

Suivi des consommations antibiotiques

Point sur le déploiement de ConsoRes en Bretagne Interprétation des diagrammes de Monnet

Journée régionale sur le bon usage des antibiotiques

« Antibiotiques en Danger : agissons pour la santé »

2^{ème} édition - 24 Novembre 2015

« Antibiothérapie et parcours de soins »

Pr Pierre Tattevin - Pr Pierre-Yves Donnio - Dr Alice Guiet



1. Rappels
2. Déploiement de ConsoRes en établissement de santé
3. Consommation antibiotique en 2014 (en DDJ/1000JH)
4. Taux de résistance bactérienne en région Bretagne
5. Perspectives 2015
6. Interprétation des diagrammes de Monnet
7. Cas pratique : *E. coli* / C3G

1. Rappels

- Confrontation des consommations antibiotiques (DDJ) et des résistances bactériennes
 - Présente dans la Circulaire du 2 mai 2002 relative au bon usage des ATB dans les ES
 - Reprise dans l'instruction du 19 Juin 2015

- Diffusion régulière d'informations (consommations, coûts, nouveaux ATB)

- Evaluations des actions mises en place : indicateurs, audits de suivi

- Objectifs
 - Analyse de couples ATB/Bactérie
 - Enquête de prévalence
 - Audits de pratique (ex : antibioprophylaxie)

Tableau des couples bactérie/ATB suivis (PROTOCOLE 2015 - SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN 2014 - RESEAU ATB RAISIN)

	Antibiotique testé	Nombre de souches testées*	Nombre de souches résistantes*	% de souches résistantes
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxacilline			
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidime			
	Imipénème			
	Ciprofloxacine			
<i>Enterobacter cloacae</i>	Céfotaxime			
<i>Escherichia coli</i>	Céfotaxime ou ceftriaxone			
	Ciprofloxacine			
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Céfotaxime ou ceftriaxone			
	Ciprofloxacine ou Ofloxacine			

*Après élimination des doublons tous prélèvements confondus

➤ CONSOMMATIONS ANTIBIOTIQUES ET RESISTANCES BACTERIENNES

- 105 ES ont été sollicités pour participer à ConsoRes (données 2014)
- 94 ES ont été formés à l'utilisation de l'outil
 - 87 ES (83%) ont participé à la déclaration en 2014

OBJECTIFS

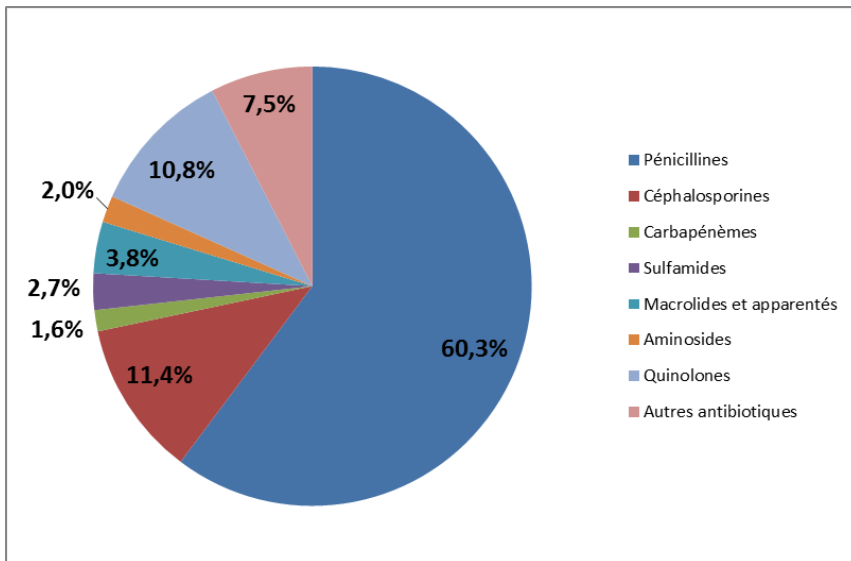
- Sensibiliser au recueil trimestriel pour que les ES soient proactifs et augmenter le taux de participation des ES à ConsoRes
 - Campagne de relance téléphonique pendant l'été 2015
- Organisation de journées de formation territoriales ou départementales (mieux utiliser l'e-outil)
- Constitution d'un groupe de travail régional
 - Analyse des diagrammes de Monnet par un groupe de travail pluridisciplinaire (Infectiologues/bactériologistes/pharmaciens)
 - Accompagnement personnalisé des établissements

3. Consommation antibiotique 2014 en région Bretagne (DDJ/1000JH)

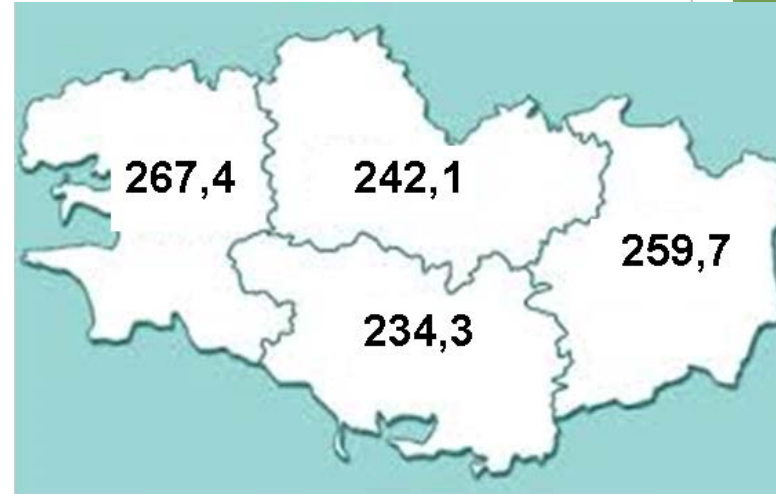
Répartition des ES par nombre de lits

Dépt	< 100 lits	100 -300 lits	> 300 lits	Total
22	7	7	2	17
29	10	13	4	27
35	14	5	5	24
56	9	7	4	21
Total	40	32	15	87

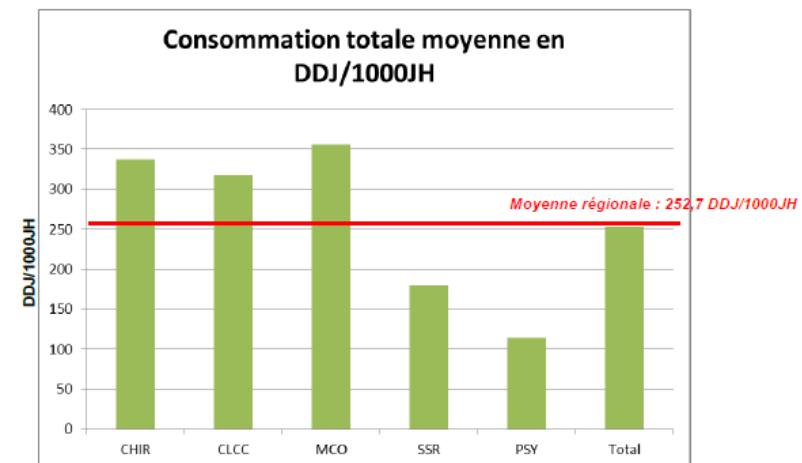
Répartition de la consommation par classe ATC (DDJ/ 1000JH)



Consommations antibiotiques en DDJ/1000JH



Répartition des consommations totales ATB par activité (DDJ/1000JH)

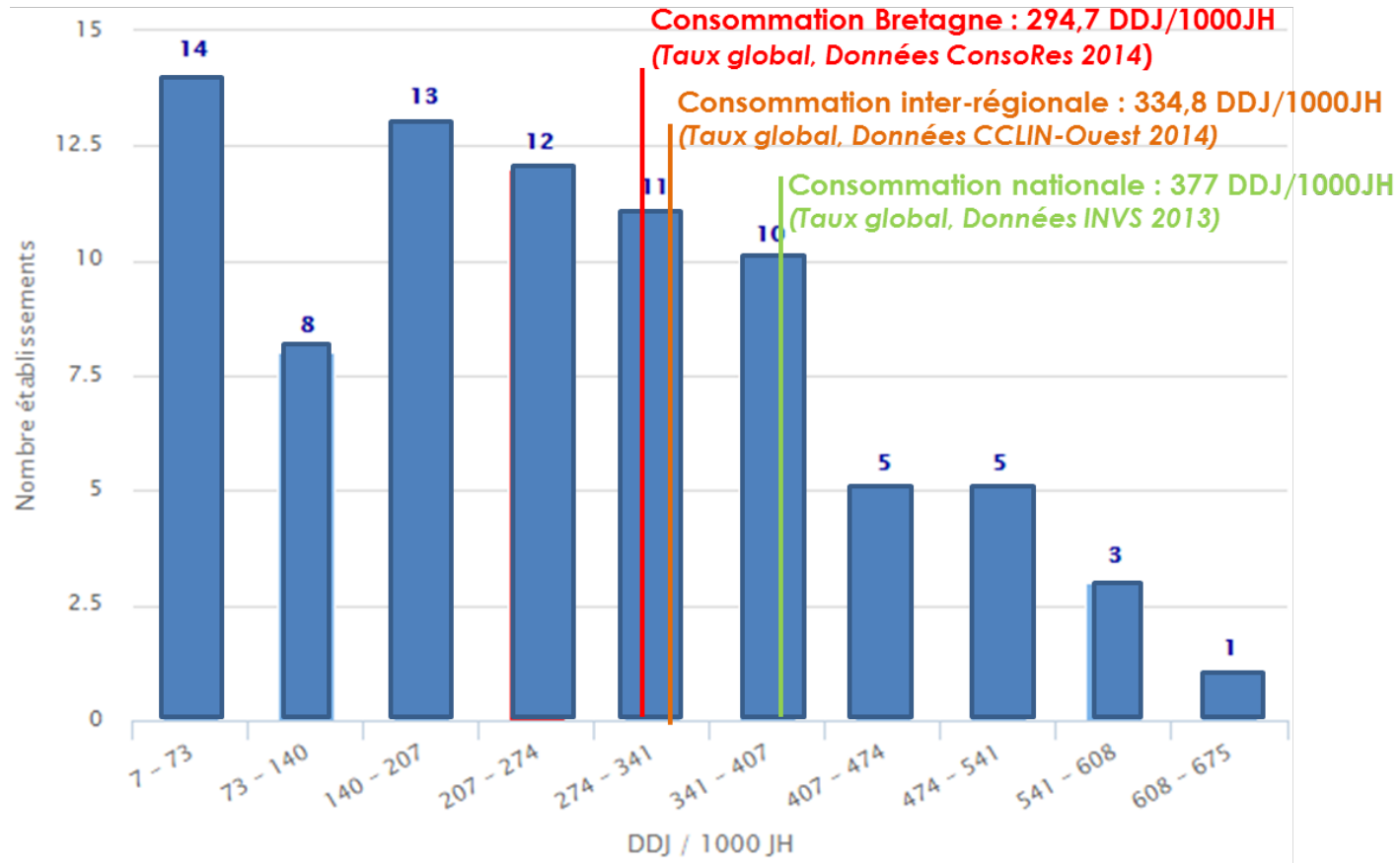


Consommation antibiotique par familles ATB en DDJ/1000JH en 2014

Famille	Consommation DDJ/1000JH				
	Taux global	Médiane	Min	Max	Médiane Nationale
Pénicillines	174,8	123,9	7,1	418,7	142
Céphalosporines	33,2	23,6	0	227,1	29
Carbapénèmes	4,5	0,8	0	43,4	0,9
Sulfamides	7,8	6,2	0	31	4,6
Macrolides et apparentés	11,0	9	0,3	39,9	13,2
Aminosides	5,7	1,3	0	43,8	2,8
Quinolones	31,2	30	0,2	115,4	37,3
Autres antibiotiques	21,9	11,7	0,3	77,8	12,5
Consommation totale	294,7	226	7,9	674,7	286

La Bretagne est bien positionnée en terme de consommation par rapport à la consommation nationale
Données INVS 2013

Répartition des établissements selon la consommation ATB (DDJ/1000JH)



Les histogrammes représentent la répartition des ES Bretons selon leur consommation, en DDJ/1000 JH (taux global), issue des données ConsoRes 2014.

Le taux global est calculé en divisant la consommation totale de tous les ES par le nombre total de JH pour tous les ES, rapporté à 1000 Journées d'Hospitalisation. Le taux global est préféré pour les comparaisons.

4. Taux de résistance bactérienne dans les établissements de santé en région Bretagne

Bactérie	Molécule	Nb de Tests	Nb de Résistances	Taux de Résistance (%R)	Taux de résistance national (%R) *
<i>Enterobacter cloacae</i>	Céfotaxime ou Ceftriaxone	313	151	48,2	42,5 *
<i>Escherichia coli</i>	Céfotaxime ou Ceftriaxone	10552	684	6,5	7,8
	Ciprofloxacine	8390	1019	12,1	13,9
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Céfotaxime ou Ceftriaxone	693	144	20,7	-
	Ciprofloxacine ou Ofloxacine	1125	276	24,5	-
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidime	1057	104	9,6	13,1
	Ciprofloxacine	1058	247	23,3	25,6
	Imipénème	1068	159	14,8	19,1
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxacilline	2584	540	21	19,9

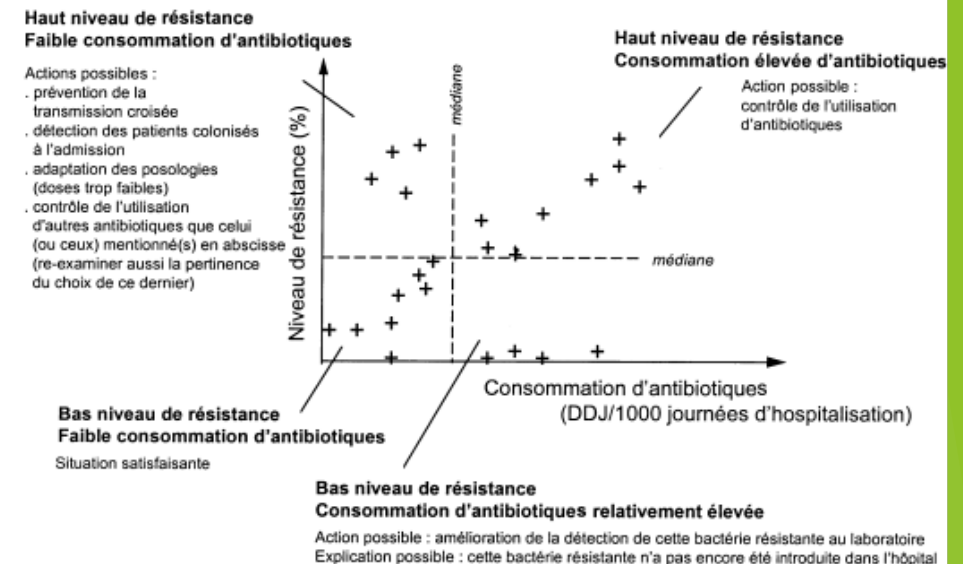
* Différence significative (p<0,05)

5. Perspectives 2015/2016

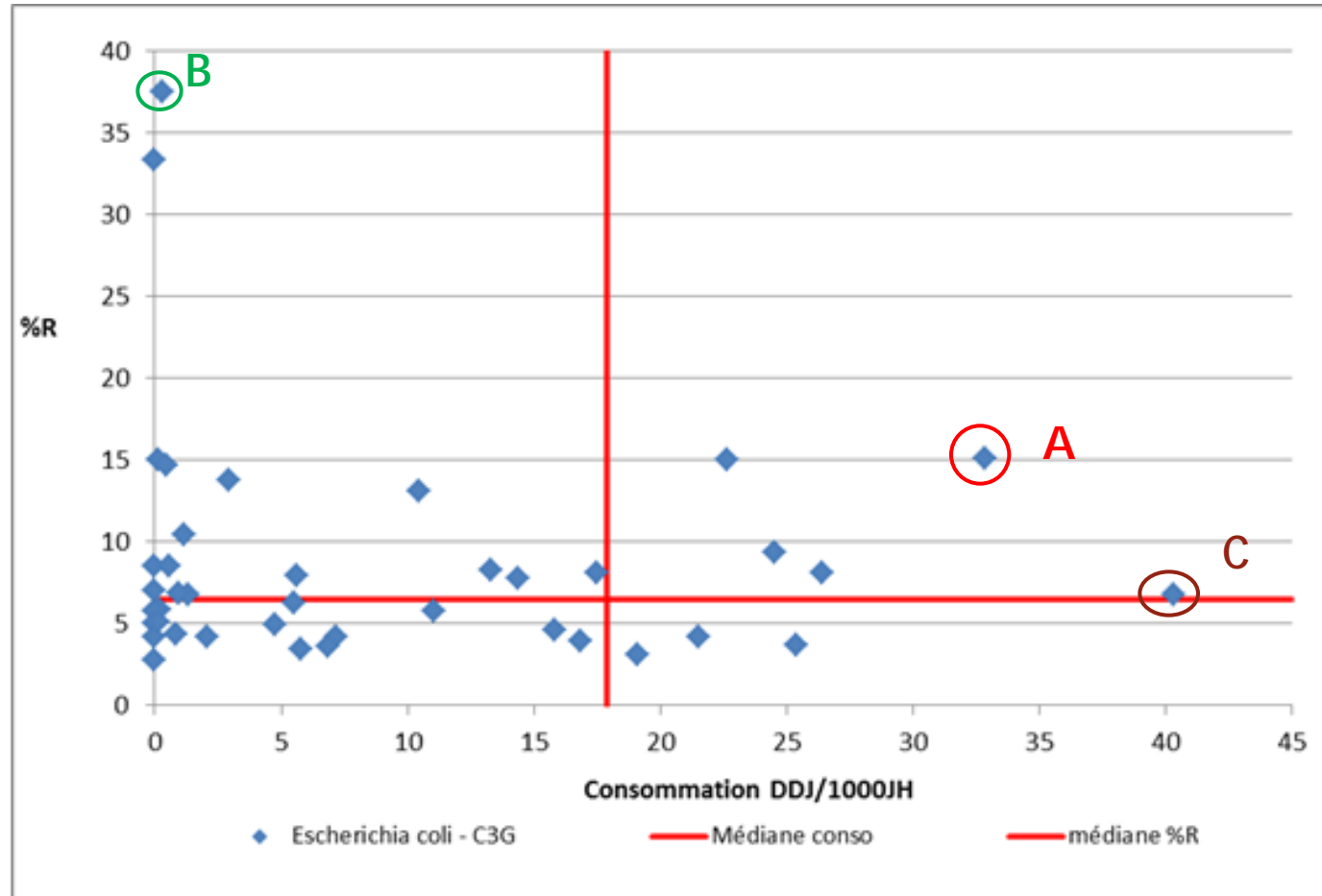
- Organisation de journées de formation territoriales ou départementales
 - Formations sur l'utilisation et l'intérêt de ConsoRes en pratique courante
 - Facilitera le passage en saisie trimestrielle
- Accompagnement personnalisé aux établissements
- Constitution de groupes de travail régionaux
 - Analyse des diagrammes de Monnet par un groupe de travail pluridisciplinaire
 - Infectiologues/bactériologistes/pharmaciens

6. Interprétation des diagrammes de Monnet

- **Zone à gauche de la médiane verticale et en dessous de la médiane horizontale :**
 - Bas niveau de résistance et Consommation faible d'antibiotiques
 - ⇒ **Situation satisfaisante**
- **Zone à gauche de la médiane verticale et au-dessus de la médiane horizontale :**
 - Haut niveau de résistance et Consommation faible d'antibiotiques
 - ⇒ Causes à rechercher : **mesures d'hygiène insuffisantes, épidémie**
- **Zone à droite de la médiane verticale et en dessous de la médiane horizontale :**
 - Bas niveau de résistance et Consommation élevée d'antibiotiques
 - ⇒ Cause à rechercher : **défaut de détection**
 - ⇒ Rester vigilant quant à l'introduction de ce type de résistance dans l'établissement
- **Zone à droite de la médiane verticale et au-dessus de la médiane horizontale :**
 - Haut niveau de résistance et Consommation élevée d'antibiotiques
 - ⇒ **Marqueur d'une pression de sélection**
 - ⇒ Usage des ATB à améliorer



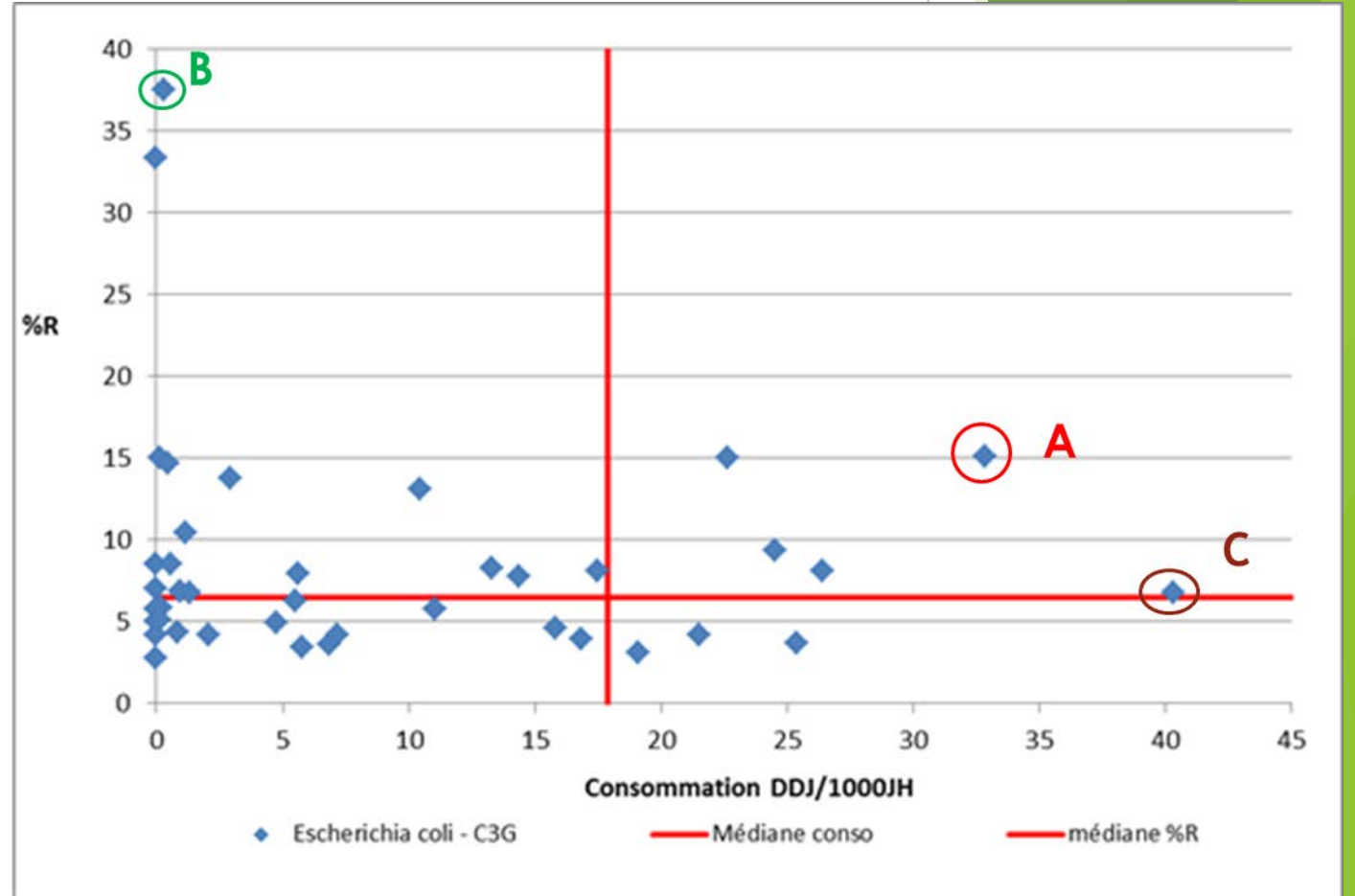
7. Cas pratique : *E. coli* / C3G



Établissement A

-État des lieux :

- Forte consommation ATB
- Taux de résistance important, supérieur à la médiane





La consommation de cet établissement en C3G est de 32,84 DDJ/1000JH. Qu'en déduisez-vous ?

- 1 - 32,84 % des sujets hospitalisés sont exposés aux C3G lors de leur séjour.
- 2 - 32,84 % des journées d'hospitalisation donnent lieu à un traitement par C3G.
- 3 - 32,84 % des antibiotiques utilisés dans cet établissement sont des C3G.
- 4 - Aucune de ces déductions n'est exacte.

La consommation de cet établissement en C3G est de 32,84 DDJ/1000JH.
Qu'en déduisez-vous ?

1 - 32,84% des sujets hospitalisés sont exposés aux C3G lors de leur séjour.



2 - 32,84% des journées d'hospitalisation donnent lieu à un traitement par C3G.



3 - 32,84% des antibiotiques utilisés dans cet établissement sont des C3G.



4 - Aucune de ces déductions n'est exacte.



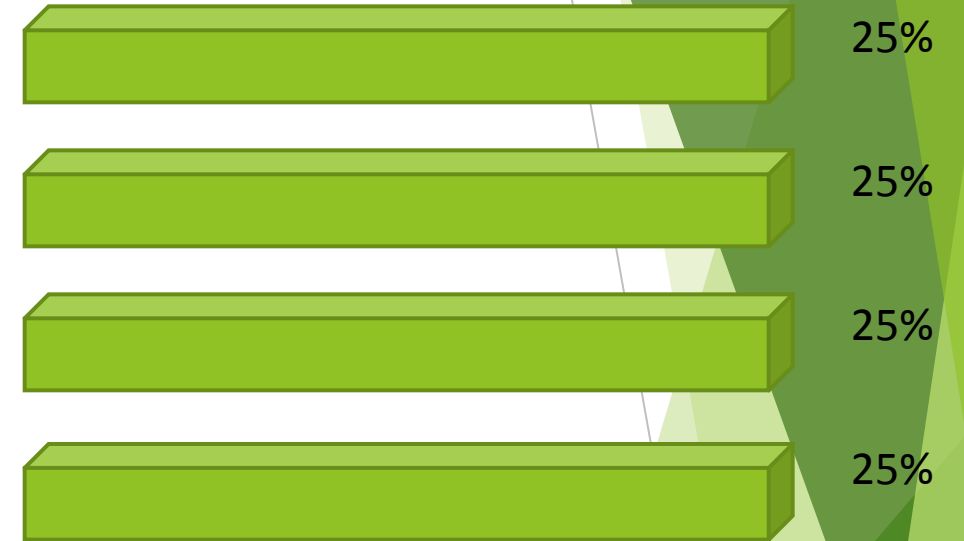


Que faire si mon ES est dans cette situation ?

- 1 - Ne rien changer et me dire que ça va s'arranger.
- 2 - Faire une EPP sur l'utilisation des C3G dans mon ES.
- 3 - Supprimer les C3G du livret thérapeutique.
- 4 - Mettre en place un système de maîtrise des consommations avec mise en place d'une ordonnance nominative pour les ATB.

Que faire si mon ES est dans cette situation ?

- 1 - Ne rien changer et me dire que ça va s'arranger.
- 2 - Faire une EPP sur l'utilisation des C3G dans mon ES.
- 3 - Supprimer les C3G du livret thérapeutique.
- 4 - Mettre en place un système de maîtrise des consommations avec mise en place d'une ordonnance nominative pour les ATB.



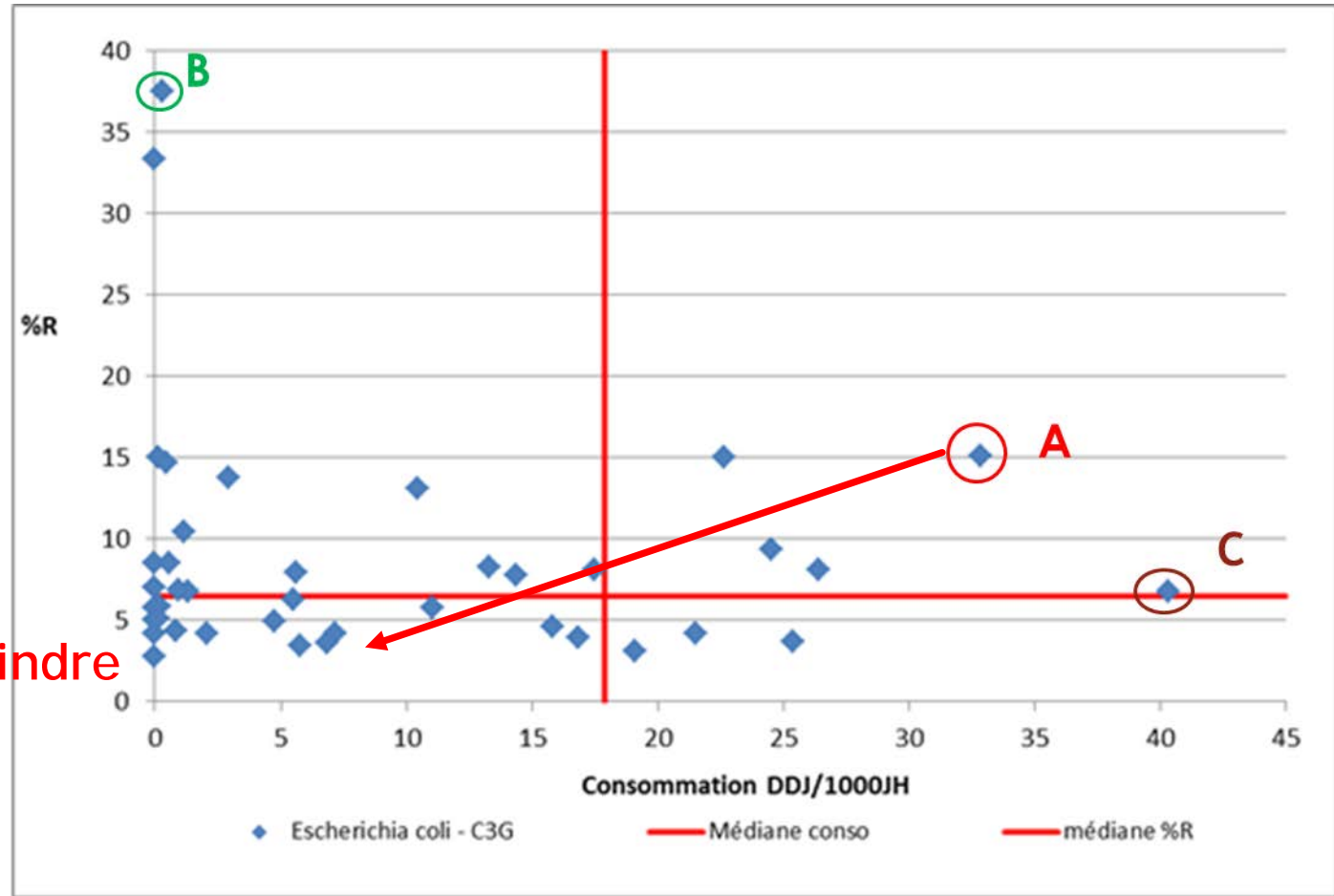
Les questions à me poser :



- Quelle était ma consommation des dernières années ? Suit-on la même tendance ou est-ce une augmentation brutale ?
- Est-ce qu'il y a eu un phénomène particulier cette année ? Une épidémie particulière ? Appel à mon bactériologiste préféré !
- Quelle est ma population de patients ? Suis-je un CH polyvalent avec de la réa ou de l'hémato, un SSR ?
- Est-ce qu'il y a eu des réorganisations administratives de services ?

Établissement A

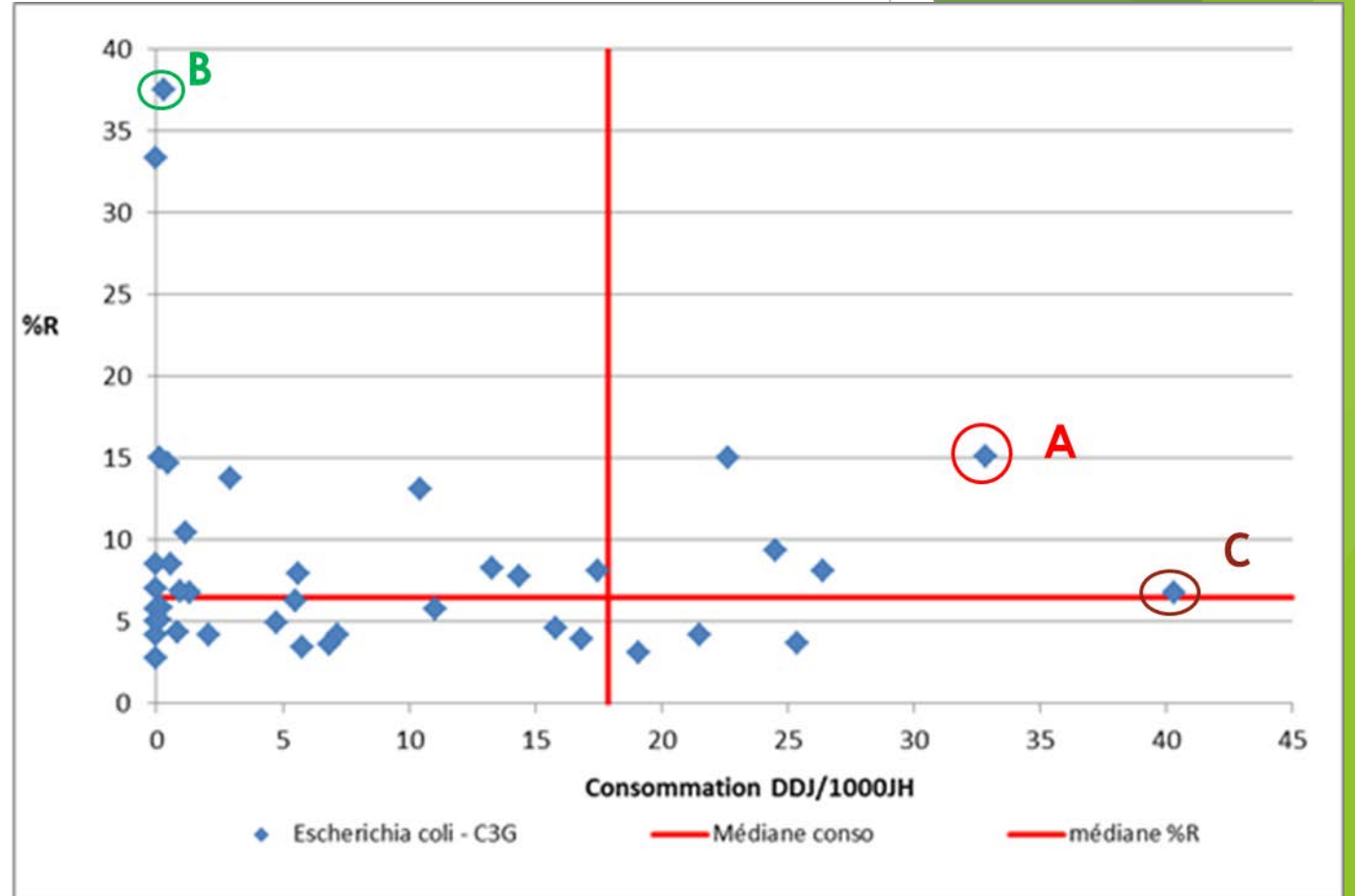
But : Maîtrise et diminution de la consommation d'ATB afin de réussir à diminuer le taux de résistance



Objectif à atteindre

Établissement B

- État des lieux :
 - Très faible consommation ATB
 - Taux de résistance très important





Comment expliquer ce phénomène ?

- 1 - Ce n'est pas de ma faute si tous nos patients sont porteurs de BMR !
- 2 - Il y a peut-être un problème d'hygiène et de transmission croisée sous-jacent.
- 3 - On ne peut pas consommer moins : je ne vois pas quoi faire.
- 4 – C'est l'hôpital d'à coté qui me transfère des patients déjà porteurs de BMR.

Comment expliquer ce phénomène ?

1 - Ce n'est pas de ma faute si tous nos patients sont porteurs de BMR!



2 - Il y a peut-être un problème d'hygiène et de transmission croisée sous-jacent.



3 - On ne peut pas consommer moins : je ne vois pas quoi faire.



4 - C'est l'hôpital d'à côté qui me transfère des patients déjà porteurs de BMR.



Établissement B

– Les questions à me poser :

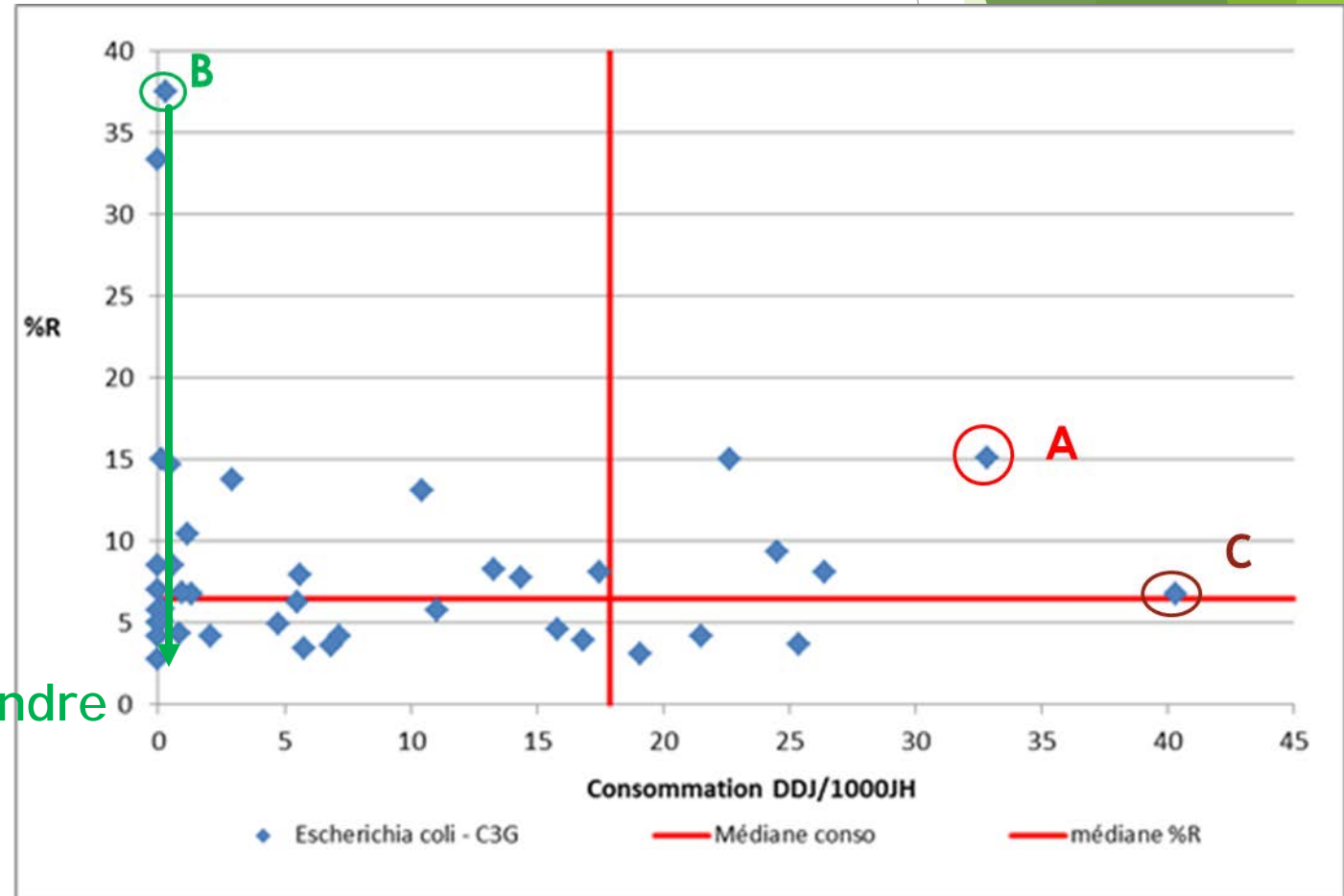


- Quelle est ma population de patients (SSR, EHPAD...) qui pourrait expliquer qu'ils soient porteurs de BMR?
- Quelles étaient mes consommations et l'état de mes résistances les années précédentes?
- Est-ce qu'il y a eu un phénomène épidémique dans certains services?

But : Diminuer le taux de résistance

- Prévention de la transmission croisée
- Détection des patients colonisés à l'admission (pas fait systématiquement)
- Adaptation des posologies (doses trop faibles)

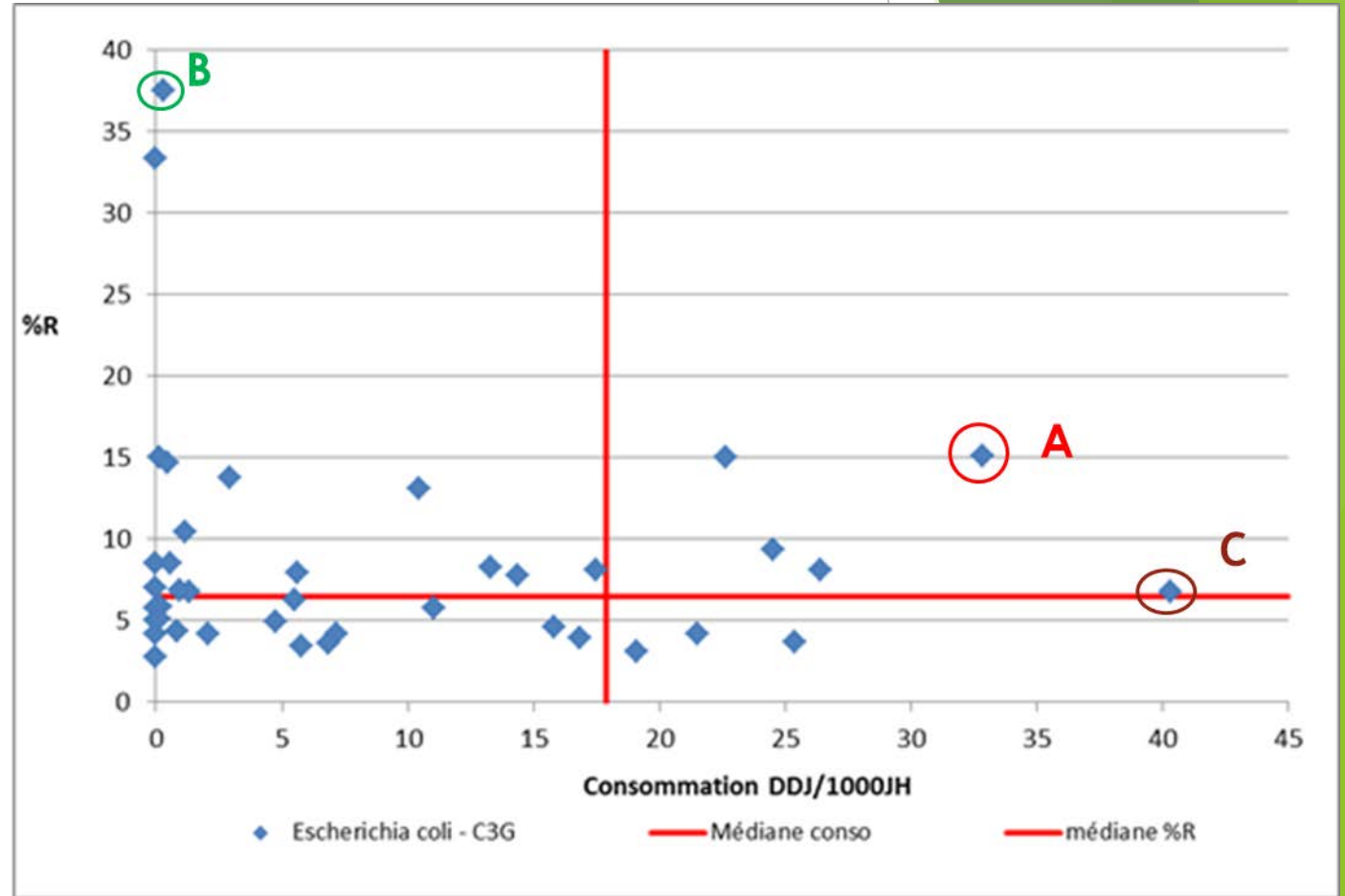
Objectif à atteindre



Établissement C

– Etat des lieux :

- Forte consommation ATB largement supérieure à la médiane
- Faible taux de résistance





Que se passe-t-il ?

- 1 - Ouf, on a de la chance!!
- 2 - Cette bactérie résistante n'a pas encore été introduite dans l'hôpital.
- 3 - La technique du lance-flamme, il n'y a que ça de vrai.
- 4 - Il y a peut-être un problème de détection au niveau du labo, restons vigilant...

Que se passe-t-il ?

1 - Ouf, on a de la chance!!



2 - Cette bactérie résistante n'a pas encore été introduite dans l'hôpital.



3 - La technique du lance-flamme, il n'y a que ça de vrai.



4 - Il y a peut-être un problème de détection au niveau du labo, restons vigilant...



– Les questions à me poser :

- Quelle est mon activité (ex: chirurgie avec beaucoup de prophylaxie) ?



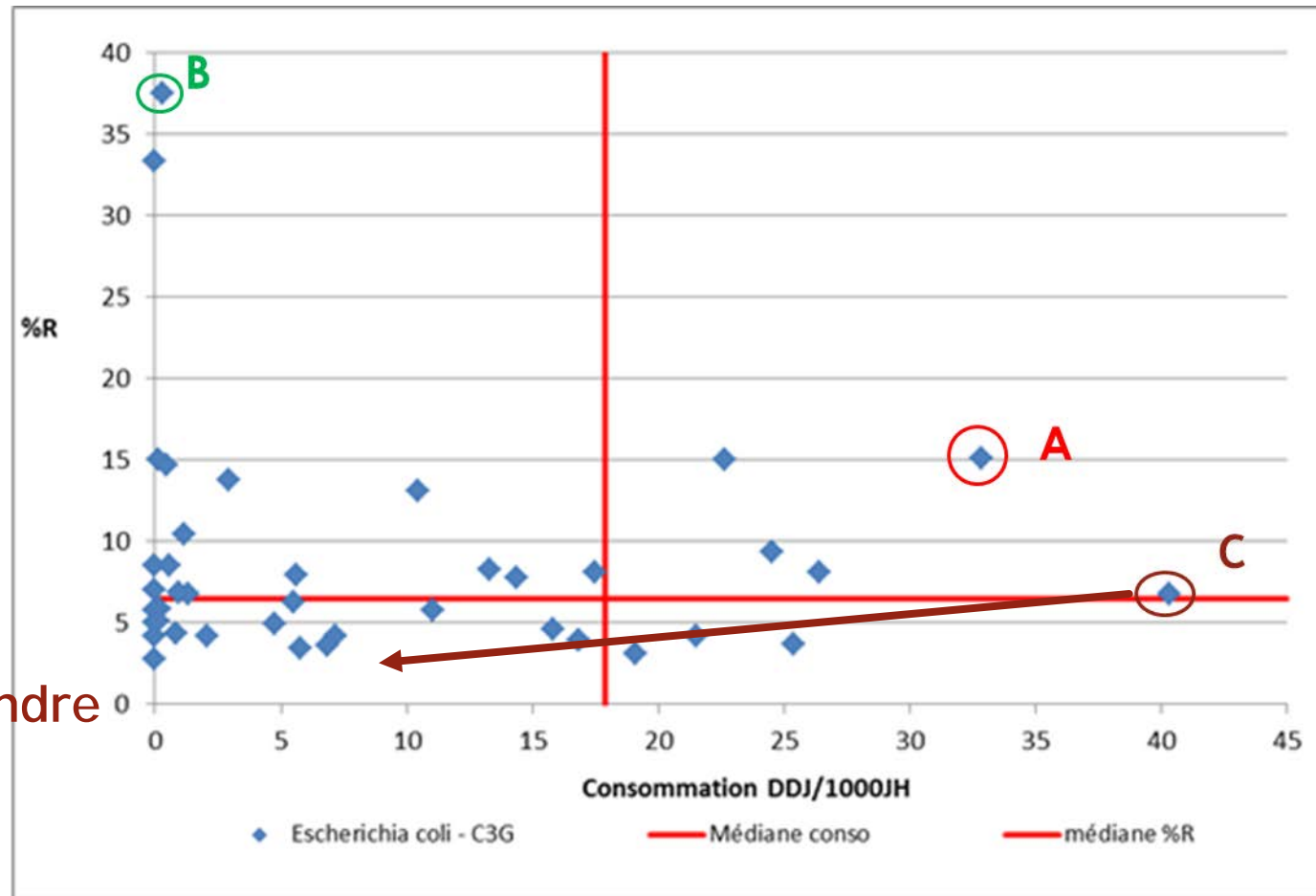
- Est-ce que je change fréquemment de molécules utilisées suite aux marchés, ce qui ne laisse pas le temps aux résistances d'apparaître et d'être dépister par le labo

- Quelle est ma consommation des années précédentes? Si c'est un premier pic de « surconsommation », les résistances ne sont peut-être pas encore apparues ?

Établissement C

But : Maîtrise la consommation d'ATB qui est assez élevée pour éviter l'apparition de résistances

- Amélioration de la détection de cette bactérie résistante au laboratoire



Objectif à atteindre

Merci de votre attention

Merci aux établissements participants

CH Privé SAINT BRIEUC, Association Hospitalière de Bretagne (AHB) PLOUGUERNEVEL, CH DINAN, CH St Jean de Dieu LEHON, Polyclinique du Pays de Rance DINAN, Clinique du Val Josselin YFFINIAC, Clinique La Maison de Velleda PLANCOET, CH Bon Sauveur BEGARD, CH GUINGAMP, CH TREGUIER, CH LANNION, Polyclinique du Trégor LANNION, CH LAMBALLE, CSSR Les Châtelets PLOUFRAGAN, CH PAIMPOL Max Querrien, CH QUINTIN, Clinique la Cerisaie TREGUEUX, Polyclinique Quimper Sud QUIMPER, CRF TREBOUL DOUARNENEZ, EPSM Etienne Gourmelen QUIMPER, CHIC QUIMPER Cornouaille, CH Hôtel Dieu PONT L'ABBE, CSSR Jean Tanguy SAINT YVI, CH CROZON, CH DOUARNENEZ, Clinique Saint Michel et Sainte Anne QUIMPER, CH LANDERNEAU Ferdinand Grall, Polyclinique de Keraudren-BREST, Polyclinique du Gd Large BREST, Clinique Pasteur-Lanroze BREST, Hôpital Instruction des Armées BREST, CH LESNEVEN, CH SAINT RENAN, CH QUIMPERLE, Maison St Joseph QUIMPERLE, Clinique Pen An Dalar GUIPAVAS, CMC Baie de MORLAIX, CHRU BREST, CH LANMEUR, CH des pays de MORLAIX, Clinique Kerléna ROSCOFF, Centre de Perharidy ROSCOFF, Clinique de l'Élorn LANDERNEAU, CSSR de Kerampir BOHARS, Clinique de l'Iroise BOHARS, Clinique Les Glénan BENODET, Clinique de l'Espérance RENNES, CHRU RENNES, CRLCC Eugène Marquis RENNES, Clinique Mutualiste la Sagesse RENNES, CH LA GUERCHE DE BRETAGNE, CH JANZE, CH MONTFORT SUR MEU, Clinique du Moulin BRUZ, Clinique St Joseph COMBOURG, CH FOUGERES, Centre Médical Rey Leroux LA BOUEXIERE, CH SAINT MALO, Clinique de la Côte d'Emeraude SAINT MALO, CH CANCALE, Hôpital St Thomas de Villeneuve BAIN DE BRETAGNE, CH VITRE, CH Les marches de Bretagne ANTRAIN, Hôpital Privé Sévigné CESSON SEVIGNE, CH REDON, CHGR RENNES Guillaume Régnier, CH Privé SAINT GREGOIRE, Hôpital Arthur Gardiner DINARD, Hôpital Privé Océane VANNES, CHBA VANNES, CH JOSSELINE, CH Basse Vilaine NIVILLAC, CH MALESTROIT, CH GUEMENE SUR SCORFF, CPCR BILLIERS, Clinique Saint Vincent LARMOR PLAGE, Etablissement de Santé Le Divit PLOEMEUR, CRF Kerpape PLOEMEUR, Clinique du Ter PLOEMEUR, CHCB PONTIVY, CHBS LORIENT, Clinique Mutualiste porte de l'Orient LORIENT, Etablissement Spécialisé Ker Joie et Kerlaouen BREHAN, CH PLOERMEL, EPSM Charcot CAUDAN, Polyclinique de Pontivy

Pour toute information

Dr Alice Guiet

02 40 84 64 34

alice.guiet@omeditbretagne.fr