

### **Participation**

- 261 établissements de santé (ES) : 61% des ES de la région et 67% des ES ayant une activité de court séjour ; 45 476 lits représentant 70% des lits de l'interrégion : participation comparable à celle des deux années précédentes.

### **Politique de bon usage des antibiotiques (N=244 ES)**

- Des progrès notables dans le nombre de mesures concourant au bon usage des antibiotiques sont observés depuis le début de la surveillance en 2005. Une instance en charge du bon usage des antibiotiques et des actions de type surveillance et diffusion d'information sont désormais en place dans la quasi-totalité des établissements. Par rapport à 2010, davantage d'ES ont mis en place des moyens informatiques, des recommandations locales de traitement, la formation des nouveaux prescripteurs, une valorisation de l'activité du référent, et une équipe autour du référent.
- D'autres mesures n'ont pas ou peu progressé par rapport à 2010 :
  - désignation d'un référent, en place dans 91% des ES en 2011 (variation selon le type d'ES, de 72% pour les hôpitaux locaux à 100% des CHU, CLCC et ESLD) ; le temps médian consacré par le référent à cette activité était de ½ journée hebdomadaire ;
  - équipe multidisciplinaire dans 53% des ES ; temps hebdomadaire médian consacré par l'équipe : 4 heures ;
  - les actions d'évaluation, dans 78% des ES.
- Les hôpitaux locaux et les ESLD restent les ES ayant mis en place le moins de mesures. Cela souligne la nécessité d'adapter les recommandations à leurs besoins et ressources ainsi que l'intérêt de promouvoir un travail en réseau avec d'autres établissements.
- Des axes de travail restent prioritaires en 2012 :
  - développer des moyens informatiques;
  - promouvoir la prescription et dispensation avec durée limitée pour tous les antibiotiques, en place dans un peu plus du tiers des ES (38%);
  - renforcer en conséquence le temps pharmaceutique consacré au bon usage des antibiotiques : < 2 heures hebdomadaires pour la moitié des 218 répondants, sans évolution depuis 2005;
  - promouvoir la valorisation de l'activité du référent : seuls 66% des ES ont pu préciser l'activité en nombre de journées ou nombre de conseils ou prescriptions données; dans les 41% d'ES ayant quantifié le temps consacré par le référent à cette activité, le temps médian était de 0,46 jour/semaine/100 lits soit 1 ETP pour 1000 lits environ.
  - développer les actions de formation, réalisées par un peu moins des 2/3 des ES, et d'évaluation réalisées par 78% des ES en 2011, mais avec une présentation des résultats aux prescripteurs dans seulement 17% des cas.

De plus, la formation des référents en antibiotiques et leur spécialité ont peu évolué ces dernières années : moins de la moitié dispose d'un diplôme cité dans la circulaire du 2 mai 2002 ; ils sont le plus souvent anesthésistes-réanimateurs (17,8%), pharmaciens (15,2%) ou infectiologues (14,0%). La mise en place d'équipes multidisciplinaires autour du référent et l'attribution de temps dédié au référent en antibiotiques, ainsi que la formalisation d'un travail en réseau avec la désignation de référents ou de centres de conseils pour les référents et/ou prescripteurs d'établissement plus petits pourrait être utile dans ce contexte.

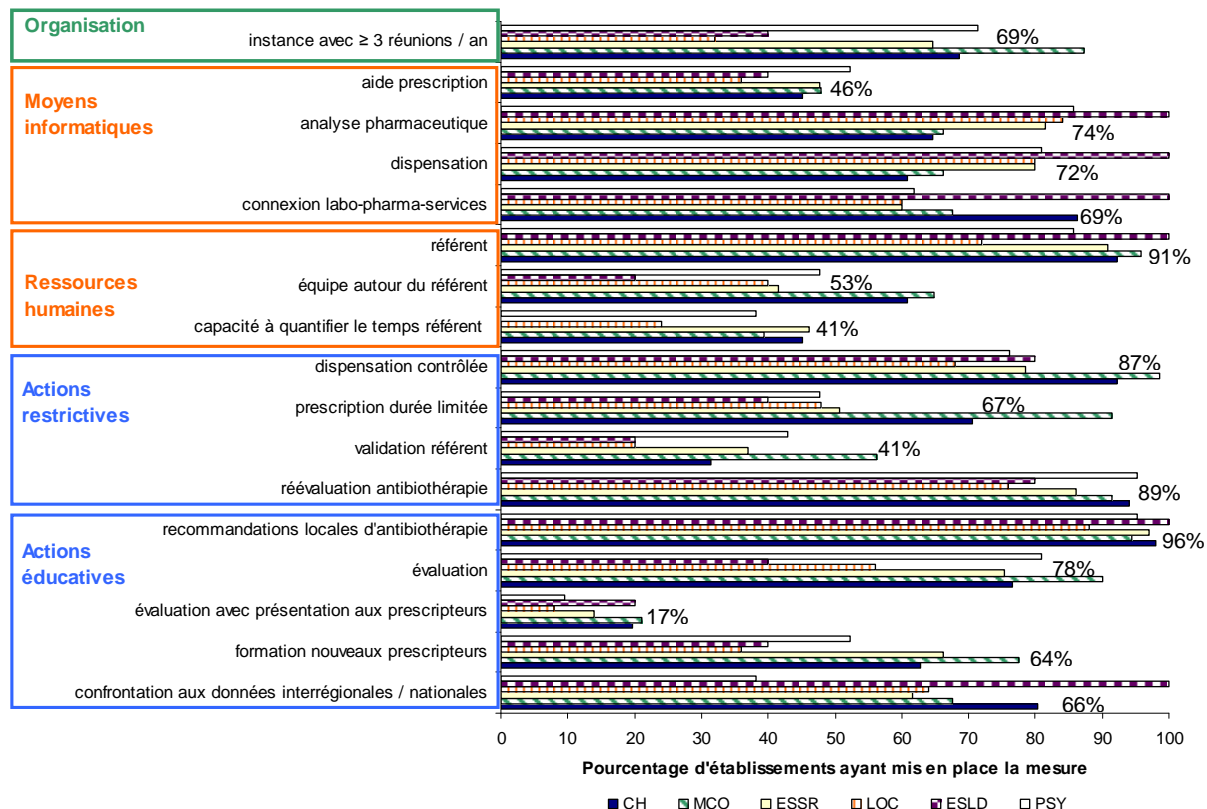


Figure 1 : Pourcentage de réponses positives pour chaque question du volet « Politique d'utilisation des antibiotiques » en fonction du type d'établissement (N=244: CH N=51, MCO N=71, ESSR N=65, LOC N=25, ESLD N=5, PSY N=21, CLCC\*=2 et CHU\*=4 ; \*non représentés)

## Consommation d'antibiotiques

- **Consommation globale** : antibiotiques à visée systémique (classe J01), y compris la rifampicine (J04AB02) et les imidazolés per os (P01AB 01 et 03)

Les valeurs des consommations varient de façon importante selon le secteur d'activité clinique et le type d'établissement.

Tableau 1 : Consommation d'antibiotiques, selon le type d'établissement

Type	N	Nb de DDJ pour 1000 JH		Nb de DDJ pour 100 AD*	
		Taux global	Médiane	Taux global	Médiane
CHU/HIA	8**	572	605	332	377
CH	58	429	420	340	381
MCO	74	429	419	199	205
CLCC	2	418	422	170	175
ESSR	68	168	156	557	554
LOC	27	171	171	628	532
ESLD	5	62	71	-	-
PSY	21	60	51	209	155
<b>Ensemble</b>	<b>263</b>	<b>365</b>	<b>258</b>	<b>299</b>	<b>352</b>

\*données manquantes pour un établissement

\*\* 1 CHU avec 3 sites

JH : Journées d'hospitalisation

AD : admissions

Tableau 2 : Consommation d'antibiotiques, selon le secteur d'activité clinique (médiane)

Secteur d'activité	Nb de DDJ pour 1000 JH	Nb de DDJ pour 100 AD*
<b>Médecine</b> dont	<b>496</b>	<b>364</b>
Hématologie	1 144	888
Maladies infectieuses	1 887	1 611
USI Médecine	618	247
<b>Chirurgie</b> dont	<b>495</b>	<b>222</b>
Viscérale et générale	624	280
Orthopédique	411	215
USI Chirurgie	809	257
<b>Réanimation</b>	<b>1 533</b>	<b>1 029</b>
<b>Gynécologie-Obstétrique</b>	<b>303</b>	<b>118</b>
<b>Pédiatrie</b>	<b>376</b>	<b>118</b>
<b>SSR</b>	<b>192</b>	<b>588</b>
<b>SLD</b>	<b>75</b>	<b>-</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>70</b>	<b>155</b>

En complément de la consommation en nombre de DDJ pour 1000 journées d'hospitalisation complète (JH), les données exprimées en nombre de DDJ pour 100 admissions (AD) sont utiles à suivre pour un établissement. Cette dernière unité apporte une information complémentaire lorsque le nombre d'admissions et la durée moyenne de séjour évoluent dans le temps (cf aide à l'interprétation en annexe 3 du rapport complet).

▪ **Consommation par famille**

Les pénicillines, associées ou non à des inhibiteurs de bêta-lactamases représentent plus de la moitié des DDJ des antibiotiques consommés (l'association amoxicilline-acide clavulanique représentant 30% des consommations). Les fluoroquinolones représentent la deuxième famille d'antibiotique (14% des quantités consommées).

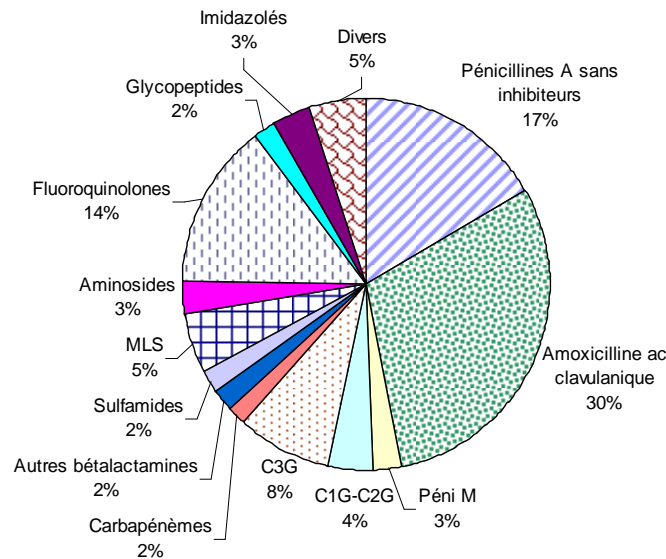


Figure 2 : Proportion des différentes familles d'antibiotiques consommés

Le profil de consommation, c'est-à-dire la part respective des différentes familles, variait en fonction du secteur d'activité clinique.

L'amoxicilline-acide clavulanique était l'antibiotique le plus utilisé quel que soit le secteur d'activité (25% à 46% des DDJ) sauf en gynécologie-obstétrique où l'amoxicilline seule était plus consommée (55%) ainsi qu'en réanimation où les fluoroquinolones et les C3G étaient les plus utilisés (chacune de ces familles représentaient 15% des DDJ).

Les fluoroquinolones occupaient la seconde place en médecine (10% des DDJ), chirurgie (14%) et SSR (18%). Les carbapénèmes et glycopeptides étaient peu utilisés en dehors des secteurs de médecine, chirurgie, pédiatrie et réanimation. Les imidazolés et les C1G et C2G étaient davantage utilisés en chirurgie.

Au sein des secteurs de médecine, l'hématologie et les maladies infectieuses avaient un volume et un profil de consommation différents. En hématologie, les antibiotiques les plus utilisés étaient les fluoroquinolones (16%), les glycopeptides (13%) et les carbapénèmes (11%). En maladies infectieuses, les pénicillines A et l'association amoxicilline-acide clavulanique représentaient 49% des consommations et les fluoroquinolones 9%.

## ▪ Evolution des consommations

Même si l'échantillon des participants variait d'une année à l'autre, il est intéressant d'observer que les variations des quantités d'antibiotiques consommés entre 2007 et 2011 différaient selon les secteurs d'activité cliniques considérés :

- progression en réanimation, en pédiatrie et en SLD,
- faible régression ou stabilisation en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, SSR et psychiatrie.

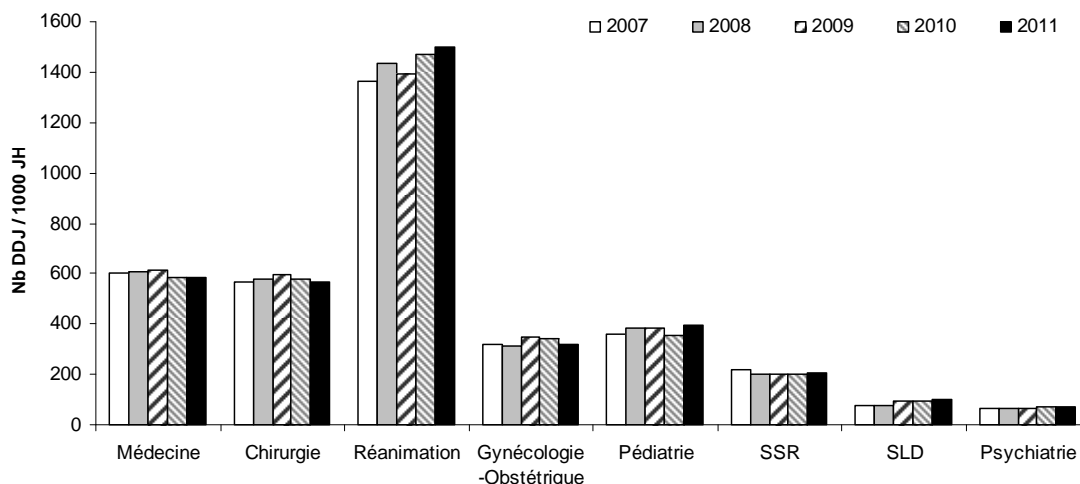


Figure 3 : Evolution de la consommation d'antibiotiques selon le secteur d'activité depuis 2007

## Consommation d'antibiotiques et résistances bactériennes (N= 221 ES)

- En 2011, les taux de résistance étaient plus élevés qu'en 2010 pour *E. coli*, de même que l'incidence des souches résistantes aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération : de 0,43 pour 1000 JH en 2011 contre 0,37 pour 1000 JH en 2010, 0,31 en 2009, 0,24 en 2008, 0,18 en 2007 et 0,14 en 2006, confirmant la progression continue de la résistance depuis plusieurs années.
- L'incidence de la résistance était plus élevée dans les CH et les hôpitaux locaux pour *S. aureus*, dans les CH et les MCO pour *E. coli*, et dans les CHU pour *P. aeruginosa* et *E. cloacae*.
- Le pourcentage de résistance reste très élevé dans les hôpitaux locaux et les ESLD pour *S. aureus* (respectivement 55% et 48% de SARM contre 19 à 37% dans les autres types d'établissements) et dans les hôpitaux locaux, les ESLD et les ESSR pour *E. coli* (respectivement 24%, 41% et 24% de résistance aux fluoroquinolones contre 12 à 16% dans les autres types d'établissements et de 12% à 28% de résistance aux C3G contre 7 à 9% dans les autres types d'établissements).
- La confrontation des données de résistance aux données de consommation a montré qu'une consommation élevée de certaines familles d'antibiotiques était associée à une résistance bactérienne plus élevée, en particulier pour la consommation de fluoroquinolones associée à l'incidence des SARM.

**Remerciements à tous les professionnels ayant participé à cette enquête.**

**Rapport complet** comportant une **aide à l'interprétation des données** et la liste des participants, diaporama sur le site internet

<http://www.cclin-sudouest.com/> Rubrique « Surveillances »

**Outils d'évaluation des pratiques** disponibles à la rubrique « Evaluation des pratiques en antibiothérapie » [http://www.cclin-sudouest.com/pages/enq\\_reeval.html](http://www.cclin-sudouest.com/pages/enq_reeval.html).