

**Réunion du groupe de travail anti-infectieux  
De l'OMÉDIT de Haute-Normandie  
du 15 janvier 2013**

Présents :

Pr CARON, Infectiologue, CHU Rouen  
Dr DELAHAYE Florence, Médecine interne, CHI Eure-Seine  
Pr DOUCET, Président de l'OMÉDIT  
Dr FAVREAU Rachel, Pharmacien, CHI Elbeuf-Louviers  
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 MARTIN Emmanuelle, Biologiste, CHI Elbeuf-Louviers  
Dr QUATRESOUS Isabelle, Médecine interne, CHI Elbeuf-Louviers  
Dr REMY Elise, Pharmacien coordonnateur de l'OMÉDIT  
Dr ROBADAY-VOISIN Stéphanie, Infectiologue, CH Dieppe  
Melle SOHOUEYOU Fanny, Interne en Pharmacie à l'OMÉDIT

**Ordre du jour**

- 1/ Résultats de l'enquête régionale sur la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie
- 2/ Résultats régionaux de l'indicateur ICATB en 2011, et ICATB V2
- 3/ Point sur les actions antibiotiques en ville
- 4/Résultats des évaluations de la réunion des référents en antibiothérapie du 21 juin 2012

**1/ Résultats de l'enquête régionale sur la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie** (Cf. diaporama joint et fiche synthétique).

La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 24-72h dans les dossiers patients a été évaluée dans la région à l'occasion de l'Enquête Nationale de Prévalence (ENP) des infections nosocomiales de mai-juin 2012.

Un questionnaire complémentaire avait été rédigé par le groupe anti-infectieux et envoyé aux établissements. Pour rappel ce questionnaire était basé sur le volontariat des établissements.

33 établissements ont répondu à ce questionnaire complémentaire (sur les 55 concernés par l'ENP). Ces 33 établissements représentent 87% des lits de la région.

676 dossiers patients ont été analysés, plus de la moitié des patients étaient hospitalisés en médecine (56%).

La réévaluation était tracée dans 67.6% des dossiers :

- 49.3% de façon explicite
- 18.3% de façon implicite selon les critères définis dans le questionnaire.

Les argumentaires retrouvés étaient majoritairement cliniques (86%) et biologiques (64%), avec parfois les deux.

Le terme "réévaluation" apparaissait dans 20% des dossiers.

La trace était le plus souvent papier (81%) et dans le dossier patient (86%).

A noter, qu'une traçabilité > à 75% n'était statistiquement pas liée au nombre de lits, ni à la proportion des lits informatisés, ni au score ICATB 2010.

Les résultats de cette enquête ont été présentés lors du congrès de la RICAI les 22 et 23 novembre 2012 (cf. Poster ci-joint).

**2/ Résultats régionaux de l'indicateur ICATB en 2011, et ICATB V2** (cf. document joint)

58 établissements étaient concernés en Haute-Normandie en 2011.

66% des établissements de la région étaient en classe A, 21% en classe B, 12% en classe C et 2% en classe D.

La proportion d'établissements classés en A ou B a progressé dans la région depuis 2006. Elle est de 87% en 2011 (de 90% en France).

Le pourcentage d'établissements répondant à chaque critère ICATB est détaillé dans le document joint, ils progressent tous mais quelques items restent difficiles à atteindre : prescription informatisée, connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie. De même que la formation des nouveaux prescripteurs pour le bon usage des antibiotiques et la dispensation pour une durée limitée des antibiotiques à dispensation contrôlée.

Tous les établissements quasiment disposent d'une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement. Une grande majorité déclare avoir un référent en antibiothérapie, de même qu'une instance propre chargée de coordonner les actions en matière de bon usage des antibiotiques (à mettre en regard de notre enquête référent montrant la nomination mais la difficulté de leur mise en place effective et de leur rôle).

→ La formation des référents en antibiothérapie reste toujours un sujet d'actualité, la réunion annuelle des référents est une première réponse, mais il faut envisager d'autres actions sur le long terme.

→ Revoir avec l'ARS la possibilité de créer un centre régional de conseil en antibiothérapie pour répondre aux sollicitations des uns et des autres, notamment en terme de budget régional pouvant être alloué à cette problématique.

Une deuxième version de l'indicateur ICATB a été publiée par la DGOS dans l'instruction du 16 juillet 2012 : ICATB V2. Jeanne-Marie Germain et Elise Remy avaient participé au groupe de travail national concernant cette évolution et la version provisoire avait été présentée au groupe de travail le 30 mai 2012.

Ce changement d'indicateur va modifier le score de chaque établissement, et les résultats ne seront donc plus comparables à ICATB 2011.

La répartition des points a été modifiée, elle donne beaucoup plus de poids au référent en antibiotique, et notamment au temps dédié en ETP à cette activité (cf. le tableau de répartition des points).

Toute antibiothérapie poursuivie au delà d'une semaine devra être argumentée dans le dossier patient.

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 + réévaluation à 48-72h + consommation suivie et ils appartiennent à C3G + carbapénèmes + Fluoroquinolones + autres antibiotiques définis en fonction de l'épidémiologie de l'établissement.

Cette exigence s'explique par l'augmentation des consommations au niveau français des carbapénèmes et des C3G, avec une augmentation des résistances bactériennes en parallèle.

→ Faire un bilan régional de la consommation des carbapénèmes et des glycopeptides à partir des données transmises par les établissements.

→ Demander aux établissements de nous transmettre les données de consommations 2011 (pour ceux qui ne l'ont pas encore fait), ou les récupérer avec leur accord auprès du CCLIN.

→ Rappeler aux établissements de répondre à l'enquête du CCLIN pour 2012 (inscription sur le site du CCLIN avant fin janvier 2013 pour participer à la collecte).

D'autre part, dans le futur contrat de bon usage 2014, introduire la participation obligatoire au recueil CCLIN.

### **3/ Point sur les actions antibiotiques en ville**

Suite au constat réalisé par l'assurance maladie (cf. compte-rendus précédents) concernant les prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD, des actions ont été menées en région.

- Lettre de sensibilisation, accompagnée de l'état des lieux des consommations en France et en Haute-Normandie, envoyée aux professionnels de santé libéraux : généralistes, pédiatres, pneumologues et ORL, pharmaciens de ville. Egalement transmis aux directions, présidents de CME, de COMEDIMS et aux pharmaciens des établissements de santé de la région.

- Visites des forts prescripteurs par les délégués assurance maladie et médecins conseils pour présenter leur profil et les encourager à suivre les formations qui seront proposées dans les cantons (première formation proposée le 6 avril 2013 lors des journées médicales de l'Eure : atelier antibiotique animé par le Dr Delahaye du CHI Eure-Seine et le Dr Marguier, médecin généraliste).

- Campagne de presse auprès du grand public : conférence de presse le 27 novembre 2012, relayée par plusieurs journaux locaux, à laquelle ont participé l'assurance maladie, l'ARS, l'OMEDIT et le Professeur Caron.

- Point sur l'utilisation des TDR par les médecins généralistes de la région : 34% des médecins généralistes ont commandé au moins une fois des TDR au cours de l'année 2011, le taux global de prescription est significativement plus faible (-17%) chez les médecins ayant commandé des TDR en 2011 (cependant, certains territoires échappent à cette règle).

- Contacts pris via l'OMEDIT avec les urgences des établissements de la région, pour que l'assurance maladie puisse rencontrer les urgentistes et leur apporter des TDR .

→ L'utilisation des TDR doit être améliorée en ville, mais il serait également intéressant de regarder l'utilisation des TDR dans les hôpitaux ! Notamment dans les services d'urgence.

Cet item est par ailleurs présent dans ICATB V2 : "des tests d'orientation diagnostique sont présents dans les services d'urgence" (item ATBA5).

→ Voir s'il est possible de croiser la consommation d'antibiotiques avec le nombre de consultations aux urgences, surtout pédiatriques et avec la consommation de TDR.

### **4/Résultats des évaluations de la réunion des référents en antibiothérapie du 21 juin 2012** (cf. document joint)

55 personnes ont participé à cette réunion, ce qui est moins que les années précédentes. Il y avait 16 référents en antibiothérapie parmi les participants.

Parmi les établissements présents : 10 CH, le CHU, le CRLCC, 4 cliniques, 6 SSR, 3 EHPAD, 4 ex hôpitaux locaux.

Les participants sont à 87% satisfait ou très satisfait de la réunion, cette année l'évaluation a été scindée par intervention.

Parmi les remarques transmises, il revient plusieurs fois le fait que l'exercice confine au grand écart entre les cas intéressants les gros et les petits établissements, les courts séjours et les autres. Les cas cliniques étaient jugés pointus : attention à la sur spécialisation.

→ Voir si la réunion ne doit pas être scindée : pour les EHPAD/SSR – pour les hospitaliers courts séjours ? Ou continuer la réunion référents mais sans être ultra pointu ?

Voir également pourquoi certains établissements ne viennent pas.

**Il est unanimement décidé de reconduire une réunion des référents en 2013.**

La date proposée est le 20 juin 2013.

Donner la date dès maintenant aux établissements, puis transmettre le programme plus tard.

Contenu de cette réunion :

- présentation des résultats de l'enquête régionale traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie et des résultats de l'enquête nationale de prévalence ?
- présentation rapide des actions antibiotiques en ville par l'assurance maladie, avec le focus TDR en ville et dans les hôpitaux ?
- cas cliniques :
  - \* 1 cas ostéoarticulaire,
  - \* 1 cas EHPAD : pyélonéphrite ou infection pulmonaire,
  - \* 1 cas qui permettrait de parler des outils à disposition dans les établissements pour améliorer le bon usage des antibiotiques : ordonnance nominative, TDR ...

Prochaine réunion :

Le **mardi 9 avril 2013 à 14h30**, dans la salle de réunion du 1<sup>er</sup> étage de l'Institut de Biologie Clinique (IBC) du CHU de Rouen.