

# INDICATEURS ANTIBIOTIQUES ET CAQES EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Réunion CPIAS ARA  
18 octobre 2019

- Luc FORONI-

[ars-ara-omedit@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-omedit@ars.sante.fr)  
04-72-34-74-60

## CAQES ?

Contrat d'Amélioration de la **Q**ualité et de l'**E**fficience des  
**S**oins

- ➔ Introduit par la LFSS 2016
- ➔ Contrat tripartite ARS/AM/établissements de santé
- ➔ Evolution des précédents contrats : CBU, CAQOS, CAPES
- ➔ Composé de 2 parties
  - ↳ Un volet médicament **obligatoire (=CDI)** : pour l'amélioration et la sécurisation des PdS (MCO, HAD, dialyse, SSR , psy)
  - ↳ Parties optionnelles : transport , pertinence des soins, qualité

## 5 thématiques

- amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations
- développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau
- prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires
- PHEV
- liste en sus

### ➔ Treize indicateurs nationaux

- D'application obligatoire au sein du CAQES
- Avec des modalités d'évaluation et de scoring à déterminer au niveau de chaque région

### ➔ Trente et un indicateurs régionaux

Définis au sein d'un groupe technique régional réunissant les représentants des parties contractantes

## CAQES- Les grandes lignes

### PARTIE 1

#### AMÉLIORATION ET SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ET DU CIRCUIT DES PRODUITS ET PRESTATIONS

Les dates de restitution des indicateurs sont les suivantes :

Pour : 1.5, 1.7 et 1.8	Le 31 janvier
Pour : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.6 et 1.9	Le 31 mars

### PARTIE 2

#### DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET EN RÉSEAU, POLITIQUE ET BON USAGE DES PRODUITS DE SANTÉ

Les dates de restitution des indicateurs sont les suivantes :

Pour : 2.2 et 2.4	Le 31 janvier
Pour : 2.1 et 2.3	Le 31 mars

### PARTIE 3

#### POLITIQUE DE PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES ET DANS LE RÉPERTOIRE DES GÉNÉRIQUES ; MAÎTRISE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES LIÉES AUX PRESCRIPTIONS DE PRODUITS DE SANTÉ EXÉCUTÉES EN VILLE ET ÉVOLUTION DES DÉPENSES SUR LA LISTE EN SUS

Les dates de restitution des indicateurs sont les suivantes :

Pour tous les indicateurs	Le 31 mars
---------------------------	------------

# CAQES- Cycle de vie

## CYCLE DE VIE DU RAA



## CYCLE DE VIE DU CAQES



Concernant l'entrée en vigueur des avenants, la loi dispose qu'ils entrent en vigueur le 1er janvier de l'année suivant leur signature par les parties contractantes. Cependant, ils pourront éventuellement être signés, au regard du droit contractuel, après le 1er janvier de l'année N+1 avec une application rétroactive, si toutes les parties en conviennent. Dans ce cas et sous ces conditions, les contrats signés après le 31 décembre N+1 pourront donc être applicable en N+2.

Dans l'attente de vos retours

# CAQES- construction

➔ Groupe de travail initié à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2017 : ce groupe est constitué de représentants de l'ARS, de l'Assurance Maladie (GDR + services médicaux Rhône-Alpes et Auvergne), de l'OMEDIT et des établissements de santé (FEHAP, FHF, FHP et Unicancer) soit ~ 30 personnes

➔ Détermination des objectifs, des cibles et du système de cotation/scoring

➔ **En termes d'organisation**, les institutionnels avaient pour objectif une approche collaborative au sein du GT et une logique de simplification par rapport à l'existant (CBU et CAQOS médicament → /3 nb d'indicateurs et objectifs)

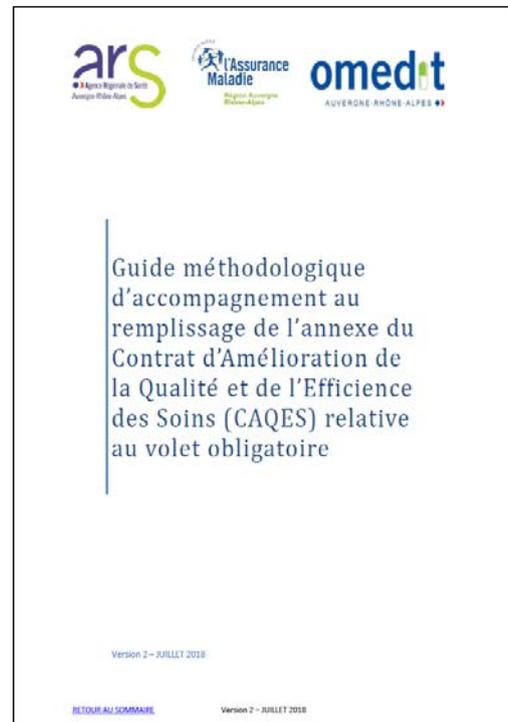
➔ **Et un objectif de positionnement du CAQES** comme un outil visant avant tout l'amélioration de la qualité des soins au sein des structures sanitaires

# CAQES- construction

- ➔ Comité de pilotage composé:
  - ✓ Des représentants des fédérations hospitalières,
  - ✓ De l'ARS
  - ✓ De l'Assurance Maladie.

Suivi du contrat et adaptation :  
indicateurs /cibles/scores

- ➔ Groupes techniques composés :
  - ✓ de professionnels désignés par les fédérations
  - ✓ OMEDIT ARA
    - Expliciter l'indicateur
    - Standardiser la mesure de l'indicateur :  
déterminer son périmètre d'analyse, définir la (les)  
méthodologie(s) de mesure de l'indicateur
- ➔ Elaboration du Guide
- ➔ Elaboration des outils associés (audits)



de méthodologique d'accompagnement au remplissage de l'annexe du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) relative au volet obligatoire

## Indicateurs bon usage des antibiotiques

### 2. DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES ET EN RESEAU, POLITIQUE ET BON USAGE DES PRODUITS DE SANTE

#### Objectif : 2.4 :

Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)

#### Sources réglementaires

\*Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS N°2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé

Indicateur	Libellé indicateur	Statut	Éléments de preuve
Indicateur : 2.4.1	Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans.	National	NON SCORE
Indicateur : 2.4.2	proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés.	National	à tenir à disposition
Indicateur : 2.4.3	proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h ≤ 10% Local 2016	Régional	à tenir à disposition
Indicateur : 2.4.4	utilisation de l'outil CONCORES de suivi des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes pour permettre le pilotage interne de la lutte contre l'antibiorésistance : saisie effective des données au moins pour ce qui concerne les consommations les deux premières années du contrat puis saisie des deux types d'informations.	Régional	à disposition de l'ARS
Indicateur : 2.4.5	Mise en place d'une réévaluation systématique à 48-72h des traitements antibiotiques : existence d'un système automatique d'alerte dans le logiciel métier ad hoc ou tout autre organisation alternative.	Régional	à tenir à disposition
Indicateur : 2.4.6	Utilisation du système régional de traçabilité des patients porteurs de BHRé du portail SARA pour assurer le lien ville-hôpital dans la gestion des patients porteurs	Régional	à tenir à disposition

## Groupe de travail CPIAS/OMEDIT

- Objectifs
  - Expliciter Les indicateurs
  - Standardiser la mesure des indicateurs : déterminer leur périmètre d'analyse, définir la (les) méthodologie(s) de mesure des indicateurs
  
- Méthode
  - Groupe de travail avec CPIAS AURA (8 pharmaciens de la région AURA)
  - Prise en compte de la faisabilité de la mesure (point sur les SI)
  - Cohérence avec indicateurs ICATB (critères A 3 et A 11c)
  - Concomitance de l'étude prévalence des IN

Indicateur 2.4.2 : proportion des traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés



### Objectif et méthodes

- Suivre le taux des traitements ATB curatifs de longue durée , non justifiés
- Suivi en continue non faisable → un état des lieux annuel par audit
- Méthodes retenues : enquête 1 jour donné ou par tirage au sort de 30 dossiers (exclusion HDJ)
- « justifié » ? : pertinence de l'indication, de la durée ?
  - { durée au regard de l'indication (dossier patient) de(s) l'ATB(s)
  - référentiels validés par la CAI de l'ES
  - durée à partir du 1<sup>er</sup> jour de prescription (adapté/efficace ou non)

Remq: traçabilité de la durée de prescription ne peut pas être considérée à elle seule comme une justification

Indicateur 2.4.2 : proportion des traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés

## Résultats

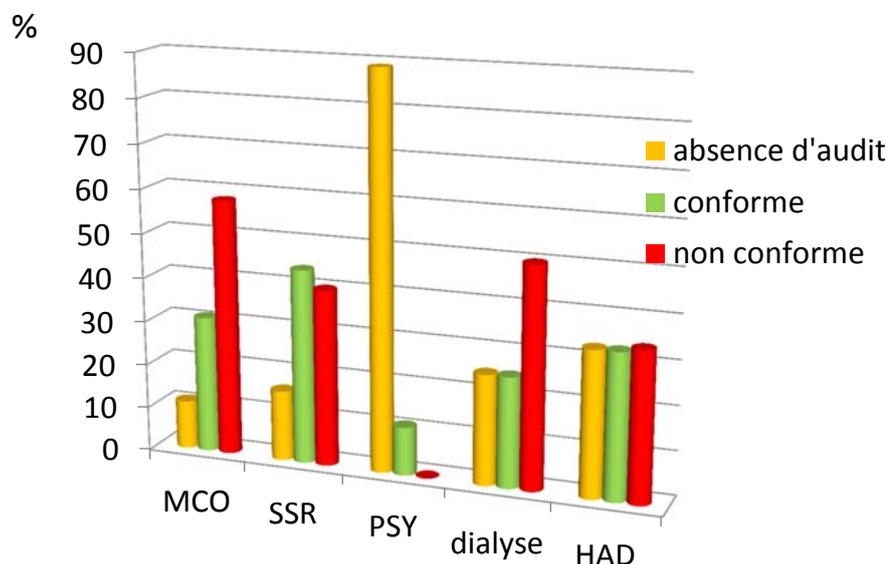
déclaratif à partir d'un audit

209/275 établissements déclarent la réalisation d'un audits

Typologie d'ES	Nombre d'établissement ayant réalisé l'audit	Nombre d'établissements évalués
MCO	122	137
SSR	73	87
PSY	4	37
Dialyse	6	8
HAD	4	6
TOTAL	209	275

Indicateur 2.4.2 : proportion des traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés

- Résultats : 88/209 (42%) d'audits conformes



Indicateur 2.4.2 : proportion des traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés

## *Analyses, propositions et décisions*

- **Taux de non conformité de cet audit important** : près de 60% qui concerne pour les établissements de MCO : 2 CHU, les 2 CLCC et de gros CH et cliniques
- Compte tenu des résultats indicateur à conserver mais en y association la **notion de pertinence de la prescription** (germe, site infectieux, voie d'administration) méthodologie de l'audit à travailler par le groupe CPIAS/OMEDIT

- **Décisions :**

Afin de pouvoir comparer l'évolution de cet indicateur entre 2018 et 2019 il est décidé de ne pas le modifier et de ne pas introduire une évaluation de la pertinence des prescriptions

<b>INDICATEUR</b>	
<b>2.4.2 - PROPORTION DE TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES CURATIFS DE PLUS DE 7 JOURS NON JUSTIFIES</b>	
<b>OBJECTIF</b>	Suivre le taux et les justificatifs des traitements ATB curatifs de longue durée
<b>PERIMETRE D'ANALYSE</b>	Prescriptions > 7 jours d'antibiotiques curatifs des patients en hospitalisation complète. Concerne tous les antibiotiques et pas uniquement les antibiotiques critiques
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Connaitre le(s) Guide(s)/ Référentiel(s) de bon usage pour identifier les durées recommandées pour les prescriptions auditées
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<b>Méthode par Audit :</b> Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 7 : - guide méthodologique d'audit (" <b>Méthodologie des audits du CAQES</b> ")
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<b>REPONSE ATTENDUE</b> : Valeur en % <b>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition</b> : Résultats de l'Audit
<b>SCORING</b>	<b>Cible en 2019, 2020 et 2021 = ≤ 10%</b> - Taux cible atteint = 1 point - > taux cible mais progression entre n et n-1 = 0,5 point (0,5 point si audit communiqué = état des lieux) - > taux cible sans progression entre n et n-1 = 0 point



Type d'AUDIT	Audit clinique ciblé
Objectif	Suivre le taux des traitements ATB curatifs de longue durée non justifiés
Indicateur mesuré	Indicateur 2.4.2 : Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés
Critères d'inclusion	Traitement ATB de plus de 7 jours en hospitalisation complète
Critères d'exclusion	Traitement ATB en hospitalisation de jour
Méthodologies de recueil	<p><b>Nombre minimum de dossiers à auditer</b> (quelle que soit la taille de l'ES) : 30 dossiers</p> <p>- <b>Méthode 1 : Enquête un jour donné</b></p> <p>30 dossiers minimum comportant une prescription de traitement antibiotique de plus de 7 jours sélectionnés selon la même méthode que pour la réalisation de l'enquête de prévalence.</p> <p><i>NB : Si le nombre de dossier est inférieur à 30 lors de cette enquête. La méthode retenue pour l'indicateur sera la méthode 2 avec tirage au sort des dossiers.</i></p> <p>- <b>Ou Méthode 2 : Tirage au sort partir du DPI</b></p> <p>30 dossiers de patients minimum ayant reçu plus de 7j de traitement antibiotique</p> <p>Réalisation de la sélection des dossiers par une requête : venue patient puis par classe ATC « J »</p> <p><b>Référentiels</b> : SPILF, POPI®, Antibiogarde®, référentiels validés par la CAI de l'ES</p>
Remarques	<p><b>Evaluation de la durée de l'antibiothérapie :</b></p> <p>La durée du traitement est calculée à partir du premier jour de traitement antibiotique administré au patient que le traitement soit adapté/efficace ou non. La durée intègre donc les changements de médicament (voie d'administration, changement de molécule).</p> <p><b>Définition d'une durée de traitement justifié :</b></p> <p>Une durée de traitement ATB est justifiée si elle est conforme aux référentiels (SPILF, POPI®, Antibiogarde®, référentiels validés par la CAI de l'ES) ou l'avis d'un référent infectieux, sur les critères du(es) germe(s), du choix de l'antibiotique, du(es) site(s) infecté(s) ou colonisé(s) devant être traité(s), de la situation clinique du patient, d'une réévaluation</p> <p>La traçabilité de la durée de la prescription, ne peut être à elle seule considérée comme une justification.</p> <p><i>NB : dans cet audit la pertinence de la prescription de l'antibiotique n'est pas évaluée. Les critères de posologie et de voie d'administration ne sont pas évalués dans cet audit.</i></p>
Grille de recueil	<p>1/ Nom du(es) antibiotique(s) 2/ Durée 3/ Indication prescription initiale 4/ Durée de +de 7 jours justifiée : oui/non</p> <p>A minima on vous propose de recueillir :</p> <p>1/ Nom du(es) antibiotique(s) 2/ Durée de +de 7 jours justifiée : oui/non</p>

Indicateur 2.4.3 : proportion d'antibioprophylaxies de plus de 24h

## Objectif et méthodes

Régional

- Suivre le taux d'antibioprophylaxie de plus de 24H
- Suivi en continue non faisable ➡ un état des lieux annuel par audit
- Méthodes retenues : enquête 1 jour donné ou par tirage au sort de 30 dossiers (exclusion chirurgie pédiatrique)
- Durée analysée pour les dossiers dont l'indication d'antibioprophylaxie est justifiée

Indicateur 2.4.3 : proportion d'antibioprophylaxies de plus de 24h

## Résultats

déclaratif à partir d'un audit

74 /275 établissements déclarent la réalisation d'un audit  
uniquement des établissements MCO (pratiquant une  
activité chirurgicale) (74/137 soit 54% des MCO)

64/74 (86%) audits conformes

Indicateur 2.4.3 : proportion d'antibioprophylaxies de plus de 24h

## Analyses, propositions et décisions

Régional

- Le taux de conformité de cet audit est élevé 86% et pour 33/64 établissements, la totalité de leurs traitements d'antibioprophylaxie chirurgical est inférieure à 24h et seuls 5 établissements ont 10% de traitements supérieurs à 24h
- Compte tenu des bons résultats de cet indicateur, proposition de réaliser l'audit 1 an sur 2, prochain audit en 2020
- Cible 2020 : = <à 8%
- ➔ neutralisation en 2019, et à la place réalisation d'un audit sur dossier sur la réévaluation des traitements antibiotiques à 72H [indicateur 2.4.5](#)

INDICATEUR

2.4.3 - PROPORTION D'ATB PROPHYLAXIES DE PLUS DE 24H

OBJECTIF	Avoir des traitements ATB Prophylactiques prescrits pendant 24 heures maximum
PERIMETRE D'ANALYSE	Toutes les prescriptions d'antibioprophylaxie recommandée réalisées dans les services de Chirurgie adulte d'hospitalisation complète.
PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR	
METHODOLOGIE DE RECUEIL	<p><b>Méthode par Audit :</b></p> <p>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li> </ul>
PONDERATION	1 point
ELEMENT D'APPRECIATION	<p><b>REPONSE ATTENDUE :</b> Valeur en %</p> <p><b>ELEMENT DE PREUVE à tenir à disposition :</b> Résultats de l'Audit</p>
SCORING	<p><b>En 2019 et 2021 = Neutralisation</b></p> <p><b>Cible en 2020 = ≤ 8 %</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux cible atteint = 1 point</li> <li>- &gt; taux cible mais progression entre n et n-1 = 0,5 point (0,5 point si audit communiqué = état des lieux)</li> <li>- &gt; taux cible sans progression entre n et n-1 = 0 point</li> </ul>



AUDIT 8

PROPORTION D'ANTIBIOPROPHYLAXIE DE PLUS DE 24H

Type d'AUDIT	Audit clinique ciblé
Objectif	Suivre le taux d'antibioprophylaxie de plus de 24 heures.
Indicateur mesuré	Indicateur 2.4.3 – Proportion d'antibioprophylaxie de plus de 24h ≤ 10%
Critères d'inclusion	Service de chirurgie adulte en hospitalisation complète Indications pour lesquels une antibioprophylaxie est recommandée
Critères d'exclusion	Autres services que services de chirurgie Chirurgie ambulatoire et Chirurgie pédiatrique Indications pour lesquelles une antibioprophylaxie n'est pas recommandée
Méthodologies de recueil	<p><b>Nombre minimum de dossiers à auditer</b> (quelle que soit la taille de l'ES) : 30 dossiers tous types de chirurgie, avec une répartition par spécialité au prorata des activités chirurgicales de l'établissement et au minimum 3 disciplines chirurgicales représentées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Méthode 1 : Enquête un jour donné.</b> 30 dossiers minimum comportant une prescription d'antibioprophylaxie justifiée pour le type d'intervention, selon la même méthode que pour la réalisation de l'enquête de prévalence ... <i>NB : Si le nombre de dossier est inférieur à 30 lors de cette enquête. La méthode retenue pour l'indicateur sera la méthode 2 avec tirage au sort des dossiers.</i></li> <li>- <b>Ou Méthode 2 : Tirage au sort partir du DPI dans le GHM</b> 30 dossiers de patients minimum ayant reçu une antibioprophylaxie justifiée pour le type d'intervention Réalisation de la sélection des dossiers par une requête : venue patient et par classe ATC « J » <b>Référentiel : SFAR</b></li> </ul>
Remarques	
Grille de recueil	<p>1/ Type de chirurgie 2/ Nom du(es) antibiotique(s) 3/ pertinence d'une antibioprophylaxie 4/ Durée 5/ Durée de l'antibioprophylaxie conforme : oui/non</p> <p>A minima on vous propose de recueillir :</p> <p>1 / Nom du(es) antibiotique(s) 2/ Durée de l'antibioprophylaxie conforme : oui/non</p>

Indicateur 2.4.5 : mise en place d'une réévaluation systématique à 48-72h des traitements antibiotiques

Régional

## Objectif

- Existence d'un système automatique d'alerte dans le logiciel métier ad hoc ou tout autre organisation alternative

## Résultats

- Déclaratif : 100% de conformité des établissements

## Décisions comité de pilotage

- Évaluer le système d'alerte de la réévaluation de la prescription antibiotique à 48-72h

### INDICATEUR

#### 2.4.5 - EVALUATION DE LA REEVALUATION DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES A 48-72H.



<b>OBJECTIF</b>	Evaluer le système d'alerte de la réévaluation de la prescription d'antibiotiques entre 48 et 72 heures dans un objectif d'amélioration de la proportion de cette réévaluation.
<b>PRE-REQUIS DE L'INDICATEUR</b>	Avoir un système d'alerte système d'alerte ou une organisation alternative pour effectuer la réévaluation de la prescription d'antibiotiques entre 48 et 72 heures
<b>METHODOLOGIE DE RECUEIL</b>	<p><b>Méthode par Audit :</b> sur les prescriptions d'antibiothérapie à visée <b>probabiliste</b>, effectuer une enquête « un jour donné » ou un tirage au sort à partir du DPI</p> <p>Outils mis à disposition par l'OMEDIT ARA - AUDIT 9 - disponibles sur <a href="#">le site internet de l'OMEDIT ARA</a> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• guide méthodologique d'audit ("<b>Méthodologie des audits du CAQES</b>")</li> <li>• Fiche de recueil et grille de synthèse (« <b>Réévaluation ATB Fiche Recueil et grille</b> »)</li> </ul>
<b>PONDERATION</b>	1 point
<b>ELEMENT D'APPRECIATION</b>	<p><b>REPONSE ATTENDUE :</b> OUI / NON</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui = Audit réalisé</li> <li>- Non = Audit non réalisé</li> </ul> <p><b>ELEMENT DE PREUVE à fournir :</b> Fiche de recueil et grille de synthèse (« <b>Réévaluation ATB Fiche Recueil et grille</b> ») (format excel)</p>
<b>SCORING</b>	<p><b>Cible en 2019 et 2021 :</b> OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui = 1 point</li> <li>- Non = 0 point</li> </ul> <p><b>Cible en 2020 :</b> Neutralisation</p>



**AUDIT 9 EVALUATION DE LA REEVALUATION DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES A 48-72H**

Type d'AUDIT	Audit sur les prescriptions d'antibiothérapie probabiliste à visée curative (évaluation limitée à la 1ère ATB de chaque patient)
Objectif	Evaluer la réalisation effective de la réévaluation de la prescription d'antibiotiques entre 48 et 72 heures
Indicateur mesuré	Indicateur 2.4.5 – Evaluation de la réévaluation des traitements antibiotiques à 48-72h
Critères d'inclusion	L'évaluation concerne tous les malades hospitalisés ayant eu au moins 48h d'antibiothérapie curative probabiliste
Méthodologies de recueil	<p><b>Nombre minimum de dossiers à auditer</b> (quelle que soit la taille de l'ES) : 30 dossiers Le dossier étudié sera le dossier médical et le dossier infirmier. L'évaluation est limitée à la première antibiothérapie de chaque patient.</p> <p>- <b>Méthode 1 : Enquête un jour donné</b> 30 dossiers minimum comportant une prescription de traitement antibiotique probabiliste d'au moins 48H. Ils sont sélectionnés selon la même méthode que pour la réalisation de l'enquête de prévalence.</p> <p>NB : Si le nombre de dossier est inférieur à 30 lors de cette enquête. La méthode retenue pour l'indicateur sera la méthode 2 avec tirage au sort des dossiers.</p> <p>- <b>Méthode 2 : Tirage au sort partir du DPI</b> 30 dossiers de patients minimum ayant reçu au moins 48h d'antibiothérapie.</p> <p>Réalisation de la sélection des dossiers par une requête : venue patient puis par classe ATC « J »</p> <p><b>Conformité des dossiers</b> La ré-évaluation est conforme si dans le dossier il y est indiqué que le traitement antibiotique est poursuivi ou modifié ou arrêté, avec les éléments cliniques, paracliniques et/ou microbiologiques étayant la décision. Cette ré-évaluation peut être</p> <p>- <b>explicite</b> si il y a un lien de causalité : Il est fait mention dans le dossier médical d'une relation entre les critères cliniques (évolution de la courbe thermique, des signes ou symptômes liés au site infecté (toux, dyspnée, oxygénodépendance, état neurologique, état cutané...) ou paracliniques (évolution des paramètres biologiques tels que CRP, PCT, polynucléaires), ou d'imagerie (échographie abdominale, scanner thoracique...) ou de microbiologie et la gestion du traitement antibiotique.</p> <p>- <b>implicite</b> : il n'y a pas les liens de causalité dans le dossier, mais néanmoins, la réflexion a été faite et la prescription a été modifiée, en lien avec soit les éléments cliniques, paracliniques et/ou microbiologiques que l'on retrouve dans le dossier</p> <p><i>Remarque : n'est pas considéré comme implicite la présence d'un antibiogramme et la poursuite de l'antibiothérapie car à priori sensible mais sans aucune mention dans le dossier patient</i></p> <p>La désescalade peut se traduire, soit par une réduction du nombre d'antibiotiques, soit une réduction du spectre, soit le relais IV/peros. Elle est considérée comme non possible si il y a une contre-indication à l'alternative</p> <p><b>Référentiels</b> : SPILF, POPI®, AntibioGARDE®, référentiels validés par la CAI de l'ES</p>

Grille de recueil des données

Evaluation de la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72H

Grille à usage interne:

Auditeur : \_\_\_\_\_

Service audite : \_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

N° de grille : .....

Patient :

Nom : \_

Année de naissance :  
sexe : M  F

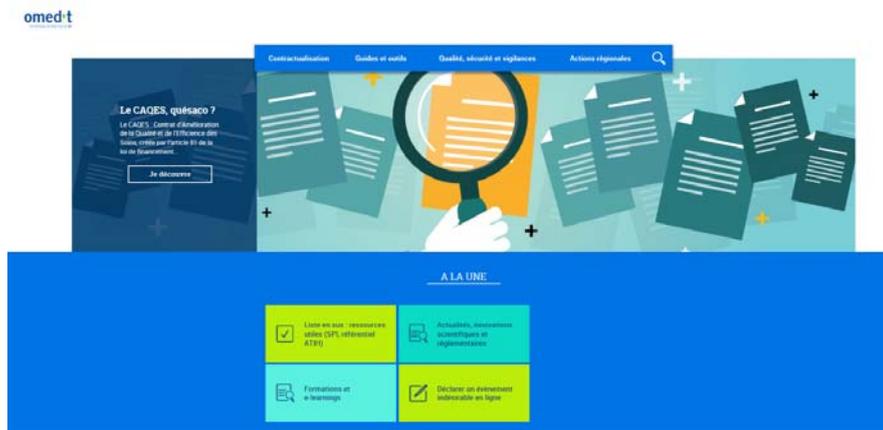
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	Commentaires
1	La justification de l'antibiothérapie initiale est mentionnée dans le DP :				
2	Une évaluation de l'antibiothérapie est mentionnée dans le DP de manière :				
	a : explicite				
	b : implicite				
3	3.1 : Une ré-évaluation a eu lieu à réception de l'antibiogramme :				
	a : à 48-72 H				
	b : avant J5				
	c : plus tard				
4	3.2 : Une ré-évaluation a eu lieu à partir des données cliniques :				
	Une désescalade est possible :				
	a : oui et faite				
	b : oui mais non faite				
	c : non				

DP = dossier du patient

NA = non applicable

d'après la grille d'audit de la SPILF : évaluation de l'antibiothérapie à 48-72H dans les services hospitaliers, publics ou privés

➡ Le guide et les outils sont consultables sur le site de l'OMÉDIT ARA :



[ars-ara-omedit@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-omedit@ars.sante.fr)

*Merci pour votre attention*

