

Antibiothérapie en EHPAD

Sylvain Diamantis
Infectiologue, Melun
9/02/2012

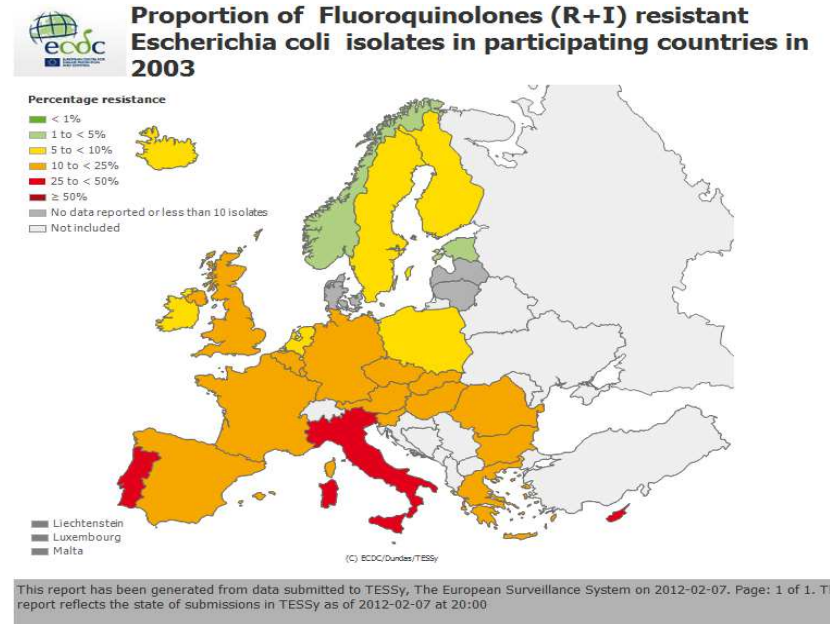


Plan

- **Problématique du bon usage des antibiotiques**
- **Présentation du groupe de travail régional**
- **Propositions de recommandations**

Deux objectifs

- 1. Traiter efficacement**
 - 2. Prévenir les résistances**
- =
- moins prescrire d'antibiotiques**

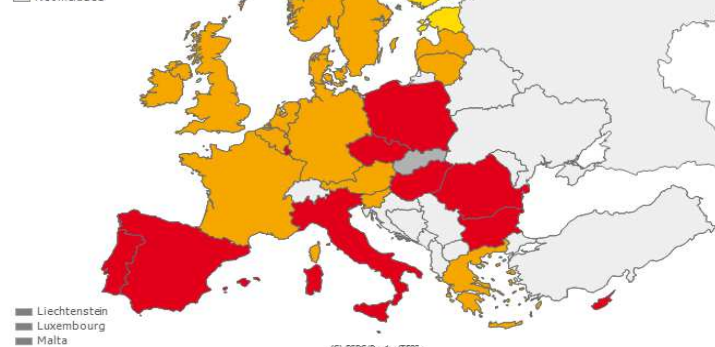




Proportion of Fluoroquinolones (R+I) resistant *Escherichia coli* isolates in participating countries in 2010

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included



(C) ECDC/Dundes/TESSy

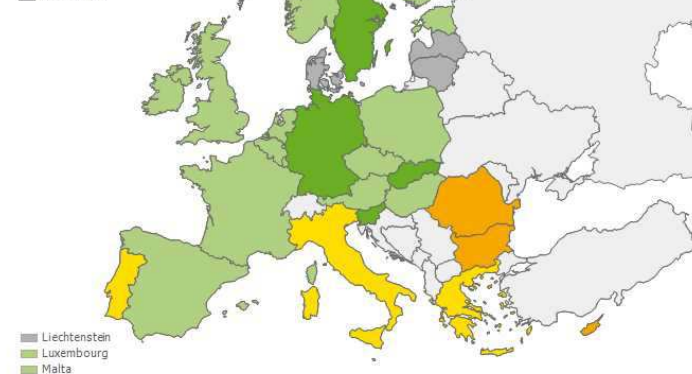
This report has been generated from data submitted to TESSy, The European Surveillance System on 2012-02-07. Page: 1 of 1. The report reflects the state of submissions in TESSy as of 2012-02-07 at 20:00



Proportion of 3rd gen. cephalosporins (R+I) resistant *Escherichia coli* isolates in participating countries in 2003

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included



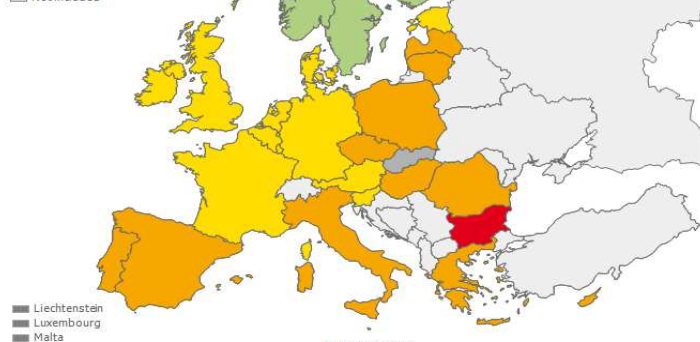
(C) ECDC/Dundes/TESSy



Proportion of 3rd gen. cephalosporins (R+I) resistant *Escherichia coli* isolates in participating countries in 2010

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included



(C) ECDC/Dundes/TESSy

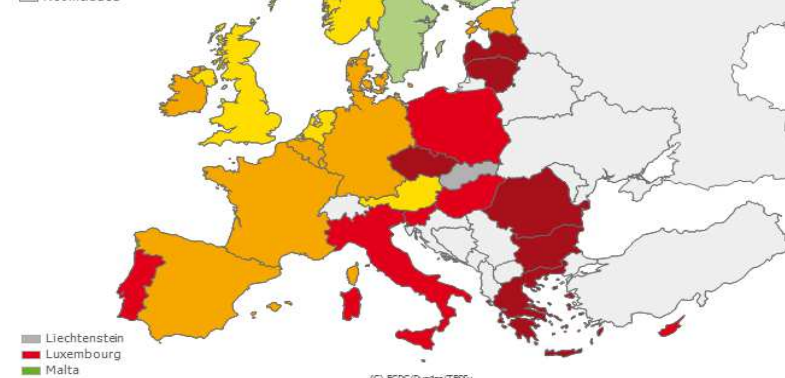
This report has been generated from data submitted to TESSy, The European Surveillance System on 2012-02-07. Page: 1 of 1. The report reflects the state of submissions in TESSy as of 2012-02-07 at 20:00



Proportion of 3rd gen. cephalosporins (R+I) resistant *Klebsiella pneumoniae* isolates in participating countries in 2009

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included



(C) ECDC/Dundes/TESSy



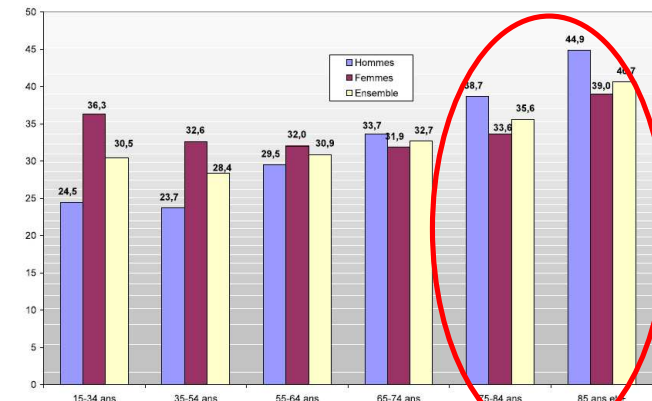
Proportion of Carbapenems (R+I) resistant *Klebsiella pneumoniae* isolates in participating countries in 2006

Percentage resistance



consommation selon les tranches d'âge

Figure n° 5 : Variations de la consommation selon les tranches d'âge



Source : CIAMIS & Afssaps

EHPAD ET EBLSE

- Les SSR-SLD sont des réservoirs de EBLSE
 - SSR Irlandais 40-75% de portage rectale d'*E.Coli* BLSE Rooney. JAC 2009
 - SSR Italien 64% March.CMI 2009
 - AHP E Blse /1000jH: 0,07 (1996) - 0,28 (2005) Nicolas-Chanoine CMI 2008
- Les EPHAD sont le lieux d'épidémies d'infections urinaire a *E.Coli* BLSE Martin. SFHH 2010

Antibiothérapie en EHPAD

- Prévalence : 7,5-8% des patients sous antibiothérapie
- Indication: 48-58% pour IU
- Adéquation aux recommandations:
 - Initiation justifié: 62%
 - Documentation: 57%
 - Traitement adapté: « très faible » ,22-82%

Warren. Am Geriatr Soc 1991

Zimmer. J Am Geriatr Soc 1986

Jones. Am J Med 1987

Pression de sélection et résistance

- Atcd d'antibiothérapie = FDR de portage de BMR

Leclercq.CID 2006

- Egalement observé en EHPAD pour le EBLSE

Muder. Infect Control Hosp Epidemiol 1997

Wiener.JAMA 1999

Loeb. Am J Epidemiol 2003

Que faire ?

- Maîtrise de la consommation des antibiotiques:

- ☐ « Bon usage »
- ☐ « moindre usage »



Efficacité démontrée de programme de control en EHPAD

- 7 vs 10,5 DDJ pour les traitement d'IU dans le bras intervention .
- Mais pas de diminution global du volume sur l'ehapd.

Loeb. BMJ 2005

Évolution de la consommation des antibiotiques en ville



Source : Atssaps

La consommation est présentée en nombre de Doses Définies Journalières pour 1000 Habitants et par Jour (DDJ/1000HJ). Définie par le « Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology » de l'OMS, la DDJ, ou posologie standard pour un adulte de 70 Kg, permet de calculer, à partir du nombre d'unités vendues, et en fonction du nombre d'habitants, la consommation de chaque molécule.

Recommandations

Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Consensus formalisé d'experts
Juin 2009



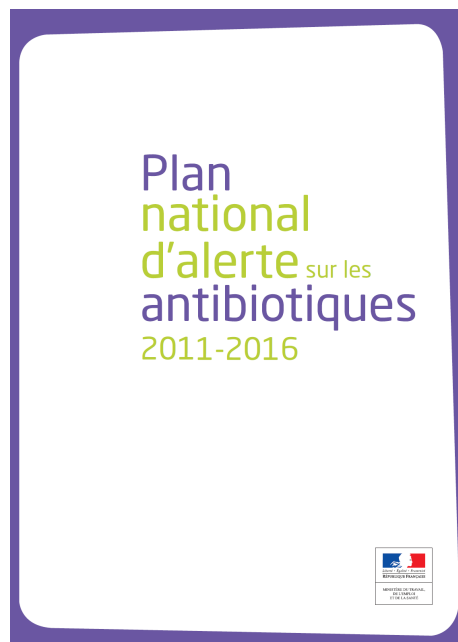
4 Politique antibiotique en ÉHPAD

4.1 Mise à disposition de recommandations de pratique clinique

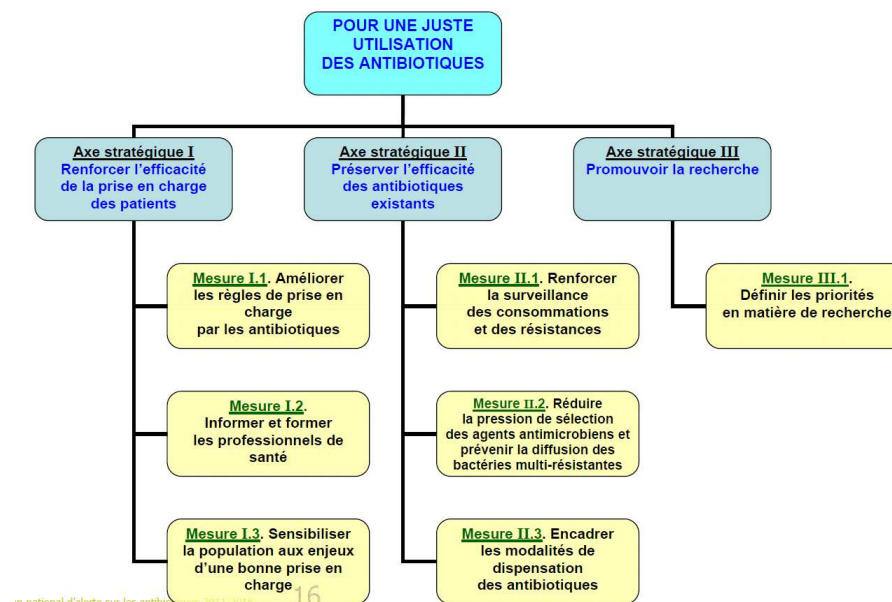
247 Il est recommandé de rédiger, de diffuser un guide de bon usage des antibiotiques en ÉHPAD. **Accord fort**

4.2 Consultation téléphonique d'aide à la prescription antibiotique

248 Il est recommandé que l'ÉHPAD identifie son référent en antibiothérapie. **Accord fort**



Axes stratégiques et mesures du plan



Déclinaison régionale du Plan Antibiotiques

- Préserver l'efficacité des antibiotiques
- Réduire leur usage / en améliorer la qualité
- Rapprocher les ACTIONS du TERRAIN
 - En médecine ambulatoire
 - Dans les établissements de santé
 - Dans le grand public
- Assurer ainsi
 - Une meilleure appropriation des enjeux
 - Une plus grande cohérence avec les besoins de santé
 - Des résultats appréciables à l'échelon des territoires
 - Une amplification de la promotion du bon usage

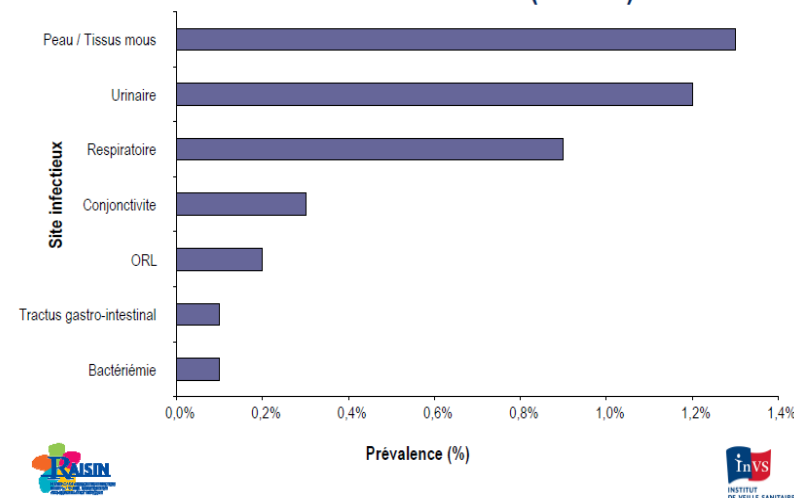
GROUPE DE TRAVAIL ANTIBIOTHERAPIE EN EHPAD piloté par l'OMEDIT IDF

Nom	Fonction	Lieu d'exercice	e-mail
Archambault Hélène	Chargée de mission	Plateforme ressources humaines- ARS Ile de France	Helene.ARCHAMBAULT@ars.sante.fr
Bastos Odette	Pharmacien conseil	Caisse Nationale Assurance Maladie des travailleurs salariés	odette.bastos@ersm-idf.cnams.fr
Bonnal Christine	Médecin hygiéniste	CHU Bichat	medecin.hygieniste@bch.ap-hop-paris.fr
Bonnet-Zampont Dominique	Géronte	OMEDIT Ile de France URC Bichat H2J Brétigny	dominique.bonnet@ars.sante.fr dombonnet@yahoo.fr
Bom Catherine	IDE coordonnatrice	Maison de Retraite Châtelain Guillet à Meulan (78)	catherine.bom@chimm.fr
Chansiaux Christine	Géronte	Equipe mobile EHPAD Paris	christine.chansiaux@brt.aphp.fr
Diamantis Sylvain	Médecin spécialiste maladies infectieuses	CH de Melun (77)	sylvain.diamantis@noos.fr
Garrigue Etienne	Médecin coordonnateur	MAPI les Amandiers Paris 20ème MEDICA France	etienne.garrigue@medica.fr garrigueetienne@gmail.com
Gauzit Remy	Réanimateur	OMEDIT Ile de France Rénovation Hôtel Dieu FACULTÉ PARIS 7	remy.gauzit@hdd.aphp.fr
Legrain Sylvie	Géronte Chargée de mission personnes âgées à la DCSMS	ARS Ile de France	Sylvie.LEGRAIN@ars.sante.fr sylvie.legrain@brt.aphp.fr
Leprevier Claire	Médecin généraliste	EHPAD Herold 19 CASVP Paris	leprevierclaire@hotmail.com
Lucet Jean-Christophe	Médecin responsable de l'Unité fonctionnelle hygiène et lutte contre l'infection nosocomiale	CHU Bichat Faculté Paris 7	jean-christophe.lucet@bch.aphp.fr
Renard-Dubois Sylvie	Médecin Directrice adjointe pôle veille et sécurité sanitaire	ARS Ile de France	Sylvie.RENARD-DUBOIS@ars.sante.fr
Sovrano Jean-Christien	GDR EHPAD Pôle medico-social DCSMS	ARS Ile de France	Jean-Christian.SOVRANO@ars.sante.fr

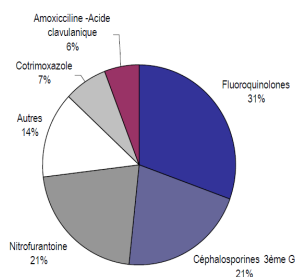
Etat des lieux

- Pas de recommandations antibiotique spécifique EHPAD
 - ☐ Forte prévalence de troubles de la mémoire
 - ☐ Impact des soignants et des famille sur la prescription
 - ☐ Administration orale et trouble de déglutition
- Trois site concerné: cutané, respiratoire, urinaire
- Impact des soignants, «déclencheurs» de la prescription
 - ☐ Réalisation de prélèvements à leurs initiatives (affections cutanées et urinaires)
 - ☐ signalement de signes/ou symptômes
 - ☐ réévaluation du traitement

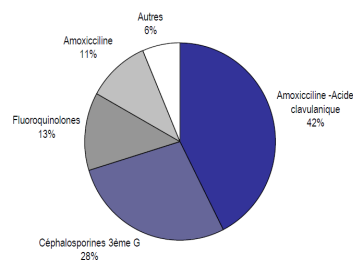
HALT 2010 (FR) : Prévalence des infections par localisation infectieuse (N=258)



HALT 2010 (FR) : distribution des traitements anti-infectieux par localisation infectieuse



Localisation urinaire (N=85)



Localisation respiratoire (N=47)

Décisions du groupe de travail

- Objectif principal : diminuer la consommation globale des antibiotiques en EHPAD en augmentant la qualité de la prise en charge des résidents
- Objectifs secondaires :
 - ☐ Diminuer les prélèvements urinaires et cutanés inappropriés
 - ☐ Diminuer le recours inapproprié aux antibiotiques dans les affections respiratoires
 - ☐ Augmenter le taux d'antibiothérapie réévaluée à 48h
 - ☐ Réduire le taux d'antibiothérapie dont la durée est supérieure à la durée recommandée

ACTIONS

➤ Principales personnes ciblées dans les actions :

- personnel soignant des EHPAD (IDE, aide soignant, AMP)
- résident et/ou leur entourage

➤ Modalités d'action :

- formation des personnels soignants
- information des résidents et/ou de leur entourage par le binôme IDE Coordonateur / Médecin Coordonateur (sous la responsabilité du directeur de l'EHPAD).
- Les médecins généralistes prescripteurs: seront informés de ces actions et une plaquette sur les recommandations en antibiothérapie

Les outils

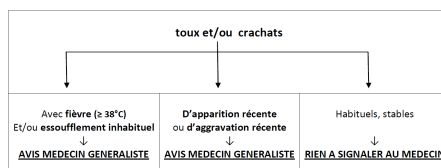
- **Powerpoint** à destination des personnels soignants
- **Plaquette soignante** sur les indications de 'non prélèvement' dans les affections cutanées et urinaires et sur les « non signes d'alerte » dans les affections respiratoires
- Outil de communication famille et résident
- **Plaquette recommandation** thérapeutique à destination des médecins prescripteurs

Plaquette soignant

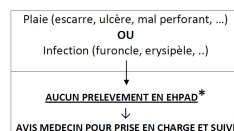
ATB EHPAD
Plaquette Soignants

17/01/2012

INFECTION RESPIRATOIRE



INFECTION CUTANÉE



* RÉALISER UN PRÉLÈVEMENT
NON INDiqué EST UNE FAUTE

car risque de prescription inutile
d'antibiotique et donc:

- Risque de sélection de germes résistants pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD
- Risque d'effets indésirables dus aux antibiotiques pour le résident

PROJET NON VALIDE

Plaquette soignant

ATB EHPAD
Plaquette Soignants
INFECTION URINAIRE

17/01/2012

PROJET NON VALIDE

PATIENT NON SONDE

Urines malodorantes et/ou troubles = PAS D'INFECTION ↓ PAS DE BANDELETTE URINAIRE *	Fièvre (≥ 38°C) et/ou brûlures mictionnelles, et/ou apparition d'envies fréquentes d'uriner = INFECTION PROBABLE ↓ FAIRE UNE BANDELETTE URINAIRE ❖ Pas de toilette préalable nécessaire ❖ Urines fraîchement émises (2 ^{ème} jet urinaire si possible) ❖ Lecture rapide 1 à 2 min après le prélèvement : ➤ LE et NI négatifs= BU négative ➤ → infection urinaire exclue ➤ LE et/ou NI positifs= BU positive ➤ → infection urinaire possible Nb : respect des dates de péremption et des conditions de conservation des bandelettes ! ↓ TRANSMISSION DU RESULTAT AU MEDECIN	Modification du comportement chez des personnes avec troubles cognitifs et/ou apparition d'une incontinence = INFECTION POSSIBLE ↓ AVIS MEDECIN
---	--	--

PATIENT SONDE

Urines malodorantes et/ou troubles et/ou écoulement autour de la sonde ↓ PAS DE PRELEVEMENT (ni bandelette ni prélèvement de l'écoulement) *	Fièvre (≥ 38°C) et/ou douleurs sus-pubiennes et/ou Modification du comportement ↓ PAS DE BANDELETTE URINAIRE * ↓ AVIS MEDECIN
--	---

Les recommandations en antibiothérapie

Cahier des charges:

- Traiter efficacement
- Moins prescrire d'antibiotiques
- Adapté aux circonstance de terrain
 - ❑ Simple
 - ❑ Choix de molécule à faible impact écologique (Quinolone, Amoxiclav,C3G)
 - ❑ Fenêtre courte des durées de traitement
 - ❑ Adaptation à la fonction rénale
 - ❑ Alternative de traitement IM/SC/IV
 - ❑ Arsenal thérapeutique restreint
 - ❑ Recommandations restrictive

Plaquette antibiotique

PROJET NON VALIDE

BRONCHITES		
	Contexte	Traitement
Bronchite aigue	Virus, <i>H. influenzae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>sf. groupai</i> , <i>contexte épidémique</i>	Abstention
Exacerbation de BPCO	Stade I ou II (symptômes chroniques inconstants, pas de dyspnée d'effort) : virus, pneumocoque, <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i>	Abstention de première intention
Penser à la vaccination antipneumococcique et antigrippale	Stade II (symptômes chroniques fréquents, dyspnée d'effort) : virus, pneumocoque, <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , entérobactérie	Abstention sauf si purulence franche de l'expectoration : Amoxicilline 1g-3j PO durée totale : 5 j. sauf cas sévères >10 j.
	Stade III (symptômes chroniques quasi constants, dyspnée de repos ou au moindre effort ou > 4 exacerbations/an) : pneumocoque, virus, <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , entérobactérie, <i>P. aeruginosa</i>	Allergie : Pristinamycine 1g-3j PO Amoxicilline-acide clavulanique 1g-3j PO Allergie : Pristinamycine 1g-3j PO Si voie orale impossible : Cefuroxime 750 mg-2j IM durée totale : 7j.
PNEUMOPATHIES		
	Contexte	Traitement
Pneumopathie aigue	Début brutal Foyer de crépitaux Fièvre élevée, frissons, douleurs thoraciques Opacité systématisée GB ↑↑ (PNN) et CRP ↑↑	Amoxicilline-acide clavulanique 1g-3j PO Si voie orale impossible : Cefuroxime 750 mg-2j IM Allergie de type 1 : Pristinamycine 1g-3j PO durée totale : 7j.
Surpétion d'intubation	Trouble de déglutition Foyer de crépitaux droit	Amoxicilline-acide clavulanique 1g-3j PO Ou ceftriaxone 1g IM + métronidazole 500mg-3j PO durée totale : 7j.
Pneumopathie aigue sévère ou échec à début du traitement de première intention	Transfert SAU	Ceftriaxone 1g IM + Spiramycine 300-3j PO

Merci de vos commentaires

PROJET NON VALIDE

INFECTIONS URINAIRES		
	Contexte	Traitement
PNA	Signes fonctionnels urinaux + hyperthermie ou sd confusionnel en l'absence d'autre cause + ECBU positif + sd inflammatoire biologique Bactérie responsable : <i>E. coli</i> ou autre entérobactérie dans plus de 90% des cas	Probabiliste : Ceftriaxone 1g IM/SC/IV Après documentation : relais PO rapide, selon l'antibiogramme : - Amoxicilline Po 1g-3j (durée totale : 14 j., si entérocoque ou entérobactérie sensible) - Cotrimoxazole forte Po 1cp-2j (durée totale : 10 j.) - Eviter les Fluoroquinolone si possible Allergie de type I : Ofloxacine 200 mg-2j Po (durée totale : 7 j.) + gentamicine 5mg/kg (1 dose) IM/IV
Prostatite aigüe	Signes fonctionnels urinaux + hyperthermie ou sd confusionnel en l'absence d'autre cause + ECBU positif + sd inflammatoire biologique	Probabiliste : Ceftriaxone 1g IM +/- gentamicine 5mg/kg (1 dose) (si situation sévère) Après documentation : relais PO rapide, selon l'antibiogramme : - Cotrimoxazole Forte Po 1cp-2j en première intention - Ofloxacine 200 mg-2j durée totale : 14 j.
Cystite aigüe de la femme	Signes fonctionnels urinaux isolés + ECBU positif	Probabiliste : Nitrofurantoina 50mg-3j Ou Fosfomycine 3g monodose Après documentation selon l'antibiogramme : - nitrofurantoina 50mg-3j - amoxicilline 1g-3j - Cotrimoxazole Forte Po 1cp-2j en Eviter les Fluoroquinolone si possible durée totale : 5 j.
Urétrite de l'homme	Signes fonctionnels urinaux isolés + ECBU positif	Après ECBU : - Cotrimoxazole Forte Po 1cp-2j - amoxicilline 1g-3j Eviter les Fluoroquinolones si possible durée totale : 7 j.
Bactériurie asymptomatique	Extrêmement fréquente chez la personne âgée institutionnalisée (90%) : devant une fièvre, rechercher de principe un autre foyer infectieux	Pas de traitement antibiotique
Changement de sonde urinaire	ECBU systématiquement positifs après plusieurs semaines de sondage	Pas de traitement antibiotique entourant de changement de sonde