

Intendance des antimicrobiens : Vers une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Gary E. Garber M.D. FRCPC FACP FIDSA CCPE

Chef, Prévention et contrôle des infections, Santé
publique Ontario

Professeur, Département de médecine, Université de
Toronto et Université d'Ottawa

Division des maladies infectieuses, Hôpital d'Ottawa



Objectifs

- Décrire l'intendance des antimicrobiens en médecine humaine
- Montrer quelques indices des effets d'un programme « d'intendance »
- Expliquer comment l'intendance améliore la qualité et la sécurité des soins aux patients
- Résumer les récentes initiatives de promotion de programmes d'intendance des antimicrobiens (PIA)

L'intendance des antimicrobiens : pourquoi maintenant?

- Les PIA ne sont *pas* un nouveau concept dans les soins de santé humaine
- La prescription d'antibiotiques aux malades ambulatoires au Canada a baissé de 25 % depuis 1998
- Certains paramètres de résistance se sont stabilisés
- De nouveaux organismes résistants aux antimicrobiens (ORA) ont fait leur apparition, dont :
- Les entérobactériacés produisant des carbapénèmases (EPC)-NDM-1
- Pas d'antibiotiques efficaces, et les patients meurent
- Peu de nouveaux antimicrobiens à l'horizon
- Agrément Canada a fait des PIA une pratique organisationnelle requise

Réaction aux ORA émergents

- Déclaration de l'OMS
- Politique des CDC
- Groupe de travail fédéral sur les ORA, y compris un sous-comité sur les PIA
- AMMI Canada – programme « Choisir avec soin »
- Ontario : Santé publique Ontario (SPO), Qualité des services de santé Ontario (QSSO), le programme ARTIC (Adopting Research to Improve Care), le CAHO (Council of Academic Hospitals of Ontario) et le ministère de la Santé veulent tous élaborer un PIA global pour la province

Intendance des antimicrobiens : approches passées

- Le contrôle de l'utilisation était fondé sur les restrictions à la prescription, les lignes directrices et les structures de soins.
- On masquait les profils de sensibilité pour tourner les prescripteurs vers certaines catégories d'antimicrobiens ou vers des médicaments moins chers.
- Ces approches ont eu peu d'effets bénéfiques.

Pourquoi les mesures de contrôle ont-elles échoué?

- Les prescripteurs n'aiment pas qu'on leur dise quoi faire.
- Les preuves à l'appui des restrictions étaient souvent absentes... d'où un manque de crédibilité.
- Les lignes directrices étaient vagues.
- Les lignes directrices encourageaient souvent à couvrir un trop large spectre de maladies.
- L'effet d'efficacité n'était pas durable.
- Est-il temps de considérer la prescription comme un comportement plutôt qu'une simple activité fondée sur les connaissances?

Objectif de l'antibiothérapie

- Le bon antimicrobien, à la bonne dose et pour la bonne durée
- Objectif : guérir l'infection avec une toxicité minimale et un effet minimal sur la pression sélective (résistance)
- **L'utilisation inappropriée** entraîne :
 - L'exposition inutile aux antimicrobiens
 - Un coût accru
 - L'antibiorésistance et les « super-infections »
 - L'allongement de la durée des séjours hospitaliers

Mythes au sujet des antibiotiques

- Plus c'est mieux
 - « les antibiotiques à large spectre sont supérieurs aux antibiotiques à spectre étroit »
- Rien de cassé, rien à réparer
 - « gardons les médicaments auxquels le patient répond »
- La thérapie intraveineuse est supérieure à la thérapie orale
- Les antibiotiques à spectre étroit donnent des soins inférieurs;
 - « simplification »
- Les ordonnances individuelles n'ont pas d'effet sur la résistance

Effet du changement du choix d'antibiotiques

- Finlande...1990... les macrolides contre le streptocoque du groupe A
- La restriction de l'utilisation des céphalosporines (ceftazidime) de 3^e génération a réduit les bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)
- Rotation des catégories d'antibiotiques dans les unités de soins intensifs...
 - céphalosporine, B-lactamines (pipéracilline-tazobactam), carbapénème, quinolone

Effet du changement du choix d'antibiotiques

- Rotation du médecin traitant

Unité de soins intensifs et services de médecine générale, Hôpital d'Ottawa

- Étude randomisée du PIA :
- Modèle de l'Hôpital d'Ottawa : 1 100 lits, 2 campus
- On a comparé chaque campus pilote à son pendant à l'autre bout de la ville
- Pour tous les sites, on disposait du nombre total d'ordonnances pour les 3 mois antérieurs au projet pilote et pour la période correspondante lors des années précédentes

Effets du PIA

- Baisse de 30 % du nombre de jours d'antibiotiques
- Baisse de 40 % du coût des antibiotiques dans les services évalués
- Cela s'est traduit par une économie annualisée de 160 000 \$
- L'hôpital a épargné 400 000 \$ en coûts d'antibiotiques durant l'exercice
- Aucun effet nuisible (mortalité, durée des séjours hospitaliers, réadmissions) n'a été observé
- Effet d'entraînement sur les services non visés par le projet pilote
- Ces services sont couverts par les mêmes résidents
- Est-ce un effet d'apprentissage? Un changement des comportements?

Leçons apprises

- Avec de bonnes données, même les sceptiques sont convaincus.
- Il faut une direction solide de la part des cadres supérieurs pour appliquer le programme et les changements nécessaires à sa réussite.
- L'identification de champions locaux (adoptants précoces) améliore les chances de succès et rend le projet beaucoup plus amusant.
- Il faut travailler avec des gens qui sont au moins disposés à envisager le changement.

Conclusions

- Les ordonnances individuelles ont un effet sur la résistance, mais il est difficile à mesurer.
- Si l'on adopte en groupe les principes d'intendance, on peut exercer une grande influence sur la résistance et sur la sécurité des patients.
- Les PIA et les programmes de contrôle des infections devraient être coordonnés. Il faut les deux pour réduire la résistance et la bactérie *C. difficile*.

Les PIA et les ORA/BLSE

- Données du Royaume-Uni : les améliorations à la prévention et au contrôle des infections ont ralenti *C. difficile*, mais la chute rapide des ICD n'a été possible qu'avec une réduction agressive des antimicrobiens
- Données de l'Ontario : baisse de 30 % des éclosions d'ICD depuis 2 ans et diminution importante de la mortalité associée
- Mais aucun changement dans les ICD
- Comment cela s'est-il fait?
- Une meilleure reconnaissance des patients, de meilleurs diagnostics et l'isolement des patients réduisent la propagation à l'hôpital!

C. difficile

- Beaucoup de nos éclosons sont des isolats polyclonaux d'après le typage moléculaire.
- S'agit-il d'éclosons réelles?
- Où est le réservoir d'ICD dans nos communautés?
- La prévention et le contrôle des infections ont des limites. Il faut réduire agressivement l'utilisation discrétionnaire des antibiotiques.

Les EPC

- Augmentation rapide depuis 3 ans
- Augmentation plus modeste en 2013
- 70 % de colonisation vs. 30 % d'infection
- 25 % n'ont pas de risque défini!
- Les facteurs de risque sont les soins médicaux et les voyages à l'extérieur de l'Amérique du Nord
- Les voies urinaires sont le principal site d'infection
- Aucune donnée sur l'utilisation des antimicrobiens n'est disponible pour établir une corrélation de cause à effet

Le Programme de gestion des antimicrobiens de SPO

- Soutient les hôpitaux communautaires qui n'ont pas de compétences spécialisées en maladies infectieuses ou en microbiologie
- Axé sur le soutien des professionnels en prévention des infections et des pharmaciens, qui deviennent les porte-parole du PIA aux premières lignes
- Axé sur la sensibilisation et le soutien
- Élaboration d'un jeu de 30 interventions du PIA fondées sur les données probantes, classées par priorité et par faisabilité
- Elles seront accessibles en ligne sur le site Web de SPO d'ici quelques mois

Orientations futures de SPO

- On espère pouvoir envoyer une fiche de pointage du PIA aux hôpitaux vers la fin de 2015 pour savoir comment ils se comparent à leurs pairs
- Projet pilote sur l'intendance/la gestion des infections des voies urinaires dans les maisons de soins infirmiers
- La science de l'application des connaissances servira à évaluer le processus et les résultats de l'intervention. Deux premiers sites pilotes lancés en oct. 2015. Déploiement intégral au cours du prochain exercice.
- Études sur les réservoirs de *C. difficile*
- Théorie du changement des comportements appliquée à la prévention et au contrôle des infections
- Base de données provinciale de surveillance des infections nosocomiales combinée aux données sur l'utilisation des antibiotiques

Merci!

Des questions?

Vos commentaires sont les bienvenus.