

Réévaluation de l'antibiothérapie dans les 72 heures



**MODULE OPTIONNEL POUR LA HAUTE-
NORMANDIE**

Elise Remy – Pharmacien
coordonnateur OMEDIT HN



Contexte

2

- ENP en 2012
- Problème de la traçabilité de la réévaluation dans les 72 h et de son exhaustivité pour les ES de la région (même informatisés)
- Faire le point sur les éléments disponibles dans les dossiers patients
- Questionnaire complémentaire à l'ENP (validation GT OMEDIT/ARLIN)

Questionnaire complémentaire

3

- 1 page
- Questionnaire testé en février sur quelques patients en médecine, chirurgie et réanimation du CHU
- A remplir pour chaque patient répondant aux 4 critères :
 - Patient recevant le jour de l'enquête un ttt antibiotique
 - Mis en route dans l'ES
 - Depuis plus de 72h
 - Pour une indication curative

Questionnaire complémentaire (2)

4

- Date du début du traitement antibiotique instauré à l'hôpital : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
- Ce traitement antibiotique a t-il fait l'objet d'une réévaluation dans les 72 heures suivant la mise en route de l'antibiothérapie ?

NON : Absence de réévaluation (implicite ou explicite tracée)

Questionnaire complémentaire (3)

5

- **OUI**

- **Réévaluation explicite tracée dans le dossier médical ou dossier de soins**

- sur arguments **cliniques** (y compris radiologiques) oui non
(association d'un commentaire clinique **et** d'un commentaire sur la nécessité ou non d'une adaptation du traitement antibiotique, ex : "Apyrétique sous traitement, poursuite des antibiotiques", ou "Absence d'amélioration sous traitement antibiotique, remplacement par telle molécule")

- sur arguments **biologiques** oui non
(association d'un commentaire sur le résultat de l'antibiogramme **et** d'un commentaire sur la nécessité ou non d'une adaptation du traitement antibiotique)

- présence du terme "réévaluation du traitement antibiotique" dans le dossier oui non

- Document spécifique à cette réévaluation oui non

- **Réévaluation implicite** oui non

- (ex : modification du traitement sans explication tracée ou commentaire clinique seul du type "va mieux", "apyrétique", "patient toujours fébrile »)

Questionnaire complémentaire (4)

6

- Si une réévaluation du traitement antibiotique a été réalisée dans les 72 heures, la traçabilité de celle-ci apparaît :
dans le dossier médical
dans le dossier de soins infirmiers
S'agit-il d'une trace : papier informatique
- Pas d'évaluation de la pertinence de la prescription
ni de la réévaluation

Résultats région (1)

7

- **33 ES répondeurs (sur 55) : 87% des lits de la région**
- Nombre de lits : 19 à 2241 (médiane 271)
(24 ES <250 lits, 7 ES entre 250 et 500 et 2 >1000 lits)
- **676 patients**
 - 56% hospitalisés en médecine
 - 17% en chirurgie
 - 19% en SSR/SLD
 - 8% autres (réa, pédiatrie, gynéco, psy)
- **933 antibiotiques, 724 infections**

Résultats région (2)

8

- **Antibiotiques :**
 - 25.9% Pénicillines A
 - 18.3% Céphalosporines ou apparentés
 - 14.4% Quinolones
 - 6.6% Aminosides
 - 5.5% de Glycopeptides
 - 2.1% Carbapénèmes
- 67% de monothérapie et 28% de bithérapie

Résultats région (3)

9

- **Infections :**

- 23% de pneumonies
- 6% de bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique
- 14% peau et tissus mous
- 14% IU basses
- 6% infection intra-abdominale
- 4% infection gastro-intestinale

Résultats région (4)

10

- **Réévaluation tracée : 67.6% des dossiers**
 - 49.3% explicite
 - 18.3% implicite
 - Arguments cliniques 83%, biologiques 64%, terme réévaluation 20%, document spécifique 9%
- 32.2% non tracée
- Tracée dans le dossier patient en majorité (86%) et sous format papier dans 81% des cas

Résultats traçabilité

11

- 100% de traçabilité pour 9 ES (effectif faible 4.7 dossiers en moyenne)
- Traçabilité >75% pour 17 ES
- **Traçabilité >75% :**
 - Non liée au nombre de lits (313 vs 240, $p=0.7$)
 - Non liée à la proportion de lits informatisés (40% vs 43%, $p=0.9$)
 - Non liée au score ICATB 2010 (15.5, $p=0.9$)

Résultats taux de réévaluation

12

- **Non lié significativement aux molécules :**
 - Pénicilline A +/- inh. Bétalactamines : 66%, n=242
 - Céphalosporines et apparentés : 72%, n=171
 - Quinolones : 63%, n=134
- **Lié significativement aux infections**
 - Bactériémies : 86%
 - Pneumonies : 75% de réévaluation
 - IU hautes : 78%
 - Infections peau et tissus mous : 69%
 - Bronchites aiguës ou exacerbations : 67%
 - IU basses : 60%

Conclusion (1)

13

- Bonne participation régionale
- Résultats représentatifs (87% des lits)
- Traçabilité existante dans 67.6% des dossiers
- Traçabilité à formaliser car réévaluation souvent déduite (20% de terme réévaluation)

- **MERCI A TOUS LES ETABLISSEMENTS !**

Conclusion (2)

14

- Traçabilité des réévaluations # pertinence réévaluation
- Si informatisation, prévoir un moyen de noter la réévaluation si il n'y a pas de changement de prescription (case à cocher, écran automatique qui s'ouvre pour demander la réévaluation ...)
- Si document spécifique, s'assurer qu'il n'est pas pré-rempli à l'avance
- Dispensation pour une durée limitée à 3 ou 5 jours

Exigences traçabilité ICATB 2

15

- Existence d'une procédure d'alerte pour une réévaluation de l'ATB en fonction d'une priorisation des risques (molécules, micro-organismes, sites infectieux)
- Définition d'une liste d'ATB ciblés à réévaluer, suivre et dispenser nominativement, comportant en priorité les carbapénèmes, C3G et fluoroquinolones
- Vigilance accrue sur les durées longues d'ATB (contrôle, réévaluation)
- Toute ATB poursuivie plus d'1 semaine doit être argumentée dans le dossier patient
- Les modalités de contrôle/réévaluation des prescriptions ATB sont définies

Référent ATB et ICATB 2

16

- Il existe un (ou plusieurs) référent ATB au sein de l'établissement ou partagé entre plusieurs ES
- Le référent a une compétence adaptée à ses missions, ses compétences sont actualisées régulièrement
- Nombre d'ETP spécifiquement affectés au référent
- Modalités de collaboration entre le référent en ATB, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant sont définies