

Audit Augmentin

Groupe Hospitalier du havre

Dr Sandra Bourdon - Praticien hygiéniste

Dr Véronique Morin-Légier - Pharmacien

Drs Claudine Badr et Anne VDD - Infectiologues

Constat

- L'amoxicilline-acide clavulanique (AAC) = Classé dans le groupe 2 de la liste des antibiotiques critiques : molécules à **indications restreintes**, ayant un impact plus important sur la **résistance bactérienne**
 - Antibiotique **le plus utilisé** en établissements de santé en France
 - Enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements anti-infectieux (juin 2022) : **surconsommation d'AAC en Normandie**. Prévalence significativement plus élevée qu'au niveau national (4,5% en Normandie contre 3,3%)
- Proposition de normantibio d'un audit, en établissement de santé, pour préciser les **indications des traitements** par AAC, pour en évaluer la **pertinence** et pour dégager des **actions correctrices** visant à **réduire la consommation**.

Méthodes

- Inclusion prospective de 50 patients adultes et enfants hospitalisés et traités par AAC (seul ou en association) pendant une semaine déterminée d'octobre
- Critères d'exclusion :
 - Traitements par AAC démarrés avant le début de la période d'audit.
 - Traitements par AAC démarrés en ambulatoire ou dans un autre établissement.
 - Antibioprophylaxies chirurgicales.
- Recueil des informations via le dossier patient (sillage). Binôme infectiologue / pharmacien ou hygiéniste.
- 7 critères d'évaluation de la pertinence de la prescription :
 - Pertinence de l'indication de l'antibiothérapie
 - Pertinence du choix de la molécule
 - Pertinence de la posologie
 - Pertinence de la durée
 - Pertinence de la voie d'administration
 - Réévaluations à H72 et à J7-J10 réalisées

Résultats

- **Age moyen** : 58,2 ans (min : 1 – max : 91)
- 27 hommes / 23 femmes. **Sex-ratio H/F** : 1,2.
- **Services de séjour** : pneumologie (22%), ORL (14%), M2I (10%), pédiatrie (10%), cardiologie (8%), médecine polyvalent (8%), chir générale (6%), dermatologie (6%)
- **Lieu de prescription** : SAU : 30%, Service 70%
- Prescription par un interne : 57,1%, par un senior : 42,9%
- **Avis du référent en antibiothérapie demandé** : 10%

Résultats

- **Site infectieux :**
 - Broncho-pulmonaire : 46%
 - Cutanéomuqueux : 14%
 - ORL : 12%
 - Digestif : 10 %

 - Antibioprophylaxie : 4%
 - Non précisé : 2%
 - Ostéo-articulaire : 2%
 - Vasculaire : 2%
- Infections communautaires : 87,8% - Infections liées aux soins : 12,2%
- 10% de patients immunodéprimés

Tableau des évaluations revues

Si l'indication de l'antibiothérapie n'est pas pertinente, les autres critères sont considérés comme non adaptés
 Si le choix de la molécule n'est pas pertinent, les autres critères sont considérés comme non adaptés

Critères conformes	Oui GHH	Non GHH	NA GHH	% conformité GHH	% Non-conformité GHH	% conformité Normandie entière
Indication	44	6	0	88	12	85,4
Molécule	35	9	6	79,5	20,5	88,5
Posologie	31	3	16	91,2	8,8	95,5
Durée	21	14	15	60	40	67
Voie	34	1	15	97,1	2,9	96,5
Réévaluation H72	22	7	21	75,9	24,1	62,3
Réévaluation J7	9	6	35	60	40	38,5

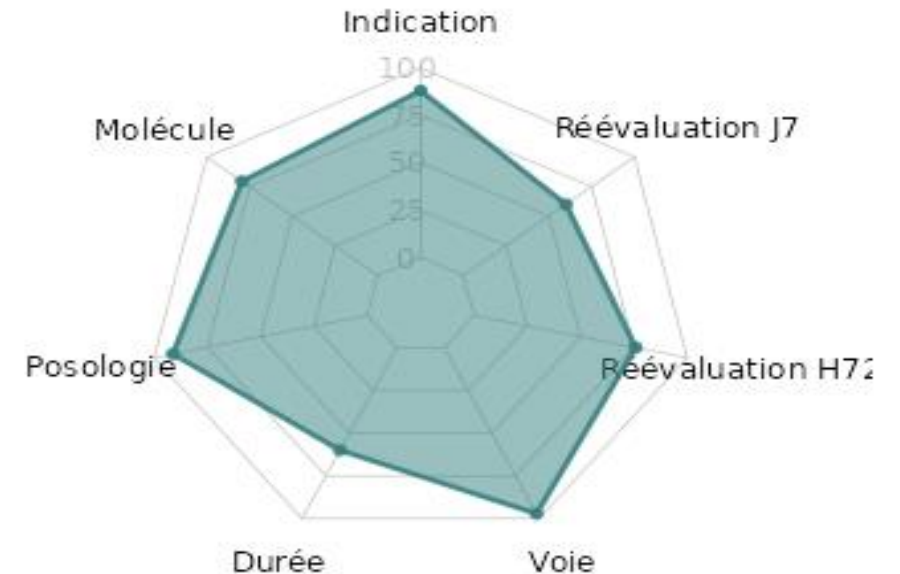
Conclusions

- 2 principaux leviers d'action pour limiter la consommation d'AAC :
 - L'indication à une antibiothérapie
 - La durée de traitement

- En compilant les critères :

133 DDJ inutiles / 377 DDJ au total

→ 35% de DDJ inutiles



Indication à une antibiothérapie

- 12% d'AAC prescrit alors qu'il n'y avait pas lieu d'instaurer une antibiothérapie.
- Travail à poursuivre sur les tests diagnostiques :
 - Respiratoires : PCR syndromique respiratoire, trod angine...
 - Positionnement du scanner thoracique low dose dans les futures recommandations sur les pneumopathies.

Indication à une antibiothérapie

- 2% d'indication non précisée – 4% d'antibioprophylaxie : ATB pour rassurer le clinicien ?
- Travail de formation nécessaire pour changer progressivement le paradigme de la prescription

7. Le timing de l'antibiothérapie



Dans les situations de tableau aigu d'allure infectieuse, l'antibiothérapie

- Est **urgente** si le pronostic vital / fonctionnel est en jeu (sepsis / choc septique, méningite bactérienne, purpura fulminans)
- Doit être débutée **rapidement** si le terrain est à risque de complication rapide (neutropénie, splénectomie... femme enceinte, cirrhose, diabète décompensé)
- **N'a pas de raison d'être différée** si le site de l'infection est identifié et que les prélèvements (si indiqués) sont faits.

Dans les autres cas, en l'absence de diagnostic établi, il n'y a **pas d'urgence** à débuter une antibiothérapie et il faut se donner les moyens du diagnostic : fièvre d'origine infectieuse (bactérienne vs autre) vs non infectieuse.



Durée de traitement

- Durée de traitement trop longue par rapport aux recommandations
- Enquête régionale : **+1 jour de ttt / attendu** pour chaque prescription d'AAC
- Au GHH : protocole sur la durée des traitements anti-infectieux chez l'adulte.



Émetteur du Protocole : Sous-commission des antibiotiques	Réf. Ennov Doc : PTC /2031
Durée des traitements anti-infectieux chez l'adulte	Version : 1
	<i>Date d'application sept 2021</i>

PATHOLOGIE	ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES	DURÉE
BPCO	Exacerbations de BPCO	5 jours

- Ordonnance de sortie : on ne repart pas à zéro ! Mettre une date de fin de traitement pour clarifier plutôt qu'une durée.
- Transition réa – service d'hospitalisation : bien indiquer le J0 de l'antibiothérapie débutée en réanimation.

Actions / réflexions générales

- Présentation des résultats de l'audit en COMAI de GHT et en CME
- Sensibiliser les services identifiés comme moins bons élèves ?
- Réflexion à conduire pour sensibiliser / former les cliniciens avec technique ludique et attrayante