

Bon Usage des Antibiotiques

- publications récentes -



*Pierre-Marie Roger
Infectiologie
Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Juin 2011*

- Conflits d'Intérêt : aucun

Méthodologie

- Récent : ≥ 2009
- Quels mots clés ?
 - ICATB : protocole, évaluation, réévaluation, référents en antibiothérapie
 - Multi-résistance et Bon Usage des Antibiotiques
 - Campagnes de promotion
- 13-03-11 :
 - Antibiotic evaluation : 91430 articles
 - Antibiotic evaluation + clinical practice : 1784
 - Antibiotic evaluation + misuse : 89

Indicateur composite du bon usage des ATB

- ICATB -

ICATB / 20

- Sous-commission de la COMEDIMS dédiée aux ATB
 - Référent en antibiothérapie
 - Formation continue
 - Lien informatique entre pharmacie / labo / services
 - Informatisation des prescriptions
 - Protocoles d'antibio-prophylaxies et ATB thérapies 1^{ère} intention
 - Réévaluation ATB après 48 heures
 - Liste des ATB et ceux à dispensation contrôlée
 - Évaluation de l'antibiothérapie
 - Surveillance DDJ
- organisation**
- 4 moyens**
- 5 actions**

Relationship between antibiotic consumption and antibiotic policy: an adjusted analysis in the French healthcare system

Brice Amadeo^{1,2*}, Catherine Dumartin^{1–3}, Pierre Parneix^{1,3}, Annie Fourrier-Réglat^{1,2,4} and Anne-Marie Rogues^{1,2,5}

Questionnaire délivré aux établissements de soins
Données 2007 de 977 hôpitaux
Conso ATB en DDJ / 1000 patients / année

Score ICATB

Table 3. Distribution of composite antibiotic policy score

	Action score		Resource score		Organization score		ICATB score	
	mean	IQR	mean	IQR	mean	IQR	mean	IQR
Teaching public hospitals	6.9	(5.5–8.0)	6.0	(5.0–7.0)	3.7	(4.0–4.0)	16.6	(15.5–18.3)
Non-teaching public hospitals	6.2	(5.3–8.0)	4.7	(4.0–6.0)	2.7	(1.0–4.0)	13.5	(11.3–16.0)
Private hospitals	6.4	(5.3–8.0)	4.4	(4.0–6.0)	3.0	(2.0–4.0)	13.8	(11.5–17.0)
All hospitals	6.3	(5.3–8.0)	4.6	(4.0–6.0)	2.9	(2.0–4.0)	13.8	(11.5–16.8)

DDJ : 441 / 1000 patients / jour

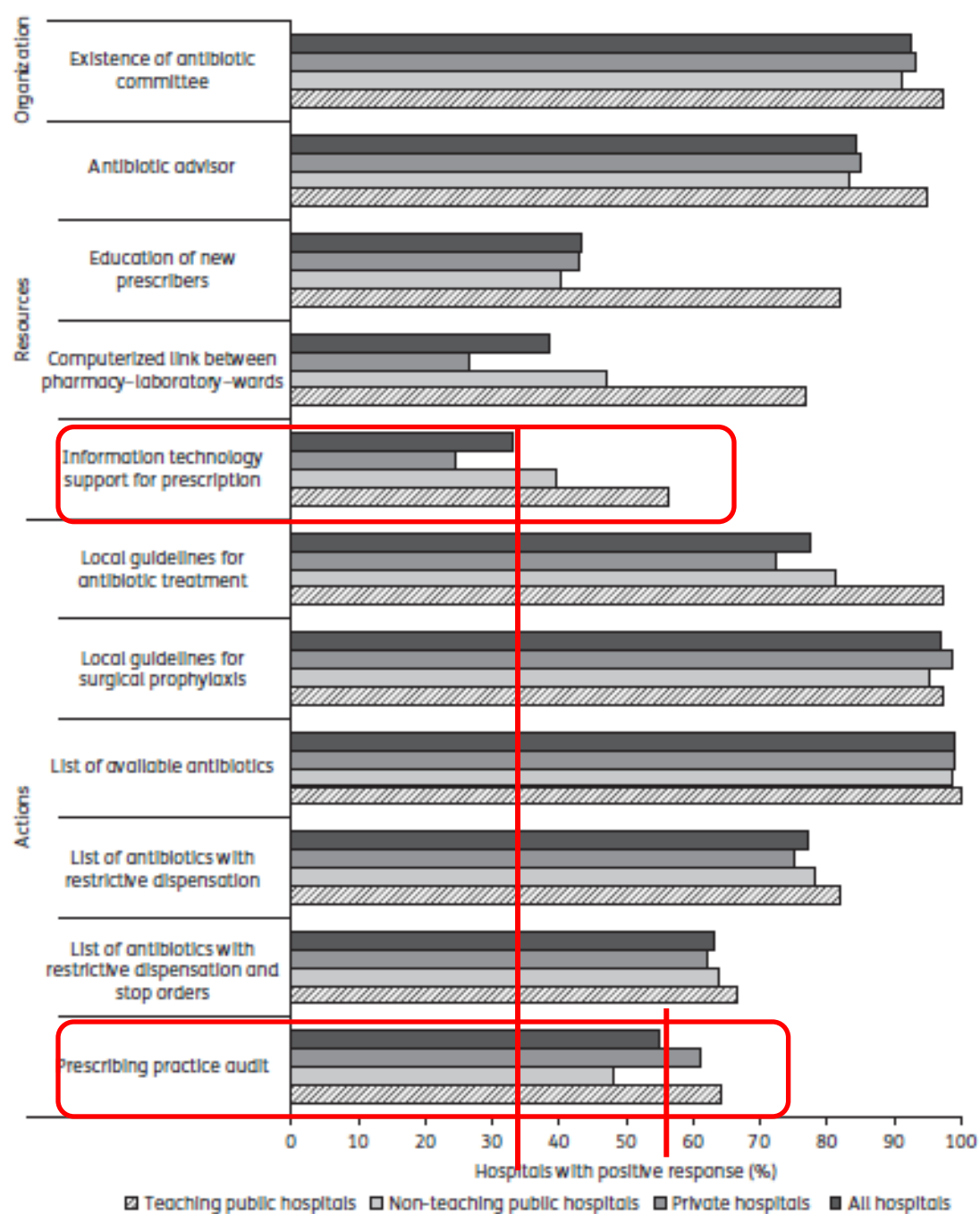


Figure 1. Percentage of hospitals having implemented policies for the appropriate consumption of antibiotics.

Association ICATB / DDJ

Table 4. Multivariable logistic regression analyses to measure the relationship between antibiotic consumption and composite score in French hospitals

Multivariable model	Penicillins ^a (J01C)		Cephalosporins ^a (J01D)		Quinolones ^b (J01M)		Overall antibiotics ^c (J01)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Antibiotic policy scores								
action	1.05	0.96–1.15	1.03	0.92–1.15	1.01	0.91–1.12	1.07	0.97–1.19
resources	1.01	0.93–1.09	0.99	0.90–1.08	1.00	0.91–1.09	0.90	0.85–0.98
organization	1.13	1.02–1.26	1.01	0.89–1.15	1.02	0.91–1.14	1.06	0.94–1.19

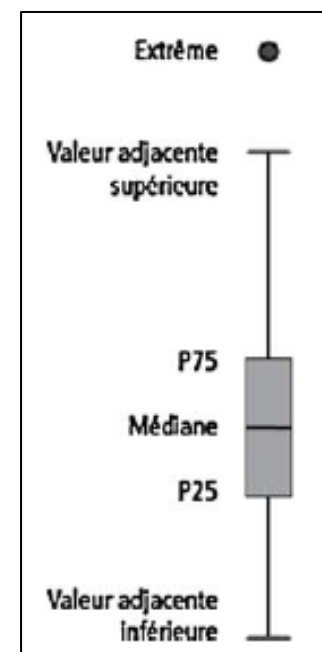
Référents en anti-infectieux

Consommation des antibiotiques rapportée via les bilans standardisés de lutte contre les infections nosocomiales et relation avec l'ICATB

Antimicrobial consumption reported through standardized reports on infection control activities, relationship with the ICATB public reporting indicator

S. Henard^{a,e,*}, D. Rahib^a, L. Léon^a, B. Amadéo^b, C. Dumartin^c, P. Cavalié^d, B. Coignard^a

- Analyse données BSALIN et activité des ES (JH par secteur d'activité) des statistiques annuelles de la Dress sur 3 ans
- Exclusion ES dont DDJ ou activités JH manquantes, puis exclusion données aberrantes (référence: année 2008)
- L'analyse a porté sur 4062 observations, soit 48,2% des observations initiales : 1093 en 2006, 1421 en 2007 et 1548 en 2008



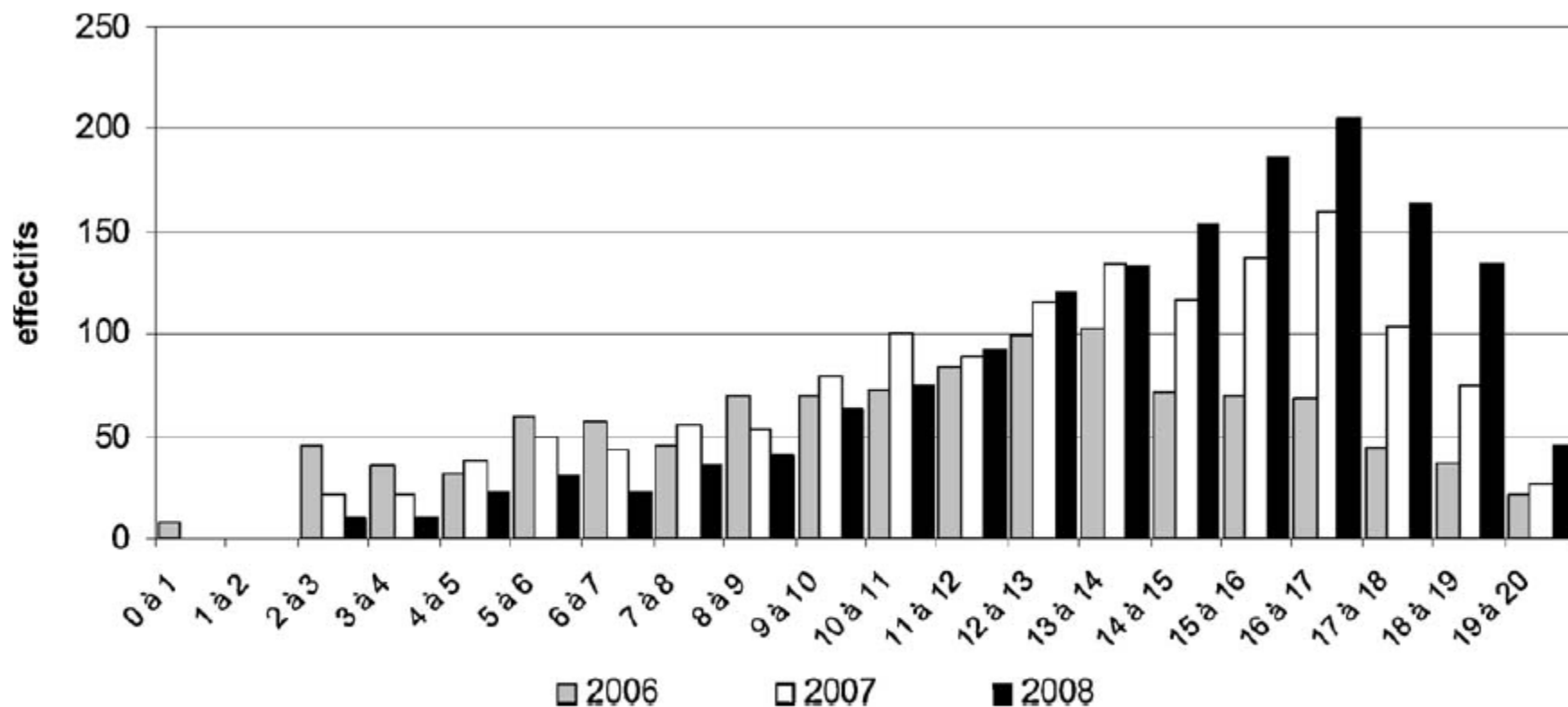


Fig. 1. Répartition des établissements de santé selon leur score ICATB entre 2006 et 2008
Distribution of health care facilities according to their ICATB score between 2006 and 2008.

Consommation ATB moyenne sur 3 ans : 342,6 DDJ/1000 JH
Augmentation significative entre 2006 et 2008 : 6 DDJ/1000 JH par an

Évolution DDJ selon statut ES

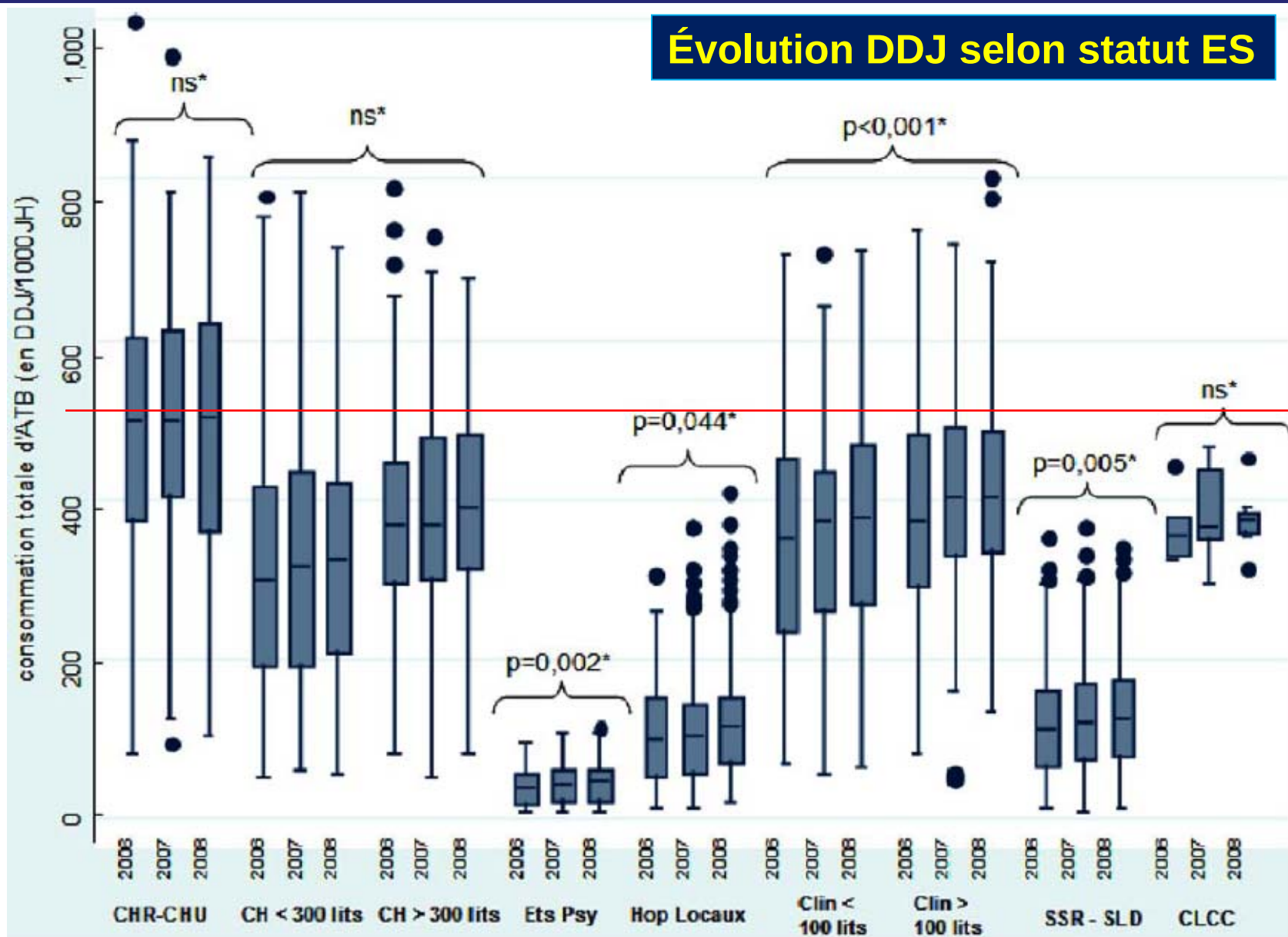


Tableau 2

Relation entre la consommation d'antibiotiques (toutes familles confondues) et les sous-scores de l'ICATB. Analyse multivariée.

Relation between antibiotic consumption (all families included) and ICATB sub-scores. Multivariate analysis.

	Coefficient ^a	IC95 %	p
Année	0,3	[−3,9 ;4,6]	0,88
Statut	58,1	[49,4 ;66,8]	<0,01
Activité médecine	0,8	[0,4 ;1,1]	<0,01
Activité chirurgie	0,5	[0,1 ;0,8]	0,01
Activité psychiatrie	−3,3	[−3,6 ;−2,9]	<0,01
Activité SLD	−3,1	[−3,4 ;−2,8]	<0,01
Activité SSR	−2,5	[−2,8 ;−2,1]	<0,01
Activité réanimation	7,2	[5,6 ;8,8]	<0,01
ICATB-action	6,5	[4,4 ;8,6]	<0,01
ICATBmoyen	0,2	[−1,4 ;1,7]	0,84
ICATB-organisation	5,8	[3,4 ;8,2]	<0,01

^a Le coefficient correspond à l'évolution de la consommation d'ATB (en DDJ/1000 JH) pour une augmentation d'un point des sous-scores ICATB.

L'ICATB en résumé

- Amélioration progressive du score des hôpitaux
- Lien faible avec les DDJ
 - les hôpitaux les plus consommateurs ont mis en place les recommandations nationales
- Connexion avec la qualité de l'antibiothérapie ?
- Indicateur de moyens et non de résultats

Protocoles : impact / observance

Référents en anti-infectieux

Impact d'un guide régional pour la prise en charge des infections urinaires sur les pratiques d'antibiothérapies

Impact of regional guidelines on the management of urinary tract infections with antibiotics

O. Ruyer^a, C. Slekovec^b, X. Bertrand^{b,*}, J.-P. Faller^a, B. Hoen^c, D. Talon^b, J. Leroy^c

^a Service de maladies infectieuses et réanimation, centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, 90000 Belfort-Montbéliard, France

^b Service d'hygiène hospitalière, CHU de Besançon, boulevard Fleming, 25030 Besançon cedex, France

^c Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Besançon, place Saint-Jacques, 25030 Besançon, France

Évaluation impact protocole thérapeutique des infections U non compliquées
Protocole visant à limiter les prescriptions de fluoroquinolones
Analyse des prescriptions via les données URCAM
Population de Franche-Comté
Comparaison 1^{er} trimestre 2008 versus 2009

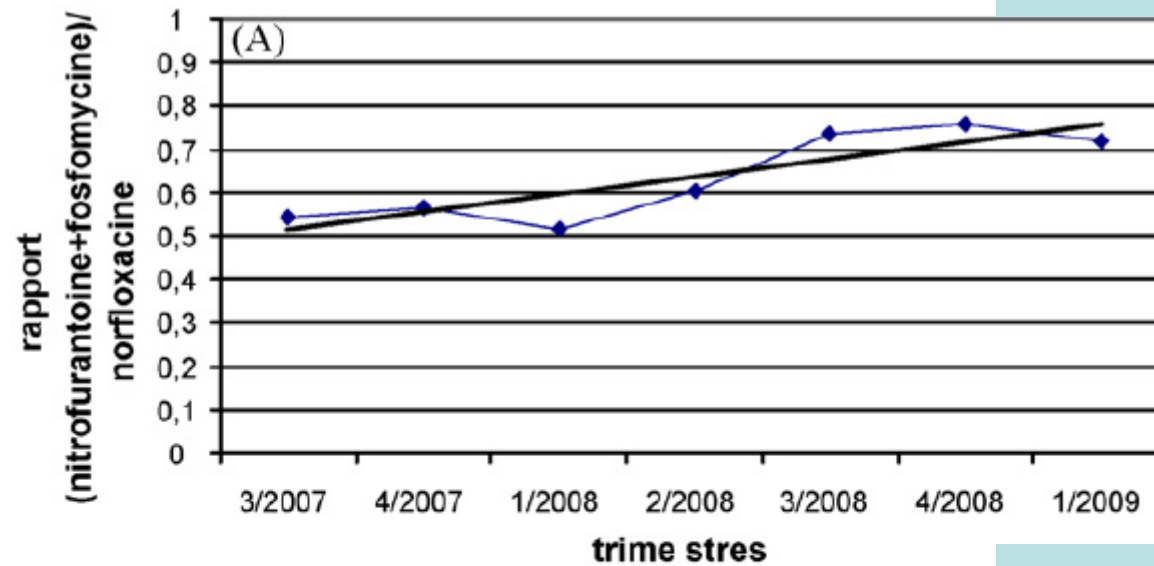
Tableau 1
 Évolution des prescriptions de norfloxacine en Franche-Comté entre le premier trimestre 2008 et le premier trimestre 2009.
Evolution of norfloxacin prescription in Franche-Comté between the 1st trimester of 2008 and the 1st trimester of 2009.

	Prescriptions des médecins libéraux en DDJ ^a	Prescriptions des médecins hospitaliers en DDJ ^a	Total en DDJ*
1 ^{er} trimestre 2008	21 770	1240	23 010
1 ^{er} trimestre 2009	18 635	1335	19 970
Évolution (en %)	−14,4	+7,7	−13,2

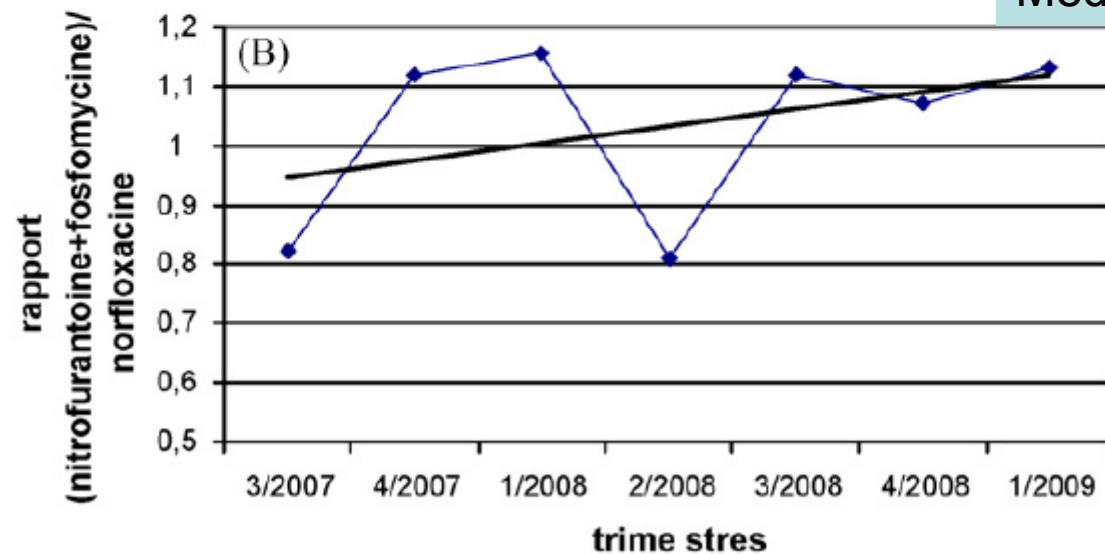
Tableau 2
 Évaluation des prescriptions hospitalières et libérales (en doses définies journalières) des autres antibiotiques entre le premier trimestre 2008 et le premier trimestre 2009.
Evolution of other antibiotic prescriptions made by hospital physicians and general practitioners between the 1st trimester of 2008 and the 1st trimester of 2009.

		1 ^{er} trimestre 2008	1 ^{er} trimestre 2009	Évolution (en %)
Prescriptions hospitalières	Nitrofurantoïne	1066,5	1137,75	+6,7
	Fosfomycine	366	371	+1,4
	Ciprofloxacine, lomefloxacine et ofloxacine	5563	5355,5	−3,7
	Dont monodoses	18	29,5	+63,9
Prescriptions libérales	Nitrofurantoïne	7787,25	8835,75	+13,5
	Fosfomycine	3500	4612	+31,8
	Ciprofloxacine, lomefloxacine et ofloxacine	22 864	23 007,5	+0,6
	Dont monodoses	133	398	+199

Médecins libéraux



Médecins hospitaliers



Evolution du rapport (fosfomycine + nitrofurantoin)/ norfloxacin.



Courbe de tendance.

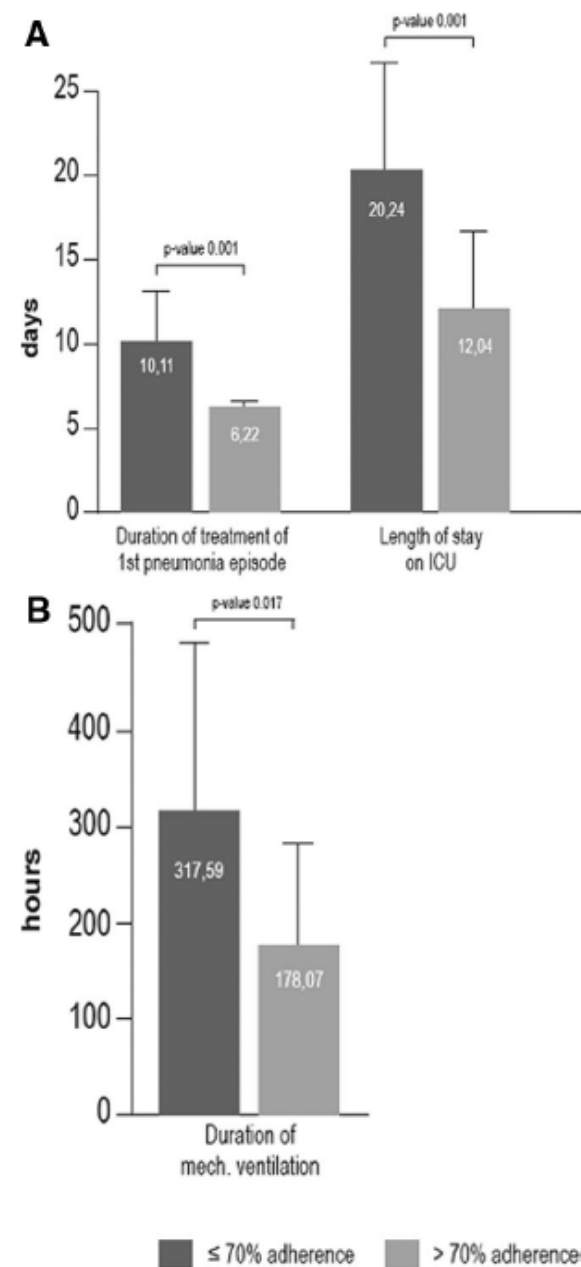
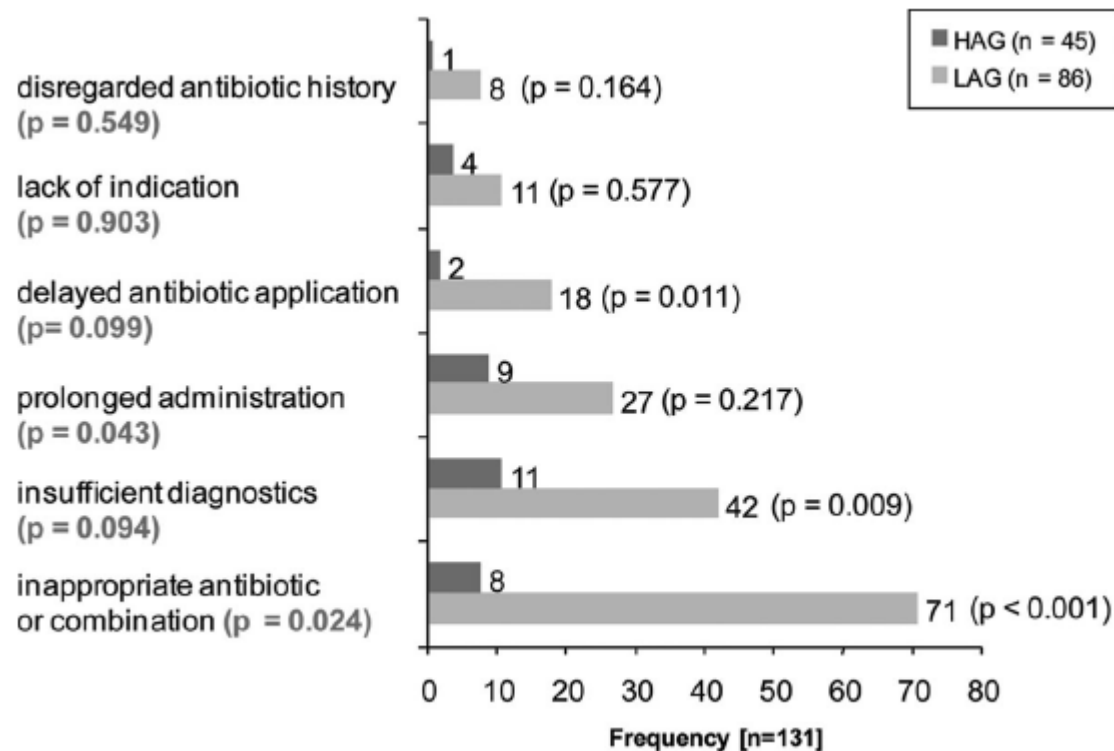
Impact of adherence to standard operating procedures for pneumonia on outcome of intensive care unit patients*

Irit Nachtigall, MD; Andrey Tamarkin, MD; Sascha Tafelski, CAND MED; Maria Deja, MD; Elke Halle, PhD; Petra Gastmeier, MD; Klaus D. Wernecke, PhD; Torsten Bauer, MD; Marc Kastrup, MD; Claudia Spies, MD

Table 1. Basic patient characteristics

Characteristic	High Adherence Group 45	Low Adherence Group 86	<i>p</i> Value (exact)
Therapeutic Intervention Scoring System (on admission)	37.89 ± 9.93	41.01 ± 10.53	0.073
Simplified Acute Physiology Score II (on admission)	42.50 ± 14.04	47.04 ± 17.18	0.315
Age	68.58 ± 12.12	60.01 ± 17.38	0.005
Gender (Female/Male)	14/31 [31%/69%]	31/55 [36%/64%]	0.699
Immune suppression	4 [9%]	11 [13%]	0.577
Nicotine use disorder	5 [11%]	10 [12%]	1.000
Alcohol use disorder	3 [7%]	12 [14%]	0.260
Surgery	33 [73%]	70 [81%]	0.370
Severe community acquired pneumonia	5 [11%]	8 [9%]	0.764
Early onset pneumonia	11 [24%]	13 [15%]	0.236
Hospital-acquired pneumonia (Healthcare-associated pneumonia, ventilator-associated pneumonia, late onset)	29 [64%]	65 [76%]	0.221
Comorbidities			
Cardiovascular	26 [58%]	41 [48%]	0.358
Hypertension	28 [62%]	39 [45%]	0.097
Chronic liver disease	3 [7%]	9 [10%]	0.544
Chronic renal disease	8 [18%]	13 [15%]	0.803
Metabolic disorders	29 [64%]	57 [66%]	0.848
Chronic lung disease	10 [22%]	12 [14%]	0.325
Mental disorders	11 [24%]	23 [27%]	0.836
Therapeutic Intervention Scoring System (mean over time)	37.06 ± 8.58	38.25 ± 8.66	0.271
Simplified Acute Physiology Score II (mean over time)	44.71 ± 16.00	45.27 ± 13.49	0.514
Mortality	7 [16%]	21 [24%]	0.270

Étude prospective monocentrique
Incluant 5 USI
Durant 3 mois
Procédures diagnostiques
et thérapeutiques prédéterminées
524 patients, 131 pneumonies
Observance protocole
=
≥ 70% des mesures respectées



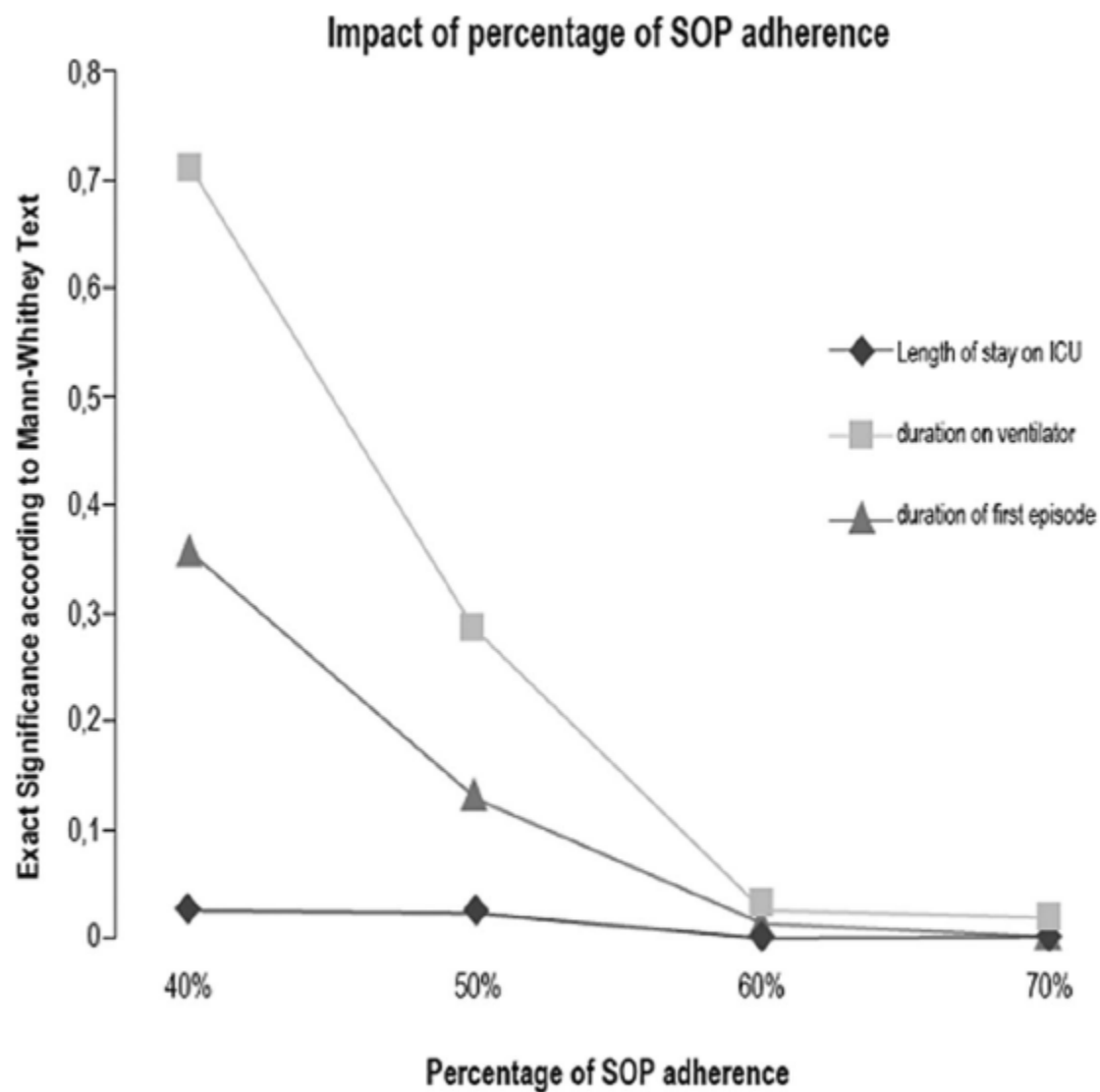


Figure 4. Impact of the percentage of standard operating procedure (*SOP*) adherence on course of pneumonia. *ICU*, intensive care unit.



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Médecine et
maladies infectieuses

Médecine et maladies infectieuses 40 (2010) 412–417

Référent en anti-infectieux

Évaluation des pratiques professionnelles, tableau de bord et bon usage de l'antibiothérapie au cours des pneumonies aiguës communautaires

Evaluation of clinical practice, medical computerized database and improvement of antibiotic therapy for acute community-acquired pneumonia

P.-M. Roger^{*}, F. De Salvador, M.-H. Schiano, E. Cua,
S. Rancurel, R. Farhad, C. Pulcini, E. Bernard

Service d'infectiologie, hôpital de l'Archet-1, CHU de Nice, BP 3079, 06202 Nice cedex 3, France

Tableau 1
 Modalités thérapeutiques de 518 infections respiratoires basses selon les secteurs d’hospitalisation [4]. Les différences significatives entre secteurs sont indiquées en italique.
Therapeutic management of 518 lower respiratory tract infections according to hospitalization wards [4]. The significant difference between each ward is italicized.

	Total		1 ^{er} secteur		2 ^e secteur	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Amox + ac clav + FQ	10	1,931	4	1,290	6	2,885
Amox + ac clav + macrolides	1	0,931	0	0,000	1	0,481
<i>Amox + ac clav</i>	<i>66</i>	<i>12,741</i>	<i>24</i>	<i>7,742</i>	<i>42</i>	<i>20,192</i>
<i>Amox</i>	<i>104</i>	<i>20,077</i>	<i>71</i>	<i>22,903</i>	<i>33</i>	<i>15,865</i>
<i>Amox + FQ</i>	<i>49</i>	<i>9,459</i>	<i>44</i>	<i>14,194</i>	<i>5</i>	<i>2,404</i>
Amox + macrolide	7	1,351	6	1,935	1	0,481
Antituberculeux	48	9,266	21	6,774	27	12,981
<i>Autres</i>	<i>71</i>	<i>13,707</i>	<i>51</i>	<i>16,452</i>	<i>20</i>	<i>9,615</i>
Ceftriaxone	18	3,475	9	2,903	9	4,327
Ceftriaxone + FQ	7	1,351	4	1,290	3	1,442
Ceftriaxone + métronidazole	8	1,544	4	1,290	4	1,923
Ceftriaxone + ofloxacin	10	1,931	8	2,581	2	0,962
<i>Clarithromycin</i>	<i>27</i>	<i>5,212</i>	<i>24</i>	<i>7,742</i>	<i>3</i>	<i>1,442</i>
Cotrimoxazole	11	2,124	9	2,903	2	0,962
FQ	31	5,985	18	5,806	13	6,250
<i>Lévoﬂoxacin</i>	<i>37</i>	<i>7,143</i>	<i>8</i>	<i>2,581</i>	<i>29</i>	<i>13,942</i>
Roxithromycin	13	2,510	5	1,613	8	3,486
Total	518	100,000	310	100,000	208	100,000

Amox : amoxicillin ; Ac clav : acide clavulanique ; FQ : fluoroquinolone hors lévofloxacin.

Pneumonie aiguë communautaire

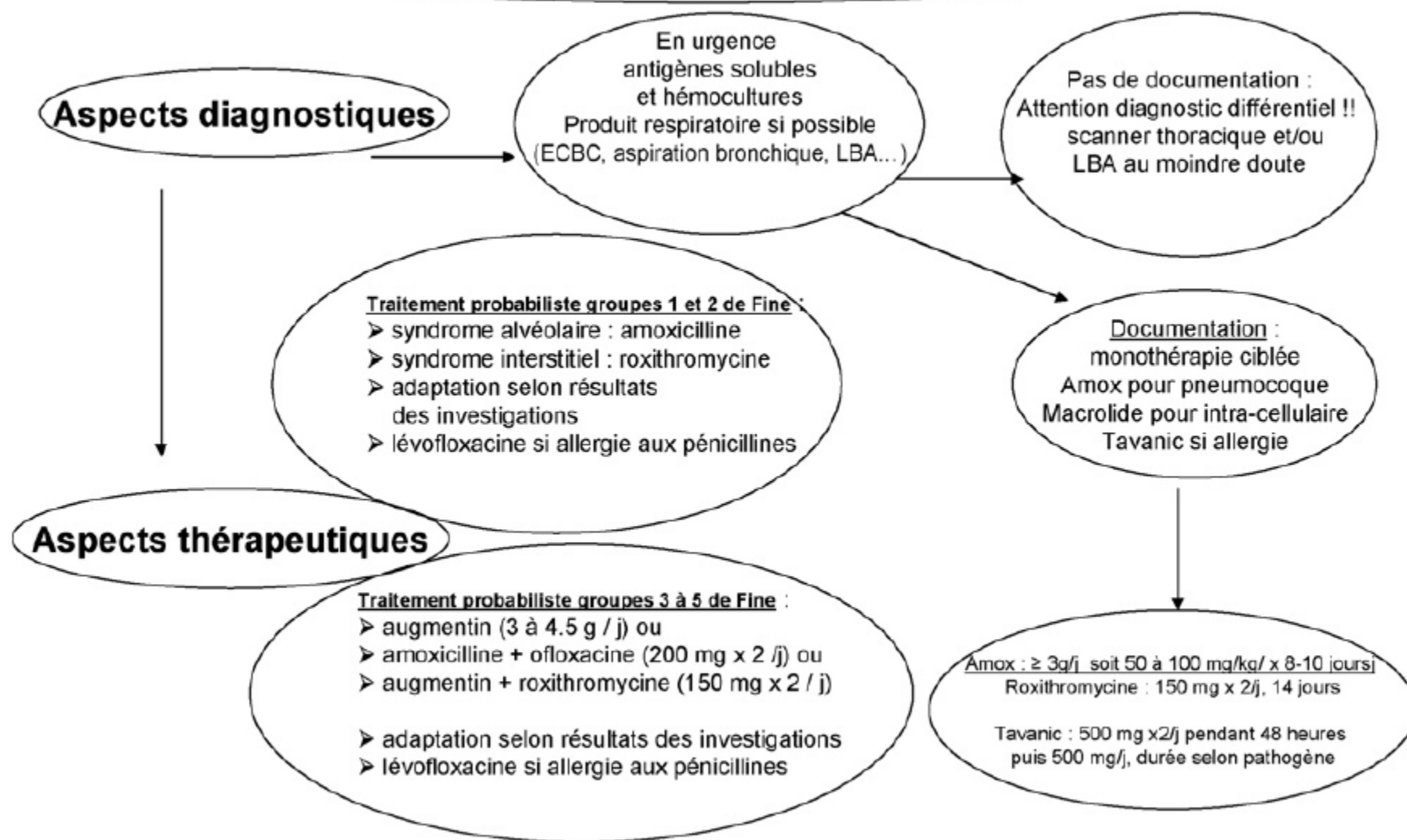


Fig. 1. Arbre décisionnel diagnostique et thérapeutique des pneumonies aiguës communautaires.
Internal consensus for the treatment of community-acquired pneumonia.

PAC, <i>n</i> = 363	Octobre–janvier 2005, 2006 et 2007, <i>n</i> = 250	Octobre 08–mars 09, <i>n</i> = 113	<i>p</i>
Âge (années)	66 ± 19	62 ± 20	0,068
Sex-ratio (M/F)	1,54	1,30	0,463
Diagnostics définitifs			0,162
Pneumonies	205 (82 %)	88 (78 %)	
Bronchopneumopathies	20	15	
Pneumonies d'inhalation	12	2	
Pleuropneumonies	8	7	
Abscess pulmonaire	5	1	
Diagnostics microbiologiques			0,082
Indéterminé	128 (50 %)	60 (53 %)	
Pneumocoque	59 (23,6 %)	35 (30,9 %)	
<i>Legionella</i>	31 (15,4 %)	6 (5,3 %)	
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	2	
<i>Pseudomonas</i>	3	4	
<i>Haemophilus</i>	2	2	
Autres bactéries	21 (8,4 %)	4 (3,5 %)	

PAC <i>n</i> = 363	Octobre–janvier 2005, 2006 et 2007 <i>n</i> = 250	Octobre 08–mars 09 <i>n</i> = 113	<i>p</i>
<i>Associations ATB</i>	93 (37,2 %)	49 (43,3 %)	0,265
<i>Monothérapies</i>	157 (62,8 %)	64 (56,6 %)	
<i>Molécules prescrites</i>			0,027
Amox + FQ	43 (17,2 %)	19 (16,8 %)	
Amox + macrolides	2	0	
Amox + ac clav + FQ	9	5	
Amox + ac clav + macrolides	1	5	
C3G ³ + FQ	7	5	
C3G ³ + métronidazole	5	0	
Ceftazidime + ciprofloxacine	4	2	
Amox	58 (23,2 %)	34 (30,0 %)	
Amox + ac clav	30 (12,0 %)	17 (15,0 %)	
C3G	9 (3,6 %)	1	
FQ (hors lévofloxacine)	23 (9,2 %)	1	
Lévofloxacine	18 (7,2 %)	9 (7,0 %)	
Roxythro- ou clarythromicine	19 (7,6 %)	8 (7,9 %)	
<i>Autres (mono- ou bithérapies)</i>	18 (7,2 %)	7 (6,1 %)	
<i>> 1 ligne thérapeutique</i>	4 (1,6 %)	0	
<i>Respect du protocole</i>	145 (58 %)	78 (69,0 %)	0,045
<i>Avec C3G et/ou FQ</i>	123 (49,2 %)	43 (38,0 %)	0,048
<i>Durée d'hospitalisation (jours)</i>	8,8 ± 5,4	7,3 ± 4,3	0,009
<i>Évolution défavorable^a</i>	15 (6,0 %)	3	0,174

Protocolisation : que peut-on en attendre ?

- Une baisse de la durée d'hospitalisation
- Une baisse du taux de mortalité
- Harmonisation des prescriptions
 - étape indispensable avant évaluation
- Une exigence éthique ?

Protocoles / Informatisation Organisation des soins

Improved susceptibility of Gram-negative bacteria in an intensive care unit following implementation of a computerized antibiotic decision support system

M. K. Yong^{1,2*}, K. L. Buising¹, A. C. Cheng^{2,3} and K. A. Thursky¹

Étude prospective monocentrique sur 7 ans

Mise en place d'un logiciel d'aide clinique (notion d'allergie)
+ assistance à la prescription (antibiogramme, site d'infection)

Evaluation avant (2000-2002) / après (2002-2006)

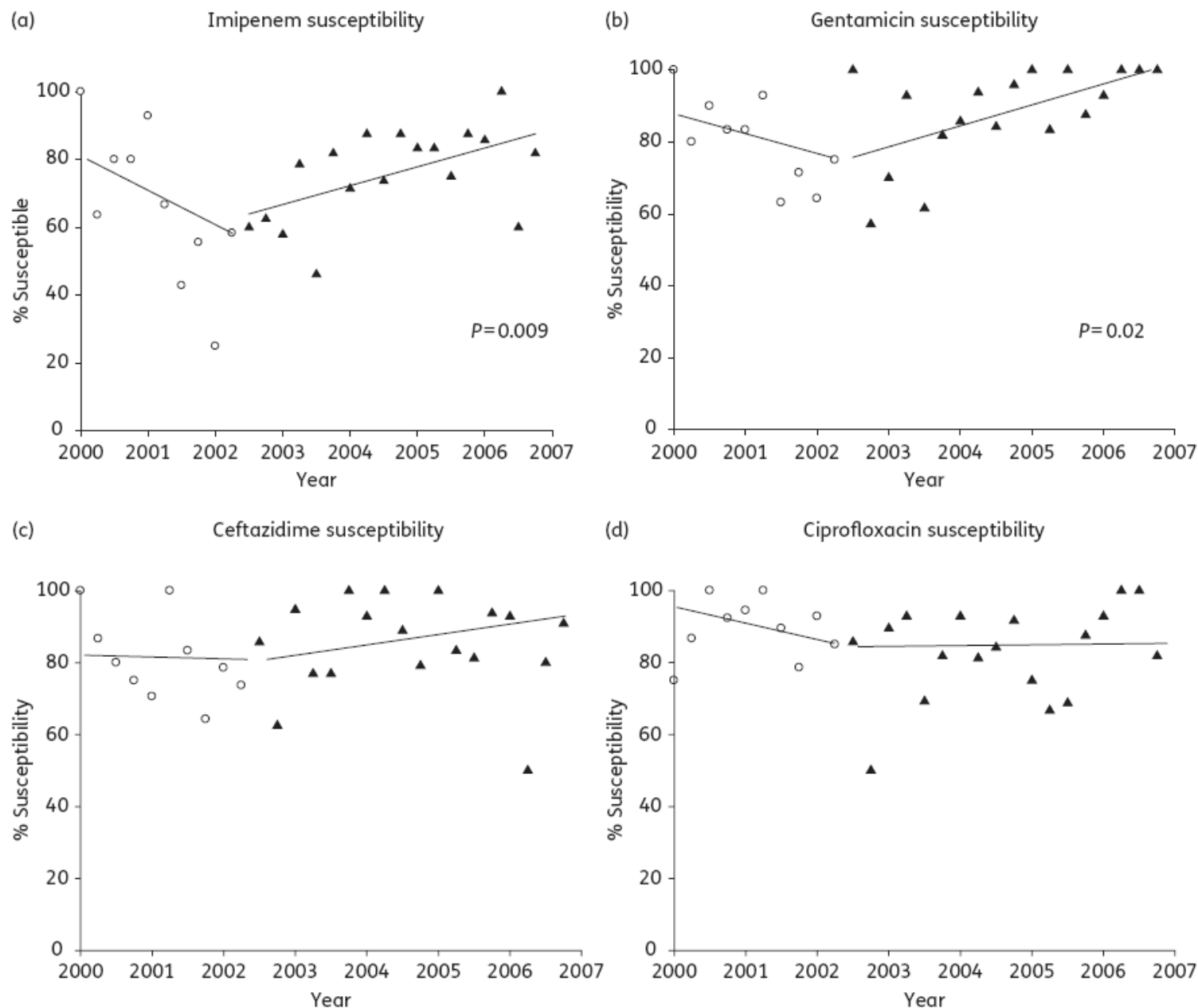


Figure 1. Changes in ICU *Pseudomonas* susceptibility pre- and post-intervention.

Article original

Évaluation des services rendus par le système de fonctionnement en continu d'un laboratoire de bactériologie

Assessing the usefulness of a permanently opened clinical microbiology laboratory

H. Hitoto^{a,b}, M. Eveillard^{a,*,c}, C. Lemarié^a, J. Cottin^{a,c}, M.-L. Joly-Guillou^{a,c}

Permanence d'exploitation et de rendus des données bactériologiques
Prospective monocentrique durant 4 mois

Gains observés à partir des 415 prélèvements continués ayant bénéficié d'un rendu des résultats d'au moins 24 heures.

Gain observed for 415 samples processed "after hours" with results obtained after at least 24 hours.

Gains observés	effectif
Gain sur le délai de mise en route d'un TE	97
Gain sur TE avec réduction du spectre d'activité des antibiotiques	23
Confirmations de traitements en cours	126
Confirmations d'abstention thérapeutique	37
Absence de gain	135
Total*	418

TE : traitement efficace.

Evaluations des prescriptions

-

Passages Systématiques de l'Infectiologue
Avis Thérapeutiques Ciblés

-

Role of the infectious diseases specialist consultant on the appropriateness of antimicrobial therapy prescription in an intensive care unit

Enrico Raineri, MD,^{a,b} Angelo Pan, MD,^c Placido Mondello, MD,^c Annamaria Acquarolo, MD,^b Andrea Candiani, MD,^b and Luciano Crema, MD^a
Cremona and Brescia, Italy

Intérêt d'un infectiologue ?

Étude monocentrique prospective en USI

Avant : passage aléatoire

Après : passage systématique x 3 / semaine

Méthode avant / après sur 4 ans

Table 3. Appropriateness of antimicrobial therapy

	P1, n (%)	P2, n (%)	P value	RR (95% CI)
Community-acquired pneumonia	30 (71)	36 (90)	.015	0.79 (0.62-0.98)
Hospital-acquired pneumonia	38 (75)	34 (92)	.037	0.81 (0.65-0.98)
Ventilator-associated pneumonia	26 (70)	51 (86)	.05	0.81 (0.62-1.00)
Bloodstream infection	21 (63)	20 (74)	.39	0.86 (0.6-1.23)
Intraabdominal infection	17 (68)	13 (76)	.35	0.89 (0.6-1.36)
Other	9 (53)	11 (65)	.49	0.82 (0.44-1.45)
Total	141 (69)	165 (84)	.0004	0.82 (0.73-0.91)

Table 5. Clinical outcomes

	P1 (n = 177)	P2 (n = 172)	P value	Appropriate (n = 252)	Inappropriate (n = 97)	P value
Duration of mechanical ventilation (day)	10.9 ± 8	10.5 ± 7.8	.63	9.2 ± 7.6	14.5 ± 7.4	<.0001
Duration of antimicrobial therapy (day)	8.9 ± 5.8	8.3 ± 5.2	.27	7.4 ± 4.8	11.8 ± 5.9	<.0001
Guidelines compliance (%)	63.4	83.8	<.0001	78.4	57.2	<.0001
ICU length of stay (day)	15.8 ± 11.0	14.7 ± 9.1	.31	13.8 ± 11.2	19.2 ± 7.1	<.0001
ICU mortality (%)	50 (28)	42 (24)	.42	57 (23)	35 (36)	.01
Total in-hospital mortality (%)	60 (34)	56 (33)	.79	73 (29)	43 (44)	.006

amélioration qualitative associée à une diminution quantitative
ATB prescrits : de 661 à 597 DDJ / 1000 patients / J

Factors and outcomes associated with physicians' adherence to recommendations of infectious disease consultations for inpatients

Elodie Sellier^{1,2*}, Patricia Pavese³, Stéphane Gennai³, Jean-Paul Stahl³, José Labarère^{1,2} and Patrice François^{1,2}

Étude prospective monocentrique sur 6 mois

Recherche des facteurs d'adhésion aux recommandations de l'infectiologue

Évaluation impact de l'adhésion à ces recommandations

Table 3. Characteristics independently associated with adherence to infectious disease specialist's recommendations

	Adjusted odds ratio (95% confidence interval) ^a	P value
Recommendations for antimicrobial treatment		
community-acquired infection	1.77 (1.06–2.96)	0.03
type of recommendation		0.007
continuation	1.00	
initiation	0.61 (0.25–1.50)	
modification	0.45 (0.21–1.01)	
withdrawal/no antibiotic	9.75 (1.18–80.27)	
reason for requesting consultation		0.79
treatment	1.00	
diagnosis	0.75 (0.33–1.72)	
prophylaxis	0.81 (0.10–6.82)	
weekend consultations	0.41 (0.15–1.11)	0.08
Recommendations for performing diagnostic/monitoring tests		
requesting physician		0.02
medical student	1.00	
resident	1.71 (1.04–2.81)	
senior physician	2.63 (1.22–5.67)	
type of recommendation		<0.001
both	1.00	
diagnostic tests	0.67 (0.34–1.33)	
monitoring tests	2.88 (1.14–7.26)	
senior infectious disease specialist (versus resident)	1.24 (0.76–2.03)	0.40

Table 4. Outcomes according to physician adherence to recommendations of infectious disease specialists

Clinical outcomes	Recommendations for antimicrobial treatment			Recommendations for performing diagnostic/monitoring tests		
	adherence (n=548)	non-adherence (n=73)	adjusted OR/HR (95% CI) ^a	adherence (n=317)	non-adherence (n=122)	adjusted OR/HR (95% CI) ^a
Early clinical improvement, n (%) ^b	267 (60.7)	29 (43.9)	2.55 (1.47–4.43)	168 (59.6)	59 (54.6)	1.31 (0.81–2.13)
In-hospital mortality, n (%)	42 (7.7)	4 (5.5)	1.58 (0.51–4.87)	24 (7.6)	9 (7.4)	1.03 (0.46–2.32)
Length of stay, days, median (IQR) ^c	20 (10–32)	23 (16–34)	1.39 (1.08–1.81)	21 (10–32)	20 (11–32)	0.91 (0.73–1.13)



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Évaluation prospective de la pertinence des associations d'antibiotiques en médecine interne

Prospective evaluation of the relevance of prescribing antibiotic combinations in an internal medicine department

T. Caruba^{a,*,d}, B. Sabatier^{a,e}, M. Matta^c, J.-B. Arlet^b, B. Ranque^b, L. Capron^b, J.-L. Mainardi^c, J. Pouchot^b

87 associations en 12 mois dans un service de médecine interne
77% de conformité selon référentiels et/ou données bactériologiques
52% des prescriptions sous contrôle de l'équipe mobile de microbiologie
96% versus 57% selon recours équipe mobile
Infections respiratoires : 47% d'associations non conformes

Article original

Évaluation prospective des associations antibiotiques d'un centre hospitalier général

Prospective evaluation of antibiotic combinations in a general hospital

P.-M. Roger^{a,*}, P. Brofferio^b, C. Labate^c, J.-R. Barrière^d, J.-M. Minguet^e, P. Foulon^f,
C. Zumbo^g, l'ensemble du corps médical du centre hospitalier de la Dracénie

486 associations en 9 mois en secteurs MCO
116 réévaluées

AA utiles dans 35% des cas
intérêt thérapeutique discutable dans 22% des cas
inutiles dans 43% des cas

infections respiratoires : 61% des AA inutiles ou d'intérêt discutable

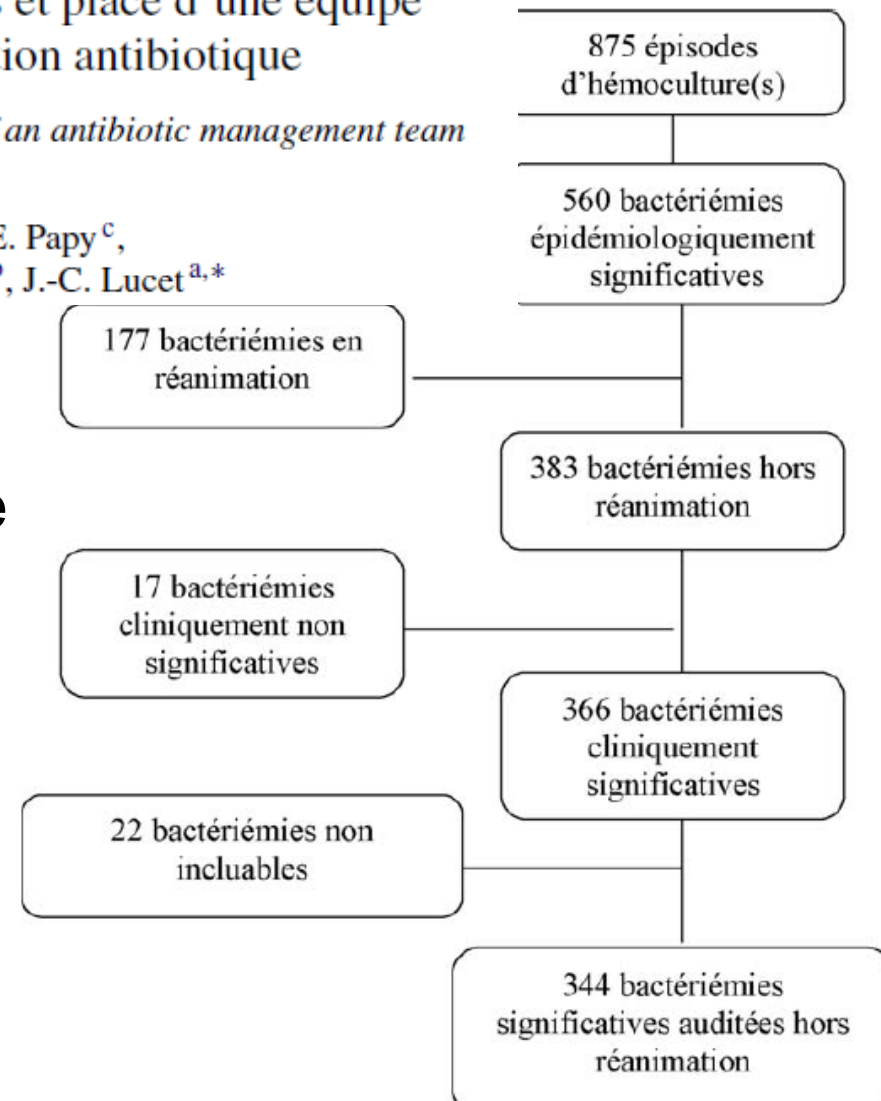
Article original

Évaluation de l'antibiothérapie des bactériémies et place d'une équipe mobile pour l'amélioration de la prescription antibiotique

Evaluation of initial antibiotic therapy for bacteremia and role of an antibiotic management team for antibiotic stewardship

S. Diamantis^{a,b}, C. Rioux^b, C. Bonnal^a, E. Papy^c,
É. Farfour^b, A. Andreumont^d, P. Yeni^b, É. Bouvet^b, J.-C. Lucet^{a,*}

Etude prospective monocentrique
sur 1 hôpital durant 1 an
hors réanimation



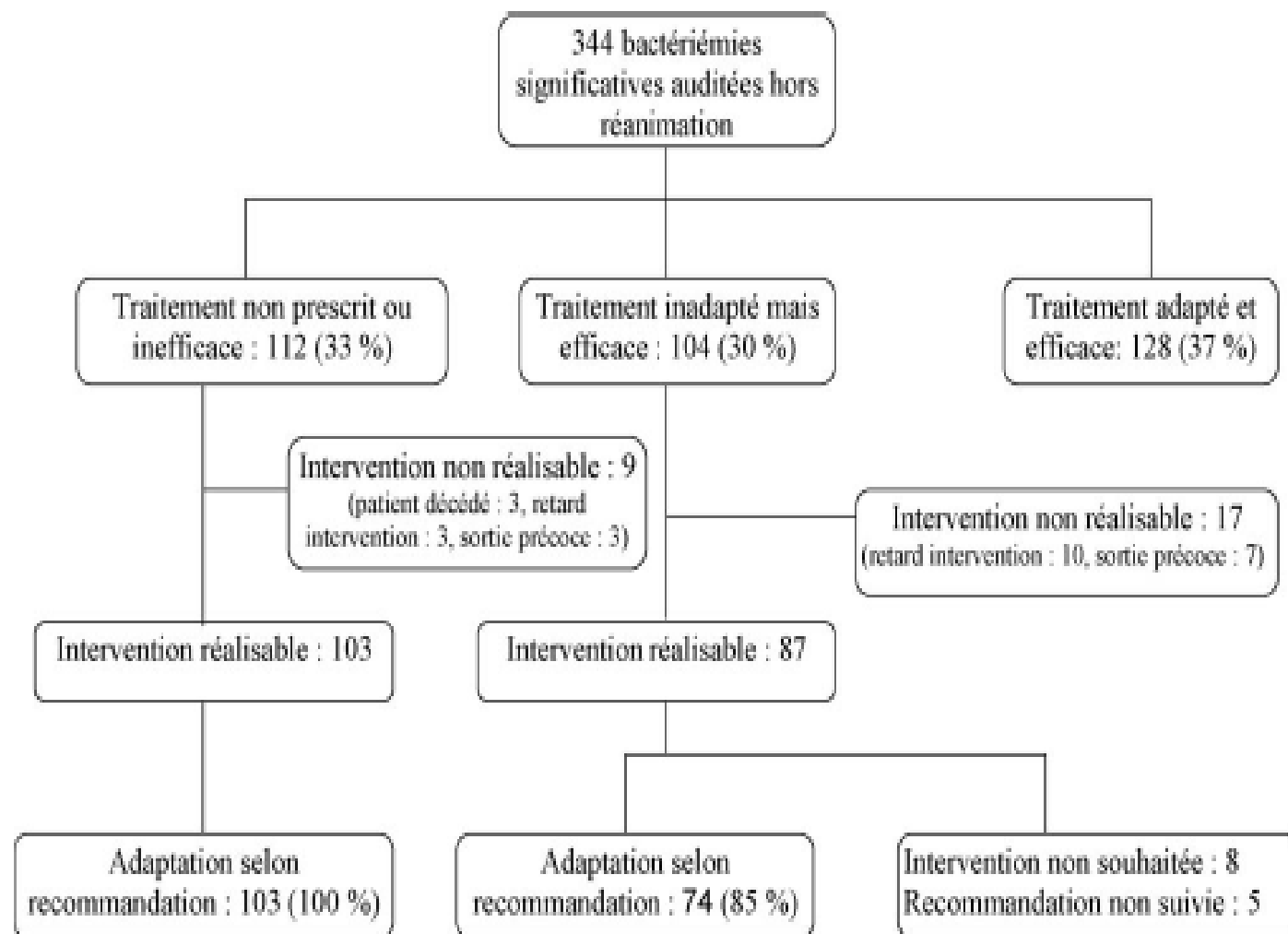


Fig. 2. Traitement des bactériémies avant et après intervention de l'équipe mobile d'antibiothérapie, groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, 2008.
Treatment of bacteriemia before and after intervention of the Antibiotherapy Management Team, groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, 2008.

*Ph Lesprit et coll; Press Med 2010; étude prospective monocentrique
 sur 1 hôpital durant 1 an, hors réanimation
 1090 hémoc en 12 mois; 29% de contamination*

observations

- Les services de Réanimation et Soins Intensifs ne sont pas des services à part
- Les bactériémies (collaboration cliniciens / microbiologistes) et les polythérapies (collaboration cliniciens / pharmaciens) sont de bonnes cibles pour les référents
- « Permanence des soins » en microbiologie ?

Article original

Prescriptions de glycopeptides dans dix centres hospitaliers d'Île-de-France :
enquête un jour donné

Prescriptions of glycopeptides in 10 university hospitals in Paris area: A 1-day survey

M. Lafaurie^{a,*}, F. Jaureguy^b, A. Lefort^c, P. Lesprit^d, J.-L. Mainardi^e, pour le Groupe des
référénts en infectiologie d'Île-de-France (GRIF)

Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 2010; 42: 177–184

informa
healthcare

ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of glycopeptide prescription and therapeutic drug monitoring at a university hospital

MATTHIEU ROUSTIT^{1,2}, PATRICE FRANÇOIS³, ELODIE SELLIER³, NATHALIE ROCH¹,
JEAN-PHILIPPE VITTOZ³, LUC FORONI², JEAN-PAUL STAHL¹ & PATRICIA PAVESE¹

Article original

Optimisation de la prescription de la vancomycine : étude prospective
observationnelle dans un centre hospitalo-universitaire parisien

Optimized clinical use of vancomycin, a prospective observational study in a Paris teaching hospital

F. Taieb^{a,b}, A. Le Monnier^a, E. Bille^a, F. Lanternier^{b,c}, F. Mechai^{b,c}, F. Ribadeau-Dumas^{b,c},
E. Maenulein^{b,d}, C. Forge^{b,d}, O. Corriol^d, X. Nassif^{a,b}, O. Lortholary^{b,c}, J.-R. Zahar^{a,*,b}

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Original article

Evaluation of glycopeptide use in nine French hospitals

Évaluation de l'utilisation des glycopeptides dans neuf hôpitaux français

S. Alfandari^{a,*}, T. Levent^b, D. Descamps^c, S. Hendrix^d, C. Bonenfant^e,
V. Taines^f, C. Cattoen^g, O. Arimane^h, B. Grandbastienⁱ

Résumé de ces 4 travaux

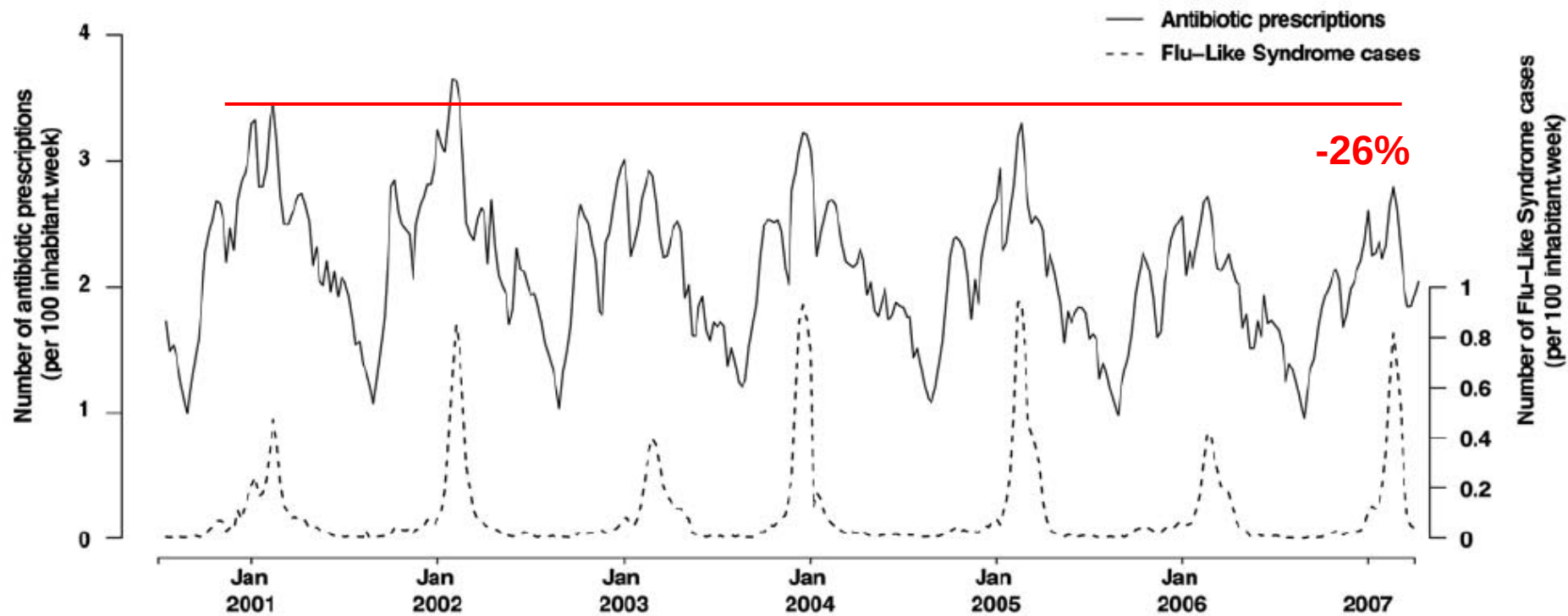
- Indications « adéquates » entre 50 et 70%
 - Modalités de prescriptions aléatoires
 - manque la dose de charge
 - Manque le monitoring pharmacologique
 - Grande fréquence des sous-dosages
 - Manque la désescalade thérapeutique

Efficacité des campagnes « Grand Public »

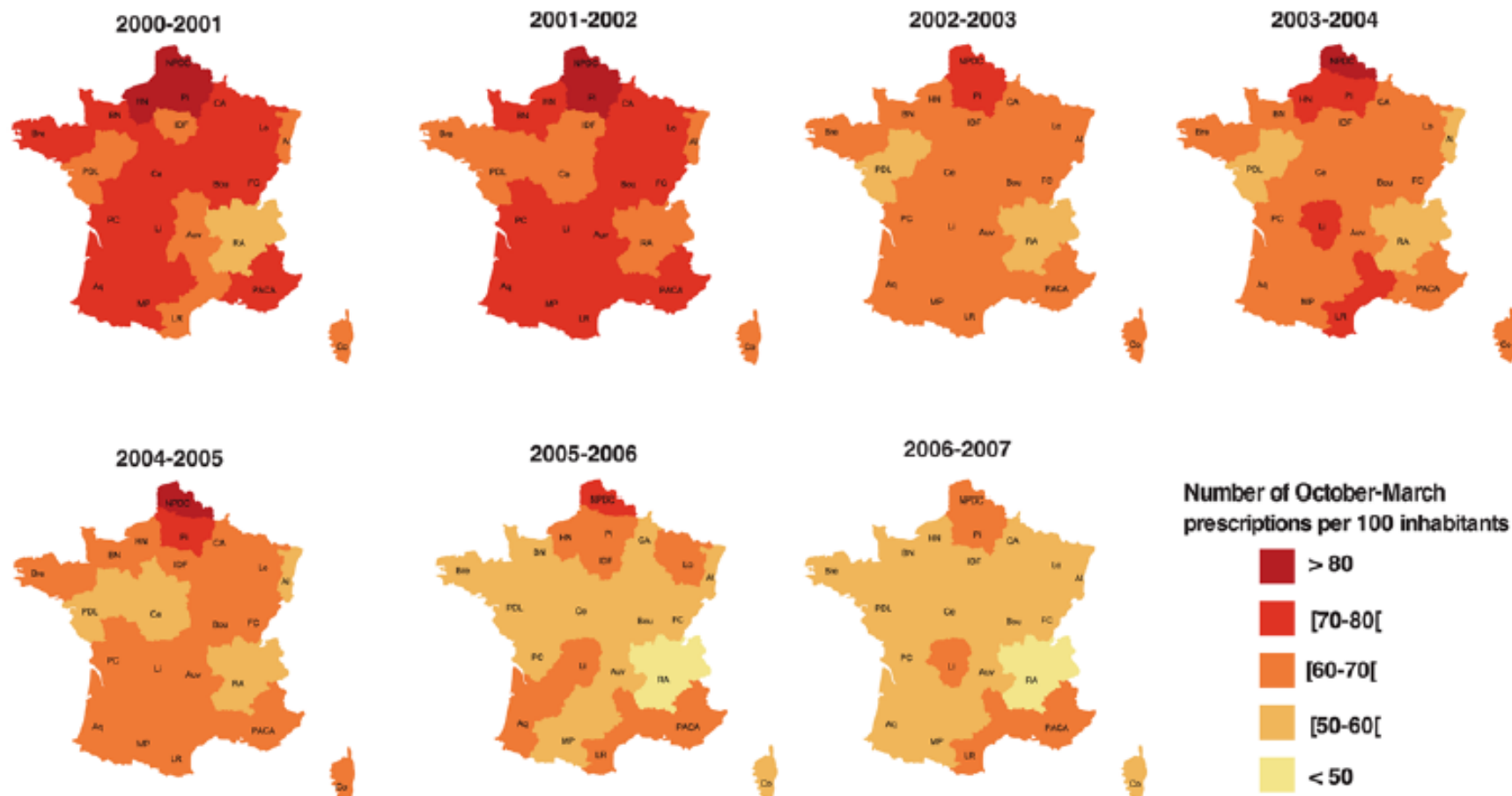
Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002–2007

Elifsu Sabuncu^{1,2}, Julie David^{1,2}, Claire Bernède-Bauduin^{1,2}, Sophie Pépin³, Michel Leroy⁴, Pierre-Yves Boëlle^{5,6}, Laurence Watier^{7,8}, Didier Guillemot^{1,2,9,10*}

Évaluation de la campagne
« Les Antibiotiques, c'est pas automatique »
Période Octobre à Mars, de 2002 à 2007



Antibiotic Class	2000-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Penicillins	27.0	21.7 (-19.6)	21.5 (-20.4)	20.7 (-23.6)	20.8 (-23.2)	20.2 (-25.3)
Cephalosporins	16.3	13.6 (-17.0)	14.7 (-10.2)	14.6 (-10.7)	12.5 (-23.7)	12.3 (-24.6)
Macrolides	16.4	14.2 (-13.7)	14.2 (-13.8)	13.9 (-15.3)	12.4 (-24.4)	11.5 (-30.1)
Quinolones	4.2	4.3 (3.2)	4.3 (2.8)	4.8 (14.2)	4.6 (8.6)	4.7 (12.8)
Cyclines	3.1	3.1 (1.0)	3.2 (3.7)	3.2 (3.2)	3.1 (1.1)	3.0 (-3.7)
Other	5.3	8.1 (55.0)	8.5 (62.0)	7.4 (40.6)	5.1 (-3.8)	4.8 (-8.0)
All	72.4	65.1 (-10.1)	66.4 (-8.3)	64.5 (-10.8)	58.4 (-19.3)	56.6 (-21.9)



Conclusion / Perspectives

- ICATB : structuration minimale
 - diminuer la consommation ATB nécessite de multiplier les cibles
 - o trouver les cibles / les organisations non chronophages
 - o sensibiliser tous les personnels hospitaliers, le public...
- Intégrer le contrôle Qualité est indispensable
 - on ne peut pas mettre une personne formée derrière chaque prescription , et tous les prescripteurs ne peuvent être formés avant...
 - organiser le chemin clinique des patients infectés
- Beaucoup de travaux d'évaluations, beaucoup français
 - dépasser les cadres régionaux et promouvoir un réseau de référents permettant des travaux à l'échelle nationale et plus...