

## Audit régional sur les antibiotiques « critiques » : une situation contrastée

Anaïs BRETEAU<sup>1</sup>, Elise FIAUX<sup>2-3</sup>, Damien FUSS<sup>1</sup>, Elise REMY<sup>4</sup>, Marion DAVID<sup>5</sup>, François CARON<sup>2</sup>, Doreya MONZAT<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>OMÉDIT Haute-Normandie <sup>2</sup>Infectiologie, CHU Rouen <sup>3</sup>NormAntibio <sup>4</sup>Pharmacie CHG Elbeuf <sup>5</sup>Bactériologie CRLCC, Rouen

### Contexte

- Depuis 2011, le concept des antibiotiques considérés comme critiques (ATBc), relayé par l'ANSM, permet d'aider à cibler les actions de bon usage.
- Deux groupes d'antibiotiques critiques définis :
  - **antibiotiques critiques de dernier recours** : carbapénèmes, « antiSARM »...
  - **antibiotiques critiques générateurs de résistance** : amox-clav, C3G, fluoroquinolones (FQ)
- But : établir un panorama précis de la consommation d'ATBc dans une région disposant d'une commission des anti-infectieux de l'OMÉDIT fédérant tous les ES publics et privés.

### Patients et méthode

- Mi-2015 : définition de la méthode et constitution d'une grille d'évaluation consensuelle par le groupe de travail
- Hiver 2015-2016 : étude prospective 1 jour donné (« glissant »)
  - proposée à tous les ES de l'ex-région Haute-Normandie.
  - analyse **quantitative** : relevé de tous les patients hospitalisés/sous ATB/ sous ATBc
  - analyse **qualitative** : évaluation de 5 à 110 prescriptions (selon la taille de l'ES) en ciblant les ATBc générateurs de résistance :
    - . équipe d'évaluation interne à chaque ES (infectiologue, pharmacien, référent antibiotique...)
    - . adéquation sur 4 items : molécule, posologie, durée, réévaluation à H72 et à 7 jours.
- Mi-2016 : centralisation et analyse des données ; restitution aux ES

**7028 patients**  
hospitalisés 1 jour  
donné dans les tous ES  
(MCO 89 %, SSR 11 %)

**1391 sous ATB (20 %)**

**907 sous ATBc (65 %)**

**42 (5 %) ATBc de dernier recours**

**865 (95 %) ATBc générateurs de R**

### Antibiotiques critiques de dernier recours :

- seulement 5 % des antibiotiques critiques et 3 % de l'ensemble des antibiotiques
- avant tout des carbapénèmes (74%)
- 1<sup>er</sup> prescripteur : CHU
- Prescriptions bien ciblées, sur infections à BMR/XDR

### Antibiotiques critiques générateurs de résistance bactérienne

- Au total des trois familles :
  - 9 % d'indications prophylactiques, 91 % d'indications curatives, dont 20 % documentées,
  - avis d'un référent signalé pour 13 % des cas
  - 8 % d'antibiothérapie jugée inutile (quelle que soit la molécule)
  - adéquation globale :
    - 43 % pour le choix initial (molécule, posologie, durée)
    - 44 % pour réévaluation/désescalade
- Par famille :

	Amox-clav (n=454)	C3G (n=288)	F-quinolones (n=119)
Schéma			
prophylactique	12 %	5 %	9 %
curatif	88 %	95 %	91 %
dont probabiliste	84 %	83 %	59 %
documenté	16 %	17 %	47 %
Indications (%)			
respiratoire	41	39	24
urinaire	7	24	33
autres	52	37	43
Voie (%)			
IV	51	72	29
PO	49	4	71
Durée (%)			
moyenne (j)	4,4	4,3	8,1
extrêmes	1-32	1-25	1-68
Adéquation (%)			
initiale	42	58	48
réévaluation	45	44	42

### Pistes d'amélioration

- Usage massif d'amox-clav pour le respiratoire : intérêt d'améliorer le diagnostic d'infection respiratoire virale (PCR)
- Des durées parfois très excessives : importance du respect des recommandations
- Des réévaluations à H72 puis à J7 manquantes : intérêt des logiciels de prescription, analyse pharmaceutique, EPP intra-établissement
- Réévaluations n'aboutissant pas toujours à la plus forte désescalade : « on peut pourtant changer une équipe qui gagne »

### Conclusion : une photographie régionale contrastée

- usage limité et bien ciblé des antibiotiques critiques de dernier recours
- utilisation massive des antibiotiques générateurs de résistance, en particulier d'amox-clav et C3G à visée respiratoire.