

Prescription antibiotique en France : la rechute ?

Mots clés :
Antibactériens
; Pharyngite
[Antibacterials
Agents; Pharyngitis]

La prescription antibiotique a régulièrement augmenté en France de 1980 à 2000, commençant à ralentir vers 1992. Un mouvement de baisse plus net a débuté avec le premier « plan antibiotiques » (2001-2005) et la première campagne nationale de l'assurance maladie à destination du grand public. La prescription ambulatoire était concentrée en 2002 sur les mois d'hiver, surtout chez les enfants¹. Entre 2005 et 2009, elle est restée globalement stable, bien qu'irrégulière. Mais elle a ré-augmenté depuis 2010, avec un niveau de consommation 2013 légèrement supérieur à celui de 2003. La consommation française reste très au-dessus de la moyenne européenne, au 4^{ème} rang des pays les plus forts consommateurs d'antibiotiques². Une régression après presque 10 ans de mieux ? « *Chaque gramme d'antibiotique consommé induit une pression de sélection sur les bactéries de la flore commensale et concourt à l'émergence de bactéries résistantes* »².

Consommation par classe d'antibiotiques

L'ANSM croise 2 sources : les déclarations de ventes des industriels (obligatoires et exhaustives) ; les données du réseau ATB-Raisin pour des patients en hospitalisation complète². En ambulatoire, les pénicillines à large spectre sont de plus en plus utilisées, notamment l'association amoxicilline/ acide clavulanique, particulièrement génératrice de résistances. Les céphalosporines de 1^{re} et 2^e génération ne sont presque plus utilisées, celles de 3^e et 4^e génération diminuent depuis 2011, comme les quinolones. Les macrolides sont en forte diminution. A l'hôpital, les deux antibiotiques les plus utilisés sont l'amoxicilline seule ou associée à l'acide clavulanique (28 à 78% des consommations totales selon les spécialités), puis les fluoroquinolones (sauf en pédiatrie et gynécologie), avec 8 à 18% des consommations. Les C3G, les carbapénèmes et les antibiotiques à visée anti-SARM sont essentiellement utilisés en réanimation, hématologie et maladies infectieuses.

Données de résistance bactérienne

Elles proviennent de plusieurs réseaux coordonnés sous l'égide de l'InVS². En médecine générale et non institutionnalisée :

- La résistance d'*E. coli* reste à 0% pour la fosfomycine, mais 4,6% pour l'acide nalidixique (intermédiaire pour les nitrofurantoïne, quinolones, céphalosporines).
- Celle du *pneumocoque* à la pénicilline et aux macrolides a diminué régulièrement depuis 10 ans, mais la France reste l'un des 9 pays d'Europe où elle dépasse 25%.

Que conclure pour notre pratique ?

Les antibiotiques doivent de toute urgence être considérés comme une « *denrée limitée à gérer intelligemment* », comme le souligne le bactériologiste A. Andreumont⁴ : « *la résistance aux antibiotiques, dont la principale cause est leur utilisation massive par l'industrie agroalimentaire, est devenue une menace pour l'humanité* ». Notre objectif reste d'éviter les prescriptions inutiles d'antibiotiques et/pour éviter l'émergence des résistances bactériennes. La montée de ces résistances – combinée à l'absence de réelles innovations dans ce domaine – pourrait devenir « *l'autre cauchemar de Darwin* », selon la juste expression d'un journaliste⁵. Les responsabilités sont bien sûr très partagées, mais le sursaut vertueux d'il y a quelques années mérite une relance efficace.

- Aucune souche de *gonocoque* n'est résistante à la ceftriaxone, traitement de référence en 1^{ère} ligne.

Utilisation « appropriée » des antibiotiques

Selon la HAS, la prescription est contraire aux recommandations dans 40% des cas (90% des prescriptions étant réalisées en ville)³. Ce document, assez peu référencé mais qui s'appuie sur les travaux très complets du NICE anglais et de l'IDSA américain, résume les principes généraux pour le 1^{er} recours : traitement probabiliste se référant à l'étiologie bactérienne la plus probable, adapté aux caractéristiques du patient, antibiotique au spectre le plus étroit possible, pour la durée la plus courte possible (3 j pour une infection urinaire basse chez la femme, 5 pour une pneumonie commune...), de préférence par voie orale, en évitant de prescrire le même antibiotique ou la même classe dans les 3 mois suivant une 1^{ère} prescription, en respectant les posologies et durées de traitement préconisées et en ré-évaluant l'efficacité du traitement dans les 48 à 72h. La HAS rappelle les nombreuses situations où l'infection est le plus souvent virale (infections ORL, notamment de nombreuses otites chez l'enfant de plus de 2 ans) et bronchites (y compris les exacerbations aiguës de bronchites chroniques), mais aussi d'autres « non indications » comme les bactériuries asymptomatiques, y compris sur sonde, en dehors de la grossesse... Trois antibiotiques parmi les plus prescrits sont particulièrement générateurs de résistances bactériennes : association amoxicilline-acide clavulanique, C3G, surtout en prise orale, qui ont un effet marqué sur la flore digestive, et fluoroquinolones.

Références

- 1- Collectif. La prescription des antibiotiques chez les généralistes. *Bibliomed*. 2005:373.
- 2- INVS. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France. Novembre 2014.
- 3- HAS. Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours. Février 2014.
- 4- Andreumont A. *Antibiotiques, le naufrage*. Paris: Fayard; 2014.
- 5- Revelli Q. Les dessous de l'industrie pharmaceutique. *Le Monde diplomatique*. 2015;730:14-15.