetot		X
Mme FORGUE Anna, ARS, Pôle Qualité, Efficience, Performance		X
Dr GARDRAT Brigitte, Pharmacien, CH Bernay	X	
Dr GUET Laurence, PH Hygiene, ARLIN Haute Normandie	X	
Dr LEHMANN Vanessa, Pharmacien, Gournay		X
Dr LEPRETRE Stéphane, Médecin, CRLCC Becquereel		X
Dr NOEL David, président du COPRIAS, CHI Elbeuf-Louviers Val de Reuil		X
Dr MARTIN Emmanuelle, Biologiste, CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil		X
Dr MONZAT Doreya, Pharmacien coordonnateur de l'OMEDIT	X	
Dr MORICE Emilie, Pharmacien, GHH		X
Dr PRAET Muriel, Pharmacien, CH Bernay		X
Dr QUATRESOUS Isabelle, Médecine interne, CHI Elbeuf-Louviers		X
Dr ROBADAY-VOISIN Stéphanie, Infectiologue, CH Dieppe		X
Dr ROSE Estelle, Pharmacien, CHI Eure-Seine	X	
Dr SCHNELL Guillaume, Médecin, GHH		X
Dr TENGA Ginette, Pharmacien, Clinique Mégival	X	
Dr TIRET Isabelle, Pharmacien, CHU de Rouen	X	

Invités :

Nicolas HENRY, interne en pharmacie, OMEDIT HN
Camille CORDIER, externe en pharmacie, OMEDIT HN
Milon MATHIHUHELIA, interne en pharmacie, St Julien
Sonia BACCOUCHI, externe en pharmacie, St Julien

ORDRE DU JOUR:

1) ACTUALITES

- 2) **CONSTRUCTION DE L'EPP REGIONALE EN MATIERE DE QUALITE DES PRESCRIPTIONS DES ANTIBIOTIQUES PREVU DANS LE CBU**
- 3) **OUTIL DE SURVEILLANCE DES CONSOMMATIONS D'ANTIBIOTIQUES ET DES RESISTANCES BACTERIENNES**
- 4) **ORGANISATION DE LA REUNION REGIONALE DES REFERENTS EN ANTIBIOTHERAPIE EN JUIN 2015**

1) ACTUALITES

- ✓ [Rapport national ANSM \(nov 2014\) : « l'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 »](#)

En bref quelques éléments :

- Entre 2000 et 2013, la consommation d'antibiotiques a baissé de 10,7%, mais elle a augmenté de 5,9% depuis 2010.
- En volume, plus de 90% de la consommation d'antibiotiques se fait dans le secteur de ville et un peu moins de 10% à l'hôpital.
- 70% des prescriptions faites en ville se rapportent à des affections des voies respiratoires.
- L'exposition aux antibiotiques est élevée à l'hôpital où environ 4 patients sur 10 reçoivent, un jour donné, une dose d'antibiotique
- La consommation a diminué dans presque toutes les classes, familles ou substances, à l'exception des céphalosporines de 3^{ème} génération (58,6%), de la pipéracilline associée à un inhibiteur de bêta-lactamases (103,8%), des carbapénèmes (144,9%) et des associations et autres antibactériens (17%).
- Quinolones en hausse jusqu'en 2006, tendent aujourd'hui à diminuer.
- Diminution de l'utilisation des macrolides.
- Consommation des autres classes reste stable.
- Les pénicillines constituent la classe d'ATB la plus utilisée à l'hôpital. L'amoxicilline est la plus utilisée, et surtout en association avec l'acide clavulanique.
- Les quinolones représentent la 2^{ème} classe la plus utilisée à l'hôpital.

- ✓ [Synthèse rédigée par l'InVS et l'ANSM, \(+ partenaires\) en contribution au plan d'alerte sur les antibiotiques \(Nov 2014\) : « Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable »](#)

En bref quelques éléments : En termes de résistance aux ATB, la situation française est contrastée.

- Mesure hygiène des mains à l'hôpital => diminution résistance chez le staphylocoque doré
- Pneumocoque : la résistance aux antibiotiques (notamment la pénicilline) a suivi une évolution favorable qui tend cependant à se stabiliser ces dernières années

En revanche, la situation est particulièrement inquiétante chez les entérobactéries

- L'augmentation des résistances est à mettre en parallèle avec l'augmentation des consommations d'antibiotiques
- Les préoccupations portent sur l'augmentation des consommations, des ATB fréquemment prescrits en ville comme à l'hôpital tels que l'amoxicilline-acide clavulanique, ou encore les C3G (dont la ceftriaxone) et les carbapénèmes en secteur hospitalier.

- En 2013, une liste d'antibiotiques critiques a ainsi été publiée par l'ANSM : [Rapport Antibiotiques-Critiques Novembre2013](#)
- ✓ [Réseau antibiotiques du Cclin Paris-Nord : Rapport des résultats 2013](#)
- ✓ Indicateur ICATB :

Les résultats de l'indicateur ICATB2 sont publiés dans le [Rapport national 2013 DGOS du tableau de bord des infections nosocomiales](#).

Pour rappel l'indicateur composite du bon usage des antibiotiques est inscrit dans la partie I.2 « Critères d'évaluation liés aux indicateurs nationaux / Bon usage » du rapport d'étape annuel du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations.

I.2	I.2	Bon usage
I.2.1	I.2.1	Indicateur composite du bon usage des antibiotiques (ICATB 2)
I.2.1.1	ATBM2	La prescription des antibiotiques est informatisée.
I.2.1.2	ATBA1	Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement.
I.2.1.3	ATBA2	Il existe un protocole validé par la commission ou la conférence médicale d'établissement sur l'antibiothérapie de 1ère intention des principaux sites d'infection en termes de fréquence.
I.2.1.5	ATBA6	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en DDJ rapportée à l'activité.
I.2.1.6	ATBA11	Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les trois dernières années portant sur les 4 critères : respect - recommandation, posologie, durée, réévaluation.
I.2.1.7	ATBA11a	11a : Evaluation du respect de la molécule recommandée.
I.2.1.8	ATBA11b	11b : Evaluation de la posologie de l'ATB.
I.2.1.9	ATBA11c	11c : Evaluation de la durée de l'antibiothérapie.
I.2.1.10	ATBA11d	11d : Evaluation de la réévaluation à 72 heures, réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste etc).

Voici les questions intégrés dans le rapport d'étape annuel de la Haute Normandie :

I.2.1.4	Indicateur régional lié à l'ATBA2	Il existe un protocole validé par la commission ou la conférence médicale d'établissement sur l'antibiothérapie de 1ère intention pour : - Infections urinaires ; - Infections pulmonaires ; - Infections neurologiques (dont méningites) ou autre infection (définie dans le CBU de l'établissement)
---------	--	--

Un indicateur régional est lié à une question d'ICATB2 :

2) CONSTRUCTION DE L'EPP REGIONALE EN MATIERE DE QUALITE DES PRESCRIPTIONS DES ANTIBIOTIQUES PREVU DANS LE CBU

Pour répondre à la question ATBA11 « Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les trois dernières années portant sur les **4 critères** : respect - recommandation, posologie, durée, réévaluation » une évaluation régionale doit être proposée par le groupe de travail anti infectieux.

Il existe plusieurs grilles proposées par la HAS ou des sociétés savantes d'évaluations des pratiques professionnelles sur le bon usage des antibiotiques et notamment (liste non exhaustive):

- [EPP HAS bon usage des antibiotiques](#)
- [Evaluation de l'antibiothérapie à 48/72h \(SPILF\)](#)

Le groupe de travail propose la méthodologie régionale suivante :

Chaque établissement devra choisir un ou 2 anti-infectieux ciblés par l'établissement et figurant sur la liste des antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes ([Rapport ANSM Antibiotique critiques Nov 2013](#)) : (association amoxicilline-acide clavulanique ; céphalosporines : *plus grande préoccupation pour les spécialités administrées par voie orale que par voie injectable/ plus grande préoccupation pour les céphalosporines de troisième et quatrième générations/ préoccupation pour la Ceftriaxone ; fluoroquinolones*)

L'évaluation sera à réaliser en prospectif, 1 jour donné, dans toutes les unités de soins de l'établissement, sur une ou plusieurs prescription du (des) antibiotique(s) ciblé(s) /unité de soin. (Nombre minimal de prescription à évaluer : 30/50 prescriptions)

L'évaluation devra être réalisée de manière pluri professionnelle par un groupe d'expert comportant à minima le référent ATB, le pharmacien, le biologiste. La méthodologie sera à finaliser et valider par le GT.

3) OUTIL DE SURVEILLANCE DES CONSOMMATIONS D'ANTIBIOTIQUES ET DES RESISTANCES BACTERIENNES

Depuis plusieurs années, la politique de maîtrise de la consommation des AB est une priorité. Elle se traduit par des recommandations sur le bon usage des AB et la mise en place d'une surveillance des consommations et des résistances bactériennes par les ES. Cette surveillance est prise en compte dans l'indicateur ICATB puis ICATB2 du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales établi par le Ministère de la Santé et dans le REA du CBU.

- Dans ICATB2 :
 - ATB A6 : il existe une surveillance de la consommation des ATB en DDJ rapportée à l'activité ;
 - ATB A8 : Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la R
- Dans le CBU :
 - ATB A6 d'ICATB2

- Suivi de la consommation des ATB : participation à la collecte annuelle des consommations des ATB par DDJ/1000 JH via le réseau ATB-Raisin des CCLIN.

Ces données de consommations et de résistances régionales devraient permettre de mettre en œuvre les actions destinées à lutter contre l'antibiorésistance et aussi d'assurer le conseil aux prescripteurs d'antibiotiques, la sensibilisation, la diffusion d'informations pour améliorer les pratiques.

Parmi les outils qui existent, il y a l'outil CONSOIRES (CCLIN EST) permettant aux établissements de santé de suivre localement et sans délai leur surveillance des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes. Chaque prescripteur peut également accéder aux données de son unité. De plus, la mise en réseau permet de se comparer à des structures identiques. Tout établissement de santé ou EHPAD adossé à une PUI peut demander à utiliser ConsoRes gratuitement.

L'outil a été présenté au GT (pour en savoir plus [E.learning.consores.](#))

Actuellement en Haute Normandie aucun établissement ne l'utilise. 2 établissements du GT (CHU de Rouen et CHIELVR) se proposent de le tester et de faire un retour au GT sur l'intérêt de l'outil, et de son déploiement en région.

4) ORGANISATION DE LA REUNION REGIONALE DES REFERENTS EN ANTIBIOTHERAPIE EN JUIN 2015

Les résultats de l'enquête de satisfaction suite à la dernière réunion ont été présentés au GT. (Cf diaporama)

La prochaine réunion est prévue le 18 juin 2015 à l'amphithéâtre Flaubert

Elle sera organisée autour de 3 parties programme à affiner lors de la prochaine réunion :

- Actualités réglementaires
- Best of (retours sur des recommandations)
- Cas cliniques interactifs

Prochaine réunion du groupe de travail le jeudi 28 Mai 2015 à 14h30, dans à l'IBC du CHU de Rouen.