

## Les acteurs du contrôle du bon usage des antibiotiques à l'hôpital

Dr S. Alfandari  
Hygiéniste Infectiologue  
CH Tourcoing/CHRU Lille  
[www.infectio-lille.com](http://www.infectio-lille.com)

Pas de conflits d'intérêts

## Antibiotiques

### ▶ Classe thérapeutique qui à:

- Le plus de prescripteurs
- Le plus grand nombre de prescriptions
- Le plus grand nombre de patients traités
- Le plus grand nombre de molécules ou de combinaisons

### ▶ Particularités

- Efficacité pharmacologique inconstante pour une cible identique (la bactérie): variable selon
  - l'époque
  - le site infecté
  - la localisation géographique
- Impact écologique
  - mise en danger de la communauté

## Pourquoi un contrôle du bon usage

- ▶ Plus de bactéries
- ▶ Moins d'antibiotiques

## Bactéries 1 – Humains 0

variable	microbes	humains	facteur
Nb sur terre	$5 \times 10^{31}$	$6 \times 10^9$	$10^{22}$
Masse (tonne)	$5 \times 10^{16}$	$3 \times 10^8$	$10^8$
Tps génération	30 mn	30 ans	$5 \times 10^5$
Durée sur terre	$3.5 \times 10^9$	$4 \times 10^6$	$10^3$

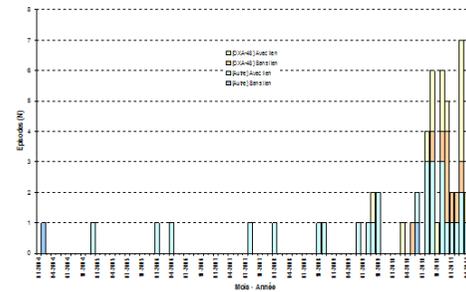
Diapo C Rabaud

## Plus de bactéries résistantes

### *E. coli* C3G R 2009



EPC France InVS Bilan du 11/04/2011



### SARM 2008



### PSDP 2008

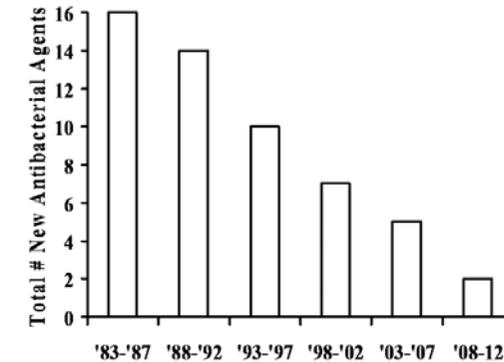


### PA IMPR 2008



## Moins d'antibiotiques

### ▶ ATB systémiques autorisés par la FDA



Clin Infect Dis. 2011;52:S397-S428

## Bon usage des antibiotiques

- ▶ **Effet maximum sur l'infection des malades traités**
  - Bénéfice individuel immédiat
- ▶ **Effets minimums sur l'écologie bactérienne et donc sur la collectivité.**
  - Retarder l'apparition et/ou l'extension des résistances bactériennes.
  - Bénéfice collectif et individuel retardé
- ▶ **Préserver le plus longtemps possible l'activité des antibiotiques.**
- ▶ **Dissocier ces objectifs des contraintes économiques**

## La réglementation

- ▶ **Circulaire 2002**
  - Commission des anti infectieux
  - Référent ATB: clinicien + Temps microbiologiste/pharmacien...
- ▶ **ICATB**
  - Référent ATB ? (4 points/20)
  - Spécialité du référent (non exploité)
- ▶ **V2010**
  - Reprends les items de l'ICATB
  - Propose grilles EPP basées sur ICATB
- **Prochain décret**
  - ATB / temps de référent

# Etat des lieux en 99-00: Enquête AFFSAPS

## ► Existence de recommandations pour la prescription et la dispensation des antibiotiques

- 1201 établissements
  - Au moins un type de recommandations: 66%
  - Dispensation nominative: 21%
  - Médecin référent pour la prescription ATB: 21%
  - Formation sur bon usage ATB: < 20%
  - Réévaluation systématisée: 10%
  - Suivi et évaluation rare



# Les référents en 2005

## ► Questionnaire internet - 106 établissements

### ► Infectiologues: 67 (63,2%) dont

- 55/106 (52%) DESC de MIT

### ► Non infectiologues: 39 (36,8%).

- Qualifications déclarées
- 26 DU antibiothérapie/anti-infectieux
- 10 autres

### ► Discipline des non infectiologues (24/38 cas)

- 7 biologie
- 5 médecine interne
- 3 réanimation
- 2 pneumologie
- 2 hygiène
- 6: divers



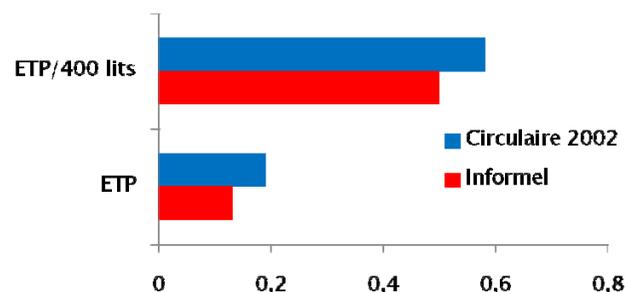
Alfandari, MMI 2006

# Les référents en 2010



## ► Enquête SPA2: 315 établissements

- 295 avec référent dont 223 au sens circulaire 2002 et 62 avec référent « informel »



SPA2, données non publiées

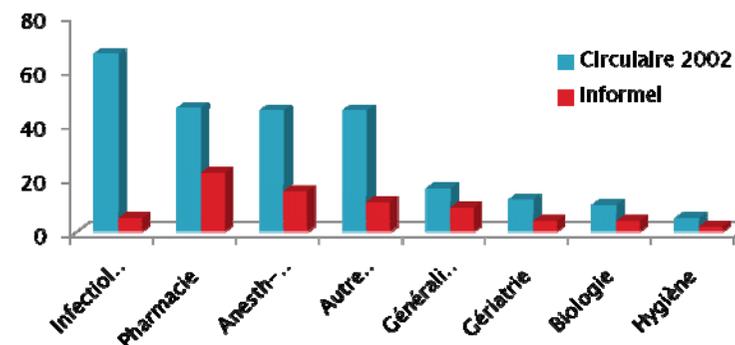


# Les référents en 2010



## ► Enquête SPA2: spécialité des référents

- Nommés ou non dans le cadre de la circulaire 2002



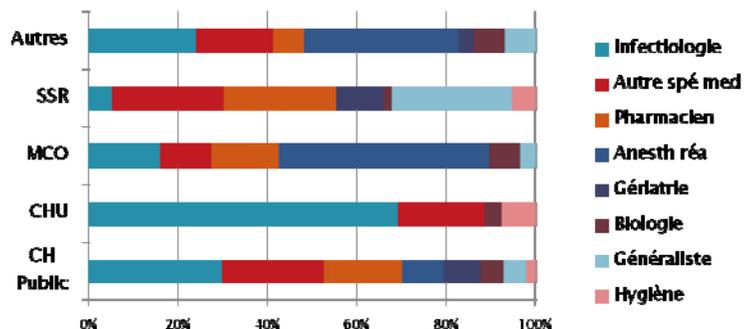
SPA2, données non publiées





# Les référents en 2010

## ► Enquête SPA2: spécialité des référents et type d'établissement

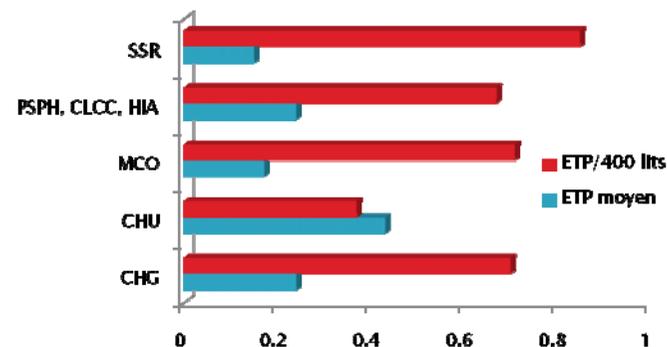


SPA2, données non publiées



# Les référents en 2010

## ► Enquête SPA2: ETP référents/type

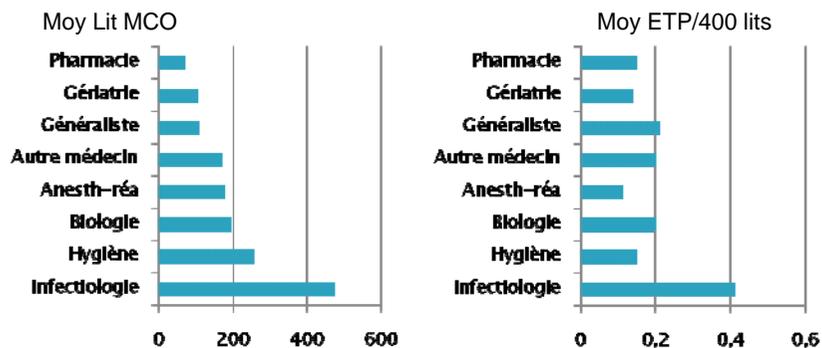


SPA2, données non publiées



# Les référents en 2010

## ► Enquête SPA2: spécialité des référents



SPA2, données non publiées



# Les référents en 2010

## Spécialités participant aux missions des référents en antibiothérapie dans les établissements de soins

Questionnaire journée des référents juin 2010

N = 115	Cliniciens	Microbiologistes	Pharmaciens	Hygiénistes
Conseil diagnostique	94	50	16	16
Contrôle des infections documentées	70	30	35	13
Contrôle des infections probabilistes	70	16	20	7
Suivi des résistances	40	79	17	49
Suivi des consommations	29	10	86	25
Formation des internes	70	21	18	19
Elaboration des protocoles	94	55	64	45
Actions d'EPP	79	37	61	42

Alfandari et al, MMI 2010

# Conclusion: acteurs du bon usage des ATB

## ▶ One size does not fit all

### ▶ S'adapter à la typologie des établissements

- « Gros » MCO
  - Temps spécifique d'infectiologue comme référent antibiotique
  - Equipe mobile 5/7j + astreinte téléphonique
- « Petits » MCO
  - Temps spécifique de clinicien comme référent antibiotique
  - Equipe multiétablissement ?
  - Convention avec CHU/CHR de rattachement ?
- « très petits » MCO , SSR, SLD
  - Temps spécifique de référent antibiotique

