

Editorial

Recommandations du bon usage des antibiotiques : améliorer les pratiques médicales et non assujettir les infectiologues

Antimicrobial stewardship policy: Improve the quality of medical practices and not subject the infectious diseases specialists

Nous venons de valider la plupart des candidats à un poste de praticien hospitalier dans notre discipline, les maladies infectieuses et tropicales. Chaque membre du jury avait la volonté de bien faire et la curiosité de voir de jeunes collègues dans leurs nouvelles fonctions.

À quelques exceptions près, la grande majorité des jeunes infectiologues projettent de faire les mêmes choses, une homogénéité de fonctionnement allant jusqu'aux acronymes. Si les parcours de formation étaient quelque peu différents, nous avons observé que 95 % des impétrants déclareraient mettre en œuvre les recommandations nationales du bon usage des antibiotiques (BUA) [1].

Les recommandations sur le bon usage des antibiotiques arrivent auprès des directeurs d'établissements, et devant le grand nombre de tâches à exécuter vient la nécessité de trouver les ressources humaines adéquates. Ainsi pour les jeunes collègues auditionnés, la mise en place de ces recommandations était la seule constante professionnelle. La présentation de leurs perspectives était similaire aussi parce que les interactions avec les autres intervenants dans la mise en œuvre de cette politique du bon usage des antibiotiques (microbiologistes, pharmaciens, hygiénistes) étaient absents de leurs plans d'actions. L'enseignement aux soignants était parfois abordé, mais pas l'idée qu'il faille réapprendre à savoir effectuer les prélèvements microbiologiques correctement.

Ainsi la plupart citait l'objectif de réguler les prescriptions des fluoroquinolones et/ou des aminosides et/ou des glycopeptides et/ou des rares antibiotiques onéreux. Tous voulaient organiser des réunions de concertations pluridisciplinaires pour les infections ostéo-articulaires (complexes ?), mais aussi les endocardites, les infections en chirurgie vasculaire, la prise en charge « des pieds diabétiques », la gestion des patients vivants avec le VIH, les co-infections VIH-VHC, ainsi que des réunions pluridisciplinaires avec les réanimateurs, les chirurgiens et autres disciplines supposant maltraiter les antibiotiques.

Ainsi les infectiologues projetaient d'être les régulateurs réglementaires du BUA.

Deux écueils évidents apparaissent à cette stratégie affichée :

- l'inadéquation entre les objectifs et les ressources humaines ;
- l'incapacité à hiérarchiser les actions.

À cela il faudrait ajouter la lacune technique et/ou organisationnelle vis-à-vis de certains items comme la réévaluation antibiotique à j3 et à j7 ou l'audit permanent en temps réel des antibiotiques à dispensation restreinte.

Les infectiologues se positionnant ainsi génèrent pour l'essentiel des indicateurs pour mettre un établissement en bonne position pour une future certification. De fait, dans le mode de fonctionnement actuel, la réévaluation antibiotique est vécue comme une contrainte réglementaire, là où il ne s'agit que d'une évaluation thérapeutique inhérente à l'acte médical. Ainsi, en accord avec la loi HPST, l'obtention de temps médicaux supplémentaires est dépendante des objectifs des directions hospitalières, et la diminution de la consommation antibiotique est une priorité comparativement à l'amélioration de la prise en charge des patients.

L'inadéquation entre les objectifs et les moyens est bien entendu un facteur évident d'échec. Conscient de cet état de fait, hiérarchiser les actions devrait être une priorité. L'absence de perspective, même simplement énoncée, provient de l'absence de données chiffrées sur l'activité hospitalière... reflétée par le fait qu'aucun des collègues auditionnés ne pouvait citer la consommation antibiotique en DDJ de son établissement, et encore moins par service. La plupart mettait en place une RCP pour les infections ostéo-articulaires... mais pour combien de patients par an ?

Sans tableau de bord, comment savoir par où commencer ? Sans analyse de la situation réelle de la prise en charge infectiologique dans un établissement de santé, et notamment aux urgences et en réanimation où arrivent la plupart des patients atteints de pathologies non programmées, il est impossible de s'adapter aux conditions réelles, et « on » retombe sur des recommandations générales.

La multitude des actions recommandées transforme l'infectiologue en vérificateur, voire en policier (expression reprise de certaines auditions). Mais pour quelle qualité médicale ? plusieurs travaux publiés dans le contexte français suggèrent que peu de mesures sont réellement efficaces sur les volumes d'antibiotiques prescrits, certaines recommandations étant potentiellement contre-productives tandis que d'autres montrent la dissociation entre la mise en place effective des recommandations et la faible qualité de l'antibiothérapie au lit des patients [2–5]. De fait, 1 seul infectiologue auditionné œuvrait pour une sortie précoce sécurisée, et aucun ne proposait d'instituer des protocoles thérapeutiques simplifiés et respectés pour un moindre morbi-mortalité liée aux infections alors que la littérature amène des données concordantes [6,7].

Il nous paraît nécessaire de se donner les moyens d'une approche pragmatique et évaluative de la prise en charge des patients infectés, dans laquelle l'infectiologue serait le maître d'œuvre.

Être pragmatique passe par une mise à disposition des données quantitatives et qualitatives relatives à la morbi-mortalité liées aux infections, dont celles associées aux soins (qui reflètent pour une part de mauvaises pratiques cliniques), et aux états d'immunodépression sources d'infections opportunistes. La coopération avec les Départements d'Information Médicale, les hygiénistes, microbiologistes et pharmaciens doit permettre de dresser un état des lieux permettant la détermination d'une stratégie par établissement.

La démarche évaluative passe par la création de tableaux de bord [7,8]. Les médecins nécessitent un retour d'informations sur leur pratique, de constater par eux-mêmes leur hétérogénéité de prise en charge, puis en collaboration multidisciplinaire ils pourront corriger progressivement les aléas diagnostiques, microbiologiques puis thérapeutiques de prise en charge des patients infectés. La prescription antibiotique est en effet le résultat du processus médical analytique, et négliger ce dernier rend inopérant les actions du BUA. L'absence de démarche évaluative dans les démarches de nos jeunes collègues était aussi reflétée par la quasi-absence dans les dossiers présentés de publications portant sur les pratiques cliniques et leurs impacts sur la morbi-mortalité. Se pose ainsi la question du cursus de formation.

Les tableaux de bord permettront de mieux cerner comment et où doivent être pris en charge les patients infectés, structurant ainsi le chemin clinique de ces patients au sein d'un territoire de santé.

De fait, chaque spécialiste retrouvant sa place dans la prise en charge des patients infectés, les infectiologues éviteront la vacuité du contrôle « perpétuel » du BUA. Ils pourront se consacrer aux patients infectés les plus complexes en termes diagnostiques et/ou thérapeutiques au sein de leurs propres

services, dans lesquels les ressources humaines et techniques seront alors adaptées. Ils pourraient ensuite avoir le temps de collaborer avec les médecins de premier recours pour un travail multidisciplinaire en réseau.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] Carlet J, Le Coz P. Tous ensemble, sauvons les antibiotiques. Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques; 2015. p. 1–150 [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf].
- [2] Lesprit P, Brun-Buisson C. Hospital antibiotic stewardship. *Curr Opin Infect Dis* 2008;21:344–9.
- [3] Miliani K, L'Hériteau F, Alfandari S, Arnaud I, Costa Y, Delière E, et al. Specific control measures for antibiotic prescription are related to lower consumption in hospitals: results from a French multicentre pilot study. *J Antimicrob Chemother* 2008;62:823–9.
- [4] Slekovec C, Leroy J, Huttner A, Ruyter O, Talon D, Hocquet D, et al. When the precautionary principle disrupts 3 years of antibiotic stewardship: nitrofurantoin in the treatment of urinary tract infections. *J Antimicrob Chemother* 2014;69:282–4.
- [5] Étienne P, Roger PM, Brofferio P, et al. Antimicrobial stewardship program and quality of antibiotic prescriptions. *Med Mal Inf* 2011;41:608–12.
- [6] Capelastegui A, Espana PP, Quintana JM, et al. Improvement of 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] Pradelli J, Rizzo K, Guillouet de Salvador F, Cua E, Ruimy R, Roger PM. Community-acquired pneumonia: impact of empirical antibiotic therapy without respiratory fluoroquinolones nor third-generation cephalosporins. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2015;34:511–8.
- [8] Roger PM, Farhad R, Leroux S, et al. Computerized management of a medical department, disease-related group management, clinical research and evaluations. *Med Mal Infect* 2008;38:457–64.

P.-M. Roger^{a,*}

J. Leroy^b

V. Garrat^c

B. Guery^d

^a *Infectiologie, CHU de Nice, 06202 Nice, France*

^b *Maladies infectieuses et hygiène hospitalière, CHU de Besançon, 25000 Besançon, France*

^c *Médecine Interne, centre hospitalier intercommunal de Créteil, 94000 Créteil, France*

^d *Infectiologie, CHU de Lille, F-59000 Lille, France*

* Auteur correspondant.

Reçu le 9 mars 2016

Accepté le 9 mars 2016

Disponible sur Internet le 7 avril 2016