

Évolution des bactéries multi résistantes dans un hôpital de gériatrie : une approche critique des indicateurs comme seuls facteurs d'amélioration



Descruid A (1); Sabourin N (2); Bimont G (1); Benzengli H (1); Musa R (1); Léglise P * (1); Huchon-Bécel D (1);

(1) Pharmacie, Hôpital Joffre-Dupuytren - HU Henri Mondor - AP-HP, Draveil; (2) Equipe Opérationnelle d'Hygiène, Hôpital Joffre-Dupuytren -HU Henri Mondor - AP-HP, 1 rue Eugène Delacroix 91210 Draveil

INTRODUCTION

Les infections nosocomiales à BMR constituent un enjeu majeur de santé publique. Leur incidence peut être limitée par la mise en place certaines mesures telles que : réaliser l'isolement septique du patient, renseigner son dossier médical, limiter l'utilisation des antibiotiques et favoriser celle des solutions hydro-alcooliques. Ces mesures peuvent être évaluées à l'aide du suivi de différents indicateurs tels que :

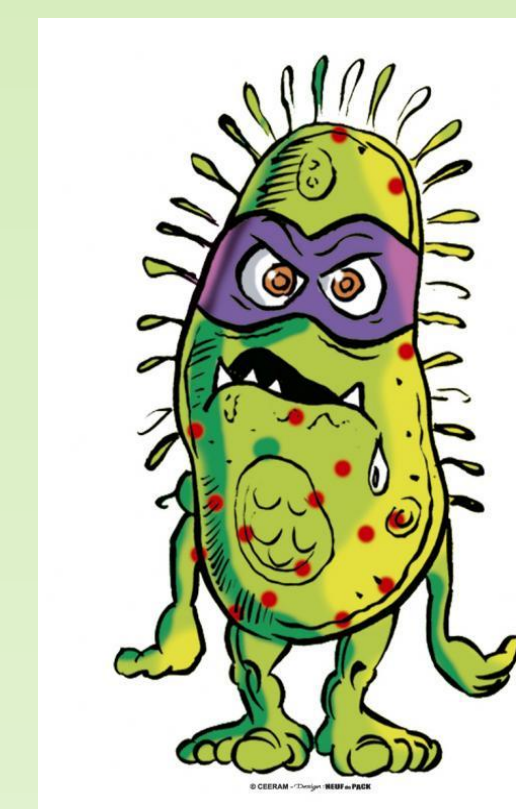
- les doses définies journalières d'antibiotiques (ICATB),
- la consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA),
- l'incidence des staphylocoques résistants à la méticilline (SARM), des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi (EBLSE) et des *Pseudomonas aeruginosa* résistants (PYOR).

L'objectif de l'étude est de comparer l'évolution des BMR dans notre hôpital de gériatrie (600 lits) au regard de ces différents indicateurs.

PATIENTS ET METHODE

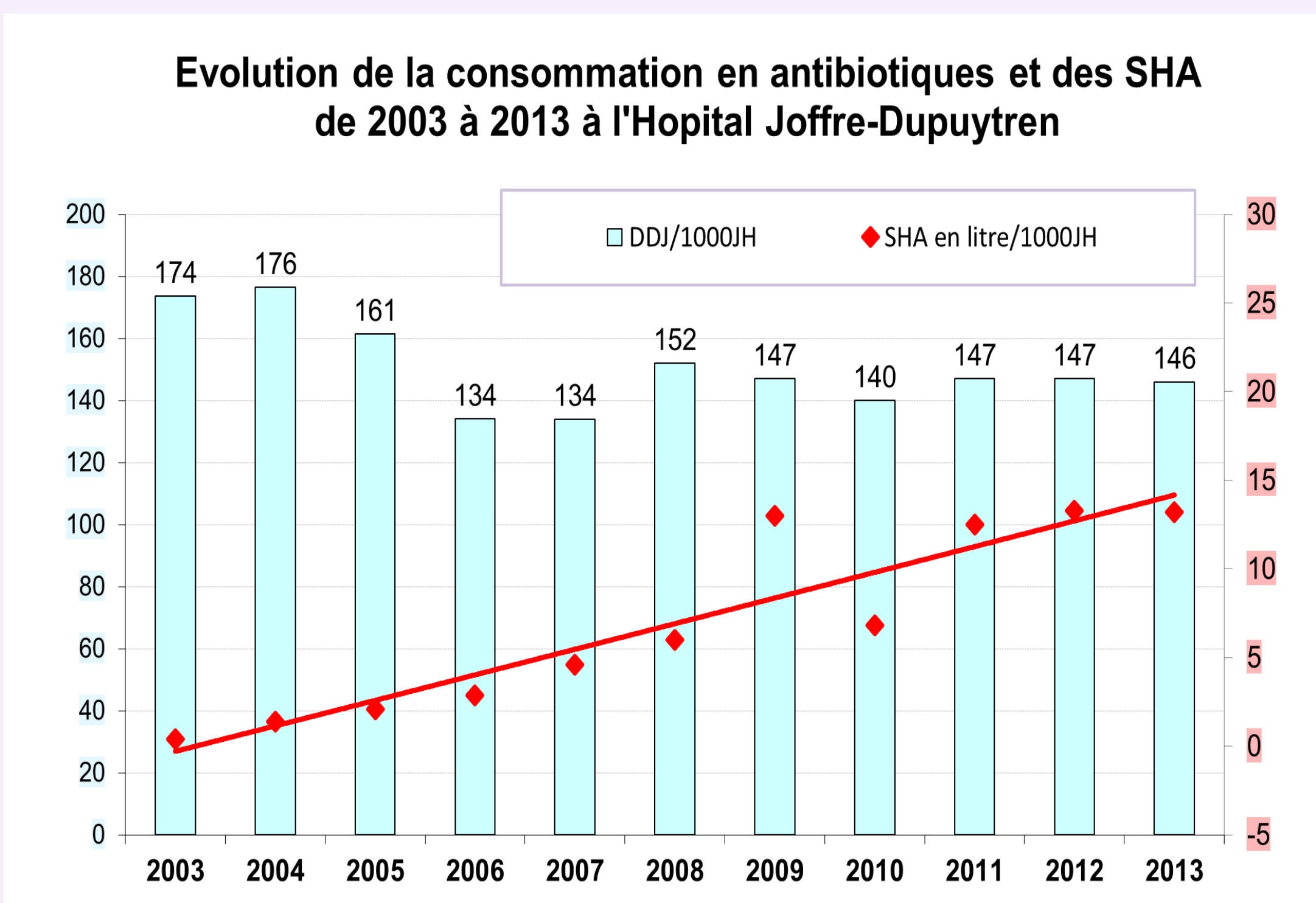
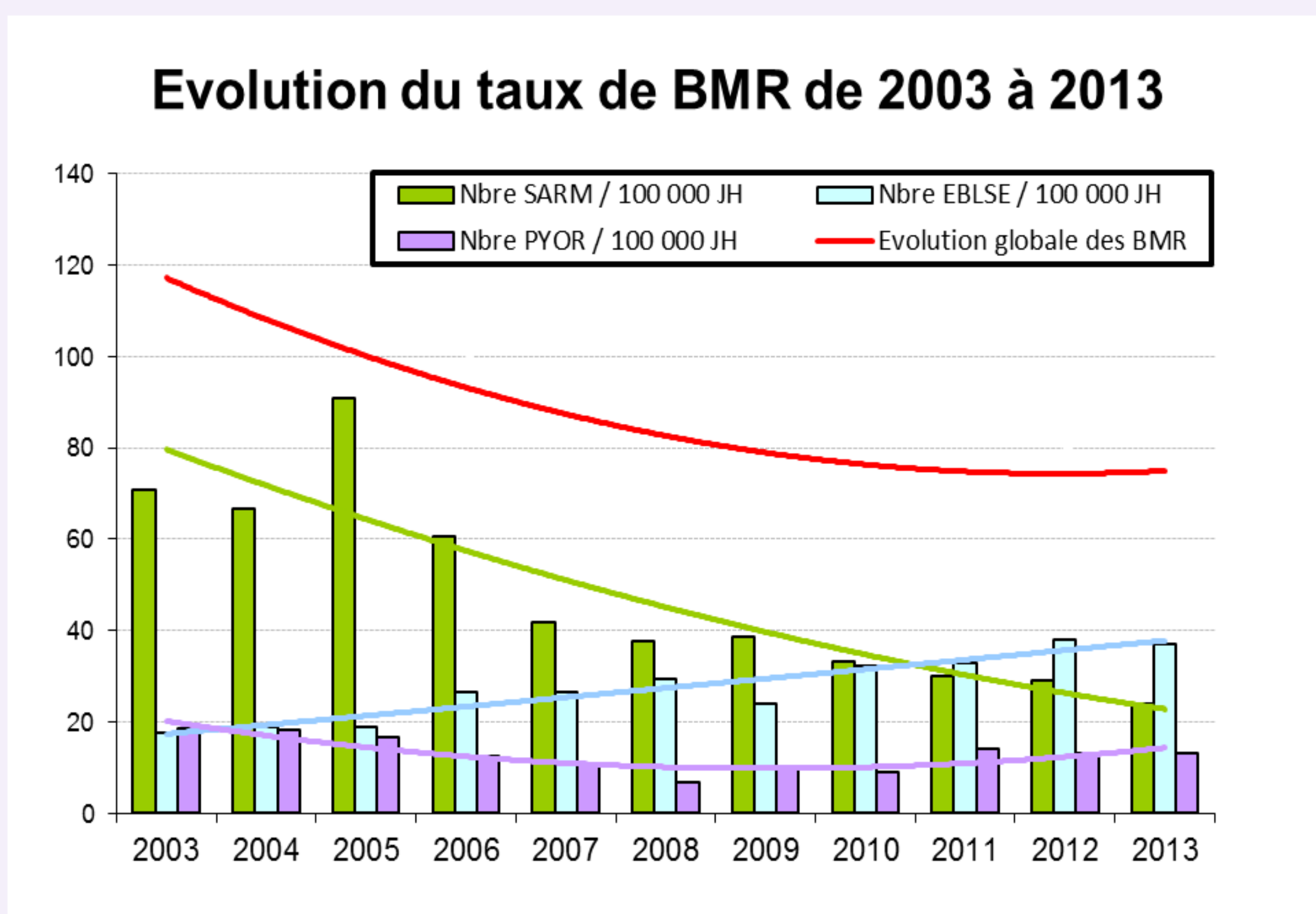
Nous avons comparé sur 10 ans (2003 à 2013),

- le nombre total de SARM, d' EBLSE et PYOR annuel rapportés à 100 000 journées d'hospitalisation
- la consommation en ATB en dose définie journalière rapporté à 1000 journées d'hospitalisation,
- la consommation de SHA en ml et au regard des obligations de l'ICSHA correspondantes.



RESULTATS

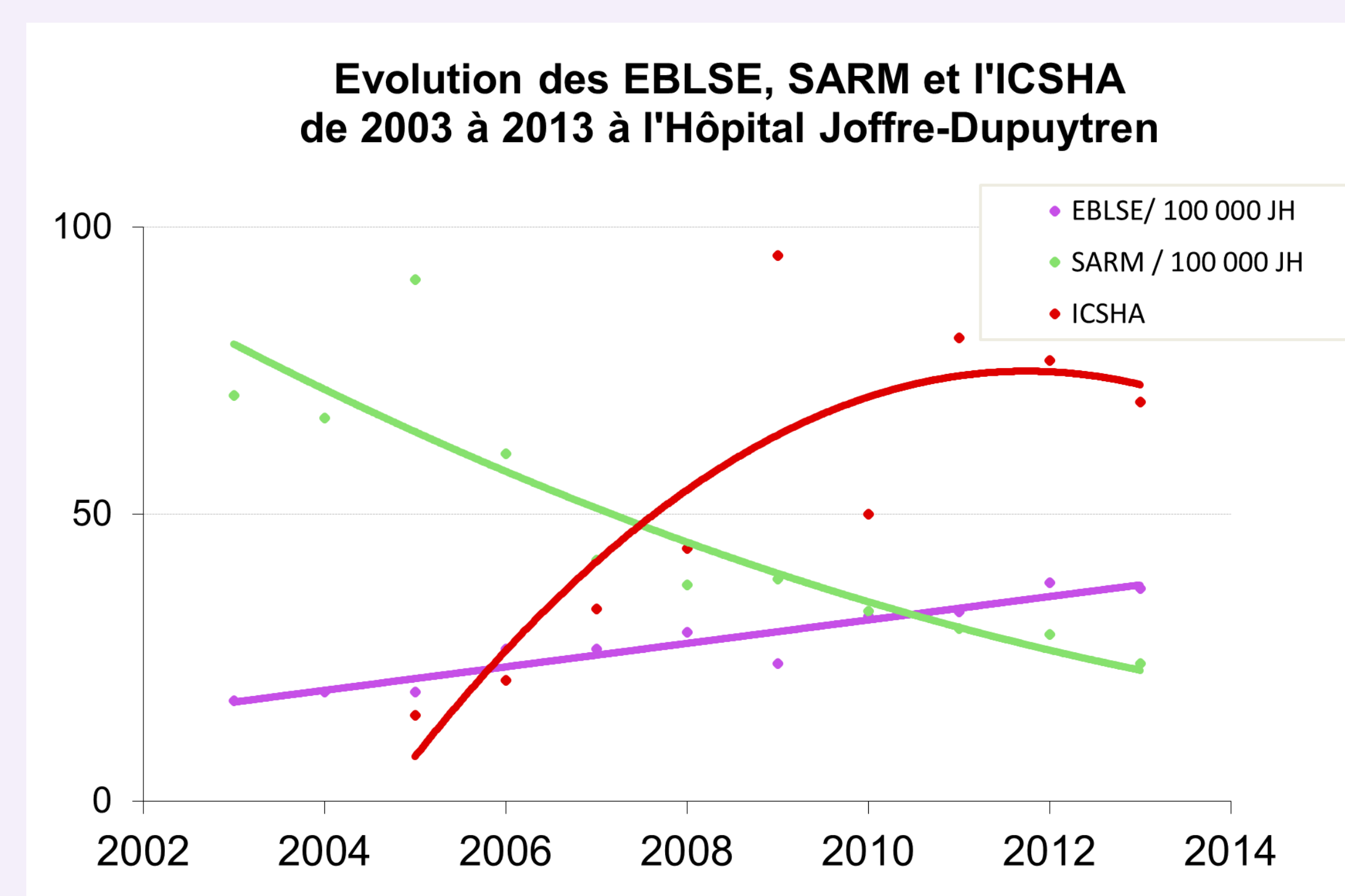
Sur 10 ans, le taux de SARM a été divisé par 3 (passant de 71 à 24/100 000 JH entre 2003 et 2013). Le taux de EBLSE a été multiplié par 2 (soit de 17 à 37/100 000 JH entre 2003 et 2013). Les PYOR restent stables (13/100 000 JH en moyenne).



La consommation en ATB reste stable depuis 2006 avec une valeur moyenne de 146 DDJ pour 1000 JH +/- 16. La consommation en SHA croît régulièrement depuis 10 ans, pour atteindre une valeur de 13 ml/1000 JH en 2013. Deux SHA ont été consommés sur cette période : Ammonium quaternaire et isopropanol de 2003 à 2009 et gel à base d'éthanol de 2010 à 2013.

Le schéma de droite montre l'évolution des SARM et EBLSE en parallèle de celle de l'ICSHA.

Si les SARM diminuent significativement, on observe une croissance lente mais régulière des EBLSE. Bien que la consommation en SHA croît depuis 10 ans, elle reste en deçà des objectifs de l'ICSHA. Par ailleurs celui-ci se stabilise depuis 3 ans autour d'une valeur de 70 %. Une tendance à la baisse est à confirmer en 2014.



DISCUSSION / CONCLUSION

Depuis 10 ans, on observe sur notre hôpital, une diminution du nombre de SARM et une croissance modérée mais régulière des EBLSE. Ceci est représentatif d'un phénomène commun à la plupart des établissements Français bien que la croissance des EBLSE soit plus conséquente dans le reste de la France.

Par ailleurs, notre consommation d'antibiotique est stable et inférieure à la moyenne des hôpitaux de même activité. Les quantités de SHA utilisées sont considérées comme insuffisantes car en deçà des objectifs de l'ICSHA.

Compte tenu de ces résultats, plusieurs questions se posent. En effet, le non respect de l'indicateur ICSHA au regard de l'augmentation modérée des EBLSE interroge sur ce critère comme indicateur de la baisse des BMR. Par ailleurs, l'impact du spectre d'activité des SHA a-t-il une influence ? Nous avons utilisé de 2003 à 2013 deux SHA présentant des spectres différents. Enfin l'utilisation de la ceftriaxone comme unique C3G injectable à large spectre et à élimination biliaire peut-elle participer à l'augmentation des EBLSE ?