



Mise en place du contrôle du bon usage des carbapénèmes: expérience d'une équipe pluridisciplinaire

Murielle Galas, Gaëlle Dunoyer, Claude Olive, Rafaëlle Théodose, François Lengellé, Patrick Hochedez,

CHU de Fort-de-France

1. Offre de soins au CHU

- Offre MCO en Martinique
 - 800 lits
 - CHU actuel = 65 % des lits de MCO

- Services spécialisés exclusivement au CHU
 - Réanimation polyvalente adulte (15 lits)
 - Réanimation néonatale (6 lits)
 - Hémato-oncologie (28 lits, seul service des DFA)
 - Chirurgie cardiaque (16 lits + 5 SI, seul service des DFA)

2. Écologie régionale BMR

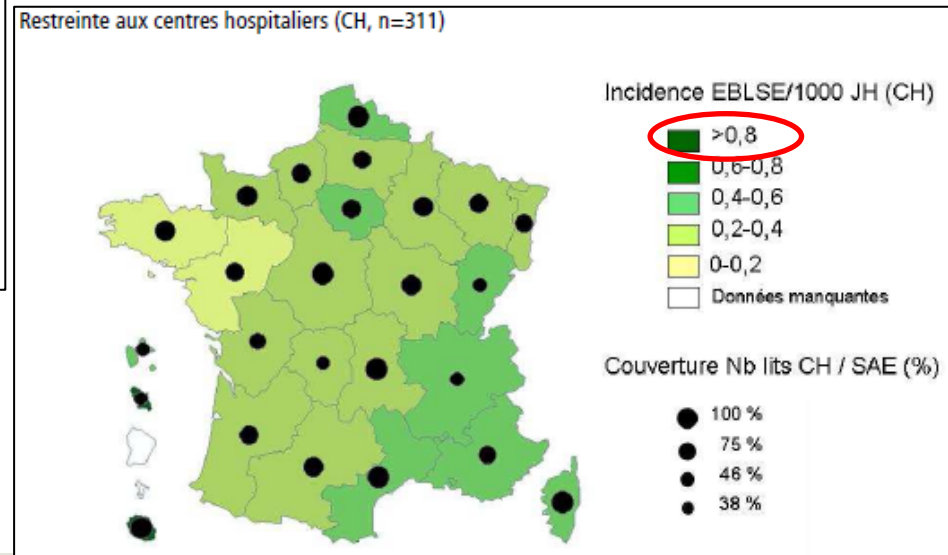
Région	Tous établissements				CH		
	Nb ES	couverture Nb lits/SAE (%)	Nb ES 0 EBLSE	Inc BLSE /1 000 JH	Nb CH	Nb CH 0 EBLSE	Inc BLSE /1 000 JH CH
Alsace	30	59,7	6	0,50	10	1	0,38
Aquitaine	45	54,6	7	0,36	15	2	0,34
Auvergne	26	68,6	12	0,30	10	1	0,31
Basse-Normandie	46	75,4	14	0,25	18	1	0,26
Bourgogne	44	63,2	16	0,39	14	2	0,39
Bretagne	53	68,5	10	0,23	19	1	0,19
Centre	51	59,2	14	0,32	21	2	0,33
Champagne-Ardenne	25	62,0	5	0,35	10	1	0,26
Corse	6	67,6	1	0,63	2	0	0,58
Franche-Comté	19	43,7	6	0,47	6	0	0,48
Guadeloupe	2	9,2	0	0,44	2	0	0,44
Haute-Normandie	10	49,9	2	0,33	6	1	0,26
Ile-de-France	107	49,6	13	0,57	29	1	0,44
La Réunion	6	44,9	2	0,59	3	0	0,84
Languedoc-Roussillon	46	46,7	16	0,36	8	0	0,46
Limousin	6	43,7	1	0,36	3	0	0,22
Lorraine	43	48,7	11	0,32	17	1	0,30
Martinique	4	49,4	1	1,34	2	0	1,40
Midi-Pyrénées	39	63,0	5	0,37	17	2	0,26
Nord-Pas-de-Calais	38	67,9	5	0,49	20	0	0,54
Pays de la Loire	65	66,8	23	0,16	15	2	0,11
Picardie	16	47,3	3	0,42	13	1	0,39
Poitou-Charentes	15	52,7	2	0,24	8	0	0,25
Provence-Alpes-Côte d'Azur	107	50,5	41	0,46	24	3	0,51
Rhône-Alpes	80	35,0	27	0,30	19	0	0,40

BMR-RAISIN 2010

□ Peu de SARM

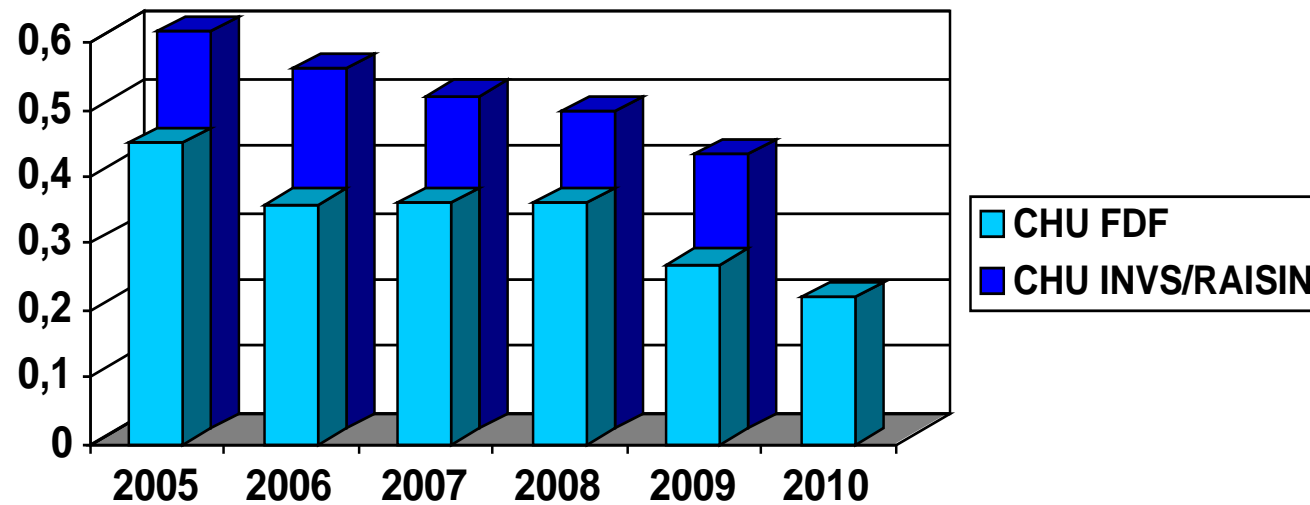
□ EBLSE = problématique territoriale

BMR-RAISIN 2010

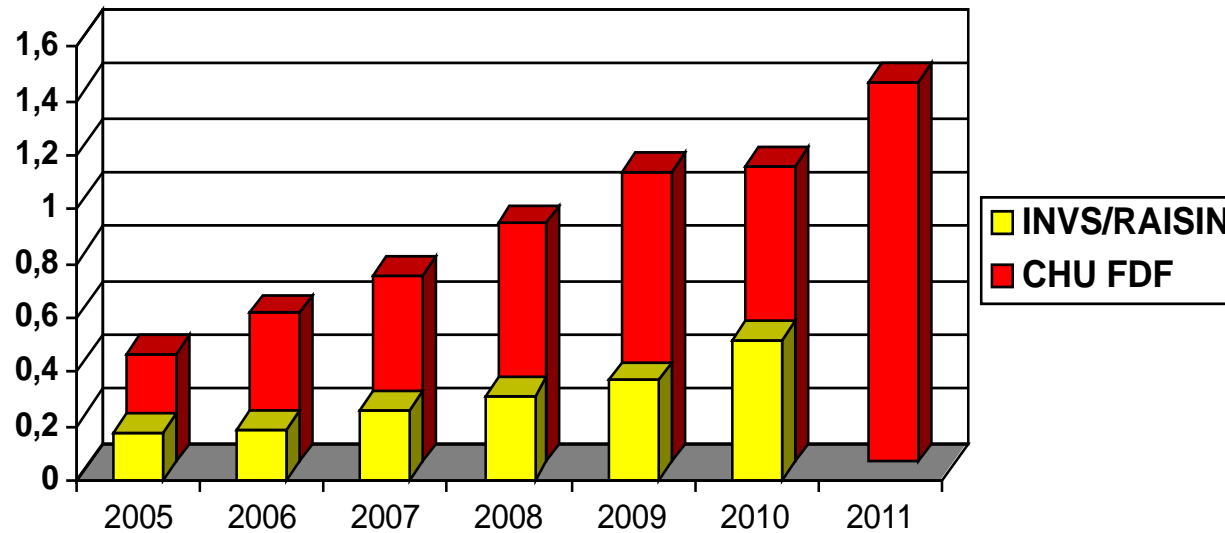


Écologie locale BMR

Evolution taux d'incidence SARM/1000JH



Evolution des taux d'incidence des EBLSE (/1000 JH)



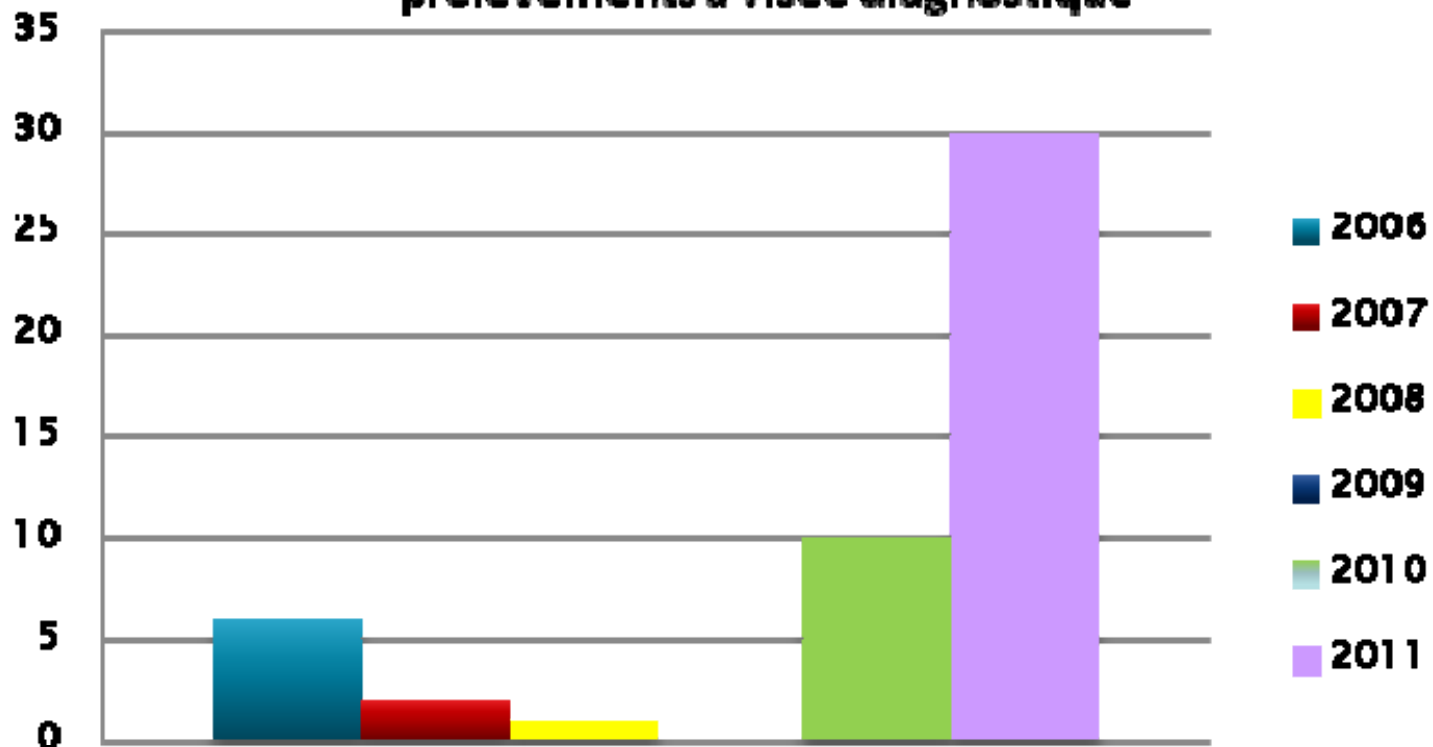
Entérobactéries prédominantes dans les IN

EBLSE =20% des entérobactéries

Espèce dominante: Kpn BLSE (40% des Kpn sont BLSE)

Taux d'incidence CHU FDF = 2,5 à 3 fois CHU métropolitains

Evolution ABRI CHU FDF prélèvements à visée diagnostique



Octobre 2010: 1ers cas groupés d'ABRI

ABRI: Acinetobacter baumannii Résistant à l'Imipénème

4. Plan de Maîtrise de la Diffusion des BMR au CHU de FDF (présenté à l'ARS le 31/03/2011)

1. Limiter l'émergence des BMR
 - Bon usage / moindre usage des antibiotiques

 2. Limiter la diffusion des BMR
 - Améliorer l'observance des précautions standard (hygiène des mains+++), l'application des précautions contact

 3. Maîtriser les épidémies
-

Mise en place d'une surveillance et d'un
contrôle des prescriptions

■ CAI: Analyse consommations des antibiotiques

■ Consommation globale annuelle CHU

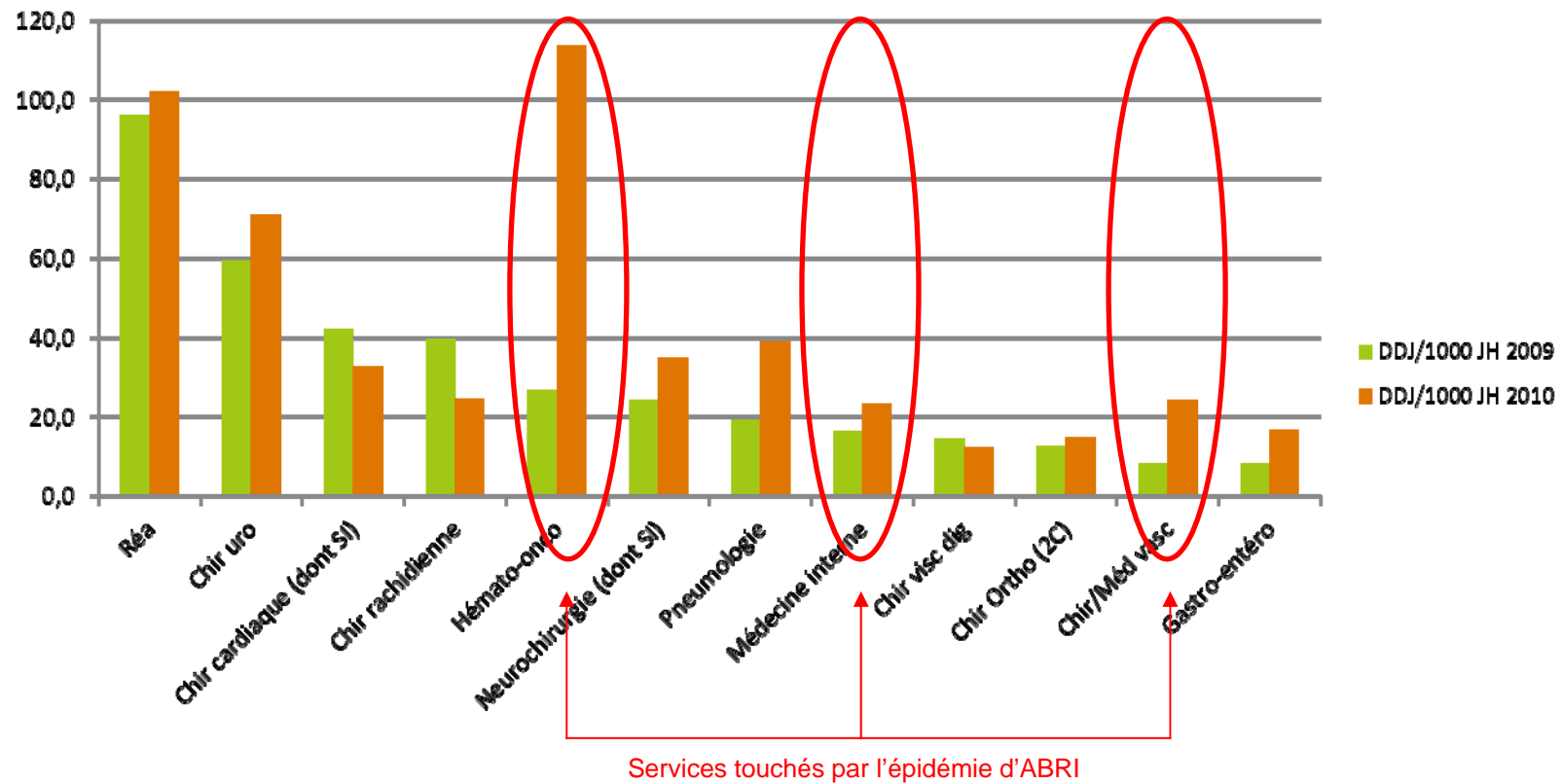
	CHU FdF 2009 DDJ/1000JH	CHU FdF 2010 DDJ/1000JH	CHU FdF 2011 DDJ/1000 JH	CHU ATB-Raisin 2009 DDJ/1000 JH (médiane) [P25= 396; P75=703]	CHU ATB-Raisin 2010 DDJ/1000JH (médiane) [P25=540; P75= 713]
Consommation globale AB	592	454	345,5	567	552
C3G	46	39,2	33,6	47	51
Fluoroquinolones	75,2	61,5	41,8	66	65
Carbapénèmes	13	17,2	8,9	15	17

Consommations globales d'antibiotiques annuelles CHU

=> Analyse de la consommation globale peu informative !

■ Consommation globale annuelle services

Evolution de la consommation des carbapénèmes 2009-2010



1. Cibles retenues

- Surveillance quotidienne de toutes les prescriptions carbapénèmes du CHU

 - Surveillance trimestrielle ATB à large spectre FQ, C3G et pipéracilline-tazobactam pour des services ciblés:
 - Ceux à taux d'incidence de EBLSE les plus élevés
 - Les plus grands consommateurs de carbapénèmes, ATB à large spectre
 - Ceux touchés par l'épidémie d'ABRI
-

2. Contraintes existantes

- ▣ Absence d'informatisation de la prescription
- ▣ Absence de serveur de résultats de bactériologie dans les services

3. Organisation

→ Surveillance annuelle globale des consommations d'ATB

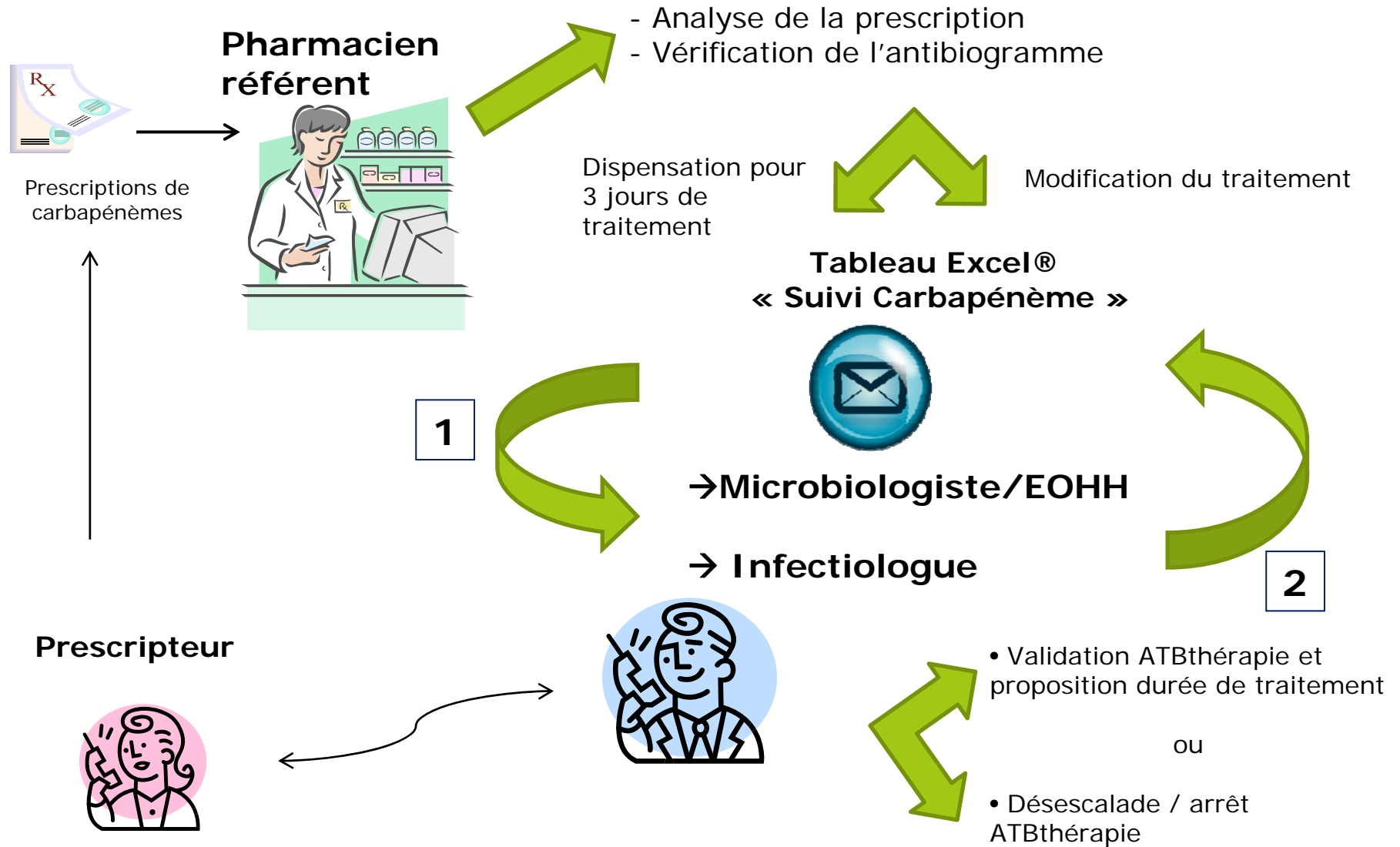
- Contrôle de la délivrance des carbapénèmes:
- Validation pharmaceutique sans pharmacien référent
 - Recours à l'infectiologue à la demande
 - Dispensation pour 7j
 - Existence de stocks importants dans les services

AVANT

→ Surveillance trimestrielle par service des consommations + analyse de l'écologie bactérienne

- Contrôle de la délivrance des carbapénèmes:
- Validation pharmaceutique par un pharmacien référent
 - 1ère dispensation pour 72h
 - Validation par l'infectiologue systématique (dans les 72ères heures + renouvellements)
 - Réduction des stocks dans les services

APRES

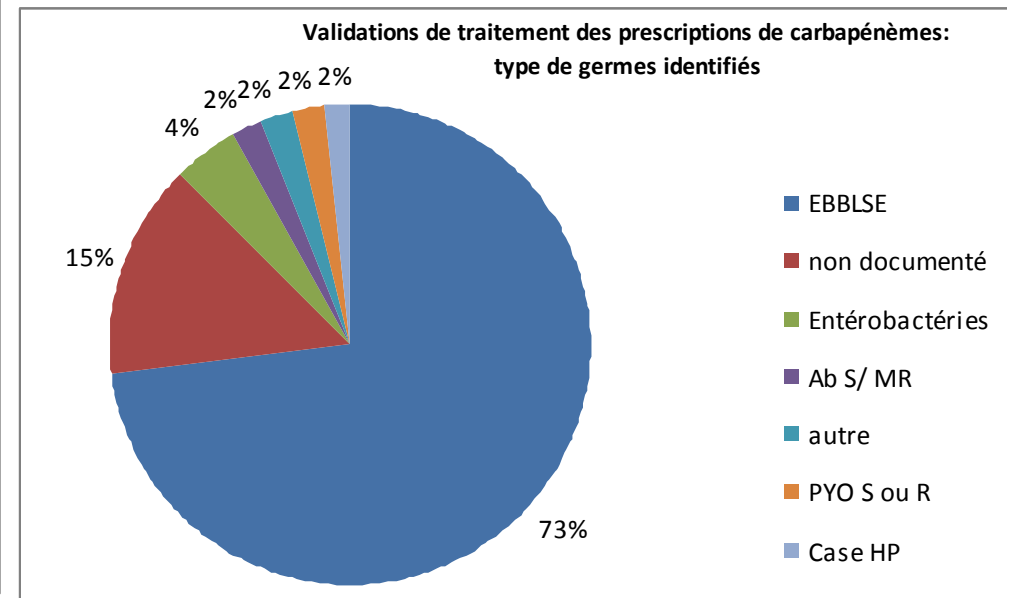
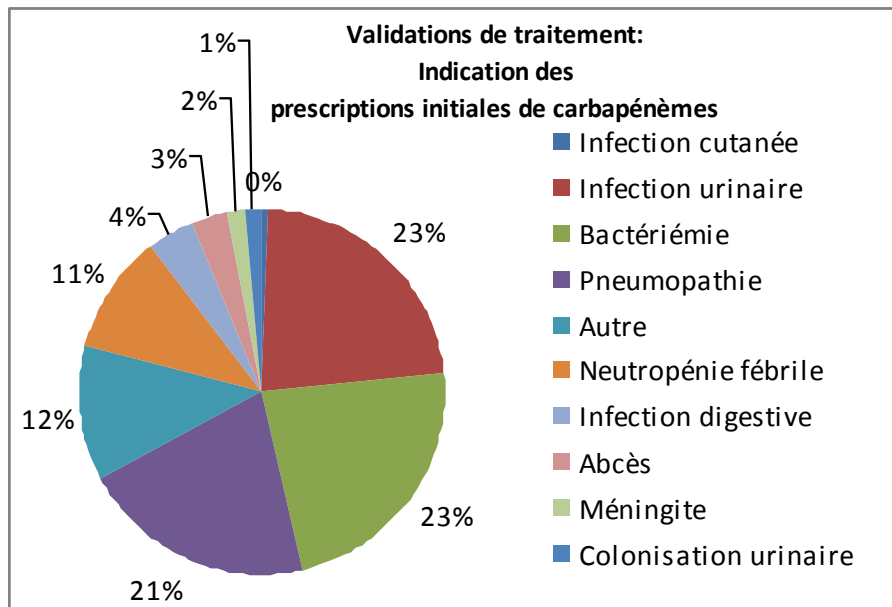


Résultats de la surveillance des carbapénèmes à 1 an

Les résultats (mars 2010-février 2011 vs mars 2011-février 2012)

- 347 suivis de prescriptions par carbapénème
- 291 patients
 - âge moyen = 59,5 ans
 - sex ratio = 1,77 (186H/105F)
 - Durée moyenne de traitement = 9,6 jours
 - Tous les services du CHU sont concernés (services de médecine 38%, réa-soins intensifs 27%, hématologie 10%, pédiatrie néonatal 4%, SSR 3%)

1. Validations de traitement : 65,7% des interventions

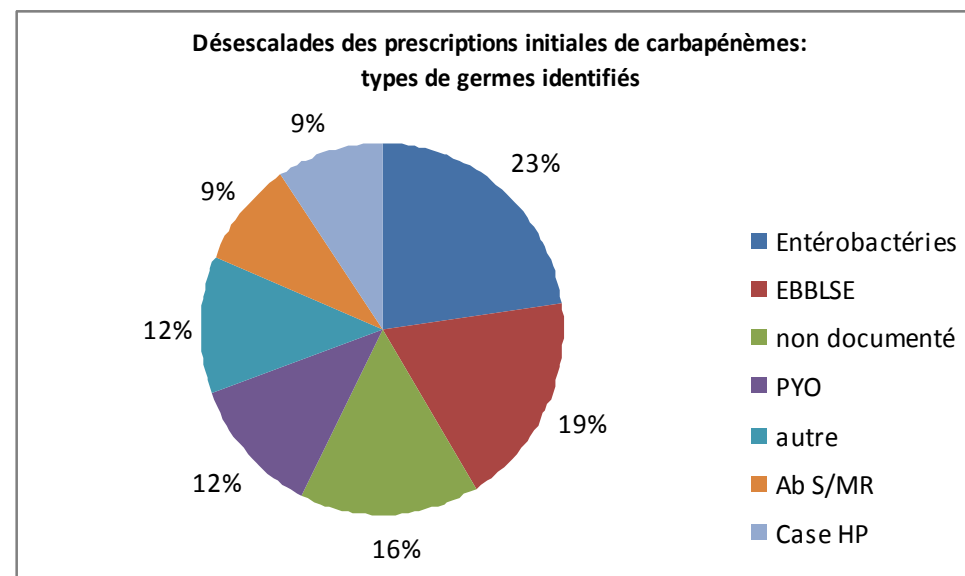
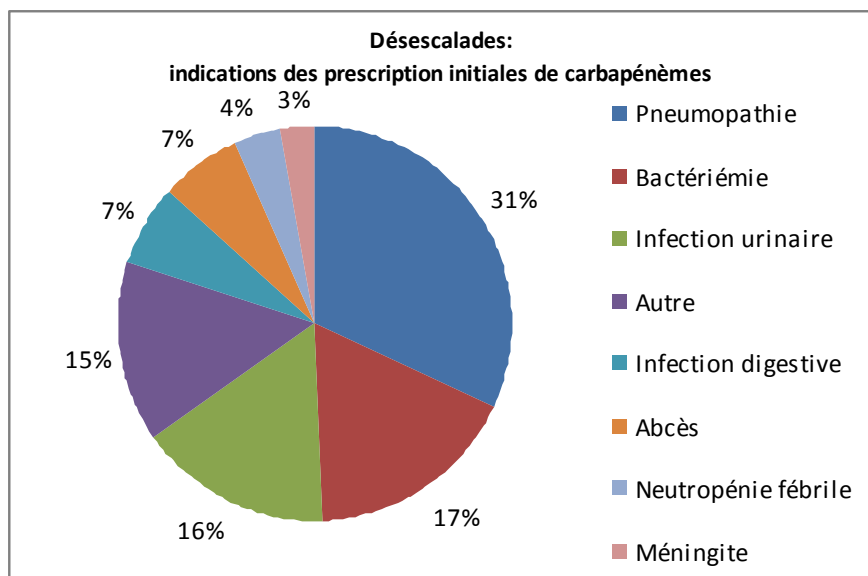


Objectif secondaire: encadrer la posologie et la durée de traitement

2. Désescalades : 21,6% des interventions

Causes désescalades:

- non adaptation à la documentation microbiologique = 72%
- non conformité à l'antibiothérapie probabiliste = 14%

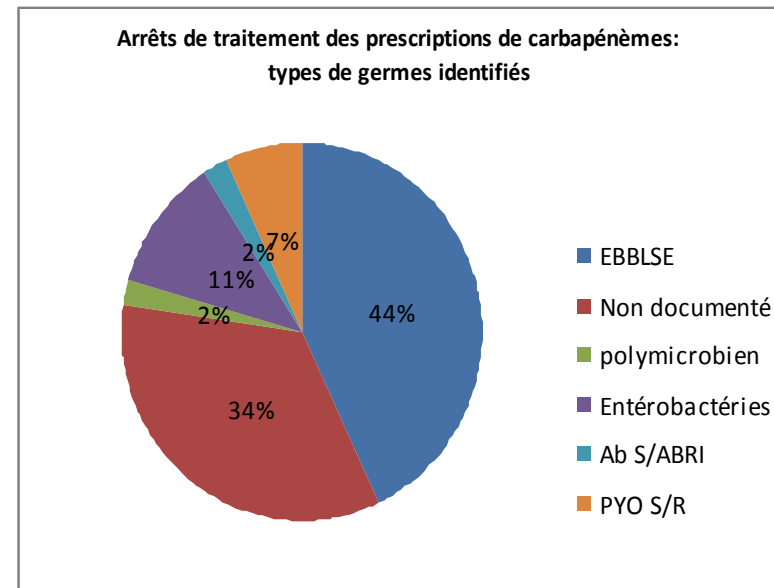
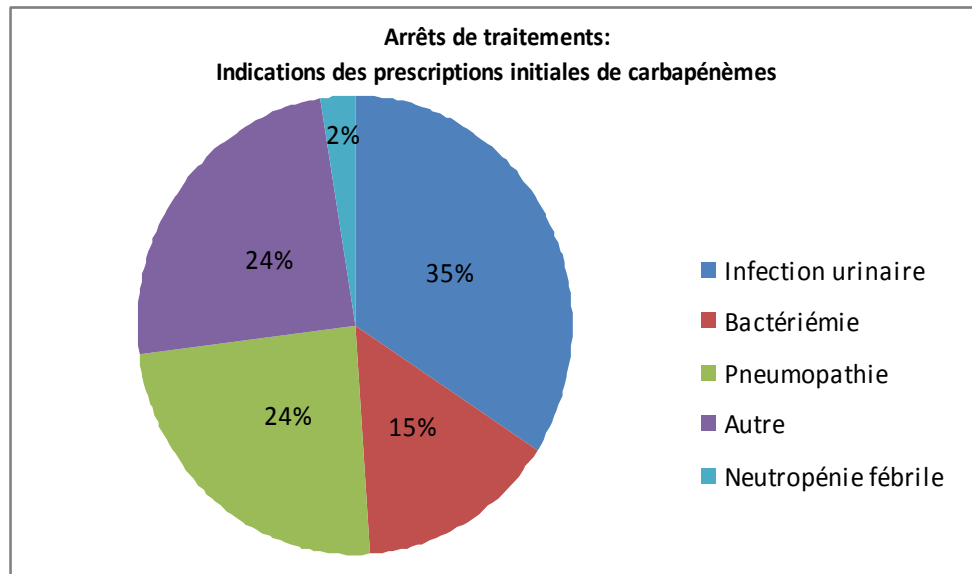


Objectif secondaire: proposer des alternatives exerçant une moindre pression de sélection

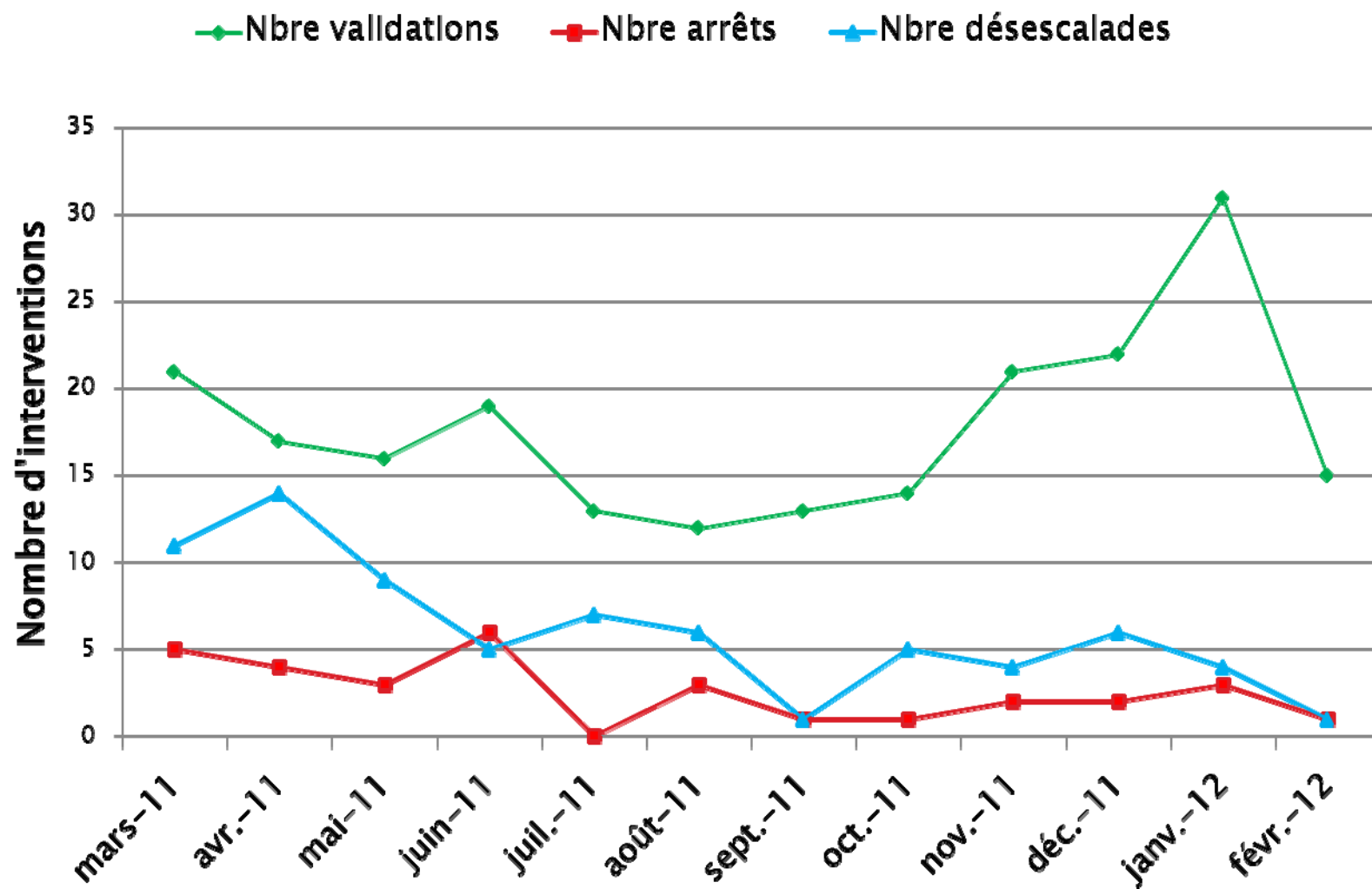
3. Arrêts de traitement: 12,7% des interventions

Causes arrêts:

- Non indication = 41%
- Colonisation = 27%
- Limitation de soins: 18%
- DC = 14%

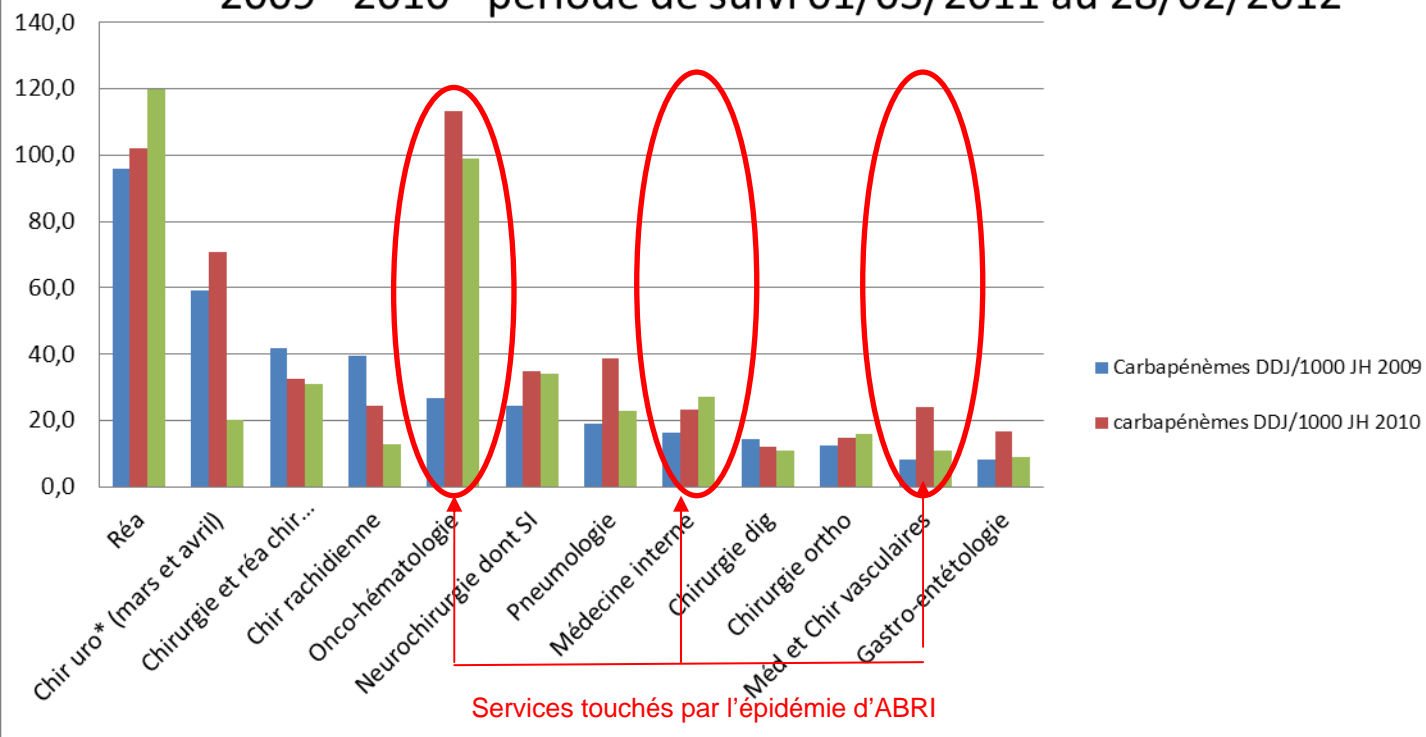


Objectif principal: identifier les traitements inappropriés (colonisation

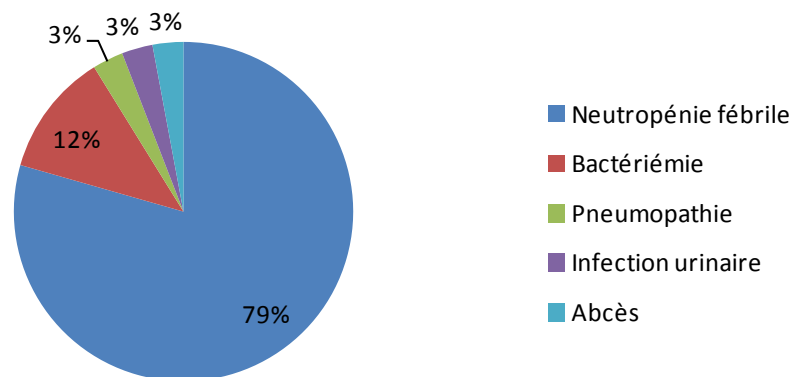


Evolution du nombre d'interventions par mois

Evolution de la consommation de carbapénèmes 2009 - 2010 - période de suivi 01/03/2011 au 28/02/2012



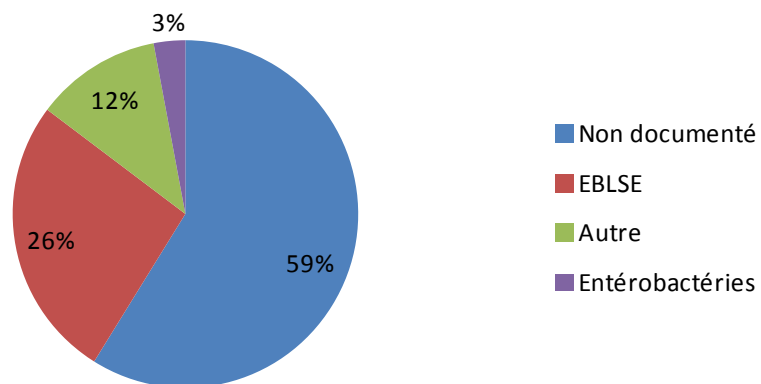
**Hémato-oncologie: Indication traitement
(prescription initiale)
01/03/2011 au 29/02/2012**



2010 vs 01/03/2011-
29/02/2012:

■ Réduction de la consommation de carbapénèmes de 12,7% (DDJ/1000JH)

**Hémato-oncologie: germes isolés
01/03/2011 au 29/02/2012**



■ Action sur les durées de traitement: surveillance des sorties d'aplasie sur critères biologiques

- Moindre usage des carbapénèmes

L'objectif semble avoir été atteint

	Consommation CHU DDJ/1000 JH	Évolution CHU
2009	12,8	
2010	17,2	+34%
2011	8,9	-48,5%

Bénéfices secondaires

- Point de vue des prescripteurs
 - Bonne perception de la démarche
 - Promotion du conseil en antibiothérapie

- Réduction des coûts

mars-août	Coût	Évolution coût
2010	284 340€	
2011	165 118€	-119 222€

Conclusion

- Des premiers résultats encourageants

- Diminution de la consommation de carbapénèmes

- => Poursuivre et étendre l'expérience aux autres ATB à large spectre

- Des obstacles à surmonter

- Matériels :

- Absence de prescription informatisée

- Absence de serveur informatique pour le rendu des résultats dans les services

- Humains :

- Absence de valorisation de cette activité: frein à la mobilisation de moyens humains dédiés (infectiologue+++)



MERCI DE VOTRE ATTENTION