



POLITIQUE DE BON USAGE ET CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES

RESISTANCE BACTERIENNE PRINCIPAUX RESULTATS 2012

CCLIN SUD-OUEST, AOUT 2013

Participation

- 283 établissements de santé (ES) : 67% des ES de la région et 73% des ES ayant une activité de court séjour ; 48 657 lits représentant 77% des lits de l'interrégion : participation supérieure à celle des années précédentes.

Politique de bon usage des antibiotiques (N=250 ES)

- Des progrès notables dans le nombre de mesures concourant au bon usage des antibiotiques ont été 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 étaient en place dans la quasi-totalité des établissements en 2012. Par rapport à 2011, davantage d'ES avaient mis en place des moyens informatiques et une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions avec restitution des résultats aux disciplines participantes. Le recueil des éléments constituant ICATB version 2 a permis de constater que certaines mesures étaient déjà en place en 2012 dans plus de 2/3 des ES, comme l'existence d'une liste d'antibiotiques ciblés, la définition de modalités de contrôle des prescriptions, ou l'accès pour tous à un conseil diagnostique et thérapeutique. D'autres étaient moins répandues comme l'argumentation dans le dossier de toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine.
- D'autres mesures n'avaient pas progressé par rapport à 2011 :
 - désignation d'un référent, en place dans 89% des ES en 2012 (variation selon le type d'ES, de 62% pour les hôpitaux locaux à 100% des CHU, CLCC et ESLD) ;
 - équipe multidisciplinaire dans 50% des ES ; temps hebdomadaire médian consacré par l'équipe : 3 heures.
- Les hôpitaux locaux restaient 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 2013 :
 - 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 (39%) ;
 - renforcer en conséquence le temps pharmaceutique consacré au bon usage des antibiotiques : < 2 heures hebdomadaires pour la moitié des 226 répondants, sans évolution depuis 2005 ;
 - promouvoir la valorisation de l'activité du référent : seuls 63% des ES ayant un référent ont pu préciser l'activité en nombre d'ETP et l'objectif cible fixé dans le cadre d'ICATB-2 était atteint de façon hétérogène selon le type d'ES, de 0 à 76% des ES ayant une activité de court séjour ;
 - développer les actions de formation, réalisées par 2/3 des ES.

De plus, la formation des référents en antibiotiques et leur spécialité ont peu évolué ces dernières années : moins de la moitié disposait en 2012 d'un diplôme cité dans la circulaire du 2 mai 2002 ; ils étaient le plus souvent pharmaciens (18,4%), infectiologues (18,1%) ou anesthésistes-réanimateurs (17,3%). 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 pourraient être utiles dans ce contexte.

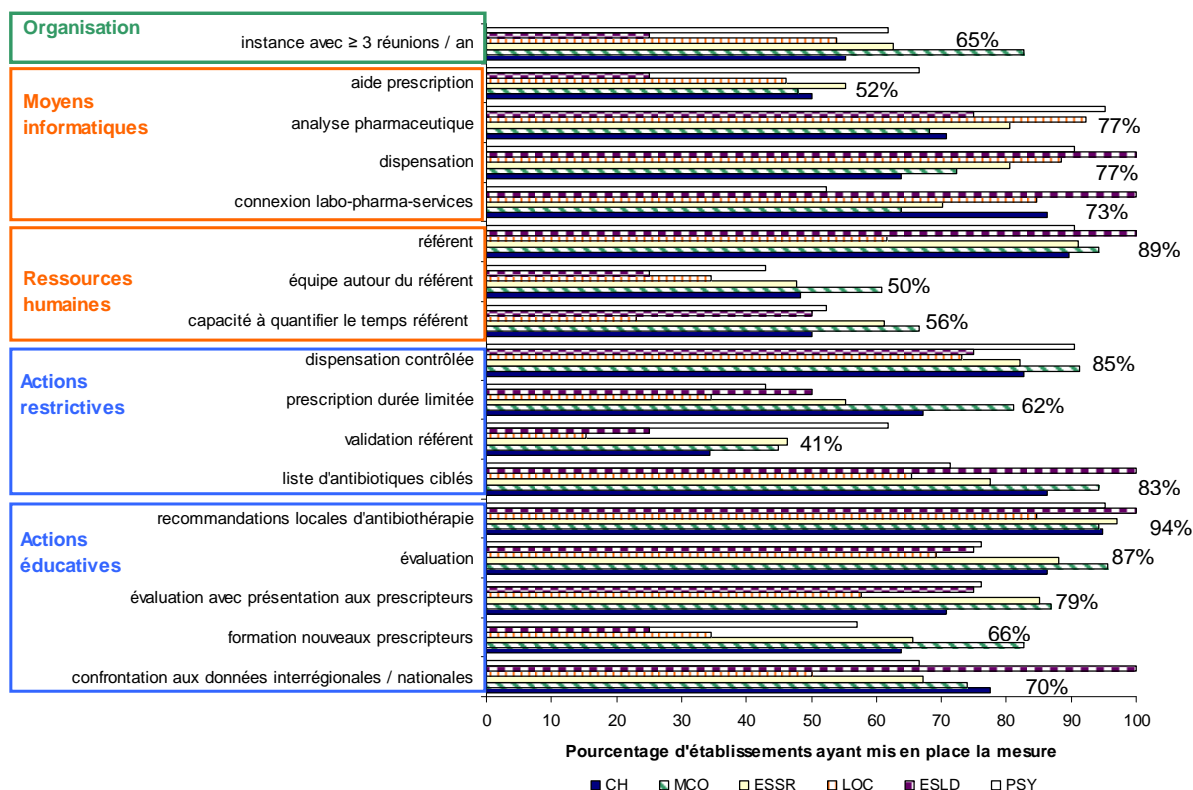


Figure 1 : Pourcentage de réponses positives pour chaque question du volet « Politique d'utilisation des antibiotiques » en fonction du type d'établissement (N=250: CH N=58, MCO N=69, ESSR N=67, LOC N=26, ESLD N=4, PSY N=21, CLCC*=2 et CHU*=3 ; *non représentés)

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 variaient 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	Média-ne	Taux global	Média-ne
CHU/HIA	5	601	624	347	372
CH	66	421	407	337	373
MCO	78	427	427	202	204
CLCC	2	461	450	211	206
ESSR	70	163	164	541	511
LOC	33	187	178	689	661
ESLD	4	72	77	-	-
PSY	25	53	47	203	186
Ensemble	283	358	258	305	347

*données manquantes pour 5 établissements
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*
Médecine dont	518	362
Hématologie	1 136	939
Maladies infectieuses	2 319	1 748
USI Médecine	816	314
Chirurgie dont	533	239
Viscérale et générale	602	277
Orthopédique	346	201
USI Chirurgie	693	335
Réanimation	1 434	1 356
Gynécologie-Obstétrique	284	109
Pédiatrie	346	105
SSR	190	575
SLD	85	-
Psychiatrie	64	202

*données manquantes pour 6 établissements

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 2 du rapport complet).

▪ **Consommation par famille**

Les pénicillines, associées ou non à des inhibiteurs de béta-lactamases représentaient plus de la moitié des DDJ des antibiotiques consommés (l'association amoxicilline-acide clavulanique représentant 30% des consommations). Les fluoroquinolones représentaient la deuxième famille d'antibiotique (14% des quantités consommées), les céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) la troisième famille (9% des quantités consommées, en progression).

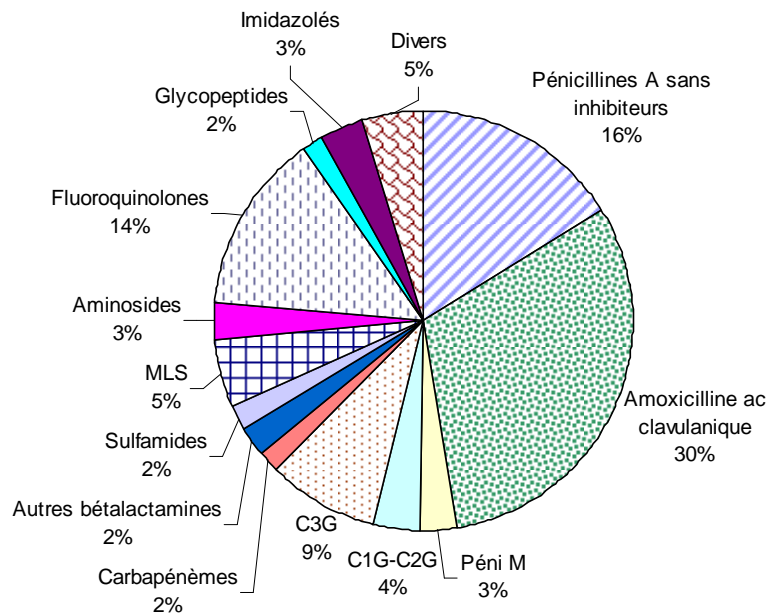


Figure 2 : Proportion des différentes familles d'antibiotiques consommés

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 (29% à 44% des DDJ) sauf en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie où l'amoxicilline seule était plus consommée (respectivement 56% et 27%) ainsi qu'en réanimation où les fluoroquinolones étaient les plus utilisées (15% des DDJ).

Les fluoroquinolones occupaient la seconde place en chirurgie (13% des DDJ) alors qu'en médecine, SSR, SLD et psychiatrie la deuxième place était occupée par l'amoxicilline (respectivement 16%, 20%, 21% et 26%). 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 (12%), les C3G (11%) et l'amoxicilline-acide clavulanique (11%). En maladies infectieuses, les pénicillines A et l'association amoxicilline-acide clavulanique représentaient 54% des consommations, les fluoroquinolones et les C3G, chacun 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 2012 différaient selon les secteurs d'activité cliniques considérés :

- progression en SLD et en réanimation (avec toutefois une stabilisation depuis 2010),
- faible régression ou stabilisation pédiatrie, gynécologie-obstétrique, SSR et psychiatrie.

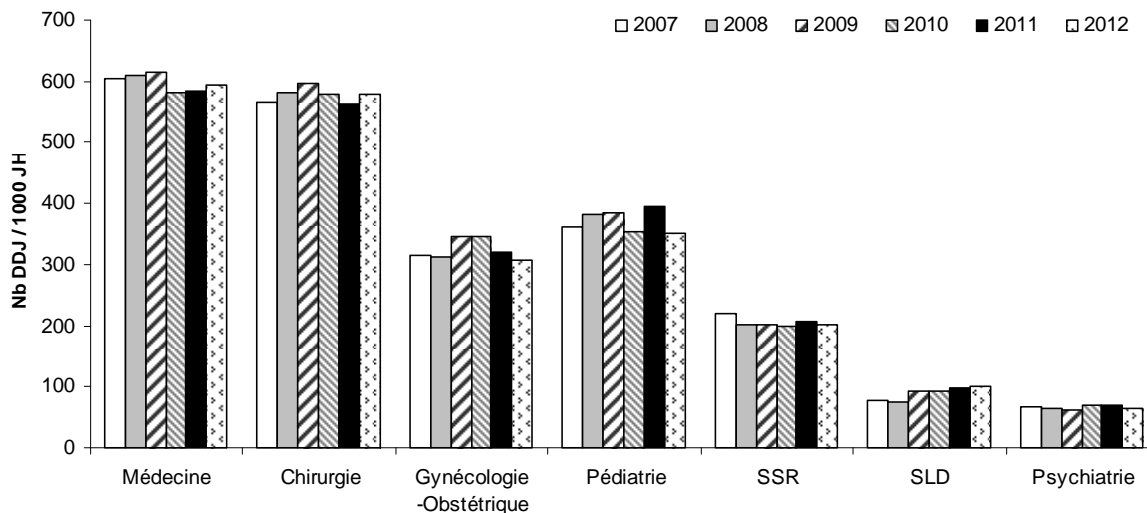


Figure 3 : Evolution de la consommation d'antibiotiques selon le secteur d'activité depuis 2007

Consommation d'antibiotiques et résistances bactériennes (N= 227 ES)

- En 2012, les taux de résistance étaient plus élevés qu'en 2011 pour *E. coli*, de même que l'incidence des souches résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération : de 0,47 pour 1000 JH en 2012 contre 0,43 en 2011, 0,37 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 CHU et les hôpitaux locaux pour *S. aureus*, dans les CLCC et les MCO pour *E. coli* résistants aux C3G, dans les CHU, CH et les MCO pour *E. coli* résistants à la ciprofloxacine, dans les CHU pour *P. aeruginosa* et dans les CHU et MCO pour *E. cloacae*.
- Le pourcentage de résistance restait très élevé dans les hôpitaux locaux pour *S. aureus* (respectivement 53% de SARM contre 11 à 39% dans les autres types d'établissements). Pour *E. coli*, la résistance aux fluoroquinolones était plus élevée dans les hôpitaux locaux, les ESLD et les ESSR (de 21% à 23% de résistance aux fluoroquinolones contre 12 à 17% dans les autres types d'établissements) et la résistance aux C3G était plus élevée dans les CLCC, hôpitaux locaux, MCO et ESSR pour *E. coli* (de 11% à 18% de résistance aux C3G contre 8 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.