

DÉCEMBRE 2013

ars

●● Agence Régionale de Santé
Bourgogne



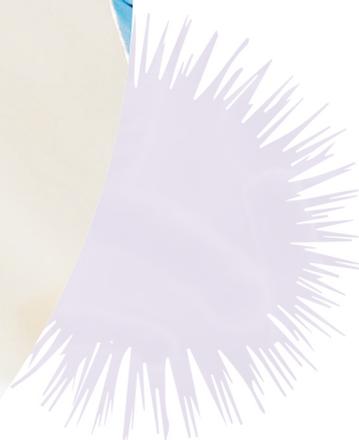
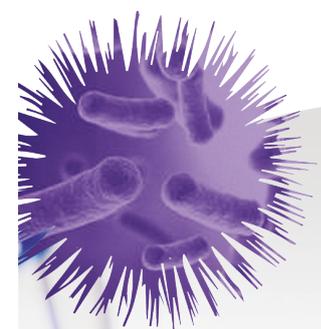
L'antibiothérapie en Bourgogne

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN ANTIBIOTHÉRAPIE
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX
DE BOURGOGNE DISPOSANT D'UNE PHARMACIE
À USAGE INTÉRIEUR



État des lieux

DES PRATIQUES EN ANTIBIOTHÉRAPIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX DE BOURGOGNE DISPOSANT D'UNE PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR



1 INTRODUCTION

Le dernier plan national d'alertes sur les antibiotiques 2011-2016 mis en place par le Ministère de la Santé pour préserver l'efficacité des antibiotiques, prévoit notamment, dans son action n° 17, **de généraliser la prescription nominative et d'inscrire certains antibiotiques sur la liste des médicaments à dispensation contrôlée dans les établissements de santé**. Ces préconisations figuraient déjà dans la 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'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne a ainsi souhaité **réaliser un état des lieux général des pratiques de prescription et de dispensation des antibiotiques** dans les établissements de santé et médico-sociaux de la région disposant d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), afin de vérifier le respect des mesures édictées, cibler les points forts de la région et ceux susceptibles d'amélioration dans un objectif de bon usage de ces traitements.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Un questionnaire a été élaboré par l'ARS sur la base des référentiels existants et a été adressé début 2012 par courrier électronique aux 84 établissements de santé et médico-

sociaux disposant d'une PUI en Bourgogne. Les résultats ont été saisis et analysés à l'aide d'un tableau Excel®.

3 RÉSULTATS

LE TAUX DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE A ÉTÉ DE 73,5% (61 ÉTABLISSEMENTS RÉPONDREURS SUR 83) :

- 55,7% d'établissements publics (76% de l'effectif régional) et 41% d'établissements privés (71% de l'effectif régional) ;
- 3,3% d'établissements privé d'intérêt collectif (50% de l'effectif régional).

PAR AILLEURS, CES RÉPONDREURS SE RÉPARTISSAIENT EN :

- 95% d'établissements de santé dont 76% pratiquent des soins de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et 50% une activité chirurgicale ;
- 5% d'établissements médico-sociaux (EMS).

3.1. INSTANCES RELATIVES AUX MÉDICAMENTS, INFECTIONS NOSOCOMIALES ET ANTIBIOTIQUES

Parmi les répondeurs,

93,4% ont déclaré disposer d'une Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

(COMEDIMS) ou commission équivalente et **96,7%** d'un Comité de Lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou équivalent.

De plus, 65,6% des établissements ont déclaré disposer d'une Commission des Anti-Infectieux (CAI) ou apparentée :

- 68% des établissements privés et 65% des établissements publics,
- 74% des établissements MCO et 44% des non MCO,
- 79% des établissements avec une activité chirurgicale et 53% de ceux ne pratiquant pas cette discipline.

Seul un établissement, de type médico-social, ne disposait d'aucune instance traitant des médicaments, de la lutte contre les infections nosocomiales, ou des antibiotiques en particulier.

3.2. RÉFÉRENT EN INFECTIOLOGIE

66% des réponders ont déclaré disposer d'un référent en infectiologie : pour 48% il est propre à l'établissement, et pour 18% il est mis à disposition par un autre établissement. Parmi les trois médico-sociaux participants à l'enquête, un seul a déclaré avoir recours à un référent, exerçant dans un autre établissement.

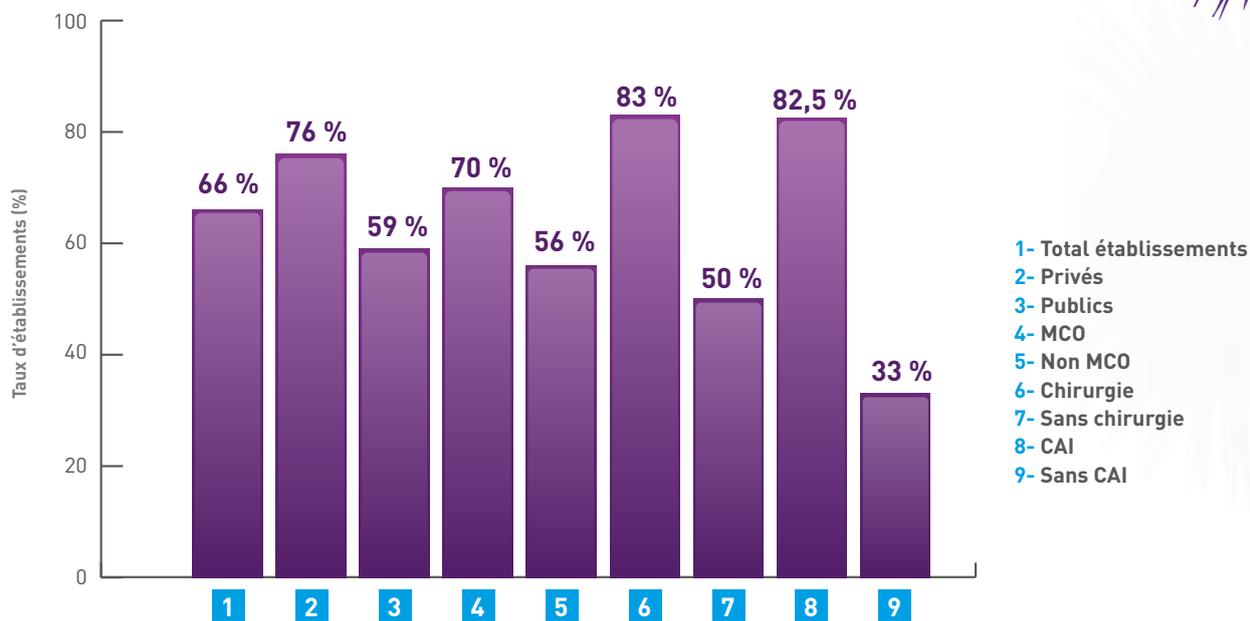
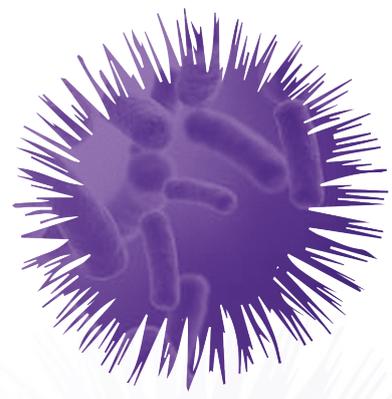


Figure 1 : Taux d'établissements disposant d'un référent en infectiologie

3.3. PROTOCOLES RELATIFS AUX ANTIBIOTIQUES

Parmi les 29 établissements réponders exerçant une activité chirurgicale, 90% ont indiqué avoir mis en place des protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale (pour 83% rédigés en concertation avec les anesthésistes, chirurgiens, biologistes et pharmaciens et pour 80% validés par une instance de type CLIN ou CAI). Enfin, 79% des réponders ont déclaré disposer de protocoles d'antibiothérapie curative propres à leur établissement.

3.4. PRESCRIPTION – DISPENSATION DES ANTIBIOTIQUES

67,5% des établissements, dont une des trois structures médico-sociales, ont indiqué avoir mis en place une liste d'antibiotiques surveillés dispensés uniquement sur prescription nominative. Leur répartition est représentée en figure 2 ci-dessous.

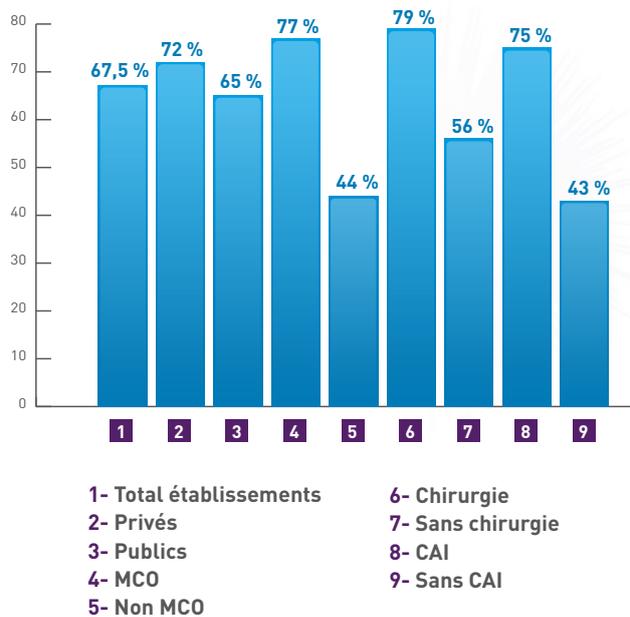


Figure 2 : Taux d'établissements disposant d'une liste d'antibiotiques surveillés



La raison principale évoquée pour justifier l'élaboration de cette liste a été le problème de résistance bactérienne pour 66% des établissements, puis le coût du médicament pour 53,7%.

Par ailleurs,

75,6% des établissements disposant d'une liste surveillée d'antibiotiques ont défini un format type d'ordonnance

comportant différentes informations dont la fréquence est représentée en figure 3 (ci-dessous).

Ces antibiotiques ont été délivrés pour près de 96% des cas par dispensation individuelle nominative (dans les autres cas, la dispensation a été dite reglobalisée). La durée de traitement délivrée a alors été comprise entre 24 et 72h dans 51,2% des cas.

Les classes d'antibiotiques concernées par ces mesures de surveillance particulière ont été majoritairement les carbapénèmes (90%), les glycopeptides (85%), les céphalosporines de 3^{ème} génération (73%) et les fluoroquinolones (70%). Dans 85,5% des cas, il a été déclaré que l'établissement conservait une trace de ces prescriptions (à la PUI et/ou dans le dossier patient).

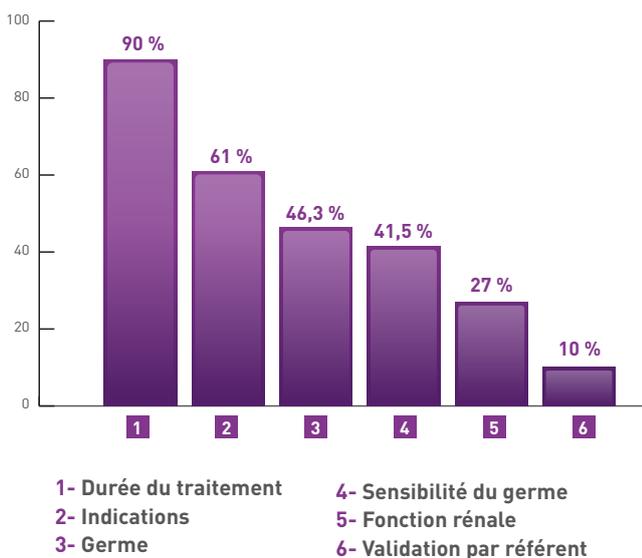


Figure 3 : Fréquence des informations figurant sur les prescriptions d'antibiotiques surveillés

Environ 57% des établissements répondeurs ont indiqué que les antibiotiques autres que ceux faisant l'objet d'une surveillance particulière, étaient dispensés uniquement sur prescription nominative. Cela correspond à 46,3% des établissements ayant par ailleurs une liste d'antibiotiques surveillés et 80% des établissements sans une telle liste. Les prescriptions des antibiotiques ont été réalisées selon un format type pour 39% des établissements comportant différentes informations dont la fréquence est représentée en figure 4.

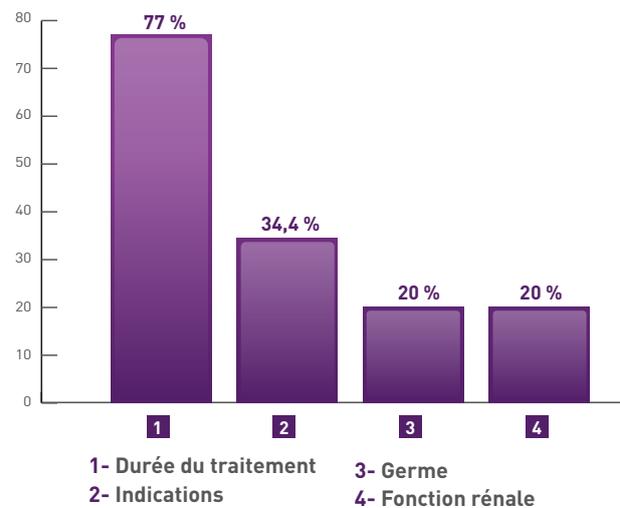


Figure 4 : Fréquence des informations figurant sur les prescriptions des antibiotiques non surveillés

Concernant les prescriptions d'associations d'antibiotiques (surveillés ou non), elles ont été encadrées par protocoles dans 6,6% des établissements ayant participé à l'enquête : 7,5% des établissements ayant l'intervention d'un référent contre aucun établissement sans référent.

Il a été déclaré que les prescriptions d'antibiotiques ont fait systématiquement l'objet d'une analyse pharmaceutique dans 67,5% des établissements dont la répartition est représentée en figure 5.

En cas de prescription d'antibiotiques en urgence, sans validation pharmaceutique préalable, 57,4% des établissements ont répondu réévaluer le traitement a posteriori, sans différence importante entre ceux ayant un référent infectiologue et les autres (62,5% contre 57,1%).

La durée de délivrance des antibiotiques non surveillés a consisté en la totalité du traitement prescrit pour 59% des répondeurs et a été limitée à 24 à 72h pour 39,3% d'entre eux.

3.5. ÉVALUATIONS INTERNES / SURVEILLANCE DES CONSOMMATIONS

55% des établissements ont déclaré avoir réalisé un audit ou une Evaluation de leurs Pratiques Professionnelles (EPP) depuis 2010 :

- 64% des établissements privés contre 50% des établissements publics,
- 67% des établissements MCO contre 28% des établissements non MCO,
- 67,5% de ceux disposant d'un référent infectiologue contre 43% de ceux sans référent,
- 65% de ceux avec CAI contre 38% de ceux n'en disposant pas.

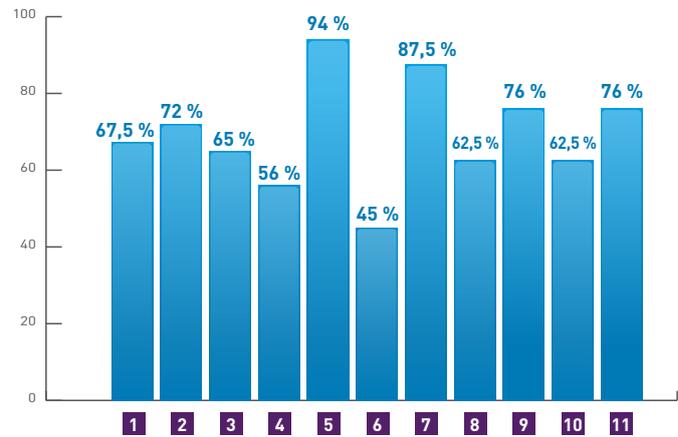
De plus, 93,4% des répondants ont indiqué suivre la consommation des antibiotiques dans leurs établissements : 91,2% en Dose Définie Journalière (DDJ), 33,3% en coûts financiers (tous avec un suivi parallèlement en DDJ), 16% selon un autre critère. Ce suivi a concerné l'ensemble des antibiotiques pour 98,2% de ces établissements (un établissement a suivi uniquement les injectables et un autre une liste spécifique).

Parmi ces établissements,

58,6% ont déclaré que la pharmacie engageait des mesures inhérentes à ce suivi (de type mise en place de protocoles de traitement ou rappel des protocoles existants pour la majorité).

4 DISCUSSION/CONCLUSION

Le taux élevé de répondants à l'enquête permet d'avoir un état des lieux représentatif des pratiques des établissements de Bourgogne disposant d'une PUI en termes de prescription et délivrance d'antibiotiques. Nous sommes évidemment conscients des limites de ce type d'étude reposant sur des réponses uniquement déclaratives, et qui, pour certains items, ont été différentes des résultats 2011 du tableau de bord des infections nosocomiales bourguignons ICATB (l'échantillon et la période ne sont toutefois pas totalement superposables). De plus, des questions étaient peu adaptées à certaines typologies d'établissement (notamment celui spécialisé dans l'insuffisance rénale).



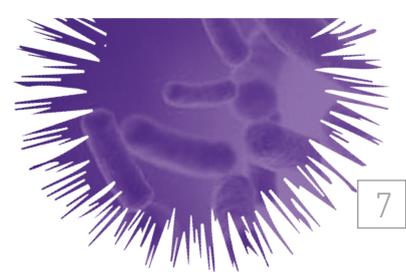
- | | | |
|-------------------------|-------------------|------------------|
| 1- Total établissements | 5- Non MCO | 9- Sans référent |
| 2- Privés | 6- Chirurgie | 10- CAI |
| 3- Publics | 7- Sans chirurgie | 11- Sans CAI |
| 4- MCO | 8- Avec référent | |

Figure 5 : Taux d'établissements pratiquant une analyse pharmaceutique systématique

3.6. OUTILS D'AIDE À LA PRESCRIPTION / DISPENSATION

Pour 14,8% des répondants, un logiciel d'aide à la prescription des antibiotiques a été déclaré et pour 26,2% un logiciel d'aide à leur dispensation. Il s'est agi en fait principalement de logiciels généralistes de prescription/délivrance des médicaments, dont certains pouvaient avoir une application spécifique aux antibiotiques.

En conséquence, certains points n'ont pas fait l'objet d'une analyse et cet établissement n'a pas été intégré à l'échantillon. Par ailleurs, le nombre de réponses des établissements médico-sociaux dotés d'une PUI n'a pas permis d'analyser spécifiquement leurs résultats, qui ont donc été inclus dans l'analyse globale



Des tendances assez fortes se dégagent de cet état des lieux. Ainsi, l'étude a pu mettre en évidence des points forts sur lesquels s'appuyer pour limiter les surconsommations d'antibiotiques et lutter contre les phénomènes de résistance :

- la mise en place, dans quasiment la totalité des établissements, d'une délivrance à dispensation nominative pour au minimum quelques classes d'antibiotiques jugés particulièrement à risques de résistance ou coûteux,
- le suivi des consommations d'antibiotiques en place dans quasiment tous les établissements de l'échantillon (résultat corroboré par ICATB).

Cependant, plusieurs voies d'amélioration des pratiques peuvent être proposées au regard des réponses déclarées et des recommandations existantes :

- **Promouvoir des commissions véritablement spécialisées en médicaments anti-infectieux dans l'ensemble des établissements** (même si ICATB 2011 affichait 93% d'établissements dotés contre 65% pour notre étude) car elles sont apparues comme un élément favorable au recrutement d'un référent en infectiologie (plus de 8 établissements sur 10 avec une CAI ont déclaré un référent). L'inverse a été moins vérifié : la désignation d'un référent n'a pas été forcément synonyme d'une CAI fonctionnelle. D'après l'enquête, la présence d'une CAI ou d'un référent infectiologue dans un établissement a été corrélée favorablement à la mise en place d'une liste d'antibiotiques surveillés, donc de leur dispensation nominative (d'ailleurs, l'élaboration d'une telle liste au niveau national, plusieurs fois réclamée par les répondants, aurait probablement un impact fort pour la mise en œuvre de mesures de sécurisation ad hoc), et de mesures relatives au bon usage des antibiotiques (audits, EPP). A ce titre, les établissements chirurgicaux ont été un exemple à suivre, qu'ils soient de statut public ou privé, pour la mise en place de CAI et ont représenté le type d'établissement faisant intervenir de façon plus fréquente un référent en infectiologie (surtout pour les structures privées, peut être du fait que, gérées administrativement en groupes, elles ont plus largement recours au référent partagé entre établissements du même groupe).

- **Renforcer le rôle du référent infectiologue** : la validation par ses soins des prescriptions d'antibiotiques surveillés devrait être la règle alors qu'elle n'a été mentionnée que pour 1/4 des établissements pourvus de cet expert. De même, la mise en place de protocoles encadrant les prescriptions d'associations, pourtant plus à risques d'effets secondaires et d'urgences de résistances quand elles sont administrées à mauvais escient, devrait être à l'initiative du référent.
- **Renforcer le rôle de la pharmacie**. Il paraît nécessaire de systématiser les dispensations d'antibiotiques n'excédant pas 72h sauf justification et ceci au minimum pour les molécules présentes sur la liste des antibiotiques particulièrement à risques de résistance ou dits de dernier recours. Tout comme d'effectuer une analyse pharmaceutique a posteriori lorsque la prescription a été rédigée en urgence. Il conviendrait d'ailleurs, pour permettre une analyse la plus exhaustive possible, que les prescriptions mentionnent plus systématiquement, et dans le cas où aucun référent ne l'a validée auparavant, l'indication de traitement et/ou le germe analysé ou suspecté en cas d'antibiothérapie probabiliste.
- **Développer l'installation de logiciels spécifiques d'aide à la prescription et la délivrance de l'ensemble des antibiotiques, qui incluraient les protocoles nationaux ou locaux**. En effet, l'étude a montré que les pharmaciens et infectiologues se sont focalisés sur certains antibiotiques ciblés sur des critères cliniques et/ou économiques au détriment des autres molécules alors que des risques de mauvais usage existent tout autant. Cette préconisation se heurte toutefois à la nécessité d'y allouer un budget spécifique.
- **Faire suivre l'analyse des consommations d'antibiotiques, très développée dans tous les établissements** comme l'avait aussi révélé ICATB, de mesures correctives quand elles s'imposent ou de la mise en œuvre d'EPP, incluant le rappel des règles établies localement ou par les sociétés savantes, dans un but pédagogique.

Pour valider la pertinence de ces recommandations sur le bon usage des antibiotiques, l'étape ultérieure serait une comparaison des données de consommation dans nos établissements bourguignons avant et après mise en place des mesures préconisées. Par ailleurs, un travail se devrait aussi d'être mené dans les établissements sans PUI, majoritairement des établissements sociaux et médico-sociaux, de même qu'auprès des libéraux, le parcours de soins des patients traités par antibiotiques et donc la propagation des résistances bactériennes, ne se limitant pas aux seuls établissements participant à l'étude.



Loïc PHILIPPE et Jessica LIEHN

ARS Bourgogne

Unité d'Expertise Pharmaceutique et Biologique

tél. 03 80 41 99 06

ars-bourgogne-dsp-pharmacie@ars.sante.fr

L'antibiothérapie en Bourgogne