



# **CRAtb, EMA et RA**

## **Moyens humains et missions**

**Eric Bonnet**

Groupe Bon Usage des Antibiotiques de la SPILF

Coordonnateur du CRAtb Occitanie



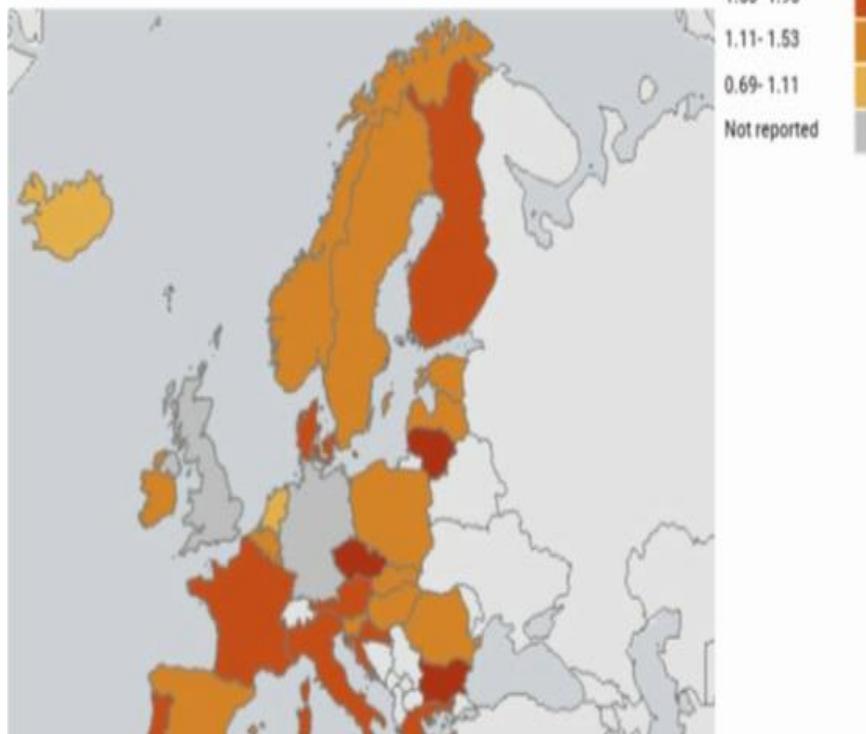
EUROPEAN CENTRE FOR  
DISEASE PREVENTION  
AND CONTROL



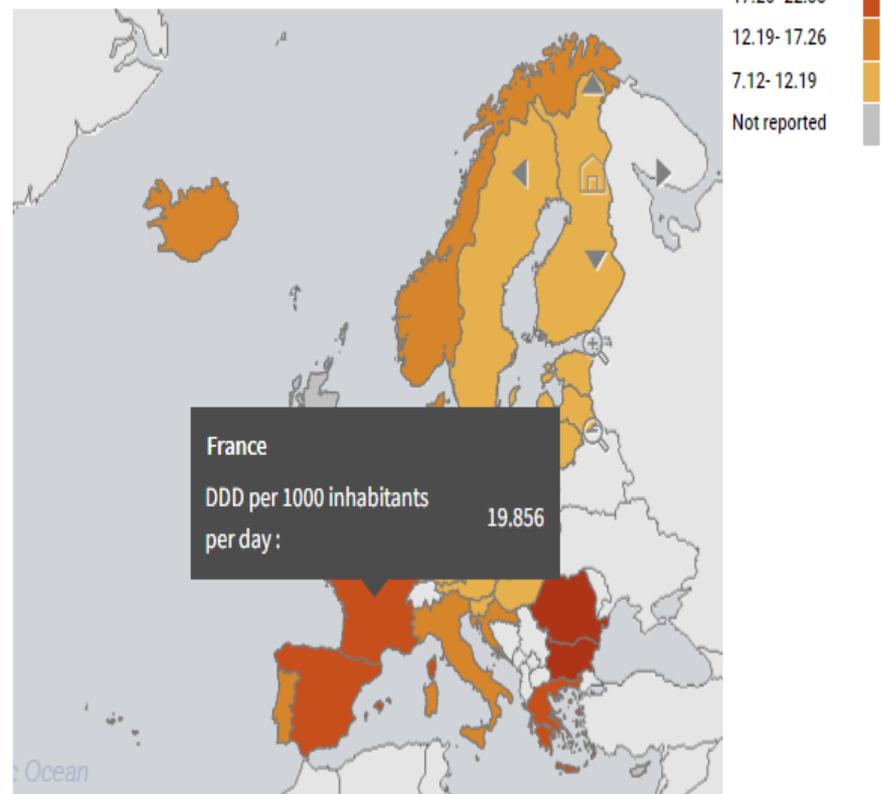
EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH

# CONTEXTE

Consumption of ATC group J01 in the **hospital sector**, EU/EEA countries, 2021 (expressed as DDD per 1000 inhabitants per day)

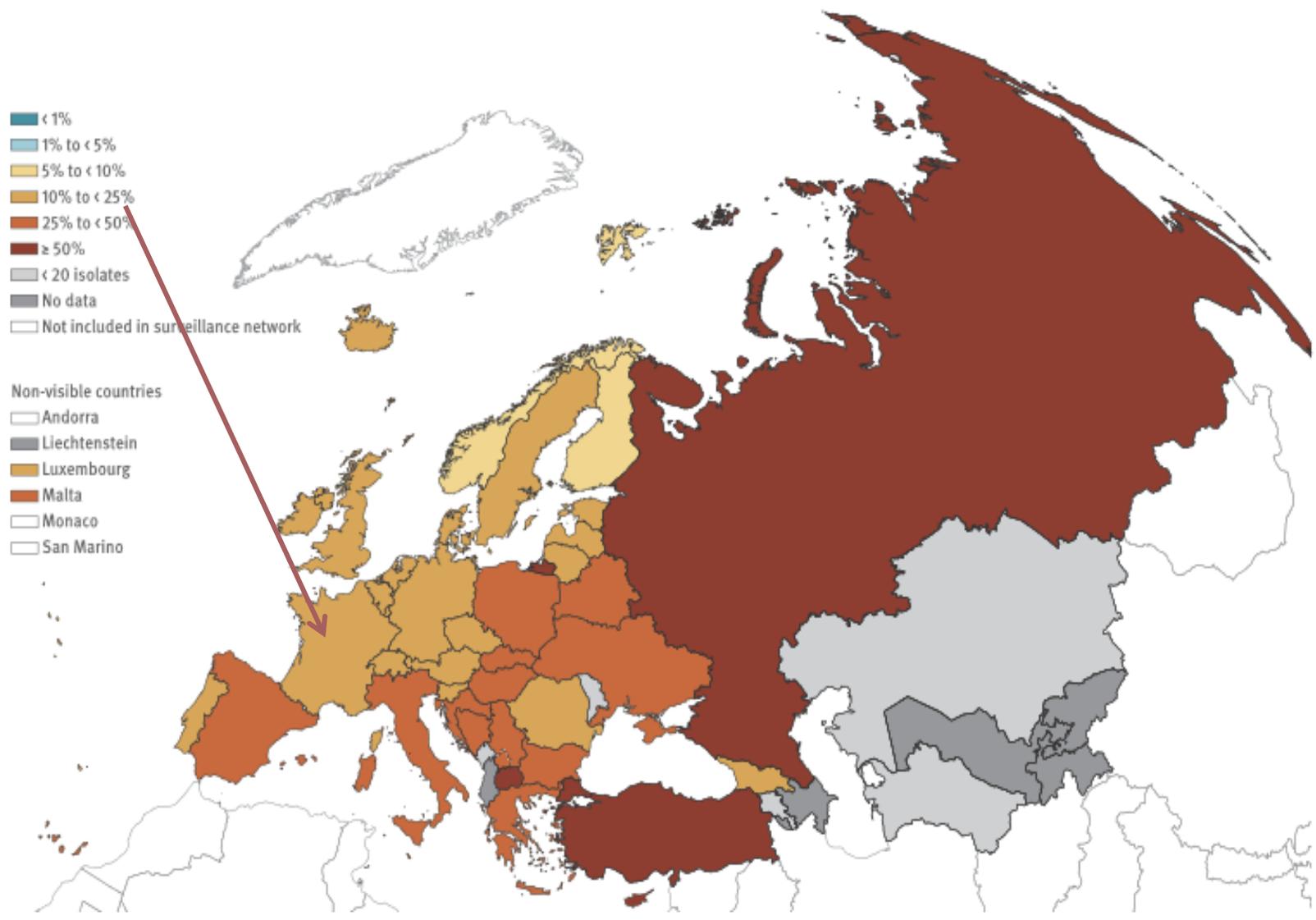


Consumption of ATC group J01 in the **community** (primary care) sector, EU/EEA countries, 2021 (expressed as DDD per 1000 inhabitants per day)



France = 5<sup>ème</sup> + gros consommateur d'ATB en Europe (derrière Roumanie, Bulgarie, Grèce et Chypre)

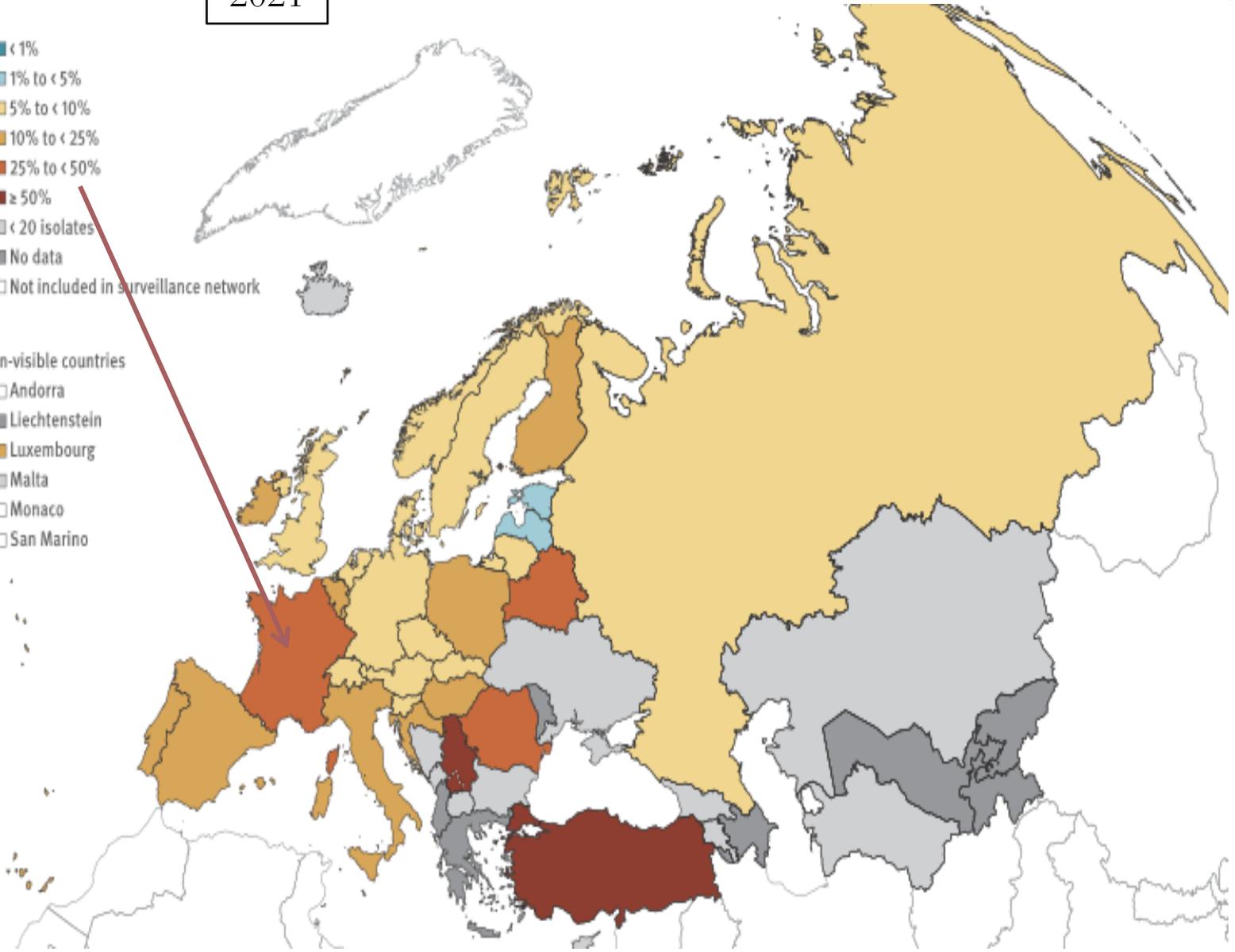
**Fig. 1** *Escherichia coli*. Percentage of invasive isolates resistant to fluoroquinolones (ciprofloxacin/levofloxacin/ofloxacin), by country, WHO European Region, 2021



2021

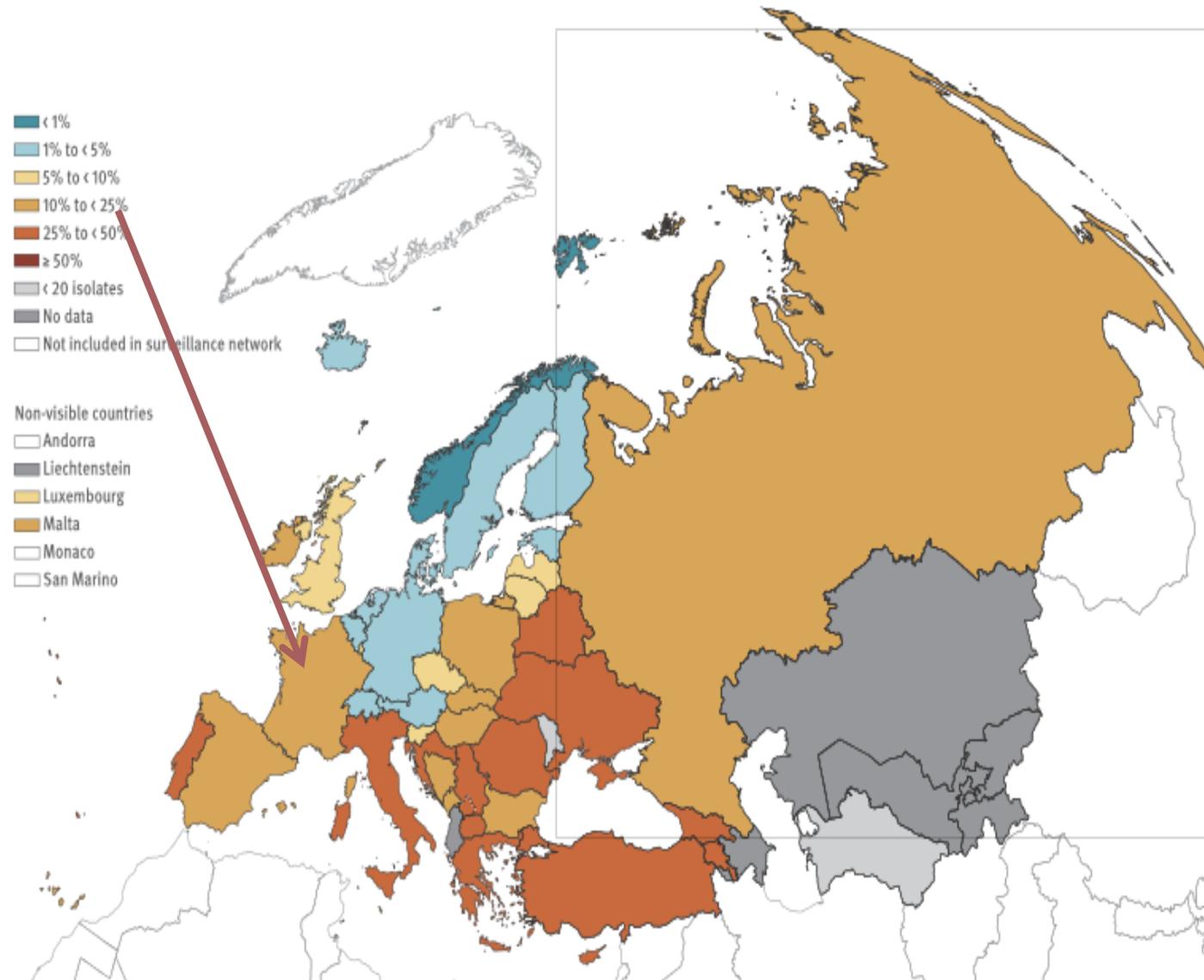
- < 1%
- 1% to < 5%
- 5% to < 10%
- 10% to < 25%
- 25% to < 50%
- ≥ 50%
- < 20 isolates
- No data
- Not included in surveillance network

- Non-visible countries
- Andorra
  - Liechtenstein
  - Luxembourg
  - Malta
  - Monaco
  - San Marino



Pneumocoque R ou SFP à la pénicilline (CMI > 0.06 mg/l)

**Fig. 8** *Staphylococcus aureus*. Percentage of invasive isolates resistant to meticillin (MRSA),<sup>a</sup> by country, WHO European Region, 2021



92% en médecine  
(15% = ordonnance)  
(12 à 13% =

Mais, effet COVID  
=> recours aux soins  
de ville très modifié  
en 2020.

Réaugmentation  
depuis 2021

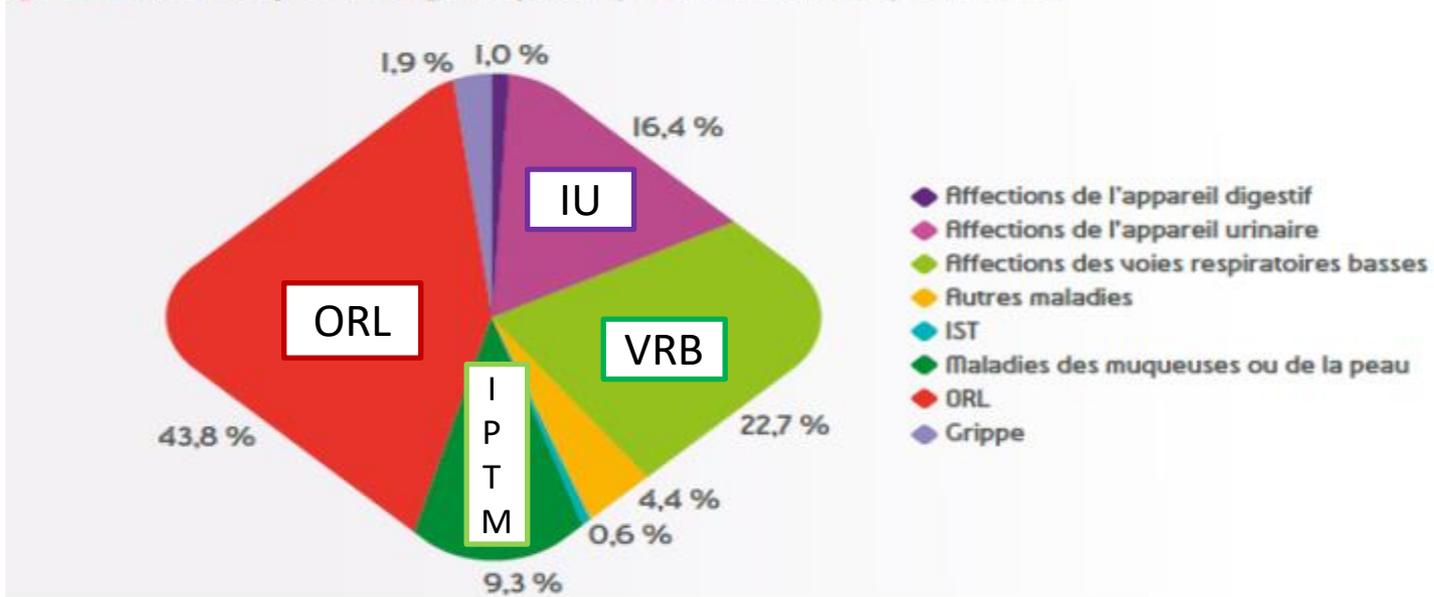
=> augmentation de  
la consommation  
d'antibiotiques à  
large spectre en ES  
en 2020.

**2010**  
25,0 doses<sup>1</sup>  
/ 1000 habitants / jour

**2020**  
doses<sup>1</sup>  
habitants / jour

Environ la moitié des antibiothérapies  
sont inutiles ou inappropriées, dans les  
trois secteurs de soins

Figure 5. Motifs en pourcentage de prescription des antibiotiques en ville



Source : ANSM



**STRATÉGIE NATIONALE  
2022-2025**  
DE PRÉVENTION  
DES INFECTIONS ET  
DE L'ANTIBIORÉSISTANCE



ILS SONT  
PRÉCIEUX,  
UTILISONS-LES  
MIEUX.

# Orientations stratégiques

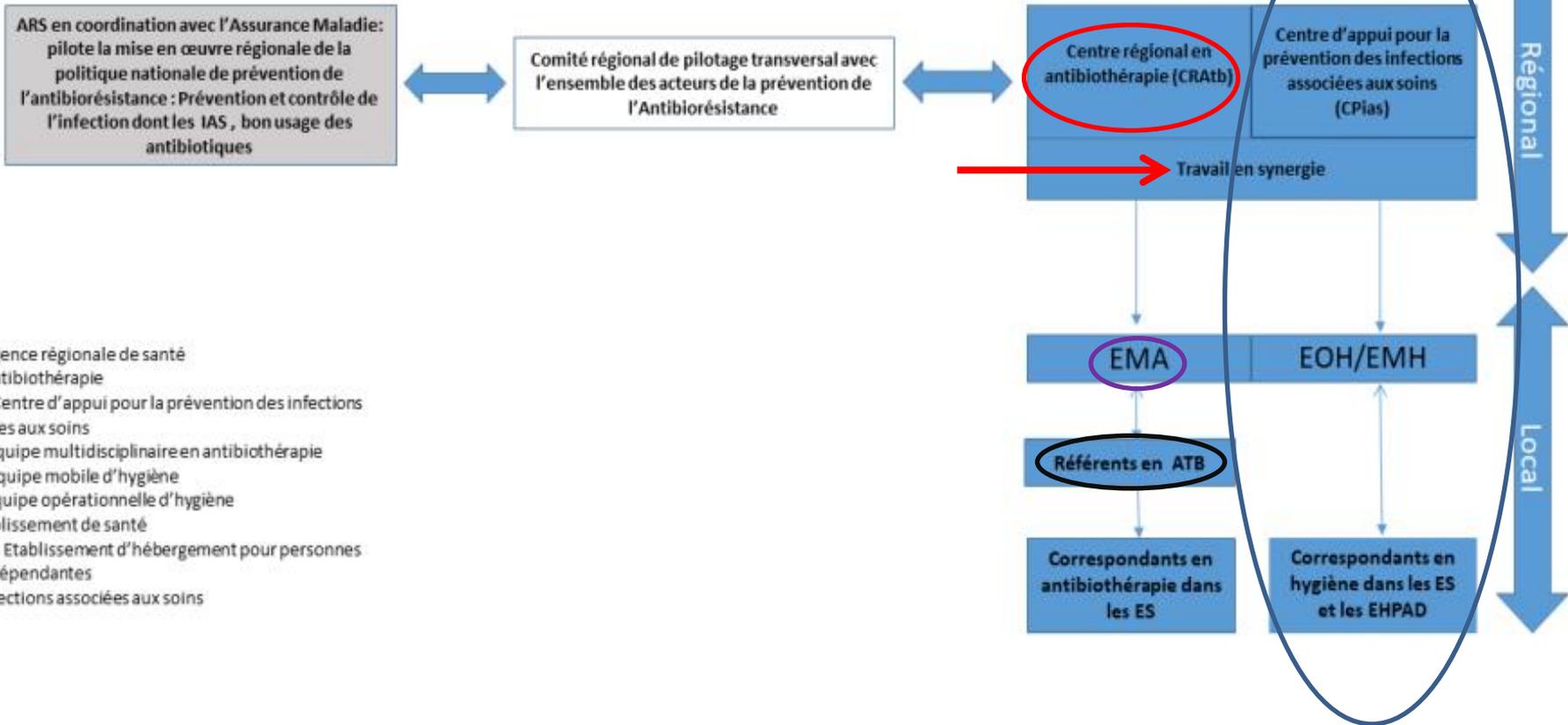
- **AXE 1.** L'appropriation par le grand public des principes de la prévention des infections et de l'antibiorésistance
- **AXE 2.** Du citoyen usager du système de santé au professionnel du secteur de la santé
- **AXE 3.** Renforcement de la prévention des infections et de l'antibiorésistance auprès des professionnels de santé
- **AXE 4.** Renforcement du maillage territorial de la prévention et du contrôle de l'infection et du bon usage des antibiotiques
- **AXE 5.** Utilisation partagée des données de santé et de surveillance au service de l'action
- **AXE 6.** Pour une recherche innovante et attractive
- **AXE 7.** Développer une dimension « préservation de l'environnement »
- **AXE 8.** Valoriser et préserver les produits contribuant à la prévention des infections et à la maîtrise de l'antibiorésistance
- **AXE 9.** Participer au rayonnement de la France à l'international



One Health

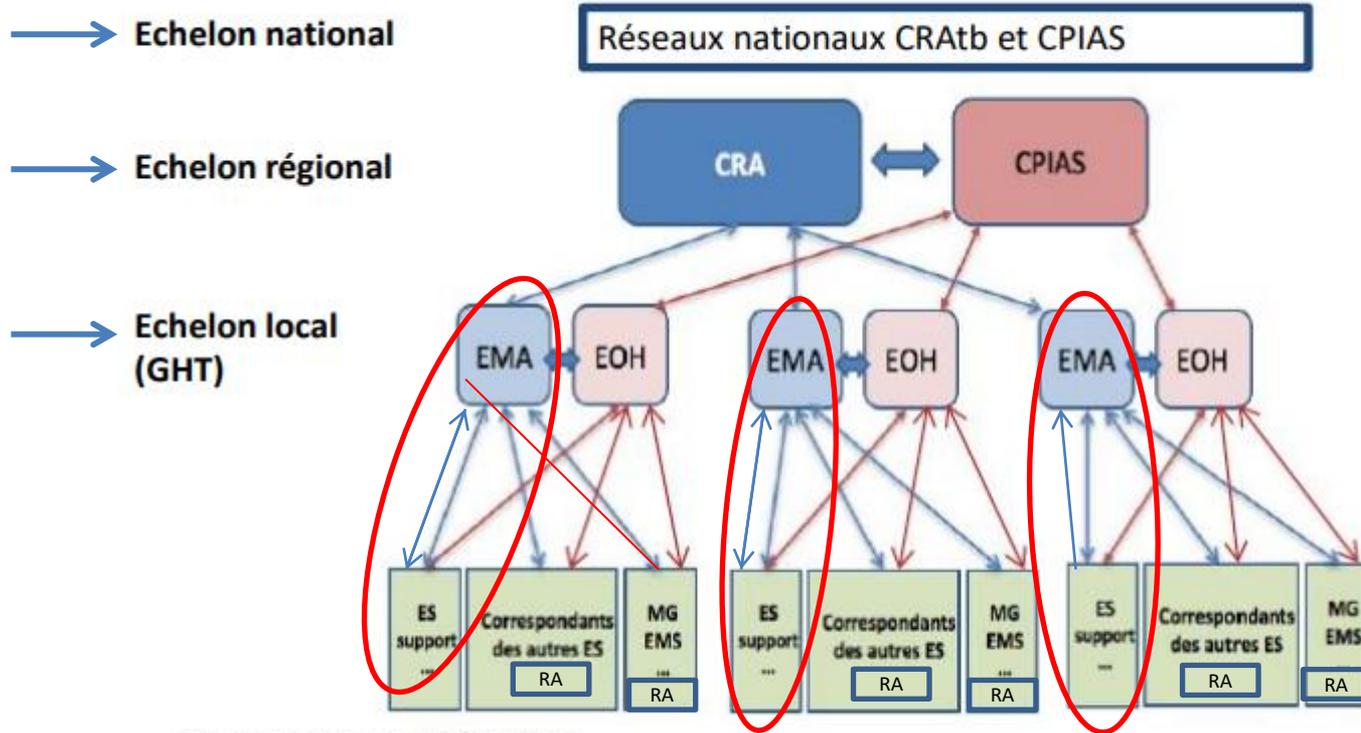
# Schéma de l'organisation régionale et locale en matière de prévention de l'antibiorésistance

ARS



ARS: Agence régionale de santé  
ATB: Antibiothérapie  
CPIas: Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins  
EMA: Equipe multidisciplinaire en antibiothérapie  
EMH: Equipe mobile d'hygiène  
EOH: Equipe opérationnelle d'hygiène  
ES: Etablissement de santé  
EHPAD: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
IAS: Infections associées aux soins

# Proposition d'organisation



CRA : Centres régionaux en antibiothérapie  
 CPIAS : Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins  
 EMA : Equipe multidisciplinaire d'antibiothérapie  
 EOH : Equipe opérationnelle d'hygiène

ES : Etablissements de soins  
 EMS : Etablissements médico-sociaux  
 MG : Médecins généralistes

# CRAtb

## Rôles :

- Pilotage de la politique régionale de bon usage
- En appui à l'ARS
- Coordination des EMA, des réseaux d'antibioréférénts

## Composition :

- **1 CRAtb par région** (sur modèle du réseau des CPIAS)
- Peut comporter plusieurs unités (grandes régions)
- **Binôme responsable : infectiologue – médecin généraliste**
- **Moyens humains estimés :**
  - $\geq \frac{1}{2}$  ETP infectiologue +  $\frac{1}{2}$  ETP généraliste
  - Selon taille région : 0,5 ETP infectiologue/500 000 habitants ?
  - 0,5 ETP secrétariat
  - 0,5 ETP data-manager(possibilité mutualiser avec CPIAS pour secrétariat et data-management)

Financement = FIR

# EMA

## Rôles :

- Effecteurs de la politique de bon usage au niveau local (avis, formations...)
- Relations étroites avec antibioréférents (petits ES), les généralistes, les EMS
- Collaboration avec les EOH

## Composition :

- **≥1 EMA par GHT** (selon taille des GHT)
- Rattachée à une équipe d'infectiologues de l'ES support
- **Trio : infectiologue – pharmacien – microbiologiste**
- **+ IDE formé(e) en infectiologie**
- **Moyens humains estimés :**

0, 2 ETP d'Infectiologie + 0,2 ETP de MG

0,5 ETP pour [Pharmacien et/ou Microbiologiste et/ou  
Infirmier formé à l'infectiologie].

0,2 ETP de Secrétariat

Occitanie

Financement = FIR

Point 2: Des préconisations concernant les ETP pour EMA/référents en antibiothérapie sur la base de la littérature internationale

Saisine DGS

N°D. 21-007596

SF2H et CNP-MIT

25 mars 2021

• CRATB

- 1 ETP infectiologue
- 0,5 ETP médecin généraliste
- 1 ETP fonction support

- 1 ETP IDE
- 0,5 ETP secrétariat/data-manager

15

itants

e

ogiste

en

# Référent en antibiothérapie

- Le RA doit être praticien d'un établissement de santé: médecin clinicien, biologiste ou pharmacien avec une formation au bon usage des antibiotiques (**DU/DIU** [Diplôme universitaire/interuniversitaire] **en Antibiothérapie, Formation agréée à la conduite d'un programme de bon usage des antibiotiques, DES/C** [diplôme d'études spécialisées/ complémentaires] **de Maladies Infectieuses et Tropicales**).
- Ces compétences doivent être entretenues annuellement (congrès, réunions professionnelles en lien avec l'antibiothérapie telles que la RICAI, les JNI, l'ECCMID...).
- Le temps dédié nécessaire à l'exercice de RA est de **0,3 ETP/400 lits MCO\*** et 0,1 ETP pour 400 lits de SSR/SLD/PSY.
- Missions stratégiques et missions cliniques



Les deux piliers de la stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance en santé humaine sont les actions de prévention et contrôle de l'infection et celles promouvant le bon usage des antibiotiques. Il est démontré dans la littérature que les actions de **Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI)**, ciblant à la fois les infections communautaires et celles associées aux soins (IAS), et les actions promouvant le bon usage des antibiotiques (BUA) ont des **effets synergiques, interdépendants et complémentaires**<sup>1</sup>, avec les objectifs suivants :

Cette stratégie s'adresse aux professionnels du secteur de la santé, du médico-social et au grand public en s'articulant autour de ces deux volets principaux : la prévention et le contrôle de l'infection (PCI), et le bon usage des antibiotiques (BUA). Tous deux concernent **les 3 secteurs de l'offre de soins** : les établissements de santé (ES), les établissements et services médico-sociaux (ESMS) et la **ville**, prenant en compte l'ensemble du parcours du patient, mais aussi la population générale.

• Limiter et rationaliser le recours aux antibiotiques, en :

- prévenant les infections à bactéries sensibles (la grande majorité des infections bactériennes étant traitées par antibiotiques) et résistantes aux antibiotiques (PCI). Il faut noter ici que les infections associées aux soins (IAS) sont très pourvoyeuses d'antibiothérapies à large spectre ;
- prévenant les infections virales (celles qui sont une cause fréquente d'antibiothérapies inutiles et celles qui se compliquent de surinfections bactériennes [e.g. grippe] (PCI)) ;
- n'utilisant les antibiotiques que quand ils sont absolument nécessaires (BUA).

• Prescrire une antibiothérapie de manière appropriée quand une infection bactérienne nécessite une antibiothérapie (BUA), notamment en privilégiant les spectres les plus étroits possibles et les durées de traitement les plus courtes possibles.

- Elle est déclinée, **au niveau régional**, par les Agences régionales de santé (ARS) qui pilotent la politique régionale et locale de santé, mettent en œuvre cette stratégie et mobilisent l'ensemble des acteurs régionaux impliqués dans la prévention des infections et de l'antibiorésistance. Les ARS sont appuyées par deux principaux acteurs régionaux exerçant des missions d'expertise et d'appui : les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et les centres régionaux en antibiothérapie (CRAtb), qui ont tous deux une mission stratégique, ainsi que de coordination et d'animation. Les CPIas animent et coordonnent les réseaux de professionnels de la PCI (notamment les équipes opérationnelles d'hygiène [EOH] et les équipes mobiles ou territoriales d'hygiène [EMH]). Les CRAtb animent et coordonnent les réseaux de professionnels de santé en charge des programmes de BUA (notamment les équipes multidisciplinaires en antibiothérapie [EMA], les référents en antibiothérapie et le réseau des médecins généralistes formés en antibiothérapie).

Indicateurs	Cibles à l'horizon 2025
Résistances bactériennes aux antibiotiques ou antibiorésistance	
Nombre de prescriptions d'antibiotiques délivrées en ville (pour 1 000 habitants et par an)	< 650 d'ici 2025, au niveau national et dans toutes les régions
Consommation d'antibiotiques en établissements de santé (en nombre de doses définies journalières/1 000 journées d'hospitalisation)	Réduction d'au moins 10 % entre 2019 et 2025, au niveau national et dans toutes les régions
Proportion d' <i>Escherichia coli</i> résistants aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération (C3G) dans les urines en ville	< 3 % tous les ans, au niveau national et dans toutes les régions
Proportion d' <i>Escherichia coli</i> résistants aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération (C3G) dans les urines en EHPAD	≤ 8 % tous les ans, au niveau national et dans toutes les régions
Proportion de SARM chez <i>Staphylococcus aureus</i> isolés d'hémocultures en établissements de santé	< 10 %, tous les ans, au niveau national et dans toutes les régions
Proportion de souches résistantes aux carbapénèmes chez <i>K. pneumoniae</i> isolés d'hémocultures en établissements de santé	< 1 % tous les ans, au niveau national

# Indicateurs **CRAtb** BUA et ATBrésitance

- A venir (réseau CRAtb)

**Réponses à la  
saisine DGS N°  
D.21-007596 pour  
le CNP-MIT  
proposition  
d'indicateurs**

- EMA
- RA
- **Politique de BUA**

ES	ESMS	Ville	Indicateurs et objectifs			
Engagement de la gouvernance						
			Indicateur ES / ESMS	Indicateur Ville	Objectif ES / ESMS	Objectif Ville
	Le BUA est identifié comme une priorité par la direction	Le BUA est identifié comme une priorité par l'ARS	Nombre d'ES et d'ESMS ayant inscrit une politique de BUA dans le projet d'établissement / nombre total d'établissements du périmètre de l'EMA		80%	
	Le plan d'action est approuvé pour le BUA par la direction	Le plan d'action est approuvé pour le BUA par l'ARS	Nombre d'ES et d'ESMS dont la direction a approuvé un plan d'action pour le BUA/ nombre total d'établissements du périmètre de l'EMA		80%	
	Un soutien financier est dédié pour le plan d'action de BUA		Nombre d'ES et d'ESMS dont la direction a validé un soutien financier au plan d'action BUA/ nombre total d'établissements du périmètre de l'EMA		80%	

<b>Responsabilités</b>					
Un comité de direction pluridisciplinaire du BUA est en place	Un comité de pilotage transversal est en place sous l'égide de l'ARS <sup>1</sup>	Nombre de réunions annuelles		<sup>3</sup> 2	
Un référent BUA (titulaire d'un DES/DESC MIT ou d'un DU) est identifié dans l'établissement, avec un temps dédié <sup>1</sup>		Nombre d'ES et ESMS disposant d'un référent / nombre total d'établissements du périmètre de l'EMA		100%	
Des correspondants BUA sont identifiés dans l'établissement <sup>2</sup>	Des correspondants BUA sont identifiés pour l'ensemble des catégories professionnelles de santé <sup>2</sup> *	Nombre de correspondants identifiés par service / Nombre théorique de correspondants	Nombre de correspondants identifiés par catégories professionnelles de santé / Nombre théorique de correspondants	100%	
Il existe une EMA qui coordonne les activités du BUA dans les 3 secteurs <sup>1</sup>		Nombre d'EMA / Nombre de territoires		100%	
Une collaboration est clairement définie entre les programmes de bon usage des antimicrobiens et de PCI		Nombre de réunions annuelles EMA/PCI		<sup>3</sup> 2	

Actions de bon usage des antimicrobiens					
Un référentiel de prescription des antimicrobiens est disponible et mis régulièrement à jour#		Nombre d'ES et ESMS disposant d'un référentiel / nombre total d'établissements		100%	
Le conseil de BUA est organisé et tracé (avis au lit du patient, consultations programmées ou en urgence, ligne téléphonique dédiée, télémédecine, RCP...) et facilement accessible à tous les prescripteurs		Nombre d'ES et ESMS ayant mis en place une traçabilité/ nombre total d'établissements	Nombre d'EMA ayant mis en place une traçabilité vers la ville/ nombre total d'EMA	100%	
L'établissement organise la dispensation et la surveillance des antibiotiques critiques		Nombre d'ES et ESMS organisant la dispensation et la surveillance des antibiotiques critiques / nombre total d'établissements		100%	
La dispensation des antibiotiques critiques du groupe 3 est validée par un référent <sup>3</sup>		Nombre d'ES et ESMS dans lesquels la dispensation des antibiotiques critiques du groupe 3 est validée par un référent / nombre total d'établissements		100%	
Des services de technologie de l'information sont en soutien des interventions de BUA (par exemple : évaluation quantitative et qualitative de la prescription, ...)					
La politique de rendu des antibiogrammes intègre la dimension de BUA					

<b>Formation</b>				
L'EMA dispense des formations continues s'appuyant sur le socle commun de compétences aux professionnels de santé*	L'EMA dispense des formations		10 / an	
Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la politique de BUA ont accès à une formation initiale et continue sur l'implémentation d'un programme de BUA	Formation initiale et continue des acteurs impliqués		1 / 5 ans	

<b>Suivi et surveillance</b>				
Un programme d'évaluation de la qualité des prescriptions des antimicrobiens est intégré au programme de BUA	Nombre d'audits / an		1/an	
La surveillance des consommations d'antibiotiques, corrélées à l'évolution des résistances bactériennes est organisée				

<b>Retour d'information</b>				
Les résultats de la surveillance des consommations (quantité et qualité) et des résistances sont transmis aux prescripteurs	Nombre de rapports / an		1/an	

# Indicateurs EHPAD

## 3.4.2 Liste définitive indicateurs de BUA en EHPAD (liste D)

### 3.4.2.1 Liste des indicateurs quantitatifs (liste D)

	<b>Indicateurs quantitatifs</b>
<b>1</b>	Nombre de prescriptions d'antibiotiques (J01) / 100 résidents-jours.
<b>2</b>	Nombre de doses définies journalières (DDJ) d'antibiotiques (J01) / 100 résidents-jours.
<b>3</b>	Nombre de résidents recevant au moins un antibiotique (J01) par an / nombre total de résidents par an.
<b>4</b>	Nombre de prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02) / 100 résidents-jours.
<b>5</b>	Nombre de doses définies journalières (DDJ) d'amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02) pour / 100 résidents-jours.
<b>6</b>	Nombre de prescriptions de céphalosporines (J01D) / 100 résidents-jours.
<b>7</b>	Nombre de doses définies journalières (DDJ) de céphalosporines (J01D) / 100 résidents-jours.
<b>8</b>	Nombre de prescriptions de quinolones (J01M) / 100 résidents-jours.
<b>9</b>	Nombre de doses définies journalières (DDJ) de quinolones (J01M) / 100 résidents-jours.
<b>10</b>	Nombre de prescriptions de macrolides et apparentés (J01F) / 100 résidents-jours.
<b>11</b>	Nombre de doses définies journalières (DDJ) de macrolides et apparentés (J01F) / 100 résidents-jours.
<b>12</b>	Nombre de prescriptions d'antibiotiques par voie parentérale (intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée) / nombre de prescriptions d'antibiotiques par voie parentérale et orale (J01).
<b>13</b>	Nombre de prescriptions d'ECBU / 100 résidents-jours.
<b>14</b>	Nombre de résidents ayant eu au moins un ECBU dans l'année / nombre total de résidents dans l'année.

### Proxy indicateurs

<b>1</b>	<b>Infection urinaire masculine</b> : suite à la réalisation d'un ECBU chez un homme, nombre de prescriptions de nitrofurantoïne (J01XE01), fosfomycine-trométamol (J01XX01), pivmecillinam (J01CA08), amoxicilline (J01CA04) ou amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02) / nombre de prescriptions de fluoroquinolones (J01M), céphalosporines (J01D) ou sulfaméthoxazole/triméthoprime (J01EE01) par an chez l'homme : <b>ratio acceptable &lt; 0.2 et optimal 0.</b>
<b>2</b>	<b>Infection urinaire de la femme</b> : suite à la réalisation d'un ECBU chez une femme, nombre de prescriptions de nitrofurantoïne (J01XE01), fosfomycine-trométamol (J01XX01), pivmecillinam (J01CA08) / nombre de prescriptions de fluoroquinolones (J01M) par an chez la femme : <b>ratio cible &gt; 1.5.</b>
<b>3</b>	<b>Re-prescription de quinolones</b> : nombre de prescriptions de fluoroquinolones (J01M) chez des patients ayant déjà reçu ces molécules dans les 6 derniers mois / nombre de prescriptions de fluoroquinolones par an : <b>pourcentage acceptable de re-prescription de fluoroquinolones &lt; 10% et pourcentage optimal 0%.</b>
<b>4</b>	<b>Variation saisonnière des prescriptions d'antibiotiques (J01)</b> : [nombre de prescriptions d'antibiotiques en hiver (d'octobre à mars) / nombre de prescriptions d'antibiotiques en été (d'avril à septembre) – 1] x 100 : <b>pourcentage cible augmentation &lt; 20%.</b>
<b>5</b>	<b>Variation saisonnière des prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique (J01CR2)</b> : [nombre de prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique en hiver (d'octobre à mars) / nombre de prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique en été (d'avril à septembre) – 1] x 100 : <b>pourcentage cible augmentation &lt; 20%.</b>
<b>6</b>	<b>Ratio antibiotiques de 1<sup>ère</sup> intention vs antibiotiques de 2<sup>ème</sup> intention</b> : nombre de prescriptions d'amoxicilline (J01CA04) ou amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02) (antibiotiques de 1 <sup>ère</sup> ligne) / nombre de prescriptions de fluoroquinolones (J01M), céphalosporines (J01D) et macrolides et apparentés (J01F) (antibiotiques de 2 <sup>ème</sup> ligne) : <b>ratio cible &gt; 1.5.</b>
<b>7</b>	<b>Nombre de prescriptions &gt; 7 jours</b> pour amoxicilline (J01CA04), amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02), cefuroxime (J01DC02), cefpodoxime (J01DD13), roxithromycine (J01FA06), clarithromycine (J01FA09), pristinamycine (J01FG01) et nitrofurantoïne (J01FG01) / nombre total de prescriptions pour ces 8 antibiotiques : <b>pourcentage acceptable de prescriptions de plus de 7 jours &lt; 20% et pourcentage optimal 5%.</b>
<b>8</b>	<b>Co-prescription d'antibiotiques et d'AINS</b> : nombre de co-prescriptions d'antibiotiques (J01) et d'AINS sur une même ordonnance / nombre total de prescriptions d'antibiotiques : <b>pourcentage acceptable de co-prescriptions &lt; 5% et pourcentage optimal 0%.</b>
<b>9</b>	<b>Vaccination anti-grippale</b> : nombre de vaccins grippe dispensés / nombre de résidents ayant séjourné dans l'EHPAD entre octobre et février : <b>pourcentage cible ≥ 90%.</b>
<b>10</b>	<b>Prescription de céphalosporines orales</b> : nombre de prescriptions de céphalosporines orales / nombre total de prescriptions de céphalosporines orales ou injectables (J01D) : <b>pourcentage acceptable de céphalosporines orales &lt; 30% et pourcentage optimal &lt; 10%.</b>

**ACTION 23 :** Établir un cahier des charges d'un système d'aide à la décision médicale pour optimiser les pratiques et favoriser son utilisation, développer des outils numériques promouvant le bon usage des antibiotiques et favoriser leur utilisation.

**23.1. Disposer d'outils numériques promouvant le bon usage des antibiotiques auprès des professionnels (des 3 secteurs de soins) et des usagers, dans les logiciels métier et l'espace numérique de santé (ENS), en lien avec la stratégie nationale du numérique en santé.**

## **AXE 4.**

RENFORCEMENT DU MAILLAGE TERRITORIAL DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DE L'INFECTION ET DU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES



**OBJECTIF 1 :** Développer les réseaux territoriaux de prévention des infections et de l'antibiorésistance

**ACTION 24 :** Poursuivre et renforcer la mise en œuvre des actions des centres d'appui CPias et CRAtb.

**ACTION 25 :** Poursuivre les actions du réseau national des CPias, mettre en œuvre le réseau national des CRAtb et favoriser la synergie et les partages d'expériences.

**ACTION 27 :** Renforcer les ressources humaines des équipes territoriales et locales spécialisées dans les infections associées aux soins et dans le bon usage des antibiotiques.

**27.1. Disposer de recommandations professionnelles faisant l'état des lieux des équivalents temps plein (ETP) existants des EMH/EOH/EMA/référents, définissant les ETP nécessaires, les éléments-clés des programmes de PCI et BUA dans les 3 secteurs de l'offre de soins, incluant des indicateurs de suivi et d'impact. Explorer ensuite la possibilité d'intégrer ces recommandations dans les dispositifs incitatifs ou réglementaires existants.**

**27.3. Suivre la mise en place dans toutes les régions des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) à destination des trois secteurs de soins.**



**OBJECTIF 2 :** Renforcer la synergie entre les actions de prévention et contrôle de l'infection et les actions de bon usage des antibiotiques

**ACTION 28 :** Mettre en place un suivi de la synergie d'actions au niveau régional des CPias et des CRAtb ainsi qu'au niveau local des EMA/référents/EMH/EOH, notamment par les futures missions nationales pilotées par Santé publique France, en soutien des actions des CPias et des CRAtb, via les indicateurs inclus dans les rapports d'activités annuels des CPias et des CRAtb.

**28.2. Assurer la traçabilité et la visibilité de la mise en place de la synergie d'actions au niveau régional des CPias et des CRAtb et au niveau local des EMA/référents/EOH/EMH.**

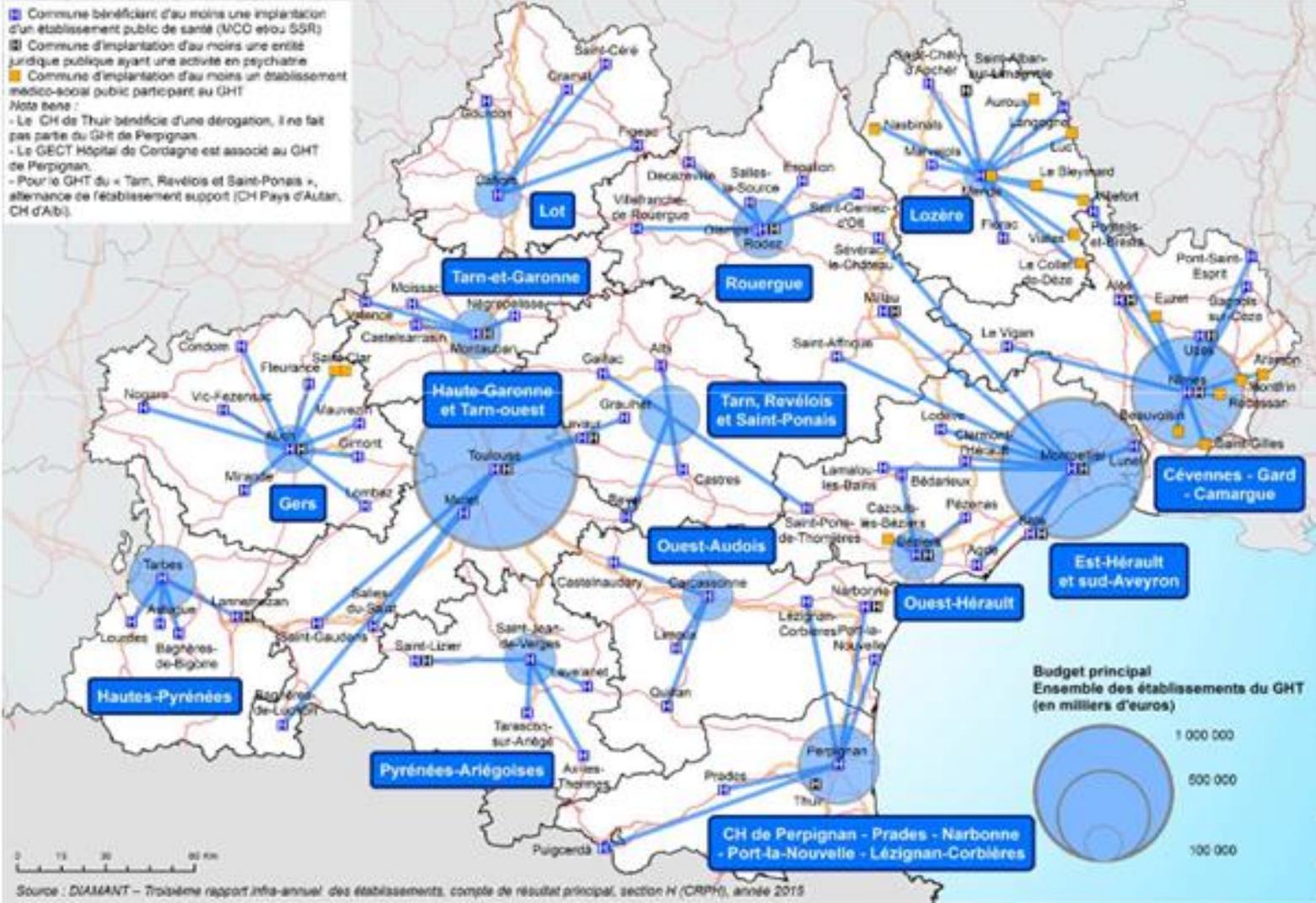
# Sur les territoires (rôle des CPTS)

## **Formation de référents en « antibiorésistance »**

- appropriation des outils pédagogiques pour faciliter l'échange.
- pluriprofessionnel : toutes les personnes sensibilisées par la thématique les bienvenues (MG, médecins d'autres spécialités, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, vétérinaires,...)!
- s'appuyer sur les membres du réseau grive (déjà formés)
- former **1 à 2 référents par CPTS**

En sachant que chaque EMA a un référent MG (0,2 ETP pour le moment) qui peut jouer le rôle de coordonnateur des référents sur les CPTS

[ ] Commune bénéficiant d'au moins une implantation d'un établissement public de santé (MCO et/ou SSR)  
 [ ] Commune d'implantation d'au moins une entité juridique publique ayant une activité en psychiatrie  
 [ ] Commune d'implantation d'au moins un établissement médico-social public participant au GHT  
 Note bene :  
 - Le CH de Thuir bénéficie d'une dérogation, il ne fait pas partie du GHT de Perpignan.  
 - Le GECT Hôpital de Cordagne est associé au GHT de Perpignan.  
 - Pour le GHT du « Tarn, Révélinois et Saint-Ponais », alternance de l'établissement support (CH Pays d'Audan, CH d'Alb).



Source : DIAMANT - Troisième rapport infra-annuel des établissements, compte de résultat principal, section H (CRPH), année 2015

# Missions générales des CRAtb

- **Proposer, faciliter et coordonner** la mise en place d'actions promouvant le BUA, ce qui, **en synergie avec les actions de prévention et contrôle de l'infection (PCI)** doit permettre de maîtriser l'antibio-résistance.
- Les missions générales des CRAtb sont **l'expertise et appui aux professionnels de santé**, et la **coordination ou animation de réseaux de professionnels de santé en charge du BUA**. Ces missions figurent dans la fiche réflexe 2 de l'annexe de l'Instruction N°DGS/mission/antibiorésistance/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2020/79

# Rôles du CRATB

**Expertise et appui aux professionnels de santé:**

stratégie nationale (← Europe ← OMS)

problématiques régionales et stratégie des plans régionaux

coordination EMA

accompagnement et formation des professionnels de santé

recherche

# Rôles du CRATB

## **Coordination et animation de réseaux de professionnels**

**Animer les réseaux: EMA, généralistes, laboratoires de biologie médicale**

**Assurer la surveillance de la pertinence de l'antibiothérapie en ville/EMS/ES.**

**Former et informer des acteurs**

**Etablir des recommandations**

**Définir des objectifs territoriaux et des priorités dans les actions**

# Sur les territoires- Les CPTS

Référents EMA-MG financé par CRA**Atb** (0,2 ETP)

Référents **Atb** financés par les CPTS

Sensibiliser les CPTS à l'intégration de la thématique Antibiorésistance dans la mission socle prévention et/ou mission complémentaire formation des professionnels de santé

# Quelles missions ?

⇒ 3 missions prioritaires à mettre en œuvre progressivement :

- Faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville ;
- Organiser les parcours pluriprofessionnels autour du patient ;
- Développer la prévention à l'échelle d'une population.

← Prévention des infections →

CPIAS

⇒ 2 missions complémentaires (option) :

- Renforcer la qualité et la pertinence des soins dans une dimension pluriprofessionnelle ;
- Accompagner les professionnels de santé sur le territoire.

← Antibiothérapie →

CRA**t**b



Les acteurs de santé de la CPTS définissent eux-mêmes les besoins du territoire sur lesquels ils souhaitent s'engager et les réponses qu'ils souhaitent y apporter en cohérence avec ces missions

# Dispositif financier

- **Volet fixe et part variable pour chaque mission**

- Chaque mission valorisée par une part équivalente en fixe et en variable selon la taille de la CPTS

- **Financement de la structure (fonctionnement)**

et aides sur les 5 missions :

- Peuvent atteindre un maximum de 220 000 €/an pour une taille 1
- Et jusqu'à 450 000 €/an pour une taille 4

**Objectifs des missions**



Etablis au niveau local, avec  
évaluation à date-anniversaire  
du contrat

**Indicateurs de suivi**



Etablis au niveau local

	<b>Financement maxi – CPTS Taille 3</b>
Financement structure	75 000 €
Missions accès aux soins	120 000 €
Mission organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	90 000 €
Mission développement des actions territoriales de prévention	35 000 €
Mission développement de la qualité et de la pertinence des soins	30 000 €
Mission accompagnement des PS sur le territoire	20 000 €
<b>TOTAL</b>	<b>370 000 €</b>

# De la théorie à la pratique

- Budgets différents selon les régions basés sur :
  - La taille des régions (superficie, population)
  - Priorité des ARS
  - Fluidité des échanges entre les divers protagonistes
- Démographie des infectiologues : peu ou pas d'infectiologues disponibles actuellement.
- Recrutement de MG (ou autres PS) motivés

# Conclusion

- Intérêt de la pluridisciplinarité dans les actions de BUA : infectiologues, MG, pharmaciens, microbiologistes, infirmiers spécialisés
- Nécessité de connexions-échanges réguliers entre

