



# Fonction et mission d'un référent anti-infectieux en CHG

Hélène Schuhmacher  
DESC maladies infectieuses  
17 octobre 2007



# La théorie



# Un médecin clinicien

Assurant une activité transversale

- De conseils en infectiologie
- Et de gestion de l'utilisation des anti-infectieux

Au sein d'un établissement de soin

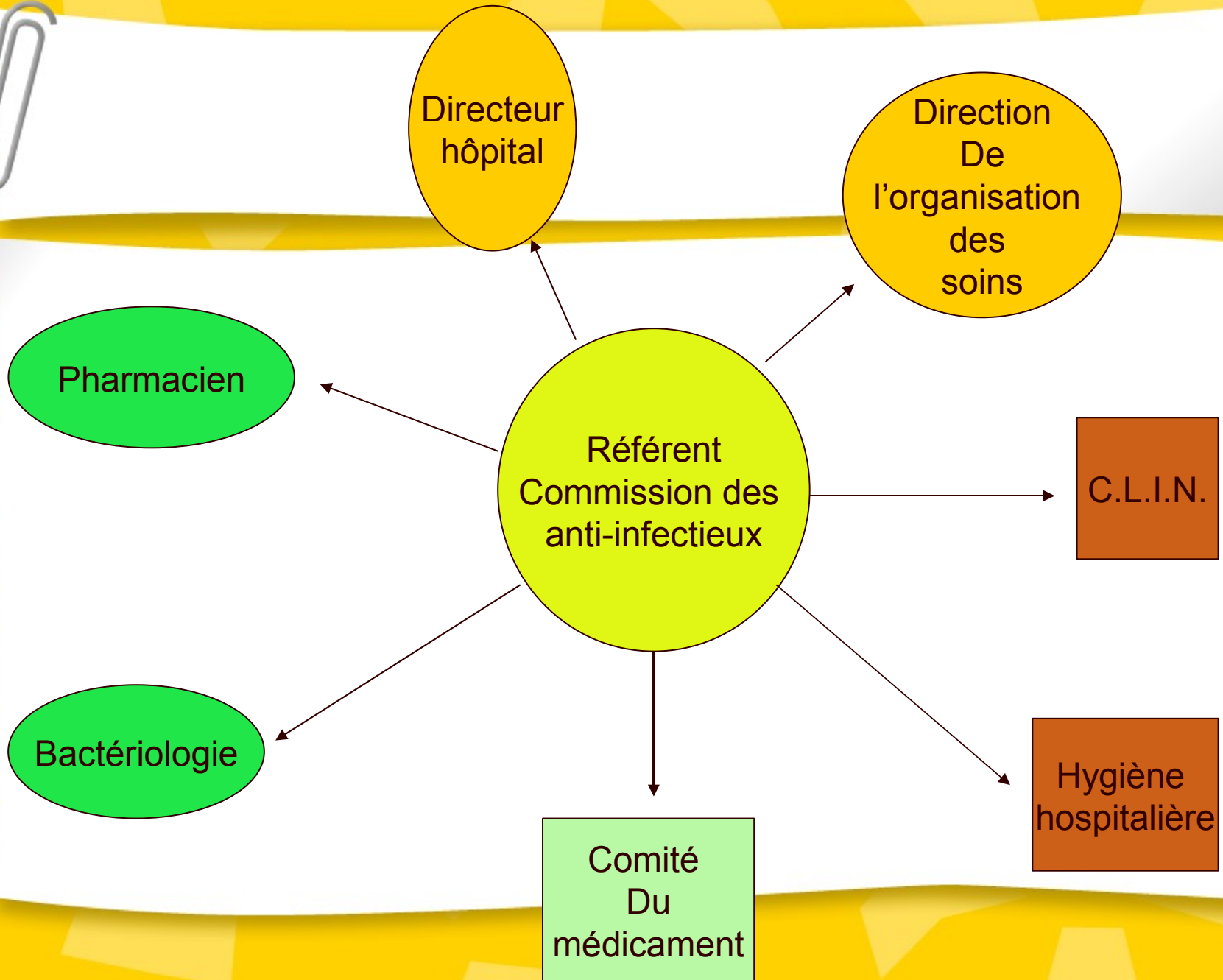
Dont la compétence est reconnue

Et la personnalité acceptée par les autres prescripteurs.



# LE MEDECIN REFERENT

- ➔ Désigné par le directeur de l'établissement
- ➔ Sur proposition de la CME





# Médecin référent : un infectiologue

- ➔ Médecin clinicien
- ➔ Exerçant une activité exclusive
- ➔ De soins, d'enseignement et de recherche
- ➔ Dans le champ de l'épidémiologie, de la physiopathologie, de la prise en charge diagnostique, préventive et curative des maladies infectieuses et tropicales
- ➔ Rattaché à un service clinique
- ➔ Sachant travailler en multidisciplinarité



# Quelle formation ?

- ➔ DESC de maladies infectieuses et tropicales :  
2 ans
- ➔ Concours spécifique de PH ou HU
- ➔ En l'absence d'infectiologue :
  - Clinicien titulaire du DESC
  - Transitoirement :
    - Médecin titulaire d'un D.U.
    - Expérience clinique
    - Expertise sur le bon usage et l'évaluation des anti-infectieux
    - Travaux scientifiques



# Bon usage des antibiotiques

- ➔ Nouveaux ATB
- ➔ Accord cadre national sur le bon usage des ATB
- ➔ Accréditation V2 : programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient et aux acteurs à risque, est en place
- ➔ EPP (facultatif mais recommandé)



# Prise en charge des infections nosocomiales

- ➔ C.L.I.N.
- ➔ Bilan standardisé du Clin : score ICALIN, ICATB, ICSHA, SURVISO, SAMR
- ➔ Déclaration des infections nosocomiales
- ➔ Circulaire *Clostridium difficile*
- ➔ Circulaire ERV



# Infection par le VIH et IST

➔ Prise en charge des AES

➔ Hôpital de jour

- Conditions de facturation des prises en charge < 24 h. : bilan diagnostique ou thérapeutique comportant plusieurs examens (sauf biologiques seuls) réalisés le même jour par des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) différents, sur des plateaux techniques hospitaliers différents et avec une synthèse réalisée par un médecin.

➔ COREVIH (ex-cisih)

➔ Centre De dépistage Anonyme et Gratuit (VIH, hépatites)



# Missions d'Intérêt Général et des ACTivités de soins (MIGAC)

Missions de recentralisation

Financement :

Etat => DDASS => Centre  
hospitalier ou collectivité d'état

Evaluation :

Rapport annuel d'activité



# M.I.G.A.C.

- ➔ **Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST)** : assurer la prise en charge du dépistage et du traitement des IST.
- ➔ **Centre de Vaccination** : assurer les vaccinations obligatoires ou recommandées auprès des personnes en situation de précarité.
- ➔ **Centre de lutte contre la tuberculose** : prise charge du dépistage et du traitement des sujets contacts.



# Bon usage des antifongiques

- ➔ Nouveaux antifongiques
- ➔ Médicaments coûteux en sus de la T2A
- ➔ OMEDIT (Observatoire des MEdicaments, des Dispositifs médicaux implantables et de l'Innovation Thérapeutique)
  - Contrat de bon usage
  - Bon usage et suivi d'utilisation conformément au référentiel
  - Taux de remboursement selon le respect ou non de l'indication (70 à 100 %)



# Vaccination et conseils aux voyageurs

- ➔ Nouveaux vaccins
- ➔ Recommandations sanitaires aux voyageurs
- ➔ Centres agréés de vaccination antiamarile



# Maladies émergentes et D.O.

- ➔ Référent grippe aviaire (prise en charge et formation)
- ➔ Déclaration obligatoire : 30 maladies
- ➔ Prophylaxie des infections invasives à méningocoque.



# Comment maintenir la compétence ?

- ➔ Recommandations des bonnes pratiques :  
Afssaps, conférence de consensus
- ➔ Réunions scientifiques :
  - JNI, RICAI : sessions ciblées
  - Réunions régionales
- ➔ Réseaux d'infectiologie :
  - par ex. : Antibiolor
- ➔ Travaux collaboratifs



# Evaluation de la pratique professionnelle

L' EPP consiste en «l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques»

(décret du 14 avril 2005)



# E.P.P.

➔ But : amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé.

Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles de déontologie



# E.P.P. :

s'évaluer, première étape d'une démarche de qualité

- ➔ **Ecrire ce qui doit être fait**
  - Protocoles, procédure, recommandations
- ➔ **Evaluer :**
  - Ce qui devait être fait l'a-t-il été ?
- ➔ **Analyser les résultats :**
  - S'il y a eu des écarts, pourquoi ?
  - Comment y remédier
- ➔ **Mettre en œuvre les actions correctrices**
- ➔ **Réévaluer pour s'assurer de l'efficacité des actions menées.**



# F.M.C.(décret du 2 juin 2006)

➔ Obligatoire

➔ 250 crédits/ 5 ans dont 100 crédits obligatoires obtenus par la réalisation de son E.P.P.



# La Vraie Vie

Deux CHG différents

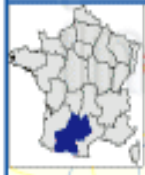
Deux référents différents



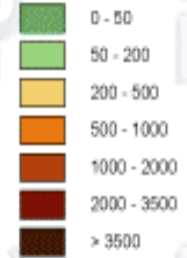
# Que fait un référent solitaire ? L'expérience cadurcienne

**Celle du Dr Stéphane Sire**  
**Au CHG de Cahors**

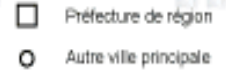
# Midi-Pyrénées



## Altitudes (en mètres)



## Villes



## Axes de communication



0 50 Km

C  
est

Où  
Cahors?



# Notions touristiques

- ➔ **Préfecture du Lot**
- ➔ **25 000 cadurciens**
- ➔ **Bassin de population de 160 000 lotois**
- ➔ **Dans la belle vallée sinueuse du Lot**
- ➔ **Les Causses du Quercy alentours**
- ➔ **Quelques hôpitaux "annexes"**



# On y fait quoi ?

- ➔ **Hôpital pivot du département (320 lits)**
- ➔ **210 lits MCO (médecine 125 lits)**
- ➔ **SAU et réanimation polyvalente**
- ➔ **Plateau technique (scanner, IRM, ...)**
- ➔ **Biologie performante +++**
- ➔ **Toutes les spécialités médico-chirurgicales !!!**
- ➔ **Pôle mère enfant avec néonatalogie niveau 2**
- ➔ **90 lits de long séjour**
- ➔ **60 praticiens hospitaliers temps plein**



# Pourquoi Cahors ?

- **Y avait il le choix en 1998 ?**
- ➔ **Poste de praticien hospitalier créé à la demande des microbiologistes, des chirurgiens orthopédistes, des rhumatologues et des pharmaciens principalement**
- ➔ **Le poste de PH en infectiologie est rattaché au service de médecine interne**



# Mode de fonctionnement (1)

- ➔ **Gestion des problèmes infectieux dans le service de médecine interne**
- ➔ **Participation aux astreintes du service**
- ➔ **File active VIH de 80 patients (30% co-infectés)**
- ➔ **File active VHC de 50 patients**
- ➔ **600 consultations externes (+ 15% / an)**



## Mode de fonctionnement (2)

- ➔ **Activité transversale principalement dans les autres services du CH**
- ➔ **Infectiologue joignable par bip (portable)**
- ➔ **Réunions pluridisciplinaires**
- ➔ **Consultations de suivi faites en collaboration avec le spécialiste d'organe**
- ➔ **Accès limité dans certains services**



# Statistiques infectiologiques

- ➔ **500 cas de pathologies infectieuses  
(11 000 admissions MCO)**
- ➔ **2500 journées d'hospitalisation  
(50 000 journées MCO)**
- ➔ **Pathologies les plus représentées**
  - digestives et hépato-biliaires
  - cutanées
  - pulmonaires
  - urinaires



# Activités annexes !!

- ➔ **Ouverture d'un CVI (fin 2001)**
- ➔ **Commission des agents anti-infectieux (individualisée depuis 2000)**
- ➔ **CLIN**
- ➔ **Cellule des vigilances sanitaires et de gestion des risques (CH + CCREVI)**
- ➔ **CDAG**
- ➔ **Et le reste (accréditation, pôle,.....)**

# Ordonnances nominatives

CENTRE HOSPITALIER DE CAHORS

ETIQUETTE DU  
MALADE

## ORDONNANCE NOMINATIVE D'ANTIBIOPROPHYLAXIE POUR 2005

Cochez la case du schéma d'antibioprophylaxie ou indiquez le nombre de jours d'antibiotique que vous souhaitez administrer à ce patient.

### CHIRURGIE DIGESTIVE ET PARIETALE

#### PROTOCOLE STANDARD

\* Chirurgie propre sans facteur de risque, ni pose de prothèse : Pas de prophylaxie

\* Chirurgie propre avec facteurs de risques ou pose de prothèse :

CEFAZOLINE (CEFAZOL) 0,99 Euro/l)

2 g IV dilué dans 100ml de glucose 5% en perfusion de 10 minutes, à l'induction anesthésique puis 1 g IV per-opératoire, si intervention supérieure à 2h

\* Chirurgie propre contaminée (CLASSE II, hépato-biliaire, digestive, pancréas, colique ou grêle) :

CEFOTIXIME (MEFOXIN) (3,50 Euro/3l)

2 g IV dilué dans 100ml de glucose 5% en perfusion de 10 minutes, à l'induction anesthésique puis 1 g IV per-opératoire, si intervention supérieure à 2h

\* Appendicectomie, proctologie, traumatisme abdominal :

AUGMENTIN 2 g la) (2,44 Euro/5)

1 B de 2 g dilué dans 100ml de NaCl 0,9% en perfusion de 10 minutes, à l'induction anesthésique

#### ALLERGIE A LA CEFAZOLINE, AU MEFOXIN ET L'AUGMENTIN

CLINDAMYCINE (DALACINE) 600 mg inj (6,6 Euro/3l)

600 mg dilué dans 100ml de glucose 5% en perfusion de 30 minutes, 1 heure avant le geste.

Suivre de

GENTAMICINE 1 mg/kg dilué dans 100ml de glucose 5% en perfusion de 30 minutes,

30 minutes avant le geste (à la suite de la 1<sup>re</sup> dose de Clindamycine, seulement), à ne pas renouveler.

Si intervention supérieure à 4h, CLINDAMYCINE (DALACINE) 600 mg per-opératoire.

#### PREVENTION DE LA MALADIE DE OSLER

en complément du protocole standard.

GENTAMICINE (0,15 Euro/amp) 3 mg/kg préopératoire, à ne pas renouveler

**SI CHIRURGIE UROLOGIQUE, TSVP, MERCI**

NOM DU PRESCRIPTEUR : ..... DATE DE LA PRESCRIPTION : .....

SIGNATURE

Cadre réservé à la pharmacie

Quantité délivrée

AUGMENTIN 2 g (3884) ;  
CEFAZOLINE 1 g (4880) ;  
DALACINE 600 mg (5554) ;

GENTA 80 ml (2473) ;  
MEFOXIN 1 g (3885) ;

CENTRE HOSPITALIER DU CAHORS

ETIQUETTE DU  
MALADE

## ORDONNANCE NOMINATIVE D'ANTIBIOPROPHYLAXIE POUR 2005

Cochez la case du schéma d'antibioprophylaxie ou indiquez le nombre de jours d'antibiotique que vous souhaitez administrer à ce patient. Ces antibiotiques sont délivrés pour la durée totale de traitement.

### CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE PROGRAMMEE

#### PROTOCOLE STANDARD

Mise en place de matériel (prothèse, ostéosynthèse, ligamentoplastie, ostéotomie, greffe osseuse)  
Lors de la mise en place d'un garrot, l'antibiotique doit être débuté lorsque le malade descend au bloc.  
Dans les autres cas il est administré à l'induction anesthésique.

CEFAZOLINE (CEFAZOL) 1 g inj (0,99 Euro/3l)

2 g IV dilué dans 100ml de glucose 5% en perfusion de 10 minutes, 1 heure avant le geste,  
puis 1 g IV en perfusion, 2 heures plus tard (ou au flécher du garrot),  
puis 1 g toutes les 6 heures pendant 24 heures.

#### EN CAS DE COLONISATION PROUVEE PAR UN SARM

ou lors d'une reprise chirurgicale précoce d'origine non infectieuse, ou d'une antibiothérapie antérieure :  
prévenir l'INFECTIOLOGUE

#### PREVENTION DE LA MALADIE DE OSLER

pas de modification de protocole

#### ALLERGIE A LA CEFAZOLINE

CLINDAMYCINE (DALACINE) 600 mg inj (6,6 Euro/3l)

600 mg dilué dans 100ml de glucose 5% en perfusion de 30 minutes, 1 heure avant le geste et 600 mg  
per opératoire si intervention > 4 heures.

Suivre de

GENTAMICINE 1 mg/kg dilué dans 100ml de 0,9% en perfusion de 30 minutes,

30 minutes avant le geste (à la suite de la 1<sup>re</sup> dose de Clindamycine, seulement), à ne pas renouveler.

Poursuivre la CLINDAMYCINE (DALACINE) 600 mg toutes les 6 heures pendant 24 heures.

#### CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE, TSVP.

NOM DU PRESCRIPTEUR : ..... DATE DE LA PRESCRIPTION : .....

SIGNATURE

Cadre réservé à la pharmacie

Quantité délivrée :

DALACINE 600 mg (3154) ;  
GENTAMICINE 80 mg (2473) ;

CEFAZOLINE 1 g (4880) ;  
GENTAMICINE 40 mg (2471) ;



# Quelques chiffres

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Nb entrées totales</b>	<b>10 933</b>	<b>11 744</b>	<b>11 468</b>	<b>11 505</b>	<b>11 764</b>	<b>11 563</b>	<b>11 842</b>
<b>Nb entrées MCO</b>	<b>10 852</b>	<b>11 457</b>	<b>11 163</b>	<b>11 239</b>	<b>11 526</b>	<b>11 374</b>	<b>11 636</b>
<b>Nb journées hospitalisation</b>	<b>98 133</b>	<b>98 031</b>	<b>96 654</b>	<b>97 119</b>	<b>87 957</b>	<b>89 884</b>	<b>87 222</b>
<b>Nb journées MCO</b>	<b>47 865</b>	<b>49 908</b>	<b>48 968</b>	<b>48 668</b>	<b>50 053</b>	<b>55 218</b>	<b>52 024</b>
<b>Taux d'occupation</b>	<b>78,9%</b>	<b>78,4%</b>	<b>77%</b>	<b>78%</b>	<b>78,5%</b>	<b>80%</b>	<b>80,2%</b>
<b>DMS MCO (j)</b>	<b>4,5</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5</b>	<b>4,43</b>	<b>4,03</b>

# Quelques chiffres

données en €	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Budget interne pharmacie	1 243 500	1 390 000	1 485 500	1 445 000	1 556 000	1 930 430	2 258 700
Budget anti infectieux total	256 821	244 397	220 378	228 585	251 726	288 809	301 615
Budget antibiotiques	230 514 (18,53%)	214 160 (15,4%)	182 200 (12,27%)	182 320 (12,61%)	199 325 (12,81%)	217 188 (11,25%)	223 375 (9,88%)
Budget antiviraux	6 720	8 978	3 406	13 930	10 327	20 626	10 854
Budget antifongiques	19 587	21 259	34 772	32 335	42 074	51 355	67 386
Pourcentage anti infectieux	20,65%	17,57%	14,84%	15,78%	16,17%	14,98%	13,35%
Budget antirétroviraux	187 680	195 957	300 886	337 442	437 177	506 559	624 670

# En DDJ, ça donne quoi ?

<b>DDJ pour 100 lits jours stable à 0,4</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Total</b>	<b>33 607</b>	<b>33 405</b>	<b>33 035</b>	<b>34 148</b>	<b>35 977</b>	<b>36 015</b>	<b>35 989</b>
<b>Co amoxi clav</b>	<b>6 961</b>	<b>6 917</b>	<b>9 000</b>	<b>10 532</b>	<b>10 377</b>	<b>11 093</b>	<b>10 746</b>
<b>C3G IV</b>	<b>2 487</b>	<b>2 197</b>	<b>1 907</b>	<b>1 373</b>	<b>1 433</b>	<b>1 555</b>	<b>1 576</b>
<b>Ceftazidime</b>	<b>502</b>	<b>456</b>	<b>275</b>	<b>441</b>	<b>435</b>	<b>494</b>	<b>476</b>
<b>Carbapénèmes</b>	<b>178</b>	<b>132</b>	<b>95</b>	<b>48</b>	<b>115</b>	<b>143</b>	<b>124</b>
<b>Quinolones</b>	<b>3 954</b>	<b>3 767</b>	<b>3 184</b>	<b>3 102</b>	<b>3 237</b>	<b>3 508</b>	<b>3 487</b>
<b>Glycopeptides</b>	<b>905</b>	<b>881</b>	<b>470</b>	<b>266</b>	<b>222</b>	<b>317</b>	<b>354</b>



# Modifications des pratiques (1)

## ➔ Pour les quinolones (stabilité)

- bon rapport PO / IV (5/1)
- non référencement de la norfloxacin

## ➔ Pour les aminosides

- introduction de la monodose
- raccourcissement des durées
- diminution amikacine au profit de la gentamicine

## ➔ Glycopeptides

- teicoplanine dans les infections osseuses
- vancomycine en perfusion continue



# Modifications des pratiques (2)

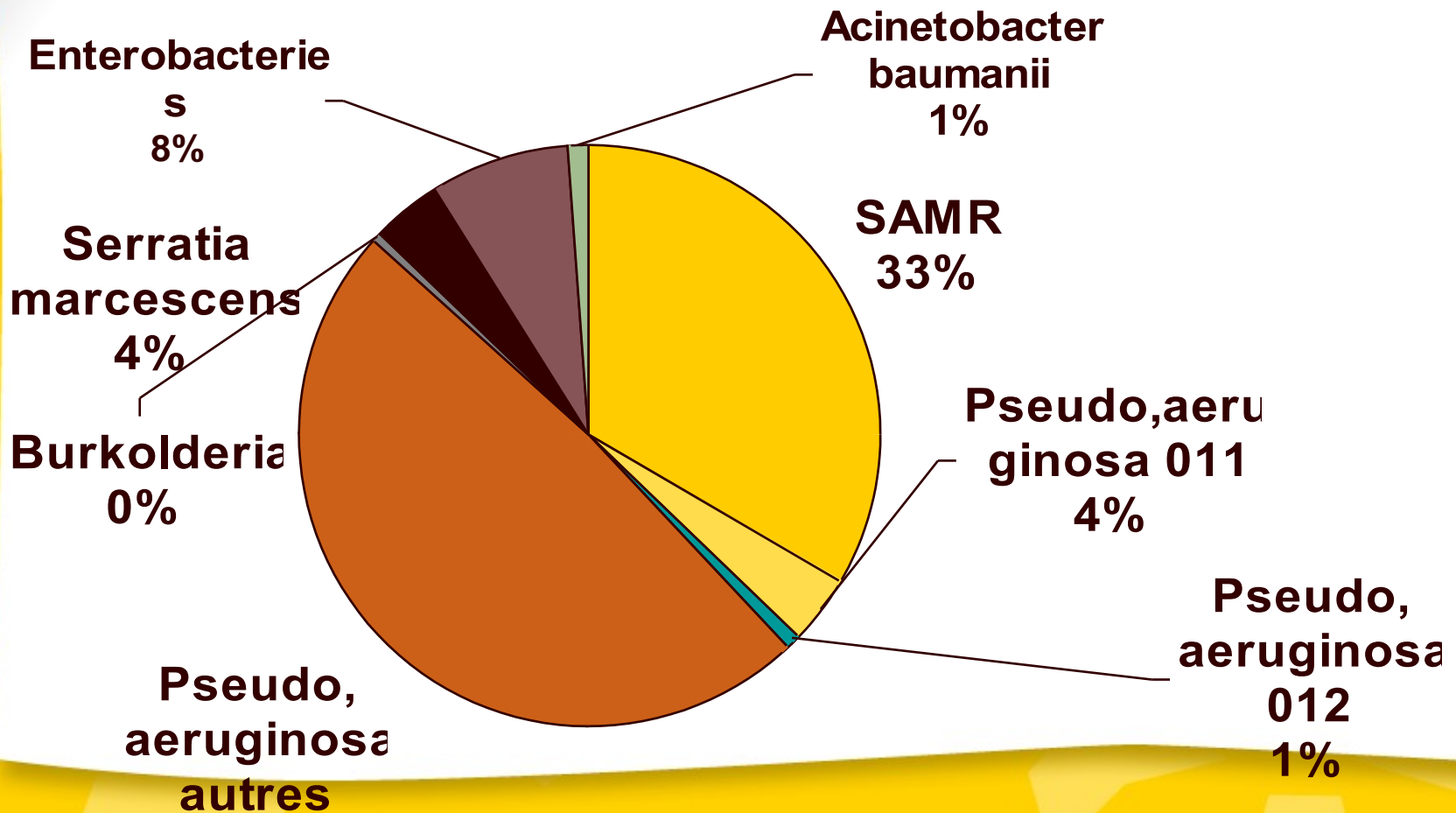
## ⇒ Bêta lactamines

- **augmentation de l'amoxicilline**
- **augmentation du coamoxiclav 2g (réa, pneumo)  
avec rapport IV / PO de 1/1**
- **switch oxacilline versus cloxacilline**
- **diminution de la ceftriaxone 2g**
- **non référencement des C3G orales**
- **ceftazidime en perfusion continue**
- **C1G et C2G en antibioprophylaxie**
- **C4G, piper-tazo et carbapénèmes anecdotiques ?**



Quid de l'écologie bactérienne !

# BMR





# Les avantages du référent

- ➔ **Convivialité**
- ➔ **Accès rapide aux avis spécialisés**
- ➔ **Surveillance des bonnes pratiques plus simple**
- ➔ **Accès illimité au laboratoire (pêche aux infos et correction du tir)**
- ➔ **Poste stratégique pour les pharmaciens**



# Les inconvénients

- ➔ **La permanence des soins**  
**pas complètement assurée**
- ➔ **L'usure de la fonction**  
**(physique et psychique)**
- ➔ **Accessibilité réduite à certains services**
- ➔ **La gestion des cas complexes**
- ➔ **La reconnaissance de la faculté**



# L'avenir

- ➔ **Création d'une UF d'infectiologie en 2007 (quasiment fait 7 lits prévu pour 2008)**
- ➔ **2ème poste de PH en infectiologie depuis 2006**
- ➔ **Consultations avancées d'infectiologie au CH de Gourdon**
- ➔ **Projet de création d'un poste de référent départemental en antibiothérapie (accessible aux MG et aux différentes structures de soins). Idem en hygiène.**



# Conclusions pour le CHG de Cahors

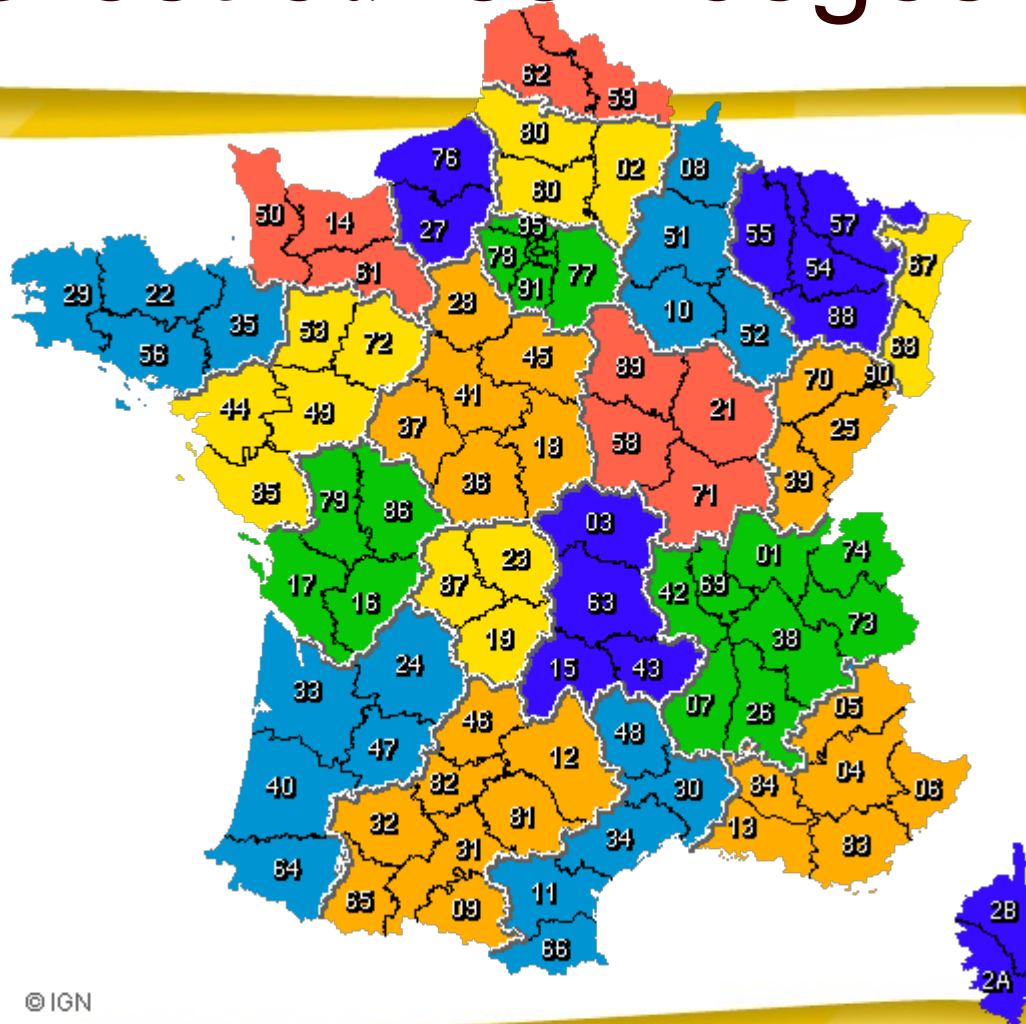
- ➔ **Par son activité transversale, l'infectiologue a un rôle fondamental**
- ➔ **Toujours faire preuve de souplesse**
- ➔ **Conjonction obligatoire d'une volonté médicale et administrative**
- ➔ **Enthousiasme à toute épreuve**
- ➔ **L'expérience cadurcienne n'est pas forcément transposable**



# **L'expérience spinalienne**

**Votre serviteure, ici présente.**

# C'est où les Vosges ?



# C'EST OU EPINAL ?





Là, ça va peut être vous  
rappeler quelque chose ?

➔ Après l'affaire Grégory en 1984

non ? Alors peut être...

➔ la radiothérapie...en 2007

ça y est , je sens que ça vous dit quelque  
chose...



# Un peu de culture générale

- ➔ Préfecture des Vosges
- ➔ 38 207 Spinaliens
- ➔ Bassin de population de 386 258 vosgiens
- ➔ Point culminant : Le Hohneck (1366 m)
- ➔ Ses eaux célèbres (Plombière, Vittel, Contrexéville)
- ➔ Ses stations de Ski alpins et de fond (plutôt)



# Qu'y fait-on ?

- ➔ Hôpital pivot de la Lorraine Sud
- ➔ 310 lits MCO (dont 72 lits de médecine interne, 30 lits de pneumo, 20 lits de cardio, 7 lits de neuro)
- ➔ SAU et réanimation polyvalente



# Qu'y fait-on ?

- ➔ Plateau technique (scanner, IRM...)
- ➔ Toutes les spécialités médico-chirurgicales (en collaboration avec le privé)
- ➔ Pôle mère enfant avec néonatalogie de niveau 2
- ➔ 60 praticiens temps plein



# Pourquoi Epinal en 2004 ?

- ➔ Parce qu'après 10 ans au CHU en maladies infectieuses, il faut bouger un peu
- ➔ Pourquoi en médecine interne : par peur d'oublier la médecine à force de faire uniquement de la consultation inter-service en chirurgie
- ➔ Changement complet de l'équipe du service sur 4 ans en raison du départ à la retraite des PH précédents



# Notre fonctionnement

- ➔ Service de 40 lits
- ➔ 3 PH, 1 assistant(e), 2 internes
- ➔ En moyenne 1900 entrées par an dont 70 % en provenance des urgences
- ➔ DMS : 7.5 jours



# Notre fonctionnement

- ➔ Consultations par an : 1020
- ➔ Nombres d'HDJ : 871
- ➔ File active VIH : 80 patients
- ➔ File active VHC : 24 dont 2 co-infections
- ➔ File active VHB : 4 dont 3 co-infections
- ➔ Astreinte de nuit et de week-end (avec le 2ème service de med. interne (72 lits au total)
- ➔ Gardes de tour ... quand vous êtes en grève....




# Notre fonctionnement

- ➔ Essai de consultations transversales dans le service de chirurgie mais pas toujours suivi d'effet ou de l'effet voulu
- ➔ Collaboration avec la clinique privée plus ou moins facile en fonction du chirurgien
- ➔ Accès pas toujours facile dans certains services.



# Quelques chiffres

	2003	2004	2005	2006
<b>Nb Total de séjours</b>	<b>36 141</b>	<b>38 202</b>	<b>39 610</b>	<b>40 029</b>
<b>Nb séjours hors CM24</b>	<b>10 732</b>	<b>11 000</b>	<b>11 079</b>	<b>11 066</b>
<b>Nb entrées médecine A</b>	<b>2057</b>	<b>2022</b>	<b>1792</b>	<b>1608</b>
<b>Nb journées hospitalisation</b>	<b>89079</b>	<b>87692</b>	<b>89902</b>	<b>88510</b>
<b>% entrées via urgences et UHTCD</b>	<b>?</b>	<b>78,9%</b>	<b>78,4%</b>	<b>77%</b>
<b>DMS hors séances (j)</b>	<b>4.7</b>	<b>4.4</b>	<b>4.3</b>	<b>4.1</b>



	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Nb séjours hors CM24</b>	2057	2022	1792	1608
<b>D.M.S.</b>	8 j	7.3 j	7.5 j	8 j
<b>Nb séjours MIT(%) (VIH)</b>	58 (2.8) (4)	60 (2.9) (7)	73 (4) (3)	76 (4.8) (7)
<b>Nb séjours &gt; 80 ans</b>	421 (1/5)	528	611	548 (1/3)
<b>Nb de GHM différents</b>	266	266	253	259



# Quelques statistiques des pathologies rencontrées

- ➔ 260 GHM différents
- ➔ 76 de pathologies infectieuses dont 20 bactériémies ???
- ➔ Pathologie les plus représentées
  - Neurologie
  - Digestif
  - Cardiologie
  - Pneumologie
  - Hématologie



# Activités propre au “réfèrent “

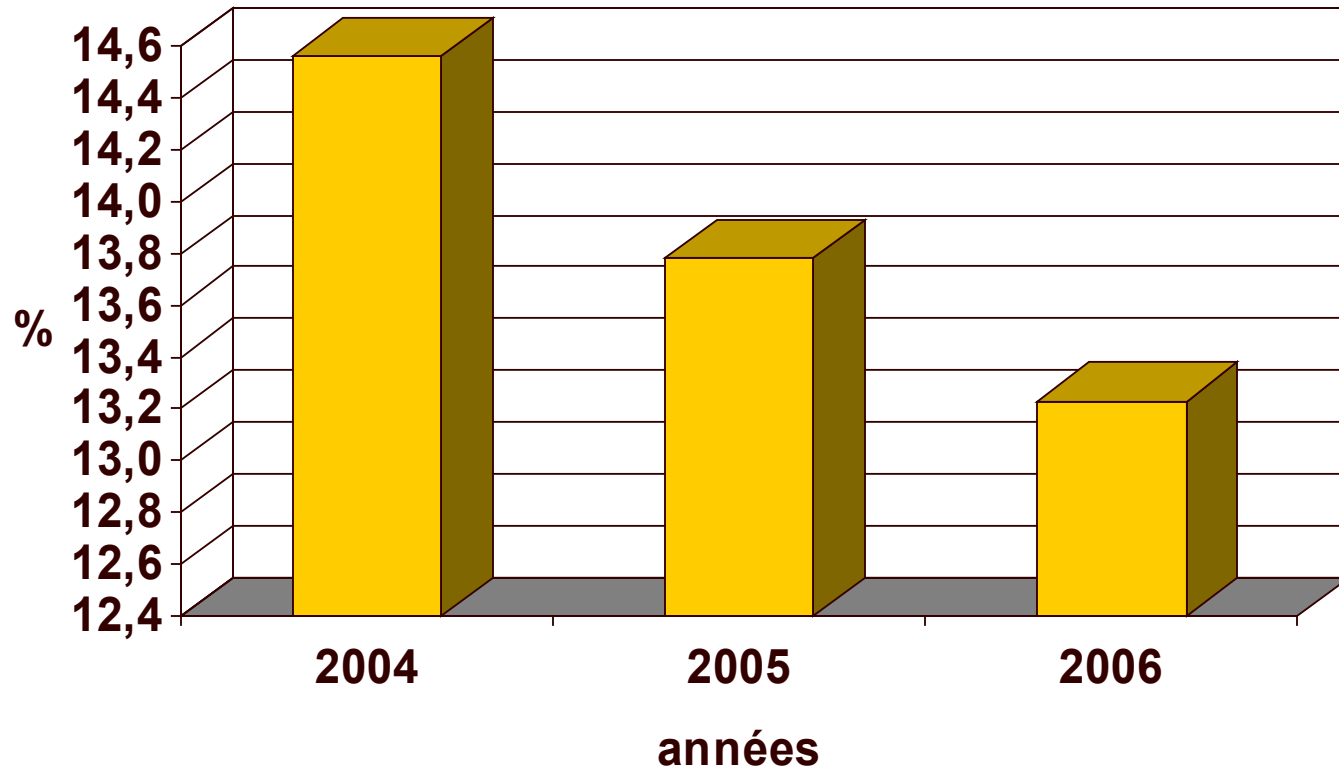
- ➔ CLIN
- ➔ CDAG
- ➔ Commission du médicament et des anti-infectieux
- ➔ Consultations antirabiques (50 à 100 / an environ)
- ➔ Consultations inter-service



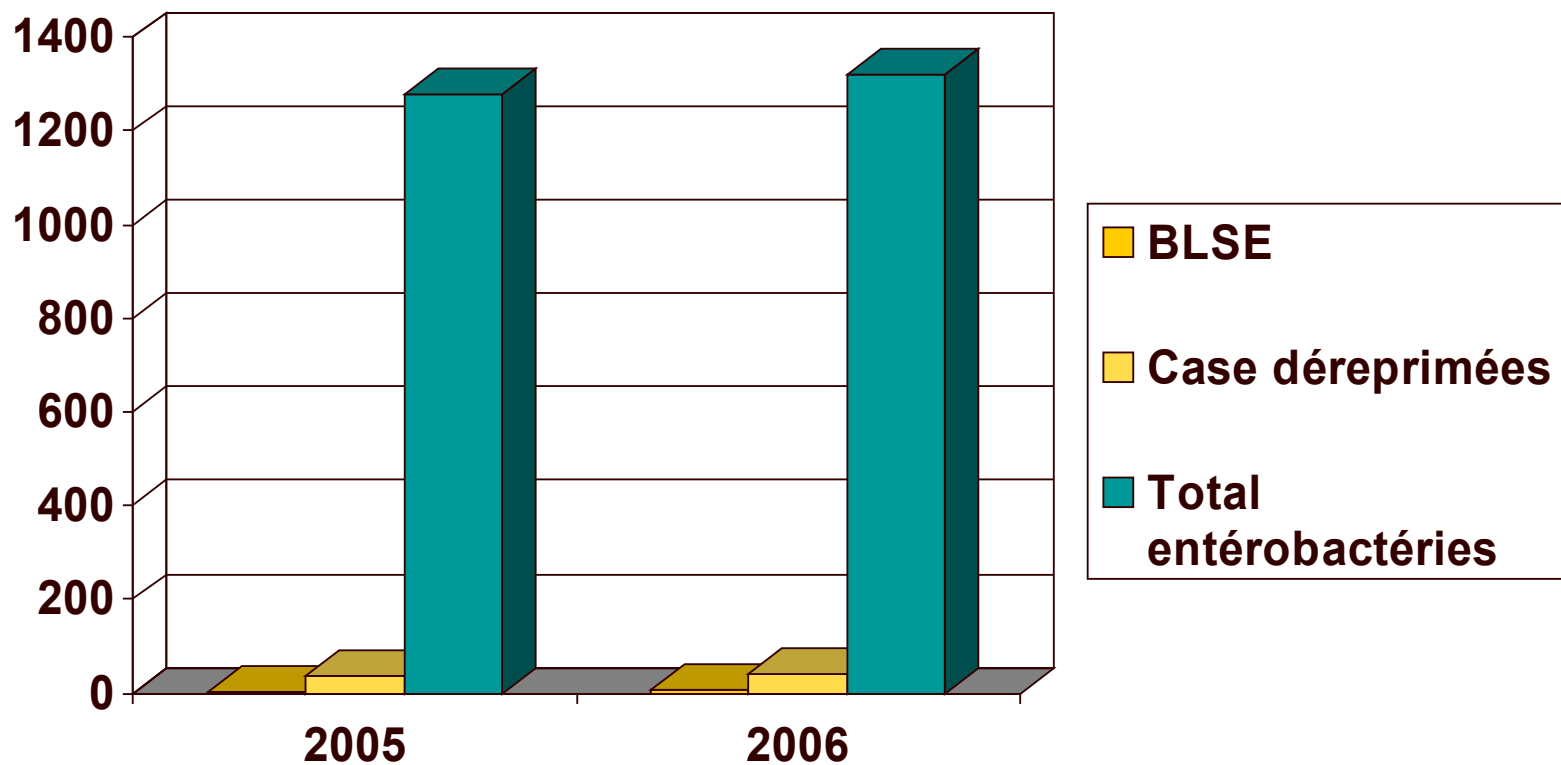
# CLIN

- ➔ Protocole d'antibioprophylaxie en chirurgie (antibioguide)
- ➔ Épidémie de C. difficile en réanimation
- ➔ De Pyocyanique en réanimation
- ➔ D'ERV au CHU
- ➔ Mise en place d'une équipe d'hygiène (auparavant une infirmière seule)

# L'écologie bactérienne à Epinal : % SAMR



# L'écologie bactérienne : les BMR





# La commission des anti-infectieux et ses aléas

- ➔ Par le biais de la commission du médicament, limitation de certaines molécules par non référencement
- ➔ Création de la commission des anti-infectieux milieu 2007, première réunion prévu en Novembre 2007.




# Quelques données chiffrées

Données en (€)	2003	2004	2005	2006
Budget interne pharmacie	4 149 116	4 366 208	4 531 099	4 660 117 dt 2 593 940 (T2A)
Budget anti infectieux global	278 277	241 235	296 500	301 332
Budget antibiotiques	238 129	226 376	249 519	238 306
Budget antiviraux	2862	1808	4444	2551
Budget antifongiques	26072	?	33336	52 998
Pourcentage anti-infectieux	6.7 %	(5.53 %)	6.5 %	6.5 %
Budget antirétroviraux	9675	13051	3489	2082

# Quelques données chiffrées

## Pénicillines



Données en (€)	2003	2004	2005	2006
Total péni	53 281	43 345	67 058	67 089
Péni GMA	38 467	34 830	32 117	26 903
Dont Amox+AC	25 969	24 906	25 459	15 637
Tazocilline	7 966	5 102	17 117	21 361
Tienam	6 848	3 413	17 792	18 825
Fortum IV	26 693	25 759	40 834	50 529
Ceftriaxone	9 421	8 337	6 700	6 735
cefotaxime	10 644	5 877	7 310	4 305

# Quelques données chiffrées

## : Quinolones

Données en (€)	2003	2004	2005	2006
Total quinolones	102 304 dont 93,3% IV	91 470 dont 95,5% IV	77 479 dont 92 % IV	57 008 dont 91,7% IV
Ciprofloxacin IV	25 600	22 223	34 191	35 547
Levofloxacin IV	20 242	34 446	17 704	7 721
Ofloxacin IV	49 635	27 949	19 344	9 008
Ciprofloxacin PO	758	402	399	800
Levofloxacin PO	1681	2815	1851	1667
Ofloxacin PO	3 862	3 255	2 792	2 073



# Quelques données chiffrées : Glycopeptides

Données en (€)	2003	2004	2005	2006
Total	18 055	31 551	31 862	28 976
Vancomycine	3 076	3 745	3 843	4 647
Teicoplanine	14 939	27 806	28 019	24 333



# L'avenir...

- ➔ Mise en place de formation à l'hygiène des personnel médicaux et paramédicaux (avec validation en FMC)
- ➔ Mise en place d'ordonnance nominative pour glycopeptides et ureidopénicillines, les antibioprophylaxie avant fin 2007 puis tous les ATB...avant fin 2009....
- ➔ Organisation d'audit de prescriptions



# Avenir

- ➔ Recruter un 4eme PH pour pouvoir développer une Consultation voyage avec CVI ...et surtout libérer du temps pour s'investir plus dans les 450 000 réunions organiser par l'administration
- ➔ Parce qu'on a un problème :
- ➔ c'est qu'il y a des patients dans tous les lits
- ➔ les familles plein les couloirs
- ➔ et que ça prend un maudit temps de s'en occuper



# Référent en fait pourquoi ?

- ➔ Pour que l'administration ait un nom à donner lors de la V2 ???
- ➔ Pour essayer de régulariser la consommation des ATB ? ... encore faut-il que les autres PH suivent
- ➔ Pour s'occuper du CLIN ?