



Etat des lieux de la prescription antibiotiques en HAD

Audrey Pelsez Rouillé, interne Omédit
Docteur Elise Fiaux, infectiologue, NormAntibio
Réunion GT HAD 28 mars 2019

Contexte actuel

- ↑ prescriptions d'ATB ± complexes en HAD :
 - ↓ DMS (sortie précoce)
 - ↓ coût
 - ↑ confort du patient
- Situations cliniques :
 - infections ostéoarticulaires
 - infections endovasculaires
 - infections pulmonaires sur terrain particulier (muco, DDB)

Contexte actuel

- Mais aussi, prescriptions d'ATB pour un patient pris en charge en HAD pour une autre pathologie...
 - Aucune donnée précise sur l'ATB en HAD
 - Améliorations possibles soulevées par les équipes HAD : traçabilité, données du patient (CRH, ATBgramme), ...
- Proposition de réaliser un audit sur les ATB en HAD

Méthodologie

- Audit proposé aux HAD de la région Normandie pour répondre aux exigences du CAQES
- Travail proposé par l'OMédit Normandie en collaboration avec NormAntibio
- Objectif : état des lieux des prescriptions d'antibiotiques chez des patients pris en charge en HAD

Méthodologie

- Audit rétrospectif sur 3 mois
- Inclusion de toutes les prescriptions d'antibiotiques (sauf collyres)
- Fiches remplies par le médecin coordonnateur et/ou le pharmacien de HAD
- Evaluation
 - origine de prescription
 - indication, choix de molécule, posologie, durée
 - Réévaluation
- Rédaction et validation par le GT HAD (28/06/2018)

FICHE DE RECUEIL

HAD:

Dossier n° :

Date de recueil :

PATIENT :

Mode de prise en charge
Le patient est-il adressé en HAD
pour tt anti-infectieux?

Oui Non

Age du patient :

 ans

Sexe

: M

F

Poids :

 kg

NR

Créatinine :

 µmol/L

NR

ANTIBIOTIQUE :

Provenance de la prescription :

- Ville Médecin généraliste
 Médecin Spécialiste
 Interne séniorisé
 Interne non séniorisé

Spécialité :

- Etablissement de santé CHU CH clinique
 SSR CLCC dialyse
 Autre précis
ez :

- Médecin spécialiste
 Interne séniorisé
 Interne non séniorisé

Spécialité :

Indication du traitement :

NR

- Indiquée sur la prescription
- Indiquée dans le dossier patient

Site infectieux :

NR

Date d'instauration de l'ATB :

NR

- Indiquée sur la prescription
- Indiquée dans le dossier patient

Antibiotiques prescrits : (DCI et /ou nom commercial)

ATB1
ATB2
ATB3
Comm
entaire
s

Posologie :

ATB1
ATB2
ATB3
Comm
entaire
s

-

Durée de prescription :

jours

NR

Voie d'administration :

PO

IV

IM

SC

Si perfusion:

Voie d'abord :

Veineuse centrale :

Chambre implantable

Cathéter central

Cathéter central à insertion périphérique

Veineuse périphérique

Cutanée

Mode d'administration :

Gravité

Diffuseur

Système actif électrique (pompe, pousse seringue)

Disponibilité d'un antibiogramme :

Oui

Non

Si oui, l' antibiothérapie tient compte des résultats microbiologiques ?

Oui

Non

Réévaluation h72, à J7 :

La réévaluation de l'antibiotique est-elle réalisée ?

♦ à 72h ?

Oui

Non

NA

Si oui, par qui ?

à 1

♦ semaine ?

Oui

Non

NA

Si oui, par qui ?

Evolution/fin de traitement :

Rechute ou réinfection

Si rechute (ré)hospitalisation ?

Oui

Non

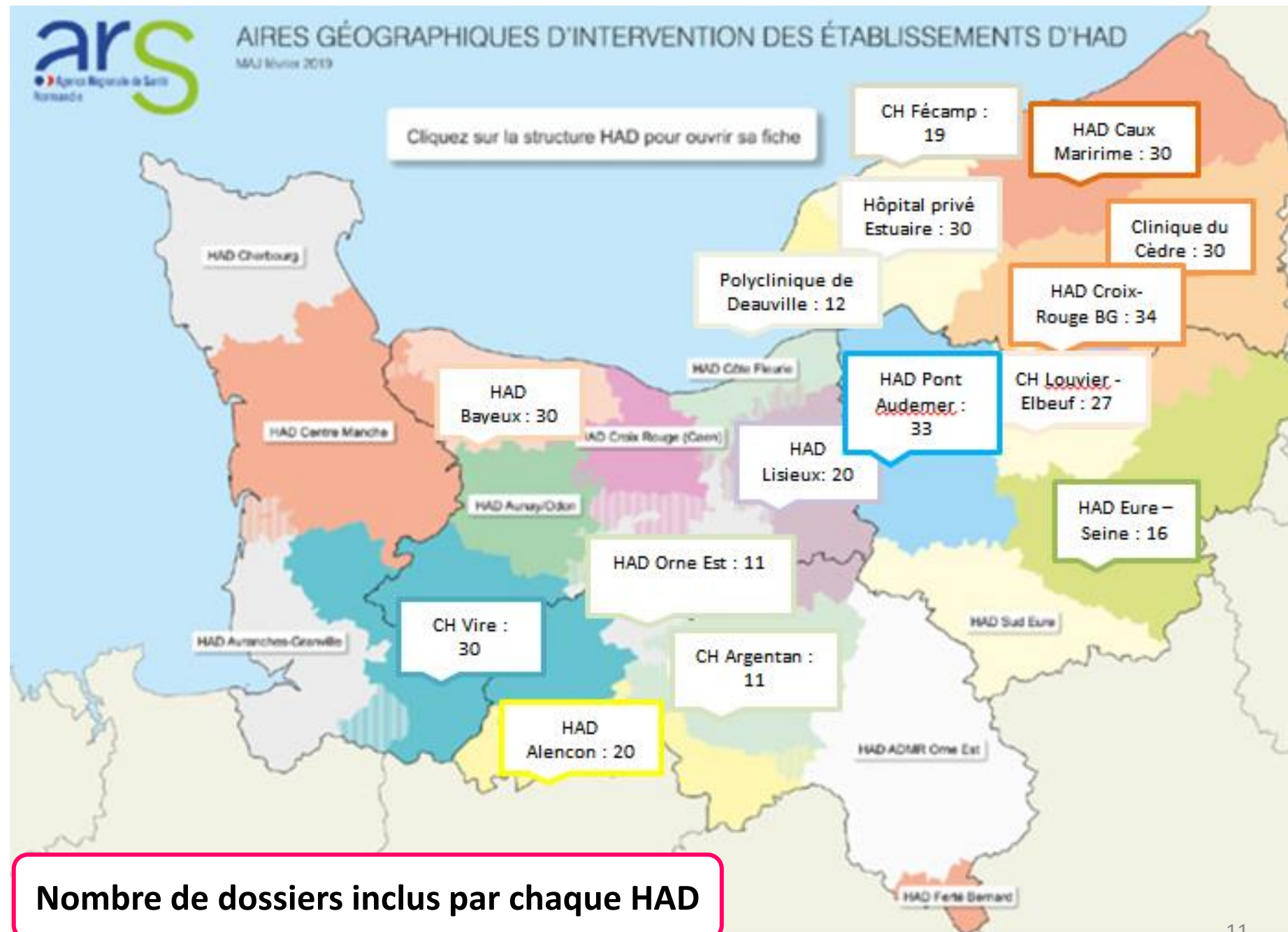
Guérison de l'infection

NA

Résultats

Participation

- Bonne participation des HAD
- 15/23 (65,2%) des HAD normandes
- Bonne répartition régionale dans les 5 départements
- 353 dossiers inclus sur la période
- Moyenne de 23,5 dossiers inclus par HAD [11-34]



Nombre de dossiers inclus par chaque HAD

Patients

- Age moyen : $69,1 \pm 14$ dont 68 % patients ≥ 65 ans
- Sex ratio H/F : 1,1 (188 H vs 165 F)
- Créatininémie moyenne : $79,9 \mu\text{mol/L}$

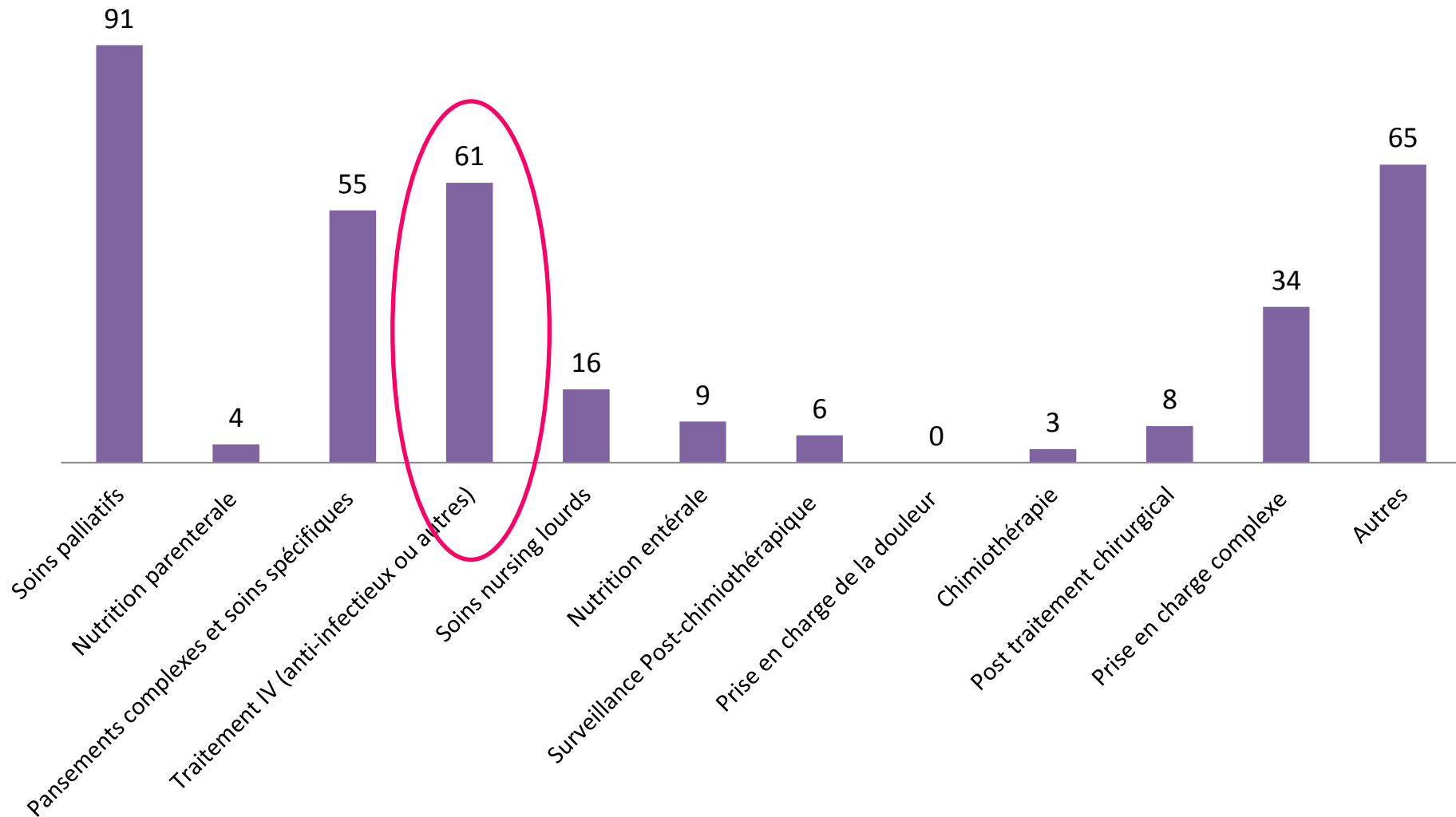
Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique		
stade de l'insuffisance rénale		Total
Stade 1 : ≥ 90	DFG normale ou augmenté	24
Stade 2: entre 60 et 90	DFG légèrement diminué	33
Stade 3 : entre 30 et 60	IRC modérée	82
Stade 4 : entre 15 et 30	IRC sévère	33
Stade 5 : <15	IRC terminale	8
NR		173

123 patients avec IRC

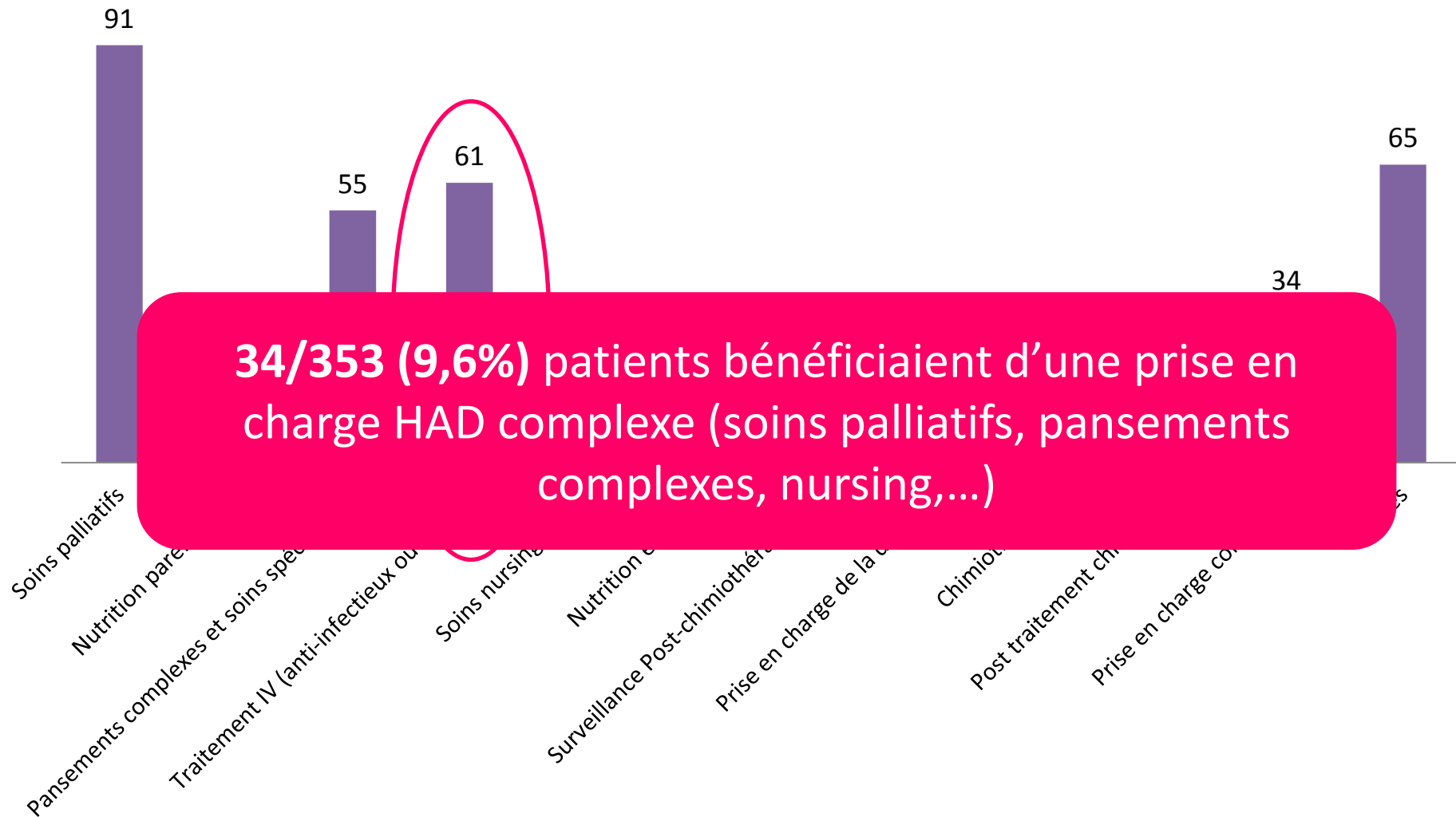
Modes de prise en charge

- 27,5 % (97/353) des patients adressés en HAD pour réalisation d'un traitement anti-infectieux
- Versus 72,5 % (256/353) ttt ATB initiés alors que le patient était déjà pris en charge en HAD

Mode de prise en charge (n= 353)

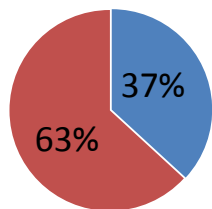


Mode de prise en charge (n= 353)



Prescripteurs

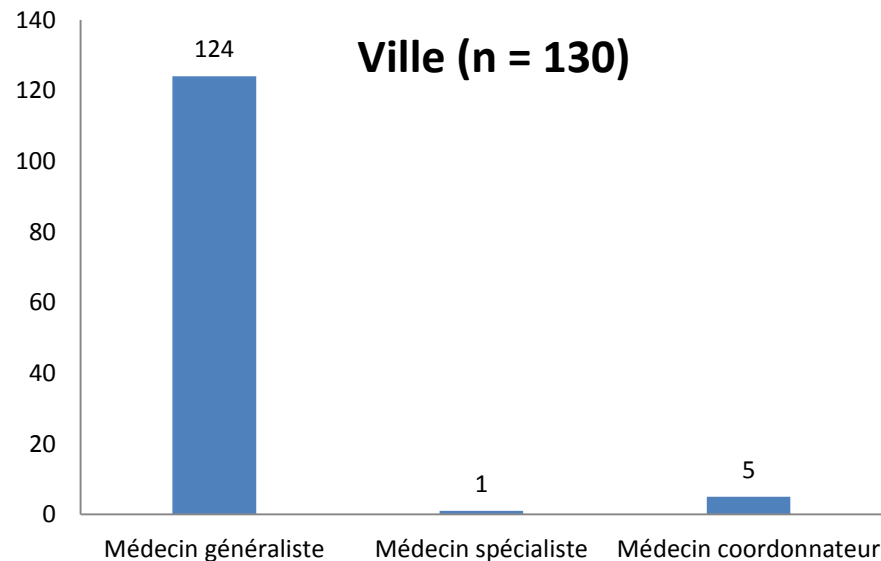
Origine de la prescription



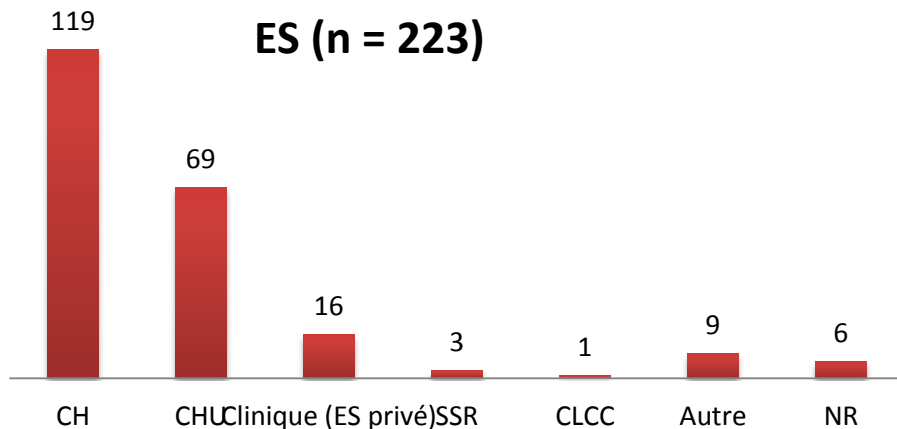
■ ville
■ ES



Ville (n = 130)

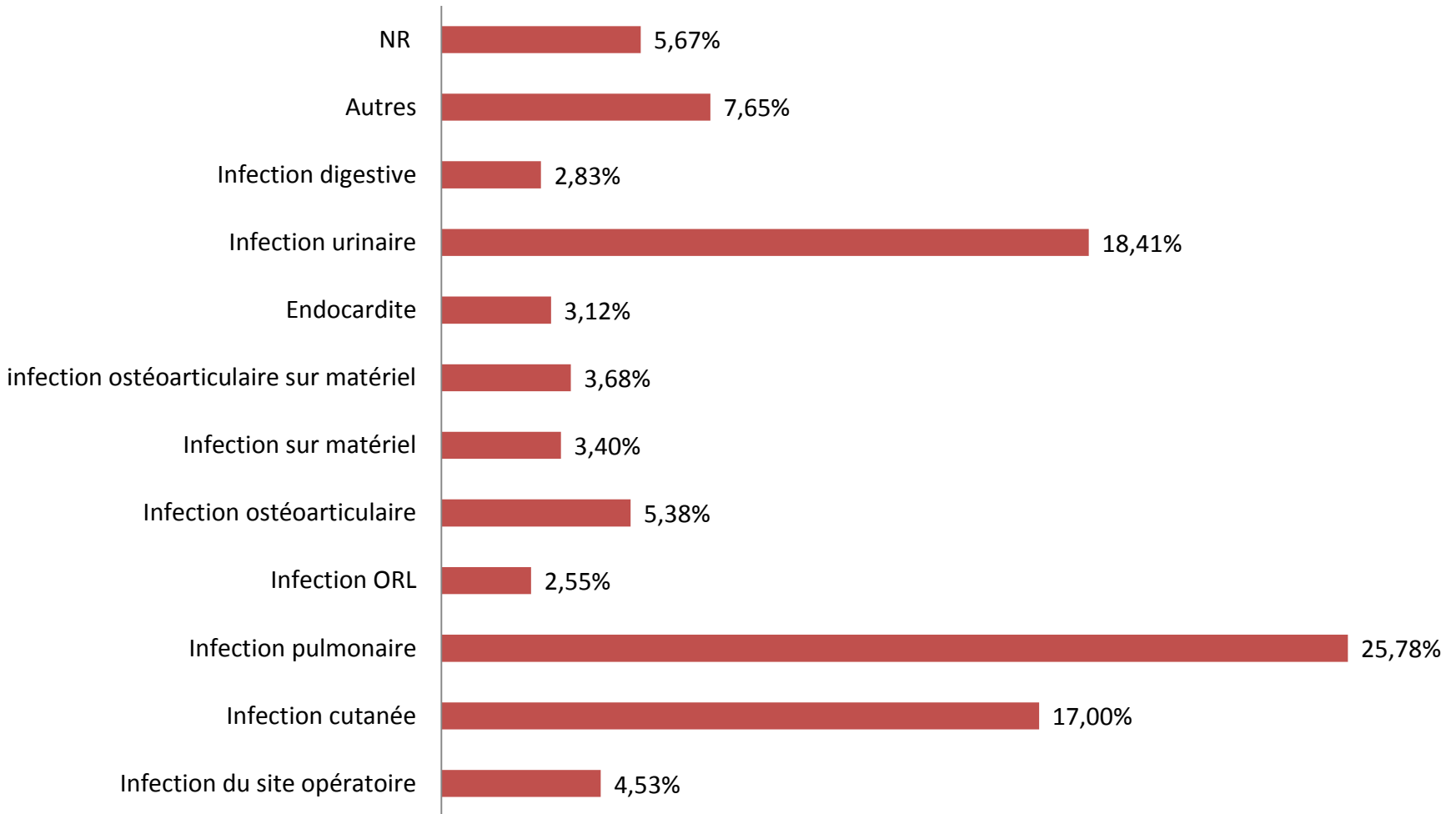


ES (n = 223)

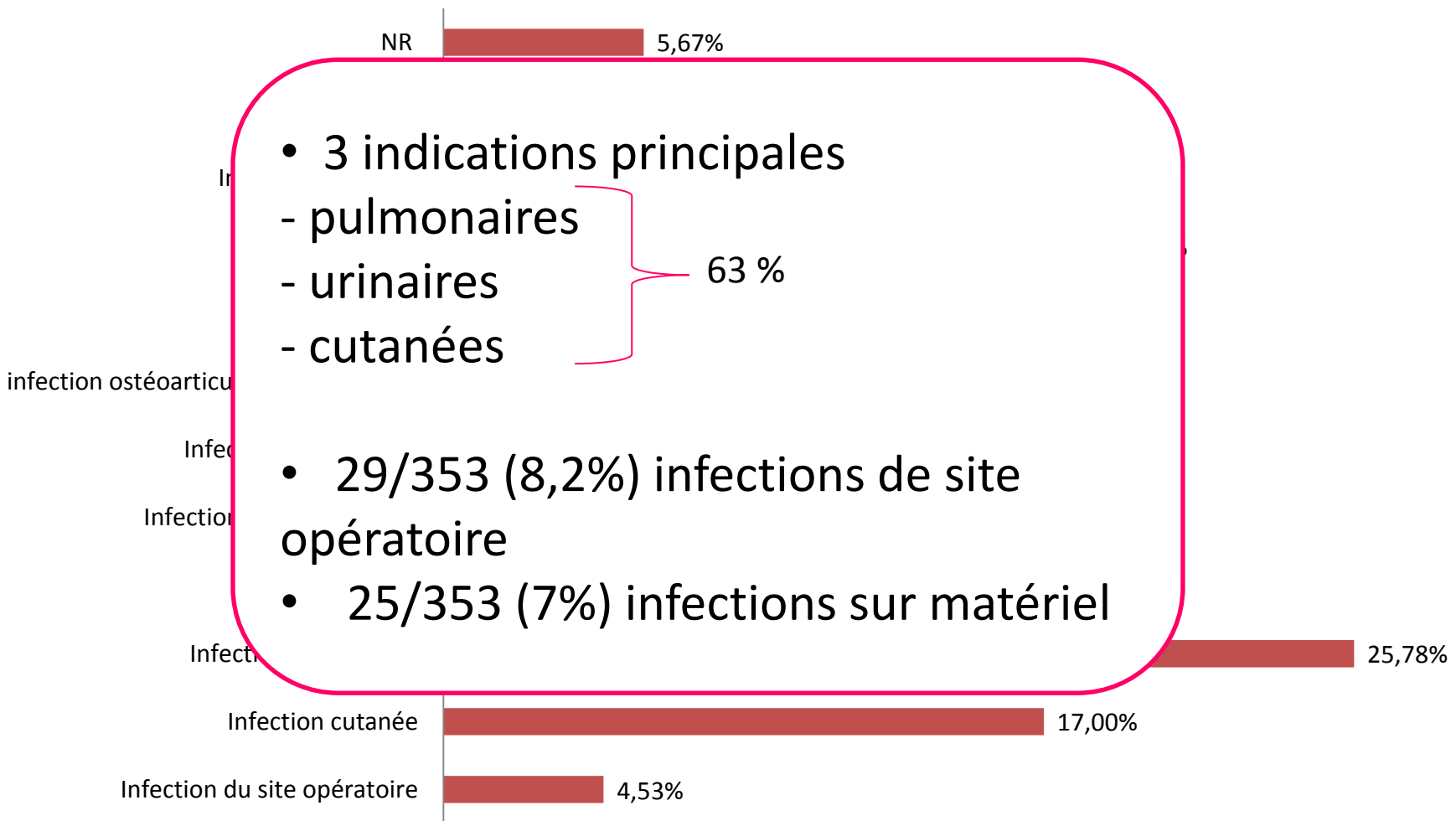


- Médecins : 144 (64,6%)
Dont 19 MIT
- Chirurgiens : 50 (22,4%)
dont 21 ortho
- NR : 29 (13%)

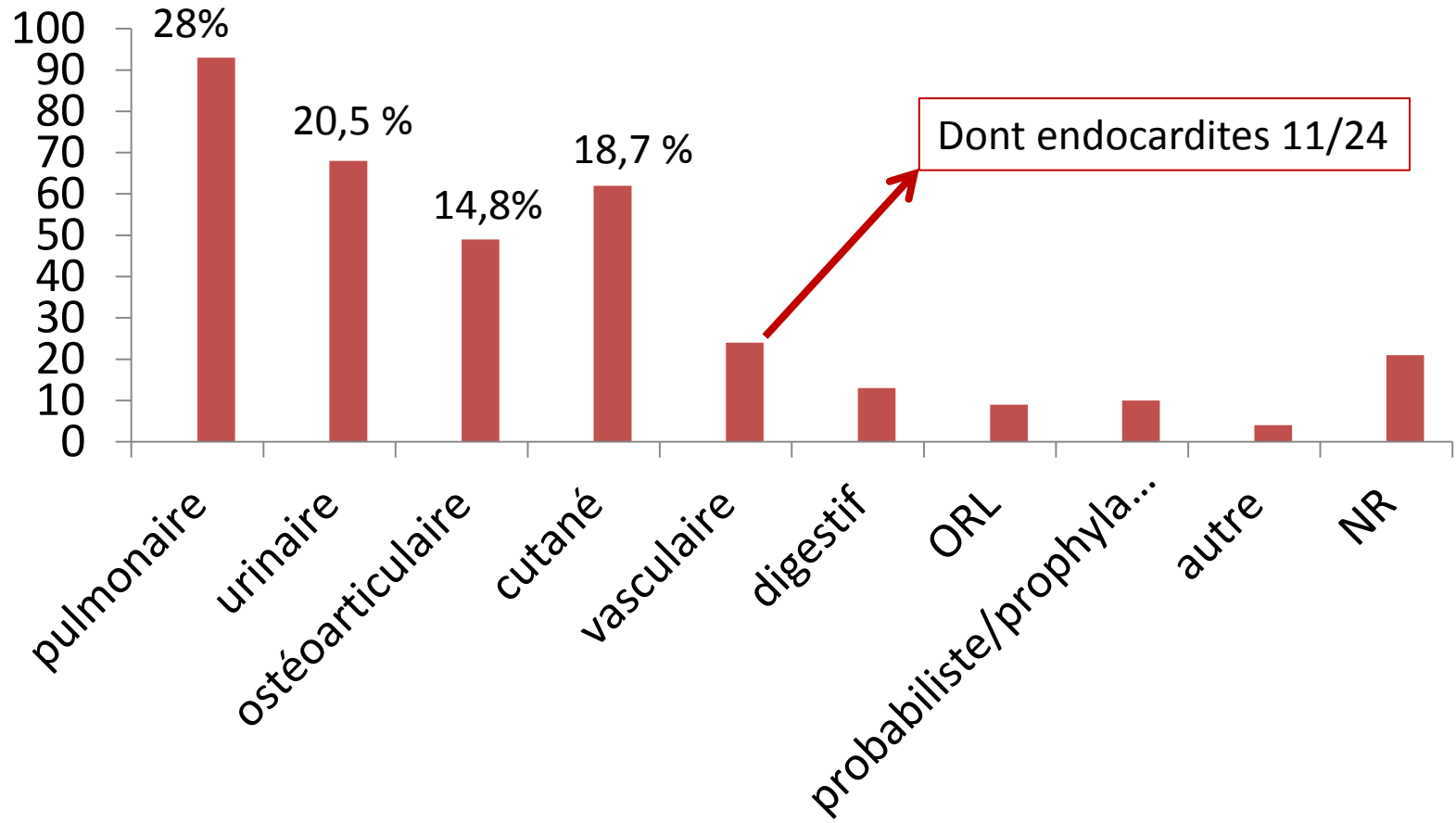
Indications



Indications



Sites infectieux (N = 353)



Répartition après reclassement selon les données disponibles

Antibiothérapie

- Seuls les ttt ATB analysés
- Exclusion des ttt antifongiques (n = 3/353)
- 421 lignes ttt différentes pour 353 patients
 - 304 monottt (86,1%)
 - 42 bittt (11,9%)
 - 7 trittt (2%)

Antibiotiques critiques

Antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes

- association amoxicilline-acide clavulanique
- céphalosporines : plus grande préoccupation pour les spécialités administrées par voie orale que par voie injectable ; plus grande préoccupation pour les céphalosporines de troisième et quatrième générations, et pour la catégorie « autres céphalosporines » ; préoccupation pour la ceftriaxone
- fluoroquinolones
- témocilline*

* *Pression de sélection en lien avec la problématique d'une dose optimale non établie*

Antibiotiques de dernier recours

Vis à vis des cocci à Gram positif

- daptomycine
- glycopeptides**
- linézolide, tédizolide

Vis à vis des bactéries à Gram négatif

- colistine injectable
- pénèmes**
- phénicolés
- tigécycline

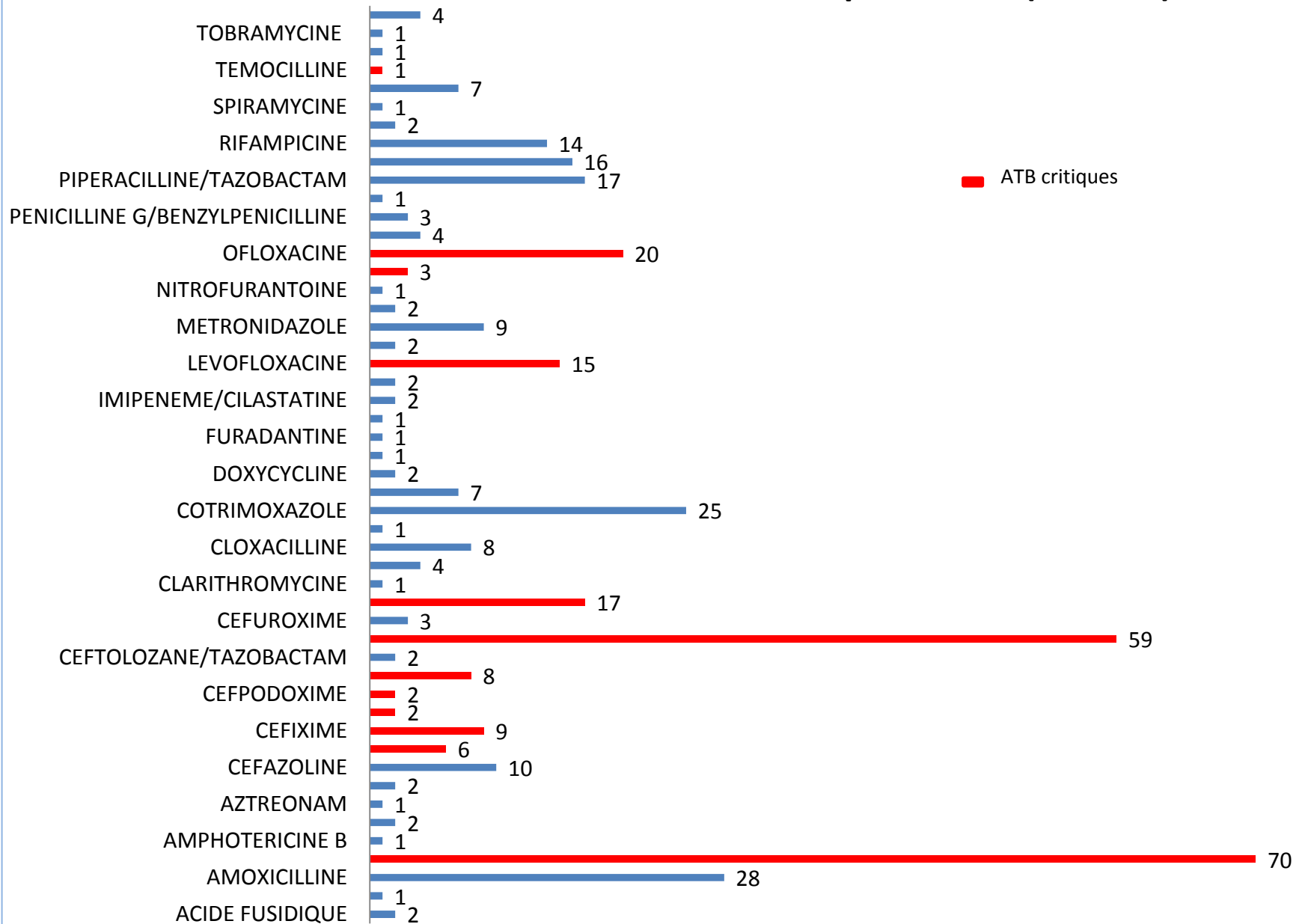
Vis à vis des bactéries à Gram positif et à Gram négatif

- fosfomycine injectable

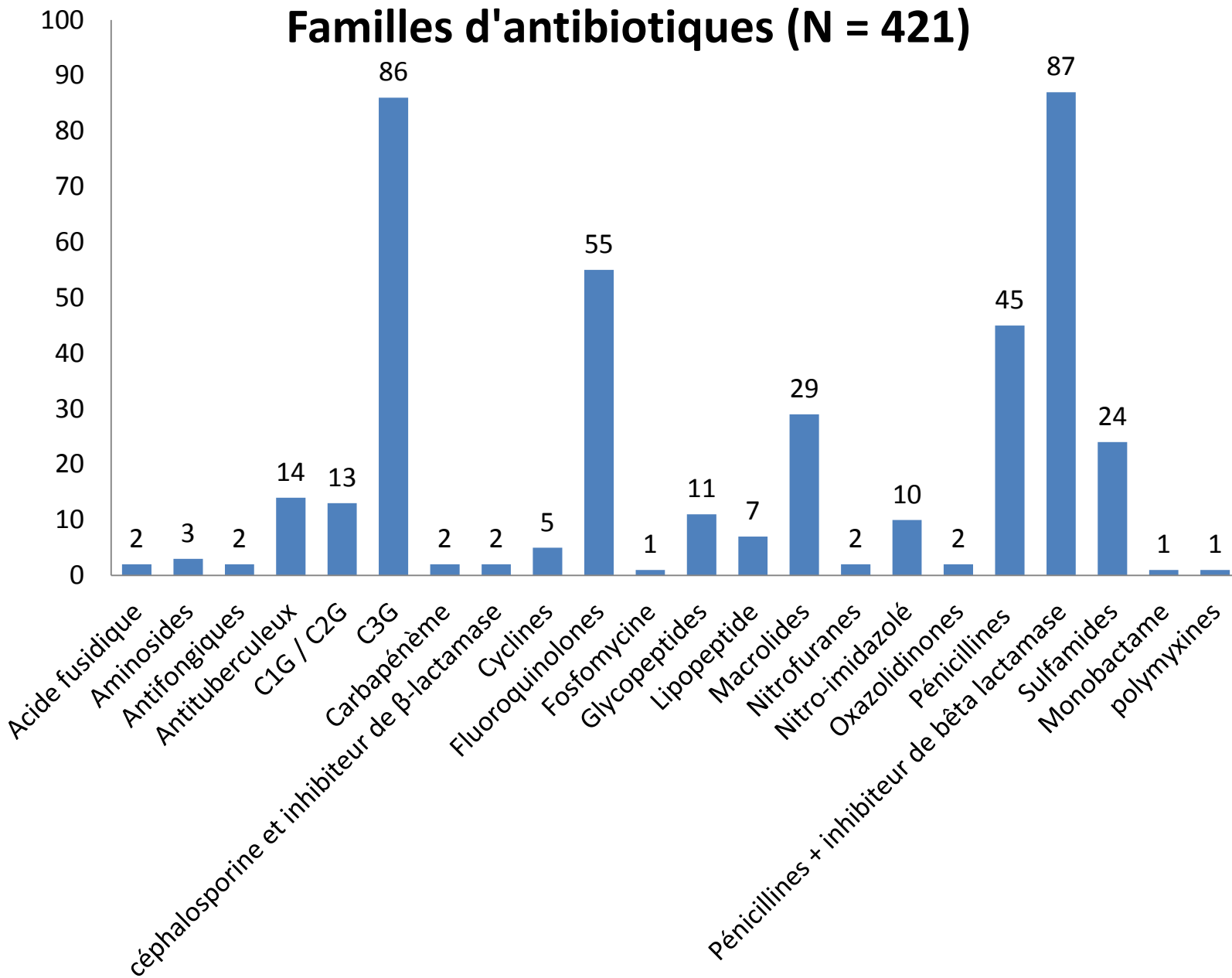
***Particulièrement générateurs de résistances bactériennes*

**Définition des
antibiotiques critiques.
Actualisation 2015.**

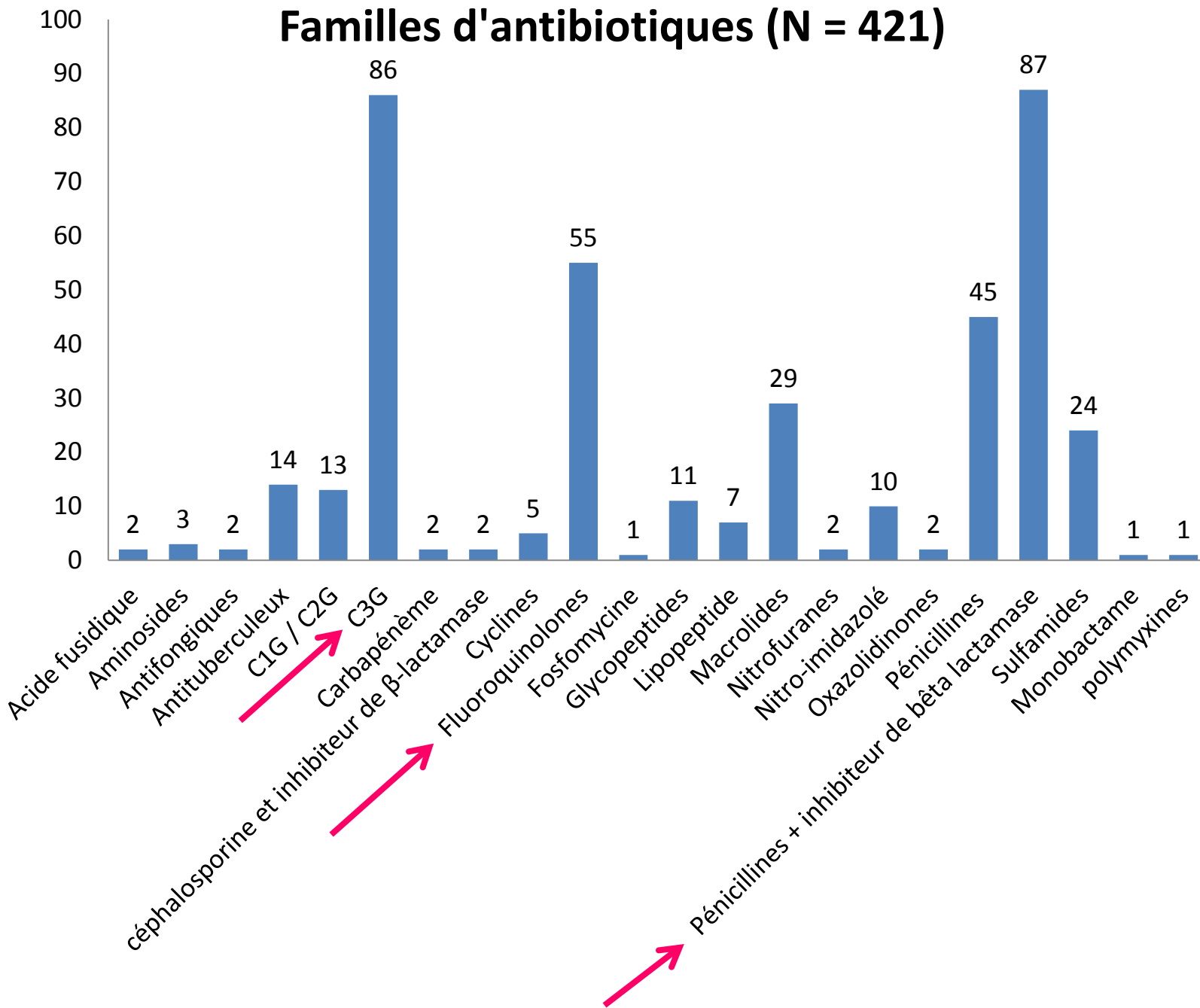
Molécules prescrites (N = 421)



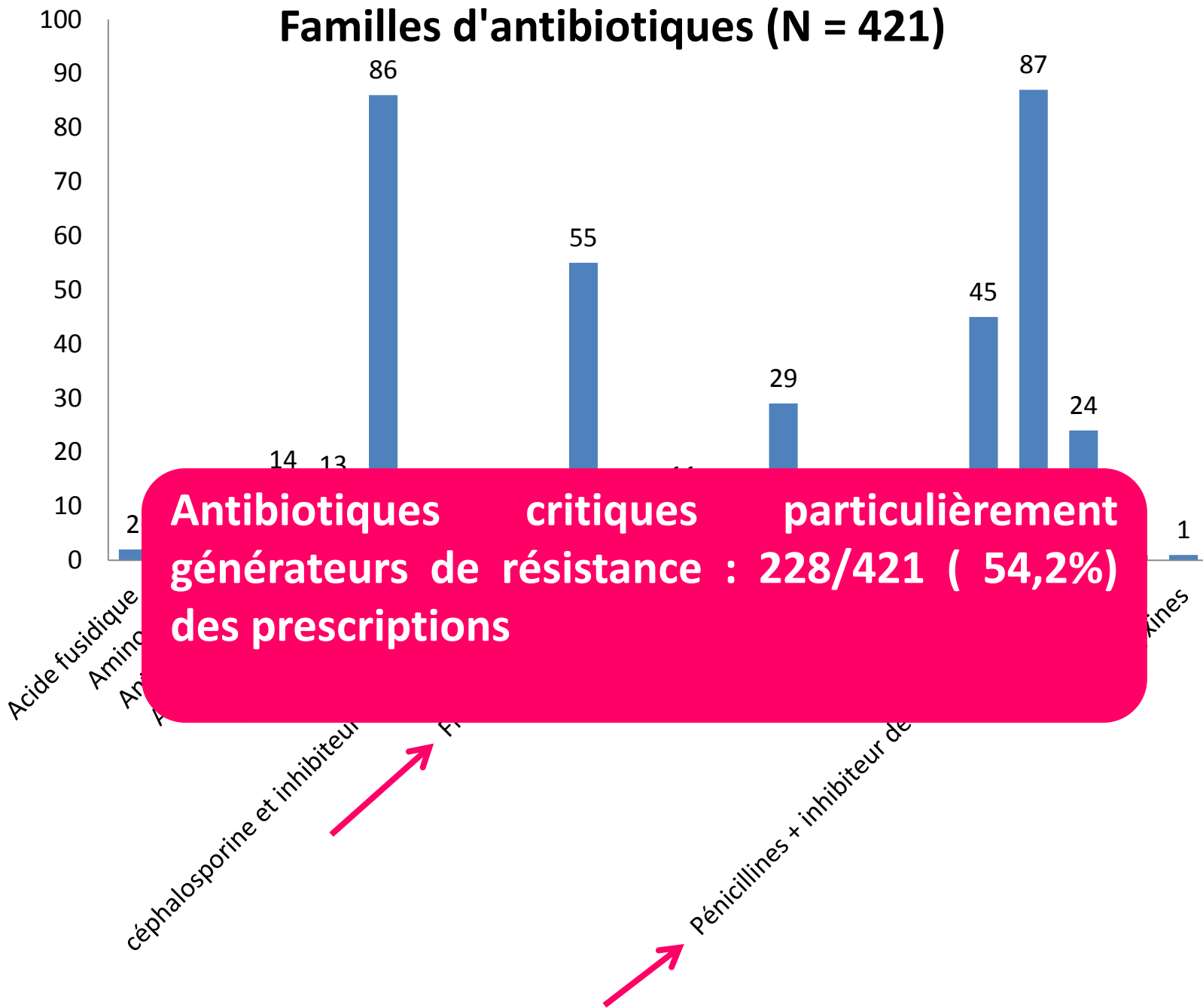
Familles d'antibiotiques (N = 421)



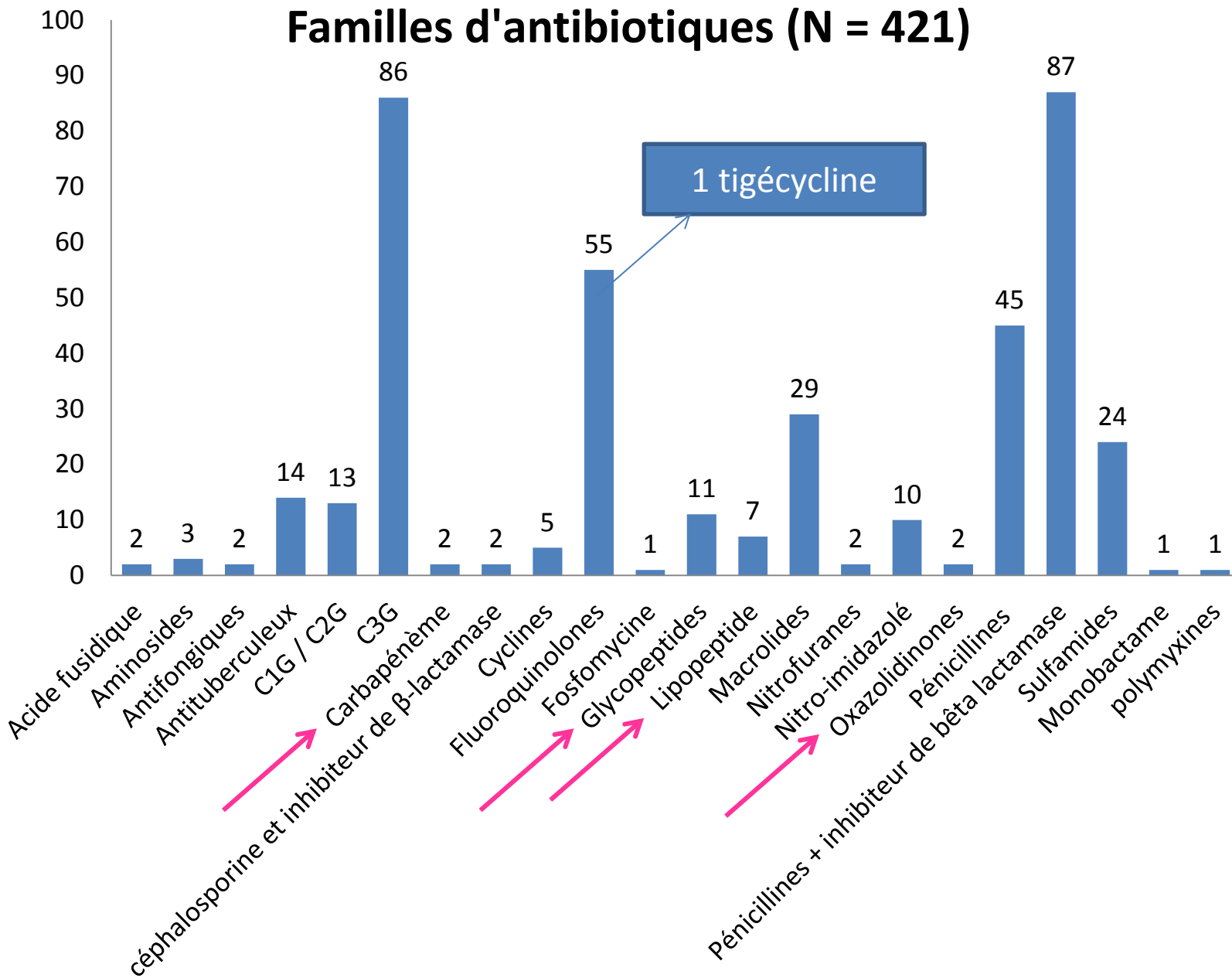
Familles d'antibiotiques (N = 421)



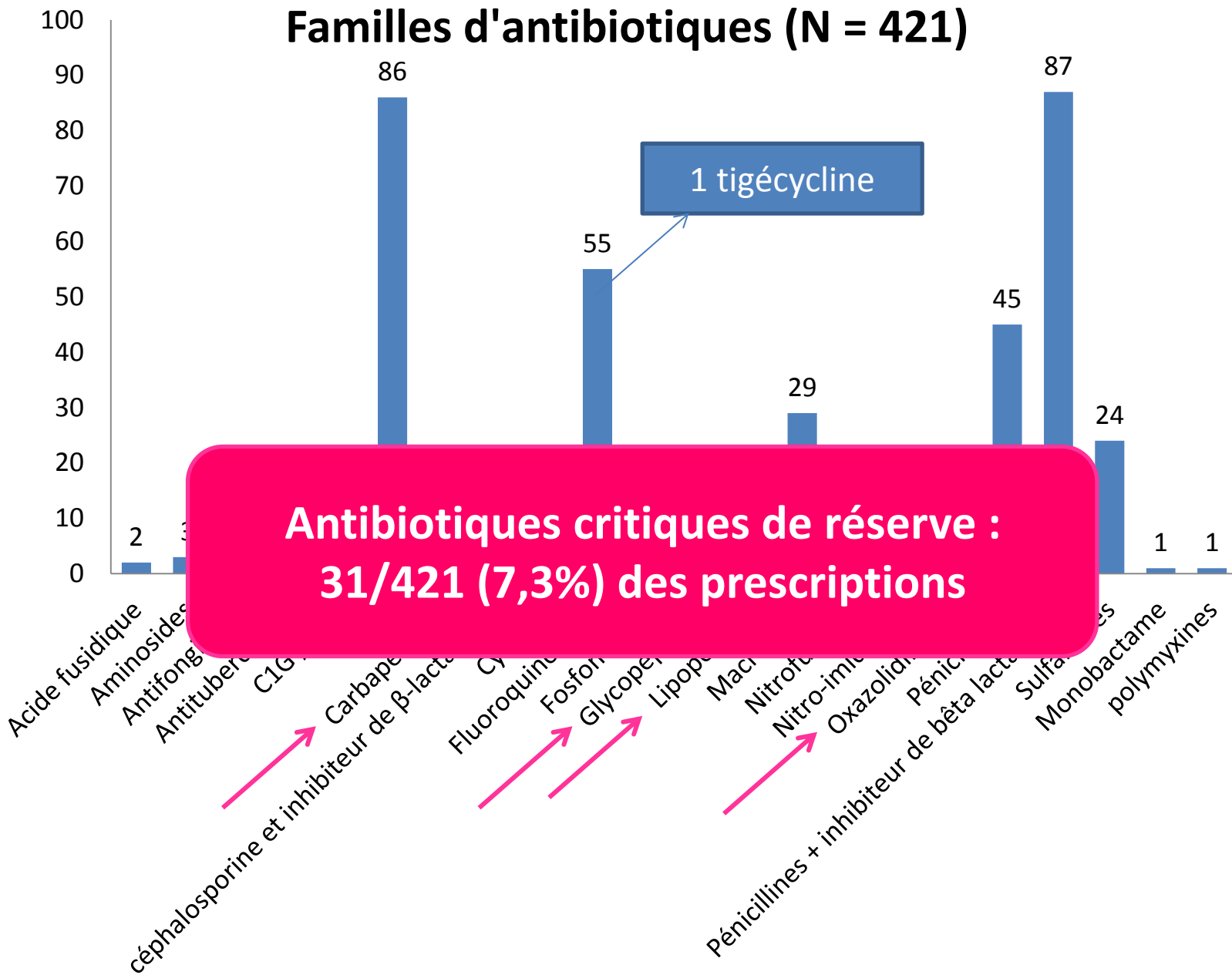
Familles d'antibiotiques (N = 421)



Familles d'antibiotiques (N = 421)

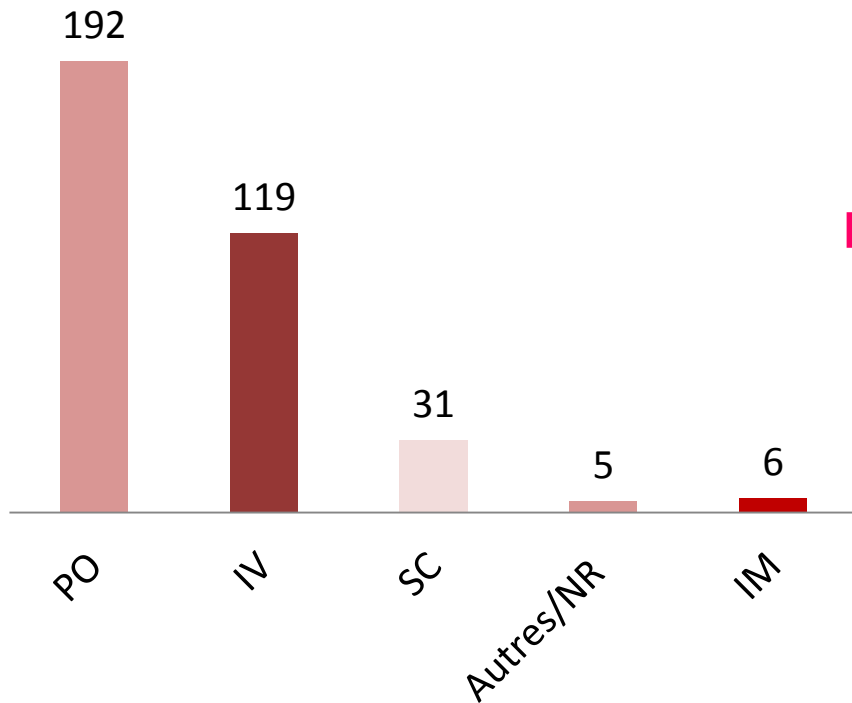


Familles d'antibiotiques (N = 421)

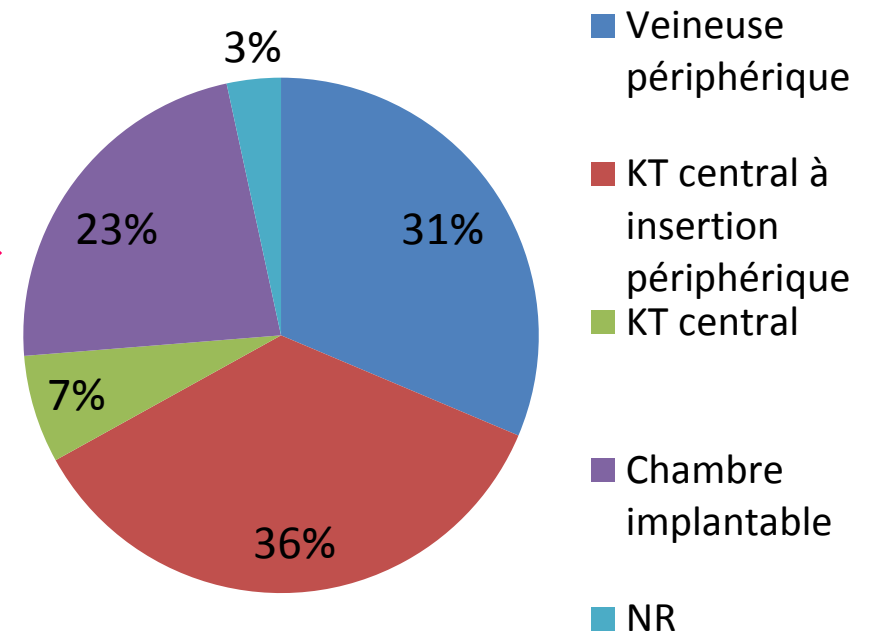


Administration

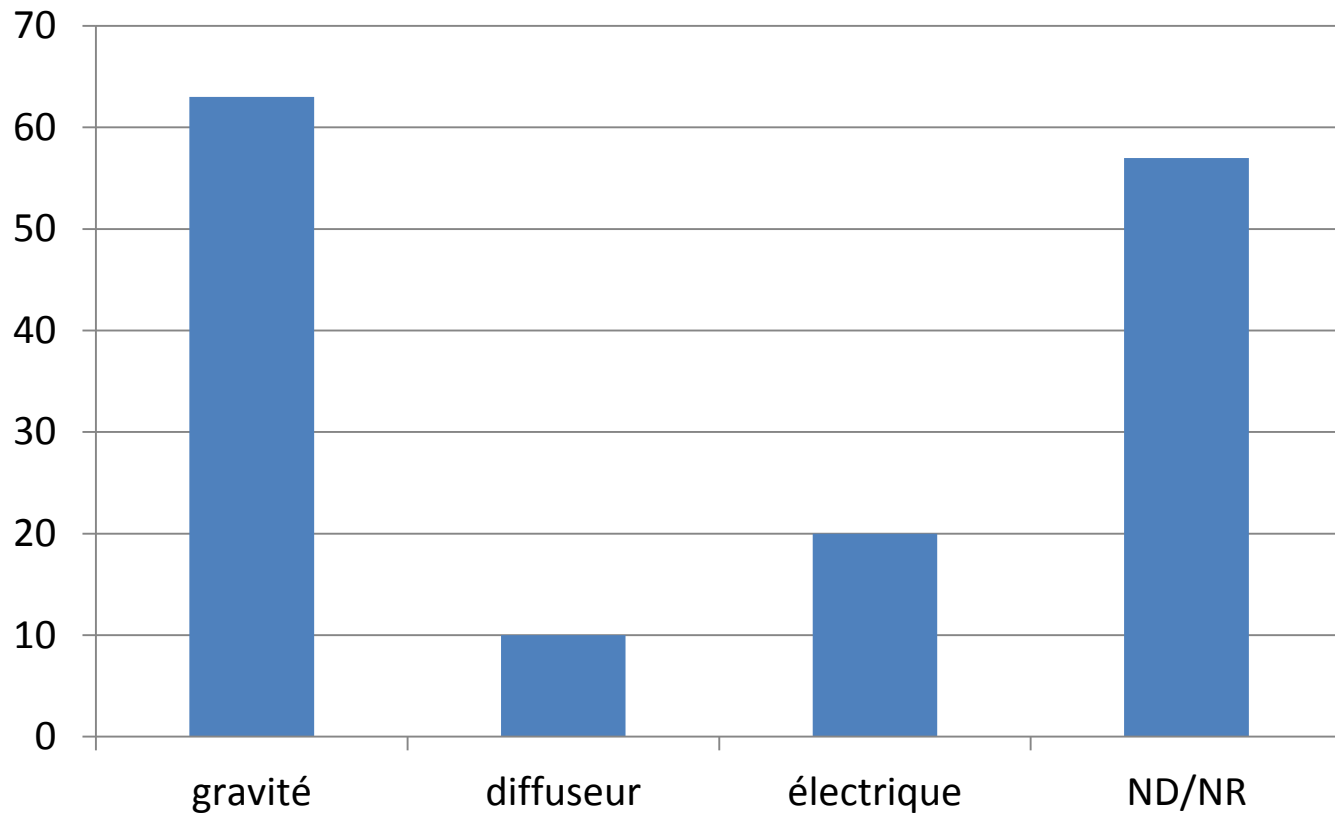
Voies d'administration (N=353)



Administration IV (n= 119)

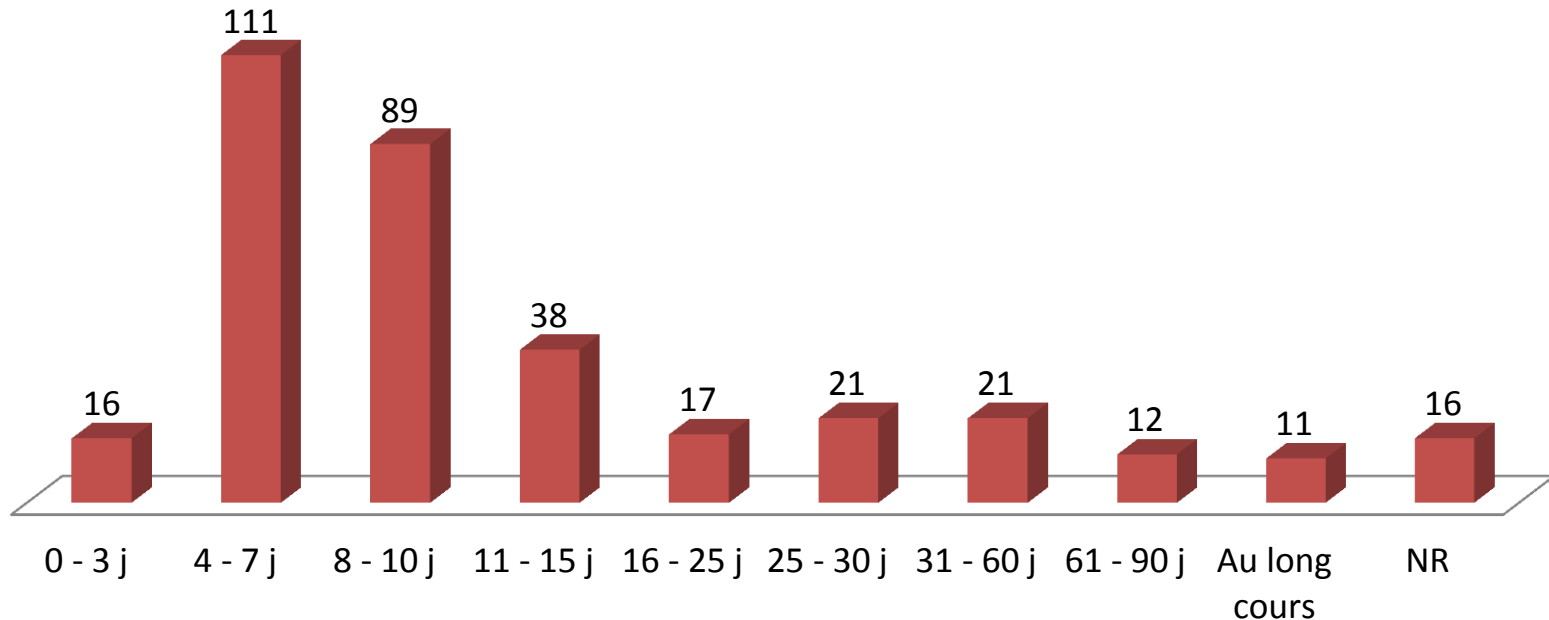


Mode d'administration parentérale (N = 150)



57 données manquantes (ND/NR)

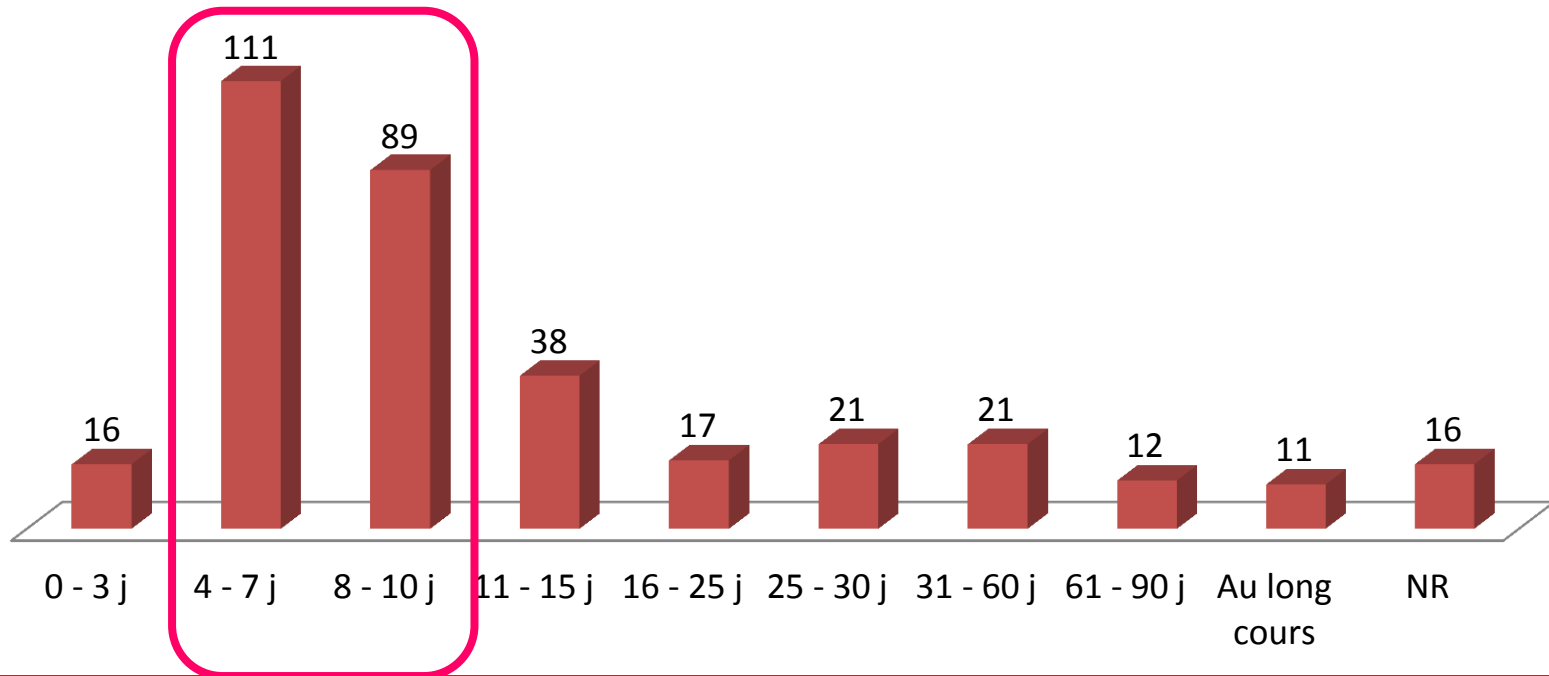
Durée d'ATB prescrite en HAD



Durée d'antibiothérapie (N = 353)

- Médiane : 8 j [3-180]
- Moyenne : 16,4 j \pm 12,7

Durée d'ATB prescrite en HAD

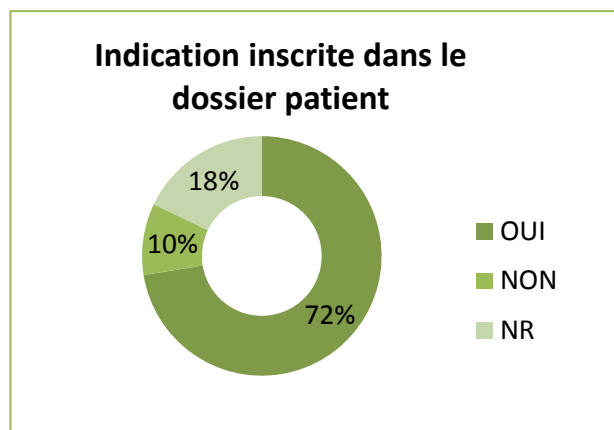
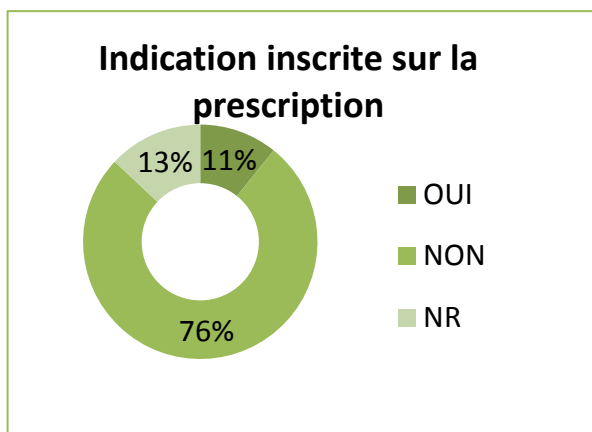


Durée d'antibiothérapie (N = 353)

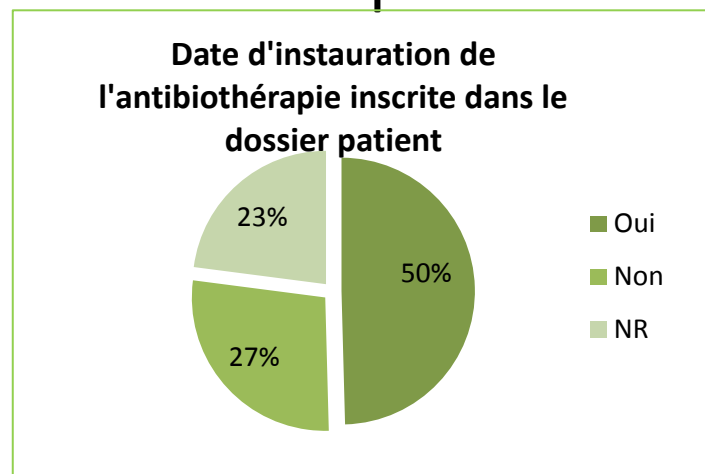
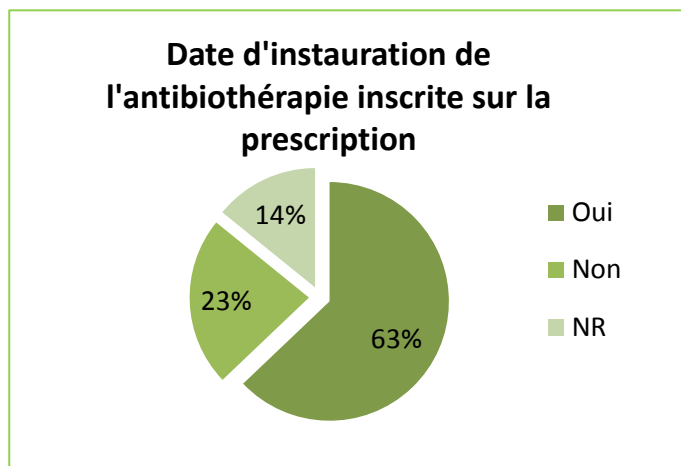
- Médiane : 8 j [3-180] -exclusion des ttt au long cours-
- Moyenne : 16,4 j \pm 12,7

Traçabilité des données

1) Indication

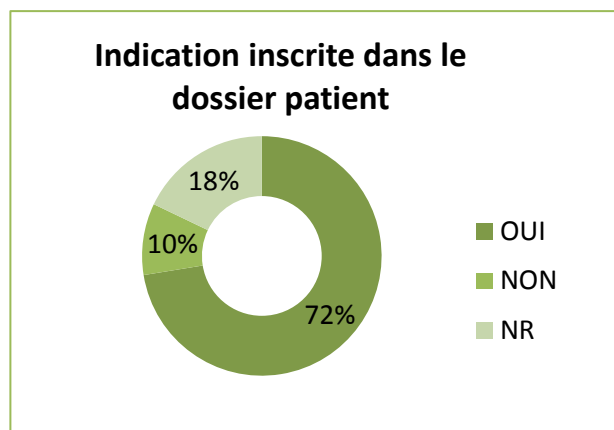
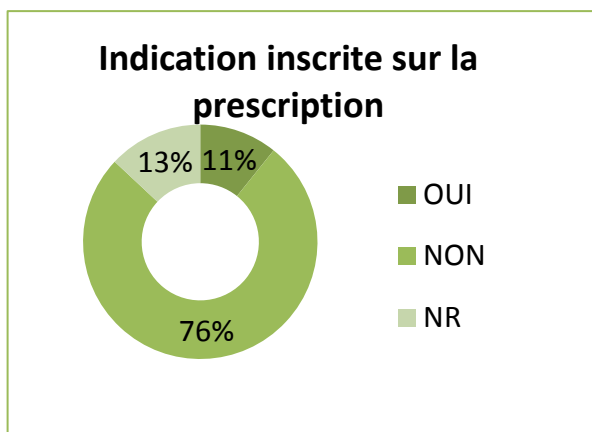


2) Date d'instauration de l'antibiothérapie

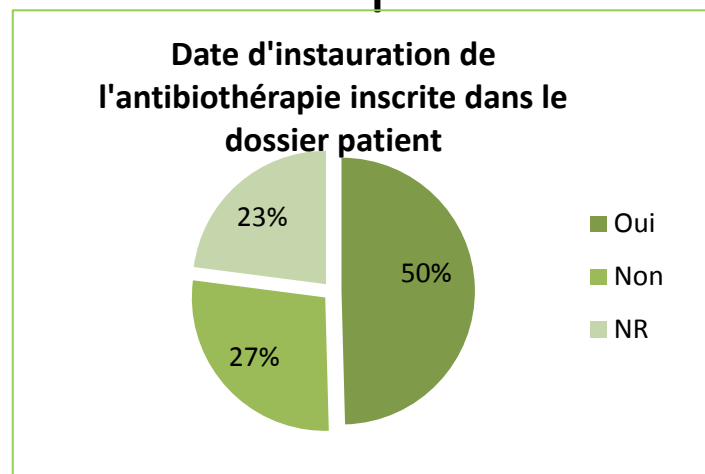
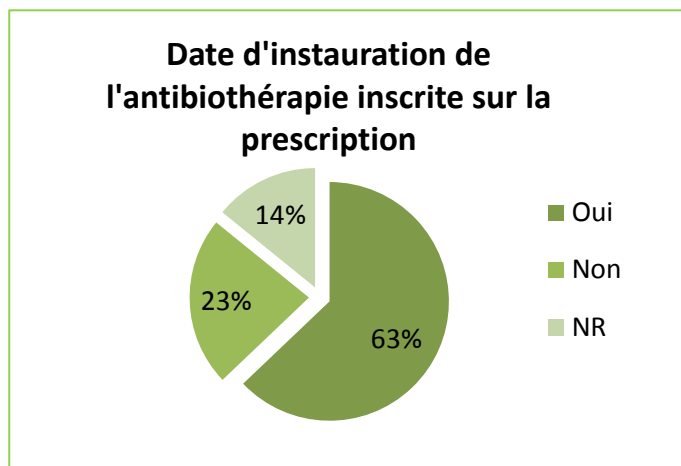


Traçabilité des données

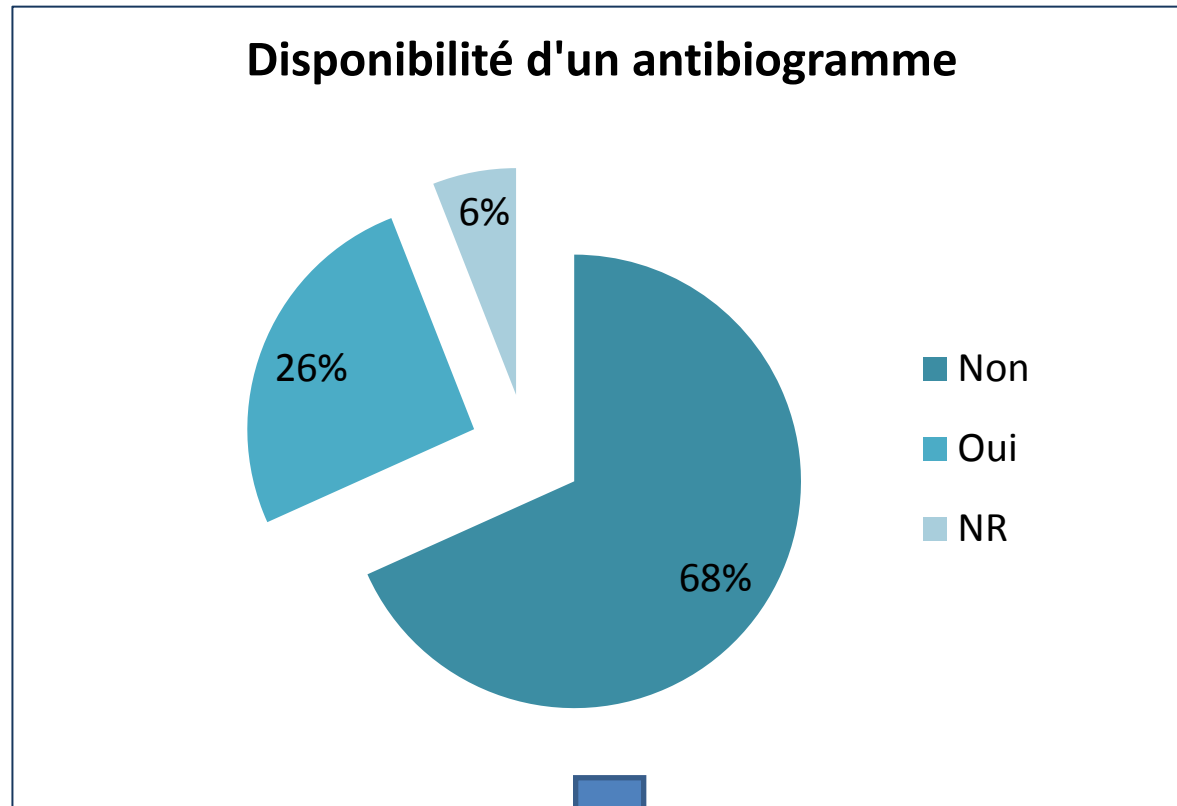
1) Indication



2) Date d'instauration de l'antibiothérapie



Traçabilité des données

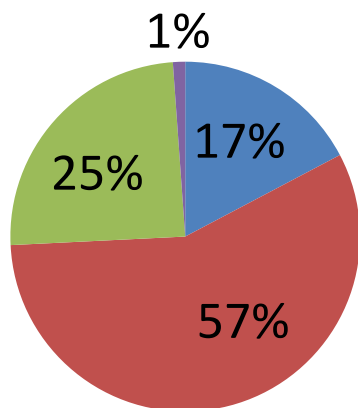


Dans 93 % des cas où il était disponible, l'antibiotique était adapté à l'antibiogramme.

Réévaluation

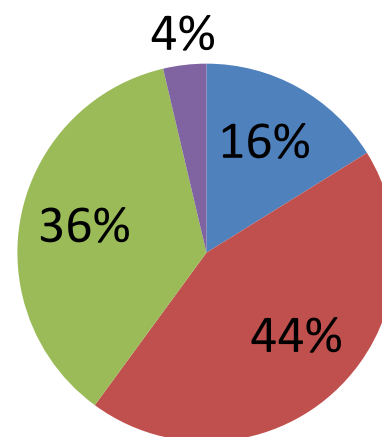
Réévaluation H48-72

■ Oui ■ Non ■ NA ■ NR



Réévaluation à J7

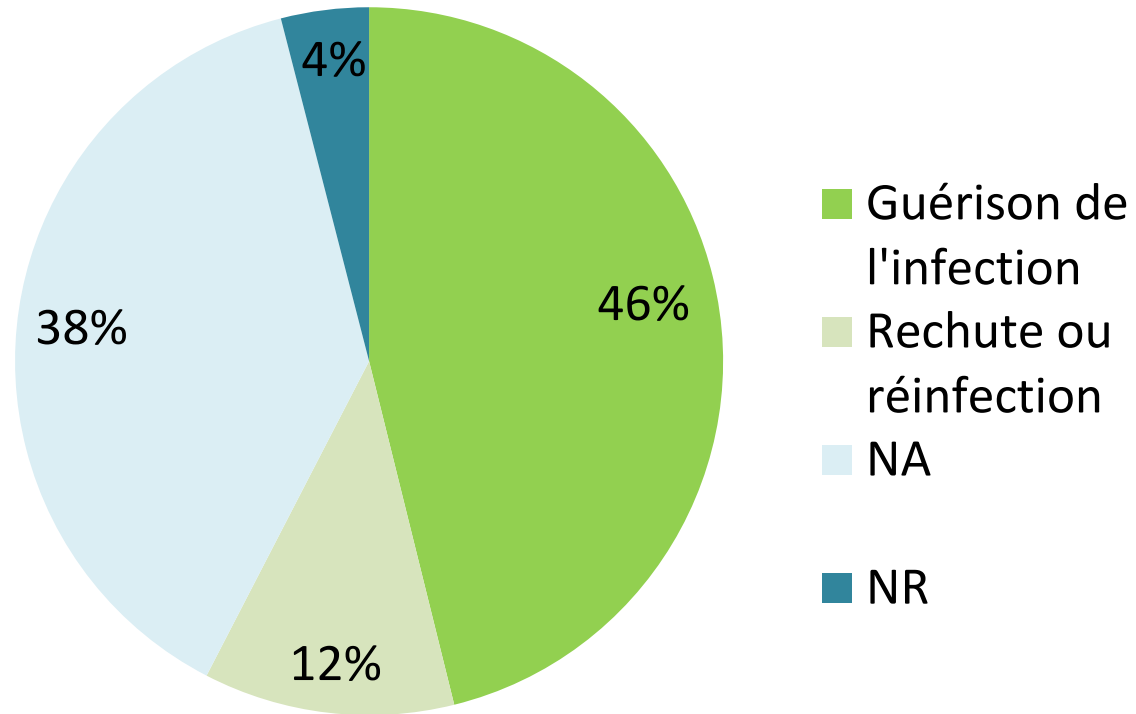
■ Oui ■ Non ■ NA ■ NR



Taux de réévaluation très faible même à H48

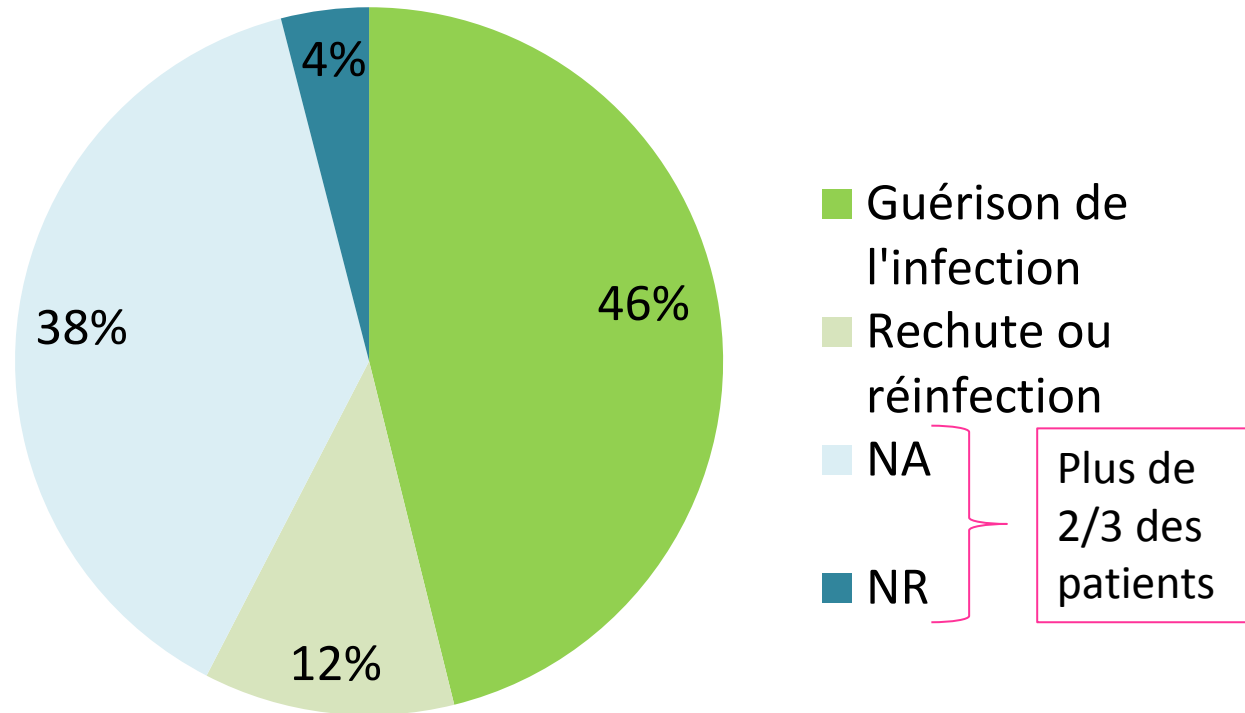
Evolution

Evolution/fin de traitement



Evolution

Evolution/fin de traitement



Focus sur les 93 prescriptions ayant « déclenché » l'HAD

- Origine de la prescription : ES (100%)
- Sites infectieux :
 - ostéoarticulaire 34 (36,6%)
 - vasculaire 18 (EI, infections KT) (19,4%)
 - pulmonaire 14 (15%)
 - cutané 11 (11,8%)
 - IU 9 (9,7%)
 - autres 7 (7,5%)
- 15/93 infections sur matériel (16,1%)
- Durée identique : médiane 8 j et moyenne 16,4 j

Discussion (1)

- Bon taux de participation régionale
- Nombre satisfaisant de dossiers/HAD
- Nombre important de dossiers inclus !
- Données manquantes mais dossiers bien complétés



Discussion (2)

- Limites du travail rétrospectif
- Données descriptives pures :
 - analyse de sous-groupes à compléter : ville vs ES, chir vs med
 - analyse des prescriptions peu réalisable en l'état car nombreuses données manquantes et objectif non affiché initialement par l'audit
- Données précises par HAD pour un CR d'activité → CR personnalisé pour chaque HAD

Discussion (3)

- Néanmoins... Des données intéressantes !
- Patients plutôt âgés et déjà pris en charge en HAD, possiblement polypathologiques
- Infections pulmonaires, urinaires, cutanées : concordance avec les données du conseil NormAntibio pour les avis de ville
- Prescriptions émanant majoritairement des ES ++ (63%)
- Fréquence de prescription des ATB critiques R

Discussion (4)

- Problèmes de traçabilité de la prescription :
 - médecin pas toujours identifié
 - indication
 - justification du choix de la molécule
 - taux de réévaluation
- Durée variable mais médiane acceptable (8j)
A nuancer car pas de durée très claire avant la sortie en HAD... Pas de durée totale colligée

2 types de patients d'ATB en HAD ?

1) HAD pour ATB IV complexe pour infections complexes \pm sévères (BMR, matériel, ...)

→ Médecine hospitalière = IOA, EI, infection KT

2) ATB prescrite chez un patient déjà en HAD : infections communautaires → médecine de ville = IU, pulmonaires, cutanées

Conclusion

- Travail original régional
- Données globales
- Données nombreuses nécessitant une analyse plus fine
- Revoir les dossiers pour analyse des prescriptions ?

- Restitution pour chaque HAD → CR de l'audit

- Propositions concrètes :
 - check-list pour les prescripteurs à destination des HAD
 - document régional commun (comme pour les prestataires?)

→ harmonisation des pratiques

Conclusion

- Renforcement des interactions ville-hôpital via l'HAD
- Actions différentes auprès des prescripteurs :
 - en direction des ES
 - en direction de la ville (Médecins Généralistes)

→ Travail collaboratif avec les HAD, l'Omédit et NormAntibio !

Merci de votre attention et de votre participation !!

