



POLITIQUE DE BON USAGE ET CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES RESISTANCE BACTERIENNE PRINCIPAUX RESULTATS 2014

CCLIN SUD-OUEST, SEPTEMBRE 2015

◆ Participation comparable à celle de l'année précédente

- 277 établissements de santé (ES) : 65% des ES de l'interrégion et 71% des ES ayant une activité de court séjour ;
- 48 523 lits représentant 76% des lits de l'interrégion.

◆ Politique de bon usage des antibiotiques (N=239 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 et avec la mise en place à partir de 2006 de l'indicateur ICATB. En 2014, de nombreuses mesures composant l'indicateur ICATB2 étaient en place dans plus de 80% des ES, comme la définition de modalités de contrôle des prescriptions (94%), la réalisation d'évaluation des pratiques (91%), avec restitution des résultats aux disciplines participantes (197/218, 90%) ou l'accès pour tous à un conseil diagnostique et thérapeutique (83%). D'autres progressaient par rapport à 2013 comme l'argumentation dans le dossier de toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine (68% vs 54%), l'existence d'une procédure d'alerte pour la réévaluation de l'antibiothérapie (79% vs 67%) ou la définition des modalités de collaboration entre les acteurs du bon usage des antibiotiques (73% vs 67%).

La formation des référents en antibiotiques et leur spécialité avaient peu évolué, même si un progrès était noté en 2014 par rapport aux années précédentes : plus de la moitié disposait en 2014 d'un diplôme cité dans la circulaire du 2 mai 2002 ; ils étaient le plus souvent infectiologues (23,5%), biologistes (15,7%) ou anesthésistes-réanimateurs (15,7%).

Des axes de travail restent prioritaires :

- développer des moyens informatiques, notamment pour l'aide à la prescription dans les hôpitaux ayant une activité de court séjour ;
- renforcer en conséquence le temps pharmaceutique consacré au bon usage des antibiotiques : < 2 heures hebdomadaires / 100 lits pour la moitié des 219 répondants, sans évolution depuis 2005 ;
- développer les actions de formation, réalisées par 73% des ES ; il est intéressant de noter que la mesure qui semble la plus utile pour ¼ des répondants serait d'élaborer et de diffuser des outils pédagogiques et que 21% jugent la formation des prescripteurs comme une action prioritaire à conduire au niveau local.
- promouvoir la valorisation de l'activité du référent et attribuer un temps dédié au référent en antibiotiques : seuls 73% des ES ayant un référent ont pu préciser l'activité en nombre d'ETP et l'objectif cible fixé dans le cadre d'ICATB2 était atteint de façon hétérogène selon le type d'ES, de 50% à 67% des ES ayant une activité de court séjour ;
- définir les modalités de collaboration entre acteurs du bon usage des antibiotiques ;
- mettre en place des équipes multidisciplinaires autour du référent,
- formaliser au niveau territorial un travail en réseau, avec la désignation de centres de conseils pour répondre aux attentes des référents et/ou prescripteurs d'établissement plus petits. Ce point relève de la responsabilité des ARS en matière de lutte contre l'antibiorésistance (instruction du 19 juin 2015).

En 2014, une question portait sur les deux actions prioritaires à conduire dans l'établissement, selon l'avis du répondant. Les actions les plus souvent citées par les 201 répondants étaient, comme en 2013, l'amélioration de la réévaluation et l'évaluation de la pertinence des prescriptions pour respectivement 41% et 31% des établissements.

◆ Consommation d'antibiotiques

Consommation globale : antibiotiques à visée systémique (classe J01), y compris la rifampicine (J04AB02), les imidazolés per os (P01AB 01 et 03) et la fidaxomicine (A07AA12)

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	Médiane	Taux global	Médiane
CHU/HIA	6	586	581	297	331
CH	67	415	381	350	392
MCO	71	428	421	193	189
CLCC	2	412	422	168	176
ESSR	73	161	156	501	516
LOC	32	167	187	636	605
ESLD	3	56	57	-	-
PSY	23	57	56	186	176
Ensemble	277	367	243	290	341

*données manquantes pour 4 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	559	307
Hématologie	924	351
Maladies infectieuses	1 297	1 020
USI Médecine	618	288
Chirurgie dont	574	238
Viscérale et générale	700	303
Orthopédique	535	254
USI Chirurgie	1 019	883
Réanimation	1 470	1 190
Gynécologie-Obs.	316	120
Pédiatrie	320	136
SSR	192	585
SLD	82	-
Psychiatrie	63	190

*données manquantes pour 4 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 29% des consommations). Les fluoroquinolones représentaient la deuxième famille d'antibiotique (12% des quantités consommées), les céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) la troisième famille (9% des quantités consommées, stable par rapport à l'année précédente).

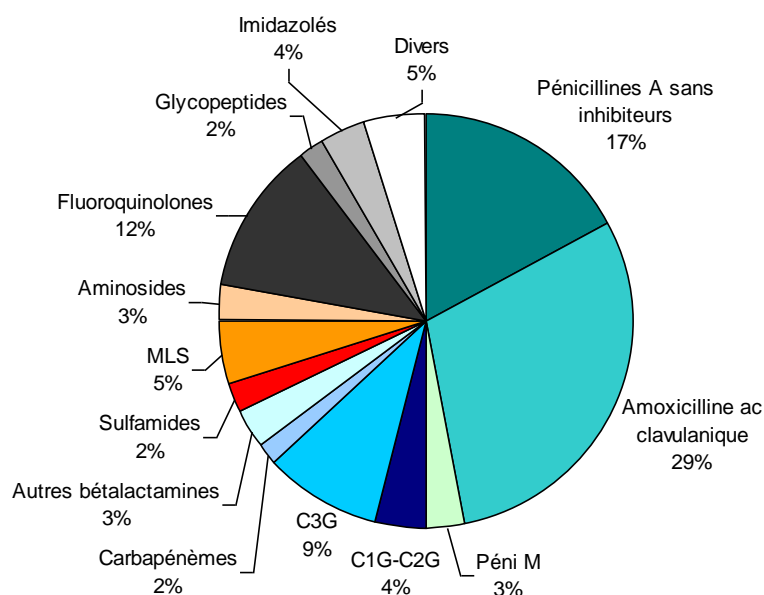


Figure 1 : Proportion des différentes familles d'antibiotiques consommés

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 (28% à 44% des DDJ) sauf en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie où l'amoxicilline seule était plus consommée (respectivement 59% et 33%) ainsi qu'en réanimation où les C3G étaient les plus utilisées (15% des DDJ).
- Les fluoroquinolones occupaient la seconde place en chirurgie (13% des DDJ) alors qu'en réanimation la deuxième place était occupée par l'amoxicilline-acide clavulanique (13%) et par l'amoxicilline en médecine, SSR, SLD et psychiatrie (respectivement 16%, 20%, 19% et 28%).
- 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.

Parmi les faits marquants concernant la consommation des antibiotiques en 2014, il peut être souligné les points suivants :

- Sur l'ensemble des ES, les consommations apparaissaient moins élevées qu'en 2013 avec un retour aux valeurs globalement stables observées entre 2009 et 2012.
- Les consommations de certains antibiotiques avaient progressé
 - les consommations de pipéracilline-tazobactam étaient plus élevées dans les tous les types d'ES ;
 - les consommations de carbapénèmes étaient plus élevées dans les CHU, MCO et ESSR
 - et celles de daptomycine dans les CHU, CH, MCO et CLCC.
- Pour la première année, les consommations de ceftriaxone étaient restées stables ou étaient plus basses que l'année précédente sauf dans les ESSR et les LOC. Cette tendance est encourageante compte-tenu de l'impact des C3G sur la sélection d'Entérobactéries résistantes et de leur progression inquiétante jusqu'alors qui avait conduit le comité de pilotage ATB-RAISIN à diffuser un message d'alerte appelant à réduire l'utilisation de ces molécules (<http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/Antibiotiques/Antibiotiques.html>).
- La consommation de vancomycine n'avait plus progressé en 2014 sauf dans les MCO, ni celle du linézolide sauf dans les CLCC et les ESSR.
- Les consommations de fluoroquinolones avaient poursuivi leur décroissance ou stabilisation sauf dans les LOC et PSY.

◆ Consommation d'antibiotiques et résistances bactériennes (N= 230 ES)

En 2014, la résistance d'*Enterobacter cloacae* et de *Escherichia coli* était du même ordre de grandeur qu'en 2013 ; l'incidence des souches d'*E. coli* résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération était de 0,46 pour 1000 JH en 2014 contre 0,45 en 2013.

L'incidence de la résistance était plus élevée dans les CHU, les CH et les MCO pour *Staphylococcus aureus* et pour *E. coli*, dans les CHU pour *Klebsiella pneumoniae* et *Pseudomonas aeruginosa* et dans les MCO pour *E. cloacae*.

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 et pour la consommation de céphalosporines de 3^{ème} génération associée à l'incidence des souches d'*E. coli* résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération.

◆ Consommation d'antifongiques (N=90 ES)

En **hématologie** (N=4) :

- consommations globales variant de 30 à 588 DDJ/1 000 JH dans les 4 secteurs ;
- molécules les plus consommées : l'amphotéricine B (35%) et le fluconazole (28%).

En **réanimation** (N=18) :

- consommations globales de 7 à 265 DDJ/1 000 JH, et plus élevées dans les CH ;
- 3 antifongiques consommés dans plus de la moitié des secteurs participants : le fluconazole (78% des consommations), la caspofungine (11%) et le voriconazole (4%).

Dans les 82 ES ayant donné les consommations dans l'ensemble de l'ES :

- consommation 17 DDJ/ 1 000 JH, avec des variations selon le type d'ES : 2,4 en ESSR à 40 en CHU ;
- principales molécules utilisées : fluconazole, amphotéricine B, voriconazole et caspofungine représentant respectivement 59%, 16%, 8% et 7% des consommations ;
- l'anidulafungine n'avait été utilisée dans aucun des ES participants en 2014.

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 « Outils d'évaluation » sur le site CClin-Arlin, rubrique « Campagnes / Antibiotiques »,

<http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/Antibiotiques/Antibiotiques.html> .