

**Réunion du groupe de travail anti-infectieux
De l'OMÉDIT de Haute-Normandie
du 9 avril 2013**

Présents :

Dr BELGAID Abdelmalek, Médecin, GHH
Pr CARON, Infectiologue, CHU Rouen
Pr DOUCET, Président de l'OMÉDIT
Mr POULALION Luc, Sous-Directeur, Coordination régionale, CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe
Dr REMY Elise, Pharmacien coordonnateur de l'OMÉDIT
Dr TENGA Ginette, Pharmacien, CHU de Rouen
Dr TIRET Isabelle, Pharmacien, CHU de Rouen
Melle SOHOUENOU Fanny, Interne en Pharmacie à l'OMÉDIT

Invitées : Sandrine Dubé et Laurence Paquette, externes en pharmacie, Québec

Excusés :

Dr DELAHAYE Florence, Médecine interne, CHI Eure-Seine
Dr ETIENNE Manuel, Médecin, CHU Rouen
Dr FAVREAU Rachel, Pharmacien, CHI Elbeuf-Louviers
Dr FLAHAUT Pascale, Pharmacien, Clinique Cléret, Yvetot
Mme FORGUE Anna, ARS, Pôle Qualité, Efficience, Performance
Dr GARDRAT Brigitte, Pharmacien, CH Bernay
Dr GERMAIN Jeanne Marie, ARLIN Haute-Normandie
Dr LEHMANN Vanessa, Pharmacien, GHH
Dr LEPRETRE Stéphane, Médecin, CRLCC Becquerel
Dr MARTIN Emmanuelle, Biologiste, CHI Elbeuf-Louviers
Dr QUATRESOUS Isabelle, Médecine interne, CHI Elbeuf-Louviers
Dr ROBADAY-VOISIN Stéphanie, Infectiologue, CH Dieppe

Ordre du jour

- 1/ Actualités
- 2/ Résultats de l'enquête régionale sur la consommation des carbapénèmes, glycopeptides, céphalosporines de 3^e génération et des fluoroquinolones (2010, 2011)
- 3/ Résultats régionaux de l'ENP 2012
- 4/ Utilisation des TDR dans les établissements et prescription d'antibiotiques en sortie des établissements (notamment prescription des urgences) : données assurance maladie
- 5/ Programme de la réunion des référents en antibiothérapie du 20 juin 2013

1/ Actualités

✓ Comité de suivi du plan national antibiotique supprimé

Pour des raisons administratives liées à la politique de modernisation de l'action publique, plusieurs plans nationaux ont perdu leur comité de suivi, dont celui sur les antibiotiques. Cette suppression est regrettable car ce plan ne sera plus piloté au niveau national comme il aurait dû l'être, ce qui ne va pas faciliter sa mise en œuvre. Les sociétés savantes et les membres de ce comité de suivi ont réagi pour dénoncer cette suppression.

Les initiatives régionales restent néanmoins possibles dans le cadre de ce plan.

✓ Précisions pour ICATB V2

Comme indiqué dans le compte-rendu de la réunion de janvier, une deuxième version de l'indicateur ICATB a été publiée par la DGOS dans l'instruction du 16 juillet 2012 : ICATB V2.

En ce qui concerne le critère ATBA1 : "il existe une liste d'antibiotiques ciblés dans l'établissement" : répondre oui seulement si tous les antibiotiques répondent à tous les critères suivants : prescription à dispensation nominative et réévaluation à 48-72h et consommation suivie et ils appartiennent à C3G et carbapénèmes et Fluoroquinolones (+ autres antibiotiques définis en fonction de l'épidémiologie de l'établissement).

Une précision supplémentaire a été apportée par la DGOS : il n'est pas obligatoire de suivre toutes les molécules de chacune des 3 classes citées (ex : toutes les fluoroquinolones), mais de suivre les molécules ciblées par l'établissement au sein de ces 3 classes en fonction du profil et de l'épidémiologie de l'établissement.

2/ Résultats de l'enquête régionale sur la consommation des carbapénèmes, glycopeptides, céphalosporines de 3^e génération et des fluoroquinolones (2010, 2011)

Lors de la réunion de janvier 2013, le groupe avait souhaité faire un bilan régional de la consommation des carbapénèmes et des glycopeptides à partir des données transmises par les établissements. Nous avons donc récupéré les données de consommations 2011 auprès des établissements ou du CCLIN si ils avaient participé au recueil national ATB-Raisin.

Un bilan de l'évolution 2010/2011 a ainsi été réalisé pour les carbapénèmes et les glycopeptides, auxquels nous avons ajouté les C3G et les Fluoroquinolones (cf. diaporama joint).

En 2010, l'OMEDIT disposait des consommations de 27 établissements de la région (dont CHU, GHH et Becquerel absents du recueil CCLIN de 2010). En 2011, les données de 33 établissements ont été récupérées et analysées (dont CHU, GHH et Becquerel absents du recueil CCLIN de 2011). Les consommations transmises à l'OMEDIT correspondent à 69% des lits d'hospitalisation complète de la région.

Les tendances nationales de consommations des antibiotiques du rapport 2011 édité par le réseau ATB-Raisin et l'InVS se retrouvent dans notre région :

- augmentation des C3G et notamment ceftriaxone,
- tendance à la baisse des fluoroquinolones (sauf Levofloxacin en hausse) mais toujours beaucoup (trop) de voie IV.

Par contre les carbapénèmes sont en hausse au niveau national mais en légère baisse en Haute-Normandie (avec une utilisation très majoritaire d'Imipenem ce qui correspond aux recommandations).

Concernant les glycopeptides, légère tendance à la baisse en région : baisse de la vancomycine et hausse de la teicoplanine, alors qu'on observe la tendance inverse au niveau national : augmentation des glycopeptides et notamment de la vancomycine.

Rapport 2011 publié en mars 2013, consultable à l'adresse suivante : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Surveillance-de-la-consommation-des-antibiotiques-Reseau-ATB-Raisin->

[Resultats-2011](#)), ainsi que la synthèse, un diaporama de présentation et une aide à l'utilisation des données.

3/ Résultats régionaux de l'ENP 2012

Les premiers résultats régionaux de l'Enquête Nationale de Prévalence des infections nosocomiales ont été transmis à l'ARLIN et présentés au groupe de travail.

8359 patients concernés en HN, dont 1396 (16.7%) patients traités par anti-infectieux.

Sur les 1894 traitements anti-infectieux, 1010 avaient été instaurés dans un cadre curatif d'infection communautaire, 550 en curatif d'infection nosocomiale acquise.

129 traitements correspondaient à une prophylaxie chirurgicale et 132 à une prophylaxie d'infection opportuniste.

Les résultats détaillés seront présentés lors de la réunion régionale des référents en antibiothérapie.

4/ Utilisation des TDR dans les établissements et prescription d'antibiotiques en sortie des établissements (notamment prescription des urgences) : données assurance maladie

✓ TDR

Lors de la précédente réunion, un point sur l'utilisation des TDR par les médecins généralistes de la région avait été présenté: 34% des médecins généralistes avaient commandé au moins une fois des TDR au cours de l'année 2011.

Le groupe avait souhaité regarder le taux de commande des TDR dans les hôpitaux de notre région, notamment dans les services d'urgence.

L'assurance maladie a donc réalisé une requête sur l'année 2012 pour répondre à cette question. Les résultats sont les suivants :

- CPAM d'Evreux : 36 boîtes de TDR commandés par les hôpitaux relevant de la caisse de l'Eure : 6 boîtes pour le CH de Pont Audemer et 30 boîtes pour le CHI Eure-Seine (Evreux-Vernon).

- CPAM du Havre : 38 boîtes de TDR livrées : 20 boîtes pour le CH du havre, 10 pour le CH de Lillebonne (=CHI Caux Vallée de Seine) et 8 boîtes pour le CHI de Fécamp.

- CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe : 297 boîtes commandées : 220 pour le CHU de Rouen, 61 pour le CHI Elbeuf-Louviers et 16 boîtes pour le CH de Dieppe.

Chaque boîte contient 25 TDR.

Les résultats semblent faux pour le CH du Havre en regard de l'utilisation faite aux urgences : vérifier qu'il n'existe pas un autre circuit de commande de TDR via les pharmacies ou l'économat (qui seraient payants alors que les CPAM les diffusent gratuitement).

Il peut éventuellement exister un effet "stock" donc regarder les commandes sur 2 ans (péremption des boîtes de TDR = 2 ans).

Il serait également intéressant de connaître le nombre de commandes de TDR de la part des pédiatres et ORL.

Il faudrait pouvoir corréliser cette consommation avec le taux de passage pour angines aux urgences, mais le taux de commande apparait de toutes façons trop faible.

→ Des actions de sensibilisation sont à faire.

La CPAM a débuté ses visites auprès des urgences de la région pour sensibiliser les acteurs et apporter des TDR, comme convenu lors de la réunion de janvier.

Le groupe avait également souhaité croiser le nombre de consultations aux urgences, surtout pédiatriques avec la consommation de TDR, et si possible avec la consommation d'antibiotiques des urgences.

✓ Passage aux urgences

Le nombre de passages aux urgences de l'année 2011 a été récupéré via la base SAE (Statistique Annuelle des Etablissements de santé) : seuls 2 ES possèdent une entité d'urgences pédiatriques, pour les autres établissements la pédiatrie fait partie des urgences générales, mais nous pouvons voir le nombre de passage pour les moins de 18 ans.

urgences pédiatriques

ES	Nb total de passages aux urgences ped	Nb Hosp complète	Nb UHCD
CHU	36 845	612	0
GHH	30 588	446	516

urgences générales

ES	Nb total de passages aux urgences adultes	Nb Hosp complète	Nb UHCD	
CHU	105 981	1 545	28 041	
GHH	36 006	970	4 904	
Elbeuf	61 696	869	1 865	21 840 pr <18 ans
Bernay	17 734	170	1 480	4 573 pr <18 ans
Dieppe	33 502	730	2 680	9 225 pr <18 ans
Evreux-vernon	66 301	918	3 666	20 524 pr <18 ans
Fecamp	19 714	355	1 093	5 716 pr<18ans
Gisors	19 927	0	799	
Verneuil	13 924	39	670	
Le Cèdre	13 484	63	144	3 659 pr <18ans
L'Europe	43 073	90	1 037	12 752 pr<18ans
HPE	30 983	279	1 878	

total

462 325	6 028	48 257
---------	-------	--------

✓ Consommation d'antibiotiques par les urgences

Afin d'évaluer les prescriptions des urgences non suivies d'hospitalisation (la grande majorité), qui sont dispensées en ville, la CPAM a réalisé plusieurs requêtes.

Des profils de prescription antibiotiques pour chaque établissement public ont pu être élaborés. En ce qui concerne les ES privés, les médecins exerçant à titre libéral, il n'est pas possible pour le moment de faire la distinction entre les prescriptions réalisées à la clinique ou en dehors.

La requête a consisté dans un premier temps à repérer toutes les prescriptions d'antibiotiques dispensées en ville émanant des hôpitaux de la région.

Parmi ces prescriptions, ont ensuite été repérées les prescriptions en lien avec une hospitalisation dans les 15 jours précédents la délivrance (en estimant qu'une antibiothérapie poursuivie à la suite d'une hospitalisation avait une durée moyenne de moins de 15 jours). Ceci permet alors de déduire grossièrement les prescriptions non liées à un séjour et donc les prescriptions émanant des consultations externes (relativement faible) et surtout des urgences.

Exemple d'un ES public : cf. pièce jointe "profil ES antibio dispensés en ville".

Le profil établissement reprend sur la partie gauche l'ensemble des prescriptions dispensées en ville, par grande famille d'antibiotiques avec : le nombre de bénéficiaires (NB BEN) et le nombre de boîtes d'antibiotiques (NB BOITES), ainsi que le nombre de boîtes par bénéficiaire (/BEN). En regard se trouve le montant des dépenses (MNT) et le montant par bénéficiaire et par boîte.

Dans la partie droite, les prescriptions en rapport avec un séjour (datant de moins de 15 jours) : pourcentage de bénéficiaires pour lesquels la délivrance d'antibiotiques était rattachée à un séjour (%BEN), ainsi que le pourcentage de boîtes (%BOITES) et le montant.

Est ensuite proposé un profil région compilant les données de ES publics : un profil région avec le CHU (21 ES) ou sans le CHU (20 ES). Les profils de tous les ES publics de notre région ont été présentés au groupe.

Commentaires du groupe : le nombre de bénéficiaires est plus intéressant que le nombre de boîtes. L'idéal aurait été un nombre de DDJ.

Sur les petits établissements, il suffit d'un prescripteur avec des pratiques différentes et cela retentit sur l'établissement, alors que l'effet sera beaucoup plus dilué dans un établissement de grande taille.

Ce qui ressort pour la région en 2012 :

- en moyenne 13% des prescriptions dispensées en ville sont rattachées à un séjour, donc 87% des prescriptions correspondent à des consultations ou le plus souvent à un passage aux urgences (en enlevant le CHU, 8.6% des dispensations en ville liées à un séjour).

- Parmi ces prescriptions (sur les 21 ES), 37.8% concernent l'amoxicilline/acide clavulanique, 22.6% l'amoxicilline, 12.1% les C3G, 12.6% les fluoroquinolones et 10.4% les macrolides. 20.9% concernent les autres familles d'antibiotiques (sans détail).

- Parmi les C3G : 20.5% de cefixime, 16.9% de cefpodoxime et 10.8% de ceftriaxone.

- Parmi les FQ : 38.8% d'ofloxacine, 10.9% de ciprofloxacine, 7.9% de levofloxacine, et 0.5% de moxifloxacine.

Des recommandations concernant notamment l'ofloxacine paraissent nécessaires.

La majorité des prescriptions concernent l'amoxicilline et l'amox/ac clavulanique : intérêt de disposer des TDR, notamment en pédiatrie.

Il serait intéressant de présenter le profil région lors de la réunion des référents le 20 juin, en lien avec les commandes TDR et les passages aux urgences.

Au total, 61 604 patients ont bénéficié d'une prescription d'antibiotiques émanant d'un ES public délivrée en ville en 2012. Si on enlève les 12.9% de bénéficiaires dont la prescription est en lien avec un séjour, environ 53 657 patients auraient donc bénéficié d'une prescription réalisée en consultation ou aux urgences.

Pour mémoire, 529 758 passages aux urgences (adultes + pédiatriques) ont été recensés pour 2011 (cf. plus haut).

5/ Programme de la réunion des référents en antibiothérapie du 20 juin 2013

3 parties se dégagent pour la réunion du 20 juin :

1/ Présentation rapide des résultats de l'enquête régionale traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie (E. Remy) et des résultats pour notre région de l'Enquête Nationale de Prévalence (JM. Germain et D. Verjat Trannoy)

2/ Présentation rapide des actions antibiotiques en ville par l'assurance maladie, focus TDR en ville et dans les hôpitaux, profil région des antibiotiques dispensés en ville suite à une prescription hospitalière (L. Poulalion)

3/ Cas cliniques :

* 1 cas qui permettrait de parler des outils à disposition dans les établissements pour améliorer le bon usage des antibiotiques : ordonnance nominative, TDR ...

* 1 cas ostéoarticulaire (non complexe),

* 1 cas EHPAD : infection pulmonaire du sujet âgé

Les volontaires pour réaliser ces cas cliniques sont les bienvenus, sachant que le Pr Caron se propose de réaliser le cas en lien avec le TDR, et le Dr Etienne celui sur le cas ostéoarticulaire. Il serait bien que le dernier cas soit traité par un praticien extérieur au CHU.

Le programme sera envoyé par mail au groupe afin de le valider avant envoi aux établissements (la date de la réunion avait été communiquée en janvier 2013).