

Impact du suivi des Doses Définies Journalières sur la politique de bon usage des antibiotiques

Gourbil M¹, Jean-Bart E¹, Clève M¹, Pariset C¹, Pommier C¹, Baume MO¹

¹Centre Hospitalier Saint-Joseph et Saint-Luc, Lyon

P- 096

Introduction

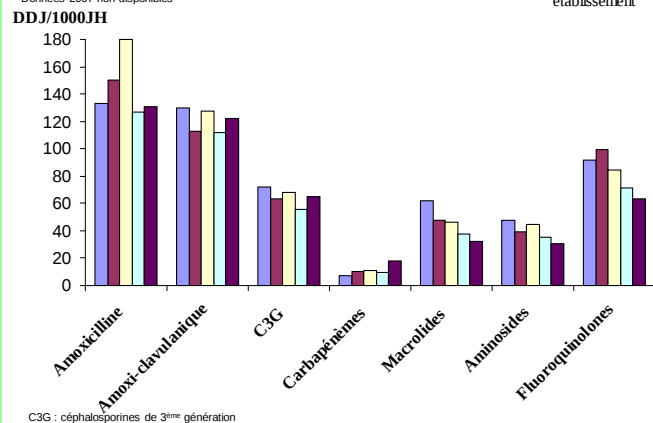
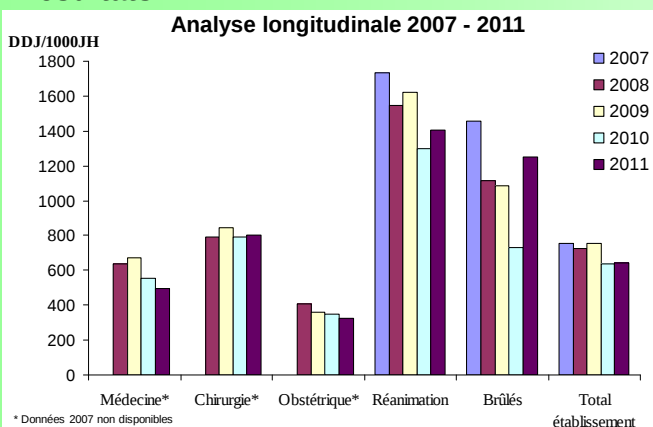
Depuis les années 1980, notre établissement (CHSJSJL) est engagé dans une politique active de bon usage des antibiotiques. En 2009, tous les moyens étaient réunis avec un indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) en classe A. Or, cette même année, la Commission des anti-infectieux (CAI) constatait une consommation d'antibiotiques (CA) largement supérieure à la moyenne nationale des établissements privés de court séjour (MCO). L'objectif était d'analyser la CA du CHSJSJL pour trouver des éléments d'explication et dégager des axes d'amélioration.

Matériel et Méthodes

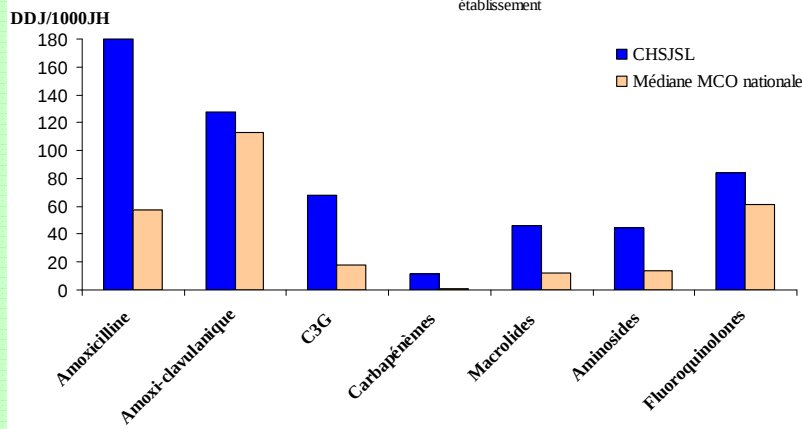
La méthode employée était celle du réseau national de surveillance de la CA : ATB RAISIN. La CA, calculée en Doses Définies Journalières pour 1000 journées d'hospitalisation (DDJ/1000JH), a été analysée par secteur d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation et brûlés) et par famille d'antibiotiques. Deux types d'analyses ont été effectués :

- une analyse longitudinale étudiant l'évolution des consommations du CHSJSJL de 2007 à 2011 ;
- une analyse transversale comparant, en 2009, les consommations du CHSJSJL avec celles du réseau ATB RAISIN.

Résultats



La CA totale a diminué de 15 % de 2007 à 2011. La réanimation et les brûlés étaient les deux secteurs les plus consommateurs. En 2009, les 3 familles les plus consommées étaient les pénicillines A, puis les fluoroquinolones et les C3G.



En 2009, la CA totale (758) était supérieure au percentile 75 MCO national (519). Les secteurs de médecine et de chirurgie montraient les plus grands écarts. La CA était supérieure à la médiane MCO nationale pour toutes les familles d'antibiotiques. L'amoxicilline montrait l'écart le plus important.

Discussion

La CA élevée du CHSJSJL était due aux secteurs de médecine et de chirurgie. L'analyse a aussi révélé un excès de bithérapies (fortes consommations de C3G associées à celles de macrolides et d'aminosides). L'écart avec la médiane MCO s'expliquait par le profil des patients pris en charge au CHSJSJL : patients infectés à l'entrée, chirurgie contaminée, pathologies fortement consommatrices d'antibiotiques (ostéite, endocardite, méningite). Ce profil était très différent de la majorité des établissements MCO n'accueillant ni urgences, ni réanimation. La CA élevée d'amoxicilline s'inscrivait dans de bonnes pratiques et s'expliquait par sa DDJ de 1 g, bien inférieure à sa posologie usuelle (12 g/j pour une endocardite).

Conclusion

La surveillance continue des consommations hospitalières d'antibiotiques permet de guider la politique de la CAI en ciblant les axes de travail. Ainsi, en 2010, la CAI a lancé ses premières mesures : restriction des bithérapies et des durées de traitement, bon usage des aminosides, traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures. Puis, le suivi des consommations permet d'évaluer la mise en place des mesures. Ainsi, les consommations de 2011 ont encouragé la CAI à poursuivre ses travaux. Cette surveillance doit être complétée par des audits de pratique.