

Quels outils
pour maîtriser la consommation des
antibiotiques à l'hôpital

C-CLIN Est



Pr Ch RABAUD
Paris – 30 Mai 2011

1

14ème Conférence de Consensus de la SPILF

Paris, le 6 mars 2002

Comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins

Préserver l'intérêt collectif sans nuire à l'intérêt individuel du patient

La conférence en raccourci

UNE *raison urgente d'agir : Résistances*
DEUX *objectifs : bon et moindre usage*
TROIS *freins*
QUATRE *acteurs privilégiés*
CINQ *propositions*

Trois freins

Banalisation des antibiotiques
des médicaments UNIQUES, à gérer spécifiquement
irremplaçables
à l'impact individuel ET collectif
bactéries = cibles vivantes = activité menacée dans le temps

Mal-information des prescripteurs
formation
accès aux informations

Organisation insuffisante
prescription des antibiotiques
dispensation
suivi

Quatre acteurs privilégiés

MULTIDISCIPLINARITE et CONCERTATION

Clinicien référent en infectiologie : PROJET DE DECRET

conseil sur demande ou sur alerte
coordination, formation, suivi

Microbiologiste

diagnostic - alerte - suivi épidémiologique

Pharmacien

analyse des prescriptions – dispensation
qualité et conformité de la prescription – suivi

Prescripteur

diagnostic - responsabilité thérapeutique

Cinq propositions structures, outils, organisation

- 1) Une structure opérationnelle en 3 niveaux
COMAI ... Référent ... Correspondant
- 2) Une aide à la prescription
- 3) Un encadrement de la prescription
- 4) Une politique d'évaluation
- 5) Une formation à tous les niveaux



Quels outils
pour évaluer la consommation des antibiotiques
à l'hôpital
et "contrôler" le bon usage

**Analyse comparée des bases de données
nationales et interrégionales
de consommation d'antibiotiques hospitalières**

Contexte et objectifs

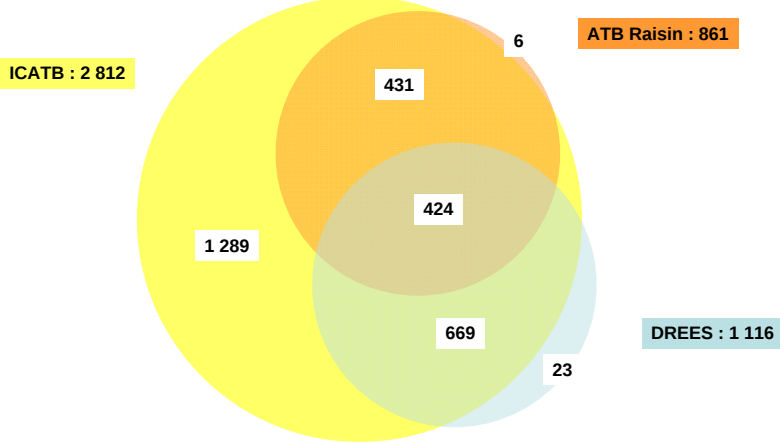
- Contexte
 - Différentes sources de données de consommations d'antibiotiques existent
 - o AFSSAPS
 - o Recueil du médicament DREES
 - o ICATB
 - o ATB Raisin (CClin / InVS)
 - Par ailleurs, il est souhaitable d'éviter autant que possible les recueils multiples afin d'éviter de surcharger les établissements de santé.
 - La DGS lance un appel d'offres en novembre 2009. Le marché est confié à l'association Antibiolor
- Objectifs de l'étude
 - Comparer les bases actuellement disponibles et élaborer des préconisations pour disposer de données cohérentes sur les consommations d'antibiotiques hospitalières

Des périmètres différents au service d'objectifs différents

Bases	Objectifs	Niveau de détail de consommation d'antibiotiques	Niveau de détail au sein de l'établissement	Obligatoire / volontaire
DREES	Evaluation de la politique du médicament. Suivi important de la composante économique	Extraction des données brutes des unités achetées, délivrées, rétrocédées pour chaque code UCD	Total par établissement juridique (sauf pour les CHU depuis 2008 : 8 secteurs à renseigner)	Volontaire (obligatoire pour certaines régions dans le cadre du contrat de bon usage)
ICATB	Dans le cadre du BSALIN (Bilan Standardisé pour la lutte contre les infections nosocomiales). Score issu du bilan publié. Evaluer l'exposition des populations aux ATB.	Classe ATC3 Saisie en DDJ/1000JH Uniquement J01	Total par établissement	Obligatoire
ATB Raisin	Dans le cadre de la politique du bon usage des ATB et de la maîtrise de la résistance bactérienne.	Saisie en DCI au niveau ATC5, conversion automatique en DDJ/1000JH (yc P01AB - Imidazolés et J04AB02 - Rifampicine)	Total par établissement et possibilité de saisie des données réparties sur 8 secteurs	Volontaire (fortement incité pour certaines régions / CCLIN) 9

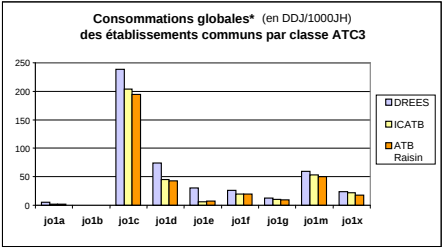
Bases	😊 Points forts	😞 Points d'amélioration
DREES	- Exhaustivité des médicaments renseignés - Codes Finess identiques d'une année sur l'autre / utilisation du fichier SAE - Il existe des contrôles	- Difficulté à ventiler les UF ou services par secteur d'activité par les établissements - Pas de contrôle sur les consommations - Changements fréquents de périmètre - Données brutes non exploitables par les établissements - Aucun rapport systématique réalisé à partir du recueil - Délai de mise à disposition des données contrôlées (10 mois)
ICATB (données de consommation)	- Exhaustivité des établissements participants - Harmonisation d'un masque de saisie national	- Lourdeur de la charge de travail pour la collecte des consommations par les établissements - Aucun contrôle des consommations : fiabilité faible des données - Niveau trop agrégé pour être suivi et exploité par les établissements
ATB Raisin	- Masque spécifique aux consommations d'antibiotiques - Possibilité de collecte des données de résistance - Outil de calcul intégré pour conversion en DDJ/1000JH - Périmètre stable depuis 2008 - Niveau de restitution fin et exploitable : molécule et secteur d'activité - Retours aux établissements (rapports) - Benchmarking/ établissements de même catégorie	- Lourdeur de la charge de travail (entre 1/2j et 10j d'après les enquêtes) : saisie manuelle dans le masque Excel - Manque de retour d'information personnalisée et synthétique - Rapports trop denses / diaporama national méconnu - Contrôles : pas systématiquement harmonisés entre les CCLIN - Difficulté à ventiler les UF / services sur les secteurs d'activité - Délai important de mise à disposition des retours et rapports (ex : édition en juillet 2010 du rapport 2008)

Etablissements communs aux trois recueils

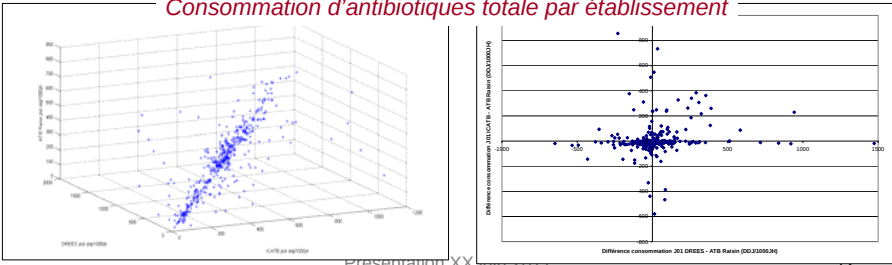


A noter : les établissements communs sont identifiés à partir des codes FINESS (établissement et juridique) ...

Comparaison sur les établissements communs pour les bases ATB Raisin, DREES et ICATB



* Prise en compte des journées d'hospitalisation dans les calculs de consommations.



Comparaison avec les données AFSAAPS

Une cohérence pour DREES et ATB Raisin entre la participation et la ratio de consommation représentée par la base

Source : Rapport ANALYSE DES VENTES DE MEDICAMENTS aux officines et aux hôpitaux en France - page 110
1998 - 2008 / 10ème édition / Mai 2010/ AFSSAPS

J Anti-infectieux

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total France	36,6	37,0	36,1	35,7	34,7	31,2	29,3	31,3	30,1	30,8	30,2
Officines	33,8	34,3	33,4	33,0	32,0	28,9	27,1	28,9	27,9	28,8	28,5

Consommation ATB hospitalières 2008

- 2,2 ddj / j / 1000 hab
64 120 milliers d'habitant => 51,488 millions DDJ
- 388,7 DDJ/1000 JH (antibiotiques classe J01)

Bases	Consommations hospitalières	Participation
DREES	36,003 millions DDJ 70 % de la consommation totale	71% en nombre de lits 2233 établissements sollicités (52% de participation) (cahier des charges 2009 et fichier de routage)
ICATB	42,481 millions DDJ 82% de la consommation totale hors établissements avec DDJ/1000JH > 1000	Taux de participation de 99,9% (3 établissements score F)
ATB Raisin	21,156 millions DDJ 41% de la consommation totale	42% en nombre de lits 2741 établissements sollicités (31% de participation) (rapport atb raisin 2008)

Analyse quantitative des bases DREES, ICATB et ATB Raisin

Conclusions

- Un croisement des bases rendu difficile par la **différence de périmètre des bases** et la **manque de fiabilité des codes Finess**
- Des **consommations DREES globalement supérieures** à ICATB et ATB Raisin. Pistes d'explication :
 - Les remontées au niveau du site juridique
 - L'exclusion des hôpitaux locaux
- Des **consommations ATB Raisin globalement inférieures** à ICATB et DREES. Pistes d'explication :
 - Certains établissements ne remontent leurs données que pour un secteur ou plusieurs < établissement global

Présentation XX juin 2011

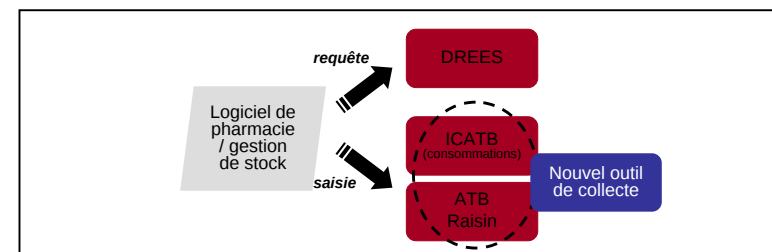
14

PROPIN 2009/2013 : six orientations

- Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité
- Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique
- Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance**
- Maintenir l'usager au cœur du dispositif
- Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IN
- Promouvoir la recherche sur les IN

Enjeux et objectifs (1)

- Harmoniser et rationaliser** la collecte, le traitement et l'analyse des données entre les outils ICATB et ATB Raisin, en cohérence avec le recueil DREES
pour disposer d'un outil de pilotage des consommations pertinent au **niveau national et local (établissement)**
- Simplifier et fiabiliser** l'étape de collecte par les établissements en leur mettant à disposition un outil spécifique ; Mise en place de contrôles homogènes et poussés légitimera les données



Enjeux et objectifs (2)

- Impliquer les établissements dans la collecte et l'utilisation des données, notamment au niveau des prescripteurs
 - Mise à disposition de tableaux de bord, graphiques, exploitables par les prescripteurs
 - Mise à disposition de données de benchmark entre spécialités / établissements comparables
- Améliorer les délais de collecte et traitement des bases
 - Objectif de délai de collecte : 2 à 3 mois
 - Objectif de délai de traitement : 3 à 4 mois

Interprétation et utilisation des résultats

=> besoin d'accompagnement

17

Perspectives

Outil de surveillance simultanée de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes dans chaque unité médicale

Recueil automatisé – trimestriel : conso – résistances – données d'activités

Au niveau de l'unité fonctionnelle

Retour préformaté au prescripteur – régulière – personnalisé – PEDAGOGIQUE – tout complément d'exploitation possible

Capable de nourrir de façon transparente les bases nationales (dont ATB Raisin !)