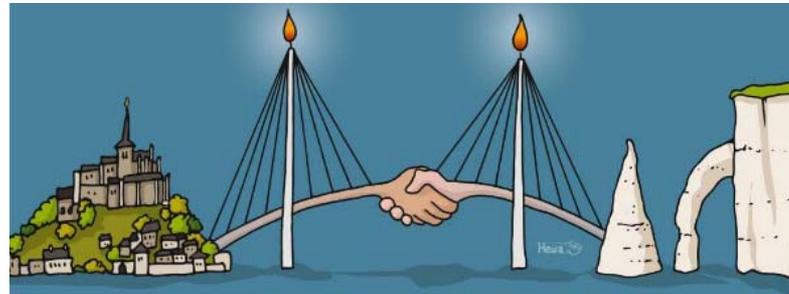




# NormAntibio



Docteurs Elise FIAUX / Emmanuel PIEDNOIR / Pascal THIBON

Caen, 19 Juin 2018

# NORMANTIBIO



NormAntibio

## CENTRE REGIONAL DE CONSEIL EN ANTIBIOTHERAPIE

### 3 acteurs principaux :

- Docteur Elise Fiaux (infectiologue) 
- Docteur Emmanuel Piednoir (infectiologue) 
- Docteur Pascal Thibon (épidémiologiste)

**Ligne téléphonique dédiée aux médecins libéraux et/ou  
médecins EMS et /ou médecins exerçant en ETS sans  
infectiologue**

# Bilan : conseil au prescripteur



- Numéro unique pour la Normandie :

**07 84 41 18 86**

- Permanence du conseil téléphonique :
  - plages horaires définies 9h-18h non stop
  - 5 jours par semaine (hors WE et fériés)
  - 2 médecins infectiologues
  - adressage du patient si besoin en consultation/hospitalisation

**Mise en place le 4 juillet 2016**



# Bilan : conseil au prescripteur



**140** appels / mois

Durée moyenne du conseil : **27 mn**

# Evolution 2016-2017

## Evolution du nombre d'appel mensuel



2016 : **77**

2017 : **139,8**

## Les patients

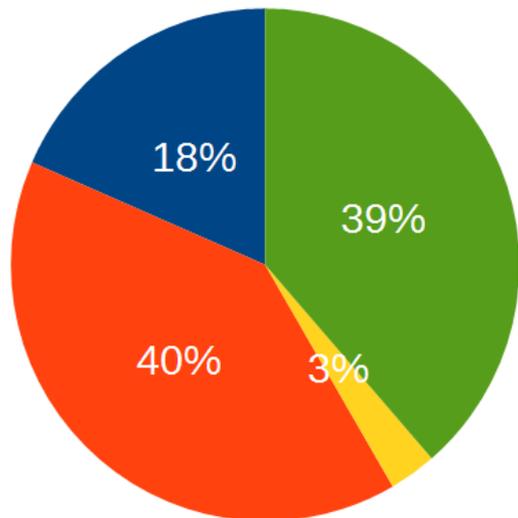
Age moyen : 55 ans [3-96]

55 % homme



## Les « appelants »

2016



■ ETS Privé  
■ ETS Public  
■ Medecin EHPAD  
■ Médecin Libéral



2017

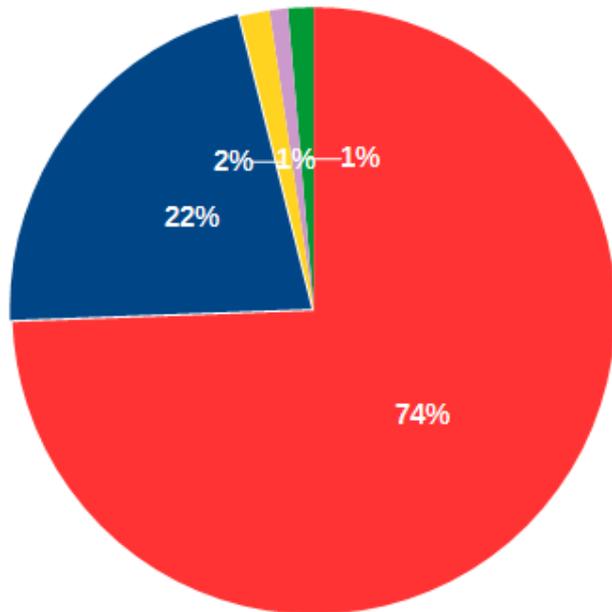
ETS privé : **23,4 %**

ETS Public : **33,4 %**

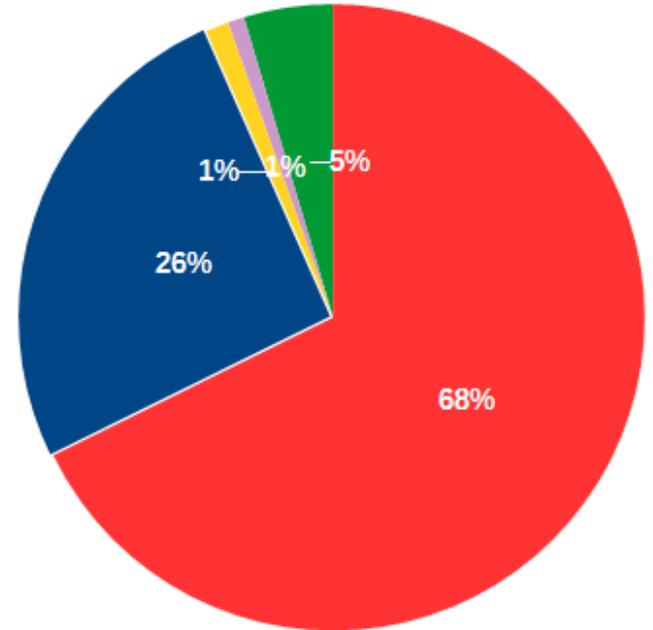
EHPAD : **3,7 %**

Médecin Libéral : **39,5 %**

# Bilan : conseil au prescripteur



2016

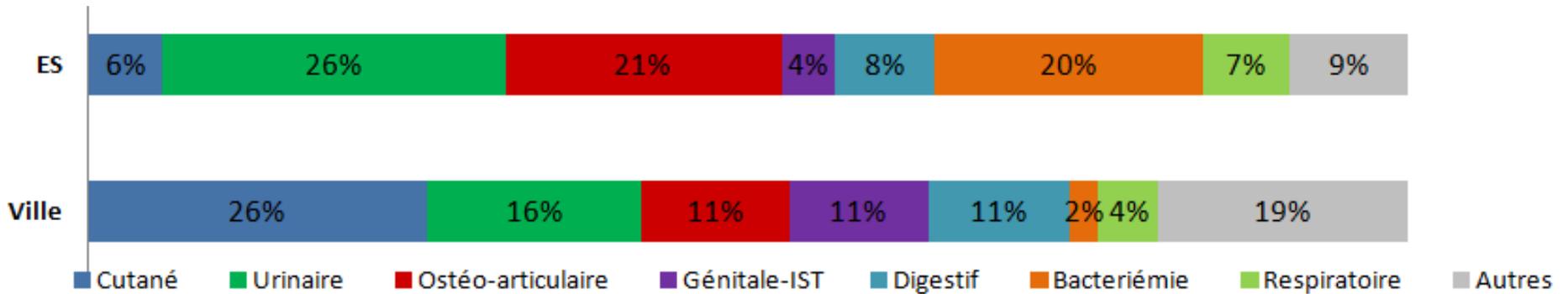


2017

- Hygiène
- Pathologie Voyageur
- Vaccination
- Diagnostic
- Thérapeutique

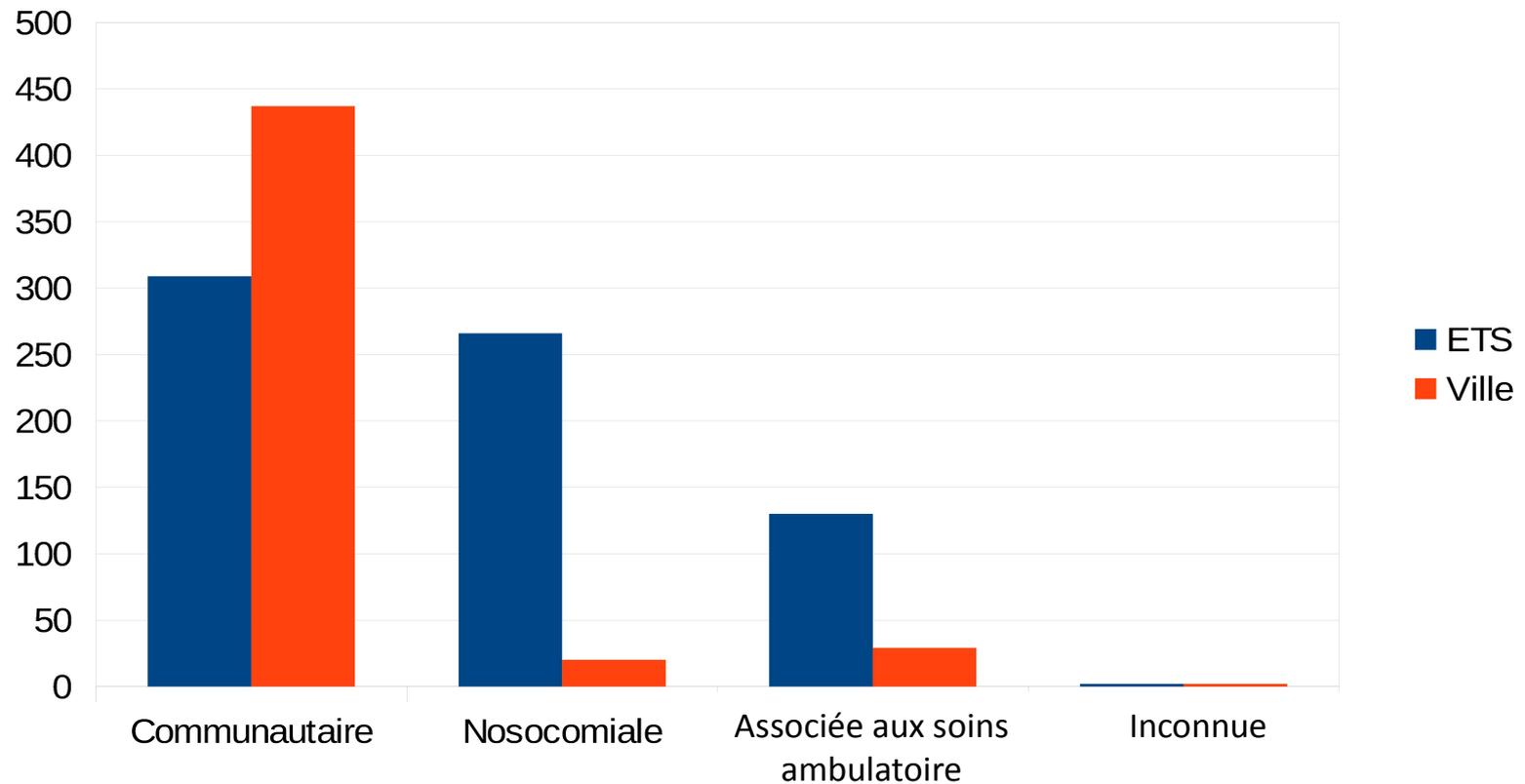
Majorité d'avis thérapeutiques  
Avis diagnostiques non négligeables

# Bilan : conseil au prescripteur



Profil de conseil différents entre la ville et les établissements de santé

# Bilan : conseil au prescripteur



# Bilan : conseil au prescripteur



Provenance/Avis	ES	Ville N(%)	
<i>Nature des avis</i>			
Thérapeutique	81,9 %	64,7%	
Diagnostique	16,7%	29,9%	
Autre	1,4 %	5,4%	
<i>Type d'avis</i>			
Examen complémentaire	30,9%	25,9 %	
Adaptation germe/spectre	23,2%	14,2 %	✦
CS infectiologue/transfert	9,4%	15,4 %	
Adaptation posologique	9,4%	2,4 %	✦
Abstention	8,6%	25,3 %	
Élargissement spectre	7,0%	2,4 %	
Désescalade thérapeutique	3,7%	2,1%	✦
Autre CS spécialisée	3,1%	4,5%	
Autre	2,0%	3,9%	
Arrêt traitement	1,4%	0 %	✦
Prévention risque infectieux	1,2%	3,9%	

Indicateurs de bon usage des antibiotiques (et donc moindre usage) : ~ = 45 %



# Bilan : communication



BU - 33



## Audit régional sur la prise en charge des infections urinaires en EHPAD.

E. Flauz<sup>1,2</sup>, E. Redon<sup>1</sup>, R. Thibon<sup>1</sup>, L. Guet<sup>1</sup>, O. Monzar<sup>1</sup>, R. Borgey<sup>1</sup>, C. Bougle<sup>1</sup>, N. Boyer<sup>1</sup>, R. Vardon<sup>1</sup>, R. Canon<sup>1</sup>  
 1 CRCS Normandie, 2 CHU Caen, 3 CRCS Normandie, 4 CHU Caen, 5 CRCS Normandie, 6 CHU Caen

### Introduction

En établissements d'hébergement pour Personnes Agées (EHPAD), les infections urinaires (IU) représentent 27% des infections associées aux soins (IAS) (Shatt, 2016). En l'absence de recommandation spécifique pour leur prise en charge, l'objectif fut d'établir un état des lieux de la démarche diagnostique et thérapeutique à l'échelon de toute une région.

### Matériel et méthodes

- Constitution d'un groupe de travail associant NormAntibio (CRCS normand), le CPIAS et l'OMEDT.
- Rédaction d'un audit, validé par un groupe de médecins coordonnateurs d'EHPAD.
- Audit proposé aux médecins coordonnateurs des EHPAD de la région.
- Inclusion prospective de toute l'urinaire par antibiotique (ATU) de 6 mois glissant de janvier à décembre 2017 (maximum 30).
- Évaluation de la prise en charge (indication, posologie, réévaluation) par le médecin coordonnateur.
- Secondairement, le CRCS a réclassé tous les diagnostics d'IU étudiés la pertinence des ATU (avec un seuil de 10% des dossiers inclus).

### Résultats

Accord : 83 EHPAD sur 295 (28%)

Abandon : 22 (26%)

Finalisation : 61 EHPAD (74 % des inclus) = 15 % des EHPAD normands

543 IU et 620 traitements chez 502 patients



Données démographiques (N=502)	
Age (moyenne ± EC, ans)	85,6 ± 7,9
Sexe ratio H/F	0,2
Sevrage (n, %)	2,5 (1,1)
SAC, n (%)	45 (9)
Facteurs de risque de complications	
Age > 75 ans ou < 65 ans	491 (97,2)
ET à 2 critères de fragilité, n (%)	458 (90,2)
Anomalie urinaire, n (%)	49 (9,8)
IRC sévère, n (%)	50 (10,2)
Immunodépression, n (%)	12 (2,6)

Une population particulière et fragile

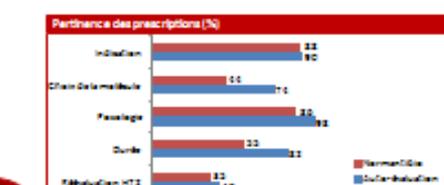
Signes cliniques (N=543)	
Bolurie mictonnelle, n (%)	150 (27,6)
Signes spécifiques (confusion, ...) n (%)	162 (29,8)
Fébrile, n (%)	124 (22,8)
Urines troubles/malodorantes, n (%)	135 (24,9)
Signes gynécologiques, n (%)	4 (0,7)
Aucun signe fonctionnel, n (%)	40 (7,4)
Aucun signe clinique sauf urines troubles, n (%)	85 (15,8)

Diagnostic (Dg) clinique	Dg annoncé, n (%)	Dg reconnu, n (%)	Concordance (%)
Colonisation urinaire	24 (4,4)	85 (15,8)	0,04* (-0,04-0,12)
IU sans autre précision	192 (35,5)	58 (10,7)	0,06* (-0,01-0,12)
Cystite simple	84 (15,5)	6 (1,1)	0,00* (-0,04-0,08)
Cystite ROC*	140 (25,8)	219 (40,2)	0,24* (0,16-0,32)
PNA aiguë*	25 (4,6)	5 (0,9)	0,05* (-0,07-0,13)
PNA ROC*	19 (3,6)	91 (16,8)	0,21* (0,11-0,31)
IU masculine	58 (10,7)	79 (14,4)	0,17* (0,04-0,30)

\* ROC = à risque de complication

Un diagnostic qui apparaît difficile et une classification des IU mal connue. La différence entre colonisation et infection reste mal appréhendée par les prescripteurs.

Microbiologie  
 • BU réalisées chez 223 patients (51,2%)  
 • ECBU réalisés chez 495 patients (91,2%)  
 • Ombiobactériels : 457/515 (88,7%)  
 • Dont 2 col, 67,4 % de lactates (247/315)



Antibiothérapie (N=620)	
Durée (j) (moy., valeurs extrêmes)	7,7 (1-90)
Top 6 des molécules prescrites n (%)	
Céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> génération	194 (29,7)
Fluoroquinolones	142 (22,9)
Amoxicilline	81 (12,9)
Sulfaméthoxazole	61 (10,0)
Triméthoprime	46 (7,4)
Triméthoprime-sulfaméthoxazole	52 (8,4)
Transfert de la réévaluation HT2	206/620 (33,2)

Concordance entre auto-évaluation (médecin coordonnateur) et recommandation : diagnostic, choix de la molécule et durée étaient jugés les moins pertinents.

Des choix thérapeutiques éloignés des recommandations.  
 Conclusion :  
 • En EHPAD, l'appropriation par les professionnels des recommandations sur les IU semble encore difficile en particulier pour le diagnostic et la classification.  
 • Les pistes d'amélioration sont ainsi le diagnostic, le choix et la durée du traitement ATU.  
 • Des formations au sein des EHPAD et la distribution d'une plaquette de synthèse des recommandations sont proposées aux prescripteurs.



## Colonisations urinaires traitées par antibiotiques en EHPAD

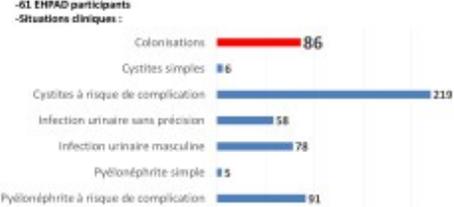
P-XXX

THYRON P. (2,2), BORGSEY F. (2), GUET C.(2), FALUY E.(2), PINDYNDIE E.(1)  
 (1) Centre Régional de Conseil en Antibiothérapie en Normandie, NormAntibio, Caen-Rouen, FRANCE ; (2) CPIOS Normandie, Caen-Rouen, FRANCE

### Introduction

La colonisation urinaire se définit par la présence d'un micro-organisme dans les urines sans manifestation clinique associée. La leucocyturie n'intervient pas dans cette définition, et il n'y a pas de seuil de bactériurie, sauf chez la femme enceinte. Le traitement des colonisations, particulièrement fréquentes chez le sujet âgé, est un des motifs les plus fréquents de mésusage des antibiotiques, avec un impact important sur les résistances bactériennes, les effets secondaires et les coûts. Nous avons évalué la part des colonisations dans les traitements antibiotiques administrés en EHPAD pour indication urinaire.

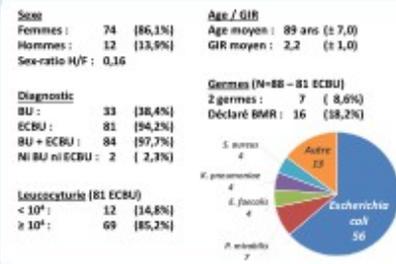
### Résultats



### Matériel et méthodes

L'audit UIN-EHPAD a été proposé aux EHPAD de Normandie en 2017. L'évaluation portait sur les nouveaux épisodes d'infection urinaire (IU) traités par antibiotiques. Chaque EHPAD participant devait inclure l'ensemble des cas d'IU pendant une période de 6 mois, dans la limite de 30 cas. Une partie descriptive permettant le recueil de données sur :  
 • les caractéristiques du résident,  
 • les signes cliniques,  
 • les moyens diagnostiques (bandelette urinaire – BU, ECBU, autre),  
 • les germes,  
 • le traitement antibiotique,  
 • la réévaluation du traitement,  
 • le contrôle à la fin du traitement.

Les analyses ont été réalisées dans SAS v9.4.



Traitements antibiotiques : 92 traitements

Antibiotique	N	Durée moyenne (jours)	Durée totale (jours)
Céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> génération	25	8,2	205
Fluoroquinolones	19	7,7	147
Amoxicilline	11	7,2	79
Rifampicine	9	8,2	75
Triméthoprime-sulfaméthoxazole	9	7,0	63
Fosfomycine-trométamol	8	1,0	8
Pristinamycine	4	10,3	41
Amoxicilline-clavulanique	4	7,8	31
Triméthoprime	3	8,7	26

TOTAL : 669 journées de traitement antibiotique

### Conclusion

Dans notre étude, 15,8% des traitements antibiotiques prescrits pour indication urinaire en EHPAD font état pour des situations cliniques correspondant à des colonisations, représentant 668 jours de traitements.

### Références

- Diagnostic et un dossier patient infection urinaire bactérienne : recommandations de l'Association Française de Médecins de 2014. [http://www.afm.fr/IMG/pdf/afm\\_infection\\_urinaire\\_bacterienne\\_2014.pdf](http://www.afm.fr/IMG/pdf/afm_infection_urinaire_bacterienne_2014.pdf)
- Ministre des Solidarités et de la Santé. Proposition pour la prise en charge de la prévention des infections à travers l'ensemble des Soins (EHPAD) en France. <http://www.solidarites-sante.gouv.fr>

# Conclusion : activité de conseil



- Bonne activité au bout de 1 an
- Activité croissante
- Part de la ville stable à 40 %
- Actions de bon usage
- Avis diagnostiques de + en + nombreux
- Collaboration avec les ressources infectiologiques locales
- Qq appels des établissements du handicap.... (trop peu?)