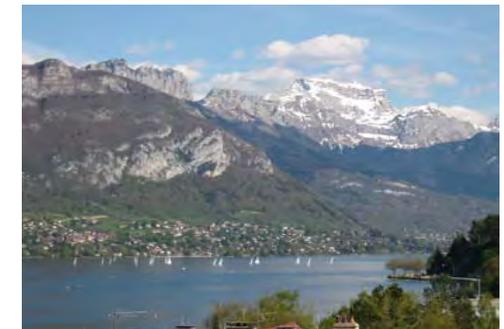


Peut-on valoriser l'activité du
réfèrent à l'heure de la T2A, pôles...
et des déficits budgétaires?
J Gaillat



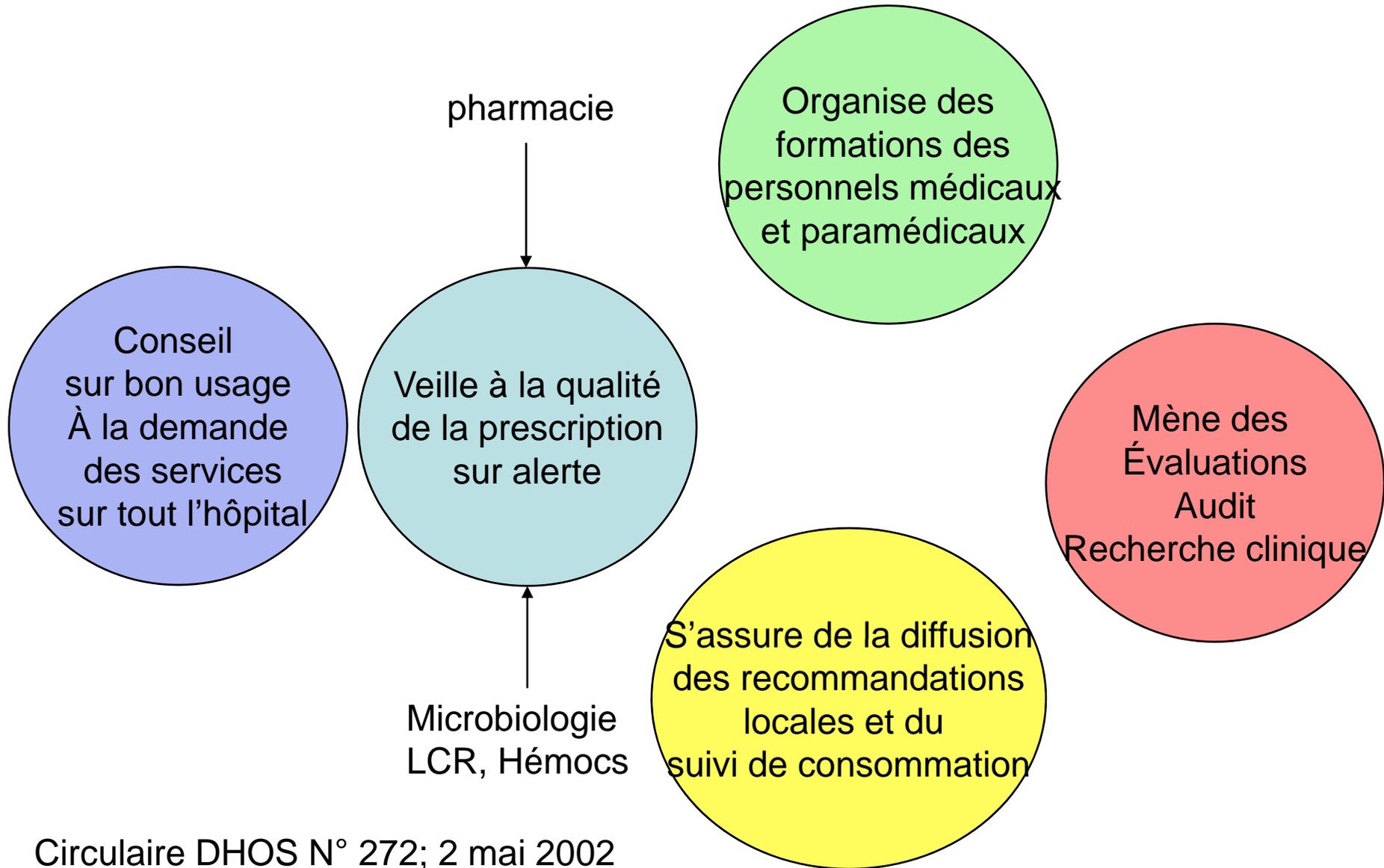
Conflits d'intérêts

- Participation rémunérée à des conseils scientifiques, groupes d'experts, symposium : Sanofi Pasteur MSD, Wyeth, Roche, Bayer
- Prise en charge congrès : Sanofi Pasteur MSD, Wyeth, Roche, GSK, Abbott

Valoriser ?

- Budgétairement : quelles dépenses pour quels apports
- Qualitativement : quels apports pour la structure
- Quantitativement : quel service rendu
- Règlementairement : un quota pour des textes officiels

Rôle du référent



Recherche de l'équilibre budgétaire voire de la performance

Dépenses

- du temps :

Avis unitaires

conseils

Réunions

Formations

évaluation

EPP, accréditation

Management du changement

Management d'équipe

Communication

-Des ressources humaines

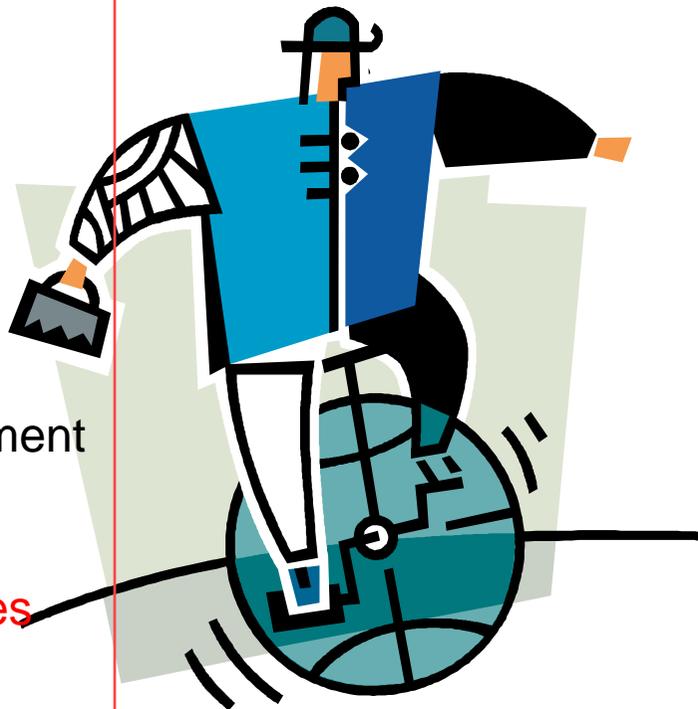
-Des outils :

Logiciels de prescription

Logiciels référentiels

Outils d'analyse

Outils de communication



Recettes :

Facturation en interne

- de la consultation

- des gains DMS

- des formations

- des gains de

consommation

Quel type d'activité?

- La valorisation directe de l'activité : du temps de cerveau pas d'acte technique
- Activité transversale
- Au détriment de la production de soins du service
- Sans paiement organisé
- Donc supporté par un service sans véritable contrepartie

CONSTAT 1

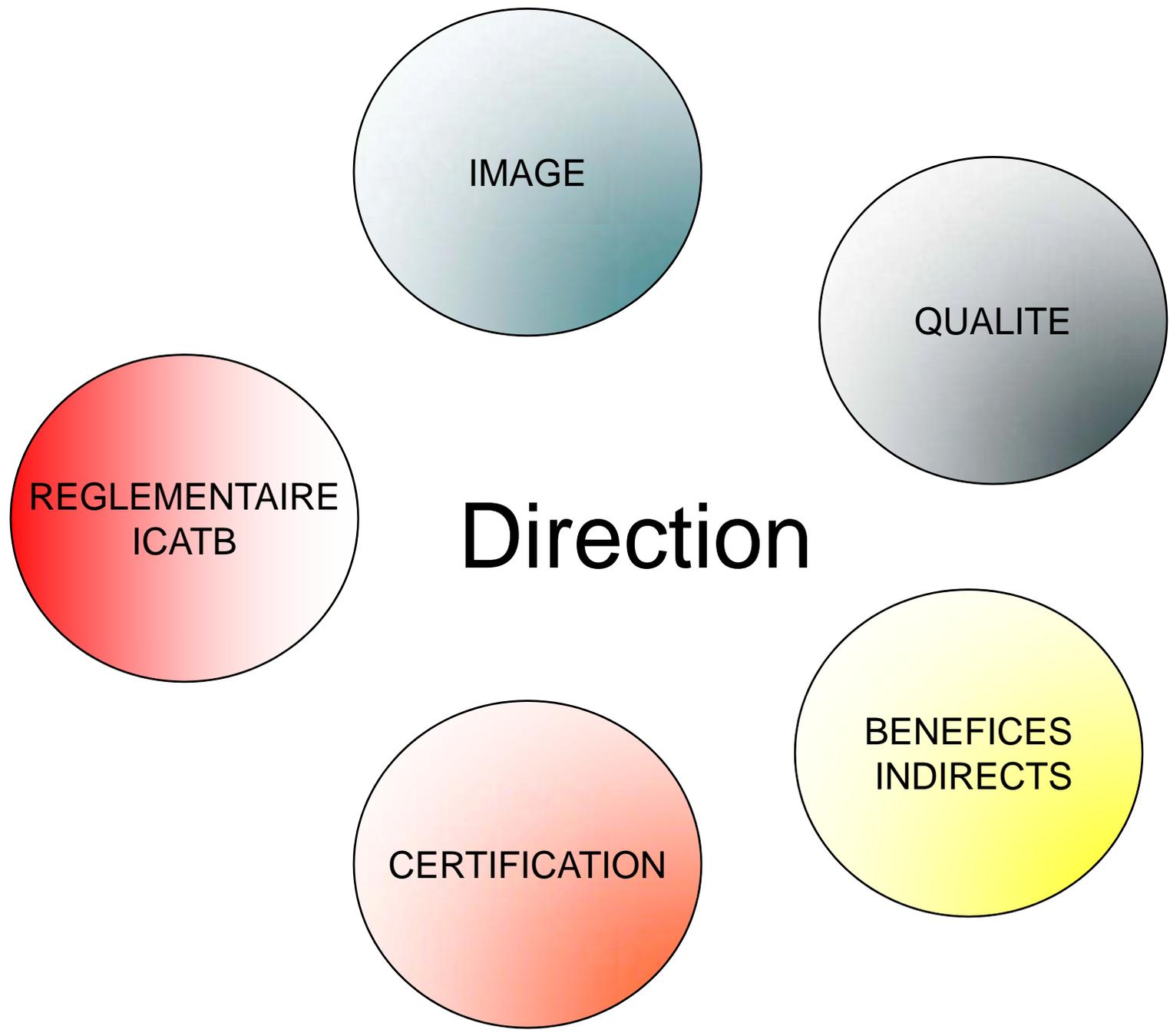
- la valorisation ne peut pas être uniquement financière du genre paiement à l'acte
- Mais il faut pouvoir relever son activité
 - CS dans les services
 - Activité de la CAI : compte rendu annuel
- Pour pouvoir la faire évoluer ou la justifier

A défaut de bénéfices directs quels bénéfices cachés ou indirects ?

- Sur quelles bases argumenter pour atteindre son objectif ?
 - Au niveau direction
 - Au niveau médical

Savoir quels objectifs défendre?

- Création d'un poste
- Mise en place d'un programme
- Défendre un budget ou une activité au sein d'un pôle
- Créer une structure d'évaluation et de bonne prescription des antibiotiques
- Achat de matériel



IMAGE

QUALITE

REGLEMENTAIRE
ICATB

Direction

BENEFICES
INDIRECTS

CERTIFICATION

SERVICE
RENDU

QUALITE

ASPECTS
MEDICO-LEGAUX

CONFRERES

BENEFICES
INDIRECTS

CERTIFICATION

Aspects réglementaires

- Directive nationale ; Circulaire DHOS N° 272; 2 mai 2002
- 54/99 établissements sans référents ou correspondants en antibiothérapie en 2002 (Rogues et al MMI 2005; 35 (2005) 536–542)
- 74/90 avaient un référent en 2005 (enquête SPILF S Alfandari RICAI 2005)

Constats S Alfandari

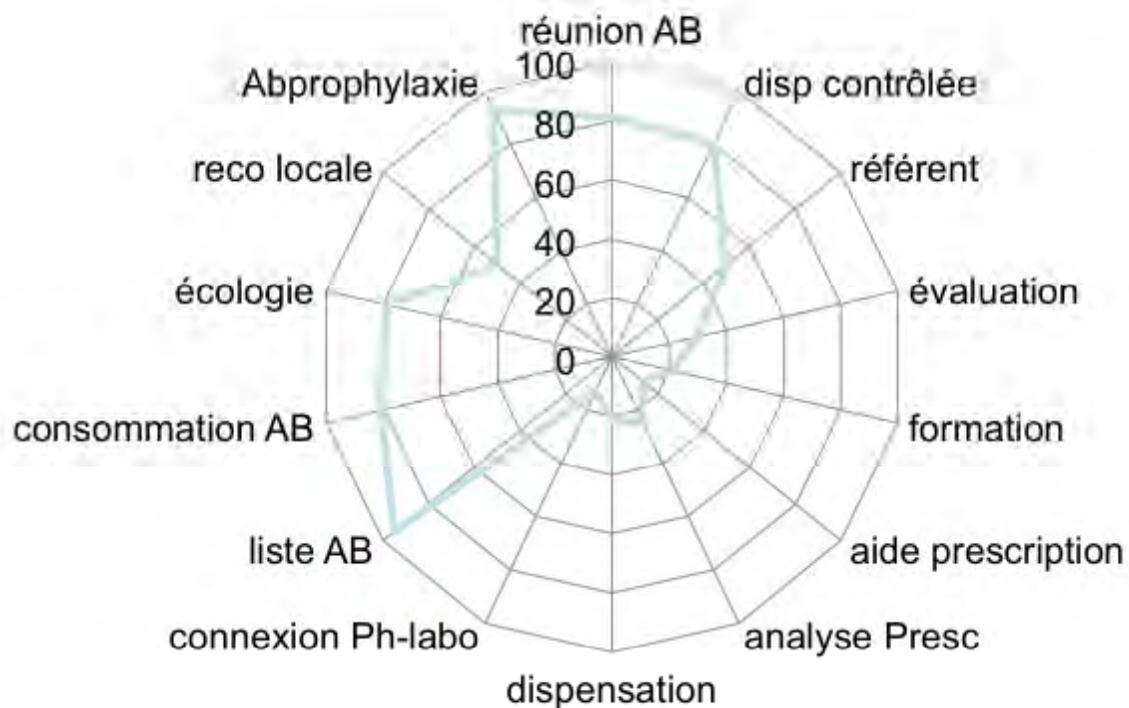
RICAI 2005

- **À 3 ans de la circulaire**
- **La situation a peu évolué**
- **Peu de moyens spécifiques dégagés pour cette activité. Non valorisation des activités d'un référent par la T2A**
- **L'activité de référent consomme du temps médical. Difficile de faire autre chose que de l'avis ponctuel si pas de vacation spécifique. Besoin de création de postes ressenti par les référents. Ces moyens sont nécessaires si l'on souhaite faire évoluer la prescription des anti-infectieux dans les états de santé.**
- **Manque de formation et de reconnaissance. En particulier pour les référents isolés ne faisant pas partie d'une unité de maladies infectieuses.**



Mise en place de la politique de prescription 2005

Recommandations



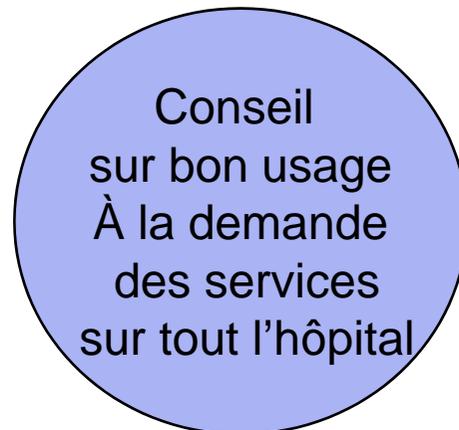
Structure
organisation

Diffusion information

Moyens

Constat 2

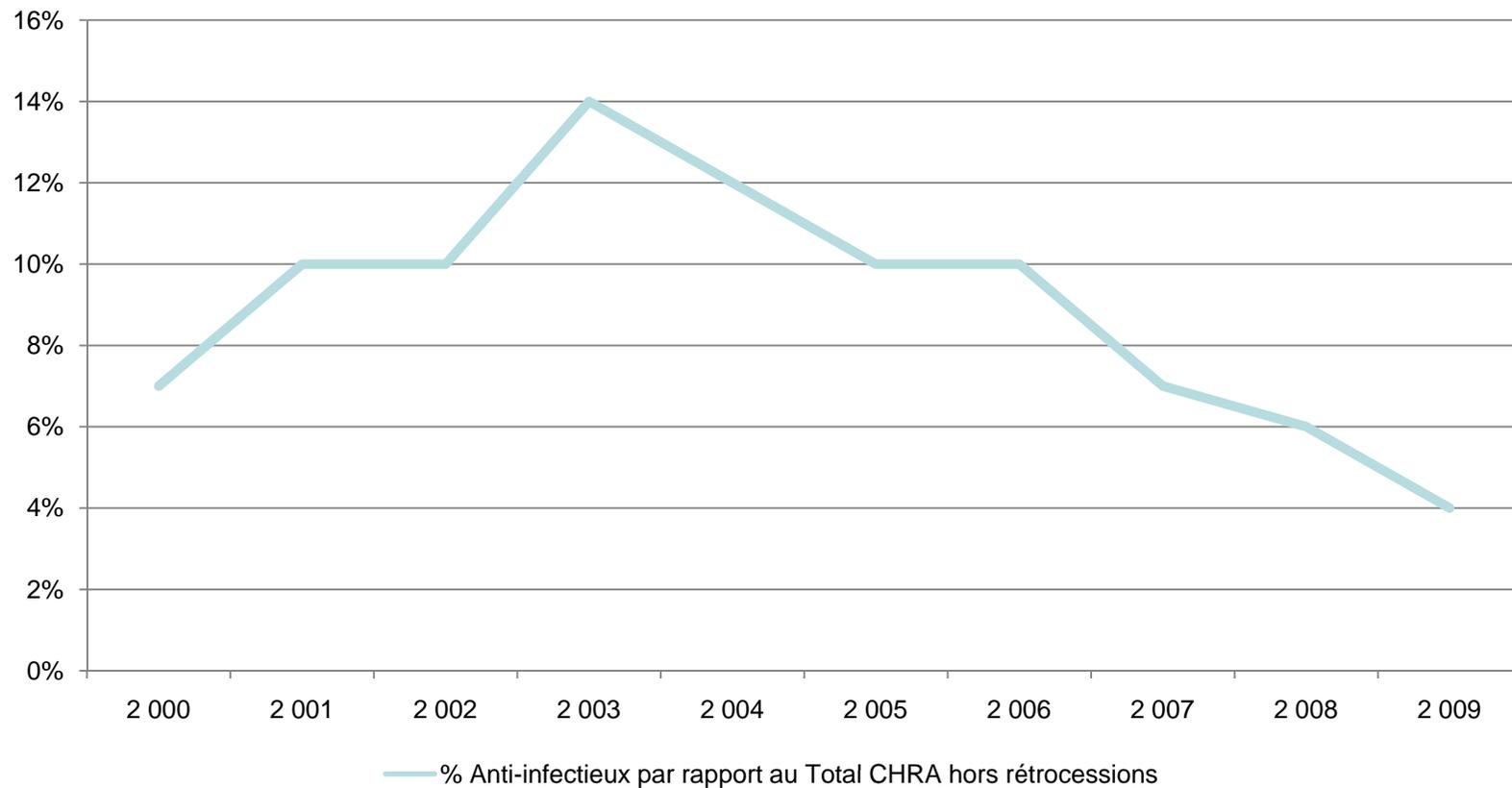
- Ce qui relève de la structure et de la diffusion de l'information a été mis en œuvre
- Ce qui nécessite des investissements en temps, informatique, qualité n'a pas été réalisé



Aspect économiques

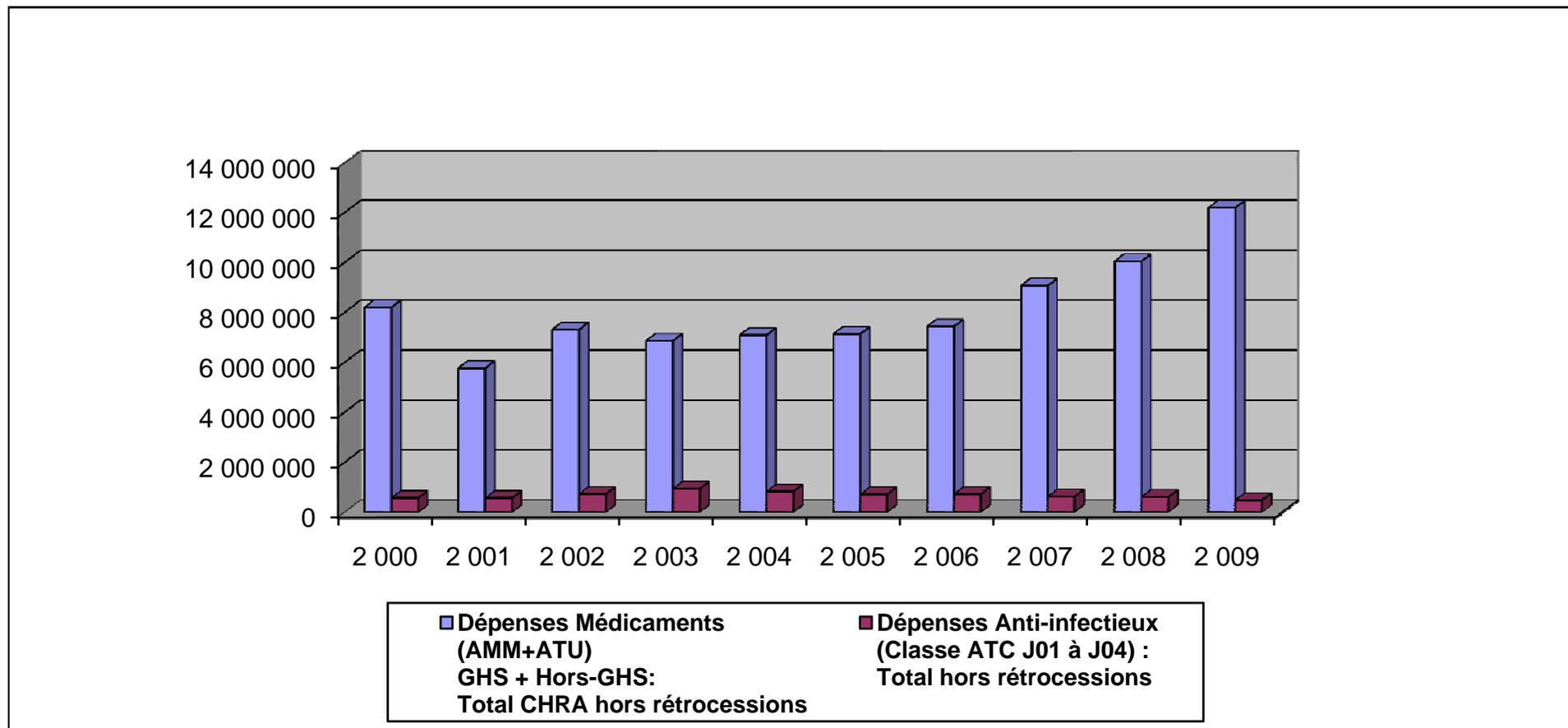
- Selon vous l'antibiothérapie dans un CHG correspond en % du budget médicaments (hors produits sanguins ou dérivés) à :
 - 1) 5%
 - 2) 5 à 10%
 - 3) 10 à 15%
 - 4) > 15%

Part des Anti-infectieux hors rétrocessions

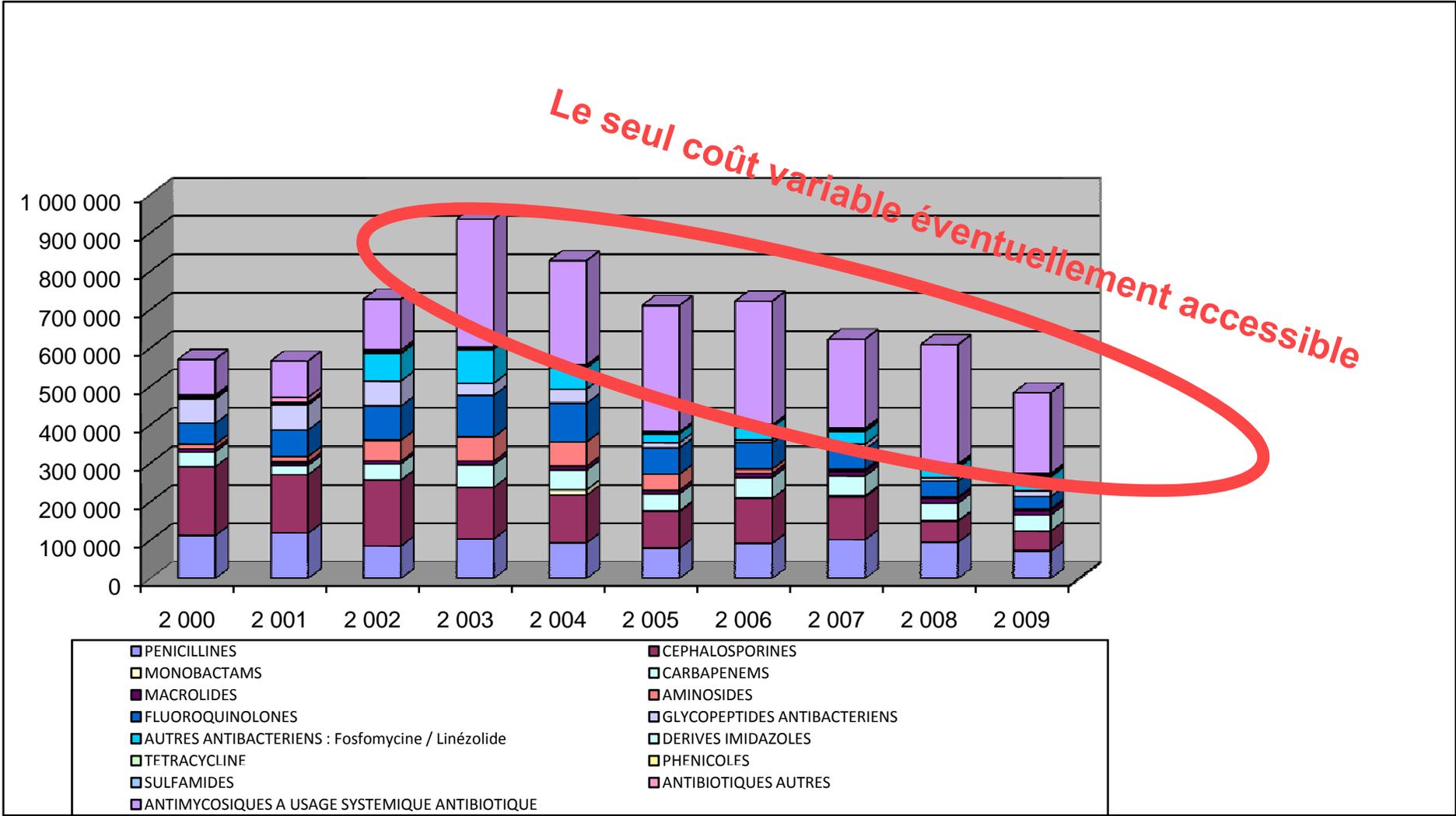


G Dervieux Pharmacie CH Annecy

Evolution des dépenses de pharmacies au CH région d'Annecy



Evolution en € des différentes familles d'antibiotiques au CH Annecy



Impact sur DDD marqueur insuffisant

	Mesures bon usage +		Mesures bon usage -		p
	n	DDD/1000 JH	n	DDD/1000 JH	
Réunion B usage	63	392	36	220	0,006
Référent en AB	44	422	55	253	0,01
Reco écrites locales	67	429	30	173	0,001
Liste AB disp contrôlée	68	340	31	309	0,93
Ordo nominative	72	253	27	371	0,15
Autres moyens contrôle	58	376	41	262	0,17
Ord durée limitée	22	466	45	256	0,01
Ordo justifiée	30	347	37	264	0,97
Diffusion conso AB	75	350	24	266	0,19
Diff écologie locale	75	350	23	237	0,18
Moyens informatiques	30	172	69	376	0,01
Mesures recommandées (SPILF)	20	489	78	281	0,004

Impacts économiques de l'infectiologue réfèrent sur la consommation d'antibiotiques

- Le juste prescrire au lit du malade
 - traitement probabiliste approprié au cours des bactériémies dans 63 % des cas, 54 % sans avis d'un infectiologue, 78 % après avis
 - 89 vs 98 après documentation
 - Réduction de 35% de la consommation par patient en 5 ans
 - Réduction de l'utilisation des larges spectres
 - Passage plus rapide à la voie orale

Un référent peut être un bon investissement

- **Action** : mise en place de recommandations et avis au lit du malade par un service d'infectiologie, multidisciplinaire
- **Résultats**
 - réduction de 38.1% de la consommation sans modification du taux de mortalité
 - Réduction des coûts de 44.8% (71,680 € en 1997 vs 39,567 € en 1998)
 - environ 8,000 € in 1998 pour le coût du temps d'infectiologue), une épargne de 24,113 € a été réalisé

Revue de synthèse gains économiques

- 28 articles
- Hop 860 lits 3267 US\$ /patients en coûts AB, diminution effets adverses, réduction des coûts d'hospitalisation pour 5,10\$ de programme/patient
- Hop 470 lits : réduction de 68 931 \$/an
- 464 lits : 60 000\$/an
- 600 lits : réduction de 25% des coûts AB sur 4 ans

Rappel recommandations IDSA pour le stewardship

- Audit prospective et intervention
- Liste limitative
- Formation
- Recommandations
- Chemin clinique
- Ordonnances
- De escalade des traitements

Par quelles mesures?

- Mise en place de recommandations
- Formation
- Revue prescription et retour d'information
- Arrêt automatique de prescription

Avec quels moyens ?

Coût des programmes rarement explicité

- Un seul infectiologue référent en antibiothérapie
- Ou un binôme avec pharmacien clinicien
- ou une véritable équipe opérationnelle \pm système informatique

Constat 3

- Les économies directes peuvent paraître limitées par
 - Le niveau du budget/coûts variables
 - Marge limitée : si réduction de 3% au CHRA: 18 000 € maximum
 - Impact pas facile à mesurer
- Mais néanmoins potentiellement intéressantes et évaluables d'une année sur l'autre

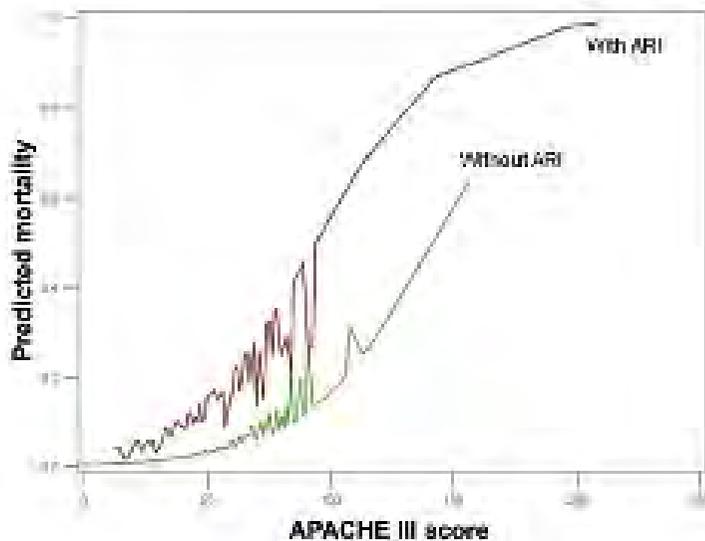
Qualité/écologie

Pourquoi défendre la qualité ?

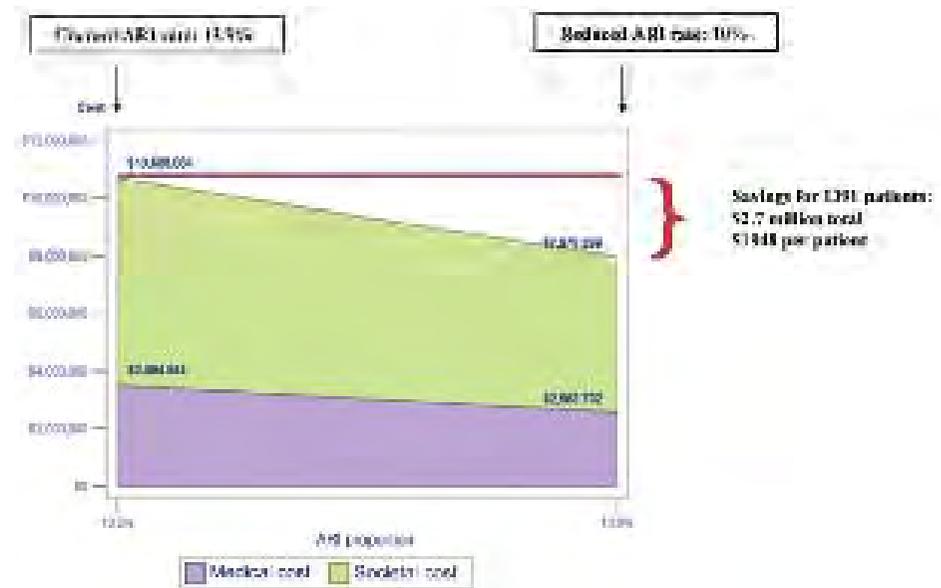
- BMR : induite par la quantité d'AB prescrite
- Émergence des Entérobactéries BLSE,
 - pression de sélection des C3G
 - augmentation des prescriptions de carbapénèmes attendue, dernier rempart en l'absence de nouvelles molécules
- SAMR : impact de la prescription des fluoroquinolones, nécessité du contrôle de leur prescription

Le coût de la résistance bactérienne

1391 adultes avec facteurs de risque, 188 avec IBR,
Coûts médicaux imputables de 18588 à 29069 \$ US/patient
Excès de DMS : de 6,4 à 12,7 jours
Mortalité attribuable : 6,5%
Coût pour la société pour la cohorte : 13,5 millions \$ 2008



Impact résistance sur mortalité



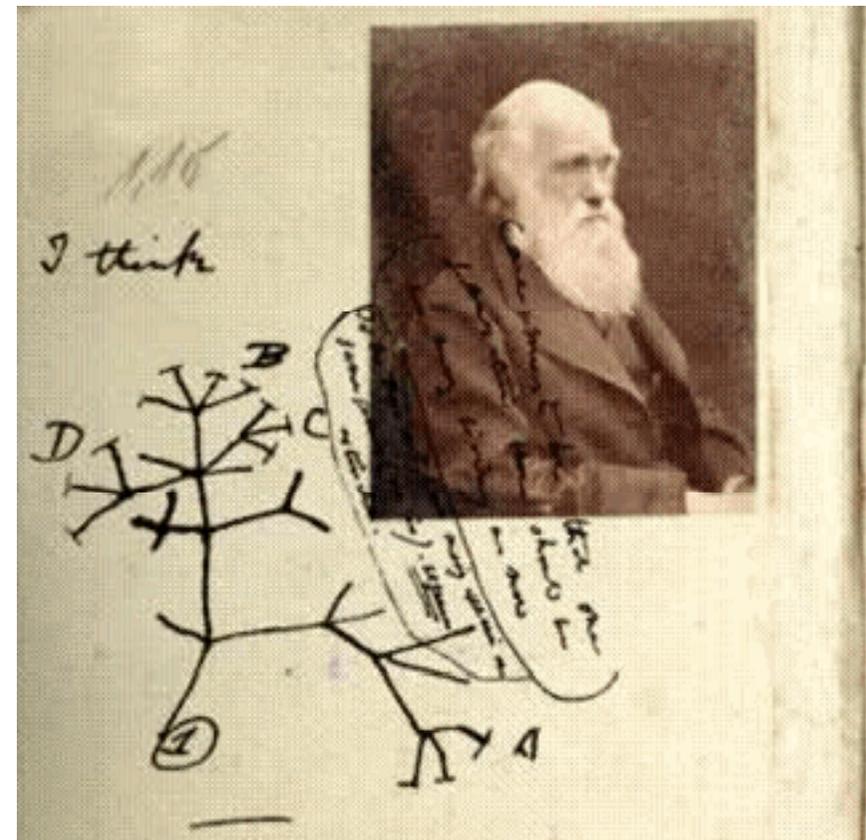
Impact de la réduction des résistances

Impacts des BMR

- **Image** de l'hôpital
- Augmentation des coûts
 - DMS
 - Antibiothérapie, coût des isolements
 - Risque de procès ou plaintes
- Humains
 - Inefficacité thérapeutique
 - DMS,
 - Lourdeur des soins, impact de l'isolement

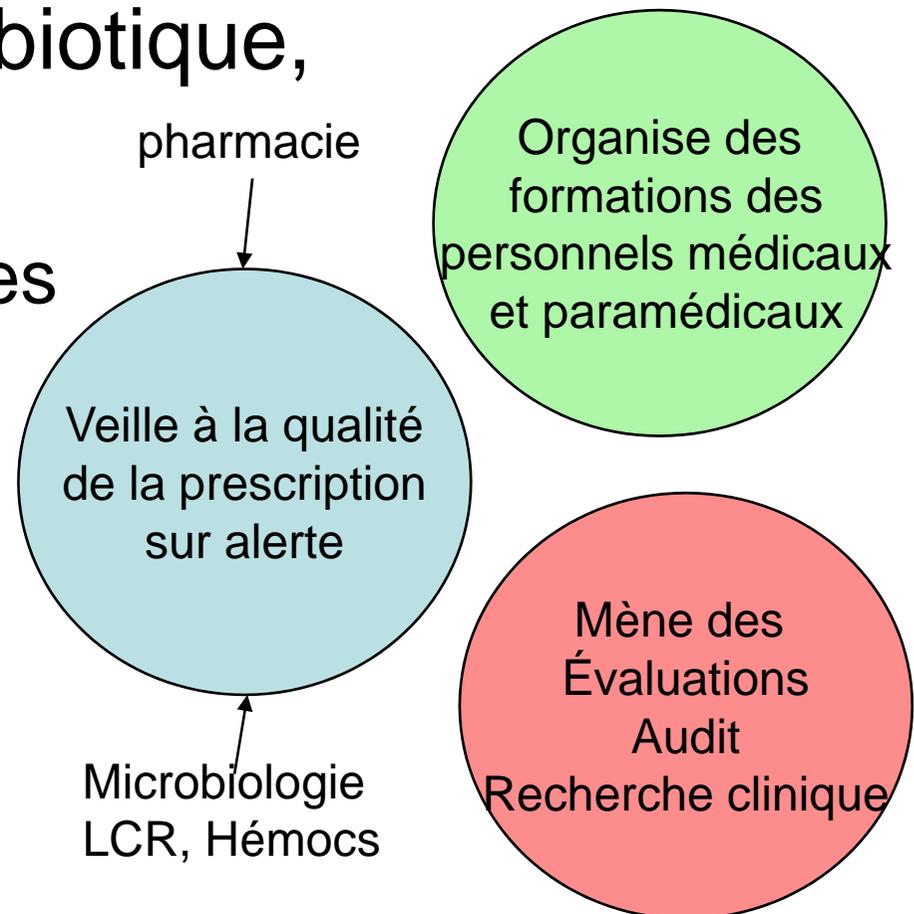
Défendre la qualité de la prescription

- Les bactéries étaient là avant nous
- Elles s'adapteront toujours
- Pas de nouveaux antibiotiques en vue
- C'est à nous de nous adapter



conséquences

- Nécessité de mettre en œuvre des actions efficaces : le plan antibiotique,
- il faut l'appliquer :
 - Conseils thérapeutiques
 - Évaluation
 - Aide
 - Retour d'information



Le conseil thérapeutique

Apport de l'infectiologue

- Modification de 50 % des antibiotiques à large spectre sur avis d'un infectiologue et d'un pharmacien clinique
- acceptation dans 84 % des cas par les médecins

Les bonnes pratiques peuvent réduire le risque de BMR

- **Action** : mise en place de recommandations et avis au lit du malade par un service d'infectiologie, multidisciplinaire
- **Résultats**
 - réduction de 38.1%, de 7,789 en 1997 to 4,822 en 1998 sans modification du taux de mortalité
 - Réduction de *S maltophilia* ($p < 0.05$), *E cloacae* ($p < 0.05$), *P aeruginosa* multirésistant ($p < 0.05$) et *Candida spp.* ($p < 0.05$), sans aucune modification des recommandations en hygiène.

Impact sur les résistances et les superinfections

- 22 études
- Réduction de l'incidence de *C difficile* $\frac{3}{4}$ études
- Réduction des résistances *S aureus*, *P aeruginosa*, *K pneumoniae* à des degrés divers (30 à 75%)
- restriction AB, implications du référent et pharmacien clinicien, revue des consommations et feedback, recommandations, formation et mesures de contrôles des infections



1 heure /j (Ducan Journal of Infection (2007) 54, 515-520)

Quels arguments pour accepter cette
« perte de temps »?



Apports des avis téléphoniques

- Accessibilité
- Avis confiance avec l'interlocuteur/responsabilité
- Entretien la relation avec confrères: réseau
- Gain de temps : admission ou non
- **IMAGE**
- **Mais attention à l'aspect médico-légal**

Aspects médico-légaux

Nécessité d'avis spécialisés

- Infections nosocomiales (infections osseuses ou autres)
- Infections sévères
- Bactéries multirésistantes

- Dont l'absence dans un dossier peut être « incomprise » par le juge

Conclusion 1

- L'évaluation purement économique sur la rentabilité directe des référents n'est pas faisable avec la T2A ou ne sera que trop parcellaire
- D'autres arguments sont tout aussi importants
 - Qualité/écologie/développement durable
 - Suivi des recommandations et programmes nationaux
 - certification

Conclusions 2

- La mise en place des référents en antibiotique est partielle
- Les actions faciles à faire ont été réalisées à moindre coût: recommandations et diffusion
- La mise en œuvre des actions de conseils, de mise en place de moyens efficaces de contrôle, de tutorat etc n'est pas faite
- Elles nécessitent de vrais moyens humains pour une action sur le terrain

Conclusion 3

- Les enjeux à défendre sont multiples
 - À l'échelle de l'établissement :
 - Economiques directs réduction des consommations et meilleures utilisation des antibiotiques
 - Économiques indirects: coût des infections à BMR et superinfections,
 - DMS
 - Qualitatif : qualité des soins, qualité de vie des patients
 - Image de l'établissement
 - A l'échelle de la communauté
 - Le coût social des mauvaises pratiques
 - Impact qualité de vie

Comment faire?

SURFING THE WEB INVITED ARTICLE

Victor L. Yu, Section Editor

Navigating the Web in Search of Resources on Antimicrobial Stewardship in Health Care Institutions

Leonardo Pagani,¹ Inge C. Gyssens,^{2,3} Benedikt Huttner,⁴ Dilip Nathwani,⁵ and Stephan Harbarth⁴

CID 2009:48 (1 March) • SURFING THE WEB

Les 4 axes de la bonne pratique déclinés pour toute action de Stewardship CDC



<http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/default.htm>