



Etat des lieux de la prescription antibiotiques en HAD

Docteur Elise Fiaux, NormAntibio

Docteurs C. Bouglé, M. Lefebvre, D. Monzat,
OMEDIT Normandie

Réunion normande des référents en antibiothérapie

18 octobre 2019

Contexte

- Infections de plus en plus complexes
 - sur matériel (durée prolongée)
 - bactéries multirésistantes → ATB IV et coûteux
- Situation hospitalière :
 - ↓ coûts liés aux hospitalisations : ↓ durée de séjour
 - ↓ nombre de lits en médecine et en chirurgie
- Développement de l'«OPAT» (Outpatient Parenteral Antibiotherapy)
 - IDE à domicile +/- prestataire
 - HAD

Contexte

- ↑ 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)

Source FNHAD. Données 2016.

Contexte

- Mais aussi, prescriptions d'ATB pour un patient pris en charge en HAD pour une autre pathologie...
 - **Aucune donnée précise nationale 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	
Commentaires	

Posologie :

ATB1	
ATB2	
ATB3	
Commentaires	

-

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

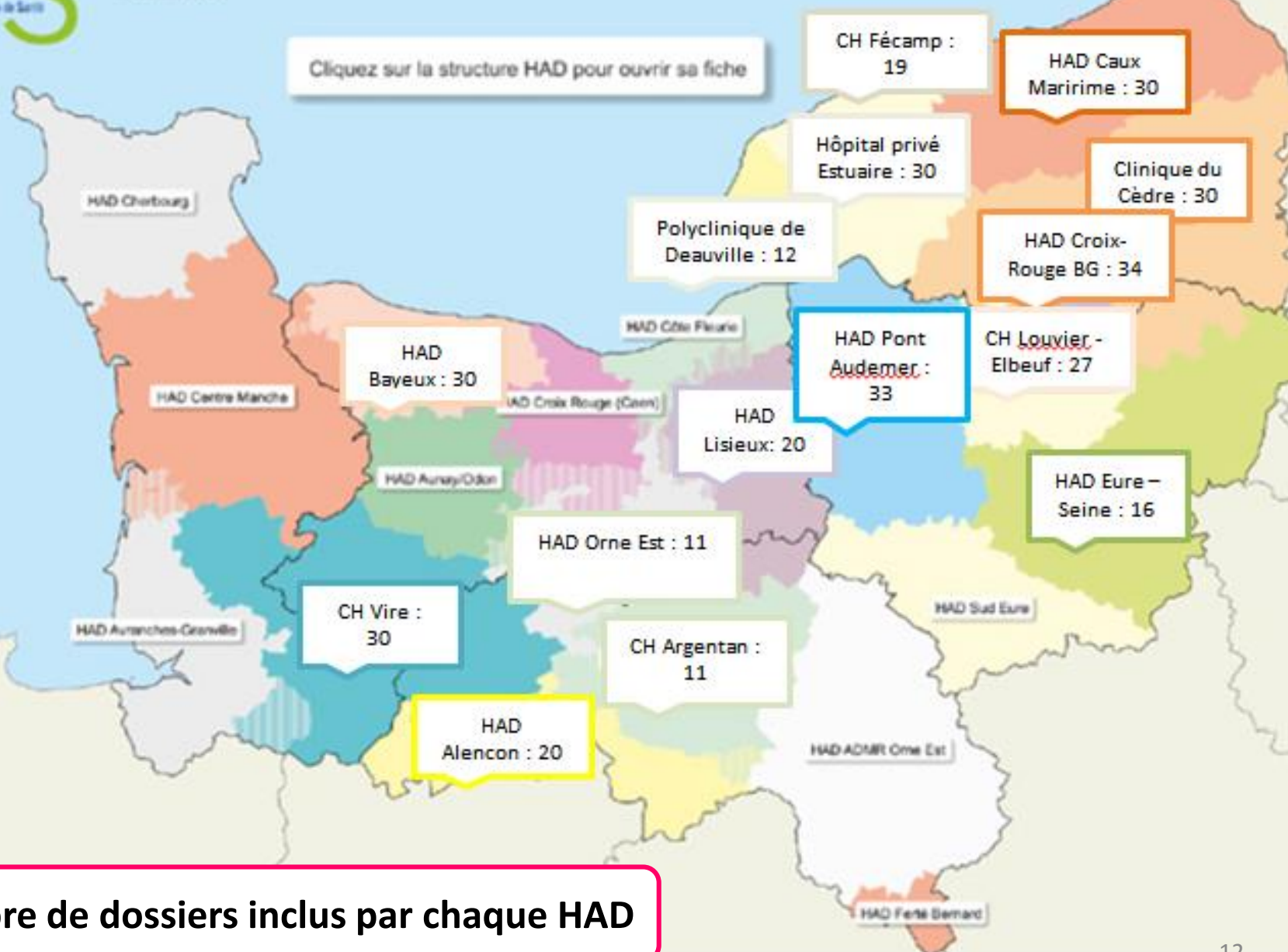
NA

Résultats

Participation

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

Cliquez sur la structure HAD pour ouvrir sa fiche



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 : $79,9 \mu\text{mol/L}$

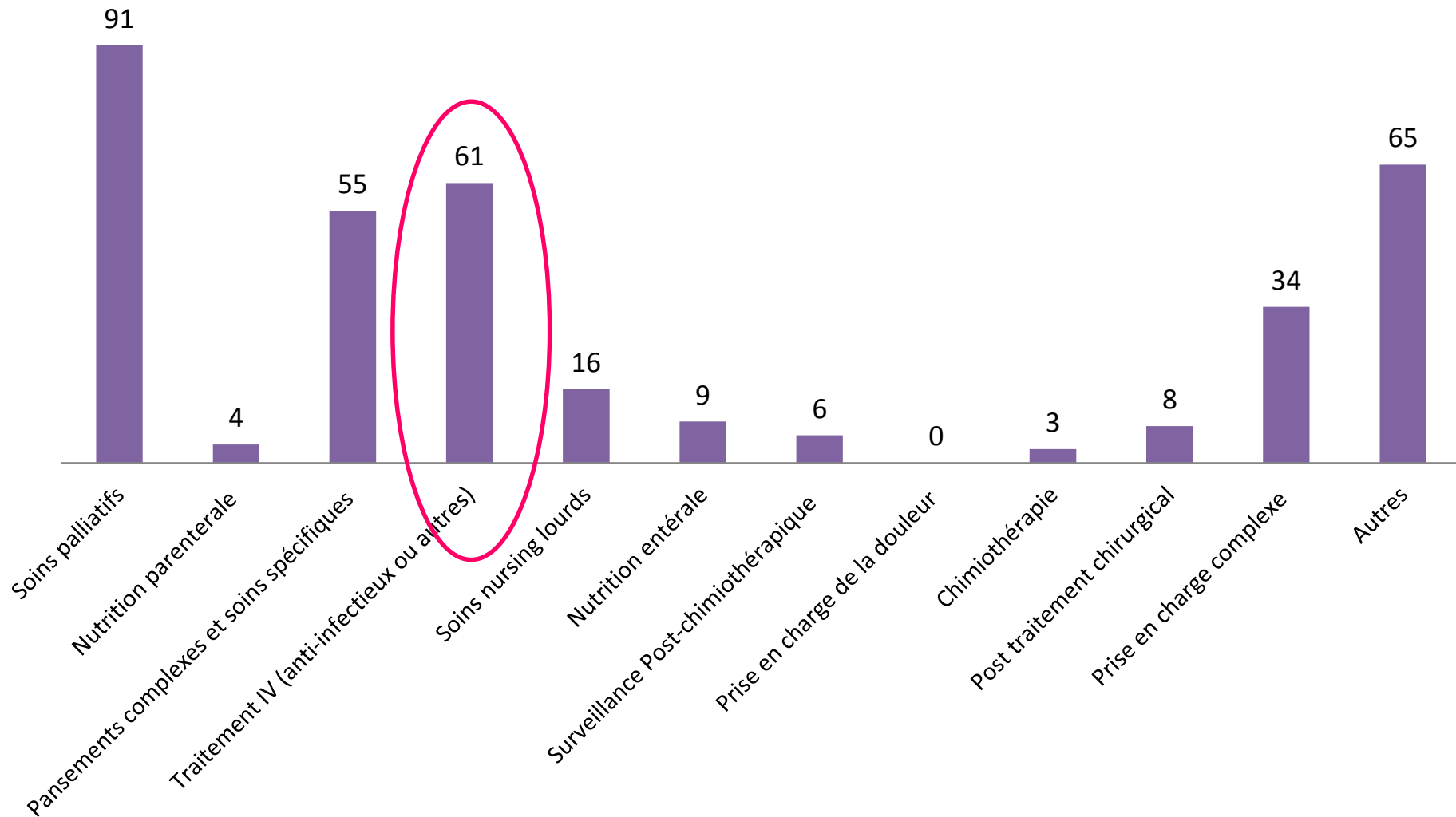
Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique		
stade de l'insuffisance rénale		Total
Stade 1 : ≥ 90	DFG normale ou augmenté	24
Stade 2: entre 60 et 90	DFG légèrement diminué	33
Stade 3 : entre 30 et 60	IRC modérée	82
Stade 4 : entre 15 et 30	IRC sévère	33
Stade 5 : <15	IRC terminale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

**123 patients
(34,8%) avec IRC**

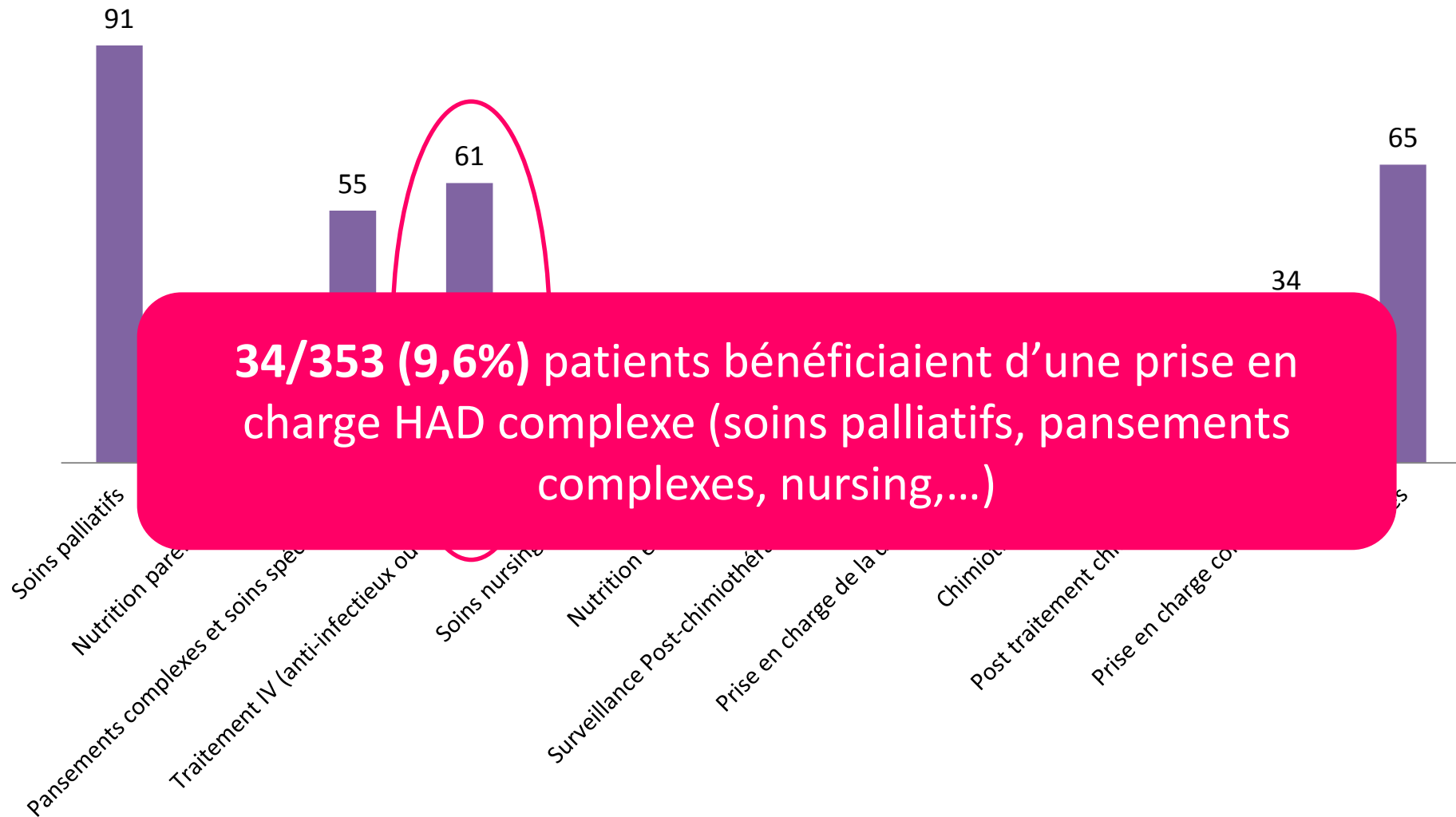
Modes de prise en charge

- 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)

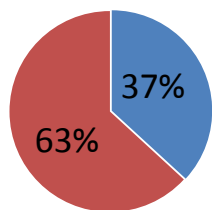


Mode de prise en charge (n= 353)



Prescripteurs

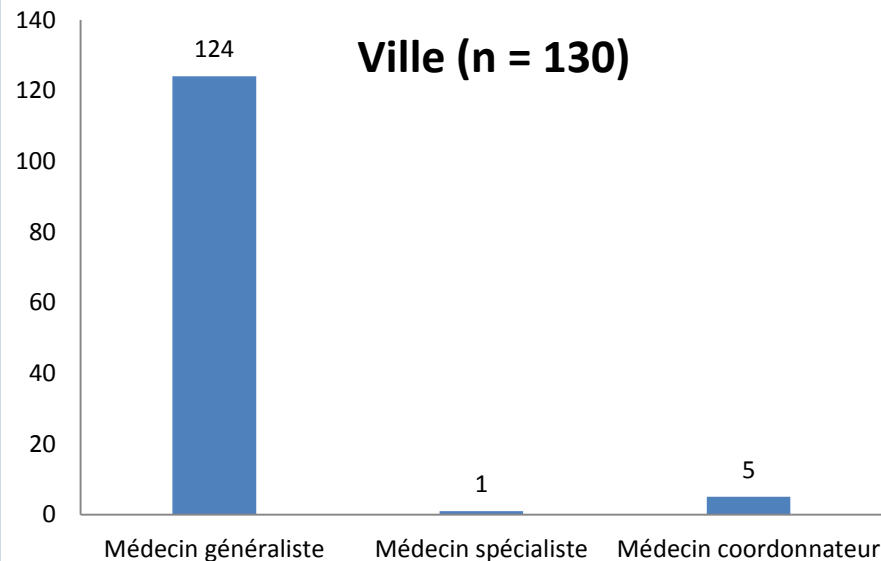
Origine de la prescription



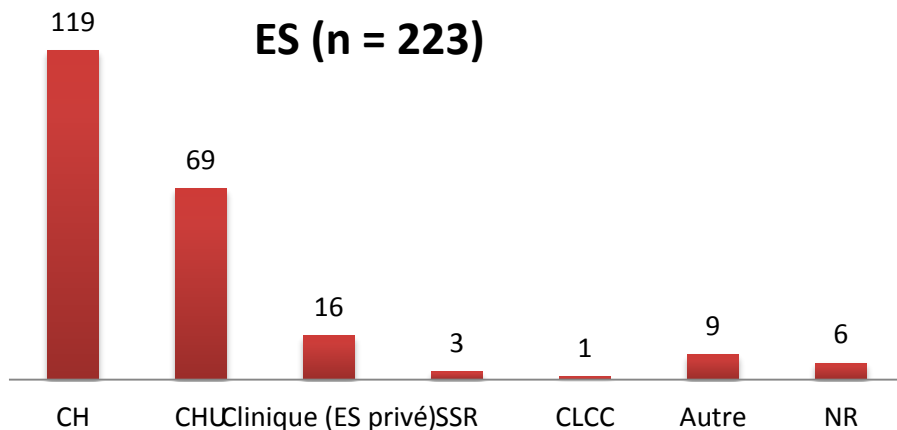
■ ville
■ ES



Ville (n = 130)

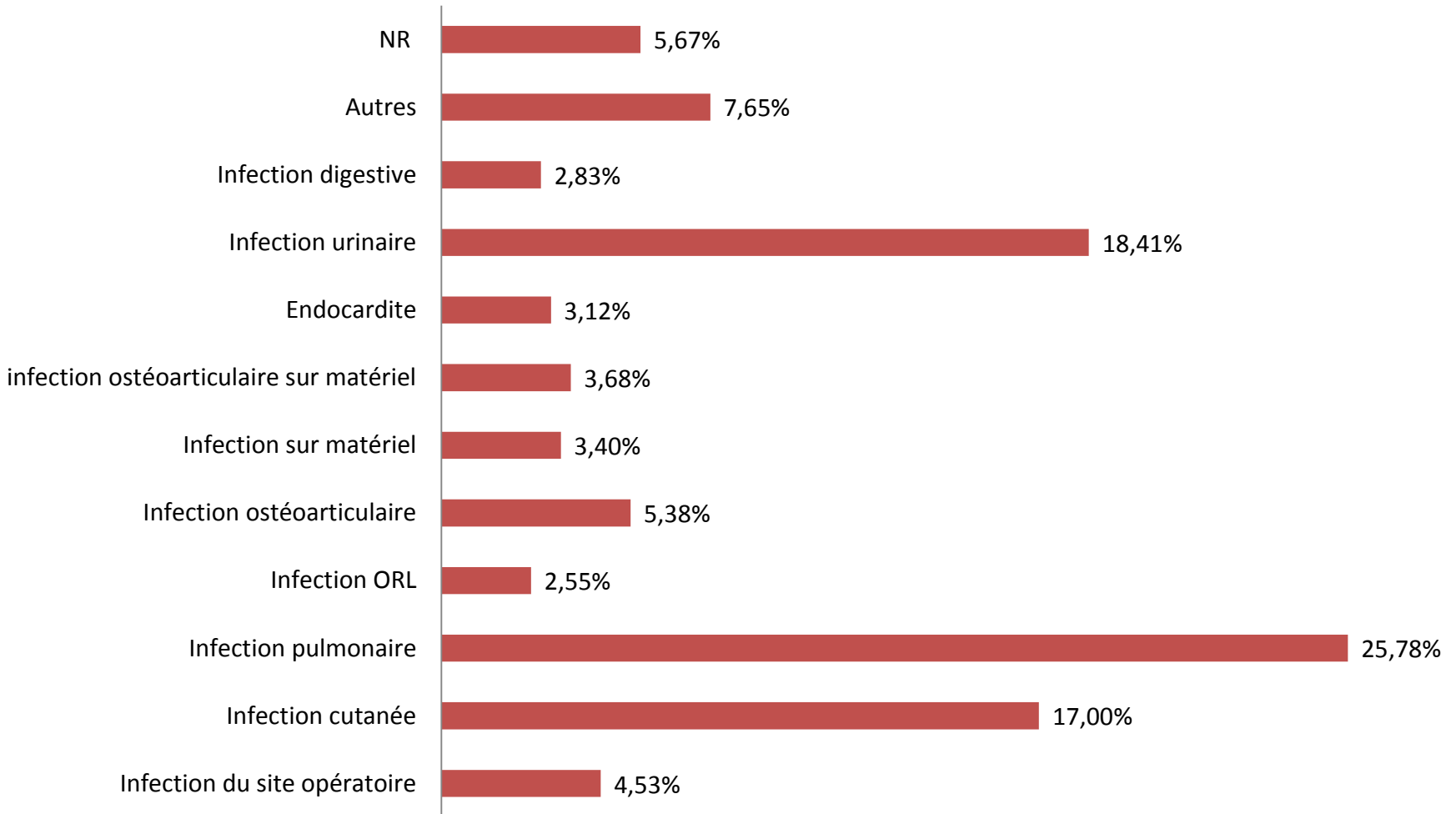


ES (n = 223)

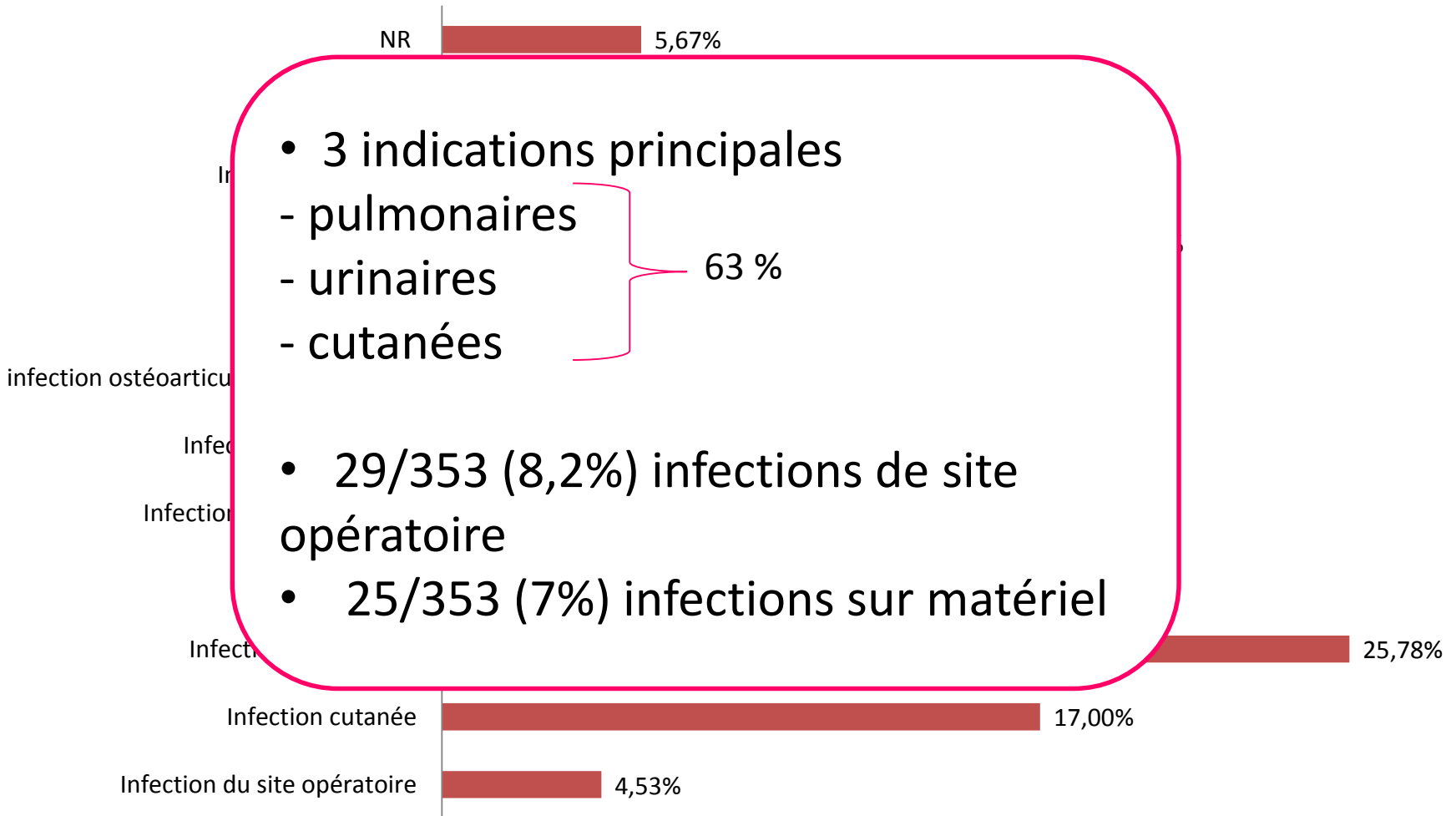


- Médecins : 144 (64,6%)
Dont 19 MIT
- Chirurgiens : 50 (22,4%)
dont 21 ortho
- NR : 29 (13%)

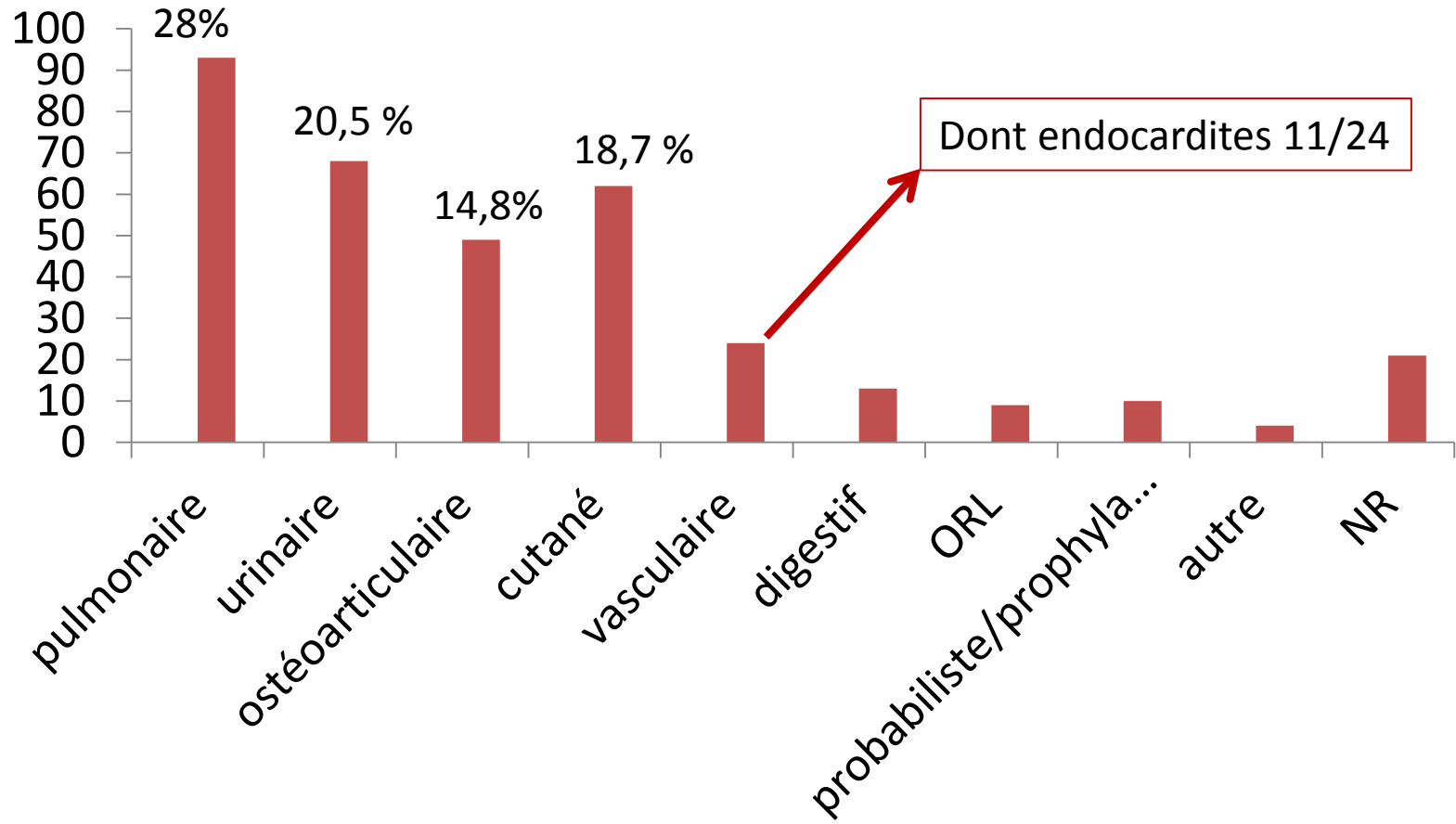
Indications



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

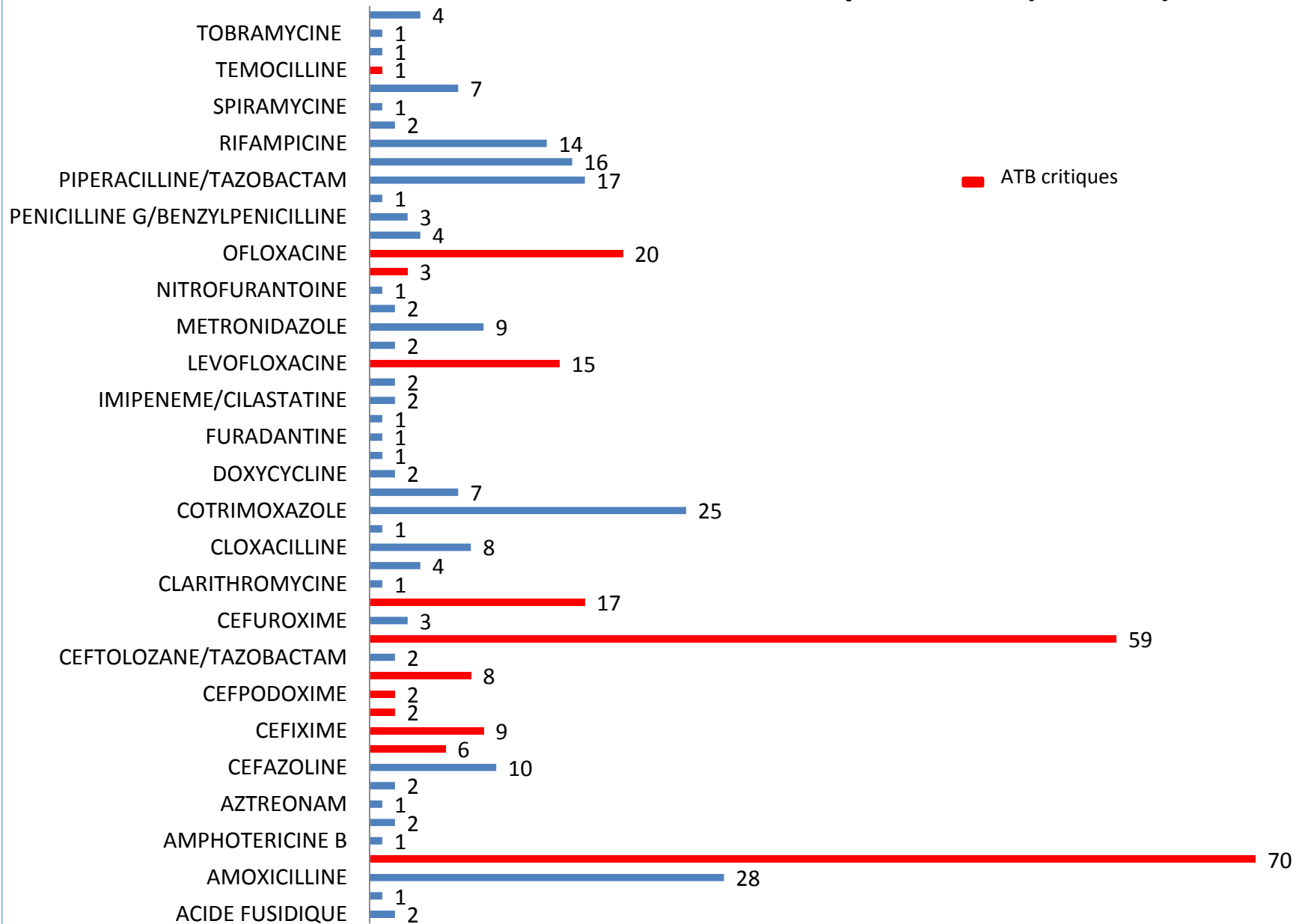
Vis à vis des bactéries à Gram positif et à Gram négatif

- fosfomycine injectable

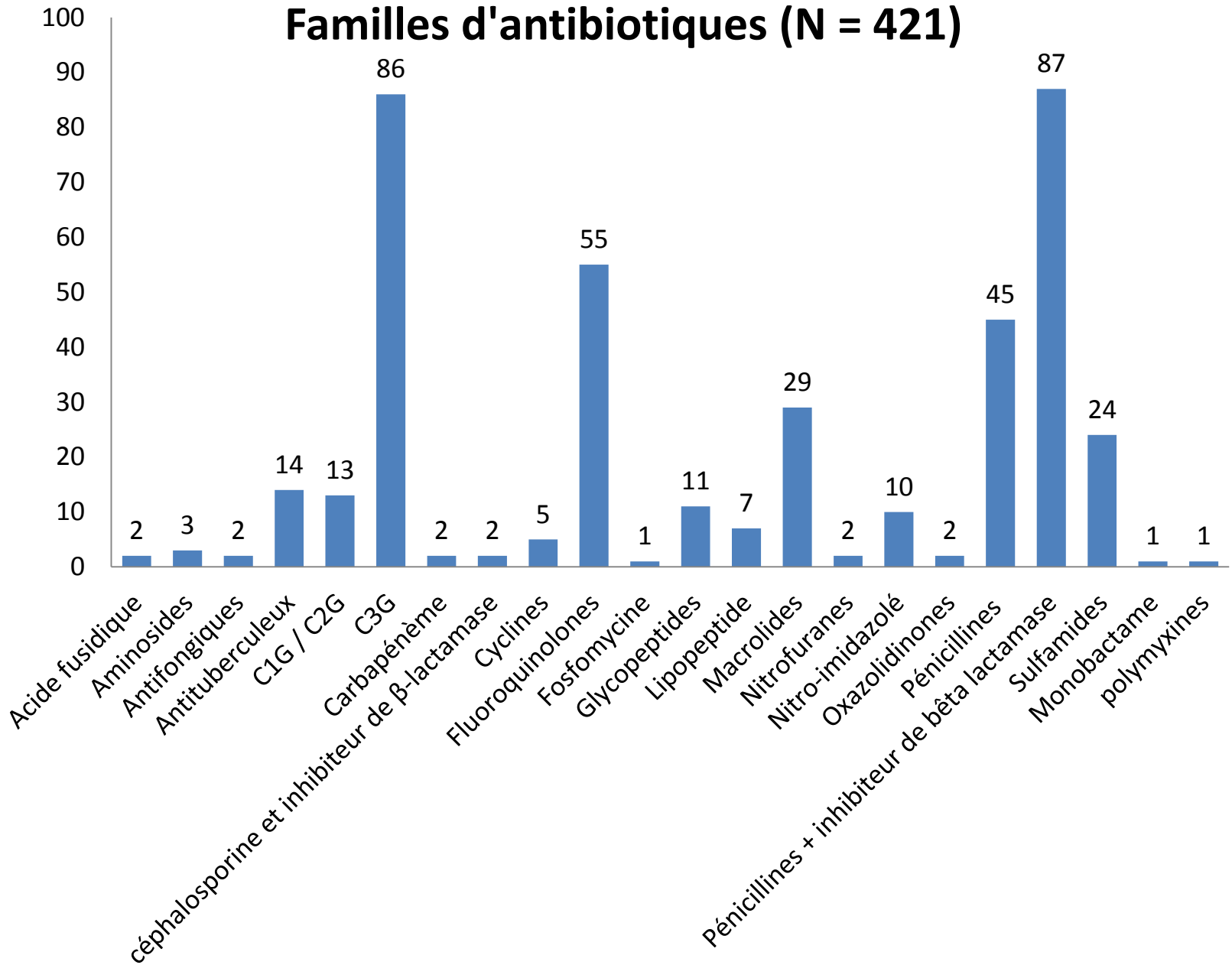
***Particulièrement générateurs de résistances bactériennes*

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

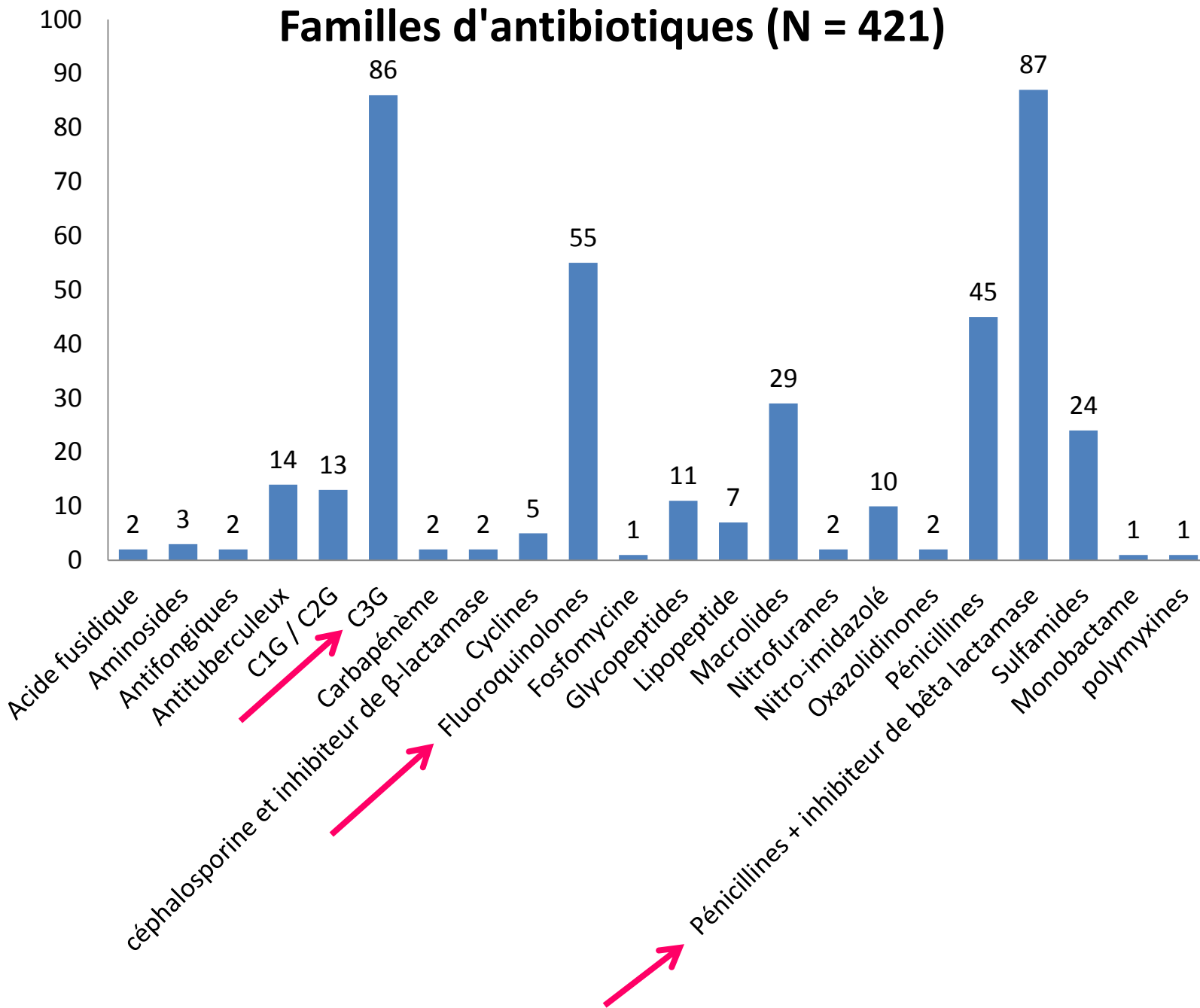
Molécules prescrites (N = 421)



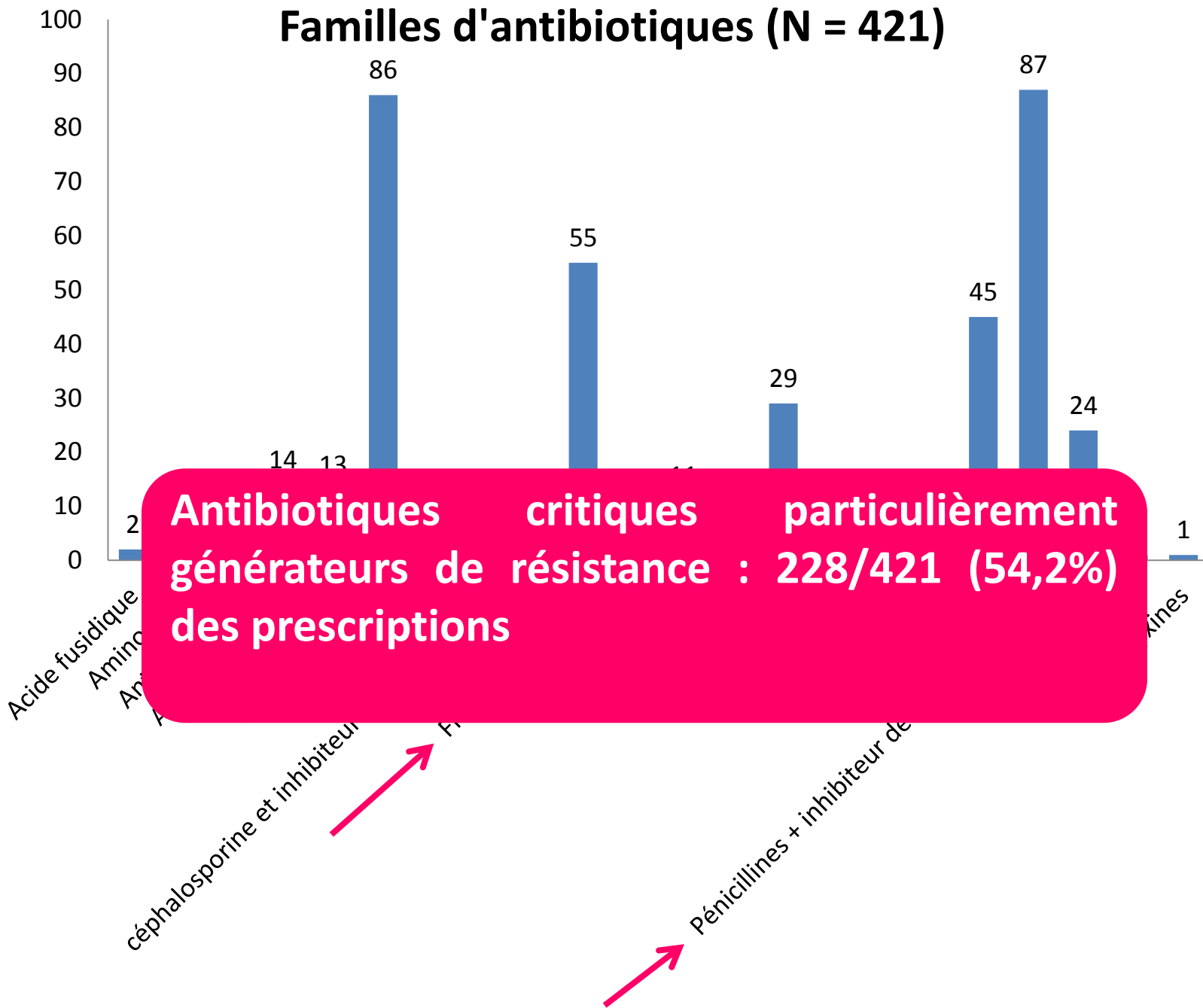
Familles d'antibiotiques (N = 421)



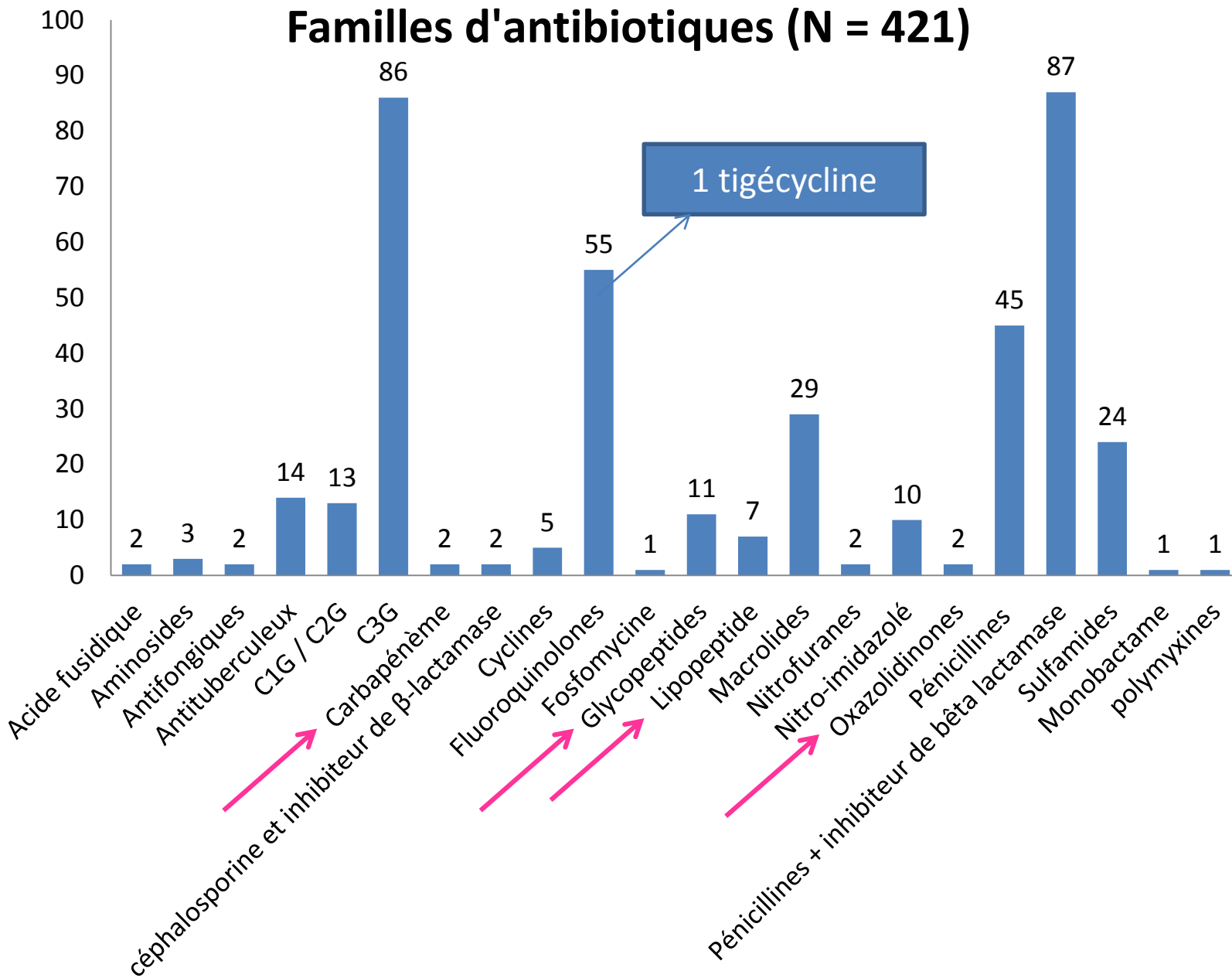
Familles d'antibiotiques (N = 421)



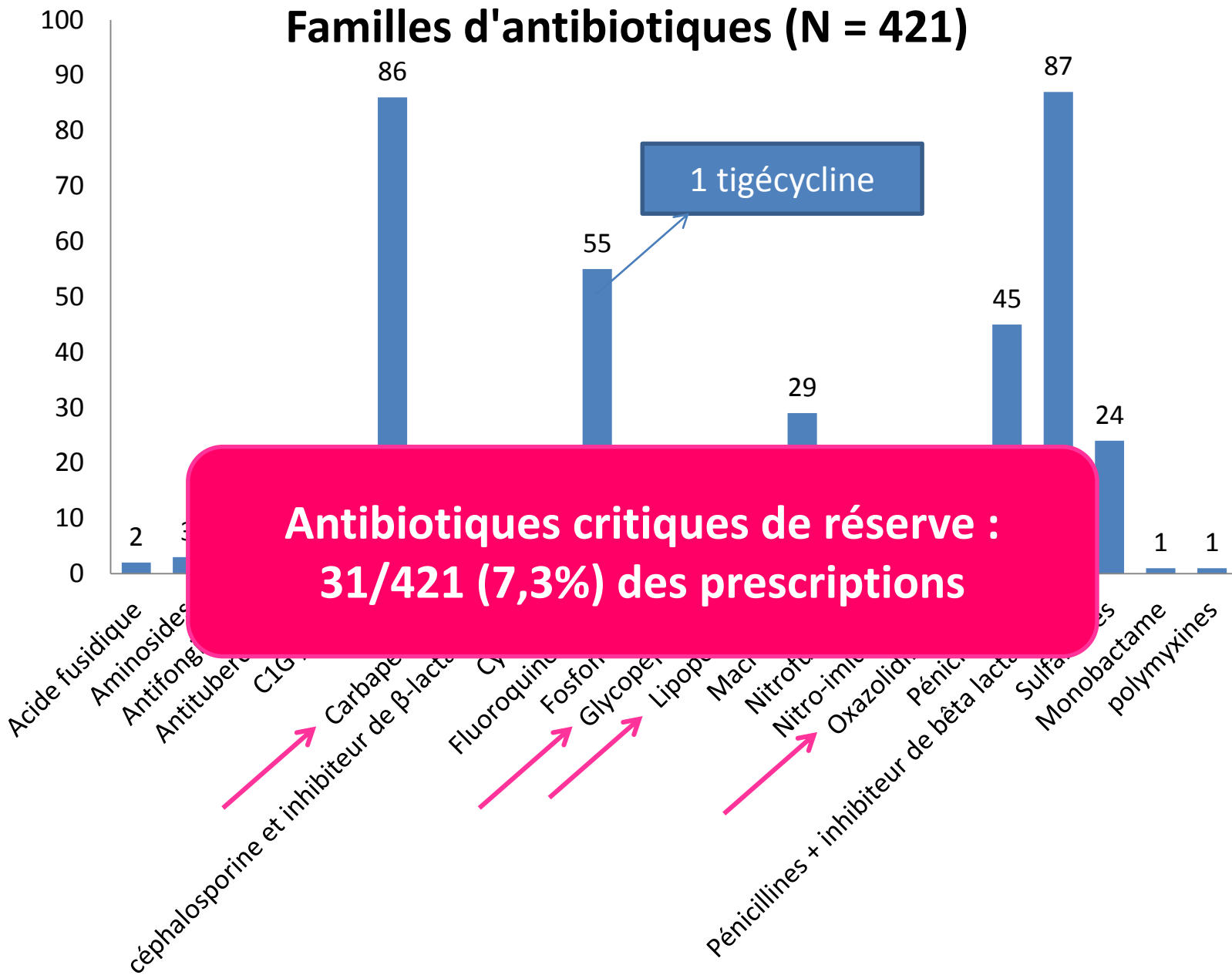
Familles d'antibiotiques (N = 421)



Familles d'antibiotiques (N = 421)

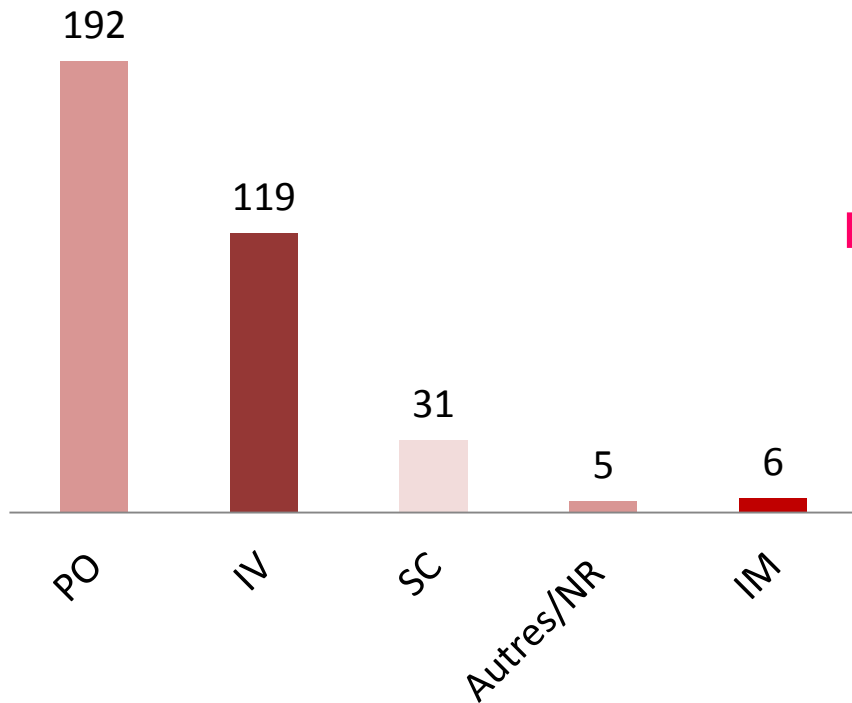


Familles d'antibiotiques (N = 421)

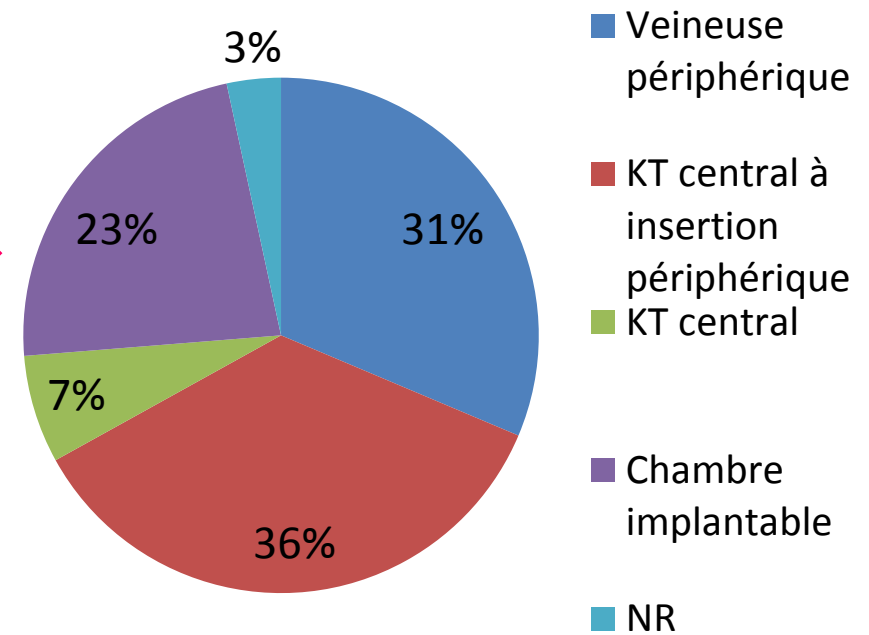


Administration

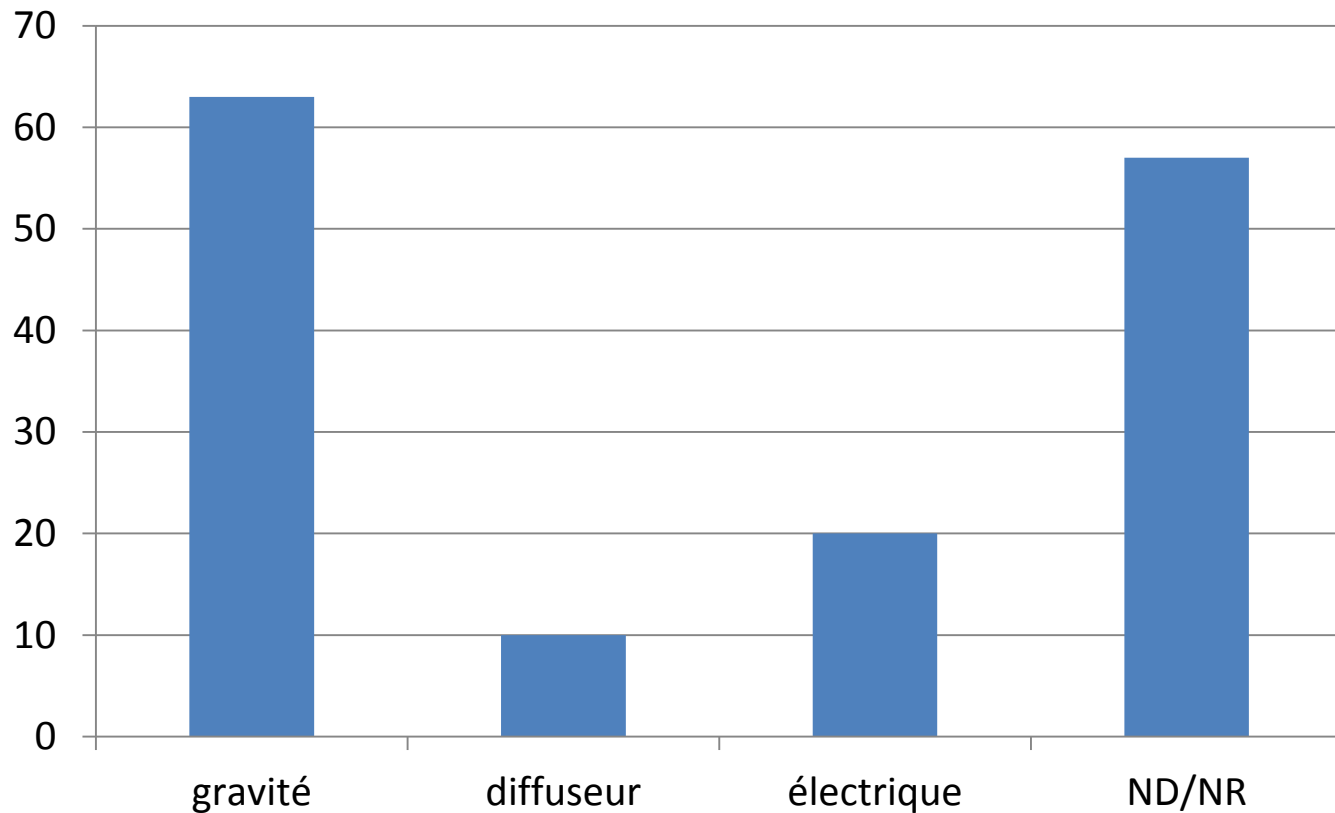
Voies d'administration (N=353)



Administration IV (n= 119)

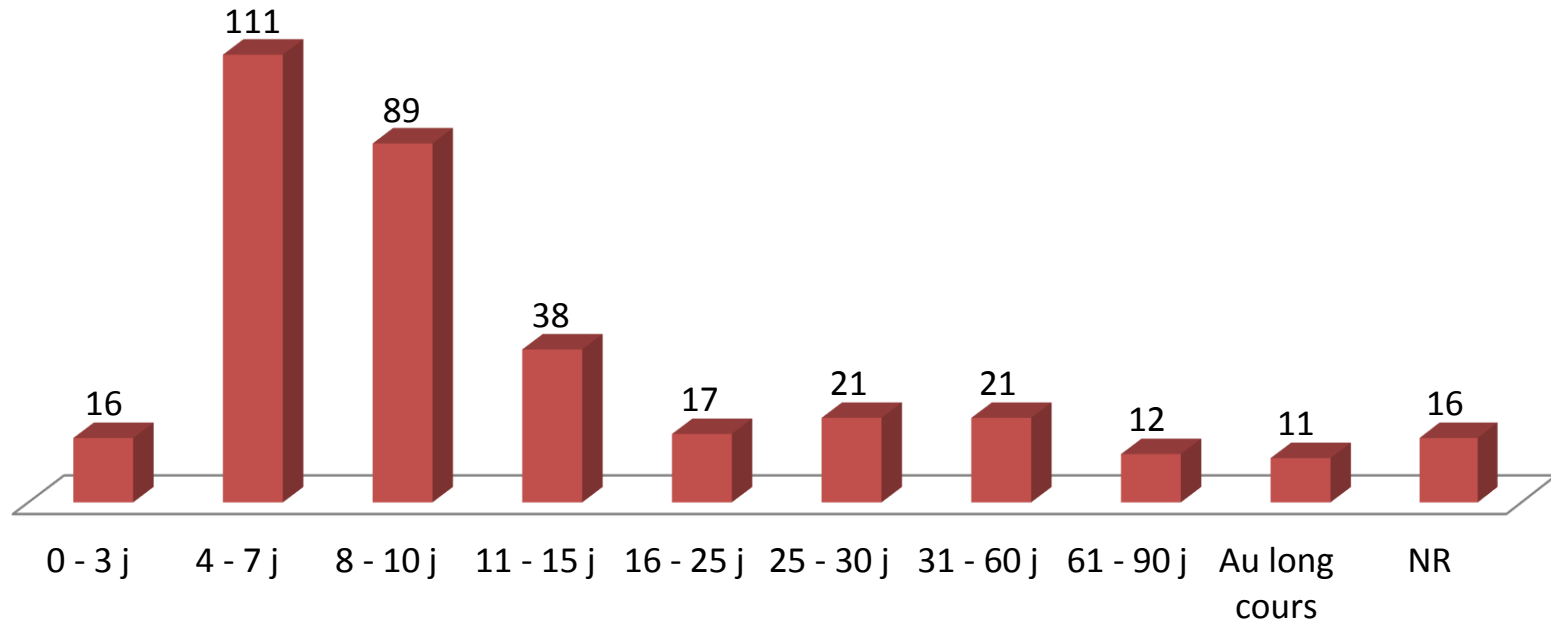


Mode d'administration parentérale (N = 150)



57 données manquantes (ND/NR)

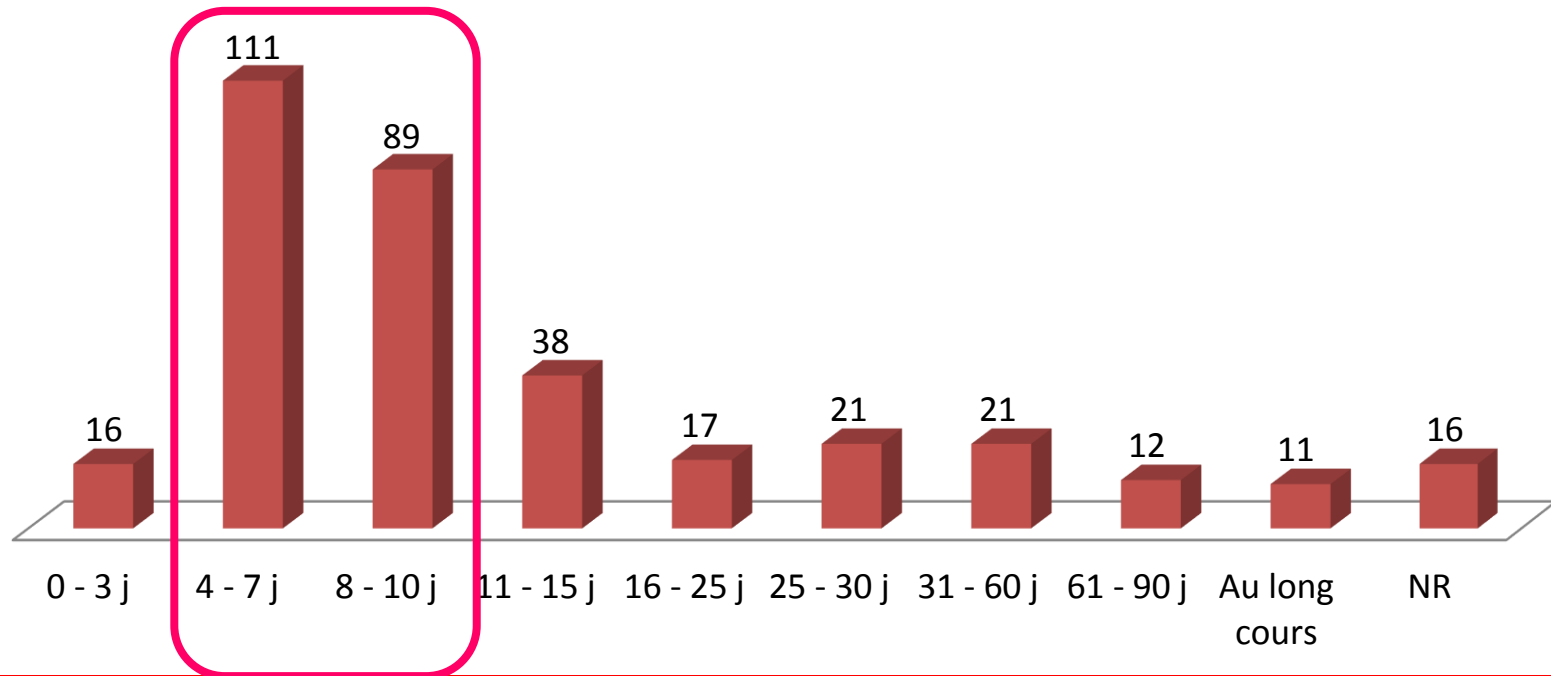
Durée d'ATB prescrite en HAD



Durée d'antibiothérapie (N = 353)

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

Durée d'ATB prescrite en HAD

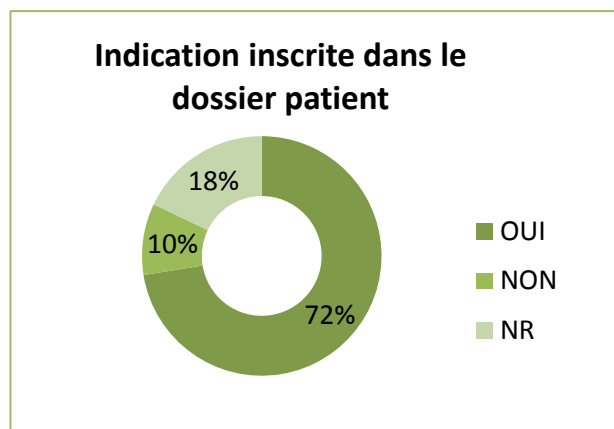
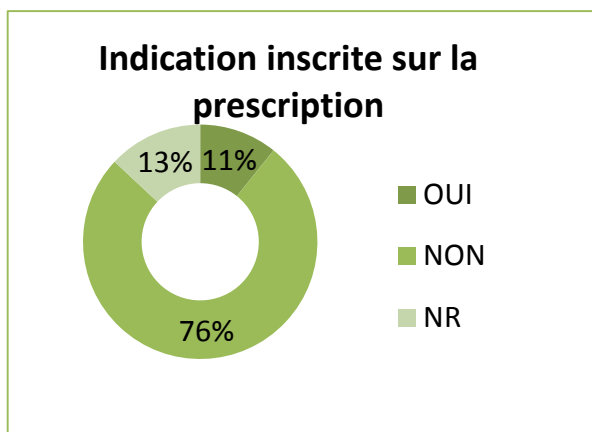


Durée d'antibiothérapie (N = 353)

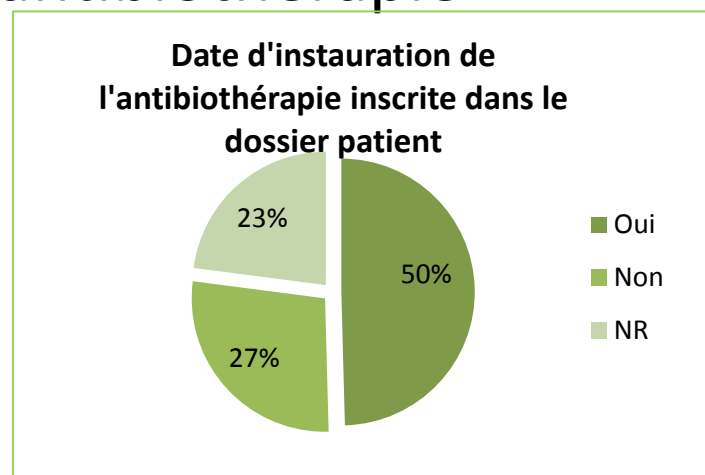
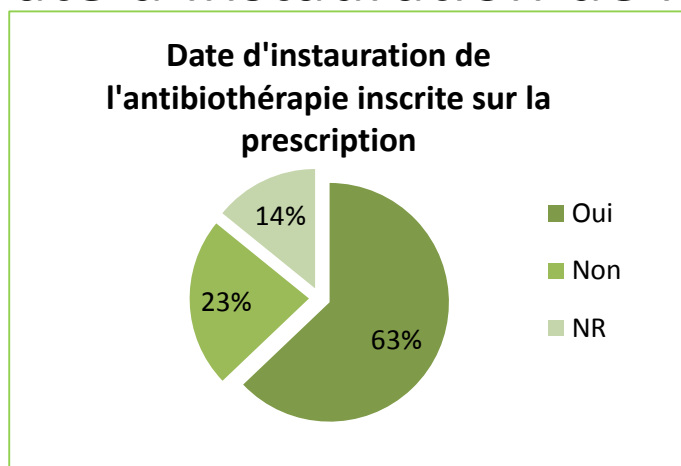
- Médiane : 8 j [3-180] -exclusion des ttt au long cours-
- Moyenne : 16,4 j \pm 12,7

Traçabilité des données

1) Indication

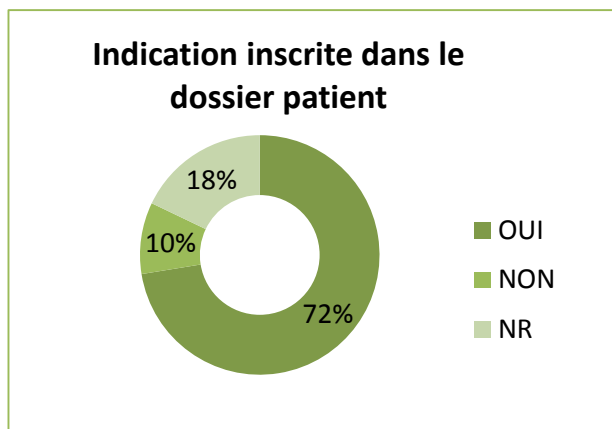
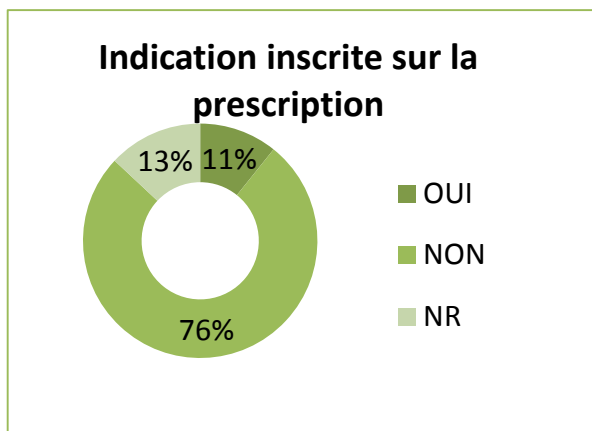


2) Date d'instauration de l'antibiothérapie

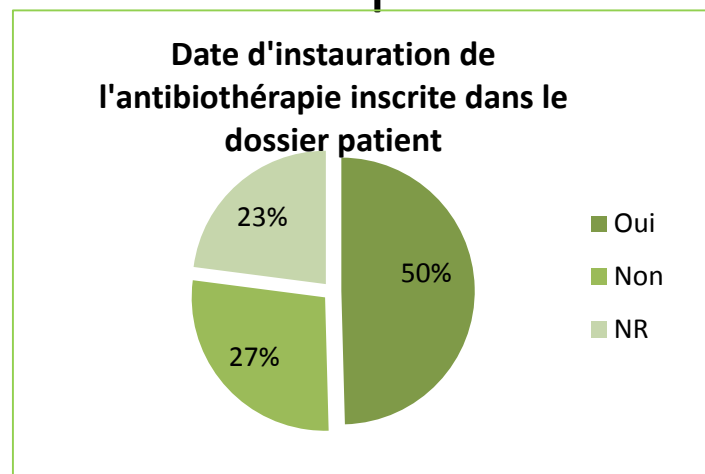
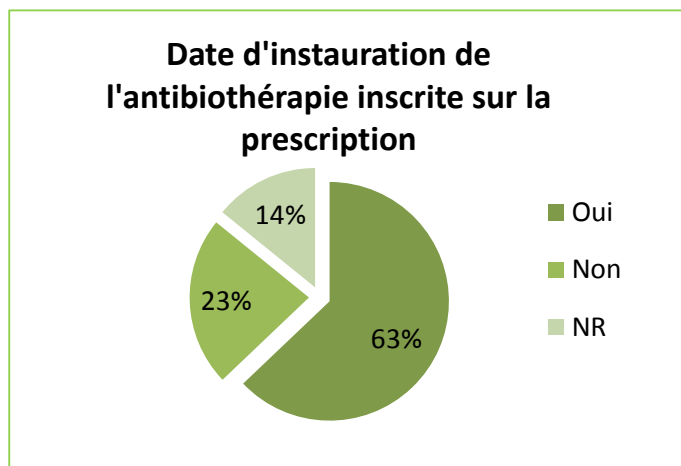


Traçabilité des données

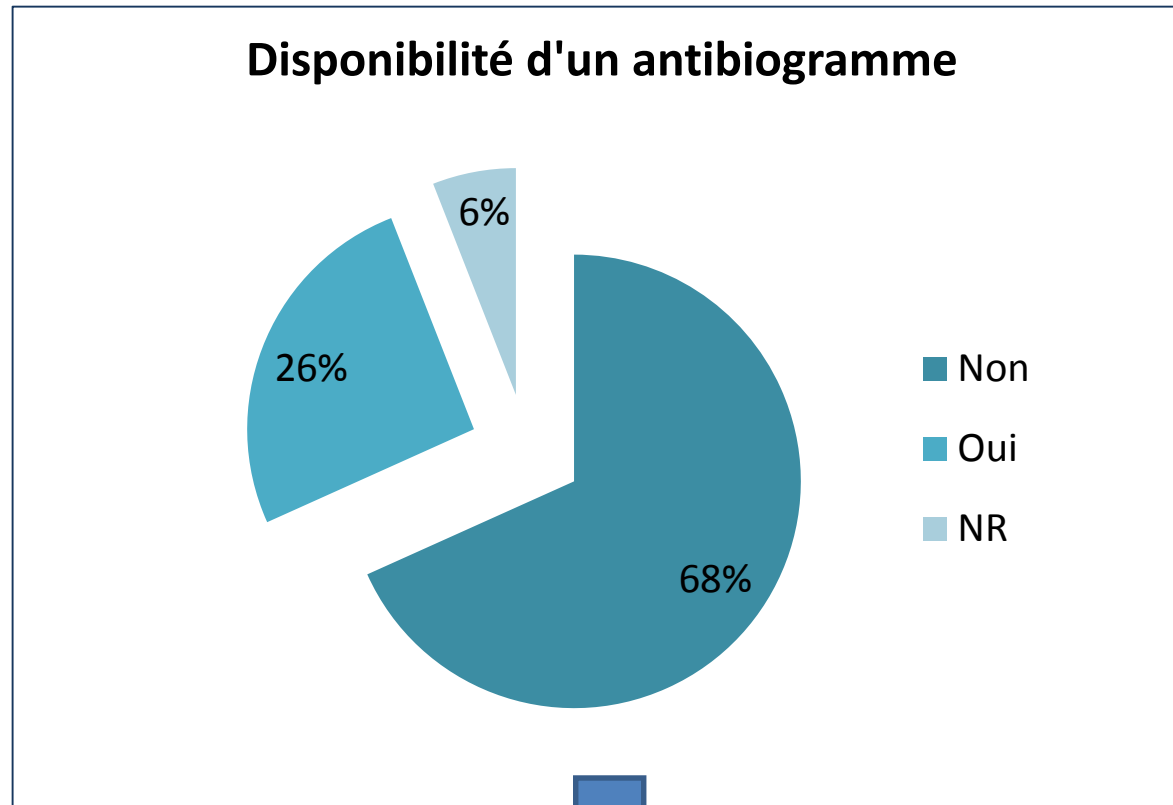
1) Indication



2) Date d'instauration de l'antibiothérapie



Traçabilité des données

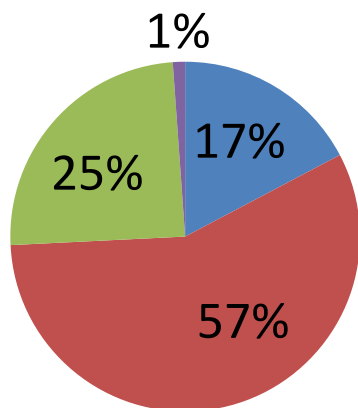


Dans 93 % des cas où il était disponible, l'antibiotique était adapté à l'antibiogramme.

Réévaluation

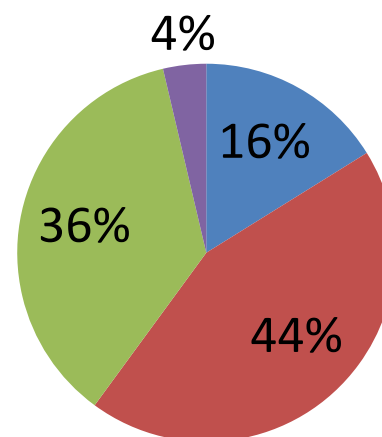
Réévaluation H48-72

■ Oui ■ Non ■ NA ■ NR



Réévaluation à J7

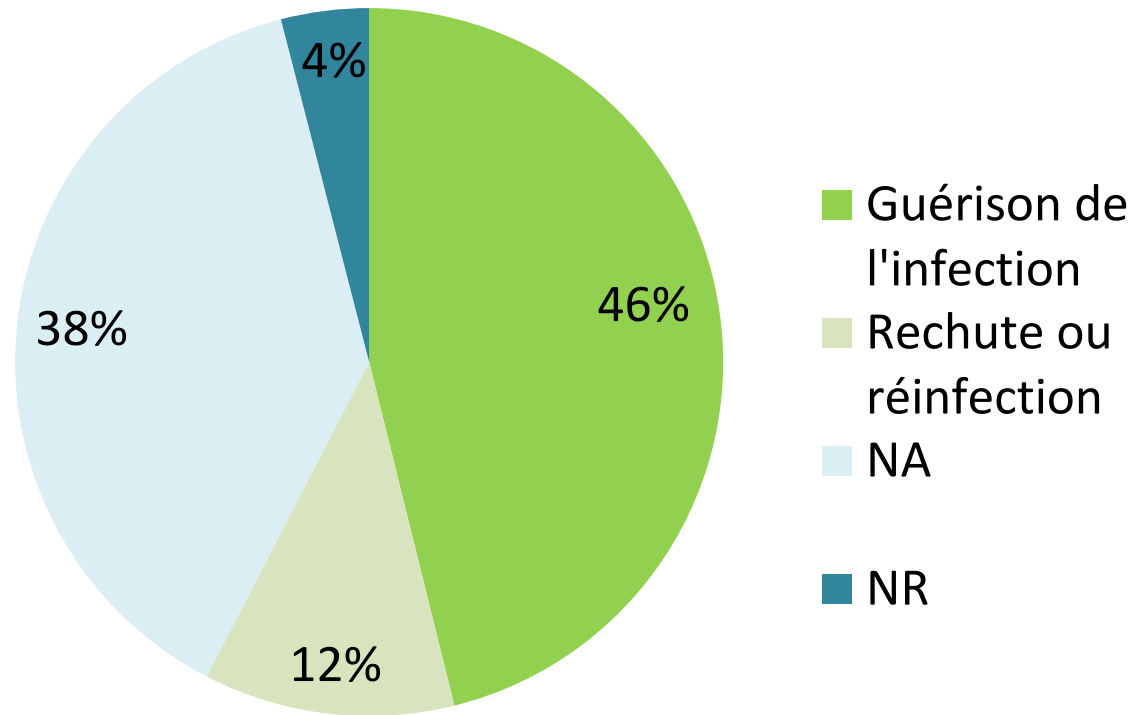
■ Oui ■ Non ■ NA ■ NR



Taux de réévaluation très faible même à H48

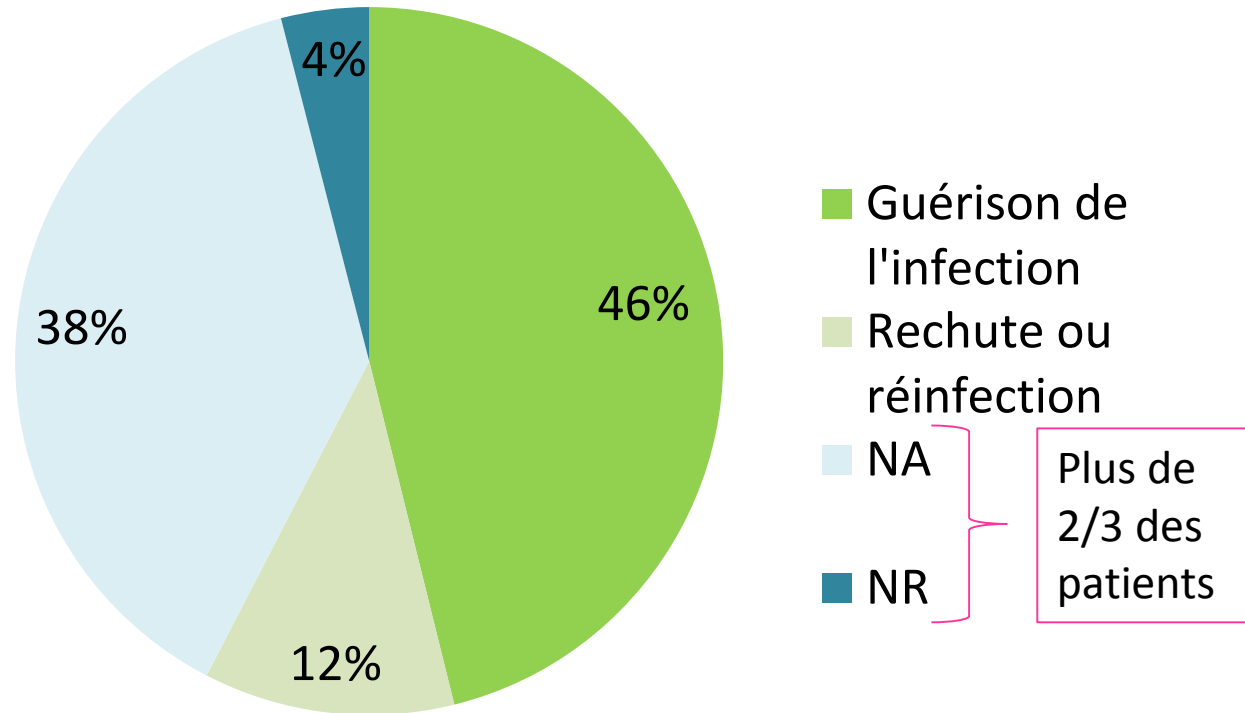
Evolution

Evolution/fin de traitement



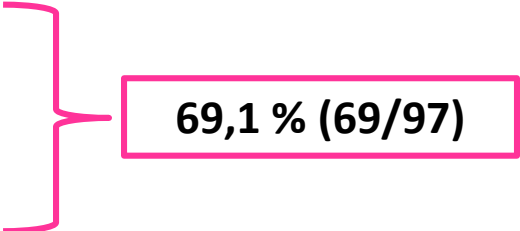
Evolution

Evolution/fin de traitement



Focus sur les 97 prescriptions ayant « déclenché » l'HAD

- Origine de la prescription : **ES ++** 92/97 (94,8%) vs MG 5/97 (5,2%)
- Sites infectieux :
 - **ostéoarticulaire** 34 (35,1%)
 - **vasculaire** 18 (EI, infections KT) (18,6%)
 - **pulmonaire** 15 (15,5%)
 - cutané 11 (11,3%)
 - IU 10 (10,3%)
 - autres 9 (9,2%)
- 24/97 infections sur matériel (24,7 %)
- Durée identique : médiane 8 j et moyenne 16,4 j



69,1 % (69/97)

Focus sur les 97 prescriptions ayant « déclenché » l'HAD

- Antibiothérapie
 - 16 ATB critiques de réserve (16,5%)
 - 40 ATB critiques R (41,2%)

Focus sur les 256 prescriptions initiées en HAD

- Origine de la prescription :
 - 131 ville (**120 MG**, 8 Med co, 3 Med spé) (51,2%)
 - 121 ES (47,2 %)
 - 4 NR
- Sites infectieux :
 - **pulmonaire** 78 (30,4 %)
 - **urinaire** 58 (22,7 %)
 - **cutané** 51 (19,9 %)
 - ostéoarticulaire 15 (5,9 %)
 - vasculaire 6 (EI, infections KT) (2,3 %)
 - Autres 25 (10,1%) : 8 dig, ORL 9, gynéco 1, proba 7, prophylaxie 1

73 % 187/256
- Durée identique : médiane 8 j et moyenne 16,3 j

Focus sur les 256 prescriptions initiées en HAD

- Antibiothérapie :
 - pénicilline+inhibiteurs : 61/256 (dont 55/61 amox/clav)
 - FQ : 36/256
 - C3G : 64/256
- 161/256 (62,9%) ATB critiques
 - 237 monottt (92,6%)
 - 36 bittt (14,1%)
 - 1 trittt
 - ND

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 discuter : ville vs ES, chir vs med
 - analyse de la conformité des prescriptions non réalisable en l'état car nombreuses données manquantes et objectif non affiché initialement par l'audit

Discussion (3)

- Néanmoins... Des données intéressantes !
- Patients plutôt âgés et majoritairement 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)
MAIS 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, nombreuses mais rétrospectives
- Analyse de conformité des prescriptions ?
- 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 !

**OMEDIT
Normandie
(Audrey Rouillé)**



**A toutes les
HAD
participantes !**

Merci de votre attention



JE VAIS VOUS
PRESCRIRE
UNE HOSPITALISATION
À DOMICILE,
CE SERA BEAUCOUP
MOINS LOURD !

ON VOIT QUE
VOUS N'AVEZ
JAMAIS GOÛTÉ
À LA CUISINE
DE MA FEMME

RÉGIS