

## Éditorial

# Politique nationale du bon usage antibiotique : plaidoyer pour une nouvelle stratégie

## *National antibiotic stewardship policy: Advocating a new strategy*

Les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques sources d'infections sont notre quotidien dans les hôpitaux français. Le facteur prépondérant ayant contribué à leur émergence est la forte consommation antibiotique en France ; celle-ci est reflétée par une prévalence de l'antibiothérapie > 25 % chez les patients hospitalisés [1].

En conséquence, la politique nationale du bon usage des antibiotiques nous engage à contrôler les prescriptions pour en diminuer le volume. Ce dernier a baissé durant la première décennie 2000, résultat obtenu grâce à l'investissement des principaux acteurs : microbiologistes, infectiologues, pharmaciens spécialistes des antibiotiques et hygiénistes [2].

Les infectiologues ont ainsi voulu répondre rapidement aux collègues sur tous les aspects possibles de l'antibiothérapie, ce qui les a conduits à privilégier le téléphone et/ou le fax. Plus de 20 travaux décrivant une régulation de l'antibiothérapie par téléphone ont été rapportés lors des 4 dernières Journées nationales d'infectiologie. Mais l'appel téléphonique comme moyen de régulation de l'antibiothérapie a plusieurs défauts : il ne permet pas l'évaluation clinique, si importante à notre pratique médicale ; il s'agit d'une activité chronophage, dont la portée ne peut être que limitée au regard du grand nombre de prescripteurs ; son avantage essentiel, l'immédiateté, est contrebalancé par ses défauts : traçabilité difficile, doute sur la validité des informations reçues, « impossible » vérification de la compréhension des propositions. Ces défauts structurels de l'avis téléphonique en limitent l'efficacité. Enfin, certains collègues non infectiologues y sont hostiles car les aires de responsabilités sont mal définies. La nécessité d'une charte de fonctionnement des différents acteurs du bon usage antibiotique est issue de ce constat.

Cependant, la permanence d'une consommation antibiotique excessive et l'émergence des bactéries hautement résistantes doivent nous inciter à poser la question du choix stratégique initial qui conditionne les objectifs et les moyens.

Annoncer vouloir lutter contre le mésusage antibiotique, c'est indiquer que la première préoccupation est la prescription antibiotique [2]. Or, dans l'exercice médical, la prescription

thérapeutique intervient en fin de processus de prise en charge. En termes médicaux, les moyens actuels de lutte contre le mésusage antibiotique sont des traitements symptomatiques, reconnus impuissants sans le traitement étiologique.

Retenons l'essentiel : d'une part, les travaux portant sur l'évaluation de l'antibiothérapie au lit des patients montrent la prédominance des difficultés diagnostiques et/ou la succession de méprises (dont sans doute le meilleur exemple est la réalisation d'ECBU en l'absence de signes cliniques et en l'absence de fièvre, menant à traiter des colonisations) ; d'autre part, tous secteurs confondus, 30 à 50 % des prescriptions peuvent être arrêtées sans impact sur la morbi-mortalité liée aux infections [3,4].

Les moyens actuels de contrôle de l'antibiothérapie ne peuvent agir significativement sur ces difficultés diagnostiques et/ou impaires successifs. Bien plus, l'affichage d'une préoccupation quasi exclusivement antibiotique transforme en spectateurs la plupart des prescripteurs qui sont peu formés à l'antibiothérapie.

La réalité est que, dans la plupart des établissements de santé, le processus de prise en charge d'un patient infecté reste stochastique. Sont en cause le caractère non programmable des infections et le fait que la plupart des établissements n'ont pas toutes les disciplines représentées, ni dans chacune d'elles un clinicien sensibilisé aux difficultés en infectiologie. Les différentes étapes de prise en charge des patients infectés méritent révision, du diagnostic à la prescription d'examens complémentaires, de la réalisation des prélèvements microbiologiques par les infirmières à l'interprétation des résultats biologiques. Ces éléments successifs conditionnent les modalités thérapeutiques, mais ils n'ont que trop peu bénéficié à ce jour de notre vigilance [5].

Nous proposons une nouvelle stratégie antibiotique (NSA) ayant pour objectif la maîtrise du processus de prise en charge des infections. La pierre angulaire de cette NSA est l'optimisation du processus de prise en charge des patients, du chemin clinique que va suivre le patient au sein de l'établissement de santé.

La première étape est donc de décrire différentes prises en charge, intégrant les phases du diagnostic clinique, microbiologique, thérapeutique, curatives autant que préventives, et les modalités de réévaluation. Cette intégration de la démarche clinique, microbiologique et thérapeutique a déjà fait l'objet de quelques évaluations dans la littérature, avec des résultats favorables, c.-à-d. une simplification thérapeutique associée à une diminution de la morbi-mortalité liée aux infections [6,7].

Cette description a priori du chemin clinique de groupes homogènes d'infections (GHI) implique pour les spécialistes d'organe de définir quelles ressources, humaines et techniques, doivent être mises à contribution. La majorité des prescripteurs se trouvent enrôlés et leur motivation majorée par la perception d'une organisation horizontale de la politique du bon usage antibiotique. Cette NSA permettra d'avoir ainsi des acteurs médicaux relayant la politique du bon usage antibiotique dans chaque service spécialisé.

Les chemins cliniques organisés doivent permettre l'homogénéisation des pratiques thérapeutiques, qui permet en retour d'établir des corrélations avec la morbi-mortalité, pour ensuite entrer dans le cercle vertueux de l'évaluation continue suivie des mesures correctives successives.

Les modalités du diagnostic microbiologique étant établies préalablement, les ressources des laboratoires seront mieux utilisées, évitant le gaspillage en temps et en coûts des prélèvements sans pertinence et source d'antibiothérapies inutiles. Il est à noter que cette coordination GHI – ressources biologiques est constitutive de l'accréditation.

Par recoupement des données microbiologiques et pharmaceutiques, ainsi que par la connaissance du GHI considéré, le pharmacien spécialiste en antibiothérapie sera à même d'évaluer la pertinence de la réévaluation antibiotique à 48–72 heures, ainsi que la justification de l'antibiothérapie au-delà de 7 jours.

L'objectif de la NSA étant l'amélioration de la morbi-mortalité associée aux infections, l'infectiologue pourrait intervenir auprès des patients pour lesquels les protocoles ont été jugés inefficaces, sachant qu'il est vraisemblable qu'un « bon » protocole puisse être appliqué à 80 % des cas. Les infectiologues auraient alors pour cibles les patients « déviants » aux protocoles, les patients en échec de la prise en charge consensuelle ou présentant une intolérance thérapeutique, ou encore les patients présentant une difficulté diagnostique.

Enfin, les règles d'hygiène hospitalières étant cruciales dans le contrôle des épidémies de BMR, il est nécessaire que l'équipe opérationnelle d'hygiène soit « itinérante », contrôlant au quotidien dans les services les mesures d'isolement et/ou de désinfection.

Les moyens nécessaires à cette NSA se résument pour l'essentiel à la coordination des ressources humaines et technologiques en place, et ne justifient pas d'emblée des dépenses supplémentaires. La protocolisation impliquant l'évaluation, un processus généralisé d'enregistrement des cas (un tableau de bord, ou toute autre méthode de *cohorting*), serait nécessaire via les systèmes informatiques hospitaliers.

La NSA aura ainsi pour effet collatéral favorable la juste utilisation des antibiotiques. De même, les 3 axes stratégiques de l'actuel plan national d'alerte sur les antibiotiques seraient pris en compte par cette nouvelle orientation stratégique, porteuse d'une rationalisation des coûts et structurée pour l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation continue. Enfin, les messages véhiculés par cette NSA contiennent une force médicale et éthique mieux appréhendée par les acteurs médicaux, les patients et leurs familles.

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Références

- [1] <http://ansm.sante.fr/S-informer/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012>.
- [2] Haut Conseil de la Santé publique. Évaluation du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques. In: La documentation française 2011. Paris: Haut Conseil de la Santé publique; 2007–2010.
- [3] Maki DG, Schuna AA. A study of antimicrobial misuse in a university hospital. *Am J Med Sci* 1978;275:271–82.
- [4] Roger PM, Hyvernat H, Verleine-Pugliese S, et al. Systematic infection consultation in the intensive care unit. Impact of short-term antibiotic use]. *Presse Med* 2000;29:1640–4.
- [5] Roger PM, Dellamonica P. Rôle de la consultation d'infectiologie sur la qualité de prescription des anti-infectieux à l'échelle hospitalière. *Antibiotiques* 2002;3:144–9.
- [6] Capelastegui A, Espana PP, Quintana JM, et al. Improvement of a process of care and outcomes after implementing a guideline for the management of community acquired pneumonia: a controlled before and after design study. *Clin Infect Dis* 2004;39:955–63.
- [7] Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, et al. A controlled trial of a critical pathway for treatment of community acquired pneumonia. *JAMA* 2000;283:749–55.

P.-M. Roger\*

*Infectiologie, université de Nice Sophia-Antipolis, centre hospitalier universitaire de Nice, Nice, France*

V. Blanc

*Laboratoire de biologie, centre hospitalier d'Antibes, 06600 Antibes, France*

O. Keita-Perse

*Service d'hygiène, centre hospitalier Princesse Grâce, 98000 Monaco, France*

F. Lieutier-Colas

*Pharmacie, université de Nice Sophia-Antipolis, centre hospitalier universitaire de Nice, 06202 Nice, France*

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [roger.pm@chu-nice.fr](mailto:roger.pm@chu-nice.fr) (P.-M. Roger)

Reçu le 28 septembre 2014

Reçu sous la forme révisée le 2 octobre 2014

Accepté le 14 octobre 2014

Disponible sur Internet le 14 novembre 2014