



Contrôle de la résistance bactérienne : en ville ou l'hôpital ?

Pr Ch RABAUD

RICAÏ 2017, Paris le 18 Décembre

LIENS D'INTERÊTS (5 ANS)

“Board” :



EPU/ Colloque :



Questions

- Où prospère-t-elle actuellement ?
- Quelle(s) en est (sont) la (les) cause(s) ?
- Où reste-t-il le plus à faire pour y faire face ?
- Quels moyens peut-on y déployer ?

Questions

- Où prospère-t-elle actuellement ?
- Quelle(s) en est (sont) la (les) cause(s) ?
- Où reste-t-il le plus à faire pour y faire face ?
- Quels moyens peut-on y déployer ?

AUJOURD' HUI

Bactéries multirésistantes

Nosocomiales

SARM

Communautaires

ERV

Entérocoques résistants
à la vancomycine

PSDP

PAMR

P. aeruginosa multirésistants

ABMR

A. baumannii multirésistants

BLSE

β -lactamases à spectre
étendu chez
Enterobactéries

EPC

Portage fécal de *E. coli* BLSE

53 patients avec
infection urinaire à *E. coli* BLSE
67,9%

54 contrôles sans relation
avec les autres groupes
7,4%

73 proches vivants
sous le même toit
27,4%

32 proches ne vivant pas
sous le même toit
15,6%

***E. coli* BLSE**

En communautaire : multiplication de la prévalence par 10 entre 2006 et 2011 chez des personnes en bonne santé à Paris : **0,6 % à 6,1 %**

(Nicolas-Chanoine. C2-1233.ICAAC. 2011)

Foreign Travel Is a Major Risk Factor for Colonization with *Escherichia coli* Producing CTX-M-Type Extended-Spectrum β -Lactamases: a Prospective Study with Swedish Volunteers[∇]

Thomas Tängdén,^{1*} Otto Cars,¹ Åsa Melhus,^{2†} and Elisabeth Löwdin^{1†}

TABLE 3. Travel destinations of travelers who were negative for ESBL-producing strains before the trip and rate of fecal colonization with ESBL-producing *E. coli* strains upon return^a

Continent or region	No. of travelers	No. (%) of travelers positive for ESBL-producing isolates
Africa	25	1 (4)
Asia (India excluded)	31	10 (32)
Central America	6	0 (0)
India	8	7 (88)
Middle East	14	4 (29)
North America	2	0 (0)
South America	1	0 (0)
Southern Europe	16	2 (13)

^a The rate of acquisition of ESBL-producing strains was highest for travelers visiting India ($P < 0.001$). Three participants visited more than one continent, and therefore, the sum of travelers in this table exceeds the actual number of 100.

Acquisition rate of colonization with ESBL-producing after foreign travel :

= > 24%

Questions

- Où prospère-t-elle actuellement ?
- Quelle(s) en est (sont) la (les) cause(s) ?
- Où reste-t-il le plus à faire pour y faire face ?
- Quels moyens peut-on y déployer ?

© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Résistance bactérienne :

Pression de sélection



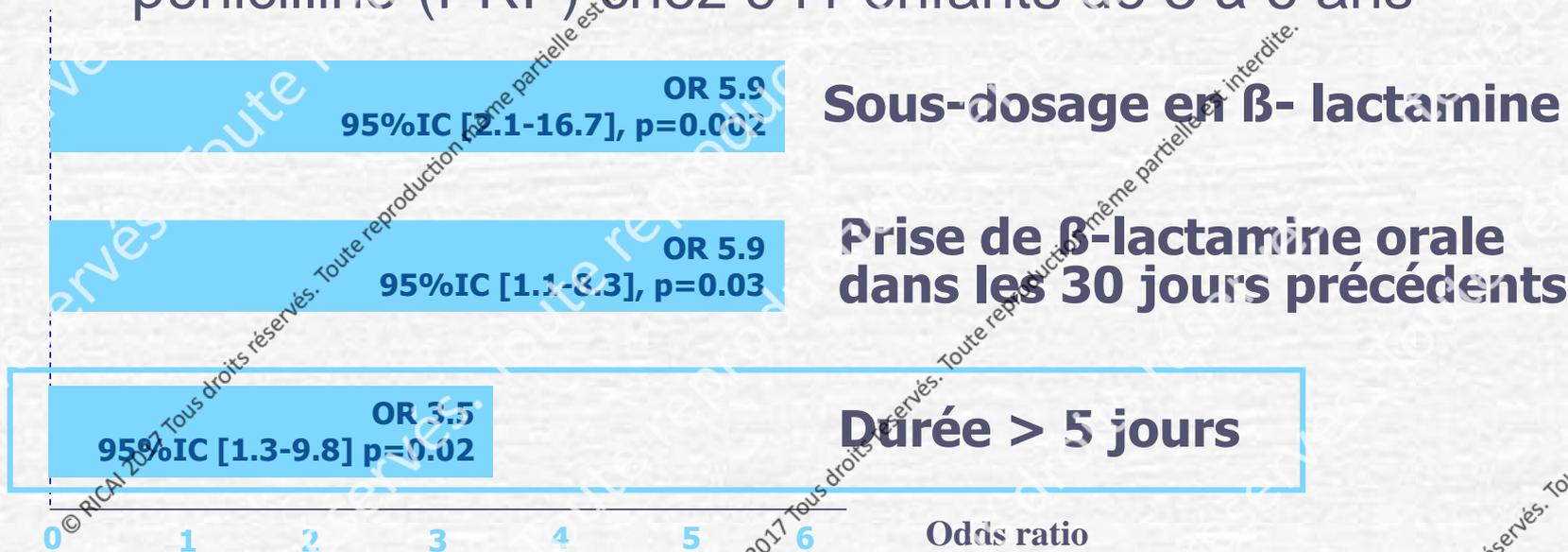
ou



transmission croisée ?



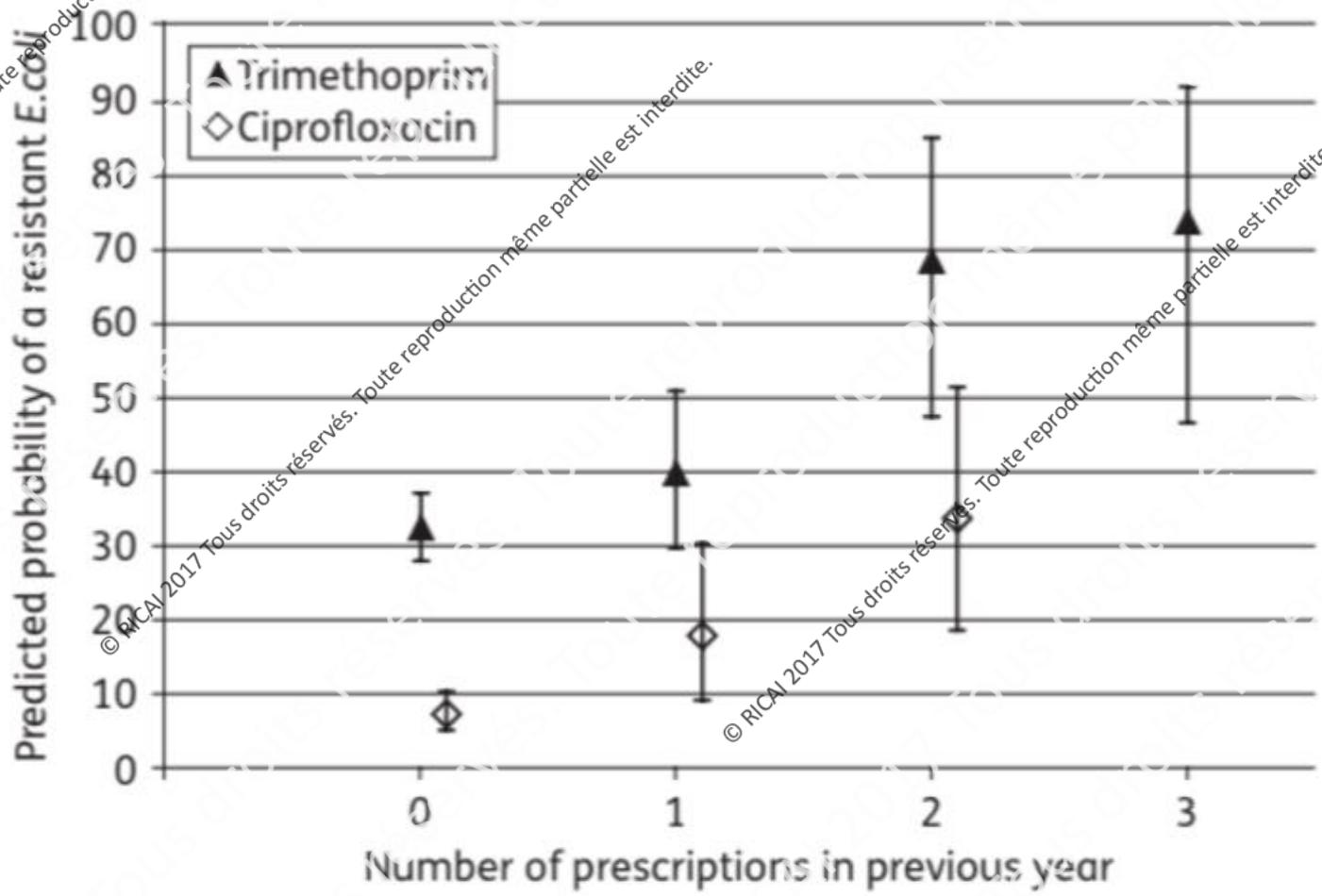
- Etude du portage de pneumocoque résistant à la pénicilline (PRP) chez 941 enfants de 3 à 6 ans



Une antibiothérapie prolongée favorise la sélection de souches-R

Impact individuel de multiples prises d'ATB

Antibio-R d'*E.coli* urinaire selon le nombre d'expositions ATB



Impact individuel des durées de traitement

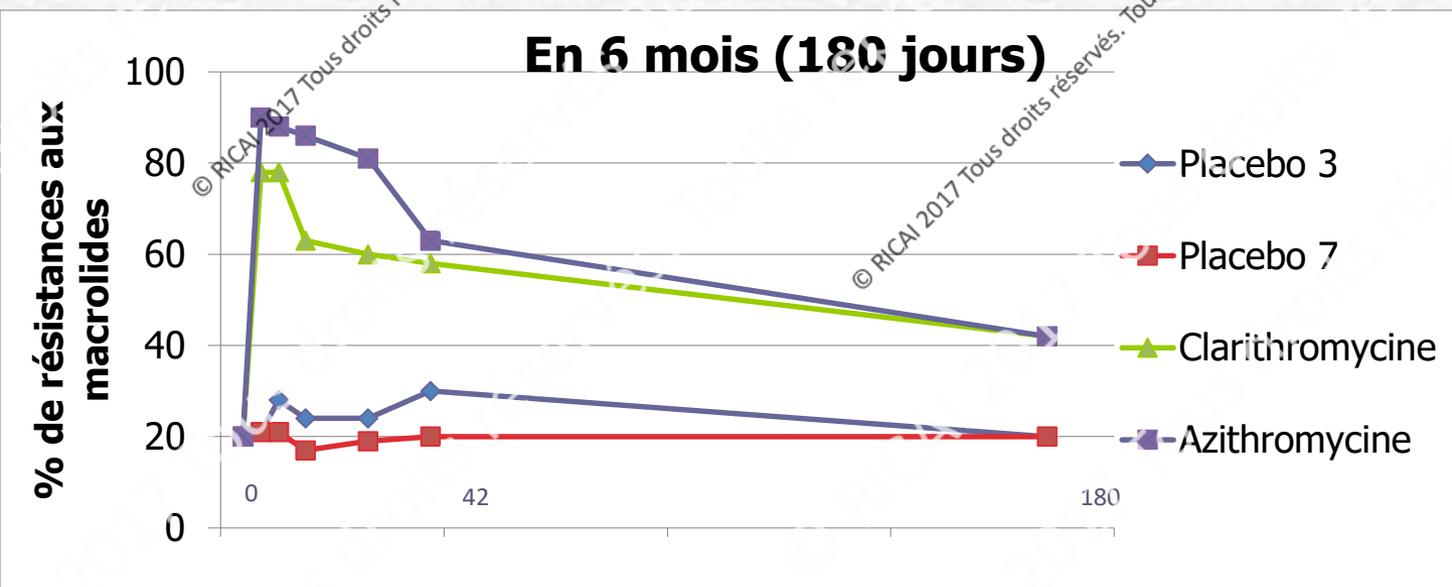
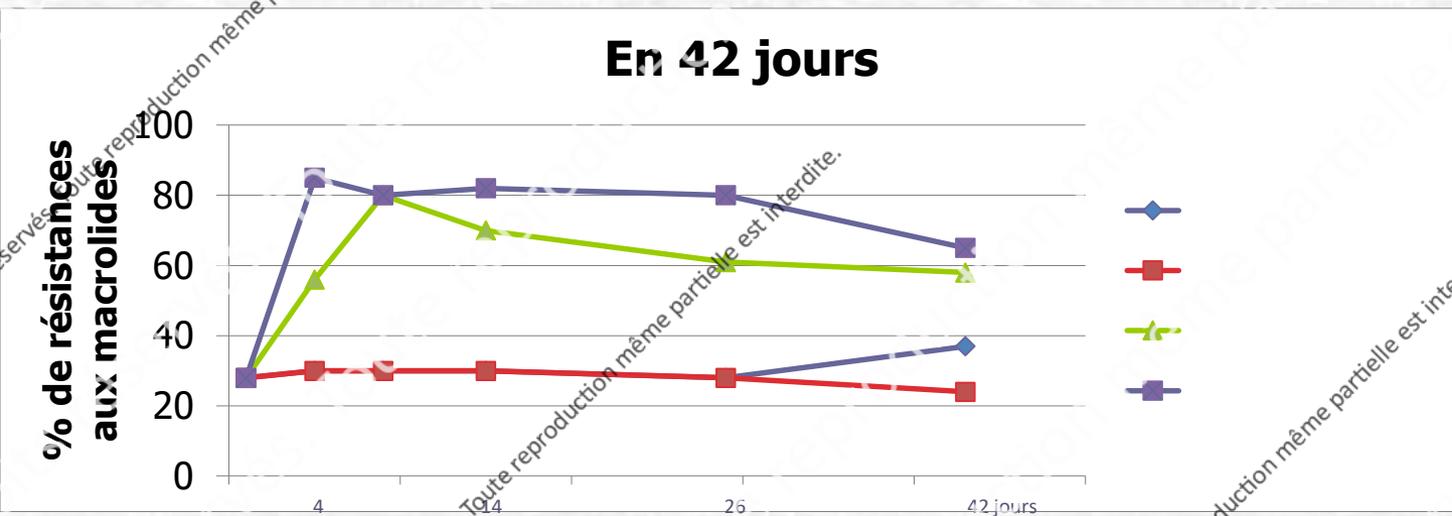
1508 patients avec IU communautaire à *E. coli* ampi-S et cotrimoxazole-S

Médecine générale, Cardiff, Wales

Variable	Category	Resistant/susceptible	OR	95% CI
Timing of amoxicillin amoxicillin in previous 12 months	no	250/389	ref	
	yes	109/100	1.79	1.24–2.32
Duration duration of amoxicillin prescription nearest to UTI	none	250/389	ref	
	<7 days	20/26	1.20	0.65–2.19
	7+ days	76/66	1.79	1.24–2.58
Number of amoxicillin courses number of amoxicillin courses in previous 12 months	0	250/389	ref	
	1	76/82	1.44	1.02–2.05
	2	22/15	2.28	1.16–4.48
	3+	11/3	5.71	1.58–20.65

L'augmentation de la durée du Tt ATB d'une 1^{ère} IU augmente le risque de résistance lors de la 2^{ème} IU !

Impact obligatoire des antibiotiques : un risque écologique incontournable



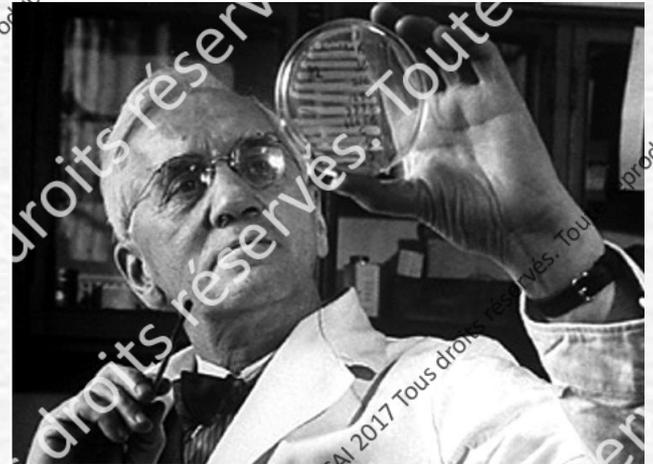
Le taux moyen de streptocoques Mac-R présents avant antibiotiques est de 28%

L'utilisation de Clar et de Azi donne lieu à une forte augmentation de la résistances des streptocoques qui persiste jusqu'au 6^{ème} mois ($p \leq 0.01$)

La consommation de macrolides est la principale cause d'émergence de résistance aux macrolides

**"The thoughtless person playing with penicillin treatment is morally responsible for the death of the man who succumbs to infection with the penicillin-resistant organism.
I hope this event can be averted"**

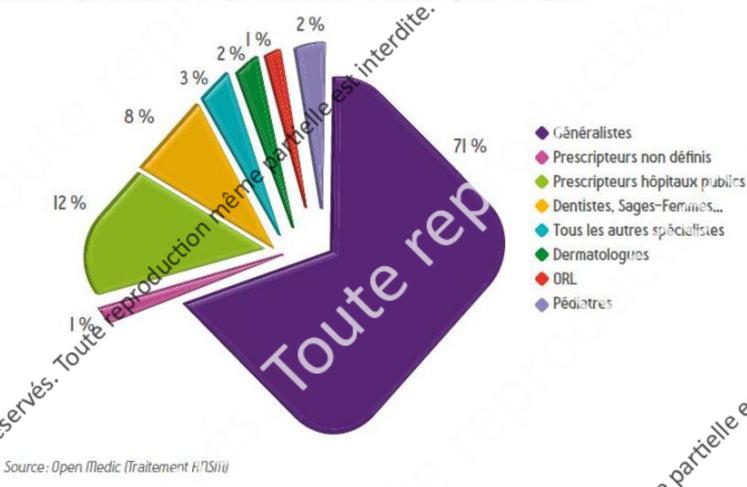
Sir Alexander Fleming



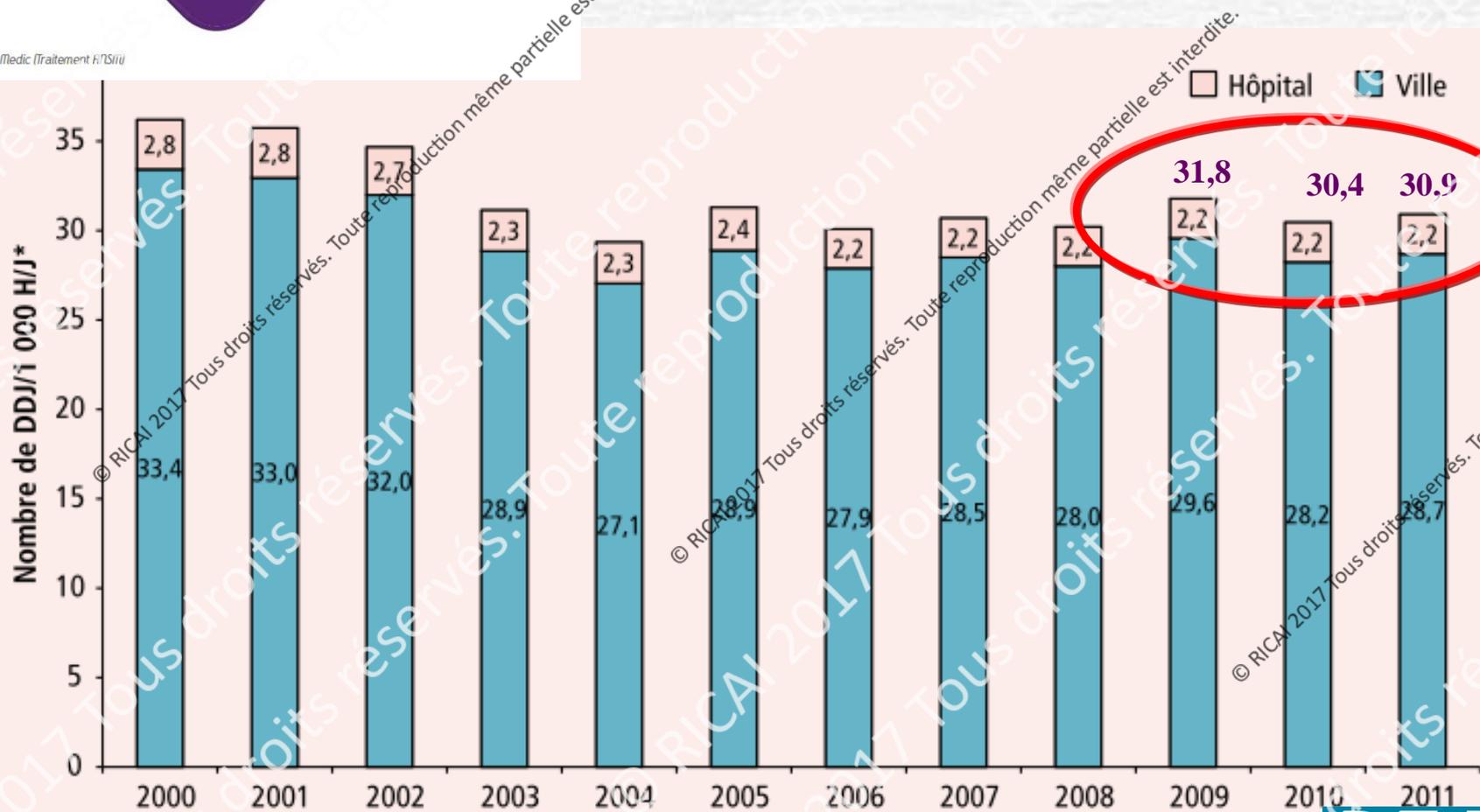
Questions

- Où prospère-t-elle actuellement ?
- Quelle(s) en est (sont) la (les) cause(s) ?
- Où reste-t-il le plus à faire pour y faire face ?
- Quels moyens peut-on y déployer ?

Figure n° 13 : Répartition des prescriptions d'antibiotiques par prescripteur



Consommation d'antibiotiques en France 2000-2012



Faits marquants 2016 en chiffres

- ◆ Les bêta-lactamines, pénicillines (seules ou associées), représentent **65,2 %** de la consommation d'antibiotiques en ville et **59 %** à l'hôpital
- ◆ **3** nouvelles substances antibiotiques commercialisées en France (réservées à l'usage hospitalier)
- ◆ Entre 2011 et 2016, la consommation d'antibiotiques en ville a augmenté de **5,6 %**

Figure 3. Évolution de la consommation d'antibiotiques en ville mesurée en nombre de DDJ pour 1 000 h/jour entre 2000 et 2016

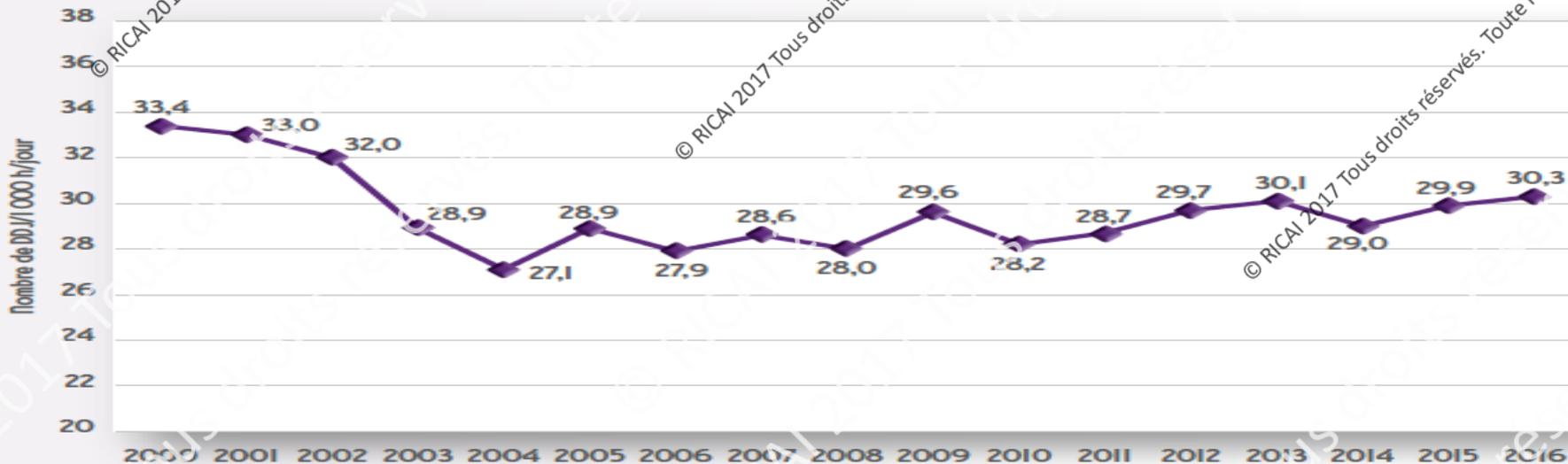


Figure 1. Consumption of antibiotics for systemic use in the hospital sector by antibiotic group, EU/EEA countries, 2016 (at ATC group level 3, expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)

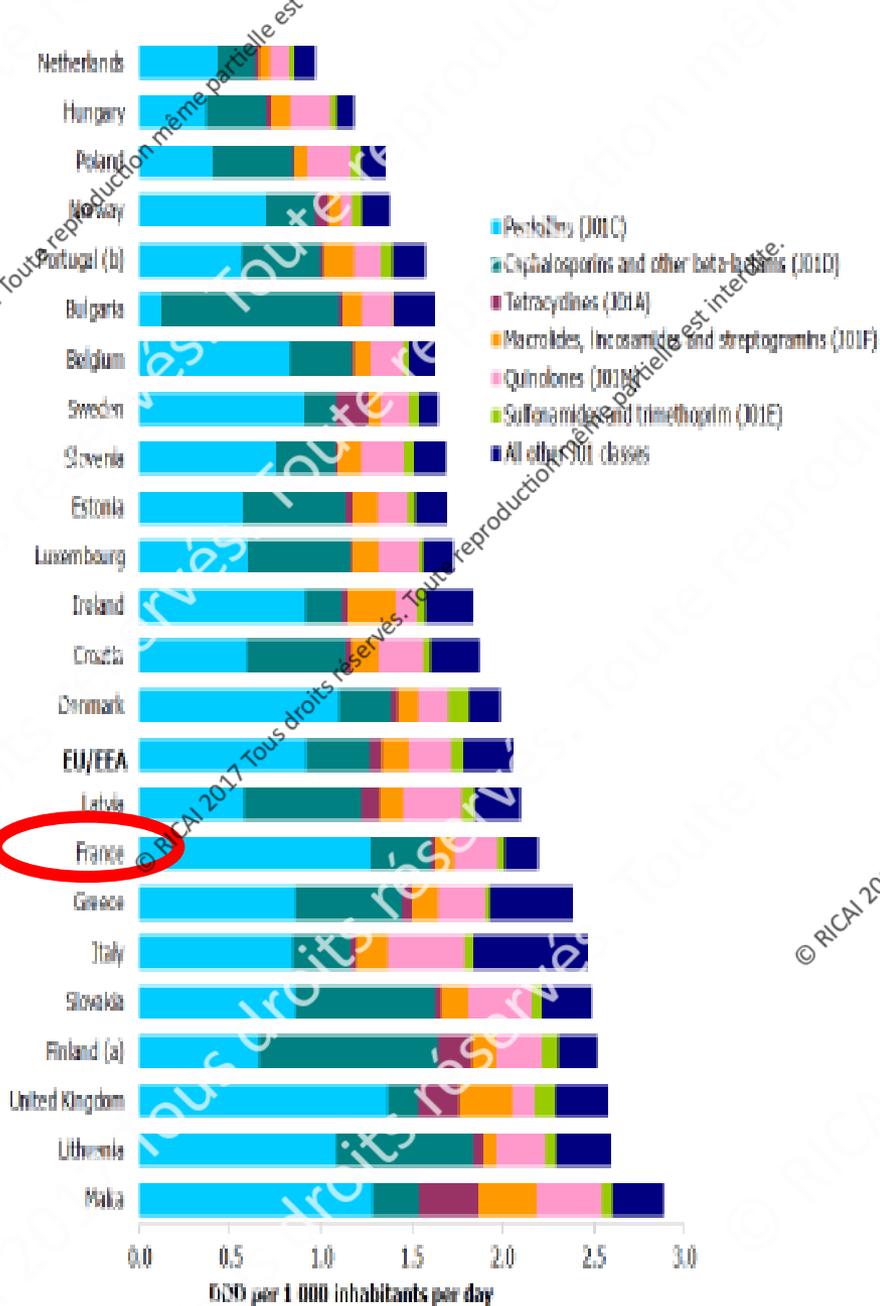
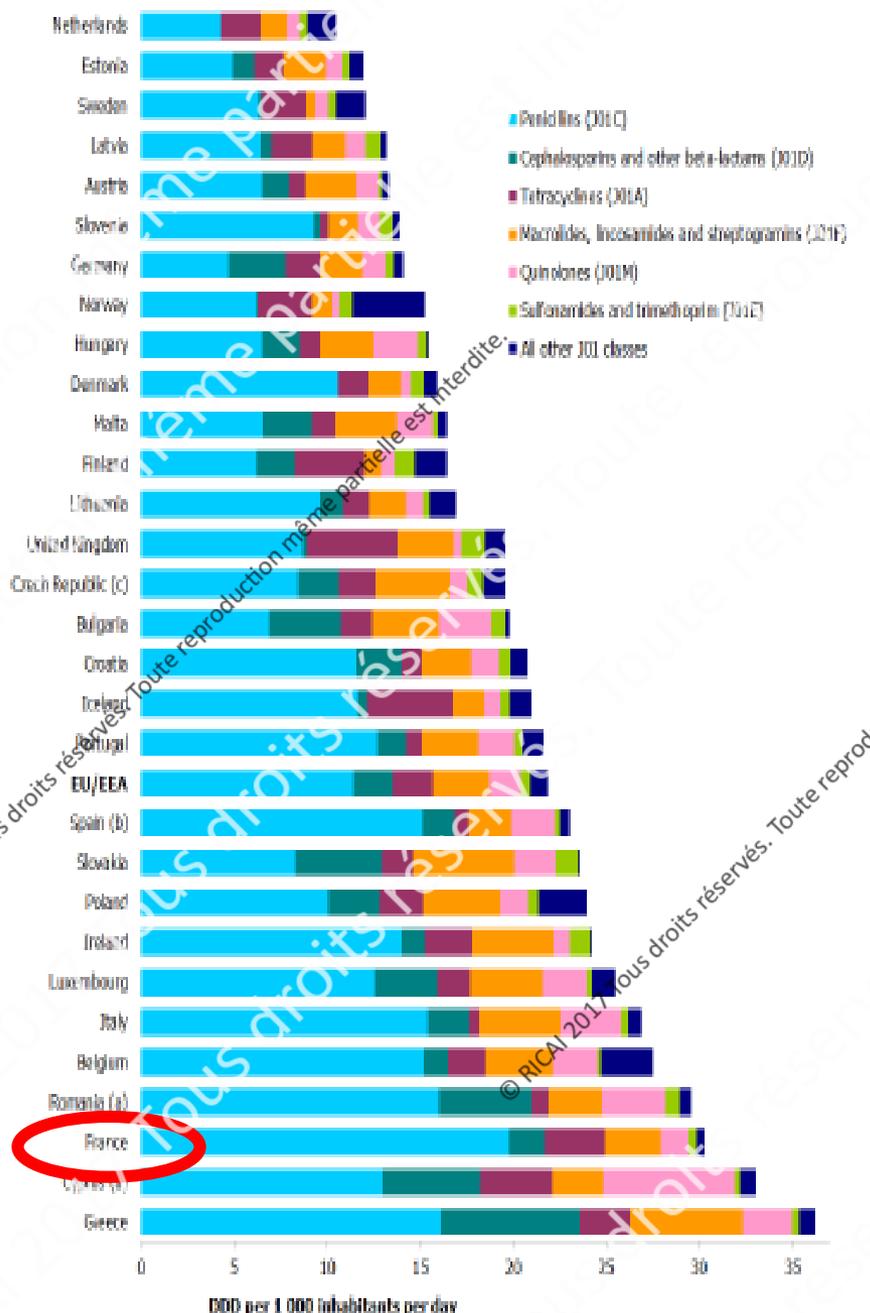


Figure 2. Consumption of antibiotics for systemic use in the community by antibiotic group, EU/EEA countries, 2016 (at ATC group level 3, expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)



Faits marquants 2016 en chiffres

- ◆ Les bêta-lactamines, pénicillines (seules ou associées), représentent **65,2 %** de la consommation d'antibiotiques en ville et **59 %** à l'hôpital
- ◆ **3** nouvelles substances antibiotiques commercialisées en France (réservées à l'usage hospitalier)
- ◆ Entre 2011 et 2016, la consommation d'antibiotiques en ville a augmenté de **5,6 %**
- ◆ Les antibiotiques « critiques » représentaient **35 %** de la consommation totale (**36,5 %** en 2015)
- ◆ **La consommation de quelques antibiotiques « critiques » a diminué** (fluoroquinolones, céphalosporines de 3^e génération) ou s'est stabilisée (amoxicilline-acide-clavulanique)
- ◆ **2 prescriptions d'antibiotiques sur 3** en ville l'ont été pour des affections ORL et des affections des voies respiratoires basses
- ◆ La durée moyenne de prescription reste la même qu'en 2015 : **9,2 jours** et la médiane est toujours de **6 jours**

Tableau I. Évolution en ville de la consommation des principales classes d'antibiotiques, exprimée en nombre de DDJ/1 000 h/jour

Classe ATC	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016	% variation entre 2000 et 2016
JOIA - Tétracyclines	3,3	3,4	3,5	3,3	3,4	3,2	3,3	3,4	3,0	3,3	3,2	-1,7 %
JOIC - Bêta-lactamines, Pénicillines	16,3	16,5	12,8	14,6	14,7	15,6	17,4	13,4	18,0	18,8	19,8	21,4 %
dont JOICA - Pénicillines à large spectre	10,9	9,1	7,0	8,0	8,2	8,5	9,7	10,7	10,4	11,3	12,2	12,0 %
dont JOICR - Association de pénicillines	4,7	6,4	5,2	6,1	6,0	6,6	7,3	7,3	7,2	7,2	7,2	55,3 %
JOID - Autres bêta-lactamines	4,6	3,7	3,1	2,8	2,5	2,7	2,4	2,2	2,1	2,1	1,9	-57,6 %

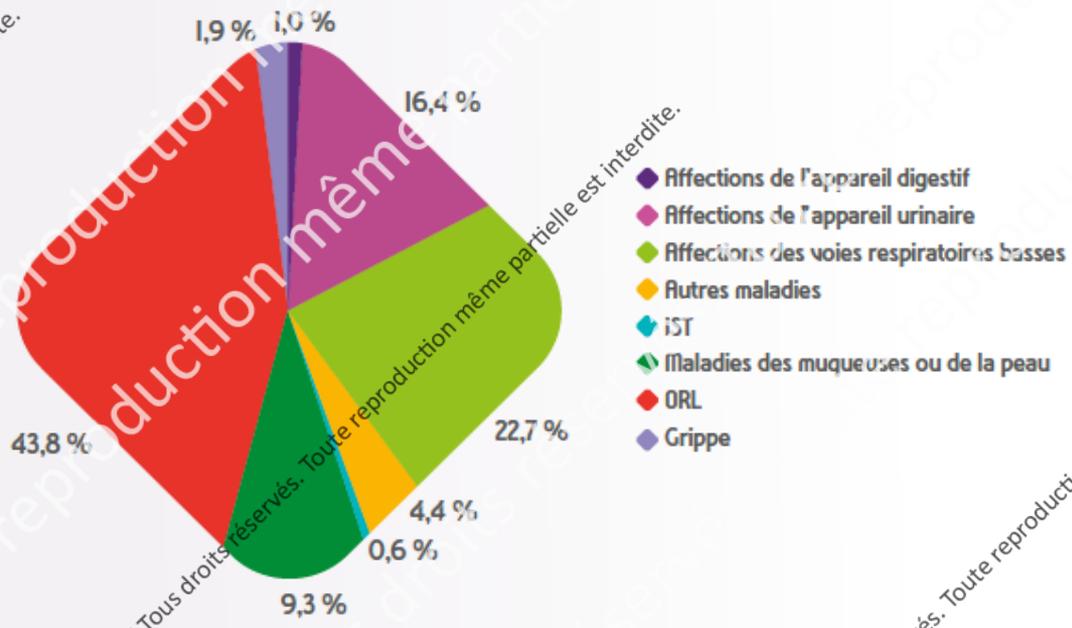
Tableau III : Évolution en France de la consommation des antibiotiques critiques, exprimée en nombre de DDJ/1 000 h/jour

ANNÉE	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
JOICRO2 : AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE										
Ville	4,60	6,40	5,18	6,05	5,98	6,59	7,28	7,18	7,20	7,23
Hôpital	0,82	0,82	0,75	0,68	0,72	0,71	0,71	0,71	0,74	0,71
Total France	5,42	7,22	5,93	6,73	6,70	7,30	7,99	7,89	7,94	7,94

Faits marquants

Figure 5. Motifs en pourcentage de prescription des antibiotiques en ville

- ◆ Les bêta-lactamines, pénicillines d'antibiotiques en ville et **59 %**
- ◆ **3** nouvelles substances antibiotiques
- ◆ Entre 2011 et 2016, la consommation
- ◆ Les antibiotiques « critiques » rep
- ◆ **La consommation de quelques** (céphalosporines de 3^e génération) ou s'est stabilisée (amoxicilline-acide-clavulanique)
- ◆ **2 prescriptions d'antibiotiques sur 3** en ville l'ont été pour des affections ORL et des affections des voies respiratoires basses
- ◆ La durée moyenne de prescription reste la même qu'en 2015 : **9,2 jours** et la médiane est toujours de **6 jours**



© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Faits marquants 2016 en chiffres

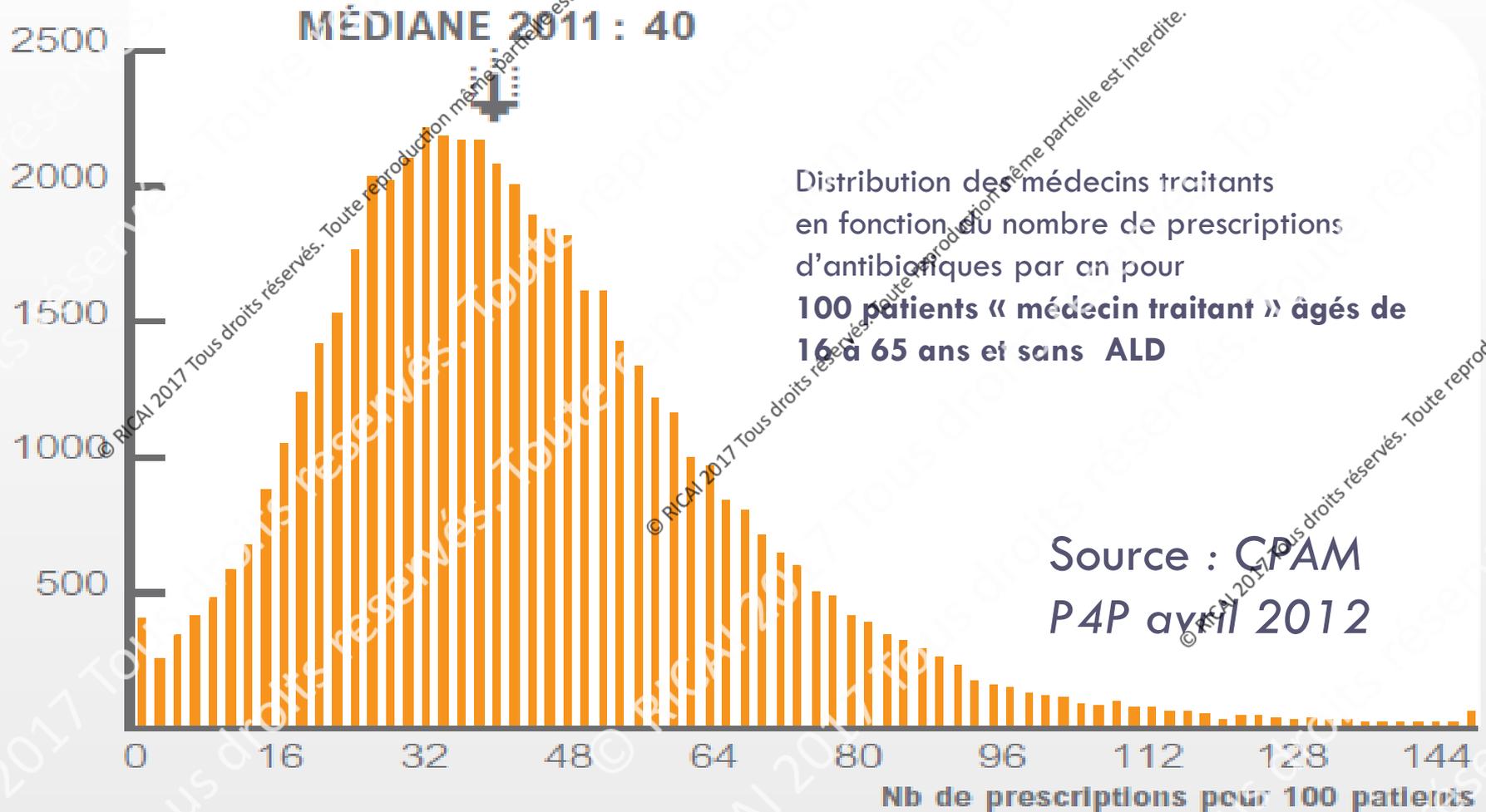
- ◆ Les bêta-lactamines, pénicillines (seules ou associées), représentent **65,2 %** de la consommation d'antibiotiques en ville et **59 %** à l'hôpital
- ◆ **3** nouvelles substances antibiotiques commercialisées en France (réservées à l'usage hospitalier)
- ◆ Entre 2011 et 2016, la consommation d'antibiotiques en ville a augmenté de **5,6 %**
- ◆ Les antibiotiques « critiques » représentaient **35 %** de la consommation totale (**36,5 %** en 2015)
- ◆ La consommation de quelques antibiotiques « critiques » a diminué (fluoroquinolones, céphalosporines de 3^e génération) ou s'est stabilisée (amoxicilline-acide-clavulanique)
- ◆ **2 prescriptions d'antibiotiques sur 3** en ville l'ont été pour des affections ORL et des affections des voies respiratoires basses
- ◆ La durée moyenne de prescription reste la même qu'en 2015 : **9,2 jours** et la médiane est toujours de **5 jours**

Variabilité des pratiques des généralistes

Données à fin décembre 2011.

Seuls les médecins éligibles à l'indicateur sont représentés.

Nombre de médecins



– Les recommandations en matière d'antibiothérapie sont trop éloignées de la pratique quotidienne. Elles ne prendraient pas en compte les particularités des patients « il y en a, on sait que si on ne donne pas tout de suite l'antibio, ils se surinfectent », « on suit pas les reco car on connaît bien les patients, même sur une infection virale il faut parfois des antibiotiques pour les surinfections », « les patients ils ne sont pas tous pareils, il y en a qui ont un moins bon système immunitaire, et il y a tous ceux qui ont des pathologies chroniques », « Ce qui pose problème, c'est que c'est considéré comme un dogme alors que la médecine est un art et non une science. Suivre à la lettre revient à ne plus prendre en considération le patient », « on a souvent le problème avec les remplaçants, ils ne connaissent pas les patients alors ils ne mettent pas d'antibio, et trois jours après ils reviennent parce qu'il en faut »

- Rejet de la responsabilité des prescriptions abusives sur les spécialistes « De toute façon les plus gros prescripteurs c'est l'hôpital », « Il faudrait déjà que les spécialistes, par exemple les cardios, arrêtent de demander des antibiotiques dans leurs courriers »
- « Je pense que les médecins sont au fait des choses et prescrivent correctement ».
- « De toute façon, les recommandations, je ne les suis pas et je ne me forme pas »

– Les patients ne s'en soucieraient pas, et ils ne choisiraient pas leur praticien sur le fait d'être un bon prescripteur : « Les patients devraient déjà être contents que je les prenne en charge car plusieurs médecins sont partis »

Questions

- Où prospère-t-elle actuellement ?
- Quelle(s) en est (sont) la (les) cause(s) ?
- Où reste-t-il le plus à faire pour y faire face ?
- Quels moyens peut-on y déployer ?

servés. Toute reproduction même partielle est interdite.



© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Des outils

© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Changer les paradigmes

Pathologies (les plus fréquentes en pratique courante)	Situations où les antibiotiques ne sont pas recommandés aujourd'hui
INFECTIONS RESPIRATOIRES	
Rhinopharyngites aiguës	Chez l'adulte et chez l'enfant, car ils n'accélèrent pas la guérison et ne préviennent pas la survenue de complications
Angines aiguës érythémateuses ou érythémato-pultacées	Si le test de diagnostic rapide (TDR) du streptocoque bêta-hémolytique du groupe A est négatif
Otites moyennes aiguës	
Otite purulente (<i>otalgie, hypoacousie, fièvre, inflammation tympanique, épanchement rétro-tympanique extériorisé ou non</i>)	Chez l'enfant, après l'âge de 2 ans, sauf en cas de symptomatologie bruyante (fièvre élevée, otalgie intense)
Otite congestive (<i>congestion, reliefs normaux sans bombement, début rhinopharyngite</i>)	Chez l'enfant quel que soit son âge
Otite séromuqueuse (<i>épanchement rétrotympanique, sans inflammation, ni otalgie, ni signes généraux</i>)	Chez l'enfant sauf en cas de persistance des symptômes au-delà de 3 mois
Sinusites maxillaires aiguës	<ul style="list-style-type: none"> - Chez l'adulte, en cas de symptômes rhinologiques diffus, bilatéraux, d'intensité modérée, dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale, survenant dans un contexte épidémique ; - Chez l'enfant, en dehors des formes sévères, des formes subaiguës (symptômes > 10 jours), sans tendance à l'amélioration

Le point clé : le diagnostic !

Place des tests rapides

TDR angine

Bandelette urinaire

Grippe ...

- Maîtrise de l'antibiorésistance : lancement d'un programme interministériel le 17 novembre 2016



Antibiorésistance :
un risque maîtrisable pour la santé humaine,
animale, et pour l'environnement



<http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/maitrise-de-l-antibioresistance-lancement-d-un-programme-interministeriel>

Programme interministériel en 13 mesures

13 mesures pour maîtriser l'antibiorésistance

Sensibilisation et communication auprès du grand public et des professionnels de santé

Mesure 1 • Lancer le premier programme national intersectoriel de sensibilisation à la prévention de l'antibiorésistance

Mesure 2 • Améliorer l'accès à l'information et l'engagement citoyen en faveur de la maîtrise de l'antibiorésistance

Formation des professionnels de santé et bon usage des antibiotiques

Mesure 3 • Apporter une aide à la juste prescription des médicaments par les professionnels de santé humaine et animale

Mesure 4 • Inciter les professionnels de santé à la juste prescription en renforçant son encadrement

Mesure 5 • Encourager un bon usage des antibiotiques

Mesure 6 • Améliorer l'adoption par les professionnels et le public des mesures de prévention efficaces en santé humaine et animale

Recherche et innovation en matière de maîtrise de l'antibiorésistance

Mesure 7 • Structurer et coordonner les efforts de recherche, de développement et d'innovation sur l'antibiorésistance et ses conséquences

Mesure 8 • Faire converger le soutien à la recherche et l'innovation en renforçant le partenariat public-privé

Mesure 9 • Valoriser et préserver les produits contribuant à la maîtrise de l'antibiorésistance

Mesurer et surveiller l'antibiorésistance

Mesure 10 • Améliorer la lisibilité de la politique nationale de surveillance de l'antibiorésistance et des consommations antibiotiques et de ses résultats

Mesure 11 • Développer de nouveaux indicateurs et outils de surveillance par une meilleure exploitation des bases de données

Gouvernance et politique intersectorielles de maîtrise de l'antibiorésistance

Mesure 12 • Renforcer la coordination interministérielle de la maîtrise de l'antibiorésistance

Mesure 13 • Coordonner les actions nationales avec les programmes européens et internationaux afin de conforter le rôle moteur de la France dans la maîtrise de l'antibiorésistance

Qq propositions de la feuille de route

MESURE 4 - Inciter les professionnels de santé à la juste prescription en renforçant son encadrement

- Action n°8 :** En médecine humaine, limiter par voie réglementaire la durée de prescription à 7 jours maximum pour les infections courantes.
- Action n°9 :** En médecine humaine, mettre en place une ordonnance dédiée à la prescription des antibiotiques, en y liant l'utilisation des PROD pour les infections rhinopharyngées, dans les logiciels d'aide à la prescription ou grâce aux télé-services développés par la CNAMTS.
- Action n°10 :** Limiter la liste des antibiotiques testés transmise au prescripteur pour les antibiogrammes effectués dans les infections urinaires afin de restreindre la prescription des antibiotiques dits « critiques » en santé humaine.
- Action n°11 :** Suivre l'évolution de l'objectif fixé dans la convention médicale concernant la limitation du taux de prescription d'antibiotiques dits « critiques » associé à la rémunération sur objectifs de santé publique, et intervenir auprès des prescripteurs « hors normes » afin de réduire les prescriptions injustifiées. En médecine vétérinaire, veiller à la bonne application du décret et de l'arrêté d'avril 2016 qui encadrent la prescription et la délivrance d'antibiotiques « critiques ».

Quelle Durée ?

Info-antibio N°73: mars 2017

Lettre mensuelle d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur ce [lien](#)

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Propositions de la SPILF pour des antibiothérapies plus courtes

Infections respiratoires hautes

- 5 jours: - Otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant à partir de l'âge de 2 ans, non récidivantes, sans otorrhée
 - Sinusite maxillaire de l'adulte
- 6 jours: Angine à Streptocoque du groupe A traitée par amoxicilline
- 10 jours: - OMA de l'enfant < 2 ans, ou récidivante, ou avec otorrhée
 - Sinusite maxillaire de l'enfant
 - Sinusite frontale

Infections respiratoires basses.

- 5 jours: - Exacerbations de SPCO
 - Pneumonies communautaires de l'enfant
- 7 jours: Pneumonies communautaires de l'adulte.

Une évolution clinique et/ou biologique favorable pourrait permettre de réduire la durée de traitement (3-5 jours), cependant les données de la littérature restent encore insuffisantes. Des études sont en cours.

identification
prescripteur

Identification patient

Le / / 20

Ordonnance réservée uniquement aux antibiotiques

- Prescription relative au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) – AFFECTION EXONERANTE
 Prescription sans rapport avec l'affection de longue durée – MALADIE INTERCURRENTE

VOUS VENEZ DE RECEVOIR UNE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES...

LISEZ CES INFORMATIONS UTILES et apprenez comment éviter les erreurs les plus fréquentes lors de l'utilisation d'antibiotiques :

Aujourd'hui, 25 000 personnes décèdent chaque année dans l'Union Européenne des suites d'infections par des bactéries ultra-résistantes aux antibiotiques, contre lesquelles il n'existe plus de traitements efficaces.

En effet, à cause de l'utilisation trop fréquente et/ou inappropriée d'antibiotiques, des bactéries résistantes se sont développées, contre lesquelles les antibiotiques à notre disposition n'agissent plus. Ainsi, des infections courantes peuvent devenir de plus en plus dangereuses et difficiles à soigner.

Aidez-nous à arrêter cette progression en apprenant bien à utiliser les antibiotiques, en suivant ces conseils.

- ✓ Respectez rigoureusement le dosage et la durée du traitement prescrit.
Votre médecin vous a prescrit la posologie à respecter : nombre de prises par jour, quantité à prendre lors d'une prise, durée du traitement, avant, pendant ou après les repas ...

- ✓ Ne partagez pas vos antibiotiques avec d'autres personnes, et ne les réutilisez pas pour vous-même (pas d'auto-médication).

Votre traitement est adapté uniquement à votre infection bactérienne actuelle.

- ✓ N'interrompez pas votre traitement prématurément.
Respectez la durée de traitement prescrit, même si vos symptômes se sont améliorés et que vous vous sentez déjà mieux. Ceci est nécessaire parce qu'il faut un certain temps à un antibiotique pour détruire les bactéries responsables de votre infection. La plupart des infections bactériennes ne nécessitent pas plus d'une semaine de traitement antibiotique.

Rapportez les antibiotiques restants à votre pharmacien, pour qu'ils soient détruits correctement et qu'ils ne polluent pas l'environnement. Ne les jetez surtout pas dans la poubelle ou les toilettes.

Votre praticien vous a prescrit un antibiotique

Les antibiotiques ne sont indiqués que dans certaines infections bactériennes, et jamais pour des infections virales, comme le rhume, la bronchite ou la grippe.

Les antibiotiques sont des médicaments à part. Leur utilisation trop fréquente et/ou inappropriée leur fait perdre leur efficacité, non seulement pour vous mais aussi pour vos proches. Il convient de les utiliser seulement dans des cas précis, de respecter le dosage et la durée prescrits et de ne pas jeter les antibiotiques restants dans l'environnement (poubelle, toilettes...). Ce sont des mesures indispensables pour prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

Dispensation à l'unité

La limitation de la durée des traitements (7 jours)

Antibiogramme ciblé

Amoxicilline S

Amoxicilline/acide clavulanique S

Ticarcilline S

Pipéracilline/tazobactam S

Mecillinam S

Cefoxitine S

Céfotaxime ou ceftriaxone S

Ceftazidime S

Céfixime S

Imipénème S

Ertapénème S

Amikacine S

Gentamicine S

Acide nalidixique S

Norfloxacine S

Ofloxacin ** S3I*

Ciprofloxacine ** S3I*

Cotrimoxazole S

Nitrofuranes S

Fosfomycine S

Bactérie : E.coli

Sexe : femme

Age : 45 ans

**Tableau clinique :
Cystite**

**Contexte :
Sans risque de
complication**

**Référentiel : SPILF
2014**



© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

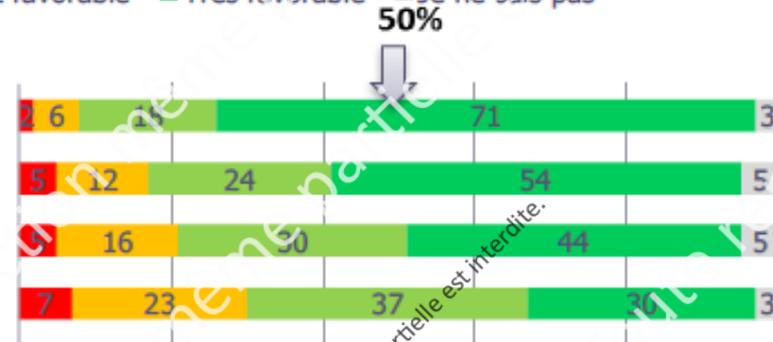
© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Acceptabilité des mesures concernant tous les généralistes

■ Pas du tout favorable ■ Peu favorable ■ Assez favorable ■ Très favorable ■ Je ne sais pas

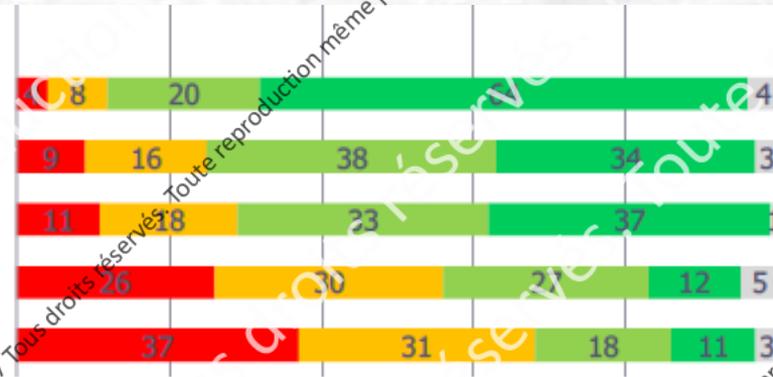
Outils d'aide à la

- Distribuer gratuitement aux MG des bandelettes urinaires (n=259)
- Proposer des durées uniques d'antibiothérapie dans les recommandations (n=259)
- Rendre un antibiogramme plus court pour les ECBU (n=261)
- Remettre au patient une fiche d'information en cas de non prescription d'ATB (n=260)



Modalités de prescriptions

- Dispenser les antibiotiques à l'unité (n=261)
- Limiter le nombre de molécules ATB disponibles en ville (n=261)
- Proposer une ordonnance différée pour certaines situations (n=261)
- Utiliser une ordonnance spécifique pour les ATB comprenant un message éducatif destiné au patient (n=261)
- Justifier sur l'ordonnance la conformité ou non aux recommandations (n=259)



Les ententes préalables

- Demander une autorisation préalable à d'un infectiologue pour les antibiothérapies de plus de 14 jours (n=261)
- Demander une autorisation préalable à un infectiologue pour prescrire des FQ (n=261)
- Demander une autorisation préalable à un infectiologue pour prescrire des C3G (n=261)
- Demander une autorisation préalable à un infectiologue pour prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique (n=260)



servés. Toute reproduction même partielle est interdite.



© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2017 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Une structuration

Des structures ...



Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Bureau E 2
Direction générale de la santé
Bureau SD 5 A

Circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux

L'objet de la présente circulaire est de donner des orientations pour un meilleur usage des antibiotiques dans les établissements de santé, en incitant à la création d'une commission des antibiotiques et à la désignation d'un médecin référent en antibiothérapie. Elle propose également de mettre en place à titre expérimental, à partir de certains établissements de santé, des centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.

II - DÉVELOPPER LES ÉCHANGES AVEC LES MÉDECINS LIBÉRAUX

Pour faciliter aux médecins libéraux l'accès à un conseil sur le bon usage des antibiotiques, des centres de conseil sont créés à titre expérimental à partir de quelques établissements de santé.

Ces centres pourront avoir des configurations variables selon la situation des établissements de santé et le réseau préexistant de correspondants libéraux et hospitaliers.

L'objectif est de faciliter :

- l'accès au conseil téléphonique ;
- l'élaboration de référentiels locaux et régionaux en liaison avec les unions régionales des médecins libéraux ;
- la formation de médecins libéraux susceptibles d'intervenir auprès de leurs confrères ;
- la diffusion d'informations épidémiologiques locales (résistances bactériennes) et de conseils pour la prophylaxie dans le cadre de certaines maladies infectieuses (méningite listériose, légionellose...).

Les médecins référents des commissions des antibiotiques pourront être impliqués dans ces échanges ville-hôpital

L'affectation de vacations permettant à des médecins compétents dans ce domaine de participer à ces échanges pourra, par ailleurs, être soutenue financièrement par des crédits attribués par l'agence régionale d'hospitalisation.

Un bilan permettant de juger de l'intérêt d'étendre ces centres à d'autres établissements sera réalisé à la fin du premier semestre 2003.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

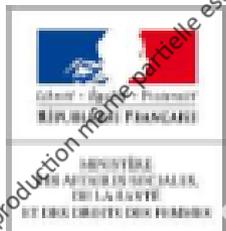
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

CHAPITRE III

Actions de bon usage des antibiotiques

« III. – En vue d'assurer la mise en œuvre du programme mentionné au 1^o du I et des préconisations mentionnées au 4^o du I, le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un référent en antibiothérapie. Ce référent assiste la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre de ces mesures ; il organise le conseil thérapeutique et diagnostique dans l'établissement. Une même personne peut assurer cette fonction au sein de plusieurs établissements de santé dans le cadre d'une action de coopération. »



INSTRUCTION N° DGS/R11/DGOS/PF2/DGCS/2015/212

du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la
lutte contre l'antibiorésistance sous la
responsabilité des Agences régionales de santé

Comité de coordination Raisin

Saint-Maurice, 01 octobre 2015



Propias 2015

Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

Trois axes

Axe 1 : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents

Axe 2 : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins

Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé

Arrêté du 7 mars 2017 : CPIas cahier des charges des missions régionales

- **Missions d'expertise et appui**

(...)

- **Mission d'Animation territoriale, accompagnement, formation**

(...)

- **Contribution à l'animation** du réseau des référents chargés du conseil et de l'appui aux prescripteurs d'antibiotiques en lien avec l'ARS ;

(...)

- **Mission de surveillance, investigation et appui à la gestion de la réponse**

(...)



INSTRUCTION DGS/VSS1/PP1/PP4/EA1/SG/DGOS/PF2/78 du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires

Date d'application : immédiate

NOR : AFSP1707106J

Classement thématique :

Validée par le CNP, le 3 mars 2017 - Visa CNP 2017-28

Publiée au BO : Oui



D'une part, les CPIAS vous appuieront pour animer le réseau des référents chargés du conseil et de l'appui aux prescripteurs d'antibiotiques.

Et maintenant ?

Quelle réalité

Pour passer d'une politique incantatoire

à une réelle mise en œuvre



BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

EXPERIENCES ET OUTILS
POUR UNE DECLINAISON EN REGION

Vendredi 1^{er} juillet 2016

Maison des Ingénieurs ETP /15 rue Cortambert 75008 PARIS
M^o Trocadéro

Accueil 9h00/9h30

9h30 : **Introduction.** Pr F. ROBLOT, Dr H. AUMAÎTRE, Pr C. MICHELET, Pr C. RABAUD

9h45/10h15 : **Exemple de réseaux existants et retours d'expérience**

Centre de conseil en antibiothérapie / MedQual (Pays de Loire) – D. Boutoille

Centre de conseil en antibiothérapie / Antibior (Lorraine) – C. Rabaud

Réseau Palmair (France Comté) – J. Leroy

Réseau Grive (Languedoc Roussillon) – P. André, S. Delorme

L'initiative ABRI (Bretagne) – G. Piriou

Le projet Normantibio – D. Monza, F. Caron

Retour d'expérience en région Centre Val de Loire – P. Brisacier, F. Bastides

11H30 -12H45 : **De quelques outils d'aide à la prescription de portée nationale**

Antibioclic – JP. Aubert

e-POPI – C. Chidiac

Guide bon usage en EHPAD (IDF) et charte « les antibiotiques, juste ce qu'il faut » – R. Gauzit

Bilan d'activité des référents en antibiothérapie – P. Pavese

Groupe « Stratégies de bon usage des antibiotiques » de la SPILF – C. Pulcini, B. Castan, P. Lesprit

ANTIBIOLOR : Mise en place en 2003



Biologie
Bon usage des prélèvements

Clinique
Référentiel, numéro vert



Information / Formation

Promotion Réseau,
formation continue

Informatique
Site Internet antibiolor.org



Evaluation

Pharmacie
Suivi des consommations



AntibioTel



- Service de conseil téléphonique disponible depuis mai 2004
- Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30
- Réponse immédiate aux questions des professionnels de santé
- 13 médecins volontaires
- **2016 : 984 appels (vs 859 en 2015, 580 en 2014, 338 en 2013) soit 82 appels/mois dont 488 MG**

Professionnel de la santé,
Besoin d'un avis ?

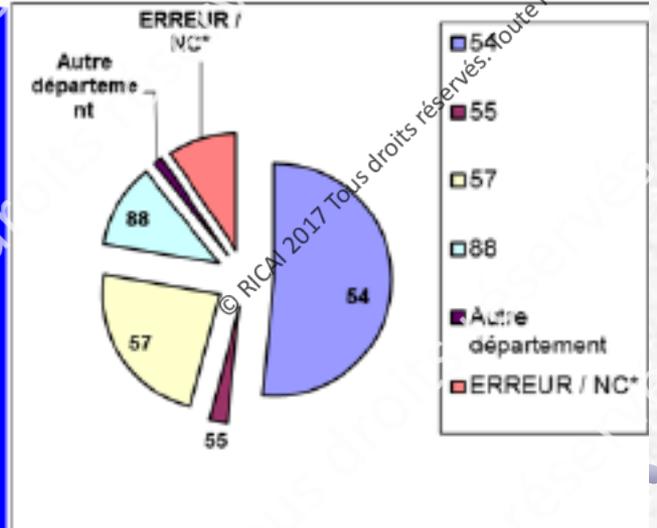
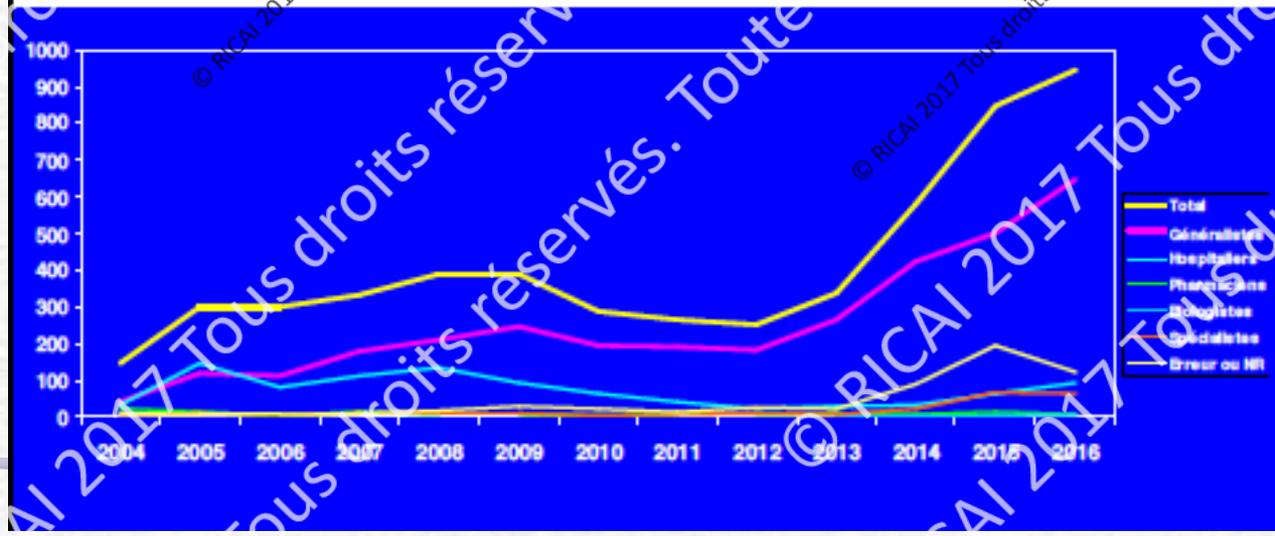
ANTIBIOTEL

N° 03.82.76.44.89

Il se ne pas délivré d'avis
aux patients

Un seul numéro d'appel

03 83 76 44 89



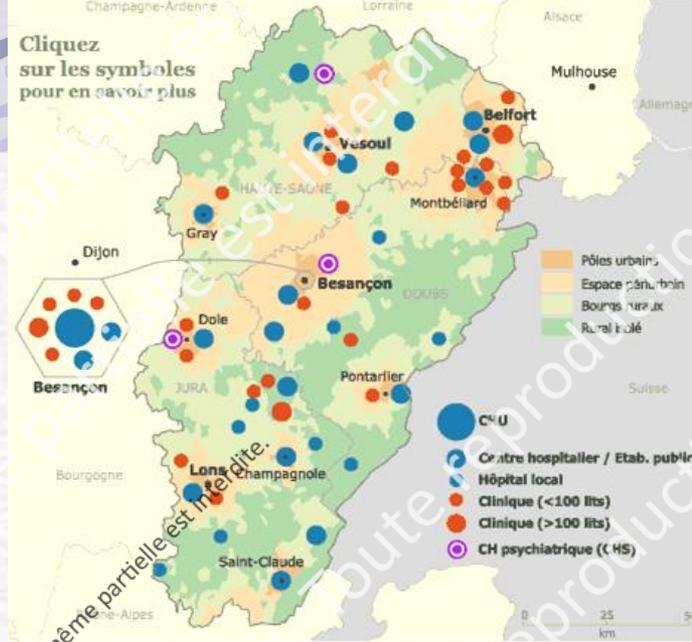
Journée des référents et médecins coordonnateurs d'EHPAD

24 juin 2016 puis 7 octobre 2016 (-> 28 juin 2017)

- 14h-14h30: Consommation d'antibiotiques, antibiorésistance, objectifs du plan antibiotique 2011-2016, rapport de la Taskforce (C.Rabaud)
- 14h30-15h: Antibiolor, le réseau ; les outils (F.Goehringer)
- 15h-15h30: ConsoRes et Solar (en lien avec le CCLIN Est) (S.Boussat)
- 15h30-16h: Présentation des travaux scientifiques élaborés avec le concours d'Antibiolor (C.Pulcini)
- 16h30-17h30 : Table ronde, création de groupes de travail restreints pour les rencontres futures (protocolisation de stratégies antibiotiques, campagnes d'affichage, participation à l'élaboration des référentiels antibioguide ou antibioville, modalité pratique d'administration d'antibiotiques...)

Programme PRIMAIR Franche-Comté

Dr Joel LEROY



- **PRIMAIR** créé en 2008

Programme Régional Inter-disciplinaire pour la Maîtrise de la Résistance aux Anti-infectieux

- **Particularité :**

associé avec ARLIN de FC

RFCLIN

- 1 Médecin hygiéniste 1ETP
- 1 infirmière hygiéniste 0,5
- 1 gériatre 0,4

HYGIENE

PRIMAIR

- 1 PH infectiologue 0,5 ETP

INFECTIOLOGIE
ANTIBIOTHERAPIE

- ➔ Structure existante
- ➔ réduction coût
- ➔ partage locaux, secretariat

PRIMAIR financement : ARS 0,5 ETP

« Etre **G**énéraliste

Référent en **I**nfectio**V**igilance

Extra hospitalière :

une expérience « grivante ! »"

Bénédicte Teisserenc (Roujan 34)

Carine Gausserand (Perpignan 66)

Pascal André (Montpellier 34)

Présentation C CLIN Sud Ouest ; 12/05/16 Bordeaux

EN CONCLUSION

- Une urgence sanitaire réelle
- Une opportunité de mise en œuvre d'un système « global » et efficient
- Mais avec quels moyens ?