



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
 www.em-consulte.com



Article original

Optimisation des prescriptions en réanimation[☆]

How can we optimize medical orderings in intensive care unit (ICU)?

J.-J. Lehot^{a,*}, C. Heuclin^b, J. Neidecker^a, R. Cartier^c, P. Ffrench^d, M.E. Reverdy^e, D. Revel^f,
 M. Billard^g, C. Lupo^g, B. Gonnard^a, G. Keller^a, G. Aulagner^g, O. Bastien^a

^a Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Louis-Pradel, groupement hospitalier Est, hospices civils de Lyon, 28, avenue du Doyen-Lépine, 69677 Bron, France

^b Centre de ressources, contrôle de gestion, système d'information – Direction, GHE, 69677 Bron, France

^c Centre de biologie et pathologie Est, laboratoire de biochimie, GHE, 69677 Bron, France

^d Centre de biologie et pathologie Est, laboratoire d'hématologie, GHE, 69677 Bron, France

^e Centre de biologie et pathologie Est, laboratoire de bactériologie, GHE, 69677 Bron, France

^f Radiologie, hôpital Louis-Pradel, GHE, 69677 Bron, France

^g Pharmacie, hospices civils de Lyon, groupement hospitalier Est, université C.-Bernard-Lyon-1, 28, avenue du Doyen-Lépine, 69677 Bron, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 19 janvier 2010

Accepté le 10 juin 2010

Disponible sur Internet le 21 août 2010

Mots clés :

Réanimation

Économie

Prescription médicale

Biologie

Imagerie

Médicaments

RÉSUMÉ

Objectifs. – Rationaliser les prescriptions dans un service de réanimation postchirurgie cardiovasculaire et thoracique en tenant compte de l'apport de la pléthysmographie, de la capnographie, de l'échographie transthoracique et des avis des médecins et pharmaciens correspondants, de 2006 à 2008.

Type d'étude. – Évaluation monocentrique des pratiques médicoéconomiques.

Méthodes. – Des réunions des médecins, pharmaciens et internes ont été organisées deux à trois fois par an de fin 2006 à 2008 pour réfléchir à ces prescriptions, les améliorer et en observer les résultats. Les prescriptions systématiques étaient découragées au profit de prescriptions ciblées. Les internes étaient systématiquement avertis de ce programme en début de semestre. L'année 2006 était prise comme référence. Parallèlement, les réunions de morbi-mortalité mensuelles étaient poursuivies afin d'observer d'éventuels effets adverses.

Résultats. – Alors que l'index de complexité relative du service augmentait de 3,3 % et que les décès potentiellement évitables diminuaient de 34 %, les dépenses diminuaient d'approximativement 777 000 euros durant la troisième année. Les prescriptions de biologie, de radiographies thoraciques au lit, de tomodensitométries et des médicaments ciblés diminuaient respectivement de 30, 10, 16 et 35 %. Cependant, une augmentation de la prescription de quatre médicaments ciblés durant la dernière année fut observée.

Conclusion. – Une réflexion multiprofessionnelle peut servir de base pour optimiser les prescriptions d'examen complémentaires et de médicaments coûteux en réanimation. Cependant, un intéressement des prescripteurs pourrait être nécessaire à la pérennisation de la démarche.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – To evaluate whether intensivists would accept to optimize their orderings of biological samplings, x-rays and target drugs and to assess the consequence on patient's outcome.

Study design. – Monocentric evaluation of medical economic procedure.

Methods. – Meetings of consultants, registrars and residents started on Dec 21, 2006 with two to three sessions a year in order to evaluate the process of medical ordering. The physicians and pharmacists gave the results of orderings at each meeting. Orderings of systematic samplings, bedside x-rays and unjustified expansive drugs were discouraged, but target samplings and lung ultrasonography were encouraged. New residents were systematically taught about this programme. Meanwhile, monthly morbidity-mortality meetings were pursued in order to assess the consequences of this politics.

Keywords:

Intensive care

Economy

Medical ordering

Biological sampling

Bed x-ray

Computed tomographic scan

Lung ultrasonography

Pharmacy

[☆] Travail présenté en partie au Congrès organisé le 19 avril 2010 par la Haute Autorité de santé et le *British Medical Journal*.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-jacques.lehot@chu-lyon.fr (J.-J. Lehot).

Results. – While ICU total production increased by 3.4% and potentially evitable deaths decreased by 34%, annual expenses decreased by approximatively 777,000 euros from 2006 to 2008. This was due to decreased orderings in biology by 30%, bedside x-rays by 10%, computed tomographic scans by 16% and target drugs by 35%. However, an increased ordering in four target drugs was observed in 2008 as compared with 2007.

Conclusion. – Multidisciplinary optimization of medical ordering can be efficient in ICU. However, a profit-sharing with ordering physicians would be necessary to prolong these effects.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les dépenses en réanimation représentent environ 20 % des coûts hospitaliers dont 62 % résultent de frais de personnel [1]. La part de la prescription médicale reste donc importante. Or celle-ci résulte d'un processus intellectuel complexe et mal connu dans lequel les habitudes et la formation tiennent probablement un rôle. Il était intéressant de savoir s'il pouvait exister une surprescription d'examen complémentaires et de médicaments coûteux afin d'affecter éventuellement une partie de ces sommes à des fins plus utiles.

Une étude de faisabilité a été menée dans un centre de responsabilité (CR) de réanimation postchirurgie cardiovasculaire et thoracique afin de savoir si des réanimateurs hospitaliers accepteraient une telle politique et si cette dernière avait une incidence sur les soins.

2. Matériel et méthodes

Un programme d'optimisation des prescriptions dans un service de réanimation d'une capacité de 31 lits a été initié le 21 décembre 2006. Le service est partagé en une unité de 25 lits de séjour court incluant cinq lits de réanimation pédiatrique (réanimation 1) et une unité de six lits de séjour prolongé (réanimation 2). Les procédures médicales sont à disposition des prescripteurs sur le site du service. Les patients arrivant en réanimation 1 ne présentant pas de complications graves bénéficient d'une extubation précoce de type *fast track*. Les prescripteurs ont peu changé durant les trois ans de l'étude, hormis les internes et les chefs de clinique. Les gardes sont prises par deux seniors ou un senior et un interne de quatrième ou cinquième année.

Deux à trois réunions annuelles de concertation portant sur la prescription des examens complémentaires et des thérapeutiques coûteuses ont eu lieu. Les réanimateurs et les internes (qui prescrivent sous la supervision des seniors) y étaient invités, ainsi que les responsables des laboratoires (biochimie, hématologie, microbiologie) et de la pharmacie hospitalière. Une politique de prescription était décidée en commun. Les responsables des laboratoires et les pharmaciens rapportaient à tour de rôle les effets sur le volume des prescriptions. À chaque début de semestre, l'explication de cette démarche et le compte rendu des dernières réunions étaient donnés aux nouveaux internes par le responsable du CR. Celui-ci adressait également ces comptes rendus aux médecins ainsi que des rappels réguliers.

Les actions ciblées correspondaient le plus souvent à la remise en cause des prescriptions systématiques d'examen complémentaires. Elles s'appuyaient sur l'expérience des praticiens ainsi que sur les recommandations nationales ou internationales (Tableau 1). En biochimie, certains biomarqueurs peu utiles dans les jours suivant une chirurgie cardiaque voyaient leur prescription découragée tels que la C-réactive protéine (CRP) et la procalcitonine [2] ou les D-dimères en cas de suspicion de maladie thromboembolique. De plus, il était décidé un envoi préférentiel des examens entre 7 h et 19 h, le laboratoire de biochimie appliquant le supplément pour actes de biologie médicale

effectués en urgence (B25) (selon art. 6 JO du 8 janvier 2009) et le contrôle d'un médecin biologiste étant systématique seulement durant cette période. Bien entendu, les examens estimés urgents étaient adressés 24 h/24.

En hématologie, la formule leucocytaire n'était systématique avec la numération globulaire que chez les transplantés (B30 contre B40 puis B35).

En bactériologie, le taux d'hémocultures positives était monitoré ainsi que le nombre de prélèvements bronchiques protégés ou de lavages bronchoalvéolaires pour éviter les doublons. En revanche, les hémocultures étaient pratiquées par

Tableau 1

Principales modifications de prescription proposées.

Biologie
Affichage du coût des examens
Définition précise du « bilan hépatique »
Prescription de « natrémie-kaliémie » au lieu de « ionogramme » si suffisant
Prescription de lactatémie si acidose métabolique
Prescription de « hémoglobine en urgence » au lieu de « numération formule sanguine » si suffisant
Prescription de « numération globulaire plaquettes » au lieu de « numération formule plaquettes » si suffisant
Temps de céphaline activé (et héparinémie anti-Xa) redemandés le soir seulement chez les patients à haut risque thromboembolique ou hémorragique et dont le bilan de coagulation n'était pas satisfaisant le matin
Cathéters cultivés seulement à la demande
Hémocultures pratiquées par série de 2 ou 3
Examen cyto bactériologique des urines pratiqué si nitrite et/ou leucocytes positifs à la bandelette urinaire, hormis chez les patients aplasiques
Devant une diarrhée en cours de séjour, recherche de toxine clostridiale au lieu de coproculture. L'isolement de bactéries multirésistantes entraîne l'isolement technique du patient sans renouveler la recherche de germe multirésistant durant le séjour
Proscrire CRP et procalcitonine dans les 7 jours après chirurgie cardiaque
Proscrire les dosages systématiques de troponine après chirurgie non cardiaque
Imagerie
Radiographies thoraciques systématiques seulement après retour du bloc opératoire
Mise en place des cathéters centraux
Mise en place et ablation des drains thoraciques
Détérioration de la fonction respiratoire
Encourager l'ETT en pathologie respiratoire
Enseignement aux internes
en cas d'anomalie respiratoire brutale
Médicaments
Antimicrobiens
respect des durées recommandées
privilégier la voie orale (fluoroquinolones et fluconazole) et les produits les moins chers à activité similaire
médecins référents pour prescription des produits coûteux
Expansion volémique : colloïdes synthétiques en première intention
Agents sédatifs et analgésiques
respect des recommandations
propofol : éviter les seringues préremplies
hypertension artérielle pulmonaire : relais précoce du NO inhalé par sildénafil oral
Monitoring de la curarisation
Dosage plasmatique avant prescription d'antithrombine III

ETT : échographie transthoracique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746486>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746486>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)