

DOSSIER DE PRESSE



Semaine mondiale pour le bon usage des antibiotiques

La France est au 4ème rang des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques
(source rapport ANSM 2017 sur la consommation d'antibiotiques en France en 2016)

La résistance aux antibiotiques représente une menace de plus en plus sérieuse pour la santé mondiale et le développement humain.

Cette année, la semaine sécurité des patients 2019 coïncidera avec la semaine mondiale pour le bon usage des antibiotiques du 18 au 22 novembre 2019.

L'ARS, l'Assurance Maladie, ainsi que le comité de pilotage régional de lutte contre l'antibiorésistance créé en 2017, **lancent un appel pour un usage responsable des antibiotiques en vue d'endiguer l'émergence de la résistance bactérienne aux antibiotiques.**

Focus sur l'antibiorésistance :

Comment s'en préserver, quels sont les effets secondaires des antibiotiques, quels sont les enjeux mondiaux, économiques, sociaux et environnementaux ?

Préface

Un antibiotique est un médicament qui permet de traiter des maladies infectieuses dont les agents responsables sont des bactéries.

Il a pour effet d'inhiber ou de tuer ce type de micro-organismes.

L'antibiotique n'a aucune action sur les virus.

La découverte des antibiotiques a ouvert une voie nouvelle dans la lutte contre de nombreuses maladies qui étaient considérées jusqu'alors incurables.

Mais ils ont été utilisés massivement et ils sont aujourd'hui victimes de leur succès : ils perdent peu à peu de leur efficacité.

Dr Keiji Fukuda – sous-directeur de l'OMS (30 avril 2014)

«À moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère postantibiotiques, où des infections courantes et des blessures mineures qui ont été soignées depuis des décennies pourraient à nouveau tuer »



QU'EST-CE QUE L'ANTIBIORESISTANCE ?



C'est l'absence de sensibilité d'une bactérie à l'action d'un antibiotique (ATB) alors que cette bactérie y était auparavant sensible.

Ce ne sont pas les malades qui deviennent résistants aux ATB, ce sont les bactéries qui apprennent à se défendre contre les ATB et les rendent inefficaces.

Les bactéries multirésistantes portent ce nom car elles ne réagissent plus à plusieurs familles d'antibiotiques.

❖ Le mécanisme de la résistance :

Les bactéries présentes dans et sur notre corps n'ont qu'un objectif : **survivre**. Il y a une compétition permanente entre les micro-organismes pour l'espace et la nourriture.

Les milliards d'entérobactéries qui peuplent nos intestins sont indispensables au bon fonctionnement de notre tube digestif. Notre corps vit en symbiose avec elles.

Toutefois lorsque par le fait de circonstances particulières ces entérobactéries passent par exemple dans le sang ou les voies urinaires ou les poumons, une infection se déclare.

Lorsqu'un patient développe une infection bactérienne, l'ATB prescrit agit non seulement sur sa cible spécifique : la bactérie responsable de l'infection à traiter, mais également pour la majorité d'entre eux sur d'autres cibles : les multiples bactéries du tube digestif qui sont des bactéries utiles et nécessaires.

Chaque individu porte quelques bactéries naturellement résistantes parmi les milliards de bactéries de son tube digestif.

Soumises au contact des ATB, la quasi-totalité des bactéries est détruite : les utiles comme les pathogènes.

Mais il en reste toujours quelques-unes qui survivent car elles se sont dotées de moyens de défense de divers types et elles « inactivent » l'ATB.

Les bactéries pathogènes survivantes disposent alors de toute la place pour se multiplier puisque les bactéries sensibles ont été éliminées par l'ATB.

Les bactéries jusqu'alors sensibles peuvent aussi acquérir un gène de résistance aux ATB. En effet, les mécanismes de résistance peuvent se transmettre d'une bactérie à une autre, de la même espèce ou d'espèce différente.

Plus on a recourt aux ATB, plus les bactéries résistantes prospèrent, croissent en nombre, échangent entre elles des mécanismes de défense et se renforcent.

→ **La consommation inadaptée d'ATB favorise la sélection de bactéries résistantes.**

De fait, la prise d'ATB, ponctuelle ou répétée, conduit à l'émergence de bactéries résistantes qui vont rendre les traitements ATB ultérieurs moins efficaces ou plus du tout efficaces.

C'est un danger d'abord pour le patient mais également pour la collectivité car elles peuvent se transmettre à d'autres personnes et peuvent aussi se diffuser dans l'environnement.

Si une bactérie résistante est présente dans la flore intestinale, l'exposition à un ATB la sélectionne en éliminant les autres bactéries dites sensibles et la souche résistante devient prédominante : c'est ce que l'on appelle la **pression de sélection**.

Quand elles deviennent majoritaires, les bactéries résistantes peuvent empêcher la guérison.

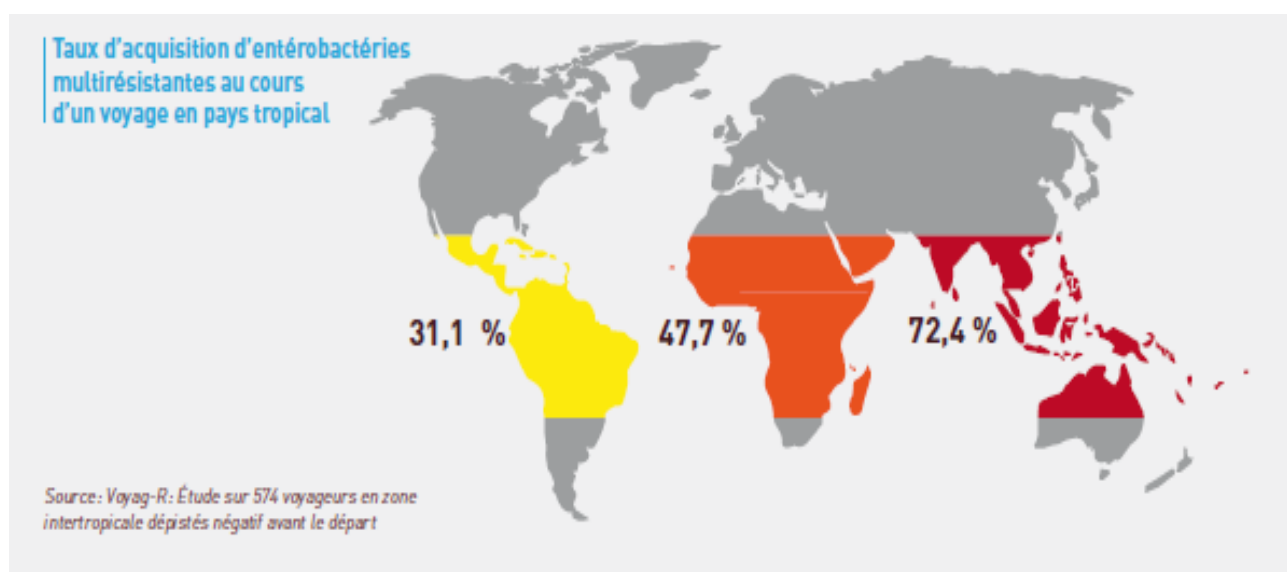
Ce phénomène n'est pas irréversible. Les bactéries ont tendance à perdre leur système de défense lorsqu'elles ne sont plus en situation de « danger » par contact ponctuel ou répété avec des ATB.

Toutefois, elles mettront des semaines voire des mois à disparaître.

Une étude contrôlée réalisée avec la famille des macrolides a démontré que les résistances persistent six mois après l'exposition aux ATB avant de disparaître.

❖ Comment devient-on porteur d'une bactérie multi résistante ?

- En rapportant le germe d'un voyage à l'étranger (contamination par l'eau, l'alimentation) où ces souches de bactéries sont d'avantage présentes et plus répandues qu'en France et notamment si la personne a fréquenté les hôpitaux locaux.
- Des personnes n'ayant pas voyagé ou jamais été hospitalisées peuvent devenir porteuses : les bactéries résistantes peuvent se transmettre entre individus ou par contact avec les animaux.
- Après avoir touché, ingéré de la viande, des fruits ou des légumes porteurs de ces bactéries.
- Par contact indirect avec des objets. Les entérobactéries se disséminent dans l'environnement, ce qui rend plus difficile d'empêcher leur transmission inter humaine.



Données 2016

Sans le savoir et sans présenter de symptômes, tout individu peut être porteur dans son tube digestif de telles entérobactéries résistantes : c'est un porteur sain.

Il suffit d'un évènement : une opération chirurgicale, un sondage urinaire, une chimiothérapie,... pour que ces bactéries puissent exprimer leur pathogénicité.

La multirésistance d'une bactérie augmente de 60% le risque de décès lié à une infection.

❖ L'évolution / historique :

1928 : découverte de la pénicilline

1940 : première résistance à la pénicilline

1945 : découverte des céphalosporines

1959 : découverte de la méticilline

1961 : 1ère résistance de la méticilline

1984 : résistance aux céphalosporines de première génération

1985 : découverte des carbapénèmes

2000 : 1ère résistance aux carbapénèmes

2016 : 1er cas de résistance à la colistine

Suite aux actions entreprises depuis 10 ans, les cas d'infections à staphylocoque doré multirésistant ont diminué.

En revanche, les infections à un autre type de bactéries multirésistantes (les entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi – EBLSE) ont progressées rapidement.

Le phénomène le plus inquiétant est l'émergence et la propagation des bactéries dites **hautement résistantes émergentes** (BHRe) qui résistent désormais quasiment à toutes les molécules actuelles. En particulier celles qui sont résistantes aux ATB dits de dernier recours tels que les carbapénèmes. Cela constitue un grave problème de santé publique puisqu'on est alors dans une impasse thérapeutique : le corps médical ne dispose plus d'aucun ATB efficace pour guérir l'infection.

La résistance aux ATB de dernier recours compromet l'efficacité d'interventions médicales vitales telles que le traitement du cancer ou la transplantation d'organes.

Les médecins n'ont d'autre choix que d'utiliser des ATB de second recours administrés uniquement en intraveineuse et dont certains ne sont pas dépourvus d'une toxicité intrinsèque. Mais au fil du temps, des résistances apparaissent également contre ces ATB.



LES EFFETS SECONDAIRES DES ANTIBIOTIQUES :

Les ATB, comme tout médicament, peuvent entraîner des effets indésirables, généralement transitoires et bénins (allergie, troubles digestifs).

Ils sont généralement bien tolérés même si certains ont des effets indésirables graves connus (par exemple, la forte toxicité rénale de la colistine).

En 2018, l'agence européenne du médicament a alerté sur des indésirables graves des quinolones et fluoroquinolones sur le système musculo-squelettique et le système nerveux, en prônant un arrêt d'utilisation pour les premières et un usage restreint pour les secondes.

Les ATB ont un impact sur la globalité de la flore intestinale dont on sait qu'elle est un facteur de régulation dans les mécanismes de l'immunité, des allergies et du diabète.

Ces dernières années, de nombreuses études ont mis en évidence un autre effet indésirable qui serait lié aux ATB : le surpoids et l'obésité. Cette problématique est plus fréquente chez les enfants ayant pris plusieurs traitements ATB au cours des deux premières années de leur vie.



QUELLES PARADES CONTRE L'ANTIBIORESISTANCE ?

Pour lutter contre le développement et le renforcement des résistances, plusieurs actions sont possibles, à divers niveaux.

- **L'organisation des mesures d'hygiène :**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la mise en œuvre des précautions standards d'hygiène et plus particulièrement l'hygiène des mains sont les mesures les plus importantes pour prévenir la transmission de personne à personne des bactéries multi-résistantes dans les hôpitaux : personnel soignant / patient ou patient / patient.

Le lavage des mains par les personnels soignants s'avère l'opération la plus coûteuse et efficace dans les établissements de santé pour maîtriser la résistance aux ATB.

C'est une mesure simple qui s'applique également au secteur de ville dans un cabinet médical ou para médical ainsi que chez soi, à l'échelle de chaque individu.

Grace à ces mesures, la prévalence des infections à staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM) a nettement diminué ces dix dernières années.

Dans les établissements de santé, pour les bactéries hautement résistantes, il est essentiel de séparer les patients porteurs ou qui risquent de l'être, des autres patients.

- **La vaccination :**

Lorsque les vaccins sont correctement utilisés, ils permettent de réduire le recours aux ATB car la vaccination protège contre la multiplication de certaines bactéries.

Par exemple, elle a permis de réduire en ville, la résistance aux ATB du pneumocoque.

- **Le bon usage des antibiotiques :**

Concernant les entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi (EBLSE) il s'avère que l'hygiène des mains est une parade peu efficace. Le seul moyen de lutte contre ces bactéries multirésistantes ainsi que contre les BHRé, est le bon usage des ATB.

Diminuer la pression de sélection des bactéries par les ATB est le levier à actionner car **plus on en consomme, moins ils sont efficaces.**

Il s'agit de diminuer le volume de prescription d'ATB et de cibler les type d'ATB à employer au regard de la pathologie, en se référant aux recommandations des sociétés savantes.

En établissement de santé, une collaboration pluridisciplinaire entre le référent antibiotique, les médecins prescripteurs, les pharmaciens, les microbiologistes et les infectiologues crée une synergie. C'est un exercice collectif. L'appui des infectiologues, tant en ville qu'en établissement, pour la réduction et l'ajustement des traitements est indispensable.

L'ANSM a établi en 2015 une liste des ATB dits critiques: ceux qui ont une tendance à générer plus facilement des résistances et ceux qui constituent les derniers recours thérapeutiques. Ce sont des ATB à prescrire quand aucune autre alternative n'est possible. Ce sont les médicaments de dernier recours, les ATB de la dernière chance.

Il est essentiel d'utiliser de manière ciblée et réduite les ATB de dernière intention comme les carbapénèmes ou la colistine.

Il est apparu en 2015, en Chine des souches de bactéries résistantes également à la colistine.

En septembre 2016, le gène de résistance à la colistine a été détecté en France, sur trois porteurs de trois régions différentes, par le centre national de référence (CNR) de la résistance aux ATB de Clermont Ferrand.

- **En France, les pouvoirs publics se sont mobilisés dès 2001 :**

L'usage raisonné des antibiotiques constitue une priorité nationale.

Une politique nationale de lutte contre l'antibiorésistance s'est développée depuis 2001 au travers de la déclinaison de plans successifs.

Le premier plan national 2001-2005 (la campagne « les ATB, c'est pas automatique ») avait permis des avancées notables avec une diminution d'environ 19% de la consommation d'ATB.

De même, les mesures mises en œuvre dans les établissements de santé pour lutter contre les infections nosocomiales ont permis de faire régresser les staphylocoques dorés résistants à la méticilline.

D'autres plans ont suivi pour les périodes 2005-2010 puis 2011-2016 mais ils n'ont pas eu l'impact escompté.

La France se situait en 2016 parmi les quatre pays les plus consommateurs d'antibiotiques dans l'Union Européenne.

La consommation en secteur de ville a progressé de 3% entre 2005 et 2015.

L'objectif de réduction de 25% de la consommation nationale d'antibiotiques a été reporté sur les plans et programmes en vigueur à ce jour :

- le programme national de prévention des infections associées aux soins 2015 (PROPIAS axe 2) ;
- l'instruction du 19 juin 2015 relative à la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des ARS ;
- la feuille de route du 17 novembre 2016 du comité interministériel pour la santé (CIS) «maîtriser la résistance bactérienne aux antibiotiques» avec une perspective transversale : santé animale, santé humaine et environnement.
Cette feuille reprend les thèmes de l'OMS, appliquée au contexte français. Elle fixe le cadre, les objectifs et 40 actions à conduire réparties en 5 thèmes avec un objectif : diminuer la consommation d'ATB en santé humaine de 25%.

Au niveau régional, l'ARS appuyée par l'Assurance maladie sont en charge de cette déclinaison.

Conclusion :

La prise de conscience doit se faire à tous les niveaux : national, européen, mondial.

→ Mobilisation gouvernementale dans chaque pays ;

→ Mobilisation de l'ensemble de la communauté médicale, dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, comme en ville ;

→ Mobilisation également des patients et de la collectivité (respecter les prescriptions d'ATB, ramener les ATB non utilisés à son pharmacien, ne pas être demandeur d'ATB, respecter l'hygiène des mains lors des repas et surtout lors des activités en collectivités, des visites aux malades,...).



LA RESISTANCE AUX ATB EST UN ENJEU MONDIAL

La résistance bactérienne n'est pas un phénomène nouveau mais il a pris de l'ampleur au niveau mondial avec l'accroissement constant des échanges internationaux.

L'émergence et la propagation des bactéries hautement résistantes (BHre) se situent à des stades très différents en fonction des pays.

En France, en 2016, 10% des septicémies à E coli étaient multirésistantes.

En Europe, certains pays présentaient des prévalences des résistances à E coli encore plus importantes : jusqu'à 25% ou 30 % s'agissant de la Grèce ou de l'Italie.

En Asie et au Moyen Orient, plus de 70% de la population est déjà porteuse de bactéries multirésistantes aux ATB courants.

S'agissant des entérobactéries Klebsiella, ce germe est devenu tellement résistant dans certains pays d'Asie que les ATB de second recours ne fonctionnent plus que sur 50% des patients.

Le rapport annuel de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) recensait en France, en 2016, 12 500 décès associés à une infection à bactérie résistante aux antibiotiques.

12 500 décès, c'est trois fois plus que les accidents de la route pour la même année.

Selon l'ANSM, si dans les établissements de santé, la consommation d'ATB était stable en 2016 par rapport à 2006, on constate une hausse de la consommation de ces médicaments en secteur de ville.

8 à 10% des Français sont désormais porteurs sains à un moment ou à un autre de telles bactéries.



LES ENJEUX ECONOMIQUES ET SOCIAUX :

Outre les enjeux de sécurité sanitaire, il s'avère que l'antibiorésistance génère des coûts économiques élevés pour la société. L'assurance maladie pourrait économiser 400 millions d'euros si la consommation française était similaire à celle des Pays Bas.

Les infections à BHRe sont associées à une mauvaise évolution de la pathologie, à une morbidité et une mortalité plus élevées ainsi qu'à une augmentation des coûts et de la durée de séjour en hôpital.

En Europe et en Amérique du Nord, les hôpitaux dépensent en moyenne un supplément de 10 000 à 40 000 € pour traiter chaque patient infecté par ces bactéries résistantes. L'impact lié à la perte de rendement économique imputable à l'efficacité réduite au travail, à la maladie prolongée et au décès est susceptible de doubler ce chiffre.

Diverses évaluations médico-économiques ont été réalisées dans les hôpitaux français :

Les effets et les coûts de la dissémination d'une souche BLSE (bactérie productrice de bêta-lactamase à spectre élargi) ont été étudiés à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) :

En 2014, l'AP-HP avait évalué à 2.8 millions d'€ le surcoût global lié à la prise en charge des patients porteurs de bactéries hautement résistantes.

Une épidémie à entérobactéries productrices de carbapénamases (BHRe) en 2015 dans un service de gériatrie du CHU de Lille avait généré un surcoût financier estimé à 200 000 €.

Une étude réalisée sur trois ans, portée par l'INSERM, l'Institut Pasteur et l'université de Versailles-Saint-Quentin-en –Yvelines et publiée en 2018 a objectivé un surcoût annuel des infections à bactéries résistantes aux ATB pour les années 2015 et 2016 à 290 millions d'euros.



LA RESISTANCE BACTERIENNE ET LA SANTE ANIMALE

La problématique de l'antibiorésistance dépasse le champ de la santé humaine.

Une autre grande source de développement de bactéries multirésistantes provient de l'élevage animal : 95% de la consommation d'ATB est faite par des animaux destinés à la production de denrées alimentaires.

Le risque de sélection de résistance à des ATB chez l'homme suite à leur usage en médecine vétérinaire est avéré.

Le premier mécanisme de résistance à la colistine transférable a été décrit en Chine chez des porcs et des poulets en novembre 2015 dans de la viande vendue au détail mais aussi chez des souches bactériennes isolées dans la population chinoise.

En France, ce secteur a longtemps utilisé de grandes quantités d'ATB pour soigner mais aussi améliorer la croissance des animaux et pour rendre les conditions de vie plus supportables (confinement, stress, saleté).

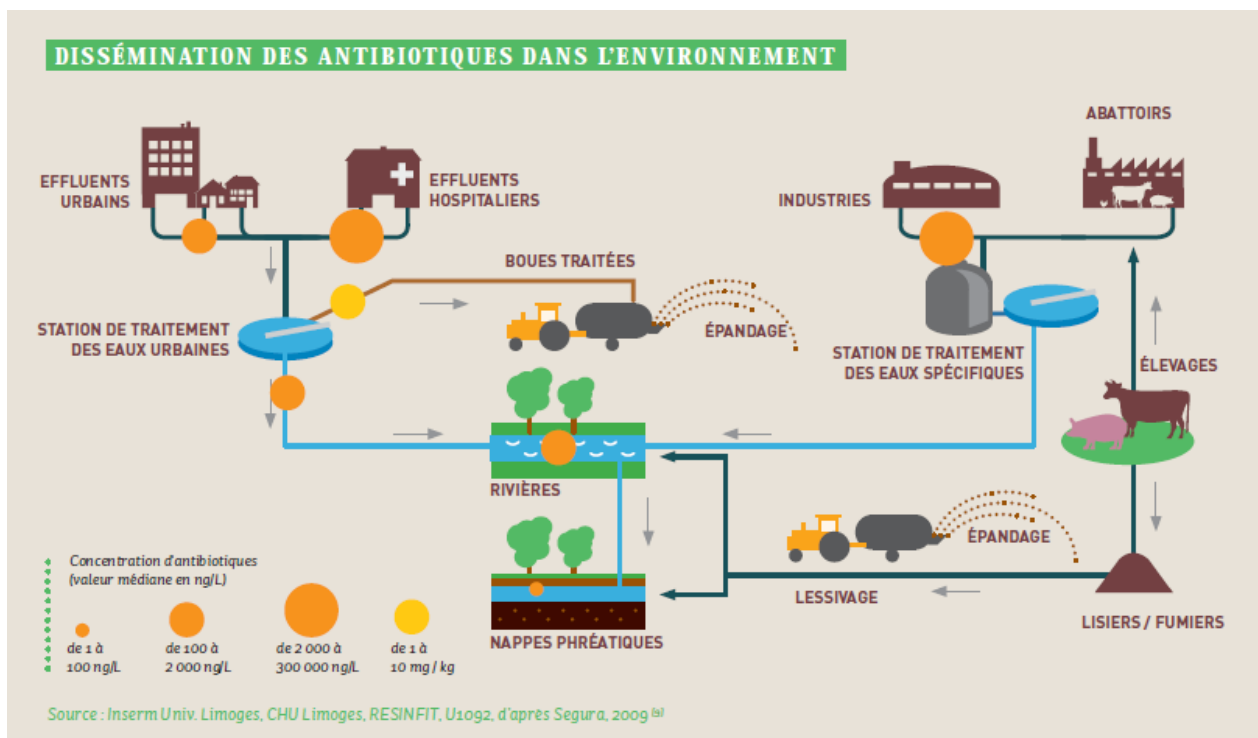
L'OMS a adopté un plan d'action mondial s'appuyant sur le concept international dit « One Health » qui tend à assurer une coopération étroite entre médecine humaine et vétérinaire afin de réduire le recours aux ATB de dernier recours chez les animaux producteurs de denrées alimentaires. Le lien est également fait avec l'environnement.

En France, le premier plan Ecoantibio (2012-2016) de réduction des risques d'antibiorésistance a permis en 10 ans de diminuer fortement les consommations d'ATB pour toutes les espèces animales destinées à l'industrie agroalimentaire (porc, bovins, volailles, lapin) ainsi que les carnivores domestiques.

Sur la période 2012-2016, l'exposition des animaux aux ATB a baissé de 37% pour un objectif initial de 25% grâce à l'engagement des parties prenantes, privées et publiques et notamment du binôme vétérinaire - éleveur.

Le plan Ecoantibio 2 (2017-2022) a été lancé et doit permettre d'inscrire ces résultats dans la durée.

Depuis 2006 en France, l'usage des ATB n'est autorisé que dans un but thérapeutique mais cela n'est pas le cas dans tous les pays. Par exemple, en Chine, 12 000 tonnes de colimycine sont consommées annuellement par les élevages de porcs.



Une partie des molécules d'ATB une fois ingérées, sont rejetées : les excréments constituent le fumier ou le lisier, et sont utilisés en engrais dans les champs. Ce mélange contient des bactéries résistantes qui se retrouvent dans les sols et les eaux (rivières).



L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL

La sur-utilisation d'antibiotiques induit également des conséquences néfastes pour l'environnement.

L'organisme humain ne métabolise pas toutes les molécules médicamenteuses ingérées et en rejette une partie qui transite par le réseau d'eaux usées faute d'un traitement et assainissement exhaustif de ce réseau. Ces molécules se retrouvent ensuite dans l'environnement.

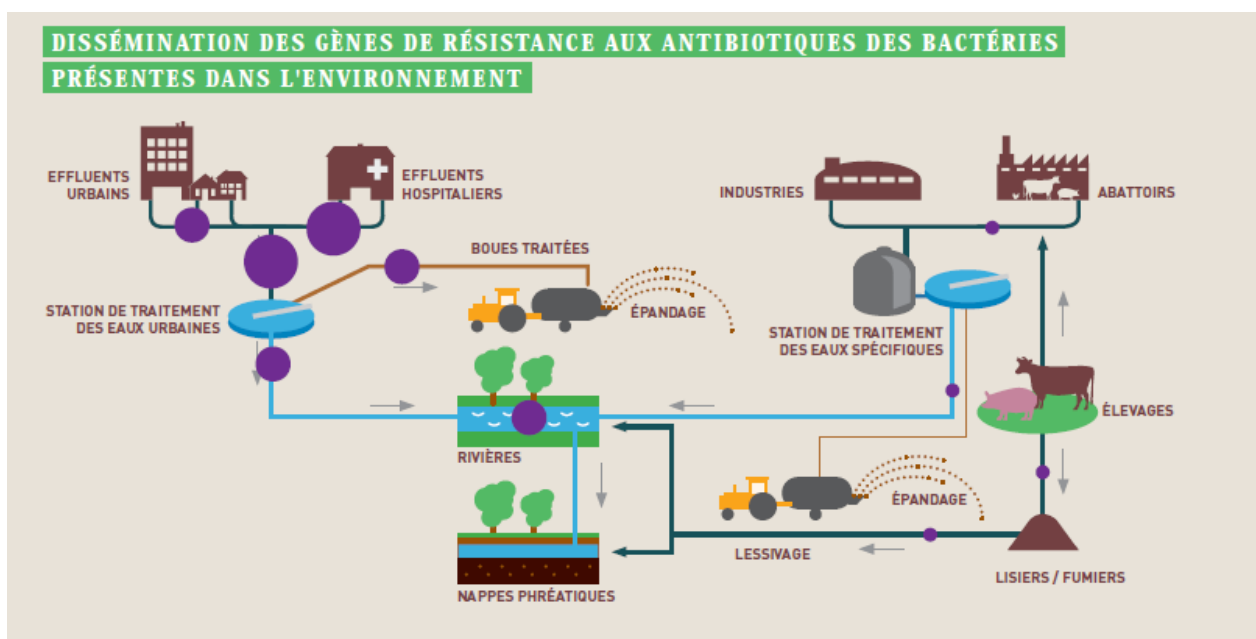
Au niveau national les ministères de la Transition écologique et solidaire, de la Santé et de l'Agriculture mènent des recherches sur les résidus de médicaments et sur les micropolluants.

Cela inclut l'acquisition et le suivi de données de surveillance des résidus d'antibiotiques, de leurs métabolites et produits de dégradation, ainsi que des bactéries résistantes et éléments génétiques mobiles dans l'environnement (eaux usées, rivières, estuaires, boues de station d'épuration, fumiers et lisiers d'élevage, faune sauvage...).

La connaissance de la contamination des milieux en antibiotiques, de la compréhension des mécanismes de dissémination environnementale de l'antibiorésistance sont des éléments clés pour la compréhension et la maîtrise du phénomène.

La délocalisation au niveau mondial de la production d'ATB par les grands groupes pharmaceutiques notamment en Chine ou en Inde pose également un grave problème écologique.

Les exigences dans ces pays en termes de normes environnementales sont quasi inexistantes. L'absence de traitements des effluents issus des usines de fabrication a un impact important sur le phénomène d'émergence des résistances. En déversant leurs déchets dans la nature, les usines larguent des bactéries qui tuent les moins résistantes, puis prolifèrent dans les cours d'eau et les sols pour atteindre les végétaux, les animaux et les hommes.



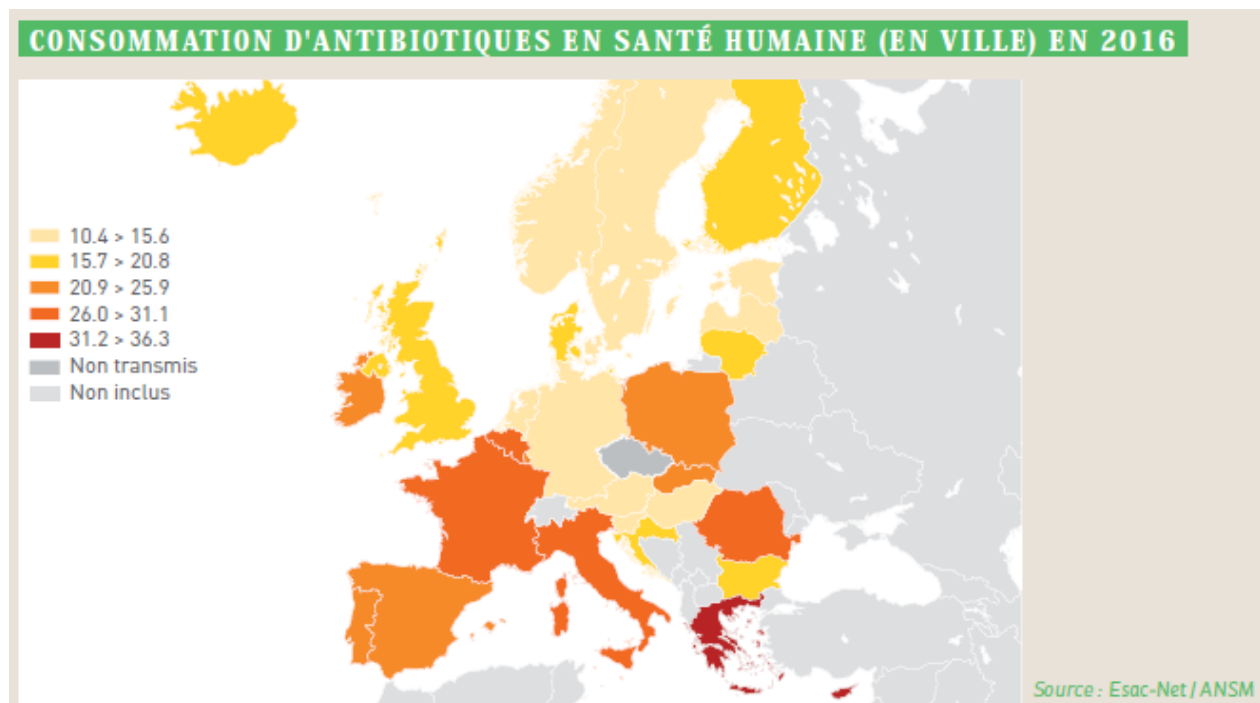


POINT DE SITUATION / QUELQUES CHIFFRES :

Nous disposons de nombreux réseaux nationaux de surveillance de l'antibiorésistance dans les établissements de santé, via les centres nationaux de référence ou encore via l'observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques (Onerba).

L'Europe est également dotée d'un réseau (EARS-Net) depuis 2001 et auquel la France contribue.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en place en 2015 le réseau GLASS.



Il y a quinze ans, l'antibiorésistance était essentiellement un problème hospitalier. Aujourd'hui, le problème s'est étendu au secteur de ville.

La recherche et le développement de nouveaux ATB stagnent. Aucun antibiotique présentant un mécanisme d'action innovant n'a été développé depuis vingt ans. Cela tient à la faible rentabilité économique de ces médicaments et ceci d'autant plus que la tendance des recommandations de prescription d'ATB s'oriente vers des durées de traitement courtes et une volonté de limiter leur utilisation pour préserver l'efficacité, sans oublier l'existence des génériques.

La mondialisation du phénomène pose des difficultés supplémentaires : l'usage des ATB de dernier recours (carbapénème, colistine) est à la hausse dans certains pays car l'encadrement de leur utilisation n'est pas le même partout dans le monde.

Les deux grands pays où la question de l'antibiorésistance est majeure sont la Chine et l'Inde.

D'après une étude européenne publiée en juillet 2019 la bactérie *Klebsiella pneumoniae*, identifiée comme l'un des 12 agents pathogènes prioritaires résistants aux ATB classés par l'Organisation mondiale de la santé, résiste à presque tous les traitements.

Entre 2007 et 2016, le nombre de décès causés par cette bactérie a été multiplié par 6.

En Europe près de 700 000 infections à bactérie multirésistante ont été recensées en 2015 et 33 000 décès attribués à ces infections.

Une étude européenne en 2015 a estimé à partir de l'indicateur DALY (disability adjusted life years) qu'à l'échelle de l'Europe l'impact des infections à bactéries multirésistantes équivaut à celui de la grippe, de la tuberculose et du sida cumulé.

Cette étude montre que les populations les plus touchées sont les personnes de plus de 65 ans et les enfants de moins de un an.

Selon le Pr Ploy (université de Limoges, Inserm), au regard des données de l'OCDE, les courbes tendanciennes prévoient en Europe d'ici 2030 une augmentation de + 125 % de résistance aux carbapénèmes et de + 75% de résistance aux céphalosporines et aux fluoroquinolones.

D'après un rapport britannique paru en 2016, l'antibiorésistance pourrait **provoquer 10 millions de morts par an en 2050 dans le monde.**

Il est à craindre que les ATB ne soient plus d'aucune utilité dans le traitement des multiples infections contre lesquelles ils sont utiles aujourd'hui.

En 2016 la France se situait au 4^{ème} rang des pays les plus consommateurs d'ATB dans l'Union Européenne.

Sa consommation en doses définies journalières pour 1000 habitants est ainsi trois fois supérieure à celle des Pays Bas. De fait les néerlandais rencontrent moins de problème de résistance bactérienne.

Elle est le double de celle de l'Allemagne et reste d'un tiers supérieure à celle du Royaume-Uni.

En 10 ans, entre 2006 et 2016 alors que la consommation nationale d'ATB en établissement de santé est plutôt stable, l'évolution de la consommation en ville s'inscrit à la hausse : + **8.6 %**.

93% des prescriptions d'ATB sont faites en secteur de ville.

Selon les données de la Caisse Nationale de l'assurance maladie (CNAM) sur la base du nombre de boîtes d'antibiotiques en ville, 69.1% avaient été prescrites par des médecins généralistes, 12.5% par des médecins hospitaliers (mais délivrées en ville) et 9.5 % par des dentistes et plus marginalement par d'autres spécialités médicales (otorhinolaryngologistes et par les dermatologues notamment).

Au niveau national, en 2017, le recours à certaines familles d'ATB classés critiques par l'ANSM (les céphalosporines de 3ème génération et les fluoroquinolones) était massif.

En 2017, en secteur de ville, le volume de prescriptions en Corse, pour tous types d'infections, de trois classes d'antibiotiques classés critiques par l'ANSM (les céphalosporines de 3ème génération, les fluoroquinolones et l'association amoxicilline-acide clavulanique) s'avérait supérieur aux données nationales.

S'agissant des résistances, en 2017, en secteur de ville, la prévalence de la résistance d'Escherichia coli aux fluoroquinolones était largement supérieure en Corse à la prévalence nationale.

De même, alors que la consommation en établissement de santé est plutôt stable la résistance d'Escherichia coli aux céphalosporines de 3ème génération et aux pénicillines restait supérieure en Corse par rapport au national en 2017 tout comme en 2016.

Ce phénomène est particulièrement inquiétant car lorsqu'une bactérie devient résistante aux céphalosporines de 3ème génération, il reste peu de choix d'ATB pour traiter le patient.

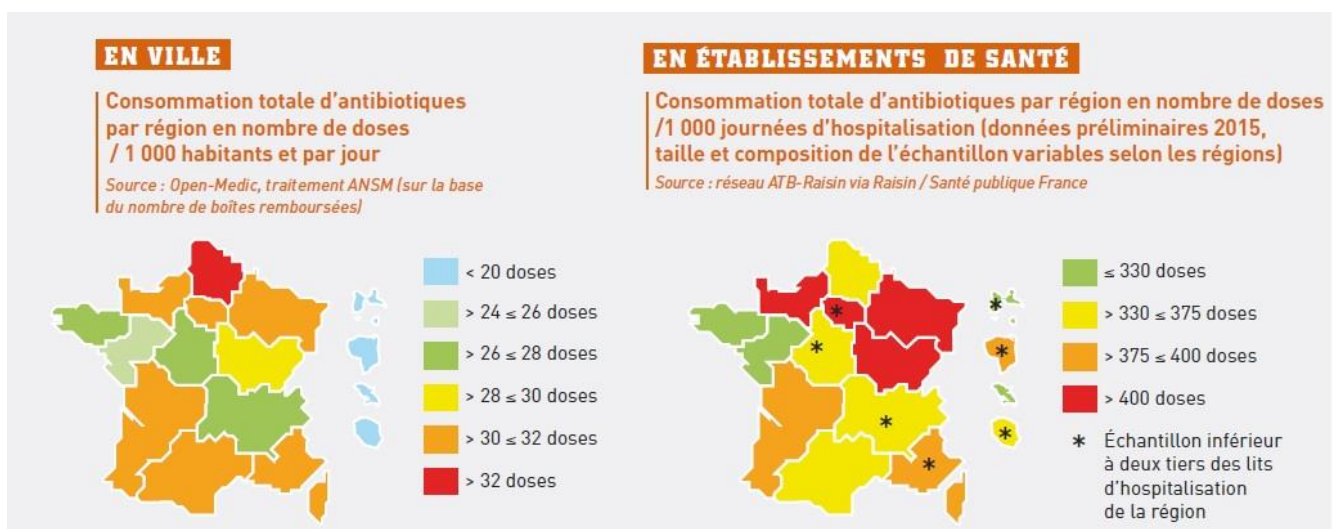
Au niveau national, 30 à 40% des antibiothérapies seraient prescrites inutilement que ce soit en ville, dans des structures pour les personnes âgées dépendantes ou à l'hôpital.

L'infectiologie est insuffisamment développée dans les maquettes pédagogiques des facultés de médecine et les médecins ne sont pas suffisamment formés à cette problématique de l'antibiothérapie/antibiorésistance.

En 2014, au niveau national, seulement 30% des médecins généralistes utilisaient les tests de dépistage rapide d'orientation diagnostique (TROD) des angines. Ce TROD permet de savoir rapidement si une angine est bactérienne ou virale et par conséquent si une prescription d'antibiotique est nécessaire.

Il a été vendu en 2017 en France, 759 tonnes d'ATB destinés à la santé humaine et 514 tonnes destinés à la santé animale.

RÉPARTITION RÉGIONALE DE LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EN VILLE ET EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2015





EN CORSE, LES ACTIONS MENÉES ET CELLES À VENIR

La politique nationale doit être déclinée dans chaque région de façon opérationnelle, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'en ville avec notamment la mise en place d'actions prioritaires pour maîtriser la consommation d'ATB et les résistances bactériennes.

Afin de répondre aux besoins locaux, **l'ARS en collaboration avec l'assurance maladie est en charge de la mise en place de ces actions, appuyées par les acteurs de terrain.**

En 2017 en Corse, l'ARS et l'assurance maladie ont donc constitué un comité de pilotage des actions locales de lutte contre l'antibiorésistance.

Les diverses URPS concernées ont été sollicitées pour y participer : les médecins libéraux, les pharmaciens, les biologistes, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes et les sage femmes ainsi qu'un représentant des usagers, des vétérinaires (Direction Régionale de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Forêts et Groupement Technique Vétérinaire), de la MSA, du centre d'appui à la prévention du risque infectieux (CPIAS) , de l'Unité fonctionnelle d'infectiologie régionale (UFIR), de la cellule d'intervention en région Paca-Corse-Santé publique France (CIRE), de l'ARS et de l'AM.

Ce groupe constitue un espace de concertation, d'échange d'informations, de pratiques, d'expérience ainsi qu'une force de propositions et d'orientation du programme d'actions à mener.

Il permet également d'impulser une collaboration transversale inter professionnelle via la mise en place de groupes de travail thématiques pour lesquels les membres du COPIL pourront être sollicités.

La première étape a été de travailler **pour établir un état des lieux de la situation en Corse en terme de résistance bactérienne et de consommation d'antibiotiques.**

Jusqu'alors, les seules données disponibles portaient sur l'année 2016 et permettaient d'avoir une connaissance de format macro standardisée au niveau national. C'était un début mais pour cibler des actions pertinentes au niveau local, des investigations complémentaires étaient nécessaires.

De fait, l'année 2018 a été l'année de mise en place d'une organisation locale pour le recueil des données de résistances et des données de consommation d'antibiotiques en Corse.

Les laboratoires de biologie médicale de la région se sont mobilisés pour transmettre à l'ARS et à l'Assurance maladie les données de résistance bactérienne dont ils disposent. Ces données sont ensuite exploitées par le CPIAS dont le responsable est le Dr Mahamat, infectiologue.

Parallèlement, les données locales de consommations d'antibiotiques sont analysées par les services de l'Assurance maladie.

Ces deux types de résultats sont croisés pour obtenir une photographie annuelle de la situation en Corse.

A partir de ces informations, le COPIL valide un plan des actions à mener pour l'année à venir construit autour d'un objectif spécifique.

Pour 2019 il avait été ciblé les prescriptions de quinolones dans des pathologies courantes telles que les infections urinaires et les infections respiratoires.

En parallèle, une campagne de communication auprès du grand public est lancée dans le cadre de semaine de sécurité des patients 2019.

Il ne s'agit pas de faire une énième campagne de prévention sur des thèmes déjà largement exploités : les antibiotiques, ce n'est pas automatique, ...

Ce postulat préalable ayant été assimilé par la collectivité, à ce stade, un des axes de progression possibles dans la communication auprès des usagers est de leur expliquer le plus simplement possible le mécanisme complexe de l'antibiorésistance.

L'adhésion à un principe tel qu'il soit, n'a de sens pour l'individu que si ce principe est bien compris.

Sans remettre en cause leurs bénéfices, il s'agit de faire comprendre l'impact pour notre santé de la prise excessive d'ATB et également de démystifier le phénomène de l'antibiorésistance.

Un film d'animation de 40 secondes conçu selon cet axe sera diffusé pendant la Semaine Sécurité Patients du 18 au 22 novembre via différents canaux :

- sur le réseau TV Via Stella - sur ce média, il sera également diffusé une semaine au cours du mois de janvier 2020.
- dans les accueils de l'Assurance Maladie
- sur le web et les réseaux sociaux
- via le réseau des officines de ville qui sont équipées d'écran TV.

Il est en accès libre et téléchargeable sur le site de l'ARS : www.corse.ars.sante.fr

Dans l'objectif de diminution des prescriptions inadéquates d'ATB, une campagne de sensibilisation des médecins libéraux à l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) angine avait été menée en 2017 grâce au réseau des délégués de l'Assurance Maladie.

Ce TROD permet de savoir rapidement si une angine est bactérienne ou virale et par conséquent si une prescription d'antibiotique est nécessaire. En effet, 10 % des prescriptions d'ATB correspondent à un traitement pour angine alors que 80% des angines sont dues à des virus.

Cette campagne régionale a permis une augmentation d'environ 25 % des commandes de TROD angine à l'assurance maladie par les médecins libéraux. Toutefois la mise en œuvre du TROD angine reste sous exploitée.

A partir de janvier 2020, suite à une expérimentation nationale menée dans 600 pharmacies, un dispositif de déploiement du TROD angine sera mis en œuvre dans les officines de ville de Corse. En cas de test positif, le pharmacien redirigera le patient vers un généraliste afin qu'un traitement ATB lui soit prescrit.

Depuis 2014, chaque année, l'ARS met à disposition gratuitement dans les Ehpad, des TROD grippe, outils d'aide à la prescription afin d'éviter des prescriptions d'Antibiotiques inutiles

Parallèlement, les infectiologues du CH d'Ajaccio apportent un conseil téléphonique diagnostique et thérapeutique aux médecins des établissements de santé publics et privés de l'île.

En 2019, le centre d'appui et de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) a également réalisé des formations en antibiothérapie pour les médecins coordonnateurs en Ehpad.

Des actions de formation continue des prescripteurs par le CPIAS sur diverses pathologies infectieuses couramment rencontrées sont en projet. La première thématique traitée sera les infections urinaires chez la femme.

L'antibiorésistance pourrait devenir l'une des principales causes de mortalité dans le monde.

L'émergence et la diffusion de bactéries multi résistantes aux ATB est un phénomène complexe, évolutif et inquiétant engendrant des difficultés de prise en charge des malades, des situations d'impasse thérapeutique et qui constitue une menace pour les avancées de la médecine moderne.

Elle est liée au mésusage ainsi qu'à la sur-consommation d'ATB. Sans remettre en cause l'intérêt des ATB, il faut impérativement réduire la pression de sélection due aux ATB.

Face à cette épidémie qui progresse à bas bruit, une mobilisation durable et déterminée de tous est indispensable. Les plans nationaux successifs d'alerte sur les ATB en santé humaine coordonnés par le Ministère en charge de la santé depuis 2001 concourent à cette mobilisation.

Les actions conduites en France pour sensibiliser les professionnels et le grand public s'inscrivent dans un contexte de mobilisation inter ministériel, en cohérence avec les niveaux européen et international.

Citoyens, patients, professionnels de la santé humaine et animale et décideurs, doivent activement participer à la lutte contre la résistance bactérienne aux ATB.

