



# AUDIT ANTIBIOTHÉRAPIE EN EHPAD : RÉSULTATS DU 1<sup>ER</sup> TOUR

*Camille Vallance  
Médecin généraliste remplaçante  
7 octobre 2016, Pont-à-Mousson*

# MES LIENS D'INTÉRÊT

- Je déclare n'avoir aucun lien, direct ou indirect, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits\*

\* *Mention obligatoire selon l'article L4113-13 du Code de la Santé Publique (inséré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art.26 du Journal Officiel du 5 mars 2002)*



# SOURCES DOCUMENTAIRES

- Le guide Ehpad Omedit/ARS Lorraine/Antibiolor
- La SPILF et sa page consacrée aux EHPAD :  
<http://www.infectiologie.com/site/ehpad.php>



# LES ACTEURS

- ANTIBIOLOR



- Le GLAM : le groupe lorrain d'audit médical



# LE CONSTAT

- Un mésusage de l'antibiothérapie →
  - En ville
  - A l'hôpital
  - *Et en EHPAD*



# CONTEXTE ACTUEL

- 600 000 résidents
- 7752 EHPAD
- 251 en Lorraine (selon données ARS Lorraine)
  
- → infections fréquentes (1)
- → 50-80% : au moins une antibiothérapie/an (2)
  
- Jusqu'à 50% de ces prescriptions : inappropriées ou inutiles (2, 3)
  
- → *pas de consensus ou recommandations internationales*
  
- (1) Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infection. *Lancet Infect DIS* 2002; 2: 659-666
- (2) Van Buul LW, Van der Steen JT, Veenhuizen RB, et al. Antibiotic use and resistance in long term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13: 568 e561-513
- (3) Dyar OJ, Pagani L, Pulcini C. Strategies and challenges of antimicrobial stewardship in long-term care facilities. *Clin Microbiol Infect.* 2015; 21: 10-19.



# GUIDE OMEDIT/ARS/ANTIBIOLOR

## → Objectifs :

- aide à la prescription
- meilleur usage des antibiotiques en EHPAD



# L'AUDIT « ANTIBIOTHÉRAPIE EN EHPAD »

- Thèse médecine générale :
  - Présidente : Mme le Pr Céline PULCINI
  - Directeur : Mr le Dr Jacques BIRGE
  
- Objectif principal :
  - Évaluer amélioration des pratiques de prescription
  
- Objectifs secondaires :
  - Faisabilité
  - Acceptabilité d'un audit externe





# L'AUDIT « ANTIBIOTHÉRAPIE EN EHPAD »

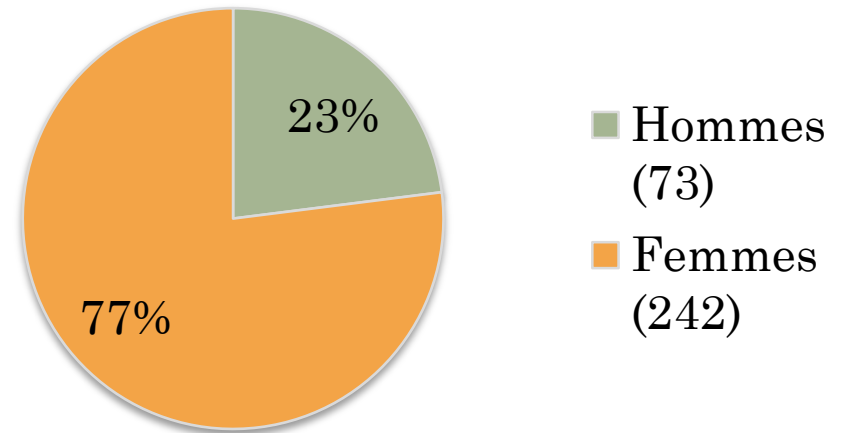
- 251 EHPAD lorrains
- Recueil : 30 jours maximum
  
- Critères inclusion :
  - *Les 30 premiers résidents de l'EHPAD recevant des antibiotiques, prescrits par tout médecin intervenant dans l'EHPAD, sur une période de 30 jours maximum, même si le nombre de 30 résidents n'est pas atteint.*
  
- Critères exclusion :
  - *Tout résident dont la prescription actuelle d'antibiotiques émane d'un service hospitalier.*



# PARTICIPATION À L'AUDIT :

- → 16 % (soit 40 grilles)
- 8 patients par EHPAD
- → 75 ans et plus en lorraine en 2015 :
  - 220 074 (Insee 2015)
    - 82 443 hommes = 37%
    - 137 631 femmes = 63%
- Âge moyen : 85,8 ans

## Répartition Sexe pour 315 résidents inclus



# ANALYSE DES DONNÉES DE L'AUDIT :

- Objectifs de qualité fixés pour le 1<sup>er</sup> tour :
  - Diagnostic : 80%
  - Molécule choisie : 90%
  - Voie d'administration / dose journalière : 95%
  - Durée : 90%



# CONFORMITÉ DIAGNOSTIQUE GLOBALE :

## Diagnostic

CONFORME		NON CONFORME	Impossible de répondre (IDR)
OUI	« DOUTE »	NON	
155	69	23	68
49%	22%	7%	22%
<b>72%</b>		<b>6%</b>	<b>22%</b>



# CONFORMITÉ

MOLÉCULE/VOIE/DOSE/DURÉE :

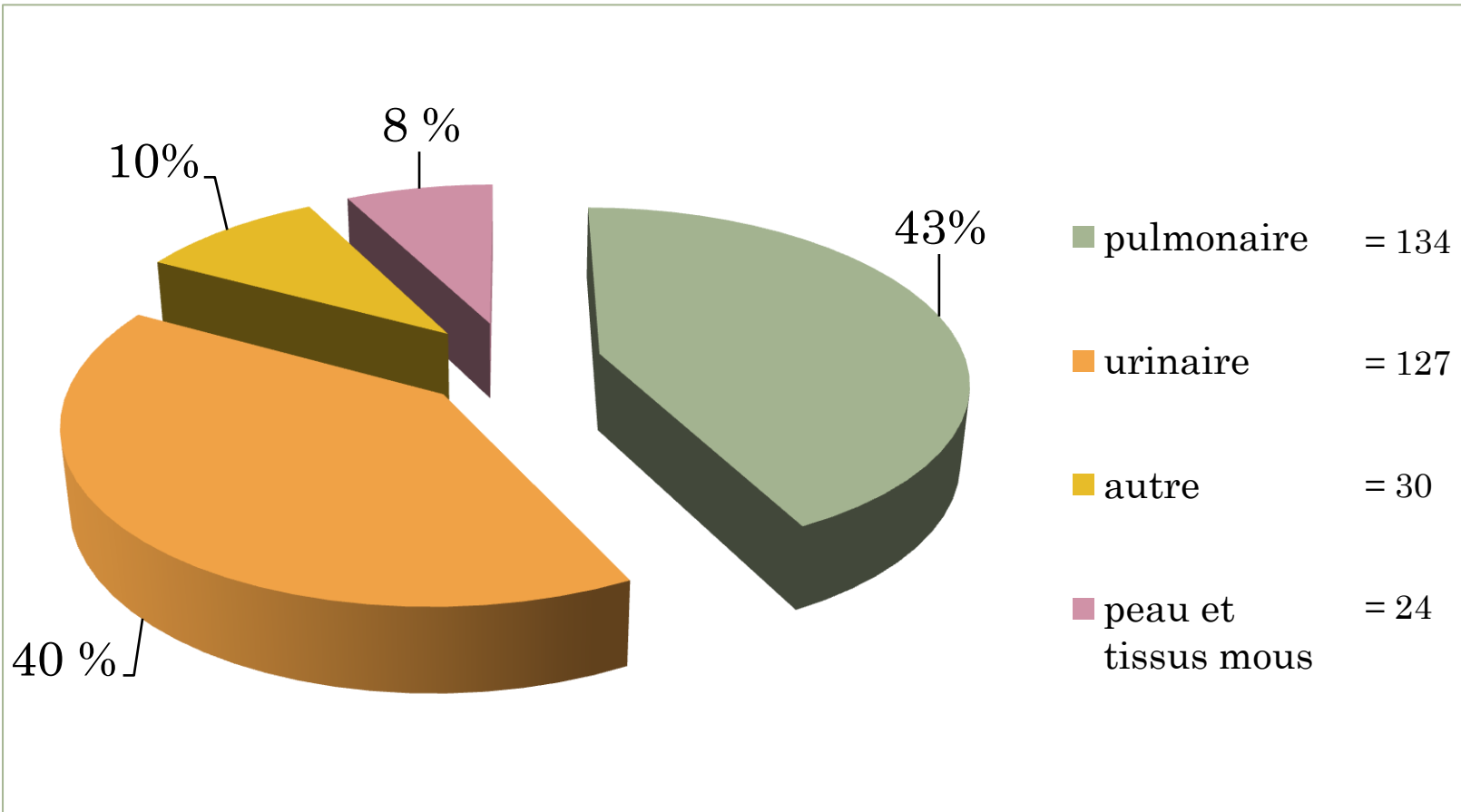
	Conforme	Non conforme
Molécule	51%	49%
Voie	98%	2%
Dose/jour	76%	24%

	Conforme	Non conforme	Discordante
Durée	43%	40%	17%

*Discordance : durée inexacte à +/- 1 jour  
→ 71% + 1 jour → 29% -1 jour*



# RÉPARTITIONS DES PATHOLOGIES INFECTIEUSES = 315

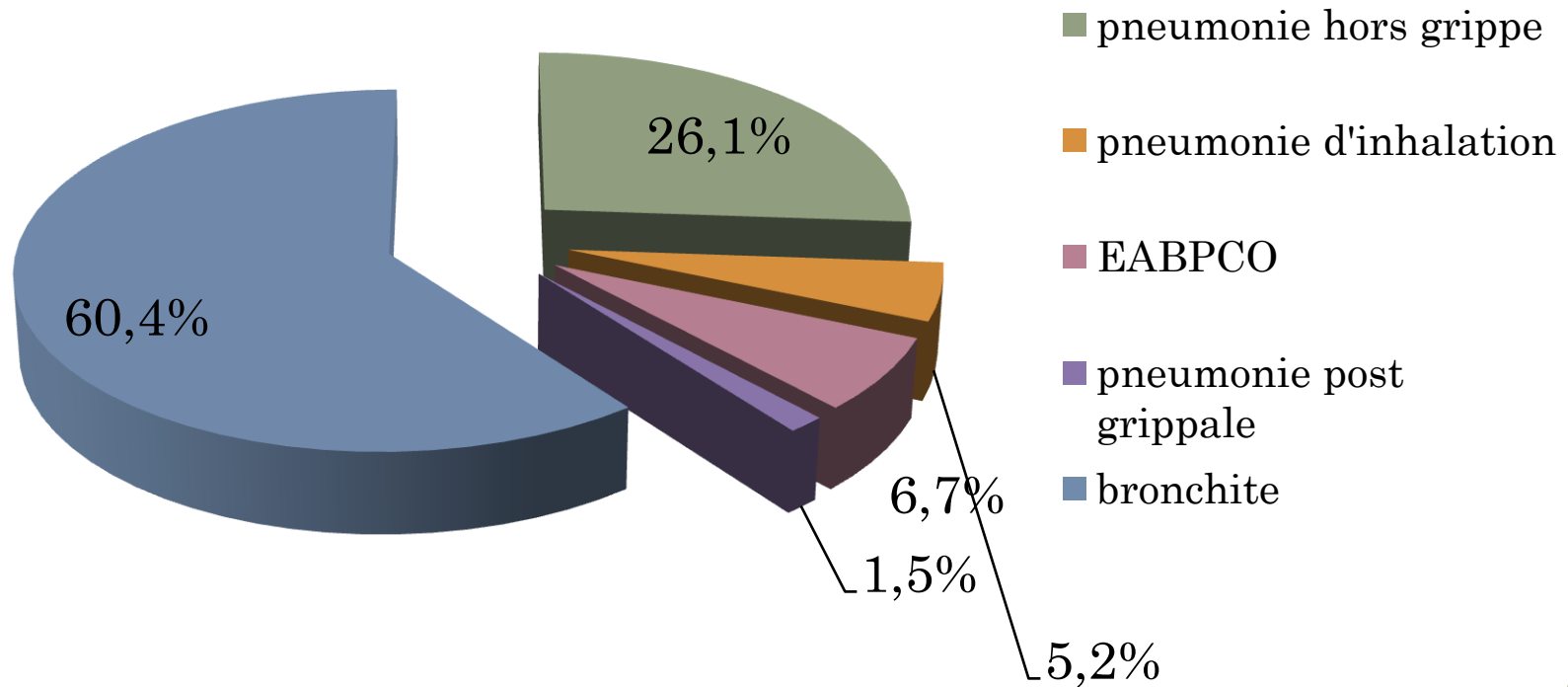


# PEAU ET TISSUS MOUS : ÉRYSIPÈLE = 13

- 54%
- Conformité diagnostique : 100%
- *Traitement global conforme : 0%*
- Molécule conforme : 54 % => amoxicilline ou pristynamycine (alternative)
  - 100% voie d'administration
  - 43% dose/jour
  - 57% durée
- Dysfonctions :
  - Durée trop longue dans 43% des cas... (+5 jours)
  - Amox/acide clavulanique : 38%



# PATHOLOGIES PULMONAIRES = 134





# PNEUMONIES COMMUNAUTAIRES = 44

- 35 pneumonies hors contexte grippal
- 7 pneumonies inhalation
- 2 pneumonies bactériennes « compliquant une grippe »
  
- Seules 4 : démarche diagnostique conforme
  - → RT
  - → difficulté diagnostique



<b>Type</b> <b>Taux de Conformité</b>	<b>PN hors contexte grippal (n=35)</b>	<b>PN d'inhalation (n=7)</b>	<b>PN bactérienne compliquant une grippe (n=2)</b>
<b>Diagnostic</b>	97 (86 « doute »)	100	100
<b>Molécule</b>	68	43	50
<b>Voie</b>	91	100	100
<b>Dose/jour</b>	83	100	100
<b>Durée</b>	26	67	100
<b>Traitement global</b>	15	29	50
<b>Amoxicilline</b>	24	14 (n=1)	50 (n=1)

# EABPCO = 9

- 55% de conformité diagnostique :
  - Dont 44% « doute diagnostique »
    - stade BPCO non renseigné/connu
    - correspondance clinique pour conclure
- Molécule conforme : 80 %
  - Voie : 100 %
  - Dose/jour : 75 %
  - Durée : 50 %
- **Traitement global : 40 %**

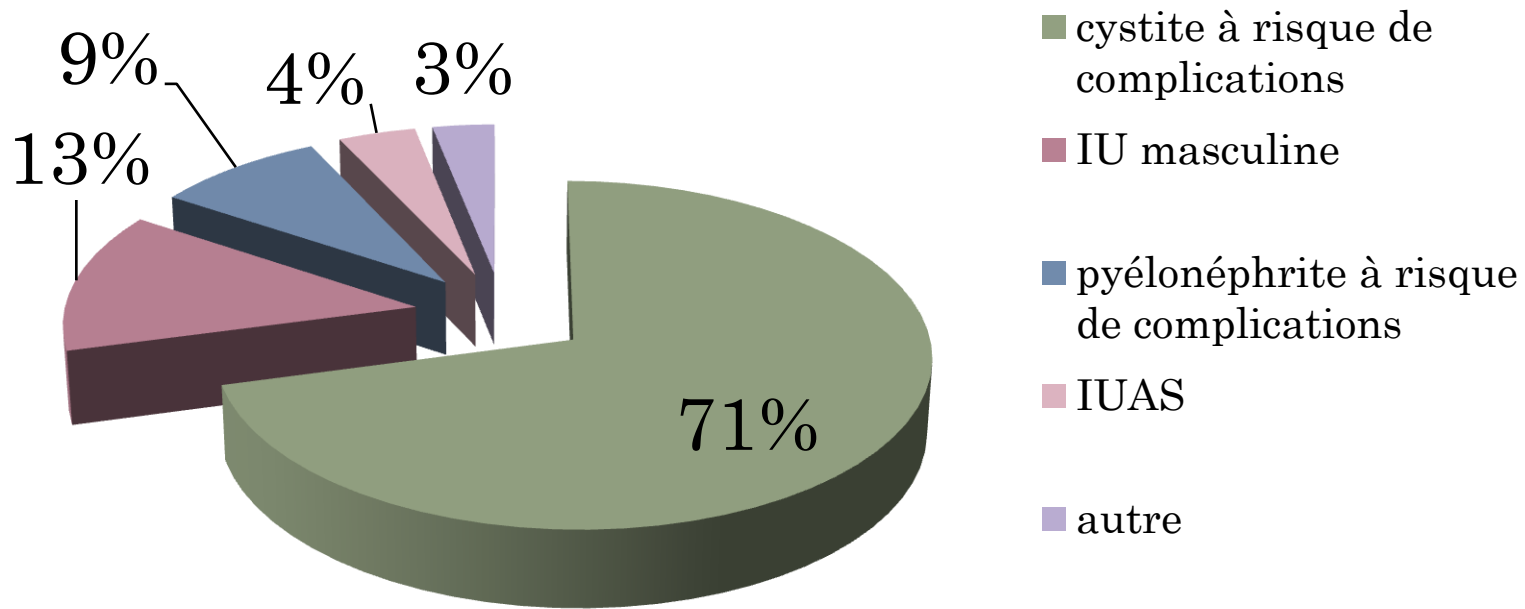


# « BRONCHITE AIGUE » = 81

- Difficultés d'analyse des données cliniques :
  - ➔ « encombrement bronchique »
  - ➔ « toux grasse et hyperthermie »
  - ➔ « bronchite », « bronchite spastique »
- Manque de données pour conclure : 20%
- Diagnostic non conforme : 16%
- Diagnostic conforme : 64%
- ➔ *Traitement antibiotique : 100%*

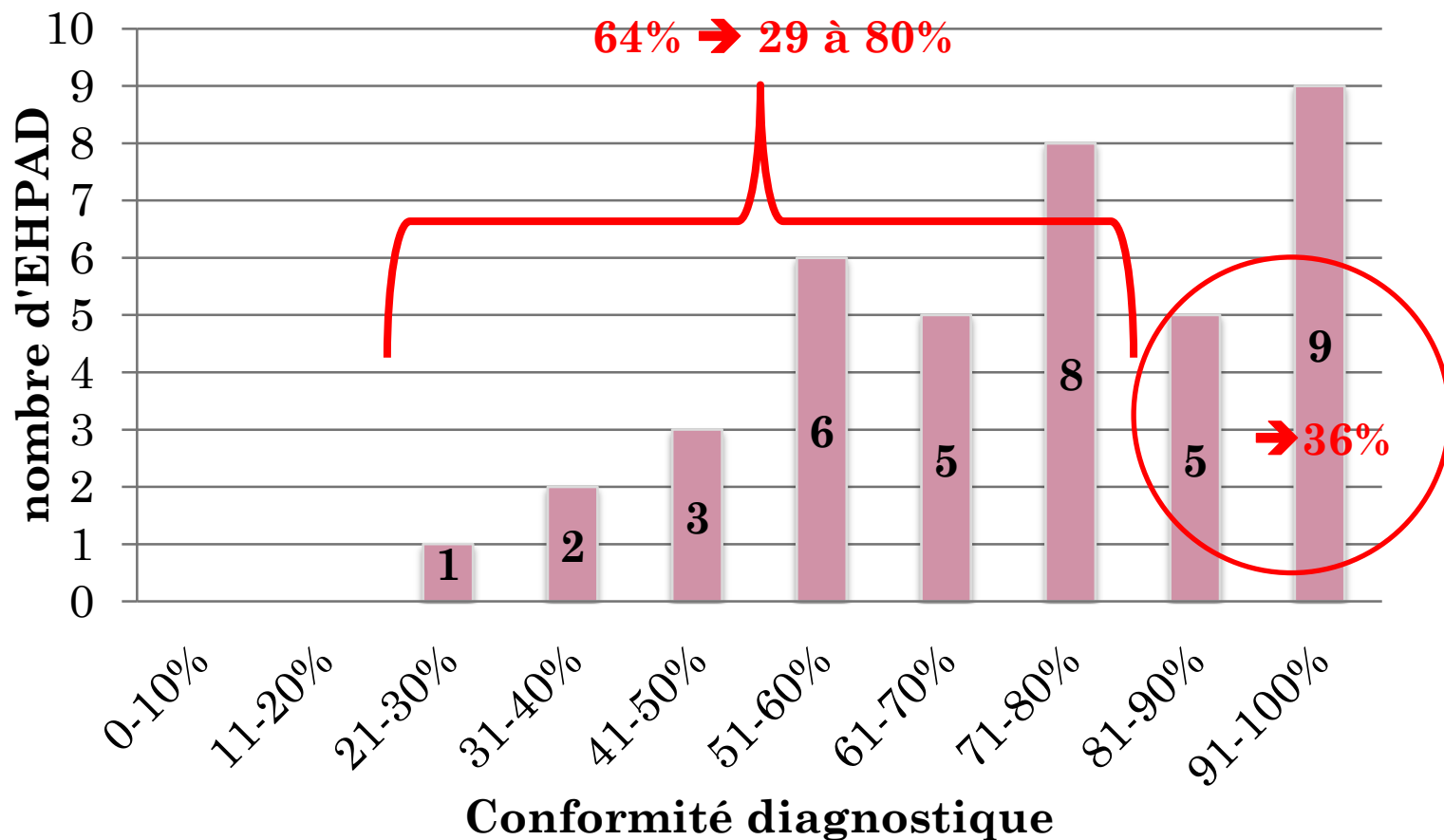


# RÉPARTITIONS PATHOLOGIES URINAIRES = 127



Type Taux de Conformité	Cystites à risque (n=90)	Pyélonéphrites à risque (n=11)	IU masculines (n=17)	IUAS (n=5)
Diagnostic	76%	82%	88%	60%
Molécule	78%	78%	33%	100%
Voie	100%	100%	100%	100%
Dose/jour	77%	57%	80%	100%
Durée	47%	29%	60%	0%
Traitement global	28%	22%	13%	0%
ECBU réalisé	82%	91%	94%	80%

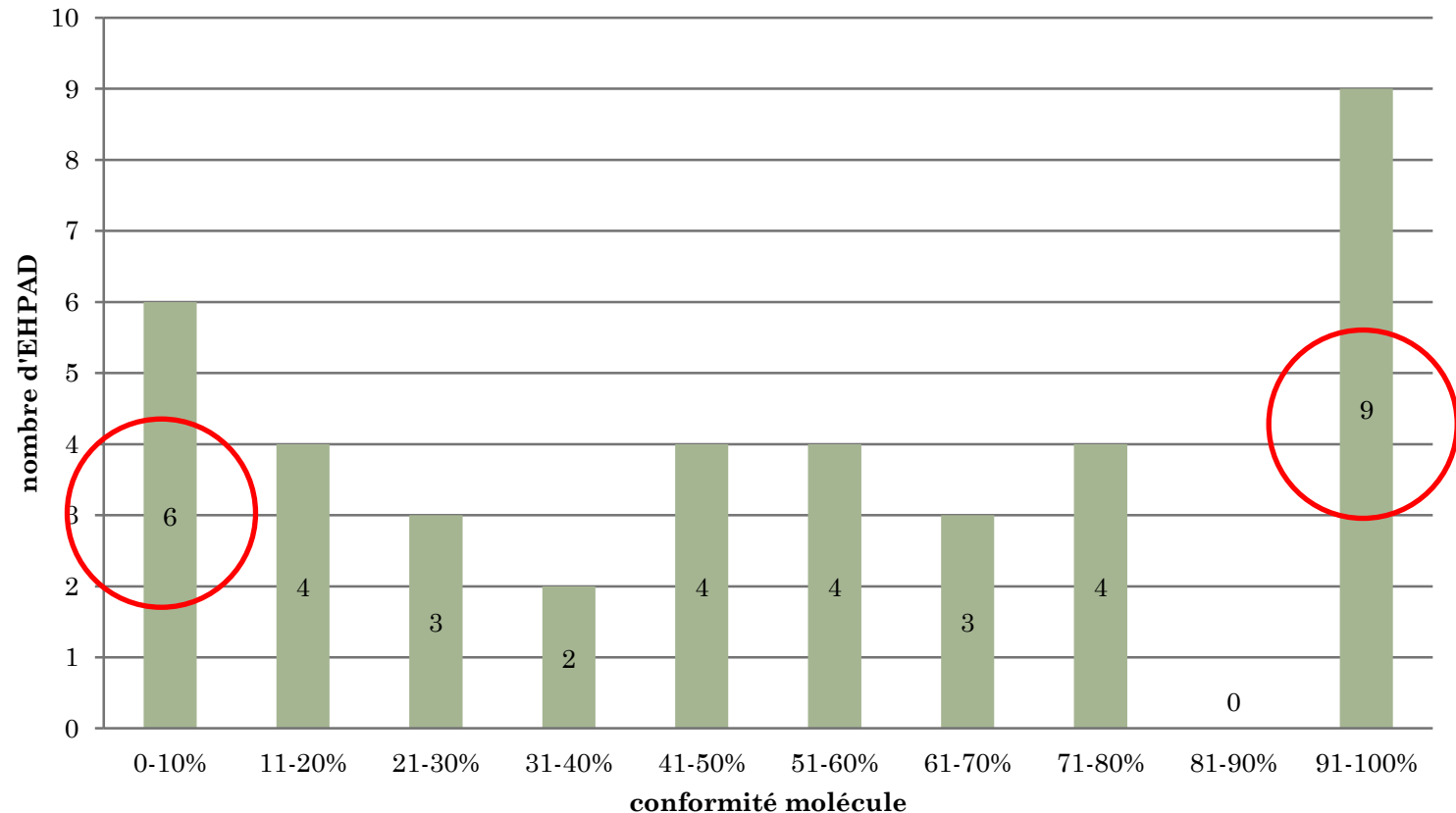
# RÉPARTITION DES EHPAD EN FONCTION DE LA CONFORMITÉ DIAGNOSTIQUE :



→ 1 EHPAD = 29% VS 8 EHPAD = 100%



# RÉPARTITION DES EHPAD EN FONCTION DU TAUX DE MOLÉCULES CONFORMES



➔ 79% : non à l'objectifs (= 31 EHPAD)

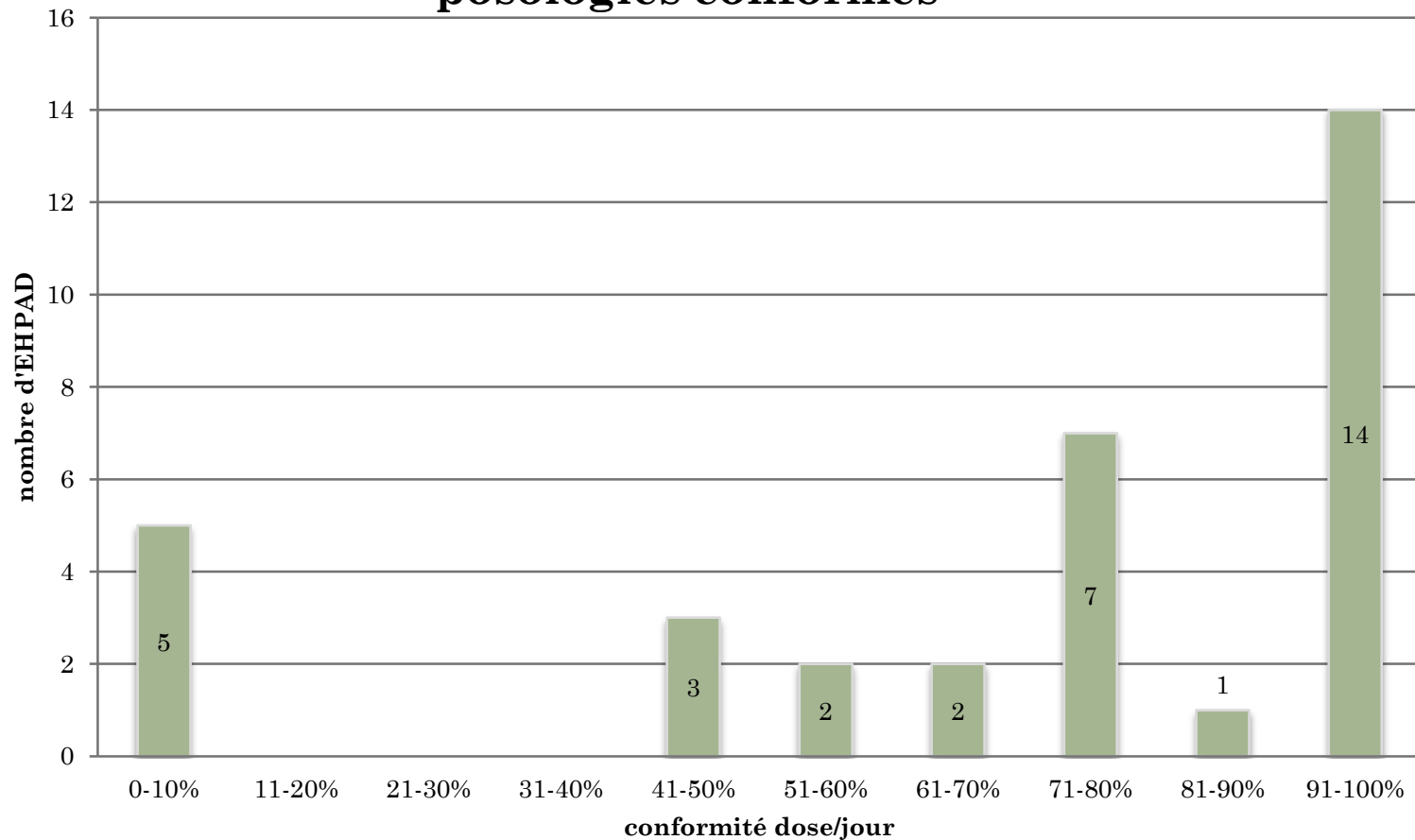
➔ 8 EHPAD : 100% de conformité

➔ 6 EHPAD : 0% de conformité





## répartition des EHPAD en fonction du taux de posologies conformes



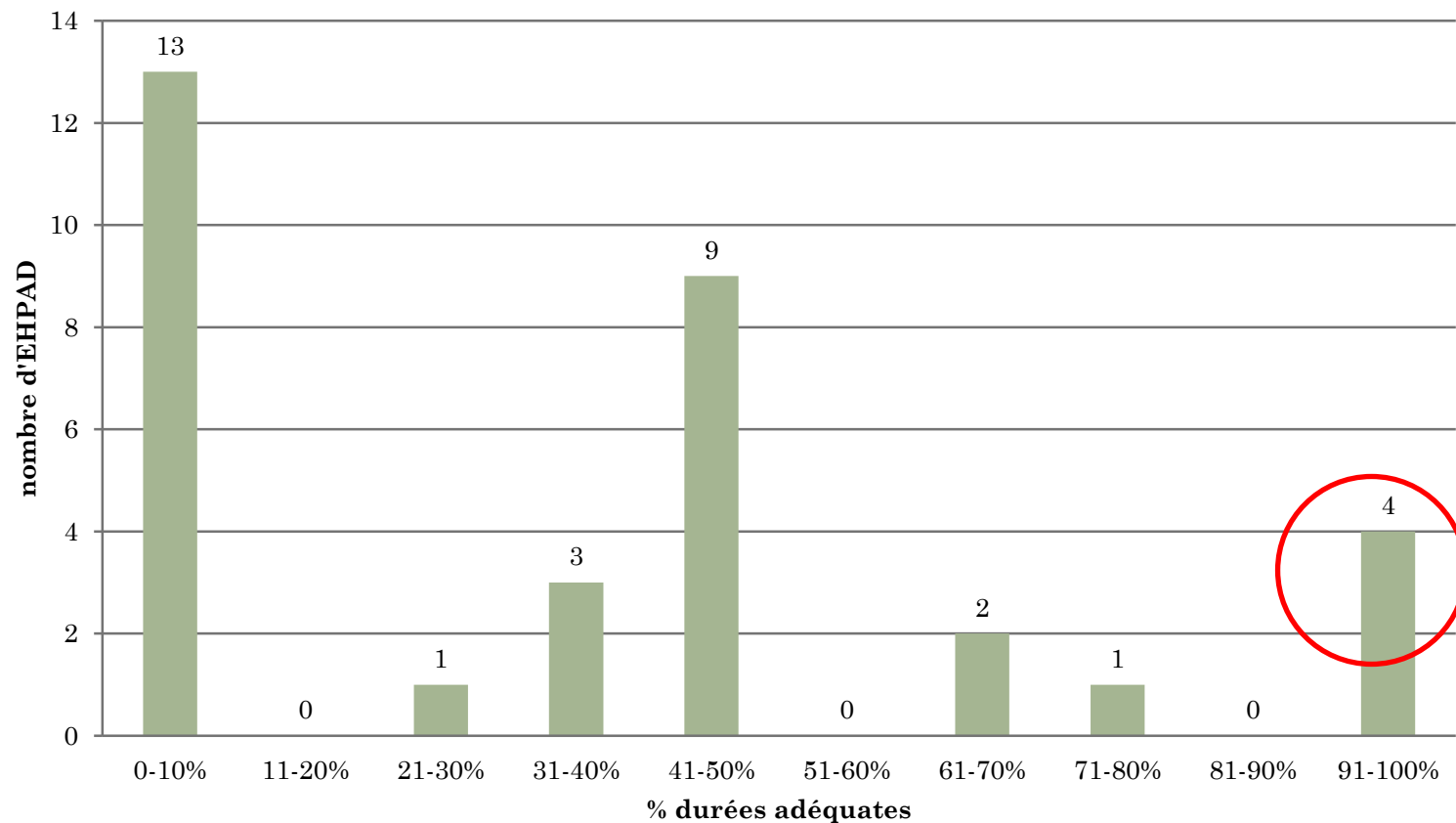
→ 13 EHPAD / 38% = atteignent l'objectif (95%)

→ 21 EHPAD / 62% = non à l'objectif

→ 5 EHPAD = 0% conformité



## répartition des EHPAD selon le taux de durées adéquates

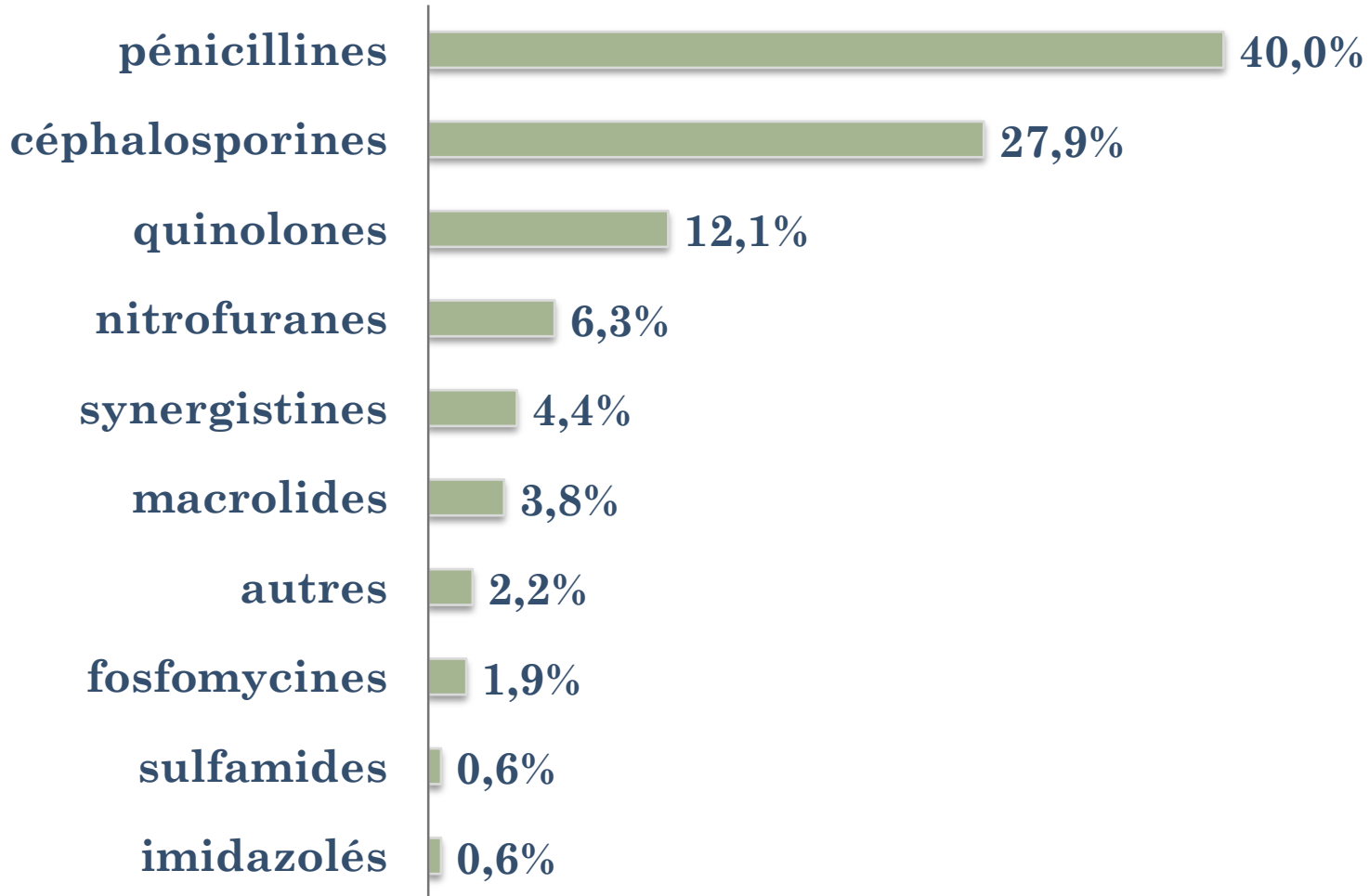


➔ 13 EHPAD = 0% conformité

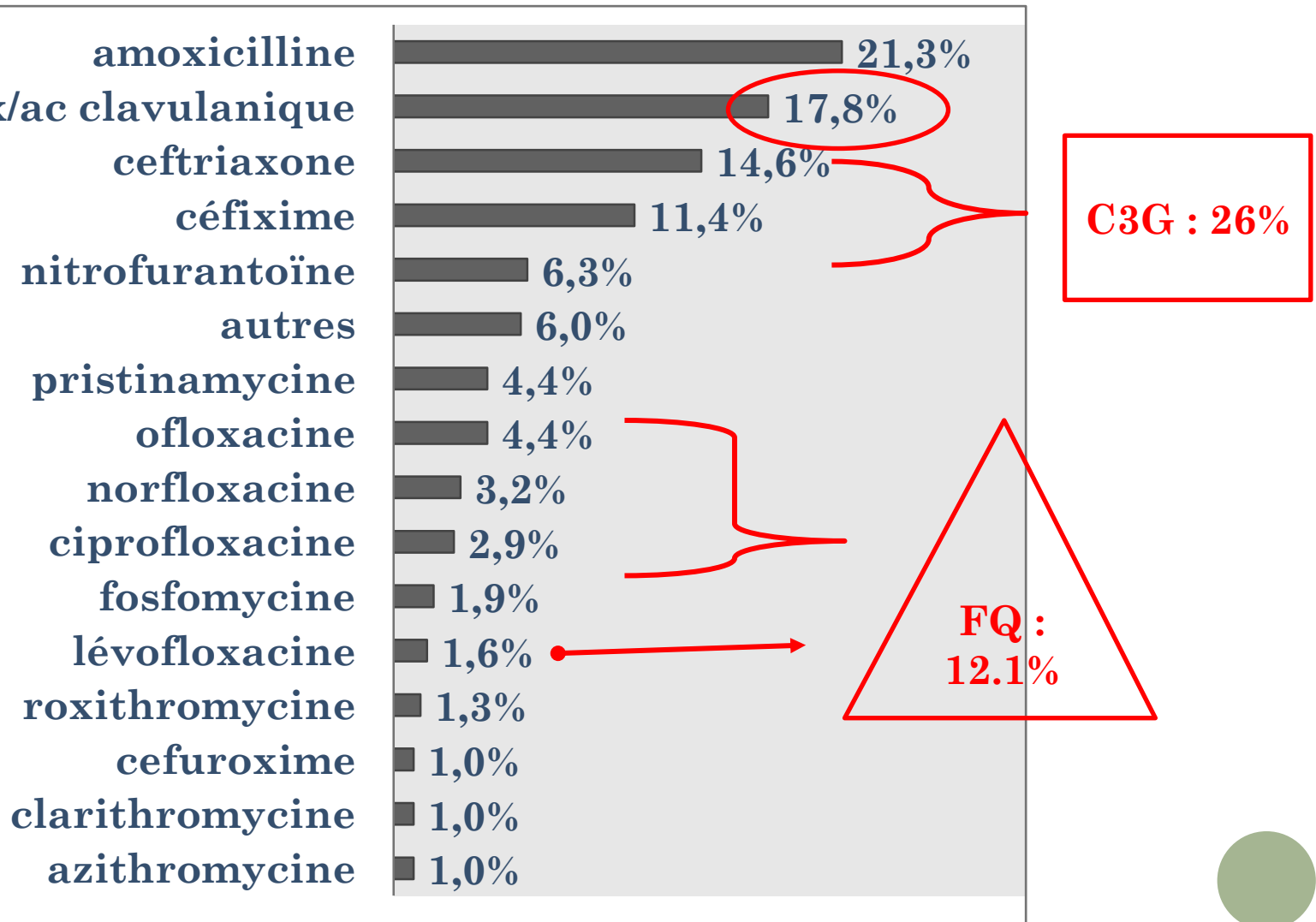
➔ 4 EHPAD / 12% = 100% conformité et atteignent l'objectif (90%)



# RÉPARTITIONS DES FAMILLES D'ANTIBIOTIQUES :

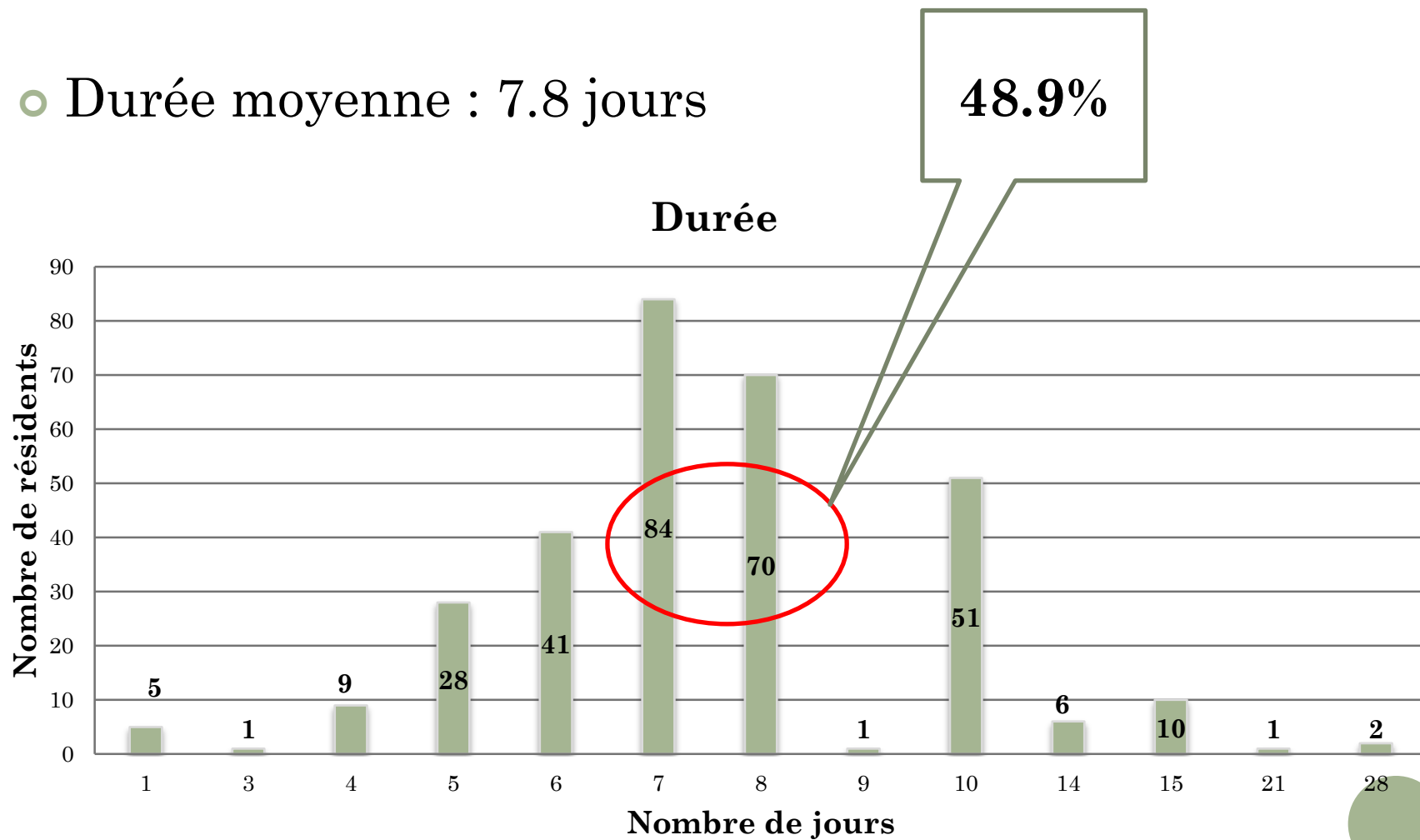


# LES MOLÉCULES UTILISÉES :

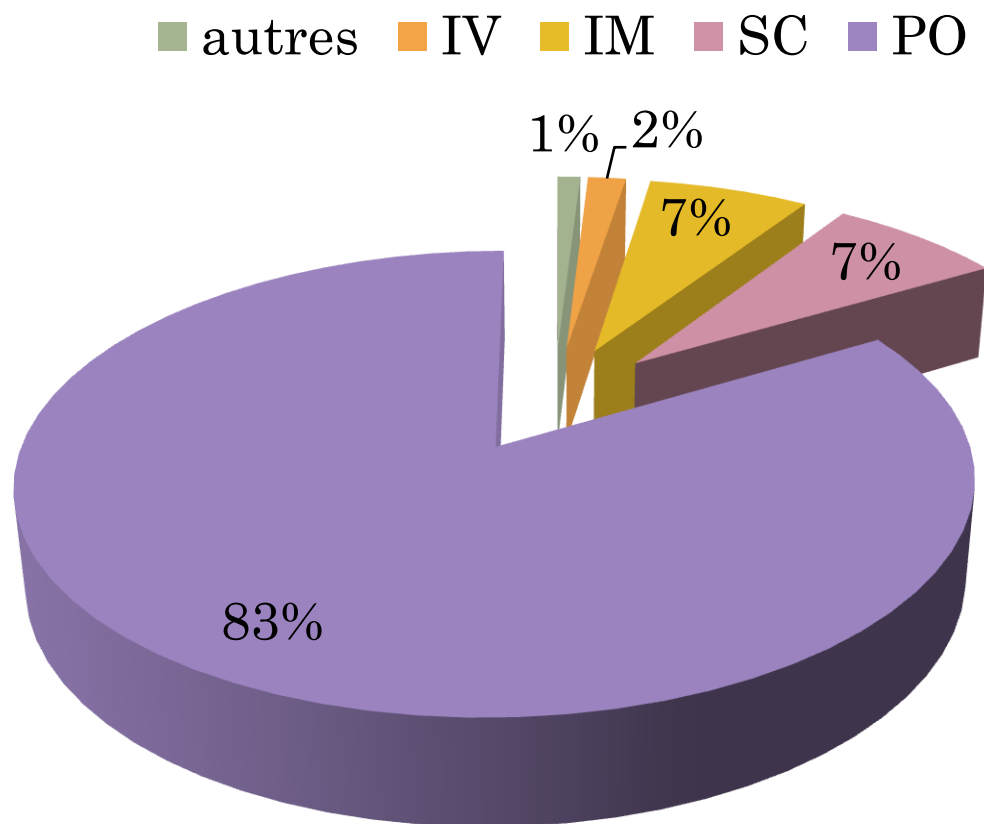


# DURÉE DE TRAITEMENT

○ Durée moyenne : 7.8 jours



# VOIES D'ADMINISTRATION :



# *LES DYSFONCTIONS MISES EN ÉVIDENCE*



# LES DYSFONCTIONS MISES EN ÉVIDENCE :

- *1) Conformité diagnostique : 72%...*
  
- *2) Durée des traitements :*
  - 41% « non conforme »
  - 18% « discordante »
    - 71% + 1 jour
    - 18% - 1 jour
  
  - Érysipèle : 43% durée > de 5 jours...





# LES DYSFONCTIONS MISES EN ÉVIDENCE :

## ○ 3) *Erreur dans le choix de la molécule :*

- Amoxicilline seule → PNP
- Amox/ac clav → érysipèle
- Norfloxacin et Fosfomycine-trométamol (dose unique) → cystites à risque de complications

## ○ 4) *Molécules dont la consommation est à surveiller :*

**→ résistance**

**Amox/ac clav :**

**17.8%**

**C3G : 26%**

**FQ : 12.1%**



Agence nationale de sécurité du médicament  
et des produits de santé

### 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 ; préoccupation pour la ceftriaxone
- **fluoroquinolones**

# LES DYSFONCTIONS MISES EN ÉVIDENCE :

## ○ 5) *Diffusion des molécules :*

- IU masculines :

- 60% : amox, amox/ac clav, céfixime

- « Les fluoroquinolones sont à privilégier pour le traitement des IU masculines documentées à bactérie sensible, même lorsque d'autres molécules à spectre plus étroit sont disponibles, en raison de l'importance de la diffusion prostatique. »

*Diffusion  
insuffisante!!!*

## ○ 6) *Examens complémentaires :*

- *ECBU*

- *RT en théorie... non réalisable le plus souvent en pratique...*



# *LES PISTES D'AMÉLIORATION*



# PISTES D'AMÉLIORATION DIRECTEMENT MISES EN ÉVIDENCE :

- Sensibiliser, former :
  - Prescripteurs
  - Équipe para médicale
- Informer les familles
  
- Disposer d'un référentiel validé sur le BU des ATB → le guide OMEDIT/ARS/Antibiolor
- Bronchite aigüe → pas d'antibiotique
- Revoir :
  - la durée
  - la pertinence des ATB utilisés
    - → amox/ac clav/FQ/C3G
    - Diffusion



# PISTES D'AMÉLIORATION DIRECTEMENT MISES EN ÉVIDENCE :

- Etablir *une liste d'ATB* dont la prescription est à limiter
- Suivre les consommations en ATB
  - → EHPAD avec pharmacie à usage interne (PUI)
- Traçabilité
- Aide biologie :
  - NF, CRP + hémocultures si possible
- Démarche diagnostique précise (selon le contexte)
  - dans les IU notamment...
  - → Diagnostic d'élimination



# PISTES D'AMÉLIORATION : EN PRATIQUE

- Comment sensibiliser les médecins prescripteurs?
  - Lettre information audit mais pas seulement...
  - Réunion dans chaque EHPAD (comité gériatrique)
  - Mise à disposition du guide dans chaque bureau médical



# PISTES D'AMÉLIORATION : AU-DELÀ ...

- Et ensuite?

*Ordonnances  
dédiées?*

*Logiciel d'aide à  
la prescription ?*





# CALENDRIER PRÉVISIONNEL

Pistes d'amélioration mises en œuvre

Réalisation du 2nd tour de l'audit

Restitution finale des résultats globaux et par EHPAD



MERCI DE VOTRE ATTENTION

