



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2020 –

**« REFERENT EN INFECTIOLOGIE : UNE
ACTIVITE EN EXPANSION ET ESSENTIELLE
PENDANT LA CRISE SANITAIRE LIEE A LA
COVID-19 »**

– Groupe n° 24 –

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| – Lucie BALLIGAND | – Lola FOSSE |
| – Augustin CHIROL | – Catherine LECOMTE |
| – Maximilien COQUET | – Emilie PICHOT |
| – Laurent CURTI | – Jacqueline RENKES |

Animatrice :

– **Salam ABBARA**

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	5
1 Le référent en infectiologie en établissement public de santé : un rôle marqué par la polyvalence, la transversalité des missions et des capacités d'adaptations.....	7
1.1 Des missions transversales de conseil et de coordination	7
1.1.1 L'organisation du quotidien des RI : une multitude de manières de procéder	7
1.1.2 Une pluralité de liens avec les autres corps de métier dans l'établissement ...	10
1.1.3 Des structurations territoriales variées selon le lieu d'implantation de l'établissement	11
1.1.4 Une diversité des rapports entretenus avec les instances et l'administration de l'établissement	13
1.2 Le rôle des RI durant l'épidémie de Covid-19.....	14
1.2.1 Le rôle des RI dans les cellules de crise	16
1.2.2 Le rôle des RI en intra hospitalier	16
1.2.3 Le rôle des RI en extra hospitalier.....	17
2 D'une analyse des freins à l'exercice des référents à des propositions de recommandations	18
2.1 Les freins et les limites mentionnés par les référents en infectiologie	18
2.1.1 Un financement limitant le déploiement de l'activité de référent en antibiothérapie.....	18
2.1.2 Une organisation et une culture centrées culturellement sur l'unité de soins	20
2.1.3 Des moyens matériels notamment informatiques insuffisants	21
2.1.4 La faible démographie médicale des infectiologues	21
2.2 Des pistes d'améliorations concrètes traduites en recommandations	22
2.2.1 Un financement renouvelé et diversifié	23
2.2.2 Le déploiement d'indicateurs référencés	24
2.2.3 Une activité à valoriser grâce aux systèmes d'informations.....	24
2.2.4 Des organisations innovantes au service des patients	24
2.2.5 Des modalités d'évolution de la pratique professionnelle méritants d'être énoncées.....	25
Conclusion.....	27
Récapitulatif des recommandations.....	28
Bibliographie.....	29
Liste des annexes.....	I

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- Notre animatrice, Le Docteur Salam ABBARA, pour ses conseils avisés, ses remarques, ses précieuses propositions bibliographiques et sa bienveillance tout au long de ce module.
- Les professionnels, médecins infectiologues et directeurs, qui ont accepté de prendre le temps de répondre à nos questions malgré un contexte très particulier et sans lesquels nous n'aurions pas pu mener ce travail de recherche. Le partage de leurs expériences a été riche d'enseignements pour le groupe.

Nous souhaitons également souligner que le Module Inter Professionnel (MIP) a favorisé un travail de groupe basé sur le respect, la rigueur et la motivation malgré un travail en distanciel en raison de la crise sanitaire.

Liste des sigles utilisés

ARS:	Agence Régionale de Santé
CeGIDD:	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CH:	Centre Hospitalier
CHI:	Centre Hospitalier Intercommunal
CHU:	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN:	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME:	Commission Médicale d'Etablissement
COPIL :	Comité de Pilotage
DESC :	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DU :	Diplôme Universitaire
ECN :	Epreuves Classantes Nationales
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EOH:	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPS:	Etablissements Publics de Santé
ETP:	Equivalent Temps Plein
FIR:	Fonds Régional d'Intervention
GHT:	Groupement Hospitalier de Territoire
GRIF:	Groupe des Référents en Infectiologie d'Ile de France
ICATB:	Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques
JNI:	Journées Nationales de l'Infectiologie
MCO:	Médecine Chirurgie et Obstétrique
MIGAC:	Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
PROPIAS:	Programme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins
RI:	Référent en Infectiologie
SLD:	Soins de Longue Durée
SPILF:	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	Tarifification A l'Activité

Introduction

Si les antibiotiques sont utilisés dans le monde entier pour traiter et prévenir les infections en santé humaine et animale, l'antibiorésistance est identifiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'une des menaces les plus sérieuses pour la santé publique¹. En effet, l'antibiorésistance est corrélée à l'utilisation des antibiotiques qui génère, au fil du temps, une augmentation des résistances bactériennes menaçant à terme l'efficacité de ces traitements. Bien que la France mène depuis les années 2000 une politique de maîtrise de l'antibiorésistance et de promotion du bon usage, en 2018, les niveaux de consommation observés en santé humaine se situent encore 30% au-dessus de la moyenne européenne². Dès lors, il est primordial de continuer à promouvoir et amplifier les actions en faveur d'un bon usage des antibiotiques auprès de tous les acteurs concernés, à commencer par les professionnels de santé. Sur ce point, les établissements de santé sont incités depuis 2002³ et obligés depuis 2013⁴ à désigner un référent en antibiothérapie. Ces référents sont également cités dans la « feuille de route antibiorésistance » de 2016⁵, ainsi que dans le « programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins » (PROPIAS) créé en 2015⁶. Les bénéfices apportés par leurs activités sont reconnus et validés par de nombreuses études⁷, à la fois sur la qualité des soins⁸, l'optimisation de la prise en charge des patients, la réduction du mésusage et de la consommation totale des antibiotiques⁹, mais également sur les plans écologique et économique.

¹ "Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles", Santé Publique France, novembre 2019

² Centre Européen de prévention et de contrôle des maladies

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212060.htm> Circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé

⁴ Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuilledeoutedantibioresistancenov2016.pdf> Comité interministériel pour la santé - 17 novembre 2016

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propiasjuin2015.pdf> Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins – Juin 2015 - Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

⁷ "Equipe mobile d'antibiothérapie : fonctionnement et impact" Journal des anti-infectieux (2012) p 39 - 45

⁸ <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/bonusagedesantibiotiquesrapportcomplet.pdf> Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé - Haute Autorité de Santé - 2008

⁹ Les antibio, juste ce qu'il faut !" - Dossier de presse – Campagne sur le juste usage des antibiotiques à l'hôpital - Mai 2015 (SPILF / FHF)

Le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un référent en antibiothérapie¹⁰. L'instruction ministérielle du 19 juin 2015¹¹ indique les acquis nécessaires pour devenir référent en antibiothérapie. S'il n'est pas obligatoire qu'il soit médecin de formation, le référent doit néanmoins être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de pathologie infectieuse ou d'un diplôme universitaire (DU) d'antibiothérapie, ou a minima d'une attestation de formation en maladies infectieuses. Le référent en antibiothérapie « *assiste la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre de ces mesures* »¹². Il a pour but d'organiser un conseil diagnostique et thérapeutique efficient¹³ et de promouvoir, coordonner et contrôler les actions de bon usage des antibiotiques au sein de l'établissement¹⁴. Par ailleurs, compte tenu de la multiplicité des intervenants dans la prise en charge des maladies infectieuses, le référent est amené à exercer ses fonctions dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire où il assure un rôle pivot pour mettre en lien de nombreux acteurs. Ce travail en équipe s'effectue au sein même des établissements, mais également dans certains cas, en relation avec les acteurs de santé officiant en ville et dans d'autres types d'établissements comme les structures médico-sociales. S'agissant du financement, l'objectif cible de déploiement du référent en antibiothérapie dans chaque établissement est exprimé en nombre d'équivalents temps plein (ETP) qui lui sont affectés, et sur la base sur laquelle est calculée sa rémunération. Fixé par l'indicateur ICATB.2¹⁵, il est de 0,1 ETP pour 400 lits de soins de suite et de réadaptation, de soins longue durée ou de psychiatrie, et de 0,3 ETP pour 400 lits de médecine chirurgie obstétrique. Le codage du conseil aux prescripteurs, matérialisé dans le dossier médical, permet de valoriser l'activité du référent sur sa mission de conseil.

¹⁰ Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

¹¹ Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS no 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

¹² Article R6111-10 du Code de la Santé Publique

¹³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027979376&categorieLien=id>
Décret du 20 septembre 2013 – Article 6

¹⁴ Référentiel métier - Compétences de l'infectiologue - Fédération Française de l'Infectiologie

¹⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_icatb_2.pdf
Haute Autorité de Santé - Fiche descriptive 2018 - Thème Infections Associées aux Soins – ICATB.2

En pratique, si le nombre exact de référents en antibiothérapie n'est à ce jour pas connu, la diversité de leurs profils est quant à elle certaine¹⁶. En effet, sont recensés parmi les effectifs des référents, des médecins, pharmaciens ou encore hygiénistes, remplissant les exigences de formation édictées par les textes¹⁷. De plus, l'exercice de ces référents est hétérogène entre les établissements de santé, et s'intègre de manière variable dans le cadre d'équipes multidisciplinaires. Dès lors, nous avons fait le choix de cibler notre rapport sur les référents cliniciens, infectiologues, exerçant les activités de référent en antibiothérapie et de conseil en infectiologie, pouvant opérer dans le cadre d'équipes mobiles d'infectiologie, et être à temps plein ou non sur leur activité. Ils seront désignés « référents en infectiologie » (RI) tout au long de cette étude. Cette appellation non officielle traduit l'extension du rôle du référent en antibiothérapie dans certains établissements de santé au bon usage des médicaments anti-infectieux en général, ainsi qu'au conseil en infectiologie, sans se restreindre aux infections bactériennes.

Si notre objectif initial était d'analyser le déploiement des RI sur les territoires, de constater l'hétérogénéité des pratiques et les freins principaux à l'exercice de leurs missions, l'épidémie liée à la maladie de coronavirus 2019 (Covid-19¹⁸) a impacté le traitement de la thématique. En effet, la crise sanitaire due au coronavirus a été l'occasion de mettre en avant l'infectiologie et, par la même, la pratique des RI et l'importance de leur fonction dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19. Face à cette pathologie respiratoire infectieuse très contagieuse, les structures hospitalières ont dû se réorganiser pour pouvoir répondre au mieux au besoin de soins critiques sur le territoire et les professionnels de santé ont dû faire preuve d'adaptabilité et de réactivité. Dans ce contexte, les RI ont vu leur quotidien et leurs missions évoluer et ont eu un rôle particulier à jouer tant dans l'accompagnement des professionnels que dans la prise en charge des patients.

Ainsi, nous nous sommes posés la question de savoir **dans quelle mesure les missions et les axes d'exercice du référent en infectiologie en établissement de santé ont-ils été impactés par l'épidémie de Covid-19 et quelle a été l'évolution de son rôle ?** afin de

¹⁶ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X1830235X> Médecine et maladies infectieuses – juin 2018

¹⁷ Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS no 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

¹⁸ Covid 19 : Maladie infectieuse causée par un nouveau coronavirus

mieux cibler le périmètre de ce travail, nous avons choisi de nous limiter aux référents exerçant dans des établissements publics de santé (EPS).

En se basant sur des témoignages de terrain aussi riches que variés, nous nous intéresserons, dans une première partie, à l'activité et aux modalités du déploiement des RI au sein d'établissements de différentes tailles, à la place qu'ils ont pu occuper pendant l'épidémie sur un plan organisationnel, scientifique et clinique ainsi qu'au statut et moyens alloués sur un plan réglementaire. Dans une deuxième partie, nous présenterons les freins à l'exercice de leurs missions, au développement de leur activité et au déploiement large des RI à l'échelle nationale et ferons des propositions d'amélioration.

Méthodologie

Afin de conduire notre réflexion autour du déploiement des RI dans les établissements et de leur rôle dans la gestion de la crise sanitaire, nous avons convenu d'un travail en trois temps.

Lecture et analyse de documents :

Au préalable, un temps d'échange sur la compréhension du sujet par chacun, sur la vision de l'organisation du travail à mener collectivement (répartition, rétroplanning etc.), nous a autorisé à envisager sereinement la réalisation du module.

La constitution d'une base documentaire solide a enrichi notre réflexion et permis d'identifier le cadre légal et réglementaire de la fonction de référent en antibiothérapie. Des articles scientifiques, des études de cas ainsi que des retours d'expérience ont facilité l'appréhension de la réalité du terrain (par exemple, d'identifier certains freins rencontrés, certains dispositifs innovants mis en place) et conséquemment de définir notre problématique le plus précisément possible.

Réalisation d'entretiens avec différents acteurs :

La diversité des réalités rencontrées par les professionnels et l'hétérogénéité des territoires face à la question de l'infectiologie nous ont mené à vouloir interroger une pluralité de RI. Le choix a été fait de se concentrer sur le secteur public uniquement. Néanmoins, afin d'obtenir un panel de réponses représentatif, nous avons pris la décision de solliciter des RI de différentes régions, exerçant dans des établissements de tailles diverses (centre hospitalier, centre hospitalier de taille importante, centre hospitalier universitaire) et ayant des profils différents. Le premier contact a été établi par mail afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique voire dans une minorité de cas d'une rencontre directe.

La requête auprès des référents, et compte tenu de l'absence de référentiel national de référents, s'est faite de plusieurs façons : la première sur le lieu de réalisation des stages des différents membres du groupe de recherche par prise de contact avec les professionnels ciblés, la deuxième à partir d'une liste fournie par le Dr. Salam ABBARA animatrice de notre groupe de recherche, et la troisième par des contacts personnels.

Afin d'harmoniser notre démarche, nous avons élaboré deux grilles d'entretien qui ont été validées par le Dr. Salam ABBARA : une grille pour les entretiens réalisés auprès des RI (Cf. annexe 1) et une grille pour les directeurs d'établissement (Cf. annexe 2).

Pour assurer l'anonymat mais également permettre d'appréhender aux mieux les résultats extraits des entretiens, le tableau qui suit permet de retrouver en fonction d'un numéro attribué, le type d'établissement et le profil du référent interrogé.

<u>Numéro attribué</u>	<u>Type d'établissement</u>	<u>Profil</u>
1	CHI	Chef de service des maladies infectieuses et tropicales, RI (a créé le service il y a 25 ans)
2	CHU AP-HP	PH, service maladies infectieuses, parasitaires et tropicales, RI à temps plein, président CLIN
3	CHU	PH, infectiologue, RI à temps plein
4	CH support GHT	PH, Chef de service maladies tropicales et infectieuse, RI à temps plein depuis plus de 10 ans
5	CH support GHT	Assistant contractuel à temps plein, service de médecine interne, RI COVID-19
6	CHU AP-HP	Infectiologue rattaché à un service de maladies infectieuses, en thèse de sciences
7	CH support GHT	PH, Chef de pôle, Vice-président de CME, chef de service des maladies infectieuses et référent auprès de l'ARS
8	CHU AP-HP	PHC, infectiologue, service de médecine interne, RI à temps plein
9	CH support GHT	PH, chef du service des maladies infectieuses, RI en temps partagé avec 3 autres collègues
10	CH AP-HP	MCU-PH, chef de l'équipe mobile d'infectiologie, infectiologue
11	CHU	PH, service infectiologie transversale, RI
12	CHU	Professeur, chef du service des maladies infectieuses, RI
13	CH	PH, chef de pôle spécialités médicales et oncologie, infectiologue, RI
14	CHU	PH, chef du service maladies infectieuses et tropicales, RI, 20 ans d'exercice comme infectiologue
15	CH support GHT	Professeur, chef du service des Maladies infectieuses et tropicales, RI

Dans le but de confronter les points de vue, nous avons également interrogé des directeurs d'EPS afin d'appréhender la place et les perspectives futures des RI au sein de leur établissement.

<u>Numéro attribué</u>	<u>Type d'établissement</u>	<u>Profil</u>
1	CH support GHT	Ingénieur qualité
2	CHU	Directeur adjoint/délégué
3	CHI	Directeur général adjoint
4	CH	Directeur des ressources humaines

Analyse des résultats et rédaction du rapport final avec des propositions :

Les entretiens ont été menés de manière individuelle, chaque membre du groupe ayant réalisé au moins 1 entretien. S'agissant des modalités de réalisation, la majorité des échanges se sont faits par téléphone, quelques-uns seulement en rencontre directe. Chaque

entretien a fait l'objet d'une retranscription à destination de l'ensemble des membres du groupe. Une séance de travail a été organisée pour que chaque membre puisse exposer brièvement les points forts de chaque entretien afin d'appréhender l'ensemble des éléments à disposition et obtenir une vision globale commune.

L'analyse des comptes-rendus des entretiens a été réalisée par les différents membres du groupe. La construction du plan a été collective et la rédaction des différentes parties du mémoire a été réalisée par binôme (l'interfiliarité étant favorisée). Les binômes ont évolué selon les parties à rédiger. L'implication et la bonne communication au sein du groupe ont facilité le travail dans de bonnes conditions et de manière organisée et réactive.

Des points d'étapes ont eu lieu chaque semaine en présence de l'ensemble des membres du groupe afin de signifier nos avancées, nos difficultés et prévoir l'organisation à venir.

Les relectures, corrections et suggestions de la part du Dr. Salam ABBARA ont permis à chacun des membres du groupe de corriger les défauts de forme et de fond tout au long de la rédaction du rapport.

1 Le référent en infectiologie en établissement public de santé : un rôle marqué par la polyvalence, la transversalité des missions et des capacités d'adaptations

1.1 Des missions transversales de conseil et de coordination

Grâce aux différents entretiens que nous avons réalisés, nous avons pu prendre la mesure de la diversité des organisations existantes dans les établissements publics de santé dotés d'un référent. Qu'il s'agisse de leur organisation au quotidien, des rapports entretenus avec les différents corps de métiers dans l'établissement, de l'organisation mise en place sur le territoire ou de leur rapport avec les instances de l'établissement, les référents ont chacun leur propre façon de procéder.

1.1.1 L'organisation du quotidien des RI : une multitude de manières de procéder

Le RI a pour mission d'organiser un conseil diagnostic et thérapeutique efficient et de promouvoir, coordonner et contrôler les actions de bon usage des anti-infectieux au sein de l'établissement de santé. Il a donc la possibilité d'organiser son exercice de la façon dont il l'entend pour lui permettre de remplir ces différents objectifs. Ainsi, il y a autant d'organisations que de postes de RI.

Certains RI (9/15) exercent leurs fonctions à l'échelle d'un GHT et d'autres (6/15) interviennent sur un établissement, qu'il s'agisse d'un Centre Hospitalier (CH) ou d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Certains sont donc amenés à décliner leurs missions dans plusieurs établissements pouvant mêler Médecine Chirurgie Obstétrique, services prenant en charge des personnes âgées dépendantes et psychiatrie.

Le conseil diagnostic et thérapeutique représente la majeure partie du rôle de RI. S'agissant de la prescription des antibiotiques et de son évaluation, plusieurs stratégies ont pu être observées. En premier lieu, au sujet de la réponse aux sollicitations spontanées des médecins, tous les RI interrogés indiquent recourir à cette méthode. Certains médecins n'hésitent pas à solliciter le référent de l'établissement pour discuter de cas spécifiques. Ces sollicitations peuvent être organisées, dans le cadre d'un suivi de patient, mais elles peuvent également relever de l'urgence. Par ailleurs, pour certains types de médicaments, les RI ont recours à la réévaluation systématique : le choix peut être fait de contrôler toutes les prescriptions d'un antibiotique ou d'une classe d'antibiotique (5/15). Les RI peuvent mettre en place « *La déclinaison, avec les pharmaciens, d'un système de réévaluation pour les prescriptions d'Augmentin (amoxicilline + acide clavulanique) à J+3* »¹⁹ par exemple. Enfin, certains RI (5/15) ont évoqué un passage systématique dans les services pour discuter et s'interroger sur les prescriptions, avec les médecins. « *On a environ 60% d'avis non sollicités, c'est-à-dire d'avis pour lesquels on va passer spontanément dans les services.* »²⁰. Cette façon de procéder permet de réfléchir à chacune des prescriptions effectuées sur une demie journée par exemple et de se questionner sur les pratiques afin de les faire évoluer, si besoin.

De façon pratique, pour procéder à cet appui thérapeutique, la plupart du temps, il existe une traçabilité. En effet, la demande d'avis est effectuée le plus souvent par mail, fax ou directement par téléphone et, si l'avis donné est quant à lui majoritairement dispensé par téléphone ou à l'issue d'une rencontre directe, celui-ci est très souvent assorti d'une trace écrite. Pour autant, les référents sont joignables par téléphone afin de pouvoir répondre le plus efficacement aux demandes, notamment lorsque celles-ci relèvent de l'urgence. Le téléphone et les échanges de vive voix avec les professionnels sont en effet appréciés en ce

¹⁹ RI n°3

²⁰ RI n°2

sens qu'ils rendent possibles des explications et une pédagogie nécessaire à la promotion des bonnes pratiques.

Les RI sont également amenés à rédiger des procédures et des protocoles visant à promouvoir le bon usage des antibiotiques auprès des professionnels de l'établissement en s'appuyant sur les recommandations nationales et sur l'écologie bactérienne et les pratiques locales. Par exemple, certains référents « *participent à la rédaction de livrets d'aide à la prescription disponibles ensuite sur l'intranet de l'établissement*²¹ ». Certains mettent également en place un système de Newsletter pour informer les médecins. Le RI organise et coordonne des actions de formation auprès des internes quand ils débutent leur semestre, puis pendant leur semestre au sein des services. Souvent, les référents travaillent en étroite collaboration avec les internes au sein des services. Ensemble, ils examinent les pratiques et profitent d'un enrichissement mutuel.

Les RI s'organisent différemment au sein de leurs établissements et cette liberté dans la manière de fonctionner va jusqu'à choisir d'exercer ce rôle seul ou en équipe. Ainsi, il a pu être évoqué « *une équipe mobile, constituée de différents membres médicaux, d'internes, de praticiens hospitaliers et d'assistants, au sein de laquelle la communication se fait plutôt bien entre les membres de l'équipe* »²² ; ou encore, dans un autre établissement « *une équipe composée de 3 référents, qui n'est pas administrativement officialisée qui permet d'avoir des contacts privilégiés avec certains autres professionnels.* »²³. Le fonctionnement en équipe permet également de se répartir les patients à voir.

Autour de ces missions principales s'ajoutent pour certains d'autres activités, notamment l'animation de la prévention relative à la santé sexuelle. Le traitement des infections qui y sont liées fait également partie de ces missions. Un RI dans un établissement de santé public peut donc être responsable de la gestion du CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic en charge du VIH, des hépatites virales, des infections sexuellement transmissibles et de la santé sexuelle)²⁴. Par ailleurs, la majorité des RI assurent des consultations sur des créneaux dédiés pour le suivi de patients chroniques, et pour certains en urgence à la suite d'une exposition infectieuse accidentelle (3/15). La

²¹ RI n°14

²² RI n°6

²³ RI n°11

²⁴ RI n°1

question de la vaccination et de sa promotion est également abordée par certains référents, afin d'élargir la couverture vaccinale sur le territoire au travers de l'information au sein même des établissements de santé.

Il ressort des entretiens réalisés une grande diversité des organisations inhérentes à chaque RI pour mener à bien leur rôle. Au vu de la multiplicité des missions, les RI travaillent en lien avec de nombreux acteurs, impliquant polyvalence et transversalité.

1.1.2 Une pluralité de liens avec les autres corps de métier dans l'établissement

Si le référent doit former, accompagner et conseiller, il doit également contrôler afin de rationaliser la prescription d'antibiotiques sur l'établissement, ce qui peut parfois entraîner des difficultés. La réévaluation des prescriptions n'est pas toujours chose aisée et peut créer des situations de tensions entre les médecins d'un même établissement dans la mesure où certains d'entre eux pourraient voir dans cette pratique une « *perte de la main sur la prescription* » et se sentir surveillés. Certains médecins exercent depuis longtemps et ont développé certaines habitudes susceptibles d'être retravaillées. Pour autant, la collaboration n'est pas toujours facilitée : « *Il y a des services type chirurgie qui ne suivent pas toujours bien les recommandations, plus par habitude. Donc parfois, il est difficile de faire passer les messages et d'avoir des interlocuteurs directs intéressés par le problème* »²⁵. Commence alors un travail de pédagogie et d'accompagnement, afin de bâtir une relation de confiance et permettre une réflexion collective sur l'opportunité de prescription des antibiotiques. « *Pour surmonter ce type de difficulté, ça passe beaucoup par la discussion, la diplomatie, montrer qu'on peut apporter des choses sur certaines situations et faire en sorte qu'on revienne vers nous pour mettre en place d'autres actions etc. C'est vraiment du cas par cas. Mais dans tous les cas, je ne crois pas trop à l'action coercitive dans ce domaine, ce n'est pas très productif.* »²⁶

D'une manière globale, il ressort que les RI sont amenés à collaborer avec de nombreux acteurs dans le cadre de leur activité. Tout d'abord, les RI interagissent au quotidien avec tous les services cliniques de l'hôpital (réanimation, chirurgie, médecine, cardiologie, médecine interne, diabétologie, neurologie, orthopédie, gériatrie, gynécologie...) pour des avis infectieux demandés par les cliniciens. Certains RI sont également amenés à travailler en lien avec les autres CH du GHT afin de réaliser un véritable travail collaboratif au

²⁵ RI n°2

²⁶ RI n°2

travers de réunions organisées entre les membres du GHT, pour une harmonisation des pratiques. De plus, les RI échangent régulièrement voire visitent quotidiennement le laboratoire de microbiologie pour obtenir des informations sur les prélèvements d'intérêt positifs, par exemple les hémocultures ; mais aussi, la pharmacie pour la prescription de certaines molécules coûteuses ou nouveaux antibiotiques ainsi que la commission des anti-infectieux, et l'équipe opérationnelle d'hygiène et le CLIN « *pour discuter des diverses problématiques, travailler en commun sur des audits* »²⁷ , notamment, en faveur de la prévention des infections.

La diversité de professionnels nécessite d'élaborer des protocoles, de réfléchir à des actions de formation, de diffuser les bonnes pratiques en alliant les compétences de tous ces métiers. Pour autant, il arrive que la situation puisse être compliquée. Il peut subsister des conflits avec d'autres corps de métier pouvant être dus à une confusion des missions. Par exemple, lorsque les pharmaciens ou l'équipe d'hygiène pratiquent le conseil en antibiothérapie de façon non conjointe avec le RI, il peut y avoir des interférences dans l'établissement qui créent la confusion chez les professionnels et dans les équipes. « *Il y a un problème purement politique à l'échelle du territoire, il y a un conflit avec l'équipe d'hygiène qui intervient sur d'autres hôpitaux et qui donne également des conseils en antibiothérapie. Ce sont des difficultés historiques et une question de rapports humains* »²⁸. Parfois, c'est le manque d'information sur l'existence d'un référent parmi les professionnels de l'établissement qui freine les collaborations « *Il faut faire des campagnes au sein même des établissements pour que chaque professionnel des hôpitaux soit informé de l'existence de ce rôle* »²⁹.

1.1.3 Des structurations territoriales variées selon le lieu d'implantation de l'établissement

L'ensemble des entretiens réalisés nous a permis d'obtenir une vision globale des rapports entretenus par les RI avec les autres acteurs du territoire. L'intensité et les modalités de leurs relations varient, avec des grandes tendances qui se dégagent.

Les collaborations entre les RI se concrétisent de différentes façons. Pour un grand nombre, l'existence d'une bonne entente favorise l'activité conjointe et politique de

²⁷ RI n°11

²⁸ RI n°4

²⁹ RI n°3

coordination, que ce soit à travers le projet régional de santé, l'organisation de réunions annuelles pour favoriser l'échange de pratiques ou encore l'organisation annuelle de journées des référents, déclinées dans différentes régions. Le GHT peut également constituer le groupement de référence, en représentant une opportunité pour faciliter des relations plutôt informelles, favoriser les échanges par exemple via « *une ligne accessible 24h/24h permettant des contacts réguliers* »³⁰, ou encore encourager la réalisation commune de protocoles de soins. Par ailleurs, ces relations se matérialisent sous des formes plurielles à travers la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Cette dernière structure les RI et organise des Journées Nationales d'Infectiologie (JNI) de façon annuelle. Lors de ces JNI, une journée est consacrée aux RI, ce qui participe à la promotion de leur rôle et encourage les échanges et partages d'expériences entre ces professionnels. Il existe également des groupes de travail sur certains territoires tels que le groupe des RI d'Île de France (le GRIF) qui se réunit deux à trois fois par an afin de discuter collectivement des projets de recherche et des activités à mettre en place dans les différents hôpitaux du territoire. Toutefois, il est à noter que certains déplorent « *l'absence de réunion commune inter CH* »³¹, ou à contrario en cas de contact, « *des problèmes de communication des informations* »³², c'est-à-dire plus globalement un manque de réseau régional d'infectiologie structuré.

En outre, au-delà des rapports entre RI, nous nous sommes intéressés aux liens que ceux-ci pouvaient avoir avec d'autres types de professionnels sur le territoire. Là encore, les situations sont relativement variables.

D'une part, certains RI interrogés évoquent de forts liens avec la médecine de ville (11/15). À titre d'illustration, parmi eux, un RI dispose d'un « *diplôme d'antibiothérapie en médecine de ville, c'est-à-dire un D.U. d'antibiothérapie en soins primaires* »³³. Celui-ci mène des actions avec les médecins généralistes notamment à travers l'utilisation d'un logiciel commun permettant d'aider à la décision thérapeutique en antibiothérapie. Un autre RI indique « *des liens existants depuis plusieurs années via des conventions et contrats avec l'ensemble de la médecine de ville* »³⁴. Enfin, dans certains cas, bien qu'il n'y ait pas d'actions directes avec la médecine de ville, certains moyens sont mis en œuvre

³⁰ RI n°5

³¹ RI n°5

³² RI n°5

³³ RI n°6

³⁴ RI n°1

afin d'assurer la diffusion et la communication de bonnes pratiques et recommandations, consultables par la médecine de ville.

D'autre part, certains RI évoquent à l'inverse un manque d'actions coordonnées avec la ville en constatant très peu de lien avec la médecine de ville voire quasiment aucune interaction (4/15). Et ce, malgré une nécessité consciente de réaliser un travail important de coordination pour « *favoriser une systématisation des retours, échanges d'informations entre l'hôpital et la ville, et augmenter les interactions* »³⁵.

Les liens avec les établissements médico-sociaux sont globalement fonction de l'intégration ou de l'indépendance de ces derniers. En effet, dès lors que les établissements médico-sociaux sont rattachés au CH, ils sont complètement intégrés aux dispositifs de l'établissement. Mais parfois, malgré une volonté de politiques et d'actions coordonnées, certains témoignages ont souligné un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social ne faisant pas de la collaboration une évidence : « *comme ce n'est pas spécifiquement une des spécialités du RI, il ne s'agit pas de partenaires avec qui on a l'habitude de travailler* »³⁶, « *ce n'est pas le cœur de métier du RI en tant que médecin hospitalier donc ce n'est pas simple à organiser* »³⁷.

Enfin, à l'unanimité, les RI ont mis en évidence l'absence de liens avec les centres de conseil régionaux en antibiothérapie.

1.1.4 Une diversité des rapports entretenus avec les instances et l'administration de l'établissement

Les entretiens ont également permis de souligner les relations entretenues entre les RI et l'institution. À cet égard, la Commission Médicale d'Établissement est une instance clé au sein de laquelle siège la plupart des RI interrogés, facilitant ainsi les échanges et discussions avec l'ensemble des médecins. En revanche, les relations avec la direction sont très variables. Deux catégories de RI se dégagent : ceux qui évoquent de manière quantitative, beaucoup de rapports avec la direction et des réunions régulières avec l'administration, notamment les services communication, qualité, et informatique. À l'inverse, certains RI déplorent « *une importance des problématiques et de l'expertise*

³⁵ RI n°5

³⁶ RI n°6

³⁷ RI n°2

infectieuses parfois négligées par certaines directions »³⁸ ou encore « *le sentiment de ne pas être assez écoutés* »³⁹. L'objectif doit donc être l'instauration ou la réinstauration d'une relation de confiance réciproque.

Notre travail met en exergue la manière dont l'activité des RI se déploie au sein des établissements de santé. Capacités d'organisations, liens pluriprofessionnels, diversité des rapports, champs d'exercices territoriaux différents sont les principales caractéristiques d'une spécialité médicale peu connue. Toutefois, l'année 2020 est marquée par une crise sanitaire sans précédent liée au coronavirus Sars-Cov-2⁴⁰ qui va renforcer la place du RI.

1.2 Le rôle des RI durant l'épidémie de Covid-19

Depuis décembre 2019, le monde est confronté à un virus apparu en Chine dans la ville de Wuhan. L'hypothèse d'une zoonose⁴¹ est privilégiée. La transmission interhumaine est établie. La maladie, liée à cet agent pathogène nommée COVID 19 par l'OMS, est une pathologie respiratoire infectieuse émergente⁴² très contagieuse « *avec une mortalité qui touche sans choisir, mais d'abord les plus âgés et les plus vulnérables* »⁴³. En quelques semaines, l'épidémie est devenue pandémie (plus de 187 pays/les 5 continents contaminés). Au 21 juillet 2020, 14,7 millions de cas dans le monde et 609 000 morts sont recensés. En ce qui concerne la France, 30 157 personnes sont décédées du Covid-19 et 176 754 personnes ont été testées positives. Notre pays fait face à une épidémie d'une ampleur et d'une gravité inédites. En conséquence, le gouvernement français choisit de mettre en œuvre une stratégie de suppression qui vise à renforcer les mesures d'atténuation⁴⁴. Les principales mesures mises en place sont la distanciation sociale et le

³⁸ RI n° 9

³⁹ RI n°2

⁴⁰ SARS-CoV-2 : SARS pour "Syndrome Aigu Respiratoire Sévère" et CoV pour "Coronavirus"- Le chiffre 19 pour l'année d'apparition : 2019.

⁴¹Zoonose : maladie transmise par les animaux

⁴²Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « Les infections émergentes sont celles qui sont nouvelles, qui réapparaissent mais aussi celles dont l'incidence a augmenté au cours des deux dernières années, celles qui risquent d'augmenter dans un futur proche, et celles devenues résistantes aux anti-infectieux ».

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/maladies-infectieuses-emergentes-et-reemergentes> (site consulté le 06/05/2020)

⁴³20 mars 2020, Discours- Présentation des projets de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 <https://www.gouvernement.fr/partage/11450-presentation-des-projets-de-loi-d-urgence-pour-faire-face-a-l-epidemie-de-covid-19> (site consulté le 06/05/2020)

⁴⁴Les mesures d'atténuation ont pour objectifs de maintenir la diffusion du virus dans la population pour réduire et différer le pic épidémique et ainsi limiter le risque élevé de saturation des systèmes de santé, mais aussi de faire en sorte qu'au moins 70% des individus peuplant un pays finissent par s'immuniser

confinement de toute la population (du 17 mars au 11 mai 2020). Pour faire face efficacement à cette situation exceptionnelle, l'exécutif a demandé aux établissements de santé (publics et privés) d'activer différents plans afin de mettre en œuvre rapidement et de façon cohérente les moyens indispensables (matériel, logistiques et humains) en cas d'afflux de patients dans les établissements hospitaliers. Les structures hospitalières sont alors entrées en situation de crise⁴⁵. Ainsi, le 19 mars 2020, le plan blanc élargi a été déclenché. Les consultations et les hospitalisations jugées non urgentes ont été déprogrammées. Le plan bleu, lui, est lancé dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), le 6 mars 2020. Il conduit au confinement des résidents et limite ou interdit les visites. D'autres mesures ont été mobilisées en parallèle telles que les réserves sanitaire et civique (aide alimentaire, garde des enfants du personnel soignant, solidarité...).

La pandémie a imposé une restructuration inédite et rapide du système de santé. En quelques jours seulement, les CH se sont réorganisés pour pouvoir répondre au mieux au besoin de soins critiques sur le territoire. La capacité en lits de réanimation a été triplée. Cette réorganisation a touché « (...) *toute la chaîne de production de soins, notamment sur le plan des organisations, des ressources humaines et matérielles : suspension des activités programmées, structuration d'unités COVID-19, réaffectation de soignants à de nouvelles missions, (...)* »⁴⁶. Tout le système de soins s'est trouvé impacté y compris la médecine ambulatoire, le secteur médico-social et le secteur psychiatrique. Les caractéristiques de cette maladie (forte contagiosité, méconnaissance du virus, virulence, absence de traitement) et un nouvel environnement de soins ont généré chez les professionnels de santé des craintes (manquer de moyens humains et matériels, manquer de compétences, être confrontés à des choix éthiques et un sentiment de menace pour soi et pour les autres...). De fait, des actions de formation et des informations leur ont été apportées et ce

naturellement. La stratégie de suppression va au-delà des mesures d'atténuation. Elle prévient la propagation du virus, la non-saturation des systèmes de santé et mène à l'éradication du virus.

⁴⁵Gestions hospitalières, N°540, novembre 2014, situations de crise à l'hôpital : opportunités émergence de l'apprenance : « *Une situation de crise peut se définir comme une situation extrême qui menace un ou plusieurs services de l'ensemble de l'organisation. Elle peut venir de l'extérieur (cas de la crise sanitaire majeure) ou apparaître au sein de l'organisation. Elle aboutit à une situation instable, impliquant des mesures immédiates. Cette situation amène les professionnels à une forme de dépassement de soi, dans un contexte imprévisible. Une désorganisation ou surmédiation peut surgir à tout moment* », p 542 – 545, Anne-Paule DUARTE

⁴⁶Wissam El HAGE - Auteur correspondant - CHRU de Tours, Pôle de Psychiatrie et d'Addictologie, Tours, France - Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/les-professionnels-de-sante-face-a-la-pandemie-de-la-maladie-a-coronavirus-covid-19>(site consulté le 06/05/20)

pour, dans un premier temps, les rassurer et les accompagner et, dans un second temps, permettre une prise en charge précoce et sécurisée des patients. Ces démarches ont été organisées via la cellule de crise⁴⁷. Dès lors, les RI ont vu leur rôle de conseil et d'expertise renforcé et privilégié. Leurs missions se sont modifiées en intra et en extrahospitalier.

1.2.1 Le rôle des RI dans les cellules de crise

La crise a profondément touché les esprits. Tous les acteurs de santé se sont impliqués à différents niveaux dans des réorganisations nécessaires afin de préserver au mieux patients et soignants de la pandémie. En ce qui concerne les RI, leur participation active se retrouve dans les cellules de crise (10/15) et sur le terrain (9/15). Ainsi, pour la majorité d'entre eux, leur concours à la gestion de la crise s'est organisé au sein des cellules de crise. Leurs préconisations et leurs conseils avisés sont issus de leur expertise en infectiologie. Ainsi, ils ont participé à l'organisation et à la structuration de l'ouverture de lits Covid avérés et suspects dans des services dédiés, dans les réanimations et en salle de surveillance post-interventionnelle avec en parallèle la mise en place de circuits spécifiques (imagerie, bloc opératoire, urgences...). Leur rôle s'est élargi pour certains à la diffusion de conseils (7/15), à la rédaction de protocoles (6/15) ou encore à la référence « tri » (1/15). Ils étaient force de proposition. Pour autant, leurs recommandations étaient partagées et validées avec et par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) (7/15). Leurs avis d'experts dépassaient le local pour s'ouvrir sur le GHT notamment grâce aux relations entretenues avec certaines Agences régionales de santé (ARS) et/ou d'autres institutions (6/15).

1.2.2 Le rôle des RI en intra hospitalier

L'investissement de ces acteurs de santé a permis d'avoir des réponses satisfaisantes sur la qualité de la prise en charge des patients. Ainsi, dans certains établissements, les équipes

⁴⁷La cellule de crise est composée de la direction d'établissement, du président de la CME, de la direction des soins infirmiers, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), la direction des services logistiques et d'experts : réanimateurs, urgentistes, biologistes et infectiologues. La cellule de crise hospitalière constitue l'organe de commandement de l'établissement lors de la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) : les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée et les instructions données en conséquence. Ses principales missions sont d'analyser la situation ; de coordonner les actions ; de prendre les décisions permettant de répondre à la situation (notamment, adapter l'organisation des soins et organiser la prise en charge médicale des patients tout en maintenant la continuité des soins ; dimensionner les moyens matériels à mobiliser et assurer un soutien technique et logistique ; assurer le suivi des victimes et l'accompagnement des familles ; garantir la sécurisation de l'établissement (personnel, patients, visiteurs, etc.)) ; de renforcer le lien avec les autorités ; de communiquer en interne (institutionnelle) et en externe (avec les autorités et les médias).

mobiles de RI, quand elles existent, ont rapidement diminué voire stoppé (1/15) leur activité principale pour se consacrer à une aide technique et clinique sur le terrain (activités de soins, consultations, suivi patients, dépistages, prises en charge des patients Covid, conduite à tenir dans les traitements, aide au diagnostic et avis thérapeutiques) et ce, tout en maintenant un travail d'équipe, de coordination et de conseils. Ainsi, si les RI ne sont pas tous intervenus à un niveau stratégique, leur rôle a été majeur auprès des équipes médicales, paramédicales et des patients. Il s'est concrétisé tant dans l'aide à la restructuration des activités, que dans la répartition des rôles et missions des équipes. Leur exercice s'est déployé autour du dépistage, des consultations, d'aide au diagnostic, d'avis thérapeutiques et de conseils sur la conduite à tenir dans les traitements. Leur présence permanente (gardes, astreintes) sur le terrain, a permis un accompagnement efficace des acteurs de santé grâce à des informations quotidiennes voire pluriquotidiennes, des recommandations de bonnes pratiques à destination de l'ensemble des professionnels (internes, médecins et paramédicaux) à travers des moments formels (réunions) mais aussi informels. Bon nombre de RI ont participé à la prise en charge directe et évaluative des patients dits « Covid » (8/15). Ils ont simultanément donné des avis téléphoniques sur des lignes dédiées « Covid » ou non. Les RI ont assuré une veille bibliographique afin de réajuster en permanence leurs recommandations, ce qui leur a également permis de rédiger des procédures et des protocoles, de les mettre à jour sans délai et au plus près de l'actualité. Par ailleurs, certains RI ont été à l'initiative de la création d'une cellule de dépistage ambulatoire à destination des patients et des soignants (4/15) ou encore de la mise en place d'une cellule psychologique (1/15). Ils n'ont pour autant pas perdu de vue leur travail en collaboration avec les EOH, les présidents des CLIN et les présidents de CME. Ils ont été des interlocuteurs indispensables et inestimables pour les équipes de direction.

1.2.3 Le rôle des RI en extra hospitalier

Si le rôle des RI s'est déployé au travers d'un soutien aux différents établissements des GHT, notamment par la diffusion des protocoles et des recommandations, il s'est aussi décliné sur d'autres niveaux. En effet, tout d'abord, la place des RI a été essentielle au secteur extra hospitalier pour favoriser un lien invisible mais déterminant dans la continuité des prises en charge en amont et en aval. Les partages indispensables en résultant ont contribué à appliquer de concert les mêmes pratiques entre les professions hospitalières et extra hospitalières. Le soutien des RI s'est également manifesté autour d'actions de formation et d'informations auprès des professionnels de santé (5/15). Certains (1/15) ont,

ainsi, organisé des réunions avec la médecine de ville. Les RI interviewés ont de plus souligné leur disponibilité constante qu'elle ait été téléphonique ou physique (11/15). En outre, la création de centres de consultations ambulatoires en ville (2/15) avec la mise en place d'un comité de pilotage (COPIL) (1/15) a été accompagné de l'expertise des RI. Ce maillage ville-hôpital a été un élément fort dans la lutte contre le virus. Chacun a contribué à son niveau à l'atteinte du même objectif : contrôler l'extension de la pandémie. Par ailleurs, le rôle de coordination du RI s'est renforcé dans les EHPAD (5/15) par l'intermédiaire des Equipes Mobiles de Gériatrie hospitalières (1/15) qui n'ont pas hésité à y intervenir pour relayer les recommandations des infectiologues. Enfin, dans un autre registre, les RI ont participé à de multiples études (2/15) ainsi qu'au suivi post-hospitalier des patients grâce à COVIDOM⁴⁸ (1/15) et/ou aux messageries sécurisées type SIFRA (1/15).

La présence et l'expertise des RI, aussi bien en intra qu'en extra hospitalier, ont largement concouru à la maîtrise de la propagation du virus. Leur positionnement a été stratégique dans les cellules de crise au sein desquelles ils ont donné du sens aux pratiques dans ce contexte si particulier. Leur démarche a été à l'origine d'un esprit collaboratif et collectif des différents acteurs hospitaliers.

2 D'une analyse des freins à l'exercice des référents à des propositions de recommandations

2.1 Les freins et les limites mentionnés par les référents en infectiologie

L'exercice professionnel des RI se trouve impacté par différents facteurs en lien avec un financement sous-évalué, une culture de service et des moyens humains et matériels insuffisants.

2.1.1 Un financement limitant le déploiement de l'activité de référent en antibiothérapie

L'indicateur ICATB2 correspond aux référents en antibiothérapie, et ne prend donc pas en compte la réalité du terrain. Celui-ci oblige certains cliniciens RI à élargir leur domaine d'activités vers de l'infectiologie transversale et le conseil en infectiologie. L'appellation

⁴⁸ COVIDOM : application de télé suivi à domicile pour les patients porteurs ou suspectés Covid 19

réfèrent en infectiologie n'apparaît pas dans les textes réglementaires et la dénomination n'a aucune reconnaissance institutionnelle, alors qu'il s'agit d'une activité chronophage. Cette activité non réglementée ne possède pas de moyens propres. Ainsi, la quantité des moyens alloués au RI est souvent jugée insuffisante. L'indicateur ICATB2 pour l'activité de réfèrent en antibiothérapie prévoit 0,3 ETP pour 400 lits de MCO et 0,1 ETP pour 400 lits de SSR, SLD ou de psychiatrie serait sous-estimé par rapport aux besoins réels. L'activité de conseil individuel au prescripteur est extrêmement prenante. Les médecins interrogés soulignent les difficultés à réaliser toutes leurs missions dans le temps imparti sur la journée, lorsqu'il faut gérer la ligne téléphonique sachant qu'il faut en parallèle réévaluer les patients dont les prélèvements positifs ont été signalés par le laboratoire de microbiologie (8/15), voir les collègues pour discuter des cas médicaux, examiner certains patients, etc... Ce manque de temps lorsqu'on est éloigné du terrain est pointé par 2 RI qui disent avoir des difficultés à s'extirper de leur activité de conseil⁴⁹ pour se consacrer au travail sur le programme de bon usage des antibiotiques, à la formation et à l'analyse des consommations. De plus, contrairement aux services d'hygiène dont l'activité est normée, l'indicateur ICATB2 n'est qu'indicatif et les établissements ne sont pas obligés de respecter les ETP de cet outil de pilotage pour la mission de réfèrent en antibiothérapie. Il n'est donc pas toujours respecté. Il n'y a donc pas de minimum de temps physique dédié à l'activité de réfèrent. 3 référents sur 15 sont isolés et ne sont pas intégrés dans un service d'infectiologie ou dans une équipe mobile. Des cliniciens rappellent la difficulté de réaliser des tâches sans suffisamment de moyens humains, dont la présence d'un secrétariat (2/15) ou de professionnels paramédicaux (1/15) comme soutien.

Plusieurs activités du RI ne concernant pas le conseil aux prescripteurs sont placées en dehors du champ de financement à l'activité et ne sont pas codées, ce qui diminue l'intérêt financier du développement de ce type de postes à l'échelle de l'hôpital. Le manque de financement dédié sur la globalité des tâches pèse donc directement, hors aides des ARS, sur le budget des hôpitaux. En effet, l'apport du RI et de son équipe mobile est difficilement quantifiable. À l'échelle globale du système de santé, ils engendrent des bienfaits avérés sur la santé de la population et des économies sur les dépenses de santé, mais ces gains sont diffus et difficilement appréhendables à leur niveau par les directeurs d'établissement. Il en résulterait un sous-investissement des hôpitaux dans l'activité des RI.

⁴⁹ Le conseil de bon usage des antibiotiques s'est interrompu pendant la crise sanitaire (4 RI/15).

2.1.2 Une organisation et une culture centrées culturellement sur l'unité de soins

Quelques référents (4/15) et leurs équipes mobiles éprouvent en effet des difficultés à se faire reconnaître et accepter par les autres services lorsqu'ils délivrent des avis non sollicités dans le cadre de leur politique de réévaluation systématique des prescriptions, notamment des antibiotiques critiques. Cela concerne aussi bien des établissements où l'infectiologie ne dispose pas de lits dédiés, dans lesquels l'activité dans les services pourrait être perçue par les interlocuteurs, comme un service transversal de moindre importance (1/15). Dans des établissements où l'infectiologie dispose de lits spécifiques, l'activité de l'équipe mobile pourrait être vue comme intrusive pour un service qui ne verrait pas l'intérêt à communiquer sur ses problématiques. Pour 6 RI sur 15, la culture hospitalière française serait réticente à la transversalité d'une activité de soin, et alimenterait une forme de corporatisme au sein des services spécialisés.

De manière plus générale, il existe également une difficulté des RI à se faire connaître auprès des autres praticiens, et à faire reconnaître leur expertise qui n'est que consultative et n'a pas de pouvoir coercitif. Cela est, par exemple, le cas des services d'hématologie et de réanimation, dont les praticiens sont déjà formés à l'antibiothérapie et ne perçoivent pas toujours l'intérêt d'un conseil spécialisé. Les référents se retrouvent parfois en concurrence avec d'autres praticiens, comme les hygiénistes et les pharmaciens cliniciens, qui font aussi du conseil en antibiothérapie et de la réévaluation des prescriptions. Il en découle des freins relationnels au sein des établissements entre les RI et les autres praticiens. Quelques services peuvent être réticents à solliciter l'avis des référents sur des traitements en antibiothérapie. Les premiers interlocuteurs des référents quand ils font du conseil, sont les internes. Cela peut créer des tensions avec les médecins seniors de la salle ou du service qui peuvent à posteriori être en désaccord avec le conseil du RI. De même, les avis systématiques et non sollicités sur des prescriptions peuvent être mal perçus, surtout lorsque les échanges ont lieu à distance, par téléphone le plus souvent. De plus, il n'y a pas forcément de temps consacré à la formation. Enfin, les collaborations avec l'EOH ne sont pas toujours optimales. Des référents (4/15) et un ingénieur qualité soulignent le manque de reconnaissance institutionnelle, plus particulièrement de la part de l'administration.

Les référents interviewés insistent cependant sur le fait que l'épidémie de Covid-19 a mis en valeur leur expertise et l'importance de leur rôle au sein de leur établissement.

2.1.3 Des moyens matériels notamment informatiques insuffisants

Les RI sont parfois amenés à effectuer des tâches chronophages consistant à recenser les patients à visiter et à consulter les dossiers médicaux pour ensuite analyser et calculer la durée du traitement prescrit, alors que ces opérations pourraient être faites automatiquement par des logiciels métiers.

L'absence de standardisation d'un outil informatique de recueil des avis à une échelle plus large qu'un hôpital particulier ne facilite pas le déploiement de l'activité de RI. La multiplicité des logiciels à consulter pour pouvoir avoir une vision globale de l'histoire clinique d'un patient (logiciels pour les observations cliniques, biologie, radiologie, microbiologie, pharmacie, etc..) parfois séparés l'un de l'autre dans des logiciels différents, parfois regroupés, complexifie la réalisation des activités.

Par ailleurs, le manque de matériel adéquat, comme la nécessité d'avoir un ordinateur pour noter les avis (2/15), ou encore la saturation de ligne téléphonique (2/15), sont signalés.

Ainsi, le parc informatique est souvent insuffisant dans les services hospitaliers et les postes (PC) sont fréquemment occupés au passage des RI. Parmi les référents interrogés, un⁵⁰ confirme posséder un ordinateur mobile dédié. Toutefois, l'absence de signal Wifi homogène sur l'ensemble du groupe hospitalier peut être à l'origine de problèmes de connexion obligeant ainsi le praticien à de nombreuses manipulations (reconnexions). De fait, la difficulté d'accès aux PC des services et au WIFI ne facilite pas la prise de connaissance du dossier d'un patient, de l'évaluation du traitement anti-infectieux et la rédaction du compte-rendu.

2.1.4 La faible démographie médicale des infectiologues

Le DESC de pathologie infectieuse clinique et biologique obtenu après deux années de formation, l'une au cours de l'internat, l'autre en post-internat, attire des praticiens d'autres spécialités comme la pneumologie, la dermatologie, la gastro-entérologie ou encore la pédiatrie. Depuis la création en 2018 du Diplôme d'études spécialisées (DES) en maladies infectieuses et tropicales, il n'est plus possible de cumuler plusieurs spécialités, les cliniciens devant choisir uniquement la spécialité qu'ils souhaitent valider. Pour 1 RI, la création du DES entraînerait une perte d'activité et l'infectiologie serait devenue une « surspécialité ». Cependant, 1 RI a soutenu au contraire qu'en spécialisant davantage l'infectiologie via le DES, cette discipline gagnerait en attractivité. Le DES revaloriserait

⁵⁰ RI 10

l'infectiologie, et permettrait ainsi aux infectiologues de mener des carrières plus intéressantes à l'hôpital et en ville. Dans les faits, l'attractivité de l'infectiologie paraît stable depuis 2018. Parmi les 1000 premiers étudiants classés aux Epreuves Classantes Nationales (ECN), 32 ont choisi l'infectiologie en 2019, contre 28 en 2018, pour 51 postes ouverts.

En outre, les freins institutionnels ralentissent la stratégie globale de santé publique et de prévention des établissements. Les liens avec les centres de conseil régionaux en antibiothérapie sont relativement faibles voire inexistants. Les problèmes de communication sans prise de contact direct sont récurrents dans le maillage territorial, que ce soit avec les départements ou la médecine de ville. 2 référents sur 15 pointent l'absence de contacts avec l'extérieur (comme par exemple avec un réseau régional d'infectiologie voire avec un référent national).

2.2 Des pistes d'améliorations concrètes traduites en recommandations

L'analyse de chaque cause décrite permet de formuler des recommandations réalisables et pertinentes.

Au préalable, la création d'un statut de RI à proprement parlé serait une avancée certaine. À l'heure actuelle, seul le statut de référent en antibiothérapie repose sur une base légale et réglementaire. Pour autant, l'activité de RI se différencie sur de nombreux points de celle de référent en antibiothérapie. Elle répond à une réalité et un besoin de terrain. De surcroît, elle prend tout autant voire plus de temps.

Il serait intéressant, tant pour les établissements, que pour les RI d'être reconnus et de pouvoir assier leur activité sur des textes spécifiques. Cette reconnaissance permettrait d'individualiser les pratiques des RI et d'allouer les moyens en conséquence de manière adaptée. Il semble donc pertinent d'inscrire dans les textes la mention "référent en infectiologie" et de décrire plus précisément l'évolution des activités issues de celle de référent en antibiothérapie.

À partir de ce constat, il est également possible de proposer la création d'un registre régional voire national de référents en antibiothérapie et préciser au sein de celui-ci les référents qui exercent des missions plus transversales comme les RI. Cet annuaire pourrait préciser également le profil du RI, son activité clinique, de recherche au sein de son établissement de rattachement, les liens qu'il entretient avec la médecine de ville, afin de

faciliter la reconnaissance de son statut et de son expertise auprès de ses pairs et plus globalement de tous les acteurs de la santé.

2.2.1 Un financement renouvelé et diversifié

Il pourrait être utile de financer le RI via les fonds Mission d'Intérêt General et Aide à la Contractualisation (MIGAC). Ce fond permet de financer des activités qui ne rentrent pas en compte dans la tarification à l'activité (T2A), soit en raison de l'absence d'une classification adaptée, soit compte tenu de leur impossible rattachement à un patient donné. En l'espèce, la valorisation de l'activité ne répond à aucune classification adéquate. À titre d'exemple, le dispositif MIGAC a pu permettre de financer de nombreuses actions de santé publique : effort et appui d'expertise des établissements de santé, coordination territoriale, etc ⁵¹.

Dans ce financement pourrait être inclus l'allocation d'un temps de secrétariat ou de personnel paramédical afin de recentrer l'activité du référent sur le temps médical. Le financement pourrait être associé au développement d'indicateurs qualité (sur le modèle de l'ICATB).

Des financements du Fonds Régional d'Intervention (FIR) ont permis sur certains territoires de financer un temps d'infectiologue en exercice partagé entre plusieurs établissements. Le développement de ce type de coopération est une perspective intéressante, surtout pour les établissements qui ne possèdent pas de service d'infectiologie et/ou se trouvent isolés territorialement.

Un financement de l'activité du RI pourrait également trouver sa source dans la valorisation de son activité grâce au développement des systèmes d'information (logiciels de transmission, logiciel suivi dossier médical du patient). Il s'agit ici de mettre en exergue l'activité du RI afin de pouvoir la différencier du reste des activités de l'établissement et donc de la valoriser. Néanmoins, cette recommandation suppose une évolution des pratiques. L'activité de RI ne se limite pas à l'avis « concret » délivré au profit d'un patient déterminé mais est beaucoup plus large. La valorisation de son activité ne peut dès lors se

⁵¹ Arrêté du 18 juin 2019 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8 - Arrêté pris par le ministre de la santé chaque année. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038677632&categorieLien=id>.

limiter à l'action de conseil, mais doit être appréciée de manière plus large par un financement proche d'un forfait.

2.2.2 Le déploiement d'indicateurs référencés

L'infectiologue, en tant que médecin, peut agir sur le diagnostic en complémentarité avec le pharmacien qui peut agir sur la prescription. Il est ainsi nécessaire de favoriser la coopération avec la pharmacie, le laboratoire (microbiologie), et l'EOH pour inscrire le RI dans un dynamique d'équipe : écriture de procédures, actions de formation, revues d'ordonnance, enquêtes sur infections associées aux soins. L'aide de l'infectiologue lors de contentieux médicaux peut donner à voir son expertise.

Ce déploiement peut reposer soit sur l'adaptation des indicateurs ICATB2, soit sur la création de nouveaux indicateurs spécifiques à l'activité de RI (ICATB3 ?). Cette évolution suppose une réflexion plus en profondeur avec l'ensemble des acteurs en présence.

2.2.3 Une activité à valoriser grâce aux systèmes d'informations

La traçabilité de l'activité des RI qui repose sur de multiples consultations nécessite l'accès à un système d'information sécurisé, fiable et accessible.

De même, le développement de canaux de communication de l'information prioritaire permettrait d'optimiser le temps et les compétences. Il ressort de plusieurs entretiens la difficulté pour les RI de transmettre les informations prioritaires, notamment en temps de crise, sans perte.

La diversification des canaux actuels (mails, téléphone, etc.) n'a pas permis de faire face à la célérité des changements lors de l'épidémie de Covid-19 ni d'homogénéiser les procédures. La réactivité de ces canaux de diffusion est très importante.

La communication du RI auprès de l'administration, de ses pairs mais d'une manière générale auprès de l'ensemble du personnel des établissements de santé et de la médecine de ville, est primordiale pour la valorisation de l'activité de RI sur le territoire.

2.2.4 Des organisations innovantes au service des patients

Favoriser le travail d'équipe est une solution adoptée sur quelque territoire (1), dans plusieurs établissements (9/15) il est davantage question d'équipe référente, que de référent en tant que tel. La constitution de binôme ou trinôme au sein des CH de taille importante et dans les CHU peut être une solution intéressante mêlant synergie d'équipe, partage des tâches, expertise et confrontation des idées.

De même, la création d'équipes au sein des établissements (en adéquation avec les besoins du territoire) pourrait également s'intégrer à des « équipes référentes infectiologie » à l'échelle départementale ou du GHT en lieu et place des RI au niveau d'un établissement de santé. En effet, la mutualisation des moyens permettrait d'éviter la dispersion de temps partiels d'infectiologues dans les petits établissements. Dans ce cas, il n'y aurait pas de RI à l'échelle de l'établissement, mais à l'échelle d'un territoire plus adapté à l'efficacité de l'activité de RI. Cette pratique reposerait sur des contrats avec l'autorité de tutelle afin de valoriser l'activité et légitimer l'exercice de RI, ou sur des contrats d'exercice partagé entre les établissements en approfondissant certains aspects de son activité (répartition du temps, présence sur site, horaire des astreintes spécifiques RI, traçabilité etc.).

Concernant la médecine de ville, le développement des échanges d'informations entre RI et médecins libéraux permettrait de valoriser l'activité et l'expertise des référents sur le territoire. La traçabilité des retours a également vocation à s'assurer de l'adéquation du conseil donné au cas présenté, à s'assurer que le conseil donné soit compris et bien mis en œuvre et à favoriser les retours d'expérience afin d'affiner les procédures et modes de fonctionnement. À titre d'exemple, sur le territoire de la Savoie a été créé un forum en ligne où les médecins infectiologues répondent aux questions non prioritaires des médecins de ville. Cette méthode permet d'assurer la délivrance d'un avis de qualité et tracé. Elle permet également de créer du lien, de la confiance entre le monde hospitalier et la médecine de ville.

La création d'une astreinte d'infectiologie (conseils) à l'échelle du département pour la médecine de ville peut être pertinente. Ce dispositif peut reprendre les modalités de l'astreinte francilienne d'infectiologie dédiée aux médecins hospitaliers la nuit, les week-ends et jours fériés en Ile de France. Cette activité se doit de fait, d'être valorisée statutairement et financièrement à l'échelle nationale pour les médecins qui y participent afin de favoriser le déploiement du dispositif sur les territoires et valoriser le travail effectué.

2.2.5 Des modalités d'évolution de la pratique professionnelle méritants d'être énoncées

L'activité de RI se traduit aujourd'hui, soit par le conseil *a priori*, soit par le contrôle (des prescriptions surtout) *a posteriori*. Si l'on souhaite aller plus loin dans la mise en œuvre des objectifs initiaux prévus par les textes, le référent doit avoir la faculté d'être plus « intégré » sur les pratiques au sein des différents services des établissements. À ce titre, il

est envisageable de systématiser le plus possible le recours au RI dans la prise de décisions spécifiques, sensibles et urgentes en matière d'antibiothérapie et d'infectiologie dans un premier temps, afin d'autonomiser les professionnels et réduire le recours au référent qu'aux cas les plus complexes dans un second temps (l'exemple de l'évolution des sollicitations des nouveaux internes arrivant dans les services au cours des semestres illustre ce cheminement).

L'objectif n'est pas de déresponsabiliser les autres soignants mais davantage de proposer une prise en charge et des prescriptions cooptées (discussion autour de la prescription de certaines molécules, propositions d'adaptation des pratiques au sein de certains services ou encore de faire connaître un diagnostic en tant qu'expert en matière d'infectiologie pour un patient qui ne relèverait de prime abord de son service).

Le but est de privilégier l'apport d'une expertise, d'un conseil, sur un sujet donné, en aucun cas le RI ne doit subroger le médecin en charge du patient, il se doit seulement d'apporter son aide. Ces nouveaux rapports de travail supposent une volonté commune des médecins chef de service et des RI de travailler ensemble.

Ce changement de paradigme au sein des établissements et cet élargissement du champ de compétences sont susceptibles d'être bien accueillis au sein de services peu concernés par les thématiques d'infectiologie mais pourraient se heurter à des résistances dans certains services. De fait, un travail important de préparation, de pédagogie et d'accompagnement au changement des pratiques semble primordial.

De même, dans la continuité de l'activité du SPILF, la valorisation du travail en réseaux semble indispensable par nature en matière d'infectiologie compte tenu des problématiques épidémiologiques collectives que cela suppose.

Conclusion

Durant la crise sanitaire, les référents en infectiologie ont endossé un rôle majeur dans la gestion de crise au sein de leurs établissements respectifs. Cet épisode a été l'occasion pour eux de faire reconnaître leur expertise et l'importance de leur mission. De même, elle a mis en avant la nécessité d'une collaboration inter-hospitalière mais aussi entre l'hôpital et la médecine de ville.

Cependant, si la crise sanitaire a mis en avant le rôle des référents, elle l'a fait sous l'angle de leur activité de conseil spécialisé, d'expertise face à une maladie inconnue. Or, c'est bien la gestion du programme du bon usage des antibiotiques et la surveillance des consommations qui constituent le cœur du rôle de référent. Cette facette reste plus méconnue ou en tout cas moins valorisée.

En outre, il ressort des entretiens réalisés qu'en l'absence d'une volonté forte des pouvoirs publics d'ancrer et de valoriser le rôle des référents en infectiologie dans les hôpitaux, aucun changement durable dans le quotidien de leur activité ne pourra avoir lieu. De même, si le levier financier peut être facilement actionné par des pouvoirs publics volontaristes, les difficultés d'ordre culturel au déploiement des référents en infectiologie sont beaucoup plus difficiles à surmonter. Leur traitement nécessite un changement des mentalités et un souci de la pédagogie qui devront accompagner les mesures financières, organisationnelles et institutionnelles à mettre en œuvre.

Récapitulatif des recommandations

1. Créer le statut de RI, pour assoir sa reconnaissance et ses activités sur des textes spécifiques et, favoriser le développement de la fonction au sein des établissements et sur les territoires.
2. Assurer la traçabilité, en développant des systèmes d'information interne et externe afin de valoriser l'activité des référents en tenant compte des particularités de la fonction et de permettre un suivi des avis donnés.
3. Favoriser la coopération au sein des structures en associant les équipes d'hygiène, la pharmacie et la microbiologie dans la gestion de la problématique infectieuse.
4. Développer les liens, les échanges et le suivi en antibiothérapie et en infectiologie avec la médecine de ville, notamment les médecins traitants, et favoriser les retours d'expérience.
5. Favoriser le travail en réseaux des infectiologues sur les territoires (réseaux territoriaux, régionaux, nationaux) en plus de ceux préexistant au niveau national.
6. Développer les dispositifs de mutualisation par la création d'équipes mobiles territoriales d'infectiologie.
7. Créer et/ou développer les indicateurs qualité permettant de valoriser l'activité de référent sur la consommation d'anti-infectieux et sur l'apport de l'activité de conseil en infectiologie.
8. Promouvoir le financement des missions de référent infectiologie par les fonds MIGAC ou le FIR.
9. Développer des canaux de diffusion de l'information et de communication interne et externe rapides, sécurisés et innovants permettant de prioriser les informations notamment en temps de crise.
10. Innover sur les dispositifs d'échanges, sur l'activité de conseil par la création de plateformes numériques (type forum en ligne).

Bibliographie

Articles

- Organisation mondiale de la Santé, Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques, 10 juin 2011
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques, J. Carlet et P. Le Coz, juin 2015
- Haute Autorité de Santé, Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé, 2008
- Santé Publique France, Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles, novembre 2019
- Collège des Universitaires de Maladies infectieuses et tropicales et Conseil national des Universitaires Référentiel métier Compétences de l'infectiologue, 2011
- Syndicat National des Médecins Infectiologues, F. BÉNÉZIT, D. SALMON, H. AUMAÎTRE, Enquête 2018 sur la démographie des infectiologues cliniciens en France, 3eme Assises de l'Infectiologie Transversale, 16 mai 2019
- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et Fédération Hospitalière de France, dossier de presse : Les antibio, juste ce qu'il faut ! - Mai 2015
- Revue Médecine et maladies infectieuses, S. ALFANDARI, A. RICHE, C. RABAUD, A-C. CREMIEUX, R. GAUZIT, F. ROBLLOT, « Les référents en antibiothérapie et leurs fonctions. Résultats d'une enquête menée lors de la 5 e Journée des référents en antibiothérapie », Octobre 2010
- La revue du praticien, Maladies infectieuses émergentes et réémergentes, BRICAIRE François, septembre 2018
- Revue francophone des laboratoires, X. ROUX, B. SOULLIE, Les missions du référent en infectiologie à l'hôpital, RFL, Mai 2010
- Gestions hospitalières, situations de crise à l'hôpital : opportunités émergence de l'apprenance, DUARTE Anne-Paule, novembre 2014
- Solen Kernéis, Référent Antibiotiques : retour d'expérience, Hôpitaux universitaires Paris Centre-Cochin, séminaire DESC avril 2019
- Journal des anti-infectieux, Equipe mobile d'antibiothérapie : fonctionnement et impact, 2012
- L'encéphale, Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19), EL HAGE Wissam, avril 2020
- Science Direct, Enquête nationale sur les programmes de bon usage des antibiotiques dans les hôpitaux en France, F. BINDA, G. TEBANO, M. KALLEN, J. SCHOUTEN, C. PULCINI, 19^{èmes} journées nationales d'infectiologie, juin 2018

- Science Direct, Origine et attente des référents antibiotiques en France. Résultats d'une enquête du SPILF, S. ALFANDARI, 19èmes journées nationales d'infectiologie, novembre 2016
- Science Direct, Enquête nationale sur les programmes de bon usage des antibiotiques dans les hôpitaux en France, F. BINDA, G. TEBANO, M. KALLEN, J. SCHOUTEN, C. PULCINI, 19èmes journées nationales d'infectiologie, juin 2018

Références électroniques

- omedit-grand-est.ars.sante.fr, Politique de lutte contre l'antibiorésistance, janvier 2020
- nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr, Pr M. DUPON Référent infectiologue : Le rôle et les missions du référent en antibiothérapie/ L'organisation du conseil en antibiothérapie, novembre 2016
- solidarites-sante.gouv.fr, Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins – PROPIAS, juin 2015

Dispositions normatives

- Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (y compris la présentation du projet de loi par Le Premier Ministre)
- Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé
- Arrêté du 18 juin 2019 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8
- Instruction N° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/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
- Circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux
- Comité interministériel pour la santé, 1^{ère} réunion : maîtriser la résistance bactérienne aux antibiotiques, novembre 2016
- Haute Autorité de Santé, Fiche descriptive 2018 - Thème Infections Associées aux Soins : ICATB.2

Liste des annexes

Annexe 1 : grille d'entretien à destination des RI

Annexe 2 : grille d'entretien à destination des Directeurs

Annexe 1 : grille d'entretien à destination des RI

Description du rôle et cadre d'exercice du RI :

- Profil du RI :

- Quel est votre cœur de métier ?
- Depuis quand occupez-vous le poste de RI ?
- Exercez-vous vos missions sur un établissement uniquement ou en partenariat sur plusieurs établissements ? Sur un GHT ? Combien cela représente-t-il de lits ? Quel est le type de ces établissements (MCO, Gériatrie, psychiatrie) ?
- Existence d'un service d'infectiologie dans l'établissement et/ou GHT ?
- À temps complet ou partiel ? Comment répartissez-vous votre temps de travail au niveau de l'établissement et/ou GHT ?

- Axes d'exercice du RI :

- Comment avez-vous choisi de décliner vos missions de manière pratique ? (Modalités de formation des personnels, choix de mener des stratégies de limitation de l'utilisation de certains antibiotiques, choix de réévaluer systématiquement l'utilisation d'un antibiotique dans les 24-48h de la prescription, choix de consulter tous les patients qui ont une prise de sang avec une bactérie...)

- Description activité :

- Pouvez-vous décrire une journée ou semaine type de votre exercice ?
- Quel est l'outil que vous utilisez le plus dans votre activité de RI ? (Téléphone, messagerie sécurisée, correspondance écrite)
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'exercice de votre activité au quotidien ? Comment les surmontez-vous ?

- Interlocuteurs et collaborateurs :

- Exercez-vous vos activités (notamment de conseil) au quotidien seul ou avec une équipe ? Si équipe, comment est-elle constituée et fonctionne-t-elle ? (Membres de l'équipe, équipe dédiée, mobile ?)
- Avec qui êtes-vous amenés à collaborer dans le cadre de votre activité de RI (microbiologie, services cliniques de médecine, chirurgie, réanimation, administration, COMAI...) ? De quelle manière ?
- Êtes-vous invité ou intégré à la CME ?
- Existe-t-il des collaborations entre les RI sur le territoire ? Au niveau du GHT ? Comment se déclinent-elles (groupe de travail, séminaires communs...)

Évolution au niveau institutionnel avant/pendant la crise :

- Quel rôle avez-vous joué dans la préparation à l'épidémie, à l'échelle de(s) l'établissement(s) où vous exercez votre activité de référent ? (Préparation de protocoles, participation aux décisions dans l'ouverture de lits...)

- Quel rôle avez-vous joué pendant l'épidémie, à l'échelle de(s) l'établissement(s) où vous exercez votre activité de référent ?
- Avez-vous participé aux cellules de crise ?
- Comment s'est modifié votre rôle vis à vis des instances dirigeantes de(s) l'établissement(s) où vous exercez votre activité de référent ?

Évolution au niveau de la perception du rôle du RI avant/pendant crise :

- Vos rapports avec les autres praticiens de l'établissement se sont-ils modifiés depuis la crise ? Si oui, comment ?
- Y'a-t-il eu une évolution des liens avec l'EOH au sein de l'établissement ?
- La médiatisation de l'infectiologie a-t-elle eu un impact sur la reconnaissance de l'expertise du RI au sein de l'établissement ?

Évolution au niveau de la communication avant/pendant crise :

- Comment se sont modifiées les modalités d'exercice de vos activités de RI et de conseil, antérieures à la crise ?
- Quelle a été la manière de communiquer et de traiter les demandes ?

Évolution des liens avec les professionnels avant/pendant crise :

- Avez-vous été en lien ou participé à des actions avec la médecine de ville ?
- Les établissements médico-sociaux ?
- Les centres de conseil régionaux en antibiothérapie ?

Perception personnelle du métier RI et évolutions post-crise :

- Comment considérez-vous la place du RI au sein de l'établissement ?
- Quels sont, selon vous, les freins au déploiement large de RI dans les établissements de soin ?
- Comment percevez-vous l'impact de la crise sur le rôle du RI ?
- Pensez-vous que le statut, les missions et les moyens alloués au RI devraient être modifiés à une échelle nationale ? Lesquelles en priorité et pourquoi ? De quelle façon les mettre en œuvre selon vous ?
- À votre avis, comment faire évoluer le mode de financement ?

Annexe 2 : grille d'entretien à destination des Directeurs

- De quand date la mise en place d'un référent en infectiologie dans votre établissement ?
- Quels sont les bénéfices de l'obtention d'un référent en infectiologie dans l'établissement ?
- Quels sont vos rapports avec le RI de votre établissement ? Périodicité des rencontres ? Plutôt rencontres informelles ou réunions planifiées pour présentation de résultats/activité ?
- Quels sont les obstacles à disposer d'un référent en infectiologie dans certains établissements ?
- Avez-vous profité de l'expertise du RI pendant la crise sanitaire Covid-19 ? Ou à d'autres moments (épidémie BHRé...) ? Sur un plan organisationnel ? Scientifique ? Clinique ?
- Intégrez-vous la place du RI dans vos CPOM avec l'ARS ?
- Quels moyens seraient selon vous efficaces pour rendre les postes attractifs ou en susciter la création ?
- Comment faire évoluer le mode de financement ?

Thème n°24

Animé par : ABBARA Salam, médecin, DES médecine interne, en cours de DESC maladies infectieuses, doctorante dans l'équipe « Epidemiology and modelling of bacterial escape to antimicrobials », Institut Pasteur, U1018 Inserm, UVSQ, Paris et au Réseau doctoral en santé publique de l'EHESP

REFERENT EN INFECTIOLOGIE : UNE ACTIVITE EN EXPANSION ET ESSENTIELLE PENDANT LA CRISE SANITAIRE LIEE A LA COVID-19

*BALLIGAND Lucie, ED3S ; CHIROL Augustin, EDH ; COQUET Maximilien, ED3S ;
CURTI Laurent, EDH ; FOSSE Lola, EDH ; LECOMTE Catherine, EDS ;
PICHOT Emilie, EAAH ; RENKES Jacqueline, EDS.*

Résumé :

Les activités du référent en infectiologie (RI) vont du conseil aux médecins (revue de prescription ou procédure) à des actions de formation et de promotion du bon usage des antibiotiques. Le RI peut voir sa fonction se cumuler à des postes institutionnels (Président de CME, chef de service). La conception de son rôle, à géométrie variable en fonction des établissements, a évolué au cours de la crise du Covid 19 pour converger vers une idée commune des missions du RI.

En effet, la participation en cellule de crise du RI, associée parfois à une action de terrain a aidé les établissements dans leur préparation. La crise a donc démontré leur utilité ainsi que leur expertise et par conséquent leur a fait gagner en reconnaissance.

Néanmoins, l'élargissement du rôle du RI connaît des freins structurels que la crise a mis en exergue : manque de temps médical lié au manque de financement dédié puisque les actes du RI ne sont pas intégrés dans le PMSI, manque d'infectiologues dans certains territoires lié à un nombre insuffisant et à la faible attractivité des territoires, traçabilité des avis peu mise en place à cause du manque d'adéquation du système informatique et de la forte pratique informelle, concurrence entre médecins.

Les recommandations visent à éliminer ces freins et capitaliser sur le travail des RI au cours de la crise.

Mots clés :

Référent en antibiothérapie, référent en infectiologie, Antibiorésistance, conseil diagnostic, conseil thérapeutique, Épidémie, Covid 19, changement, évolution.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs