



Le 06 novembre 2018

Le Premier président

à

Madame Agnès Buzyn
Ministre des solidarités et de la santé

Réf. : S2018-3239

Objet : La pertinence de la prescription des antibiotiques

En application des dispositions des articles L. 111-3, L. 111-5, L. 111-7, L. 133-3 et L. 134-1 du code des juridictions financières, la Cour a examiné la politique de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins. Ce contrôle a conduit la Cour à investiguer la question de la prescription et de la consommation des antibiotiques, dans un contexte de menace croissante de l'antibiorésistance.

Le deuxième axe du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)¹, qui est consacré à la lutte contre l'antibiorésistance, insiste sur l'importance du lien entre la lutte contre les infections associées aux soins et l'antibiorésistance : « La prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance reposent sur la juste utilisation des antibiotiques et la prévention de la transmission croisée tout au long du parcours de santé du patient/résident ». La prescription massive et inappropriée des antibiotiques contribue non seulement à sélectionner les bactéries de plus en plus résistantes, mais aussi réduit leur efficacité, rendant plus difficile le traitement des patients.

À l'issue de son contrôle, la Cour m'a demandé, en application des dispositions de l'article R. 143-11 du même code, et sans attendre la publication du rapport public annuel qui comportera une insertion relative aux infections associées aux soins, d'appeler votre attention plus spécifiquement sur la prescription et la consommation des antibiotiques.

¹ Ce programme a été adopté en 2015 et actualisé en 2017 par le ministère de la santé.

Elle constate que la France a gardé un niveau élevé de consommation d'antibiotiques, orienté à la hausse depuis 2005 (I) et observe que les pratiques de prescription et de dispensation sont inflationnistes (II).

1 UN NIVEAU ÉLEVÉ DE CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES, ORIENTÉ A LA HAUSSE DEPUIS 2005

1.1 La baisse de la consommation d'antibiotiques en ville est un enjeu majeur de santé publique

En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) alertait sur les conséquences dévastatrices de l'antibiorésistance : « À moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère « post-antibiotiques », où des infections courantes et des blessures mineures qui ont été soignées depuis des décennies pourraient à nouveau tuer ». L'estimation de la mortalité liée à l'antibiorésistance en France est comprise entre 2 000 et 12 500 décès par an².

En France, en 2015, 1 300 tonnes d'antibiotiques ont été consommées : 730 concernaient la santé humaine et 570 la santé animale. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation d'antibiotiques en ville représente 93 % de la consommation totale en santé humaine. 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).

1.2 L'échec des deux derniers plans de réduction de la consommation d'antibiotiques en ville

Un premier « plan d'actions pluriannuel 2001-2005 » en matière de lutte contre la consommation d'antibiotiques, popularisé par son slogan « Les antibiotiques, c'est pas automatique ! », avait permis d'enregistrer une baisse significative de la consommation d'antibiotiques de 33,4 dose définie journalière³ (DDJ) en 2000 à 27,1 DDJ en 2004, soit près de 19 %.

Les deux plans qui lui ont succédé, pour la période 2005-2010 puis 2011-2016, fondés sur la pédagogie et l'autorégulation des professionnels, se sont soldés par des échecs. La consommation en ville a progressé de 3 % entre 2005 et 2015. Celle-ci était revenue à 30,3 DDJ en 2016, effaçant une grande partie de la baisse du premier plan.

² Deux études construites selon des méthodes différentes ont été réalisées en France. À partir de données de l'année 2012, l'étude Burden (juin 2015 – l'Institut de veille sanitaire (InVS) devenue Santé publique France) estime à 158 000 le nombre de personnes ayant été infectés cette année-là par une bactérie multi-résistante (BMR) en France, dont 12 500 décès. Une autre étude menée par une équipe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) de l'Institut Pasteur en 2015, sur la base des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) indique des fourchettes différentes avec une prévalence des infections à BMR comprise entre 35 375 et 118 218 personnes infectées par an, et une mortalité comprise entre 2 172 et 7 731 décès.

³ La dose définie journalière est une unité définie par l'OMS utilisée pour les comparaisons de consommation de médicaments entre différentes populations. Il s'agit d'une posologie quotidienne de référence, déterminée par des experts internationaux, qui est censée représenter la posologie usuelle pour un adulte de 70 kg dans l'indication principale d'un principe actif.

L'objectif d'une réduction de 25 % de la consommation indiqué dans le plan national d'alerte sur les antibiotiques (2011-2016), déjà modeste au regard de la situation de départ de la France, a donc dû être reporté à 2020. Cet échec tranche par ailleurs avec la baisse de 36 % de la consommation d'antibiotiques en santé animale, sur la même période, et qui avait le même objectif de baisse de 25 %.

1.3 Des écarts inexplicables qui interrogent les pratiques professionnelles

La France se situait en 2016 parmi les trois pays les plus consommateurs d'antibiotiques dans l'Union européenne (UE). Sa consommation, en doses définies journalières pour 1 000 habitants, est ainsi trois fois supérieure à celle des Pays-Bas, qui sont les moins consommateurs, sans qu'aucune raison épidémiologique ne vienne expliquer cet écart. Elle est le double de celle de l'Allemagne et reste supérieure d'un tiers à celle du Royaume-Uni. Outre l'enjeu de sécurité sanitaire, il faut relever que l'assurance maladie pourrait économiser 400 M€ environ si la consommation française était la même que celle des Pays-Bas⁴.

Par ailleurs, on observe en France de fortes disparités que rien ne justifie : ainsi, il existe un écart de plus de 25 % entre la région qui consomme le moins d'antibiotiques (Pays de la Loire) et celle qui en consomme le plus (Hauts-de-France). Les régions Grand Est et Normandie atteignent également des niveaux élevés.

Face à ces écarts inexplicables et aux enjeux de santé publique liés à l'antibiorésistance, il convient d'organiser les pratiques de prescription autour des recommandations de bon usage et de rendre moins aléatoire la consommation de cette classe thérapeutique de médicaments.

2 DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION ET DE DISPENSATION INFLATIONNISTES

2.1 Le recours excessif aux antibiotiques

La préférence française pour la prescription d'antibiotiques manque de justifications. Par exemple, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) « angine », qui permettent de distinguer les affections virales – pour lesquelles les antibiotiques ne sont pas pertinents – des affections d'origine bactérienne, ne sont utilisés que par 40 % des médecins généralistes.

Des constats similaires peuvent être faits à propos des prescriptions des médecins généralistes dans les établissements médico-sociaux. Selon une enquête de 2016 (PREV'EHPAD) publiée par Santé publique France, les prescriptions d'antibiotiques en cas d'infection urinaire en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'étaient justifiées que pour les deux tiers d'entre elles et le niveau de l'indication prophylactique (13 % des prescriptions antibiotiques) s'est avéré anormalement élevé.

2.2 Des prescriptions trop approximatives

Lorsque les antibiothérapies sont effectivement nécessaires, le choix précis de la molécule n'est pas pour autant toujours pertinent. En effet, il est insuffisamment encadré : les antibiogrammes ciblés qui sont le préalable à un choix adapté aux besoins commencent à peine à être déployés. Les logiciels d'aide à la prescription (LAP) sont également trop peu utilisés par les médecins de ville. Leur systématisation et leur généralisation devraient être une priorité, à tout le moins pour éviter le recours en première intention à des antibiotiques dits critiques.

⁴ Calcul de la CNAM effectué à partir des données IMS Health Ville 2016 sur huit pays européens.

Enfin, le conseil en antibiothérapie n'est pas structuré, en dehors d'expérimentations dans quelques régions, alors que la pratique isolée de la prescription est souvent à l'origine de prescriptions inappropriées. Une doctrine d'emploi, une organisation (échelon national, régional ou local) et un mode de financement restent à définir.

Un nombre encore trop important de prescriptions sont soit trop courtes pour être efficaces, soit inutilement longues. Selon l'ANSM, en 2015, les prescriptions d'antibiotiques dont la durée était comprise entre huit et dix jours représentaient 22 % de celles-ci⁵, alors même qu'une durée supérieure à sept jours est dans la plupart des cas non pertinente. Si la durée moyenne de prescription de l'ensemble des pénicillines diminuait d'une journée (6 jours au lieu de 7), la consommation d'antibiotiques en nombre de doses définies journalières (DDJ) baisserait de 8 %. Les recommandations de l'ANSM, de la Haute Autorité de santé (HAS) ou des sociétés savantes, bien que publiées, restent sans effet sur les pratiques des médecins en matière de durée.

L'infectiologie est insuffisamment enseignée dans les maquettes pédagogiques des étudiants de médecine. Une étude⁶ récente pointait du reste l'insuffisance des connaissances des professionnels de santé sur l'antibiorésistance et l'antibiothérapie. Ces constats doivent amener responsables de la formation initiale des professionnels de santé et organismes du développement professionnel continu (DPC) à s'interroger sur l'efficacité réelle de leur pédagogie.

2.3 Un mode de dispensation qui amplifie le mésusage

Le mode de dispensation par boîte des antibiotiques est également inadapté. Selon la direction générale de la santé, qui se fonde sur une expérimentation menée entre 2014 et 2015 auprès de 1 185 patients et 100 pharmacies dont 75 expérimentaient la dispensation à l'unité, celle-ci appliquée aux antibiotiques permet d'économiser 10 % de la consommation totale, avec pour avantage accessoire de limiter l'automédication, particulièrement contre-indiquée dans ce cas. La dispensation à l'unité fonctionne dans de nombreux pays (Royaume-Uni, Pays-Bas, République tchèque, États-Unis) et les difficultés transitoires de cette transformation ne doivent pas conduire à y renoncer et à la différer.

Le succès du plan de 2001-2005 montre qu'il ne saurait y avoir de fatalité dans un niveau élevé et croissant de consommation d'antibiotiques. Pour sortir la prescription des antibiotiques d'une pratique isolée, fondée sur des connaissances souvent datées et mobilisant insuffisamment les ressources des nouveaux outils numériques, une action déterminée devrait permettre d'inverser rapidement cette tendance défavorable et de rejoindre rapidement un niveau de consommation comparable aux meilleures performances européennes.

La Cour formule donc la recommandation suivante :

Mettre en œuvre de manière plus directive une palette de mesures visant à réduire la consommation d'antibiotiques (recours au logiciel d'aide à la prescription, dispensation à l'unité des antibiotiques, vérification croisée des prescriptions des antibiotiques des médecins généralistes par les médecins coordonnateurs des EHPAD, formation continue obligatoire des médecins) et en garantir l'effectivité en utilisant l'instrument de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

⁵ Données IMS-Health-Étude permanente de la prescription médicale (EPPM).

⁶ « Connaissances et perception sur l'antibiorésistance dans les établissements de santé français : enquête Percept'R » Jean-Christophe Lucet, Laetitia Vaillant (UHLIN) Hôpital Bichat – CI Bernard, AP-HP Université Paris 7 Denis Diderot.

Je vous serais obligé de me faire connaître, dans le délai de deux mois prévu à l'article L. 143-4 du code des juridictions financières, la réponse, sous votre signature, que vous aurez donnée à la présente communication⁷.

Je vous rappelle qu'en application des dispositions du même code :

- deux mois après son envoi, le présent référé sera transmis aux commissions des finances et, dans leur domaine de compétence, aux autres commissions permanentes de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il sera accompagné de votre réponse si elle est parvenue à la Cour dans ce délai. À défaut, votre réponse leur sera transmise dès sa réception par la Cour (article L. 143-4) ;
- dans le respect des secrets protégés par la loi, la Cour pourra mettre en ligne sur son site internet le présent référé, accompagné de votre réponse (article L. 143-1) ;
- l'article L. 143-9 prévoit que, en tant que destinataire du présent référé, vous fournissiez à la Cour un compte rendu des suites données à ses observations, en vue de leur présentation dans son rapport public annuel. Ce compte rendu doit être adressé à la Cour selon les modalités de la procédure de suivi annuel coordonné convenue entre elle et votre administration.

Signé le Premier président

Didier Migaud

⁷ La Cour vous remercie de lui faire parvenir votre réponse, sous forme dématérialisée, via *Correspondance JF* (<https://correspondancejf.ccomptes.fr/linshare/>) à l'adresse électronique suivante : greffepresidence@ccomptes.fr (cf. arrêté du 8 septembre 2015 portant application du décret n° 2015-146 du 10 février 2015 relatif à la dématérialisation des échanges avec les juridictions financières).