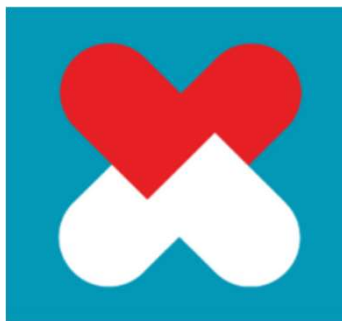


Rôle de l'IDE dans le BUA

*3ème journée régionale du Bon Usage Antibiotique et de
l'Antibiorésistance
Mardi 26 Novembre 2024 – Lyon*



Margaux Ortonne – IDE Annecy
mortonne@ch-annecygenevois.fr

Virginie Vitrat – Infectiologue Annecy
vvitrat@ch-annecygenevois.fr

WHITE PAPER



Redefining the Antibiotic Stewardship Team: Recommendations from the American Nurses Association/Centers for Disease Control and Prevention Workgroup on the Role of Registered Nurses in Hospital Antibiotic Stewardship Practices

Effective Date: 2017

Executive Summary

The purpose of this American Nurses Association/Centers for Disease Control and Prevention (ANA/CDC) White Paper is to inform registered nurses in the United States about the problem of antibiotic resistance and facilitate their embracing an expanded and clearly recognized role in hospital antibiotic stewardship programs (ASPs) and activities. The White Paper is the result of a series of online meetings, culminating in a one-day live conference with a selection of nurses identified by ANA and CDC as having expertise and/or interest in antibiotic stewardship. The purpose of the workgroup is to explore how nurses can become more engaged and take a leadership role to enhance our nation's antibiotic stewardship efforts. The first part of the White Paper reviews ASPs and the current state of antibiotic resistance. The second section is a summary of the workgroup's discussions on current barriers to full nurse participation in ASPs; gaps in nurses' knowledge and education about antibiotic stewardship; and the use of antibiotics in the 21st century. The third part explores opportunities for nurses to add their expertise to our nation's ongoing stewardship efforts and offers recommendations for future nursing education.

While often used interchangeably, the terms "antibiotic" and "antimicrobial" are not the same. Microbes include bacteria, viruses, fungi, and parasites; antimicrobials are agents against any of these. Antibiotics are agents that specifically target bacteria.¹

The mark "CDC" is owned by the US Department of Health and Human Services (HHS) and is used with permission. Use of this logo is not an endorsement by HHS or CDC of any particular product, service, or enterprise.

8515 Georgia Avenue, Suite 400
Silver Spring, MD 20910
www.nursingworld.org

WHITE PAPER



**Redefining the Antibiotic Stewardship Team:
Recommendations from the American Nurse
Association/Centers for Disease Control and
Workgroup on the Role of Registered Nurses
Antibiotic Stewardship Practices**

Effective Date: 2017

Executive Summary

The purpose of this American Nurses Association/Centers for Disease Control and Prevention White Paper is to inform registered nurses in the United States about the problem of antibiotic resistance and facilitate their embracing an expanded and clearly recognized role in hospital and community antibiotic stewardship programs (ASPs) and activities. The White Paper is the result of a series of online meetings, culminating in a one-day live conference with a selection of nurses identified by ANA and CDC as having expertise and/or interest in antibiotic stewardship. The purpose of the workgroup is to explore how nurses can become more engaged and take a leadership role to enhance our nation's antibiotic stewardship efforts. The first part of the White Paper reviews ASPs and the current state of antibiotic resistance. The second section is a summary of the workgroup's discussions on current barriers to ASPs; gaps in nurses' knowledge and education about antibiotic stewardship; and the 21st century. The third part explores opportunities for nurses to add their expertise to ongoing stewardship efforts and offers recommendations for future nursing education.

The mark "CDC" is owned by the US Department of Health and Human Services (HHS) and is used with permission. Use of this logo is not an endorsement by HHS or CDC of any particular product, service, or enterprise.

*While often
the term
"antimicro-
bials" is used,
microbes in
fungi
antimicrob-
ials are not
any of these
that specifi-*

SPECIAL FEATURE

Good Nursing Is Good Antibiotic Stewardship

Successful stewardship depends on nurses' ongoing vigilance.

ABSTRACT

Resistance to antibiotics has increased dramatically in the United States, with serious associated medical, social, and economic consequences. The most promising approach to this national crisis is a new understanding of the need for the careful and responsible use of antibiotics, both for the benefit of society and for the optimal care of each patient. This multidisciplinary approach, called antimicrobial stewardship, has typically involved specialists but not necessarily nurses, who perform numerous antibiotic-related activities daily and should be an integral part of antimicrobial stewardship programs. In this article, we use patient examples to review several stewardship activities and illustrate how nurses are essential to the appropriate use of antibiotics.

Keywords: antibiotic resistance, antimicrobial stewardship, infectious disease, nursing stewardship

In May 2016, a woman presented to a clinic in Pennsylvania and was found to have a urinary tract infection (UTI) due to an organism resistant to the antibiotic colistin, with a transferable resistance marker (or plasmid) that had previously been observed in China but had never been isolated in the United States. The woman had not traveled to China or anywhere outside the country. She had had no contact with anyone who had traveled to Asia. The microorganism's unusual resistance was repeatedly tested and confirmed by the laboratory at the Walter Reed Army Institute of Research in Silver Spring, Maryland. Reporting this story, the *New York Times* ran the following headline: "Infection Raises Specter of Superbugs Resistant to All Antibiotics."¹

Antibiotic-resistant infections have become commonplace—not only in hospitals but in the community, even in schools and gyms.²⁻⁴ In fact, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has reported that antibiotic-resistant infections affect more than 2 million people annually in the United States, resulting in more than 23,000 deaths and potentially in excess of \$20 billion in direct care costs and \$35 billion in lost productivity.¹ The CDC has called this a "significant threat to public health,"¹ phrasing echoed by the World Health Organization,

which has referred to antibiotic resistance as "a major threat to public health."⁵

AN ANTIBIOTIC RESISTANCE CRISIS

Any nurse working today can attest to the fact that multidrug-resistant organisms are a part of daily hospital microbiology reports and inpatient isolation precautions. Bacterial resistance to antibiotics, however, is not a new phenomenon. Sir Alexander Fleming, the Scottish physician and researcher who discovered penicillin, famously warned in his 1945 acceptance speech for the Nobel Prize in Medicine that "the thoughtless person playing with penicillin treatment is morally responsible for the death of the man who finally succumbs to infection with the penicillin-resistant organism. I hope this evil can be averted."⁶ We have seen Fleming's cautionary prediction become a global reality.

The use and overuse of antibiotics, both in health care and agriculture, has fueled this explosion in antibiotic resistance. Antimicrobial medications have enabled people to survive potentially lethal infections, such as pneumonia and postpartum sepsis. But the current abundance of antibiotics is allowing more resistant bacteria to emerge and become human pathogens.¹ In a sense, we are the victims of our own success.

WHITE PAPER



Redefining the Antibiotic Stewardship Team: Recommendations from the American Nurse Association/Centers for Disease Control and Workgroup on the Role of Registered Nurses Antibiotic Stewardship Practices

Effective Date: 2017

Executive Summary

The purpose of this American Nurses Association/Centers for Disease Control and Prevention White Paper is to inform registered nurses in the United States about the problem of antibiotic resistance and facilitate their embracing an expanded and clearly recognized role in hospital antibiotic stewardship programs (ASPs) and activities. The White Paper is the result of a series of online meetings, culminating in a one-day live conference with a selection of nurses identified by ANA and CDC as having expertise and/or interest in antibiotic stewardship. The purpose of the workgroup is to explore how nurses can become more engaged and take a leadership role to enhance our nation's antibiotic stewardship efforts. The first part of the White Paper reviews ASPs and the current state of antibiotic resistance. The second section is a summary of the workgroup's discussions on current barriers to ASPs; gaps in nurses' knowledge and education about antibiotic stewardship; and the 21st century. The third part explores opportunities for nurses to add their expertise to ongoing stewardship efforts and offers recommendations for future nursing education.

The mark "CDC" is owned by the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) and is used with permission. Use of this logo is not an endorsement by HHS or CDC of any particular product, service, or enterprise.

SPECIAL FEATURE

Good Nursing Antibiotic Stewardship

Successful stewardship depends on nurses

ABSTRACT
Resistance to antibiotics has increased dramatically in the United States, with significant social and economic consequences. The most promising strategy to reduce the need for the careful and responsible use of antibiotics for the optimal care of each patient. This multidisciplinary approach typically involves specialists but not necessarily nurses, and should be an integral part of antimicrobial stewardship. Examples to review several stewardship activities and the use of antibiotics.

Keywords: antibiotic resistance, antimicrobial stewardship

In May 2016, a woman presented to a clinic in Pennsylvania and was found to have a urinary tract infection (UTI) due to an organism resistant to the antibiotic colistin, with a transferable resistance marker (or plasmid) that had previously been observed in China but had never been isolated in the United States. The woman had not traveled to China or anywhere outside the country. She had had no contact with anyone who had traveled to Asia. The microorganism's unusual resistance was repeatedly tested and confirmed by the laboratory at the Walter Reed Army Institute of Research in Silver Spring, Maryland. Reporting this story, the *New York Times* ran the following headline: "Infection Raises Specter of Superbugs Resistant to All Antibiotics."¹

Antibiotic-resistant infections have become commonplace—not only in hospitals but in the community, even in schools and gyms.²⁻⁴ In fact, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has reported that antibiotic-resistant infections affect more than 2 million people annually in the United States, resulting in more than 23,000 deaths and potentially in excess of \$20 billion in direct care costs and \$35 billion in lost productivity.⁵ The CDC has called this a "significant threat to public health,"^{6,7} phrasing echoed by the World Health Organization,

Infection Control & Hospital Epidemiology 2018, 1-4
doi:10.1017/hce.2018.362

Review

Integrating bedside nurses into antibiotic stewardship: A practical approach

Elizabeth A. Monsees PhD, MBA, RN, CIC¹, Pranita D. Tamara MD, MHS², Sara E. Cosgrove MD, MS³, Melissa A. Miller BSN, MD, MS⁴ and Valeria Fabre MD⁵

¹Patent Care Services Research, Children's Mercy Hospital, Kansas City, Missouri; ²Department of Pediatrics, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland; ³Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland and ⁴Center for Quality Improvement and Patient Safety, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Maryland

Abstract

Nurses view patient safety as an essential component of their work and have reported a general interest in embracing an antibiotic steward role. However, antibiotic stewardship (AS) functions have not been formally integrated into nursing practice despite nurses' daily involvement in clinical activities that impact antibiotic decisions (e.g., obtaining specimens for cultures, blood drawing for therapeutic drug monitoring). Recommendations to expand AS programs to include bedside nurses are generating support at a national level, yet a practical guidance on how nurses can be involved in AS activities is lacking. In this review, we provide a framework identifying selected practices where nurses can improve antibiotic prescribing practices through appropriate use of *Clostridioides difficile* tests, appropriate urine culturing practices, optimal antibiotic administration, accurate and detailed documentation of penicillin allergy histories and through the prompting of antibiotic time-outs. We identify reported barriers to engagement of nurses in AS and offer potential solutions that include patient safety principles and quality improvement strategies that can be used to mitigate barriers. This review will assist AS leaders interested in advancing the contributions of nurses into their AS programs by discussing education, communication, improvement models, and workflow integration enhancements that strengthen systems to support nurses as valued partners in AS efforts.

(Received 6 December 2018; accepted 15 December 2018)

Broadening the reach of antibiotic stewardship (AS) activities to include nurses has recently been recognized as important for the success of antibiotic stewardship programs (ASPs) by the American Nurses Association (ANA) and by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).^{1,2} Consequently, accrediting and federal agencies have issued calls for interdisciplinary AS perspectives, indicating the need for nursing participation.^{3,4} The growing number of position statements and endorsements for nurses as AS partners is encouraging, but practical guidance on how to best integrate nurses into AS is lacking. Here, we present specific examples of the potential role of bedside nurses in AS activities, and we provide a framework for integrating bedside nurses into AS activities.

Existing AS work by nurses

Work in long-term care settings focusing on the integration of nurses in initiatives to improve antibiotic use have proven successful, several such examples can be found in the literature. A behavioral intervention targeting frontline nurses and prescribers, consisting of education about appropriate indications for urine culture and algorithms for clinical decision support, resulted in sustained reductions in the

inappropriate treatment of asymptomatic bacteriuria in long-term care residents.⁵ Similarly, a clinical algorithm to assist nurses, as well as other providers, in deciding appropriate indications for urine cultures in patients with indwelling urinary catheters successfully reduced over-treatment of asymptomatic bacteriuria.^{6,7} Additionally, a clinical pathway designed for nurses in managing nursing home residents with lower respiratory tract infections resulted in fewer hospitalizations and healthcare costs without affecting clinical outcomes.⁸

Data are limited, however, regarding the role of the bedside nurse in AS activities in the acute-care setting. Recent studies have shed light on nursing perceptions of their potential contribution to AS efforts in hospitals, their perceived limitations to accomplish their role as stewards, and suggestions to overcome these limitations.⁹⁻¹¹ When the role of bedside nurses in making AS interventions was examined, nurses reported a high degree of confidence with certain practices, such as assessing for antibiotic-associated adverse drug reactions, obtaining cultures prior to antibiotic initiation, and participating in patient and family education about appropriate antibiotic use.⁹ Conversely, nurses were less confident or reluctant to initiate a 48-hour antibiotic time-out¹⁰ or to de-label patients with penicillin (PCN) allergies.¹¹

Leveraging nurses' experience into AS strategies

As part of their daily work, nurses perform a number of activities that influence antibiotic prescribing decisions. A comprehensive

Author for correspondence: Elizabeth A. Monsees, Email: emonsees@cmh.edu.
Cite this article: Monsees EA, et al. (2019). Integrating bedside nurses into antibiotic stewardship: A practical approach. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. <https://doi.org/10.1017/hce.2018.362>

© 2019 by The Society for Healthcare Epidemiology of America. All rights reserved. This work is licensed, for copyright purposes, as a work of the U.S. Government and is not subject to copyright protection within the United States.

resistant organism. I hope this evil can be averted. We have seen Fleming's cautionary prediction become a global reality.

The use and overuse of antibiotics, both in health care and agriculture, has fueled this explosion in antibiotic resistance. Antimicrobial medications have enabled people to survive potentially lethal infections, such as pneumonia and postpartum sepsis. But the current abundance of antibiotics is allowing more resistant bacteria to emerge and become human pathogens.¹² In a sense, we are the victims of our own success.

Quelle implication des IDE dans le bon usage?

Action	Exemples
Juste utilisation des examens de microbiologie	Modalités de réalisation des hémocultures, indications à la recherche de <i>Clostridioides difficile</i>*
Optimisation de l'administration des antibiotiques	- Adaptation et suivi des modalités d'administration des antibiotiques (perfusion prolongée ou continue), suivi des dosages d'antibiotiques - Mise en place d'une filière de pose des midlines adaptés aux antibiothérapies de plus de sept jours - Relais per os - Organisation du retour à domicile
Rédaction de procédures	Participation aux procédures d'antibiothérapie probabiliste et d'antibioprophylaxie* (avec un focus sur les modalités de dilution et administration)
Évaluation, audit	- Investigation des bactériémies sur cathéter* - Antibioprophylaxie au bloc opératoire* - Indicateurs locaux ou nationaux - Allergie aux bêta-lactamines des patients relevant d'une antibioprophylaxie*
Formation	Infirmiers, étudiants en soins infirmier
Éducation thérapeutique des patients	Prévention des effets secondaires liés au traitement ou à la voie d'administration, sensibilisation à l'observance et à la vaccination*
Consultation de suivi infirmier après la sortie d'hospitalisation	Surveillance et détection des effets secondaires liés au médicament ou à la voie d'administration, surveillance de l'efficacité du traitement

* En synergie avec les équipes opérationnelles d'hygiène.

En ville, en établissement de santé, en établissement médico-sociaux

Task Force 2015

- Propositions faites par la « Task force » - 2015 pour la préservation des ATB
 - Formation continue sur l'antibiothérapie, le bon usage des ATB et les résistances bactériennes doit être obligatoire pour tous les professionnels de santé **y compris les IDE**
 - Associer les IDE dans les programmes d'action liées au bon usage des ATB

Journal des Anti-infectieux (2016) 18, 98–105



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



INFECTIONS BACTÉRIENNES

Bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé : comment avancer ?



Antimicrobial stewardship in hospitals: How to move forward?

G. Tebano^a, C. Pulcini^{a,b,*}

Textes réglementaires

- **Instruction DGS/ Mission ATBR/DGOS/2020/79** du 15/5/2020 qui prévoit:

Des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) au niveau minimum d'un groupement hospitalier de territoire (GHT).

Comportant, au moins, infectiologue, pharmacien, microbiologiste **et infirmier formé en infectiologie**

- **Stratégie nationale 2022-2025 :**

13.3 Valoriser et encourager la formation des infirmiers ayant acquis une compétence particulière en prévention des infections et de l'antibiorésistance (par exemple : création

● **Indicateur de suivi :** suivi annuel des effectifs d'IDE formés et des postes créés (MSS/DGOS/RH2).

- **Feuille de route interministérielle 2024 – 2034**

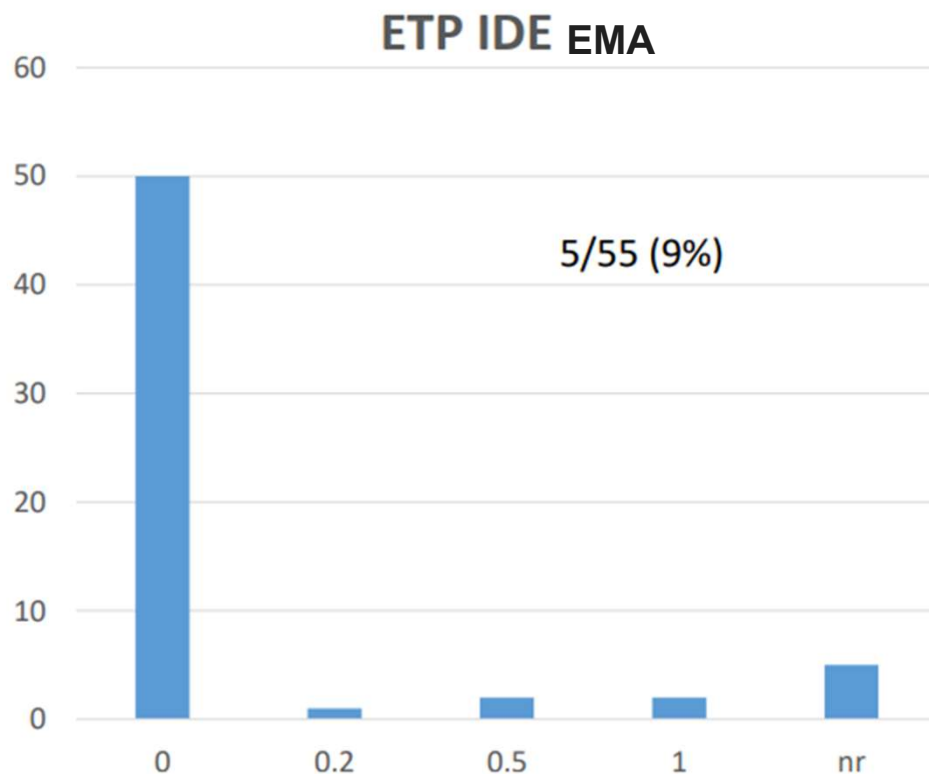
Volet 1 : engager chacun des acteurs : une mobilisation forte des acteurs et parties prenantes aux niveaux national, régional et local



Préconisations du conseil national des professionnels de MIT en réponse à la saisine DGS N° D.21-007596 du 25/3/2021

- Indépendamment des besoins nécessaires au fonctionnement de l'établissement de support, l'EMA doit au moins comporter les métiers suivants : infectiologue, pharmacien, microbiologiste, IDE, et secrétariat et idéalement un médecin généraliste.
- Il est recommandé d'avoir au moins une EMA par GHT (Idéalement une EMA par bassin de population de 500 000 habitants et/ou un périmètre d'action respectant un temps de trajet n'excédant pas une heure).
- Il est recommandé au minimum pour chaque EMA, pour 500 000 habitants :
 - ✓ 1 ETP infectiologue
 - ✓ 0,5 ETP microbiologiste
 - ✓ 0,5 ETP pharmacien
 - ✓ 1 ETP infirmier(ère)
 - ✓ 0,5 ETP secrétaire

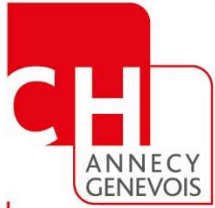
Des ratios idéaux...aux réalités de terrain



- ✓ Enquête Juillet 2022
- ✓ 18 CRATb
- ✓ Taux réponse : 72,9%
- ✓ Seulement 4 EMA avait du temps dédié IDE

B. Rosolen, réseau des CRATB, enquête juillet 2022

Rappel recos CNP-MIT, pour chaque EMA/500 000 habitants : 1 ETP infirmier(ère)



Parangonnage national Équipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie (EMA) Version définitive du 03 juillet 2024

- Etat des lieux au 31/12/2023
- Coordonnée par le CRAtb Grand Est en collaboration avec le Réseau national des CRAtb.
- Questionnaire en ligne :
 - ✓ Réponses des 17 CRATB
 - ✓ 42 EMA en place au 31/12/2023
 - ✓ 9 régions sur 10 financent leurs EMA à 100 % via des crédits FIR de leurs ARS
 - ✓ 80 % des EMA prévoient un financement mixte pour leur pérennisation

Parangonnage national

Équipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie (EMA)

Version définitive du 03 juillet 2024

Question posée dans le sondage	Y a-t-il des ETP dans toutes les EMA de la région ?			Y a-t-il des ETP dans au moins une EMA de la région ?
	Infectiologue	MG	Pharmacien	Infirmier
Pourcentage de "Oui" par profession	100%	40%	70%	70%

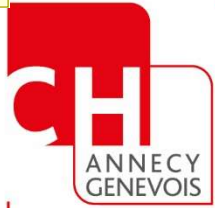
Tableau 1 - Représentation des réponses des régions concernant la présence de temps infectiologue, médecin généraliste et pharmacien dans toutes les EMA dans chaque région (quels que soient les ETP) et la présence de temps infirmier dans au moins une EMA de chaque région

Nous avons demandé aux 17 CRAtb si ces derniers disposaient de **fiches de postes EMA pour les professions** infectiologue, microbiologiste, pharmacien, MG, infirmier formé au BUA et secrétaire. Leurs réponses sont présentées dans le **Tableau 2**.

	Fiche de poste pour les professions					
	Infectiologue	Microbiologiste	Pharmacien	MG	Infirmier Formé BUA	Secrétaire
Nombre de CRAtb disposant de ces documents	3	1	3	4	6	3

Tableau 2 - Existence de fiches de poste types des membres de l'EMA

Plus de la **moitié des répondants affirment ne pas encore avoir de fiche de poste type** (pour chaque profil : infectiologue, pharmacien...) pour l'instant.



Expérience au Centre Hospitalier Annecy genevois

- ✓ Une équipe dédiée au bon usage, formalisée depuis 2011 (infectiologues, ULIN, pharmacie, laboratoire)
- ✓ Les IDE's de consultation = un des acteurs du bon usage depuis 2022

Audits bon usage ATB en
perfusion continue et formation
des paires

Vaccination

Recherche
clinique

Diapositive 13

S3

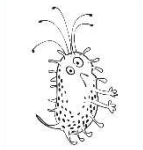
Margaux

SMICS08; 14/10/2024

Audits bon usage ATB et formation des paires

Réalisation d'un audit de pratiques « utilisation des protocoles de perfusion continue » dans chaque service prescripteur

Hématologie/Infectiologie/Chirurgie cardiaque/Chirurgie orthopédique/UPUM/Neurochirurgie



Site accès
difficile, fortes
posologies

Etude avant/après avec :

- ✓ Phase avant formation
 - Alerte automatisée par la pharmacie
 - Recueil de données d'un dizaine de dossiers patients
 - Questionnaires soignants paramédicaux
 - Analyse des pratiques, proposition d'actions paramédicales
- ✓ Restitution résultats et formation médicale/paramédicale
- ✓ Phase après formation
 - Evaluation et recueil de données pour de nouveaux patients

Diapositive 14

S1

Margaux

SMIEDU01; 16/09/2024

Recueil de données dossier patients

- A partir dossiers PATIENTS
- + observations sur le terrain

J : ANTIINFECTIEUX GENERAUX A USAGE SYSTEMIQUE - 2 lignes

VANCOMYCINE* 500 mg Poudre pour solution à diluer pour perfusion : 2.3 gramme en continu par jour - Dose d'entretien en perf continue par voie centrale au PSE sur 24h à brancher immédiatement après la dose de charge

Reconstituer ds EPPI puis diluer la vanco ds 50 ml de NaCl 0,9% ou G5%. Conc Max 80mg/ml

Poso indicative : 30mg/kg/24h

Surveiller vancocinémie 24h après début antibiothérapie puis 24h après chq changement de dose et au moins 1 x/semaine à l'équilibre pr adapter poso (cible 20 à 30 mg/l)

Surveiller créatinémie à partir de J2 et 2 x/ semaine pdt tte la durée du traitement

Adapter poso à la fonction rénale

2.3 g

Bon patient

Bon dosage

Bonne durée

Bon dispositif

→ Vérifier la conformité de la prescription et sa correcte réalisation par l'IDE

Diapositive 15

S5

Margaux

SMIEDU01; 14/10/2024

Recueil de données dossiers patients

1. Quelle molécule prescrite ?

4. Des dosages d'ATB ont-ils été réalisés ?

2. Dispositif de délivrance : Pompe ou PSE, est-ce conforme à la PM ?

3. Conformité de la PM:
Dose de charge prescrite ?
Erreur ou incohérence dans la PM ?
Adaptation posologie à la fonction rénale ?

5. Administration le jour de l'audit : dose de charge administrée ?
Intervalle entre dose de charge et perfusion continue ?
Dilution respectée ?
Durée d'administration respectée ?

Diapositive 16

S6

Margaux

SMIEDU01; 14/10/2024

Questionnaire soignants

Questions multiples à réponses fermées ou ouvertes



Avez-vous trouvé
le protocole de PM
explicite :
dilution/dose de
charge/dispositif ?



Questions multiples
concernant la
compatibilité avec
d'autres traitements
IV



Connaissez-
vous les intérêts
de
l'administration
continue ?



Prélèvement pour
dosage ATB : Test
connaissance sur
les modalités de
prélèvement

Diapositive 17

S7

Margaux

SMIEDU01; 14/10/2024

Livret remis au rendu résultats

2. Avec Le pharmacien

Il n'est pas du tout obligatoire de prendre systématiquement l'avis du pharmacien sauf si le médecin veut faire vérifier la compatibilité de l'antibiotique

- Peut-on arrêter l'antibiotique temporairement pour passer un autre traitement ?

- **OUI** avec maximum 1 heure d'interruption et après accord médical

➤ Prélèvement du dosage d'antibiotique :

- Se fait sur un bon de labo spécifique (Cf manuel de prélèvement)
- Lors d'une administration continue le prélèvement peut être réalisé à n'importe quel moment
- Le dosage est à faire sur prescription médicale :
 - > 24/48h après le début de l'antibiotique
 - > Dans les 24h après chaque changement de posologie
 - > 1 fois par semaine à l'équilibre du dosage (à discuter)
- Peut-on prélever sur le bras où est administré l'antibiotique en continu si voie veineuse périphérique ?

Si administration sur une voie veineuse périphérique ➔ prélever sur le bras opposé.

Si impossibilité : jamais au-dessus, mais bien **en-dessous** de la voie avec **arrêt de la perfusion 15 min avant**.

- Peut-on prélever sur la même voie que celle où est administrée l'antibiotique ?

En théorie non, mais si impossibilité :

Arrêt de la perfusion **15 min** avant puis **rincer la voie + purge de 2-3 tubes**.



Bon usage des Antibiotiques en perfusion continue



➤ Pourquoi ça ne concerne que certaines molécules ?

Il y a des antibiotiques dit **Pic Dépendant (Concentration Dépendant)** ou des antibiotiques dit **Temps Dépendant**.

Pour les antibiotiques « **Concentration Dépendant** » (Ex : la Gentamicine), leur efficacité est fonction de la concentration maximale d'antibiotique à laquelle les bactéries sont exposées. Leurs administrations se font généralement en une fois.

Les antibiotiques « **Temps Dépendant** » (Ex : amoxicilline, cloxacilline, toutes les bêta lactamines).
Pour être efficaces, leur concentration doit être 100% du temps au-dessus de la CMI (Concentration minimal Inhibitrice).
La perfusion continue peut-être utile pour ces antibiotiques.

➤ Quel est l'intérêt de l'administration en continue ?

(Pour ces antibiotiques temps dépendants)

- En cas de **demi-vie courte des antibiotiques**
- Pour une **utilisation à domicile** car limite le nombre de passages (Hospitalisation à domicile, Infirmière libérale)
- Pour une **moindre manipulation** des lignes de perfusion (intérêt hygiène et gain de temps paramédical)

Elle est particulièrement indiquée en cas :

- D'**infections sévères**

Diapositive 18

S2

Margaux

SMICS08; 11/10/2024

Exemples de résultats phase 1

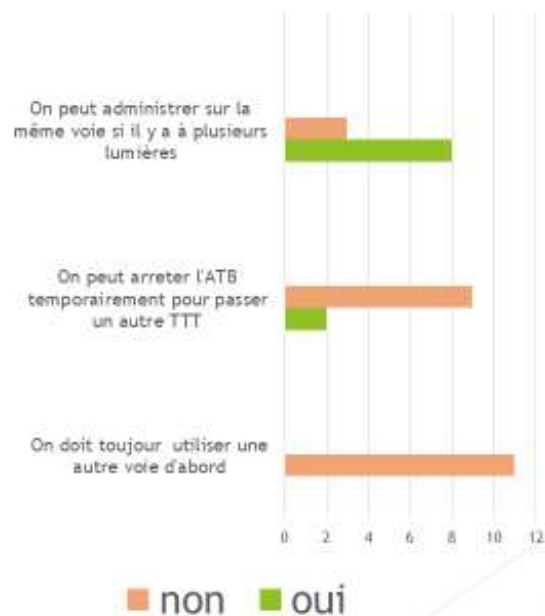
Service	Date rendu	Nb Q soignants	Nb dossiers pts	Résultats dossiers patients
1	Dec 2023	11	10	Erreurs dose charge 3 erreurs de dispositifs 2 durées perf continue non conformes/PM
2	Fev 2023	9	11	1 erreur dispositif
3	2024	13	12	Dispositif conforme Erreurs/incohérence PM Intervalle libre dose de charge/perf continue

Exemple rendu résultats Q soignants

Avez-vous trouvé le protocole Pharma explicite, concernant :



Pour l'administration d'autre traitement IV en même temps qu'un ATB en perfusion continue vous pensez que:



Activité de vaccination

- **Elargissement compétence IDE (2023)**
 - ✓ Peuvent prescrire et administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal,
 - ✓ Aux personnes âgées de 11 ans et plus.
 - ✓ À l'exclusion des vaccins vivants atténués (rougeole, oreillons, BCG par exemple) chez les personnes immunodéprimées

- **Au CHANGE :**

Activité de vaccinations polyvalentes pour patients consultants

- ✓ Développement et création d'un CVP sur le CHANGE en 2022
- ✓ Permet convention CPAM donc remboursement partiel vaccins
- ✓ Possibilité de vacciner par IDE, même sans CVP

Promotion de la vaccination auprès des paires (réfèrent vaccin)

Participation campagne de vaccination grippe/Covid des professionnels.

- **Problème de financement des vaccins** : non remboursés pour les établissements, hors CVP.
→ Convention CPAM/mutuelles?

Diapositive 21

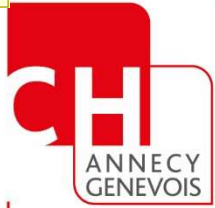
S7

Virginie

SMICS08; 14/10/2024

Recherche clinique

- Participation bilan et suivi patients inclus dans protocoles de recherche clinique
- En consultation conjointe avec le médecin
- Thématiques : « vaccination », « antibiothérapie »
- Réflexion poster/communication congrès



« Apports-avantages » implication IDE dans le BUA au CHANGE

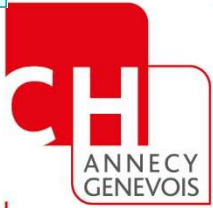
- ☺ **Proximité avec les paires** (pas de rapport hiérarchique, même langage) lors formation, audits
- ☺ **Conseil technique** : optimisation des protocoles d'administration des anti-infectieux à l'hôpital
- ☺ La construction d'indicateurs et de supports de formation **adaptés au personnel paramédical**
- ☺ Pour IDE : Perspective **d'évolution professionnelle**, d'incarnation d'un rôle d'infirmier spécialisé dans un domaine
- ☺ **Complémentarité** au rôle médical, répartition des tâches
- ☺ **Gain économique** (salaire IDE < salaire médecin)

Diapositive 23

S6

Margaux

SMICS08; 14/10/2024



« Freins-limites » implication IDE BUA au CHANGE

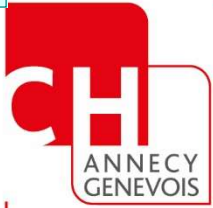
- ☹ Turn-over équipes (IDE experte, services audités)
- ☹ Pas suffisamment de synergie entre les différents acteurs du bon usage (faute de temps)
- ☹ Temps IDE pour réalisation des audits/dépouillements/restitutions trop faible sur un temps non défini (pas de réel ETP dédié)

Diapositive 24

S8

Margaux

SMIEDU01; 14/10/2024



Projets CHANGE IDE bon usage

- D.U BUA en 2025
- Finalisation audit perfusion continue (phase 2)
- Participation à la révision des protocoles concernant le BUA
- Suivi externe des patients avec infections complexes (*ETP antibiothérapies prolongées, accompagnement antibiothérapie parentérale après sortie HC - cf protocole de délégation de tâche de Rennes*)
- Information/lien avec prestataires et IDE ville pour traitement spécifique (*perfusions continues ATB, nouveaux anti rétroviraux injectables*)
- Interventions IDE dans établissements extrahospitaliers (EHPAD) → non réalisable sans temps financé

Diapositive 25

S9

Virginie

SMIEDU01; 14/10/2024

Autres exemples d'expériences régionales (non exhaustif...)

CH de rattachement	ETP IDE	Mission IDE	Financement
Lyon	0,2 ETP	Formation BUA Information/formation EHPAD (outils diagnostics et réévaluation ATB) Projet bon usage des hémocultures	ARS
Bourgoin	0	Pas de temps dédié : avis concertés sur les plaies par IDE dite IPA	0
Puy en velay	0,4 ETP	Audit régional sur les IU dans les EHPAD Suivi patients sous ATB prolongée Développement de la perfusion continue d'antibiotiques	ARS?
Annecy	<0,1 ETP	Formation/information Audits Recherche clinique Vaccination	ES

Quelques exemples d'expériences nationales

Equipe	ETP IDE	Mission IDE	Etablissements concernés
Perpignan (EMA)	0,2 ETP	Conseils (prélèvement, administration et monitoring ATB) Accompagnement patients (ETP, etc..) Formations paramédicaux/ Audits	ES EPHAD
Pays de la Loire (CRATB)	1,5 ETP infirmier	Antib'EHPAD : communication, sensibilisation, formation sur site, suivi des leaders Actions en ville prévues: sensibilisation et formation des paramédicaux au BUA, en binôme avec un médecin de l'équipe. Participation semaine du BUA, surtout au CHU.	Ville EHPAD
Henri Mondor (EMA)	?	Formation Délabellisation « allergie amoxicilline » Suivi ATB prolongées (EI)	ES → Ville
Rennes (EMA)	?	Protocole de coopération Suivi ATB prolongées	ES → ville
Libourne (EMA)	0,5 ETP (financé exclusiv. par CH de Libourne)	Hémocultures en lien avec infectiologue Suivi patient avec ATB prolongée Formations/information/compagnonnage IDE Participation révision protocoles, RCP, CAI...	ES → Ville
EMA CH Vendée (85)	?	– Hémocultures en lien avec infectiologue – Formation/information des équipes paramédicales (exemple verrou antibiotique, protocole d'hémoculture différentielle) – Suivi patient avec ATB prolongée	ES → Ville

Conclusion, perspectives

- Intérêt indéniable des IDE dans BUA
- Montée en charge progressive
- Mais
 - ✓ Une réalité de terrain encore bien loin des préconisation/recommandations y compris réglementaires
 - ✓ Encore peu d'action EMS ou ville
- Travail en cours par 8 équipes (réponse à un AMI) : rédaction protocole de coopération national IDE et BUA (2e semestre 2025?)
- 2 formations (DU) existent (Rennes, Perpignan)
- Quelles perspectives pour les IDE dans le bon usage ATB dans le contexte financier actuel?